স্বাস্থ্য শিক্ষা উন্নয়ন

শারদ সংখ্যা ❁ সেপ্টেম্বর ২০১১

সম্পাদনা ঃ অরণি সেন

সংগ্রহ ঃ ৩০ টাকা

-ঃ সূচীপত্র ঃ-

ড়

সম্পাদকীয়			৩
সা(াৎকার	...	মহাশ্বেতা দেবীর সা(াৎকার	৫
জনস্বাস্থ্য	...	ভারতের জনস্বাস্থ্যের অতীত ও বর্তমান আমাদের কিছু কথা — জয়ন্ত ভট্টাচার্য্য	৬
আন্তর্জাতিক	...	Optional Health Care Financing Mechanisms for African Countries : What is Viable? – Claudio Schuftan	১৮
উন্নয়ণ প্রসঙ্গে	...	তেভাগা থেকে ভাট্টা পারসাল ঃ অমীমাংসিত জমির প্র(ে — অরণি সেন	২৭
স্বাস্থ্য নীতি	...	বর্তমান স্বাস্থ্য ব্যবস্থা ও মানবিক মূল্যবোধ — সুজিত কুমার দাশ	৩০
সমসাময়িকী	...	Gwangju Prize Acceptance Speech of Binayak Sen	৩৬
স্বাস্থ্য ব্যবস্থা	...	অনিশ্চিত 'নিশ্চয় যান', 'মাতৃ যান' উচাটন — গৌতম মৃধা	৪১
Obituary 1 :	...	Dr. Granado passes away – Arani Sen	৪৫
স্মরণিকা ২ ঃ	...	ডা দ্বারকানাথ কোটনিস — দীপাঞ্জন রায়	৪৬
স্মরণিকা ৩ ঃ	...	ডা সুজিত কুমার দাস — সম্পাদকমণ্ডলী	৪৮
স্মরণিকা ৪ ঃ	...	হরিপদ দাস — সম্পাদকমণ্ডলী	৪৯
স্বাস্থ্য ও পুষ্টি	...	পল হ্যারিসন পুরস্কার গ্রহণকালীন বক্তৃ(তা — বিনায়ক সেন	৫০
স্বাস্থ্য ও মানবাধিকার	...	স্বাস্থ্য ও মানবাধিকার — বিনায়ক সেন	৫৩
রোগ ও নিরাময়	...	ভাইরাল হেপাটাইটিস — প্রবীর পাল	৫৫
	...	কম্পিউটার থেকে চোখের রোগ — মলয় মৈত্র	৫৭
Mental Health & Education	...	Ragging in India – Comp : — Editorial Board	৬০
চিঠিপত্র	...	'The National Food Security Act'.	৬৫

সম্পাদকীয়

আত্মপ্রকাশ

প্রথমেই প্র(ু আসবে যে স্বাস্থ্য নিয়ে, শি(া নিয়ে, বেশ কিছু পত্রপত্রিকা রয়েছে তাহলে আবার কেন? স্বাস্থ্য নিয়ে যে পত্রিকাগুলি রয়েছে তা হয় তাত্ত্বিক যা বিভাগীয় জার্নাল ধরণের বা সরকারী বিজ্ঞপ্তি পূর্ণ অথবা জলসাধারণকে রোগ নিরাময় সংত্র(ান্ত উপদেশমূলক। শি(ার (েত্রেও বিভিন্ন দলীয়, বিভাগীয়, তাত্ত্বিক ও সরকারী প্রচার মূলক পত্রপত্রিকা চালু আছে কিন্তু স্বাস্থ্য বা শি(া নিয়ে অথবা স্বাস্থ্য ও শি(া নিয়ে সরকারী নীতি, কাঠামো ও প্রত্রি(য়া থেকে আরম্ভ করে সাধারণের কর্তব্য পর্য্যন্ত কিংবা সম্পূর্ণ স্বাস্থ্য ও শি(া নিয়ে সরকার ও নাগরিক উভয়ের এবং অন্যান্য সংস্থাগুলির কি করণীয় এই নিয়ে সামগ্রিক আবেদন (Holistic Appeal) সম্পন্ন পত্রপত্রিকার একান্তই অভাব।

দেশের ও সমাজের উন্নয়ন একান্ত কাম্য। কিন্তু সেই উন্নয়ন কোন পথে হবে? উন্নয়নের বিভিন্ন মডেল নিয়ে আন্তর্জাতিক সংস্থা, সরকার, প্-ানিং কমিশন, এন জি ও, বৃত্তিজীবীদের ও পেশাজীবীদের সংগঠন, বুদ্ধিজীবী এবং সাধারণের মধ্যে বিতর্ক ছিল, আছে ও থাকবে। বহু পরী(ানিরী(া, ব্যর্থতা-সাফল্য, অভিজ্ঞতার পর সাধারণভাবে সকলের জন্য দীর্ঘমেয়াদী ফলাফলসম্পন্ন উন্নয়নের (Inclusive and Sustainable Development) ধারণাটি উন্নতিশীল দেশগুলিতে জনপ্রিয়তা পেয়েছে। এর সাথে অবধারিতভাবে এসে পড়েছে সাধারণের (মতায়ণ, পরিবেশ সংর(ণ, দুর্নীতি-স্বজনপোষণ-আমলাতন্ত্র, ফসিল ফুয়েল জনিত শক্তি(র অবসান, বি(ায়নের প্রভাব, উদারনীতির সুফল-কুফল, প্রাকৃতিক ও মানব সম্পদের সঠিক ব্যবহার, গণতন্ত্র, মানবাধিকার, নারীমুক্তি(, যৌনস্বাধীনতা, সন্ত্রাসবাদ প্রভৃতি বিষয়গুলি নিয়ে আলোচনা, তর্ক, কোলাহল।

কিন্তু সাধারণের বোধগম্যভাবে এই উন্নয়নের গবেষণাগুলি, তত্ত্ব ও তথ্যগুচ্ছ কিংবা যাত্রাপথ নিয়ে কোন পত্রিকার অনুপস্থিতি প্রতিনিয়ত অনুভব হয়। আর সামগ্রিক স্বাস্থ্য, শি(া ও উন্নয়ন নিয়ে এই দিক নির্দেশ চোখেই পড়ে না। তাই স্বাস্থ্য, শি(া ও উন্নয়ন নিয়ে সমাজ ও জনমানসে প্রাথমিক আলোড়ন তোলার জন্যই **'স্বাস্থ্য-শি(া-উন্নয়নে'**র আত্মপ্রকাশ। স্বাস্থ্য, শি(া ও উন্নয়ন তিনটি পৃথক শব্দ ও বিষয় হলেও খুবই সংপৃক্ত(ও সং(ি-ষ্ট, একটির বিকাশ ছাড়া অন্যটির বিকাশ সম্ভব নয়। আর আমাদের সমাজের চিরস্থায়ী পশ্চাদপদতা কাটাতে এই তিনটি বিষয়ে সর্বাপে(া গু(ত্ব দেওয়া একান্ত প্রয়োজনীয়।

২০১০ সালে প্রথম, রাষ্ট্রপুঞ্জ মানব উন্নয়ন রিপোর্টে অভিবাসনকে উন্নয়নের সূচক হিসাবে গ্রহণ করেন। সমস্ত সূচক বিবেচনা করে ১৭৮ টি সদস্য দেশের মধ্যে শীর্ষ থাকা দশটি দেশ ছিল ঃ নরওয়ে, অস্ট্রেলিয়া, আইসল্যান্ড, কানাডা, আয়ারল্যান্ড, নেদারল্যান্ডস্, সুইডেন, ফ্রান্স, সুইজারল্যান্ড ও জাপান। প্রথম ১৬টি দেশের মধ্যে সব কটি স্ক্যানডিনেভিয়ান দেশ এবং প্রথম ২৫টি দেশের মধ্যে পর্তুগাল বাদে সমস্ত পশ্চিম ইউরোপের দেশ রয়েছে। ল(ণীয় অস্ট্রেলিয়া (২) ও নিউজিল্যান্ড (২০) ভাল স্থানে রয়েছে। উল্লেখযোগ্য দেশের মধ্যে মার্কিন যুক্ত(রাষ্ট্র (১৩), ব্রিটেন (২১), জার্মানী (২২), কিউবা (৫১), ব্রাজিল (৭৫), চীন (৯২) এবং ভারত (১৩৪)। জাপান ছাড়া এশিয়ান দেশগুলির মধ্যে সিঙ্গ াপুর (২৩) ও দ(িণ কোরিয়া (২৬) ভাল স্থানে আছে। মুসলিম দেশগুলির মধ্যে এগিয়ে আছে কুয়েত (৩১) এবং 'সার্ক' দেশগুলির মধ্যে শ্রীলঙ্কা (১০২)। আমরা এই উন্নত দেশগুলির ইতিবাচক অভিজ্ঞতা গ্রহণ করতে পারি। এর বাইরে গিয়েও কিউবার জনস্বাস্থ্যে, ব্রাজিলের দারিদ্রমোচনে, দ(িণ আফ্রিকার বর্ণবৈষম্য অবসান ও বহুজাতিক সরকার

গঠনে, চিলির গণতন্ত্র পুনঃপ্রতিষ্ঠায়, চীনের অর্থনৈতিক অগ্রগতির, জার্মানীর অপ্রচলিত শক্তি(র ে ত্রে, সুইজারল্যান্ড ও নিউজিল্যান্ডের পরিবেশ বান্ধব পর্যটনের সাফল্যগুলি আমরা বি(ে-ষণ করতে পারি।

দেশের মধ্যেও নারী শি(ায় কেরল, চিকিৎসায় তামিলনাড়ু-অন্ধ্র, তথ্যপ্রযুক্তি(তে কর্ণাটক, শিল্পে গুজরাট-মহারাষ্ট্র অর্থকরী-কৃষিতে পাঞ্জাব, সবুজায়ণে রাজস্থান, পরিবেশ বান্ধব পর্যটনে হিমাচল ও সিকিম, পরিবহনে অসম, পরিকাঠামো গঠনে মধ্যপ্রদেশ ও বিহার, রাজনৈতিক সুস্থিতির জন্য মিজোরাম, ত্রিপুরার মিড ডে মিলের, ত্রীড়ায় হরিয়াণা ও মনিপুরের উদ্যোগগুলি বিবেচনা করতে পারি। এই বছর প্রতিবেশী ভূটান সুখকে (Happiness) একটি সূচক হিসাবে অন্তর্ভূক্ত(করিয়েছে।

আপনাদের আর্শীর্ব্বাদ নিয়ে **'স্বাস্থ্য-শি(া-উন্নয়ন'** যাত্রা শু(করল। সমাজ, রাষ্ট্র ও পরিমন্ডলের চলমান মূল বিতর্কগুলিকে আমরা সংে(পে ও সহজবোধ্যভাবে তুলে ধরার চেষ্টা করব। চেষ্টা করব বিজ্ঞান ও প্রযুক্তি(গত গবেষণালব্ধ সুফলগুলি বিনিময় করতে। সঠিক নীতি, পরিকল্পনা ও কর্মকান্ডের রূপরেখা প্রস্তুত করতে এবং তা প্রয়োগের ে ত্রে সক্রি(য় অংশ নিতে। সরকার ও প্রশাসনকে সতর্ক ও সহযোগিতা করতে। সর্বোপরি ব্যাপক মানুষকে যুক্ত(করে পর্য্যাপ্ত, সার্বজনীন, কার্য্যকরী, গণমুখী ও পরিবেশ বান্ধব স্বাস্থ্য, শি(া ও উন্নয়নের ব্যবস্থা প্রবর্তনের লে(গণতান্ত্রিক আন্দোলন গড়ে তুলতে। **'স্বাস্থ্য-শি(া-উন্নয়নে'**র টলমল শৈশবে আপনাদের সকলের সজীব অংশগ্রহণ অত্যন্ত জ(রী। আপনাদের সকলকে শারদীয়া শুভেচ্ছা ও আন্তরিক অভিনন্দন জানাই। আপনারা দীর্ঘায়ু হোন, সকলে ভালো থাকুন, উন্নয়ন ও অগ্রগতির জোয়ার আসুক।

—— ● ——

❍ 'স্বাস্থ্য শি(া উন্নয়ন' মণিপুরের অসম সাহসিনী মানবাধিকার কর্মী **ইরম শর্মিলা চানুর** দীর্ঘ দশ বছরের অহিংস অনশন সত্যাগ্রহকে শ্রদ্ধা জানায়, মণিপুরে 'আর্মড ফোর্সেস স্পেশাল পাওয়াল অ্যাক্ট (আফস্পা)' প্রত্যাহারের দাবী জানায় এবং শর্মিলার সমর্থনে 'জষ্টিস ফর পিস ফাউণ্ডেশনে'র আন্দোলনকে সমর্থন জানায়।

❍ 'স্বাস্থ্য শি(া উন্নয়ন' **আন্না হাজারে** ও নাগরিক সমাজ কর্তৃক 'জন লোকপাল বিল', 'লোকাযুক্ত(', 'Right to Recall' নিয়ে জন আন্দোলনকে সমর্থন জানায় এবং সরকারের কাছে দাবী করে যে বিদেশী ব্যাঙ্কে র(িত সমস্ত কালো টাকা বাজেয়াপ্ত করতে হবে ও রাষ্ট্রায়ত্ব ব্যাঙ্কগুলি থেকে নেওয়া বিপুল পরিমাণ ঋণ শিল্পপতিদের অবিলম্বে শোধ করতে হবে।

❍ 'স্বাস্থ্য শি(া উন্নয়ন' Genetically Modified (GM) শস্যের অনুমোদনের জন্য রচিত Biotechnology Regulatory Authority of India (BRAI) বিল প্রত্যাহারের দাবীতে **'গ্রীন পিস'** আন্দোলনকে সমর্থন করে।

সা(াৎকার —

মহাশ্বেতা দেবীর সা(াৎকার

[আমরা উপস্থিত হয়েছি 'হাজার চুরাশীর মা', 'অরণ্যের অধিকার', 'বসাই টুডু', 'চেট্টি মুন্ডা ও তার তীর', '(দালী', 'তিতুমীর' প্রমুখ কালজয়ী উদ্দীপনাময় গ্রন্থের রচয়িতা বিখ্যাত সাহিত্যিক মহাশ্বেতা দেবীর কাছে কয়েকটি প্র(ে নিয়ে। 'ম্যাগসাইসাই', 'পদ্মভূষণ', 'আকাদেমী', 'জ্ঞানপীঠ', 'বঙ্গবিভূষণ' অসংখ্য সম্মানে ভূষিতা মহাশ্বেতা দেবী শুধু একজন প্রথিতযশা সাহিত্যিকই নন তিনি আদিবাসী, ভূমিজ, অন্ত্যজ, দরিদ্র মানুষের আর্থ-সামাজিক পরিবর্তনের লড়াইয়ের একজন সত্রি(য় সংগঠক। 'যুবনাশ্ব' মনীশ ঘটকের কন্যা, ঋত্বিক ঘটকের ভ্রাতুষ্পুত্রী, বিজন ভট্টাচার্য্যের স্ত্রী, নবা(ন ভট্টাচার্য্যের মা অশীতিপর মহাশ্বেতা দেবী যেখানে যত অন্যায় ধারাবাহিক ভাবে তার তীব্র প্রতিবাদী। এককথায় বাংলার জাগ্রত বিবেক। তিনি তাঁর স্বভাবসুলভ বলিষ্ঠ অথচ আন্তরিক ভাষায় আমাদের প্রতিটি প্র(ের উত্তর দিয়েছেন। - - - - - - সম্পাদকমণ্ডলী]

প্র(ে ১৯৪৭-র পর ভারত সরকার স্বাস্থ্য নিয়ে বেশ কিছু প্রকল্প ও কর্মসূচী ঘোষণা করেছেন। সেগুলি কতটা কার্য্যকরী হয়েছে?

উত্তর আমি আমার দেশকে যতটুকু দেখেছি, এইসব সুবিধার ছিটেফোঁটাও প্রত্যন্ত অঞ্চলে জনজাতিগুলির মধ্যে পৌঁছয় নি। তারা অনাহার, অপুষ্টি, অশি(া, পাণীয় জলের অভাব, স্বাস্থ্য ও চিকিৎসার অভাব, এইসব নিয়েই বসবাস করছেন। পশ্চিমাঞ্চলের আদিবাসী অধ্যুষিত এলাকা, চা-বাগান, খাদান, সুন্দরবন, চর, উপকূল ও ভাঙ্গনপ্রবণ এলাকায় পরিস্থিতি আরও খারাপ।

প্র(ে এইসব পশ্চাৎপদ এলাকার জনস্বাস্থ্য সম্পর্কে কিছু বলুন।

উত্তর আমি আদিবাসী-জনজাতিদের কখনও পশ্চাৎপদ বলি না। তাদের রয়েছে উন্নত ঐতিহ্য, সভ্যতা ও সংস্কৃতি। তারা শরীরকে নীরোগ রাখার অনেক উপায় নানারকম বনৌষধি ব্যবহার জানে যা আমরা জানি না। এগুলিকে নানা কায়দায় ধ্বংস করে দেওয়া হচ্ছে। আমলাশোলে কেন মৃত্যু হয়েছিল জানেন? সেখানে আদিবাসীদের জঙ্গলে ঢুকতে দেওয়া হয়নি, যে জঙ্গল থেকে খাদ্য সংগ্রহ করে তারা বেঁচে থাকেন।

প্র(ে তথাকথিত জঙ্গলমহলের উন্নয়ন নিয়ে অনেক কিছু শোনা যাচ্ছে, এই বিষয় নিয়ে আপনার মতামত কি?

উত্তর অবিলম্বে এই সার্কাস বন্ধ হোক।

প্র(ে তাহলে ঐ অঞ্চলের স্বাস্থ্যের উন্নতি নিয়ে আমরা কি করতে পারি?

উত্তর আপনারা গ্রামে গিয়ে মেডিক্যাল ক্যাম্প করতে পারেন। ত(ণ চিকিৎসকদের উদ্দীপিত করতে হবে। সব জায়গায় স্বাস্থ্য কেন্দ্র নেই, তাছাড়া সেগুলি ভালভাবে চলে না। আপনারা স্বাস্থ্য শি(া দেবেন, সচেতন করবেন, রোগের চিকিৎসার ব্যবস্থা করবেন, জ্বর-জ্বালার ওষুধ দেবেন। ঐসব ভিটামিন-টনিক ইত্যাদি দেওয়ার দরকার নেই। শি(ার উপর খুব জোর দিতে হবে। একবার আমরা তিনমাস খেড়িয়া শবরদের মধ্যে শি(াত্র(ম চালিয়ে তাদের জিজ্ঞেস করেছিলাম, 'তোমাদের কি লাভ হল?' 'মা আমাদের একটা লাভ হয়েছে, ডাইন নাই আমরা ডাইনীকে তাড়াতে পেরেছি।

প্র(ে পত্রিকার মাধ্যমে আমরা কি করতে পারি?

উত্তর অনেক কিছু করতে পারেন। খুব সহজ বাংলায় লিখতে হবে। প্রয়োজনীয় বিষয়গুলি নিয়ে লিখতে হবে। ব্যাপক মানুষর কাছে পৌঁছে দিতে হবে।

ভারতে জনস্বাস্থ্যের অতীত ও বর্তমান

আমাদের কিছু কথা

— জয়ন্ত ভট্টাচার্য

স্বাস্থ্য নিয়ে আমাদের মাথাব্যথা থাকলেও রাষ্ট্রপুঞ্জ তৈরী হবার সময়ে, অর্থাৎ ১৯৪৫ সাল ও তার আগের কথা বলছি, বিশ্বের তাবড় দেশগুলোর এ নিয়ে খুব মাথাব্যথা ছিলো বলে মনে হয় না। প্রথম বিশ্বযুদ্ধের পরে যখন League of Nations তৈরি হচ্ছে সেসময়কার draft-এ স্বাস্থ্য একটি "Forgotten" বিষয় ছিলো। একেবারে শেষ মুহূর্তে এ শব্দটির প্রবেশ ঘটে। অ্যাড হক ভিত্তিতে United Nations Conference (San Fransisco, 1945) -এ স্বাস্থ্যকে বিষয় হিসেবে আলোচনায় আনা হয়। এ তথ্যের জন্য অনেক বড়ো পন্ডিত হবার প্রয়োজন নেই। MBBS স্তরের পাঠ্য বই *Park's Preventive and Social Medicine* (2011, p. 12) দেখলেই চলবে। এই "forgotten" বিষয় আন্তর্জাতিক পুঁজি, বিশ্ব-বাণিজ্যের নানা টানাপোড়েন, আধুনিক বিশ্বের governance ও biopolitics-এর বিভিন্ন অনুষঙ্গ এর মাঝে জুড়ে আছে। [একটুখানি মার্জনা চেয়ে নেবার মতো পরিস্থিতির উদ্ভব হয়েছে। যেসব বিদেশি পত্র-পত্রিকার প্রবন্ধের উল্লেখ করেছি সেগুলো অনুবাদ না করে ইংরেজিতেই রেখে দিয়েছি। অনুবাদের স্বাধীনতা পাঠকের।]

চিকিৎসার জ্ঞান-বাজারের দান

কথার শুরুতে দু-একটি তথ্য জানিয়ে রাখতে আলোচনায় প্রবেশ করতে সুবিধে হবে। আমরা ইচ্ছে করে কয়েক বছর আগেকার তথ্য জানাচ্ছি। আধুনিক সময়ের তথ্য আরো বিপজ্জনক।

প্রথম তথ্য জানাচ্ছে ওষুধ কোম্পানিগুলোর বদান্যতায় কিভাবে আগে ওষুধ তৈরী হয়, পরে রোগের লাগসই নাম তৈরী হয় সে সংক্রান্ত। এ ব্যাপারে ১৪ মে, ২০০৪-এ *নিউইয়র্ক টাইমস*-এর মতো কট্টর রাষ্ট্র-পন্থী পত্রিকায় মার্গারেট ট্যালবটের প্রতিবেদন উল্লেখযোগ্য। ট্যালবট জানিয়েছেন কিভাবে praxitin বলে একটি ওষুধ আগে ল্যাবরেটরিতে তৈরি করে ফেলা হয়েছে, তার পরে ক্যামিলা পার্কার বোলস বা রিকি উইলিয়ামস-এর মতো সেলিব্রিটিদের দিয়ে ঢালাও লাগাতার প্রচার চালিয়ে সে ওষুধ বাজারে এসেছে এবং চিকিৎসকদের উপঢৌকন দিয়ে বিক্রী করে কয়েক মিলিয়ন ডলারের ব্যবসা করেছে ওষুধ কোম্পানিগুলো। আরো গুরুত্বপূর্ণ হল, একটি নতুন রোগের নাম সৃষ্টি হয়ে গেল - shyness syndrome. এ বিষয়ে অনুসন্ধিৎসু পাঠকদের *ব্রিটিশ মেডিক্যাল জার্নাল*-এর ১৩ এপ্রিল, ২০০২-এর সংখ্যাটি দেখে নিতে বলবো। (Roy Moynihan, lona Heath, David Harvey, "Selling sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering". এ ছাড়া এক-ই সংখ্যায় Peter G. Gotzsche, *Commentary : Medicalization of risk factors)* এর সঙ্গে দেখে নিতে হবে এক-ই পত্রিকার ৩ আগষ্ট ২০০২ সংখ্যা। সেখানে আরেকটি গুরুত্বপূর্ণ প্রবন্ধ লিখেছেন রয় ময়নিহান "Celebrity Selling" শিরোনামে। আমরা স্মরণে রাখবো চিকিৎসকেরাও এরকম একটি প্রবল শক্তিশালী বাজারের প্রভাবাধীন। ফলে চিকিৎসকদের চিকিৎসার রীতি, প্রকরণ, পদ্ধতির মধ্যে বাজারের তথা ওষুধ কোম্পানীগুলোর প্রভাব লক্ষ্যণীয় ভাবে কাজ করবে এটা অভাবনীয় কিছু নয়। আমাদের বরঞ্চ প্রশ্ন করা উচিৎ কি ভাবে ব্যক্তিগত এবং সামাজিক স্তরে এর বিরুদ্ধে প্রতিরোধের কার্যকরী ক্ষেত্রগুলো খুঁজে বের করা যায়।

এবার আরো সাম্প্রতিক কিছু কাহিনী বলা যাক। এরিকা চেক (Erica Check) বিখ্যাত *নেচার পত্রিকার* প্রবীন সাংবাদিক। আমেরিকা থেকে প্রকাশিত *ফরেন পলিসি* পত্রিকার জুলাই-আগস্ট ২০০৬ সংখ্যায় Quest for the Cure বলে একটি প্রবন্ধ লিখেছেন। তিনি জানাচ্ছেন, ১৯৭৫ থেকে ২০০৪-এর মধ্যে যে ১৫৫৬ টি ওষুধ আবিষ্কৃত হয়েছে এর মাত্র ১%-এর ব্যবহার বিভিন্ন অবহেলিত বা টিবি-র মতো অসুখের জন্য। যখন এইডস্-এর মতো রোগের জন্য কোটি-কোটি ডলার ব্যয়িত হচ্ছে হাসপাতালের দৃষ্টিকোণ থেকে, তখন রোগীর বাস্তব প্রায় কখনোওই আমাদের কাজে ধরা দেয় না। চিকিৎসকের বাস্তব আর চিকিৎসার বাস্তব ভীষণ পৃথক হয় যায়।

আরো সাম্প্রতিক পর্যবে(ণের কথা ভাবা যেতে পারে। সুসার ব্লক এবং অ্যানড্রু বিলিং-এর লেখা "Learning from Dying" প্রবন্ধটির কথা বলি। প্রবন্ধকারের প্র(করেছেন, আমাদের চারপাশে রোগীদের বুঝতে গিয়ে যে model of detachment-এর মধ্য দিয়ে আমরা যাই সেখানে চিকিৎসকেরা "how they can be healers, even in the face of terminal illness." ওঁদের মন্তব্য, "Unfortunately, the 'hidden curriculum' of contemporary medicine - especially the hurried, disease-centered,impersonal, high-thorough-out clinical years - stil tends to undermine the best interests of students and faculty members and the best interests of patients and families." (*নিউ ইংল্যান্ড জার্নাল অব মেডিসিন* ২০০৫ ৫ সেপ্টেম্বর, ১৩১৩-১৩১৫) এক-ই সংখ্যায় রেনি ফক্স তাঁর "Cultural Competence and the Culture of Medicine"-এ প্র(তুলছেন - এরকম পাঠ্য বই-ঠাসা চিকিৎসা শি(ার জগতে সত্যি-ই কি মানবিক হয়ে ওঠার কোনো সুযোগ আছে?

''মেডিক্যাল হিউম্যানিটিস'' বা ''ন্যারিটিভ মেডিসিন'' -এর মতো পাঠ্যত্র(ম তৈরি হচ্ছে। 'মেডিক্যাল হিউম্যানিটিস' বলে একটি আলাদা পত্রিকা নিয়মিত প্রকাশিত হচ্ছে কয়েক বছর ধরে। এ(ত্রে আমাদের দেশের শি(াত্র(ম শতযোজন দুরে। এখনো এখানে প্রধানত সাবেকি আমলের পঠন-পাঠন অনুসরণ করা হয়। ফলত মানবিক চিকিৎসক হিসেবে যাঁরা আত্মপ্রকাশ করেন তাঁরা নিজেদের আদর্শগত অবস্থান বা ব্যক্তি(গত চরিত্রের গুণে করেন। শি(াত্র(মের কোনো কৃতিত্ব আমি অন্তত এখানে খুঁজে পাই না। এবং আধুনিক চিকিৎসার আভ্যন্তরিন কাঠামোর মধ্যে মানবিক হয়ে ওঠার উপাদান প্রায় নেই বললেই চলে।

বছর পাঁচেক আগে নিউ ইংল্যান্ড জার্নাল অব মেডিসিন-এ বারবারা জে ম্যাকনিল একটি প্রবন্ধ লিখেছিলেন "Hidden Barriers to the Improvement of Health Care". এ প্রবন্ধ প্রকৃতপ(২০০১-এর গু(ত্বপূর্ণ বাৎসরিক ''শাটক লেকচার''। সে প্রবন্ধে তিনি জানান, "Uncertainty can be interpreted not only as lack of convincing evidence but also as impaired access to convincing evidence... *Uncertainty* influences virtually all of medical decision making...The lack of data persists despite enormous efforts to improve clinical decision making... The well-reported underrepresentation of *women* in clinical trials similarly limits informed decision making...the results of clinical studies suggest that *varying* perceptions of the same data can lead to *different* clinical *decisions*." সব শেষে তাঁর সিদ্ধান্ত হল, "Once we know more definitively what to do for our patients and at what cost (average and marginal), we will have a clearer road map for thinking about priorities..." (বারবারা জে ম্যাকনিল, *নিউ ইংল্যান্ড জার্নাল অব মেডিসিন,* ২১ নভেম্বর ২০০১, পৃ ১৬১২-১৬২০)

কি কি বললেন ম্যাকনিল? প্রথমত, চিকিৎসার প্রায় সমস্ত শাখাতে অনিশ্চয়তা একটি উল্লেখযোগ্য বিষয়, দ্বিতীয়ত, অনিশ্চয়তার দ(ণ সার্বজনীনভাবে সঠিক প্রমাণ নির্ভর কোনো চিকিৎসার কথা বলা প্রায় দুঃসাধ্য একটি কাজ তৃতীয়ত, চিকিৎসকের বোধের পার্থক্যের জন্য এক-ই তথ্যের ভিন্ন ভিন্ন ব্যাখ্যা সম্ভব চতুর্থত, লিঙ্গ-বৈষম্যের জন্য যে সব তথ্য

সংগৃহীত হয় সেগুলো পুরো নির্ভরযোগ্য নয়। এবং সবশেষে সিদ্ধান্ত নিচ্ছেন, রোগীর বিশেষ অবস্থানের ওপর নির্ভর করে চিকিৎসার অগ্রাধিকার ঠিক করতে হবে। এ ছাড়া আরো অনেক আলোচনা রয়েছে প্রবন্ধটিতে - যেমন, ভিন্ন দৈহিক এবং জন্মগত অবস্থানের জন্য এক-ই ওষুধের বিভিন্ন ফলাফল, বিভিন্ন সাংস্কৃতিক পরিবেশের জন্য চিকিৎসার ফলাফলের বিভিন্নতা ইত্যাদি। ম্যাকনিলের কথার সুত্র ধরে বলবো প্রমাণ নির্ভর চিকিৎসার প্রতি আমাদের যে আচ্ছন্নতা বোধ কাজ করে তার অনেকটা বিপরীতে ম্যাকনিলের বক্তব্য। এ ছাড়া পলিটিকস অব এভিডেন্স-বেসড মেডিসিন নিয়েও প্রচুর লেখালেখি হচ্ছে। ফলে EBM (Evidence-Based-Medicine)-এর মিথ এখন অনেকটাই দুর্বল।

এতসব বিভিন্নতার মাঝে আমরা, প্রথম দুনিয়ার চিন্তায় সমৃদ্ধ মাথা নিয়ে কাজ করা তৃতীয় দুনিয়ার চিকিৎসকেরা কত সহজে এক-ই রোগের শ্রেণী-ভূক্ত সমস্ত রোগীর জন্য (এরা কেউ আমাদের কাছে ব্যক্তি বা প্রকৃত মানুষ নয়, কেবলমাত্র রোগী) গত ১৫০ বছরে চিকিৎসার জগতে যে পরিবর্তন হয়েছে তার মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ হল - ব্যক্তি চিকিৎসক রোগীর গৃহে গিয়ে চিকিৎসার যে দায়িত্ব নিতেন তার পরিবর্তে একটি জটিল, থাকবদ্ধ, প্রযুক্তি-নির্ভর, পেশাদার চিকিৎসক ও চিকিৎসাকর্মী-সমৃদ্ধ চিকিৎসা ব্যবস্থা। (সূত্র "Tavistock Group ; A shared statement of ethical principles for those who shape and give healthcare", *British Medical Journal*, 1999; 318 : 249-51.) এসব কিছুর যোগফলে যে সব মানুষ একসময় নিজেদের বিভিন্ন শারীরিক সমস্যা নিজেরা সামলে নিতেন তারা এখন অনেক বেশী চিকিৎসকদের শরণাপন্ন হচ্ছেন - "an unquestioning media and drug companies turn everything into a *'disease'* in need of treatment." এ মন্তব্য আমার নয়, *অবসার্ভার* পত্রিকার নামী সাংবাদিক অ্যান্টনি ব্রাউনের। (Observer, Sunday, April 14 2002). এ ছাড়া আগে আলোচিত রয় ময়নিহানের লেখা আরেকটি গুরুত্বপূর্ণ প্রবন্ধ "The making of a disease : female sexual dysfunction" থেকে একটুখানি উল্লেখ করি, " The corporate sponsored creation of a disease is not a new phenomenon, but the making of female sexual dysfuction is the freshest, clearest example we have." (*ব্রিটিশ মেডিক্যাল জার্নাল*, ৪ জানুয়ারি ২০০৩, ৪৫-৪৭)। ১৯৯৮ সালে *ভায়াগ্রা* বলে পুরুষদের জন্য বিশেষ ওষুধটি আবিষ্কার হবার পর থেকে ২০০৩ পর্যন্ত ১ কোটি ৭০ লক্ষ পুরুষের জন্য এ ওষুধ লেখা হয়েছে - ফলাফল যা হোক না কেন। এতে *ফাইজার কোম্পানী*-র ২০০১ সালের বিক্রীর পরিমাণ ১৫০ কোটি পাউন্ড।

এরকম ফলাফলে উৎসাহিত হয়ে ওষুধ কোম্পানীগুলোর এবার প্রয়োজন "To build similar markets for drugs among women, companies first require a clearly defined medical diagnosis with measurable characteristics to facilitate credible clinical trails. Over the past six years the pharmaceutical industry has funded, and its representatives have in some cases attended, a series of meetings to come up with just such a definition." ফলে কোটি কোটি টাকার কারবারি অতি-বৃহৎ ওষুধ কোম্পানীগুলোর পক্ষে female sexual dysfunction-এর মতো একটি অসুখের জন্ম দেয়া নিতান্ত জরুরী হয়ে পড়ে। এ প্রসঙ্গে আবার একটি উদ্ধৃতি, তা-ও আরেকবার ইংরেজিতে, দেবার লোভ সামলাতে পারছিনা (পাঠকেরা মাফ করবেন আশা রাখি), "The potential risk, in a process so heavily *sponsored* by drug companies, is that the *complex* social, personal, and physical causes of *sexual difficulties* and the range of solutions to them will be swept away in the rush to diagnose, lavel, and prescribe. Perhaps the greatest concern comes from the flip side of inflated estimates of disease prevalence the ever-narrowing definitions of 'normal' which help turn the complaints of the *healthy* into the

conditions of the *sick.*" চিকিৎসা এবং চিকিৎসকের হাত ধরে মুছে যেতে শু(করে healthy এবং sick-এর মধ্যেকার সীমারেখা। এজন্য normal-কে নতুন চেহারায় সঙ্গায়িত বা নির্ধারণ করে নেবার প্রয়োজন পড়ে। আর পুরো প্রত্রি(য়াটিতে মধ্যস্থতাকারী হিসেবে থাকে অতি-বৃহৎ ওষুধ কোম্পানিগুলো।

Healthy এবং sick, এই দুই binary-র মাঝে স্বাস্থ্য বা health-এর অবস্থান - কোন স্বয়ং-সম্পূর্ণ সত্তা হিসেবে নয়, বিভিন্ন-মুখী স্বার্থের টানাপোড়েন এর চেহারা নির্দ্ধারিত হয়।

স্বাস্থ্য ও রাজনীতি

অমর্ত্য সেনের সাম্প্রতিক বক্ত(ব্য বোধ করি অনেক শি(িত মানুষকে ভাবিত করেছে। তাঁর বক্ত(ব্য অনুযায়ী স্বাস্থ্য প্রকৃতপ(একটি রাজনেতিক প্রোগ্রামের মধ্যে পড়ে। কথাটি খুব নতুন নয়। বিখ্যাত জার্মান প্যাথলজিস্ট, বৈজ্ঞানিক এবং রাজনৈতিক ব্যক্তি(ত্ব (ডলফ ভিরকাও বা ভিরশো (Rodolf Virchow) ১৮৪৮ সালে জার্মানির আপার সাইলেসিয়া অঞ্চলে টাইফাস রোগের কারণ অনুসন্ধান করে ৪টি খণ্ডে "Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia" প্রকাশ করেন। সে রিপোর্টে তিনি বলেন — "Medicine is a social science, and politics is nothing but medicine on a large scale." অর্থাৎ, একটু নজর করলে বুঝবো, প্রায় ১৬৫ বছর হলো মেডিসিন এবং স্বাস্থ্যকে রাজনীতির অংশ হিসেবে ধরা হচ্ছে। আমরা না হয় একটু পেছনে হাঁটছি। তার মানে তো এটা নয় যে বিষয়টি শি(িত জগতের চর্চার মধ্যে নেই। প্রসঙ্গত উল্লেখযোগ্য, *Journal of Epidemiology and Community Health*-এর আন্তর্জাতিক পত্রিকার আগস্ট ২০১১-র সংখ্যাটির বিষয় হলো — Politics, primary healthacre and health : was Virchow right ?

এবার আমরা ভারতের জনস্বাস্থ্যে সরাসরি প্রবেশ করি।

ভারতে জনস্বাস্থ্যের অতীত ও বর্তমান

জনস্বাস্থ্য শব্দটি দুটি শব্দের যৌগপদ - এতো সবার জানা কথা। এটাও সবার জানা যে এ শব্দটি আমরা গ্রহণ করেছি ইংরেজি public health -এর প্রতিশব্দ হিসেবে। গ্রহণ না করে উপায় নেই। আবার গ্রহণ করার মাঝেও কিছু সমস্যা লুকিয়ে আছে। এ নিয়ে একটুখানি কথা বলে মূল আলোচনায় প্রবেশ করা হবে। ২৭শে জানুয়ারি ২০১১-তে প্রকাশিত এ মুহূর্তে পৃথিবীর সবচেয়ে মান্য মেডিসিনের জার্নাল *New England Journal of Medicine*-এ প্রকাশিত প্রবন্ধ "Public Health in Haiti - Challenges and Progress"-এ বলা হচ্ছে - Nevertheless, long-standing public health problems remain. Efforts to improve roads to reduce traffic injuries, provide lifesaving community and obstetrical services, and repair, upgrade, or build safe water and sanitation systems are just beginning to be scaled up. প্রবন্ধের শেষে পর্যবে(ণটি এরকম "Political stability will be essential, and a central challenge will be to train and employ an adequate public health workforce to carry on the work of the small cadre of public health leaders..."

উপরের আলোচনা থেকে সহজবোধ্য যে public health-এর সাথে জড়িয়ে আছে রাস্তা-ঘাটের অবস্থা থেকে পাণীয় জল, স্যানিটারি ব্যবস্থা থেকে রাজনৈতিক সুস্থিরতা ইত্যাদি সবকিছুই অন্তর্গত হয়ে আছে জনস্বাস্থ্যের বাস্তবায়নের মাঝে। এর অর্থ হল জীবনের প্রতিটি ((ত্র আনাচ-কানাচ মেডিসিনের নজরদারির মধ্যে চলে এলো, যাকে বলা হয় ''মেডিক্যালাইজেশন অব লাইফ''। কলকাতা আধুনিক উপনিবেশিক নগর হয়ে গড়ে ওঠার যুগে জনজীবনকে হাসপাতাল ও মেডিসিনের নজরপথে নিয়ে আসার জন্য প্রবর্তিত ''ভবঘুরে আইন'', "Lunacy Act" ইত্যাদির কথা আমাদের স্মরণে আসবে আশা করি। রাষ্ট্র ও স্বাস্থ্যের অনিবার্য সম্পর্ক বোঝাতে ১৭৭৯ সালেই জার্মাণ চিকিৎসক যোহান পিটার

ফ্রাঙ্ক ব্যবহার করেছিলেন বিখ্যাত সে শব্দটি-বন্ধটি Medical Police, তাঁর *A System of Complete Medical Police* গ্রন্থে। ৯টি খন্ডে বিভক্ত(এ গ্রন্থের ৪র্থ অংশের তৃতীয় অধ্যায়ে ফ্রাঙ্ক বলছেন - In dealing with this important subject of Medical Police, I must refer to all that I have said elsewhere about necessary cleanliness of the air... of large towns, etc.. so that now I can lecture on pertinent matters... public health cure is necessary. (*A System of Complete Medical Police : Selections from Johann Peter Frank, ed.,* Erna Lesky, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1976, p. 183)

একেবারে ভিন্ন একটি বিষয়ের অবতারণা করি এখন। ইংরেজিতে যাকে আমরা গ্রামার বলি বাংলায় সেটা ব্যাকরণ। দুটো কি এক? হরপ্রসাদ শাস্ত্রী বলেছিলেন - সংস্কৃত ব্যাকরণ শব্দের অর্থ *ব্যাত্রি(য়ন্তে ব্যুৎপদন্তে শব্দা আনেন* - অর্থাৎ ইটিয়লজি - ডেরিভেশন। বাস্তবিকই মুগ্ধবোধাদিতে পদটি তৈয়ার করিয়া দেওয়া পর্যন্ত ব্যাকরণের কার্য... *ব্যাকরণ* শুদ্ধ Aetiology মাত্র সেই ব্যাকরণকে grammar-এর ল(ণে লি(ত করা উচিত কি না, সহজেই বোধ করা যাইতে পারে। (ঋণ স্বীকার পবিত্র সরকার - ব্যাকরণ মানে কি, *প্রসঙ্গ বাংলা ব্যাকরণ* ২, পশ্চিমবঙ্গ বাংলা আকাদেমি, ২০০৬) অর্থাৎ সংস্কৃত থেকে আহরিত বাংলা ব্যাকরণ শব্দটিকে ইংরেজি গ্রামার শব্দটি নিজের মতো করে পুনর্গঠিত করে নিয়েছে। এ(ত্রে মূল ব্যাকরণ শব্দের আভ্যন্তরীন ব্যঞ্জনা বদলে গেল। ব্যাকরণের বাইরে প্রাকৃতিক জগতে আসি। মূল সংস্কৃতে *জাঙ্গল* শব্দটি ব্যবহৃত হয়েছে এমন এক অঞ্চল যেখানে ভূমি ((, গুল্ম বা কাঁটা জাতীয় উদ্ভিদ জন্মায়। এর বিপরীতে রয়েছে *অনূপ* শব্দটি যার অর্থ জলাভূমি। মনিয়ের-উইলিয়ামসের সংস্কৃত-ইংরেজি অভিধান জানাচ্ছে জাঙ্গল শব্দের অর্থ - arid, sparingly grown with trees and plants (though not unfertile)। আমরা দেখছি এ শব্দটি কিভাবে বনভূমি বা ফরেস্ট-এর সমার্থক হয়ে উঠলো। অক্সফোর্ড ইংলিশ ডিকশনারি বলছে - The change in Anglo-Indian use may be compared to that in the historical meaning of the word forest in its passage from a waste or unenclosed tract to one covered with wild wood. In the transferred sense of jungle there is apparently a tendency to associate it with tangle. এ বিষয়ে চমৎকার আলোচনা করেছেন ফ্রানসিস জিমারম্যান তাঁর *The Jungle and the Aroma of Meats* (Motilal Banarsidass, 1999) গ্রন্থে। তিনি মন্তব্য করছেন - The Hindi name *terai* ("marshy lands") - the exact semantic equivalent of the Sanskrit *anupa* - now becomes the aberrant synonym of jungle. (Ibid, p. 15)

আরেকটি শব্দ যা আমাদের আলোচনার প্রধান বিষয় তা হল *স্বাস্থ্য*। আয়ুর্বেদের বাইরেও রামায়ণ মহাভারত সহ প্রায় সমস্ত সংস্কৃত গ্রন্থে স্বাস্থ্য ও স্বস্থ শব্দের ব্যবহার পাওয়া যায়। স্বাস্থ্য-র সংস্কৃত অর্থ হল স্ব-তে স্থিত হওয়া বা ফিরে আসা। মিরো(হারা তাঁর "A Note on the Sanskrit Word Svastha" (*European Journal of Ayurvedic Society 4,* 1995, pp. 53-87) প্রবন্ধে এ বিষয়ে বিশদে অত্যন্ত মনোজ্ঞ আলোচনা করেছেন। তাঁর কথায় - It implies not only a healthy physical condition, but also a serene state of mind The usage, however, is not limited to the state and condition of individual human beings, but is extended to those of the state and government.

এ সমস্ত আলোচনা থেকে অন্তত একটি প্রাথমিক বোধে পৌঁছনো যেতে পারে যে *Alma Ata* সম্মেলনের মধ্য দিয়ে জন্ম নেওয়া health-এর বি(্রজনীন ধারণার সাথে ভারতীয় স্বাস্থ্যের ধারণার একটি মূলগত অমিল আছে। যদিও বলার অপে(া রাখে না, স্বাস্থ্য ও health সমার্থক হয়ে পড়েছে। আরেকটি প্রসঙ্গ উত্থাপন করে এ প্রাথমিক আলোচনায় যতি টানা যেতে পারে। আমাদের সাধারণ বোধ-বুদ্ধিতে বুঝি, আয়ুর্বেদে স্বাস্থ্য নিয়ে সবচেয়ে বেশী আলোচনা হবার কথা। এবং বাস্তবে তা হয়েছেও। আয়ুর্বেদ কিন্তু প্রকৃত অর্থে কোন চিকিৎসা বিজ্ঞান নয়। একজন মানুষের আয়ু অর্থাৎ

দীর্ঘজীবিতা নিয়ে আলোচনা হয়েছে এ শাস্ত্রে। প্রত্যাশিতভাবেই আয়ুর্বেদ শাস্ত্রের আলোচনার প্রধান অংশ ব্যয়িত হয়েছে মানুষের চিকিৎসা সংত্র(ান্ত বিষয়ে। আয়ুর্বেদের ইতিহাস প্রায় ২৫০০ বছরের। ফলে বৃটিশ শাসনের ২০০ বছর বাদ দিলে পুরো সময়কাল জুড়ে আয়ুর্বেদে আলোচিত জীবনাচরণের বোধ নির্মাণ করেছে ভারতীয় সত্তা বা subjectivity। অনেকের জানা চরক-সংহিতার পরিচিত ((-াক - *হিতাহিতং সুখং দু খমায়ুস্তস্য হিতাহিতমম / মানঞ্চতচ্চ যত্রোত্র(মায়ুর্বেদ স উচ্চতে* (সূত্রস্থান - ১।৪১) এর অর্থ - আয়ু চার প্রকার। হিতায়ু , অহিতায়ু , সুখায়ু ও দু খায়ু। অর্থাৎ, সহজ করে বললে, আয়ু সংত্র(ান্ত যে সব বিষয় এবং তার পরিমাণ ও স্বরূপ নির্ণয় যে শাস্ত্রে আছে তাকে আয়ুর্বেদ বলে। এ প্রসঙ্গে এসেছে ঋতু, দিন ও জীবনের বিভিন্ন পর্যায়ে একজন মানুষ কিভাবে জীবন যাপন করবে (বিবাহিত যৌন জীবন সহ), সন্তান ধারণ ও প্রতিপালন করবে, প্রকৃতির সাথে ভারসাম্য রেখে প্রকৃতিকে লঙ্ঘন না করে চলবে, শি(ার ধরন কেমন হবে ইত্যাদি সমস্ত নৈতিক, প্রাত্যহিক, পারলৌকিক বিষয় এর মাঝে অন্তর্ভূত্ত(হয়েছে। সর্বজনমান্য পন্ডিত ও আয়ুর্বেদজ্ঞ পি ভি শর্মা এক কথায় বলছেন - In fact Ayurveda is not a system of medicine but a dynamic philosophy of life by which one can attain healthy individual and social life so as to perform the functions efficiently and blissfully, at the end to attain perfect bliss of liberation. *(Essentials of Ayurveda,* Motilal Banarsidass, 1998, p. xliv)

আবার চরক-সংহিদা - *প্রাণৈষণা ধনৈষণা পরলোকৈষণেতি /* (সূত্রস্থান - ১১।৩) আকেত স্থানে উল্লেখিত - *প্রাণপরিত্যাগে হি সর্ব্বত্যাগ । তস্যানুপালনং স্বস্থস্য স্বস্থবৃত্তিরাতুস্য বিকারপ্রশমনে হপ্রমাদ /* (সূত্র - ১১।৪) এর সরল অর্থ হল - কেন না প্রাণত্যাগেই সর্বত্যাগ। সর্বাগ্রে প্রাণানুপালন করা বিশেষ কর্তব্য। সুস্থ অবস্থায় স্বাস্থ্যর(া দ্বারা এবং অসুস্থ হলে উপে(া না করে রোগ শান্তি দ্বারা প্রাণানুপালন করা হয়। বোঝা যাচ্ছে, প্রাণ, ধন ও পরলোকের সাথে রোগ এবং চিকিৎসা যুত্ত(হয়ে তৈরি হল আয়ুর্বেদের পরিসর ও পাঠের কাঠামো। শুধু তাই নয়। এ শাস্ত্র আলোচনার সাথে জড়িয়ে আছে রাজধর্ম, সামন্ত ও কৃষি-প্রথা নির্ভর এক সমাজবোধের ভিত্তিভূমি। এবং সর্বোপরি, আয়ুর্বেদ অত্যন্ত দৃঢ়ভাবে পু(ষতান্ত্রিক নজরদারির নির্ভুল দ্যোতক। এ সব সত্বেও এ বিষয়টি নিয়ে কথা খরচ করার কারণ হল, এ চিকিৎসা ব্যবস্থা প্রাক-বৃটিশ ভারতের স্বাস্থ্য ও জীবন বোধকে প্রবলভাবে নিয়ন্ত্রণ করেছে। একে স্থানচ্যুত করেই শু(হয়েছে আধুনিক জনস্বাস্থ্যের অমোঘ যাত্রা। চরক- এবং সুশ্রুত-সংহিতায় এমন কি প্রাথমিক স্তরের হাসপাতালের কথাও বলা আছে। চরক-সংহিতায় বলা হচ্ছে - *দেহের সংশোধনের জন্য ওষুধ সেবনের আগেই একটি গৃহ নির্মাণ করতে হবে। গৃহটি দৃঢ় ও বায়ুবাহিত হবে। এতে বিচরণ করতে যেন কোন কষ্ট না হয়। অনিষ্টকর কোন বস্তু যেমন, ধূম, রৌদ্র, ধূলা প্রবেশ করতে না পারে। গৃহটি যেন অনিষ্টকর শব্দ, স্পর্শ, রূপ, রস ও গন্ধের অগম্য হয়। সেখানে যেন সোপান, উদূখল, মূষল, মলত্যাগের স্থান, স্নানভূমি ও রন্ধনশালা থাকে।* (সুত্রস্থান - ১৫।৬) এ কথাও বলা হচ্ছে যে সেখানে যেন খরগোশ, হরিণ, কৃষ(সার মৃগ, মেষ, নীরোগ জীববৎসা দুগ্ধবতী গাভীসকল ইত্যাদি থাকে। রোগীর সুশ্রুষাকারী ও ঔষধপেষণে সমর্থ পরিচারকবৃন্দ থাকে। (সুত্রস্থান - ১৫।৭) এর সাথে যুত্ত(হয়েছে বহুলসংখ্যক ভেষজ ও ভেষজ উপাদানের নাম যেগুলো এ ধরণের গৃহে রাখতে হবে। বুঝতে অসুবিধে হয় না, সাধারণ মানুষের চিকিৎসার একটি প্রকরণ ও পদ্ধতি সবলভাবে চালু ছিলো। এর সামাজিক গ্রহণযোগ্যতাও ছিলো নিশ্চয়-ই।

কিন্তু সামাজিক বা বর্তমান পরিভাষায় জনস্বাস্থ্যের এ চিন্তার মাঝে দেহের যে ধারণাটি ছিলো তা কোন অ্যানাটমিকাল দেহ নয়, একটি দেহ কাঠামো যার মধ্য দিয়ে *দোষ, ধাতু* ও *মল* প্রবাহিত হয় এবং, বিশেষ করে, দেহের বাইরের বৃহৎ বিশ্বের মাঝে স্থিত একটি প্রাণ এরকম একটি বোধ। এ কারণে প্রাকৃতিক জীবনের মেটাফর ব্যবহৃত হয় দেহের ফিজিওলজি বোঝানোর জন্য। সুশ্রুত-সংহিতা-তে এ বিষয়টি নির্দিষ্টভাবে আলোচিত হয়েছে - *বিসর্গদানবি(েপ সোমসূর্য্যানিলা যথা // ধারয়ন্তি জগদ্দেহং কফপিত্তানিলাস্তথা //* (সূত্রস্থান - ২১।৮) বাংলা অর্থ করলে - *যেমন*

চন্দ্র, সূর্য্য ও অনিল - বিসর্গ, আদান ও বি(পে এই তিন ত্রি(য়া দ্বারা জগৎকে ধারণ কর - সেভাবে কফ, পিত্ত ও বায়ুও তিনপ্রকার ত্রি(য়া দ্বারা শরীরকে ধারণ করে। [টীকা কারের সংযোজন, বিসর্গ শব্দের অর্থ সৌম্য-গুণ বিতরণ, আদান শব্দের অর্থ শোষণ এবং বি(প শব্দের অর্থ প্রেরণ।] সহজেই বোঝা যায়, চন্দ্রের কাজ বিসর্গ, সূর্য্যের কাজ আদান এবং অনিলের কাজ প্রেরণ। প্রাকৃতিক রূপকল্প ধৃত হয়ে থাকলো দেহের কাজের ব্যাখ্যায়।

আরেকটি প্রসংগ ভেবে দেখার মতো। দেহের বা microsm-এর যে পরিসর এখানে আলোচিত হয়েছে সেটা প্রকৃতপ(প্রকৃতি বা macrocosm-এর সীমায়িত রূপ। এখানে চিকিৎসার অভিমুখ হচ্ছে প্রকৃতির সাথে ভারসাম্য স্থাপন করা, প্রকৃতিকে নিয়ন্ত্রণ বা পুনর্গঠিত করা নয়। এ কথা শুধু আয়ুর্বেদের জন্য নয়, প্রাচীন যে কোন চিকিৎসা পদ্ধতি যেমন সমসময়ে অতি উন্নত গ্রীক চিকিৎসার মাঝেও আমরা একই ধারণা দেখতে পাবো। কিন্তু এতোটা ভাবনাসম্পন্ন চিকিৎসা ব্যবস্থা ও জনস্বাস্থ্যের ধারণা কিভাবে প্রায় অবলুপ্ত হয়ে পপুলার মেডিসিন ও অশি(ত মানুষের নিজস্ব বি(াস নির্ভর হাতুড়ে চিকিৎসা হয়ে গেলো, তা এ আলোচনার পরিধির বাইরে হলেও একটি গু(ত্বপূর্ণ পর্যবে(ণ এখানে উল্লেখ করা দরকার। সপ্তদশ শতাব্দির বিখ্যাত ফরাসি পর্যটক বার্নিয়ের দেখেছিলেন — It should be noted that in all the countries we have just passed through, both in the Kingdom of Carnatic and the Kingdoms of Golkonda and Bijapur, there are hardly any physicians except those in the services of the Kings and Princes. তিনি এটাও ল(্য করেছিলেন — *when the rains have fallen* and it is season for collecting plants, mothers of families may be seen going out in the mornings from the towns and villages to collect samples *which they know to specifics for domestic diseases*... It is true that in good towns there are generally one or two men who have some knowledge of medicine... They first feel the pulse, and when giving medicine, for which they take only the value of two farthings, they *mumble some words* between their teeth. (Francois Bernier, *Travels in the Mughal Empire*, trans., lrving Brock, Vol. II, London, William Pickering, 1826. p. 240. নজরটান প্রবন্ধকারের।)

আধুনিক জনস্বাস্থ্য - উপনিবেশিক ও উপনিবেশোত্তর ভারত - এবং আমরা

ফ্রাঙ্ক থেকে শু(করে চ্যাডউইক বা জন স্নো যাঁদের হাত ধরে আধুনিক জনস্বাস্থ্যের সূচনা তাঁদের প্রত্যেকের আলোচনা ও বোধের একটি সুনির্দিষ্ট কাঠামো আছে। এবং তা হল, জনস্বাস্থ্য এমন একটা অঞ্চল যেখানে দেহের অ্যানাটমিকাল স্পেশ-যে অংশ যেমন ত্বক, মুখগহ্বর ইত্যাদি স্যানিটারি সায়ান্স-এর অন্তর্ভূক্ত(হল। এর আগে ক্লিনিক্যাল মেডিসিন ও হসপিটাল মেডিসিনের সূচনা ঘটেছে। দেহকে রোগীর চেনা পরিচিত পরিসর থেকে সরিয়ে নিয়ে হাসপাতালের noise-free এবং প্রাকৃতিক বিজ্ঞানের পরী(া-নিরী(ার মতো উপযুক্ত(হাসপাতালের পরিসরে স্থিত করা হয়েছে। সেখানে মৃত্যুর পরে (এবং আগেও) দেহ নামক ত্রি-মাত্রিক অ্যানাটমিকাল স্পেস-কে শব-ব্যবচ্ছেদের সাহায্যে কাটা-কুটি করে পূর্ণত জেনে ফেলা যায় এরকম জ্ঞান ও প্রত্যয় অর্জিত হয়েছে। সে জ্ঞান শি(া দিচ্ছে বাইরের পরিবেশ দেহের অভ্যন্তর ও বহিরাংশকে আত্র(ান্ত ও কলুষিত করতে পারে। সুতরাং স্যানিটারি সায়ান্স-এর কাজ হবে (তিকর প্রাকৃতিক পরিবেশে হস্ত(প করা ও পুনর্গঠিত করে নেওয়া। অন্তত তিনটি (ত্রে প্রাক-আধুনিক জনস্বাস্থ্যের ধারণার সাথে এ ধারণার মূলগত পার্থক্য ঘটে গেলো - (১) দেহের অ্যানাটমিকাল স্পেস ও পরিবেশগত স্পেস-এর সুস্পষ্ট বিভাজন, ও (২) প্রাকৃতিক পরিবেশে হস্ত(প করা ও নিজের উপযোগী করে পুনর্গঠিত করে নেওয়ার আগ্রাসী চেতনা। এখানে প্রাকৃতিক ভারসাম্যের কোন রকম বোধ অনুপস্থিত, প্রকৃতি এখানে মানুষের ভৃত্য, একটি অ-দেহী অঞ্চল যেটাকে যেমন খুশি মানব দেহের মতোই কাটা-ছেঁড়া করা যায়, এবং সর্বোপরি, (৩) এ কাজের প্রধান দায়িত্ব হল রাষ্ট্রের। রাষ্ট্র ও ব্যক্তি(র মাঝে এক ধরণের নজরদারি বা surveillance মেডিসিন-ও বটে। ডেভিড আর্মস্ট্রং-এর ধারণায় নতুন ধরণের জনস্বাস্থ্য পরিকল্পনায় ''পরিবেশ বান্ধব'' রাজনৈতিক কার্যত্র(মের প্রয়োজন পড়ে এবং "it calls

for an ecological approach to health; and, for the individual, it requires an extension from concerns with body boundaries or individual psychology to examination of 'lifestyle'. In its new guise of health promotion, public health is now concerned with generating and monitoring 'political awareness' in its widest sense." (David Armstrong, "Public Health Spaces and the Fabrication of Identity", *Sociology* 1993, 27 (3), pp. 393-410.)

আর্মস্টং-এর ধারণার এক সুন্দর উদাহরণ মিলবে মিল্টন রোমার-এর বক্তব্যে। ১৯৬৫ সালে ক্যালিফোর্ণিয়ার Watts অঞ্চলে গুরুতর হিংসাত্মক ঘটনা ঘটার পরে রোমার-কে পাঠানো হয়েছিল সরেজমিন তদন্তের কাজে। তাঁর বক্তব্য অনুযায়ী - among other things, recommended the establishment of three or four general ambulatory health care at "locations of greatest poverty" in the riot area. (Milton I. Romer, "Resistance to Innovation : The Case of the Community Health Center", American Journal of public Health 1988, 78, 9, pp. 1234-1239)

জনস্বাস্থ্যের এরকম এক প্রেক্ষিত উন্মোচিত হবার পরে আমরা প্রবেশ করতে পারি ভারতের নির্দিষ্ট পটভূমিতে কি ভাবে এর বিকাশ ও বিস্তার হল তা বুঝতে। ডেভিড আর্নল্ড একে এক কথায় বলেছেন "enclave medicine" থেকে "public health"- এ যাত্রা (David Arnold, *Colonizing the Body*, California University Press, 1993) ভারতে বসবাসকারী বৃটিশ সৈন্যবাহিনী ও ইওরোপীয় জনতার স্বাস্থ্যকে ভারতীয় কলুষ ও ক্ষতিকর জলবায়ু থেকে বাঁচানোর জন্য বিভিন্ন ধরনের কর্মসূচী নেওয়া হয়েছে যেমন, টীকাকরণ ইত্যাদি। পেগ দাঙ্গার কথা তো ইতিহাসে সুবিদিত। উনিশ শতকের তিন-চতুর্থাংশ সময় জুড়ে জনস্বাস্থ্য বা বৃটিশ সৈন্যের স্বাস্থ্যরক্ষার জন্য অসংখ্য বই একের পরে লেখা হয়েছে। একটি উদাহরণ হল Edmund A. Parkes-এর ১৮৬৬ সালে লেখা *A Manual of Practical Hygiene Prepared Especially for Use in the Medical Service of the Army*। এরকম লেখালেখির সূত্রপাত অষ্টাদশ শতকের শেষ ভাগ থেকে। ১৮৩০-এর দশকে ভারতে মোট সৈন্য ছিলো ২,৫০,০০০। এর মধ্যে মাত্র ৪০,০০০-এর কাছাকাছি ছিলো বৃটিশ সৈন্য। সৈন্যবাহিনীর জন্য Indian Medical Service (IMS) তৈরি হয়েছে। ১৯২০-১৯৩০-এর সময়কাল দিয়ে ভারতে মেডিসিনের রাষ্ট্রিয় নীতিতে কিছু পরিবর্তন আসতে শুরু করে "away from the old enclavism and towards a more Indian oriented sytem of public health. Nonetheless, the change was more a shift of emphasis than a complete transformation."(David Arnold, "The rise of wsetern medicine in India", *Lancet* 1998, 348, pp. 1075-78)

প্রধানত যে বিষয়গুলোর ওপরে জোর দেওয়া হয় সেগুলো হল - টীকাকরণ, স্যানিটেশন, হাইজিন এবং, অধিক গুরুত্বপূর্ণ, আধুনিকতা ও আধুনিক চিকিৎসার উপযোগী জীবনবোধ তৈরি করা। শেষ বিষয়টির বাস্তব ভিত্তি হচ্ছে যে ভারতবর্ষ কখনোই সম্পূর্ণভাবে তথাকথিত অ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসাকে গ্রহণ করে নি। যে কোন সময়ে এখানে আধুনিক চিকিৎসার চেয়ে অনেক বেশি পরিমাণে কবিরাজি বা অন্য ধরনের চিকিৎসা চালু ছিলো, এখনো আছে। ১৮৬৪ সালে সূর্য্য গুডিভ চক্রবর্তী *বৃটিশ মেডিক্যাল জার্নাল*-এ প্রকাশিত তাঁর এক রিপোর্টে একজন কবিরাজের উল্লেখ করছেন যাঁর দক্ষিণা এবং সম্মান ইউরোপীয় চিকিৎসকদের চেয়ে বেশি ছিলো। ১৯০৭ সালে *চিকিৎসা-সম্মিলনী* পত্রিকায় ''দেশীয় স্বাস্থ্য-বিজ্ঞানের একাল ও সেকাল'' শীর্ষক প্রবন্ধে লেখা হচ্ছে - *ঐতিহাসিক কালের কথা না ধরিলেও, গত ঊনবিংশ শতাব্দীর মধ্যভাগ হইতে বাঙ্গালিজাতির শারীরিক অবস্থার নিতান্ত শোচনীয় পরিবর্তন দেখা যাইতেছে।* এর কারণ কি? সামাজিকভাবে এতদিন ধরে পালিত ও প্রতিষ্ঠিত আচার-ব্যবহারের পরিবর্তন হয়েছে - *হিন্দুধর্ম্ম বা সমাজ সম্বন্ধে যে সকল রীতিনীতি বা আচারব্যবহার প্রচলিত আছে, তৎসমস্তই প্রায়শ এতদ্দেশীয় জনগনের শরীরের পক্ষে একান্ত অনুকূল... বিধাতার বিড়ম্বনায় হিন্দুসমাজশরীর নানাবিধ রোগে আক্রান্ত ও নিতান্ত জীর্ণ-শীর্ণ হইয়া*

পড়িয়াছে... নতুন জলাশয় প্রতিষ্ঠা হওয়া দূরে থাকুক, প্রাচীনগুলিও ক্র(মশ শুষ্ক হইয়া যাইতেছে, অনেক গ্রামে একেবারেই শুকাইয়া গিয়াছে। (*চিকিৎসা-সম্মিলনী,* নতুন আকারে ২য় খন্ড, ৫ম ও ৬ষ্ঠ সংখ্যা) এ পত্রিকার ১৮৮৮ সালে প্রকাশিত ২য় খন্ডে ''আয়ুর্বেদ বৈজ্ঞানিক কি অবৈজ্ঞানিক?'' শিরোনামে প্রবন্ধ লেখা হচ্ছে।

যা হোক, এরকম প্রে(াপটে, জাতীয়তাবাদী আন্দোলনের সময়ে দেশীয় জনতার আবেগ ও সমর্থন-পুষ্ট আয়ুর্বেদ ও আধুনিক চিকিৎসার মধ্যেকার সংঘাত চরম রূপ নেয়। সবকিছুর অভিঘাতে ১৯৪৬ সালে তৈরি হল ভোর (Bhore) কমিশন। Primary Health Care বা প্রাথমিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থার সূত্রপাত হয় এ সময় থেকে। এই কমিশন যে সব সুপারিশ করে তার কতকগুলো হল - প্রথম, প্রশাসনিক পর্যায়ে preventive এবং curative পরিষেবাকে মেলাতে হবে দ্বিতীয় স্বল্পকালীনভাবে ৪০,০০০ জনসংখ্যার জন্য ১টি প্রাথমিক স্বাস্থ্য-কেন্দ্র তৈরি হবে এবং দীর্ঘমেয়াদী হিসেবে প্রতি ১০,০০০-২০,০০০ জনসংখ্যার জন্য ৭৫ শয্যা-বিশিষ্ট প্রাথমিক স্বাস্থ্য-কেন্দ্র তৈরি হবে তৃতীয়, গ্রামীণ স্বাস্থ্য কমিটি তৈরি করতে হবে ইত্যাদি। এমন কি ১৯৩৭ সালেও কংগ্রেস যখন প্রথম প্রদেশগুলির (মতা লাভ করে তখনো ভারতের 'ট্রাডিশনাল' চিকিৎসা পদ্ধতি রাষ্ট্রের সহায়তা লাভ করেছে। ভোর কমিটি একটি বহুত্বপূর্ণ সামাজিক চিকিৎসা ব্যবস্থার মাঝে পাশ্চাত্য চিকিৎসা ব্যবস্থার প্রাধান্যকে রাষ্ট্রের তরফে অনুমোদন দিলো। ডেভিড আর্নল্ড একটি গু(ত্বপূর্ণ মন্তব্য করেছেন - The Bhore Committee presented a Beveridge-style blueprint that no colonial government of India would ever have put into practice. Its ambitious and idealistic public-health programme could only begin to be realised under an independent regime. *Western medicine was never so powerful in India as when it shed its colonial identity.* (Arnold, "The rise of western medicine".নজরটান প্রবন্ধকারের।)

এখানে কয়েকটি বিষয় আমাদের চিন্তার পরিধির মাঝে থাকে দরকার। রবীন্দ্রনাথের সাথে তৎকালীন জাতীয়তাবাদী নেতৃত্বের প্রধান সংঘাতের অন্যতম জায়গা ছিলো একদিকে, ভারতবর্ষীয় সমাজের গ্রামীণ সভাগুলো উপযুক্ত(গু(ত্ব পাবে কি না, অন্যদিকে, আন্দোলনের অভিমুখ রাষ্ট্রমুখী হবে বা সমাজমুখী হবে। ভোর কমিশনের মূল ঝোঁক পড়লো সম্পূর্ণভাবে রাষ্ট্র-নিয়ন্ত্রিত পাশ্চাত্য চিকিৎসার ওপরে। ভারতবর্ষের মতো বিপুল জনসংখ্যার পরতে পরতে বহুত্ব জড়ানো দেশে কেবল পাশ্চাত্য চিকিৎসা দিয়ে সমাধান হবে না বলে গ্রামীণ স্বাস্থ্য কমিটি-র মতো বিষয়গুলোর প্রস্তাবনা এসেছে। এদেশে ভয়ংকর আগ্রাসী উপনিবেশিক ব্যবস্থার প্রতিফলন ঘটেছে এর রাজনৈতিক, সামরিক, সামাজিক, সাংস্কৃতিক, প্রশাসনিক ইত্যাদি সমস্ত কার্যত্র(মে। কোন সময়েই বিকল্প কোন ধারণাকে (যদি সেটা সামাজিক (মতা সৃষ্টির মধ্য দিয়ে রাষ্ট্রের কর্তৃত্বকে চ্যালেঞ্জ জানায়) অনুমোদন করেনি, বিপরীতে দমন করেছে। মেডিসিনের জগতেও এটা সবিশেষ সত্যি। মেডিসিন ও জনস্বাস্থ্যের এ মতাদর্শ ভোর কমিটির মাধ্যমে বৈধতা পায় (অন্য কমিটির মাধ্যমেও পেতে পারতো)। বিনায়ক সেনের ঘটনা জন-স্বাস্থ্যের এ প্রসঙ্গটিকে চোখে আঙ্গুল দিয়ে আরেকবার নতুন করে দেখিয়ে দেয়। তিনি পাশ্চাত্য মেডিসিনের একটি ভিন্ন ধরনের প্রয়োগ পদ্ধতির বাস্তবায়ন করেছিলেন। এ বাস্তবায়নের ফলে সাধারণ মানুষের স্বর শক্তি(শালী হয়ে উঠেছিলো, স্থানীয়ভাবে পাওয়া সম্ভব এরকম মানব শক্তি(ও সামর্থ্যের ব্যবহারের বাস্তব চেহারা তৈরী হচ্ছিল। এক কথায় রাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রণ অতিত্র(ম করে মেডিসিন হয়ে উঠেছিলো মানুষের স্বাস্থ্যর(ার নিজস্ব হাতিয়ার। উপনিবেশিক দর্শন-জাত আগ্রাসী রাষ্ট্রের প(একে বেশি দিন ধরে অনুমোদন করা সম্ভব নয় - যা করার রাষ্ট্র করবে। এজন্য বিনায়ককে কারান্তরালে যেতে হয়। প্রচলিত জনস্বাস্থ্যের এ দিকটি আজ মনোযোগ দিয়ে ভাবার বিশেষ প্রয়োজন। জনস্বাস্থ্যের একটি কোন মডেল গোটা পৃথিবী জুড়ে নেই। ভারতে আধুনিক জনস্বাস্থ্যের সূচনা ও বিকাশ ঘটেছে ভারতবর্ষের মানুষের, বিশেষত শহুরে শি(িত সম্প্রদায়ের, চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য-সংত্র(ান্ত নিজস্ব বোধকে পুনর্গঠিত করে। আবার, সে জনস্বাস্থ্যের মডেলকে বারে বারে ফিরে তাকাতে হচ্ছে স্থানিক অভিজ্ঞতা ও মানব সম্পদের

দিকে - যা কোন শুভবোধ প্রসূত নয়। মডেলটি প্রায় পূর্ণত ব্যর্থ হয়েছে। অথচ জনস্বাস্থ্য এমন একটি বিষয় যা যেমন বৃটিশ আমলে তেমনি এখন গন-অসন্তোষের জন্ম দিতে পারে, এমন কি অভ্যুত্থান অবধি হতে পারে। এবার দেখা যাক জনস্বাস্থ্যের নিরীখে।

ভারতে জনস্বাস্থ্যের বর্তমান চেহারা

ভোর কমিটির পরে আরো অনেকগুলো কমিটি হয়েছে যেমন, মুদালিয়ার, কারতার সিং ইত্যাদি। সবকিছুর পরে এখনকার চেহারা কি? ১৯৪৭ সালে স্বাধীনতা লাভের সময়ে ভারতে প্রতি ১০,০০০ ভারতবাসীর জন্য ১.৬ জন যথেষ্ট প্রশি(ণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মী ছিলো। এর মধ্যে ৭০%-ই ছিলো শহরে ব্যত্তি(গত প্র্যাকটিস-রত। প্রতি ১০,০০০ জনসংখ্যার জন্য নার্স ছিলো ০.২৩ জন। বর্তমান এ সংখ্যা (প্রতি ১০,০০০ জনের হিসেবে) ৮-এর চেয়ে সামান্য বেশি স্বাস্থ্যকর্মী, ৩৮ জন অ্যালোপ্যাথিক ডাত্ত(ার এবং ২.৪ জন নার্স ও ধাত্রী। সমগ্র ভারতে সমস্ত অ্যালোপ্যাথিক ডাত্ত(ার, নার্স ও ধাত্রী ধরে প্রতি ১০,০০০ জনের হিসেবে সংখ্যা ১১.৯। WHO-এর দেওয়া ন্যূনতম হিসেবে এ সংখ্যা হবার কথা ২৩.৪। এবার যদি যোগ্যতার মানদন্ডকে এর সাথে যুত্ত(করা হয় তাহলে এ সংখ্যা হবে WHO-এর দেওয়া ন্যূনতম হিসেবের এক-চতুর্থাংশে অর্থাৎ ৫.৯ জন। এ হিসেবের সাথে আরো কতগুলো হিসেব মাথায় রাখা দরকার। প্রথম, বিভিন্ন রাজ্যের মধ্যে হিসেবের বিস্তর ব্যবধান। চন্ডীগরে এ সংখ্যা যখন ২৩.২ মেঘালয়ে তা ২.৩। অ্যালোপ্যাথিক ডাত্ত(ারের সংখ্যা গোয়াতে ৪১.৬, কেরালায় ৩৮.৪। অথচ এ সংখ্যা উড়িষ্যাতে ১৯.৭, ছত্তিসগড়ে ১৫.৮ জন। সমগ্র ভারতের হিসেবে শহরে স্বাস্থ্যকর্মীর সংখ্যা ৪২ প্রতি ১০,০০০ হাজারে। এ সংখ্যা গ্রামাঞ্চলের হিসেবের (১১.৮) চেয়ে ৪ গুণ বেশি। অ্যালোপ্যাথিক ডাত্ত(ারের সংখ্যা শহরাঞ্চালে ১৩.৩ গ্রামাঞ্চলে ৩.৯। শহরে ও গ্রামাঞ্চলে নার্স ও ধাত্রীর সংখ্যা যথাত্র(মে ১৫.৯ ও ৪.১। ১৮% প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কোন ডাত্ত(ার নেই, ১৬%-এ কোন ফার্মাসিস্ট নেই। বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের হিসেব নিলে অবস্থা আরো মারাত্মক। কমিউনিটি স্বাস্থ্য অনুমোদিত পদের ৫২% খালি পড়ে রয়েছে। এই খালি পদগুলোর মধ্যে ৪৮% স্ত্রীরোগ বিশেষজ্ঞের, ৩৫% সার্জেনের, ৫৫% ফিজিসিয়ানের এবং প্রায় ৪৭% হল শিশু-বিশেষজ্ঞের পদ। (তথ্যসূত্র "Human resources for health in India", *Lancet*, January 12, 2011)

এর সাথে আরেকটি সমস্যা জড়িয়ে আছে। যেসব স্নাতক বা স্নাতকোত্তর চিকিৎসক পাশ করে বেরোচ্ছে তাদের একটি বড়ো অংশ বিদেশ যাত্রা করে। ইংল্যান্ডের মোট চিকিৎসকের ১০.৯% ভারতীয়, আমেরিকায় ৪.৯%, কানাডায় ২.১%, অস্ট্রেলিয়ায় ৪.০%। একটি সমী(ায় জানা গিয়েছে, ১৯৮৯ থেকে ২০০০-এর মধ্যে ভারতের একটি প্রথমসারির মেডিক্যাল কলেজ থেকে পাশ করা স্নাতকদের ৫৪% আমেরিকা পাড়ি দিয়েছে। ইংল্যান্ডে রেজিস্ট্রার্ড ভারতীয় নার্সের সংখ্যা ১৯৯৮-এ ছিলো ৩০, ২০০৫-এ ৩৫৫১। *Lancet* পত্রিকা মন্তব্য করছে - Health-worker migration, especially for those whose training is funded by the public, is a substantial loss of scarce public resources. (পূর্বোত্ত() এরকম এক প্রে(াপটে আরেকবার বিনায়ক সেনের মতো চিকিৎসক যাঁরা আছেন তাঁদের কথা ভাবা যেতে পারে। প্রকৃতপ(, জনস্বাস্থ্যের ধারণা একটি দর্শনগত অবস্থান। কেবলমাত্র প্রশি(ত চিকিৎসক হওয়াই এখানে যথেষ্ট নয়, সামাজিক দর্শনের প্র(এখানে একান্ত জ(রি।

একটু ভিন্নভাবে দেখা যাক। অমর্ত্য সেন ২০০২-এ *বৃটিশ মেডিক্যাল জার্নাল*-এ একটি আমন্ত্রিত সম্পাদকীয় লিখেছিলেন Health : perception versus observation (*British Medical Journal* 2002, 324, pp. 860-61). সে প্রবন্ধে তিনি একটি গু(ত্বপূর্ণ প্রসঙ্গ তুলেছিলেন। কেরালা ও আমেরিকায় অসুস্থতা রিপোর্ট করা ও চিকিৎসকের সাহায্যপ্রার্থী হবার হার বিহারের চাইতে অনেক বেশি। অথচ, বিহারে, অসুস্থতার পরিমাণ আমেরিকা বা কেরলের তুলনায় অনেক বেশি। এর কারণ হিসেবে তিনি দেখিয়েছিলেন যে আর্থ-সামাজিক-সাংস্কৃতিক পরিবেশে বিহারের মানুষ

স্থিত সেখানে রোগের পারসেপশন বা বোধ-ই কম, এজন্য চিকিৎসকের শরণ কম সংখ্যক মানুষ নেয়। জনস্বাস্থ্য কর্মীকে এ বিষয়টিকে বোধের মাঝে রাখতে হবে। এজন্য এটা প্রাথমিক গু(ত্বসম্পন্ন একটি দর্শনগত প্র(ে।

২০২০ সালের মধ্যে ভারতে সার্বজনীন স্বাস্থ্যের আহ্বান রাখা হয়েছে। এ আহ্বানের মাঝে, একটু ভাবলে আমরা দেখবো, দুটি বড়ো ফাঁক আছে — (১) এ আহ্বানে ধরে নেওয়া হয়েছে ভারতের অর্থনৈতিক সমৃদ্ধি স্বাস্থ্যের অসাম্যকে দূর করবে। বরঞ্চ উল্টোটা সত্যি। অর্থনৈতিক বিকাশ ও সমৃদ্ধি বিভিন্নভাবে এই অসাম্যের স্রস্টা। এখনো ৭৭% ভারতীয় দৈনিক ২০ টাকার কমে জীবনধারণ করে। (২) এ আহ্বানে বর্তমান স্বাস্থ্য পরিষেবার যে কাঠামো আছে সেটাকে অ(ত রেখে এগনোর কথা বলা হয়েছে। বর্তমান কাঠামোর একটি বৃহৎ আপদ হল প্রাইভেট সেক্টর। একে বর্তমান কাঠামোর মাঝে অঙ্গীভূত করার কথা বলা হয়েছে। এ বিপজ্জনক প্রবণতা সম্বন্ধে *Lancet* পত্রিকায় মন্তব্য করা হচ্ছে — The corporate-led private sector in India cannot be controlled by integration – it has to be confronted by being made to compete against a well resourced and managed public system that is run with public funds, rather than building public assets and infrastructure only in areas where the private sector does not exist. ("Towards a truly universal Indian health system", *Lancet* January 12, 2011. pp. 1-2) ১৯৪৭-এ সমগ্র চিকিৎসা পরিষেবার মাত্র ৫-১০% যোগাতে প্রাইভেট সেক্টর। ২০০৫-এ আউটডোর রোগীর ৮২%, ৫৮%, ভর্তি থাকা রোগী এবং হাসপাতাল বা নার্সিং হোমে জন্ম নেওয়া শিশুর ৪০%-এর ভাগীদার প্রাইভেট সেক্টর। ("The private health sector in India", *BMJ* November 8 2005, pp. 157-158) এখনো ভারতে য(া রোগের প্রতি বছরে মৃত মানুষের সংখ্যা ৫,০০,০০০-এর বেশি, ডায়ারিয়া ধরণের রোগে মারা যায় প্রতি বছরে ৬০০,০০০-এর বেশি। প্রাইভেট সেক্টর এসবের দায়িত্ব নেয় না। অর্থনৈতিকভাবে একেবারে ওপরের শ্রেণীতে থাকা অল্পসংখ্যক ভারতীয়র curative চিকিৎসার দায়িত্ব নেয় এবং সফলভাবে করে। ইউরোপ, আমেরিকা বা মধ্য-প্রাচ্যের তুলনায়এখানকার চিকিৎসা অনেক সস্তা বলে বহু বিদেশি পাড়ি জমায় এদেশে। তৈরি হয় একটি নতুন পরিভাষা medical tourism.

শেষ কথা

স্বাস্থ্যের জন্য লগ্নি, বিশেষত যখন এটি বৃহৎ বহুজাতিক ওষুধ কোম্পানির স্বার্থে ঘটে, একটি J curve-এর চেহারা নেয়। এই curve-এর বেশির ভাগ অংশে যতো বেশি অর্থ লগ্নি হবে ততো বেশি ইতিবাচক ফলাফল মিলবে। কিন্তু একটি সীমার পরে, মানুষের জীবনযাত্রার অন্য অংশের বিনিময়ে যতো বেশি খরচ করা হোক না কেন অনেক নিম্ন মানের ফল পাওয়া যাবে। প্রাইভেট সেক্টর-নির্ভর স্বাস্থ্য-ব্যবস্থায় এ ঘটনাটি ঘটে। এমনকি মধ্য আয়ের মানুষ-ও curative স্বাস্থ্যের জন্য বেশি বিনিয়োগ করলে জীবনযাত্রার অন্য অংশে কম বিনিয়োগ করতে পারে। এর ফলে সাংসারিক, মানসিক ও আরো কিছু সমস্যার সৃষ্টি হয় যেগুলো আবার শেষ বিচারে স্বাস্থ্যের সাথে জড়িয়ে যায় - জীবনের এক নতুন ধরণের মেডিক্যালাইজেশনের (ে ত্রে তৈরি হয়। এ কারণে জনস্বাস্থ্যর সাথে যুক্ত(চিকিৎসকের চিকিৎসক হিসেবে দায়িত্ব বর্তায় রোগীর জীবনের সাথে বহু(ত্রে অংশগ্রহণ করা। সামাজিক ও সামগ্রিক স্বাস্থ্যের ধারণা নিয়ে ধারাবাহিকভাবে মানুষের মাঝে নিষ্ঠাপূর্ণ কাজের ফলে একটি সম্ভাবনা জন্ম নিতে পারে যেখানে J curve-এর দুটি দিকেই স্বাস্থ্যের জন্য খরচের সমতা থাকবে। একটি বিপন্যুক্ত(ভবিষ্যৎ সামনে আসবে।

এসবের জটিল যোগাযোগে ও ফলশ্রুতিতে জনস্বাস্থ্যের নিজস্ব অবস্থান নির্ধারিত হয়। কোন মেডিক্যাল কলেজ থেকে উপযুক্ত(প্রশি(ণ পেয়ে পাশ করে বেরোলেই জনস্বাস্থ্য কর্মী হয়ে ওঠা যায় না। মানুষের জীবনবোধের (ে ত্রটি জনস্বাস্থ্য কর্মীর চেতনায় স্থিত হবে। এ কারণে ভারতের মতো দেশে জনস্বাস্থ্যের কাজে নিয়োজিত করার অর্থ প্রকারান্তরে অর্থনৈতিক অসাম্যের মুখোমুখি হওয়া, মুখোমুখি হওয়া বৃহৎ বহুজাতিক কোম্পানির, রাষ্ট্র ও সমাজের

দ্বন্দ্বের অঞ্চলগুলোকে বোঝা, চিহ্নি(ত করা ও এর মূলে প্রবেশ করা। পশ্চিমী দুনিয়ার মতো আমাদের এখানে একক ব্যক্তি(সরাসরি রাষ্ট্রের বন্ধন বাঁধা নয়, এখানে মাঝখানে সমাজ আছে। এ সমাজ পশ্চিমী দুনিয়ার medical insurance-এর বিপরীতে বহু ব্যক্তি(গত কষ্ট-যন্ত্রণা-অসুস্থতার সামাজিক buffer হিসেবে কাজ করে। আমাদের দেশের মেডিক্যাল শি(ার পাঠ্যসূচিতে এগুলো পড়ানো হয় না। জনস্বাস্থ্যকে পরিপূর্ণ অর্থ দিতে হলে এ পাঠ নতুন করে নিতে হয়। এক নতুন ধরণের 'উন্মাদের পাঠত্র(ম' শু(করার প্রয়োজন দেখা দিচ্ছে - ছাত্রদের সংখ্যা যতোই কম হোক না কেন।

এদেশে আধুনিক জনস্বার্থের নির্মাণ হয়েছিলো পুরনো স্বাস্থ্য-বোধকে সম্পূর্ণভাবে ভেঙ্গে ও পুনর্গঠিত করে। আজকে ভারতের সংখ্যগরিষ্ঠ মানুষের উপযোগী জনস্বাস্থ্য ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হলে বিদ্যমান ব্যবস্থাকে বিনির্মাণ করার প্রয়োজন। এই বিনির্মাণ এক নতুন নির্মাণের সন্ধান দেবে।

—— ● ——

❍ 'পাবলিক হেলথ ফাউণ্ডেশন অফ ইণ্ডিয়া'র সভাপতি ও 'এইমস', নয়া দিল্লীর কার্ডিওলজি বিভাগের প্রাক্ত(ন প্রধান বিশিষ্ট হৃদরোগ বিশেষজ্ঞ ডা. কে. শ্রীনাথ রেড্ডিকে প্রিভেনটিভ কার্ডিওলজির উপর পথিকৃত কাজের জন্য স্কটল্যান্ডের আবেরডিন বি(বিদ্যালয় ডি. এস. সি. উপাধি দিয়ে সম্মানিত করল।

❍ 'পাবলিক হেলফ ফাউণ্ডেশন অফ ইণ্ডিয়ার' চেয়ারম্যান নির্বাচিত হলেন ইনফোসিসের প্রাক্ত(র কর্ণধার নারায়ণ মূর্তি। পশ্চিমবঙ্গ সরকারের স্বাস্থ্য দপ্তরের প্রধান সচিব হলেন সঞ্জয় মিত্র। তিনি মানবেন্দ্র রায়ের স্থলাভিষিক্ত(হলেন।

❍ Indian Journal of Community Medicine পত্রিকার একটি সাম্প্রতিক গবেষণায় দেখা গেছে বৃহত্তম মুম্বাইয়ের জনপ্রিয় পানশালাগুলির নর্তকী ও যৌন কর্মীদের ৪৮.৪% পশ্চিমবঙ্গের। মেয়েদের ৬৮%-র বয়স ২৫ বছরের নীচে।

❍ UNAIDS ও SOSVA-র পতিতাপল্লীগুলির উপর সমী(ায় দেখা গেছে অনেক পু(ষ ও মহিলা যৌনকর্মীর বয়স ১৫-র নীচে, পারিবারিক দারিদ্র্যের কারণে তারা এই পেশায় এসেছে। অনেকেই এইচ. আই. ভি. / এইডস্ সম্পর্কে সচেতন নন, অনেকে জানেন ও এই রোগ চান না কিন্তু উপভোক্ত(াদের চাপাচাপিতে অনেক (ে ত্রেই নিরাপত্তা নেওয়া যায় না। এদের ভবিষ্যতে অনিশ্চিত এবং বেশ কিছুদিন এই পেশায় থাকার পর তারা অন্য পেশায় ফিরে যেতে চান না।

❍ বিষয়টি চেপে যাওয়া হচ্ছিল। গত বছর SAMA নামক একটি মানবাধিকার সংস্থা বিষয়টি তুলে ধরে যার ফলে সারা দেশে হৈ চৈ শু(হয়। Human Papilloma Virus (HPV) vaccine যা কিনা জরায়ুর ক্যানসার নিবারণে ব্যবহার হবে তার Clinical Trial দেওয়া হচ্ছিল অন্ধ্রের খাম্মামাম ও গুজরাটের ভাদোদরা জেলার গরীব আদিবাসী পরিবারের ১০-১৪ বছর বয়সী মেয়েদের উপর। সাতটি আদিবাসী মেয়ের মৃত্যু হয়। তদন্তে দেখা যায় কোনরকম informed consent নেওয়া হয়নি মেয়েদের বাবা-মার থেকে, তারা এমনিতেই অপুষ্টিতে ভুগছিল, Clinical Trial-র পর কোন নজরদাড়ি ছিল না, তাদের কোন স্বাস্থ্য বীমা করা হয় নি।

❍ স্বাস্থ্য ব্যবস্থায় দুর্নীতি ও মাফিয়া কার্যকলাপ যে কি পর্যায়ে পৌঁছেছে উত্তরপ্রদেশ তার এক জ্বলন্ত নজির। এর আগে পশ্চিমবঙ্গে 'SHSDP II'-র অর্থ সংগঠিতভাবে আত্মস্যাতের বহু অভিযোগ উঠেছে। MCI-র প্রধান ঘুষ নিতে গিয়ে ধরা পড়েছেন। গতবছর ঝাড়খণ্ডের NRHM-র মিশন ডিরেক্টর ব্যাপক চুরির পর সি. বি. আইয়ের হাতে ধরা পড়েন। সম্প্রতি উত্তরপ্রদেশে NRHM, ওষুধ-যন্ত্রপাতি কেনার টাকার ভাগ নিয়ে দ্বন্দ্বের কারণে দুজন CMO ও একজন Dy . CMO খুন হয়েছে এবং একজন CMO ও একজন DyCMO গ্রেফতার হয়েছেন।

OPTIONAL HEALTH CARE FINANCING MECHANISMS FOR AFRICAN COUNTRIES : WHAT IS VIABLE ?

Claudio Schuftan
MD, Ho Chi Minh City

The world cannot remain half healthy and half sick and still maintain its economic, moral and spiritual equilibrium. (World Health Assembly President, T. Scheel, 1951).

Executive summary

This essay contends that central to the question of affordable and sustainable health systems is having a viable health care financing system.

This having been said, several words of caution are expressed right upfront to avoid over-simplifying the issues.

To put African health systems in the context of other such systems in the world, a quick diagnosis is made. This is followed by an analysis of the very prevalent fee for service system with its inconsistencies, inequity, room for abuse and ultimately unsustainability. The role of medicines in the overall picture of funancing health care is then put into perspective.

Several potential solutions for Africa are then explained including, but not limited to, tax financing, social insurance schemes and combinations thereof; systems of cross-subsidization are explored, as are the unfair geopraphic (provincial) budgetary allocations of the health budgets in the continent and ways to remedy the same. The essay closes with a more in depth analysis if community-based health insurance schemes, looking at their attributes, how to get them started, and finally warns of their caveats.

1. General remarks

1.1 I think the crux in the question of affordability and sustainability here are viable health care financing systems; all the rest may be important, but is more 'icing on the cake'.

1.2 Nevertheless, to stave off unrealistic technocratic solutions as a dream, several words of caution are called for upfront:

i) Ultimately, the name of the game is NOT to become efficient at giving health care to the poor, BUT rather to **reduce poverty**!... and NOT much is happening in this front. We have declared a worldwide war against poverty and poverty has won! [Centainly, if poverty was an infectious disease, the rich would do much more to eradicate it..]

ii) In health care financing (HCF), the task is NOT about adapting services to poverty; that would be merely coping– not resolving Africa's problems. Moreover, just increasing the health care delivery systems' efficiency will not lead to increased accesss as much as very rapid

economic growth will NOT automatically result in improved health! Decreasing the level of care to make it cheaper is NOT an option either.

iii) For the years to come, local resources in rural areas of Africa can and will NEVER finance 100% of the needed health care.

iv) Cost-effectiveness analyses do NOT have an equity dimension and, therefore, must be used with conscious restraint if they are to be useful at all for achieving equity-oriented health targets.

v) The key issues to center a discussion on HCF are:

- How to finance the health care system;
- How to best allocate available resources; and, most importantly,
- How to increase the efficiency AND equity effect of allocative actions taken.

vi) Finally, if we are to succed, sentences starting with “The Government should” are out! Stop complaning, stop promising: DO! [That is why I start this essay with what does an affordable and sustainable system look like?,... and not ‘should look like’...]

2. **A sorry diagnosis?**

A quick look at the African countries shows that still today income maldistribution is very much with us.

The numbers show that rich countries use around 7% of their income on health yet poor countries are using around 10-11% (around 25% of the income in the poorest families). In 2003, the average spending on health care in all developing countries worldwide was US$ 11/capita. (It is deemed this amount must be increased to $60).

Households are the main source financing health care services altogether (close to 80% in many countris) and, through open hidden fees, also finance up to 60% of the public sector already.

Government allocations to the health sector have been declining in real per capita terms in most Sub-saharan African countries. Increasing government financing for health has historically ofter been below population growth and inflation rates. It has been easy for the central government to set targets and then ... not to pay.

Against this background, the disease burden of the poorest quintile is roughly threefold that of the richest, their expectancy is more than 10 years shorter, and their infant mortality rate is more than twice as high.

Close to one third of the patients who need hospitalization fail be be hospitalized : around 80% due to financial constraints. There is also evidence that poor patients abscond due to lack of money to pay hospital bills.

In many countries in the continent, unofficial payments to (mostly) doctors are estimated to be much higher than official payments for hospital services. People wrongly think these payments – formal as well as informal – are necessary for receiving proper treatment. [We need to challenge this assumption that one can only receive good care if one is able to pay for it].

But keep in mind that health care seeking contacts with private providers are not primarily with doctors, but overwhelmingly with drug sellers (... close to 60% of the people self-medicate!!)

Ergo, the poor face cost-related barriers to accessing health care. Medical expenditures are now one of the main causes of why people become poor (the 'medical poverty trap').

Additionally, we have experienced a breakdown of the district-level (or equivalent) health care system, the village health workers network, and traditional medicine has also decreased significantly in many countries in Africa.

Some countries have national compulsory health insurance – which only covers the more affluent quintiles.

It is not exaggerated to estimate that a good 80% of private practitioners are primarily employed in the public health care sector. But they are not making a decent living, so, now, even a big part of their salaries has to be generated locally. The problem is sometimes so acute that even traditinally preventive health care facilities have had to start providing curative services to make money.

Furthermore, hospitals all over have started to operate private wards. Most have ended up being subsidized by funds from regular hospital operations – rather than the other way around – primarily because a) the more affluent users using these wards are charged below full cost, and b) VIPs do not pay when hospitalized there.

3. **Fee for service-financed health care**

The charging of (explicit and implicit) fees in public health facilities is Inconsistent with equity objectives; revenues from it only cover about 10% of all health expenditures (although up to 50% of hospital expenditures). These fees thus only marginally contribute in terms of overall HCF and they grossly increase inequity.

In the user system (a regressive tax), the sick pay more; the poor pay more; children and the elderly pay more.

The fee for service system increases the burden on the sick, especially the rural. It has weakened the structure of preventive care, because it has decreased funding for it causing a loss of preventive care staff with the ones left having poor skills.

If and when fees have been raises, they have NOT cross-subsidized the poor, i.e. the reallocation of funds user fees to the poor has, so far, been rather limited or non-existent. In all truth, user fees can hardly be used for subsidizing the care of the poor.

User fees are increasingly replacing government recurrent expenditures in health, including salaries; user fees are now the main source of income for many health workers. We are thus witnessing an "under-the-table" commercialization of public health services.

On the other hand, there is NO positive relationship between high user charges and good quality of care – for either the rich or the poor. And, if the fee for service system does not have a financial ceiling, i.e. a budget, it becomes very difficult to control total costs.

Under the fee for service regime, providers tend to over-provide costly services (e.g. extra diagnostic tests and costly treatments) neglecting the needs for regular services of the rest of the population. This clearly gives priority to the more profitable segment of the health care market.

With facilities competing for fees, the referral system has also been weakened; there has been a veritable change from cooperation to competition between providers.

User fees are unlikely to improve the current situation.

It is thus obvious that market-oriented strategies for HCF with high user fees have generated more negative than positive effects on equitable access.

4. **Medicines : How much of a culprit ?**

Drugs account for up to 70% of overall health expenditures. They, therefore, ARE of key importance to HCF.

Drug vendors in the private sector are the relief providers of choice and they are NOT health providrs (nor, as a fait accompli, do we give them any minimum training!). Why do people choose them? Because of the limited (mostly economic) access they have to professional health care services: the poor often have no choice; self-medication is thus a major item of household expenditure.

Otherwise, private health care providers earn a large share of their income selling drugs in their private offices. This is as unethical as it is dangerous, causing losses to society that end up wasting money on unnecessary, useless or dangerous drugs, (Note that expensive drugs contribute more to the income of the provider selling the drugs...and these are the medicines pushed by the veritable enemies of poor people's health – the pharmaceutical houses representatives).

The regulation of the commercial drug market thus is of critical importance. But the control of the cost of drugs is difficult. The government simply has to develop (and/or expand) its capacity to monitor and control this market – at the same time strengthening the overall drug management system.

National Essential Drug Programs (EDPs) are in desperate need of enforcement (with these drugs only having low mark-ups).

Moreover, prescription audits are needed (using carbon copy pads that include the diagnosis and drugs precribed). The focus is to be on decreasing the use of antibiotics, injections, steroids and vitamins, i.e. controlling the irrational use of drugs.

An option to also consider is the replacement of the mark-up-per-drug system by a fixed charge per prescription.

5. **A basket of potential solutions ?**

I see some general 'golden rules' that I think do apply to HCF almost everywhere in Africa. Among them are the following:

i. In HCF, one has to measure any planned intervention against the cost of resulting ill-health if nothing is done. The horizon should be to progressively plan to increase access to health services by the poor over a 3-5 years period.

ii. A larger population of users allows for economies of scale. Ideally, in that population, the healthy should subsidize the sick, the rich should subsidize the poor*, the working should subsidize the dependent (mostly children and the elderly).

(*. i.e. a progressive taxation with higher rates of taxation of the higher income groups.)

iii. Also, a greater cross-subsidization across income groups is needed. (One option to keep in mind is for private for profit hospitals to be taxed at levels that will secure cross-subsidization to public hospitals).

iv. Any future HCF scheme will continue to have to primarily draw from traditional third party payers. i.e., the government (national and local), different insurance schemes, the patients themselves, donors and community health care funds.

v. To universalize access to health services, one needs to subsidize the poor using both local and outside funds coming both from inside and outside the health sector.

vi. Insurance schemes cannot replace a national publicly financed health care system; they can only contribute to it. Subsides will thus be required even for well-designed and efficiently run public insurance schemes.

vii. In general, our choices in HCF will drive health sector either towards:

- a market-oriented privatized system;
- a hybrid system where the government and the private sector play equal roles;
- a fully tax subsidized system as in the (far) part; or
- a direction in which the government takes the key role and the private sector is considered a complementary component, but shares the same responsibilities and tasks (including preventive care).

viii. There is no escape : In one way or another, African governments have to increase their health spending. But they have to gear it to pro-poor interventions, e.g. preventive services and services directed at the disease of poverty; it is these that have to be fully financed.

ix. Making resources available is not enough; they can be mis-used, under-utilized and wasted in many different ways. As part of any HCF strategy, measures have to be taken to have all health resources used efficiently.

x. Also assessing medical technologies in use or proposed for use is of critical importance from the HCF point of view as this makes it possible to reduce or rule out costly treatments without proven benefits.

xi. User fee exemption schemes are infinitely more difficult to implement than having across-the-board low or no user fees for the more vuinerable populations. Alternatively, the government can grant tax exemptions to poor districts.

xii. Exemptions are nevertheless needed for all cases of public health importance such as TB, STDs, HIV/AIDS (!)

xiii. Even if painful, another avenue that needs to be pursued is adjusting personnel deployment to current levels of services provided. Mobilizing the under-utilized manpower is thus also a must; facilities are not infrequently overstaffed relative to patient load; much time is wasted waiting for patients.

xiv. Furthermore, patients tend to seek care at too high levels of the health system (hospitals over health centers and dispensaries) and this is very costly. Efforts are needed to ensure more appropriate entry levels of consultation. Consequently, patients have to be seen first at dispensary level (or equivalent) where it is definitively cheaper. Incentives will have to gear consultations to this entry point. In practical terms, this means having to strengthen these facilities and the referral system!... and that is easier said than done.

xv. For any HCF scheme to succeed, there also is a need for management training.

6. **'Righting the wrong' in the obsolete geographic allocation of funding for health.**

Financial resources for health should be driven according to need (with resources going to clearly identified priority areas), and not be based on a per-capita basis (where paying does not take into account the more vulnerable populations and those with lower ability to pay).

The HCF Africa will advocate-for calls for a needs-based health care planning, and this means reallocating tax revenues from better off to poor regions. Why?, because only tax funds are amenable to be reallocated from rich to poor regions.

Currently, tax funds (the funding for health included) often favor better-off provinces or states, for instance, allocating funds according to the hospital beds: this simply reinforces existing differences!

Allocation according to need considers size of the population, disease burden of different groups and their ability to pay.

To accomplish this, needs-based resource allocation, indexes do exist already. There is a need to further devolop and adopt country-specific needs-based indexes though, for resources to be more equitably allocated between regions, taking into full account total resources availability and deciding "how to cut the cake". [Note that a special index for allocating funds for preventive services according to need is also needed].

For all the above reasons, other than tax financing health costs, by far the more appropriate choice for HCF in Afica is to focus on possibilities of risk pooling and pre-payment, ensuring that both healthy and sick people coutribute via taxes and social health insurance.

7. **And the winner is ...**

In the hierarchy of cost-effective ways of providing health care, surely a national, tax-financed health system has shown to be the most equitable. When we talk about government, responsibility, like in the Alma Ata Declaration, this is what was meant.The right to health is actually grounded on the latter.

But there are difficulties; the public budget for health is often in the vicinity of 1% of GNP; without sufficient funds, how can Health For All be achieved? A political compromise is needed

(but is not forthcoming) to increase public health expenditures to something between 2 and 3% of GNP and to ensure the new funds are used efficiently and in relation to right to health priorities.

African governments are left with the task of making the above happen. For that, civil society needs to organize much more to aggressively demand these changes.

Many, nevertheless, think that starting community-based health insurance (CBHI) process is a step in the right direction since it helps getting beneficiaries involved in decision-making in health and can empower them to become active in the larger struggle for a tax-financed universal health coverage. Here is how it is perceived it w/should work.

7.1. **CBHI : Some general attributes and preconditions :**

i. Social insurance – in this case CBHI – is a household responsibility system; it is meant for people in the informal sector, mostly the rural and urban poor; as any insurance, it is based on risk sharing and resources pooling; it is more viable where the community is already organized for other purposes, but the point is made that CBHI certainly does not solve the problems of communities or groups that are just too poor.

ii. A CBHI system assures a more equitable coverage, a potentially more equitable geographical access, a greater equity in the financing of its operations, a potential for health care cost controls and an increased efficiency in the use of resources, as well as good financial sustainability and a chance for improved quality of care. It provides a greater latitude compared with pure tax financing of health care (and for sure compared with the user fee system).

[The alternative of going back to full direct tax financing of health services would require considerable budgetary reallocations that are not as politically viable now as implementing a sound CBHI].

iii. Implementing a CBHI scheme needs a clear goverment policy and legal framework. To begin with, three major policy changes are deemed necessary.

– legislation for a community tax of 1.5-2% of income.
– an additional central government tax support of 0.2-0.5 of GDP; and
– changes in the personnel compensation system allowing for bonus payments.

iv. The option here proposed is to gradually develop a subsidized community-based health insurance system that covers an increasing proportion of the curative care needs of the rural population and is jointly financed by community contributions, pulic funds and, initially, also foreign aid, i.e., community contributions are matched by public funds. (The public sector continues to pay for traditional preventive services as before).

v. A fully voluntary CBHI system will inevitably lead to an adverse selection problem (with mostly the sicker and the elderly wanted to join). A compulsory system will also not work. People at the community/village level will have to make a local voluntary-but-collective decision to join the scheme. Piloting is recommended.

vi. Note that a subsidized rural health insurance system also helps the allocation of resources to different provinces according to need. A special fund to support less developed areas (remote, minorities) will have to be created as needed.

vii. The main challenge will ultimately be to convince people that what is proposed is for them to reduce their 'under-the-table payments', and, instead, start paying a clearly identified local health tax.

7.2. **Getting started (a non-exhaustive listing) :**

i. A village can only join the CBHI scheme once 60% of its members have agreed to subscribe; membership can be individual or household-based. (Note that, to keep premia low, members can choose to adopt a user co-payment of 10-20%).

ii. Once the community accepts to join, people get together and make a pre-payment (an investment, really, since they will not have a financial burden at the time of illness). At this time, communities can also determin0e exemption mechanisms to be applied.

iii. Getting the CBHI started will require social mobilization to make people understand its long-term benefits. For instance, the membership will be educated on the philosophy and mechanics of the new health care financing scheme and on how the service delivery system will work from now on. They will also be trained in cost-saving measures in the provision of health care services. Members will further need education on insurance principles and the principles of democratic supervision.

iv. Some 'benefits' from ambulatory services (in part a moderate mark-up on drugs?) can be realized to help pay for needed in-patient care and for accidents.

v. Increasing members' awareness of personal and community health issues is very important as well in an effort to reduce morbidity and ensuing consultations. In a related matter, an additional important benefit to be discussed with members is that, if the quality of health services is below standard and causes health problems – such as EPI-related infections still being prevalent-beneficiaries will be able to claim compensation.

vi. For those who will need subsidies, sequentially, communities will need to identify poor households; define the support they need where this support is to come from; this means that, as part of the scheme, a community health care fund has to be established for the indigent.

vii. Once a CBHI is in place, it is foreseen that a large share of resources now going to the private providers would return to the public providers.

7.3. **Caveats to keep in mind when setting up a CBHI scheme :**

i. Most importantly, the government has to enjoy sufficient popular credibility upfront for the successful organization and management of a nationwide CBHI system.

ii. No less important is our understanding that, unlesss quality health care is guaranteed, there will be few takers. In general CBHI must offer benefits such that the common person will want to bocome part of it. i.e., the challenge is to 'create-a-demand', especially in rural areas.

iii. As regards the payment of this insurance premia, a process of consultation has to precede the drawing up of policy plans for any future CBHI. Premia are best set with the community according to their objectively assessed purchasing power, in this same manner, premia are to be (re) set annually.

iv. At the end, premia should be attractive as relates to the coverage offered to members, as well as competitive and fair in the reimbursements paid to affiliated provider institutions.

v. Premia are paid annually in cash or in kind using a sliding scale (or percentage of income). The challenge is for payments to be made on time – and to be 100% accunted for. One has to be flexible and tailor premia collection dates to the periods when the community has the means to pay (e.g., after the harvest). They can be collected either as deductible or as a door-to-door contribution.

vi. Irregular accounting or embezzlement in any CBHI scheme will make matters worse.

vii. As regards participation in CBHI, the local community has to set up a committee to oversee the whose pre-payment system. This participation is particularly important in the management of the finances of the dispensary of health center to provide members entry and referral services; it represents a real (and indispensable) shift-in-the-balance-of-influence in favor of the users of services.

viii. In a CBHI scheme, users are thus empowered to audit accounts and to oversee the use of funds, as well as to monitor health workers, i.e., one should look at CBHI as an instrument of community empowerment where members who join really have a voice, if for no other reason than because they are directly contributing to shoulder the costs. [Note that CBHI also promotes gender equality and ensures women have direct and easy access to health centers].

ix. Finally, the complexity of organizing these schemes is not to be understimated; it limits our ability to scale them up rapidly.

Acknowledgements. Many concepts mostly taken from Goran Dahigren's and David Dunlop's writtings on the topic.

—— ● ——

❍ UN Office on Drugs & Crime (UNODC) ও কেন্দ্রীয় সমাজকল্যাণ দপ্তরের সমী(া অনুযায়ী ভারতে ২০০০-২০০১ এ নেশাগ্রস্তের সংখ্যা ছিল সাত কোটি ৩২ ল(।

❍ অসমের ২৭ টি জেলার মধ্যে ২০টি জেলায় ব্যাপক হারে ভাইরাল এনকেফেলাইটিসের প্রকোপ দেখা যাচ্ছে। সরকারী ভাবে জুলাইয়ের চতুর্থ সপ্তাহের মধ্যে ১১৫ জনের মৃত্যু হয়েছে।

❍ এবার যে ছয়জন কৃতী ব্যক্তি(রমন ম্যাগসাইসাই' ১১ পুরস্কার পেয়েছেন তার মধ্যে দুজন ভারতীয়। শ্রীমতী নিলিমা মিশ্র মহারাষ্ট্রের অতিদরিদ্রদের মধ্যে ঋণদানের মাধ্যমে তাদের অর্থনীতির উন্নতির এবং শ্রী হরিশ হানডে গ্রামাঞ্চলে সৌরশক্তি(কে জনপ্রিয় করার জন্য এই পুরস্কার পেয়েছেন।

❍ ২৪ জুলাই আনন্দ বাজার পত্রিকায় প্রকাশ যে মহারাষ্ট্রের ত্রি(কেট আর বলিউডের স্বপ্ন নগরীর অদূরে বিদর্ভ, অমরাবতী প্রভৃতি জেলায় কৃষকদের আর্থিক অবস্থা এত খারাপ হয়ে গেছে যে বলদ কিনে বা ভাড়া করে হাল চষা যাচ্ছে না। ট্রাক্টর কেনা তো দূরঅস্ত্। তারা নিজেরাই বদলের পরিবর্তে লাঙল টানছেন।

উন্নয়ন প্রসঙ্গে —

তেভাগা থেকে ভাট্টা পারসল ঃ অমীমাংসিত জমির প্র(

— অরণি সেন

সম্প্রতি পশ্চিমবঙ্গে দীর্ঘ ৩৫ বছরের বাম শাসনের অবসান হয়েছে। সোভিয়েত রাশিয়ার পতনের জন্য যেমন কোন মার্কিন মিসাইল প্রয়োজন হয়নি পশ্চিমবঙ্গের বাম শাসনের অবসানের জন্যও কেন্দ্রের সংবিধানের কোন ধারা প্রয়োগ করতে হয়নি। উভয়েই আভ্যন্তরীণ পচন ও বিকৃতির জন্য দুর্বল হয়ে পড়ে। তারপর উত্তাল গণআন্দোলন ও শেষে নির্বাচনের মাধ্যমে পরাস্ত হয়। কিন্তু চুম্বকে যদি প্র(করা হয় কেন পশ্চিমবঙ্গে বামফ্রন্ট হেরে গেলে দুটি নাম প্রথমেই আসবে — সিঙ্গুর ও নন্দীগ্রাম। আর সিঙ্গুর ও নন্দীগ্রাম হল আদতে কৃষকের জমির অধিকার র(ার প্র(।

সুপ্রকাশ রায় তার বিখ্যাত গ্রন্থের মুখবন্ধেলিখেছিলেন যে ভারতের ইতিহাস আসলে ভারতের কৃষক সংগ্রামের ইতিহাস। সত্যিই তো এই একবিংশ শতাব্দীতেও ১২০ কোটি ভারতীয়র প্রায় ৭০ ভাগ ৮৫ কোটি মানুষ গ্রামে বাস করেন ও কৃষির সাথে যুক্ত(। প্রবন্ধের পরিসর না বাড়িয়ে আমরা ১৯৪৭ থেকে শু(করি। ১৯৪৭ সালে দ্বিতীয় বি(যুদ্ধ পরবর্তী পরিস্থিতিতে সাম্রাজ্যবাদী ব্রিটিশ শাসকরা যখন পুঁজির নিয়ন্ত্রণ রেখে এবং হিন্দু-মুসলমান বিষ ঢেলে ভারতকে ভাগ করে চির দুর্বল করে দিয়ে ভারতীয় স্বাধীনতা সংগ্রামের সর্ববৃহৎ অথচ আপোষপন্থী ধারা 'জাতীয় কংগ্রেসের'র ভারতীয় নেতাদের (মতা হস্তান্তর করলেন তখন নবীর রাষ্ট্র সাম্প্রদায়িক দাঙ্গা-দেশভাগ এবং ব্রিটিশ-ইস্পাহানী সৃষ্ট ভয়াবহ মন্বন্তরের পাশাপাশি প্রত্য(করছিল দেশের নানা প্রান্তে কৃষক আন্দোলন।

এদের মধ্যে প্রধান ছিল সমগ্র উত্তরবঙ্গ জুড়ে হওয়া '**তেভাগা আন্দোলন**' (১৯৪৬-১৯৫১)। ফসলের তিনভাগের একভাগের দাবীতে 'আঁধিয়ার' বা ভাগচাষীরা যে আন্দোলন শু(করেছিলেন তার সাথে ভূমিহীন কৃষি শ্রমিকদের জমির দাবী, উপযুক্ত(মজুরী, সামন্ত শোষণের অবসান, পশ্চাদপদ রাজবংশী, মুসলমান, আদিবাসীদের আত্মপ্রতিষ্ঠার আবেগ মিলেমিশে এক জনপ্রিয় জোরালো রূপ নিল। অতীতের ব্রিটিশ সাম্রাজ্যের ভিত কাঁপানো ভবানী পাঠক, মজনু শাহ্, দেবী চৌধুরাণীদের নেতৃত্বাধীন 'সন্ন্যাসী বিদ্রোহে'র ছায়া দেখা গেল তেভাগার ঝলকে। তেভাগার অবিসম্বাদী নেত্রী ইলা মিত্রের মধ্যে গোলাম কুদ্দুস 'স্তালিনের কন্যা'কে আবিষ্কার করলেন এবং মরমিয়া কবি জীবনানন্দ তার অপরূপ ভাবালু চোখ দিয়ে দেখতে পেলেন 'নাটোরের বনলতা সেন'কে। পাবনার এডওয়ার্ড কলেজের স্নাতক পরবর্তী নকশাল নেতা চা(মজুমদার তখন পচাগড়ে কৃষক আন্দোলন মকসো করছেন। দিনাজপুরের খাঁপুর গ্রামে পুলিশের গুলিতে কৌশল্যা কামারাণীর নেতৃত্বে ২২ জন কৃষক যোদ্ধা শহীদ হলেন।

স্বাধীনতার পর থেকে কেন্দ্রে ও রাজ্যগুলিতে যে সমস্ত সরকার (মতায় এলেন তারা হয় কৃষির সমস্যাটি অর্থাৎ জমির সঠিক বন্টন, সঠিক মজুরি, কৃষি উপকরণের মালিকানা, উন্নত অথচ কৃষক ও পরিবেশ বান্ধব উৎপাদন প্রণালী, সঠিক জলসেচ-বিদ্যুৎ-সার-বীজ সরবরাহ, ফসলের উৎপাদিত মূল্য, সংর(ণ, বাজার, রপ্তানী প্রভৃতি বিষয় গুলি বুঝলেন না বুঝতে চাইলেন না অথবা রাজনৈতিক (মতায়ণ ও ভূস্বামী-কুলাকলবির চাপে এড়িয়ে গেলেন। তাই এই বুনিয়াদী প্র(টি অমীংসাসিত রইল এবং একের পর কৃষক আন্দোলন ও বিদ্রোহ আছড়ে পড়ল। তাই আজও ওড়িষার জগৎ সিং পুরে 'পস্কো' বিরোধী আন্দোলনে উত্তরপ্রদেশের নয়ডা-গৌতম বুদ্ধ নগরের কৃষক আন্দোলনগুলিকে ঘিরে রাজনীতির কারবারীদের এত তৎপরতা। মহারাষ্ট্র, বিদর্ভ, মধ্যপ্রদেশ, অন্ধ্রপ্রদেশ, অসম, পশ্চিমবঙ্গে হাজার হাজার কৃষকের আত্মহত্যা। সিঙ্গুর ওনন্দীগ্রাম (প বঙ্গ), মানসা (পাঞ্জাব), খাম্মামাম (অন্ধ্র), দিসপুর (অসম), ভাট্টাপারসল (উত্তরপ্রদেশ), জৈতাপুর (মহারাষ্ট্র) প্রভৃতি এলাকায় উদীয়মান কৃষক আন্দোলনে সামন্ত ও রাষ্ট্রশক্তি(র দমনপীড়ন। সিঙ্গুরের তাপসী মালিক থেকে মানসায় কবি বিয়ন্ত কন্যার উপর বর্বরোচিত অত্যাচার।

উত্তরবঙ্গের তেভাগার পরে অবিভক্ত চব্বিশ পরগণার সুন্দরবন অঞ্চলের অভাবী অত্যাচারিত কৃষকরা মূলত জমির দাবীতে শুরু করলেন **তেভাগা দুই**। তার জনপ্রিয় নেতা ছিলেন কংশারী হালদার। শহীদ কৃষক রমণী অহল্যামার শোকগাঁথা অমর হয়ে থাকল সলিল চৌধুরীর লেখনীতে। কেরলের **পুনাপ্পা ভায়লারে** কৃষকদের জমি দখলের লড়াই সারা দেশের দৃষ্টি আকর্ষণ করল। **তেলেঙ্গানার** বিস্তীর্ণ প্রান্তরে নিপীড়িত আদিবাসী কৃষকেরা অত্যাচারী নিজাম ও রাজাকারদের বিরুদ্ধে যে শক্তিশালী সশস্ত্র প্রতিরোধ শুরু করেছিল তা এলাকা দখল ও সমান্তরাল প্রশাসন স্থাপনের পর্যায় পৌঁছে গেল। ভারত সরকার প্রমাদ গুণে শেষে সরাসরি সামরিক আক্রমণ করে তা দমন করলেন। বহু আদিবাসী কৃষকের মৃত্যু হল। গোদাবরী পারলেকারের নেতৃত্বে **মহারাষ্ট্রের** আদিবাসী কৃষকেরাও চালালেন বীরত্বব্যঞ্জক লড়াই।

সমগ্র ৫০ ও ৬০-র দশক জুড়ে দ্রব্যমূল্য বৃদ্ধি, যানবাহন ভাড়া বৃদ্ধি, ভাষা-সাংস্কৃতির দাবী, খাদ্যের ও কর্ম সংস্থানের দাবীর সাথে সাথে কৃষকের দাবী নিয়ে দিকে দিকে গণ ও কৃষক আন্দোলন গড়ে উঠল। ১৯৬৭-র উত্তরবঙ্গের প্রান্তে অখ্যাত **নকশালবাড়িতে** কৃষক হত্যা 'বসন্তের বজ্রনির্ঘোষের' মত দাবানল সৃষ্টি করল। **শ্রীকাকুলাম** (অন্ধ্র), **ওয়াইনাদ** (কেরল), **ভাতিন্দা** (পাঞ্জাব), **লখিমপুর** (উত্তর প্রদেশ), **ধরমপুরি** (তামিলনাড়ু), **মুজা ফরপুর** (বিহার), **গুণপুর** (ওড়িষা), **গাড়িচোলী** (মহারাষ্ট্র), **কৈলাশহর** (ত্রিপুরা) প্রভৃতি এলাকায় সশস্ত্র কৃষক আন্দোলন ছড়িয়ে পড়ল। খতম-ধ্বংসের আন্ধাগলিতে এই আন্দোলন গুলিকে নিয়ে যাওয়া ইত্যাদি যতই সমালোচনা হোক না কেন এই আন্দোলন গুলি কয়েকটি মৌলিক প্রশ্ন ছুড়ে দিল — (১) জমির প্রশ্ন, কৃষকের স্বার্থ ও কৃষির উন্নয়ন অমীমাংসিত রেখে দেশের উন্নয়ন সম্ভব নয় (২) আমূল ভূমি সংস্কারের প্রয়োজনীয়তা এবং (৩) কৃষকের রাজনৈতিক অধিকার নির্দ্দিষ্টভাবে ভূমিহীন কৃষক ও মজুর ও গরীব কৃষকদের রাজনৈতিক নেতৃত্ব।

৭০ দশকের শুরুতে ইন্দিরা গান্ধীর 'স্বর্ণযুগে'র সময় বাংলাদেশ গঠন, সোভিয়েত মডেলে রাষ্ট্রায়ত্ত শিল্পগঠন, ব্যাঙ্ক জাতীয়করণ প্রভৃতির মত মার্কিন-ইজরায়েলি প্রযুক্তি, বহুজাতিক সংস্থাগুলির (MNC) পুঁজি ও পরিকল্পনায় উত্তর-পশ্চিম ভারতে **'সবুজ বিপ্লব'** সংগঠিত হল। ভাকরা বাঁধ হল, ইন্দিরা নহর কাটা হল, পাঞ্জাব-হরিয়ানা-দিল্লী এবং পশ্চিম উত্তর প্রদেশে ও রাজস্থানের কিছু অংশে ব্যাপক ফলন বৃদ্ধি ঘটল। কুলাকরা খুবই লাভবান হলেন এবং বর্দ্ধিত মজুরির আশায় বিহার-ঝাড়খণ্ড থেকে কৃষি শ্রমিকরা ছুটলেন নতুনভাবে ভূমিদাস ও যৌন দাসী হতে পাঞ্জাব ও হরিয়ানার বৃহৎ খামারগুলিতে। সরকার কিন্তু লাভবান হলেন না কারণ এই শক্তিশালী কুলাক লবিকে, বেশীরভাগ সাংসদ যাদের নিয়ন্ত্রণে, তুষ্ট করতে বিনামূল্যে জল ও বিদ্যুৎ, ভর্তুকিতে সার, বীজ ও তেল এবং কুলাকদের সহায়ক মূল্যে ফসল সংগ্রহের জন্য কোষাগারের গুণাগার দিতে হল। সাধারণ মানুষেরাও কোন উপকারে লাগল না। সরকারের সদিচ্ছার অভাবে ও গণবন্টন ব্যবস্থার ত্রুটিতে ফুড কর্পোরেশনের গুদামে খাদ্যশস্য পচতে লাগল। আর দেশের বিভিন্ন অঞ্চলে অর্ধাহার - অনাহারও সমান তালে চলতে লাগল। কয়েক বছরের মধ্যেই বিদেশী নির্ভর এবং অতিরিক্ত জল, বিদ্যুৎ, রাসায়নিক সার, জি. এম. বীজ, তিকর কীটনাশক ও অধিক অর্থনির্ভর 'সবুজ বিপ্লব' নিজেই মুখ থুবড়ে পড়ল। তার মধ্যে উত্তর-পশ্চিম ভারতের বিস্তীর্ণ এলাকার Top Soil, ph ও water table নষ্ট করে নদীর নাব্যতা ধ্বংস করে, কৃষকদের মহাজনী ঋণে জড়িয়ে উষর প্রান্তরে পরিণত করে দিল। জন্ম দিল নতুন এক কৃষি সঙ্কটের।

এই কৃষি সঙ্কটজাত দ্বন্দ্ব মধ্য বিহারের লেলিহান শিখা ত আমারে এক নতুন গণজাগরণের সূচনা করল যেখানে গরীব দলিত ভূমিহীন কৃষক মজুর সমানে সমানে টেক্কা দিল ভূস্বামী-মোহান্তদের 'সশস্ত্র সেনা' ও রাষ্ট্রশক্তির সাথে। অগুন্তি গণহত্যায় শোন-পুনপুনদের জল লাল হয় গেল। সর্বোদয় আন্দোলন ও লোহিয়াপন্থী সমাজবাদী ধারায় স্নাত জয়প্রকাশ নারায়ণ এই বিহারের বুকেই এমন এক গণ আন্দোলন শুরু করলেন যা সারা ভারতে ছড়িয়ে পড়ে এক সময় 'ইন্দিরা স্বৈরতন্ত্র' কে দিল্লীর মসনদ থেকে হটিয়ে দিল। প্রথমে জনতা দল, পরে আবার কংগ্রেস শাসন (মতায় ফিরে এল। কিন্তু কৃষির মূল সমস্যাকে দূরে সরিয়ে রেখে কিছু উপরিসৌধগত পুঁজিবাদী সংস্কার করা হল যা অচিরেই কৃষিতে নতুন ধরণের সঙ্কট ডেকে আনল যাতে পুঁজিবাদী ও ধনী কৃষকরাও জড়িয়ে পড়ল। এই সময় আমরা দেখলাম শরদ যোশির নেতৃত্বে

মহারাষ্ট্রে, নারাঞ্জুনাদাশ স্বামীর নেতৃত্বে কর্ণাটক, নাইডুর নেতৃত্বে তামিলনাড়ুতে, টিকায়েতের নেতৃত্বে জাঠ বলয়ে বিশাল বিশাল কৃষক আন্দোলন। এছাড়াও উত্তরাখণ্ডে সুন্দরলাল বহুগুণার নেতৃত্বে, নর্মদা অববাহিকায় মেধা পাটেকরের নেতৃত্বে, দাল্লি-রাজহারায় শঙ্কর গুহ নিয়োগীদের নেতৃত্বে যে পরিবেশ -জল-শ্রমিক সংত্র(ান্ত আন্দোলনগুলি প্রবলরূপে প্রকাশ পাচ্ছিল তাতে ব্যাপক সংখ্যক গরীব ও উচ্ছেদ হওয়া কৃষক অংশ নিছিলেন। বিহারের ঝাড়খণ্ড ও অসমের কার্বি আঙলঙ অঞ্চলে যে শক্তি(শালী জাতিসত্বা আন্দোলন এবং অন্ধ্র- ওড়িষা - ঝাড়খণ্ডে যে সশস্ত্র গিরিজন আন্দোলন চলছিল তাতেও ব্যাপক সংখ্যক আদিবাসী কৃষক অংশ নিচ্ছিলেন। একইভাবে মহারাষ্ট্র কর্ণাটকের দলিত প্যন্থার আন্দোলনে।

৯০-র দশক ও তার পরে অমীমাংশিত কৃষির প্র(ে অস্থিরতা ও আন্দোলন চলতেই লাগল। '৭৭ এ জনপ্রিয় রায়ে প বঙ্গে (মতায় এসে বামফ্রন্ট 'অপারেশন বর্গা' চালু করেও পেছিয়ে আসেন। অনুরূপভাবে '০৫ এ জনপ্রিয় ভোটে বিহারের শাসন ভার নিয়ে নীতিশ কুমার 'বন্দ্যোপাধ্যায় কমিশনের'র ভূমি সংস্কারের নীতি প্রয়োগ করেও তুলে নেন। এই পর্যায়ে অন্ধ্রের খাম্মামামে, পাঞ্জাবের মানসায়, ওড়িষার কলিঙ্গনগর জগৎসিংপুরে বড় বড় কৃষক আন্দোলন গড়ে ওঠে । আর একচেটিয়া বৃহৎ পুঁজির নির্দ্দেশে বামফ্রন্টের সিঙ্গুর ও নন্দীগ্রাম অপারেশন এবং তার প্রতিবাদে ব্যাপক কৃষক প্রতিরোধ ও নাগরিক উত্থান এখন জ্বলন্ত ইতিহাস। ব্যাপক দারিদ্র্য, অনাহার, অভাব, রোগ, অপুষ্টি, অশি(া, জাত-পাত, লিঙ্গ বৈষম্য, কুসংস্কার, পশ্চাদপদতা, বেকারত্ব প্রভৃতি হটাতে ভারত ও পশ্চিমবঙ্গকে অবশ্যই উন্নয়ন, শিল্পায়ন ও আধুনিকতার পথে হাঁটতে হবে। কিন্তু তা হবে দেশের সার্বভৌমত্ব ও স্বার্থ, মানুষের অস্তিত্ব ও প্রয়োজন এবং পরিবেশ ও বাস্তুতন্ত্রকে অ(ণ্ণ রেখে। এবং অবশ্যই ভারতীয় সমাজের মূল সঙ্কট কৃষির অমীমাংসিত সমস্যাগুলি সমাধান করে।

—— ● ——

❍ ১৯ থেকে ২৯ জুলাই' ১১ পশ্চিমবঙ্গের হুগলী জেলার পাণ্ডুয়াতে ছটি বিদেশ থেকে ও ভারতের সব ক'টি জেলার মোট তিন হাজার প্রতিনিধি 'চতুর্থ আন্তর্জাতিক বৃহন্নলা সম্মেলনে' যোগ দেন এবং বঞ্চিত ও অবহেলিত বৃহন্নলাদের প্রাপ্য অধিকার ও সুযোগ সুবিধার দাবী তোলেন।

❍ দিল্লীর রামলীলা ময়দানে 'জন লোকপাল বিলে'র দাবীতে আন্না হাজারের অনশন আন্দোলনে IMA-র ব্যানারে কয়েকশ চিকিৎসক যোগ দেন।

❍ **কোন হাত না দিয়ে চোখের অস্ত্রপ্রচার** ঃ চোখের ফেকো প্রমুখ আধুনিক অস্ত্রপচারে সাধারণভাবে ৪০% হাতের ব্যবহার হয়। সম্প্রতি হায়দরাবাদের ম্যাক্সিভিশনের চ(সার্জনরা ফেমটো সেকেন্ড নামক লেসারের সাহায্যে সম্পূর্ণ মানুষের হাত বর্জন করে চোখের অস্ত্রপচার করেছেন। এই পদ্ধতিতে কাঁটা (incision) আরও নিখুঁত হয়েছে এবং Refractive surgery-র কারণে রোগীকে চশমা বা কনটাক্ট লেন্স পরতে হচ্ছে না।

❍ **PSLV-C17-র মাধ্যমে G SAT - 12-র সফল উৎ(পন ঃ** ভারতীয় মহাকাশ সংস্থা ISRO, Polar Satillite Launce Vehicle (PSLV) - C 17 -র মাধ্যমে যোগাযোগ উপগ্রহ GSAT - 12 কে সঠিকভাবে Geo-synchronous transfer orbit (GTO) তে উৎ(পন করে পাঠাতে সফল হয়। এটি PSLV-র অষ্টদশ সাফল্য।

স্বাস্থ্য নীতি—

বর্তমান স্বাস্থ্য ব্যবস্থা ও মানবিক মূল্যবোধ

— সুজিত কুমার দাশ

সবাই জানি, জীবনর(ার চেয়ে প্রয়োজনীয় কাজ মানুষের আর কিছু নেই এবং জীবনর(ার প্রধান ও প্রাথমিক উপাদান হল খাদ্য। অথচ দেশে এমন কোন রাষ্ট্রীয় ব্যবস্থা বা প্রতিষ্ঠান নেই যার মাধ্যমে খাদ্যাভাবে মৃতপ্রায় নাগরিক বিনামূল্যে খাদ্য পেয়ে জীবনর(া করতে পারে। কিন্তু অসংখ্য রাষ্ট্রীয় প্রতিষ্ঠান (হাসপাতাল) আছে যেখানে ব্যয়সাধ্য চিকিৎসা বিনামূল্যে পেয়ে রোগে মুমূর্ষু নাগরিক প্রাণ বাঁচাতে পারে। বর্তমান ভারতীয় মূল্যবোধ হল — বিনামূল্যে চিকিৎসা দেওয়া উচিত কিন্তু বিনামূল্যে খাদ্য বিতরণ অনুচিত খাদ্য মানুষকে অর্জন করতে হবে এবং সেই খাদ্যের পরিমাণ ও গুণ, যেমন সঙ্গতি তেমন হবে। খাদ্যের প্রয়োজন প্রতিদিন, চিকিৎসার প্রয়োজন মাঝে মাঝে। তবু কেন এই উদ্ভট মূল্যবোধ — এ নিয়ে নানা ব্যাখ্যা আছে। একটির উল্লেখ করা যায়। রোগ-মৃত্যু সেই আদিকাল থেকে মানুষকে ভয় দেখিয়ে আসছে, এখনো দেখায়। রোগ-মৃত্যুর কাছে মানুষ যেমন অসহায়, তেমন আর কিছুতেই নয়। রোগ-মৃত্যু আমাদের বিচারবুদ্ধি, যুক্তি(, মানসিক ভারসাম্য — সবকিছুই ওলটপালট করে দেয়। সেই রোগ-মৃত্যুর কবল থেকে মুক্তি(র বোধ সঞ্জাত ন্যায়বিচারে বাধে। ভিখারি, খুনী, অপরাধী, সমাজবিরোধী, আত্র(মণকারী বিদেশী সৈন্য-সকলের জন্যই আমরা বলি, 'আহা, চিকিৎসা সকলেই পাক।'

❑ চিকিৎসা বিষয়ে বর্তমান মূল্যবোধ

চিকিৎসা সম্পর্কে এই মূল্যবোধে কিন্তু অনেক ভেজাল আছে। সেকথা পরে। এটা বলে নেওয়া ভাল যে, এই মূল্যবোধটি তেমন একটা প্রাচীন নয়। আগেকার দিনে চিকিৎকার এলাকাটা ছিল ব্যক্তি(গত বা পারিবারিক। সামাজিক দায়িত্ব বা কর্তব্য ছিল না, ছিল সমাজসেবার খাতিরে কিছু সরকারি ও বেসরকারি উদ্যোগ, ছিল চ্যারিটি। মানুষ তার জ্ঞানবুদ্ধি ও সঙ্গতি অনুযায়ী পরিবার প্রতিবেশীর সাহায্য নিয়ে নিজেই রোগের মোকাবিলা করত, না পারলে হাসপাতাল কিংবা বাজার থেকে চিকিৎসা কিনে নিত। ব্রিটিশ আমলে সরকারি উদ্যোগ শু(হয়েছিল সৈন্য, আমলা ও বাণিজ্যে যুক্ত(জনগোষ্ঠী এবং ইংরাজী শি(িত লোকজনের চিকিৎসার উদ্দেশ্যে। পরে নানা টানাপোড়েনে সরকারি চিকিৎসাব্যবস্থা আরো প্রসারিত হয়েছিল বটে কিন্তু তা প্রধানত সীমাবদ্ধ ছিল শহুরে অঞ্চলে এবং বলা বাহুল্য, প্রয়োজনের তুলনায় অপ্রতুল ছিল। মূল্যবোধের তেমন একটা পরিবর্তন হয়নি, ভাবা হয়নি যে জনস্বাস্থ্য ও চিকিৎসার দায়িত্ব রাষ্ট্রের বা সমাজের। রাষ্ট্র যেটুকু দিত তা দয়ার দান হিসেবে গৃহীত হত। দ্বিতীয় মহাযুদ্ধের পর থেকে ধ্যান ধারণার পরিবর্তন চোখে পড়তে থাকে এবং তার কারণ ছিল নানাবিধ। স্বাধীনতার পরে জাতীয় সরকার মানুষের খাওয়া পরা চিকিৎসার ব্যবস্থা করবে এটা ছিল স্বাধীনতা আন্দোলনে এক সর্বজনীন প্রেরণা। আন্তর্জাতিক (ে ত্রে সমাজতান্ত্রিক সোভিয়েতের যুদ্ধজয় পুঁজিবাদী সমাজে রাষ্ট্রের বৈধতার প্র(েটি একটি রাজনৈতিক সংকটের সূত্রপাত করেছিল। সেই সংকটের মোকাবিলা করতে রাষ্ট্রচরিত্র পাল্টাতে হল, উঠে এল কল্যাণ রাষ্ট্রের (welfare state) মতাদর্শ। রাষ্ট্র শুধু শাসন করবে না, রাষ্ট্র দায়িত্ব নেবে ত্রাণ, শি(া, চিকিৎসা প্রভৃতি প্রয়োজনের যা থেকে দরিদ্র মানুষ বঞ্চিত। রাষ্ট্র হবে গরিবের বন্ধু, বিপর্যস্তের সাহায্যকারী, অসহায়ের সহায়। এতে কাজ হয়েছিল রাষ্ট্রের ভাবমূর্তি উজ্জ্বল হল, শাসকদলের ভোটের বাক্স ভরে উঠল। স্বাধীন ভারত কল্যাণ রাষ্ট্রকে আদর্শ করল, এই মূল্যবোধ সঞ্চারিত হল যে জনস্বাস্থ্য ও চিকিৎসার দায়িত্ব রাষ্ট্রের।

❑ মূল্যবোধের ভেজাল ঃ

এই মূল্যবোধে অবশ্য অসংখ্য ভেজাল ছিল এবং আছে। চিকিৎসা ব্যবস্থা বিষয়ে আমাদের দৃষ্টিভঙ্গী ও বিশ্বাসবোধের মধ্যে স্ববিরোধ ও অসঙ্গতি ধরা পড়ছে। সত্তরের দশকে সরকারি ডাক্তারদের আন্দোলনের পর থেকে জনস্বাস্থ্য ও চিকিৎসার বিষয়টি সমাজের দৃষ্টি আকর্ষণ করে তারপর থেকে এ বিষয়ে বিক্ষোভ, আন্দোলন, বিতর্ক অব্যাহত আছে। বিতর্কের কয়েকটি বিষয় নিয়ে আলোচনা করলে সমস্যাগুলি খোলাখুলি ধরা পড়বে।

❑ সরকারি চিকিৎসানীতি ঃ

ভারতের সংবিধানে বলা আছে যে, রাষ্ট্রের প্রাথমিক কর্তব্যের মধ্যে অন্যতম হল, জনগণের পুষ্টি ও জীবনযাত্রার মানোন্নয়ন এবং জনস্বাস্থ্যের উন্নতি। এবং এই কর্তব্য পালনের দায়িত্ব নেওয়া হয়েছে বিভিন্ন রাজ্য সরকারগুলির উপর।[১] রাজ্য সরকার সেই উদ্দেশ্যে অনেক হাসপাতাল খুলে দিয়েছে। নীতিগতভাবে ঐ হাসপাতালের দ্বার সকলের জন্যই উন্মুক্ত, লক্ষপতি ও ভিখারি উভয়েই সেখানে বিনামূল্যে চিকিৎসা পাওয়ার অধিকারী। বিভিন্ন বেসরকারি সমীক্ষায় দেখা গেছে যে সরকারি ব্যবস্থা খুবই অপ্রতুল, জনগণের প্রয়োজনের এক চতুর্থাংশ মেটায়, বাকি তিন চতুর্থাংশ নির্ভর করতে হয় বেসরকারি চিকিৎসার উপর, যার মধ্যে আছে অ্যালোপ্যাথী, অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতি, হাতুড়ে, ঘরোয়া চিকিৎসা ইত্যাদি।[২] পশ্চিমবঙ্গে অসুসন্ধান করে দেখা গেছে যে, এখানে সরকারি হাসপাতালে বিনামূল্যে চিকিৎসা নিতে আসে প্রতিপত্তিশালী সচ্ছল জনগোষ্ঠীর একটি বিরাট অংশ, কেন্দ্রীয় সরকারের কর্মচারি ও ই-এস-আই অন্তর্ভূক্ত শ্রমিক যাদের আলাদা গ্যারান্টিকৃত চিকিৎসার ব্যবস্থা আছে, ঠিক সেইরকম সুবিধাভোগী বৃহৎ শিল্পপ্রতিষ্ঠানের কর্মচারী, প্রতিবেশী রাজ্যগুলি এমন কি বাংলাদেশ, ভুটান থেকে আগত কিছু রোগী।[৩] তাহলে নীতিটা কিরকম দাঁড়াল? অনধিকারীদের চিকিৎসা দেওয়া এবং যার কেনার ক্ষমতা আছে তাকেও বিনামূল্যে চিকিৎসা দান। অত্যাধিক তেলা মাথায় তেল দেওয়া নিশ্চয়ই কোন বাঞ্ছিত মূল্যবোধের পরিচায়ক হতে পারে না। সর্বোচ্চ ধনী রাষ্ট্রেও যেমন আমেরিকায়, এতটা নবাবীর প্রশ্রয় দেওয়া হয় না সেখানেও রাষ্ট্রীয় আনুকূল্য প্রসূত চিকিৎসা কিছু নির্দিষ্ট অসহায় জনগোষ্ঠীর জন্য সংরক্ষিত।[৪] কিন্তু এখানে চিত্রটা এই রকম — কিছু সংখ্যালঘু সচ্ছল জনগোষ্ঠী নিজব্যায়ে চিকিৎসা কেনে, সংরক্ষিত সুবিধা ভোগ করে এবং সেইসঙ্গে সর্বজনীন ফ্রী চিকিৎসার একটি মোটা অংশ বাগিয়ে নেয়, আর অসচ্ছল ও হতদরিদ্র সংখ্যাগুরু মানুষের জন্য বরাদ্দ আছে কেবল সরকারি চিকিৎসার অবশিষ্টাংশ। এবার ই-এস-আই-এর কথাটা ভাবুন। যেসব শ্রমিক চাকরি করে, মোটামুটি কমবেশি নিয়মিত বেতন পায় তাদের কাছ থেকে নামমাত্র চাঁদা নিয়ে ই-এস-আই প্রকল্পে একটি গ্যারান্টিযুক্ত চিকিৎসা ব্যবস্থা গড়ে তোলা হয়েছে, কিন্তু অসংখ্য বেকার, প্রতিবন্ধী, অক্ষম ও কৃষিশ্রমিকদের জন্য কোনো সংরক্ষিত চিকিৎসা ব্যবস্থার কথা আমাদের মাথায় আসেই না। মূল্যবোধ এই পর্যন্ত।

❑ বিনামূল্যের বা ভরতুকি চিকিৎসা ঃ

এটা বোধ হয় জেনে রাখা ভাল যে, সমাজতান্ত্রিক চীন দেশেও একমাত্র ছাত্র ও সেনাবাহিনী ছাড়া আর কাউকে বিনামূল্যে চিকিৎসা বিতরণ করা হয় না ধনী পুঁজিবাদী দেশের মত সেখানেও বীমাপ্রথা আছে, ভোক্তাদের প্রিমিয়াম দিতে হয়।[৫] আসলে ফ্রী বা ভরতুকিযুক্ত স্বল্পমূল্যের চিকিৎসা সম্বন্ধে এক উদ্ভট মূল্যবোধ আমাদের সমাজে বেশ প্রবল। রামকৃষ্ণ মিশন পরিচালিত সেবা প্রতিষ্ঠান হাসপাতাল প্রায় আট মাস ধরে বন্ধ হয়ে গেছে সাধারণ কর্মীদের ধর্মঘটের ফলে। কর্মীরা সরকারি বেতন কমিশনের সুপারিশ অনুযায়ী বেতন চায়, কর্তৃপক্ষ বলছে যে, বর্দ্ধিত বেতন দেবার মত সঙ্গতি তাদের নেই, আর বামফ্রন্ট সরকার বলছে যে, সরকার নির্ধারিত বেতন চাওয়ার অধিকার কর্মীদের নেই, কারণ মিশন হাসপাতাল হল একটি 'সেবামূলক প্রতিষ্ঠান' এবং বামপন্থী স্বাস্থ্যমন্ত্রী স্পষ্ট ঘোষণা করেছেন যে, কোনো

বেসরকারী প্রতিষ্ঠানকে সরকারি হারে বেতন দেওয়ার কথা সরকার বলতেও পারেন না।[৬] এই প্রসঙ্গে সমাজের বহু বিশিষ্ট মান্যগণ্য ব্যক্তি(হাসপাতালের মত সেবামূলক অত্যাবশ্যক প্রতিষ্ঠানকে বন্ধ করে দেওয়ার জন্য কর্মীদের নিন্দা করেছেন। সেবা প্রতিষ্ঠানে কিন্তু বিনামূল্যে চিকিৎসা মেলে না, ওখানে চিকিৎসা কিনতে হয়। কিন্তু সেকথা ছেড়ে দিন, ধ(ন বিনামূল্যেই দেওয়া হয়। যে চিকিৎসাটা দেওয়া হয় সেটা কিন্তু বিনামূল্যে আকাশ থেকে পড়ে না, গাছেও ফলে না। শুধু চিকিৎসা নয়, খাদ্য, বস্ত্র প্রভৃতি যা কিছু দান করা হয়, দাতা নিজের পকেটের টাকা দিয়ে তা কিনে দান করেন। এটাই বি(ে সমাজের প্রথা, যারা অপরের সম্পত্তি লুঠ করে তার একাংশ দান করে তাদের কথা বাদ দিলে। অর্থাৎ চিকিৎসার উৎপাদনে খরচ পড়ে এবং কর্মীদের বেতনটা সেই খরচের মধ্যে পড়ে। মিশনের দানকার্যের মহানুভবতার খরচ নিম্নবিত্ত কর্মীরা জোগাবে কেন? অনিচ্ছুক কর্মীদের দিয়ে জোর করে দান করাবেন? অথচ মিশন কর্তৃপ(বা সরকার কেউই বলেননি যে, কর্মীদের বেতনের দাবীটা অন্যায্য। মান্যগণ্যদের বোধহয় আর একবার ভেবে দেখা উচিত যে জোর করে পরের টাকা নিয়ে দান করাটা বাঞ্ছিত মূল্যবোধ কিনা।

❑ কিছু খুঁটিনাটি বিষয় ঃ

সাম্প্রতিক কিছুকাল ধরে এদেশে — শুধু এদেশে নয়, সারা বি(ে — চিকিৎসা ব্যবস্থা এক নতুন রাজনৈতিক সংকটের মুখে পড়েছে। সেটা বলার আগে প্রচলিত চিকিৎসা ব্যবস্থার অন্তর্নিহিত কিছু সমস্যার উল্লেখ করব যেগুলি প্রত্যেকটি নিয়ে আলাদা একটি করে কাহিনী রচনা করা যায়। সরকারি চিকিৎসার অব্যবস্থা ও নীচু মান নিয়ে প্রায় সকলেই এমনকি স্বয়ং স্বাস্থ্যমন্ত্রী এমনকি মুখ্যমন্ত্রীও নিন্দা করছেন। কিন্তু বাস্তব চিত্রটা সকলেই এড়িয়ে যান। যে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে একটি মাত্র ডাক্ত(ার নিযুক্ত(সেখানে কি সুব্যবস্থা বা উচ্চমান আশা করা সঙ্গত? একজন ডাক্ত(ার কি প্রতিদিন ২৪ ঘন্টা কাজ করতে পারে? ঠিক তেমনি বড় হাসপাতালে ১০০টি শয্যায় ১৫০ টি রোগীর চিকিৎসা করতে হয়। আসলে অব্যবস্থা, ফাঁকিবাজী, অবহেলা, দায়সারা কাজের উৎসটা কাঠামোগত (structural)। গ্রামাঞ্চলে, যেখানে বেসরকারি ডাক্ত(ার দুর্লভ, সরকারি ডাক্ত(ারের প্রাইভেট প্র্যাকটিস আইনত নিষিদ্ধ অথচ শহরাঞ্চলে, যেখানে বহু বেসরকারি ডাক্ত(ার বা নার্সিং হোম আছে, সরকারি ডাক্ত(ারকে প্রাইভেট প্র্যাকটিস করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে। আবার দেখুন দৈনিক ৬-৭ ঘন্টা হাসপাতালে কাজ করার পর আরো ৬-৭ ঘন্টা মনোযোগ দিয়ে দিনের পর দিন প্রাইভেট প্র্যাকটিস করা কি কারো প(সম্ভব? কিন্তু শহরাঞ্চলে সরকারি ডাক্ত(ার নিয়মানুগ ডিউটি প্রতিদিন ২৪ ঘন্টা এবং তা সত্ত্বেও তারা প্রবল উদ্যমে প্রাইভেট প্র্যাকটিস করেন। বলাবাহুল্য, এক জায়গায় নিশ্চয়ই ফাঁকি বা দায়সারা কাজ হচ্ছে এবং সেটা কোথায় তা অনুমান করে নেওয়া যায়। আউটডোরে একজন ডাক্ত(ার দিনে কতগুলি রোগী দেখতে পারেন — এর কোনো নিয়মবিধি নেই ৩০ জন এলেও দেখতে হবে, ১৩০ জন এলেও দেখতে হবে এবং সেই সঙ্গে মান বজায় রাখতে হবে। ব্রিটিশ আমলে সরকারি ডাক্ত(ারদের বেতন তুলনামূলকভাবে অপে(াকৃত কম নির্ধারণ করা হত এই যুক্তি(তে যে, ডাক্ত(ার প্রাইভেট প্র্যাকটিস করে বাকিটা পুষিয়ে নেবে। সেই দৃষ্টিভঙ্গী আজো প্রচলিত এবং যাদের (ে ত্রে প্র্যাকটিস নিষিদ্ধ তারাও চেষ্টা করে বেআইনী পথে উপার্জন করতে এটা কর্তৃপ(ের উচ্চমহলের সবাই জানে। কিন্তু কেউ কিছু বলে না, দুর্নীতিটাই স্বীকৃত প্রথা হয়ে দাঁড়িয়েছে। স্বনামধন্য ডাঃ মণি ছেত্রীর প্রাইভেট প্র্যাকটিস নিষিদ্ধ ছিল কিন্তু তা সত্ত্বেও তিনি সারা চাকুরিজীবন ধরে সমাজের উচ্চ মহলে প্রকাশ্যে প্র্যাকটিস করেছেন এবং সকলের অবিমিশ্র শ্রদ্ধা অর্জন করেছেন। চিকিৎসা ব্যবস্থায় এইসব নীতিনিয়ম কারা চালু করল? এদেশের প্রশাসনিক নীতি অনুযায়ী অন্যসব বিভাগের মত চিকিৎসা বিভাগের প্রশাসনিক কর্তা হল আই-এ-এস অফিসার, চিকিৎসক নয়। জনস্বাস্থ্য ও চিকিৎসার (ে ত্রে স্বাধীন ভারতে যত নতুন প্রকল্প চালু করা হয়েছে তা রূপায়ণ করা হয়েছে এইসব অচিকিৎসক আমলাদের কর্তৃত্বে ও পরিচালনায়। এই অপ্রযুক্তি(বিদ আমলাদের বিশেষত্ব হল — তারা ৩-৪ বছর স্বাস্থ্য

দপ্তরে থেকে তারপরই অন্য দপ্তরে চলে যান, ফলে তাদের অবদানের কোনো হিসেব নিকেশ করা হয় না। সুযোগও নেই, এবং তাদের প(ও সিরিয়াসলি কিছু শেখার অবকাশ নেই, কারণ শিখে কী হবে এমন অসংখ্য নজীর আছে যে, এইসব উচ্চপদস্থ আমলারা সরকারি সুপারিশে বিদেশে গিয়ে স্বাস্থ্য প্রশাসনের কিছু শিখে আমাদের চিকিৎসা ব্যবস্থার নীতি ও কার্যত্র(মে ছেয়ে আছে। একটা সময় ছিল যখন এই ধারণা প্রচলিত ছিল যে উচ্চ মানের চিকিৎসা সরকারি হাসপাতালেই পাওয়া যায় এবং সেখানেই বিদ্বান, কুশলী ও দ(চিকিৎসকদের সমাবেশ। কিন্তু বর্তমানে এক বিপরীত ধারণা ত্র(মশ প্রসিদ্ধি লাভ করেছে যে, গু(ত্বপূর্ণ কিছু হলে খরচ করে নার্সিং হোমে চিকিৎসা করানোই মঙ্গ ল অর্থাৎ সুচিকিৎসা পেতে গেলে বেসরকারি চিকিৎসাই নিরাপদ। এই ধারণা ভ্রান্ত অথচ এতই চালু যে, এ নিয়ে দু'চার কথার কিছু বোঝানো শক্ত(। শুধু এটুকু বলছি যে, এদেশে বেসরকারি চিকিৎসা এক অন্ধকারময় জগত, এখানে কোনরকম নিয়মকানুন, নিয়ন্ত্রণ, নীতিবোধ কিছুই নেই — যা ইচ্ছা তাই করা যায় ও করা হয় কয়েক বছর আগে পশ্চিমবঙ্গ বিধানসভার একটি কমিটি সামান্য কয়েকটি নার্সিং হোমের কাজকর্ম তদন্ত করে যে রিপোর্ট দিয়েছে তা আতঙ্কজনক। অবশ্য ওই রিপোর্ট নিয়ে এতদিন কেউ কিছু করেনি। ওষুধের (ত্রেও চলছে অন্য এক অরাজকতা। আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞানে স্বীকৃত ও অনুমোদিত ওষুধের সংখ্যা কমবেশি ৫০০ হলেও হলেও ভারতের বাজারে বিত্র(ী হয় ৬০,০০০ ওষুধ এটা অবি(্বাস্য হলেও সত্যি এবং এই অসংখ্য অবৈজ্ঞানিক ওষুধ সরকারি লাইসেন্স নিয়েই বিত্রি(হচ্ছে, রোগীরা টাকা নষ্ট করে কিনছে এবং ব্যবহার করে শারীরিক (তির শিকার হচ্ছে।[৭] এইসব ব্যাপারগুলো মাথায় রেখে বর্তমান সংকটের বিষয়টা বোঝার চেষ্টা করা যাক।

❑ চিকিৎসানীতির সংকট ও মুক্তি(র (োগান ঃ

কল্যাণ রাষ্ট্রে মতাদর্শের পরিপূরক যে মূল্যবোধের কথা আগে বলা হয়েছে এবং যার ভেজালগুলোর উল্লেখ করা হল, তা প্রথমে রাষ্ট্রের উজ্জ্বল ভাবমূর্তি ও শাসকের জনসমর্থন অর্জনে সফল হলেও পরে সেটাই ত্র(মশ ফ্যাসাদের সৃষ্টি করল। দ্রুতবেগে অগ্রগামী আধুনিক চিকিৎসা বিজ্ঞানের চমকপ্রদ জীবনদায়ী ও নিরাময়কারী চিকিৎসা প্রত্রি(য়া যেমন সারা বি(্বে তার চাহিদা বাড়িয়ে দিচ্ছিল তেমনি তার দামও বাড়ছিল এবং ফলে, মানুষের কাছে সরকারি চিকিৎসার চাহিদা বাড়ছিল। ত্র(মশ জনগণ সরকারি চিকিৎসাকে সরকারের মহানুভবতার দা(ণ্য হিসেবে না দেখে তাদের ন্যায্য প্রাপ্য হিসেবে ভাবতে লাগল এবং সেটাই সংকটের সৃষ্টি করল — শুধু এদেশে নয়, ধনী দেশসহ সারা বি(্বে। ফ্রী চিকিৎসা দিলে আর তেমন জয়ধ্বনি ওঠে না কিন্তু না দিতে পারলে নিন্দা বদনাম জোটে। সমাজতান্ত্রিক দেশের সরকারের কোনো সমস্যা হয়নি কারণ সেখানে রাষ্ট্র শু(থেকেই সমগ্র জনগণের জন্য সমমানের চিকিৎসার ব্যবস্থা করেছিল। কিন্তু অন্য দেশে সমগ্র জনগণকে চিকিৎসা দেওয়ার ইচ্ছা বা পরিকল্পনা সরকারের ছিল না, ছিল সামান্য কিছু দা(ণ্য দিয়ে রাজনৈতিক সুনাম অর্জন করা এবং তাই, মাত্র এক চতুর্থাংশের জন্য আয়োজন করে সকলের জন্য দ্বার উন্মুক্ত(করা হয়েছে। এখন শাসকের ফ্যাসাদ হল — সবাইকে ফ্রী চিকিৎসা দিতে গেলে রাজকোষ শূণ্য হয়, শোষণের মজাটা অন্তর্হিত হয়, প্রাইভেট চিকিৎসার বাজারটাই তুলে দিতে হয়, অন্যদিকে তা না দিতে পারলে ভোটের বাক্সে টানাটানি পড়ে। এই রাজনৈতিক সংকট থেকে মুক্তি(র উদ্দেশ্যে তৈরী হল এক আন্তর্জাতিক জনস্বাস্থ্য ও চিকিৎসানীতি যা রাষ্ট্রসংঘের বি(্বে স্বাস্থ্য মাধ্যমে আত্মপ্রকাশ করল — '২০০০ সালে সবার জন্য স্বাস্থ্য'।[৮] এই নীতির কায়দাটা বুঝতে গেলে 'জনস্বাস্থ্য' ও 'চিকিৎসা' এই দুটি কথার অর্থ জেনে নেওয়া দরকার। কারো রোগ হলে তার নিরাময়ের জন্য যে ডাক্ত(ারি প্রত্রি(য়া প্রয়োগ করা হয় তার নাম 'চিকিৎসা'। যেসব উপাদান রোগের উৎপত্তি ও আবির্ভাবকে আটকায় এবং স্বাস্থ্যের উন্নতি করে তার নাম 'জনস্বাস্থ্য'। চিকিৎসার মধ্যে আছে ডাক্ত(ার, নার্স, হাসপাতাল, ওষুধ প্রভৃতি। জনস্বাস্থ্যের মধ্যে ধরা হয় খাদ্য, বস্ত্র, আবাসন, বিশুদ্ধ পানীয় জল, আবর্জনা নিষ্কাশন, পরিবেশ দূষণ

রোধ, স্বাস্থ্য, শি(া, উপার্জনকারী কর্মসংস্থান প্রভৃতি এবং তার সঙ্গে টিকাদানের মাধ্যমে রোগ নিরোগের প্রত্রি(য়াকে। নতুন আন্তর্জাতিক নীতিকে বলা হল — চিকিৎসা দিয়ে মানুষের স্বাস্থ্যের উন্নতি কখনো হয় না স্বাস্থ্য র(াও সম্ভব নয়, চিকিৎসা ব্যবস্থার প্রতি দৃষ্টি নিবদ্ধ করার ফলেই মানুষের স্বাস্থ্যের মানোন্নতি করা যাচ্ছে না। আসলে অগ্রাধিকার দিতে হবে জনস্বাস্থ্য ব্যবস্থাকে, চিকিৎসার প্রতি গু(ত্ব কমাতে হবে। আধুনিক চিকিৎসা সবাইকে দেওয়া সম্ভবও নয়, প্রতিটি দেশকে তার নিজস্ব দেশজ প্রাচীন ঐতিহ্যপূর্ণ চিকিৎসা পদ্ধতির সংস্কার সাধন করে চিকিৎসা-বঞ্চিত মানুষের প্রয়োজন মেটাতে হবে। পশ্চিমী চিকিৎসা পদ্ধতির অনুকরণ বন্ধ করতে হবে, কারণ তা প্রাচ্য জনগণের অনুপযোগী। চিকিৎসার (ত্রে স্বনির্ভর হতে হবে। আমরা ও চিকিৎসকের উপর নির্ভরতা কমাতে হবে, জনগণের স্বাস্থ্যের ভার জনগণের হাতে তুলে দিতে হবে। এভাবেই আনা যাবে ২০০০ সালের মধ্যে সবার জন্য স্বাস্থ্য। এই নীতি ভারত সরকার মেনে নিল ১৯৭৮ সালে এবং তার উপর ভিত্তি করে রচিত হল ১৯৮২ সালে প্রথম লিখিত সরকারি স্বাস্থ্যনীতি।[৯] আন্তর্জাতিক নীতির কিছু চটকদারী (-াগান ও তার সঙ্গে পাঞ্চ করা কিছু বৈজ্ঞানিক ও ভুয়ো বৈজ্ঞানিক সূত্রের ধাক্কায় বিভ্রান্ত হয়ে দেশের প্রগতিশীল ও স্বাস্থ্য বিজ্ঞানী মহলেও অধিকাংশই এই নীতিকে সোৎসাহে সমর্থন জানালেন। অনেকে অনুপ্রাণিত হয়ে বললেন — চিকিৎসা(ত্রে সাম্রাজ্যবাদী শোষণকে (খতে হলে দেশজ চিকিৎসা পদ্ধতিকেই উন্নত করে ব্যবহার করতে হবে পশ্চিমী চিকিৎসা আসলে দেহের (তি করে এবং রোগ নির্মূল করতে অ(ম, কিন্তু দেশজ চিকিৎসা পদ্ধতি যেমন জনগণের নিজস্ব কালচারের সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণ তেমনি নিরাপদ ও রোগ নির্মুলকারী। স্বাস্থ্য ব্যবস্থার প্রকৃত গণতন্ত্রীকরণ করতে হলে চিকিৎসা ব্যবস্থার বিকেন্দ্রীকরণ করে 'জনগণের স্বাস্থ্য' জনগণের হাতে দিতে হবে। এইসব চটকের আবরণ সরিয়ে প্রকৃত অর্থ বোঝার চেষ্টা করা যাক।

❑ 'সবার জন্য স্বাস্থ্য' (-াগানের উদ্দেশ্য ঃ

জনস্বাস্থ্যের উপাদান দিয়েই স্বাস্থ্যর(া ও মানোন্নয়ন করা যায়, শুধু চিকিৎসা দিয়ে হয় না— এটা সত্যি, কিন্তু পুরো সত্যি নয়, আসলে এই দুই ব্যবস্থার মধ্যে কোনো দ্বন্দ্ব বা বিরোধ নেই, বরং একে অপরের পরিপূরক। রোগে আত্র(ান্ত ব্যক্তি(র জন্য চাই চিকিৎসা, জনস্বাস্থ্য দিতে গেলে সে মারা যাবে। নীরোগ ব্যক্তি(র রোগ আটকাতে গেলে চাই জনস্বাস্থ্য, চিকিৎসা তার দরকার নেই। চিকিৎসায় গু(ত্ব দেওয়ার ফলে জনস্বাস্থ্যের (তি হচ্ছে — এটা মিথ্যকথা তো বটেই, যেসব বিদেশী পন্ডিত একথা বলেন তারা মিথ্যা জেনেই বলেন। আসলে দুটোই চাই, পর্যাপ্ত পরিমাণে এবং সমবন্টনের ভিত্তিতে, যার যেটা দরকার তাকে সেটা দিতে হবে। সাম্রাজ্যবাদী শোষণের কথাটাও সত্যি কিন্তু দেশজ চিকিৎসা দিয়ে তা রোধ করা যাবে না। প্রথমত, দেশজ চিকিৎসার (-াগানে এক বিরাট ফাঁকিবাজী আছে। দেশজ চিকিৎসা বরাদ্দ হচ্ছে শুধু গরিবের জন্য, সচ্ছলের জন্য পশ্চিমী চিকিৎসা থাকছে এবং তার বাড়বাড়ন্তও অব্যাহত থাকবে। দ্বিতীয়ত, একটু নজর দিলেই পশ্চিমী চিকিৎসার উপাদান ও উপকরণ উৎপাদনে আমরা স্বনির্ভর হতে পারি, আমদানীর পরিমাণকে তুচ্ছ পর্যায়ে নামিয়ে আনা যায়। অবশ্য যেসব অত্যাধুনিক সূক্ষ্ম স্তরের সাজসরঞ্জাম চালু হচ্ছে তা আমদানী করতে হবে, কিন্তু তার খুব কমই সাধারণ জনগণের চিকিৎসার কাজে লাগে। তৃতীয়ত, দেশজ চিকিৎসার প্রতি সাম্প্রতিক প্রেমেও অনেকটা ভেজাল আছে। জাতীয়তাবাদের অভ্যুত্থানে ও ভারতীয় অস্তিত্ববোধ গঠনের তাগিদে এই শতকের শু(তে স্বদেশী আন্দোলনে (-াগান উঠেছিল দেশজ চিকিৎসার পুন(জ্জীবনের। স্বাধীনতার পর জাতীয় সরকারও দেশজ চিকিৎসা তো বটেই সেইসঙ্গে বিদেশী হোমিওপ্যাথীর প্রতিও আনুকূল্য দেখান, চিকিৎসার চাহিদা মেটাবার উদ্দেশ্যে। বহু পন্ডিত ব্যক্তি(ও প্রায়শ এই কথা বলেছেন। কিন্তু কাজের কাজ এখনো পর্যন্ত কিছু দেখা যায় নি। দেশজ চিকিৎসা পদ্ধতি নিয়ে যেটুকু গবেষণা এ পর্যন্ত হয়েছে তাতে শুধুমাত্র দু'চারটি ওষুধের উৎসসন্ধান মিলেছে এবং জানা গেছে যে জনস্বাস্থ্যের (ত্রে দেশজ চিকিৎসার কোনো অবদান নেই। একটা মজার ব্যাপার চোখে পড়ে — এ বিষয়ে দেশজ প্রথার চিকিৎসকদের তেমন আগ্রহ দেখা যায় না এবং যারা নীতি হিসেবে দেশজ চিকিৎসা প্রচলনের দাবিতে সোচ্চার

তারা নিজেদের প্রয়োজনে পশ্চিমী চিকিৎসার দিকে ঝোঁকেন।

তাই মনে হয়, নতুন আন্তর্জাতিক নীতির মূল ল(্যে হল রাষ্ট্রের ঘাড় থেকে জন-চিকিৎসার দায়দায়িত্ব কমানো এবং (োগান ও তত্ত্ব দিয়ে তাকে গ্রহণযোগ্য করে তোলা। জনস্বাস্থ্যের (েত্রে অগ্রাধিকার দেওযার নীতিকে অবশ্যই বাঞ্ছনীয় কিন্তু আশংকা হয়, ওটা শুধুই কথার কথা। খাদ্য-বস্ত্র-আবাসন-জল-কর্মসংস্থানের দাবী ভারতের জনগণের সর্বজনীন দাবী। এতদিন কিছু হল না কিন্তু এখন স্বাস্থ্যনীতি রূপায়নের তাগিদে শাসকশ্রেণী জনগণের ঐ সর্বজনীন দাবী এবারে মিটিয়ে দেবে এটা কি বি(্বাসযোগ্য? যেদিন কোনো এক সরকার জনস্বাস্থ্যের দাবী মেটাতে উদ্যোগ নেবে সেদিনও কিন্তু চিকিৎসার প্রয়োজন থাকবে এবং সেটা আগের মতই জ(রী হবে। তাই যে নীতি চিকিৎসার গু(ত্ব কমিয়ে দিতে বলে, কোন ধরনের মূল্যবোধ থেকে সেই নীতির উদ্ভব তা সহজেই অনুমান করা যায়। বিপদটা এখানেই যে, শাসকের সংকীর্ণ শ্রেণীস্বার্থবাহী এই মূল্যবোধই চটকদারী (োগানের মাধ্যমে আধুনিক জনস্বার্থবাহী মূল্যবোধ হিসেবে প্রতিভাত হয়েছে। স্বাস্থ্য ও চিকিৎসা(েত্রে জনগণের বর্তমান মূল্যবোধের মধ্যে যে ভেজালগুলি আলোচনার মধ্যে ধরা পড়ল তা দূর করতে পারলে এক গণতান্ত্রিক মূল্যবোধ গড়ে তোলা যায়, যার মর্মবস্তু হবে — চিকিৎসা ও জনস্বাস্থ্য দুটোই চাই, জনস্বাস্থ্য কার্যত্র(মের পুরো দায়িত্ব রাষ্ট্রের এবং সেই (েত্রে বেসরকারি কাজকর্ম রাষ্ট্রকে নিয়ন্ত্রণ করতে হবে, যতদিন চিকিৎসার (েত্রে প্রাইভেট প্র্যকটিস থাকছে ততদিন সেই জনগোষ্ঠীর চিকিৎসার ভার রাষ্ট্রকে নিতে হবে যাদের বাজার থেকে চিকিৎসা কেনার (মতা নেই এবং সরকারি হাসপাতালের দ্বার (দ্ধ থাকবে তাদের জন্য যাদের চিকিৎসা কেনার (মতা আছে এবং যাদের অন্যত্র চিকিৎসার ব্যবস্থা আছে। অর্থাৎ রাষ্ট্রীয় চিকিৎসা ব্যবস্থার বন্টনব্যবস্থা বৈষম্যমূলক করতে হবে। সমবন্টনের নীতি যদি গণতান্ত্রিক মূল্যবোধের অঙ্গ হয় তাহলে সেই পুরোনো তত্ত্বটি আবার নতুন করে বোঝার দরকার আছে যে যাদের নেই তাদের দিকে প(পাতিত্ব করলে তবেই সমবন্টনের ল(্যে যাত্রা শু(হয়।

❑ উৎসনির্দেশ ঃ

১। ভারতের সংবিধানের ৪৭ নং ধারা এবং ২৪৬ নং সম্পর্কিত সপ্তম তফশীলের রাজ্য তালিকায় ৬ নং সূত্রে পাওয়া যাবে।

২। সমী(াটি করেছে বোম্বাই-এর 'ফাউন্ডেশন ফর রিসার্চ ইন কমিউনিটি হেলথ' সংস্থা।

৩। অনুসন্ধান করেছে পশ্চিমবঙ্গের সরকারি ডাক্ত(ারদের সংগঠন 'হেলথ সার্ভিসেস অ্যাসোসিয়েশন, ওয়েষ্ট বেঙ্গল', উল্লেখ করা হয়েছে সরকারি প্রশাসনিক সংস্কার কমিটি-র কাছে পেশ করা স্মারকলিপিতে।

৪। এই বিষয়ে অসংখ্য বইপত্র আছে। আমেরিকায় 'মেডিকেয়ার' প্রকল্পে শিশুদের চিকিৎসা এবং 'মেডিকেড' প্রকল্পে বৃদ্ধদের চিকিৎসা দেওয়া হয়। বাকিদের জন্য অনেকের বীমাপ্রথার ব্যবস্থা আছে। ধনী দেশগুলিতে অধিকাংশ নাগরিকই বীমাপ্রথার অন্তর্ভুক্ত(।

৫। J. E. Rohde : Health for All in China, in Practising Health for All, Ed. D. Morley, J. Rohde & G. Williams, OWP, 1983.

৬। আনন্দবাজার পত্রিকা ২১ ডিসেম্বর, ১৯৯১।

৭। পশ্চিমবঙ্গের 'ড্রাগ অ্যাকশন ফোরাম' প্রকাশিত পুস্তিকাগুলিতে ওষুধ জগতের নারকীয় চিত্র উদঘাটিত হয়েছে।

৮। WHO & UNICEF : Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata USSR, 1978.

৯। National Health Policy : Government of India, Ministry of Health & F.W. 1982.

[পুন প্রকাশিত]

Gwangju Prize : Acceptance speech of Dr Binayak Sen

I am greatly honored to be chosen as the 2011 recipient of the prestigious Gwangju Prize for Human Rights. It is indeed an honour not just for me but also the countless other human rights workers struggling to establish justice, peace ad equity all over India, including Chhattisgarh where I live and work. Let me begin by thanking all those who have taken the time to advocate about me and on behalf of me, and then take this opportunity to speak for myself and in my own words.

I would like to thank the people of South Korea and in particular the citizens of Gwangju whose historic struggles have freedom, democracy and justice core values of their society. The martyrs of Gwangju will remain an inspiration to people all over Asia as we struggle to make the world a better place.

First, I shall try to briefly clear up some possible misconceptions about myself. I did not violate any laws and never was disloyal to the people of my country. I condemn, unequivocally, all violence by any all individuals and agencies. I believe that violence is an invalid and unsustainable approach to achieving goals, whether these are the goals of the state or the goals of individuals operating outside the law. Because the state is sworn to uphold the Constitution, I believe we are entitled to hold agents of the state to a higher standard than we hold outlaws. As members and office-bearers of the People's Union for Civil Liberties, it is the responsibility of my colleagues and myself to help hold the state accountable to the promises of the Indian Constitution.

But the state does only consist of the government or its agencies. As a society, we are all part of the state, and there would be no state without us. We often tend to think of violence only in terms of the use of weapons and explosives against others. However, there is another form of violence in society, which is structural in nature, which I believe is even more pervasive and pernicious than guns and bombs because it is all around us and we have stopped noticing it. It is this other form of violence that concerns me as paediatrician and public health physician.

I would like to begin my speech here today by first telling you very briefly about myself and my work but follow this with my perspectives on what is happening in my home country India, which is home to over one-sixth of all humanity on this planet. I will also try to deal with the global context which is affecting the health and human rights situation in India.

It was nearly four decades ago that I, as a pediatrician trained at the Christan Medical College. Vellore in southern India after a brief stint at the Jawaharlal Nehru University in New Delhi decided to go and work in Chhattisgar. My graduate thesis at CMC had focussed on severe malnutrition in children and the theme of nutrition and its interface with health and well being has been a life-long area of concern for me.

Chhattisgarh, a province in Central India that till ten years ago used to be part of the larger province of Madhya Pradesh, was created in 2000 as a separate state ostensibly to benefit the large population of indigenous people or 'adivasis' there.

However, Chhattisgarh is also the most mineral rich state in the country and iron-ore, limestone, dolomite, coal, bauxite are found in abundance. The province also produces 20% of the India's steel and cement and is also a major centre of thermal power production. Much of the mineral resource lies below adivasi lands. Yet throughout India as well as in Chhattisgarh, the adivasis are a much-neglected group, long deprived of such basics as nutritional security, health care and education, who are now also suffering displacement from their natural habitat and their traditional livelihood resources as politically favoured commercial interests seek to exploit the state's vast mineral wealth in their lands.

When we first arrived here my wife Dr. llina Sen (who is sociologist with a special interest in gender studies) and I, decided to work with the Chhattisgarh Mines Shramik Sangh (CMSS) which was a unique trade union movement among mining and steel plant workers led by the legendary Shankar Guha Niyogi. Under Niyogi's leadership the mine workers' organization led a militant struggle for the rights of indigenous, contractual mine workers, and combined this with a strong commitment to social initiatives that were anchored in the strength of the people. The idea of basing health outreach programmes on the strength of community based health workers was born here. In the mid-eighties we moved to the capital city of Raipur and founded Rupantar, a community-based non-government organization (NGO) that aimed at an integrated approach to health care and human rights, including women's rights and food security. Using this platform we contributed to the mainstreaming of health worker based community health programmes that has now been adopted nationally in India. However, my health work in Chhattisgarh for the last 30 years has demonstrated to me again and again that there is a clear relationship to peoples' nutrition social, economic and political well being and the state of their health. Health can never exist in isolation and without a broader concept of entitlements.

My participation in human rights work started with my joining the People's Union for Civil Liberties (PUCL), a long-established and respected Indian human rights organization established by the late Jai Prakash Narayan during the dark days of the Emergency when the liberty of speech and expression of ordinary citizens stood suspended. When the new state of Chhattisgarh was formed. I became the secretary of the PUCL in Chhattisgarh and in the course of time, its National Vice-President. A lot of my human rights work consisted of highlighting the deprivations of the tribal communities and exposing instances of state insensitivity as well as police atrocities against them.

This was a period when the government of Chhattisgarh was engaged in a major project of land acquisition and mega development that deprived the adivasis of their access to common property resources in land, water and forest, as well as existing livelihood option. State action in the forested parts of the province, ostensibly against the Maoists, severely compromised normal life, with repressive laws, police brutality, and the sponsorship of a vicious civilian militia or vigilante group called the Salwa Judum. On behalf of the PUCL, my colleagues and

I organised objective enquires into the atrocities of this militia. We also led enquiries into so called “encounter killings”, by which security agencies sometimes secretly liquidate suspected militants. One such enquiry ultimately led to registration of criminal cases and issuing of arrest warrants against eight erring police officers, much to the discomfort of the state police.

The PUCL has also strongly criticized over the years the forced displacement of the adivasis without proper rehabilitation and without sharing with them the fruits of economic devolopment which is mainly based on exploitation of mineral wealth located in their natural habitat.

Almost certainly because of my growing involvement in human rights work and exposure of state atrocities on indigenous populations on 14 May 2007, I was detained for allegedly supporting the outlawed Maoists, thereby violating the provisions of the Chhattisgarh Special Public Security Act 2005 (CSPSA) and the Activities (Prevention) Act 1967, and for indulgence in seditious activity.

On 24 December 2010 a lower court in Raipur sentenced me along with two others to rigorous life impresonment for ‘sedition’, under an outdated colonial-era law that was formulated by our imperial masters in the nineteenth century, and used for long against fighters for India’s freedom from British rule.

Today, as I stand before you here in Gwangju I have been freed on bail by the Supreme Court of India which in a hearing on 15 April has said clearly that the laws on sedition has been wrongly applied in my case and there is no evidence at all for such a charge. My appeal to overturn the conviction and sentence of the imprisonment continues at the Chhattisgarh High Court and I am determined to fight the case till it is finally established that my actions were always in the interst of justice with equity, and were never seditious in nature.

What I have said so far about Chhattisgarh, applies today to all of India. India the country I belong to, is an ancient and great nation. It is a land of stupendous deversity of people, cultures, languages and ethnicities. It is a land that gave rise to at least four major religions of the world Hinduism. Buddhism, Jainism and Sikhism and to numerous great philosophers, mathematicians, physicians and social revolutionaries.

Today, India is considered around the world as a rapidly developing country posting economic growth rates of around 8-9 percent consistently over the last several years. Along with China, which is much further ahead, India is seen as a powerhouse of the global economy in the decades to come and already it is home to a very large number of doller billionaires, perhaps the largest such number in Asia.

In our own times as we look around this vast and populated country though the picture that one sees is not as rosy as it is made out to be. India is also home to the world’s largest number of people living in absolute poverty. In 2007 a study on the unorganized sector in India, based on government data for the period between 1993-94 and 2004-05, found that an overwhelming 836 million people in India live on a per capita consumption of less than Rs 20 or 0.50 US cents a day. (1)

In 2010 a UNDP / Oxford University study, using a new Multi-dimensional Poverty Index (MPI), said that eight Indian provinces alone have more poor than 26 African nations put

together. The report said that acute poverty prevails in Bihar, Chhattisgarh, Jharkhand, Madhya Predesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh and West Bengal which together account for 421 million people, 11 million more "MPI poor" than in the 26 poorest African countries.

As a physician and a pediatrician in particular what concerns me is that such absolute poverty among such large numbers of people really translates into a major health disaster the proportions of which can only be called genocidal. I have a specific technical reason for using the word genocide and do not wield it in a rhetorical manner.

The Indian National Nutrition Monitoring Bureau (NNMB) tells us that over 33% of the adult population of India has a Body Index of less than 18.5 and can be considered as suffering from chronic under nutrition. If we disaggregate the data. we find that over 50% of the scheduled tribes (Adivasis), and 60% of the scheduled castes (dalits) have a BMI below 18.5.

The WHO says that any community with more than 40% of its members with a BMI below 18.5 may be regarded as being in a state of famine. By this criterion there are various subsets of the population of India-the scheduled tribes, scheduled castes, – which may be regarded as being permanently in a state of famine.

So it is not any general population that is suffering the consequences of poverty-induced malnutrition but specific ethnic groups and hence my use of the term 'genocide' as per the United Nations definition. All this is, of course, in addition to the mundane reality, to which we have become inured, of 43% of children under 5 in India being malnourished by weight for age criteria has the world's largest number of malnourished children and according to the UNICEF over 2 million Indian children die every year due to malnutrition related diseases.

I want to bring to your and indeed the attention of the world that it is precisely this section of the population, that is stricken by famine, that is today the principal target of a widespread policy of expropriation of natural and common property resources, in a concerted and often militarized programme run by the Indian state.

For a long time, despite their cash poverty, the Adivasis of central India, living in extreme poverty, nevertheless survived through their access to common property resources- the forest, the rivers, and land- all of which are now under a renewed threat of sequestration and privatization as global finance capital embarks on its latest phase of expansion. The doctrine of eminent domain vests ultimate ownership of all land and natural resources in the state. Under cover of eminent domain, vast tracts of land, forest and water reserves are being handed over to the Indian affiliates of international finance capital.

Land acquired from ordinary people in Chhattisgarh, as also in other parts of India, has been handed over to the industrial houses for the purpose of mining or building large steel and power plants. With a few honourable exceptions, the personnel articulation the agency of state power have almost uniformly possessed a colonial mindset. It is not as if the people have not resisted. The forced takeover of indigenous land is being met with resistance that is multi hued, yet the state has chosen to brand it under the single category of Maoist, and has met it with brutality and human rights violations. The social fabric in many of these regions is today polarized

beyond immediate rectification, and the deep fissures in our society will take time to heat.

Ladies and Gentlemen, on this solemn occasion, I would like to make an appeal to all of you. In the times we live while oppression is most actualy mainfested in remote and local places like Baster district of Chhattisgarh the truth is that the forces behind such oppression are often global in nature. It is well recognized now that the tsunami-like flow of capital around the world is a source of tremendous tragedy for many communities around the world which do not fit into the idelogically straitjacketed confines of the 'market economy'.

Countries like South Korea that have suffered the ravages of colonialism in the past and risen from the ashes of the Second World War to become industrially and econimically leading nations of the world have a special responsibility today. It is the responsibility of ensuring that they do not do the kind of violence and exploitation to the people of the Third World what they themselves were subjected to in the past by others.

I want to bring up the specific case of the South Korean steel giant POSCO which has embarked on a USD 12 billion dollar project in the Indian state of Orissa, which at USD 12 billion to mine iron ore, build a port and a mega-steel plant.

Indian activists have pointed out repeatedly that from a national point of view the MoU signed by the Orissa government with POSCO to give it the rights to mine over 600 million tonnes of high grade iron ore is a scam of immense proportions. According to the original MoU, the royalty that POSCO will pay for the iron ore is around Rs. 24 per tonne whereas the selling price in the international market is around Rs. 5000 today. Besides all this POSCO and its investors from around the world are to be illegally given nearly 5000 acres of land that was originally forest land and connot be used for any other purpose under Indian law without the consent of forest dwelling people.

For more than five years now the POSCO Pratirodh Sangram Samity (PPSS), a local people's movement in Jagatsingpur district, has been bravely resisting the POSCO Project which theatens the livelihood of thousands of agriculturists, workers and small businesses in the area besides devastating the local enviornment and ecology. Over 30,000 people, mostly farmers and fisherfolk are expected to the displaced.

Even as we speak here today large contingents of the Orissa police are moving into the villages settled on the targeted land for the POSCO project to uproot local communities using brute force. I would like to appeal to the South Korean people and the people of Gwangju in particular to strongly oppose the POSCO project in solidarity with the brave farmers and fishermen of Jagatsingpur. POSCO should withdraw its investment in this project immediately and an inquiry launched in both South Korea and India into the circumstances under which such a project was considered and cleared.

The spirit of the Gwangju Prize for Human Rights calls upon all of us to continue to oppose violations of human rights in every form, wherever it occurs and whatsoever the costs of such opposition. We remain committed to Peace, but realize that there cannot be any peace without

স্বাস্থ্য ব্যবস্থা —

অনিশ্চিত 'নিশ্চয় যান', 'মাতৃ - যান' উচাটন

— গৌতম মৃধা

equity and social justice. I am confident that my appeal to you will be heard and responded to and the solidarity of the South Korean people will forever remain with the oppressed people of India and other parts of Asia and the world. Thank you.

গতবার দুর্গা পূজোতেও রাজ্যের সমস্ত প্রান্তে এ ধরণের শারদীয়া সংখ্যাগুলোতে স্বাস্থ্য দপ্তরের অন্যান্য বিজ্ঞাপনের মতন হাসপাতাল রোগী কল্যাণ সমিতির নামে পুরো পাতা জোড়া নিম্নলিখিত বিজ্ঞাপনটি সকলের দৃষ্টি আকর্ষণ করেছিল।

'জননী সুর(া যোজনা'র মাধ্যমে প্রসূতি মায়েদের প্রাপ্ত সুবিধা ঃ

বাড়ি থেকে হাসপাতালের দূরত্ব	**রেফারেল ট্রান্সপোর্ট**	**ইনষ্টিটিউশনাল ডেলিভারি**	**মোট**
০ - ১০ কি.মি.	১৫০ টাকা	৫০০ টাকা	৬৫০ টাকা
১০ - ২০ কি. মি.	২৫০ টাকা	৫০০ টাকা	৭৫০ টাকা
২০ - ৩০ কি. মি.	৩৫০ টাকা	৫০০ টাকা	৮৫০ টাকা
৩০ কি.মি.-র উর্দ্ধে	৪৫০ টাকা	৫০০ টাকা	৯৫০ টাকা
পৌরসভার (ে ত্রে	১৫০ টাকা	৫০০ টাকা	৬৫০ টাকা

'ইলনেস অ্যাসিসট্যান্স ফান্ড' থেকে বি. পি. এল. / তফশীলী জাতি / উপজাতিদের প্রাপ্ত সুবিধা ঃ
এককালীন সর্বোচ্চ ২,০০০ টাকা ও অর্থোপেডিক রোগীর (ে ত্রে সর্বোচ্চ ৫,০০০ টাকা।

তারপরই আমলাবাবুদের কি মনে হল। গরীব মানুষকে 'রেফারেল ট্রান্সপোর্ট' অর্থ দেওয়াটা তারা বোধহয় অপচয় মনে করলেন। স্বাস্থ্য ভবনের ঠাণ্ডা ঘর থেকে আদেশনামা বের হল। না, আর গরীব মানুষদের 'রেফারেল ট্রান্সপোর্টের টাকা দেওয়া যাবে না। পরিবর্তে প্রসূতি মায়েদের দোরগোড়ায় '**নিশ্চয় যান**' হাজির হবে। আসলে এই আমলারা অন্য হিসাবগুলো সকলের চাইতে ভাল বোঝেন। টেণ্ডার, নিয়োগ, গাড়ি কেনা, ঘর ভাড়া, যন্ত্র কেনা ইত্যাদি অনেক বেশী লাভজনক তাদের প(ে এবং জেলা - ব্লক অবধি বিস্তৃত তাদের দুর্নীতিচত্রে(র জন্য। ফালতু গরীব লোকগুলোর হাতে টাকা দিয়ে এই বিপুল টাকা এবং টাকা দিয়ে টাকা বাড়ানোর সম্ভাবনা নষ্ট করার কোন মানে হয় না। এখন থাকতে প্রসূতি মায়েরা গর্ভযন্ত্রণা (Labour pain) টের পেলেই তাদের মুঠি ফোন (Mobile Phone) থেকে নির্দিষ্ট 'টোল ফ্রি' নম্বরে ফোন করলেই অপর প্রান্তে সুরেলা কণ্ঠ তাদের অভ্যর্থনা জানাবে এবং দ্রুত প্রসুতি মায়েদের ঘরের দুয়ারে সুদৃশ্য অ্যাম্বুলেন্স হাজির হবে। অ্যাম্বুলেন্স চালক তাকে নিকটবর্তী প্রসবকেন্দ্রে পৌঁছে দিলে প্রসুতি মা তাকে একটি ভাউচারে সই করে দেবেন, প্রসবের পর বাড়ি ফেরার পর আরেকটি ভাউচারে সই করে দেবেন এবং প্রসবের জটিলতার জন্য তাকে যদি উন্নততর কেন্দ্রে রেফার করা হয় তাহলে তৃতীয় একটি ভাউচারে সই করে দেবেন। স্বাস্থ্য সেবিকারা (ANM) হাউস ভিজিটের সময় এই তিনটি ভাউচার প্রসুতি মায়েদের দেবেন। এই ভাউচারগুলি দেখিয়ে

অ্যাম্বুলেন্স চালকরা সরকারের থেকে অর্থ সংগ্রহ করবে। এই প্রকল্পের নাম দেওয়া হল **'নিশ্চয় যান' প্রকল্প**। উপর থেকে চেনা জানা কনসালটেন্ট নিয়োগ করা হল। তথাকথিত Public Private Mix (PPM) মডেলে প্রতি ব্লকে এক বা একাধিক অ্যাম্বুলেন্স কেনার (পড়ুন চেনা লোককে বা অর্থের বিনিময়ে পাইয়ে দেওয়ার) ধূম পড়ে গেল। অনেকটা কয়েক বছর আগের ঘটনার মত। যখন সিঙ্গুরে টাটাদের জন্য সরকারের জোর করে জমি অধিগ্রহণের বি(দ্ধে কৃষক প্রতিরোধ শু(হয়েছে। সেই সময়ে স্বাস্থ্য দপ্তরের আরেক উৎসাহী আমলা NRHM-র অর্থে ডেকে ডেকে প্রতিটি ব্লকে ক্লাব ও NGO দের টাটা কোম্পানীর অ্যাম্বুলেন্স বিতরণ করে (যে পরিষেবা অচিরেই মুখ থুবড়ে পড়ে) দু-তরফ থেকেই ভাল আমদানী করেন।

আমলাবাবুদের উর্বর মস্তিষ্ক। দার্জিলিঙ-সিকিম বা দার্জিলিঙ-ভূটান সীমান্তের দুর্গম পর্ব্বতে, উত্তরবঙ্গের চা-বাগান, বনবস্তী বা বাংলাদেশের মধ্যে থাকা ছিটমহলে, পশ্চিমাঞ্চলের জঙ্গলমহলে, নদীবেষ্টিত সুন্দরবন ও চর অঞ্চলগুলি সহ প্রতিটি প্রত্যন্ত গ্রামে প্রতিটি গরীব বা আদিবাসী পরিবারের প্রসুতিদের সেল ফোন থাকবে। তারা সব সময়েই সেল ফোন সঙ্গে রাখবে (বাবুরা জানেন না যে এইসব মহিলাদের প্রসবের আগে অবধি মাঠে-জঙ্গলে ও গৃহের কাজ করতে হয়)। সব সময়েই তারা টাওয়ার পাবেন ও টোল ফ্রি নম্বর পেয়ে যাবেন। ফোন করা মাত্র সেখানে অ্যাম্বুলেন্স হাজির হবে। আউটডোরের টিকিট হারিয়ে ফেলেন বা ভাজা ভাজা করে ফেলেন যারা, তারা যত্ন করে রাখবেন ভাউচার। কা(র আবার ঘরই নেই। আর প্রসব চলাকালীন বা প্রসবের জটিলতার সময়ে রেফারেল ভাউচারে সই করে তারা দেবেন চালকদের। একেক জায়গায় BPHC / Rural Hospital (কার্যত পশ্চিমবঙ্গে যেখানে সাধারণ প্রসব হয়) ও State General Hospital / Sub Divional Hospital (যেখানে সিজারিয়ান সেকশন হবার কথা)-র দূরত্ব একেক রকম। আসলে আমাদের কর্তা ব্যক্তি(রা দিগদ্রষ্টা। মাননীয়া মুখ্যমন্ত্রী অনেকদিন ধরে আমাদের কলকাতাকে লন্ডন, দার্জিলিঙকে সুইজারল্যান্ড, দীঘাকে গোয়া ও সুন্দরবনকে দ(িণ আফ্রিকা বানানোর স্বপ্ন দেখাচ্ছেন। ওনারাও আমাদের স্বাস্থ্য ব্যবস্থাকে মার্কিন যুক্ত(রাষ্ট্র বানাতে চাইলেন যেখানে ফোন থেকে একটি নির্দিষ্ট ডিজিট টিপলে আপৎকালীন অ্যাম্বুলেন্স এসে হাজির হয়।

ইতিমধ্যে অবশ্য এই নেতা-আমলারা কাজের কাজ করে নিয়েছেন (পড়ুন স্বাস্থ্য ব্যবস্থার তেরটা বাজিয়ে দিয়েছেন)। স্বাধীনতার পর থেকে এ রকম ভোজবাজি তারা অনেক দেখিয়ে এসেছেন। নব্বইয়ের দশকে SHSDP $_{II}$-র নামে পশ্চিমবঙ্গে বি(ে ব্যাঙ্কের কয়েক'শ কোটি টাকা স্বাস্থ্য খাতে বিনিয়োগ হয়। যথেচ্ছ বিদেশ-ভ্রমণ-ফূর্তি-ফাউভষ্টার খানাপিনা, দেদার অপ্রয়োজনীয় নিম্নমানের যনত্র কেনা, টাকা নিয়ে প্রচুর নিয়োগ (তাদের মাইনে) এই সব করেই টাকাগুলি তছনছ করে দেওয়া হয়। হাসপাতাল বা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার কোন উন্নতি করা হয় না। এবার যেটি করা হল তা আরও মারাত্মক। NRHM ও RCH প্রকল্প এবং কেন্দ্রীয় ও রাজ্য স্বাস্থ্য দপ্তরের পরিকল্পনা অনুযায়ী প্রতি পাঁচ হাজার জনসংখ্যায় (আদিবাসী অধ্যুষিত ও পাহাড়ি এলাকায় তিন হাজার জনসংখ্যায়) অবস্থিত উপস্বাস্থ্য কেন্দ্র (Sub Centre) গুলিকে IFID, NRHM-র টাকায় ঢেলে সাজানোর কাজ করা হল, ANM নিয়োগ হল যারা সেই গ্রামের স্থায়ী বাসিন্দা হবেন ও উপস্বাস্থ্য কেন্দ্রের দোতলায় আবাসনে থাকবেন এবং প্রতি হাজার জনসংখ্যায় ASHA দের IMNCI প্রভৃতি আধুনিক প্রশি(ণ দেওয়া হল। এসব করা হল উপস্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিরাপদ প্রসবের (Safe Delivery) জন্য। গ্যারাজ ও অ্যাম্বুলেন্সের সংস্থান করা হচ্ছিল প্রয়োজনীয় রেফারেলের জন্য। কেনা হল প্রচুর যন্ত্রপাতি - সরঞ্জাম।

গ্রামের গরীব প্রসুতিদের নিরাপদ প্রসব ও পরিষেবা দেওয়া এদের আসলে উদ্দেশ্য নয়, এদের আসল উদ্দেশ্য নির্মাণ, নিয়োগ, কেনাকাটার মাধ্যমে অঢেল অর্থ উপার্জন। সেটাই হল। এই ব্যাপক আত্মসাতের পর কৌশলে, অলিখিত নির্দ্দেশ ও লিখিত আদেশবলে বলা হল যে তারা 'বোধিসত্ত্ব' লাভ করেছেন এই জ্ঞান অর্জনে যে উপস্বাস্থ্য কেন্দ্র করে

কোয়ালিটি ডেলিভারি সম্ভব নয়। তাই উপস্বাস্থ্য কেন্দ্রে ডেলিভারি করার দরকার নেই, 2nd ANM দের আবাসনে- ও সবসময়ে থাকার প্রয়োজন নেই, 2nd ANM দের আবাসনকে ভেঙ্গে সভাস্থল (Meeting Hall) করা হোক ইত্যাদি। Institutional Delivery তে উৎসাহ দিতে প্রশি(ণ প্রাপ্ত দাইরা institution এ কেস আনলে যে সামান্য সাম্মানিক পেত বন্ধ করে দেওয়া হল। অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা বন্ধ করে PPP Model 'নিশ্চয় যান' প্রকল্প শু(করা হল।

আরও একধাপ এগিয়ে তারা ঘোষণা করলেন যে প্রতি ত্রিশ হাজার জনসংখ্যায় (আদিবাসী অধ্যুষিত ও পাহাড়ি এলাকায় প্রতি কুড়ি হাজার জনসংখ্যায়) যে Primary Health Centre (PHC) আছে সেখানেও Normal Delivery হবে না। কেবলমাত্র BPHC / RH এবং তাদের অন্তর্গত একটি PHC কে চিহ্নি(ত করে নতুনভাবে পুনর্নির্মাণ ও আবাসন তৈরী করে (আরো টাকা আসবে) সেখানে প্রসবের ব্যবস্থা করা হবে। এইসব প্রকল্পের অনেক পোশাকী নাম দেওয়া হল। কোথাও SNSU, কোথাও SNCU ইত্যাদি করা হবে বলে অনেক টাকার প্রকল্প ফাঁদা হল। আরও টাকা, আরও মুনাফা চাই। মোদ্দা কথা হল এত বছরের সাত-কান্ড-রামায়ণ পড়ানোর পর কোটি কোটি টাকা বিনিয়োগের পর গ্রামের সাধারণ মানুষ কি পেলেন — উপস্বাস্থ্য কেন্দ্রের দিদিমণিরা কিছু সময়ের জন্য টীকে দেবেন, প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আধা ডাক্ত(ারবাবু বা স্বাস্থ্যকর্মীরা কিছু সময়ের জন্য রোগী দেখবেন ও কিছু বড়ি দেবেন। সাধারণ প্রসবের জন্য তাদের রাতবিরেত দুস্তর খানাখন্দ নদীনালা পেড়িয়ে ছুটতে হবে ব্লক প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে বা গ্রামীণ হাসপাতালে। আবার সামান্য জটিলতা দেখা দিলে ঘটিবাটি বেচে সেখান থেকে ছুটতে হবে মহকুমা হাসপাতাল/জেলা হাসপাতাল/মেডিকেল কলেজে।

আগেই বলেছি এই সব নেতা - আমলারা জ্ঞানীগুণী মানুষ। তারা অনেক বছর রাজনীতি করে (মতাসীন হয়েছেন, কেউবা উচ্চ শি(ার পর আই. এ. এস. হয়েছেন, কেউবা চিকিৎসাশাস্ত্রে স্নাতক হয়ে অনেকদিন প্রশাসন ঘাটছেন। এদের মস্তিষ্ক সব সময়ে সচল। এরা এবার সিদ্ধান্ত নিলেন 'নিশ্চয় যানে' হচ্ছে না। প্রসুতিদের জন্য **'মাতৃযান প্রকল্প'** প্রয়োজন। সাম্প্রতিক কেন্দ্রীয় সরকার ঘোষিত **'জননী ও শিশু সুর(া কার্যত্র(ম (JSSK)'**, যা এতদিন 'জননী সুর(া যোজনা (JSY)' নামে পরিচিত ছিল, -র সাথে যুক্ত(করে **'মাতৃযান'** পরিষেবার মধ্যে জন্মানোর পর আঠাশ দিন অবধি নবজাতকের (Neonates) পরিষেবা রাখলেন। আসল খেলাটি খেললেন অন্য যায়গায়। এত দিন **'নিশ্চয় যান'** PPP Model এ ছিল, এবার **'মাতৃযান'** পুরোটাই Private হয়ে গেল। মুনাফা ও নতুন কামাইয়ের জন্য নতুন মৃগয়া(ে ত্র প্রয়োজন। এবার প্রসুতি ও নবজাতকের পরিষেবা ব্যতিরেকে সার্বিক জ(রি স্বাস্থ্য পরিষেবার অন্তর্গত রেফারেলের জন্য প্রবর্তন করলেন ২৪ ঘন্টার **'নিশ্চয় যান প্রকল্প'**। এর পরিধি ও বিনিয়োগ স্বাভাবিক ভাবেই অনেক বড় ও বেশী। আপাতত একে ব্লক স্তরে PPP মডেলে রাখা হল। স্বাধীনতার পর থেকে কয়েক হাজার কোটি টাকা ব্যয় করে, যার অনেকটাই বিদেশী ঋণ অথবা উদ্দেশ্য প্রণোদিত বিদেশী সাহায্য, প্রায় প্রতিটি পরিকল্পনা, কার্যত্র(ম ও প্রকল্প ব্যর্থতার পর এই **'মাতৃযান'** ও **'নিশ্চয় যান'** প্রকল্পের পরিণতি কি হবে তা ভবিষ্যত বলবে। আপাতত বিনিয়োগ, নির্মাণ, নিয়োগ ও কেনাকাটার ব্যয়বহুল পর্ব চলছে। প্রাথমিকভাবে এটুকুই ফল হল যে অতীতে পশ্চিমবঙ্গের BPHC গুলিতে (কেন্দ্রীয় মানে CHC বা FRU) রোগী রেফারের জন্য একটি করে সরকারী অ্যাম্বুলেন্স তার চালক ও ক্লীনার সহ ছিল। এখন তারা থাকছে না। রেফারেলের জন্য সম্পূর্ণভাবে PPM নামে অথবা সরাসরি প্রাইভেট সংস্থাগুলির উপর হাসপাতাল কর্তৃপ(ও রোগীর বাড়ির লোককে নির্ভর করতে হবে। প্রাথমিকভাবে কলকাতা ও জেলা শহরগুলির আশপাশের ব্লকের (পড়ুন লাভজনক) জন্য পরিবহন ব্যবসায়ীরা টেণ্ডারে অংশ নিচ্ছেন, দূরবর্তী ও দুর্গম অঞ্চলগুলিতে (পড়ুন অলাভজনক) তারা একেবারেই অনিচ্ছুক। অর্থাৎ প্রকল্পের বেনেফিসিয়ারিদের উপর অনেক টাকা খরচ করেও

সরকার বাহাদুর অবিচার করলেন। এতদিন বিনামূল্যে বা নামমাত্র মূল্যে রোগীরা টিমটিম করে জ্বলতে থাকা যে সরকারী রেফালের পরিষেবা পেতেন তা আর পাবেন না। পরিবর্তে কোথাও সরকারী শিলমোহর মারা প্রাইভেট PPM 'নিশ্চয় যান' অথবা অ্যাম্বেসেডর বা ট্রেকারের ইচ্ছেমত ভাড়ার উপর নির্ভর করতে হবে।

প্রসঙ্গত উল্লেখ্য যে গত আর্থিক বছরে যাবতীয় খরচ, অপচয় ও আত্মসাতের পরও NRHM খাতে ৬০০ কোটির বেশী টাকা পশ্চিমবঙ্গ সরকার খরচ করতে পারেন নি। অথচ গ্রামাঞ্চলে তৃণমূল স্তরে সরকার নিয়োজিত যে সমস্ত স্বাস্থ্য সেবক বা সেবিকারা অর্থাৎ প্রশি(ণ প্রাপ্ত দাই, Community Health Guide (CHG), Accredited Social Health Activist (ASHA), Vaccine Carrier, Link Persons, DOT Providers প্রমুখরা কাজ করেন তাদের সামান্য সাম্মানিকও ঠিকমত পাননা, পেতে পেতে কয়েক বছর লেগে যায়। NRHM (2005 - '12)-র স্তম্ভ ASHA। তারা তৃণমূল স্তরে স্বাস্থ্য পরিষেবা বিশেষভাবে প্রসুতি ও নবজাতকের স্বাস্থ্য পরিষেবা দেবেন। পশ্চিমবঙ্গের অনেক জায়গায় এখনও ASHA নিয়োগ সম্পূর্ণ হয়নি, নিয়োগ নিয়ে প্রচুর দুর্নীতি, স্বজন পোষণ ও নিয়মলঙঘনের অভিযোগ আছে, অনেক জায়গায় নিয়োগ হলেও প্রশি(ণ হয়নি। আবার সব ধাপ পেরোলেও পশ্চিমবঙ্গ সরকার ঘোষিত দৈনিক নূন্যতম মজুরি যেখানে ১২৭ টাকা সেখানে ASHA দের মাসিক সাম্মানিক মাত্র ৮০০ টাকা। তাও তারা নিয়মিত পান না।

এবার এই প্রতিভাবান কর্তা ব্যক্তি(রা কি করলেন? তারা এমন এক সপ্তম ও অষ্টম সিডিউল বের করলেন যাতে এই মাসিক সামান্য আর্থিক সংস্থানটুকুও থাকল না। ASHA-রা নাকি কাজ ভিত্তিক অর্থ পাবেন। এই কাজের মাত্রা কে ঠিক করবেন? অর্থাৎ এর মাধ্যমে ইচ্ছাকৃতভাবে আর এক সঙ্কট তৈরী করে উপর স্তরে ব্যাপক দুর্নীতি ও তলার স্তরে নেতা-দাদা-ফঁড়েদের কামাইয়ের ভাল ব্যবস্থা করলেন। যার ফলে ASHA-দের উপার্জন অনিশ্চিত হল, তাদের মধ্যে দ্বন্দ্ব বাড়ালো এবং তারা স্বাস্থ্য মাফিয়াদের শোষণের উপর বেশী নির্ভরশীল হয়ে পড়লেন। অনেক পরিবর্তনের পর হাসপাতালের 'রোগী কল্যাণ সমিতি' (RKS) গুলির উপর প্রচুর আর্থিক (মতা দিয়ে দলীয় নেতা-কর্মীদের সেখানে ঢোকানো হয়েছিল। এসবের পরও কিছু কিছু RKS ভাল কাজ করে যেখানে হাসপাতাল পরিষেবার উন্নতি ঘটিয়েছিল সেখানে নতুন আদেশনামা দিয়ে অচলাবস্থা তৈরী করা হল। যে স্বাস্থ্য মাফিয়ারা ৩৫ বছর ধরে বামফ্রন্ট সরকারের স্বাস্থ্য ব্যবস্থাকে ছিবড়ে করে দিয়েছিল তারাই এখন মমতা ব্যানার্জীকে ঘিরে ধরে মগজ ধোলাই করছেন নতুন নতুন সুপার স্পেশালিটি হাসপাতাল, গাদাগুচ্ছের প্রাইভেট মেডিকেল ও নার্সিং কলেজ, ব্লক স্তর অবধি প্রাইভেট মাল্টি ডায়াগনষ্টিক সেন্টার প্রতিষ্ঠা করার জন্য এবং আরেক প্রস্ত দামী যন্ত্রপাতি কিনে ব্যাপক বিনিয়োগ, মুনাফা ও কামাইয়ের ব্যবস্থা করতে। বিপরীতে নিজেদের ব্যর্থতা, দুর্নীতি, স্বজন পোষণ, ফাঁকি আড়াল করে নতুন সরকারকে ৪০ টি স্বাস্থ্য জেলা তৈরী, নতুন পদ সৃষ্টি (যেখানে বর্তমান কাঠামোর মাইনে দিতেই সরকার হিমশিম) প্রভৃতির মাধ্যমে বিপথ চালিত করতে চাইছেন।

স্বাস্থ্য কর্মী, বুদ্ধিজীবী, পেশাজীবী সমেত সমস্ত নাগরিককে এই সমস্ত জনবিরোধী নীতির বি(দ্ধে সরব হয়ে

Obituary 1

Dr. Granado passes away

– Comp.: Arani Sen

আন্দোলন গড়ে তুলতে হবে তাদের প্রয়োজনীয় ও বুনিয়াদী স্বাস্থ্য (Essential and Basic Health), যা কিনা তাদের সাংবিধানিক ও মৌলিক অধিকার এবং যা দিতে সরকার অঙ্গীকারবদ্ধ, অর্জনের ও আদায় করে নেবার জন্য।

Alberto Granado, who accompanied Ernesto ‘Che’ Guevara on a 1952 transcontinental journey of discovery across Latin America that was immortalized in Guevara’s memoir and on-screen in “The Motor Cycle Diaries”, died in Cuba on 5.03.’ 11.

Granado and Guevaras’ road trip, begun on a broken down motor cycle they dubbed La Poderosa (The Powerful) awoke in Guevara a social consciousness and political convictions that would help turn him into one of the most iconic revolutionary of the 20th century.

In our school days when we read ‘Che Guevara’s Diary’, translated by ‘Padatik’ poet Suvash Mukhopadhaya, our hairs became straight. Later we read different books on Che as well as his writings. Here we must mention one excellent translation of Che’s memoir with photos, ‘Cholte Che,’ published by Riti Prakashani. We became spelbound finding the high level of thinking, quest and convictions at their early medicos lives and their planning and organization of such a brave, difficult, long, adventurous and romantic voyage.

Also another great film on their journey is “The motor Cycle Diaries” produced byRobert Redford and directed by Walter Sallas of Chile. The film is not only an authenticated documentation of the famous journey but it also vividly depicts the mental transformation of Che and Granado toward underprivileged. Witnessing deep poverty and oppression across the continent– Chile to Colombia, particularly the mine workers and leper patients of Peru they changed their future aims of lives. Cinematographically the film is also superb and brings us to the wonderful nature and beautiful lives of Latin America, The La Plata, The Pampas, The Patagonia, The Pacific Coast, The Andes, The forests of upper stream Amazon etc.

After the journey Granado stayed at a leper clinic in Venezuela and

স্মরণিকা ২ —

ডা দারকানাথ কোটনিস

— দীপাঞ্জন রায়

Che went up to Miami, US, returned to Buenos Aires to finish his medical course and then dedicated himself for revolutions in Latin America and Africa. After Cuban revolution at Che's invitation Granedo visited Cuba and spent a low profile life there teaching Bio Chemistry in Havana University.

ডাঃ দ্বারকানাথ শান্তারাম কোটনিস ৪ অক্টোবর ১৯১০, দ(িণ মহারাষ্ট্রের সোলাপুরে এক নিম্নমধ্যবিত্ত পরিবারে জন্মগ্রহণ করেন। ২ ভাই আর ৩ বোনের মধ্যে বড় হওয়া কোটনিস মহারাষ্ট্রের জি এস মেডিক্যাল কলেজ থেকে ডাক্ত(ারি পাশ করেন। অবশ্য এইসব তথ্যাবলীর মধ্যে ডাঃ কোটনিসকে খুঁজে পাওয়া দুষ্কর।

ডাঃ কোটনিসের সন্ধান পেতে গেলে আমাদের পিছিয়ে যেতে হবে ১৯৩৭ সালে। এই বছর আগ্রাসী জাপ বাহিনীর বি(দ্ধে যুদ্ধরত চীনা কমিউনিস্ট পার্টির লাল সৈন্যবাহিনীর জেনারেল Zhu Dhe ভারতীয় জাতীয় কংগ্রেসের কাছে ডাক্ত(ার পাঠানোর জন্য আবেদন করেন। এই আবেদন ছিল একটি পরাধীন যুদ্ধরত জাতির আরেক পরাধীন স্বাধীনতাকামী জাতির কাছে সাহায্য আর সহমর্মিতার আবেদন। ভারতও সাড়া দিতে দেরি করেনি। তদানীন্তন জাতীয় কংগ্রেস সভাপতি সুভাষচন্দ্র বসুর উদ্যোগে সংগৃহীত ২২ হাজার টাকা আর ৫ জন ভারতীয় ডাক্ত(ার সঙ্গে নিয়ে ১৯৩৮ সালে Indian Medical Mission চীনে পৌঁছায়। টীমে ছিলেন ডাঃ এম অটল, এম চোলকর, বি. কে. বাসু, ডি. মুখার্জী আর ২৪ বছর বয়সী ডাঃ কোটনিস। মিশন শেষ করে টিমের সব সদস্যই ভারতবর্ষে ফিরে আসেন। একমাত্র ফিরে এলেন না ডাঃ কোটনিস।

কারণ এরমধ্যে কোটনিস ভালোবেসে ফেলেছেন চীনের সংগ্রামী জনতা আর তাদের অনমনীয় সংগ্রামকে। এক পরাধীন দেশ থেকে আসা ডাঃ কোটনিসের কাছে আরেক পরাধীন জাতির চীনের এই সংগ্রাম, যা শুধুমাত্র জাপানী সাম্রাজ্যবাদের বি(দ্ধে পরিচালিত নয়, বরং সমস্ত রকম শোষণ, বঞ্চনা আর অন্যায়ের অবসানের উদ্দেশ্যে চালিত, তা এক অন্য মাত্রা নিয়ে দেখা দিয়েছিল। তিনি ঠিক করে ফেলেছিলেন নিজের জীবনের উদ্দেশ্যকেও এবং তা হল চীনের এই সংগ্রামের সহযোগী হয়ে ওঠা। ডাঃ কোটনিসের পরবর্তী জীবনকাল খুবই সং(িপ্ত, অন্তত সংখ্যার হিসেবে। তবু ইতিহাস সা(ী এই স্বল্প সময়ের মধ্যে তিনি তার জীবনের উদ্দেশ্য পালনে ছিলেন নিরলস প্রয়াসী।

আর সেই প্রয়াসে ডাঃ কোটনিস ছুটে গেছেন চীনের একপ্রান্ত থেকে আরেক প্রান্তে। কখনো Dr. Bethune International Peace Hospital-এর ডিরেক্টর হিসেবে, কখনো Dr. Bethune Hygiene School-এর লেকচারার হিসেবে, কখনো কোনও আহত সৈনিকের বিছানার পাশে ডাঃ কোটনিস তাঁর দায়িত্ব পালন করে গেছেন। অবশেষে ১৯৩৯ সালে Ji-Chai-Ji সীমান্তের Wutai পাহাড়ের কাছে তিনি যোগ দিলেন বিখ্যাত অষ্টম (ট আর্মিতে — সেই বাহিনীর নেতৃত্বে যিনি তাঁর নাম — মাও সে তুং।

এরপর ডাঃ কোটনিসের সৈনিকের জীবন শু(হল। যে জীবন সবচেয়ে কঠিন, সবচেয়ে পরিশ্রমসাধ্য, আর সবচেয়ে মহান। ডাঃ নরম্যান বেথুনের জীবনী থেকে আমরা যে জীবনের আভাস পাই। শত্রু সৈন্যের কাছ থেকে যে কোনও মুহূর্তে আত্র(মণের আশঙ্কা, প্রতিকূল আবহাওয়া, ((প্রাকৃতিক পরিবেশ আর কষ্টকর বন্ধুর যাত্রাপথকে উপে(া করে টানা ৭২ ঘন্টা পর্যন্ত একনাগাড়ে হাসিমুখে চিকিৎসা করে যাওয়া, তার পাশাপাশি সৈন্যদের আর গ্রামবাসীদের স্বাস্থ্য সংত্র(ান্ত শি(া, ভয়াবহ পে-গ মহামারীর প্রতিরোধ— ডাঃ কোটনিসের জীবনের সবচেয়ে উজ্জ্বল অধ্যায় রচনা করল। এই (ুদ্র সময়কালে

অবশ্য এই অমানুষিক পরিশ্রম তার শরীরে ছাপ ফেলতে ছাড়েনি। ফলে মাত্র ৪ বছরের মধ্যে মারা গেলেন ডাঃ কোটনিস— ১৯৪২ সালের ৯ ডিসেম্বর মাত্র ৩২ বছর বয়সে— হ্যাঁ মানুষের মাঝেই, তাদেরই সেবারত অবস্থায়।

ডাঃ কোটনিস খুবই অল্প বছর বেঁচেছিলেন, মাত্র ৩২ বছর এবং তাঁর জীবনের সবচেয়ে উল্লেখযোগ্য সময়কালও, সেরকমভাবে দেখতে গেলে, খুবই ছোট, মাত্র ৪-৫ বছর। অথচ ভাবতে অবাক লাগে এই ৪-৫ বছরের ঔজ্জ্বল্যের কাছে অনেক দীর্ঘায়ু এমনকী শতায়ু মানুষের সারাজীবনকে নেতাইই ম্লান, বিবর্ণ বলে মনে হয়।

মাদাম সান ইয়াৎ সেন বলেছিলেন— ''বর্তমানের চেয়ে ভবিষ্যত পৃথিবীতে ডাঃ কোটনিসের জন্য বেশী সম্মান অপে(া করছে, কারণ এই ভবিষ্যত পৃথিবীর জন্যই ছিল ডাঃ কোটনিসের লড়াই।'' কথাটা মিথ্যে প্রমাণিত হয়নি। ভারত ও চীন দুই দেশই ডাঃ কোটনিসের সম্মানে ডাকটিকিট প্রকাশ করেছে। ডাঃ কোটনিসকে নিয়ে দু'দেশেই লেখা হয়েছে অনেক বই (যার মধ্যে খাজা আহমেদ আব্বাসের একটি বইয়ের নাম 'যে আর ফিরে আসেনি'), তৈরী হয়েছে সিনেমা (''ডাঃ কোটনিস কি অমর কাহানী'', ১৯৪৬, ভি শান্তারাম), চীনের প্রধান প্রধান রাজনৈতিক ব্যক্তি(ত্বরা এদেশে এলে নিয়ম করে তাঁর আদি বাড়িতে শ্রদ্ধার্ঘ নিবেদন করতে যান, কিন্তু বোধহয় এসব রাজকীয় সম্মান আর মর্যাদার মধ্যে নয়, ডাঃ কোটনিসকে সত্যিকারের সম্মান আর ভালোবাসা দেখানো হল তখন — যখন ২০০৫ সালে চীনে "Qinming" উৎসব

—— ● ——

❍ **শর্তসাপে(আর্থিক সহায়তা দিয়ে স্বাস্থ্যের উন্নতি ঃ** খ্রীস্টান মেডিকেল কলেজ, ভেলোরের অধ্যাপক কে. এস. জেকব তথ্য প্রমাণ দিয়ে দেখিয়েছেন ধনতন্ত্রে ধনী দারিদ্রের মধ্যে দূরত্ব বৃদ্ধি, ব্যাপক খাদ্যাভাব, অনাহার, অপুষ্টি, কর্মহীনতা, স্বাস্থ্যের অভাবের মধ্যেও মাত্র ০.৫% জি. ডি. পি.-র নীচে খরচ করেও লাতিন আমেরিকার সমাজগণতন্ত্রী দেশগুলি দারিদ্র্য দূরীকরণে অনেক এগিয়েছে, স্বাস্থ্যেরও উন্নতি ঘটিয়েছে। উদাহরণস্বরূপ তিনি আর্জেন্টিনার 'Universal Child Allowanance Programme, ব্রাজিল ও মেক্সিকোর শর্তসাপে(আর্থিক সহায়তা প্রকল্প বা Conditional Cash Transfer Scheme (CCTS), দ(িণ আফ্রিকার Child Support Grant, তাইল্যাণ্ডের Universal Health Care প্রভৃতি সফল প্রকল্পগুলির কথা বলেছেন। CCT-র উপর তিনি জোর দিয়েছেন। আমাদের দেশে CCT হিসাবে জননী সুর(া যোজনা (JSY) অনেকটা সফল হয়েছে ও আরও সাফল্যের সম্ভাবনা আছে। অন্যদিকে ভুল প্রয়োগে Sterilization Programme মার খেয়েছে। এই CCTগুলি তখন ই ভালভাবে কাজে লাগানো যাবে যখন ভাল স্বাস্থ্য পরিষেবা গড়ে তোলা যাবে (NRHM-র মাধ্যমে অনেকটা সুযোগও এসেছে) এবং শি(া, চেতনা, পুষ্টি ও সামাজিক নিরাপত্তা ব্যবস্থা শক্তি(শালী হবে।

❍ **দেবী শেঠীর প্রস্তাবনা ঃ** ব্যঙ্গালু(কেন্দ্রিক নামী হৃদশল্যাবিদ ডা দেবী শেঠি পশ্চিমবঙ্গের মুখ্যমন্ত্রীর সাথে দেখা করে পশ্চিমবঙ্গে স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নতির জন্য একগুচ্ছ প্রস্তাব দিয়েছেন। এদের মধ্যে উল্লেখযোগ্য বিষয়গুলি হল (১) প্রতিটি জেলায় অন্তত ১৫টি টারসিয়ারি হাসপাতাল গড়ে তোলা যেগুলিতে যাবতীয় রোগ নির্ণয় ব্যবস্থা এবং ডায়ালিসিস ও ক্যাথ ল্যাবের ব্যবস্থা থাকবে। (২) চার ল(শি(ক সহ নাগরিকদের স্বাস্থ্যবীমার ব্যবস্থা এবং পুলিশ কর্মীদের জন্য 'ক্যাশলেস' চিকিৎসা বীমার সুযোগ দান, (৩) রাজ্যে নতুন ২৫টি মেডিকেল ও নার্সিং কলেজ গড়ে তোলা। এখন দেখার বিষয় এগুলি কারা কিভাবে কতদিনের মধ্যে করবে? চিকিৎসার খরচ কেমন হবে? সাধারণ মানুষের নাগালের মধ্যে থাকবে কি, না শহুরে হাসপাতালের 'ঘটি বাটি বিক্রি('র ব্যবস্থা গ্রামেও ঢুকে পড়বে? বীমা থাকলে সতি সত্যিই কি পূর্ণাঙ্গ চিকিৎসা পাওয়া যাবে? ল(ল(মানুষের থেকে সংগৃহীত কিস্তির বিপুল টাকা কোথায় যাবে? ২৫টি মেডিকেল কলেজের শি(াও চিকিৎসার গুণমান কি বজায় থাকবে? সেখান থেকে স্নাতক হওয়ার পর ডাক্ত(ার ও নার্সরা কি করবে?

স্মরণিকা ৩ —

ডা সুজিত কুমার দাস

— সম্পাদকমণ্ডলী

চলার সময় (এটি একটি চীনা উৎসব যেখানে পূর্বপু(ষদের সম্মান জানানো হয়) হাজার হাজার মানুষ ডাঃ কোটনিসের সমাধিতে ফুল দিয়ে তার সমাধি(ত্র পুরো ঢেকে দিল।

তাঁর এই নবীন সহযোগীর মৃত্যুতে মাও সে তুং বলেছিলেন— ''সৈন্যবাহিনী হারাল এক সহযোগী আর জাতি হারাল তার এক বন্ধুকে। আমরা যেন ডাঃ কোটনিসের আন্তর্জাতিকতা বোধের স্বপ্নকে বহন করে নিয়ে যেতে পারি।'' আজ, ডাঃ কোটনিসের জন্মশর্তবাষিকী বর্ষে এই আশাই প্রকাশ করা হচ্ছে।

প্রায় ৭৪ বছর বয়সে চর্মরোগ বিশেষজ্ঞ অকৃতদার ডা সুজিত কুমার দাশ সকলকে ছেড়ে চলে গেলেন। দিয়ে গেলেন তাঁর দেহকে, চিকিৎসা শি(ার কাজে, কলকাতা মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের ছাত্রদের জন্য। এবং অবশ্যই ৪০ বছরেও বেশী তাঁর জীবনের ঘটনাবহুল বিষয়গুলিকে।

পেশায় স্বনামধন্য হয়েও তিনি পেশার গ্রাসে আবদ্ধ হননি। চিকিৎসার পণ্যায়নের বি(দ্ধে সরব ছিলেন আমৃত্যু। সরকারী চিকিৎসকদের সংগঠন তৈরী এবং বিভিন্ন দাবীর আন্দোলন করতে গিয়ে ৭০ এর দশকে বারবার রাজরোষে পড়তে হয়েছে তাঁকে। কিন্তু কখনও মাথা নত করেননি। বর্তমানে সরকারী চিকিৎসকরা যে সকল সুযোগ-সুবিধা পেয়ে থাকেন তার অন্যতম সূচনাকারী ছিলেন ডা দাশ।

১৯৮৪ সালের ভূপাল গ্যাস কাণ্ডের কথা সবারই জানা। ''No More Bhopal Committee'' তৈরীর কলকাতায় তিনি ছিলেন প্রধান সংগঠক। পরে সুপ্রীম কোর্ট নিয়োজিত বিশেষজ্ঞ কমিটির দু-জন বেসরকারী বিশেষজ্ঞের মধ্যে তিনি ছিলেন অন্যতম।

''Drug Action Forum'' , সংগঠনটি অন্যদের নিয়ে ১৯৮৬ সালে তিনি গড়েছিলেন একটি বিশেষ দর্শন থেকেই, ''মানুষের জন্য ওষুধ না ওষুধের জন্য মানুষ''— কোনটা ঠিক! এবং নিয়মিত পত্রিকাও ইংরাজীতে প্রকাশ করেন, — ''Drug, Disease, Doctor''। ঐ সংগঠন এবং তার মুখপত্র সারা ভারতবর্ষে অপচিকিৎসা ও অপবিজ্ঞানের বি(দ্ধে লড়াইতে মানুষের অন্যতম হাতিয়ার বলে পরিগণিত হয়। এবং এইসব কিছুরই প্রাণ পু(ষ ছিলেন ডা সুজিত কুমার দাশ।

বর্তমান সময়ে যখন সাম্যবাদের আদর্শ পদাহত, সুজিত দাশ কমিউনিষ্ট আন্দোলনের সংকট ও সমাধানের অনুসন্ধানে ১৯৯১ সালে একটি বই প্রকাশ করেন ''কমিউনিজম্ ও গণতন্ত্র''। তাঁর মতে — ''কমিউনিজম্ ও গণতন্ত্র নিয়ে পূণর্বিচারে তদারিকটা জ(রী হয়ে পড়েছে। গলদটা কোথায় তার অনুসন্ধান আবশ্যিক হয়ে পড়েছে। কিন্তু মুশকিল হচ্ছে গোঁড়া কমিউনিস্টরা জীবনে কোনদিন খোলা মনে আত্ম-সমালোচনা করে নি। আজ সংকটের মুখোমুখি হয়ে তা করতে আরো ভয় পাচ্ছে। নেতারা আরো বিচলিত, কারণ আত্মসমালোচনা করলে নেতৃত্ব হারাবার ভয় আছে। অথচ পরিবর্তনের প্রবল বেগ কাউকে খাতির করছে না, করার কথাও নয়। এই পরিবর্তনের চরিত্র ও গতি বুঝতে হলে

স্মরণিকা ৪ —

শ্রী হরিপদ দাস

— সম্পাদকমণ্ডলী

খোলামনের আলোচনা ছাড়া আর কোন পথ নেই পুরানো ফরমূলাগুলি অকেজো হয়ে পড়েছে।''

ডা সুজিত কুমার দাশ কে স্মরণ করতে গিয়ে তাঁর আরো বহু বিষয় মনে পড়ে যায়। ডা বিনায়ক সেন যখন ২০০৯ সালে কলকাতায় একটি স্বাস্থ্য বিষয়ক অনুষ্ঠানে আসেন তখন ডা দাশকে এ বিষয়ে জানালে তাঁর অসুস্থ শরীরের কথা এড়িয়ে গিয়ে বলেন, ''হ্যাঁ আমি কিন্তু ওখানে শুনতে যাবো, কিছু বলার জন্য অনুরোধ যেন না আসে।'' স্পষ্ট কথা তিনি অকপটেই বলতেন। এবং কোন তোষামোদই বোধহয় কেউ তাঁর মধ্যে দেখেন নি।

শ্রী হরিপদ দাশ প্রায় ৮০ বছর আগে অধুনা বাংলাদেশের পদ্মাপাড়ে হরিপদ বাবুর জন্ম। কর্মস্থল পশ্চিমবঙ্গের বিভিন্ন স্থান। স্বাস্থ্য বিভাগের সাধারণ স্বাস্থ্যকর্মীর পদ মর্যাদা থেকে 'বড়বাবু'র পদে উন্নতি। এটা তাঁর সাধারণ পরিচয়। তিঁনি আজ আমাদের সকলের স্মরণীয় হলেন কিভাবে, সে কথাতেই আসছি।

স্বাস্থ্যকর্মী বা 'বড়বাবু' যে পদেই যখন ছিলেন, তিনি তাঁর সহকর্মী চেনাজনের সমস্যার কথা শুনেছেন এবং সমাধানের চেষ্টা করেছেন। এভাবেই তিঁনি রাজ্যসরকারী কর্মচারী সংগঠনের সাথে নিজেকে প্রবলভাবে যুক্ত(করেন। এবং একই সঙ্গে সংগঠনের গণ চরিত্র বজায় রাখার জন্য রাজনৈতিক দলগুলোর (দ্র স্বার্থ চরিতার্থের কোন সুযোগও দেননি। একাজের জন্য তাঁকে অনেক কঠিন সমস্যার মধ্যে দিয়ে যেতে হয়েছে। ৭০-এর দশকে পশ্চিমবাংলার রাজনৈতিক অস্থিরতার সময়ে তাঁকে বহু ধরণের জটিল প্রক্রি(য়ার মধ্যে দিয়ে এগোতে হয়। কিন্তু অসম সাহসী হরিপদবাবু ভয়ে হাতগুটিয়ে বসে থাকেন নি। ঐ দুর্দিনেও তিনি সাধারণ মানুষের কথাই ভেবেছেন, ব্যক্তি(গত স্বার্থকে বড় করে দেখেননি।

চাকরী থেকে অবসর নেওয়ার পরে সাধারণত মানুষ যখন আয়েস করতে চান, হরিবাবু কিন্তু বিপরীত পথে পা বাড়ালেন। বিভিন্ন সামাজিক সংগঠন, মানবাধিকার সংগঠন, জনস্বাস্থ্য আন্দোলন গড়ে তোলার সংগঠন, গণতান্ত্রিক অধিকার থেকে বঞ্চিত মানুষদের জন্য নতুন ধরণের সংগঠন গড়ার কাজ শু(করেন তাঁর জেলা পশ্চিম মেদিনীপুর এবং অন্য জেলাতেও। প্রায় ৮০ বছর বয়সেও তিনি সুদূর মেদিনীপুর শহর থেকে কোলকাতার ঘনঘন যাতায়াত করতেন সাধারণ মানুষের সংগঠনের স্বার্থে। সমস্যা দেখে সমাধানের উদ্দেশ্যে তিনি সক্রি(য় হতেন এবং কখনোই কোন রঙ দেখে নয়।

রবিবার, ১৭ই এপ্রিল ২০১১, তাঁর জীবনের শেষে ভোরের আলোতেও তিনি ব্যস্তভাবে প্রাতকৃত্য সেরে তৈরী হতে

স্বাস্থ্য ও পুষ্টি —

পল হ্যারিসন পুরস্কার গ্রহণ-কালীন বক্তৃ(তা

— বিনায়ক সেন

চেয়েছিলেন ঐ দিনের প্রথম বাসটি ধরে মেদিনীপুর শহর থেকে বেলপাহাড়ী গিয়ে বঞ্চিত ও মেহনতী মানুষকে সংগঠিত করতে। তিনি সেখানে যেতে পারেন নি কিন্তু তাঁর গুণমুগ্ধ মানুষজন ঐ ৮০ বছরের ত(ণপ্রাণ মানুষটিকে তাঁর শেষ যাত্রায় শুধু চোখের জলে নয় বরং নতুন পৃথিবী গড়ার সংকল্প গ্রহণের মধ্যে স্মরণ করেছেন।

''হরিবাবু'' দের মৃত্যু, নতুন প্রাণের জন্ম দেয়। অমর হয়ে থাকেন আগামী দিনের স্বপ্ন সন্ধানীর মধ্যে — যাঁরা শপথ নিচ্ছেন - যেখানে উৎপীড়িতের ত্র(ন্দনরোল'' নেই এমন এক ধরীত্রি গড়ার। শ্রী হরিপদ দাস অমর রহে ।।

এই পুরস্কারের প্রাপক হিসেবে আমি আপনাদের কাছে কৃতজ্ঞ। এই পুরস্কারটি এমন প্রকৃতির যে কেবলমাত্র একজন প্রাপকই অনুভব করতে পারে সে কতটা তুচ্ছ। কিন্তু ভেলোর আমার কাছে একটি পরিবারের মতো। যদিও প্রতিটি ভ্রমণের পর, পরিচিত মুখগুলি খুঁজে পাওয়া আরও আরও বেশি কঠিন হয়ে পড়ছে। তাই আমি এই পুরস্কার গ্রহণ করছি, আপনাদের কাছে এ যাবৎ যত সমাদর পেয়েছি, তার অন্যতম একটি হিসেবে। এটা দু'দিক থেকে গু(ত্বপূর্ণ, কেননা পুরস্কারটি সেরকম একজনের হাতে অর্পণ করা হল, যিনি বছরের পর বছর এমন একটি কাজে নিয়োজিত যা সাধারণ পরিমাপে, প্রকৃত জীবিকার সঙ্গে যথার্থই সঙ্গতিহীন। তাই আপনাদের মত সম্মানীয়, সমজীবিকার বিদ্বজ্জনদের কাছ থেকে এক ধরণের স্বীকৃতি, আমাদের অতীতের সঙ্গে যুক্ত(করে।

কিন্তু আমি এই সম্মাননা, আমার কাজের মধ্যে দিয়ে খুঁজে পাওয়া সত্যকে আপনাদের সম্মুখে তুলে ধরার ছাড়পত্র হিসেবেও গ্রহণ করছি। আমরা একটি জীর্ণ এবং উন্মুক্ত(সময়ের মধ্যে বাস করছি। এবং পৃথিবীর কিছু দরিদ্রতম এবং লাঞ্ছিত মানুষজনের সঙ্গে আমার সংযোগ, সুখকর হয়নি।

প্রথমে যে বিষয়টি আমি উত্থাপন করতে চাই, তা হল বিভিন্ন স্বাস্থ্য কর্মসূচী ও পরিষেবার (ে ত্রে 'রাজনীতি'র প্রাধান্য। রাজনীতি বলতে অবশ্য আমি রাজনৈতিক দলগুলির নির্বাচন-কেন্দ্রিক হাস্যকর ভন্ডামিকে বোঝাচ্ছি না— বরং এমন একটি (মতার আধারকে বোঝাতে চাই যা কিনা প্রত্যেক স্তরের জনসমুদয়ের, তা সে আমাদের প্রতিবেশীই হোক কিংবা পৃথিবীর অন্য জায়গারই হোক, অধিকৃত সম্পদের উপর নিয়ন্ত্রণ কায়েম করে। ফোর্বস্ ম্যাগাজিন এর মতে ২০০৪ সালে পৃথিবীর সমস্ত বিলিয়নিয়রদের (সংখ্যাগতভাবে ৫৮৭) উপার্জিত সম্পদের যোগফল ১.৯ ট্রিলিয়ন ডলার। এর পরিমাণ পৃথিবীর অন্য ১৩৫ দরিদ্রতম দেশের জি. ডি.পি'র মোট যোগফলের বেশি।

ইতিমধ্যে, আমাদের জাতীয় পুষ্টি নিয়ন্ত্রক ব্যুরো ২০০২ সালে জানিয়েছে, ভারতবর্ষের মোট প্রাপ্তবয়স্ক জনসংখ্যার ৩৫ শতাংশ মানুষের বডি মাস ইনডেক্স (BMI) ১৮.৫ -র নীচে যা প(ান্তরে দীর্ঘকালীন ক্যালোরি অপ্রাচুর্যতাকে সূচিত করে। সংবিধানে তালিকাভুক্ত(তফশিলী জাতি ও উপজাতিদের (ে ত্রে এই ঘাটতির মাত্রা যথাত্র(মে ৫০ শতাংশ ও ৬০ শতাংশ।

আমি ইচ্ছে করেই প্রাপ্তবয়স্কদের এই পরিসংখ্যান উদ্ধৃত করলাম, কেননা সকলেই জানে যে আমাদের ৪০ শতাংশ শিশুরা অপুষ্টির শিকার। এই বিষয়টাকে অত্যন্ত জটিল সমস্যা বলে মনে করা হয় এবং এর নিয়ন্ত্রণে সব ধরণের জটিল প্রকৌশলের প্রয়োগ করা হয়। প্রাপ্তবয়স্কদের অপুষ্টি বরং এর থেকে সহজভাবে বোঝা যায়। সোজাসাপটাভাবে এর মানে হল মানুষকে (ুধার্ত হয়ে দিন কাটাতে হয় কারণ প্রত্যেকের জন্য পর্যাপ্ত পরিমাণে খাদ্য মজুত নেই। অথচ

আমাদের এত পরিমাণে খাদ্য মজুত আছে যে সেগুলো দিয়ে কী করব তা বুঝে উঠতে পারি না। উৎসা পট্টনায়ক তার 'Food Stocks and Hunger : The Causes of Agrarian Distress, Social Scientist' Vol.31/No. 7-8, July-Aug. 2003' তে যুক্তি(সহকারে দেখিয়েছেন — গত চার বছরে আমাদের দেশে সঞ্চিত খাদ্য ভাণ্ডার অপ্রত্যাশিতভাবে (জুলাই ২০০২) মোট ৬৩.১ মিলিয়ন টনে এসে দাঁড়িয়েছে, যা বাফারের নিরিখে প্রায় ৪০ মিলিয়ন টন বেশি। এই তথ্য Macro-economics এর (ে ত্রে সরকারের চূড়ান্ত অব্যবস্থাকে তুলে ধরে। সরকার এমনসব নীতিকে অনুসরণ করছে যা মানুষের খাদ্যশস্য ক্র(য়(মতাকে হ্রাস করেছে এবং তা উপনিবেশিত সময়কালে মানুষের খাদ্য গ্রহণ করার (মতাকেও হ্রাস করেছে। সত্যি বলতে, ২০০১ সালে মাথাপিছু খাদ্যশস্যের পর্যাপ্ততার পরিমাণ ছিল বছরে ১৫১ কেজি এবং উৎসা পট্টনায়ক-এর মতে, ১৯৩০ সালের অবস্থার থেকে তা অনেক নীচে এবং দ্বিতীয় বি(শ্বযুদ্ধ(সময়কাল (যে সময়ে বাংলার দুর্ভি(হয়েছিল)-এর গড়ের প্রায় সমান। সে সময়ে, অর্থাৎ ১৯৪৬ সালে, অবস্থা ক(ণ হয় এবং এর পরিমাণ সর্বনিম্ন ১৩৬ কেজিতে গিয়ে পৌঁছেছিল। পরে অবশ্য স্বাধীনতা লাভের সময়ে তা খানিকটা বেড়ে ১৫০ কেজিতে পৌঁছায়।

আমার মানবাধিকার সংক্র(ান্ত কাজকর্মেও একই তথ্যের প্রতিফলন ঘটেছে। আমরা ছত্তিশগড়ের দুর্ভি(ে র একটু বিশদভাবে অনুসন্ধান চলিয়েছি— একটা হল সুরগুজা জেলার ওয়াদ্রাফনগর এবং আরেকটা দ(িণ ছত্তিশগড়ের দাঁতেওয়ারা। উভয়(ে ত্রেই উৎসা যেমনটি বর্ণনা করেছিল, ঠিক তেমন ঘটনার সম্মুখীন হয়েছি। ওয়াদ্রাফনগরের FCI গোডাউনে সে সময়ে ১০ হাজার টন খাদ্যশস্য মজুত ছিল এবং FCI ম্যানেজার প্রায় কাঁদো কাঁদো হয়ে জানিয়েছেন যে তিনি সরকারী খাদ্য বন্টন ব্যবস্থার অধীনে বিভিন্ন রেশন দোকানগুলিতে ত্র(মাগতভাবে খাদ্যশস্য পাঠিয়েছেন কিন্তু তা খরিদ করার মতো কোনো লোক পাওয়া যায়নি। আমরা গ্রামের পর গ্রাম ঘুরে ঘুরে দারিদ্রসীমার নীচে বসবাসকারী মানুষজনের বি. পি. এল. রেশনকার্ড পরী(া করে দেখেছি — সেগুলো একদম ফাঁকা অর্থাৎ তারা এমনকি বি. পি. এল. দর অনুযায়ী ও খাদ্যশস্য ক্র(য় করতে পারেননি। দাঁতেওয়ারার সমী(ায় দেখেছি দুর্ভি(প্রকোপিত গ্রামগুলির মানুষজনদের, ন্যাশনাল নিউট্রিশন মনিটরিং ব্যুরো-র প্রত্যাশা মতোই, BMI ১৮.৫ নীচে। অথচ ভারতীয় যুক্ত(রাষ্ট্র বি. পি. এল. দরেরও নীচে বিভিন্ন দেশে খাদ্যশস্য রপ্তানি চালিয়ে যাচ্ছে।

বি. পি. এল. চিহ্নি(তকরণের পদ্ধতি নিজেই আরেকটি কলঙ্ক। যখন আমাদের দেশের ৩৫ শতাংশ লোক (ধার্ত থাকে, তখন কিনা বি(শ্বব্যাঙ্ক নির্দেশ করেছে — যে কোনো রাষ্ট্রের শুধুমাত্র ২৪ শতাংশ মানুষকেই দারিদ্রসীমার নীচে বলে চিহ্নি(ত করতে হবে। তাই আমাদের 'বি(শ্বস্ত প্রশাসনিক অধিকর্তা'রা দায়িত্বপূর্ণভাবে সেই আদেশকে কার্যকরী করতে মাত্র ২৪ শতাংশ মানুষকে বি. পি. এল. বলে চিহ্নি(ত করেছে। ভারতীয় যুক্ত(রাষ্ট্রের (মতা, যা কিনা পৃথিবীর অন্যতম শক্তি(শালী রাষ্ট্রগুলির মধ্যে একটি, দেশের (ধার্ত জনগণের সাপে(নির্দ্ধারিত হয়। ঔপনিবেশিক সময়কালে থেকে বর্তমান সময় পর্যন্ত স্বেচ্ছাকৃত দুর্নীতির ধারাবাহিকতা এর থেকে স্পষ্টতর হবার নয়।

এখন প্র(্ন হল আমি কেন এসব আপনাদের বলছি। আশা করি, এত(ণে আমি স্পষ্ট করে বোঝাতে পেরেছি রাজনীতি, বৃহত্তর অর্থে, স্বাস্থ্য পরিষেবার (ে ত্রে একটা স্পর্শকাতর বিষয়ে পরিণত হয়েছে। এবং এই ধারণাটি আমাকে আলোচনার দ্বিতীয় পর্বে নিয়ে এসেছে।

আমি জানিনা আপনাদের মধে কতজন 'ফ্রন্টলাইন' পড়ে। ওই পত্রিকায় ২২ অক্টোবরের প্রকাশিত সংখ্যায় অ(ন্ধতী রায়ের 'Public Power in the Age of Empire' নামে একটা প্রবন্ধ ছাপা হয়েছে। সে লেখাতে তিনি বলেছেন — ''ভারতীয় অভিজাতরা রাষ্ট্রযন্ত্র থেকে নিজেদের আলাদা করতে ব্যর্থ। এরা রাষ্ট্রশক্তি(র মতোই দেখে, চিন্তা করে এবং কথা বলে''। ওই নিবন্ধের অন্যস্থানে তিনি অনুনকরণীয় ভঙ্গিমায় বর্ণনা করেছে একমাত্র বিপরীত মতাবলম্বী

মানুষের কথা আলোচনা করাই সবচেয়ে বেশি গু(ত্বপূর্ণ অর্থাৎ সেই সব জনগণের কথা যারা 'সাম্রাজ্য' - এই ধারণার সঙ্গেই একমত নয়। সে-ই জনগণ — যারা আন্তর্জাতিক, জাতীয়, প্রাদেশিক ভারতীয় রাষ্ট্রব্যবস্থা কীভাবে আমেরিকা যুক্ত(রাষ্ট্রের নেতৃত্বাধীন সাম্রাজ্যবাদী ব্যবস্থার কাছে সম্পূর্ণভাবে আত্মসমর্পণ করেছে। ল(্য করেছে তিনি আরও জানিয়েছেন— ''সাম্রাজ্যবাদের যুগে যখন আমরা জনগণের (মতার কথা বলি, তখন সরকার বা 'সাম্রাজ্য'কে সমর্থনকারী অন্য কোনো প্রতিষ্ঠান, এই সমস্ত ধরণের শক্তি(র বি(দ্ধে (খে দাঁড়িয়েছে।

একথা বলতে কোনো দ্বিধা নেই যে ভেলোর পরিবার ভারতবর্ষের অভিজাত বিদ্বজ্জনদের একটি গু(ত্বপূর্ণ অংশ। তাহলে এই (ধার্ত জনসমুদয় ও সাম্রাজ্যবাদী শক্তি(— এই দু'য়ের লড়াইয়ে আমাদের অবস্থানটা ঠিক কোথায়? দয়া করে নিজেদের এই ভেবে প্রতারিত করবেন না যে - এই অনতিত্র(ম্য দূরত্ব পূরণ করা যাবে শুধুমাত্র সেবাকার্য বা শুভ উদ্দেশ্য দিয়ে। পৃথিবী ও নিজেদের জন্য এই প্র(্নের উত্তর খুঁজতে আমাদের যেতে হবে অস্তিত্ব ও বি(্বাসের গভীরতম প্রদেশে।

ভিয়েতনামের যুদ্ধচলাকালীন পশ্চিমবঙ্গে একটা (্লোগান উঠেছিল — 'তোমার নাম, আমার নাম, ভিয়েতনাম, ভিয়েতনাম'। অ(ন্ধতী রায় আবার বলেছেন - যখন গরীব বড়লোকের মধ্যে বৈরিতা বেড়ে যায়, যখন পৃথিবীর সমস্ত সম্পদ আত্মসাৎ ও নিয়ন্ত্রণ করা বৃহৎ পুঁজিপতি যন্ত্রের স্বার্থে, অত্যন্ত প্রয়োজনীয় হয়ে পড়ে, তখনই অশান্তির পারদ চড়তে থাকে। আমরা যারা এই সাম্রাজ্যবাদী শক্তি(র বিপ(ে আছি, তাদের প(ে অপমান, অবমাননা অসহ্য হয়ে উঠেছে। মার্কিন যুক্ত(রাষ্ট্র-র দ্বারা নিহত প্রত্যেক ইরাকি শিশু আসলে আমাদেরই শিশু। আবু ঘ্রাইবে অত্যাচারিত প্রত্যেক বন্দী আমাদেরই কমরেড। তাদের প্রত্যেকের আর্তনাদ আমাদের আর্তনাদ। যখন তারা অবজ্ঞায়িত হন, আমরাও হই।

আমাদের অবশ্য নিজের দেশের দিকেও তাকাতে হবে। গুজরাটে মায়ের গর্ভ থেকে ছিঁড়ে উপড়ে নেওয়া 'ভ্রূণ', মণিপুরে মহিলাদের ধর্ষণ, দেশজুড়ে নিত্যনৈমিত্তিক হিংসা এবং অনাহার — এসব ভুললে চলবে না। D.T. Niles-

স্বাস্থ্য ও মানবাধিকার

— বিনায়ক সেন

এর কথায় — '' মানুষ বা একটি রাষ্ট্রের জীবনে একটা মুহূর্ত আসে, যখন তাকে সিদ্ধান্ত নিতে হয়''। নিরপে(তা আসলে একটি শৌখিনতা যা আমাদের মানায় না। আমরা আশা করতেই পারি, আমাদের এই বেছে নেওয়ার বোধ জাগ্রত হবে, যার মাধ্যমে আমরা নিজেদের বাছাই করা প(-কেই অবলম্বন করে বাঁচতে পারি।

ভাষান্তর শুভম ভট্টাচার্য্য

মানবিক অধিকার হল সে সমস্ত নূন্যতম অধিকার যা একজন ব্যক্তি(র, মানব সমাজের অংশ হিসেবে, আর অন্য কোনো নিরিখ ছাড়াই রাষ্ট্রশক্তি(বা অন্যান্য সরকারী কর্তৃপ(-এর কাছ থেকে প্রাপ্য। মানবাধিকারের ধারণাটি প্রাকৃতিক নিয়মের অধীন প্রাচীন স্বাভাবিক অধিকারবাদ তত্ত্বের উপর প্রতিষ্ঠিত। একটি রাজনৈতিক সমাজে সভ্য জীবনযাপনের শু(থেকেই, শাসক শ্রেণির স্খলন এবং নিষ্ঠুরতা, মানুষকে উচ্চতর আইনের খোঁজ করতে বাধ্য করেছে। সামাজিক কর্তৃত্বকে নিয়ন্ত্রণে বেঁধে রাখার জন্য এই উচ্চতর আইনকানুনের ধারণাটি ধীরে ধীরে বিকাশ লাভ করেছে এবং বি(স্তৃতার সঙ্গে বলা যায়, নির্দিষ্ট কিছু অধিকারসমূহ সমাজে ইতিপূর্বেই ছিল। ঐ অধিকারগুলি মানবসমাজের সৃষ্ট অধিকারগুলোর থেকে উচ্চমানের ছিল এবং তা সমাজে যে কোনো ধর্ম বা যে কোনো বয়সের মানুষের (ে ত্রে প্রযোজ্য ছিল। এছাড়া অধিকারগুলি রাজনৈতিক সমাজের বিকাশের পূর্বে প্রচলিত ছিল।

আধুনিক সমাজে, যেসব মূল বিষয়গুলি রোগ সৃষ্টির জন্য দায়ী, সেগুলি চরিত্রগতভাবে সামাজিক, অর্থনৈতিক ও রাজনৈতিক। দুর্ভি(, মড়ক ও যুদ্ধ — যা কিনা মানবসভ্যতার বিপন্নতার ঐতিহ্যগত উৎস, সবসময়ই রাষ্ট্রশক্তি(র তৈরি করা সরকারী নিয়ম-নীতিরই ফল।

দ্বিতীয় মহাযুদ্ধের পরবর্তী দশকে মানব-অধিকারের সাংবিধানিক স্বীকৃতি পৃথিবীর সমস্ত শ্রমিক শ্রেণির প(ে এবং মানবিক সমানাধিকার অর্জনের দিক থেকে একটি গু(ত্বপূর্ণ অগ্রগতি। ''প্রত্যেকেরই খাদ্য, বস্ত্র, বাসস্থান ও চিকিৎসাসহ নিজের এবং পরিবারের স্বাস্থ্যসম্মত বেঁচে থাকার জন্য, একটি নির্দিষ্ট মানের জীবনযাপনের অধিকার আছে...''

পরবর্তী(ে ত্রে অর্থনীতি, সমাজ ও সাংস্কৃতিক অধিকার বিষয়ক একটি আন্তর্জাতিক কনভেন্যান্ট-এর ১২(১) ধারায়, যেখানে ভারত অংশগ্রহণকারী দেশ হিসেবে অন্যতম স্বা(রকারী, বলা হয়েছে— ''বর্তমান কনভেন্যান্ট-এ স্বা(রকারী দেশসমূহ প্রত্যেক ব্যক্তি(র প(ে সর্বাধিক অর্জন করা সম্ভব, এমন শারীরিক ও মানসিক সুস্বাস্থ্যের অধিকারকে স্বীকৃতি দিচ্ছে।''

অবশ্য ওই এক-ই বছর অর্থাৎ ১৯৪৮, যে বছর আন্তর্জাতিক ঘোষণাপত্র স্বা(রিত হয়েছিল, জর্জ কেনান, আমেরিকা যুক্ত(রাষ্ট্রের পররাষ্ট্রনীতির অন্যতম এক স্থপতি বলেছিলেন— ''আমরা পৃথিবীর জনসংখ্যার মাত্র ৬.৩ শতাংশ এবং সম্পদের ৫০ শতাংশ অধিকার করে আছি। এমতাবস্থায় সামনের দিনগুলিতে আমাদের মূল কাজ হবে সম্পর্কের এমন একটি ধারা প্রবর্তন করা, যা এই অর্থনৈতিক অবস্থানগত এই বৈষম্যকে বজায় রাখতে সাহায্য করবে। তার জন্য আমাদের সমস্ত আবেগ, সংবেদনকে বিসর্জন দিতে হবে। ... আমাদের মানবাধিকার, পৃথিবীর অন্য মানুষদের জীবনযাত্রার মানের উন্নতিকরণ ও গণতান্ত্রিকতা সংত্র(ান্ত চিন্তাভাবনাকে চিরতরে বন্ধ করতে হবে।''

বিবাদমান দুই শক্তি(র মধ্যে যে অশুভ আঁতাত, সেখানেই সাম্প্রতিক ভারতবর্ষের শ্রমিক শ্রেণির অবস্থান নির্ণয় করতে হবে। বেশিরভাগ (ে ত্রেই এই সমস্ত হিসাবনিকাশ তাদের বিপ(যাবে। এবার রাষ্ট্রীয় নিয়মনীতি কীভাবে পরিচালিত হয়, তা কয়েকটি উদাহরণের মাধ্যমে দেওয়া হল —

খাদ্য একথা সকলেরই জানা, প্রায় ৪০ শতাংশ ভারতীয় শিশু, যাদের বয়স ৫ বছরের কম, আন্তর্জাতিক ওজন মান অনুসারে অপুষ্টির শিকার। এটা পরিসংখ্যান বিভিন্ন সমী(ায় বারবার বিশদভাবে আলোচিত হয়েছে। যেটা আমাদের অজানা, তা হল 'শরীর ওজন সূচক' (Body Mass Index) এর নিরিখে সকল ভারতীয় মহিলা, পু(ষের ৩৫ শতাংশ অপুষ্টিতে ভোগে এবং এই BMI এদের (ে ত্রে ১৮.৫-র নীচে। এই তথ্য, ন্যাশনাল নিউট্রিশন মনিটরিং ব্যুরো-র সাম্প্রতিক সমী(ায় উঠে এসেছে। এই পরিসংখ্যান আমাদের জনগণের ভবিষ্যত জীবনের সম্পর্কে অবহিত করে। এটা মর্মান্তিক, কেননা এটা এমন এক সময়ে ঘটছে যখন আমাদের খাদ্যশস্যের সঞ্চিত ভাণ্ডার এতটাই বেশী যে তাকে সংর(ণ করাই একটা সমস্যা হয়ে দাঁড়িয়েছে।

জল এবছর বর্ষা শু(র সঙ্গে রায়পুরে গ্যাস্ট্রোএন্ট্রাইটিস এর প্রাদুর্ভাব ঘটেছিল। রায়পুর, ছত্তিশগড়ের রাজধানী কিন্তু এই একই অবস্থা দিল্লীতেও চলছে। এই শহরের গরীব এলাকায় পর্যাপ্ত পরিমাণ নিরাপদ পাণীয় জল সরবরাহ করার (ে ত্রে পুরসভার দায়দায়িত্ব সম্পূর্ণভাবে অনুপস্থিত। পাশাপাশি দুর্গ এর কাছে শিউনাথ (Sheonath) নদীর বেসরকারীকরণ-এর মধ্য দিয়ে, বিকাশমান নগরকেন্দ্রগুলিতে ভবিষ্যতে জল সরবরাহ করার বিষয়টিকে উপে(া করা হয়েছে।

চিকিৎসা ভোর কমিটি এবং 'আলমা আটা' উভয়(ে ত্রেই ভারতীয় জনগণ একটি সুপরিচালিত প্রাথমিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থা পরিচালনার বিষয়ে শপথ গ্রহণ করেছিল। অথচ পরিবার পরিকল্পনা ও টিকাকরণ কর্মসূচী ব্যতিরেকে, ছত্তিশগড়ে প্রাথমিক কোনো স্বাস্থ্য ব্যবস্থা বাস্তবে ছিলই না। ম্যালেরিয়া আত্র(ান্ত রক্তে(র নমুনা তৈরির জন্য প্রয়োজনীয় পরী(াগার ছিল না। Auxiliary Nursing Mid-wifery-দের নমুনা সংগ্রহের জীবনামুক্ত(এবং মাত্র একবার ব্যবহারযোগ্য lancets (দুদিকে তী(ফলাযুক্ত(ছুরি) ছিল না। এবং lancets গুলিকে গরমজলে জীবনামুক্ত(না করেই বারবার ব্যবহার করা হত। আর AIDS প্রতিরোধের ব্যাপারে তো কিছু বলারই নেই। অবশ্য এরই মধ্যে টি.বি. রোগিদের অনিয়মিতভাবে চিকিৎসা করা হচ্ছে এবং ওষুধের ডোজের পরিমাণও অপর্যাপ্ত। Multi-Drug Resistant Tuberculosis একটা মহামারীর আকার নিয়ে অশনি-সংকেত ঘোষণা করছে। পরিষেবাগ্রহণকারীদের ওপর 'ফি' চাপিয়ে এবং ডাক্ত(ারদের ব্যক্তি(গত প্রাকটিস-এর বাড়-বাড়ন্তকে সুযোগ দিয়ে প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবার সঙ্গে তীব্রভাবে আপোশ করা হচ্ছে।

ছত্তিশগড়ে বিভিন্ন সম্মিলিত স্বাস্থ্য কর্মীদের প্রশি(ণ এবং নিযুক্তি(যথেষ্ট প্রশংসনীয়, কিন্তু এ-কে জনসাধারণের প্রতি স্বাস্থ্য পরিষেবার (ে ত্রে সরকারের বাড়তি উদ্যোগ হিসেবে মেনে নেওয়া যায় না। বরং একে স্বাস্থ্য পরিষেবার মানবাধিকার প্রতিষ্ঠার স্বীকৃতির (ে ত্রে একটি অভিযানের সূচনা হিসেবে গণ্য করা যেতে পারে।

স্বাস্থ্য পরিষেবার কাঠামোগত পরিবর্তনের জন্য প্রয়োজন, এমন সংস্থান সৃষ্টি করা যা এই অভিযানের সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে চলতে পারে। The Standard Treatment Protocols-কে একটি গু(ত্বপূর্ণ নথি হিসেবে গণ্য করে, তার ভিত্তিতে এই সমস্ত উদ্যোগের কথা স্পষ্টভাবে ঘোষিত হবে এবং ভালো মন্দ বিচার করা হবে। তালিকাভূক্ত(এলাকাগুলিতে বর্ধিত পঞ্চায়েত রাজ ব্যবস্থা (PESA) একটি কার্যকরী অর্থনৈতিক (মতার হস্তান্তর। এটা জনসাধারণকে পুনর্গঠিত

রোগ-নিরাময় —

ভাইরাল হেপাটাইটিস

— প্রবীর পাল

প্রাথমিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থাতে অংশগ্রহণ এবং তার নিয়ন্ত্রণ গ্রহণ করবে, আইনগত এবং প্রশাসনিক ভিত্তি হিসেবে কাজ করবে। 'স্বাস্থ্য আমার অধিকার' ে-াগানটি নতুন কিছু নয়, বরং মানবাধিকার র(া সংত্র(ান্ত নথিতে, ভারতবর্ষ যেখানে অন্যতম স্বা(রকারী, সুপ্রতিষ্ঠিত। তবুও শ্রমিক শ্রেনির নিজের এবং তার সন্তান-সন্ততিদের একটি স্বাস্থ্যসম্মত ও মর্যাদাকর জীবনযাপনের জন্য যে লড়াই তাতে এই ে-াগান এখন বাস্তবায়িত করা প্রয়োজন।

(ভাষান্তর ঃ শুভম ভট্টাচার্য্য ও শান্তনু মুখোপাধ্যায়)

হেপাটাইটিস কথাটার আ(রিক মানে হল লিভার বা যকৃত কোষ-এর প্রদাহ। কতকগুলো ভাইরাস-এর বৈশিষ্ট্য হল যে তারা মূলতঃ যকৃতকোষকেই আত্র(মণ করে এবং (তবি(ত করে এবং যকৃতকোষ জনিত উপসর্গ তৈরী করে যেগুলো প্রায় একই ধরণের। এই ভাইরাসগুলোকে একসঙ্গে হেপাটাইটিস ভাইরাস বলে। এই ভাইরাসগুলোর মধ্যে যে ভাইরাসগুলো বেশি দেখা যায় তারা হল — হেপাটাইটিস এ, হেপাটাইটিস বি. হেপাটাইটিস সি, ডেল্টা হেপাটাইটিস এবং হেপাটাইটিস ই।

হেপাটাইটিস-এর উপসর্গগুলো হচ্ছে ঃ

- ❍ জ্বর
- ❍ অবসাদ
- ❍ জিভের স্বাদ নষ্ট হয়ে যাওয়া।
- ❍ ি(দে কমে যাওয়া
- ❍ হলুদ প্রস্রাব
- ❍ চোখের সাদা অংশ হলুদ
- ❍ পেটব্যথা প্রভৃতি

সবথেকে মারাত্মক উপসর্গ ঃ

❍ রক্ত((রণ এবং মানসিক বিকৃতি।

প্রস্রাবে পিত্তলবর্ণ (Bile Salt) ও পিত্তরঞ্জক (Bile Acid) এর উপস্থিতি এবং রক্ত(পরী(ায় রক্তে(বিলি(বিন এর মাত্রা বেড়ে যাওয়া (২ মি.লি. গ্রাম-এর বেশি প্রতি ডেসিলিটারে) এবং এস জি পি টি নামক উৎসেচকের পরিমাণ আটগুণ-এর বেশি বেড়ে যাওয়ার মারফৎ হেপাটাইটিস কিনা নির্দিষ্ট করা হয়। এখন আলাদা করে প্রত্যেকটা হেপাটাইটিস-এর আলোচনা করা হবে।

হেপাটাইটিস এ ঃ এটা আর এন এ ভাইরাস।

জলবাহিত রোগ — (রোগীর দেহ থেকে পায়খানার মাধ্যমে জলে মেশে, সেই জল পান করলে রোগ হয়)।

সুপ্তিকাল — (রোগীর দেহে জীবাণু প্রবেশ থেকে উপসর্গ পর্যন্ত সময়) ঃ — ২ থেকে ৬ সপ্তাহ।

বৈশিষ্ট্য ঃ সাধারণত ছোটদের হয়, সাধারণতঃ এনডেমিক হিসাবে থাকে, মহামারী হয় না। প্রায় সব ে(ত্রেই রোগ আপনা আপনি সেরে যায় এবং এর থেকে কোনরকম বহনকারী (ত্র(নিক কেরিয়ার) অবস্থায় পৌঁছায় না। বড়দের ে(ত্রে এই রোগের উপসর্গগুলো অনেকদিন পর্যন্ত থাকতে পারে।

হেপাটাইটিস বি ঃ ডি এন এ ভাইরাস।

রক্ত(, রক্ত(জাত দ্রব্য, ইনজেকশন এর সূচ এবং যৌন সংসর্গ মারফৎ ছড়ায়। এছাড়া মা থেকে শিশুর দেহেও যেতে

পারে।

সুপ্তিকাল — ৬ সপ্তাহ থেকে ৬ মাস পর্যন্ত।

বৈশিষ্ট্য ঃ সাধারণত ত(ণী বা মধ্যবয়স্ক / বয়স্কাদের বেশি হয়, শিশুদের (ে ত্রে মায়ের দেহ থেকে প্রবেশ করলেও উপসর্গ তৈরী হয় না, বহনকারী অবস্থায় পৌঁছায় বেশি। ডাক্ত(ার বিশেষত সার্জেন, সিস্টার এবং স্বাস্থ্য কর্মীদের রোগের সম্ভাবনা বেশি। উপসর্গ একই রকম হলেও এর তীব্রতা বেশি, ফালমিন্যান্ট হেপাটাইটিস বা দীর্ঘস্থায়ী বহনকারী (ত্র(নিক কেরিয়ার) অবস্থায় পৌঁছানোর সম্ভাবনা বেশি। দীর্ঘকালীন বহনকারী অবস্থা থেকে দীর্ঘকালীন যকৃতরোগ যেমন ত্র(মিক অ্যাকটিভ হেপাটাইটিস, সিরোসিস এবং যকৃত ক্যানসার এর সম্ভাবনা বেশি।

ভ্যাকসিন ঃ বর্তমানে শক্তি(শালী এবং নিরাপদ ভ্যাকসিন ব্যবহার হচ্ছে।

ডেল্টা হেপাটাইটিস (হেপাটাইটিস ডি) ঃ এটা অসম্পূর্ণ আর এন এ ভাইরাস।

দেহে হেপাটাইটিস বি সারফেস অ্যান্টিজেন (HbsAg) থাকলে অর্থাৎ হেপাটাইটিস বি সংত্র(মণ হলে তবেই এর কাজ করার (মতা তৈরী হয়।

সুপ্তিকাল ঃ ১৫ থেকে ৬০ দিন।

রক্ত(, রক্ত(জাত দ্রব্য, ইনজেকশন, যৌন সংসর্গ মারফৎ ছড়ায়। দীর্ঘকালীন যকৃত এর রোগ অর্থাৎ সিরোসিস, ক্যানসার এর সম্ভাবনা অনেক বেশি এবং মারণকারী প্রদাহ ফালমিন্যান্ট হেপাটাইটিস-এর সম্ভাবনাও খুব বেশি।

হেপাটাইটিস সি ঃ আর এন এ ভাইরাস।

রক্ত(, রক্ত(জাত দ্রব্য, ইনজেকশান এর সূচ যৌন সংসর্গ মারফৎ ছড়ায়।

সুপ্তিকাল ঃ ৪৫ থেকে ৬০ দিন।

উপসর্গ ঃ বি হেপাটাইটিস এর মত হলেও এর তীব্রত্য অনেক কম কিন্তু দীর্ঘকালীন যকৃতরোগ অর্থাৎ সিরোসিস ও ক্যানসার এর সম্ভাবনা বেশি। আপেশাদার রক্ত(দান কর্মসূচীর মাধ্যমে এর সম্ভাবনা কমানো যায়। বর্তমানে চালু কোন ভ্যাকসিন নেই।

হেপাটাইটিস ই ঃ আর এন এ ভাইরাস।

হেপাটাইটিস 'এ'-র মত জলবাহিত রোগ।

সুপ্তিকাল ঃ ২৫ থেকে ৪৫ দিন।

বৈশিষ্ট্য ঃ এ রোগের চরিত্র হেপাটাইটিস 'এ' রোগের মতই। কিন্তু এই রোগ তুলনামূলক বেশি বয়সের ব্যক্তি(র হয় এবং রোগটি মহামারী হিসাবে ছড়িয়ে পড়তে পাবে। তবে রোগের তীব্রতা বেশি হয় না। বেশির ভাগ (ে ত্রে চোখ হলুদ হয় না এবং যাদের হয় তাদেরও পুরোপুরি সেরে যায়। দীর্ঘকালীন রোগের সম্ভাবনা নেই। শুধুমাত্র গর্ভবতী মহিলাদের (ে ত্রে এই রোগ খুবই মারাত্মক। দশ থেকে ২০ শতাংশ পর্যন্ত মৃত্যু হতে পারে। বর্তমানে যত রকম হেপাটাইটিস ভাইরাস আবিষ্কার হয়েছে তার মধ্যে হেপাটাইটিস ই ভাইরাসই বেশির ভাগ মহামারী করে।

বর্তমানে এর কোন ভ্যাকসিন নেই।

হেপাটাইটিস রোগীর চিকিৎসা ঃ সাধারণত বাড়ীতে রেখে সম্পূর্ণ বিশ্রাম নিতে হয়। কোন মানসিক বিকৃতি হলে বা দাঁতের মাড়ী বা অন্য জায়গা থেকে রক্ত((রণ হলে হাসপাতাল-এ ভর্তি করতে হয়।

সাধারণভাবে ভাইরাস এর ওষুধ ব্যবহার করা হয় না।

কেবলমাত্র দীর্ঘকালীন হেপাটাইটিস 'বি' বা 'সি' সংত্র(মণ-এর (ে ত্রে ওষুধ ব্যবহার করা হয়।

কম্পিউটার থেকে চোখের রোগ

— মলয় মৈত্র

রোগীর উপসর্গ অনুযায়ী ওষুধ দিতে হয়। কিন্তু ব্যথা কমার বা জ্বর কমার জন্য কোন রকম নিমেসুলাইড, ডাইক্লোফেনাক, আইবুপ্রোফেন জাতীয় ঔষুধ (NSAIDS) ব্যবহার করতে নেই। প্যারাসিটামল ও সাবধানে ব্যবহার করতে হয়।

খাদ্য ঃ স্বাভাবিক খাদ্য খাওয়াই ভাল। গ্লুকোজ, আখের রস ইত্যাদি পেটে গ্যাস বাড়ায় ও আরও খিদে কমিয়ে দেয়। এগুলো না খাওয়া ভাল। রোগীর (চি অনুযায়ী খাদ্য দেওয়া ভাল।

কম্পিউটার আজ প্রায় প্রতি ঘরেই। কম্পিউটার ব্যবহার করে মানুষ অনেক লাভবান হচ্ছেন। সব জিনিসের মতো এটির খারাপ দিকও আছে। এখানে আমরা খুবই সীমিতভাবে কম্পিউটার ব্যবহারে চোখের অসুবিধা ও প্রতিকার সম্বন্ধে আলোচনা করব।

সমী(ায় দেখা যায় যে শতকরা ২৫-৯৩ শতাংশ কম্পিউটার ব্যবহারকারী চোখের বিভিন্ন সমস্যায় ভোগেন। এইসব সমস্যাগুলিকে একসাথে কম্পিউটার ভিসন্ সিনড্রোম বলা হয়।

সমস্যাগুলি কী কী?

১) চোখ জ্বালা করে।
২) চোখ ভারী হয়ে আসে।
৩) চোখে শুকনো ভাব আসে।
৪) বালি পড়ার মতো করকর করে।
৫) মনে হয় চোখ যেন ভিতরে টানছে।
৬) চোখে ব্যাথা।
৭) লাল হওয়া।
৮) জল পড়া।
৯) আলো সহ্য করতে না পারা।
১০) কখনো কখনো ঝাপসা দেখা।
১১) কনট্যাক্ট লেন্স পড়লেই চোখের অস্বস্তি বেড়ে যাওয়া।

ল(ণীয় এই যে, আমরা এখানে একই সাথে চোখের শুকনো ভাব ও চোখে জল পড়া দুটি কথাই বলেছি। মনে প্র্ন আসতে পারে এই দুটি বিপরীতধর্মী ল(ণ একসাথে কী ভাবে প্রকাশিত হয়? আসলে প্রথমে চোখে আসে শুকনো ভাব। এই শুষ্কতা চোখের প(ে অস্বস্তিকর। তাই অশ্রুগ্রন্থি থেকে বেশী অশ্রু অস্বস্তি কমায়।

অসুবিধাগুলি কীভাবে সৃষ্টি হয়?

১) চোখের গায়ে লেগে থাকা চোখের জল চোখের প(ে অত্যন্ত প্রয়োজনীয়। এই জল চোখের আর্দ্রতা বজায় রাখে, চোখকে বিভিন্ন পুষ্টি সরবরাহ করে এবং চোখ থেকে ধূলো ময়লা ধুয়ে দেয়। চোখের প(ে উপকারী এই জল যখন কমে যায় তখন বেশ কিছু সমস্যার সৃষ্টি হয়। কম্পিউটার ব্যবহারের সাথে চোখের জলের পরিমাণ কমার সম্পর্ক এই যে, আমাদের অজান্তে প্রতি ৩-৪ সেকেন্ড অন্তর আমাদের চোখের পাতা পড়ে এবং এটা জন্যই চোখের সামনের জলের স্তরটি শুকিয়ে যেতে পারে না। এদিকে কম্পিউটারে কাজ করার সময় কম্পিউটার স্ি(ন বা ভিডিও

ডিস্প্লে- টারমিনালের দিকে এত বেশী মনোনিবেশ করতে হয় যে চোখের পাতা সাধারণতঃ ১০-১২ সেকেন্ড অন্তর পড়ে। ফলে চোখের জলের স্তর যায় শুকিয়ে।

২) সাধারণতঃ কম্পিউটার শীততাপ নিয়ন্ত্রিত ঘরে রাখা থাকে। এই শীততাপ নিয়ন্ত্রিত যন্ত্রটি সারা দেহের (এবং অবশ্যই চোখের) থেকে জলীয় বাষ্প শুষে নেয়। এই কারণে চোখে আসে শুষ্কতা।

৩) কম্পিউটারে কাজের সময় চোখকে সারা(ণ স্ি(ন, কী বোর্ড ও বিভিন্ন ফাইল বা নথির দিকে তাকাতে হয়। এই সব জিনিসগুলি এক একটি এক এক রকমের দূরত্বে থাকার জন্য চোখের পেশীকে সারা(ণ বিভিন্ন রকমের সংকোচন ও প্রসারণ করতে হয়। এটি চোখের প(ে অত্যন্ত শ্রমসাধ্য।

৪) কম্পিউটারের স্ি(নে বিভিন্ন ধরণের আলোর প্রতিফলন হয়। ঘরের ভিতরের বাল্ব, টিউবলাইট বা জানালা-দরজা দিয়ে আসা বাইরের আলো প্রতিফলিত হয়ে চোখে অসুবিধা সৃষ্টি করে।

৫) যাঁরা বাইফোকাল চশমা পড়েন তাঁদের এক বিশেষ ধরণের অসুবিধা হয়। লেখাপড়ার সময় আমরা খাতা বা বইকে টেবিলে রেখে সামান্য ঝুঁকে কাজ সারি। তাই, বাইফোকাল চশমার কাঁচ থাকে নীচের দিকে।

কম্পিউটারের কাজও কিন্তু আসলে লেখাপড়ারই কাজ টেবিলে নয় স্ি(নে। সব থেকে ভালো হত যদি কম্পিউটারের স্ি(নকে টেবিলে রেখে কাজ করা যেত। তাহলে আমরা পড়ার সময় পড়ার বস্তুকে যেমন চোখের নীচে ও চোখের কাছাকাছি রাখি সেইভাবেই কম্পিউটারেও কাজ করতে পারতাম। কিন্তু আসলে কম্পিউটারের স্ি(ন না থাকে চোখের নীচে, না থাকে চোখের কাছে। স্ি(নটি থাকে সাধারণতঃ চোখের লেভেলে এবং ২ ফুট দূরে। ফলে চোখ আজীবন যেভাবে লেখাপড়ার কাজ করতে অভ্যস্থ কম্পিউটারে তার প্রয়োগ চলে না। মানুষ তাই নিজের প্রয়োজন সারে অন্য উপায়ে। কম্পিউটারে কাজের সময় চোখ ও মাথা এগিয়ে আসে স্ি(নের দিকে এবং স্কিনের কাছাকাছি পৌঁছে ঘাড় উঁচু করে নেওয়া হয় যাতে করে পড়াশোনার জিনিসটিকে চোখের নীচে ও কাছে রাখা যায়। এর থেকে শু(হয় ঘাড়ের ব্যাথা ও তার পরবর্তী সমস্যা।

আমরা কিভাবে এর প্রতিকার করতে পারি?

❍ চার-পাঁচ সেকেণ্ড অন্তর সচেতনভাবে চোখের পাতা ফেলা উচিত। বলা ভাল যে এই উপদেশটি শুনতে সহজ কিন্তু পালন করা আয়াস সাধ্য।

❍ শীততাপ নিয়ন্ত্রিত মেশিনের সীমিত ব্যবহার।

❍ যেসব নথি বা ফাইল নিয়ে কাজ করা হচ্ছে সেইগুলিকে ''ফাইল-হোল্ডার'' এর সাহায্যে এমনভাবে রাখা উচিত যে চোখ থেকে স্ি(ন ও ফাইলের দূরত্ব সমান হয়। চোখের পেশীকে তাহলে বারবার সংকোচন ও প্রসারণ করতে হবে না।

❍ ঘরে আলোর উপস্থিতি বা দরজা-জানলার অবস্থান এমন হবে যাতে কম্পিউটারে অবাঞ্ছিত আলোর প্রতিফলন না হয়, বা ঘরের আলোর বেশী উজ্জ্বলতা যেন চোখের প(ে কষ্টদায়ক না হয়।

❍ কম্পিউটারের স্ি(নের উপরের লেভেল যেন চোখের নীচে থাকে। এই অবস্থায় চোখ স্বাভাবিক ছন্দে কাজ করতে পারবে। ঘাড়ের সমস্যা হবে না। এছাড়াও ল(্য করা হয়েছে যে চোখের উপরের লেভেলে থাকা কোন বস্তুকে দেখতে হলে চোখ বড় করে খুলে রাখতে হয়। ফলে কম্পিউটারের লেভেল উপরে থাকলে চোখের আর্দ্রতা আরো হ্রাস পায়।

❍ যাঁরা বাইফোকাল চশমা পড়েন, তাঁরা প্রোগ্রেসিভ বাইফোকাল নামে বিশেষ ধরণের লেন্স ব্যবহার করলে কম্পিউটারে মাথা এগিয়ে বা ঘাড় উঁচু করে দেখায় বিশেষ দরকার পড়ে না। তবে এই লেন্স যথেষ্ট খরচ সাপে(, ফলে সাধ ও সাধ্যের মিলন প্রায়ই হয় না।

❍ স্ি(নের প্রে(াপটটিকে হালকা ও অ(রের রং গাঢ় হলে চোখের প(কাজ করা সুবিধাজনক হয়।

❍ স্ি(নের উজ্জ্বলতা, রঙের গাঢ়ত্ব, কনট্রাষ্ট এমন হওয়া উচিত যা চোখের প(স্বস্তিদায়ক।

❍ কম্পিউটারে কাজের মাঝে মাঝে বিশ্রাম নিতে হয়। বিশ্রামের সময় দূরের আকাশের দিকে বা যে কোনো দূরবর্তী জিনিসের দিকে তাকালে চোখের পেশী বিশ্রাম পায়।

❍ স্ি(নের সামনে ভালো ধরণের Anti Glare Screen লাগালে অনেকে উপকৃত হন।

❍ চশমায় Anti Reflection coating লাগালে অনেকেই আরাম বোধ করেন।

❍ নির্ধারিত সময় অন্তর চোখের পাওয়ার পরী(া করিয়ে সঠিক চশমা পরলে কম্পিউটারের কাজে চোখের কষ্ট কম হয়।

—— ● ——

❍ **আঞ্চলিক স্বাস্থ্য এসেম্বলিতে অমর্ত্য সেন ঃ** ৯ জুলাই প্রতীচী ট্রাস্ট আয়োজিত 'পূর্বাঞ্চলের প্রথম স্বাস্থ্য এসেম্বলি'তে আন্তর্জাতিক খ্যাতি সম্পন্ন নোবেল বিজয়ী অর্থনীতিবিদ অমর্ত্য সেন তার মতামত রাখেন। তিনি স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণের (ত্রে ব্যাপক বৈষম্যকে চিহ্নি(ত এবং গ্রামীণ, গরীব ও আদিবাসী মানুষের চাহিদা পূরণের উপর জোর দেন। উপস্থিত ডা বিনায়ক সেনের পশ্চাদপর আদিবাসীদের মধ্যে নিষ্ঠা ভরে কাজের প্রশংসা করেন। স্বাস্থ্যকে একটি রাজনৈতিক বিষয় হিসেবে তিনি চিহ্নি(ত করেন। কারণ হিসাবে বলেন যে স্বাস্থ্য পরিষেবা একটি প্রশাসনিক সিদ্ধান্ত যার সাথে রাজনীতি যুক্ত(, পরিষেবা আদায়ের (ত্রে জনগণের চাপ আরেকটি রাজনৈতিক বিষয়। এ(ত্রে জ্ঞান ও শি(া বিস্তার অন্যতম হাতিয়ার। বৈষম্য নিজেই একটি গু(ত্বপূর্ণ সূচক। স্বাস্থ্যের সাথে দুর্নীতিরও গভীর সম্পর্ক রয়েছে। এর পাশাপাশি তিনি মূল্যবোধবৃদ্ধি, রোগীর কথা ও দাবীকে গু(ত্ব দেওয়া, তাদের কথা ধৈর্য্য ধরে শোনা প্রভৃতির উপর জোর দেন। মঞ্চে উপস্থিত ছিলেন মাইকেল মারমট প্রমুখ বিশিষ্ট ব্যক্তি(। অধ্যাপক সেন অনেকগুলি মৌলিক প্র(উত্থাপন করেছেন। এগুলি কি সরকার করবে? কিভাবে করবে?

❍ **এইচ. আই. ভি. নিয়ে কনভেনশন্ ঃ** ৪ জুলাই নয়া দিল্লীতে প্রধানমন্ত্রী দেশের সমস্ত জেলা পরিষদের চেয়ার পারসন বা সভাধিপতি এবং পুরসভাগুলির মেয়র ও চেয়ার পারসনদের নিয়ে এইচ. আই. ভি. / এইডস মহামারী প্রতিরোধ বহুমুখী পদ(প (Multi sectoral Approach) শীর্ষক আলোচনায় অংশ নেন। উদ্যোক্ত(া ছিলেন 'Forum of Parliamentarians on HIV / AIDS'। আলোচনা থেকে নিম্নলিখিত সিদ্ধান্ত বেরিয়ে আসে (১) সরকারকে দেখতে হবে এইচ. ভি. সংবেদনশীলরা সঠিক চিকিৎসা লাভে বঞ্চিত না হয়। (২) $NACP_{III}$ কে MGNREG-র সাথে যুক্ত(করতে হবে যাতে সংত্র(ামিত ব্যাক্তি(রা কর্মসংস্থান পায়। তাদের পুষ্টিকরর খাদ্যের ব্যবস্থা করতে হবে, বিশেষ করে মহিলা ও শিশুদের। এ(ত্রে $NACP_{III}$-র সাথে ICDS কে যুক্ত(করতে হবে। (৩) অভিবাসী শ্রমিক সহ ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তি(দের প্রতি বিশেষ নজর দিতে হবে। (৪) নিরাময় ও প্রতিষেধন চিকিৎসার মধ্যে ভারসাম্য রাখতে হবে। (৫) ASHA দের কর্মসূচীর সাথে যুক্ত(করতে হবে এবং সমস্ত PHC ও CHC তে সুবিধাবাদী জীবাণুদের সংত্র(ান্ত চিকিৎসার ব্যবস্থা করতে হবে। (৬) এইচ. আই. ভি./ এইডস্ বিরোধী কর্মসূচীকে জন আন্দোলনে পরিণত করতে হবে। সিদ্ধান্তগুলি গু(ত্বপূর্ণ। কিন্তু আদৌ কি কার্যকরী হবে?

Mental Health & Education —

Ragging in India

– Editorial Board

❍ বেশী ধূমপান, চা, কফি, অ্যালকোহল চোখের জলের স্তরের স্থায়িত্ব কমায়।

এর পরের ভূমিকা চ(চিকিৎসকের। তিনি রোগীর সমস্যা ও তার উৎপত্তির কারণের সাথে সামঞ্জস্য রেখে কিছু ওষুধ দেন। (মূলতঃ আইড্রপ) যেগুলি চোখের জলের স্তরকে সুষম ভাবে বজায় রাখে। যেহেতু বেশীরভাগ সমস্যাই চোখের জলের স্বল্পতা থেকে সৃষ্ট, তাই এই ওষুধগুলি যথেষ্ট কাজ করে।

India is badly affected by ragging, a form of abuse on newcomers to educational institutions (commonly called hazing in the United States). The increasing privatisation of higher education has led the academic institutions in India to experience an increasing number of ragging-related incidents.

Present State

A report from 2007 highlights 42 instances of physical injury, and reports on ten deaths purportedly the result of ragging. Ragging has reportedly causes at least 30-31 deaths in the last 7 years. In the 2007 session, approximately 7 ragging deaths have been reported. In addition, a number of freshmen were severely traumatized to the extent that they were admitted to mental institutions. Ragging in India commonly involves serious abuses and clear violations of human rights. Ofter media reports and others unearth that it goes on, in many institutions, in the infamous Abu Ghraib style; and on innocent victims.

In many colleges, like IIT Bombay and IIT Hyderabad, ragging has been strictly banned. However, this ban has not been very effective, as seen by the number of ragging of cases still reported by the media. Ragging involves gross violations of basic human rights. The seniors are known to torture juniors and by this those seniors get some kind of sadistic pleasures.

Though ragging has ruined the lives of many, resistance against it has grown up only recently. Several Indian states have made legislatures banning ragging, and the Supreme Court of India has taken a strong stand to curb ragging. Ragging has been declared a *criminal offence.*

The Indian civil society has also started to mount resistance, only recently.

But in India, ragging is more infamous for its ubiquitous presence in the educational institutions. According to the observations by the Dr. Raghavan Committee, which has been constructed by the Union Human Resource Devolopment ministry on the orders of the Supreme Court of India, the medical colleges are the worst affected in India.

However, India's first and only registered Anti Ragging NGO, Society Against Violence in Education (SAVE) has suppored that ragging is also widely and dangerously prevalent in Engineering and other institutions, mainly in the hostels.

Legislation

In 1997, the state of Tamil Nadu first passed laws related to ragging Subsequently, a major boost to anti-ragging efforts was given by a landmark judgement of the Suppreme Court of India in May 2001, in response to a Public Interest Litigation filed by the Vishwa Jagriti Mission.

The Ministry of Human Resources Development (MHRD), following a directive by the Supreme court, appointed a seven member panel headed by ex-CBI director Dr. R. K. Raghavan to recommend anti-ragging measures. The Raghavan Committee report, submitted to the court in May 2007, includes a proposal to include ragging as a special section under the India Penal Code. The Supreme Court of India interim order (based on the recommendations) dated May 16, 2007 makes it obligatory for academic institutions to file official First Information Reports with the police in any instance of a complaint of ragging. This would ensure that all cases would be formally investigated under criminal justice system, and not by the academic institutions own ad-hoc bodies.

The Indian Supreme Court has taken a strong stand to prevent ragging. In 2006, the court directed the H.R.D. Ministry of the Govt. of India to form a panel which will suggest guidelines to control ragging.

The panel, headed by the former director of C.B.I. Dr. R.K. Raghavan, met victims, guardians and others across the country. The Raghavan committee has placed its recommendation to the Honbl. Supreme Court, which has given its order on the issue.

Welcoming the Supreme Court's recent judgmet on ragging Dr. Raghavan, the former CBI director, who is the chairman, Monitoring Committee for the Prevention of Ragging, said, "there are finally signs that the recommendations to prevent ragging in colleges will be taken seriously."

Supreme Court in 2007 directed that all the higher educational institutions should include information about all the ragging incidents in their brochures/prospectus of admission.

UGC Regulation On Curbing The Menace Of Ragging In Higher Education Institutions, 2009

In 2009, in the wake of Aman Kachroo's death, University Grants Commission (UGC) passed UGC REGULATION ON CURBING THE MENACE OF RAGGING IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS, 2009 These regulation mandate every college responsibilities to curb the meance of ragging, including strict pre-emptive measures, like lodging freshers in a separate hostel, surprise raids especially at nights by the anti-ragging squad and submission of affidavits by all senior students and their parents taking oath not to indulge in ragging. The main features of the regulations are :

Responsibilities of Educational Institutions

1. Applicable to ALL higher educational institutions, imparting education beyond 12 years of schooling.

BEFORE AND DURING ADMISSION AND REGISTRATION :

2. **Every public declaration, brochure of admission/instruction booklet** or the prospectus to print these regulations in full.

3. **Telephone numbers** of the Anti-Ragging Helpline and all the important functionaries in the institution, members of the Anti-Ragging Committees and Anti-Ragging Squads etc. to be published in **brochure of admission** / instruction booklet or the prospectus.

4. Every student and his/her parents to file an **affidavit** avowing not to indulge in ragging.

5. The institution to prominently display posters detailing laws and punishment against ragging.

6. Anti-ragging squad to ensure **vigil at odd hours** during first few months at hostels, inside institution premises as well as privately commercially managed hostels.

AFTER ADMISSION

7. **Printed leaflet** to be given to every fresher detailing addresses and telephone numbers of the Anti-Ragging Helpline, Wardens, Head of the institution, all members of the anti-ragging squads and committees, and relevant district and police authorities.

8. Identity of **informants** of ragging incidents to be fully protected.

9. Faculty members assigned to students to make **surprise visits** and to maintain a diary of his/her interaction with the freshers.

10. Freshers to be lodged, as far as may be, in a **separate hostel block.**

11. Head of the institution, at the end of each academic year, to send a letter to the parents/ guardians of the students who are completing their first year in the institution informing them about these Regulations.

ANTI-RAGGING COMMITTEE and ANTI-RAGGING SQUAD

12. Anti-Ragging Committee to be nominated and headed by the Head of the institution, and consisting of representatives of **civil and police administration**, local media, Non Government Organizations involved in youth activities, representatives of faculty members, representatives of parents, representatives of students belonging to the **freshers'** category etc.

13. Duty of the Anti-Ragging Committee to ensure compliance with the provisions of these Regulations.

14. Anti-Ragging Squad to be nominated by the Head of the Institution for maintaining vigil, oversight and **patrolling** functions and shall remain mobile, alert and active at all times.

15. Anti-Ragging Squad to make **surprise raids** on hostels.

16. Discreet random surveys to be conducted amongst the freshers every fortnight during the first three months.

17. The Heads of institutions affiliated to a University or a constituent of the University to submit a **weekly report** on the status of compliance with Anti-Ragging measures and a monthly report on such status thereafter, to the Vice-Chancellor of the University.

18. The Vice Chancellor of each University to submit **fortnightly reports,** including those of the monitoring Cell of Ragging in case of an affiliating university, to the State Level Monitoring Cell.

COMPLAINT OF RAGGING

19. **First Information Report (FIR)** to be filed within **twenty four hours** of receipt of such information or complaint of ragging, with the police and local authorities.

20. Head of the institution to forthwith report the incident of ragging to the District Level Anti-Ragging Committee and the Nodal officer.

21. Institution shall also continue with its own enquiry and remedial action to be completed with-in seven days.

Responsibilities of University Grants Commission (UGC)

1) The **Commission to verify that the institutions strictly comply** with the requirement of getting the affidavits from the students and their parents/guardians as envisaged under these Regulations.

2) The Commission to make it mandatory for the institutions to incorporate in their **prospectus,** the anti-ragging directions of the Central Government or the State Level Monitoring Committee.

3) The **Commission to maintain an appropriate data base** to be created out of affidavits, and such database to also function as a record of ragging complaints received, and the status of the action taken thereon.

4) The Commission shall make available the database to a non-governmental agency.

5) The Commission to include a specific condition in the **Utilization Certificate,** in respect of any financial assistance or grants-in-aid to any institution, that the institution has complied with the anti-ragging measures.

6) The **Commission to constitute an Inter-Council Committee** to coordinate and monitor the anti-ragging measures in institutions across the country.

7) The Commission to institute an **Anti-Ragging Cell** within the Commission to provide secretarial support for collection of information and monitoring, and to coordinate with the State Level Monitoring Cell and University Level Committees for effective implementation of anti-ragging measures.

Use of Right To Information

Despite all these legislations, the implementation has been slow on the part of the educatinal institutions. Many anti-ragging activists have advocated use of right to information (RTI) by the freshers / victims to ensure that the institutions follow the rules to curb ragging strictly. For

example, one of the strongest reasons for ragging to happen is that the raggers are dead sure that parents would never ever get to know their heinous acts. The affidavit filed by parents to the institution has the name, address and telephone numbers of the parents of the senior students. A fresher can file RTI applications, even without disclosing identity by using a friend's help and name, to get a copy of this affidavit, and then call/write himself or make his parents talk to ragger's parents to rein in him. Also, the college and the UGC can be made to follow the anti-ragging measures strictly by the use of RTI. Once freshers take courage and start doing that, it is a general feeling that ragging may drastically reduce in India, as every student will become a soldier in the fight againt ragging.

—— ● ——

❍ **অ্যাটমিক এনার্জি কমিশনের প্রতিশ্রুতি ঃ** সম্প্রতি আই. এস্. আই. তে পি. সি. মহলনাবিশ স্মারক বক্তৃতায় AEC-র চেয়ারপারসন সুকুমার বন্দ্যোপাধ্যায় জানিয়েছেন ভারতের পরমাণু বিদ্যুৎ কেন্দ্রগুলি নিরাপদ। তাদের নিরাপত্তা দেখার জন্য AEC, NPCIL, AERB, BARC প্রমুখের বিশেষজ্ঞদের নিয়ে ছ'টি কমিটি করা হয়েছে। সমস্ত কেন্দ্রেই অতিরিক্ত প্রশমন ব্যবস্থা (Cooling System) ও অতিরিক্ত বিদ্যুৎ সরবরাহ ব্যবস্থা করা হয়েছে। প্রাকৃতিক দুর্যোগ, বন্যা, সন্ত্রাসবাদী হানা মাথায় রেখে পারমাণবিক রিঅ্যাক্টরগুলি বানানো হয়েছে। নারোরা ছাড়া সবকটি কেন্দ্রই Seismic III Zone এ অবস্থিত। কলাপক্কমে সুনামি প্রতিরোধী ব্যবস্থা নেওয়া হয়েছে। জইতাপুরে EPR বসানো হচ্ছে যাতে বিমান দুর্ঘটনাতেও কোন ক্ষতি না হয় ইত্যাদি। সবই তো বুঝলাম, কিন্তু চেরনোবিল ও ফুকুশিমার ঘটনার পর আর কি বিশ্বাস করা যায়?

চিঠিপত্র —

‘The National Food Security Act must include strong safeguards’

Sample RTI applications have also been posted by some of the anti-ragging websites to help students in that.

Anti-ragging movement

With the situation of ragging worsening yearly, there is emerging a spontaneous anti-ragging movement in India. Several voluntary organizations have emerged, who conduct drives for public awareness and arrange for support to victims.

Online groups like Coalition to Uproot Ragging from India (CURE), Stopragging, No Ragging Foundation became the major Anti-Ragging groups on the Internet. Among them, the No Ragging Foundation has transformed into a complete NGO and got registered as Society Against Violence in Education (SAVE) which is India’s first registered Anti-Ragging non profit organization (NGO). These groups are working on issues related to ragging. Each of them is running anti ragging websites and online groups.

The Indian media has been playing a crucial role by exposing ragging incidents and the indifference of many concerned institutions towards curbing the act. The Supreme Court of India has directed, in its interim judgement, that action may be taken even against negligent institutions. ANTI-RAGGING HELP LINE : 1800 - 180 - 5522 or 155222.

[Compiled from internet – Editorial Board]

A letter to the Prime Minister on the importance of a ‘near-universal PDS.’

July 21, 2011

Dr. Manmohan Singh

Prime Minister of India

Respected Prime Minister, We are a group of research scholars and student volunteers who have just spent three weeks surveying the Public Distribution System (PDS) around the country. We are writing to share a few thoughts on the National Food Security Act in the light of this experience.

Our survey covered more than100 randomly-selected villages spread over nine States (Andhra

PDS Survey 2011 : selected findings

A detailed survey of the public distribution System was conducted in nine States in May-June 2011 by student volunteers.

Two inportant findings :

1. Evidence of a major revival of the PDS across the country (even in States like Orissa and Uttar Pradesh). Main exception : Bihar.

2. Where PDS works, people much prefer food to cash transfers

	Average monthly purchase of PDS grain (kg/ household	Average purchase as proportion of full quota* (per cent)	Proportion (percentage) of respondents who :	
			Prefer food to cash	Prefer cash to food
Andhra Pradesh	14.9	99	91	6
Orissa	29.2	97	88	6
Chhattisgarh	33.2	95	90	2
Himachal Pradesh	37.1	93	81	9
Tamil Nadu	17.9	92	71	11
Rajasthan	26.0	87	60	15
Uttar Pradesh	30.7	77	42	34
Jharkhand	24.9	71	66	22
Bihar	11.2	45	21	54
All States	24.0	84	67	18

** "Full quota" refers to PDS grain entitlements of sample households. based on official norms. Additional grain quotas supplied in response to recent Supreme Court orders have been accounted for in Himachal Pradesh, Orissa, Rajasthan and Uttar Pradesh; other States did not lift this additional quota. For Orissa, figures pertain to rice only (Wheat entitlements are not clear).*

Note : *The survey was conducted in 106 random-selected villages, spread over two districts in each sample State. It covered 1,227 BPL households (including "Antyodaya" households and related categories). The figure are provisional and subject to minor revisions.*

Pradesh, Bihar, Chhattisgarh, Himachal Pradesh, Jharkhand, Orissaa, Rajasthan, Tamil Nadu, and Uttar Pradesh). We inspected the local Fair Price Shops and interviewed more than a thousand "BPL" households. Oblivious of the heat or rain, we reached the country's remotest nooks and corners and spared no effort to understand people's situations and views.

This survey points to an impressive revival of the PDS across the country. In all the sample States, with the notable exception of Bihar, there have been major initiatives in the recent past to improve the PDS and these efforts are showing results. Most of the sample households were getting the bulk if not the whole of their foodgrain entitlements under the PDS (up to 35 kg per month, at a nominal price). The days when up to half of the PDS grain was "diverted" to the open market are gone.

We also found that the PDS had become a lifeline for millions of rural households. A well-functioning PDS virtually guarantees that there is always food in the house. This is an enormous relief for people who live on the margin of subsistence, and a welcome support for everyone. It is a big step towards the end of hunger, which has blighted this country for centuries.

The bad news is that the BPL list is very defective. In many States, entire communities have been left out, and almost everywhere, there are enormous exclusion errors. This has severely reduced the effectiveness of the PDS as a tool of food security. *Therefore, we support the case made recently by a group of a academic economists for a "near-universal PDS," whereby all households are entiled to food subsidies unless they meet well defined exclusion criteria.*

The said economists also believe that there is a strong (though unspecified) "theoretical case" for cash transfers as an alterative to the PDS. We discussed this proposal with the respondents, and found that a majority opposed it. The reluctance was particularly strong in areas with a well-functioning PDS, and among poorer households. Further, we felt that the reasons they gave for opposing cash transfers were generally quite thoughtful and convincing.

In most cases, the reasons pertained in one way or another to food security – an overwhelming concern for poor households. For instance, many respondents were worried that money might be misused or frittered away. Where markets are distant, they wondered where they would buy grain, and how they would cope if there is a sudden increase in local food prices. Even where markets are accessible, there were apprehensions, such as a fear that traders might raise prices if the PDS is closed. Similarly, the local bank was often said to be too far, overcrowded, or difficult to handle. Many respondents had a bitter experience of the banking system in the context of Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (NREGA) wage payments. In contrast, the familiarity and convenience of the local Fair Price Shop were widely valued. It is only in areas where the PDS was not working, notably Bihar and parts of Uttar Pradesh, that we found substantial interest in cash transfers as a possible alternative.

Accordingly, we urge you to ensure that the National Food Security Act includes the strongest possible safeguards against a hasty transtion from food entitlements to cach transfers.

We do recognise, of course, that there in enormous scope – and urgent need – for further improvements in the PDS. We have some suggestions on this too, and would be glad to discuss them with you at your convenience.

Signatories : Anindita Adhikari (independent researcher, Patna); Ankita Agarwal (independent researcher, Delhi); Megha Bahi (Delhi School of Economics, Delhi); Pooja Balasubramanian (St. Xavier's College, Mumbai); Balu (Jawharlal Nehru University, Delhi); B, Lakshmi (Kirori Mal College, Delhi); Manish Choudhury (Hindu College, Delhi); Sakina Dhorajiwala (Jai Hind College, Mumbai); Jean Dreze (Universisy of Allahabad); Anchal Dutt (Law College, Delhi University); Ashish Gupta (University of Allahabad); Aparna John (independent researcher, Delhi); Purava Joshi (St. Xavier's College, Mumbai); Samyktha Kanan (IIT, Madras); Reetika Khera (IIT, Delhi); Sirus Joseph Liberio (University of Mumbai); Radhika Lokur (St. Xavier's College, Mumbai); Aleesha Mary Joseph (St. Stephen's College, Delhi); Swathi Meenakshi (Anna University, Chennai); Karuna Muthiah (independent researcher, Dindigul); Bijayani Mohanty (independent reseacher, Bhubaneshwar); Rajkishore Mishra (independent rearcher, Bhubaneshwar); Kuber Nag (IIT, Madras); Sudha Narayanan (Cornell University); Soheb Niazi (Jawaharlal Nehru University, Delhi); Gaurav Poddar (St. Stephen's College, Delhi); Raghav Puri (Lee Kuan Yew School of Public Policy, Singapore); Aakriti Rai (St. Xavier's College,

বন্ধ ক(ন
ক্যাম্পাসে র‍্যাগিং

র‍্যাগিং এক ফৌজদারি অপরাধ এবং তা শি(ার মানকে নামিয়ে দেয়

র‍্যাগিং বিরোধী গণআন্দোলন ও গণপ্রতিরোধ গড়ে তুলুন

র‍্যাগিং-এর ঘটনা ঘটলে ফোন ক(ন ২৪৭
টোল ফ্রি অ্যান্টি র‍্যাগিং হেল্পলাইন
১৮০০-১৮০-৫৫২২ বা ১৫৫২২২

র‍্যাগিং-মুক্ত(ক্যাম্পাস গড়ে তোলার অভিযানে যোগ দিন

'স্বাস্থ্য শি(া উন্নয়নে'র সম্পাদকমণ্ডলীর প(থেকে অরণি সেন কর্তৃক
৮ এ শ্যামাচরণ দে স্ট্রীট, কলকাতা - ৭০০ ০৭৩ থেকে প্রকাশিত।

চিত্র - ৪
চিত্র - ৩
চিত্র - ২
চিত্র - ৭
চিত্র - ৬
চিত্র - ১
চিত্র - ৯
চিত্র - ৮

চিত্র - ৪
চিত্র - ৩
চিত্র - ২
চিত্র - ৭
চিত্র - ৬
চিত্র - ১
চিত্র - ৯
চিত্র - ৮