আসানসোল শিল্পাঞ্চলের উদ্যোগ ● আসানসোল শিল্পাঞ্চলের উদ্যোগ ● আসানসোল শিল্পাঞ্চলের উদ্যোগ

আসানসোল শিল্পাঞ্চলের উদ্যোগ

- একটি ফাঁসি ও অনেক প্রশ্ন — স্বাতী ঘোষ
- আধুনিক সভ্যতার ভিত্তিভূমি পিতৃতন্ত্র — শিপ্রা
- মাননীয় পরিবেশমন্ত্রী, আসানসোলের একটি পুকুর ফিরিয়ে দিন — সুমন কল্যাণ মৌলিক
- নয়া-উদারবাদ মৃত — পিনাকী ভট্টাচার্য
- খনি আইন ভয়ংকর আইন — শুভেন্দু দাশগুপ্ত
- খোলামুখ কয়লাখনি — লুঠ এবং জনবসতি ধ্বংসের কাহিনি — সুদীপ্তা পাল
- সর্বজনীন স্বাস্থ্য-পরিষেবা বিষয়ে উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দলের রিপোর্ট — যোজনা কমিশন কি বলছে? — ডাঃ পুণ্যব্রত গুন

২য় বর্ষ • ৩য় সংখ্যা • এপ্রিল ২০১৩ • বিনিময় ১৫ টাকা

৩	তারা (পশ্চিম)	২০০০	৮৪.৪৭	C-F	১৪৫০.০০	১২২৪৮.১০
৪	অর্ধগ্রাম	৭৭৫০	১২১	C-F	১৪৫০.০০	১৭৫৪৫.০০
৫	বড়জোড়া (নর্থ)	৫০০০	৮৫.৪৯	E-G	১৪৫০.০০	১২৩৯৬.০০
৬	খাগড়া-জয়দেব	১১০০০	১৯৬.১৫	C-E	১৪৫০.০০	২৮৪৪১.৭৫
৭	ইচ্ছাপুর	৫০০০	৩৩৩	C	২৮৮০.০০	৯৫৯৪০.০০
৮	বিহারীনাথ	৬৫০০	৯৫.১৬	C-F	১৪৫০.০০	১৩৭৯৮.২০
৯	দিওয়ানগঞ্জ	১২৫০	৩৮.৭	D-E	১৪৫০.০০	৫৬১১.৫০
১০	ডিওচা (পশ্চিম)	৩২৫০	২০২৫.৬	C-E	১৪৫০.০০	২৯৩৭১২.০০
১১	সুনুরি	৬৫০০	১৬৪	C	২৮৮০	৪৮৩৮৪.০০
১১	জিৎপুর	২৫০০	৮১	D-G	১৪৫০.০০	১১৭৪৫.০

*(ই সি এল-এর সঙ্গে বিদ্যুত কোম্পানিগুলোর নেগোসিয়েটেড দাম)

সর্বজনীন স্বাস্থ্য-পরিষেবা বিষয়ে উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দলের রিপোর্ট — যোজনা কমিশন কি বলছে?

ডাঃ পুণ্যব্রত গুন

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ১৯৭৭ সালের আলমা আটা সম্মেলন থেকে লক্ষ্য মাত্রা নির্ধারণ করে — ২০০০ খ্রীষ্টাব্দের মধ্যে সবার জন্য স্বাস্থ্য। সে ঘোষণায় স্বাক্ষর করেছিল আমাদের দেশও। ২০০০ পেরিয়ে এসেছি বছর ১২, এখনও সে লক্ষ্যে পৌছনো যায় নি। তাই দ্বাদশ পঞ্চ-বার্ষিকী পরিকল্পনার আগে যোজনা কমিশনকে উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল গঠন করতে হয় সর্বজনীন স্বাস্থ্য-পরিষেবা বিষয়ে প্রয়োজনীয় সুপারিশ দিতে।

পাবলিক হেলথ ফাউন্ডেশন অফ ইন্ডিয়া-র কর্ণধার ডাঃ শ্রীনাথ রেড্ডি-র নেতৃত্বে এই দল রিপোর্ট পেশ করে ২০১১-র নভেম্বরে। ২০১২-র মাঝামাঝি যোজনা কমিশন স্বাস্থ্য-বিষয়ক ঘোষণায় নামকা-ওয়াস্তে সর্বজনীন স্বাস্থ্য-পরিষেবার কথা বললেও আসলে যে নীল নকশা তৈরি করে তা হল আরো বেশি বেশি করে স্বাস্থ্য-পরিষেবা বেসরকারি পুঁজির নিয়ন্ত্রণে তুলে দেওয়ার।

অনেকে মনে করছেন উচ্চ-স্তরীয় দলের সুপারিশে নতুন কিছু নেই। সরকারি পরিকল্পনাকে জনমুখী মোড়ক দিতে তাঁদের সুপারিশ, অন্যান্য সরকারি কমিশন বা কমিটিগুলোর সুপারিশের মত এই সুপারিশও আবর্জনার ঝুড়িতে যাবে। এমনটা হতেই পারে। সব কটা সুপারিশের সঙ্গে একমত না হলেও আমাদের মনে হয় এই সুপারিশের অনেকগুলোই স্বাস্থ্যের অধিকারের দাবিতে আমাদের সংগ্রামের দাবি হতে পারে। সেই উদ্দেশ্য থেকেই আমাদের আলোচনা।

উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল (HIGH LEVEL EXPERT GROUP ON UNIVERSAL HEALTH COVERAGE) গঠন করে, ইউনিভার্সাল হেলথ কভারেজের সংজ্ঞা তাঁরা নিরূপণ করেন এভাবে — *"Ensuring equitable access for all Indian citizens resident in any part of the country. regardless of income level,*

social status, gender, caste or religion, to affordable, accountable and appropriate, assured quality health services (promotive, preventive, curative and rehabilitative) as well as public health services addressing wider determinants of health delivered to individuals and populations, with the government being the guarantor and enabler, although not necessarily the only provider, of health and related services." অর্থাৎ — দেশের যে কোন অংশে বসবাসকারী সমস্ত ভারতীয় নাগরিকের জন্য সমতামূলক লভ্যতা নিশ্চিত করতে হবে, তাঁদের আয়ের স্তর, সামাজিক অবস্থান, লিঙ্গ, জাতি বা ধর্ম নির্বিশেষে যথাযথ খরচের, দায়বদ্ধ ও সঠিক, নিশ্চিত গুণমানের স্বাস্থ্য-পরিষেবা (উন্নয়নমূলক, প্রতিরোধমূলক, নিরাময়মূলক ও পুনর্বাসমূলক) এবং স্বাস্থ্যের বৃহত্তর নির্ণায়কগুলোকে নির্ধারণ করে এমন জনস্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়া হবে ব্যক্তিদের ও জনসমুদায়গুলোকে, সরকার এসব স্বাস্থ্য ও সম্পর্কিত পরিষেবার ব্যবস্থা করবেন এবং নিশ্চিত করবেন, যদিও কেবল সরকারই একমাত্র পরিষেবাপ্রদানকারী হবেন — এমন নয়।

সুপারিশের প্রেক্ষাপট হিসেবে উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল দেশের স্বাস্থ্য-পরিস্থিতির ছবি তুলে ধরেছেন।

প্রধান স্বাস্থ্য-সূচকগুলো ঃ অন্য কিছু দেশের সঙ্গে ভারতের তুলনা

সূচক	ভারত	চীন	ব্রাজিল	শ্রীলঙ্কা	থাইল্যাণ্ড
নবজাতকের মৃত্যু-হার/১০০০ জীবিত শিশুজন্ম	৫০	১৭	১৭	১৩	১২
৫ বছরের নীচে মৃত্যুর হার/১০০০ জীবিত শিশুজন্ম	৬৬	১৯	২১	১৬	১৩
পুরো টিকা পেয়েছে (শতাংশ)	৬৬	৯৫	৯৯	৯৯	৯৮
দক্ষ ব্যক্তি দ্বারা প্রসব	৪৭	৯৬	৯৮	৯৭	৯৯

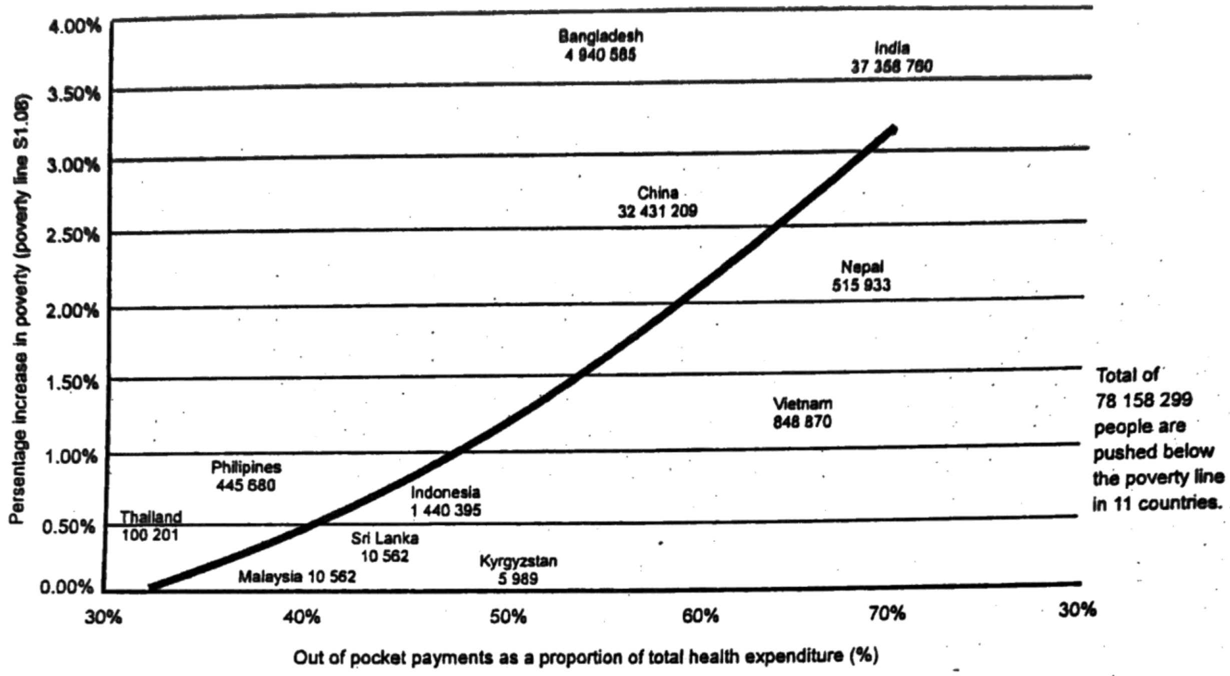
সূত্র ঃ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, ২০১১

স্বাস্থ্যখাতে খরচে সরকার কতটা গুরুত্ব দেয় দেখা যাক — ভারত ও আরও কটা দেশ, ২০০৯

	জিডিপি-র শতাংশ হিসেবে মোট সরকারি ব্যয়	মোট সরকারি ব্যয়ের শতাংশ হিসেবে স্বাস্থ্য	জিডিপি-র শতাংশ হিসেবে স্বাস্থ্য খাতে সরকারি ব্যয়
ভারত	৩৩.৬	৪.১	১.৪
শ্রীলঙ্কা	২৪.৫	৭.৩	১.৮
চীন	২২.৩	১০.৩	২.৩
থাইল্যাণ্ড	২৩.৩	১৪.০	৩.৩

সূত্র ঃ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, ২০০৯

দারিদ্র্য (প্রতিদিন ১.০৮ মার্কিন ডলার)-এ আক্রান্তের সংখ্যা কিভাবে পকেট থেকে খরচের ফলে বদলে যাচ্ছে এশিয়ার ১১ টা দেশে ঃ দেখা যাবে নীচের ছবিতে —



WHO Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control 2011

ভারতের বর্তমান স্বাস্থ্য চিত্র

- কম ওজনের সবচেয়ে বেশি সংখ্যক শিশু (৩ বছরের নীচে ৪৬ শতাংশ)
- বর্তমানে নবজাতকের মৃত্যুর হার প্রতি ১০০০ জীবিত শিশু-জন্মে ৫০;
- প্রতি ১০০০০০ জীবিত শিশু-জন্মে ২১২ জন মা মারা যান;
- জাতীয় লক্ষ্যমাত্রা ২০১৫-র মধ্যে নবজাতকের মৃত্যু-হার ১০০০-এ ৩৮ এবং মায়ের মৃত্যুর হার ১০০০০০-এ ১০০-তে নামিয়ে আনা;
- অসংক্রামক রোগের বোঝা বেড়ে চলেছে।

	২০১১ (১০ লক্ষ)	২০১৩ (১০ লক্ষ)
ডায়াবেটিস	৬১	১০১
উচ্চ রক্ত চাপ	১৩০	২৪০
তামাকের কারণে মৃত্যু	১+	২+
স্ট্রোকের কারণে মৃত্যু (৩৫-৬৪ বছর)	৯.২	১৭.৯

শিশু-মৃত্যু ঃ রাজ্যগুলোতে বৈষম্য কি রকম দেখা যাক

নবজাতকের মৃত্যু-হার	মধ্যপ্রদেশ	ঃ	৭২/ ১০০০
	উত্তরপ্রদেশ	ঃ	৬৯/ ১০০০
	তামিলনাড়ু	ঃ	৩৫/ ১০০০
	কেরালা	ঃ	১৩/ ১০০০

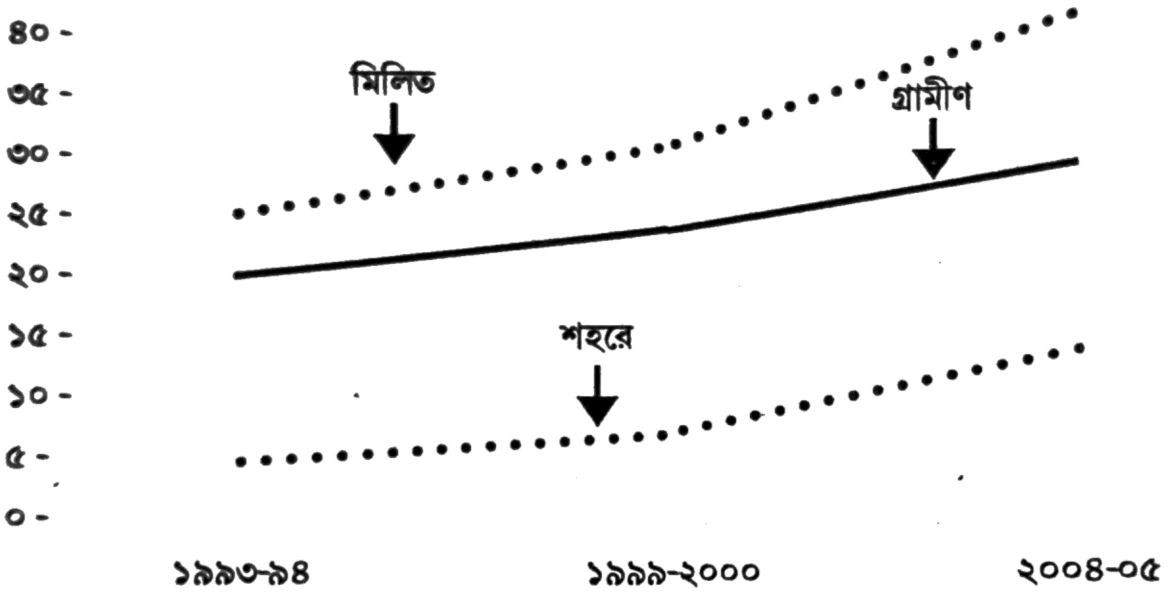
সদ্যোজাতের মৃত্যু-হার কেরালায় ১১/ ১০০০ থেকে ওড়িশায় ৫৩/ ১০০০।

কেন স্বাস্থ্য-ব্যবস্থায় সংস্কার দরকার?

- গ্রামীণ এলাকায় ১৮ শতাংশ ও শহর এলাকায় ১০ শতাংশ অসুস্থ কোনও চিকিৎসা পান না।
- গ্রামীণ এলাকায় ১২ শতাংশ ও শহরের ১ শতাংশ বাসিন্দা চিকিৎসা কেন্দ্রে পৌঁছাতেই পারেন না।
- ২৮ শতাংশ গ্রামবাসী ও ২০ শতাংশ শহরবাসীর চিকিৎসা করানোর পয়সাই নেই।
- যাঁদের হাসপাতালে ভর্তি হতে হয় তাঁদের ৪০ শতাংশেরও বেশি ক্ষেত্রে চিকিৎসা করাতে ধার নিতে হয় বা সম্পত্তি বিক্রি করতে হয়।
- হাসপাতালে ভর্তি মানুষদের ৩৫ শতাংশের বেশি হাসপাতালের খরচের ভারে দারিদ্র্যসীমার নীচে চলে যান।
- জনসংখ্যার ২.২ শতাংশের বেশি হাসপাতালের খরচের ভারে গরিব হয়ে যান।
- নাগরিকদের অধিকাংশ যাঁরা স্বাস্থ্য-পরিষেবার সুযোগ নিতে পারেন না তাঁরা কম আয়ের মানুষ।

তথ্যসূত্র : NSSO (20006)

ভারতে চিকিৎসার জন্য নিজের পকেট থেকে খরচ করায় কিভাবে দারিদ্র্য বাড়ছে?



তথ্যসূত্র : সেলভারাজ ও করণ, ২০০৯

আর্থিক সুরক্ষার বর্তমান প্রকল্পগুলো অর্থাৎ স্বাস্থ্যবিমা প্রকল্পগুলো সাধারণত এসবের খরচ দেয় না :

- আউটডোরে চিকিৎসা
- ওষুধের খরচ
- ল্যাবরেটরি পরীক্ষা-নিরীক্ষা

অথচ এগুলো মিলেই রোগীর পকেট থেকে খরচ হয় সবচেয়ে বেশি।

হাসপাতালে শয্যা, নানা দেশে

দেশ	প্রতি হাজার জনসংখ্যা পিছু শয্যাসংখ্যা	দেশ	প্রতি হাজার জনসংখ্যা পিছু শয্যাসংখ্যা
শ্রীলঙ্কা	৩.১	ব্রিটেন	৩.৯
চিন	৩.০	ভারত	০.৯
থাইল্যান্ড	২.২	নিকারাগুয়া	০.৯
ব্রাজিল	২.৪	টোগো	০.৯
আমেরিকা যুক্তরাষ্ট্র	৩.১	ইন্দোনেশিয়া	০.৬

সূত্র : বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, ২০১১

স্বাস্থ্য-পরিষেবা : গ্রাম শহরে বৈষম্য

- ৮০ শতাংশ ডাক্তার,
- ৭৫ শতাংশ ডিস্পেন্সারি,
- ৬০ শতাংশ হাসপাতাল আছে শহরে।
- পাশকরা ডাক্তার : শহরে ১১.৩/১০০০০ জন ও গ্রামে ১.৯/১০০০০ জন।

এই প্রেক্ষাপটে উচ্চস্তরের বিশেষজ্ঞ দল যে সব বিষয় নিয়ে বিবেচনা করে, সেগুলো হল —

১. মানব সম্পদের প্রয়োজন
২. চিকিৎসা-পরিষেবা মানুষের নাগালে আনা
৩. ব্যবস্থাপনায় সংস্কার
৪ জনসমুদায়ের অংশগ্রহণ
৫. ওষুধপত্র নাগালে আনা
৬. স্বাস্থ্য-পরিষেবায় অর্থের জোগান
৭. সামাজিক যে বিষয়গুলো স্বাস্থ্যকে প্রভাবিত করে।

সর্বজনীন স্বাস্থ্য পরিষেবার যে নির্দেশক নীতি উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল স্থির করেন —

- সবার জন্য
- সমতামূলক
- কাউকে বাদ দেওয়া হবে না আর কারুর প্রতি বৈষম্য নয়
- যুক্তিসঙ্গত ও ভালো গুণমানের পরিষেবা
- আর্থিক সুরক্ষা
- রোগীর অধিকারগুলোর সুরক্ষা
- সরকারি স্বাস্থ্য-পরিষেবা মজবুত করা
- দায়বদ্ধতা ও স্বচ্ছতা
- জনসমুদায়ের অংশগ্রহণ।

তাঁরা লক্ষ্য নির্ধারণ করেন — সমস্ত নাগরিকের জন্য সর্বজনীন স্বাস্থ্য -পরিষেবার প্যাকেজ, যাতে প্রয়োজনীয় প্রাথমিক, দ্বিতীয় ও তৃতীয় স্তরের চিকিৎসা-পরিষেবা থাকবে, সরকার যার খরচ যোগাবে। এক বিশেষজ্ঞ দল মাঝে মাঝে প্যাকেজের উপাদানগুলো ঠিক করবেন। রাজ্যভেদে প্যাকেজের উপাদানে পার্থক্য থাকতে পারে।

চিকিৎসার খরচ কোথা থেকে আসবে ও আর্থিক সুরক্ষা কি ভাবে হবে?

- কেন্দ্র ও রাজ্য সরকারগুলো মিলে স্বাস্থ্যখাতে সরকারি ব্যয় বর্তমানের জিডিপির ১.৪ শতাংশ থেকে বাড়িয়ে দ্বাদশ পরিকল্পনার শেষে অন্তত ২.৫ শতাংশ এবং ২০২২-র মধ্যে অন্তত ৩ শতাংশ করা উচিত।
- ওষুধ কেনায় সরকারি ব্যয় বাড়িয়ে বিনামূল্যে অত্যাবশ্যক ওষুধ সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।
- চিকিৎসা-পরিষেবার অর্থের মূল উৎস হবে সাধারণ কর, সঙ্গে যাঁরা মাইনে পান বা আয়কর দেন তাঁদের মাইনে বা করযোগ্য আয়ের অনুপাত হিসেবে অতিরিক্ত বাধ্যতামূলক অর্থ।
- স্বাস্থ্যের খরচ তোলার জন্য ক্ষেত্র-নির্দিষ্ট কর (Sector-specific taxes) তোলা বন্ধ হোক, যেমন তামাক ও

মদের ওপর বেশি কর।

- জাতীয় স্বাস্থ্য প্যাকেজের জন্য ইউজার ফি বন্ধ হোক — যাঁরা গরিব নন তাঁদের কাছ থেকেও।
- যাতে সব নাগরিক সমান স্তরের অত্যাবশ্যক স্বাস্থ্য পরিষেবা পেতে পারেন তাই নির্দিষ্ট লক্ষ্যে অর্থ স্থানান্তর শুরু হোক যাতে সব রাজ্যে মাথাপিছু স্বাস্থ্যখাতে খরচ সমান হয়।
- রাজ্যগুলোর প্রাকৃতিক ও সামাজিক-সাংস্কৃতিক বৈচিত্র্যকে মাথায় রেখে রাজ্যগুলোর প্রস্তাবিত অর্থ সরবরাহ করা হোক নমনীয় ভাবে ও প্রয়োজন মত।
- সর্বজনীন স্বাস্থ্য পরিষেবার সঙ্গে সরকারি বিমা যোজনাগুলোকে যুক্ত করা হোক ইন্ডিয়া হেলথ কার্ডের মাধ্যমে।

দেখা গেছে যদি প্রস্তাবিত পদক্ষেপগুলো নেওয়া হয় এবং স্বাস্থ্যখাতে মোট খরচ জিডিপি-র ১.৪ শতাংশ অর্থাৎ বর্তমান স্তরেও থেকে যায়, তাহলে রোগীর পকেট থেকে খরচ বর্তমানের ৬৭ শতাংশ থেকে কমে ২০২২-এর মধ্যে ৩৩ শতাংশ হবে।

স্বাস্থ্য-পরিষেবায় ইউজার ফি-র বিরুদ্ধে উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল

ইউজার ফি-র বিরুদ্ধে আলোচনা করতে গিয়ে তাঁরা দুটো উদ্ধৃতি তুলে দিয়েছেন —

- *"চিকিৎসা পরিষেবার জন্য ইউজার ফি নেওয়া শুরু করা হয়েছিল খরচ তোলার এক প্রক্রিয়া হিসেবে আর চিকিৎসা পরিষেবা অপ্রয়োজনীয় ভাবে বেশি ব্যবহার করাকে নিরুৎসাহ করতে। কিন্তু তেমনটা হয় নি বরং ইউজার ফি গরিবদের শাস্তি দিয়েছে।" — ডাঃ মার্গারেট চ্যান, ডিরেক্টর জেনারেল, বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (২০০৯)।*
- *"দ্রুত বিজয়ের রণনীতি হিসেবে মিলেনিয়াম প্রোজেক্ট সুপারিশ করেছে যে ২০০৬-এর শেষের মধ্যে প্রাথমিক শিক্ষা ও অত্যাবশ্যক চিকিৎসা পরিষেবা থেকে ইউজার ফি তুলে নেওয়া হোক।"* — ডাঃ জেফ্রি স্যাকস (২০০৫)।

স্বাস্থ্যের জন্য খরচ ও আর্থিক সুরক্ষা ঃ আরও প্রস্তাব

- স্বাস্থ্যখাতে সমস্ত সরকারি খরচের ৭০ শতাংশ হওয়া উচিত প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য, যার মধ্যে প্রাথমিক স্তরের প্রতিরোধমূলক ও নিরাময়মূলক ব্যবস্থা থাকবে, বিশেষ ঝুঁকিগুলোর বিরুদ্ধে ব্যবস্থা থাকবে।
- বিমা কোম্পানি বা স্বতন্ত্র কোনও সংস্থাকে যুক্ত না করে সবার নাগালে ভাল মানের চিকিৎসা পরিষেবার ব্যবস্থা করতে হবে, কেন না স্বতন্ত্র সংস্থাগুলো পরিষেবাকে খণ্ডিত করে দেয়, ফলে চিকিৎসার খরচ বাড়ে, সমাজে সুস্থ থাকার হার কমে।
- কেন্দ্র ও রাজ্য সরকারের পরিষেবা কেনা উচিত স্বাস্থ্য দপ্তরের সঙ্গে যুক্ত সংস্থাগুলোর মাধ্যমে।
- রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনার জন্য শ্রম দপ্তর যে কারিগরি ও অন্যান্য পরিকাঠামো গড়েছে তা সর্বজনীন স্বাস্থ্য পরিষেবার মর্ম হোক এবং তার দায়িত্ব স্বাস্থ্য ও পরিকল্পনা দপ্তরকে দেওয়া হোক।
- ক্রমশ বিভিন্ন কর্মসূচি (জাতীয় গ্রামীণ স্বাস্থ্য মিশন ও এইচ আই ভি/এডস-এর মত উল্লম্ব কর্মসূচি)-তে দেওয়া পরিষেবাগুলোর মধ্যে সমন্বয় সাধন করা হোক।

চিকিৎসা পরিষেবা পরিচালনায় থাকবে ব্যাপ্তি, গভীরতা, গুণমান ও দায়বদ্ধতা। থাকবে উৎকর্ষ ও দক্ষতা।

- সরকারি পরিষেবাগুলোকে মজবুত করা হোক (বিশেষত গ্রাম ও শহরের প্রাথমিক পরিষেবা, জেলা হাসপাতাল)
- বেসরকারি চিকিৎসা পরিষেবার সঙ্গে চুক্তি হোক (প্রয়োজন ও উপলব্ধতা অনুযায়ী) — তাদের কাছ থেকে কী নেওয়া হবে নির্দিষ্ট করা হোক।

- পরিষেবার নেটওয়ার্ক গড়ে প্রাথমিক, মাধ্যমিক ও উচ্চতর চিকিৎসার সমন্বয় ঘটানো হোক (সরকারি, বেসরকারি, সরকারি-বেসরকারি যৌথ উদ্যোগ)। সরকারি-বেসরকারি যৌথ উদ্যোগ অর্থাৎ পিপিপি-র প্রস্তাবের আমরা বিরোধী।
- গুণমান, খরচ ও ফলাফল নজরে রাখা হোক ও নিয়ন্ত্রণ করা হোক।
- প্রত্যেক নাগরিককে স্বাস্থ্য পরিষেবার বিভিন্ন স্তরে জাতীয় স্বাস্থ্য প্যাকেজের অংশ হিসেবে অত্যাবশ্যক ও প্রামাণ্য চিকিৎসা পরিষেবার অধিকার দেওয়া হোক।
- দ্বিতীয় ও তৃতীয় স্তরের পরিষেবা সমান ও উন্নত ভাবে পৌঁছে দিতে শয্যার যথাযথ ব্যবস্থা করা হোক।
- পরিষেবার সমস্ত স্তরে গুণমান নিশ্চিত করা হোক।

নির্ভরযোগ্য ও কার্যকরী ওষুধ সরবরাহ ব্যবস্থার মূল বৈশিষ্ট্যগুলো কি হবে?

- স্বাস্থ্যখাতে সরকারি খরচের অন্তত ১৫ শতাংশ হোক ওষুধের জন্য, অত্যাবশ্যক ওষুধের তালিকায় থাকা ওষুধগুলো সরকারকেই কিনতে হবে।
- আয়ুর্বেদ, উনানি, সিদ্ধ হোমিওপ্যাথির আলাদা অত্যাবশ্যক ওষুধের তালিকা করতে হবে, রাজ্যস্তরে তা কেন্দ্রীয় ভাবে কিনতে হবে।
- প্রামাণ্য চিকিৎসা বিধি (Standard Treatment Guidelines) অনুযায়ী প্রেসক্রিপশন ও ডিসপেন্সিং করতে হবে।
- স্বচ্ছ টেন্ডার পদ্ধতির মাধ্যমে ওষুধ কিনতে হবে।
- ভাল গুণমানের জেনেরিক ওষুধ নিশ্চিত করতে হবে।
- প্রত্যেক জেলায় গুদাম থাকবে।
- ওষুধ, টিকা ও পরীক্ষার সরঞ্জাম কেনার জন্য স্বায়ত্তশাসিত সংস্থা চাই।
- ওষুধের গুণবত্তা পরীক্ষার ল্যাবরেটরি নথিভুক্ত করতে হবে।
- দ্রুত দাম মেটানোর ব্যবস্থা চাই।

ওষুধ, টিকা ও কারিগরি নাগালে আনতে

- ওষুধের যুক্তি সঙ্গত ব্যবহার নিশ্চিত করতে হবে।
- ওষুধ নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা মজবুত করার জন্য স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রককে ক্ষমতা দিতে হবে।
- ফার্মাসিউটিকাল দপ্তরকে স্বাস্থ্য মন্ত্রকের অধীনে দেওয়া হোক।

স্বাস্থ্য-পরিষেবার জন্য মানবসম্পদ

- পর্যাপ্ত সংখ্যায় বিভিন্ন স্তরে প্রশিক্ষিত চিকিৎসক ও চিকিৎসাকর্মী নিশ্চিত করা হোক, গুরুত্ব পাক প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবা।
- গ্রামীণ ও আদিবাসী এলাকায় আশাকর্মীর সংখ্যা (ASHA) দ্বিগুণ করা হোক, জনসংখ্যার ১০০০ পিছু ১ থেকে বাড়িয়ে ১০০০ পিছু ২।
- মাঝারি স্তরের স্বাস্থ্যকর্মী চালু করা হোক — গ্রামীণ উপকেন্দ্র গুলোতে Bachelor of Rural Health Care (BRHC) প্র্যাক্টিশনার ও শহরের উপকেন্দ্রগুলোতে নার্স প্র্যাক্টিশনার।
- ব্লক, জেলা, রাজ্য ও জাতীয় স্তরে মানব সম্পদ ম্যানেজমেন্ট উন্নত করা হোক।
- স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য মানব সম্পদের শিক্ষা ও প্রশিক্ষণের গুণমান উন্নত করা হোক।

- প্রয়োজনীয় সংখ্যক স্বাস্থ্যকর্মী তৈরির জন্য অতিরিক্ত শিক্ষা প্রতিষ্ঠান খুলতে অর্থ বিনিয়োগ করা হোক।
- সামাজিক স্বাস্থ্যকর্মী প্রশিক্ষণের জন্য আলাদা ব্যবস্থা স্থাপন করা হোক।
- জেলাগুলোতে স্বাস্থ্যজ্ঞান কেন্দ্র (District Health Knowledge Institutes) স্থাপন করা হোক।
- স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য মানব সম্পদের জাতীয় কাউন্সিল স্থাপন করা হোক।

ম্যানেজমেন্ট ও প্রাতিষ্ঠানিক পুনর্গঠন

- জনস্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্য ম্যানেজমেন্ট-এর কর্মী ও পরিকাঠামো গড়ে তুলতে হবে।
- উন্নততর মানব সম্পদ অভ্যাস গড়ে তুলতে হবে যাতে ভালোভাবে কর্মীদের নিয়োগ, ধরে রাখা, উদ্দীপিত করা ও কাজ করানো যায়, যুক্তিসঙ্গত বেতন ও উৎসাহ ভাতা দেওয়া যায়, দক্ষতা অনুযায়ী পদোন্নতি হয়।
- সুসমঞ্জস মানের এক স্বাস্থ্য তথ্য কারিগরি নেটওয়ার্ক গড়ে তুলতে হবে যাতে সমস্ত অংশীদার তার সুযোগ নিতে পারেন।
- ম্যানেজমেন্ট ও নিয়ন্ত্রক সংস্থাগুলোর মধ্যে মজবুত বন্ধন চাই আর রোগী ও সমাজের প্রতি দায়বদ্ধতা নিশ্চিত করতে হবে।
- অর্থের জোগান সহজ করতে অর্থ সরবরাহ ও বাজেট পদ্ধতি স্থাপন করা চাই।

জনসমুদায়ের অংশগ্রহণ ও নাগরিকদের ভাগীদারি

- বর্তমানের গ্রামীণ স্বাস্থ্য সমিতি (বা স্বাস্থ্য ও স্যানিটেশন সমিতি) গুলোকে স্বাস্থ্য পরিষদে পরিণত করা হোক যাতে নাগরিকরা অংশ নেবেন।
- নিয়মিত স্বাস্থ্য সংসদের আয়োজন করতে হবে।
- নির্বাচিত জনপ্রতিনিধি এবং গ্রামাঞ্চলে পঞ্চায়েত ও শহরাঞ্চলে পুরসভার ভূমিকা বাড়ানো হোক।
- নাগরিক সমাজ ও অসরকারি সংস্থা (এন জি ও) -গুলোর ভূমিকা মজবুত করা হোক।
- ব্লক স্তরে আনুষ্ঠানিক অভিযোগের প্রতিবিধান (grievance redressal)-এর ব্যবস্থা করা হোক।

চিকিৎসা ছাড়িয়ে স্বাস্থ্য

"স্বাস্থ্য বিজ্ঞান থেকে লাফিয়ে বেরোয় আর আশপাশের সমাজ থেকে পুষ্টি সংগ্রহ করে।" — গুনার মিরডাল, সুইডিশ অর্থনীতিবিদ, নোবেল পদক-বিজেতা।

যেসব বিষয়ে নীতি আর কর্মসূচিজনস্বাস্থ্যের প্রয়োজনগুলোর প্রতি সংবেদনশীল হতে হবে, প্রতিক্রিয়া দেখাতে হবে — অর্থ, জল, নিকাশি, কৃষি, খাদ্য-প্রক্রিয়াকরণ, শিক্ষা, গ্রামীণ উন্নয়ন, শহরের পরিকল্পনা, পরিবহন, যোগাযোগ, বাণিজ্য, পরিবেশ।

উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দলের সুপারিশ

জাতীয় স্বাস্থ্য উন্নয়ন ও সুরক্ষা ট্রাস্ট (National Health Promotion and Protection Trust) গঠন করা হোক যাতে ঃ

- কার্যকরী স্বাস্থ্য শিক্ষা, প্রসার ও তথ্য ভাগ করে নেওয়া যায়।
- জনসাধারণ, রোগী, চিকিৎসা-প্রদানকারীদের সর্বজনীন স্বাস্থ্য-বিষয়ক শিক্ষা দেওয়া যায়।
- অন্যান্য ক্ষেত্রে নীতি ও কর্মসূচিগুলোর স্বাস্থ্যের ওপর প্রভাব হিসেব করা যায়।
- আন্তর্জাতিক সংস্থাগুলোর সঙ্গে যোগাযোগ করে সুঅভ্যাস, নীতি নির্ধারণ করা যায়, বিশ্বের পটভূমি থেকে শিক্ষা নেওয়া যায়।

উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল তাঁদের রিপোর্ট শেষ করেছেন এক উদ্ধৃতি দিয়ে —
"If we don't create the future, the present extends itself" **(আমরা যদি ভবিষ্যৎকে সৃষ্টি না করি, তাহলে বর্তমান প্রলম্বিত হবে।)** — Toni Morrison (Song of Solomon)

আসুন দেখি যোজনা কমিশন কি বলছে —

- বাজেটের ২.৫ শতাংশ নয়, ব্যয়বরাদ্দ বাড়িয়ে করা হবে ১.৫৮ শতাংশ।
- কেন্দ্রীয় বরাদ্দ হবে রাজ্য নিজে স্বাস্থ্যখাতে যা ব্যয় করে তার চেয়ে বেশি। কেন্দ্র কর বাবদ রাজ্য থেকে যে অর্থ নেয়, ফেরত দেয় তার ১৫-২০ শতাংশ। বেশির ভাগ রাজ্য স্বাস্থ্য খাতে ব্যয় বাড়াতে পারবে না।
- জাতীয় গ্রামীণ স্বাস্থ্য মিশন, জননী সুরক্ষা যোজনা, পরিবার পরিকল্পনা, টিকাদান, যক্ষা-ম্যালেরিয়া-ডায়েরিয়া প্রতিরোধ ইত্যাদি সবই এখন চলে কেন্দ্রের অর্থে। রাজ্যে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দের অর্ধেক যদি কেন্দ্র দেয়, তবে ব্যয়বরাদ্দ বাড়া তো দূরের কথা, কমে যাবে।
- সরকার স্বাস্থ্য পরিষেবায় নিজের কেন্দ্রীয় ভূমিকা ত্যাগ করে মূলত ম্যানেজার হিসেবে কাজ করবে।
- বেসরকারি স্বাস্থ্য পরিষেবা ও স্বাস্থ্যবিমার ভূমিকা হবে প্রধান ।এ বিষয়ে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র ও মেক্সিকোর ম্যানেজড হেলথ কেয়ার -এর উদাহরণ দেওয়া হয়েছে।
- উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দলের সুপারিশ করা হেলথ প্যাকেজ ও প্রয়োজনে বেসরকারি প্রতিষ্ঠানের সঙ্গে চুক্তির বদলে সরকারের পয়সায় বেসরকারি স্বাস্থ্য পরিষেবার উন্নতি করার কথা বলা হয়েছে।
- লাভজনক তৃতীয় স্তরের পরিষেবাকে তুলে দেওয়া হবে কর্পোরেট হাসপাতালের হাতে।
- যেটুকু সরকারি ব্যবস্থা আছে, সেটুকুও গুটিয়ে ফেলা হবে।
- সরকারি অনুদানে বেসরকারি স্বাস্থ্য ব্যবসায়ীরা ও অসরকারি সংস্থাগুলো নতুন চিকিৎসা পরিকাঠামো গড়ে তুলবে।
- প্রতি পরিবার নিজের পছন্দমতো বেসরকারি হাসপাতাল বেছে নেবেন, সরকার একটা সীমা অবধি তার মূল্য চুকিয়ে দেবে।
- জাতীয় স্বাস্থ্য প্যাকেজের উল্লেখ অবধি নেই।
- চিকিৎসকের অভাব মেটানোর জন্য প্রাইভেট হাসপাতাল ও মেডিকেল কলেজ গড়ে তোলার জন্য উৎসাহ দিতে সরকার মোট খরচের ২০ শতাংশ অবধি অনুদান দেবে।
- তাদের আয় বাড়ানোর জন্য কর ছাড় দেওয়া হবে।
- সরকারি অর্থে গড়ে তোলা হাসপাতালে ইউজার ফি সবই নেওয়া যাবে।

উল্লেখ নেই

■ জেনেরিক নামের ওষুধ প্রচলনের ■ বিনা পয়সায় অত্যাবশ্যক ওষুধ সরবরাহের ■ ওষুধের মূল্য নিয়ন্ত্রণের ।

তাই প্রশ্ন যোজনা কমিশন যদি উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দলের সুপারিশ নাই মানবে তাহলে এ দল তৈরি করা হলই বা কেন? কেবল প্রশ্ন তুলেই আমরা ক্ষান্ত দেবো না, সর্বজনীন স্বাস্থ্যের দাবিতে জনসচেতনতা গড়ে তোলা আমাদের লক্ষ্য।

আমাদের আওয়াজ হোক — স্বাস্থ্যের জন্য সংগ্রাম কর। ১৯৮৩ সালে অল বেঙ্গল জুনিয়র ডাক্তার ফেডারেশন আন্দোলনের স্লোগান ছিল — স্বাস্থ্য আমার অধিকার।

জনমুখী ওষুধের আন্দোলনে যেমন ১৯৭৫-এ প্রকাশিত হাথি কমিটির রিপোর্ট আমাদের হাতিয়ার, তেমনই সর্বজনীন স্বাস্থ্যের অধিকারের দাবিতে আন্দোলনে আমাদের হাতিয়ার হোক— শ্রীনাথ রেড্ডি কমিটির রিপোর্ট।