

## खंड 4

स्वास्थ्य देखभाल: योजना, नीति और प्रबंधन

THE PEOPLE'S  
UNIVERSITY

## खंड 4 स्वास्थ्य ध्यान: नियोजन, नीति और प्रबंधन

स्वास्थ्य नीति समाज के विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए तैयार की जाती है। स्वास्थ्य नीति में भविष्य के लिए एक दृष्टिकोण निहित है; यह प्राथमिकताओं और विभिन्न समूहों की अपेक्षित भूमिकाओं को रेखांकित करता है; और लोगों के बीच आम सहमति बनाता है। नीति प्रक्रिया में राष्ट्रीय या राज्य स्तर पर किए गए निर्णय शामिल होते हैं जो सेवाओं के क्रियान्वयन एवं वितरण को प्रभावित करते हैं। स्वास्थ्य देखभाल योजना ने विभिन्न समितियों द्वारा की गई सिफारिशों के आधार पर इसकी संरचना, कर्मियों और आबादी की पहुंच में बदलाव किए हैं। स्वास्थ्य सेवा का इतिहास अग्रदूतों की खोजों से भरा पड़ा है, जिसने मजबूत विरोध और कभी-कभी रूढ़िवादी तत्वों और सार्वजनिक चिकित्सा में निहित स्वार्थों या राजनीतिक हलकों द्वारा हिंसक अस्वीकृति का नेतृत्व किया। नई स्वास्थ्य और सामाजिक समस्याओं की धारणा और सरकार और राष्ट्रों के भीतर राजनीतिक, आर्थिक और वैचारिक बदलावों के साथ समय के साथ स्वास्थ्य सेवा की सीमाएं बदल गई हैं।

इस खंड को ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य देखभाल की योजना, नीति और कार्यान्वयन के रूप में अधिक देखा जा सकता है।

**इकाई 13** अल्पा अता घोषणा और स्वास्थ्य क्षेत्र में घटनाओं का वर्णन करता है। यह प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल शब्द और स्वास्थ्य के अधिकार को इसकी धारणाओं के संदर्भ में समझाता है। यह स्वास्थ्य देखभाल के इतिहास में कुछ प्रमुख घटनाओं का गंभीर रूप से विश्लेषण करता है और आज की दुनिया में इसके महत्व को समझाता है।

**इकाई 14** में स्वास्थ्य नीति के विकास का विस्तार किया गया है। विभिन्न चरणों में भारत में स्वास्थ्य नीति और नियोजन का मूल्यांकन किया गया है। योजना के अंतर्गत विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों की सुपुर्दगी का गंभीर मूल्यांकन किया जाता है। भारत की स्वास्थ्य नीति की चुनौतियों को सुलभता के संदर्भ में देखा जाता है, सामर्थ्य पर भी ध्यान दिया जाता है।

ग्रामीण स्वास्थ्य को आकार देने में प्रौद्योगिकी की मौजूदा भूमिका को समझना **इकाई 15** का केंद्रीय तत्व है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली, अस्पताल सूचना प्रणाली, इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड, टेलीमेडिसिन, ई-स्वास्थ्य आदि प्रौद्योगिकी संचालित उपाय स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित है। इस इकाई में विशेष रूप से ग्रामीण भारत के लिए स्वास्थ्य संबंधी प्रौद्योगिकियों की चुनौतियों और दायरे की भी पहचान की गयी है।

**इकाई 16** अपनी आबादी को समग्र स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में सरकारी संगठनों की भूमिका की व्याख्या करती है। यह भारत में गैर-सरकारी स्वास्थ्य देखभाल पहलों का भी वर्णन करता है। यह इकाई विश्लेषण करता है कि कैसे सरकारी और गैर-सरकारी संगठन 'सभी के लिए स्वास्थ्य' के लिए मिलकर काम कर सकते हैं।

अंत में इस खंड में आप स्वास्थ्य देखभाल में प्रौद्योगिकी के इंटरफेस को समझने में सक्षम होंगे। टेक्नोलॉजी ने लोगों को इंटरनेट पर लगातार अपनी सेहत के बारे में जानकारी सर्च करने हेतु प्रेरित किया है। अब डॉक्टर से सलाह लेने से पहले ही उन्हें बीमारी की जानकारी मिल चुकी होती है। फार्मास्यूटिकल्स अपने उत्पादों को ऑनलाइन बेच रहे हैं, अस्पताल अपने उत्पादों को ऑनलाइन खरीद रहे हैं, और इंटरनेट का उपयोग करके बीमा कंपनियों को बिलिंग कर रहे हैं, इसलिए स्वास्थ्य मामलों के संचालन के सामान्य तरीके में आमूलचूल बदलाव की आवश्यकता है। अस्पतालों के भीतर सूचना प्रौद्योगिकी के उपयोग को नजरअंदाज नहीं किया जा सकता है।

---

## इकाई 13 स्वास्थ्य देखभाल: ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य

---

### इकाई की रूपरेखा

- 13.0 उद्देश्य
- 13.1 परिचय
- 13.2 स्वास्थ्य की अवधारणा का विकास
- 13.3 अल्मा अता की घोषणा
  - 13.3.1 अल्मा अता घोषणा का उदय और पतन
  - 13.3.2 स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार: विश्व बैंक की रिपोर्ट, 1993
- 13.4 स्वास्थ्य का अधिकार
- 13.5 सतत विकास लक्ष्य
- 13.6 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, भारत
- 13.7 अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (2005)
- 13.8 सारांश
- 13.9 मुख्य शब्द
- 13.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

### 13.0 उद्देश्य

---

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप:

- स्वास्थ्य की अवधारणा और समग्र स्वास्थ्य देखभाल के विकास और महत्व को जानने में सक्षम होंगे;
- अल्मा अता घोषणा और इसके उदय और पतन की घटनाओं के वर्णन करने में सक्षम होंगे;
- 'प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल' की समझ में सक्षम होंगे;
- 'स्वास्थ्य का अधिकार' की व्याख्या करने में सक्षम होंगे; और
- स्वास्थ्य देखभाल के इतिहास में कुछ प्रमुख घटनाओं का गंभीर रूप से विश्लेषण और आज की दुनिया में इसके महत्व को समझने में सक्षम होंगे।

---

### 13.1 परिचय

---

स्वास्थ्य एक सकारात्मक बहु-आयामी अवधारणा है जिसमें विभिन्न प्रकार की विशेषताएं शामिल हैं, जिसमें क्षमता से लेकर अखंडता तक, फिटनेस से लेकर कल्याण तक शामिल हैं। यद्यपि विज्ञान ने स्वास्थ्य सेवा के लिए एक नींव प्रदान की है, तथापि सामाजिक मूल्यों ने प्रणाली को आकार दिया है। स्वास्थ्य सेवा का इतिहास अग्रदूतों की खोजों से भरा हुआ है जिसने चिकित्सा, सार्वजनिक या राजनीतिक हलकों में रूढ़िवादी तत्वों और निहित स्वार्थों

द्वारा मजबूत विरोध और कभी-कभी हिंसक अस्वीकृति का नेतृत्व किया। नई स्वास्थ्य और सामाजिक समस्याओं की धारणा और सरकार और राष्ट्रों के भीतर राजनीतिक, आर्थिक और वैचारिक बदलावों के साथ समय के साथ स्वास्थ्य सेवा की सीमाएं बदल गई हैं।

## 13.2 स्वास्थ्य की अवधारणा का विकास

स्वास्थ्य का इतिहास स्वास्थ्य समस्याओं की पहचान करने, समाधानों के आसपास राजनीतिक और सामाजिक समर्थन जुटाने के साथ समस्याओं को हल करने के लिए ज्ञान और विशेषज्ञता विकसित करने से जुड़ा रहा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के संविधान के पहले सिद्धांत के अनुसार “स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति”। इस संविधान को 1946 में न्यूयॉर्क में आयोजित अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य सम्मेलन द्वारा अपनाया गया था और अप्रैल 1948 में लागू किया गया था। विश्व स्वास्थ्य संगठन की सत्तर साल पुरानी इस शास्त्रीय परिभाषा को एक मौलिक एवं मील का पत्थर माना जाता है।

1960 और 1970 का दशक कई देशों के लिए पूर्व औपनिवेशिक शक्तियों से स्वतंत्रता प्राप्त करने का युग रहा। इस स्वतंत्रता के साथ लोगों के लिए उच्च स्तरीय स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा और अन्य सेवाएं प्रदान करने का उत्साह था। सरकारों का मुख्य जोर, शिक्षण अस्पतालों, चिकित्सालयों और नर्सिंग स्कूलों की स्थापना पर रहा। इन तृतीयक सेवाओं ने देश के स्वास्थ्य देखभाल बजट का सबसे बड़े हिस्से का उपयोग किया और ज्यादातर शहरी क्षेत्रों में केंद्रित रहा, जिससे ग्रामीण समार्यों के लिए स्वास्थ्य तक पहुंच की समस्याएं पैदा हुईं। बहुसंख्यक ग्रामीणों को स्वास्थ्य सेवाओं की आपूर्ति मिशनरी अस्पतालों और क्लीनिकों द्वारा या शहरी अस्पतालों से प्रदान की जाने वाली दुरस्थ सेवाओं द्वारा प्रदान की जाती थी। ग्रामीण क्षेत्रों में अलग-अलग मानक और गुणवत्ता की सेवाओं की एक विस्तृत विविधता रही है, जिसमें अधिकांश आबादी पारंपरिक चिकित्सकों पर निर्भर करती थी। 1970 के दशक तक, ग्रामीण समुदायों के लिए रूग्णता और मृत्यु दर में सुधार नहीं हो रहा था, और कुछ स्थानों पर यह निरंतर खराब हो रहा था। प्रभावी ढंग से संगठित टीकाकरण कार्यक्रम के साथ ओ. आर. एस. जैसे दवाओं के उपयोग द्वारा पाया गया कि प्रारंभिक और उचित हस्तक्षेप के माध्यम से अस्पताल में प्रवेश से बचा जा सकता है और मृत्यु और बीमारी से लड़ा जा सकता है। चीन, तंजानिया, सूडान और वेनेजुएला ने गरीब ग्रामीण आबादी के प्राथमिक देखभाल स्वास्थ्य सेवाओं का एक बुनियादी लेकिन व्यापक कार्यक्रम प्रदान करने के लिए सफल कार्यक्रम शुरू किए। स्वास्थ्य सेवा वितरण के लिए इस नई पद्धति में टॉप-डाउन दृष्टिकोण और स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान में चिकित्सा पेशे की भूमिका पर सवाल उठाया गया था और इसे ‘प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल’ के रूप में जाना जाता था।

1970 के दशक के दौरान, विश्व स्वास्थ्य संगठन और यूनिसेफ ने विकासशील देशों में स्वास्थ्य सेवाओं की डिलीवरी में मौलिक परिवर्तन की आवश्यकता को संबोधित किया, जिसमें सस्ती लागत पर उचित उपचारात्मक सेवाएं प्रदान करते हुए रोकथाम पर जोर दिया गया। इसके बाद यह समझा गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल देश और उसके समुदायों की आर्थिक, सामाजिक सांस्कृतिक और राजनीतिक स्थितियों से प्रतिबिंबित और विकसित होती है और सामाजिक, जैव चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान के प्रासंगिक अनुप्रयोग पर आधारित है। इसने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता और अधिकतम समुदाय और व्यक्तिगत

आत्मनिर्भरता और इसकी योजना, संगठन, संचालन और नियंत्रण में भागीदारी, स्थानीय और राष्ट्रीय संसाधनों का पूरा उपयोग करने की आवश्यकता पर जोर दिया है। यह स्थानीय और रेफरल स्तरों पर, चिकित्सकों, नर्सों, दाइयों, सहायक और सामुदायिक कार्यकर्ताओं, पारंपरिक चिकित्सकों और तकनीकी स्वास्थ्य टीमों सहित स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं पर सामुदायिक जरूरतों का जवाब देने के लिए निर्भर करता है। इसे एकीकृत, कार्यात्मक और पारस्परिक रूप से सहायक रेफरल प्रणालियों द्वारा बनाए रखा जाना चाहिए, जिससे सबसे अधिक जरूरतमंद लोगों को प्राथमिकता के साथ व्यापक स्वास्थ्य देखभाल में प्रगतिशील सुधार हो सके।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 1

- 1) स्वास्थ्य की अवधारणा को समझाइए जैसा कि समकालीन समय में समझा जाता है।

.....

.....

.....

.....

- 2) पिछले कुछ वर्षों में स्वास्थ्य की अवधारणा कैसे विकसित हुई है?

.....

.....

.....

.....

## 13.3 अल्मा अता की घोषणा

यद्यपि सामाजिक निर्धारकों के प्रतिबिंब के रूप में स्वास्थ्य के महत्व की मान्यता रही है, इस मान्यता को विश्व स्वास्थ्य संगठन के घोषणा पत्र में 1978 में 134 राष्ट्रीय सरकार के सदस्यों के साथ नीति में औपचारिक रूप दिया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को समानता और सामुदायिक भागीदारी के सिद्धांतों के आधार पर सदस्य देशों की आधिकारिक स्वास्थ्य नीति के रूप में मानव अधिकारों के साथ जोड़ दिया गया। अल्मा अता ने डॉक्टरों और अस्पतालों से परे सामाजिक निर्धारकों और सामाजिक न्याय के लिए स्वास्थ्य की धारणा को व्यापक बनाया। यह एक ऐसा इतिहास है जो संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों की सर्वसम्मति से शुरू हुआ जो मानव अधिकार के रूप में स्वास्थ्य के दृष्टिकोण का समर्थन करता है और सामाजिक निर्धारकों के परिणामस्वरूप नीति कार्यान्वयन के केंद्र बिंदु के रूप में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज को परिभाषित करने वाले संकीर्ण दृष्टिकोण को नकारता है। अल्मा अता घोषणा में कहा गया है कि सरकारों की अपने लोगों के स्वास्थ्य के प्रति एक जिम्मेदारी है जिसे केवल पर्याप्त सामाजिक

उपायों के प्रावधान से पूरा किया जा सकता है और लोगों को अपनी स्वास्थ्य देखभाल की योजना और कार्यान्वयन में व्यक्तिगत और सामूहिक रूप से भाग लेने का अधिकार और कर्तव्य है।

अल्मा-अता घोषणा पत्र ने स्वास्थ्य को पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति के रूप में परिभाषित किया, न कि केवल बीमारियों की अनुपस्थिति के रूप में। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की अवधारणाओं के साथ स्वास्थ्य की इस परिभाषा ने इस घोषणा के दो मुख्य सिद्धांतों का गठन किया। इसने स्वास्थ्य को मानव अधिकार के रूप में मान्यता दी और इसे प्राप्त करने के लिए, स्वास्थ्य क्षेत्र के अलावा कई सामाजिक और आर्थिक क्षेत्रों को सक्रिय रूप से शामिल करने और परिणाम दिखाने की आवश्यकता पर जोर दिया।

घोषणा पत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की महत्वपूर्ण भूमिका की पुष्टि की गई है, जो समुदाय में मुख्य स्वास्थ्य समस्याओं को संबोधित करती है। तदनुसार प्रोत्साहक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाएं प्रदान करती है। यह इस बात पर जोर देता है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच स्वास्थ्य के स्तर को प्राप्त करने की कुंजी है जो सभी व्यक्तियों को सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जीने और स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक की प्राप्ति में योगदान करने की अनुमति देगी:

#### स्वास्थ्य देखभाल: योजना, नीति और प्रबंधन

- 1) स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति। यह एक मौलिक मानव अधिकार है और स्वास्थ्य के उच्चतम संभव स्तर की प्राप्ति सबसे महत्वपूर्ण विश्वव्यापी सामाजिक लक्ष्य है जिसकी प्राप्ति के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र के अलावा कई अन्य सामाजिक और आर्थिक क्षेत्रों में कार्रवाई की आवश्यकता होती है।
- 2) लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में मौजूदा घोर असमानता विशेष रूप से विकसित और विकासशील देशों के साथ-साथ देशों के भीतर राजनीतिक, सामाजिक और आर्थिक रूप से अस्वीकार्य है और इसलिए, यह सभी देशों के लिए आम चिंता का विषय है।
- 3) एक नई अंतरराष्ट्रीय आर्थिक व्यवस्था पर आधारित, आर्थिक और सामाजिक विकास, सभी के लिए स्वास्थ्य की पूर्ण प्राप्ति और विकसित एवं विकासशील देश की स्वास्थ्य स्थिति के बीच के अंतर को कम करने हेतु बुनियादी महत्व का है। निरंतर आर्थिक और सामाजिक विकास लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने और जीवन की बेहतर गुणवत्ता और विश्व शांति में योगदान देने के लिए आवश्यक है।
- 4) लोगों को अपनी स्वास्थ्य देखभाल की योजना और कार्यान्वयन में व्यक्तिगत और सामूहिक रूप से भाग लेने का अधिकार है और यह लोगों का कर्तव्य भी है।
- 5) सरकारों की अपने लोगों के स्वास्थ्य के प्रति एक जिम्मेदारी है जिसे केवल पर्याप्त स्वास्थ्य और सामाजिक उपायों के प्रावधान से पूरा किया जा सकता है।
- 6) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आत्मनिर्भरता और आत्मनिर्णय की भावना में लिपटे समुदायों के लिए व्यावहारिक, वैज्ञानिक, सामाजिक रूप से स्वीकार्य और तकनीकी रूप से सुलभ के आधार पर आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने से संबंधित है। यह देश की स्वास्थ्य प्रणाली और समुदाय के समग्र सामाजिक और आर्थिक विकास का एक

अभिन्न अंग है। यह स्वास्थ्य देखभाल का पहला स्तर है जिसे जितना संभव हो उतना लोगों के करीब लाने की जरूरत है।

- 7) सभी सरकारों को एक व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली के हिस्से के रूप में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल शुरू करने और बनाए रखने के लिए राष्ट्रीय नीतियों, रणनीतियों और कार्य योजनाओं को तैयार करना चाहिए।
- 8) सभी देशों को सभी लोगों के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने के लिए साझेदारी और सेवा की भावना से सहयोग करना चाहिए क्योंकि किसी भी एक देश में लोगों द्वारा स्वास्थ्य की प्राप्ति सीधे हर दूसरे देश को लाभान्वित करती है।

अल्मा अता घोषणा का एक मजबूत स्तंभ बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण था। इसने घोषणा की कि देश के भीतर और साथ ही देशों के बीच असमान सामाजिक और आर्थिक स्थिति खराब स्वास्थ्य में योगदान करती है और इन अंतरालों को तोड़ने या कम करने की तत्काल आवश्यकता को स्पष्ट करती है। इसमें शायद, सबसे महत्वपूर्ण घोषणा यह थी कि उसने अपने नागरिकों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए सरकारों को जिम्मेदार ठहराया। इसमें मौजूदा स्वास्थ्य समस्याओं को नियंत्रित करने के तरीकों पर शिक्षा, खाद्य सुरक्षा को बढ़ावा देने जैसी बुनियादी सेवाओं के सार्वभौमिक कवरेज की परिकल्पना की गई है और उचित पोषण, पर्याप्त सुरक्षित जल आपूर्ति और बुनियादी स्वच्छता, मातृ और शिशु स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, टीकाकरण, स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण, सामान्य बीमारियों का उचित उपचार और आवश्यक दवाओं का प्रावधान किया गया है। इसमें सेवाओं के बड़े अस्पताल से लागत प्रभावी निवारक और उपचारात्मक कार्यक्रमों के संतुलन के साथ हेतु समुदाय-आधारित वितरण पर जोर दिया गया। यह दृष्टिकोण अंतर-क्षेत्रीय रहा है, जिसमें स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के औपचारिक हिस्से के रूप में प्रशिक्षित होने के बाद कृषि विस्तार अधिकारी, स्कूल शिक्षक, महिला समूह, युवा समूह और समुदाय स्वयं अपनी स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यान्वयन में शामिल है। सम्मेलन वर्ष 2000 तक दुनिया के सभी लोगों के लिए स्वास्थ्य के स्वीकार्य स्तर की पहल को वित्त पोषित करने के लिए आवश्यक आर्थिक और राजनीतिक कदमों को संबोधित करने के लिए चला गया। यह दुनिया के संसाधनों के पूर्ण और बेहतर उपयोग और त्वरण की दिशा में स्वतंत्रता, शांति और निरस्त्रीकरण की वास्तविक नीति के माध्यम से इसे प्राप्त करने के लिए माना जाता था सामाजिक और आर्थिक विकास, जिसमें से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, एक अनिवार्य भाग के रूप में, इसका उचित हिस्सा आवंटित किया जाना चाहिए। दुनिया भर में राष्ट्रीय सरकारों ने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को कुल जनसंख्या कवरेज के लिए अपने आधिकारिक ब्लूप्रिंट के रूप में अपनाया और वर्ष 2000 तक 'सभी के लिए स्वास्थ्य' प्राप्त करने के लिए लक्ष्य और लक्ष्य निर्धारित किए गए थे। प्रारंभिक चरणों में, नर्सों और स्वास्थ्य विस्तार अधिकारियों को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में काम करने के लिए नैदानिक और निवारक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल हस्तक्षेपों में प्रशिक्षित किया गया था। जहां स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में अंतराल थे, गांव के स्वास्थ्य कार्यकर्ता सामुदायिक प्रतिनिधियों के साथ थे, जो उनकी स्वास्थ्य सेवाओं की योजना बनाने और उनकी देखरेख करने में केंद्रीय भूमिका निभाते थे।

### 13.3.1 अल्मा अता घोषणा का उदय और पतन

अल्मा-अता घोषणा को 1979 में जिनेवा में आयोजित 32वीं विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा अनुमोदित किया गया था, जिसने सभी के लिए स्वीकार्य स्वास्थ्य स्तरों की प्राप्ति के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की महत्वपूर्ण भूमिका को स्वीकार करते हुए एक प्रस्ताव को मंजूरी दी गयी थी। हालांकि, प्रारंभिक उत्साह के बावजूद, अल्मा-अता सिद्धांतों के अनुसार स्वास्थ्य सेवा को लागू करना मुश्किल था। 1970 के दशक के अंत और 1980 के दशक की शुरुआत में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के विस्तार के शुरुआती प्रयासों को आर्थिक संकट, सार्वजनिक खर्च में कमी, राजनीतिक अस्थिरता और उभरती बीमारी ने विकासशील दुनिया के कई हिस्सों में काफी झटका लगा था। अल्मा अता के सामाजिक और राजनीतिक लक्ष्यों ने प्रारंभिक वैचारिक विरोध को तीव्रता दी और बाजार उन्मुख, पूंजीवादी देशों में कभी भी पूरी तरह से स्वीकार्य नहीं किया गया।

अल्मा-अता घोषणा को नष्ट/कमतर करने के प्रयास वर्ष 1979 में शुरू हुए जब रॉकफेलर फाउंडेशन ने इटली में एक सम्मेलन आयोजित किया, जिसमें यह तर्क दिया गया कि अल्मा-अता की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवधारणा महंगी और अयथार्थवादी थी। अल्मा-अता की आधारशिला, जो सामुदायिक भागीदारी पर आधारित थी, के बजाय, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के एक चयनात्मक, राजनीतिक रूप से संकीर्ण संस्करण को कुछ अत्यधिक प्राथमिकता वाले तकनीकी हस्तक्षेपों में संकुचित कर दिया गया था, जो समुदायों द्वारा नहीं बल्कि अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य एजेंटों और विशेषज्ञों द्वारा निर्धारित किया गया था। यह चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के रूप में नए लेबल के तहत आया था जो बड़े पैमाने पर अमीरों के हितों को पूरा करने वाली सरकारों के समर्थन काफी तेजी से फैला और इसने असमान आर्थिक और सामाजिक स्थितियों की यथास्थिति को संरक्षित करने में अपनी भूमिका निभायी। इसके जवाब में ही वर्ष 1983 में यूनिसेफ ने 'जीओबीआई-एफएफएफ' (ग्रोथ मॉनिटरिंग, ओआरएस, ब्रेस्टफीडिंग, इम्यूनाइजेशन, फैमिली प्लानिंग, फूड सप्लीमेंट्स और फीमेल एजुकेशन) को अपनाया था। कई सरकारों ने सिर्फ ओआरएस और टीकाकरण का चयन किया, जिसे यूनिसेफ ने बाल उत्तरजीविता क्रांति के 'ट्विन इंजन' के रूप में घोषित किया। कई कॉर्पोरेट-अनुकूल देश, यूएसएआईडी और विश्व बैंक जिन्होंने अल्मा-अता घोषणा के लिए बहुत कम सम्मान दिखाया था, अचानक इसमें कूद गए और इसके लिए प्रमुख वित्तीय सहायता का वचन दिया। 1980 के दशक के मध्य तक, लगभग हर अविकसित देशों ने जीओबीआई-एफएफएफ हस्तक्षेप शुरू किया था।

विकसित देशों के राजनेता और सहायता विशेषज्ञ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के इस मूल सिद्धांत को स्वीकार नहीं कर सके कि विकासशील देशों में अपनी स्वयं की स्वास्थ्य सेवाओं की योजना बनाने और कार्यान्वित करने की जिम्मेदारी समुदायों की होगी।

'चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल' की अवधारणा ने केवल प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल हस्तक्षेप प्रदान करने की वकालत की, जिसने विकासशील देशों में बाल मृत्यु दर (5 वर्ष से <) को कम करने में सबसे अधिक योगदान दिया। विशिष्ट प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के अधिवक्ताओं ने तर्क दिया कि व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कुल जनसंख्या कवरेज प्राप्त करने के अपने लक्ष्यों में बहुत आदर्शवादी, महंगा और अप्राप्य था। विकास की निगरानी, मौखिक पुनर्जलीकरण समाधान, स्तनपान और टीकाकरण पर ध्यान केंद्रित करके, शिशु मृत्यु

दर को कम करने में अधिक लाभ कम लागत पर प्राप्त किया जा सकता है। असल में, विशिष्ट प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल ने निर्णय लेने की शक्ति और नियंत्रण को समुदायों से दूर प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए केंद्रीय लिया और इन विशिष्ट क्षेत्रों में तकनीकी विशेषज्ञता वाले विदेशी सलाहकारों को वितरित किया। ये तकनीकी विशेषज्ञ, जिन्हें अक्सर वित्त पोषण एजेंसियों द्वारा नियोजित किया जाता था, उनकी एजेंसियों की नीतियों के अधीन थे, न कि समुदायों के अधीन। विशिष्ट प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल ने व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की कीमत पर ऊर्ध्वाधर कार्यक्रमों को फिर से शुरू किया।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल बनाम विशिष्ट प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल बहस 1980 के दशक में निम्नलिखित तर्कों के साथ जारी रही:

- कई आम लोगों ने महसूस किया कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्वास्थ्य सेवा का एक सस्ता रूप है। साथ ही प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर कर्मचारियों और आवश्यक दवाओं की कमी के कारण कई आम लोगों ने माध्यमिक और तृतीयक केंद्रों हेतु इस स्तर को दरकिनार कर दिया।
- गृहयुद्ध, प्राकृतिक आपदाओं और एचआईवी ने विशेष रूप से कई उप-सहारा देशों में व्यापक सेवाओं को बनाए रखने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की क्षमता को प्रभावित किया।
- अल्मा-अता के शुरुआती उत्साह के बाद राजनीतिक प्रतिबद्धता कायम नहीं रही। राजनेताओं ने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को स्वास्थ्य में खर्च को कम करने के तरीके के रूप में देखा और यह सुनिश्चित करने के लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति की कमी थी कि सेवाएं न्यायसंगत हों।
- संसाधनों के उपयोग में शासन और भ्रष्टाचार के मुद्दों के परिणामस्वरूप दाता व्यापक-आधारित कार्यक्रमों के वित्तपोषण से बहुत सावधान हो गए। ऊर्ध्वाधर, परिभाषित, समय-सीमित कार्यक्रम जिन्हें हर कुछ वर्षों में बदला जा सकता है, दाता एजेंसियों और सरकारों दोनों के अनुकूल हैं।

1990 तक, कई विकासशील देशों ने विश्व बैंक और आईएमएफ के दबाव में उदारीकरण और निजीकरण की प्रक्रिया शुरू कर दी थी। लेकिन जब '2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य' को हासिल नहीं किया जा सका तो अनेक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने सावर, ढाका में 70 देशों के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की मौजूदगी में जन स्वास्थ्य अधिकार की मांग की ताकि अल्मा-अता घोष के वृहत्तर लक्ष्यों को प्राप्त किया जा सके।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) अल्मा अता की घोषणा क्या थी? इसके दो अभिधारणाओं को बताइए।

.....

.....

.....

.....

.....

2) अल्मा अता घोषणा क्यों विफल रही?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 13.3.2 स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार: विश्व बैंक की रिपोर्ट, 1993

1980 और 1990 के दशक के उत्तरार्ध में राजनीतिक और आर्थिक दर्शन में परिवर्तन ने दुनिया भर में सरकारी सेवाओं को वितरित करने के तरीके में एक बड़ा बदलाव लाया। समाजवादी पूर्वी यूरोपीय खंड का पतन और चीन द्वारा उदार अर्थशास्त्र के कई पहलुओं को अपनाना इस अवधि की प्रमुख विशेषताएं थीं। इन सुधारों की जड़ें समाज के सभी क्षेत्रों में सरकारी भागीदारी को कम करने पर जोर देने में थीं। बाजार की ताकतों से सेवा वितरण के लिए प्रमुख मॉडल बन गईं गरीब देशों में सरकारें, जिन्होंने पहले से ही स्वास्थ्य पर अपने खर्च को कम कर दिया था क्योंकि उनका विदेशी ऋण बढ़ गया था, उन्हें नए आर्थिक दर्शन के साथ संघर्ष करना पड़ा। अंतरराष्ट्रीय दानदाताओं ने जोर देकर कहा कि ये सरकारें विदेशी सहायता और ऋण राहत प्राप्त करने के लिए बाजार संचालित आर्थिक सुधारों को अपनाए।

इसी पृष्ठभूमि में विश्व बैंक की 1993 की विश्व विकास रिपोर्ट 'स्वास्थ्य में निवेश' प्रकाशित की गई थी। इसमें प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल शब्द को गरीब देशों में स्वास्थ्य सेवाओं को वितरित करने के तरीके के उन्मुखीकरण में एक उल्लेखनीय परिवर्तन के रूप में दर्शाया गया है। इसने आर्थिक लाभ के संदर्भ में स्वास्थ्य सेवाओं की डिलीवरी पर विचार किया जो बेहतर स्वास्थ्य प्रदान कर सकता है। रिपोर्ट मूल प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के बहुक्षेत्रीय दृष्टिकोण के विपरीत, अन्य क्षेत्रों की भूमिका के लिए कम मान्यता के साथ स्वास्थ्य में सुधार तथा स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की गतिविधियों के इर्द-गिर्द घूमती है। विश्व बैंक के इस दृष्टिकोण को स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार के रूप में जाना जाने लगा। इसने सरकारी सेवाओं को कम करने के दौरान स्वास्थ्य सेवाओं को वितरित करने के लिए निजी क्षेत्र के उपयोग करने पर जोर दिया। इसमें भुगतान, लागत वसूली, निजी स्वास्थ्य बीमा और सार्वजनिक-निजी भागीदारी स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण पर फोकस दिया गया। इसने विकासशील देशों में समुदायों को असमानता, हाशिए और हताशा की भावना के साथ अपनी स्वास्थ्य सेवाओं में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से कहने का मौका नहीं दिया।

### 13.4 सेहत का अधिकार

स्वास्थ्य का अधिकार नया नहीं है और यह मानवाधिकारों का एक मौलिक हिस्सा है। अंतरराष्ट्रीय स्तर पर, यह पहली बार विश्व स्वास्थ्य संगठन के 1946 के संविधान में व्यक्त किया गया था कि 'स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का आनंद जाति, धर्म, राजनीतिक विश्वास,

आर्थिक या सामाजिक स्थिति के भेदभाव के हर इंसान के मौलिक अधिकारों में से एक है। मानवाधिकारों की सार्वभौमिक घोषणा के अनुच्छेद 25.1 में कहा गया है कि-

“हर किसी को भोजन, वस्त्र, आवास और चिकित्सा देखभाल और आवश्यक सामाजिक सेवाओं सहित अपने और अपने स्वास्थ्य के लिए पर्याप्त जीवन स्तर का अधिकार है”

देश में पारदर्शी और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवा के लिए और स्वास्थ्य संकट के साथ-साथ चिकित्सा आतंकवाद जैसे परिदृश्यों को संबोधित करने के लिए स्वास्थ्य का अधिकार मौलिक रूप से महत्वपूर्ण है। इसके अतिरिक्त, यह स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों के विशाल जनसंख्या के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करता है, स्वास्थ्य देखभाल पर उनके व्यक्तिगत खर्च को कम करता है, स्वास्थ्य देखभाल की स्वतंत्रता के अधिकार की पवित्रता को बरकरार रखता है।

स्वास्थ्य का अधिकार एक समावेशी अधिकार है जिसमें सुरक्षित पेयजल और पर्याप्त स्वच्छता; सुरक्षित भोजन; पर्याप्त पोषण और आवास; स्वस्थ काम और पर्यावरणीय परिस्थितियां; स्वास्थ्य से संबंधित शिक्षा और सूचना और लैंगिक समानता शामिल है। स्वास्थ्य का अधिकार गैर-सहमति वाले चिकित्सा उपचार जैसे चिकित्सा प्रयोगों और अनुसंधान या जबरन नसबंदी से मुक्त होने और यातना और अन्य क्रूर, अमानवीय या अपमानजनक उपचार या सजा से मुक्त होने के अधिकार सहित स्वतंत्रता को भी अनिवार्य करता है। इसके अलावा, अधिकार गैर-भेदभावपूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं, वस्तुओं और सुविधाओं को स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक तक सुरक्षित करता है। हालांकि आश्चर्य की बात नहीं है कि पारंपरिक रूप से भेदभाव और हाशिए वाले समूह अक्सर स्वास्थ्य समस्याओं का एक असमान हिस्सा सहन करते हैं।

स्वास्थ्य के अधिकार को कई क्षेत्रीय कानूनों/प्रावधानों में भी मान्यता प्राप्त है, जैसे कि मानव और पीपुल्स राइट्स पर अफ्रीकी चार्टर (1981), सैन सल्वाडोर का प्रोटोकॉल (1988) और यूरोपीय सामाजिक चार्टर (1961, 1996 में संशोधित)। अमेरिकन कन्वेंशन ऑन ह्यूमन राइट्स (1969) और यूरोपियन कन्वेंशन फॉर द प्रमोशन ऑफ ह्यूमन राइट्स एंड फंडामेंटल फ्रीडम्स (1950) में स्वास्थ्य से संबंधित प्रावधान भी शामिल हैं, जैसे कि जीवन का अधिकार, यातना और अन्य क्रूर, अमानवीय और अपमानजनक उपचार पर प्रतिबंध और परिवार का अधिकार और निजी जीवन। स्वास्थ्य या स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार को कम से कम 115 संविधानों में मान्यता प्राप्त है जो कि स्वास्थ्य सेवाओं को विकसित करने या उन्हें एक विशिष्ट बजट आवंटित करने के लिए राज्य के उत्तर-दायित्व को निर्धारित करते हैं।

1948 के मानवाधिकारों की सार्वभौमिक घोषणा ने अपने अनुच्छेद 25 में पर्याप्त जीवन स्तर के अधिकार के हिस्से के रूप में स्वास्थ्य का उल्लेख किया। स्वास्थ्य के अधिकार को फिर से 1966 में आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतरराष्ट्रीय वाचा में मानव अधिकार के रूप में मान्यता दी गई थी। तब से, अन्य अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों ने भी स्वास्थ्य के अधिकार या इसके तत्वों (जैसे चिकित्सा देखभाल का अधिकार) को मान्यता दी है या संदर्भित किया है। स्वास्थ्य का अधिकार सभी राज्यों के लिए प्रासंगिक है और प्रत्येक राज्य ने स्वास्थ्य के अधिकार को मान्यता देने वाली कम से कम एक अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार संधि की पुष्टि की है। इसके अलावा, राज्यों ने अंतरराष्ट्रीय घोषणाओं, घरेलू कानून और नीतियों और अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों के माध्यम से इस अधिकार की रक्षा के लिए

खुद को प्रतिबद्ध किया है। हाल के वर्षों में, स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार पर अधिक ध्यान दिया गया है, उदाहरण के लिए मानवाधिकार संधि-निगरानी निकायों, डब्ल्यूएचओ और मानवाधिकारों द्वारा स्वास्थ्य के अधिकार की प्रकृति को स्पष्ट करने के लिए परिषद और इसे कैसे प्राप्त किया जा सकता है।

स्वास्थ्य के अधिकार में निम्नलिखित पात्रताएं शामिल हैं:

- स्वास्थ्य संरक्षण की एक प्रणाली का अधिकार जो सभी को स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य स्तर का आनंद लेने के अवसर की समानता प्रदान करता है।
- रोगों की रोकथाम, उपचार और नियंत्रण का अधिकार।
- आवश्यक दवाओं तक पहुंच का अधिकार।
- मातृ, शिशु और प्रजनन स्वास्थ्य का अधिकार।
- बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं तक समान और समय पर पहुंच का अधिकार।
- स्वास्थ्य संबंधी शिक्षा और सूचना का प्रावधान का अधिकार।
- राष्ट्रीय और सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने में जनसंख्या की भागीदारी का अधिकार।

भारतीय संविधान के अनुच्छेद 21 में निहित *जीवन के अधिकार* के तहत स्वास्थ्य का अधिकार शब्द एक मौलिक अधिकार के रूप में उल्लेख किया गया है। संविधान में सार्वजनिक स्वास्थ्य और नागरिकों को स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में राज्य की भूमिका के कई संदर्भ हैं:

- अनुच्छेद 39 — राज्य द्वारा अनुसरण किए जाने वाले नीति के सिद्धांतों को निर्धारित करता है:  
कि श्रमिकों, पुरुषों और महिलाओं के स्वास्थ्य और ताकत, और बच्चों के काम करने के उम्र का दुरुपयोग नहीं किया जा सकता है और नागरिकों को आर्थिक आवश्यकता से उनकी उम्र या ताकत के लिए अनुपयुक्त व्यवसायों में प्रवेश करने के लिए मजबूर नहीं किया जा सकता है; साथ ही बच्चों को स्वस्थ तरीके से और स्वतंत्रता और गरिमा की स्थितियों में विकसित होने के अवसर और सुविधाएं दी जाती हैं और बच्चों एवं युवाओं को शोषण के खिलाफ तथा नैतिक और भौतिक परित्याग के खिलाफ संरक्षित किया जाता है।
- अनुच्छेद 42 — राज्य को काम की न्यायसंगत और मानवीय स्थितियों और मातृत्व राहत के लिए निर्देशित करता है।
- अनुच्छेद 47 — पोषण के स्तर और जीवन स्तर को बढ़ाने और सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए राज्य को अपने कर्तव्य के बारे में सूचित करता है।

राज्य अपने लोगों के पोषण और जीवन स्तर के स्तर को बढ़ाने, सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार, उपभोग के निषेध के बारे में विचार करता है, सिवाय इसके कि मादक पेय और दवाओं का औषधीय उद्देश्य जो स्वास्थ्य के लिए हानिकारक हैं। इसके अलावा, संविधान न केवल राज्य को सार्वजनिक स्वास्थ्य को बढ़ाने के लिए बाध्य करता है, बल्कि यह पंचायतों और नगर

पालिकाओं को अनुच्छेद 243 जी के तहत सार्वजनिक स्वास्थ्य को मजबूत करने के लिए भी आधार प्रदान करता है।

मानवाधिकार अन्योन्याश्रित, अविभाज्य और परस्पर संबंधित अवधारणा है। स्वास्थ्य के अधिकार का उल्लंघन वास्तव में अन्य मानवाधिकारों के आनंद को भी बाधित कर सकता है। स्वास्थ्य सेवाओं, वस्तुओं और सुविधाओं से परे स्वास्थ्य के अंतर्निहित निर्धारकों को दिया गया महत्व दर्शाता है कि स्वास्थ्य का अधिकार अन्य मानवाधिकारों की प्राप्ति पर भी निर्भर है और इसमें योगदान भी देता है। इनमें भोजन, पानी, पर्याप्त जीवन स्तर, पर्याप्त आवास, भेदभाव से मुक्ति, गोपनीयता, सूचना तक पहुंच, भागीदारी और वैज्ञानिक प्रगति और इसके अनुप्रयोगों से लाभ उठाने का अधिकार शामिल है।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 3

- 1) स्वास्थ्य के अधिकार को समझाएं। इसे भारतीय संविधान के संदर्भ में उजागर करें।

.....

.....

.....

.....

.....

## 13.5 सतत विकास लक्ष्य

संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी घोषणा पत्र पर सितंबर 2000 में गरीबी, भूख, बीमारी, अशिक्षा, पर्यावरणीय गिरावट और महिलाओं के खिलाफ भेदभाव का मुकाबला करने के लिए विश्व नेताओं को प्रतिबद्ध करने की दिशा में हस्ताक्षर किए गए थे। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य की घोषणा से 8 लक्ष्यों के एक सेट के रूप में प्राप्त किए गए थे, जिन्हें सभी 189 संयुक्त राष्ट्र सदस्य राज्य वर्ष 2015 तक प्राप्त करने का प्रयास करने के लिए सहमत हुए थे। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य में 2015 के लिए निर्धारित लक्ष्य और 1990 के स्तर से प्रगति की निगरानी के लिए संकेतक थे। सितंबर 2001 में संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी शिखर सम्मेलन में, 147 राज्यों के प्रमुखों ने सहस्राब्दी विकास लक्ष्य का समर्थन किया था, जिनमें से लगभग आधे स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं से संबंधित हैं। स्वास्थ्य संबंधी सहस्राब्दी की दिशा में भारत की प्रगति मिश्रित रही। विभिन्न राष्ट्रों ने एचआईवी/एड्स के खिलाफ लड़ाई में अपेक्षित सफलता हासिल किया।

विश्वव्यापी मंच पर सहस्राब्दी विकास लक्ष्य के बारे में व्यापक विचार-विमर्श चला क्योंकि यह महसूस किया गया कि वे विकासशील देशों द्वारा पर्याप्त भागीदारी और विकास उद्देश्यों की अनदेखी किए बिना केवल कुछ हितधारकों द्वारा बनाए गए थे। यह समझा गया कि सहस्राब्दी विकास लक्ष्य अप्राप्य और सरलीकृत थे, राष्ट्रीय जरूरतों के अनुकूल नहीं थे, जवाबदेह दलों को निर्दिष्ट नहीं करते हैं और ऊर्ध्वाधर हस्तक्षेपों को सुदृढ़ करते हैं। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य को सतत विकास लक्ष्यों द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है, जो 17 एकीकृत और अविभाज्य लक्ष्यों का एक सेट है जो सहस्राब्दी की उपलब्धियों पर आधारित है, लेकिन इसमें जलवायु

परिवर्तन जैसी नई, अन्योन्याश्रित चुनौतियों सहित व्यापक और आर्थिक असमानता, टिकाऊ उपभोग, शांति और न्याय, में कहीं अधिक महत्वाकांक्षी है। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य के विपरीत, संयुक्त राष्ट्र महासभा द्वारा सितंबर 2015 में शुरू किया गया यह समावेशी एजेंडा सभी देशों, अमीर और गरीब पर लागू होता है, हालांकि अपनी प्राथमिकताओं के साथ प्रत्येक देश से विभिन्न लक्ष्यों को आगे बढ़ाने की उम्मीद की जाती है।

सतत विकास लक्ष्यों में स्वास्थ्य केंद्रीय कार्यसूची में शामिल है। इसके अतिरिक्त यह शहरी स्वास्थ्य से संबंधित एक दर्जन से अधिक अन्य लक्ष्यों में शामिल है जिसमें समान पहुंच उपचार, और गैर-संचारी रोग आदि शामिल है। सतत विकास लक्ष्य एक एकीकृत दृष्टिकोण के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने का अनूठा अवसर प्रदान करता है। सतत विकास लक्ष्य स्वस्थ जीवन और सभी उम्र में सभी के लिए भलाई को बढ़ावा देने को सुनिश्चित करने के लिए, मानव स्वास्थ्य पर केंद्रित है। उदाहरण के लिए, लड़कियों के लिए बेहतर शिक्षा (लक्ष्य 4.1) मातृ स्वास्थ्य में सुधार (लक्ष्य 3.1) से संबंधित है; बाल कुपोषण से निपटना (लक्ष्य 2.2) बाल स्वास्थ्य (लक्ष्य 3.2) से संबंधित है; उसी तरह सुरक्षित पानी तक पहुंच (6.1) परिवेशी वायु प्रदूषण (11.6) तथा अन्य सतत विकास लक्ष्यों में स्पष्ट रूप से प्रतिलक्षित होगा। पर वही दूसरी ओर उर्जा उपयोग को विकसित करने के लिए कोयला का प्रयोग (लक्ष्य 7), स्वास्थ्य पर नकरात्मक प्रभाव डालता है। स्वास्थ्य लक्ष्यों की उपलब्धि नीतिगत सामंजस्य को सुदृढ़ करने के लिए तथा सतत विकास लक्ष्यों के साथ तालमेल की आवश्यकता होगी।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 4

- 1) सतत विकास लक्ष्यों के संदर्भ में अच्छे स्वास्थ्य के महत्व और उद्देश्य को स्पष्ट करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 13.6 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, भारत

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने स्वास्थ्य देखभाल के निवारक, प्रोत्साहक, सार्वजनिक स्वास्थ्य और पुनर्वास पहलुओं के आधार पर 1983 में एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तैयार की। नीति में देश के दूर-दराज के क्षेत्रों में आबादी तक पहुंचने के लिए व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की स्थापना की आवश्यकता पर जोर दिया गया और स्वास्थ्य देखभाल की एक विकेंद्रीकृत प्रणाली की सिफारिश की गई, जिसकी प्रमुख विशेषताएं कम लागत और सहभागी होना था जो सरकार का बोझ कम करें।

भारत सरकार द्वारा निम्नलिखित उद्देश्यों और प्रमुख रणनीतियों के साथ **राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002** के रूप में बेहतर स्वास्थ्य देखभाल और अपूर्ण लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए एक संशोधित स्वास्थ्य नीति लाई गई:

- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण।
- विकेन्द्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली।
- एकल क्षेत्र छतरी के तहत सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों का अभिसरण।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ और विस्तारित करना।
- स्वास्थ्य देखभाल वितरण में निजी और गैर-सरकारी संगठन क्षेत्र का योगदान बढ़ाना।
- स्वास्थ्य देखभाल के लिए सार्वजनिक खर्च में वृद्धि।

इसके अलावा 2017 में, भारत सरकार ने सतत विकास लक्ष्यों के अनुरूप विकास में निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल अभिविन्यास के माध्यम से सभी उम्र के लिए स्वास्थ्य और कल्याण के उच्चतम संभव स्तर को प्राप्त करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को संशोधित किया।

यह सराहनीय है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2017 स्वास्थ्य क्षेत्र के सात प्राथमिकता वाले क्षेत्रों की पहचान करते हुए सतत विकास लक्ष्य के महत्व को पहचानता है, जिसमें वायु प्रदूषण, बेहतर ठोस अपशिष्ट प्रबंधन, जल गुणवत्ता, व्यावसायिक सुरक्षा, सड़क सुरक्षा, आवास, वेक्टर नियंत्रण, और हिंसा और शहरी तनाव में कमी करना शामिल है।

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य में सुधार के संबंध में, नीति सभी क्षेत्रों में विकासात्मक कार्रवाई के माध्यम से सामाजिक निर्धारकों को संबोधित करने का प्रयास करती है। इसमें कहा गया है कि स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर अनुसंधान को बढ़ावा दिया जाएगा, स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों सहित स्वास्थ्य शासन के लिए विभिन्न स्तरों पर बड़ी हुई भूमिका निभाने के लिए पंचायती राज संस्थाओं को महत्व देते हुए इसे विकलांगता और ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य जैसे उपेक्षित स्वास्थ्य मुद्दों के साथ जोड़ा जाएगा।

एक सशक्त सार्वजनिक स्वास्थ्य संवर्ग की आवश्यकता पर प्रकाश डालते हुए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति नियामक प्रावधानों को लागू करके स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को प्रभावी ढंग से संबोधित करने की आवश्यकता को समझाता है। राष्ट्रीय कार्यक्रमों में लिंग आधारित हिंसा को शामिल करना और सार्वजनिक और निजी क्षेत्र में देखभाल मुक्त और गरिमा के साथ प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों के संवेदीकरण को बढ़ाने का आह्वान बेहतर स्वास्थ्य देखभाल में योगदान हेतु अभिनव दृष्टिकोण है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति रोगी केंद्रित और गुणवत्ता संचालित नीति है जो दवाओं और उपकरणों के लिए स्वास्थ्य सुरक्षा और मेक-इन-इंडिया को संबोधित करती है। नीति में समयबद्ध तरीके से सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय को सकल घरेलू उत्पाद के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने का प्रस्ताव है। यह स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की दक्षता और परिणाम में सुधार के लिए डिजिटल उपकरणों की व्यापक तैनाती की वकालत करता है। यह रणनीतिक भागीदारों के रूप में निजी क्षेत्र के साथ समग्र रूप से समस्याओं और समाधानों को देखता है। यह प्रोत्साहक और निवारक स्वास्थ्य सेवा में उभरती बीमारियों और निवेश पर ध्यान केंद्रित करते हुए देखभाल की गुणवत्ता को बढ़ावा देना चाहता है।

इसमें रणनीतिक खरीद, क्षमता निर्माण, कौशल विकास कार्यक्रम, जागरूकता सृजन, मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए समुदाय के लिए सतत नेटवर्क के विकास और आपदा प्रबंधन के लिए निजी क्षेत्र के सहयोग की परिकल्पना की गई है। नीति निजी क्षेत्र की भागीदारी को प्रोत्साहित करने के लिए वित्तीय और गैर-प्रोत्साहनों की भी वकालत करती है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 का प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य, संगठन और स्वास्थ्य सेवाओं के वित्तपोषण, रोग रोकथाम में निवेश, प्रौद्योगिकियों तक पहुंच, मानव संसाधनों को विकसित करने, चिकित्सा बहुलवाद को प्रोत्साहित करने, बेहतर स्वास्थ्य के लिए आवश्यक ज्ञान आधार का निर्माण, वित्तीय सुरक्षा रणनीतियों और विनियमन और स्वास्थ्य के लिए प्रगतिशील आश्वासन के माध्यम से बीमारियों और अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देना तथा स्वास्थ्य प्रणालियों को आकार देने में सरकार की भूमिका को सूचित, स्पष्ट, और मजबूत कराना है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 और संबंधित नियामक ढांचे के साथ यह आशा की जाती है कि भारत “सभी के लिए स्वास्थ्य” और सतत विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने की दिशा में सतत प्रगति करेगा।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 5

1) वर्षों से भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के विकास की व्याख्या कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 13.7 अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (2005)

अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (आईएचआर), जिसे पहली बार 1969 में विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा अपनाया गया था, अंतरराष्ट्रीय कानून का एक कानूनी रूप से बाध्यकारी साधन है जिसका उद्देश्य बीमारी के अंतरराष्ट्रीय प्रसार को रोकने, संरक्षित करने, नियंत्रित करने और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिक्रिया प्रदान करने के लिए अंतरराष्ट्रीय सहयोग प्रदान करना है ताकि सार्वजनिक स्वास्थ्य जोखिमों के अनुरूप अंतरराष्ट्रीय यातायात और व्यापार को प्रतिबंधित करें।

जबकि मूल अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमों की स्थापना 1969 में की गई थी, लेकिन इसके आधार का पता 19वीं शताब्दी के मध्य में लगाया जा सकता है, जब सीमाओं के पार प्लेग, पीले बुखार, चेचक और हैजा के प्रसार से निपटने के उपाय, वैश्विक व्यापार और वाणिज्य में कम हस्तक्षेप के साथ, बहस की गई। इस एहसास को संबोधित करने के लिए कि देश अपने स्वच्छता नियमों और संगरोध उपायों के संबंध में भिन्न थे, प्रारंभिक अंतरराष्ट्रीय स्वच्छता

सम्मेलनों की इन श्रृंखलाओं में से पहला, 1851 में पेरिस में बुलाया गया था। 1948 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन का संविधान आया और 1951 में, अपना पहला संक्रामक रोग रोकथाम नियम, 'अंतरराष्ट्रीय स्वच्छता विनियम' जारी किया, जिसमें छह क्वारेन्टिनेबल बीमारियों पर ध्यान केंद्रित किया गया; हैजा, प्लेग, रिलैप्सिंग बुखार, चेचक, टाइफाइड और पीला बुखार। इन्हें 1969 में संशोधित किया गया और इसका नाम बदलकर 'अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम' कर दिया गया।

2005 में, 2002-2004 के सार्स प्रकोप के बाद, 20वीं शताब्दी की बढ़ी हुई यात्रा और व्यापार विशेषता की पृष्ठभूमि के खिलाफ निम्नलिखित चुनौतियों को दूर करने के लिए परिवर्तन किए गए थे:

- नए संक्रामक एजेंटों के उद्भव के साथ अधिसूचित रोगों का संकीर्ण दायरा (जैसे में इबोला रक्तस्रावी बुखार और दक्षिण अमेरिका और भारत में क्रमशः हैजा और प्लेग का फिर से उभरना)।
- बीमारी के अंतरराष्ट्रीय प्रसार को रोकने के लिए एक औपचारिक अंतरराष्ट्रीय स्तर पर समन्वित तंत्र की कमी।

2005 में संशोधित अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमों (आईएचआर) पर हस्ताक्षर करने के साथ, अंतरराष्ट्रीय समुदाय दुनिया भर में संभावित सार्वजनिक स्वास्थ्य आपात स्थितियों का पता लगाने और रिपोर्टिंग में सुधार करने के लिए सहमत हुआ। 2005 का अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम जून 2007 में 196 देशों के साथ लागू हुआ, जिन्होंने मान्यता दी कि बीमारी से परे फैली कुछ सार्वजनिक स्वास्थ्य घटनाओं को अंतरराष्ट्रीय चिंता के सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकाल के रूप में नामित किया जाना चाहिए, क्योंकि वे एक महत्वपूर्ण वैश्विक खतरा हैं। इसका पहला पूर्ण प्रयोग 2009 की स्वाइन फ्लू महामारी के जवाब में था।

अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम आज की वैश्विक स्वास्थ्य सुरक्षा चिंताओं को बेहतर ढंग से संबोधित करता है और वैश्विक स्वास्थ्य की रक्षा का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। नियमों के लिए आवश्यक है कि सभी देशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य घटनाओं का पता लगाने, मूल्यांकन करने, रिपोर्ट करने और प्रतिक्रिया देने की क्षमता हो।

- पता लगाएं: सुनिश्चित करें कि निगरानी प्रणाली समय पर मामले में तीव्र सार्वजनिक स्वास्थ्य घटनाओं का पता लगा सकती है।
- आकलन और रिपोर्ट: सार्वजनिक स्वास्थ्य घटना का आकलन करें और अपने राष्ट्रीय आईएचआर फोकल प्वाइंट के माध्यम से डब्ल्यूएचओ को रिपोर्ट करें।
- जवाब: सार्वजनिक स्वास्थ्य जोखिमों और आपात स्थितियों का जवाब दें।

जबकि बीमारी के प्रकोप और अन्य तीव्र सार्वजनिक स्वास्थ्य जोखिम अक्सर अप्रत्याशित होते हैं और प्रतिक्रियाओं की एक श्रृंखला की आवश्यकता होती है, अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम एक व्यापक कानूनी ढांचा प्रदान करते हैं जो देशों के अधिकारों और दायित्वों को परिभाषित करता है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य घटनाओं और आपात स्थितियों को संभालने की उनकी क्षमता कितनी है। अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम 196 देशों के बीच एक समझौते का प्रतिनिधित्व करते हैं जो सार्वजनिक स्वास्थ्य घटनाओं का पता लगाने, मूल्यांकन करने और रिपोर्ट करने के लिए अपनी क्षमताओं का निर्माण करने के लिए सहमत हुए हैं। विश्व स्वास्थ्य

संगठन अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम में समन्वय की भूमिका निभाता है और अपने भागीदारों के साथ मिलकर देशों को क्षमता निर्माण में मदद करता है।

अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमों में बंदरगाहों, हवाई अड्डों और ग्राउंड क्रॉसिंग पर विशिष्ट उपाय भी शामिल हैं, ताकि पड़ोसी देशों में स्वास्थ्य जोखिमों के प्रसार को सीमित किया जा सके और अनुचित यात्रा एवं व्यापार प्रतिबंधों को रोका जा सके ताकि यातायात और व्यापार को रोक कर व्यवधान को कम से कम रखा जाए। जबकि पिछले नियमों में देशों को हैजा, प्लेग और पीले बुखार की घटनाओं की रिपोर्ट करने की आवश्यकता होती थी, अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (2005) अधिक लचीला और भविष्य-उन्मुख है, जिससे देशों को सभी खतरों के संभावित प्रभाव पर विचार करने की आवश्यकता होती है, चाहे वे स्वाभाविक रूप से, गलती से या जानबूझकर हों।

अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (2005) के महत्व के लिए व्यापक वैश्विक समझौते के बावजूद, दुनिया के केवल 1/3 देशों में वर्तमान में सार्वजनिक स्वास्थ्य आपात स्थितियों का आकलन करने, पता लगाने और प्रतिक्रिया देने की क्षमता है, जिससे उन्हें कमजोर छोड़ दिया जाता है।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 6

- 1) अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम अपने सदस्य देशों को सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिक्रियाओं से लड़ने में कैसे मदद करते हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

### 13.8 सारांश

पिछले कुछ दशकों में नीति कार्यान्वयन की सफलताओं और विफलताओं में अनुभवों की एक विस्तृत श्रृंखला में वैश्विक स्वास्थ्य नीति पर आम सहमति देखी गयी है। आज के परस्पर जुड़े समाज में, यह सुनिश्चित करना पहले से कहीं अधिक महत्वपूर्ण है कि सभी देश स्वास्थ्य देखभाल की अवधारणा को महसूस करें और समझें ताकि वे जवाब दे सकें और सार्वजनिक स्वास्थ्य खतरों को शामिल करें:

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र नीति के सार्वभौमिक कार्यान्वयन के लिए कोई ब्लू प्रिंट नहीं है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एक जैव चिकित्सा हस्तक्षेप नहीं है जो रैखिक और सामान्यीकृत है। टीकाकरण को स्वीकार करने या स्वच्छ पानी तक पहुंचने जैसे विशिष्ट व्यक्तिगत व्यवहारों की आवश्यकता पर ध्यान केंद्रित करने वाली विशिष्ट बीमारियों को खत्म करने के कार्यक्रमों के विपरीत, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एक सीमा को संबोधित करता है उन दृष्टिकोणों की संख्या जो राय और व्यवहार दोनों के परिवर्तन का समर्थन करते हैं जो केवल लंबे समय तक

होते हैं और इन परिवर्तनों के लिए उत्तरदायी एक विशिष्ट संदर्भ को प्रतिबिंबित करते हैं। यह धन जुटाने की सरकारों की क्षमता, स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए धन की उपलब्धता और उनके आवंटन के लिए प्रतिस्पर्धी हितों पर निर्भर करता है। यह स्वास्थ्य कार्यक्रमों का समर्थन करने के लिए मानव संसाधनों की उपलब्धता और विशिष्ट कार्यक्रमों में इन संसाधनों को आवंटित करने और लागू करने के लिए संरचनाओं पर भी निर्भर करता है। इसके अलावा, यह सरकारी और गैर-सरकारी दोनों कार्यक्रमों में स्वास्थ्य देखभाल वितरण के संगठन और प्रबंधन पर निर्भर करता है।

जिन राष्ट्रीय सरकारों ने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को नीतिगत फोकस के रूप में स्थापित किया है और इस नीति को लागू किया है, उनके पास समान कार्यक्रम नहीं हैं। उदाहरण के लिए, थाईलैंड ने सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज पर केंद्रित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का पीछा किया है। भारत और इथियोपिया ने सामुदायिक स्वास्थ्य आधारित श्रमिक (सीएचडब्ल्यू) कार्यक्रमों पर ध्यान केंद्रित किया है, जबकि ब्राजील ने एक डॉक्टर, एक नर्स, एक नर्स सहायक और चार से छह सीएचडब्ल्यू से मिलकर परिवार स्वास्थ्य टीमों का गठन किया है। देश ऐसे कार्यक्रमों का चयन और विकास करते हैं जो उनके संदर्भ और जरूरतों के अनुरूप हों। बाधाओं और सीमाओं के बावजूद, ये कार्यक्रम टिकाऊ रहे हैं और लंबे समय तक गरीब आबादी को स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने में सफलताओं के रूप में नोट किए गए हैं।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल नीति कार्यान्वयन एक ऐसी प्रक्रिया है जो समय के साथ और अनुभव के साथ विकसित होती है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल योजना और कार्यान्वयन की प्रक्रिया में परीक्षण और त्रुटि शामिल है, गलतियों से सीखना और समस्याओं और जरूरतों को पूरा करने के लिए लचीलेपन के साथ जवाब देना। एक प्रक्रिया के रूप में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के कार्यान्वयन को देखते हुए हस्तक्षेप के आवेदन की गतिशीलता पर प्रकाश डाला गया है। यह उन कारकों पर भी प्रकाश डालता है जो इसकी स्वीकृति या अस्वीकृति को प्रोत्साहित या सीमित करते हैं। यह इरादा और अनपेक्षित दोनों परिणामों में मान्यता और जांच की मांग करता है। यह क्या काम करता है, यह क्यों काम करता है और यह कैसे करता है, इसकी निरंतर निगरानी की मांग करता है

यह नीति निर्माताओं, कार्यक्रम प्रबंधकों, स्वास्थ्य प्रदाताओं, इच्छित लाभार्थियों और गैर-सरकारी संगठनों और व्यक्तियों और समुदायों जैसे अन्य हितधारकों के बीच निरंतर बातचीत की भी मांग करता है। जब कार्यक्रम उपलब्धियां हासिल करते हैं, तो स्वास्थ्य परिणाम स्थायी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में देखे जाते हैं, विशेष रूप से सामुदायिक स्तर पर जो स्वास्थ्य सुधार और स्वास्थ्य देखभाल वितरण के लिए इक्विटी और सामुदायिक स्वीकृति, भागीदारी और समर्थन के आसपास के मुद्दों को संबोधित करने में सक्षम हैं।

“सभी के लिए स्वास्थ्य” तब तक एक सपना बना रहेगा जब तक इसे विशुद्ध रूप से तकनीकी शब्दों में दवाएं, नर्स, डॉक्टर, टीके और एक्स-रे उपकरण के रूप में तैयार किया जाता रहेगा। अस्पतालों की चारदीवारी से परे देखने की जरूरत है जहां खराब स्वास्थ्य के वास्तविक कारण छिपे हुए हैं। यह बेरोजगारी, अल्परोजगार, भीड़भाड़ के साथ खराब आवास, पौष्टिक भोजन और सुरक्षित पानी तक पहुंच की कमी, निरक्षरता और लैंगिक असमानताएं हो सकती हैं। इन सबसे उबरने के लिए लोगों को स्वास्थ्य कार्यक्रमों की योजना बनाने में शामिल होने की आवश्यकता होगी और इसके लिए स्वास्थ्य की कम से कम समझ जरूरी है। इसलिए, संक्षेप

में, सामाजिक जागरूकता और स्वास्थ्य साथ-साथ चलते हैं। इसे एक महत्वपूर्ण घटक होने की पहचान करना सामुदायिक भागीदारी के रूप में जाना जाता है।

### 13.9 मुख्य शब्द

**स्वास्थ्य:** स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति।

**स्वास्थ्य देखभाल:** स्वास्थ्य देखभाल लोगों में बीमारी, बीमारी, चोट या शारीरिक और मानसिक हानि की रोकथाम, निदान, उपचार, वसूली या इलाज के माध्यम से स्वास्थ्य का रखरखाव या सुधार है।

**प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल:** स्वास्थ्य सेवा वितरण मॉडल जो अधिकतम समुदाय और व्यक्तिगत भागीदारी के साथ देश और उसके समुदायों की आर्थिक, सामाजिक सांस्कृतिक और राजनीतिक स्थितियों को दर्शाता है और विकसित करता है, उसे प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कहा जाता है।

**अल्मा अता की घोषणा:** अल्मा अता घोषणा सामाजिक निर्धारकों के प्रतिबिंब के रूप में स्वास्थ्य के महत्व की मान्यता थी, जिसे 1978 में विश्व स्वास्थ्य संगठन के 134 सदस्यों के साथ नीति में औपचारिक रूप दिया गया था। इसने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को समानता और सामुदायिक भागीदारी के सिद्धांतों के आधार पर मानव अधिकार के रूप में स्वास्थ्य के साथ इन सभी देशों की आधिकारिक स्वास्थ्य नीति बना दिया।

**स्वास्थ्य का अधिकार:** स्वास्थ्य का अधिकार जाति, धर्म, राजनीतिक विश्वास, आर्थिक या सामाजिक स्थिति के भेदभाव के बिना स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का आनंद लेना हर इंसान के मौलिक अधिकारों में से एक है। यह मानवाधिकारों का मूलभूत हिस्सा है।

**सहस्राब्दि विकास लक्ष्य:** संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (सहस्राब्दी) 8 लक्ष्य हैं जिन्हें संयुक्त राष्ट्र के सदस्य राज्य वर्ष 2015 तक प्राप्त करने की कोशिश करने के लिए सहमत हुए हैं।

**सतत विकास लक्ष्य:** सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) को 2015 में संयुक्त राष्ट्र के सभी सदस्य देशों द्वारा गरीबी को समाप्त करने, ग्रह की रक्षा करने और यह सुनिश्चित करने के लिए कार्रवाई करने के लिए एक सार्वभौमिक लक्ष्य के रूप में अपनाया गया था ताकि सभी लोग 2030 तक समृद्धि एवं शांति का आनंद लें।

**अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम:** अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियम (आईएचआर), पहली बार 1969 में विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा अपनाया गया अंतरराष्ट्रीय कानून का एक कानूनी रूप से बाध्यकारी साधन है जिसका उद्देश्य अंतरराष्ट्रीय सहयोग को रोकने, संरक्षित करने के लिए है, नियंत्रण और उन तरीकों से बीमारी के अंतरराष्ट्रीय प्रसार के लिए एक सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिक्रिया प्रदान करते हैं जो सार्वजनिक स्वास्थ्य जोखिमों के अनुरूप और प्रतिबंधित हैं और जो अंतरराष्ट्रीय यातायात और व्यापार के साथ अनावश्यक हस्तक्षेप से बचते हैं।

---

## 13.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

Dabade, G. (2018, September 01). 40 Years After Alma-Ata, What Can We Do to Achieve 'Health for All'? Retrieved September 21, 2020, from <https://thewire.in/health/Alma-Ata-declaration-who-India-healthcare>

Gillam, S. (2008). Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary healthcare? *Bmj*, 336(7643), 536-538. doi:10.1136/bmj.39469.432118.ad

Hall, J. J., & Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000: The demise of the Alma Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia*, 178(1), 17-20. doi:10.5694/j.1326-5377.2003.tb05033.x

Harrison, M. (2015). A Global Perspective: Reframing the History of Health, Medicine, and Disease. *Bulletin of the History of Medicine*, 89(4), 639-689. doi:10.1353/bhm.2015.0116

Healthcare Crisis: Healthcare Timeline. (n.d.). Retrieved September 25, 2020, from <https://www.pbs.org/healthcarecrisis/history.htm>

Home. (n.d.). Retrieved October 1, 2020, from <https://www.who.int/>

India's National Health Policy 2017 and 2030 Agenda for Sustainable Development. (n.d.). Retrieved November 5, 2020, from <https://iigh.unu.edu/publications/blog/indias-national-health-policy-2017-and-2030-agenda-for-sustainable-development.html>

International health regulations. (n.d.). Retrieved September 28, 2020, from <https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations>

Millennium Development Goals (MDGs). (2017, October 17). Retrieved November 06, 2020, from [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/en/The Right to Health \[PDF\]. \(n.d.\). WHO](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/The Right to Health [PDF]. (n.d.). WHO)

---

## इकाई 14 भारत में स्वास्थ्य नीति

---

### इकाई की रूपरेखा

- 14.0 उद्देश्य
- 14.1 परिचय
- 14.2 स्वास्थ्य नीति का अर्थ
- 14.3 आजादी के बाद भारत में स्वास्थ्य नीति और योजना
- 14.4 वर्ष 2000 ई. तक सभी के लिए स्वास्थ्य
- 14.5 स्वास्थ्य नीति -1983: एक मूल्यांकन
- 14.6 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002
- 14.7 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) -2005
- 14.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2017
- 14.9 आयुष्मान भारत योजना
- 14.10 राष्ट्रीय सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों की पहुँच
- 14.11 स्वास्थ्य देखभाल की चुनौतियाँ और प्रबंधन
- 14.12 सारांश
- 14.13 मुख्य शब्द
- 14.14 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

### 14.0 उद्देश्य

---

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद, आप :

- स्वास्थ्य नीति का अर्थ समझ पाएंगे;
- भारत में स्वास्थ्य नीति नियोजन पर चर्चा कर पाएंगे;
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों की डिलीवरी; और
- स्वास्थ्य नीति में चुनौतियों का पता लगा पाएंगे।

---

### 14.1 परिचय

---

स्वास्थ्य देखभाल योजना ने विभिन्न समितियों द्वारा की गई सिफारिशों के आधार पर इसकी संरचना, कर्मियों की संख्या और आबादी तक पहुँच में व्यापक बदलाव हुए हैं। आजादी के बाद, भारत ने कई नीतियों, कार्यक्रमों और वैश्विक साझेदारी की शुरुआत की है लेकिन अभी तक अपेक्षित परिणाम प्राप्त नहीं हुए हैं, इसलिए सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों की प्राप्ति यथार्थवादी कार्यक्रम के अनुप्रयोग के साथ स्पष्ट रूप से जुड़ती है। यद्यपि विभिन्न चरणों में बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण अपनाया गया है, लेकिन फिर भी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों के सतत

प्रभाव के लिए प्रशिक्षित और अच्छी तरह से कुशल श्रमिकों के माध्यम से जमीनी स्तर पर इन पहलुओं को उजागर करने की आवश्यकता है। हकीकत में, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में विशाल बुनियादी ढांचा केवल बीस प्रतिशत आबादी को सुविधा उपलब्ध कराने में सक्षम है और लोगों की स्वास्थ्य जरूरतों का अस्सी प्रतिशत निजी स्वास्थ्य देखभाल के हवाले है। स्वास्थ्य सुविधाओं तक सीमित पहुंच रुग्णता और मृत्यु दर की उच्च घटनाओं की ओर ले जाती है। इसके अलावा, यह लोगों को जेब से बाहर निकलने के लिए भी मजबूर करता है

ऐसे व्यय जो अक्सर ऋणग्रस्तता का कारण बनते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में और शहरी क्षेत्रों में गरीब लोग गरीबी, कुपोषण और खराब स्वास्थ्य के दुष्चक्र का शिकार हैं जो एक-दूसरे को मजबूत करते हैं।

## 14.2 स्वास्थ्य नीति का अर्थ

स्वास्थ्य नीति को उन निर्णयों, योजनाओं और कार्यों के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो समाज के भीतर विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए किए जाते हैं। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, एक स्पष्ट स्वास्थ्य नीति कई चीजें प्राप्त कर सकती है: यह भविष्य के लिए एक दृष्टि को परिभाषित करती है; यह प्राथमिकताओं और विभिन्न समूहों की अपेक्षित भूमिकाओं को रेखांकित करती है; और सर्वसम्मति बनाती है और लोगों को सूचित करती है। नीति प्रक्रिया में राष्ट्रीय या राज्य स्तर पर किए गए निर्णय शामिल होते हैं जो प्रभावित करते हैं कि सेवाओं को कैसे और कैसे वितरित किया जाता है। नीति एक तरह से राष्ट्रीय कानून है जो इससे संबंधित विभिन्न कार्यक्रमों का समर्थन करती है और तदनुसार हस्तक्षेप करती है। जब स्वास्थ्य नीति बनाई जाती है, तो इसके बाद परिचालन नीतियां बनाई जाती हैं। परिचालन नीतियां नियम, विनियम, दिशानिर्देश और प्रशासनिक मानदंड हैं जिनका उपयोग सरकारें नीतियों को क्षेत्र की स्थिति में अनुवाद करने के लिए करती हैं चाहे उन्हें वितरित किया जाना हो।

स्वास्थ्य नीति को उन निर्णयों, योजनाओं और कार्यों के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो समाज के भीतर विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए किए जाते हैं।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 1

1) स्वास्थ्य नीति से आपका क्या तात्पर्य है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 14.3 आजादी के बाद भारत में स्वास्थ्य नीति और नियोजन

ब्रिटिश शासन के आगमन के साथ, चिकित्सा और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं सहित भारतीय जीवन का हर पहलू इंग्लैंड के वाणिज्यिक, राजनीतिक और प्रशासनिक हितों और भारत में उसके प्रतिनिधियों के अधीन था। हालांकि, अंग्रेजों ने अपने साथ भारतीय अभिजात वर्ग को भी आधुनिक स्वास्थ्य देखभाल का लाभ उठाने की अनुमति दी। गरीबी और खराब स्वास्थ्य के उन्मूलन के उद्देश्य से संवैधानिक निर्देशों को ध्यान में रखते हुए, भारत सरकार ने स्वतंत्रता के तुरंत बाद, स्वास्थ्य देखभाल वितरण के लिए कई योजनाएँ बनाईं। भारत में स्वास्थ्य विकास नीति का आधार स्वास्थ्य सर्वेक्षण और विकास समितियों की सिफारिशों में देखा जा सकता है। अर्थात् भोरे समिति (1946), मुदलियार समिति (1961), चदाह समिति (1963), मुखर्जी समिति (1965), जंगलवाला समिति (1967), जैन समिति (1968), करतार सिंह समिति (1973), और श्रीवास्तव समिति (1975)।

विभिन्न समितियों के अलावा, स्वास्थ्य नीति पर कुछ अध्ययनों द्वारा भी सिफारिशें की गयी हैं, जो आईसीएसएसआर और आईसीएमआर जैसे स्वायत्त संस्थानों द्वारा आयोजित किए गए थे। इन समितियों द्वारा की गई महत्वपूर्ण सिफारिशों को विषयगत रूप से निम्नलिखित के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है:

- क) स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली की मौजूदा संस्थागत संरचना में सुधार से संबंधित,
- ख) स्वास्थ्य-देखभाल सुविधाओं के उचित और त्वरित वितरण के लिए सहायक सेवाओं में सुधार से संबंधित, और
- ग) वितरण प्रणाली की गुणवत्ता में सुधार से संबंधित जिससे जनता के स्वास्थ्य मानक में सुधार हो सके (नगला: 1993)।

स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं ने विभिन्न समितियों द्वारा की गई सिफारिशों के आधार पर इसकी संरचना, कर्मियों और आबादी की पहुंच में बदलाव किए हैं। नगला (1993) ने भारत में स्वास्थ्य जनशक्ति के विकास को तैयार करने के लिए विभिन्न समितियों द्वारा किए गए भारी प्रयासों पर प्रकाश डाला है। हालांकि, इन समितियों के कार्य आंकड़ों की सीमाओं के अधीन रहे हैं। स्वास्थ्य कर्मियों की विभिन्न श्रेणियों, उनकी प्राथमिकताओं और वितरण (विशेष रूप से सार्वजनिक क्षेत्र के बाहर के पेशेवरों के संबंध में) के बारे में जानकारी बहुत कम रही है। विभिन्न समितियां और यहां तक कि आईसीएसएसआर/आईसीएमआर अध्ययन समूह जैसे संस्थान सटीक सांख्यिकीय डेटा प्राप्त करने के बजाय विशेषज्ञ राय प्रदान करने पर ध्यान केंद्रित कर रहे हैं। कोई भी समिति स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों और पेशेवरों के योगदान को ध्यान में नहीं रख पाई है। शायद इससे भी महत्वपूर्ण बात यह है कि समितियां फील्ड सर्वेक्षणों के माध्यम से लोगों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं का आकलन करने, स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों और चिकित्सकों का उपयोग और इसकी सीमा का पता लगाने में असमर्थ रही हैं (येसुदीन: 1981)। आर्थिक सुधारों और उदारीकरण की शुरुआत ने सार्वजनिक क्षेत्र के जीवन बीमा निगम और निजी बीमा कंपनियों द्वारा शुरू की गई सामाजिक बीमा योजनाओं के लिए जगह बनाई है, जिसने चिकित्सा बीमा पॉलिसियों की शुरुआत की है। यह भारत में स्वास्थ्य देखभाल सहायता के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी की शुरुआत थी।

## 14.4 वर्ष 2000 ईस्वी तक सभी के लिए स्वास्थ्य

न्यूनतम बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने के लिए, विश्व स्वास्थ्य संगठन की स्वास्थ्य सभा द्वारा “वर्ष 2000 ईस्वी तक सभी के लिए स्वास्थ्य” नामक एक आंदोलन शुरू करने का संकल्प लिया गया था। 1978 में, अल्मा-अता सम्मेलन में सभी सरकारों के प्रमुख सामाजिक लक्ष्य के रूप में सभी के लिए स्वास्थ्य की पुष्टि की। 1981 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा इस कार्यक्रम के लिए एक वैश्विक रणनीति अपनाई गई थी, जिसे बाद में संयुक्त राष्ट्र महासभा द्वारा अनुमोदित किया गया था। भारत ने भी उन घोषणाओं पर हस्ताक्षर किए हैं और अपने समाज के कमजोर वर्गों को स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने के प्रयास किए हैं।

सभी के लिए स्वास्थ्य को “स्वास्थ्य के एक स्तर की प्राप्ति के रूप में परिभाषित किया गया है जो प्रत्येक व्यक्ति को सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जीने में सक्षम बनाएगा” (भारत सरकार: 1982)। 2000 ईस्वी तक “सभी के लिए स्वास्थ्य” की अवधारणा ने बुनियादी स्वास्थ्य नीतियों और स्वास्थ्य देखभाल के दृष्टिकोण में पर्याप्त बदलाव चिन्हित किया है। न्यूनतम स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने के लिए, भारत सरकार ने राज्य सरकारों के साथ स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए आवंटन में वृद्धि की। सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए एक वैकल्पिक रणनीति के साथ आईसीएसएसआर और आईसीएमआर द्वारा संयुक्त रूप से एक समूह स्थापित किया गया है। इसने स्वास्थ्य के निवारक और उपचारात्मक पहलुओं को बढ़ावा देने के सिद्धांत के आधार पर स्वास्थ्य देखभाल सेवा बुनियादी ढांचे के पुनर्गठन के लिए कुछ कदमों का सुझाव दिया गया। इस समूह ने महसूस किया कि, “देश में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का विकास बेतरतीब रहा है और गरीब और ग्रामीण लोगों की जरूरतों से असंबंधित है, जिन्हें सबसे अधिक स्वास्थ्य देखभाल की जरूरत है”। समूह ने टिप्पणी की है कि जिन धारणाओं पर वर्तमान प्रणाली आधारित है, वे गलत थीं। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाओं के नियोजन के बीच कोई अंतर नहीं है। परिणामस्वरूप स्वास्थ्य के सामाजिक, आर्थिक, राजनीतिक और सांस्कृतिक आयामों पर बहुत कम या कोई ध्यान नहीं दिया गया है। अध्ययन समूह की सिफारिशें व्यावहारिक अधिक थीं और ग्राम स्तर तक स्वास्थ्य सेवाओं का विवरण प्रदान करती थीं। इसने जोर देकर कहा गया है कि अधिकांश बीमारियाँ स्वतः ठीक हो जाती हैं और सरल उपचार के साथ केवल रोगसूचक उपचार की आवश्यकता होती है, चाहे वह हर्बल, स्वदेशी या एलोपैथिक दवा हो। बीमारियाँ, जो संचारी हैं, को निवारक उपायों द्वारा नियंत्रित किया जा सकता है, और सस्ती और अत्यधिक प्रभावी दवाओं की मदद से आसानी से निदान और उपचार किया जा सकता है। इसलिए, समूह ने प्रस्ताव दिया कि 1,000 की आबादी पर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को एक प्रशिक्षित और सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक के माध्यम से समुदाय तक बढ़ाया जाना चाहिए। चिकित्सा सेवाओं के निवारक और प्रोत्साहक पहलुओं की स्थिति को उठाने के लिए, कार्य समूह ने सुझाव दिया है कि निवारक और सामाजिक चिकित्सा विभागों पर अधिक जोर दिया जाना चाहिए।

## 14.5 स्वास्थ्य नीति -1983: एक मूल्यांकन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-1983 भावना से तैयार की गई लोगों, विशेष रूप से गरीबों और वंचितों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए आशावादी सहानुभूति ने सार्वभौमिक के माध्यम से ‘वर्ष

2000 ईस्वी तक सभी के लिए स्वास्थ्य प्रदान करने की उम्मीद की थी व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं का प्रावधान। स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधारों की उत्पत्ति और इसके विभिन्न आयाम, भारतीय नीतिगत साधन और इसके विकासात्मक ढांचे में निर्मित हैं। तथापि, स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधारों के कई प्रासंगिक मुद्दों का हमारे संवैधानिक प्रावधानों पर प्रभाव पड़ता है— जैसे समानता, गरीबों की पहुंच, संसाधनों का उपयोग करने में दक्षता और संसाधन, लैंगिक पूर्वाग्रह, स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता, उदारीकरण का प्रभाव आदि। स्वास्थ्य नीति का विश्लेषण करने के बाद यह देखा गया है कि वित्तीय संसाधन और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासनिक क्षमता अपर्याप्त है और इसलिए नीति के लिए निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया जा सका। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की मुख्य सिफारिश क्षमता के यथार्थवादी विचारों के आधार पर जनता के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की व्यापक उपलब्धता को बढ़ाना है।

## 14.6 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति -2002 का मुख्य उद्देश्य भारतीय नगरिकों को विशेषकर गरीब लोगों के बीच अच्छे स्वास्थ्य के स्वीकार्य मानक को प्राप्त करना है। इसके अंतर्गत लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के विकेंद्रीकरण का लक्ष्य रखा गया है। इसे कमी वाले क्षेत्रों में नए बुनियादी ढांचे की स्थापना करके और मौजूदा संस्थानों में बुनियादी ढांचे का उन्नयन करके प्राप्त किया जा सकता है। इस नीति में समाज के सभी वर्गों और विशेष रूप से गरीब लोगों और दूरदराज के क्षेत्रों में रहने वाले लोगों में स्वास्थ्य सेवाओं तक समान पहुंच को महत्व दिया गया। इस बात पर भी जोर दिया गया कि केंद्र सरकार द्वारा कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्च में वृद्धि की जाएगी। बदले में, यह पहल प्रभावी सेवा वितरण प्रदान करने के लिए राज्य स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासन की क्षमता को मजबूत कर सकती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में, आवंटन के क्षेत्रवार हिस्से में वृद्धि के माध्यम से प्राथमिक स्तर पर निवारक और पहली पंक्ति की उपचारात्मक पहलों को महत्व दिया गया। एलोपैथिक प्रणाली के भीतर दवाओं के तर्कसंगत उपयोग को भी प्राथमिकता दी गयी है। सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं में ब्रांडेड दवाओं पर जेनेरिक दवाओं के बढ़ते उपयोग को भी विशेष रूप से बढ़ावा दिया जा रहा है। पारंपरिक चिकित्सा की आजमाई और परीक्षण की गई प्रणालियों तक पहुंच को भी सुनिश्चित किया।

स्वास्थ्य में कुल व्यय सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का लगभग 5.2 प्रतिशत है। हालांकि, 2012 और 2013 के बीच कुल स्वास्थ्य खर्च 2013 तक 5.5 प्रतिशत की दर तक पहुंचने की उम्मीद थी। इन आंकड़ों को देखते हुए यह निष्कर्ष निकाला गया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय बहुत कम है और वांछनीय मानक से बहुत नीचे है। तथापि, संवैधानिक ढांचे के अंतर्गत सार्वजनिक स्वास्थ्य राज्यों की जिम्मेदारी है। संघीय ढांचे के तहत यह राज्य हैं जो अपने नागरिकों को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं और केंद्र सरकार कुछ राष्ट्रीय कार्यक्रमों और राष्ट्रीय स्वास्थ्य पहलों में उनकी मदद करती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002 में यह प्रस्ताव किया गया था कि केंद्र सरकार वर्ष 2010 तक सकल घरेलू उत्पाद का 6 प्रतिशत खर्च करेगी, जिसमें सकल घरेलू उत्पाद का 2 प्रतिशत सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश के रूप में योगदान दिया जाएगा। हालांकि, यह सरकार की विफलता मानी जाएगी कि उसने वह नहीं किया है जो उसने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002 में परिकल्पित किया था। अंतर क्षेत्रीय स्तर, ग्रामीण-शहरी स्तर पर, विभिन्न आर्थिक वर्गों, जाति समूहों के बीच इन असमानताओं और

असंतुलनों को कम करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र को लक्षित किया गया है। तृतीयक और द्वितीयक स्वास्थ्य क्षेत्र पर प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र को महत्व दिया गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति -2002 में यह भी अनुमान लगाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए बढ़े हुए समग्र परिव्यय से मौजूदा सुविधाओं को बढ़ावा मिलेगा और ऐसी सुविधाओं के मानदंडों के अनुसार नए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों के लिए दरवाजे भी खुलेंगे। बीमारी के उन्मूलन और उन्मूलन की नीति के लिए राज्य सरकारों की सक्रिय भागीदारी के साथ केंद्र सरकार की एक प्रमुख भूमिका की आवश्यकता होती है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में, बाहरी धन अपर्याप्त है। चिकित्सा और परा-चिकित्सा कर्मी भी निर्धारित मानदंडों से बहुत कम हैं। उपभोज्य वस्तुओं की उपलब्धता नगण्य है। कई सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में उपकरण पुराने या अप्रचलित और अनुपयोगी हैं। इमारतें जर्जर हालत में हैं। कुछ सुविधाएं किराए के मकानों में चल रहे हैं। घरेलू सुविधाओं में, बिस्तरों की कमी है, उपकरण बेकार पड़े हैं। आवश्यक दवाओं की उपलब्धता न्यूनतम है और सुविधाओं की क्षमता पूरी तरह से अपर्याप्त है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में भीड़भाड़ एक और मुद्दा है जिसके परिणामस्वरूप लोगों को दी जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में भारी गिरावट आती है। इससे सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग कम हो जाता है यानी लगभग 20 प्रतिशत। केवल 20 प्रतिशत से कम लोग आउट डोर पेशेंट सेवा प्राप्त कर पाते हैं और 45 प्रतिशत से कम सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में घरेलू सुविधाओं का लाभ उठाते हैं। निजी सेवाओं के लिए भुगतान करने में लोगों की असमर्थता के बावजूद यह स्थिति है और इसके परिणामस्वरूप निजी संसाधनों द्वारा भुगतान करना होता है। सैद्धांतिक रूप से, यह नीति स्वास्थ्य गतिविधियों के सभी क्षेत्रों — प्राथमिक, द्वितीयक या तृतीयक में निजी क्षेत्र की भागीदारी का स्वागत करती है। यह नीति निजी बीमा कंपनियों को स्वास्थ्य बीमा पैकेज के तहत द्वितीयक और तृतीयक क्षेत्र के कवरेज को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित करती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य ढांचे में, आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी (आयुष) जैसी चिकित्सा की वैकल्पिक प्रणालियों को भी एक छतरी के नीचे रखा गया है ताकि स्वास्थ्य देखभाल में उनकी महत्वपूर्ण भूमिका हो सके।

## 14.7 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)-2005

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन अप्रैल 2005 में ग्रामीण लोगों, विशेष रूप से कमजोर वर्ग, बच्चों और महिलाओं को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। इसका मूल उद्देश्य ग्रामीण जनता को व्यापक और एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना है। इस मिशन में हर गांव को महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता, जिसे मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) के रूप में जाना जाता है से प्रशिक्षित करने का प्रावधान है।

वह समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच मध्यस्थ के रूप में काम करती है। इन आशा कार्यकर्ताओं को कोई पारिश्रमिक नहीं मिलेगा, बल्कि उन्हें बाल स्वास्थ्य और अन्य कार्यक्रम यथा प्रजनन के लिए सार्वभौमिक टीकाकरण, रेफरल और एस्कॉर्ट सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए केवल प्रदर्शन-प्रोत्साहन प्रदान किया जाएगा। केंद्र सरकार ने नीतिगत स्तर पर इस रूरल हेल्थ केयर मिशन को तैयार किया है, लेकिन इसे अमलीजामा पहनाना और उसका समर्थन करना राज्य सरकारों की जिम्मेदारी है।

## 14.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति: 2017

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2017 का मुख्य उद्देश्य सभी क्षेत्रों में ठोस नीतिगत कार्रवाई के माध्यम से स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाना और गुणवत्ता पर ध्यान देने के साथ स्वास्थ्य क्षेत्र में प्रदान की जाने वाली निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक, उपशामक और पुनर्वास सेवाओं का विस्तार करना है। इस नीति में अपने लक्ष्य के रूप में सभी विकासात्मक नीतियों में निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल उन्मुखीकरण के माध्यम से सभी उम्र के लिए स्वास्थ्य और कल्याण के उच्चतम संभव स्तर की प्राप्ति और अच्छी गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच की परिकल्पना की है जिसके परिणामस्वरूप वित्तीय कठिनाई का सामना करना पड़ता है। यह पहुंच बढ़ाने, गुणवत्ता में सुधार और स्वास्थ्य सेवा वितरण की लागत को कम करके हासिल किया जाएगा। यह नीति सतत विकास लक्ष्यों को महत्व देती है। इस नीति का उद्देश्य भारत में प्रचलित चिकित्सा की विविध प्रणालियों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के विभिन्न क्षेत्रों को आकर्षित करना है। नीति स्वास्थ्य के लिए सार्वजनिक वित्तपोषण के स्तर को बढ़ाने की आवश्यकता को स्वीकार करती है और इसे 2025 तक सकल घरेलू उत्पाद के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने का लक्ष्य रखा गया है। इस नीति में आशा व्यक्त की गयी है कि 70 प्रतिशत धन प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में जाना चाहिए, जो व्यापक देखभाल और कल्याण को बढ़ावा देने के लिए आवश्यक है। इसके अंतर्गत स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र स्थापित किए जाने पर जोर दिया गया है जो परिवार कार्ड के आधार पर परिवार को जोड़ते हैं। स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएं, रेफरल लिंकेज प्रदान करता है और उन्नत देखभाल के लिए एक द्वारपाल का कार्य करता है। माध्यमिक और तृतीयक स्तर के चिकित्सा केंद्रों के लिए अधिक उन्नत देखभाल की संभावना पर बल दिया गया है। द्वितीयक और तृतीयक परिचर्या के लिए 'सेवा के लिए शुल्क' मॉडल अपनाने पर जोर दिया गया है। प्राथमिक देखभाल के लिए भुगतान का 'कैपिटेशन मोड' होगा। इस नीति में स्वास्थ्य प्रणाली में कुशल मानव संसाधनों की कमी को दूर करने के लिए विस्तारित संस्थागत क्षमता, और नए पाठ्यक्रम और कैडर प्रस्तावित हैं। सार्वजनिक सुविधाओं में आवश्यक दवाएं और नैदानिक मुफ्त प्रदान किए जाने का प्रस्ताव है।

## 14.9 आयुष्मान भारत योजना

**आयुष्मान भारत** (लॉन्ग लाइफ टू इंडिया) को 2018 में लॉन्च किया गया था और इसका नाम बदलकर **प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना** (पीएमजेएवाई) कर दिया गया था। इसमें 1,50,000 प्राथमिक स्वास्थ्य उप-केंद्रों को स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एचडब्ल्यूसी) में परिवर्तित करने का प्रस्ताव है। इन केंद्रों को घर के करीब आवश्यक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करने के लिए फिर से डिजाइन किया जाएगा और इसमें सुविधा-आधारित और सामुदायिक आउटरीच सेवाएं दोनों होंगी। यह मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, संचारी और गैर-संचारी रोगों, मानसिक स्वास्थ्य और सामान्य विकारों से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक मंच बन जाएगा। यह प्रस्तावित है कि प्रत्येक स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र 5000 व्यक्तियों की सेवा करेगा। एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) से छह स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र जुड़े होंगे। अन्य प्रणालियों के एकीकरण के माध्यम से कल्याण को बढ़ावा देने के साथ-साथ चिकित्सा, स्वस्थ आहार को बढ़ावा देना, नियमित शारीरिक गतिविधि, योग, तंबाकू से बचाव और मादक द्रव्यों के सेवन की वकालत, वेक्टर नियंत्रण,

### अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) स्वतंत्रता के ठीक बाद स्वास्थ्य नीति को संक्षेप में प्रस्तुत करें।

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

2) सभी के लिए स्वास्थ्य का मूल लक्ष्य क्या था?

.....  
.....

3) 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का लक्ष्य क्या था?

.....  
.....

4) 2002 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का मुख्य उद्देश्य क्या है?

.....  
.....

5) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन क्या है?

.....  
.....

6) 2017 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का महत्वपूर्ण बिंदु बताइए।

.....

### 14.10 राष्ट्रीय सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों की डिलीवरी

यह स्वयं स्पष्ट है कि भारत जैसे व्यापक देश में, जहां विभिन्न प्रकार के सामाजिक-आर्थिक परिवेश है, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को पर्याप्त लचीलेपन के साथ डिजाइन किया जाना चाहिए ताकि राज्य लोक स्वास्थ्य प्रशासन अपनी आवश्यकताओं के अनुसार अपना कार्यक्रम पैकेज तैयार कर सकें। इसके अलावा, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम का कार्यान्वयन केवल राज्य सरकारों के विकेन्द्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र के माध्यम से किया जा सकता है।

पिछले एक दशक में सरकार ने प्रमुख रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए ऊर्ध्वाधर कार्यान्वयन संरचना पर भरोसा किया है। इसके माध्यम से सिस्टम विशिष्ट बीमारियों के बोझ को कम करने में सक्षम रहा है। हालांकि, ऐसी संगठनात्मक संरचना, जिसके लिए प्रत्येक रोग कार्यक्रम के लिए स्वतंत्र जनशक्ति की आवश्यकता होती है, बेहद महंगी और मुश्किल है। लंबे समय तक, 'ऊर्ध्वाधर' संरचनाएं केवल उन बीमारियों के लिए सस्ती हो सकती हैं, जो निकट समय-अवधि में उन्मूलन या उन्मूलन की उचित संभावना प्रदान करती हैं।

यह एक व्यापक धारणा है कि पिछले डेढ़ दशक में ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मचारी विशेष रूप से परिवार कल्याण के कार्यान्वयन के लिए गतिविधियों की एक ऊर्ध्वाधर संरचना बन गई है। नतीजतन, उन सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए जहां कोई अलग ऊर्ध्वाधर संरचना नहीं है, वहां कोई पहचान योग्य सेवा वितरण प्रणाली नहीं है। यह नीति सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में इस विकृति को दूर करेगी।

इस नीति में राज्य सरकारों की सक्रिय भागीदारी से राष्ट्रीय कार्यक्रम तैयार करने में केन्द्र सरकार की महत्वपूर्ण भूमिका की परिकल्पना की गई है। इसके अलावा, नीति केंद्र द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर तकनीकी सहायता, निगरानी और मूल्यांकन के अलावा वित्तीय संसाधनों का प्रावधान सुनिश्चित करती है। तथापि, प्राथमिक स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना के इष्टतम उपयोग के लिए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002 में सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों के एकल क्षेत्र प्रशासन में क्रमिक अभिसरण की परिकल्पना की गई है। क्षयरोग, मलेरिया, एचआईवी/एड्स जैसी प्रमुख बीमारियों के नियंत्रण के लिए ऊर्ध्वाधर कार्यक्रमों के साथ-साथ प्रजनन एवं स्वास्थ्य और सार्वभौमिक प्रतिरक्षण कार्यक्रमों को तब तक जारी रखने की आवश्यकता होगी जब तक कि प्रसार के मध्यम स्तर तक नहीं पहुंच जाता। कार्यक्रमों के एकीकरण से सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य आदानों के अभिसरण के माध्यम से परिणामों का वांछनीय अनुकूलन होगा। नीति में यह भी परिकल्पना की गई है कि कार्यक्रम कार्यान्वयन राज्य और जिला स्तरों पर स्वायत्त निकायों के माध्यम से किया जाए। राज्य स्वास्थ्य विभागों के हस्तक्षेप कार्यक्रम लक्ष्यों की प्राप्ति और अन्य तकनीकी पहलुओं की समग्र निगरानी तक सीमित हो सकते हैं।

नीति में परिकल्पना की गई है कि रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए ऊर्ध्वाधर संरचना में अनन्य कर्मचारियों के अलावा, सभी ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मचारी सभी क्षेत्रों के लिए उपलब्ध होने चाहिए। विकेंद्रीकृत स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियां, भले ही ये गतिविधियां राष्ट्रीय कार्यक्रमों या अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य पहलों से संबंधित हों।

## 14.11 स्वास्थ्य देखभाल की चुनौतियां और प्रबंधन

भारतीय संविधान के तहत स्वास्थ्य का प्रावधान राज्य के विषय में आता है। आज हर राज्य अपना स्वास्थ्य कार्यक्रम और रणनीति तैयार करने के लिए स्वतंत्र है। वास्तव में, भारत दुनिया का पहला देश था, जिसने 1952 में परिवार नियोजन कार्यक्रम शुरू किया था। आजादी के बाद से, हमने स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे में बहुत निवेश किया है और 1,45,000 उप-केंद्र, 2,3000 सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) और 3222 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) बनाए हैं। हालांकि, यह बुनियादी ढांचा अभी भी विशाल आबादी के लिए अपर्याप्त है, क्योंकि अभी भी लगभग अस्सी प्रतिशत आबादी निजी क्षेत्र से स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त कर रही है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं तक कम पहुंच रूग्णता और मृत्यु दर की उच्च घटनाओं के लिए जिम्मेवार है।

गरीब लोगों द्वारा निजी संसाधनों का प्रयोग उन्हें अक्सर ऋणग्रस्तता की ओर जाता है। ऋणग्रस्तता का दुष्चक्र गरीबी, कुपोषण और खराब स्वास्थ्य की ओर ले जाता है। वे एक-दूसरे को सुदृढ़ करते हैं। भारत में, स्वास्थ्य सेवा में निजी क्षेत्रों का योगदान 75 प्रतिशत है। इनमें से अधिकांश लागत निजी संसाधनों द्वारा किए जाते हैं। प्रति व्यक्ति आय के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर निजी व्यय (पीएचई) 1961 से लगभग दोगुना हो गया है। स्वास्थ्य पर निजी व्यय

इस अवधि में प्रति व्यक्ति आय की तुलना में बहुत अधिक दर से बढ़ा है।

‘ऊर्ध्वाधर’ या; श्रेणीबद्ध कार्यक्रमों की ठीक से कल्पना नहीं की गई थी, बहुत तकनीकी-केंद्रित कार्यक्रम, जो पश्चिमी देशों द्वारा गरीब विकासशील देशों पर उनकी विशिष्टता को समझे बिना थोपे जाते हैं। 1990 के दशक के शुरुआती चरण में अंतरराष्ट्रीय मुद्रा कोष (आईएमएफ) ने ऋण देते समय अंतरराष्ट्रीय पहल को लागू करने के रूप में कुछ शर्तें भी लगाई हैं। संरचनात्मक समायोजन कार्यक्रम (एसएपी) ने देश में बजटीय आबंटनों को प्रभावित करने के रूप में देश के शासन के सबसे महत्वपूर्ण तत्वों में प्रवेश को सक्षम बनाया। संरचनात्मक समायोजन कार्यक्रम (एसएपी) ने निजी स्वास्थ्य क्षेत्र के बाजार को भी तेजी दी है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति सरकार की प्रतिबद्धता में तेज गिरावट आई है जो विभिन्न योजना परिव्ययों में परिलक्षित होती है। सकल घरेलू उत्पाद से अपने प्रतिशत के संदर्भ में भारत का सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय, दुनिया में पांचवां सबसे कम है। निजी क्षेत्र को चिकित्सा उपकरणों के आयात और दवाओं के लिए कई सब्सिडी और छूट प्रदान की गई है। भारत में दुनिया का सबसे बड़ा और सबसे कम विनियमित निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग है।

स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में राज्य की बढ़ती भूमिका और स्वास्थ्य देखभाल वितरण के परिणामस्वरूप नौकरशाही ने सामूहिक स्वास्थ्य स्थिति के लिए सरकारी लक्ष्यों और स्वास्थ्य और कल्याण को बनाए रखने के लिए व्यक्ति के प्रयासों के बीच एक विचलन पैदा किया है। जबकि सरकारी स्वास्थ्य देखभाल की कमी आबादी की स्वास्थ्य स्थिति पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है, सरकारी नौकरशाही के माध्यम से चिकित्सा सेवाओं का अधिक हस्तक्षेप और निजीकृत चिकित्सा देखभाल के तेजी से प्रसार से स्वास्थ्य में असमानता पैदा होती है।

स्वास्थ्य देखभाल का सार्वभौमिकरण भारत में आजादी के बाद से स्वास्थ्य नीति के केंद्र में है। तब से, देश ने स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच में सुधार करने और पूरी आबादी के लिए सार्वभौमिक देखभाल सुनिश्चित करने के लिए विभिन्न मॉडलों का अनुभव किया है। सरकारी और निजी पहलों के प्रसार के बावजूद, अधिकांश भारतीय आबादी को अभी भी उचित स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने में बहुत कठिनाई होती है। स्वास्थ्य सेवाओं के स्थानिक वितरण की समस्याओं के साथ, रोगियों और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के बीच अन्य बाधाएं खड़ी हैं।

सार्वजनिक क्षेत्र में कमजोरियां उप-केंद्रों से लेकर मेडिकल कॉलेज अस्पतालों तक सुविधाओं की पूरी श्रृंखला में नोट की जाती हैं। यह बुनियादी ढांचे, मानव संसाधन और उपकरणों में अपर्याप्त निवेश के कारण हुआ है, जो खराब प्रबंधन द्वारा जटिल है।

सार्वजनिक क्षेत्र की घटती क्षमता और क्षमता से उत्पन्न शून्य और कुप्रबंधन और कमजोर विनियामक प्रणाली द्वारा सहायता प्राप्त शून्य के कारण निजी क्षेत्र फला-फूला है। बड़े कॉर्पोरेट अस्पताल देखभाल की उच्च लागत वसूल रहे हैं और वाणिज्यिक विचारों के कारण मानव पीड़ाओं के प्रति असंवेदनशील हैं।

अब तक तैनात किए गए सार्वजनिक-निजी भागीदारी (पीपीपी) या मॉडल ने खराब डिजाइन किए गए अनुबंधों, अस्पष्ट रूप से परिभाषित डिलिवरेबल्स और अपर्याप्त रूप से लागू जवाबदेही के कारण अच्छी तरह से काम नहीं किया है। सरकार द्वारा वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में सेवा वितरण के लिए निजी क्षेत्र पर निर्भरता ने इस बात पर मूल्यवान सबक

प्राप्त किए हैं कि अनियमित साझेदारी प्रेरित मांग और अनावश्यक प्रक्रियाओं के अनपेक्षित परिणामों को कैसे जन्म दे सकती है।

नीति की सफलता या विफलता को मुख्य रूप से इसके इक्विटी घटक में आंका जाता है। इक्विटी आयाम के ढांचे में, केंद्रीय वित्त पोषण के माध्यम से आवश्यक दवाओं के प्रावधान की नई अवधारणा सहित प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं के विस्तार और सुधार पर एक स्पष्ट जोर दिया गया है। लोगों के स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता पर निर्भर करता है। वित्तीय और भौतिक इनपुट में वृद्धि न केवल स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार के लिए पर्याप्त है, बल्कि यह निजी और सार्वजनिक क्षेत्रों में सेवा प्रदाताओं में अधिक सहानुभूतिपूर्ण और प्रतिबद्ध दृष्टिकोण पर भी निर्भर करती है। अंततः यह स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता है जो बढ़ी हुई स्वास्थ्य स्थिति के लिए मायने रखती है। इस पृष्ठभूमि में, यह स्वीकार करने की आवश्यकता है कि सामाजिक क्षेत्र में कोई भी नीति गंभीर रूप से सेवा प्रदाताओं पर निर्भर है जो अपनी जिम्मेदारी को वाणिज्यिक गतिविधि के रूप में नहीं, बल्कि एक सेवा के रूप में मानते हैं, यद्यपि एक भुगतान किया जाता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में, किसी भी स्वास्थ्य नीति की सफलता के लिए शासन का एक बड़ा हुआ मानक एक शर्त है।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) रोग नियंत्रण के लिए ऊर्ध्वाधर कार्यक्रमों का उपयोग कैसे किया जाता है?

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

2) स्वास्थ्य देखभाल में आने वाली चुनौतियों का उल्लेख करता है।

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

## 14.12 सारांश

यह इकाई स्वतंत्रता के बाद से भारत में स्वास्थ्य नीति और नियोजन को संक्षेप में संक्षेप में प्रस्तुत करती है। स्वास्थ्य देखभाल योजना ने विभिन्न समितियों द्वारा की गई सिफारिशों के आधार पर इसकी संरचना, कर्मियों और आबादी की पहुंच में बदलाव किए हैं। आजादी के बाद, भारत ने कई नीतियों और कार्यक्रमों की शुरुआत की है और वैश्विक साझेदारी शुरू की गई है, अब तक अपेक्षित परिणाम नहीं दिखाए गए हैं, इसलिए इसकी प्राप्ति के बिना सहस्राब्दी विकास की कार्रवाई के कार्यक्रम के लक्ष्य को प्राप्त नहीं किया जा सकता है जो यथार्थवादी अनुप्रयोग के साथ स्पष्ट सैद्धांतिक सोच को जोड़ती है। यद्यपि विभिन्न चरणों में बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण अपनाया गया है, लेकिन फिर भी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के सतत प्रभाव के

लिए प्रशिक्षित और अच्छी तरह से कुशल श्रमिकों के माध्यम से जमीनी स्तर पर इन पहलुओं को उजागर करने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य में बुनियादी ढांचा अभी भी विशाल आबादी के लिए अपर्याप्त है, क्योंकि अभी भी लगभग अस्सी प्रतिशत आबादी निजी क्षेत्र से स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त कर रही है। गरीब, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुंच रुग्णता और मृत्यु दर की उच्च घटनाओं के लिए जिम्मेवार हैं। गरीब लोगों के पास निजी संसाधनों से खर्च होता है जो अक्सर ऋणग्रस्तता की ओर जाता है। ऋणग्रस्तता का दुष्चक्र गरीबी, कुपोषण और खराब स्वास्थ्य की ओर ले जाता है। वे एक-दूसरे को सुदृढ़ करते हैं। भारत में, स्वास्थ्य सेवा में निजी परिवारों का योगदान 75 प्रतिशत है। इनमें से ज्यादातर लागत निजी संसाधनों से आती हैं।

### 14.13 मुख्य शब्द

**स्वास्थ्य नीति:** स्वास्थ्य नीति भविष्य के लिए एक दृष्टि पत्र है; यह प्राथमिकताओं और विभिन्न समूहों की अपेक्षित भूमिकाओं को रेखांकित करती है; और सर्वसम्मति बनाती है और लोगों को सूचित करती है।

**सभी के लिए स्वास्थ्य:** इसे स्वास्थ्य के एक स्तर की प्राप्ति के रूप में परिभाषित किया गया है जो प्रत्येक व्यक्ति को सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जीने में सक्षम बनाएगा।

**आउट-ऑफ-पॉकेट लागत:** निजी स्वास्थ्य सेवाओं के लिए भुगतान करने में व्यक्ति की असमर्थता के परिणामस्वरूप निजी संसाधन लागत होती है।

**शुल्क-आधारित-सेवा:** इसका अर्थ है प्रत्येक अस्पताल में भर्ती के लिए भुगतान प्रदान करना जिसमें चिकित्सा परामर्श, प्रक्रिया या परीक्षण शामिल है।

**कैपिटेशन मॉडल:** यह स्वास्थ्य सेवा को कवर करने के लिए वर्ष या किसी अन्य परिभाषित अवधि में किसी व्यक्ति या परिवार को कवर करने वाली स्वास्थ्य सेवाओं के पूरे सेट के लिए एक निश्चित भुगतान है एक वर्ष में एक व्यक्ति के लिए खर्च किया गया खर्च।

### 14.14 संदर्भ और ग्रंथ सूची

Banerji, D. (1988), "New Public Health", *Journal of Sociological Studies*, Vol.7, pp.160-67.

Government of India (1946), *Report of the Health Survey and Development Committee (Bhore Committee)*, Report Vol.2, Delhi: Manager of Publications.

Government of India (1961), *Report of the Survey and Planning Committee (Mudaliar Committee)*, Vol.1, New Delhi: Ministry of Health.

Government of India (1963), *Report of the Survey and Planning Committee (Chadaha Committee)*, New Delhi: Ministry of Health.

Government of India (1965), *Report of the Health Survey and Planning Committee (Mukherjee Committee)*, New Delhi: Ministry of Health.

Government of India (1975), *Health Services and Medical Education: A Programme for Immediate Action Report (Srivastava Committee)*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

स्वास्थ्य देखभाल: योजना,  
नीति और प्रबंधन

Government of India (1985), *National Health Policy*, New Delhi: Lok Sabha Secretariat.

Government of India (2002), *National Health Policy 2002*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

Government of India (2005), *National Rural Health Mission: Indian Public Health Standards for Community Health Centres*, New Delhi.

Nagla, Madhu (1993), "Health Policy and Planning in India", in B.K.Nagla (ed.) *Development and Transformation: Themes and Variations in Indian Society*, Jaipur: Rawat Publications.

World Health Organisation (2001), *Report of the Commission on Macroeconomics and Health-Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Geneva: WHO.

Yesudin, C.A.K. (1981), "Health Manpower Planning in India", *The Indian Journal of Social Work*, Vol. XLV, No.11, April.



ignou  
THE PEOPLE'S  
UNIVERSITY

---

## इकाई 15 प्रौद्योगिकी की भूमिका: स्वास्थ्य सांख्यिकी, भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस) और स्वास्थ्य सूचना प्रणाली

---

### इकाई की रूपरेखा

- 15.0 उद्देश्य
- 15.1 परिचय
- 15.2 प्रौद्योगिकी की वैचारिक पृष्ठभूमि
- 15.3 एचआईएस (स्वास्थ्य सूचना प्रणाली)
  - 15.3.1 उसके घटक
  - 15.3.2 विकास
  - 15.3.3 संकेतक
  - 15.3.4 उपयोग और उद्देश्य
  - 15.3.5 उदाहरण
- 15.4 नैदानिक सूचना प्रणाली
- 15.5 जीआईएस (भौगोलिक सूचना प्रणाली)
- 15.6 स्वास्थ्य सांख्यिकी
  - 15.6.1 उद्देश्य और स्रोत
- 15.7 जीआईएस, एचआईएस और स्वास्थ्य सांख्यिकी का उपयोग करके ग्रामीण स्वास्थ्य के लिए योजना : कुछ उदाहरण
- 15.8 सारांश
- 15.9 मुख्य शब्द
- 15.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

### 15.0 उद्देश्य

---

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप कर पाएंगे:

- ग्रामीण स्वास्थ्य और भविष्य को आकार देने में प्रौद्योगिकी की मौजूदा भूमिका को समझना;
- एचआईएस, जीआईएस, टेलीमेडिसिन, ई-स्वास्थ्य को परिभाषित करना; और
- विशेष रूप से ग्रामीण भारत के लिए स्वास्थ्य संबंधी प्रौद्योगिकियों की चुनौतियों और गुंजाइश की पहचान करना।

## 15.1 परिचय

अधिकांश विकासशील देश स्वास्थ्य देखभाल के क्षेत्र में एक महत्वपूर्ण समस्या का सामना कर रहे हैं। टेक्नोलॉजी ने लोगों को इंटरनेट पर लगातार अपनी सेहत के बारे में जानकारी सर्च करने पर मजबूर कर दिया। अब डॉक्टर से सलाह लेने से पहले ही उन्हें बीमारी की जानकारी मिल चुकी है। इस बदलाव ने न केवल रोगियों को बल्कि अन्य हितधारकों को भी प्रभावित किया है। फार्मास्यूटिकल्स अपने उत्पादों को ऑनलाइन बेच रहे हैं, अस्पताल अपने उत्पादों को ऑनलाइन खरीद रहे हैं, और इंटरनेट का उपयोग करके बीमा कंपनियों को बिलिंग कर रहे हैं, इसलिए स्वास्थ्य मामलों के संचालन के सामान्य तरीके से कठोर बदलाव की आवश्यकता है। इसलिए अस्पतालों के भीतर सूचना प्रौद्योगिकी के उपयोग को नजरअंदाज नहीं किया जा सकता है।

स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र महत्वपूर्ण प्रक्रियाओं को बढ़ाने के लिए प्रौद्योगिकी का लाभ उठाने के लिए एक विशाल अवसर का प्रतिनिधित्व करता है जो आज गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा के वितरण के भीतर एक बड़ी चुनौती पेश करता है। इसमें भौगोलिक रूप से देश भर में फैले लाखों लोगों तक पहुंचना, बेहतर और अधिक सटीक निदान प्रदान करना, संचालन का प्रबंधन करना और प्रभावी सहयोग की सुविधा प्रदान करना और डॉक्टरों और स्वास्थ्य कर्मियों के बीच संवाद स्थापित करना शामिल है। स्वास्थ्य देखभाल की स्थिति बहुत खराब है और यह ज्यादातर ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में रहने वाले लोगों को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में एक चुनौतीपूर्ण मुद्दा है। प्रौद्योगिकी के अनुप्रयोग ने स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र में प्रगति के जबरदस्त संकेत लाए हैं। विशेष रूप से सूचना संचार और प्रौद्योगिकी (आईसीटी) का मानव जीवन के सभी क्षेत्रों पर प्रभाव बढ़ा है। विकास से निपटने के प्रयास में, विकासशील देशों ने सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग करके स्वास्थ्य सेवा उद्योग को अलग-अलग तरीके से बदलने का प्रयास किया है। प्रौद्योगिकियां स्वास्थ्य सेवाओं और वितरण की गुणवत्ता, सुरक्षा और दक्षता में सुधार कर सकती हैं। देश के भीतर स्वास्थ्य सूचना इकाइयों को विश्वसनीय स्वास्थ्य जानकारी में तेजी लाने के लिए शिक्षा, योजना, सांख्यिकी, वित्त, आईसीटी जैसे अन्य क्षेत्रों को प्रदान किया जाना चाहिए और सक्रिय रूप से संलग्न करना चाहिए। स्वास्थ्य जानकारी एक राष्ट्रीय संपत्ति है, सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के लिए सामर्थ्य, पहुंच और दक्षता को संतुलित करना महत्वपूर्ण है।

भारत की लगभग 70 प्रतिशत आबादी ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है। ग्रामीण और शहरी क्षेत्र जनसांख्यिकी, पर्यावरण, अर्थव्यवस्था, सामाजिक निर्माण और संसाधनों की उपलब्धता सहित कई मायनों में भिन्न होते हैं। महत्वपूर्ण स्वास्थ्य असमानताएं और देखभाल के मुद्दों तक पहुंच है जो ग्रामीण क्षेत्रों के लिए विशिष्ट हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में स्थानीय समुदायों की स्थिति को अक्सर अपर्याप्त माना जाता है क्योंकि ग्रामीण क्षेत्रों में प्रदान की जाने वाली चिकित्सा देखभाल का मानक आमतौर पर शहरी सेटिंग्स के लिए घटिया प्रतीत होता है। इसका कारण यह है कि ग्रामीण निवासियों को शहरी निवासियों की तुलना में कम शैक्षिक उपलब्धि, उच्च बेरोजगारी का अनुभव करने, गरीबी में रहने और इसके अतिरिक्त कल्याणकारी लाभों के लिए अयोग्य होने की अधिक संभावना है। इसके अतिरिक्त, जब इसमें स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच शामिल है, तो ग्रामीण आबादी को खराब स्थापित और नाजुक स्वास्थ्य अवसरों, पुरानी बीमारी और विकलांगता के लिए उच्च प्रसार दर, सामाजिक-आर्थिक कठिनाइयों के

कारण स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच और सार्वजनिक परिवहन की कमी सहित दूरी जैसी भौतिक बाधाओं के संदर्भ में कमजोर के रूप में देखा गया है।

भारत में बढ़ते हुए, जहां मुख्यधारा की स्वास्थ्य देखभाल जैसी बुनियादी सार्वजनिक सुविधाओं तक न्यूनतम पहुंच है, कोई भी ऐसी प्रौद्योगिकियों को सक्षम करने के महत्व के लिए प्रशंसा विकसित करता है जो विकासशील देशों के संदर्भ में सेवा वितरण में सहायता और पैमाने पर हैं। स्वास्थ्य सेवाओं को वितरित करने में प्रौद्योगिकी अक्सर परिवर्तनकारी होती है, जहां डॉक्टरों का घनत्व प्रति 1,000 में से एक होता है। एक मजबूत असंतुलन मौजूद है जहां शहरी क्षेत्रों में ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में चार गुना अधिक चिकित्सा चिकित्सक हैं, जिससे ग्रामीण भारत बेहद वंचित हो जाता है। प्रदाताओं (एलोपैथिक, आयुर्वेदिक, यूनानी और होम्योपैथिक) की शिक्षा की गुणवत्ता ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच समान नहीं है। जहाँ शहरी क्षेत्रों में 58 प्रतिशत डॉक्टरों के पास मेडिकल की डिग्री थी, वहीं ग्रामीण क्षेत्रों में इनमें से केवल 19 प्रतिशत के पास यह योग्यता थी। देश में ग्रामीण सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) में विशेषज्ञों की आवश्यकता 81 प्रतिशत है, और इसलिए निजी क्षेत्र 63 प्रतिशत अस्पताल के बिस्तरों की व्यवस्था करता है, जो सरकारी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के आंकड़ों के आधार पर वर्णित है।

ई-हेल्थ को अक्सर स्वास्थ्य देखभाल वितरण की ज्ञानवर्धक क्षमता और प्रभावशीलता के लिए इलेक्ट्रॉनिक कनेक्टिविटी के माध्यम से स्वास्थ्य से संबंधित डेटा का कोई भी इलेक्ट्रॉनिक आदान-प्रदान कहा जाता है। अस्पतालों के भीतर ई-स्वास्थ्य पहल के माध्यम से प्रदान किए जाने वाले समाधानों में अस्पताल सूचना प्रणाली (एचआईएस), टेलीमेडिसिन सेवाएं, इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड और इंटरनेट सेवाएं शामिल हैं। टेलीमेडिसिन एक शक्तिशाली उपकरण है जो चिकित्सा विशेषज्ञों को चिकित्सा सुविधा की सीमाओं से परे प्राप्त करने की अनुमति देता है। यह रोगी यात्रा लागत और मिस्ड अपॉइंटमेंट में जनता का धन बचाता है। हालांकि, टेलीहेल्थ भारत के लिए नया नहीं है और एक दशक से अधिक समय से है। देश भर में स्वास्थ्य प्रणालियों के पास स्केलेबल टेलीमेडिसिन प्रौद्योगिकियों को अपनाकर सार्थक प्रभाव डालने का मौका है।

आज, हम स्वस्थ और लंबे जीवन जी रहे हैं। एक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का निर्माण करना जो प्रभावी ढंग से लोगों की देखभाल का प्रबंधन करता है, अपरिहार्य है। भले ही हम दुनिया के भीतर सबसे कम उम्र के देश में से हैं, यह अक्सर एक विशेष राज्य होता है और प्राथमिकता बनने से पहले केवल समय की बात होती है। यदि योजना बनाई जाती है और अच्छी तरह से कार्यान्वित किया जाता है, तो तकनीकी प्रगति भारत की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं में महत्वपूर्ण योगदान दे सकती है। इस तरह के निवेश से पीढ़ियों को कम स्वास्थ्य देखभाल लागत के साथ लौटने के लिए प्रभावित किया जाएगा और भारत को डिजिटल स्वास्थ्य को अपनाने में एक विचार नेता के रूप में गिना जाने वाला देहाती के रूप में दुनिया के नक्शे पर रखा जाएगा।

## 15.2 प्रौद्योगिकी की वैचारिक पृष्ठभूमि

प्रौद्योगिकी सेवा की गुणवत्ता के रखरखाव और ट्रेकिंग के भीतर एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। ग्रामीण समुदायों में स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता, सुरक्षा, प्रभावशीलता और वितरण को बढ़ाने के लिए स्वास्थ्य जानकारी एक महत्वपूर्ण उपकरण है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली शहरी

क्षेत्रों में विशेषज्ञों के लिए दूरदराज के स्थानों में ग्रामीण रोगियों और प्रदाताओं को जोड़ सकती है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली को लागू करना, बनाए रखना, अद्यतन करना और अनुकूलित करना सीमित संसाधनों और विशेषज्ञता वाले ग्रामीण सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए एक सतत चुनौती हो सकती है। यह स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों और सामुदायिक सेटिंग्स के भीतर इलेक्ट्रॉनिक रूप से संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को संग्रहीत, सुरक्षित, पुनर्प्राप्त और स्थानांतरित करने के लिए प्रौद्योगिकी का उपयोग करता है। स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी एक व्यापक शब्द है जिसमें अनुसंधान, घर और स्वास्थ्य जानकारी साझा करने के लिए प्रौद्योगिकियों और कार्यक्रमों का संकलन शामिल है।

स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी के कुछ महत्वपूर्ण घटक हैं, जिनमें पेपर रिकॉर्ड के बजाय रोगियों के लिए इलेक्ट्रॉनिक हेल्थ रिकॉर्ड (ईएचआर), सुरक्षित डिजिटल नेटवर्क शामिल हैं, ताकि कहीं भी अप-टू-डेट रिकॉर्ड भेजने और वितरित करने की सुविधा हो। रोगी या चिकित्सक को उनकी आवश्यकता हो सकती है, चिकित्सा परीक्षण के परिणामों का इलेक्ट्रॉनिक ट्रांसमिशन, प्रदाताओं तक पहुंच बढ़ाने के लिए टेलीहेल्थ एप्लिकेशन, टेली मॉनिटरिंग एप्लिकेशन जो रोगियों को दूरस्थ रूप से प्रदाताओं को वाइटल्स या नैदानिक जानकारी प्रसारित करने, रोगियों के लिए गोपनीय और सुरक्षित रोगी स्वास्थ्य पोर्टल तक पहुंचने के लिए उनकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी ऑनलाइन, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के बीच संचरण, रोगियों, इलेक्ट्रॉनिक प्रिस्क्राइबिंग और चिकित्सा त्रुटियों से बचने में मदद करने के लिए आदेश देना, चिकित्सकों को सर्वोत्तम जानकारी प्रदान करने के लिए निर्णय समर्थन प्रणाली देखभाल के बिंदु पर वास्तविक समय और दस्तावेज़ में रोगी रिकॉर्ड अपडेट करने के लिए देखभाल, मोबाइल उपकरणों और गोलियों की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए प्रथाओं और उपचार के विकल्प की अनुमति देते हैं। प्रौद्योगिकी को अपनाने से लागत पर दीर्घकालिक प्रभाव पड़ता है, और इसलिए प्रौद्योगिकी में स्थिति लेने और इस उच्च अप-फ्रंट को अपनाने के लिए अधिक जानबूझकर प्रयास किया जाना चाहिए। इसका मतलब है कि प्रशिक्षण और जनशक्ति को काम पर रखने, सर्वर के लिए भुगतान करने, स्वास्थ्य सुविधाओं में गोद लेने और कार्यान्वयन लागत में निवेश करना, जो भविष्य में खुद को खरीद सकते हैं।

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी उन रोगियों के लिए कुशल, समन्वित और सुरक्षित स्वास्थ्य देखभाल सूचना विनिमय सुनिश्चित करने के लिए काम करती है जो कई प्रदाताओं या कई स्थानों पर स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करते हैं। यह रोगियों को स्वास्थ्य स्थितियों को ट्रैक करके, प्रदाता यात्रा नोट्स तक पहुंचने और परीक्षण के परिणामों तक पहुंचकर अपनी स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में संलग्न होने का अवसर देता है। देश की विविधता और विशालता से निपटने के लिए कुछ सबसे कठिन समस्याएं पैदा हो सकती हैं, लेकिन प्रौद्योगिकी को अपनाना चुनौतियों के अपने हिस्से के साथ भी आता है। डेटा एनालिटिक्स, क्लाउड कंप्यूटिंग, दूरसंचार और वायरलेस प्रौद्योगिकियों के साथ तकनीकी समाधानों के अभिसरण से पहुंच में सुधार होगा और स्वास्थ्य सेवा उद्योग के भीतर श्रम की कमी का अधिक कुशलता से प्रबंधन होगा। व्युत्पन्न लाभों में भौगोलिक स्थिति की परवाह किए बिना आसान पहुंच, कम त्रुटियां, आपात स्थिति के लिए तेजी से प्रतिक्रिया और बेहतर रोगी अनुभव शामिल हैं। चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने की लागत भी लगातार बढ़ रही है। चूंकि तकनीकी नवाचार स्वास्थ्य सेवा वितरण के साथ बेहतर ढंग से शामिल है, यह पैमाने और कम लागत को सक्षम करेगा, गोद लेने में मदद करेगा। और प्रशासन, वित्त, बिलिंग, रोगी रिकॉर्ड और फार्मेशियों में अस्पतालों में महत्वपूर्ण

प्रक्रियाओं के स्वचालन द्वारा गोद लेने पर ध्यान केंद्रित किया जा रहा है। व्यवहार परिवर्तन को लागू करने के लिए नीतियां हमेशा सबसे महत्वपूर्ण प्रभावक रही हैं, लेकिन प्रौद्योगिकी अक्सर उतनी ही प्रभावशाली होती है जब इसमें सेवाओं को वितरित करने के तरीके को बदलना शामिल होता है।

### 15.3 स्वास्थ्य सूचना प्रणाली

एक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली एक प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य देखभाल डेटा का प्रबंधन करने के लिए उपयोग किया जाता है और यह एक ऐसी प्रणाली को संदर्भित करता है जो स्वास्थ्य डेटा या गतिविधियों को कैप्चर, स्टोर, प्रसारित या फिर प्रबंधित करता है। इन प्रणालियों का उपयोग स्वास्थ्य जानकारी एकत्र करने, संसाधित करने, अभ्यास करने और रिपोर्ट करने के लिए किया जाता है। एक स्वास्थ्य देखभाल संगठन के सूचना प्रसंस्करण और सूचना भंडारण उपप्रणाली के रूप में एक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली, जो एक एकल संस्थान हो सकती है, उदाहरण के लिए, एक अस्पताल, या स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों का एक समूह एक स्वास्थ्य देखभाल नेटवर्क की तरह। एक एकीकृत प्रयास के रूप में, रोगी के परिणामों को बढ़ाने, अनुसंधान को सूचित करने और नीति-निर्माण और निर्णय लेने को प्रभावित करने के लिए इनका लाभ उठाया जा सकता है। क्योंकि स्वास्थ्य सूचना प्रणाली आमतौर पर संवेदनशील डेटा की बड़ी मात्रा तक पहुंच, प्रक्रिया या रखरखाव करती है, सुरक्षा एक प्रमुख बेचैनी है। स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी में स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों का विकास शामिल है। एक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का मुख्य कार्य स्वास्थ्य प्रणाली की निगरानी, सूचित और मूल्यांकन करना और नैदानिक और प्रबंधन निर्णय लेना है।

किसी भी स्वास्थ्य प्रणाली की दक्षता में सुधार के लिए, इसके वर्तमान प्रदर्शन पर प्रासंगिक, समय पर और सटीक जानकारी की आवश्यकता होती है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का उद्देश्य यह जानकारी प्रदान करना है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली प्रबंधन का एक उपकरण है, स्वास्थ्य सूचना प्रणाली विभिन्न स्तरों पर हो सकता है, यह एक एकल अस्पताल, एक जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर और अंतरराष्ट्रीय स्तर के लिए हो सकता है। इसे स्वास्थ्य सेवाओं के आयोजन और संचालन के लिए आवश्यक जानकारी के संग्रह, प्रसंस्करण, विश्लेषण और संचरण और अनुसंधान और प्रशिक्षण के लिए एक तंत्र के रूप में परिभाषित किया गया है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का प्राथमिक उद्देश्य सभी स्तरों पर स्वास्थ्य प्रबंधकों के लिए विश्वसनीय, प्रासंगिक अप-टू-डेट, पर्याप्त समय पर और यथोचित रूप से पूर्ण जानकारी प्रदान करना है। प्रतिक्रिया प्रयासों की समय पर शुरुआत करने में सक्षम बनाने के लिए संदिग्ध बीमारी के प्रकोप का शीघ्र पता लगाना, इससे प्रकोप के दौरान मामलों और मौतों की संख्या में कमी आएगी। स्वास्थ्य की स्थिति में रुझानों की निगरानी करने और बदलती स्वास्थ्य देखभाल प्राथमिकताओं की पहचान करने, स्वास्थ्य की स्थिति की निगरानी स्वास्थ्य प्रबंधकों को आबादी के स्वास्थ्य प्रोफाइल में रुझानों का निरीक्षण करने, नए के उद्भव का पता लगाने, स्वास्थ्य समस्याओं और लगातार सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राथमिकताओं को संबोधित करने और कार्यक्रमों की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने की भी अनुमति देती है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का अंतिम उद्देश्य जानकारी प्राप्त करना नहीं है, बल्कि कार्रवाई में सुधार करना है।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली एक व्यापक श्रेणी है जिसमें कई विशिष्ट शामिल हैं और यहां कुछ सबसे आम स्वास्थ्य सूचना प्रणाली प्रकार हैं:

- क) रणनीतिक या परिचालन प्रणालियों का उपयोग आमतौर पर सूचना वर्गीकरण के लिए किया जाता है। सूचना प्रणालियों के लिए प्रावधान उनके द्वारा संभाली जा रही जानकारी के प्रकार के आधार पर किए जाते हैं। एक पिरामिड वर्गीकरण प्रणाली संगठनों को डिजिटलीकरण के प्रसार का आकलन करने की अनुमति देती है। क्योंकि परिचालन प्रणालियों को आम तौर पर कार्यकारी सूचना प्रणाली या प्रबंधन सूचना प्रणाली से पहले विकसित किया जाता है, यह आसानी से प्राप्त किया जाता है। निर्भरताओं का मूल्यांकन करने की क्षमता सिस्टम की कमियों की पहचान करने में भी मदद कर सकती है। उदाहरण के लिए, एक ठीक से कॉन्फ़िगर की गई सूचना प्रणाली को नर्सों और चिकित्सकों को मैनुअल रूप से डेटा एक्टर करने और दस्तावेज करने की आवश्यकता के बजाय नैदानिक प्रणाली से डेटा खींचना चाहिए।
- ख) प्रशासनिक स्तर पर रोगी जानकारी के प्रबंधन के लिए नैदानिक और प्रशासनिक प्रणाली टोपी नैदानिक है जो सिस्टम प्रशासनिक डेटा पर निर्भर हैं। एक एकीकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणाली की नींव विभिन्न नैदानिक प्रणालियों के लिंक के साथ सबसे बुनियादी रोगी जानकारी के आसपास विकसित एक मास्टर इंडेक्स है, और नैदानिक प्रणाली में इलेक्ट्रॉनिक रोगी रिकॉर्ड (ईपीआर), नैदानिक डेटा, परिणाम और प्रसंस्करण शामिल हैं।
- ग) इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड (EHR) और रोगी स्वास्थ्य रिकॉर्ड, खुले इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड का उद्देश्य शब्दार्थ को सक्षम करना है विक्रेता लॉक-इन को रोकने के लिए एक गैर-मालिकाना प्रारूप में विभिन्न इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड प्रणालियों के बीच स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों के लिए इंटरऑपरेबिलिटी। ज्ञान अवधारणाओं को ईएचआर के बाहर आर्कटाइप के रूप में संग्रहीत किया जाता है, जो नैदानिक जानकारी की रिकॉर्डिंग का समर्थन करते हैं। आर्कटाइप बिल्डिंग ब्लॉकों में निर्देश, मूल्यांकन, अवलोकन और क्रियाएं शामिल हैं, और इन बिल्डिंग ब्लॉकों का उपयोग करके बनाई गई जानकारी ईएचआर में संग्रहीत की जाती है।
- घ) विषय-और कार्य-आधारित सिस्टम किसी भी प्रकार के स्वास्थ्य सेवा संगठन में रोगियों या स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों से संबंधित हैं। दूसरी ओर, कार्य-आधारित प्रणालियां प्रवेश या निर्वहन जैसे विशेष कार्यों से जुड़ी होती हैं। विषय-आधारित प्रणालियों को अक्सर पसंद किया जाता है, क्योंकि वे डेटा दोहराव को कम करते हैं। एक कार्य-आधारित प्रणाली में, एक ही विषय विभिन्न कार्यों से संबंधित हो सकता है, जिसमें रोगी की आईडी जैसी बुनियादी जानकारी प्रत्येक कार्य में डुप्लिकेट की जाती है। एक विषय-आधारित प्रणाली में, यह बुनियादी जानकारी केवल एक बार दर्ज की जाती है और विभिन्न कार्यों के माध्यम से विषय के साथ बहती है। उदाहरण के लिए, एक इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड एक विषय-आधारित प्रणाली है।
- ङ) वित्तीय और नैदानिक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली ये प्रणालियां रोगी वित्तीय जानकारी, जैसे लागत और भुगतानकर्ताओं तक आसान पहुंच प्रदान करती हैं, और वे विभिन्न विभागों या सेवाओं के रोगी उपयोग की निगरानी में भी सहायता करती हैं। वित्तीय प्रणालियों में आम तौर पर चालान क्षमताओं के साथ-साथ गैर-भुगतान पर पालन करने के लिए उपकरण शामिल होते हैं।

च) निर्णय समर्थन प्रणाली डेटा को नैदानिक रूप से प्रासंगिक जानकारी में परिवर्तित करती है और इसे चिकित्सकों को कार्रवाई योग्य रूप में प्रस्तुत करती है, नियामक दिशानिर्देशों के पालन में सहायता करती है और सर्वोत्तम प्रथाएं। ये सिस्टम संज्ञानात्मक प्रसंस्करण की नकल करने के लिए कई डेटा जोड़तोड़ के लिए परिणाम दे सकते हैं। उदाहरण के लिए, एक निर्णय समर्थन प्रणाली रोगी की जनसांख्यिकी के लिए उपयुक्त किसी विशेष स्थिति के लिए दवाओं की एक सूची प्रदान कर सकती है, जैसे कि रोगी की आयु और वजन, साथ ही साथ कोई भी कोमोर्बिडिटी। निर्णय समर्थन प्रणाली वर्कफ्लो में अगले चरण की सुविधा भी प्रदान कर सकती है, जैसे कि फार्मसी में एक पर्चे जमा करना और रोगी के लिए अनुवर्ती नियुक्ति निर्धारित करना।

परिधि से लेकर केंद्र तक स्वास्थ्य सेवाओं के सभी प्रबंधन स्तरों पर जानकारी महत्वपूर्ण है। यह नीति निर्माताओं, प्रबंधकों, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के लिए आवश्यक है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली एक देश के लिए महत्वपूर्ण है क्योंकि स्वास्थ्य सेवाओं की दक्षता बढ़ाने के लिए अच्छा प्रबंधन एक शर्त है और एक बेहतर स्वास्थ्य सूचना प्रणाली स्पष्ट रूप से अच्छे प्रबंधन से जुड़ा हुआ है।

### 15.3.1 उसके घटक

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली व्यापक सांख्यिकीय प्रणाली का हिस्सा है, जिसमें शिक्षा और रोजगार जैसे गैर-स्वास्थ्य क्षेत्र शामिल हैं। अत्यंत पारंपरिक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली सर्वेक्षण, नैदानिक अवलोकन, नैदानिक परीक्षण या प्रबंधन और वित्तीय सूचना प्रणालियों जैसे विभिन्न साधनों द्वारा दानेदार स्तर पर डेटा एकत्र करता है। वे व्यक्तियों (नागरिकों, रोगियों, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं), उन सेवाओं की विशेषताओं पर ध्यान केंद्रित करते हैं जिनकी उन्हें आवश्यकता होती है, उपयोग या वितरित करते हैं, उन सेवाओं को वितरित करने के लिए आवश्यक संसाधन और उनके द्वारा प्राप्त प्रभाव। उन आंकड़ों को स्वास्थ्य क्षेत्र में रुचि रखने वाले अन्य सेवा प्रदाताओं, प्रबंधकों, योजनाकारों, शोधकर्ताओं, टिप्पणीकारों और द्वारा उपयोग के लिए सारांश जानकारी उत्पन्न करने के लिए कई तरीकों से संयुक्त, विश्लेषण और रिपोर्ट किया जाता है। स्वास्थ्य जानकारी एकत्र करना, विश्लेषण करना और साझा करना एक जटिल प्रक्रिया है जिसके लिए इसके अंतर्निहित घटकों की स्पष्ट समझ की आवश्यकता होती है और ये घटक कैसे बातचीत करते हैं। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के घटकों और मानकों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- 1) उनके संसाधन, जैसे उचित रूप से प्रशिक्षित कर्मचारी, मंगेतर, रसद समर्थन और संदर्भ-विशिष्ट प्रौद्योगिकियां। ये संसाधन (या इनपुट) किसी देश के व्यापक विधायी, नियामक और नियोजन ढांचे के भीतर स्थित होने चाहिए।
- 2) संकेतक, एक एचआईएस रणनीतिक योजना के आधार में संकेतकों और संबंधित लक्ष्यों का एक मुख्य सेट शामिल होना चाहिए जो स्वास्थ्य, स्वास्थ्य प्रणाली की स्थिति और जनसंख्या स्वास्थ्य की स्थिति के निर्धारकों की एक तस्वीर प्रदान कर सकते हैं।
- 3) डेटा स्रोत, जैसे नागरिक और महत्वपूर्ण पंजीकरण (जन्म, मृत्यु और मृत्यु का कारण), जनगणना और सर्वेक्षण, मेडिकल रिकॉर्ड, सेवा रिकॉर्ड और वित्तीय और संसाधन ट्रैकिंग।
- 4) डेटा प्रबंधन, डेटा संग्रह, भंडारण, गुणवत्ता, प्रवाह, प्रसंस्करण, संकलन और विश्लेषण शामिल है।

- 5) सूचना उत्पाद, सूचना में डेटा का परिवर्तन और इसलिए साक्ष्य आधारित निर्णय लेने के लिए एक उपकरण में जो बेहतर स्वास्थ्य का कारण बनेगा।
- 6) प्रसार और उपयोग, निर्णय निर्माताओं के लिए सुलभ बनाकर और स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग के लिए प्रोत्साहन प्रदान करके स्वास्थ्य जानकारी के मूल्य में वृद्धि करना।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली कई संबंधित उपप्रणाली से बना है जो हैं:

- 1) जनसांख्यिकी और महत्वपूर्ण घटनाएं,
- 2) पर्यावरण और स्वास्थ्य सांख्यिकी,
- 3) स्वास्थ्य स्थिति: मृत्यु दर, रुग्णता, विकलांगता और जीवन की गुणवत्ता,
- 4) स्वास्थ्य संसाधन: सुविधाएं, बिस्तर, मानचित्र शक्ति,
- 5) स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग और गैर-उपयोग: उपस्थिति, प्रवेश, प्रतीक्षा सूची,
- 6) चिकित्सा देखभाल के परिणाम के सूचकांक,
- 7) विशेष उद्देश्य से संबंधित वित्तीय सांख्यिकी (लागत, व्यय)।

### 15.3.2 विकास

हेल्थकेयर सूचना प्रणाली जो महत्वपूर्ण जानकारी को जल्दी से रिकॉर्ड और पता लगा सकती है, कई स्वास्थ्य संगठनों में एक मानक अभ्यास बन गई है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के विकास के मील के पत्थर को संक्षेप में निम्नलिखित बिंदुओं में समझा जा सकता है:

- 1) पेपर-आधारित प्रसंस्करण और भंडारण से कंप्यूटर-आधारित प्रसंस्करण और भंडारण में बदलाव, साथ ही स्वास्थ्य देखभाल सेटिंग्स में डेटा की वृद्धि;
- 2) संस्था केंद्रित स्वास्थ्य सूचना प्रणाली से विभागीय और बाद में, क्षेत्रीय और वैश्विक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली की ओर बदलाव;
- 3) स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और प्रशासकों के अलावा रोगियों और स्वास्थ्य उपभोक्ताओं को स्वास्थ्य सूचना प्रणाली उपयोगकर्ताओं के रूप में शामिल करना ;
- 4) न केवल रोगी देखभाल और प्रशासनिक उद्देश्यों के लिए, बल्कि स्वास्थ्य देखभाल योजना के साथ-साथ नैदानिक और महामारी विज्ञान अनुसंधान के लिए भी स्वास्थ्य सूचना प्रणाली डेटा का उपयोग;
- 5) परिवर्तन प्रबंधन के साथ-साथ रणनीतिक सूचना प्रबंधन के लिए मुख्य रूप से तकनीकी स्वास्थ्य सूचना प्रणाली समस्याओं पर ध्यान केंद्रित करने हेतु बदलाव;
- 6) स्वास्थ्य सूचना प्रणाली में मुख्य रूप से अल्फ़ान्यूमेरिक डेटा से छवियों और अब आणविक स्तर पर डेटा के लिए बदलाव;
- 7) नई प्रौद्योगिकियों की निरंतर वृद्धि को शामिल किया जाना है, अब स्वास्थ्य निगरानी के लिए सर्वव्यापी कंप्यूटिंग वातावरण और सेंसर-आधारित प्रौद्योगिकियों को शामिल करना शुरू कर दिया गया है।

आखिरकार स्वास्थ्य प्रणाली एक प्रतिमान बदलाव का अनुभव कर रही है, जो उद्योग केंद्रित स्वास्थ्य प्रणाली से सूचना केंद्रित प्रणाली ('इंडस्ट्रियल एज मेडिसिन से इंफॉर्मेशन एज हेल्थकेयर') की ओर बढ़ रही है। यह 'प्रतिमान बदलाव' स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को प्रभावित कर रहा है और स्वास्थ्य देखभाल रोगी संबंधों को पुनर्निर्मित कर रहा है। उदाहरण के लिए, वर्ल्ड वाइड वेब ने स्वास्थ्य जानकारी के साथ जनता के जुड़ने के तरीके को बदल दिया है। यहाँ स्वास्थ्य सूचना प्रणाली में विश्व स्तर के संक्रमण दिखाने का प्रतिनिधित्व करता है।

**1960 के दशक** में, मुख्य स्वास्थ्य सेवा मेडिकेयर और मेडिकलएड थे। कंप्यूटर और भंडारण बड़े और महंगे थे, अस्पतालों ने आमतौर पर एक मेनफ्रेम साझा किया। इस वातावरण में उभरने वाले प्रमुख अनुप्रयोग साझा अस्पताल लेखा प्रणाली थी।

**1970 के दशक** के दौरान मुख्य स्वास्थ्य सेवा चालकों में से एक विभागों (ऑर्डर संचार, बिस्तर नियंत्रण और समीक्षा में परिणाम) के बीच बेहतर एवं व्यापक प्रशासनिक प्रणालियों, विभागीय सिस्टम प्रसंस्करण और असतत विभागीय प्रणालियों (जैसे, नैदानिक प्रयोगशाला, फार्मसी) काम करने की आवश्यकता थी। कंप्यूटर अब पर्यावरण नियंत्रण के बिना एक ही विभाग में स्थापित होने के लिए काफी छोटे थे। नतीजतन, विभागीय प्रणालियों का प्रसार हुआ। दुर्भाग्य से, ये लेनदेन प्रणालियां, व्यक्तिगत विभागों में एम्बेडेड, आमतौर पर खुद के लिए स्थापित थीं।

**1980 के दशक** में स्वास्थ्य सेवा को डीआरजी और प्रतिपूर्ति पर केंद्रित गया था। पहली बार, अस्पतालों को प्रतिपूर्ति करने के लिए नैदानिक और वित्तीय दोनों प्रणालियों से महत्वपूर्ण जानकारी साझा करने की आवश्यकता थी। इसी समय, व्यक्तिगत कंप्यूटर, व्यापक, गैर-पारंपरिक सॉफ्टवेयर अनुप्रयोगों और नेटवर्किंग समाधानों ने बाजार में प्रवेश किया। नतीजतन, अस्पतालों ने अनुप्रयोगों को एकीकृत करना शुरू कर दिया ताकि वित्तीय और नैदानिक प्रणालियां सीमित तरीके से एक-दूसरे से बात कर सकें।

**1990 के दशक** में, प्रतिस्पर्धा और समेकन ने अस्पतालों, प्रदाताओं और प्रबंधित देखभाल को एकीकृत करने की आवश्यकता के साथ स्वास्थ्य सेवा को चलाया। आईटी धारणा से, अस्पतालों के पास अब सस्ते हार्डवेयर और भंडारण के साथ व्यापक, वितरित कंप्यूटिंग सिस्टम और मजबूत नेटवर्क तक पहुंच थी। इसलिए, हमने डेटा और रिपोर्टिंग को एकीकृत करने के लिए प्रोत्साहन सहित एक एकीकृत वितरण नेटवर्क (आईडीएन) जैसे एकीकरण का निर्माण किया।

**2000 के दशक** में, मुख्य स्वास्थ्य सेवा ने एकीकरण और परिणाम-आधारित प्रतिपूर्ति की शुरुआत में वृद्धि की है। अब हमारे पास मोबिलिटी इमर्जिंग क्लाउड कंप्यूटर और क्लाउड-आधारित बिग डेटा एनालिटिक्स और बेडसाइड क्लिनिकल एप्लिकेशन जैसे पर्याप्त तकनीक थी, जो वाणिज्यिक, वास्तविक समय नैदानिक निर्णय समर्थन पर एक गंभीर रन बनाने के लिए स्थापित किए गए थे।

जैसे-जैसे दशक बीतते गए, सबसे अधिक कार्यान्वित प्रणालियां नैदानिक या प्रशासनिक संदर्भ में लेनदेन को स्वचालित करने के लिए डिज़ाइन की गई थीं। अधिक लेनदेन प्रणालियों के प्रतिष्ठानों का एक स्पष्ट परिणाम आसानी से उपलब्ध डिजिटलीकृत डेटा में नाटकीय वृद्धि थी। वर्षों से अस्पताल सूचना प्रणाली कार्यान्वयन का एक और फोकस रिपोर्टिंग रहा है। रिपोर्टिंग

सिस्टम आमतौर पर लेनदेन प्रणालियों के घटकों के रूप में मौजूद होते हैं। ऐतिहासिक रूप से, इस रिपोर्टिंग ने प्रबंधन, बोर्ड या अन्य समूहों को अस्पताल के बारे में जानकारी के स्नैपशॉट प्रदान किए। एनालिटिक्स को केवल रिपोर्टिंग से अधिक की आवश्यकता होती है; स्वास्थ्य प्रणालियों को परिचालन प्रदर्शन में वास्तविक अंतर्दृष्टि प्राप्त करने के लिए इस व्यापक, विलय किए गए डेटा में ड्रिल करने की क्षमता का समर्थन करना चाहिए।

**2010 के दशक** में स्वास्थ्य प्रणाली जवाबदेह देखभाल संगठन (एसीओ) और अन्य मूल्य-आधारित क्रय पहल, लागत और गुणवत्ता-नियंत्रण प्रणालियों की आवश्यकता और व्यक्तिगत देखभाल पर एक व्यापक जीनोमिक प्रभाव हैं। हमारा मुख्य आईटी ड्राइवर व्यापक कंप्यूटिंग है। हमारे पास हर जगह माइक्रोप्रोसेसर हैं। हम डेटा के प्रसार के साथ उनमें से अधिक से अधिक देखेंगे। उद्योग में आईटी ने मोटे तौर पर ईएमआर और परिचालन डेटा सिस्टम को लागू किया है, और अंततः, इन ईएमआर में व्यापक नैदानिक निर्णय समर्थन होगा। प्रदर्शन सुधार अंतर्दृष्टि की तलाश में किसी संगठन के डेटा का विश्लेषण करने से प्राप्त ज्ञान सफल नैदानिक निर्णय समर्थन के लिए आवश्यक नियमों को परिष्कृत करके परिचालन प्रणाली चक्र को पूरा करेगा। ये प्रयास अत्यधिक पूरक हैं।

संबंधित अधिकारियों को सक्रिय रूप से एक रणनीति में संलग्न होना चाहिए जिसके परिणामस्वरूप व्यापक डेटा का कब्जा और विश्लेषण होता है, जो स्वास्थ्य प्रणाली को एक ऐसा संगठन बनने में सक्षम बनाता है जो लगातार सुधार और सीख रहा है।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 1

- 1) एचआईएस की भूमिका और घटकों को विस्तृत करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 15.3.3 संकेतक

देश में उपलब्ध स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के प्रदर्शन के संकेतकों को दो व्यापक प्रकारों में वर्गीकृत किया जा सकता है, अर्थात्: पहला मुख्य स्रोतों और विधियों (स्वास्थ्य सर्वेक्षण, नागरिक पंजीकरण, जनगणना, सुविधा रिपोर्टिंग और स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन ट्रैकिंग) का उपयोग करके डेटा उत्पादन से संबंधित संकेतक हैं; दूसरा डेटा के संश्लेषण, विश्लेषण और सत्यापन के लिए देश की क्षमताओं से संबंधित संकेतक हैं। डेटा उत्पादन के संकेतक उचित अंतराल पर प्रासंगिक डेटा एकत्र करने और सबसे उपयुक्त डेटा स्रोतों का उपयोग करने की देश की क्षमता को दर्शाते हैं। इसमें आवधिकता, समयबद्धता और डेटा संग्रह प्रयासों की सामग्री और प्रमुख संकेतकों पर डेटा की उपलब्धता शामिल है। देश की क्षमता के संकेतक प्रमुख आयामों को मापते हैं।

स्वतंत्रता, पारदर्शिता और पहुंच सहित डेटा की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए संस्थागत ढांचे की आवश्यकता है। इसमें स्वतंत्र समन्वय तंत्र की उपलब्धता, और सूक्ष्म डेटा और मेटाडेटा की उपलब्धता शामिल है।

चयनित संकेतक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के विभिन्न क्षेत्रों का प्रतिनिधित्व करते हैं। कुछ संकेतक निम्नलिखित हैं:

- 1) राष्ट्रीय स्वास्थ्य रणनीति (वार्षिक),
- 2) स्वास्थ्य क्षेत्र निगरानी और मूल्यांकन योजना (एम एंड ई),
- 3) स्वास्थ्य सूचना प्रणाली नीति (वार्षिक),
- 4) रणनीतिक योजना (वार्षिक),
- 5) कोर स्वास्थ्य संकेतकों का सेट (वार्षिक अद्यतन),
- 6) राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचना प्रणाली समन्वय निकाय,
- 7) मास्टर सुविधा सूची (वार्षिक),
- 8) स्वास्थ्य मैट्रिक्स नेटवर्क (एचएमएन) मूल्यांकन (वार्षिक)
- 9) जनसंख्या जनगणना (10 वर्षों में एक बार),
- 10) राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षणों की उपलब्धता,
- 11) महत्वपूर्ण पंजीकरण (जन्म और मृत्यु),
- 12) सामुदायिक सेवा डेटा एकत्र करने के लिए इलेक्ट्रॉनिक प्रणाली की नियमित सुविधा,
- 13) राष्ट्रीय सांख्यिकी कार्यालय,
- 14) राष्ट्रीय स्वास्थ्य सांख्यिकी रिपोर्ट (वार्षिक),
- 15) स्वास्थ्य मंत्रालय की अद्यतन वेबसाइट,
- 16) डेटा गुणवत्ता मूल्यांकन (डीक्यूए) स्वास्थ्य क्षेत्र की रणनीति (अद्यतन वर्ष) के साथ प्राथमिकता संकेतकों पर आधारित,
- 17) किसी भी क्षेत्र/जिलों में किया गया प्रिज्म मूल्यांकन,
- 18) एचएमआईएस जानकारी में दर्शाई गई सुविधाओं का प्रतिशत
- 19) लक्ष्य निर्धारित करने और निगरानी के लिए डेटा का उपयोग करते हुए अनुपात (सुविधा, जिला, राष्ट्रीय) कार्यालय,
- 20) खसरा कवरेज विश्व स्वास्थ्य संगठन/यूनिसेफ द्वारा प्रायोजित,
- 21) जिले द्वारा उपलब्ध संस्थागत प्रसव (जन्म) की संख्या और पिछले 12 महीनों के भीतर प्रकाशित,
- 22) राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचना प्रणाली द्वारा निर्धारित संकेतकों की रिपोर्ट करने के लिए सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधाओं / प्रदाताओं को अनिवार्य करने वाली नीतियों, कानूनों और विनियमों का अस्तित्व,
- 23) ग्रामीण स्वास्थ्य सूचना प्रणाली डेटा संग्रह, रिपोर्टिंग और विश्लेषण के लिए मानकों / दिशानिर्देशों की उपलब्धता,

- 24) रिपोर्ट किए गए डेटा (सटीकता, पूर्णता, समयबद्धता) की गुणवत्ता को सत्यापित करने के लिए प्रक्रियाओं की उपस्थिति,
- 25) ग्रामीण स्वास्थ्य सूचना प्रणाली डेटा संग्रह प्रपत्र,
- 26) पिछले पांच वर्षों में कम से कम एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति,
- 27) जिला और मुख्य संवर्गों द्वारा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ राष्ट्रीय डेटाबेस पिछले दो वर्षों के भीतर अद्यतन,
- 28) सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधाओं में अनुरेखक दवाओं और वस्तुओं की उपलब्धता पर वार्षिक डेटा,
- 29) ई-स्वास्थ्य रणनीति,
- 30) रोग निगरानी रिपोर्टिंग की पूर्णता।

### 15.3.4 योग और उद्देश्य

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का उपयोग मुख्य रूप से लोगों की स्वास्थ्य स्थिति को मापने और उनकी स्वास्थ्य समस्याओं और चिकित्सा और स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को मापने के लिए किया जाता है। इसका उपयोग स्वास्थ्य स्थिति की स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय तुलना के लिए किया जाता है, ऐसी तुलनाओं के लिए डेटा को कठोर मानकीकरण और गुणवत्ता नियंत्रण के अधीन करने की आवश्यकता होती है। स्वास्थ्य सेवाओं और कार्यक्रमों की योजना, प्रशासन और प्रभावी प्रबंधन के लिए और यह आकलन करने के लिए कि क्या स्वास्थ्य सेवाएं अपनी प्रभावशीलता और कमी के संदर्भ में अपने उद्देश्य को पूरा कर रही हैं या स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन कर रही हैं और स्वास्थ्य सूचना प्रणाली स्वास्थ्य और बीमारी की विशेष समस्याओं में अनुसंधान के लिए भी उपयोग कर रहा है।

स्वास्थ्य जानकारी संपूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली को रेखांकित करती है: यह नेतृत्व को मजबूत करती है, इसका उपयोग रणनीतिक योजना और प्राथमिकता-सेटिंग के साथ-साथ नैदानिक निदान और प्रबंधन, गुणवत्ता आश्वासन और सुधार और वैश्विक महामारियों के भीतर किया जा सकता है। हेल्थकेयर जानकारी देखभाल में उत्कृष्टता को बढ़ावा देती है; किसी सेवा का उपयोग करने वाले लोगों के प्रकार और प्राप्त सेवाओं के प्रकारों का वर्णन करता है; सेवाओं के समन्वय में मदद करता है; समुदाय की स्वास्थ्य स्थिति पर सार्थक जानकारी प्रदान करता है; और जवाबदेही सुनिश्चित करता है। प्रस्ताव में साक्ष्य आधारित लागत-कुशल हस्तक्षेपों की पहचान करने और निगरानी और मूल्यांकन प्रणालियों को मजबूत करने की आवश्यकता पर जोर दिया गया है, जो मौजूदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों में एकीकृत हैं और इसमें जोखिम कारकों, परिणामों, सामाजिक और आर्थिक की निगरानी शामिल है स्वास्थ्य के निर्धारक, और स्वास्थ्य प्रणालियों की प्रतिक्रियाएं। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के कामकाज के बारे में जानकारी विभिन्न क्षेत्रों और एजेंसियों से प्राप्त की जा सकती है जिनके पास राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और वैश्विक स्तर पर डेटा के उत्पादन, संश्लेषण, विश्लेषण और उपयोग के लिए जिम्मेदारियां हैं।

राष्ट्रीय स्तर पर, स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवाओं और रोग निगरानी प्रणालियों के माध्यम से रिपोर्ट किए गए आंकड़ों की समयबद्धता और गुणवत्ता को रिकॉर्ड करते हैं। राष्ट्रीय सांख्यिकी कार्यालय दशकीय जनगणना, बड़े पैमाने पर घरेलू सर्वेक्षण और सिविल पंजीकरण प्रणाली

जैसे प्रमुख डेटा संग्रह उपक्रमों के माध्यम से उत्पन्न आंकड़ों की उपलब्धता और गुणवत्ता के बारे में जानकारी बनाए रखते हैं। राष्ट्रीय आधिकारिक आंकड़ों के संरक्षक के रूप में, उनके पास अक्सर डेटा एकत्र करने, संकलित करने और साझा करने के तरीके के लिए स्पष्ट आवश्यकताएं होती हैं, और आधिकारिक सांख्यिकी के मौलिक सिद्धांतों का पालन करते हैं। स्वास्थ्य में काम करने वाली अंतरराष्ट्रीय एजेंसियां अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य लक्ष्यों पर डेटा की उपलब्धता और गुणवत्ता के बारे में भी जानकारी रखती हैं, जिसमें सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों या सतत विकास लक्ष्यों तक सीमित नहीं है।

स्वास्थ्य सेवा उद्योग रोगी देखभाल के बारे में निर्णय लेने, देखभाल की डिलीवरी की सुविधा प्रदान करने और पर्दे के पीछे चलने वाले कई जटिल प्रशासनिक कार्यों को संभालने के लिए भारी मात्रा में डेटा पर निर्भर करता है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली मूल्यवान उपकरण चिकित्सकों और प्रशासनिक कर्मियों को एक निर्बाध रोगी अनुभव सुनिश्चित करने में सहायता करते हैं। इसके उद्देश्यों में शामिल हैं: डेटा एनालिटिक्स, जनसंख्या स्वास्थ्य का प्रबंधन करने और स्वास्थ्य देखभाल लागत को कम करने के लिए डेटा इकट्ठा करने और विश्लेषण करने में स्वास्थ्य सूचना प्रणाली की मदद। सहयोगी देखभाल का समर्थन करता है, स्वास्थ्य सूचना प्रणाली प्रदाताओं और संगठनों के बीच पीएचआई के साझाकरण की सुविधा प्रदान करता है, जिससे रोगियों को देखभाल वितरण और रोगी परिणामों में सुधार करते हुए कई प्रदाताओं से समन्वित देखभाल प्राप्त करना संभव हो जाता है। लागत नियंत्रण, जानकारी साझा करके, स्वास्थ्य सूचना प्रणाली डुप्लिकेट परीक्षण और प्रक्रियाओं को खत्म कर सकता है, कर्मचारियों पर समय की मांग को कम कर सकता है (जैसे कि रोगी रिकॉर्ड की पेपर प्रतियां भेजने के लिए), और महंगी मानव त्रुटियों को कम कर सकता है। जनसंख्या स्वास्थ्य प्रबंधन, रोगी डेटा एकत्र करने से मदद मिल सकती है पैटर्न और रुझानों की पहचान कर, प्रकोपों की भविष्यवाणी करें या रोकें, जोखिम वाली आबादी की पहचान करें, और बहुत कुछ।

नैदानिक निर्णय समर्थन, व्यापक जनसंख्या डेटा और अनुसंधान के साथ रोगी के व्यक्तिगत डेटा और चिकित्सा इतिहास को एकीकृत निदान और उपचार दोनों में सुधार करता है।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) स्वास्थ्य सूचना प्रणाली सभी के लिए स्वास्थ्य के सतत विकास लक्ष्य को प्राप्त करने में कैसे योगदान दे सकता है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 15.3.5 उदाहरण

स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों का उपयोग स्वास्थ्य देखभाल में रोगियों से लेकर चिकित्सकों और सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारियों तक हर किसी द्वारा किया जा सकता है। वे डेटा एकत्र करते हैं और इसे इस तरह से संकलित करते हैं जिसका उपयोग स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने के लिए किया जा सकता है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली द्वारा उच्च-स्तरीय प्रशासनिक प्रणालियों विस्तृत, रोगी-विशिष्ट जानकारी का प्रबंधन करते हैं।

स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों के कुछ उदाहरणों में शामिल हैं:

**इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड (ईएमआर) और इलेक्ट्रॉनिक हेल्थ रिकॉर्ड (ईएचआर):** इन दो शब्दों का लगभग परस्पर उपयोग किया जाता है। इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड रोगी के चिकित्सा इतिहास के पेपर संस्करण को प्रतिस्थापित करता है। इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड में स्वास्थ्य डेटा, परीक्षण परिणाम और उपचार शामिल हैं। इसे अन्य इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड के साथ डेटा साझा करने के लिए भी डिज़ाइन किया गया है ताकि अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता रोगी के स्वास्थ्य देखभाल डेटा तक पहुंच सकें।

**प्रैक्टिस मैनेजमेंट सॉफ्टवेयर:** यह स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को शेड्यूलिंग और बिलिंग जैसे दैनिक कार्यों का प्रबंधन करने में मदद करता है। हेल्थकेयर प्रदाता, छोटी प्रथाओं से लेकर अस्पतालों तक, कई प्रशासनिक कार्यों को स्वचालित करने के लिए अभ्यास प्रबंधन प्रणालियों का उपयोग करते हैं।

**मास्टर रोगी सूचकांक (एमपीआई):** यह डेटाबेस में अलग-अलग रोगी रिकॉर्ड जोड़ता है। सूचकांक में प्रत्येक रोगी के लिए एक रिकॉर्ड है जो एक स्वास्थ्य सेवा संगठन में पंजीकृत है और उस रोगी के लिए अन्य सभी रिकॉर्ड अनुक्रमित करता है। मास्टर रोगी सूचकांक का उपयोग डुप्लिकेट रोगी रिकॉर्ड और गलत रोगी जानकारी को कम करने के लिए किया जाता है जो दावा इनकार का कारण बन सकता है।

**रोगी पोर्टल:** यह रोगियों को इंटरनेट पर नियुक्ति की जानकारी, दवाओं और प्रयोगशाला परिणामों जैसे अपने व्यक्तिगत स्वास्थ्य डेटा तक पहुंचने की अनुमति देता है। कुछ रोगी पोर्टल अपने चिकित्सकों के साथ सक्रिय संचार, प्रिस्क्रिप्शन रिफिल अनुरोध, और नियुक्तियों को शेड्यूल करने की क्षमता की अनुमति देता है।

**रिमोट पेशेंट मॉनिटरिंग (आरपीएम):** रिमोट रोगी निगरानी (रिमोट पेशेंट मॉनिटरिंग) चिकित्सा सेंसर को स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को रोगी डेटा भेजने की अनुमति देती है। इसे टेलीहेल्थ के रूप में भी जाना जाता है, यह अक्सर पुरानी स्थितियों वाले रोगियों के लिए रक्त शर्करा के स्तर और रक्तचाप की निगरानी करता है। डेटा का उपयोग चिकित्सा घटनाओं का पता लगाने के लिए किया जाता है जिनके लिए हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है और संभवतः एक बड़ी जनसंख्या स्वास्थ्य अध्ययन का हिस्सा बन सकता है।

**नैदानिक निर्णय समर्थन (सीडीएस):** यह स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को नैदानिक निर्णय लेने में मदद करने के लिए विभिन्न नैदानिक और प्रशासनिक प्रणालियों से डेटा का विश्लेषण करने की एक प्रणाली है। यह डेटा निदान तैयार करने या चिकित्सा घटनाओं की भविष्यवाणी करने में मदद कर सकता है। ये चिकित्सकों को व्यक्तिगत रोगियों की देखभाल करने में मदद करने के लिए डेटा और जानकारी फ़िल्टर करते हैं।

इसके अतिरिक्त कई विशिष्ट स्वास्थ्य सूचना प्रणालियां हैं : मास्टर रोगी सूचकांक (एमपीआई), मेडिकल बिलिंग सॉफ्टवेयर, रोगी पोर्टल, स्वास्थ्य सूचना विनिमय (एचआईई), गतिविधि आधारित लागत (एबीसी), रोगी रिपोर्ट किए गए परिणाम (पीआरओ), दूरस्थ रोगी निगरानी (आरपीएम), शेड्यूलिंग सॉफ्टवेयर, ई-प्रिस्क्राइबिंग सॉफ्टवेयर, प्रयोगशाला सूचना प्रणाली, अस्पताल रोगी प्रशासन प्रणाली (पीएएस), मानव संसाधन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचआरएमआईएस)।

## 15.4 नैदानिक सूचना प्रणाली (सीआईएस)

एक नैदानिक सूचना प्रणाली (सीआईएस) एक कंप्यूटर-आधारित प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण नैदानिक जानकारी एकत्र करने, संग्रहीत करने, हेरफेर करने और उपलब्ध कराने के लिए डिज़ाइन किया गया है। यह एक ही क्षेत्र (जैसे प्रयोगशाला प्रणाली, ईसीजी प्रबंधन प्रणाली) तक सीमित हो सकता है तथा अधिक व्यापक हो सकता है और नैदानिक जानकारी (जैसे इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड) के लगभग सभी पहलुओं को शामिल कर सकता है। नैदानिक सूचना प्रणाली एक नैदानिक डेटा भंडार प्रदान करता है जो नैदानिक डेटा जैसे रोगी की बीमारी के इतिहास और देखभाल प्रदाताओं के साथ बातचीत को संग्रहीत करता है। भंडार चिकित्सकों को रोगी की स्थिति, उपचार के विकल्पों और कल्याण गतिविधियों के बारे में निर्णय लेने में मदद करने में सक्षम जानकारी को एन्कोड करता है क्योंकि चयन की स्थिति, किए गए कार्यों और अन्य प्रासंगिक जानकारी जो उन कार्यों को करने में मदद करेगी।

नैदानिक सूचना प्रणाली एक कंप्यूटर-आधारित मंच है जो स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और प्रशासकों को नैदानिक जानकारी और रोगी डेटा एकत्र करने, संग्रहीत करने, प्रबंधित करने और पुनर्प्राप्त करने की अनुमति देता है। यह प्रणाली बिल्डिंग ब्लॉकों से बना है जो इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड्स (ईएमआर) जैसे विभिन्न क्षेत्रों को संबोधित करते हैं, जो रोगी के व्यक्तिगत विवरण और मेडिकल रिकॉर्ड को संग्रहीत करता है। नैदानिक निर्णय समर्थन एक उपकरण है जो चिकित्सकों को सटीक साक्ष्य-आधारित नैदानिक निर्णय लेने में सहायता करता है, और यहां तक कि प्रशिक्षण और अनुसंधान, एक मंच जो डॉक्टरों को प्रशिक्षित करता है।

प्रणाली का उपयोग अक्सर एक चयनित परिधि के भीतर किया जाता है, जैसे कि एक प्रयोगशाला के भीतर, या एक्स-रे और एमआरआई जैसे सभी नैदानिक इमेजिंग के प्रबंधन के लिए, लेकिन अंततः विभागों में विस्तारित और एकीकृत कवरेज भी किया जा सकता है। एकीकृत स्वास्थ्य सेवा के माध्यम से डॉक्टरों, नर्सों और संबद्ध स्वास्थ्य के बीच बातचीत में सुधार, और जिसके परिणामस्वरूप रोगियों की देखभाल का बेहतर प्रावधान होता है। नैदानिक सूचना प्रणाली डेटा और स्वचालित रिपोर्टों के संरचित संगठन की अनुमति देने के लिए है, जैसे रोगी शुल्क और बिल, दवा इन्वेंट्री, समाप्ति तिथियों के करीब आने वाली दवा का प्रबंधन, बीमा रिपोर्ट, और यहां तक कि रिपोर्ट भी प्रतिकूल दवा प्रतिक्रियाओं को ड्रग कंट्रोल अथॉरिटी को प्रस्तुत किया जाना है। आईसीटी आधारित नैदानिक सूचना प्रणाली कागजी कार्रवाई को कम करता है, जो लागत को बचाता है और भंडारण के लिए भौतिक स्थान की आवश्यकता में कटौती करता है, खासकर उन देशों में जहां यह स्वास्थ्य देखभाल की जानकारी को न्यूनतम वर्षों तक संग्रहीत करने के लिए कानूनी रूप से अधिकृत है।

नैदानिक सूचना प्रणाली साक्ष्य-आधारित, और रोगी-केंद्रित देखभाल में सबसे सरल देने के लिए महत्वपूर्ण हैं। इसमें चिकित्सा त्रुटियों को कम करने, सुपाठ्यता बढ़ाने, अनावश्यक स्वास्थ्य देखभाल लागत में कटौती करने और स्वास्थ्य देखभाल के मानक को बढ़ावा देने की बड़ी क्षमता है। नैदानिक सूचना प्रणाली की मुख्य भूमिका नैदानिक निर्णय निर्माताओं या सटीक और तेजी से निर्णय लेने के लिए जानकारी को कैप्चर, स्टोर, प्रक्रिया और समय पर स्थानांतरित करना है। उदाहरण के लिए, एक नैदानिक सूचना प्रणाली महत्वपूर्ण संकेत मॉनिटर, वेंटिलेटर और जलसेक उपकरणों जैसे विभिन्न उपकरणों से आसानी से डेटा आयात कर सकता है, उन्हें तालिकाएँ के रूप में सुरक्षित रूप से संग्रहीत कर सकता है और उन्हें विशिष्ट रूप से प्रदर्शित कर सकता है।

इस तरह की प्रणाली का एक लाभ अस्पताल के भीतर फार्मैसी, विभिन्न प्रयोगशालाएं, रेडियोलॉजी और विभिन्न छवि प्रसंस्करण भंडारण समाधान जैसी अन्य उप-प्रणालियों के साथ परस्पर संबंध रखता है। एक नैदानिक सूचना प्रणाली रोगी सुरक्षा, वर्कफ्लो दक्षता और पॉइंट-ऑफ-केयर निर्णय समर्थन के लिए सकारात्मक भुगतान करता है। नैदानिक सूचना प्रणाली की प्रगति ने कुछ नई चुनौतियां खड़ी की हैं और इसके साथ ही नए अवसर भी सृजित किए हैं।

नैदानिक सूचना प्रणाली स्पष्ट रूप से देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए उत्कृष्ट अवसर प्रदान करता है। फिर भी, स्वास्थ्य सेवा संगठनों में नैदानिक सूचना प्रणाली को लागू करना चुनौतियों की एक श्रृंखला है। स्वास्थ्य सेवा में सूचना प्रौद्योगिकी को अपनाना विशेष रूप से धीमा रहा है और अन्य डोमेन की तुलना में पिछड़ रहा है। यह इंटरऑपरेबिलिटी, तकनीकी तर्कसंगतता, स्वीकार्यता, प्रबंधकीय तर्कसंगतता, डेटा सुरक्षा, डेटा गुणवत्ता और मानकों जैसे मुद्दों की जटिलता के कारण है। लेकिन अधिक महत्वपूर्ण बात यह है कि नैदानिक सूचना प्रणाली कुछ मायनों में रोगी सुरक्षा में सुधार करता है। जानकारी अच्छी तरह से व्यवस्थित, सुपाठ्य है, और अस्पष्ट लेखन के कारण चिकित्सा त्रुटि की संभावना को कम करती है, सुरक्षित और अधिक विश्वसनीय और निर्धारित करने में सक्षम बनाती है, और इस प्रकार संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवरों के बीच संचार को आसान बनाती है। रोगी की जानकारी अतिरिक्त रूप से सुरक्षित है और आवश्यक होने पर रोगियों और अन्य चिकित्सकों के साथ सुरक्षित रूप से एकजुट हो सकती है, जिससे रोगियों की देखभाल की निरंतरता बढ़ जाती है। आखिरकार, बेहतर दक्षता उत्पादकता बढ़ाने और क्लिनिक या अस्पताल के भीतर मुनाफे को अनुकूलित करने में मदद करती है, और यदि सभी सुविधाओं में एकीकृत होती है, तो अंततः समग्र रूप से स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में सुधार कर सकती है। स्वास्थ्य सेवा संगठनों को देखभाल की उत्कृष्टता का विस्तार करने और प्रतिस्पर्धी बने रहने के लिए तैयार रहने के लिए नैदानिक सूचना प्रणाली को अपनाना चाहिए। मौलिक लक्ष्य उपलब्ध संसाधनों, वर्तमान स्वास्थ्य सूचना प्रणाली वास्तुकला और इसलिए वांछित नैदानिक सुधार उद्देश्यों के बीच संतुलन बनाना है।

## 15.5 भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस)

स्वास्थ्य हम सभी के लिए महत्वपूर्ण है और किसी बीमारी के कारणों को समझना, इसका प्रसार व्यक्ति से व्यक्ति और समुदाय से समुदाय में तेजी से फैलता है। चूंकि स्वास्थ्य एक भौगोलिक घटना है और स्वास्थ्य निदान और नियोजन के लिए जिम्मेदार विभिन्न कारक भूगोल पर निर्भर हैं, जैसे, स्वास्थ्य अध्ययन के लिए जीआईएस (भौगोलिक सूचना प्रणाली) एक महत्वपूर्ण उपकरण के रूप में सहायता करता है। भौगोलिक सूचना प्रणाली स्वास्थ्य

शोधकर्ताओं और योजनाकारों के लिए उपयोगी हो सकता है क्योंकि यह महामारी विज्ञान निगरानी, सूचना प्रबंधन और सूचना प्रबंधन विश्लेषण की पूरी प्रक्रिया को मजबूत करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। यह बहु-रोग निगरानी गतिविधियों के अभिसरण के लिए एक साझा मंच के रूप में सहायता करता है और इसका उपयोग नीति निर्माताओं, सांख्यिकीविदों, क्षेत्रीय और जिला चिकित्सा अधिकारी सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासकों और पेशेवरों द्वारा किया जा रहा है।

भौगोलिक सूचना प्रणाली डेटा सेट कई उद्देश्यों के लिए उपयोगी हो सकते हैं। उनका उपयोग मुख्य रूप से भौगोलिक रूप से डेटा प्रदर्शित करने के लिए किया जाता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य में, भौगोलिक सूचना प्रणाली के लिए अनुप्रयोग अधिक सुलभ हो रहे हैं क्योंकि भू-कोडित स्वास्थ्य डेटा और पर्यावरणीय जोखिम डेटा तेजी से उपलब्ध हो जाते हैं, और नए और उपयोग में आसान भौगोलिक सूचना प्रणाली सॉफ्टवेयर विकसित किया जाता है। इसमें डेटाबेस प्रबंधन, योजना, जोखिम सेवा क्षेत्र मानचित्रण, स्थान पहचान आदि शामिल हैं। जीआईएस (भौगोलिक सूचना प्रणाली) एक उपयोगी उपकरण है जो स्वास्थ्य अनुसंधान, स्वास्थ्य शिक्षा, योजना, निगरानी और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के मूल्यांकन में सहायता और सहायता करता है जो कुछ जानलेवा बीमारियों और महामारियों को नियंत्रित करने और उन्मूलन करने के लिए हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य में इसके कुछ अनुप्रयोग हैं:

- 1) भौगोलिक वितरण और रोगों की भिन्नता
- 2) स्थानिक और लौकिक प्रवृत्तियों का विश्लेषण
- 3) टीकाकरण में अंतराल की पहचान करना
- 4) जोखिम में आबादी का मानचित्रण और जोखिम कारकों को स्तरीकृत करना
- 5) एक समुदाय की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं का दस्तावेजीकरण और संसाधन आवंटन का आकलन करना
- 6) महामारी का पूर्वानुमान
- 7) नियोजन और लक्ष्यीकरण हस्तक्षेप
- 8) समय के साथ बीमारियों और हस्तक्षेपों की निगरानी
- 9) रोगी देखभाल वातावरण, सामग्री, आपूर्ति और मानव संसाधनों का प्रबंधन
- 10) स्वास्थ्य केंद्रों के उपयोग की निगरानी
- 11) मार्ग स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, उपकरणों और सेवा स्थानों की आपूर्ति
- 12) स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करके नक्शे प्रकाशित करना, आदि।

हाल के वर्षों में रोग की घटना के मानचित्रण के तरीकों का विकास काफी उन्नत हुआ है। इस वृद्धि ने सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्यों के लिए नियमित रूप से एकत्र किए गए डेटा के विश्लेषण में और व्याख्यात्मक चर से संबंधित बीमारी के पारिस्थितिक अध्ययन के भीतर पाए जाने वाले आंकड़ों के विश्लेषण में भौगोलिक या स्थानिक सांख्यिकीय उपकरणों का एक बड़ा उपयोग किया है। रोगों के भौगोलिक वितरण के अध्ययन में उपयोग की बहुलता हो सकती है और तीन वर्गों में से किसी में भी फिट हो सकती है : रोग मानचित्रण, आमतौर पर विश्लेषण का उद्देश्य भौगोलिक रूप से ब्याज की बीमारी के वास्तविक सापेक्ष जोखिम का अनुमान लगाना

है क्षेत्र। ऐसी विधियों का अनुप्रयोग स्वास्थ्य सेवा संसाधन आवंटन में निहित है। रोग क्लस्टरिंग, यह सार्वजनिक स्वास्थ्य निगरानी में सहायता करता है, जहां यह आकलन करने में सक्षम होना महत्वपूर्ण हो सकता है कि क्या एक बीमारी का नक्शा क्लस्टर है और क्लस्टर कहां स्थित हैं। खतरे के अनुमानित स्रोत के आसपास रोग की घटनाओं का विश्लेषण क्लस्टर का पता लगाने का एक विशेष मामला है। पारिस्थितिक विश्लेषण, यह व्याख्यात्मक कोवेरिएट्स के संबंध में रोग के भौगोलिक वितरण के विश्लेषण पर केंद्रित है, आमतौर पर एक समेकित स्थानिक स्तर पर।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) स्वास्थ्य नियोजन में जीआईएस के आवेदन पर संक्षेप में चर्चा करें?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 15.6 स्वास्थ्य के आँकड़े

स्वास्थ्य आँकड़े डेटा सेट से प्राप्त होते हैं जो एक निर्धारित तरीके से व्यवस्थित तार्किक रूप से संबंधित डेटा का संग्रह होते हैं। डेटा जानकारी का एक टुकड़ा है, विशेषताओं या घटनाओं की असतत टिप्पणियां, विशेष रूप से वे लोग जो विश्लेषण किए जाने वाले संग्रह का हिस्सा हैं। डेटा जो किसी उद्देश्य के लिए सटीक, समय पर, विशिष्ट और संगठित है, एक संदर्भ के भीतर प्रस्तुत किया गया है जो इसे अर्थ और प्रासंगिकता प्रदान करता है और समझ में वृद्धि का कारण बन सकता है और अनिश्चितता में कम करें। स्वास्थ्य सांख्यिकी और डेटा महत्वपूर्ण हैं क्योंकि वे एक समुदाय के लिए स्वास्थ्य संकेतकों की एक अच्छी श्रृंखला को मापते हैं। स्वास्थ्य डेटा नैदानिक अध्ययनों के लिए तुलना प्रदान करते हैं, अक्सर स्वास्थ्य देखभाल की कीमतों का आकलन करने के लिए अभ्यस्त होते हैं।

स्वास्थ्य सांख्यिकी के विज्ञान के सामान्य सिद्धांत, अधिकांश अन्य लोगों के रूप में, प्राचीन यूनानियों द्वारा पूर्वाभास किया गया था, जिन्होंने सावधानीपूर्वक देखा, दर्ज किया और प्राकृतिक घटनाओं का विश्लेषण किया, और अलौकिक कारणों के बजाय प्राकृतिक की खोज में तर्क की आगमनात्मक विधि को लागू किया, अप्रमाणित को संदेह के साथ इलाज किया। फिर भी, बीमारी के व्यवहार की उचित समझ-मानव (या जानवर) आबादी में बीमारी कैसे और क्यों फैलती है, मोम और कम हो जाती है, या निरंतर परिवर्तनों के जवाब में इसके चरित्र को बदल देती है अपने मेजबान और पर्यावरण में — आधुनिक महामारी विज्ञान, सांख्यिकी, सूक्ष्म जीव विज्ञान और जैव रसायन द्वारा प्रदान किए गए अध्ययन और प्रयोग की तकनीकों का इंतजार करना पड़ा।

स्वास्थ्य आँकड़े ऐसे आँकड़े हैं जो स्वास्थ्य से संबंधित जानकारी को संक्षेप में प्रस्तुत करते हैं। यह साक्ष्य या तथ्यों का एक रूप है जो निष्कर्ष का समर्थन कर सकता है। साक्ष्य-सूचित नीति-निर्माण, नीतिगत निर्णयों के लिए एक दृष्टिकोण जिसका उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि निर्णय लेने को सर्वोत्तम उपलब्ध अनुसंधान साक्ष्य, और साक्ष्य द्वारा अच्छी तरह से सूचित किया जाता है — आधारित चिकित्सा (ईबीएम), या व्यक्तिगत रोगियों की देखभाल के बारे में निर्णय लेने में आधुनिक, सर्वोत्तम साक्ष्य का ईमानदार, स्पष्ट, विवेकपूर्ण और उचित उपयोग स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने और जनसंख्या स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के सर्वोत्तम तरीके को सूचित करने के लिए आवश्यक है। सभी सबूत एक निष्कर्ष के समर्थन में समान रूप से आश्वस्त नहीं हैं या होने चाहिए। साक्ष्य गुणवत्ता में भिन्न होते हैं और क्या यह किसी दिए गए स्थिति पर लागू होता है। इसलिए यह आवश्यक है कि स्वास्थ्य शोधकर्ता और नीति निर्माता समझें कि पारदर्शी, उच्च गुणवत्ता वाले स्वास्थ्य आँकड़ों तक पहुंचने सहित व्यवस्थित तरीके से साक्ष्य का आकलन कैसे किया जाए और जानकारी। स्वास्थ्य आँकड़े चार प्रकार की जानकारी को मापते हैं। प्रकारों को आमतौर पर चार सी के रूप में जाना जाता है: सहसंबंध, शर्तें, देखभाल और लागत। इस पाठ्यक्रम का पहला खंड प्रत्येक प्रकार की जानकारी की जांच करता है।

डेटा एकत्र करने और प्रस्तुत करने के लिए उपयोग किए जाने वाले बुनियादी शब्द और अवधारणाएं स्वास्थ्य आँकड़ों का उपयोग करने और उनकी गुणवत्ता का आकलन करने के लिए आवश्यक हैं। सांख्यिकीय अनुसंधान की कुछ मूल बातें क्योंकि यह स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित है, जिसमें नमूनाकरण, आत्मविश्वास अंतराल, पूर्वाग्रह, वैधता, आश्रित और स्वतंत्र चर, आयु समायोजन (प्रत्यक्ष मानकीकरण सहित), और बहुत कुछ शामिल हैं।

**नमूनाकरण:** इस बात को बताता है कि लोगों का एक छोटा समूह हमें बड़ी आबादी के बारे में जानकारी का अनुमान लगाने में कैसे मदद कर सकता है।

**कॉन्फिडेंस इंटरवल (confidence interval):** यह देखने में मदद करता है कि डेटा कितना सटीक है।

**सहसंबंध और कारण:** चर के बीच दो अलग-अलग प्रकार के संबंधों के बीच अंतर बताता है।

**वैधता:** आँकड़ों की सटीकता को मापने का तरीका।

**आश्रित और स्वतंत्र चर:** अध्ययन किए जा रहे लोगों से संबंधित विभिन्न तरीकों की पहचान करने का तरीका।

**आयु समायोजन:** समुदायों या समूहों के बीच आयु अंतर के लिए आँकड़ों को अनुकूलित करने का तरीका।

**परिकल्पना:** प्रयोग डिजाइन के पीछे की भाषा को समझें।

**सामान्य वितरण:** कल्पना करें कि डेटा सामान्य रूप से आबादी में कैसे वितरित किया जाता है।

**मानक विचलन:** इसके बारे में जानें डेटा के फैलाव का वर्णन करने के लिए उपयोग किया जाने वाला मीट्रिक, **जेड-स्कोर:** संबंध में एक सामान्य वितरण वक्र के साथ डेटा बिंदु की स्थिति निर्धारित करने के लिए एक सूत्र **नमूना माध्य, टी-टेस्ट और जेड-टेस्ट:** इन

सांख्यिकीय परीक्षणों का उपयोग करके सांख्यिकीय महत्व निर्धारित करें,

**महत्व स्तर:** समझें कि शोधकर्ता सांख्यिकीय महत्व, पी-वैल्यू की अवधारणा कैसे करते हैं: अंतिम चरण, त्रुटि की संभावना के पीछे की अवधारणा जानें, स्वास्थ्य विषयों में शामिल करना।

स्वास्थ्य आँकड़े जनसंख्या आधारित हैं और कई समय के साथ एकत्र और विश्लेषण किए जाते हैं। सांख्यिकी अक्सर भौगोलिक क्षेत्रों का उपयोग करती है जैसे कि स्वास्थ्य देखभाल कवरेज और विशिष्ट रोग घटनाओं की तुलना निर्धारित करने के लिए ज़िप कोड। अधिकांश अध्ययन समय, स्थान और सामाजिक समूह के साथ भिन्नता पर ध्यान केंद्रित करते हैं। सरकारी, निजी और गैर-लाभकारी एजेंसियों और संगठनों के शोधकर्ता और विशेषज्ञ स्वास्थ्य आँकड़े एकत्र करते हैं। वे सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में जानने के लिए आँकड़ों का उपयोग करते हैं।

### 15.6.1 उद्देश्य और स्रोत

आँकड़े उन संख्याओं से शुरू होते हैं जो सार्वभौमिक रूप से तय नहीं होते हैं। संख्याओं को एक साथ रखा जाता है (इसके अलावा, घटाव, गुणा और विभाजन) और निष्कर्ष निकाले जाते हैं। स्वास्थ्य आँकड़ों का उपयोग समुदायों के लिए जोखिम कारकों को समझने, बीमारियों को ट्रैक करने और निगरानी करने, नीतिगत परिवर्तनों के प्रभाव को देखने और स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता और सुरक्षा का आकलन करने के लिए किया जाता है। हालांकि, उपयोग के आँकड़े विश्वसनीय और प्रासंगिक दोनों होने चाहिए। मानक प्रथाओं और पद्धति का पालन करते हुए उन्हें सही ढंग से संकलित करने की आवश्यकता है। उन्हें उपयोगकर्ताओं की जरूरतों को भी पूरा करना चाहिए। डेटा एकत्र करने का अंतिम उद्देश्य स्वास्थ्य कार्यक्रम योजना के साथ-साथ नीति-निर्माण और अंत में, वैश्विक स्वास्थ्य परिणामों और इक्विटी को सूचित करना है। अच्छी तरह से काम करने वाली स्वास्थ्य सूचना प्रणाली निर्णय निर्माताओं को कम से कम संभव लागत पर मूल्यवान साक्ष्य प्रदान करके अधिक प्रभावी ढंग से प्रबंधित करने और नेतृत्व करने के लिए सशक्त बनाती है।

कुल मिलाकर, महत्वपूर्ण और स्वास्थ्य सांख्यिकी का उद्देश्य सामाजिक और आर्थिक प्रगति में योगदान करना है। स्वास्थ्य और जनसांख्यिकीय समस्याओं के प्रचलित स्तरों का अध्ययन उन स्थितियों और कारकों के संबंध में किया जाना चाहिए जो उन्हें प्रभावित करते हैं। इसके लिए- और स्वास्थ्य में रुझानों और परिवर्तनों के अध्ययन के लिए, स्थितियां-तथ्यात्मक ज्ञान आवश्यक है। एक देश जितना अधिक उन्नत होता है, उतना ही सटीक और मर्मज्ञ अध्ययन होता है। उदाहरण के लिए, पर्यावरण स्वच्छता में सुधार, मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवाओं की स्थापना और स्वास्थ्य शिक्षा जैसे बुनियादी कदम-केवल कुछ ही नाम-स्थिति के पूर्ण सांख्यिकीय विश्लेषण का नेतृत्व कर सकते हैं। फिर भी, यहां तक कि महत्वपूर्ण और स्वास्थ्य आँकड़ों की सरल किस्में, जैसे कि जो उच्च मृत्यु दर के क्षेत्रों का पता लगाने में मदद करती हैं और प्रमुख रोकथाम योग्य बीमारियों का संकेत देती हैं, सहायक होंगी। इन्हें अपेक्षाकृत आसानी से उत्पादित किया जा सकता है, या तो नमूना सर्वेक्षण के माध्यम से या राष्ट्रीय स्वास्थ्य सांख्यिकी प्रणाली की स्थापना से। डेटा एकत्र करने के लिए मानक सांख्यिकीय तरीके दुनिया भर में समान रूप से लागू नहीं हैं।

स्वास्थ्य सांख्यिकी विभिन्न स्रोतों से आते हैं। कई देशों में डेटा रिपोर्ट करने के लिए अपनी प्रणालियां हैं। स्वास्थ्य सांख्यिकी के मुख्य स्रोत सर्वेक्षण, प्रशासनिक और चिकित्सा रिकॉर्ड, दावा डेटा, महत्वपूर्ण रिकॉर्ड, निगरानी, रोग रजिस्ट्रियां और सहकर्मी-समीक्षा साहित्य हैं। उपाय के आधार पर, डेटा विभिन्न स्रोतों से एकत्र किया जा सकता है, जिसमें मेडिकल रिकॉर्ड, रोगी सर्वेक्षण और बिलों का भुगतान करने या देखभाल का प्रबंधन करने के लिए उपयोग किए जाने वाले प्रशासनिक डेटाबेस शामिल हैं। इन स्रोतों में से प्रत्येक के अन्य प्राथमिक उद्देश्य हो सकते हैं, इसलिए गुणवत्ता माप और रिपोर्टिंग के प्रयोजनों के लिए उपयोग किए जाने पर फायदे और चुनौतियां होती हैं। संगठन उन जनसंख्या की विशेषताओं पर प्रशासनिक डेटा उत्पन्न करते हैं जो वे सेवा करते हैं और साथ ही उन सेवाओं के लिए सेवाओं और शुल्कों का उपयोग करते हैं, अक्सर व्यक्तिगत उपयोगकर्ताओं का स्तर। डेटा दावों, मुठभेड़ों, नामांकन और प्रदाता प्रणालियों से एकत्र किया जाता है। सामान्य डेटा तत्वों में सेवा का प्रकार, इकाइयों की संख्या (जैसे, सेवा के दिन), नैदानिक सेवाओं के लिए निदान और प्रक्रिया कोड, सेवा का स्थान, और बिल की गई राशि और वापस की गई राशि, इलेक्ट्रॉनिक रूप से उपलब्ध, मेडिकल रिकॉर्ड डेटा प्राप्त करने की तुलना में कम महंगी, पूरे के लिए उपलब्ध है रोगियों की आबादी और भुगतानकर्ताओं में, काफी समान कोडिंग सिस्टम और प्रथाएं प्रशासनिक डेटा के मुख्य लाभ हैं। इसमें कुछ चुनौतियां भी हैं जैसे सीमित नैदानिक जानकारी, सार्वजनिक रिपोर्टिंग के लिए संदिग्ध सटीकता क्योंकि प्राथमिक उद्देश्य बिलिंग, पूर्णता और समयबद्धता है।

एक मेडिकल रिकॉर्ड एक रोगी के चिकित्सा इतिहास और देखभाल का प्रलेखन है। इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड के आगमन ने रोगियों की फाइलों की पहुंच में वृद्धि की है। गुणवत्ता माप और रिपोर्टिंग के लिए इस जानकारी का उपयोग करने में आसानी और लागत द्वारा इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड प्रणालियों के व्यापक उपयोग में सुधार होने की उम्मीद है। इसके कुछ उल्लेखनीय फायदे हैं जैसे कि नैदानिक विस्तार से समृद्ध और प्रदाताओं द्वारा विश्वसनीय के रूप में देखा जाता है। मेडिकल रिकॉर्ड की चुनौतियों में डेटा संकलित करने के लिए आवश्यक लागत, जटिलता और समय शामिल है जब रोगियों को विभिन्न साइटों पर सेवाएं प्राप्त होती हैं, खासकर यदि एक अलग रिकॉर्ड प्रारूप का उपयोग किया जाता है और वर्तमान उपयोग किया जाता है, अधिकांश रिकॉर्ड के लिए पेपर, जिसका अर्थ है कि प्रशिक्षित कर्मचारियों को मैन्युअल रूप से अमूर्त जानकारी होनी चाहिए।

सर्वेक्षण उपकरण रोगियों से उनके स्वास्थ्य देखभाल अनुभवों के बारे में स्व-रिपोर्ट की गई जानकारी कैप्चर करते हैं। कवर किए गए पहलुओं में प्राप्त देखभाल, सेवा या उपचार और देखभाल के परिणामों की धारणाएं शामिल हैं। सर्वेक्षण आमतौर पर मेल द्वारा, टेलीफोन द्वारा या इंटरनेट के माध्यम से रोगियों के नमूने को प्रशासित किया जाता है। जानकारी के प्रकार को कैप्चर करता है जिसके लिए रोगी सबसे अच्छा स्रोत हैं, सर्वेक्षण डिजाइन और प्रशासन के लिए अच्छी तरह से स्थापित तरीके, उपभोक्ताओं को समझने और सर्वेक्षण के परिणामों से संबंधित करने में आसान ये रोगी सर्वेक्षणों के फायदे हैं। रोगी सर्वेक्षण की चुनौतियां सर्वेक्षण प्रशासन की लागत और भ्रामक परिणामों की संभावना थी यदि प्रश्नों को खराब शब्दों में रखा जाता है, सर्वेक्षण प्रशासन प्रक्रियाओं को मानकीकृत नहीं किया जाता है, नमूना की गई आबादी पूरी तरह से आबादी का प्रतिनिधित्व नहीं करती है (नमूना पूर्वाग्रह), या जनसंख्या प्रतिक्रियाओं (प्रतिक्रिया पूर्वाग्रह) में प्रतिनिधित्व नहीं किया जाता है।

मानकीकृत नैदानिक डेटा के लिए एक निश्चित प्रकार की सुविधाएं, जैसे कि नर्सिंग होम और होम हेल्थ एजेंसियों को निर्धारित समय अंतराल पर प्रत्येक रोगी की स्थिति के बारे में विस्तृत जानकारी की रिपोर्ट करने की आवश्यकता होती है। न्यूनतम डेटा सेट (एमडीएस), नर्सिंग होम के लिए आवश्यक जानकारी, और परिणाम और मूल्यांकन सूचना सेट (ओएसआईएस), प्रमाणित गृह स्वास्थ्य एजेंसियों के लिए मेडिकेयर द्वारा आवश्यक डेटा, इन प्रदाता प्रकारों के लिए गुणवत्ता उपायों में उपयोग किए जाने वाले डेटा को संग्रहीत करता है। मानकीकृत नैदानिक डेटा के फायदों में मौजूदा डेटा सेट का उपयोग करना और देखभाल के कई डोमेन में सुविधा प्रदर्शन की विशेषता शामिल है। मानकीकृत नैदानिक डेटा की प्रमुख चुनौती यह है कि यह ब्याज के सभी विषयों को संबोधित नहीं कर सकता है।

**अंतरराष्ट्रीय डेटा संयुक्त राष्ट्र सांख्यिकी प्रभाग;** यह कई अंतरराष्ट्रीय स्रोतों से आँकड़े संकलित करता है और सांख्यिकी के विशेष क्षेत्रों में वैश्विक अपडेट का उत्पादन करता है। देश-विशिष्ट जनसंख्या डेटा तक मुफ्त पहुंच प्रदान की जाती है। **विश्व बैंक समूह डेटा और सांख्यिकी** — राष्ट्रीय सरकारों द्वारा संगठित और वित्त पोषित आधिकारिक सांख्यिकीय प्रणालियों से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्राप्त डेटा प्रदान करता है। स्वास्थ्य सहित कई विकल्प खोजने के लिए विषय दर विषय डेटा पर क्लिक करें। **विश्व स्वास्थ्य संगठन — सांख्यिकीय सूचना प्रणाली** (विश्व स्वास्थ्य संगठन एसआईएस), विश्व स्वास्थ्य संगठन सांख्यिकीय सूचना प्रणाली स्वास्थ्य और स्वास्थ्य से संबंधित महामारी विज्ञान और सांख्यिकीय जानकारी उपलब्ध करने के लिए मार्गदर्शिका है। विश्व स्वास्थ्य संगठन से अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य आँकड़े आवश्यक विश्व सूचना प्रणाली प्रदान करते हैं। स्वास्थ्य में उनकी प्रगति की तुलना करने के लिए विभिन्न देशों द्वारा उनका उपयोग किया जाता है जो कहीं और इसी तरह की स्वास्थ्य कार्रवाई द्वारा प्राप्त किया जाता है। इन राष्ट्रीय आवश्यकताओं के कारण, अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों के पास विश्वव्यापी आधार पर सांख्यिकीय जानकारी एकत्र करने और तुरंत प्रसारित करने की अनूठी जिम्मेदारी है।

## 15.7 भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस), उनके और स्वास्थ्य आँकड़ों का उपयोग करके ग्रामीण स्वास्थ्य के लिए योजना: कुछ उदाहरण

भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस) बहु-रोग निगरानी गतिविधियों के अभिसरण के लिए एक सामान्य मंच के रूप में प्रदान करती है। सार्वजनिक स्वास्थ्य संसाधन, विशिष्ट बीमारियों और अन्य स्वास्थ्य मुद्दों को उनके परिवेश और मौजूदा स्वास्थ्य और सामुदायिक बुनियादी ढांचे के संबंध में मैप किया जा सकता है। भौगोलिक सूचना प्रणाली विषयगत नक्शे उत्पन्न करने में मदद करता है जो किसी बीमारी की तीव्रता को प्रस्तुत करता है। जीआईएस पारंपरिक तरीकों की तुलना में तेजी से और बेहतर स्वास्थ्य मानचित्रण और विश्लेषण में सहायता करता है। भौगोलिक सूचना प्रणाली का उपयोग करना, स्वास्थ्य उद्योग में काम करने वालों को बेहतर निर्णय लेने के लिए अपनी जानकारी का प्रबंधन करने में मदद करता है। अस्पताल और सर्जरी, दूषित भूमि और बीमारी के प्रसार सहित विशिष्ट स्थानों पर जानकारी बांधकर, विश्लेषक ऐसे नक्शे तैयार कर सकते हैं जो उन्हें पैटर्न की पहचान करने और रिशतों को समझने में मदद करते हैं। जीआईएस एक सामान्य विश्लेषणात्मक ढांचा प्रदान करता है जिसके भीतर स्वास्थ्य अधिकारी समस्याओं को समझ सकते हैं और प्रतिक्रियाएं तैयार कर सकते हैं, घटना प्रबंधन

और स्वास्थ्य योजना में सुधार कर सकते हैं। भौगोलिक सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवा अनुप्रयोगों में एक महत्वपूर्ण उपकरण बन रहा है। इसमें डेटाबेस प्रबंधन, योजना, जोखिम सेवा क्षेत्र मानचित्रण और स्थान पहचान आदि शामिल हैं।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली ( एचएमआईएस) में भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस) स्वास्थ्य देखभाल वितरण को अधिक प्रभावी और कहीं अधिक कुशल बनाने के लिए एक शक्तिशाली उपकरण हो सकती है। इसमें डेटाबेस प्रबंधन, योजना, जोखिम सेवा क्षेत्र मानचित्रण, स्थान पहचान आदि शामिल हैं। स्वास्थ्य सेवा अनुप्रयोग में भौगोलिक सूचना प्रणाली उपयोग के इस अचानक उछाल के कारणों में से एक स्वास्थ्य संबंधी कारकों की स्थानिक निर्भरता है। पूर्वी हिमालय के एक छोटे से राज्य सिक्किम ने हाल के दिनों में हृदय, दुर्घटना और अन्य आपातकालीन स्थितियों के रूप में आकस्मिक प्रकृति की कुल पंजीकृत मौतों में स्पष्ट वृद्धि दिखाई है। आपातकालीन चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए उपकरण और कुशल मानव-शक्ति के मामले में मौजूदा प्रणाली सबसे अच्छी तरह से अपर्याप्त है। एसटीएनएम अस्पताल, राज्य का केंद्रीय रेफरल संस्थान है जो न केवल गंगटोक राज्य की राजधानी की शहरी आबादी को बल्कि सिक्किम के बाकी हिस्सों की अधिकांश ग्रामीण आबादी को आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है। तेजी से विकास और हमेशा बढ़ते वाहनों के आवागमन और लगातार प्राकृतिक आपदाओं के कारण कार्यभार में वृद्धि के कारण सुविधाओं का विस्तार करने की आवश्यकता है। उचित प्रबंधन, सुविधाओं की कमी और आपातकालीन रोगियों पर त्वरित ध्यान देने की समस्या को बढ़ाते हुए पहाड़ी इलाके में जहां परिवहन का एकमात्र संभावित साधन सड़क मार्ग से होता है, जो मानसून के मौसम में बार-बार टूट जाता है, जिससे रोगियों का परिवहन होता है एक बड़ी समस्या है। यह अध्ययन भौगोलिक सूचना प्रणाली अध्ययन का उपयोग करके स्वास्थ्य सूचना और चिकित्सा तैयारियों के माध्यम से गंगटोक क्षेत्र की सामान्य स्थिति को पेश करने के लिए किया गया था। सड़क नेटवर्क जैसे आवश्यक संसाधनों का मानचित्रण, अध्ययन क्षेत्र में स्वास्थ्य सुविधा का पता लगाना और जीआईएस तकनीकों का उपयोग करके जनसंख्या घनत्व का पता लगाना। स्वास्थ्य प्रबंधन आवश्यकताओं, बीमारियों की घटना जैसे एक अलग चरण की जानकारी, सुविधाएं जो स्थिति को संभालने के लिए तत्काल कार्रवाई करने के लिए बुनियादी सुविधाओं के निर्माण पर निर्णय लेने की व्यवस्था में उपलब्ध हैं और जल्दी से। चिकित्सा तैयारी योजना के लिए आपदा स्थल प्रबंधन और नैदानिक हताहत प्रबंधन के लिए एक समन्वित तकनीकी रूप से काम करने के लिए एक एकीकृत दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है। आपदा प्रबंधन के पूरे कार्य में चिकित्सा और स्वास्थ्य प्रतिक्रिया सर्वोच्च प्राथमिकता है। भौगोलिक सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवा की योजना, संगठनात्मक मुद्दों के लिए एक आदर्श उपकरण है। चिकित्सा तैयारी, आपदा के लिए चिकित्सा तैयारी के अनुसार, महत्वपूर्ण चिकित्सा देखभाल कार्यों के स्थानीय सुदृढीकरण का तात्पर्य है। यह तब लागू किया जाता है जब उपलब्ध क्षमता आपातकालीन देखभाल के लिए अपर्याप्त होने की उम्मीद की जा सकती है या होने की उम्मीद की जा सकती है। चिकित्सा तैयारी मूल रूप से आपदाओं को पूरा करने के लिए चिकित्सा और स्वास्थ्य संबंधी पहलुओं के लिए योजना बनाने का तात्पर्य है।

**अस्पताल सूचना प्रणाली कार्यान्वयन:** ईरान के पूर्वोत्तर में महत्वपूर्ण सफलता कारकों का मूल्यांकन अस्पताल सूचना प्रणालियों का कार्यान्वयन (स्वास्थ्य सूचना प्रणाली ) को इसके दायरे और रोगियों की पहचान से संबंधित, जनसांख्यिकीय, नैदानिक और प्रबंधकीय डेटा को

एकीकृत तरीके से एकत्र करने के साथ-साथ इसमें किए गए परिवर्तनों के कारण एक कठिन और संवेदनशील कार्य माना जाता है। प्रौद्योगिकियों के बढ़ते विकास और विभिन्न उपयोगकर्ताओं के बीच कंप्यूटर का उपयोग करने की मजबूत इच्छा ने चिकित्सा केंद्रों को सूचना प्रणालियों का उपयोग करने की दिशा में प्रेरित किया है। चिकित्सा केंद्रों द्वारा उत्पन्न नैदानिक डेटा की बड़ी मात्रा और इस तरह के डेटा तक पहुंचने की आवश्यकता को देखते हुए, मैनुअल अस्पताल सूचना प्रणाली (स्वास्थ्य सूचना प्रणाली) को कई समस्याओं का सामना करना पड़ा है इस तरह से कि व्यापक जानकारी तक पहुंच संभव नहीं है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि अस्पतालों में एक प्रणाली के सफल कार्यान्वयन के लिए एक तैयार और अपेक्षाकृत दीर्घकालिक कार्यक्रम में मुद्दों और उपायों की एक श्रृंखला की आवश्यकता होती है। अस्पताल के संगठन में स्वास्थ्य सूचना प्रणाली कार्यान्वयन की सफलता या विफलता बहुत अधिक है। इस जटिलता के लिए स्वास्थ्य सूचना प्रणाली कार्यान्वयन अन्य परिष्कृत तकनीक के समान नहीं है। इसके अलावा स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का सफल कार्यान्वयन कई कारकों से प्रभावित होता है। इसमें कार्यात्मक कारक, परियोजना प्रबंधन कारक और मानव, तकनीकी और प्रबंधन कारक महत्वपूर्ण हैं।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 4

1) भारत में कोविड-19 संकट के प्रबंधन में स्वास्थ्य प्रौद्योगिकी की क्या भूमिका है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 15.8 सारांश

दुनिया भर में, ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में रहने वाले लोगों की स्वास्थ्य स्थिति आमतौर पर शहरी क्षेत्रों में रहने वाले लोगों की तुलना में बदतर है। ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं, सुरक्षित पानी और स्वच्छता तक पहुंच के निचले स्तर हैं। लैटिन अमेरिका में अस्सी प्रतिशत गरीब, एशिया में 60 प्रतिशत और अफ्रीका में 50 प्रतिशत कम उत्पादकता और गिरावट के लिए उच्च संवेदनशीलता वाली सीमांत भूमि पर रहते हैं। गरीबी और खराब स्वास्थ्य अपने शहरी निवासियों की तुलना में दुनिया के ग्रामीण लोगों में अधिक पाया जाता है। अच्छा स्वास्थ्य प्राप्त करना ग्रामीण गरीबी से बाहर निकलने का एक अच्छी तरह से सिद्ध मार्ग है। ग्रामीण स्थानों में अच्छे स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए, कई प्रमुख सिद्धांतों को लागू किया जाना चाहिए। समाज को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारित प्रणालियों के प्रति अपनी प्रतिबद्धता की पुष्टि करने की आवश्यकता है, और संसाधनों को उन तरीकों से वितरित किया जाना चाहिए जो ग्रामीण, साथ ही शहरी साइटों का समर्थन करते हैं। हमें उच्च गुणवत्ता वाली

सेवाओं को बढ़ावा देने वाले तरीकों से मौजूदा सुविधाओं का कुशलतापूर्वक उपयोग करना चाहिए। व्यक्तिगत (व्यक्तिगत) स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को सार्वजनिक (जनसंख्या आधारित) स्वास्थ्य प्रणालियों के साथ निकटता से एकीकृत किया जाना चाहिए।

एक आदर्श दुनिया में, हमारे पास सामुदायिक स्तर की बीमारी की व्यापकता की घटनाओं पर अधिक वास्तविक डेटा की जरूरत है जिससे जीवन की गुणवत्ता में सुधार के लिए बहुत कुछ करने में सक्षम होंगे। इन समुदायों के लिए, लेकिन ऐसा करने का अवसर अभी भी पहले जैसा खड़ा है।

इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों के चल रहे कार्यान्वयन, परिपक्वता और उपयोग के लिए व्यवहार में इन प्रणालियों का समर्थन करने के लिए सक्षम एचआईएम और एचआई पेशेवरों के पूरक और अतिव्यापी कौशल सेट की आवश्यकता होती है।

जैसा कि भारत में स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र अपने राजस्व सृजन और एक मजबूत श्रम शक्ति की आवश्यकता के मामले में अधिक प्रमुख हो जाता है, इस क्षेत्र में नवाचार बहुत पीछे नहीं है। बुनियादी ढांचे का निर्माण ताकि स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने के लिए डेटा का लाभ उठाया जा सके, एक शक्तिशाली प्रयास हो सकता है। सही ढंग से विश्लेषण किए गए सामुदायिक स्तर के आंकड़ों से बीमारी की घटनाओं के स्तर की भविष्यवाणी करने में मदद मिल सकती है और मध्यम से दीर्घकालिक में निवारक स्वास्थ्य देखभाल के अवसर प्रदान कर सकते हैं। हालांकि लागू करना अधिक चुनौतीपूर्ण है, इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड सिस्टम भारत के लिए लाभ उठाने का एक और बड़ा अवसर है। यह समय के साथ स्वास्थ्य सेवा को अधिक कुशल, सुरक्षित और लागत प्रभावी बनाता है। इलेक्ट्रॉनिक रूप से हर किसी के मेडिकल रिकॉर्ड को सहेजने से दूरगामी प्रभाव पड़ता है जो इस संक्रमण की भारी लागत से अधिक है। भारत आज चिकित्सा सुविधाओं में इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्ड रखने को अपनाते में बहुत पीछे नहीं है और स्वास्थ्य सेवा रिकॉर्ड को डिजिटल बनाने के रास्ते पर आगे बढ़ रहा है।

आधार कार्ड प्रणाली भारत में एक मजबूत इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड प्रणाली के लिए उत्प्रेरक हो सकती है। भले ही आधार आज आयकर, पासपोर्ट, बैंक खातों आदि को जोड़ने पर बहुत अधिक ध्यान केंद्रित करता है, लेकिन यह केवल एक मजबूत मेडिकल रिकॉर्ड प्रणाली की नींव के रूप में काम करेगा। ईएमआर के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य डेटा तक पहुंच प्राप्त करने के कुछ सबसे बड़े लाभ एक बड़े सामुदायिक स्तर पर डेटा को जमा करने और समझने में सक्षम बनाता है। उदाहरण के लिए, मधुमेह के प्रसार को समझना और भारत में डायलिसिस केंद्र स्थापित करने की आवश्यकता अमूल्य है। इसी तरह गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले बच्चों में कुपोषण के मामलों का स्थान के आधार पर विश्लेषण किया जा सकता है और जरूरतमंद लोगों की मदद के लिए विशिष्ट उपाय किए जा सकते हैं।

निजी क्षेत्र को रोगी डेटा के अधिक एकीकरण और संभावित आदान-प्रदान में शामिल होने की आवश्यकता है। आदर्श रूप से, रोगी को अपने स्वयं के स्वास्थ्य डेटा का प्रशासन और स्वामित्व होना चाहिए और वे स्वयं स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों द्वारा अपनी जानकारी तक पहुंच की अनुमति देते हैं, चाहे वह सार्वजनिक या निजी प्रणाली हो, लेकिन अभी भी एक लंबा रास्ता तय करना है। स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के एकीकरण के रूप में, कार्यक्रम, और निवेश, अन्य बातों के अलावा इसके लिए एक बाधा कारक डिजिटल बहिष्करण, डेटा के एकीकरण और आदान-प्रदान को बनाने की आवश्यकता है।

स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों में सुधार के प्रयास अकेले संसाधन-सीमित देशों पर या केवल कुछ विकास भागीदारों पर नहीं पड़ सकते हैं। सुधार और सुधार के लिए एक कार्यक्रम को देश के स्वामित्व और प्रयासों पर निर्माण करना चाहिए, और सूचना की मांग और आपूर्ति और उपयोग में वृद्धि करनी चाहिए। हेल्थकेयर प्रदाताओं के पास अपने इंटरनेट कनेक्शन के माध्यम से कई आधिकारिक स्रोतों से विश्वसनीय और बहुआयामी जानकारी है। माउस और कीबोर्ड की पहुंच के भीतर, ये समृद्ध संसाधन एक चिकित्सक के स्थानीय अनुभवों को रोशन कर सकते हैं, स्वास्थ्य सेवा वितरण और परिणामों में तुलना प्रदान कर सकते हैं, और मान्य साक्ष्य-आधारित प्रथाएं प्रदान कर सकते हैं।

कुछ देशों के पास सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की पर्याप्त निगरानी करने के लिए पर्याप्त रूप से प्रभावी स्वास्थ्य सूचना प्रणाली है। डेटा संग्रह, विश्लेषण, प्रसार और उपयोग के लिए प्रणालियों में एक पुरानी अंडर-इन्वेस्टमेंट रही है; और यहां तक कि जब डेटा उपलब्ध होते हैं, तो वे अक्सर पुराने और अविश्वसनीय होते हैं। स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों में सुधार के प्रयास अकेले संसाधन-सीमित देशों नहीं पड़ सकते हैं। सुधार के लिए एक कार्यक्रम स्वामित्व और प्रयासों पर निर्माण करना चाहिए, और जानकारी की मांग और आपूर्ति और उपयोग में वृद्धि करनी चाहिए।

ग्रामीण क्षेत्रों में गरीबी, कम स्वास्थ्य स्थिति और बीमारी के उच्च बोझ की एकाग्रता के साथ, विशेष रूप से ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में लोगों के स्वास्थ्य में सुधार पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है, खासकर अगर शहरी बहाव को धीमा करना है।

---

## 15.9 मुख्य शब्द

---

**ई-हेल्थ** को स्वास्थ्य देखभाल वितरण की ज्ञानवर्धक क्षमता और प्रभावशीलता के लिए इलेक्ट्रॉनिक कनेक्टिविटी के माध्यम से स्वास्थ्य से संबंधित डेटा का कोई भी इलेक्ट्रॉनिक आदान-प्रदान कहा जाता है। अस्पतालों के भीतर ई-स्वास्थ्य पहल के माध्यम से प्रदान किए जाने वाले समाधानों में अस्पताल सूचना प्रणाली (स्वास्थ्य सूचना प्रणाली), टेलीमेडिसिन सेवाएं, इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड और इंटरनेट सेवाएं शामिल हैं।

**टेलीमेडिसिन** एक शक्तिशाली उपकरण है जो चिकित्सा विशेषज्ञों को चिकित्सा सुविधा की सीमाओं से परे प्राप्त करने की अनुमति देता है।

**स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी** एक व्यापक शब्द है जिसमें स्वास्थ्य जानकारी के अनुसंधान, घर और साझा करने के लिए प्रौद्योगिकियों और कार्यक्रमों का संकलन शामिल है। स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी (एचआईटी) में स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों का विकास शामिल है। एक स्वास्थ्य सूचना प्रणाली का मुख्य कार्य स्वास्थ्य प्रणाली की निगरानी, सूचित और मूल्यांकन करना और नैदानिक और प्रबंधन निर्णय लेना है।

**स्वास्थ्य सूचना प्रणाली** एक प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य देखभाल डेटा का प्रबंधन करने के लिए माना जाता है और यह एक ऐसी प्रणाली को संदर्भित करता है जो स्वास्थ्य डेटा या गतिविधियों को कैप्चर, संग्रहीत, प्रसारित या फिर प्रबंधित करता है। इन प्रणालियों का उपयोग स्वास्थ्य जानकारी एकत्र करने, संसाधित करने, अभ्यास करने और रिपोर्ट करने के लिए किया जाता है।

**नैदानिक सूचना प्रणाली (सीआईएस)** एक कंप्यूटर-आधारित प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण नैदानिक जानकारी एकत्र करने, संग्रहीत करने, हेरफेर करने और उपलब्ध कराने के लिए डिज़ाइन किया गया है।

**भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआईएस)** एक प्रणाली है जिसे सभी प्रकार के भौगोलिक डेटा को कैप्चर करने, संग्रहीत करने, हेरफेर करने, विश्लेषण करने, प्रबंधित करने और प्रस्तुत करने के लिए डिज़ाइन किया गया है।

प्रौद्योगिकी की भूमिका:  
स्वास्थ्य सांख्यिकी,  
भौगोलिक सूचना  
प्रणाली (जीआईएस)  
और स्वास्थ्य सूचना  
प्रणाली

---

## 15.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); <https://www.ahrq.gov/talkingquality/asures/understand/index.html>.
- 2) Alfred Winter, Reinhold Haux, Elske Ammenwerth, Birgit Brigl Nils Hellrung and Franziska Jahn; Health Information Systems Architectures and Strategies - Second Edition, Springer; 2011.
- 3) Alvaro Rocha, University Fernando Pessoa, Portugal; evolution of Information Systems and Technologies Maturity in Healthcare; International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics, 6(2), 28-36; 2011.
- 4) Arvind Pandey, Nandini Roy, Rahul Bhawsar and R. M. Mishra; Health Information System in India: Issues of Data Availability and Quality; Demography India Vol. 39, No. 1, pp. 111-128; 2010.
- 5) Ashok Kumar Sharma; Role of GIS in Health Management Information System and Medical Plan: A Case Study of Gangtok area, Sikkim, India; International Journal of Environment and Geoinformatics 2(1), 16-24; 2015.
- 6) Barry J. Garner, Qiming Zhou and Bruno P. Parolin; The Application of GIS in the Health Sector: Problems and Prospects; in Proceedings of the 4th European Conference on Geographical Information Systems, pp 1350-1357; 1993.
- 7) Catherine R. Selden; Finding Public Health Statistics and Data Sources.
- 8) Chris Brook; What is a Health Information System? Data insider; Digital Guardians Blog; 2020.
- 9) C.J. Gibson, B.E. Dixon, and K. Abrams; Convergent Evolution of Health Information Management and Health Informatics; A Perspective on the Future of Information Professionals in Health Care; Appl Clin Inform. 2015;6(1): 163-184; Applied Clinical Informatics.
- 10) Creating Unity for Action an Action Plan for Rural Health; Draft-2003; Wonca Working Party on Rural Practice World Organization of Family Doctors (Wonca) World Health Organization (WHO).
- 11) Dave Levin; What is a Health Information System? Datica Blog; 2019.
- 12) Donte; Clinical Information Systems, Hospital Information Systems, Technologies; 2018; <http://www.biohealthmatics.com/technologies/hospital-information-systems/clinical-information-systems>.
- 13) Evangelos C. Fradelos, Ioanna V. Papathanasiou, Dimitr a Mitsi, Konstantinos Tsaras, Christos F. Kleisaris and Lambrini Kourkouta; HealthBased Geographic Information Systems (GIS) and their applications; ACTAINFORM MED. (6): 402-405; 2014.

- 14) ers.usda.gov.
- 15) Fran Turisco and Jane Metzger; Rural health care delivery: connecting communities through technology; California HealthCare Foundation; ihealthreports; 2002.
- 16) Health Information Systems, Toolkit on monitoring health systems strengthening WHO; 2018.
- 17) HIS Strengthening Resource Center; Indicators of the Status of a Health Information System; <https://www.measureevaluation.org/>.
- 18) H. S. Gear, Y. Biraud & S. Swaroop; International Work in Health Statistics 1948-1958; WHO Chronicle World Health Organization Palais des Nations Geneva (1961).
- 19) J. Sarivouyioukas and A. Vagelatos; Introduction of a clinical information system in a regional general state hospital of Athens, Greece; Studies in health technology and informatics; 2000.
- 20) Larry Grandia; Healthcare Information Systems: A Look at the Past, Present, and Future; Analytics and Health Catalyst Products and Services; 2014.
- 21) Lulu K. Wolf; Teaching Health Statistics; The American Journal of Nursing, Vol. 48, No. 5 pp. 329-333; 1948.
- 22) Md. Mohaimenul Islam, Tahmina Nasrin Poly, Yu-Chuan (Jack) Li; Recent Advancement of Clinical Information Systems: Opportunities and Challenges; Yearbook of medical informatics; IMIA and Schattauer GmbH; 2018.
- 23) Mohd. Nabil Almunawar and Muhammad Anshari; Health Information Systems (HIS): Concept and Technology; 2012; <https://www.researchgate.net/publication/221710863>.
- 24) Nicola Hodge; What are health information systems, and why are they important? Pacific health dialog: a publication of the Pacific Basin Officers Training Program and the Fiji School of Medicine; 2012.
- 25) Peter Ebongue Mbondji, Derege Kebede, Edoh William Soumbey-Alley, Chris Zielinski, Wenceslas Kouvidila, and Paul-Samson Lusamba-Dikassa; Resources, indicators, data management, dissemination and use in health information systems in sub-Saharan Africa: results of a questionnaire-based survey; Journal of Royal Society of Medicine; 107(1 Suppl): 28–33; 2014.
- 26) Rashmi Kandwal, P.K. Garg and R.D. Garg, Health GIS and HIV/AIDS studies: Perspective and retrospective; Methodological Review; Journal of Biomedical Informatics 42; 748–755; 2009.
- 27) CSD Working Paper Series: Towards a New Indian Model of Information and Communications Technology - Led Growth and Development, ICT India Working Paper #32, Nirupam Bajpai, John Biberman and Manisha Wadhwa, Retrieved from <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/d8-xp8m-ws28/download>.
- 28) Stella Ouma, and M. E. Herselman; E-health in Rural Areas: Case of Developing Countries; World Academy of Science, Engineering and Technology 16 2008.
- 29) <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/health-information-technology>.

---

## इकाई 16 स्वास्थ्य देखभाल: सरकारी और गैर-सरकारी पहल

---

### इकाई की रूपरेखा

- 16.0 उद्देश्य
- 16.1 परिचय
- 16.2 सरकारी स्वास्थ्य सेवा पहल
  - 16.2.1 ओबामाकेयर
  - 16.2.2 भारत में सरकारी स्वास्थ्य देखभाल पहल
  - 16.2.3 सार्वजनिक स्वास्थ्य के संरक्षण और संवर्धन में भारत सरकार की भूमिका
  - 16.2.4 भारत में स्वास्थ्य सेवा योजनाएं
- 16.3 गैर-सरकारी पहल
  - 16.3.1 स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में गैर-सरकारी संगठन
  - 16.3.2 वैश्विक और स्थानीय परिप्रेक्ष्य
  - 16.3.3 गैर-सरकारी वैश्विक स्वास्थ्य देखभाल पहल
  - 16.3.4 भारत में गैर-सरकारी स्वास्थ्य संगठन
- 16.4 सारांश
- 16.5 मुख्य शब्द
- 16.6 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

### 16.0 उद्देश्य

---

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप निम्नलिखित में सक्षम हो पाएंगे:

- सरकारी संगठनों की समग्र स्वास्थ्य सेवा की भूमिका की व्याख्या करने में;
- भारत में सरकारी स्वास्थ्य सेवा परियोजनाओं और पहलों का वर्णन करने में;
- गैर-सरकारी संगठनों की भूमिका और सामाजिक क्षेत्र के कामकाज की समझ की व्याख्या करने में;
- भारत में गैर-सरकारी स्वास्थ्य देखभाल पहलों का वर्णन करने में; और
- सरकारी और गैर-सरकारी संगठन 'सभी के लिए स्वास्थ्य' के लिए मिलकर कैसे काम कर सकते हैं, की व्याख्या करने में।

---

### 16.1 परिचय

---

स्वास्थ्य एक मौलिक मानव अधिकार और एक वैश्विक सामाजिक लक्ष्य है। यह बुनियादी मानव आवश्यकताओं की प्राप्ति और जीवन की बेहतर गुणवत्ता के लिए प्रासंगिक है। जैसा कि

दुनियाभर की अर्थव्यवस्थाएं व्यापक अंतरराष्ट्रीय यात्रा और वाणिज्य सहित तेजी से वैश्वीकृत हो रही हैं, वैश्विक संदर्भ में स्वास्थ्य के बारे में सोचना आवश्यक है। दुनिया में शायद ही कभी नियत अंतराल पर कहीं भी संक्रामक बीमारी या अन्य स्वास्थ्य खतरे के उद्भव या फिर से उभरने के बारे में शीर्षक के बिना गुजरता है।

विश्व स्तर पर, हृदय रोग, स्ट्रोक और चोटों जैसे गैर-संचारी कारणों से होने वाली मौतों की दर बढ़ रही है। वहीं, मलेरिया, तपेदिक जैसी संक्रामक बीमारियां और वैक्सीन से रोकी जा सकने वाली बीमारियों से मरने वालों की संख्या कम हो रही है। कई विकासशील देशों को अब बीमारी के 'दोहरे बोझ' से निपटना पड़ता है: उन्हें संक्रामक रोगों को रोकना और नियंत्रित करना जारी रखना चाहिए, जबकि गैर-संचारी रोगों और पर्यावरणीय स्वास्थ्य जोखिमों से स्वास्थ्य खतरों को भी संबोधित करना चाहिए। जैसे-जैसे विकासशील देशों में सामाजिक और आर्थिक स्थितियां बदलती हैं और उनकी स्वास्थ्य प्रणालियों और निगरानी में सुधार होता है, गैर-संचारी रोगों, मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों के सेवन विकारों को संबोधित करने के लिए अधिक ध्यान देने की आवश्यकता होगी, और, विशेष रूप से, चोटें। कुछ देश इन मुद्दों को हल करने के लिए कार्यक्रम स्थापित करना शुरू कर रहे हैं। उदाहरण के लिए, केन्या ने सड़क यातायात सुरक्षा और हिंसा की रोकथाम के लिए कार्यक्रम लागू किए हैं।

इसके अतिरिक्त, अंतरराष्ट्रीय व्यापार का विस्तार नए स्वास्थ्य जोखिमों का परिचय देता है। एक जटिल अंतरराष्ट्रीय वितरण श्रृंखला के परिणामस्वरूप खाद्य जनित संक्रमण, खराब गुणवत्ता वाले फार्मास्यूटिकल्स और दूषित उपभोक्ता वस्तुओं के कारण संभावित अंतरराष्ट्रीय प्रकोप हुए हैं। विश्व समुदाय प्रमुख स्वास्थ्य खतरों का सामना करने के लिए बेहतर तरीके खोज रहा है। देशों में बढ़ी संख्या में लोगों और सामानों की आसान और लगातार यात्रा के साथ भौगोलिक सीमाओं को पिघलाने से नई चुनौतियां और स्वास्थ्य जोखिम पैदा हुए हैं।

## 16.2 सरकारी स्वास्थ्य सेवा पहल

स्वास्थ्य प्रणालियां मौजूदा संचारी और गैर-संचारी रोगों के प्रभावों से जूझ रही हैं और उभरती बीमारियों के बढ़ते बोझ से भी जूझ रही हैं। स्वास्थ्य असमानताओं का कारण सामाजिक, आर्थिक और राजनीतिक तंत्र में निहित हैं जो आय, शिक्षा, व्यवसाय, लिंग और जाति या जातीयता के अनुसार सामाजिक स्तरीकरण का कारण बनते हैं। स्वास्थ्य एक प्रेरक कारक है जो देश के आर्थिक विकास के समग्र स्तर को प्रभावित करता है। चूंकि विकास अच्छे स्वास्थ्य का परिणाम है, इसलिए सबसे गरीब विकासशील देशों की सरकारों को भी स्वास्थ्य क्षेत्र में निवेश करना प्राथमिकता देनी चाहिए।

### 16.2.1 ओबामाकेयर

ओबामाकेयर रोगी संरक्षण और सस्ती देखभाल अधिनियम (एसीए) है जिसने संयुक्त राज्य अमेरिका में समग्र रूप से स्वास्थ्य देखभाल देने के तरीके को बदल दिया है। 'ओबामाकेयर' शब्द स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के पूर्व राष्ट्रपति बराक ओबामा के प्रयासों के आलोचकों द्वारा गढ़ा गया था।

ओबामाकेयर से पहले, बीमा कंपनियां पहले से बीमार लोगों को स्वास्थ्य बीमा से बाहर कर सकती थीं। नतीजतन, लोगों को कभी-कभी बीमा के बिना जाना पड़ता था या ऐसी पॉलिसी के

लिए समझौता करना पड़ता था जो पहले से मौजूद स्थिति को कवर नहीं करती थी। क्योंकि वे नियमित डॉक्टर के दौरे का खर्च नहीं उठा सकते थे, वे अक्सर अस्पताल के आपातकालीन कक्षों में समाप्त हो जाते थे और अपने उपचार के खर्च में योगदान करने में असमर्थ होते थे। ओबामाकेयर का प्राथमिक लक्ष्य स्वास्थ्य बीमा को उन लोगों के लिए अधिक उपलब्ध और अधिक किफायती बनाने के लिए कदम उठाकर स्वास्थ्य देखभाल की बढ़ती लागत को धीमा करना था, जिन्हें इसकी सबसे अधिक आवश्यकता है। अधिनियम में सभी को स्वास्थ्य बीमा लेने या कर जुर्माना का भुगतान करने का विकल्प था।

सस्ती देखभाल अधिनियम का एक उल्लेखनीय हिस्सा व्यक्तिगत जनादेश था, जिसके प्रावधान के अनुसार सभी अमेरिकियों को स्वास्थ्य देखभाल कवरेज प्रदान किया गया है - या तो नियोक्ता द्वारा या ओबामाकेयर द्वारा या किसी अन्य स्रोत के माध्यम से। इस जनादेश ने बिना बीमा वाले स्वास्थ्य सेवा का विस्तार करने के दोहरे उद्देश्य को पूरा किया।

अधिनियम को मार्च 2010 में हस्ताक्षरित किया गया था, जिसे लाखों अमेरिकियों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज का विस्तार करने के लिए डिज़ाइन किया गया था। यद्यपि कांग्रेस ने ओबामाकेयर में बड़े बदलाव किए, ओबामाकेयर अभी भी दृढ़ता से बना हुआ है। कानून में बदलाव किए गए हैं जिन्होंने विरोधियों द्वारा उठाई गई कुछ आपत्तियों को संबोधित किया है, जबकि अभी भी उपयोगकर्ताओं के लिए बाजार को खुला रखा है। अधिनियम ने मेडिकेड पात्रता का विस्तार किया, स्वास्थ्य बीमा एक्सचेंज बनाए, और बीमा कंपनियों को पहले से मौजूद स्थितियों के कारण कवरेज से इनकार करने या अधिक शुल्क लेने से रोका। अधिनियम ने मेडिकेड पात्रता का विस्तार किया और एक स्वास्थ्य बीमा बाजार बनाया। यह बीमा कंपनियों को पहले से मौजूद स्थितियों के कारण कवरेज से इनकार करने से रोकता है और आवश्यक स्वास्थ्य लाभों की एक सूची को कवर करने की योजना की आवश्यकता होती है।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 1

- 1) 'ओबामाकेयर पहल स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में एक क्रांतिकारी कदम रहा है'। इस कथन को सही ठहराएं।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 16.2.2 भारत में सरकारी स्वास्थ्य देखभाल पहल

भारत दुनिया की सबसे तेजी से बढ़ती अर्थव्यवस्थाओं में से एक है। वर्तमान में भारत दुनिया की 18 प्रतिशत आबादी के साथ दूसरा सबसे बड़ा देश है। यह छह देशों अर्थात् संयुक्त राज्य अमेरिका, इंडोनेशिया, ब्राजील, पाकिस्तान, बांग्लादेश और जापान की लगभग संयुक्त

आबादी है। हालांकि, बड़े मानव संसाधन आधार के साथ कई अंतर्निहित चुनौतियां आती हैं। भारत बीमारियों का दोहरा बोझ उठा रहा है जहां निचले छोर पर, कुपोषण, स्वच्छता, टीकाकरण, स्वच्छता और संक्रामक रोग प्रमुख चिंताएं हैं; वहीं मध्य एवं उच्च वर्ग में, पर्यावरणीय स्वास्थ्य और जीवन शैली की बीमारियों और अन्य गैर-संचारी रोगों ने मुश्किलें खड़ी कर रखी है। हृदय रोग, तपेदिक, कैंसर, मधुमेह, मलेरिया, डेंगू बुखार, चिकनगुनिया, श्वसन संक्रमण, वेक्टर और जल जनित बीमारियां बाद के समूह के बीच प्रमुख चुनौतियां बनी हुई हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के बहुत आवश्यक घटक — खाद्य आपूर्ति, उचित पोषण, सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता को बढ़ावा देना और गुणवत्ता के लिए प्रावधान प्रचलित स्वास्थ्य समस्याओं से संबंधित स्वास्थ्य जानकारी अक्सर काफी हद तक अनदेखी की जाती है। स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच, आवश्यक दवाओं का प्रावधान और डॉक्टरों की कमी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल परिदृश्य में अन्य बाधाएं हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य का अभ्यास भारत में गतिशील रहा है, और इस देश के लोगों के जीवन को प्रभावित करने के अपने प्रयास में कई बाधाएं देखी गई हैं। आजादी के बाद से, मलेरिया, तपेदिक, कुष्ठ रोग जैसी प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्याएं, उच्च मातृ और शिशु मृत्यु दर और हाल ही में, ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वायरस (एचआईवी) को सरकार और अन्य एजेंसियों की एक ठोस कार्रवाई के माध्यम से संबोधित किया गया है। वैज्ञानिक प्रगति और स्वास्थ्य देखभाल के साथ मिलकर सामाजिक विकास ने मृत्यु दर और जन्म दर में कमी की है।

हेल्थकेयर राजस्व और रोजगार दोनों के मामले में भारत के सबसे बड़े क्षेत्र में से एक बन गया है। हेल्थकेयर में अस्पताल, चिकित्सा उपकरण, नैदानिक परीक्षण, आउटसोर्सिंग, टेलीमेडिसिन, चिकित्सा पर्यटन, स्वास्थ्य बीमा और चिकित्सा उपकरण शामिल हैं। भारतीय स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र अपने मजबूत कवरेज, सेवाओं और सार्वजनिक और निजी खिलाड़ियों द्वारा बढ़ते खर्च के कारण तेज गति से बढ़ रहा है। भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए नए एजेंडे में महामारी विज्ञान संक्रमण (पुरानी गैर-संचारी बीमारियों का बढ़ता बोझ), जनसांख्यिकीय संक्रमण (बुजुर्ग आबादी में वृद्धि) और पर्यावरण शामिल हैं परिवर्तन। मातृ एवं शिशु मृत्यु दर, एचआईवी/एड्स महामारी और अन्य संचारी रोगों का अधूरा एजेंडा अभी भी अतिरिक्त स्वास्थ्य प्रणालियों पर अत्यधिक दबाव डालता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में शामिल होने के बावजूद स्कूल स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, रेफरल प्रणाली और शहरी स्वास्थ्य भारत की स्वास्थ्य प्रणाली में कमजोर कड़ी के रूप में बने हुए हैं। प्रशासनिक, प्रबंधकीय और लॉजिस्टिक समस्याओं के कारण स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम लगभग निष्क्रिय हो गए हैं। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम लागू होने के बाद भी मानसिक स्वास्थ्य मायावी बना हुआ है।

एक सकारात्मक नोट पर, रेफरल को बढ़ावा देने के लिए देश के विभिन्न हिस्सों में सार्वजनिक-निजी भागीदारी के माध्यम से अभिनव योजनाओं की कोशिश की जा रही है। इसी तरह, बहुप्रतीक्षित राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन शहरी स्वास्थ्य के संबंध में समाधान प्रदान कर सकता है।

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र सार्वजनिक, सरकारी, निजी या व्यक्तिगत स्वामित्व वाला है। नैदानिक प्रतिष्ठान अधिनियम के तहत पंजीकृत निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का स्वामित्व और संचालन व्यक्तियों या व्यक्तियों के समूह द्वारा किया जाता है। दूसरी ओर, सार्वजनिक क्षेत्र,

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के अंतर्गत आता है। इनमें डिस्पेंसरी, क्लीनिक, नर्सिंग होम और अस्पताल भी शामिल हैं जो विभिन्न प्रकार की चिकित्सा प्रणालियों का पालन करते हैं। इसके अतिरिक्त, इसमें उप-केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों और ग्रामीण अस्पतालों, शहरी स्वास्थ्य केंद्रों, नगरपालिका और अन्य सरकारी अस्पतालों के रूप में सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के अखिल भारतीय नेटवर्क शामिल हैं। धर्मार्थ संस्थान, चर्च और गैर-सरकारी संगठनों जैसे धार्मिक संगठनों और परमाणु ऊर्जा, रेलवे, पोर्ट ट्रस्ट, रिजर्व बैंक और सशस्त्र बलों जैसे सार्वजनिक क्षेत्र के निकायों के पास भी इनमें से कई के मालिक हैं।

### 16.2.3 सार्वजनिक स्वास्थ्य के संरक्षण और संवर्धन में भारत सरकार की भूमिका

सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यक्तियों और समाज, संगठनों, सार्वजनिक और निजी समुदायों के सूचित विकल्पों के माध्यम से जनसंख्या स्तर पर बीमारी की रोकथाम और नियंत्रण से संबंधित है। हालांकि, इन चुनौतियों से निपटने और स्वास्थ्य समानता प्राप्त करने के लिए सरकार की भूमिका महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय भारत की सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का मार्गदर्शन करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, प्रमुख संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण और दवाओं की पारंपरिक और स्वदेशी प्रणालियों को बढ़ावा देने से संबंधित विभिन्न कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार है। यह मलेरिया, तपेदिक, एड्स के नियंत्रण जैसे विश्व बैंक द्वारा सहायता प्राप्त कार्यक्रम हेतु अनुसंधान भी करता है, तकनीकी सहायता प्रदान करता है और इसका कार्यान्वयन करता है। राष्ट्रीय स्तर पर निहितार्थ वाले कार्यक्रम परिवार कल्याण और जनसंख्या नियंत्रण, चिकित्सा शिक्षा और खाद्य अपमिश्रण की रोकथाम जैसे समवर्ती सूची में आते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य, अस्पताल, औषधालय और स्वच्छता राज्य सूची में आते हैं।

केंद्र सरकार चेचक, मलेरिया, तपेदिक, एचआईवी/एड्स, कुष्ठ रोग और अन्य जैसे सभी कार्यक्रमों को समान रूप से देश भर में लागू करने के लिए ढांचा तैयार करती है और दिशा-निर्देश प्रदान करती है। यह सभी पहलों के कार्यान्वयन और निष्पादन के लिए राज्य सरकार को धन प्रदान करने के लिए जिम्मेदार है। राज्य परिवार नियोजन, स्वच्छ भारत अभियान और सार्वभौमिक टीकाकरण जैसे सभी केंद्रीय वित्त पोषित कार्यक्रमों को भी लागू करते हैं। चूंकि स्वास्थ्य और भलाई अन्य आयामों के साथ है, इसलिए कई मंत्रालयों को एक साथ स्वास्थ्य सुविधाओं को बढ़ावा देने के लिए काम करना होगा। विभिन्न मंत्रालय जो प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से भारतीय आबादी के अच्छे स्वास्थ्य की दिशा में योगदान करते हैं। कुल 58 मंत्रालयों में से 26 मंत्रालय स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान और देश में अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देने से संबंधित हैं।

### 16.2.4 भारत में स्वास्थ्य देखभाल योजनाएं

भारतीय स्वास्थ्य सेवा उद्योग को बढ़ावा देने के लिए भारत सरकार द्वारा की गई कुछ प्रमुख पहलें निम्नलिखित हैं:

- केंद्रीय बजट 2020-21 में पोषण संबंधी कार्यक्रमों के लिए 35,600 करोड़ रुपये और स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए 69,000 करोड़ रुपये आवंटित किए गए हैं।

- भारत सरकार का लक्ष्य 2022 तक स्वास्थ्य देखभाल खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 3 प्रतिशत तक बढ़ाना है।
- फरवरी 2019 में, भारत सरकार ने 1,299 करोड़ रुपये की लागत से हरियाणा के रेवाड़ी जिले के मनेठी में एक नया अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान स्थापित किया।
- केंद्रीय मंत्रिमंडल ने मंत्रालयों में पोषण संबंधी हस्तक्षेपों की निगरानी, पर्यवेक्षण, लक्ष्य निर्धारित करने और मार्गदर्शन करने के लिए 9,046 करोड़ रुपये (1.29 अरब अमेरिकी डॉलर) के तीन साल के बजट के साथ राष्ट्रीय पोषण मिशन (एनएनएम) की स्थापना को मंजूरी दी।
- 2018 में, भारत सरकार ने हर साल 100 लाख से अधिक परिवारों को 500,000 रुपये का स्वास्थ्य बीमा प्रदान करने के लिए प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना शुरू की।

### राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन में न्यायसंगत, किफायती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच की उपलब्धि की परिकल्पना की गई है जो लोगों की जरूरतों के प्रति जवाबदेह और उत्तरदायी हैं। इसके मुख्य कार्यक्रम घटकों में स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण, प्रजनन-मातृ-नवजात-शिशु-बाल और किशोर स्वास्थ्य और संचारी और गैर-संचारी रोग शामिल हैं, जिनमें कई योजनाएं निम्नानुसार हैं:

- 1) **प्रजनन, मातृत्व, नवजात शिशु, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच +ए) कार्यक्रम** अनिवार्य रूप से महिलाओं और बच्चों के बीच मृत्यु दर के प्रमुख कारणों के साथ-साथ स्वास्थ्य देखभाल और सेवाओं तक पहुंच और उपयोग से संबंधित है। इसने स्वास्थ्य प्रदर्शन को ट्रैक करने के लिए स्कोर कार्ड के उपयोग, सभी आयु समूहों में एनीमिया के मुद्दे को हल करने के लिए राष्ट्रीय आयरन + जैसी पहल शुरू की है और बच्चों और किशोरों के बीच जन्म, बीमारियों और कमियों के समय दोषों के लिए स्क्रीनिंग और प्रारंभिक हस्तक्षेप को संबोधित करता है।
- 2) **राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)** एक महत्वपूर्ण पहल है जिसका उद्देश्य जन्म से लेकर 18 वर्ष तक के बच्चों के लिए 4 'डी' अर्थात् जन्म के समय दोष, कमियां, बीमारियां, विकलांगता सहित विकास में देरी को कवर करने के लिए शीघ्र पहचान और शीघ्र हस्तक्षेप करना है। कमियों सहित प्रारंभिक पहचान और प्रबंधन रोग इन स्थितियों को अपने अधिक गंभीर और दुर्बल रूप में प्रगति करने से रोकने में अतिरिक्त मूल्य लाते हैं।
- 3) **राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम:** इस कार्यक्रम का प्रमुख सिद्धांत किशोर भागीदारी और नेतृत्व, इक्विटी और समावेश, लैंगिक समानता और अन्य क्षेत्रों और हितधारकों के साथ रणनीतिक साझेदारी है। यह कार्यक्रम भारत में सभी किशोरों को अपने स्वास्थ्य और कल्याण से संबंधित सूचित और जिम्मेदार निर्णय लेने और ऐसा करने के लिए आवश्यक सेवाओं और सहायता तक पहुंचने के द्वारा अपनी पूरी क्षमता का एहसास करने में सक्षम बनाता है।

- 4) भारत सरकार ने उन लोगों को प्रेरित करने के लिए **जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम** शुरू किया है जो अभी भी संस्थागत प्रसव का विकल्प चुनने के लिए अपने घरों में प्रसव का विकल्प चुनते हैं। यह इस उम्मीद के साथ एक पहल है कि राज्य सरकारें आगे आएं और यह सुनिश्चित करेंगे कि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के तहत लाभ सरकारी संस्थागत सुविधा में आने वाली हर जरूरतमंद गर्भवती महिला तक पहुंचे।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अपने दो उप-मिशनों राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को तैयार करता है।

### राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य सेवा वितरण में सुधार के लिए एक भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन को देश में प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली में व्याप्त दुर्बलताओं और समस्याओं को दूर करने के लिए शुरू किया गया था। मिशन का उद्देश्य न्यायसंगत, किफायती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक सार्वभौमिक पहुंच प्रदान करना है जो जवाबदेह है और साथ ही लोगों की जरूरतों के प्रति उत्तरदायी है। मिशन के पांच तख्ते निम्नलिखित हैं:

- इस मिशन से ग्रामीण आबादी के लिए प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में अंतराल को दूर करने की उम्मीद है, जिसमें 18 राज्यों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा, जिनके पास कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक और / या कमजोर बुनियादी ढांचा है।
- यह मिशन ऊर्ध्वधर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों से दूर सर्व-समावेशी स्वास्थ्य विकास के एक नए ढांचे में बदलाव है जिसमें विभिन्न कार्यक्रमों के तहत समाजों का विलय किया जाएगा और जिला स्तर पर संसाधनों को इकट्ठा किया जाएगा।
- मिशन का उद्देश्य स्वास्थ्य चिंताओं का प्रभावी एकीकरण करना है, जिसमें स्वास्थ्य के प्रमुख निर्धारकों पर ध्यान केंद्रित किया गया है और राज्यों के लिए लचीले वित्त पोषण के प्रावधान हैं ताकि वे उन क्षेत्रों में इसका उपयोग कर सकें जो उन्हें लगता है कि महत्वपूर्ण हैं।
- मिशन में प्रत्येक गांव में मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) की नियुक्ति और मोबाइल क्लीनिकों के माध्यम से आउटरीच सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना को सुदृढ़ बनाने का प्रावधान है। यह गैर-लाभकारी क्षेत्र की भागीदारी पर जोर देता है, विशेष रूप से गैर-लाभकारी क्षेत्र की अल्पसेवित भागीदारी में, विशेष रूप से अल्पसेवित क्षेत्रों में। इसका उद्देश्य अनटाइड फंड प्रदान करके स्थानीय स्तर पर लचीलापन भी है।
- मिशन का उद्देश्य अपनी पूरक रणनीतियों में इक्विटी चिंताओं में सुधार, जेब खर्च को कम करने, सामाजिक स्वास्थ्य बीमा द्वारा जोखिम पूलिंग तंत्र शुरू करने और लाभ उठाने के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी (पीपीपी) को बढ़ावा देना है।

### राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम)

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन उच्च क्षमता वाले स्वास्थ्य पेशेवरों, उपयुक्त प्रौद्योगिकी, सार्वजनिक-निजी भागीदारी और स्वास्थ्य बीमा द्वारा आवश्यक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की

उपलब्धता के माध्यम से गरीबों, विशेष रूप से झुग्गी वासियों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करेगा शहरी गरीबों के लिए।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन निम्नलिखित सुनिश्चित करेगा:

- शहरी क्षेत्रों में, विशेष रूप से शहरी गरीबों के बीच स्वास्थ्य समस्याओं को संबोधित करने के लिए संसाधन।
- शहरी गरीबों और अन्य कमजोर वर्गों की विविध स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए आवश्यकता आधारित शहर विशिष्ट शहरी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली।
- स्वास्थ्य गतिविधियों की योजना, कार्यान्वयन और निगरानी में अधिक सक्रिय भागीदारी के लिए समुदाय के साथ साझेदारी।
- तेजी से बढ़ती शहरी आबादी की स्वास्थ्य संबंधी चुनौतियों का सामना करने के लिए संस्थागत तंत्र और प्रबंधन प्रणाली।
- गैर-सरकारी संगठनों, धर्मार्थ अस्पतालों और अन्य हितधारकों के साथ साझेदारी के लिए फ्रेमवर्क।
- बीमार पूलिंग की दो-स्तरीय प्रणाली जैसे:
  - महिला महिला आरोग्य समिति उपचार के लिए तत्काल कठिन नकदी की आवश्यकता को पूरा करेगी।
  - शहरी गरीबों को चिकित्सा उपचार आवश्यकताओं को पूरा करने में सक्षम बनाने के लिए एक स्वास्थ्य बीमा योजना।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) भारत के राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का लक्ष्य क्या है? इसके दो उप-मिशन क्या हैं?

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

2) एनएचएम के तहत परिकल्पित कम से कम दो योजनाओं के नाम बताइए।

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

भारत में, मधुमेह, दिल का दौरा, कैंसर और अन्य गैर-संचारी रोगों के कारण हर साल लगभग 5.8 लाख लोगों की मृत्यु हो जाती है। चूंकि देश में संचारी और गैर-संचारी रोगों के कारण होने वाली मौतों की दर खतरनाक दर से बढ़ रही है, इसलिए सरकार ने इन बीमारियों के खिलाफ लोगों की सहायता के लिए विभिन्न कार्यक्रम भी शुरू किए हैं।

### राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन की स्थापना इसलिए की गई थी ताकि एचआईवी के साथ रहने

वाले प्रत्येक व्यक्ति को गुणवत्तापूर्ण देखभाल तक पहुंच हो और गरिमा के साथ व्यवहार किया जा सके। गैर-सरकारी संगठनों, महिलाओं के स्वयं सहायता समूहों, विश्वास-आधारित संगठनों, सकारात्मक लोगों के नेटवर्क और समुदायों के साथ घनिष्ठ सहयोग को बढ़ावा देकर, नाको सेवाओं की पहुंच और जवाबदेही में सुधार की उम्मीद करता है। यह एक सक्षम वातावरण बनाने के लिए प्रतिबद्ध है जिसमें एचआईवी से संक्रमित और प्रभावित लोग राज्य, जिला और जमीनी स्तर पर महामारी के सभी प्रतिक्रियाओं में केंद्रीय भूमिका निभाते हैं।

### राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम

संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम टीबी मुक्त भारत को प्राप्त करने के दृष्टिकोण के साथ भारत सरकार की एक राज्य द्वारा संचालित तपेदिक नियंत्रण पहल है। यह कार्यक्रम सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से देश भर में विभिन्न मुफ्त, गुणवत्तापूर्ण तपेदिक निदान और उपचार सेवाएं प्रदान करता है

### राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम

प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा सक्रिय निगरानी के माध्यम से शीघ्र पता लगाने और उपयुक्त चिकित्सा पुनर्वास और कुष्ठ रोग अल्सर देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए सरकार द्वारा राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम शुरू किया गया था।

### मिशन इंद्रधनुष

भारत सरकार ने देश में टीकाकरण के कवरेज में सुधार के उद्देश्य से मिशन इंद्रधनुष शुरू किया है। इसका उद्देश्य दिसंबर 2018 तक कम से कम 90 प्रतिशत टीकाकरण कवरेज प्राप्त करना है जो भारत के ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में बिना टीकाकरण वाले और आंशिक रूप से टीकाकरण वाले बच्चों को कवर करेगा।

### राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

मानसिक विकारों के भारी बोझ और मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में योग्य पेशेवरों की कमी को दूर करने के लिए, भारत सरकार ने निकट भविष्य में सभी के लिए न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता और पहुंच सुनिश्चित करने के लिए राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम लागू किया है।

### पल्स पोलियो

पल्स पोलियो भारत सरकार द्वारा पांच साल से कम उम्र के सभी बच्चों को पोलियो वायरस के खिलाफ टीका लगाकर पोलियो को खत्म करने के लिए स्थापित एक टीकाकरण अभियान है।

### प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई)

पीएमएसएसवाई की घोषणा किफायती/विश्वसनीय तृतीयक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलन को दूर करने और एम्स जैसे विभिन्न संस्थानों की स्थापना और सरकारी मेडिकल कॉलेज संस्थानों के उन्नयन द्वारा देश में गुणवत्तापूर्ण चिकित्सा शिक्षा के लिए सुविधाओं को बढ़ाने के उद्देश्य से की गई थी।

## राष्ट्रीय आरोग्य निधि

चूंकि आय में भारी असमानताएं हैं, इसलिए, सरकार ने राष्ट्रीय आरोग्य निधि शुरू की है जो गरीबी रेखा से नीचे के रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करती है और जानलेवा बीमारियों से पीड़ित हैं किसी भी सरकार द्वारा संचालित सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल / संस्थान में चिकित्सा उपचार।

## राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम तंबाकू के उपयोग के हानिकारक प्रभावों और तंबाकू नियंत्रण कानूनों के बारे में अधिक जागरूकता लाने और तंबाकू के प्रभावी कार्यान्वयन को सुविधाजनक बनाने के उद्देश्य से शुरू किया गया था नियंत्रण कानून।

## एकीकृत बाल विकास सेवा (आईसीडीएस)

एकीकृत बाल विकास सेवा का शुभारंभ 0-6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करने, बच्चे के उचित मनोवैज्ञानिक, शारीरिक और सामाजिक विकास की नींव रखने, विभिन्न विभागों के बीच नीति के प्रभावी समन्वय और कार्यान्वयन और मां की देखभाल करने की क्षमता को बढ़ाने के लिए किया गया था। उचित पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा के माध्यम से सामान्य स्वास्थ्य और पोषण की आवश्यकताएं।

## राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना भारतीय गरीबों के लिए सरकार द्वारा संचालित स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम है। इसका उद्देश्य गरीबी रेखा से नीचे के गैर-मान्यता प्राप्त क्षेत्र के श्रमिकों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करना है और उनके परिवार के सदस्य इस योजना के तहत लाभार्थी होंगे।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 3

- 1) भारत में 3 सरकारी स्वास्थ्य सेवा योजनाओं को सूचीबद्ध करें और प्रत्येक की कम से कम एक विशेषता दें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## मोदी केयर

मोदी केयर को सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल में दुनिया के सबसे बड़े प्रयोग के रूप में देखा जाता है। भारत ने 2018 में अपनी \$ 2.2 अरब सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल योजना शुरू की

जो 10 करोड़ सबसे गरीब लोगों को गंभीर बीमारियों के इलाज के लिए मुफ्त स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच उपलब्ध कराता है। इसके अंतर्गत कैंसर और हृदय रोग सहित 1300 बीमारियों को कवर करने के लिए प्रत्येक को 500,000 रुपये मूल्य का बीमा मिलेगा, जिसका उद्देश्य मुफ्त स्वास्थ्य देखभाल है। यह भारतीय मानकों के अनुसार एक बड़ी राशि है, खासकर उन लोगों के लिए जो सामाजिक-आर्थिक पैमाने से नीचे हैं। साथ ही, 150,000 छोटे डॉक्टरों की सर्जरी और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को अपग्रेड किया जाएगा और बेहतर संसाधन प्राप्त किए जाएंगे, साथ ही अधिक सरकारी विनियमन भी प्राप्त होंगे। इस योजना को आधिकारिक तौर पर आयुष्मान भारत या राष्ट्रीय स्वास्थ्य संरक्षण मिशन के रूप में जाना जाता है, लेकिन मोदी केयर के रूप में अधिक लोकप्रिय है, जिसका उद्देश्य विशाल उपक्रम और एक विशाल वित्तीय प्रतिबद्धता है। विशेष रूप से एक ऐसे देश के लिए, जिसका आज तक स्वास्थ्य खर्च के लिए खराब रिकॉर्ड है।

**आयुष्मान भारत योजना** – राष्ट्रीय स्वास्थ्य संरक्षण योजना, जिसे अब प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना के रूप में नामित किया गया है, का उद्देश्य द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा को पूरी तरह से कैशलेस बनाना है। पीएम जन आरोग्य योजना के लाभार्थियों को एक ई-कार्ड मिलता है जिसका उपयोग देश में कहीं भी सूचीबद्ध अस्पताल, सार्वजनिक या निजी, में सेवाओं का लाभ उठाने के लिए किया जा सकता है, जिसमें अस्पताल में भर्ती होने के 3 दिन और अस्पताल में भर्ती होने के बाद के 15 दिन का खर्च कवर होता है।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 4

1) यूएचसी में दुनिया का सबसे बड़ा प्रयोग क्या माना गया है? इसके कम से कम दो प्रमुख तत्व दें।

.....

.....

.....

.....

.....

### 16.3 गैर-सरकारी पहल

हाल के वर्षों में स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर, परामर्श और सूचना के आदान-प्रदान के लिए, या संयुक्त कार्रवाई के लिए आपस में सहयोग के पैटर्न विकसित करने के लिए गैर-सरकारी संगठनों की बढ़ती क्षमता देखी गई है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और विकास के क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठन एकीकृत मानव विकास और सामुदायिक भागीदारी जैसे दो प्रमुख विकासात्मक दृष्टिकोणों में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। गैर-सरकारी संगठनों (एनजीओ) को दुनिया भर में विभिन्न नामों से बुलाया जाता है, जैसे कि तीसरे क्षेत्र के संगठन, गैर-लाभकारी संगठन, स्वैच्छिक संगठन, धर्मार्थ संगठन, समुदाय-आधारित संगठन और इतने पर थोड़ा संशोधित दायरा और कवरेज।

### 16.3.1 स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में गैर-सरकारी संगठन

गैर-सरकारी संगठनों में आमतौर पर सार्वजनिक उद्देश्यों की सेवा करने वाले निजी संस्थानों के रूप में एक बहुत ही विशिष्ट विशेषता होती है (यूएन 2003)। यद्यपि समय के साथ उनकी प्रकृति और गतिविधियों का ध्यान बदल गया है, लेकिन उन्होंने आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक और वैज्ञानिक डोमेन में कटौती करने वाली गतिविधियों के एक विस्तृत स्पेक्ट्रम में प्रमुखता प्राप्त की है। आजकल, गैर-सरकारी क्षेत्र को लगभग सभी देशों में एक प्रमुख सामाजिक और आर्थिक शक्ति के रूप में मान्यता प्राप्त है।

गैर-सरकारी क्षेत्र को विकसित करने के महत्व को राजनीतिक अर्थशास्त्र के साहित्य में सरकार और बाजार विफलता सिद्धांतों के रूप में अच्छी तरह से समझाया गया है। समाजशास्त्रीय अध्ययन सामाजिक एकीकरण में सुधार और लोकतांत्रिक समाज का एक अभिन्न अंग होने के नाते एक सबसे महत्वपूर्ण संस्था के रूप में उन पर जोर देते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने सरकारी कार्यक्रमों के पूरक के लिए मान्यता बढ़ाने और स्वास्थ्य सेवा आवश्यकताओं के संबंध में एक प्रभावी लोगों की आवाज बनाने के मामले में गैर-सरकारी संगठनों को स्वीकार किया है और उम्मीदों। एक को अपनाने के साथ स्वास्थ्य क्षेत्र के प्रदर्शन में सुधार के लिए विकेंद्रीकृत ढांचा, दुनिया भर के कई देशों ने स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में गैर-सरकारी संगठनों की भागीदारी के अवसर खोले हैं।

तथापि, स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठनों के कार्य किसी विशेष देश की विशिष्टताओं अर्थात् सभ्यता विकास, संस्थागत ढांचे, संस्कृति और परंपरा, संसाधनों और आवश्यकताओं आदि की सीमा से संबंधित हैं। उच्च आय वाले देशों में, गैर-सरकारी संगठन आमतौर पर अधिक विशिष्ट होते हैं और बड़े पैमाने पर नैदानिक अनुसंधान, स्वास्थ्य वकालत और पैरवी में शामिल होते हैं। निम्न और मध्यम आय वाले देशों में, गैर-सरकारी संगठनों की गतिविधियां सेवा वितरण, जागरूकता बढ़ाने और रोकथाम अभियानों पर केंद्रित हैं।

### 16.3.2 वैश्विक और स्थानीय परिप्रेक्ष्य

सत्तर के दशक के मध्य से, गैर-सरकारी क्षेत्र ने विकसित और विकासशील दोनों देशों में अभूतपूर्व वृद्धि का अनुभव किया है। यह शायद राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय विकास एजेंसियों दोनों के विकेंद्रीकृत एजेंडे की ओर नीतिगत बदलाव के कारण है। विकेंद्रीकरण ने गैर-सरकारी संगठनों के लिए सामाजिक क्षेत्र के कार्यक्रमों में भाग लेने के लिए महत्वपूर्ण रास्ते खोल दिए हैं। विकासशील देशों की सरकारों ने विशेष रूप से गैर-लाभकारी क्षेत्र को तेजी से प्रमुख, अभिनव और जमीनी स्तर पर विकास के सहभागी और जन-केंद्रित रूपों को आगे बढ़ाने और भरने की इच्छा और क्षमता के साथ संचालित पाया कमजोर नागरिकों की जरूरतों को पूरा करने में सरकारों द्वारा छोड़े गए अंतराल को बढ़ाना। स्थानीय समुदायों के साथ सीधे काम करने वाले गैर-सरकारी संगठन परियोजना के विस्तार और पहुंच को बढ़ाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं और विभिन्न हितधारकों के विचारों के बारे में अधिक जागरूकता की सुविधा प्रदान कर सकते हैं।

भारत में, गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित अस्पताल स्वामित्व, वित्तपोषण और लागत के मामले में भिन्न हैं। हाल के दिनों में, भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की लगभग दस स्वास्थ्य उन्मुख परियोजनाओं में, गैर-सरकारी संगठनों ने उनकी क्षमता के स्तर

के आधार पर वित्तपोषण एजेंट (फंड प्रबंधन) के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के रूप में सक्रिय रूप से भाग लिया है। इसके अलावा, कुछ गैर-सरकारी संगठनों (विशेष रूप से अंतरराष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठनों और विश्वास-आधारित संगठनों के राष्ट्रीय समकक्षों) की अपनी स्वास्थ्य वित्तपोषण योजनाएं भी हैं जो ग्रामीण क्षेत्रों में मौजूद हैं और विकास कार्यक्रमों का हिस्सा हैं, वे प्राथमिक और माध्यमिक सेवाएं प्रदान करके समुदाय के लिए कार्य करते हैं। उदाहरण के लिए, **गुजरात में सेवा**— ग्रामीण क्षेत्र में 35,000 की आबादी वाले 40 गांवों को कवर करने वाले जिले में समुदाय-आधारित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने की जिम्मेदारी सेवा नामक गैर-सरकारी संगठन को सौंपी गई थी। स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के साथ, गैर सरकारी संगठन भी कई निवारक देखभाल गतिविधियों में शामिल हैं।

### अपनी प्रगति की जाँच करें 5

1) स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में गैर-सरकारी पहल की किन्हीं दो महत्वपूर्ण विशेषताओं को सूचीबद्ध करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 10.3.3 गैर-सरकारी वैश्विक स्वास्थ्य देखभाल पहल

यूएसएआईडी के वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास तीन रणनीतिक प्राथमिकताओं के आसपास केंद्रित हैं जो स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूत करने और सफलतापूर्वक नवाचार में निवेश पर आधारित हैं। इसमें शामिल है: **बच्चे और मातृ मृत्यु को रोकना; एचआईवी / एड्स महामारी को नियंत्रित करना; और संक्रामक रोगों का मुकाबला करना।**

#### • शिशु और मातृ मृत्यु को रोकना

परिवार नियोजन, मातृ और शिशु स्वास्थ्य, मलेरिया और पोषण में प्रयासों के माध्यम से, यूएसएआईडी महिलाओं और बच्चों को आवश्यक, और अक्सर जीवन रक्षक, स्वास्थ्य तक पहुंचने में मदद करके बच्चे और मातृ मृत्यु को रोकने के लिए काम करता है सेवाएँ।

#### • एचआईवी/एड्स महामारी को नियंत्रित करना

1986 के बाद से, यूएसएड का एचआईवी / एड्स कार्यक्रम वैश्विक एड्स संकट में सबसे आगे रहा है, जो दुनिया की सबसे गंभीर सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौतियों में से एक को नियंत्रित करने में मदद करने के लिए रणनीतिक दिशा, नेतृत्व और विशेषज्ञता प्रदान करता है।

- **संक्रामक रोगों का मुकाबला**

एक तेजी से परस्पर जुड़े समाज में, कहीं भी एक स्वास्थ्य खतरा हर जगह एक खतरा है। दशकों से, यूएसएड अमेरिका में मलेरिया सहित संक्रामक रोगों के खिलाफ लड़ाई में अग्रणी रहा है। राष्ट्रपति की मलेरिया पहल; एचआईवी / एड्स, पीईपीएफएआर के माध्यम से; तपेदिक; उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोग; महामारी इन्फ्लूएंजा, और अन्य वैश्विक स्वास्थ्य सुरक्षा चुनौतियां।

- **स्वास्थ्य प्रणालियां**

निरंतर सकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों को प्राप्त करने के लिए मजबूत और लचीली स्वास्थ्य प्रणालियां आवश्यक हैं। एकीकृत दृष्टिकोण के माध्यम से स्वास्थ्य मुद्दों को जोड़कर, यूएसएआईडी टिकाऊ और लागत प्रभावी कार्यक्रमों में योगदान देता है जो देश की स्वास्थ्य प्रणालियों पर स्थायी प्रभाव छोड़ते हैं।

- **नवाचार और प्रभाव**

यूएसएआईडी सफलतापूर्वक नवाचारों का समर्थन करता है, बाजार-आधारित दृष्टिकोण लागू करता है, और अपने वैश्विक स्वास्थ्य कार्य के प्रभाव को अधिकतम करने के लिए डिजिटल स्वास्थ्य, निजी क्षेत्र की सगाई और मानव-केंद्रित डिजाइन में प्रयासों को आगे बढ़ाता है।

**अपनी प्रगति की जाँच करें 6**

1) भारत में यूएसएड के निवेश और प्रयास भारत में स्वास्थ्य देखभाल में कैसे योगदान करते हैं?

.....

.....

.....

.....

### 16.3.4 भारत में गैर-सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संगठन

भारत में, यह 1970 का दशक था जिसने औपचारिक रूप से पंजीकृत गैर-सरकारी संगठनों के गठन में तेजी से वृद्धि देखी और यह प्रक्रिया आज भी जारी है। अधिकांश गैर-सरकारी संगठनों ने गरीबी उन्मूलन, सामुदायिक स्वास्थ्य, शिक्षा, आवास, मानवाधिकार, बाल अधिकार, महिला अधिकार, प्राकृतिक संसाधन प्रबंधन, जल जैसी अपनी-अपनी विषयगत, सामाजिक समूह और भौगोलिक प्राथमिकताएं बनाई हैं और स्वच्छता; और इन छोरों पर वे रणनीतियों और दृष्टिकोणों की एक विस्तृत श्रृंखला का अभ्यास करते हैं। मुख्य रूप से, उनका ध्यान विकास सोच और अभ्यास के विकल्पों की खोज पर रहा है; सहभागी अनुसंधान, सामुदायिक क्षमता निर्माण और प्रदर्शनकारी मॉडल के निर्माण के माध्यम से हासिल किया गया।

## स्वैच्छिक स्वास्थ्य संघ (वीएचएआई)

वॉलंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ इंडिया (वीएचएआई) एक गैर-लाभकारी, पंजीकृत सोसाइटी है जिसका गठन वर्ष 1970 में किया गया था। यह 27 राज्य स्वैच्छिक स्वास्थ्य संघों का एक संघ है, जो देश भर में 4500 से अधिक स्वास्थ्य और विकास संस्थानों को एक साथ जोड़ता है। वे दुनिया के सबसे बड़े स्वास्थ्य और विकास नेटवर्क में से एक हैं। वीएचएआई भारत में गतिशील स्वास्थ्य योजना और कार्यक्रम प्रबंधन के लिए जन-केंद्रित नीतियों की वकालत करता है। वीएचएआई मानव अधिकार और विकास के स्वास्थ्य मुद्दे को बढ़ावा देता है। वीएचएआई के कार्यक्रम के लाभार्थियों में स्वास्थ्य पेशेवर, शोधकर्ता, सामाजिक कार्यकर्ता, सरकारी अधिकारी और मीडियाकर्मी शामिल हैं। एफएसएसएआई और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने ईट राइट मूवमेंट और स्वस्थ भारत यात्रा पर उल्लेखनीय कार्य के लिए वीएचएआई को प्रशंसा पुरस्कार दिया है।

## हेल्प एज इंडिया

हेल्प एज भारत के अग्रणी धर्मार्थ संगठनों में से एक है जो बुजुर्गों की भलाई के लिए काम करता है। यह 1978 में स्थापित किया गया था, और अब 4 दशकों से अधिक समय से सेवाएं प्रदान कर रहा है। वे मोतियाबिंद सर्जरी और अंतिम चरण के कैंसर रोगियों को गहन देखभाल के साथ बुजुर्गों के लिए मुफ्त स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं। हेल्प एज इंडिया को समाज में उनके सराहनीय योगदान के लिए कई पुरस्कार मिले हैं, जिनमें चेयरमैन चैलेंज अवार्ड, टाइम्स सोशल इम्पैक्ट अवार्ड और एनजीओ लीडरशिप एंड एक्सीलेंस अवार्ड शामिल हैं।

## क्राई-चाइल्ड राइट्स और यू

क्राई की शुरुआत 1979 में रिप्पन कपूर ने बच्चों के कुपोषण लिए काम करने के उद्देश्य से की थी। इसने बच्चों को ताजा और स्वस्थ भोजन प्रदान करने के लिए छत्तीसगढ़ में आंगनवाड़ियों में किचन गार्डन की शुरुआत की। क्राई की इस नेक पहल से कुपोषित बच्चों की संख्या में लगभग 9-10 प्रतिशत की कमी देखने में मदद मिली है। इन वर्षों में क्राई ने कई पुरस्कार जीते हैं जो भारत के बच्चों को एक खुशहाल और स्वस्थ बचपन देने में उनके प्रयासों को पहचानते हैं। यह स्वास्थ्य में सर्वश्रेष्ठ सीएसआर परियोजना के लिए इंस्टीट्यूट ऑफ चार्टर्ड अकाउंटेंट्स ऑफ इंडिया कॉर्पोरेट सोशल रिस्पॉन्सिबिलिटी अवार्ड, लक्ष्य अवार्ड, 50 वर्षों की उत्कृष्टता के लिए कर्वे इंस्टीट्यूट ऑफ सोशल सर्विस आदि रखता है।

## रूरल हेल्थ केयर फाउंडेशन (आरएचसीएफ)

आरसीएचएफ सामाजिक-आर्थिक पिरामिड के सबसे निचले तबके को कम लागत वाली प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने का प्रयास करता है और अपने लक्ष्यों को प्राप्त करने में अच्छा कर रहा है। आरएचसीएफ वर्तमान में पश्चिम बंगाल के विभिन्न जिलों में फैले 10 क्लीनिकों का एक नेटवर्क है और स्थापना के बाद से अपने नेटवर्क के माध्यम से 10 लाख से अधिक रोगियों की सेवा कर चुका है। रूरल हेल्थ केयर फाउंडेशन को संयुक्त राष्ट्र में एक विशेष सलाहकार का दर्जा दिया गया और हार्वर्ड बिजनेस स्कूल द्वारा मान्यता दी गई।

## उड़ान वेलफेयर फाउंडेशन

उड़ान वेलफेयर फाउंडेशन की स्थापना 2008 में कई कार्यक्रमों के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल और पोषण की दिशा में काम करने के उद्देश्य से की गई थी। उड़ान ने

हरिकिशन इंग्लिश पब्लिक स्कूल में दंत स्वास्थ्य जांच की और 250 छात्रों को सही ब्रशिंग तकनीक और मौखिक देखभाल का महत्व सिखाया। उन्होंने 2008 से अनुग्रह बाल गृह और अनुग्रह विद्या मंदिर, अंबरनाथ के लिए नियमित रूप से दवाएं और मासिक राशन आपूर्ति भी प्रदान की है। इसे गैलेक्सी रिकग्निशन अवार्ड, समाज शक्ति अवार्ड, ग्लोबल सीएसआर एक्सीलेंस एंड लीडरशिप अवार्ड आदि सहित पुरस्कार और मान्यता मिली है।

### उदय फाउंडेशन

राहुल और तूलिका वर्मा द्वारा 2006 में स्थापित उदय फाउंडेशन दिल्ली स्थित एक एनजीओ है, जो जन्मजात विकारों और अन्य सिंड्रोम से पीड़ित बच्चों का समर्थन करता है। फाउंडेशन पौष्टिक भोजन परोसने और दान जुटाने के लिए स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में नई प्रौद्योगिकियों पर भी शोध करता है। यह एक बहुत प्रसिद्ध फाउंडेशन है, जो टाइम्स ऑफ इंडिया, एनडीटीवी आदि में शामिल है।

### इंडिया हेल्थ एक्शन ट्रस्ट (आईएचएटी)

इंडिया हेल्थ एक्शन ट्रस्ट का गठन 2003 में पंजीकृत ट्रस्ट डीड द्वारा किया गया था, जो जाति, पंथ या धर्म के बावजूद भारत में व्यक्तियों और समुदायों के बढ़े हुए स्वास्थ्य और भलाई के लिए समर्पित था। इंडिया हेल्थ एक्शन ट्रस्ट मूल रूप से कर्नाटक और राजस्थान राज्यों को कार्यक्रम योजना और प्रबंधन में व्यापक तकनीकी सहायता और प्रशिक्षण प्रदान करने पर केंद्रित था। पिछले कुछ वर्षों में, ट्रस्ट ने महाराष्ट्र, बिहार, राजस्थान, आंध्र प्रदेश, तमिलनाडु और गोवा में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों (एसएसीएस) का समर्थन किया है। मैनिटोबा विश्वविद्यालय द्वारा अपने 31वें दीक्षांत समारोह में समाज के प्रति असाधारण योगदान को पहचानते हुए इंडिया हेल्थ एक्शन ट्रस्ट के वरिष्ठ तकनीकी सलाहकार को मानद उपाधि से सम्मानित किया गया।

### वात्सल्य एनजीओ

वात्सल्य की स्थापना वर्ष 1995 में चिकित्सा पेशेवरों द्वारा स्वास्थ्य पर एक संसाधन केंद्र के रूप में की गई थी, जिसका उद्देश्य विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों के गरीब और हाशिए के समुदाय के लिए गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं सुनिश्चित करने की दिशा में लगातार प्रयास करना था। वात्सल्य विज्ञान और कला के संदर्भ में स्वास्थ्य के व्यापक ढांचे को समझने के लिए व्यक्तियों और समुदायों की क्षमता बढ़ाने की दिशा में पिछले 17 वर्षों से उत्तर प्रदेश में योगदान दे रहे हैं। उन्हें जल संरक्षण के लिए एचएसबीसी जल कार्यक्रम से पुरस्कार प्राप्त हुए, और स्वच्छता श्रेणी में दासरा पुरस्कारों में फाइनलिस्ट के रूप में भी चुना गया।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 7

- 1) कम से कम दो गैर-सरकारी संगठनों को सूचीबद्ध करें और वे देश में स्वास्थ्य देखभाल को कम करने में कैसे योगदान दे रहे हैं।

.....

.....

.....

.....

## 16.4 सारांश

स्वास्थ्य मिशनों, नीतियों और कार्यक्रमों के व्यापक ढांचे के भीतर सभी को अच्छा स्वास्थ्य और कल्याण प्रदान करने का व्यापक उद्देश्य निहित है। जबकि स्वास्थ्य क्षेत्र में सफल परिणामों के लिए अधिक राजस्व आवंटन के साथ सरकार की भूमिका को बढ़ाने की आवश्यकता है, आबादी के स्वास्थ्य में योगदान औपचारिक स्वास्थ्य देखभाल के बाहर की प्रणालियों से प्राप्त होता है। प्रणाली, और समुदायों के स्वास्थ्य के लिए अंतर-क्षेत्रीय योगदान की इस क्षमता को दुनिया भर में तेजी से मान्यता दी जा रही है। इस प्रकार, जनसंख्या स्वास्थ्य को प्रभावित करने में सरकार की भूमिका स्वास्थ्य क्षेत्र के भीतर सीमित नहीं है, बल्कि स्वास्थ्य प्रणालियों के बाहर विभिन्न क्षेत्रों द्वारा भी है।

जबकि पिछले वर्षों में बहुत कुछ हासिल किया गया है — 1974 में टीकाकरण के विस्तारित कार्यक्रम का शुभारंभ, 1978 में अल्मा अता में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, 1979 में चेचक का उन्मूलन, 1988 में पोलियो उन्मूलन का शुभारंभ, 2004 में एफसीटीसी अनुसमर्थन और 2005 का कोटपा अधिनियम, स्वस्थ भारत का भविष्य सतत विकास के ढांचे में सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंडे को मुख्यधारा में लाने में निहित है। महान राष्ट्र का अंतिम लक्ष्य वह होगा जहां ग्रामीण और शहरी विभाजन एक पतली रेखा तक कम हो गया है, जिसमें स्वच्छ ऊर्जा और सुरक्षित पानी तक पर्याप्त पहुंच हो, जहां सभी के लिए सर्वोत्तम स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध है, जहां शासन उत्तरदायी, पारदर्शी और भ्रष्टाचार मुक्त है।

इस बदलती दुनिया में, अद्वितीय चुनौतियों के साथ, जो आबादी के स्वास्थ्य और कल्याण के लिए खतरा है, यह आवश्यक है कि सरकार और समुदाय सामूहिक रूप से इस अवसर पर उठें और एक साथ, समावेशी और स्थायी रूप से इन चुनौतियों का सामना करें। स्वास्थ्य और आर्थिक मुद्दों के सामाजिक निर्धारकों को नैतिक सिद्धांतों — सार्वभौमिकता, न्याय, गरिमा, सुरक्षा और मानवाधिकारों पर आम सहमति से निपटाया जाना चाहिए। यह दृष्टिकोण स्वास्थ्य के अधिकार के सपने को साकार करने में मानवता की बहुमूल्य सेवा का होगा।

गैर-सरकारी संगठन अनुसंधान चक्र के सभी चरणों में योगदान दे रहे हैं, अनुसंधान की प्रासंगिकता और प्रभावशीलता, प्राथमिकता सेटिंग और कार्रवाई के लिए ज्ञान को बढ़ावा दे रहे हैं। उनकी नेतृत्व (प्रासंगिक वैश्विक स्वास्थ्य अनुसंधान को बढ़ावा देने और वकालत करने), अनुसंधान के लिए संसाधन जुटाने, ज्ञान के उत्पादन, उपयोग और प्रबंधन और क्षमता विकास में महत्वपूर्ण भूमिका है। फिर भी, आमतौर पर, अनुसंधान में गैर-सरकारी संगठनों की भागीदारी ज्ञान उत्पादन से नीचे की ओर होती है और यह आमतौर पर विश्वविद्यालयों या समर्पित अनुसंधान एजेंसियों के साथ साझेदारी का रूप लेती है। संभावित प्रभाव को अधिकतम करने के लिए स्वास्थ्य सेवा के सभी पहलुओं में गैर-सरकारी संगठनों को अधिक प्रभावी ढंग से शामिल करने की आवश्यकता है। इसके अलावा, गैर-सरकारी संगठन वैश्विक स्वास्थ्य के लिए गठबंधन में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं और उन्हें निभाना चाहिए। उद्देश्य की एक नई भावना और एक सामान्य लक्ष्य के साथ, गैर-सरकारी संगठनों और उनके सहयोगियों का इरादा प्रभावी अनुसंधान के माध्यम से दुनिया की सबसे अधिक प्रभावित आबादी के रोग बोझ को कम करने में मजबूत और स्थायी पैठ बनाने का है और क्रिया।

सतत विकास लक्ष्यों के 'सभी के लिए स्वास्थ्य— हेल्थ फॉर ऑल' के परिकल्पित भविष्य को प्राप्त करने के लिए, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, सरकारों और अन्य भुगतानकर्ताओं, विघटनकारी प्रवेशकों और आम नागरिकों को भविष्य के लिए एक ठोस नींव रखने के लिए पारिस्थितिकी तंत्र में परिवर्तन लाने के लिए सामंजस्य में काम करना शुरू करना चाहिए।

---

## 16.5 मुख्य शब्द

---

**हेल्थकेयर:** स्वास्थ्य देखभाल लोगों में बीमारी, बीमारी, चोट या शारीरिक और मानसिक हानि की रोकथाम, निदान, उपचार, वसूली या इलाज का रखरखाव या सुधार है।

**ओबामाकेयर:** क्वायटी देखभाल अधिनियम के लिए एक अनौपचारिक शब्द, एक संघीय कानून जिसका उद्देश्य अमेरिकी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य बीमा तक पहुंच में सुधार करना है।

**आयुष्मान भारत योजना:** राष्ट्रीय स्वास्थ्य संरक्षण योजना, जिसे अब प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना के रूप में नामित किया गया है, भारत की 2.2 अरब ऑस्ट्रेलियाई डॉलर की सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल योजना है जिसका उद्देश्य अपने 100 लाख सबसे गरीब लोगों को गंभीर इलाज के लिए मुफ्त स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच प्रदान करना है।

**राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन:** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम), जो अब राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत है, भारत सरकार द्वारा अल्पसेवित ग्रामीण क्षेत्रों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए की गई एक पहल है।

**गैर-लाभकारी संगठन:** एक गैर-लाभकारी संगठन जो किसी भी सरकार से स्वतंत्र रूप से संचालित होता है, आमतौर पर जिसका उद्देश्य सामाजिक या राजनीतिक मुद्दे को संबोधित करना है।

---

## 16.6 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

Affordable Care Act (ACA) - HealthCare.gov Glossary. (n.d.). Retrieved November 27, 2020, from <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>

Amadeo, K. (2020, September 02). What Is Obamacare? Retrieved November 29, 2020, from <https://www.thebalance.com/what-is-obamacare-the-aca-and-what-you-need-to-know-3306065>

Bajaj Finserv. (2018, October 10). PMJAY - All About Ayushman Bharat Yojana, Eligibility & Application Process. Retrieved November 29, 2020, from <https://www.bajajfinserv.in/insights/ayushman-bharat-yojana-are-you-eligible-for-the-pmjay-scheme>

Betigeri, A. (2018, September 26). India's game-changing health care initiative. Retrieved November 29, 2020, from <https://www.lowyinstitute.org/the-interpretor/india-game-changing-health-care-initiative>

Brand India. (n.d.). Retrieved November 29, 2020, from <https://www.ibef.org/industry/healthcare-india.aspx>

Drishti IAS. (2020, September 25). Role of NGOs. Retrieved November 29, 2020, from <https://www.drishtiiias.com/daily-updates/daily-news-editorials/role-of-ngos>

Ghosh, D. (2013, August 28). Looking at the Role of the Non-Governmental Organizations in Primary Health Care Field in India to Meet the Millennium Development Goals. Retrieved

November 2, 2020, from [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2316649](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2316649)

Global Health. (2020, November 24). Retrieved November 29, 2020, from <https://www.usaid.gov/global-health>

Global Health. (n.d.). Retrieved November 2, 2020, from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/global-health>

Government Initiatives in the Health Sector of India. (2014, May 17). Retrieved November 23, 2020, from <https://www.yourarticlelibrary.com/essay/government-initiatives-in-the-health-sector-of-india/40425>

Grover, A., & Singh, R. B. (2019). Health Policy, Programmes and Initiatives. *Advances in Geographical and Environmental Sciences Urban Health and Wellbeing*, 251-266. doi:10.1007/978-981-13-6671-0\_8

Joshi, M. K., & Klein, J. (2018). The Role of Non-Governmental Organizations. *Oxford Scholarship Online*. doi:10.1093/oso/9780198827481.003.0006

Kashyap, S. (2019, December 09). India 2020: How Govt's initiatives will shapeup the healthcare narrative. Retrieved November 22, 2020, from <https://www.oneindia.com/india/india-2020-how-govt-initiatives-will-shape-up-the-healthcare-narrative-2992901.html>

Krishna, V. (n.d.). Top 20 NGOs contributing to Healthcare Services in India. Retrieved November 9, 2020, from <https://mediniz.com/public/feeds/top-20-ngos-contributing-to-healthcare-services-in-India>

Lakshminarayanan, S. (2011). Role of government in public health: Current scenario in India and future scope. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(1), 26. doi:10.4103/1319-1683.78635

Ministry of Health & Family Welfare-Government of India. (n.d.). Index4: National Health Mission. Retrieved November 29, 2020, from <https://nhm.gov.in/index4.php?lang=1>

R. Labonte, J., Currat, L., Keusch, G., JN. Lavis, D., M. Surr, A., Eisenberg, J. McKenzie, J. (1970, January 01). *The Role of NGOs in Global Health Research for Development*. Retrieved November 29, 2020, from <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-3->