सामयिक प्रकाशन
समाज और इतिहास

नवीन श्रृंखला

16

आधुनिक भारत में जन-स्वास्थ्य: समाधान और चुनौतियां

संजय कुमार
नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय

नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय
2018

नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय

© संजय कुमार, 2018

सर्वाधिकार सुरक्षित | लेखक की लिखित अनुमति के बिना इस प्रकाशन के किसी भी अंश का दोबारा प्रयोग, पुनरोत्पादन किसी भी रूप में नहीं किया जा सकता | इसमें व्यक्त विचार, अर्थ-निर्धारण तथा निष्कर्ष पूर्णतः लेखक के हैं और किसी भी तरह, पूर्णरूपेण अथवा अंशत: नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय के विचारों को नहीं दर्शाते | यह शोध अग्रेतर संवाद के लिए प्रस्तुत है | शोध से सम्बंधित प्रत्येक प्रश्न का उत्तरदायी लेखक होगा | किसी भी सामाजिक और आपराधिक गतिविधि के लिए नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय जिम्मेदार नहीं होगा |

प्रकाशक

नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय
तीन मूर्ति भवन
नई दिल्ली – 110011

ई.मेल : director.nmml@gov.in

आईएसबीएन : 978-93-84793-15-9

आधुनिक भारत में जन-स्वास्थ्य: समाधान और चुनौतियां*

संजय कुमार

सारांश: उत्तम स्वास्थ्य न सिर्फ किसी भी इंसान के बल्कि प्रत्येक जीव के उत्पादक होने का पैमाना होता है| जिसका स्वास्थ्य जितना बेहतर होगा वह उतना ही अधिक उत्पादक होगा | स्वतंत्रता के बाद भारत ने अन्य विषयों की भांति स्वास्थ्य के क्षेत्र में भी सराहनीय विकास किया है | आधुनिक भारत में स्वास्थ्य की उत्तम और किफ़ायती सेवाएं विदेशी नागरिकों को अपनी ओर आकर्षित कर रही हैं और भारत में स्वास्थ्य पर्यटन तेज़ी से उभर रहा है | किन्तु भारतीय जनमानस, खासकर भारतीय समाज के विभिन्न समुदायों के सन्दर्भ में आधुनिक भारत में स्वास्थ्य-संकट की स्थिति बनी हुई है | उदाहरण, स्वरुप भारत में पर्याप्त स्वास्थ्य सेवाओं के अभाव में प्रति २० सेकंड में एक बच्चे की मृत्यु होती है; ५० प्रतिशत से अधिक महिलाएं अनीमिया (खून की कमी) से पीड़ित हैं; स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में भौगोलिक असमानता की समस्या; जन-स्वास्थ्य सेवाओं पर सरकारी अल्प-व्ययता और व्यक्तिगत व्यय की अत्यधिक अधिकता; निम्नजातियों, ग्रामीण तथा आदिवासीय लोगों का सरकारी स्वास्थ्य तंत्र पर अधिक निर्भर रहना, इत्यादि | इसका एक प्रमुख कारण यह है कि सामाजिक विकास के अन्य विषयों की भांति जन-स्वास्थ्य का विषय भारतीय नीति-निर्माण, क्रियान्वयन और राजनैतिक महत्त्व के प्रमुख विषयों में शामिल नहीं हो पाया है | भारत में वर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्था की आधारशिला के समय जो नीति-निर्धारण किया गया था उसके अनुसार जो लक्ष्य १९८० दशक में पूरा हो जाना चाहिए था वह आज़ादी के ७५ वर्ष बाद भी पूरा नहीं हो पाया है | स्वतंत्रता के समय (हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी – भोरे कमेटी की रिपोर्ट, १९४६ में) यह तय किया गया था कि भारत का कोई भी नागरिक, चाहे वह किसी भी जाति, धर्म, क्षेत्र या समुदाय से आता हो, वह पैसे के अभाव में उत्तम स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित नहीं रहेगा और जन-स्वास्थ्य पर कुल जी.डी.पी. का कम-से-कम पांच प्रतिशत खर्च किया जाना चाहिए | किन्तु आज बहुत से सरकारी और गैर-सरकारी अध्ययन यह बताते हैं कि भारतीय जनसंख्या के ७०-८० प्रतिशत को स्वास्थ्य की मूलभूत सुविधाएँ प्राप्त नहीं हो पा रही हैं | जिससे यह समझा जा सकता है कि भारतीय जनमानस के सन्दर्भ में, स्वास्थ्य नीतियों के निर्माण और क्रियान्वयन में सुधार और इस विषय को जन-संवाद का विषय बनाने की अति आवश्यकता है |

---

*२५ मार्च, २०११ को नेहरु स्मारक संग्रहालय एवं पुस्तकालय, तीन मूर्ति भवन, नई दिल्ली में दिए गए व्याख्यान का संशोधित संस्करण.

भारत प्राचीन काल से ही अपने विशाल क्षेत्रफल और समृद्ध संस्कृति के लिए जाना जाता रहा है | भारत ने प्रारम्भ से ही विकास और समृद्धि के विभिन्न क्षेत्रों में उच्च शिखर को प्राप्त किया है जैसे विज्ञान, शिक्षा, दर्शन तथा नगरीकरण आदि | भारत में समय-समय पर बहुत ही प्रतापी और जन-कल्याणकारी शासक हुए हैं जिन्होंने राज्य विस्तार के साथ-साथ अपनी प्रजा के कल्याण के लिए अनेकों कार्य किये हैं | इसमें सिन्धु-घाटी सभ्यता एवं सम्राट अशोक के काल को प्राचीनतम माना जाता है | यद्धपि अपने इस शोध-पत्र में हम आधुनिक भारत में जन-स्वास्थ्य नीतियां, भारतीय जन-स्वास्थ्य तंत्र, उसका महत्व, और आम आदमी, जो विभिन्न सामाजिक समुदायों में विभाजित है, तक उसकी पहुँच का विष्लेषण करेंगे |

जन-स्वास्थ्य की आधुनिक परिभाषा को सरल शब्दों में समझा जाए तो यह कह सकते हैं कि एक ऐसी व्यवस्था जो राज्य द्वारा, राजकीय राजस्व से संचालित एवं अनुशासित होती हो और जो सभी देशवासियों के लिए जाति, धर्म, वर्ग, भाषा, क्षेत्र, लिंग, आदि पर आधारित भेदभाव से रहित हो, और सभी के लिए एक समान एवं समुचित स्वास्थ्य सुविधायें प्रदान करती हो, साथ ही यह सुनिश्चित करती हो कि पैसे के अभाव में कोई भी व्यक्ति उत्तम स्वास्थ्य से वंचित न रहे | इन स्वास्थ्य सुविधाओं में पोष्टिक भोजन, स्वच्छ पेय-जल, स्वस्थ्य वातावरण, उचित रहन-सहन, आत्म-सम्मान के साथ जीवन जीने की स्वतंत्रता एवं सभी बीमारियों के इलाज़ की उत्तम व्यवस्था, इत्यादि शामिल हैं |[1] यद्धपि स्वास्थ्य की परिभाषा जो विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ., १९४८) ने दी है उसी को सर्वमान्य परिभाषा माना जाता है | विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार स्वास्थ्य केवल रोग या दुर्बलता के अभाव को नहीं कहते बल्कि यह एक ऐसी अवस्था है जिसमें व्यक्ति शारीरिक, मानसिक और सामाजिक दृष्टि से सुखी रहता है | यह स्थिति व्यक्ति के उत्पादक जीवन जीने के लिए अनिवार्य है | विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार स्वास्थ्य सेवाएं मानव का मूलभूत अधिकार मानी जानी चाहिए और स्वास्थ्य का ऊँचा स्तर सबसे महत्त्वपूर्ण सामाजिक लक्ष्य होना चाहिए |[2] राज्य तथा जन-स्वास्थ्य के सम्बंध में यूरोप के प्राचीन दार्शनिक अरस्तु का कहना था कि जन-

[1] भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-१,* कलकत्ता, भारत सरकार प्रेस, १९४६, पृष्ठ १५-२०|
[2] विश्व स्वास्थ्य संगठन, रिपोर्ट, १९४६ एवं १९४८.

स्वास्थ्य सुविधाएं राज्य के राजनैतिक सिद्धांत का आईना होता है और नागरिकों के उत्तम स्वास्थ्य कि व्यवस्था एवं सामाजिक सदभावना राज्य की प्राथमिक जिम्मेदारी होती है |[3]

भारत के सन्दर्भ में भरतीय संविधान के अनुसार जन-कल्याण की सभी सुविधाओं को मुहैया कराना राज्य की प्राथमिक जिम्मेदारी मानी गई है | भारतीय संविधान के अनुच्छेद संख्या ३८, ३९ (इ), ४१, ४२, और ४७ में भी जीवन जीने के विभिन्न आयामों के तहत इसे राज्य की ही ज़िम्मेदारी माना गया है जिसकी विस्तृत चर्चा आगे दी गयी है | जन-स्वास्थ्य से जुड़े इस विषय को राज्य और समवर्ती, दोनों ही सूचियों में स्थान दिया गया है | आज़ादी के बाद भारत ने विभिन्न क्षेत्रों जैसे विज्ञान, तकनीकी, अर्थव्यवस्था, जनसंपर्क, इत्यादि, में बहुत ही सराहनीय प्रगति की है | अपने नागरिकों को स्वास्थ्य सम्बंधी सुविधाएं मुहैया कराने में भी भारत ने सराहनीय विकास किया है जैसे भारतीय नागरिकों की जीवन प्रत्याशा आयु १९४६ से २०११ के दौरान ३० वर्ष से बढ़कर ६५ वर्ष हुई है, इसी प्रकार जन्म के समय होने वाली मृत्यु दर १९४६ में १४६ से घटकर २०१६ में ३७ तक पहुँच गयी है; क्रूड बर्थ रेट जो १९७० में ३७ था वह २०१६ में घटकर २१ रह गया है; क्रूड डैथ रेट १९७० से २०१५-१६ के दौरान घटकर ३९ से ०७ रह गया है; इत्यादि | किन्तु इस विषय पर काम कर रहे विभिन्न संगठनों (सरकारी और गैर-सरकारी) तथा विभिन्न सामाजिक विद्वानों का मानना है कि भारत ने जन-स्वास्थ्य के क्षेत्र में उतना विकास नहीं किया है जितना कि दूसरे अन्य क्षेत्रों में किया है जबकि बेहतर जन-स्वास्थ्य को सभी प्रकार के विकास के लिए आधार स्तम्भ माना जाता है | यद्धपि भारत सरकार ने जन-स्वास्थ्य के उचित विकास के लिए समय-समय पर विशेषज्ञों के नेतृत्व में विभिन्न आयोगों एवं कमेटियों का गठन किया किन्तु उन सभी आयोगों और कमेटियों का गहन अध्ययन करने से न सिर्फ उपरोक्त तथ्य कि पुष्टि होती है बल्कि यह भी पता चलता है कि जन-स्वास्थ्य सम्बंधी विषय कभी भी, (आज़ादी से पहले और आज़ादी के बाद), आज तक भारतीय नीति-निर्माताओं, राज-नेताओं, प्रशासकों और सरकारों की प्राथमिकताओं में शामिल नहीं रहा है | इस तर्क को इस स्पष्टीकरण से और अधिक बल मिलता है कि विभिन्न सरकारों द्वारा गठित आयोगों और कमेटियों में से कईयों ने समय और परिस्थितियों के अनुसार बहुत ही श्रेष्ठ सुझावों के साथ अपनी रिपोर्ट सरकार को सौंपी, किन्तु दुर्भाग्यवश उन तत्कालीन सरकारों ने उन रिपोर्टों को न तो कोई महत्व दिया और न ही उन पर कोई विचार किया तथा अपनी राजनैतिक सुविधानुसार आंशिक रूप से ही उन पर अमल किया, जैसे *हैल्थ सर्वे*

---

[3] अरस्तू, इन सीमा अल्वी, *इस्लाम एंड हीलिंग: लोस एंड रिकवरी ऑफ़ अन इंडो-मुस्लिम मेडिकल ट्रेडिशन १६००-१९००*, रानीखेत, परमानेंट ब्लैक, २००७, पृष्ट ७|

एंड डेवलपमेंट कमेटी, १९४६ (भोरे कमेटी) ने अपने विभिन्न सुझावों में से इस सुझाव पर अत्यधिक बल दिया था कि निजी क्षेत्र को स्वास्थ्य के क्षेत्र से जितना संभव हो सके दूर रखा जाए, ग्रामीण डॉक्टर्स का विकास किया जाए और सभी को राज्य की तरफ से बिना किसी भेदभाव के उत्तम स्वास्थ्य सुविधा मुहैया कराई जायें |[4] किन्तु विभिन्न अध्ययन यह बताते है कि निजी क्षेत्र लगातार हावी होता चला गया और सरकारी क्षेत्र बैकफ़ुट पर चला गया अथवा तबाह होता चला गया और परिणाम यह हुआ कि आज सरकारी स्वास्थ्य तंत्र केवल १५-१८ प्रतिशत इन-पेशेंट्स और ४०-४५ प्रतिशत आउट-पेशेंट्स का ही इलाज़ करने की क्षमता रखता है | वैश्वीकरण-उदारीकरण के प्रारम्भ होने के बाद यह स्थिति और भी गम्भीर होती जा रही है | ऐसे बहुत से अन्य उदाहरण भी हैं जिन पर आगे विस्तृत चर्चा की गई है | स्वास्थ्य के स्तर और स्वास्थ्य सेवाओं के उपभोग के मामले में विभिन्न सामाजिक समुदायों के मध्य असमानता भी एक गम्भीर विषय है जिसमें आरक्षित और अल्पसंख्यक समुदाय का स्वास्थ्य दूसरे समुदायों की अपेक्षा काफी पिछड़ा हुआ है | हाल ही में प्रकाशित हुई संयुक्त राष्ट्र की रिपोर्ट-२०१८ के अनुसार दलित समाज की महिलाओं की औसत आयु सवर्ण समाज की महिलाओं की आयु से १४.६ वर्ष कम होती है अर्थात दलित समाज की महिलाएं सवर्ण समाज की महिलाओं से लगभग १५ वर्ष वर्ष पहले मर जाती हैं |[5]

इस शोध-पत्र में इस बात पर भी प्रकाश डाला गया है कि राष्ट्रीय आन्दोलन के समय और भारत की आज़ादी के समय हमारे राष्ट्रीय नेताओं, नीति-निर्माताओं और विशेषज्ञों ने यह तय किया था कि भारत के सभी नागरिकों के लिए, राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करना राज्य की प्राथमिक जिम्मेदारी होगी, जिसके तहत गरीबी-निवारण, पर्याप्त और पोषणयुक्त भोजन, समन्वित शिक्षा एवं स्वास्थ्य नीतियों का विकास, बच्चों और महिलाओं के लिए उचित स्वास्थ्य सुविधाएं, स्वच्छ पेयजल, स्वस्थ वातावरण एवं मानसिक स्वास्थ्य सम्बंधी पहलु शामिल किये गए थे | समन्वित नीतियों के साथ ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मियों का विकास करना तथा इससे निजी क्षेत्र को दूर रखने जैसे पहलुओं पर विशेष जोर दिया गया था | किन्तु आज, जब हम इसके विकास-क्रम को ऐतिहासिक नजर से देखते है तो पाते है कि उपरोक्त में से बहुत से पहलुओं पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया है और समन्वित विकास से सम्बंधित विभिन्न विभागों के मध्य समन्वय का अभाव स्पष्ट दिखाई पड़ता है | उदाहरण के लिए वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाइजेशन (डब्ल्यू.एच.ओ.)

---

[4] भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-२*, नई दिल्ली, भारत सरकार प्रेस, १९४६ और रोज़ेर जेफ्फेरी (Roger Jeffery), *दि पॉलिटिक्स ऑफ़ पब्लिक हेल्थ इन इंडिया*, बर्कली, यूनिवर्सिटी ऑफ़ कैलिफोर्निया, १९९८, पृष्ठ २६|

[5] यूनाइटेड नेशन-वीमेन, *टर्निंग प्रोग्राम इन-टू एक्शन: जेंडर इक्वलिटी इन द 2030 एजेंडा फॉर सस्टेनेबल डेवलपमेंट*, यूनाइटेड स्टेट, २०१८ |

और भोरे कमेटी द्वारा १९४५-४६ में सुझाया गया था कि जी.डी.पी. का ५ प्रतिशत अथवा कुल निवेश का १५ प्रतिशत जन-स्वास्थ्य के विकास पर खर्च किया जाना चाहिए और यह धनराशि सरकार द्वारा जनता से प्राप्त होने वाले करों से खर्च की जाएगी | किन्तु आज आज़ादी के ७० वर्ष बाद भी इस पर होने वाला खर्च जी.डी.पी. (G.D.P.) के दो प्रतिशत तक भी नहीं पहुंच पाया है |

भारत में जन-स्वास्थ्य सेवाओं का विकास: भारत में स्वास्थ्य सेवाओं के इतिहास पर नज़र डालते हैं तो पाते हैं कि भारत में परम्परागत रूप से बहुत ही समृद्ध *हैल्थ प्रैक्टिसेज* रहीं हैं |[6] यद्धपि भारत में आधुनिक अर्थ में जन-स्वास्थ्य नीतियों और सुविधाओं की शुरुआत, भारत में यूरोपियन कम्पनियों के आगमन के बाद होती है | अपने प्रारम्भिक काल में उपनिवेश राज्य अपने निजी हितों के चलते भारत में जन-स्वास्थ्य व्यवस्था की शुरुआत करता है तथा यूरोपियन नागरिकों और सैनिकों तक इन सुविधाओं को सीमित रखा जाता है | आगे चलकर इन स्वास्थ्य सुविधाओं को ग्रामीण नागरिकों, अंग्रेजों के समर्थक राजे-रजवाड़ो, महामारियों और अकाल के समय (रेवेन्यु की अधिक हानि को रोकने के लिए) सीमित जन-सामान्य के लिए भी इनको मुहैया कराया जाने लगा | शुरुआत में प्लेग और कॉलरा जैसी बीमारियों की रोकथाम करने वाले उपाय जैसे टीकाकरण आम नागरिकों के लिए नहीं हुआ करते थे, और उस समय औपनिवेशिक राज्य द्वारा किये गए उपाय केवल अंग्रेजों की भारतीय सत्ता पर पकड़ को मजबूत करने और राज्य को वैधानिकता प्रदान करने के लिए अधिक हुआ करते थे | किन्तु जब धीरे-धीरे अंग्रेजों की समझ में यह आ गया कि इस पश्चिमी स्वास्थ्य पद्दति के द्वारा वह भारत में अपने शासन को और अधिक मजबूत एवं कम खर्चीला बना सकते हैं, वैसे-वैसे उन्होंने इसे अधिकांश भारतीय जनता के लिए खोल दिया, क्योंकि इसके द्वारा वह न सिर्फ यह साबित करना चाहते थे कि वह भारत और भारतियों का भला चाहते हैं बल्कि अपने नागरिकों के लिए उचित और विश्वशनीय स्वास्थ्य सुविधांए भी प्रदान करना चाहते थे (वह भारतीय स्वास्थ्य पद्दति पर विश्वास नहीं करते थे) | साथ ही वह भारतीय स्वास्थ्य पद्दतियों पर श्रेष्ठता साबित कर भारतियों पर भी अपनी श्रेष्ठता और अधिपत्य को और अधिक मजबूत करना चाहते थे | इसी रणनीति के तहत उन्होंने भारतीय परम्परागत स्वास्थ्य पद्दतियों को किसी भी प्रकार का राजकीय सहयोग और संरक्षण

[6] सीमा अल्वी, *इस्लाम एंड हीलिंग: लौस एंड रिकवरी ऑफ़ अन इंडो-मुस्लिम मेडिकल ट्रेडिशन १६००-१९००*, रानीखेत, परमानेंट ब्लैक, २००७, पृष्ठ ७|

प्रदान नहीं किया, जैसा कि वह अपनी पश्चिमी चिकित्सा पद्दति को कर रहे थे | अंग्रेजों की इस मानसिकता को निम्नलिखित कुछ विद्वानों के तर्कों से भी समझा जा सकता है |

सी.इ. बेंटली बंगाल के बारे में बताते हैं कि बंगाल में मलेरिया की रोकथाम के प्रयास पर्याप्त नहीं थे, समाज के एक छोटे से वर्ग को ही इलाज की कुछ सुविधाएं उपलब्ध थीं |[7] वी.आर. मुरलीधरन अपने मद्रास के अध्ययन में पाते हैं कि मद्रास में भी मलेरिया की रोकथाम के लिए सरकार द्वारा उठाये गए कदम नाकाफी थे तथा ग्रामीण क्षेत्रों में स्थिति अधिक गम्भीर थी |[8] आगे सुनील एस. अमृत का कहना है कि औपनिवेशिक भारत में ब्रिटिश शासन केवल महामारियों जैसी आपातकालीन परिस्थितियों के समय ही अपने जन-स्वास्थ्य सम्बंधी प्रयासों को, सरकारी हितों की रक्षा हेतु भारतीय आम जनता के लिए सक्रिय करता था | वह आगे कहते है कि ब्रिटिश काल में भारत के साथ-साथ बर्मा में भी जन-स्वास्थ्य सम्बंधी कार्यकर्ता, अवसंरचना और संसाधनों का अभाव था | उदाहरण के लिए मद्रास प्रेसीडेंसी के सम्पूर्ण नगर निकायों में केवल ५६ स्वास्थ्य कर्मी थे जबकि बर्मा में इनकी संख्या कुल चार थी |[9]

अनिल कुमार अपने *मेडिसिन एंड राज़* में *वेस्टर्न मेडिसिन* की दक्षता और प्रभावशीलता का वर्णन करते हैं किन्तु अंततः स्वीकार करते हैं कि प्लेग की रोकथाम और उपचार में वेस्टर्न मेडिसिन पूरी तरह से असफल साबित हुई है | वेस्टर्न मेडिसिन के पास प्लेग का कोई सार्थक उपचार नहीं है बल्कि इससे *डील* करना (प्लेग से निपटना) ब्रिटिश सरकार की समझ से परे की बात थी | इतना ही नहीं, ब्रिटिश सरकार एक मजबूत स्वास्थ्य नीति बनाने की बजाय अपने शासन और प्रशासन को ही अधिक प्राथमिकता देती थी|[10] मार्क हैरिसन ने अपने कलकत्ता में स्वच्छता सम्बंधी किये गए अध्ययन के माध्यम से एक नया तर्क सामने रखने की कोशिश की है, उन्होंने बताया है कि बंगाल, खासकर कलकत्ता में स्थानीय संगठन स्वच्छता के लिए कर आदि न देकर उसका विरोध करते थे | जबकि अपने दुसरे तर्क में वह कहते हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों की

---

[7] सी. इ. बेंटली, इन चित्तब्रता पालित एंड अचिंत्य कुमार दत्त, सम., *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५, पृष्ठ १८|

[8] वी.आर. मुरलीधरन, इन चित्तब्रता पालित एंड अचिंत्य कुमार दत्त, सम., *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५, पृष्ठ १८|

[9] सुनील एस. अमृत, २००६, पृष्ठ ४|

[10] अनिल कुमार, इन चित्तब्रता पालित एंड अचिंत्य कुमार दत्त, सम., *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५, पृष्ठ १९|

आबादी का स्थानीय वैद्ध-हकीमों पर आश्रित होने का प्रमुख कारण तत्कालीन आधुनिक (वेस्टर्न मेडिसिन की) सुविधाओं का आभाव ही था |[11]

भारतीय इतिहासकारों व विद्वानों की भांति कुछ पश्चिमी इतिहासकार भी ऐसे हैं जो मानते हैं कि औपनिवेशिक भारत में जन-स्वास्थ्य सम्बंधी सुविधाएं अपर्याप्त थीं | एक तर्क यह भी है कि भारत में ब्रिटिश शासन से पहले लोगों, पर्यावरण और स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच जो सामंजस्य था वह ब्रिटिश शासन के आने के बाद पूरी तरह से अस्त-व्यस्त हो गया था, जैसे शहरी इलाकों में स्लम बस्तियों का बढ़ना, तथा परंपरागत कृषि और औद्योगिक अर्थव्यवस्था का नष्ट होना, शहरी इलाकों में जन-संख्या का बढ़ता दबाव, परम्परागत चिकित्सा पद्दतियों को मिलने वाले संरक्षण का अभाव बल्कि राजकीय स्तर पर उसे नष्ट करने का प्रयास | पोवल्स (Powles, १९७३) और ओअक्ले (Oakley, १९८५) ने भी भारत में औपनिवेशिक शासन में जन-स्वास्थ्य सुविधाओं, खासकर शिशु और नवजात शिशु की स्वास्थ्य सुविधाओं के आभाव को चिन्हित किया है |[12] भारत में ब्रिटिश साम्राज्य के आख़िरी दौर में राष्ट्रवादी और राष्ट्रीय नेता भी आज़ादी के बाद भारतीय जन-स्वास्थ्य सम्बंधी नीतियों और व्यवस्था पर विचार करने लगे थे, नैशनल प्लानिंग कमेटी-१९३८ तथा बॉम्बे प्लान-१९४४ के तहत भारतियों के स्वास्थ्य पर विस्तृत चर्चाएँ हुईं |

स्वतंत्र भारत का स्वास्थ्य व्यवस्था तंत्र पूरी तरह से *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी* (१९४६) की सिफारिशों पर आधारित माना जाता है | भारत के इतिहास में यह पहला मौका था जब जन-स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न पहलुओं का वैज्ञानिक तौर पर, न सिर्फ सम्पूर्ण भारत का सर्वेक्षण कर ब्योरा तैयार किया गया बल्कि जन-स्वास्थ्य से जुड़े प्रत्येक विषय पर गम्भीरता से विचार करने के पश्चात इससे सम्बंधित प्रत्येक कमजोरी को दूर करने हेतु वैज्ञानिक समाधान भी बताये गए | इस कमेटी की अध्यक्षता सर जोसफ भोरे ने की थी इसलिए उनके नाम पर ही इसे भोरे कमेटी के नाम से भी जाना जाता है | इस कमेटी के माध्यम से ही उस समय भारतियों के स्वास्थ्य की वस्तु-स्थिति का पता चला कि स्वतंत्रता के समय भारत में मृत्यु दर २२.४, शिशु मृत्यु-दर १६२ थी तो वही जीवन प्रत्याशा लगभग २६ (पुरुषों के लिए २६.९१ और महिलाओं के लिए २६.५९ थी), और देश में कुल आबादी के लगभग छ: प्रतिशत जनसंख्या के लिए ही

---

[11] बिस्वमॉय पति एवं मार्क हैरिसन, सम., *हेल्थ मेडिसिन एंड एम्पायर: पर्सपेक्टिव ऑन कोलोनिअल इंडिया,* ओरिएंट लॉग्मैन, नई दिल्ली, पृष्ठ ४-६ |

[12] पोवल्स (Powles, १९७३) और ओअक्ले (Oakley, १९८५) इन रोज़ेर जेफ्फेरी (Roger Jeffery), *दि पॉलिटिक्स ऑफ़ पब्लिक हेल्थ इन इंडिया,* बर्कली, यूनिवर्सिटी ऑफ़ कैलिफोर्निया, १९९८, पृष्ठ १८-१९ |

स्वच्छ पेयजल की उपलब्धता थी, जो अन्य ब्रिटिश उपनिवेशों की अपेक्षा काफी दयनीय स्थिति थी |[13] इन आंकड़ों से उपरोक्त कथन की पुष्टि हो जाती है कि ब्रिटिश भारत सरकार के लिए भारत के आम नागरिकों का स्वास्थ्य उनकी प्राथमिकताओं में शामिल नहीं था |

सर जोसफ भोरे ने भारतियों के स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए अपनी रिपोर्ट को बनाते समय विभिन्न देशों की स्वास्थ्य नीतियों का अध्ययन कर, उनके सभी महत्वपूर्ण और जरुरी पहलुओं को इसमें शामिल किया | इसकी तुलना अक्सर ब्रिटेन की *वेवेरिज कमेटी* की रिपोर्ट से की जाती है | भोरे और वेवेरिज दोनों का न सिर्फ मानना था बल्कि दोनों की सबसे प्रमुख सिफारिश और मांग भी यह थी कि कोई भी व्यक्ति पैसे के अभाव में स्वास्थ्य की मुलभूत सुविधाओं से वंचित नहीं रहना चाहिए | दोनों ही कमेटियां जन-स्वास्थ्य व्यवस्था के समाजीकरण के पक्षधर थीं ताकि इसका राष्ट्रीयकरण किया जा सके और निजीकरण को इससे दूर रखा जा सके |[14] दोनों ही कमेटियों का मानना रहा था कि सभी के लिए *प्रोपर न्यूट्रीशन* और सामान्य जीवन स्तर, स्वास्थ्य के मानक होने चाहिए | दोनों का यह भी मानना था कि *प्रिवेंटिव एंड क्यूरेटिव* सेवाओं का सम्मिश्रण पूर्णकालिक वेतनभोगी कर्मियों द्वारा प्रदान किया जाना चाहिए तथा सरकारी स्वास्थ्य कर्मियों के प्राइवेट प्रैक्टिस पर प्रतिबन्ध लगाया जाना चाहिए | दोनों ही कमेटियों की सिफारिशों में ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं के विकास पर विशेष जोर दिया गया था | इसके इतर भोरे कमेटी की अन्य प्रमुख सिफारिशें निम्नलिखित थीं |[15]

- सरकार को जन-स्वास्थ्य के विकास को देश विकास का प्रमुख अंग मानकर उसे देश के विकास के साथ जोड़ना चाहिए |
- भारतीय जनता खासकर ग्रामीण जनता के अधिकतम नज़दीक स्वास्थ्य सेवाओं का तत्काल विकास किया जाना चाहिए |
- जाति, धर्म, लिंग, क्षेत्र, वर्ग, भाषा एवं अन्य किसी भी प्रकार के भेदभाव से रहित, सभी के लिए एक-समान स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराई जाएं, जिसमें सभी प्रकार की लैब सुविधाएं तथा डायग्नोस्टिक्स सुविधाएं भी शामिल हों |

---

[13] भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-१,* कलकत्ता, भारत सरकार प्रेस, १९४६, पृष्ठ ६-७ |

[14] भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-२,* नई दिल्ली, भारत सरकार प्रेस, १९४६, पृष्ठ 17 |

[15] संजय कुमार, "इंडियन स्टेट एंड हेल्थ ऑफ़ दि पीपल", *इतिहास दर्पण, वॉल्यूम XXII (1),* नई दिल्ली, अखिल भारतीय इतिहास संकलन योजना, २०१७, पृष्ठ १२० |

- सरकार को जन-स्वास्थ्य तंत्र को सीधे अपने नियंत्रण में रखना चाहिए तथा इससे निजीकरण को पूर्णत: दूर रखकर खुद सबके लिए बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएं सुनिश्चित करनी चाहिए | विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ.) के सुझाव के अनुसार भारतीय जन-स्वास्थ्य तंत्र पर राष्ट्रीय सकल घरेलू उत्पादन (जी.डी.पी.) का ५ प्रतिशत खर्च किया जाना चाहिए और खर्च होने वाली यह धनराशी राजकीय राजकोष से प्राप्त की जानी चाहिए |
- स्वास्थ्य सेवाओं के तहत सभी प्रकार की बीमारियों की जाँच तथा उपचार सरकारी संस्थाओं में निशुल्क उपलब्ध होना चाहिए |
- सभी स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रारम्भ से ही *क्यूरेटिव* की अपेक्षा *प्रिवेंटिव* प्रेरित होने चाहिए |
- स्वास्थ्य सेवाओं को लोगों के अधिक नज़दीक स्थापित किया जाये ताकि उन-तक लोगों की अधिकतम पहुँच को सुनिश्चित किया जा सके |
- सरकार के विकास सम्बंधी सभी विभागों तथा नागरिक समाज का सक्रीय सहयोग स्वास्थ्य कार्यक्रमों के विकास को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक तत्व होगा |
- इसके विकास के लिए एक व्यवस्थित प्रशासनिक तंत्र बनाया जाना चाहिए जिसमें सबसे ऊपर एक राष्ट्रीय मंत्री तथा सबसे नीचे ग्रामीण स्तर का कार्यकर्ता होना चाहिए|
- अधिक से अधिक प्रशिक्षण केंद्र खोलकर अधिक से अधिक स्वास्थ्य कर्मियों, सामाजिक कार्यकर्ताओं, ग्रामीण डाक्टरों, स्वंय सेवकों और दाइयों (मिडवाइफ) को प्रशिक्षित किया जाना चाहिए |

हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी (भोरे कमेटी) ने भारत की तत्कालीन आर्थिक, सामाजिक और राजनैतिक स्थिति को देखते हुए, भारत में स्वास्थ्य व्यवस्था के विकास के लिए दो प्रकार के प्रारूपों/मॉडलों की सिफारिस की जिसमे एक था अल्पकालिक प्रारूप (शोर्ट-टर्म मॉडल) और दूसरा था दीर्घकालिक (लॉन्ग-टर्म मॉडल) |[16*] भोरे कमेटी ने इस बात पर जोर दिया कि स्वास्थ्य योजनाओं को सफल बनाने हेतु सभी नागरिकों के लिए उचित आवास, खाने के लिए उचित भोजन, पीने के लिए साफ पानी, रहने के लिए साफ-सुथरा वातावरण तथा कृषि और औधोगिक उत्पादन का तीव्र विकास सुनिश्चित किया जाना चाहिए, साथ

---

[16] भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-२,* नई दिल्ली, भारत सरकार प्रेस, १९४६, पृष्ठ १७-३० |

* अल्पकालिक प्रारूप के तहत प्रत्येक ४०,००० लोगों पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, १५,००,००० लोगों पर द्वितीयक (सेकेंड्री) स्वास्थ्य इकाई तथा ज़िले स्तर के मुख्य अस्पताल पर ३०,००,००० से अधिक लोग नहीं होने चाहिए | जबकि दीर्घकालिक विकास प्रारूप के तहत इस संख्या को घटाकर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए २०,०००, द्वितीयक स्वास्थ्य इकाई के लिए ६,००,००० और ज़िले स्तर के मुख्य अस्पताल ३०,००,००० कर दिया जाना चाहिए|

ही कमेटी का यह भी कहना था कि स्वास्थ्य सेवाओं के विकास के लिए, राष्ट्रीय विकास से सम्बंधित सभी संस्थाओं को मिलकर काम करना तथा स्वास्थ्य योजनाओं को सम्पूर्ण सामाजिक और आर्थिक विकास योजनाओं का महत्वपूर्ण अंग माना जाना चाहिए | किन्तु विभिन्न अध्ययनों से पता चलता है आज़ादी के कुछ ही समय बाद से जन-स्वास्थ्य नीतिओं की दिशा और दशा दोनों ही परिवर्तित होने लगीं जैसे ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं का संकेन्द्रण, एलोपैथिक पर ही अधिक जोर दिया जाना और न केवल तेज़ी से निजीकरण की ओर बढ़ना, बल्कि इस निजीकरण को सरकारों द्वारा बढ़ावा देना अर्थात बगैर किसी शर्त, जिम्मेदारी और जवाबदेही के निज़ी अस्पतालों को कम दामों पर ज़मीन उपलब्ध कराना, सरकारी संस्थाओं में कम खर्चे में पढ़ाई करने वाले डॉक्टरों को निज़ी अस्पताल खोलने और देश से बाहर जाने की प्रक्रिया में मदद करना इत्यादि शामिल थे |[17] यहां तक कि देश में खोले जाने वाले लगभग शत-प्रतिशत अस्पताल भी शहरी इलाकों में ही खोले जाते थे जिसका परिणाम यह हुआ कि तृतीय-चतुर्थीय पंचवर्षीय योजना तक, या यूँ कहें कि एल्मा-एटा डिक्लेरेशन (१९७८) तक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और उप-स्वास्थ्य केंद्र अधिकांश ग्रामीण इलाकों में नहीं पहुँच पाए | अर्थात यह कहना गलत नहीं होगा कि भारतीय राज्य इन नवजनित डाक्टरों और स्वास्थ्य कर्मियों की भारतीय समाज, खासकर ग्रामीण समाज के प्रति कोई जिम्मेदारी और जवावदेही तय नहीं कर सका | बल्कि आगे चलकर हम पाते हैं कि *फ्री लाइसेन्सिंग* प्रणाली के तहत इनको और खुलापन देकर बेलगाम कर दिया गया जो आज तक एक गम्भीर समस्या बनी हुई है | हालांकि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों के तहत निज़ी अस्पतालों की गरीब समाज के प्रति कुछ जिम्मेदारी तय करने की कोशिश की गयी किन्तु वास्तु-स्थिति में कुछ खास बदलाव देखने को नहीं मिलता है |

आधुनिक भारत में जन-स्वास्थ्य सम्बंधी प्रमुख विषय एवं चुनौतियां: जैसा कि ऊपर बताया गया है कि भारत में वर्तमान जन-स्वास्थ्य तंत्र की आधारशिला *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी (भोरे कमेटी)* की रिपोर्ट और उसके सुझावों के आधार पर रखी गयी | यद्धपि इससे पहले भारतीय राष्ट्रीय कांग्रेस ने राष्ट्रीय आन्दोलन के दौरान १९३८ में पंडित जवाहरलाल नेहरु की अध्यक्षता में नैशनल प्लानिंग कमेटी का गठन किया था, इसी नैशनल प्लानिंग कमेटी के तहत कर्नल एस.एस. सोखे की अध्यक्षता में *रिपोर्ट ऑफ़ दि सब-कमेटी ऑन नैशनल हेल्थ* के नाम से एक सब-कमेटी के रूप में *नैशनल हेल्थ कमेटी* का गठन किया

---

[17] अल्पना सागर, 'एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ प्लानिंग इन इंडिया' सीटेड इन वी. उपाध्याय, शक्ती काक, एट.आल. (एडिट.), *फ्रॉम स्टैटिस्म टू निओ-लिब्रलिस्म: दि डेवलपमेंट प्रोसेस इन इंडिया,* न्यू डेल्ही, दानिश बुक्स, २००९ ।

था जिसने अपनी रिपोर्ट, भोरे कमेटी की रिपोर्ट के बाद १९४८ में प्रस्तुत की थी |[18] सोखे कमेटी के भोरे कमेटी से बाद में प्रस्तुत होने के कारण ऐसा प्रतीत होता है कि इस कमेटी के अधिकांश सुझाव भोरे कमेटी से ही प्रेरित थे | भारत की स्वास्थ्य नीतियों में *रिपोर्ट ऑफ़ दि सब-कमेटी ऑन नैशनल हेल्थ (सोखे कमेटी), दि हेल्थ सर्वे एंड प्लानिंग कमेटी (चड्ढा कमेटी), मुख़र्जी कमेटी, नैशनल हेल्थ पॉलिसी प्रथम व द्वितीय* इत्यादि कमेटियों और आयोगों आदि के सुझावों को भी समय-समय पर शामिल कर बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने की कोशिश की जाती रही है | अगर भारतीय संविधान की बात करें तो पता चलता है कि भारतीय संविधान में विकास और न्याय सम्बंधी अन्य जरुरी प्रावधानों की भांति जन-स्वास्थ्य और उसकी सुरक्षा हेतु भी पर्याप्त प्रावधान किए गये हैं | यद्धपि जन-स्वास्थ्य अथवा व्यक्तिगत स्वास्थ्य को भारतीय संविधान में सीधे-तौर पर मौलिक अधिकार नहीं माना गया है बल्कि भारतीय संविधान निर्माताओं ने इसे राज्य के निति-निर्देशक तत्वों के तहत, भारतीय संविधान की प्रस्तावना में सामाजिक और आर्थिक न्याय की जिम्मेदारी को राज्य की प्राथमिक जिम्मेदारियों में से एक माना है | राज्य के निति-निर्देशक तत्वों के अतिरिक्त, संविधान में ऐसे बहुत से अन्य प्रावधान दिए गए हैं जो प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष रूप से जन-स्वास्थ्य के अधिकारों की हिमायत करते हैं| संविधान राज्य को लोगों के स्वास्थ्य की स्थिति को सुधारने के लिए निर्देशित करता है | भारतीय संविधान के अनुच्छेद ३८ के अनुसार राज्य जन-कल्याण सुनिश्चित करने हेतु सामाजिक नियमों का निर्माण करेगा और लोगों के लिए उत्तम स्वास्थ्य व्यवस्था सुनिश्चित किये बगैर यह करना सुनिश्चित नहीं होगा | संविधान का अनुच्छेद ३९ (इ) श्रमिकों के स्वास्थ्य की सुरक्षा करने से सम्बंधित है जिसके तहत कारखानों में काम करने वाले मजदूरों के काम के घंटे, साप्ताहिक अवकाश के साथ-साथ उनके बच्चों के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना आदि शामिल हैं | अनुच्छेद ४१ बीमार और असहाय लोगों की सहायता करने की जिम्मेदारी भी राज्य की ही बताता है | जबकि अनुच्छेद ४२ महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य को, मातृत्व लाभ के तहत सुनिश्चित करने का प्रावधान करता है | अनुच्छेद ४७ में राज्य के नीति-निर्देशक तत्वों के तहत जन-स्वास्थ्य की स्थिति को सुधारना, सामाजिक और आर्थिक न्याय को सुनिश्चित करना, श्रमिकों की स्थिति को सुधारना, बीमार, असहाय, और बुजुर्गों की देखभाल और गर्भवती महिलाओं के लिए मातृत्व लाभ प्रदान करना, जिसमें कुपोषण को दूर करना तथा जीवन स्तर को ऊपर

---

[18] रवि दुग्गल, *एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ पॉलिसी इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स, २००१, पृष्ठ ७|

उठाना भी शामिल है, राज्य का प्राथमिक कर्तव्य माना गया है | इसके अतिरिक्त स्वास्थ्य को हानि पहुंचाने वाले पेय-पदार्थ और ड्रग्स आदि की रोकथाम भी राज्य का कर्तव्य बताया गया है | भारतीय संविधान के अनुच्छेद ४८ (अ) के अनुसार राज्य स्वच्छ और प्रदुषण रहित वातावरण के निर्माण के लिए कार्य करेगा ताकि लोगों का स्वास्थ्य उत्तम बना रहे | संविधान इस बात का भी प्रावधान करता है कि यदि राज्य उपरोक्त उत्तरदायित्वों को पूरा करने में असफल रहता है तो न्यायालय इसमें हस्तक्षेप कर सकता है और जरुरत पढ़ने पर ऐसा करने में असफल होने वाले अधिकारी अथवा प्राधिकारी के खिलाफ कार्यवाही करने का निर्देश भी दे सकता है | भारतीय इतिहास में न्यायालय को कई बार ऐसा करने के लिए बाध्य भी होना पढ़ा है उदाहरण के लिए सर्वोच्च न्यायलय को सितम्बर २०१६ में सरकार को काफी समय से विचाराधीन राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को पूरा करने को कहना पढ़ा था| जिसके आधार पर *राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-२०१७* को अंतिम रूप दिया गया है |[19]

जैसा उपर वर्णित है कि भारतीय जन-स्वास्थ्य तंत्र तथा भारतियों के स्वास्थ्य को बेहतर बनाने हेतु समय-समय पर विभिन्न कमेटियों और आयोगों का गठन किया गया जिनमें से अधिकांश ने बहुत ही तार्किक और उपयोगी रिपोर्ट पेश की तथापि हमारी सरकारों और निति-निर्माताओं ने उपरोक्त कमेटियों के सुझावों को उनके अनुसार लागू नहीं किया या फिर यह कह सकते हैं कि अपने-अपने तत्कालीन हितों को देखते हुए उन्हें आंशिक रूप से ही लागू किया | परिणामत: स्वतंत्रता के बाद से भारत में स्वास्थ्य के क्षेत्र में प्रगति तो हुई जैसे जीवन प्रत्याशा का बढ़ना, मातृत्व मृत्यु दर और सामान्य मृत्यु दर का कम होना इत्यादि | किन्तु यह प्रगति अपर्याप्त होने के साथ-साथ सभी भारतीय समुदायों के लिए असंतोषजनक तथा असमान रही है | स्वतंत्रता के पश्चात, १९८० का दशक आते-आते जन-स्वास्थ्य और निति-निर्माताओं का ध्यान भारतीय जन-स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत कर, सभी भारतीय नागरिकों, खासकर ग्रामीण भारतियों के लिए सामान रूप से उचित स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने की बजाय निजीकरण और परिवार नियोजन तक सीमित होकर रह गया | अधिकांश सरकारी स्वास्थ्य केंद्र परिवार नियोजन की ईकाई मात्र बनकर रह गए | स्थिति यह रही है कि भोरे कमेटी ने स्वास्थ्य तंत्र के विकास की, १९७०-८० के दशक में जो रूप-रेखा पेश की थी, स्वतंत्र भारत सरकार की जन-स्वास्थ्य तंत्र व्यवस्था, भोरे कमेटी द्वारा सुझाये गए प्रस्तावों से अधिक करने

---

[19] *दि हिन्दू*, न्यू डेल्ही, 17 मार्च २०१७|

की बजाए उससे काफी पीछे रही है |[20] स्वतंत्रता के समय की स्थिति तथा स्वतंत्रता के बाद २०-३० वर्षों के अंदर भोरे कमेटी के अनुसार हमको जहां होना चाहिए था और जहां हम पहुँच पाए थे उसको हम निम्नलिखित तालिका की मदद से समझ सकते हैं |

तालिका संख्या: १

१९४२-४३ के ब्रिटिश भारत में स्वास्थ्य सुविधाएं तथा औपनिवेशिक भारत के तहत १९७१ में सम्भावित विकास और स्वतंत्र भारत में १९८७ में उपलब्धता

श्रेणी	जनसंख्या प्रति सुविधा				
	१९४२-४३		भोरे कमेटी के अनुसार औपनिवेशिक भारत में १९७१ में सम्भावित उपलब्धता*	१९७१ में आवश्यक संख्या	स्वतंत्र भारत में १९८७ में उपलब्धता
	ब्रिटिश भारत	यूनाइटेड किंगडम			
डॉक्टर (एलोपैथिक)	१ प्रति ६३००	१ प्रति १०००	१ प्रति २०००	१८५,०००	१ प्रति २३००
नर्स	१ प्रति ४३००	१ प्रति ३००	१ प्रति ५००	७४०,०००	१ प्रति ३४८०
स्वास्थ्य आगंतुक	१ प्रति ४,००,०००	१ प्रति ४७१०	१ प्रति ५०००	७४,०००	१ प्रति ६०,०००
मिडवाइफ/दाई	१ प्रति ६०,०००	१ प्रति ६१८	१ प्रति ४०००	९२,५००	१ प्रति ४३००
निपुण दवा विक्रेता	१ प्रति ४०,००,०००	१ प्रति ३ डॉक्टर	१ प्रति ३ डॉक्टर	६२,०००	---
निपुण दन्त-चिकित्सक	१ प्रति ३०००००	१ प्रति २७००	१ प्रति ४०००	९२,५००	१ प्रति ८०,०००
अस्पताल में बिस्तरों की संख्या	१ प्रति ४१६७	१ प्रति १४०	१ प्रति १३१०	---	--

स्रोत: भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम- १,* कलकत्ता और *वॉल्यूम २,* नई दिल्ली, भारत सरकार प्रेस, १९४६; भारत सरकार, रिपोर्ट *हेल्थ इनफार्मेशन ऑफ़ इंडिया,* १९८७, सेंट्रल हेल्थ इंटेलिजेंस ब्यूरो, नई दिल्ली , १९८८ |

* भोरे कमेटी (१९४३-४६) के अनुसार यदि भारत में औपनिवेशिक राज्य रहता है तो १९८० के दशक के आखिर में भारत की जनसंख्या ३७ करोड़ (अनुमानित) होगी |

---

[20] भोरे कमेटी की रिपोर्ट के समय भारत में अंग्रेजों का शासन था और उसी सरकार के लिए भोरे कमेटी अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की ... उसके अनुसार अगर ब्रिटिश शासन लागु रहता तो १९७०-८० के दशक में तालिका-१ में दिए गए आंकड़ों के अनुसार स्वास्थ्य सेवाओं का विकास होना चाहिए था | यद्दपि स्वतंत्र भारत में उसकी अपेक्षा अधिक विकास होना चाहिए था किन्तु दुर्भाग्यवश हुआ उसके एकदम विपरीत|

अतः यदि उपरोक्त तालिका संख्या १ में दिए गए आंकड़ो की बात करें तो स्पष्ट रूप से यह सवाल ज़हन में उभरकर आता है कि क्या सच में औपनिवेशिक भारत में स्वास्थ्य तंत्र की स्थिति स्वतंत्र भारत से बेहतर होती? क्या सच में स्वतंत्र भारत की सरकारों ने इस ओर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया है? जब भी इसका जबाब खोजने की कोशिश की जाती है तो यही बात सामने आती है कि भारत में जन-स्वास्थ्य का विषय सरकार और निति निर्माताओं की प्राथमिकता में नहीं रहा है | जैसा कि सर्व-विदित है कि स्वतंत्रता के बाद भारत ने विकास के पंचवर्षीय योजना मॉडल को अपनाया | रवि दुग्गल के तर्कानुसार स्वतंत्र भारत के प्रथम दो पंचवर्षीय योजनाओं में मुख्यतः *इंफ्रास्ट्रक्चर, कैपीटल गुड्स इंडस्ट्री, फाइनेंशीयल सर्विसेज* आदि में निवेश किया गया तथा सामाजिक क्षेत्र जैसे शिक्षा और स्वास्थ्य को निम्न वरीयता प्रदान की गयी | इसे आर्थिक विनियोजन के आवंटन अनुपात से भी समझा जा सकता है जैसे प्रथम पंचवर्षीय योजना में आर्थिक क्षेत्र और सामाजिक क्षेत्र के लिए यह अनुपात ७६:२४ था तो दूसरी पंचवर्षीय योजना में यह अनुपात ८२:१८ था | इस दौरान, १९६० के दशक तक जन-स्वास्थ्य सेवाओं और उनके मूलभूत प्रारूप में कोई बदलाव देखने को नहीं मिलता है | जन-स्वास्थ्य को प्राप्त होने वाले आर्थिक अनुदान का तीन-चौथाई हिस्सा शहरी क्षेत्र को प्रदान किया गया जबकि ग्रामीण क्षेत्र को सामुदायिक विकास कार्यक्रम (*कम्युनिटी डेवलपमेंट प्रोग्राम*) के तहत रखा गया और यह सामुदायिक विकास कार्यक्रम द्वितीय पंचवर्षीय योजना के आते-आते पूर्णत: असफल हो चुका था, जिसकी असफलता को सरकार ने भी स्वीकार कर लिया था |[21] सामुदायिक विकास कार्यक्रम में भी सामाजिक क्षेत्र के विकास को बहुत कम वरीयता दी गयी| आने वाली पंचवर्षीय योजनाओं में सामुदायिक विकास कार्यक्रम का ध्यान कृषि क्षेत्र के विकास की तरफ अधिक झुक गया जैसे १९६० के प्रारम्भ में सघन कृषि जिला (*इंटेंसिव एग्रीकल्चरल डिस्ट्रिक्ट*), छोटे किसान और १९६० के आखिर में कृषिगत मज़दूर कार्यक्रम आदि इसके प्राथमिक उद्देश्य थे | यद्धपि इसका उद्देश्य ग़रीबी को कम करना था किन्तु न तो ग़रीबी ही कम हुई और न ही स्वास्थ्य के क्षेत्र में कोई सुधार हुआ | गरीबों की संख्या दिनों-दिन बढ़ती ही गयी, जबकि हमारे अर्थशास्त्री और योजना आयोग के विशेषज्ञ ग़रीबी रेखा पर आज तक उलझे हैं|

---

[21] रवि दुग्गल, *एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ पॉलिसी इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स, २००१, पृष्ठ १६-१७|

राजनेताओं और नीति-निर्माताओं के लिए ग्रामीण विकास और सामाजिक क्षेत्र में निवेश एक कठिन विषय बन गया जिसके द्वारा वह ग्रामीण निर्वाचन क्षेत्रों को लगातार तुष्ट करने की कोशिश करते रहे हैं |[22]

उपरोक्त के अतिरिक्त वर्तमान भारत में जन-स्वास्थ्य सम्बंधी कुछ अन्य प्रमुख पहलुओं पर बात करना भी आवश्यक है |

राजकीय व्यय और जन-स्वास्थ्य: भारत में जन-स्वास्थ्य पर होने वाला व्यय हमेशा से चर्चा और विवादों का विषय रहा है | बहुत से विद्वान साथियों का मानना है कि जन-स्वास्थ्य पर होने वाला अल्प व्यय न सिर्फ लोगों के निम्न स्वास्थ्य-स्तर का प्रमुख कारण है बल्कि भारत में ग़रीबी की एक प्रमुख वजह भी माना जाता है | *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी (भोरे कमेटी, १९४६)* ने भारत के सन्दर्भ में तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ.) ने अपने संविधान (१९४८) में प्रस्ताव दिया था कि अगर किसी देश को अपने स्वास्थ्य मानकों को ऊंचा उठाना है तो उसे अपने वार्षिक खर्च का १५ प्रतिशत अथवा अपने कुल सकल घरेलु उत्पादन (जी.डी.पी.) का ५ प्रतिशत जन-स्वास्थ्य पर खर्च करना चाहिए | भारत में प्रथम पंचवर्षीय योजना के तहत - १९५१ में जी.डी.पी. के ०.२५ प्रतिशत से इसकी शुरुआत हुई जो १९८१ में (पांचवी पंचवर्षीय योजना के तहत) अपने उच्चस्तर, जी.डी.पी. का १.०५ प्रतिशत तक पहुंचकर १९९७ में पुनः ०.८८ प्रतिशत तथा २००१-०२ में ०.८९ प्रतिशत तक पहुँच सका है |[23] राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति - २००२ के अनुसार भारत में स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च, जो ०.९ प्रतिशत के लगभग है, अफ्रीका के सब-सहारा देशों में होने वाले खर्च से भी काफी कम है | इस सम्बंध में प्रोफेसर मोहन राव का तर्क है कि पिछले २० वर्षों में जन-स्वास्थ्य के प्रति राज्य की प्रतिबद्धता में भारी कमी को स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है |[24] वर्ष २०१४ में जन-स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च भारतीय जी.डी.पी. का १.०४ प्रतिशत था | राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति २०१७ में इस खर्च को २०२५ तक बढ़ाकर जी.डी.पी. का २.५ प्रतिशत तक करने का लक्ष्य रखा गया है |[25] भारत में स्वास्थ्य पर होने वाले इस अल्प व्यय का ही परिणाम है कि भारत की लगभग

---

[22] रवि दुग्गल, *एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ पॉलिसी इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स, २००१, पृष्ठ १६-१७ |

[23] मिहिर देसाई और कामायनी वाली महाबल (एडिट), *हेल्थ केयर केस लॉ इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स; एंड सेंटर फॉर ह्यूमन राईट एंड लॉ, २००७, पृष्ठ ४ |

[24] मोहन राव, *हेल्थ एंड पापुलेशन पालिसी इनिशिएटिव्स इन इंडिया,* दिसम्बर, २००८, http://www.ghwatch.org/english/casestudies/healthpop_india.pdf, (accessed on 23-04-2011, 09:19 pm) |

[25] *दि हिन्दू,* न्यू डेल्ही, 17 मार्च २०१७ |

८० प्रतिशत जनसंख्या को मूलभूत स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध नहीं हो पाई हैं; स्वास्थ्य सुविधाओं पर अशासकीयकरण (निजीकरण) क्षेत्र का प्रभाव इतना बढ़ गया है कि यह कुल स्वास्थ्य सुविधाओं का ७५-८० प्रतिशत तथा कुल व्यय के ८७ प्रतिशत पर अपना वर्चस्व रखता है; आउट-ऑफ़-पॉकेट एक्सपेंडीचर इतना बढ़ गया है कि लोगों को स्वास्थ्य सुविधाओं को प्राप्त करने के लिए अपने जरुरी सामानों तक को बेचना पढ़ता है जिससे वे कई बार ग़रीबी रेखा के नीचे खिसक जाते हैं | विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू .एच.ओ.) की वर्ष २००२ की रिपोर्ट के अनुसार भारत जन-स्वास्थ्य पर निम्नतम खर्च करने वाले देशों में पांचवे स्थान पर है, कम्बोडिया, कांगो, जॉर्जिया और सिएरा लियॉन ही ऐसे देश हैं जो अपने नागरिकों के स्वास्थ्य पर भारत से कम खर्च करते हैं अर्थात पाकिस्तान, बांग्लादेश, नेपाल, श्रीलंका, अफ्रीकन और ब्राजीलियन देशों की स्थिति इस मामले में भारत से कहीं बेहतर है |[26] इससे सम्बंधित एक तर्क यह भी है कि जन-स्वास्थ्य को मिलने वाली इस अल्प धनराशी का अधिकांश भाग स्वास्थ्य सम्बंधी तकनीकी विषयों पर खर्च हो जाता है जैसे शोध-कार्य, उपकरण आदि की खरीद इत्यादि | जनस्वास्थ्य के मूलभूत पहलुओं जैसे प्रिवेंटिव केयर, मेडिसिन, अव-संरचनात्मक विकास, आदि पर खर्च होने के लिए बहुत ही मामूली धनराशी बचती है| इस पर राजीव आहूजा कहते हैं कि स्वास्थ्य पर खर्च होने वाले कुल वित्तीय व्यय में सरकारी व्यय का अनुपात निम्न और मध्यम आय वाले देशों से भी कम है| इन (निम्न और मध्यम आय वाले) देशों में जी.डी.पी. का लगभग २.८ प्रतिशत जन-स्वास्थ्य पर खर्च किया जाता है |[27] के. श्रीनाथ रेड्डी का तर्क है कि भारत में स्वास्थ्य पर होने वाले सरकारी खर्च को बढ़ाया जाना चाहिए तथा इस पर होने वाले खर्च का ७० प्रतिशत तक प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं पर खर्च होना चाहिए | इसके अतिरिक्त दवाओं के मूल्यों को नियंत्रित करने वाले तंत्र को विकसित करना होगा ताकि सार्वभोमिक स्वास्थ्य उपभोग के उद्देश्य को प्राप्त किया जा सके |[28] के. श्रीनाथ रेड्डी आगे कहते है कि यदि, हम यह मान लें कि भारत में स्वास्थ्य पर होने वाला प्रति-व्यक्ति व्यय १०० डॉलर है तो इसमें जन-खर्च (सरकारी खर्च) मात्र ९ डॉलर के बराबर है जबकि ९१ डॉलर के बराबर होने वाले खर्च *आउट-ऑफ़-पॉकेट एक्सपेंडीचर* के रूप में है और व्यक्तिगत रूप से होने वाला

---

[26] विश्व स्वास्थ्य संगठन, *रिपोर्ट ऑफ़ रिडूसिंग रिस्क, प्रोमोटिंग हेल्थी लाइफ़,*   २००२ |

[27] राजीव आहूजा, *हेल्थ इंश्योरेंस फॉर दि पुअर इन इंडिया,* वर्किंग पेपर नंबर १२३, न्यू डेल्ही, इंडियन काउंसिल फॉर रिसर्च ऑन इंटरनेशनल इकॉनोमिक रिलेशंस, २००४, पृष्ठ १ |

[28] के. श्रीनाथ रेड्डी, “कॉल टू इनक्रीज पब्लिक फाइनेंसिंग फॉर हेल्थकेयर”, *दि हिन्दू,* न्यू डेल्ही, २२ जनबरी २०११ |

यही अति-व्यय दरिद्रता और ग़रीबी के बढ़ने का प्रमुख कारण है | भारत एक ऐसा देश है जहां स्वास्थ्य सुविधाओं के खर्च के चलते लगभग ४ करोड़ लोग प्रति-वर्ष ग़रीबी रेखा से नीचे धकेल दिए जाते हैं |[29]

भारत में जन-स्वास्थ्य और उसका महत्व: उपरोक्त विवरण के अतिरिक्त बहुत से अन्य अध्ययनों के माध्यम से यह तथ्य स्पष्ट होकर सामने आता है कि भारत में जन-स्वास्थ्य का विषय कभी भी भारतीय समाज और भारतीय राज्य की प्राथमिकता नहीं रहा है | उदाहरण के लिए अलेन वैग्युट (Alain Vaguet) का कहना है कि भारत में जन-स्वास्थ्य कभी भी प्राथमिकता में नहीं रहा है जैसा कि अन्य देशों में है | इसे ऐसे भी समझ सकते हैं कि भारत में जन-स्वास्थ्य का विषय कभी भी राजनीतिक बहस का विषय नहीं बन पाया है, साथ ही भारत की आर्थिक प्रगति कुछ-एक हाथों तक सीमित होकर रह गई है जबकि *आउट-ऑफ़-पॉकेट एक्सपेंडीचर* सभी नागरिकों के लिए बहुत बढ़ गया है जो भारत में ग़रीबी के प्रमुख कारणों में से एक होने के साथ-साथ अमीर और गरीब के बीच बढ़ती हुई खाई का भी प्रमुख कारण है, जो उदारीकरण के बाद और बढ़ गया है | गरीब और गरीब होता चला गया जबकि अमीर और अमीर होता चला गया, और अमीर-गरीब के बीच का यह अनुपात साल-दर-साल बढ़ता ही जा रहा है जैसे अमीर और गरीब के बीच का यह अनुपात वर्ष १८७० में ११:१ था, १९६० में ३८:१ था, १९८५ में ५२:१ हुआ तो सन २००० यह अनुपात बढ़कर ८०:१ हो गया है | १९९० के आखिर में हुए अध्ययन के अनुसार दुनियां के तीन सबसे अमीर आदमियों की सम्पत्ति उसी दुनियां के ४८ देशों की कुल जी.डी.पी. से अधिक थी |[30]

प्रसिद्ध अर्थशास्त्री और नोबेल पुरुष्कार विजेता, अमर्त्य सेन तथा जे. ड्रेज़े (J. Dreze) इस सम्बन्ध में अपना तर्क देते हुए कहते हैं कि, इस बात में संदेह है कि स्वतंत्रता के बाद भी जन-स्वास्थ्य का विषय भारतीय राज्य के लिए कभी प्राथमिकता का विषय रहा है | क्योंकि पिछले कुछ वर्षों में (स्वतंत्रता के ५० वर्ष बाद भी) जन-स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च जी.डी.पी. के ०.८ प्रतिशत से बढ़कर जी.डी.पी. का ०.९ ही प्रतिशत हुआ है (औसतन १ प्रतिशत) जो औसतन रूप से दुनियां में सबसे कम है | इतना ही नहीं भारत में स्वास्थ्य पर होने वाले कुल खर्च का लगभग १५ प्रतिशत ही राजकीय व्यय से आता है जबकि अफ्रीका के सब-सहारा देशों में भी यह उनकी कुल व्यय का औसतन ४० प्रतिशत है जबकि यूरोपियन देशों में यह कुल

---

[29] के. श्रीनाथ रेड्डी, "कॉल टू इनक्रीज पब्लिक फाइनेंसिंग फॉर हेल्थकेयर", *दि हिन्दू*, न्यू डेल्ही, २२ जनबरी २०११|

[30] अलेन वैग्युट (Alain Vaguet), *इंडियन हेल्थ लैंडस्केप्स अंडर ग्लोबलाइजेशन*, न्यू डेल्ही, मनोहर, पृष्ठ १५-२८, और १३४-३९|

यूरोपियन देशों व्यय का ७५ प्रतिशत तक राज्य से आता है |[31] इसी तरह का एक अन्य तर्क देते हुए रवि दुग्गल कहते है कि स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सुविधाओं का विकास भारतीय शासन और प्रशासन कि प्राथमिकता कभी नहीं रहा है | श्री दुग्गल अपने इस तर्क को दो उदाहरणों के द्वारा समझाने का प्रयास करते है, एक तो स्वास्थ्य पर होने वाले अल्प व्यय, जी.डी.पी. का लगभग १ प्रतिशत और लगभग नगन्य मात्र संसाधनों की उपलब्धता से इसे समझा जा सकता है, दुसरे स्वास्थ्य क्षेत्र में अनियंत्रित और बहुत तेज़ी से बढ़ते हुए निजीकरण, जो आज स्वास्थ्य क्षेत्र में पूरी तरह से हावी होता जा रहा है के माध्यम से भी इसे समझा जा सकता है |[32] इसमें ड्रग रेगुलेशन एक्ट के प्रभावशाली न होने को भी शामिल किया जाता है | गीता सेन, अदिती अय्यर और आशा जॉर्ज का मानना है कि भारत में जन-स्वास्थ्य गुणवत्ता और उपलब्धता दोनों के मामले में अपर्याप्त है | वर्तमान में भारतीय जन-स्वास्थ्य तंत्र शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों में कुल इन-पेशेंट्स का १८ प्रतिशत तथा आउट-पेशेंट्स का ४५-५० प्रतिशत तक का ही उपचार करने कि स्थिति में है|[33]

इतना ही नहीं जन-स्वास्थ्य के कुछ क्षेत्रों में (ग्रामीण क्षेत्रों में) तो विकास की नकारात्मक दर सामने आ रही है जैसे १९५१ में ग्रामीण क्षेत्रों में कुल अस्पतालों के ३९ प्रतिशत अस्पताल हुआ करते थे जो २००३-०४ में घटकर ३० प्रतिशत रह गए हैं, इसी प्रकार, इस दौरान ग्रामीण क्षेत्रों के अस्पतालों और डिस्पेन्सरी में कुल विस्तरों कि संख्या २४ प्रतिशत से घटकर २१ प्रतिशत हो गई है जबकि कुल औषधालय और चिकित्सालयों की संख्या ७९ प्रतिशत से ५० प्रतिशत रह जाती है |[34] अंततः परिणाम यह हुआ कि भारत का आम नागरिक अच्छी स्वास्थ्य सुविधाओं से दूर होता चला गया क्योंकि २० रुपये से कम पर प्रतिदिन सम्पूर्ण गुजारा करने वाली ८० प्रतिशत से अधिक भारतीय जनता के लिए निजी-अस्पतालों में इलाज़ कराना मुश्किल ही नहीं असम्भव भी है | इसके विपरीत सरकारी अस्पतालों में आज तक पर्याप्त

---

[31] जे. ड्रेज़े (J. Dreze) एंड अमर्त्य सेन, २००२, इन सुनील एस. अम्रित, *हेल्थ इन इंडिया सिंस इंडिपेंडेंस,* वर्किंग पेपर नंबर ७९, बीडब्लूपीआई, २००९|

[32] रवि दुग्गल, २००१, प्रस्तावना |

[33] गीता सेन, अदिती अइयर और आशा जॉर्ज, "स्ट्रक्चरल रिफॉर्म्स एंड हेल्थ इक्विटी: ए कॉम्पेरिजन ऑफ़ एनएसएस सर्वे १९८६-८७ एंड १९९५-९६", *इकॉनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली,* वॉल्यूम ३७, नंबर १४, २००२, पृष्ठ १-८|

[34] मिहिर देसाई एवं कामायनी वाली महाबल (सम्पादित), *हेल्थ केयर केस लॉ इन इंडिया,* मुंबई, सेंटर फॉर इन्क्वारी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम, एंड सेंटर फॉर ह्यूमन राईट एंड लॉ, २००७, पृष्ट ४|

सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं |[35] पर्याप्त सुविधाओं के अभाव के कारण अधिकांश स्वास्थ्य केन्द्रों पर जान-पहचान, जाति, धर्म एवं सामाजिक आधार पर भेदभाव की घटनाएं होती रहती हैं |

स्वास्थ्य सेवाओं का असमान वितरण: भारत में स्वास्थ्य सेवाओं का भौगोलिक वितरण भी एक गम्भीर समस्या रहा है, जहां ग्रामीण भारत में कुल जनसंख्या का ७०-८० प्रतिशत रहता है वहां स्वास्थ्य सेवाओं का मात्र १५-२० प्रतिशत ही उपलब्ध है | ठीक इसी प्रकार देश की ८० प्रतिशत से अधिक जनसंख्या प्राइवेट सेक्टर में इलाज कराने की स्थिति में नहीं है जबकि सार्वजानिक क्षेत्र मात्र १५-२० प्रतिशत जनसंख्या को सुविधाएं प्रदान करने की स्थिति में है | यह असमान वितरण यहीं तक सीमित नहीं है बल्कि क्षेत्रीय असमानता भी इसमें शामिल है, देश के कुछ राज्य ऐसे है जहां अधिक स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध है तो कुछ राज्य ऐसे है जहां उनकी जरुरत के हिसाब से बहुत कम उपलब्धता है | यह सेवाएं उस निम्नतम स्तर और मानकों तक भी नहीं पहुँच पाई हैं जो १९४६ में भोरे कमेटी ने तय किये थे | पहाड़ी, दूर-दराज़, आदिवासी ग्रामीण और शहरों के झुग्गी-झोंपड़ी क्षेत्रों की स्थिति कमोवेश वैसी ही है जैसी कि १९५० के दशक में थी |

स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और गुणवत्ता को इस बात से परखा जाता है कि स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रदान की जाने वाली सेवाएं उपभोग करने वाले लोगों की जरुरत के अनुसार उपलब्ध हैं कि नहीं? प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध उपकरण और स्टाफ दोनों ही इस जरुरत को पूरा करने में असक्षम हैं | इन केन्द्रों पर विकास और पर्यावरण सम्बंधी विषयों से उत्पन्न होने वाली समस्याओं के निदान हेतु भी कोई समाधान या प्रावधान नहीं होता है जैसे औद्धोगीकरण, शहरीकरण, सघन कृषि और उद्धोगों के विस्तार से होने वाली समस्याएं इत्यादि |

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यवस्था के कमजोर और अपर्याप्त तंत्र को इस बात से भी समझा जा सकता है कि ग्रामीण क्षेत्र की १६ प्रतिशत से अधिक आबादी के पास १० किलोमीटर के दायरे में कोई स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध नहीं है | इन क्षेत्रों में जन्म के समय होने वाली अधिकांश मृत्यु इसलिए हो जाती

[35] ऑफिस फॉर इंडिया, डब्लू.एच.ओ., *इकॉनोमिक कंस्ट्रेंट्स टू एक्सेस टू एसेंशियल मेडिसिन इन इंडिया*, न्यू डेल्ही, २०१०, पृष्ठ १-२|

है कि यहां पर महिलाओं को समय पर उचित स्वास्थ्य सुविधाएं नहीं मिल पाती हैं |[36] प्रवीन विसारिया और अनील गुम्बर, अस्पताल और घरों पर होने वाले प्रसव सम्बंधी अपने अध्ययन में बताते है कि लोगों के आस-पास अस्पतालों का न होना ही प्रसव के लिए अस्पताल में न जाने का प्रमुख कारण है, इसके अतिरिक्त जो अन्य कारण हैं वे हैं अस्पतालों में मिलने वाली सुविधाओं की गुणवत्ता, निज़ी अस्पतालों में होने वाला खर्च, डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य कर्मियों की कमी, दवाइयों का आभाव आदि | ग्रामीण क्षेत्रों में नवजात शिशुओं को जन्म से पहले और जन्म के बाद मिलने वाली स्वास्थ्य सुविधाएं सरकारी तंत्र द्वारा प्रदान की जाती हैं जो पुर्णतः अपर्याप्त हैं जबकि निज़ी अस्पताल अथवा निज़ी क्षेत्र शहरों में ही काम करना पसंद करता है | प्रसव-पूर्व मिलने वाले सही उपचार से ग्रामीण क्षेत्रों में होने वाली लाखों महिला और बच्चों की मोतों को रोका जा सकता है |[37] बहुत सारे अन्य अध्ययन इस बात पर जोर देते हैं कि स्वास्थ्य सुविधाओं का उपभोग करने में विभिन्न सामाजिक, आर्थिक और क्षेत्रीय समुदायों के बीच बहुत अंतर है जो भारतीय समाज के कुछ समुदायों और जनसंख्या के बड़े भाग को अति-संवेदनशील बना देता है | इसका प्रमुख कारण है मूलभूत स्वास्थ्य चिकित्सकों का अभाव, यद्धपि इस अभाव के विषय में भोरे कमेटी ने अपने सुझावों में अत्यधिक जोर देते हुए इन चिकित्सकों के अत्यधिक उत्पादन की अपील की थी किन्तु हमारे नीति-निर्माताओं और सरकारों ने इस दिशा में सही और पर्याप्त कार्य नहीं किया | आज स्थिति यह है कि प्राथमिक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने वालों में ७० प्रतिशत से अधिक अप्रशिक्षित है, ग्रामीण क्षेत्रों में यह स्थिति और भी दयनीय है | परिणामस्वरुप भारत में जन्म-मृत्यु दर ५६ प्रति १००० है जो कि श्रीलंका में १२ है; इसी प्रकार श्रीलंका में जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा ७५ वर्ष तो भारत में ६४ वर्ष है |[38]

नैशनल फैमिली हेल्थ सर्वे-३ के अनुसार भारत में मेडिकल सुविधाओं के वितरण अथवा उपलब्धता में बहुत भिन्नता है | इस सर्वे के अनुसार अधिकतर स्वास्थ्य सुविधाएं दक्षिण भारत में स्थित हैं | यद्धपि वहां भी ग्रामीण क्षेत्रों ७०.२ प्रतिशत डॉक्टरों की कमी चल रही है जिसमें ७५ प्रतिशत शिशु

---

[36] दि स्टेटिस्टिक्स डिवीज़न, मिनिस्ट्री ऑफ़ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर, *बुलेटिन ऑन रुरल हेल्थ स्टेटिस्टिक्स इन इंडिया*, न्यू डेल्ही, गवर्नमेंट ऑफ़ इंडिया, २००७, पृष्ठ ७-१३ |

[37] इन संजय कुमार एंड जुगल किशोर, *इनइक्विटी इन इंडियन हेल्थकेयर: एन एनालिसिस ऑफ़ वीमेन'स हेल्थ*, जर्मनी, लैम्बर्ट अकेडमिक पब्लिकेशन, २०१२, पृष्ठ २१ |

[38] एन. जे. कुरीन (J.N. Kurien) "फाइनेंसिंग हेल्थ इन इंडिया", *दि हिन्दू, डेल्ही,* १६ जनबरी २०१० |

विशेषज्ञ, ७०.९ प्रतिशत सर्जन और ६० प्रतिशत महिला विशेषज्ञ हैं|[39] इसी को आगे बढ़ाते हुए रोहिनी पाण्डेय और अब्दोस याज्बेक (Rohini Pandey and Abdos Yazbeck) इम्यूनाइजेशन जैसे कार्यक्रमों की बात करते हुए कहते हैं कि दक्षिण भारत में इम्यूनाइजेशन का स्तर भारत के अन्य राज्यों की अपेक्षा काफी बेहतर और अधिक समान है |[40] योजना आयोग की २०११ की रिपोर्ट के अनुसार स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को तैयार करने वाले, खासकर नर्स जैसे स्टाफ को प्रशिक्षित करने वाले पैरामेडिकल कॉलेज की उपलब्धता में भी भारी भेदभाव देखने को मिलता है जैसे बिहार में लगभग ११ करोड़ ५० लाख लोगों पर एक कॉलेज है तो उत्तर प्रदेश में ९ करोड़ ५० लाख लोगों के लिए एक प्रशिक्षण संस्थान है जबकि केरल और कर्नाटक में मात्र एक करोड़ ५० लाख लोगों के लिए एक प्रशिक्षण केंद्र उपलब्ध है | जन-स्वास्थ्य तंत्र में अधिकांशतः उप-केन्द्रों से लेकर जिला अस्पतालों तक की महत्वपूर्ण भूमिका होती है | अध्ययन यह बताते हैं कि भारत में लगभग पांच प्रतिशत लोगों को ही निर्दिष्ट (रेफेरल) सेवाओं की आवश्यकता होती है बाकि ९५ प्रतिशत लोगों को अधिकांशतः प्राथमिक चिकित्सा तथा जन-स्वास्थ्य सम्बंधी प्रावधानों की आवश्यकता होती है |[41]

स्वास्थ्य सेवाएं तथा सामाजिक और लैंगिक भेदभाव: स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वाले स्वास्थ्य कर्मियों का लोगों के प्रति किया जाने वाला दुर्व्यवहार भी स्वास्थ्य सेवाओं के उपभोग में एक बाधा का काम करता है, यह समस्या ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक देखने को मिलती है | नीची जाति के लोगों जैसे एस.सी./एस.टी. को ठीक से न देखना, उनकी बात को ठीक से नहीं सुनना, उनकी जिज्ञासा को गम्भीरता से नहीं लेना, उनके प्रति घृणा का भाव, आदि | महिलाओं के सन्दर्भ में गोपनीयता तथा एकान्त स्थान का आभाव जहां वे अपनी बीमारी के बारे में बात कर सकें, उनका अकेले स्वास्थ्य केन्द्रों तक जाने में परेशानी तथा महिलाओं के प्रति सामाजिक नजरिया आदि ऐसे कारण हैं जो स्वास्थ्य सेवाओं के उपभोग में सामाजिक और जातिगत भेदभावों के साथ-साथ लिंग भेदभाव को सामने लाते हैं | मुस्लिम तथा अन्य

---

[39] दि स्टेटिस्टिक्स डिवीज़न, मिनिस्ट्री ऑफ़ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर, *बुलेटिन ऑन रुरल हेल्थ स्टेटिस्टिक्स इन इंडिया*, न्यू डेल्ही, गवर्नमेंट ऑफ़ इंडिया, २००७, पृष्ठ ७-१३|

[40] रोहिनी पाण्डेय और अब्दोस याज्बेक (Rohini Pandey and Abdos Yazbeck), "व्हाट इज इन ए कंट्री एवरेज? इनकम, जेंडर एंड रीजनल इनइक्विटी इन इम्यूनाइजेशन इन इंडिया", *सोशल साइंस एंड मेडिसिन,* ५७(११), दिसम्बर २००३, पृष्ठ २०७-२०८|

[41] दि प्लानिंग कमीशन, दि रिपोर्ट ऑफ़ हाई लेवल एक्सपर्ट ग्रुप ऑन यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज ऑफ़ इंडिया (एचएलइजी), न्यू डेल्ही, गवर्नमेन्ट ऑफ़ इंडिया, २०११, पृष्ठ १-१५|

अल्पसंख्यक समुदाय के लोगों को भी इस प्रकार के भेदभाव का सामना करना पड़ता है |[42] पपीया राज (Papia Raj) और आदित्य राज (Aditya Raj) का भी कुछ ऐसा ही तर्क है कि स्वास्थ्य सुविधाओं के उपभोग और प्रदान करने में जाति, धर्म, क्षेत्र, लिंग, शिक्षा, सामाजिक तथा आर्थिक भेदभाव/मानक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते है | प्रजनन सम्बंधी स्वास्थ्य सुचकांक (Reproductive Health Index) में बंगाल, बिहार, उड़ीसा में सबसे अधिक जातिगत विभिन्नता है | उपरोक्त तीनों राज्यों में सवर्ण जाति की महिलाओं का आर.एच.आई. निम्न जाति की महिलाओं की अपेक्षा बहुत बेहतर है |[43]

भारत में स्वास्थ्य सेवाएं, भारतीय नागरिकों की आवश्यकताओं के अनुरूप नहीं हैं, इसमें भी जब महिलाओं के स्वास्थ्य और उनको मिलने वाली सेवाओं की बात की जाये तो पाते हैं कि महिलाओं के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाएं न सिर्फ अपर्याप्त हैं बल्कि पुरुषों के मुकाबले काफी कम हैं | महिलाओं को पर्याप्त स्वास्थ्य चिकित्सा, पोषण आदि नहीं मिल पाता है | अध्ययनों से पता चलता है कि स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों पर जाने वाले मरीज़ों में महिलाओं की संख्या पुरुषों के मुकाबले काफी कम रहती है और यह स्थिति समाज के सभी वर्गों में एवं सभी प्रकार के स्वास्थ्य केन्द्रों (सरकारी और प्राइवेट) पर जाने वाले मरीज़ों पर किये गए अध्ययन के आधार पर सामने आई है | महिलाओं के स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च, *आउट-पेशेंट* और *इन-पेशेंट* दोनों ही रूपों में पुरुषों की तुलना में काफी कम होता है |[44] महिलाओं से सम्बंधित अधिकांश स्वास्थ्य नीतियां केवल महिलाओं के प्रजनन सम्बंधी और परिवार नियोजन सम्बंधी पक्षों पर जोर देती हैं इनके स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं को सरकारों, नीति-निर्माताओं, स्वास्थ्य विशेषज्ञों और सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा अधिक महत्व नहीं दिया जाता है | इसीलिए भारतीय स्वास्थ्य तंत्र अपने लक्ष्य को प्राप्त करने से काफी पीछे है क्योंकि ६० प्रतिशत से अधिक महिलाएं प्रसव सम्बंधी बिमारियों से ग्रसित हैं जिसमें से ८५ प्रतिशत के लगभग प्रसवपूर्व की बिमारियों से, ४० प्रतिशत ल्यूकोरिया से पीड़ित हैं, जबकि १३-४९ आयु वर्ग की ३५-३७ प्रतिशत महिलाएं ही ऐसी हैं जो आधुनिक गर्भ-निरोधकों का प्रयोग करतीं हैं क्योंकि महिलाओं की नसबंदी को ही प्रमुख गर्भ-निरोधक अर्थात परिवार नियोजन का

---

[42] आई. पटनायक (२००५) एंड के.आर. पालनस्वामी (२००६), इन, के. बी. सक्सेना, *हेल्थ पालिसी एंड रिफॉर्म्स: गवर्नेंस इन प्राइमरी हेल्थकेयर*, न्यू डेल्ही, आकर बुक्स, २०१०, पृष्ठ ५६-५७|

[43] पपीया राज एंड आदित्य राज, "कास्ट वेरिएशन इन रिप्रोडक्टिव हेल्थ स्टेटस ऑफ़ वीमेन: ए स्टडी ऑफ़ थ्री ईस्टर्न स्टेट्स", *जर्नल ऑफ़ दि इंडियन सोशियोलॉजिकल सोसाइटी*, सोशियोलॉजिकल बुलेटिन, वोल्यूम ५३, नंबर ३, २००४, पृष्ठ ३२६-४६|

[44] विक्टोरिया ए.वेल्कोफ्फ़ एट आल, *वीमेन ऑफ़ थे वर्ल्ड: वीमेन'स हेल्थ इन इंडिया*, सेन्सस ब्यूरो, इंटरनेशनल प्रोग्राम्स सेंटर, यूएसए, १९९८, पृष्ठ १-८|

आधार माना जाता है | नैशनल फैमिली हेल्थ सर्वे प्रथम (१९९२-९३) के अनुसार तीन-चौथाई से (७५ प्रतिशत से) अधिक महिलायें घर पर ही अप्रशिक्षित दाई के नेतृत्व में अपने बच्चों को जन्म देती हैं| नैशनल फैमिली हेल्थ सर्वे तृतीय (२००५-०६) के अनुसार ५६-५७ प्रतिशत महिलाएं अनीमिया (खून की कमी) से पीड़ित हैं जिनमें जन्म के समय मृत्यु की सम्भावना बहुत अधिक बढ़ जाती है |[45] इस सम्बंध में मोनिका दास गुप्ता और सोनल देसाई का एक तर्क यह है कि, महिलाओं के ख़राब स्वास्थ्य स्तर का प्रमुख कारण लड़कियों और महिलाओं के प्रति भेदभावपूर्ण व्यवहार है |[46] एक अन्य अध्ययन के अनुसार अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, मुस्लिम, मज़दूर, संगठित तथा असंगठित क्षेत्र में काम करने वाली महिलाओं के स्वास्थ्य की ख़राब स्थिति के पीछे उनकी अशिक्षा और सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाले लोगों की सोच एक प्रमुख कारण होती है | यूनाइटेड नेशन-वीमेन की २०१८ की रिपोर्ट यह बताती है कि दलित समाज की महिलाएं सवर्ण-उच्च जाती की महिलाओं की अपेक्षा १४-१५ वर्ष कम जीती हैं जो एक भारतीय समाज और प्रशासन के लिए चिंता का विषय है |[47] यद्धपि पर्याप्त स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव, कुपोषण आदि उनकी स्थिति को न सिर्फ और भी दयनीय बना देते हैं बल्कि एक प्रकार से उन्हें सामाजिक रूप से बहिष्कृत करने का काम भी करते हैं |[48] अन्द्रिन्ने गेर्मैन (Andrienne Germain) का तर्क है कि भारतीय महिलाएं दैनिक जीवन के अन्य कार्यों के अतिरिक्त बच्चे पैदा करने और उनके पालन-पोषण की ज़िम्मेदारी के साथ पुरुषों की तुलना में तीन-गुना अधिक भार उठाती हैं जिससे प्रसव सम्बंधी संक्रमण, *सेक्सुअली ट्रांसमिटेड डिसेस*, एच.आई.वी./एड्स जैसी बीमारियां आसानी से उन्हें अपनी चपेट में ले लेती हैं| जबकि लड़की और महिलाओं के लिए पुरुषों के मुकाबले कम गुणवत्तापूर्ण खान-पान और अन्य सुविधाएं मिल पाती हैं | और जैसा पीछे बताया गया है कि स्वास्थ्य सम्बंधी नीतियां उनके मातृक सम्बंधी और परिवार नियोजन सम्बंधी विषयों पर ही अधिक जोर देती हैं, अर्थात अन्य महिलाओं (१३ साल से पहले की

---

[45] मिनिस्ट्री ऑफ़ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर, नैशनल फैमिली हेल्थ सर्वे-३, न्यू डेल्ही, गवर्नमेंट ऑफ़ इंडिया, २००७|

[46] मोनिका दास गुप्ता, इन विक्टोरिया ए.वेल्कोफ्फ़ एट आल, १९९८, पृष्ठ ६|

[47] यूनाइटेड नेशन-वीमेन, *टर्निंग प्रोग्राम इन-टू एक्शन: जेंडर इक्वलिटी इन द 2030 एजेंडा फॉर सस्टेनेबल डेवलपमेंट*, यूनाइटेड स्टेट, २०१८ |

[48] हेल्थ पालिसी मेकिंग इन इंडिया,, http//www. Karmyog.com/ public health/public health index.htm, (accessed on 12-07-2013, 11:03 pm) |

आयु और ५० साल से अधिक आयु की) की अन्य जरुरतों पर उतना ध्यान नहीं दिया जाता है, जितना कि दिया जाना चाहिए |[49]

भारत में शिशु हेल्थकेयर: भारत में नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य का स्तर भी चिंता का विषय बना हुआ है | विभिन्न अध्ययनों से पता चलता है कि ०-५ वर्ष की आयु वर्ग के ६० प्रतिशत से अधिक बच्चों को डिफ्थीरीअ, कुकुर-खाँसी, काली खाँसी, ख़सरा, टिटनेस इत्यादि का उपचार समय पर नहीं मिल पाता है | बच्चों की अधिकांश बीमारियों का उपचार किया जा सकता है किन्तु फिर भी दुनियां के २५ कॉमनवेल्थ देशों में भारत में मरने वाले बच्चों की संख्या सबसे अधिक होती है |[50] भारत में पैदा होने वाले लगभग ५० प्रतिशत बच्चे कुपोषण का शिकार होते हैं जिनमे से क़रीब ५९ प्रतिशत बच्चे औसत वजन से कम, औसत लम्बाई से कम और अपंगता के साथ पैदा होते हैं | अध्ययन यह भी बताते हैं कि इन बच्चों में निम्न आय वर्ग, अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अल्पसंख्यक समुदायों के बच्चों का अनुपात बाकी समाज के साथ, तुलनात्मक रूप से, समृद्ध समुदायों के बच्चों की अपेक्षा अधिक होता है | ऐसा भी माना जाता है कि इसमें ५० प्रतिशत बच्चे ऐसे होते हैं जिनकी माताओं को कुपोषण की मूलभूत जानकारी तक नहीं होती है बल्कि ग्रामीण क्षेत्रों की ९० प्रतिशत से अधिक महिलाएं तो कुपोषण के नाम तक से अपरिचित होती हैं | ज़ाहिर सी बात है कि इसमें महिलाओं की अशिक्षा एक प्रमुख कारण होती है | इस विषय में मधुर तन्खा (Madhur Tankha) का कहना है कि भारत में उन बिमारियों के चलते, प्रति २० मिनट में एक शिशु की मृत्यु हो जाती है, जिनका उपचार सम्भव है जैसे न्युमोनिया, डायरिया, जन्म से पहले और जन्म के बाद समय पर न मिलने वाली केयर, माताओं का कुपोषित होना इत्यादि | ०-५ साल की आयु में प्रत्येक वर्ष मरने वाले बच्चों की संख्या १७-१८ लाख के क़रीब होती है जिसमें से लगभग १० लाख तो जन्म के प्रथम माह में ही मर जाते हैं | यह संख्या न सिर्फ दुनियां के सबसे ज्यादा है बल्कि इस मामले में भारत की स्थिति अपने पड़ोसी और छोटे देशों जैसे नेपाल, बांग्लादेश, नाइजीरिया, दि डेमोक्रेटिक रिपब्लिकन ऑफ़ कांगो, पाकिस्तान, चीन, इथियोपिया, इंडोनेशिया एंड अफ़ग़ानिस्तान से भी बद्तर है (मोर्टेलिटी रिपोर्ट, यूनिसेफ, २०१२)|

---

[49] अन्द्रिन्ने गेर्मैन (Andrienne Germain), इन मोनिका दास गुप्ता, लिंकन C. चेन एंड टी.एन. कृष्णन, *वीमेन'स इन इंडिया रिस्क एंड वुल्नेरबिलिटी*, बॉम्बे, ऑक्सफ़ोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस, १९९५|

[50] *दि हिन्दू*, २३ जुलाई २०११, डेल्ही, पृष्ठ ७|

भारत में दुनियां के अन्य देशों की अपेक्षा अधिक शिशु मृत्यु-दर है क्योंकि भारत में स्वास्थ्य और शिशु स्वास्थ्य पर सबसे कम सरकारी व्यय होता है।[51]

स्वास्थ्य बीमा योजना और जन-स्वास्थ्य: पिछले कुछ वर्षों में स्वास्थ्य बीमा (*हेल्थ इंश्योरेंस*) के विषय में काफी जागरूकता उभरकर सामने आई है। सरकारों (राज्य सरकारों और भारत सरकार) ने भी इसका भरपूर प्रचार-प्रसार कर जागरूकता पैदा कर लोगों से जीवन बीमा की भांति स्वास्थ्य बीमा करवाने की अपील की है। इसके अतिरिक्त विभिन्न बीमा कम्पनियां भी इसका लगातार प्रचार-प्रसार कर रही हैं। अब इस स्वास्थ्य बीमा को थोड़ा समझने की कोशिश करते हैं। दरअसल स्वास्थ्य बीमा की भावना के तहत यह उम्मीद की जाती है कि सभी को, खासकर जो बीमारी के समय उपचार का खर्च उठाने की स्थिति में नहीं होते है उनको भी उचित और सामान उपचार उपलब्ध कराया जायेगा, साथ ही स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता की सरकार की ज़िम्मेदारी में कुछ कमी आएगी और निजी क्षेत्र तथा बीमा कम्पनियां इसमें आगे आकर निवेश करेंगी और सरकार ग्रामीण तथा उप-नगरीय क्षेत्रों में *हेल्थ-इंफ्रास्ट्रक्चर* पैदा करने के लिए निजी क्षेत्र को प्रेरित करने हेतु नीतियों का निर्धारण करेंगी। इसके तहत बीमा उपभोग-कर्ता को, बीमा कम्पनियों को एक निश्चित धनराशी का प्रीमियम, जिसे सरल शब्दों में किश्त भी कहते हैं, देना पड़ता है जिसके बदले में बीमा कम्पनियां बीमारी के समय, बीमा की शर्तों के अनुसार सहायता प्रदान करती हैं। अब बात भारतीय समाज में बीमा की करते हैं, तो जैसा इस शोध-पत्र में ऊपर बताया गया है कि भारत में क़रीब ८० प्रतिशत आबादी ऐसी है जो २० रुपए प्रति दिन से कम पर अपना जीवन-यापन करती है; क़रीब ७५-८० प्रतिशत आबादी ऐसी है जो खेती-बाड़ी, मजदूरी जैसे असंगठित क्षेत्र में कार्य करती है अर्थात जिसके पास कोई नियमित आय नहीं है, और दूसरी तरफ देखा जाये तो भारत की इसी ७५-८० प्रतिशत आबादी को स्वास्थ्य सुरक्षा और स्वास्थ्य चिकित्साओं की सर्वाधिक आवश्यकता होती है। इस शोध-पत्र में जैसा ऊपर बताया गया है कि *आउट-ऑफ़-पॉकेट एक्सपेंडीचर* जो कुल एक्सपेंडीचर का ८० प्रतिशत से अधिक है, का ९० प्रतिशत तक *आउट-पेशेंट्स केयर* पर खर्च होता है और बीमा योजना के तहत केवल *इन-पेशेंट्स केयर* /उपचार कवर किया जाता है अर्थात बाह्य मरीजों के उपचार के खर्च को बीमा कम्पनियां नहीं

[51] मधुर तन्खा (Madhur Tankha), "हाईएस्ट चाइल्ड मोर्टेलिटी इन दि वर्ल्ड: इंडिया शाइनिंग?", दि हिन्दू, डेल्ही, २३ नवम्बर, २०११, पृष्ठ ७।

देती हैं | जैसे पहले से चल रही बीमारी, प्रसव सम्बंधी उपचार, एच.आई.वी./एड्स, सामान्य बिमारियों की दवाओं का खर्च, सभी प्रकार के डायग्नोस्टिक जाँच आदि बीमा के तहत कवर नहीं होते हैं |[52]

श्री अमर्त्य सेन की अध्यक्षता में गठित *दि हाई लेवल एक्सपर्ट कमेटी ग्रुप,* कोलकाता, की रिपोर्ट में अमर्त्य सेन का तर्क है कि स्वास्थ्य बीमा जैसी योजनाओं जिन्हें राज्य और केन्द्रीय सरकार द्वारा वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है पर बहुत ही ज्यादा खर्च होता है जबकि इनका आउटपुट बहुत ही कम तथा असंतोषजनक है | ऐसी योजनाओं के तहत प्राथमिक स्वास्थ्य पर कभी विचार नहीं किया जाता है जबकि ९५ प्रतिशत आबादी को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की ही आवश्यकता होती है |[53] अगर इस आबादी को समय पर समुचित प्राथमिक स्तर की स्वास्थ्य सेवाएँ मिल जाये तो द्वितीय और तृतीय स्तर पर बढ़ने वाले जनसंख्या भार को कम किया जा सकता है | भारत सरकार ने भारत में ग़रीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाली जनता के लिए *यूनिवर्सल हेल्थ इंश्योरेंस स्कीम* चलाई है जिसके तहत रियायती दर पर स्वास्थ्य बीमा किये जाते हैं जिसमें २००४ तक ११,६०,००० लोगों का बीमा किया गया जिसमें ग़रीबी रेखा से नीचे वाले लोगों की संख्या मात्र ११,४०८ थी जबकि देश की कम से कम २६ प्रतिशत जनसंख्या अर्थात २६ करोड़ से अधिक जनसंख्या ग़रीबी रेखा से नीचे आती है | अत: गरीबों में भी मात्र एक प्रतिशत के लगभग लोगों का ही इसके तहत स्वास्थ्य बीमा किया जा सका है |[54] इसी सन्दर्भ में चारू गर्ग का तर्क है कि स्वास्थ्य बीमा से जानलेवा बीमारियों के समय जोखिमों को कम किया जा सकता है किन्तु ग़रीबी और अधिकांश आबादी के असंगठित क्षेत्रों में काम करने अर्थात उनकी नियमित आय नहीं होने के कारण केवल २० प्रतिशत आबादी का ही सामूहिक स्वास्थ्य बीमा किया जा सकता है जो पर्याप्त से बहुत कम है |[55]

वर्तमान में बहुत सी ऐसी घटनाएं सामने आ रही हैं जिनमें बीमाधारक मरीजों को निजी अस्पतालों में बहुत गम्भीरता से नहीं लिया जाता है, अधिकांश स्थानीय अस्पताल बीमा सम्बंधी नियमों का पालन नहीं करते हैं | अत: बहुत से अध्ययन यह तर्क देने लगे हैं कि कमजोर और अपर्याप्त इंफ्रास्ट्रक्चर, स्वास्थ्य कर्मियों की कमी को पूरा किये बगैर स्वास्थ्य बीमा-नीति न सिर्फ असंतोषजनक है बल्कि इस नीति के अंदर

---

[52] के. श्रीनाथ रेड्डी एंड ए.के. शिव कुमार, *दि हिन्दू*, डेल्ही, १४ अप्रैल २०१२|

[53] के. श्रीनाथ रेड्डी एंड ए.के. शिव कुमार, उपरोक्त |

[54] इकॉनोमिक सर्वे, २००४, at http://indiabudget.nic.in/es2004-05/chapt2005/chap102.pdf, (accessed on 29-07-2012, 09:47 pm) |

[55] चारू गर्ग, इन, सुजाता प्रसाद एंड सी. सत्यमाला (एडिट.), *सेकुरिंग हेल्थ फॉर आल डाइमेंशन्स एंड चैलेंजेज*, न्यू डेल्ही, इंस्टिट्यूट फॉर ह्यूमन डेवलपमेंट, २००६, पृष्ठ २३|

ही इसके असफल होने के कारण भी छिपे हुए हैं | इस नीति में यह भी स्पष्ट नहीं है कि इसको लागू करने की ज़िम्मेदारी किसकी होगी? प्राइवेट सेक्टर की क्या जबाबदेही होगी? अगर कोई अस्पताल बीमा-नीति का पालन नहीं करता है तो क्या उसके खिलाफ कोई कार्यवाही होगी?, अगर होगी तो कौन करेगा? अर्थात कम शब्दों में यह कहा जा सकता है कि सरकार इस स्वास्थ्य बीमा मन्त्र का इस्तेमाल करके अपर्याप्त स्वास्थ्य अवसंरचना से ध्यान हटाकर निजी क्षेत्र को फ़ायदा पहुँचाना चाहती रही हैं |[56]

उपसंहार: भारत जनसंख्या के मामले में दुनियां का दूसरा सबसे बढ़ा देश होने के साथ-साथ सबसे तेज़ी से उभरती हुई अर्थव्यवस्था भी है | राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर यह विषय अधिकांश चर्चाओं में रहा है कि भारत में युवाओं कि जनसंख्या आधे से अधिक है | जिस देश में आधे से अधिक युवा शक्ति रहती हो उस देश को अगर सही दिशा और दशा मिल जाये तो उस देश को विश्व की सर्वश्रेष्ठ शक्ति बनने से कोई नहीं रोक सकता है| हमारे वर्तमान प्रधानमंत्री श्री नरेन्द्र मोदी जी का भी भारतीय युवा शक्ति में बहुत विश्वास है, उनका मानना है कि इस युवा शक्ति का उचित उपयोग और दोहन किया जाए तो देश की जनसंख्या को किसी भी मायने में अधिक नहीं कहा जा सकता है | आज भारत अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर अपनी पहचान बना रहा है, दुनियां के सामने एक मजबूत अर्थव्यवस्था के रूप में अपने आप को स्थापित कर रहा है, अपने पड़ोसी और जरुरतमंद देशों को बड़ी-बड़ी आर्थिक मदद दे रहा है, यहाँ तक कि *मेडिकल टूरिज्म* के क्षेत्र में भी तेजी से अपनी पहचान बना रहा है | जो उत्तम विदेश-नीति और कूटनीति के लिए आवश्यक भी है | किन्तु दुर्भाग्यवश भारत के सभी समुदायों के, सभी नागरिकों के लिए उचित स्वास्थ्य और शिक्षा जैसी बुनियादी आवश्यकताओं के लिए किये जा रहे कार्य और उससे भी अधिक उनका निष्पादन और उसके प्रति राज्य और प्रशासन की तत्परता पर्याप्त प्रतीत नही होती है | इस शोध-पत्र में दिए गए आंकड़ो और तर्कों से यह समझा जा सकता है कि यह स्थिति आज़ादी से पहले और आज़ादी के बाद कमोवेश वैसी ही प्रतीत होती है | यह शोध-पत्र किसी खास राजनैतिक दल या सरकार का पक्षधर या विरोधी नहीं है, बल्कि यह सिर्फ व्यवस्था की बात करता है और वर्तमान भारत की व्यवस्था संविधान की अपेक्षा सरकारों का प्रतिनिधित्व करती हुई अधिक प्रतीत होती है | पूर्व की सरकारों के द्वारा किए कार्यों का परिणाम हमारे सामने है जो

---

[56] राजीव आहूजा, *हेल्थ इंश्योरेंस फॉर दि पुअर इन इंडिया: वर्किंग पेपर नंबर १२३*, न्यू डेल्ही, इंडियन काउंसिल फॉर रिसर्च ऑन इंटरनेशनल इकॉनोमिक रिलेशंस, २००४, पृष्ठ १-७|

संतोषजनक नहीं हैं | किन्तु भारत की वर्तमान सरकार द्वारा इस दिशा में किये गए सभी सकारात्मक कार्यों का परिणाम पुर्णतः आना अभी शेष है, और उम्मीद करते है कि इस बार परिणाम सकारात्मक होंगे |

जन-स्वास्थ्य पर होने वाले सरकारी खर्च को बढ़ाना होगा, उसमें भी प्राथमिक स्वास्थ्य पर अधिक ध्यान देना होगा | दवाओं की कीमत तथा निजी अस्पतालों को नियंत्रित करने हेतु कढ़े और उचित नियम बनाने होंगे क्योंकि निजी अस्पतालों की लापरवाही और लालच इस कदर बढ़ गया है कि वे जिन्दा मरीज को मृत घोषित कर देते है तो मरे हुए मरीज को वेंटीलेटर पर रखकर अपना बिल बनाते रहते है, जैसा कि अभी कुछ दिन पहले मैक्स और एस्कॉर्ट अस्पतालों के सन्दर्भ में हुआ था | दुनियां के विकसित राष्ट्रों की भांति भारत में भी नीति-शोध (नीति-निर्माण, नीति-कार्यान्वयन, नीति-प्रभाव, आदि) का विषय उच्च-माध्यमिक और उच्च शिक्षा का अनिवार्य विषय होना चाहिए | इससे निकट भूतकाल में बनाई गई नीतियों की समीक्षा कर उनमे आवश्यक सुधार किये जा सकेंगे| उदारीकरण के बाद किसी भी देश के नीति-निर्माण में बाहरी हस्तक्षेप जैसे विश्व बैंक, विश्व व्यापर संगठन, विश्व स्वास्थ्य संगठन, आदि का हस्तक्षेप बहुत बढ़ गया है | इस हस्तक्षेप को कम से कम जन-कल्याण के विषयों में निम्नतम करने की आवश्यकता है ताकि भारत जैसा विकासशील देश अपने नागरिकों की आवश्यकता के अनुसार नीति-निर्माण कर सके | जातिगत भेदभाव हमारे समाज का एक ऐसा कड़वा सत्य है जो भारत का पीछा छोड़ने का नाम ही नहीं ले रहा है | इसी जातिगत भेदभाव के चलते बाहरी ताकतों ने न सिर्फ कई बार भारत को अपने अधिकार में लेकर हम पर शासन किया है बल्कि भारतीय संसाधनों का भी अपने हित में अतिशय शोषण किया है| इस भेदभाव को दूर कर सभी के लिए फिर से एक समान और भेदभाव रहित व्यवस्था, ख़ासकर स्वास्थ्य प्रणाली को दुरुस्त करने की जरुरत है जैसा कि हमारे प्रधानमंत्री श्री नरेन्द्र मोदी जी लगातार जोर दे रहे हैं | सामाजिक विकास से सम्बंधित सभी विषयों, विभागों व व्यवस्था-तंत्रों के मध्य आपसी सहयोग को बढ़ाना होगा, तभी हम एक स्वस्थ और खुशहाल भारत का निर्माण करने में अपनी सही भूमिका निभा सकेंगे |

संदर्भ ग्रंथ सूची

अरस्तू, सिटेड इन, अल्वी सीमा, *इस्लाम एंड हीलिंग: लोस एंड रिकवरी ऑफ़ एन इंडो-मुस्लिम मेडिकल ट्रेडिशन १६००-१९००,* रानीखेत, परमानेंट ब्लैक, २००७।

अल्वी सीमा, *इस्लाम एंड हीलिंग: लौस एंड रिकवरी ऑफ़ अन इंडो-मुस्लिम मेडिकल ट्रेडिशन १६००-१९००,* रानीखेत, परमानेंट ब्लैक, २००७।

आहूजा राजीव, *हेल्थ इंश्योरेंस फॉर दि पुअर इन इंडिया,* वर्किंग पेपर नंबर १२३, न्यू डेल्ही, इंडियन काउंसिल फॉर रिसर्च ऑन इंटरनेशनल इकॉनोमिक रिलेशंस, २००४।

इकॉनोमिक सर्वे, २००४, at http://indiabudget.nic.in/es2004-05/chapt2005/chap102.pdf, (accessed on 29-07-2012, 09:47 pm)।

उपाध्याय वी., काक शक्ती, एट.आल. (एडिट.), *फ्रॉम स्टैटिस्म टू निओ-लिब्रलिस्म: दि डेवलपमेंट प्रोसेस इन इंडिया,* न्यू डेल्ही, दानिश बुक्स, २००९।

कुमार अनिल, इन चित्तब्रता पालित एंड अचिंत्य कुमार दत्त, (एडिट.) *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५।

कुमार संजय एंड किशोर, जुगल, *इनइक्विटी इन इंडियन हेल्थकेयर: एन एनालिसिस ऑफ़ वीमेन'स हेल्थ,* जर्मनी, लैम्बर्ट अकेडमिक पब्लिकेशन, २०१२।

कुमार संजय, "इंडियन स्टेट एंड हेल्थ ऑफ़ दि पीपल", *इतिहास दर्पण, वॉल्यूम XXII (1),* नई दिल्ली, अखिल भारतीय इतिहास संकलन योजना, २०१७।

कुरीन एन. जे. (J.N. Kurien), "फाइनेंसिंग हेल्थ इन इंडिया", *दि हिन्दू, न्यू डेल्ही,* १६ जनबरी २०१०।

गर्ग चारू, सिटेड इन, प्रसाद सुजाता एंड सत्यमाला, सी. (एडिट.), २००६।

गुप्ता मोनिका दास, चेन लिंकन सी. एंड कृष्णन टी.एन., *वीमेन'स इन इंडिया रिस्क एंड वुल्नेरबिलिटी,* बॉम्बे, ऑक्सफ़ोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस, १९९५।

जेफ्फेरी रोज़ेर (Jeffery Roger), *दि पॉलिटिक्स ऑफ़ पब्लिक हेल्थ इन इंडिया,* बर्कली, यूनिवर्सिटी ऑफ़ कैलिफोर्निया, १९९८।

ड्रेज़े जे. (J. Dreze) एंड सेन अमर्त्य, सिटेड इन, अम्रित सुनील एस., *हेल्थ इन इंडिया सिंस इंडिपेंडेंस,* वर्किंग पेपर नंबर ७९, बीडब्ल्यू पीआई, २००९।

तन्खा मधुर (Madhur Tankha), “हाईएस्ट चाइल्ड मोर्टेलिटी इन दि वर्ल्ड: इंडिया शाइनिंग?”, दि हिन्दू, न्यू डेल्ही, २३ नवम्बर, २०११ |

दि इकॉनोमिक सर्वे, २००४, at http://indiabudget.nic.in/es2004-05/chapt2005/chap102.pdf, (accessed on 29-07-2012, 09:47 pm) |

दि प्लानिंग कमीशन, *दि रिपोर्ट ऑफ़ हाई लेवल एक्सपर्ट ग्रुप ऑन यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज ऑफ़ इंडिया (एच.एल.इ.जी.)*, न्यू डेल्ही, गवर्नमेन्ट ऑफ़ इंडिया, २०११ |

दि स्टेटिस्टिक्स डिवीज़न, मिनिस्ट्री ऑफ़ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर, *बुलेटिन ऑन रुरल हेल्थ स्टेटिस्टिक्स इन इंडिया*, न्यू डेल्ही, गवर्नमेंट ऑफ़ इंडिया, २००७ |

दि हिन्दू, न्यू डेल्ही, 17 मार्च २०१७ |

दि हिन्दू, न्यू डेल्ही, २३ जुलाई २०११ |

दुग्गल रवि, *एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ पॉलिसी इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स, २००१ |

देसाई मिहिर और महाबल कामायनी वाली (एडिट.), *हेल्थ केयर केस लॉ इन इंडिया,* मुम्बई, सेंटर फॉर इन्क्वायरी इंटो हेल्थ एंड अलाइड थीम्स; एंड सेंटर फॉर ह्यूमन राईट एंड लॉ, २००७ |

पटनायक आई. (२००५) एंड पालनस्वामी, के.आर., इन, के. बी. सक्सेना, *हेल्थ पालिसी एंड रिफॉर्म्स: गवर्नेंस इन प्राइमरी हेल्थकेयर*, न्यू डेल्ही, आकर बुक्स, २०१० |

पति बिस्वमॉय एवं हैरिसन मार्क, (एडिट.), *हेल्थ मेडिसिन एंड एम्पायर: पर्सपेक्टिव ऑन कोलोनिअल इंडिया*, ओरिएंट लोंग्मैन, नई दिल्ली |

पाण्डेय रोहिनी और याज्बेक अब्दोस (Rohini Pandey and Abdos Yazbeck), “व्हाट इज इन ए कंट्री एवरेज? इनकम, जेंडर एंड रीजनल इनइक्विटी इन इम्यूनाइजेशन इन इंडिया”, *सोशल साइंस एंड मेडिसिन,* ५७ (११), दिसम्बर २००३ |

पालित चित्तब्रता एंड दत्त अचिंत्य कुमार (एडिट.), *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५ |

पोवल्स (Powles, १९७३) और ओअक्ले (Oakley, १९८५), सिटेड इन जेफ्फेरी, रोज़ेर (Roger Jeffery), *दि पॉलिटिक्स ऑफ़ पब्लिक हेल्थ इन इंडिया,* बर्कली, यूनिवर्सिटी ऑफ़ कैलिफोर्निया, १९९८ |

प्रसाद सुजाता एंड सत्यमाला सी. (एडिट.), *सेकुरिंग हेल्थ फॉर आल डाइमेंशन्स एंड चैलेंजेज*, न्यू डेल्ही, इंस्टिट्यूट फॉर ह्यूमन डेवलपमेंट, २००६ |

बेंटली सी. इ., सिटेड इन, पालित, चित्तब्रता एंड दत्त, अचिंत्य कुमार, (एडिट.), *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५ |

भारत सरकार, रिपोर्ट *हेल्थ इनफार्मेशन ऑफ़ इंडिया,* १९८७, सेंट्रल हेल्थ इंटेलिजेंस ब्यूरो, नई दिल्ली , १९८८ |

भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-१,* कलकत्ता, भारत सरकार प्रेस, १९४६ |

भारत सरकार, *हेल्थ सर्वे एंड डेवलपमेंट कमेटी, वॉल्यूम-२,* नई दिल्ली, भारत सरकार प्रेस, १९४६ |

मिनिस्ट्री ऑफ़ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर, *नैशनल फैमिली हेल्थ सर्वे–३*, न्यू डेल्ही, गवर्नमेंट ऑफ़ इंडिया, २००७ |

मुरलीधरन वी.आर., सिटेड इन, चित्तब्रता पालित एंड अचिंत्य कुमार दत्त, (एडिट.), *हिस्ट्री ऑफ़ मेडिसिन इन इंडिया: दि मेडिकल एनकाउंटर,* नई दिल्ली, कल्पज़, २००५ |

यूनाइटेड स्टेट, यूनाइटेड नेशन-वीमेन, *टर्निंग प्रोग्राम इन-टू एक्शन: जेंडर इक्वलिटी इन द 2030 एजेंडा फॉर सस्टेनेबल डेवलपमेंट*, २०१८ |

राज पपीया एंड राज आदित्य, "कास्ट वेरिएशन इन रिप्रोडक्टिव हेल्थ स्टेटस ऑफ़ वीमेन: ए स्टडी ऑफ़ थ्री ईस्टर्न स्टेट्स", *जर्नल ऑफ़ दि इंडियन सोशियोलॉजिकल सोसाइटी*, सोशियोलॉजिकल बुलेटिन, वोल्यूम ५३, नंबर ३, २००४ |

राव मोहन, *हेल्थ एंड पापुलेशन पालिसी इनिशिएटिव्स इन इंडिया,* दिसम्बर, २००८, http://www.ghwatch.org/ english/casestudies/healthpop_india.pdf, (accessed on 23-04-2011, 09:19 pm) |

रेड्डी के. श्रीनाथ एंड ए.के. शिव कुमार, *दि हिन्दू*, न्यू डेल्ही, १४ अप्रैल २०१२ |

रेड्डी के. श्रीनाथ, "कॉल टू इनक्रीज पब्लिक फाइनेंसिंग फॉर हेल्थकेयर", *दि हिन्दू*, न्यू डेल्ही, २२ जनबरी २०११ |

विश्व स्वास्थ्य संगठन, *रिपोर्ट ऑफ़ रिडूसिंग रिस्क, प्रोमोटिंग हेल्थी लाइफ़,* २००२ |

विश्व स्वास्थ्य संगठन, रिपोर्ट, १९४६ एवं १९४८ |

विश्व स्वास्थ्य संगता, ऑफिस फॉर इंडिया, *इकॉनोमिक कंस्ट्रेंट्स टू एक्सेस टू एसेंशियल मेडिसिन इन इंडिया*, न्यू डेल्ही, २०१० |

वेल्कोफ़ विक्टोरिया ए. एट आल, *वीमेन ऑफ़ दि वर्ल्ड: वीमेन'स हेल्थ इन इंडिया*, सेन्सस ब्यूरो, यू.एस.ए., इंटरनेशनल प्रोग्राम्स सेंटर, १९९८ |

वैग्युट अलेन (Vaguet, Alain), *इंडियन हेल्थ लैंडस्केप्स अंडर ग्लोबलाइजेशन*, न्यू डेल्ही, मनोहर, २००९|

सागर अल्पना, 'एवेल्युशन ऑफ़ हेल्थ प्लानिंग इन इंडिया' सिटेड इन, उपाध्याय बी., काक शक्ति, एट.आल. (एडिट.), *फ्रॉम स्टैटिस्म टू निओ-लिब्रलिस्म: दि डेवलपमेंट प्रोसेस इन इंडिया,* न्यू डेल्ही, दानिश बुक्स, २००९ ।

सेन गीता, अइयर अदिती और जॉर्ज आशा, "स्ट्रक्चरल रिफॉर्म्स एंड हेल्थ इक्विटी: ए कॉम्परिजन ऑफ़ एन.एस.एस. सर्वे १९८६-८७ एंड १९९५-९६", *इकॉनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली,* वॉल्यूम ३७, नंबर १४, २००२ |

हेल्थ पालिसी मेकिंग इन इंडिया,, http//www. Karmyog.com/ public health/public health index.htm, (accessed on 12-07-2013, 11:03 pm) |