

# ग्रामीण भारत में चिकित्सा की बुनियादी सुविधाएं

—चंद्रकांत लहरिया

भारत में केंद्र और राज्य सरकारों ने देश में जन-स्वास्थ्य अवसंरचना का विशाल नेटवर्क तैयार कर लिया है। इसके साथ ही स्वास्थ्य क्षेत्र की शिक्षा संस्थाओं (मेडिकल, नर्सिंग और आयुष) में प्रवेश संख्या में बढ़ोतरी की जानी चाहिए। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य के मौजूदा बुनियादी ढांचे को मजबूत करने की जरूरत है। स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या में 35,000 (19 प्रतिशत) की बढ़ोतरी की जानी चाहिए। इसी तरह प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या भी 6,500 यानी 22 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की 2,200 यानी 30 प्रतिशत बढ़ाए जाने की आवश्यकता है।

**भा**रत में सार्वजनिक (यानी सरकारी) स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए तीन स्तर वाला ढांचा है—प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक—स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं का। ग्रामीण भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के दायरे में स्वास्थ्य उप-केंद्र (एचसीएस), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) शामिल हैं। यह सुविधाएं द्वितीयक और तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं से कामकाजी परामर्श संपर्क के साथ विकसित की गई हैं और इनमें से ज्यादातर शहरी इलाकों में स्थित हैं। ग्रामीण भारत में पिछले कुछ दशकों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में लगातार बढ़ोतरी हुई है (तालिका-1)।

सेवा बुनियादी ढांचे में सेवा प्रदान करने के परिदृश्य में भौतिक अवसंरचना और मानव संसाधन दोनों ही शामिल हैं। इस लेख में भौतिक अवसंरचना की चर्चा सेवा अवसंरचना (लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में प्रत्यक्ष रूप से शामिल सुविधाओं) और शिक्षा अवसंरचना (स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन तैयार करने वाली संस्थाओं) के रूप में की गई है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में स्वास्थ्यकर्मियों की उपलब्धता का जिक्र अलग से किया गया है। हालांकि ग्रामीण भारत के बुनियादी ढांचे पर जोर दिया गया है मगर संदर्भ के अनुसार शहरी पृष्ठभूमि और निजी क्षेत्र पर भी चर्चा की गई है।

## स्वास्थ्य सेवा का बुनियादी ढांचा

इस बुनियादी ढांचे में पिछले 12 वर्षों में वृद्धि के आयाम अलग-अलग हैं (तालिका-2)। वर्ष 2017 में ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं तक भौतिक पहुंच के बारे में सूचना सारणी-3 में दी गई है। 2017 के दौरान ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं को सुदृढ़ करने के लिए 108 सब-डिविजनल अस्पताल (एसडीएच) या तालुका अस्पताल, 779 जिला अस्पताल (डीएच), 1589 मोबाइल चिकित्सा इकाइयां और 476 मेडिकल कॉलेज तथा संबद्ध अस्पतालों (एमसीएंडएएच) बनाए गए हैं। वर्ष के दौरान भारत में 27,698 आयुष (आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी) औषधालय और 3,943 आयुष अस्पताल भी कार्य कर रहे थे।

भारत में प्रत्येक सरकारी अस्पताल द्वारा करीब 98,571 लोगों को चिकित्सा सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं। लेकिन इससे यह भी पता चलता है कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को भी अस्पताल माना जाता है और इनमें उपलब्ध शैयाओं की भी गणना की जाती है। भारत में लाइसेंस वाले ब्लडबैंकों और आइ बैंकों की संख्या 2,903 थी। इसके अलावा भारत में विशाल निजी क्षेत्र भी है जिसके अंतर्गत आमतौर पर एक डॉक्टर वाले अस्पताल सीधे भुगतान आधार पर सेवाएं उपलब्ध कराते हैं। ज्यादातर निजी सेवाप्रदाता



## अधिक बिस्तर, अधिक सुविधाएं, अधिक अस्पताल और अधिक डॉक्टर

- 20 नये एम्स जैसे सुपर स्पेशलिटी अस्पताल स्थापित किए जा रहे हैं
- जुलाई 2014 से काम कर रहे छह एम्स में 1675 अतिरिक्त बिस्तर लगाए गए हैं (पिछले एक वर्ष में शामिल 850 बिस्तरों सहित)
- वर्ष 2017-18 में झारखंड और गुजरात के लिए 2 नये एम्स की घोषणा
- 73 सरकारी मेडिकल कॉलेजों का उद्घाटन किया जा रहा है
- पिछले चार वर्षों में कुल 92 मेडिकल कॉलेज (46 सरकारी और 46 निजी) स्थापित किए जा चुके हैं, जिससे 15,354 एम.बी.बी.एस सीटें बढ़ी हैं
- पिछले चार वर्षों में 12,646 पी.जी सीटें बढ़ी हैं

## भारत में चिकित्सा सेवा प्रदान करने वाला प्राथमिक स्वास्थ्य ढांचा

### अ) स्वास्थ्य उप-केंद्र (एचएससी)

- स्वास्थ्य उप-केंद्र (जिसे उपकेंद्र भी कहा जाता है) समुदाय का सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली से संपर्क का पहला बिंदु है। ग्रामीण भारत में सबसे निचले स्तर पर स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने का स्थान यही है।
- प्रत्येक स्वास्थ्य उप-केंद्र मैदानी इलाकों में 5,000 लोगों और पहाड़ी, जनजातीय और दुर्गम इलाकों में 3,000 लोगों के लिए होता है।
- इसके चिकित्साकर्मियों में आमतौर पर ऑकजीलरी नर्स मिडवाइफ (एएनएम), एक स्वास्थ्यकर्मी (पुरुष) और एक स्वैच्छिक कार्यकर्ता होते हैं। स्वास्थ्य उप-केंद्रों में आमतौर पर कोई डॉक्टर नहीं होता।

### आ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी)-

- भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को अक्सर समुदाय और सरकारी चिकित्सा अधिकारी के बीच संपर्क का पहला स्थान कहा जाता है। प्रत्येक पीएचसी में कम से कम एक डॉक्टर तैनात रहता है।
- मैदानी इलाकों में हर 30,000 लोगों के लिए एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र होता है जबकि पहाड़ी, जनजातीय और दुर्गम क्षेत्रों में 20,000 लोगों के लिए एक पीएचसी की स्थापना की जाती है। प्रत्येक पीएचसी के अधीन छह उप-केंद्र होते हैं।
- हर पीएचसी में रोगियों के लिए 6 बिस्तरों का इंतजाम होता है। इनमें विशेषज्ञ डॉक्टर उपलब्ध नहीं होते।

### इ) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी)

- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र चिकित्सा परामर्श देने वाली इकाई है जहां चार क्षेत्रों (सामान्य चिकित्सा, सामान्य शल्य चिकित्सा, स्त्री रोग विज्ञान व प्रसूति विज्ञान तथा बाल रोग) के विशेषज्ञ उपलब्ध रहते हैं। इसके अलावा संज्ञाहरण और नेत्र रोगों के विशेषज्ञों की भी आवश्यकतानुसार व्यवस्था की जाती है।
- भारत में मैदानी इलाकों में हर 1,20,000 की आबादी के लिए एक सीएचसी की योजना बनाई जाती है, जबकि पहाड़ी, जनजातीय और दुर्गम इलाकों में 80,000 की आबादी के पीछे एक सीएचसी का प्रावधान है। हर सीएचसी के अधीन चार पीएचसी होते हैं।
- प्रत्येक सीएचसी में रोगियों के लिए 30 बिस्तरों का इंतजाम रहता है।

### द्वितीय स्तर पर स्वास्थ्य की देखभाल

अ) सब-डिविजनल अस्पताल (एसडीएच)/तालुका अस्पताल (टीएच)

- सब डिविजनल अस्पताल को सब-डिस्ट्रिक्ट अस्पताल,

एसडीएच या तालुका अस्पताल भी कहा जाता है। यह आमतौर पर कस्बों में स्थित स्वास्थ्य परामर्श इकाई है।

- अस्पताल के रूप में एसडीएच अपेक्षाकृत अधिक सेवाएं उपलब्ध कराता है और इसमें सीएससी की तुलना में ज्यादा विशेषज्ञ होते हैं।

### आ) जिला अस्पताल (डीएच)

भारतीय स्वास्थ्य मानदंडों में जिला अस्पताल की परिभाषा "द्वितीयक स्तर के परामर्श अस्पताल के रूप में की गई है जिसके अंतर्गत एक जिले का निर्धारित भौगोलिक क्षेत्र और आबादी आती है।"

- इनमें 12-15 तरह की विशेषज्ञ सेवाएं उपलब्ध रहने की अपेक्षा की जाती है। इन्हें रोगियों के लिए 101-500 बिस्तर वाले अस्पताल के रूप में परिकल्पित किया जाता है।

### तृतीयक स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल

क. मेडिकल कॉलेज और संबद्ध अस्पताल (एमसी एंड एएच):

- मेडिकल कॉलेज और संबद्ध अस्पतालों की योजना सुपर स्पेशलिटी समेत सभी प्रकार की चिकित्सा सुविधाओं को ध्यान में रखकर तैयार की जाती है।
- इनमें आमतौर पर 500 या इससे ज्यादा बिस्तरों का इंतजाम रहता है। लेकिन भारत में अलग-अलग मेडिकल कॉलेजों की स्थिति अलग-अलग है।

ख) शीर्ष संस्थाएं, स्पेशलिटी सेंटर और रेफरल एवं रिसर्च सेंटर

- भारत में ऐसी निर्दिष्ट शीर्ष संस्थाएं हैं जिनसे अपेक्षा की जाती है कि वे अनुसंधान संस्थान और सार्वजनिक क्षेत्र में अत्याधुनिक चिकित्सा सुविधा केंद्र के रूप में कार्य करेंगी।
- भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एमएस), स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा और अनुसंधान संस्थान (जिपमेर) पुडुचेरी इस श्रेणी में आते हैं।
- इसके अलावा ऐसी कई संस्थाएं हैं जो किसी खास बीमारी से संबंधित होती हैं, जैसे राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य स्नायु विज्ञान संस्थान, बेंगलुरु।
- इन सब संस्थाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र माना जाता है और इनका वित्तपोषण केंद्र या राज्य सरकारों द्वारा किया जाता है। इन सुविधा केंद्रों में स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के लिए आमतौर पर सीधे भुगतान की आवश्यकता नहीं होती, लेकिन अपवादस्वरूप कुछ राज्यों में उपयोग शुल्क (जैसे पंजीकरण के लिए) और कुछ अन्य सेवाओं के लिए (जैसे रेडियोलॉजी सेवाओं के लिए) लगाया जाता है।

शहरी इलाकों में हैं। मुनाफे का ध्यान रखे बिना काम करने वाले संगठन भी देश के कुछ खास इलाकों में विशेष स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराते हैं। चिकित्सा सेवाओं तक भौगोलिक पहुंच स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच का ही एक हिस्सा है। स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना और इसका उपयोग (मौजूदा अस्पतालों में) बुनियादी सेवाएं उपलब्ध कराने और अन्य तरीके की पहुंच पर निर्भर करता है। इनमें से भारत में ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति के बारे में कुछ सूचनाएं तालिका-4 में दी गई हैं।

### स्वास्थ्य शिक्षा अवसंरचना

भारत में समय के साथ-साथ चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण के बुनियादी ढांचे का विकास हुआ है। वर्तमान चिकित्सा विसंरचना को तालिका-5 में संक्षेप में प्रदर्शित किया गया है। स्नातक पाठ्यक्रमों के अलावा एमडी/एमएस के लिए स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में भी सीटें उपलब्ध हैं। इसी तरह आयुष पद्धति के स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में भी उच्च चिकित्सा शिक्षा के लिए सीटें उपलब्ध हैं।

तालिका 2: भारत में स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे का विकास (2005-2017)

सुविधा का प्रकार	2017	2005	2005-2017* के बीच बदलाव
<b>स्वास्थ्य उप-केन्द्र</b>	<b>156,231</b>	<b>146,026</b>	--
सरकारी भवनों में	108,959 (70)	63,901 (44)	+26%
किराए के भवनों में	30,022 (19)	50,338 (34)	- 15%
किरायामुक्त पंचायत या ग्रामसभा भवनों में	17,250 (11)	14,295 (10)	+01%
<b>प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र</b>	<b>25,650</b>	<b>23,236</b>	--
सरकारी भवनों में	23,322 (91)	16,023 (69)	+22%
किराए के भवनों में	8,39 (03)	2,826 (12)	-09%
किराया मुक्त पंचायत या ग्रामसभा भवनों में	1,489 (06)	1,687 (07)	-01%
<b>सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र</b>	<b>5,624</b>	<b>3,346</b>	--
सरकारी भवनों में	5,438 (97)	2,822 (84)	+13%
किराए के भवनों में	8 (<1)	5 (<1)	00%
किरायामुक्त पंचायत या ग्रामसभा भवनों में	178 (03)	254 (08)	-05%

टिप्पणी : कोष्ठक में दिए गए आंकड़े हर उप-समूह के प्रतिशत/अनुपात को प्रदर्शित करते हैं।

\*आखिरी कॉलम से हर उप-समूह में वर्ष 2005 की तुलना में 2017 में हुई प्रतिशत बढ़ोतरी या कमी का पता चलता है।

तालिका 1: भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाएं (1985-2017)\*

सुविधाओं की संख्या	एचसीएस	पीसीएस	सीएचसी	कुल
छठी योजना (1981-85)	84,376 (---)	9,115 (---)	761(---)	94,252 (---)
सातवीं योजना (1985-90)	130,165 (+54%)	18,671 (+105%)	1,910 (+151)	150,746 (+60%)
आठवीं योजना (1981-97)	136,258 (+05%)	22,149 (+19%)	2,633 (+38%)	161,040 (+07%)
नौवीं योजना (1997-2002)	137,311 (+01%)	22,875 (+03%)	3,054 (+16%)	163,240 (+01%)
दसवीं योजना (2002-07)	145,272 (+06%)	22,370 (- 02%)	4,045 (+32%)	171,687 (+05%)
ग्यारहवीं योजना (2007-12)	148,366 (+02%)	24,049 (+08%)	4,833 (+19%)	177,248 (+03%)
बारहवीं योजना (2012-17)	156,231 (+05%)	25,650 (+07%)	5,624 (+16%)	187,505 (+06%)

संख्याएं प्रत्येक योजना अवधि के अंत में विद्यमान सुविधाओं को प्रदर्शित करती हैं। जैसे छठी योजना के अंत में 31 मार्च, 1985 को।

कोष्ठक में दी गई संख्याएं पिछली योजना अवधि की तुलना में प्रतिशत बढ़ोतरी को दर्शाती हैं।

सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में विभिन्न प्रकार के मानव संसाधनों की उपलब्धता बढ़ाने के लिए स्नातक पाठ्यक्रमों (डॉक्टरों), स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों (विशेषज्ञों) और स्वास्थ्य सेवा के अन्य कर्मियों के प्रशिक्षण के लिए सीटें बढ़ाई जा रही हैं। इसके साथ-साथ नए मेडिकल कॉलेज खोलने तथा अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स) जैसी उच्च शिक्षा संस्थाएं खोलने पर भी विशेष जोर दिया जा रहा है।

### भारत में स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन

**भारत में एलोपैथिक डॉक्टर :** भारत में दिसंबर 2017 के अंत में 1,041,395 एलोपैथिक डॉक्टर भारतीय चिकित्सा परिषद में पंजीकृत थे। अनुमानों से पता चलता है कि देश में करीब 750000 से 800000 एलोपैथिक डॉक्टर चिकित्सा के पेशेवर कार्य में संलग्न हैं। इसका मतलब यह हुआ कि देश में 1,500 लोगों के लिए औसतन एक डॉक्टर उपलब्ध है। कुल एलोपैथिक डॉक्टरों में से केवल 114,969 (करीब 14-16 प्रतिशत) सरकारी क्षेत्र में कार्यरत हैं। भारत में सरकारी डॉक्टरों द्वारा सेवित औसत जनसंख्या 11,082 है। तकरीबन 85 प्रतिशत पंजीकृत एलोपैथिक डाक्टर निजी क्षेत्र में कार्य कर रहे हैं। एलोपैथी के प्रशिक्षित प्रैक्टिशनरों के अलावा भारत में स्वदेशी चिकित्सा पद्धतियों जैसे आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी (आयुष) के प्रैक्टिशनर और नर्स भी चिकित्सा के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योगदान दे रहे हैं। (तालिका-6)।

**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञ डाक्टरों की उपलब्धता :** भारत के प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में कम से कम 4 विशेषज्ञों का होना आवश्यक है। लेकिन इस तरह के 22,496 डॉक्टरों की आवश्यकता के बावजूद मार्च 2017 के अंत तक देश में 5,624 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में केवल 4,156 विशेषज्ञ डॉक्टर ही उपलब्ध थे। कुल मिलाकर विशेषज्ञ डाक्टरों की आवश्यकता के

## आयुष्मान भारत-राष्ट्रीय स्वास्थ्य संरक्षण मिशन (एनएचपीएम)

### प्रभाव

- सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज की दिशा में प्रमुख कदम।
- विश्व की सबसे बड़ी सार्वजनिक वित्तपोषित स्वास्थ्य बीमा योजना।
- व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों (1.5 लाख स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों के माध्यम से) के साथ तालमेल से सार्वजनिक स्वास्थ्य बुनियादी ढांचा मजबूत होगा।
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर आउट-ऑफ-पॉकेट व्यय में पर्याप्त कमी।
- ये कार्यक्रम जीवन को आसान बनाने में महत्वपूर्ण योगदान देगा और देश के किसी भी हिस्से से लाभार्थी स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ उठा सकेंगे।
- आबादी की ऐसी जरूरतों को पूरा करेगा जो वित्तीय संसाधनों की कमी के कारण दिखाई नहीं देती है।
- आयुष्मान भारत मिशन से समय पर उपचार, स्वास्थ्य परिणामों में सुधार; रोगी की संतुष्टि के परिणामस्वरूप उत्पादकता एवं दक्षता में सुधार होगा और रोजगार पैदा होंगे जिससे जीवन की गुणवत्ता में सुधार होगा।

### मुख्य विशेषताएं

- मिशन का उद्देश्य गरीब से गरीब व्यक्ति को आपदा और विपत्ति के समय स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च से संरक्षण देना।
- क) लगभग 50 करोड़ लोगों को संरक्षण देगा (10 करोड़ से अधिक परिवारों से)।
- ख) ये लोग गरीब आर्थिक और कमजोर वर्गों से संबंधित हैं, जिनकी पहचान सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना (एसईसीसी) के आधार पर होगी।
- ये कार्यक्रम वंचित परिवारों को उस समय वित्तीय सहायता प्रदान करेगा जब घर के किसी सदस्य को बीमारी की वजह से अस्पताल में भर्ती करना पड़े।
- **प्रस्तावित कवरेज लाभ**— 5 लाख रुपये प्रति परिवार/ प्रति वर्ष
- लगभग 40 प्रतिशत आबादी कवर; अस्पताल में भर्ती के सभी द्वितीयक और कई तृतीयक श्रेणी के इलाज शामिल।
- परिवार का आकार बाध्यता नहीं:
- क) नामित परिवारों के सभी सदस्यों विशेष रूप से बालिका और वरिष्ठ नागरिकों को कवर किया जाएगा। इसमें महिला को परिवार का मुखिया बनाने का सुझाव दिया गया है।

- इस योजना के तहत सेवाएं—
- क) नकदीरहित और कागजरहित होंगी।
- ख) सेवा के स्थान पर ही उपलब्ध होंगी।
- ग) सार्वजनिक और समेकित निजी दोनों में इलाज की सुविधा होगी।
- घ) देश में कहीं भी उपलब्ध होंगी।
- सभी नामांकित परिवारों को ई-कार्ड प्रदान करने के लिए प्रावधान।
- वर्तमान में चल रही केंद्र प्रायोजित योजना "राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना" और 'वरिष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बीमा योजना' को इसमें (एबी-एनएचपीएम) समाहित कर दिया जाएगा।
- एबी-एनएचपीएम 1.5 लाख स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों के माध्यम से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराएगा और देखभाल की सहज निरंतरता सुनिश्चित करेगा। माध्यमिक और तृतीयक सुविधाओं की गुणवत्ता में सुधार लाया जाएगा और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्रदान कर सेवाओं को न्यायसंगत, किफायती और सुलभ बनाया जाएगा।
- आरएसबीवाई के तहत स्मार्टकार्ड आधारित पहचान प्रणाली के स्थान पर एसईसीसी डाटा आधारित आधार पहचान प्रणाली इस्तेमाल करने का प्रस्ताव है। हालांकि, आधार की अनुपस्थिति में किसी भी व्यक्ति को लाभ से वंचित नहीं किया जाएगा।
- राज्य कार्यान्वयन के तरीकों का चयन करने के लिए स्वतंत्र होगा।
- वे बीमा कंपनी के माध्यम से या सीधे ट्रस्ट/सोसाइटी के माध्यम से या मिश्रित मोड का उपयोग कर सकते हैं।
- **सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को सुदृढ़ बनाना**— सार्वजनिक अस्पतालों को प्राप्त दावों पर बीमा कंपनियों/ट्रस्ट के माध्यम से अतिरिक्त धनराशि मिल जाएगी जोकि अस्पताल द्वारा लाभार्थियों को दिए गए उपचार के एवज में मिलेंगे।
- एक स्पष्ट रूप से परिभाषित शिकायत और लोक शिकायत निवारण तंत्र का गठन प्रस्तावित है जहां सक्रिय रूप से इलेक्ट्रॉनिक, मोबाइल, इंटरनेट साथ ही साथ सोशल मीडिया मंच का इस्तेमाल हो सके।
- एबी-एनएचपीएम प्रदाताओं और उपयोगकर्ताओं द्वारा दुरुपयोग/धोखाधड़ी/दुरुपयोग को रोकने के लिए मजबूत सुरक्षा उपाय करेगा।



**तालिका-3: 2017 में भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना का दायरा**

	स्वास्थ्य उप-केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	समुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
शामिल किए गए गांवों की औसत संख्या (2017 की स्थिति)	4	25	114
शामिल की गई ग्रामीण जनसंख्या का औसत (2017 की स्थिति)	5,337	32,505	148,248
शामिल किया गया औसत ग्रामीण क्षेत्र (वर्ग कि.मी. में)	18.90	115.15	525.17
इसका दायरा (कि.मी. में)	2.45	6.05	12.93

मुकाबले 18,347 यानी 81.6 प्रतिशत की कमी थी। इसी तरह देश के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में शल्य चिकित्सकों की कमी 86.5 प्रतिशत, प्रसूति रोग और महिला रोग विशेषज्ञों की कमी 74.1 प्रतिशत, सामान्य चिकित्सकों की 84.6 प्रतिशत और बाल रोग विशेषज्ञों की कमी 81 प्रतिशत थी।

**अन्य श्रेणियों के चिकित्साकर्मियों की उपलब्धता :** डॉक्टरों और विशेषज्ञों के अलावा अन्य श्रेणियों के स्वास्थ्यकर्मियों की भी बड़ी कमी है। स्वास्थ्य उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में करीब 10,000 एएनएम और महिला स्वास्थ्यकर्मियों की जरूरत है। कुल 31,274 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 12,511 प्रयोगशाला तकनीशियनों, 7,092 फार्मासिस्टों और 13,194 नर्सिंग स्टाफ की कमी है। 5,624 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 3,629 रेडियोग्राफर नहीं हैं। भारत के अलग-अलग राज्यों में विभिन्न उप-श्रेणियों में स्टाफ की कमी 70 प्रतिशत तक है। विभिन्न प्रकार के चिकित्साकर्मियों के पर्याप्त संख्या में उपलब्ध

**तालिका-4 : 2017 में भारत में एसएचसी, पीएचसी और सीएचसी में उपलब्ध सुविधाओं/सेवाओं का स्तर**

स्वास्थ्य उप-केंद्र (एन=156,231)	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (एन=256,50)	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (एन=5,624)
आईपीएचएस के तौर पर कार्यरत*	17,204 (11.0)	आईपीएचएस के तौर पर कार्यरत* 912 (16.2)
	24x7 कार्य करने वाले	चार विशेषज्ञ उपलब्ध 454 (8.0)
	प्रसव कक्ष की सुविधा	चालू प्रसव कक्ष 4,696 (83.5)
	शल्य चिकित्सा कक्ष (OT)	चालू शल्य चिकित्सा कक्ष 4,696 (83.5)
	लैंडलाइन टेलीफोन सुविधा	चालू एक्स-रे मशीन 5,624 (100)
		चालू प्रयोगशाला सुविधा के साथ 5,303 (94.3)
	कम से कम चार शैय्या	कम से कम 30 शैय्याओं की सुविधा 4,083 (72.6)
	कम्प्यूटर सुविधा	एमआईएस/एकाउंटेंट के लिए कम्प्यूटर और स्टैटस असिस्टेंट 4,843 (86.1)
	रैफरल ट्रांसपोर्ट सुविधा	रैफरल ट्रांसपोर्ट उपलब्ध 5,217 (92.8)
	पंजीकृत आरकेएस	पंजीकृत आरकेएस 5,116 (91.0)
एएनएम के आवास की सुविधा	86,525 (55.4)	विशेषज्ञ डाक्टर के रहने के लिए आवास 2,816 (50.0)
एचएससी में ही एएनएम आवास	48,781 (31.2)	विशेषज्ञ डाक्टर आवास में रहते हैं 1,770 (31.5)
नियमित जलापूर्ति सुविधा के बिना	31,985 (20.5)	नियमित जलापूर्ति सुविधा के बिना 1,695 (6.6)
नियमित बिजली आपूर्ति सुविधा के बिना	37,387 (23.9)	नियमित बिजली आपूर्ति सुविधा के बिना 920 (3.6)
हमेशा खुली रहने वाली सड़क सुविधा के बिना	15,536 (9.9)	हमेशा खुली रहने वाली सड़क सुविधा के बिना 1,361 (5.3)

**आईपीएचएस :** इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टैंडर्ड्स यानी भारतीय जन-स्वास्थ्य मानदंडों का निर्धारण भारत सरकार ने सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सा सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए किया है। **आरकेएस :** रोगी कल्याण समिति। **एएनएम :** ऑकजीलरी नर्स मिडवाइफ।

तालिका-5 : कुछ चुनी हुई सरकारी और निजी प्रशिक्षण संस्थाएं 2017 में वार्षिक प्रवेश संख्या सहित

क्रम सं.	पाठ्यक्रम	संस्थाओं की संख्या	प्रवेश/प्रवेश क्षमता
<b>चिकित्सा और दंत चिकित्सा सुविधा</b>			
	एमबीबीएस	476	52,646
	दंत चिकित्सा महाविद्यालय	313	27,060
<b>केंद्र सरकार से सहायता प्राप्त अन्य प्रशिक्षण सुविधाएं</b>			
	एचएफडब्ल्यूटीसी	65	उपलब्ध नहीं
	एएनएम-टीसी	357	उपलब्ध नहीं
	एमपीडब्ल्यू (पुरुष) प्रशिक्षण विद्यालय	68	उपलब्ध नहीं
<b>नर्सिंग और फार्मसी</b>			
	जनरल नर्स मिडवाइफ	3,215	129,926
	ऑकजीलरी नर्स मिडवाइफ	1,909	55,263
	बेसिक बी.एससी (नर्सिंग)	1,936	96,475
	पोस्ट बेसिक बी.एससी	775	24,415
	पोस्ट बेसिक डिप्लोमा	292	4,131
	एम.एससी (नर्सिंग)	643	12,617
	फार्मसी (डिप्लोमा)	777	46,795
<b>आयुष : स्नातक पाठ्यक्रम</b>			
	आयुर्वेद	338	21,387
	यूनानी	49	2,705
	सिद्ध	09	520
	प्राकृतिक चिकित्सा	25	1,630
	होम्योपैथी	201	13,909
	कुल आयुष	622	40,151

न होने से सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र अपनी पूर्ण क्षमता का उपयोग नहीं कर पा रहे हैं।

भारत में अधिकतर मेडिकल डॉक्टर और नर्स (करीब 85-90 प्रतिशत) और अस्पतालों के लगभग आधे बिस्तर निजी क्षेत्र में हैं। प्रशिक्षित निजी सेवा प्रदाताओं के अलावा बड़ी संख्या में बिना डिग्रियों वाले अप्रशिक्षित एलोपैथिक प्रेक्टिशनर देश में एलोपैथिक चिकित्सा पद्धति से इलाज करते हैं और ग्रामीण क्षेत्रों में और गरीबों के लिए तो वे ही उनके स्वास्थ्य की देखभाल करते हैं। हालांकि भारतीय कानून के अनुसार उन्हें ऐसा करने की इजाजत नहीं है, लेकिन ये 'अप्रशिक्षित' सेवाप्रदाता देश में व्यापक रूप से फैले हुए हैं। अनेक अध्ययनों में इसका जिक्र हुआ है कि स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में उनका हिस्सा कथित रूप से काफी बड़ा है।

### चुनौतियां और आगे का रास्ता

भारत में केंद्र और राज्य सरकारों ने देश में जन-स्वास्थ्य अवसंरचना का विशाल नेटवर्क तैयार कर लिया है। इसके साथ ही स्वास्थ्य क्षेत्र की शिक्षा संस्थाओं (मेडिकल, नर्सिंग और आयुष) में प्रवेश संख्या में बढ़ोतरी की जानी चाहिए। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य के मौजूदा बुनियादी ढांचे को मजबूत करने की जरूरत है। स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या में 35,000 (19 प्रतिशत) की बढ़ोतरी की जानी चाहिए। इसी तरह प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या भी 6,500 यानी 22 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की 2,200 यानी 30 प्रतिशत बढ़ाए जाने की आवश्यकता है। इसके अलावा देश में विभिन्न राज्यों के बीच और राज्य के भीतर भी स्वास्थ्य सेवाओं और मानव संसाधनों की

## आयुष्मान भारत

दुनिया की सबसे बड़ी स्वास्थ्य बीमा पहल



### 5,00,000 का बीमा

50 करोड़ लोगों को प्रतिवर्ष प्रति परिवार 5 लाख रुपये तक का विस्तृत स्वास्थ्य कवरेज



### 1,50,000

#### उप-केंद्र

विस्तृत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए 1.5 लाख उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एच.डब्ल्यू.सी) में परिवर्तित किया जा रहा है।

### सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित की गई

- जीवन रक्षक दवाओं सहित 1054 आवश्यक औषधियों को मई 2014 के बाद मूल्य नियंत्रण व्यवस्था के अंतर्गत लाया गया। जिससे उपभोक्ताओं को 10,000 करोड़ रुपये से अधिक का फायदा मिला
- स्टेट और नी इम्प्लान्ट केप की कीमतों में 50-70 प्रतिशत की कमी की गई जिससे आम आदमी की काफी बचत हुई
- प्रधानमंत्री भारतीय जनऔषधि केन्द्रों में दवाओं की बिक्री से देशभर में जनैरिक दवाएं सस्ती हो गईं। 3000 से ज्यादा स्टोर काम कर रहे हैं जिसके परिणामस्वरूप आम आदमी की 50 प्रतिशत से अधिक बचत हो रही है
- अमृत फार्मसियां कैंसर और कार्डियोवैस्क्यूलर (हृदयवाहिनी) बीमारियों की दवाओं के साथ-साथ कार्डिएक इम्प्लान्ट की दवाएं वर्तमान बाजार दरों के मुकाबले 60 से 90 प्रतिशत की रियायत पर बेच रही हैं
- प्रधानमंत्री राष्ट्रीय डायलिसिस कार्यक्रम : इस कार्यक्रम के अंतर्गत गरीबों के लिए डायलिसिस सेवाएं और सभी मरीजों के लिए रियायती दरों पर सेवाएं प्रदान की जाती हैं। 497 डायलिसिस इकाइयों को परिचालन योग्य बनाया गया है और करीब 2.5 लाख मरीज इस सेवा का लाभ उठा चुके हैं और अब तक 25 लाख डायलिसिस सत्र हो चुके हैं

उपलब्धता में अंतर है।

स्वास्थ्य सेवाओं को वांछित स्तर पर उपलब्ध कराने के लिए विभिन्न सेवाओं और सुविधाओं (अवसंरचना, मानव संसाधन और आपूर्ति) के बीच संतुलन कायम करने की आवश्यकता है। ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों में इस संतुलन का न होना एक बड़ी चुनौती के रूप में स्वीकार किया गया है। इसी वजह से ग्रामीण क्षेत्रों में 1,85,000 स्वास्थ्य केंद्र होने के बावजूद लोग ओ.पी.डी. की केवल 8-10 प्रतिशत सेवाओं का ही फायदा उठा पाते हैं।

भारत सरकार ने फरवरी 2018 में 'आयुष्मान' भारत नाम के अपने महत्वपूर्ण कार्यक्रम की घोषणा की थी। इस कार्यक्रम के एक घटक के रूप में मौजूदा 1,50,000 स्वास्थ्य उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को दिसंबर 2022 तक स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों के रूप में उच्चिकृत करना है। स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों की स्थापना के इस अवसर का फायदा भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली की मौजूदा और सर्वविधित चुनौतियों से निपटने में किया जाना चाहिए। विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं को सही और तालमेल के साथ इस तरह विकसित किया जाना चाहिए जिससे वे सुचारु रूप से सेवाएं देने में सक्षम हों। विभिन्न सुविधाओं और मानव संसाधनों के असमान वितरण की समस्या के समाधान के साथ-साथ जनसंख्या संबंधी मानदंडों को ध्यान में रखते हुए अतिरिक्त सुविधाएं सृजित करने की भी आवश्यकता है।

भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य संसाधन रिपोजिटरी (एनएचआरआर) की भी शुरुआत की है जिसका उद्देश्य देश में मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं, सेवा प्रदाताओं और अस्पतालों में उपलब्ध

### 'आज से थोड़ा कम' अभियान

प्रधानमंत्री के 'स्वस्थ भारत अभियान' से अब देश की कंपनियां भी जुड़ रही हैं। पैकेट और डिब्बाबंद खाद्य सामग्री बनाने वाली देश की प्रमुख कंपनियां अब अपने उत्पादों में नमक, चीनी और तेल की मात्रा को कम करेंगी। लोगो के स्वास्थ्य को बेहतर करने के लिए 'आज से थोड़ा कम' अभियान की शुरुआत की गई। नई दिल्ली में 10 जुलाई, 2018 को भारतीय खाद्य एवं नियामक अधिकरण ने द ईट राईट मूवमेंट और 'आज से थोड़ा कम' अभियान की शुरुआत की। जिसके तहत देश की टॉप 15 कंपनियां अपने प्रोडक्ट में नमक, चीनी और ट्रांसफैट की मात्रा कम करने के लिए तैयार हैं। इन कंपनियों ने शपथ ली है कि वो सेहत को ध्यान में रखकर खाद्य सामग्री तैयार करेंगे। ये अभियान स्कूलों, कार्यस्थलों, होटल, रेस्तरां और पूरे देश में चलाया जाएगा।

भारत जीवनशैली से जुड़ी बीमारियों की चपेट में है युवा इसके ज्यादा शिकार हो रहे हैं। भारत में जीवन प्रत्याशा की दर 69 साल है इसके बावजूद बड़े पैमाने पर युवा अवस्था में ही लोगों की मौत हो रही है। अगर आपको सेहतमंद और तंदुरुस्त रहना है तो अपने खाने में नमक की मात्रा प्रतिदिन पांच ग्राम से ज्यादा ना लें। और नियमित व्यायाम करें।

### तालिका-6: भारत में 2017 में पंजीकृत पेशेवर आयुष विशेषज्ञ और पंजीकृत नर्स व फार्मासिस्ट

भारत में पंजीकृत पेशेवर आयुष विशेषज्ञ		भारत में पंजीकृत नर्स व फार्मासिस्ट	
आयुर्वेद	428,884	ऑकजीलरी नर्स मिडवाइफ (एएनएम)	841,279
यूनानी	49,566	ऑकजीलरी नर्स मिडवाइफ (जीएनएम)	1,980,536
सिद्ध	8,505	लेडी हेल्थ विजिटर (एलएचवी)	56,367
प्राकृतिक चिकित्सा	2,242	फार्मासिस्ट	907,132
होम्योपैथी	284,471		
<b>कुल आयुष</b>	<b>773,668</b>		

सेवाओं के बारे में जानकारी इकट्ठा करना है। एनएचआरआर जानकारी का संग्रह करते समय ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं के बारे में जानकारी को प्राथमिकता देने के बारे में विचार कर सकता है। एनएचआरआर द्वारा ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में सूचना भविष्य की सूचना प्रणाली का आधार बन सकती है। इसे इस तरह से डिजाईन करने की जरूरत है जिससे यह भारत में सबके टीकाकरण (यूआईपी) कार्यक्रम के अंतर्गत प्रशीतन केंद्रों की शृंखला के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए निर्मित 'इलेक्ट्रॉनिक वैक्सीन इंटेलेजेंस नेटवर्क-(ईवीआईएन)' की तर्ज पर हो ताकि इससे रीयल टाइम में सूचनाएं प्राप्त की जा सकें। स्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढांचे के लिए इस तरह की प्रणाली का उपयोग व्यावहारिक निर्णय लेने के साथ-साथ मानव संसाधनों तथा भारत के लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने में किया जा सकता है।

### निष्कर्ष

भारत की विशाल ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना इस समय जितनी सेवाएं उपलब्ध करा रही है, उसकी क्षमता और शक्ति इससे कहीं ज्यादा सेवाएं उपलब्ध कराने की है। रीयल टाइम इनफॉर्मेशन सिस्टम से इसमें कुछ और बातों (जैसे, सुविधाएं, आपूर्ति और मानव संसाधन) को उपयुक्त मात्रा में जोड़कर अधिक सुदृढ़ किया जा सकता है। भारत सरकार के आयुष्मान भारत कार्यक्रम और राष्ट्रीय स्वास्थ्य संसाधन भंडार (एनएचआरआर) जैसी पहलों के अंतर्गत कार्य करने वाले स्वास्थ्य और आरोग्य केंद्र भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने की पहले से महसूस की जा रही आवश्यकता का अभिनव समाधान खोजने की दिशा में दो नई पहल हैं। इस प्रक्रिया में ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य विशेषज्ञों और स्वास्थ्यकर्मियों का सहयोग और दिशानिर्देश मिलना आवश्यक है।

(लेखक विश्व स्वास्थ्य संगठन के नई दिल्ली कार्यालय में राष्ट्रीय तकनीकी अधिकारी के तौर पर कार्यरत हैं।)

ई-मेल : lahariyac@who.int