ભારતમાં ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્ય માળખું, માનવ સંસાધન અને આરોગ્યના સ્તરનું મૂલ્યાંકન

Dr. Vaishali J. Kharva
Temporary Assistant professor,
Department of Economics,
VNSGU, Surat
ORCID iD: 0009-0000-8842-0488

Dr. Urvisha J. Mataliya
Assistant Professor,
Department of Economics,
Birsa Munda Tribal University, Rajpipla, Narmada
ORCID iD: 0000-0002-2498-7554

Mr. Prakash D. Vasava
P.G Student,
Department of Economics
Veer Narmad South Gujarat University, Surat
ORCID iD: 0009-0009-7415-0515

સારાંશ:

ભારત વિકાસની દ્રષ્ટિએ વિકાશશીલ દેશ છે, અને 2047 સુધી વિકસિત બનવા માટે પ્રયાસ કરી રહ્યું છે. આ પરિસ્થિતિમાં લોકોના આરોગ્ય પર ભારત ખુબજ ધ્યાન કેન્દ્રિત કરી રહ્યું છે. **પ્રસ્તુત અભ્યાસનો મુખ્ય ઉદ્દેશ્ય** ભારતના શહેરી તથા ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં આરોગ્ય માળખાની સ્થિતિ, આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં ઉપલબ્ધ માનવ સંસાધનસેવાનું પ્રમાણ તથા કુલ આરોગ્યના સ્તરનું મૂલ્યાંકન કરવાનો છે. અભ્યાસના તારણો દર્શાવે છે કે ભારતમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે પ્રગતિ થઈ હોવા છતાં, ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારો વચ્ચે નોંધપાત્ર તફાવત હજુ યથાવત છે. વર્ષ 2018ની તુલનામાં 2022માં કુલ મૃત્યુદર અને બાળમૃત્યુદરના સ્તરમાં કેટલાક વર્ષોમાં વધારો નોંધાયો છે। ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં આ દરો શહેરી વિસ્તારો કરતાં વધુ રહ્યા છે, જે આરોગ્ય સેવાઓની પહોંચ અને ગુણવત્તામાં રહેલી અસમાનતાને દર્શાવે છે. આ ઉપરાંત, પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યામાં વધારો થયો છે, પરંતુ માનવ સંસાધન, ખાસ કરીને ડોક્ટરોની ઉપલબ્ધતા, સરકાર દ્વારા મંજુરી અપાયેલી જગ્યાઓની સરખામણીએ ઓછી છે. પરિણામે, આરોગ્ય માળખું અને માનવ સંસાધન વચ્ચે અસંતુલન સર્જાય છે, જે આરોગ્ય પરિણામોને નકારાત્મક રીતે અસર કરે છે.

પ્રસ્તાવના:

કોઈપણ રાષ્ટ્રના સામાજિક-આર્થિક વિકાસ માટે આરોગ્ય એ મૂળભૂત સ્તંભ છે. વૈશ્વિક સ્તરે, સર્વગ્રાહી વિકાસ સાધવા માટે નાગરિકોનું શારીરિક અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય અત્યંત આવશ્યક માનવામાં આવે છે. ભારત જેવા વિશાળ અને વૈવિધ્યસભર વસ્તી ધરાવતા વિકાસશીલ દેશમાં આરોગ્ય સેવાઓની સુલભતા, ગુણવત્તા અને સમાનતા એ રાષ્ટ્રીય નીતિઓનો મુખ્ય વિષય રહ્યો છે (World Health Organization [WHO], 2020). જો કે, ભારતમાં ભૌગોલિક અને વસ્તીવિષયક ભિન્નતાને કારણે ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારો વચ્ચે આરોગ્ય ક્ષેત્રે મોટો તફાવત જોવા મળે છે. ઐતિહાસિક રીતે, શહેરી વિસ્તારો તરફ કેન્દ્રિત વિકાસ મોડેલને લીધે ગ્રામીણ ભારતની વસ્તી પ્રાથમિક આરોગ્ય સેવાઓથી વંચિત રહી જાય છે, જે એક ગંભીર ચિંતાનો વિષય છે (Ministry of Health and Family Welfare [MoHFW], 2021).

કોઈપણ સક્ષમ આરોગ્ય પ્રણાલીની અસરકારકતા તેના માળખાકીય સ્તર પર નિર્ભર કરે છે. ગ્રામીણ વિસ્તારોમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (PHCs) અને સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (CHCs) ની ભૌતિક સ્થિતિ અને તેમની પ્રાપ્યતા શહેરી વિસ્તારોમાં ઉપલબ્ધ આધુનિક મલ્ટી-સ્પેશિયાલિટી

હોસ્પિટલોની તુલનામાં ઘણી મર્યાદિત છે (MoHFW, 2022). આ માળખાકીય અસમાનતાના કારણે ગ્રામીણ વસ્તીને તબીબી કટોકટીના સમયે લાંબુ અંતર કાપવું પડે છે, જે તેમના આર્થિક અને શારીરિક ભારણમાં વધારો કરે છે.

માળખાકીય સુવિધાઓની સાથે-સાથે, લાયકાત ધરાવતા તબીબો, નર્સો અને પેરામેડિકલ સ્ટાફ જેવા આરોગ્ય માનવ સંસાધનોની ઉપલબ્ધતા પણ એટલી જ મહત્વપૂર્ણ છે. ભારતમાં તબીબી સંસાધનોનું કેન્દ્રીકરણ મોટાભાગે શહેરી વિસ્તારોમાં થયેલું જોવા મળે છે, જેના કારણે ગ્રામીણ વિસ્તારોમાં ડોક્ટર-વસ્તી ગુણોત્તર વૈશ્વિક ધોરણો કરતાં ઘણો નીચો છે (WHO, 2020). આ વિષમ વહેંચણી ગ્રામીણ ક્ષેત્રોમાં આરોગ્ય સેવાઓની ગુણવત્તા અને સમયસરતાને નકારાત્મક રીતે પ્રભાવિત કરે છે.

પરિણામે, માળખાકીય સુવિધાઓ અને માનવ સંસાધનોની આ અસમાન વહેંચણીની સીધી અસર બંને ક્ષેત્રોના લોકોના આરોગ્યના સ્તર પર પડે છે. શિશુ મૃત્યુદર (IMR), માતા મૃત્યુદર (MMR) અને અપેક્ષિત આયુષ્ય જેવા મુખ્ય આરોગ્ય સૂચકાંકો ગ્રામીણ અને શહેરી ભારતમાં સ્પષ્ટ વિભાજન દર્શાવે છે (International Institute for Population Sciences [IIPS], 2021). વર્તમાન સમયમાં આ ખાઈને પૂરવી અને સાર્વત્રિક આરોગ્ય કવરેજ (UHC) પ્રાપ્ત કરવું એ દેશ માટે અનિવાર્ય બન્યું છે.

સાહિત્ય સમીક્ષા:

(સુરેશ કુમાર & શોભના, 2024) દ્વારા હાથ ધરાયેલા ગૌણ માહિતી આધારિત વર્ણનાત્મક સંશોધનનો મુખ્ય ઉદ્દેશ ભારતમાં રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આરોગ્ય મિશન (NRHM) અને આયુષ્માન ભારત જેવી સરકારી યોજનાઓની અસરકારકતા અને ગ્રામીણ આરોગ્ય માળખાનું મૂલ્યાંકન કરવાનો છે. અભ્યાસમાં આરોગ્ય કર્મચારીઓની અછત, ભૌગોલિક અંતરાયો અને અપૂરતા બજેટ જેવા નીતિવિષયક સંશોધન અંતરાલો પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. તારણો દર્શાવે છે કે વર્ષ 2014 થી 2022 દરમિયાન નર્સિંગ અને લેબ ટેકનિશિયનની સંખ્યા વધી છે, પરંતુ પેટા-કેન્દ્રો અને પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં નિષ્ણાત તબીબોની ગંભીર અછત યથાવત છે. સંશોધનકારોએ ગ્રામીણ જનતાના ખિસ્સાખર્ચને ઘટાડવા પબ્લિક-પ્રાઇવેટ પાર્ટનરશિપ (PPP) મોડલ, ટેલિમેડિસિનનો ઉપયોગ અને જીડીપીના 2.5% સુધી આરોગ્ય બજેટ વધારવાની મહત્વપૂર્ણ નીતિવિષયક ભલામણો કરી છે.

(આર. સિંગારિયા, 2013) એ ૨૦૦૫ અને ૨૦૧૨ વચ્ચે ભારતના બાળ મૃત્યુદર (IMR) પર રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આરોગ્ય મિશન (NRHM) ની અસરનું મૂલ્યાંકન કર્યું હતું. પ્રસ્તુત અભ્યાસે તપાસ કરી હતી કે શું ભૌતિક આરોગ્ય આંતરમાળખાકીય સુવિધાઓ (ઉપ-કેન્દ્રો, PHCs, CHCs) અને માનવબળ (ડોક્ટરો, ANMs) ના વિસ્તરણથી બાળ મૃત્યુદરમાં ઘટાડાની પ્રક્રિયા ઝડપી બની છે, જે ચોક્કસ હસ્તક્ષેપોના પરિણામો અંગેના પ્રયોગમૂલક સાહિત્યમાં રહેલી ખામીને દૂર કરે છે. નમૂના નોંધણી પદ્ધતિ (SRS) અને ગ્રામીણ આરોગ્ય આંકડાશાસ્ત્ર (RHS) ના ગૌણ માહિતીનો ઉપયોગ કરીને, એક તબક્કાવાર નિયતસંબંધ મોડલ લાગુ કરવામાં આવ્યું હતું. વિશ્લેષણ દર્શાવે છે કે NRHM પછી બાળ મૃત્યુદરમાં ઘટાડાનો વાર્ષિક દર બમણો થઈ ગયો હોવા છતાં, માત્ર સહાયક નર્સ મિડવાઇવ્સ (ANMs) માં થયેલા વધારાનો જ ગ્રામીણ અને શહેરી બંને વિસ્તારોમાં બાળ મૃત્યુદરમાં ઘટાડા સાથે આંકડાકીય રીતે નોંધપાત્ર હકારાત્મક સંબંધ હતો.

(ભંડારી અને દત્તા, 2007) એ ગ્રામીણ ભારતના ત્રિ-સ્તરીય આરોગ્યસંભાળ આંતરમાળખામાં રહેલી ગંભીર ખામીઓની તપાસ કરી હતી, જેમાં ભૌતિક માળખાં અને તબીબી કર્મચારીઓની ભારે અછત પર પ્રકાશ પાડવામાં આવ્યો હતો. કેન્દ્રીય આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલયના વહીવટી માહિતી તેમજ પ્રજનન અને બાળ આરોગ્ય સર્વેક્ષણ (RCH) અને "રાષ્ટ્રીય નમૂના સર્વેક્ષણ સંસ્થા (NSSO) જેવા ગૌણ માહિતીનો ઉપયોગ કરીને, આ અભ્યાસે જાહેર સેવા વિતરણ, 40% સુધી પહોંચેલા ગેરહાજરીના ઊંચા દર અને ભૌગોલિક અવરોધોનું મૂલ્યાંકન કર્યું હતું. લેખકોએ તારણ કાઢ્યું હતું કે પ્રણાલીગત જવાબદારીની નિષ્ફળતાઓ અને સંસાધનોની અછતને કારણે ગરીબ વસ્તીમાં પણ ખાનગી ક્ષેત્ર પરની નિર્ભરતા વધી છે. આ સુલભતા અને ગુણવત્તાના પડકારોને ઉકેલવા માટે, તેઓએ મોબાઇલ મેડિકલ વાન અને ગ્રાહક નિવારણ માટે માહિતી ટેકનોલોજી માળખાને સાંકળતા નીતિ-લક્ષી ઉકેલો પ્રસ્તાવિત કર્યા હતા.

(મહેતા અને અન્ય., 2024) એ ભારતમાં આરોગ્ય માટેના માનવ સંસાધનોની (HRH) વ્યાપક અછત અને અસમાન વહેંચણીનું વિશ્લેષણ કરવા માટે એક પદ્ધતિસરની વ્યાપક સમીક્ષા હાથ ધરી હતી. PRISMA-ScR માળખાનો ઉપયોગ કરીને અને આગમનાત્મક વિષયગત વિશ્લેષણ દ્વારા ૪૪ શૈક્ષણિક અભ્યાસોનું મૂલ્યાંકન કરીને, સંશોધકોએ માળખાકીય ખામીઓ અને કર્મચારીઓની અછત માટે જવાબદાર મૂળભૂત પરિબળોને ઓળખવાનો પ્રયાસ કર્યો હતો. આ તપાસમાં ઊંડી ભૌગોલિક અસમાનતાઓ સામે આવી છે, જે દર્શાવે છે કે ગ્રામીણ વિસ્તારોની સરખામણીમાં શહેરી વિસ્તારોમાં ડોક્ટરોની ઘનતા ચાર ગણી વધારે છે. વિશ્લેષણમાં છ પ્રાથમિક

વિષયગત સમસ્યાઓની ઓળખ કરવામાં આવી છે: સ્થાનિક સ્તરે અપૂરતું તાલીમ ઉત્પાદન, નબળી કામકાજની સ્થિતિને કારણે ઓછો નોકરીનો સંતોષ, સ્થળાંતર અથવા બુદ્ધિધનનું પલાયન, નિયમનકારી મર્યાદાઓ, વ્યાપક દેખરેખનો અભાવ અને અસંગઠિત કરાર આધારિત ભરતી પ્રણાલી. ટકાઉ આરોગ્ય કવરેજ ઊભું કરવા માટે, આ અભ્યાસ નીતિ-લક્ષી સૂચનો પ્રદાન કરે છે જે પ્રમાણિત સક્ષમતા માળખાંની સ્થાપના, સુવ્યવસ્થિત વોક-ઇન ભરતી પ્રક્રિયાઓ અને ગ્રામીણ વિસ્તારોમાં કર્મચારીઓને જાળવી રાખવા માટે એક કેન્દ્રીયકૃત રાષ્ટ્રીય HRH ડેટાબેઝ પર ભાર મૂકે છે.

(જાયસવાલ, 2015) એ ભારતીય ગ્રામીણ આરોગ્ય પ્રણાલીમાં રહેલી પ્રણાલીગત માળખાકીય ખામીઓનું વિશ્લેષણ કરતી એક વ્યાપક ગૌણ માહિતીની સમીક્ષા હાથ ધરી હતી. આ સંશોધન પત્રનો ઉદ્દેશ્ય પ્રાથમિક આરોગ્ય સંભાળ આંતરમાળખા, માનવ સંસાધનોની ભારે અછત અને ઊંચા નવજાત મૃત્યુદરનું મૂલ્યાંકન કરવાનો છે જેથી સરકારી ઉપાયોની રૂપરેખા તૈયાર કરી શકાય. સંશોધન એ બાબત પર ભાર મૂકે છે કે મર્યાદિત સરકારી ભંડોળને કારણે અયોગ્ય ખાનગી તબીબો પરની ભારે નિર્ભરતા અને ગજવાના વ્યક્તિગત ખર્ચમાં (out-of-pocket expenses) વધારો થાય છે. વહીવટી નિષ્ફળતાઓ અને સેવા પ્રદાતાઓની ગંભીર ગેરહાજરી આરોગ્ય સેવા વિતરણને અવરોધે છે, તેમ છતાં રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આરોગ્ય મિશન (NRHM) અને જનની સુરક્ષા યોજના (JSY) જેવા હસ્તક્ષેપો સંસ્થાકીય સુવાવડવધારવામાં સફળ રહ્યા છે. પ્રસ્તુત અભ્યાસ ગ્રામીણ જાહેર આરોગ્ય પ્રણાલીઓને શ્રેષ્ઠ બનાવવા માટે વિકેન્દ્રીકૃત, સમુદાય સંચાલિત આરોગ્ય આયોજન, કડક નિયમનકારી અમલીકરણ અને ઉન્નત રોગ દેખરેખની હિમાયત કરે છે.

ભારતના જાહેર આરોગ્યસંભાળ આંતરમાળખામાં રહેલી નોંધપાત્ર મર્યાદાઓ અને તબીબી કર્મચારીઓની અસમાન ભૌગોલિક વહેંચણીને સંબોધતા, (ઝોડપે અને અન્ય., 2021) એ વ્યૂહાત્મક માળખાકીય વિકલ્પો તૈયાર કરવા માટે રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય માનવ સંસાધન (HRH) માળખાની ખામીઓની તપાસ કરી હતી. આ વર્ણનાત્મક કાર્યપદ્ધતિમાં વ્યાપારી વ્યવહારિકતાનું નકશાંકન કરવા માટે, વર્ષ 2000 થી 2020 દરમિયાનની વૈશ્વિક સંસ્થાકીય વ્યૂહરચનાઓની વ્યાપક ગૌણ દસ્તાવેજી સમીક્ષાની સાથે-સાથે બહુ-હિતધારક નિષ્ણાતોના પ્રમાણીકરણનો સમાવેશ કરવામાં આવ્યો હતો. તારણો દર્શાવે છે કે આ ક્ષેત્રમાં પ્રણાલીગત ખામીઓ રહેલી છે, ખાસ કરીને રાષ્ટ્રીય ઘનતા વૈશ્વિક માપદંડો કરતાં ઓછી છે અને ગ્રામીણ-શહેરી સ્થળ ફાળવણીમાં સતત અસમાનતા જોવા મળે છે. પરિણામે, લેખકોએ નિર્ણાયક સુધારાઓની હિમાયત કરી હતી, જેમાં એક કેન્દ્રીયકૃત

રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય રજિસ્ટ્રીની સ્થાપના કરવી, ખાનગી ક્ષેત્ર સાથેના સહયોગનો વિસ્તાર કરવો અને રાષ્ટ્રીય કુલ સ્થાનિક ઉત્પાદન (GDP) ના 2.5% જાહેર ખર્ચની મર્યાદાને કાયદાકીય રીતે ફરજિયાત બનાવવાનો સમાવેશ થાય છે.

ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્ય આંતરમાળખું, માનવ સંસાધનો અને આરોગ્યની સ્થિતિના મૂલ્યાંકન પરથી સ્પષ્ટ થાય છે કે દેશની જાહેર આરોગ્ય પ્રણાલી ગંભીર માળખાકીય ખામીઓ, સંસાધનોની અછત અને તબીબી કર્મચારીઓની તીવ્ર અસમાન વહેંચણીનો સામનો કરી રહી છે. પ્રસ્તુત સાહિત્ય સમીક્ષા દર્શાવે છે કે મર્યાદિત સરકારી ભંડોળ, કર્મચારીઓની ઊંચી ગેરહાજરી અને શહેરોની સરખામણીએ ગ્રામીણ વિસ્તારોમાં નિષ્ણાત ડોક્ટરોની ભારે કમીને કારણે ગરીબ વસ્તી માટે ખાનગી ક્ષેત્ર પરની નિર્ભરતા અને ગજવાનો વ્યક્તિગત ખર્ચ (out-of-pocket expenses) વધ્યો છે. જો કે, NRHM અને JSY જેવા સરકારી હસ્તક્ષેપો દ્વારા બાળ મૃત્યુદરમાં ઘટાડો અને સંસ્થાકીય સુવાવડ વધારવામાં મહત્વની સફળતા મળી છે.

અભ્યાસના હેતુઓ :

1. ભારતમાં શહેરી અને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં આરોગ્ય માળખાના સ્તરની સ્થિતિ જાણવી.
2. ભારતમાં શહેરી તેમજ ગ્રામીણ વિસ્તારમાં આરોગ્ય માનવ સંસાધનસેવાનું પ્રમાણ જાણવું.
3. ભારતમાં ગ્રામીણ તેમજ શહેરી વિસ્તારમાં આરોગ્યના સ્તરનું મૂલ્યાંકન કરવું.

સંશોધન પદ્ધતિ:

પ્રસ્તુત અભ્યાસમાં પરિમાણાત્મક સંશોધન પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરવામાં આવેલ છે. આરોગ્ય માળખાના સ્તરને ચકાસવા માટે પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રને ધ્યાનમાં લેવામાં આવેલ છે. આરોગ્ય માનવ સંશાધનના સ્તરની ચકાસણી કરવા માટે ડોક્ટરોની ઉપલબ્ધતા અને ખોટને ધ્યાનમાં લેવામાં આવેલ છે, જ્યારે આરોગ્યના સ્તરની તપાસ કરવા માટે મૃત્યુદર અને બાળમૃત્યુદરને ધ્યાનમાં લેવામાં આવેલ છે.

માહિતી એકત્રીકરણ:

પ્રસ્તુત પેપરમાં જરૂરી માહિતી માટે ગૌણ માહિતીનો ઉપયોગ કરવામાં આવેલ છે. જેમ કે ભારત સરકારના ગ્રામીણ તેમજ શહેરી આરોગ્ય મિશન, રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશન, ગ્રામીણ આરોગ્ય, શહેરી આરોગ્ય સ્ટેટેસ્ટિક્સ, વગેરે અહેવાલો માથી જરૂરી માહિતી એકત્ર કરવામાં આવેલ છે.

માહિતીનું વિશ્લેષણ+:

માહિતીનું વિશ્લેષણ કોષ્ટક તેમજ વિવિધ ચાર્ટ દ્વારા કરવામાં આવેલ છે. આ ઉપરાંત વર્ણનાત્મક પધ્ધતિનો ઉપયોગ કરીને માહિતીનું યોગ્ય વિશ્લેષણ કરવામાં આવ્યું છે.

ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારમાં આરોગ્યવિષયક માળખાગત સુવુધાઓનું સ્તર:

સ્વસ્થ આરોગ્યએ માનવ વિકાસનું એક મહત્વપૂર્ણ પાસું છે, જે દેશના સામાજિક અને આર્થિક વિકાસને અસર કરે છે. આરોગ્યના સ્તરનો આધાર આરોગ્ય સેવાઓની ગુણવતા પર રહેલો છે અને આરોગ્યની સેવાઓનો આધાર આરાગ્યના માળખા પર રહેલો છે. ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્યની સુવિધાઓ પ્રાથમિક અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રો, અને પેટા કેન્દ્રો મારફતે પૂરી પાડવામાં આવે છે. નીચેના કોષ્ટકમાં ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારોમાં પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો, અને સામુદાયિક આરોગ્યના સ્વરૂપમાં માળખાગત સુવિધાની માહિતી આપવામાં આવેલ છે.

કોષ્ટક – ૧ ભારતમાં ૨૦૧૯ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્ય વિષયક માળખાની માહિતી

વર્ષ	ગ્રામીણ વિસ્તાર			શહેરી વિસ્તાર		
	પેટા કેન્દ્રો	પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર	સામુદાયિક કેન્દ્રો	પેટા કેન્દ્રો	પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર	સામુદાયિક કેન્દ્રો
૨૦૧૯	૧,૪૯,૫૯૦	૧૬,૬૧૩	૫૪૩૬	૩,૨૦૪	૩,૪૫૬	૩૫૦
૨૦૨૦	૧,૫૫,૫૦૪	૨૪,૯૧૮	૫૧૮૩	૨,૫૧૭	૫,૮૯૫	૪૬૬
૨૦૨૧	૧,૫૬,૧૦૧	૨૫,૧૪૦	૫,૪૧૮	૧,૭૧૮	૫,૪૩૯	૪૭૦
૨૦૨૨	૧,૫૭,૯૩૫	૨૪,૯૩૫	૫,૪૮૦	૩,૮૯૪	૬,૧૧૮	૫૮૪

સ્ત્રોત: https://ruralindiaonline.org

ઉપરોક્ત કોષ્ટક જોતાં અપષ્ટ થાય છે કે વર્ષ ૨૦૧૯ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારમાં પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક અને સામુદાયિક કેન્દ્રોની સંખ્યામાં ઉતારોતર વધારો થયો છે. વર્ષ ૨૦૧૯ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન ગ્રામ્ય તથા શહેરી વિસ્તારોમાં પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યામાં થયેલો વધારો મુખ્યત્વે રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશન (NHM) ના ઉદ્દેશ્યો સાથે સીધો સંબંધ ધરાવે છે. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશનનો મુખ્ય હેતુ રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ, ૨૦૧૭માં નક્કી કરાયેલા લક્ષ્યોને સિદ્ધ કરવાનો છે, જેમાં સર્વજન માટે સમાન,

સસ્તી અને ગુણવત્તાયુક્ત આરોગ્ય સેવાઓ સુલભ કરાવવા પર ભાર મૂકવામાં આવ્યો છે. આ નીતિ અનુસાર આરોગ્ય સેવાઓ લોકોની જરૂરિયાતોને અનુરૂપ, જવાબદાર અને પ્રતિસાદી બનવી જરૂરી ગણવામાં આવી છે (GoI, 2017). આ હેતુઓને પ્રાપ્ત કરવા માટે આરોગ્ય માળખાના વિસ્તરણ પર વિશેષ ભાર મૂકવામાં આવ્યો, જેના પરિણામે ગ્રામ્ય તથા શહેરી બંને વિસ્તારોમાં નવા આરોગ્ય કેન્દ્રોની સ્થાપના અને હાલની સુવિધાઓનું મજબૂતીકરણ કરવામાં આવ્યું (MoHFW, n.d).

યોગ્ય અને પૂરતા પ્રમાણમાં ઉપલબ્ધ **આરોગ્ય માનવ સંસાધન, ખાસ કરીને ડૉક્ટરો,** અસરકારક આરોગ્ય સેવાઓ પ્રદાન માટે અત્યંત આવશ્યક ગણાય છે. આરોગ્ય સંસ્થાઓમાં મંજુર થયેલી જગ્યાઓની સામે ભરાયેલ અને ખાલી જગ્યાઓની સ્થિતિ આરોગ્ય વ્યવસ્થાની કાર્યક્ષમતા અને સેવાઓની પહોંચને પ્રતિબિંબિત કરે છે. ગ્રામ્ય અને શહેરી બંને વિસ્તારોમાં માનવ સંસાધનની ઉપલબ્ધતા આરોગ્ય પરિણામોને પ્રભાવિત કરતી મહત્વપૂર્ણ બાબત છે. આ સંદર્ભમાં, નીચે આપેલ કોષ્ટક વર્ષ 2019 થી 2022 દરમિયાન ગ્રામ્ય તથા શહેરી વિસ્તારોમાં સરકાર દ્વારા મંજુર થયેલી, ભરાયેલ અને ખાલી આરોગ્ય માનવ સંસાધન જગ્યાઓની સ્થિતિ દર્શાવે છે, જેનાથી આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં માનવ સંસાધનની ઉપલબ્ધતા અને ખાધ અંગેની મૂળભૂત માહિતી પ્રાપ્ત થાય છે.

કોષ્ટક – ૨ વર્ષ 2019 થી 2022 દરમિયાન ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારોમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં સરકાર દ્વારા મંજુર થયેલી, ભરાયેલ અને ખાલી આરોગ્ય માનવ સંસાધન જગ્યાઓની સ્થિતિ

વર્ષ	ગ્રામ્ય વિસ્તાર			શહેરી વિસ્તાર		
	સરકાર દ્વારા મંજુરી	ભરાયેલ જગ્યા	ખાલી જગ્યા	સરકાર દ્વારા મંજુરી	ભરાયેલ જગ્યા	ખાલી જગ્યા
૨૦૧૯	૩૨,૮૨૪	૨૯,૭૯૯	૭,૭૧૫	૪,૯૮૭	૪,૪૫૭	૯૫૪
૨૦૨૦	૩૫,૮૯૦	૨૮,૫૧૬	૮,૬૩૮	૭,૩૮૩	૬,૩૯૯	૧,૨૩૨
૨૦૨૧	૪૦,૧૪૩	૩૧,૭૧૬	૮.૭૬૨	૮,૨૨૯	૬,૮૦૯	૧,૫૩૦
૨૦૨૨	૩૯,669	૩૦,૬૪૦	૯,૪૫૧	૮,૯૧૫	૭,૩૧૫	૧,૬૮૦

સ્ત્રોત: https://ruralindiaonline.org

ઉપરના કોષ્ટક પરથી સ્પષ્ટ થાય છે કે વર્ષ **૨૦૧૯ થી ૨૦૨૨** દરમિયાન ગ્રામ્ય તથા શહેરી વિસ્તારોમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં આરોગ્ય માનવ સંસાધન માટે સરકાર દ્વારા મંજુર થયેલી જગ્યાઓની સંખ્યામાં વધારો નોંધાયો છે. ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં મંજુર જગ્યાઓ ૨૦૧૯ માં ૩૨,૮૨૪ થી વધીને ૨૦૨૧ માં ૪૦, ૧૪૩ થઈ હતી, પરંતુ ભરાયેલ જગ્યાઓ મંજુર જગ્યાઓની તુલનામાં સતત ઓછી રહી હોવાથી ખાલી જગ્યાઓમાં વધારો જોવા મળે છે, ખાસ કરીને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં, જ્યાં ખાલી જગ્યાઓ ૨૦૧૯ માં ૭, ૭૧૫ થી વધીને ૨૦૨૨ માં ૯, ૪૫૧ થઈ છે.

શહેરી વિસ્તારોમાં પણ પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં સમાન વલણ જોવા મળે છે, જ્યાં મંજુર જગ્યાઓમાં વધારો થયો હોવા છતાં ભરાવટ તે મુજબ ન વધતાં ખાલી જગ્યાઓ ૨૦૧૯ માં ૯૫૪ થી વધીને ૨૦૨૨ માં ૧૬૮૦ થઈ છે. આથી પ્રાથમિક આરોગી સ્તરે આરોગ્ય માનવ સંસાધનની ઉપલબ્ધતા વધારવાના પ્રયત્નો છતાં ભરતી અને જાળવણી સંબંધિત પડકારો યથાવત હોવાનું સ્પષ્ટ થાય છે. નીચે દર્શાવેલ કોષ્ટક વર્ષ 2019 થી 2022 દરમિયાન ગ્રામ્ય તથા શહેરી વિસ્તારોમાં સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (CHC) ખાતે ડોક્ટરોની જરૂરિયાત, મંજુર થયેલી જગ્યાઓ, ભરાયેલ અને ખાલી જગ્યાઓની સ્થિતિ રજૂ કરે છે

કોષ્ટક – 3 વર્ષ 2019 થી 2022 દરમિયાન ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારોમાં CHC સ્તરે ડોક્ટરોની જરૂરિયાત, મંજુરી, ઉપલબ્ધતા અને ખાધ

વર્ષ અને ડોકટરોનું પ્રમાણ	ગ્રામ્ય વિસ્તાર				શહેરી વિસ્તાર			
	૨૦૧૯	૨૦૨૦	૨૦૨૧	૨૦૨૨	૨૦૧૯	૨૦૨૦	૨૦૨૧	૨૦૨૨
ડોક્ટરોની જરૂર	૨૧,૩૪૦	૨૦,૭૩૨	૨૧,૯૨૪	૨૧,૯૨૦	૧,૪૦૦	૧,૮૬૪	૧,૮૮૦	૨,૩૩૬
મંજુરી આપી	૧૨,૫૯૭	૧૩,૨૬૬	૧૩,૬૩૭	૧૩,૭૮૭	૧,૩૬૦	૧,૮૫૦	૨,૨૧૪	૨,૦૩૪
ભરાયેલ જગ્યા	૩,૮૮૧	૪,૯૫૭	૪,૪૦૫	૪,૪૮૫	૧,૦૧૭	૧,૨૪૨	૧,૩૫૫	૧,૨૭૮
ખાલી જગ્યા	૯,૧૪૭	૮,૪૦૧	૯,૨૬૮	૯,૩૪૩	૫૦૨	૬૨૫	૮૮૦	૭૬૪

સ્ત્રોત:https://ruralindiaonline.org

ઉપરોક્ત કોષ્ટક પરથી સ્પષ્ટ થાય છે કે વર્ષ **૨૦૧૯ થી ૨૦૨૨** દરમિયાન ગ્રામ્ય તથા શહેરી બંને વિસ્તારોમાં **સામુદાયિક પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં ડોક્ટરોની જરૂરિયાત અને**

ઉપલબ્ધતા વચ્ચે નોંધપાત્ર ખાધ યથાવત રહી છે. ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં ડોક્ટરોની જરૂરિયાત લગભગ સ્થિર રહી હોવા છતાં, મંજુર જગ્યાઓની સરખામણીએ ભરાયેલ જગ્યાઓ ઓછી હોવાથી ખાલી જગ્યાઓ ૨૦૧૯ માં ૯,૧૪૭ હતી જે વધીને ૨૦૨૨ માં ૯,૩૪૩ થઈ છે. શહેરી વિસ્તારોમાં પણ ડોક્ટરોની જરૂરિયાત અને મંજુર જગ્યાઓમાં વધારો નોંધાયો છે, પરંતુ ભરાવટ પૂરતી ન થતાં ખાલી જગ્યાઓ ૨૦૧૯ માં ૫૦૨ હતી જે વધીને ૨૦૨૨ માં ૭૬૪ થઈ છે. આથી સામૂહિક આરોગ્ય સ્તરે ડોક્ટરોની ખાધ ગ્રામ્ય તેમજ શહેરી બંને વિસ્તારોમાં આરોગ્ય સેવાઓ માટે ગંભીર પડકારરૂપ હોવાનું સ્પષ્ટ થાય છે.

ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્યસ્તર વિષયક માહિતી:

ભારતમાં આરોગ્યસ્તર વિષયક માહિતી દેશની જાહેર આરોગ્ય વ્યવસ્થાની સ્થિતિને સમજવા માટે મહત્વપૂર્ણ આધાર પૂરું પાડે છે. આરોગ્યસ્તર સંબંધિત સૂચકો જેમ કે મૃત્યુદર, માતા અને બાળ આરોગ્ય સેવાઓની ઉપલબ્ધતા જાહેર નીતિ ઘડતર અને આયોજનમાં મહત્વની ભૂમિકા ભજવે છે. સરકાર દ્વારા જાહેર આરોગ્ય સેવાઓના મજબૂતીકરણ માટે **રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશન (NHM)** તથા **રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ (NHP) - 2017** હેઠળ વિવિધ પહેલો અમલમાં મૂકવામાં આવી છે, જેના માધ્યમથી સર્વજન માટે સમાન, સસ્તી અને ગુણવત્તાયુક્ત આરોગ્ય સેવાઓ સુલભ કરાવવાનો ઉદ્દેશ રાખવામાં આવ્યો છે(GoI, 2017). આ પરિપ્રેક્ષ્યમાં, ભારતમાં આરોગ્યસ્તર વિષયક માહિતીનું વિશ્લેષણ વર્તમાન આરોગ્ય સ્થિતિને સમજવા તેમજ ભવિષ્યની આરોગ્ય નીતિ અને કાર્યક્રમો માટે માર્ગદર્શન પૂરું પાડે છે.

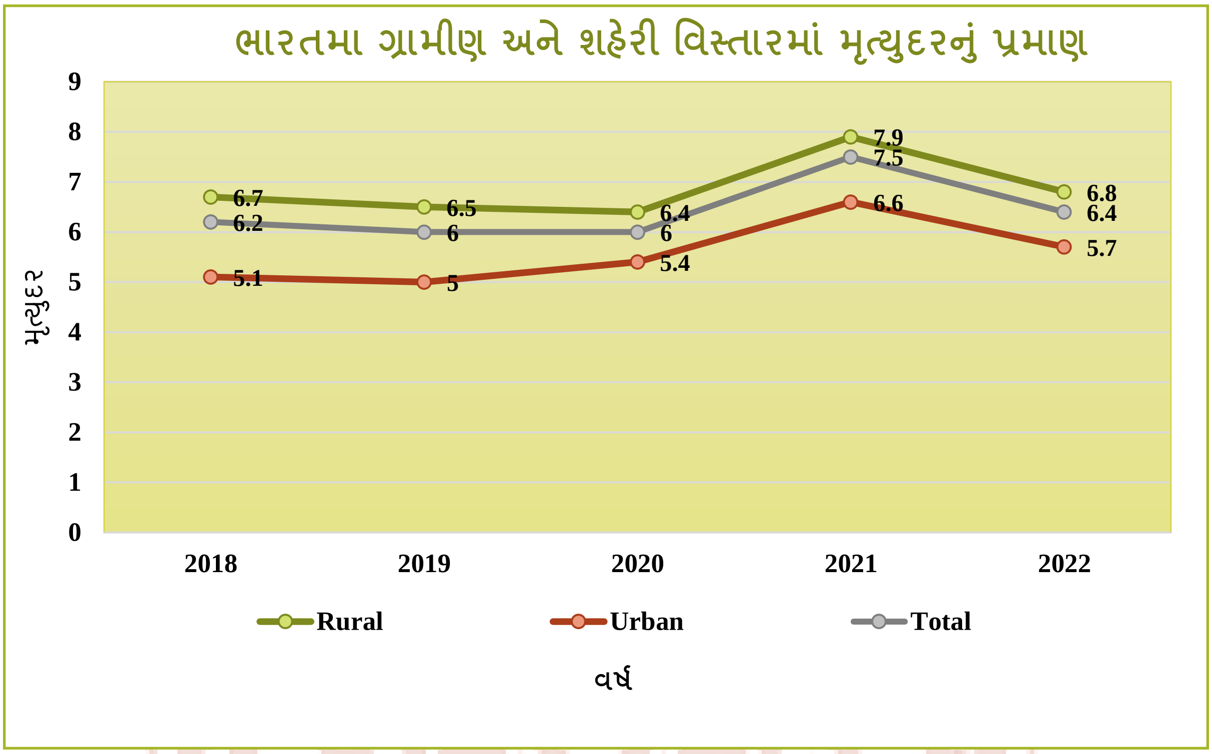
મૃત્યુદર: દેશની અંદર દેશની કુલ વસ્તીમાં દર 1000 ની વસ્તીએ મૃત્યુ પામતા વ્યક્તિઓની સંખ્યા. જેને મૃત્યુદર તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.

$$\text{મૃત્યુદર} = \frac{\text{એક વર્ષ દરમિયાન થયેલ મૃત્યુઓની સંખ્યા}}{\text{તે વર્ષ દરમિયાન કુલ વસ્તી}} * 1000$$

નીચો મૃત્યુ દર એ દેશમાં આરોગ્યનો સારો વિકાસ દર્શાવે છે, કારણ કે તે દેશમાં **કાર્યક્ષમ આરોગ્ય વ્યવસ્થા, ઉત્તમ ચિકિત્સા સેવાઓની ઉપલબ્ધતા, રોગોની સમયસર ઓળખ અને સારવાર**, તેમજ **સ્વચ્છતા, પોષણ અને જીવનસ્તરમાં સુધારો** થયો હોવાનો સંકેત આપે છે. સામાન્ય રીતે જે દેશોમાં મૃત્યુદર ઓછો હોય છે, ત્યાં **પ્રાથમિક આરોગ્ય સેવાઓ મજબૂત, માતૃ અને બાળ આરોગ્ય કાર્યક્રમો અસરકારક**, અને **રોકથામલક્ષી આરોગ્ય પગલાં** (જેમ કે રસીકરણ) સુવ્યવસ્થિત રીતે અમલમાં મૂકવામાં આવ્યા હોય છે. તેથી, મૃત્યુદરને કોઈ પણ દેશના આરોગ્ય વિકાસનું એક

મહત્વપૂર્ણ સૂચક માનવામાં આવે છે. નેચેના આલેખમાં ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારમાં ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨ દરમિયાનની મૃત્યુદર અંગેની માહિતી દર્શાવવામાં આવી છે.

આલેખ – ૧ ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારમાં ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન મૃત્યુદરનું પ્રમાણ



Sources: Rural Health statistics https://ruralindiaonline.org

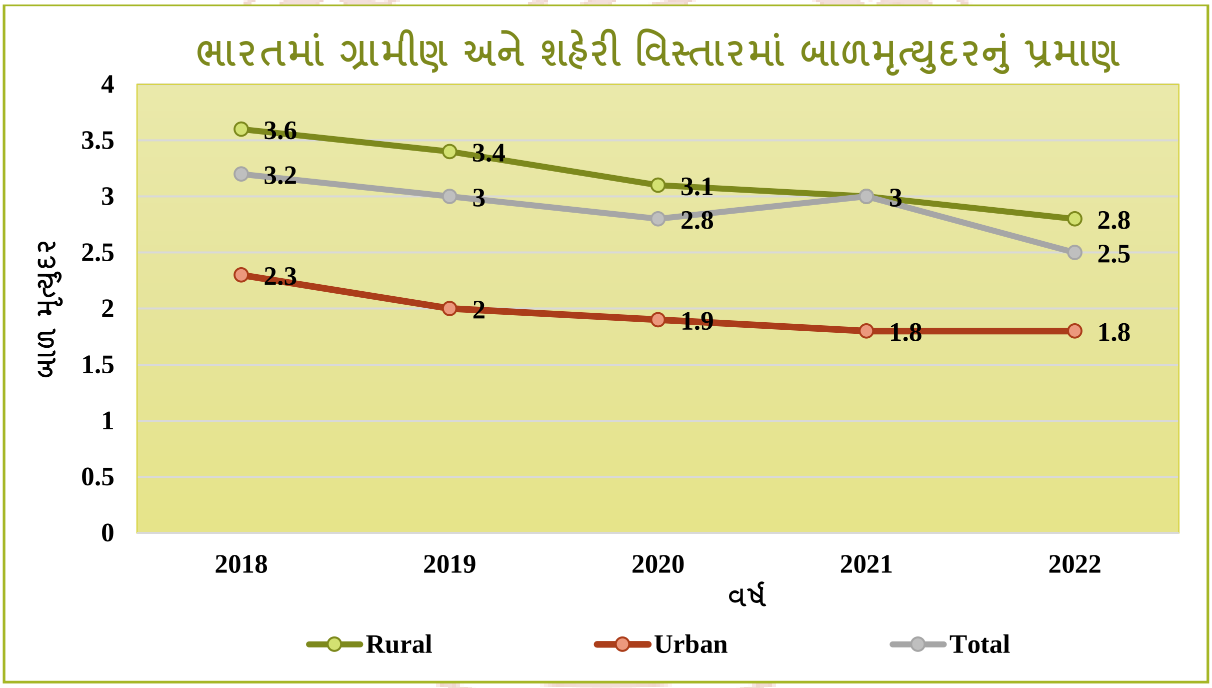
ભારતમાં ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં ૨૦૧૮ માં મૃત્યુદરનું પ્રમાણ ૬.૭ ટકા હતું જે વધીને ૨૦૨૨ માં ૭.૯ ટકા થયું છે. શહેરી વિસ્તારમાં પણ ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન મૃત્યુદરના પ્રમાણમાં ૦.૬ ટકાનો વધારો થયો છે. આમ, એકંદરે ભારમાં ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨ ના સમયગાળા દરમિયાન મૃત્યુદરના પ્રમાણમાં વધારો થયો છે. વર્ષ ૨૦૨૨ માં ગ્રામીણ વિસ્તારની સરખામણીમાં શહેરી વિસ્તારમાં મૃત્યુદરનું પ્રમાણ ઓછુ છે, પરંતુ ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨૨ ના સમયગાળા દરમિયાન ગ્રામીણ વિસ્તારમાં મૃત્યુદરમાં માત્ર ૦.૧ ટકાનો વધારો થયો છે જ્યારે શહેરી વિસ્તારમાં આ સમયગાળા દરમિયાન મૃત્યુદરમાં ૦.૬ ટકાનો વધારો થયો છે. ભારતમાં શહેરી અને ગ્રામીણ બંને વિસ્તારમાં મૃત્યુદરમાં ૨૦૨૧ પછી વધારો જોવા મળ્યો છે, જેનું કારણ કદાચ કોવિડ – ૧૯ હોય શકે છે.

બાળ મૃત્યુદર: પ્રત્યેક 1000 જીવતા જન્મેલા બાળકો પૈકી એક વર્ષનું આયુષ્ય પૂર્ણ કર્યા પહેલા મૃત્યુ પામતા બાળકોની સંખ્યાને બાળ મૃત્યુદર તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.

$$\text{બાળ મૃત્યુદર} = \frac{\text{વર્ષ દરમિયાન 1 વર્ષથી ઓછી ઉમરના બાળકોના મૃત્યુઓની સંખ્યા}}{\text{તે વર્ષ દરમિયાન જન્મેલા કુલ જીવિત બાળકો}} * 1000$$

નીચો **બાળમૃત્યુ દર** એ દેશમાં આરોગ્યનો સારો વિકાસ દર્શાવે છે, કારણ કે તે દેશમાં **માતૃ અને બાળ આરોગ્ય સેવાઓની અસરકારકતા, પ્રસૂતિ પૂર્વ અને પ્રસૂતિ પછીની સંભાળ, રસીકરણ કાર્યક્રમોની સફળ અમલવારી**, તેમજ **પોષણ, સ્વચ્છતા અને પીવાના શુદ્ધ પાણીની સુલભતા** દર્શાવે છે. સામાન્ય રીતે જ્યાં બાળમૃત્યુ દર ઓછો હોય છે, ત્યાં **પ્રાથમિક આરોગ્ય વ્યવસ્થા મજબૂત, જાગૃતિનું સ્તર ઊંચું**, અને **રોગ નિવારણ તથા સમયસર સારવાર** સુવ્યવસ્થિત રીતે અમલમાં મૂકવામાં આવી હોય છે. તેથી, બાળ મૃત્યુ દરને કોઈ પણ દેશના સામાજિક અને આરોગ્ય વિકાસનું મહત્વપૂર્ણ સૂચક માનવામાં આવે છે (WHO, 2020; UNICEF et al., 2023).

આલેખ – ૨ ભારતમાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારમાં ૨૦૧૮ થી ૨૦૨૨ દરમિયાન મૃત્યુદરનું પ્રમાણ



Sources: Rural Health statistics https://ruralindiaonline.org

ભારતમાં ગ્રામીણ વિસ્તારમાં વર્ષ ૨૦૧૮ માં બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ ૩.૬ ટકા હતું જે ઘટીને ૨૦૨૨ માં ૨.૮ ટકા થયું છે, જ્યારે શહેરી વિસ્તારમાં ૨૦૧૮ માં બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ ૨.૩ ટકા હતું જે ઘટીને ૨૦૨૨ માં ૧.૮ ટકા થયું છે. આમ, એકંદરે સમગ્ર ભારતમાં બાળમૃત્યુદરના પ્રમાણમાં ઘટાડો જોવા મળ્યો છે. વર્ષ ૨૦૨૨ માં ભારતમાં ગ્રામીણ વિસ્તારમાં બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ શહેરી વિસ્તારની સરખામણીમાં ૧ ટકા વધારે જોવા મળ્યું હતું.

સારાંશ:

આ અભ્યાસમાં ભારતમાં ગ્રામ્ય તથા શહેરી વિસ્તારોમાં આરોગ્ય પરિસ્થિતિનું વિશ્લેષણ કરવામાં આવ્યું છે. ખાસ કરીને વર્ષ 2018 થી 2022 દરમિયાન મૃત્યુદર અને બાળમૃત્યુદરના વલણો, તેમજ 2019 થી 2022 દરમિયાન આરોગ્ય માળખું (પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રો) અને ડોક્ટરોની જરૂરિયાત, મંજુરી, ભરાયેલ અને ખાલી જગ્યાઓનું મૂલ્યાંકન કરવામાં આવ્યું છે. ઉપલબ્ધ આંકડાઓ પરથી સ્પષ્ટ થાય છે કે ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં મૃત્યુદર અને બાળમૃત્યુદર શહેરી વિસ્તારોની સરખામણીએ સતત ઊંચા રહ્યા છે. ઉપરાંત, બંને વિસ્તારોમાં આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યા અને માનવ સંસાધનમાં વધારો થયો હોવા છતાં, ખાસ કરીને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં ડોક્ટરોની ખાલી જગ્યાઓનું પ્રમાણ ચિંતાજનક છે. આ અભ્યાસ આરોગ્ય માળખાની અસમાનતા, માનવ સંસાધનની અછત અને તેના પરિણામે આરોગ્ય સૂચકો પર પડતી અસરને ઉજાગર કરે છે.

અભ્યાસના નિષ્કર્ષો દર્શાવે છે કે ભારતમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે પ્રગતિ થઈ હોવા છતાં, ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારો વચ્ચે નોંધપાત્ર તફાવત હજુ યથાવત છે. વર્ષ 2018ની તુલનામાં 2022માં કુલ મૃત્યુદર અને બાળમૃત્યુદરના સ્તરમાં કેટલાક વર્ષોમાં વધારો નોંધાયો છે, જેમાં 2021 દરમિયાન બંને વિસ્તારોમાં ઊંચું પ્રમાણ જોવા મળે છે. ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં આ દરો શહેરી વિસ્તારો કરતાં વધુ રહ્યા છે, જે આરોગ્ય સેવાઓની પહોંચ અને ગુણવત્તામાં રહેલી અસમાનતાને દર્શાવે છે. આ ઉપરાંત, પેટા કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યામાં વધારો થયો છે, પરંતુ માનવ સંસાધન, ખાસ કરીને ડોક્ટરોની ઉપલબ્ધતા, સરકાર દ્વારા મંજુરી અપાયેલી જગ્યાઓની સરખામણીએ ઓછી છે. પરિણામે, આરોગ્ય માળખું અને માનવ સંસાધન વચ્ચે અસંતુલન સર્જાય છે, જે આરોગ્ય પરિણામોને નકારાત્મક રીતે અસર કરે છે.

અભ્યાસના તારણો:

ભારતમાં ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારો વચ્ચે આરોગ્ય સેવાઓની અસમાનતા ઘટાડવા માટે આરોગ્ય માળખું અને માનવ સંસાધન બંનેનું મજબૂતિકરણ જરૂરી છે. ખાસ કરીને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યા વધારવાની સાથે ત્યાં કાર્યરત ડોક્ટરો અને અન્ય આરોગ્ય કર્મચારીઓની ખાલી જગ્યાઓ તાત્કાલિક રીતે પૂરી કરવી જોઈએ. સાથે સાથે, પ્રાથમિક અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં જરૂરી સાધનો, દવાઓ અને આધુનિક સુવિધાઓ ઉપલબ્ધ કરાવવાથી આરોગ્ય સેવાઓની ગુણવત્તામાં સુધારો શક્ય બને. માતૃત્વ અને બાળ આરોગ્ય

સેવાઓ પર વિશેષ ધ્યાન કેન્દ્રિત કરીને પોષણ, રસીકરણ અને પ્રાથમિક સારવારને વધુ અસરકારક બનાવવાની જરૂર છે, જેથી બાળમૃત્યુદર ઘટાડવામાં મદદ મળે. અંતે, ઉપલબ્ધ આંકડાઓના નિયમિત વિશ્લેષણના આધારે આરોગ્ય નીતિઓનું પુનર્મૂલ્યાંકન અને સુધારણા કરવામાં આવે તો આરોગ્ય ક્ષેત્રે સંતુલિત અને ટકાઉ વિકાસ શક્ય બની શકે છે.

સંદર્ભસૂચિ:

- Bhandari, L., & Dutta, S. (n.d.). HEALTH INFRASTRUCTURE IN RURAL INDIA.
- Barik, D., & Thorat, A. (2012). Issues of unequal access to public health in India. *Frontiers in Public Health, 3*, Article 245. https://www.frontiersin.org/
- Das, D., & Pathak, M. (2012). The growing rural–urban disparity in India: Some issues. *International Journal of Advancements in Research & Technology, 1*(5).
- Government of India. (2017). *National Health Policy 2017*. Ministry of Health and Family Welfare.
- International Institute for Population Sciences (IIPS). (2021). National Family Health Survey (NFHS-5), 2019–21: India. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Jaysawal, N. (2015). Rural Health System in India: A Review. International Journal of Social Work and Human Services Practice.
- Mehta, V., Ajmera, P., Kalra, S., Miraj, M., Gallani, R., Shaik, R. A., Serhan, H. A., & Sah, R. (2024). Human resource shortage in India's health sector: A scoping review of the current landscape. BMC Public Health, 24(1), 1368. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18850-x
- Ministry of Health and Family Welfare. (2019). *Rural Health Statistics 2018–19*. Government of India.
- Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Rural Health Statistics 2019–20*. Government of India.
- Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW). (2021). Rural Health Statistics 2020-21. Statistics Division, Government of India.
- Ministry of Health and Family Welfare. (2022). *Rural Health Statistics 2021–22*. Government of India.
- Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW). (2022). National Health Profile 2022. Central Bureau of Health Intelligence, Government of India.

- Ministry of Health and Family Welfare. (2025). *Annual report 2024–25*. Nirman Bhawan, New Delhi. https://mohfw.nic.in
- Public Health. Journal of Health Management, 23(1), 31–46. https://doi.org/10.1177/0972063421995005
- Patil, A. V., Somasundaram, K. V., & Goyal, R. C. (2002). Current health scenario in rural India. *Australian Journal of Rural Health, 10*(2).
- R. Singariya, M. (2013). Assessment of Progress Made in Health Infrastructure and Manpower through NRHM and Their Impact in Reducing IMR in India. Journal of Finance and Economics, 1(4), 118–127. https://doi.org/10.12691/jfe-1-4-9
- Suresh Kumar, J., & Shobana, D. (2024). A Study on Assessment of Rural Health Care System in India: Schemes and Implications. Shanlax International Journal of Economics, 12(2), 24–34. https://doi.org/10.34293/economics.v12i2.7166
- Sivakumar, I., Manimekalai, K., & Ranjithkumar, A. (2020). Accessing public health facilities: Rural and urban disparities. *Journal of Critical Reviews*, *7*(3), 2394–5125. https://doi.org/10.31838/jcr.07.03.73
- UNICEF, World Health Organization, & World Bank Group. (2023). *Levels and trends in child mortality*. United Nations Children's Fund. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/
- World Health Organization. (2020). *Children: Improving survival and well-being*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality
- World Health Organization (WHO). (2020). The World Health Report 2020: Health systems shaping the future. World Health Organization.
- Zodpey, S., Negandhi, H., & Tiwari, R. (2021). Human resources for health in India: Strategic options for transforming health systems towards improving health service delivery and public health. *Journal of Health Management*, *23*(1), 31–46. https://doi.org/10.1177/0972063421995005