
इकाई 9 भारत में स्वास्थ्य नीति*

संरचना

- 9.0 उद्देश्य
- 9.1 विषय प्रवेश
- 9.2 भारत में जन स्वास्थ्य नीति
 - 9.2.1 भारत में स्वास्थ्य प्रस्थिति : प्रगति एवं चुनौतियाँ
 - 9.2.2 निकृष्ट स्वास्थ्य परिणामों के कारण
- 9.3 भारत में जन-स्वास्थ्य कार्यक्रम
 - 9.3.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
 - 9.3.2 जनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
- 9.4 भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियाँ
 - 9.4.1 वर्ष 2000 तक
 - 9.4.2 वर्ष 2000 उपरांत
- 9.5 सार-संक्षेप
- 9.6 शब्दावली
- 9.7 कुछ उपयोगी पुस्तकें
- 9.8 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

9.0 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई को पढ़ने के बाद, आप इस योग्य होंगे कि –

- अपने मुख्य बिंदु एवं उद्देश्यों के साथ पदबंध 'जन स्वास्थ्य' को परिभाषित कर सकें;
- कालांतर में भारत की स्वास्थ्य प्रस्थिति में रुझानों की तुलना कर सकें;
- भारत में निकृष्ट जन स्वास्थ्य परिणामों हेतु उत्तरदायी कारकों को पहचान सकें;
- भारत में 'जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों' के तहत की गई प्रमुख पहलकदमियों को स्पष्ट कर सकें; तथा
- वर्ष 2000 पूर्व एवं वर्ष 2000 पश्चात् के बीच भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों के मुख्य अंश व बिंदुओं पर प्रकाश डाल सकें।

9.1 विषय प्रवेश

किसी भी देश को स्वास्थ्य प्रस्थिति उसके कुछ संकेतकों द्वारा मापी जाती है। ये संकेतक हैं – (i) जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा, (ii) शिशु मृत्यु दर, (iii) बाल एवं मातृ मृत्यु दर, (iv) रुग्णता आपतन एवं व्यापकता दर, (v) अशक्तता समंजित जीवन वर्ष, (vi) रुद्ध विकास, क्षयरोग, कम-वजन बच्चे, आदि शास्त्रीय मापदंड, (vii) देह-

द्रव्यमान सूचकांक (BMI) आदि। निकृष्ट बाल स्वास्थ्य परिणाम महिलाओं की निकृष्ट जनन स्वास्थ्य प्रस्थिति की वजह से है। पदबंध महिलाओं का 'जनन स्वास्थ्य' का अर्थ है – (i) जन्मदर नियंत्रण की सुरक्षित, प्रभावी, आर्थिक पहुँच के भीतर एवं स्वीकार्य विधियों की सुगमता, तथा (ii) गर्भकाल के दौरान व प्रसूति-उपरांत समुचित स्वास्थ्यरक्षा सेवाओं की सुलभता। जनन स्वास्थ्य का परम उद्देश्य माताओं एवं नवजात शिशुओं का उत्तम स्वास्थ्य सुनिश्चित करना है।

किसी भी देश का सामाजिक-आर्थिक विकास आय एवं शैक्षिक उपलब्धि जैसे अन्य कारकों के साथ-साथ जनसंख्या की स्वास्थ्य प्रस्थिति द्वारा भी निर्धारित किया जाता है। स्वास्थ्य परिणाम एवं शैक्षिक उपलब्धि एक-दूसरे के संपूरक की भूमिका निभाते हैं। ऐसा संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (UNDP) की वार्षिक मानव विकास रिपोर्ट (HDI) में विभिन्न देशों के लिए लिखे गए दस्तावेजों से सिद्ध होता है। रिपोर्ट दर्शाती है कि निकृष्ट स्वास्थ्य परिणाम और निर्धनता परस्पर निर्भर हैं और सहकालिक रूप से ही निर्धारित किए जाते हैं। इसका अर्थ है कि स्वास्थ्य निर्धनता को प्रभावित करता है और निर्धनता, बदले में, किसी भी देश की स्वास्थ्य प्रस्थिति को और बिगाड़ देती है। अतः, यदि स्वास्थ्य की उपेक्षा की जाती है तो निर्धनता को नहीं मिटाया जा सकता। इसी प्रकार, यदि निर्धनता को काबू कर लिया जाता है तो जन-समुदाय की स्वास्थ्य प्रस्थिति को सुधारा जा सकता है। संसाधनों एवं सुख-सुविधाओं की सुगमता का अभाव जैसी वंचित दशा (सुरक्षित पेयजल, स्वास्थ्य रक्षा, शिक्षा का अभाव एवं सामान्य बोध समेत) खराब स्वास्थ्य, रुग्णता एवं उच्चतर मर्त्यता स्तरों को प्रबलित करने में योगदान देती है। इसके विपरीत, मानव विकास के अन्य आयामों की उपलब्धियाँ, खासकर शिक्षा एवं आर्थिक कल्याण, बेहतर स्वास्थ्य एवं दीर्घायु की दिश में परिवर्तन को संबलित करती हैं। स्वतंत्रता प्राप्ति के समय, भारत की स्वास्थ्य दशा अत्यंत निकृष्ट थी। तदोपरांत, भारत की स्वास्थ्य प्रस्थिति में व्यापक उपलब्धियाँ देखी गईं जो कि जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा में वृद्धि और शिशु मृत्यु-दर (IMR) में निरंतर गिरावट के पदों में मापी गई हैं। तथापि, भारत अंतर्राष्ट्रीय मानकों की तुलना में अच्छा प्रदर्शन करने में सक्षम नहीं रहा है। भारत में विश्व जनसंख्या का लगभग 17.5 प्रतिशत है परंतु इसका रोग भार असंगत रूप से कहीं अधिक है (विश्व रोग भार का लगभग 20 प्रतिशत)।

9.2 भारत में जन स्वास्थ्य नीति

जन स्वास्थ्य को इस रूप में परिभाषित किया जाता है – 'समाज, संस्थानों (सार्वजनिक एवं निजी), समुदायों एवं व्यक्तियों के संगठित प्रयासों एवं सुविज्ञ विकल्पों के माध्यम से रोग की रोकथाम करने, जीवन को दीर्घकृत करने व मानव स्वास्थ्य को प्रोत्साहित करने का विज्ञान एवं कला।' जन स्वास्थ्य, जनन एवं बाल स्वास्थ्य तथा मानसिक स्वास्थ्य समेत, रोगों की रोकथाम एवं उपचार के माध्यम से जीवन की गुणवत्ता सुधारने पर अभिलक्षित होता है। जन स्वास्थ्य प्रक्रिया में बहुत-से व्यावसायियों की आवश्यकता होती है, जैसे— डॉक्टर, नर्स, दाइयाँ, चिकित्सा सहायक, महामारी वैज्ञानिक, जैव-सांख्यिकीविद्, सूक्ष्म जीव वैज्ञानिक, आदि। किसी भी जन-स्वास्थ्य हस्तक्षेप के केंद्र में रोगों, अंग भंग या प्रबंधन व अन्य शारीरिक दशाओं का निवारण एवं नियंत्रण होता है। यह मामलों की निगरानी तथा समुदायों एवं परिवेश में स्वास्थ्यप्रद गतिविधियों के प्रोत्साहन से हासिल किया जाता है। सरल, गैर-चिकित्सकीय विधियों को अपनाकर अनेक रोगों से बचा जा सकता है। उदाहरण के लिए, साबुन से हाथ धोने की एक सरल सी क्रिया अनेक संक्रामक रोगों को फैलने से रोक सकती है। इसी प्रकार, किसी रोग का उपचार अथवा किसी विकारी रोग पर नियंत्रण करना किसी संक्रामक रोग के फैलने के दौरान अथवा खाद्य अथवा जल-

आपूर्ति के संदूषण के माध्यम से, उसका फैलना रोकने के लिए अत्यावश्यक हो सकता है।

जन-स्वास्थ्य संचारण कार्यक्रम (जैसे— निरोध वितरण) और टीकाकरण कार्यक्रम सामान्य निरोधक जन-स्वास्थ्य कार्रवाइयों के ही उदाहरण हैं। इस प्रकार की कार्रवाइयों ने जनसमुदाय के स्वास्थ्य में भरपूर योगदान दिया है, जैसे— जन्म के समय औसत जीवन में प्रत्याशा बढ़ाने में। जन स्वास्थ्य, स्थानीय स्वास्थ्य व्यवस्थाओं एवं गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से, विकासशील और विकसित दोनों प्रकार के देशों में रोग-निवारण प्रयासों में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) वैश्विक जन-स्वास्थ्य विषयों को समन्वित कर उस पर कार्रवाई करता है। अधिकांश देशों के पास अपना निजी सरकारी जन-स्वास्थ्य अभिकरण होता है। प्रायः 'स्वास्थ्य मंत्रालय' के नाम से मशहूर ये अभिकरण, घरेलू स्वास्थ्य विषयों के लिए उत्तरदायी होते हैं। भारत विश्व में पहला देश है जिसने जनसंख्या वृद्धि एवं अनचाहे गर्भधारण की घटनाओं से निबटने के लिए परिवार नियोजन कार्यक्रम औपचारिक रूप से शुरू किया है। तथापि, विगत दशकों में परिवार नियोजन कार्यक्रम की रणनीति एवं नीतियाँ बदली हैं ('परिवार नियोजन' का नया नाम है — परिवार कल्याण कार्यक्रम)। इस कार्यक्रम का मुख्य उद्देश्य युगल संरक्षण दर बढ़ाना (अथवा गर्भ-निरोधक प्रचलन दर बढ़ाना) नहीं है, बल्कि सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करना और सुरक्षित मातृत्व रणनीतियों के साथ-साथ बच्चों के पूर्ण प्रतिरक्षीकरण समेत समुचित प्रसव-पूर्व एवं प्रसवोपरांत देखभाल मुहैया कराना है।

9.2.1 भारत में स्वास्थ्य प्रस्थिति : प्रगति एवं चुनौतियाँ

स्वतंत्रताप्राप्ति के समय से भारत ने कुछ स्वास्थ्य संसूचकों के विषय में उल्लेखनीय प्रगति की है। स्वास्थ्य के अशुभ संसूचकों, जैसे— अशोधित जन्म दर (CBR), अशोधित मृत्यु दर (CDR) एवं शिशु मर्त्यता दर (IMR), में भारी गिरावट देखी गई है। इसी प्रकार, जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा जैसे स्वास्थ्य के शुभ संसूचक ने (वर्ष 1947 में 33 से लेकर वर्ष 2016 में 69 वर्ष) वृद्धि दर्शाई है। इसका अर्थ है कि भारत कालांतर में स्वास्थ्य परिणामों के लिहाज से प्रगति करता रहा है। भारत ने अनेक संक्रामक रोगों का उन्मूलन कर दिया है। पोलियो, कुष्ठ रोग एवं नवजात शिशुओं को होने वाला टिटनेस रोग जैसी कुछ बीमारियाँ अब उन्मूलन के कगार पर हैं। इस प्रगति के बावजूद, आने वाले दशकों में एक मुख्य स्वास्थ्य सरोकार स्वरूप असंचारी रोग अभी बने ही रहने वाले हैं जो कि भारत के जन स्वास्थ्य पर एक वास्तविक आशंका उत्पन्न कर रहा है। एड्स, तपेदिक (TB), मलेरिया, डेंगू, स्वाइन फ्लू, आदि कुछ स्थानिक रोग भारत की जन-स्वास्थ्य अवसंरचना के निरंतर चुनौती पेश कर रहे हैं। उक्त सभी रोगों से लड़ने को, उनका जल्द-से-जल्द पता लगाने व त्वरित कार्रवाई करने के लिहाज से, एक उच्च स्तरीय तत्परता की अपेक्षा है।

तालिका 9.1 : भारत में स्वास्थ्य प्रस्थिति : प्रगति एवं चुनौतियाँ

संसूचक	1947	2014
अशोधित जन्म दर (CBR)	40.8	21
अशोधित मृत्यु दर (CDR)	27.4	6.7
शिशु मर्त्यता दर (IMR)	146	39
जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा	32.7	68.6 (2016, परिकल्पित)

स्रोत : सैम्पल रजिस्ट्रेशन सिस्टम, महापंजीयक, भारत सरकार।

असंचारी (दीर्घकालिक) रोगों [NCD] में वृद्धि भी देखी गई है। इनमें से कुछ बीमारियाँ जीवन-चक्र से जुड़ी हैं (यथा, मधुमेह, उच्च रक्तचाप, आघात, हृदय-रोग, कैंसर आदि)। ये रोग प्रमुखतः आयुवर्ग 35 से 60 के व्यक्तियों में पाए जाते हैं। हाल के सर्वेक्षण दर्शाते हैं कि वर्ष 2025 तक लगभग 18.9 करोड़ भारतीय जनसंख्या 60 वर्ष से अधिक आयु की होगी। इस आयु की अधिकांश जनसंख्या असंचारी अथवा जीवनशैली संबंधी रोगों से ग्रस्त होगी। जीवन-शैली संबंधी रोग भारत में प्रतिवर्ष 50 लाख से भी अधिक लोगों की जान ले लेते हैं (वर्ष 2014 में 59 लाख) जो कि विश्व असंचारी रोगों (NCD) का लगभग 15.6 प्रतिशत अंश होता है। मधुमेह भारत में प्रमुख जन-स्वास्थ्य परिणाम वाला सर्वाधिक भयप्रद मुद्दा बन गया है। शहरी भारत में 20 वर्ष की आयु से ऊपर के वयस्कों के लिए मधुमेह का अनुपात वर्ष 1970 में 2.1 प्रतिशत से बढ़कर वर्ष 2011 में 12.1 प्रतिशत हो गया। अंतर्राष्ट्रीय मधुमेह महासंघ के अनुसार, विश्वभर में 36.6 करोड़ मधुमेह रोग से पीड़ित व्यक्तियों (वर्ष 2011) में से 6.1 करोड़ (लगभग 16.6 प्रतिशत) भारत में हैं। ये रुझान दर्शाते हैं कि भारत की स्वास्थ्य अवसंरचना पर अत्यधिक भार होगा। भारत में जन-स्वास्थ्य प्रणाली पर, इस प्रकार, गंभीर खतरा मंडरा रहा है क्योंकि वह निकृष्ट एवं अपर्याप्त है।

9.2.2 निकृष्ट स्वास्थ्य परिणामों के कारण

भारत में विश्व जनसंख्या का 17.5 प्रतिशत अंश बसा है परंतु यह विश्व के रोगों का पांचवाँ भाग (20 प्रतिशत) झेलता है। उसने वर्तमान जनसांख्यिकीय कार्यांतरण के विशिष्ट चरण रखा है। यह इन प्रमुख स्वास्थ्य चुनौतियों शिशु मृत्युता, बाल कुपोषण, रक्ताल्पता से ग्रस्त माताओं एवं निकृष्ट जनन स्वास्थ्य वाली स्त्रियों से ताल्लुक रखता है। यह ज्ञात होने पर कि जनन आयु-वर्ग में महिलाओं का अनुपात 55 प्रतिशत (वर्ष 2016) तक ऊँचा है और अगले दशक में भी यह स्तर बना रहने वाला है, स्वास्थ्य नीति के दृष्टिकोण से यह स्थिति अत्यंत चुनौतीपूर्ण है। इसमें अपेक्षित है कि न सिर्फ मातृ-मृत्युता को घटाने के बल्कि शिशु एवं बाल मृत्यु संख्या को भी घटाने के अधिकाधिक प्रयास किए जाएँ। विश्वभर में लगभग 1.6 अरब लोग अनुभवतः बहुआयामी निर्धनता (जिसमें स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण घटक के रूप में शामिल है) में गुजर कर रहे हैं। इनमें से लगभग 44 करोड़ (यथा, 27.5 प्रतिशत) भारत के आठ बड़े राज्यों में रहते हैं, यथा— बिहार, झारखंड, मध्यप्रदेश, उत्तर प्रदेश, छत्तीसगढ़, ओडिशा, राजस्थान और पश्चिम बंगाल। निकृष्ट स्वास्थ्य और बहुआयामी निर्धनता अंतर्संबद्ध कहलाते हैं। भारत का जन-स्वास्थ्य व्यय विश्व में अन्य सभी बड़े देशों की तुलना में बेहद कम है (यह हमारी GDP के लगभग एक प्रतिशत से रंचमात्र ऊपर है)। परिणामतः, भारत में जेब-से व्यय का ऊँचा अनुपात (05.6 प्रतिशत) दिखाई पड़ता है।

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र राज्य का विषय है। यहाँ राज्यों के बीच व्यापक स्वास्थ्य असमानता (साथ ही, स्वास्थ्य व्यय की असमानता) व्याप्त है। अतः, इन राज्यों के बीच स्वास्थ्य समानता सुनिश्चित करने के लिए आय असमानता पर ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। सामाजिक न्याय, समता एवं संतुलित क्षेत्रीय विकास के आयामों से यह एक अत्यंत महत्वपूर्ण विषय है जिसे समस्या के रूप में लेकर हल किए जाने की आवश्यकता है। यहाँ देश के अपेक्षाकृत निर्धन राज्यों में गरीबी मिटाने हेतु कहीं अधिक विकास अनुदानों की आवश्यकता नज़र आती है।

बोध प्रश्न 1 (दिए गए स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें।)

- 1) वे संसूचक बताए जिनसे किसी अर्थव्यवस्था की स्वास्थ्य प्रस्थिति का मूल्यांकन किया जाता है।

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) 'जन स्वास्थ्य' पदबंध को परिभाषित करें।

.....

.....

.....

.....

.....

- 3) किस लिहाज से, भारत में कालांतर में 'परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम' की रणनीति में बदलाव आया है?

.....

.....

.....

.....

.....

- 4) क्या आप कहेंगे कि भारत ने अपनी जन-स्वास्थ्य प्रस्थिति में अच्छी प्रगति की है? इस संबंध में उसके समक्ष वर्तमान चुनौतियाँ क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

- 5) क्या आप मानते हैं कि भारत के कंधों पर विश्व के रोग भार का असंगत रूप से अधिक हिस्सा है? अपने उत्तर का आधार प्रस्तुत करें।

.....

.....

.....

.....

.....

9.3 भारत में जन-स्वास्थ्य कार्यक्रम

देश में, 'स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय', भारत सरकार परिवार कल्याण समेत सभी 'जन-स्वास्थ्य कार्यक्रम' निरूपित एवं क्रियान्वित करने के लिए जिम्मेदार है। यह जन स्वास्थ्य रक्षा, जागरूकता अभियान, प्रतिरक्षीकरण कार्यक्रम एवं निवारक दवाओं आदि से वास्ता रखता है। इस केंद्रीय प्राधिकरण द्वारा 13 राष्ट्रीय कार्यक्रम चलाए जाते हैं। इन जन-स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत आने वाले क्षेत्रों में शामिल हैं— एड्स, कैसर, फिलेरिया, आयोडीन की अल्पता से उत्पन्न विकार, आदि का उपचार/निवारण तथा मानसिक स्वास्थ्य, अंधता पर नियंत्रण, बहरेपन का निवारण एवं नियंत्रण, आदि क्षेत्र। परिवार कल्याण, विशेष रूप से, निम्नलिखित से संबंधित पहलुओं के लिए जिम्मेदार है – (i) ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाएँ, (ii) परिवार नियोजन एवं कल्याण, (iii) जनन एवं बाल स्वास्थ्य (RCH), (iv) मातृत्व स्वास्थ्य, (v) बाल चिकित्सा, (vi) परिवार नियोजन विषयक सूचना, संचार एवं जानकारी, (vii) गैर-सरकारी संगठनों व अन्य अंतर्राष्ट्रीय दानदाताओं के साथ सहयोग।

9.3.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

भारत में अल्प-सेवित ग्रामीण क्षेत्रों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, सरकार ने वर्ष 2005 में 'राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन' (NRHM) की शुरुआत की। तदन्तर, अधिव्यापी 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन' (NHM) के एक भाग स्वरूप वर्ष 2013 में एक 'राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन' (NUHM) की शुरुआत की गई। पूर्वोक्त मिशन (NRHM) के तहत, 18 ऐसे राज्यों को विशेष तरजीह दी गई है जो जन-स्वास्थ्य संसूचकों की दृष्टि से अन्य विकसित राज्यों की तुलना में कमजोर पाए गए। इस मिशन (NRHM) के मुख्य उद्देश्य हैं – (क) समुदाय के स्वामित्व वाली विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य रक्षा सेवा व्यवस्था कायम करना, (ख) एक पूर्णतः कार्यपरक स्वास्थ्य रक्षा सेवा व्यवस्था कायम करना ताकि सभी स्तरों पर अंतर्देशीय अभिसरण सुनिश्चित हो सके, तथा (ग) जल, सफ़ाई प्रबंध, शिक्षा, पोषण, सामाजिक एवं लिंग समानता जैसे स्वास्थ्य निर्धारकों की एक व्यापक श्रृंखला पर सहकालिक कार्रवाई सुनिश्चित करना। इस मिशन (NRHM) की कुछ प्रमुख पहलकदमियाँ इस प्रकार हैं—

- 'मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता' (ASHA) नामक सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों को ग्रामीण क्षेत्रों में समुदाय एवं स्वास्थ्य व्यवस्था के बीच कड़ी के रूप में काम करने का दायित्व सौंपा जाता है।
- परिचारिकाओं एवं 'सहायक परिचारिका प्रसविकाओं' (ANM) के प्रशिक्षण को यथोचित महत्त्व देते हुए उक्त मिशन (NRHM) के अंतर्गत क्षमता-निर्माण कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं।
- 'सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप योजना' ['जननी सुरक्षा योजना' (JSY) नामक] उक्त मिशन (NRHM) के तहत ही शुरू की गई है। यह योजना (JSY) नवजात शिशु एवं मातृ मर्त्यता घटाने हेतु निर्धन गर्भवती स्त्रियों के बीच सांस्थानिक प्रसूति को प्रोत्साहित करने पर अभिलक्षित है। यह योजना उन स्थानों पर निर्धन गर्भवती माताओं को नकद प्रोत्साहन प्रदान करता है जहाँ सांस्थानिक प्रसूति की सुविधा का अभाव होता है।
- 'जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम' (JSSK) जन-स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसूति हेतु आने वाली गर्भवती माताओं को मुफ्त आवागमन परिवहन, निःशुल्क औषधियाँ, निःशुल्क रोग-निदान एवं मुफ्त आहार उपलब्ध कराने के लिए शुरू किया गया है।

- उक्त मिशन (NRHM) के क्रियान्वयन में एक महत्वपूर्ण नई बातें देखी गई हैं। यह राज्यों को धन आवंटन तभी करता है जब वे केंद्र के साथ एक पूर्ण शर्त के रूप में एक समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर कर दें। यह ज्ञापन पत्र राज्य को पूर्ण चिन्हित क्रियाकलापों के प्रति 'समय-सारणी एवं कार्य-निष्पादन कसौटियों' के साथ कार्य करने को बाध्य करता है।

9.3.2 जनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

हाल के परिणाम दर्शाते हैं कि भारत लिंग असमानता [खासकर स्वास्थ्य एवं उत्तरजीविता के लिहाज से], की दृष्टि से विश्व में सर्वाधिक पिछड़े देशों की गिनती में है। लिंग स्वास्थ्य के मुख्य सामाजिक निर्धारक तत्वों में एक है जिसमें शामिल होते हैं— सांस्कृतिक, आर्थिक एवं सामाजिक कारक, जो कि महिलाओं के स्वास्थ्य परिणामों में एक प्रमुख भूमिका निभाते हैं। तदनुसार, उच्चतर लिंग असमानता महिलाओं (खासकर जो जनन आयु वर्ग से आती हैं) के साथ-साथ शिशुओं के स्वास्थ्य को भी प्रतिकूलतः प्रभावित करती है। विभिन्न अनुसंधान दर्शाते हैं कि हमारे पितृसत्तात्मक समाज में, लड़कियों की तुलना में लड़के कहीं अधिक स्वास्थ्यरक्षा या उपचार प्राप्त करने की संभावना दर्शाते हैं। बच्चों में व्याप्त कुपोषण स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं के आयतन एवं उग्रता को बढ़ाने में सहायक सिद्ध होता है। यह बच्चों के लिए एक बड़े खतरे की घंटी है और, पराकाष्ठा स्वरूप, उनकी जान को जोखिम दर्शाता है। कुपोषण असामायिक प्रसव एवं विसामान्य रूप से 'कम वजन नवजात' की घटनाओं में योगदान देकर स्वास्थ्य संबंधी गंभीर समस्याएँ उत्पन्न करता है। कुपोषण संक्रामक रोगों को फैलाने में भी एक प्रमुख योगदान कारक सिद्ध होता है। रोगों के प्रति शरीर की प्रतिरोधक क्षमता को क्षीण कर, कुपोषण उपार्जित रोध क्षमता को घटा देता है। स्वास्थ्य विषयक अनुसंधान सिद्ध करता है कि दूसरों के सिवा, बच्चों का कुपोषण मुख्यतः माँओं के निकृष्ट जनन स्वास्थ्य की वजह से होता है। इसी कारण, भारत जैसे किसी भी देश के भावी जनसांख्यिकीय स्वास्थ्य के संदर्भ में जनन एवं बाल स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। हमें अपनी राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में इस बात पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि भारत से वर्ष 2025 के आस पास से जनसांख्यिकीय लाभानों का लाभ उठाने की अपेक्षा है।

निकृष्ट मातृ स्वास्थ्य माताओं एवं उनके बच्चों के भावी आर्थिक दुर्बलताओं में योगदान देता है। माता का खराब स्वास्थ्य उसके बच्चे की सेहत पर भी प्रतिकूल प्रभाव डालता है और किसी भी स्त्री की आर्थिक क्रियाकलापों में भागीदार बनने की क्षमता घटा देता है। अतः, उक्त मिशन (NRHM) और 'परिवार कल्याण कार्यक्रमों' ने माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य को सुदृढ़ करने हेतु विभिन्न कार्यक्रम बनाए और क्रियान्वित किए हैं। इनके तहत, वर्ष 1997 में जनन एवं बाल स्वास्थ्य (RCH), चरण-I शुरू किया गया। इसमें चार प्रमुख घटक शामिल हैं, यथा— (i) परिवार नियोजन, बाल उत्तरजीविता एवं सुरक्षित मातृत्व; (ii) स्वास्थ्यरक्षा के प्रति आवश्यकता-आधारित ग्राहक दृष्टिकोण; (iii) यौन संक्रमित रोगों (STD) एवं एड्स (AIDS) का निवारण एवं प्रबंधन; तथा (iv) जनन नालिका संक्रमण (RTI)। उक्त कार्यक्रम (RCH) — चरण-II (वर्ष 2005 में आरंभ) का मुख्य केंद्र बिंदु ग्रामीण क्षेत्रों में मातृत्व एवं बाल मर्त्यता को घटाना है। इसकी प्रमुख रणनीतियाँ हैं— (i) सांस्थानिक प्रसूति अथवा कुशल परिचरों की उपस्थिति में प्रसव समेत अनिवार्य प्रसूति संरक्षा, तथा (ii) आकस्मिक प्रसूति संरक्षा, जिसमें शामिल होंगे— स्वास्थ्य सेवाओं की सर्वकालिक सुपुर्दगी हेतु प्रथम अनुशांसा इकाइयों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (PHCs) एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHCs) को सक्रिय करना।

1) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के उद्देश्य बताएँ।

.....
.....
.....
.....
.....

2) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत जननी सुरक्षा योजना (JSY) के विशिष्ट उद्देश्य बताइए।

.....
.....
.....
.....
.....

3) 'कुपोषण' किस प्रकार एक गंभीर स्वास्थ्य संकट है?

.....
.....
.....
.....
.....

9.4 भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियाँ

भारत की स्वास्थ्य नीतियों एवं कार्यक्रमों पर स्वतंत्रता-पूर्व काल प्राप्त 'भोरे समिति' की अनुशंसा का प्रभाव दिखाई पड़ता है। वर्ष 1943 में गठित, भारत में स्वास्थ्य प्रस्थिति का मूल्यांकन करने हेतु सर जोसफ विलियम भोरे की अध्यक्षता में, इस समिति ने अपनी रिपोर्ट वर्ष 1946 में प्रस्तुत की। भोरे समिति का मुख्य उद्देश्य जन-स्वास्थ्यरक्षा व्यवस्था को सुदृढ़ करना था। समिति ने, तदनुसार, तीन बातें सुनिश्चित करने के लिए एक सर्वेक्षण किया, जो था— (i) जनसंख्या की वर्तमान स्वास्थ्य दशाएँ, (ii) स्वास्थ्यरक्षा संगठनों की प्रकृति एवं प्रकार्य, तथा (iii) स्वास्थ्यरक्षा नीति अनुस्थापन, जो कि भारत के भावी विकास को रूपायित करने के लिए आवश्यक थी। भोरे समिति ने दो सिफारिशें प्रस्तुत कीं, यथा— (i) सभी स्तरों पर निवारक एवं रोगहर स्वास्थ्यरक्षा सेवाएँ एकीकृत की जाएँ, तथा (ii) एक अल्पावधि उपाय स्वरूप, प्रति 40,000 जनसंख्या एक 'प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र' (PHC) हो (जहाँ दो डॉक्टर, एक नर्स, चार जन-स्वास्थ्य परिचारिकाएँ, चार प्रसाविकाएँ, चार प्रशिक्षित दाइयाँ, दो सफाई-प्रबंध निरीक्षक, दो स्वास्थ्य सहायक, एक औषधकार और पंद्रह अन्य कर्मचारी बतौर सहायक हों)। जबकि एक दीर्घावधि उपाय स्वरूप, प्रति 10,000–20,000 जनसंख्या हेतु 75 बिस्तरों वाले अस्पतालों के साथ 'प्राथमिक स्वास्थ्य इकाइयाँ' और जिला अस्पतालों के आस-पास क्षेत्रीकृत 650 बिस्तरों वाले अस्पतालों के साथ (जो कि 2500 बिस्तरों वाले

हों) 'द्वितीयक स्वास्थ्य इकाइयाँ' स्थापित की जाएँ। इस समिति ने यह भी सिफारिश की कि चिकित्सीय शिक्षा में निवारक एवं सामाजिक चिकित्साशास्त्र में तीन माह का प्रशिक्षण शामिल होना चाहिए। भोरे समिति की सिफारिशें वर्ष 1952 में स्वीकार कर ली गईं। परंतु स्वतंत्रताप्राप्ति के तुरंत बाद राजकोषीय निबाधों के कारण, प्रस्ताव लागू नहीं किये जा सके। तथापि, अनुवर्ती 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियाँ' (NHPs) और कार्यक्रम भोरे समिति की सिफारिशों द्वारा काफी प्रभावित रहे। उक्त नीतियों (NHPs) के तहत, वर्ष 2000 से पूर्व की अवधि हेतु वर्ष 1983 की नीति (NHP) और वर्ष 2000 की 'राष्ट्रीय जनसंख्या नीति' (उसके तहत आने वाले स्वास्थ्य विषयों के लिए) महत्वपूर्ण हैं। अतः, यहाँ हम उन पर संक्षेप में चर्चा करेंगे।

9.4.1 वर्ष 2000 तक

स्वतंत्रताप्राप्ति पश्चात् प्रथम राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (NHP) वर्ष 1983 में स्वीकार की गई। इस NHP-1983 का मूल उद्देश्य वर्ष 2000 तक 'सबके लिए स्वास्थ्यरक्षा' सुनिश्चित करना था। सरकार द्वारा एक महाकाय 'ग्रामीण स्वास्थ्यरक्षा अवसंरचना' निर्माण-कार्य हाथ में लिया गया, जिसमें 'ग्रामीण जन स्वास्थ्य रक्षा अवसंरचना' को तीन श्रेणियों में विभाजित कर दिया गया [यथा, उप-केंद्र (SC), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHC) तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC)]। उक्त NHP-1983 ने सुझाव दिया कि मैदानी इलाकों में, 5,000 जनसंख्या के लिए एक उपकेंद्र (SC) हो; 30,000 जनसंख्या के लिए एक PHC हो; और 1,20,000 जनसंख्या के लिए एक CHC हो। पहाड़ी जनजातीय एवं दुर्गम इलाकों के लिए, इस मानदंड की सिफारिश की गई— एक उपकेंद्र प्रति 3,000 जनसंख्या; एक PHC 20,000 जनसंख्या के लिए; और एक CHC-80,000 जनसंख्या के लिए हो। उक्त PHC-1983 ने निम्नलिखित बातों पर जोर दिया – (i) जनसमुदाय का पौषणिक विकास, (ii) खाद्य अपमिश्रण रोकने हेतु उपाय, (iii) औषधियों की गुणवत्ता कायम रखना, (iv) जलापूर्ति एवं सफाई-प्रबंध, (v) पर्यावरण संरक्षण, (vi) प्रतिरक्षीकरण कार्यक्रम का सुदृढीकरण, (vii) मातृ एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, (viii) स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, (ix) व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाएँ, (x) स्वास्थ्य कर्मियों का पुनःप्रेरण, तथा (xi) समुचित स्तर पर दवा एवं स्वास्थ्यरक्षा संबंधी विभिन्न पद्धतियों का समावेश।

उपर्युक्त सभी बिंदुओं को लोगों की आर्थिक पहुँच के भीतर किसी लागत पर समुदाय की आवश्यकताओं एवं प्राथमिकताओं के प्रति प्रासंगिक, सर्वप्रयोजन समावेशक प्राथमिक स्वास्थ्यरक्षा सेवाएँ प्रदान करने का प्रयास करते हुए एक समेकित नियोजन प्राधार में विकसित किया जाना था। इस नीति के तहत स्वास्थ्य क्षेत्र में निजी स्वयं सेवी संगठनों की सेवाओं का उपभोग करते हुए समुदाय की संगठित संलिप्तता एवं सहभागिता के माध्यम से विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के नियोजन एवं क्रियान्वयन को सुनिश्चित करने के लिए काम किया जाना था।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (NPP), 2000 ने वर्ष 2045 तक जनसंख्या के स्थिरीकरण पर अभिलक्षित निवल प्रतिस्थापन स्तर ('कुल प्रजनन दर' नामक) हासिल करने को लक्ष्य बनाकर 'जनन एवं बाल स्वास्थ्य' (RCH) संबंधी आवश्यकताएँ पूरी करने के लक्ष्य हासिल करने हेतु एक नीति-प्राधार भी प्रदान किया। रूपरेखा स्वरूप प्रस्तुत राष्ट्रीय सामाजिक-जनसांख्यिकीय लक्ष्यों को हासिल करने एवं स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों को हल करने के लिए, उक्त कार्यक्रम (RCH) को विशेष रूप से सर्वोच्च प्राथमिकता दी जानी थी। विशिष्ट रूप से इनमें शामिल थे— (i) मूल प्रजनन हेतु अनापूर्ति आवश्यकताओं का पूरा करना, (ii) बाल स्वास्थ्य सेवाओं पर ध्यान केंद्रित करना, (iii) शिशु मृत्यु दर (IMR) घटाकर 30 से नीचे लाना, (iv) मातृ मृत्यु दर (MMR) घटाकर 100 से नीचे लाना, (v) बच्चों के सार्वत्रिक प्रतिरक्षीकरण का लक्ष्य हासिल करना, (vi) विवाह योग्य

आयु बढ़ाकर स्त्रियों की प्रजनन कालावधि घटाना, (vii) प्रजनन नियंत्रण एवं गर्भनिरोध से जुड़ी सूचना एवं सेवाओं की सार्वत्रिक सुलभता का लक्ष्य हासिल करना, (viii) 80 प्रतिशत प्रसव सांस्थनिक रूप से और 100 प्रतिशत प्रसव प्रशिक्षित स्वास्थ्य व्यवसायियों द्वारा किए जाने का लक्ष्य हासिल करना, (ix) यौन-संक्रमण रोगों एवं एड्स का निवारण एवं नियंत्रण, तथा (x) जनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान में चिकित्साशास्त्र की भारतीय पद्धति को समेकित करना।

9.4.2 वर्ष 200 उपरांत

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2009) ने माना कि देश के रुग्णता एवं मर्त्यता स्तर आशातीत रूप से ऊँचे हैं और इस कारण अधिक सशक्त निवारण एवं रोगहर उपायों की आवश्यकता है। उसने इस तथ्य पर खास ध्यान दिया कि स्त्रियों और बच्चों में समष्टिक एवं व्यष्टिक पोषाहार न्यूनता का स्तर बहुत ऊँचा है। मलेरिया, तपेदिक एवं एचआईवी जैसी प्रमुख रोगों की विशेष उल्लेख किया गया। इस परिदृश्य में, नीति सारांश के मुख्य अभिलक्षण निम्नलिखित हैं –

- 1) अपने क्षेत्रों में नीतियाँ लागू करने हेतु राज्य जन-स्वास्थ्य प्रशासन/सरकारों को परिवर्तन अधिकार प्रदान करना;
- 2) रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए प्राधार का लंबवत् क्रियान्वयन;
- 3) देश के पिछड़े क्षेत्रों की जिम्मेदारी लेने को अतिरिक्त चिकित्सकीय स्टाफ का और अधिक प्रशिक्षण;
- 4) देशभर में चिकित्सा महाविद्यालयों का असमान वितरण ठीक करना;
- 5) विकसित अवसंरचना प्राप्त करने के लिए आणविक जैवशास्त्र जैसी चिकित्साशास्त्र विधाओं का पदार्पण;
- 6) पारिवारिक चिकित्साशास्त्र एवं जन स्वास्थ्य में विशेषज्ञता प्राप्त व्यक्तियों की संख्या बढ़ाना;
- 7) सामान्य औषधियों एवं टीका-द्रव्यों के प्रयोग को बढ़ावा देना;
- 8) मानसिक स्वास्थ्य को जन स्वास्थ्य के क्षेत्राधिकार में लाना;
- 9) चूँकि निवारक स्वास्थ्यरक्षा के मूल सिद्धांतों को मन में बैठाने हेतु कॉलेज एवं स्कूलों के बच्चे सर्वाधिक संवेदनशील लक्ष्य होते हैं, नीति में स्वास्थ्य-प्रोत्साहक व्यवहार के प्रति जागरूकता बढ़ाने के लिए इसी युवा वर्ग को लक्ष्य बनाना; तथा
- 10) गैर-सरकारी सेवा-प्रदाताओं के बीच स्वास्थ्य संबंधी अनुसंधान को बढ़ावा देना।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति (2014) के लक्ष्य निम्नवत् हैं – (i) मानसिक स्वास्थ्य रक्षा को सार्वत्रिक सुगमता प्रदान करना; (ii) समाज के असुरक्षित तबके को मानसिक स्वास्थ्य सेवा की सुलभता बढ़ाना; (iii) मानसिक रोग का जोखिम और कलंक दूर करना; (iv) मानसिक रुग्णता के मामलों में उपचार हेतु कुशल संसाधनों की आपूर्ति सुनिश्चित करना; तथा (v) मानसिक स्वास्थ्य में विकास के सामाजिक जीव वैज्ञानिक एवं मनोवैज्ञानिक निर्धारक तत्व पहचानना। अभी हाल ही की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 भी 'धारणीय विकास लक्ष्यों' से जुड़ी उत्तम गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की सार्वत्रिक सुलभता (बिना आर्थिक कठिनाई के) सुनिश्चित कर स्वास्थ्य एवं कल्याण का उच्चतम स्तर हासिल करने के लक्ष्य को दोहराती है। सार्वत्रिक स्वास्थ्य संरक्षण हासिल करने के लिए पहचाने गए विशिष्ट सोपान हैं – (i) सार्वजनिक अस्पतालों एवं शून्य-लाभार्थ निजी संरक्षा प्रदाताओं के माध्यम से, मातृ, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य हेतु

व्यापक एवं निःशुल्क प्राथमिक स्वास्थ्यरक्षा सेवा शुरू करना; तथा (ii) उत्तम गुणवत्ता वाली द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्यरक्षा सेवा प्रदान करना। उक्त नीति विशेष रूप से स्वास्थ्यरक्षा आवश्यकताओं पर जब से खर्च घटाने की आवश्यकता पर बल देती है। इस नीति के अन्य मुख्य उद्देश्य हैं – (i) वर्ष 2025 तक जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा 67.5 से बढ़ाकर 70 करना; (ii) वर्ष 2025 तक पाँच वर्ष से कम आयु की मर्त्यता घटाकर 23 और वर्ष 2020 तक मातृ मर्त्यता घटाकर 100 करना; (iii) वर्ष 2019 तक शिशु मर्त्यता दर घटाकर 28 करना; (iv) वर्ष 2025 तक नवजात मर्त्यता घटाकर 16 और मृत-जन्म दर घटाकर इकाई के अंक तक लाना; (v) वर्ष 2018 तक कुष्ठ रोग की उन्मूलन; (vi) वर्ष 2025 तक 90 प्रतिशत नवजात शिशुओं का पूर्ण टीकाकरण सुनिश्चित करना; (vii) वर्ष 2025 तक उच्च वरीयता वाले जिलों में प्राथमिक एवं द्वितीयक स्वास्थ्यरक्षा के लिए अतिरिक्त चिकित्सीय दल एवं स्वास्थ्य कर्मियों की पर्याप्त सुलभता सुनिश्चित करना; (viii) वर्ष 2020 तक स्वास्थ्य व्यवस्था विषयक जानकारी का जिला-स्तरीय इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेस सुनिश्चित करना; आदि।

वर्ष 2017 की नीति ने, इस प्रकार, एक वर्धमान विश्वास-आधारित दृष्टिकोण परिकल्पित किए जाने को लक्ष्य बनाया हुआ है। तथापि, यह नीति दो प्रकार की आलोचनाओं का कारण बनती है, यथा— (i) अभिकर्ता-पणधारी समालोचना; तथा (ii) साध्यता समालोचना। प्रथम के विषय में, जबकि नीति यह जानती है कि क्या किया जाना है, वह अपने क्रियान्वयन के 'कौन, क्या और कैसे' पक्ष नहीं पहचानती। ऐसा शायद इस कारण है कि स्वास्थ्यरक्षा राज्य का दायित्व होता है। परंतु प्रस्तुति प्रणालियों की निगरानी में सुधार लाना आवश्यक है। दूसरी (यथा, साध्यता समालोचना) के विषय में, नीति जन स्वास्थ्यकर स्वास्थ्यरक्षा सुविधाओं के वित्तीयन में सुधार की आवश्यकता दर्शाती है, जहाँ परिचालन-लागतें प्राथमिक संरक्षा हेतु प्रति व्यक्ति आधार पर संरक्षा प्रावधान के लिए प्रतिपूर्तियों के रूप में हो। परंतु नीति इस विषय में कुछ नहीं कहती कि यह वित्तीयन सुधार कैसे लाया जा सकता है और कौन उसे नियंत्रित करेगा। तदनुसार, जबकि नीति भारत की स्वास्थ्य रक्षा व्यवस्था के तीन A's (Access, Affordability, Accountability) अर्थात् सुगमता, क्रय-सामर्थ्य एवं उत्तरदेयता के लिहाज से समस्याओं को हल किए जाने की आवश्यकता को कहीं अधिक विशद रूप से पहचानती है, वह उक्त A's में से किसी से संबद्ध समस्याओं को हल करने हेतु कोई संसक्तिशील, मूर्त कार्य-योजना प्रदान में विफल रहती है (विशेषकर, जब जन स्वास्थ्यरक्षा व्यवस्था व्यष्टिक एवं समष्टिक प्रबंधकीय अदक्षताओं में डूबी हो और प्रशिक्षण एवं क्षमता-निर्माण प्रयास शून्य प्रायः हों)।

बोध प्रश्न 3 (दिए गए स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें।)

- 1) भोरे समिति की सिफारिशें भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के लिए किस प्रकार महत्त्वपूर्ण हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) स्वतंत्र भारत में प्रथम राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति कब अपनाई गई और यह अपने अनुशंसित महत्त्व में भोरे समिति की अनुशंसाओं के महत्त्व से किस प्रकार भिन्न थी?

.....

.....

.....

.....

3) राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 में स्वास्थ्य नीति का मुख्य आग्रह क्या था? इस नीति के कुछ तय किए गए विशिष्ट परिमाणात्मक स्वास्थ्योन्मुखी लक्ष्यों पर चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

4) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 अपने आग्रह में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983 के आग्रह से किस प्रकार भिन्न थी?

.....

.....

.....

.....

5) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में तय किए गए कुछ उल्लेखनीय परिमाणात्मक लक्ष्यों पर चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

9.5 सार-संक्षेप

अपने सामाजिक-आर्थिक एवं जनसांख्यिकीय अभिलक्षण ज्ञात होने पर, जन स्वास्थ्य भारत में एक महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाता है। निजी स्वास्थ्यरक्षा न केवल खर्चीली है बल्कि वह आचारिक संकट और प्रतिकूल चयन संबंधी समस्याएँ उत्पन्न कर बाज़ार विफलता की स्थिति को जन्म देती है। समाज के गरीब तबके को, तदनुसार, आर्थिक रूप से सम्पन्न तबकों की तुलना में कहीं अधिक जन स्वास्थ्यरक्षा की आवश्यकता है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) इसीलिए एक उल्लेखनीय कदम है जो

गरीब ग्रामीण जनसंख्या की स्वास्थ्यरक्षा आवश्यकताओं हेतु उनके कष्टों को कम करने पर अभिलक्षित है। उक्त मिशन में पहचानी गई कार्रवाइयों के प्रति 'समय सारिणी एवं कार्य-निष्पादन मापदंड' सुनिश्चित करने के लिए एक सन्निहित दक्षता उपबंध है। कुछ पहलकदमियों के बावजूद, भारत में जन स्वास्थ्य क्षेत्र को सकल घरेलू उत्पाद के प्रति जन-स्वास्थ्य व्यय के अंश की दृष्टि से देखें तो वह निष्क्रिय ही प्रतीत होता है, (जो कि मात्र लगभग 1 प्रतिशत है)। यह मानकर चलते हुए कि भारत वर्ष 2025 के पश्चात् मोटे तौर पर जनसांख्यिकीय लाभांश का फायदा मिलने लगेगा, आवश्यक है कि जन स्वास्थ्य और विशेषकर जनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के विभिन्न पहलुओं को सर्वोच्च प्राथमिकता दी जाए। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 ने शिशु मर्त्यता दर घटाकर 30 पर लाने का लक्ष्य तय किया था जो कि वर्ष 2016 तक हासिल कर लिया गया। बहरहाल, अन्य कई लक्ष्य, खासकर प्रति 1.2 लाख जनसंख्या हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिहाज से स्वास्थ्य अवसंरचना, अभी हासिल किए जाने शेष हैं। उपकेंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिहाज से भी, हालाँकि यह लक्ष्य समस्त दिखाई दे रही हैं। औसत स्तर पर हासिल किया जाना बाकी है, फिर भी राज्यों और जिलों के बीच विशालकाय भिन्नताएँ हैं।

9.6 शब्दावली

- जन स्वास्थ्य** : समाज, समुदायों और व्यक्तियों के संगठित प्रयासों एवं सूचित विकल्पों के माध्यम से रोगों से बचाव करने, जीवन को सुदीर्घ करने व मानव स्वास्थ्य को बढ़ावा देने का विज्ञान एवं कला।
- स्वास्थ्य समता** : लिंग, जाति, धर्म, व्यवसाय-समूह और विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों के लिहाज से स्वास्थ्य परिणामों में विषमता या विसंगति न्यूनतम करना।
- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन** : देश में अल्प-सेवित ग्रामीण क्षेत्रों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, भारत सरकार ने वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) की शुरुआत की। यह मिशन विशेष रूप से उन राज्यों पर ज़ोर देता है जो अन्य विकसित राज्यों की तुलना में जन स्वास्थ्य संसूचकों के लिहाज से कमज़ोर हैं।
- जनन एवं बाल स्वास्थ्य** : यह कार्यक्रम (RCH) वर्ष 1997 में शुरू किया गया और इसमें चार प्रमुख घटक शामिल हैं, यथा – (i) परिवार नियोजन, बाल उत्तरजीविता एवं सुरक्षित मातृत्व, (ii) स्वास्थ्यरक्षा के प्रति आवश्यकता-आधारित ग्राहक-वर्ग दृष्टिकोण, (iii) यौन-संक्रमण रोगों (STD) एंड एड्स का निवारण एवं प्रबंधन, तथा (iv) जनन नालिका संक्रमण (RTI)।
- जनसांख्यिकीय लाभांश** : जनसांख्यिकीय कार्यांतरण प्रक्रिया के दौरान, एक समयावधि विशेष के लिए, कार्यरत-आयु जनसंख्या (आयु वर्ग 15–60 वर्ष से ऊपर आयु की जनसंख्या) की अपेक्षा अधिक होती है। ऐसा मूलतः घटती प्रजनन शक्ति और स्थिर मर्त्यता की वजह से होता है। यह एक 'अवसर का वातायन' प्रदान करता है। भारत के संदर्भ में, यह वर्ष 2020 से 2030 के दौरान मोटे तौर पर वर्ष 2025 के आस-पास अपने शिखर पर होगा और इसके वर्ष 2060 के उत्तरार्ध तक चलने की उम्मीद है।

9.7 कुछ उपयोगी पुस्तकें

- 1) Bajpai, N Sachs D J Dholakia, R H (2010). Improving Access and Efficiency in Public Health Services: Mid-Term Evaluation of India's National Rural Health Mission, The Earth Institute, Columbia University, Sage Publications.
- 2) Goel S (2007). From Bhore Committee to National Rural Health Mission, A Critical Review, The Internet Journal of Health, 7(1).

9.8 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

बोध प्रश्न 1

- 1) जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा, शिशु मर्त्यता दर, बाल एवं मातृ मर्त्यता दर, रुग्णता आपतन एवं अभिभाविता दर, अशक्तता समंजित जीवन-वर्ष, रुद्ध विकास, क्षयरोग, कम वजन बच्चे आदि मानव-शास्त्रीय मापदंड एवं देह-द्रव्यमान सूचकांक (BMI)।
- 2) जन स्वास्थ्य को इन शब्दों में परिभाषित किया जाता है – 'समाज, समुदायों एवं व्यक्तियों के संगठित प्रयासों एवं सूचित विकल्पों के माध्यम से रोगों से बचाव करने, जीवन को सुदीर्घ करने व मानव स्वास्थ्य को बढ़ावा देने का विज्ञान एवं कला।'
- 3) यह 'दम्पति संरक्षण दर' को लक्ष्य बनाकर चलने वाली से बदलकर सुरक्षित मातृत्व संबंधी रणनीतियों के साथ बच्चों के पूर्ण प्रतिरक्षीकरण समेत सुरक्षित प्रसूति सुनिश्चित करने एवं उचित प्रसव-पूर्व एवं प्रसवोपरांत संरक्षा प्रदान करने वाली हो गई है।
- 4) हाँ। अनेक प्रकार से (जैसे— जीवन-प्रत्याशा, CDR, CBR, IMR में), वर्ष-दर-वर्ष उल्लेखनीय प्रगति हुई है। नई चुनौतियों में, बहरहाल, शामिल हैं— एड्स, तपेदिक, मलेरिया, डेंगू, स्वाइन फ्लू आदि स्थानिक रोगों से निबटना शामिल है। इसके अलावा, मधुमेह, उच्च रक्तचाप, आघात, हृदय रोग, कैंसर आदि जैसे असंक्रामक जीवन-शैली रोगों में भी वृद्धि हुई है।
- 5) हाँ। बहुआयामी निर्धनता (MDP) की दशाओं में रहने वाले कुल 1.6 अरब लोगों में से लगभग 44 करोड़ (यथा, 27.5 प्रतिशत) भारत के आठ प्रमुख निर्धन राज्यों में रहते हैं। निकृष्ट स्वास्थ्य एवं MDP के बीच अनुबंधन के कारण, यहाँ बेहतर स्वास्थ्य अवसंरचना की आवश्यकता है जो कि, बदले में, उच्चतर जन-स्वास्थ्य निवेश की माँग करता है। परंतु जीडीपी के अनुपात स्वरूप, भारत कम (जीडीपी के एक प्रतिशत से भी कम) खर्च करता है जो कि उच्च जेब से निजी स्वास्थ्य व्यय (86 प्रतिशत) हेतु बाध्य करता है।

बोध प्रश्न 2

- 1) समुदाय के स्वामित्व वाली विकेंद्रीकृत स्वास्थ्यरक्षा प्रदान व्यवस्था लागू करना; एक पूर्णतः सक्रियात्मक स्वास्थ्यरक्षा प्रदाय व्यवस्था स्थापित करना ताकि सभी स्तरों पर अंतर्क्षेत्रीय अभिसरण सुनिश्चित हो सके; तथा जल, सफाई-प्रबंध, शिक्षा, पोषण, सामाजिक एवं लिंग समानता जैसे स्वास्थ्य के निर्धारक-तत्वों की व्यापक श्रृंखला पर सहकालिक कार्रवाई सुनिश्चित करना।

- 2) नवजात एवं मातृ मर्त्यता घटाने के लिए निर्धन गर्भवती महिलाओं के बीच संस्थागत प्रसूति को बढ़ावा।
- 3) कुपोषण, समय-पूर्व प्रसव और विसामान्य रूप से 'जन्म के समय कम-वजन' में योगदान देकर स्वास्थ्य संबंधी गंभीर समस्याएँ पैदा करता है। यह संक्रामक रोग फैलाने में भी एक प्रमुख योगदायी कारक होता है।

बोध प्रश्न 3

- 1) स्वास्थ्य केंद्रों की (तृणमूल एवं जिला स्तरों पर) जनसंख्या-केंद्रित स्थापना की सिफारिश करने में और यह सिफारिश करने में कि चिकित्सकीय शिक्षा में निवारक एवं सामाजिक चिकित्साशास्त्र में तीन माह का प्रशिक्षण शामिल होना चाहिए। अनुशासित मापदंड अब तक सभी अनुवर्ती NHPs हेतु एक निर्देशक कारक साबित हुए हैं।
- 2) वर्ष 1983 में प्रथम NHP ने SC, PHC एवं CHC के पदों में स्वास्थ्य इकाइयों हेतु जनसंख्या-आधारित मापदंड विनिर्दिष्ट किए। ये जनसंख्या मापदंड भोरे समिति द्वारा SC, PHC एवं CHC हेतु भोरे समिति के लिए सुझाए गए 40,000 एवं 10,000–20,000 की अपेक्षा 5000, 30,000 एवं 1,20,000 थे। NHP-1983 ने भी अवसंरचना, कार्मिक-प्रशिक्षण, पोषणिक विकास एवं औषधियों की गुणवत्ता, आदि में विस्तार सहित लगभग 11 अलग-अलग क्षेत्रों पर जोर दिया।
- 3) इसका मुख्यांश था – वर्ष 2045 तक RCH के लक्ष्य हासिल करने और जनसंख्या को स्थिर करने पर अभिलक्षित 'निवल प्रतिस्थापन स्तर' हासिल करने पर ध्यान। NPP के तय किए परिमाणात्मक लक्ष्य थे— IMR घटाकर 30 से नीचे व MMR घटाकर 100 से नीचे लाना; संस्थागत प्रसूतियों की संख्या 80 प्रतिशत तक ले जाना और शत-प्रतिशत सहायता-प्रदत्त प्रसव।
- 4) महिलाओं और बच्चों में समष्टिक एवं व्यष्टिक पोषण-अल्पता के उच्च स्तरों पर विशेष रूप से ध्यान देते हुए, NHP-2002 ने देश में रुग्णता एवं मर्त्यता के उच्च स्तरों को घटाने हेतु निवारक एवं रोगहर उपायों पर जोर दिया। जन-स्वास्थ्य के क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य का समावेशन भी NHP-1983 की तुलना में NHP-2002 में हुआ एक प्रमुख बदलाव था।
- 5) (i) वर्ष 2025 तक जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा 67.5 से बढ़ाकर 70 करना; (ii) वर्ष 2019 तक शिशु मृत्यु दर घटाकर 28 पर लाना; (iii) वर्ष 2025 तक 5 वर्ष पूर्ण मर्त्यता घटाकर 23 और वर्ष 2020 तक मातृ मर्त्यता घटाकर 100 पर लाना; (iv) वर्ष 2025 तक नवजात मर्त्यता घटाकर 16 और मृत जन्म दर घटाकर इकाई के अंक तक लाना; तथा (v) वर्ष 2025 तक 90 प्रतिशत नवजात शिशुओं का व्यापक रूप से प्रतिरक्षीकरण करना।