
भारतीय स्वास्थ्य नीति के उद्भव एवं विकास का विश्लेषणात्मक अध्ययन

Dr. Vikas Kumar*

*Associate Professor, Department of Political Science, Atma Ram Sanatan Dharma College, University of Delhi, Delhi, India

Email: kumarvikas21@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19485069>

Received on: 26/03/2026

Accepted on: 29/03/2026

Published on: 09/04/2026

सारांश:

कोविड-19 ने भारत के स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सेवा प्रणाली और मानव सुरक्षा पर गंभीर प्रभाव डाला था। जिसके पश्चात भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था और उसकी नीतियों की काफ़ी चर्चा हुई। यह पेपर भारत के स्वास्थ्य नीति के विकास का अध्ययन है, जिसके अंतर्गत इसके नीतियों के प्रमुख उद्देश्यों, चुनौतियों और परिणामों पर ध्यान केंद्रित किया गया है। पेपर का मुख्य ध्यान मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और भारत सरकार की प्रतिक्रिया की जांच करना है। लोगों के स्वास्थ्य के लिए राज्य की प्रतिबद्धता की जांच करता है, लेकिन यह बात भी नज़र आती है उस मूल प्रतिबद्धता में कई विरोधाभास भी देखे जा सकते हैं, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में राज्य की सापेक्ष प्रभावहीनता को समझाने में मदद करते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य नीति भारत सरकार के सार्वजनिक प्रशासन के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक रही है। सभी के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं को सार्वभौमिक बनाने के लिए, भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 (एनएचपी) तैयार की और उसे लागू किया है। नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) "सभी को स्वास्थ्य" के दृष्टिकोण पर केंद्रित है। यह नीति सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के महत्वपूर्ण महत्व को प्राप्त करना चाहती है। इसलिए इस पेपर में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 एवं आयुष्मान भारत योजना का अध्ययन किया गया है। इस पेपर में स्वास्थ्य नीति और सार्वजनिक व्यय का भी विश्लेषण किया गया है।

Keywords: National Health Policy, Public Health, Ayushman Bharat Scheme, SDG, Health Expenditure.

प्रस्तावना:

यह व्यापक तौर पर यह स्वीकार किया गया है कि स्वास्थ्य का अधिकार मूल रूप से सामाजिक और आर्थिक अधिकार का एक रूप है जो भारत में सामाजिक एवं आर्थिक लोकतंत्र प्राप्त करने में आवश्यक है। भारत में इस अधिकार

का अहसास कम ही देखने को मिलता है। जहां स्वस्थ का स्तर दुनिया में दूसरे से देशों से सबसे निम्न है। इसके अतिरिक्त स्वस्थ का अधिकार आसानी से स्पष्ट हकों एवं जिम्मेदारियों में अनूदित नहीं होता है। हालांकि स्वस्थ के अधिकार को पूरी तरह से न्यायोचित बनाने में गंभीर कठिनाईयां मौजूद हैं। नये हस्तक्षेप कम से कम तीन तरीकों से संभव हैं: कानूनी कारवाई के माध्यम से, लोकतांत्रिक व्यवहार के माध्यम से और जनता की समझ के माध्यम से। इससे भी महत्वपूर्ण बात स्वस्थ के अधिकार को दूसरे सामाजिक और आर्थिक अधिकारों, शिक्षा, काम और भोजन से जोड़ने की आवश्यकता है जो लोक प्राथमिकताओं और लोकतांत्रिक राजनीति में रेडिकल परिवर्तन के वायदे को दर्शाता है। भारत में कई सर्वोच्च न्यायालय के फैसलों ने स्वास्थ्य के अधिकार को जीवन के मौलिक अधिकार के विस्तार के रूप में स्थापित किया है। 15वीं वित्त आयोग के तहत गठित स्वास्थ्य क्षेत्र पर एक उच्च-स्तरीय समूह ने भी सिफारिश की थी कि स्वास्थ्य के अधिकार को मौलिक अधिकार घोषित किया जाए।

आजादी के बाद से भारतीय राज्य ने दुनिया की किसी भी अन्य सरकार की तुलना में सार्वजनिक स्वास्थ्य पर अपने संसाधनों का एक छोटा अनुपात खर्च किया है। जबकि भारतीय राज्य कई तरीकों और क्षेत्रों में अत्यधिक हस्तक्षेपवादी रहा है, भारतीय राजनीतिक संस्कृति में खुद को नहीं रखा है यह विचार कि राज्य को सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के प्रावधान के लिए जिम्मेदार ठहराया जाना चाहिए, यह भारतीय राजनीतिक संस्कृति नहीं है। अमर्त्य सेन और जीन ड्रेज का तर्क है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य "भारत में विकास के सबसे उपेक्षित पहलुओं में से एक" रहा है (सेन और ड्रेज 2002)।

स्वास्थ्य के अधिकार को कम से कम तीन भिन्न-भिन्न परिप्रक्ष्यों से देखा जा सकता है। पहला भारतीय संविधान का परिप्रेक्ष्य है विशेषकर राज्य के नीति निर्देशक सिद्धांत। दूसरा इस संदर्भ में प्रस्तुत अंतर्राष्ट्रीय घोषणा-पत्र एवं संविदाएं जिसकी शुरुआत विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के संविधान से और सार्वभौमिक मानवाधिकार के घोषणा पत्र के साथ है। तीसरा स्वास्थ्य के अधिकार और राज्य द्वारा अपनाई गई स्वास्थ्य नीतियों के आधार पर इसे समझने का प्रयास किया गया है। इन सभी दस्तावेजों से स्वतंत्र होकर वास्तव में यह मानव अधिकार आंदोलन का मूल आधार है कि सभी मानव के पास कुछ मौलिक अधिकार हों। चाहे इन अधिकारों को राष्ट्रीय या अंतर्राष्ट्रीय कानून में शामिल किया गया हो या नहीं।

यह तीनों परिप्रेक्ष्य जाहिर तौर पर परस्पर रूप से भिन्न नहीं हैं। वास्तव में ये एक-दूसरे के पूरक हैं। इस लेख में विशेष रूप से स्वास्थ्य नीतियों और लोगों तक इसको किस प्रकार पहुंचाया जाए इसका अध्ययन किया गया है। किस तरह स्वास्थ्य के अधिकार को राज्य ने अपनी नीतियों में शामिल कर निर्देशक सिद्धांतों में मौजूद आर्थिक और सामाजिक अधिकार को प्राप्त करने का प्रयास किया है। इसके लिए दो कारण हैं। एक मेरे अनुसार विशेष रूप से सुसंगत और व्यापक है। दूसरी वजह यह

है कि निर्देशक सिद्धांतों को पुनर्जीवित करने के लिए यह जरूरी है कि स्वास्थ्य के अधिकार को महत्वपूर्ण रूप से विस्तृत संदर्भ में रखा जाए और इसमें रेडिकल सामाजिक परिवर्तन की दृष्टि अंतर्निहित है।

अंतर्राष्ट्रीय प्रावधान एवं स्वास्थ्य का अधिकार

स्वास्थ्य का अधिकार हमारे मानवाधिकारों और गरिमापूर्ण जीवन की हमारी समझ का एक मूलभूत हिस्सा है। स्वास्थ्य के अधिकार पर जिसको एक तरह से आर्थिक और सामाजिक अधिकार के रूप में निर्देशक सिद्धांतों में स्वीकार किया गया है। इसके लिए दो कारण हैं। एक की यह दृष्टिकोण मेरे अनुसार विशेष रूप से सुसंगत और व्यापक है। दूसरी वजह यह है कि निर्देशक सिद्धांतों को पुनर्जीवित करने के लिए यह जरूरी है कि स्वास्थ्य के अधिकार को महत्वपूर्ण रूप से विस्तृत संदर्भ में रखा जाए। अंतरराष्ट्रीय स्तर पर इसे पहली बार 1946 के विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के संविधान में व्यक्त किया गया था जिसकी प्रस्तावना स्वास्थ्य को "स्वास्थ्य संपूर्ण शारीरिक मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है और यह केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति नहीं है" के रूप में परिभाषित करती है। प्रस्तावना में आगे कहा गया है कि "जाति, धर्म, राजनीतिक विश्वास, आर्थिक या सामाजिक स्थिति के बिना प्रत्येक मानव के स्वास्थ्य के उच्चतम मानक का आनंद लेना मौलिक अधिकारों में से एक है।" इसके अतिरिक्त "सभी लोगों का स्वास्थ्य शांति और सुरक्षा की प्राप्ति के लिए मौलिक है और व्यक्तियों और राज्यों के पूर्ण सहयोग पर निर्भर है" (संविधान, वर्ल्ड हेल्थ आर्गनाइजेशन)।

मानव अधिकारों की 1948 की सार्वभौमिक घोषणा में लिखा गया है कि "प्रत्येक व्यक्ति को अपने और अपने परिवार के स्वास्थ्य और कल्याण के लिए पर्याप्त जीवन स्तर का अधिकार है। जिसमें भोजन, कपड़े, आवास और चिकित्सा देखभाल और आवश्यक सामाजिक सेवाएं शामिल हैं और बेरोजगारी, बीमारी, विकलांगता, विधवापन, बुढ़ापा या अन्य आजीविका की कमी जो उसके नियंत्रण से परे है की स्थिति में सुरक्षा का अधिकार है" (अनुच्छेद 25) (UDHR, 1948)। स्वास्थ्य के अधिकार को 1966 के आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों के अंतर्राष्ट्रीय करार में फिर से मानवाधिकार के रूप में मान्यता दी गई थी। "वर्तमान कोवेनेंट को राज्य पक्ष मान्यता देते हैं कि प्रत्येक व्यक्ति को शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के खुशी का अधिकार" (अनुच्छेद 12, आई सी एस सी आर, 1966)।

अन्य अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों ने स्वास्थ्य के अधिकार या चिकित्सा देखभाल के अधिकार जैसे इसके तत्वों को मान्यता दी है या संदर्भित किया है। स्वास्थ्य का अधिकार सभी राज्यों के लिए प्रासंगिक है: प्रत्येक राज्य ने स्वास्थ्य के अधिकार को मान्यता देने वाली कम से कम एक अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधि की पुष्टि की है। इसके अलावा राज्यों ने

अंतर्राष्ट्रीय घोषणाओं, घरेलू कानून और नीतियों और अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलनों के माध्यम से इस अधिकार की रक्षा करने के लिए खुद को प्रतिबद्ध किया है।

भारत का संविधान एवं स्वास्थ्य प्रावधान

भारत के संविधान के भाग IV में राज्य नीति के निदेशक सिद्धांत स्वास्थ्य के अधिकार के लिए आधार प्रदान करते हैं।

भारत के संविधान के भाग में राज्य नीति के निदेशक सिद्धांत स्वास्थ्य के अधिकार के लिए आधार प्रदान करते हैं। अनुच्छेद 39 (ई) राज्य को श्रमिकों के स्वास्थ्य को सुरक्षित करने का निर्देश देता है, अनुच्छेद 42 राज्य को काम और मातृत्व राहत की न्यायसंगत और मानवीय परिस्थितियों का निर्देश देता है, अनुच्छेद 47 राज्य पर लोगों के पोषण स्तर और जीवन स्तर को बढ़ाने और सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार करने का कर्तव्य डालता है। इसके अलावा, संविधान न केवल राज्य को सार्वजनिक स्वास्थ्य बढ़ाने के लिए बाध्य करता है, बल्कि अनुच्छेद 243जी (11वीं अनुसूची, प्रविष्टि 23 के साथ पढ़ा) के तहत पंचायतों और नगर पालिकाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य को मजबूत करने का भी अधिकार देता है।

- अनुच्छेद 21 किसी व्यक्ति को उसके प्राण या दैहिक स्वतंत्रता से विधि द्वारा स्थापित प्रक्रिया के अनुसार ही वंचित किया जायेगा, अन्यथा नहीं। जीवन और व्यक्तिगत स्वतंत्रता की सुरक्षा जो तत्काल चिकित्सा सहायता प्रदान करके प्रत्येक व्यक्ति के जीवन को संरक्षित करने के लिए राज्य पर दायित्व डालता है।
- अनुच्छेद 39 (ई) राज्य को श्रमिकों, पुरुषों, बच्चों और महिलाओं के स्वास्थ्य को सुरक्षित करने का निर्देश देता है
- अनुच्छेद 41 वृद्धावस्था, बीमारी और विकलांगता के मामले में सार्वजनिक सहायता के प्रावधान के बारे में है।
- अनुच्छेद 42 काम और मातृत्व लाभ के न्यायसंगत और मानवीय परिस्थितियों के प्रावधान के बारे में है।
- अनुच्छेद 47 पोषण के स्तर और जीवन स्तर को बढ़ाने और सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए राज्य के कर्तव्य को व्यक्त करता है: "राज्य अपने लोगों के पोषण के स्तर और जीवन स्तर को बढ़ाने और सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार को अपने प्राथमिक कर्तव्यों में से एक मानेगा..."
- संविधान की छठी एवं सातवीं अनुसूची के अनुसार, स्वास्थ्य देखभाल का प्रावधान राज्य सरकारों की जिम्मेदारी है, "सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वच्छता, अस्पताल और औषधालय..." लेकिन गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य तक पहुंच का समर्थन करने में केंद्र सरकार भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

- संविधान 1992 के 73वें संशोधन के तहत अनुच्छेद 243जी को पंचायतों और नगर पालिकाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य को मजबूत करने का भी अधिकार देता है जिसमें पेयजल, स्वास्थ्य, स्वच्छता, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, परिवार कल्याण, महिला एवं बाल विकास और विकलांगों एवं मानसिक रूप से विकलांगों के कल्याण से संबंधित विभिन्न शक्तियों के साथ संपन्न करने के लिए शामिल किया गया है।
- अनुच्छेद 243 डब्ल्यू, 1992 में 74वें संशोधन द्वारा जोड़ा गया, जल आपूर्ति, सार्वजनिक स्वास्थ्य, स्वच्छता और टोस अपशिष्ट प्रबंधन, महत्वपूर्ण सांख्यिकी पंजीकरण, बूचड़खानों और चमड़ा कारखानों के विनियमन के संबंध में उन्हें सौंपे गए कार्यों को करने के लिए नगर पालिकाओं को दी गई शक्तियों से संबंधित है।

भारत की स्वास्थ्य नीति: अध्ययन एवं विश्लेषण

इस पृष्ठभूमि के साथ अब मैं स्वास्थ्य के प्रश्न पर आता हूँ। इस पर ध्यान देने वाला पहला बिन्दु यह है कि भारत में पोषण संबंधी स्थिति काफी भयावह प्रकृति की है। द्वितीय राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (1998-99) इस समस्या के संदर्भ में पर्याप्त मात्र में सबूत प्रदान करता है। विस्तारपूर्वक इस सर्वेक्षण के अनुसार 47 प्रतिशत सभी भारतीय बच्चों अल्पपोषित है, 52 प्रतिशत सभी व्यस्क महिलाएं रक्तहीनता(एनिमिया)से पीड़ित है, और 36 प्रतिशत का बॉडी मास सूचकांक (बीएमआई) निर्धारित तालिका 18-5 से कम है जो समान्यतः दीर्घकालिक ऊर्जा की कमी के साथ जुड़ा है। इन पोषक तत्वों की कमी भारतीय लोगों के कल्याण और भविष्य के लिए काफी विनाशकारी है। इसके साथ शुरू करते हैं कि, भूख और अल्पपोषण आंतरिक अभाव और गंभीर रूप से जीवन की गुणवत्ता को कम करेगा। इसके बाद अल्पपोषण, सिखने की क्षमता को कम करने, बिमारियों का अधिक जोखिम, और अन्य व्यक्तिगत और सामाजिक अवसरों की हानि के साथ जुड़ा हुआ है।

स्वतंत्रता से पहले भी भारत में स्वास्थ्य नीति निर्माण और स्वास्थ्य योजना की बात और उसके लिए समिति का गठन होता रहा है, यह केवल स्वतंत्रता के बाद की घटना नहीं है। वास्तव में, भारत में तैयार की गई सबसे व्यापक स्वास्थ्य नीति और योजना दस्तावेज स्वतंत्रता की पूर्व संध्या पर 1946 में थी। यह 'स्वास्थ्य सर्वेक्षण और विकास समिति रिपोर्ट' थी, जिसे लोकप्रिय रूप से भोरे समिति के रूप में जाना जाता था। (दुग्गल, 2005) पहली व्यापक स्वास्थ्य नीति और योजना दस्तावेज, यानी भोर समिति रिपोर्ट, 1946 में तैयार की गई थी। इसमें सार्वभौमिक कवरेज के साथ राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा की विस्तृत योजना की परिकल्पना की गई थी।

इसके अतिरिक्त 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति से पहले कई अन्य समितियाँ भी गठित हुईं जैसे कि: स्वास्थ्य सर्वेक्षण और योजना समिति (1961), जिसका काम पहली दो पंचवर्षीय योजनाओं में हुई प्रगति का मूल्यांकन करने और स्वास्थ्य

सेवाओं में सुधार के लिए सिफारिशें करना था। चड्ढा समिति (1963), इसने स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाओं के एकीकरण और एक पुरुष और महिला बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ता के माध्यम से इसकी डिलीवरी का सुझाव दिया, मुखर्जी समिति (1965), 'परिवार नियोजन के तहत स्टॉफिंग पैटर्न और वित्तीय प्रावधान' की समीक्षा करने के लिए, जैन समिति (1966), विभिन्न अस्पतालों और केंद्रीय स्वास्थ्य सेवाओं के कामकाज की समीक्षा करना। जंगलवाला समिति (1967), स्वास्थ्य सेवाओं की समस्याओं का अध्ययन करने के लिए, सरकारी अस्पतालों में काम करने वाले डॉक्टरों द्वारा निजी प्रैक्टिस को समाप्त करने का अध्ययन, करतार सिंह समिति (1973), "स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रम के तहत बहुउद्देश्यीय वर्कर्स" की जांच करने के लिए, श्रीवास्तव समिति (1975), स्वास्थ्य सहायकों के एक कैडर को प्रशिक्षित करने के लिए एक उपयुक्त पाठ्यक्रम तैयार करने के लिए, कृष्णन समिति (1982), शहरी स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करने (राव, 2023)। उसके बाद 1983 में स्वतंत्रता के बाद पहली स्वास्थ्य नीति तैयार की गई और अपनाई गई। पहली राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) की घोषणा 1983 की गई। राष्ट्रीय स्तर की इस स्वास्थ्य नीति को छठी पंचवर्षीय योजना अवधि (1980-1985) के दौरान पेश किया गया था। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी), 1983 स्वतंत्र भारत के बाद के स्वास्थ्य के क्षेत्र में चुनौतियों का समाधान करने के लिए एक समर्पित और मजबूत स्वास्थ्य नीति की आवश्यकता के रूप में प्रस्तुत की गई थी। जिसने देश में स्वास्थ्य सेवा में एक आदर्श बदलाव किया। यह नीति 1978 के अल्मा आटा सम्मेलन से लिया गया है, जिसमें भारत ने "व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के सार्वभौमिक प्रावधान" के माध्यम से सन 2000 तक "सभी के लिए स्वास्थ्य" प्राप्त करने के लिए खुद को प्रतिबद्ध किया था।

स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में चिंताओं को संबोधित करते हुए, पहले एनएचपी दस्तावेज में कहा गया है कि: "... यह महसूस किया गया है कि चिकित्सा, शिक्षा, अनुसंधान और स्वास्थ्य सेवाओं के भविष्य के विकास के लिए एक एकीकृत, व्यापक दृष्टिकोण स्थापित करने की आवश्यकता है ताकि देश की वास्तविक स्वास्थ्य आवश्यकताओं और प्राथमिकताओं को पूरा किया जा सके। इसी संदर्भ में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति विकसित करने की आवश्यकता महसूस की गई है।" (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, 2017 ए)। हालांकि, भारतीय नीति प्रक्रिया की प्रमुख सीमाओं में से एक वित्तीय प्रतिबद्धताओं और एक अपरिवर्तनीय समय सीमा का अभाव दिखाई देता है।

इसका उद्देश्य सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल के लक्ष्य को प्राप्त करना था जो कि किफायती हो और लोगों की जरूरतों के अनुसार हो। निवारक, प्रोत्साहक और पुनर्वास प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, विकेंद्रीकरण और सामुदायिक भागीदारी और निजी निवेशकों भूमिका पर जोर दिया गया था। चुनिंदा स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान, निजीकरण में वृद्धि और जमीनी

वास्तविकताओं से अलगाव के कारण, नीति ज्यादा सफलता की कहानियां नहीं बना सकी। सातवीं पंचवर्षीय योजना में भी सुपर-स्पेशलाइज्ड केंद्रों के विकास के साथ एड्स, कैंसर और कोरोनरी हृदय रोगों पर जोर दिया गया था। इससे कॉर्पोरेट अस्पतालों और डायग्नोस्टिक केंद्रों में तेजी आई। (राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983)

नीति का मुख्य ध्यान एक समयबद्ध कार्यक्रम में व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का एक अच्छी तरह से फैला हुआ नेटवर्क प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के पुनर्गठन पर था। पुनर्गठन स्वास्थ्य सेवाओं के अन्य उल्लेखनीय तत्वों में शामिल हैं: (i) जनसंख्या के सभी वर्गों के लिए पर्याप्त पोषण; (ii) एक अच्छी तरह से काम करने वाली रेफरल प्रणाली की स्थापना; (iii) निवारक, प्रोत्साहक और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए अच्छी तरह से सुसज्जित कर्मचारियों के साथ सैनिटरी और महामारी विज्ञान स्टेशनों की एक राष्ट्रव्यापी श्रृंखला स्थापित करना; (iv) अधिकतम उपयोग सुनिश्चित करने के लिए आबादी के पास उपचारात्मक केंद्रों का पता लगाना; और (v) विशेषता और सुपर-विशेषता सेवाएं प्रदान करने के लिए सुसज्जित केंद्रों की स्थापना; (vi) सुरक्षित पेयजल और पर्याप्त स्वच्छता का प्रावधान; (vii) समाज के कम विशेषाधिकार प्राप्त वर्गों पर विशेष ध्यान देने के साथ मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य में सुधार के लिए विशेष कार्यक्रम शुरू करना; (viii) स्कूल स्वास्थ्य सेवाएं इत्यादी। (राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002

लगभग दो दशक बाद दुबारा से राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति(एनएचपी)-2002 में पेश की गई। इस स्वास्थ्य नीति को तत्कालीन स्वास्थ्य परिदृश्य में मौजूद तीन प्रमुख कमियों की पृष्ठभूमि में तैयार किया गया था: (i) सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की सीमित सफलता; (ii) कम सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश; और (iii) ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच असमान स्वास्थ्य स्थिति।(दुग्गल, 2005) एनएचपी-2002 ने स्वीकार किया कि एनएचपी-1983 द्वारा जुटाए गए वित्तीय संसाधन और प्रशासनिक क्षमता वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के एक महत्वाकांक्षी और समग्र लक्ष्य को प्राप्त करने में पूर्ण रूप से सफल नहीं हुई थी।

एनएचपी-2002 का मुख्य उद्देश्य "...देश की सामान्य आबादी के बीच अच्छे स्वास्थ्य का स्वीकार्य मानक प्राप्त करना" था। नीति का ध्यान कमजोर क्षेत्रों में नए बुनियादी ढांचे की स्थापना और मौजूदा संस्थानों में बुनियादी ढांचे को उन्नत करके विकेंद्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली तक पहुंच बढ़ाने पर था।(राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002)

विस्तृत विश्लेषण और व्यक्तिगत अनुभवों से पता चलता है कि भारत की सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति दयनीय है। यहां तक कि आधिकारिक स्रोत भी साबित करते हैं कि: चिकित्सा और पैरामेडिकल कर्मियों की उपस्थिति अक्सर

निर्धारित मानदंडों से बहुत कम होती है; उपभोग्य वस्तुओं की उपलब्धता अक्सर नगण्य होती है; कई सार्वजनिक अस्पतालों में उपकरण अक्सर अप्रचलित और अनुपयोगी होते हैं; और इमारतें जर्जर स्थिति में हैं ... आवश्यक दवाओं की उपलब्धता न्यूनतम है; सुविधाओं की क्षमता घोर अपर्याप्त है। (अमृत, 2007)

एनएचपी 2002 ने बीमारियों के उन्मूलन, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग में वृद्धि, स्वास्थ्य व्यय पर सकल घरेलू उत्पाद को 2 प्रतिशत तक बढ़ाने, कुल स्वास्थ्य व्यय का कम से कम 25 प्रतिशत केंद्रीय अनुदान हिस्सेदारी बढ़ाने, और राज्य भारतीय स्वास्थ्य जैसे समयबद्ध लक्ष्यों को प्राप्त करने का प्रयास करना था। अंत में 2002 में, भारतीय आबादी के अच्छे स्वास्थ्य के स्वीकार्य मानकों, विकेंद्रीकरण, समानता, स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच और किफायती निजी स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान के उद्देश्य से एनएचपी दस्तावेज जारी किया गया था (दुग्गल 2014)।

एनएचपी-2002 का मुख्य ध्यान देश के सामाजिक और भौगोलिक विस्तार में स्वास्थ्य सेवाओं तक अधिक समान पहुंच सुनिश्चित करना था। वास्तव में, इसमें कहा गया है कि इसकी सफलता या विफलता के किसी भी भावी मूल्यांकन को इस इक्विटी मानदंड के आधार पर मापा जाना चाहिए। नीति के अन्य प्रमुख तत्वों में शामिल हैं: (i) 2010 तक सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश द्वारा जीडीपी का 2 प्रतिशत योगदान के साथ, जीडीपी के 6 प्रतिशत तक स्वास्थ्य क्षेत्र के व्यय में वृद्धि करना; (ii) राज्य सरकारों को 2005 तक पहले चरण में अपने बजट का 7 प्रतिशत और 2010 तक दूसरे चरण में 8 प्रतिशत स्वास्थ्य क्षेत्र को आवंटित करने के लिए प्रोत्साहित करना; (iii) विभिन्न प्रकार की असमानताओं और असंतुलन को कम करना, और निवारक और प्रारंभिक चरण के उपचारात्मक पहल को सुविधाजनक बनाना; (iv) प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र को कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय का 55 प्रतिशत आवंटित करना, माध्यमिक क्षेत्र को 35 प्रतिशत और तृतीयक क्षेत्र को 10 प्रतिशत प्राप्त करना; (v) धीरे-धीरे सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों को एक ही क्षेत्र प्रशासन के तहत अभिसरण करना; (vi) कुछ आवश्यक दवाएं प्रदान करके प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली के पुनरुद्धार को शुरू करना; (vii) स्नातक डिग्री प्रदान करने से पहले अनिवार्य दो साल की ग्रामीण पोस्टिंग लागू करना; और (viii) 2005 तक कुल स्वास्थ्य व्यय का 1 प्रतिशत और उसके बाद 2010 तक 2 प्रतिशत तक सरकार द्वारा वित्त पोषित स्वास्थ्य अनुसंधान में वृद्धि करना। (राज एवं अन्य, 2024)

एनएचपी-2002 को शुरू करने का मुख्य उद्देश्य "देश की सामान्य आबादी के बीच अच्छे स्वास्थ्य का एक स्वीकार्य मानक प्राप्त करना" था। इस नीति के बाद, अगस्त 2003 में प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई) शुरू की गई थी। इसके तुरंत बाद, 2005 में, ग्रामीण जनता के लिए एक प्रमुख स्वास्थ्य पहल, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के रूप में, अप्रैल 2005 में केंद्र सरकार द्वारा राज्यों के साथ साझेदारी में घोषित किया गया था, ताकि देश भर में ग्रामीण

आबादी को सुलभ, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जा सके, जिसमें विशेष ध्यान उन 18 राज्यों पर था जिनमें सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक कमजोर थे और/या कमजोर बुनियादी ढांचा था (राज, 2023)।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) 2005 और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) 2013 सहित विभिन्न कार्यक्रम शुरू किए गए थे। इसके अलावा, असंगठित क्षेत्र के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) भी इसी ढांचे के तहत शुरू की गई थी। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) एक केंद्र प्रायोजित योजना है जिसे श्रम और रोजगार मंत्रालय (एमओएलई) द्वारा 2008 से गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए असंगठित श्रमिक सामाजिक सुरक्षा अधिनियम 2008 के तहत कार्यान्वित किया गया था। शुरू में यह योजना बीपीएल परिवारों के लिए बनाई गई थी, लेकिन बाद में इसमें असंगठित श्रमिकों (यूओडब्ल्यू) की 11 अन्य श्रेणियां शामिल की गईं (मनरेगा श्रमिक, निर्माण श्रमिक, घरेलू श्रमिक, स्वच्छता कर्मचारी, खदान श्रमिक, लाइसेंस प्राप्त रेलवे पोर्टर, सड़क विक्रेता, बीड़ी श्रमिक, रिकशा चालक, कचरा बीनने वाले और ऑटो / टैक्सी चालक)। योजना को अब "जैसा है, जहाँ है" के आधार पर 01.04.2015 से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को हस्तांतरित कर दिया गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत कई योजनाओं को शुरू किया गया जैसे कि; प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके), राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके), यूनिवर्सल इम्यूनाइजेशन प्रोग्राम, मिशन इंद्रधनुष (एमआई), जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए), नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (एनएसएसके), परिवार नियोजन के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम, लक्ष्य कार्यक्रम (लेबर रूम क्वालिटी इम्प्रूवमेंट इनिशिएटिव)। इसके अतिरिक्त राष्ट्रीय पोषण कार्यक्रम, गैर-संचारी रोग के कार्यक्रम या अभियान भी शामिल हैं (प्रेस विज्ञप्ति, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, 2019)।

हालांकि, एनआरएचएम ग्रामीण आबादी की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को लक्षित करने वाली पहली व्यापक पहल थी। हालांकि, इसमें कुछ कमियाँ थीं। एनआरएचएम ने बड़ी संख्या में सार्वजनिक स्वास्थ्य पेशेवरों को प्रशिक्षित करने की मांग को पूरा करने के लिए एक संस्थागत तंत्र नहीं बनाया, जो इस तरह के कार्यक्रम की आवश्यकता थी (बाजपेयी और सार्या, 2015)।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2017

15 वर्षों के अंतराल के बाद 2017 में देश की नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति जारी की गई। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2017 के अंतर्गत कुछ सिद्धांत पर आधारित की गई है जैसे कि व्यावसायिकता, अखंडता और नैतिकता, समानता, वहनीयता, सार्वभौमिकता, रोगी केंद्रित और देखभाल की गुणवत्ता, जवाबदेही, समावेशी भागीदारी, बहुलवाद, विकेंद्रीकरण इत्यादि। यह नीति सभी को व्यापक एकीकृत तरीके से स्वास्थ्य की ओर ले जाने का प्रयास करती है। इसका उद्देश्य सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना और सभी को किफायती लागत पर गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करना है (राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017)। नीति सभी आयामों में स्वास्थ्य प्रणालियों को आकार देने में सरकार की भूमिका को प्राथमिकता देने की सिफारिश करती है।

नीति की मुख्य विशेषताएं निम्नलिखित हैं; आश्वासन आधारित दृष्टिकोण, स्वास्थ्य सुविधाओं से जुड़ा स्वास्थ्य कार्ड, रोगी केंद्रित दृष्टिकोण, सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी, देखभाल की गुणवत्ता, मेक-इन-इंडिया पहल, डिजिटल स्वास्थ्य का अनुप्रयोग, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रम (एनएचपी) 2017 को सरकार द्वारा केंद्रीय बजट 2017-18 के तहत परिवार कल्याण मंत्रालय को 47352.51 करोड़ रुपये का प्रावधान करके विधिवत समर्थन दिया गया है। यह राशि पिछले वर्ष के आवंटन की तुलना में 27.7% की वृद्धि है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी 2017) की प्रमुख प्रतिबद्धता 2025 तक सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय को धीरे-धीरे सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के 2.5% तक बढ़ाना है। इसमें स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों के माध्यम से सुनिश्चित व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का एक बड़ा पैकेज प्रदान करने की परिकल्पना की गई है। इस नीति का उद्देश्य निवारक और संवर्धक स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से सभी आयु वर्ग के लोगों के लिए उच्चतम स्तर का स्वास्थ्य और कल्याण प्राप्त करना है, और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना है ताकि किसी को भी वित्तीय कठिनाई का सामना न करना पड़े। यह स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच बढ़ाकर, गुणवत्ता में सुधार करके और लागत कम करके प्राप्त किया जाएगा। एनएचपी 2017 प्राथमिक देखभाल के लिए संसाधनों का एक बड़ा हिस्सा (दो-तिहाई या अधिक) आवंटित करने की वकालत करती है और इसका उद्देश्य प्रति 1,000 जनसंख्या पर दो बिस्तरों की उपलब्धता सुनिश्चित करना है, जिन्हें इस तरह से वितरित किया जाए कि गोल्डन आवर के भीतर पहुंच संभव हो सके। यह नीति राष्ट्रीय स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए निजी क्षेत्र से रणनीतिक खरीद और उनकी शक्तियों का लाभ उठाने पर भी नए सिरे से विचार करती है और निजी क्षेत्र के साथ मजबूत साझेदारी चाहती है।

प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना एवं आयुष्मान भारत

आयुष्मान भारत, भारत सरकार की एक प्रमुख योजना है, जिसे सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के दृष्टिकोण को प्राप्त करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 की सिफारिश के रूप में शुरू किया गया था। इस पहल को सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) और इसकी अंतर्निहित प्रतिबद्धता को पूरा करने के लिए डिज़ाइन किया गया है, जो "किसी को पीछे नहीं छोड़ने" की है। आयुष्मान भारत को शुरू करने का उद्देश्य में कहा गया की स्वास्थ्य सेवा में निवेश करने से समुदाय अधिक लचीला, सक्षम और उत्पादक बनते हैं। सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज का अर्थ है कि सबसे कमजोर परिवारों सहित सभी को सस्ती, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच सुनिश्चित करना, जिससे वे स्वस्थ और संतुष्ट जीवन जी सकें। (प्रेस विज्ञप्ति, 2018) इन लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए कई अन्य योजनाओं को आयुष्मान भारत के साथ शुरू किया गया जैसे की : आयुष्मान आरोग्य मंदिर (एएएम), आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन (एबीडीएम), पीएम-आयुष्मान भारत स्वास्थ्य अवसंरचना मिशन (पीएम-एबीएचआईएम), देश भर में एक मजबूत और एकीकृत डिजिटल स्वास्थ्य तंत्र स्थापित करने के लिए आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन (एबीडीएम), आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (एबीएचए) इत्यादि की शुरुआत की गई।

भारत सरकार ने अगस्त 2018 में प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेवाई) के रूप में जानी जाने वाली एक नई स्वास्थ्य नीति की घोषणा की, जिसका उद्देश्य अस्पताल में भर्ती होने के खर्च के लिए परिवारों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करना है। पीएमजेवाई का घोषित उद्देश्य जब से किए गए स्वास्थ्य व्यय (ओओपीई) और अत्यधिक स्वास्थ्य व्यय (सीएचई) के उच्च स्तर को कम करना है, जो अनुमानित 60 मिलियन भारतीयों को हर साल गरीबी में धकेल देता है। आयुष्मान भारत और प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएम-जेवाई) के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए

यह केंद्र प्रायोजित प्रमुख योजना लगभग 10 करोड़ कमजोर परिवारों को 5 लाख रुपये तक का वार्षिक स्वास्थ्य कवर प्रदान करने का प्रयास करती है, जो लगभग 50 करोड़ व्यक्तियों के बराबर है, जो देश की आबादी का लगभग 40% है। 29 अक्टूबर 2024 इस योजना में एक ऐतिहासिक विस्तार करते हुए सरकार ने आयुष्मान वय वंदना की शुरुआत की, जो आय या सामाजिक-आर्थिक स्थिति की परवाह किए बिना 70 वर्ष और उससे अधिक आयु के सभी वरिष्ठ नागरिकों को एबी-पीएमजेवाई लाभ का विस्तार कर रही है। आयुष्मान वय वंदना योजना के तहत, 58 लाख से अधिक वरिष्ठ नागरिकों

ने नामांकन किया है, जिनमें से 2.67 लाख से अधिक उपचारों का लाभ पहले ही 496 करोड़ रुपये का उठाया जा चुका है।(पीआईबी,2017)।

इसे न केवल पीएमजेएवाई, बल्कि अक्सर "मोदीकेयर" कहा जाता है, को मोदी के प्रमुख कार्यक्रम के रूप में प्रचारित किया गया है, बल्कि इसे भारत के मीडिया में "ऐतिहासिक", "क्रांतिकारी", "गेम-चेंजर", "दुनिया का सबसे बड़ा सरकारी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम" और "व्यापक सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज का मार्ग" के रूप में भी वर्णित किया गया है। उद्धरण 2-5 स्वास्थ्य कार्यक्रम के प्रति मीडिया और राजनीतिक ध्यान का यह स्तर पहले भारत के लिए असामान्य था। अमर्त्य सेन और जीन ड्रेज़ ने तर्क दिया है कि स्वास्थ्य का विषय "भारत में सार्वजनिक बहस और लोकतांत्रिक राजनीति से लगभग अनुपस्थित रहा है," यह दर्शाता है कि 2000 और 2003 में छह महीने की अवधि में प्रमुख भारतीय समाचार पत्रों के संपादकीय पृष्ठों पर स्वास्थ्य के मुद्दों के बारे में कोई लेख नहीं था। एक दशक बाद, समान प्रकाशनों में 1% से भी कम लेख स्वास्थ्य को संबोधित करते हैं (सेन & ड्रेज़, 2013)। यह भारत सरकार के बजट में भी दिखता है: सरकारी स्वास्थ्य व्यय (जीएचई), सकल घरेलू उत्पाद का 0.9 और 1.5% के बीच, दुनिया में सबसे कम है।(WHO, 2017) भारतीय स्वास्थ्य नीति के बारे में एक लंबे समय से बहस चल रही है कि सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं के प्रत्यक्ष प्रावधान में वृद्धि या स्वास्थ्य बीमा का विस्तार सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) का सबसे अच्छा तरीका है या नहीं।(राव, 2017)। अमर्त्य सेन का मानना है कि सरकार द्वारा घोषित आयुष्मान भारत योजना प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल क्षमताओं को बढ़ावा देने में मदद नहीं करती है, भाजपा और यूपीए दोनों सरकारों ने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की उपेक्षा की है। नई योजना गलत आबादी को लक्षित करती है और प्रोत्साहन संगत नहीं है। उन्होंने कहा कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर बेहतर आहार पूरक के माध्यम से शिशुओं और बच्चों की प्रतिरक्षा और स्वास्थ्य को बढ़ावा देना महत्वपूर्ण है (द इंडियन एक्सप्रेस, 2019)।

निष्कर्ष

संवैधानिक रूप से, भारतीय राज्य जनसंख्या के सार्वजनिक स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करने के लिए प्रतिबद्ध है (निर्देशात्मक सिद्धांत खंड 47), और भारत में कई सर्वोच्च न्यायालय के फैसलों ने स्वास्थ्य के अधिकार को जीवन के मौलिक अधिकार के विस्तार के रूप में स्थापित किया है। भारत सरकार विभिन्न अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों की हस्ताक्षरकर्ता है जो उसे स्वास्थ्य के अधिकार को सुनिश्चित करने के लिए बाध्य करते हैं। 15वीं वित्त आयोग के तहत गठित स्वास्थ्य क्षेत्र पर एक उच्च-स्तरीय समूह ने भी सिफारिश की थी कि स्वास्थ्य के अधिकार को मौलिक अधिकार घोषित किया जाए।

इसने स्वास्थ्य के विषय को राज्य सूची से समवर्ती सूची में स्थानांतरित करने की सिफारिश भी की। स्वास्थ्य के अधिकार को मौलिक अधिकार घोषित करने की सिफारिश, यदि लागू की जाती है, तो लोगों की पहुंच को मजबूत करेगी। हालांकि, स्वास्थ्य को समवर्ती सूची में स्थानांतरित करने की बाद की सिफारिश से इस बात पर एक संवैधानिक पहली पैदा होगी कि क्या भारतीय सहकारी संघवाद के संदर्भ में सार्वजनिक स्वास्थ्य का केंद्रीकरण सहायक होगा

भारत में स्वास्थ्य देखभाल पर सार्वजनिक खर्च का स्तर अपेक्षाकृत कम रहा है, जिसमें केंद्र और राज्य दोनों सरकारों ने 2008 और 2015 के बीच सकल घरेलू उत्पाद का लगभग 1.01-1.3% आवंटित किया है, जो 2016-17 में थोड़ा बढ़कर 1.4% हो गया है। यह वैश्विक औसत 6% से काफी कम है। केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री जेपी नड्डा ने बुधवार को कहा कि देश लगातार राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के सकल घरेलू उत्पाद के 2.5 प्रतिशत के लक्ष्य की ओर बढ़ रहा है, जो 2013-14 में सकल घरेलू उत्पाद के 1.15 प्रतिशत था, हालांकि राज्य सभा में आईयूएमएल के नेता हैरिस बीरन ने कहा कि 2025 तक सकल घरेलू उत्पाद के 2.5% तक स्वास्थ्य व्यय बढ़ाने का राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति लक्ष्य "एक दूर का सपना बना हुआ है"। (द इंडियन एक्सप्रेस, 2025)

2017 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) ने "2025 तक सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत के रूप में सरकार द्वारा स्वास्थ्य व्यय को मौजूदा 1.15% से बढ़ाकर 2.5% करने" की प्रतिबद्धता जताई थी। हालांकि 2025 अब खत्म हो चुका है, लेकिन यह बुनियादी लक्ष्य अभी भी साकार होने से बहुत दूर है, क्योंकि केंद्र सरकार ने पिछले एक दशक में अपने स्वास्थ्य बजट को आवश्यकतानुसार नहीं बढ़ाया है। एनएचपी ने यह भी प्रस्ताव दिया कि केंद्र सरकार की हिस्सेदारी कुल सार्वजनिक व्यय का 40% होनी चाहिए। इसका अनिवार्य रूप से मतलब है कि केंद्र द्वारा खर्च सकल घरेलू उत्पाद के मौजूदा स्तर 0.29% से बढ़कर 1% हो जाना चाहिए - जिसके लिए आवंटन में कम से कम तीन गुना वृद्धि की आवश्यकता है। (द हिंदू, 2025)

अमर्त्य सेन और ज्यां ट्रेज़ का मानना है निजी स्वास्थ्य बीमा की सीमाएँ कई बार 'बाज़ार विफलताओं' से शुरू होती हैं, जो विशेष रूप से प्रतिकूल चयन और नैतिक खतरे से जुड़ी होती हैं। संक्षेप में, प्रतिकूल चयन इस तथ्य को संदर्भित करता है कि स्वास्थ्य बीमा उन लोगों को आकर्षित करने की संभावना रखता है जो विशेष रूप से बीमारी से ग्रस्त हैं, और इससे बीमा प्रीमियम बढ़ जाएगा, जिससे उच्च जोखिम वाले ग्राहकों के लिए इच्छुक खरीदारों का पूल सीमित हो जाएगा। बीमा कंपनियां अपने ग्राहकों की 'स्क्रीनिंग' करके खुद को इससे बचाने की कोशिश कर सकती हैं, लेकिन यह स्वास्थ्य देखभाल में समानता के बुनियादी सिद्धांतों के खिलाफ जाता है। और यह समस्या को उलटा कर सकता है, बीमा को कम जोखिम

वाले समूहों तक सीमित करके और उन लोगों को बाहर करके जिन्हें स्वास्थ्य देखभाल की सबसे अधिक आवश्यकता है (सेन और ड्रेज़, 2013)।

भारत में स्वास्थ्य हमेशा से ही एक कम प्राथमिकता रही है। सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्च बढ़ाने के लिए नीति को व्यक्त किया गया है, लेकिन यह पिछले तीन दशकों में मोटे तौर पर अपरिवर्तित रहा है। नीतियों के होने बावजूद लोगों तो बीमा कंपनी के भरोसे पर छोड़ दिया गया। इससे आबादी, विशेष रूप से गरीब और वंचित, को निजी क्षेत्र की दया पर छोड़ दी गई है। वास्तव में यदि भारत में स्वास्थ्य के अधिकार को सुनिश्चित करना है या फिर आर्थिक रूप कमजोर या गरीब तक स्वास्थ्य नीतियों के लाभ को पहुँचाना है तो सकल घरेलू उत्पाद का लगभग 5 से 6 प्रतिशत खर्च करना होगा। इसके अतिरिक्त लोगों की बाज़ार के भरोसे ना छोड़ कर राज्य को ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्र के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र डॉक्टर एवं जरूरी संसाधनों से मज़बूत बनाना होगा। तभी स्वस्थ लोग, स्वस्थ सरकार और स्वस्थ राष्ट्र का निर्माण हो पायेगा।

संदर्भ:

- Amrith, S. (2007), Political culture of health in India: A historical perspective, *Economic and Political Weekly*, 114-121.
- Constitution of India, (2010), Bare Act, Universal Law Publishing, New Delhi.
- Dreze, Jean and Amartya Sen, (2002), *India: Development and Participation*, Oxford University Publication.
- Dreze, Jean and Amartya Sen ,(2013), *An Uncertain Glory – India and its Contradictions*, Princeton Press.
- Duggal, R. (1991), Bhore Committee (1946) and its relevance today. *The Indian Journal of Paediatrics*. 58. 395-406.
- Duggal, R., (2001), Evolution of health policy in India, *Centre for Enquiry into Health and Allied Themes*.
- Fan, V. (2013), “The Early Success of India’s Health Insurance for the Poor”, Center for Global Development Essay, RSBY, June. www.cgdev.org/sites/default/files/archive/doc/full_text/CGDEssays/3120468/early-success-indiashealth-insurance-rsby.html
- Gangolli, L., Duggal, R., and Shukla, A. (2005), *Review of Healthcare In India*. Centre for Enquiry into Health and Allied Themes.
- Government of India (2017) Situation analysis: backdrop to the national health policy 2017, Ministry of Health and Family welfare. Retrieved from Government of India (2011) Annual report to the people on health. Ministry of Health and Family Welfare, pp 1–76
- Government of India (2017) National health policy 2017. Ministry of health and family welfare, pp 1–31
- <https://mohfw.gov.in/sites/default/files/71275472221489753307.pdf>. Accessed 1 Dec 2018

-
- Government of India (2018), Ministry of Health and Family Welfare. *National Health Accounts Estimates of India*
 - Government of India (2002) National health policy 2002, Ministry of health and family welfare
 - Government of India (1983) National health policy 1983. Ministry of health and family welfare.
 - Gupta, M.C. (2002), Health and law-a guide for professionals and activists, Kanishka Publishers, New Delhi.
 - Patel, R.K., (2015), Health status and programmes in India, New Century Publications, New Delhi.
 - Planning Commission (2013a) Twelfth five year plan (2012–2017) faster, more inclusive and sustainable growth, 1:1–370. Retrieved from http://planningcommission.gov.in/plans/planrel/12thplan/pdf/12fyp_vol1.pdf
 - Planning Commission (2013b) Twelfth five year plan (2012–2017) faster, more inclusive and sustainable growth, 2:1–438. Retrieved from http://planningcommission.gov.in/plans/planrel/12thplan/pdf/12fyp_vol2.pdf
 - Rao, S., (2017), Do we care? India's health system, New Delhi, Oxford University Press.
 - Rao, M. and M. Choudhury (2012), "Health Care Financing Reforms in India", Working Papers 12/100, National Institute of Public Finance and Policy.
 - Raj, Janak et al., (2023), CSEP Working Paper. Economic Growth and Human Development in India; Inter-linkages.
 - Raj, Janak (2023), Universal health coverage – The goal's nowhere in sight. Hindustan Times, 22nd May, 2023.
 - RSBY (2013), Scheme Status, available at: <http://www.rsby.gov.in/Overview.aspx>.
 - Sharma, K.K., (2017), Government programmes to improve health and environment. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Retrieved from www.nams-india.in/downloads/CME-NAMSCON2017/9M2017.pdf
 - Spence, M. and M. Lewis (2009), Health and Growth, Commission on Growth and Development, World Bank publishing.
 - World Bank (2013b), 'India Development Update, April 2013', Washington, DC., World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16542>
 - WHO (2019), Global health expenditure database world health organization.
 - WHO, (1948), Constitution of the World Health Organisation, Geneva.
 - **Press Releases by Government of India**
 - Affordable and Accessible Healthcare for All, 17 JUN 2025 9:33AM
 - <https://www.pib.gov.in/PressNoteDetails.aspx?NoteId=154668&ModuleId=3&lang=2>
 - Statement by Shri Jagat Prakash Nadda, Minister of Health and Family Welfare on 16th March, 2017, In both the Houses of Parliament on, The National Health Policy, 2017, 16 March, 2017.
 - <https://www.pib.gov.in/newsite/erelcontent.aspx?relid=159327&lang=2>
 - National Health Policy, 2017 approved by Cabinet Focus on Preventive and Promotive Health Care and Universal access to good quality health care services, 16-March-2017
 - <https://www.pib.gov.in/newsite/Printrelease.aspx?relid=159376&lang=2>
 - Towards Universal Healthcare, Ayushman Bharat Pradhan Mantri-Jan Arogya Yojana,
 - <https://www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2185064&lang=2>

- National Health Policy, 2017 approved by Cabinet Focus on Preventive and Promotive Health Care and Universal access to good quality health care services
- <https://www.pib.gov.in/pressreleaseshare.aspx?prid=1576128&=3&lang=2>
- **Newspaper Articles**
- Jain, Anurodh Lalit, (2014), The UPA regime: A Decade of massive healthcare reform
<https://economictimes.indiatimes.com/opinion/et-commentary/the-upa-regime-a-decade-of-massive-healthcare> , <https://m.economictimes.com/opinion/et-commentary/the-upa-regime-a-decade-of-massive-healthcare-reform/articleshow/29430774.cms>
- Gopalakrishnan, Bismi, (2017), The Right To Health – Uneasy Silence,
- <https://www.livelaw.in/right-to-health-uneasy-silence>
- (2017), Amartya Sen rues lack of good healthcare in India, 28 January
- <https://www.thestatesman.com/india/amartya-sen-rues-lack-of-good-healthcare-in-india-1485607251.html>
- (2017), Healthcare in dire straits in India, says Amartya Sen, 29 January
- <https://indianexpress.com/article/cities/mumbai/healthcare-in-dire-straits-in-india-says-amartya-sen-4496610/>
- (2017), India's poor health care record a striking failure: Amartya Sen, 1 February
- <https://www.thehindu.com/news/cities/mumbai/India%E2%80%99s-poor-health-care-record-a-striking-failure-Amartya-Sen/article17110921.ece>