

**PART 1**  
**HEALTH CARE SYSTEM IN INIDA**

## Rural Health Care System in India

### Rural Health Care System – the structure and current scenario

The health care infrastructure in rural areas has been developed as a three tier system (see *Chart 1*) and is based on the following population norms:

Table 1.

Centre	Population Norms *	
	Plain Area	Hilly/Tribal/Difficult Area
Sub Centre	5000	3000
Primary Health Centre	30000	20000
Community Health Centre	120000	80000

**\*Number of persons covered under the services of a particular Facility (SC, PHC & CHC)**

**1.1** As on 31st March, 2019, there are 157411 Sub Centres (SC), 24855 Primary Health Centres (PHCs) and 5335 Community Health Centres (CHCs) in rural areas which are functioning in the country. Further there, are 7821 SCs which are upgraded as Health and Wellness Centre-Sub Centres (HWC-SCs) out of total 157541 SCs and 8242 Health and Wellness Centres-Primary Health Centres (HWC-PHCs) has been upgraded out of total 24855 PHCs (**Section IV, Table 6**).

#### Sub Centres (SCs)

**1.2.** The Sub Centre is the most peripheral and first contact point between the primary health care system and the community. Sub Centres are assigned tasks relating to interpersonal communication in order to bring about behavioral change and provide services

*As on 31<sup>st</sup> March, 2019, there are 157411 numbers of rural SCs functional in the country. Out of these SCs 7821 have been upgraded as HWC-SCs. The significant conversion of SCs into HWC-SCs have been observed in the States of Tamil Nadu (985), Maharashtra (939), Gujarat (813), Uttar Pradesh (726), Chhattisgarh (650), Assam (628), Andhra Pradesh (612) and Karnataka (571).*

in relation to maternal and child health, family welfare, nutrition, immunization, diarrhoea control and control of communicable diseases programmes. Each Sub Centre is required to be manned by at least one auxiliary nurse midwife (ANM) / female health worker and one male health worker (for details of staffing pattern, see

**Box 1** and for recommended staffing structure under Indian Public Health Standards (IPHS) (see **Annexure I**). Under NRHM, there is a provision for one additional second ANM on contract basis. One lady health visitor (LHV) is entrusted with the task of supervision of six Sub Centres. Government of India bears the salary of ANM and LHV while the salary of the Male Health Worker is borne by the State governments. Under the Swap Scheme, the Government of India has taken over an additional 39554 Sub Centres from State governments

/ Union territories since April, 2002 in lieu of 5434 Rural Family Welfare Centres transferred to the State governments / Union territories. There are a total 157411 (149520 SCs and 7821 HWC-SCs) Sub Centres functioning in rural areas of the country as on 31<sup>st</sup> March, 2019 (**Section IV, Table 6**). At national level there is an increase of 11385 numbers of SCs from the year 2005 (**Section I, Comparative Statement 1**).

### **Primary Health Centres (PHCs)**

**1.3.** PHC is the first contact point between village community and the medical officer. The PHCs were envisaged to provide an integrated curative and preventive health care to the rural population with emphasis on preventive and promotive aspects of health care. The PHCs are established and maintained by the State governments under the Minimum Needs Programme (MNP)/ Basic Minimum Services (BMS) Programme. As per minimum requirement (Box-1), a PHC is to be manned by a medical officer supported by 14 paramedical and other staff (See Annexure-I for IPHS norms). Under NRHM, there is a provision for two additional staff nurses at PHCs on contract basis. It acts as a referral unit for 6 Sub Centres and has 4-6 beds for patients. The activities of PHC involve curative, preventive, promotive and family welfare services. There are 24855 PHCs i.e (16613 PHCs and 8242 HWC-PHCs) functioning in rural areas of the country as on 31<sup>st</sup> March, 2019 (**Section IV, Table 6**). At national level there is an increase of 1619 PHCs from the year 2005 (**Section I, Comparative Statement 1**).

*At the national level, there are 24855 PHCs functioning (i.e 16613 PHCs and 8242 HWC-PHCs) in rural areas as on 31<sup>st</sup> March 2019. There is an upgradation of 8242 of PHCs as HWC-PHCs. The significant number of conversion of PHCs into HWC-PHCs have been observed in the States of Andhra Pradesh (1145), Uttar Pradesh (946), Odisha (827), Gujarat (772), Tamil Nadu (716) and Telangana (636).*

### **Community Health Centres (CHCs)**

**1.4.** CHCs are being established and maintained by the State government under MNP/BMS programme. As per minimum norms (Box-1), a CHC is required to be manned by four medical specialists i.e. surgeon, physician, gynecologist and pediatrician supported by 21 paramedical and other staff (See Annexure-I for IPHS norms). It has 30 in-door beds with one OT, X-ray, labour room and laboratory facilities. It serves as a referral centre for 4 PHCs and also provides facilities for obstetric care and specialist consultations. As on 31<sup>st</sup> March, 2019, there are 5335 of CHCs functioning in rural areas of the country (**Section IV, Table 6**).

*As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 5335 CHCs functional in rural areas of the country. At national level there is increase of 1989 number of CHCs from the year 2005.*

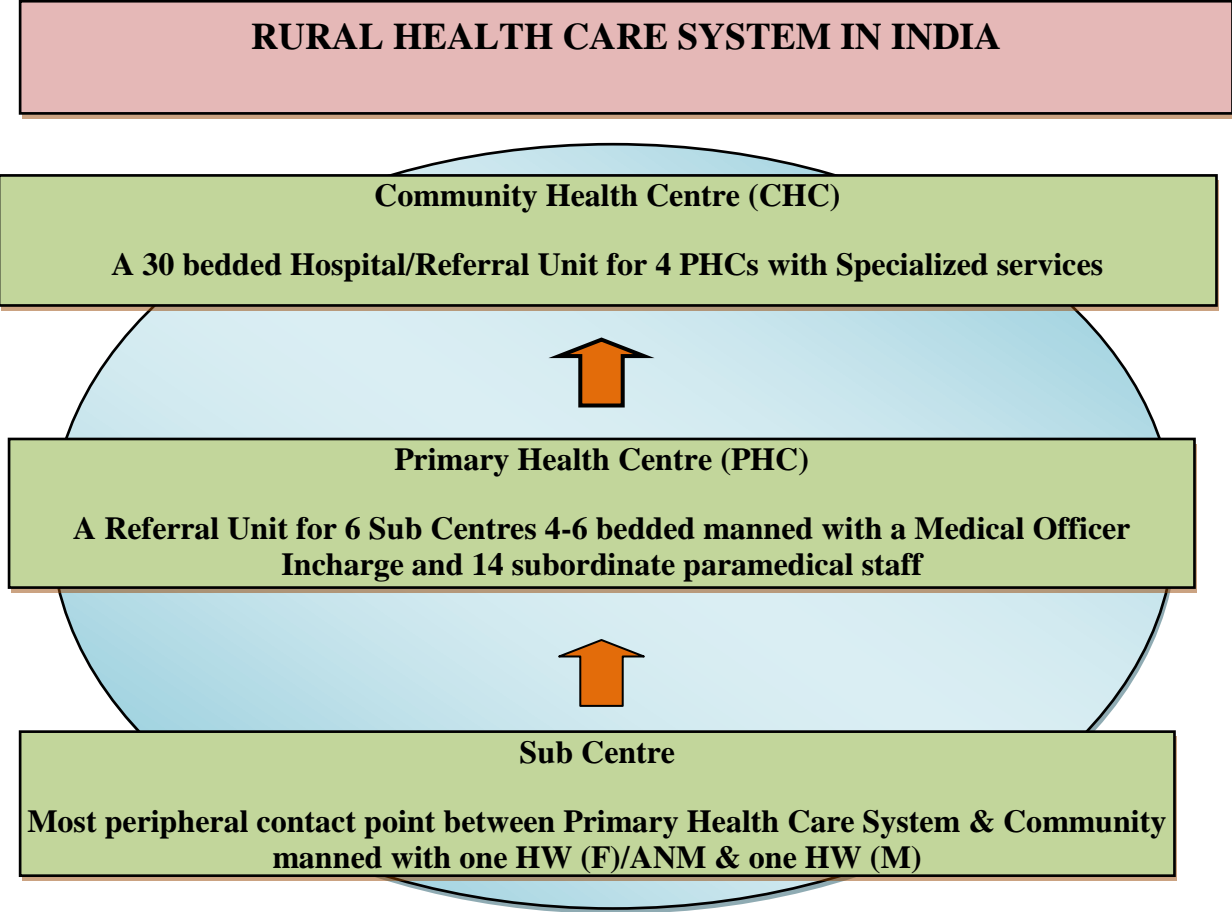
**1.5.** The details of the population norms for each level of rural health infrastructure and current status against these norms are given in *Box 2*.

**First Referral Units (FRUs)**

1.6. An existing facility (District Hospital, Sub-divisional Hospital, Community Health Centre etc.) can be declared as a fully operational First Referral Unit (FRU) only if it is equipped to provide round-the-clock services for emergency obstetric and New Born Care, in addition to all emergencies that any hospital is required to provide. It should be noted that there are three critical determinants of a facility being declared as a FRU: i) Emergency Obstetric Care including surgical interventions like caesarean sections; ii) new-born care; and iii) blood storage facility on a 24-hour basis.

As on 31st March 2019, there are 3204 FRUs functioning in the country. Out of these, 95.7% of the FRUs are having Operation Theatre facilities, 96.7% of the FRUs are having functional Labour Room while 75.3% of the FRUs are having Blood Storage/ linkage facility (Section VI, Table 48).

**Chart 1.**



**2. Strengthening of Rural Health Infrastructure under National Rural Health Mission**

2.1. The National Rural Health Mission seeks to provide effective affordable healthcare to rural population throughout the country with special focus on 18 States, which have weak

public health indicators and/or weak infrastructure. These 18 States are Arunachal Pradesh, Assam, Bihar, Chhattisgarh, Himachal Pradesh, Jharkhand, Jammu & Kashmir, Manipur, Mizoram, Meghalaya, Madhya Pradesh, Nagaland, Odisha, Rajasthan, Sikkim, Tripura, Uttarakhand and Uttar Pradesh.

**2.2.** NRHM aims to undertake architectural correction of the health system to enable it to effectively handle increased allocations and promote policies that strengthen public health management and service delivery in the country. It has as its key components provision of a female health activist in each village; a village health plan prepared through a local team headed by the Village Health, Sanitation & Nutrition Committee (VHS&NC) of the Panchayat; strengthening of the rural hospital for effective curative care and made measurable and accountable to the community through Indian Public Health Standards (IPHS); integration of vertical health & family welfare programmes, optimal utilization of funds & infrastructure, and strengthening delivery of primary healthcare. It seeks to revitalize local health traditions and mainstream AYUSH into the public health system. It further aims at effective integration of health concerns with determinants of health like sanitation & hygiene, nutrition, and safe drinking water through a District Plan for health. It seeks decentralization of programmes for district management of health and to address the inter-State and inter-district disparities, especially among the 18 high focus States, including unmet needs for public health infrastructure. It also seeks to improve access of rural people, especially poor women and children, to equitable, affordable, accountable and effective primary healthcare.

**Box 1.**

<b>STAFFING PATTERN (Minimum norm)</b>		
<b>A.</b>	<b><u>STAFF FOR SUB - CENTRE:</u></b>	<b>Number of Posts</b>
1	Health Worker (Female)/ANM.....	1
2	Additional Second ANM (on contract).....	1
3	Health Worker (Male).....	1
4	Voluntary Worker .....	1
	<b>Total</b> (excluding contractual staff): .....	<b>3</b>
<b>B. <u>STAFF FOR NEW PRIMARY HEALTH CENTRE</u></b>		
1	Medical Officer.....	1
2	Pharmacist.....	1
3	Nurse Mid-wife (Staff Nurse).....1 + 2 additional Staff Nurses on contract	
4	Health Worker (Female)/ANM.....	1
5	Health Educator.....	1
6	Health Assistant (Male).....	1
7	Health Assistant (Female)/LHV.....	1
8	Upper Division Clerk.....	1
9	Lower Division Clerk.....	1
10	Laboratory Technician .....	1

11	Driver (Subject to availability of Vehicle) .....	1
12	Class IV .....	4
<b>Total</b> (excluding contractual staff):.....		<b>15</b>

**C. STAFF FOR COMMUNITY HEALTH CENTRE:**

1	Medical Officer # .....	4
2	Nurse Mid– Wife (staff Nurse) .....	7
3	Dresser .....	1
4	Pharmacist/Compounder .....	1
5	Laboratory Technician .....	1
6	Radiographer .....	1
7	Ward Boys .....	2
8	Dhobi.....	1
9	Sweepers .....	3
10	Mali .....	1
11	Chowkidar .....	1
12	Aya .....	1
13	Peon .....	1
<b>Total:</b> .....		<b>25</b>

#: Either qualified or specially trained to work as Surgeon, Obstetrician, Physician and Pediatrician. One of the existing Medical Officers similarly should be either qualified or specially trained in Public Health.

**Note:** *The above is the minimum norm for staffing pattern, including the additional staff prescribed under NRHM as given in Annexure I of this Chapter.*

**Box 2.**

<b>RURAL HEALTH INFRASTRUCTURE – NORMS* AND LEVEL OF ACHIEVEMENTS (ALL INDIA)</b>					
<b>S.No.</b>	<b>Indicator</b>	<b>National Norms</b>		<b>Status (2019)</b>	
1	<b>Rural Population (mid-year population 2019, as on 1<sup>st</sup> July 2019) covered by a:</b>	<b>General</b>	<b>Tribal/Hilly/Desert</b>	<b>Rural Area</b>	<b>Tribal/Hilly/Desert</b>
	Sub Centre	5000	3000	5616	3394
	Primary Health Centre (PHC)	30000	20000	35567	23115
	Community Health Centre (CHC)	120000	80000	165702	95243
2	Number of Sub Centres per PHC	6		6	7
3	Number of PHCs per CHC	4		5	4

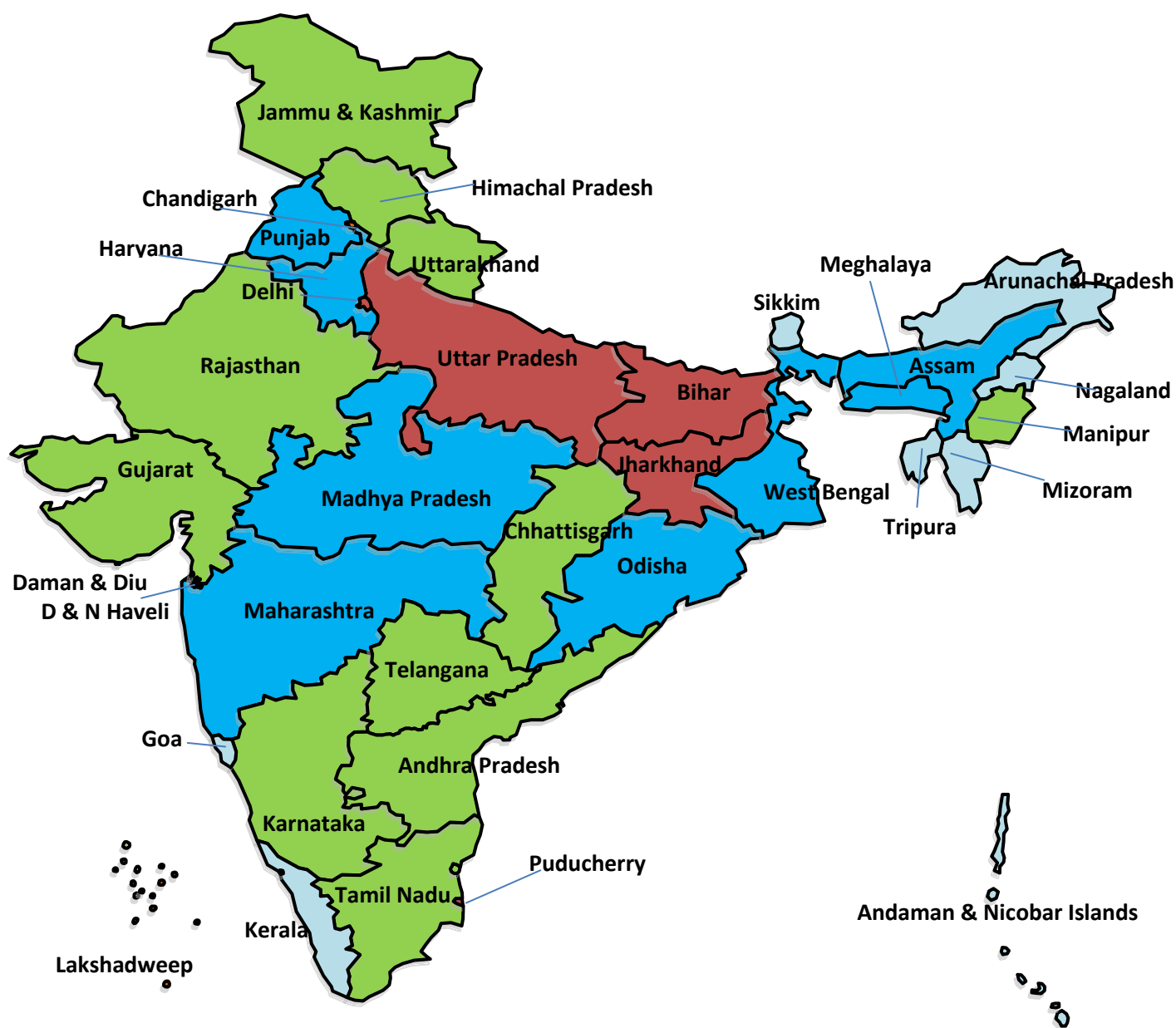
4	<b>Rural Population (mid-year population 2019, as on 1<sup>st</sup> July 2019) covered by a:</b>		
	HW (F) HW (F) (at Sub Centres and PHCs)		3774
	HW (M) (At Sub Centres)		14896
5	Ratio of HA (M) at PHCs to HW (M) at Sub Centres	<b>Rural Area</b>	<b>Tribal/Hilly/Desert</b>
		1:4	1:5
6	Ratio of HA (F) at PHCs to HW (F) at Sub Centres and PHCs	1:17	1:15
7	<b>Average Rural Area (Sq. Km) covered by a:</b>	<b>Rural Area</b>	<b>Tribal Area</b>
	Sub Centre	18.98	17.10
	PHC	120.19	116.46
	CHC	559.96	479.84
8	<b>Average Radial Distance (Kms) covered by a:</b>		
	Sub Centre	2.46	2.33
	PHC	6.18	6.09
	CHC	13.35	12.36
9	<b>Average Number of Villages covered by a:</b>	<b>Rural Area</b>	
	Sub Centre	4	-
	PHC	26	-
	CHC	120	-

M: Male F: Female

*\*Number of persons covered under the services of a particular Facility (SC, PHC & CHC)*

The average population covered by a Sub Centre, PHC and CHCs are 5616, 35567 and 165702 respectively as on 31<sup>st</sup> March, 2019 (**Section VIII, Table 66, 67 & 68**). The State-wise variations in the average population covered by a Sub Centre, PHC and CHC are represented in the **Maps 1, 2 and 3** respectively.

**Map 1. Average Rural Population (mid-year Population as on 1st July 2019) Covered by a SC and HWC-SCs as on 31st March, 2019 (Section IX, Table 66)**



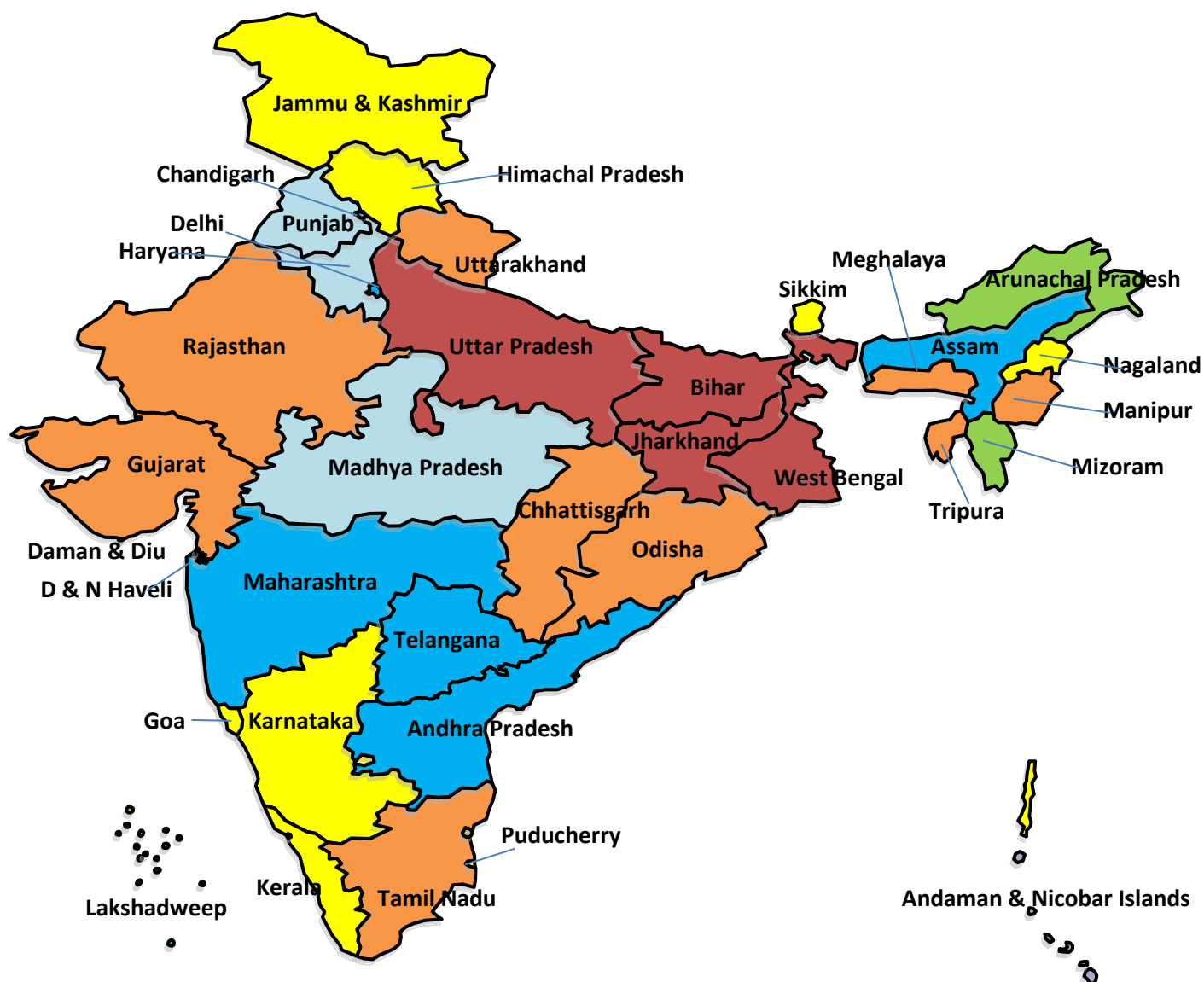
**Rural Population Covered by SCs and HWC-SCs**



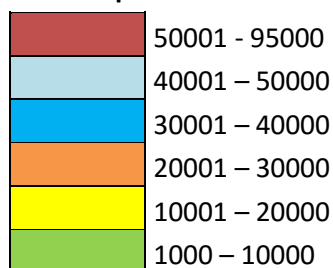
**Note: The boundaries and the name shown & the designations used on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations**



**Map 2. Average Rural Population (mid-year Population as on 1st July 2019) Covered by PHC and HWC-PHC as on 31st March, 2019 (Section IX, Table 67)**

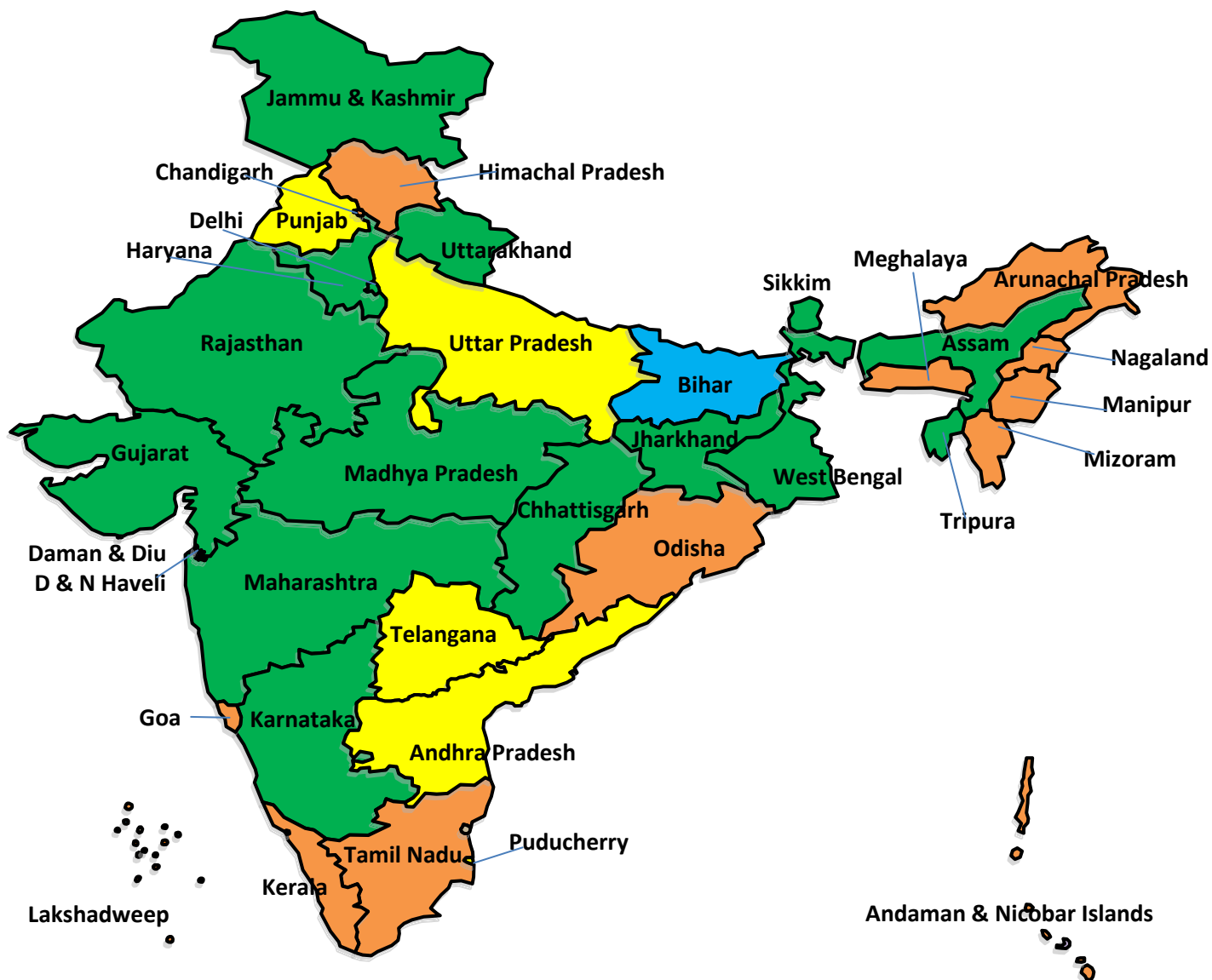


**Rural Population Covered by PHCs and HWC-PHCs**



**Note:** The boundaries and the name shown & the designations used on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations

**Map 3. Average Rural Population (mid-year Population as on 1st July 2019) Covered by CHC as on 31st March, 2019 (Section IX, Table 68)**



**Note:** The boundaries and the name shown & the designations used on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations

### **3.1. Core and Supplementary Strategies of NRHM:**

#### **3.1.1. Core Strategies:**

- Train and enhance capacity of Panchayati Raj Institutions (PRIs) to own, control and manage public health services.
- Promote access to improved healthcare at household level through the female health activist (ASHA).
- Health Plan for each village through Village Health, Sanitation & Nutrition Committee of the Panchayat.
- Strengthening Sub Centre through an untied fund to enable local planning and action and more multi-purpose workers (MPWs).
- Strengthening existing PHCs and CHCs, and provision of 30-50 bedded CHC per lakh population for improved curative care to a normative standard (Indian Public Health Standards defining personnel, equipment and management standards).
- Preparation and implementation of an inter-sectoral District Health Plan prepared by the District Health Mission, including drinking water, sanitation & hygiene and nutrition.
- Integrating vertical health and family welfare programmes at national, State, district, and block levels.
- Technical support to national, State and district health missions, for public health management.
- Strengthening capacities for data collection, assessment and review for evidence based planning, monitoring and supervision.
- Formulation of transparent policies for deployment and career development of human resources for health.
- Developing capacities for preventive health care at all levels for promoting healthy life styles, reduction in consumption of tobacco and alcohol etc. promoting non-profit sector particularly in underserved areas.

#### **3.1.2 Supplementary Strategies:**

- Regulation of private sector including the informal rural practitioners to ensure availability of quality service to citizens at reasonable cost. Promotion of Public Private Partnerships for achieving public health goals. Mainstreaming AYUSH - revitalizing local health traditions.
- Reorienting medical education to support rural health issues including regulation of Medical care and Medical Ethics.

### **3.2. NRHM Plan of Action relating to Infrastructure and Manpower Strengthening**

#### **3.2.1 Component (A): Accredited Social Health Activists**

- Every village/large habitation will have a female Accredited Social Health Activist (ASHA) - chosen by and accountable to the panchayat- to act as the interface between the community and the public health system. States to choose State specific models.

- ASHA would act as a bridge between the ANM and the village and be accountable to the Panchayat.
- She will be an honorary volunteer, receiving performance-based compensation for promoting universal immunization, referral and escort services for RCH, construction of household toilets, and other healthcare delivery programmes.
- She will be trained on pedagogy of public health developed and mentored through a Standing Mentoring Group at National level incorporating best practices and implemented through active involvement of community health resource organizations.
- She will facilitate preparation and implementation of the Village Health Plan along with Anganwadi Worker, ANM, functionaries of other Departments, and Self Help Group members, under the leadership of the Village Health Committee of the Panchayat.
- She will be promoted all over the country, with special emphasis on the 18 high focus States. The Government of India will bear the cost of training, incentives and medical kits. The remaining components will be funded under Financial Envelope given to the States under the programme.
- She will be given a Drug Kit containing generic AYUSH and allopathic formulations for common ailments. The drug kit would be replenished from time to time.
- Induction training of ASHA to be of 23 days in all, spread over 12 months. On the job training would continue throughout the year.
- Prototype training material to be developed at National level, subject to State level modifications.
- Cascade model of training proposed through Training of Trainers including contract plus distance learning model
- Training would require partnership with NGOs/ICDS Training Centres and State Health Institutes.

As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 929893 ASHAs who are available throughout the country (Section V, Table 37).

### **3.2.2 Component (B): Strengthening Sub Centres (SC)**

- Each Sub Centre will have an Untied Fund @ Rs. 10,000 per annum for local action. This Fund will be deposited in a joint bank account of the ANM & Sarpanch and operated by the ANM and the Sarpanch, in consultation with the Village Health, Sanitation & Nutrition Committee, supply of allopathic and indigenous medicines and provision of an additional ANM.
- Annual maintenance grant of Rs. 10,000/- is also made available to every Sub Centre to undertake and supervise improvement and maintenance of the facility.
- A critical issue in delivering health care in the outreach areas, particularly in hilly and desert areas is the “time-to-care”. Health care delivery facilities should be within 30 minutes of walking distance, from habitation, implying that additional Sub Centres where population is dispersed would need to be created. Though there is the assured sub centre team per population of 5000 (3000 in hilly, desert and tribal areas), where

the population is dense, the gap can be met by positioning multiple service provider teams at existing Sub Centres/ UPHCs.

### **3.2.3 Component (C): Strengthening Primary Health Centres (PHCs)**

Mission aims at strengthening PHCs for quality preventive, promotive, curative, supervisory and outreach services through:

- Adequate and regular supply of essential quality drugs and equipment (including supply of auto disabled syringes for immunization) to PHCs.
- Observance of Standard treatment guidelines & protocols.
- Untied grant of Rs. 25,000/- per PHC for local health action and annual maintenance grant of Rs. 50,000/- per PHC and Rs. one lakh to Rogi Kalyan Samiti (RKS) to undertake and supervise improvement and maintenance of physical infrastructure is provided.

### **3.3.4 Component (D): Strengthening Community Health Centres (CHCs) for First Referral Care**

A key strategy of the Mission is:

- Codification of new Indian Public Health Standards setting norms for infrastructure, staff, equipment, management etc. for CHCs.
- Promotion of stakeholder committees (Rogi Kalyan Samitis) for hospital management.
- Developing standards of services and costs in hospital care.
- Develop, display and ensure compliance to Citizen's Charter at CHC/PHC level.
- Untied grant of Rs. 50,000/- and annual maintenance grant of Rs. one lakh and RKS Coupon grant of Rs. one lakh is provided under NRHM to all CHCs.

## **4. Rural Health Infrastructure - a statistical overview**

All India analysis for infrastructure and manpower presented below is based on the data received from various States / UTs. It may be noted that the States / UTs which do not have relevant data for a particular item / category, are excluded while calculating percentages for facilities functioning in Government buildings, manpower vacancies and shortfall etc.

### **The Centres Functioning at the level of Sub Centre, Primary Health Centres and Community Health Centres:**

**4.1.** The Primary Health Care Infrastructure has been developed as a three tier system with Sub Centre, Primary Health Centre (PHC) and Community Health Centre (CHC) being the three pillars of Primary Health Care System. Progress of Sub Centres, which is the most peripheral contact point between the Primary Health Care System and the community, is a

prerequisite for the overall progress of the entire system. There are 157411 rural SCs functioning in the country as on 31<sup>st</sup> March, 2019. There are 7821 HWC-SCs in rural areas which are functional as on 31<sup>st</sup> March 2019. As on 31<sup>st</sup> March, 2019, there are 24855 rural PHCs functioning in the country. A total of 8242 PHCs have been converted into Health and Wellness Centres in rural areas. Over the years, a number of PHCs have been upgraded to the level of CHCs in many States. In accordance with the progress in the number of SCs and PHCs, the number of CHCs has also increased over the years. As on 31<sup>st</sup> March 2019, total 5335 CHCs are functioning in rural areas (**Section IV, Table 6**).

**4.2. Section I, Comparative Statement 1** presents the number of Sub Centres, PHCs and CHCs existing in 2019 as compared to those reported in 2005. At the national level there is increase of 11385 Sub Centres, 1619 PHCs and 1989 CHCs in 2019 as compared to those existing in 2005. This implies an increase of about 7.8% in number of Sub Centres, about 7.0% in number of PHCs and about 59.4% in number of CHCs in 2019 as compared to 2005. Significant increase in Sub Centres are recorded in the States of Rajasthan (3000), Gujarat (1892), Karnataka (1615), Madhya Pradesh (1352), Chhattisgarh (1387), Jammu & Kashmir (1146), Odisha (761) and Tripura (433). Similarly significant increases in the number of PHCs have been seen in the States of Karnataka (446), Gujarat (406), Rajasthan (369), Assam (336), Jammu & Kashmir (288) and Chhattisgarh (275). In case of CHCs, significant increase is observed in the States of Uttar Pradesh (293), Tamil Nadu (350), West Bengal (253), Rajasthan (245), Odisha (146), Jharkhand (124) and Kerala (121).

**4.3 Section I, Comparative Statement 12** presents the number of Sub Centres, PHCs and CHCs existing in 2019 as compared to those reported in 2018. At the national level there is a decrease of 1006 Sub Centres, 888 PHCs and 289 CHCs in rural areas due migration of health facilities into Urban areas. However there is an increase of Sub Centres in Uttar Pradesh (261), Karnataka (315) and Arunachal Pradesh (73).

**4.4. Section I, Comparative Statement 2 to Comparative Statement 4** give the comparative picture of the status of buildings of Sub Centres, PHCs and CHCs, respectively, in 2019 as compared to that in 2005. As may be seen, percentage of Sub Centres functioning in the government buildings has increased from 43.8% in 2005 to 75.3% in 2019 mainly due to substantial

*Percentage of Sub-Centres functioning in the Government buildings has increased from 43.8% in 2005 to 75.3% in 2019.*

*Percentage of PHCs functioning in Government buildings has increased significantly from 69% in 2005 to 94.5% in 2019.*

*The % of CHCs in Govt. buildings has increased from 91.6% in 2005 to 99.3% in 2019.*

increase in the government buildings in the States of Uttar Pradesh (14288), West Bengal (896), Madhya Pradesh (3509), Karnataka (3448), Maharashtra (3336), Gujarat (2961), Chhattisgarh (2744), Rajasthan (2436), Odisha (2255) and Assam (1412). Similarly, percentage of PHCs functioning in government buildings has also increased significantly from 69% in 2005 to 94.5% in 2019. This is mainly due to increase in the government buildings in the States of Gujarat (813), Uttar Pradesh (807), Karnataka (615), Rajasthan (506), Madhya Pradesh (418) and Chhattisgarh (351). Moreover, number of CHCs

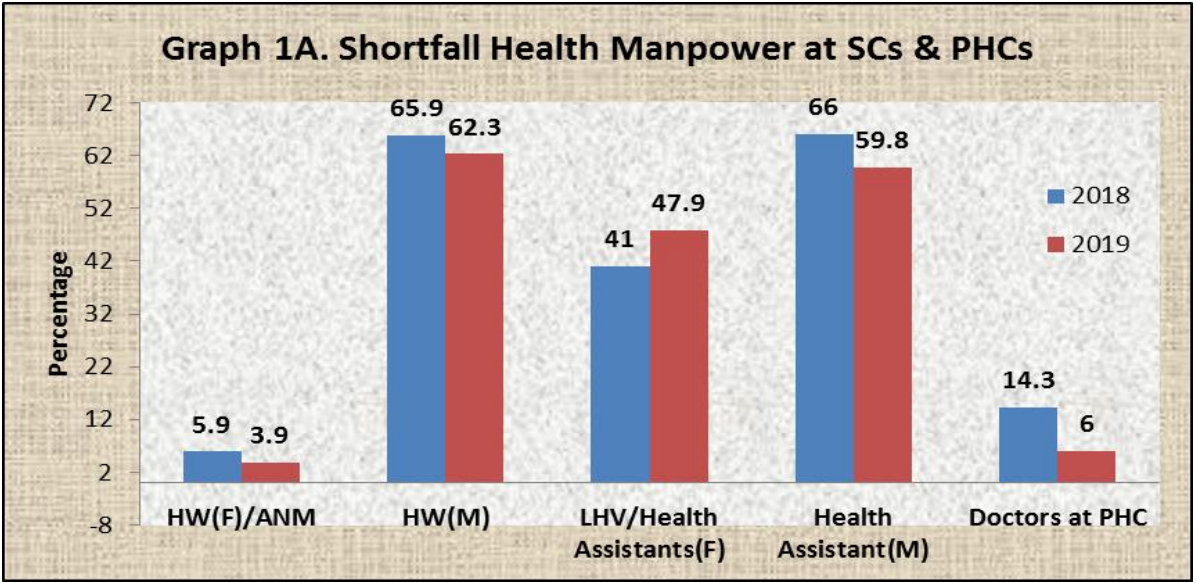
functioning in government buildings has increased appreciably in 2019 as compared to 2005. The percentage of CHCs in govt. buildings has increased from 91.6% in 2005 to 99.3% in 2019. This is mainly due to increase in the government buildings in the States of Tamil Nadu (350), Rajasthan (296), Uttar Pradesh (293) and West Bengal (253). Comparative State-wise status of buildings for Sub Centres, PHCs and CHCs in 2018 and 2019 is available at **Comparative Statement 13**.

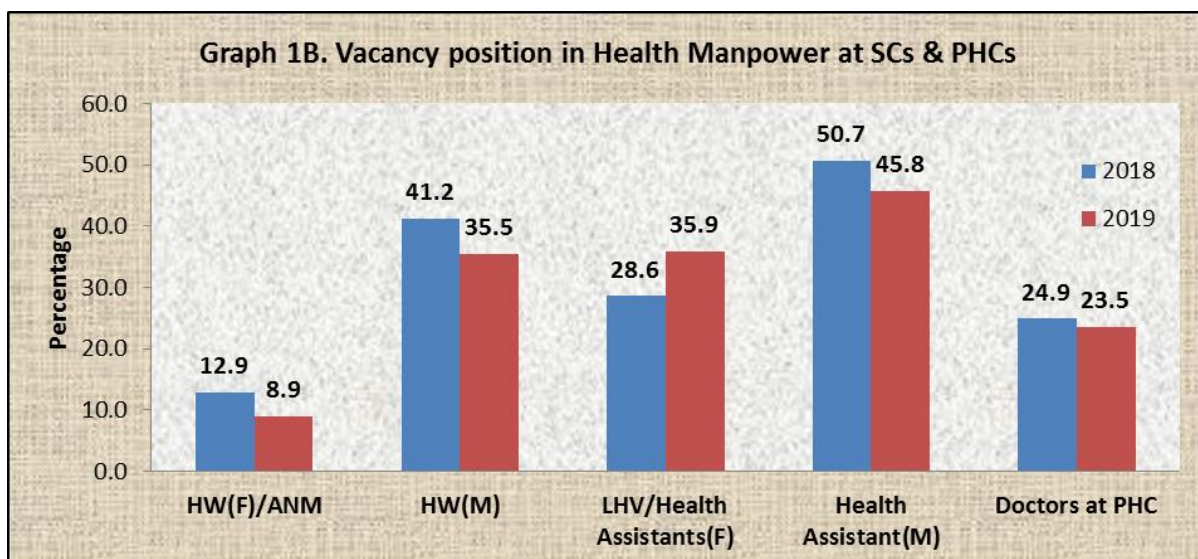
**Manpower**

**4.5** The availability of manpower is one of the important pre-requisite for the efficient functioning of the Rural Health services. As on 31<sup>st</sup> March, 2019 the overall shortfall (which excludes the existing surplus in some of the States) in the posts of HW(F) / ANM is 3.9% of the total requirement as per the norm of one HW(F) / ANM per Sub Centre and PHC. The overall shortfall is mainly due to shortfall in States of Karnataka (3423), Gujarat (1474), Himachal Pradesh (830), Uttarakhand (279) and Rajasthan (169). The State-wise variation in shortfall of ANMs is depicted in the **Comparative Statement-5**. Similarly, in case of HW (M), there is a shortfall of 62.3% of the requirement.

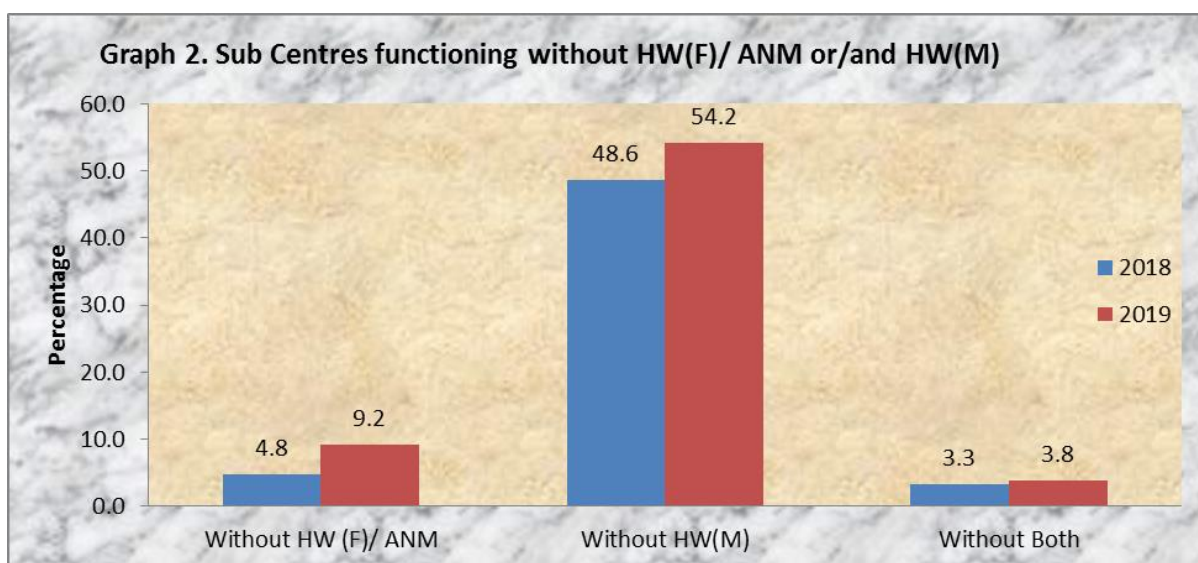
*As on 31<sup>st</sup> March, 2019 the overall shortfall in the posts of HW(F)/ANM is 3.9% of the total requirement, mainly due to shortfall in States namely, Karnataka (3423), Gujarat (1474), Himachal Pradesh (830), Rajasthan (604) and Uttarakhand (279).  
For allopathic Doctors at PHCs, there is a shortfall of 7.6% of the total requirement for existing infrastructure as compared to manpower in position.*

Even out of the sanctioned posts, a significant percentage of posts are vacant at all the levels. For instance, 8.9% of the sanctioned posts of HW (Female)/ ANM are vacant as compared to 35.5% vacancies of Male Health Worker in 2019. At PHCs, 35.9% of the sanctioned posts of Female Health Assistant/ LHV, 45.8% of Male Health Assistant and 23.5% of the sanctioned posts of Doctors are vacant in 2019 (**Section V, Table 14, 15, 16, 17, 18 and 19**). The details have been represented in the **Graph 1A & Graph 1B**.





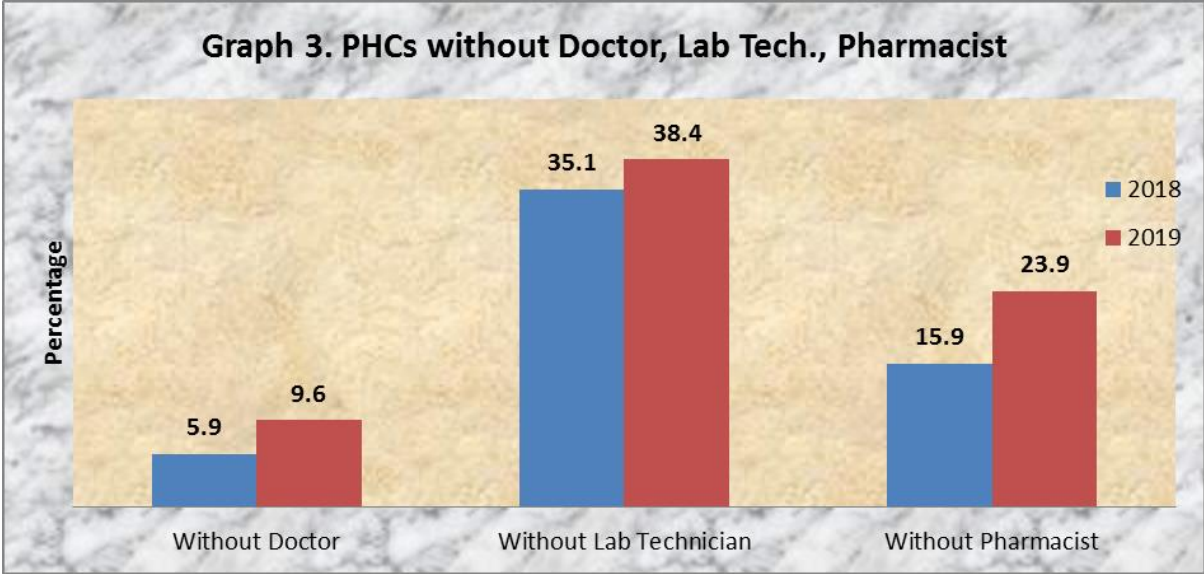
**4.6.** At the Sub Centre level (excluding HWCs) the existing manpower can be assessed from the fact that 9.2% of the Sub Centres are without a Female Health Worker/ ANM and 54.1% Sub Centres are without a Male Health Worker. 3.8% Sub Centres are without both Female Health Worker/ ANM as well as Male Health Worker as per the data provided by the States/ UTs (Section IX, Table 75). The details have been represented in the **Graph 2**.



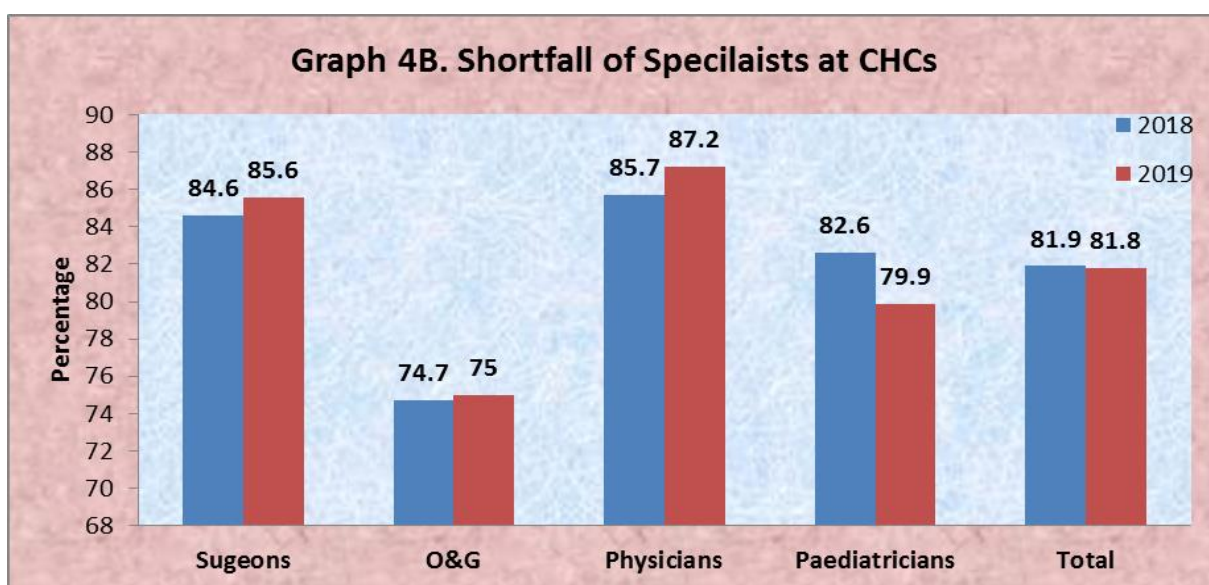
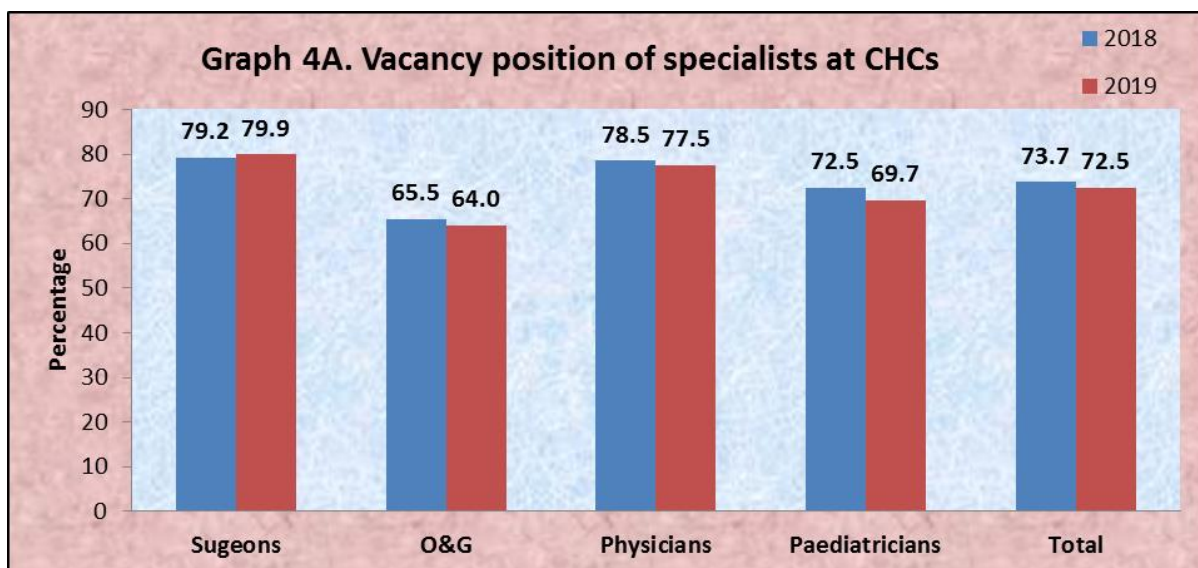
**4.7** PHC is the first contact point between village community and the Medical Officer. Manpower in PHC includes a Medical Officer supported by paramedical and other staff. In case of PHC, for Health Assistant (Female)/LHV, the shortfall is 47.9% and that of Health Assistant (Male) is 59.8%. For allopathic doctors at PHC, there is a shortfall of 6.0% of the total requirement at all India level. This is again mainly due to significant shortfall of doctors at PHCs in the States of Odisha (475), Chhattisgarh (471), Rajasthan (150), Madhya Pradesh (146) and Himachal Pradesh (100). Apart from Allopathic doctors, there are 13347 AYUSH doctors available at PHCs. To strengthen oral health programme at PHC level, there are about 1152 dental surgeon available at PHCs (Section V, Table 17, 18, 19, 20 and 22).



As on 31<sup>st</sup> March 2019, 9.6% PHCs are without a doctor, 33.4% are without a Lab Technician and 23.9% are without a pharmacist (**Section IX, Table 76**). The details are represented in the **graph 4**.



**4.8.** The Community Health Centres provide specialized medical care of surgeons, obstetricians & gynecologists, physicians and pediatricians. The current position of specialists manpower at CHCs reveal that as on 31<sup>st</sup> March, 2019, out of the sanctioned posts, 79.9% of Surgeons, 64% of obstetricians & gynecologists, 77.5% of physicians and 69.7% of pediatricians are vacant. The details of vacancy are represented in the **graph 4A**. Overall 72.5% of the sanctioned posts of specialists at CHCs are vacant. Moreover, as compared to requirement for existing infrastructure, there is a shortfall of 85.6% of surgeons, 75% of obstetricians & gynecologists, 87.2% of physicians and 79.9% of pediatricians. Overall, there is a shortfall of 81.8% specialists at the CHCs as compared to the requirement for existing CHCs. The details of the shortfall are represented in the **graph 4B**. The shortfall of specialists is significantly high in most of the States. However, in addition to the specialists, about 15395 General Duty Medical Officers (GDMOs), 3197 AYUSH and 1920 Dental Surgeons doctors are also available at CHCs as on 31st March, 2019 (**Section V, Table 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28 and 29**).



**4.9.** When compared with the manpower position of major categories in 2019 with that in 2005, as presented in **Section I, Comparative Statement 5 to Comparative Statement 11**, it is observed that there are significant improvements in terms of the numbers in all the categories. For instance, the number of ANMs at Sub Centres and PHCs has increased from 133194 in 2005 to 234220 in 2019 which amounts to an increase of about 75.8%. Similarly, the allopathic doctors at PHCs have increased from 20,308 in 2005 to 29,799 in 2019, which is about 46.7% increase. However, the rate of increase in Specialists doctors at CHCs is not as per the rate of increase in requirement of the same. Requirement of Specialists in CHCs has increased by 59% whereas there is only an increase of 9.3% in the actual number of in-position Specialists. Moreover, the specialist doctors at CHCs have increased from 3550 in 2005 to 3881 in 2019, which is 9.3% increase.

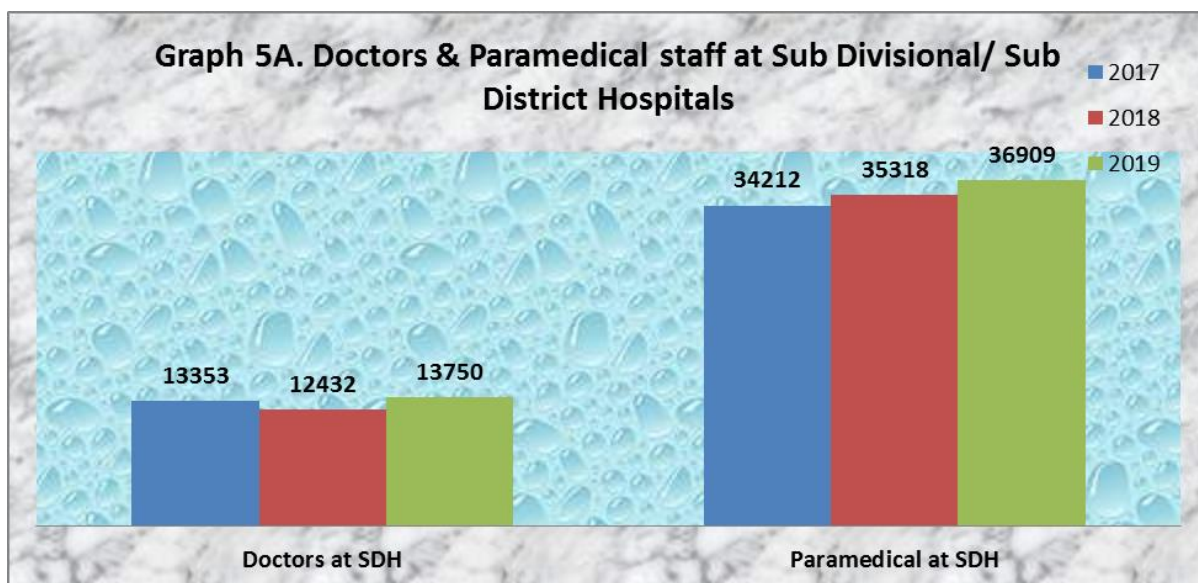
**4.10.** Looking at the State-wise picture, it may be observed that the increase in ANMs is attributed mainly to significant increase in the States of Maharashtra (11054), Uttar Pradesh

(10936), West Bengal (9927), Assam (5783), Rajasthan (4000), Jammu & Kashmir (3320), Madhya Pradesh (2479), Gujarat (2660), Odisha (2419), Kerala (1939), Punjab (1928) and Haryana (1788) during 2005 - 2019 (**Section I, Comparative Statement 5**). Similarly, there is a significant increase in the number of doctors at PHCs in the States of Gujarat (1338), Kerala (582), Rajasthan (426), Jammu & Kashmir (276), Madhya Pradesh (214) and Punjab (189) (**Section I, Comparative Statement 6**). In case of specialists, appreciable increase is noticed in the States of Tamil Nadu (131), Madhya Pradesh (55) and Chhattisgarh (43). However there is a decrease in number of specialists in the State of Maharashtra (614), Karnataka (226) and Punjab (133) (**Section I, Comparative Statement 7**) during the same period. Significant increase in the number of paramedical staff is also observed when compared with the position of 2005.

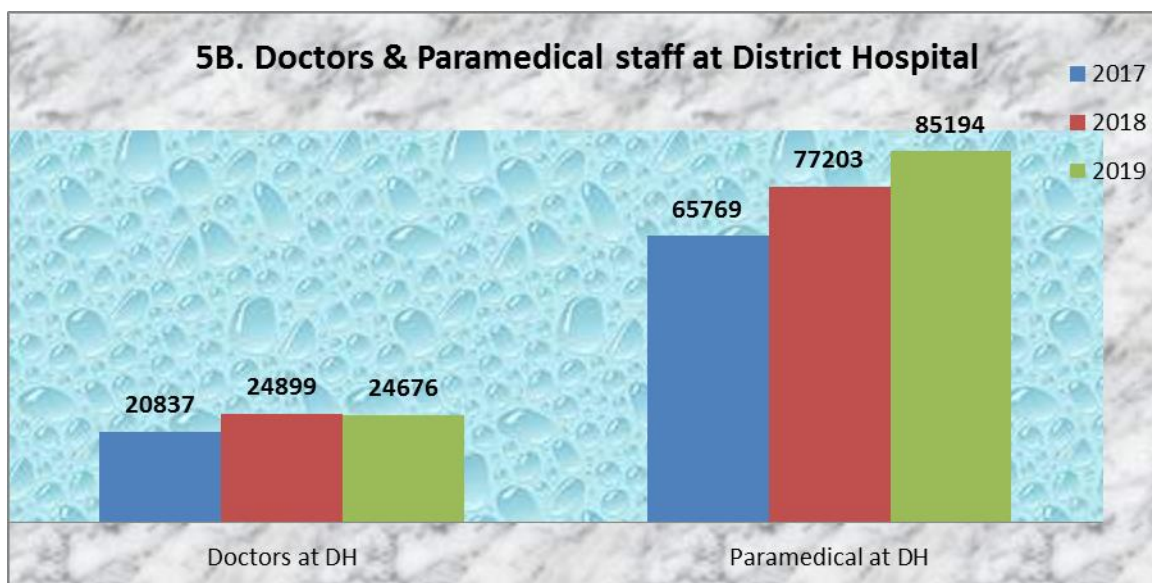
**4.11.** Comparative study of State-wise status of manpower in 2018 and 2019 at Sub Centres, PHCs and CHCs are given in **Section I, Comparative Statements 14**. Comparison of the manpower position of major categories in 2019 with that in 2018 shows an overall increase in the number of ANMs at SCs & PHCs and Doctors at PHCs during the period. However there is a marginal decrease in number of Specialists at CHCs. The number of ANMs at SCs & PHCs has been increased from 219326 in 2018 to 234220 in 2019 which amounts to an increase of 6.8%. The allopathic doctors at PHCs have increased from 27567 in 2018 to 29799 in 2019 which is an increase of 8.1%. Regarding the Specialists at CHCs, the number has marginally decreased from 4074 in 2018 to 4.7% in 2019.

**4.12** Considering the status of para medical staff, the radiographers at CHC have increased slightly from 2128 in 2018 to 2419 in 2019. At PHC & CHC there is marginal decrease in number of pharmacists from 28680 in 2018 to 26204 in 2019 and lab Technicians 19434 to 18715. A significant decrease has also been observed in nursing staff under PHC & CHCs from 84567 in 2018 to 80976 in 2019 (**Section I, Comparative Statements 15**).

**4.13** A total of 1234 Sub Divisional/Sub District Hospital are functioning as on 31<sup>st</sup> March, 2019 throughout the country. In these hospitals, 13750 doctors are available. In addition to these doctors, about 36909 paramedical staffs are also available at those hospitals as on 31<sup>st</sup> March, 2019 (**Section IV, Table 38 and 39**). Details are represented in the **Graph 5A**.



**4.14** In addition to above, 756 District Hospitals (DHs) are also functioning as on 31<sup>st</sup> March, 2019 throughout the country. There are 24676 doctors available in the DHs. In addition to the doctors, about 85194 para medical staff is also available at District Hospitals as on 31<sup>st</sup> March, 2019 (Section IV, Table 38 and 39). Details are represented in the **graph 5B**.



**Annexure I. Manpower Recommended Under Indian Public Health Standards (IPHS).**

**Manpower: SC**

Type of Sub Centre	Sub Centre A		Sub Centre B (MCH Sub Centre)	
	Essential	Desirable	Essential	Desirable
ANM/Health Worker (Female)	1	+1	2	
Health Worker (Male)	1		1	
Staff Nurse (or ANM, if Staff Nurse is not available)				1**
Safai-Karamchari*	1 (Part-time)		1 (Full-time)	

\*To be outsourced

\*\* If number of deliveries at the Sub Centre is 20 or more in a month

**Manpower : PHC**

Staff	Type A		Type B	
	Essential	Desirable	Essential	Desirable
Medical Officer - MBBS	1		1	1#
Medical Officer - AYUSH		1^		1^
Accountant cum Data Entry Operator	1		1	
Pharmacist	1		1	
Pharmacist - AYUSH		1		1
Nurse-midwife (Staff Nurse)	3	+1	4	+1
Health Worker (Female)+++	1*		1*	
Health Assistant (Male)	1		1	
Health Assistant (Female)/ Lady Health Visitor	1		1	
Health Educator		1		1
Laboratory Technician	1		1	
Cold Chain & Vaccine Logistic Assistant		1		1
Multi -skilled Group D worker	2		2	
Sanitary worker cum watchman	1		1	+1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>21</b>

\* For Sub Centre area of PHC

# If the delivery case load is 30 or more per month. One of the two medical officers (MBBS) should be female

^To provide choice to the people wherever an AYUSH public facility is not available in the near vicinity

### Manpower : CHC

Personnel	Essential	Desirable	Qualifications	Remarks
<b>Block Public Health Unit</b>				
Block Medical Officer/ Medical Superintendent	1		Senior most specialist/ GDMO preferably with experience in Public Health/ Trained in Professional Development Course (PDC)	Will be responsible for coordination of NHPs, management of ASHAs Training and other responsibilities under NRHM apart from overall administration/ Management of CHC, etc. He will be responsible for quality & protocols of service delivery being delivered in CHC
Public Health Specialist	1		MD (PSM)/ MD (CHA)/ MD Community Medicine or Post Graduation Degree with MBA/ DPH/ MPH	
Public Health Nurse (PHN) #	1	+1		
<b>Specialty Services</b>				
General Surgeon	1		MS/ DNB, (General Surgery)	
Physician	1		MD/ DNB, (General Medicine)	
Obstetrician & Gynaecologist	1		DGO/ MD/ DNB	
Paediatrician	1		DCH/ MD (Paediatrics)/ DNB	
Anaesthetist	1		MD (Anesthesia)/ DNB/ DA/ LSAS trained MO	Essential for utilization of the surgical specialties. They may be on contractual appointment or hiring of services from private sectors on per case basis
<b>General Duty Officers</b>				
Dental Surgeon	1		BDS	
General Duty Medical Officer	2		MBBS	
Medical Officer - AYUSH	1		Graduate in AYUSH	
<b>Nurses and Paramedical</b>				
Staff Nurse	10			

Pharmacist	1	+1		
Pharmacist – AYUSH	1			
Lab. Technician	2			
Radiographer	1			
Dietician		1		
Ophthalmic Assistant	1			
Dental Assistant	1			
Cold Chain & Vaccine Logistic Assistant	1			
OT Technician	1			
Multi Rehabilitation/ Community Based Rehabilitation worker	1	+1		
Counsellor	1			
<b>Administrative Staff</b>				
Registration Clerk	2			
Statistical Assistant/ Data Entry Operator	2			
Account Assistant	1			
Administrative Assistant	1			
<b>Group D Staff</b>				
Dresser (certified by Red Cross/ Johns Ambulance)	1			
Ward Boys/ Nursing Orderly	5			
Driver*	1*	3		
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>53</b>		

Note :

- If patient load increases, then number of General Duty Doctors may be increased
- Funds would be provided for out-sourcing and providing support services as per need
- One of nursing orderlies could be trained in CSSD procedures
- Budget to be provided for outsourcing Class IV services like Mali, Aya, Peon, OPD Attendant, Security and Sanitary workers

\* May be outsourced

# Graduate or Diploma in Nursing and will be trained for 6 months in Public Health.

# Urban Health Care System in India

## Background

National Urban Health Mission (NUHM) was approved by the Union Cabinet<sup>1</sup> on 1st May, 2013 as a sub-mission under an overarching National Health Mission (NHM) for providing equitable and quality primary health care services to the urban population with special focus on slum and vulnerable sections of the Society. NUHM seeks to improve the health status by facilitating their access to quality primary healthcare.

NUHM covers all the cities and towns with more than 50000 population and district and state headquarters with more than 30000 population. Urban Health programme is being implemented through Urban Local Bodies (ULBs), in seven metropolitan cities, viz., Mumbai, New Delhi, Chennai, Kolkata, Hyderabad, Bengaluru and Ahmedabad. For the remaining cities, the State Health department decides whether the Urban Health Programme is to be implemented through health department or any other urban local body.

## 1.2 Urban Health Statistics – the structure and current scenario

NUHM envisages setting up of an organized service delivery infrastructure which is largely absent in cities/towns to specially address the healthcare needs of urban poor, though the secondary and tertiary care facilities are available. The health care infrastructure in urban areas is given in **table 2** below.

The emphasis is to improve the existing public health delivery system with a thrust on upgrading the existing health facilities in terms of infrastructure and equipment, also establishing new health facilities wherever necessary by providing specialist care as well as strengthening emergency response systems and making available adequate health human resources.

**Table 2.**

Centre <sup>2</sup> (in urban areas)	Population Norms
Community Health Centres	250000 (5 Lakh for metros)
Primary Health Centres	50000

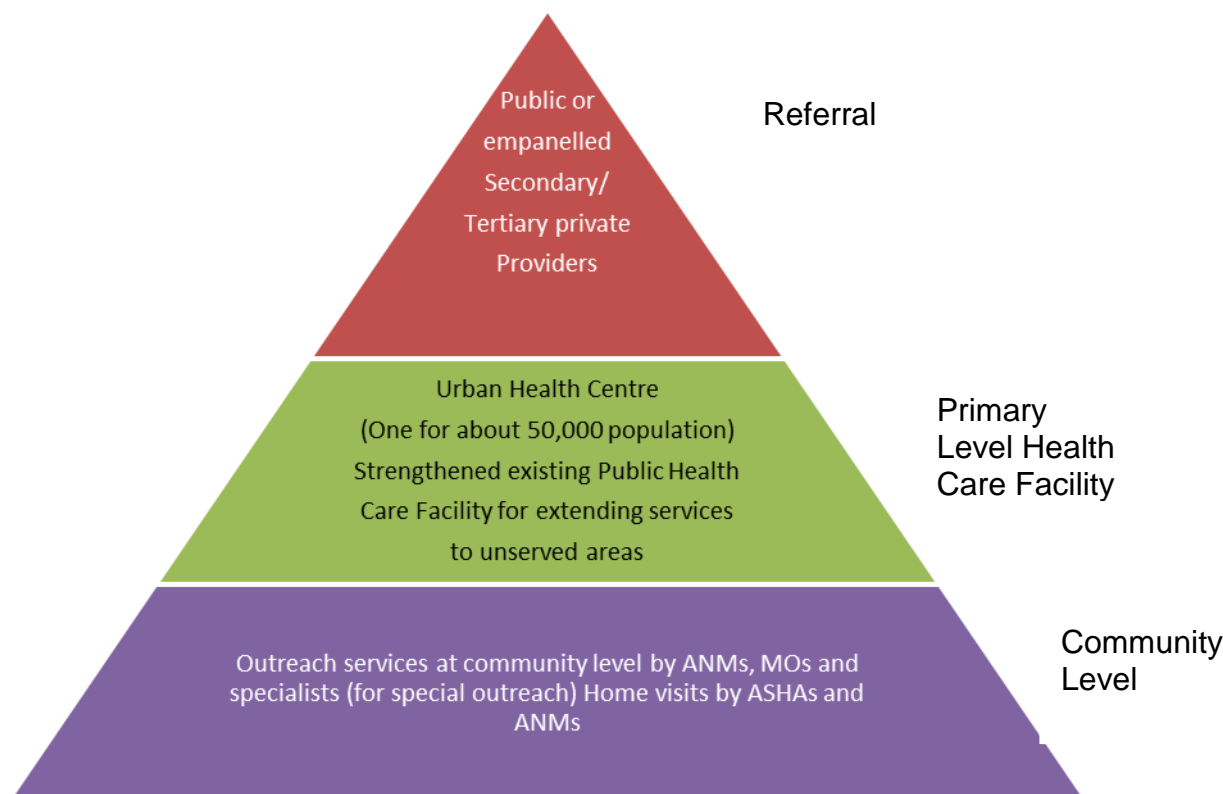
*1 Source The Gazette of India Part I – Section 1 Dated 26<sup>th</sup> June 2013 Ministry of Health and Family Welfare – Department of Health and Family Welfare No. L. 19017/1/2008-UH(Vol.III)*

*2 Source NUHM Framework for Implementation.*



### 1.3 Key Components of NUHM<sup>3</sup>

NUHM is designed to provide health services at the facility and community level. Urban Health Care Delivery Model envisages following components:



The above may vary from state to state depending upon the existing structures and local requirement. The key features include infrastructure components of the Urban Community Health Center (UCHC), the Urban Primary Health Center (UPHC), functionaries both medical and paramedical including MPW (F) / ANM, and community structures like ASHAs and the Mahila Aarogya Samitis (MAS). Further, MAS is one of the key community intervention besides ASHAs, under the National Urban Health Mission which is aimed at promoting community participation in health at all levels, including planning, implementing and monitoring of health programmes.

#### 1.3.1 The Urban Primary Health Center

In order to provide comprehensive primary healthcare services, the National Urban Health Mission aims to establish Urban Primary Healthcare Centers, not as a stand-alone health facility, but as a hub of preventive, promotive and basic curative healthcare for its catchment population. Within its catchment area, the UPHC is responsible for providing the primary health care and public health needs of the population. The package of services envisaged at UPHC inclusive of preventive, promotive, curative, rehabilitative and palliative care. Further, in order to strengthen Comprehensive Primary Health Care across the country through “Ayushman Bharat-HWCs”, states are upgrading their Sub Centres and Primary Health Care centers as Health and Wellness Centres (HWCs)\* across rural and urban areas. The details may be read at para 1.3.2

Unlike rural areas, Sub-centres are not envisaged in the urban areas as distances and mode of transportation are much better here and also there is closer proximity and accessibility of health facilities. As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 3302 at the level of SC is functional in the urban areas of the country. Out of these SCs, a total of 98 SCs has been upgraded as HWCs (**Section IV, Table 6**).

**a. Population coverage and Location:** Depending on the spatial distribution of the urban population, the population covered by a UPHC may vary from 30000 to 50000. The U-PHC is located preferably closer to slum or similar habitations. Based upon the local situation cities may establish a U-PHC for 50000 or more population as well. As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 5190 U-PHCs are functional in the country. Out of these U-PHCs a total of 1734 PHCs has been upgraded as HWCs (**Section IV, Table 6**).

**b. Timings:** The hours of operation may be such so as to enable the urban working population to conveniently access the UPHC services. States may opt for any suitable timing, providing 8 hours of services, which are convenient to the community. It is recommended that the UPHC operates preferably from 12 noon to 8 pm or in dual shifts (i.e. 8am to 12pm and 4pm to 8pm); Dual shift timing of UPHC could be flexible with the ability to be modified according to the catchment communities.

**c. Service Provision\*:** The UPHC's key responsibility is to provide comprehensive preventive, promotive, curative, rehabilitative, palliative care. Services provided by UPHC include:

- OPD (consultation)
- Laboratory Services
- Drugs and contraceptive dispensing
- Delivery of Reproductive and Child Health (RCH) services,
- Preventive, promotive and curative aspects of communicable and non-communicable diseases.
- Multi-Specialist Services
- Minor surgical procedures
- Counselling and Help Desk
- Outreach activities
- Population Based Screening

*\* Updated as per operational guidelines for AB-CPHC-HWCs*

- Referral Services
- Wellness activities in designated UPHC-HWCs.

### **1.3.2 Urban Community Health Centres (U-CHCs)**

Urban Community Health Centre (U-CHC) is set up as a referral facility for every 4-5 U-PHCs. The U-CHC caters to a population of 250000 to 5 Lakhs. For the metro cities, U-CHCs may be established for every 5 lakh population with 100 beds. In addition to primary health care facilities, it provides inpatient services, medical care, surgical facilities and institutional delivery facilities. It is a 30-50 bedded facility. The norms for urban CHC are same as rural CHCs. As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 350 U-CHCs functional in urban areas of the India (**Section IV, Table 6**).

The details of the staffing pattern as per the norms for each level of urban health are given in Box 2.

### **UPHC – HWCs (Health and Wellness Centres)<sup>4</sup>**

In order to ensure delivery of Comprehensive Primary Health Care (CPHC) services, existing U-PHCs would be converted to Health and Wellness Centres (HWC). Services could also be provided/ complemented through outreach services, Mobile Medical Units, health camps, home visits and community-based interaction, but the principle should be a seamless continuum of care that ensures equity, quality, universality and no financial hardship.

The Medical Officer at the U-PHC would be responsible for ensuring that CPHC services are delivered through all HWCs in her/his area and through the U-PHC itself. For PHCs to be strengthened to HWCs, support for training of U-PHC staff (Medical Officers, Staff Nurses, Pharmacist, and Lab Technicians), and provision of equipment for “Wellness Room”, the necessary IT infrastructure and the resources required for upgrading laboratory and diagnostic support to complement the expanded ranges of services would be provided. States could choose to modify staffing at HWC and PHC, based on local needs. The HWC would deliver an expanded range of services. All the U-PHCs are targeted to be converted into HWCs.

*3 Source “Orientation Module for Planners, Implementers and Partners NUHM”*

*4 Source operational guidelines for AB-CPHC-HWCs*

**Box 2**

<b>STAFFING PATTERN (Minimum norm)</b>		
<b>A</b>	<b>STAFF FOR URBAN PRIMARY HEALTH CENTRE</b>	<b>No. of Posts</b>
1	Medical Officer	1 full time + 1 part time
2	Pharmacist	1
3	Staff Nurse	2-3
4	Health Worker Female / ANM / MPW (F)	5
5	Laboratory Technician	1
6	Public Health Manager	1
7	Support Staff including accountant	1-3
8	M & E Unit	1
	Total	17
<b>C</b>	<b>STAFF FOR URBAN COMMUNITY HEALTH CENTRE*</b>	<b>No. of Posts</b>
1	Medical Officer	4
2	Nurse Mid- Wife (Staff Nurses)	7
3	Dresser	1
4	Pharmacist	1
5	Laboratory Technician	1
6	Radiographer	1
7	Ward Boys	2
8	Dhobi	1
9	Sweepers	3
10	Mali	1
11	Chowkidar	1
12	Aya	1
13	Peon	1
	Total	25
	*Same as Rural – CHC	

As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are total 5190 U-PHCs functional in India and there is a shortfall of about 44.4% of U-PHCs as per the urban population norms. About 70% of U-PHCs are located in the government buildings, 27% located in the rented buildings and 3% are located in the rent free buildings (**Section VII, Table 50 and 51**).

Similarly, there are 350 U-CHCs functional in the country as on 31<sup>st</sup> March 2019. About 96% of U-CHCs are located in government buildings and 4% in rented buildings (**Section VII, Table 52**).

There are 16820 HW (female)/ ANM available at the PHCs & SCs level in urban areas. There are 4457 Doctors, 3549 Pharmacists, 1933 Lab Technicians and 5938 Staff nurses available at U-PHCs. As far as vacancy is concerned there is a vacancy of 16.9% of HW (F)/ ANMs at PHCs & SCs level. There is a vacancy of 19.1% of Doctors, 21.4% of Pharmacists, 29.8% of Lab Technicians and 21.7% of Staff nurses at the U-PHCs. At U-PHC level shortfall has been observed in all the posts. There is a shortfall of 44.3% ANMs at PHCs &

SCs. There is a shortfall of 16.7% of Doctors, 24.3% of Pharmacists, 50.9% of Lab Technicians and 22.2% of Staff nurses at U-PHCs (**Section VII, Table 53, 54, 58, 60 and 62**).

At U-CHCs there are 1017 Specialists, 713 GDMOs, 192 Radiologists, 468 Pharmacists, 447 Lab Technicians and 4618 Staff nurses available at U-CHCs. There is a vacancy of 36.9% of Specialists, 28.8% of GDMOs, 30.2% of Radiographers, 13% of Pharmacists, 17.3% of Lab Technicians and 17.6% of Staff nurses at U-CHCs. There is shortfall of 45.8% of total specialist, 24.6% of GDMOs, 48% of Radiographers, 16% of Pharmacists, 13.4% of Lab Technicians and 21.3% of Staff nurses at U-CHCs (**Section VII, Table 55, 56, 57, 59, 61 and 63**).

## Health Care System in India

After the implementation of Ayushman Bharat programme strengthening of Sub Centres and Primary Health Centres are being done by converting them into Health and Wellness Centres to deliver comprehensive Primary Healthcare services through these Centres. SCs and PHCs are proposed to be converted into Health and Wellness Centres in the phased manner.

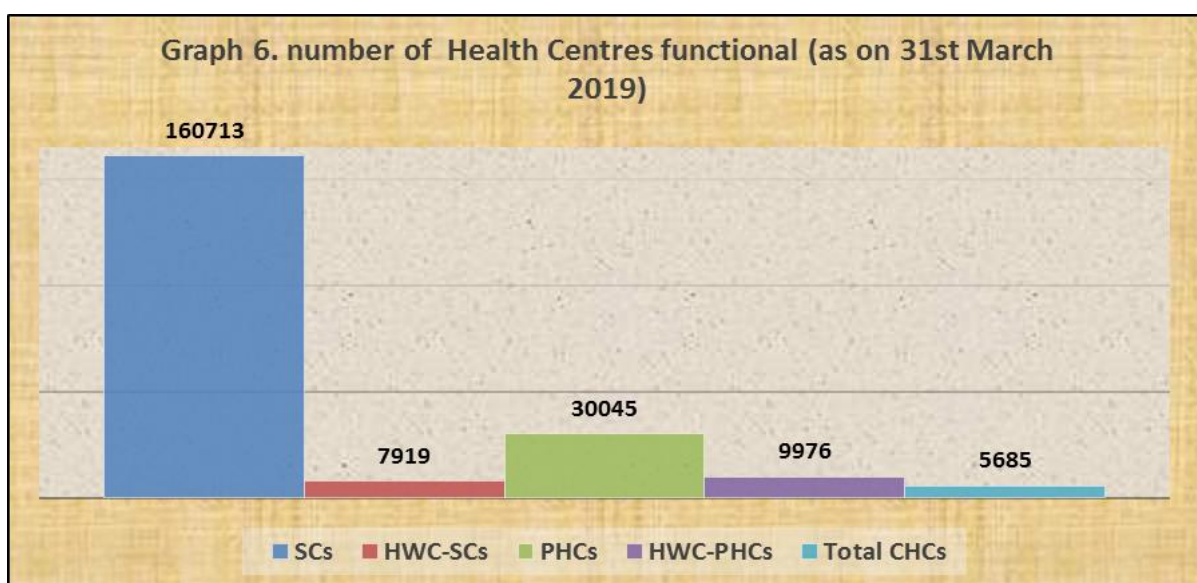
**Sub Centres:** As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are a total of 160713 Sub Centres (SCs) functioning both in rural and urban areas of India. These consist of 157411 SCs in rural areas & 3302 SCs in urban areas.

**Primary Health Centres:** Similarly there are 30045 Primary Health Centres (PHCs) functioning in both rural and urban areas in India. These consists of 24855 PHCs in rural areas and 5190 PHCs in urban areas.

**Community Health Centres:** There are 5685 Community Health Centres (CHCs) functional in the country, consisting of 5335 rural and 350 urban CHCs.

**Health and Wellness Centres:** As on 31<sup>st</sup> March 2019, a total of 7919 SCs have been converted into HWC-SCs. Out of total 7919 HWC-SCs, 7821 SCs has been converted into HWCs in rural areas and 98 SCs in urban areas. Also at the level of PHC, a total of 9976 PHCs have been converted into HWC-PHCs. Out of total 9976 HWCs, 8242 PHCs has been converted into HWCs in rural areas and 1734 in urban areas.

The **Graph 6** shows the graphical representation of total SCs, PHCs, CHCs and HWCs functional in India as on 31<sup>st</sup> March 2019.



Total figures of SCs and PHCs in the **Graph 6** include the number of HWCs.

## **Strengthening of Health facilities under AYUSHMAN BHARAT- Health and Wellness Centres:**

The National Health Policy, 2017 recommended strengthening the delivery system of Primary Health Care, through establishment of “Health and Wellness Centres (HWCs)” as the platform to deliver Comprehensive Primary Health Care. Government of India is committed towards creation of 150000 Health & Wellness Centres (HWCs) by transforming existing Sub Centres (SCs) and Primary Health Centres (PHCs) as basic pillar of Ayushman Bharat to deliver Comprehensive Primary Healthcare (CPHC).

These centres delivers CPHC bringing healthcare closer to the homes of people covering both maternal and child health services and non-communicable diseases, including free essential drugs and diagnostic services. Health and Wellness Centres, are envisaged to deliver and expanded range of services to address the primary health care needs of the entire population in their area, expanding access, universality and equity close to the community. The emphasis of health promotion and prevention is designed to bring focus on keeping people healthy by engaging and empowering individuals and communities to choose healthy behaviours and make changes that reduce the risk of developing chronic diseases and morbidities.

To ensure delivery of CPHC services, existing SCs covering a population of 3000 - 5000 would be converted to HWCs, with the principle being "time to care" to be no more than 30 minutes. PHCs in rural and urban areas would also be converted to HWC. Such care could also be provided/ complemented through outreach services, Mobile Medical Units, camps, home and community-based care, but the principle should be a seamless continuum of care that ensures the principles of equity, universality and no financial hardship.

### **1.1 SC-HWC Team**

The HWC at the SC level would be equipped and staffed by an appropriately trained Primary Health Care team, comprising of Multi-Purpose Workers (male and female) & ASHAs and led by a Mid-Level Health Provider (MLHP). Together they will deliver an expanded range of services. In some states, SCs have earlier been upgraded to Additional PHCs. Such Additional PHCs will also be transformed to HWCs.

PHC that is linked to a cluster of HWCs would serve as the first point of referral for many disease conditions for the HWCs in its jurisdiction. In addition, it would also be strengthened as a HWC to deliver the expanded range of primary care services.

### **1.2 PHC/UPHC- HWC Team**

The Medical Officer at the PHC would be responsible for ensuring that CPHC services are delivered through all HWCs in her/his area and through the PHC itself. The number and qualifications of staff at the PHC would continue as defined in the Indian Public Health Standards (IPHS).

For PHCs to be strengthened to HWCs, support for training of PHC staff (Medical Officers, Staff Nurses, Pharmacist, and Lab Technicians), and provision of equipment for "Wellness Room", the necessary IT infrastructure and the resources required for upgrading laboratory and diagnostic support to complement the expanded ranges of services would be provided. States could choose to modify staffing at HWC and PHC, based on local needs.

The first Health and Wellness Centre (HWC) was inaugurated by the hon'ble Prime Minister Shri Narendra Modi at Jangla in Bijapur Chhattisgarh on 14<sup>th</sup> April 2018.

### **1.3 Key Principles:**

1. Transform existing Sub Health Centres and Primary Health Centres to Health and Wellness Centers to ensure universal access to an expanded range of Comprehensive Primary Health Care services.
2. Ensure a people centered, holistic, equity sensitive response to people's health needs through a process of population empanelment, regular home and community interactions and people's participation.
3. Enable delivery of high quality care that spans health risks and disease conditions through a commensurate expansion in availability of medicines & diagnostics, use of standard treatment and referral protocols and advanced technologies including IT systems.
4. Instil the culture of a team-based approach to delivery of quality health care encompassing: preventive, promotive, curative, rehabilitative and palliative care.
5. Ensure continuity of care with a two-way referral system and follow up support.
6. Emphasize health promotion (including through school education and individual centric awareness) and promote public health action through active engagement and capacity building of community platforms and individual volunteers.
7. Implement appropriate mechanisms for flexible financing, including performance-based incentives and responsive resource allocations.
8. Enable the integration of Yoga and AYUSH as appropriate to people's needs.
9. Facilitate the use of appropriate technology for improving access to health care advice and treatment initiation, enable reporting and recording, eventually progressing to electronic records for individuals and families.
10. Institutionalize participation of civil society for social accountability.
11. Partner with not for profit agencies and private sector for gap filling in a range of primary health care functions.
12. Facilitate systematic learning and sharing to enable feedback and improvements and identify innovations for scale up.

Develop strong measurement systems to build accountability for improved performance on measures that matter to people.



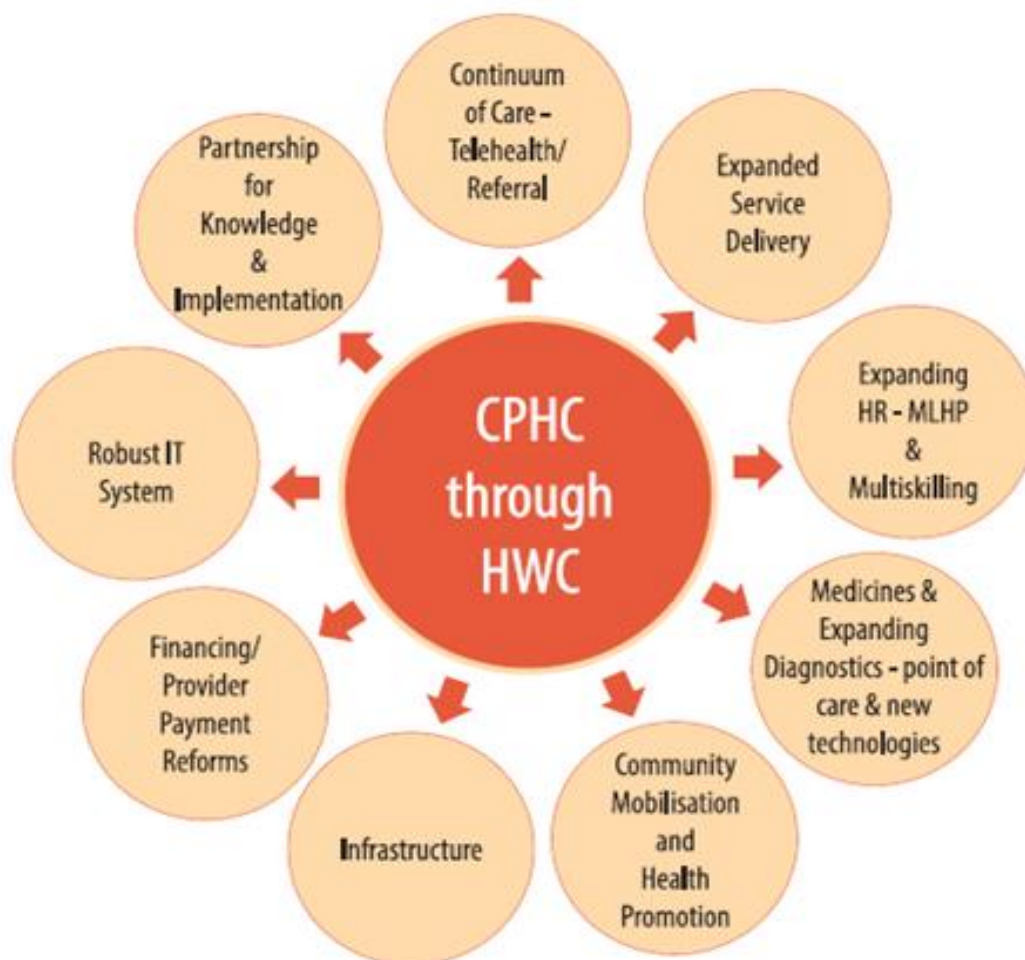
## **1.4 Expanded Services**

The HWC would deliver an expanded range of services. These services would be delivered at both Sub Centre and in the PHCs, which are transformed as HWCs. The level of complexity of care of services delivered at the PHC would be higher than at the Sub Centre level and this would be indicated in the care pathways and standard treatment guidelines that will be issued periodically.

### **1.4.1 Expanded range of services**

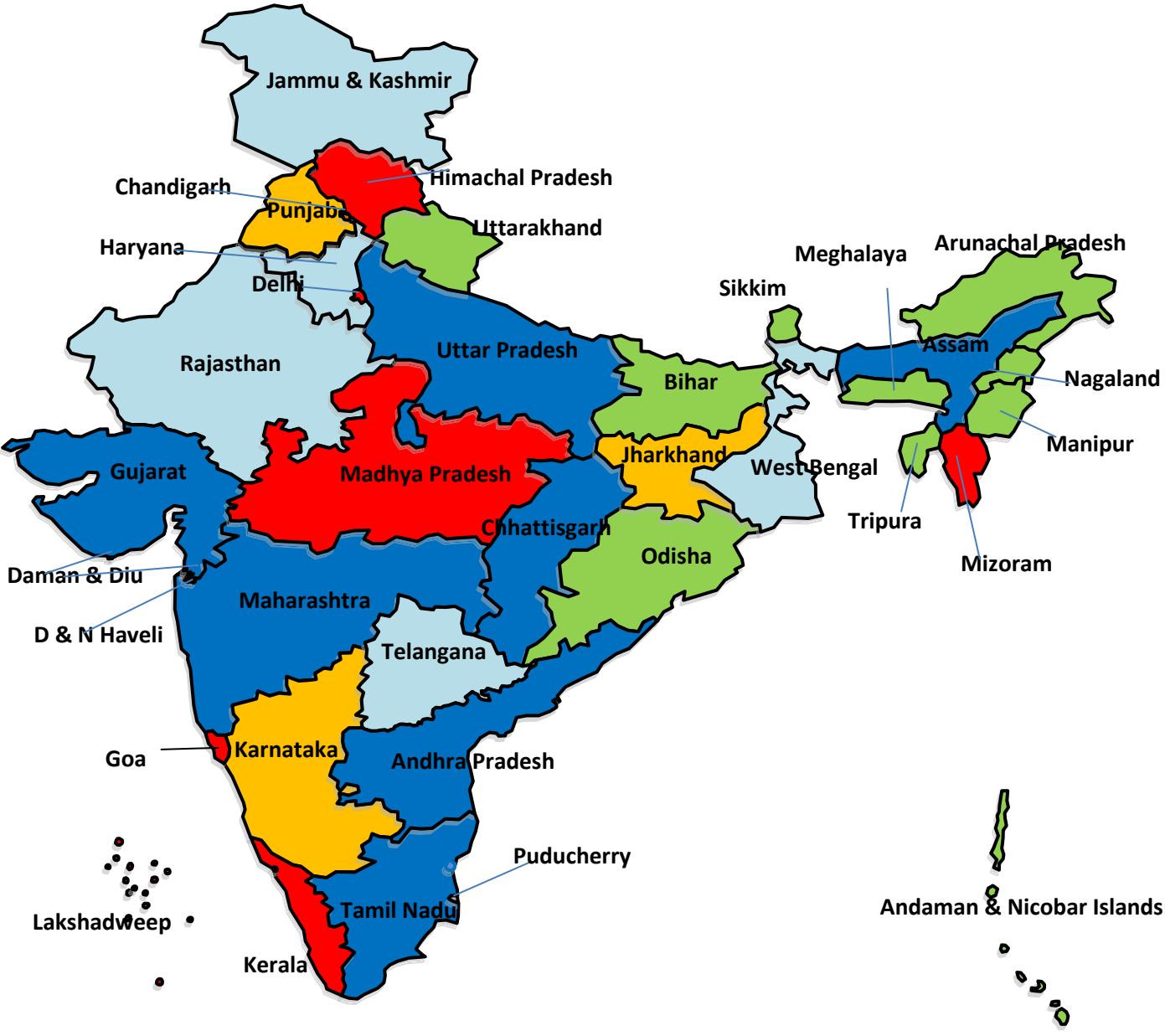
1. Care in pregnancy and child-birth.
2. Neonatal and infant health care services.
3. Childhood and adolescent health care services.
4. Family planning, Contraceptive services and other Reproductive Health Care services.
5. Management of Communicable diseases including National Health Programmes.
6. Management of Common Communicable Diseases and Outpatient care for acute simple illnesses and minor ailments.
7. Screening, Prevention, Control and Management of Non-Communicable diseases.
8. Care for Common Ophthalmic and ENT problems.
9. Basic Oral health care.
10. Elderly and Palliative health care services.
11. Emergency Medical Services.
12. Screening and Basic management of Mental health ailments.

**Key Elements of HWC:  
Figure: 1**



As on 31<sup>st</sup> March 2019, there are 17895 HWCs functional in India. Out of 17895 HWCs there are 7821 HWC-SCs (rural), 98 HWC-SCs (urban) and 8242 HWC- PHCs (rural) and 1734 HWC-PHCs functional in India (**Section IV, Table 6**). The State/ UT wise number of HWC-SCs and HWC-PHCs functional in the country are represented in (**Map.4** and **Map 5**).

**Map 4. Number of Health and Wellness Centres- Sub Centres (HWC-SCs) functional, as on 31st March, 2019 (Section IV, Table 6)**

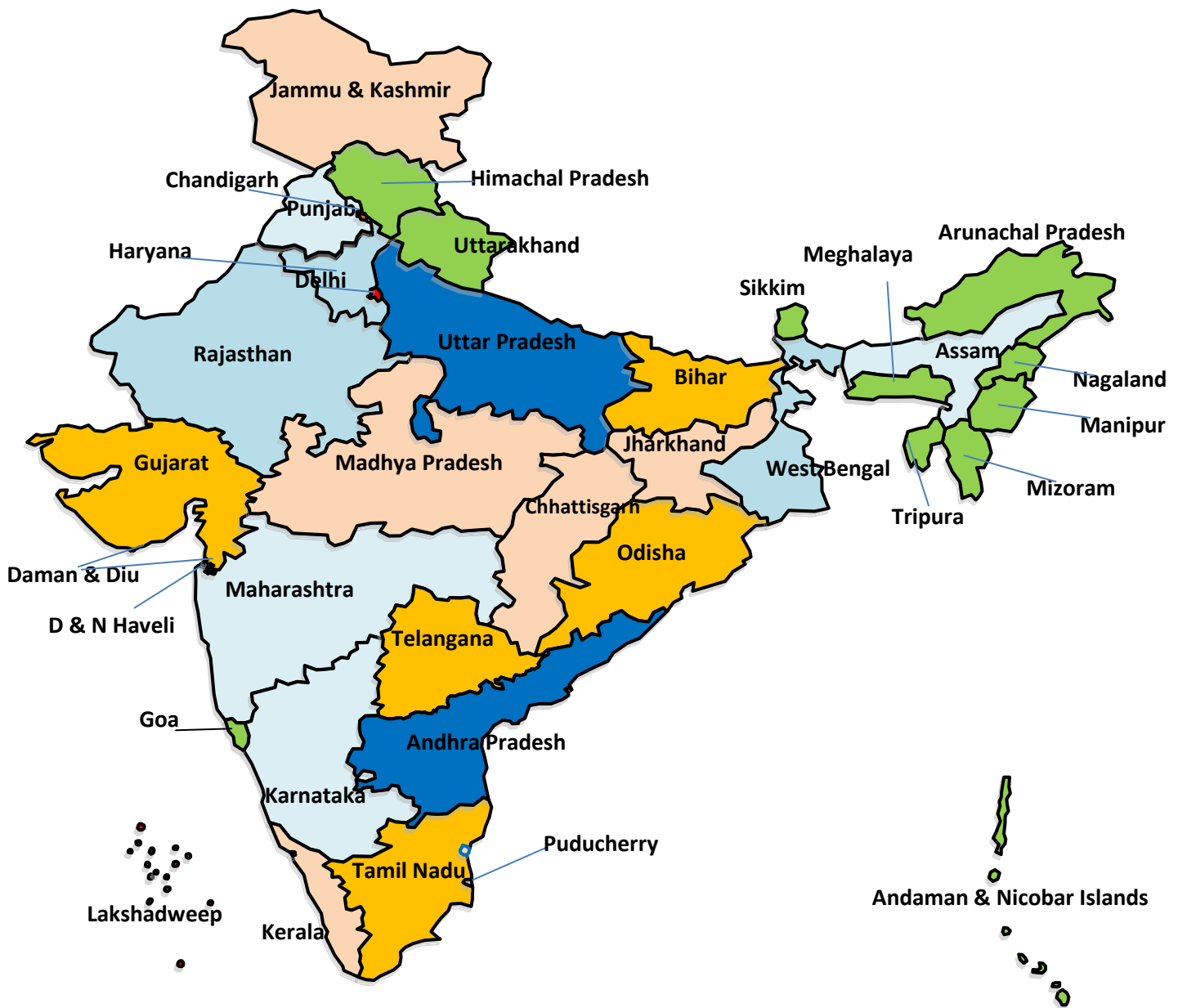


**State/ UT wise range of number of HWC-SCs**

	601-985
	201 – 600
	101 – 200
	1 – 100
	0

**Note: The boundaries and the name shown & the designations used on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations**

**Map 5. Number of Health and Wellness Centres- Primary Health Centres (HWC-PHCs) functional, as on 31st March, 2019 (Section IV, Table 6)**



**State/ UT wise range of number of HWC-PHCs**

	1001-1500
	501 – 1000
	201 – 500
	101-200
	1 – 100
	0

**Note:** The boundaries and the name shown & the designations used on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations

**भाग 1**  
**भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली**

## भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

### ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली - संरचना एवं वर्तमान परिदृश्य

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे को तीन स्तरीय प्रणाली के रूप में विकसित किया गया है (चार्ट 1 देखें) और निम्नलिखित जनसंख्या मानदंडों पर आधारित है:

#### तालिका 1.

केंद्र	जनसंख्या मानक*	
	मैदानी क्षेत्र	पहाड़ी/जनजातीय/कठिन क्षेत्र
उप केंद्र	5000	3000
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	30000	20000
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	120000	80000

\*किसी विशेष केन्द्र (एससी, पीएचसी एवं सीएचसी) की सेवाओं के अंतर्गत कवर किए गए व्यक्तियों की संख्या।

1.1 31 मार्च, 2019 तक देश में, ग्रामीण क्षेत्रों में 157411 उप केंद्र (एससी), 24855 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) और 5335 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) कार्यरत हैं। इसके अलावा, कुल 157541 एससी में से 7821 एससी हैं, जिन्हें हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर-सब सेंटर (एचडब्ल्यूसी-एससी) के रूप में अपग्रेड किया गया है और कुल 24855 पीएचसी में से 8242 हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर-प्राइमरी हेल्थ सेंटर (एचडब्ल्यूसी-पीएचसी) में अपग्रेड किए गए हैं। (अनुभाग IV, तालिका 6)।

#### उप केंद्र (एस.सी.)

1.2 उप केंद्र प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और समुदाय के बीच सबसे अधिक परिधीय और पहला संपर्क बिंदु है। उप-केंद्रों को पारस्परिक परिवर्तन से संबंधित कार्य सौंपे गए हैं ताकि

31 मार्च, 2019 तक, देश में 157411 ग्रामीण एससी कार्यात्मक हैं। इन एससी में से 7821 को एचडब्ल्यूसी-एससी के रूप में अपग्रेड किया गया है। एससी का एचडब्ल्यूसी-एससी में रूपांतरण तमिलनाडु (985), महाराष्ट्र (939), गुजरात (813), उत्तर प्रदेश (726), छत्तीसगढ़ (650), असम (628), आंध्र प्रदेश (612) और कर्नाटक (571) में देखा गया है।

व्यवहार परिवर्तन लाया जा सके और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, टीकाकरण, दस्त नियंत्रण और संचारी रोगों के नियंत्रण के संबंध में सेवाएं प्रदान की जा सकें। प्रत्येक उप केंद्र को कम से कम एक सहायक नर्स मिडवाइफ (एएनएम) / महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता और एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा प्रबंधित

किया जाना आवश्यक है (स्टाफ संरचना के ब्यौरे के विवरण के लिए, देखें बॉक्स 1 और भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों (आईपीएचएस) के तहत अनुशंसित स्टाफ संरचना (देखें अनुलग्नक-1 देखें)। एनआरएचएम के तहत, अनुबंध के आधार पर एक अतिरिक्त दूसरी एएनएम का प्रावधान है। एक महिला स्वास्थ्य निरीक्षक (एलएचवी) को छह उप केंद्रों की देखरेख का काम सौंपा जाता है। भारत सरकार एएनएम और एलएचवी का वेतन वहन करती है जबकि पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता का वेतन राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाता है। स्वैप योजना के तहत, भारत सरकार ने अप्रैल, 2002 से राज्य सरकारों / केंद्र शासित प्रदेशों में अतिरिक्त 39554 उप केंद्रों का अधिग्रहण कर लिया है, राज्य सरकारों / संघ शासित प्रदेशों को हस्तांतरित 5434 ग्रामीण परिवार कल्याण केंद्रों के बदले।

31 मार्च, 2019 तक देश के ग्रामीण क्षेत्रों में कुल 157411 (149520 एससी और 7821 एचडब्ल्यूसी-एससी) उप केंद्र कार्यरत हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)। राष्ट्रीय स्तर पर वर्ष 2005 से एससी की संख्या 11385 है (अनुभाग I, तुलनात्मक कथन 1)

### प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी):

1.3 पीएचसी ग्राम समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला संपर्क बिंदु है। पीएचसी को स्वास्थ्य देखभाल के निवारक और प्रचार पहलुओं पर जोर देने के साथ ग्रामीण आबादी के लिए एक एकीकृत उपचारात्मक और निवारक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की परिकल्पना की गई थी। पीएचसी राज्य सरकारों द्वारा न्यूनतम आवश्यकताओं कार्यक्रम (एमएनपी) / बुनियादी न्यूनतम सेवाओं (बीएमएस) कार्यक्रम के तहत स्थापित और रखरखाव किया जाता है। न्यूनतम आवश्यकता (बॉक्स -1) के अनुसार, एक पीएचसी को 14 पैरामेडिकल और अन्य स्टाफ द्वारा समर्थित चिकित्सा अधिकारी द्वारा देखा जाना है (आईपीएचएस मानदंडों के लिए अनुबंध- I देखें)। एनआरएचएम के तहत, अनुबंध के आधार पर पीएचसी पर दो अतिरिक्त स्टाफ नर्सों के लिए प्रावधान है। यह 6 उप केंद्रों के लिए एक रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है और इसमें रोगियों के लिए 4-6 बेड हैं। PHC की गतिविधियों में उपचारात्मक, निवारक, प्रोत्साहन और परिवार कल्याण सेवाएं शामिल हैं। 31 मार्च, 2019 तक देश के ग्रामीण क्षेत्रों में 24855 यानी (16613 पीएचसी और 8242 एचडब्ल्यूसी- पीएचसी) कार्यरत हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)। राष्ट्रीय स्तर पर वर्ष 2005 से 1619 PHCs की वृद्धि हुई है (अनुभाग I, तुलनात्मक कथन 1)।

राष्ट्रीय स्तर पर, 31 मार्च 2019 तक ग्रामीण क्षेत्रों में 24855 पीएचसी (16613 पीएचसी और 8242 एचडब्ल्यूसी-पीएचसी) कार्यरत हैं। एचडब्ल्यूसी-पीएचसी के रूप में पीएचसी में से 8242 का उन्नयन है। आंध्र प्रदेश (1145), उत्तर प्रदेश (946), ओडिशा (827), गुजरात (772), तमिलनाडु (716) और तेलंगाना (636) में पीएचसी में से एचडब्ल्यूसी-पीएचसी के रूपांतरण की महत्वपूर्ण संख्या देखी गई है।

### सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी):

1.4 एमएनपी / बीएमएस कार्यक्रम के तहत राज्य सरकार द्वारा सीएचसी की स्थापना और रखरखाव किया जा रहा है। न्यूनतम मानदंडों (बॉक्स -1) के अनुसार, एक सीएचसी को चार चिकित्सा विशेषज्ञों यानी सर्जन, चिकित्सक, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल रोग विशेषज्ञ तथा उनके सहयोग के लिए 21 पराचिकित्सा एवं अन्य कर्मचारी अपेक्षित हैं (आईपीएचएस मानदंडों के लिए अनुबंध- I देखें)। इसमें एक ओटी, एक्स-रे, लेबर रूम और प्रयोगशाला सुविधाओं के साथ 30-इन-डोर बेड हैं। यह 4 PHCs के लिए एक रेफरल केंद्र के रूप में कार्य करता है और प्रसूति देखभाल और विशेषज्ञ परामर्श के लिए सुविधाएं भी प्रदान करता है। 31 मार्च, 2019 तक, देश के ग्रामीण क्षेत्रों में 5335 सीएचसी कार्यरत हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)।

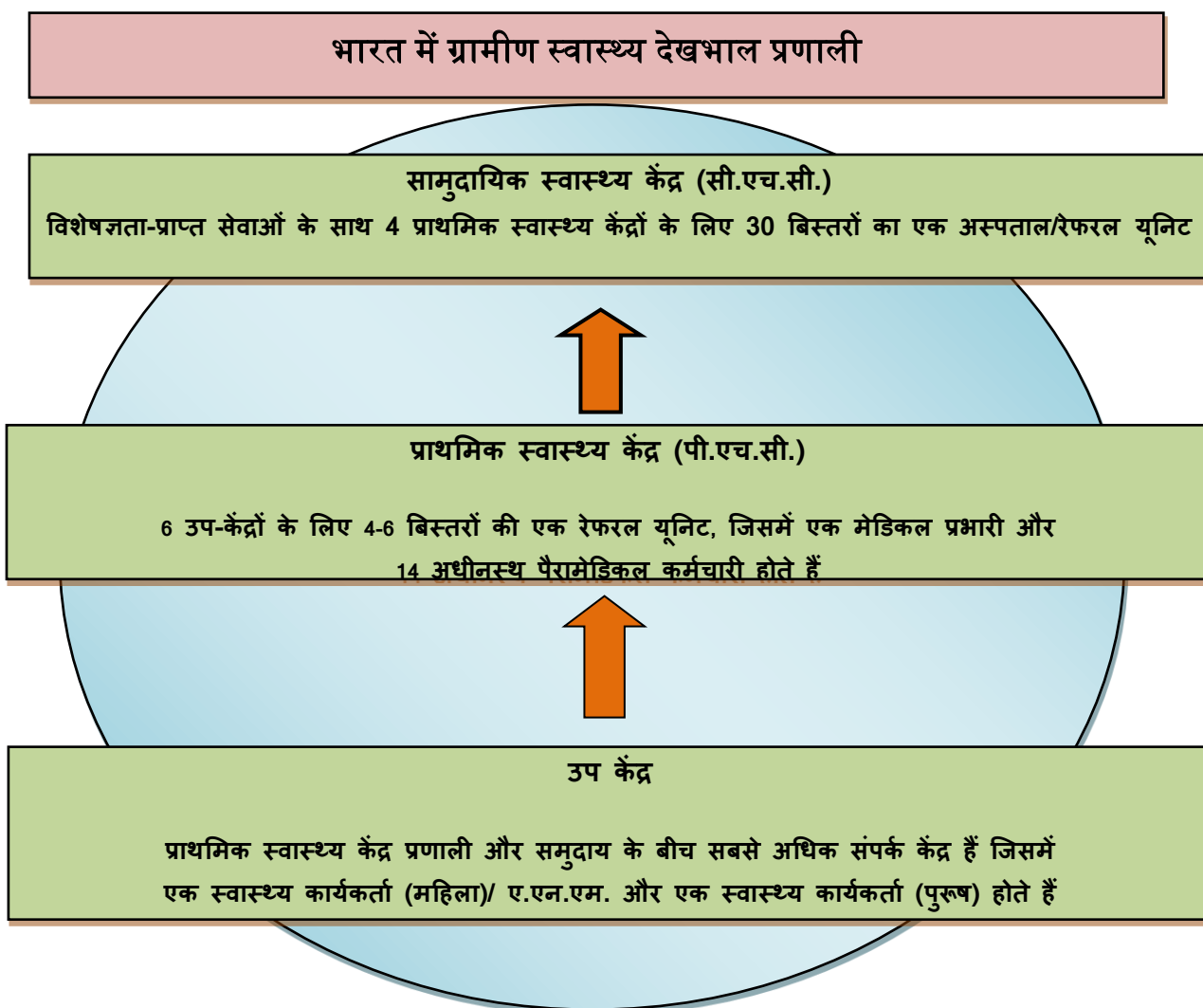
1.5 ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना के प्रत्येक स्तर के लिए जनसंख्या मानकों तथा इन मानकों की तुलना में मौजूदा स्थिति का ब्योरा बॉक्स-2 में दिया गया है।

## प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू)

1.6 किसी मौजूदा स्वास्थ्य सेवा (जिला अस्पताल, उप-मंडल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र आदि) को पूर्णतः संचालित प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) तभी घोषित किया जा सकता है जब वह उन सभी आपातकालीन सुविधाओं, जिन्हें किसी अस्पताल द्वारा मुहैया कराना अपेक्षित होता है, के अलावा आपातकालीन प्रसूति एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं 24 घंटे उपलब्ध कराने हेतु सुसज्जित हो। यह ध्यान देना चाहिए कि एफआरयू के रूप में घोषित किए जाने वाले किसी स्वास्थ्य केंद्र के तीन महत्वपूर्ण निर्धारक होते हैं: i) सीजेरियन ऑपरेशन जैसे सर्जिकल उपचारों सहित आपातकालीन प्रसूति देखभाल; ii) नवजात देखभाल; और iii) 24 घंटे रक्त भंडारण की सुविधा।

31 मार्च 2019 तक, देश में 3204 एफआरयू कार्य कर रहे हैं। इनमें से 95.7% एफआरयू में ऑपरेशन थियेटर की सुविधा है, 96.7% एफआरयू में कार्यात्मक लेबर रूम हैं, जबकि 75.3% एफआरयू में ब्लड स्टोरेज / लिंकेज की सुविधा है (अनुभाग VI, तालिका 48)।

चार्ट.1





## 2. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना का सुदृढीकरण

**2.1** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देते हुए, जहां जन-स्वास्थ्य संकेतकों और/या अवसंरचना की स्थिति दयनीय है, देश भर में ग्रामीण आबादी को प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने पर विचार किया गया है। ये 18 राज्य हैं - अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, जम्मू और कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नागालैंड, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड एवं उत्तर प्रदेश।

**2.2** एन.आर.एच.एम. का उद्देश्य स्वास्थ्य प्रणाली में संरचनात्मक सुधार लाना है जिससे वह बढ़ाए गए आबंटनों का प्रभावकारी ढंग से उपयोग करने और उन नीतियों, जो देश में जन-स्वास्थ्य प्रबंधन तथा दी जाने वाली सेवा को मजबूत बनाने हेतु तैयार की गई हैं, को आगे बढ़ाने में सक्षम बनाया जा सके। इसके मुख्य घटक हैं - प्रत्येक गांव में एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता का प्रावधान; पंचायत की ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति (वीएचएस एंड एनसी) की अध्यक्षता में गठित एक स्थानीय दल के माध्यम से एक ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करना; प्रभावकारी उपचारात्मक देखभाल हेतु ग्रामीण अस्पताल का सुदृढीकरण और भारतीय जन-स्वास्थ्य मानकों (आई.पी.एच.एस.) के माध्यम से उसे मापने योग्य तथा समुदाय के प्रति उत्तरदायी बनाना; निचले स्तर से लेकर ऊपरी स्तर के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों का एकीकरण; निधि एवं अवसंरचना का सर्वोत्कृष्ट उपयोग तथा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का सुदृढीकरण। इसमें स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं को पुनः सशक्त करने तथा आयुष को जन-स्वास्थ्य प्रणाली की मुख्यधारा में लाने पर विचार किया गया है। साथ ही, इसका उद्देश्य जिला स्वास्थ्य योजना के माध्यम से स्वच्छता एवं स्वास्थ्य विज्ञान, पोषण तथा सुरक्षित पेयजल जैसे स्वास्थ्य निर्धारकों के साथ स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं को प्रभावकारी ढंग से एकीकृत करना भी है। इसमें जिला स्वास्थ्य प्रबंधन हेतु कार्यक्रमों के विकेंद्रीकरण तथा, विशेष रूप से अधिक ध्यान दिए जाने वाले 18 राज्यों में, जन-स्वास्थ्य अवसंरचना हेतु पूरी न की गई आवश्यकता सहित अंतर्राज्यीय जिलों के बीच व्याप्त विषमताओं को दूर करने पर भी विचार किया गया है। इसका उद्देश्य ग्रामीण आबादी, विशेष रूप से गरीब महिलाओं एवं बच्चों को एक-समान, किफायती, जवाबदेह एवं प्रभावकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता में सुधार लाना भी है।

### बॉक्स 1.

स्टाफ संरचना (न्यूनतम मानक)		
क.	उप केंद्र के कर्मचारी	पदों की संख्या
1	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/ए.एन.एम. ....	1
2	अतिरिक्त द्वितीय ए.एन.एम.(संविदा पर) .....	1
3	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष).....	1
4	स्वैच्छिक कार्यकर्ता.....	1
	कुल (संविदात्मक कर्मचारियों को छोड़कर): .....	3

ख. नए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए कर्मचारी			
1	चिकित्सा अधिकारी.....		1
2	फार्मासिस्ट .....		1
3	नर्स मिड-वाइफ (स्टाफ नर्स).....	1+2	अतिरिक्त स्टाफ नर्स संविदा पर
4	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/ ए.एन.एम.....		1
5	स्वास्थ्य प्रशिक्षक .....		1
6	स्वास्थ्य सहायक (पुरुष).....		1
7	स्वास्थ्य सहायक (महिला)/एल.एच.वी.....		1
8	प्रवर श्रेणी लिपिक .....		1
9	अवर श्रेणी लिपिक .....		1
10	प्रयोगशाला तकनीशियन .....		1
11	वाहन चालक (वाहन उपलब्ध रहने पर).....		1
12	चतुर्थ श्रेणी .....		4
	<b>कुल (संविदात्मक कर्मचारियों को छोड़कर):.....</b>		<b>15</b>
ग. सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए कर्मचारी:			
1	चिकित्सा अधिकारी #.....		4
2	नर्स मिड-वाइफ (स्टाफ नर्स).....		7
3	ड्रेसर .....		1
4	फार्मासिस्ट/कंपाउण्डर .....		1
5	प्रयोगशाला तकनीशियन .....		1
6	रेडियोग्राफर .....		1
7	वार्ड बॉय .....		2
8	धोबी .....		1
9	सफाई कर्मचारी .....		3
10	माली .....		1
11	चौकीदार .....		1
12	आया .....		1
13	चपरासी .....		1
	<b>कुल: .....</b>		<b>25</b>
#:	सर्जन, प्रसूति विशेषज्ञ, फिजीशियन एवं बाल-चिकित्सक के रूप में कार्य करने हेतु अर्हता प्राप्त या विशेष रूप से प्रशिक्षित। उसी प्रकार मौजूदा चिकित्सा अधिकारियों में से एक या तो अर्हता-प्राप्त या जन-स्वास्थ्य में विशेष रूप से प्रशिक्षित होना चाहिए।		
नोट:	उपर्युक्त मानक स्टाफ संरचना हेतु न्यूनतम मानक है जिसमें एनआरएचएम के तहत निर्धारित अतिरिक्त कर्मचारी शामिल हैं जैसा इस अध्याय के अनुलग्नक-1 में दिया गया है।		

## बॉक्स 2.

ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना-मानक* एवं उपलब्धियों का स्तर (अखिल भारत)					
क्र.सं.	संकेतक	राष्ट्रीय मानक		स्थिति (2019)	
		सामान्य	जनजातीय/पहाड़ी/	सामान्य	जनजातीय/पहाड़ी/
1	ग्रामीण जनसंख्या (मध्य वर्ष की जनसंख्या 2019, 1 जुलाई 2019 को) द्वारा कवर:	सामान्य	जनजातीय/पहाड़ी/	सामान्य	जनजातीय/पहाड़ी/

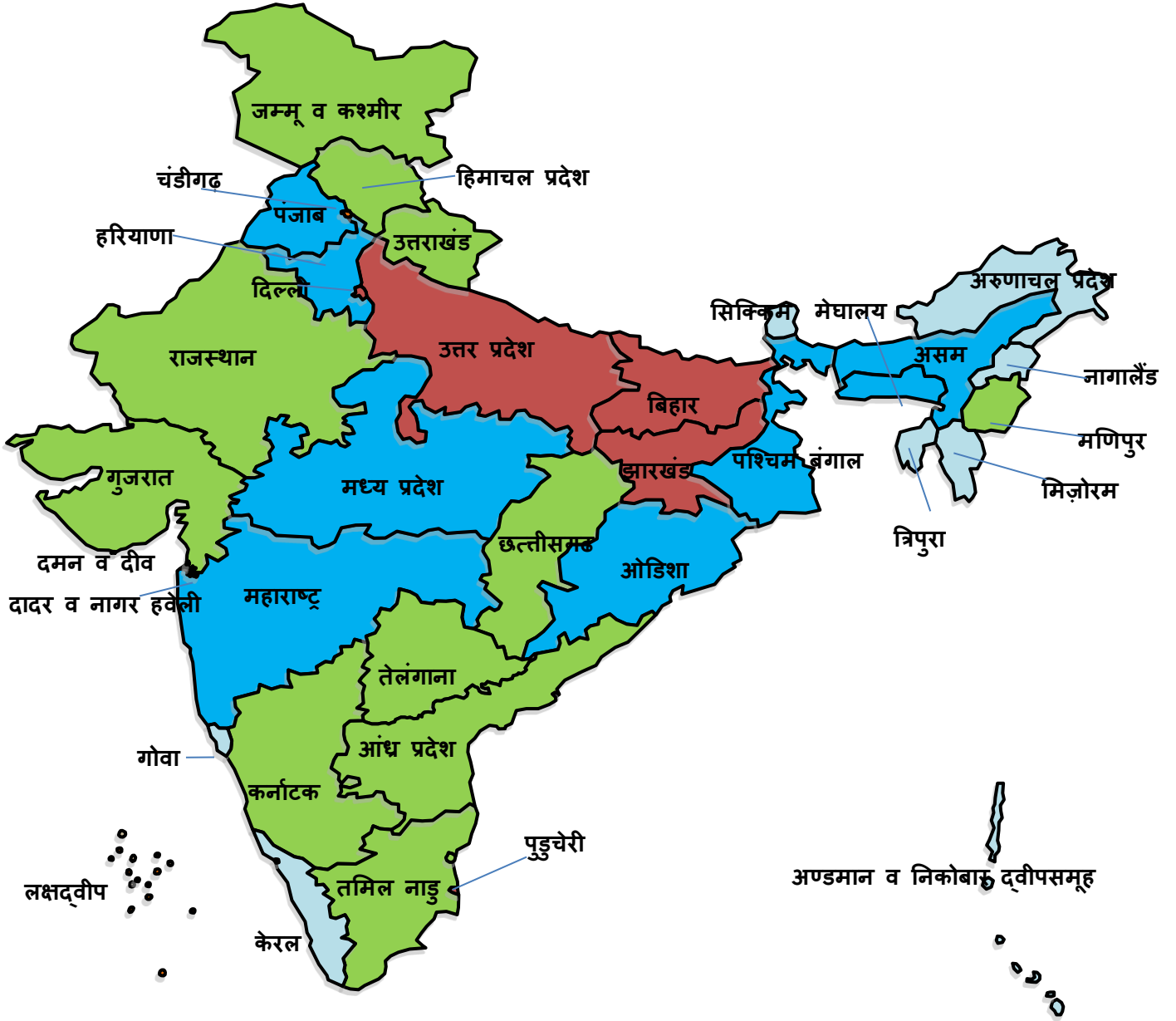
			मरुस्थलीय		मरुस्थलीय
	उप केंद्र	5000	3000	5616	3394
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पी.एच.सी.)	30000	20000	35567	23115
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सी.एच.सी.)	120000	80000	165702	95243
2	प्रति पी.एच.सी. उप-केंद्रों की संख्या	6		6	7
3	प्रति सी.एच.सी. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या	4		5	4
4	<b>निम्नलिखित में शामिल ग्रामीण जनसंख्या (मध्य वर्ष की जनसंख्या 2019, 1 जुलाई 2019 को)</b>				
	एचडब्ल्यू (एफ) (उप केन्द्रों और पीएचसीओ में)			3774	
	एचडब्ल्यू (एम) (उप-केन्द्रों में)			14896	
5	पीएचसी में एचए (एम) और उप केन्द्रों में एचडब्ल्यू (एम) का अनुपात	1:4		1:5	
6	पीएचसी में एचए (एफ) और उपकेन्द्रों और पीएचसीओ में एचडब्ल्यू (एफ) का अनुपात	1:17		1:15	
7	<b>निम्नलिखित में शामिल औसत ग्रामीण क्षेत्रफल (वर्ग किलोमीटर)</b>	<b>ग्रामीण क्षेत्र</b>	<b>जनजातीय क्षेत्र</b>		
	उप-केन्द्र	18.98	17.10		
	पीएचसी	120.19	116.46		
	सीएचसी	559.96	479.84		
8	<b>निम्नलिखित में शामिल रेडियल दूरी (किलोमीटर:)</b>	<b>ग्रामीण क्षेत्र</b>	<b>जनजातीय क्षेत्र</b>		
	उप-केन्द्र	2.46	2.33		
	पीएचसी	6.18	6.09		
	सीएचसी	13.35	12.36		
9	<b>निम्नलिखित में शामिल गावों की औसत संख्या:</b>	<b>ग्रामीण क्षेत्र</b>			
	उप केन्द्र	4	-		
	पीएचसी	26	-		
	सीएचसी	120	-		

एम: पुरुष एफ: महिला

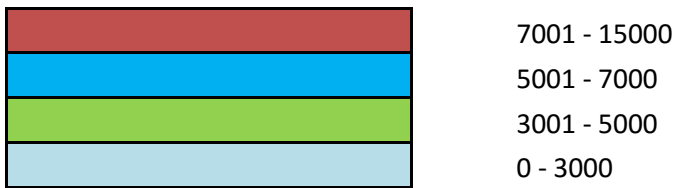
\* विशेष संकाय (एससी, पीएचसी और सीएचएस) की सेवाओं के तहत कवर व्यक्तियों की संख्या।

31 मार्च, 2019 तक उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी द्वारा कवर की गई जनसंख्या क्रमशः 5616, 35567 और 165702 है (अनुभाग VIII, तालिका 66, 67 & 68)। उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी द्वारा कवर की गई औसत आबादी में राज्य-वार भिन्नताओं का प्रतिनिधित्व किया जाता है **मानचित्र 1, 2 और 3** क्रमशः।

मानचित्र 1. 31 मार्च, 2019 तक उप केन्द्र और एचडब्लूसी-एससी के अन्तर्गत औसत ग्रामीण जनसंख्या (1 जुलाई 2019 को मध्य-वर्ष की जनसंख्या) (अनुभाग IX, तालिका 66)

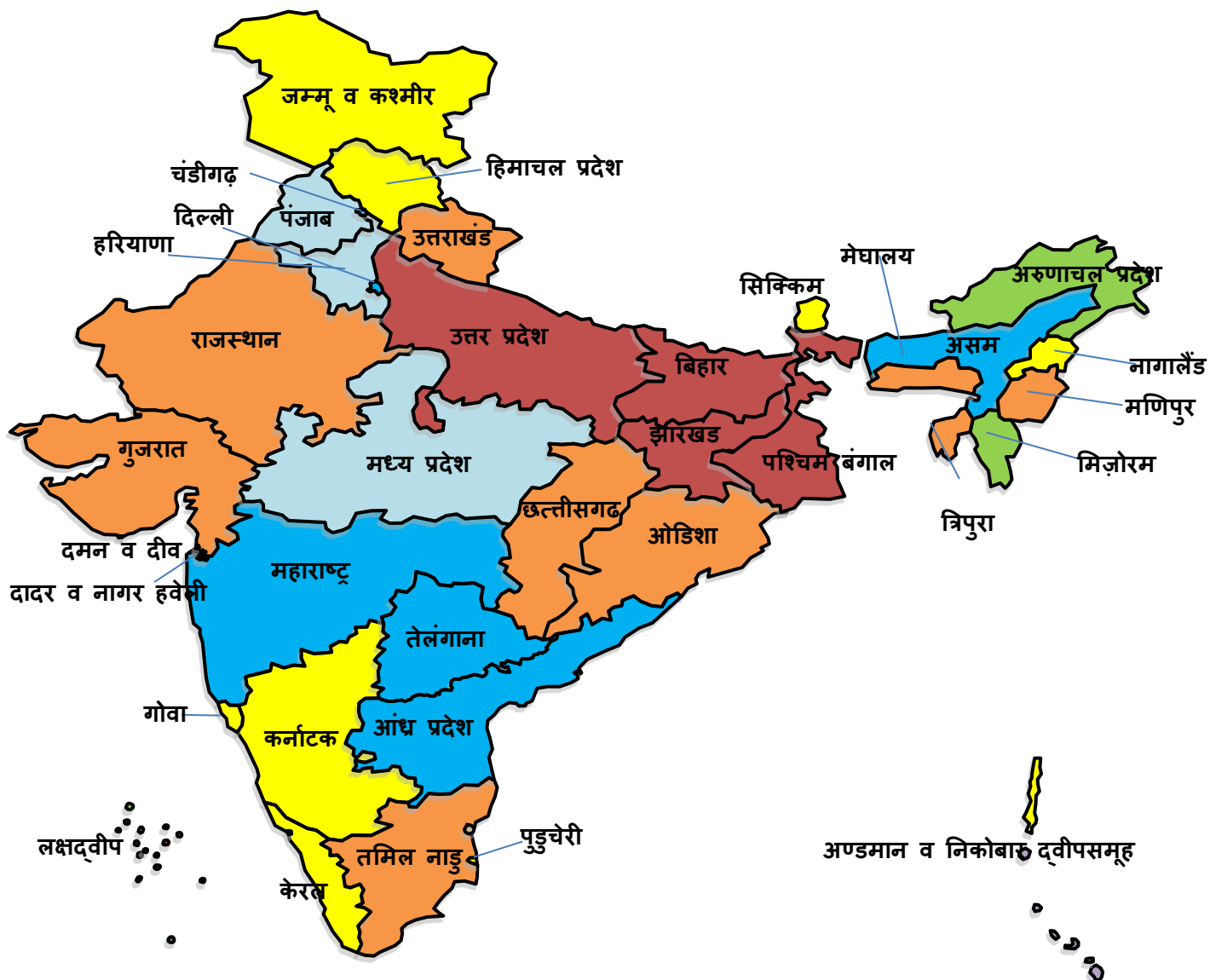


उप केन्द्र और एचडब्लूसी-एससी के अन्तर्गत ग्रामीण जनसंख्या

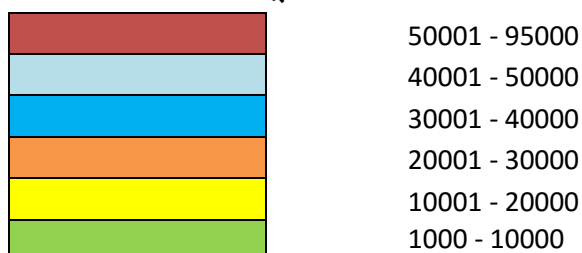


नोट: इन मानचित्रों में दर्शाई गई सीमाएं और नाम संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा आधिकारिक रूप से स्वीकृत नहीं हैं।

मानचित्र 2. 31 मार्च, 2019 तक पीएचसी और एचडब्लूसी-पीएचसी के अन्तर्गत ग्रामीण जनसंख्या (1 जुलाई 2019 को मध्य-वर्ष की जनसंख्या) (अनुभाग IX, तालिका 67)

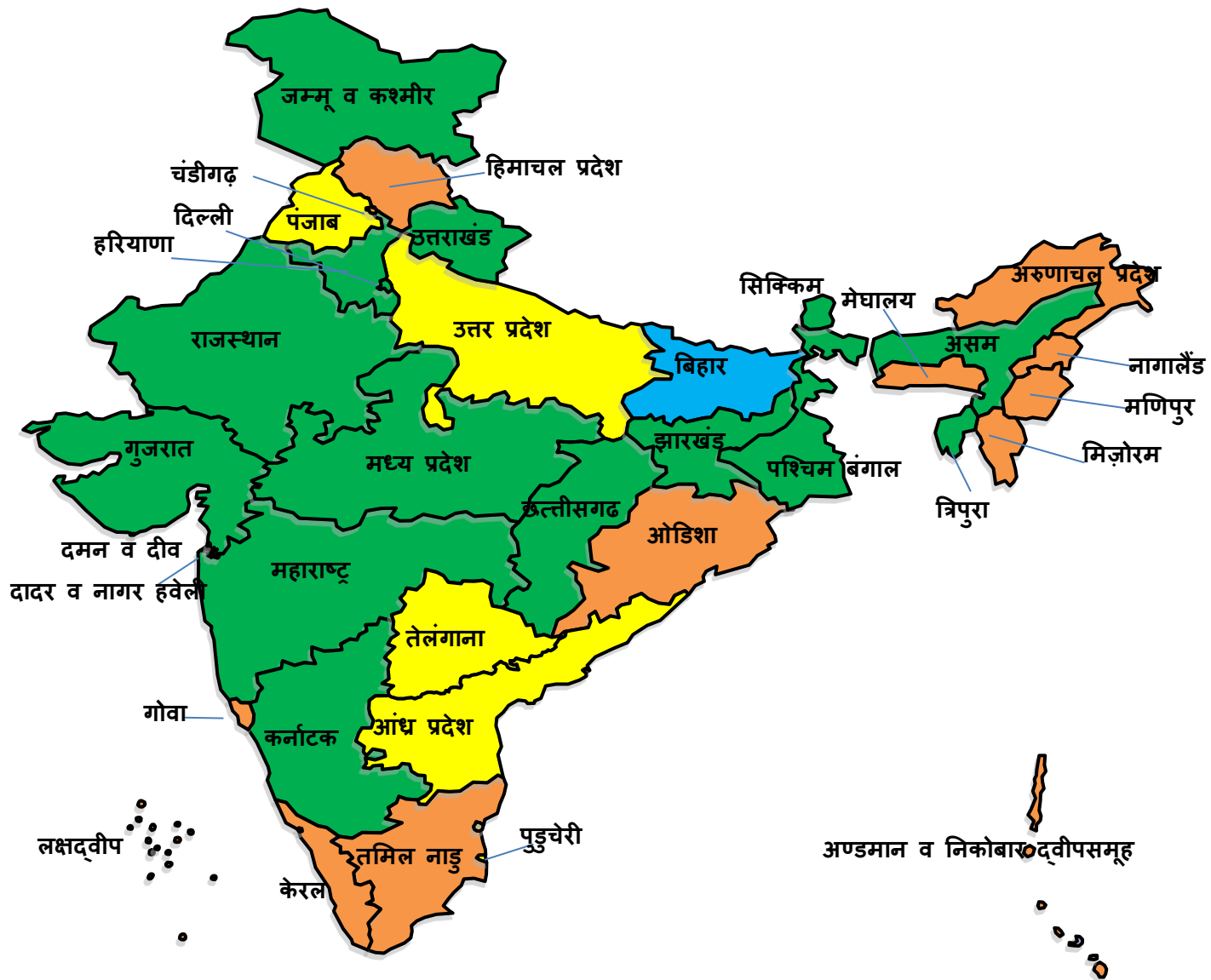


पीएचसी और एचडब्लूसीपीएचसी के अन्तर्गत शामिल- ग्रामिण जनसंख्या



नोट: इन मानचित्रों में दर्शाई गई सीमाएं और नाम संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा आधिकारिक रूप से स्वीकृत नहीं हैं।

मानचित्र 3. 31 मार्च, 2019 तक सीएचसी के अन्तर्गत ग्रामीण जनसंख्या (1 जुलाई 2019 को मध्य-वर्ष की जनसंख्या) (अनुभाग IX, तालिका 68)



सीएचसी के अन्तर्गत ग्रामीण जनसंख्या

	255001 & above
	200001 - 255000
	100001 - 200000
	10000 - 100000

नोट: इन मानचित्रों में दर्शाई गई सीमाएं और नाम संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा आधिकारिक रूप से स्वीकृत नहीं हैं।

### 3.1. एनआरएचएम की प्रमुख और अनुपूरक कार्यनीतियां:

#### 3.1.1. प्रमुख कार्यनीतियां:

- जन स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों के स्वामित्व, नियंत्रण और प्रबंधन के लिए पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई) का प्रशिक्षण तथा क्षमता में विस्तार करना।
- महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) के माध्यम से घरेलू स्तर पर बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच को बढ़ावा देना।
- पंचायत की ग्राम्य स्वास्थ्य, सफाई, पोषण समिति के माध्यम से प्रत्येक गांव के लिए स्वास्थ्य योजना।
- स्थानीय योजना, कार्यकलाप एवं बहुदेशीय कार्यकर्ताओं (एमपीडब्ल्यू) को समर्थ बनाने हेतु अबद्ध निधियों के माध्यम से उप केन्द्र को सुदृढ़ करना।
- बेहतर उपचारात्मक देखभाल के लिए वर्तमान पीएचसी और सीएचसी तथा प्रति लाख जनसंख्या पर 30-50 बिस्तरों वाले सीएचसी को निदेशात्मक मानकों के अनुरूप सुदृढ़ करना (भारतीय जन स्वास्थ्य मानदंड, जिसमें कार्मिक, उपकरण और प्रबंधन मानदंड परिभाषित हैं)।
- जिला स्वास्थ्य मिशन द्वारा बनाए गए अंतर क्षेत्रीय जिला स्वास्थ्य योजना को तैयार करना और इसका कार्यान्वयन करना, जिसमें पेयजल, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य रक्षा और पोषण शामिल हैं।
- राष्ट्रीय, राज्य, जिला और ब्लॉक स्तरों पर वर्टिकल स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों को एकीकृत करना।
- जन स्वास्थ्य प्रबंधन के लिए राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्वास्थ्य मिशन को तकनीकी सहायता देना।
- साक्ष्य आधार योजना, मॉनीटरिंग और पर्यवेक्षक के लिए आंकड़े एकत्रीकरण, आकलन और समीक्षा हेतु क्षमताओं को सुदृढ़ करना।
- स्वास्थ्य के क्षेत्र में मानव संसाधनों की नियुक्ति एवं कैरियर विकास के लिए पारदर्शी नीतियां बनाना।
- विशेषतः अल्प सेवित क्षेत्रों में गैर-लाभकारी क्षेत्रों को बढ़ावा देते हुए स्वस्थ जीवनशैली, तंबाकू और शराब उपभोग में कटौती आदि को बढ़ावा देने के लिए सभी स्तरों पर रोग निवारक स्वास्थ्य सेवाओं हेतु क्षमताओं का विकास करना।

#### 3.1.2 अनुपूरक कार्यनीतियां:

- यथोचित लागत पर नागरिकों को गुणवत्ता सेवा की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए अनौपचारिक ग्रामीण चिकित्सकों सहित निजी क्षेत्रों का विनियमन करना। जन स्वास्थ्य संबंधित उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए सरकारी निजी भागीदारी को बढ़ावा देना। स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं पुनर्जीवित करते हुए आयुष को मुख्यधारा में लाना।
- चिकित्सा देखभाल और चिकित्सा नीतिशास्त्र के विनियमन सहित ग्रामीण स्वास्थ्य मामलों को सहायता देने के लिए चिकित्सा शिक्षा का पुनः अभिविन्यास करना।

## 3.2 अवसंरचना तथा जनशक्ति सुदृढीकरण से संबंधित एनआरएचएम की कार्य-योजना

### 3.2.1 घटक (क): प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता

- प्रत्येक ग्राम/ अधिक आबादी वाले स्थान में पंचायत द्वारा चयनित तथा पंचायत के प्रति जवाबदेह महिला प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) होनी चाहिए जो समुदाय और जन स्वास्थ्य प्रणाली के बीच समन्वयकर्ता का कार्य करेगी। राज्यों को राज्य विशिष्ट मॉडलों का चयन करना चाहिए।
- आशा एनएचएम और गांव के बीच एक सेतु का कार्य करेगी तथा पंचायत के प्रति जवाबदेह होंगी।
- वह एक अवैतनिक कार्यकर्ता होगी जो व्यापक प्रतिरक्षण, रेफरल और आरसीएच के लिए सेवाओं को सहायता देने, घरेलू शौच घर और अन्य स्वास्थ्य और देखभाल सुपुर्दगी कार्यक्रम में बढ़ावा देने के हेतु निष्पादन आधारित मुआवजा प्राप्त करेगी।
- राष्ट्रीय स्तर पर स्थायी परामर्शदात्री समूह के माध्यम से विकसित तथा परामर्श दिए गए जन स्वास्थ्य पर शिक्षा शास्त्र में उसे प्रशिक्षित किया जाएगा जिसमें उत्तम प्रक्रियाओं को शामिल तथा समुदाय स्वास्थ्य संसाधन संगठन को सक्रिय रूप से शामिल करते हुए कार्यान्वित किया जाएगा।
- पंचायत के ग्राम स्वास्थ्य समिति के नेतृत्व में वह आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, एनएचएम, अन्य विभागों के कार्यकर्ताओं और स्वयंसेवी समूह सदस्यों सहित ग्राम स्वास्थ्य योजना को तैयार तथा कार्यान्वयन करने के लिए मदद करेगी।
- 18 उच्च फोकस वाले राज्यों पर अधिक ध्यान देते हुए आशा को देश में प्रचारित किया जाएगा। भारत सरकार प्रशिक्षण, प्रोत्साहन और चिकित्सा किट की लागत वहन करेगी। शेष संघटकों को कार्यक्रम के तहत राज्यों को दिए गए वित्तीय संसाधनों के तहत निधियां प्रदान की जाएंगी।
- सामान्य बीमारियों के लिए इसे जेनेरिक, आयुष और एलोपैथिक दवाइयों वाली एक औषधि किट दी जाएगी। औषधि किट को समय-समय पर नए सामान से भरा जाएगा।
- आशा कमियों का भर्ती प्रशिक्षण कुल 23 दिनों का है जो 12 माह में पूरा किया जाएगा। कार्य के दौरान प्रशिक्षण वर्ष भर चलता रहेगा।
- राज्य स्तर पर संशोधन करते हुए प्रोटोटाइप प्रशिक्षण सामग्री को राष्ट्रीय स्तर पर तैयार किया जाएगा।
- प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण के माध्यम से प्रशिक्षण का कैस्केड मॉडल प्रस्तावित किया गया, जिसमें अनुबंध के साथ-साथ डिस्टेंस लर्निंग मॉडल शामिल है।
- प्रशिक्षण में एनजीओ/आईसीडीएस प्रशिक्षण केन्द्रों और राज्य स्वास्थ्य संस्थानों के भागीदारी की आवश्यकता होगी।

31 मार्च 2019 को, पूरे देश में 929893 आशा उपलब्ध हैं (अनुभाग V, तालिका 37)।



### 3.2.2. घटक (ख): उप-केन्द्रों (एससी) का सुदृढीकरण

- प्रत्येक उप-केन्द्र में स्थानीय कार्रवाई के लिए 10,000 रूपए प्रति वर्ष की दर से अबद्ध निधि होगी। इस निधि को एएनएम और सरपंच के संयुक्त बैंक खाते में जमा किया जाएगा और ग्रामीण स्वास्थ्य समिति के परामर्श से एएनएम द्वारा इसका संचालन किया जाएगा और इस अबद्ध निधि को एलोपैथिक, स्वदेशी औषधि एवं एक अतिरिक्त एएनएम के लिए खर्च किया जाएगा।
- प्रत्येक उप-केन्द्र को 10,000/- रूपए का वार्षिक रखरखाव अनुदान भी उपलब्ध कराया जाता है ताकि सुविधा केन्द्र के सुधार और रखरखाव का पर्यवेक्षण हो सके।
- व्यापक क्षेत्रों, विशेषतः पहाड़ी और रेतीले क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सुविधा प्रदान के मामले में "देखभाल प्रदान करने में लगने वाला समय" एक महत्वपूर्ण मुद्दा है। स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्र निवास स्थान से 30 मिनट की पैदल दूरी पर होनी चाहिए, जिसका अर्थ यह है कि जहां जनसंख्या दूर-दूर तक फैली हैं, वहां अतिरिक्त उप-केन्द्रों को बनाने की आवश्यकता है। तथापि, प्रति 5000 व्यक्ति जनसंख्या के लिए एक सुनिश्चित उप-केन्द्र है (पहाड़ी, रेतीले और जनजातीय क्षेत्रों में 3000) किन्तु जहां जनसंख्या अधिक है वहां वर्तमान उप-केन्द्रों/यूपीएचसी में बहु-सेवा प्रदाताओं की नियुक्ति के माध्यम से अंतराल को पूरा किया जा सकता है।

### 3.2.3. घटक (ग): प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) का सुदृढीकरण

मिशन का उद्देश्य निम्नलिखित के माध्यम से गुणवत्ता युक्त निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक, पर्यवेक्षक तथा आउटरीच सेवाओं में पीएचसी को सुदृढ करना है।

- पीएचसी में आवश्यक एवं अच्छी गुणवत्ता की औषधियां और उपकरणों (जिसमें प्रतिरक्षण के लिए ऑटो डिसेबल्ड सिरिंज की आपूर्ति शामिल है) की पर्याप्त और नियमित आपूर्ति करना।
- मानक उपचार दिशानिर्देश और प्रोटोकॉल का पालन करना।
- स्थानीय स्वास्थ्य कार्रवाई के लिए प्रति पीएचसी 25,000/- रुपये का अबद्ध अनुदान तथा प्रति पीएचसी 50,000/- रुपये का वार्षिक रखरखाव अनुदान और सुधार तथा देखभाल करने एवं भौतिक अवसंरचना के रखरखाव के लिए रोगी कल्याण समिति (आरकेएस) को एक लाख रुपये।

### 3.2.4. घटक (घ): प्रथम रेफरल देखभाल के लिए समुदाय स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी) का सुदृढीकरण

इस मिशन की मुख्य कार्यनीति निम्नलिखित है:

- सीएचसी के लिए अवसंरचना, स्टाफ उपकरण, प्रबंधन आदि हेतु मानक निर्धारित करते हुए नए भारतीय जन स्वास्थ्य मानदंडों का कोडिफिकेशन करना।
- अस्पताल प्रबंधन के लिए पणधारी समितियों (रोगी कल्याण समितियों) को बढ़ावा देना।

- अस्पताल देखभाल में सेवाओं और लागतों के मानदंडों का विकास करना।
- सीएचसी/पीएचसी स्तर पर सीटीजन चार्टर तैयार करना, प्रदर्शन करना और अनुपालन सुनिश्चित करना।
- सभी सीएचसी को एनआरएचएम के तहत 50,000/- रुपए का अबद्ध अनुदान और एक लाख रुपए का वार्षिक रख-रखाव अनुदान तथा एक लाख रुपए का आरकेएस कूपन अनुदान मुहैया कराया जाता है।

#### 4. ग्रामीण स्वास्थ्य अवसरंचना - सांख्यिकीय निरीक्षण

आधारभूत ढांचे और मानवशक्ति का अखिल भारतीय विश्लेषण विविध राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त आंकड़ों पर आधारित है। यह नोट किया जाए कि किसी विशिष्ट मद/श्रेणी हेतु संगत आंकड़े प्राप्त न होने वाले राज्यों /संघ राज्य क्षेत्रों को सरकारी भवनों में संचालित सुविधा केन्द्रों, मानवशक्ति की रिक्तियों तथा कमी आदि हेतु प्रतिशतता की गणना करते समय शामिल नहीं किया गया है।

#### उप केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर कार्य करने वाले केंद्र:

4.1 प्राइमरी हेल्थ केयर इंफ्रास्ट्रक्चर को थ्री टियर सिस्टम के रूप में विकसित किया गया है, जिसमें सब सेंटर, प्राइमरी हेल्थ सेंटर (पीएचसी) और कम्युनिटी हेल्थ सेंटर (सीएचसी) प्राइमरी हेल्थ केयर सिस्टम के तीन स्तंभ हैं। उप केंद्रों की प्रगति, जो प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और समुदाय के बीच सबसे अधिक परिधीय संपर्क बिंदु है, संपूर्ण प्रणाली की समग्र प्रगति के लिए एक शर्त है। 31 मार्च, 2019 तक देश में 157411 ग्रामीण एससी कार्य कर रहे हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में 7821 एचडब्लूसी-एससी हैं, जो 31 मार्च 2019 तक कार्यात्मक हैं। 31 मार्च, 2019 तक, देश में 24855 पीएचसी कार्यरत हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में कुल 8242 पीएचसी को स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों में परिवर्तित किया गया है। कई वर्षों में, राज्यों में कई पीएचसी को सीएचसी के स्तर पर अपग्रेड किया गया है। एससी और पीएचसी की संख्या में प्रगति के अनुसार, सीएचसी की संख्या में भी पिछले कुछ वर्षों में वृद्धि हुई है। 31 मार्च 2019 तक, ग्रामीण क्षेत्रों में कुल 5335 सीएचसी कार्यरत हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)।

4.2 खंड I, तुलनात्मक विवरण 1 2005 में रिपोर्ट किए गए लोगों की तुलना में 2019 में उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी की संख्या को प्रस्तुत करता है। राष्ट्रीय स्तर पर 2019 में मौजूदा केन्द्रों की तुलना में 2019 में 11385 उप केंद्र, 1619 पीएचसी और 1989 सीएचसी की वृद्धि हुई है। इसका तात्पर्य है कि उप केंद्रों की संख्या में लगभग 7.8%, पीएचसी की संख्या में लगभग 7.0% और 2005 की तुलना में 2019 में सीएचसी की संख्या में लगभग 59.4% की वृद्धि हुई है। उपकेंद्र में महत्वपूर्ण वृद्धि राजस्थान राज्य में (3000), गुजरात (1892), कर्नाटक (1615), मध्य प्रदेश (1352), छत्तीसगढ़ (1387), जम्मू और कश्मीर (1146), ओडिशा (761) और त्रिपुरा (433) में दर्ज की गई है। इसी तरह से कर्नाटक (446), गुजरात (406), राजस्थान (369), असम (336), जम्मू और कश्मीर (288) और छत्तीसगढ़ (275) राज्यों में पीएचसी की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि देखी

गई है। सीएचसी के मामले में उत्तर प्रदेश (293), तमिलनाडु (350), पश्चिम बंगाल (253), राजस्थान (245), ओडिशा (146), झारखंड (124) और केरल (121) में उल्लेखनीय वृद्धि देखी गई है।

**4.3 अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 12**, 2018 में रिपोर्ट किए गए केन्द्रों की तुलना में 2019 में उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी की संख्या प्रस्तुत करता है। राष्ट्रीय स्तर पर शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रवास के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में 1006 उप केंद्र, 888 पीएचसी और 289 सीएचसी की कमी है। हालांकि उत्तर प्रदेश (261), कर्नाटक (315) और अरुणाचल प्रदेश (73) में उप केंद्रों की वृद्धि हुई है।

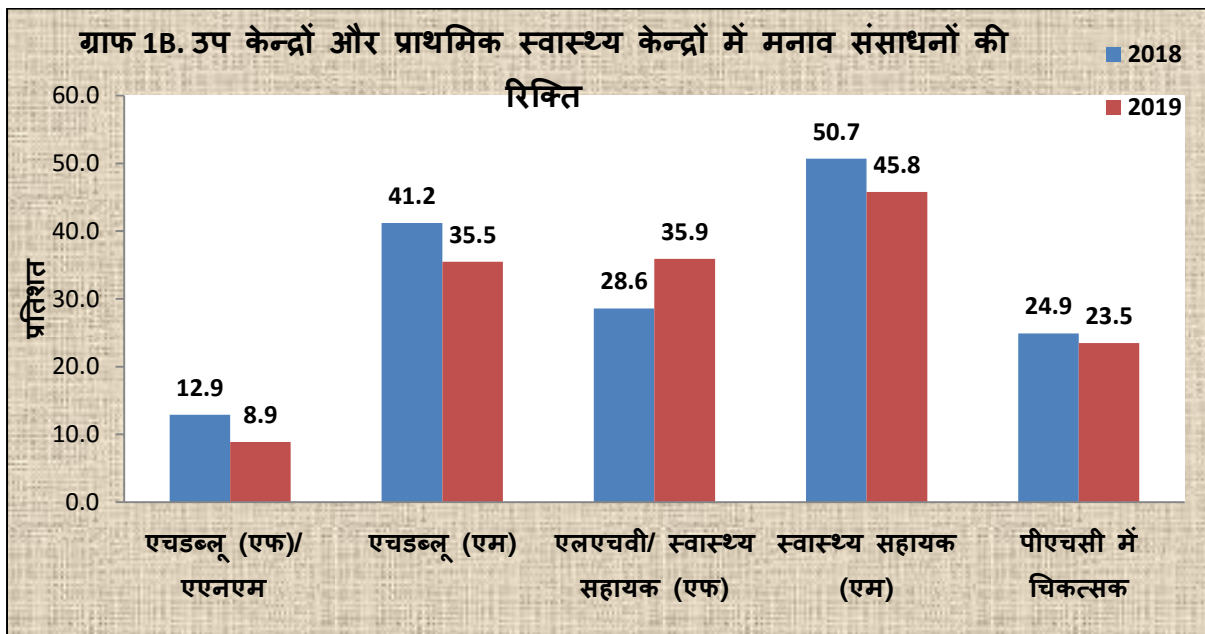
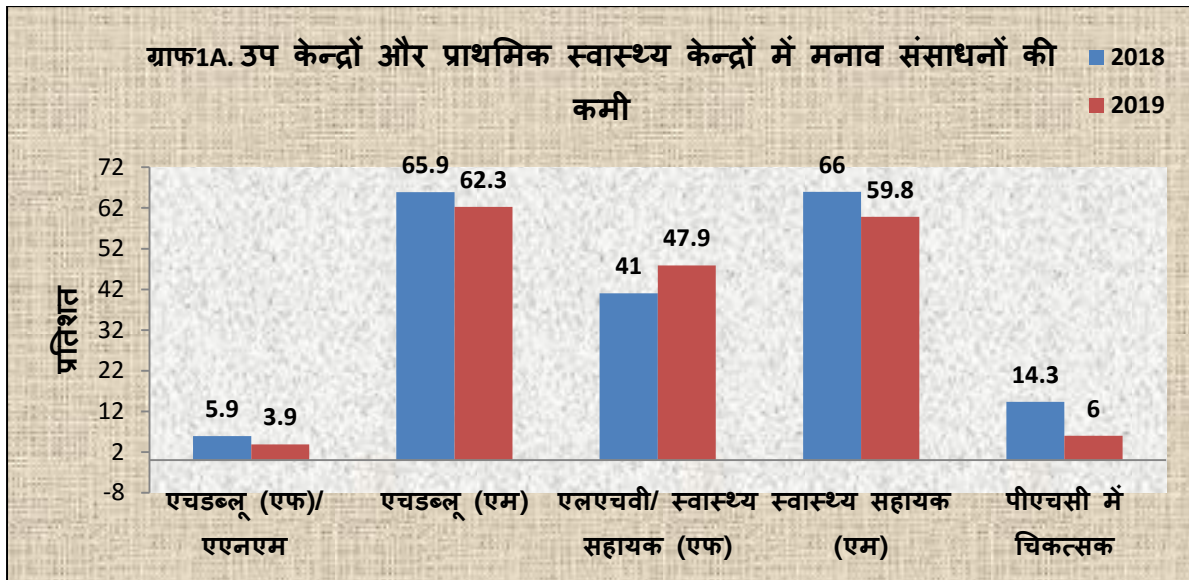
**4.4 अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 2 से तुलनात्मक विवरण 4**, 2005 की तुलना में 2019 में, क्रमशः, उप केंद्रों, पीएचसी और सीएचसी के भवनों की स्थिति की तुलनात्मक तस्वीर दी है। जैसा कि देखा जा सकता है, 2005 में सरकारी भवनों में कार्यरत उप केंद्रों का प्रतिशत 43.8% से बढ़ कर 2019 में 75.3% हो गयी है। मुख्य रूप से उत्तर प्रदेश में (14288), पश्चिम बंगाल (896), मध्य प्रदेश (3509), कर्नाटक (3448), महाराष्ट्र (3336), गुजरात (2961), छत्तीसगढ़ (2744), राजस्थान (2436), ओडिशा (2255) और असम (1412) में सरकारी भवनों में पर्याप्त वृद्धि के कारण हुआ। इसी तरह, सरकारी भवनों में कार्यरत पीएचसी का प्रतिशत भी 2005 में 69% से बढ़कर 2019 में 94.5% हो गया है। यह मुख्य रूप से गुजरात (813), उत्तर प्रदेश (807), कर्नाटक (615), राजस्थान (506), मध्य प्रदेश (418) और छत्तीसगढ़ (351) में सरकारी भवनों में वृद्धि के कारण है। इसके अलावा, 2005 की तुलना में 2019 में सरकारी भवनों में कार्यरत सीएचसी की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। सरकारी भवनों में सीएचसी का प्रतिशत भवन 2005 में 91.6% से बढ़कर 2019 में 99.3% हो गया है। यह मुख्य रूप से तमिलनाडु (350), राजस्थान (296), उत्तर प्रदेश (293) और पश्चिम बंगाल (253) राज्यों में सरकारी भवनों में वृद्धि के कारण हुआ है। 2018 और 2019 में उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी के लिए भवनों की तुलनात्मक राज्यवार स्थिति उपलब्ध है **तुलनात्मक विवरण-13**।

सरकारी भवनों में कार्यरत उप-केंद्रों का प्रतिशत 2005 में 43.8% से बढ़कर 2019 में 75.3% हो गया है।  
सरकारी भवनों में कार्यरत पीएचसी का प्रतिशत 2005 में 69% से बढ़कर 2019 में 94.5% हो गया है।  
सरकारी भवनों में सीएचसी का प्रतिशत 2005 में 91.6% से बढ़कर 2019 में 99.3% हो गए हैं।

## श्रमशक्ति

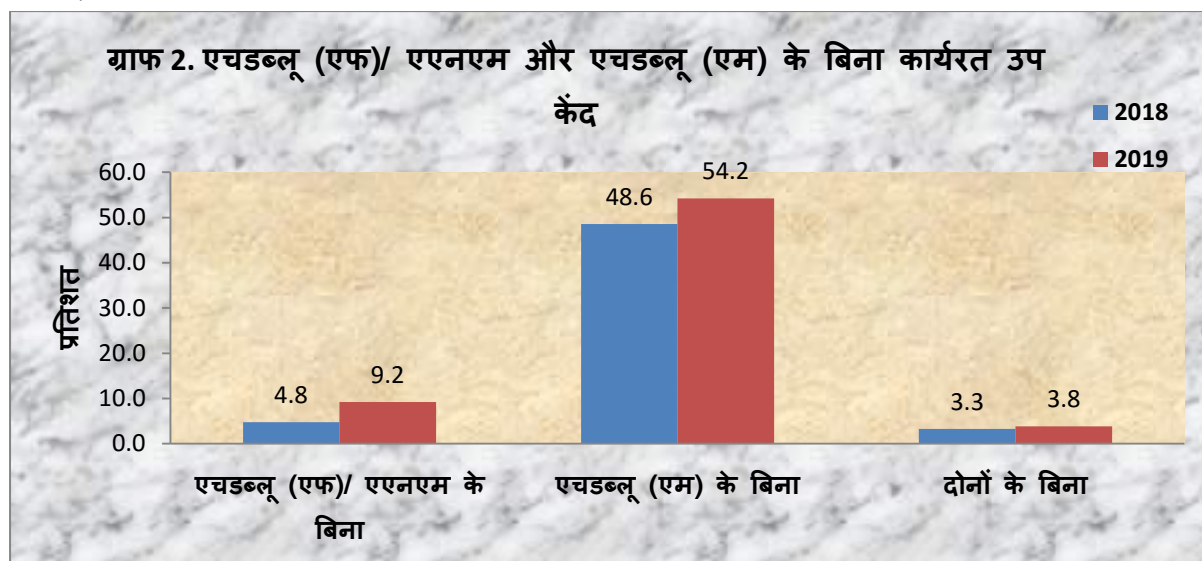
**4.5** ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं के कुशल कामकाज के लिए जनशक्ति की उपलब्धता एक महत्वपूर्ण पूर्व आवश्यकता है। 31 मार्च, 2019 तक एचडब्ल्यू (एफ) / एनएम के पदों में समग्र कमी (जो कुछ राज्यों में मौजूदा अधिशेष को छोड़कर) एक एचडब्ल्यू (एफ) / एनएम के मानक के अनुसार कुल आवश्यकता का 3.9% है। कुल मिलाकर कमी मुख्य रूप से कर्नाटक राज्य (3423), गुजरात (1474), हिमाचल प्रदेश (830), उत्तराखंड (279) और राजस्थान (169) में कमी के कारण है। एनएम की कमी में राज्य-वार भिन्नता को दर्शाया गया है **तुलनात्मक विवरण -5**। इसी तरह, एचडब्ल्यू (एम) के मामले में, आवश्यकता के 62.3% की कमी है।

स्वीकृत पदों में से भी, सभी स्तरों पर पदों का एक महत्वपूर्ण प्रतिशत रिक्त है। उदाहरण के लिए 2019 में, एचडब्ल्यू (महिला) / एएनएम के स्वीकृत पदों में से 8.9%, पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता में 35.5% रिक्त हैं। 2019 में पीएचसी पर स्वीकृत पदों में से, महिला स्वास्थ्य सहायक / एलएचवी के स्वीकृत पदों में से 35.9%, पुरुष स्वास्थ्य सहायक में 45.8% और डॉक्टरों के पद में 23.5% खाली में हैं (अनुभाग V, तालिका 14, 15, 16, 17, 18 और 19)। विवरण में प्रतिनिधित्व ग्राफ 1 ए और ग्राफ 1 बी में किया गया है।

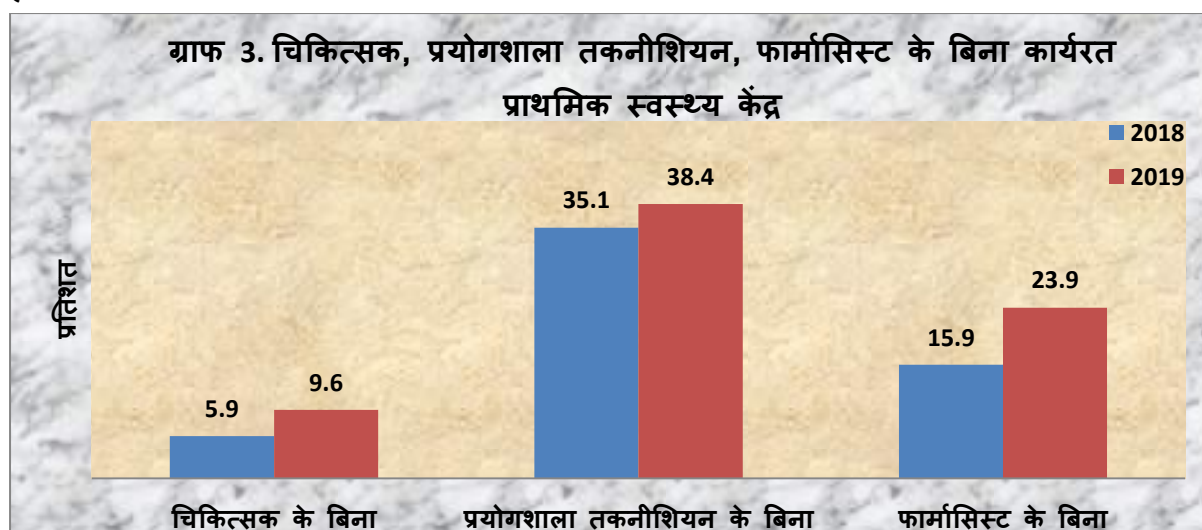


**4.6** उप केंद्र स्तर (एचडब्ल्यूसी को छोड़कर) में मौजूदा श्रमशक्ति का आकलन इस तथ्य से किया जा सकता है कि उप केंद्रों में से 9.2% महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता / एएनएम के बिना हैं और 54.1% उप केंद्र पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता के बिना हैं। 3.8% उप केंद्र महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता / एएनएम और पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता दोनों के बिना राज्यों / केंद्र शाशित प्रदेश द्वारा उपलब्ध कराए

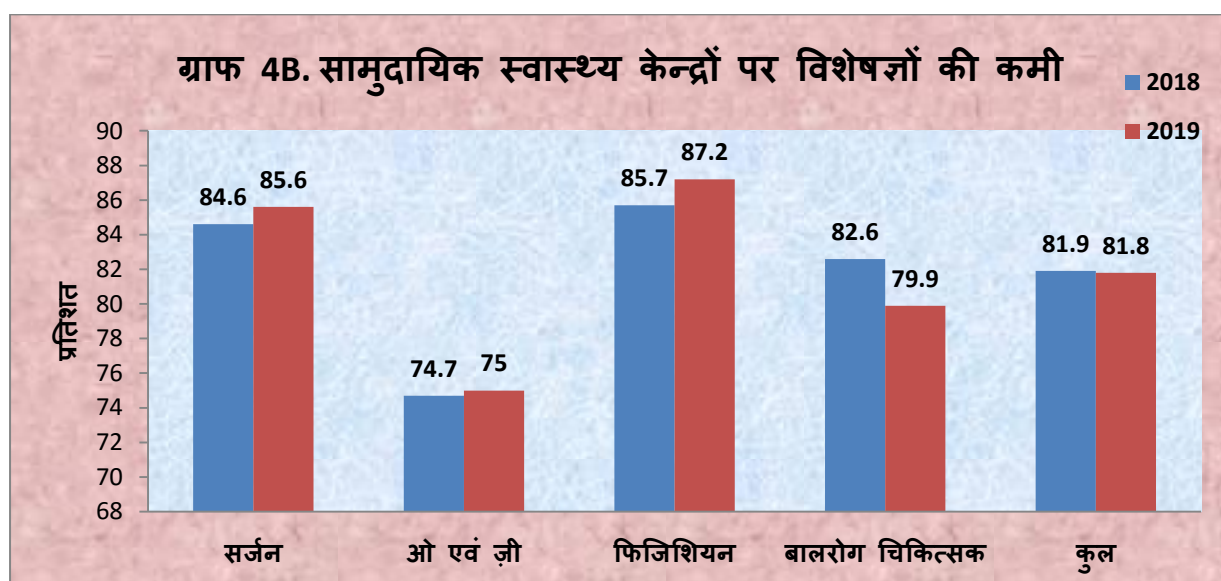
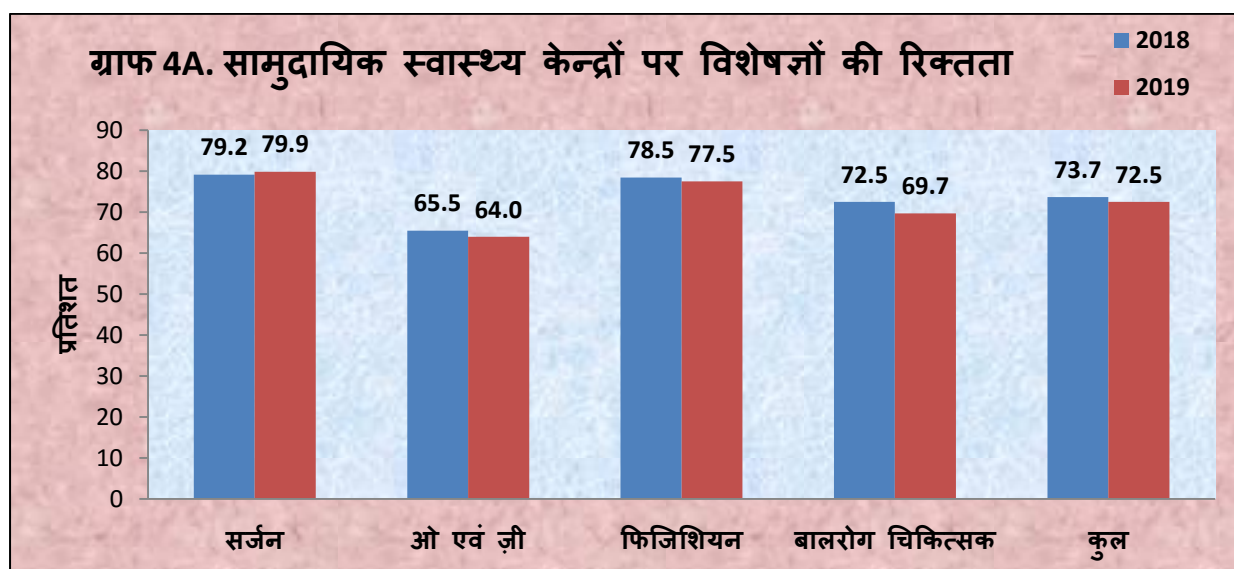
गए आंकड़ों के अनुसार हैं। (अनुभाग IX, तालिका 75)। ग्राफ 2 में विवरण का प्रतिनिधित्व किया गया है।



**4.7** पीएचसी ग्राम समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला संपर्क बिंदु है। पीएचसी में जनशक्ति में एक चिकित्सा अधिकारी शामिल है जो पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारियों द्वारा समर्थित है। स्वास्थ्य सहायक (महिला) / एलएचवी के लिए पीएचसी के मामले में, कमी 47.9% और स्वास्थ्य सहायक (पुरुष) की 59.8% है। पीएचसी में एलोपैथिक डॉक्टरों के लिए, अखिल भारतीय स्तर पर कुल आवश्यकता का 6.0% की कमी है। यह मुख्य रूप से ओडिशा (475), छत्तीसगढ़ (471), राजस्थान (150), मध्य प्रदेश (146) और हिमाचल प्रदेश (100) राज्यों में पीएचसी में डॉक्टरों की महत्वपूर्ण कमी के कारण है। एलोपैथिक डॉक्टरों के अलावा, 13347 आयुष चिकित्सक पीएचसी में उपलब्ध हैं। पीएचसी पर मौखिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को मजबूत करने के लिए PHCs पर लगभग 1152 डेंटल सर्जन उपलब्ध हैं (अनुभाग V, तालिका 17, 18, 19, 20 और 22)। 31 मार्च 2019 तक 9.6% पीएचसी बिना डॉक्टर के हैं, 33.4% बिना लैब टेक्नीशियन के और 23.9% फार्मासिस्ट के बिना हैं। (अनुभाग IX, तालिका 76)। ग्राफ 4 में विवरण प्रतिनिधित्व किया है।



**4.8** सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सर्जनों, प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञों, चिकित्सकों और बाल रोग विशेषज्ञों की विशेष चिकित्सा देखभाल प्रदान करते हैं। सीएचसी में विशेषज्ञों की जनशक्ति की वर्तमान स्थिति बताती है कि 31 मार्च, 2019 को, स्वीकृत पदों में से, 79.9% सर्जन, 64% प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ, 77.5% चिकित्सक और 69.7% बाल रोग विशेषज्ञ खाली हैं। **ग्राफ 4A** में रिक्ति के विवरण का प्रतिनिधित्व किया गया है। सीएचसी में विशेषज्ञों के स्वीकृत पदों में से कुल 72.5% पद खाली हैं। इसके अलावा, मौजूदा बुनियादी ढांचे के लिए आवश्यकता की तुलना में, 85.6% सर्जनों की कमी है, 75% प्रसूति एवं स्त्रीरोग विशेषज्ञ, 87.2% चिकित्सक और 79.9% बाल रोग विशेषज्ञ हैं। कुल मिलाकर, सीएचसी में मौजूदा सीएचसी की आवश्यकता की तुलना में 81.8% विशेषज्ञों की कमी है। **ग्राफ 4 बी** में कमी के विवरण का प्रतिनिधित्व किया है। अधिकांश राज्यों में विशेषज्ञों की कमी काफी अधिक है। हालांकि, विशेषज्ञों के अलावा, लगभग 15395 जनरल ड्यूटी मेडिकल ऑफिसर (जीडीएमओ), 3197 आयुष और 1920 डेंटल सर्जन डॉक्टर भी 31 मार्च, 2019 तक सीएचसी में उपलब्ध हैं। (खंड V, तालिका 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28 और 29)।



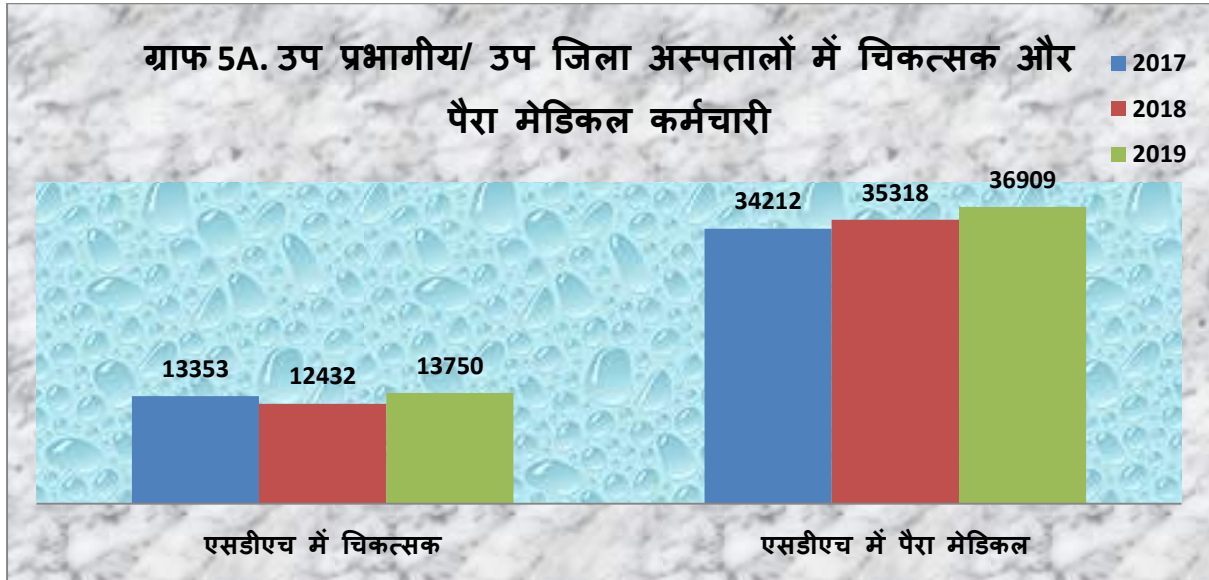
**4.9** जब 2005 में उस के साथ 2019 में प्रमुख श्रेणियों की जनशक्ति की स्थिति के साथ तुलना की गयी है **अनुभाग I, तुलनात्मक बयान 5 से तुलनात्मक कथन 11** यह देखा गया है कि सभी श्रेणियों में संख्या के संदर्भ में महत्वपूर्ण सुधार हैं। उदाहरण के लिए, सब सेंटर और पीएचसी पर एएनएम की संख्या 2005 में 133194 से बढ़कर 234220 हो गई है। 2019 में लगभग 75.8% की वृद्धि हुई है। इसी तरह, पीएचसी में एलोपैथिक डॉक्टर 2005 में 20,308 से बढ़कर 2019 में 29,799 हो गए, जो लगभग 46.7% की वृद्धि है। हालांकि, सीएचसी में विशेषज्ञ डॉक्टरों की वृद्धि की दर उसी की आवश्यकता के अनुसार वृद्धि की दर के अनुसार नहीं है। सीएचसी में विशेषज्ञों की आवश्यकता में 59% की वृद्धि हुई है जबकि इन-पोजीशन विशेषज्ञ की वास्तविक संख्या में केवल 9.3% की वृद्धि हुई है। इसके अलावा, सीएचसी में विशेषज्ञ चिकित्सक 2005 में 3550 से बढ़कर 2019 में 3881 हो गए हैं, जो 9.3% की वृद्धि है।

**4.10** राज्य-वार तस्वीर को देखते हुए, यह देखा जा सकता है कि एएनएम में वृद्धि मुख्य रूप से महाराष्ट्र राज्य (11054), उत्तर प्रदेश (10936), पश्चिम बंगाल (9927), असम (5783), राजस्थान (4000), जम्मू और कश्मीर (3320), मध्य प्रदेश (2479), गुजरात (2660), ओडिशा (2419), केरल (1939), पंजाब (1928) और हरियाणा (1788) में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। 2005 - 2019 के दौरान (**अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 5**)। इसी प्रकार, गुजरात (1338), केरल (582), राजस्थान (426), जम्मू और कश्मीर (276), मध्य प्रदेश (214) और पंजाब (189) में पीएचसी पर डॉक्टरों की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। (**अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 6**)। विशेषज्ञों के मामले में तमिलनाडु राज्य (131), मध्य प्रदेश (55) और छत्तीसगढ़ (43) में सराहनीय वृद्धि देखी गई है। हालांकि कुछ राज्य में विशेषज्ञों की संख्या महाराष्ट्र (614), कर्नाटक (226) और पंजाब (133) में कमी है (**अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 7**) उसी अवधि के दौरान 2005 की स्थिति की तुलना में पैरामेडिकल स्टाफ की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि भी देखी गई है।

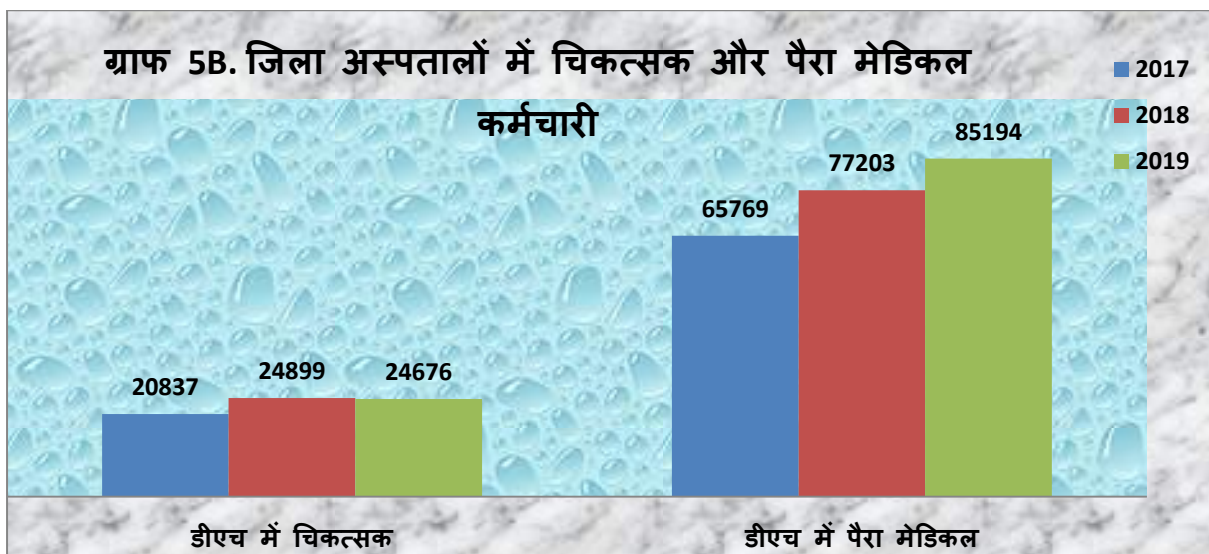
**4.11** उप केंद्रों, पीएचसी और सीएचसी में 2018 और 2019 में जनशक्ति की राज्य-वार स्थिति का तुलनात्मक अध्ययन किया गया है **अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 14**। 2018 में 2019 में प्रमुख श्रेणियों की जनशक्ति की स्थिति की तुलना अवधि के दौरान एससी और पीएचसी में एएनएम और पीएचसी में डॉक्टरों की संख्या में समग्र वृद्धि दिखाती है। हालांकि सीएचसी में विशेषज्ञों की संख्या में मामूली कमी है। एससी और पीएचसी पर एएनएम की संख्या 2018 में 219326 से बढ़ कर 2019 में 234220, 6.8% की वृद्धि हुई है। पीएचसी पर एलोपैथिक डॉक्टर 2018 में 27567 से बढ़ कर 2019 में 29799 हैं, जो 8.1% की वृद्धि है। सीएचसी में विशेषज्ञ के बारे में, 2018 में संख्या 4074 से मामूली रूप से घटकर 4.7% हो गई है।

**4.12** पैरामेडिकल स्टाफ की स्थिति को देखते हुए, सीएचसी पर रेडियोग्राफर 2018 में 2128 से 2419 तक थोड़े बढ़े हैं। पीएचसी और सीएचसी पर फार्मासिस्टों की संख्या में 2018 में 28680 से 2019 में 26204 कमी देखी गई है। लैब टेक्नीशियन 2018 में 2019 में 19434 हो गये। पीएचसी और सीएचसी के तहत नर्सिंग स्टाफ में 2018 से 84567 की तुलना में घटकर 2019 में 80976 हो गयी है (**अनुभाग I, तुलनात्मक विवरण 15**)।

4.13 31 मार्च, 2019 को पूरे देश में कुल 1234 सब डिविजनल / सब डिस्ट्रिक्ट हॉस्पिटल कार्यरत हैं। इन अस्पतालों में 13750 डॉक्टर उपलब्ध हैं। इन डॉक्टरों के अलावा, लगभग 36909 पैरामेडिकल स्टाफ भी उन अस्पतालों में 31 मार्च, 2019 में उपलब्ध हैं (अनुभाग IV, तालिका 38 और 39)। ग्राफ 5 ए में विवरण का प्रतिनिधित्व किया है



4.14 उपरोक्त के अलावा, 756 जिला अस्पताल (डीएच) पूरे देश में 31 मार्च, 2019 तक कार्यरत हैं। डीएच में 24676 डॉक्टर उपलब्ध हैं। डॉक्टरों के अलावा, 31 मार्च, 2019 तक जिला अस्पतालों में लगभग 85194 पैरा मेडिकल स्टाफ भी उपलब्ध हैं (खंड IV, तालिका 38 और 39)। ग्राफ 5 बी में विवरण का प्रतिनिधित्व किया है।





अनुलग्नक I. भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) के तहत संस्तुत जनशक्ति

उप-केंद्र के प्रकार	उप-केंद्र ए		उप-केंद्र बी (एमसीएच उप-केंद्र)	
	आवश्यक	वांछनीय	आवश्यक	वांछनीय
एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)	1	+1	2	
स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	1		1	
स्टाफ नर्स (या एएनएम, यदि स्टाफ नर्स उपलब्ध नहीं हैं)				1**
सफाई-कर्मचारी*	1(अंशकालिक)		1 (पूर्णकालिक)	

\*आउटसोर्स कराया जाए

\*\* यदि उप-केंद्रों में हुए प्रसव की संख्या एक माह में 20 या इससे ज्यादा है।

जनशक्ति : पीएचसी

स्टाफ	टाइप ए		टाइप बी	
	आवश्यक	वांछनीय	आवश्यक	वांछनीय
चिकित्सा अधिकारी - एमबीबीएस	1		1	1#
चिकित्सा अधिकारी - आयुष		1^		1^
लेखाकार सह डाटा एंट्री ऑपरेटर	1		1	
फार्मासिस्ट	1		1	
फार्मासिस्ट - आयुष		1		1
नर्स-मिडवाइफ (स्टाफ नर्स )	3	+1	4	+1
स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)+++	1*		1*	
स्वास्थ्य सहायक (पुरुष )	1		1	
स्वास्थ्य सहायक (महिला )/ महिला स्वास्थ्य विजिटर	1		1	
स्वास्थ्य शिक्षाकर्मी		1		1
प्रयोगशाला तकनीशियन	1		1	
कोल्ड चैन व टीका लॉजिस्टिक सहायक		1		1
बहुउद्देश्यीय ग्रुप डी कार्यकर्ता	2		2	
सफाई कार्यकर्ता-सह-वॉचमैन	1		1	+1
<b>कुल</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>21</b>

\* पीएचसी के उप-केंद्र क्षेत्र के लिए।

# यदि प्रसव प्रतिमाह 30 से ज्यादा हो रहे हैं तो दो चिकित्सा अधिकारी (एमबीबीएस) में से एक महिला होनी चाहिए।

^जहां-कहीं आस-पास के क्षेत्र में सरकारी आयुष स्वास्थ्य केंद्र उपलब्ध न हों, वहां लोगों को विकल्प मुहैया कराना।

### जनशक्ति: सीएचसी

कार्मिक	आवश्यक	वांछनीय	योग्यता	अभ्युक्तियां
<b>ब्लॉक जन स्वास्थ्य एकक</b>				
ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी चिकित्सा अधीक्षक	1		जनस्वास्थ्य में अनुभवी वरिष्ठतम विशेषज्ञ/जीडीएमओ को प्राथमिकता/व्यावसायिक विकास पाठ्यक्रम (पीडीसी) में प्रशिक्षित को वरीयता	वह सीएचसी के प्रशासन/ प्रबंधन कार्य के अलावा एनएचपी के समन्वय, आशा के प्रबंधन, प्रशिक्षण तथा सभी दायित्व जो की एनआरएचएम के तहत आते हैं, के लिये उत्तरदायी होगा।
जन स्वास्थ्य विशेषज्ञ	1		एमडी (पीएसएम)/ एमडी (सीएचए)/ एमडी सामुदायिक मेडिसिन या एमबीए/डीपीएच/एमपीए च सहित स्नातकोत्तर डिग्री	
जन स्वास्थ्य नर्स (पीएचएन) #	1	+1		
<b>विशेषज्ञ सेवाएं</b>				
जनरल सर्जन	1		एमएस/ डीएनबी (सामान्य सर्जरी)	
चिकित्सक	1		एमडी/ डीएनबी (सामान्य चिकित्सा)	
प्रसूति व स्त्री रोग	1		डीजीओ/ एमडी/ डीएनबी	
बाल रोग चिकित्सक	1		डीसीएच/ एमडी (बाल रोग विशेषज्ञ)/ डीएनबी	
एनेस्थेतिस्ट	1		एमडी (एनेस्थिसिया)/ डीएनबी/ डीए/ एलएसएस प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी	शल्य चिकित्सा के विशेषज्ञों के प्रयोग के लिए आवश्यक ये संविदा आधार पर नियुक्त हो सकते हैं या उनकी सेवाएं निजी क्षेत्र से प्रत्येक मामले के आधार पर भाड़े पर ली जा सकती हैं।

सामान्य इयूटी अधिकारी				
डेंटल सर्जन	1		बीडीएस	
सामान्य इयूटी चिकित्सा अधिकारी	2		एमबीबीएस	
चिकित्सा अधिकारी - आयुष	1		आयुष में स्नातक	
नर्स व पैरामेडिकल				
स्टाफ नर्स	10			
फार्मासिस्ट	1	+1		
फार्मासिस्ट - आयुष	1			
प्रयोगशाला तकनीशियन	2			
रेडियोग्राफर	1			
आहार विज्ञानी		1		
ऑपथालमिक सहायक	1			
दंत चिकित्सा सहायक	1			
कोल्ड चैन व टीका लॉजिस्टिक सहायक	1			
ओटी तकनीशियन	1			
बहु पुनर्वास/सामुदायिक आधारित पुनर्वास कार्यकर्ता	1	+1		
परामर्शदाता	1			
प्रशासनिक स्टाफ				
पंजीकरण लिपिक	2			
सांख्यिकी सहायक/डाटा एंट्री ऑपरेटर	2			
लेखा सहायक	1			
प्रशासनिक सहायक	1			
ग्रुप डी स्टाफ				
ड्रेसर (रेडक्रास/जॉन एंबुलेंस द्वारा प्रमाणित)	1			
वार्ड ब्वाय/नर्सिंग अर्दली	5			
वाहन चालक*	1*	3		
<b>कुल</b>	<b>46</b>	<b>53</b>		

### टिप्पणी:

- यदि रोगियों की संख्या बढ़ जाए तो सामान्य इयूटी चिकित्सकों की संख्या बढ़ाई जा सकती है।
  - आउटसोर्स और सहायक सेवाएं प्रदान करने के लिए आवश्यकता अनुसार निधि प्रदान की जाएगी
  - एक नर्सिंग अर्दली को सीएसएसडी प्रक्रियाओं में प्रशिक्षित किया जा सकता है।
  - माली, आया, चपरासी, ओपीडी, परिचर, सुरक्षा व सफाई कर्मचारी जैसे श्रेणी IV कर्मचारियों की सेवाएं आउटसोर्स करने के लिए बजट प्रावधान किया जाएगा।
- \* आउटसोर्स किया जा सकता है।
- # नर्सिंग में स्नातक या डिप्लोमा और लोक स्वास्थ्य में छह महीने का प्रशिक्षण दिया जाएगा।

## भारत में शहरी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

### पृष्ठभूमि

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) को केंद्रीय मंत्रिमंडल<sup>1</sup> द्वारा 1 मई, 2013 को शहरी आबादी को बस्ती और सोसाइटी के कमजोर वर्ग के लिए विशेष ध्यान देने के लिए एक समतामूलक और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ प्रदान करने के लिए एक उप-मिशन के तहत एक उप-मिशन के रूप में मंजूरी दी गई थी। एनयूएचएम गुणवत्ता प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तक उनकी पहुंच को आसान बनाकर स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करना चाहता है।

एनयूएचएम 50000 से अधिक आबादी वाले सभी शहरों और कस्बों और 30000 से अधिक आबादी वाले जिला और राज्य मुख्यालय को कवर करता है। शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम शहरी स्थानीय निकायों (यूएलबी) के माध्यम से सात महानगरीय शहरों, मुंबई, नई दिल्ली, चेन्नई, कोलकाता, हैदराबाद, बेंगलुरु और अहमदाबाद में कार्यान्वित किया जा रहा है। शेष शहरों के लिए, राज्य स्वास्थ्य विभाग यह तय करता है कि शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम को स्वास्थ्य विभाग या किसी अन्य शहरी स्थानीय निकाय के माध्यम से लागू किया जाना है या नहीं।

### 1.2 शहरी स्वास्थ्य सांख्यिकी - संरचना और वर्तमान परिदृश्य

एनयूएचएम एक संगठित सेवा वितरण अवसंरचना की स्थापना की परिकल्पना करता है जो शहरों / कस्बों में विशेष रूप से शहरी गरीबों की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए अनुपस्थित है, हालांकि माध्यमिक और तृतीयक देखभाल सुविधाएं उपलब्ध हैं। शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल का बुनियादी ढांचा दिया गया है

तालिका 2

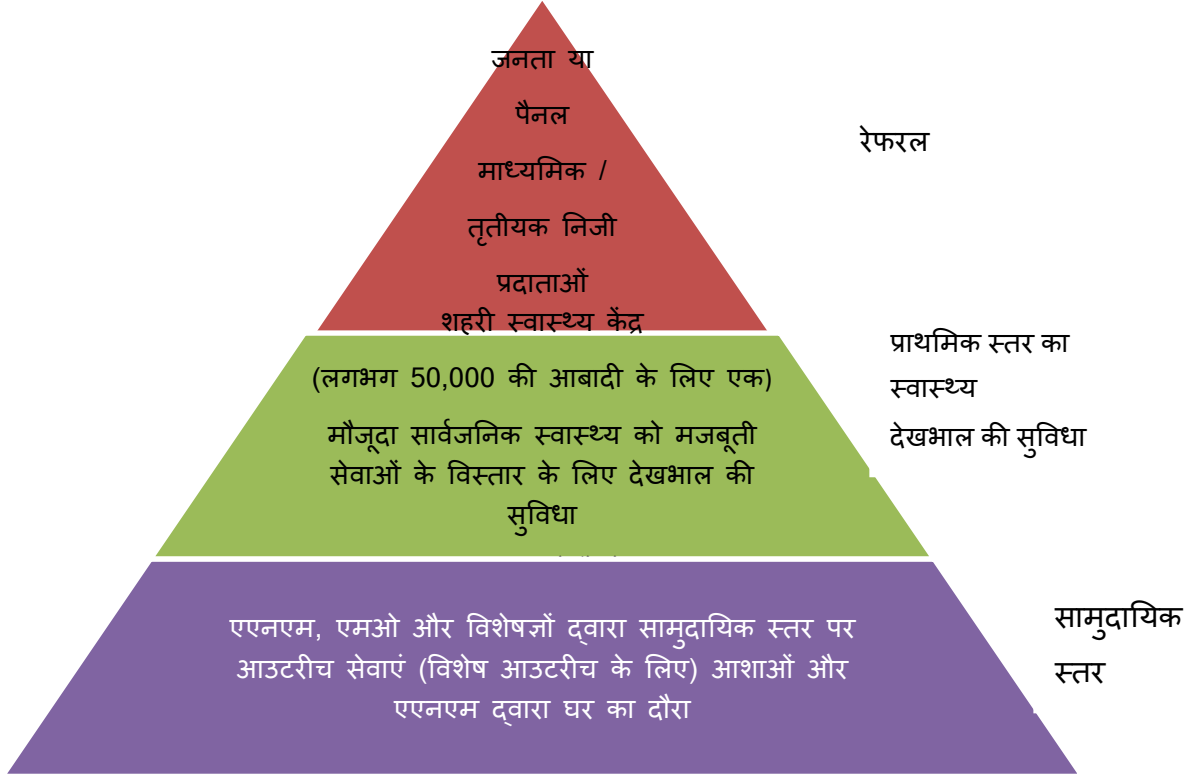
केंद्र <sup>2</sup> (शहरी क्षेत्र में)	जनसंख्या मानक
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	250000 (5 लाख मेट्रो के लिए)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	50000

1 स्रोत भारत का राजपत्र भाग I - धारा 1 दिनांक 26 जून 2013 स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय - स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग एल। 19017/1/2008-UH (Vol.III)

2 स्रोत कार्यान्वयन के लिए एनयूएचएम फ्रेमवर्क।

### 1.3 एनयूएचएम 3 के प्रमुख घटक

एनयूएचएम को सुविधा और सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। शहरी स्वास्थ्य देखभाल वितरण मॉडल निम्नलिखित घटकों की परिकल्पना करता है:



उपरोक्त मौजूदा संरचनाओं और स्थानीय आवश्यकता के आधार पर राज्य से अलग-अलग हो सकता है। प्रमुख विशेषताओं में शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (यूसीएचसी), शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (यूपीएचसी) के बुनियादी ढांचे के घटक, एमपीडब्ल्यू (एफ) / एएनएम सहित चिकित्सा और पैरामेडिकल, और एएसएचए और महिंद्रा आरोग्य समिति (एमएएस) जैसे सामुदायिक ढांचे दोनों शामिल हैं। इसके अलावा, एमएएस राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के तहत आशा के अलावा प्रमुख सामुदायिक हस्तक्षेप में से एक है, जिसका उद्देश्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों की योजना, कार्यान्वयन और निगरानी सहित सभी स्तरों पर स्वास्थ्य में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देना है।

### 1.3.1 शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन का उद्देश्य शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना करना है, न कि अकेले स्वास्थ्य सुविधा के रूप में, बल्कि इसकी जलग्रहण आबादी के लिए निवारक, प्रचारक और बुनियादी उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा के केंद्र के रूप में। अपने जलग्रहण क्षेत्र के भीतर, यूपीएचसी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और आबादी के सार्वजनिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को प्रदान करने के लिए जिम्मेदार है। निवारक, प्रोत्साहन, उपचारात्मक, पुनर्वास और उपशामक देखभाल के लिए यूपीएचसी में परिकल्पित सेवाओं का पैकेज। इसके अलावा, "आयुष्मान भारत-एचडब्ल्यूसी" के माध्यम से देश भर में व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को मजबूत करने के लिए, राज्य अपने उप केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों को स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एचडब्ल्यूसी) \* के रूप में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में अपग्रेड कर रहे हैं। विवरण 1.3.2 पर पढ़ा जा सकता है।

ग्रामीण क्षेत्रों के विपरीत, शहरी क्षेत्रों में उप-केंद्रों की परिकल्पना नहीं की गई है क्योंकि परिवहन की दूरी और मोड यहां बहुत बेहतर हैं और स्वास्थ्य सुविधाओं की निकटता और पहुंच भी है। 31 मार्च 2019 तक, देश के शहरी क्षेत्रों में 3302 एससी के स्तर पर कार्यात्मक हैं। इन एससी में से, कुल 98 एससी को एचडब्ल्यूसी के रूप में अपग्रेड किया गया है। (अनुभाग IV, तालिका 6)।

#### **क जनसंख्या कवरेज और स्थान:**

शहरी आबादी के स्थानिक वितरण के आधार पर, यूपीएचसी द्वारा कवर की गई जनसंख्या 30000 से 50000 तक भिन्न हो सकती है। यूपीएचसी अधिमानतः झुग्गी या इसी तरह की बस्तियों के करीब स्थित है। स्थानीय स्थिति के आधार पर शहर 50000 या इससे अधिक आबादी के लिए भी यूपीएचसी स्थापित कर सकते हैं। 31 मार्च 2019 तक, देश में 5190 यूपीएचसी कार्यात्मक हैं। इन यूपीएचसी में से कुल 1734 पीएचसी को एचडब्ल्यूसी के रूप में अपग्रेड किया गया है (अनुभाग IV, तालिका 6)।

#### **ख समय:**

परिचालन के घंटे इस तरह हो सकते हैं ताकि शहरी कामकाजी आबादी को आसानी से यूपीएचसी सेवाओं तक पहुंच सकें। राज्य किसी भी उपयुक्त समय के लिए विकल्प चुन सकते हैं, 8 घंटे की सेवाएं प्रदान करते हैं, जो समुदाय के लिए सुविधाजनक हैं। यह अनुशंसा की जाती है कि यूपीएचसी दोपहर 12 बजे से रात 8 बजे तक या दोहरी पारियों में संचालित होता है (यानी सुबह 8 बजे से दोपहर 12 बजे तक और शाम 4 बजे से रात 8 बजे तक); यूपीएचसी की दोहरी पारी का समय कैचमेंट समुदायों के अनुसार संशोधित करने की क्षमता के साथ लचीला हो सकता है।

#### **घ सेवा का प्रावधान\*:**

यूपीएचसी की प्रमुख जिम्मेदारी व्यापक निवारक, प्रोत्साहन, उपचारात्मक, पुनर्वास, प्रशामक देखभाल प्रदान करना है। यूपीएचसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं में शामिल हैं:

- ओपीडी (परामर्श)
- प्रयोगशाला सेवाएं
- ड्रग्स और गर्भनिरोधक वितरण
- प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) सेवाओं का वितरण,
- संचारी और गैर-संचारी रोगों के निवारक, प्रचार और उपचारात्मक पहलू।
- मल्टी स्पेशलिस्ट सर्विसेज
- मामूली सर्जिकल प्रक्रियाएं
- काउंसलिंग और हेल्प डेस्क
- आगे बढ़ने की गतिविधियाँ
- जनसंख्या आधारित स्क्रीनिंग

- \* एबी-सीपीएचसी-एचडब्ल्यूसी के लिए परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार अद्यतन
  - रेफरल सेवाएं
  - नामित यू-पीएचसी-एचडब्ल्यूसी में कल्याण गतिविधियाँ।

### 1.3.2 शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (यू-सीएचसी)

शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (यू-सीएचसी) को प्रत्येक 4-5 यू-पीएचसी के लिए एक रेफरल सुविधा के रूप में स्थापित किया गया है। यू-सीएचसी 250000 से 5 लाख की आबादी को पूरा करता है। मेट्रो शहरों के लिए, 100 बिस्तरों वाली प्रत्येक 5 लाख आबादी के लिए यू-सीएचसी की स्थापना की जा सकती है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के अलावा, यह इन-पेशेंट सेवाएं, चिकित्सा देखभाल, शल्य चिकित्सा सुविधाएं और संस्थागत प्रसव सुविधाएं प्रदान करता है। यह 30-50 बेड की सुविधा है। शहरी सीएचसी के लिए मानदंड ग्रामीण सीएचसी के समान हैं। 31 मार्च 2019 तक, भारत के शहरी क्षेत्रों में कार्यात्मक 350 यू-सीएचसी हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)।

शहरी स्वास्थ्य के प्रत्येक स्तर के मानदंडों के अनुसार स्टाफिंग पैटर्न का विवरण बॉक्स 2 में दिया गया है।

#### यूपीएचसी - एचडब्ल्यूसी (स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र)<sup>4</sup>

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (सीपीएचसी) सेवाओं की डिलीवरी सुनिश्चित करने के लिए, मौजूदा यू-पीएचसी को स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एचडब्ल्यूसी) में परिवर्तित किया जाएगा। सेवाओं को आउटरीच सेवाओं, मोबाइल मेडिकल यूनिटों, स्वास्थ्य शिविरों, घरेलू यात्राओं और समुदाय-आधारित बातचीत के माध्यम से प्रदान / पूरक किया जा सकता है, लेकिन सिद्धांत देखभाल का एक सहज निरंतरता होना चाहिए जो इक्विटी, गुणवत्ता, सार्वभौमिकता और कोई वित्तीय कठिनाई सुनिश्चित करता है।

यू-पीएचसी में चिकित्सा अधिकारी यह सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार होगा कि सीपीएचसी सेवाओं को उसके / उसके क्षेत्र के सभी एचडब्ल्यूसी के माध्यम से और यू-पीएचसी के माध्यम से वितरित किया जाए। पीएचसी को एचडब्ल्यूसी को मजबूत करने के लिए, यू-पीएचसी स्टाफ (चिकित्सा अधिकारी, स्टाफ नर्स, फार्मासिस्ट और लैब तकनीशियन) के प्रशिक्षण के लिए सहायता, और "वेलनेस रूम" के लिए उपकरणों का प्रावधान, आवश्यक आईटी अवसंरचना और उन्नयन के लिए आवश्यक संसाधन सेवाओं की विस्तारित श्रेणियों के पूरक के लिए प्रयोगशाला और नैदानिक सहायता प्रदान की जाएगी। राज्य स्थानीय आवश्यकताओं के आधार पर एचडब्ल्यूसी और पीएचसी में स्टाफिंग को संशोधित करने का विकल्प चुन सकते हैं। एचडब्ल्यूसी सेवाओं की एक विस्तारित सीमा प्रदान करेगा। सभी यू-पीएचसी को एचडब्ल्यूसी में परिवर्तित करने का लक्ष्य रखा गया है।

3 स्रोत "नियोजकों और भागीदारों के लिए अभिविन्यास मॉड्यूल, एनयूएचएम"

4 स्रोत एबी-सीपीएचसी-एचडब्ल्यूसी के लिए परिचालन दिशानिर्देश



बॉक्स 2

स्टाफ पैटर्न (न्यूनतम मानक)		
<b>A</b>	<b>शहरी- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए स्टाफ</b>	<b>कुल पद</b>
1	चिकित्सा अधिकारी	1 फुल टाइम + 1 पार्ट टाइम
2	फार्मासिस्ट	1
3	स्टाफ नर्स	2-3
4	स्वास्थ्य कार्यकर्ता महिला / एएनएम / एमपीडब्ल्यू (एफ)	5
5	प्रयोगशाला तकनीशियन	1
6	पब्लिक हेल्थ मैनेजर	1
7	लेखाकार सहित सहायक कर्मचारी	1-3
8	एम एंड ई यूनिट	1
	<b>कुल</b>	<b>17</b>
<b>C</b>	<b>शहरी-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए स्टाफ*</b>	<b>कुल पद</b>
1	चिकित्सा अधिकारी	4
2	नर्स मिड- वाइफ (स्टाफ नर्स)	7
3	ड्रेसर	1
4	फार्मासिस्ट	1
5	प्रयोगशाला तकनीशियन	1
6	रेडियोग्राफर	1
7	वार्ड बॉय	2
8	धोबी	1
9	सफाई कर्मचारी	3
10	माली	1
11	चोकीदार	1
12	आया	1
13	चपरासी	1
	<b>कुल</b>	<b>25</b>
	* ग्रामीण – सीएचसी की तरह	

31 मार्च 2019 तक, भारत में कुल 5190 यू-पीएचसी कार्यात्मक हैं और शहरी जनसंख्या मानदंडों के अनुसार यू-पीएचसी के लगभग 44.4% की कमी है। लगभग 70% यू-पीएचसी सरकारी भवनों में स्थित हैं, 27% किराए के भवनों में स्थित हैं और 3% किराए के भवनों में स्थित हैं (अनुभाग VII, तालिका 50 और 51)।

इसी तरह, देश में 31 मार्च 2019 तक 350 यू-सीएचसी कार्यरत हैं। लगभग 96% यू-सीएचसी सरकारी भवनों में और 4% किराए के भवनों में स्थित हैं। (अनुभाग VII, तालिका 52)।

शहरी क्षेत्रों में पीएचसी और एससी स्तर पर 16820 एचडब्लू (महिला) / एनएनएम उपलब्ध हैं। यू-पीएचसी में 4457 डॉक्टर, 3549 फार्मासिस्ट, 1933 लैब टेक्नीशियन और 5938 स्टाफ नर्स उपलब्ध हैं। जहां तक रिक्ति का संबंध है, पीएचसी और एससी स्तर पर एचडब्ल्यू (एफ) / एनएनएम के 16.9% की रिक्ति है। यू-पीएचसी में 19.1% डॉक्टरों, 21.4% फार्मासिस्टों, 29.8% लैब तकनीशियनों और 21.7% स्टाफ नर्सों की रिक्ति है। यू-पीएचसी स्तर पर सभी पदों में कमी देखी गई है। यू-पीएचसी और एससी में 44.3% एनएनएम की कमी है। यू-पीएचसी में डॉक्टरों की 16.7%, फार्मासिस्टों की 24.3%, लैब तकनीशियनों की 50.9% और स्टाफ नर्सों की 22.2% की कमी है (अनुभाग VII, तालिका 53, 54, 58, 60 और 62)।

यू-सीएचसी में 1017 स्पेशलिस्ट, 713 जीडीएमओ, 192 रेडियोलॉजिस्ट, 468 फार्मासिस्ट, 447 लैब टेक्नीशियन और 4618 स्टाफ नर्स हैं। यू-सीएचसी में 36.9% स्पेशलिस्ट, 28.8% जीडीएमओ, 30.2% रेडियोग्राफर, 13% फार्मासिस्ट, 17.3% लैब टेक्नीशियन और 17.6% स्टाफ नर्स हैं। कुल विशेषज्ञ का 45.8%, जीडीएमओ का 24.6%, रेडियोग्राफर्स का 48%, फार्मासिस्टों का 16%, लैब तकनीशियनों का 13.4% और यू-सीएचसी में 21.3% स्टाफ नर्सों की कमी है। (अनुभाग VII, तालिका 55, 56, 57, 59, 61 वां 63)।

## भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

आयुष्मान भारत कार्यक्रम के कार्यान्वयन के बाद इन केंद्रों के माध्यम से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को मजबूत करके उन्हें स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों में परिवर्तित किया जा रहा है। एससी और पीएचसी को चरणबद्ध तरीके से स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों में परिवर्तित करने का प्रस्ताव है।

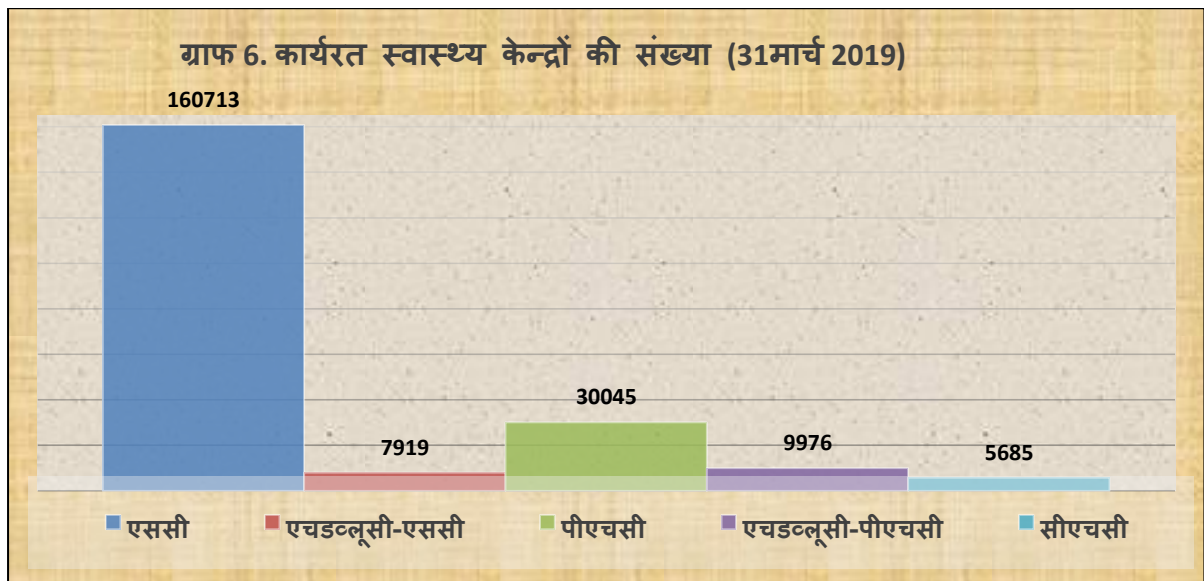
**उप केंद्र:** 31 मार्च 2019 तक, भारत के ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में कुल 160713 उप केंद्र (एससी) कार्यरत हैं। इनमें ग्रामीण क्षेत्रों में 157411 एससी और शहरी क्षेत्रों में 3302 एससी शामिल हैं।

**प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र:** इसी प्रकार भारत में ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में 30045 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) कार्यरत हैं। इनमें ग्रामीण इलाकों में 24855 पीएचसी और शहरी इलाकों में 5190 पीएचसी हैं।

**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र:** देश में 5685 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) कार्यात्मक हैं, जिनमें 5335 ग्रामीण और 350 शहरी सीएचसी शामिल हैं।

**स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र:** 31 मार्च 2019 तक, कुल 7919 एससी को एचडब्ल्यूसी-एससी में बदल दिया गया है। कुल 7919 एचडब्ल्यूसी-एससी में से, 7821 एससी को ग्रामीण क्षेत्रों में एचडब्ल्यूसी में और शहरी क्षेत्रों में 98 एससी में परिवर्तित किया गया है। पीएचसी के स्तर पर भी, कुल 9976 पीएचसी को एचडब्ल्यूसी-पीएचसी में परिवर्तित किया गया है। कुल 9976 एचडब्ल्यूसी में से, 8242 पीएचसी को ग्रामीण क्षेत्रों में एचडब्ल्यूसी में और शहरी क्षेत्रों में 1734 में परिवर्तित किया गया है।

**ग्राफ 6,** 31 मार्च 2019 तक भारत में कार्यात्मक कुल अनुसूचित जाति, पीएचसी, सीएचसी और एचडब्ल्यूसी के चित्रमय प्रतिनिधित्व को दर्शाता है।



ग्राफ 6 में एससी और पीएचसी के कुल आंकड़ों में एचडब्ल्यूसी की संख्या शामिल है।

## आयुष्मान भारत के तहत स्वास्थ्य सुविधाओं का सुदृढीकरण- स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 ने व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल देने के लिए "हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (एचडब्ल्यूसी)" की स्थापना के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की वितरण प्रणाली को मजबूत करने की सिफारिश की। भारत सरकार व्यापक उप-प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा (सीपीएचसी) को वितरित करने के लिए आयुष्मान भारत के मूल स्तंभ के रूप में मौजूदा उप केंद्र (एससी) और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) को परिवर्तित करके 150000 हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (एचडब्ल्यूसी) के निर्माण के लिए प्रतिबद्ध है।

ये केंद्र मातृ और शिशु स्वास्थ्य सेवाओं और गैर-संचारी रोगों दोनों को कवर करने वाले लोगों के घरों में स्वास्थ्य सेवाओं को लाने के लिए सीपीएचसी को मुफ्त आवश्यक दवाओं और नैदानिक सेवाओं सहित वितरित करते हैं। स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र, अपने क्षेत्र में संपूर्ण आबादी की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं, विस्तार, सार्वभौमिकता और समुदाय के करीब इक्विटी को संबोधित करने के लिए सेवाओं की रेंज देने और विस्तारित करने की परिकल्पना की गई है। स्वास्थ्य संवर्धन और रोकथाम का जोर स्वस्थ व्यवहारों का चयन करने के लिए व्यक्तियों और समुदायों को आकर्षक और सशक्त बनाने के लिए लोगों को स्वस्थ रखने पर ध्यान केंद्रित करने के लिए बनाया गया है और ऐसे परिवर्तन किए जा रहे हैं जो पुरानी बीमारियों और रुग्णताओं के विकास के जोखिम को कम करते हैं।

सीपीएचसी सेवाओं की डिलीवरी सुनिश्चित करने के लिए, 3000-5000 की आबादी को कवर करने वाले मौजूदा एससी को 30 मिनट से अधिक नहीं होने के सिद्धांत को "देखभाल का समय" होने के साथ एचडब्ल्यूसी में परिवर्तित किया जाएगा। ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में पीएचसी को भी एचडब्ल्यूसी में परिवर्तित किया जाएगा। इस तरह की देखभाल आउटरीच सेवाओं, मोबाइल मेडिकल यूनिटों, शिविरों, घर और समुदाय-आधारित देखभाल के माध्यम से प्रदान / पूरक की जा सकती है, लेकिन सिद्धांत देखभाल का निर्बाध निरंतरता होना चाहिए जो इक्विटी, सार्वभौमिकता और कोई वित्तीय कठिनाई के सिद्धांतों को सुनिश्चित करता है।

### 1.1 एससी- एचडब्ल्यूसी टीम

एससी स्तर पर एचडब्ल्यूसी उचित रूप से प्रशिक्षित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल टीम द्वारा सुसज्जित और कर्मचारियों से युक्त होगा, जिसमें बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ता (पुरुष और महिला) और आशा शामिल हैं और एक मध्य-स्तर स्वास्थ्य प्रदाता (एमएलएचपी) के नेतृत्व में। साथ में वे सेवाओं की एक विस्तारित श्रृंखला वितरित करेंगे। कुछ राज्यों में, एससी को पहले अतिरिक्त पीएचसी में अपग्रेड किया गया है। ऐसे अतिरिक्त पीएचसी को भी एचडब्ल्यूसी में बदल दिया जाएगा।

पीएचसी जो एचडब्ल्यूसी के एक समूह से जुड़ा हुआ है, अपने अधिकार क्षेत्र में एचडब्ल्यूसी के लिए कई रोग स्थितियों के लिए रेफरल के पहले बिंदु के रूप में काम करेगा। इसके अलावा, प्राथमिक देखभाल सेवाओं की विस्तारित सीमा को वितरित करने के लिए एक एचडब्ल्यूसी के रूप में भी मजबूत किया जाएगा।

## 1.2 पीएचसी / यूपीएचसी- एचडब्ल्यूसी टीम

पीएचसी में चिकित्सा अधिकारी यह सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार होगा कि सीपीएचसी सेवाओं को उसके / उसके क्षेत्र में सभी एचडब्ल्यूसी के माध्यम से और पीएचसी के माध्यम से ही वितरित किया जाए। पीएचसी में कर्मचारियों की संख्या और योग्यता भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों (IPHS) में परिभाषित की जाएगी।

पीएचसी को एचडब्ल्यूसी को मजबूत करने के लिए, पीएचसी स्टाफ (मेडिकल ऑफिसर, स्टाफ नर्स, फार्मासिस्ट, और लैब तकनीशियन) के प्रशिक्षण के लिए सहायता, और "वेलनेस रूम" के लिए उपकरणों का प्रावधान, आवश्यक आईटी अवसंरचना और प्रयोगशाला के उन्नयन के लिए आवश्यक संसाधन और सेवाओं की विस्तारित सीमाओं के पूरक के लिए नैदानिक सहायता प्रदान की जाएगी। राज्य स्थानीय आवश्यकताओं के आधार पर एचडब्ल्यूसी और पीएचसी में स्टाफिंग को संशोधित करने का विकल्प चुन सकते हैं।

14 अप्रैल 2018 को बीजापुर छत्तीसगढ़ के जांगला में प्रथम स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र (एचडब्ल्यूसी) का उद्घाटन माननीय प्रधान मंत्री श्री नरेंद्र मोदी द्वारा किया गया था।

## 1.3 प्रमुख सिद्धांत:

1. व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की विस्तारित सीमा तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों में मौजूदा उप स्वास्थ्य केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को बदलना।
2. जनसंख्या सम्बेदन, नियमित घर और सामुदायिक संपर्क और लोगों की भागीदारी की प्रक्रिया के माध्यम से लोगों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए केंद्रित, समग्र, इक्विटी संवेदनशील प्रतिक्रिया सुनिश्चित करें।
3. दवाओं और डायग्नोस्टिक्स की उपलब्धता, मानक उपचार और रेफरल प्रोटोकॉल के उपयोग और आईटी प्रणालियों सहित उन्नत प्रौद्योगिकियों के उपयोग के माध्यम से स्वास्थ्य जोखिम और रोग की स्थिति को फैलाने वाली उच्च गुणवत्ता वाली देखभाल के वितरण को सक्षम करें।
4. गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल के वितरण के लिए एक टीम-आधारित दृष्टिकोण की संस्कृति को प्रेरित करें: निवारक, प्रचारक, उपचारात्मक, पुनर्वास और उपशामक देखभाल।
5. दो-तरफा रेफरल प्रणाली के साथ देखभाल की निरंतरता सुनिश्चित करें और समर्थन का पालन करें।
6. स्वास्थ्य संवर्धन (स्कूली शिक्षा और व्यक्तिगत केंद्रित जागरूकता के माध्यम से) पर जोर दें और सक्रिय सगाई और सामुदायिक प्लेटफार्मों और व्यक्तिगत स्वयंसेवकों की क्षमता निर्माण के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यवाही को बढ़ावा दें।
7. लचीले वित्तपोषण के लिए उपयुक्त तंत्र लागू करें, जिसमें प्रदर्शन-आधारित प्रोत्साहन और उत्तरदायी संसाधन आवंटन शामिल हैं।
8. योग और आयुष के एकीकरण को लोगों की जरूरतों के लिए उपयुक्त के रूप में सक्षम करें।

9. स्वास्थ्य देखभाल सलाह और उपचार दीक्षा तक पहुँच में सुधार के लिए उपयुक्त प्रौद्योगिकी के उपयोग की सुविधा देना, रिपोर्टिंग और रिकॉर्डिंग सक्षम करना, अंततः व्यक्तियों और परिवारों के लिए इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्ड की प्रगति।
10. सामाजिक जवाबदेही के लिए नागरिक समाज की संस्थागत भागीदारी।
11. प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यों की श्रेणी में अंतर भरने के लिए लाभ एजेंसियों और निजी क्षेत्र के लिए नहीं।
12. फीडबैक और सुधार को सक्षम करने और पैमाने के लिए नवाचारों की पहचान करने के लिए व्यवस्थित सीखने और साझा करने की सुविधा।

लोगों के लिए उपायों पर बेहतर प्रदर्शन के लिए जवाबदेही बनाने के लिए मजबूत माप प्रणाली विकसित करना।

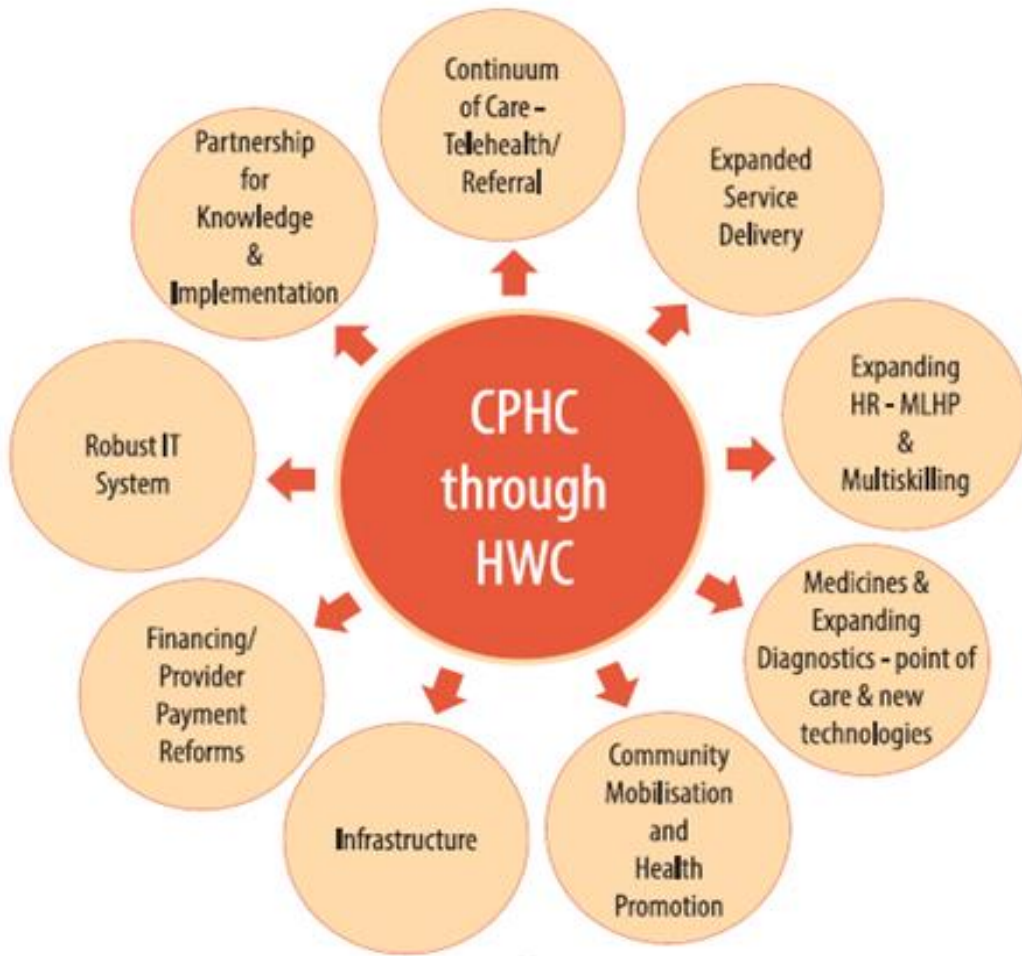
#### 1.4 विस्तारित सेवाएँ

एचडब्ल्यूसी सेवाओं की एक विस्तारित सीमा प्रदान करेगा। इन सेवाओं को सब सेंटर और पीएचसी में वितरित किया जाएगा, जिन्हें एचडब्ल्यूसी के रूप में बदल दिया गया है। पीएचसी में दी जाने वाली सेवाओं की देखभाल की जटिलता उप केंद्र स्तर से अधिक होगी और यह देखभाल मार्गों और मानक उपचार दिशानिर्देशों में इंगित किया जाएगा जो समय-समय पर जारी किए जाएंगे।

##### 1.4.1 सेवाओं की विस्तारित सीमा

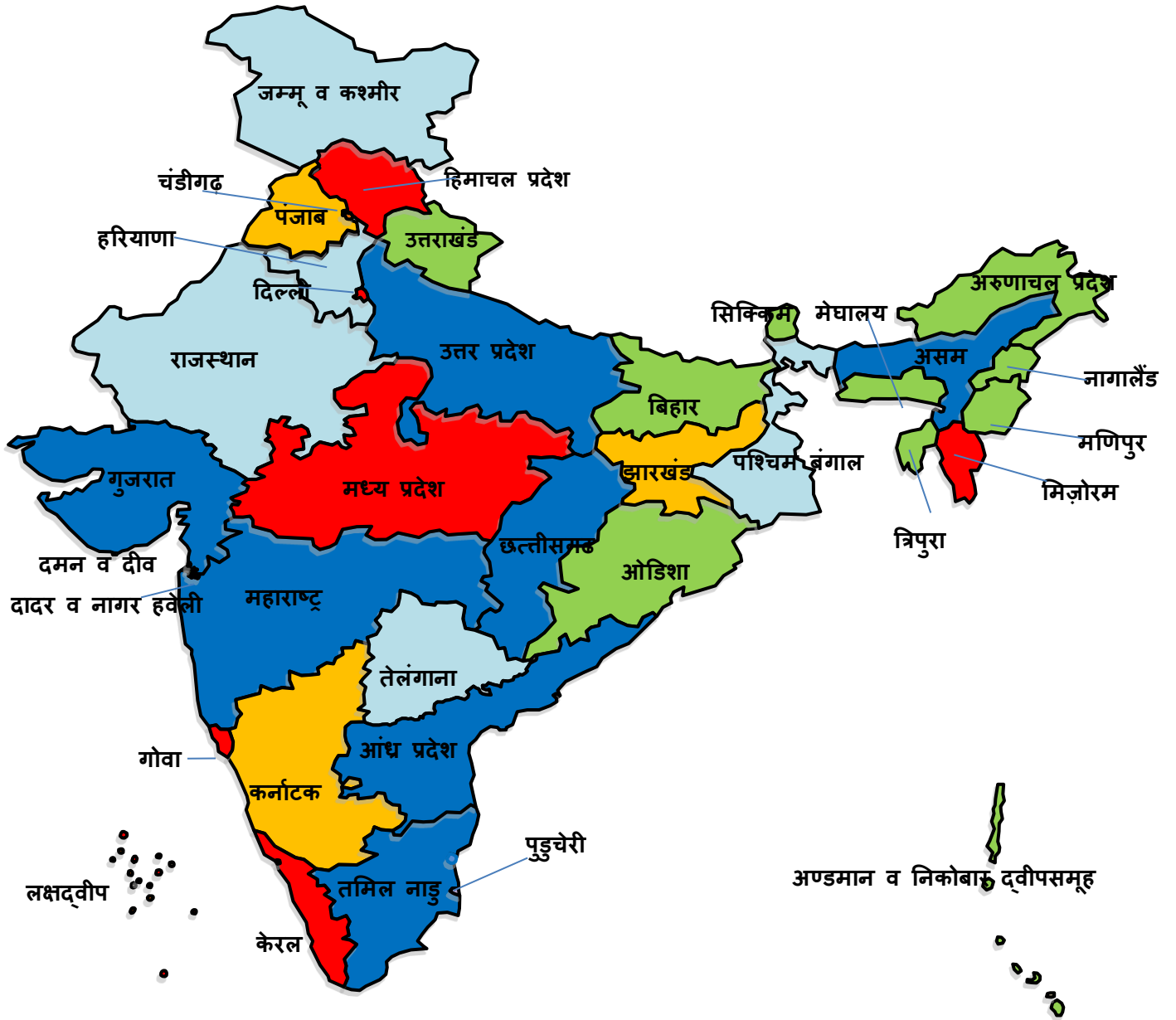
1. गर्भावस्था और बच्चे के जन्म में देखभाल।
2. नवजात और शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ।
3. बचपन और किशोर स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ।
4. परिवार नियोजन, गर्भनिरोधक सेवाएँ और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ।
5. राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों सहित संचारी रोगों का प्रबंधन।
6. सामान्य संचारी रोगों का प्रबंधन और तीव्र सरल बीमारियों और छोटी बीमारियों के लिए बाह्य रोगी देखभाल।
7. स्क्रीनिंग, रोकथाम, नियंत्रण और गैर-संचारी रोगों का प्रबंधन।
8. सामान्य नेत्र और ईएनटी समस्याओं की देखभाल।
9. बेसिक ओरल हेल्थ केयर।
10. बुजुर्ग और उपशामक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ।
11. आपातकालीन चिकित्सा सेवाएँ।
12. मानसिक स्वास्थ्य रोगों की जांच और बुनियादी प्रबंधन।

एचडब्ल्यूसी के प्रमुख तत्व:  
आकृति 1

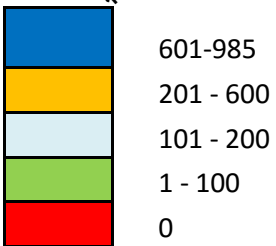


31 मार्च 2019 तक, भारत में 17895 एचडब्ल्यूसी कार्यात्मक हैं। 17895 एचडब्ल्यूसी में से 7821 एचडब्ल्यूसी-एससी (ग्रामीण), 98 एचडब्ल्यूसी-एससी (शहरी) और 8242 एचडब्ल्यूसी-पीएचसी (ग्रामीण) और भारत में 1734 एचडब्ल्यूसी-पीएचसी कार्यात्मक हैं (अनुभाग IV, तालिका 6)। मानचित्र 4 और 5 देश में एचडब्ल्यूसी-एससी और एचडब्ल्यूसी-पीएचसी की कार्यात्मक संख्या का राज्य / केन्द्र शासित प्रदेशों में दर्शाता है।

मानचित्र 4. 31 मार्च, 2019 तक देश में कार्यात्मक हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर- उप केंद्र



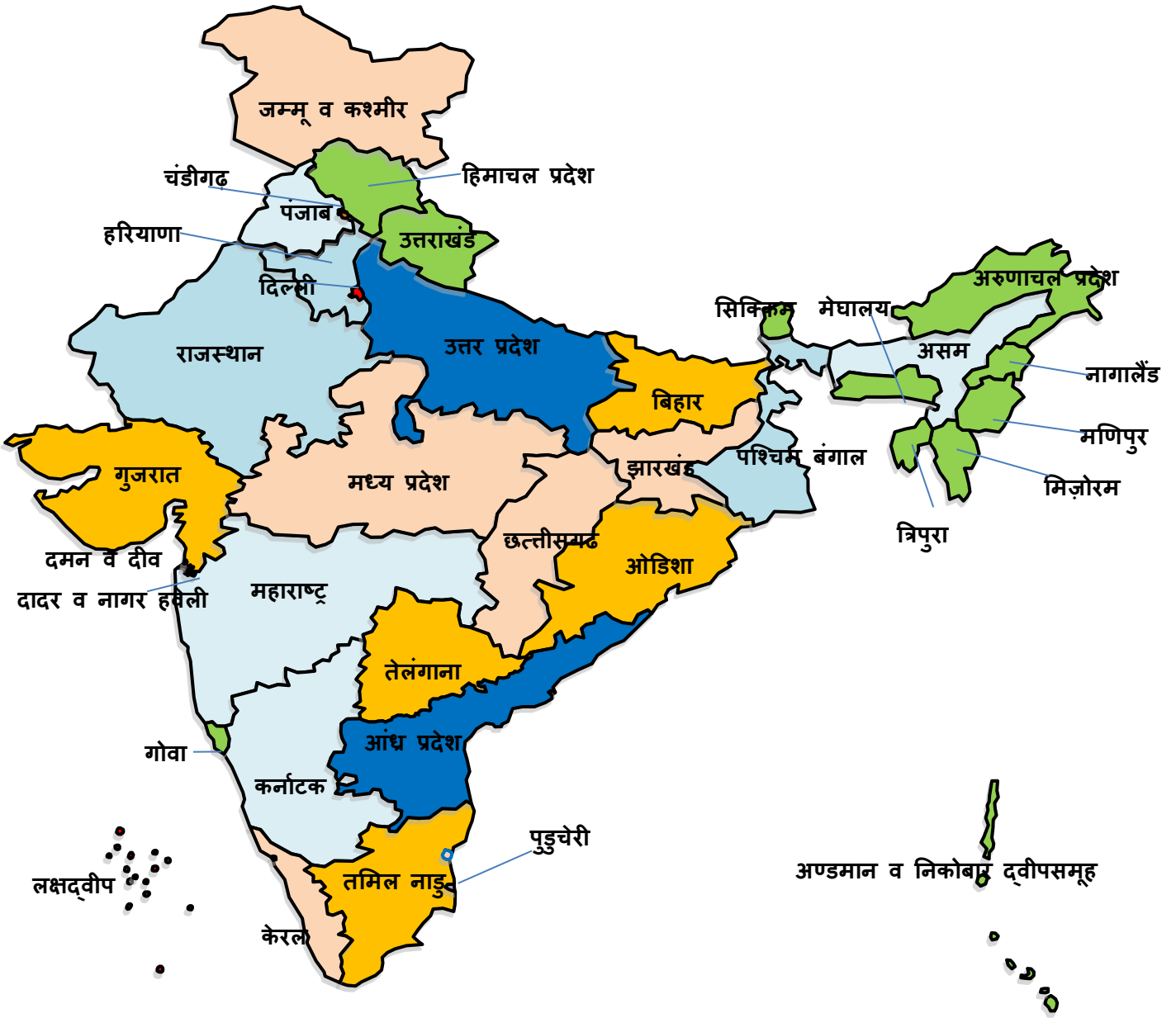
एचडब्ल्यूसीसंघ / एससी की संख्या की राज्य-राज्य क्षेत्र वार



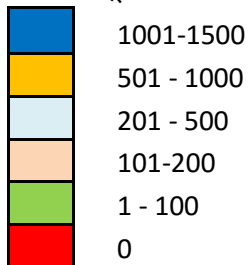
नोट: इन मानचित्रों में दर्शाई गई सीमाएं और नाम संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा आधिकारिक रूप से स्वीकृत नहीं हैं।



मानचित्र 2. 31 मार्च, 2019 तक देश में कार्यात्मक हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र



एचडब्ल्यूसीसंघ / पीएचसी की संख्या की राज्य-राज्य क्षेत्र वार



नोट: इन मानचित्रों में दर्शाई गई सीमाएं और नाम संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा आधिकारिक रूप से स्वीकृत नहीं हैं।