

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन: संस्थागत सुधार और संस्थागत सीमाएँ
National Rural Health Mission: Institutional Reform and Institutional Limitations

टी. सुंदररामण
T. Sundararaman
May 21, 2012

यूपीए सरकार के सबसे प्रमुख कार्यक्रमों में से एक है, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, जिसे अग्रणी स्वास्थ्य अर्थशास्त्रियों ने “सबसे अधिक महत्वाकांक्षी ग्रामीण स्वास्थ्य पहल” के रूप में स्वीकार किया है।” राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के निर्धारित लक्ष्य हैं : “ उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार, राजस्थान, झारखंड, छत्तीसगढ़ और ओडिसा, पूर्वोत्तर के आठ राज्यों और जम्मू व कश्मीर, हिमाचल प्रदेश और उत्तराखंड के तीन पर्वतीय राज्यों, जहाँ सार्वजनिक स्वास्थ्य की स्थिति ठीक नहीं है, की ग्रामीण जनता को विशेषकर महिलाओं और बच्चों को प्रभावी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना. इसका अर्थ यह होगा कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता, समानता, गुणवत्ता, उत्तरदायिता और प्रभावशीलता में सुधार होगा.”

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का संदर्भ एक चुनावी शासनादेश था, जिसमें यह अपेक्षा की गई थी कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं विशेषकर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को मज़बूत किया जाएगा. आर्थिक विकास की अच्छी दर के कारण उन वर्षों के दौरान पर्याप्त निधि उपलब्ध थी और अंतर्राष्ट्रीय व राष्ट्रीय आर्थिक चिंतन में बदलाव भी आ रहा था और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में निवेश को वांछनीय माना जाने लगा था. स्वास्थ्य सेवाओं की बढ़ती लागत स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में कोई रुकावट नहीं थी, बल्कि इससे उत्पादकता में गिरावट आ सकती थी और गरीबी बढ़ सकती थी. मात्र स्वास्थ्य सेवाओं की लागत के कारण ही हर साल 2 प्रतिशत आबादी गरीबी रेखा के नीचे जा रही थी.

जैसे ही ग्यारहवीं योजना की अवधि समाप्त होती है, राज्यों की प्रगति में अंतर आ जाएगा और इस बात पर भारी बहस छिड़ जाएगी कि संसाधनों का कुशलता से उपयोग किया गया है या नहीं और उपलब्धियों और लक्ष्य में भारी अंतराल के कारण इस बात पर पुनर्विचार करने की आवश्यकता बढ़ जाएगी कि उसकी दिशा वही रहे या इसमें बदलाव लाया जाए. इसकी समीक्षा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की रूपरेखा बनाते समय की गई बहस की पृष्ठभूमि में की जानी चाहिए. उस समय के दिशा-संकेतों के अनुसार सार्वजनिक प्रावधान के बजाय सार्वजनिक वित्तपोषण के लिए राज्य की मुख्य भूमिका के स्थान पर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की भूमिका पर बल दिया गया था, लेकिन कई योजनाकार इस राजनैतिक निर्णय से कभी संतुष्ट नहीं रहे. इसके कारण दुःखद समाचार केवल वित्तीय गबन का ही नहीं है, बल्कि उत्तर प्रदेश में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की निधियों की हत्या भी की गई है और लोगों में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बारे में यह धारणा भी बन गई है कि इस मिशन ने अपना मकसद ही खो दिया है और नीति-निर्माता यह निर्णय लेने के लिए विवश हैं कि सेवाओं का सार्वजनिक प्रावधान करने के बजाय और विकल्प तलाश किए जाएँ.

यद्यपि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के विभिन्न पक्षों का मूल्यांकन करने के लिए कई

अध्ययन किए गए हैं जो कार्यक्रम को कार्यान्वित करने वाले लोगों के लिए सूचनाप्रद हैं, लेकिन किसी भी अध्ययन को इतना विस्तृत, व्यापक और प्रामाणिक नहीं माना जा सकता कि जिससे प्रमुख नीतिगत तत्वों के बारे में पर्याप्त जानकारी मिल जाती हो. इतने बड़े स्तर के स्वास्थ्य संबंधी जटिल कार्यक्रमों के प्रभाव के आकलन में कुछ ऐसी समस्याएँ भी सामने आती हैं, जो फूहड़ होती हैं.

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की सफलताओं या असफलताओं के अगले निष्कर्षों को सही संदर्भ में देखा जाना चाहिए. उदाहरण के लिए सभी वर्तमान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को कम से कम प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के लिए व्यावहारिक 24/7 सुविधाओं में परिवर्तित करने का लक्ष्य है. भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (उपकेंद्रों और ज़िला अस्पतालों - दोनों को छोड़कर) की कुल संख्या लगभग 30,431 है. इनमें से केवल 2,243 अर्थात् 7 प्रतिशत ही ऐसी सुविधाएँ हैं जिनका आकलन बेसलाइन पर किया गया है. पिछले सात वर्षों में यह संख्या बढ़कर 14,676 हो गई है, लेकिन कुल उपलब्धि अभी-भी लक्ष्य का केवल 48 प्रतिशत ही है और सर्वाधिक ध्यान देने योग्य राज्यों में यह उपलब्धि केवल 35 है. इसलिए यह कहना सही होगा कि सर्वाधिक ध्यान देने योग्य राज्यों में एक तिहाई उपलब्धि न के बराबर है, लेकिन यह भी उतना ही सही होगा कि इस उपलब्धि को 500% की वृद्धि मानकर सफल माना जाए. उपलब्धि का यह पैटर्न सभी लक्ष्यों में देखा जा सकता है. पहली संदर्भित (रेफरल) इकाइयों की अखिल भारतीय संख्या अपेक्षित संख्या की तुलना में केवल 4 प्रतिशत कम होगी. इसी प्रकार सर्वाधिक ध्यान देने योग्य सात राज्यों में, जहाँ लगभग तीन चौथाई प्रसूति में होने वाली मौतें होती हैं, अभी भी आपात् प्रसूति देखभाल (यद्यपि यह बेस-लाइन पर छह गुना अधिक वृद्धि है) की सुविधाओं में न्यूनतम अंतर्राष्ट्रीय मानकों की 39 प्रतिशत कमी है. यद्यपि बुनियादी ढाँचे, मानव संसाधन, दवाओं और उपकरणों की उपलब्धता की दृष्टि से देखभाल की गुणवत्ता में सुधार तो हुआ है, लेकिन न तो यह गुणवत्ता भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य और न ही अंतर्राष्ट्रीय गुणवत्ता की लेखा परीक्षा के वांछित स्तर तक पहुँच पाई है. आपात् प्रतिक्रिया और रोगी यातायात प्रणालियाँ, जो 2005 में नगण्य थीं, बत्तीस राज्यों में बढ़कर लगभग सात हजार एम्बुलेंस तक पहुँच गई हैं और चौबीस घंटे चलने वाले केंद्रीय कॉल सेंटरों से जुड़ गई हैं और जो अब ग्रामीण इलाकों में भी चालीस मिनट में आपात् कॉल स्थलों तक पहुँच सकती हैं.

यह पैटर्न मुख्य स्वास्थ्य परिणामों में भी एक समान है. उदाहरण के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के पहले वर्ष में प्रत्येक एक हजार जीवित शिशुओं के जन्म में शिशु मृत्यु की दर अद्वावन प्रतिशत से घटकर सत्तावन प्रतिशत हो गई है, अगले वर्ष इसमें दो पॉइंट्स और सैंतालीस प्रतिशत तक पहुँचने के लिए अगले दो वर्षों में इसमें तीन पॉइंट्स की तेज़ी आई है. लेकिन ज़रूरत इस बात की थी कि इसमें प्रत्येक एक हजार पॉइंट की गिरावट में वार्षिक रूप में पाँच पॉइंट का लक्ष्य प्राप्त किया जाए. प्रसूति मृत्यु और कुल मृत्यु दर की गिरावट के संदर्भ में भी यही दृश्य है. यद्यपि सर्वाधिक ध्यान देने योग्य अठारह राज्यों में उपलब्धियों और लक्ष्य का अंतराल सबसे अधिक है, फिर भी परिवर्तन की दर इन राज्यों में अधिक तीव्र रही है.

कार्यान्वयन संबंधी दस्तावेज़ के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के ढाँचे के प्रक्षेपण के अनुसार आवश्यकता इस बात की है कि लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए सात वर्ष की अवधि में 175,000 करोड़ रुपए के व्यय की ज़रूरत होगी. वास्तविक रिलीज़ 60,735 करोड़ रुपए (यह लगभग एक

तिहाई है और उपलब्धि का स्तर और लक्ष्य इसके अनुरूप है) की रेंज में था. इसकी निधियों का उपयोग पहले तीन वर्षों में बहुत अच्छा नहीं रहा, लेकिन अगले कुछ वर्षों में स्थिति में सुधार हुआ , लेकिन उस समय आत्म विश्वास, थकान और अनमनेपन की समस्या के बावजूद यह मिशन धीरे-धीरे आगे बढ़ता ही रहा.

एक तथ्य ऐसा है जिससे कार्य-परिणामों की भिन्नता का कारण स्पष्ट हो जाता है और वह है अलग-अलग बेस-लाइन. परंतु खराब कार्य-परिणाम और उसके शुरू होने में विलंब का मुख्य कारण है संस्थागत प्रतिबंधों की बहुतायत और ये ऐसी बाधाएँ हैं, जिन्हें दूर करना आवश्यक है. एक प्रमुख संस्थागत मुद्दा है, भारत में संघीय ढाँचे की राजनीति. तदनुसार स्वास्थ्य सेवा राज्य का विषय है और केंद्र सरकार की भूमिका अब तक परिवार नियोजन और कुछ राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों तक ही सीमित रही है. इस प्रकार राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन अनिवार्यतः एक ऐसी योजना है, जिसमें स्वास्थ्य प्रणाली को मज़बूत बनाने के लिए वित्तपोषण की आवश्यकता है, लेकिन इसके कार्यान्वयन का दायित्व राज्यों का है. लेकिन राज्य की योजनाएँ कार्यान्वयन के साझे तौर पर सहमत ढाँचे के अनुरूप होनी चाहिए और उसमें ऐसे तत्व शामिल होने चाहिए जिन्हें “आर्किटेक्चरल सुधार” का संज्ञा जी जा सकती है.

इस प्रमुख ढाँचे के प्रमुख तत्व हैं, सामुदायिक प्रक्रिया और जननी सुरक्षा योजना जैसे सहवित्तपोषण के उपाय की माँग, जिससे स्वास्थ्य संबंधी प्रथाओं को प्रोत्साहित किया जा सके, बीमारियों को रोका जा सके और सरकारी सेवाओं के बेहतर उपयोग को सुनिश्चित किया जा सके. इन उपायों से ही संस्थागत डिलीवरी में और टीकाकरण की दर में भारी वृद्धि हुई है. परंतु राज्यों को वित्तीय प्रवाह को संगठित करने में काफ़ी समय लगा और उससे भी अधिक ज़रूरी बात यह हुई कि ऐसी संस्थाओं का निर्माण किया गया जिनकी सहायता से 800,000 आशा अर्थात् सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मियों और 400,000 से अधिक ग्राम स्वास्थ्य व सफ़ाई समितियों के समर्थन को जुटाया जा सका और उन्हें प्रशिक्षित किया जा सका.

एक और सुधारात्मक उपाय यह भी था कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के मानक तैयार करना और इन मानकों को प्राप्त करने के लिए राज्यों का वित्तपोषण. इस उपाय के कारण ही नियमित पदों का सृजन करके और ठेके पर 150,000 से अधिक कर्मचारियों को भर्ती करके विशेष रूप से सार्वजनिक सेवाओं में मानव संसाधनों की कमी को दूर करने में मदद मिली, खास तौर पर उन राज्यों में जहाँ मानव संसाधन का अंतराल काफ़ी अधिक है और जिनके कारण उपयुक्त भर्ती, प्रशिक्षण और दुर्गम क्षेत्रों में इन्हें लागू करने में तेज़ी लाने में काफ़ी बाधाएँ थीं और चिकित्सा और नर्सिंग के लिए शैक्षणिक संस्थाएँ स्थापित करने में सबसे अधिक कठिनाइयाँ थीं. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के पिछले वर्षों में क्या वे इस प्रक्रिया में पूर्व प्रत्याशा और नियोजन के कारण खास तौर पर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत राज्य की योजनाओं के लचीलेपन का लाभ उठाते हुए उन बाधाओं को दूर करने में सफल हुए.

तीसरा उपाय था राज्य और ज़िला स्तर पर स्वास्थ्य समितियों और सुविधा स्तर की अस्पताल विकास समितियों का निर्माण करते हुए उनके प्रबंधन और ज़िम्मेदारी में सुधार लाना. यह पूछना भी उचित ही होगा कि ओडिसा और आसाम जैसे कई राज्यों में सबसे अधिक ध्यान देने योग्य अठारह राज्यों में स्थित इन नई संस्थाओं के कार्यपरिणाम क्यों बहुत अच्छे रहे और उत्तर प्रदेश

और झारखंड में क्यों अच्छे नहीं रहे. इन नए संगठनों ने वित्तीय प्रवाह की समस्या को हल करने में मदद की और बहु-अनुशासनात्मक प्रबंधन कौशलों को लागू किया. परंतु पारदर्शिता और जिम्मेदारी लाने की दृष्टि से और स्थानीय नियोजन के प्रयासों की प्रतिक्रियास्वरूप मुख्य संस्थागत बाधाएँ ही वे नियम और प्रथाएँ बन गई थीं जिनके अनुसार मुख्य ज़िला अधिकारियों की नियुक्ति, समीक्षा और अच्छे कार्यपरिणामों के लिए प्रोत्साहन दिया जाता था और स्थानीय आवश्यकताओं के अनुसार वित्तीय सुविधाएँ जुटाने में लचीलापन अपनाया जाता था. जहाँ कार्यक्रमों की निधियाँ मिलने में दिक्कत होती थी, वहाँ पर्याप्त निधियाँ अधिक कुशलता और ईमानदारी से उपयोग में लाई जाती थी.

इसमें भावी सार्वजनिक स्वास्थ्य नियोजन के लिए सीख है. जब संस्थागत बाधाओं के कारण स्कीमों और योजनाओं को लागू करने में दिक्कतें हों तो नई योजनाएँ और नए संस्थागत ढाँचे प्रस्तावित करना ज़्यादा आसान होता है. पिछले दस वर्षों में नए नीति संबंधी वक्तव्यों और योजनाओं के लिए छह प्रमुख प्रयास किए गए हैं और उनमें नवीनतम प्रयास, योजना आयोग द्वारा गठित उच्च-स्तरीय विशेषज्ञ दल की रिपोर्ट थी. इन सभी प्रयासों में स्पष्ट बाधाओं के बारे में शिकायत करने और उन्हीं सिफ़ारिशों को फिर से खोज निकालने की प्रवृत्ति थी. अक्सर संस्थागत बाधाओं को “परिचालन” संबंधी समस्या मानकर खारिज कर दिया जाता था. लेकिन वर्तमान और प्रस्तावित संस्थाओं के संस्थागत डिज़ाइन की गंभीरता से जाँच करने, समझने और उनसे संबंधित मुद्दों को हल किए बगैर और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन जैसे कार्यक्रमों को संस्थागत नवोन्मेष के लिए आवश्यक समय, समर्थन और गुंजाइश दिए बगैर जल्दबाजी में कुछ विकल्प लागू करने से कोई खास लाभ होने की संभावना नहीं होती.

डॉ. टी. सुंदररामण नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र में कार्यपालक निदेशक हैं. वे 'कैसी' (CASI) वसंत 2012 में विज़िटिंग स्कॉलर हैं.

हिंदी अनुवाद: विजय कुमार मल्होत्रा, पूर्व निदेशक (राजभाषा), रेल मंत्रालय, भारत सरकार

<malhotravk@gmail.com>