

---

## इकाई 7 स्वास्थ्य तथा पोषण\*

---

### संरचना

- 7.0 उद्देश्य
- 7.1 विषय प्रवेश
- 7.2 स्वास्थ्य एवं पोषण का मापदंड : अवधारणाएँ
  - 7.2.1 कुपोषण
  - 7.2.2 सशक्तता-समंजित जीवन वर्ष/अशक्तता-समंजित जीवन वर्ष
- 7.3 स्वास्थ्य व्यय
  - 7.3.1 स्वास्थ्य व्यय के स्रोत
- 7.4 भारत में जन-स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली
  - 7.4.1 निवारक एवं रोगहर स्वास्थ्य परिचर्या
  - 7.4.2 स्वास्थ्य वित्तीयन
- 7.5 भारत में स्वास्थ्य नीति
  - 7.5.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति
- 7.6 सार-संक्षेप
- 7.7 शब्दावली
- 7.8 कुछ उपयोगी पुस्तकें
- 7.9 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

---

### 7.0 उद्देश्य

---

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

- स्वास्थ्य एवं पोषण संबंधी अवधारणाओं को स्पष्ट कर सकें;
- प्रमुख संकेतकों के आधार पर स्वास्थ्य एवं पोषण की स्थिति स्पष्ट कर सकें;
- स्वास्थ्य व्यय बढ़ाने में योगकारी कारकों को पहचान सकें;
- भारतीय जन स्वास्थ्य प्रणाली की संरचना समझा सकें;
- निवारक एवं रोगहर स्वास्थ्य परिचर्या आवश्यकताओं में भेद कर सकें;
- भारत में स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन में रुझानों पर चर्चा कर सकें; और
- भारत में सरकार द्वारा लाई गई विभिन्न स्वास्थ्य नीतियों के अभिलक्षणों की रूपरेखा बना सकें।

---

### 7.1 विषय प्रवेश

---

अंग्रेजी में एक आम कहावत है— 'हैल्थ इज़ वैल्थ' अर्थात् 'स्वास्थ्य ही धन है'। एक मानव विकास के दृष्टिकोण से उत्तम स्वास्थ्य एवं पोषण किसी व्यक्ति के शारीरिक एवं संज्ञानात्मक विकास में अपना अमूल्य योगदान करते हैं। कुपोषण संक्रमण के प्रति

---

\* डॉ. स्मृतिकन घोष, सहायक आचार्य, स्कॉटिश कॉलेज, कोलकाता

संवेदनशीलता बढ़ा देता है और स्वास्थ्य लाभ विलम्बित करता है, जिससे देश के लिए रोग और रुग्णता का बोझ विशाल रूप ले लेता है।

कुपोषण असंसर्गजनित रोगों से जुड़े मामलों की संख्या बढ़ा भी देता है, जिससे स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी लागत बेतहाशा बढ़ जाती है। तथापि, अधिकांश विकासशील एवं अल्प-विकसित देशों में, दुर्भाग्यवश, अस्वस्थता या बुरे स्वास्थ्य को एक दीर्घकालिक समस्या है, जहाँ भारत अपने स्वास्थ्य एवं पोषण पदानुक्रम की दृष्टि से बहुत निचले स्थान पर है। विशेष रूप से, बच्चों के मामले में स्थिति कहीं अधिक संवेदनशील है क्योंकि विश्व बैंक के अनुसार, भारतीय बच्चों का 22 प्रतिशत रोग प्रभाव तो कुपोषण के कारण ही है।

वैचारिक रूप से, **स्वास्थ्य** का अर्थ है – 'रोग-व्याधियों से मुक्ति'। आनुभविक रूप से, इसे रोग-व्यापकता दरों और प्रकार्यात्मक अशक्तता मापदंडों के द्वारा मापा जाता है। किसी व्यक्ति को स्वस्थ कहा जाता है यदि वह उसकी निम्न रोग-व्याप्ति दर और शून्य प्रकार्यात्मक अशक्तता हो। दूसरी ओर, **पोषण**, पोषाहार का एक मापदंड है। यह उस प्रक्रिया से संबंध रखता है जिससे होकर हमारा शरीर हमारे द्वारा ग्रहण किए गए भोजन में विद्यमान पोषक तत्वों की वांछित मात्रा अवशोषित करता है। स्वास्थ्य स्थिति तदनुसार किसी व्यक्ति अथवा समुदाय की पोषण की स्थिति से अभिन्न रूप से जुड़ी होती है।

## 7.2 स्वास्थ्य एवं पोषण का मापदंड : अवधारणाएँ

भारत के विकास के वर्तमान स्तर पर दृष्टि डालें तो उसका स्वास्थ्य परिदृश्य भी सुधर रहा है। शिशु मृत्यु दर (IMR) और पाँच-पूर्व (पाँच वर्ष पूर्ण करने से पहले) मृत्यु दरों के लिहाज से भारत में महत्वपूर्ण रूप से सुधार आया है। पिछले दो दशकों की अवधि में (1992-93 से 2015-16 तक), शिशु मृत्यु दर 86 से 41 पर और पाँच-पूर्व मृत्यु दर 119 से 50 पर आ गई (तालिका 7.1)। हमारे लिए यह देखना महत्वपूर्ण होगा कि ये प्रमुख संकेतक किस प्रकार मापे और आकलित किए जाते हैं।

तालिका 7.1 : भारत की स्वास्थ्य स्थिति : (1993.2016)

स्वास्थ्य स्थिति	NFHS I (1992-93)	NFHS II (1998-99)	NFHS III (2005-06)	NFHS IV (2015-16)
शिशु मर्त्यता	86.3	73	57	41
पाँच-पूर्व मर्त्यता	118.8	101.4	74	50
नवजात मर्त्यता	52.7	47.7	NA	NA
उत्तर-नवजात मर्त्यता	33.7	25.3	NA	NA
मातृ मर्त्यता दर	437	530	NA	NA
अशोधित मृत्यु दर	9.7	9.7	NA	NA

स्रोत : राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-I, II, III और IV उपलब्ध नहीं।

**शिशु मर्त्यता** – किसी नवजात शिशु की मृत्यु उसके प्रथम जन्मदिवस से पूर्व ही हो जाने की संभावना को शिशु मर्त्यता कहा जाता है। संख्यात्मक रूप से, यह किसी वर्ष में शिशु मृत्यु संख्या प्रति 1000 नवजात संख्या है। संक्षेप में, IMR के रूप में लिखे जाने पर :  $IMR = (\text{शिशु मृत्यु संख्या} / \text{जीवित जन्में शिशुओं की संख्या}) \times 1000$ . उदाहरण के लिए, मान लीजिए वर्ष 2016 में, किसी राज्य के निवासियों के बीच शिशु मृत्यु संख्या 1300 है और राज्य में जीवित जन्में शिशुओं की संख्या 150000 है। तब

$IMR = (1300 / 150000) \times 1000 = 8.7$ . विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) के अनुसार, विश्व की पांच-पूर्व मृत्यु संख्या का 75 प्रतिशत शिशु जीवन के प्रथम वर्ष के भीतर ही है।

**पाँच-पूर्व मर्त्यता** इसे 'बाल मर्त्यता' भी कहा जाता है। यह प्रथम और पाँचवें जन्मदिवस के बीच मरने की प्रायिकता है, जिसे मृत्यु संख्या प्रति 1000 प्रति वर्ष के रूप में मापा जाता है। इसे इस रूप में मापा जाता है : बाल मर्त्यता (CMR) =  $(D/N) \times 1000$  जहाँ D = आकलन वर्ष के दौरान 0-4 वर्ष के बीच मृत्यु संख्या तथा N = आकलन वर्ष के दौरान जीवित जन्मी संख्या। परिकलन के उद्देश्य से आँकड़े नवजात पंजीकरण के लिए जाते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, विश्व में लगभग 90 लाख बच्चे अपना 5वाँ जन्मदिन मनाने से पूर्व ही मर जाते हैं। इस प्रकार की मृत्यु के कारण होते हैं— निमोनिया, अतिसार व कुपोषण।

**नवजात मर्त्यता** — यह जन्मोपरांत किसी शिशु के जीवन के प्रथम माह अथवा प्रथम 28 दिनों के भीतर ही मर जाने की प्रायिकता है।

तदनुसार, नवजात मर्त्यता =  $(\text{नवजात मृत्यु संख्या} / \text{कुल जीवित जन्मी संख्या}) \times 1000$ . यूनिसेफ (UNICEF) के अनुसार, नवजात मर्त्यता वर्ष 1990 में 36 मृत प्रति 1000 जीवित जन्म की संख्या वर्ष 2015 में घटकर 19 मृत प्रति 1000 जीवित जन्म रह गई।

**उत्तर-नवजात मर्त्यता** — यह शिशु और नवजात मर्त्यता के बीच अंतर है अर्थात् किसी भौगोलिक क्षेत्र विशेष में निवासी जीवित नवजात संख्या द्वारा (उसी क्षेत्र में) विभाजित 28 दिन व 364 दिनों के बीच मरने वाले नवजातों की संख्या है। मर्त्यता दर प्रति 1000 जीवित नवजात दर्शाने के लिए उक्त मान को 1000 से गुणा कर दिया जाता है। तदनुसार, उत्तर-नवजात मर्त्यता =  $(\text{निवासी उत्तर जन्म मृत्यु संख्या} / \text{कुल निवासी जीवित जन्म संख्या}) \times 1000$ .

**मातृ मर्त्यता दर** — यह दर उन स्त्रियों की संख्या बतलाता है जो प्रति 1,00,000 जीवित प्रसव एवं गर्भधारण संबंधी जटिलता के परिणामस्वरूप मर जाती हैं। यह इस प्रकार, गर्भधारण से जुड़े जोखिम की ओर संकेत करती है। तदनुसार, मातृ मर्त्यता दर (MMR) =  $(\text{किसी संदर्भ अवधि के दौरान प्रसव मृत्यु संख्या} / \text{उसी संदर्भ अवधि के दौरान जीवित जन्मों की कुल संख्या}) \times 1,00,000$ । यूनिसेफ (UNICEF) के अनुसार, वर्ष 1990 और 2015 के बीच मातृ मर्त्यता दर घटक लगभग आधी अर्थात् 50 प्रतिशत रह गई।

उपर्युक्त संकेतकों के अनुसार भारतीय स्वास्थ्य परिदृश्य तालिका 7.1 में इंगित किया गया है। यह दर्शाता है कि सिवाय मातृ मर्त्यता दर और अशोधित मृत्यु दर के, अन्य सभी दरें गिर रही हैं। अशोधित मृत्यु (प्रतिवर्ष प्रति 1000 मृत्यु संख्या के रूप में परिभाषित) प्रथम दो राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षणों (NFHS) में अचर रही किंतु मातृ मर्त्यता दर उसी अवधि में बढ़ी है।

### 7.2.1 कुपोषण

कुपोषण अति-पोषण भी हो सकता है और न्यून-पोषण भी। न्यून-पोषण निम्न-भार अर्थात् कम वजन, रुद्ध विकास एवं दुबलापन आदि सूचकों से मापा जाता है। **दुबलापन** सर्वेक्षण से तत्काल पूर्व अवधि में पर्याप्त पोषण प्राप्त करने में विफलता को

दर्शाता है और कुपोषण के विस्तार का संकेत देता है। यह अपर्याप्त भोजन लेने अथवा किसी हालिया बीमारी से कम वजन हो जाने और कुपोषण प्रारंभ हो जाने के फलस्वरूप हो सकता है। ऐसे व्यक्ति जिनकी लम्बाई-भार का अनुपात Z-मान  $-3SD$  (संदर्भ जनसंख्या की माधिका से ऋण तीन मानक विचलन) से नीचे हो तो उन्हें 'गंभीर रूप से कुपोषित' और जो  $-2SD$  से नीचे हों, उन्हें 'कुपोषित' कहा जाता है। तदनुसार, यदि ऐसे 10 व्यक्ति हों जिनका Z-मान क्रमशः इस प्रकार हो— यथा,  $-4.1SD$ ,  $-3.9SD$ ,  $-3.1SD$ ,  $-2.8SD$ ,  $-2.1SD$ ,  $-2.0SD$ ,  $-1.1SD$ ,  $1.5SD$ ,  $1.9SD$  और  $2.5SD$ , तो प्रथम तीन व्यक्ति गंभीर रूप से कुपोषित हैं, अगले तीन व्यक्ति कुपोषित हैं और अंतिम चार पोषित हैं। ध्यान दें कि ऋणात्मक पक्ष में,  $-1SD$  तक, एक सीमांत व्यक्ति को कुपोषित श्रेणी में न रखे जाने के लिए छोड़ा गया है। इसी प्रकार आयु लम्बाई अनुपात 'सेंटीमीटर में लम्बाई और महीनों में आयु' का अनुपात है। इस अनुपात को Z-मान 'रैखिक वृद्धि मंदन' एवं 'संचयी वृद्धि न्यूनता' के एक संकेतक के रूप में लिया जाता है। कुपोषण की सीमा में आने वाले, वे लोग जिनकी आयु-लंबाई का Z-मान संदर्भ समुदाय की माधिका से  $-2 SD$  से कम है, अपनी आयु के लिए 'रुद्ध विकसित' माने जाते हैं और उन्हें 'कुपोषित' की संज्ञा दी जाती है। इसी प्रकार, जब यह Z-मान  $-3SD$  से कम होता है तो व्यक्ति को 'गंभीर रूप से रुद्ध' विकसित अथवा 'दीर्घकालिक रूप से कुपोषित' कहा जाता है। रुद्ध विकास एक लम्बी अवधि तक पर्याप्त पोषण प्राप्त करने में विफलता दर्शाता है। इस प्रकार की विफलताएँ पुनरावर्तक एवं दीर्घकालिक अस्वस्थता द्वारा भी प्रभावित होती हैं।

**आयु-भार अनुपात :** आयु-लंबाई और लंबाई-भार का एक संश्लिष्ट संसूचक है जो प्रचंड और दीर्घावधिक कुपोषण दोनों का ध्यान रखता है। ऐसे व्यक्ति जिनकी आयु-भार संदर्भ समुदाय की माधिका से  $-2SD$  नीचे हो, **न्यून-भार** श्रेणी में आते हैं। कभी-कभी रक्ताल्पता स्तर भी न्यून-पोषण के सूचक के रूप में लिया जाता है। पोषण संबंधी साहित्य में वयस्क कुपोषण तथा बाल कुपोषण के बीच भेद इस प्रकार किया जाता है :

वयस्क कुपोषण शरीर-संहति-सूचक (BMI), रक्ताल्पता स्तर एवं भाराधिक्य से मापा जाता है। उक्त सूचक (BMI) लम्बाई-वर्ग द्वारा विभाजित भार' के रूप में मापा जाता है (यथा, किलोग्राम/मीटर<sup>2</sup>, जहाँ भार किलोग्राम में और लम्बाई मीटर में व्यक्त है)। इस सूचक का मान मानक से नीचे होता है तो वह 'कुपोषित' कहलाता है। दूसरी ओर, जब यह सूचक 25 से अधिक होता है तो व्यक्ति 'मोटा' कहलाता है। रक्ताल्पता के शिकार लोगों में, उक्त सूचक (BMI) स्त्रियों के लिए 12 और पुरुषों के लिए 13 लिया जाता है। भारत में, कालान्तर में न्यून-भार स्त्रियों और पुरुषों के अनुपात में ह्रासमान रुझान देखा गया है (तालिका 7.2)। तथापि, गत 15 से 20 वर्षों में अति-भार स्त्री-पुरुषों के प्रतिशत महत्वपूर्ण रूप से बढ़े हैं। यह बहुत भयप्रद है। इसी काल वितान में रक्ताल्प स्त्री-पुरुषों के प्रतिशत में कोई महत्वपूर्ण गिरावट नहीं आई। यह भी एक मुख्य चिंतनीय विषय है। भारत में **न्यून-भार** बच्चों हेतु रुझान लगातार गिर रहा है (यह 1992-93 में 52 प्रतिशत से घटकर 2015-16 में 38 प्रतिशत रह गया)।

**तालिका 7.2 : वयस्क एवं बाल कुपोषण : 1993.2016**

वयस्क कुपोषण (BMI)	NFHS I (1992-93)	NFHS II (1998-99)	NFHS III (2005-06)	NFHS IV (2015-16)
--------------------	---------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

सामान्य (18.5) से कम, स्त्रियों का BMI	NA	35.8	35.5	22.9
सामान्य (18.5) से कम पुरुषों का BMI	NA	NA	34.2	20.2
स्त्रियों का रक्ताल्पता स्तर (आयु 15-49) (12)	NA	51.8	55.3	53
पुरुषों का रक्ताल्पता स्तर (आयु 15-49)(13)	NA	NA	24.2	22.7
अति-भार स्त्रियाँ (>25)	NA	10.6	12.6	20.7
अति-भार पुरुष (>25)	NA	NA	9.3	18.6
न्यून-भार बच्चे (%)	53.4	47	42.5	35.7
दुबले बच्चे (%)	7.5	5.5	9.8	21
रुद्ध-विकास ग्रस्त बच्चे (%)	52	45.5	48	38.4

स्रोत : राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) -I, II, III और IV, उपलब्ध नहीं।

बहरहाल, दुबले बच्चों का प्रतिशत जो राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-II (NFHS-II) तक घट रहा था, 2015-16 में अब तक का सर्वाधिक, यानी 21 प्रतिशत, तक पहुँच गया है। रुद्ध-विकास ग्रस्त बच्चों का प्रतिशत भी उक्त सर्वेक्षण (NFHS-II) तक गिर रहा था, परंतु वह भी तृतीय सर्वेक्षण (NFHS-III) में बढ़कर 48 प्रतिशत हो गया किन्तु जो चतुर्थ सर्वेक्षण (NFHS-IV) में पुनः घटकर 38.4 प्रतिशत रह गया।

### 7.2.2 सशक्तता-समंजित जीवन वर्ष / अशक्तता-समंजित जीवन वर्ष

उपर्युक्त मापदंडों के अलावा, लोगों का स्वास्थ्य मानक निर्धारित करने हेतु दो और लोकप्रिय मापदंड हैं। ये हैं— सशक्तता-समंजित जीवन वर्ष (QALY) और अशक्तता-समंजित जीवन वर्ष (DALY)। पूर्ववर्ती (QALY) एक रोगभार का मापदंड है जिसमें जिए गए जीवन की गुणवत्ता एवं आयु दोनों शामिल होते हैं। एक QALY का अर्थ है — संपूर्ण स्वास्थ्य का एक वर्ष। दूसरी ओर; परवर्ती (DALY) में मापा जाता है कि खराब स्वास्थ्य, अशक्तता अथवा अल्पायु मृत्यु के कारण कितने वर्षों की हानि हुई। अतः, परवर्ती (DALY) स्वास्थ्य हानि दर्शाता है और पूर्ववर्ती (QALY) स्वास्थ्य लाभ दर्शाता है (यथा, QALY और DALY परस्पर विपरीत हैं)। इस प्रकार, व्यवहार में, परवर्ती (DALY) और पूर्ववर्ती (QALY) के बीच अंतर इस बात पर निर्भर करता है कि जीवन की गुणवत्ता हानि (DALY) के रूप में दर्शाई गई है अथवा लाभ (QALY) के रूप में। इसके अतिरिक्त किसी भी अंतर पर विचार उसी प्रकार किया जाएगा जिस प्रकार, रोग-भार निर्दिष्ट हों।

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

- 1) स्वास्थ्य एवं पोषण को किस प्रकार परिभाषित किया जाता है?

.....

.....

.....

2) पाँच प्रमुख स्वास्थ्य सूचक कौन-से हैं? इनमें से किनमें 1990 और 2015 की अवधि में अंतर्राष्ट्रीय रूप से लगभग 50 प्रतिशत तक की गिरावट आई है?

3) न्यून-पोषण के तीन उप-संघटक कौन-से हैं? उन्हें कैसे मापा जाता है?

4) 'वयस्क कुपोषण' किस प्रकार मापा जाता है? भारत के लिए इस संबंध में क्या उल्लेखनीय रुझान हैं?

5) भारत में न्यून-भार बच्चों के संबंध में क्या रुझान रहा है?

6) सशक्तता-समंजित जीवन वर्ष और अशक्तता-समंजित जीवन वर्ष की अवधारणाओं के बीच भेद कीजिए।

## 7.3 स्वास्थ्य व्यय

विगत वर्षों में, विश्वभर में, स्वास्थ्य परिचर्या पर व्यय निरंतर बढ़ा है। आर्थिक सहयोग एवं विकास संगठन (OECD) के सदस्य देशों में चिकित्सा व्यय को समर्पित सकल घरेलू उत्पाद (GDP) का अंश 1979 में 5.1 प्रतिशत से बढ़कर 2006 में 8.9 प्रतिशत हो गया। भारत में जन-स्वास्थ्य व्यय पर अनुरूप आँकड़े 1995 में सकल घरेलू उत्पाद के 1.1 प्रतिशत से मामूली रूप से बढ़कर 2014 में सकल घरेलू उत्पाद का 1.4 प्रतिशत हो गए। स्वास्थ्य परिचर्या को समर्पित सकल घरेलू उत्पाद का प्रतिशत, खासकर जन-स्वास्थ्य व्यय, सभी देशों के समक्ष जन-वित्तीयन की चुनौती बना है। इसके लिए, उत्तरदायी कारकों को मोटे तौर पर निम्नलिखित दो शीर्षकों के अंतर्गत रखा जा सकता है।

### माँग कारक

- क) जनसमुदाय की वृद्धता : जनसमुदाय की औसत आयु में वृद्धि के साथ चिकित्सा रक्षा हेतु माँग भी बढ़ रही है।
- ख) आय : यह आमतौर पर माना जाता है कि प्रति व्यक्ति सकल-घरेलू-उत्पाद संवृद्धि और स्वास्थ्य व्यय के बीच एक मज़बूत संबंध है। तथापि, स्वास्थ्य परिचर्या व्यय हेतु माँग की आय सुगम्यता भौगोलिक स्थिति, समय-सीमा आदि अनेक कारकों पर निर्भरता के अनुसार भिन्न-भिन्न हो सकती है।
- ग) बीमा बाज़ार का प्रसार : वर्धमान स्वास्थ्य बीमा बाज़ार भी स्वास्थ्य परिचर्या व्यय हेतु माँग बढ़ा रहा है क्योंकि बीमा बढ़ती स्वास्थ्य परिचर्या लागत के जोखिम को संरक्षण देने का एक महत्वपूर्ण साधन है।

### आपूर्ति कारक

- क) आपूर्तिकर्ता-प्रेरित माँग : कभी-कभी स्वास्थ्य-सेवा आपूर्तिकर्ता अपना बाज़ार भाग बढ़ाने के लिए स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं की माँग का सृजन करते हैं। इसे आपूर्तिकर्ता-प्रेरित माँग कहा जाता है। ऐसा विभिन्न प्रकार से किया जाता है, जैसे— नई चिकित्सा प्रौद्योगिकी अपनाकर, ऐसी दवाएँ एवं उपचार प्रदान करके जो रोगी की दशा से कतई संबंध नहीं रखते, आदि।
- ख) सामान्य-आर्थिक संवृद्धि : देश की आर्थिक संवृद्धि जनसमुदाय का जीवनस्तर सुधार रही है जिसने उन्नत चिकित्सा प्रौद्योगिकी की उपलब्धता को भी बढ़ा दिया है। इससे स्वास्थ्य परिचर्या व्यय की माँग उत्प्रेरित होती है।

### 7.3.1 स्वास्थ्य व्यय के स्रोत

स्वास्थ्य परिचर्या पर व्यय हेतु दो वृहद् मार्ग हैं – (i) सार्वजनिक व्यय के माध्यम से राज्य (यथा, जन-स्वास्थ्य व्यय— PHE); और (ii) अपने व्यक्तिगत व्यय के माध्यम से लोग/परिवार (यथा, जेब-से-व्यय— OPE)। सार्वजनिक व्यय में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संबंधी सभी सरकारी खर्च आते हैं। इसमें चिकित्सा शिक्षा, अनुसंधान, अस्पताल, जन-स्वास्थ्य केंद्रों आदि पर होने वाले व्यय के साथ-साथ सरकार द्वारा दिए जाने वाले विभिन्न प्रकार के साहाय्य भी शामिल होते हैं (जैसे— देशभर में उत्तर

से दक्षिण व पूर्व से पश्चिम कार्यरत प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों PHCs का विशाल संजाल, ईएसआई/सीजीएचएस जैसी सरकारी योजनाएँ, चिकित्सा पुनर्पुतियाँ, आदि)। स्वास्थ्य व्यय, आमतौर पर, इन कारणों से बढ़ रहा है—(i) बढ़ी जीवन-प्रत्याशा; (ii) वृद्ध आबादी का अंश बढ़ने के साथ जनांकीय परिवर्तन; और (iii) दीर्घकालिक रोगों में वृद्धि। जबकि भारत में प्रति-व्यक्ति जन-स्वास्थ्य व्यय 1995-2014 की अवधि में लगभग पाँच गुना बढ़ा है, जैसा कि हमने ऊपर देखा, सकल घरेलू उत्पाद (GDP) के प्रतिशत के रूप में यह 1995-2014 की अवधि में 1.1 से अंशतः बढ़कर मात्र 1.4 प्रतिशत ही हो पाया है (तालिका 7.3)। जेब-से-व्यय (OPE), दूसरी ओर (जो कि परिभाषा से लागत सहयोग व रोगियों और उनके परिवारों द्वारा स्वयं उठाए गए अन्य खर्चों का संदर्भ देता है), बहुत ऊँचा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) के आकलन के अनुसार, भारत में स्वास्थ्य परिचर्या पर कुल जेब-से-व्यय 2005 में 76 प्रतिशत से बढ़कर 2012 में लगभग 90 प्रतिशत हो गया है। दरअसल, इस खर्च (OPE) में इसी प्रकार का रुझान इस काल में अनेक देशों में देखा गया है।

**तालिका 7.3 : भारत में स्वास्थ्य व्यय की रूपरेखा—1995-2014**

भारत	प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय (अमेरिकी \$)	जन-स्वास्थ्य व्यय (स.घ.उ. के रूप में)	जन-स्वास्थ्य व्यय—कुल सरकारी खर्च के रूप में)	जन-स्वास्थ्य व्यय—कुल स्वास्थ्य व्यय के रूप में)
1995	16	1.1	4.3	26.2
2014	75	1.4	4.4	30

स्रोत : विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO)

**तालिका 7.4 : कुल स्वास्थ्य व्यय (THE) में जेब-से-व्यय (OPE) का अंश**

देश	THE में OPE का अंश (2005)	THE में OPE का अंश (2015)
भारत	76.1	89.2
पाकिस्तान	80.9	86.8
बांग्लादेश	62.6	92.9
नेपाल	62.6	79.9

स्रोत : विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO)

## 7.4 भारत में जन-स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली

जन-स्वास्थ्य समाज में संगठित प्रयासों एवं जानकारी के आधार पर चयनों के माध्यम से रोग निवारण, जीवन प्रवर्धन एवं मानव स्वास्थ्य संवर्धन की प्रक्रिया है। स्वास्थ्य परिचर्या में न केवल चिकित्सा परिचर्या आती है, बल्कि निवारक परिचर्या के अनेक पहलू भी आते हैं। भारतीय स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली पश्चगामी है क्योंकि निजी जेब-से-व्यय स्वास्थ्य परिचर्या वित्तीयन की लागत पर भारी रहता है। एक आदर्श स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली वित्तीय लागत के निष्पक्ष वितरण एवं सक्षम सेवा-प्रदायकों के साथ सभी को सुलभ होनी चाहिए।

स्वास्थ्य परिचर्या व्यय को सार्वजनिक और निजी व्यय में विभाजित किया जा सकता

है। सरकार द्वारा अपनाई गई अनेक विकासोन्मुखी नीतियों के बावजूद आर्थिक/क्षेत्रीय/और स्त्री-पुरुष विषमताएँ भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए चुनौतियाँ ही बनी रही हैं। उदाहरण के लिए, 75 प्रतिशत स्वास्थ्य संसाधन शहरी क्षेत्रों में संकेंद्रित हैं, जहाँ केवल 27 प्रतिशत जनसंख्या ही रहती है। इस विषमता को दूर करने के लिए जन-स्वास्थ्य नीति को स्वास्थ्य संबंधी सामाजिक निर्धारकों को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य संवर्धन तथा रोग निवारण एवं नियंत्रण पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। जन-स्वास्थ्य नीति का ध्यान-केंद्र न सिर्फ रोग की रोकथाम करने पर होना चाहिए, बल्कि सामाजिक स्तर पर संगठित कार्रवाई के माध्यम से स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देना भी होना चाहिए।

भारत एक व्यापक रूप से विविध सामाजिक-राजनीतिक जनांकिकीय एवं रुग्णता प्रतिमानों वाला विश्व का दूसरा सबसे अधिक आबादी वाला देश है। भारत के अधिकांश राज्यों के सामने गंभीर स्वस्थ जन-शक्ति का अभाव है। इस अभाव को दूर करने के लिए बड़ी संख्या में स्वास्थ्य सेवा-प्रदाताओं, प्रबंधकों एवं सहायक कर्मियों की आवश्यकता है। अनेक राज्य किसी संगत रीति से मूलभूत, न्यूनतम जीवन-रक्षक सेवाएँ मुहैया कराने तक में अक्षम हैं। भारत में, जन-स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली की चुनौतियाँ, इस प्रकार, संक्षेप में प्रस्तुत की जा सकती हैं— (i) जन-स्वास्थ्य परिचर्या हेतु अपर्याप्त संसाधन उपलब्धता; (ii) गंभीर भौगोलिक एवं सामाजिक विषमता; (iii) स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बीच अपर्याप्त एकीकरण; (iv) सामुदायिक संकेंद्रण का अभाव; (v) खंडित प्रकार्यात्मक दायित्व; (vi) प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या पर अपर्याप्त ध्यान; (vii) अपर्याप्त जन-स्वास्थ्य उन्मुखता; आदि।

#### 7.4.1 निवारक एवं रोगहर स्वास्थ्य परिचर्या

निवारक स्वास्थ्य परिचर्या का तात्पर्य रोगोपचार के विपरीत रोग की रोकथाम हेतु किए जाने वाले उपायों से है। इसमें रोग होने से रोकना अथवा उसे टालना अथवा रोग का और अधिक प्रसार अथवा प्रकरण घटाना शामिल होता है। इसके लिए उठाए गए अनेक कदमों में शामिल हैं— (i) मद्य दुरुपयोग परामर्श; (ii) रक्तचाप जाँच; (iii) कोलेस्ट्रॉल जाँच; (iv) अवसाद जाँच; (v) मधुमेह एवं आहार परामर्श; (vi) हैपटाइटिस (पीलिया) 'बी' और 'सी' की जाँच; (vii) उपदंश जाँच; (viii) रक्ताल्पता जाँच; (ix) स्तनपान के महत्त्व के प्रचार का अभियान; (x) फॉलिक एसिड अनुपूरक; (xi) मूत्रमार्ग संक्रमण जाँच; (xii) स्वलीनता जाँच (18–24 माह); (xiii) प्रतिरक्षाकरण/टीकाकरण; (xiv) लौह अनुपूरक; (xv) दृष्टि जाँच; आदि।

रोगहर या आरोग्यकर स्वास्थ्य परिचर्या से अभिप्राय है— किसी रोग के उपचार हेतु मरीजों की मदद करने के लिए अस्पताल में भर्ती कराना। वर्तमान में भारत में 5 लाख से अधिक प्रशिक्षित डॉक्टर, 7 लाख सहायक आय प्रसाविकाएँ (AWMs), 22,975 जन-स्वास्थ्य केंद्र (PHCs) एवं 2,935 बाल स्वास्थ्य परिचर्या केंद्र (CHCs) हैं। कुल 22,000 औषधालय तथा 2,800 अस्पताल भी हैं। इसके बावजूद सुविधाओं, आपूर्ति एवं कर्मचारियों का अभाव बना ही हुआ है। विभिन्न राज्य-संचालित इकाइयों की मुख्य समस्या आय-अभाव अर्थात् बजट की कमी है। पुनरावर्ती लागतों के लिए न्यून-प्रावधान एक अन्य समस्या है। निजी अस्पतालों को किसी सामाजिक दायित्व की पूर्ति हेतु शर्तों के साथ उदार कर संरचना वाली रियायती ज़मीन दी जाती है। तथापि, यह सुनिश्चित करने के लिए कोई उचित जाँच-पड़ताल व्यवस्था नहीं है कि वे इन दायित्वों का पालन कर भी रहे हैं या नहीं। बड़ी संख्या में निजी डॉक्टरों और डॉक्टर.

अभिकरणों द्वारा चलाए जा रहे उपचार गृहों पर कोई समुचित गुणवत्ता नियंत्रण भी नहीं है।

### 7.4.2 स्वास्थ्य वित्तीयन

एक विचार से स्वास्थ्य परिचर्या व्यय अधिकांशतः स्वतंत्र रूप से चुने जाने की बजाय लोगों पर थोपे जाते हैं। एक और भी गंभीर आवश्यकता यह है कि वित्त प्रबंध 'चुकाने की क्षमता' के अनुसार होना चाहिए। एक प्रगतिशील वित्तीयन प्राधार स्वास्थ्य परिचर्या व्यय का बड़ा हिस्सा गरीबों की बजाय अमीरों की आय से लेता है। यदि स्वास्थ्य परिचर्या व्यय का नितांत स्तर अमीर और गरीब के लिए लगभग एक-सा ही हो तो यह व्यय गरीबों की आय के अधिकांश भाग के समान (समस्त से अधिक भी) हो सकता है। अनेक अध्ययन दर्शाते हैं कि प्रयोक्ता शुल्क विकासशील देशों की स्वास्थ्य परिचर्या वित्तीयन प्राधार में एक सशक्त पश्चगामी कदम ही है।

स्वास्थ्य वित्तीयन दो भागों में विभाजित है— लोक वित्तीयन और निजी अथवा व्यक्तिगत वित्तीयन। सरकार के समक्ष (i) कितना निवेश कहाँ किया जाए, और (ii) स्वास्थ्य निवेश में दक्षता एवं निष्पक्षता के बीच संतुलन बनाए रखने में ये मुख्य चुनौतियों आती हैं : (क) बढ़ता जन-स्वास्थ्य व्यय (जिसकी वजह से सरकार, बजट बढ़ाने के अतिरिक्त, कभी-कभी सेवाएँ प्रदान करने के लिए निजी क्षेत्र के साथ साझेदारी करती है। जैसे, पल्स पोलियो टीकाकरण); (ख) उपलब्ध अपर्याप्त संसाधनों का अधिक कुशल और प्रभावी प्रयोग; (ग) बढ़ती स्वास्थ्य परिचर्या लागत से गरीबों को संरक्षण प्रदान करना।

उपर्युक्त में से प्रथम, अर्थात् जन-स्वास्थ्य व्यय के उद्देश्य पर हम भाग 7.3 में संक्षिप्त चर्चा कर चुके हैं। बजट के कुशल प्रयोग विषयक दूसरे उद्देश्य के संबंध में सरकार ने अभी हाल ही में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के तहत अपनी आधारिक संरचना को पुनर्व्यवस्थित किया है। इसके बाद वह उद्देश्य आता है जो गरीब और ज़रूरतमंदों को बढ़ता स्वास्थ्य परिचर्या लागत चुका पाने में वित्तीय सहायता से संबद्ध है। यह उद्देश्य, कम से कम अंशतः एक ऐसा स्वस्थ स्वास्थ्य बीमा बाज़ार स्थापित करने की संस्थागत कार्यप्रणाली से संबद्ध है जिसमें सरकार की विनियामक भूमिका का एक महत्वपूर्ण स्थान होगा।

विगत दो दशकों में, केंद्र व राज्य सरकारें समाज के अभावग्रस्त वर्गों की स्वास्थ्य लागतों को चुकाने के लिए बीमा की किश्त भी देती रही है। इन प्रयासों के साथ भी स्वास्थ्य बीमा किश्त के मुख्य स्रोतों का वर्तमान वितरण इस प्रकार है — घर या अपनी जेब से (49.5 प्रतिशत), सरकार (27 प्रतिशत) व अन्य कर्मचारी वर्ग (23.5 प्रतिशत)। इस प्रकार का स्वास्थ्य बीमा संरक्षण अधिकांशतः अंतरंग (वे रोगी जो अस्पताल में दाखिल हैं) की देखभाल हेतु होता है। सर्वसमावेशी स्वास्थ्य बीमा (यथा, अंतरंग/बहिरंग रोगी, निवारक, प्राथमिक एवं अस्पताल भर्ती-उपरांत देखभाल) सरकार की मात्र कुछ चुनी हुई सामाजिक स्वास्थ्य बीमा योजनाओं, जैसे कर्मचारी राज्य बीमा निगम (ESI), केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (CGHS), आदि, द्वारा ही प्रदान किया जाता है जो कुल जनसंख्या के केवल एक छोटे-से वर्ग की ही ज़िम्मेदारी लेता है। कुछ निजी बीमा कंपनियाँ अस्पताल भर्ती पूर्व और भर्ती उपरांत अनुवर्तन सेवा प्रदान कर रही हैं जिसका लाभ उठाने में समाज का एक सुसंपन्न वर्ग ही सक्षम होता है। सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण, इसीलिए, भारत के नीति-निर्माताओं और सरकार के लिए एक दूरस्थ चुनौती ही बना हुआ है।

**बोध प्रश्न 2** (दिए गए स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें)।

- 1) सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत के रूप में भारतीय जन-स्वास्थ्य व्यय किस प्रकार हाल की समयावधि में आर्थिक सहयोग एवं विकास संगठन (OECD) देशों से तुलनीय रहा है?

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

- 2) 'माँग पक्ष' से कौन-से तीन कारक स्वास्थ्य परिचर्या पर अधिक खर्च करने के सरकार के निर्णय को प्रभावित करते हैं? क्यों?

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

- 3) 'आपूर्ति पक्ष' से जनता के लिए उच्चतर स्वास्थ्य परिचर्या व्यय को प्रभावित करने में कौन-से कारक योगदान देते हैं?

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

- 4) 'स्वास्थ्य व्यय' के दो मुख्य स्रोत कौन-से हैं? इनमें से कौन-सा एशियाई देशों पर प्रभावी है? भारत में इसका वर्तमान स्तर क्या है?

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

- 5) क्या आप भारतीय स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली को पश्चिमी मानते हैं? क्यों?

.....

6) भारत में जन-स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली के समक्ष कौन-सी प्रमुख चुनौतियाँ हैं?

## 7.5 भारत में स्वास्थ्य नीति

जब हम भारत में स्वास्थ्य और उससे संबद्ध नीतियों पर विचार करते हैं तो हम पाते हैं कि स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा, बाल वर्ग आदि हेतु राष्ट्रीय नीतियों के लिहाज से हमारे पास सुनियोजित नीति दिशा-निर्देश हैं। ये नीतियाँ राजनीतिक प्रतिबद्धता को दर्शाते हुए स्वास्थ्य एवं विकास हेतु एक व्यापक प्राधार प्रदान करती हैं। देश का संविधान (निदेशक सिद्धांत) और राष्ट्रीय नीतियाँ संसाधनों के संकलन और वितरण हेतु विस्तृत दिशा-निर्देश इस प्रकार देते हैं कि आम जनता की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताएँ पूर्ण हो सकें। समय-समय पर संविधान संशोधन एवं राज्य-विधानसभाओं द्वारा उनका अनुमोदन भी आयोजकों और प्रशासकों को व्यापक दिशा-निर्देश देते हैं। विगत वर्षों में देश ने अपनी स्वास्थ्य परिचर्या वितरण व्यवस्था को विस्तीर्ण किया है और उसके पास मात्र कुछ श्रेणियों व विशेषीकृत प्रशिक्षण सुविधाओं को छोड़कर, अधिकांश स्वास्थ्य कर्मियों की पर्याप्त उपलब्धता है।

एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन 2012.17 की अवधि में विशिष्ट लक्ष्यों के साथ आरंभ किया गया। इस मिशन के मुख्य उद्देश्य हैं – (i) गरीबों के स्वास्थ्य की रक्षा करना; (ii) जन-स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करना; (iii) उच्चतम स्वास्थ्य मानक प्राप्त करने हेतु समुदाय को सशक्त करना; और (iv) उपलब्ध संसाधनों के प्रयोग को इष्टतम करने की क्षमता बढ़ाना। इस मिशन के तहत अनेक योजनाएँ शुरू की गई हैं। इनमें कुछ हैं—

- क) **राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम** : यह चार D, अर्थात् जन्मजात दोष (defects), रोग (diseases), अभाव (deficiency) व विकासात्मक विलम्ब (developmental delay), के लिहाज से बच्चों (जन्म से लेकर 18 वर्ष की आयु तक) में 'शीघ्र ज्ञान, शीघ्र निदान' अपनाने हेतु एक पहल है।
- ख) **जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम** : यह गर्भवती महिलाओं व नवजात रोगियों के लिए है। इस योजना के माध्यम से रोग निदान, उपचार, आहार, व अधिकांश औषधियाँ निःशुल्क प्रदान की जाती हैं। घर से उपचार-गृह तक परिवहन भी निःशुल्क प्रदान किया जाता है। इसके अलावा, गर्भवती महिलाओं के लिए शल्य-प्रसव भी मुफ्त किया जाता है।

- ग) प्रजनन, मातृत्व, नवजात, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य : वर्ष 2013 के आरंभ में इस योजना में वर्ष 2017 तक निम्नलिखित दरें घटाने के मुख्य लक्ष्य हैं – (i) शिशु मर्त्यता दर 25 प्रति 1000 जीवित नवजात; (ii) मातृ मर्त्यता दर 100 प्रति 100,000 जीवित नवजात; तथा (iii) कुल प्रजनन क्षमता दर 2.1.
- घ) राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम : वर्ष 2014 में आरंभ इस योजना का उद्देश्य है— पोषण, मानसिक स्वास्थ्य व अन्य स्वास्थ्य-प्रोत्साहन प्रस्तावों के माध्यम से हस्तक्षेप कर देश में 25.3 करोड़ किशोर-किशोरियों तक पहुँचना।
- ङ) भारत नवजात कार्य योजना : यह भी वर्ष 2014 में शुरू की गई, जिसके मुख्य उद्देश्य हैं— नवजात शिशुओं का स्वास्थ्य सुधारना और मृत प्रसव संख्या घटाना।

### 7.5.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) ने माना कि देश के रुग्णता एवं मर्त्यता स्तर असाधारण रूप से ऊँचे हैं और इस कारण सशक्त निवारक एवं आरोग्यकर उपाय करना आवश्यक है। उसने इस बात पर विशेष ध्यान दिया कि महिलाओं व बच्चों में वृहद् एवं सूक्ष्म पोषक तत्व अभाव बहुत अधिक है। यहाँ मलेरिया, तपेदिक एवं एचआईवी जैसे प्रमुख रोगों पर भी विशेष ध्यान दिया गया है। इस परिदृश्य में उक्त नीति के मुख्य आग्रह ये हैं—

- 1) अपने क्षेत्रों में नीतियाँ लागू करने के लिए राज्य जन-स्वास्थ्य प्रबंधों को अधिक लचीलापन;
- 2) रोग नियंत्रण कार्यक्रमों हेतु ऊर्ध्वस्थ क्रियान्वयन संरचना;
- 3) देश के पिछड़े क्षेत्रों का दायित्व लेने हेतु पराचिकित्सा कर्मियों को अधिक प्रशिक्षण;
- 4) देशभर में चिकित्सा महाविद्यालयों का असमान वितरण सुधारना;
- 5) आणविक जीव-विज्ञान आदि कुछ चिकित्सा शास्त्र-विधाओं को विकसित अवसंरचना मुहैया कराना;
- 6) परिवार औषधि एवं जन-स्वास्थ्य में विशेषज्ञता प्राप्त लोगों की संख्या बढ़ाना;
- 7) सामान्य औषधियों एवं टीका-द्रव्यों के प्रयोग को बढ़ावा देना;
- 8) जन-स्वास्थ्य के क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य शामिल करना;
- 9) चूँकि कॉलेज व स्कूल जाने वाले बच्चे निवारक स्वास्थ्य परिचर्या सिद्धांत मन में बैठाने हेतु सर्वाधिक संवेदनशील लक्ष्य होते हैं, यह नीति स्वास्थ्य-प्रोत्साहन व्यवहार संबंधी जागरूकता बढ़ाने के लिए इन युवाओं को ही लक्ष्य बनाने का सुझाव देती है; तथा
- 10) गैर-सरकारी सेवा प्रदाताओं के बीच स्वास्थ्य-संबंधी अनुसंधान को प्रोत्साहन देना।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति (2014) के लक्ष्य हैं— (i) मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या आरंभिक रूप से सुलभ कराना; (ii) मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा देश के कमजोर

तबके तक पहुँचाना; (iii) मानसिक रोग का जोखिम और कलंक घटाना; (iv) मानसिक रुग्णता से ग्रस्त लोगों के उपचार हेतु कुशल संसाधनों की आपूर्ति सुनिश्चित करना; और (अ) मानसिक स्वास्थ्य विकार के सामाजिक, जैविक एवं मनोवैज्ञानिक निर्धारकों की पहचान करना। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 भी सतत विकास लक्ष्यों से जुड़ी आम गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं (बिना वित्तीय विपत्ति के) की सार्वत्रिक सुलभता सुनिश्चित कर स्वास्थ्य एवं आरोग्य का यथासंभव उच्चस्तर लब्ध करने के लक्ष्य को ही दोहराती है। सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण सुलभ करने के लिए इसके तहत पहचाने गए विशिष्ट सोपान इस प्रकार हैं— (i) सरकारी अस्पतालों और लाभार्थ इतर निजी रक्षा प्रदाताओं के माध्यम से मातृ, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य हेतु एक व्यापक एवं निःशुल्क प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा शुरू करना; और (ii) एक उत्तम गुणवत्ता वाली द्वितीयक एवं तृतीयक सेवा प्रदान करना। उक्त नीति विशेष रूप से स्वास्थ्य परिचर्या आवश्यकताओं पर जेब-से-व्यय घटाने की आवश्यकता पर बल देती है। इस नीति के अन्य मुख्य उद्देश्य इस प्रकार हैं— (i) वर्ष 2025 तक जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा 67.5 से बढ़ाकर 70 करना; (ii) वर्ष 2025 तक पाँच-पूर्व मर्त्यता घटाकर 23 पर लाना और वर्ष 2020 तक मातृ मर्त्यता घटाकर 100 पर लाना; (iii) वर्ष 2019 तक शिशु मर्त्यता दर घटाकर 28 पर लाना; (iv) वर्ष 2025 तक नवजात मर्त्यता घटाकर 16 पर लाना और मृत प्रसव को इकाई के अंक तक गिराना; (v) वर्ष 2018 तक कुष्ठरोग का निराकरण करना; (vi) वर्ष 2025 तक 90 प्रतिशत नवजात शिशुओं का संपूर्ण टीकाकरण; (vii) वर्ष 2025 तक उच्च-प्राथमिकता जिलों में प्राथमिक एवं द्वितीयक स्वास्थ्य परिचर्या हेतु पराचिकित्सा कर्ताओं एवं स्वास्थ्य कर्मियों की पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित करना; (viii) वर्ष 2020 तक स्वास्थ्य प्रणाली विषयक जानकारी का राज्य-स्तरीय इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेस सुनिश्चित करना; आदि।

उक्त 2017 की नीति, तदनुसार, एक वर्धमान आश्वस्त आधारित दृष्टिकोण प्रस्तुत करने पर अभिलक्षित है। तथापि, यह नीति दो प्रकार की आलोचनाओं हेतु कारण देती है : (i) अभिकरण-पणधारी समालोचना; और (ii) साध्यता समालोचना। प्रथम में, जबकि नीति पहचानता है कि क्या किया जाना चाहिए, वह उसके क्रियान्वयन के 'कौन, क्या और कैसे' पक्ष को नहीं पहचानती। ऐसा शायद इस कारण है कि स्वास्थ्य परिचर्या राज्य का विषय है परंतु वितरण व्यवस्थाओं की जाँच-पड़ताल व्यवस्था भी सुधारी जानी ज़रूरी है।

दूसरी, साध्यता समालोचना में, यह नीति जन-स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं के वित्तीयन में सुधार हेतु आह्वान करता है जहाँ प्रचालन लागतें प्राथमिक देखभाल के लिए एक प्रतिव्यक्ति आधार पर देखरेख प्रावधान हेतु प्रतिपूर्ति के रूप में होंगी। परंतु यह नीति इस विषय पर मौन है कि ये वित्तीय सुधार किस प्रकार होंगे और इन्हें कौन संचालित करेगा। इस प्रकार, जब यह नीति भारत की स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली के तीन। अर्थात् सुलभता (Access), क्रय-सामर्थ्य (Affordability), उत्तरदेयता (Accountability) के लिहाज से समस्याओं को निपटाने की आवश्यकता कहीं अधिक स्पष्ट रूप से पहचानती है, यह इनमें से किसी भी A से, खासकर जब जन-स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली व्यष्टिक और समष्टिक प्रबंधकीय अदक्षताओं के तहत अवनति पर है, और प्रशिक्षित एवं क्षमता-निर्माण प्रयासों से संबद्ध समस्याओं पर कोई भी सुसंगत, साकार कार्य योजना प्रदान करने में विफल है।

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

1) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन : 2012.2017 के कोई चार विशिष्ट लक्ष्य बताइए।

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

2) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 के अंतर्गत 'सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण' हासिल करने हेतु पहचाने गए दो विशिष्ट सोपान क्या हैं?

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

3) राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति, 2014 के पाँच प्रमुख लक्ष्य बताइए।

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

4) किन मोर्चों पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 की समालोचना की जाती है?

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

---

## 7.6 सार- संक्षेप

---

भारत जैसे एक विकासशील देश के लिए अपने जन-समुदाय की पौषणिक एवं सामान्य स्वास्थ्य स्थिति सुधारना सरकार का महत्वपूर्ण सरोकार है। बेशक भारत के लिए अनेक प्रमुख स्वास्थ्य संसूचकों में समय के साथ एक क्रमिक सुधार हुआ है, यह सुधार बहुत ही धीमी दर से हुआ है। विशेष रूप से, पाँच-पूर्व मर्त्यता दर अब भी 50 प्रतिशत बनी ही हुई है। पोषण स्थिति के प्रसंग में, दुबलापन और रुद्ध-विकास के मामले बढ़े

रहे हैं, जो कि भयप्रद है। उक्त स्थिति को सुधारने के लिए भारत सरकार ने अनेक नीतियाँ एवं कार्यक्रम शुरू किए हैं। फिर भी, स्वास्थ्य पर इसका समग्र सरकारी खर्च, जो कि सकल घरेलू उत्पाद के 1.5 प्रतिशत से भी कम है, बहुत ही कम है। परिणामतः कुल व्यय में जेब-से व्यय का औसत अंश न सिर्फ बहुत अधिक रहा (वर्ष 2012 में 90 प्रतिशत), बल्कि इसने एक बढ़ता रुझान निरंतर जारी भी रखा है। इसके अलावा, अधिकांश जन-स्वास्थ्य परिचर्या अवसंरचना शहरी क्षेत्रों में ही संकेंद्रित है। स्वास्थ्य कार्यबल की पर्याप्त आपूर्ति का अभाव भी एक सरोकार का क्षेत्र रहा है। स्वास्थ्य बीमा समाज के साथ-साथ सरकारी विभागों में भी महत्व प्राप्त करता जा रहा है। सरकार विभिन्न नीतियों के माध्यम से और उन्नत निरोधक एवं रोगहर सेवाएँ प्रदान करके स्थिति सुधार रही है। विभिन्न नीतियों में से कुछ महत्वपूर्ण इस प्रकार हैं— राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, भारतीय राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति (2014), राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002, 2017), आदि।

## 7.7 शब्दावली

- Z-मान** : Z-मान 'वास्तविक मान (अथवा प्रेक्षित मान) एवं माध्यिक मान के बीच अंतर' तथा निदर्श के मानों के 'मानक विचलन' का 'अनुपात' है। चूँकि अनुपात का अंश किसी जन-समुदाय के लिए वास्तविक एवं माध्यिक मान के बीच कोई अंतर होता है, कुछ Z-मान धनात्मक होते हैं तो कुछ ऋणात्मक। जब वास्तविक मान माध्यिक मान से अधिक होगा तो वह धनात्मक होगा। यह उत्तर स्वास्थ्य का सूचक है। इसके विपरीत, जब Z-मान ऋणात्मक होता है अर्थात् जब वास्तविक मान माध्यिका से कम होता है तो Z का ऋणात्मक मान निकृष्ट स्वास्थ्य का सूचक होगा।
- शरीर संहति सूचक (BMI)** : यह लोगों की लम्बाई हेतु समंजित शारीरिक मोटापे का माप है। यह ऊँचाई वर्ग मीटर द्वारा विभाजित शरीर के किलोग्राम भार के रूप में मापा जाता है। तदनुसार, यदि लम्बाई 175 सेमी. है और भार 70 किग्रा., तो  $BMI = 70 / (1.75 \times 1.75) = 22.86$  (चूँकि 1 मीटर = 100 सेमी., 175 सेमी. = 1.75 मीटर)।
- मृत प्रसव** : मृत प्रसव का अर्थ है – किसी शिशु की 28 सप्ताह गर्भस्थ रहने के बाद मृत्यु, यह वर्ष के दौरान मृत प्रसव संख्या प्रति 1000 जन्म (जिसमें जीवित व मृत प्रसव शामिल हैं) के रूप में मापा जाता है।
- कुल प्रजनन क्षमता दर** : कुल प्रजनन क्षमता दर (TFR) उन बच्चों की औसत संख्या है जो किसी स्त्री के प्रजनन काल में जन्म लेते हैं यदि वह अपने पूरे प्रजनन काल में जीवित रहती। TFR का मान 2.1 लिया जाता है क्योंकि यह किसी स्त्री के उन बच्चों की औसत संख्या है जिन्हें वह यदि वह प्रचलित प्रजनन क्षमता दरों के

---

## 7.8 कुछ उपयोगी पुस्तकें

---

- 1) Neun and Santerre: *Health Economics: Theories, Insights and Industry Study*.
- 2) Ministry of health and family welfare, Government of India: National Family Health Survey (I,II,III and IV).
- 3) Government of India: RBI Bulletin.
- 4) Ministry of health and Family Welfare, Government of India: National Health Policy.

---

## 7.9 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

---

### बोध प्रश्न 1

- 1) स्वास्थ्य का अर्थ है— 'रुग्णता से मुक्ति'। पोषण का अर्थ है— वह प्रक्रिया जिसके माध्यम से शरीर किसी के द्वारा खाए गए भोजन में विद्यमान पोषक तत्वों की वांछित मात्रा अवशोषित कर लेता है। तदनुसार, यह पोषाहार का एक मापदंड है।
- 2) शिशु मर्त्यता, पाँच-पूर्व मर्त्यता, नवजात मर्त्यता तथा मातृ मर्त्यता दर। मातृ मर्त्यता दर वर्ष 1990 और 2015 के बीच लगभग आधी हो गई है।
- 3) कम-वज़न, दुबलापन और रुद्ध-विकास न्यून पोषण के तीन उप-घटक हैं। ये किसी Z-स्कोर से विचलन के संदर्भ में मापे जाते हैं।
- 4) शरीर भार संहति, रक्ताल्पता स्तर व भाराधिक्य द्वारा कालांतर में न्यून-भार का महिलाओं व पुरुषों का घटता रुझान देखा गया।
- 5) भारत में न्यून-भार बच्चों हेतु रुझान लगातार गिर रहा है (यह 1992.93 में 52 प्रतिशत से घटकर 2015.16 में 38 प्रतिशत रह गया।
- 6) QALY रोग भार का मापदंड है जबकि DALY स्वास्थ्य हानि दर्शाता है। विलोम के रूप में लिए जाने पर QALY भी स्वास्थ्य मापता है।

### बोध प्रश्न 2

- 1) OECD देशों के लिए, वर्ष 1979-2006 में, यह GDP के 5.1 प्रतिशत से 8.9 प्रतिशत तक। भारत में, 1995-2014 में, यह सकल घरेलू उत्पाद के 1.1 प्रतिशत से घटकर 1.4 ही रही।
- 2) जन-समुदाय का बूढ़ा होना, आय और बीमा बाज़ार का प्रसार।
- 3) आपूर्ति-प्रेरित माँग और सामान्य आर्थिक वृद्धि।
- 4) PHE और OPE एशियाई देशों के लिए OPE 80 प्रतिशत से अधिक है। भारत के लिए, इसका अनुमान वर्ष 2012 में 89.2 प्रतिशत आकलित हुआ।
- 5) हाँ, ऊँचे निजी जेब-से-व्यय के चलते एक आदर्श स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली

सरकारी एवं निजी स्वास्थ्य परिचर्या व्यय के बीच वित्तीय लागत के वितरण के साथ सभी के लिए सुलभ है।

- 6) जन-स्वास्थ्य परिचर्या, गंभीर भौगोलिक एवं सामाजिक विषमता, स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बीच अपर्याप्त एकीकरण, सामुदायिक संकेंद्रण का अभाव, आदि।

### बोध प्रश्न 3

- 1) गरीबों के स्वास्थ्य की रक्षा करें, जन-स्वास्थ्य प्रणाली सशक्त करें, अधिकतम स्वास्थ्य मानक लब्ध करने के लिए समुदाय को सशक्त बनाएँ, उपलब्ध संसाधनों का प्रयोग इष्टतम करने के लिए दक्षता बढ़ाएँ।
- 2) सरकारी अस्पतालों तथा उत्तम गुणवत्ता वाले द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा के माध्यम से मातृ, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य हेतु व्यापक एवं निःशुल्क प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा की शुरुआत।
- 3) मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने के लिए, देश के कमजोर तबके को मानसिक स्वास्थ्य सेवा सुलभ कराना, आदि (उपभाग 7.5.1)
- 4) दो आधारों पर : एक, अभिकरण पणधारी समालोचना; और दूसरे, साध्यता आधारित समालोचना (उपभाग 7.5.1)।

ignou  
THE PEOPLE'S  
UNIVERSITY