



Impact Factor:4.081

Research Guru

Online Journal of Multidisciplinary Subjects (ISSN : 2349-266X)

UGC Approved Journal No. 63726

Volume-12, Issue-4, March-2019 www.researchguru.net

ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવાની સ્થિતિ, પડકારો અને ઉકેલો

ડૉ. હિતેશ એન. જાગણી

મદદનીશ પ્રાધ્યાપક, મહાદેવ દેસાઈ ગ્રામસેવા સંકુલ, ગૂજરાત વિદ્યાપીઠ, રાંધેજા,

જિ. ગાંધીનગર - 382620 (ગુજરાત) મો. 9428108588

ઈ-મેઈલ-hitesh28jagani@gmail.com

સારાંશ

ગ્રામીણ વિસ્તારમાં રહેતા લોકોની આરોગ્ય સેવાની જરૂરિયાતો શહેરી વિસ્તાર કરતા અલગ છે. આરોગ્ય એ સંપૂર્ણ શારીરિક, માનસિક અને સામાજિક સુખાકારીની સ્થિતિ છે, નહીં કે માત્ર રોગ કે બિમારીની ગેરહાજરી. આરોગ્ય એ દરેક માનવીનો મૂળભૂત માનવ અધિકાર છે. ભારત કલ્યાણ રાજ્ય હોવાના નાતે સરકાર દ્વારા આરોગ્યની સુવિધા પૂરી પાડવામાં આવે છે. પ્રસ્તુત શોધપત્રનો હેતુ ભારતના ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં આરોગ્યની સ્થિતિ, પડકારો અને ઉકેલો જાણવાનો છે. ભારતમાં જાહેર આરોગ્ય સેવાઓને ત્રણ ભાગમાં વિભાજીત કરવામાં આવે છે - (1) પ્રાથમિક, (2) દ્વિતીય અને (3) તૃતીય. પ્રાથમિક આરોગ્ય સેવામાં આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (PHC) અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (CHS) નો સમાવેશ થાય છે. જાહેર આરોગ્યના ક્ષેત્રે આરોગ્ય માટે માનવ સંસાધનની અછત અને ગ્રામીણ તથા શહેરી વિસ્તારમાં આરોગ્ય સુવિધામાં અસમાનતા સૌથી મોટો પડકાર છે

યાવીરૂપ શબ્દો : ગ્રામીણ આરોગ્ય, જાહેર આરોગ્ય, પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ

1. પ્રસ્તાવના :

વર્ષ 2011ની વસ્તી ગણતરી અનુસાર ભારતમાં 68.87 ટકા વસ્તી ગામડામાં વસવાટ કરે છે. એટલે કે મોટાભાગની તથા વિશાળ વસ્તીનું વસવાટનું સ્થાન ગ્રામ્ય વિસ્તાર છે. જ્યારે મોટાભાગની આંતર માળખાકીય સવલતો તથા સુવિધાઓ શહેરી વિસ્તારમાં આવેલી છે. જ્યારે ગામડાનો વિકાસ થશે ત્યારે જ દેશનો સમગ્રલક્ષી સર્વસમાવેશી વિકાસ થશે.

આરોગ્ય એ સંપૂર્ણ શારીરિક, માનસિક અને સામાજિક સુખાકારીની સ્થિતિ છે, નહીં કે માત્ર રોગ કે બિમારીની ગેરહાજરી. આરોગ્ય એ દરેક માનવીનો મૂળભૂત માનવ અધિકાર છે. આરોગ્યના ઉચ્ચ શક્ય સ્તરની પ્રાપ્તિ એ મહત્વનો વૈશ્વિક સામાજિક ધ્યેય છે. અલ્મા અતા ડિકલેરેશન-1978 અનુસાર પોતાના નાગરિકોના આરોગ્યની જવાબદારી સરકારની છે કે જે પૂરતા આરોગ્ય અને સામાજિક પગલાંઓની જોગવાઈ દ્વારા પૂર્ણ કરી શકાય. પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ એ સામાજિક ન્યાયની ભાવના વિકસીત કરવાનું મહત્વપૂર્ણ લક્ષ્યાંક છે. પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ એ પ્રથમ

સ્તરનો વ્યક્તિ, કુટુંબ તથા સમુદાય અને રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય તંત્ર વચ્ચેનો પ્રથમ સંપર્ક છે. લોકો જ્યાં રહે છે, કામ કરે છે ત્યાં નજીકમાં નજીક આ સુવિધા પહોંચાડવી જોઈએ.

અંગ્રેજોના શાસનકાળ દરમ્યાન ગ્રામીણ ભારતમાં આરોગ્યની સુવિધા મર્યાદિત હતી. આઝાદી બાદ ભારત કલ્યાણ રાજ્ય હોવાના નાતે સરકાર દ્વારા આરોગ્યની સુવિધા પૂરી પાડવામાં આવે છે.

2. ચાવીરૂપ શબ્દો :

2.1 આરોગ્ય :

આરોગ્ય એટલે શારીરિક, માનસિક અને સામાજિક રીતે સ્વસ્થ હોવું. આરોગ્ય એટલે માત્ર રોગ કે બીમારીની ગેરહાજરી નહીં. (ડબલ્યુ.એચ.ઓ. - ૧૯૪૮)

2.2 આરોગ્ય સંભાળ :

આરોગ્ય સંભાળ એટલે માનવીના રોગ, બીમારી, ઈજા કે અન્ય શારીરિક માનસિક ક્ષતિઓની અટકાયત, નિદાન અને સારવાર દ્વારા આરોગ્ય જાળવણી અને સુધારણા છે. ચિકિત્સકો અને ચિકિત્સા સહાયકો આરોગ્ય વ્યવસાયનો ભાગ છે.

2.3 જાહેર આરોગ્ય :

જાહેર આરોગ્યએ રોગની અટકાયત, લાંબુ જીવન જીવવાની અને માનવ આરોગ્યને પ્રોત્સાહન આપવાની કળા અને વિજ્ઞાન છે. જે જાહેર અને ખાનગી સંસ્થા, સમાજ સમુદાય અને વ્યક્તિઓના સંગઠિત પ્રયાસો દ્વારા શક્ય બને છે.

2.4 પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ

પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ આરોગ્યના મુખ્ય પ્રશ્નો પ્રત્યે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરી સમુદાયને અટકાયત્મક, ઉપચારાત્મક અને પુનર્વસન સેવાઓ પૂરી પાડે છે. આરોગ્ય એ કશું જ નથી પરંતુ આરોગ્ય વગર બાકીનું બધું જ નકામું છે.

3. હેતુ અને પદ્ધતિશાસ્ત્ર

પ્રસ્તુત શોધપત્રનો હેતુ ભારતના ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં આરોગ્યની સ્થિતિ, પડકારો અને ઉકેલો જાણવાનો છે. ભારતમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળનો વિકાસ, આરોગ્ય સંદર્ભ માં વિવધ રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમો, યોજનાઓ અને નીતિ, ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવાની સ્થિતિ, ભારતમાં આરોગ્ય સેવા પૂરી પડવાનું માળખું, ગ્રામીણ આરોગ્ય સામેના પડકારો અને ઉકેલોની વિશદ ચર્ચા પ્રસ્તુત શોધપત્રમાં કરવામાં આવી છે. આ માટે સંશોધન અભ્યાસો, લેખો, સરકારી અહેવાલો, વસ્તી ગણતરીના અહેવાલો વગેરેને ગૌણ માહિતીના સ્ત્રોત તરીકે લઈને માહિતીની રજૂઆત કરવામાં આવી છે

4. ભારતમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળનો વિકાસ

વર્ષ	યોજના
1946	ભોર સમિતિનો અહેવાલ – આરોગ્ય સર્વેક્ષણ અને વિકાસ
1948	સોખેય સમિતિનો અહેવાલ – રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય
1952	સામુદાયિક વિકાસ કાર્યક્રમ
1962	મુદાલિય સમિતિનો અહેવાલ – આરોગ્ય સર્વેક્ષણ અને આયોજન
1966	મુખેરી સમિતિનો અહેવાલ – પાયાની આરોગ્ય સેવાઓ
1973	કટારસિંગ સમિતિ – વિવિધલક્ષી આરોગ્ય કાર્યકર
1975	શ્રીવાસ્તવ સમિતિનો અહેવાલ – તબીબી શિક્ષણ અને સહાયક માનવ બળ
1977	ગ્રામીણ આરોગ્ય યોજના – સામુદાયિક આરોગ્ય સ્વયંસેવક યોજના – ગ્રામીણ આરોગ્ય માર્ગદર્શન
1978	અલ્મા અતા ઘોષણા – 2000 સુધીમાં સૌના માટે આરોગ્ય
1980	સૌના માટે આરોગ્ય – એક વૈકલ્પિક વ્યૂહરચના ICSSR અને ICMR નો અહેવાલ
1983	મેહતા સમિતિનો અહેવાલ – તબીબી શિક્ષણ સમીક્ષા
1983	પ્રથમ રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ
1987	બજાજ સમિતિ – આરોગ્ય શક્તિ આયોજન
1996	બજાજ સમિતિ - જાહેર આરોગ્ય તંત્ર
2000	રાષ્ટ્રીય વસ્તી નીતિ
2002	બીજી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ
2005	રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આરોગ્ય મિશન - NRHM
2008	રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય બિમા યોજના
2014	રાષ્ટ્રીય શહેરી આરોગ્ય મિશન
2017	નવી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ

5. આરોગ્ય સંદર્ભમાં વિવિધ રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમો યોજનાઓ અને નીતિ

વર્ષ	યોજના
2018	આયુષ્યમાન ભારત – નેશનલ હેલ્થ પ્રોટેક્શન મિશન
2016	પ્રધાનમંત્રી સુરક્ષિત માતૃત્વ અભિયાન નેશનલ હેલ્થ મિશન
2014	નેશનલ પ્રોગ્રામ ફોર પ્રિવેન્શન એન્ડ મેનેજમેન્ટ ઓફ બર્ન ઇન્જરીઝ
2014	નેશનલ મેન્ટલ હેલ્થ પોલિસી
2014	રાષ્ટ્રીય કિશોર સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ
2011	જનની શિશુ સુરક્ષા કાર્યક્રમ
2010	પ્રોગ્રામ ફોર પ્રિવેન્શન એન્ડ કંટ્રોલ ઓફ કેન્સર, ડાયાબિટીસ, કાર્ડિયો વાસ્ક્યુલર ડિસીઝ એન્ડ સ્ટ્રોક
2010	નેશનલ પ્રોગ્રામ ફોર હેલ્થ કેર ઓફ એલ્ડરલી
2008	ધ નેશનલ પ્રોગ્રામ ફોર પ્રિવેન્શન એન્ડ કંટ્રોલ ઓફ ફ્લોરોસીસ
2008	રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય બિમા યોજના
2007	નેશનલ પ્રોગ્રામ ફોર પ્રિવેન્શન એન્ડ કંટ્રોલ ઓફ ડીફનેસ
2007	ધ નેશનલ ટોબેકો કંટ્રોલ પ્રોગ્રામ
2003	ધ પ્રધાનમંત્રી સ્વાસ્થ્ય સુરક્ષા યોજના
2005	જનની સુરક્ષા યોજના – નેશનલ મેટરનીટી બેનીફીટ સ્કીમ
2004	ઇન્ટીગ્રેટેડ ડિસીઝ સર્વેલન્સ પ્રોજેક્ટ
2003	નેશનલ વેક્ટર બોર્ન ડિસીઝ કંટ્રોલ પ્રોગ્રામ
1992	નેશનલ એઇડ્સ કંટ્રોલ પ્રોગ્રામ
1986	નેશનલ લેપ્રસી ઇરાડીકેશન પ્રોગ્રામ
1982	નેશનલ મેન્ટલ હેલ્થ પ્રોગ્રામ
1976	નેશનલ પ્રોગ્રામ ફોર કંટ્રોલ બ્લાઇન્ડનેસ એન્ડ વીઝ્યુઅલ હમ્પરમેન્ટ

6. ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવાની સ્થિતિ :

ભારતમાં જાહેર આરોગ્ય સેવાઓને ત્રણ ભાગમાં વિભાજીત કરવામાં આવે છે – (1) પ્રાથમિક, (2) દ્વિતીય અને (3) તૃતીય. પ્રાથમિક આરોગ્ય સેવામાં આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (PHC) અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (CHS) નો સમાવેશ થાય છે. દ્વિતીય અને તૃતીય કક્ષાની આરોગ્ય સેવાઓ મોટાભાગે શહેરી વિસ્તારમાં આવેલી છે. છેલ્લા કેટલાક દસકાઓમાં ભારતમાં જાહેર આરોગ્યના ક્ષેત્રે ગ્રામીણ વિસ્તારમાં ટકાઉ વિકાસ થયેલો જોવા મળે છે. ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવામાં ભૌતિક માળખાકીય અને માનવ સંસાધન એમ બંનેનો સમાવેશ થાય છે. વધુમાં, ભારતમાં ખાનગી

ક્ષેત્ર પણ વિશાળ પ્રમાણમાં આવેલ છે. જેમાં નાણાંની ચૂકવણી લોકો દ્વારા કરવામાં આવે છે અને સુવિધા મેળવે છે. મોટાભાગના દવાખાના શહેરી વિસ્તારમાં આવેલા છે.

કોષ્ટક નં. – 1

કોષ્ટકનું નામ – ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સુવિધાની ઉપલબ્ધતા

વર્ષ	સુવિધા			
	HSC	PHC	CHC	કુલ
1981-85	84,376	9,115	761	94,252
1985-90	1,30,165	18,671	1,910	1,50,746
1992-97	1,36,258	22,149	2,633	1,61,040
1997-2002	1,37,311	22,875	3,054	1,63,240
2002-2007	1,45,272	22,370	4,045	1,71,687
2007-2012	1,48,366	24,049	4,833	1,77,248
2012-2017	1,56,231	25,650	5,624	1,87,505

સ્ત્રોત – National Health Profile – 2018

ઉપરોક્ત કોષ્ટકના આધારે એવું કહી શકાય કે ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્યની સુવિધામાં 1981 થી લઈને 2017 સુધીમાં ગ્રામીણ પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ સુવિધામાં ક્રમશઃ વધારો નોંધાયેલો જોવા મળે છે. 1981 માં આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રોની સંખ્યા 84,376 હતી જે વધીને 2017 સુધીમાં 1,56,231 થઈ. જ્યારે 1981 માં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યા 9,115 હતી જે વધીને 2017 સુધીમાં 25,650 થઈ. સામુહિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યા 1981 માં 761 હતી જે 2017 માં વધીને 5,624 થઈ. એટલે કે ગ્રામીણ આરોગ્ય સુવિધા ક્ષેત્રે નોંધપાત્ર પ્રગતિ થયેલી જોવા મળે છે.

કોષ્ટક નં. - 2

કોષ્ટકનું નામ - ભારતમાં સરકારી આરોગ્ય સંભાળ માળખાની પ્રગતિ (2015-2017)

ક્રમ	સુવિધાનો પ્રકાર	2017	2005
1	આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રો	1,56,231	1,46,026
	સરકારી મકાનમાં	1,08,959	63,901
	ભાડાના મકાનમાં	30,022	50,338
	પંચાયત અથવા જાહેર મકાનમાં ભાડા વગર	17,250	14,295
	બાંધકામ ચાલુ	7,472	-
	જરૂરિયાત છે.	40.147	-
2	પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો	25,650	23,236
	સરકારી મકાનમાં	23,322	16,023
	ભાડાના મકાનમાં	839	2,826
	પંચાયત અથવા જાહેર મકાનમાં ભાડા વગર	1,489	1,687
	બાંધકામ ચાલુ	1,101	-
	જરૂરિયાત છે.	1545	-
3	સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો	5,624	3,346
	સરકારી મકાનમાં	5,438	2,822
	ભાડાના મકાનમાં	8	5
	પંચાયત અથવા જાહેર મકાનમાં ભાડા વગર	178	254
	બાંધકામ ચાલુ	518	-
	જરૂરિયાત છે	132	-

સ્ત્રોત : National Health Profile - 2018

ઉપરોક્ત કોષ્ટકના આધારે કહી શકાય કે ભારતમાં 2005 થી લઈને 2017 સુધીમાં આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રો પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રોના ભૌતિક માળખામાં નોંધપાત્ર પ્રગતિ થયેલી જોવા મળે છે. જે ત્રણેય સ્તરમાં સરકારી મકાનની સુવિધામાં વૃદ્ધિ થઈ છે અને ભાડાના

મકાનમાં કમશ: ઘટાડો થયેલો જોવા મળે છે. સામા પક્ષે ભૌતિક માળખાનું બાંધકામ ચાલુ છે. નવા મકાનોની જરૂરિયાત પણ જોવા મળે છે.

કોષ્ટક નં. – 3

કોષ્ટકનું નામ – ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય માળખાનું કવરેજ (2017)

ક્રમ	વિગત	HSC	PHC	CHC
1	સરેરાશ આવરી લેવામાં આવેલ ગામો	4	25	114
2	સરેરાશ આવરી લેવામાં આવેલ વસ્તી	5,337	32,505	1,48,248
3	સરેરાશ આવરી લેવામાં આવેલ વિસ્તાર (ચો.કિ.મી.)	18.90	115.15	525.17
4	સરેરાશ આવરી લેતું અંતર (કિ.મી.માં)	2.45	6.05	12.93

સ્ત્રોત : National Health Profile – 2018

ઉપરોક્ત કોષ્ટકના આધારે કહી શકાય કે ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય માળખાનું કવરેજ પાયાના સ્તરથી લઈને ઉપરના સ્તર સુધી કમશ: વધતું જોવા મળે છે. આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રની સરખામણીએ પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર ઉપર પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રની સરખામણીએ સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્ર પરનું ભારણ વધુ રહેલું છે.

7. ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવાની સ્થિતિ : આંકડાકીય હકીકતો

1. આરોગ્ય ક્ષેત્રે માનવ સંસાધનનું સ્થાન હૃદય સમાન છે. ભારતમાં આરોગ્ય શિક્ષણ અને તાલીમ પૂરી પાડતી સંસ્થાઓમાં કમશ: વૃદ્ધિ થઈ છે.
2. ડિસેમ્બર-2017 સુધીમાં MCI માં 1,041,395 ડોક્ટરો નોંધાયેલા હતા. ડેન્ટલ સર્જન 2,51,207, આયુષ ડોક્ટર 7,73,668 નોંધાયેલ હતા.
3. અંદાજ અનુસાર ભારતમાં 7,50,000 – 8,00,000 એલોપેથીક મેડિકલ ડોક્ટર્સ પ્રેક્ટિસ કરી રહ્યા છે.
4. દેશમાં 1500 ની વસ્તીએ 1 ડોક્ટર છે.
5. કુલ એલોપેથીક ડોક્ટરોમાં 1,14,969 (14-16 ટકા) ડોક્ટર સરકારી ક્ષેત્રમાં કામ કરી રહ્યા છે.
6. ભારતમાં સરકારી ડોક્ટર દ્વારા સરેરાશ 11,082 વસ્તીને આવરી લેવાય છે.
7. અંદાજ અનુસાર ભારતમાં 85 ટકા નોંધાયેલ એલોપેથીક ડોક્ટર ખાનગી ક્ષેત્રમાં કામ કરી રહ્યા છે.
8. ડિસેમ્બર-2017 ની સ્થિતિએ ભારતમાં 476 મેડિકલ કોલેજ, 313 BDS કોલેજ, 249 MD, MDJ કોલેજ આવેલ છે.

9. 2017-18 ના વર્ષમાં 52,646 વિદ્યાર્થીઓને મેડિકલ કોલેજમાં, 27,060 વિદ્યાર્થીઓને BDS કોલેજમાં અને 6,233 વિદ્યાર્થીઓને MD, MDS કોલેજમાં પ્રવેશ મળેલ છે. ભારતમાં 3,215 નર્સિંગ કોલેજ આવેલ છે. જેની 1,29,926 ની પ્રવેશ ક્ષમતા છે. 777 ફાર્મસી કોલેજ આવેલ છે જેમાં 46,795 ની પ્રવેશ ક્ષમતા છે.
 10. ભારતમાં 23,582 સરકારી દવાખાના આવેલા છે. જેની 7,10,761 બેડની ક્ષમતા છે. 19,810 દવાખાના ગામડામાં આવેલા છે. જેની 2,79,588 બેડની ક્ષમતા છે. 3,772 દવાખાના શહેરી વિસ્તારમાં આવેલા છે જેની 4,31,173 બેડની ક્ષમતા છે.
 11. ભારતમાં કુલ 2,903 બ્લડ બેંક આવેલી છે. જેમાં સરકારી તથા જાહેર 1,043 અને ખાનગી ધોરણે ચાલતી 1860 બ્લડ બેંક છે.
 12. માર્ચ-2017 ની સ્થિતિએ ભારતમાં 1,108 પેટા વિભાગીય દવાખાના – તાલુકા દવાખાના, 779 જિલ્લા દવાખાના, 1589 મોબાઇલ મેડિકલ યુનિટ, 27,698 આયુષ ડિસ્પેન્સરી, 3,943 આયુષ દવાખાના આવેલા છે.
 13. ભારતમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે GDP ના 1.02 ટકા ખર્ચ કરવામાં આવે છે.
 14. ભારતમાં 1125 રૂપિયા વ્યક્તિ દીઠ ખર્ચ આરોગ્ય ક્ષેત્રે કરવામાં આવે છે.
8. ભારતમાં આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવાનું માળખું :

1. પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ

1.1 આરોગ્ય પેટા કેન્દ્ર (Health Sub Centre HSC) :

આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રને પેટા કેન્દ્ર તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે. જે સરકારી આરોગ્ય તંત્રનો સમુદાય સાથેનો પ્રથમ સંપર્ક કેન્દ્ર છે. ગ્રામીણ વિસ્તારમાં સ્થાનિક સ્તરની આરોગ્ય સુવિધા છે. સામાન્ય વિસ્તારમાં 5000ની વસ્તી અને ડુંગરાળ, અંતરિયાળ તથા આદિવાસી વિસ્તારમાં 3000ની વસ્તીએ એક આરોગ્ય પેટા કેન્દ્ર હોય છે. સ્ટાફમાં આરોગ્ય કાર્યકર - મહિલા, ANM, આરોગ્ય કાર્યકર - પુરુષ અને એક સ્વૈચ્છિક કાર્યકર (માનદ્ વેતન) હોય છે. આરોગ્ય પેટા કેન્દ્રમાં તબીબી ડોક્ટર હોતા નથી.

1.2 પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર (Primary Health Centre PHC) :

પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર એ સરકારી તબીબી અધિકારી અને સમુદાય વચ્ચેનો પ્રથમ સંપર્ક કેન્દ્ર છે. પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર સામાન્ય વિસ્તારમાં 30,000 ની વસ્તી અને ડુંગરાળ, અંતરિયાળ તથા આદિવાસી વિસ્તારમાં 20,000 વસ્તીને આવરી લે છે. દરેક પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર હેઠળ 6 આરોગ્ય પેટા કેન્દ્ર આવેલા હોય છે. પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 6 બેડની જોગવાઈની ભલામણ કરવામાં આવેલ છે.

પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં એક તબીબી ડોક્ટરની નિયુક્તિ કરવામાં આવે છે. પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં મેડિકલ ઓફિસર, ફાર્માસીસ્ટ, સ્ટાફ નર્સ, (નર્સ મીડ વાઇફ),

આરોગ્ય કાર્યકર (મહિલા/ANM), હેલ્થ એજ્યુકેટર, હેલ્થ આસિસ્ટન્ટ (પુરુષ), હેલ્થ આસિસ્ટન્ટ (મહિલા), LHV, UDC, LDC, લેબ ટેકનીશિયન, ડ્રાઇવર અને વર્ગ-4 ના કર્મચારીઓનો સ્ટાફ આવેલો હોય છે.

1.3 સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્ર (Community Health Centre CHC) :

સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્ર તેના હેઠળ આવતા પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રનું સંદર્ભિત એકમ છે. જે સામાન્ય વિસ્તારમાં 1,20,000 ની વસ્તી અને ડુંગરાળ, અંતરિયાળ તથા આદિવાસી વિસ્તારમાં 80,000 વસ્તીને આવરી લે છે. દરેક સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્ર પોતાની હેઠળ ૪ પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રને આવરી લે છે. સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 30 બેડની ભલામણની જોગવાઈ કરવામાં આવેલ છે. સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 4 મેડિકલ ઓફિસર, વિષય નિષ્ણાંત જનરલ મેડિસીન, જનરલ સર્જરી, ગાયનેકોલોજી એન્ડ ઓબસ્ટેટ્રિક્સ અને પિડિયાટ્રીશ્યન હોય છે. જરૂરિયાત અનુસાર એનેસ્થેટિસ્ટ અને ઓપ્થેમોલોજિસ્ટની નિમણૂક પણ કરવામાં આવે છે. આ ઉપરાંત તેમાં નર્સ મીડ વાઇફ (સ્ટાફ નર્સ) – 7, ડ્રેસર – 1, ફાર્માસીસ્ટ, કમ્પાઉન્ડર, લેબોરેટરી ટેકનીશિયન, રેડિયોગ્રાફર, વોર્ડ બોય-1, ધોબી, સ્વીપર-3, માળી, ચોકીદાર, આયા અને પટાવાળાનો સ્ટાફ હોય છે.

(2) દ્વિતીય સ્તર સંભાળ :

2.1 પેટા વિભાગીય દવાખાના Sub Divisional Hospital (SDH) અથવા તાલુકા દવાખાના :

પેટા વિભાગીય દવાખાનાને પેટા જિલ્લા દવાખાના અથવા તાલુકા દવાખાના તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે. જે નગરીય વિસ્તારમાં આવેલ હોય છે. તે સંદર્ભિત એકમ છે. સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રની સરખામણીએ આ દવાખાના વધુ સેવા પૂરી પાડે છે તથા તેમાં વધુ નિષ્ણાંત ડોક્ટર હોય છે.

2.2 જિલ્લા દવાખાના District Hospital DH :

ભારતીય જાહેર આરોગ્યના માપદંડ અનુસાર જિલ્લા દવાખાના એટલે એવું દવાખાનું કે જે દ્વિતીય સ્તરની સંદર્ભિત સેવા માટે જવાબદાર છે. જેનો ભૌગોલિક વિસ્તાર તથા વસ્તી પણ નાની છે. જેમાં 12 થી 15 વિશેષજ્ઞ સેવાઓ ઉપલબ્ધ હોય છે. 101 થી 500 બેડની સુવિધાની ક્ષમતા હોય છે.

(3) તૃતીય સ્તરની આરોગ્ય સંભાળ :

3.1 મેડિકલ કોલેજ અને હોસ્પિટલ :

જેમાં તમામ પ્રકારની આરોગ્ય સેવાઓ તથા નિષ્ણાંત ડોક્ટરની સુવિધાઓ હોય છે. તેની 500 થી વધુ બેડની ક્ષમતા હોય છે. ભારતમાં મેડિકલ કોલેજની સ્થિતિમાં ભિન્નતા જોવા મળે છે.

3.2 સંસ્થાઓ, વિશેષકૃત કેન્દ્રો, સંદર્ભિત અને સંશોધન કેન્દ્રો :

આ સંસ્થાઓ સંશોધન સંસ્થા તરીકે કામગીરી કરે છે. દા.ત. – ઓલ ઇન્ડિયા ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ મેડિકલ સાયન્સ AIMS, પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટ ઇન્સ્ટિટ્યૂશન ઓફ મેડિકલ એજ્યુકેશન એન્ડ રીસર્ચ – PGIMER, જવાહરલાલ ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટ મેડિકલ એજ્યુકેશન એન્ડ રીસર્ચ – JIPMER. આ ઉપરાંત ખાસ આરોગ્યની સ્થિતિ માટે વિશાળ સંખ્યામાં સંસ્થાઓ કામ કરી રહી છે. દા.ત. – નેશનલ ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ મેન્ટલ હેલ્થ એન્ડ ન્યુરોલોજીકલ સાયન્સ – NIMHANS, બેંગ્લોર.

9. ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવા સામેના પડકારો :

પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળમાં વિવિધ પરિસ્થિતિમાં 80 ટકા બિમારીને નાબૂદ કરવાની ક્ષમતા છે. સરકારી આરોગ્ય સુવિધાઓના વિશાળ નેટવર્કનો પૂરો ફાયદો ઉઠાવવામાં આવતો નથી. ખાનગી ક્ષેત્ર આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડવાનું મુખ્ય સ્ત્રોત બની ગયું છે. જેમાં ઘણો બધો ખર્ચ દર્દીએ કરવો પડે છે. જેનાથી 40 થી 60 લાખ લોકો ગરીબીના ચક્રમાં ફસાઈ જાય છે. સંક્રામક બિમારીઓના પ્રકોપમાં ઘટાડો થયો છે. હાલમાં દેશમાં 1/3 રોગીનું કારણ બિનસંક્રામક રોગો છે. જાહેર આરોગ્યના ક્ષેત્રે આરોગ્ય માટે માનવ સંસાધનની અછત અને ગ્રામીણ તથા શહેરી વિસ્તારમાં આરોગ્ય સુવિધામાં અસમાનતા સૌથી મોટો પડકાર છે. સંકલિત આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા સિમિત છે. વ્યાપક સેવા પૂરી પાડવાનું કોઈ મોડેલ નથી. દેશમાં આરોગ્ય સંબંધિત વિસ્તૃત સરકારી માળખું ઉપલબ્ધ છે પરંતુ તેનો પૂર્ણ ક્ષમતાથી કોઈ ઉપયોગ થતો નથી. ઉચ્ચ ગુણવત્તાવાળી ઓછા ખર્ચની આરોગ્ય સંભાળ સેવા ઉપલબ્ધ છે પરંતુ ભારતના લોકો માટે આ પ્રકારની આરોગ્ય સેવા સિમિત છે. ખાસ કરીને ચિકિત્સા પર્યટનના સંદર્ભમાં.

1. પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળની પદ્ધતિ નબળી છે અને તેમાં કર્મચારીઓની ઘટ જોવા મળે છે.
2. આરોગ્ય સુવિધાઓમાં ગુણવત્તાનો અભાવ જોવા મળે છે.
3. આરોગ્ય સુવિધાઓ 50 વર્ષ પહેલાની જરૂરિયાત અનુસારની છે.
4. માનસિક આરોગ્ય, નવી બિમારીઓ નાબૂદ કરવાની પ્રાથમિકતા માત્ર નીતિના સ્તર પર જોવા મળે છે.
5. આરોગ્ય સેવાઓ અને તેની પહોંચમાં ભારે અસમાનતા જોવા મળે છે. સાથે સાથે તેની ઉપલબ્ધતા અને ઉપયોગમાં પણ અસમાનતા જોવા મળે છે.
6. આરોગ્ય ક્ષેત્રે કર્મચારીઓની ઘટ જોવા મળે છે. 80 ટકા ડોક્ટર, નર્સ અને અન્ય સેવાઓ પૂરી પાડનારા કર્મચારીઓ શહેરી વિસ્તારમાં તથા ખાનગી ક્ષેત્રે છે. જેથી ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે માનવ સંસાધનની ખોટ વર્તાય છે.
7. ભારતમાં સરકારી દવાખાનામાં વિશેષજ્ઞ ડોક્ટરોની તમાન સ્તરે 80 ટકા જગ્યાઓ ખાલી છે.

8. ભારતમાં સરકારી ક્ષેત્રે ડોક્ટર ખર્ચનો ગુણોત્તર 1 : 1 છે જ્યારે અન્ય દેશોમાં આ ગુણોત્તર 1 : 3 છે.
9. આરોગ્ય ક્ષેત્રે સરકાર દ્વારા GDP ના 1.15 ટકા ખર્ચ કરવામાં આવે છે.
10. વર્ષ 2014-15 માં આરોગ્ય સારવારનો ખર્ચ 62.2 ટકા લોકોએ જાતે ઉપાડેલ. જે વિશ્વના અન્ય દેશોની તુલનાએ સૌથી વધુ છે.
11. સરકારની સામાજિક સ્વાસ્થ્ય વિમા યોજનાની જવાબદારી ખૂબ જ સીમિત છે.
12. વિશ્વમાં ભારતની ગણના સસ્તી દવાખાના ફાર્મસી તરીકે થાય છે પરંતુ દેશમાં દવાઓની ઊંચી કિંમતના લીધે સારવારનો 2/3 ખર્ચ પોતાના ખિસ્સામાંથી કરે છે.
13. આરોગ્ય ઉત્પાદનોના સંશોધન અને વિકાસ પ્રત્યે મર્યાદિત રોકાણ કરવામાં આવે છે.
14. નિમ્ન તથા મધ્યમ અર્થ વ્યવસ્થાવાળા દેશોના 50 ટકા વધુ બાળકોની રસી ભારતમાં બને છે. પરંતુ ભારતના કરોડો બાળકો રસીકરણથી વંચિત છે.
15. આરોગ્ય ક્ષેત્રે માહિતી ટેકનોલોજી, રસ્તાઓ, વિજળી, પાયાની સુવિધાઓનો અભાવ જોવા મળે છે.
16. ભારતીય બંધારણ અનુસાર આરોગ્ય રાજ્યનો વિષય છે. ઘણીવાર રાજકીય ઇચ્છાશક્તિનો પણ અભાવ જોવા મળે છે.
17. દરેક સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 4 નિષ્ણાંત ડોક્ટર ઉપલબ્ધ હોવા અપેક્ષિત છે. સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 22,496 નિષ્ણાંત ડોક્ટરોની જરૂરિયાત સામે માત્ર 4,156 ડોક્ટર ઉપલબ્ધ છે. સમગ્ર રીતે જોતાં 5,624 સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 18,347 (81.6 ટકા) નિષ્ણાંત ડોક્ટરોની ઘટ જોવા મળે છે. જેમાં 86.5 ટકા સર્જન, 74.1 ટકા ઓબસ્ટ્રીશ્યન અને ગાયનેકોલોજીસ્ટ, 84.6 ટકા ફિઝિશિયન અને 81 ટકા પિડીયાટ્રિશિયનની ઘટ સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં જોવા મળે છે.
18. ભારતમાં ડોક્ટર અને નિષ્ણાંત સ્ટાફની ઘટની સાથે અન્ય આરોગ્ય કર્મચારીઓની પણ ઘટ જોવા મળે છે. જેમાં આરોગ્ય પેટા કેન્દ્ર અને પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં ANM તથા આરોગ્ય કાર્યકર (મહિલા)ની 10,000 ની ઘટ જોવા મળે છે.
19. કુલ 31,274 પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર તથા સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 12,511 લેબોરેટરી ફાર્માસીસ્ટ અને 13,194 નર્સિંગ સ્ટાફની ઘટ જોવા મળે છે. 5,624 સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં 3,629 રેડિયોગ્રાફરની ઘટ જોવા મળે છે.
20. જાહેર આરોગ્યના ક્ષેત્રે વિવિધ પ્રકારના સ્ટાફની જરૂર પડે છે. સ્ટાફની ઘટ, અછતના લીધે જાહેર આરોગ્ય ક્ષેત્રે અસરકારક કામગીરી થઈ શકતી નથી.
21. ભારતમાં લગભગ 85 થી 90 ટકા ડોક્ટર તથા નર્સ અને લગભગ અડધા જેટલી બેડની સંખ્યા ખાનગી ક્ષેત્રે જોવા મળે છે.

22. ભારતમાં એકબાજુ લાયકાત ધરાવતા તબીબી સ્ટાફ દ્વારા ખાનગી ધોરણે સેવા પૂરી પાડવામાં આવે છે, તો બીજી બાજુ વિશાળ સંખ્યામાં લાયકાત ન ધરાવતા ડિગ્રી વગરના એલોપેથિક પ્રેક્ટીસનર (NDAP) એલોપેથિક દવાની પ્રેક્ટીસ ભારતમાં કરે છે. ગ્રામીણ વિસ્તારમાં ગરીબ લોકોને સેવા પૂરી પાડવાનું કામ કરે છે.
23. ભારતમાં કેન્દ્ર અને રાજ્ય સરકાર દ્વારા સમગ્ર દેશમાં જાહેર આરોગ્ય માટેનું વિશાળ નેટવર્ક ઊભું કરવામાં આવેલ છે. વર્તમાનમાં ગ્રામીણ ભારતમાં ઉપલબ્ધ ગ્રામીણ આરોગ્ય માળખા ઉપરાંત વધારાના 35,000 આરોગ્ય કેન્દ્ર, 6,500 પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર અને 2,200 આરોગ્ય સુવિધા અને માનવ સંસાધનની રીતે રાજ્યો-રાજ્યો વચ્ચે અને રાજ્યની અંદર તફાવત જોવા મળે છે.
10. ભારતમાં ગ્રામીણ આરોગ્ય સેવાની સ્થિતિ સુધારવાના ઉપાયો :
1. ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય સંબંધી પ્રાથમિક માળખાની કમી દૂર કરી નવા આરોગ્ય કેન્દ્રની સ્થાપના કરવી.
 2. આરોગ્ય કેન્દ્ર પર વસ્તીનું ભારણ ઓછું કરવું.
 3. વિશેષજ્ઞ ડોક્ટર ઉપલબ્ધ બનાવવા માટે તબીબી શિક્ષણ-પ્રશિક્ષણ સુવિધાઓ ઊભી કરવી.
 4. તબીબી સંશોધન પ્રણાલી પર ભાર મૂકવો.
 5. વર્તમાન કાર્યક્રમોને સમન્વીત કરી સમગ્રલક્ષી કાર્યક્રમ બનાવી લાગુ પાડવામાં આવે.
 6. કાર્યક્રમ અથવા બિમારીને ધ્યાનમાં રાખીને બનાવવામાં આવેલ કાર્યક્રમોના બદલે લોકોની જરૂરિયાત અનુસાર સેવા પૂરી પાડવાના દ્રષ્ટિકોણથી કાર્યક્રમ બનાવવામાં આવે.
 7. પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ પર વધુ રોકાણ કરી તેને મજબૂત બનાવવામાં આવે.
 8. આરોગ્ય સેવાઓની ગુણવત્તા વધારવાની પદ્ધતિ કાયમી જાળવી રાખવી.
 9. તમામ સરકારી આરોગ્ય સુવિધાઓ માટે ભારતીય સાર્વજનિક આરોગ્ય માપદંડ બનાવવામાં આવે.
 10. રોગ નિવારણ, અટકાયત્મક પગલા અને આરોગ્ય સંવર્ધન અંગેનું શિક્ષણ શાળા-કોલેજોના અભ્યાસક્રમમાં સમાવિષ્ટ કરવામાં આવે.
 11. સ્વસ્થ જીવનશૈલી વિશે જાગૃતતા વધારવા માટે સામુદાયિક સ્વયંસેવકોની મદદ લેવામાં આવે.
 12. વસ્તીના માપદંડને ધ્યાનમાં રાખીને આરોગ્ય ઉપયોગી અસરકારક સેવાઓ પૂરી પાડવામાં આવે.
 13. આરોગ્ય સેવામાં વ્યક્તિ, કુટુંબ અને સમુદાયને ભાગીદાર બનાવવામાં આવે.
 14. આરોગ્ય ક્ષેત્રે ગ્રામીણ વિસ્તારમાં કાર્યરત કર્મચારીઓને વિશેષ પ્રોત્સાહન તથા સુવિધા પૂરી પાડવામાં આવે.

15. આરોગ્ય કર્મચારીઓની વધુ પડતી જવાબદારી અને કાર્યબોજ ઓછો કરવો.
16. આરોગ્ય ક્ષેત્રે GDP ના 2.5 ટકા ખર્ચ કરવામાં આવે.
17. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ-2017 ની ભલામણોને લાગુ પાડવામાં આવે.
18. સામાજિક સ્વાસ્થ્ય વિમા યોજનાનું કાર્યક્ષેત્ર વધારવું.
19. જેનેરીક દવાઓના ઉપયોગમાં વધારો કરવો.
20. આરોગ્યના અધિકારને બંધારણમાં સમાવિષ્ટ કરવામાં આવે.
21. આરોગ્ય સંદર્ભે કાયદા-કાનૂન ઓછા કરી અમલીકરણ પર ભાર મૂકી નિયમન તંત્રને સુદ્રઢ બનાવવું. વ્યવસ્થાકીય કાર્ય કુશળતા વધારવી તથા અસરકારક બનાવવી.
22. આરોગ્ય સેવાને અસરકારક બનાવવા માટે 5 'A' ને ધ્યાનમાં રાખવા – Adequate - પુરતું, Access - પહોંચ, Appropriate - સમુચિત, Available - ઉપલબ્ધ, Acceptance - સ્વીકૃતિ.

11. સમાપન :

ગ્રામીણ વિસ્તારમાં વિશાળ પ્રમાણમાં આવેલ આરોગ્યના માળખામાં વર્તમાન કરતા પણ વધુ ક્ષમતા અને સંભાવના રહેલી છે પરંતુ તેને જરૂરી સુવિધાઓ, પુરવઠો અને માનવ સંસાધન પૂરું પાડી વધુ મજબૂત બનાવવાની જરૂર છે. આંતરમાળખામાં માત્ર બાંધકામ, મકાન તેમજ ભૌતિક સુવિધાનો સમાવેશ થાય છે. પરંતુ તેના અસરકારક અને કાર્યક્ષમ ઉપયોગ માટે અને વધુ સારી આરોગ્ય સુવિધા પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય માનવ સંસાધન પણ જરૂરી છે.

ઇચ્છિત આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવા માટે સમુચિત આંતરમાળખું, માનવ સંસાધન અને પુરવઠાની જરૂરત પડે છે. મિશ્ર આંતરમાળખાકીય આરોગ્ય સુવિધાનો અભાવ એ ભારતના આરોગ્ય ક્ષેત્ર સામેનો મોટો પડકાર છે. ભારત સરકાર દ્વારા ફેબ્રુઆરી, 2018 માં આયુષમાન ભારત કાર્યક્રમની શરૂઆત ફેબ્રુઆરી કાર્યક્રમ તરીકે કરવામાં આવી. જેનો એક મહત્વપૂર્ણ ધ્યેય એ છે કે ડિસેમ્બર, 2022 સુધીમાં વર્તમાન 1,50,000 આરોગ્ય પેટા કેન્દ્ર અને પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રને Health and wellness centre તરીકે અદ્યતન બનાવવા.

12. સંદર્ભ ગ્રંથ

1. Annual Report 2017 - 18 Department of Health & Family Welfare Ministry of Health & Family Welfare Government of India.
2. Census of India 2011, Provisional Population Totals: India, Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Government of India.
3. GoI (2017): "National Health Policy, 2017," Ministry of Health and Family Welfare, Government Press, Government of India, New Delhi, <https://mohfw.gov.in/sites/default/files/9147562941489753121.pdf>.
4. Health and Family Welfare Statistics in India 2017 Ministry of Health and Family Welfare Government of India.
5. India in Figures – 2018, Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India.
6. MHFW (2005). Rural Health Care System in India, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi.

7. National Family Health Survey (NFHS-II), 1998-99, IIPS and ORC Macro, 2000.
8. National Family Health Survey (NFHS-4) 2015-16 International Institute for Population Sciences, Govandi Station Road, Deonar, Mumbai
<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/India.pdf>
9. National Health Profile – 2018 13th Issue Central Bureau of Health Intelligence Directorate General of Health Services Ministry of Health & Family Welfare.
10. Rural Health Statistics 2017-18 Ministry of Health and Family Welfare Statistics Division Government of India.
11. Twelfth Five Year Plan Document, Planning Commission, Government of India.
12. World Health Organization (1978), Declaration of Alma-Ata: Health for All, Series No. 1. <http://www.who.int/en/>.
13. World Health Organization (1981), Techn. Rep. Sr., No. 667. <http://www.who.int/en/>.
14. World Health Organization (2018) World Health Statistics - 2018
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>