

## स्वास्थ्य सेवाओं के बेहतरी की अनिवार्यता का समसामयिक मूल्यांकन

सुजीत कुमार शर्मा

शोधार्थी (वाणिज्य संकाय) ललित नारायण मिथिला विश्वविद्यालय, दरभंगा

### भूमिका

भारत को इस समय दुनिया की सबसे बड़ी अर्थव्यवस्थाओं में भी शामिल किया जाता है और सबसे तेज विकास करने वाली अर्थव्यवस्थाओं में भी। लेकिन जब स्वास्थ्य की बात आती है तो भारत बहुत नीचे के पायदान पर खड़ा मिलता है। वर्ष 2016 के सितंबर माह में संयुक्त राष्ट्र महासभा में पहली बार एक नया सूचकांक पेश किया गया था, जिसमें यह परखा गया था कि स्वास्थ्य के मामले में सतत विकास के लक्ष्यों पर किस देश ने कितनी प्रगति की है। उस सूचकांक में लक्ष्यों पर किस देश ने कितनी प्रगति की है। उस सूचकांक में 188 देशों को शामिल किया गया था और भारत 143 वें पायदान पर ही आ पाया था। ब्रिटिश पत्रिका लैंसेट में प्रकाशित इस सूचकांक में उसे पड़ोसी श्रीलंका (79वां पायदान) और चीन (92) से नीचे रहना ही पड़ा था, युद्ध से जूझ रहा सीरिया भी 117वें पायदान पर रहते हुए भारत को मुंह चिढ़ा रहा था। बांग्लादेश, नेपाल, घाना, और लाइबेरिया जैसे बेहद गरीब देश भारत से बेहतर स्थिति में थे। यह स्थिति तब है, जब 2002 में बाकायदा स्वास्थ्य नीति बनाकर हमने लंबे चौड़े लक्ष्य निर्धारित किए थे। जाहिर है कि उन्हें पाने का प्रयास गंभीरता से नहीं किया गया।

भारत का स्वास्थ्य क्षेत्र दोराहे पर है। इसका आंशिक कारण विकास और स्वास्थ्य के बीच दिलचस्प रिश्ता है, जिसे प्रीस्टन कर्व के रूप में जाना जाता है। वर्ष 1975 में सैमुअल प्रीस्टन ने दर्शाया कि यदि जीवन प्रत्याशा के अनुसार आंके गए देशों के स्वास्थ्य को प्रति व्यक्ति जीडीपी के अनुसार आंके गए देशों के धन के विपरीत रखा जाए तो एक बिंदु पर प्रति व्यक्ति जीडीपी में मामूली वृद्धि होने पर भी जीवन प्रत्याशा में तेजी से वृद्धि होगी। उसके बाद यह कर्व एकाएक समतल हो जाता है और इस बिंदु के बाद जीवन प्रत्याशा में साधारण वृद्धि के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य पर होने वाले व्यय में बड़े पैमाने पर बढ़ोतरी किए जाने की जरूरत होती है (डीटन 2013)।

भारत में स्वास्थ्य सेवा की परंपरा रही है, कि जिसमें धनुंतरी, जीवक, चरक और सुश्रुत जैसे प्रख्यात चिकित्सक हुए हैं। अतीत के वर्षों में विभिन्न सरकारी योजनाओं तथा कार्यक्रमों के जरिए इस परंपरा को जारी रखा गया है। समय की मांग है कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को सघन बनाया जाए तथा श्रमशक्ति का विस्तार किया जाए। निजी क्षेत्र को बड़े स्तर पर शामिल करने तथा उसके साथ ही हितों के टकराव से निपटने एवं लोगों को सही चुनाव करने योग्य बनाने के लिए कठोर नियामकीय प्रणाली तैयार करने की भी आवश्यकता है।

स्वास्थ्य ही धन है तो अक्सर कहा जाता है। किंतु यह भी सच है कि स्वस्थ व्यक्ति अपनी तथा अपने परिवार एवं राष्ट्र की बेहतर देखभाल कर सकता है। स्वस्थ लोगों वाला राष्ट्र विकास के अपने लक्ष्यों में योगदान करने तथा उन्हें प्राप्त करने में और भारत को अधिक बलशाली एवं जीवंत बनाने में समर्थ होगा।

### बिहार में स्वास्थ्य सेवा : वर्तमान स्थिति

पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया द्वारा 'बिहार में नवजात मृत्यु एवं मृत जन्म दरें' विषय पर बिहार में किए गए एक मूल्यांकन ने नवजात मृत्यु दर में 2016-17 में 7.3 प्रतिशत अंकों की कमी दर्शाई है -2011 के 32.2 से घटकर 24.9 प्रति 1000 जन्म। यह गिरावट 2001-10 दशक में हुई कमी से लगभग दूनी है और इसने राष्ट्रीय स्तर पर आई कमी को पीछे छोड़ दिया है। इसी प्रकार, मृत जन्म दर (एसबीआर) भी इस अवधि में 20.0 से घटकर 15.5 प्रति हजार जन्म रह गया है। अध्ययन में 2012 और 2017 में बड़े पैमाने पर विभिन्न तबकों के सर्वेक्षण किए गए जिससे नवजात मृत्यु दर के अनुमान में  $\pm 4.5$  प्रतिशत की और मृत जन्म दर में  $\pm 3.5$  प्रतिशत की परिशुद्धता हासिल हुई। इस विश्लेषण के आधार पर लोक स्वास्थ्य केंद्र में जन्मे बच्चों और जन्म के पहले दो दिनों के अन्दर मृत्यु के मामलों में नवजात मृत्यु दर में गिरावट सर्वाधिक दिखती है। इस गिरावट का मुख्य कारण ग्रामीण बिहार में आई गिरावट है। आंकड़ों के विश्लेषण से निम्नांकित तथ्य उभरकर सामाने आए हैं :-

- 4.2 प्रतिशत अंकों की सर्वोच्च गिरावट पहले दो दिनों में होने वाली मृत्यु के मामले में आई है जब नवजात मृत्यु दर 2011 के 17.5 से घटकर 2016-17 में 13.3 रह गई। यह उप-समूह सर्वाधिक मृत्यु दरों वाला उप-समूह भी है।
  - वर्ष 2016-17 में सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में जन्मे नवजातों के बीच नवजात मृत्यु दर 17.8 थी जो निजी स्वास्थ्य केंद्रों में जन्मे नवजातों के बीच नवजात मृत्यु दर (41.4) की आधी से भी कम थी और घर में होने वाले प्रसव में जन्मे नवजातों के बीच नवजात मृत्यु दर (24.4) से कम थी। ग्रामीण बिहार में सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में होने वाले प्रसवों का अनुपात 2011 के 45 प्रतिशत से बढ़कर 2016-17 में 59 प्रतिशत हो गया। लगता है कि इसने जीवन बचाने के मामले में अच्छा-खासा योगदान किया है। यह निष्कर्ष केयर द्वारा किए गए वार्षिक पारिवारिक सर्वेक्षण से उभरकर सामाने आया है।
  - विभिन्न समसामयिक मूल्यांकनों में किए गए मापों के अनुसार अनेक गंभीर मातृ, नवजात एवं बाल स्वास्थ्य (एमएनसीएव) हस्तक्षेपों और स्वास्थ्य प्रणाली संबंधी सूचकों का आच्छादन भी इस अवधि में बढ़ा है। लगता है कि देखी गई गिरावटों में इन दोनों ने मिलकर नवजात मृत्यु और मृत जन्म के तीन प्रमुख प्रत्यक्ष कारकों -श्वसरोध/जन्मकालीन अभिघात, सेप्सिस (सड़न) और समय से पहले जन्म की जटिलता -से बचाव या उनका प्रबंधन करके प्रभावित करने के जरिए योगदान किया है। वर्ष 2013 से 2016 के बीच बड़ी ऑनलाइन क्लिनिकल नर्स मॉनिटरिंग कार्यक्रम (अमानत) के कारण लोक स्वास्थ्य केंद्रों की नर्सों में जानकारी, कौशल और प्रसवकालीन तथा प्रसव के तत्काल बाद के व्यवहारों में काफी सुधार हुआ है। इस बात का पता रोग संबंधी देखरेख की गुणवत्ता के मूल्यांकन पर जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय और केयर के अध्ययन से चलता है। आवश्यक दवाओं और सामग्रियों की उपलब्धता, उपकरणों तथा स्वास्थ्य केंद्रों की बुनियादी अधिसंरचना की गुणवत्ता में भी महत्वपूर्ण बदलाव हुआ है। इसके अलावा, संक्रमण नियंत्रण संबंधी व्यवहारों और प्रसवकाल में तथा प्रसव के तत्काल बाद दक्षतापूर्ण देखरेख में भी सुधार हुआ है। लोक स्वास्थ्य केंद्रों में मृत जन्म दर और नवजात मृत्यु दर में गिरावट के मामले में सर्वाधिक संभावित योगदाता निम्नलिखित हैं:
- (क) श्वसरोध से होने वाली मौतों में जन्म के समय कृत्रिम श्वसन (रिससिस्टेशन) में सुधार का योगदान (अब श्वसरोध के सारे चिन्हित मामलों में इसका प्रयास किया जाता है)।

- (ख) जन्म के समय गर्भनाल की साफ-सुथरी देखरेख की उच्च दरें (जो लोक स्वास्थ्य केंद्रों में 94 प्रतिशत तक पहुंच गया है) और शीघ्र स्तनपान (जो स्वास्थ्य केंद्रों में 81 प्रतिशत तक पहुंच गया है) का सेप्सिस से होने वाली मौतों में कमी में योगदान ।
- (ग) पिछले दो वर्षों के अंदर तत्काल शरीर से चिपकाकर रखने/कंगारू मदर केयर की दरें का लगभग दूना होकर 48 प्रतिशत पहुंच जाना ।
- (घ) लोक स्वास्थ्य केंद्रों में बच्चे के जन्म में जल्दी के लिए ऑक्सीटोसिन के दुरुपयोग में काफी कमी जो केयर द्वारा क्लीनिकल केयर की गुणवत्ता के मूल्यांकनों से स्पष्ट होती है ।
- इसके अतिरिक्त, लोक स्वास्थ्य केंद्रों में जन्म लेने वाले 2000 ग्राम से कम वजन वाले (जो जन्म के समय बच्चों का बहुत कम वजन है) बच्चों के जीवित रहने पर टाइम सीरीज मेजरमेंट्स का अनुमान है कि पूरे राज्य में लगभग 30 महीनों के हस्तक्षेप ने इस समूह में होने वाली मृत्यु को लगभग आधा कर दिया है । जन्म के समय वजन और लौंगिक समंजित मृत्यु दरें फरवरी-अप्रैल 2015 के 22.3 प्रतिशत से घटकर नवंबर-दिसंबर 2017 में 11.6 प्रतिशत रह गई । इसके बाद जन्म के समय बहुत कम वजन वाले नवजातों की घर आधारित सरल देखरेख सुनिश्चित करने के लिए अग्रणी कार्यकर्ताओं (आशा, आंगनवाड़ी सेविका ओर एएनएम) के जरिए घरों में फॉलो-अप किया गया । बिहार में लोक स्वास्थ्य केंद्रों में जन्मे लगभग 15 लाख बच्चों के वार्षिक जन्म कोहॉर्ट में इस उप-समूह का लगभग 5 प्रतिशत योगदान है (केयर असेसमेंट्स, 2015-17) ।

आद्री स्थित स्वास्थ्य नीति केंद्र (सीएचपी) द्वारा बिहार के लिए राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण संगठन (एनएसएसओ) के आंकड़ों का उपयोग करके के मामले 2004 से 2014 के बीच बढ़े हैं और वित्तीय कारणों से स्वास्थ्य देखरेख नहीं करने वाले परिवारों की संख्या में तेज गिरावट आई है । यह संपूर्ण भारतीय परिघटना है जो अंशतः क्रयशक्ति में वृद्धि को व्यक्त करती है और अंशतः स्वास्थ्य के मामले में अधिक प्राथमिकता को पुरुषों और महिलाओं, दोनों के मामले में ग्रामीण भर्ती रोगियों की देखरेख की बढ़ी है । भर्ती रोगियों के प्रतिशत के बतौर मापी गई सार्वजनिक देखरेख की मांग 2004 से 2014 के एक दशक में लगभग 3.5 गुनी बढ़कर 57 प्रतिशत हो गई । स्वास्थ्य पर तुरंत खर्च करने के कारण अगर कोई परिवार गरीबी रेखा के नीचे चला जाता है, तो ऐसे व्यय को 'अनर्थकारी व्यय' माना जाता है । स्वास्थ्य पर ऐसा अनर्थकारी व्यय 2004 के 4.1 प्रतिशत से घटकर 2014 में 1.2 प्रतिशत रह गया । हालांकि इस अवधि में स्वास्थ्य देखरेख के खर्च में वृद्धि हुई है जिसमें मुख्य कारण अधिकांशतः डॉक्टरों की फीस, दवाओं ओर रोग-निदान जांचों के खर्च के कारण भर्ती रोगियों पर खर्च का दूना हो जाना है । वर्ष 2014 में 30 प्रतिशत परिवार अपनी पारिवारिक आय का 10 प्रतिशत से अधिक हिस्सा स्वास्थ्य पर खर्च करते हैं जो 2004 के आंकड़े के बराबर है । इसमें अधिक वृद्धि अपनी आय का 10 प्रतिशत से अधिक भाग स्वास्थ्य पर खर्च करने वाले शहरी परिवारों के कारण हुई है जिनका हिस्सा 2004 के 25.6 प्रतिशत से 2014 में बढ़कर 29.7 प्रतिशत हो गया । राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के जननी सुरक्षा योजना के कारण अधिक महिलाएं माता और नवजात संबंधी प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन और प्रसवोत्तर सार्वजनिक सेवाएं प्राप्त कर रही हैं । हालांकि इसके साथ-साथ प्रसव को छोड़कर शेष मामलों में सार्वजनिक सेवाओं में भी तत्काल व्यय में भी थोड़ी वृद्धि हुई है । स्वास्थ्य देखरेख परिणाम और खर्च गुणवत्ता की धारणाओं से मेल नहीं खाते हैं । रोगियों की धारणा है कि सार्वजनिक क्षेत्र से सेवाएं नहीं प्राप्त करने के कारण देखरेख की संतोषजनक गुणवत्ता की कमी और सार्वजनिक सेवाओं में इंतजार की लंबी अवधि है ।

अध्ययनों ने दर्शाया है कि बिहार में औसत जीवन संभाव्यता में पिछले 25 वर्षों के दौरान काफी सुधार हुआ है और यह महिलाओं के मामले में 1990 के 58.9 वर्षों से 2016 में 67.7 वर्ष तथा पुरुषों के मामले में 1990 के 58.9 वर्षों हो गई है । भारत के मामले में जीवन

संभाव्यता 2016 में महिलाओं के लिए 70.3 वर्ष तथा पुरुषों के लिए 66.9 वर्ष थी। हालांकि बिहार में होने वाली लगभग 70 प्रतिशत मृत्यु असामयिक मृत्यु होती है जिसमें डायरिया, निम्न श्वास मार्ग संक्रमण, नवजात संबंधी गड़बड़ियां, असामयिक जन्म से जुड़ी जटिलता, टीबी, एचआइवी/एड्स, आंत के संतामक रोग आदि संचारी, मातृ, नवजात ओर पोषणजनित रोगों का बड़ा योगदान होता है। बिहार में रोगों के कुछ बोझ में असंचारी रोगों का 47.6 प्रतिशत योगदान है। दिव्यांगता-समंजित जीवन वर्ष (डीएएलवाइ) समसत रोग भारों की एक माप है जिसे खराब स्वास्थ्य, दिव्यांगता या असामयिक मृत्यु के कारण जीवन के घटे वर्षों की संख्या के बतौर व्यक्त किया जाता है। बिहार में दिव्यांगता-समंजित जीवन वर्षों (लगभग 30 प्रतिशत) का सर्वाधिक अनुपात 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों का है। इस उम्र समूह में मृत्यु में सबसे बड़ी भूमिका संचारी, मातृ, नवजात ओर पोषणजनित रोगों की होती है। निस्संदेह, कुपोषण आज भी बिहार में मृत्यु और विकलांगता के लिए सबसे बड़ा जोखिम बना हुआ है।

### स्वास्थ्य क्षेत्र की चुनौतियां

भारत में पिछले एक दशक में कुछ स्वास्थ्य संकेतकों में काफी सुधार हुआ है जैसे टीकाकरण कार्यक्रम और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एवं कुछ अन्य निवारक कार्यक्रम। किंतु मध्यम आय वाले कई देशों और क्षेत्रीय पड़ोसियों की तुलना में भारत के स्वास्थ्य संकेतक अब भी उतने सकारात्मक नहीं है। उन पर अनुपात रहित रूप से कई बड़े रोगों का भार है। हमारे देश में राज्यों, ग्रामीण एवं शहरी जनसमुदाय और सामाजिक वर्गों के बीच स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाएं गहन चिंता का विषय है। लोग बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य सेवाओं से असंतुष्ट हैं।

जन समुदाय सिर्फ स्वास्थ्य सेवाएं नहीं प्राप्त करता। उसमें सामाजिक तंत्र के साथ-साथ परिवार के सहारे सेहतमंद रहने और सेहत को बढ़ावा देने की भी क्षमता होती है। उसकी अपनी स्थानीय जानकारियां भी कई बार बहुत काम आती हैं। स्वास्थ्य सेवाओं, उसके क्रियान्वयन, प्रशासन और उत्तरदायित्व में समुदायों और नागरिकों की भागीदारी से लोकतंत्र भी मजबूती बनता है।

भारत दुनिया में स्वास्थ्य सेवाओं पर सबसे कम खर्च करने वाले देशों में से है। बावजूद इसके व्यय के वर्तमान स्तरों से प्राप्त होने वाले स्वास्थ्य संबंधी परिणामों का विश्लेषण किए जाने की भी आवश्यकता है। आय के समान स्तरों एवं विकास की समान स्थितियों वाले देशों के साथ भारत की तुलना से संकेत मिलता है कि परिणाम प्राप्त करने के मामले में हमारी प्रगति इन देशों से सुस्त रही है। उदाहरण के लिए 1990 से 2012 के बीच भारत में शिशु मृत्यु दर में 50 प्रतिशत कमी आई। किंतु उसी अवधि के दौरान बांग्लादेश (67 प्रतिशत), नेपाल (66 प्रतिशत) और कंबोडिया (60 प्रतिशत) जैसे देशों में और तीव्र कमी आई। सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च की बात की जाए तो बांग्लादेश तथा भारत अभी अपने जीडीपी का करीब 1.3 प्रतिशत हिस्सा खर्च करते हैं। किंतु बांग्लादेश में परिणाम प्राप्त करने की दर बहुत अधिक है, जिसके अनुसार पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर 1990 (144) से 2013 (41) के बीच 5.4 प्रतिशत की वार्षिक दर से घटी है, जबकि उसवकी तुलना में भारत में 1990 (126) से 2013 (53) के बीच यह दर केवल 3.8 प्रतिशत की दर से कम हुई है।

इसलिए, खर्च के समान स्तरों के बाद भी भारत में परिणाम प्राप्त होने की गति धीमी है, जिसे पता चलता है कि केवल धनराशि बढ़ा देने से वांछित स्वास्थ्य परिणामों की प्राप्ति सुनिश्चित नहीं होती। सरकारी खर्च में भी आवंटन संबंधी सक्षमता को बढ़ाया जा सकता है ताकि बर्बादी कम हो एवं प्राथमिक तथा बचाव संबंधी सेवाओं पर अधिक ध्यान दिया जा सके, जो बीमारियों का बोझ कम करने के लिए आवश्यक है तथा जनता को स्वस्थ रखने के मामले में निवेश पर सबसे अधिक प्रतिफल प्रदान करती है। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों की स्वायत्तता बढ़ाने के उपाय भी विकसित किए जाने चाहिए ताकि वे अपनी आवश्यकता के अनुसार धन जुटा सकें और उसका प्रबंधन भी स्वयं ही कर सकें।

इसके अतिरिक्त धन को स्वास्थ्य सेवा कर्मचारियों के भुगतान संबंधी परिणाम से जोड़ने के तरीके भी तलाशे जा सकते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में काम करने वाले कर्मचारियों में प्रेरणा का स्तर कम होता है। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण कार्यालय (एनएसएसओ) से मिले नवीनतम आंकड़ें बताते हैं कि सार्वजनिक क्षेत्र में सेवाएं होने के बाद भी असंतोषप्रद गुणवत्ता (45 प्रतिशत), लंबी प्रतीक्षा अवधि (27 प्रतिशत) एवं प्रतिष्ठान दूर स्थित होने (9 प्रतिशत) के कारण स्वास्थ्य सेवा के मामले में निजी सेवा प्रदाताओं को ही प्राथमिकता दी जाती है। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों के लिए लाइन आइटम बजट भुगतान पद्धति के कारण इस व्यवस्था में चुस्ती कम होती है। जवाबदेही बढ़ाने के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के प्रबंधकों एवं स्वास्थ्य कर्मियों के लिए प्रतिक्रियापूर्ण भुगतान प्रणाली जैसे प्रोत्साहन का भुगतान अथवा प्रदर्शन से जुड़ा प्रोत्साहन आरंभ किया जा सकता है और प्रदर्शन के सूचकों अथवा सेवाओं के बेहतर प्रसार अथवा स्वास्थ्य संबंधी मापनीय परिणामों की प्राप्ति के आधार पर उनका मूल्यांकन किया जा सकता है।

### सुधारात्मक उपाय

भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र में हाल के समय में उल्लेखनीय प्रगति हुई है लेकिन यह पर्याप्त नहीं है। यदि भारत को विश्व के अंग्रेजी देशों के स्तर तक उठना है तो उच्च स्तर की सक्षम स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने के साथ बीमारियों की रोकथाम वाली प्रतिरोधक और प्रोत्साहक दवाओं की सुलभता पर भी जोर दिया जाना चाहिए, ताकि लोगों को बीमारी से छुटकारा मिले। हमें यह ध्यान देना होगा कि शिक्षा के अधिकार के बाद सब के लिए स्वास्थ्य का अधिकार समय की मांग है क्योंकि सार्वभौमिक स्वास्थ्य के लक्ष्य की प्राप्ति विकास की सतत एवं समावेशी बनाने में सहायक भी है और पूरक भी है।

भारत और बिहार ने स्वास्थ्य के लिए चिरस्थायी विकास लक्ष्य (एसडीजी) पर हस्ताक्षर किए हैं। इसका लक्ष्य 2030 तक मातृ मृत्यु दर को घटाकर 70 से नीचे, नवजात मृत्यु दर को 12 से नीचे, 5 वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर को 25 प्रतिशत के नीचे और जन्म दर को 10 प्रतिशत के नीचे लाना है।

हम बेहतर स्वास्थ्य सेवा के लिए निम्नकित उपायों/सुझावों को अपना सकते हैं:

- ✓ हमें राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत शुरू किए गए प्रयासों को बनाए रखने, उनमें तेजी लाने और उनका दायरा बढ़ाने की आवश्यकता है, ताकि हम उस मिशन द्वारा हासिल प्रगति को बरकरार रख सकें। विशेषकर हमें यह दायरा शहरी प्राथमिक सेवा और चार बड़े हिंदी भाषी राज्यों तक फैलाने पर ध्यान केंद्रित करना होगा।
- ✓ स्वास्थ्य सेवा में निजी क्षेत्र को जोड़ने की दिशा में ज्यादा बड़े प्रयास किए जाने की जरूरत है, वहीं यह प्रबंधन और सहायक प्रयासों पर आधारित होना चाहिए, जो सूचना की विविध प्रकार की असमानताओं और हितों के टकराव को समाप्त करता हो तथा लोगों को सही फैसला करने का अधिकार देता हो। विनियमक तंत्र बनाए बगैर और उच्च स्तरीय सार्वजनिक निवेश के लिए राजनीतिक रूप से तैयार हुए बगैर, खरीद पर आधारित सेवाओं की दिशा में अपरिपक्व और बिना तैयारी के परिवर्तित होना जोखिम से भरपूर हो सकता है।
- ✓ सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ बनाने में चुनौती कार्यबल की तादाद बढ़ाने निवेश और प्रशासन में वृद्धि करने में है, हुई प्रगति से समझौता किए बिना ही असंक्रामक रोगों की चुनौतियों से निपटा जा सके।
- ✓ स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच प्रदान करने के लिए अनुकूल वातावरण तैयार करने हेतु प्रशासन की बेहतर व्यवस्थाओं एवं कानूनी ढांचे को प्रभावी स्वास्थ्य नीति का महत्वपूर्ण घटक होना चाहिए।

- ✓ बेहतर स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के लिए तीन चीजें जरूरी हैं, जिन्हें टीटीआई (टैलेंट टेक्नोलॉजी और इन्फ्रास्ट्रक्चर) कहते हैं। इन तीनों की स्थिति अच्छी होने पर ही उस देश को स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में सक्षम माना जाता है पर हमारे यहां इन तीनों की स्थिति अभी ठीक नहीं कही जा सकती। इस पर ध्यान देने की आवश्यकता है।
- ✓ जनता के स्वास्थ्य में सुधार तथा स्वास्थ्य एवं विकास संबंधी वांछित लक्ष्य प्राप्त करने के लिए मिश्रित भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली के सर्वश्रेष्ठ संसाधनों का लाभ उठाने की जरूरत है।
- ✓ साथ ही, वित्तपोषण एवं आपूर्ति की अनूठी रणनीतियों के एकीकरण की आवश्यकता भी है। अतएव उन उपायों की आवश्यकता है, जो राज्यों को अपनी प्राथमिकताओं के आधार पर मुक्त संसाधनों का एक अंश स्वास्थ्य एवं सामाजिक विकास पर खर्च करने के लिए प्रोत्साहित करें।
- ✓ स्वच्छता अप्रत्यक्ष रूप से स्वस्थ से जुड़ा हुआ मामला है। इस पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि गंदगी से कई बीमारियां उत्पन्न होती है। स्वच्छता विकास का अकेला सबसे लाभकारी परिणाम है। विश्व बैंक के जल एवं स्वच्छता कार्यक्रम का अनुमान है कि स्वच्छता पर एक डॉलर खर्च करने से स्वस्थ, शिक्षा और आर्थिक विकास में 9 डॉलर की बचत होती है। बच्चों के विकास में बाधक समस्याओं पेचिश, कुपोषण, शारीरिक विकास संबंधी कमजोरियों की जड़ में साफ-सफाई की कमी है। अतएव स्वच्छता पर ध्यान देने की जरूरत है।
- ✓ स्वास्थ्य सुविधाओं से अधिक देश में 'स्वास्थ्य शिक्षा' की आवश्यकता है। अच्छी स्वास्थ्य शिक्षा से आधी से अधिक बीमारियां होने से रोकी जा सकती हैं। इससे न केवल सरकार, बल्कि जनता के भी पैसों की बचत होगी। यह स्वास्थ्य शिक्षा आयुष प्रणालियों में ही उपलब्ध कराई जा सकती हैं। अच्छी बात यह है कि देश की जनता में इनकी सामान्य समझ पहले से है और इसलिए इनकी स्वीकार्यता और भी अधिक होगी।

### निष्कर्ष

किसी भी देश के विकास के संदर्भ में पहली प्राथमिकता जन-स्वास्थ्य को दी जानी चाहिए क्योंकि जान है तो जहान है और स्वास्थ्य है तो ही जान है। जन-स्वास्थ्य के मामले में महिला एवं बाल स्वास्थ्य को सबसे अधिक महत्वपूर्ण माना जाता है क्योंकि एक तो यह दोनों समूह मिलकर देश की कुल जनसंख्या का बहुत बड़ा प्रतिशत बनते हैं, दूसरे बच्चे देश के भावी कर्णधार होते हैं और महिलाएँ उन कर्णधारों को जन्म देती हैं। रुग्ण माता का अर्थ है, रुग्ण बच्चे और रुग्ण बच्चों का अर्थ होगा देश का रुग्ण भविष्य। इस तथ्य के दृष्टिगत हमारे देश में इन दोनों समूहों समेत अन्य समूहों के स्वास्थ्य पर यथोचित ध्यान दिया जा रहा है। हाल के कुछ वर्षों के महिला एवं बाल स्वास्थ्य संबंधी आंकड़े बताते हैं कि देश अपने इन दोनों महत्वपूर्ण समूहों के स्वास्थ्य के प्रति कितना सजग है।

देश में स्वास्थ्य सेवाओं पर सरकारी खर्च में लगातार इजाफा हुआ है। वर्ष 2017-18 के बजट में इनके लिए 48878 करोड़ रुपये का प्रावधान किया गया है। यह रकम 10 साल पहले यानी 2007-08 के बजट के 15291 करोड़ रुपये की तुलना में तीन गुना से भी ज्यादा है। इस सतत बढ़ोतरी के नतीजतन स्वास्थ्य सेवाओं में आशातीत सुधार देखने को मिला है। मौजूदा समय में देश में एलापैथी के 12760 सरकारी अस्पताल, 9 लाख से अधिक डॉक्टर और 355 मडिकल कॉलेज हैं। इसके अलावा 25308 पीएचसी और 5396 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) भी काम कर रहे हैं। आर्थिक उदारीकरण के पिछले 25 बरसों में निजी क्षेत्र ने भी स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसार में प्रशंसनीय योगदान किया है।

विविधाताओं से भरे भारत की आबादी का 68.84 प्रतिशत हिस्सा यानी 83 करोड़ 31 लाख लोग गांवों में रहते हैं। इनके लिए सस्ती, सुलभ और भरोसेमंद स्वास्थ्य सेवाओं का इंतजाम करना सरकार के सामने एक बड़ी चुनौती है। स्थानीय स्वास्थ्य परंपराएं और आयुष चिकित्सा पद्धतियां इस चुनौती से निपटने में बेहद कारगर साबित हो सकती हैं।

#### सन्दर्भ :

1. केन्द्रीय सांख्यिकीय संगठन, भारत सरकार की वेबसाइट— [www.mospi.gov.in](http://www.mospi.gov.in)
2. विश्व व्यापार संगठन की वेबसाइट — [www.wto.org](http://www.wto.org)
3. वही
4. [www.unnido.org](http://www.unnido.org)
5. अन्तर्राष्ट्रीय मुद्रा कोष की वेबसाइट — [www.imf.org](http://www.imf.org)
6. केन्द्रीय सांख्यिकीय संगठन, भारत सरकार की वेबसाइट — [www.mospi.gov.in](http://www.mospi.gov.in)
7. भारत की जनगणना के आंकड़े — [www.censusindia.gov.in](http://www.censusindia.gov.in)
8. तेंदुलकर समिति रिपोर्ट, 2005
9. केन्द्रीय सांख्यिकीय संगठन, भारत सरकार की वेबसाइट — [www.mospi.gov.in](http://www.mospi.gov.in)
10. अवस्थी, शालिनी (2015), स्वास्थ्य पर्यटन —नया आयाम, योजना, वर्ष 59, अंक 5, मई, पृष्ठ 49–51
11. [www.incredibleindia.org](http://www.incredibleindia.org)