

---

## इकाई 6 स्वास्थ्य अवसंरचना और वितरण प्रणाली

---

### इकाई की रूपरेखा

- 6.0 उद्देश्य
- 6.1 परिचय
- 6.2 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना
- 6.3 सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य अवसंरचना
  - 6.3.1 भारत का स्वास्थ्य अवसंरचना एक नजर में
- 6.4 भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल की पहुँच
  - 6.4.1 भारत में स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली का मॉडल
- 6.5 स्वास्थ्य वितरण प्रणाली के अंग
  - 6.5.1 केंद्रीय स्तर पर स्वास्थ्य वितरण
    - 6.5.1.1 केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
    - 6.5.1.2 स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय
    - 6.5.1.3 केंद्रीय स्वास्थ्य परिषद
  - 6.5.2 राज्य स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल
  - 6.5.3 जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल
  - 6.5.4 ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली
- 6.6 स्वास्थ्य वितरण के कामकाज का महत्वपूर्ण मूल्यांकन
  - 6.6.1 सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में समस्याएं
  - 6.6.2 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल
  - 6.6.3 माध्यमिक और तृतीयक देखभाल / शिक्षण अस्पताल
- 6.7 सारांश
- 6.8 मुख्य शब्द
- 6.9 संदर्भ और ग्रंथ सूची

---

### 6.0 उद्देश्य

---

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप कर पाएंगे:

- स्वास्थ्य अवसंरचना की व्याख्या कर पाएंगे;
- स्वास्थ्य वितरण प्रणाली का मॉडल जान पाएंगे; और
- स्वास्थ्य वितरण प्रणाली का महत्वपूर्ण मूल्यांकन कर पाएंगे।

---

### 6.1 परिचय

---

स्वास्थ्य को अक्सर एक व्यक्तिगत विशेषता के रूप में देखा जाता है, जिसका व्यक्तिगत स्तर पर आनंद लिया जाता है, भाग लिया जाता है और सुधार किया जाता है। यह परिप्रेक्ष्य स्वास्थ्य

की जिम्मेदारी व्यक्ति पर डालता है और उस व्यक्ति पर स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने का शारीरिक, वित्तीय और भावनात्मक बोझ डालता है। जनसंख्या की स्वास्थ्य स्थिति स्थिर नहीं रहती है। भारत की स्वास्थ्य प्रणाली में कई स्तर हैं: राज्य और केंद्रीय स्वास्थ्य सेवाएं; सार्वजनिक और निजी और स्वैच्छिक क्षेत्र; एलोपैथिक और गैर-एलोपैथिक डॉक्टर, योग्य और अयोग्य चिकित्सक और स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के कई अन्य स्तर। स्वास्थ्य सेवा की डिलीवरी के दो महत्वपूर्ण तत्व हैं अर्थात्, स्वास्थ्य वितरण प्रणाली के माध्यम से स्वास्थ्य वित्तपोषण और जनशक्ति। स्वास्थ्य प्रणालियों को आवश्यक बुनियादी ढांचे को विकसित करने और बनाए रखने, विभिन्न श्रेणियों के कुशल स्वास्थ्य पेशेवरों की पर्याप्त संख्या को नियोजित करने के लिए पर्याप्त रूप से वित्त पोषित करने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य कार्यबल में डॉक्टर और अन्य संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवर शामिल हैं। स्वास्थ्य देखभाल बलों की कमी के परिणामस्वरूप समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल का असंतोषजनक परिणाम होता है।

---

## 6.2 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना

---

स्वास्थ्य एक मौलिक मानव अधिकार और एक वैश्विक सामाजिक लक्ष्य है। यह बुनियादी मानव आवश्यकताओं की प्राप्ति और जीवन की बेहतर गुणवत्ता के लिए प्रासंगिक है। स्वास्थ्य को एक प्रेरक कारक भी माना जाता है जो देश के आर्थिक विकास के समग्र स्तर को प्रभावित करता है। चूंकि विकास अच्छे स्वास्थ्य का परिणाम है, इसलिए सबसे गरीब विकासशील देशों को भी स्वास्थ्य क्षेत्र में निवेश प्राथमिकता से करना चाहिए। दुर्भाग्य से, कम मानव विकास वाले देशों द्वारा स्वास्थ्य में खराब निवेश किया गया है और स्वास्थ्य क्षेत्र अभी भी काफी हद तक अप्रयुक्त है और उपेक्षा का सामना करना पड़ रहा है।

स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे का मतलब आम तौर पर महामारी का प्रकोप, पर्यावरण स्वच्छता में सुधार और चिकित्सा राहत प्रदान करने के लिए देश के विभिन्न हिस्सों में बिखरे हुए कुछ अस्पतालों, स्वास्थ्य केंद्रों और औषधालयों के लिए प्रावधान करना और स्वास्थ्य स्थितियों को बढ़ावा देना है। स्वास्थ्य अवसंरचना का पैटर्न देश में भावी स्वास्थ्य विकास कार्यक्रमों को बढ़ावा देता है। इस संदर्भ में इस बात पर भी जोर दिया जाता है कि देश की विशाल ग्रामीण आबादी के लिए स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जानी चाहिए और समुदायों के लोगों को अधिकतम लाभ सुनिश्चित करने के लिए जितना संभव हो सके स्वास्थ्य सेवाओं को उनके नजदीक रखा जाना चाहिए।

यूएनडीपी द्वारा जारी मानव विकास सूचकांक रिपोर्ट 2018 में भारत का रैंक (189 देशों में से 130) किसी देश में स्वास्थ्य क्षेत्र की अज्ञानता के स्तर को दर्शाता है। हाल ही में केंद्रीय और प्रांतीय स्वास्थ्य विभागों द्वारा स्वास्थ्य समस्याओं के विभिन्न पहलुओं पर उचित ध्यान दिया गया है।

---

## 6.3 सार्वजनिक क्षेत्र में हेल्थकेयर इंफ्रास्ट्रक्चर

---

भारत दुनिया की सबसे तेजी से बढ़ती अर्थव्यवस्थाओं में से एक है। प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या के अत्यंत आवश्यक घटक खाद्य आपूर्ति, उचित पोषण, सुरक्षित जल और बुनियादी स्वच्छता को बढ़ावा देना और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सूचना का प्रावधान करना है। यह देखा गया है कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, आवश्यक दवाओं का प्रावधान, डॉक्टरों और अन्य

| पैरामीटर                       | पहली योजना (1951-56) | (2015)              |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|
| प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र      | 725                  | 25,650              |
| उप केंद्र                      | 84,376 (1985)        | 156,231             |
| सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र     | 761(1985)            | 5,624               |
| कुल बिस्तर                     | 125,000              | 914,543             |
| मेडिकल कॉलेज                   | 42                   | 476 (2017)          |
| डेंटल कॉलेज                    | 7                    | 313                 |
| एलोपैथिक डॉक्टर                | 65000                | 1,041,395<br>(2017) |
| नर्स                           | 18500                | 21,51,850           |
| एएनएम                          | 1,27,800             | 8,92,829            |
| स्वास्थ्य आगंतुक               | 578                  | 56,644              |
| स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एफ)      | 133194               | 212,185             |
| स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एम)      | -                    | 62,881              |
| ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शिकाएँ | -                    | 323,000             |
| आयुष चिकित्सक                  | अनुपलब्ध             | 773,668             |

### 6.3.1 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना— एक नज़र में

2005-2017 की अवधि के दौरान सरकारी भवनों में कार्यरत सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) की संख्या में वृद्धि हुई है। सरकारी भवनों में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत 2005 में 91.6 प्रतिशत से बढ़कर 2017 में 96.7 प्रतिशत हो गया है।

31 मार्च, 2017 तक 4156 विशेषज्ञों के अलावा 14350 सामान्य ड्यूटी चिकित्सा अधिकारी (जीडीएमओ) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध थे। इनमें सर्जन (86.5 प्रतिशत), प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ (74.1 प्रतिशत), चिकित्सक (84.6 प्रतिशत) और बाल रोग विशेषज्ञ (81 प्रतिशत) की भारी कमी है। कुल मिलाकर, आवश्यकता की तुलना में मौजूदा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) में 81.6 प्रतिशत विशेषज्ञों की कमी थी।

#### वित्तीय स्थिति

- स्वास्थ्य पर कुल सार्वजनिक व्यय सकल घरेलू उत्पाद का 5.2 प्रतिशत है।
- सार्वजनिक निवेश सकल घरेलू उत्पाद का 0.9 प्रतिशत है।
- स्वास्थ्य के लिए बजट आवंटन केंद्रीय बजट का 1.3 प्रतिशत है।
- सरकारी व्यय 25 प्रतिशत
- व्यक्तिगत खर्च 75 फीसदी

- राज्य को केंद्र सरकार का योगदान 15 प्रतिशत
- राज्यों का बजटीय आवंटन 7 फीसदी से घटाकर 5.5 फीसदी किया गया है। भारत का स्वास्थ्य बजट लगभग 4000 करोड़ रुपये तक बढ़ गया है। 21113.33 करोड़ (\$ 4.35 अरब)

### अपनी प्रगति की जाँच करें 1

1) भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

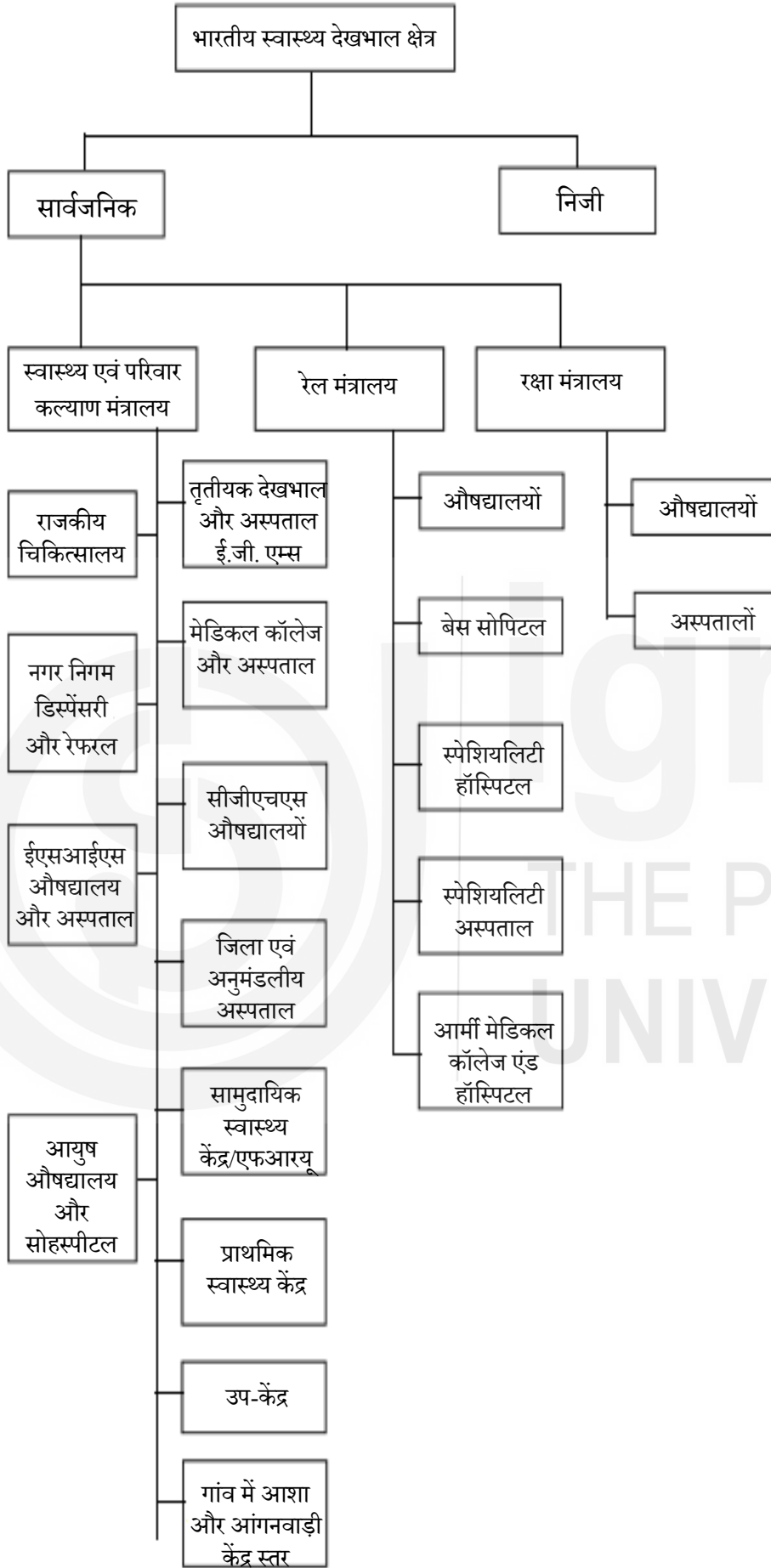
## 6.4 भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल की डिलीवरी

स्वास्थ्य भारत के सबसे बड़े सेवा क्षेत्र में से एक है। भारतीय संविधान के तहत स्वास्थ्य राज्य का विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों (लाभ के साथ-साथ गैर-लाभकारी अभिनेता भी काम करते हैं)। जबकि राज्य अपने संबंधित स्वास्थ्य प्रणालियों के कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं, कुछ जिम्मेदारियां संघीय (केंद्र) सरकार पर भी आती हैं, अर्थात् नीति-निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और विभिन्न प्रांतीय स्वास्थ्य प्राधिकरणों के काम का समन्वय करने के पहलू और राष्ट्रीय कार्यक्रमों को लागू करने के लिए धन उपलब्ध कराना।

### 6.4.1 भारत में स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली का मॉडल

भारत 28 राज्यों और 8 केंद्र शासित प्रदेशों का एक संघ है। राज्य लोगों को स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने से संबंधित मामलों में काफी हद तक स्वतंत्र हैं। प्रत्येक राज्य ने केंद्र सरकार से स्वतंत्र स्वास्थ्य देखभाल वितरण की अपनी प्रणाली विकसित की है।

राष्ट्रीय स्तर पर संगठन में केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय शामिल है। प्रत्येक राज्य में, संगठन राज्य के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के अधीन है जिसका नेतृत्व एक राज्य मंत्री द्वारा किया जाता है और सचिव / आयुक्त (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण) के प्रभार के तहत एक सचिवालय होता है।



चित्र 6.1 : भारत में स्वास्थ्य वितरण प्रणाली

## अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) भारत में हेल्थ केयर डिलीवरी का मॉडल पेश करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6.5 स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के अंग

केंद्र सरकार की जिम्मेदारी में मुख्य रूप से नीति निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और राज्य स्वास्थ्य मंत्रालयों के काम का समन्वय शामिल है। भारत में स्वास्थ्य प्रणाली के तीन मुख्य अंग हैं:

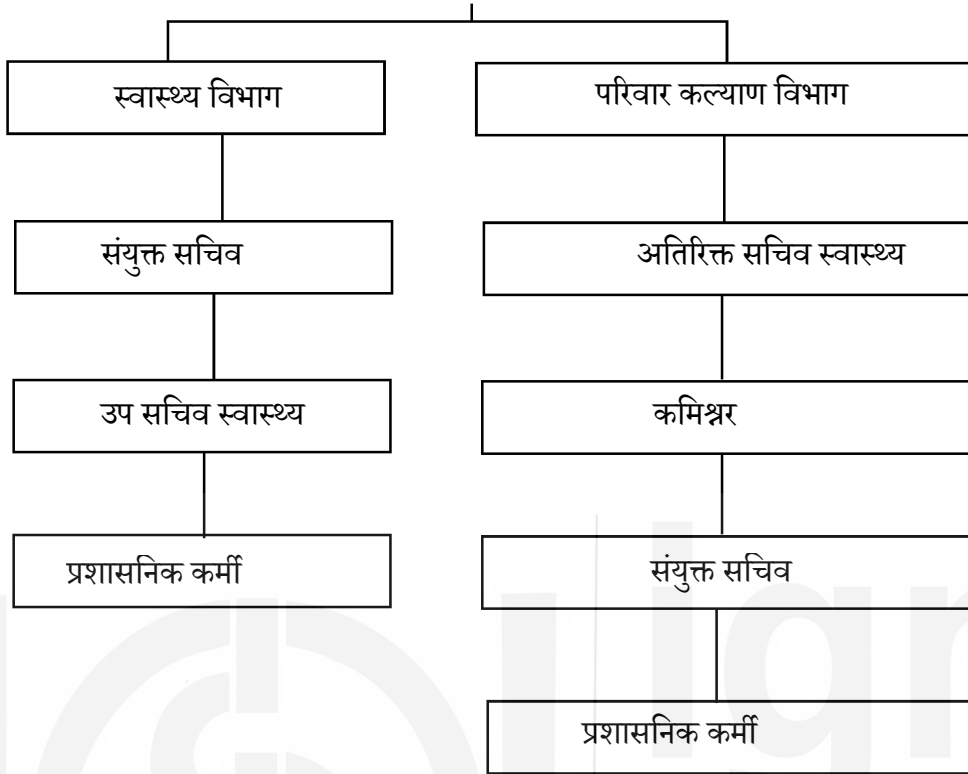
- 1) केंद्रीय
- 2) राज्य
- 3) स्थानीय और परिधीय

### 6.5.1 केंद्रीय स्तर पर स्वास्थ्य वितरण

राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य प्रणाली के आधिकारिक अंगों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
- स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय
- केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण परिषद

स्वास्थ्य प्रशासन का पदानुक्रम



स्वास्थ्य देखभाल प्रशासन के कार्य:

संघ की सूची

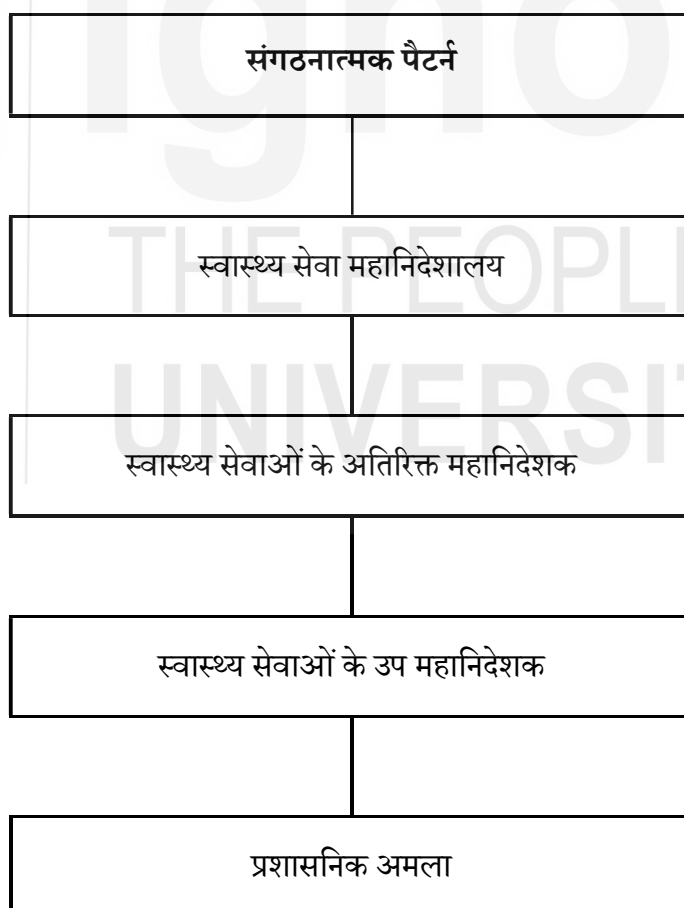
- अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य संबंध और प्रशासन
- केंद्रीय संस्थानों का प्रशासन जैसे अखिल भारतीय स्वच्छता और सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान, कोलकाता
- अनुसंधान केंद्रों के माध्यम से अनुसंधान को बढ़ावा देना
- चिकित्सा, फार्मास्यूटिकल, दंत चिकित्सा और नर्सिंग पेशे का विनियमन और विकास
- दवा मानकों की स्थापना और रखरखाव
- जनगणना और अन्य सांख्यिकीय आंकड़ों का संग्रह और प्रकाशन
- आप्रवासन और उत्प्रवास
- खानों और तेल क्षेत्रों के कामकाज में श्रम का विनियमन
- स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए राज्यों और अन्य मंत्रालयों के साथ समन्वय।

समवर्ती सूची

समवर्ती सूची के तहत सूचीबद्ध कार्य केंद्र और राज्य सरकारों दोनों की जिम्मेदारी हैं:

- संचारी रोगों की रोकथाम
- खाद्य पदार्थों में मिलावट की रोकथाम
- दवाओं और जहर का नियंत्रण महत्वपूर्ण सांख्यिकी श्रम कल्याण
- बंदरगाह
- आर्थिक और सामाजिक नियोजन
- जनसंख्या नियंत्रण और परिवार नियोजन
- केन्द्रीय स्वास्थ्य शिक्षा ब्यूरो के माध्यम से स्वास्थ्य जागरूकता पैदा करने के लिए स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री तैयार करना
- केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो के माध्यम से सूचना का संग्रह, संकलन विश्लेषण, मूल्यांकन और प्रसार
- नेशनल मेडिकल लाइब्रेरी।

### 6.5.1.2 स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय



#### कार्य

- अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य संबंध और देश के सभी प्रमुख बंदरगाहों और अंतरराष्ट्रीय हवाई अड्डे का संगरोध
- दवा मानकों का नियंत्रण

- मेडिकल स्टोर डिपो का रखरखाव
- स्नातकोत्तर प्रशिक्षण कार्यक्रमों का प्रशासन
- भारत में कुछ मेडिकल कॉलेजों का प्रशासन
- भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के माध्यम से चिकित्सा अनुसंधान करना
- केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों का कार्यान्वयन।
- केन्द्र के माध्यम से स्वास्थ्य जागरूकता पैदा करने के लिए स्वास्थ्य शिक्षा की तैयारी
- हेल्थ एजुकेशन ब्यूरो
- केंद्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो के माध्यम से सूचना का संग्रह, संकलन, विश्लेषण, मूल्यांकन और प्रसार
- नेशनल मेडिकल लाइब्रेरी।

➤ **केंद्रीय स्वास्थ्य परिषद**



➤ **कार्य**

- पर्यावरण स्वच्छता, पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा जैसे स्वास्थ्य से संबंधित मामलों के संबंध में नीति पर व्यापक विचार करना
- चिकित्सा और सार्वजनिक स्वास्थ्य मामलों से संबंधित कानून के लिए प्रस्ताव बनाना
- सहायता अनुदान के वितरण के संबंध में केन्द्र सरकार को सिफारिशें करना।

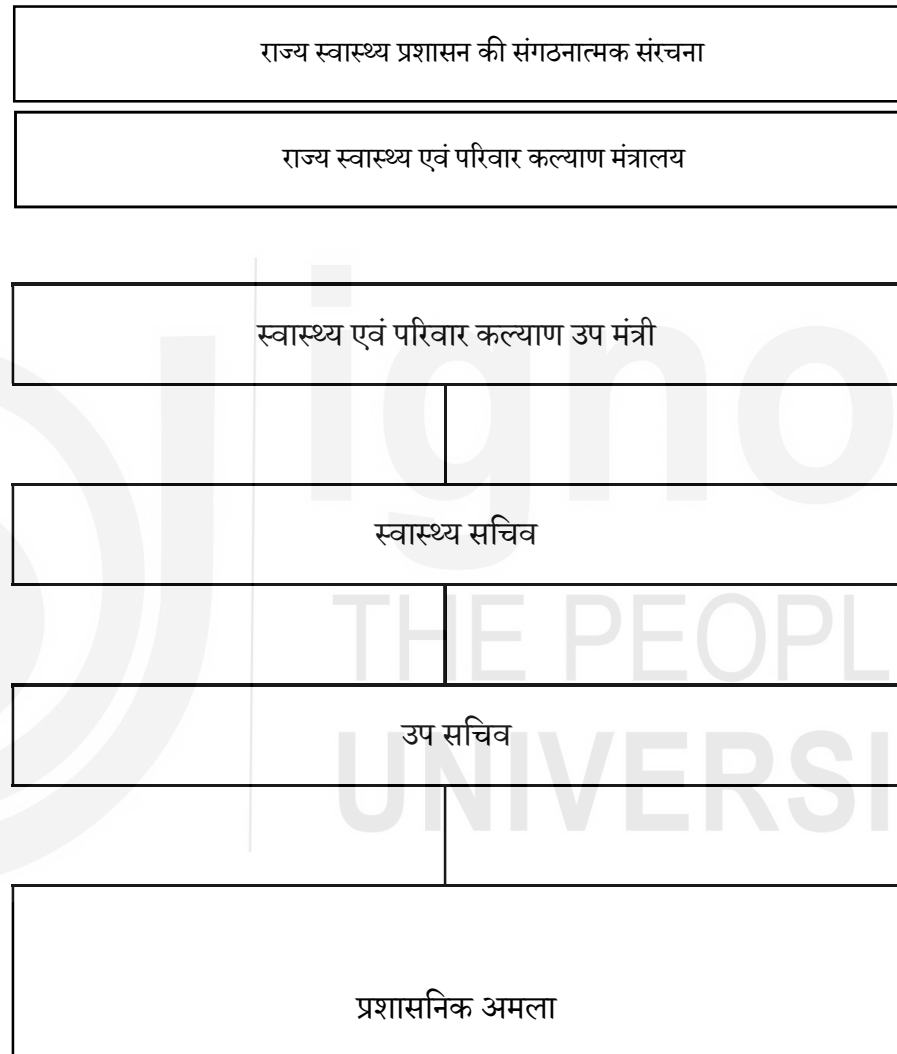
ignou  
THE PEOPLE'S  
UNIVERSITY

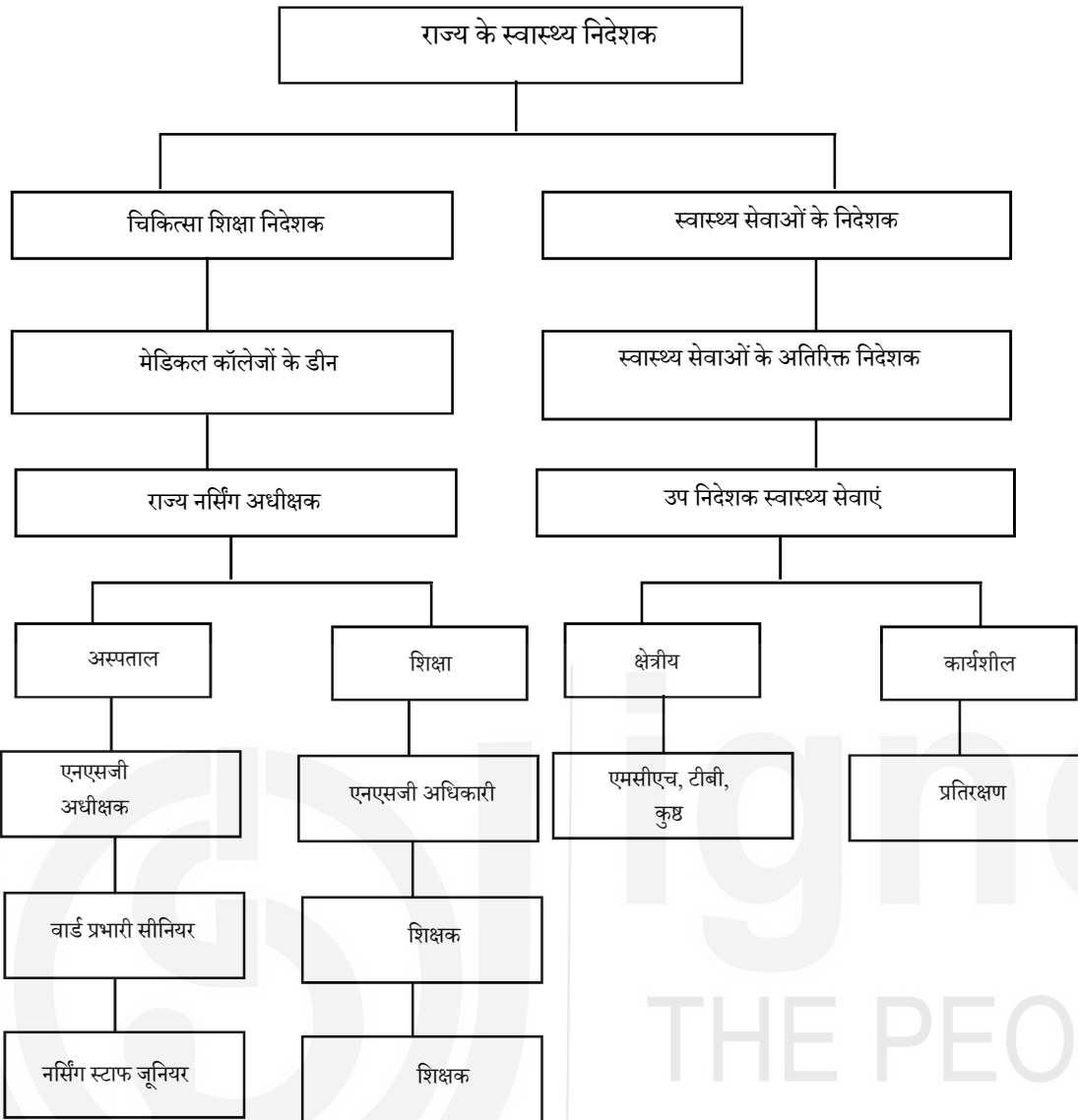
## 6.5.2 राज्य स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल

स्वास्थ्य विषयों को तीन समूहों में विभाजित किया गया है: संघीय, समवर्ती और राज्य। राज्य सूची राज्य की जिम्मेदारी है, जिसमें राज्य के भीतर चिकित्सा देखभाल, निवारक स्वास्थ्य सेवाओं और तीर्थयात्रा का प्रावधान शामिल है।

### राज्य स्वास्थ्य प्रशासन

वर्तमान में भारत में 28 राज्य हैं, प्रत्येक राज्य का अपना स्वास्थ्य प्रशासन है।





### ➤ राज्य स्वास्थ्य निदेशक के कार्य

- राज्य में स्वास्थ्य समस्या का गहराई से अध्ययन और उन्हें हल करने के लिए योजना बनाना।
- उपचारात्मक और निवारक सेवाएं प्रदान करना ।
- दूध और खाद्य स्वच्छता के नियंत्रण के लिए प्रावधान।
- संचारी रोगों के किसी भी प्रकोप की रोकथाम ।
- स्वास्थ्य शिक्षा को बढ़ावा देना।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमों जैसे स्कूल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, व्यावसायिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना।
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की देखरेख करना।
- स्वास्थ्य कर्मियों के लिए प्रशिक्षण परिणामों की स्थापना।

- शिक्षा मंत्री, केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री और स्वैच्छिक एजेंसी जैसे अन्य राज्य मंत्रियों के साथ सभी स्वास्थ्य सेवाओं का समन्वय।

### 6.5.3 जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल

भारत के प्रत्येक जिले में, छह प्रकार के प्रशासनिक क्षेत्र हैं।

- 1) उप-विभाजन
- 2) तहसीलें (तालुक)
- 3) सामुदायिक विकास खंड
- 4) नगर पालिकाओं और निगमों
- 5) गाँव और
- 6) पंचायतें।

#### ➤ नगर पालिका बोर्ड के कार्य

- सड़कों का निर्माण और रखरखाव
- स्वच्छता और जल निकासी
- स्ट्रीट लाइटिंग
- पानी की आपूर्ति
- अस्पताल और औषधालयों का रखरखाव
- जन्म और मृत्यु आदि का पंजीकरण।
- निगमों का नेतृत्व महापौर द्वारा किया जाता है, जो शहर के विभिन्न वार्डों से चुने गए पार्षदों द्वारा चुने जाते हैं।

#### ➤ ग्राम स्तर: पंचायती राज

पंचायत राज ग्रामीण स्थानीय स्वशासन की एक त्रि-स्तरीय संरचना है जो गांवों को जिले से जोड़ती है:

- पंचायत (ग्राम स्तर पर)
- पंचायत समिति (खंड स्तर पर)
- जिला परिषद (जिला स्तर पर)

### 6.5.4 ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

- 1) गांव के स्तर पर
- 2) केंद्र स्तर पर
- 3) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर
- 4) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर।

ग्रामीण स्तर पर, प्राथमिक सेवाएं निम्नलिखित द्वारा प्रदान की जाती हैं:

- 1) **ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शक:** ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शक ऐसा व्यक्ति होता है जिसमें समाज सेवा के लिए योग्यता हो और वह सरकारी अधिकारी नहीं हो। ग्राम स्वास्थ्य गाइड योजना 2 अक्टूबर, 1977 को शुरू की गई थी। वह सामान्य मामूली बीमारियों के लिए उपचार प्रदान करता है तथा दुर्घटनाओं और आपातकाल के दौरान प्राथमिक चिकित्सा; एमसीएच देखभाल; परिवार नियोजन; स्वास्थ्य शिक्षा आदि कार्यों में मदद करता है।
- 2) **स्थानीय मंच:** ग्रामीण क्षेत्रों में अधिकांश प्रसव *अप्रशिक्षित दाई द्वारा संभाले जाते थे।* दाई के लिए प्रशिक्षण 30 कार्य दिवसों के लिए दिया जाता है। प्रशिक्षण की अवधि के दौरान प्रत्येक दाई को 300 रुपये का वजीफा दिया जाता है। अपने प्रशिक्षण के दौरान प्रत्येक दाई को स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला), सहायक नर्स और मिडवाइफ, स्वास्थ्य सहायक (महिला) की देखरेख और मार्गदर्शन में कम से कम 2 प्रसव **कराने** की आवश्यकता होती है। **दाई** एमसीएच देखभाल का कार्य करती हैं; परिवार नियोजन; टीकाकरण; स्वास्थ्य, रेफरल सेवाओं के बारे में शिक्षा; सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता और पोषण।
- 3) **आंगनवाड़ी कार्यकर्ता:** एकीकृत बाल विकास योजना (आईसीडीएस) के तहत 1000 की आबादी के लिए एक आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का प्रावधान है। प्रत्येक आईसीडीएस परियोजना में ऐसे लगभग 100 कामगार हैं। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का चयन समुदाय से किया जाता है और वह चार महीने तक स्वास्थ्य, पोषण और बाल विकास के विभिन्न पहलुओं में प्रशिक्षण लेती है। वह अंशकालिक कार्यकर्ता है और मानदेय प्राप्त करती है। वह मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (एमसीएच) परिवार नियोजन; टीकाकरण, स्वास्थ्य के बारे में शिक्षा, रेफरल सेवाएं, सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता, पूरक पोषण और बच्चों की अनौपचारिक शिक्षा आदि की देखभाल करती है।
- 4) **मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा):** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रमुख घटकों में से एक देश के प्रत्येक गांव को गांव से चयनित एक प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता — आशा प्रदान करना है। आशा को समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच इंटरफेस के रूप में काम करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। 1000 की आबादी पर एक आशा का प्रावधान है। आशा मुख्य रूप से गांव की ही एक महिला होनी चाहिए। आशा जागरूकता पैदा करने और पोषण, बुनियादी स्वच्छता और स्वच्छता अभ्यास, स्वस्थ रहने और काम करने की स्थिति, मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं की जानकारी और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं के समय पर उपयोग की आवश्यकता जैसे स्वास्थ्य के निर्धारकों पर समुदाय को जानकारी प्रदान करने के लिए कदम उठाएगी। वह जन्म की तैयारी, सुरक्षित प्रसव के महत्व, स्तनपान और पूरक आहार, टीकाकरण, गर्भनिरोधक और प्रजनन पथ संक्रमण, यौन सहित सामान्य संक्रमणों की रोकथाम पर महिलाओं को परामर्श देगी संचारित संक्रमण और छोटे बच्चे की देखभाल करेगी। आशा समुदाय को जुटाएगी और उन्हें गांव/ उप-केंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध स्वास्थ्य और स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं जैसे टीकाकरण, प्रसव पूर्व का आकलन करने में सुविधा प्रदान करेगी सरकार द्वारा प्रदान की

जा रही चेकअप (एएनसी), प्रसवोत्तर जांच (पीएनसी), आईसीडी, स्वच्छता और अन्य सेवाएं। वह गर्भवती महिलाओं और निकटतम पूर्व-चिन्हित स्वास्थ्य सुविधा में उपचार / प्रवेश की आवश्यकता वाले बच्चों के साथ एस्कॉर्ट/आशा प्राथमिक चिकित्सा देखभाल या मामूली बीमारियों जैसे दस्त, बुखार और मामूली चोटों के लिए प्राथमिक चिकित्सा प्रदान करेगी। वह जन्म और मृत्यु और समुदाय में किसी भी असामान्य स्वास्थ्य समस्याओं/बीमारी के प्रकोप के बारे में उप-केंद्र/प्राथमिक को भी सूचित करेगी वह इसके तहत संपूर्ण स्वच्छता अभियान तथा घरेलू शौचालयों के निर्माण को भी बढ़ावा देंगी

### अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के अंग क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

2) केंद्रीय स्वास्थ्य प्रशासन परिषद के पदानुक्रम का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) राज्य स्वास्थ्य प्रशासन का मॉडल दीजिए।

.....

.....

.....

.....

## 6.6 स्वास्थ्य वितरण के कामकाज का महत्वपूर्ण मूल्यांकन

अभी भी तय मानक से 16 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और 58 प्रतिशत सीएचसी कम है; इसके अतिरिक्त कर्मचारियों की अनुपलब्धता; कमजोर रेफरल प्रणाली; आवर्ती धन की कमी; और देखभाल की गुणवत्ता के लिए जवाबदेही की कमी आदि भी प्रमुख समस्याएँ हैं।

### 6.6.1 सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में समस्याएँ

बड़े पैमाने पर सार्वजनिक स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे का बहुत कम उपयोग; खराब उपलब्धता और पहुंच; और सार्वजनिक स्वास्थ्य इकाइयों के असंतोषजनक काम प्रमुख समस्याएँ हैं। केवल 20 प्रतिशत ओपीडी और 45 प्रतिशत रोगी देखभाल सरकारी स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे से प्राप्त होती है, जबकि शेष निजी क्षेत्र से होती है।

### 6.6.2 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

इस बात पर जोर देना महत्वपूर्ण है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केवल एक वर्णनात्मक शब्द नहीं है जो स्वास्थ्य देखभाल के पहले स्तर को दर्शाता है। यह स्वास्थ्य के बारे में व्यापक दृष्टिकोण है जो बीसवीं शताब्दी के सार्वजनिक स्वास्थ्य की सबसे महत्वपूर्ण वैचारिक प्रगति को उभरता है। जैव-चिकित्सा विज्ञान से प्राप्त तकनीकी-केंद्रित दृष्टिकोणों के विपरीत— जैसे चेचक और मलेरिया के खिलाफ रैखिक अभियान — प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण जटिल सामाजिक-आर्थिक, राजनीतिक और तकनीकी संबंधों का सामना करता है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का मुख्य जोर इस बात पर है:

- स्वास्थ्य देखभाल में समानता;
- लोगों की पूर्ण भागीदारी के साथ आवश्यकता-आधारित, सामाजिक रूप से स्वीकार्य सेवाएं;
- अंतर-क्षेत्रीय रणनीतियों के माध्यम से राष्ट्रीय विकास योजनाओं में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को शामिल करने के लिए राज्य की जिम्मेदारी;
- माध्यमिक और तृतीयक देखभाल के समर्थन के साथ आत्मनिर्भरता और प्रभावी बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने वाली सस्ती प्रौद्योगिकियां; और
- व्यक्तिगत नहीं सामूहिक प्रयास।

सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय कारकों और स्वास्थ्य संक्रमणों के बीच संबंध पर जोर देने वाले तकनीकी दृष्टिकोण और शोधों की बार-बार विफलताओं ने 1978 में अल्मा-अता घोषणा का नेतृत्व किया। इसमें कहा गया है कि स्वास्थ्य के वांछित स्तर को प्राप्त करने के लिए केवल औपचारिक सरकारी सहायता पर्याप्त नहीं होगी और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को स्वास्थ्य नियोजन के लिए राष्ट्रीय रणनीतियों के पुनः उन्मुखीकरण की आवश्यकता होगी। इसका मतलब है कि वंचितों को स्वास्थ्य संसाधनों का हस्तांतरण होगा। स्वास्थ्य बजट को तब तक बढ़ाना पड़ सकता है जब तक कि कुल आबादी को आवश्यक देखभाल नहीं मिल जाती और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का समर्थन करने वाले संस्थानों को प्रभावी नहीं बनाया जाता।

प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) जिसमें चार डॉक्टर, एक पीएचएन, दो नर्स मिडवाइफ, आठ एएनएम (महिलाएं), चार बहुउद्देशीय कामगार (एमपीडब्ल्यू), एक फार्मसिस्ट, एक लिपिक/सहायक, एक कार्यालय सहायक, एक प्रयोगशाला शामिल है। तकनीशियन, एक ड्राइवर, एक स्वीपर- यह 6 लाख रुपये के वेतन और लाभ/कैपिटेशन को जोड़ता है (राज्यों में वेतन संरचना अलग-अलग हो सकती है और इसलिए यह भिन्न हो सकती है)। डॉक्टरों और नर्सों को या तो वेतनभोगी या अनुबंधित किया

जा सकता है। उपचारात्मक देखभाल घटक को प्रत्येक प्रदाता को सौंपे जाने वाले परिवारों (घनत्व के आधार पर 500-2000) के साथ एक पारिवारिक चिकित्सा पद्धति के रूप में काम करना चाहिए। प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में 10 बेड होने चाहिए। 20,000 आबादी को कवर करने के लिए औसत ग्रामीण इकाई (घनत्व के आधार पर 10-30 हजार की सीमा में); 50,000 आबादी को कवर करने के लिए औसत शहरी इकाई (घनत्व के आधार पर 30-70 हजार आबादी की सीमा में)। ग्रामीण क्षेत्रों में प्रत्येक 5 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक 50 बिस्तरों वाला अस्पताल होगा और इस पर प्रति वर्ष प्रति बिस्तर 400,000 रुपये या ऐसे अस्पताल के लिए 20 लाख रुपये खर्च होंगे। इस अनुपात के अनुसार हमें 7500 ग्रामीण अस्पतालों की आवश्यकता होगी और यह 10,000 करोड़ रुपये में तब्दील हो जाएगा। पूरे देश के लिए 150 अरब रुपये। शहरी क्षेत्रों में प्रत्येक 10 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए 200 बिस्तरों वाले एक अस्पताल की आवश्यकता होगी और इस पर प्रति वर्ष प्रति बिस्तर 500,000 रुपये या प्रति अस्पताल 100 लाख रुपये खर्च होंगे। इस अनुपात के अनुसार ऐसे 700 अस्पतालों की आवश्यकता होगी और यह 10,000 करोड़ रुपये में तब्दील हो जाएगा। पूरे देश के लिए 70 अरब रुपये।

इस प्रकार यह स्पष्ट है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की उपेक्षा सरकारी नीति निर्माण से बड़ा मुद्दा है। यह समग्र राजनीतिक अर्थव्यवस्था का केंद्र बिंदू है। पूंजीवाद के तहत केवल एक अच्छी तरह से विकसित कल्याणकारी राज्य ही अपनी आबादी की बुनियादी जरूरतों को पूरा कर सकता है। भारत के पिछड़ेपन को देखते हुए अर्थव्यवस्था के उत्पादक क्षेत्रों (जो सीधे पूंजी संचय को लाभ पहुंचाते हैं) के लिए सार्वजनिक संसाधनों की मांग सामाजिक क्षेत्रों की तुलना में अधिक जरूरी (व्यावसायिक दृष्टिकोण से) है। वही व्यापक और सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा के लिए नीति मार्ग बुरी तरह विफल रहा है। अब अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की दिशा में ध्यान बदलने का समय आ गया है। यह अवसरस्वास्थ्य देखभाल के संवैधानिक प्रावधानों और विमर्श, अंतरराष्ट्रीय कानूनों, और नागरिक समाज को जुटाने और अधिकार पर सामाजिक-राजनीतिक आम सहमति बनाने की क्षमता के रूप में मौजूद है। पूरे देश में इस दिशा में बहुत सारे छोटे प्रयास किए जा रहे हैं, उदाहरण के लिए जन स्वास्थ्य आंदोलन या **जन स्वास्थ्य अभियान (जेएसए)**। इन प्रयासों को बढ़ाने के लिए तालमेल बनाना होगा ताकि भारत के लोग स्वास्थ्य सेवा के अधिकार का आनंद ले सकें। सरकारी मोर्चे पर मनमोहन सिंह की यूपीए सरकार अपने प्रमुख कार्यक्रमों में से एक, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का पुनर्गठन करने का वादा करती थी।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन दस्तावेज की प्रस्तावना में कहा गया है, “भारत सरकार ने आर्थिक और सामाजिक विकास की प्रक्रिया में स्वास्थ्य के महत्व को पहचानते हुए और हमारे नागरिकों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करते हुए, आवश्यक वास्तुशिल्प सुधार करने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू करने का संकल्प लिया है। बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली .... मिशन का लक्ष्य लोगों, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों, गरीबों, महिलाओं और बच्चों के लिए गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता और पहुंच में सुधार करना है” (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय) : 2005)। यह लक्ष्य ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा के तीन स्तरों — उपकेंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और सीएचसी को मजबूत करके प्राप्त किया जाएगा। गांव/बस्ती स्तर पर आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य

कार्यकर्ता) नामक एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त की जाएगी जो ग्रामीण क्षेत्रों में शेष सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के लिए लिंक कार्यकर्ता होगी। मिशन के अंतर्गत प्रत्येक स्तर पर अतिरिक्त संसाधन आबंटन और सुविधाओं के उन्नयन की योजना बनाई गई है।

निष्कर्ष के रूप में कहा जा सकता है, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का उपयोग एक नई स्वास्थ्य वित्तपोषण रणनीति तैयार करने के अवसर के रूप में किया जाना चाहिए, जो स्थानीय सरकारों को वित्तीय संसाधनों को हस्तांतरित करता है और इसके कार्यान्वयन की निगरानी के लिए एक सामाजिक लेखा परीक्षा ढांचे का उपयोग करता है। केवल इससे संरचनात्मक परिवर्तन होंगे और भारतीय लोगों के स्वास्थ्य में सुधार होगा। लेकिन सरकार तब तक ऐसा नहीं करेगी जब तक कि स्वास्थ्य सेवा एक राजनीतिक एजेंडा नहीं बन जाती और चुनाव नहीं कराती। इस प्रकार, नागरिक समाज को नीचे से दबाव डालना होगा। स्वास्थ्य सेवा के अधिकार पर अभियान शुरू करने वाले **जन स्वास्थ्य अभियान** की पहल इस दिशा में उठाया गया एक ऐसा ही कदम है। जन स्वास्थ्य अभियान ने एक पीपुल्स हेल्थ चार्टर तैयार किया है, स्वास्थ्य सेवा के अधिकार पर अभियान का समर्थन करने के लिए 18 राज्यों में समूहों को जुटाया है, इनकार करने पर सार्वजनिक सुनवाई आयोजित करने के लिए राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग के साथ सहयोग किया है। देश भर में स्वास्थ्य सेवा मंत्रालय और अब राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन सक्रिय रूप से जुड़ रहा है ताकि न केवल इसके माध्यम से इसकी प्रगति की निगरानी की जा सके सामुदायिक भागीदारी लेकिन इसका उपयोग भारत में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा के पुनर्गठन के अवसर के रूप में भी करें।

### 6.6.3 माध्यमिक और तृतीयक देखभाल

**माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल:** माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल जिला स्तर पर है — जहां अधिकांश स्थितियों का इलाज विशेषज्ञों द्वारा किया जाता है। माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा में हृदय रोग विशेषज्ञ, त्वचा विशेषज्ञ, मूत्र रोग विशेषज्ञ और अन्य जैसे विशेषज्ञ शामिल हैं। व्यक्ति प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के रेफरल के माध्यम से माध्यमिक चिकित्सा सहायता प्रदाताओं तक पहुंचते हैं। कुछ देशों में, व्यक्ति पहली देखभाल स्तर पर चिकित्सा व्यक्ति के रेफरल के बिना विशेषज्ञों से परामर्श नहीं कर सकते हैं। माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता रोगी और इसलिए उन्नत चिकित्सा सहायता के बीच संपर्क के रूप में कार्य करते हैं। इस श्रेणी के अंतर्गत आने वाली प्रणालियों को जिला स्वास्थ्य प्रणाली और काउंटी स्वास्थ्य प्रणाली के रूप में जाना जाता है।

जिला स्वास्थ्य प्रणाली मुख्य रूप से बाल स्वास्थ्य और मातृत्व देखभाल पर केंद्रित है। स्वास्थ्य केंद्र विभिन्न प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों से रेफरल प्राप्त करते हैं और 24 घंटे खुले रहते हैं। जिला अस्पतालों में आपातकालीन सेवाएं, नवजात शिशु देखभाल, व्यापक आपातकालीन प्रसूति शामिल हैं।

#### तृतीयक स्वास्थ्य सेवा

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा उन अस्पतालों में प्रदान की जाती है जिनमें सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एक विशेषता और सुपर स्पेशियलिटी विभाग होते हैं। यह पदानुक्रम के भीतर शीर्ष पर रैंक करता है। अनुसंधान केंद्र तृतीयक स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत भी आते हैं। यह वह देखभाल है जो पहले और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा रोगियों के लिए रेफरल के रूप में आती है। कैसर, या

न्यूरोलॉजिकल विकारों जैसी बीमारियों के लिए प्रमुख सर्जरी, प्रत्यारोपण, प्रतिस्थापन और दीर्घकालिक चिकित्सा सहायता प्रबंधन जैसी उन्नत चिकित्सा प्रक्रियाओं की आवश्यकता हो सकती है।

विशेष प्रवाहकीय चिकित्सा सहायता उच्चतम प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल पद्धति है और सभी मुख्य चिकित्सा प्रक्रियाओं को निष्पादित करती है। उन्नत नैदानिक केंद्र, विशेष चिकित्सा देखभाल इकाइयां और आधुनिक चिकित्सा सुविधाएं तृतीयक चिकित्सा सहायता में प्रमुख विशेषताएं हैं। तृतीयक चिकित्सा सहायता प्रदान करने वाली प्रथाएं सरकार का एक हिस्सा या सार्वजनिक और व्यक्तिगत दोनों क्षेत्रों का मिश्रण हो सकती हैं। भारत में स्वास्थ्य सेवा प्रणाली उत्तरार्द्ध का एक उदाहरण है।

#### अपनी प्रगति की जाँच करें 4

1) स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली के कामकाज का गंभीर रूप से मूल्यांकन करें?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2) माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का वर्णन करें?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 6.7 सारांश

हेल्थकेयर भारत के सबसे बड़े सेवा क्षेत्रों में से एक है। भारतीय संविधान के तहत स्वास्थ्य राज्य का विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों (लाभ के साथ-साथ गैर-लाभकारी अभिनेता भी काम करते हैं)। जबकि राज्य अपनी संबंधित स्वास्थ्य प्रणालियों के कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं, कुछ जिम्मेदारियां संघीय (केंद्र) सरकार पर भी आती हैं, अर्थात् नीति-निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और विभिन्न प्रांतीय स्वास्थ्य प्राधिकरणों के काम का समन्वय करने के पहलू और राष्ट्रीय कार्यक्रमों को लागू करने के लिए धन प्रदान करना। स्वास्थ्य विषयों को तीन समूहों में विभाजित किया गया है: संघीय, समवर्ती और राज्य। राज्य सूची राज्य की जिम्मेदारी है, जिसमें राज्य के भीतर चिकित्सा देखभाल, निवारक स्वास्थ्य सेवाओं और तीर्थयात्रा का

प्रावधान शामिल है। वर्तमान में भारत में 29 राज्य हैं, प्रत्येक राज्य का अपना स्वास्थ्य प्रशासन है। ग्राम स्तर पर, ग्राम स्वास्थ्य गाइड, स्थानीय मंच, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा कार्यकर्ताओं द्वारा प्राथमिक सेवाएं प्रदान की जाती हैं। स्वास्थ्य सेवा को राजनीतिक एजेंडे पर लाने की पहल बहुआयामी होनी चाहिए और विभिन्न स्तरों पर लड़ी जानी चाहिए। यहां विचार कार्य योजना विकसित करना नहीं है, बल्कि स्वास्थ्य सेवा के अधिकार के लिए आम सहमति और संघर्ष बनाने के लिए आवश्यक विभिन्न कदमों और भागीदारी को इंगित करना है।

## 6.8 मुख्य शब्द

**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी):** सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्वास्थ्य देखभाल के माध्यमिक स्तर का गठन करते हैं, उन्हें ग्रामीण आबादी को रेफरल के साथ-साथ विशेषज्ञ स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। चिकित्सा सेवाओं के अलावा, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के कार्यों में सुरक्षित पेयजल और बुनियादी स्वच्छता, स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण, क्षेत्र के महत्वपूर्ण आंकड़ों का संग्रह, स्वास्थ्य और पोषण, शिक्षा के लिए प्रावधान करना भी शामिल है।

**प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पीएचसी):** प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल व्यावहारिक, वैज्ञानिक और सामाजिक रूप से स्वीकार्य तरीकों और प्रौद्योगिकी के आधार पर आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल है जो व्यक्तियों के लिए सार्वभौमिक रूप से सुलभ है। इसमें शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण शामिल है और यह रोग-केंद्रित के बजाय जन-केंद्रित है।

**मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा):** एक मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा नियुक्त एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता है। आशा कार्यकर्ता स्वास्थ्य और उसके सामाजिक निर्धारकों के बारे में जागरूकता पैदा करती है और समुदाय को स्थानीय स्वास्थ्य योजना और मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग और जवाबदेही में वृद्धि के लिए लामबंद करती है।

**राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम):** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भारत सरकार द्वारा ग्रामीण आबादी, विशेष रूप से कमजोर समूहों को सुलभ, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। मिशन का जोर एक पूर्ण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली, विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य वितरण प्रणाली स्थापित करने पर है ताकि निर्धारकों की एक विस्तृत श्रृंखला पर एक साथ कार्रवाई सुनिश्चित की जा सके स्वास्थ्य जैसे पानी, स्वच्छता, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता।

## 6.9 संदर्भ और ग्रंथ सूची

- Anstey, V. (1936), *The Economic Development of India*, London: Longmans.
- Arnold, D. ((1985), "Medical Priorities and Practice in Nineteenth Century British India", *South Asia Research* 5, 2: 167:186.
- Bhore, Joseph (1946), *Report of the Health Survey and Development Committee*, Volume I to IV, Govt. of India, Delhi

- CBHI, Various Years: *Health Information of India*, Central Bureau of Health Intelligence, Ministry of Health and Welfare, Government of India, New Delhi
- Census of India (1911), Delhi: Government of India.
- Duggal, Ravi (2002), “Resource Generation Without Planned Allocation”, *Economic and Political Weekly*, Jan 5, 2002
- Duggal, Ravi, (2000), *The Private Health Sector in India – Nature, Trends and a Critique*, VHAI, New Delhi
- Fendall, R. (1984), *World Health Forum*, 5, 300.
- ICMR (1990), *A National Collaborative Study of High-Risk Families*, ICMR Task Force, New Delhi
- Jeffery, Roger (1988), *The Politics of Health in India*, London: University of California Press.
- Meller, H. (1979), “Urbanization and the Introduction of Modern Town Planning Ideas in India 1900-1925”, in K.N.Chaudhuri and C.J. Dewey, eds. *Economy and Society*, Oxford: Oxfam.
- Ministry of Health and Family Welfare (2005), *National Rural Health Mission*, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi
- Morley, David et al., (1984), *Practicing Health for All*, Oxford University Press.
- National Sample Survey (1987), *Morbidity and Utilization of Medical Services*, 42<sup>nd</sup> Round, Report No. 384, National Sample Survey Organisation, New Delhi.
- Ramasubban, R. (1984), “Public Health and Medical Research in India: Their Origins under the Impact of British Colonial Policy”, *Stockholm: SAREC Report No. 4*, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries.
- Rao, K.N. (1966), *The Nation's Health*, Delhi: The Publication Division.
- WHO (1961), *Planning of Public Health Services*, TRS 215, World Health Organisation, Geneva.
- WHO, (1988), *Country Profile - India*, WHO - SEARO, New Delhi