সুন্দরবন শ্রমজীবী
হাসপাতালের মুখপত্র

গ্রাম কথা

নব পর্যায়, তৃতীয় বর্ষ, দ্বিতীয় সংখ্যা
২৭ ডিসেম্বর, ২০১৫, ১০ই পৌষ ১৪২২
sekhar_university@yahoo.co.in
ফোন : ৮৬০৯৬৬৫৫২০
৮৬৪২৯০২৬৫৩

দশ টাকা

সূচি

- নারী জাতির ইতিকথা — রত্না মালী ৭
- ছত্রাক সংক্রমণের হাত থেকে বাঁচার ১০টি ঘরোয়া উপায় — তুহিন গাঙ্গুলী ৯
- আমরাও কি পারি না — পার্থ নাগ ১০
- ফুলের সাথে প্রজাপতির কবিতা — মন্টু সরদার ১১
- রং তুলিতে গ্রামের ছবি — সুমঙ্গল দে ১১
- এই আমাদের শ্রমজীবী — রীণা মাহাতো ১১
- আমরাও বাঁচতে চাই — মিতালী সরদার ১১
- মন ভালো নেই — সুমিত দাশ ১২
- কিছু মানবিক পাগলের গল্প ১৩
- ঈশ্বর, আল্লাহ আর মানুষ — মোহিত রণদীপ ১৪
- গ্রামীণ চিকিৎসকদের না নিয়ে সবার জন্য স্বাস্থ্য-এর স্বপ্নকে বাস্তবায়িত করা যাবে না— পুণ্যব্রত গুণ ১৬
- কালাজ সাপ (common krait) কামড়ের লক্ষণসমূহ ও প্রেক্ষাপট — বিজন ভট্টাচার্য ১৯
- ডাক্তারের রায় (R. K. Narayan-এর গল্প The Doctor's Word) অবলম্বনে — শোভা কুণ্ডু ২৪
- অলীক সংলাপ — সন্দীপ রায় ২৭

ডি অ্যাণ্ড পি গ্রাফিকস্ প্রা. লি., ১৪৩ ওল্ড যশোর রোড, গঙ্গানগর, কলকাতা ৭০০১৩২, ফোন : ০৩৩-২৫১৮ ৮৮৮০ হইতে মুদ্রিত।

গ্রামীণ চিকিৎসকদের না নিয়ে
সবার জন্য স্বাস্থ্য-এর স্বপ্নকে বাস্তবায়িত করা যাবে না

পুণ্যব্রত গুণ

১৯৭৭-এ তৎকালীন সোভিয়েত ইউনিয়নের আলমা আটায় প্রাথমিক স্বাস্থ্যপরিষেবা নিয়ে এক কনফারেন্সে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা '২০০০ খ্রীষ্টাব্দের মধ্যে সবার জন্য স্বাস্থ্য'-এর লক্ষ্য নির্ধারণ করেছিল অর্থাৎ সকল দেশের সরকার ঐ সময়ের মধ্যে নিজ নিজ দেশের সমস্ত নাগরিকের স্বাস্থ্যরক্ষার দায়িত্ব নেবে। আলমা আটার ঘোষণা পত্রে স্বাক্ষরকারী দেশগুলোর মধ্যে অন্যতম ছিল ভারত। ২০০০ খ্রীষ্টাব্দের পর ১৫ বছর কেটে গেছে, তবু আমাদের দেশে এই লক্ষ্য অধরা।

এমনই এক প্রেক্ষাপটে দ্বাদশ পঞ্চবার্ষিকী পরিকল্পনার আগে ২০১০-এ ভারতের যোজনা কমিশন সবার জন্য স্বাস্থ্য-পরিষেবা নিয়ে এক উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল (High Level Expert Group on Universal Health Coverage) নিয়োগ করে। পাব্লিক হেলথ ফাউন্ডেশন অব ইণ্ডিয়ার প্রধান ডা. শ্রীনাথ রেড্ডির নেতৃত্বাধীন এই বিশেষজ্ঞ দল ২০১১-এ স্বাস্থ্যমন্ত্রীর কাছে তার সুপারিশ পেশ করে।

উচ্চস্তরের বিশেষজ্ঞ দল যেসব বিষয় নিয়ে বিবেচনা করে, সেগুলো এরকম—

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

এই উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল ইউনির্ভাসাল হেলথ কভারেজ অর্থাৎ সবার জন্য স্বাস্থ্য-এর সংজ্ঞা নিরূপণ করেন এভাবে— আয়ের স্তর, সামাজিক অবস্থান, লিঙ্গ, জাতি বা ধর্ম নির্বিশেষে দেশের যে কোন অংশে বসবাসকারী সমস্ত ভারতীয় নাগরিকের জন্য যথাযথ খরচের, দায়বদ্ধ ও সঠিক, নিশ্চিত গুণমানের স্বাস্থ্য-পরিষেবার (উন্নয়নমূলক, প্রতিরোধমূলক, নিরাময়মূলক ও পুর্নবাসনমূলক) সমান লভ্যতা নিশ্চিত করা, ব্যক্তিদের ও জনসমুদায়গুলোকে স্বাস্থ্যের বৃহত্তর নির্ণায়কগুলোকে নির্ধারণ করে এমন জনস্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়া— সরকার এসব স্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত পরিষেবার ব্যবস্থা করবেন এবং নিশ্চিত করবেন, যদিও সরকারই একমাত্র পরিষেবাপ্রদানকারী হবেন—এমনটা নয়।

সর্বজনীন স্বাস্থ্য পরিষেবার যে নির্দেশক নীতিগুলো উচ্চ-স্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল স্থির করেন, সেগুলো এরকম—

- পরিষেবা সবার জন্য,
- পরিষেবা সবার জন্য সমান,
- কাউকে বাদ দেওয়া হবে না আর কারুর প্রতি বৈষম্য করা হবে না,
- পরিষেবা হবে যুক্তিসঙ্গত ও ভালো গুণমানের,
- আর্থিক সুরক্ষার ব্যবস্থা থাকবে,
- রোগীর অধিকারগুলোকে সুরক্ষা দেওয়া হবে,
- সরকারী স্বাস্থ্য-পরিষেবা মজবুত করা হবে,
- পরিষেবায় দায়বদ্ধতা ও স্বচ্ছতা থাকবে,
- নীতি-নির্ধারণ ও পরিচালনায় জনসমুদায়ের অংশগ্রহণ থাকবে।

তাঁরা সরকারী পরিসংখ্যান উদ্ধৃত করে বলেন কেন স্বাস্থ্য ক্ষেত্রে সংস্কার জরুরী—

- যাঁদের হাসপাতালে ভর্তি হতে হয় তাঁদের ৪০% -এরও বেশী ক্ষেত্রে চিকিৎসা করাতে ধার নিতে হয় বা সম্পত্তি বিক্রি করতে হয়।

- গ্রামীণ এলাকায় ১৮% ও শহর এলাকায় ১০% অসুখের কোনও চিকিৎসা হয় না।
- গ্রামীণ এলাকার ১২% ও শহরের ১% বাসিন্দা চিকিৎসা কেন্দ্রে পৌঁছতেই পারেন না।
- ২৮% গ্রামবাসী ও ২০% শহরবাসীর চিকিৎসা করানোর পয়সাই নেই।
- হাসপাতালে ভর্তি মানুষদের ৩৫%-এরও বেশী হাসপাতালের খরচের ভারে দারিদ্রসীমার নীচে চলে যান।
- জনসংখ্যার ২.২% -এর বেশী হাসপাতালের খরচের ভারে গরীব হয়ে যান।
- নাগরিকদের অধিকাংশ যাঁরা স্বাস্থ্য-পরিষেবার সুযোগ নিতে পারেন না তাঁরা কম আয়ের মানুষ।

গ্রাম-শহরের বৈষম্যের কথা বলতে গিয়ে তাঁরা দেখান—

৮০% ডাক্তার, ৭৫% ডিস্পেন্সারী, ৬০% হাসপাতাল আছে শহরে। পাশ করা ডাক্তারের ঘনত্ব যেখানে শহরে ১০০০০ মানুষ-পিছু ১১.৩ জন, সেখানে গ্রামে ১০০০০ জনে ১.৯।

বিশেষজ্ঞ-দল সমস্ত নাগরিকের জন্য সর্বজনীন স্বাস্থ্য-পরিষেবার প্যাকেজ-এর কথা বলেন, যাতে প্রয়োজনীয় প্রাথমিক, মাধ্যমিক ও উচ্চতর চিকিৎসা-পরিষেবা থাকবে, সরকার যার খরচ জোগাবে। তাঁরা বলেন—এক বিশেষজ্ঞ দল মাঝে মাঝে প্যাকেজের উপাদানগুলো ঠিক করবেন, রাজ্যভেদে প্যাকেজের উপাদানে পার্থক্য থাকতে পারে।

চিকিৎসার খরচ ও আর্থিক সুরক্ষা বিষয়ে বিশেষজ্ঞ দলের বক্তব্য ছিল—

- কেন্দ্র ও রাজ্য সরকারগুলো মিলে স্বাস্থ্যখাতে সরকারী ব্যয় বর্তমানের জিডিপির ১.৪% থেকে বাড়িয়ে দ্বাদশ পরিকল্পনার শেষে অন্তত ২.৫% এবং ২০২২-এর মধ্যে অন্তত ৩% করা উচিত।
- ওষুধ কেনায় সরকারী ব্যয় বাড়িয়ে বিনামূল্যে অত্যাবশ্যক ওষুধ সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।
- চিকিৎসা-পরিষেবায় অর্থের মূল উৎস হবে সাধারণ কর, সঙ্গে যাঁরা মাইনে পান বা আয়কর দেন তাঁদের মাইনে বা করযোগ্য আয়ের অনুপাত হিসেবে অতিরিক্ত বাধ্যতামূলক অর্থ।

স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য মানব সম্পদ সম্পর্কে উচ্চস্তরীয় দলের সুপারিশ—

- পর্যাপ্ত সংখ্যায় বিভিন্ন স্তরে প্রশিক্ষিত চিকিৎসক ও চিকিৎসাকর্মী নিশ্চিত করা হোক, গুরুত্ব পাক প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবা।
- গ্রামীণ ও আদিবাসী এলাকায় ASHA-এর সংখ্যা দ্বিগুণ করা হোক, জনসংখ্যার ১০০০ পিছু ১ থেকে বাড়িয়ে ১০০০ পিছু ২।
- মাঝারি স্তরের স্বাস্থ্য কর্মী চালু করা হোক—গ্রামীণ উপকেন্দ্রগুলোতে ব্যাচেলর অফ রুরাল হেলথ কেয়ার (BRHC) প্র্যাকটিশনার ও শহরের উপকেন্দ্রগুলোতে নার্স প্র্যাকটিশনার।

আমরা যদি বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার নির্দেশিকা দেখি তাহলে দেখব প্রতি ১০০০০ মানুষ পিছু ২৫ জন চিকিৎসাকর্মীর সুপারিশ করা হয়েছে—অর্থাৎ ডাক্তার, নার্স, দাই ইত্যাদি কতজন কি তা নির্দিষ্ট করা হয়নি। আমাদের দেশে এই সংখ্যা ১০০০০ জনে ১৯ জন (প্রশিক্ষিত ও অপ্রশিক্ষিত মিলিয়ে)। পাশ-করা ডাক্তারের সংখ্যা যদি দেখি তা হয়—১০০০০ জনে ৬ জন। গ্রামে যেখানে ১০০০০ জনে পাশ করা ডাক্তারের সংখ্যা ৩.৯ জন, সেখানে শহরাঞ্চলে ১৩.৩ জন অর্থাৎ প্রায় চারগুণ বেশী। দেশের প্রায় ৫ লক্ষ মেডিক্যাল গ্র্যাজুয়েটের তিন-চতুর্থাংশ শহর বা শহরের আশেপাশে কাজ করেন, যেখানে দেশের এক-তৃতীয়াংশেরও কম মানুষের বাস। আর গ্রামীণ জনতার সামান্য প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবাটুকুও নেই অধিকাংশ ক্ষেত্রে।

উত্তরপ্রদেশের গ্রামাঞ্চলে এক সার্ভেতে দেখা যায়—মাত্র ৬% রোগীর চিকিৎসা করেন এম বি বি এস ডাক্তার, ২৮% শতাংশ-এর AYUSH ডাক্তার আর ৬৬%-এর চিকিৎসা হয় অপ্রশিক্ষিত গ্রামীণ চিকিৎসকদের হাতে।

পশ্চিমবঙ্গের দক্ষিণ ২৪ পরগণার পাথরপ্রতিমা ব্লকের সাম্প্রতিক পরিসংখ্যান থেকে দেখা যায়—সেখানকার জনসংখ্যা প্রায় সাড়ে তিন লাখ, সরকারী ডাক্তারের সংখ্যা ১০ জনেরও কম, অথচ গ্রামীন ডাক্তার প্রায় ৪০০ জন। একজন অসুস্থ শিশুকে সরকারী ডাক্তারের কাছে নিয়ে যেতে হয় অধিকাংশ সময় নদীপথে, সময় লাগে ৪ থেকে ৬ ঘন্টা। ফলে ৮৫% অসুস্থ শিশুকেই চিকিৎসা পেতে হয় গ্রামীণ ডাক্তারের কাছে।

২০০৯-এ পশ্চিমবঙ্গের তিনটে জেলায় সার্ভে করে দেখা যায় ৫৪% গ্রামীণ মানুষ গ্রামীণ চিকিৎসকদের দ্বারা চিকিৎসিত

হন। খুব সম্প্রতি ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অফ কলেরা এণ্ড এন্টেরিক ডিজিজেজ (NICED)-এর এক সমীক্ষক-দল দেখেন মালদা জেলার গ্রামবাসীদের অর্ধেকের বেশী সাধারণ রোগের জন্য গ্রামীণ ডাক্তারদেরই সাহায্য নেন।

পশ্চিমবঙ্গের বর্তমান পরিসংখ্যানটা মোটামুটি এরকম—পাশকরা ডাক্তার আছেন প্রায় ৪৩ হাজার। সবার কাছে স্বাস্থ্য-পরিষেবা পাশকরা ডাক্তারের মাধ্যমে পৌছাতে হলে দরকার আরও ৬৫ হাজার ডাক্তার, বর্তমান হারে ডাক্তার তৈরী হলে আমাদের অপেক্ষা করতে হবে ২০৫৫ সাল অবধি।

আর সমস্ত স্বাস্থ্য সমস্যার জন্য পাশ করা ডাক্তার কিন্তু জরুরীও নয়। জাতীয় গ্রামীণ স্বাস্থ্য মিশন (NRHM)-এর টাস্ক ফোর্স ২০০৭-এর রিপোর্টে বলে—মারক রোগগুলোকে প্রতিহত করার জন্য উঁচু মানের ডাক্তারী দক্ষতা বা দামী রোগ-নির্ণয় প্রযুক্তির দরকার হয় না। প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবা দিয়েই এই সমস্যাগুলোর সমাধান করা যায়। আসল সমস্যা হল মানুষের কাছে প্রাথমিক স্বাস্থ্য-পরিষেবা না পৌছানো।

এম বি বি এস-এর চেয়ে কম সময় যাঁরা প্রশিক্ষণ পেয়েছেন, তাঁদের ডাক্তারী দক্ষতা নিয়ে এক পর্যবেক্ষণের কথা বলি। পাব্লিক হেলথ ফাউণ্ডেশন অফ ইণ্ডিয়ার কৃষ্ণ ডি রাও এই সমীক্ষাটা করেন ছত্তিশগণের এক এলাকায়। ছত্তিশগড় ও আসাম হল দেশের দুটো রাজ্য যেখানে কম সময়ের ডাক্তার তৈরীর কোর্স চালু করা হয়। অবশ্য ডাক্তার বলা হয় না, ছত্তিশগড়ে বলা হয় রুরাল মেডিকাল এসিস্টেন্ট বা আর এম এ। দেখা যায় প্রাথমিক পরিষেবায় যে রোগ বা সমস্যাগুলো দেখা যায় সেগুলো সামলাতে এম বি বি এস ডাক্তার ও আর এম এ-রা সমান দক্ষ। কম দক্ষ AYUSH চিকিৎসকরা। প্যারামেডিকাল কর্মীরা সবচেয়ে কম দক্ষ।

বর্তমান সময় থেকে অনেক বছর পিছিয়ে যাই, নজর রাখি প্রতিবেশী দেশ চীনে। চীনে পাশ্চাত্য মেডিসিনের প্রথম স্কুল স্থাপিত হয় ১৮৮১ সালে। ১৯৪৯-এ শোষণমুক্তির আগে সে দেশে মেডিক্যাল কলেজ ছিল মাত্র একটা, ১৯১৬-এ স্থাপিত পিকিং ইউনিয়ন মেডিক্যাল কলেজ। সেই কলেজ থেকে ১৯২৪ থেকে ১৯৪২ অবধি পাশ করে বেরোনো মেডিক্যাল গ্র্যাজুয়েটের সংখ্যা ছিল মাত্র ৩১৩ জন, তাঁরাও মূলত বিদেশী শাসক-শোষকদের সেবায় লাগতেন। ১৯৪৯-এর পর কিন্তু শ্রমিক-কৃষকের সরকার সমস্ত নাগরিকের জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্ভব করেছিল, তা সম্ভব হয়েছিল আধুনিক ডাক্তারদের সঙ্গে প্রাতিষ্ঠানিক প্রশিক্ষণহীন গ্রামীন চিকিৎসকদের যুক্ত করে।

পশ্চিমবঙ্গে গ্রামীণ চিকিৎসকদের যুক্তিসঙ্গত চিকিৎসায় প্রশিক্ষিত করার কাজ করে সোসাইটি ফর সোশ্যাল ফার্মাকোলজি রুরাল মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার্স' এসোশিয়েশনের সঙ্গে। কাজ করে বাঁকুড়ার আমাদের হাসপাতাল, বীরভূম লিভার ফাউণ্ডেশন।

প্রশিক্ষিত গ্রামীন চিকিৎসকদের ওপর এক সমীক্ষা চালান ম্যাসাচুসেটস ইন্সিটিটিউট অফ টেকনোলজি-র অভিজিৎ বিনায়ক বন্দ্যোপাধ্যায়। দেখা যায়—তাঁদের চিকিৎসাপদ্ধতির মানোন্নয়ন হয়েছে, ভুল ওষুধের ব্যবহার কমেছে, রোগীদের ক্ষতি কম হচ্ছে, রোগীরাও তাদের ওপর আস্থা স্থাপন করছেন।

জয়পুরের ইন্সটিটিউট অফ হেলথ ম্যানেজমেন্ট রিসার্চ-এর বরুণ কাঞ্জিলাল গ্রামীণ চিকিৎসকদের নিয়ে গবেষণা চালাচ্ছেন বহুদিন। তাঁর সুপারিশ হল—সমস্ত গ্রামীণ ডাক্তারদের নথিভুক্ত করা হোক। তাঁদের নিয়মিত প্রশিক্ষণ দেওয়া হোক যাতে তাঁরা যুক্তিসঙ্গতভাবে প্রাথমিক চিকিৎসা করতে পারেন এবং নিজের সীমা কতোটা তা বোঝেন। তাঁদের সরকারী প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রগুলোর সঙ্গে যুক্ত করা হোক, যাতে তাঁরা সরকারী ডাক্তারদের নজরদারীতে কাজ করতে পারেন।

আমরাও মনে করি—গ্রামীণ চিকিৎসকদের স্বাস্থ্য-পরিষেবা ব্যবস্থার সঙ্গে যুক্ত করার মধ্যে দিয়েই চিকিৎসা-কর্মীর অভাব পূরণ হতে পারে, কিছুটা বাস্তবায়িত হতে পারে সবার জন্য স্বাস্থ্যের স্বপ্ন।

তাছাড়া গ্রামীণ তরুণ-তরুণীদের যথাযথ স্বল্পকালীন ট্রেনিং দিয়ে স্বাস্থ্যকর্মী হিসেবে তৈরী করেও প্রাথমিক চিকিৎসার কাজ অনেকটা করানো যায়। এই বিষয়ে আমার সংগঠন শ্রমজীবী স্বাস্থ্য উদ্যোগ প্রায় দেড় দশক ধরে কাজ করে যাচ্ছে। আমার আরেক সংগঠন সুন্দরবন শ্রমজীবী হাসপাতালও প্রত্যন্ত দ্বীপে তরুণ-তরুণীদের ট্রেনিং দিয়ে স্বাস্থ্যকর্মী রূপে গড়ে তোলার পরিকল্পনা করছে। আমাদের অভিজ্ঞতা আর আমাদের স্বপ্নের কথা বলব পরে কখনও। □

লেখক পরিচিতি : ডা. পুণ্যব্রত গুণ (এম বি বি এস) শ্রমজীবী স্বাস্থ্য উদ্যোগের সংগঠক ও স্বাস্থ্যের বৃত্তে পত্রিকার সম্পাদক।