



विचार

अनुक्रम

संपादकीय	1
विकास विचार	2
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का निर्माण: सेवा रूरल का अनुभव	
आपके लिए	12
स्वास्थ्य हेतु गुजरात सरकार का बजट	
अपनी बात	15
स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के सम्बन्ध में जन सुनवाई	
गतिविधियां एवं भावी कार्यक्रम	20
संदर्भ सामग्री	26
अपने बारे में	30

संपादकीय टीम :

दीपा सोनपाल
बिनोय आचार्य

वार्षिक चंदा : 25/- रु. मात्र बैंक ड्राफ्ट अथवा मनीऑर्डर 'उत्ताते' विकास शिक्षण संगठन, अहमदाबाद के नाम भेजें।

केवल सीमित वितरण के लिए

संपादकीय

हमारी प्राथमिकताओं का निर्धारण

द्वितीय विश्वयुद्ध के बाद भारत सहित विकासशील देशों में गरीबी व बेरोजगारी के उन्मूलन का ध्येय रखा गया था। वास्तव में, इस ध्येय के संदर्भ में विकास की जो प्रवृत्तियां हाथ में ली गई थीं उनमें आम आदमी को लक्ष्य के रूप में स्वीकार किया गया था, लेकिन फिर भी उन प्रवृत्तियों का लाभ उस तक नहीं पहुंचा। विकास धीरे-धीरे समाज के बिलकुल निचले स्तर तक पहुंच जाएगा ऐसी शास्त्रीय मान्यता लगभग गलत सिद्ध हुई। इसका मुख्य कारण यह था कि समग्र विकासलक्ष्यी प्रवृत्तियों में कल्याणलक्ष्यी अभिगम छाया रहा और साथ ही साथ जो आम आदमी हेतु विकास की प्रवृत्तियां हाथ में ली गई थीं उनमें आम आदमी सम्मिलित ही नहीं किया गया। इस संदर्भ में अब कल्याणपरक अभिगम के बजाय अधिकार आधारित अभिगम द्वारा विकासपरक प्रवृत्तियां करने की आवश्यकता स्पष्ट रूप से दिखाई देती है। उसमें राज्य, नागरिकों और नागरिक संगठनों की सक्रिय भूमिका उत्पन्न हो तो सुशासन स्थापित होगा और उसके परिणाम आम आदमी तक पहुंच सकेंगे।

शासन में नागरिकों की सहभागिता सुनिश्चित हो पारदर्शिता हो और शासक शासितों के प्रति उत्तरदायी बनें तथा सत्ता का विकेंद्रीकरण हो तो सच्चे अर्थ में प्रजातंत्र का सर्जन होगा। इसके लिए शासन करने वाली संस्थाओं और सेवाएं प्रदान करने वाले मददगारों को लोगों के प्रति उत्तरदायी बनना चाहिए। तीसरी सहस्राब्दि के विकास लक्ष्यों को पूरा करने के लिए शासन पर निगरानी रखना इस दृष्टि से अत्यंत महत्वपूर्ण हो जाता है। इन लक्ष्यों को हासिल करने के लिए साक्षरता में वृद्धि, बाल मृत्यु दर में कमी, मातृत्व मृत्यु दर में कमी, गरीबी में कमी तथा बेकारी का निवारण अनिवार्य है। इनमें गैर-सरकारी संगठनों की भूमिका भी विशेष महत्वपूर्ण बन जाती है। अधिकार आधारित अभिगम द्वारा गैर-सरकारी संगठन राज्य की व्यवस्थाओं और संस्थाओं को नागरिकों के प्रति उत्तरदायी बनाने में अग्रणी भूमिका अदा करें, यह इस अर्थ में अपेक्षित है। अतः विकास के लक्ष्य पूरे करना गैर-सरकारी संगठनों के लिए जितना महत्वपूर्ण है उतना ही महत्वपूर्ण यह देखना है कि शासन की व्यवस्था अधिक लोकाभिमुख बने तथा इसके लिए नागरिकों तथा नागरिक संगठनों की सक्रिय व उत्तरदायी तथा फर्ज अदा करने वाली भूमिका शासन व्यवस्था में तैयार हो। बुनियादी सेवाएं इस तरह विकेंद्रित, पारदर्शी, सहभागी और उत्तरदायी बनेंगी तो राज्य और उसकी संस्थाएं अधिक लोकाभिमुखी बनेंगी और लोकतंत्र अधिक मजबूत बनेगा और लोग स्वयं ही अपने पर शासन करने वाले बनेंगे।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का निर्माण : सेवा रूरल का अनुभव

'उन्नति' द्वारा तैयार करवाई गई 'मेकिंग ऑफ प्राइमरी हेल्थ सेंटर : द सेवा रूरल एक्सपीरियंस' नामक एक विवरण पुस्तिका के आधार पर श्री हेमन्तकुमार शाह ने यह आलेख तैयार किया है। इसमें प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चलाने वाले 'सेवा रूरल' को प्राप्त अनुभवों से मिलने वाले निष्कर्ष प्रस्तुत किये गए हैं। इस अनुभव से हमें जानने को मिलता है कि गरीबों के लिए स्वास्थ्य के क्षेत्र में सुरक्षा उत्पन्न करने के एक महत्वपूर्ण साधन के रूप में 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' द्वारा किस प्रकार और कैसी सेवाएं प्रदान की जानी चाहिए।

1. संगठन

उद्भव

'सेवा रूरल' संगठन की स्थापना 26 अक्टूबर, 1980 को हुई थी। विदेशों में पढे हुए और भारत में लौटकर आए युवा डॉक्टरों और व्यवसायियों ने ग्रामीण गरीबों के उत्थान तथा अधिकारों के लिए प्रतिबद्धतापूर्वक काम करना तय करके इस संगठन की स्थापना की थी। वे आदिवासी क्षेत्रों में काम करते हैं। वहां मुख्य रूप से छोटे किसान और भूमिहीन मजदूर हैं और एक तिहाई से अधिक लोग गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करते हैं। इस क्षेत्र में 1980 में साक्षरता की दर लगभग 30 प्रतिशत था और महिलाओं में साक्षरता की दर 20 प्रतिशत के आसपास थी।

अधिकांश ग्रामवासियों को बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध नहीं थी, मृत्यु-दर तुलनात्मक रूप से बहुत ऊँची थी। स्वास्थ्य और सफाई सम्बंधी बुनियादी विचारों के प्रति लोग अनभिज्ञ थे। एनिमिया, टीबी, संक्रामक रोगों से बहुत मौतें होती थीं। बाल मृत्यु दर 172 थी और मातृत्व मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्म पर 700 थी। स्त्रियों में मृत्यु दर तो पुरुषों से भी अधिक थी। 45 वर्ष की आयु से पहले 52 प्रतिशत पुरुष मर जाते थे और 68 प्रतिशत स्त्रियां मर जाती थी।

बुनियादी सिद्धांत

'सेवा रूरल' द्वारा अपने कार्य में तीन आधारभूत सिद्धांतों को समन्वित किया गया है : सामाजिक सेवा, वैज्ञानिक अभिगम, और आध्यात्मिक दृष्टिकोण। वे सबसे अधिक गरीब व्यक्तियों तक पहुंचने का इरादा रखते हैं, फिर चाहे वे स्त्रियां हों, बालक या चाहे वृद्ध हों। वे अधिक संकट में हैं, दुर्बल व आश्रित हैं तथा बहुधा दबे हुए होते हैं, अतः वे ऐसा मानते हैं कि सामाजिक सेवा की उपेक्षा नहीं की जा सकती। जिस व्यक्ति की सेवा होती है और जो व्यक्ति उनकी सेवा करते हैं, इन दोनों व्यक्तियों पर बल दिया गया है। व्यक्ति के स्वविकास और चरित्र निर्माण पर बल दिया गया है। उनके प्रशिक्षण पर बल दिया गया और इस पर बल दिया गया कि सभी स्तरों पर मानव संसाधनों का विकास हो ताकि वे समुदाय की सेवा में अपना योगदान दे सकें। इसके अलावा काम की गुणवत्ता पर बल दिया गया है।

इस पर ध्यान दिया गया है कि कार्यकर्ता व स्वयंसेवक स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में समझौता न करें। प्रामाणिकता और निष्ठा को महत्व दिया गया है। इस पर ध्यान दिया गया है कि जरा भी अभिमान प्रविष्ट न हो। सभी रोगियों को एक समान माना गया है। समुदाय के नेताओं को तथा अधिक उत्तम आर्थिक स्थिति वाले लोगों को अस्पताल में अच्छी सुविधा प्रदान की जाए, ऐसा आग्रह शुरू में कई लोगों ने रखा था, पर वे उनके दबाव के वशीभूत नहीं हुए। स्थानीय नेताओं और दलों की सिफारिशों पर भी ध्यान नहीं दिया गया।

इस संगठन में स्त्री-पुरुषों की समानता बनाए रखने के लिए 'सेवा रूरल' के कार्यकर्ताओं को अभिमुख किया गया। महिलाओं को संगठन में ऊँची जिम्मेदारियाँ सौंपी गईं और ऊँचे पद दिये गए। यह संगठन सरकार, निजी क्षेत्र, विदेशी संस्थाओं, सार्वजनिक ट्रस्ट, शिक्षा संस्थाओं तथा व्यक्तिगत शुभ चिंतकों के साथ सहयोग से काम करता है पर इसने अपने मूल्यों से कभी समझौता नहीं किया।

यह सामूहिक कार्य को मूल्यवान मानता है। कार्यक्रम किसी एक व्यक्ति पर आधारित नहीं होते। उत्तरदायित्व नीचे तक सौंपने और काम को विकेंद्रित करने का प्रयास किया गया है।

2. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र : सरकार के साथ सहयोग
 'सेवा रूरल' (एस.आर.) के पास 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' (पी.एच.सी.) औपचारिक रूप से 10 वर्षों से रहा है, पर 1984 में सरकार के साथ सहयोग का प्रयोग शुरू हुआ। सरकारी संगठन (जी.ओ.) और गैर-सरकारी संगठन (एन.जी.ओ.) के बीच सहयोग का यह एक अभूतपूर्व उदाहरण है। 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' चलाने की प्रक्रिया में संगठन ने अनेक नई बातें शामिल की हैं ताकि यह कार्यक्रम अधिक प्रभावी बने और गरीब-मित्र बने। स्वास्थ्य क्षेत्र के अनेक लोगों ने सरकारी 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र'

की प्रभावोत्पादकता की निंदा की है जबकि 'सेवा रूरल' में डॉक्टरों ने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चलाने का उदाहरण रखा है। भारत में पहली बार किसी 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' को चलाने की जिम्मेवारी 100 प्रतिशत अनुदान के साथ किसी स्वैच्छिक संगठन को सौंपी गई है।

'सेवा रूरल' का उद्देश्य सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था की निंदा करने का या उच्च सरकारी अधिकारियों की निंदा करने का नहीं बल्कि 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के द्वारा स्वास्थ्य सेवाएं उपयोगी व प्रभावी बनाने का था। इस अनुभव से जो हुआ वह निम्नानुसार है :
 (1) सेवाओं और संसाधनों को दोहराना कम से कम किया गया।
 (2) आदर्श 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' स्थापित करना ताकि वे दूसरों के लिए उदाहरण बनें। (3) सरकारी 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के

स्वास्थ्य सेवाएं

'सेवा रूरल' के समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रम में जिन स्वास्थ्य सेवाओं को शामिल किया गया है वे इस प्रकार हैं :

- (1) माता व नवजात शिशु की देखभाल :
 1. बाल जन्म पूर्व की देखभाल
 2. बाल जन्म के समय की देखभाल
 3. बाल जन्म के बाद की देखभाल
 4. नवजात शिशु की देखभाल
 5. स्वास्थ्य कार्यकर्ता का तकनीकी कौशल व ज्ञान
 - (2) बाल स्वास्थ्य सेवाएं : 1. आइ.सी.डी.एस. 2. टीकाकरण
 - (3) उपचार सेवाएं : 1. ग्राम स्तर पर 2. अस्पताल में
 - (4) संक्रामक रोग नियंत्रण कार्यक्रम : 1. मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम 2. टी.बी. नियंत्रण कार्यक्रम
 - (5) परिवार नियोजन
 - (6) शाला स्वास्थ्य सेवाएं
 - (7) प्रजननलक्ष्यी स्वास्थ्य सेवाएं
- बाल जन्म पूर्व की गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य देखभाल में निम्न बातें महत्वपूर्ण रहीं :
- (1) प्रारंभिक प्रविष्टि - 12 सप्ताह से कम समय में
 - (2) सगर्भा माता की कम से कम तीन बार जाँच - 24 सप्ताह

- में, 24 से 28 सप्ताह में और 36 सप्ताह बाद
 - (3) ब्लड प्रेशर और होमोग्लोबिन पर लगातार नज़र
 - (4) उचित पोषण हेतु सलाह, और तम्बाकू तथा शराब सेवन को टालने की सलाह
 - (5) आयरन फोलिक एसिड की गोलियों के पूरे कोर्स का उपयोग तथा निश्चित अंतराल पर टी.टी. इंजेक्शन
 - (6) अधिक खतरे वाली माताओं की पहचान और उनके लिए रेफरल सेवाएं
 - (7) प्रसूति हेतु तैयारी
- परिवार द्वारा घर में प्रसूति की तैयारी में महत्वपूर्ण बातें इस प्रकार रही :
- (1) प्रसूति की अपेक्षित तिथि की जानकारी
 - (2) पहले से स्टेरिलाइज्ड डिलिवरी पैक रखना
 - (3) पहले से स्वच्छ वस्त्र तैयार रखना
 - (4) गाँव की प्रशिक्षित दाइयों को पहले से सूचित करना
 - (5) अंतिम क्षण पर कोई मुसीबत खड़ी हो तो रेफरल सेवा हेतु तैयारी : 1. किस अस्पताल में सिजेरियन ऑपरेशन की सुविधा कहां उपलब्ध है? 2. कौनसा वाहन? क्या स्थानीय वाहन प्राप्त है? 3. साथ में कौन जाएगा?

दाइयाँ

दाइयों के ज्ञान, कौशल और प्रसूति के समय की सेवाओं के संदर्भ में उठाये गए कदम इस प्रकार रहे :

- (1) सभी दाइयों को प्रशिक्षण दिया गया।
- (2) प्रसूति किट का महत्त्व दाइयाँ समझें व उनका उपयोग करें।
- (3) 70 प्रतिशत गर्भवतियों के पास प्रसूति किट थे।
- (4) वे बाल जन्म पूर्व की देखभाल हेतु स्त्रियों के पंजीकरण में रुचि लें।
- (5) उन्होंने बराबर जाँच हाथ में ली और जरूरी अनुवर्ती काम किये।
- (6) दाइयाँ महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एफ. एच. डब्ल्यू.) और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के साथ समन्वय करके काम करें।

नियंत्रण क्षेत्र में दाइयाँ

- (1) अधिकांश दाइयाँ प्रशिक्षित नहीं हैं।
- (2) खतरे के लक्षणों के बारे में जागरूकता बहुत कम है।
- (3) प्रसूति पैक उपलब्ध नहीं है।
- (4) उत्साह व प्रेरणा का स्तर बहुत नीचा है।
- (5) अलग रहकर काम करती हैं।

दाइयों ने खुद ही अपने बारे में व अपने काम के बारे में इस प्रकार बताया :

- (1) “हमें लगता है कि स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था में हम भी महत्वपूर्ण भाग हैं।
- (2) हम युवतियों को प्रशिक्षण लेने हेतु प्रोत्साहन देते हैं पर यह बहुत मुश्किल है।
- (3) हम अपनी सीमा जानती हैं और हम प्रसूति कराने हेतु दबाव नहीं डालतीं। केस बिगड़ जाने पर ‘सेवा रूरल’ को सौंप देती हैं।
- (4) यह काम हमारे घर के काम से भी पहले है, भगवान और माताएं हमें ताकत देंगी और हमारा काम चालू रखने के लिए आशीर्वाद देंगी।”

संचालन में नीति विषयक बदलाव लाने ताकि गरीबों की जरूरतों पर प्रभावी ढंग से ध्यान दिया जा सके। (4) मात्र समर्थन के आधार पर नहीं, वरन् व्यवहार के आधार पर बदलाव लाना।

‘सेवा रूरल’ के इस प्रयास में तीन चरण थे : (1) झगडिया तहसील के 10 गाँवों के समुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं तथा परंपरागत दाइयों को संगठन के तकनीकी एवं प्रशासनिक नियंत्रण के अधीन लाया गया। इन गाँवों की आबादी 10,000 थी। यह चरण 1982 से 1984 का था। (2) 1984 से 1989 के दूसरे चरण में लगभग 40,000 की आबादी वाले 30 गाँवों को शामिल किया गया। उसमें वर्तमान ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ संगठन को सौंपे गए और स्वास्थ्य देखभाल की तमाम जिम्मेदारियाँ उसे सौंपी गई। कर्मचारियों की भर्ती के लिए सम्पूर्ण स्वतंत्रता दी गई तथा प्रवृत्तियों के आयोजन व क्रियान्वयन हेतु भी पूर्ण स्वतंत्रता दी गई। (3) 1989 से 1999 के तीसरे चरण में सभी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उसे सौंपी गई। झगडिया का ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ पूर्णतया ‘सेवा रूरल’ को सौंपा गया।

‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ सौंपे जाने सम्बंधी सरकारी प्रस्ताव का ब्यौरा

1989 में ‘सेवा रूरल’ को झगडिया का प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सौंपने हेतु जो प्रस्ताव सरकार द्वारा किया गया, उसके कुछेक ब्यौरे निम्नानुसार हैं :

- (1) 10 वर्ष हेतु ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ झगडिया ‘सेवा रूरल’ को सौंपा गया।
- (2) राज्य सरकार ‘सेवा रूरल’ के परियोजना क्षेत्र में ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ की सभी सेवाओं के विषय में धन देने हेतु सहमत हुई। सरकारी ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ जो सेवाएं दे वे सभी सेवाएं वहाँ से दी जाएंगी, पर उनका पूर्ण संचालन ‘सेवा रूरल’ करेगा।
- (3) विविध स्वास्थ्य सेवाओं हेतु सरकार द्वारा जो लक्ष्य तय किये जाएं, उन सबको ‘सेवा रूरल’ पूरा करेगा।
- (4) यदि ‘सेवा रूरल’ परियोजना के अंत में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चलाना न चाहे अथवा वह अपनी प्रवृत्ति बंद करे तो ‘प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र’ का संचालन भरूच की जिला पंचायत संभाल लेगी।

- (5) 'सेवा रूरल' डेपुटेशन पर जिला पंचायत से कर्मचारियों को स्वीकार कर सकता है। यदि संगठन को अपने तरीके से कर्मचारियों की भर्ती करनी हो तो वे सरकार या जिला पंचायत में रिक्त स्थान सम्बंधी प्रस्ताव के अनुसार कर सकते हैं।
- (6) जब संगठन अपने मापदंडों के अनुसार कोई कर्मचारी नियुक्त करना चाहे तो उसकी चयन समिति में जिला स्वास्थ्य अधिकारी (डी.एच.ओ.) या जिला विकास अधिकारी (डी.डी.ओ.) होने चाहिए।
- (7) जब सरकार और संगठन के बीच का सहयोग पूरा हो जाए तो सरकार संगठन द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को समायोजित करने का प्रयत्न करेगी, बशर्ते वे भर्ती की वांछित योग्यता रखते हों।

- (8) इसी तरह यह सहयोग जब पूरा हो जाए तो संगठन द्वारा नियुक्त जो कर्मचारी सरकारी मापदंडों के अनुसार योग्यता न रखते हों, उनको संगठन अपनी अन्य प्रवृत्तियों में समायोजित कर लेगा।

'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' को चलाने के संदर्भ में सरकार ने 'सेवा रूरल' को कुछेक छूट दी हैं अथवा कई मामलों में परिवर्तन क्षमता स्वीकार की है:

- (1) भर्ती के मापदंड
- (2) उपभोक्ता से फीस लेना :
 1. डिलिवरी पैक
 2. स्वास्थ्य शिविर के दौरान दवाएं

नवजात शिशु की देखभाल

इस अंचल में नवजात शिशुओं में मृत्यु दर बहुत ऊँची थी। 70 से 75 प्रतिशत बालक मर जाते थे और उनमें से दो-तिहाई बालक तो जन्म के प्रथम सात दिनों में ही मर जाते थे। अतः नवजात शिशुओं की देखभाल पर ध्यान केन्द्रित किया गया। उसमें निम्न बातें महत्वपूर्ण रही :

- (1) स्टेराइल डिलीवरी पैक के उपयोग को प्रोत्साहन।
- (2) जन्म के समय बालक को सूखा करना व कपड़े में लपेटना।
- (3) पहले दिन से ही स्तनपान।
- (4) पहले दिन से ही बालक के वजन पर निगाह रखना।
- (5) प्रथम सप्ताह के दौरान रोजाना बालक को होने वाले खतरों के संकेतों की जांच करवाना। फिर एक माह तक प्रति सप्ताह एक बार। कुल 10 मुलाकात।
- (6) परिवार के सदस्यों को खतरे के संकेतों के बारे में शिक्षित करना। उनकी जागृति का स्तर बढ़ाना। स्तनपान की समस्याओं, संक्रमण, कम हिलने-डुलने आदि के बारे में जागृति बढ़ाना। घरों में इस हेतु चित्र टांगना।
- (7) बालक की अस्वस्थता की गंभीरता को तेज़ी से पहचानना और उसे फौरन रेफरल अस्पताल में भेजना।

आइ.सी.डी.एस.

इस कार्यक्रम में शाला-पूर्व नन्हें बालकों व उनकी माताओं के स्वास्थ्य और विकास पर ध्यान केन्द्रित किया जाता है। ग्राम स्तर पर आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की मदद से ये प्रवृत्तियां की जाती हैं। इसमें बालकों, सगर्भा स्त्रियों व धात्री स्त्रियों को पूरक पोषण देने, शाला-पूर्व शिक्षण देने, बालकों के विकास पर नजर रखने, टीकाकरण, और मामूली बीमारियों के उपचार आदि कार्यक्रमों का समावेश है। छः वर्ष से छोटे बालकों को इस कार्यक्रम का लाभ मिलता है। इस कार्यक्रम के अधीन आंगनवाड़ी कार्यकर्ता हेतु निम्न मुद्दों के अनुसार काम किया गया : • वे गाँव में ही रहें • वे बालक की समग्र शारीरिक, मानसिक व सामाजिक विकास की चिंता करें और बालक का नियमित वजन करें • स्वास्थ्य की छोटी-मोटी समस्याओं के संदर्भ में प्राथमिक औषधिक उपचार प्रदान करें। • समुदाय, अर्ध-चिकित्सकीय कार्यकर्ता व अस्पताल के बीच कड़ी स्वरूप बनें। • सामुदायिक प्रयासों को मदद लेने की इच्छा रखें • वे कुशल हों तथा उत्साही हों • छोटी-मोटी बीमारी में उपचार में मदद करे • कुपोषण वाले बालकों को पहचानें और रेफरल अस्पताल में भेजें • गांव की सभी प्रवृत्तियों में वे कड़ी स्वरूप बने रहें • नवजात शिशु की देखभाल में वे महत्वपूर्ण भूमिका निभायें ताकि मृत्यु दर घटे।

- (3) कार्यक्रम में प्राथमिकता तय करने में परिवर्तन :
1. आइ.सी.डी.एस. की चालू स्वास्थ्य जाँच और पढ़ने वाले बालकों की जांच डॉक्टरों के बजाय कर्मचारियों के द्वारा।
 2. अभिमुखता प्रशिक्षण शिविरों की व्यूह रचना में परिवर्तन।
 3. उप केन्द्र एक इकाई बना तथा स्त्री-पुरुष कार्यकर्ता की संयुक्त जिम्मेदारी।
- (4) कार्यकर्ता लक्ष्य तय करें और आयोजन करें।
- (5) विवरण लेखन तथा देखरेख की अलग व्यवस्था।
- (6) सरकार द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के कर्मचारियों पर कोई सीधी देखरेख या सीधा नियंत्रण नहीं।

यहां दंपतियों की जरूरतों और विचारों के संदर्भ में परिवार नियोजन हेतु लक्ष्य तय करना प्रस्तावित किया गया :

(1) जो दंपति परिवार नियोजन की कोई पद्धति न अपनाते हों, जिनके पास दो या अधिक बच्चे हों तब भी उन्हें ऑपरेशन हेतु न दबाया जाए यदि - उनके सिर्फ बालिकाएं हों, पहले बालक की उम्र 10 वर्ष से अधिक हो, आखिरी बालक एक वर्ष से कम आयु का हो, आखिरी बालक का स्वास्थ्य अच्छा न हो। (2) दो बालकों के बीच अंतराल रखने के लिए भी अरक्षित दंपतियों को कहा नहीं जाएगा, यदि - वे अनेक कारणों से दूसरा बालक चाहें और आखिरी बालक की उम्र एक वर्ष से अधिक हो, स्थानीय रीति-रिवाज और संस्कृति के कारण दंपति प्रथम वर्ष में ही बालक चाहे

परिवर्तन की प्रक्रिया के घटक

(1) प्रोत्साहन व क्षमता वृद्धि

1. आध्यात्मिक दृष्टिकोण
2. मार्गदर्शन व मदद
3. स्वविकास,
4. प्रशिक्षित दाइयां
5. समुदाय के साथ सम्पर्क
6. निजी क्षेत्र के साथ सम्पर्क
7. शैक्षणिक संस्थाओं के साथ सम्पर्क।

(2) सम्पर्क और सहयोग

1. गैर-सरकारी संगठन व सरकार के बीच सहयोग
2. राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर नीति-निर्धारकों व आयोजकों के साथ सम्पर्क
3. स्वैच्छिक क्षेत्र के साथ सम्पर्क
4. नयी पीढ़ी पर प्रभाव
5. समुदाय के साथ सम्पर्क
6. निजी क्षेत्र के साथ सम्पर्क
7. शैक्षणिक संस्थाओं के साथ सम्पर्क

(3) शुभचिंतकों के विचार

1. समुदाय
2. समुदाय के नेतागण
3. स्वास्थ्य कार्यकर्ता
4. स्वास्थ्य निरीक्षक
5. स्वास्थ्य आयुक्त
6. सरकारी स्वास्थ्य अधिकारी
7. 'सेवा रूरल' के भूतपूर्व कार्यकर्ता
8. निजी डॉक्टर
9. दाता/ कंपनियां
10. यूनिसेफ।

(4) नए कार्यक्रम

1. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के संचालन में नई बातें- (क) आयोजन, देखरेख व लक्ष्यों के निर्धारण में विकेंद्रीकरण (ख) बैठकें (ग) विवरण की व्यवस्था (घ) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र व आइ.सी.डी.एस. का समन्वय (च) निरीक्षक

(छ) सेवा प्रदान करने हेतु अनुकूल समय (ज) सूचना का प्रचार-प्रसार (झ) ग्रामीण कार्यकर्ताओं की क्षमता वृद्धि।

2. तकनीकी व प्रक्रियागत नई बातें

(क) पोस्टकार्ड की व्यवस्था (ख) चित्रात्मक कार्ड द्वारा देखरेख (ग) सिकल सेल रोग हेतु खास कार्ड (घ) होमोग्लोबिन देने हेतु सी.यू.एस.ओ. का उपयोग (च) विटामिन 'ए' की पूर्ति (छ) गर्भावस्था के दौरान मलेरिया का उपचार (ज) डिलीवरी पैक।

(5) समुदाय की सहभागिता

1. खर्च व जिम्मेदारियों में भागीदारी।
2. सेवाओं की पहुँच।
3. सेवाओं पर अंकुश।
4. सामुदायिक सहभागिता को प्रोत्साहन देने हेतु गुंजाइश।
 - 4.1 ग्राम स्वास्थ्य समिति।
 - 4.2 मोहल्ला बैठकें व महिला बैठकें।
 - 4.3 महिला मंडल व युवक मंडल।
 - 4.4 ग्राम शिविर।
 - 4.5 सहकार दिन।

(6) स्वास्थ्य शिक्षण

(7) शोध

(8) प्रशिक्षण केन्द्र

(9) रेफरल सेवाएं

तो नव-दंपतियों को मात्र निरोध का उपयोग करने या गोलियां खाने के लिए ही प्रोत्साहित किया जाए।

सामुदायिक स्वास्थ्य परियोजना (सी.एच.पी.) के कर्मचारियों की प्रधानुसार होने वाली बैठकों में निम्न बातों का समावेश होता है:

- (1) प्रार्थना और प्रेरणा स्वरूप वाचन।
- (2) व्यक्ति की अच्छे काम की प्रशंसा।
- (3) क्षेत्रीय इलाके के विधायक अनुभवों और कार्यकर्ताओं द्वारा की गई त्रुटियों दोनों से सबक सीखना।
- (4) कठिनाइयों और समस्याओं का निराकरण।
- (5) सतत शिक्षण के विषय में एक बैठक।
- (6) काम की समीक्षा तथा अगले माह के लिए संबंधित उप केन्द्र की टुकड़ी द्वारा आयोजन।
- (7) क्षेत्रीय इलाके के गंभीर मामले और मृत्यु विषयक चर्चा-समीक्षा।
- (8) दवाओं व अन्य वस्तुओं की पूर्ति।

3. समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रम : आवरण और असर

इस परियोजना का मुख्य उद्देश्य गरीबों में भी सबसे गरीब लोगों को गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना है। सरकार द्वारा संचालित 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के स्तरानुसार सर्वग्राही प्राथमिक स्वास्थ्य संभाल समुदाय को उपलब्ध कराई गई है। कई महत्वपूर्ण सेवाओं में बालकों व स्त्रियों की स्वास्थ्य सेवाओं नर्ही बीमारियों के उपचार, टी.बी. पर नियंत्रण तथा परिवार-नियोजन आदि का समावेश होता है। इन परियोजनाओं के विविध पहलू इस प्रकार रहे हैं :

- (1) 'सेवा रूरल' में सामुदायिक स्वास्थ्य परियोजना (सी.एच.पी) में 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र', आई.सी.डी.एस. तथा शोध व प्रशिक्षण केन्द्र का समावेश होता है।
- (2) ये सेवाएं गाँवों को उपलब्ध कराई जाती हैं और झण्डिया में 'सेवा रूरल' के रेफरल अस्पताल द्वारा पूरा सहयोग दिया जाता है।
- (3) सी.एच.पी. कार्यक्रम को चरणबद्ध रूप में फैलाया गया। 1989 में सी.एच.पी. को औपचारिक रूप से

'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' माना गया और उसमें 40,000 की आबादी वाले 30 गाँवों को शामिल किया गया। तब से वहाँ की आबादी लगभग स्थिर रही है।

- (4) समग्र 15 वर्ष की समयावधि के दौरान सरकारी तंत्र में रहकर सर्वग्राही स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते समय यथा संभव व्यवस्था में तथा प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में नई बातें शामिल की गई हैं।
- (5) सरकारी कार्यक्रम मुख्यतया सगर्भा तथा धात्री स्त्रियों की जरूरतों की देखभाल करने तक सीमित है। स्त्री के समग्र जीवन चक्र पर नहीं, वरन् मात्र 15 मास की समयावधि पर ही उसमें ध्यान केन्द्रित किया जाता है। जबकि 'सेवा रूरल' में स्त्री के प्रजननपरक स्वास्थ्य के सवालियों को समग्र दृष्टि से देखने का प्रयास किया गया है। महिलाओं की स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में मातृत्व संभाल, स्वास्थ्य की अन्य समस्याओं के हल तथा प्रजनन परक स्वास्थ्य के सवालियों के उपचार का समावेश है।
- (6) महिलाओं और समुदाय की स्वास्थ्य विषयक जरूरतों, चिंताओं उनके विश्वासों और उनके व्यवहार विषयक लघु अध्ययन हाथ में लिए गए। टीकाकरण, पोषण, परिवार नियोजन आदि बातों के बारे में ये अध्ययन किए गए।
- (7) काम के दौरान जो कुछ सबक मिले, उनका सरकार व अन्य संगठनों के साथ आदान-प्रदान करने हेतु एक प्रशिक्षण-केन्द्र की स्थापना की गई।
- (8) सरकारी अनुदान 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के तमाम रोजमर्रा के काम को समाहित कर लेता था। उससे अतिरिक्त सेवाओं, नए विषयों, शोध, दस्तावेजीकरण और प्रशिक्षण कार्य की राशि 'फोर्ड फाउन्डेशन' से मिली है।

4. परिवर्तन की प्रक्रिया

'सेवा रूरल' द्वारा अनेक प्रकार के कार्यक्रम किये गए। कार्यक्रम की व्यवस्था की दृष्टि से तथा स्वरूप की दृष्टि से वे नये थे। समय बीतने पर सरकार को इन प्रयासों पर भरोसा हुआ और उन्हें स्वीकार किया गया। राज्य के स्वास्थ्य सचिवालय ने राज्य की स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में उन्हें पूर्ण या आंशिक रूप से समाहित करने का प्रयत्न किया गया। 'सेवा रूरल' के कार्यकर्ताओं की सरकारी

अधिकारियों के साथ बार-बार की बातचीत और व्यावहारिक निदर्शन से ही यह संभव हुआ था। 'सेवा रूरल' की नवीन कार्यक्रमों, प्रक्रिया तथा व्यवस्था से झगड़िया तहसील की स्वास्थ्य स्थिति में फर्क पड़ा है।

'सेवा रूरल' द्वारा किए गए नए कार्यक्रम निम्न हैं :

- स्टेरिलाइज्ड डिलीवरी पैक का सार्वत्रिक उपयोग।
- अतिरिक्त खतरे के संदर्भ में दाईं रेफरल सेवा के उपयोग हेतु प्रोत्साहन दे।

परिवार नियोजन के लक्ष्य तय करना :

- लक्ष्य प्राप्त हेतु सामूहिक प्रयास
- एक सप्ताह में निर्धारित दिन ऑपरेशन हेतु शिविर। लघु स्तरीय आयोजन व बुनियादी वास्तविकता के लक्ष्य तय हों। उनमें क्षेत्रीय कार्यकर्ताओं को शामिल करना।

सर्वग्राही एम.आइ.एस. :

- एक ही स्वरूप में विवरण। स्वरूप अलग-अलग नहीं और दोहराव नहीं।
- उप केन्द्र में से एक इकाई के रूप में विवरण, व्यक्तिगत स्तर पर नहीं।
- परियोजना के तथा परियोजना के अतिरिक्त लाभार्थियों की सेवा प्राप्त का उल्लेख अलग-अलग।
- मलेरिया नियंत्रण हेतु मच्छरदानी का प्रयोग।
- सुरक्षित मातृत्व प्रयास के अनुसार प्रथम रेफरल इकाई के रूप में स्वास्थ्य कार्यकर्ता के सरकारी प्रशिक्षण कार्यक्रम में 'सेवा रूरल' के विडियो 'कल कैसे मेरी' का उपयोग।
- 'सेवा रूरल' के केन्द्र का प्रशिक्षण और तैनाती हेतु उपयोग।
 - इंटरन डॉक्टर
 - महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता
 - प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्सा अधिकारी।

5. अवरोध और बोधपाठ

सरकार के साथ काम करने के अनुभव के आधार पर जो सबक सीखने को मिले हैं और उनमें जो सीमाएं रही हैं तथा अवरोध आये हैं उनका यहां वर्णन किया गया है :

सीमाएं व अवरोध

यह बात सही है कि 'सेवा रूरल' को कई अवरोधों व कई सीमाओं की अपेक्षा थी ही। पर बहुत से तो अनपेक्षित ही थे। बहुतों का पर्याप्त रूप से समाधान हो गया, पर कई समाधान रहित ही रहे। नीचे संक्षेप में उन्हीं का वर्णन किया गया है :

- (1) 'सेवा रूरल' को ऐसा लगा है कि कई कारणों से इस परियोजना में सामुदायिक सहभागिता सीमित रही है। सभी स्वास्थ्य सेवाएं बिना मूल्य लिये पूरी करनी थी, अतः समुदाय के साथ सौदेबाजी का अवसर 'सेवा रूरल' के लिए बहुत सीमित रहा। कई कठिन प्रसंगों में समुदाय से 'सेवा रूरल' को प्रतिक्रियात्मक दायित्व नहीं मिल सका। इसी भाँति स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देने के लिए स्वास्थ्य समितियां गठित करके सामुदायिक सहभागिता उत्पन्न करने का प्रयोग शुरू नहीं हो सका। 'सेवा रूरल' को यह समझ में आया कि आपातकालीन परिस्थिति होने या भारी बीमारी आने के सिवा लोगों के मन में स्वास्थ्य प्राथमिकता का विषय नहीं। संरक्षणात्मक स्वास्थ्य के कदमों में भी समुदाय की भागीदारी टिक नहीं सकी। लक्ष्य-सिद्धि के दबावों की वजह से भी इस प्रक्रिया में अवरोध उत्पन्न हुए थे। 'सेवा रूरल' को लगता है कि सरकार के साथ सहयोग के कारण यह समस्या अधिक बढ़ी है।
- (2) सार्वजनिक स्वास्थ्य के ऐसे अनेक क्षेत्र हैं जो शायद प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के भाग न भी गिने जाएं, फिर भी पेयजल की व्यवस्था, तम्बाकू-मसाला चबाने, धूम्रपान रोकने, मद्यपान रोकने जैसे मुद्दे प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से सार्वजनिक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। इसके उपरान्त, थोड़े से गाँवों में शौचालय निर्माण, हैंडपंप की मरम्मत व निर्वाह, तम्बाकू चबाने और शराब के खतरों के बारे में किशोरों की स्वास्थ्य शिक्षा हुई, पर इनके बारे में अधिक कुछ नहीं हो सका। कैसर नियंत्रण, एच.आइ.वी. और एड्स नियंत्रण बारे में कोई आयोजन नहीं कराया गया। यद्यपि स्थानीय डॉक्टरों को शामिल करने, साधुओं और बाबाओं को शामिल करने, परंपरागत औषधियों के साथ ऐलोपैथी का समन्वय करने जैसे रुचिकर विचार थे, लेकिन कई कारणों से इस बारे में कोई ठोस काम नहीं हो सका। 'सेवा रूरल' को लगता है

- कि वे अधिक महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सके होते, परंतु आरंभ के आयोजन के कई उपायों और कुछेक प्राथमिक कार्यों के सिवा कुछ अधिक नहीं हो सका।
- (3) सरकार के साथ काम करने में कई बड़े अवरोध आये। सर्वप्रथम, तो गुणवत्ता की जगह लक्ष्य की संख्यात्मक सिद्धि पर अत्यधिक बल देने की वजह से सरकार आयोजित मूल्यांकन व समीक्षा बैठकों में गैर जरूरी बखेड़े व विवाद उत्पन्न हुए और मन दुःखी हुआ। दूसरे, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चलाने के खर्च हेतु अनुदान देने में अनेक बार विलंब हुआ। उसके परिणाम स्वरूप वित्तीय मुसीबतों तो पेश नहीं आईं, पर साथ ही साथ संबंधित अधिकारियों को मनाने हेतु उनसे कई बार सम्पर्क करना पड़ा। 'सेवा रूरल' द्वारा अन्य जगह पैसा प्राप्त किया गया और कमी दूर हुई। पर इस मॉडल को अन्यत्र अपनाये जाने में अवरोध आ सकता है और सरकार तथा गैर-सरकारी संगठन के बीच के सहयोग में तो बाधा आ सकती है। दुर्भाग्यवश, बार-बार उत्पन्न होने वाली और टाली जा सकने वाली इस समस्या को हल करने हेतु कोई विधिवत अभिगम या उपाय सरकार ने नहीं अपनाया।
- (4) 'सेवा रूरल' को यों लगता है कि 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के संचालन में अन्य स्वैच्छिक संगठनों को शामिल करने हेतु सरकार की ओर से शायद ही कुछ हुआ। और उस कारण अन्यत्र उसके नए समुदाय-मित्र प्रयोग के अवसर नहीं खुल सके। 'सेवा रूरल' का सफल उदाहरण देखकर ऐसा ही काम हाथ में लेने हेतु कई संगठनों द्वारा वाकई गंभीरता से सोचने पर भी ऐसा नहीं हुआ। यद्यपि, सरकार अभी इस तरह की एक योजना सोच रही है।
- (5) सरकार के साथ काम करने के लंबे समय दौरान कई रुचिकर, दुर्भाग्य पूर्ण और दर्दनाक घटनाएं भी घटित हुई हैं और उनके वैसे नतीजे भी आए हैं। बार-बार नये आने वाले और बदलते सरकारी अधिकारियों को 'सेवा रूरल' के बारे में और सहयोग के ब्यौरे के बारे में जानकारी देने हेतु अकसर बैठकें आयोजित करनी पड़ती थीं। जब-जब वरिष्ठ जिला अधिकारियों की बदली होती तब-तब ऐसी मुसीबत खड़ी होती थी। दूसरा एक महत्वपूर्ण मुद्दा 'सेवा रूरल' को यह समझ में आया था कि अनजाने ढंग से ही 'सेवा रूरल'

के कई कार्यकर्ता लंबे समय तक सरकार के साथ काम करने के कारण अधिकारी जैसे हो गए थे। इसी के परिणाम स्वरूप शायद 'सेवा रूरल' के समग्र पर्यावरण में सर्जनात्मकता घटी है और जोश घटा है, जो किसी भी स्वैच्छिक संगठन के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण होता है। अतः सरकार चाहे तब भी इस सहयोग को अधिक समय तक आगे नहीं ले जाना है, ऐसे निर्णय तक धीमे-धीमे आ पहुँचे।

बोध पाठ

इस अनुभव से जो सबक मिले हैं वे रोचक है और अनेक कारणों से महत्वपूर्ण हैं। सरकार के साथ सहयोग के कारण 'सेवा रूरल' एक बेजोड़ परिस्थिति में आ गया कि जिसमें व्यवस्था के अंदर रहकर काम करते समय जो अवलोकन व निष्कर्ष मिले वे अधिक महत्वपूर्ण बन गए। दूसरी जगहों से नितांत विरुद्ध सरकारी व्यवस्था में काम करते हुए भी नये-नये सफल प्रयोग हुए, प्रभावी आंतरिक व्यवस्था स्थापित हुई और रेफरल का सहयोग मिला इत्यादि तो सब हुआ ही। देश में गैर-सरकारी संगठन (एन.जी.ओ.) व सरकारी संगठन (जी.ओ.) के बीच पहली ही बार इस तरह का प्रयोग हुआ था, जिसके परिणाम स्वरूप अनेक कार्यगत कठिनाइयाँ भी झेलनी पड़ी। दोनों पक्षों में जो ताकतें व दुर्बलताएं हैं वे आश्चर्यजनक रूप से अभिव्यक्त हुई और सहयोग की अवधि लंबी होने से वे अधिक महत्वपूर्ण हो गईं।

दस वर्ष के इस अनुभव ने अनेक मुद्दों के प्रति अंतर्दृष्टि निर्मित की। मुख्यतया एन.जी.ओ.- जी.ओ. सहयोग के क्षेत्र में बहुत सीखने को मिला। यह अनुभव अन्य क्षेत्रों में सफल रहा, जिसमें विविध स्वास्थ्य व्यवस्था और कार्यक्रम शुरू करने की नई बातों, रेफरल सम्पर्क का निर्माण और कर्मचारियों को उत्साही बनाने की सर्वाधिक महत्वपूर्ण प्रक्रिया का समावेश है।

समग्र प्रक्रिया के दौरान विकासपरक या नए कार्य में से बहुत से सबक लिये जा सकते हैं। इनमें विचार, आयोजन, क्रियान्वयन, परिणाम और उनकी समीक्षा समाविष्ट है। यह प्रक्रिया हो या न हो, बोधपाठ में उन बातों का भी समावेश होता है जिनका आयोजन नहीं किया गया, ऐसी आकांक्षाएं जो पूर्ण नहीं हुई और काम करते

समय पीछे हटने या प्राप्त निष्फलता भी इसमें समाविष्ट है। सरलता के लिए इन सब पर एक साथ विचार किया गया है। यदि बारीकी से जाँच करें तो उनमें से अनेक बातों द्वारा 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के निर्माण की प्रक्रिया के कार्यक्षेत्र के बाहर की बातें हैं।

एन.जी.ओ. – जी.ओ. की भागीदारी विकसित करने हेतु सुझाव
समझ विकसित करने की तैयारी। सरकार व एन.जी.ओ. दोनों को दूसरे की बुनियादी मूल्य व्यवस्था और शक्तियों के बारे में समझ विकसित करने की जरूरत है और भागीदारी की सच्ची भावना के साथ काम के लिए तैयार होने की जरूरत है।

उत्तरदायित्व का सिद्धांत

दोनों पक्षों को इस बात की चिंता होनी चाहिए। स्वैच्छिक संगठनों को सरकार को वित्तीय व कार्यगत विवरण नियमित रूप से भेजना चाहिए और साथ ही साथ सरकार को भी समय पर स्वीकृतियां देकर, अनुदान व अन्य बातें सतत जारी करके अपनी जिम्मेदारी निभानी चाहिए।

लचीलापन व छूट

विश्वसनीयता, कार्यक्षमता और पारदर्शिता सिद्ध होने के बाद भर्ती के मापदंड, क्रियान्वयन की व्यूह रचना, मरीज दे सके उतनी फीस के निर्धारण, बजट-खर्च के पुनः आवंटन, कार्यक्रम की प्राथमिकता का निर्धारण, विवरण-लेखन और देखरेख व्यवस्था आदि क्षेत्रों में लचीलेपन व छूट का आवश्यकता होती है।

स्वैच्छिक संगठन के नवीन स्वरूप का संरक्षण

स्वैच्छिक संगठनों का नये-नये काम करने व प्रयोग करने का स्वभाव होता है और वे लोगों के अनुकूल वैकल्पिक पद्धतियां और नमूने विकसित कर सकते हैं और उनमें वे समुदाय की सामाजिक-सांस्कृतिक, शैक्षणिक और आर्थिक परिस्थिति के प्रति भी ध्यान देते हैं। स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की वर्गीकृत व्यवस्था में 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के कर्मचारियों के लिए क्षेत्रीय नवीन कामों के प्रयोग करने की गुंजाइश ही नहीं होती। 'सेवा रूरल' इस मामले में सौभाग्यशाली था कि सरकार के साथ सहयोग के प्रयोग में उसे

'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' में नयी बातें शुरू की स्वतंत्रता प्रदान की गई थी। इस अवधि के दौरान 'सेवा रूरल' द्वारा उसके स्थानीय स्तर के अनुभवों के आधार पर कार्यक्रम व व्यवस्था संबंधी अनेक नई बातें शुरू की गई हैं।

इससे सेवा की गुणवत्ता बनाये रखने में तथा सबसे गरीब लोगों तक सेवा पहुंचाने में सफलता मिली है। सरकार को स्वैच्छिक संगठनों की यह भूमिका पहचानने की जरूरत है तथा उन्हें प्रायोगिक स्तर पर नए 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' कार्यक्रम हाथ में लेने की स्वतंत्रता देकर उन्हें प्रोत्साहित करने की जरूरत है। इस प्रयोग हेतु वर्तमान 'दाता व पाता' के तथाकथित संबंध में सुधार करने की जरूरत है।

राशि का पुनः आवंटन

किसी भी सेवापरक कार्यक्रम का पुनर्प्रयोग करने में वित्तीय सक्षमता एक बड़ा प्रश्न है। 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' पर्याप्त मात्रा में प्राथमिक स्वास्थ्य संभाल की सेवाएं पूरी प्रदान नहीं करता, यह भारत में एक बड़ी चिंता का विषय रहा है। इसके लिए एक कारण दिया जाता है और वह है पैसों की तंगी। यद्यपि, 'सेवा रूरल' का अनुभाव बताता है कि कुल राशि का आवंटन नहीं, वरन् बजट के कामों का जड़तापूर्ण क्रियान्वयन 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के प्रभावी संचालन में बाधा उत्पन्न करता है। सरकार के 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के वर्गीकृत आय-व्यय पत्रक में 80 प्रतिशत से अधिक राशि वेतन पर खर्च होती है, जबकि शेष राशि ही सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु तथा संबंधित प्रवृत्तियों हेतु उसे प्राप्त होती है, जो अपर्याप्त लगती हैं। उदाहरणार्थ, कम वेतन पर कम संख्या में पूर्णकालीन कर्मचारी रखकर 'सेवा रूरल' वेतन खर्च की राशि में बचत कर सका। उसने सेवाओं की गुणवत्ता में जरा भी कमी लाये बिना ग्राम स्तरीय कार्यकर्ताओं की सेवाओं का उपयोग किया।

बताया गया कि यदि 'सेवा रूरल' वेतन और उससे संबंधित मदों में से बची धनराशि दवाओं की खरीद, परिवहन, स्टेशनरी, साधन सामग्री के निर्वाह और ग्राम स्तरीय कार्यकर्ताओं की क्षमता वृद्धि पर खर्च करने की स्वीकृति दी होती तो 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के 'सेवा रूरल' का खर्च भी सरकार के बजट जितना ही आता। इस तरह 'सेवा रूरल' का अनुभव यों दर्शाता है कि यदि बजट में

जिन बातों हेतु खर्च की स्वीकृति दी गई है, उस खर्च का पुनः आवंटन स्थानीय स्तर पर करने दिया जाए और उसके लिए व्यवस्था की जाए, विकेंद्रित ढंग से आयोजित किया जाए और संचालन हो तो 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' द्वारा आवंटित राशि के खर्च में ही अधिक कुशलतापूर्वक सेवा प्रदान की जा सकती है। 'सेवा रूरल' को क्षेत्रीय कार्य-शोध-अध्ययन और दस्तावेजीकरण समेत कई अन्य महत्वपूर्ण पक्षों हेतु अधिक राशि की जरूरत पड़ी। वह मानता है कि वह कार्यक्रम की सफलता हेतु अत्यंत महत्वपूर्ण पक्ष है और वह राशि अन्य स्रोतों से प्राप्त कर सका होता।

नीति विषयक स्तर पर प्रभाव

एन.जी.ओ.- जी.ओ. के सहयोग को प्रभावी बनाने हेतु आयोजन या नीति-विषयक स्तर पर प्रभाव डालना महत्वपूर्ण है। नीति-विषयक स्तर पर प्रभाव डालना महत्वपूर्ण है। नीति-निर्धारण, आयोजकों और क्रियान्वयन कर्ता संस्थाओं के साथ विविध स्तर पर औपचारिक और अनौपचारिक बातचीत के दौरान उन पर प्रभाव डालने का अवसर 'सेवा रूरल' को बहुत बार मिला था। विचार-विमर्श बैठकों और अनेक सरकारी समितियों में निमंत्रण से सदस्यता मिलने पर भागीदारी निभाने से विविध स्तर पर यह संभव हो सका था। मलेरिया, एड्स, आर.सी.एच. और स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार ('यूरोपीय संघ' के प्रयास) संबंधी राज्य स्तरीय विमर्श सभाओं और जिला स्तरीय सलाहकार समितियों में सदस्य के रूप में भाग लीना 'सेवा रूरल' हेतु संभव हुआ था। इससे सरकारी तंत्र पर प्रभाव डालना और कई प्रभावी नई बातें शामिल करना संभव हुआ था।

व्यवस्था के भीतर रहते हुए प्राप्त बोधपाठ

ग्राम-स्तरीय कार्यकर्ता दाइयों की क्षमतावृद्धि

दाइयां और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता जैसे स्थानीय स्तर के कार्यकर्ता ग्रामवासियों की स्वास्थ्य की दशा सुधारने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकते हैं। स्थानीय रूप से प्राप्त लोगों की क्षमता वृद्धि और समुदाय की स्वास्थ्य सम्बंधी छोटी समस्याएं हल करने में उन्हें सक्षम बनाने के सघन प्रयास 'सेवा रूरल' ने हाथ में लिये थे। 'सेवा रूरल' द्वारा हाथ में लिये गए एक सेवा-संशोधन-अध्ययन में यों साबित हुआ कि उचित प्रशिक्षण, मदद, मार्गदर्शन, निरंतर देखरेख

और काम पर आधारित प्रोत्साहन आदि की वजह से ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की टुकड़ी पूर्णकालिक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के लगभग सभी काम सफलतापूर्वक कर सकती है।

रेफरल सेवाएं

रेफरल सेवाएं स्वास्थ्य सेवाओं का एक अनिवार्य घटक है। प्राथमिक स्वास्थ्य संभाल कार्यक्रम और रेफरल अस्पताल की सेवाएं दोनों परस्पर अनिवार्य और पूरक हैं। इनमें से एक भी सेवा यदि स्वास्थ्य के उद्देश्य हासिल करने हों तो स्वयं में पर्याप्त नहीं। निर्धारित 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' स्वास्थ्य में कर्मचारियों को जटिल केस हाथ में लेने हेतु पर्याप्त रेफरल मदद नहीं मिलती। क्षेत्रीय कर्मचारियों तथा अस्पताल के कर्मचारियों के बाद शायद ही कोई सम्पर्क होता है। अस्पताल में मरीज की पश्चवर्ती सेवाओं के लिए कोई भी व्यवस्था नहीं होती। 'सेवा रूरल' के 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' झगड़िया को रेफरल अस्पताल की मजबूत मदद प्राप्त हुई है। इस रेफरल व्यवस्था को समुदाय की सेवा-सुश्रूषा की जरूरतें पूरी करने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करनी है।

प्रतिबद्ध व समर्पित कर्मचारी

'सेवा रूरल' की सफलता का मुख्य कारण प्रतिबद्ध और समर्पित कर्मचारी हैं जो गाँवों में रहते हैं। दूसरा एक महत्वपूर्ण परिबल यह है कि सभी कर्मचारी एक टुकड़ी की तरह काम करते हैं। लक्ष्य-निर्धारण, प्रवृत्तियों की देखरेख उत्पादि कार्यों के लिए अधिक से अधिक अधिकार व उत्तरदायित्व सौंपे जाने से निर्णय प्रक्रिया में उनकी शिरकत की भावनी बढ़ी है तथा कार्यक्रम व उनके परिणाम उनके हैं, ऐसी भावना उनमें विकसित हुई है। ऐसी सुस्पष्ट समझ मौजूद है कि सफलता या असफलता दोनों में समग्र टुकड़ी उत्तरदायी है व्यक्ति नहीं। नियमित बैठकों, कार्यशालाओं के आयोजन व अनेक साझे कार्यक्रमों द्वारा यह संभव हुआ है।

युवा पीढ़ी पर प्रभाव

पिछले एक दशक के दौरान देश-विदेश की 75 युनिवर्सिटियों और शैक्षिक संस्थाओं के लगभग 600 से अधिक विद्यार्थियों ने 'सेवा रूरल' में औपचारिक व अनौपचारिक प्रशिक्षण प्राप्त किया है।

शेष पृष्ठ 19 पर

स्वास्थ्य हेतु गुजरात सरकार का बजट

प्रति वर्ष राज्य सरकारें स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए खर्च करती हैं। गुजरात सरकार जो व्यय स्वास्थ्य क्षेत्र में करती है वह स्वास्थ्य-विभाग के द्वारा किया जाता है। अहमदाबाद की 'पाथेय' संस्था के श्री बिपिन ठक्कर द्वारा यहां उस बजट का विश्लेषण किया गया है। स्वास्थ्य की वर्तमान परिस्थिति और राज्य के बजट के बीच सम्बंध स्थापित करने का यहां प्रयास किया गया है।

प्रस्तावना

गुजरात सरकार ने सत्ता में आने से पहले नयी स्वास्थ्य नीति घोषित करने, निराश्रित व आदिवासी क्षेत्रों में मोबाइल डिस्पेंसरी की व्यवस्था, प्रति 10,000 की आबादी पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और 5,000 की आबादी पर एक सामूहिक स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित करके उसे आधुनिक साधनों तथा पर्याप्त स्टाफ से सुसज्जित करने के खास वादे किये थे। इसी भांति पुरुषों की आयु 70 वर्ष तक, स्त्री का आयुष्य 73 वर्ष तक, मातृत्व मृत्यु दर 1 प्रतिशत तक, बाल मृत्यु दर प्रति 1,000 पर 26 करने तथा बालकों में रोग प्रतिरक्षण दर 70 प्रतिशत तक ले जाने के वचन भी दिये थे। इसके अलावा, गुजरात में आयुर्वेद विभाग को मंत्रि मंडल में अलग स्थान देने के अतिरिक्त संजीवनी बीमा कवच योजना सार्वजनिक करने और रिक्शा, ट्रक, टैक्सी या जीप जैसे वाहनों के ड्राइवरों हेतु स्वास्थ्य बीमा कवच घोषित करने की बात भी कही थी। जबकि 2001 की जनगणना के अनुसार राज्य के 3,184 गाँव पक्की सड़कों की सुविधा से, 26.76 प्रतिशत गाँव डाक-तार सुविधा से, 10.35 प्रतिशत गाँव संदेश व्यवहार से वंचित हैं।

राज्य सरकार हेतु सत्ता की बागडोर संभालते समय मुख्य मंत्री और स्वास्थ्य मंत्री ने वचन दिये थे कि गुजरात की जनता को स्वास्थ्य सुविधा देने हेतु सरकार की प्राथमिकता रहेगी। परंतु जब उसने बजट प्रस्तुत किया तो यह प्राथमिकता बदल गई। 1990-2000 में सरकार ने राज्य के कुल बजट में से 995.40 करोड़ रु. अर्थात् 4.81 प्रतिशत राशि स्वास्थ्य विकास पर खर्च की थी, जो घटकर

2003-04 में 919.41 करोड़ रु. अर्थात् 2.87 प्रतिशत कम आवंटित की गई थी।

संशोधित बजट में घटा कर मात्र 876.42 करोड़ रु. (1.91 प्रतिशत) की राशि का ही प्रावधान किया गया था। जब कि 2004-05 में 897.40 करोड़ रु. का ही प्रावधान किया गया है। याने विगत छह वर्ष में राज्य सरकार ने स्वास्थ्य सेवाओं के खर्च में 98 करोड़ रु. कम किये गए हैं।

गुजरात में स्वास्थ्य की स्थिति

गुजरात राज्य की स्वास्थ्य सम्बंधी वर्तमान स्थिति के कई विवरण इस प्रकार हैं :

- (1) राज्य में 1999 में हैजे के 5 मामले दर्ज थे, जो बढ़कर 2000 में 76, 2002 में 80 और अक्टूबर 2003 तक 88 दर्ज थे। इसके अलावा लगभग 41 मामले शहरी क्षेत्रों में दर्ज थे।
- (2) स्त्री-पुरुष अनुपात प्रति 1000 पुरुषों पर 920 स्त्रियों का देखने को मिला है। सबसे कम सूरत जिले में 835 और सबसे ज्यादा डांग व अमरेली जिले में 987 का देखने को मिला है। जबकि पूरे देश में स्त्रियों की दर 933 है। घटते जाते अनुपात से भविष्य में विपरीत असर होने की आशंका है।
- (3) 1999 में टाइफाइड के 892 मामले दर्ज थे, जो बढ़कर अक्टूबर 2003 में 1,764 हो गए थे। शहरी क्षेत्रों में यह संख्या 689 थी और 6 लोगों की मृत्यु होने का विवरण स्वास्थ्य विभाग लोगों में दर्ज है।
- (4) 2000 में पीलिये के कुल 1152 मामले दर्ज थे, जो बढ़कर अक्टूबर 2003 में 1,764 हो गए थे। शहरी क्षेत्रों में यह संख्या 689 थी और 6 व्यक्तियों की मृत्यु का विवरण स्वास्थ्य विभाग में दर्ज है।
- (5) 2002 में डेंगू के कुल 40 मामले दर्ज हुए थे जो बढ़कर अप्रैल 2003 तक लगभग 15 हो गए और अक्टूबर 2003

- तक 'पाथेय' के अनुमान के मुताबिक 50 से अधिक दर्ज हुए थे और 10 से अधिक व्यक्तियों की मृत्यु हो चुकी थी।
- (6) राज्य में 7,274 उप केन्द्र, 271 सामूहिक स्वास्थ्य केन्द्र के साथ 167 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चालू हैं।
- (7) 'शाला स्वास्थ्य कार्यक्रम' के अंतर्गत 2003-04 में कुल 87.67 लाख बालकों की जांच की गई थी। इसमें से 13.38 लाख बालकों का उसी स्थान पर उपचार किया गया तथा 46,168 बालकों को रेफरल सेवा प्रदान की गई थी।
- (8) राज्य सरकार द्वारा तीन गुना टीकाकरण के लक्ष्य के समक्ष 95.54 प्रतिशत लक्ष्य प्राप्त किया गया था। इसी भांति पोलियो में 98.58 प्रतिशत, औरी में 95.54 प्रतिशत, धनुर्वात में 93.33 प्रतिशत, दुग्ने टीकाकरण में 71.75 प्रतिशत, फोलिक एसिड में गोलियों के लक्ष्य में 82.95 प्रतिशत और अंधता-प्रतिकारक विटामिन डोज में 88.30 प्रतिशत लक्ष्य पूरे किए गए थे।
- (9) राज्य में अक्टूबर 2003 तक स्वीकृत 1,063 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 8 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चालू नहीं किये गये थे। दूसरी तरफ शहरी परिवार नियोजन केन्द्रों में कमी की है। पिछले 5 वर्षों में एक भी उप केन्द्र चालू नहीं किया, न ही एक भी नया टी.बी. क्लीनिक चालू किया गया।
- (10) दूसरी तरफ, राज्य सरकार की नयी स्वास्थ्योन्मुखी सेवाओं के कारण सरकारी, शैक्षिक अस्पतालों, सरकारी मेडिकल अस्पतालों में मरीजों में उल्लेखनीय कमी दर्ज हुई है। जैसे सरकारी शैक्षणिक अस्पताल में 1999-2000 में कुल 34.39 लाख आउटडोर मरीज दर्ज थे। वे 2002 में घटकर 25.72

लाख रह गए थे। याने रोजाना के 1,910 मरीज आते थे जो घटकर 1,429 रह गए। इसी भांति सरकारी मेडिकल अस्पताल में 2001-02 में कुल 16.82 लाख इनडोर मरीज दर्ज थे, जो घटकर लाभार्थी मरीजों की संख्या 16.51 लाख रह गई। 1998-99 में नेशनल सेम्पल सर्वे के अनुसार गुजरात में एक चौथाई प्रसूति गैर-चिकित्सकीय व्यक्ति से कराई जाती है।

कर्मचारी घटे, वेतन खर्च बढ़ा

राज्य के 27 विभागों में सबसे अधिक कर्मचारी गृह विभाग के बाद स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में सन् 1997 के अंत में कुल 38,192 थे। मार्च 1997 से मार्च 2002 तक कुल 294.07 करोड़ का खर्च किया गया था और मार्च 03 में 481.19 करोड़ रु. का खर्च किया गया। उल्लेखनीय बात यह है कि सात वर्षों में कर्मचारियों के खर्च में 63.63 प्रतिशत वृद्धि हुई थी। इस तरह, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में घटती जाती कर्मचारियों की संख्या के समक्ष वेतन व्यय में उल्लेखनीय वृद्धि देखने को मिली थी। मार्च 2003 के अंत में कर्मचारियों पर किए गए कुल वेतन खर्च 481.19 करोड़ रु. में से 68.11 प्रतिशत राशि वेतन खर्च पर, 1.07 प्रतिशत यात्रा खर्च पर और 30.82 प्रतिशत राशि अन्य मद पर खर्च की गई थी।

इस तरह राज्य सरकार ने विगत 5 वर्षों में चिकित्सकीय एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य हेतु आदिवासियों पर किए गए खर्च में 8.33 करोड़ रु. की ही वृद्धि की है। दूसरी तरफ राज्य की कुल आबादी के 15 प्रतिशत के लगभग आबादी आदिवासियों की होते हुए तथा

तालिका नं. 1

आदिवासी क्षेत्र में स्वास्थ्योन्मुखी सेवाएं

वर्ष	चिकित्सकीय एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य पर खर्च (करोड़ों में)	आदिवासी क्षेत्र में खर्च (करोड़ों में)	स्वास्थ्य व्यय की कुल प्रतिशत	प्रतिशतवार परिवर्तन
2000-01	768.56	59.37	7.72	-
2001-02	633.91	40.55	6.40	- 31.70
2002-03	722.51	47.19	6.53	- 20.52
2003-04(सु.अं.)	757.41	59.57	7.87	0.34
2004-05	776.89	58.34	7.26	- 4.99

तालिका नं. 2
गुजरात सरकार के चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग का बजट

क्रम संख्या		2001-02 का खर्च (करोड़ों में)	2004-05 का खर्च (करोड़ों में)	प्रतिशतवार परिवर्तन
1.	निर्देश व प्रशासन	12.72	21.41	+ 68.24
2.	चिकित्सा आंकड़े व अवलोकन	3.37	1.33	- 60.43
3.	उप केन्द्र	20.99	6.63	- 68.43
4.	आयुर्वेद	39.26	44.18	+ 12.54
5.	राज्य कर्मचारी बीमा योजना	65.66	65.17	- 0.74
6.	होमियोपैथी	3.62	4.19	+ 15.68
7.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	76.96	88.49	+ 14.57
8.	सामूहिक स्वास्थ्य केन्द्र	47.45	53.17	+ 12.04
9.	सार्वजनिक स्वास्थ्य लेबोरेटरी	0.18	0.15	- 15.34
10.	अस्पताल और दवाखाना	2.59	238.04	- 8.09
11.	आदिवासी उप योजना	59.37	56.10	- 5.51

स्वास्थ्य-सेवाओं में यह क्षेत्र पिछड़ा होते हुए इसके लिए राज्य सरकार द्वारा मात्र 7.26 प्रतिशत राशि ही खर्च की जाती है। आदिवासी क्षेत्रों में रोगों की मात्रा अधिक और स्थानीय सेवाएं कम होने के कारण स्वास्थ्य विकास का एक दुष्चक्र निर्मित होता प्रतीत होता है। इसी भांति परिवार कल्याण पर 2000-01 में कुल 132.99 की राशि खर्च की गई थी। उसे घटाकर 2004-05 में 120.51 करोड़ की राशि खर्च करने का अंदाजा है। उल्लेखनीय बात यह है कि राज्य सरकार द्वारा इस प्रवृत्ति के विकास हेतु विगत पांच वर्ष में 9.39 प्रतिशत खर्च की व्यवस्था की गई थी। इसी भांति ऐसा अनुमान है कि राज्य के कुल बजट में से मात्र 0.38 प्रतिशत राशि का खर्च ही इस क्षेत्र के विकास हेतु खर्च होगा। वैसे आदिवासी क्षेत्र के किसी भी गांव/तहसील/शहर में इस प्रवृत्ति हेतु कुछ भी खर्च व्यवस्था या किसी भी तरह के कार्यक्रम न किये जाने के निर्देश बजट से मिलते हैं। राज्य सरकार द्वारा 'चिकित्सा एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य' हेतु 2000-01 में कुल 768.57 लाख का व्यय किया गया था। 2002-03 में 722.50 करोड़ रु. तथा 2003-04 (सु.अं.) में 757.41 करोड़ रु. के व्यय का अनुमान रखा गया था। वैसे, 2003-04 में 774.10 लाख रु. के खर्च का अनुमान लगाया गया था। चालू वर्ष के लिए 774.79 करोड़ रु. का

संशोधित आनुमानित खर्च रखा गया है। याने गत वर्ष के अनुमान की तुलना में इस मद के अंतर्गत मात्र 69 लाख रु. की व्यय वृद्धि का अनुमान दर्शाया गया है।

2004-05 में चिकित्सा व सार्वजनिक स्वास्थ्य हेतु अनुमानित कुल व्यय 774.79 करोड़ रु. में से 72.82 प्रतिशत राशि गैर-योजना खर्च हेतु तथा 27.18 प्रतिशत राशि योजना मद हेतु है। इस व्यय में से 42.12 प्रतिशत राशि शहरी स्वास्थ्य सेवाओं (एलोपैथी), 2.94 प्रतिशत राशि अन्य शहरी स्वास्थ्य सेवाओं (मेडिसिन), 22.05 प्रतिशत राशि, ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं, 1.48 प्रतिशत राशि ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं (मेडिसिन), 12.69 प्रतिशत राशि, चिकित्सा शिक्षा प्रशिक्षण व शोध 16.27 प्रतिशत राशि सार्वजनिक स्वास्थ्य में, 0.24 प्रतिशत राशि सामूहिक स्वास्थ्य केन्द्र हेतु तथा 0.20 प्रतिशत राशि सामान्य व्यय हेतु खर्च होनी है। पिछले पाँच वर्ष में राज्य सरकार ने सामूहिक स्वास्थ्य केन्द्र के खर्च में 68.92 प्रतिशत, शहरी स्वास्थ्य सेवा एलोपैथी के खर्च में 1.34 प्रतिशत, ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा के खर्च में (एलोपैथी) 0.90 प्रतिशत तथा सामान्य खर्च में 56.15 प्रतिशत की कमी की है।

शेष पृष्ठ 29 पर

स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के सम्बन्ध में जन सुनवाई

स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के विषय में थोड़े समय पूर्व भोपाल में पश्चिमी भारत के लिए एक जन सुनवाई आयोजित की गई थी। उसके प्रतिवेदन के आधार पर श्री हेमन्तकुमार शाह द्वारा यह लेख तैयार किया गया है। इसमें जन सुनवाई की भूमिका, उसके उद्देश्य और आयोजकों की भूमिका व दृष्टिकोण व्यक्त हुए हैं। इनके अलावा स्वास्थ्य के अधिकार के उपयोग के संदर्भ में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था की वर्तमान स्थिति और उसमें जरूरी सुधार की चर्चा भी की गई है।

प्रस्तावना

स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के बारे में 'जन स्वास्थ्य अभियान' द्वारा मध्य प्रदेश की राजधानी भोपाल में दिनांक 29-7-2004 को पश्चिम भारत की जन सुनवाई आयोजित की गई थी। 'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' भी उसकी एक आयोजक संस्था थी। दोनों के द्वारा स्वास्थ्य के अधिकारों को आगे बढ़ाने की प्रक्रिया के एक कदम के रूप में स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के विषय में यह जन सुनवाई आयोजित की गई थी। 'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' माताओं को होने वाले पीलिया रोग, एच.आइ.वी./एड्स और स्वास्थ्य देखभाल की प्राप्ति जैसी महत्वपूर्ण स्वास्थ्योन्मुखी समस्याओं के बारे में विगत कई वर्षों से कार्यशालाएं आयोजित करके तथा सिफारिशें जारी करके स्वास्थ्य के अधिकार के सवालियों को आगे बढ़ाने में सक्रिय रूप से शामिल है। 'जन स्वास्थ्य अभियान' स्वास्थ्य देखभाल की सेवाओं और स्वास्थ्य नीति के साथ सम्बन्धित मुद्दों में शामिल नेटवर्क, स्वैच्छिक संगठनों और लोक अदालत का संगठन है। 2000 में जब से 'लोक स्वास्थ्य सभा' (पीपल्स हेल्थ असेम्बली) की प्रक्रिया चली तब से यह स्वास्थ्य के अधिकारों के साथ सम्बन्धित समस्याओं के विषय में सक्रियता से काम करता है।

स्वास्थ्य देखभाल का अधिकार प्रस्थापित करने में और गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य देखभाल हो, यह 'सबके लिए स्वास्थ्य' का ध्येय हासिल

करने का एक महत्वपूर्ण कदम है। इस दृष्टिकोण को ध्यान में रखकर 'जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा 'अल्मा आता घोषणा' की रजत जयंती के अवसर पर से 6 सितंबर 2003 के दिन 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल अधिकार विमर्श सभा' का आयोजन किया गया था। देश के 16 राज्यों के विविध संगठन और स्वास्थ्य के प्रश्नों पर काम करने वाले अधिकार आधारित समूहों के 250 प्रतिनिधि इस सार्वजनिक विमर्श सभा में उपस्थित थे। 'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' के अध्यक्ष न्यायमूर्ति श्री आनंद ने इस कार्यक्रम में मुख्य अतिथि के रूप में उद्घाटन भाषण दिया था और स्वास्थ्य देखभाल के इन्कार से जिन्हें गंभीरता पूर्वक सहन करना पड़ा था उन लोगों को हकीकतें सुनी थीं। यह सभा 'जन स्वास्थ्य अभियान' की स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार आंदोलन की आरंभ बिंदु बनी। इसके बाद आयोग ने 'जन स्वास्थ्य अभियान' के सहयोग से अनेक प्रादेशिक जन सुनवाईयां आयोजित कीं जिनमें स्वास्थ्य देखभाल के इन्कार के मामले प्रकाश में आए और इस तरह देश में स्वास्थ्य देखभाल का अधिकार स्पष्ट रूप से प्रस्थापित किया जाए तथा क्रियान्वित किया जाए। भोपाल में आयोजित जन सुनवाई इस क्रम में प्रथम सुनवाई थी।

इस जन सुनवाई में 'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' के दल के सदस्य, राज्यों के स्वास्थ्य विभाग के अधिकारी, राज्य मानवाधिकार आयोगों के प्रतिनिधि, 'जन स्वास्थ्य अभियान' के प्रतिनिधि तथा मध्य प्रदेश, गुजरात, राजस्थान और महाराष्ट्र के सहभागी उपस्थित थे।

'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' के उप सचिव श्री वाई.एस.आर. मूर्ति ने कहा था कि जन सुनवाईयां का हेतु सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाली व्यवस्था में कमियां तलाशने और उसकी गैर-कार्यक्षमता प्रकट करना नहीं, वरन् राज्य सरकारों राज्य मानवाधिकार आयोगों, स्वास्थ्य विभागों और गैर-सरकारी संगठनों के साथ विविध स्तर पर प्रगाढ़ सम्पर्क बना कर अधिकारों को

प्रोत्साहन व रक्षण प्रदान करने के सर्व-सामान्य हित हेतु सुझाव देने का काम करना है।

जन स्वास्थ्य अभियान

‘जन स्वास्थ्य अभियान’ देश के 16 राज्यों के ऐसे लोक संगठनों और गैर-सरकारी संगठन के लगभग 250 प्रतिनिधियों का बना है जो स्वास्थ्य देखभाल के इन्कार संबंधी सवालों व बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध न होने संबंधी समस्याओं के संबंध में काम करता है। उसी के शब्दों में स्वास्थ्य संबंधी उसका दृष्टिकोण निम्नानुसार है:

- (1) यह महत्वपूर्ण है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था मजबूत व उत्तरदायी हो। जन सुनवाई में जो कुछ प्रस्तुत हो और चर्चा की जाए उसका उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था का महत्व कम आंकना नहीं, परंतु उसे अधिक उत्तरदायी, असरदार व लोगों की जरूरतों के प्रति संवेदनशील बनाना है। वर्तमान सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था को सुधारना चाहते हैं, लोगों की आवाजों को मूल्यवान मानना चाहिए और सार्वजनिक स्वास्थ्य के मामलों में लोगों को शामिल करना चाहिए।
- (2) सार्वजनिक सुनवाई की भांति ऐसी अधिक गुंजाइश की

स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार संबंधी जन सुनवाई के आयोजन के पीछे निहित तर्क

1. स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार के प्रश्न पर समुदायों को इकट्ठा करना और स्थानीय समुदायों में सरकार को विविध स्तरों पर जो विविध स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करनी चाहिए उनके बारे में जागरूकता उत्पन्न करना।
2. स्वास्थ्य देखभाल के इन्कार के विशिष्ट उदाहरण ध्यान में लाना और उनका दस्तावेजीकरण करना।
3. ऐसी हकीकतें बयान करना जो सार्वजनिक स्वास्थ्य कर्मचारियों और विशेषज्ञों के इन्कार के उदाहरणों के ब्योरे दे और ऐसे मामलों को ध्यान में लेकर स्वास्थ्य सेवाओं की ढांचागत न्यूनताओं पर बल दे।
4. स्वास्थ्य संबंधी महत्वपूर्ण प्रश्नों से संबंधित सर्वेक्षणों और विश्लेषण पर आधारित ऐसी स्वास्थ्य व्यवस्था संबंधी व्यापक ढांचागत कमियां प्रस्तुत करना।

जरूरत है ताकि लोगों के प्रतिनिधि गैर-सरकारी संगठन अपने सुझावों के साथ आगे आएँ और सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत करने की मांगें पेश करें। हम स्वास्थ्य-उपचार के निजीकरण के विरोधी हैं और मानते हैं कि निजीकरण सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान समस्याओं की न सक्षम स्थानापन्न व्यवस्था है, न समाधान।

- (3) निजी चिकित्सा क्षेत्र के संदर्भ में लोगों के अधिकारों संबंधी कई गंभीर सवाल हैं, ऐसा हम मानते हैं और उनका भी तत्काल समाधान किये जाने की जरूरत है।
- (4) हम सब जानते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल की सेवाओं पर ही लोगों का स्वास्थ्य आधारित नहीं, वरन् अन्न सुरक्षा, जल की उपलब्धता, सफाई व आवास जैसे परिबलों पर भी आधारित है। पर जन सुनवाई में स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान केंद्रित किया जाता है, कारण कि यह वह चिंता का विषय है, जिसमें स्वास्थ्य विभाग सीधे-सीधे उत्तरदायी है।

गुजरात

‘जन स्वास्थ्य अभियान’ की प्रक्रिया राष्ट्रीय स्तर पर शुरू हुई थी। बाद में गुजरात में 600 संगठनों के एक समूह ने नवंबर 2000 में एक राज्य स्तरीय स्वास्थ्य सभा का आयोजन किया था। वर्तमान दशा में इस समूह के सदस्य संगठनों ने गुजरात के विविध जिलों में प्रवर्तमान स्वास्थ्य की स्थिति का स्वास्थ्य देखभाल अधिकार के इन्कार के संदर्भ में दस्तावेजीकरण किया था। उसमें ढांचागत इन्कार के व्यक्तिगत मामलों के अलावा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उप-केन्द्रों के सर्वेक्षणों का भी समावेश है। पंचमहाल व दाहोद जिलों में जिला स्तरीय जन सुनवाई भी आयोजित की गई थी।

इस जन सुनवाई में दाहोद, आणंद और पंचमहाल जिलों तथा अहमदाबाद व बड़ौदा शहरों के 14 बयान प्रस्तुत किये गए थे। उसमें 10 महिलाओं के तथा 4 पुरुषों के बयान समाहित किये गए थे। उसमें स्वास्थ्य की जो समस्याएं प्रस्तुत हुईं उनमें इन समस्याओं का समावेश था : गर्भाशय का कैंसर, पेशाब की नली का कैंसर, टी.बी., बाल जन्म, प्रसूता स्त्री की मृत्यु, सिलिकोसिस, डॉक्टर द्वारा यौन त्रास, जलना आदि।

स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था के संदर्भ में जो सर्वमान्य समस्या नजर में आई वह यह भी कि लोग जब इलाज हेतु जाते हैं तब कर्मचारी उन के साथ बहुत ही अपमानजनक ढंग से व्यवहार करते हैं। एक घटना में तो एक नर्स ने मरीज को चोट भी पहुंचाई थी। स्वास्थ्य देखभाल के संदर्भ में इन्कार की जो अन्य समस्याएं प्रस्तुत हुई वे इस प्रकार हैं : पर्याप्त सुविधाओं के अभाव में उचित उपचार का अभाव, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा उचित रेफरल सेवाओं का अभाव, गैर कानूनी पैसे लेना, निजी डॉक्टरों के पास भेजना, आपातकाल के मामले में बराबर ध्यान न देना अथवा उपेक्षा का भाव रखना, मरीज को भर्ती करने से मना कर देना, प्रतिरोधात्मक उचपार अथवा देखभाल का अभाव, अपर्याप्त सलाह और मार्गदर्शन या इनका अभाव।

जिन 14 व्यक्तियों का बयान प्रस्तुत हुआ था उनमें से पाँच लोगों ने स्वास्थ्य देखभाल के इन्कार की वजह से प्राण गंवाये थे। पैसों का नुकसान अथवा बहुत खर्च एक अन्य समस्या है जो सभी मामलों में दिखती है। मरीज को और उसके परिवार को उससे जो मानसिक और शारिरिक कष्ट पहुँचता है वह तो अलग है।

गुजरात के 'जन स्वास्थ्य अभियान' की सुश्री रेणु खन्ना ने गुजरात की सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था की स्थिति के बारे में अपने विचार प्रस्तुत किये थे। उन्होंने जो मुद्दे पेश किये उनमें से कई बहुत ही महत्वपूर्ण मुद्दे हैं :

- (1) 1991 में 0 से 6 आयु वर्ग में स्त्री-पुरुष अनुपात 928 था जो 2001 में घट कर 878 रह गया।
- (2) पोषण की कमी वाले बालकों की संख्या भारत में सबसे ज्यादा गुजरात में है।
- (3) अन्न के मामले में बिहार के बाद गुजरात सबसे ज्यादा असुरक्षित राज्य है।
- (4) 46.3 प्रतिशत स्त्रियां पीलिये से ग्रस्त हैं और एक-तिहाई से अधिक स्त्रियां कुपोषण की दशा में जीती हैं।
- (5) राज्य के बजट में स्वास्थ्य के खर्च का अनुपात 4.01 प्रतिशत से घट कर 2.81 रह गया है।
- (6) निजी क्षेत्र में लगभग अनियंत्रित ढंग से विकास हुआ है।
- (7) स्वास्थ्य सेवाओं के मामले में शहरों और ग्रामीण क्षेत्रों के

बीच जबरदस्त अंतर है।

- (8) सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग मात्र 25 प्रतिशत लोग ही करते हैं। पुरुषों की तुलना में स्त्रियां कम उपयोग करती हैं क्योंकि उन्हें उसे हासिल करने की समस्या रहती है और वह उन्हें पोसाती भी नहीं।
- (9) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 50 प्रतिशत जगहें खाली हैं।
- (10) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मात्र 27 प्रतिशत में ही स्वास्थ्य अधिकारी वहां रहते हैं।

राजस्थान

'प्रयास' संस्था ने राजस्थान में 'जन स्वास्थ्य अभियान' का समन्वय किया था। 'जन स्वास्थ्य अभियान' के नेतृत्व तले 'राज्य महिला आयोग' द्वारा एक सार्वजनिक सुनवाई का आयोजन किया गया था। इसके अलावा, जिला स्तरीय कार्यशालाएं आयोजित की गई थीं। इनमें राज्य, राष्ट्र व अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर प्रचलित स्वास्थ्य संबंधी विविध नीतियों आदि के बारे में इन कार्यशालाओं में चर्चा हुई थी। इनमें 'जन स्वास्थ्य अभियान' के बारे में जानकारी दी गई थी।

इस जन सुनवाई में चित्तौडगढ़ जोधपुर और नीमच जिले के गाँवों के 12 मामले प्रस्तुत किये गए थे। उनमें से 5 मामले स्त्रियों के और 7 पुरुषों के थे। इन प्रस्तुतियों में स्वास्थ्य सेवा विषयक जो समस्याएं प्रस्तुत की गई वे इस प्रकार हैं:

- (1) इलाज के समय डॉक्टर की लापरवाही। डॉक्टर ड्यूटी पर हाजिर ही नहीं होते।
- (2) बिना मूल्य दवाएं न दी जाएं। बी.पी.एल. कार्ड धारी होते हुए निजी दुकानों से दवायें खरीदने हेतु कहा जाना।
- (3) सरकारी अस्पताल में निदान सेवाओं से इन्कार।
- (4) पैसों के अभाव में ऑपरेशन करने से इन्कार।
- (5) सेवा प्रदान किये जाने वाले द्वारा पैसे लिया जाना।
- (6) पूरा उपचार किये बिना ही मरीज को घर भेज दिया जाना।
- (7) बीमारी या दिये जाने वाले उपचार के बारे में पूरी जानकारी न देना या बिल्कुल जानकारी न देना।

स्वास्थ्य देखभाल से इन्कार करने के कारण ही 12 में से 4 रोगियों

के प्राण गंवाने की बात बताई गई थी। अधिकांश मामलों में रोगियों या उनके सगों को इलाज हेतु ऋण लेना पड़ा था या भारी उधार लेना पड़ा था। 'जन स्वास्थ्य अभियान' के राज्य के डॉ. नरेन्द्र गुप्ता ने राजस्थान के स्वास्थ्य क्षेत्र और स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति के बारे में अपने विचार निम्न प्रकार प्रकट किये थे :

- (1) राजस्थान में 82.3 प्रतिशत बालक एनिमिया से पीड़ित हैं और 52 प्रतिशत बालक भारी कुपोषण से पीड़ित हैं।
- (2) एक लाख की आबादी पर नियमानुसार एक 'सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र' की सुविधा होनी चाहिए। इस दृष्टि से राज्य में जरूरत की अपेक्षा 141 केन्द्र कम हैं।
- (3) आदिवासी और रोगिस्तानी इलाकों में जितने उप केन्द्र चाहिए उनसे 1793 कम हैं, जबकि गैर-आदिवासी क्षेत्रों में जितने चाहिए उनसे 421 उप केन्द्र ज्यादा हैं।
- (4) आवश्यक दवाओं की सूची बनाई गई है पर बहुत कम लोगों को उसका पता है। उस सूची का शायद ही उपयोग किया जाता हो। अत्यधिक व गैर-जरूरी दवाएं लेने के मामले बहुत हैं।
- (5) 1999 में राज्य के घरेलू उत्पादन का 1.17 प्र.श. खर्च स्वास्थ्य पर होता था जो 2003 में घट कर 1.06 प्र.श. रह गया। 2002-03 में स्वास्थ्य पर बजटीय खर्च में से मात्र 2.86 प्र.श. राशि ही दवाओं पर खर्च हुई है।
- (6) लापरवाही या निम्न गुणवत्ता वाली सेवाओं के संदर्भ में शिकायत कर सकें ऐसी कोई व्यवस्था ही नहीं है। शिकायत पेटियां होती हैं पर वे ऐसी जगहों पर होती हैं कि लोगों को उनका पता ही नहीं होता।
- (7) राजस्थान में राज्य सरकार की अपनी स्वास्थ्य नीति ही नहीं है। निजी चिकित्सा क्षेत्र का नियमन करने के लिए भी कोई नीति नहीं है।

उपसंहार

'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' के सदस्य न्यायमूर्ति श्री भास्कर राव ने इस जन सुनवाई के अंत में कहा था कि :

- (1) भारतीय संविधान का अनुच्छेद 299 और अनुच्छेद 300 स्पष्ट करता है कि सरकारी अधिकारी सरकार की तरफ से कांटेक्ट का पालन करने हेतु बंधे हुए हैं।

- (2) राज्य के स्वास्थ्य अधिकारियों ने अपनी प्रतिक्रिया में जैसे बताया है वैसे इस बारे में वे छानबीन करेंगे और आयोजन करेंगे। उन्हें इस प्रक्रिया में गैर-सरकारी संगठनों को शामिल करना चाहिए।
- (3) उन्होंने 'जन स्वास्थ्य अभियान' के गैर-सरकारी संगठनों का इस कैफियत के लिए अभिनंदित किया था और यह आयोजन करने हेतु उनके प्रयासों की प्रशंसा की थी।

'राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग' की स्वास्थ्य समिति के अध्यक्ष डॉ.एन.एच. आंतिया ने इस जन सुनवाई के अंत में कहा था कि:

- (1) जो समस्याएं बताई गई हैं वे मानवता के अभाव की व्यापक समस्याएं हैं और व्यवस्था की समस्याएं हैं। वे बहुसंख्य गरीब लोगों को सहयोग नहीं देते इसकी समस्याएं हैं।
- (2) स्वास्थ्य और बीमारी के बीच अंतर करने की जरूरत है। स्वास्थ्य की जरूरत को मानसिक, सामाजिक और शारीरिक कल्याण की स्थिति के रूप में देखा जाना चाहिए।
- (3) प्रशिक्षण पर बल दिया जाना चाहिए परंतु मात्र तकनीकी स्वरूप के प्रशिक्षण पर नहीं, पर सामाजिक समस्याओं पर भार दिया जाना चाहिए ताकि स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने वालों में मानवीय स्पर्श आए। इसकी जरूरत है कि उनमें वास्तविक जोश आए।
- (4) 'विश्व स्वास्थ्य संस्था' (डब्ल्यू.एच.ओ.) द्वारा दिये गए माडलों पर आधार रखने के बदले हमें 'सबके लिए स्वास्थ्य' हेतु वैकल्पिक व्यूह रचना अपनाने की जरूरत है। डब्ल्यू.एच.ओ. के माँडल तकनीकी संचालकीय अभिगम वाले हैं और वे भारत के सामाजिक सांस्कृतिक संदर्भ में उपयोगी नहीं हैं, अथवा उन्हें लागू नहीं किया जा सकता। हमें इस सम्बंध में ध्यान रखने की जरूरत है कि ग्रामीण इलाकों में रहने वालों और जिन शहरों के 50 प्रतिशत लोग झोंपड़पट्टियों में रहते हों वहाँ के बहुसंख्य लोगों की समस्याएं हल हों, ऐसी व्यूह रचना अपनाये जाने की जरूरत है।
- (5) सार्वजनिक व निजी क्षेत्र में सेवा समुचित रूप से प्रदान करने की जरूरत है कि जहां गैर-सरकारी संगठन मात्र मदद रूप में ही व्यवस्था करें। उन्हें यही भूमिका अदा करनी चाहिए और दोनों में से किसी एक का पक्ष लेकर न रहें।

- जाना चाहिए।
- (6) सार्वजनिक व निजी क्षेत्र और गैर-सरकारी क्षेत्र के संगठनों के अलावा लोगों को महत्वपूर्ण भूमिका अदा करने की जरूरत है। वास्तव में, जहां तक लोग शामिल नहीं होते वहां तक समाज में कोई परिवर्तन संभव नहीं। स्वास्थ्य और चिकित्सकीय उपचार स्वयं लोगों के द्वारा श्रेष्ठ रूप से आयोजित की जा सकती है, पर उसके लिए जागरूकता और ज्ञान की जरूरत है।
- (7) प्रतिरोधात्मक व प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल शालाओं में अपनी व्यवस्था में सिखाई जा सकती है। दवाओं का देशज ज्ञान और स्थानीय व्यवस्थाओं को प्रोत्साहन देने की जरूरत है ताकि स्वास्थ्य सुविधाओं की आपूर्ति में लोगों की अधिक बड़ी भूमिका उत्पन्न हो।
- (8) अपने समाज में अनेक विकृतियां हैं, यथा - हम विज्ञान व टैक्नोलोजी की तरफ किस तरह देखते हैं। हमें यह समझने की जरूरत है कि दोनों मदद रूप सहयोग प्रदान करते हैं। पहले उन पर शक्तिशाली देशों का सम्पूर्ण अंकुश था और वे ही उनका उपयोग करते थे। हमने विज्ञान व टैक्नोलोजी के क्षेत्र में जो उपलब्धियां हासिल की हैं उनका मूल्य कम नहीं

- आंकना चाहिए।
- (9) विश्व बैंक जैसी संस्थाएं विकासशील देशों पर अपनी शर्तें लादती हैं व परिवार कल्याण के लिए पैसे देती हैं। आबादी नियंत्रण पर विश्व बैंक प्रति व्यक्ति 25 से 30 डालर खर्च करता है। प्रश्न यह है कि उनको हमारी जनसंख्या वृद्धि से भय क्यों लगता है? ऐसी संस्थाओं पर निर्भर होने के बदले हमें समस्याओं के सामाजिक दृष्टिकोण पर आधारित अपना निजी अभिगम अपनाना चाहिए।
- (10) उत्पादन बढ़ाने का पागलपन हमारे देश को लग गया है। सेंसेक्स में एक दिन में 700 करोड़ रु. की सौदेबाजी होती है। ये पैसे कहां जाते हैं? मनुष्य के सुख की हद का क्या? वह तो सबके लिए बुनियादी स्वास्थ्य व शिक्षा से संभव होता है। हमें यह समझना चाहिए कि नीचे की ओर आने के असर जैसा कुछ नहीं है। सम्पत्ति तो ऊपर की तरफ गति करती है।
- (11) हमें परिवर्तन लाने के लिए प्रतिनिधि व सहभागी लोकतंत्र की ताकत का उपयोग करना चाहिए। ऐसा परिवर्तन धीमे-धीमे आएगा, रातों-रात नहीं।

पृष्ठ 11 का शेष भाग

प्रोत्साहक वातावरण, मार्गदर्शन, मदद और श्रेष्ठ नमूने उपलब्ध करने हेतु प्रयास करने की जरूरत है। उनमें से लगभग छह जनों ने अपने संगठन शुरू किये हैं और अभी ग्रामीण क्षेत्रों में जरूरतमंद लोगों के लिए काम कर रहे हैं। राज्य के अलग-अलग भागों में 'सेवा रूरल' के नवीन कार्य-विस्तार के रूप में उसे देखा जा सकता है। वे पूर्णतया स्वतंत्र रूप से काम करते हैं और नए क्षेत्रों में अभी और भी नए प्रयोगों की गुंजाइश है।

यदि सरकार गरीबों तक पहुंचने के लिए वाकई गंभीर हो तो कई प्रभावी नवीनतम बातें क्रियान्वित करने योग्य हैं। इसमें घर-आंगन में प्रसूति हेतु डिलीवरी पैक का प्रभावी उपयोग, ग्राम स्तरीय कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण और शिरकत, सभी कर्मचारियों को प्रोत्साहन, रेफरल सेवाएं, गांवों में स्वास्थ्य शिक्षण की बैठकों आदि

का समावेश होता है। अंत में, केन्द्र व राज्य सरकार विकास के क्षेत्र में सामुदायिक व स्वैच्छिक संगठनों को अधिक शामिल करने पर सोच रही है, तब निजी क्षेत्र के प्रयासों की प्रवृत्ति बढ़ रही है। 'सेवा रूरल' का प्रयोग एक की बजाय कई तरीकों से महत्वपूर्ण है। सरकार को स्वैच्छिक संगठनों के आत्म-सम्मान और गौरव के बारे में संवेदनशील बनने की जरूरत है और उसे ऐसी वृत्ति छोड़ देनी चाहिए कि वह बड़ा भाई है। सरकारी कर्मचारी जहां जरूरी हों, संभव हों और समुदाय हेतु लाभदायी हों, वहां भी सत्ता की हिस्सेदारी के लिए तैयार नहीं होते। यदि समुदाय और स्वैच्छिक संगठनों का और अधिक सम्मिलित करने की इच्छा हो तो जरूरी है कि इनका मानस बदले। अधिक जानकारी के लिए सम्पर्क साधें: 'सेवा रूरल', झगडिया- 393110, जिला : भरूच, गुजरात, फोन: 02645-220021, 220868

गतिविधियाँ

पंचायतों के सशक्तिकरण हेतु राष्ट्रीय स्तर पर प्रयास हाल ही में गठित केन्द्र सरकार ने पंचायतों को सशक्त करने की दिशा में अग्रिम पहल की है। राज्य स्तर पर गुजरात में ग्राम विकास विभाग और पंचायती राज विभाग तो अस्तित्व में थे ही, परंतु नयी गठित केन्द्र सरकार ने केन्द्र के स्तर पर पंचायती राज मंत्रालय की अलग से स्थापना की है। यही नहीं, पर 2004 के जुलाई से दिसंबर मास तक में पंचायती राज के मुद्दों के बारे में प्रति माह अलग-अलग सात बैठकों आयोजन करके पंचायती राज को अधिक मजबूत करने की दिशा में कदम उठाये हैं।

इन बैठकों में सभी राज्य सरकारों के पंचायती राज विभागों और ग्राम विकास विभागों के मंत्री, सचिव तथा राष्ट्रीय स्तर की कई स्वैच्छिक संस्थाओं के प्रतिनिधि भाग ले रहे हैं। देश के अलग-अलग राज्यों में पंचायती राज की स्थिति के विषय में विचार-विमर्श करने तथा पारस्परिक अनुभवों से सीख लेकर पंचायती राज को अधिक मजबूत करने के उद्देश्य से ये बैठकें आयोजित हो रही हैं। देश के अलग-अलग स्थानों पर आयोजित होने वाली इन बैठकों का विवरण इस प्रकार है :

1. कार्य, कर्मचारी और आर्थिक व्यवस्था तथा ग्राम सभा के सशक्तिकरण के साथ 'पंचायती राज : प्रभावी सुपुर्दगी प्रक्रिया' (जुलाई - कलकत्ता)
2. 'पंचायती राज' आयोजन, अमल और ग्रामीण व्यापार केन्द्र तथा समांतर ढांचे का सवाल (अगस्त - बंगलूर)
3. 'पंचायती राज में आरक्षण व्यवस्था : अनुसूचित जनजाति (पैसों के क्रियान्वयन के साथ), अनुसूचित जाति और महिलाएं' (सितंबर - रायपुर)
4. 'केन्द्र शासित प्रदेशों में पंचायती राज और पंचायती राज के कानून का ज्ञान' (अक्टूबर - चंडीगढ़)
5. 'पंचायतों की स्थिति सम्बंधी वार्षिक विवरण' सत्ता और कार्य सुपुर्दगी की सूची की तैयारी के साथ (अक्टूबर - उत्तरांचल)
6. 'पंचायती राज : चुनाव व ऑडिट' (नवंबर - गुवाहाटी)

7. 'पंचायती राज संस्थाओं की क्षमती वृद्धि व प्रशिक्षण' (दिसंबर-पुणे)

गुजरात राज्य में पंचायती राज के सशक्तिकरण सम्बंधी कानूनी व्यवस्थाएं दूसरे राज्यों के लिए मार्गदर्शक बनने जैसी हैं, लेकिन उनका भी उचित क्रियान्वयन करने की उतनी ही आवश्यकता है। गुजरात के पंचायती राज के विविध पहलू निम्न प्रकार से हैं:

1. कार्य: 73वें संविधान संशोधन द्वारा पंचायत को करने के कुल 29 कार्य दर्शाये गए हैं। उनमें से राज्य सरकार ने 14 विषय पंचायत को सौंपे हैं। अन्य सौंपने शेष हैं।
2. कर्मचारी/ अधिकारी: राज्य सरकार ने 78 श्रेणी (केटेगरी) ग्राम विकास स्तर के कर्मचारी गुजरात पंचायत सेवा चयन मंडल द्वारा पंचायत में समाविष्ट किए हैं।
3. फंड (कोष) : गुजरात की 25 जिला पंचायतों की 2004-05 की अनुमानित आय वार्षिक 4000 करोड़ रु. है।

'उन्नति' द्वारा हाल में राज्य में पंचायत के कोष, कार्य, कर्मचारी, अधिकारी व ग्राम सभा की स्थिति विषयक सूचना एकत्र की जा रही है। राष्ट्रीय स्तर पर भी इस प्रकार की सूचना एकत्र करने का काम अलग-अलग संस्थाओं के द्वारा चल रहा है। सारी सूचना जल्दी ही उपलब्ध हो जाएगी।

स्वतंत्र भारत की महिलाएं : 'इन ब्लैक अंड व्हाइट' प्रदर्शन में 57 वर्ष का प्रवास

देश एक और स्वतंत्रता दिवस को मनाने की तैयारी कर रहा था तभी 'ऑक्सफाम जीबी' ने एक विश्वविख्यात फोटो प्रदर्शनी लगाई थी। यह प्रदर्शनी भारतीय महिलाओं हेतु स्वतंत्रता के 57 वर्ष कैसे रहे, इसकी कहानी प्रस्तुत करती है। इस प्रदर्शनी का शीर्षक था: 'इन ब्लैक अंड व्हाइट' अर्थात स्वच्छ, साफ-सुथरा। उसमें क्या स्त्रियों को आज अपने चयन का अधिकार मिला है, क्या उनका जीवन हिंसा से मुक्त है, क्या उनको भी सपने देखने की स्वतंत्रता

है, क्या उन्हें 'ना' कहने की अथवा क्या उन्हें एक मनुष्य बनने की स्वतंत्रता है आदि सवाल उठाए गए थे। गौरी गिल, रूपा महेता, डेरियो मतिदीरी, शेबा छाछी, झाना ब्रिस्की, कृष्ण मुरारी किशन, दिलीप बैनर्जी, सैबास्तियो सेलगाडो और दुनिया के अन्य अनेक जाने माने छविकारों के रचनात्मक दृष्टि से लिये हुए दर्शनात्मक प्रवास उनमें नजर आते हैं।

'इन ब्लैक एंड व्हाइट' में सिक्के के दोनों पहलू प्रस्तुत किए गए हैं। एक तरफ उसमें गौरी गिल का हवाई दल के महिला पायलट जैसा चित्र प्रस्तुत है तो दूसरी तरफ ढाई वर्ष की एक बालिका एक खंबे पर अपना अस्तित्व टिकाने के लिए आज भी लड़ रही है।

राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर विख्यात यह प्रदर्शनी देश के 16 शहरों में घूम चुकी है और मीरा नायर जैसी फिल्म-निर्माता, सविता चौधरी जैसी अभिनेत्री और सुकन्या कृष्णन जैसे टीवी प्रसारक ने अमेरिका में भी इस प्रदर्शनी को देखा था।

'पोइंट ऑव व्यू' नामक मुंबई के गैर-मुनाफे वाले संगठन ने इस प्रदर्शनी में दिखाये चित्र इकट्ठे किए हैं। यह संगठन यथा संभव सभी शहरों में यह प्रदर्शनी ले जाना चाहता है। 'ऑक्सफाम जीबी' स्त्री-पुरुष समानता को प्रोत्साहित करने हेतु प्रतिबद्ध है और इसीलिए उसने यह प्रदर्शनी अहमदाबाद में लगाने में सहयोग दिया है।

'ऑक्सफाम जीबी' मानवतावाद और विकासात्मक अभिगम के लिए समर्पित एक अंतर्राष्ट्रीय संस्था है, जिसका मुख्य प्रयोजन सह-भागीदारी द्वारा समाज के पीड़ित वर्ग की समस्याओं तथा गरीबी के स्थायी निराकरण हेतु आंदोलन व अन्य कार्य करना है। स्त्री-पुरुष समानता का 'ऑक्सफाम' का कार्यक्रम भारत में नौ राज्यों में स्त्री-समानता और घरेलू हिंसा पर ध्यान केन्द्रित करता है और सहायक सेवाओं, हिमायत तथा अभियान के रूप में होने वाली मध्यस्थता को मदद देता है। 'ऑक्सफाम जीबी' इस वर्ष नवंबर में 'हम महिलाओं के प्रति तमाम हिंसा समाप्त कर सकते हैं' नामक अभियान शुरू कर रहा है। महिलाओं के अधिकारों विषयक यह प्रदर्शनी उसकी शुरुआत से पहले की एक कड़ी है।

यह प्रदर्शनी अहमदाबाद में गुजरात कॉलेज के पास कंटेम्परेरी आर्ट गैलेरी में दिनांक 29 से 31 जुलाई 2004 के मध्य शाम 4 से 8 के बीच आयोजित की गई थी।

अधिक जानकारी हेतु सम्पर्क करें: सुश्री सलमा, हिमायत व संचालन अधिकारी ऑक्सफाम जीबी, फोन: 079-26403645, 26403648, 9879027851, ई-मेल: salmah@oxfam.org.uk

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की सेवाएं प्रभावी बनाने का प्रयास : पुस्तक विमोचन

भारत में सर्वप्रथम स्वास्थ्यपरक सेवाएं 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' द्वारा उपलब्ध कराने का पूर्ण दायित्व गुजरात सरकार ने 'सेवा रूरल' को सौंपा। संस्था की 1999 की 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' चलाने की कार्यवाही के अनुभवों का निचोड़ 'मेकिंग ऑव प्राइमरी हैल्थ सेंटर : द सेवा रूरल एक्सपीरियंस' पुस्तक के रूप में प्रकाशित किया गया है।

इस पुस्तक में विशेष रूप से प्राथमिक स्वास्थ्य की विविध सेवाओं को ग्रामवासियों तक पहुँचाते समय आने वाली कठिनाइयों, कार्य प्रणाली हेतु अपनाये गए विविध अभिगम तथा काम करते समय प्राप्त उपलब्धियों के विषय में जानकारी दी गई है, तब आपस के अनुभव तथा एक-दूसरे के दृष्टिकोण को स्वीकार कर जन-हितार्थ काम हो सकता है, इस बात को यह पुस्तक प्रभावी ढंग से प्रस्तुत करती है। 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' के कार्य की मूल्यांकन अहमदाबाद स्थित 'उन्नति' संस्था द्वारा सहभागी पद्धति तथा वडोदरा मेडिकल कॉलेज के कम्युनिटी मेडिकल विभाग द्वारा टैक्नीकल पद्धति का उपयोग करके किया गया है। दस्तावेजीकरण के दौरान प्राप्त अनुभवों के बारे में 'उन्नति' संस्था के नियामक श्री बिनोय आचार्य ने बताया कि, "संस्था की संगठनात्मक प्रक्रिया जानने व समझने हेतु सहभागी पद्धति का उपयोग किया गया है।" मूल्यांकन की समग्र प्रक्रिया के दौरान संस्था के कार्यकर्ता सैद्धांतिक मूल्यों को महत्त्व, सेवाओं की गुणवत्ता, समानता, सत्य तथा सामाजिक लिंग भेद को महत्त्व देते प्रतीत हुए। इन्हीं बुनियादी मूल्यों 'प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र' की प्रवृत्ति को असरदायी बनाया है। इसी के साथ वडोदरा मेडिकल कॉलेज के डॉ प्रकाशभाई कोटेचा ने संस्था की

सेवाओं की गुणवत्ता और आवरण की जानकारी टैक्नीकल मूल्यांकन द्वारा की गई है, इस तरह बताते हुए कार्यवाही की सांख्यिकीय जानकारी दी थी।

इस कार्यक्रम में पुस्तक का विमोचन गुजरात सरकार के 'स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग' के अग्र सचिव श्री आर. एल. मीणा के द्वारा किया गया। उन्होंने स्वास्थ्य सेवाओं पर बल देते हुए कहा, "स्वास्थ्य क्षेत्र में सेवाएं देने वाले चिकित्सक बहुत हैं परंतु सामान्यतया निराश्रित क्षेत्र में जाने हेतु वे तैयार नहीं होते। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए 0.69 प्रतिशत ग्रांट दी जाती है। वह वास्तव में 2 से 3 प्रतिशत होनी चाहिए।" इसके साथ ही उन्होंने अहमदाबाद में लोक भागीदारी के अभिगम से शुरू की गई 'इमरजेंसी हैल्पलाइन' की भी जानकारी दी।

कार्यक्रम के मुख्य अतिथि पद से जानी-मानी सामाजिक कार्यकर्ता श्री इलाबहन भट्ट ने ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य परक प्राथमिक समस्याओं के समाधान हेतु दाइयों के प्रशिक्षण को अधिक महत्त्व प्रदान किया। इसके साथ ही उन्होंने उपस्थित अधिकारियों से रोजगार आधारित लोगों की सामाजिक सुरक्षा को ध्यान में रखते हुए स्वनिर्भर बीमा योजना तैयार करने की भी अपील की थी। इस के अलावा 'सेवा रूल' की मैनेजिंग ट्रस्टी डॉ. लताबहन देसाई ने संस्था के अनुभवों की सविस्तार चर्चा की थी।

पुस्तक विमोचन समारोह में अतिथि विशेष के रूप में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, गुजरात के कमिश्नर डॉ. अमरजीत सिंह थे, यूनिसेफ के डॉ. सुरेश जोशी भी उपस्थित थे। उन्होंने भी प्रसंगानुकूल अपने विचार व्यक्त किये। कार्यक्रम में अन्य स्वैच्छिक संस्थाओं के कार्यकर्ता, अनुभवी डॉक्टर, मेडिकल कॉलेज के प्रोफेसर भी उपस्थित थे। यह पुस्तक प्राथमिक स्वास्थ्य पर काम करने वाली स्वैच्छिक संस्थाओं, सरकार के विभिन्न स्वास्थ्य विभागों, मेडिकल कॉलेजों तथा इन क्षेत्रों के विशेषज्ञों हेतु उपयोगी हो सकेगी।

'विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों को प्रोत्साहन' विषय पर परिसंवाद

देश को स्वतंत्र हुए आधी सदी से अधिक समय बीत जाने के

बावजूद आज भी हमारे समाज के बहुत सारे वर्ग मूलभूत अधिकारों से वंचित हैं। इसमें विकलांग व्यक्तियों का भी समावेश है। हाल ही में प्रकाशित जनगणना के आंकड़ों के मुताबिक गुजरात राज्य की आबादी के 2 प्रतिशत लोग विविध प्रकार से विकलांग हैं। 1991 के नेशनल सेम्पल सर्वे के आंकड़ों के मुताबिक 70 लाख विकलांग लोग रोजगार प्राप्त नहीं कर पाये। यह हकीकत बताती है कि हमारा समाज अब भी उनको अधिकार देने के मामले में उदासीन है, और विशेष रूप से विकलांग व्यक्तियों व उनके लिए काम करने वाली संस्थाओं में उनके अधिकार सुनिश्चित करने वाली कानूनी व्यवस्थाओं और जानकारियों का अभाव मौजूद है।

अतः समाज में विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों को प्रोत्साहन देने उनकी कानूनी व्यवस्थाओं के बारे में जागरूकता फैलाने तथा इस क्षेत्र में कार्यरत कार्यकर्ताओं तथा स्वैच्छिक संस्थाओं के बीच समन्वय स्थापित करने उद्देश्य से 29 सितंबर को अहमदाबाद में 'विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों को प्रोत्साहन' विषय पर एक दिन का परिसंवाद आयोजित किया गया था।

इस परिसंवाद का आयोजन 'उन्नति विकास शिक्षण संगठन' (अहमदाबाद) 'अंधजन मंडल' (बी.पी.ए. अहमदाबाद) तथा 'हैंडिकेप इंटरनेशनल' द्वारा संयुक्त रूप से किया गया था। इस परिसंवाद के प्रथम सत्र में मुख्य रूप से विकलांग व्यक्तियों के सामाजिक समावेश का इतिहास, विकलांग व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों की रक्षा तथा सम्पूर्ण सहभागिता), अधिनियम-1995 की व्यवस्थाओं की व्यापक छानबीन, विकलांग के अधिकारों को सुनिश्चित करने



वाले सहायक कानून यथा मेंटल हैल्थ एक्ट (1987), नेशनल ट्रस्ट एक्ट (1999) तथा रिहेबिलिटेशन कौंसिल ऑव् इंडिया एक्ट (1992) आदि के इस क्षेत्र हेतु अनिवार्य तथा महत्त्व के पक्षों की मुद्देवार प्रस्तुति की गई।

प्रथम सत्र के अध्यक्ष पद पर डिसेबिलिटी कमिश्नर (गु.रा.) श्री.ओ. रवि रहे तथा विषय विशेषज्ञ सर्वश्री डॉ. भूषण पुनानी (बी.पी.ए) विपिन महेता (एडवोकेट), डॉ.आर.एच. बाकरे (मेंटल हैल्थ प्रोजेक्ट, गु.रा.) अखिल पॉल (सेंस इंटरनेशनल) तथा सुश्री विमल थावानी (बी.पी.ए.) आदि ने अपने विचार व्यक्त किये।

द्वितीय सत्र में अध्यक्ष पद पर सचिव समाज कल्याण और अधिकारिता विभाग (गु.रा.) श्री असण सुतरिया तथा डॉ. भूषण पुनानी रहे। इस सत्र में मुख्य रूप से विकलांग व्यक्तियों के समाज की मुख्य धारा में समावेश के बारे में राज्य डिसेबिलिटी कमिश्नर कार्यालय की भूमिका, जन समाज की भूमिका, उनके लिए कार्यरत स्वैच्छिक संस्थाओं के अभिगम में बदलाव, विविध शुभचिंतक समूहों के बीच समन्वय और रोकने के लिए जरूरी अवरोधमुक्त वातावरण और सेवाओं की सुलभता द्वारा सभी के समान समावेश विषयक प्रभावी विचारों की प्रस्तुति की गई। इस सत्र में डिसेबिलिटी कमिश्नर (गु.रा.) श्री. ओ. रवि, डॉ. अनवर धामानि (बी.एम. इंस्टीट्यूट), श्री बिनोय आचार्य (उन्नति), श्री नंदिनी रावल (बी.पी.ए) तथा श्री अर्चना श्रीवास्तव (हैंडिकेप इंटरनेशनल) आदि ने विषय विशेषज्ञों के रूप में विचार व्यक्त किये।

सत्र के अंत में उपस्थित लोगों ने विकलांग व्यक्तियों को पहचान पत्र, प्रवास में राहत, शिक्षण में आरक्षित स्तर पर प्रवेश, परीक्षा में लिखने वाले की सुविधा आदि प्राप्त करने में आने वाली अड़चनों तथा अधिकारों के अमल हेतु जरूरी मेडिकल सहायता विषयक सवालियों के बारे में जानकारी प्राप्त की। परिसंवाद में खासतौर पर उपस्थित रहने वाले सचिव समाज कल्याण और अधिकारी श्री अरुण सुतरिया तथा डिसेबिलिटी कमिश्नर (गु.रा.) श्री.ओ.रवि ने भी विकलांग व्यक्तियों, स्वैच्छिक संस्था के प्रतिनिधियों तथा डॉक्टरों आदि की विभागीय शिकायतों और उलझनों के संतोषप्रद उत्तर दिये और समस्याओं के समाधान करने हेतु वचन भी दिये।

सज्जता पार्क

यह एक 'टैक्नोलोजी पार्क' है। यह केन्द्र लोगों का विपत्तियों, उनके प्रभावों और उस बारे में जरूरी सुरक्षात्मक उपायों के बारे में शिक्षित करके उन्हें विपत्ति का मुकाबला करने हेतु तैयार करता है। 'पार्क' की संकल्पना इसलिए उपयोग में ली गई है ताकि लोग प्रशिक्षक पर रोजाना किसी भी तरह की निर्भरता रखे बिना समझ प्राप्त कर सकें और विकसित कर सकें। इस तरह, यह स्वशिक्षण का स्थान है। सज्जता पार्क भचाऊ नगर में मांडवीवास में भचाऊ नगरपालिका, जी.एस.डी.एम.ए. 'भाडा' और 'उन्नति' द्वारा संयुक्तरूप से स्थापित किया गया है। इसका उद्घाटन 10.9.2004 को हुआ था। सज्जता पार्क के निश्चित उद्देश्य इस प्रकार हैं :

- नुकसान के कारणों और प्रकारों के बारे में तथा नुकसान को घटाने की तकनीकी पद्धतियों के बारे में जागरूकता उत्पन्न करना।
- निर्माण कार्य में सुरक्षा हेतु उपयोगी उचित सामग्री, टेक्नोलोजी और कौशल को प्रोत्साहन देना।
- निर्माण कार्य की विभिन्न पद्धतियों का निदर्शन करना ताकि भूकंप तथा तूफान सुरक्षा की जाए और बरसात के पानी का संग्रह करने की व्यवस्था की जाए।
- विपत्ति से मुकाबले की तैयारी हेतु मुक्त संवाद को प्रोत्साहन देना।

सज्जता पार्क विभिन्न प्रकार की विपदाओं और उनके सामने सुरक्षित निर्माण कार्य के विषय में जानकारी प्राप्त करने का लोगों के लिए एक संसाधन केन्द्र है। यह पार्क निदर्शन का भी एक स्थल है, जहां पत्थर, सीमेंट, कांक्रीट की ईंटे, सीमेंट से बनी माटी की ईंटे,



आदि सामग्री निर्माण कार्य की पद्धति और सुरक्षित निर्माण कार्य हेतु जी.एस.डी.एम.ए. के दिशा-निर्देशों का निदर्शन भी देखा जा सकता है। इसमें यह दर्शाया गया है कि निर्माण कार्य के विविध स्तर पर तिरछे बैंड व कोने पर खड़े सरियों का उपयोग किस तरह किया जाए। सज्जता पार्क में एक जानकारी केन्द्र है जहां से लोगों को विभिन्न विपत्तियों, उनके प्रभाव को घटाने की टैक्नोलोजी और देश के विभिन्न भागों में विपत्ति का सामना करने की विविध समुदायों द्वारा अपनाई गई व्यवस्थाओं आदि की जानकारी मिल सकती है। यह जानकारी केन्द्र विपत्ति का सामना करने हेतु जिला स्तरीय योजना के बारे में अद्यतन जानकारी प्रदान करता है। साथ ही आपात स्थिति में स्थानीय, जिले व राज्य स्तर के विविध सरकारी अधिकारियों से सम्पर्क हेतु फोन नं. और गैर-सरकारी संगठनों के फोन नं. योजना के साथ ही दिये गए हैं। आपात दशा में वे उपयोगी हो सकते हैं।

विपत्ति का सामना करने की तैयारी के बारे में सामुदायिक शिक्षण मिले, इसके लिए सज्जता पार्क द्वारा कई कार्यक्रम हाथ में लिये गए हैं :

- (1) विपत्ति के निवारण और उसका मुकाबला करने के विविध पहलुओं के बारे में और विशेष रूप से निर्माण कार्य की टैक्नोलोजी के बारे में फोल्डर्स व पुस्तिका जैसी शैक्षिक सामग्री का वितरण सज्जता पार्क द्वारा किया जाता है। एक संसाधन केन्द्र के रूप में यह पार्क सामुदायिक शिक्षण हेतु जरूरी नवीन सामग्री सतत तैयार करता है।
- (2) सज्जता पार्क को विपत्ति का मुकाबला करने हेतु तहसील स्तरीय संसाधन केन्द्र के रूप में भी विकसित किया गया है। वह विपत्ति के मुकाबले की योजना बनाने में समुदाय को टैक्नीकल मार्गदर्शन प्रदान करता है। भूकंप के बाद जी.एस.डी.एम.ए. द्वारा प्रत्येक गाँव में 'सज्जता सेना' गठित की गई है। उसके साथ विविध प्रवृत्तियों द्वारा सक्रिय रूप से सम्बंध स्थापित करने और अनुभवों का विनिमय करने के लिए भी इस केन्द्र का उपयोग होता है।
- (3) सज्जता पार्क का उद्देश्य गाँव के स्वयंसेवकों, समुदायों और मजदूरों को सुरक्षित निर्माण कार्य की टैक्नोलोजी के बारे में नियमित स्तर पर प्रशिक्षण देना भी है। स्वयंसेवकों

तथा मजदूरों द्वारा गाँवों व शहरी इलाकों में पहुँचने का विचार इसमें समाहित है। भूकंप के सामने सुरक्षित व कम खर्च पर मकान बनाने की क्षमता वहाँ तक पहुँचाने का उद्देश्य है।

- (4) सुरक्षित निर्माण कार्य के विषय में पदयात्रा आयोजित करने, वार्ड में समुदाय के साथ संवाद खड़ा करने और तकनीकी विशेषज्ञों तथा सरकारी अधिकारियों के साथ विचार-विमर्श जैसी बातों द्वारा समुदाय के शिक्षण का मार्ग भी सज्जता पार्क प्रशस्त करता है।

भावी कार्यक्रम

ग्राम विकास पारितोषिक-2004 और ग्राम विकास फेलोशिप

डेवलपमेंट सपोर्ट सेंटर (डी.एस.सी.) अहमदाबाद विगत एक दशक से ग्राम विकास के क्षेत्र में कार्यरत है। डी.एस.सी. संस्था प्राकृतिक संसाधनों के विकास के साथ जुड़ी लोक-केन्द्रित संस्थाओं, कार्यक्रमों तथा नीति-नियमों को समर्थन देती है। संस्था के अध्यक्ष श्री अनिलभाई शाह के 75 वर्ष होने के अवसर पर उनके परिजनों मित्रों व शुभचिंतकों के सहयोग से डी.एस.सी. के तत्वावधान में ग्राम विकास पारितोषिक फंड स्थापित किया गया। उसमें से तीन योजनाएं सोची गई : (1) ग्राम विकास पारितोषिक (2) ग्राम विकास फेलोशिप (3) प्रतिभा सम्पन्न व कार्यशील व्यक्तियों को अपने सार्वजनिक जीवन, सामाजिक जीवन के संस्मरण लिखने हेतु सहायता की योजना।

ग्राम विकास के क्षेत्र में उल्लेखनीय काम करने वाले व्यक्ति संस्था को प्रति वर्ष 50,000 रु. का पारितोषिक और स्मृति चिन्ह दिया जाएगा। इस पारितोषिक का मुख्य उद्देश्य 'प्रतिभाओं का अभिनंदन करना नहीं है वरन् भविष्य में प्रोत्साहन की प्रेरणा देने के लिए है। व्यक्तिगत पारितोषिक के लिए 30-45 का आयु वर्ग निर्धारित किया गया है।

ग्राम विकास पारितोषिक हेतु वर्ष के दौरान विभिन्न संस्थाओं एवं व्यक्तियों से उनके कार्यों के बारे में विवरण मंगाया जाता है। इसके

अलावा अन्य संस्थाएं भी अपनी मित्र संस्थाओं या व्यक्तियों के बारे में विवरण लिख भेजती हैं। सभी प्राप्त नामांकनों में से पारितोषिक निर्णायकों द्वारा पसंदगी की छोटी सूची बनाई जाती है। इनमें ग्राम विकास सार्वजनिक सेवा, शोधकर्ता और अध्येता विशेषज्ञ हैं। अनुभवी व संनिष्ठ कार्यकर्ताओं द्वारा छोटी सूची में से चयनित संस्था/ व्यक्तियों के कार्यक्षेत्र का निरीक्षण किया जाता है। उनके विवरण के आधार पर निर्णायकों द्वारा अंतिम चयन किया जाता है।

यह पारितोषिक विकास क्षेत्र की अग्रगण्य संस्था/ व्यक्तियों तथा विशेषज्ञों और महानुभावों की उपस्थिति में प्रदान किया जाता है। 2004 के ग्राम विकास पारितोषिक के लिए नामांकन मंगाए गए हैं। संस्था/ व्यक्तियों के कार्यों के बारे में विवरण निर्धारित सूचना पत्र में बताये गए स्तर एवं पत्रक के मुताबिक 10 सितंबर 2004 तक दिया जाना है।

गुजरात में ग्राम विकास के क्षेत्र में अनेक व्यक्ति/ संस्थाएं उपलब्धिपूर्ण काम कर रही हैं। परंतु उनके काम के बारे में लोगों में पर्याप्त जानकारी नहीं है, उनके काम का दस्तावेजीकरण नहीं होता। परिणामतः उनके अनुभवों का व्यापक समाज को लाभ नहीं मिलता उनके काम का प्रसार नहीं होता।

ऐसे व्यक्तियों और संस्थाओं के काम की शोध हो, उनकी कार्य पद्धति, उपलब्धियों का दस्तावेजीकरण हो और उनके अनुभवों की जानकारी व्यापक समाज को मिले, इसके लिए ऐसे व्यक्तियों/ संस्थाओं के काम की शोध करने में रुचि लेने वाले शोधकर्ताओं को 50,000 रु. (पचास हजार रुपए) तक फेलोशिप देने की योजना सोची गई है। इसके उपरांत, प्रतिमानकारी काम करने वाले व्यक्तियों को अपनी सार्वजनिक सेवा में कार्य के अनुभवों के दस्तावेजीकरण हेतु मदद देने का काम भी किया जाता है। व्यक्तियों के अनुभवों के दस्तावेजीकरण करने के लिए प्रतिष्ठित श्रेष्ठ व्यक्ति को 35000 से 50000 रु. तक की राशि की सहायता देने का प्रस्ताव है। इस सहायता राशि का उपयोग सूचना के एकत्रीकरण, प्रशासनिक खर्च और भाषा के निष्णात व्यक्तियों द्वारा दस्तावेज संशोधन हेतु किया जा सकेगा। जब आलेख तैयार हो जाए, तब किसी अच्छे प्रकाशन द्वारा प्रकाशित कराने हेतु प्रयत्न किए जा

करते हैं। सम्पर्क : डी.एस.सी., सरकारी ट्यूबवेल के पास, बोपल, अहमदाबाद- 380078, फोन: 02717 - 235994, 235995, 235998, फैक्स: 02717 - 235997, ई-मेल: dsc@satyam.net.in

नागरिकता एवं अभिशासन पर तृतीय अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन का आयोजन

सहभागिता की संकल्पना ने सामाजिक परिवर्तन के सैद्धांतिक एवं व्यावहारिक दोनों रूपों में एक लंबा रास्ता तय किया है। अब सहभागिता को भले ही अनिच्छा से ही सही जीवन व शासन के हर क्षेत्र में स्वीकार किया गया है। सहभागिता के बदले स्वरूपों का पुनः मूल्यांकन करने के लिए एक अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन का आयोजन किया जा रहा ताकि पिछड़े व दबे-कुचले लोगों के जीवन पर इसके प्रभाव को आंका जा सके। इस सम्मेलन में निम्नांकित विषयों पर हिन्दी व अंग्रेजी में पर्चे (लेख) आमंत्रित किए गए हैं:

- (1) सहभागिता बदलाव का अर्थ: सिद्धांत व प्रयोग,
- (2) नागरिक सहभागिता और सशक्तिकरण : वास्तविक या काल्पनिक?
- (3) सहभागी अभिशासन : राज्य केन्द्रित या नागरिक केन्द्रित?
- (4) सहभागिता में संतुलन : अधिकार व दायित्व,
- (5) महिला नेतृत्वकरण और स्थानीय अभिशासन : सामर्थ्य और सीमाएं,
- (6) लोकतंत्र और सशक्तिकरण : बदलाव की राजनीति या बदलती राजनीति,
- (7) नागरिकता की सीख,
- (8) सामाजिक गतिशीलता, शिक्षा और नागरिक पहल।

संक्षेप जमा कराने की अंतिम तारीख 30 नवम्बर, 2004 व पूरा पर्चा जमा करने की तारीख 15 जनवरी, 2005 है। पंजीकरण फीस भारतीय प्रतिभागियों के लिए 500 रु., विद्यार्थियों के लिए 200 रु., विदेशी नागरिकों के लिए 100 डॉलर व विदेशी विद्यार्थियों के लिए 50 डॉलर है। तीन दिवसीय (8-10 फरवरी, 2005) इस सम्मेलन का आयोजन 'प्रिया', 42 तुगलकाबाद इंस्टीट्यूशनल एरिया, नई दिल्ली-110062, फोन: 91-11-299609531-33 ई-मेल: mpant@pria.org, rapita@pria.org ने किया है।

संदर्भ सामग्री

विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों की रक्षा कैसे करें?

विकलांग व्यक्ति बहुधा सोचते होते हैं कि • हमारे अधिकारों की रक्षा करने के लिए कौनसी कानूनी व्यवस्थाएं हैं? • कार्यस्थल पर हमारे साथ भेदभाव किया जाए तो हम क्या कर सकते हैं? किसी शिक्षण संस्था में यदि प्रवेश न मिले तो हम किससे सम्पर्क करें? • गुजरात में हमारी शिक्षा व रोजगार के अधिकारों की रक्षा कौनसे संगठन करते हैं? • हमें हमारे अधिकार प्राप्त करने में कौन से महत्वपूर्ण दस्तावेजों की जरूरत पड़ती है?

ये और ऐसे अन्य अनेक उत्तर देने के लिए अंधजन मंडल, 'उन्नति' विकास शिक्षण संस्था तथा 'हैन्डिकेप इंटरनेशनल द्वारा संयुक्त रूप से एक पुस्तक गुजराती व अंग्रेजी भाषा में प्रकाशित की गई है, जिसका शीर्षक है: विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों की रक्षा कैसे करें?' यह पुस्तिका विकलांग व्यक्तियों को विशेष रूप से व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों की रक्षा और सम्पूर्ण सहभागिता) कानून - 1995' के संदर्भ में जानकारी देती है। इसमें ऐसे सफल उदाहरण हैं और प्रयास भी हैं जो यह दर्शाते हैं कि यह कानून किस तरह सक्षम बनाने का एक साधन है। प्रश्नोत्तरी व मार्गदर्शिका के रूप में यह पुस्तिका विकलांग पाठकों को उनकी सर्वमान्य चिंताएं एवं समस्याएं दूर करने में मददगार होगी।

इस पुस्तिका से किसको लाभ होगा? • विकलांग व्यक्तियों और उनकी देखभाल करने वालों को • विशिष्ट संस्थाओं, गैर सरकारी संगठनों और सरकारी विभागों को • विकलांगों के अधिकारों की रक्षा और समान अवसर सम्बंधी सूचना प्राप्त करना चाहने वाले अन्य किसी भी व्यक्ति को। प्राप्ति स्थान: अंधजन मंडल, जगदीश पटेल चौक, सूरदास मार्ग, आइ.आइ.एम. के पास, वस्त्रापुर, अहमदाबाद 380015, फोन: 079 - 26304070, 26305082, हैंडिकेप इंटरनेशनल, रूपदीप, 39 सुदर्शन सोसाइटी भाग-2, नारणपुरा अहमदाबाद- 380013, फोन: 079 - 55425646, ई-मेल: inclusion@hi-india.org तथा 'उन्नति' विकास शिक्षण संगठन।

आकाश नापना है हमें!

'विकास के क्षेत्र में स्थानीय स्तर की महिलाओं के नेतृत्व का एक दस्तावेज' के रूप में इस पुस्तक का प्रकाशन किया गया है। सामाजिक कार्यकर्ताओं को विकास परक आलेखन करने में प्रोत्साहन प्रदान करने हेतु 'चरखा' द्वारा प्रतिवर्ष विविध विकास परक मुद्दों के बारे में लेखन स्पर्धा आयोजित की जाती है। 2003 के दौरान 'गुजरात में विकास कार्यों में स्थानीय स्तर की महिलाओं का नेतृत्व और भूमिका' के बारे में ऐसी लेखन स्पर्धा आयोजित की गई थी। इस स्पर्धा का आशय था कि विकास के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योगदान देने वाली महिलाओं और महिला संगठनों के प्रयासों का व्यवस्थित दस्तावेजीकरण हो और व्यापक जन समाज तक उसकी जानकारी पहुँचे। स्पर्धा में अलग-अलग स्वैच्छिक संस्थाओं के 55 सामाजिक कार्यकर्ताओं ने अपने कार्यक्षेत्र के अनुभव के आधार से विषय वस्तु और लेख की गुणवत्ता के आधार पर 25 लेख पसंद करके व सुधार कर इस पुस्तिका में संकलित किये गए हैं।

इस पुस्तक को दो भागों में बांटा गया है। प्रथम विभाग में स्थानीय स्तर के अलग-अलग महिला संगठनों द्वारा किए गए कार्यों के बारे में 14 लेख हैं। द्वितीय विभाग में विकास क्षेत्र में व्यक्तिगत योगदान देने वाली स्थानीय स्तर की महिला नेताओं के बारे में 11 लेख हैं। पुस्तक में समाविष्ट 25 लेखों में से 10 लेख महिला कार्यकर्ताओं द्वारा लिखे गए हैं। अंतिम दो लेख 'चरखा' के प्रतिनिधियों के द्वारा लिखे हुए और अखबारों में प्रकाशित लेख हैं। इन लेखों में से विविध विकासपरक मुद्दे उजागर करने में महिला नेताओं और महिला संगठनों द्वारा अदा की गई उल्लेखनीय भूमिका के बारे में जानकारी मिलती है। 'कच्छ महिला विकास संगठन' और 'कच्छ नवनिर्माण अभियान' में अग्रणी सुश्री सुषमा आयरंगर ने इस पुस्तिका की अत्यंत मननीय प्रस्तावना 'परिवर्तन का एपिसेंटर : ग्रामीण महिलाओं का उभरता नेतृत्व' लिखी है।

नयी दिल्ली के 'नेशनल फाउण्डेशन फॉर इंडिया' के सहयोग से यह

पुस्तक प्रकाशित हुई है। संपादक : संजय दवे, प्राप्ति स्थान: चरखा- विकास संचार नेटवर्क, 702, साकार-4, मा. जे. पुस्तकालय के सामने, आश्रम रोड, अहमदाबाद- 380006 फोन: 079-26583305, 26588958.

सरपंच मैनुअल

इस पुस्तक की यह तीसरी आवृत्ति है जो बताती है कि यह पुस्तक कितनी लोकप्रिय हुई है। इसकी प्रथम आवृत्ति अप्रैल 2000 में प्रकाशित हुई थी। यह पुस्तक ग्राम पंचायत की कार्यवाही तथा सरपंच के कार्य के बारे में सरल भाषा में सविस्तर जानकारी देती है। इसमें कुल 13 प्रकरण हैं। जिनमें इस प्रकार से जानकारी दी गई है :

- (1) गुजरात पंचायत अधिनियम - 1993
- (2) सरपंच : सरपंच पद, सरपंच पद की सीमाएं, सरपंच को मिलने वाला भत्ता, अविश्वास प्रस्ताव, अविश्वास प्रस्ताव का नमूना, सरपंच पद की समाप्ति, उप सरपंच
- (3) महिला सरपंच : आरक्षण का लाभ, महिला सरपंच के अधिकार
- (4) ग्राम पंचायत : ग्राम पंचायत के दायित्व, ग्राम पंचायत के अधिकार ग्राम पंचायत के कार्यालय की कार्यवाही, ग्राम पंचायत प्रतिद्वंद्विता, ग्राम पंचायत पर नियंत्रण
- (5) वित्तीय एवं लेखा सम्बंधी बातें : सरपंच के उत्तरदायित्व, सावधानियां, ग्राम फंड, कर, फीस, रजिस्ट्रों का रख-रखाव
- (6) ग्राम पंचायत/ ग्राम सभा की बैठकें : पंचायत की बैठक, सभा के एजेंडे का नमूना, ग्राम सभा के सदस्य के दायित्व
- (7) ग्राम सभा की समितियां: सामाजिक न्याय समिति, गोकुल ग्राम योजना समिति, ग्राम शिक्षण समिति, मध्यान्ह भोजन योजना केन्द्र समिति, ग्राम रसद और ग्राहक सुरक्षा सलाहकार समिति, जल समिति, ग्रामवन समिति
- (8) विविध निधियां: ग्राम उत्कर्ष फंड, जिला ग्राम उत्कर्ष निधि में से अनुदान प्राप्ति की अर्जी। जिला सहकारी निधि में से अनुदान प्राप्ति की अर्जी, जिला विकास निधि में से अनुदान प्राप्त करने की अर्जी,
- (9) महत्त्वपूर्ण सलाह-सूचनाएं
- (10) महत्त्वपूर्ण बातें : निर्माण कार्य इजाजत, कब्जा, गोचर, ग्राम वन, पशु बंद करने का बाड़ा, गाँव के खातेदार

- (11) विपत्ति संचालन
- (12) आदर्श गाँव
- (13) उपलब्ध जानकारी।

यह मैनुअल सरपंचों, उप सरपंचों, ग्राम सभा के सदस्यों, ग्राम पंचायत के सदस्यों आदि के लिए है व उनके लिए अत्यंत उपादेय है। पर जो गैर-सरकारी संगठन पंचायतों को सक्रिय बनाने का प्रयास करते हैं उनके लिए भी बहुत उपयोगी है। लेखक स्वयं सरपंच पद पर रह चुके हैं अतः उनका यह लेखन उनके अनुभवों का निचोड़ है। लेखक और प्रकाशक : घनश्याम भाई बारोट, प्राप्ति स्थान: 71, आसोपालव बंगलोज, आकाश दर्शन, थलतेज, अहमदाबाद - 380059, मूल्य : 110 रु.

अगमचेती

2001 के भूकंप के बाद गुजरात में भूकंप व अन्य प्राकृतिक विपत्तियों का सामना करने के लिए सावधान रहने हेतु समझ बढ़ी है। इस समझ को अधिक प्रखर बनाने का प्रयास इस पुस्तक में किया गया है। सुसज्जित रहना एक बड़ा विषय है। इसे अनेकानेक दिशाओं से मूल्यांकित करना पड़ेगा। इस बात को ध्यान में लेकर सज्जता विषय को केन्द्रीय स्थान में रखते हुए अधिकाधिक लोगों के बीच विचार-विमर्श हो तथा इस क्षेत्र में काम करने वाले लोग अपने विचार प्रस्तुत करें, इस विचार से इस पुस्तक में 27 लेख समाविष्ट किये गए हैं। 'उन्नति' के नियामक श्री बिनोय आचार्य प्रस्तावना में लिखते हैं, "इस संकलन का उद्देश्य अपनी भावनाओं को उजागर करना है ताकि आपात स्थिति का मुकाबला करने की तैयारी बता सकें जिसमें असहाय समूहों के प्रति हम वचनबद्ध बनें।"

'विविध पत्रकारों' सर्जकों, सरकारी अधिकारियों, गैर-सरकारी संगठनों के कार्यकर्ताओं आदि द्वारा लिखे लेखों में जो सुझाव दिये गये हैं वे इस प्रकार हैं :

- (1) अब फुटकर सुधारों के पैबंद लगाने से कुछ नहीं होगा, क्रांतिकारी कदम उठाने की वेला आ गई है।
- (2) प्राकृतिक विपदा आये तब ही अधिकचरे कदमों और अधिकचरे चिंतन के बजाय उसके बारे में सर्वग्राही चिंतन हो और उसे

स्थायी सुरक्षा का रूप दिया जाए।

- (3) आमने-सामने का संवाद हो ऐसी व्यवस्था होगी तभी सज्जता सार्थक होगी। परावलंबन को घटाना है, जन-भागीदारी को बढ़ाना है और सुसज्जित रहने की जिम्मेदारी को विकेंद्रित करना है।
- (4) इस क्षेत्र में अभी जो जागृति दिखाई देती है वह अल्प समय में सोच-समझ कर आयोजित किये गए उपचार नहीं है, परंतु विपत्ति के दीर्घकालीन इतिहास के परिणाम से उत्पन्न उपाय हैं।

विपत्ति का सामना करने के लिए पहले तैयार रहना जरूरी है। ऐसी तैयारी में अब जो-जो सावधानियां रखनी चाहिए उन्हें इस पुस्तक में विविध लेखकों ने भलीभांति समझाया है। इस क्षेत्र में काम करने वाले सभी लोगों के लिए यह पुस्तक उपयोगी है। संपादन : नीपा ठक्कर, प्रकाशक : 'उन्नति' विकास शिक्षण संगठन, सहयोग राशि : 35 रु .

ग्राम सभा

पंचायत के सदस्य, सरपंच, पटवारी और गाँव के नागरिक ग्राम सभा के बारे में जानकारी प्राप्त करें, इस दृष्टिकोण से यह पुस्तिका लिखी गई है। पुस्तिका में ग्राम सभा बैठक, सभा का स्थान, ग्राम सभा की सामान्य कार्य सूची, ग्राम सभा में चर्चा वाले कार्य, ग्राम सभा की नोटिस, गणपूर्ति तथा अध्यक्ष स्थान, ग्राम सभा की कार्यवाही ग्राम सभा में प्रस्तुत ग्राम सभा के कार्य, ग्राम सभा द्वारा समितियों का गठन और उनकी कार्यवाही, अनुसूचित जाति-जनजाति इलाकों में ग्राम सभा की अप्रभाविता के कारणों आदि की विस्तृत चर्चा की गई है।

इसमें परिशिष्ट-1 में एक ग्राम पंचायत की ग्राम सभा की बैठक के एजेंडे का नमूना भी दिया गया है। इसके अलावा परिशिष्ट-2 में गुजरात पंचायत अधिनियम 1993 की ग्राम सभा विषयक व्यवस्थाएं विविध धाराओं के साथ दी गई है। परिशिष्ट-3 में ग्राम सभा की बैठकों व कार्यों के बारे में वे नियम दिए गए हैं जो नियम 1964 में सामने आए थे। परिशिष्ट-4 में ग्राम सभा की वैधानिक कार्य सूची दी गई है। यह कार्य सूची सन 1998 में पंचायत, ग्राम गृह

निर्माण और ग्राम विकास विभाग द्वारा जारी की गई थी। लेखक स्वयं अनुभवी सरपंच हैं अतः उन्होंने यह पुस्तिका इसी तरह से तैयार की है। लेखक व प्रकाशक : घनश्यामभाई बारोट, प्राप्ति स्थान : 71, आसोपालव बंगलोज, आकाश दर्शन, थलतेज, अहमदाबाद-380009, पृष्ठ 30, मूल्य: 25 रु .

लोक प्रयास

इस पुस्तिकाकार दस्तावेज में अलग-अलग 10 स्वैच्छिक संस्थाओं के 13 सामाजिक कार्यकर्ताओं (4 महिलाओं और 9 पुरुषों) द्वारा लिखे विकासपरक लेख विद्यमान हैं। मुख्य चार विभागों में बंटे इस पुस्तक के प्रथम भाग में दलितों, महिलाओं, वंचित समुदायों के बारे में तथा उनके द्वारा हुए प्रयासों के बारे में आठ लेख हैं। द्वितीय भाग में सौर ऊर्जा और ग्राम आयोजन जैसे नए प्रयोगों की बात प्रस्तुत की गई है। प्राकृतिक संसाधनों के संरक्षण और विकास हेतु अलग-अलग गाँवों में हुए कामों की बात तृतीय भाग में शामिल है। और चौथे भाग में विकलांग व्यक्तियों और विकलांगता के मुद्दे पर विचार प्रस्तुत किये गए हैं।

इस दस्तावेज में समाविष्ट लेखों से स्थानीय स्तर पर अपनाई जाने वाली विविध रणनीतियों, लोक-भागीदारी, स्थानीय समझ आदि की जानकारी मिलती है। "पुस्तक के माध्यम से कोई सिद्धांत या थ्योरी प्रस्थापित करने का उद्देश्य नहीं, वरन् स्थानीय स्तर पर हुए लोक प्रयासों की प्रशंसा करने का उद्देश्य है।" इस तरह 'चरखा' के अधिशाषी ट्रस्टी श्री बिनोय आचार्य द्वारा इसके आमुख में विचार व्यक्त किए गए हैं। इस पुस्तक में प्रस्तुत किये गए दृष्टांतों का उपयोग गैर-सरकारी संगठनों द्वारा आयोजित अलग-अलग प्रशिक्षणों में तथा उनके कार्यक्षेत्र में गाँवों में किया जा सकता है। लक्षित समूह के समक्ष ये उदाहरण कहानी के रूप में प्रस्तुत करके इन पर चर्चा-गोष्ठी भी आयोजित की जा सकती है। महिला विकास मंडलों, कृषक मंडलों आदि जैसे स्वयं-सहायता समूहों को प्रोत्साहित करने के लिए इन दृष्टांतों का उपयोग किया जा सकता है। इन उदाहरणों का समुदाय के साथ विश्लेषण करके विकास में उनकी भागीदारी भी बढ़ाई जा सकती है। गैर-सरकारी संगठनों के कार्यों को नया रूप देने तथा उन्हें वेग प्रदान करने के लिए इस पुस्तक के उदाहरणों को उपयोग में लाया जा सकता है।

संपादक : संजय दवे, पुस्तक प्रस्तुति : चरखा - विकास संचार नेटवर्क, 702 साकार- चार, मा.जे. पुस्तकालय के सामने, आश्रम रोड अहमदाबाद- 380006 फोन: 079-26583305

ग्राम पंचायतों का भूमिका

1992 में 73वें संवैधानिक संशोधन से पंचायती राज संस्थाओं को संवैधानिक मान्यता मिली। इस संशोधन ने महिलाओं तथा सामाजिक दृष्टि से पिछड़े वर्गों को पंचायत में प्रतिनिधित्व करने का अवसर प्रदान किया। पंचायत के प्रतिनिधियों को प्राप्त अवसर वे ग्रहण कर लें इस लिए उन्हें प्रोत्साहित करने, विकास के बारे में उनके दृष्टिकोण को बनाने और कानूनी बातों की जानकारी देने के लिए यह मार्गदर्शिका तैयार की गई है। यह मार्गदर्शिका पंचायत की कार्यवाही सम्बंधी कुछ जानकारी भी प्रदान करती है। चित्रात्मक व सूत्रात्मक ढंग से की गई प्रस्तुति की वजह से यह भूमिका वास्तव में अधिक पठनीय बन गया है। विशेष रूप से पंचों-सरपंचों के लिए यह अत्यंत उपयोगी होगा।

इस मार्गदर्शिका के छः प्रकरण इस प्रकार हैं :

- (1) पंचायती राज की प्राथमिक समझ : स्वराज और विकास, पंचायती राज संदर्भ और वर्तमान, पंचायती राज व्यवस्था,
- (2) ग्राम सभा : उसमें क्या चाहिए और क्या नहीं चाहिए, ग्राम सभा की बैठकें और उनके कार्य,

- (3) प्रभावी कार्यवाही हेतु कानूनी बातें : पंचायत के प्रतिनिधियों की शक्ति अधिकार व दायित्व,
- (4) ग्राम पंचायत की समितियों ग्राम विकास का आयोजन : ग्राम पंचायत के कार्य, पंचायत की समितियों ग्राम विकास का आयोजन व बजट,
- (5) वित्तीय एवं लेखा व्यवस्था : ग्राम पंचायत की आम के स्रोत, ग्राम पंचायत की हिसाबी व्यवस्था : सरकारी योजनाएं,
- (6) पंचायती राज और वंचित समुदाय: महिलाओं की राजनीतिक भागीदारी, कमजोर वर्गों की राजनीतिक भागीदारी, सामाजिक न्याय समितियों को सक्रिय कैसे बनाएं।

इस पुस्तक में 11 व्यक्ति संलग्न योजनाओं के विवरण भी दिये गए हैं। उनमें चिकित्सा सहायता, घरेलू प्लोट पर मकान बनवाने हेतु दी जाने वाली आर्थिक सहायता योजना, ग्रामीण घरों की श्रेणी ऊंची करने तथा विस्तार हेतु आर्थिक सहायता योजना, निराधार विधवा सहायता योजना, वृद्धावस्था पेंशन योजना, प्रसूति सहायता योजना, कुंवर बाई का मामेरा, डॉ अम्बेडकर आवास योजना, मानव गरिमा योजना आदि विवरणों का समावेश है। प्रकाशक: उन्नति - विकास शिक्षण संगठन, स्थानीय स्वशासन इकाई, 702 साकार-4, मा.जे. पुस्तकालय के सामने, आश्रम रोड, अहमदाबाद 380006, फोन: 079-26583305. 26588958, ई-मेल: plsgunnati@icenet.net, पृष्ठ 72.

पृष्ठ 14 का शेष भाग

2000-01 में शहरी स्वास्थ्य हेतु कुल 47.67 प्रतिशत राशि और ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं हेतु कुल 24.32 प्रतिशत राशि खर्च की गई थी। अतः 2004-05 में शहरी स्वास्थ्य सेवाओं पर 47.06 प्रतिशत राशि और ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं हेतु 23.77 प्रतिशत राशि खर्च की जाएगी। ये ब्यौरे स्पष्ट निर्देश कर रहे हैं कि राज्य सरकार द्वारा पिछले 5 वर्षों में ग्रामीण स्वास्थ्य के खर्च में उल्लेखनीय कमी की गई है तथा शहरी सेवाओं को अधिक प्राथमिकता दी गई है। 2004-05 में चिकित्सा व सार्वजनिक स्वास्थ्य हेतु अनुमानित

खर्च 774 करोड़ रु. 0.68 प्रतिशत राशि प्रशिक्षण हेतु, 5.70 प्रतिशत राशि आयुर्वेद हेतु, 0.86 प्रतिशत राशि उप केन्द्र के खर्च हेतु, 10.68 प्रतिशत राशि रोगों के नियंत्रण और रोक हेतु, 8.41 प्रतिशत राशि राज्य कर्मचारी बीमा योजना हेतु, 0.54 प्रतिशत राशि होमियोपैथी के विकास हेतु, 11.42 प्रतिशत राशि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र हेतु, 1.52 प्रतिशत राशि आदि जाति क्षेत्र हेतु, 0.57 प्रतिशत राशि सार्वजनिक स्वास्थ्य शिक्षा हेतु तथा 0.21 प्रतिशत राशि मेडिकल स्टोर डिपो हेतु खर्च होगी।

इन तीन महीनों की अवधि में हमने निम्नांकित प्रवृत्तियां हाथ में ली थी :

(1) सामाजिक समावेश और सशक्तिकरण

दलित

पश्चिम राजस्थान में दलितों को संगठित करने और उनके नेतृत्व के विकास का काम चल रहा है। 'दलित अधिकार अभियान' दलितों पर होने वाले अत्याचारों के मामलों पर ध्यान देता है। पिछले तीन माह के दौरान ऐसे 25 मामलों पर ध्यान केन्द्रित किया गया था और उनमें से भी महिलाओं के प्रति अत्याचार के मामलों पर विशेष ध्यान दिया था। अहमदाबाद की 'सफर' संस्था के सहयोग से लगभग 20 मामलों में ब्यौरेवार कानूनी व सामाजिक व्यूह रचना गढ़ी जा रही है। दलितों की जमीनों पर कब्जे हटाने के लिए शेरगढ़ में तहसील पंचायत कार्यालय में लगभग 200 दलितों ने धरना दिया था।

बाड़मेर व जोधपुर जिलों में लगभग 93 बीघे जमीन छुड़वाने में सफलता मिली थी। दलितों के जीवन निर्वाह की शैली और उसके साथ संबंधित मुद्दों की छानबीन करने के लिए 24 गाँवों का एक अध्ययन शुरू किया गया है। दूसरे चरण में बाड़मेर जिले के नौ गाँवों में समुदाय की भागीदारी से जल संग्रह के बंध बांधे गए हैं। ऐसे लगभग 100 बंधों का निर्माण कार्य हुआ है और उससे लगभग 300 निराश्रित परिवारों को लाभ हुआ है। पश्चिम राजस्थान में छः संगठनों के शिक्षकों की शिक्षण की सहभागी पद्धतियों के बारे में अभिमुखता हेतु छः दिवसीय कार्यशाला का आयोजन किया गया था।

विकलांगता

गुजरात में इस क्षेत्र की प्रवृत्तियों के पीछे निहित मूल उद्देश्य मुख्य प्रवाह की विकास की प्रक्रिया में विकलांगता के मुद्दे लाने के लिए सभ्य समाज की जिम्मेदारी तय करना है। इन तीन माह के दौरान स्वयं सहायता समूहों के नेताओं, पंचायतों के प्रतिनिधियों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं हेतु साबरकांठा के 'ग्राम विकास सेवा ट्रस्ट' के सहयोग से विकलांगता के सवालियों के बारे में एक-दिवसीय चार अभिमुखता शिविर आयोजित किये गए थे। विकलांग बालकों हेतु समन्वित शिक्षण के विचार को प्रोत्साहन देने हेतु बड़ौदा के 'विकास ज्योत ट्रस्ट' के सहयोग से मुख्य प्रवाह की शालाओं के बालकों, माता-पिता व शिक्षकों के साथ एक दिन की चार अभिमुखता कार्यशालाएं आयोजित की गई थीं।

कच्छ के 'श्री युवा विकलांग मंडल' के सहयोग से कच्छ की तीन तहसीलों में विकलांग व्यक्तियों के साथ व्यक्ति-आधारित जीवन निर्वाह की योजनाएं, पहुंच सम्बंधी हिमायत तथा प्राप्त सेवाओं सम्बंधी सूची प्रकाशित करने आदि काम किये गए। गुजरात विकलांगता आयुक्त के कार्यालय का स्थान बदल रहा है। स्थपतियों और आयोजकों के एक दल के सहयोग से नए प्रांगण की पहुंच अन्वेषित की गई तथा एक ब्यौरेवार विवरण सौंपा गया है। विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों को प्रोत्साहन देने हेतु 'अंध जन मंडल' तथा 'हैंडिकेप इंटरनेशनल' के सहयोग से एक दिवसीय परिसंवाद का आयोजन किया गया था। विकलांग अधिनियम-1995 के बारे में इस अवसर पर एक पुस्तिका का विमोचन किया गया था।

भूकंपग्रस्तों का पुनर्वास

पुनर्वास की प्रक्रिया को आगे बढ़ाने के लिए भचाऊ में असहायों के लिए आवास बनवाने के अलावा महिलाओं के स्वयं सहायता समूहों का गठन किया गया है। उनकी बैठकें नियमित रूप से आयोजित की जा रही हैं। कढ़ाई-बुनाई का काम करने वाली महिलाओं को उनके

कौशल के अनुसार विभक्त किया गया है और सम्बंधित वस्तु के अनुसार उन्हें कढ़ाई का काम सौंपा जाता है। विविध प्रदर्शनियों में भाग लेकर इन महिलाओं द्वारा निर्मित वस्तुएं बेची जाती हैं।

कच्छ में गांधीधाम के सिबान वाली झोपड़पट्टी के इलाकों में रहने वाले 700 परिवारों के पेयजल हेतु पाइपलाइन डाली गई है। विपत्ति से मुकाबले की तैयारी हेतु समुदाय की जागरूकता उत्पन्न करने हेतु 'भाडा', जी.एस.डी.एम.ए. और भचाऊ नगरपालिका के सहयोग से एक 'टैक्नोलोजी पार्क' बनवाया गया है।

(2) नागरिक नेतृत्व और शासन

इस क्षेत्र में होने वाले कार्य में पंचायतों व नगरपालिकाओं द्वारा सुशासन को प्रोत्साहित करने निर्वाचित प्रतिनिधियों के नेतृत्व की क्षमता वृद्धि पर ध्यान केन्द्रित किया जा रहा है।

ग्रामीण

गुजरात में सामुदायिक सम्पत्ति की सृजन प्रक्रिया को आगे बढ़ाने हेतु विगत छः माह में धोलका और खेडब्रह्मा तहसील की 120 पंचायतों के 350 सदस्यों को समुदाय की सहभागिता के साथ मिलिक्यत के निर्माण कार्य के विविध पक्षों के बारे में अभिमुख किया गया। द्वारका में 'पंचायत संदर्भ केन्द्र' द्वारा 'ग्राम्य विकास ट्रस्ट' के सहयोग से पानी समिति के सदस्यों को उनकी भूमिकाओं व जिम्मेदारियों के प्रति अभिमुख किया गया। साबरकांठा जिले की खेडब्रह्मा तहसील के 51 गाँवों में निर्वाचित महिला सदस्यों की एक तहसील स्तरीय नेटवर्क बनाया गया है। इनमें से 17 महिलाओं के प्रश्नों के बारे में अभिमुख किया गया।

धोलका में सरपंचों का एक नेटवर्क बनाया गया है, और उसे सामूहिक समस्याएं हाथ में लेने हेतु प्रोत्साहन दिया जा रहा है। साबरकांठा जिले की 9 तहसीलों के 40 नागरिक नेताओं को 3 से 4 अगस्त 2004 के दौरान सामाजिक न्याय तथा कौमी एकता से सम्बंधित समस्याओं के बारे में अभिमुख किया गया। चार जिलों में 'स्वशक्ति प्रोजेक्ट' हेतु स्वयं-सहायता समूहों के नेताओं तथा पंचायत में निर्वाचित प्रतिनिधियों हेतु नेतृत्व और शासन के मुद्दे पर दो दिवसीय प्रशिक्षण आयोजित किया गया।

सूरत के एल.ए.एच.आर.सी. को आदिवासी पंचायत कानून और पंचायतों की कार्यवाही का प्रशिक्षण करने हेतु जुलाई-दिसंबर 2004 के दौरान प्रत्येक राज्य के अनुभवों के आदान-प्रदान हेतु पंचायती राज मंत्रालय द्वारा सात गोलमेज परिषदें आयोजित की जा रही हैं। ऐसी प्रथम तीन परिषदों हेतु स्थितिदर्शक विवरण हमारे द्वारा तैयार कराया गया था।

राजस्थान में जनवरी 2005 में पंचायत के चुनाव तीसरी बार आ रहे हैं। अतः बिलाड़ा, मंडोर, और बालेसर पंचायत समितियों में 10-10 ग्राम पंचायतों में मतदाता सूची अद्यतन करने हेतु एवं संशोधन हेतु वार्ड सभा के मार्फत अभियान चलाया जा रहा है। नक्शा बनाने के लिए प्रत्येक पंचायत से चार-पाँच व्यक्तियों को पहचाना जा रहा है। वे सब अलग-अलग शुभचिंतक हैं और वे पंचायत के सदस्यों को मदद दे रहे हैं।

आंगनवाड़ियों की स्थिति सम्बंधी अध्ययन के निष्कर्ष उनकी कार्यपद्धति को सुधारने हेतु सभी शुभचिंतकों के समक्ष पेश किए गए।

आइ.जी.पी.आर.एस. और जयपुर के एस.आइ.आर.डी के सहयोग से जोधपुर विभाग हेतु प्रशिक्षण की जरूरत के मूल्यांकन हेतु एक कार्यशाला आयोजित की गई थी।

शहरी

गुजरात में शहरी शासन की समस्याओं सम्बंधी प्रवृत्तियां पाँच छोटे शहरों में चलाई जा रही है। असहायों के लिए सेवा की सुलभता के सवाल उठाने के अलावा, धोलका में आगामी चुनावों हेतु मतदाता सूची नये सिरे से बनाने और साणंद में सफाई कर्मचारियों की सहकारी समिति बनाने का काम किया गया है। खेड़ब्रह्मा में बुनियादी सेवाओं की प्राप्ति पर देखरेख रखने की सहभागी प्रक्रिया असहाय समूहों को पहचानने के साथ शुरू हुई है।

अंजार और भचाऊ में असहाय समूहों हेतु घर के मुआवजे के मामले हाथ में लिये गए हैं। लेकिन इसके अलावा, सत्ताधिकारियों और विविध गैर-सरकारी संगठनों के बाच समन्वय बैठकें भी वहाँ आयोजित की गईं। इन सभी नगरों के लिए मासिक समाचार-पत्र शुरू कराये गए हैं। वे सम्बंधित नगर की समस्याओं को शब्द देते हैं और व्यापक रूप से उनका वितरण किया जाता है। नगरपालिका के अधिकारियों तथा चयनित प्रतिनिधियों हेतु सी.एम.जी और ईपीसी के सहयोग से तीन दिवसीय कार्यशालाओं की श्रेणी में से प्रथम कार्यशाला आयोजित की गई। इस कार्यशाला में पाँच नगरपालिकाओं में से 19 सहभागियों ने भाग लिया था। राजस्थान में जोधपुर जिले में बिलाडी नगर में सिर पर मैला ढोने वाले कर्मचारियों को संगठित करने के प्रयास हो रहे हैं ताकि वे अपने अधिकार मांग सकें।

मीडिया के साथ सम्पर्क

गुजरात में 'चरखा' द्वारा इन तीन महीनों के दौरान माध्यमों और गैर-सरकारी संगठनों के बीच घटते जाते स्त्री-पुरुष अनुपात, प्राकृतिक संसाधनों के संचालन तथा शिक्षण की स्थिति और शिक्षकों हेतु राज्य स्तरीय नीति के बारे में दृष्टिकोण निर्माण की चर्चाएं आयोजित की गई थीं। 'सेवा' - भुज और 'मानव कल्याण ट्रस्ट' - खेरोज हेतु लेखन-कौशल की दो कार्यशालाएं आयोजित की गई थीं। 'उन्नति', ए.के.आर.एस.पी. की तथा अभियान द्वारा प्रकाशित पाँच समाचार पत्रों को सहयोग प्रदान किया गया।



उन्नाति

उन्नति

विकास शिक्षण संगठन

जी-1, 200, आज़ाद सोसायटी, अहमदाबाद-380015

फोन: 079-26746145, 26733296 फैक्स: 079-26743752 email: unnatiad1@sancharnet.in

राजस्थान क्षेत्रीय कार्यालय

जी-55, शास्त्री नगर, जोधपुर-342 003 राजस्थान

फोन: 0291-2642185, फैक्स: 0291-2643248 email: unnati@datainfosys.net

डिज़ाइन: रमेश पटेल, उन्नति गुजराती से अनुवाद: रामनरेश सोनी

मुद्रक: बंसीधर ऑफसेट, अहमदाबाद. फोन नं. 079-55612967

आप लोक शिक्षण व प्रशिक्षण के लिए विचार में प्रकाशित सामग्री का सहर्ष उपयोग कर सकते हैं। कृपया सौजन्य का उल्लेख करना न भूलें और साथ ही अपने उपयोग से हमें अवगत करायें ताकि हम भी उससे कुछ सीख सकें।