दूरस्थ शिक्षा

खण्ड-2

अस्पताल तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

(Hospital and Health Care System)

(हिन्दी रुपान्तर : केन्द्रीय अनुवाद ब्यूरो, राजभाषा विभाग)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
न्यू महरोली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067

आरोग्यम सुखसम्पदा

अस्पताल प्रबंधन में
दूरस्थ शिक्षा

खण्ड-2

अस्पताल तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

(Hospital and Health Care System)

(हिन्दी रुपान्तर : केन्द्रीय अनुवाद ब्यूरो, राजभाषा विभाग)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
न्यू महरोली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067

आरोग्यम सुखसम्पदा

दूरवर्ती के माध्यम से अस्पताल प्रबन्धन में स्नातकोत्तर प्रमाण-पत्र पाठ्यक्रम

खण्ड-2

अस्पताल एवं स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

यूनिट-1

अस्पताल एवं स्वास्थ्य सेवा विकास

यूनिट 2

चुनिन्दा देशों में स्वास्थ्य की देखभाल से संबंधित व्यवस्था का सिंहावलोकन

अगस्त 2002

(C) राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, 2002

सर्वाधिकार सुरक्षित। राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, मुनीरका, नई दिल्ली की लिखित अनुमति के बिना इस पुस्तक के किसी भी भाग को अनुलिपि बनाकर अथवा किसी अन्य माध्यम द्वारा किसी भी रुप मे पुनप्रकाशित नहीं किया जा सकता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली द्वारा मुद्रित एवं प्रकाशित

कोर्स कोर टीम

पाठ्यक्रम निदेशक	प्रो.एम.सी.कपिलाश्रमी
पाठ्यक्रम समन्वयक	डा.जे.के.दास

यूनिट लेखक

डा.जे.के.दास	राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली
डा.ए.के.खोखर	ई.एस.आई.अस्पताल, बसई दारापुर, नई दिल्ली

सम्पादकीय दल

प्रो.एम.सी.कपिलाश्रमी	निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली
डा.जे.के.दास	एम.सी.एच.ए. विभाग, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली
कर्नल (डा.) आर.एन.बसु	सी.ई.ओ. एवं मेडिकल निदेशक, हर्ट मेडिकेयर एंड रिसर्च इंस्टीट्यूट, पटना
डा.ए.के.खोखर	ई.एस.आई. अस्पताल, बसई दारापुर, नई दिल्ली

आभार

कोर्स और टीम इस परियोजना को आरंभिक चरण पर संचालित एवं विकसित करने में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण पूर्व एशिया क्षेत्रीय कार्यालय, नई दिल्ली से प्राप्त समस्त सहायता के लिए उनके प्रात कृतज्ञतापूर्वक आभार व्यक्त करती है।

इस संशोधित मॉड्यूलों को विकसित करने में डिपार्टमेंट ऑफ एम.सी.एच.ए., एन.आई.एच.एफ.डब्ल्यू. के अंश-कालिक संकाय डा.आनंद आर.टी.की सतत् सहायता, सहयोग एवं तकनीकी सहायता के लिए भी आभार व्यक्त करते हैं।

हमारे डी.एच.ए.पाठ्यक्रम के स्नातकोत्तर विद्यार्थी डा.विनीत गोयल तथा डा.अनिमिका खन्ना ने इस दसतावेज के सम्पादन तथा वर्ड प्रोसेसिंग में सराहनीय कार्य किया है।

प्राक्कथन

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण के जरिए ''सबके लिए स्वास्थ्य'' एक लंबे अरसे से हमारा उद्देश्य रहा है। स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली में अस्पताल एक महत्वपूर्ण संयोजक हैं। यद्यपि चिकित्सा अधिकारी स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली के दल नेता तथा अस्पतालों के प्रबंधक हैं, तथापि इन क्षेत्रों में वे अल्प प्रशिक्षित हैं। स्नातक तथा स्नातकोत्तर दोनों चिकित्सा पाठ्यक्रम प्रबंधकीय कौशलों तथा नेतृत्व गुणों का कोई प्रशिक्षण प्रदान नहीं करते हैं। परिणामस्वरुप, डाक्टर सामान्यतया प्रबंधकीय कौशल चूकबश हासिल करते हैं। यह भी एक सामान्य अनुभव की बात है कि उन्हें इन मुद्दों पर सलाह के लिए निरपवाद रुप से अपने अधीनस्थ कर्मियों तथा अनुरुचिवीय लिपिकी कर्मचारियों पर निर्भर रहना पड़ता है। अस्पताल प्रबंधन में स्नाकोत्तर प्रमाणपत्र पाठ्यक्रम (दूरवर्ती शिक्षा के माध्यम से) चिकित्सीय बंधुत्व में ज्ञान के इस अंतराल की पूर्ति करने का एक प्रयास है।

उपर्युक्त को ध्यान में रखते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान ने आरम्भिक रुप से विश्व स्वास्थ्य संगठन की वित्तीय सहायता से अस्पताल प्रशासन से सम्बद्ध/उसमें रुचि रखने वाले बड़ी संख्या में चिकित्सा कर्मियों को सहज पहुँच तथा उत्कृष्ट अवसर प्रदान करने के लिए दूरवर्ती शिक्षा के माध्यम से अस्पताल प्रबंधन में स्नातकोत्तर प्र माणपत्र सर्टिफिकेट पाठ्यक्रम तैयार किया है। एक राष्ट्रीय कार्यशाला में विभिन्न संस्थाओं के अग्रगण्य विशेषज्ञों द्वारा अस्पताल प्रशासन की प्रशिक्षण आवश्यकताओं की पहचान किए जाने के उपरांत इस प्रयोजनार्थ गठित एक विशेषज्ञ दील द्वारा कार्यक्रम तथा प्रशिक्षण सामग्रियों सहायकों सामग्री तैयार की गई। शिक्षण सामग्रियों की पठनीयता, प्रांसंगिकता, सुस्पष्टता तथा जीवन स्थितियों के प्रति प्रयोज्यता के आंकलन के लिए सत्र पूर्व परीक्षण किया गया। प्रशिक्षण सामग्रियों को अंतिम रुप दिया गया तथा विशेषज्ञ कोर दल द्वारा इन्हें प्रयोक्ता के अधिक अनुकूल बनाने के लिए प्रयास किया गया। तदनन्तर, पुस्तिकाओं के रुप में शिक्षण सामग्रियों को 2002 मं विशेषज्ञों द्वारा व्यापक रुप से संशोधित किया गया है।

मैं आशा करता हूँ कि ये अध्येता - अनुकूल यूनिटें इस पाठ्यक्रम में भाग लेने वाले हमारे डाक्टरों की प्रबंधकीय क्षमताओं के विकास के लिए उपयोगी होंगी।

एम.सी.कपिलाश्रमी
निदेशक,
एन.आई.एच.एफ.डब्ल्यू

नई दिल्ली
अगस्त, 2002

खण्ड:2 - अस्पताल एवं स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

प्रस्तावना

सामान्य अस्पताल एक ऐसा संगठन है जो पेशेवरों, अर्ध पेशेवरों तथा गैर-पेशेवरों के व्यापक रुप से विविध स्वरुप वाले समूह के कौशलों एवं प्रयासों को संचालित करता है। अस्पताल सहयोगात्मक कार्यकलाप के जरिए कतिपय उद्देश्यों को हासिल करने के लिए स्थापित एवं अभिकल्पित किया जाता है। अस्पताल का प्रधान उद्देश्य, निश्चित रुप से, अपने मरीजों को यथेष्ट देखभाल तथा चिकित्सा सुविधा प्रदान करना होता है (अप्ल संसाधनों तथा संगठनेत्तर शक्तियों द्वारा आरोपित सीमाओं के अंदर)। इसका प्रमुख उत्पाद मरीज को डाक्टरी, शल्यक तथा उपचर्या सेवा है, तथा इसका केंद्रीय संबंध मरीज की जिन्दगी एवं स्वास्थ्य है। निश्चय ही, किसी अस्पताल के अपने रख-रखाव तथा उत्तरजीविता, संगठनात्मक स्थिरता एवं वृद्धि, वित्तीय सम्पन्नता, चिकित्सा एवं उपचर्या शिक्षा तथा अनुसंधान एवं विभिन्न कर्मचारी-सम्बद्ध उद्देश्यों सहित अतिरिक्त उद्देश्य हो सकते हैं। लेकिन, ये सभी उद्देश्य रोगी को सेवा प्रदान करने के मूल उद्देश्यों के आनुषंगिक हैं; जो कि किसी अस्पताल के सभी कार्यकलापों में अंतर्निहित बुनियादी नीति है।

अस्पतालों की भूमिका अपनी चारदीवारी को लांघकर बढ़ती जा रही है और इसलिए 'परिधिरहित अस्पतालों' की अवधारणा सामने आई। राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणालियों के अंतर्गत सर्वाधिक महत्वपूर्ण संघटकों में से एक संघटक के रुप में अस्पताल सामुदायिक आवश्यकताओं के अनुरुप अपनी भूमिकाओं को क्रमशः परिवर्तित करते रहे हैं। अतः, अस्पताल को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के साथ अपने संबंधों के माध्यम से समुदाय के घरेलू ढांचे में पहुंचना है तथा अस्पताल समग्र स्वास्थ्य देखभाल सेवा श्रृंखला का एक महत्वपूर्ण सोपान बनते हैं। स्वास्थ्य अभिकर्ताओं के रुप में अस्पताल अपने कार्य क्षेत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संबंधी क्रियाकलापों के बारे में बेहतर संवर्धन, सहयोग तथा पर्यवेतन कर सकते हैं। परम्परागत रुप से अस्पतालों की समाज के सभी वर्गों के बीच अच्छी प्रतिष्ठा रही है। यह स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था के 'परिवर्तन अभिकर्ताओं' का रुप लेने तथा क्रांतिकारी परिवर्तनों को लाने में उन्हें बेहतर स्थान दिलाता है।

ऊपर उल्लिखित पहलुओं को विस्तारपूर्वक समझने के लिए हमें अपनी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली तथा अस्पतालों के सिंहावलोकन सहित स्वास्थ्य सेवाओं के विकास,

अस्पतालों के वर्गीकरण का स्पष्ट बांध होना आवश्यक है। यह खण्ड इन्हीं पहलुओं से संबंधित हैं।

उद्देश्य

इस खण्ड का अध्ययन करने के पश्चात विधार्थी -

1. स्वास्थ्य देखभाल सेवओं के विकास तथा अस्पतालों के एतिहासिक परिप्रेक्ष्य का वर्णन करने
2. अस्पतालों के कार्यों तथा वर्गीकरण को समझने
3. स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रणाली, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का वर्णन करने
4. स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में अस्पतालों की भूमिका पर विचार-विमर्श करने के लिए समर्थ हो सकेगा

यूनिट

यूनिट 1 अस्पताल एवं स्वास्थ्य सेवा विकास
यूनिट 2 चुनिन्दा देशों में स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था का संहावलोकन

यूनिट 1 अस्पताल एवं स्वास्थ्य सेवा विकास

संरचना

1.1 उद्देश्य
1.2 प्रस्तावना
1.3 अस्पताल प्रणालियां
 1.3.1 अस्पतालों का इतिहास
 1.3.2 अस्पताल की परिभाषा
 1.3.3 अस्पताल का कार्य
 1.3.4 अस्पताल का वर्गीकरण
 1.3.5 अस्पताल के प्रकार

1.3.6 प्रबंधन के प्रकार
1.3.7 अस्पताल संघटन
1.3.8 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में अस्पताल की भूमिका
1.3.9 विभिन्न अस्पताल सेवा यूनिट
1.3.10 अस्पतालों के समक्ष भविष्य में आने वाली चुनौतियां
1.4 स्वास्थ्य की अवधारणा (संकल्पना)
1.4.1 भारत सरकार द्वारा नियुक्त स्वास्थ्य समितियां
1.4.2 स्वास्थ्य आयोजना तथा पंचवर्षीय योजनाएं
1.4.3 सन् 2000 तक सबके लिए स्वास्थ्य सेवा
1.4.4 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (1983)
1.4.5 प्रारुप राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2001
1.4.6 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000
1.4.7 भारत की राष्ट्रीय एड्स निवारण एवं नियंत्रण नीति
1.4.8 राष्ट्रीय रक्त नीति
1.4.9 न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम
1.4.10 समन्वित बाल विकास योजना
1.5 सारांश
1.6 अनुसंशसित पाठ्य सामग्रियां

1.1 उद्देश्य

इस यूनिट का अध्ययन करने के पश्चात् विद्यार्थी अस्पतालों एवं स्वास्थ्य सेवाओं के एतिहासिक विकास का विवरण देने में समर्थ हो सकेंगे।

1.2 प्रस्तावना

परम्परागत रुप से अस्पताल अनिपाती निदानात्मक देखभाल के साथ वैयक्तिक मरीजों से संबंधित रहा है। यह एक अत्यंत व्यस्त स्थान है, जहां आपातिक चिकित्सा, बहिरंग रोगी परामर्श अथवा अंतरंग रोगी देखभाल के लिए आए हुए रोगियों के लिए सर्वोत्तम प्रयास किया जाता है। इस तरह की देखभाल संसाधन गहन है तथा इसके लिए आधुनिक तकनीकों एवं सुप्रशिक्षित पेशेवर जनशक्ति की आवश्यकता होती है।

अस्पताल मानव की एक विशिष्ट संस्थान है। अस्पताल समुदाय को एक अत्यंत निजी सेवा प्रदान करता है। सेवा का स्तर जितना ऊँचा होता है, रोगी उत्ना ही बेहतर महसूस करता है। एक अस्तपताल कोइ मानव मात्र नहीं है, बल्कि एक जटिल सामाजिक संस्था है, जो कि व्यपाक प्रकार के हितों तथा विविध आवश्यकताओं को द्योतित करने वाले अनेक उप-वर्गों से निर्मित होता है। 'बिस्तर' हमेशा ही अस्पताल सुविधाओं का मूल आधार रहा है।

किसी अस्पताल का प्राथमिक उद्देश्य रुग्ण तथा घायल व्यक्तियों के लिए स्थान की व्यवस्था करना तथा उनके स्वास्थ्य लाभ एवं पुनर्वास की ओर निदेशित चिकित्सा एवं परिचर्या प्रदान करना होता है। इसके लिए उस भवन का उपयोग करने वाले अधिकांश व्यक्तियों में भावनात्मक व्याकुलता अंतग्रस्त होगी। अस्पताल जाने वाले मरीज, उनके परिजन एवं मित्र सर्वोत्तम स्थिति में मामूली रुप से आंशकाग्रस्त हो सकते हैं तथा सबसे बुरी स्थिति में गम्भीर रुप से व्यथित हो सकते हैं; अस्पतालकर्मी अपने अपेक्षापूर्ण उत्तरदायित्वों के कारण महत्तर अथवा न्यूनतर रुप से चिंतित होंगे। यह अपने आप में उन आयोजकों तथा अभिकल्पों के लिए एक विशेष चुनौती प्रदान करता है जो यह महसूस करते हैं कि किसी अस्पताल का ढांचा बनाने तथा उसे संचालित करने का तरीका अस्पताल को इसकी अनेक चिंताओं से छुटकारा दिलाने में सहायक हो सकता है।

हॉस्पीटल शब्द ग्रीक शब्द 'हास्पिटम' से बना है, जिसका अर्थ है 'आतिथ्य-सत्कार'। यह 'हास्पिटल' तथा 'होटल' दोनों के लिए है। इन दोनों के बीच समानता बिल्कुल स्पष्ट है।

1.3 अस्पताल प्रणाली

आधुनिक अस्पताल काफी जटिल सामाजिक आर्थिक वैज्ञानिक एवं अत्यंत श्रमोन्मुखी संगठन हैं। इसके बावजूद इनकी उत्पत्ति का मूल लोगों की पीड़ाओं एवं बीमारियों तथा कुछ मानवप्रेमियों में पीड़ितों को पीड़ा एवं कष्ट की यंत्रणा से छुटकारा दिलाने की अनुकम्पा तथा उत्साह है।

विगत में किसी जख्म अथवा रोग से पीड़ित व्यक्ति दुःख भोगने के लिए अभिशप्त था तथा उसे अपना बचाव खुद करना पड़ता था। लेकिन जैसे-जैसे सभ्यता का विकास वैयक्तिक से परिवार, परिवार से जनजाति तथा अन्ततः संगठित समुदाय के रुप में हुआ, समाज ने रुग्ण व्यक्तियों के लिए साझा उत्तरदायित्व स्वीकार किया। बीमारी चिकित्सीय उपचार, परिचर्या तथा आश्रय के साथ निर्भरता सृजित करती है। आधुनिक समाज के उदय के साथ ही रुग्ण व्यक्तियों की आवश्यकताओं के प्रबन्ध के लिए विकसित संस्था अस्पताल था।

1.3.1 अस्पतालों का इतिहास

भारत में अस्पतालों का इतिहास सम्राट अशोक (ई.पू. 273-232) के समय तक खोजा जा सकता है, जिसने बीमारों के लिए सहानुभूति के बौद्ध आदर्श का प्रचार करने तथा अपने साम्राज्य के प्रत्येक विलाप एवं अवसाद रहित) आरोग्यवान बनाने के उद्देश्य एवं इरादे से न केवल मनुष्यों के लिए बल्कि जानवरों के लिए भी आरम्भिक सर्वोत्कृष्ट अस्पतालों का निर्माण किया।

प्राचीन भारत में चरक एवं सुश्रुत सुप्रसिद्ध वैद्य थे। तक्षशिला तथा नालन्दा विश्वविद्यालय में भारतीय प्रणाली (मुख्यतया आयुर्वेद) पर आधारित चिकित्सा की शिक्षा दी जाती थी, जिसने संभवतः अरबी औषधि की प्रगति में योगदान किया। चरक सुथ्रेस्थानम् के ''उपकल्प-वियम अध्येन'' में अस्पताल भवनों प्रसव कक्षों तथा बाल वार्ड़ों के लिए विनिर्देशन

दिए गए हैं। अस्पताल सहायकों तथा नर्सों के लिए पावताओं के साथ ही अस्पताल उपकरण, बर्तनों, औजारों तथा आहार के लिए विनिर्देशन भी दिए गए हैं। चोल तथा मलकापुरन आदेशपत्रों में दिए गए विवरणों के अनुसार यह दर्शाने के लिए साक्ष्य है कि प्र ाचीन काल में दक्षिण भारत में कई अस्पताल थे।

शिलालेखों तथा पांडुलिपियों अथवा अन्य अभिलेखों जो यूनानी जैसी अन्य चिकित्सा पद्धतियों के संबंध में उपलब्ध हैं, के अभाव में प्राचीन भारतीय चिकित्सा के एतिहासिक लेखे का प्रमाणिक वर्णन नहीं किया जा सकता किन्तु अरबी तथा यूनोपीय यात्रियों द्वारा लिखी गई पुस्तकों (लगभग सन 600 में) से हमें पता चलता है कि भारत में चिकित्सा का अध्ययन जोरों पर था। प्रत्येक प्रमुख नगर में एक चिकित्सा विद्यालय था। भारतीय चिकित्सा का पतन 10वीं शताब्दी में मोहम्मदों के आक्रमण से शुरु हुआ जो एक अव्यवस्था का काल था। ''भारतीय वनस्पति के अन्वेषण के लिए देशज वैद्यों'' का उत्साह प्रोत्साहन के अभाव में मंद पड़ गया। आक्रमणकारी अपने साथ अपने स्वयं के चिकित्सक लाए जिन्हें 'हकीम' कहा जाता था जो चिकित्सा की यूनानी पद्धति जिसे 'यूनानी' नाम दिया गया था, का अनुसरण करते थे। शाही संरक्षण में 'हकीम' कहा जाता था जो चिकित्सा की यूनानी पद्धति जिसे 'यूनानी' नाम दिया गया था, का अनुसरण करते थे। शाही संरक्षण में 'हकीम' 'वैद्यों' की कीमत पर फलने फूलने लगे। इस अवधि के दौरान भारत में अस्पतालों के रखरखाव में पर्याप्त गिरावट आई किन्तु ब्रिटिश काल में इसे प्रोत्साहन मिला।

इस प्रकार प्राचीन काल में मोटे तौर पर 18वीं सदी तक 'आयुर्वेद', 'सिद्ध' तथा 'यूनानी' नामक चिकित्सा प्रणाली तथा पद्धति व्यवहार में थी। इन व्यवहारों तथा कार्यों के अतिरिक्त प्राचीन अस्पताल अत्यधिक तथा गम्भीर बीमारियों की देखभाल नहीं करते थे जैसा कि आधुनिक अस्पतालों में किया जाता है। किन्तु वे मुख्यतः बीमार व्यक्तियों के शेष जीवन के लिए उनकी देखभाल में संबंधित थे।

चिकित्सा की 'एलोपैथी' (विषम चिकित्सा) पद्धति का प्रयोग दक्षिण भारत में यूरोपीय धर्मप्रचारकों के आगमन में आरम्भ हुआ। ब्रिटिश शासनकाल के दौरान अस्पतालों के निर्माण में एकबार पुनः प्रगति हुई। यद्यपि भारत में प्रथम अस्पताल का निर्माण संभवतः गोवा में हुआ था, जैसाकि फ्राइट की यात्रा में उल्लेख किया गया है, ईस्ट इण्डिया कम्पनी ने अपना पहला अस्पताल अपने सैनिकों के लिए 1664 में बनवाया तथा असैनिकों के लिए मद्रास में एक अन्य अस्पताल 1684 में बनवाया। मुम्बई में एक अस्पताल की स्थापना वर्ष 1670 में ि वचारविमर्शधीन थी किन्तु स्पष्टतः इसे 1676 तक वस्तुतः आरम्भ नहीं किया गया था।

कलकत्ता में प्राचीनतम अस्पताल का निर्माण 1707-1708 में तथा दिल्ली में 1824 में किया गया इसके अलावा, 17वी सदी में, थॉमस राय ने मुगल बादशाह जहांगीर के दरबार में आधुनिक चिकित्सा की शुरुआत की। जब अन्य राजसी राज्यों ने भी रुचि दर्शाई तो यूरोपियन डाक्टर प्रचलित (प्रसिद्ध) होने लगे। अनेक डाक्टर, ईस्ट इण्डिया कम्पनी के से वाओं से बरखास्त होने के पश्चात प्राइवेट व्यवसायिक की भांति भारत में बस गये। कुछ को राजसी राज्यों के दरबारों में रोजगार भी मिल गया। जब यूरोपीय डाक्टरों को सहायता की आवश्यकता महसूस हुई तो उन्होंने कुछ स्थानीय निवासियों को कम्पाउंडर तथा ड्रेसरों के रुप में प्रशिक्षित किया। कुछ प्रशिक्षण तथा अनुभव के पश्चात उन्हें 'देशज डाक्टर' कहा जाने लगा।

17वीं तथा 18वीं सदी में भारत में चिकित्सा पद्धति की आधुनिक प्रणाली में धीमी किन्तु स्थिर प्रगति हुई तथा स्वदेशी पद्धति पृष्ठभूमि में धंस गई। 19वीं सदी में, आधुनिक चिकित्सा की जड़ें मज़बूत हो गई। इस पद्धति पर आधारित चिकित्सा देखभाल मुख्यतः धर्मप्र ाचारकों के प्रयासों के कारण सम्पूर्ण भारत वर्ष में फैल गई।

पुर्तगालियों ने कालीकट (केरल), गोवा तथा सांथाक (मद्रास) में धर्मप्रचारक संगठनों के माध्यम से यूरोपीय किस्म के अस्पतालों की स्थापना की। उन्होंने उपचार केन्द्र स्थापित किए तथा स्थानीय पुरुषों तथा महिलाओं को ड्रेसर, परिचारिकाओं इत्यादि के रुप में प्र ाशिक्षित किया। आरम्भिक अवस्थाओं में, मिशनों का वित्तपोषण विदेशी स्रोतो से किया गया किन्तु बाद में जब लोगों ने उनके महत्व को स्वीकार किया तो स्थानीय समर्थन तथा आर्थिक सहायता उपलब्ध हो गई।

बाद में, 18वीं सदी के अंत में जब स्वास्थ्य दशाओं में ट्राय हो गया था तथा मृत्यु दर एवं रुग्णता दर अपेक्षाकृत उच्च थी, मुख्यतः ईस्ट इण्डिया कम्पनी के प्रशासनांतर्ग कुछ यूरोपीय डाक्टर भारत आए तथा उन्होंने प्रणालीगत तथा वैज्ञानिक तरीके से चिकित्सा की एलोपैथी पद्धति का विकास आरम्भ कर दिया। किन्तु यूरोपीय डाक्टरों की संख्या बहुत कम थी, इसलिए वे अस्पताल प्रणालियों का प्रशासन नहीं कर सके तथा भारतीय जनता के सभी वर्गों को संतोषजनक चिकित्सा सेवाएं प्रदान नहीं कर सके। अतः उन्होंने परिचर्या चिकित्सा में देशजात व्यक्तियों को एक संगठित तरीके से प्रशिक्षण प्रदान करने की नीति अपनानी आरम्भ कर दी।

इसके परिणामस्वरुप, 19वीं सदी में तथा और ठीक ठाक ढंग से 1822 में संगठित चिकित्सा प्रशिक्षण आरम्भ हुआ, ईस्ट इण्डिया कम्पनी ने कलकत्ता में एक चिकित्सा ि वद्यालय की स्थापना की तथा 1835 में उसे चिकित्सा महाविद्यालय बना दिया जिसके पश्चात मद्रास में एक महाविद्यालय खोला गया। आरम्भ में आधुनिक पद्धति तथा आयुर्वेदिक पद्धति, दोनों की शिक्षा दी जाती थी। बाद में, जब विश्वविद्यालय आरम्भ किए गए तो कुछ चिकित्सा विद्यालयों का अधिग्रहण कर लिया महाविद्यालयों में रुपांतरित कर दिया गया। 19 वीं सदी के अंत में, अध्यापन के निम्नतर स्तरों (अर्थात एलएमपी इत्यादि) वाले अनेक चिकित्सा विद्यालयों के अतिरिक्त भारत में चार चिकित्सा महाविद्यालय थे।

19वीं सदी के अंत तक, अस्पताल प्रणाली की ओर समुदाय की प्रवृत्ति में परिवर्तन आना शुरु हो गया। उन्होंने यह महसूस करना आरम्भ किया कि अस्पताल रोग तथा जीवन की अंतिम अवस्थाओं के लिए आशंकित नहीं है तथा इसलिए यहां चिरकालिक रोगियों या रोग की अंतिम अवस्था वाले रोगियों को छोड़ा जा सकता है। इसके परिणामस्वरुप, अस्पतालों को महत्व दिया जाने लगा तथा कार्य की प्रमात्रा में वृद्धि हुई और सम्पूर्ण चित्र (अर्थात संरचना, प्रशासन, कार्यकर्ता इत्यादि) में अत्यधिक परिवर्तन आया।

20वीं सदी के आरम्भिक वर्षों में अस्पतालों के प्रशासन को 'स्थानीय प्रशासन की लोक सहायता शक्तियां' से 'स्वास्थ्य समितियों' को अंतरित करके उनके निष्पादन पर लगे बट्टे तथा खराब छवि को दूर करने के लिए और प्रयास किए गए और इन अस्पतालों का नाम बाद के 'लोक स्वास्थ्य अस्पताल' रखा गया। मूलतः सैन्य कार्मिकों का उपचार करने के लिए आरम्भ किए गए अनेक अस्पताल तथा औषधालय सिविलियन जनता के उपचार क लिए सिविल प्राधिकारियों को सौंप दिए गए। स्थानीय सरकारों को ताल्लुक एवं जिला स्तर पर अस्पताल आरम्भ करने के लिए कहा गया तथा धीरे धीरे उनका अधिग्रहण राज्यों का प्र ांतीय सरकारों द्वारा कर लिया गया तथा उनका प्रचालन ताल्लुक एवं जिला अस्पतालों के रुप में किया गया। प्रांतीय मुख्यालयों में इनमें से अनेक जिला अस्पतालों का संचालन भारतीय चिकित्सा सेवा के सदस्यों द्वारा किया जाता था। प्रांतीय मुख्यालयों में कुछ अस्पतालों को अध्यापन अस्पतालों में रुपांतरित कर दिया गया तथा चिकित्सा महाविद्यालयों के साथ संबंध किया गया।

विश्वयुद्ध I तथा II के बीच, इस विषय पर अनेक जांचायोगों के संविधान द्वारा अस्पताल सेवाओं के पुनर्गठन पर काफी विचार किया गया।

इसके अतिरिक्त, युद्धों के पश्चात, सिविलियन अस्पतालों के रोगियों का जीवन कार्यकारी क्षमता तक बहाल करने के साधन के रुप में 'पुनर्वास' या 'स्वस्थता' की विधियां अपनाने के लिए प्रोत्साहित किया गया। इस प्रकार, इन केन्द्रों ने वस्तुतः तथा निःस्संदेश बहुमूल्य कार्य किया जो न केवल शल्यचिकित्सा की स्थिति में महत्वपूर्ण था बल्कि व्यापक चिकित्सीय स्थितियों में भी महत्वपूर्ण था

जांच बिन्दु

1. प्राचीन भारत में पहले अस्पताल की स्थापना कब हुई?
2. किस काल में भारत में चिकित्सा का 'आधुनिक' या एलोपैथिक पद्धति की शुरुआत हुई?
3. संक्षेप में वर्णन करें कि भारत में आधुनिक अस्पतालों का विकास किस प्रकार हुआ?

1.3.2 अस्पताल की परिभाषा

साहित्य तथा शब्दकोषों में अस्पताल की अनेक परिभाषाएं उपलब्ध हैं किन्तु आधुनिक अस्पताल तथा इसकी बहुविध सेवाओं को परिभाषित करने के लिए एक भी परिभाषा समुचित नहीं है। यहां तक कि डब्ल्यू एच ओ के पास भी कोई समुचित परिभाषा उपलब्ध नहीं है। डब्ल्यू एच ओ विशेषज्ञ ने अस्पताल को इस प्रकार परिभाषित किया है 'सामाजिक तथा चिकित्सीय संगठन का एकीकृत भाग जिसका कार्य जनता के लिए सम्पूर्ण स्वास्थ्य देखभाल, उपचारात्मक तथा निवारक दोनों की व्यवस्था करना है, जिसकी बहिरंग रोगी सेवाओं की पहुँच परिवार तथा इसके घरेलू माहौल तक हो; तथा अस्पताल स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण तथा जैव सामाजिक अनुसंधान का एक केन्द्र भी है।

इस डब्ल्यू एच ओ परिभाषा के अतिरिक्त, भारत में अस्पतालों की निर्देशिका, 1988' में एक सरल तथा संक्षिप्त परिभाषा दी गई है 'अस्पताल एक ऐसी संस्था है जिसका प्रचालन अंतरंग रोगियों के चिकित्सीय, शल्यचिकित्सीय तथा/अथवा प्रासविक देखभाल के लिए किया जाता है तथा/ अथवा प्रासविक देखभाल के लिए किया जाता है तथा जिसे केन्द्रीय/राज्य सरकार/ स्थानीय निकायों द्वारा अस्पताल के रुप में माना जाता है अथवा जो समुचित प्राधिकारी से लाइसेंस प्राप्त है।'

1.3.3 अस्पतालों के कार्य

अस्पतालों के मुख्य कार्य हैं

क) स्वास्थ्य पुनः बहाली या उपचारात्मक कार्यः इसमें निदान, उपचार, पुनर्वास करना तथा आपातकालीन चिकित्सा देखभाल की व्यवस्था करना है।

(ख) रोगों का निवारण तथा स्वास्थ्य संवर्धनः

एमसीएच तथा परिवार कल्याण का पर्चवेक्षण जिसमें प्रतिरक्षण, विभिन्न संक्रामक तथा असंक्रामक रोगों का नियंत्रण, स्वास्थ्य शिक्षा।

(ग) निगरानी केन्द्र - संक्रामक तथा असंक्रामक, दोनों प्रकार के रोगों के लिए निगरानी केन्द्र-1 साथ की अस्पताल उस क्षेत्र या समुदाय, जिसे यह अपनी सेवाऐं प्रदान कर रहा है, के लिए सर्वाधिक विश्वसनीय मृत्यु दर तथा अस्वस्थता दर सृजित कर सकता है।

घ) शिक्षा एवं अनुसंधानः स्नातक तथा स्नातकोत्तर डाक्टरों, नर्सों तथा अन्य अर्धचिकित्सकीय कर्मचारियों के लिए विभिन्न प्रकार का सन्निवेशन तथा सेवाकालीन प्र ाशिक्षण तथा बुनियादी शिक्षा।

ड.) व्यावसायिक समर्थनः चिकित्सा व्यवसायियों को निर्धारित लागत पर बौद्धिक तथा व्यावसायिक सहायता प्रदान करना आवश्यक है।

च) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमः प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम का भाग बनने के लिए प्रत्येक अस्पताल को कोई कार्य अधिगृहीत करना आवश्यक है यथाः-

i. पीएचसी को सहायता प्रदान करना

ii. सामुदायिक स्वास्थ्य विकास कार्य का संवर्धन करना

iii. पीएचसी में लगे कार्यकर्ताओं को बुनियादी तथा अनवरत शिक्षा देना

iv. पीएचसी संबंधी अनुसंधान (विभिन्न सामाजिक सांस्कृतिक अवरोधों को किस प्रकार दूर किया जाए)।

अस्पताल द्वारा स्वास्थ्य को एक मूल्यवान माना जाना चाहिए तथा इसे रोग निवारण, उपयुक्त प्रौद्योगिकी के उपयोग, समुदाय अंतग्रस्तता तथा बहुक्षेत्रक दृष्टिकाण पर संकेन्द्रण करना चाहिए। अस्पताल द्वारा निश्चेष्ट निगरानी के माध्यम से एकत्रित सूचना के बेहतर ि वनियम से समन्वय का सुदृढ़ीकरण एक महत्वपूर्ण पहलू है। क्षेत्र से अस्पताल को तथा अस्पताल से क्षेत्र के संबंध में संदर्भित के संबंध में सूचना प्राप्ति का अत्यधिक महत्व है। साथ ही, ज्ञानपदिक रोग विज्ञानी उपाय करने तथा समुदाय को अनेक गम्भीर रोगों से बचाने के लिए भी यह महत्वपूर्ण है।

1.3.4 अस्पताल का वर्गीकरण

रोगियों की देखभाल के कार्यों की प्रक्रिया के परिणामस्वरुप आम अस्पतालों का ि वकास हुआ जिनकें सभी प्रकार के रोगों का उपचार किया जाता था। किन्तु जैसे जैसे ि वज्ञान ने प्रगति की तथा विशेषज्ञता का विकास हुआ, अस्पताल विशेष विभागों में विभाजित हो गए। ये सतत् बने रहे जिससे आज अधिकांश (1) विकासित आम अस्पताल ऐसी संस्थाएं हैं जिनमें अनेक अधीनस्थ विशेषज्ञ विभाग/ संगठन हैं। अन्य मामलों में इन विभागों को विशेष अस्पतालों में विलय हो जाना परामर्शनीय पाया गया है जिनमें से प्रत्येक अस्पताल अपनी विशिष्टता द्वारा निर्दिष्ट रोगियों के वर्ग तक अपनी सेवाओं को सीमित करता है।

अस्पतालों से अनेक प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता है। उन्हें अपने उद्देश्यों के अनुरुप था उपचार किए जाने वाले रोगियों की किस्म के अनुसार अथवा स्वामित्व तथा नियंत्रण के आधार पर वर्गीकृत किया जा सकता है। आधुनिक अस्पतालों के वर्गीकरण के लिए सामान्यतः स्वीकृत विभिन्न मानदण्ड़ निम्न प्रकार हैः

स्वामित्व तथा नियंत्रण के अनुसार

सामान्यतः अस्पतालों का वर्गीकरण स्वामित्व तथा नियंत्रण के आधार पर किया जाता है। इसके अनुसार वर्गीकृत अस्पताल आकृति-I में दर्शाए गए हैं इस प्रकार के कुछ अस्पतालों पर नीचे चर्चा की गई हैः

क. सरकारी अस्पतालः सरकारी अस्पताल गैर वाणिज्यिक तर्ज पर केन्द्र सरकार, राज्य सरकारों, स्थानीय निकायों इत्यादि द्वारा चलाए जाने वाले अस्पताल हैं। ये अस्पताल आम अस्पताल हो सकते हैं अथवा विशिष्ट अस्पताल हो सकते हैं अथवा दोनों हो सकते हैं। आम अस्पताल वे हैं जो सामान्य बीमारियों के लिए उपचार की व्यवस्था करते हैं जबकि विशिष्ट अस्पताल विशिष्ट बीमारियों यथा संक्रमक रोगों, कैंसर, नेत्र रोगों, मनोविज्ञानी बीमारियों इत्यादि के लिए उपचार की व्यवस्था करते हैं। आम अस्पताल संक्रमक रोगों से ग्रस्त रोगियों का निदान कर सकते हैं, किन्तु उन्हें अस्पताल में दाखिल होने के लिए संक्रामक रोग अस्पतालों को भेज देते हैं क्योंकि आम अस्पताल संक्रमक रोगग्रस्त रोगियों का इलाज करने के लिए लाइसेंस प्राप्त नहीं हैं।

ख. स्वैच्छिक अस्पतालः स्वैच्छिक अस्पताल वे हैं जिनकी स्थापना तथा निगमन सोसायटी पंजीकरण अधिनियम, 1860 अथवा लोक न्यास अधिनियम, 1882 या केन्द्र अथ वा राज्य सरकारों के किन्हीं अन्य समुचित अधिनियमों के तहत किया गया है। इनका संचालन गैर वाणिज्यिक आधार पर सरकारी या निजी निधियों से किया जाता है। स्वैच्छिक अस्पताल के लाभ का कोई हिस्सा किसी सदस्य, न्यासी या किसी अन्य व्यक्ति को नहीं दिया जाता। इसी प्रकार कोई सदस्य, न्यासी या कोई अन्य व्यक्ति पंजीकृत सोसायटी के भंग होने पर किसी कारपोरेट परिसम्पत्ति के वितरण में हिस्सों का हकदार नहीं है। एक न्यासी बोर्ड, जिसमें सामान्यतः समुदाय के प्रतिष्ठित सदस्य तथा सरकार के सेवानिवृत वरिष्ठ पदाधिकारी होते हैं, ऐसे अस्पतालों का प्रबंधन करते है। बोर्ड एक प्रशासक तथा एक चिकित्सा निदेशक को ऐसे स्वैच्छिक अस्पतालों के संचालन के लिए नियुक्त करता है। ये अस्पताल रोगी की देखभाल पर उस राशि से अधिक व्यय करते हैं जो उन्हें रोगियों से प्राप्त होती है। कुछ समय से स्वैच्छिक अस्पतालों में यह प्रवृत्ति हो गई है कि वे अमीर रोगियों से युक्तिसंगत अधिक फीस चार्ज करते हैं तथा गरीब रोगियों से बहुत कम प्रभार लेते हैं। जो कुछ भी वे प्राइवेट वार्डों के अमीर लोगों से अर्जित करते हैं, उसे साधारण वार्डों के रोगियों पर खर्च कर देते हैं। तथापि, उनके राजस्व का मुख्य स्रोत सरकारी तथा निजी दान तथा केन्द्र सरकार, राज्य सरकारों तथा राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय लोकोपकारी संगठनों से प्राप्त सहायतानुदान है। इस प्रकार स्वैच्छिक अस्पताल न लाभ न हानि आधार पर प्रचालन करते हैं।

ग. प्राइवेट नर्सिंग होमः प्राइवेट नर्सिंग होम का मालिक सामान्यतः कोई वैयक्तिक डाक्टर या डाक्टर्स का समूह होता है। वे अशक्तता, वृद्धावस्था, बीमारी, चोट, चिरकालिक

अक्षमता इत्यादि से ग्रस्त अथवा स्वास्थ्य लाभ प्राप्त कर रहे रोगियों का स्वीकार करते हैं। वे संक्रामक रोगो से ग्रस्त, व्यसनी (नशेड़ी) अथवा मानसिक रोग से ग्रस्त रोगियों की दाखिल नहीं करता। किन्तु नर्सिग होमों के लिए कोई एकसमान परिभाषा नहीं है। इसका प्रयोग अंतरंग बाह्य देखभाल सुविधाओं के लिए किया जा सकता है जो अस्पताल में पाई जाने वाली सेवाओं के समान सेवाओं की श्रृंखला उपलब्ध करते हैं। ये नर्सिग होम वाणिज्यिक आधार पर प्रचालन करते हैं। किन्तु सरकारी तथा स्वैच्छिक अस्पतालों की कमी के कारण ये नर्सिग होम अधिकाधिक प्रचलित होने जा रहे हैं। दूसरे, अमीर रोगी सरकारी अस्पतालों में उपचार नहीं कराना चाहते हैं क्योंकि उनमें रोगियों की लम्बी कतारें होती हैं तथा चिकित्सकीय एवं परिचर्या स्टाफ की कमी होती है जिसके कारण चिकित्सा एवं परिचर्या देखभाल का अभाव होता है। निस्संदेह, आम नागरिक सामान्यतः वही चिकित्सकीय उपचार करवा सकता है।

घ. कार्पोरेट अस्पतालः नवीनतम संकल्पना कार्पोरेट अस्पतालों की है जो कंपनी अधिनियम के अंतर्गत निर्मित सरकारी लिमिटेड कंपनियां हैं। उनका प्रचालन सामान्यतः वाणिज्यिक तर्ज पर किया जाता है। वे आम या विशिष्ट या दोनों हो सकते हैं।

अस्पतालों का और आगे वर्गीकरण करने का दूसरा मानदण्ड निम्न प्रकार हैः

चिकित्सा पद्धति के अनुसार

मोटे तौर पर अस्पतालों को उनमें प्रयुक्त की जा रही चिकित्सा पद्धति के अनुसार भी वर्गीकृत किया जा सकता है। अतः अस्पतालों का नाम, 'एलोपैथिक' 'होम्योपैथिक', 'आयुर्वैदिक', 'प्राकृतिक चिकित्सा', यूनानी तथा 'सिद्ध' के रुप में रखा जाता है।

बिस्तर क्षमता के अनुसार

विवेकाधीन अस्पतालों को उस अस्पताल में उपलब्ध बिस्तरों की संख्या के आधार पर बड़े, मध्यम तथा लघु के रुप में वर्गीकृत किया जा सकता है। मोटे तौर पर, 500 बिस्तर से अधिक वाला अस्पताल बड़ा अस्पताल होता है, 200 से 500 के बीच के बिस्तर क्षमता वाला अस्पताल मध्यम अस्पताल होता है तथा 200 से कम बिस्तर वाला अस्पताल छोटा अस्पताल होता है।

नैदानिक आधार पर

वर्गीकरण का एक अन्य आधार अस्पतालों का नैदानिक वर्गीकरण है। कुछ अस्पतालों को 'साधारण अस्पताल'' कहा जाता है जबकि अन्य उसमें संव्यवहृत विशिष्टता के अनुसार 'विशेषज्ञ अस्पताल' होते हैं। साधारण अस्पताल में, रोगियों की सभी प्रकार की बीमारियो का उपचार किया जाता है किन्तु किसी विशिष्ट (विशेषज्ञ) अस्पताल मे रोगियों का केवल उन रोगों के लिए उपचार किया जाता है जिसके लिए वह अस्पताल स्थापित किय गया है जैसे हृदय रोग, कैंसर अस्पताल, नेत्र अस्पताल, प्रसूति अस्पताल, जठर रोग, तंत्रिका रोग, मनचिकित्सा इत्यादि।

रोगियों के रुकने की अवधि के अनुसार

अस्पतालों में रोगियों के रुकने की अवधि के अनुसार भी वर्गीकृत किया जा सकता है, रोगी जठर रोग, बुखार इत्यादि जैसे रोगों के उपचार के लए अस्पताल में अल्पावधि के लिए रुकेगा अथवा तपेदिक, कैंसर, सिजोकर्नियां इत्यादि जैसे रोगों के उपचार के लिए लम्बे समय तक रुकेगा। अतः अस्पताल रोग तथा प्रदत्त उपचार के आधार पर अल्पावधि अथवा दीर्घावधिक (अब इन्हें क्रमशः न्यून तथा चिकालिक देखभाल अस्पताल कहा जाता है। की श्रेणी के अंतर्गत आएगा।

भारत सरकार के अनुसार वर्गीकरण

भारत में अस्पतालों की निर्देशिका, 1988 में विभिन्न प्रकार के अस्पतालों तथा प्र ाबंधन की किस्मों को सूचीबद्ध किया गया है1

1.3.5 अस्पताल के प्रकार

क. साधारण अस्पतालः सभी प्रतिष्ठित जिनमें स्थायी रुप से कम से कम दो या अधिक चिकित्साधिकारी नियोजित रहते हैं। ये अंतरंग रोगी आवास की पेशकश कर सकते हैं तथा चिकित्सा विद्या की एक से अधिक श्रेणी के लिए सक्रिय चिकित्सा एवं परिचर्या देखभाल उपलब्ध कराते हैं, (उदाहरणार्थ सामान्य चिकित्सा, सामान्य शल्य क्रिया, प्रासविकी, बाल चिकित्सा इत्यादि)

ख. **ग्रामीण अस्पताल** - ग्रामीण क्षेत्रों (भारत के महा पंजीयक द्वारा वर्गीकृत) मे अ वस्थित अस्पताल जिनमें स्थायी रुप से कम से कम एक या अधिक चिकित्सक नियोजित होते हैं, जो अंतरंग रोगी आवास की पेशकश करते हैं तथा चिकित्सा विद्या की एक ऐ अधिक श्रेणी के लिए चिकित्सा एवं परिचर्या देखभाल उपलब्ध कराते हैं (उदाहरणार्थ सामान्य चिकित्सा, सामान्य शल्यक्रिया, प्रासविकी, तथा बाल चिकित्सा)।

ग. **विशिष्ट अस्पताल** - केवल एक विद्या या एक ही पद्धति के विशिष्ट रोग/ संक्रमण के लिए चिकित्सा एवं परिचर्या देखभाल उपलब्ध कराने वाला अस्पताल (उदाहरणार्थः तपेदिक, नाक, कान, गला, नेत्र, कुष्ठ, अस्थि रोग, बाल चिकित्सा, हृदय रोग, मानसिक रोग, कैंसर, संक्रामक रोग, रतिरोग, प्रासविक इत्यादि)। किसी साधारण अस्पताल के साथ प्र ाशासनिक रुप से संबद्ध तथा कई बार किसी एनेक्सी या पृथक वार्ड में अवस्थित विशेषज्ञ ि वभागों को अलग कर दिया जाना चाहिए तथा उनके बिस्तर विशेषज्ञ अस्पतालों की इस श्रेणी के अंतर्गत नहीं माने जाने चाहिए।

घ. **अध्यापन अस्पताल** - ऐसा अस्पताल जिसके साथ चिकित्सा/दंत विज्ञान संबंधी शिक्षा के लिए कोई महाविद्यालय संबद्ध है।

ड. **प्रथक्करण अस्पताल** - यह अस्पताल संक्रामक रोगों से ग्रस्त व्यक्तियों की देखभाल के लिए है जिनमें रोगियों को अलग रखा जाना अपेक्षित है।

1.3.6 प्रबंधन के प्रकार

क. **केन्द्र सरकार/भारत सरकार-** भारत सरकार द्वारा प्रशासित सभी अस्पताल अर्थात रेलवे मिलिट्री/रक्षा, खानों / ईएसआई/ डाक एवं तार अथवा केन्द्र सरकार के सरकारी क्षेत्र के उपक्रमों द्वारा संचालित अस्पताल।

ख. **राज्य सरकार** - राज्य/संघ शासित प्रदेश की सरकार के प्राधिकरणों तथा पुलिस, जेल, नहर विभागों तथा अन्य द्वारा प्रचलित सरकारी क्षेत्र के उपक्रमों द्वार प्रशासित सभी अस्पताल।

ग. **स्थानीय निकाय** - स्थानीय निकायों द्वारा प्रशासित सभी अस्पताल अर्थात नगर निगम, नगरपालिका, जिला परिषद् तथा पंचायत।

घ. निजी - किसी व्यक्ति या किसी निजी संगठन के स्वाभित्वाधीन सभी निजी अस्पताल।

ड. स्वायत्तशासी निकाय - संसद/राज्य विधान के किसी विशेष अधिनियम के तहत स्थापित सभी अस्पताल तथा जिनका वित्त पोषण केन्द्र/ राज्य सरकार/ संघ शासित प्रदेश सरकार द्वारा किया जाता है उदाहरणार्थ एम्स (नई दिल्ली) तथा पीजीआई, चण्डीगढ़ इत्यादि।

च. स्वैच्छिक संगठन - केन्द्रीय/राज्य सरकार के कानूनों के अंतर्गत समुचित प्राधिकरण द्वारा पंजीकृत या मान्यताप्राप्त स्वैच्छिक निकाय/ न्यास/ धर्मार्थ समिति द्वारा प्रचालित सभी अस्पताल। इसमें मिशनरी निकायों तथा सहकारिताओं द्वारा संचालित अस्पताल शामिल हैं।

जाँच बिन्दू

1. वे विभिन्न किस्में क्या हैं जिनके आधार अस्पतालों का वर्गीकरण किया जा सकता है?
2. भारत सरकार के अनुसार वर्गीकरण की व्याख्या करें?
3. अस्पताल की परिभाषा बताएं।
4. समकालीन अस्पतालों के उद्देश्य तथा भूमिका क्या है?
5. आधुनिक अस्पतालों के मुख्य कार्यों का वर्णन करें।
6. अस्पताल प्रबंधन मे आम समस्याओं पर चर्चा करें।

1.3.7 अस्पताल संघटन

अस्पताल संगठन अद्धितीय है क्योंकि इसमे विभिन्न जटिलताएं होती हैं, अस्पताल के भीतर ही समाज के सभी वर्गों की वर्धनात्मक रुचि से ये जटिलताओं परिवर्तित होती रही हैं। आधुनिक अस्पताल की जटिलता के लिए अनेक कारक उत्तरदायी हैं।

1. विभिन्न कार्मिकों तथा उप-प्रणालियों के लिए लक्ष्यों तथा उद्देशयों में व्यापक विविधता है।
2. कार्मिकों की विविधता अत्यधिक योग्यता प्राप्त तथा कुशल चिकित्सकों से लेकर अकुशल तथा अशिक्षित कर्मचारियों के बीच विद्यमान है। उन्हें एक दल के रुप में कार्य करने में समर्थ बनाना एक चुनौती है।

3. अस्पताल प्रचालन के अनेक क्षेत्रों में दोहरा प्राधिकार विद्यमान है। प्रशासक अनेक प्रकार की व्यापक प्रबंधन समस्याओं का समाधान करने के लिए उत्तरदायी है तथा चिकित्सक रोगी की देखभाल शिक्षा तथा अनुसंधान के लिए उत्तरदायी है। उक्सर, ये सुस्पष्ट रुप से मित्र लगने वाले क्रियाकलाप क्षेत्र परस्पर व्यापी हो जाते हैं तथा वस्तुतः कुछ कर्मचारियों की जवाबदेही दो या अधिक व्यक्तियों के प्रति हो जाती है।
4. मृत्यु तथा जीवन की समस्यायें अस्पतालों के प्रशासन तथा कार्यकरण पर अत्यंत दबाव डालती हैं।
5. अस्पताल में प्रदत्त रोगी देखभाल में सुस्पष्ट सीमा के संबंध में टालमटोल होता रहा है।
6. कई स्थितियों में साधारण प्रबंधन सिद्वान्त यथा आदेश की एकता, उद्देश्यों की एकता को लागू करना कठिन हो जाता है।

अस्पतालों की विशेष महत्ता के साथ मिलकर ये सभी कारक अधिकारी वर्ग अधिकारी एवं स्टॉक अथवा कार्यात्मक संगठनों जैसे किसी एक पारम्परिक संगठन संरचना में इसे समाहित करना कठिन बना देते हैं। अस्पताल कार्यकर्ता विभिन्न स्तरों पर दोहरे नियंत्रण का परिहार नहीं कर सकते तथा अस्पतालों के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए उर्ध्वा तथा क्षैतिज नियंत्रण आवश्यक है।

1.3.8 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में अस्पताल की भूमिका

अस्पताल में प्रदान की जा रही प्रमुख सेवाओं को निम्न प्रकार समूहबद्ध किया जा सकता है।

क. रोगी देखभाल सेवाएं

1. चिकित्सा, शल्य चिकित्सा, बाल चिकित्सा, विकलांग चिकित्सा, स्त्री रोग तथा प्रासविकी, चर्म एवं रति रोग, नेत्र रोग चिकित्सा, नाक कान एवं गला चिकित्सा, दंत चिकित्सा इत्यादि के क्षेत्र में बहिरंग रोगी सेवाएं

2. अंतरंग रोगी सेवाऐं (वार्ड)
   - वार्ड (साधारण तथा विशिष्ट)
   - गहन देखभाल यूनिट
   - आपरेशन थियेटर
   - प्रसवकक्ष

3. दुर्घटना आपात कालीन सेवाएं

ख. पुनर्वास सेवाएं
   1. भौतिक चिकित्सा
   2. व्यावसायिक चिकित्सा
   3. वाणी चिकित्सा

ग. नैदानिक सेवाएं
   1. रेडियोलॉजी
   2. ईसीजी
   3. प्रयोगशाला
   - विकृति विज्ञान
   - जीवाणु विज्ञान
   - जैव रसायन
   - रक्त बैंक
   - रुधिर बैंक

घ. अनसमर्थक सेवाएं
   1. चिकित्सा अभिलेख विभाग
   2. फार्मेसी
   3. पाकशाला (रसोईघर)
   4. केन्द्रीय निर्जीवाणुक आपूर्ति विभाग
   5. लांड्री
   6. हाउसकीपिंग/अपशिष्ट निपटान
   7. कार्यशाला

ड. परिवहन सेवाऐं
   1. आंतरिक
   2. बाह्य

च. इंजीनियरी एवं अनुरक्षण सेवाएं
   1. भवन
   2. उपकरण तथा उपस्कर
   3. वैद्युत तथा इलैक्ट्रानिक्स

4. अभियांत्रिक
5. वातानुकूलन
6. उद्यानकृषि
7. अग्नि संरक्षण
8. सुरक्षा

छ. संचार सेवाएं
1. दूरभाष
2. जन संबोधन प्रणाली
3. संदेशवाहक

ज. जनसंपर्क सेवाएं
1. सूचना तथा स्वागत
2. स्वास्थ्य शिक्षा

झ. सामाजिक सेवाएं
1. रोगी की सहायता
2. परिवार की सहायता
3. धर्मशाला

ड. कार्मिकों का प्रशिक्षण
1. चिकित्सा का प्रशिक्षण
2. नर्सिग स्कूल
3. अर्ध चिकित्सीय सेवाएं
4. पुनरो-मुखी कार्यक्रम तथा कार्यशालाएं

ट. दफन संबंधी सेवाएं

ठ. प्रशासनिक सेवाएं
1. सामान्य प्रबंधन
2. सामग्री प्रबंधन
3. वित्तीय प्रबंधन
4. कार्मिक प्रबंधन

अस्पताल तथा समुदाय

समुदाय स्वास्थ्य के रुप में अस्पताल की भूमिका रोगी की देखभाल करना तथा स्टॉक को बनाए रखना है जो ऐसी देखभाल करते समय न केवल यथसंभव सीखेंगे बल्कि

सीखते समय दूसरों को भी सिखायेंगे। अधिक तथा बेहतर सेवा प्रदान करने के उद्देश्य से अस्पताल ज्ञान का संचय तथा प्रसार करते हुए निरंतर सेवा प्रदान करता है। यह अनुसंधान एवं शिक्षा का केन्द्र है। चिकित्सा मं आज का करिश्मा कुछ वर्षों बाद पुरातन हा सकता है। इलैक्ट्रानिक्स का तथा अन्य प्रौद्योगिकीय विकास हमें आगे बढ़ने के लिए प्रेरित करते हैं तथा अपने वियपत्रों पर रुकने के लिए नहीं।

अस्पताल की परिभाषा है कि 'यह समुदाय का एक एकीकृत भाग है' यह सुझाती है कि समुदाय के बाहर अस्पताल का कोई अर्थ नहीं है।

स्वास्थ्य देखभाल का परिदाय करने के लिए प्रमुख सामाजिक संस्था अस्पताल रोगी तथा समाज दोनों को पर्याप्त लाभागें की पेशकश करती है। व्यक्ति के दृष्टिकोण से, रोगी अथवा क्षतिग्रस्त व्यक्ति को केन्द्रीयकृत चिकित्सा तथा प्रौद्योगिकीतक पहुँच प्राप्त होती है जिससे वह कहीं अधिक परिपूर्ण तथा कुशल उपचार प्राप्त कर सकता है। समाज के दृ.ष्टिकोण में, अस्पताल में दाखिल कर देने से परिवार घर में रोगी की देखभाल करने के व्य वधानात्मक प्रभावों से बच जाता है तथा साथ ही रोगी तथा चोट लगे व्यक्तियों को पर्यवेक्षित संस्थाओं की ओर दिशानिर्देशित करने के एक साधन के रुप में प्रचालन करता है जहां उनकी समस्याएं समग्र समाज के लिए कम व्यवधानात्मक होगी।

1.3.9 विभिन्न अस्पताल सेवा यूनिट

अस्पताल समुदाय को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने में एक अत्यंत महत वपूर्ण तथा प्रमुख भूमिका निभा सकते हैं तथा निभानी चाहिए, यहां तक कि किसी अपलोच्य क्षेत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए एक अंग्रेजी भूमिका निभाने की सीमा तक। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की भूमिका को उस क्षेत्र में प्रचालनरत स्वास्थ्य प्रणाली को जानकर बेहतर समझा जा सकता है। यह निम्न कारकों पर आधारित है।

1. वह सीमा भली भांति चिन्हांकित है जहां तक अस्पताल द्वारा जनसंस्था की सेवा की जानी है।
2. क्षेत्र में उपलब्ध अन्य अस्पतालों की संख्या तथा आकार।
3. अस्पतालों के स्वामित्व की किस्म तथा उनके बीच अंतः क्रिया।
4. समुदाय स्वास्थ्य आवश्यकताओं तथा सेवाओं की व्यापकता के संदर्भ में अस्पताल से वाओं के विकास का स्तर।
5. संदर्भित व्यवस्थाओं की पर्याप्तता का स्तर।

देश में स्थिति ऐसी है कि अभी तक अन्य स्वास्थ्य देखभाल 34-प्रणालियां अस्पतालों से कमजोर हैं। कुछ सीमा तक यह स्थिति सभी स्वास्थ्य प्रणालियों में सार्वभौम है? अस्पताल बहुत अधिक प्रभावपूर्ण है, दूसरे अस्पतालों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एवं क्षेत्र में इसके कार्यकर्ताओं के बीच सम्पर्कों पर बहुत कम ध्यान दिया जाता है। संस्थाओं में समन्वयन तथा स्पष्ट रुप से परिभाषित सीमांकनों का अभाव है।

यह स्थिति और भी जटिल हो जाती है क्योंकि सरकारी क्षेत्रों में अधिकांश अस्पताल अत्यधिक वित्तीय तथा जनशक्ति समस्याओं का सामना कर रहे हैं, जबकि निजी क्षेत्रों के सामने यद्यपि कुल मिलाकर अधिक सीमा तक ऐसी कोई समस्यायें नहीं हैं, फिर भी वे प्र ाथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध नहीं हैं। अतः सरकारी अस्पतालों, जो प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के मुख्य प्रदायक हैं, के समक्ष प्रश्न यह ह कि वे किस प्रकार नई नई भूमिकाएं अधिग्रहण करें किन्तु लागत को नियंत्रित रखें, सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करें तथा अपने वर्तमान संकट मे लागत को नियंत्रित जीवक्षम बने रहें।

तथापि, विश्व के विभिन्न देशों के अनुभव उन संभावित भूमिकाओं के बारे में कतिपय जानकारियां प्रदान कर सकते हैं जो अस्पताल प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से सर्वस्व के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्यों के पूरा करने के लिए अपनाना चाहेंगे। अनुभवों ने दर्शाया है किः

1. अस्पतालों ने स्वास्थ्य शिक्षा तथा स्वास्थ्य संवर्धन में अपनी भूमिका निभाई है तथा उनका उदाहरण स्वास्थ्य प्रवर्तकों के लिए महत्वपूर्ण होगा।
2. समुदाय सहभागिता प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए बुनियादी है तथा यह अस्पतालों पर उतनी ही लागू होती है जितनी स्वास्थ्य प्रणाली के अन्य भागों पर। किन्तु समुदाय सहभागिता के प्रमुख मुद्दे हैं
    - क. विशिष्ट लक्ष्य प्राप्त करने की सहभागिता की किस्म
    - ख. समुदाय में किसे भाग लेना चाहिए
    - ग. सहभागिता की किस्म तथा विधि।

   इस के लिए अस्पताल में चिकित्सकीय व्यवसायियों की सोच में आमूल परिवर्तन तथा गैर-सरकारी एवं निजी स्वैच्छिक संगठनों में भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदायको के साथ सन्निकट अंतः क्रिया की आवश्यकता है।

3. अस्पताल कम से कम निम्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों की आयोजना, समन्वयन तथा यहां तक कि कार्यान्वयन में भी भूमिका अद कर सकते हैं

- क. जच्चा एवं बच्चा के जोखिमपूर्ण स्थिति में होने पर
- ख. शल्यक्रिया सहायता की आवश्यकता वाले कार्यक्रम
- ग. अस्पताल में दाखिल किए जाने वाले मामलों का पता लगाने के लिए एकल रोग देखभाल कार्यक्रम
- घ. अनुवर्ती कार्रवाही के दौरान पता लगाए गये मामलों को प्रेषणीय मामले बोझ
- ड. नैदानिक अनुसमर्थक (रैफरल लोड) सेवाएं
- च. विशेषज्ञ अनुसमर्थक सेवाएं
- छ. प्रतिरक्षण कार्यक्रमों के लिए प्रहरी केन्द्र
- ज. कई रोगों के लिए मूक निगरानी केन्द्र
- झ. औषध तथा अन्य उपकरणों के लिए संभार तंत्र (लाजिस्टिक) सहायता।

4. अभिदेशात्मक (रेफरल) प्रणाली को जिला स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के एकीकृत भाग के रुप में विकसित करने में, अभिदर्शन (रेफरल) एक क्रांतिक समस्या है। स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों के बीच रोगियों का संचलन उन पहलुओं में से एक है जो जनता को स र्वाधिक प्रभावित करते हैं। प्रणाली की प्रभावात्मकता अस्पताल प्रणाली में तथा प्रणाली के अन्य स्तरों में तथा उनके कार्यरत कार्मिकों में लोगों के विश्वास पर निर्भर करती है।

5. स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों को प्रौद्योगिकीय समर्थन प्रदान करना।

6. समुदाय स्वास्थ्य समस्याओं के समझने तथा उनका पूर्विकता निर्धारण करने तथज्ञ माली स्वास्थ्य कैम्पों तथा अभिदर्शन (रैफरल) के लिए मामलों को छोडने के लिए पहँचवाया क्षेत्रों के विशेषज्ञ परामर्श सेवाओं का विस्तार करना।

एक संस्था के रुप में अस्पताल को एक समुदाय स्वास्थ्योन्मुखी संस्था के रुप में पुनः परिभाषित किए जाने में लाभ पहुँच सकता है जिसका अर्थ है कि यह न केवल एक रोगान्मुखी संस्था है बल्कि स्वास्थ्य निवारक तथज्ञ संवर्धन के साथ साथ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा इसके प्रबंधन के अधिक विकासात्मक पहलुओं के बारे में कुशलता तथा सापेक्ष महत्व ग्रहण करने के क्षेत्र में भी इसके दायित्व हैं।

1.3.10 अस्पतालों के समक्ष भविष्य में आने वाली चुनौतियां

सरकारी तथा निजी प्रणालियों की असमानांतर वृद्धि के मद्देनज़र अपेक्षित जनशक्ति को आकृष्ट करना तथा उन्हें रोके रखना कठिन हो गया है। बदलती प्रौद्योगिकियों तथा लोगों की प्रत्याशएं अस्तपाल कार्यकर्ताओं पर अत्यंत दबाव डाल रही है जिनके लिए वित्तीय बाधाओं के कारण अनुक्रिया कठिन हो गई है।

आगामी वर्षों में रोगी की सूचना आवश्यकताओं तथा संतोष की पूर्ति के लिए संसाधनों का इष्टतम उपयोग, सेवाओं की वांछित गुणवत्ता, लागत नियंत्रण तथा समुचित ि वपणन नीतियां आवश्यक हैं।

नवीनतम प्रजनन तकनीकें, एचआईवी/एड्स, अपशिष्ट प्रबंधन, कानूनी तथा नैतिक मुद्दे अस्पताल संचालन की मौजूदा चुनौतियों में वर्धन कर रहे हैं।

अस्पताल यूनियनों की बढ़ती हुई मांगों संबंधी कार्रवाही के लिए अस्पताल के भीतर समुचित औद्योगिक संबंधों तथा व्यवसायीकृत प्रबंधन की आवश्यकता है।

अस्पताल प्रशासकों को तैयारी करनी होगी तथा अपनी लागत प्रभावात्मकता तथा जीवक्षमता सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल प्रबंधन के प्रति एक हालिस्टिक दृष्टिकोण अपनाना होगा।

जांच बिन्दु

1. विभिन्न अस्पताल सेवाओं की व्याख्या करें।
2. यह बताएं कि अस्पताल प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका किए प्रकार अदा कर सकते हैं।
3. अस्पताल प्रशासकों के लिए भावी चुनौतियां क्या हैं।

1.4 स्वास्थ्य की अवधारणा (संकल्पना)

'स्वास्थ्य' की संकल्पना समय के साथ तथा भिन्न संस्कृतियों के साथ परिवर्तित होती रही है। आज स्वास्थ्य की व्यापक रुप में स्वीकृत परिभाषा विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा दी गई परिभाषा है जिसमें कहा गया हैः

''स्वास्थ्य सम्पूर्ण शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक सुस्वस्थता की स्थिति है तथा केवलमात्र रोग या दुर्बलता का न होना स्वास्थ्य नहीं है।''

हाल ही में स्वास्थ्य का एक चौथा आयाम जोड़ा गया है नामतः आत्मिक स्वास्थ्य। आज इन आदर्शों को अधिकाधिक व्यापक रुप से एक प्राप्य, यद्यपि सुदूर लक्ष्य के रुप में स्वीकृत किया जा रहा है। वर्तमान में स्वास्थ्य को केवल मात्र जीवित रहने के रुप में नहीं माना जाना चाहिए बल्कि इसे उत्साह तथा कुशलता से जीवित रहना तथा सुस्वास्था की भावना के संवर्धन के लिए संतुष्टि की प्राप्ति के रुप में लिया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य विभिन्न कारकों पर निर्भर है जो नीचे बताए गए हैं :

क. आनुवंशिक कारक
ख. व्यक्ति का शारीरिक (भौतिक), सामाजिक तथा मनोविज्ञानी माहौल।
ग. शिक्षा
घ. वैयक्तिक प्रयास तथा आयोजित जीवन शैली
ड. व्यक्ति द्वारा किए जाने वाले कार्य की प्रकृति
च. सामाजिक सुरक्षा
छ. व्यक्ति की सामाजिक आर्थिक प्रस्थिति
ज. संगठित जन स्वास्थ्य तथा चिकित्सा देखभाल सेवायें
झ. पोषण, आवास, वैयक्तिक स्वच्छता, स्वास्थ्य शिक्षा इत्यादि।

यद्यपि कुछ कथित कारक हमारे नियंत्रण से बाहर हैं, उचित तथा सुनियोजित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की व्यवस्था का समुदाय के व्यक्तियों की स्वास्थ्य प्रास्थिति में सुधार करने के लिए प्रयोग हेतु अन्य कारकों का निर्माण किया जा सकता है।

जाँच बिन्दु

1. स्वास्थ्य की परिभाषा बताएं
2. स्वास्थ्य तथा रोग को प्रभावित करने वाले विभिन्न कारकों का वर्णन करें।

1.4.1 भारत सरकार द्वारा नियुक्त स्वास्थ्य समितियां

स्वतंत्रता प्राप्ति के पश्चात, देश में तीव्र औद्योगिकीकरण हुआ, किन्तु साथ ही जनसंख्या में सतत् वृद्धि हुई जिसके कारण अनेक चिकित्सा तथा स्वास्थ्य समस्याएं उत्पन्न हुईं। स्वतंत्रता के समय भारत में 7400 अस्पताल तथा औषधालय थे। कुल 1,13,000 बिस्तर थे जिससे बिस्तर जनसंख्या अनुपात 0.2 प्रति हजार जनसंख्या था। 19 चिकित्सा महाविद्यालय तथा 19 चिकित्सा विद्यालय थे। यह भी महसूस किया गया कि जनसंख्या में तीव्र वृद्धि के कारण, जिसका श्रम, धन तथा सामग्री सभी रुपों में संसाधनों की सीमित उपलब्धता के साथ सामना कर पाना असमर्थ हो गया, गरीबी बढ़ती चली गई तथा भारत के लिए परिणामस्वरुप विभिन्न बृहत चिकित्सा तथा स्वास्थ्य समस्याएँ उत्पन्न होने लगीं। अंतः उन स्वास्थ्य समस्याओं का समाधान करने के लिए विशेष प्रयास किए गए तथा समय समय पर विभिन्न समितियों का गठन किया गया।

अनुवर्ती पृष्ठों में, इन समितियों की रिपोर्टों में विशिष्ट रुप से निहित स्वास्थ्य देखभाल, चिकित्सास देखभाल तथा अस्पताल प्रबंधन के बारे में विचारार्थ तथा सिफारिशों का संक्षिप्त वर्णन किया गया है।

भोर समिति

1943 में, भारत में स्वास्थ्य सेवाओं की एक एकीकृत प्रणाली का आंकलन करने के लिए सर जीवाफ भोर की अध्यक्षता में प्रचलित रुप से भोर समिति के नाम से जानी जाने वाली ष्स्वास्थ्य सर्वेक्षण तथा विकास समिति ष का गठन किया गया। इस समिति ने अपनी रिपोर्ट 1946 में प्रस्तुत की। यह रिपोर्ट आज तक चिकित्सा सेवाओं में इतिहास में एक उपलब्धि है तथा यह भारत में बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं के संगठन का आधार बनी। इसने स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य संगठनों की स्थिति का सम्पूर्ण सर्वेक्षण किया। समिति ने सूचित किया कि देश में 7441 अस्पताल तथा औषधालय थे जिनमें से 7.6 प्रतिशत का प्रबंधन निजी

संस्थाओं द्वारा किया जा रहा था। उस समय ब्रिटिश भारत में संख्या 47,524 थी जो यू.के. में 1;1000 तथा यू.एस.ए. में 1;750 की तुलना में 1;6300 का अनुपत है। समिति का ि वचार था कि देश में उपलब्ध चिकित्सा राहत सुविधाएँ प्रमात्रा तथा गुणात्मकता दोनों में अत्यंत अपर्याप्त थींद्य

उपचारात्मक तथा निवारक सेवाओं की एकीकृत प्रणाली पर आधारित भोर समिति की सिफारिशों ने अल्पावधिक तथा दीर्धावधिक सेवाओं का रुप प्रदान किया।

अल्पावधिक कार्यक्रम

2 से 5 वर्षों की अवधि को शामिल करने वाली अल्पावधिक योजना में प्राथमिक, सैकेन्डरी तथा जिला स्वास्थ्य यूनिटों की स्थापना द्वारा तथा माताओं एवं बच्चों, विद्यालयी बच्चों तथा औद्योगिक कामगारों के लिए विशेष स्वास्थ्य सेवा द्वारा प्रदान किए जाने वाले सयुक्त निवारक तथा उपचारात्मक स्वास्थ्य कार्य के लिए एक प्रांत व्यापी संगठन की स्थापना पर मुख्य बल दिया गया। ये यूनिट अधिक व्यापक रुप से प्रवृत्त रोगों तथा मलेरिया, तपेदिक, रतिरोगों, कुष्ठ तथा मानसिक रोगों का उपचार भी करेंगे। स्वास्थ्य सेवाओं में नगर तथा ग्राम आयोजना, उपयुक्त आवास व्यवस्था, परिवेश, स्वच्छ पेयजल आपूर्ति, बेरोजगारी उन्मूलन भी शामिल किया जाएगा तथा निवारक कार्य पर विशेष जोर दिया जाएगा।

विकास कार्यक्रम में सक्रिय सहयोग तथा समन सुनिश्चित करने के लिए प्रत्येक ग्राम में एक ग्राम स्वास्थ्स समिति का गठन।

30 बिस्तर वाले अस्पतालों की स्थापना पर जोर दिया जाएगा, प्रत्येक दो प्राथमिक स्वास्थ्य यूनिटों के लिए एक अस्पताल।

बिस्तर जनसंख्या अनुपात को 0.24 प्रति हजार से बढ़ाकर 10 वर्षों के अंत में 10.03 तथा अगले पन्द्रह वर्षों में 10.03 से 20 बिस्तर प्रति हजार जनसंख्या किया जाएगा।

सैकेन्डरी स्वास्थ्य केन्द्रों में अस्पतालों में दंत चिकितसा प्रभाग की स्थापना की जानी चाहिए। ग्रामीण क्षेत्रों मे सेवाओं के लिए भ्रमणशील दंत चिकित्सा यूनिटों की व्यवस्था भी की जानी चाहिए। बिरली जनसंख्या वाले क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य से वाओं को अनुपूरित करने के लिए चल औषधालयों की व्यवस्था की जानी चाहिए।

कुशल सेवा उपलब्ध कराने में, स्वास्थ्य संगठनों को समर्थ बनाने के उद्देश्य से ग्राम संचार का विकास किया जाना चाहिए।

दीर्धावधिक कार्यक्रम

यह सूदूर भविष्य (20 से 40 वर्ष) के लिए एक व्यापक ब्लूप्रिंट था। 10,000 20,000 की जनसंख्या वाले क्षेत्र की सेवा करने वाली प्राथमिक स्वास्थ्य इकाई सबसे छोटी परिकल्पित की गई थी। लगभग 10 से 15 यूनिट मिलकर एक सैकेंडरी यूनिट का संघटन करेंगे। लोक प्रतिनिधियों तथा जिला स्वास्थ्य पदाधिकारियों के साथ प्रत्येक जिले के लिए एक जिला स्वास्थ्य बोर्ड का निर्माण। 75 बिस्तर के अस्पतालों वाली प्राथमिक स्वास्थ्य इकाईयों, 650 बिस्तर के अस्पतालों वाली सैकेन्डरी इकाइयों तथा 2500 बिस्तर के जिला अस्पताल स्थापित करने का प्रस्ताव किया गया।

पहले दस वर्षों के पश्चात ध्यान के रखे जाने वाले उद्देश्य थेः

1. बिस्तर/जनसंख्या अनुपात को बढाकर दो बिस्तर प्रति हजार करना।
2. प्रथम 10 वर्षों के दौरान स्थापित किए जानेवाले 43 चिकित्सा महाविद्यालयों के अतिरिक्त 12 नए चिकित्सा महाविद्यालयों का सृजन करना।
3. नर्सों के लिए 100 प्रशिक्षण केन्द्र स्थापित करना।
4. 500 अस्पताल समाज सेवकों के प्रशिक्षित करना।

भोर समिति रिपोर्ट के प्रबंधन के पश्चात कुछ महत्वपूर्ण घटनाएँ घटित हुई, जैसे स्वतंत्रता प्राप्ति, संविधान को अपनाना राजसी राज्यों का शेष भारत के साथ विलय तथा योजना आयोग की स्थापना।

भारतीय संविधान के तहत, जन स्वास्थ्य, स्वच्छता, अस्पतालों तथा औषधालयों की व्यवस्था करने का दायित्व राज्य सरकारों का है, संघ सरकार की भूमिका केवल तभी होती है जब केन्द्रीय सहायता प्राप्त योजना तथा राष्ट्रीय कार्यक्रमों के तहत निधियों का आबंटन करना होता है।

अस्पताल तथा औषधालयों का विकास सम्पूर्ण भारत में एक समान नहीं रहा है। देश के कुछ भागों में, विशेषकर वहाँ जहाँ एक या अधिक चिकित्सा महाविधालय होने का

सौभाग्य प्राप्त है, प्रगत् पर्याप्त तीव्र रही है। अन्यों में, विशेषतः अपर्याप्त संचार तथा विरली जनसंख्या वाले भागों में चिकित्सा सेवाओं का विकास अत्यधिक पिछड़ गया है। वर्ष 1950 में योजना आयोग की स्थापना तथा भारत में आयोजनाबद्ध विकास की संकल्पना को स्वीकार करना इन समस्याओं का समाधान करने की ओर पहला कदम था।

मुडलियार समिति

स्वास्थ्य मंत्रालय में भारत सरकार ने डा.ए.लक्ष्मणस्वामी मुडलियार की अध्यक्षता में 12 जून 1959 को निम्न उद्देश्यों के लिए एक समिति का गठन किया:-

क. भोर समिति की रिपोर्ट के प्रस्तुतीकरण के चिकित्सा राहत तथा जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में मूल्यांकन (या मूल्यनिर्धारण) ।
ख. पहली तथा दूसरी पंचवर्षीय योजना स्वास्थ्य परियोजनाओं की समीक्षा
ग. देश में स्वास्थ्य विकास की भावी योजना के लिए सिफारिश पत्र तैयार करना।

इन पहलुओं संबंधी विस्तृत सिफारिशें 1961 में प्रस्तुत की गई। इसमें प्राथमिक स्वास्थ्य इकाइयों के कार्यक्रम के कार्यान्वयन के संबंध में भोर समिति की सिफारिशों के कड़े अनुपालन की सलाह दी गई। ताल्लुक अस्पतालों को नेमी चिकित्सीय, शल्यचिकित्सीय, प्रासनिकी तथा स्त्री रोग संबंधी आवश्यकताओं की जिम्मेदारी लेनी चाहिए तथा जिला अस्पताल चिकित्सा देखभाल तथा सभी विशेषज्ञ सेवाएं प्रदान करेंगे। क्षेत्र में अनेक जिला अस्पतालों को एक अध्यापन अस्पताल के साथ संबद्ध किया जाना चाहिए ताकि जाँच, निदान तथा सुपर विशेषज्ञ उपचार के संबंध में विशेषज्ञ सलाह तथा सहायता प्राप्त हो सके। प्रत्येक जिला एवं अध्यापन अस्पताल में रक्त बैंक सुविधाएँ उपलब्ध कराई जानी चाहिए। बहिरंग रोगी विभाग अंतरंग रोगी विभाग से पृथक होना चाहिए तथा उसका प्रवेश द्वार भी अलग होना चाहिए।

राज्य स्तरों पर, बच्चों, मातृत्व, कैंसर, कुष्ठ, क्षय रोग इत्यादि के लिए अस्पताल होने चाहिए। साथ ही 300 से 500 बिस्तरों वाला नेत्र चिकित्सा अस्पताल होना चाहिए तथा जिला स्तर पर एक पूर्णत सुविधाओं से सुसज्जित तथा उचित स्टॉक वाला दंत चिकित्सा क्लिनिक होना चाहिए।

समिति द्वारा की गई अन्य सिफारिशें थीं-

क.	ग्रामीण क्षेत्रों के लिए भ्रमणशील सेवा दल

ख.	वस्तुतः गरीब रोगियों के मामले को छोड़कर सभी अस्पताल सेवाओं के लिए श्रेणीबद्ध प्रभारों की प्रणाली।

ग.	जनसंख्या के और क्षेत्रों के शामिल करने के लिए कर्मचारी राज्य बीमा योजना तथा केन्द्रीय स्वास्थ्य योजना का विस्तार।

घ.	मलेरिया उन्मूलन, शीतला, हैजा, कुष्ठ रोग, क्षय रोग तथा फुलेरी के संबंध में राष्ट्रीय कार्यक्रमों की स्थापना।

ड.	केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद को और अधिक प्रभावात्मक बनाना।

च.	स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक को अपर सचिव की प्रास्थिति दी जानी चाहिए।

छ.	अस्पतालों में उपचार के लिए धन सम्पत्ति तथा राजनैतिक प्रभाव को वरीयता नहीं दी जानी चाहिए।

विद्यालय स्वास्थ्य समिति

1960 में श्रीमती रेणुका राय की अध्यक्षता में देश के विद्यमान विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम के सभी पहलुओं की जाँच करने के लिए एक समिति का गठन किया गया उदाहरणार्थ रोगों का निवारण, चिकित्सा देखभाल तथा अनुवर्ती सेवाएं, पोषण तथा स्वास्थ्य शिक्षा।

चड्डा समिति

अप्रैल 1963 में डा.एम.एस.चड्डा, तत्कालीन महानिदेशक, स्वास्थ्य सेवा की अध्यक्षता में एक विशेष समिति का गठन किया गया। समिति ने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों से जुड़ी आवश्यकताओं के ब्यौरे उनकी आयोजना, मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम के अनुरक्षण चरण की आवश्यकताओं तथा साथ ही अन्य स्वास्थ्य क्रियाकलापों के अनुसार अपेक्षित की प्र ाप्ति के पश्चात एन.एम.ई.पी.के पर्यवेक्षी तथा तकनीकी स्टॉक को नियोजित किए जाने के तरीके के ब्यौरे तैयार किए। समिति का मानना था कि रखरखाव सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं का दायित्व है, जिन्हें, विशेषकर ग्रामीण सेवाओं को पर्याप्त सशक्त किया जाना चाहिए। बहुप्र ायोजन आवासीय स्वास्थ्य सेवाओं का विकास सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए किया जाना चाहिए जिनमें मलेरिया, शीतला, अन्य संक्रामक रोगों का नियंत्रण, स्वास्थ्य शिक्षा इत्यादि शामिल है।

भारत के अस्पतालों संबंधी सरकारी समिति

सामान्य अस्पतालों पर आयोजित परियोजना रिपोर्टों संबंधी समिति, नई दिल्ली (1964) (सीओपीपी) ने विभिन्न अस्पताल सुविधाओं की आयोजना तथा प्रबंधन का अध्ययन किया तथा अवस्थिति, रुपरेखा क्षेत्र आबंटन, बिस्तर संख्या के अनुसार अपेक्षित आपरेशन थिएटरों की संख्या, बिस्तर संख्या के संदर्भ में पश्य सेवाओं के लिए क्षेत्र अनुसूचियों, सीएसएसडी में विभिन्न सुविधाओं के लिए फ्लोर क्षेत्रफल आवश्यकताओं शवगृह के लिए क्षेत्रफल विचारगाओं इत्यादि के संबंध में सिफारिशें की। समिति ने भिन्न बिस्तर संख्या वाले औषधालयों में बहिरंग रोगी विभाग, अंतरंग रोगी विभाग तथा सहायक (अनुषंगी) सेवाओं की आयोजना के संबंध में व्यापक रिपोर्ट दी है।

मुखर्जी समिति

केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद ने मद्रास में 31 दिसम्बर, 1965 को आयोजित अपनी बैठक में परिवार नियोजन कार्यक्रम तथा इसकी नीति की समीक्षा करने के लिए केन्द्रीय स्वास्थ्य सचिव श्री मुखर्जी की अध्यक्षता में एक समिति की नियुक्ति की। समिति ने प्राथमिक स्वास्थ्य इकायों से राज्य मुख्यालय तक विभिन्न स्तरों पर प्रशासनिक संगठन को सुदृढ़ करने की सिफारिश करने के साथ-साथ कुछ सीमा तक मलेरिया अनुरक्षण क्रियाकलापों को परिवार नियोजन कार्यक्रम से असंबद्ध करने की सिफारिश भी की ताकि परिवार नियोजन कार्यक्रम पर इसके कर्मचारियों द्वारा अविभाजित ध्यान दिया जा सके तथा इसका प्रचालन एक क्रैश जन कार्यक्रम के रुप में किया जा सके।

जैन समिति

अगस्त 1966 में, भारत सरकार ने चिकित्सा देखभाल सेवाओं की जाँच करने के लिए श्री अजीत प्रसाद जैन की अध्यक्षता में एक अध्ययन दल का गठन किया इसने निम्न अध्ययन किएः-

क. चिकित्सा देखभाल के मानकों में सुधार करने तथा अस्पताल सेवाओं के भावी ि वस्तार के लिए ठोस दिशानिर्देश विकसित करने के उद्देश्य से देश में अस्पतालों की विभिन्न श्रेणियों के कार्यकरण का अध्ययन।

ख. केन्द्रीय सरकार की स्वास्थ्य योजना की प्रगति तथा निष्पादन का मूल्यांकन करने के लिए इसके कार्यकरण की समीक्षा करना तथा सुधार करने एवं सरकारी दायित्व में कमी करने के लिए सुझाव देना।

समिति द्वारा की गई कुछ अनुशंसाएँ निम्न प्रकार हैं-

क. क्षेत्र की एक प्रतिशत जनसंख्या को सेवाएं प्रदान करने के लिए बहिरंग रोगी विभाग की आयोजन की जानी चाहिए।

ख. बहिरंग रोगी विभाग की आयोजना बनाते समय, ओपीडी में आने वाले रोगियों की कुल प्रत्याशित संख्या के कम से कम 10% के उपचार के लिए आपातकालीन मामलों के लिए व्यवस्था की जानी चाहिए।

ग. ओ.पी.डी. में प्रति उपस्थिति 10 पैसे तथा अस्पताल में रहने के लिए प्रति दिन 25 पैसे लिये जाने चाहिए तथा 200/- रुपये या अधिक की मासिक आय वाले रोगियों को पश्य प्रभार अदा करने चाहिए।

घ. विशेष अस्पतालों के वितरण में असमानता को हटाने के लिए, नए विशेष अस्पतालों की स्थापना तथा मौजूद संस्थाओं में अतिरिक्त बिस्तरों की व्यवस्था के मामले में पिछड़े राज्यों को वरीयता दी जानी चाहिए।

ड. अर्हकता प्राप्त स्वच्छता निरीक्षक, सफाई कर्मचारियों तथा मालियों से युक्त पूर्ण विकसित हाऊसकीपिंग प्रकोष्ठ की नियुक्ति की जानी चाहिए।

च. अस्पताल में लिनन की आपूर्ति का दायित्व मैट्रन अथवा सहायक मैट्रन स्तर के अधिकारी पर होना चाहिए।

छ. दूरस्थ क्षेत्रों में कार्य कर रहे डाक्टरों को उच्चतर ग्रामीण भत्ता दिया जाना चाहिए।

के.एन.राव समिति

के.एन.राव समिति का गठन दिल्ली अस्पतालों के कार्यकरण की समीक्षा करने के लिए 1967 में किया गया था। समिति द्वारा दी गई विभिन्न सिफारिशों में से महत्वपूर्ण सिफारिशें दुर्घटनाओं के केन्द्रीकृत पंजीकरण, एम्बुलैंसों की व्यवस्था, दुर्घठना तथा आपातकालीन सेवाओं के लिए प्रशिक्षित जनशक्ति तथा समुख्त समन्वय के माध्यम से आपातकालीन सेवाओं के पुनर्गठन से संबंधित थीं।

स्वास्थ्य सेवाओं के एकीकरण से संबंधित समिति

इसे सेवा दशाओं सहित विभिन्न समस्याओं की जाँच करने तथा केन्द्र सरकार को रिपोर्ट प्रस्तुत करने के लिए डा.एन.जंगलवाला की अध्यक्षता में 1967 में नियुक्त किया गया था।

समिति ने सेवा, संगठन तथा कार्मिकों में उच्चतम से निम्नतम स्तर तक एकीकरण की सिफारिश की। सिफारिश किए गए मुख्य कदम थेः-

- एकीकृत संवर्ग
- साझी वरिष्ठता
- अतिरिक्त योग्यताओं को मान्य करना
- समान कार्य के लिए समान वेतन
- विशेषीकृत कार्य के लिए विशेष वेतन
- कोई निजी व्यवसाय नहीं तथा अच्छी सेवा शर्तें (दशाएं)

करतार सिंह समिति

केन्द्रीय परिवार नियोजन परिषद की कार्यपालक समिति द्वारा दी गई सिफारिशों के अनुसरण में भारत सरकार ने निम्न का अध्ययन करने तथा सिफारिश करने के लिए अक्टूबर 1972 में एक समिति का गठन कियाः-

क. परिधीय तथा पर्यवेक्षी स्तरों पर एकीकृत सेवाओं के लिए संरचना,

ख.	क्षेत्र में बहुप्रयोजन/द्विप्रयोजन कार्यकत्ताओं को रखने की व्यवहार्यता
ग.	ऐसे कार्यकर्ताओं के लिए प्रशिक्षण आवश्यकताएँ
घ.	तहसील/तालुक स्तरों से प्रचालित एकीकृत चिकित्सीय, जन तथा परिवार नियोजन सेवाओं के लिए परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत स्थापित भ्रमणशील सेवा इकाइयां का उपयोग।

समिति, जिसे अधिक प्रचलित रुप से ष्बहुप्रयोजन कार्यकर्ता ष समिति के नाम से जाना जाता है, ने अपनी रिपोर्ट 1973 में प्रस्तुत की। इसकी कुछ प्रमुख सिफारिशें निम्न प्रकार हैं-

क.	ग्रामीण समुदायों को स्वास्थ्य परिवार नियोजन तथा पोषण सेवाओं के परिदाय के लिए बहुप्रयोजन कार्यकर्त्ता व्यवहार्य भी हैं तथा वांछनीय भी।

ख.	आरंभ में छः से सात हजार की जनसंख्या के लिए एक प्ररुप स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता (बहुप्रयोजन) उपलब्ध होना चाहिए।

ग.	दस से बारह हजार की जनसंख्या के लिए कम से कम एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता(ए.एन.एम) उपलब्ध होनी चाहिए।

घ.	उपकेन्द्र स्तर पर दो स्वास्थ्यकर्त्ताओं को सभी कार्यक्रमों में प्रशिक्षित किया जाना चाहिए तथा एक प्राथमिक चिकित्सा किट तथा साथ ही छोटी व्याधियों के लिए कुछ दवाइयां भी जानी चाहिए जिनकी कीमत प्रत्येक उपकेन्द्र के लिए 2000 रु.प्रति वर्ष होगी।

ड.	स्वास्थ्य, परिवार नियोजन तथा पोषण के क्षेत्र में रत सभी कार्यकर्त्ताओं के लिए प्रशिक्षण को एकीकृत किया जाना चाहिए।

च.	जिला चिकित्सा अधिकारियों के बीच काम का विभाजन कार्यक्रम आधार के बजाए भौगोलिक आधार पर किया जाना चाहिए।

श्रीवास्तव समिति

भारत सरकार ने डा.नेमी श्रीवास्तव की अध्यक्षता में षचिकितसा शिक्षा तथा सहायक जनशक्ति ष संबंधी समिति का गठन 1974 में किया। विचारार्थ विषय निम्नलिखित थेः-

i. बुनियादी चिकित्सा सहायता, निवारक एवं पोषण संबंधी सेवाओं, परिवार कल्याण, मातृत्व एवं बाल कल्याण कार्यकलापों से सुपरिचित स्वास्थ्य सहायकों के संवर्ग को प्रशिक्षित करने के लिए एक उपयुक्त पाठयचर्या तैयार करना ताकि वे अर्हकता प्राप्त चिकित्सा व्यवसायियों तथा बहुप्रयोजन कार्यकर्त्ताओं के बीच संपर्क का कार्य कर सकें, जिससे लोगों को स्वास्थ्य देखभाल, परिवार कल्याण तथा पोषणिक सेवाएं परिदाय करने के लिए एक प्रभावी दल का गठन हो सके।

ii. चिकित्सा शिक्षा समिति (1968) तथा चिकित्सा शिक्षा सम्मेलन (1970) द्वारा की गई सिफारिशों के कार्यान्वयन के लिए उपयुक्त अर्थोपाय सुझाना। साथ ही मौजूदा चिकित्सीय शैक्षणिक प्रक्रिया में सुधार करने के लिए उपाय सुझाना ताकि प्रमुखतः राष्ट्रीय आवश्यकताओं के सुसंगत समस्याओं पर यथेवर जोर दिया जाए।

समिति ने अपनी विस्तृत रिपोर्ट 1975 में प्रस्तुत की तथा तत्काल कार्रवाई के लिए निम्नलिखित प्रमुख कार्यक्रमों के आरम्भण हेतु विशिष्ट सिफारिशें कीः-

क. समुदाय के भीतर ही बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं (पोषण, स्वास्थ्य शिक्षा तथा परिवार नियोजन सहित) का संगठन तथा इस प्रयोजनार्थ आवश्यक कार्मिकों को प्रशिक्षित करना।

ख. समुदाय को प्रथम स्तरीय अभिदेशन केन्द्र के साथ जोड़ने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के एक मितव्ययी तथा दक्ष कार्यक्रम का गठन अर्थात् पीएचसी जिसमें पीएचसी का सुदृढ़ीकरण शामिल है।

ग. पीएचसी तथा उच्चतर स्तरीय अभिदेशन (रेफरल) तथा सेवा केन्द्रों के बीच उचित संपर्कों के विकास के द्वारा राष्ट्रीय अभिदेशन (रेफरल) सेवा का परिसर का सृजन।

घ. राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाओं के प्रस्तावित कार्यक्रम के उद्देश्यों तथा आवश्यकता के दृष्टिकोण से चिकित्सा एवं स्वास्थ्य शिक्षा के संपूर्ण कार्यक्रम के पुनर्गठन के लिए आवश्यक प्रशासनिक तथा वित्तीय मशीनरी का सृजन करना।

ड. सरकार ने चिकित्सा तथा स्वास्थ्य शिक्षा में स्तर बनाए रखने तथा समन्वयन के लिए संसद के अधिनियम के अधीन तत्काल एक चिकित्सा तथा स्वास्थ्य शिक्षा आयोग का गठन किया।

सिधु समिति

दिल्ली अस्पतालों के लिए डा.एस.एस.सिधु की अध्यक्षता में वर्ष 1977 में नियुक्त सिधु समिति ने भारत सरकार को अपनी रिपोर्ट 16 अगस्त 1979 को प्रस्तुत की। इस समिति ने इस विभाग के प्रभारी अधिकारी के रुप में एक पूर्णकालिक अपर चिकित्सा अधीक्षक की व्यवस्था कर दुर्घटना एवं आपातकालीन सेवाओं के सुदृढ़कीकरण की सिफारिश की, सिफारिशों की अन्य मुक्ष्य विशिष्टियाँ हैं-

दुर्घटना तथा आपातकालीन रोगियों के लिए उपचार, स्वागतकक्ष, सूचना तथा निदान जैसी सुविधाएँ इस विभाग में उपलब्ध कराईं जाएं। दुर्घटना तथा आपातकालीन रोगियों की देखभाल करने के लिए अस्पतालों की अन्य सेवा क्षेत्रों पर निर्भरता को कम करके न्यूनतम किया जाए।

दुर्घटना तथा आपातकालीन कार्यभार को पूरा करने के लिए अतिरिक्त चिकित्सीय, परिचर्या, अर्ध-चिकित्सीय तथा सहायक स्टॉक प्रदान कर इस विभाग को सुदृढ़ किया जाए।

समिति ने जोर दिया कि ष्अस्पताल प्रशासन ष को एक सुस्पष्ट विशिष्ट माना जाए तथा यह कि अस्पताल प्रशासकों को विशेष रुप से प्रशिक्षित तथा तैनात किया जाए।

बजाज समिति

विभिन्न आकार के अस्पतालों के लिए स्टॉक उपस्कर तथा स्थान इत्यादि के लिए दिशानिर्देश निर्धारित करने के लिए बजाज समिति की स्थापना भारत सरकार द्वारा 1979 में की गई। समिति के विचारार्थ विषय थेः-

क. प्राथमिक तथा मध्यवर्ती स्तर के स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम के लिए मौजूदा तथा अनुमानित राष्ट्रीय स्वास्थ्य जनशक्ति आवश्यकताओं के निर्धारण को दिशानिर्देश करना।

ख. व्यावसायिक शिक्षा के लिए प्लस टू अवस्था पर शामिल किए जाने वाले स्वास्थ्य संबंधी अनुदेश पाठ्यक्रमों की किस्म की सिफारिश करना।

ग. शैक्षणिक संस्थाओं की स्थापना सहित अनिवार्य शैक्षणिक अवसंरचना की सिफारिश करना।

घ. स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की विभिन्न श्रेणियों की आजीविका (कैरियर) सम्भावनाओं की संरक्षण करने संबंधी सिफरिशें करना।

समिति ने स्वास्थ्य जनशक्ति की निम्नलिखित श्रेणियों के लिए स्वास्थ्य सहबद्ध व्यावसायिक पाट्यक्रमों की स्थापना की सशक्त सिफारिश कीः क) एएनएम, ख) स्वास्थ्य कार्यकर्ता ग) रेडियोग्राफर घ) प्रयोगशाला तकनीशियन, ड.) नेत्रचिकित्सा सहायक, च) दंत स्वच्छता चिकित्सक, छ) फार्मासिस्ट तथा ज) हाऊसकीपर। इन सभी पाठ्यक्रमों के लिए प्रवेश बिंदु 10वीं कक्षा के स्तर के बाद होना चाहिए।

मेहता समिति

वर्ष 1981 में भारत सरकार ने भारत में चिकित्सीय शिक्षा की प्रास्थिति की समीक्षा करने के लिए एक समिति का गठन किया। समिति के अध्यक्ष डा.शांति लाल मेहता थे।

1986 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार ने व्यावसायिक प्रशिक्षण के लिए अतिरिक्त सुविधाओं के सृजन पर प्रमुख बल सहित स्वास्थ्य जनशक्ति

आयोजना तथा विकास के लिए बजाज समिति नामक विशेषज्ञ समीक्षा समिति का गठन किया।

दिल्ली की राज्य सरकार ने दिल्ली के विभिन्न अस्पतालों की दुर्घटना एवं आपात सेवाओं की कार्यस्थिति का अध्ययन करने के लिए बालू शकरन समिति को नियुक्त किया। समिति ने दुर्घटना एवं आपात सेवाओं के लिए स्टॉक के उपयुक्त प्रशिक्षण, संक्रमणों अनुवीक्षण तथा पर्याप्त संसाधनों की व्यवस्था का सुझाव दिया।

वर्ष 2000 तक सब के लिए स्वास्थ्य - कार्यकारी दल, 1981 की रिपोर्ट

कार्यक्रम रुप से वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य को अभिज्ञात करने तथा उस संदर्श के साथ छठीं पंचवर्षीय योजना के लिए विशिष्ट कार्यक्रमों की रुपरेखा बनाने के लिए एक कार्यकारी दल का गठन किया गया जिसके अध्यक्ष सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय थे। समिति ने वर्ष 2002 तक प्राप्त किए जाने वाले विशिष्ट सूचकांक तथा लक्ष्य विकसित किए।

भारत 2000 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के लिए चुने गए लक्ष्य

क्रम सं.	सूचक	लक्ष्य 2000
1.	शिशु मृत्यु दर	60 से कम
2.	प्रसवपूर्व मृत्यु दर	30-35
3.	अपक्व मृत्यु दर	9.0
4.	5 वर्ष से कम के बच्चों की मृत्यु दर	10
5.	जच्चा मृत्यु दर	2 से कम
6.	जन्म पर जीवन प्रत्याशा पुरुष महिला	 64 64
7.	अपक्व जन्म दर	21.0
8.	निबल प्रजनन दर	1.0
9.	युगल संरक्षण दर	60
10.	वार्षिक वृद्धि दर	1.20

11.	परिवार आकार	2.3
12.	2500 ग्राफ से कम जन्म भार वाले बच्चे (%)	
13.	प्रतिरक्षण (12989-99)	10
14.	गर्भवती महिलाओं के लिए टीटी विस्तार(%)	100
	डीपीटी	100
	पोलियो	85
	बीसीजी	85

जाँच बिन्दु

1. कौन सी तकनीकी समिति बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सेवा का आधार बनी?
2. ष्बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल ष तथा ष्प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल ष के बीच क्या अंतर है?
3. ष ऊर्ध्व दृष्टिकोण ष तथा ष बहुप्रयोजन ष कार्यकर्ता योजना के बीच अंतर करें?
4. कार्यकारी दल 1981 द्वारा नियत 2000 तक एचएफए के लिए लक्ष्यों तथा उनकी वर्तमान प्रास्थिति पर चर्चा करें।

1.4.2 स्वास्थ्य आयोजना तथा पंचवर्षीय योजनाएं

स्वास्थ्य आयोजना को स्वतंत्र भारत में सामाजिक आर्थिक विकास के लिए समग्र आयोजना का एक एकीकृत भाग बनाया गया। देश में आयोजना की प्रक्रिया की शुरुआत अप्रैल 1951 में हुई जब पहली पंचवर्षीय योजना शुरु की गई। महत्व के क्षेत्रों में प्रगामी परिवर्तन सभी नौ पंचवर्षीय योजना अवधियों में किए गए हैं। पहली पंचवर्षीय योजना (1951-56) में समय के साथ स्तर में सुस्थिर सुधार सुनिश्चित करने के लिए सर्वत्तोमुखी संतुलित विकास की प्रक्रिया आरंभ की गई। मलेरिया, फिलेरिया, क्षयरोग, कुष्ठरोग इत्यादि जैसे संक्रामक रोगों के नियंत्रण के लिए नए कार्यक्रम शुरु किए गए। भारत में स्वास्थ्य सेवाओं के विकास में एक प्रमुख उपलब्धि अक्तूबर 1952 में पहले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) की स्थापना था। सेवाओं की सुगम्यता तथा उपलब्धता में सुधार करने के उद्देश्य से स्वास्थ्य एवं चिकित्सा देखभाल अवसंरचना सुविधाओं और जलापूर्ति तथा स्वच्छता का विस्तार किया गया। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को देश में प्रवृत्त दशाओं के अधिक सुसंगत बनाने के लिए उनकी

शिक्षा तथा प्रशिक्षण का अभिमुखीकरण करने के लिए 1952 में एक अन्य बृहत् उपाय किया गया।

अनुवर्ती पंचवर्षीय योजनाओं (दूसरी, तीसरी तथा चौथी) का लक्ष्य स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन सेवाओं का विस्तार करना था ताकि समस्त लोगों की स्वास्थ्य प्रास्थिति को सुधारने के लिए उन्हें वर्धनात्मक रुप से उनकी पहुँच के भीतर लाया जा सके।

पाँचवी योजना (1974-79) के दौरान, समुदाय की आत्मनिर्भरता की प्राप्ति तथा गरीबी को हटाने पर जोर दिया गया। पाँचवी पंचवर्षीय योजना के पहले वर्ष में ष्न्यूनतम पंच वर्षीय योजना के पहले वर्ष में ष्न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम ष की शुरुआत की गई। कार्यक्रम का उद्देश्य एक विनिर्दिष्ट समय सीमा में सभी क्षेत्रों में सामाजिक खपत की सुविधाओं तथा बुनियादी सेवाओं का संजाल स्थापित करना है। पौषणिक कमियों के निवारण तथा सुधार के लिए बच्चों तथा गर्भवती माताओं के लिए अनुपूरक पोषण कार्यक्रमों की देशव्यापी आधार पर शुरुआत की गई। परिवार नियोजन कार्यक्रम को एमसीएच तथा पोषण कार्यक्रम के साथ एकीकृत कर दिया गया।

छठी पंचवर्षीय योजना (1980-84) में, विगत पंचवर्षीय योजनाओं में दृष्टिकोणों की आलोचनात्मक समीक्षा की गई, इनके आधार पर प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण के जरिए वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य (एचएफए) की प्राप्ति के लिए सरकार द्वारा एक दीर्घावधिक रुपरेखा तैयार की गई क्योंकि भारत 1978 की एल्मा एटा घोषणा का हस्ताक्षरकर्ता एचएफए सिद्धांतों तथा नीतियों को ध्यान में रखते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीदति के निर्माण के लिए प्रयास आरंभ किए गए। साथ ही भारत में जनजातीय समूहों के बीच स्वास्थ्य समस्याओं, गर्भनिरोधक प्रथाओं तथा रोगों पर जोर दिया गया।

सातवीं योजना (1985-90) के उद्देश्यों तथा महत्व बिन्दुओं को एक दीर्घावधिक नीति के भाग के रुप में तैयार किया गया है जिसमें वर्ष 2000 तक गरीबी तथा निरक्षरता को वस्तुतः समाप्त करने, पूर्णवर्षीय रोजगार प्राप्त करने, भोजन, कपड़ा और आश्रय की बुनियादी आवश्यकताओं की संतोषजनक प्राप्ति सुनिश्चित करने तथा सभी के लिए स्वास्थ्य की व्यवस्था करने के प्रयास किए गए हैं।

आठवी पंचवर्षीय योजना (1991-92) के दौरान, छः पूर्विकता उद्देश्यों में से दो मानव विकास के लिए थे कि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या नियंत्रण को सूचीबद्ध किया गया। स्वास्थ्य सुविधाएँ आठवीं योजना कं अंत तक संपूर्ण जनसंख्या तक पहुँच जानी चाहिए। एचएफए नीति में न केवल उच्च जोखिम वाले संवेदी समूहों अर्थात जच्चा एवं बच्चे को ध्यान में रखा जाना चाहिए बल्कि इसमें संवेदी समूहों में अधिकार वंचित खंडों पर भी तीव्र संकेन्द्रण किया जाना चाहिए। आठवीं योजना अवधि के दौरान स्वास्थ्य जनशक्ति विकास हेतु दृष्टिकोण तथा नीति पर भी जोर दिया गया है।

जच्चा एवं बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल से सुदृढ़ किया जाना था जिसमें व्यापक एमसीएच देखभाल, अभिदेशन सेवाओं तथा संभार तंत्र सहायता का उपयुक्त सुदृढ़ीकरण शामिल है।

नौंवी पंचवर्षीय योजना में अवसंरचना, जनशक्ति, उपकरण, आवश्यक नैदानिक औषधों तथा री-एजेंटों में अंतरालों को अभिज्ञात कर देखभाल के विस्तार एवं गुणवत्ता को अनुकूलतम बताते हुए जनसंख्या की स्वास्थ्य प्रास्थिति में सुधार को गहन करने की परिकल्पना की गई है। ऊर्ध्व योजनाओं का क्षैतिज एकीकरण, स्वास्थ्य प्रभाव निर्धारण,, जनसंख्या वृद्धि में रोग निगरानी का ह्रास तथा आरसीएच का प्रभावी कार्यान्वयन नौंवी पंच वर्षीय योजना के महत्वपूर्ण महत्वबिन्दु क्षेत्रक हैं।

1.4.3 वर्ष 2000 तक ष्सभी के लिए स्वास्थ्य ष

वर्ष 1975 से, डब्ल्यू एच ओ वर्ष 2000 तक सभी के स्वास्थ्य लाभ (एचएफए) प्र ााप्त करने की संकल्पना का विकास करना रहा है। 1977 में 30वीं विश्व स्वास्थ्य सभा में यह निर्णय लिया गया कि सरकारों तथा डब्ल्यू एच ओ का मुख्य सामाजिक लक्ष्य वर्ष 2000 तक विश्व के सभी लोगों के लिए एक ऐसे स्वास्थ्य स्तर की प्राप्ति होना चाहिए जो उन्हें, उत्पादक ढंग से कार्य करने तथा अपने समुदाय के सामाजिक जीवन में सक्रिय भाग लेने में सक्षम बनाएं। इसे प्रचलित रुप से ष्वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य लाभ (एचएफए) ष के नाम से जाना जाता है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संबंधी अंर्तराष्ट्रीय सम्मेलन में, जिसका आयोजन 1978 में अल्मा आटा, यू.एस.एस.आर. में डब्ल्यू एच ओ तथा यूनिसेफ द्वारा संयुक्त रुप से किया गया था, एच एफ ए की संकल्पना को समर्थित किया गया तथा आगे यह कहा गया कि प्र

ाथमिक स्वास्थ्य देखभाल इस लक्ष्य को प्राप्त करने की कुंजी होगा। एल्मा एट्टा घोषणा तथा तदनंतर डब्ल्यू एच ओ नकी संसूचनाओं में एच एफ ए विकास के लिए बुनियादी सिद्धांतों तथा नीतियों का स्पष्ट उल्लेख किया गया तथा स्वास्थ्य एवं प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की संकल्पनाओं तथा विशेषताओं का वर्णन किया गया है। उनमें प्राथमिक संघटकों तथा उनके सफलतापूर्वक क्रियान्वयन के लिए आवश्यक अनुसमर्थक कार्यकलाप का वर्णन भी किया गया है।

एच.एफ.ए. के बुनियादी सिद्धांत तथा कार्यनीतियां

1. एच.एफ.ए. की प्राप्ति सामाजिक न्याय की भावना से तथा समुदाय के सामाजिक तथा आर्थिक विकास के एकीकृत भाग के रुप में की जानी है।
2. केवल स्वास्थ्य क्षेत्र के माध्यम से ही स्वास्थ्य के स्वीकार्य स्तर की प्राप्ति नहीं की जा सकती किन्तु इसके लिए स्वास्थ्य क्षेत्रक तथा अन्य सामाजिक एवं आर्थिक विकास क्षेत्रकों की संगत कार्यकलापों के समन्वित प्रयासों की आ वश्यकता होगी। अतः अन्त्य सामाजिक लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए स्वास्थ्य तथा अन्य विकासशील क्षेत्रों की नीतियां पारस्परिक सहयोगात्मक होनी चाहिए।
3. स्वास्थ्य संवर्धन के लिए सभी स्तरों पर एक सशक्त राजनैतिक इच्छाशक्ति की अत्यधिक आवश्यकता है तथा स्वास्थ्य विकास को सामाजिक आर्थिक घटनाक्रमों के लिए एक सकारात्मक निवेश माना जाना चाहिए।
4. स्वास्थ्य संसाधनों का साम्यापूर्ण वितरण तथा अत्यधिक सामाजिक आवश्यकता वाले लोगों को संसाधनों का अधिमानी आबंटन किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य प्र णाली में जनसंख्या के सभी खंड शामिल किए जानेन चाहिए।
5. एचएफए विकास व्यक्ति तथा समुदाय के स्व-संकल्प तथा आत्म निर्भरता पर आधारित है। सक्रिय समुदाय सहभागिता, लोगों को अपने स्वयं के स्वास्थ्य के लिए अपेक्षाकृत अधिक दायित्व ग्रहण करने के लिए प्रोत्साहित करना, सफलता के लिए महत्वपूर्ण होंगे।
6. लोगों की उचित प्रकार सेवा करने के लिए स्वास्थ्य कार्यकर्त्ताओं की विभिन्न श्रेणियों का सामाजिक अभिमुखीकरण महत्वपूर्ण होगा। उन्हें एचएफए सिद्धांतों तथा नीतियों के प्रति भी उचित प्रकार पुनः अभिमुख होना चाहिए तथा पर्याप्त तकनीकी प्रशिक्षण प्राप्त करना चाहिए।

7. स्वास्थ्य के निवारक तथा संवर्धनात्मक पहलुओं पर जोर दिया जाना चाहिए जो उपचारात्मक पुनर्वासात्मक तथा पर्यावरणीय उपायों से भलीभाँति एकीकृत हो।

8. प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एचएफए की सफलता की कुंजी होगा तथा इसे देश की स्वास्थ्य प्रणाली का एक एकीकृत भाग बनना है जिसका कि यह एक केन्द्रीय कार्य तथा स्वास्थ्य देखभाल परिदाय का मुख्य एजेंट होगा। स्वास्थ्य के वांछित स्तर को प्राप्त करने के लिए, प्रत्येक व्यक्ति की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा उसके माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य प्रणाली के सभी स्तरों तक पहुँच होनी चाहिए। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की संकल्पना नीति निर्धारण के पीछे प्रेरक बल तथा नीतियाँ एवं कार्ययोजनाओं का आधार होना चाहिए।

9. एक देशव्यापी स्वास्थ्य प्रणाली में एकीकृत सुपरिभाषित स्वास्थ्य कार्यक्रमों के माध्यम से समुचित प्रौद्योगिकियों का विकास तथा उन्हें प्रयोज्य किए जाने की आवश्यकता है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की संकल्पनाओं पर चर्चा करने से पूर्व स्वास्थ्य तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की परिभाषाओं को स्पष्ट किए जाने की आवश्यकता है।

ष्स्वास्थ्य को संपूर्ण शारीरिक, मानसिक, सामाजिक तथा आत्मिक स्वस्थ्यता की स्थिति के रुप में परिभाषित किया गया है जो एक उत्पादन जीवन बिताने के लिए आ वश्यक है तथा यह केवल मात्र रोग या अक्षमता का न होना नहीं है। ष स्वास्थ्य की व्य वस्था को एक मौलिक मानवधिकार माना जाना चाहिए तथा स्वास्थ्य के उच्चतम स्तर की प्राप्ति एक सर्वाधिक महत्वपूर्ण सामाजिक लक्ष्य है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को इस प्रकार परिभाषित किया गया है – ष एक आ वश्यक स्वास्थ्य देखभाल जो व्यावहारिक, वैज्ञानिक रुप से ठोस तथा सामाजिक रुप से स्वीकार्य विधियों तथा प्रौद्योगिकियों पर आधारित हो। यह समुदाय में व्यक्तियों तथा परिवारों का उनकी पूर्ण सहभागिता से सार्वभौमिक रुप से सुगम्य होनी चाहिए, यह ऐसी कीमत पर उपलब्ध कराई जानी चाहिए जिसका वहन समुदाय तथा देश आत्मनिर्भरता तथा स्वनिश्चय (संकल्प) की भावना में इसके विकास की प्रत्येक अवस्था पर किए जाने में समर्थ हो।

पीएचसी व्यक्ति, परिवार तथा समुदाय का राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली के साथ प्रथम स्तरीय संपर्क है जिससे स्वास्थ्य देखभाल लोगों के वरहने तथा कार्य स्थल

के यथासंभव सन्निकट हो जाती है। यह निरंतर स्वास्थ्य देखभाल की प्रक्रिया की पहला तत्व है तथा इसे शेष स्वास्थ्य प्रणाली, विशेषकर अस्पतालों से पूर्ण समर्थन प्राप्त होना चाहिए। यह सहायता निम्नलिखित क्षेत्रों में अपेक्षित होगीः-

क. स्वास्थ्य समस्याओं संबंधी परामर्श
ख. रोगियों को स्थानीय या अन्य विशेषीकृत संस्थाओं में भेजना
ग. समर्थक पर्यवेक्षण एवं मार्गदर्शन
घ. संभार तंत्र सहायता तथा आपूर्तियां

एच एफ ए विकास में सफलता प्राप्त करने के लिए, पी एच सी के कम से कम आठ अनिवार्य संघटकों को उचित प्रकार क्रियान्वित किया जाना आवश्यक है।

ये संघटक हैं-

1. प्रवृत्त स्वास्थ्य समस्याओं तथा उनके निवारण एवं नियंत्रण के संबंध में लोगों को शिक्षित करना।
2. भोजनापूर्ति तथा उचित पोषण का संवर्धन।
3. स्वच्छ जल तथा बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्ति।
4. जच्चा एवं बच्चा स्वास्थ्य देखभाल तथा परिवार नियोजन।
5. प्रमुख टीकाकरण निवारक रोगों के प्रति प्रतिरक्षण।
6. स्थानीय विशेषक्षेत्री रोगों का निवारण तथा नियंत्रण।
7. आम रोगों तथा चोटों का समुचित उपचार।
8. आवश्यक औषधियों की व्यवस्था।

इन सब के लिए अन्य संबंधित विभागों तथा अस्पतालों सहित स्वास्थ्य क्षेत्रक के भीतर भी उचित सहयोग, समन्वय तथा सहायता अत्यधिक महत्वपूर्ण, आवश्यक तथा अनिवार्य हैं।

यह भलीभांति मान्य होगा कि पीएचसी आयोजना, संगठन तथा प्रचालन एक दीर्घ प्रक्रिया है तथा भौगोलिक विस्तार (स्वास्थ्य देखभाल का क्षेत्रीयकरण) तथा विषय वस्तु, दोनों के अनुसार कुल जनसंख्या विस्तार प्रगामी रुप से चरणों में प्राप्त किया जाएगा।

जाँच बिन्दु

1. स्वास्थ्य की परिभाषा बताएं।
2. वर्ष 2000 तक एच एफ ए के बुनियादी सिद्धांत तथा नीतियां क्या हैं?
3. स्वास्थ्य अवसरंचना तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के विकास में पंचवर्षीय योजनाओं के महत्व पर विचार विमर्श करें।

1.4.4 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (1983)

एलमा एटा में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में आयोजित अंर्तराष्ट्रीय सम्मेलन (1978) का सदस्य देश होने के नाते भारत ने उसके अंत में की गई घोषणाओं तथा अनुशंसाओं को अपनाया। वे ष्वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य ष की व्यवस्था करने पर सम्मत थे तथा इसलिए उन्होंने संकल्प को अपनाया तथा व्यापक प्राथमिक स-वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सार्वभौम व्यवस्था के माध्यम से वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के प्रकाश में अपनपी राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को तैयार किया।

देश में आयोजना प्रक्रिया के आरम्भण से ही, क्रमिक पंचवर्षीय योजनाएं एक ढ़ांचा उपलब्ध कराती रही है जिसके भीतर राज्य अपनी स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना, चिकित्सीय शिक्षा, अनुसंधान इत्याद के लिए सुविधाओं का विकास कर सकते हैं। राष्ट्रीय विकास परिषद तथा केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण परिषदों के संयुक्त सम्मेलनों में किए गए विचार विमर्शों तथा निष्कर्षों के माध्यम से समान प्रकार का मार्गदर्शन प्रदान करने का प्रयास किया गया है। जबकि क्रमिक योजना दस्तावेजों में ि वहित व्यापक दृष्टिकोणों ने विगत में स्थिति की आवश्यकताओं को सामान्यतः पूरा किया है, यह महसूस किया गया है कि देश की वास्तविक स्वास्थ्य आवश्यकताओं तथा पूर्विकताओं को पूरा करने के लिए चिकित्सा शिक्षा, अनुसंधान तथा स्वास्थ्य सेवाओं के भावी विकास की ओर एक एकीकृत, व्यापक दृष्टिकोण अपनाया जाना आवश्यक है। इस संदर्भ में एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का विकास करने की आवश्यकता महसूस की गई है।

राष्टीय स्वास्थ्य नीति 1983 में निम्नलिखित व्यापक दृष्टिकोण के साथ स्वास्थ्य सेवाओं की पुर्नसंरचना का निर्धारण किया गयाः-

1. स्वैच्छिक प्रयासों से छोटा परिवार मानक की प्राप्ति तथा जनसंख्या स्थिरीकरण के लक्ष्य की ओर अग्रसर।
2. राष्ट्रीय आवश्यकताओं तथा पूर्विकताओं के अनुसार सभी स्तरों पर सामान्य तथा स्वास्थ्य शिक्षा की समीक्षा।
3. यह ध्यान में रखते हुए कि अच्छी तरह प्रशिक्षित, स्वयंसेवकों, अनुषंगी तथा अर्धचिकित्सीय कार्यकर्त्ताओं द्वारा काफी संख्या में स्वास्थ्य कार्य निष्पादित किए जा सकते हैं, विस्तार तथा शिक्षा दृष्टिकोण से एकीकृत रु प से जुड़े व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अच्छी प्रकार फैले नेटवर्क की स्थापना।
4. समुदाय द्वारा चुने गए तथा उनके विश्वासपात्र स्वास्थ्य स्वयंसेवकों को ज्ञान, साधारण कौशलों तथा प्रौद्योगिकियों का बड़े पैमाने पर हस्तांतरण।
5. सक्रिय समुदाय सहभागिता के साथ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का ि वकेन्द्रीकरण, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल औषधालयों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों के संजाल के माध्यम से प्रदान की जानी है, सैकेन्डरी स- वास्थ्य देखभाल जिसमें बुनियादी विशेषज्ञता अपेक्षित है, विभिन्न अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जानी है तथा तृतीयक देखभाल, जिसमें अति ि वशिष्ट सेवाओं की आवश्यकता है, अध्यापन एवं केन्द्रीय अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जानी है।
6. राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली की मुख्यधारा में विभिन्न चिकित्सा प्रणालियों के निजी व्यवसायियों तथा स्वैच्छिक संगठनों को शामिल करना।
7. उपचारात्मक केन्द्रों पर दबाव को कम करने के लिए आवासीय तथा क्षेत्र कैम्प दृष्टिकोण पर जोर देना तथा उसे व्यवहार में लाना।
8. मानसिक रोगियों के लिए विशेष सुसमन्वित सेवाएं; मंद बुद्धि, मूक, बधिर, नेत्रहीन, शारीरिक रु प से अक्षम, अशक्त तथा वृद्ध व्यक्तियों का शारीरिक तथा सामाजिक पुनर्वास।
9. जनजातीय, पहाड़ी तथा पिछड़े क्षेत्रों में रहने वाले तथा समाज के कमजोर वर्ग के लोगों को प्राथमिकता दी जाती है।
10. ष्स्वास्थ्य दल ष दृष्टिकोण के अंदर कार्य कर रहे कार्यकर्त्ताओं के पूर्णतः एकीकृत समूह का आविर्भाव सुनिश्चित करना।

11. राज्य को सरकारी डाक्टरों द्वारा निजी व्यवसाय को हतोत्साहित करना चाहिए।

12. यह आवश्यक है कि स्वदेशी चिकित्सा प्रणाली का इसकी गुणवत्ता के अनुरुप विकास करने के लिए आवश्यक कदम उठाए जाएं।

13. तात्कालिक कार्रवाई की आवश्यकता वाली समस्याएं;-

क. पोषण ....निम्न लागत, स्वीकार्य गुणवत्ता

ख. खाद्य अपमिश्रण का निवारण तथा औषधों की गुणात्मकता

ग. जलापूर्ति तथा स्वच्छता

घ. पर्यावरणात्मक संरक्षण

ड. प्रतिरक्षण - शत प्रतिशत विस्तार

च. जच्चा एवं बच्चा स्वास्थ्य - कुशल प्रसव, अलपाधिकार प्राप्त लोगों पर विशेष संकेन्द्रण

14. एक प्रभावी स्वास्थ्य सूचना प्रणाली की समूचे देश में स्थापना

15. समाज के निर्धन वर्ग के लिए लागतें कम करने के लिए जातिगत नाम के तहत आवश्यक तथा जीवनरक्षक औषधियों का उत्पादन

16. राज्यव्यापी आधार परप अच्छी प्रकार सोची विचारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को तैयार करना आवश्यक होगा।

17. मौजूदा विधानों की समीक्षा तथा एकीकृत व्यापक विधान के लिए कार्य करना।

18. बुनियादी अनुसंधान प्रयासों में संक्रामक रोगों तथा कटिबंधीय रोगों के संबंध में अन्वेषण तथा अधिक प्रभावी उपचार तथा निवारक प्रक्रियाओं के विकास को उच्च प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

19. स्वास्थ्य, कृषि तथा भोजन, औषधियों तथा भेषजों, जलापूर्ति तथा मलनिकासी व्यवस्था, आवास, शिक्षा, समाज कल्याण तथा ग्रामीण विकास में अंतः क्षेत्रक समन्वय सुनिश्चित करने के लिए केन्द्र तथा राज्यों में एक स्थायी प्रक्रम स्थापित करना आवश्यक है।

2. किए गए प्रयासों तथा प्राप्त परिणामों का अनुवीक्षण करना तथा उनकी आवधिक समीक्षा करना अत्यधिक महत्वपूर्ण है।

जांच बिन्दु

1. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति क्या है?
2. स्वास्थ्य नीति का विकास करना क्यों आवश्यक है?
3. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मुख्य लक्ष्यों तथा नीतियों पर चर्चा करें।
4. अति तात्कालिक कार्रवाई की आवश्यकता वाली समस्याओं की सूची बनाए।

1.4.5 मसौदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति - 2000

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 83 में निर्धारित अनेक लक्ष्यों को प्राप्त न कर पाने संबंधी मुद्दों का निवारण करने तथा साथ ही देश के स्वास्थ्य क्षेत्रक में जुड़ी परिवर्तित परिस्थितियों के मद्देनजर अब क्षेत्रक की समीक्षा करना तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति - 2001 तैयार करना आ वश्यक है।

एन.एच.पी.-2001 में देश में इस समय प्रवृत सामाजिक आर्थिक परिस्थितियों में जन स्वास्थ्य लक्ष्यों की त्वरित प्राप्ति के लिए एक नया नीतिगत ढांचा निर्धारित करने का प्र ायास किया जाएगा। विकेन्द्रीकृत स्तर पर अधिक जन स्वास्थ्य संस्थाओं की स्थापना कर जन-स्वास्थ्य सेवाओं की पूरी न की गई आवश्यकताओं को पूरा करने पर एन.एच.पी.-1983 में दिए गए जोर के बाबजूद सुविधाओं में एक बड़ा अंतराल अभी भी विद्यमान है।

उद्देश्य

एन.एच.पी.-2001 का मुख्य उद्देश्य व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सार्वभौम व्यवस्था के माध्यम से देश की आम जनता के बीच अच्छे स्वास्थ्य के एक स्वीकार्य मानक को प्राप्त करना है। कार्यनीति जन स्वास्थ्य प्रणाली को विकेन्द्रीकृत करने तथा नए क्षेत्रों में नई अवसंरचना को स्थापित करने तथा मौजूदा सुविधाओं में अवसंरचना को सुदृढ़ करने की होगी। विषम चिकित्सा प्रणाली में औषधियों के तार्किक उपयोग तथा पारम्परिक चिकित्सा की परीक्षित तथा प्रयोग में लाई गई प्रणाली तक पहुँच पर जोर दिया जाएगा। से वाओं की व्यवस्था के लिए निजी क्षेत्र के योगदान में वृद्धि की जाएगी, विशेषतः उस

जनसंख्या समूह के लिए जो सेवाओं के लिए भुगतान कर सकते हैं। नीति में 2000-2015 के बीच निम्नलिखित समय-बद्ध लक्ष्यों की प्राप्ति का प्रयास किया गया है।

बॉक्स-IV 2000-2015 तक प्राप्त किए जाने वाले लक्ष्य

- पोलियो तथा विचलन का उन्मूलन 2005
- कुष्ठ रोग उन्मूलन 2005
- काला अजार का उन्मूलन 2010
- लिम्फोटिक फिलैरसिस का उन्मूलन 2015
- एच.आई.वी./एड्स की जीरा स्तर वृद्धि प्राप्त करना 2007
- क्षय रोग मलेरिया तथा अन्य रोगों के कारण मृत्यु दर को 50% घटाना 2010
- वायु तथा जल मार्गी रोग 2010
- नेत्रहीनता को घटाकर 0.5% करना 2010
- आई एम आर को घटा कर 30/1000 तथा एम एम आर को 100/लाख करना 2010
- पोषण में सुधार करना तथा अन्य पर अल्पभार शिशुओं का अनुपात 30% से कम करके 10% करना 2010
- जन स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग वर्तमान के <20 से कम बढ़ाकर >75% करना 2010
- निगरानी, राष्ट्रीय स्वास्य लेखाओं तथा स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों की एकीकृत प्रणाली स्थापित करना 2010
- जी.डी.पी. के प्रतिशत के रुप में सरकार द्वारा स्वास्थ्य व्यय के वर्तमान 0.9% से बढ़ाकर 2.0% से 5.0% करना 2010
  - केन्द्रीय अनुदानों के अंश में वृद्धि करना ताकि वह कुल स्वास्थ्य व्यय का कम से कम 35% बैठे 2005
  - राज्य क्षेत्रक स्वास्थ्य व्यय को बजट के 5.5% से बढ़ाकर 7% से 10% करना

महत्वपूर्ण संसाधन

1. वित्तीय संसाधन

सरकारी क्षेत्रक में स्वास्थ्य क्षेत्र व्यय को बढ़ाने की आयोजना है जिसमें जी.डी.पी. के 6.5 प्रतिशत का योगदान जन स्वास्थ्य निवेश के रुप में किया जाएगा।

2. ईक्विटी

एन.एच.पी.2001 में प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल सेवाओं के लिए क्रमशः 55%, 35% तथा 10% के आबंटन की परिकल्पना की गई है।

3. राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों का परिदाय

एन.एच.पी.2001 मेंएक एकल क्षेत्र प्रशासन के तहत सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों के क्रमिक समभिरुपण की परिकल्पना की गई है। प्रमुख रोगों तथा क्षय, मलेरिया तथा एच.आई.वी./एड्स के नियंत्रण के लिए सभी ऊर्ध्व कार्यक्रम तब तक चालू रखे जाने हैं जब तक कि उनके प्रवृत होने का स्तर संतुलित न हो जाए। ऊर्ध्व कार्यक्रमों को विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली के साथ एकीकृत किया जाएगा।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की समग्र अवसंरचना पंचायती राज तथा ग्राम सभा के नियंत्रणाधीन होगी जिस तक पहुँच का मार्ग मुख्यतः पी.एच.सी. से अभिदंशन के माध्यम से होगा।

4. जन स्वास्थ्य अवसंरचना की स्थिति

औषधियों की उपलब्धता के कारण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना का कोई उपयोग न होने के मद्देनजर केन्द्र सरकार विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से आवश्यक औषधियों का निधियन करेगी। प्राथमिक स्वास्थ्य अवसंरचना को सुदृढ़ किया जाएगा तथा द्वितीयक एवं तृतीयक सेवाओं का उपभोग करने के लिए प्रयोक्ता प्रभार लगाए जाएंगें।

5. जन स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार

एन.एच.पी.2001 में यह परिकल्पना की गई है कि अपने क्षेत्राधिकार में विषम चिकित्सा स्नातकों की उपलब्धता तथा फैलान के संदर्भ में, राज्य सरकार चिकित्सा व्यवसाय के लाइसेंसधारकों के संवर्ग के साथ-साथ भारतीय चिकित्सा पद्धति तथा होम्योपैथी के व्य वसायियों को भी शामिल करने के लिए चिकित्सा व्यवसायियों के पूल का विस्तार करने की आवश्यकता पर विचार करेगी। साथ ही, एन.एच.पी. 2001 में यह परिकल्पना की गई है कि विषम चिकित्सा विद्या की अर्धचिकित्सीय जनशक्ति के अपने वर्तमान कार्यों से अनुबद्ध किसी निर्धारित कार्यात्मक क्षेत्र में उपयोग की गुंजायश की भी जांच की जाएगी ताकि साधारण जन स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूर्ति हो सके। अल्पसेवा प्राप्त क्षेत्रों में सेवा के लिए चिकित्सीय जनशक्ति प्राप्त करने के लिए संविदात्मक सेवाओं के लिए भर्ती प्रक्रियाओं तथा नियमों का सरलीकरण अधिनियमित किया जाएगा।

अर्ध चिकित्सीय कार्यकर्ताओं तथा बुनियादी डाक्टरों का अपेक्षाकृत विशाल पूल सृजित करने के लिए व्यापक मानव शक्ति योजना तैयार की जाएगी।

6. स्थानीय स्व सरकारी संस्थाओं की भूमिका

ऐसे कार्यकलापों के लिए अपेक्षित विकेन्द्रीकरण के दृष्टिगत, नीति में सभी राज्य सरकारों से वर्ष 2005 तक कार्यक्रमों के विकेन्द्रीकृत कार्यान्वयन पर विचार करने के लिए आग्रह किया गया है जिसके लिए वित्तीय प्रोत्साहन केन्द्र सरकार द्वारा उपलब्ध कराए जाएंगें।

7. चिकित्सा शिक्षा

चिकित्सा शिक्षा के स्तर को सुधारने के लिए, मौजूदा सरकारी चिकित्सा महावि द्यालयों के उन्नयन तथा देश के अल्प सेवाप्राप्त भागों में नए सरकारी चिकित्सा महावि द्यालयों की स्थापना का विधियन करने के लिए चिकित्सा अनुदान आयोग का गठन किया जाएगा।

चिकित्सा पाठ्यक्रम को संशोधित किया जाएगा। स्नातकपूर्व विद्यार्थियों की एक वर्ष के लिए ग्रामीण क्षेत्रों में तैनानी अनिवार्य होगी। इसी प्रकार, स्नातकोत्तर पश्च तीन वर्षीय ग्रामीण तैनाती अनिवार्य कर दी जाएगी।

8. जन स्वास्थ्य तथा परिवार चिकित्सा में विशेषज्ञों की आवश्यकता

अत्यधिक कमी का शमन करने के लिए, स्नातकपूर्व स्तर पर पाठ्य चर्चा के संशोधन किया जाएगा तथा स्नातकोत्तर सीटों की संख्या को बढ़ाया जाएगा ताकि अंततः यह सुनिश्चित किया जा सके कि इन विद्याओं में 25% स्नातकोत्तर सीटें उपलब्ध हैं।

9. शहरी स्वास्थ्य

शहरी संरचना के भौतिक लक्षणों के मद्देनजर, एन.एच.पी.-2001 में एक संगठित शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संरचना के गठन की परिकल्पना की गई है।

एन.एच.नी. 2001 के तहत संकल्पित संरचना त्रि-स्तरीय है, एकः- प्राथमिक केन्द्र को प्रथम स्तर के रुप में देखा जाना है जिसमें 5,000 की जनसंख्या शामिल है, ओ.पी.डी. सुविधा तथ आवश्यक औषधियां प्रदान करने वाला एक औषधालय है जिससे सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों तक पहुँच समर्थकारी हो सके, दूसरे स्तर के 30,000 की जनसंख्या के लिए एक 30 बिस्तर वाला सी.एच.सी. है, तथा तीसरे स्तर के सरकारी साधारण अस्पताल है जहाँ प्राथमिक केन्द्र, सी.एच.सी. से अभिदेशित किया जाता है। नीति में परिकल्पना की गई है कि शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली के लिए निधियन का वहन स्थानीय स्वः सरकारी संस्थाओं तथा राज्य एवं केन्द्र सरकारों द्वारा संयुक्त रुप से किया जाएगा।

10. मानसिक स्वास्थ्य

नीति में मानसिक स्वास्थ्य के लिए उपायों के संवर्धन की परिकल्पना की गई है जो जैव-चिकित्सा मॉडल से मानसिक स्वास्थ्य के हॉलिस्टिक मॉडल की ओर अंतरण का संवर्धन करते हैं। मानसिक स्वास्थ्य के मामलों के लिए अंतरंग रोगी सुविधाओं का सुधार केन्द्र सरकार के खर्चे पर यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाएगा कि उनके मानव अधिकारों का उल्लंघन न हो।

11. सूचना शिक्षा तथा संचार

मीडिया तक पहुँच न होने वाले लोगों तक पहुँचने के लिए अंतः वैयक्तिक सूचना संचार तिंजनसाधारण एवं अन्य पारम्परिक मीडिया पर निर्भरता के ऊपर संकेन्द्रण किया जाएगा। आई.ई.सी. कार्यक्रम ऐसे क्रियाकलापों में पी.आर.आई./एन.जी.ओ./न्यासों की संबद्धता के लिए विशिष्ट लक्ष्य निर्धारित करेगा। ऐसी जनता के लिए सूचना मॉडयूल उपलब्ध कराए जाएंगें तथा विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को निवारक, संवर्धनात्मक तथा व्यवहारगत मुद्दों के लिए प्राथमिकता दी जाएगी।

12. चिकित्सा स्वास्थ्य अनुसंधान

एन.एच.पी. 2001 में देश में स्वास्थ्य अनुसंधान पर ध्सान देने की परिकल्पना की गई है, पहली जन स्वास्य नीतियों को अनुकूलतम बनाने पर तथा साथ ही उत्कट बीमारियों के लिए रोगोपचारी औषधियों/टीकों के विकास पर जिनकी सीमित लाभप्रदत्त संभाव्यता के काम अंतर्राष्ट्रीय भेषज कम्पनियों द्वारा सामान्यतः अवहेलना की जाती है।

13. निजी क्षेत्र की भूमिका

एन.एच.पी. 2001 में वर्ष 2003 तक नैदानिक स्थापनाचिकित्सा संस्थाओं में न्यूनतम अवसंरचना तथा गुणवत्ता स्तर के विनियमन के लिए उपयुक्त विधान के अधिनियंमन की परिकल्पना की गई है, साथ ही नैदानिक प्रैक्टिस के संचालन तथा चिकित्सा सेवाओं के परिदाय के लिए सांविधिक दिशानिर्देश इसी अवधि में विकसित किए जाने हैं। नीति के निजी स्वास्थ्य बीमा पैकेजों के अंतर्गत द्वितीयक तथा तृतीय क्षेत्रक विस्तार के कार्यक्षेत्र को बढ़ाने के लिए निजी बीमा लिखनों की स्थापना को भी प्रोत्साहित किया गया है।

14. सिविल सोसायटी(समाज) की भूमिका

एन.एच.पी.में जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के मॉनीटरन में एनजीओं तथा सिविल समाज संगठनों के उपयोग तथा ऐसे कार्यक्रमों के क्रियान्वयन तथा आयोजना में स्थानीय समुदायों की सहभागिता को बढ़ाने की परिकल्पना की गई है। समुदाय को जुटाने तथा पंचायती राज संस्थाओं के क्षमता निमाण में भी उनकी बृहत् भूमिका होगी।

15. राष्ट्रीय रोग निगरानी नेटवर्क

एन.एच.पी.सी. में जन स्वास्थ्य प्रशासन के निम्नतम स्तर से केन्द्र सरकार तक एक सकीकृत रोग नियंत्रण संजाल को वर्ष 2005 तक पूर्णतया प्रचालनरत करने की परिकल्पना की गई है।

16. स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ें

प्रस्ताव किया गया कि एक समुचित सांख्यिकीय प्रविधि के तहत, प्रतिनिधिक नमूना संग्रहण के माध्यम से इन आधारभूत अनुमानो का आवधिक अद्यतनीकरण समर्थकारी बनाने के लिए सांख्यकीय विधियां सुव्यवस्थित की जाएं। नीति में प्रयोक्ता मैट्रिक्स संरचना स्रोत के समनुरुप राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखे स्थापित करने की आवश्यकता की परिकल्पना की गई है।

17. महिला स्वास्थ्य

एन.एच.पी.2001 महिला केन्द्रित स्वास्थ्य पहलूओं को प्रचालनरत करेगी। जिसमें निम्निलखित को शामिल किया जाएगाः-

क. जेंडर तथा स्वास्थ्य, तिहरा कार्यभार पोषण तथा स्वास्थ्य देखभाल में जेंडर भेदभाव के मुद्दों पर सामाजिक परिवर्तन के लिए जागरुकता का सृजन,

ख. महिलाओं के कार्य तथा घरेलू हिंसा के स्वास्थ्य संबंधी परिणामों के लिए निवारक तथा उपचारात्मक उपाय,

ग. महिलाओं को नियोजित करने वाले सभी व्यवसायों, चाहे वे संगठित क्षेत्र में हों या असंगठित क्षेत्र में, संपूर्ण मातृत्व लाभ तथा शिशु देखभाल सुविधाएँ उपलब्ध कराई जाएं,

घ. विशेष सहायता संरचना जो एकल, परिव्यक्त, विधवा महिलाओं तथा वाण्ज्यिक वेश्यावृत्ति करने वालों, जनन प्रणाली बीमारियों, मातृत्व स्वास्थ्य, गर्भपात तथा बांझपन जैसे जननोत्पादक स्वास्थ्य संबंधी जेंडर संवेरी समस्याओं पर ध्यान दे1

ङ. बालिका भ्रूणहत्या, शिशु हत्या, तथा जेंडर पूर्वन्चयन के विरुद्ध कानूनी तथा प्रशासनिक कारवाई समाहित उत्साहपूर्ण जन अभियान।

18. चिकित्सा आचार संहिता

एक समकालीन आचार संहिता अधिसूचित की जाए तथा भारतीय चिकित्सा परिषद द्वारा उसका सख्ती से अनुपालन किया जाए। मानव विषयों को शामिल करते हुए अनुसंधान के लिए नीतिपरक दिशानिर्देश तैयार किए जाएंगें तथा खुली सार्वजनिक बहस के पश्चात क्रियान्वित किए जाएंगें। मानव विषयों के संबंध में आगे और प्रयोगों को उचित तथा कानूनी रुप से तर्क संगत संसूचित सहमति तथा समुचित कानूनी संरक्षा के बिना अनुमति नहीं दी जाएगी। समस्त अनीतिपरक अनुसंधान, विशेष रुप से गर्भनिरोधक अनुसंधान के क्षेत्र में, को अबसे आगे बंद कर दिया जाएगा। जनविरोधी, अनैतिक तथा गैरकानूनी कार्यों में संलग्न संख्या के विरद्ध निवारक शास्तियां लगाई जाएंगी। नीति में प्राथमिकता आधार पर निम्नलिखित का सुनिश्चय करने के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय के तत्वाधान में एक औषध नीति के निर्माण की परिकल्पना की गई हैः-

19. खाद्य पदार्थों तथा औषधियों के लिए गुणवत्ता मानकों का प्रवर्तन

नीति में प्रयोगशाला सुविधाओं तथा तकनीकी विशेषज्ञता के सुदृढ़ीकरण की परिकल्पना की गई है। गुण्वत्ता मानक सुनिश्चित करने के लिए उपबंधों का प्रावधानों का प्रगामी रुप से कड़ाई से पालन किया जाएगा।

20. अर्ध चिकित्सीय विद्याओं में मानकों का विनियमन

एन.एच.पी. - 2001 में व्यवसायियों को पंजीकृत करने, प्रशिक्षण का स्तर बनाए रखने तथा उनके कार्य निष्पादन का मॉनीटरन करने के लिए अर्ध चिकित्सा विद्याओं के लिए सांविधिक व्यावसायिक परिषदों की स्थापना की आवश्यकता को मान्य किया गया है।

21. व्यावसायिक स्वास्थ्य

नीति के अनुसार, व्यावसायिक तथा पर्यावरणात्मक स्वास्थ्य के संबंध में कामगारतें की आवधिक स्वास्थ्य जाँच तथा विशेष उपायों में निम्नलिखित पर ध्यान दिया जाएगाः-

क. उद्योग तथा कृषि में जोखिमपूर्ण प्रोद्योगिकियों पर प्रतिबंध,

ख. एक सुरक्षित कार्यस्थल का दायित्व प्रबंधन पर डालते हुए कार्य दशाओं का कार्यकर्ता केन्द्रित अनुवीक्षण

ग. विभिन्न स्थितियों यथा यातायात दुर्घटना, औद्योगिक दुर्घटना, कृषिय चोटो इत्यादि में चोटो तथा दुर्घटनाओं की संभावना को घटाने के विशेष उपाय।

2.3 विदेशों से प्रयोक्ताओं को चिकित्सा सुविधाएँ प्रदान करना

एन.एच.पी.2001 में विदेशों से काम चाहने वालों को वाण्ज्यिक आधार पर स्वास्थ्य केन्द्र सेवाएं प्रदान करने को प्रोत्साहन दिया गया है।

2.4 स्वास्थ्य क्षेत्र पर भूमण्डलीयकरण का प्रभाव

एन.एच.पी.2001 में भविष्य के लिए एक राष्ट्रीय पेटेंट व्यवस्था की परिकल्पना की गई है, जो ट्रिप्स के समनुरुप होते हुए देश के लिए, इसे पेटेंट कानूनों के अंतर्गत नवीनतम चिकित्सीय तथा अत्य रोगोपचार खोजों तक वहनीय पहुँच सुनिश्चित करने के सभी अवसरों का उपभोग करती है। नीति में यह भी निर्धारित किया गया है कि सरकार स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्रक पर ट्रिप्स के अनुप्रयोग में इसके प्रतिबंधात्मक विशिष्टताओं को कम करने, विश्व के राष्ट्रों की ओर से वचनबद्धताएं प्राप्त करने के लिए सभी अंतर्राष्ट्रीय मंचों - संयुक्त राष्ट्र, विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व व्यापार संगठन इत्यादि में अपने संपूर्ण प्रभाव का प्रयोग करेगी।

एन.एच.पी.2001 में उद्योगों पर प्रभावी प्रतिबंध लगाने पर बल दिया गया है जो नशाखोरी तथा अस्वस्थ जीवनशैली यथा तम्बाकू, शराब, पान मसाला इत्यादि को बढ़ावा देते हैं, इसकी शुरुआत विज्ञापनों पर तथा युवाओं को उनके उत्पादों की बिक्री पर तत्काल प्रतिबंध लगाकर तथा नशामुक्ति की सेवाओं की व्यवस्था करके की जाए।

जाँच बिन्दु

1. मसौदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति - 2001 की प्रमुख विशिष्टताएं क्या हैं?
2. स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों पर भूमण्डलीय परिवर्तनों का क्या प्रभाव पड़ा है?

1.4.6 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति - 2000

प्रस्तावना

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 (एन.पी.पी.2000) उत्पादक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का उपभोग करते हुए तथा परिवार नियोजन सेवा प्रदानकरने में लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण को अपनाते हुए नागरिकों के स्वैच्छिक तथा जानकारीपूर्ण चयन तथा सहमति को प्रति सरकार की वचनवद्धता को प्रकट करती है। एन.पी.पी.2000 में अगले दशक के दौरान लक्ष्यों को बढ़ावा देने तथा कार्यनीतियों को प्राथमिकता देने के लिए एक नीतिगत ढांचा उपलब्ध कराया गया है जिससे भारत के लोगों की जननी तथा बाल स्वास्थ्य की आवश्यकताएं पूरी हो सके तथा वर्ष 2010 तक निवल प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त किए जा सके। यह सरकार, उद्योग तथा स्वैच्छिक गैर-सरकारी क्षेत्रक द्वारा सहभागिता में कार्य करते हुए जननीय तथा बाल स्वास्थ्य सेवाओं के पहुँच बाह्य क्षेत्र को बढ़ाते हुए साथ साथ ही बाल उत्तरजीविता, जननी स्वास्थ्य तथा गर्भनिरोध के मुद्दों का निवारण करने की आवश्यकता पर आधारित है।

उद्देश्य

एन.पी.पी.2000 का तत्काल उद्देश्य गर्भनिरोधक स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना तथा स्वास्थ्य कार्मिकों को पूरी नन की गई आवश्यकताओं का निवारण् करना तथा बुनियादी जननी तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल के लिए एकीकृत सेवा परिदाय की व्यवस्था करना है।

मध्यमावधि उद्देश्य अंतर क्षेत्रक प्रचालनात्मक नीतियों के जोरदार क्रियान्वयन के माध्यम से वष 2010 तक टी एफ आर को प्रतिस्थापन स्तरों तक लाना है।

दीर्घावधित उद्देश्य स्थायी आर्थिक वृद्धि, सामाजिक विकास तथा पर्यावरणात्मक संरक्षण की अपेक्षाओं के समनुरुप स्तर पर 2045 तक एक स्थिर जनसंख्या प्राप्त करना है।

इन उद्देश्यों के अनुपालन में, प्रत्येक मामले में वर्ष 2010 तक प्राप्त किए जाने के लिए निम्नलिखित राष्ट्रीय सामाजिक जनसांख्यिकीय लक्ष्य तैयार किए गए हैं-

1. बुनियादी जनन तथा बाल स्वास्थ्य सेवाओं, आपूर्तियों तथा अवसंरचना के लिए पूरी न की गई आवश्यकताओं का निवारण करना।
2. 14 वर्ष की आयु तक विद्यालयी शिक्षा निःशुल्क तथा अनिवार्य करना तथा प्राइमरी एवं सेकेंडरी स्कूल स्तरों पर पढ़ाई छोड़ने वाले विद्यार्थियों की संख्या छात्रों तथा छात्राओं दोनों के लिए घटाकर 20% से कम करना।
3. शिशु मृत्यु दर को घटाकर प्रति हजार जीवित जन्म 30 से कम करना।
4. माता की मृतयु दर अनुपात को घटाकर प्रति 100,000 जीवित प्रसव 100 से कम करना।
5. सभी टीकाकरण निवारक रोगों के प्रति बच्चों का सार्वभौम प्रतिरक्षण प्राप्त करना।
6. लड़कियों के देर से विवाह को बढ़ावा देना, 18 वर्ष की आयु से पहले नहीं तथा अधिमानी रुप से 20 वर्ष की आयु के पश्चात।
7. 80% सांस्थानिक प्रसव तथा प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा 100 प्रतिशत प्रसव की प्राप्ति।
8. व्यापक चुनाव सहित गर्भनिरोधक तथा ऊर्वरता नियमन के लिए सूचना/परामर्श तथा सेवाओं के लिए सार्वभौम पहुँच की प्राप्ति।
9. जन्म, मृत्यु, विवाह तथा गर्भावस्था के शत प्रतिशत पंजीकरण की प्राप्ति।
10. एड्स के प्रसार को रोकना तथा आर.टी.आई. एवं एस.टी.आर. के प्रबंधन के बीच अपेक्षाकृत अधिक एकीकरण का संवर्धन।
11. संक्रामक रोगों का निवारण तथा नियंत्रण।
12. उत्पादक तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की व्यवस्था में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों को एकीकृत करना।
13. टी.एफ.आर. के प्रतिस्थापन स्तर को प्राप्त करने के लिए लघु परिवार मानक को जोरदार संवर्धन करना।
14. सहबद्ध सामाजिक क्षेत्रक कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में समाभिकपता लाना ताकि परिवार कल्याण एक जनाधारित कार्यक्रम बन जाए।

यदि एन.पी.पी. 2000 का पूर्णतया कार्यान्वयन कर लिया जाता है तो हमें वर्ष 2010 में 1107 मिलियन (110 करोडद्य) जनसंख्या होने का अनुमान है, बजाए 1162

मिलियन (116 करोड़ के) जैसाकि जनसंख्या संबंध तकनीकी दल के अनुमानों द्वारा अनुमान लगाया गया है।

उत्पाद आयु समूह की जनता के विशाल अनुपात, जनसंख्या की विशाल प्रतिशतता के गर्भरोधी विधियों के अंतर्गत शामिल न होने, उच्च शिशु मृत्यु दर तथा 18 वर्ष की आयु से पूर्व बालिका विवाहों के कारण भारत में जनसंख्या वृद्धि उच्च बनी हुई है।

नीतिगत विषय

2010 तक राष्ट्रीय सामाजिक-जनसांख्यिकीय लक्ष्य की प्राप्ति के लिए अंतः क्षेत्रक समन्वय के अंतर्गत स्वतंत्र रुप से निम्नलिखित अनिवार्य हैः-

i. पंचायतों का विकास करना तथा उन्हें पर्याप्त प्रशासनिक, वित्तीय तथा संसाधन संग्रहण शक्तियां देना आवश्यक है।

ii. ग्रामीण स्तरों पर सेवा परिदाय की समाभिरुपता

iii. महिलाओं को बेहतर स्वास्थ्य एवं पोषण के लिए सशक्त करना।

iv. शिशु अनुकूल अस्पताल पहल (बीएफएचआई) का विस्तार उपकेन्द्र स्तरों तक सभी अस्पतालों एवं क्लिनिकों में किया जाना चाहिए। नेमी प्रतिरक्षण कार्यक्रम की गुणवत्ता तथा विस्तार के महत्वपूर्ण सुधार करना आवययक है।

v. ग्रामीण, उपकेन्द्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तरों पर स्वास्थ्य अवसंरचना की सीमा को सुदृढ़ करना, ऊर्जित करना तथा जवाब बनाना आवश्यक है जिससे अभिदेशन संवहन के लिए सुविधाओं के सुधार हो, ग्राम तथा ब्लॉक स्तरों पर एम्बुलेंस सेवाओं के लिए स्थानीय पहलों को प्रोत्साहन तथा शक्ति मिले, वहनीय उत्पादों तथा सेवाओं के लिए नवीन सामाजिक विपणन स्कीमों के वृद्धि हो तथा स्थानीय रुप से संगत तथा स्वीकार्य भाषाओं में बेहतर प्रचार हो।

vi. गंदी बस्तियों में अनेक लोगों के रहने के मद्दे नजर, जनन तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल सहित बुनियादी तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का परिदाय अल्प सेवा प्राप्त जनसंख्या समूहों को करना आवश्यक है।

युवा लोग भारत की जनसंख्या का लगभग 1/5वां हिस्सा हैं। कार्यक्रम द्वारा विलम्बित विवाह तथा गर्भधारण के प्रोत्साहिन असुरक्षित यौन संबंधों के जोखिमों के संबंध में युवाओं की शिक्षा को हासिल किया जाना चाहिए।

परिवार नियोजन, गर्भनिरोधक के उपयोग के समर्थन, गर्भवती महिलाओं को स्वस्थ्य रहने में सहायता करने, प्रसव के दौरान कुशल देखभाल की व्यवस्था करने, देखभाल प्राप्त करने में विलम्ब से बचने, शिशु जन्म के पश्चात सहायता करने तथा अंततः जिम्मेदार पिता बनने में पुरुषों की सक्रिय असहभागिता अपेक्षित है।

vii. स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकता में अपर्याप्तताओं के मद्देनजर, निजी चिकित्सा व्यवसायियों को प्रमाणित करने तथा उन्हें इन सेवाओं की व्यवस्था के लिए परिभाषित बांझानुभोगी समूहों को प्रदान आवश्यक है।

viii. गैर-सरकारी संगठनों तथा निजी क्षेत्र के साथ सहयोग तथा उनकी बचनबद्धता विभिन्न कार्यक्रमों की सफलता के लिए आवश्यक है।

ix. बुनियादी जनन तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल में आई.एस.एम.एच. का प्रयोग प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों के पूल का विस्तार करेगी, स्थानीय आधारित उपचारों तथा उपायों के उपयोग को अनुकूलतम बनाएगी तथा निम्न लागत स्वास्थ्य देखभाल का संवर्धन करेगी।

x. सरकार के निरंतर चिकित्सा, समाज विज्ञान जनसांख्यिकी एवं व्यवहार विज्ञान, मातृत्व बाल तथा जनन स्वास्थ्य देखभाल मुद्दों पर अनुसंधान को बढ़ाना, प्रोत्साहन तथा समर्थन देना चाहिए।

xi. समय के साथ वृद्धावस्था स्वास्थ्य देखभाल तथा सहायता का संवर्धन करना, साथ ही, बड़े परिवारों के लिए प्रोत्साहन को घटाने में सहायता करना शामिल है।

xii. परिवार कल्याण संदेशों की सूचना, शिक्षा तथा संचार स्पष्ट, संकेंद्रित तथा सर्वत्र प्रसारित होने चाहिए जिनमें के देश के दूरस्थ किनारे शामिल हैं तथा स्थानीय भाषाओं में होने चाहिए।

एन.पी.पी दस्तावेज में वर्णित सभी कार्यकलापों के लिए अपनाई जाने वाली कार्ययोजना में प्रचालनात्मक कार्यनीतियां भी दी जानी चाहिए।

विधान

राज्य सरकारों को एन.पी.पी.2000 में निहित जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए कार्यसूची का निडरता तथा प्रभावपूर्ण ढंग से अनुपालन करने में समर्थ बनाने के लिए एक प्रेरणात्मक उपाय के रुप में विधान बनाना आवश्यक समझा गया है।

सार्वजनिक समर्थन

राजनैतिक, सामुदायिक, व्यापारिक, व्यावसायिक तथा धार्मिक नेताओं, मीडिया एवं फिल्मी सितारों, खेलकूद से जुड़े व्यक्तियों तथा मतनिर्माताओं द्वारा छोटे परिवार मानंदा को सशक्त समर्थन के साथ-साथ व्यक्तिगत उदाहरण के प्रदर्शन से समूचे समाज में इसको स्वीकृति प्रदान करने में बढ़ावा मिलेगा। सरकार ठोस तरीके में अपना समर्थन सूचीबद्ध करेगी।

नई संरचनाएं

अपेक्षित विकेन्द्रीकरण तथा अंतः क्षेत्रक समन्वय की आवश्यकता के मद्देनजर निम्नलिखित संरचनाओं की सिफारिश की गई है।

i) राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग
ii) राज्य/संघ शासित प्रदेश जनसंख्या आयोग
iii) योजना आयोग में समन्वय प्रकोष्ठ
iv) परिवार कल्याण विभाग में प्रौद्योगिकी

निधीकरण

कार्ययोजना को तत्काल क्रियान्वित करने के लिए परिवार कल्याण विभाग के वार्षिक बजट को दोगुना करना आवश्यक होगा ताकि सरकार स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना, सेवाओं तथा आपूर्तियों की पूरी न की गई आवश्यकताओं की कमी का निवारण कर सके।

छोटा परिवार मानदंड अपनाने के लिए संवर्धनात्मक तथा प्रेरणात्मक उपाय

निम्नलिखित संवर्धनात्मक तथा प्रेरणात्मक उपाय किए जाएंगें-

i) छोटा परिवार मानदंड का सार्वभौमिकीकरण करने में निदर्शात्मक निष्पादन, शिशु मृत्यु दर तथा जन्म दरों में कमी करने तथा प्राइमरी स्कूली शिक्ष की पूर्ति के साथ साक्षरता का संवर्धन करने के लिए पंचायतों तथा जिला परिषदों को पुरस्कार तथा सम्मान प्रदान किया जाएगा।

ii) बालिकाओं की उत्तरजीविता तथा देखभाल के संवर्धन के लिए महिला एवं बाल ि वकास विभाग द्वारा चलाई जा रही बालिका समृद्धि योजना जारी रहेगी।

iii) नकद पुरस्कार का प्रदान किया जाना भविष्य में प्रसव-पश्च जाँच, प्रशिक्षित प्रसव परिचारक द्वारा सांस्थानिक प्रसव, जन्म पंजीकरण तथा बी.सी.जी. प्रतिरक्षण से संबद्ध किया जाएगा।

iv) एक परिवार कल्याण सहबद्ध स्वास्थ्य जीवन योजना की स्थापना की जाएगी।

v) गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले युग्ल, जो दूसरे बच्चे के जन्म के पश्चात, गर्भनिरोधक विधि को अपनाते हैं, को पुरस्कार दिया जाएगा।

vi) गामीण क्षेत्रों तथा शहरी मलिन बस्तियों में क्रेच तथा बाल देखभाल केन्द्र खोले जाएंगें।

vii) विविध परिदाय स्थलों पर गर्भनिरोधकों का व्यापक वहनीय चुनाव उपलब्ध कराया जाएगा।

viii) सुरक्षित गर्भपात की सुविधाओं को सशक्त तथा विस्तारित किया जाएगा।

ix) ग्रामीण स्तरों पर स्थानीय उद्यमियों का अभिदेशन रेफरल परिवहन के लिए मौजूदा व्यवस्थाओं की अनुपूर्ति के लिए एम्बुलेंस सेवाएं चलाने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा तथा उदार ऋण दिए जाएंगें।

x) बाल विवाह प्रतिबंध अधिनियम, 1976 का सख्ती से प्रवर्तन।

xi) प्रसव पूर्व नैदानिक तकनीक अधिनियम, 1974 का सख्ती से प्रवर्तन।

सफलता सुनिश्चित करने के लिए, राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में निहित कार्ययोजना का अनुपालन राष्ट्रीय आंदोलन के रुप में करना होगा।

1.4.7 भारत सरकार की राष्ट्रीय एड्स निवारण एवं नियंत्रण नीति

इसकी घोषणा एच.आई.वी. की संक्रमण को फैलने से रोकनेन की सरकार की सुदृढ़ वचनबद्धता को दोहराने के लिए की गई है।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण नीति का प्रमुख उद्देश्य रोग के निवारण एवं नियंत्रण के लिए निम्नलिखित कार्यनीति को अपनाना हैः-

I.. रोग को और फैलने से निम्नलिखित उपायों द्वारा रोकनाः-

i) लोगों को इसके प्रभावों से अवगत कराना तथा उन्हें स्वयं को संरक्षित करने के लिए आवश्यक साधन उपलब्ध कराना।

ii) एक निवारक उपाय के रुप में कंडोम के उपभोग के संवर्धन के साथ-साथ संवेदी वर्गों के बीच एस.टी.डी. को नियंत्रित करना।

iii) सुरक्षित रक्त तथा रक्त उत्पादों की उपलब्धता सुनिश्चित करना, तथा

iv) युवाओं तथा जनता के अन्य प्रभावित होने वाले वर्गों के बीच पारम्परिक भारतीय नैतिक मूल्यों को प्रतिबलित करना।

II. एक समर्थकारी सामाजिक-आर्थिक माहौल का सृजन करना ताकि जनता के सभी वर्ग स्वयं को संक्रमण से बचा सकें तथा परिवार एवं समुदाय एच.आई.वी./एड्स से संक्रमित लोगों को देखभाल तथा सहायता प्रदान कर सकें।

III. रुग्णता के समय एड्स ग्रस्त लोगों की देखभालल के लिए अस्पतालों तथा घरों, दोनों में सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से सेवाओं में सुधार।

1.4.8 राष्ट्रीय रक्त नीति

इस नीति का उद्देश्य सुसज्जित परिसरों में पारिश्रमिक प्राप्त न करने वाले नियमित रक्त दाता से एकत्रित/अधिप्राप्त सुरक्षित एवं गुणवत्तापूर्ण रक्त तथा रक्त संघटकों, जो अन्त वेंशन संक्रमित रोगों से मुक्त हैं तथा अनुकूलतम दशाओं में भंडारित तथा संवाहित किए जाते हैं, की सहज सुगम्य तथा पर्याप्त आपूर्ति सुनिश्चित करना है। आर्थिक या सामाजिक स्तर को ध्यान में रखे बिना रक्त की आवश्यकता वाले सभी व्यक्तियों को प्रशिक्षित कार्मिकों के पर्यवेक्षण में व्यापक दक्ष तथा सम्पूर्ण गुणात्मक प्रबंधन दृष्टिकोण से अंतर्वेंशन की सुनिश्चय नीति के अंतर्गत किया जाएगा।

1.4.9 न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम

इसकी शुरुआत पांचवी पंचवर्षीय योजना में की गई थी। इसमें ग्रामीण स्वास्थ्य, जलापूर्ति, विघुतीकरण, आरम्भिक शिक्षा, प्रौढ़ शिक्षा, पोषण, पर्यावरणीय सुधार तथा भूमिहीन श्रमिकों के लिए आवास शामिल है।

1.4.1. एकीकृत बाल विकास योजना (1975)

बच्चों की पौषणिक तथा स्वास्थ्य प्रास्थिति का सुनिश्चय करना प्रचालतरत रहा है। शारीरिक, सामाजिक तथा मनोविज्ञानी रुप से अल्पविकसित बच्चों के विकास के उद्देश्य से 0-6 वर्षों के आयु समूह में बच्चों, दूध पिलाने वाली माताओं, गर्भवती महिलाओं के लिए अनेक कार्यकलाप किये जाते हैं।

मलेरिया, काला-अजार, जापानी एन्सेफेलिअस, कुष्ठ, क्षय, गिनी वार्म, एड्स, अतिसार रोगों इत्यादि जैसी संक्रामक बीमारियों के संयंत्रण के साथ-साथ नेत्रहीनता, कैंसर, आयोडीन की कमी, मधुमेह इत्यादि के नियंत्रण के लिए कार्यक्रम स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तथा प्रसव प्रणाली का एक महत्वपूर्ण संघटक है।

जाँच बिन्दु

1. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के उद्देश्य क्या हैं?
2. छोटा परिवार मानदंड के संवर्धन हेतु किए जाने वाले उपायों का वर्णन करें।
3. एच.आई.वी./एड्स के निवारण/नियंत्रण हेतु किन नीतिगत मुद्दों पर तात्कालिक ध्यान देना आवश्यक है।

1.5 निष्कर्ष

संक्षेप में, यह स्पष्ट है कि पूर्ववर्ती अस्पताल रुगणता की अंतिम अवस्था वाले रोगियों की देखभाल करते थे, तथा चूंकि चिकित्सा विज्ञान तथा प्रौधागिकी ने उस समय में कई आम बीमारियों का इलाज करने में पर्याप्त प्रगति नहीं की थी, अस्पताल में दाखिल होने वाले रोगियों की मृत्यु दर अत्यंत उच्च थी। इसके परिणामस्वरुप समुदाय द्वारा अस्पतालों को स्वास्थ्य देखभाल सेवा संस्था के बजाए अंतिम विश्रामस्थल माना जाने लगा था।

19वीं शताब्दी के अंत में, चिकित्सा क्षेत्र में प्रगति अनेक रोगों का सामना करने के परिणामतः स्थिति परिवर्तित हो गई। अस्पतालों को चिर कालिक रागियों, वृद्धों तथा अक्षम व्यक्तियों के लिए उपचारात्मक सेवाएं प्रदान करने के स्थल के रुप में देखा जाने लगा। ऐसा काफी समय बाद होने लगा कि अतिपाती मामलों तथा सभी आयुओं के रोगियों ने अस्पतालों में चिकित्सा देखभाल के लिए जाना तथा प्राप्त करना आरम्भ कर दिया।

आज का अस्पताल एक अत्यावश्यक समुदाय संस्था है। यह अल्प सूचना पर राहत प्रदान करने के लिए रोगियों की केन्द्रीकृत, सामूहिक आश्रययुक्त विशेषज्ञ देखभाल के लिए बनाए गए अभिकरण है। यह पुनर्वास अशक्त लोगों को पुनर्वास सेवाएं प्रदान करने के लिए उत्तरदायी संगठन भी है। हाल ही से, अस्पतालों को स्वास्थ्य देखभाल तथा संवर्धन क्रियाकलापों में भी शामिल किया गया है। इसमें अनुसंधान, अध्यापन तथा प्रशिक्षण के तत्व भी शामिल हैं।

तथापि, अस्पताल की यह अवधारणा भी अब परिवर्तित हो रही है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा समुदाय आवश्यकताओं एवं मांगों की अनुक्रियात्मकता की संकल्पना के आगमन से अस्पताल अपनी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के परिदाय की परिवर्तित करने, अनुरुप बनाने तथा आशोधित करने के दबाबधीन हैं।

आंतरिक तथा अन्य बाह्य पर्यावरणीय परिवर्तनों के दबाब से मजबूर होकर, यह अप्रत्याशित नहीं है कि 21वीं सदी का अस्पताल अपने आरम्भण के समय की संस्था के किसी भी प्रकार अनुरुप नहीं होगा।

उचित स्वास्थ्य देखभाल संरचना के उचित विकास तथा सकारात्मक स्वास्थ्य की ओर संचलन सुनिश्चित करने के लिए भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 तैयार की थी तथा 2001 में संशोधित नीति को अंतिम रुप दिया जा रहा है। छोटा परिवार मानदंडों की ओर संचलन के लिए एक पृथक जनयंख्या नीति 2000 की घोषणा की गई है। अनुक्रमिक पंचवर्षीय योजनाओं ने एक एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का विकास सुनिश्चित किया है। हाल ही में, सरकार ने एड्स नियंत्रण के लिए तथा सुरक्षित रक्तापूर्ति सुनिश्चित करने के लिए एक राष्ट्रीय नीति बनाई है।

सकारात्मक स्वास्थ्य प्राप्ति सुनिश्चित करने के लिए अस्पतालों को व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की व्यवस्था करके स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में अग्रणी भूमिका निभानी होगी।

1.6 सुझाए गए अध्ययन

1. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार की स्वास्थ्य सूचना (1992) केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो, नई दिल्ली।
2. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत में अस्पतालों की निर्देशिका (1988) केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो, नई दिल्ली।
3. तिम्पय्या, ए. (1967), भारत के अस्पतालः अस्पताल प्रशासन, खंड-IV सं.2, पृ.7।
4. अग्रवाल, ए.के. (1989), भारत में अस्पताल प्रबंधन, प्रास्थिति रिपोर्ट, श्रंखला 3, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली।
5. खोखर, ए.के., अस्पताल एवं प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, एक व्यवहार मार्गदर्शिका, अंर्तराष्ट्रीय अस्पताल संघ, लंदन 1992
6. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, स्वास्थ्य विकास संबंधी विभिन्न समितियों की सिफारिशों का संग्रह, 1943-1975। केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो, नई दिल्ली।
7. गोयल आर.सी., अस्पताल कार्मिक प्रबंधन हैंडबुक (1993), प्रेंटिस हाल ऑफ इण्डिया प्रा.लि., नई दिल्ली।

8. डब्लयू.एच.ओ., अस्पताल तथा संभी के लिए स्वास्थ्य, डब्ल्यू.एच.ओ. तकनीकी रिपोर्ट, श्रंखला सं.744, जिनेवा, 1987.
9. शल्ज रॉकवेल, जॉनसन, आल्टस सी (1983), अस्पताल प्रबंधन, द्वितीय संस्करण।
10. राय सोमनाथ, भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, तकनीकी दस्तावेज 5 (1986), राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली।
11. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, भारत सरकार (1983), नई दिल्ली।
12. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, मसौदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2001
13. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000

यूनिट 2 चुनिंदा देशों में स्वास्थ्य देखभाल परिदाय का सिंहावलोकन

संरचना

2.1 उद्देश्य
2.2 परिचय
2.3 विभिन्न देशों में स्वास्थ्य देखभाल सेवा की आयोजना एवं संरचना प्रचालन में महत्वपूर्ण विचारणाएँ
2.4 स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणालियां
2.5 **भारत**
- 2.5.1 प्रस्तावना
- 2.5.2 स्वास्थ्य नीति तथा कार्य नीति
- 2.5.3 जनसंख्या के तनसांख्यिकी पैटर्न
- 2.5.4 स्वास्य प्रशासन
- 2.5.5 स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना
- 2.5.6 स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण
- 2.5.7 स्वास्थ्य दशाएं
- 2.5.8 स्वास्थ्य सुविधाएं तथा स्वास्थ्य जनशक्ति
- 2.5.9 भारतीय चिकित्सा तथा होम्योपैथी पद्धति
- 2.5.10 अनुसंधान एवं विकास

2.6 **संयुक्त राज्य अमरीका**
- 2.6.1 प्रस्तावना
- 2.6.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति विधान
- 2.6.3 स्वास्थ्य तथा मानव सेवाओं का संगठनात्मक चार्ट
- 2.6.4 जनसांख्यिकी कारक
- 2.6.5 स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण
- 2.6.6 स्वास्थ्य दशाएं
- 2.6.7 स्वास्थ्य प्रशासन
- 2.6.8 प्रबंधित देखभाल
- 2.6.9 प्रबंधित देखभाल संगठन की किस्में
- 2.6.10 वर्तमान प्रास्थिति
- 2.6.11 महत्वपूर्ण घटनाएँ
- 2.6.12 स्वास्थ्य सुविधाएँ तथा स्वास्थ्य जनशक्ति

2.6.13 अनुसंधान एवं विकास

2.7 **युनाइटेड किंगडम(इंग्लैंड)**

2.7.1 प्रस्तावना

2.7.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति

2.7.3 जनसंख्या का जनसांख्यिकी पैटर्न

2.7.4 प्रबंधन

2.7.5 एन.एच.एस.तथ्य तथा सेवाएँ

2.7.6 स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण

2.7.7 एन.एच.एस.योजना

2.7.8 स्वास्थ्य प्रशासन

2.7.9 अस्पताल का शासी निकाय

2.7.10 एन.एच.एस.योजना प्राथमिकताएँ

2.7.11 स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ तथा जनशक्ति

2.7.12 हाल की पहलें

2.7.13 स्वास्थ्य दशाएं

2.7.14 अनुसंधान

2.8 **रुस**

2.8.1 परिचय

2.8.2 विधान तथा स्वास्थ्य नीति

2.8.3 जनसांख्यिकी पैटर्न

2.8.4 स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण

2.8.5 स्वास्थ्य देखभाल प्रशासन

2.8.6 स्वास्थ्य दशाएँ

2.8.7 स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएँ

2.8.8 स्वास्थ्य जनशक्ति

2.8.9 अनुसंधान

2.9 यूनिट समीक्षा प्रश्न

2.10 सुझाए गए अध्ययन/संदर्भ

2.1 उद्देश्य

इस यूनिट का अध्ययन करने के पश्चात, विद्यार्थी निम्न में सक्षम हो पाएंगें-

1. स्वास्थ्य प्रणाली तथा इसके संघटकों के संबंध में एक स्पष्ट विचार प्राप्त करने में।
2. स्वास्थ्य तथा चिकित्सा देखभाल परिदाय प्रणालियों की संकल्पना को समझने में।
3. विभिन्न देशों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आयोजना एवं संरचना में महत वपूर्ण कारकों को जानने में।
4. विभिन्न देशों (भारत, यू.एस.ए., यू.के. तथा रु स) में स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणालियों में परिचित होने में।

2.2 प्रस्तावना

ष्प्रत्येक मानव को जीवन तथा स्वास्थ्य का तथा उचित चिकित्सा सेवा सहित जीवन की आवश्यकताओं का अधिकार है। ष प्रथम नजर में स्वास्थ्य प्रणाली एक प्रणाली नहीं लगती बल्कि सेंठनों का एक हैरान परेशान करने वाला संगठनों का समूह तथा पृथक दिशाओं में भागने वाले लोगों का रु प लगती है। वस्तुतः, स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था को अक्सर ष्अव्य वस्था ष कहा जाता है।

अपने साधारणतम स्तर पर बीमारी व्यक्ति की सामाजिक भूमिका निभाने की क्षमता को बाधित करती है तथा समाज के जीवन में व्यवधान डालती है। स्वास्थ्य सेवा प्रणाली एक सामाजिक खोज है जिसमें लोग स्वयं को कुछ सुव्यवस्थित तरीके से व्यवस्थित करते हैं तथा रोग, अक्षमता एवं समयपूर्व मृतयु के विद्वेषपूर्ण विश्व को नियमित करते हैं।

2.2.1. स्वास्थ्य प्रणाली के संघटक

किसी भी सामाजिक प्रणाली, जिसका कि स्वास्थ्य देखभाल अपवाद नहीं है, के बुनियादी संघटक हैं-

सेवाएं प्रदान करना   सेवाएं उपलब्ध कराने से संबंधित संगठन तथा कार्यकलाप

सेवाएं बनाए रखना तथा — अपेक्षाकृत विशाल स्वास्थ्य प्रणाली में लोगों को उनकी भूमिका के लिए पुरस्कार देने, उन्हें प्रशिक्षित करने से संबंधित संगठन कार्यकलाप।

अनुकूलन तथा प्रणाली — अपेक्षाकृत विशाल सामाजिक प्रणाली में परिवर्तन के मॉनीटरन संबंधित संगठनों तथा कार्यकलाप (उदाहरणार्थ रोग पैटर्न प्रत्याशाएं) तथा इस सूचना को मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल प्र के प्रचालन में रुपांतरित करना।

प्रबंधन — अन्य संघटकों के साथ जुड़े संगठनों तथा कार्यकलापों के समन्वयन, नियंत्रण तथा निदेशन से संबंधित संगठन तथा कार्यकलाप।

चित्र एक में चार संघटक तथा स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था में निहित अनेक कार्यकलापों तथा संगठनों पर विचार करने के लिए एक ढांचे के रुप में उनके अंतः संबंधों को प्रस्तुत किया गया है। विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा कार्यकलापों तथा संगठन का वर्गीकरण समग्र स्वास्थ्य प्रणाली को उनके प्रमुख योगदान पर निर्भर है।

सामाजिक - आर्थिक - राजनैतिक - कानूनी

प्रबंधकीय (मॉनीटरन तथा मूल्यांकन)
एच.एस.ए. समीक्षा
पी.एस.आर.ओ.

जनन	**अनुरक्षण**	**अनुकूलता**
जन-स्वास्थ्य	व्यावसायिक संघ	स्वास्थ्य सेवा
अस्पताल	स्वास्थ्य वित्त संगठन	अनुसंधान
व्यावसायिक प्रैक्टिस	व्यावसायिक शिक्षा	जैव चिकित्सीय
सोलो प्रैक्टिस	चिकित्सा	अनुसंधान
स्वास्थ्य देखभाल	फार्मेसी	
संगठन	नर्सिंग	
स्वः सहायता/देखभाल	जन-स्वास्थ्य	
	दंत चिकित्सा	

कुंजी एच.एस.ए.आरः स्वास्थ्य सेवा कार्य समीक्षाः पी.एस.आर.ओ.- व्यावसायिक मानक समीक्षा संगठन

चित्र 1 स्वास्थ्य प्रणाली के प्रमुख संघटक

स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का संघटन करने वाले संगठन तथा व्यक्ति के बडे पर्यावरणात्मक संदर्भ में कार्य करते हैं। यह संदर्भ स्वास्थ्य प्रणाली की बुनियादी संरचना तथा कार्य को प्रभावित करता है तथा स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए नए कार्यक्रमों तथा व्यवस्थाओं की व्यवहार्यताका निर्धारण करता है। स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में अनेक विशिष्ट लक्षण होते हैं -

- स्वास्थ्य सेवाओं के निधीयन के लिए बहुत वित्तीयन प्रक्रम
- चिकित्सक व्यवहार को नियंत्रित करने में व्यावसायिक नैतिकता पर जोर
- जनसंख्या के विशिष्ट खंडों के लिए सुस्पष्ट स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम
- समग्र स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत प्रबंधकीय कार्यकलापों की प्रारम्भिक स्थिति
- प्रौद्योगिकी तथा विशेषीकृत कौशलों, उपकरण तथा सुविधाओं का सतत् विस्तार

जबकि स्वास्थ्य देखभाल में सुस्वस्थ जीवन के संबंध में एक अपेक्षाकृत व्यापक संकल्पना शामिल है, चिकित्सा देखभाल का संदर्भ लोगों के उन समूहों की देखभाल करने से है जो स्वयं अपनी देखभाल नहीं कर सकते यथा अति गरीब तथा विकलांग व्यक्ति। यह पृथक करने तथा बाद में उनकी देखभाल करने की अनुभव की गई आवश्यकता को ध्यान में लेती है जो समुदाय के लिए खतरा हो सकते हैं जैसे मानसिक रोगी तथा संक्रामक रोगों से ग्रस्त व्यक्ति। यह शारीरिक तथा भावनात्मक रुप से विकलांग व्यक्तियों को यथासंभव आत्मनिर्भर तथा स्वाबलम्बी बनने में सहायता करने का कार्य भी करती है।

चिकित्सीय देखभाल मुलतः वैज्ञानिक ज्ञान का प्रयोग करके, चिकित्सीय जाँच, निदान तथा रोगोपचारी तकनीकों के माध्यम से विभिन्न प्रकार के रोगों तथा अक्षमताओं से संबंधित है। चिकित्सीय देखभाल का मूल उद्देश्य अस्वस्थ लोगों को स्वस्थ स्थिति (हालत) में लाना है।

2.4 विभिन्न देशों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आयोजना तथा संरचनात्मक प्रचालन में महत्वपूर्ण विचारणाएं

इतिहास दर्शाता है कि विकसित देशों में पर्याप्त विधान तथा प्रशासन के माध्यम से पर्यवेक्षित तथा अनुरक्षित स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों की स्थापना जनता में आर्थिक विकास,

सामाजिक प्रगति तथा बढ़ती राजनैतिक जागरुकता का एक अनिवार्य परिणाम है। वस्तुतः यह केवल सरकार द्वारा आवश्यकताओं को महसूस किया जाना ही नहीं है बल्कि देखभाल की मांग करने पर जनमत का दबाब भी है जो विनियमों के मसौदाकरण की ओर अग्रसर करता है।

स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में विचार किए जाने वाले महत्वपूर्ण संघटक हैं -

क. आर्थिक सहायता; प्रणाली के लिए वित्त साधन निर्मुक्त करने की क्षमता
ख. जनशक्ति समर्थन; पर्याप्त चिकित्सीय तथा अर्धचिकित्सीय स्टॉक की व्यवस्था
ग. प्रणाली के अंतर्गत व्यवस्था की जा रही सुविधाओं की प्रमात्रा
घ. स्वास्थ्य सेवा परिदाय का पैटर्न
ड. प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता की सीमा
च. स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में मौजूदा विनियन, तथा
छ. स्वास्थ्य देखभाल प्रशासन में प्रशासनिक नीतियां।

यह तथ्य कि प्रत्येक देश की भौगोलिक स्थितियां तथा जनसंख्या के बसनेन के पैटर्न भिन्न हैं, उप राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल के भिन्न संगठनात्मक मॉड्यूलों की संकल्पना को आवश्यक बना देता है। इन मॉड्यूलों के लिए महत्वपूर्ण सिद्धान्त दक्ष रुप में अधिकांश स्वास्थ्य समस्याओं का समाधान करने में जनता द्वारा सक्षम स्वास्थ्य देखभाल इकाईयों की स्वीकार्यता को सुनिश्चित करना है।

इसके लिए यह आवश्यक है कि जनसंख्या की सघनता तथा परिवहन सुविधाओं को हिसाब में लिया जाए। इसीलिए किसी सम्पूर्ण देश के लिए स्वास्थ्य देखभाल के स्तरों की एक एकल सामान्य छवि का वास्तविक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों का वर्णन करने या आयोजना के लिए व्यावहारिक महत्व नहीं है चाहे वह प्रथम अनुमानन के रुप में उपयोगी हो।

किसी भी देश में कम से कम तीन प्रकार की भौगोलिक- जनसांख्यिकीय स्थितियां या पैटर्न होते हैं, नामतः - ग्रामीण क्षेत्र, मध्यम आकार के नगर तथा विशाल शहर, इनमें से प्रत्येक के लिए एक विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल मॉड्यूल विकसित किया गया है। इन सामान्य भौगोलिक जनसांख्यिकीय स्थितियों के अलावा और स्थितियां हैं जो कतिपय देशों या क्षेत्रों के लिए विशिष्ट हैं जैसे उत्खनन बस्तियां, विशाल बागान, द्वीप तथा अन्य विलग समुदाय,

बंजारा जनसंख्या इत्यादि, तथापि विभिन्न देशों में वैयक्तिक स्वास्थ्य देखभाल सेवा में प्र ाचालन संरचना में निम्नलिखित प्रवृतियां उभरी हैं -

1. संपूर्ण जनसंख्या के लिए व्यापक स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था
2. निजी चिकित्सा प्रैक्टिस तथा सार्वजनिक रुप से प्रदत चिकित्सा देखभाल का पर्यापत सम्मिश्र।
3. एक स्वस्थ दल के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं का विकास।
4. समुचित कैरियर संरचनाओं के साथ पूर्णकालिक वैतनिक सेवाओं की ओर संचलन।
5. बीमा तथा सामाजिक सुरक्षा योजनाओं का प्रगामी विस्तार तथा निःशुल्क चिकित्सा देखभाल के विस्तार द्वारा प्राप्त व्यवस्था।
6. निवारक, संवर्धनात्मक, उपचारी सेवाओं तथा विशेष रोग कार्यक्रमों का प्र ागामी एकीकरण।
7. यथा संभव, सांस्थानिक देखभाल की अपेक्षा समुदाय में देखभाल के लिए चिकित्सीय, सामाजिक तथा आर्थिक संवृद्धि पर समूह वरीयता।
8. अधिक मंहगी वैयक्तिक स्वास्थ्य निगरानी तथा जनसमूह जाँच की शुरुआत।
9. स्वास्थ्य सेवाओं की आयोजना तथा संगठन में एक प्रणालीबद्ध दृष्टिकोण।

2.4 स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणालियाँ

यद्यपि विभिन्न देशों में स्वास्थ्य देखभाल परिदाय इस प्रकार एक ही प्रणाली में समाहित नहीं हो सकता, हम प्रणाली को तीन मोटी श्रेणियों में विभाजित कर सकते हैं-

1. मुक्त उद्यम प्रणाली
2. कल्याणकारी राज्य
3. समाजवादी पैटर्न

1. **मुक्त उद्यम प्रणाली** - मुक्त अर्थव्यवस्था खुले बाजार में प्रचालन करती है। 8-10 प्र ातिशत जी एन पी का व्यय स्वास्थ्य सेवाओं पर किया जाता है। रोगी द्वारा निजी भुगतान अथवा साधारण बीमा योजना प्रणाली के अंतर्गत वित्तपोषण के मुख्य स्त्रोत

हैं। मध्यवर्ती व्यवसायियों यथा नर्स क्लिनिशियन, डेंटल नस्र, नर्स एनेस्थीटिस्ट जोर पकड़ रहे हैं। राज्य द्वारा पर्यावरणात्मक संरक्षण, जलापूर्ति, प्रदूषण नियंत्रण इत्यादि के अर्थ में निवारक सेवाएं सुविकसित हैं। स्वास्थ्य विनियन कठोर है तथा देखभाल की गुणवत्ता को जनजागरुकता का महत्व दिया जाता है। उपभोक्ता मुकदमें काफी उच्च हैं।

2. **कल्याणकारी राज्य** - इस योजना में, अधिकांश व्यय का वित्तपोषण नियोजकों, कर्मचारियों तथा सरकार में साविधिक अंशदानों के जरिए किया जाता है। 6-7 प्रतिशत जी.एन.पी. स्वास्थ्य के लिए आबंटित किया जाता है। बहिरंग देखभाल के लिए, दुरुपयोग से बचने के लिए रोगी द्वारा लागत की साझेदारी करने की श्रेणीबद्ध प्रणाली है। चिकित्सा संघ प्रतिनिधियों को शामिल करके सरकारी प्रक्रमों द्वारा चिकित्सा देखभाल के संजाल को विनियमित किया जाता है। डाक्टरों पर व्यय का मॉनीटरन किया जाना है तथा सरकार देखभाल के गुणवत्ता के संबंध में सचेत है। साधारण चिकित्सा व्यवसायियों का सामाजिक स्तर उच्च होता है तथा उनका अस्पतालों से कोई संबंध नहीं होता। अभिदेशन (रेफरल) प्रणाली सुविकसित है। अस्पताल विशेषज्ञ पूर्ण कालिक वैतनिक कार्मिक है तथा उनकी प्रतिष्ठा उच्च है। ग्रामीण सेवा अनेक रुपों में प्रदान की जाती है। निवारक सेवाएं सुविकसित है; उपभोक्ताओं के बीच उच्च जागरुकता के बावजूद मुकदमेंबाजी बहुत कम होती है।

    यू.के.इस प्रणाली का अच्छा उदाहरण है।

3. **समाजवादी पैटर्न** - 4-5 प्रतिशत जी.एन.पी. स्वास्थ्य के लिए आबंटित है। स्वास्थ्य सेवाएं राज्य के स्वामित्वाधीन है। निजी व्यवसाय की अनुमति है। स्वास्थ्य प्रणाली सुविकसित है। विशेषज्ञों की अपेक्षा सामान्य चिकित्सा व्यवसायियों की संख्या अधिक है। स्वास्थ्य सहायकों को अत्यधिक महत्व तथा सम्मान दिया जाता है तथा उनका मुख्य जोर लिपिकीय तथा अनुसंधान कार्य के बजाए क्लिनिकल कार्य पर तथा निवारक चिकित्सा पर होता है। मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य को विशेष महत्व दिया जाता है। क्षेत्रीयकरण की संकल्पना सुविकसित है। अधिकांश बिस्तर सामान्य है। अस्पतालों के माध्यम से अर्धचिकित्सकों के लिए जारी शिक्षा सुविकसित है। आवधिक स्वास्थ्य जाँच पर विशेष जोर दिया जाता है। औषधों के नाम जातिगत हैं तथा अधिक ब्रांडों को प्रोत्साहन नहीं दिया जाता।

    रुस इसका अच्छा उदाहरण है।

जाँच बिन्दु

1. स्वास्थ्य प्रणाली को परिभाषित करें। स्वास्थ्य प्रणाली के संघटक कौन से हैं?

2. शब्द समूह स्वास्थ्य तथा चिकित्सा देखभाल से आप क्या समझते हो?
3. किसी भी देश में स्वास्थ्य सेवाओं की आयोजना में विचार किए जाने वाले आवश्यक कारकों पर चर्चा करें।
4. देश के विभिन्न देशों में प्रवृत स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली की किस्में कौन सी हैं?

2.5 भारत

2.5.1 प्रस्तावना

1 मार्च 2001 को 0.00 बजे भारत की कुल जनसंख्या 1,027,015,247 व्यक्ति थी। इसके साथ ही भारत चीन के पश्चात एक बिलियन की संख्या को पार करने वाला दूसरा देश बन गया। 1991-2000 के बीच देश की जनसंख्या में 21.34% की वृद्धि हुई। जनसंख्या का लिंग अनुपात (अर्थात प्रति हजार पुरुषों के प्रति महिलाओं की संख्या) 933 था जबकि 1991 की जनगणना के अनुसार यह 927 था। कुल साक्षरता दर 65.38% है।

भारत गणराज्य की संघीय संरचना है जिसमें राज्य तथा संघशासित प्रदेश शामिल है। भारत के संविधान में समानता, स्वतंत्रता, न्याय तथा व्यक्ति के सम्मान पर आधारित एक नई सामाजिक व्यवस्था की स्थापना की परिकल्पना की गई है। इसका उद्देश्य गरीबी, अज्ञानता और खराब स्वास्थ्य को समाप्त करना है तथा इसमें राज्य को पोषण के स्तर तथा लोगों के रहन-सहन के स्तर को ऊँचा उठाने, कामगारों, पुरुषों तथा महिलाओं का स्वास्थ्य तथा शक्ति सुनिश्चित करने, तथा विशेष रुप से यह सुनिश्चित करने के निदेश दिए गए है कि बच्चों को ऐ स्वस्थ तरीके से विकास करने के अवसर प्रदान किए जाएं।

ग्रामीण क्षेत्रों में सेवाएं उपकेन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा समुदाय स्वास्थ्य केन्द्रों के नेतृत्व के माध्यम से स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण सेवाओं को एकीकृत करते हुए प्रदान की जाती हैं। शहरों में, राज्य सरकारों, बीमा योजनाओं, स्थानीय स्वः सरकारों इत्यादि के अंतर्गत शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों तथा अस्पतालों का एक संजाल विकसित किया जाता है। महत्वपूर्ण राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रमुख स्वास्थ्य मुद्दों की देखरेख करते हैं तथा वे केन्द्रीय अथवा केन्द्रीय सह राज्य प्रायोजित होते हैं। निजी एवंव स्वैच्छिक क्षेत्रों को विभिन्न स्तरों पर नियोजित किया जाता है। इसके अलावा, चिकित्सा की इन विभिन्न पद्धतियों को समय समय पर विकसित किया जाता है तथा विभिन्न स्थानों में इनकी भिन्न भिन्न प्रास्थिति जारी

रहती है। साथ ही प्रणाली में बड़ी संख्या में अपंजीकृत उपचार पद्धतियां तथा पारम्परिक उपचारक विद्यमान रहते हैं जहाँ भी उन्हें स्वीकार्य किया जाता है।

2.5.2 स्वास्थ्य नीति तथा कार्य-योजना

भारत के संविधान में यह उपबंध है कि स्वास्थ्य राज्य का दायित्व है। भारत 1978 की एल्मा एट्टा घोषणा का हस्ताक्षरकर्ता था तथा वर्ष 1982-83 में अपनाई गई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण के माध्यम से वर्ष 2000 तक सब के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य की भारत की वचनबद्धता का स्पष्ट उल्लेख था। सब के लिए स्वास्थ्य को उच्चतम शासकीय स्तर पर समर्थन प्राप्त हुआ है। स्वास्थ्य विकास को राष्ट्रीय सामाजिक-आर्थिक विकास का एक आवश्यक तथा एकीकृत भाग माना गया है तथा यह देखने का प्रत्येक प्रयास किया जाता है कि स्वास्थ्य तथ्य स्वास्थ्य से जुडे कार्यकलापों का सभी स्तरों पर प्रणालीबद्ध रुप से आयोजना तथा समन्वय किया जाए।

विगत अध्याय में यथा वर्णित राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 तथा संशोधित राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति मसौदा 2001 स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली को एक निश्चित दिशा देती है। अन्य महत्वपूर्ण नीति दस्तावेज हैं राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 राष्ट्रीय एड्स निवारण एवं नियंत्रण नीति तथा राष्ट्रीय रक्त नीति जो आने वाले वर्षों में स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली को आकार देने के लिए महत्वपूर्ण हैं।

2.5.3 जनसंख्या के जनसांख्यिकी पैटर्न

वर्ष 1951 में 361.1 मिलियन तथा वर्ष 1901 में 238.4 मिलियन जनयंख्या की तुलना में 1 मार्च 2001 को भारत की जनसंख्या 1027015247 थी। जनसंख्या की उच्च वृद्धि उन उपलब्धियों को प्रतिकूल रुप में प्रभावित कर रही है जो राष्ट्र ने विकास मोर्चा पर हासिल की हैं। विश्व भूमि क्षेत्रफल के 2.4 प्रतिशत हिस्से के साथ भारत इस समय विश्व जनसंख्या के 16 प्रतिशत हिस्से को सहारा दे रहा है। प्रत्येक अनुक्रमिक जनगणना में (सिवाए 1972 की) जनसंख्या की प्रति वर्ग कि.मी. जनसंख्या सघनता में वृद्धि हुई है तथा वर्ष 1901 प्रति वर्ग कि.मी.77 की तुलना में यह 292 (1997) प्रति वर्ग कि.मी. था। (स्रोतः हेल्थ ग्राफिक्स ऑफ इंडिया, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय)

कुल तथा ग्रामीण जनसंख्या की तुलना में देश की शहरी जनसंख्या में कहीं अधिक तीव्र दर से वृद्धि हो रही है जिसके परिणामस्वरुप यह प्रत्येक दो दशकों में दुगुनी होकर वर्ष 1961 तथा 1981 के बीच 80 मिलियन से 160 मिलियन तथा 1971 से 1991 के बीच 109 मिलियन से 217 मिलियन हो गई।

मोटे तौर पर मृत्यु दर (सी.डी.आर) 9 तथा मोटे तौर पर जन्म दर (सी.अ.आर) 26.4 (1998) के साथ भारत इस समय जनसांख्यिकी संक्रमण की तृतीय अवस्था पर है। यद्यपि जन्म दर में गिरावट महत्वपूर्ण है, यह मृत्यु दर में गिरावट को प्रति संतुलित करने के लिए पर्याप्त तीव्र नहीं है।

मृत्यु दर वर्ष 1951-61 में 22.8 से कम होकर वर्ष 1998 में 9 हो गई। शिशु मृत्यु दर (आई.एम.आर), जो 1998 में प्रति हजार जीवित जन्म 72 थी, अभी भी काफी उच्च है यद्यपि 1981 में 110 की दर से इसमें महत्वपूर्ण गिरावट आई है। जन्म पर जीवन प्रत्याशा में उल्लेखनीय वृद्धि दर्शित हुई है जो व 1941-51 के दौरान 32 वर्ष से बढ़कर 1998 में 63 वर्ष हो गई है। भारत में सी बी आर 1951-61 में 41.7 से गिरकर 1998 में 26.4 हो गया। कुल ऊर्वरता दर प्रति महिला 3.5 (1994) है जो 1951-61 में 5.97 की तुलना में है। ऊर्वरता कमी के रुप में उपलब्धि महत्वपूर्ण है तथा देश में किए गए आर्थिक विकास कार्यक्रमों तथा अवसंरचना में बृहत निवेशों के लाभों को निर्दिष्ट करती है (स्रोतः इंडिया कंट्री स्टेटमेंट)

राज्य के बीच तथा ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के बीच महत्वपूर्ण अंतर है। ऊर्वरता दर ग्रामीण क्षेत्रों के बजाए शहरी क्षेत्रों में निम्न है।
लिंग अनुपातः 2001 में प्रति हजार पुरुषों के लिए औसतन 935 महिलाएं थी। प्रतिकूल लिंग अनुपात चिंता का विषय है।

देश की आयु संरचना निम्न प्रकार है:-

0-14 वर्षों के बीच जनसंख्या	37 प्रतिशत
15-41 वर्षों के बीच जनसंख्या	48 प्रतिशत
50-64 वर्षों के बीच जनसंख्या	11 प्रतिशत
61 वर्षों के ऊपर जनसंख्या	04 प्रतिशत

वयोवृद्ध जनसंख्या (60 वर्ष की आयु) की संख्या 1996 में 62.3 मिलियन थी तथा वर्ष 2016 तक इसके दोगुनी हो जाने की संभावना है। यद्यपि पारिवारिक तथा रक्त संबंध अभी भी काफी सशक्त हैं, शहरीकरण, औद्योगिकीकरण तथा आधुनिकीकरण से वृद्ध लोगों की संवेदनशीलता बढ़ रही है। सरकार तथा साथ ही स्वैच्छिक क्षेत्रक इस उभरती हुई समस्या के प्रति संवर्धनात्मक जागरुकता दर्शा रहे हैं।

भारत में पुरुषों तथा महिलाओं के लिए जन्म पर जीवन की प्रत्याशा शताब्दी तथा वर्ष 1921 में 19.4 (पुरुष) तथा 20.9 (महिलाएं) की तुलना में वर्ष 2000 में यह 62.4 (पुरुषों) तथा 63.4 (महिलाएं) थीं।

भारत में शिशु मृत्यु दर में सराहनीय गिरावट हुई है यद्यपि यह थोड़ी धीमी रही तथा शताब्दी के आरम्भ में अनुमानित 204 की तुलना में 1998 में यह प्रति 1,000 जीवित जन्म 72 थी। वर्ष 2000 के लिए शिशु मृत्यु दर के लिए लक्ष्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में 60 से कम निर्धारित किया गया है।

2.5.4 स्वास्थ्य प्रशासन

स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली में अंतर्ग्रस्त महत्वपूर्ण अभिकरण निम्न प्रकार हैः-

1. केन्द्रीय स्तर पर

केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रमुख एक कैबिनट मंत्री, एक राज्य मंत्री तथा एक उप स्वास्थ्य मंत्री हैं। ये राजनैतिक नियुक्तियां हैं। वर्तमान में स्वास्थ्य मंत्रालय के निम्नलिखित विभाग हैं-

i. स्वास्थ्य विभाग; तथा
ii. परिवार नियोजन विभाग
iii. आई एस एम विभाग

स्वास्थ्य विभाग की अध्यक्षता इसके कार्यकारी प्रमुख के रुप में सचिव भारत सरकार द्वारा की जाती है तथा उनकी सहायता के लिए संयुक्त सचिव, उपसचिव तथा विशाल प्रशासनिक स्टॉक है। परिवार नियोजन विभाग का सृजन स्वास्थ्य देखभाल मंत्रालय में 1966 में किया गया था। इस विभाग के प्रमुख स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में सचिव भारत सरकार हैं। उनकी सहायता के लिए एक अपर सचिव तथा आयुक्त (परिवार कल्याण) तथा एक संयुक्त सचिव है।

भारतीय चिकित्सा तथा होम्योपैथी पद्धति विभाग के प्रमुख भारत सरकार के सचिव हैं। सचिव तथा चार निदेशक, एक सलाहकार तथा आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी तथा होम्योपैथी के अनेक उपसलाहकार हैं।

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक चिकित्सा तथा जन स्वास्थ्य, दोनों मामलों के केन्द्र सरकार का प्रधान सलाहकार है। उसकी सहायता के लिए एक अपर महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं डिप्टियों का एक दल तथा विशाल प्रशासनिक स्टॉक है। निदेशालय में तीन मुख्य इकाइयाँ हैं उदाहरणार्थ चिकित्सा देखभाल तथा अस्पतालें, जनस्वास्थ्य तथा सामान्य प्रशासन।

केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद

केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद में अध्यक्ष के रुप में केन्द्रीय स्वास्थ्य मंत्री है, प्रत्येक राज्य तथा भारत के संघशासित प्रदेशों में प्रभारी मंत्री के अतिरिक्त स्वास्थ्य राज्य मंत्री तथा उप स्वास्थ्य मंत्री इसके सदस्य हैं।

इसके अतिरिक्त, विभिन्न स्वास्थ्य क्षेत्रकों में विशेषज्ञों को केन्द्र, राज्य सरकारों, स्वायत्त निकायों, स्वैच्छिक तथा चुनिंदा निजी संगठनों से बैठकों में भाग लेने के लिए बुलाया जाता है।

मंत्रिमंडलीय परिवार नियोजन उप-समिति

परिवार नियोजन के लिए एक मंत्रिमंडलीय उपसमिति है जिसके अध्यक्ष प्रधानमंत्री हैं (स्वास्थ्य के लिए कोई उपसमिति नहीं है, यह परिवार नियोजन के साथ ही संबद्ध है)।

II. राज्य स्तर पर

राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय

राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय का प्रमुख स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण मंत्री तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उपमंत्री है। स्वास्थ्य सचिवालय राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय का शासकीय अंग है तथा इसके प्रमुख एक सचिव हैं जिसकी सहायता के लिए उपसचिव, अवर सचिव तथा अनेक प्रशासनिक स्टॉक है। सचिव भारतीय प्रशासनिक सेवा का वरिष्ठ अधिकारी होता है।

राज्य स्वास्थ्य निदेशालय

स्वास्थ्य सेवा निदेशक चिकित्सा तथा जनस्वास्थ्य से जुड़े सभी मामलों पर राज्य सरकार का मुख्य तकनीकी सलाहकार है। कुछ राज्यों में इन्हें स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण निदेशक कहा जाता है।

कुछ राज्यों में हाल का घटनाक्रम चिकित्सा महाविद्यालयों की बढ़ती संख्या के मद्देनजर चिकित्सा शिक्षा निदेशक की नियुक्ति है। उप तथा सहायक स्वास्थ्य निदेशक दो प्र ाकार के होते हैं- क्षेत्रीय तथा कार्यात्मक। क्षेत्रीय निदेशक अपनी विशिष्टता के बावजूद अपने क्षेत्राधिकार में जन स्वास्थ्य की सभी शाखाओं का निरीक्षण करते हैं। कार्यात्मक निदेशक सामान्यतः जनस्वास्थ्य की विशिष्ट शाखा में विशेषज्ञ होते हैं यथा मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, पोषण, क्षयरोग, कुष्ठ, स्वास्थ्य शिक्षा इत्यादि।

III. जिला स्तर पर

स्वास्थ्य राज्य का विषय होने के कारण, विभिन्न राज्यों में संगठनों के विभिन्न पैटर्न हैं, जैसेः-

क. एक जिला प्रमुख

एक मुख्य स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारी अथवा जिला स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारी होता है जिसकी सहायता के लिए दो या अधिक डिप्टी होते हैं।

ख. दो जिला प्रमुख

इस गठन में, सिविल सर्जन/जिला चिकित्सा अधिकारी जिला अस्पताल की तथा कई बार जिले की सभी चिकित्सा सुविधाओं की देखरेख करते हैं तथा जिला स्वास्थ्य अधिकारी जिले के परिवार नियोजन कार्यक्रमों सहित जन स्वास्थ्य कार्य का प्रभारी होता है।

स्वास्थ्य आयोजना में रत दो अन्य अभिकरण योजना आयोग तथा राष्ट्रीय विकास परिषद हैं। नए संविधान में, कार्यों का वितरण लगभग 1935 के अधिनियम के समान ही है। केवल संसद को ही संघ सूची के संबंध में राज्य विधानमंडल को राज्य सूची के संबंध में ि वधान बनाने का अधिकार है।

जहाँ तक स्वास्थ्य का संबंध है, संघ सूची में पतन संगरोधी अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य, अंतः राज्यीय प्रवासन तथा संगरोधन, स्नातकोत्तर चिकित्सीय शिक्षा, चिकित्सा अनुसंधान इत्यादा शामिल है। राज्य सूची में जन स्वास्थ्य तथा स्वच्छता, अस्पताल तथा औषधालयों को राज्य उत्तरदायित्व के रुप में शामिल किया गया है। अन्य शब्दों में, स्वास्थ्य राज्यों का विषय है तथा वे स्वायत्तशासी हैं तथा प्रत्येक राज्य अपने स्वयं के क्षेत्र में स्वास्थ्य की देखभाल के लिए उत्तरदायी है। समवर्ती सूची में मृत्यु तथा जन्म के पंजीकरण, खाद्य पदार्थों के अपमिश्रण, पागलपन या मानसिक कमजोरी, औषध नियंत्रण इत्यादि संबंधी महत्वपूर्ण आंकड़ें शामिल हैं।

स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली में कार्यरत विभिन्न अभिकरण हैं-

सार्वजनिक अभिकरण

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, ग्रामीण अस्पताल, उप-मंडलीय अस्पताल, जिला अस्पताल, अस्पताल तथा अध्यापन अस्पताल स्वास्थ्य बीमा योजना ई.एस.आई., सीजीएचएस, अन्य अभिकरणः रक्षा सेवाएं, रेलवे।

निजी अभिकरण

निजी अस्पताल, पोलीक्लिनिक, नर्सिंग होम तथा औषधालय।

सामान्य चिकित्सा व्यवसायी तथा क्लिनिक

स्वदेशी चिकित्सा पद्धति- आयुर्वेद तथा सिद्धा, यूनानी तथा तिबिया, होम्योपैथी, प्राकृतिक चिकित्सा तथा अपंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी।

स्वैच्छिक स्वास्थ्य अभिकरण

भारत सरकार ने अक्तूबर 1977 में ग्रामीण स्वास्थ्य योजना शुरु की। यह स्वास्थ्य देखभाल परिदाय की एक त्रिस्तरीय प्रणाली है जिसमें ग्रामीण स्तर पर प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल शामिल है जिसकी व्यवस्था ग्राम में से ही चुने गए समुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (जिन्हें समुदाय स्वास्थ्य स्वयंसेवक भी कहा जाता है), मध्यवर्ती बहुप्रयोजन पुरुष तथा महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा समुदाय स्तर के कार्यकर्त्ताओं एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर डाक्टरों के बीच स्वास्थ्य सहायक एवं पर्याप्त अभिदेशन सेवाओं सहित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएं शामिल हैं। एक उपकेन्द्र सामान्यतः 5,000 की जनसंख्या की सेवा करता है तथा पीएचसी के अंतर्गत 30,000 की जनसंख्या शामिल होती है। दर्जा बढ़ाए गए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र होते हैं जिन्हें बुनियादी विशेषताओं से युक्त 30 बिस्तर की बिस्तर क्षमता के साथ समुदाय स्वास्थ्य केन्द्रों में रुपांतरित किया गया है, इसमें लगभग 1 लाख की जनसंख्या शामिल होती है। सभी के लिए स्वास्थ्य प्राप्त करने की भारत की वचनबद्धता से प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था समुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्त्ताओं, जिला अस्पताल तथा अध्यापन अस्पतालों को अभिदेशन सेवा वाले उपकेन्द्रों द्वारा की जाती है। रेल वे, रक्षा, सीजीएचएस, ईएसआई तथा स्वैच्छिक संगठनों का अपना स्वयं का नेटवर्क है तथा अनेक क्षेत्रों में उनके प्रयासों का समन्वयन स्वास्थ्य मंत्रालय, भारत सरकार के माध्यम से किया जाता है।

स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना में प्रमागी वृद्धि हुई है। 1991-96 के बीच स्थिति निम्न अनुसार हैः-

2.5.5 स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना

क्रम सं.		1991	1996
1.	उपकेन्द्र	1,30,984	1,32,730
2.	पीएचसी	20,450	21,854
3.	सीएचसी	2,071	2,424
4.	औषधालय	27,431	28,225*
5.	अस्पताल	11,174	15,097*
6.	अस्पताल बिस्तर (सभी प्रकार के)	8,10,545	8,70,161

* 31.12.1995 की स्थिति के अनुसार

स्त्रोतः

1. आर्थिक समीक्षा, 1996-97
2. ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी बुलेटिन, जून 1996
3. स्वास्थ्य सूचना, 1997

2.5.6 स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण

स्वास्थ्य देखभाल की विविधीकृत संरचना तथा इसमें लगे बहुत एजेंसियों के कारण स्वास्थ्य क्षेत्रक में वित्त साधनों की प्रतिशतता का वास्तविक आंकलन बहुत कठिन हो जाता है। केन्द्र तथा राज्य दोनों को मिलाकर स्वास्थ्य क्षेत्रक में सार्वजनिक व्यय जीडीपी के 1.5% से थोड़ा ही अधिक है।

केन्द्र सरकार क्रमिक पंचवर्षीय योजनाओं के जरिए परिवार कल्याण तथा स्वास्थ्य के लिए बजट आबंटन की व्यवस्था करती है जिसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के माध्यम से विभिन्न पपरिवार कल्याण तथा स्वास्थ्य कार्यकलापों पर व्यय किया जाता है।

विभिन्न स्वैच्छिक संगठनों की वित्तीय सहायता केन्द्र सरकार तथा राज्य सरकारों के सहायता अनुदान कार्यक्रमों के माध्यम से प्रदान की जाती है।

सरकार के तत्वाधान में स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को सरकार से प्राप्त निधियों के अतिरिक्ति कर्मचारियों तथा नियोजनों से भी योगदान प्राप्त है।

रक्षण, रेलवे, अर्धमिलिट्री संगठनों जैसे विभिन्न क्षेत्रकों के लिए उनके बजटों के माध्यम से चिकित्सा देखभाल के लिए पृथक निधियां आबंटित हो।

निजी चिकित्सा सेवाओं अथवा विभिन्न अभिकरणों से आर्थिक सहायता प्राप्त चिकित्सा सेवाओं का उपभोग करने के लिए उपभोक्ताओं द्वारा अधिकांश निजी व्यय वहन किया जात है।

2.5.7 स्वास्थ्य दशाएं

स्वतंत्रता के पश्चात कुछ सफलताएं तथा कुछ विफलताएं हाथ लगी हैं। सफलता निम्नलिखित अर्थों में प्राप्त हुई हैं।

क्र.स.	1.4.5 प्राचल	1951-61	1981	1991	1998
1.	जन्म दर	41.7	37.2	29.0(एसआरएस 92)	26.4
2.	मृत्यु दर	22.8	15.0	10.0(एसआरएस 92)	9.0
3.	कुल उर्वरता दर	5.97	4.5	3.8(एसआरएस 92)	3.3
4.	शिशु मृत्यु दर	146.0	110.0	79.0(एसआरएस 92)	72
5.	युगल संरक्षण दर(प्रतिशत)	10.4 (1970-71)	22.8	43.3(31.3.93)	45.4
6.	जन्म दर जीवन की प्रत्याशाएं	32.0	54.0	58.0	63

स्रोतः- वार्षिक रिपोर्ट, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, नई दिल्ली।

चेचक का उन्मूलन कर दिया गया है। मलेरिया तथा हैजे की वजह से रुगग्णता तथा मृत्यु में कमी आई है।

प्रभावशाली प्रगति के बावजूद स्वास्थ्य प्रणाली में अनेक विफलताएं हाथ लगी हैं, अर्थात्-

क. शहरों की आर प्रवासन के साथ जनसंख्या वृद्धि ने नागरिक सुविधाओं पपर अत्यधिक दबाब डाला है तथा गन्दी बस्तियों में जीवन के कारण रुग्णता, एसटीडी, औषध दुरुपयोग, एड्स, क्षयरोग इत्यादि में वृद्धि हुई है।

ख. अतिसार रोग मुख्य चिंता का विषय बने हुए हैं क्योंकि सभी के लिए पेयजल की उपलब्धि अभी तक हासिल नहीं की जा सकी है।

ग. विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों के बावजूद संक्रामक रोग घटाकर वांछनीय स्तर पर नहीं लाए जा सके हैं।

घ. अल्प शोषण तथा परिणामी रोगों की समस्याएं अभी भी उच्च बनी हुई हैं।

ड. तीव्र श्वास संक्रमण की घटनाएं बढ़ रही हैं (विशेषकर नगरों में) क्योंकि सरकार वायु प्रदूषण को नियंत्रित करने में असफल रही है।

च. प्रसव समस्याओं, निम्न जन्म भार तथा संक्रमण के रुप में मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य की समस्याएं अंतर्राष्ट्रीय मानकों की तुलना में काफी उच्च हैं।

से सभी असफलताएँ विभिन्न सुविधाओं, निरक्षरता, लिंग असमानता, वायु प्रदूषण, अपर्याप्त स्वास्थ्य अवसंरचना, स्वच्छता, सामाजिक-सांस्कृतिक अंतरों तथा अनियंत्रित औद्योगिकरण के कारण है।

2.5.8 स्वास्थ्य सुविधाएँ तथा स्वास्थ्य जनशक्ति

स्वतंत्रता के पश्चात से अस्पतालों, अस्पताल बिस्तरों तथा औषधालयों की संख्या में स्थिर वृद्धि हुई है। अस्पतालों ने चौगुनी से अधिक वृद्धि दर्ज की है तथा अस्पताल बैडों की संख्या में लगभग सात गुनी वृद्धि हुई है। औषधालयों की संख्या भी 1951 के अपने स्तर से बढकर चौगुनी से अधिक हो गई है। निम्नलिखित सारणी में स्वास्थ्य जनशक्ति स्थिति दर्शाई गई हैः

क्र.स.	श्रेणी	विद्यमान संख्या	प्रशिक्षित संस्थाओं की संख्या	प्रवेश क्षमता
1.	चिकित्सा स्नातक	474270	160	15000
2.	दंत सर्जन	19525	67	1300
3.	नर्सें क. सामान्य ख. एएनएम/एफएचडब्ल्यू	 512595 229304	 487 494	 20400 12377
	स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता			
4.	प्रयोगशाला तकनीशियन	23617	97	2193
5.	दंत मैकेनिक	1903	18	50
6.	दंत हाइजिनिस्ट	6800	17	65
7.	फिजियोथिरैपिस्ट	6800	8	174
8.	ऑक्यूपेशनल थिरेपिस्ट	800	4	75
9.	एक्स-रे तकनीशियन	4872	33	410
10.	फार्मासिस्ट	175000	290	16555
11.	नेत्र चिकित्सा सहायक	4290	7	134

स्रोतः 1.चिकित्सा शिक्षा संबंधी कार्यकारी दल की रिपोर्ट-1996
2. स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन विकास हेतु संचालन समिति की रिपो-1996

ग्रामीण क्षेत्रों में अवसंरचना का राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में निर्धारित उद्देश्य की प्राप्ति तथा सभी के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य को प्राप्त करने में प्रमुख महत्व है। इस अवसंरचना में विभिन्न संघटक उपकेन्द्र (बहुप्रयोजन कार्यकर्त्ताओं- महिला तथा पुरुष द्वारा संचालित), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (सर्वाधिक बाह्य यूनिट डाक्टर (रों) सहित) तथा समुदाय स्वास्थ्य केन्द्र (ग्रामीण अस्पताल तथा प्रथम स्तरीय अभिदेशन यूनिट) है। पीएचसी की संख्या 1951 में मात्र एक हजार से भी कम से बढकर वर्तमान में 1991-92 में 22 हजार से भी अधिक हो गई है। इसी प्रकार 34 केन्द्रों की संख्या भी, जिनकी स्थापना सबसे पहले चौथी योजनावधि में की गई थी, उन 132 हजार से भी अधिक है।

जून 1996 की स्थिति के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य जनशक्ति निम्न प्रकार है:-

क्र.सं.	जनशक्ति श्रेणी	जनगणना के लिए आवश्यकता	30.9.96 की स्थिति के अनुसार पदस्थ	स्वीकृत संख्या 1995
1.	विशेषज्ञ(4/सीएचसी)	22348	27.51	4763
2.	पीएचसी में डाक्टर(1/पीएचसी)	22349	26930	32074
3.	बीईएफ/स्वास्थ्य शिक्षक(12पीएचसी)	22349	5621	6287
4.	फार्मासिस्ट(1/सीएचसी+1/पीएचसी)	27936	20022	21790
5.	प्रयोगशाला तकनीशियन/रेडियोग्राफर(1/सीएचसी)	27936	9711	12371
6.	एक्स-रे तकनीशियन/रेडियोग्राफर(1/सीएचसी)	5587	1288	1596
7.	नर्स मिडवाईफ(7/सीएचसी+1/पीएचसी)	61458	12683	16754
8.	एचए(एम) (1/पीएचसी)	22349	15745	21658
9.	एचएम(एफ) (1/पीएचसी)	22349	18904	71165
10.	एचडब्ल्यू(एम) (1/एससी)	134108	62229	71165
11.	एचडब्ल्यू(एफ) (1/एससी+1/पीएचसी)	156457	133773	140751
	1.5 जोड़	**525226**	**309657**	**347532**

स्रोतः आरएचएस बुलेटिन, जून 1996, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

किसी देश में प्रति यूनिट जनसंख्या स्वास्थ्य कार्यकर्त्ताओं का अनुपात उस देश में स्वास्थ्य जनशक्ति विकास अवसंरचना तथा स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था का संवेदी सूचकांक है। प्रति 1,00,000 व्यक्ति डाक्टरों, नर्सों तथा एएनएम की उपलब्धता में असाधारण वृद्धि हुई है।

भारतीय नर्सिग परिषद द्वारा एकत्र की गई सूचना के अनुसार, योग्यता प्राप्त कार्मिकों की कुल संख्या इस प्रकार हैं-

नर्से	6577436
नर्सिग तथा मिडवाईफ	335485
स्वास्थ्य विजिटर	32249
जोड़	1025170

स्रोतः वार्षिक रिपोर्ट 2000-01, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

2.5.9 भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी (आईएसएमएवंएच)

यह देश में अनेक राज्यों में प्रचलित है। 18 राज्यों में आईएसएम एवं एच के तहत उपलब्ध चिकित्सा देखभाल, चिकित्सा जनशक्ति तथा चिकित्सा शिक्षा सुविधाओं का सारांश नीचे दर्शाया गया हैः-

क्र.स	सुविधाएं	आयुर्वेद	यूनानी	सिद्ध	योगा	प्राकृतिक चिकित्सा	होम्योपैथ ी	जोड
1.	अस्पताल	2258	196	224	6	21	297	3004
2.	बेड	40313	4872	1811	101	733	12836	60666
3.	औषधालय	14416	970	363	42	56	7155	23028*
4.	पंजीकृत चिकित्सालय	36752 8	41221	12915	-	388	189361	611413
5.	क.अंडरग्रेजुएट ख.प्रवेश क्षमता	196 7070	40 1280	2 150	- -	- -	149 7610	387 16110
6.	क.स्नातकोत्तर ख.प्रवेश क्षमता	49 645	3 35	2 70	- -	- -	14 186	68 936

टिप्पणीः- - = शून्य सूचना
* = 26 आगामी औषधालय शामिल हैं।

स्रोतः- वार्षिक रिपोर्ट, 2000-01, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

2.5.10 अनुसंधान एवं विकास

भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद एक स्वायत्त निकाय है जो जैव चिकित्सा अनुसंधान कार्यक्रमों का संवर्धन, सूत्रीकरन, संचालन तथा समन्वयन करता है। यह देश के ि वभिन्न भागों में विभिन्न केन्द्रों में प्रचालनरत अपनी अनुसंधान परियोजनाओं के माध्यम से इन गतिविधियों का संचालन करता है। यह निम्न क्षेत्रों में विभिन्न अनुसंधान परियोजनाएं चला रहा हैः-

क. संक्रामक रोग
ख. उत्पादक जीविज्ञान तथा ऊर्वरता नियंत्रण
ग. आनुवंशिक चिकित्सा
घ. पोषण
ड. असंक्रामक रोग
च. ऑनकालोजी
छ. पर्यावरणात्मक स्वच्छता तथा व्यावसायिक स्वास्थ्य
ज. मानसिक स्वासथ्य
झ. मुखवर्ती स्वास्थ्य

जाँच बिन्दु

1. पश्च स्वतंत्रता अवधि में भारत के स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की महत्वपूर्ण उपलब्धियाँ क्या रही हैं?
2. भारत के स्वास्थ्य आयोजनों द्वारा मानना की जा रही बुनियादी समस्याएँ क्या हैं? इन समस्याओं को सुलझाने के लिए आप क्या सुझाव देंगें?
3. स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने में लगे विभिन्न अभिकरणों का वर्णन करें। भारत की स्वतंत्रता के पश्चात ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना के घटनाक्रमों पर चर्चा करें।
4. भारत में स्वास्थ्य सेवा प्रशासन में ईएसआई तथा सीजीएचएस की भूमिका का वर्णन करें।

2.6 संयुक्त राज्य अमरीका

2.6.1 परिचय

सरकार सभी नागरिकों की, प्रदान की जाने वाली सर्वोत्तम संभव स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच को सुनिश्चित करने के लिए वचनबद्ध है। स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच, अस्वस्थता के निवारण, ज्ञान के विकास तथा विनियामक गतिविधि पर जोर दिया जाता है। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का प्रयोग किए प्रकार किया जाए- इस पर वर्तमान में अधिक जोर दिया जाता है।

संयुक्त राज्य अमरीका उच्चतम जीएनपी को रखने के अतिरिक्त नम्बर एक औद्योगिक शक्ति है। यह गैर-साम्यवादी विश्व का नेता है। यह एक गणतंत्र है। पूंजीवादी प्रणाली प्रचालनरत है। निजी उद्यमकारिता प्रधान विशिष्टता है।

मुख्य बाधाएँ अमरीकी जनसंख्या की आवश्यकताओं की विविधता में प्रतिबिम्बित होती हैं जो देश के भौगोलिक क्षेत्रों, स्थानों, सामाजिक आर्थिक प्रास्थिति तथा अनेक व्यष्टि तथा सांस्कृतिक कारकों के अनुसार भिन्न हैं। कोई भी एकल प्रणाली इस विविधता का निवारण करने की आशा नहीं कर सकती तथा इस प्रकार अभिकरणों संगठनों तथा स्वास्थ्य व्यवसायियों के अमरीकी नेटवर्क के समक्ष इन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य संसाधनों का उपयुक्त रुप से प्रयोग करने की निरंतर चुनौती विद्यमान है। इस समय सुव्यवस्थित तथा दर्शनशास्त्र द्वारा सुकर किए गए प्रक्रम हैं - वित्तीयन कार्यक्रम तथा सेवाएं, अपेक्षाकृत अधिक समुदाय स्तर भागीदारी तथा स्वास्थ्य संसाधनों के विशिष्ट उपयोग पर प्रभाव।

2.6.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का विधान

14 अगस्त 1985 के सामाजिक सुरक्षा अधिनियम के पारित होने तक सामाजिक कल्याण विधान राज्यों का पूर्वदर्शन था। स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग कार्यक्रम के लिए उत्तरदायी है अर्थात वृद्धावस्था उत्तरजीवी तथा अक्षमता बीमा, परिवारों तथा आश्रित बच्चों की अनुपूरक आय। स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण प्रशासन वृद्ध, अक्षम व्यक्तियों के लिए स-

वास्थ्य बीमा (मेडीकेयर) के लिए उत्तरदायी है। मानव विकास कार्यालय मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य सेवा के लिए उत्तरदायी है।

विशेष सुरक्षा अधिनियम दो भागों के माध्यम से चिकित्सा देखभाल की लागत के प्रति संरक्षा प्रदान करता है - जनसंख्या के 65 वर्ष से अधिक की आयु समूह के लोगों के लिए तथा 65 वर्ष से कम के आयु समूह के अक्षम लोगों के लिए स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम।

2.6.3 स्वास्थ्य तथा मानव सेवाओं का संगठन चार्ट

	सचिव उपसचिव		
निदेशक, अंतः सरकारी कार्य तथा सचिव के क्षेत्रीय प्रतिनिधि			स्टाफ प्रमुख
सहायक स्वास्थ्य सचिव	प्रशासक, स्वास्थ्य देखभाल अनुसंधान एवं गुणवत्ता अभिकरण	आयुक्त खाद्य एवं औषध प्रशासन (एफडीए)	कार्यपालक
प्रशासन एवं प्रबंधन सहायक सचिव	एजिंग संबंधी प्रशासन के सहायक सचिव (एसीए)	प्रशासक स्वास्थ्य संसाधन तथा सेवा प्र	निदेशक, जन स्वास्थ्य तैयारी कार्यालय
सहायक सचिव, बजट, प्रौद्योगिकी एवं वित्त	प्रशासक, मेडीकेयर एवं मेडीकेड सेवा केन्द्र (सीएमएस)	निदेशक भारतीय स्वास्थ्य सेवा (एचआईएस)	निदेशक, विशवासाधारित एवं समुदाय पहल केन्द्र
सहायक सचिव, आयोजना एवं मूल्यांकन	प्रशासक, हेल्थकेयर अनुसंधान एवं गुणवत्ता अभिकरण (एएचआरक्यू)	निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य संस्थान (एनआईएस)	निदेशक, नागरिक अधिकार कार्यालय

सहायक विधान सचिव	निदेशक, रोग नियंत्रण एवं निवारण केन्द्र (सीडीसी)	प्रशासक,पदार्थ दुरुपयोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रशासन(एसएएमएचएसए)	महानिरीक्षक
सहायक लोक कार्यालय सचिव	प्रशासक,नशीले पदार्थ तथा रोग पंजीकरण अभिकरण	निदेशक, कार्यक्रम अनुसमर्थन केन्द्र(पीएससी)	अध्यक्ष, विभागीय अपील बोर्ड

2.6.4 जनसांख्यिकीय कारक

संयुक्त राज्य अमरीका की जनसंख्या 1980 की जनगणना के अनुसार 227200000 की तुलना में लगभग 300 मिलियन है। जनसंख्या का लगभग भौगोलिक वितरण निम्न प्रकार है:- पूर्वोत्तर 21.5 प्रतिशत, उत्तरी-केन्द्रीय 25.7 प्रतिशत, दक्षिण 33.5 प्रतिशत तथा पश्चिम 19.3 प्रतिशत। 1980 में कुल जनसंख्या का 74 प्रतिशत शहरी क्षेत्र में तथा 26 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में रहता था। 1981 में दर्ज औसत आयु 30.3 थी। 1985 के लिए आंकड़े दर्शाते हैं कि 21.9 प्रतिशत जनसंख्या 15 वर्ष से कम आयु की थी तथा 11.5 प्रतिशत की आयु 65 वर्ष तथा अधिक थी। देश की शासकीय भाषा अंग्रजी है।

2.6.5 स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण

स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण सीधे उपभोक्ता द्वारा अपने जेब खर्च भुगतानों से किया जा सकता है। वैकल्पिक रुप से, उपभोक्ता तृतीय पक्ष विस्तार द्वारा प्रमुख चिकित्सीय लागतों को उपगत करने के जोखिम को कम कर सकते हैं। तृतीय पक्ष स्वास्थ्य परिदाय तथा स्वास्थ्य देखभाल उपभोक्ता के बीच वित्तीय मध्यस्थ का कार्य करेगा, उपभोक्ता को देखभाल लागत की प्रतिपूर्ति करेगा अथवा देखभाल के लिए प्रदायक को किराए पर लेगा। किसी भी मामले में, एक बीमित उपभोक्ता सेवा के समय देखभाल लागत के लिए कम या बिल्कुल ही नहीं के बराबर भुगतान करता है। सार्वजनिक कार्यक्रम समस्त वैयक्तिक स्वास्थ्य देखभाल व्यय के लगभग 40 प्रतिशत का वित्तपोषण करते हैं। राज्य तथा स्थानीय सरकारें 10 प्रतिशत का वित्तपोषण करती हो। औषधों तथा विविध व्ययों का वित्तीयन अधिकांशतः उपभोक्ताओं द्वारा सीधे ही किया जाता है। औषधों तथा चिकित्सीय विविध वस्तुओं के लिए व्यय किए गए समस्त डालरों का 57प्रतिशत ओबर दि काउंटर औषध उत्पादों के लिए

अनुमानतः व्यय किया जाता है। स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग का स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण प्रशासन वयोवृद्ध के लिए मेडीकेयर कार्यक्रम तथा गरीबों के लिए मेडिकेड कार्यक्रम के जरिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वित्तपोषण के लिए उत्तरदायी है। मेडीकेयर एक संघीय बीमा कार्यक्रम है जो अनेक अस्पताल, चिकित्सक, कुशल नर्सिंग, गृह स्वास्थ्य तथा आश्रम देखभाल सेवाओं के लिए भुगतान की व्यवस्था करती है। मेडीकेड संघीय सरकार तथा राज्यों के बीच साझेदारी वित्तपोषण पर आधारित है तथा यह गरीबों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के व्यापक क्रमविन्यास की व्यवस्था करती है।*

2.6.6 स्वास्थ्य दशाएं

संक्रामक रोगों को अत्यधिक विकसित जन स्वास्थ्य सेवाओं तथा सामाजिक एवं आर्थिक विकास द्वारा दूर किया जाता है।

पुरुषों की जीवन प्रत्याशा लगभग 76अ वर्ष है जबकि महिलाओं का प्रत्याशित जीवन लगभग 80 वर्ष है।

12 प्रतिशत से अधिक जनसंख्या की आयु 65 वर्ष से अधिक है तथा ह्रासकारी रोग एक समस्या है।

शिशु मृत्यु दर 10.5 है तथा एमसीएच सेवाओं पर जोर अधिक है। एमसीएच सेवा ब्लॉक समूह कार्यक्रम राज्यों को सहायता का प्रधान स्रोत है।

हृदय रोग मृत्यु दर प्रति 1 लाख जनसंख्या 323.5 है तथा यह एक चिंता का विषय है।

24 प्रतिशत पुरुष तथा 26 प्रतिशत महिलाएं मोटी हैं तथा इस प्रकार अति पोषण की समस्या है।

दंत ह्रास, जो 95 प्रतिशत अमरीकियों को प्रभावित करता है, सर्वाधिक आम स्वास्थ्य समस्या है।

1,53,000 से अधिक अमरीकी दुर्घटना से हुई चोटों के कारण प्रतिवर्ष मरते हैं - उनमें से लगभग आधे मोटर वाहन दुर्घटनाओं से।

चिंता के कारण अव्यवस्था, मद्यपान तथा औषध दुरुपयोग समाधान किए जाने न वाले प्रमुख स्वास्थ्य मुद्दों में से हैं।

2.6.7 स्वास्थ्य प्रशासन

संघीय
राज्य
स्थानीय
शहर
निजी
स्वैच्छिक/चर्च

स्वास्थ्य तथा मानव सेवाएं विभाग (एचएचएस) सभी अमरीकी लोगों की स्वास्थ्य प्रास्थिति को उन्न्त करने तथा स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए संघीय सरकार का प्रधान अभिकरण है।

सेवानिवृत सैनिक प्रशासन (बीए) सेवानिवृत मिलिट्री के लोगों, उनके आश्रितों तथा उत्तरजीवितों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं का दायित्व ग्रहण करता है।

एचएचएम के भीतर, स्वास्थ्य संसाधन तथा सेवा प्रशासन चिकित्सीय रुप से अल्प सेवाप्राप्त क्षेत्रों के निवासियों तथा विशेष समूहों को स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाय सुनिश्चित करने के लिए प्रयासों हेतु राष्ट्रीय केन्द्र के रुपप में कार्य करता है। परियोजना अनुदानों के माध्यम से यह विशेष जनसंख्या यथा प्रवासी कामगार तथा ब्लैक लंग रोग पीडितों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए राज्य, स्थानीय, स्वैच्छिक, सार्वजनिक तथा निजी निकायों की सहायता के लिए निधियाँ प्रदान करता है; राष्ट्रीय हंसन रोग कार्यक्रम; ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स मेडीकल कार्यक्रम; तथा संघीय कर्मचारी व्यावसायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए निर्देशन प्रदान करता है। यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा कार्पस को भी प्रशासित करता है जो स्वास्थ्य जनशक्ति की कमी वाले क्षेत्रों में देखभाल प्रदान करने के लिए चिकित्सकों, दंत

चिकित्सकों तथा अन्य स्वास्थ्य व्यवसायियों की व्यवस्था करने में राज्यों तथा समुदायों की सहायता करता है।

समुदाय स्वास्थ्य क्षेत्रों में की जाती है जहाँ अन्य सार्वजनिक तथा निजी संसाधन बुनियादी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच का विकास करने में असमर्थ रहे थे।

राज्य सेवाओं से प्रवासी स्वास्थ्य विभिन्न प्रक्रमों के माध्यम से मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े कार्यक्रम प्रशासित कर रहे हैं।

राज्य तथा स्थानीय सरकारों को स्वास्थ्य क्षेत्रक दायित्वों का विकेन्द्रीकरण अन्य क्षेत्रकों के साथ स्वास्थ्य तथा मानव सेवा समन्वयन के लिए आयोजना तथा नीतिगत विकास को सुकर बनाता है। अस्पतालों, बीमा कंपनियों, नियोजकों तथा अन्य प्रमुख स्वास्थ्य प्रदायकों सहित निजी क्षेत्रों द्वारा कार्यों का समन्वयन स्थायी समुदाय स्वास्थ्य आयोजना निकायों द्वारा किया जाता है। रुचि समूह तथा उद्योग देशभर में स्वास्थ्य संसाधनों के अभिकल्पना तथा वितरण में अपनी अंतर्ग्रस्तता की आवश्यकता के बारे में वर्धमान रुप में अवगत होते जा रहे हैं। स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य परिदाय प्रणालियों को सुधारने का प्रयास करने में औद्योगिक नेता सार्वजनिक/निजी सहयोगों में वर्धनात्मक भूमिका अदा करते हैं। इस समन्वय के लिए प्रोत्साहन आर्थिक बचतों पर आधारित है जिन्हें विभिन्न स्तरों पर वसूल किया जा सकता है। प्रत्येक संगठन रोग निवारण तथा स्वास्थ्य संवर्धन कार्यक्रमों को एक विशेष दृष्टिकोण से देखता है तथा सभी राष्ट्रीय प्रयास की सफलता में योगदान करते हैं।

2.6.8 प्रबंधित देखभाल

प्रबंधित देखभाल स्वास्थ्य बीमा योजना का वर्णन करने के लिए एक व्यापक पदसमूह है जो स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की लागतों, पहुँच तथा गुणवत्ता का प्रबंधन करने का प्रयास करती है जिसका चयन तथा परिदाय वे अपने सदस्यों के लिए करते हैं।

प्रबंधित देखभाल योजनाएं अनेक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं जिनका परिदाय एक दर्ज जनसंख्या के लिए किया जाता है के वित्तपोषण तथा प्रबंधन को एकीकृत करती है।

व्यापक परिभाषा के अनुसार 50% से अधिक अमरीकी अपनी स्वास्थ्य देखभाल प्रबंधित देखभाल योजनाओं के माध्यम से प्राप्त करते हैं।

वर्ष 1990 से 1996 तक प्रबंधित देखभाल के कारण 116 विलियन तथा 181 ि वलियन डालर के बीच स्वास्थ्य देखभाल बचतों का सृजन हुआ।

अमरीकी स्वास्थ्य देखभाल व्यय के 1996 में पहली बार 1 ट्रिलियन डालर के उल्लेखनीय स्तर के पार कर देने से स्वास्थ्य देखभाल मुद्रास्फीति पर रोक लगाने के लिए मौजूदा प्रबंधित देखभाल योजनाओं के अतिरिक्त तथा अधिक कठोर उपायों की आवश्यकता है।

स्वास्थ्य देखभाल संगठन (एचएमओ) वर्तमान में प्रबंधित देखभाल देखभाल संगठन (एमसीओ) की सर्वाधिक आम किस्म है। इनके अंतर्गत अमरीका में नियोजक–विधि पोषित बीमा से लोगों को सबसे बड़ा हिस्सा (1995 में लगभग 28%) शामिल है।

वांछनीय प्रदायक संगठन संगठन (पीपीओ) एमसीओ की दूसरी सार्वधिक महत्वपूर्ण किस्म है तथा 1995 में इनके अंतर्गत नियोजक - निधिपोषित बीमा योजनाओं में सभी अमरीकी कर्मचारियों का लगभग एक तिहाई हिस्सा शामिल था।

1980 में इसके चरम स्तर पर हाने के समय से जब नामावली में दर्ज व्यक्तियों की संख्या अमरीका में 86.7 मिलियन थी, क्षतिपूर्ति पंजीकरण गिरकर 1998 में 39 मिलियन हो गया है। इसी अवधि में, वाणिज्यिक तथा सार्वजनिक क्षेत्रों में एचएमओ का नामांकन 91 मिलियन से बढ़कर 94 मिलियन हो गया है।

इस समय अमरीकी में चार प्रमुख प्रौद्योगिकियां इलैक्ट्रानिकी स्वास्थ्य देखभाल परिदाय में रत हैं;- दूर चिकित्सा, इलैक्ट्रानिक रोगी रिकार्ड, समुदाय स्वास्थ्य सूचना नेटवर्क, स्वास्थ्य देखभाल डाटा कार्ड।

2.6.9 प्रबंधित देखभाल संगठन की किस्में

एमसीओं चार प्रमुख प्रकार के हैं;- एसएमओ, वांछनीय प्रदायक संगठन, सेवाबिंदु संगठन तथा स्व वित्तीयन योजनाएं।

एचएमओ बुनियादी तौर पर पांच प्रकार के हैं, जिनमें से प्रत्येक अपनी संगठनात्मक संरचना के अनुरुप विशिष्ट हैः-

स्टॉक मॉडल - में चिकित्सक नियोजित होते हैं जो एक मात्र रुप में एचएमओ सदस्यों के साथ संव्यवहार करते हौ तथा उन्हें एचएमओ द्वारा वेतन दिया जाता है। इस वेतन का पर्याप्त भाग सामान्यतः समीक्षा प्रक्रियों के उपयोग अनुपालन हेतु बोनस के रुप में होता है। एक स्टॉक मॉडल एचएम के पास अपनी स्वयं की चिकित्सा सुविधाएं होती हैं तथा वह उनका प्रचालन करता है।

समूह मॉडल एचएमओ भागीदारी, व्यावसायिक निगम या किसी अन्य संघ में संगठित चिकित्सकों के साथ संविदाएं करता है। चिकित्सक ग्रुप को एचएमओ द्वारा एक वार्ता की गई दर पर संविदाकारी सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति की जाती है। यह वैयक्तिक चिकित्सको को भुगतान करने तथा रोगियों की देखभाल के लिए अस्पतालों के साथ संविदाएं करने के लिए उत्तरदायी है।

नेटवर्क मॉडल एचएमओ - एकल तथा बहु विशिष्टता समूहों सहित एक से अधिक चिकित्सक समूह के साथ संविदाएं करता है। चिकित्सक स्वयं अपने कार्यालयों से कार्य करते हैं तथा उपयोगिता बचतों में हिस्सेदार होते हैं किन्तु वे अनिवार्यतः केवल मात्र एचएमओ सदस्यों की ही देखभाल प्रदान नहीं करते। नेटवर्क एचएमओ की स्वयं की प्रदायक सुविधाएँ नहीं होती तथा वह प्रचालन नहीं करता।

स्वतंत्र व्यवसाय संघ मॉडल एचएमओ - वैयक्तिक चिकित्सकों या चिकित्सक संघों से संविदाएं करता है तो तब अपने सदस्य चिकित्सकों के साथ संविदाएं करते हौ। चिकित्सकों के अपने स्वयं के कार्यालय होते हैं तथा वे एक या अधिक एचएमओ से रोगियों को देखते हैं।

स्टॉक मॉडल की इस समय लोकप्रियता घट रही है जबकि संविदाकारी तथा मिश्रित मॉडलों की मांग बढ़ रही है। ये पश्चोक्त किस्म के एचएमओ चिकित्सकों तक पहुँच को प्रातिबंधित करते हैं तथा इसलिए सफलतापूर्वक लागत नियंत्रण को प्रबंधित करते हैं। यहाँ एक अन्य प्रकार के एचएमओ का उल्लेख किया जाना चाहिए - विशेषज्ञता एचएमओ। ये संगठन देखभाल या सेवाओं की विशिष्ट श्रेणियों पर संकेन्द्रण करते हैं जिनमें फार्मेसी, दृष्टि, दांत या मानसिक स्वास्थ्य शामिल है।

2.6.10 वर्तमान प्रास्थिति

यूएम में प्रबंधित देखभाल योजनाओं में बढ़ती प्रतिस्पर्धा ने स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों के बीच बृहत् पुनर्गठन की अवधि को प्रेरित किया है।

एचएमओ, अस्पताल, चिकित्सक समूह तथा अन्य स्वास्थ्य देखभाल संगठन एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल परिदाय नेटवर्कों (आईएचडीएन) का निर्माण करने के लिए ऊर्ध्व एकीकरण की प्रक्रिया में रत हैं।

भेषज कम्पनियों के साथ आईएचडीएन सहभागिता अंततः व्यवहार्य हो जाएगी, प्रास्थिति की ओर संचलन करने वाले एचएमओ के पास भेषज उद्योग में ज्ञानाधार बनाए रखना होगा।

1997 तक अनेक एचएमओ ने प्रीमियमों में अपनी वृद्धि को इस सीमा तक घटा दिया है कि वे चिकित्सा लागतों को भी पूरा नहीं कर पाते थे। परिणामस्वरुप अनेक प्रमुख एचएमओ द्वारा 1996 तथा 1992 में निम्न तथा ऋणात्मक लाभ सूचित किए गए। इसकी प्रतिपूर्ति के लिए एचएमओ ने 1998 में अपने प्रीमियम तेजी से बढ़ा दिए।

प्रीमियमों के बढ़ने के साथ, धन के लिए आदाता के मूल्य परिप्रेक्ष्य में गुणवत्ता का मुद्दा वर्धनात्मक रुप में महत्वपूर्ण हो जाएगा। किसी तृतीय पक्ष के प्रमाणन, यथा राष्ट्रीय गुण वत्ता आश्वासन समिति, गुणवत्ता के लिए प्रतिष्ठा स्थापन की एक प्रभावी तरीका सिद्ध हुआ है।

वर्तमान में यूएस में लगभग 560 एचएमओ हैं, जिनमें से प्रत्येक में 90,000 सदस्यों का माध्य तथा 37,000 सदस्यों की माध्यिका है।

एच एम ओ समेकन संजीवता का अंतर्वेशन कर रहा है किन्तु कुछ के लिए अति उच्च लागत पर। यूनाइटेड स्वास्थ्य देखभाल तथा ह्यूमाना के बीच 1998 में विफल हुआ एक सर्वाधिक बड़ा विलय प्रस्ताव 5.5 विलियन डालर का था इससे सार्वधिक बड़ा यु.एस.ओ.एम.सी.ओ. सृजित होता।

अस्पतालों के बीच समेकन दोहरेपन की आवश्यकता से समापन से आधिक्य बैड तथा चिकित्सा उपकरण खरीद को कम करता है, अनेक अस्पतालों में रोगियों द्वारा भरे गए बिस्तरों की संख्या 50% से भी काफी कम होती है।

सूत्रीकरणों के उपयोग तथा उपयोगिता समीक्षाओं के माध्यम से प्रबंधित देखभाल चिकित्सक स्वायत्तता को कम करती है। इसके नयूनीकरण के विरुद्ध चिकित्सक तथा चिकित्सक समूह अपनी सौदाकरी शक्तियों को बढ़ाने के लिए एम सी ओ तथा/अथवा अस्पताल, जो कैपिटेटिड भुगतान प्रणालियों का प्रयोग करते हैं, के साथ समेकित हुए हैं।

देखभाल की बजाए परामर्शी सेवाएं प्रदान करने वाली रोग प्रबंधन कंपनियों की ओर प्रवृत्ति उभरने लगी है। इलीलिली स्वामित्वाधीन नियंत्रण मधुमेह सेवाएं तथा जेनेका स्वामित्वाधीन रोग प्रबंधन सेवाएं, ये दोनों रोग प्रबंधन व्यवस्था से हट कर एच एम ओ के लिए परामर्शी सेवाओं की व्यवस्था की ओर बढ़ गई हैं।

वैकल्पिक स्थल देखभाल प्रबंधित देखभाल के तहत अधिकाधिक प्रचलित हो गया है। दीर्घावधिक देखभाल के लिए ग्राहक आधार के अगले 10 वर्षों में बढ़ने की आशा है क्योंकि 65 वर्ष के ऊपर की आयु के अमरीकी नागरिकों की संख्या 12% से बढ़कर 2008 में 38 मिलियन हो जाने की आशा है।

कुछ पी बी एम ने अपनी पारम्परिक नीतियों को अधिक परिष्कृत, परिणाम तथा रोगी पार्श्वचित्र उन्मुखी दृष्टिकोणों से प्रतिस्थापित करते हुए अभिकल्पन एक दवा निर्धारण प्रशासन करते हुए अभिकल्पन से हटना शुरु कर दिया है। तथापि, आई टी तथा परिणामी डाटा के अभावे से उनकी अल्पावधिक सफलता सीमित हो जाएगी।

वर्तमान में ए.एस. में समस्त भेषज वितरण का 50% से अधिक हिस्सा एम सी ओ द्वारा नियंत्रित अथवा प्रभावित है तथा भेषज उधोग का अब चिकित्सकों को विशिष्ट औषधों के उपयोग हेतु प्रोत्साहनों की पेशकश करने में अब प्रवराधिकार नहीं है।

आई एच डी एन के तहत रोग प्रबंधन भेषज कंपनियों को अपने उत्पादों की प्रभावात्मकता के संवर्धन के लिए एक अतिरिक्त माध्यम उपलब्ध कराता है, एक ऐसा माध्यम जो आर्थिक तर्कों तथा समग्रों परिणामों पर आधारित है।

यदि नियोजक प्रबंधित देखभाल के जरिए की गई बचत कामगारों को पारित कर दे तो औसत कामगार को प्रतिवर्ष 228 डालर अतिरिक्त प्राप्त हो सकत हैं।

लगभग 85% कर्मचारी अपने नियोजकों की प्रबंधित देखभाल योजनाओं का हिस्सा होते हैं, पुराने स्टाईल की क्षतिपूर्ति योजनाओं के सापेक्ष इन योजनाओं से नियोजकों को अनुमानतः 11% की बचत हुई है।

सर्वाधिक सुस्थापित एच एम ओ वाले क्षेत्र सर्वाधिक लागत प्रभावी प्रबंधन देखभाल की पेशकश करते हैं जिनमें सैन डिगों, लॉस एंजेल्स, सीएटल तथा ओरलैंडों शामिल हैं।

1994 तथा 1998 के बीच, स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में नामावली में शामिल कुल संख्या में 5% की वृद्धि हुई।

50% अमरीकियों का विश्वास है कि प्रबंधित देखभाल ने रुग्ण रोगियों की देखभाल की गुणवत्ता को प्रभावित किया है।

1990 में अमरीकी स्वास्थ्य देखभाल को सुधारने के लिए किए गए प्रयासों में लघु फर्मों को शामिल करने की आवश्यकता पर संकेन्द्रण किया गया है क्योंकि 53% अमरीकी कामगार 500 से कम कर्मचारियों वाली कम्पनियों में नियोजित हैं।

2.6.11 महत्वपूर्ण घटनाएँ

अमरीकी गणतंत्रवादियों ने अनुचित प्रकार सम्मिलन से वंचन के लिए अपनी स्वास्थ्य योजनाओं का दावा करने के लिए रोगियों के अधिकारों को समर्थित करते हुए मार्च 1998 में रोगी अधिकार विधेयक का प्रस्ताव किया। एम सी ओ का दावा है कि इससे प्रीमियम में वृद्धि होगी यद्यपि ऐसा प्रतीत होगा कि ऐसी वृद्धि न्यूनतम होगी।

देखभाल की गुणवत्ता को सुधारने के लिए अमरीका की 10% सर्वाधिक बड़ी कम्पनियां एम सी ओ की भूमिका को समाप्त करते हुए सीधे स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों के साथ संविदा कर रहीं हैं।

सूचना प्रौद्योगिकी सुधार अनुमानतः प्रशासन के आरोप्य अमरीकी अस्पताल की 26% लागतों को कम कर देंगें।

अपरिष्कृत सूचना प्रौद्योगिकी प्रणालियों के परिणामस्वरुप कुछ एच एम ओ का कार्यनिष्पादन निम्न रहा है। असमनुरुप सूचना प्रौद्योगिकी प्रणालियाँ अमरीकी स्वास्थ्य देखभाल के साथ आटना विलय में वांछित 300 मिलियन की लागत कुशलता को प्राप्त करने में असमर्थ रही हैं तथा इसके परिणामस्वरुप वित्तीस अस्थिरता हुई है।

इन्फार्मैटिक्स 21वीं सदी में आई एच डी एन को अमरीकी स्वास्थ्य देखभाल परिदाय में सब से आगे लाने में महत्वपूर्ण सिद्ध होगा।

अमरीकी प्रबंधित देखभाल के भेषज व्ययित खर्चें 1997 में 37 मिलियन डालर से बढ़ कर 2008 में अनुमानतः 41 मिलियन डालर हो जाएंगें।

अमरीकी डी टी सी विपणन के बढ़ने नसे एच एम ओ रोगियों की मांगों को पूरा करने तथा नामावली के दर्ज रोगियों को दर्ज रखने हेतु प्रवृत दशाओं के लिए मंहगे 34 चारों की प्रतिपूर्ति करने के लिए बाध्य हो जाएंगी।

लेटिन अमरीकी बाजार के प्रमुख प्रबंधित देखभाल आकर्षण एक विशाल तथा अपात्र जनसंख्या, बढ़ता निजी स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्रक तथा अनुकूल विनायक सुधार है।

2.6.12 स्वास्थ्य सुविधाएँ तथा स्वास्थ्य जनशक्ति

27,87, 524 अस्पताल बिस्तर हैं जो 11.79 बेड प्रति हजार जनसंख्या का सूचकांक उपलब्ध कराते हैं।

अल्पावधि अस्पताल बेड की संख्या 11, 02, 166 है तथा दीर्घावधिक अस्पताल बिस्तरों की संख्या 2,16,001 है। अस्पतालों के अतिरिक्त, नर्सिग होमों में बिस्तरों की संख्या 14,69,357 है।

7.5 दिनों के औसत रुकने के समय के आधार पर समग्र बिस्तर उपभोग 70% है।

संबधित श्रेणियों में स्वास्थ्य जनशक्ति के विकास में 140 चिकित्सा विद्यालय तथा 60 दंत चिकित्सा विद्यालय रत हैं।

420 की जनसंख्या के लिए एक डाक्टर के अनुपात में 5,20,700 डाक्टर हैं। तथापि विभिन्न स्थानों पर डाक्टरों का असमान वितरण है।

प्रति 150 की जनसंख्या के लिए एक वर्ष के अनुपात में 14,35, 725 नर्सें हैं।

- प्राथमिक देखभाल सामान्य चिकित्सा व्यावसायियों, अतरंग डाक्टरों तथा बालचिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाती है।
- अस्पतालों में गौण तथा संचारी देखभाल प्रदान की जाती है।
- अस्पतालों मे तृतीयक देखभाल उत्कृष्ट है।
- पुनर्वास कार्यक्रम उत्कृष्ट है।

अमरीका में इलैक्ट्रानिक स्वास्थ्य देखभाल के परिदाय में प्रयुक्त चार प्रमुख प्र ौद्योगिकियां हैं;-

दूर चिकित्सकों अथवा विशेषज्ञों के रोगियों से दूरस्थ होने पर चिकित्सा देखभाल परिदाय के लिए चिकित्सा विशेषज्ञता के साथ दूर संचार प्रौद्योगिकी का संयोजन है।

इलैक्ट्रानिक रोगी रिकार्ड केवल कम्प्यूटरीकृत रोगी रिकार्डों से कहीं अधिक हैं। वे नेटवर्क के माध्यम से तथा वास्तविक समय में सम्पूर्ण रोगी मामले तक प्र ाधिकृत पहुँच समर्थ बनाने हैं। इस प्रकार वे परिणामी डाटा के डिपाजिटरी है तथा इसीलिए एम सी ओ ई पी आर को लागत प्रबंधन के लिए इस सभा तक अनिवार्य मानते हैं कि कुछ (उदाहरणार्थ कैंसर पर्मेनेंट) अपने प्रदायकों को निःशुल्क या छूट प्र ाप्त (कम खर्चे पर) खर्चे पर बड़े इन्फार्मेटिक्य गृहों के साथ संयुक्त उघमों का निर्माण कर रहे हैं।

समुदाय स्वास्थ्य सूचना नेटवर्क (सीएचआईएन) में रोगियों तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों संबंधी सूचना की महत्वपूर्ण प्रमात्रा निहित होती है जिससे स-

वास्थ्य देखभाल संगठन श्रमपूर्ण प्रशासन प्रक्रियाओं के बिना अधिक दक्ष एवं उच्चतर गुणवत्तापूर्ण देखभाल प्रदान कर सकते हैं।

स्वास्थ्य देखभाल डाटा कार्डों में अभिज्ञान, प्रशासन तथा नैदानिक डाटा का संचालन करने के लिए अंतः निर्मित माइक्रोप्रोसेसर होते हैं। सार्वजनिक तथा निजी अस्पतालों को निजी व्यवसाय में चिकित्सकों, चिकित्सा प्रयोगशालाओं, फार्मेसी तथा एम सी ओ के साथ जोड़ने में इनका प्रयोग किया जाना आरम्भ हो गया है। भविष्य में वे सीवनहीन एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल परिदाय संजालों की संभाव्यता को प्राप्त करने में सहायक होंगे।

2.6.13 अनुसंधान एवं विकास

संयुक्त राज्य अमरीका निःसंदेह सभी प्रकार की जैवचिकित्सा, स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान, प्रचलनात्मक अनुसंधान तथा प्रबंधन विज्ञान अनुसंधान में अग्रणी हैं। लाइसेंसिंग तथा प्रमाणन के लिए कडे विनियमों का अनुसरण किया जाता है।

उपभोक्ता गुणवत्ता के प्रति सचेत तथा कानून उन्मुख है तथा स्वास्थ्य/चिकित्सा देखभाल में गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रमों को उच्च प्राथमिकता दी जाती है।

संयुक्त राज्य अमरीका में एक कीमत प्रतिस्पर्धी बाजार से न तो लागत प्रभावी संगठन तथा न ही कुशल पपरिदाय का सृजन हुआ है जबकि आठ अमरीकी डालर में से एक डालर स्वास्थ्य देखभाल पर व्यय होता है। वाशिंगटन पोस्ट के अनुसार, कार्पोरेट अमरीका में कर्मचारी बीमा के लिए प्रत्येक वर्ष स्वास्थ्य लागतों में 25 प्रतिशत वृद्धि होती है जिसके परिणामस्वरुप नए परिचित आंकडे यह हैं कि प्रत्येक क्रिस्टर क्रिस्लर कार की लागत के 4000 डालर कार कर्त्ता के स्वास्थ्य बीमा पर व्यय होते हैं। परिणामतः समाजीकृत चिकित्सा का प्रतिष्ठित अनुकरण किया जाना आरम्भ हो गया है। कार्पोरेट अमरीका के लिए स्वास्थ्य बीमा की राष्ट्रीय पद्धति का विकल्प चुने की सम्भावना पर विचार करना बाजार की विफलता का एक नाटकीय परिणाम है।

पारम्परिक रुप से अमरीकी लोग समाजीकृत चिकित्सा के विरोधी हैं। उनके लिए, इसका अर्थ है वृहत दफ्तरशाही, वैयक्तिक उपभोक्ता चुनाव का प्रतिबंध, उत्कृष्टता तथा पूर्वसंरक्षित प्रौद्योनिकीय उन्नयन के परिशीलन का त्याग प्रबंधित देखभाल योजनाओं के बीच वर्धित, प्रतिस्पर्धा से स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों के तथा उनके बीच प्रमुख पुनर्गठन की अवधि आरम्भ हुई है। एच एम ओ, अस्पताल, चिकित्सक समूह तथा अन्य स्वास्थ्य देखभाल संगठन एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल परिदाय नेटवर्क (आई एच डी एम) की आंतरिक पुनः संरचना, क्षैतिज सकेकन तथा ऊर्ध्व एकीकरण की प्रक्रिया में रत हैं।

जाँच बिन्दु

1. संयुक्त राज्य अमरीका में स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली किस प्रकार की है?
2. वृद्ध तथा अक्षम लोगों के मामले में सामाजिक सुरक्षा प्रशासन की भूमिका पर चर्चा करें।
3. संयुक्त राज्य अमरीका में प्रमुख स्वास्थ्य समस्याएं क्या हैं?
4. स्वास्थ्य के लिए आयोजना तथा नीति निर्माण विकास तथा अन्य क्षेत्रों के साथ मानव सेवा समन्वय में राज्य तथा स्थानीय सरकारों की भूमिका का वर्णन करें।
5. स्वास्थ्य सेवा के प्रदायकों तथा उपभोक्ताओं के बीच गुणवत्ता सचेतना संयुक्त राज्य अमरीका के निवासियों के बीच सर्वाधिक है, चर्चा करें।
6. जैव-चिकित्सा तथा स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान में संयुक्त राज्य अमरीका की भूमिका का वर्णन करें।

2.7 यूनाइटेड किंगडम

2.7.1 प्रस्तावना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा की स्थापना वर्ष 1948 में आवश्यकताओं के आधार पर, न कि भुगतान करने के सामर्थ्य पर, सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था करने के लिए की गई थी। इसका संघटन स्वास्थ्य व्यवसायियों,

सहायता कार्यकर्ताओं तथा संगठनों की व्यापक रेंज को मिलाकर किया गया है। वर्ष 1997 में स्वास्थ्य देखभाल पर स.ध.उ. के अनुपात के रुप में 6.7% का व्यय किया गया जिसको देखते हुए यू.के. के पास निस्संदेह विश्व की एक सर्वाधिक दक्ष स्वास्थ्य प्रणाली है। प्रबंधित देखभाल औजारों का यू.के. में सर्वाधिक व्यापक उपयोग किया जाता है।

उद्देश्य

एन एच एस का उद्देश्य उपलब्ध संसाधनों के साथ ही सभी नागरिकों के लिए शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्य के उच्चतर स्तर को निम्न प्रकार प्राप्त करना हैः-

- स्वास्थ्य संवर्धन तथा रुग्णता का निवारण करके।
- चोट तथा रोग का निदान तथा उपचार करके।
- दीर्धवाधिक बीमारी तथा अक्षमता वाले लोगों की देखभाल करके, जिन्हें एन एच एस की सेवाओं की आवश्यकता है।
-

2.7.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति

कोई औपचारिक सामाजिक-आर्थिक योजना नहीं है, अर्थव्यवस्था की वृद्धिदर का निर्धारण अधिकांशतः अंतर्राष्ट्रीय प्रभावों तथा बाजार बलों द्धारा किया जाता है। यूनाइटेड किंगडम की समग्र स्वास्थ्य नीति की गई प्रगति का समेकन करना है ताकि स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य सेवाओं के स्तर को सुधारा जा सके।

2.7.3 जनसंख्या का जनसांख्यिकीय पैटर्न

यूनाइटेड किगंडम में इंग्लैंड, स्कॉटलैंड, वेल्स तथा उत्तरी आयरलैंड शामिल है। क्षेत्रफल 241000 वर्गकिलोमीटर है तथा लगभग 90 प्रतिशत जनसंख्या (1983 में 56372000) शहरी है। अर्थव्यवस्था विकसित है जो मुख्यतः उद्योग तथा वाणिज्य पर आधारित है।

शिशु मृत्यु दर निम्न है (9.1) तथा जीवन प्रत्याशा काफी उच्च है (80 वर्ष) साक्षरता दर 99 प्रतिशत है। लोग सामान्यतः स्वास्थ्य के प्रति सचेत हैं तथा स्वास्थ्य एवं सामाजिक सुरक्षा सरकार द्वारा उच्च प्राथमिकता माना जाता है।

2.7.4 प्रबंधन

एन एच एस का वित्तपोषण करदाता द्वारा किया जाता है। इसका अर्थ है कि यह संसद को जवाबदेह है। इसका प्रबंधन स्वास्थ्य विभाग द्वारा किया जाता है। जो सीधे राज्य स्वास्थ्य सचिव को उत्तरदायी है।

विभाग इंग्लैंड में समग्र स्वास्थ्य नीति का निर्धारण करता है जो एन एच एस के लिए मुख्यालय है तथा नीति को व्यवहार में लाने के लिए उत्तरदायी है। यह एन एच एस के लिए लक्ष्य भी निर्धारित करता है तथा अपने आठ क्षेत्रीय कार्यालयों के माध्यम से निष्पादन का अनुवीक्षण करता है।

इंग्लैंड में एन एच एस के लिए लगभग एक मिलियन लोग कार्य करते हैं तथा इसकी चलाने में प्रतिवर्ष 50 विलियन पौंड से अधिक का खर्च होता है। वर्ष 2005 तक यह बढ़कर 699 मिलियन पौंड हो जाएगा।

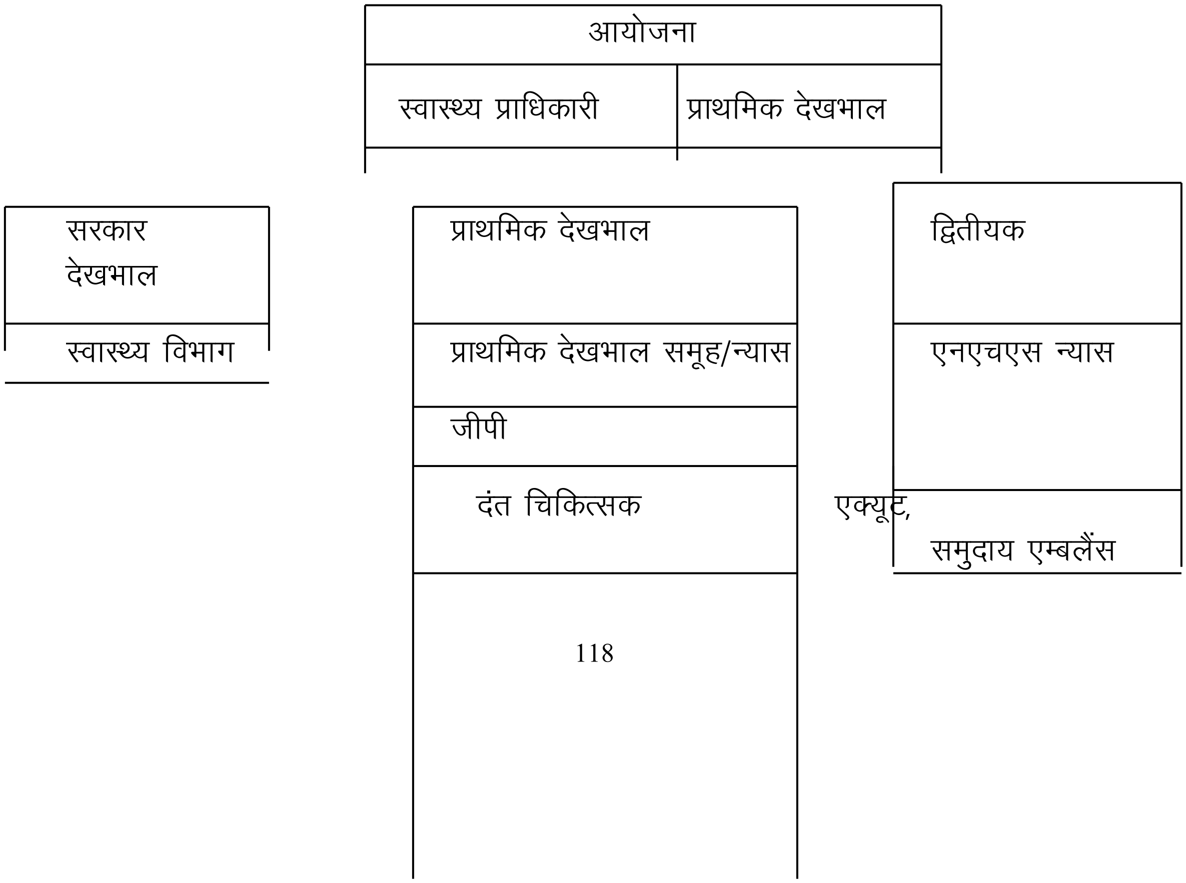
2.7.5 एन एच एस तथ्य तथा आंकड़े

एक विशिष्ट सप्ताह में-

- 1.4 मिलियन लोग एन एच एस से अपने घरों में सहायता प्राप्त करेंगें।
- 8,00,000 लाख से अधिक व्यक्तियों का उपचार एन एच एस अस्पताल बहिरंग रोगी क्लिनिकों में किया जाएगा।
- 700,000 व्यक्ति जाँच के लिए एन एच एस दंत चिकित्सक के पास जाएंगें।
- एन एच एस जिला नर्से 700,000 अधिक दौरे करेंगी।

- एन एच एस द्वारा 10,000 से अधिक बच्चों को जन्म दिलाया जाएगा।
- एन एच एस पादचिकित्सक 150,000 से अधिक पैरां के जोड़ों का निरीक्षण करेंगें।
- एन एच एस की एम्बुलेंस 50,000 से अधिक आपातकालीनन यात्राएं करेंगी।
- एन एच एस की डायरेक्ट नर्सो को चिकित्सा परामर्श मांगने वाले लोगों से लगभग 25,000 कालें प्राप्त होंगी।
- फार्मासिस्ट एन एच एस की पर्चियों पर लगभग 8.5 मिलियन मदें प्रदान करेंगें।
- एन एच एस सर्जन लगभग 1,200 कुल्हे के आपरेशन, 3000 हृदय आपरेशन तथा 1,050 फेफडों के आपरेशन करेंगें।

संगठन संरचना



दंत चिकित्सा पहुँच केन्द्र	एनएचएस डायरेक्ट
दृष्टिमापक/नेत्र चिकित्सक	
एनएचएस प्रवेश केन्द्र	

2.7.6 स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा का वित्तपोषण निम्न स्रोतों से किया जाता हैः- (1) सामान्य कराधान से 88 प्रतिशत (राजकोष), (2) एन एच एस साप्ताहिक अंशदानों से 9 प्रतिशत (3) औषधों, चश्मों इत्यादि जैसी कतिपय सेवाओं के लिए रोगियों द्वारा सह-भुगतानों से 2.5 प्रतिशत तथा (4) विविध स्रोतों से 0.5 प्रतिशत। इस तथ्य को, कि सामान्य कराधान एक एन एच एस के इतने बृहत् हिस्से का अनुसमर्थन करता है, को ब्रिटेन में यथा स्थापित राजनैतिक इकानामी माडल की शक्ति के साथ साथ कमजोरी के रुप में वर्णित किया गया है। निजी स्वास्थ्य देखभाल वृद्धि का स्तर निम्न है। स.घ.उ. का केवल लगभग 1% ही निजी स्वास्थ्य देखभाल पर व्यय किया जाता है।

2.7.7 एन एच एस योजना

एन एच एस योजना, जिसे जुलाई 2000 में प्रकाशित किया गया था, अगले 10 वर्षों के लिए एक आधारिक कार्य योजना है जिसमें रोगियों तथा लोगों को स्वास्थ्य सेवा के सुलभ कराने के लिए आय निर्धारित किए गए हैं तथा पाँच वर्षों में 2004 तक निधीयन में 6.3 प्रतिशत वृद्धि का वचन दिया गया है। इसमें निम्न वचन दिए गए हैं-

- रोगियों के लिए अधिक शक्ति तथा सूचना
- अधिक अस्पताल तथा बिस्तर
- अधिक डाक्टर तथा नर्सें
- अस्पताल तथा डाक्टर से समय लेने के लिए अपेक्षाकृत काफी कम प्रतीक्षा समय

- अस्पतालों में अपेक्षाकृत अधिक स्वच्छ वार्ड, बेहतर भोजन तथा सुविधाएँ
- वृद्ध लोगों के लिए बेहतर देखभाल
- एन एच एस संगठनों के लिए अधिक कड़े मानदंड तथा सर्वोत्तम के लिए बेहतर पुरस्कार।

2.7.8 स्वास्थ्य प्रशासन

राज्य समाजसेवा सचिव इंगलैंड में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा, वैयक्तिक समाज सेवाओं तथा सामाजिक सुरक्षा व्यवस्थाओं के लिए समग्र रुप से उत्तरदायी हैं; राष्ट्रीय नीति का निर्धारण करते हैं तथा संसाधनों का आबंटन करते हैं। ये उत्तरदायित्व स्वास्थ्य एवं समाज सुरक्षा विभाग के माध्यम से केन्द्रीय रुप से तथा स्वास्थ्य प्राधिकारियों के माध्यम से स्थानीय रुप से प्रयुक्त किए जाते हैं। स्थानीस प्राधिकारी अपने क्षेत्र में वैयक्तिक समाज सेवाओं के स्थानीय प्रशासन के लिए तथा सामान्य सेवाओं (उदाहरणार्थ पर्यावरणीय सेवाए, शिक्षा तथा आवास) के लिए उत्तरदायी है।

वर्ष 1974 तक वैयक्तिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रशासन को तीन भागों में आयोजित किया गया हैः-

1. कार्यकारी परिषदों द्वारा प्रशासित पारिवारिक व्यवसायी सेवाएँ
2. अस्तपाल बोर्डों द्वारा प्रशासित अस्पताल तथा विशेषश्र सेवाएँ
3. स्वास्थ्य तथा शिक्षा विभाग में स्थानीय प्राधिकारियों द्वारा प्रदत्त सेवाएँ

1979 अधिनियम में एकीकृत सेवाओं का प्रबंधन करने का उत्तरदायित्व तीन भिन्न स्तरों पर डाला गयाः-

1. राज्य सचिव
2. क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकारी, तथा
3. क्षेत्र स्वास्थ्य प्राधिकारी (जिला स्वास्थ्य प्राधिकारी)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा अधिनियम, 1977 ने इस क्षेत्र में सभी विगत विधानों को समेकित किया। अप्रैल 1983 में क्षेत्र स्वास्थ्य प्राधिकारियों को जिला स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा प्रतिस्थापित किया गया। पुनर्गइन का उद्देश्य प्रशासनिक स्तरों को घटाना तथा प्रबंधन संरचना को स्थानीय इकाईयों में बांटना था जिससे स्थानीय पहलों तथा उत्तरदायित्व के लिए संभाव्यता में वृद्धि हो। नए जिले को स्टाफ नियोजन तथा संसाधनों के उपयोग के संबंध में अधिक स्वायत्तता दी गई है।

राज्य सचिव राष्ट्रीय उद्देश्य तथा प्राथमिकताओं के माध्यम से प्राधिकार का उपयोग करता है तथा स्वास्थ्य प्राधिकारियों का संसाधनों का आबंटन करता है।

स्वास्थ्य विभाग इंग्लैंड में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा के लिए उत्तरदायी सरकारी विभाग है। यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य के लिए उत्तरदायी सरकारी विभाग है। यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा को सीधे प्रशासित नहीं करता। यह कार्य जिला तथा क्षेत्रीय स्तरों को प्रत्यायोजित किया गया है।

इंग्लैंड चौदह क्षेत्रों में विभक्त है जिनमें से प्रत्येक का एक क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण है। क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण के अध्यक्ष तथा सदस्यों की नियुक्ति राज्य सचिव द्वारा की जाती है। क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकारी निम्न के लिए उत्तरदायी हैं;-

1. अपने क्षेत्रों में जिला स्वास्थ्य प्राधिकरणों के लिए दीर्घावधिक नीतियाँ, कार्यनीतियाँ तथा योजनाओं का विकास करने के लिए।
2. जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण की आवश्यकताओं के अनुसार उन्हें संसाधन आबंटित करने के लिए।
3. बड़े पैमाने पर कुछ प्रत्यक्ष सेवाएं प्रदान करने के लिए, उदाहरणार्थ रक्त सन्नि वेशन सेवाएँ।

इंग्लैंड में 190 जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण है जो निम्नलिखित के लिए उत्तरदायी हैं;-

- एकीकृत आयोजना सहित अपने जिलों में स्वास्थ्य सेवाएं प्रशासित करने के लिए।
- प्राथमिक देखभाल तथा अन्य समुदाय स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था तथा ि वकास
- सामान्य अस्पताल सेवाएं
- मातृत्व तथा शिशु देखभाल सेवाएं
- मानसिक रुप से बीमार तथा मानसिक रुप से विकलांगों की देखभाल से वाएँ

- चिकित्सा शिक्षा के लिए नैदानिक सुविधाएँ उपलब्ध करने के लिए चिकित्सा विद्यालयों के साथ सन्निकटता से सहबद्ध
- स्थानीय प्राधिकारियों के साथ संतोषजनक सहयोग तथा संयुक्त आयोजना के लिए उत्तरदायी।

प्रत्येक जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण के लिए प्राधिकारयों को स्वास्थ्य सेवाओं संबंधी जनमत प्रस्तुत करने हेतु एक समुदाय स्वास्थ्य परिषद है। समुदाय स्वास्थ्य परिषद में सामान्यतः 18 से 24 सदस्य होते हैं। इसे एक वार्षिक रिपोर्ट प्रस्तुत करनी होती है तथा जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण को समुदाय स्वास्थ्य परिषद द्वारा उठाए गए मुद्दों संबंधी की गई कार्रवाई तथा उत्तर प्रकाशित करने होते हैं।

(पूर्ववर्ती पारिवारिक व्यवसायी समितियां) सितम्बर 1990 में पारिवारिक व्यावसायिक समितियों को पुनर्गठित कर पारिवारिक स्वास्थ्य सेवा प्राधिकरण बनाए गए ताकि क्षेत्र में पारिवारिक व्यवसायी की सेवाओं की व्यवस्था की जा सके।

पारिवारिक व्यवसायी समितियों में प्राधिकारी सीधे स्वास्थ्य विभाग को जवाबदेह थे जबकि पारिवारिक स्वास्थ्य सेवाओं में प्राधिकारी अपनी सेवाओं के आयोजना प्रबंधन तथा परिदाय के लिए क्षेत्रीय सेवा प्राधिकरणों को जवाबदेह हैं।

इंग्लैंड में 90 पारिवारिक स्वास्थ्य सेवाएँ हैं।

2.7.9 अस्पताल के लिए शासी निकाय

(i) क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण

(ii) जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण

राज्य सचिव विशेष अस्पतालों के लिए प्रत्यक्ष रुप से उत्तरदायी है। प्रत्येक अस्पताल या अस्पताल समूह की एक नियुक्त प्रबंध यमिति होती है जिसमें व्यवसायी तथा नए सदस्य होते हैं जिन्हें अपना वित्तपोषण क्षेत्रीय अस्पताल बोर्डों के जरिए प्राप्त होता है जो बदले में स्वास्थ्य मंत्री को जवाबदेह होते हैं। क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण पुनः व्यवसायियों तथा नए सदस्यों से संघटित बोर्ड के माध्यम से अपने क्षेत्र के भीतर अस्पताल सेवाओं के प्रा

वधानों का समन्वयन तथा आयोजना करने के लिए उत्तरदायी हैं। अध्यापन अस्पतालों की प्र ास्थिति भिन्न होती है जिसमें गवर्नर बोर्ड तथा मंत्रालयों से सीधा वित्तपोषण होता है।

2.7.10 एन.एच.एस.योजना प्राथमिकताएँ

ये एन एच एस द्वारा सामना किए जाने वाले सर्वाधिक बड़े परिवर्तन हैं क्योंकि इसका गठन 50 वर्ष पूर्व हुआ था। इन परिवर्तनों को करने का अर्थ है सरकार की दो प्र ाथमिकताएँ हैं। इससे निम्नलिखित का निर्णय लिया हैः-

- उन रोगों को लक्षित करना जो सबसे बड़े कारक हैं जैंसे कैंसर तथा हृदय रोग।
- उन परिवर्तनों को चिह्नंकित करना जो लोगों के स्वास्थ्य तथा सुस्वथता को सुधारने तथा लोगों द्वारा वांछित आधुनिक, उचित तथा सुविधाजनक सेवाएँ परिदाय करने के लिए अति तात्कालिक रुप से आवश्यक हैं।

आधुनिकीकरण बोर्ड

एक नया आधुनिकीकरण बोर्ड परिवर्तनों का नेतृत्व करेगा। स्वास्थ्य सचिव की अध्यक्षता में बोर्ड की परामर्शी भूमिका होगी तथा इसमें स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं से अग्रणी लोग शामिल होंगें जैसे रायल महाविद्यालयों के साथ एन एच एस में से नैदानिक स्टॉक तथा प्रबंधक एवं रोगी प्रतिनिधि।

कृतिक बल

स्वास्थ्य विभाग ने एन एच एस योजना में रुपरेखित विचारों तथा सुधारों को आगे बढ़ाने के लिए 10 कृतिकों की व्यवस्था की है। इनमें से छः उस सेवा पर केन्द्रण करेंगें जिसे वह सुधार रहे हैं-

- कोरोनरी हृदय रोग
- कैंसर
- मानसिक स्वास्थ्य

- वृद्ध लोग
- बच्चे
- प्रतीक्षा समय तथा सेवाओं तक पहुँच

शेष चार कृतिक बल इस पपर संकेन्द्रण करेंगें कि ये सुधार किए प्रकार किए जाएं, इसमें निम्न पर ध्यान दिया जाएगाः-

एन एच एस कार्यबल
गुणवत्ता
असमानताओं को घटाना तथा जन स्वास्थ्य का संवर्धन करना
सुविधाओं तथा सूचना प्रौद्योगिकी में निवेश

आधुनिकीकरण अभिकरण

एक नया आधुनिकीकरण अभिकरण यह सुनिश्चित करने में महत्वूपर्ण भूमिका अदा करेगा कि योजना में की गई बचनबद्धताओं को वास्तविकता में रुपातरित किया जाए। नया अभिकरण एन एच एस कार्यकारी क्षेत्रीय कार्यालयों के साथ तथा सभी एन एच एस न्यासों के साथ कार्य करेगा। ताकि रोगियों की आवश्यकताओं एन सुविधाओं के आसपास अपनी से वाओं के पुनः अभिकल्पन में उनकी सहायता कर सके।

2.7.1 स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ तथा जनशक्ति

इस प्रकार संगठित राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाएं निम्नलिखित सेवाएं प्रदान करती हैः-

अस्पताल सेवाएँ
विशेषज्ञ की सेवाएँ
पारिवारिक व्यवसायी सेवाएँ
समुदाय स्वास्थ्य सेवाएँ

स्वास्थ्य तथा विशेषज्ञ सेवाएँ - अस्पताल तथा विशेषज्ञ सेवाएँ सामान्य तथा विशेषज्ञ अस्पतालों में अंतरंग रोगियों, बहिरंग रोगियों तथा दिन में दाखिल रोगियों को सभी प्रकार का अस्पताल उपचार प्रदान करती है। रोगियों को

सामान्यतः अपने सामान्य व्यावसायियों द्वारा किसी अस्पताल विशेषज्ञ को अभिदेशित किया जाता है तथा वे अस्पताल स्वास्थ्य केन्द्र या क्लिनिक पर नजर आते हैं जहाँ विशेषज्ञ कार्य करता है। तथापि कतिपय रोगियों के लिए आवास पर देखने की व्यवस्था की जा सकती है। अस्पतालों तथा विशेषज्ञों के उपचार प्रभार निःशुल्क होते हैं सिवाए निजी वार्डों तथा बेडों तथा यू.के. को गए विदेशी व्यक्तियों के लिए।

पारिवारिक व्यवसायी सेवाएँ - पारिवारिक व्यवसायी सेवाओं में डाक्टरों, दंत चिकित्सकों तथा कैमिस्टों की सेवाएँ शामिल हैं।

निजी व्यवसाय - राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा के बाहर उपचार की व्यवस्था की इच्छा करने वाले व्यक्ति ऐसा करने के लिए स्वतंत्र हैं किन्तु उसे उस उपचार के लिए भुगतान करना होगा तथा वह भेषज सेवाओं का उपयोग करने के लिए हकदार नहीं है तथा उसे औषधों तथा उपकरणों के लिए पूरी अदायगी करनी होगी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा के साथ संविदा से सहबद्ध सामान्य चिकित्सा व्य वसायी (जी पी) शुल्क भुगतान करने वाने षनिजी ष रोगियों को स्वीकार करने से विवर्जित नहीं है। वर्ष 1999 से, जी पी अन्य स्वास्थ्य व्यवसायियों के साथ मिलकर षप्राथमिक देखभाल समूहष अथवा षप्राथमिक देखभाल न्यासष बनाने में समर्थ हो गए हैं। इसका अर्थ है कि उन्हें अपने स्थानीय समुदायों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की योजना बनाने तथा आरम्भ करने के लिए मिलकर कार्य करने के लिए वित्तपोषण प्रदान किया जाता है - एक ऐसी भूमिका को पहले स्वास्थ्य प्राधिकरणों द्वारा निभाई जाती थी। इसका यह अर्थ भी है कि स्थानीय सेवाओं के लिए निर्णय स्थानीय स्तर पर उन्हें प्र ादान करने के लिए सर्वाधिक उपयुक्त व्यक्तियों द्वारा लिए जाते हैं।

आपातकालीन सेवाएं दुर्घटनाओं के मामले में हर किसी को प्रदान की जाती है। दंत चिकित्सा सेवाएं अस्पतालों के साथ साथ समुदाय के माध्यम से प्र ादान की जाती है।

दृष्टि परीक्षण नेत्र विशेषज्ञ अथवा नेत्र चिकित्सा व्यवसासियों द्धक्षरा किया जाना है। केवल पंजीकृत चश्माकार ही चश्में दे सकते हैं। भेषज सेवाएं सुसंगठित हैं।

समुदाय स्वास्थ्य सेवाएं - इसमें प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं संघटित हैं जो अब जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण का दायित्व हौ। वे प्रत्येक क्षेत्र में स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारियों के प्राधिकार के तहत सेवा प्रदान करते हैं। वे एम्बुलेंस सेवाएं भी प्रदान करते हैं।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं सामान्य चिकित्सा व्यवसायियों, जिला नर्स, स्वास्थ्य दौरा करने वालों, समुदाय दाइयों द्वारा, बाल मार्गदर्शन तथा समुदाय मनोविज्ञानी परिचर्या, मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य क्लिनिकों, ि वद्यालय स्वास्थ्य क्लिनिकों तथा स्वैच्छिक संगठनों के माध्यम से प्रदान की जाती है।

एन.एच.एस.डायरेक्ट

मार्च 1998 में खोली गई एन.एच.एस.डायरेक्ट वैयक्तिक स्वास्थ्य देखभाल के बारे में दिन रात तीव्र तथा निःशुल्क सलाह देती है। एन.एच.एस.डायरेक्ट नर्सों का उद्देश्य आगुन्तक को ऐसी सलाह तथा पुनः आश्वासन प्रदान करता है जिसकी आवश्यकता उन्हें घर पर स्वयं की देखभाल करने के लिए है अथवा यदि उन्हें आगे और सहायता की आवश्यकता है तो उन्हें सही समय पर सही सेवाओं की ओर शीघ्रता से निदेशित करना है। यदि स्थिति अधिक गंभीर है तथा आपातकालीन स्थिति में नर्से आगुंतक को त्वरित सलाह दे सकती है कि उसे क्या कार्रवाई करनी चाहिए तथा यदि समुचित हो तो एम्बुलेंस को बुला देंगी। अधिकांश आम व्यक्तियों तथा अनेक उपचारों संबंधी सूचना तथा सलाह अब एन.एच.एस.डायरेक्ट आन लाईन पर उपलब्ध है।

एन.एच.एस.प्रवेश केन्द्र

एन.एच.एस.प्रवेश केन्द्र स्वास्थ्य संबंधी सलाह तथा उपचार तक तीव्र पहुँच उपलब्ध कराते हैं। ये प्रत्येक व्यक्ति के लिए खुले तथा उपलब्ध हैं तथा निम्न सुविधाएँ उपलब्ध्ण कराती हैं -

सप्ताह में सात दिन सेवा
एक अनुभवी एन.एच.एस.नर्स द्वारा जाँच
छोटी चोटों तथा बीमारियों के लिए उपचार
अन्य स्थानीय सेवाओं संबंधी सूचना तथा स्वास्थ्य सलाह तक तुरंत पहुँच
ष्स्वस्थ किस प्रकार रहा जाए ष संबंधी सलाह
स्थानीय कार्यघंटों से पहले तथा बाद की सामान्य चिकित्सा व्यवसायी तथा दंत चिकित्सा सेवाओं संबंधी सूचना
स्थानीय भेषज सेवाओं संबंधी सूचना

प्रथम एन.एच.एस.प्रवेश केन्द्र जनवरी 2000 में खोला गया था और अब ऐसे 40 केन्द्र है।

2.7.12 हाल में की गई पहलें

श्वेत पत्र ष्जीवन बचानाःहमारा स्वस्थ राष्ट्र ष जुलाई 1999 में शुरु किया गया था तथा इसमें यह निर्धारित किया गया है कि सरकार का लक्ष्य किस प्रकार अग्रेज लोगों के स्वास्थ्य में सुधार करने का है। इसकी प्राथमिकतसएं परिहार्य रुग्ण स्वास्थ्य तथा संपूर्ण मृत्यु के चार प्रमुख कारण है। प्रत्येक का एक राष्ट्रीय लक्ष्य है जिसे वर्ष 2010 तक प्राप्त किया जाना हैः-

कैंसर-लक्ष्यः- 75 वर्ष की आयु से नीचे के लोगों में मृत्यु दर को कम से कम 1/5 वाँ हिस्सा घटाना।

कोरोनरी ह्रदय रोग, आघात तथा संबंधित रोग - लक्ष्यः- 75 वर्ष की आयु से नीचे के लोगों में मृत्यु दर को कम से कम 2/5वाँ हिस्सा घटाना।

दुर्घटनाएँ - लक्ष्य - मृन्त्यु दर को कम से कम 1/5वाँ हिस्सा तथा गंभीर चोट को कम से कम 1/10वाँ हिस्सा घटाना।

मानसिक स्वास्थ्य -लक्ष्य - आत्महत्या से तथा अनिर्धारित चोट से मृत्यु दर को कम से कम 1/5वाँ हिस्सा घटाना।

राष्ट्रीय नैदानिक जाँच प्राधिकरण (एनसीएए)

यह एक नया राष्ट्रीय निकाय है जो एक अप्रैल 2001 से प्रचालन करेगा। यह एन.एच.एस.के लिए संपर्क के लिए केन्द्रीय स्थल की व्यवस्था करेगा जब डाक्टर के निष्पादन के संबंध में कोई प्रश्न उठाया जाए। प्राधिकरण एन.एच.एस.अस्पताल तथा स्वास्थ्य प्राधिकरण को यह सुनिश्चित करने की सलाह देगा कि डाक्टरों के निष्पादन की जाँच की जाए तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कार्रवाई की जाए कि डाक्टर सुरक्षित प्रचालन कर रहे हैं। ष्मेडिकल प्रैक्टिस की गुणवत्ता सुनिश्चित करना ष शीर्षक से एक रिपोर्ट इंटरनेट पर उपलब्ध है जिसमें प्राधिकरण के ब्यौरे तथा रोगियों की संरक्षा तथा डाक्टरों की सहायता के लिए किए जा रहे अन्य उपाय इंटरनेट पर उपलब्ध है।

स्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय इलैक्ट्रानिक पुस्तकालय (एन.ई.एल.एच.)

एन.ई.एल.एच. स्वास्थ्य व्यवसायियों के लिए एक नई एन.एच.एस. वेबसाइट है जो निदान तथा उपचार संबंधी अद्यतन सर्वोत्तम व्यवहार की सूचना प्रदान करती है।

राष्ट्रीय नैदानिक उत्कृष्टता संस्थान (नाईस)

नाईस एक नया निकाय है जिसे एन.एच.एस.में उपचार तथा प्रौधोगिकी की उच्चतम गुणवत्ता के संवर्धन तथा एन.एच.एस.सेवाओं की लागत प्रभा वात्मकता के लिए अप्रैल 1999 में गठित किया गया था। यह एन.एच.एस.को, एन.एच.एस.सेवाओं का आरम्भण करने वाले को (स्वास्थ्य प्राधिकारी तथा प्राथमिक देखभाल समूह/न्यास), तथा रोगियों और उनकी देखभाल करने वालों को सर्वोत्तम नैदानिक व्यवहार संबंधी सलाह देता है। नाईस स्वास्थ्य विभाग, एन.एच.एस., स्वास्थ्य व्यवसायियों तथा रोगियों के

बीच एक भागीदारिता है। नाईस द्वारा स्थापित दिशानिर्देशों का प्रयोग देश भर में किया जाएगा जिससे देखभाल में भौगोलिक अंतराके को समाप्त करने में सहायता मिलेगी जो हाल ही के वर्षों में उभरी है।

राष्ट्रीय सेवा ढांचा(एन.एच.एफ)

एन.एच.एफ.गुणवत्ता सुधारने तथा देखभाल एवं उपचार के मानकों में अस्वीकार्य परिवर्तनों को कम करने के लिए सेवाओं के लिए स्पष्ट राष्ट्रीय मान स्थापित करने में सहायता करता है। कोरोनरी हृदय रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य के लिए एन.एच.एस.है तथा एन.एच.एफ.कैंसर योजना है। मधुमेह के लिए एन.एच.एफ. को 2001 में प्रकाशित किया जाएगा।

2.7.13 स्वास्थ्य दशाएँ

युनाइटेड किंगडम में स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य से जुड़ी सेवाओं का आंकलन दर्शाना है किः-

- स्वच्छ जल तथा पर्याप्त स्वच्छता सुविधाएँ घर में अथवा 15 मिनट की चलने की दूरी पर व्यवहार्यताः शत प्रतिशत जनता के लिए उपलब्ध है।

- 98% से अधिक प्रस्व अस्पतालों में होते हैं तथा घर में रहकर प्रसव करने वालों के लिए प्रशिक्षित कार्मिकों की सेवाएँ प्रदान की जाती हैं।

- एक्यूट अस्पताल के प्रावधान वृद्ध होती जनसंख्या की वर्धनात्मक मांगों के समनुरुप रहे हैं तथा माडम चिकित्सीय तकनीकें अब अधिक व्यापक रुप से उपलब्ध हैं।

- पूर्व-प्रसव मृत्यु दर में किसी पिछली अवधि की तुलना में अधिक तीव्र गिरावट हुई है।

- वृद्ध व्यक्तियों, मानसिक रोगियों तथा मानसिक रुप से विकलांग व्यक्तियों के लिए अस्पताल तथा समुदाय सेवाओं का विस्तार किया गया है।

प्राथमिक देखभाल का विकास किया गया है। सामान्य चिकित्सा व्यवसायियों की संख्या अधिक है तथा उनकी सूचियों में रोगियों की संख्या कम है तथा

जिला नर्सों एव स्वास्थ्य आगुंतकों की संख्या अधिक है जिनमें से अधिक प्र ाथमिक स्वास्थ्य देखभाल दल के सदस्यों के रुप में कार्य कर रहे हैं।

पौष्टिक आहार तथा स्वास्थ्य जीवन शैलियों के संवर्धन के प्रति महत्वपूर्ण अनुक्रिया हुई है जिसमें धुम्रपान तथा दुर्घटनाओं के कारण लगने वाली गंभीर चोटों की संख्या में पर्याप्त कमी आई है।

2.7.14 अनुसंधान

वर्ष 1920 से चिकित्सा अनुसंधान परिषद चिकित्सा अनुसंधान के सभी रुपों के संवर्धन के लिए ब्रिटेन में मुख्य सरकारी अभिकरण रहा है। यह ि वदेशों में भी कुछ चिकित्सा अनुसंधान करता है। यह परिषद् एक सरकारी ि वभाग नहीं है बल्कि शाही चार्टर के अंतर्गत स्थापित एक स्वायत्त वैज्ञानिक निकाय है तथा अपने परामर्शी कार्यों के अतिरिक्त इसका कतिपय व्यापक सीमाओं के भीतर इसके सरकारी तथा अन्य कार्यो परप पूर्ण कार्यकारी नियंत्रण है।

स्वास्थ्य तथा सामाजिक सुरक्षा विभाग स्वास्थ्य तथा सामाजिक देखभाल से वाओं के लिए इसके दायित्सों से जुड़े अनुसंधान तथा विकास का एक व्यापक कार्यक्रम चलाता है। अधिकांश अनुसंधान बाह्य रुप से किया जाता है किन्तु विज्ञान, वैज्ञानिक तथा इंजीनियरी तथा प्रचालनात्मक अनुसंधान समूह भी है।

अनुसंधान लोक स्वास्थ्य प्रयोगशाला सेवा के कार्यों के भाग के रुप में किया जाता है। रक्षा मंत्रालय द्वारा चिकित्सा अनुसंधान भी किया जाता है।

विश्व विद्यालयों में, उनके चिकित्सा विभागों तथा उनके साथ संबंद्ध ि वभिन्न चिकित्सा अनुसंधान परिषद, यूनिटों, दोनों में बृहतांश उन्नत चिकित्सा अनुसंधान कार्य किया जाता है। चिकित्सा अनुसंधान को भी अनेक धर्मार्थ न्यासों तथा फाउंडेशनों द्वारा संवर्धित तथा प्रोत्साहित किया जाता है जो विधियाँ उपलब्ध कराते हैं तथा फेलोशिम देते हैं।

जाँच बिन्दु

1. यूनाइटेड किंगडम की समग्र स्वास्थ्यनीति तथा एन.एच.एस. की भूमिका पर चर्चा करें।

2. एन.एच.एस. का वित्तपोषण किस प्रकार किया जाता है? एन.एच.एस.के अंतर्गत शामिल होने के लिए अर्हकता की शर्तें क्या हैं?

3. एन.एच.एस.में प्राथमिक चिकित्सा देखभाल उपलब्ध कराने की व्यवस्थां का वर्णन करें।

4. समय समय पर एन.एच.एस. के पुनर्गठन के लिउ उत्तरदायी कारकों पर चर्चा करें।

5. एन.एच.एस.के अधीन विशेषज्ञों तथा अस्पताल सेवाओं का वर्णन करें।

2.8 रुस

2.9.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य नीति में विगत वर्षों में महत्वपूर्ण परिवर्तन हुए हैं। हाल ही की राजनैतिक अशांति के बावजूद, उन सिद्धान्तों तथा पद्धतियों की निरंतरता तथा संसंगतता जारी रही है जिनकी शुरुआत 1981 में स्वास्थ्य आयुक्तालय की स्थापना से हुई थी। इस प्रणाली में, स्वास्थ्य एक नागरिक अधिकार है तथा गर्भ से मृत्यु तक व्यापक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराई जाती है। स्वास्थ्य देखभाल नीति के छः प्रमुख सिद्धान्त हैं;-

- स्वास्थ्य देखभाल राज्य का उत्तरदायित्व है।
- स्वास्थ्य देखभाल सभी नागरिकों को प्रयोक्ताओं पर कोई प्रत्यक्ष लागत प्र ाभारित किए बिना उपलब्ध होनी चाहिए।

- श्रमजीवी का समाज में एक अधिमानी स्थान है जिसमें इसकी स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली शामिल है।
- ष्स्वास्थ्य देखभाल नीति ष का केन्द्रीकृत तथा एकीकृत प्रशासन होना चाहिए।
- जनस्वास्थ्स सक्रिय नागरिक अंतर्ग्रस्तता पर निर्भर है।
- स्वास्थ्य देखभाल में प्राथमिक महत्वपूर्ण बल रोगरोधी या निवारक चिकित्सा पर है।

2.8.2 विधान तथा स्वास्थ्य नीति

पीपुल्स कमिसरेट ऑफ रशियन रिपब्लिक (आर.एस.एफ.एस.एफआई.) की स्थापना जुलाई 1918 में हुई थी। 1932 तक, स्वच्छता जानपदिक रोग निदान केन्द्रों का व्यापक संजाल आरंभ हो गया था। ग्रामीण बिस्तरों को प्र ाथम पंचवर्षीय में दोगुना कर दिया गया। दूसरी पंचवर्षीय योजना में और अधिक केन्द्रीकरण हुआ। वर्ष 1953 -54 में चिकित्सा विज्ञान अकादमी की स्थापना द्वारा अनुसंधान समन्वय में संवृद्धि की गई। औद्योगिक कर्मकार, चर्मकारों को समान स्वास्थ्य सुविधाएं मिलनी शुरु हो गई - अस्पताल, स्वास्थ्य पद इत्यादि। 1960 - पोलिक्लिनिकों को अस्पतालों से विलग किया गया, विशेषज्ञ पोलिक्लिनिक स्थापित किए गए। बी वी पेट्रोवल्सकी ने संहिताकरण तथां सार्वभौकीकरण का पहला मसौदा 1969 में तैयार किया। स्वास्थ्य सेवाओं का और सुधार करने तथा राष्ट्रीय चिकित्सा अनुसंधान के विकास के लिए उपायों संबंधी 1969 के औपचारिक कानून, उघोग में कोसीजन के सुधार तथा कृषि में ब्रेजनन के सुधारों ने उघोग तथा कृषि दोनों में सुधार किया। बडे अस्पतालों के लिए व्यापक विधान तथा कारखानों एवं फार्मों में बिखरी सेवाओं की और समीक्षा की गई। स्वास्थ्य सेवाओं के विकास में सभी मंत्रालयों के लिए साझी योजना तथा साझी प्रविधि से सभी संस्थापनाओं तथा सेवाओं तथा श्रेणीबद्ध फार्मेसी, चिकित्सा, लोक तथा जिप्सी चिकित्सा, होम्योपैथी, शामिनिस्टिन अथवा लामिनिस्टिक चिकित्सा के नियंत्राणाधीन लाया गया।

रुसी परिसंघ के स्वास्थ्य एवं चिकित्सा उघोग, मंत्रालय के लोक स्वास्थ्य संस्थान ष्मेडसोकइलोनोमीफार्म ष की स्थापना रुसी स्वास्थ्य एवं चिकित्सा

उघोग मंत्रालय के नेताओं की पहल पर सेवा अनुसंधान क्षेत्र में मुख्य राष्ट्रीय संस्था के रुप में की गई है।

मेडसोकइकोनोमीफार्म की नींव 1 मार्चख् 1990 को रखी गई थी जब निधीयन की व्यवस्था की गई तथा कार्मिकों की भर्ती की गई। मेडसोसेनोमीफार्म के मुख्य कार्य हैं-

लोक स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य देखभाल के विकास के अंतराष्ट्रीय विज्ञान तथा व्यवहार की उपलब्धियों की तुलना में उच्च अनुभव के अध्ययन के प्रणालीगत विश्लेषण तथा पूर्वानुमान के आधार पर सिफारिशों, कार्यक्रम, विधियां, विनियम तथा प्रबंधन निर्णयों के रुपांतर तैयार करना;

सामाजिक, आर्थिक तथा पारिस्थितिकी कारक तथा दशाओं को हिसाब में लेते हुए रुस के विभिन्न क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रास्थिति तथा जनसंख्या प्रजनन के चिकित्सीय तथा जनसांख्यिकीय, सामाजिक तथा सफाई स्वच्छता अध्ययनों का संचालन करना;

चिकित्सा बीमा प्रणाली को अंतरण के लिए वैज्ञानिक आधारों का विकास।

जब स्वास्थ्य संरक्षण की समस्याओं संबंधी आधारिक विधायी अधिनियमों के विस्तार, विनियाकम दस्तावेजों की तैयारी में भागीदारी (स्वास्थ्य एवं चिकित्सा उघोग के सहशासन निर्णय, आदेश इत्यादि)

स्वास्थ्य संरक्षा के क्षेत्र में विशिष्ट कार्यक्रमों का विकास, स्वास्थ्य तथा चिकित्सा तथा जनसांख्यिकीय प्रक्रियाओं का मॉनीटरन स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता, पारिस्थिति की प्रणाली के प्रबंधन का कम्प्यूटरीकरण।

विभिन्न चिकित्सीय तथा सामाजिक समस्याओं पर जनमत का अध्ययन

स्वास्थ्य देखभाल विकास की सैद्धान्तिक समस्याओं, वैयक्तिक सेवाओं तथा समग्र रुप से क्षेत्र की सेवाओं के प्रबंधन के रुप तथा विधि, संगठनात्मक तथा आर्थिक प्रयोगों के लिए आधार की व्यवस्था में सहभागिता, कार्यक्रमों

तथा उपायों की कुशलता का मूल्यांकन, आर्थिक आधार पर अंतः संस्थागत सम्पर्कों का विकास।

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तथा सेवाओं की कार्यकलापों के साथ-साथ चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता तथा प्रौधोगिकीय मानकों तथा चिकित्सा से वाओं की लागत का आंकलन करने के लिए कसौटी तथा प्राचलों का ि वकास।

स्वास्थ्य कार्मिक के साथ जनसंख्या के संघटन, संरचना तथा प्रावधान के परिवर्तन में प्रवृत्तियों का अध्ययन, विभिन्न विशेषज्ञताओं के चिकित्सकों तथा नर्सों की आवशकताओं का निर्धारण तथा उनको तैयार करने तथा उपयोग में लाने के लिए प्रस्तावों का विकास। चिकित्सा कार्मिकों की प्र वासन प्रक्रियाओं का विश्लेषण।

चिकित्सा विज्ञानों के विकास क्षेत्र के अनुसंधान वेज्ञानिक तथा शैक्षणिक कार्मिकों का संघटन तथा उनके कार्यकलापों के प्राप्त परिणामः

आधुनिक कम्प्यूटर प्रौधोगिकियों के आधार पर सूचना प्रणालियों तथा मॉडलों का विकास तथा शुरुआत।

स्वास्थ्य सांख्यिकी के क्षेत्र में अंतर्राष्ट्रीय कसौटी, मानकों, वर्गीकरणों, प्र ाक्रियान्वयन तथा विश्लेष्ण विधियों को अंतरण के संबंध में वैज्ञानिक आधार पर बने प्रस्तावों का विकास।

रुसी परिसंघ के स्वास्थ्य तथा चिकित्सा उघोग मंत्रालय तथा संगठनों को स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली तथा स्वास्थ्य विज्ञानों के प्रबंधन के लिए ि वश्लेषणात्मक, चिकित्सीय तथा सांख्यिकी सूचनात्मक डाटा आधार प्रदान करना।

नई कार्यकारी स्थितियों के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली कार्यपालक स्वास्थ्य प्रबंधन कार्मिकों तथा अन्य स्टॉक का प्रशिक्षण तथा अनुसंधान कार्मिकों को प्रशिक्षण।

स्वास्थ्य अनुसंधान के क्षेत्र में वैज्ञानिक तथा तकनीकी प्रगति को त्वरित करने के उद्देश्य से डब्ल्यू एच ओ, राष्ट्रीय तथा विदेशी केन्द्रों के साथ वैज्ञानिक तथा तकनीकी सहयोग का क्रियान्वयन।

कार्यपालक तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली कार्मिकों कके व्यवसायिक कौशलों के स्तर को बढ़ाने के लिए वैज्ञानिक तथा प्रैक्टिकल सम्मेलनों, सेमिनारों, परामर्शों तथा पाठ्यक्रमों के संचालन द्वारा स्वास्थ्य पद्धतियों में अनुसंधान परिणामों का क्रियान्वयन।

2.8.3 जनसांख्यिकी पैटर्न

भूतपूर्व यू.एस.एस.आर. में पूर्वी यूरोप से एशिया के उत्तरी तथा मध्य भागों में फैला क्षेत्र शामिल था। 1985 में, जनसंख्या के 277.4 मिलियन (औसत सघनता 12.2 प्रति के आर एम एस) होने का अनुमान लगाया गया; 181.1 मिलियन लोग शहरों में तथा 96.3 मिलियन लोग ग्रामीण क्षेत्रों में रहते थे। देश में 15 यूनियन रिपब्लिकें थीं जिनमें से अधिकांश ओबलास्ट तथा क्रज में विभाजित थे, क्रज रियान में उपविभाजित थे।

औसत जीवन प्रत्याशा लगभग 76 वर्ष है। अपरिष्कृत जन्म दर लगभग 18 तथा मृत्यु दर 8.7 है। जनसंख्या का 15 प्रतिशत हिस्सा वृद्ध आयु समूह के लोगों का है।

2.8.4 स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण

रुसी स्वास्थ्य सेवाओं का वित्तपोषण सम्पूर्ण तथा सरकारी राजस्वों से राज्य द्वारा किया जाता है। ये राजस्व निम्न से प्राप्त होते हैं;-

1. सरकार के स्वामित्वाधीन तथा उसके द्वारा प्रचालित उघमों से लाभ
2. आयकर जो राजस्व का महत्वपूर्ण स्रोत नहीं है तथा
3. उपभोक्ता वस्तुओं पर बिक्रीकर या आय

रुसी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में संकट का मुख्य कारण बजट को उचित प्रकार निष्पादित न कर पाना था। वर्ष 1996 में, परिसंघ के अधीनस्थ चिकित्सीय संस्थाओं का वित्तपोषण मुख्यतः तभी किया जाता था जहाँ बजट व्यय मदें संरक्षित होती थी। समीक्षा से यह दर्शित हुआ कि बजट वर्गीकरण के सभी भागों में जन स्वास्थ्य मंत्रालय के संस्थानों का वित्तपोषण लक्ष्यों के केवल 53.6% पद तथा वेतन में 93.3% पर किया गया था। 1996 के संघीय बजट ऋण कुल मिलाकर 2.6 ट्रिलियन रुबल थे जिनमें 106.7 बिलियन रुबल के वेतन बकाया शामिल थे। ऐसे संरक्षित बजट व्यय मदों यथा भोजन तथा चिकित्सा में बजट लक्ष्यों के केवल क्रमशः 39.7 प्रतिशत् तथा 45.3 प्रतिशत को निष्पादित किया गया।

रुसी परिसंघ के संघटक सदस्यों में स्वास्थ्य देखभाल निधियन की स्थिति लगभग समान ही है। परिसंघ के निकायों में ही चिकित्सा कर्मियों को वेतन का बकाया 3.5 ट्रिलियन रुबल है। 1996 में, परिसंघ के 52 विषयों को भुगतान आस्यगत सहित स्वास्थ्य मंत्रालय के भाडागारों से 85 बिलियन रुबल मूल्य की दवाईयां प्राप्त हुई। मंत्रालय ने अंतरणों, के द्वारा क्षेत्रों को सभी आवश्यक दवाइयां उपलब्ध कराने का प्रयास भी किया।

वर्तमान में, आधी से अधिक संघीय चिकित्सीय संस्थाएँ बंद हो गई हैं। क्लिनिक तथा अस्पताल खाली पड़े हैं, इसलिए नहीं कि रोगी नहीं हैं बल्कि इसलिए कि भोजन, दवाइयों, औजारों तथा उपकरणों के लिए अथवा जनोपायोगिताओं के लिए भुगतान करने के लिए धन नहीं है।

2.8.5 स्वास्थ्य सेवा प्रशासन

रुस में समग्र चिकित्सा नीति निर्माण तथा आयोजना स्वास्थ्य मंत्रालय का दायित्व है। पारम्परिक रुप से, स्वास्थ्य मंत्री एक प्रतिष्ठित व्यवसायी चिकित्सक रहा है। मंत्री की सहायता के लिए चार से छः उपमंत्री हैं जो चिकित्सक भी हैं, साथ ही स्वास्थ्य मंत्रालय के लगभग 1900 स्टॉक सदस्यों में से दो तिहाई चिकित्सक हैं।

विशेषकर उच्चतम प्रशासनिक स्तर पर इतने अधिक चिकित्यक-प्रशासकों की मौजूदगी ब्रिटेन में नियंत्रण रुपरेखा विपरीत है।

प्रत्येक प्रशासनिक क्षेत्र को ओब्लास्ट कहा जाता है। क्षेत्र निर्वाचित कार्यपालक परिषदों द्वारा अभिशासित है। क्षेत्र का मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यकारी परिषद का सदस्य है। नगर का चिकित्सा अधिकारी चिकित्सीय परिषद का अध्यक्ष है जो पोलिक्लिनिकों, अस्पतालों तथा जन स्वास्थ्य अभिकरणों द्वारा प्रदत्त चिकित्सा सेवाओं के लिए उत्तरदायी है।

प्रणाली में अगला प्रशासनिक स्तर शहर अथा ग्रामीण जिला (रियान) स्तर है। एक या अधिक जिला अस्पताल होते हैं तथा जिले का प्रधान चिकित्सा अधिकारी सामान्यतः केन्द्रीय जिला अस्तपाल का सर्वाधिक वरिष्ठ चिकित्सक होता है।

अंततः, सम्पूर्ण संरचना के आधार पर माइक्रो जिला (उच्चास्टोक) होता है जो एक सामान्य चिकित्सक, बाल चिकित्सक तथा चिकित्सीय स्टॉक की सेवाप्राप्त लगभग 4000 व्यक्तियों से संघटित, जिले का एक उप प्रभाग होता है। माइक्रो जिला कार्मिक जिले के अधीन होते हैं, उसके प्रति उत्तरदायी होता है तथा क्षेत्र स्वास्थ्य मंत्रालय के प्रति उत्तरदायी होता है। यह प्रशासनिक संगठन राष्ट्रीय रुप से सम्म्त स्वास्थ्य नीतियों का कार्यानवयन सुनिश्चित करता है।

स्वास्थ्य संस्थापनाओं के पाँच समूह हैं-

i. साधारण उपचार तथा रोग निरोधी अस्पताल; कुछ मामलों में ये पोलीक्लिनिकों, पैनल सर्जरी, औषधालयों, स्वास्थ्य चौकियों, मिलिटरी अस्पतालों, सैनेटोरिया तथा फार्मैसियों से जुड़े होते हैं।

ii. पूर्व प्रसव तथा पश्च प्रसव क्लिनिकों वाले मातृत्व गृह, बाल अस्पताल, बाल पोलीक्निलिक, क्रेच, बाल स्वास्थ्य लाभ गृह तथा कैम्पों एवं अन्य शैक्षणिक संस्थाओं को चिकित्सा सेवाएं।

iii. इन सैनिटर जानपदिक रोगविज्ञान केन्द्रों तथा स्वास्थ्य शिक्षा इकाइयों के अगले समूह से जन स्वास्थ्य सेवाएं।

iv. ग्रामीण क्षेत्रों के लिए चिकित्सा सेवाएं-रियान अस्पताल तथा ग्रामीण चिकित्सक, फेंल्डशर एवंव दाई ब्लॉक

v. कारखाना स्वास्थ्य सेवाएं -1500 से 2000 कार्य कारखाने चिकित्सीय क्लिनिक के लिए कार्य स्थल जिले, औद्योगिक अस्पताल तथा सैनिटोरियम।

2.8.6 स्वास्थ्य दशाएं

रुस में मृत्यु दर के प्रमुख कारण यूरोप में विकसित देशों की मृत्यु दर पैटर्नों के कारणों के समान ही है। विगत हाल में, परिसंचरण तंत्र के रोगों (प्रति 100000 जनसंख्या 424.9 से 554.3) तथा विषालु अर्बुद (131.2 से 148.1) से मृत्यु दर में वृद्धि हुई है।

- विषालु अबुर्द्ध निरंतर बढ़ती प्रवृति दर्शा रहे हैं, विशेषतः महिलाओं में। इसी समय, ग्रासनली, पेट तथा ग्रीवा के विषालु टयूमरों से अस्वास्थ्यता दर में गिरावट आई है किन्तु इसके स्थान पर फेफड़े छाती तथा मलाशय के विषालु टयूमरों में अस्वस्थता दरों तथा मृत्यु दरों में वृद्धि हुई है।

एड्स का फैलना विशेष चिंता का विषय है। एच आई की संक्रमित मामलों की संख्या में तीव्र वृद्धि हुई है।

सम्पूर्ण जनता को पेयजल की आपूर्ति की जाती है तथा अत्यधिक बृहतांश जनता के पास घर में या निकट क्षेत्र में अपशिष्टों के सुरक्षित निपटान के लिए पर्याप्त सुविधाएं हैं। अधिकांश शिशु (विपरीत लक्षणों वाले शिशुओं को छोड़कर) डिफ्थीरिया (तीन खुराकें) पर्टुसिस (तीन खुराकें), ट

ेटनस(तीन खुराकें) तथा क्षय रोग (एकल खुराक) के विरुद्ध पूर्णतया प्र ातिरक्षित है।

- सम्पूर्ण जनसंख्या की प्राथमिक उपचार सहित राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्र ाणाली आपातकालीन सेवाओं तथा औषध आपूर्ति सुविधाओं तक पहुँच है।

- सभी गर्भवती महिलाएं तथा शिशु मातृत्व तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल मॉनीटरन करवाते हैं। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के तहत, जनसंख्या के इन वर्गों तक गृह दौरा करने के लिए उत्तरदायी विशेष प्रकार के स्वास्थ्य कार्यकर्ता के प्रशिक्षित करने की व्यवस्था की गई है। ग्रामीण तथा शहरी क्षेत्रों में पूर्णतः सुसज्जित तथा अर्हक कार्मिकों से युक्त मातृत्व गृहों का व्यापक संजाल यह सुनिश्चित करता है कि व्यवहार रुप में सभी प्र ासव अंतरंग असस्थाओं में किए जाएं।

2.8.7 स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएँ

रुस में चिकित्सा देखभाल अत्यंत संगठित तथा सांस्थानिकृत पृष्ठभूमि में की जाती है। प्रणाली का बुनियादी निर्माण ब्लॉक प्रतिकेशी क्षेत्रीय इकाई है जिसे ष्माइक्रोजिला उचास्तोकष कहा जाता है। प्रत्येक उच्चास्तोक में लगभग 4000 व्यक्ति होते हैं। प्रतिवेश में रहने वाला प्रत्येक बच्चा तथा व्यस्क स्वतः उस प्रतिवेश में सेवारत सामान्य चिकित्सक (सामान्यतः अंतरंग डाक्टर) अथवा बालचिकित्सक को रेफर किया जाता है।

उचास्तोक चिकित्सा तथा स्टॉक स्वास्थ्य केन्द्रों अथवा पोली क्लिनिकों में कार्य करते हैं। पोलिक्लिनिक सुविधाओं (कार्यालय, परीक्षण कक्षो, नैदानिक तथा चिकित्सीय उपकरणों, इत्यादि) का प्रयोग अनेक (सामान्यतः 10)माइकजिले के चिकित्सकों द्वारा किया जाता है, पोलिक्लिनिक एम्बुलेंस में ले जाने वाले (अस्थिर) रोगियों के लिए विशेषज्ञ देखभाल की पेशकश भी करते हैं। इनमें दंत चिकित्सक,नेत्र, मनोवैज्ञानिक तथा लघु शल्य चिकित्सा देखभाल शामिल है। एक विनिर्दिष्ट क्षेत्रीय इकाई की सेवा करने वाले आवासीय पोलक्लिनिकों के अतिरिक्त औधोगिक

कामगारों के लिए व्यावसायिक चिकित्सीय सुविधाओं की एक पृथक प्रणाली है।

रुस में अंतरंग स्वास्थ्य देखभाल मुख्यतः अस्पतालों, सेनेटोरियनों तथा रोगनिरोधी अस्पतालों में उपलब्ध की जाती है। यधपि चिकित्सा तथा स्वास्थ्य विभाग के साथ संबद्ध क्लिनिकों तथा सुविधाओं में कुछ अंतरंग देखभाल उपलब्ध है, अस्पताल को पोलिकिलनिक का प्रशासनिक पैतृक संगठन माना जाता है । अस्पताल में दाखिले होने की आवश्यकता वाले व्यक्तियों को किसी पोलिक्लिनिक चिकित्सक द्वारा रेफर किए जाने पर ही दाखिल किया जाता है। रुसी प्रणाली की एक रुचिकर विशिष्टता चिकित्सक से पोलीक्लिनिकों तथा अस्पतालों, दोनों में कार्य करने की अपेक्षा कर अंतरंग तथा बहिरंग देखभाल को एकीकृत करना है।

रुसी अस्पताल प्रणाली को प्रदत्त देखभाल की किस्म के आधार पर अनुक्रम तथा क्षेत्रीय रुप से व्यवस्थित किया गया है। प्रथम स्तर पर बड़ा (330 से 1250 बिस्तर) जिला (रियाज) अस्पताल है जो चिकित्सा समस्याओं की व्यापक श्रंखला संबंधी संव्यवहार करता है।

उच्च विशेषज्ञ उपचार की अपेक्षा वाले अथवा असाधारण चिकित्सा समस्याओं वाले रोगियों का विशेषज्ञ क्षेत्रीय (ओब्लास्ट) अस्पतालों में अभिदंशित किया जा सकता है। इन अस्पतालों में पक्षीय शल्यक्रिया, न्यूरो शल्य क्रिया तथा इसी प्रकार की विशेषज्ञता होती है। अंततः अध्यापन अस्पताल तथा चिकित्सा विद्यालय है।

रोग निरोधी संस्थान स्वास्थ्य स्थलों, सैनेटेरियमों तथा विश्राम गृहों के रोगोपचारी महत्व पर जोर देते हैं। स्वास्थ्य स्पास विश्राम, आराम, व्यायाम, जाती हवा, उचित आहार तथा कुछ मामलों में स्वास्थ्य लाभकारी उपचारात्मक इलाज (उदाहराणार्थ मड थिरैपी, मिनरल स्प्रिंग) भी उपलब्ध कराते हैं। स्वास्थ्य स्पास में उपचार कराना रुस के इतिहास में अत्यंत लम्बे समय से क्रियाशील है तथा रुसी शाही परिवारों तथा अमीर नागरिकों के बीच प्रचलित था। रुसी स्वास्थ्य देखभाल परिदाय प्रणाली में औद्योगिक कामगारों को प्राथमिकता दी जाती है तथा इनका प्रबंधन व्यापार संघ

परिषदों द्वारा किया जाता है। विश्राम स्थलों तथा आरामगृहों में प्रवेश व्यापार संघों द्वारा आबंटित निःशुल्क या आर्थिक सहायता प्राप्त पासो के जरिए प्राप्त किया जाता है।

2..8.8 स्वास्थ्य जनशक्ति

रुस में सभी चिकित्सक वैतनिक सरकारी कर्मचारी है। कुछ निजी चिकित्सा व्यवसाय कानूनी रुप से विद्यमान है जो किसी शहरी क्षेत्र में प्रतिष्ठित चिकित्सक द्वारा प्रतिनिधिक रुप से उपलब्ध कराया जाता है। लगभग 70 प्रतिशत रुसी चिकित्सक महिलाएं हैं।

रुसी प्रणाली में फेल्डशर अद्वितीय हैं तथा उनका दर्जा नर्से तथा चिकित्सक के बीच का है। फेल्डशरों को विशेष स्कूलों में औपचारिक प्रशिक्षण दिया जाता है तथा वे छोटी व्याधियों के लिए औषधों का निर्धारण करने, टीका लगाने, चोट लगे व्यक्तियों को प्राथमिक उपचार देने तथा औद्योगिक स्थलों का स्वच्छता निरीक्षण करने के लिए अर्हक तथा प्राधिकृत हैं। वे शहरी तथा ग्रामीण दोनों क्षेत्रों में प्रचालन करते हैं। किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों में प्रशिक्षित चिकित्सकों की सतत् कमी के कारण फेल्डशर अक्सर बिना किसी पर्यवेक्षण के कार्य करते हैं।

डाक्टरों तथा अस्पताल बिस्तरों में वृद्धि की वार्षिक दर अन्य देशों की अपेक्षा रुस में उच्चतर है। नर्सिग के अर्थ में जनसंख्या के प्रति नर्सों का अनुपात यूनाइटेड स्टेटस, ग्रेट ब्रिटेन, जर्मनी या जापान में प्रवृत अनुपात से उच्चतर है।

2.8.9. अनुसंधान

स्वास्थ्य देखभाल/चिकित्सा देखभाल देखभाल में अनुसंधान अनेक संस्थाओं के माध्यम से किया जाता है। किन्तु रुसी प्रणाली यू.एस.ए., यू.के. अथवा अन्य यूरोपीय देशों के साथ तुलनीय नहीं है। प्रणाली का संघटन राज्य के खर्चे पर प्रत्येक नागरिक को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की व्यवस्था करने पपर आधारित है। प्रणाली ने एक अत्यधिक विशाल, विविध

तथा पहले वंचित लोगों को कम से कम पर्याप्त सार्वभौमिक रुप से सुगम्य तथा उपलब्ध निशुल्क स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की है।

भूतपूर्व यू.एस.एस.आर. के विघटन तथा सी.आई.एस. (नया रुस यू.एस.एस.आर. का अवशिष्ट राज्य है) की स्थापना के साथ विशेष रुप से चिकित्सा देखभाल तथा अस्पताल सेवाओं में निजीकरण विद्यमान प्रवृत्ति है। जनता को अब अपनी खरीद की क्षमताओं के अनुसार परिवर्ती लाभ उपलब्ध हो रहे हैं। औषधालयों के माध्यम से उपलब्ध विशेषज्ञ सेवाओं तथा निजी रोगियों के कारण डाक्टर के अर्जनों में वृद्धि हुई है। वयोवृद्ध गृहों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा है तथा कई वयोवृद्ध गृहों को बंद किया जा रहा है। औषधों के आयात पर अधिक जोर है तथा नई नई औषध कम्पनियों का आविर्भाव हो रहा है।

जांच बिन्दु

1. रुस की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली यू.के.तथा यू.एस.ए. से किस प्रकार भिन्न है?
2. रुस में स्वास्थ्य सेवा प्रशासन पर चर्चा करें।
3. अन्य विकसित देशों की तुलना में रुस में स्वास्थ्य दशाओं की प्रास्थिति क्या है?
4. रुस में स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाली विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य संस्थापनाओं का वर्णन करें।
5. पूर्ववर्ती यू.एस.एस.आर. के विघटन तथा सी.आई.एस.की स्थापना के पश्चात स्वास्थ्य क्षेत्रक में कौन से परिवर्तन हुए हैं।

2.9 यूनिट पुनरीक्षा प्रश्न

1. स्वास्थ्य प्रणाली से आप क्या समझते हैं। किसी देश में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आयोजना तथा संरचना में विचार में रखे जाने वाले महत्वपूर्ण कारकों पर चर्चा करें।

2. भारत सरकार तथा राज्य स्वास्थ्य सेवाओं की प्रशासनिक संरचनाओं कौन सी हैं? भारत सरकार भारत में स्वास्थ्य सेवाओं पर समग्र नियंत्रण का प्रयोग किस प्रकार करती है?

3. यू.एस.ए.में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का वर्णन करें। प्रणाली के अंतर्गत सामना की जा रही समस्याएं कौन सी हैं?

4. यू.के. में एन.एच.एस. के कार्यकरण का आलोचनात्मक विश्लेषण करें। उल्लेख करें कि देश में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का सुधार करने में यह अनुभव भारत के लिए किस प्रकार सहायक होगा।

2.10 सुझाए गए अध्ययन/संदर्भ

1. टोरेन्ट, लूडस; दि अमेरिकन हेल्थ केयर सिस्टम, इश्यूज एण्ड प्र ाब्लमस् दि जी वी मेंस्बी कम्पनी, 1978.
2. लेबी आर्थर (एड); हेल्थ सर्विसेज इन सू.एस.ए.; दि लोकल पर्सपेक्टिव, एन.वाई., प्रेजर, 1978
3. लेबिट रुथः पुनर्गठित राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाएं, लंदन, क्रूम हेल्थ, 1976
4. अलानः हेल्थ केयर इन यूरोपियन कम्यूनिटी क्रूम हेल्थ, लंदन, 1976
5. पोपोव जी.ए. प्रिंसिपल्स ऑफ हेल्थ प्लानिंग इन यू.एस.एस.आर., पब्लिक हेल्थ पेपर्स, डब्लयू. एच.ओ., 1971
6. होवर्ड एम लेल्व्टर, ए कम्पैरेटिव एप्रोच टू पोलिसी एनालिसिस, हेल्थ केयर पालिसी इन फोर नेशन्स, कैम्ब्रीज यूनिवर्सिटी प्रेस, कैम्ब्रीज, लंदन, न्यूयार्क, मेलबोर्ड, 1979
7. एंड्रू ग्रब, चैलिंज्जि इन मेडिकल केयर जॉन, विली एण्ड संस, न्यूयार्क, ब्रिसनेन, टोरोंटो, 1992
8. वार्षिक रिपोर्ट, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, 1993-94
9. हॉस्पिटलम एण्ड हेल्थ फॉर ए.यू., डब्ल्यू.एच.ओ. तकनीकी रिपोर्ट, सीरीज,सं. 744, 1987

10. जोनाथप एस एण्ड दार (एडे) हास्पिटल आर्गेनाइजेशन एण्ड मैनेजमेंट, टेक्सट एण्ड रीडिंग्स, एन.वाई.,एस.पी.मैडिकल एण्ड साईंटिफिक बुक्स, 1978.