

नगरीयकरण के प्रभावस्वरूप ग्रामीण क्षेत्रों में बढ़ती स्वास्थ्य सेवाओं पर एक समाजशास्त्रीय अध्ययन



डॉ. गौरव गोठवाल

सहायक आचार्य, समाजशास्त्र विभाग, राजस्थान विश्वविद्यालय, जयपुर (राजस्थान)

सुनीता चौधरी

शोधार्थी, समाजशास्त्र विभाग, राजस्थान विश्वविद्यालय, जयपुर (राजस्थान)

शोध सारांश

ग्रामीण स्वास्थ्य ग्रामीण जीवन के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक है। भारत देश गाँवों का देश होने के नाते, ग्रामीण स्वास्थ्य के लिए एक गहन दृष्टिकोण की आवश्यकता है। लगभग 75 प्रतिशत स्वास्थ्य अवसंरचना और अन्य स्वास्थ्य संसाधन शहरी क्षेत्रों में केंद्रित हैं। भले ही ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा के विकास के लिए कई सरकारी कार्यक्रम शुरू किए गए हों, उनके कार्यान्वयन में प्रक्रियात्मक देरी उनकी अप्रभावीता की ओर ले जाती है। ग्रामीण क्षेत्र डायरिया, अमीबियासिस, टाइफाइड, संक्रामक हेपेटाइटिस, कृमि संक्रमण, खसरा, मलेरिया, तपेदिक, काली खांसी, श्वसन संक्रमण, निमोनिया और प्रजनन पथ के संक्रमण जैसे विभिन्न संक्रामक रोगों से संक्रमित रहता है। वर्तमान चुनौतियों से निपटने के लिए प्राथमिक और तृतीयक स्तर के संस्थानों के बीच समन्वय को मजबूत करने की आवश्यकता है। यह लेख एक समीक्षा पत्र है जो पुस्तकों, जर्नल लेखों, सरकारी अभिलेखों और एनजीओ रिपोर्ट जैसे माध्यमिक स्रोतों के माध्यम से एकत्र किए गए डेटा के विश्लेषण पर आधारित है। वर्तमान शोध ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली में प्रमुख चुनौतियों और उन्हें दूर करने के लिए राज्य द्वारा अपनाई जाने वाली संभावित रणनीतियों को इंगित करने का प्रयास करता है। और साथ ही शहरी वातावरण की तरह ग्रामीण परिवेश में भी स्वास्थ्य ने जो एक सकारात्मक पहलु को इंगित किया है उसको भी जानने का प्रयास किया गया है।

संकेताक्षर—रचनात्मक प्रतिरूपण, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा, बुनियादी ढांचा

प्रस्तावना

ग्रामीण भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का अपनी लागत प्रभावशीलता और उपलब्धता के कारण ग्रामीण समाज पर बहुत प्रभाव पड़ता है। इसमें एससी, पीएचसी और सीएचसी की शृंखला के साथ बहुत बड़ा बुनियादी ढांचा है। दूर-दराज के इलाकों में स्थित, इन प्रणालियों का उद्देश्य प्रत्येक नागरिक को आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना है। पारदर्शी दवा आपूर्ति शृंखला को बनाए रखने के लिए ऐसी प्रणालियों के बीच समन्वय आवश्यक है। इसके अलावा प्रशासन और ग्राम-स्तरीय प्रशासन (ग्राम पंचायत) के बीच समन्वय रोगी के मूल्यांकन, सरकार द्वारा जारी स्वास्थ्य चेतावनियों के बारे में जागरूकता फैलाने और स्वास्थ्य देखभाल शिविरों की

सहायता से सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बढ़ावा देने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इसके अलावा, इन प्रणालियों के प्रभावी कामकाज के खिलाफ कुछ नियंत्रणीय और बेकाबू बाधाएँ या कारक हैं।

दवाओं की कमी, अपव्यय और जटिल खरीद नीतियाँ नियंत्रण योग्य बाधाएँ हैं, जबकि जनसंख्या वृद्धि दर, जलवायु की गंभीरता, विभिन्न प्रकार की बीमारियाँ, और त्योहारों और राजनीतिक विरोधों के कारण सुविधा बंद बेकाबू बाधाओं में से हैं। इस तरह के संबल और बाधाएँ पूरी तरह से संरचनात्मक ढाँचे का गठन करते हैं और सिस्टम के प्रदर्शन के लिए जिम्मेदार होते हैं, इसलिए, वे हमारे शोध का केंद्र बिंदु हैं।

सारणी 1 : भारत में स्वास्थ्य व्यय

स्रोत	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
सार्वजनिक धन	22.67	26.72	24.82	27.09	27.70
निजी धन	69.06	71.86	73.87	71.54	70.61
बाहरी प्रवाह	2.27	1.41	1.31	1.37	1.68
कुल योग	100	100	100	100	100

भारतीय ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बहुस्तरीय और अत्यधिक जटिल रही है। हालांकि ऐसी प्रणालियाँ पूरी तरह से सरकार द्वारा संचालित होती हैं, ऐसी सुविधाओं को सफल बनाने के लिए ग्राम-स्तरीय प्रशासन सबसे महत्वपूर्ण रही है। साथ ही, वित्त, सामाजिक आर्थिक, पर्यावरण और आपूर्ति शृंखला से संबंधित विभिन्न कारक महत्वपूर्ण हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा का प्रभावी कामकाज सक्षम करने वालों और बाधाओं के बीच अंतर्संबंधों पर निर्भर है। प्रमुख प्रणाली चालकों और आश्रित कारकों के बारे में ज्ञान की कमी के कारण सरकार के नीति निर्माता विभिन्न बाधाओं के तहत दीर्घकालिक नीति परिणामों के बारे में अनिश्चित हैं। इसलिए, ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा प्रणाली विभिन्न मुद्दों और चुनौतियों का सामना कर रही है, जैसे कि अपर्याप्त मानव संसाधन, भवन निर्माण की बुनियादी सुविधाओं की कमी, खराब बीमारी और बीमारी की भविष्यवाणी, आवश्यक दवाओं की कमी और खराब समन्वय है। इसलिए, प्रणाली के प्रदर्शन को नियंत्रित करने के लिए, स्वास्थ्य नीति निर्माताओं की सहायता के लिए इन कारकों के अंतर्संबंधों और पदानुक्रमित स्तरों को विकसित करने की आवश्यकता है।

ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए चुनौतियाँ

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रणाली की खराब स्थिति किसी विशेष घटना का परिणाम नहीं है बल्कि एक विकृत प्रणाली का समेकित परिणाम है। यह न केवल मौजूदा नीति और बुनियादी ढाँचे में कमियों को दर्शाता है बल्कि संभावित विकास में भी रुकावटों को दर्शाता है। सरकारी क्षेत्र की बढ़ती अप्रभावीता से मोहभंग और हताशा धीरे-धीरे गरीब लोगों को निजी क्षेत्र से मदद लेने के लिए प्रेरित कर रही है, इस प्रकार उन्हें बड़ी रकम उधार पर खर्च करने के लिए मजबूर कर रही है, या उन्हें 'नीम-हकीमों' की दया पर छोड़ दिया गया है। इसलिए, भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के पतन के प्राथमिक तत्वों की समीक्षा करना हमारे लिए बहुत आवश्यक है।

अक्षम भौतिक अवसंरचना—उप-केंद्र सबसे परिधीय संस्थान या प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) और समुदाय के बीच पहला संपर्क बिंदु है। प्रत्येक उप-केंद्र में एक सहायक नर्सिंग मिडवाइफ (एनएम) और एक बहुउद्देशीय कार्यकर्ता (एमपीडब्ल्यू) कार्यरत है। पुरुषों, महिलाओं और बच्चों की बुनियादी स्वास्थ्य आवश्यकताओं की देखभाल के लिए उप-केंद्रों की आवश्यकता होती है। इसके अलावा स्वास्थ्य सेवाओं में भी पीएचसी का महत्वपूर्ण स्थान है। यह निवारक और प्रोत्साहक पहलुओं पर जोर देने के साथ ग्रामीण आबादी को एकीकृत उपचारात्मक और निवारक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करता है। ऊपरी स्तर पर सीएचसी बनी हुई है। सीएचसी का प्रमुख कार्य पीएचसी से रेफर किए गए मरीजों को स्वास्थ्य देखभाल का व्यापक आवृत्त क्षेत्र प्रदान करना है। ऐसे में अस्पतालों का खराब संरचना गंभीर चिंता का विषय है। सरकारी रिकॉर्ड के अनुसार, 59.7 प्रतिशत उपकेंद्र, 79 प्रतिशत पीएचसी और 91.5 प्रतिशत सीएचसी जर्जर सरकारी भवनों में स्थित हैं। देश में लगभग 6 लाख बिस्तरों वाले लगभग 13 हजार अस्पताल हैं। इनमें से लगभग 7 हजार अस्पताल लगभग 2 लाख बिस्तरों के साथ ग्रामीण क्षेत्रों में हैं, और लगभग 4 हजार अस्पताल लगभग 4 लाख बिस्तरों वाले शहरी क्षेत्रों में हैं। प्रति सरकारी अस्पताल में सेवा प्रदान करने वाली औसत जनसंख्या लगभग 1 लाख है, और प्रति सरकारी अस्पताल के बिस्तर पर सेवा देने वाली औसत जनसंख्या 2,012 है यहां तक कि इन अस्पतालों में वैक्सीन की उपलब्धता के मामले में भी स्थिति बेहद निराशाजनक है। जीवन रक्षक टीकों की उपलब्धता भी स्तर के अनुरूप नहीं है।

मौजूदा ग्रामीण अस्पतालों का कम उपयोग—एक ओर, ग्रामीण क्षेत्रों में कुशल स्वास्थ्य बुनियादी ढाँचे की कमी है, वहीं दूसरी ओर लोगों द्वारा इस संरचना का उपयोग नहीं किया जा रहा है। कई बार, तुलनीय चिकित्सा सेवाओं की

उपलब्धता के बावजूद ग्रामीण रोगी स्थानीय ग्रामीण अस्पतालों को दरकिनार कर देते हैं। रोगियों और अस्पतालों पर डेटा के सामान्य सशर्त विश्लेषण से पता चलता है कि अस्पताल की विशेषताएँ (आकार, स्वामित्व और दूरी) और रोगी की विशेषताएँ (भुगतान स्रोत, चिकित्सा स्थिति, आयु और जाति) ग्रामीण रोगियों के स्थानीय ग्रामीण अस्पतालों व ग्रामीण आबादी शहरी अस्पतालों को किसी भी तरह के अस्पताल में भर्ती के लिए उपयुक्त मानती है। इसलिए, ग्रामीण अस्पताल बंद या खुले रहते हैं लेकिन बिना मरीजों के अक्सर रहते हैं। कई क्षेत्रों में, सभी मौसम वाली सड़कों की कमी से पहुंच कम हो जाती है, जिससे पहुंच मौसम की स्थिति के अधीन हो जाती है। इससे सेवा से व्यापक अनुपस्थिति और सुविधाएँ बंद हो जाती हैं। सार्वजनिक चिकित्सक अक्सर अपने निर्दिष्ट केंद्रों में जाने के बजाय निजी सेवाएँ प्रदान करते हैं।

अपर्याप्त मानव संसाधन—ग्रामीण सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाएँ अपर्याप्त जनशक्ति की समस्या से जूझ रही हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली में सभी संवर्गों में कमी है। प्रशिक्षित डॉक्टरों और चिकित्सा पेशेवरों की कमी ने ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं को पंगु बना दिया है। मार्च 2022 तक, पीएचसी में डॉक्टरों की रिक्ति दर 12 प्रतिशत थी, जबकि सीएचसी में भारत स्तर पर यह 47 प्रतिशत थी। कमी के अलावा अनुपस्थिति भी समस्या को बढ़ा रही है। नजमुल चौधरी, जेफरी हैमर, माइकल क्रेमर, कार्तिक मुरलीधरन, और एफ. हैल्सी रोजर्स द्वारा किए गए सर्वेक्षण के आंकड़ों से पता चलता है कि भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदाताओं के बीच अनुपस्थिति लगभग 40 प्रतिशत सबसे अधिक है। अनुपस्थिति की इस आवृत्ति को इस तथ्य के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है कि प्रभावी सेवा प्रावधान के प्रति उत्साही प्रशासनिक कार्रवाई की निश्चित रूप से गंभीर कमी है।

चिकित्सा कर्मियों का उदासीन रवैया—अधिकांश चिकित्सकों द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की उपेक्षा की गई है। 2020 में दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल की विश्व बैंक की जांच ने बताया कि प्राथमिक देखभाल केंद्रों में डॉक्टरों की क्षमता कम थी और उन्होंने निजी अस्पताल क्षेत्र में कर्मचारियों की तुलना में कम प्रयास किया। चिकित्सा शिक्षा आवश्यकता के क्षेत्रों में प्रभावी ढंग से कार्य करने के लिए स्नातक को तैयार नहीं करती है। जिन छात्रों ने निजी चिकित्सा शिक्षा के लिए

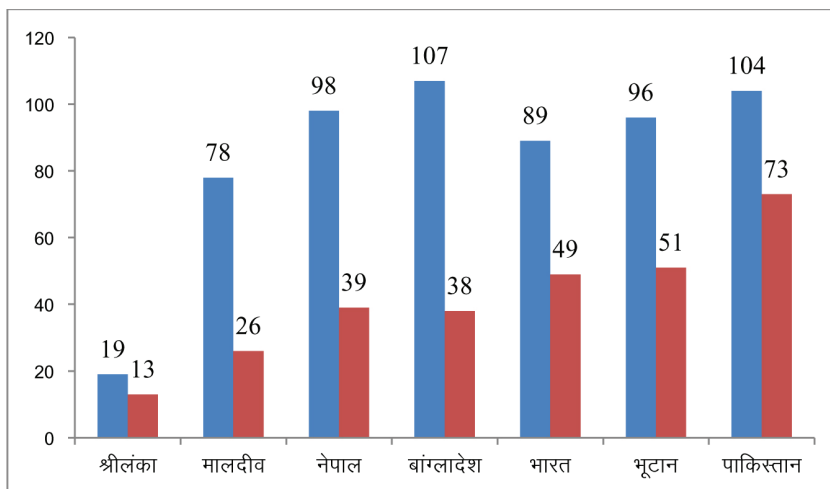
उच्च शुल्क का भुगतान किया है, वे कैरियर बनाना पसंद करते हैं जहां वे अपने निवेश की वसूली कर सकें। विकासशील देशों में, भारत प्रशिक्षित चिकित्सकों का सबसे बड़ा निर्यातक है, 2021 में भारत में प्रशिक्षित चिकित्सकों की हिस्सेदारी लगभग 4.9 प्रतिशत अमेरिकी चिकित्सकों और 10.9 प्रतिशत ब्रिटिश चिकित्सकों की थी।

अनियमित निजी चिकित्सा पेशेवरों का प्रभुत्व—सरकारी डॉक्टरों की उदासीनता के कारण स्वास्थ्य क्षेत्र में अनियमित निजी चिकित्सक हैं। उनमें से कुछ झोलाछाप हैं। बिहार और उत्तर प्रदेश में, 15 प्रतिशत से भी कम परिवार सार्वजनिक सुविधाओं पर निर्भर हैं। लगभग 63 प्रतिशत ग्रामीण परिवार निजी चिकित्सकों से चिकित्सा देखभाल प्राप्त करते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में एलोपैथिक डॉक्टरों के रूप में वर्गीकृत किए गए 42 प्रतिशत लोगों के पास वास्तव में कोई चिकित्सा प्रशिक्षण नहीं है। अनियमित और अयोग्य निजी प्रदाताओं का यह प्रसार एक प्रभावी नियामक प्रणाली (भारत विकास रिपोर्ट, 2021-22) की मांग करता है। 80 प्रतिशत सामान्य चिकित्सक उचित प्रशिक्षण के बिना एलोपैथिक चिकित्सा का अभ्यास करते हैं।

ग्रामीण क्षेत्रों में महामारी से लड़ने की तैयारी न होना—ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली महामारी उन्मूलन की अपनी प्रतिक्रियाओं में पिछड़ रही है। ग्रामीण क्षेत्रों में अधिकांश महामारियों को उचित टीकाकरण नीतियों के माध्यम से नियंत्रित नहीं किया जाता है। हर साल कई महामारियाँ होती हैं जो सैकड़ों और कभी-कभी हजारों लोगों की जान ले लेती हैं, जैसे डेंगू, मलेरिया, हैजा, दस्त और निमोनिया। सरकारी अस्पतालों में स्वाभाविक रूप से विभिन्न महामारियों और घातक बीमारियों के मामलों से निपटने के लिए पर्याप्त सुविधाओं की कमी होती है। इसके अलावा, कई जगहों पर, अस्पतालों में कर्मचारियों की कमी है और यहां तक कि बेड और एक्स-रे मशीन जैसी सबसे बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं की भी कमी है। एन्सेफलाइटिस उन उदाहरणों में से एक है जिसने ग्रामीण क्षेत्रों में इसके विस्तार को नियंत्रित करने के सरकारी प्रयासों को पंगु बना दिया है। भारतीय नीति निर्माता जनसंख्या को पूर्ण टीका कवरेज प्रदान करने में विफल रहे हैं। यह अनुमान लगाया गया है कि लगभग 20 प्रतिशत भारतीय आबादी टीकाकरण कवरेज से आच्छादित नहीं है।

उच्च नवजात मृत्यु दर—भारत में उच्च शिशु मृत्यु दर की इस स्थिति की तुलना कुछ अन्य एशियाई देशों से भी की गई है। ऐसा लगता है कि वह इस मामले में श्रीलंका, मालदीव, नेपाल और बांग्लादेश जैसे कई देशों से आगे निकल गया है। इसलिए, यह आईएमआर के लिए अंतर-राज्य और अंतर-देश दोनों डेटा से अनुमान लगाया गया है कि भारत में एक उच्च आईएमआर है और इसका योगदान

अधिकांश राज्यों से आता है। यह पूर्वी और दक्षिणी राज्यों के बीच अत्यधिक केंद्रित है। इसलिए, आईएमआर एक या दो भारतीय राज्यों की समस्या नहीं है, बल्कि बहुसंख्यकों की है, जो आईएमआर की वैश्विक रैंकिंग के मामले में भारत की स्थिति को कम करता है। शिशु मृत्यु दर के मामले में भारत की स्थिति को निम्न आरेख के माध्यम से देखा जा सकता है—



आरेख 1 : शिशु मृत्यु दर

असमान टीकाकरण—सरकार द्वारा संचालित टीकाकरण कार्यक्रम भी इक्विटी आधारित नहीं हैं। 2021-22 से डीएलएचएस डेटा के माध्यम से जिला स्तर के डेटा का विश्लेषण टीकाकरण और बाल मृत्यु दर के बीच एक मजबूत नकारात्मक सहसंबंध दर्शाता है। चिंताजनक बात यह है कि इन बीमारू (असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड) राज्यों के 59 जिलों में 2012-14 और 2021-22 के बीच पूरी तरह से प्रतिरक्षित बच्चों की हिस्सेदारी में कमी आई है। नागरिक गड़बड़ी और दुर्गम इलाकों वाले जिलों में परिवारों की पहुंच विशेष रूप से खराब है। उदाहरण के लिए, बीजापुर में, छत्तीसगढ़ में एक वामपंथी उग्रवाद प्रभावित जिला, जो देश में सबसे पिछड़े लोगों में से एक है, केवल 0.4 प्रतिशत ग्रामीण परिवारों के पास तीनों सुविधाओं तक पहुंच है। अनुसूचित जनजातियों के बीच स्वास्थ्य सेवाओं तक कम पहुंच आंशिक रूप से इसलिए है क्योंकि वे दूर-दराज के ग्रामीण और वन क्षेत्रों में रहते हैं जहां चिकित्सा सुविधाएँ अक्सर अनुपलब्ध होती हैं, या यहां

तक कि यदि उपलब्ध भी हैं, तो स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की अनुपस्थिति अधिक है और निगरानी मुश्किल है।

घर-आधारित प्रसव के प्रति झुकाव—मातृ मृत्यु दर अभी भी ग्रामीण स्वास्थ्य की उन्नति में एक प्रमुख बाधा है। घर पर प्रसव के प्रचलन के कारण गर्भवती महिलाओं की लगातार मौत हो रही है। प्रसूति केंद्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की खराब पहुंच और निम्न गुणवत्ता के कारण अधिकांश ग्रामीण महिलाएँ घरेलू प्रसव का विकल्प चुनती हैं।

चिकित्सा अनुसंधान संस्थानों और स्वास्थ्य सेवा वितरण संस्थानों के बीच समन्वय का अभाव—अनुसंधान और नवाचार के मामले में भी भारतीय स्वास्थ्य बहुत पीछे है। कुछ मामलों में, प्रतिष्ठित चिकित्सा केंद्रों के शोधकर्ता भी समस्याओं का निदान करने में सक्षम नहीं होते हैं। अनुपयुक्त अनुसंधान समुदाय, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और सरकार के बीच साझेदारी विकास के माध्यम से क्षेत्रीय अभिसरण से संबंधित मुद्दों को पर्याप्त रूप से संबोधित कर सकता है। चिकित्सा अनुसंधान संस्थान में मौजूदा चिकित्सा पेशेवरों के

तकनीकी ज्ञान को अद्यतन करने की क्षमता हो सकती है। इसलिए, यह अनिवार्य है कि भारत में विभिन्न अनुसंधान केंद्रों और स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वाली संस्थाओं के बीच समन्वय और सहयोग हो।

सामुदायिक भागीदारी का अभाव—सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में ग्रामीण जनता की जरूरतों से काफी अलग हो गई है। उपचार, निदान, विभिन्न बीमारियों की रोकथाम के मामले में समुदाय की मांगों को नजरअंदाज कर दिया गया है, जिसके परिणामस्वरूप महामारी हो गई है। क्षेत्रों के निवासियों के साथ परामर्श की अनुपस्थिति रोग की अप्रभावी निगरानी और स्वच्छता और स्वच्छता के रखरखाव की ओर ले जाती है। महामारी का प्रकोप इस तथ्य से प्रेरित है कि स्वास्थ्य पेशेवरों और संबंधित इलाके के रहने वाले लोगों के बीच शून्य संचार है। इसलिए, समुदायों को स्थानीय प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के डिजाइन, स्टाफिंग और कामकाज में और अन्य प्रकार के समर्थन में शामिल होना चाहिए।

ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली में उपचार

ग्रामीण स्वास्थ्य परिदृश्य में सुधार के लिए कई रणनीतियाँ और मिशन शुरू किए गए हैं। सरकार ने मौजूदा ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे को संस्थागत बनाने की दिशा में कई कदम उठाए हैं, वे इस प्रकार हैं—

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)—ग्रामीण स्वास्थ्य के क्षेत्र में प्रमुख उपलब्धियों में से एक राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) है। एनआरएचएम केंद्र सरकार की एक प्रमुख योजना है, जो मौजूदा स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली में वास्तु सुधार करके और पोषण, स्वच्छता, स्वच्छता और सुरक्षित पेयजल में सुधार के माध्यम से अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देकर ग्रामीण भारत में बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रावधान में सुधार करती है। एनएचआरएम के तहत ग्रामीण स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे के परिवर्तन के लिए कुछ कदम उठाए गए हैं ताकि बुनियादी ढांचे की खराब स्थिति में सुधार किया जा सके—एनआरएचएम के माध्यम से पीएचसी और एससी जैसे इकाई स्तर के स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों को मजबूत किया गया है। विभिन्न पीएचसी को उचित चिकित्सा सुविधाओं के साथ 24x7 पीएचसी में बदल दिया गया है। देश भर में आशा कार्यकर्ताओं के व्यापक नेटवर्क के माध्यम से रोगियों को मुख्यधारा की स्वास्थ्य प्रणाली से जोड़ा गया

है। एनआरएचएम के प्रदर्शन ने ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न पहलुओं में भारी बदलाव लाए हैं।

जननी सुरक्षा योजना—जननी सुरक्षा योजना एनआरएचएम के तहत भारत सरकार का एक प्रमुख कार्यक्रम है, जिसका उद्देश्य मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के लिए संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देना है। यह महिलाओं को सरकारी या मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सा सुविधा में प्रसव कराने के लिए नकद प्रोत्साहन प्रदान करता है। जेएसवाई के तहत, आशा कार्यकर्ता गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल के लिए उचित चिकित्सा सुविधाओं तक ले जाकर संस्थागत प्रसव की संख्या में वृद्धि करती हैं। वे ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली और समुदाय के बीच एक इंटरफेस के रूप में काम करते हैं। यूएनएफपीए की डेवलपमेंट रिसर्च सर्विसेस (डीआरएस) के अध्ययन के निष्कर्षों से संकेत मिलता है कि मध्य प्रदेश और उड़ीसा में वर्ष 2022 के दौरान 73 प्रतिशत जन्म स्वास्थ्य सुविधा में आयोजित किए गए थे। इन संस्थागत प्रसवों में, जो सरकारी केंद्रों और मान्यता प्राप्त निजी अस्पतालों में किए गए थे, वे मप्र में 68 प्रतिशत और उड़ीसा में 67 प्रतिशत पाए गए। राजस्थान, बिहार, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा और मध्य प्रदेश जैसे पांच राज्यों के संयुक्त अनुमानों ने 2008 में 55 प्रतिशत संस्थागत प्रसव का संकेत दिया।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा—राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) का उद्देश्य प्रमुख स्वास्थ्य झटके से प्रभावित परिवारों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना और गरीब परिवारों के लिए स्वास्थ्य परिणामों में सुधार करना है। इसे 2008 में नवघटित किया गया था। आरएसबीवाई बीपीएल परिवारों को अस्पताल में भर्ती होने की लागत के लिए बीमा करता है और उन्हें सार्वजनिक और निजी अस्पतालों के बीच चयन करने की अनुमति देता है। लाभार्थियों को मामूली पंजीकरण शुल्क का भुगतान करना होगा, जबकि प्रीमियम भुगतान की लागत केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा वहन की जाती है। पात्र परिवार (जिनके राज्यों द्वारा बीपीएल के रूप में पहचान की गई है) भुगतान करके कार्यक्रम में नामांकन कर सकते हैं। रु. 30, जिसके बदले में उन्हें एक स्मार्ट कार्ड मिलता है। किसी भी परिवार से अधिकतम पाँच सदस्य नामांकन कर सकते हैं, जिसमें मुखिया, पति या पत्नी और घर के मुखिया के तीन

आश्रित तक शामिल हैं। आरएसबीवाई के तहत लाभार्थी हकदार हैं अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता वाली अधिकांश बीमारियों के लिए बीमा का भी प्रावधान है।

इंडियन डेवलपमेंट फाउंडेशन के सर्वेक्षण के नतीजे बताते हैं कि आरएसबीवाई के मरीजों को तुरंत उपचार दिया गया। लगभग 52 प्रतिशत रोगियों को कर्मचारियों ने 5 मिनट के भीतर देखा 32 प्रतिशत को 5 से 15 मिनट के बीच देखा गया। दरअसल, जैसा कि तालिका 5 से स्पष्ट है, 84 प्रतिशत मामलों में, रोगियों ने अस्पतालों में प्राप्त उपचार को अच्छा माना। गरीबों के लिए लक्षित एक अन्य स्वास्थ्य बीमा योजना के विश्लेषण में, देसाई बताते हैं कि 43 प्रतिशत स्त्री रोग संबंधी दावे हिस्टोरेक्टॉमी के लिए थे जिन्हें भाग लेने वाले अस्पतालों द्वारा सक्रिय रूप से प्रोत्साहित किया गया था।

मोबाइल आधारित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली—मोबाइल आधारित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली ग्रामीण स्वास्थ्य में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। मोबाइल हेल्थकेयर की यह प्रणाली, जिसे 2005 में शुरू किया गया था, एक व्यक्ति के महत्वपूर्ण संकेतों को प्रसारित करने के लिए एक मोबाइल फोन का उपयोग करती है। स्वास्थ्य पेशेवर देश भर में पुरानी बीमारियों से पीड़ित रोगियों की दूर से निगरानी करने में सक्षम हो सकते हैं। इसका तात्पर्य स्वास्थ्य शिक्षा, पोषण संवर्धन, बुनियादी स्वच्छता, माँ और बच्चे के परिवार कल्याण सेवाओं के प्रावधान, टीकाकरण, रोग नियंत्रण और बीमारी और चोट के लिए उचित उपचार जैसी सेवाओं की एक विस्तृत शृंखला की पेशकश करना है। इस मामले में पहल बेंगलुरु की एक फर्म ने की है जिसे सेंटर फॉर डेवलपमेंट ऑफ एडवांस्ड कंप्यूटिंग कहा जाता है।

इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना—इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना (आईजीएमएसवाई) की शुरुआत 2010 में महिलाओं को पहले छह महीनों के लिए शुरुआती और अनन्य स्तनपान सहित शिशु और छोटे बच्चे के आहार (आईवाईसीएफ) प्रथाओं का पालन करने के लिए प्रोत्साहित करने के उद्देश्य से की गई थी। इस योजना के तहत चयनित जिलों में सभी गर्भवती महिलाओं और स्तनपान किराने वाली माताओं को नकद हस्तांतरण का प्रावधान है। यह विशिष्ट शर्तों की पूर्ति के आधार पर प्रोत्साहन प्रदान करके माँ और बच्चे की देखभाल सेवाओं की मांग को बढ़ावा देता है।

आईजीएमएसवाई के तहत प्रत्येक पंजीकृत माँ के पास एक मातृ एवं शिशु संरक्षण कार्ड होगा। इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ मिलकर हर गर्भवती महिला का इष्टतम टीकाकरण सुनिश्चित करने का प्रयास करेगा। यह योजना परामर्श और आयरन और फोलिक एसिड की खुराक के प्रावधानों तक पहुंच भी सुनिश्चित करेगी जो माँ और बच्चे दोनों के स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण हैं। दुनिया भर के शोध अध्ययन इस बात पर प्रकाश डालते हैं कि, विश्व स्तर पर, जीवन के पहले छह महीनों के लिए केवल स्तनपान के सार्वभौमिक अभ्यास से छोटे बच्चों की मृत्यु दर में 13 प्रतिशत की कमी आती है। इस प्रकार जच्चा-बच्चा के स्वास्थ्य विकास को प्रोत्साहन देने के उद्देश्य से यह योजना अत्यंत महत्वपूर्ण है।

निष्कर्ष

भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य विकास के लिए सबसे महत्वपूर्ण मुद्दों में से एक रहा है। लेकिन यह भारतीय अर्थव्यवस्था में सबसे उपेक्षित क्षेत्रों में से एक रहा है। देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य की मौजूदा स्थिति इतनी असंतोषजनक है कि स्थिति में सुधार के किसी भी प्रयास में आवश्यक रूप से प्रशासनिक उपाय शामिल होने चाहिए। इन प्रशासनिक उपायों में सार्वजनिक स्वास्थ्य में विनियमन और प्रवर्तन, मानव संसाधन विकास और क्षमता निर्माण, जनसंख्या स्थिरीकरण और रोग निगरानी तंत्र को मजबूत करना शामिल है ताकि स्वास्थ्य के साथ इन कारकों का प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष जुड़ाव मजबूत हो सके। मजबूत निगरानी तंत्र की मौजूदगी निगरानी और आगे नीति निर्माण में सहायता करेगी। सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में मजबूत मानव संसाधन स्वास्थ्य पेशेवरों के बीच प्रबंधन कौशल और नेतृत्व गुण प्रदान करने में सहायता करेगा। स्वास्थ्य योजना और निर्णय लेने की प्रणाली अत्यधिक केंद्रीकृत और ऊपर से नीचे की ओर है, जिसमें न्यूनतम जवाबदेही और वास्तविक सामुदायिक पहल के लिए बहुत कम विकेंद्रीकृत योजना या गुंजाइश है। अधिकांश राज्य-समर्थित सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता योजनाओं की विफलता इस टॉप-डाउन दृष्टिकोण के सबसे हड़ताली परिणामों में से एक है। इसलिए, संरचनात्मक और कार्यात्मक दोनों दृष्टिकोणों से मौजूदा ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली को पुनर्जीवित करना हमारे लिए अनिवार्य है।

संदर्भ

1. बनर्जी, अभिजीत, एंगस डिप्टन, एस्थर डुफ्लो, ग्रामीण राजस्थान में स्वास्थ्य देखभाल वितरण, आर्थिक और राजनीतिक साप्ताहिक, XXXIX (09), 2014, पृ.सं. 944-949
2. बसु, रुम्की (एनडी), राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना : स्वास्थ्य बीमा में अग्रणी सार्वजनिक-निजी भागीदारी, (एचटीटीपी:// डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट एनपीएसआईपीएजी डॉट ओआरजी से उद्धृत)
3. बसु, संबित और सौरभ घोष, (एन.डी), द रोड टू यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज एन ओवरव्यू, (एचटीटीपी:// डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट आईडीएफसी डॉट कॉम से उद्धृत)।
4. भंडारी, लवीश और सिद्धार्थ दत्ता (एनडी), ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य बुनियादी ढांचा (डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट आईआईटीके डॉट एसी डॉट इन पर देखा गया)।
5. भट, रमेश और निशांत जैन (2014) राज्य स्तरीय डेटा का उपयोग करके स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय का विश्लेषण, भारतीय प्रबंधन संस्थान (आईआईएम), अहमदाबाद, जून, 2004 (एचटीटीपी:// डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट आईआईएमएचडी डॉट अरनेट डॉट इन से उद्धृत)
6. सेंटर फॉर इन्वैयरी इन हेल्थ एंड एलाइड थीम्स (2015) भारत में स्वास्थ्य देखभाल की समीक्षा (सर्वे संख्या 2804 और 2805), मुंबईरू गंगोली, लीना वी, रवि दुग्गल और अभय शुक्ला, (डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट सीईएचएटी डॉट ओआरजी से उद्धृत)
7. सेंटर फॉर पॉलिसी रिसर्च (एन.डी.) क्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना गुणवत्ता की खाई को पाटने में मदद कर सकती है? (आरएसबीवाई वर्किंग पेपर), सेटी, सोनम, (डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट आईडीएफआईएससी डॉट ओआरजी से उद्धृत)।
8. चौधरी एन., जे. हैमर, एम केनेमर, के. मुरलीधरन, और एफ.एच. रोजर्स (2016) शिमसिंग इन एक्शन : टीचर एंड हेल्थ वर्कर एक्सेस इन डेवलपिंग कंट्रीज, 20, जर्नल ऑफ इकोनॉमिक पर्सपेक्टिव्स, पिट्सबर्ग
9. चलिमुंथा, अनिल के., कुमुदिनी आर. ठाकोर और जेरेमिया एस. मूलपुरी, (2020) डिसएडवांटेज्ड रूरल हेल्थ- इश्यूज एंड चैलेंजेज, ए रिव्यू। नेशनल जर्नल ऑफ मेडिकल रिसर्च, 3 (1), 80-82, (एचटीटीपी:// डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट स्कोपमेड डॉट ओआरजी से उद्धृत)।
10. दास, जिष्णु और जेसिका लेइनो (2021) एक प्रायोगिक सूचना अभियान से आरएसबीवाई-पाठों का मूल्यांकन, आर्थिक और राजनीतिक साप्ताहिक, एक्सएलवीआई (32), (एचटीटीपी:// डब्ल्यू डब्ल्यू डब्ल्यू डॉट ईपी डब्ल्यू डॉट इन से उद्धृत)
11. भारत सरकार। तेज, सतत और अधिक समावेशी विकास, 12वीं पंचवर्षीय योजना (2012-17) के लिए एक दृष्टिकोण, (एचटीटीपी://प्लानिंगकमीशन डॉट एनआईसी डॉट इन से उद्धृत)।
12. आईएफएमआर अनुसंधान, विकास वित्त रिपोर्ट केंद्र (2021-22), राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, (योजना संक्षिप्त) (सीडीएफ डॉट आईएफएमआर डॉट एसी डॉट इन से उद्धृत)