

बिहार में ग्रामीण स्वास्थ्य की चुनौतियाँ

सौरभ कुमार झा

शोध छात्र

स्नातकोत्तर अर्थशास्त्र विभाग, तिलकामांझी भागलपुर विश्वविद्यालय, भागलपुर

सार : निःसन्देह स्वस्थ नागरिक ही देश और समाज को समृद्ध बना सकते हैं। इसी कारण केंद्र और राज्य सरकारें नागरिकों की स्वास्थ्य रक्षा को सर्वोपरि मानती हैं। विशेषकर ग्रामीण क्षेत्र में रहने वालों को शहरों की तरह स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने की पहल की जा रही है। सरकार की ओर से लगातार की जा रही पहल का ही नतीजा है कि आज करीब-करीब राज्य में न सिर्फ सरकारी चिकित्सालयों की स्थिति में सुधार हुआ है बल्कि पर्याप्त स्टॉफ की भी व्यवस्था हो रही है। सरकारी चिकित्सालयों में भी अब वे सभी सुविधाएं मिल रही हैं जो अत्याधुनिक निजी चिकित्सालयों में मिलती हैं। फिर भी आज राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यवस्था और स्वास्थ्य संबंधी परिणामों के लिहाज से काफी पीछे है। प्रस्तुत आलेख में इसी तथ्य को ध्यान में रखते हुए बिहार के ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वालों के स्वास्थ्य की चुनौतियों का अध्ययन प्रस्तुत किया गया है।

मुख्य शब्द : स्वास्थ्य, उपकेन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, शिशु मृत्यु दर, परा-चिकित्सक, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, आशा, परिवार नियोजन।

परिचय

भारतीय मनीषियों का यह चिन्तन-वाक्य 'पहला सुख निरोगी काया' प्रमाणित करता है कि अच्छे स्वास्थ्य के बिना अन्य सुखों का आस्वादन नहीं किया जा सकता। इसी कारण भारत में प्राचीनकाल से ही योग, आयुर्वेद, यूनानी, तिब्बी, सिद्ध तथा प्राकृतिक चिकित्सा पद्धतियों सहित घरेलू रोगोपचार प्रणालियों का प्रचलन रहा है। विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी, विशेषकर शल्य चिकित्सा के क्षेत्र में हुई आशातीत खोजों के पश्चात निःसन्देह पीड़ित मानवता को राहत मिली है। स्वास्थ्य के महत्व को स्वीकारते हुए देश की प्रथम पंचवर्षीय योजना में कहा गया "समस्त प्रकार के संसाधनों का भरपूर उपयोग तभी संभव है जब आम आदमी के लिए चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध हों। अतः ग्रामीण क्षेत्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं का प्रसार सरकार का मुख्य प्रयास होना चाहिए।"

स्वतंत्रता के समय देश में शहरी क्षेत्रों में ही चिकित्सालय एवं औषधालयों की सीमित सुविधा उपलब्ध थी किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य रक्षा एवं प्राथमिक चिकित्सा की सुविधाएं लगभग नगण्य थी। नियोजित आर्थिक विकास के मार्ग पर चलते हुए प्रथम पंचवर्षीय योजना काल में ही 2 अक्टूबर 1952 को सामुदायिक विकास कार्यक्रम प्रारंभ हुआ जिसके अन्तर्गत विकास खण्डों के माध्यम से ग्रामीण से ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं सहित अन्य मूलभूत विकास कार्यक्रमों का क्रियान्वयन होने लगा।

केन्द्र सरकार द्वारा पिछले वर्ष स्वास्थ्य पर व्यय संपूर्ण सकल घरेलू उत्पाद का 2.5 प्रतिशत लक्ष्य रखा गया है। तेज आर्थिक विकास के बावजूद भारत में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति खर्च दुनिया के तमाम विकासशील देशों के मुकाबले कम है। सार्वजनिक स्वास्थ्य कवरेज पर योजना आयोग द्वारा गठित उच्च-स्तरीय विशेषज्ञ समूह की सिफारिशों के अनुसार स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय को 12वीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक सकल घरेलू उत्पाद के 2.5 प्रतिशत और 2022 तक कम से कम 3 प्रतिशत तक बढ़ाना चाहिए। दूसरी तरफ बिहार में भी प्रति व्यक्ति आय कम होने के कारण स्वास्थ्य पर किया जाने वाला खर्च अन्य राज्य की अपेक्षा कम है। वित्तीय वर्ष 2016-17 में 5,551 करोड़ रुपया तथा 2017-18 में 7,534 करोड़ रुपया स्वास्थ्य पर खर्च किया गया। साथ-ही 2018-19 में स्वास्थ्य पर 7,794 करोड़ रुपया सरकारी व्यय का लक्ष्य रखा गया है जो 2017-18 की तुलना में 3 प्रतिशत अधिक है।

बिहार में ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था

बेहतर स्वास्थ्य के लिए के तीन सूत्र हैं: निवारण, निदान और चिकित्सा। उसके साथ पोषण, पेयजल और सफाई की जरूरत है। इसके लिए एक समेकित कार्यक्रम की जरूरत है। बिहार के ग्रामीण क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य की व्यवस्था के तीन स्तर हैं - (i) उपकेन्द्र (ii) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं (iii) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र।

बिहार में त्रिस्तरीय ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाएं

स्वास्थ्य केन्द्र	कुल संख्या	ग्रामीण क्षेत्र	शहरी क्षेत्र
उपकेन्द्र	9949	45%	55%
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	533	60%	40%
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	1366	60%	40%

नवजात एवं बाल मृत्यु दर प्रति 1000

नवजात शिशु मृत्यु दर	शहरी क्षेत्र	ग्रामीण क्षेत्र	कुल
नवजात शिशु मृत्यु दर	29	46	41
पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर	34	56	50

स्रोत : आर्थिक सर्वेक्षण, बिहार सरकार, 2017-18

इन व्यवस्था में सबसे महत्वपूर्ण है उपकेन्द्र है, क्योंकि ये पारस्परिक संपर्क के सबसे नजदीकी केन्द्र हैं। इससे जुड़े कार्यकर्ताओं का इलाके की जनसंख्या के साथ सीधा संपर्क होता है। ये केन्द्र नागरिकों के व्यवहार को बदलने में सबसे बड़ी भूमिका निभाते हैं। माताओं और बच्चों के स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, प्रतिक्षण और संचारी रोगों के निवारण में इनकी बड़ी भूमिका है। हरेक उपकेन्द्र में कम से कम एक सहायक नर्स मिडवाइफ (ए.एन.एम.) / महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता का होना अपेक्षित है। एक महिला स्वास्थ्य निरीक्षक को छः उपकेन्द्रों के पर्यवेक्षक स्वास्थ्य केन्द्र का भार सौंपा जाता है।

इसके ऊपर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पी.एच.सी.) होता है जो ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच संपर्क का पहला केन्द्र है। इन केंद्रों की जिम्मेदारी नागरिकों को रोग-निरोधी स्वास्थ्य सेवा पहुँचाने की है। इन केन्द्रों में एक चिकित्सा अधिकारी के साथ 14 परा-चिकित्सक एवं अन्य कर्मचारी होने चाहिए। केन्द्र प्रायोजित राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) के तहत पी.एच.सी. में संविदा के आधार पर दो अतिरिक्त स्टाफ नर्सों का प्रावधान है। यह छह उपकेन्द्रों के लिए रेफरल इकाई के रूप में काम करता है जहाँ रोगियों के लिए 4-6 बिस्तर होते हैं।

पीएचसी के ऊपर होते हैं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सी.एच.सी.) जिसकी स्थापना और अनुरक्षण का काम राज्य सरकारों को करना होता है। मानकों के अनुसार सी.एच.सी. में चार चिकित्सा विशेषज्ञ अर्थात् सर्जन, फिजीशियन, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल चिकित्सक तथा उसके 21 परा-चिकित्सक तथा अन्य कर्मचारी होने चाहिए। इन केन्द्रों में एक ऑपरेशन थिएटर, एक्स-रे, प्रसूति कक्ष और प्रयोगशाला सुविधाओं के साथ 30 बिस्तर होने चाहिए। यह चार प्राथमिक केन्द्रों के लिए रेफरल केंद्र के रूप में काम करता है।

इस व्यवस्था में प्रथम रेफरल यूनिट (एफ.आर.यू.) को भी परिभाषित किया गया है जो प्रायः जिला अस्पताल, उपमंडल अस्पताल या सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हो सकता है। इसे एफ.आर.यू. तभी कहा जाएगा जब उसमें हर तरह की आपातकालीन प्रसूति और नवजात शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं 24 घंटे उपलब्ध हों।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

शुरुआत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) से हुई थी जो अब राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का हिस्सा है। भारत सरकार ने 2013 में राष्ट्रीय नागरीय स्वास्थ्य मिशन भी शुरू करने का फैसला किया जिसके बाद इन दोनों कार्यक्रमों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन कर दिया गया। बहरहाल 12 अप्रैल 2005 को एन.आर.एच.एम. की स्थापना देश के उन 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देने के इरादे से की गई थी जहाँ जन स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति अच्छी नहीं थी। ये राज्य हैं – अरुणाचल, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, जम्मू कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्यप्रदेश, नागालैंड, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखंड और उत्तर प्रदेश।

इसी कार्यक्रम के अंतर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेवक आशा (एक्रेडिटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट) कार्यक्रम शुरू हुआ। आशा कार्यकर्ता गांवों में हर बीमारी के मौके पर पहली मददगार है। खास तौर से महिलाओं और बच्चों के मामले में आशा कार्यक्रम का विस्तार होता जा रहा है और इसकी वजह से लोगों का सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में फिर से भरोसा कायम हुआ है। देश में इस वक्त करीब नौ लाख आशा कार्यकर्ता काम कर रही है। पर वह काम स्वयंसेवक के रूप में है, पूर्णकालिक नहीं है।

मार्च 2016 को बिहार में 19,637 उपकेन्द्रों की आवश्यकता के मुकाबले उपलब्ध केन्द्र केन्द्रों की संख्या 9,729 थी जो अब 2017-2018 में बढ़कर 9,949 हो गई है। लेकिन अभी भी जरूरत से 40 प्रतिशत कम है। 2014-2015 में कुल आशा की संख्या 85,045 थी जबकि लक्ष्य 104,239 का रखा गया था। 2015-2016 में 85,502 लक्ष्य 93,687 पिछले साल की तुलना में कमी आयी थी। उसके बाद 2016-2017 में 85,708 लक्ष्य 93,687 जो की अनुमानित लक्ष्य से 40 प्रतिशत कम है।

बिहार स्वास्थ्य समितियों को एन.आर.एच.एम. के द्वारा वर्ष 2014-2015 में 100196.61 लाख रुपया आवंटित किया गया जबकि 2015-2016 में बढ़कर 102813.61 लाख रुपया हो गया था। 2016-2017 में यह राशि बढ़कर 127295.69 लाख रुपया हो गयी है फिर भी आधारभूत संरचना में सुधार नहीं देखी गई है। इस राशि का लाभ ग्रामीण स्तर तक पहुँचते-पहुँचते संधमारी का शिकार हो जाता है।

संसाधनों का अभाव

बिहार में स्वास्थ्य संबंधी अवसंरचना का 75 प्रतिशत हिस्सा शहरी क्षेत्रों में केंद्रित है। जबकि 75 प्रतिशत से अधिक आबादी गांवों में रहती है। बिहार में कुल डाक्टरों का सिर्फ तीन प्रतिशत हिस्सा ही इन गांवों में अपनी सेवायें प्रदान करता है। स्पष्ट है कि जहां बिहार में 97 प्रतिशत डाक्टर और 75 प्रतिशत आधारभूत स्वास्थ्य सुविधाएं 25 प्रतिशत आबादी को चिकित्सा सुविधा मुहैया कराने में लगी है वहीं 75 फीसदी आबादी के हिस्से में सिर्फ 3 प्रतिशत डॉक्टर और 25 प्रतिशत आधारभूत सुविधाएं (यथा अस्पताल, जांच केन्द्र आदि) आती है।

स्वास्थ्य पर खर्च कम

तेज आर्थिक विकास के बावजूद बिहार में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति खर्च अन्य राज्य की तुलना में काफी कम है। इस खर्च में सरकार की हिस्सेदारी भी कम है। केरल राज्य की तुलना में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति व्यय बिहार में 7 गुणा कम है। यही नहीं औसत बिहारी अपने स्वास्थ्य पर जो खर्च करता है उसका 62 प्रतिशत उसे अपने जेब से देना पड़ता है। हालांकि बिहार में निजी स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार हो रहा है। अस्पताल पर अस्पताल खुल रहे हैं, निजी स्वास्थ्य क्षेत्र में नये-नये उपकरण तथा जांच मशीनों की सुविधाएं लेने के लिए आमलोग मजबूर हैं। इसके साथ ही निजी स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार हो रहा है पर ग्रामीण क्षेत्रों की गरीब जनता के पास सरकारी अस्पतालों के बाद दूसरा रास्ता नीम हकीमों ओझाओं और झोला छाप डॉक्टरों की शरण में जाने का रास्ता बचता है। खासतौर से विशेषज्ञ डॉक्टरों की सेवाएं ग्रामीण क्षेत्र में बमुश्किल उपलब्ध है। भारत में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की औसत मृत्यु दर प्रति 1000 पर 50 की है। देश के सबसे बड़े राज्य उत्तर प्रदेश में यह दर 78 की है।

उत्तर प्रदेश के बाद बिहार की बारी आती है जो राष्ट्रीय औसत से ज्यादा है। कारण है इन राज्यों की ग्रामीण आबादी का जल निस्तारण और पेयजल की सुविधा का नहीं पहुंच पाना। ज्यादातर घरों में अभी भी शौचालय नहीं हैं। बच्चे कुपोषण के कारण अंडरवेट है और उनके सिर पर डायरिया, पीलिया और कॉलरा का खतरा हमेशा बना रहता है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए आवश्यक जनशक्ति, औषध और उपकरणों की कमी

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में जनशक्ति, उपकरण, ड्रग्स और उपभोग्य पदार्थों के मामले में आवश्यक आवश्यकताओं में पर्याप्त अभाव है। इसके अलावा, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों पर कोई विशेषज्ञ नहीं हैं। 3376 चिकित्सा अधिकारी और सहायक नर्स मिडवाइफ (एएनएम) 19945 की कमी है। 41.3% की राष्ट्रीय आंकड़ों के मुकाबले उपकरणों से सुसज्जित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का प्रतिशत केवल 6.2% है। आवश्यक औषध आपूर्ति, ओआरएस पैकेट, वजन तराजू आदि की अपर्याप्त और अनियमित उपलब्धता है। राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में मातृ स्वास्थ्य सेवाओं को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए स्त्रीरोग विशेषज्ञ और प्रसूति चिकित्सकों की भी बड़ी कमी है।

प्रशिक्षण सुविधाओं का अभाव

राज्य में प्रशिक्षण सुविधाओं की स्थिति (दोनों बुनियादी सुविधाओं और मानव संसाधनों के संदर्भ में) अभी भी सभी स्तरों पर संतोषजनक नहीं है। राज्य स्तर पर, केवल एक प्रशिक्षण संस्थान (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य संस्थान) है जो स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षण प्रदान करता है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य संस्थान संकाय और संबंधित सुविधाओं की गंभीर कमी का सामना कर रहा है। क्षेत्रीय स्तर पर भी अच्छे प्रशिक्षण केंद्रों की तीव्र कमी है।

संस्थागत प्रसव का अभाव

इस आयुवर्ग की रक्ताल्पता के मामले में देश में सर्वाधिक दयनीय स्थिति झारखंड एवं असम के बाद बिहार की है। रक्ताल्पता के साथ ही स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव मातृ मृत्यु दर की एक प्रमुख वजह रही है। बिहार में हर 12 घंटे में एक महिला की मृत्यु प्रसव और गर्भ संबंधित समस्याओं से होती है। प्रदेश में मातृ मृत्यु दर 208 (प्रति लाख जीवित जन्म) है। राज्य की मातृ मृत्यु दर देश में पांचवें स्थान पर है जहां हर 12 घंटों में एक महिला की मृत्यु प्रसव और गर्भ संबंधित समस्याओं से होती है। मातृ मृत्युदर को रोका जा सकता है यदि सभी अनचाहे गर्भों को रोका जा सके, यदि गर्भधारण को 20-39 वर्ष के आयुसमूह तक सीमित रखा जाए, यदि तीसरे और उससे अधिक प्रसवों को घटाया जा सके, यदि विवाह और प्रथम संतान को विलंबित किया जा सके और प्रसवों के बीच कम से कम तीन वर्षों का अंतर सुनिश्चित किया जा सके। कुछ इसी तरह की स्थिति संस्थागत प्रसव की है। प्रदेश में 77 प्रतिशत महिलाओं का प्रसव अप्रशिक्षित दाइयों द्वारा ही होता है। इसकी मुख्य वजह आधारभूत संरचना का अभाव है।

परिवार नियोजन कार्यक्रम का विफल होना

दुनिया में सबसे पहले परिवार नियोजन को अपनाने वाले भारत के ग्रामप्रधान बिहार राज्य के अधिसंख्य गांवों में परिवार नियोजन कार्यक्रम दम तोड़ चुका है। बिहार के गांवों में आज भी कंडोम का प्रयोग 2.3 प्रतिशत, गभनिरोधक गोलियों का प्रयोग 1.3 तथा आई.यू.डी. का प्रयोग 0.6 प्रतिशत ही होता है। मोटे तौर पर ग्रामीण परिवेश में कुल मिलाकर 31.4 प्रतिशत परिवार नियोजन के साधनों का ही प्रयोग हो पाता है। पिछले साल परिवार नियोजन कार्यक्रम अपने लक्ष्य से काफी पीछे रह गया। हाल के दिनों में परिवार नियोजन कार्यक्रमों का ध्यान महिलाओं और विशेषकर महिला नसबंदी पर केन्द्रित रहा है। कुल नसबंदी महिलाओं का प्रतिशत 34.4 है वहीं अपेक्षाकृत पुरुषों का मात्र एक प्रतिशत से भी कम है। राज्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम के कार्यान्वयन को प्रभावित करने वाले कुछ कारण हैं – गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन सेवाओं को वितरित करने के लिए भौतिक बुनियादी ढांचे और कुशल मानव संसाधन की कमी, बिहार में जन मीडिया द्वारा परिवार नियोजन कार्यक्रम का कम प्रदर्शन, समाज में परिवार नियोजन संदेशों का कम प्रचार विशेषकर ग्रामीण और सामाजिक-आर्थिक रूप से वंचित समूह के बीच, शादी और पहले प्रसव के बीच उम्र में अंतर में वृद्धि करने के लिए प्रभावी रूप से कार्य करने के लिए कार्यक्रम की विफलता, आदि।

कुपोषित बिहार

बिहार में भूख की चुनौती पर काफी हद तक जीत हासिल कर ली गई है। हालांकि राज्य अभी देश में बाल कुपोषण की सर्वोच्च दरों वाले कुछ राज्यों में शामिल है, खासकर टिगनापन (स्टंटिंग) के मामले में जिसका अर्थ पर्याप्त रूप से लंबा नहीं हो पाना होता है। बिहार में यह जीवन के दूसरे साल से ही शुरू हो जाता है और अधिकांश बच्चे मानकों के अनुसार ऊँचाई हासिल करने में स्पष्ट तौर पर असफल रहते हैं। बिहार सरकार सामाजिक कल्याण विभाग द्वारा स्वास्थ्य विभाग ने साझा कार्यक्रम के लिए पहल किया है। कुपोषण दूर करने हेतु बच्चों, किशोरी, बालिकायें और गर्भवती महिलाओं की देखभाल करने के लिए आंगनबाड़ी केन्द्रों के साथ मिलकर उप स्वास्थ्य केन्द्र के अतिरिक्त गांव स्तर पर मुस्कान कार्यक्रम के अन्तर्गत मासिक एवं कुपोषण दिवस, राजस्व ग्राम में मानने का स्वास्थ्य विभाग बीमार कर रहा है। कम उम्र में शादी की कमी, किशोरियों के बीच आई.एफ.ए. गोलियों का वितरण, गर्भवती महिलाओं को बेहतर भोजन, जन्म लेते ही स्तनपान से भी कुपोषण की समस्या कम हो सकती है। इस पर स्वास्थ्य विभाग समाज कल्याण विभाग के साथ मिलकर काम कर रही है।

निष्कर्ष

बिहार जैसे विकासशील राज्य में ग्रामीण क्षेत्र में सभी को स्वास्थ्य सुविधा मुहैया कराना चुनौती भरा काम है। चूंकि ग्रामीण क्षेत्रों में यातायात के साधन वर्तमान परिपेक्ष में भी पर्याप्त सुलभ नहीं हो पाया है। ग्रामीण आबादी आज भी शिक्षा के क्षेत्र बहुत पीछे है। अधिकांश आबादी गरीबी में जीवन यापन करते हैं। फिर भी बिहार तथा केन्द्र सरकार के प्रयास से विभिन्न स्वास्थ्य योजनाओं का लाभ ग्रामीण क्षेत्रों में पहुंचाने का प्रयास किया जा है जो स्वास्थ्य उपकेन्द्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर उपलब्ध है लेकिन बिडबना इस बात की है कि 70 आबादी ग्रामीण क्षेत्र में रहने के बावजूद 2 प्रतिशत चिकित्सक तथा 25 प्रतिशत आधारभूत संरचना ही उपलब्ध हो पा रही है। बिहार में शिक्षा की कमी के कारण स्वास्थ्य जागरूकता उत्पन्न होने में काफी

कठनाई का समाना करना पड़ता है। सरकार के जागरूकता कार्यक्रम आशा के द्वारा ग्रामीण स्तर पर समितियों के द्वारा चलाया जाता है लेकिन स्वच्छ पानी, स्वच्छता कार्यक्रम, पोषण, टीकाकरण, शौचालय के बाबजूद भी लोगो में डायरिया, पीलिया और कॉलरा का खतरा बना रहता है। अधिकांश गावों में अभी लोग अधविश्वास के कारण नीम-हकीमों, ओझाओं, झोला छाप डॉक्टरों के कारण जान गंवा रहे हैं। आज जरूरत है लोगो में जागरूकता फैलाना तथा समय रहते बीमरो से निजात पाना है साथ ही साथ सरकार को अपने योजनों को ग्रामीण स्तर तक पहुंचे तथा इसका लाभ अंतिम व्यक्ति तक भी उठा सके। स्वास्थ्य स्वयं की जाने वाली राशि में भी वृद्धि करना पड़ेगा ताकि ग्रामीण स्तर पर मौजूद संसाधन के आभाव को दूर किया जाए सके।

संदर्भ

आर्थिक सर्वेक्षण 2017-18, खंड 1-2, वित्त विभाग, बिहार सरकार।

कुरुक्षेत्र, अक्टूबर 2006

कुरुक्षेत्र, अक्टूबर 2008

कुरुक्षेत्र, अगस्त 2012

कुरुक्षेत्र, दिसम्बर 2016

कुरुक्षेत्र, जुलाई 2017

बिहार रोडमैप 2011-2015, बिहार सरकार

योजना, फरवरी 2016

Annual Health Survey 2012-13, Fact Sheet Bihar, Office of the Registrar General & Census Commissioner, India, New Delhi, www.censusindia.gov.in

Bihar Annual Health Survey Bulletin. censusindia.gov.in/vital.../07-Bihar_AHS_Bulletin.pdf

Bihar Annual Health Survey Bulletin. (2012), DLHS-3 (2007-08)

Kurukshetra, July 2017

National Family Health Survey - 4 (2015 -16), State Fact Sheet, Bihar, Ministry of Health and Family Welfare Govt. of India, New Delhi, International Institute for Population Sciences (*Deemed University*), Mumbai.

Report of 5 Common Review Mission, Bihar, Government of India, November 2011

YOJANA, October 2012

YOJANA, February 2014

