

उत्तर बंगाल की चिकित्सा और स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के इतिहास का अध्ययन करने के लिए

Amit Kumar^{1*}, Prof. Dr. Pramod Kumar²

¹ Research Scholar Department of Humanity Capital University Jharkhand

² Director and Dean -Academic-Capital University Koderma Jharkhand

सार - सर्वविदित है कि स्वास्थ्य एक बहुआयामी अवधारणा है जो जैविक, सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक और राजनीतिक तत्वों द्वारा निर्धारित होती है। प्राथमिक आवश्यकताएँ जैसे भोजन, शुद्ध जलापूर्ति, आवास, सफाई प्रबंधन और स्वास्थ्य सेवाओं तक जनता की पहुँच उसके स्वास्थ्य स्तर को प्रभावित करती है और यह सब नैतिकता और पोषक संकेतकों द्वारा प्रतिबिंबित होता है। स्वास्थ्य किसी बालक के संपूर्ण विकास के लिए ज़रूरी निवेश है और यह विशेष तौर पर उसके नामांकन, ठहराव और स्कूल के समापन को प्रभावित करता है। यह विषय क्षेत्र स्वास्थ्य की समय परिभाषा को ग्रहण करता है जिसवेफ अंतर्गत शारीरिक शिक्षा और योग बच्चे के शारीरिक, सामाजिक, भावात्मक और मानसिक विकास में योगदान करते हैं।

कीवर्ड - चिकित्साए स्वास्थ्यए देखभाल प्रणालियों

-----X-----

प्रस्तावना

वैश्विक स्तर पर भारतीय चिकित्सा प्रणाली कदम

वैश्विक स्तर पर भारतीय चिकित्सा प्रणाली और आयुर्वेद की शिक्षा को बढ़ावा देने के लिये आयुष मंत्रालय ने विदेशी विश्वविद्यालयों/संस्थानों के साथ 13 समझौता ज्ञापनों पर हस्ताक्षर किये हैं। पारंपरिक चिकित्सा और होम्योपैथी के क्षेत्र में सहयोग के लिये 23 देशों के साथ समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किये गए हैं जिनमें अनुसंधान, शिक्षा, प्रशिक्षण, आदि में सहयोग के कुछ क्षेत्र भी शामिल हैं।

आयुष मंत्रालय की फेलोशिप/छात्रवृत्ति योजना के अंतर्गत भारत के प्रमुख संस्थानों में आयुष प्रणालियों में स्नातक, स्नातकोत्तर और पी.एच.डी. पाठ्यक्रमों में अध्ययन के लिये 99 देशों के पात्र विदेशी नागरिकों को प्रतिवर्ष 104 छात्रवृत्तियाँ प्रदान की जाती हैं।

प्रमाणन प्रक्रिया के माध्यम से योग पद्धति में पेशेवरों की क्षमता के स्तर को प्रमाणित करने के लिये आयुष मंत्रालय द्वारा शुरू की गई योजना का प्रमुख उद्देश्य निवारक और स्वास्थ्य प्रोत्साहन के रूप में 'ड्रगलेस थेरेपी' (Drugless Therapy) के रूप में प्रामाणिक योग को बढ़ावा देना है।

प्रमाणन कार्यक्रमों के माध्यम से वैश्विक स्तर पर योग पेशेवरों के ज्ञान और कौशल में समन्वय, गुणवत्ता और एकरूपता लाने के उद्देश्य से योग प्रमाणन बोर्ड (Yoga Certification Board&YCB) की स्थापना की गई है।

भारतीय चिकित्सा पद्धति के पौराणिक और ऐतिहासिक महत्त्व को ध्यान में रखते हुए प्रतिवर्ष देश में आयुर्वेद दिवस, यूनानी दिवस और सिद्ध दिवस मनाए जाते हैं। 190 से अधिक देशों में अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस और 35 से अधिक देशों में आयुर्वेद दिवस मनाया जाता है। मंत्रालय वर्ष 2015 से प्रतिवर्ष अंतर्राष्ट्रीय योग सम्मेलन आयोजित कर रहा है।

आयुष प्रणालियों के संवर्द्धन और विकास के लिये भारत सरकार राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों की सरकारों के माध्यम से केंद्र प्रायोजित योजना के रूप में 'राष्ट्रीय आयुष मिशन' को क्रियान्वित कर रही है। आयुष ग्राम की अवधारणा के अंतर्गत व्यवहार परिवर्तन, संचार और स्थानीय औषधीय जड़ी बूटियों की पहचान और उपयोग के लिये ग्राम स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण के माध्यम से आयुष आधारित जीवन शैली को प्रोत्साहित किया जाता है।

आयुष में सूचना, शिक्षा और संचार (IEC) को प्रोत्साहित करने के लिये योजना के अंतर्गत आयुष मंत्रालय राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर AROGYA मेले, मल्टीमीडिया अभियान, ऑडियो विजुअल सामग्री सहित प्रचार सामग्री का वितरण करना आदि कार्य करता है। COVID-19 महामारी के समय आयुष मंत्रालय प्रचार और प्रसार के लिये इलेक्ट्रॉनिक और डिजिटल प्लेटफॉर्म का प्रभावी उपयोग कर रहा है।

अंतर्राष्ट्रीय सहयोग को प्रोत्साहित करने की योजना (International Cooperation & IC Scheme) के अंतर्गत आयुष मंत्रालय संपूर्ण विश्व में आयुर्वेद सहित चिकित्सा की आयुष प्रणालियों को बढ़ावा देने और प्रचार-प्रसार के लिये अंतर्राष्ट्रीय बैठकों, सम्मेलनों, प्रशिक्षण कार्यक्रमों और सेमिनारों में भाग लेने के लिये विदेशों में आयुष विशेषज्ञों को नियुक्त करता है।

आयुष प्रणाली और चिकित्सा के बारे में जनता के मध्य जागरूकता पैदा करने के लिये अंतर्राष्ट्रीय प्रदर्शनियों, सम्मेलनों, कार्यशालाओं, व्यापार मेलों आदि में भाग लेने के लिये आयुष दवा निर्माताओं, उद्यमियों, आयुष संस्थानों आदि को प्रोत्साहन दिया जाता है।

मंत्रालय की आईसी योजना (IC Scheme) के अंतर्गत अब तक केन्या, अमेरिका, रूस, लातविया, कनाडा, ओमान, ताज़िकिस्तान और श्रीलंका आदि 8 देशों में 50 से अधिक यूनानी और आयुर्वेद उत्पादों को पंजीकृत किया जा चुका है। आयुष प्रणालियों के बारे में प्रामाणिक जानकारी का प्रसार करने के लिये 31 देशों में 33 आयुष सूचना सेल की स्थापना की गई है। आयुष मंत्रालय ने विदेश मंत्रालय के प्जम्ब कार्यक्रम के अंतर्गत स्वास्थ्य मंत्रालय, मलेशिया में दो विशेषज्ञों (आयुर्वेद और सिद्ध) की प्रतिनियुक्ति की है।

समावेशी, सस्ती, साक्ष्य आधारित स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने हेतु नीति आयोग द्वारा व्यापक एकीकृत स्वास्थ्य नीति के ढाँचे को प्रस्तावित करने के लिये एकीकृत स्वास्थ्य नीति के निर्माण पर एक सलाहकार समिति का गठन किया गया है। 5 रेलवे ज़ोनल अस्पतालों में आयुष विंग्स की स्थापना के लिये आयुष मंत्रालय ने रेल मंत्रालय के साथ एक समझौता ज़ापन पर हस्ताक्षर किये हैं। रक्षा मंत्रालय/सशस्त्र बल चिकित्सा सेवा महानिदेशालय (कळिथ्डै) के स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों के अंतर्गत आयुर्वेद के एकीकरण के लिये रक्षा मंत्रालय के साथ एक समझौता ज़ापन पर हस्ताक्षर किये गए हैं।

आयुष्मान भारत

आयुष्मान भारत हेल्थ एंड वेलनेससेंटर्स (एबी-एचडब्ल्यूसीएस) के माध्यम से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (सीपीएचसी) - आयुष्मान भारत का लक्ष्य नियमित देखभाल के दृष्टिकोण को अपनाते हुए प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तर पर स्वास्थ्य जरूरतों (रोकथाम, प्रोत्साहन और आपातकालीन सेवाओं सहित) को व्यापक रूप से पूरा करना है। किसी व्यक्ति के पूरे में आने वाली कुल स्वास्थ्य जरूरतों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का हिस्सा 80-90 प्रतिशत होता है। स्वास्थ्य सेवाओं के परिणामों और जनता के जीवन गुणवत्ता सुधारने के लिए रोकथाम और प्रोत्साहक स्वास्थ्य सेवाओं की जरूरत होती है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल टीम यह सुनिश्चित करेगी कि उनके क्षेत्र में सामुदायिक पहुंच और प्रत्येक व्यक्ति से संपर्क किया गया है और रोगों को शुरू में ही पहचान लेने और उचित इलाज के लिए भेजने के लिए संचारी व गैर-संचारी रोगों की जांच की गई है। यह टीम आगे यह सुनिश्चित करेगी कि रोगियों द्वारा उपचार को जारी रखने और उनके स्वस्थ होने के बाद की देखभाल का काम समुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में किया जाए। इन केंद्रों का उद्देश्य प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को लोगों के नजदीक पहुंचाना और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक पहुंच के मामले में प्रथम बिंदु के तौर पर काम करना और द्वितीयक व तृतीयक उपचार के लिए रेफरल (रेफर करने वाले) की भूमिका निभाना है। इस प्रकार, मजबूत और लचीली प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्थाओं को तैयार करने के एक कदम के रूप में, जो जनता की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतें पूरी करे, इन केंद्रों के जरिए आवश्यक दवाओं और जांच की सुविधा के साथ आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं को समुदाय के आसपास उपलब्ध कराया गया है।

आयुष्मान भारत दो घटकों से बना है

पहला घटक उपस्वास्थ्य केंद्रों (एसएचसी) और शहरी व ग्रामीण दोनों क्षेत्रों के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) को उन्नत बनाते हुए 1,50,000 हेल्थ एंड वेलनेससेंटर्स (एबी-एचडब्ल्यूसी) के निर्माण से जुड़ा है, जो स्वास्थ्य देखभाल को समुदाय के नजदीक लाएगा। ये केंद्र प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) और संचारी रोग संबंधी सेवाओं को विस्तार और मजबूती देकर, गैर-संचारी रोगों से संबंधित सेवाओं (सामान्य एनसीडी जैसे उच्च रक्तचाप, मधुमेह और मुंह, स्तन और गर्भाशय के तीन सामान्य कैंसर) और धीरे-धीरे मानसिक स्वास्थ्य, कान, नाक व गला, नेत्र विज्ञान, मुंह संबंधी उपचार, बुजुर्गों का इलाज और दर्द निवारक देखभाल व ट्रामा देखभाल के साथ-साथ

योग जैसी स्वास्थ्य व तंदुरुस्ती बढ़ाने वाली गतिविधियों को शामिल करके व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (सीपीएचसी) उपलब्ध कराएंगे। कुछ राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों ने इन अतिरिक्त सुविधाओं को पहले ही चरणबद्ध तरीके से अपने यहां लागू करने की शुरुआत कर दी है।

दूसरा घटक आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जनआरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) है। आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) के तहत ,सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना के आधार पर चिन्हित लगभग 10.74 करोड़ गरीब और वंचित परिवारों को द्वितीयक और तृतीयक स्तर के अस्पतालों में इलाज के लिए प्रति वर्ष प्रति परिवार 5 लाख रुपये के स्वास्थ्य बीमा का अधिकार मिला है। 01 दिसंबर 2021 तक, 33राज्य/केंद्र शासित प्रदेश इस योजना को लागू कर रहे हैं और इस योजना के तहत लगभग 28,978.32 करोड़ रुपये के खर्च से अस्पतालों में 2.5 करोड़ से ज्यादा मरीजों को दाखिले को अधिकृत किया गया है। इसके अलावा, 14 नवंबर 2021 तक अंतर-राज्यीय पोर्टेबिलिटी योजना के अंतर्गत 644.5 करोड़ करोड़ रुपये की लागत से 2.92 लाख से ज्यादा मरीजों को अस्पतालों में दाखिले के लिए अधिकृत किया गया है। इसके अलावा , इस योजना के अंतर्गत लाभार्थियों के लिए अब तक 17.21 करोड़ ई-कार्ड (राज्य सरकारों की ओर से जारी कार्ड सहित) जारी किए गए हैं।

राष्ट्रीय मोबाइल चिकित्सा इकाइयां (एनएमएमयू)

दृश्यता, जागरूकता और जवाबदेही बढ़ाने के लिए , सभी मोबाइल चिकित्सा इकाइयों को एक समान रंग और डिजाइन के साथ "राष्ट्रीय मोबाइल चिकित्सा इकाई सेवा" के रूप में तैनात किया गया है। जून 2021 तक एनआरएचएम और एनयूएचएमके तहत राज्यों/केन्द्र शासित प्रदेशों में 1634 मोबाइल चिकित्सा इकाइयाँ हैं , जिनमें मोबाइल चिकित्सा इकाइयाँ, मोबाइल स्वास्थ्य इकाइयाँ , मोबाइल चिकित्सा/स्वास्थ्य वैन , नाव क्लिनिक , आंखों की वैन/मोबाइल ऑफ्थाल्मोलॉजिक इकाइया , दंत वैन आदि शामिल हैं।

निरुशुल्क औषधि सेवा पहल

इस पहल के तहत , राज्यों को मुफ्त दवाओं की व्यवस्था करने और दवाओं को खरीदने के लिए व्यवस्थाएं बनाने , गुणवत्ता सुनिश्चित करने , आईटी आधारित आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन प्रणाली, प्रशिक्षण और शिकायत निवारण इत्यादि के लिए पर्याप्त धनराशि दी जा रही है। एनएचएम-मुफ्त औषधि सेवा पहल के लिए 02 जुलाई, 2015 को विस्तृत

परिचालनात्मक दिशानिर्देश बनाया और राज्यों को जारी किया गया था।

सभी राज्यों और केन्द्र शासित प्रदेशों ने स्वास्थ्य सुविधाओं में आवश्यक दवाएं निरुशुल्क देने की नीति को अधिसूचित किया है। सभी राज्यों/केन्द्र शासित प्रदेशों में निगम/खरीद इकाइयों के माध्यम से केन्द्रीकृत खरीद की व्यवस्था है। 33 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में आईटी आधारित दवा वितरण प्रबंधन प्रणाली के माध्यम से दवाओं की खरीद , गुणवत्ता प्रणाली और वितरण को सुव्यवस्थित किया गया है। 31 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए एनएबीएल मान्यता प्राप्त प्रयोगशालाएं हैं। 18 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में परामर्श लेखांकन की व्यवस्था है, और 17 राज्यों ने समर्पित टोल फ्री नंबर के साथ कॉल सेंटर आधारित शिकायत निवारण व्यवस्था को शुरू किया है।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम)

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) को 1 मई, 2013 को व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) , एक उप-मिशन के रूप में मंजूरी मिली थी। इसके तहत एनआरएचएम एक अन्य उप-मिशन है। एनयूएचएम के जरिए शहरी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल वितरण व्यवस्थाओं को मजबूत बनाने और शहरी आबादी , खास तौर पर मलिन बस्तियों में रहने वालों पर विशेष ध्यान देने के साथ न्यायसंगत और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराने की परिकल्पना की गई है। यह शहरी क्षेत्रों में मजबूत व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं देते हुए द्वितीय और तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं (जिला अस्पतालों/उप-जिला अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) पर दबाव को घटाना चाहता है। एनयूएचएम में 50,000 से अधिक आबादी वाले सभी शहरों और कस्बों और 30,000 से अधिक आबादी वाले जिला मुख्यालय और राज्य मुख्यालय शामिल होते हैं। शेष शहरों/कस्बों को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के दायरे में आते हैं। आयुष्मान भारत के हिस्से के रूप में , मौजूदा यूपीएचसी को समुदायों के नजदीकी शहरों में निवारक , प्रोत्साहक और उपचारात्मक सेवाएं देने के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (एचडब्ल्यूसी) के रूप में मजबूत किया जा रहा है।

एनयूएचएम के अंतर्गत वित्त वर्ष 2015-16 से , सभी राज्यों के लिए वित्त पोषण अनुपात 60-40 है, वहीं पूर्वोत्तर राज्यों और अन्य पहाड़ी राज्यों जैसे-जम्मू-

कश्मीर, हिमाचल प्रदेश और उत्तराखंड के लिए वित्त पोषण 90रू10 है। केंद्र शासित प्रदेशों के मामले में वित्त वर्ष 2017-18 से, दिल्ली और पुडुचेरी केंद्र शासित प्रदेशों के लिए वित्त पोषण को बदल कर 60रू40 के अनुपात में कर दिया गया है और शेष बिना विधायिका वाले केंद्र शासित प्रदेशों के लिए सारा खर्च केंद्र सरकार उठाती है।

एनयूएचएम को राज्यों के स्वास्थ्य विभाग या शहरी स्थानीय निकायों (यूएलबी) के माध्यम से लागू है। इसे सात महानगरीय शहरों में, मुंबई, नई दिल्ली, चेन्नई, कोलकाता, हैदराबाद, बंगलुरु और अहमदाबाद में यूएलबीएस के माध्यम से लागू है। अन्य शहरों के लिए, राज्य का स्वास्थ्य विभाग तय करता है कि एनयूएचएम को उनके माध्यम से या किसी अन्य शहरी स्थानीय निकायों के माध्यम से लागू किया जाएगा। अब तक, 35 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों में 1162 शहरों को एनयूएचएम में शामिल किया गया है।

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर)

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर), नई दिल्ली, जैव चिकित्सा अनुसंधान के नियमन, समन्वयन और संवर्धन के लिए भारत का शीर्ष निकाय है और स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग (डीएचआर) के तहत अब दुनिया के सबसे पुराने चिकित्सा अनुसंधान निकायों में से एक है।

परिषद की अनुसंधान प्राथमिकताएं राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राथमिकताओं के साथ मेल खाती हैं जैसे संचारी रोगों का नियंत्रण और प्रबंधन, प्रजनन नियंत्रण, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, पोषण संबंधी विकारों का नियंत्रण, स्वास्थ्य देखभाल वितरण के लिए वैकल्पिक रणनीति विकसित करना, पर्यावरण और पेशेगत स्वास्थ्य समस्याओं की सुरक्षा सीमाओं के भीतर नियंत्रण; कैंसर, हृदय रोग, अंधापन, मधुमेह और अन्य चयापचय और रुधिर संबंधी विकारों जैसे प्रमुख गैर-संचारी रोगों पर अनुसंधान; मानसिक स्वास्थ्य और औषधि अनुसंधान (पारंपरिक उपचार सहित)। ये सभी प्रयास बीमारी के कुल बोझ को कम करने और लोगों के स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने के लिए किए गए हैं। सेवानिवृत्त चिकित्सा वैज्ञानिकों और शिक्षकों को विशिष्ट विषयों पर शोध जारी रखने में सक्षम बनाने के लिए एमेरिटस वैज्ञानिक पदों की भी पेशकश करता है। हर महाद्वीप में फैले अनुसंधान सहयोग के साथ आईसीएमआर का प्रभाव दुनिया भर में फैला है। आईसीएमआर के समझौता ज्ञापन (एमओयू) के माध्यम से, आईसीएमआर ने कैंसर, मधुमेह, संक्रामक रोगों और टीका विकास जैसे प्रमुख स्वास्थ्य मुद्दों पर ठोस प्रयासों पर ध्यान केंद्रित करने के

लिए दुनिया भर के प्रमुख विश्वविद्यालयों के साथ भागीदारी की है। ये भागीदारियां वैज्ञानिक सूचनाओं के आदानप्रदान, प्रशिक्षण, संयुक्त परियोजनाओं और बैठकों, कार्यशालाओं, संगोष्ठियों और परिचर्चाओं की प्रस्तुतियों के सह-लेखन की सुविधा प्रदान करती हैं।

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) मुख्य रूप से केंद्र सरकार के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारियों और उनके परिवारों की सेवा के लिए एक स्वास्थ्य योजना है। यह योजना वर्ष 1954 में दिल्ली में शुरू की गई थी। समय के साथ यह योजना 41 शहरों (1.4.2019से 70 शहरों) में फैल चुकी है और 33 शहरों को जल्द ही इसमें कवर किए जाने की संभावना है। यह लगभग 11.53 लाख प्राथमिक कार्डधारकों और लगभग 34.23 लाख लाभार्थियों की सेवा करता है।

स्वास्थ्य मंत्री का विवेकाधीन अनुदान; एचएमडीजीड स्वस्थ्य मंत्री के विवेकाधीन अनुदान से मूल रोगियों के लिए 1.25 लाख रुपये की अधिकतम वित्तीय सहायता के रूप में सरकारी अस्पतालों में भर्ती/इलाज हेतु खर्च करने के लिए दी जाती है, यह ऐसे मामलों में प्रदान की जाती है जहां मरीज के लिए राष्ट्रीय आरोग्य निधि के अंतर्गत आने वाली जानलेवा रोगों हेतु निःशुल्क चिकित्सा सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं। सहायता दिल की बीमारी, किडनी की बीमारी, कैंसर, ब्रेन ट्यूमर आदि खतरनाक रोगों के उपचार के लिए प्रदान की जाती है। वित्त वर्ष 2018-19 के दौरान, 515 रोगियों के इलाज के लिए कुल 5 करोड़ रुपये की राशि की वित्तीय सहायता दी गई।

राष्ट्रीय आरोग्य निधि; आरएएनड

राष्ट्रीय आरोग्य निधि सोसायटी की स्थापना वर्ष 1997 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के तहत की गई थी, जो गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले रोगी प्रमुख खतरनाक बीमारियों से पीड़ित हैं, उन्हें सरकारी अस्पतालों में चिकित्सा उपचार प्राप्त करने के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने के लिए बनाई गई है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य निधि की योजना के तहत, राज्य सरकारों को राज्य बीमारी सहायता निधि की स्थापना के लिए अनुदान सहायता भी प्रदान की जाती है। ऐसे फंड आंध्र प्रदेश, बिहार, जम्मू और कश्मीर, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, झारखंड, महाराष्ट्र, मिजोरम, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, पश्चिम बंगाल, उत्तराखंड, हरियाणा,

पंजाब, उत्तर प्रदेश, मणिपुर, असम, अरुणाचल प्रदेश, ओडिशा, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली और पुडुचेरी राज्य सरकारों द्वारा स्थापित किए गए हैं।

अध्ययन की समस्या

वर्तमान अध्ययन उत्तर बंगाल के स्वास्थ्य और औषधीय प्रणाली के कई पहलुओं पर ध्यान केंद्रित करना चाहता है, प्रत्येक समस्या के एक विशिष्ट पहलू पर ध्यान केंद्रित कर रहा है। परिचयात्मक अध्याय उत्तर बंगाल के इतिहास, पारिस्थितिकी, जलवायु और जनसंख्या को विस्तृत करता है। यह उत्तर बंगाल के विशिष्ट राजनीतिक, भौगोलिक और जलवायु कारकों और जनसंख्या संरचना पर प्रकाश डालता है। यह उत्तर बंगाल की सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक विशेषताओं पर भी प्रकाश डालता है। यह अध्याय उत्तर बंगाल के जिलों की भौगोलिक और प्रशासनिक विशेषताओं को विस्तृत करने का प्रयास करता है। यह अध्याय उत्तर बंगाल की विशिष्ट विशेषताओं पर केंद्रित है जो इसे बंगाल के दक्षिणी भाग से अलग करता है। वर्तमान समय में जब हम विभिन्न रोगों से लड़ने में जीवित रहने के लिए हर पल संघर्ष कर रहे हैं, यह अध्ययन हमें उत्तर बंगाल की प्राकृतिक जड़ी-बूटियों और पौधों की औषधीय प्रभावकारिता के बारे में थोड़ी उम्मीद देता है। चाय बागान के मजदूरों की स्वास्थ्य देखभाल की समस्याओं को हल करने में भी वर्तमान कार्य बहुत प्रभावी हो सकता है।

अध्ययन के उद्देश्य

- उत्तर बंगाल के पर्यावरणीय कारक और रोगों के कारणों की खोज का अध्ययन करने के लिए
- उत्तर बंगाल की स्वास्थ्य देखभाल और औषधीय नीति का अध्ययन करने के लिए

अनुसंधान क्रियाविधि

फ़िस्ट्री ऑफ मेडिसिन एंड हेल्थ केयर सिस्टम ऑफ नॉर्थ बंगाल लिखने के लिए स्रोत सामग्री विविध, कई और बहुआयामी हैं। थीसिस तैयार करने के लिए जिला गजेटियर, जनगणना रिपोर्ट, प्रशासनिक रिपोर्ट, नगरपालिका रिपोर्ट, औषधीय रिपोर्ट, भूमि राजस्व रिपोर्ट, उत्तर बंगाल के जिला पुस्तकालयों, पश्चिम बंगाल राज्य अभिलेखागार (भवानी दत्ता लेन और राइटर्स बिल्डिंग), एशियाटिक सोसाइटी, राष्ट्रीय पुस्तकालय में उपलब्ध है। ITPA (जलपाईगुडी) और DBIT (बिन्नागुरी) का उपयोग सरकार की वास्तविक मंशा को प्रकट करने के लिए किया गया है। उत्तर बंगाल विश्वविद्यालय, कलकत्ता विश्वविद्यालय और जादवपुर

विश्वविद्यालय के पुस्तकालयों का भी उपयोग किया गया है। उत्तर बंगाल के जिला पुस्तकालयों ने भी महामारी के सामाजिक प्रभाव को समझने में काफी मदद की है। बंगीय साहित्य परिषद पुस्तकालय में अब उपलब्ध समकालीन स्थानीय भाषाओं की पत्रिकाओं का बहुत उपयोग किया गया है। महामारी की लोकप्रिय धारणा की खोज के उद्देश्य से महामारी रोगों पर समकालीन लघु कथाएँ, उपन्यास नाटक, पैम्फलेट और विद्वानों के प्रवचनों का विश्लेषण किया गया है।

शोध प्रविधि

शोध कार्य तर्कपूर्ण और तथ्यात्मक बनाने के लिए द्वितीयक स्रोत के रूप में शोध विषय से सम्बंधित पूर्व शोध-ग्रन्थ ए पत्र-पत्रिका एवं सरकारी गैर सरकारी संस्थाओं की प्रकाशित रिपोर्टए विभिन्न वेब साइट्स को प्रयोग में लाया गया है।

शोध की अवधारणा

शोध शब्द के रूप में यह रोजमर्रा के भाषण में प्रयोग किया जाता है इसके कई अर्थ हैं जिससे यह छात्रों विशेष रूप से स्नातक छात्रों के लिए एक निश्चित रूप से भ्रमित करने वाला शब्द बन जाता है जिन्हें इस शब्द का संक्षिप्त अधिक सटीक अर्थ में उपयोग करना सीखना चाहिए। प्राथमिक विद्यालय से लेकर महाविद्यालय तक विद्यार्थी विविध क्रियाकलापों के सन्दर्भ में प्रयुक्त शोध शब्द को सुनते हैं। कुछ स्थितियों में शब्द का अर्थ है जानकारी का ढूँढना या नोट्स बनाना और फिर एक प्रलेखित पेपर लिखना। अन्य स्थितियों में यह स्वयं को उस बारे में सूचित करने के कार्य को संदर्भित करता है जो कोई नहीं जानता है शायद कुछ जानकारी प्राप्त करने के लिए उपलब्ध स्रोतों के माध्यम से अफवाह करके। मर्चंडाइज़र कभी-कभी क्रांतिकारी उत्पाद की खोज का सुझाव देने के लिए शब्द का उपयोग करते हैं वास्तव में उत्पाद की बिक्री अपील को बढ़ाने के लिए मौजूदा उत्पाद को थोड़ा संशोधित किया गया है।

डेटा विश्लेषण

उत्तरी बंगाल के स्वास्थ्य चिकित्सा नीति

जो ब्रिटिश सरकार की ओर से उदासीनता के कारण वंचित और पीड़ित थे। यह उत्तर बंगाल की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में सुधार के लिए व्यक्तियों, किसानों, जमींदारों, राजाओं और मिशनरी और धर्मार्थ समाजों द्वारा निभाई गई भूमिका पर भी जोर देगा। महिलाओं द्वारा निभाई

गई भूमिका भी अध्याय की चर्चा का एक अन्य महत्वपूर्ण विषय है।

1947 से पहले उत्तर बंगाल या बंगाल का राजशाही डिवीजन बेहद खराब था और नगर पालिकाओं के साथ-साथ जिला बोर्ड भी धन की कमी से पीड़ित थे। इसलिए, उनके नियंत्रण में सीमित संसाधनों के साथ, स्वच्छता के बड़े उपाय शुरू करना उनकी क्षमता से परे था। अच्छा पेयजल जीवन की प्रमुख आवश्यकता थी। लेकिन सार्वजनिक निकायों के पास ग्रामीण जनता को अच्छा पेयजल उपलब्ध कराने की व्यवस्था करने के लिए पर्याप्त धन नहीं था। कई नदियों ने गाद भर दी थी और स्थिर और पानी के पूल बनाए थे, और उनका उपयोग जलाशयों के रूप में जूट भिगोने, मवेशियों, कपड़े और बर्तन धोने और पीने के उद्देश्यों के लिए भी किया जाता था। पूरे संभाग में असामान्य बीमारी और अस्वस्थता थी। इसके कुछ हिस्सों में मृत्यु दर असामान्य रूप से अधिक थी।

इस प्रकार राजशाही संभाग बीमारियों से पीड़ित था और आर्थिक संकट के कारण स्थानीय बोर्ड बीमारियों से लड़ने में असहाय हो गए थे राजशाही मंडल में विभिन्न बीमारियों से होने वाली मौतों की संख्या 1885 में 171664 थी या प्रति 1000 लोगों पर 22.19 की दर से। उत्तर बंगाल के सात जिलों के निम्नलिखित सांख्यिकीय आंकड़ों से मृत्यु दर की तस्वीर स्पष्ट रूप से समझी जा सकती है।

तालिका 1 वर्ष 1886 में उत्तर बंगाल के सात जिलों में मृत्यु दर (प्रति मील का अनुपात)

जिला	मृत्यु दर (प्रति मील का अनुपात)
जलपाईगुड़ी	31.01
पान्ना	27.68
रंगपुर	27.12
राजशाही	24.86
दिनाजपुर	23.92
बोगरा	22.21
दार्जिलिंग	16.35

स्रोत बंगाल के स्वच्छता आयुक्त की वर्ष 1886 की उन्नीसवीं वार्षिक रिपोर्ट।

विभिन्न रोगों से पीड़ित लोगों में बुखार ने सर्वाधिक स्थान प्राप्त कर लिया था। यह 1890 के दौरान दार्जिलिंग के ईडन सैनितेरियम की एक रिपोर्ट से साबित हो सकता है और इससे पता चलता है कि वहां भर्ती होने वाले लोगों की कुल संख्या में से 25% लोग मलेरिया बुखार से पीड़ित थे।

तालिका 2 वर्ष 1890 के दौरान ईडन सैनितेरियम में उपचारित रोगियों की वार्षिक वापसी अध्ययन

रोगों के नाम	पुरुष	महिला	बच्चे	कुल	टीक	चिंतामुक्त	मृत्यु हो गई
पेचिश	2	1	3	6	4	-	2
मलेरिया बुखार	55	11	9	75	72	2	1
दुबलता	21	23	8	52	48	4	-
रोग	8	-	-	8	5	3	-
सूजाक आदि।	7	-	-	7	5	2	1
अन्य				190			

स्रोत ईडन सैनितेरियम, दार्जिलिंग के वर्ष 1890 के दौरान कार्यकरण पर रिपोर्ट।

जिन 338 लोगों का इलाज किया जा रहा था, वे अकेले उत्तर बंगाल के नहीं थे। इनमें कलकत्ता से 183, दार्जिलिंग से 105, सिक्किम से 4, जलपाईगुड़ी से 9, कृष्णानगर से 3, कूचबिहार से 3, बर्दवान से 4, हावड़ा से 12 और ढाका से 2 लोग आए थे। ढ इस प्रकार बुखार बंगाल में व्यापक रूप से फैला हुआ रोग था। हालांकि मलेरिया बुखार ने अमीर और गरीब पर एक ही समय हमला किया, मरने वालों में अधिकांश लोग ग्रामीण उत्तर बंगाल के गरीब वर्ग के थे। उचित पोषण के अभाव में हजारों लोगों की मृत्यु हो गई। गरीबों में सबसे बड़ी मृत्यु मुख्य रूप से तीन कारणों से थी, उनकी बड़ी संख्या अस्थायी रूप से अधिक स्वस्थ क्षेत्रों में हिलने-डुलने में असमर्थता और उनकी बीमारियों के दौरान बेहतर चिकित्सा दवाएं और आहार प्राप्त करने में असमर्थता थी।

तालिका 3 शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में बुखार से तुलनात्मक मृत्यु दर

प्रति 1000 जनसंख्या के अनुपात में बुखार से मृत्यु								
घेरा	1888	1887	1883 से 1887	1878 से 1887	1888	1887	1883 से 1887	1878 से 1887
शहरी	24836	25195	30669	35266	10.40	110.45	12.72	14.63
ग्रामीण	1067266	1062573	982772	864015	16.76	16.66	15.44	13.57

स्रोत डब्ल्यू एच ग्रेग द्वारा वर्ष 1888 के लिए बंगाल के स्वच्छता आयुक्त की इक्कीसवीं वार्षिक रिपोर्ट।

उपरोक्त आँकड़ों ने यह स्पष्ट कर दिया था कि बुखार का प्रकोप शहरी क्षेत्रों में इतना विकराल रूप में नहीं था और गाँवों में बहुत व्यापक था। वर्ष 1889 की रिपोर्टों ने भी इस तथ्य को प्रदर्शित किया कि बुखार की तबाही असहनीय थी। 1889 के दौरान, 589252 पुरुषों और 512269 महिलाओं या कुल 1101521 व्यक्तियों की बुखार से मृत्यु हो गई। जलपाईगुड़ी (28.18), दिनाजपुर (25.74), दार्जिलिंग (24.93), राजशाही (22.74), रंगपुर (22.07) और मैदा (21.20) जैसे कई जिलों में मृत्यु दर अधिक थी।

असामान्य मृत्यु दर के बाद बीमारियों का प्रकोप सरकार की खराब स्वास्थ्य नीति के परिणामस्वरूप प्रकट हुआ। विशेष रूप से सरकार की मलेरिया नीति बहुत ही दोषपूर्ण थी और इसने कई अवांछित जटिलताओं को जन्म दिया और अस्वस्थता पैदा की। सरकार की अत्यधिक उपेक्षा और उदासीनता और दोषपूर्ण नीति पूरे उत्तर बंगाल में हर साल मलेरिया के प्रसार के लिए पूरी तरह से जिम्मेदार थी। 8 पूरे उत्तर बंगाल में कुनैन का असामान्य संकट था। ग्रामीण उत्तर बंगाल के गरीब मरीजों को महंगी कुनैन खरीदने में दिक्कतों का सामना करना पड़ रहा था। यहां तक कि सरकार ने भी कई बार स्वीकार किया कि विभिन्न औषधालयों को भेजी गई कुनैन की राशि उनकी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त नहीं थी। 9 यद्यपि हर जगह बुखार जंगल की आग की तरह फैल गया था, कुनैन के व्यवस्थित वितरण के लिए उचित संतोषजनक व्यवस्था का अभाव था। जब कुनैन के पैकेट डाकघर में पहुंचे तो दुकान मालिकों ने तुरंत उस पर नियंत्रण कर लिया और अपने लाभ के लिए इसे उच्च कीमत पर और अक्सर दागी रूप में बेच दिया।

परिणामस्वरूप मलेरिया के अधिकांश रोगी बाहर से महंगी दर पर मलेरिया-रोधी दवाएं लेने के लिए बाध्य हो गए। स्थिति इतनी गंभीर हो गई कि दुकानदारों ने कुनैन का कृत्रिम संकट खड़ा कर दिया और उन्होंने इसके लिए उच्च मूल्य लगा दिए। 11 कुनैन की कीमत इतनी अधिक हो गई कि आम लोग उससे कोसों दूर रह गए। 12 एक प्रभावशाली डच संस्था, किना ब्यूरो, कुनैन के विश्व मूल्य के नियंत्रक के साथ एक युक्ति बनाकर, ब्रिटिश सरकार ने जानबूझकर कुनैन के मूल्य को उच्च कर दिया। 13 अत्यधिक संकट और कुनैन की अत्यधिक मांग के कारण, सरकार ने एक कुनैन राशनिंग योजना 1943 में। लेकिन दुर्भाग्य से ग्रामीण क्षेत्रों के चिकित्सकों को उपरोक्त योजना की शुरुआत के बजाय कुनैन एकत्र करने के लिए कई कष्टों और समस्याओं का सामना करना पड़ा। कुनैन की कमी के कारण भी गाँवों में मलेरिया का प्रकोप विकराल रूप में फैल गया। यह भी पाया

गया कि जिन लोगों का शुरू में कुनैन से उपचार किया गया था, वे मलेरिया के संदेशवाहक के रूप में कार्य करते थे और रोगाणुओं को दूसरों तक फैलाते थे।

हालांकि कालाजार उत्तर बंगाल की एक भयानक बीमारी थी, लेकिन कालाजार के इलाज में पर्याप्त चिकित्सकों की कमी थी। ग्रामीण इलाकों में स्थिति और गंभीर हो गई। नतीजतन, बड़ी संख्या में कालाजार के मरीजों को इलाज के लिए कोलकाता रेफर किया गया। लेकिन चूंकि महानगरीय अस्पताल हमेशा मरीजों से खचाखच भरे रहते थे, इसलिए ग्रामीण मरीजों को बिना इलाज के ही वापस लौटना पड़ता था। कभी कालाजार को उत्तरी बंगाल में मलेरिया माना जाता था। संभवतः इसका कारण ग्रामीण क्षेत्रों में रक्त जांच की समुचित व्यवस्था का अभाव था। नतीजा यह हुआ कि ग्रामीण इलाकों में और यहां तक कि कस्बों में भी मरीजों को लंबे समय तक परेशानी उठानी पड़ी और यहां तक कि उनकी मौत भी हो गई। कालाजार का उत्तर बंगाल के जनसांख्यिकीय और आर्थिक विकास पर विनाशकारी प्रभाव पड़ा। इसने गोलपारा, कामप्रुप और नवगांग जिलों के तराई हिस्से के पूरे इलाकों को वंचित कर दिया और अन्य हिस्सों की आबादी को इतना कम कर दिया कि कुछ चाय बागानों को स्थानीय स्रोतों से अपनी श्रम शक्ति के एक अंश से अधिक प्राप्त करना असंभव हो गया। कालाजार के कारण हुई आबादी और मरुस्थलीकरण ने खेती पर प्रतिकूल प्रभाव डाला। भूमि ने अपना मूल्य खो दिया। खेती में कमी के परिणामस्वरूप राजस्व की असामान्य हानि हुई।

निष्कर्ष

स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता का देखभाल के उपयोग पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। अंतर्निहित धारणा यह थी कि शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध हैं। हालांकि, परिणाम इंगित करता है कि ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों की तुलना में, शहरी निवासियों द्वारा आधुनिक स्रोत से देखभाल का उपयोग करने से बचने की संभावना है। यह शहरी निवासियों द्वारा स्व-उपचार या पारिवारिक उपचार या अन्य की उच्च संभावना को इंगित करता है। इसके विपरीत, ग्रामीण लोगों द्वारा शहरों में आधुनिक स्रोतों से देखभाल के उपयोग की संभावना अधिक होती है, जो आमतौर पर अपने स्थानीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपलब्धता का अनुभव करते हैं। उपचार की लागत देखभाल के उपयोग को सकारात्मक रूप से प्रभावित करती है।

संदर्भ

Amit Kumar*

Research Scholar Department of Humanity Capital
University Jharkhand

1. डनलपएएसए पीए सीएकोयटे और डब्ल्यूए मैकलसैकए 2000. षसामाजिक आर्थिक स्थिति और चिकित्सकों की सेवाओं का उपयोगरू कनाडा के राष्ट्रीय जनसंख्या स्वास्थ्य सर्वेक्षण से परिणामएष् सामाजिक विज्ञान और चिकित्सा , 51(1)रू 123 - 133
2. एलो, आई.टी. 1992ए ष्पेरू में मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का उपयोगरू महिलाओं की शिक्षा की भूमिकाएष् स्वास्थ्य संक्रमण समीक्षा, 2(1)रू 1 - 20.
3. एच. बेवर्ली , (2016)बंगाल की जनगणना पर रिपोर्ट, 1872, कलकत्ता, 1873।
4. एमओ करतार , (2002) मालदा जिले में सर्वेक्षण और निपटान कार्यो पर अंतिम रिपोर्ट , 1928-1935, अलीपुर, 1938।
5. मलेरिया पर सीए बेंटले व्याख्यान और डुआर्स प्लांटर्स कलकत्ता 1908 के लिए एक अपील।
6. अशोक मित्रा एड(2002). जनगणना, 1951, जिला हैंडबुक मैदा, कलकत्ता, 1954।
7. डब्ल्यू. डब्ल्यू. हंटर ,(2012) ए स्टैटिस्टिकल अकाउंट ऑफ बंगाल, वॉल्यूम ग्, डिस्ट्रिक्ट्स ऑफ दार्जिलिंग एंड जलपाईगुड़ी एंड स्टेट ऑफ कुच बिहार, ट्रबनेर एंड कंपनी, 1876, लंदन।
8. आर्थर जूल्स डैश ; (2016)बंगाल डिस्ट्रिक्ट गजेटियर्स दार्जिलिंग, बंगाल गवर्नमेंट प्रेस, अलीपुर, बंगाल, 1947।
9. डीडी मजूमदार , (2014)पश्चिम बंगाल जिला गजटियर, कोच बिहार, कलकत्ता, 1977।
10. एफ. डब्ल्यू. (2012)स्ट्रॉन्ग, ईस्टर्न बंगाल डिस्ट्रिक्ट गजेटियर्स दिनाजपुर , द पायनियर प्रेस , इलाहाबाद, 1912, एन.एल. प्रकाशक , सिलीगुड़ी, पश्चिम बंगाल।
11. ई.लैम्बोर्न,(1992) बंगाल जिला गजेटियर्स मैदा , द बंगाल सेक्रेटेरिएट बुक डिपो , कलकत्ता, 1918, 2003 एन.एल पब्लिशर्स, सिलीगुड़ी, पश्चिम बंगाल में पुनर्मुद्रित।
12. जतिंद्र चै. सेनगुप्ता , (1965)पश्चिम बंगाल जिला गजेटियर्स मैदा , राज्य संपादक , पश्चिम बंगाल जिला गजेटियर, कलकत्ता, 1965।

Corresponding Author

Amit Kumar^{1*}, Prof. Dr. Pramod Kumar²