

आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्याची स्थिती (समस्या, परिणाम व उपाययोजना)

डॉ. दिलीप पांडुरंग महाजन

प्रोफेसर तथा अर्थशास्त्र विभाग प्रमुख, एस.पी.एम. तात्यासाहेब महाजन
कला व वाणिज्य महाविद्यालय, चिखली,
जि. बुलडाणा (म.रा.) 443201



प्रस्तावना :- चांगले आरोग्य असणे हे एक सामाजिक ध्येय आहे. आपल्या घटनेनेही सार्वजनिक आरोग्यात सुधारणा करणे, लोकांचे राहणीमान सुधारणे, त्यांच्या पोषणाचा स्तर वाढविणे या बाबी सरकार आपल्या प्राथमिक कर्तव्यापेक्षा भारतीय संविधानाचे कलम 47 नुसार एक मानले तर घटनेच्या 21 व्या कलमात जगण्याचा हक्क येतो. त्यानुसार आरोग्य हा मुलभूत हक्क आहे. घटनेने मुलभूत हक्क म्हणून आरोग्य हक्काची हमी दिली असल्याचे सर्वोच्च न्यायालयाने रतलाम नगर पालिकेशी संबंधित प्रकरणात 1980 साली स्पष्ट केले आहे. सार्वजनिक आरोग्य व औषधीय सुविधेवर गंभीर विचार करून सामान्य माणसाला खात्रीशिर गुणवत्तापूर्ण औषधीय सुविधा मिळण्याची तजवीज केली आहे. हे ध्येय साध्य करण्यासाठी सरकार देखील आरोग्य सुविधा व लोकांना दिर्घकालीन गुणवत्तापूर्ण आरोग्याच्या सुविधांची तजवीज करून कार्यक्षमता, सुलभता, सामर्थ्य, यादृष्टिने विस्तीर्ण मापन करून लोकसंख्येला पौष्टिक आहार, गुणकारी व प्रतिबंधक औषधांची उपलब्धता करणे, हे शासनासमोर मोठे आव्हान आहे. एड्स, मधुमेह, टी.बी., कॅन्सर, चिकनगुणीया, H₁N₁b- रोगांच्या औषधीय सुविधांचा साठा वाढविण्याची गरज आहे. तसेच डोंगराळ व आदिवासी भागात औषधीय सुविधांची उपलब्धता करणे निकडीचे आहे. आजही बालमृत्यू, माता मृत्यू प्रमाण कमी करणे गरजेचे आहे. वाढती लोकसंख्या नियंत्रीत करून आरोग्याची प्रादेशिक विषमता कमी करण्यासाठी सरकारला आरोग्याच्या हक्काने धोरणात्मक कारवाई करणे अत्यंत आवश्यक आहे. कूपोषणामुळे जुन 2020 मध्ये 2459 तीव्र व मध्यम कुपोषणाची प्रकरणे समोर आली. एकटया बुलडाणा जिल्ह्यात 2019 मध्ये 177, 2020 मध्ये 320, 2021 मध्ये 104 तीव्र कुपोषित बालके आढळली. मानवी जीवन सुदृष्ट राहण्यासाठी आरोग्याचे वेगळेच महत्व आहे. निरामयी आरोग्य अबाधीत राखण्यासाठी रुग्णालयातून मिळणारी आरोग्य सेवा त्यासाठी आवश्यक मानली जाते. रुग्णवाहीकांची संख्या महाराष्ट्रात 14974 एवढीच आहे. एक लाख लोकसंख्येमागे फक्त 12 च रुग्णवाहिका असल्याचे निदर्शनास आले. 1979 मध्ये हे प्रमाण फक्त 0.9 इतकेच होते म्हणून या अनुशंगाने ह्या संशोधनावर शोधनिबंधात आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्याची स्थिती (समस्या, परिणाम व उपाययोजना) या विषयावर प्रकाशस्रोत टाकण्याचा थोडक्यात प्रयत्न करण्याचा आटापिटा संशोधकाने केला आहे.

विषयाचा परिचय : सर्वासाठी आरोग्य ही जागतिक आरोग्य संघटनेचे दुरदृष्टीमुळे 7 एप्रिल 1948 पासून यावर भर देण्यात येत आहे. त्यासाठी 1957 मध्ये बळवंतराव मेहता समिती स्थापन करून या समितीने त्रीस्तरीय पंचायतराज पध्दतीची शिफारस केली. ग्रामिण भागात प्रोत्साहनात्मक प्रतिबंधात्मक व उपचारात्मक सेवा देण्यासाठी प्रत्येक आरोग्य केंद्राच्या अंतर्गत 3 आरोग्य उपकेंद्र अशी रचना केली गेली. लोकांना वैद्यकीय सेवा पुरविणे, संसर्गजन्य आजारांपासून त्यांचे संरक्षण करणे, माता व बाल आरोग्य कार्यक्रम, कुटूंब कल्याण, शालेय आरोग्य, आरोग्य शिक्षण, पोषाहार कार्यक्रम राबविणे, या जबाबदाऱ्या प्राथमिक आरोग्य केंद्रावर सोपविण्यात आल्या, सामान्य क्षेत्रात दर 5000 लोकसंख्येसाठी एक आरोग्य उपकेंद्र तर दुर्गम व डोंगराळ भागासाठी दर 3000 लोकसंख्येसाठी एक उपकेंद्र असा निकश ठरवला गेला. प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या बाबतही सामान्य क्षेत्रात दर 30,000 लोकसंख्येसाठी एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र तर दुर्गम व डोंगराळ भागात दर 20000 लोकसंख्येसाठी एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र असा निकश ठरविण्यात आला. आजही याच निकशानुसार प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व उपकेंद्रे स्थापन करण्यात येतात.

लोकांना विविध तज्ञ डॉक्टरांच्या सेवा उपलब्ध व्हाव्यात, शस्त्रक्रिया सुविधा, तपासण्या व अन्य उपचा प्राप्त व्हावेत म्हणून दर 4 प्राथमिक आरोग्य केंद्रामागे एक ग्रामीण रुग्णालय अथवा कम्युनिटी हेल्थ सेंटर व प्रत्येक जिल्ह्यासाठी एक सामान्य रुग्णालय अशा पध्दतीने सरकारी आरोग्य संस्थांची स्थापना करण्यात आली. 1911 ते 21 या दशकात प्लेगने 30 लाख लोकांचा बळी घेतला. 1918 मध्ये इन्फ्लुएंझाने 1 कोटी 80 लाख बळी घेतले. आजही कोवीड-19 च्या साथीने 2020 मध्ये लाखो लोक मृत्युला बळी पडत आहेत.

मागील 6 वर्षात पालघर जिल्ह्यात कुपोषणामुळे 3003 बालमृत्यु झाले तर एप्रील ते ऑगस्ट 2020 पर्यंत 140 बालमृत्यु झाले. हेच आकडे मागील 2019 मध्ये 131 बालमृत्यु झाले. 2014-2015 मध्ये 626 बालमृत्यु झालेत या दृष्टीने आदिवासींच्या आरोग्याची स्थिती विचारात घेता यावी म्हणूनच या विशयाचा अभ्यास संशोधन निबंधासाठी निवडण्यात आला आहे.

विषयाचे महत्व :- 1921 नंतरच्या काळात व विशेषतः स्वातंत्र्योत्तर काळात भारतातील आरोग्य विशयक सेवा सुविधात मोठ्या प्रमाणात वाढ झाली. खेडोपाडी सरकारी दवाखाने सुरु करण्यात आले. त्याचबरोबर खाजगी आरोग्य सेवेचा प्रचार व प्रसार शहरांबरोबरच ग्रामीण भागातही झाला. त्यामुळे प्लेग, देवी, कॉलरा यांसारख्या रोगांमुळे अनेक लोक मृत्युमुखी पडत परंतु स्वातंत्र्योत्तर काळात अनेक रोगांवर प्रभावी औषधे निर्माण झाल्याने साथीच्या रोगांवर नियंत्रण ठेवणे शक्य झाले आहे. देवी सारख्या रोगांवर पुर्ण नियंत्रण मिळविणे शक्य झाले आहे. लोकांचे चांगले आरोग्य आर्थिक वृद्धीस हातभार लावते. लोकसंख्येच्या आरोग्यविषयक गरजा भागविण्यासाठी दर्जेदार आरोग्य सेवा उपलब्ध झाल्या पाहिजेत. आदिवासींच्या आरोग्याची काळजी घेणारी व्यवस्था भक्कम करण्यावर भर असावा. आरोग्यसेवा पुरविण्याच्या बाबत सरकारांकडे मोठ्या प्रमाणावर साधन सामुग्री आहे. आदिवासी स्त्रियांच्या आरोग्याबाबत विशेष लक्ष द्यावे. बालमृत्युदर कमी करण्यासाठी प्रयत्न व्हावे. देशात आदिवासींच्या कुपोशणाची समस्या गंभीर स्वरूपाची आहे. जगातील आरोग्य संघटनेने केलेल्या आरोग्यसेवेचे सर्वेक्षणात भारताचा 112 वा क्रमांक लागतो. स्वातंत्र्यानंतरच्या 74 वर्षांनंतरही देशाच्या एकूण लोकसंख्येच्या 80 टक्के ग्रामीण भागात राहणाऱ्या भारतीयांना आजही आरोग्यासारख्या प्राथमिक सुविधां करिता आधुनिक उपचार पध्दतीपासुन वंचित राहावे लागते ही बाब चिंतेचीच आहे. म्हणून यावर प्रकाशझोत टाकण्यासाठी आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्याची स्थिती समस्या, परिणाम व उपाय हा अभ्यास विषय निवडला आहे.

महाराष्ट्राची एकूण व आदिवासी लोकसंख्या

तपशील	1961	1971	1981	1991	2001
एकूण लोकसंख्या	395.54	504.12	627.84	789.37	968.79
एकूण आदिवासी लोकसंख्या	23.07	38.41	57.72	73.18	85.77
आदिवासी लोकसंख्येची एकूण लोकसंख्येशी टक्केवारी	5.83	7.62	9.19	9.27	8.85

भारतातील आरोग्य सुविधा

अ.क्र.	तपशील	1951	1981	2001
1	प्राथमिक व दुययम आरोग्य केंद्र संख्या 725	57000	164000	
2	डिस्पेन्सरी व दवाखान्यांची संख्या	9200	23000	43000
3	डॉक्टर व वैद्यांची संख्या	62000	270000	500000
4	परिचारिकांची संख्या	18000	144000	737000
5	खाटांची संख्या	117000	570000	870000

अभ्यासाची गृहितके

1. डोंगराळ आदिवासी भागात आरोग्य सुविधांचा तुटवडा आहे
2. आदिवासी समाजात अंधश्रद्धांचा पगडा आहे
3. लाभार्थी आदिवासी भागातील आहे
4. आरोग्य असुविधांमुळे कार्यक्षमतेवर व आरोग्यावर परिणाम होतो

संशोधनाची उद्दिष्टे

1. आदिवासी आरोग्य कार्यक्रमांचा अभ्यास करणे
2. आरोग्यावर होणाऱ्या खर्चाचा अभ्यास करणे.
3. आदिवासी क्षेत्रातील समस्यांचा अभ्यास करणे.
4. आदिवासी क्षेत्रातील आरोग्य समस्यांवर उपाय सुचविणे.

अभ्यासाची संशोधन पध्दती :- सदरचा संशोधन पर शोध निबंध लेखासाठी दुय्यम साधनांचा उपयोग करण्यात आला आहे. दुय्यम माहितीसाठी विविध पुस्तके, ग्रंथ, वार्षिकांक, अहवाल, मासिके, साप्ताहिके व विविध दैनिक वर्तमान पत्रे इ. चा उपयोग करण्यात आला आहे. ही साधने आरोग्याशी संबंधीत विषयाशी निगडीत आहेत.

भारतातील व महाराष्ट्रातील आदिवासी लोकसंख्येचे प्रमाण भारतात आदिवासी लोकसंख्येचे एकूण लोकसंख्येशी असणारे राष्ट्रीय पातळीवरील प्रमाण 8.01 टक्के तर महाराष्ट्रात हेच प्रमाण 9.27 टक्के एवढे आहे.

महाराष्ट्रातील आरोग्यविषयक स्थिती 2010/आरोग्य निर्देशक

आरोग्य निर्देशक	2010 मधील स्थिती	केंद्राने ठरवून दिलेले
जन्मदर हजारी	17.9	16
मृत्युदर हजारी	6.6	5
बालमृत्यु दरहजारी	33	17
माता मृत्युदर हजारी	1.3	1.1
नवजात मृत्युदर हजारी	25	15
जन्मदर	2	2.1

महाराष्ट्राची आरोग्यसेवा स्थिती (2013)

राज्यातील डॉक्टरांची एकूण संख्या :-	218000	एकूण प्राथमिक आरोग्य केंद्रे :-	1809
अॅलोपॅथी :-	78000	आदिवासी भाग :-	315
होमीओपॅथी :-	60000	बगर आदिवासी भाग :-	1494
इंटीग्रेटेड (आयुर्वेद, युनानी) :-	80000	एकूण उपकेंद्रे :-	10580
एकूण परिचारिका :-	59000	आदिवासी भाग :-	2076
(सरकारी 30000 व खासगी सेवेतील 29000)			
बिगर आदिवासी भाग :-	8504		
एकूण रुग्णालये व दवाखाने :-	50000	एकूण ग्रामीण रुग्णालये :-	363
उपजिल्हा रुग्णालये (100 खाटांची) :-	27	आदिवासी रुग्णालये :-	67
उपजिल्हा रुग्णालये (50 खाटांची) :-	56		
बिगर आदिवासी रुग्णालये :-	4		
महिला रुग्णालये :-	11		
सुपर स्पेशालीटी रुग्णालये :-	02		

भारतात महाराष्ट्राचे आरोग्य सुविधांमधील स्थान

सुविधा :-	स्थान
लसिकरण :-	9
बालमृत्यु :-	10
जन्मदर :-	10
मृत्युदर :-	10
पुरुषांचे पोषण :-	11
रुग्णालयातील प्रसुती :-	14
गरोदर पणातील तपासणी :-	17
दरडोई आरोग्याचा खर्च :-	20

राहाणीमानाचा दर्जा	:-	20
स्वच्छतागृहे व शुध्द पाण्याची व्यवस्था	:-	26

महाराष्ट्राची आरोग्यासाठी अर्थसंकल्पीय तरतुद

आरोग्य व अर्थसंकल्पीय तरतुद (कोटी रुपयात)

2009-10 4474

2011-12 5307

2012-13 6169

2013-14 7400

(अर्थसंकल्पाच्या 3 टक्के)

भारतात दरवर्षी 1.4 दशलक्ष मुले वयाची 5 वर्षे पुर्ण होण्या आधीच मृत्यु पावतात. दरवर्षी अंदाजे 56 हजार माता आपल्या बाळाला जन्म दिल्यादिल्याच जगाचा निरोप घेतात. भारतात दरवर्षी आरोग्यावर होणाऱ्या खर्चामुळे 40 दशलक्ष कुटूंबे दिवाळखोर होतात. योजना आयोगानुसार शहरातील प्रतिव्यक्ती प्रतिदिन 32 रु. व

ग्रामीण प्रतिव्यक्ती प्रतिदिन 26 रुपये खर्च करणारा व्यक्ती दारिद्र्य रेषेच्यावर मुरला जातो. महाराष्ट्रात आरोग्य खर्च ग्रामीण व शहरी भागासाठी 275 रु. होता. सध्या केंद्र सरकार आरोग्यावर दरवर्षी दरडोई सरासरी 600 रुपये तर राज्य सरकारने सरासरी 1200 रु खर्च करतात. दोन्ही मिळून 1800 रु होतात. जनता आपल्या खिश्त्यातून त्याच्या अडीचपटीहून जास्त म्हणजे दरवर्षी दरडोई 4500 रु खर्च करते.

वर्ष दरडोई आरोग्यावर खर्च (रुपयात)

2013-14 913

2014-15 973

2015-16 1112

2016-17 1397

2017-18 1657

2018-19 1800

दर/वर्ष	1971	1994	2009	2011	2013	2017	महाराष्ट्र 2011
जन्मदर (दर हजारी)	32.2	—	17.6	21.8	16.7	20.2	16.7
मृत्युदर (दर हजारी)	12.3	—	6.7	7.1	6.3	6.3	6.3
अर्भक मृत्युदर (दर हजारी)	105	74	31	44	25	33	25
माता मृत्युदर (दर हजारी)	—	600	—	—	104	122	104
जनन दर	—	—	—	—	1.9	2.3	1.9

महाराष्ट्राचा विकास झपाट्याने झाला, मात्र सामाजिक विकासाची गती कासवचालीचीच राहिली आहे.

जागतिक पातळीचा विचार केल्यास भुकेच्या निर्देशांकाच्या (हंगर इंडेक्स) कमवारीत रवांडा, कम्बोडीया बुर्कीना फारसे या देशांच्या भारत मागे आहे. हे देश कमी उत्पन्न देशात मोडतात. पोषण कमतरतेमुळे अर्भक मृत्यु व बालमृत्यु आजाराच्या प्रमाणात वाढ होते. स्त्रीयांमध्ये पोषणामुळे अॅनिमिया (रक्ताची कमतरता) सुक्ष्म पोषण द्रव्याची कमी, बॉडी मॉस इंडेक्स कमी दिसून येतो. आरोग्यदायी जीवन जगण्याच्या संधीची कमी व कमी पोषणाचे परिणाम हे स्त्रीयांचे आजार वाढून त्यातून माता मृत्यूचे प्रमाण व कमी वजनाच्या बाळांचे जन्माचे 250 ग्रॅम वजनापेक्षा कमी वजन जन्माचे वेळी प्रमाण वाढते.

वर्ष कॅलरिज प्रतिव्यक्ती प्रति दिवस

1993 2432

2004-05 2261

गरीबी, कमी उत्पन्न, अन्नसुरक्षिततेतील कमी, अन्नसुरक्षा व आरोग्य कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीतील शासकीय विभागाचे अपयश, यांचा एकात्मिक परिणाम मृत्युचे कमी पोषणाचा प्रश्न होय.

भारतातील प्रतिव्यक्ती उत्पन्नात महाराष्ट्रात 33 टक्के लोक स्त्री व पुरुष कमी वजनाचे आहेत. त्यातील 15 टक्के लोकसंख्या तिघ्र कमी वजनातील आहेत. 3 वर्षांखालील मुलांमध्ये 40 टक्के मुले कमी वजनाची तर 38 टक्के कमी उंचीची आहेत. महाराष्ट्रात 50 टक्के महिलांचा अॅनिमिक अंगात रक्ताची कमतरता आहेत. 2/3 बालके

ही अॅनिमिक आहेत त्यापैकी 40 टक्के बालके मध्यम व तिन्र अॅनिमिक आहेत. प्रति व्यक्ती प्रति दिवस आवश्यक कॅलरिजची गरज व प्रथिने खाण्याचे प्रमाण शहरी विभागात कमी झाले आहे.

आदिवासी भागातील सार्वजनिक आरोग्य विषयक सुविधा
आदिवासी भागात भुप्रदेश दुर्गम असतो. दळणवळणाची साधने कमी असतात. वेळी अवेळी पुरेशा प्रमाणात आरोग्यसेवा उपलब्ध करुन देता येत नाही. आदिवासी भागातील जनतेच्या राहणीमानाचा दर्जा

कमी असुन त्यांचे अज्ञान, मागासलेपणा, कुपोषण, निरक्षरता, जंतुसंसर्ग इ. मुळे आदिवासी भागात वेगवेगळ्या रोगांचे प्रमाण आहे. त्यामुळे महाराष्ट्र शासन आदिवासी भागात विकासाबरोबरच आरोग्यसेवा वेळेवर प्रभावीपणे पुरविण्यासाठी प्रयत्न करित आहे. आदिवासी उपयोजन क्षेत्रात तातडीने आरोग्य सुविधा पुरविण्यासाठी भारत सरकारने आदिवासी भागातील आरोग्य संस्था स्थापन करण्याचे नियम शिथिल केले आहेत.

अ.क्र.	संख्या	लोकसंख्या निकष	
		विगर आदिवासी क्षेत्र	आदिवासी उपयोजन क्षेत्र
1	प्राथमिक आरोग्य केंद्र	30000	20000
2	उपकेंद्र	5000	3000
3	सामुहिक आरोग्य केंद्र भारत सरकार	120000	80000
	महाराष्ट्र शासन	150000	100000

याव्यतिरीक्त स्थानिक भौगोलिक परिस्थिती लक्षात घेता विखुरलेली लोकवस्ती असणाऱ्या डोंगराळ व दुर्गम प्रदेशात प्राथमिक आरोग्य पथके (छोटी प्राथमिक आरोग्य केंद्रे) व फिरती आरोग्य पथके ही स्थापन केली आहेत.

महाराष्ट्रातील आदिवासी क्षेत्रातील शासनाच्या आरोग्य सुविधा II 2008-09

अ.क्र.	आरोग्य सुविधा	संख्या
1	प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	321
2	उपकेंद्रे	2037
3	प्राथमिक आरोग्य पथके समिती (मिनी पीएचसी)	100
4	ग्रामीण रुग्णालये	67
5	फिरती आरोग्य पथके	56

आदिवासी क्षेत्रातील आरोग्यविषयक विविध योजना

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान राज्य आरोग्य संस्थाना सहायक अनुदान देण्यात येतात. जीवनदायी आरोग्य योजना, आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकातील लोकांना वैद्यकीय मदत करण्यात येते. राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु केली आहे. हिवताप निर्मुलन कार्यक्रम राबविण्यात येतो. पल्सपोलीओ प्रतिक्रम कार्यक्रम राबविण्यात येतो.

ग्रामीण रुग्णालयातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील आंतर रुग्णांना आहार सुविधा पुरविणे – आदिवासी भागात प्राथमिक आरोग्य केंद्रात व ग्रामीण रुग्णालयात रुग्ण एकही दिवस राहात नाही कारण येथे आहार सुविधा उपलब्ध नसते. असे रुग्ण वैद्यकीय सल्ल्याशिवाय निघुन जातात. अति संवेदनशील क्षेत्रासाठी आदिवासी प्रकल्पांतर्गत रेस्वयु कॅम्प, मेळघाट पॅटर्न योजना राबविण्यात येतात.

दृष्टीदान योजना – यात मोतीबिंदु शस्त्रक्रिया केलेल्या रुग्णांना चष्मे वाटप केले जाते.

प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पी.एच.सी.) – सामुहिक आरोग्य केंद्रे संदर्भ सेवा देणारी संस्था त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील रुग्ण प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व सामुहिक आरोग्य केंद्रांच्या कामाचे स्वरुप वेगवेगळे आहे. सामुहिक आरोग्य केंद्रात उपचारात्मक सेवा पुरविल्या जातात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील गावांसाठी प्रतिबंधात्मक सेवा पुरविल्या जातात.

आदिवासी उपयोजन क्षेत्रात 2023 उपकेंद्रे असून भारत सरकारच्या मार्गदर्शकतत्त्वानुसार भाडेपट्ट्यावर उभारण्यात येतात.

प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, उपकेंद्रे, ग्रामीण रुग्णालये यांच्या बळकटीकरण व बांधकामासाठी आदिवासी उपयोजनेतुन नियतखर्च उपलब्ध करुन देण्यात येते.

आरोग्य संस्थांना औषधी अनुदाने :- सध्या औषधांच्या किंमती आदिवासी क्षेत्रात मोठ्या प्रमाणात वाढल्याने तसेच आदिवासी क्षेत्रात तालुका मुख्यालयातील औषधांच्या दुकानात उपलब्ध असतात. आदिवासींची

कयशक्ती कमी असल्याने अशा संस्थांना औषधांचा पुरवठा करण्यासाठी पुरवठा दर वाढविले.

जननी सुरक्षा योजना
सुयोजन कार्यक्रम

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम
एकात्मिक बालविकास कार्यक्रम

शालेय आरोग्य कार्यक्रम
पुरक पोषण आहार कार्यक्रम

प्रजनन व बाल आरोग्य कार्यक्रम
मधल्या वेळेच्या आहाराचा राष्ट्रीय कार्यक्रम

नवसंजिवनी योजना

स्वच्छता राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम

ग्रामीण स्वच्छता कार्यक्रम

राष्ट्रीय किटकजन्य रोगनियंत्रण कार्यक्रम

निर्मलग्राम पुरस्कार योजना

कुष्ठरोग निर्मुलन

कुटूंब कल्याण कार्यक्रम

क्षयरोग निर्मुलन

सर्वाजनिक लसीकरण कार्यक्रम

आत्व नियंत्रण

राष्ट्रीय बालस्वास्थ्य कार्यक्रम

एड्स नियंत्रण

मातृत्व अनुदान योजना

कर्क रोग नियंत्रण

राष्ट्रीय आयेडिन न्युनता विकार नियंत्रण कार्यक्रम

साथरोग नियंत्रण कार्यक्रम

कॉलरा नियंत्रण कार्यक्रम

पलोरोसिस प्रतिबंधक नियंत्रण कार्यक्रम

तंबाखू नियंत्रण कार्यक्रम

यॉज निर्मुलन कार्यक्रम इ. योजना राबविल्या जातात.

भारतातील मलेरिया रुग्ण मृत्यू

वर्ष	मलेरिया रुग्ण	मृत्यू
2013	8.86 लाख	440
2014	11 लाख	566
2015	11.6 लाख	381
2016	10.08 लाख	330
2017	6.71 लाख	84

एकट्या मिझोराम मध्ये प्रत्येक एक लाख लोकांमागे 6916 मलेरियाचे रुग्ण आढळतात.

अमरावती विभागात 3 वर्षात अर्भक मृत्यू

जिल्हा	अर्भक मृत्यू
अमरावती	706
अकोला	687
बुलडाणा	547
यवतमाळ	268
वाशिम	208
एकुण	2416

1 एप्रिल 2014 ते 31 मार्च 2017 या 3 वर्षात विदर्भात 5243 अर्भक मृत्यू झालेत. त्यापैकी 2416 मृत्यू अमरावती विभागातील पाच जिल्ह्यात झालेत. अमरावती जिल्ह्यातील मेळघाटासह इतर जिल्ह्यातील आदिवासी दुर्गम क्षेत्रात अर्भक मृत्यूचे प्रमाण जास्त आहे. या दरम्यान 260 बाल मृत्यूची झाल्याची नोंद आहे. त्यातही अमरावती जिल्ह्यात 151 व बुलडाणा 109 बालमृत्यू झालेत.

मेळघाटाच्या धारणी व चिखलदरा तालुक्यात ऑक्टो.2018 एप्रिल ते सप्टे. 2018 या सहा महिन्यात 8 मातांसह 364 बालकांचा विविध आजारांने मृत्यू झाला.

भारताचा व महाराष्ट्राचा आरोग्य व्यवस्थेचे मोजमाप सुचकांक/निर्देशांक :- महाराष्ट्रात आरोग्य व्यवस्थेच्या स्थितीचे मोजमाप जगात सुचकांकाच्या आधारावर मोजले जाते. त्यात त्या राज्यातील प्रतिव्यक्ती पोषण आहाराचे प्रमाण (न्युट्रीशनल इंडेक्स) नवजात मृत्युदर, अर्भक मृत्युदर, माता मृत्युदर, 6 वर्षा पर्यंतच्या बालकांमधील कुपोषणाचे प्रमाण, स्त्रियांमधील व किशोर मुलींमधील ॲनॅमिया प्रमाण यानुसार केले जाते.

अमरावती जिल्ह्यातील मेळघाटात 1/4 ते 31/12/2018 या नऊ महिन्यात 500 पेक्षा अधिक बालकांचा कुपोषणाने मृत्यू झाला आहे. तर 150 महिलांचा गर्भपात करण्यात आला आहे. मेळघाटासह इतर आदिवासी बहूल भागातील कुपोषणावर योग्य उपाययोजना कराव्यात असे सुचविल्यावरही सरकारने ठोस कारवाई केली नाही. गेल्या 10 वर्षांपासून कुपोषण दुर करण्यासाठी राज्य सरकारवर कडक ताशेरे ओढूनही पाषणहृदयी व असंवेदनशील सरकारवर त्याचा काहीही उपयोग होत नाही. महाराष्ट्रात कुपोषित बालक ही फार मोठी समस्या आहे. दारिद्र्य, अज्ञान, अशिक्षित मातेला बाल संगोपनाविषयी च्या ज्ञानाचा अभाव वेळेवर वैद्यकीय मदत व वेळेत न मिळणारा सल्ला यामुळे कुपोषण समस्या गहन होत आहे. कुपोषित बालकांची

बौद्धिक वाढही पुर्ण होत नाही. त्यामुळे त्यांच्या आकलन क्षमतेवर परिणाम होउन शिक्षणातील त्यांची प्रगती खुंटते. नविन कौशल्ये आत्मसात करण्याची त्यांची क्षमताही कमी असते. परिणामी त्यांचा संबंध देशाच्या आर्थिक प्रगतीवर होत आहे. अशी मुले त्यांना लाभलेल्या संधीचा फायदा घेऊ शकत नाही. दारिद्र्यातून बाहेर पडू शकत नाही. देशात लहान मुलांमधील कुपोषणाचे प्रमाण गंभीर आहे. शरीराला योग्य व संतुलीत आहार उपलब्ध झाला नाही तर कुपोषण होते. गरोदर स्त्री योग्य आहार घेत नसेल तर तीच्या होणाऱ्या बाळाला देखील पोषण मिळत नाही. परिणामी कुपोषित बालक व बालमृत्युचे प्रमाण वाढते आहे. मणिपूर, सिक्कीम, मेघालय व अन्य राज्यांची अवस्था महाराष्ट्रापेक्षा वेगळी नाही. आदिवासी समाजात कुपोषणाचे प्रमाण अधिक आहे. महाराष्ट्रातील 36 पैकी 12 जिल्हे आदिवासी बहुल आहेत. पालघर, नंदुरबार, अमरावती, गडचिरोली जिल्ह्यात कुपोषणाचे प्रमाण जास्त आहे. अशाप्रसंगी कुपोषण निर्मुलनाशी संबंधित योजनांची सांगड घालणे, माहिती मिळविणे, जनजागृतीसाठी माहिती व तंत्रज्ञानाचा वापर करणे अर्भक बालकांच्या पोषण आहाराकडे लक्ष देणे आवश्यक आहे. या व्यवस्थांचे नियंत्रण संचालन प्रमाणिकपणे करणे अपेक्षित आहे. ते होत नसल्याने असे प्रकार घडतीलच हे ही तीतकेच खरे.

आजही गडचिरोली, मेळघाट, नंदुरबार, नाशिकच्या आदिवासी भागात अर्भक मृत्युदर जास्त आहे. गडचिरोली जिल्ह्यातील कोरचि भागात अर्भक मृत्युदर 92 प्रति हजार जिवंत जन्मप्रमाणे होतात. शासकीय माहितीनुसार आदिवासी दलीत व इतर मागासवर्गीय लोकांमध्ये कॅलरीजची कमतरता, महिलांमधील रक्ताच्या कमतरतेचे प्रमाण जास्त आहे ग्रामीण भागाप्रमाणेच महाराष्ट्राच्या इतर भागातही कॅलरीजच्या कमतरतेचे प्रमाण 45 टक्के व महिलांमधील रक्ताच्या कमतरतेचे प्रमाण 48 टक्के आहे. महाराष्ट्रातील 30.7 टक्के कुटूंब दारिद्र्यरेशेखाली येतात. परंतु प्रतिव्यक्ती प्रतिदिवस कॅलरीज गरजेप्रमाणे ग्रामीण भागासाठी 2400 व शहरी भागासाठी 2900 कॅलरीज ग्रामीण भागात 54.1 टक्के व शहरात 39.5 टक्के आहे. डॉ. अभयबंग यांच्या नेतृत्वाखाली महाराष्ट्र बालमृत्यु अभ्यास गटाच्या अहवालानुसार 80 टक्के बालमृत्युची नोंदच होत नाही. आजही आरोग्य विभागाकडे जिल्हावार बालमृत्युची नोंद नियमित व पुर्णपणे होत नाही.

आता विकासाची व्याख्या बदलवूनच मानव विकास निर्देशांक नुसार राज्यांच्या क्रमांक रॅकिंग देण्यात यायला लागल्याने महाराष्ट्राचा हा मानव विकास निर्देशांक काढतांना जिल्ह्यातील साक्षरतेचे प्रमाण, शाळेत प्रवेश घेणाऱ्या मुलांची मुलीचे सरासरी वय प्रतिव्यक्ती उत्पन्न अर्भक मृत्युदर शिक्षणाचा निर्देशांक इ. चा विचार केला जातो.

विदर्भातल्या पाहणीनुसार आरोग्य व्यवस्था, आजारपण होवू नये म्हणून प्रतिबंधात्मक योजना, पोषण विषयक योजना, आरोग्य सेवांची हमी आरोग्यविनाद्वारे यांच्या अंमलबजाणी मधील इच्छाशक्ती, मिशन म्हणून काम करण्याची प्रेरणा या सर्वांची कमतरता हेच मुख्य कारण आहे. आजही शासकीय आरोग्य व्यवस्थेत डॉक्टरांची कमी, प्राथमिकस्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण रुग्णालये, उपजिल्हा रुग्णालयांच्या नविन मुख्य इमारती उभ्या असून त्यात आरोग्य सेवा देणारी पुरेशी यंत्रणा नाही.

मेळघाटात 1993 पासून आजपर्यंत 10 हजारांच्यावर बालमृत्यु झाले आहेत. 2016-17 मध्ये 6 वर्षे वर्यापर्यंतच्या 407 बालकांचा मृत्यु झाला आहे. उपजत मृत्यूंची संख्या 180 इतकी आहे. 22 मातामृत्यु झाले होते. आरोग्य विभागाकडून मिळालेल्या माहितीनुसार 2017-18 या वर्षात मे 2017 अखेर 36 बालमृत्यु झाले होते. मेळघाटात प्रत्येक महिन्यात 20 ते 30 लहान मुले विविध आजारांनी दगावतात. मेळघाटातील या 36 बालमृत्युपैकी 26 बालमृत्यु हे घरी/रस्त्याने उपचाराआधीच झाले होते. त्यां रुग्णालय सेवा ही मिळू शकली नाही. 20 पैकी 10 बाल मृत्यु हे ग्रामीण रुग्णालय/खासगी रुग्णालयात झाले होते. एका बालकाचा मृत्यु हा शेतात झाला होता. मेळघाटात दरवर्षी 15 ते 20 माता बाळंतपणात दगावतात. हे प्रमाण शहराच्या तुलनेत चिंताजनक आहे. गेल्या वर्षभरात 22 माता मृत्यु झाले होते. संस्था अंतर्गत प्रसूतीचे प्रमाण वाढवण्याचे प्रयत्न फारसे यशस्वी ठरू शकले नाहीत. मेळघाटातील कुपोषण व बालमृत्यु रोखणे अजूनही शक्य होत नाही. ही मोठी शोकांतीका आहे. स्वातंत्र्यानंतरच्या 70 वर्षांनंतरही आपण आपले सरकार, प्रशासन हे मृत्यु रोखण्याच्या योग्यतेचे बनू शकलो नाही. या गंभीर प्रश्नाकडे लक्ष देण्याची गरज असून हा प्रश्न अत्यंत संवेदनशीलतेने हाताळला पाहिजे. असे डॉ. अभयबंग यांनी आपल्या अहवालात म्हटले आहे. जागतीक आरोग्य संघटनेच्या मानांकनाप्रमाणे 250 रुग्णांच्या मागे 1 डॉक्टर असावा. महाराष्ट्रातील प्रमाण 1191 रुग्णांमागे एक डॉक्टर तर गडचिरोली जिल्ह्यात आदिवासी भागात हे प्रमाण 1100 रुग्णांमागे 1 डॉक्टर असे आहे. मेळघाटात 1997 ते 2018 या 25 वर्षात 14255 बालमृत्यु झालेत. दरदिवशी सरासरी एका बालकाचा मृत्यु होतो. मार्च 2018 पर्यंत मेळघाटात 369 बालमृत्यु झालेत. 1997 ते मार्च 2018 पर्यंत 3843 उपजत मृत्यु झालेत तर 2000 ते 2018 पर्यंत 226 माता मृत्युंची नोंद झाली आहे. महाराष्ट्रात दरवर्षी सुमारे 50000 बालमृत्यु होवून प्रत्येक केंद्र शासनाच्या सॅम्पल रजिस्ट्रेशन सिस्टिम अहवाला नुसार स्पष्ट होते. एप्रिल 2017 ते फेब्रु. 2018 या काळात 13541 बालमृत्यु झालेत.

विदर्भातील जिल्हयांची मानवविकास निर्देशांकानुसार कमवारी 1999-2001 माहिती नुसार

अ.क.	जिल्हा	साक्षरता प्रमाण	शाळेत प्रवेशाचे वय	प्रतिव्यक्ती उत्पन्न सरासरी (93.94) किंमत	अर्भक मृत्युदर प्रमाण	शिक्षणाचा निर्देशांक 2001	प्रति व्यक्ती उत्पन्न निर्देश.	अर्भक मृत्यु निर्देश.	मानव विकास निर्देश.	मानव विकास निर्देशांक प्रमाण क्रमांक
1	नागपूर	84.2	6.3	16880	56	0.06	0.58	0.69	0.56	9
2	वर्धा	80.5	6.3	11850	43	0.15	0.79	0.43	0.54	10
3	वाशिम	74	5.4	10435	35	0.37	0.85	0.27	0.50	12
4	अमरावती	83	5.6	10867	50	0.16	0.83	0.57	0.48	15
5	अकोला	81.8	5.4	9682	46	0.21	0.88	0.49	0.47	16
6	भंडारा	78.7	6.1	10234	48	0.20	0.86	0.53	0.47	17
7	गोंदीया	78.7	6.1	9279	48	0.20	0.90	0.53	0.46	18
8	चंद्रपूर	73.1	3.8	12507	47	0.54	0.76	0.51	0.40	22
9	बुलडाणा	76.1	4.3	8709	53	0.43	0.92	0.63	0.34	25
10	गडचिरोली	60.3	4.9	68	29	59	0.70	1.00	0.75	0.18
11	महाराष्ट्र	77.3	5	150	70	48	0.34	0.65	0.53	0.49

आदिवासी वरील परिणाम :- मेळघाटातील आदिवासी गावांचा संपर्क आधिच बाहेरच्या जगाशी सिमीत ठेवणाऱ्या आदिवासींचे विश्व यामुळे अधिकच समिती होते. पावसाळ्यात नदिनाल्यांचे दुषित पाणी यामुळे आधीच पोट खपाटी गेलेली लेकर आजारी पडू लागतात. हगवण, उलटया, न्युमोनिया यांनी त्यांच्यावर राक्षसी झडप घातल्याने ती पटापट पावसाळ्यात पटापट मरू लागतात. धारणी तालुक्यात ऑगस्ट महिन्यात एका महिन्याच्या काळात 120 बालके मरण पावली. चिखदरा तालुक्यात 40 बालके दगावल्याने मेळघाटाने घेतलेले सोनाळीयाचे रुग्ण पाहून प्रशासन हादरले. आदिवासींचे जीवन प्रकाशमान करण्यास असमर्थ ठरलेल्या शासनाने तात्पुरती मलमपट्टी करण्यासाठी मेळघाटात धाव घेतात. शिक्षणापासून आरोग्यापर्यंतच्या बाबी आदिवासींच्या विकासाचे ढोलबाहेर वाजले तरी प्रत्यक्षात त्यांच्यापर्यंत विकास पोहचलाच नाही. लोकसंख्या वाढ, अंगारवची कातडी हाडांना चिकटलेली बालके, षेतीचे थोडके उत्पन्न, अल्पवयात आदिवासींचे लग्ने, प्रसुती, 2 प्रसुतीतील कमी अंतर या त कुटूंब कल्याण कार्यक्रमांतर्गत राबविण्यात षासनपुर्णत अपयषी ठरले. कुपोषणामुळे या भागात दरवर्षी 1500 बालके मरण पावतात. आदिवासी बालकांच्या मृत्युचे नेमके कारण कुपोषण असून जी षासनाची किंव करायला लावणारी आहे. कमी वयात आदिवासी मुलींची लग्ने व दोन भुपत्यांतील कमी अंतरामुळे मोजला असणारे कुपोषण व त्याचा दुध पिणाऱ्या बालकांवर होणारा परिणाम, त्यांच्यातील अज्ञान, षिक्षणाचा अभाव, अंधश्रध्दा, आरोग्य विशयक षिक्षणाचा अभाव, अस्वच्छता आदी आदिवासींमुळे कुपोशीत होण्याची कारणे सांगितली जातात. मात्र एकात्मीक बालविकास प्रकल्पांतर्गत सुकडीचे वाटप झालेच

नाही हे शासनाच्या चुकांवर पांघरुण घालण्यासाठी पुढे केलेल्या सारखे वाटते. तसेच येथील अधिकारी बेजजबाबदारपणे वागतात. गर्भवती मातांची तपासणी नाही, पैसा नसल्याने आदिवासी धान्य उचलत नव्हते कुपोषणासाठी प्रशासनालाच जबाबदार धरले पाहिजे. मेळघाटातील आदिवासी क्षेत्रातील मागासलेपणाचे जीवन जगत असल्याने त्यांचे राहणीमान सुधारण्यासाठी, आर्थिक विकासासाठी विविध योजना राबविणे हे एकात्मिक आदिवासी विकास प्रकल्पाचे काम आहे. त्यासाठी शासकीय आश्रमशाळा, मुलीचे वसतीगृह, आदिवासी शेतकऱ्यांना अनुदानावर वीजपंप, तेलपंप पुरविणे, न्यक्विलयर बजेट योजना, पोलीस, सैन्य भरती पूर्ण प्रशिक्षण व विविध प्रकारचे प्रशिक्षण आदिवासी योजना प्रभाविणे राबविण्यात याव्यात.

भारतातील व महाराष्ट्रातील आदिवासींच्या आरोग्यविषयक समस्या :- आदिवासी क्षेत्र हे डोंगराळ व दुर्गमजंगल भागात असल्याने तिथे विविध सोईचा अभाव असून या क्षेत्रात बालकांच्या कुपोषणाचे स्वरुप भयावह आहे. कुपोषणाची कारणे गरिबी, दारिद्रय, पुरक अन्नाची कमतरता, लहान वयात मुलींची लग्ने, एकापाठोपाठ होणारी बाळंतपणे, कुटूंबाचा मोठा आकार, दुषीत पाणी, योग्य वैद्यकीय उपचारांपूर्वी अन्य उपायांचा केला जाणारा वापर, अंधश्रध्दा, अज्ञान, व्यसनाधिनता, आरोग्याची काळजी घेण्याबाबत सर्वसाधारण अनास्था, दळणवळण सोईची कमतरता, सार्वजनिक वितरण व्यवस्थेतील दोश इ. सांगता येतील. रक्तात रक्तपेशीचे प्रमाण कमी असेल तर त्याला रक्त अल्पता म्हणतात. सुखवस्तु व मध्यमवर्गीय कुटूंबातही स्त्रीयांमध्ये व बालकांमध्ये रक्त अल्पता दिसून

येते. सार्वजनिक आरोग्याची मृत्युदर, बालक मृत्युदर, जन्मदर, सरासरी, आर्युमान ही परिमापके महाराष्ट्राच्या सरसरीशी तुलना करता बरीच माघारलेली दिसतात. प्राथमिक आरोग्यकेंद्रे, ग्रामीण रुग्णालयात औशधांचा तुटवडा असतो. रोग्यांना औशधे सहजतेने व नियमीतपणे प्राप्त होत नाही. दवाखान्यातील यंत्र सामुग्री अनेकवेळा बंद पडलेली असते. डॉक्टरांस केंद्रात राहण्यास तयार नसतात. हॉस्पिटलच्या क्षमतेपेक्षा रुग्णांची भरती जास्त असल्याने चांगल्या दर्जाच्या सोई पूरविण्यात अडचणी येतात त्यामुळे रुग्णांमध्ये असंतोश निर्माण होतो. औशध गोळ्यांच्या व इंजेक्शनच्या किंमतीत वाढ झाल्याने सामान्य रुग्णांना हा खर्च परवडत नाही. यामुळे आरोग्य विशयक सुविधांची मागणी मर्यादित झाली आहे. त्याचा प्रतिकूल परिणाम सार्वजनिक आरोग्यावर होत आहे. दिवसेंदिवस बोगस डॉक्टरांची संख्याही वाढत आहे त्याच्या वरही नियंत्रणे असावीत.

राज्याची आरोग्य व्यवस्था बळकट करण्यासाठी डॉक्टरांना ताकद देण्या ऐवजी यंत्रणेत बाबू लोकांना घुसवून डॉक्टरांचे खच्चीकरण केले जात आहे. बालमृत्यु, कुपोषण, साथीचे आजार, मधुमेह, उच्चरक्त दाब वाढणाऱ्या हृदयविकार, मज्जा संस्थांचे विकार हे प्रश्न आहे. बालमृत्यु व कुपोषणामुळे 13 हजाराहून अधिक बालकांचा मृत्यु महाराष्ट्रात होतात. असे डॉ. अभयबंग यांची आकडेवारी सांगते. बालमृत्युचे प्रमाण साठ हजार आहे. महाराष्ट्रातील शेतकऱ्यांच्या आत्महत्त्याग्रस्त जिल्ह्यात मानसिक आजारावर मात करण्यासाठी आरोग्य विभागाने मानसोपचार तज्ञ व मनोविकार तज्ञांची 40 टक्के पदे रिक्त असतांना हा उपक्रम राबविणे अशक्य आहे. आरोग्य विभागाच्या कार्यक्रमांची अंमलबजावणीसाठी पुरेसे डॉक्टरच नाहीत.

आदिवासी बहुल क्षेत्रातील सार्वजनिक आरोग्य सेवेसाठी उपाययोजना :-सार्वजनिक/सरकारी धोरणात सुधारणा घडवून आणणे आवश्यक आहे. सार्वजनिक आरोग्याबाबतचे कायदे कडक करावयाला हवेत. औशधी उद्योगाला चालना देणारे धोरण हवे.

डॉक्टरांस, परिचारिका व इतर सहायकांच्या सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील रिक्त पदे त्वरीत भरण्यात यावित. तसेच वाढत्या लोकसंख्येच्या प्रमाणात डॉक्टरांच्या जादा जागा मंजूर करण्यात याव्यात. सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील रुग्णांना पायाभूत सुविधा पुरविण्यात याव्यात तसेच विशेषज्ञ डॉक्टरांच्या नियुक्त्या कराव्यात. डॉक्टर व रुग्णालयांवरील हल्ल्यांच्या रोखण्याच्या बाबत डॉक्टरांच्या संरक्षणाच्या कडक कायद्याची काटेकोर कडक अंमलबजावणी व्हावी व बोगस डॉक्टरांवर कडक कारवाई व्हावी. वितरण व्यवस्थेसाठी संगणक प्रणाली विकसीत करावी. रुग्णालयांना कर व अन्य सवलती आवश्यक त्या प्रमाणात देण्यात याव्यात. औशधी व अन्न भेसळी विरोधातील कायद्याची कठोर अंमलबजावणी व्हावी. ग्रामीण भागातील सार्वजनिक भेसळ विरोधातील आरोग्य सेवा सुदृढ करण्यात याव्यात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये मुबलक सेवांचे बळकटीकरण करावे.

दुर्गम आदिवासी बहुल भागातील सार्वजनिक आरोग्य सेवांचे बळकटीकरण करावे. स्त्रीभूणहत्त्या रोखणे व त्याबाबतचे कायद्याची कडक अंमल बजावणी व्हावी. कट प्रॅक्टीस नियंत्रणासाठी कडक कायदा करावा. डॉक्टर व रुग्णांमधील संवाद वाढण्यासाठी विविध उपक्रम आखले जावेत. होमीओपॅथी डॉक्टरांना अॅलोपॅथीच्या प्रॅक्टीसला मान्यता देणे परिचारिकांना अद्ययावत माहिती देण्यासाठी प्रशिक्षण द्यावे तसेच त्यांच्या संरक्षणासाठी कडक कायदा करावा. स्वच्छतेसाठी आधुनिक साधनांचा वापर करावा. परिचारिकांसाठी स्वतंत्र संचालनालय असावे. विमाकंपन्या व रुग्णालयांबाबतचे धोरण निश्चित असावे. वैद्यकीय खर्चात एकसमानता असावी. रुग्णालयांना स्थानिक करातुन सवलत मिळावी, सार्वजनिक रुग्णालयातील वैद्यकीय उपकरणे ठरावीक कालावधीनंतर बदलण्यात यावेत. सर्व सामान्य नागरिकांच्या सुदृढ आरोग्यासाठी भारतातील सर्व नागरिकांना स्वच्छ व शुध्द पिण्याच्या पाण्याचा पुरवठा व्हावा. भारतातील सर्व नागरिकांचे रोग प्रतिबंधक लसीकरण व्हावे. भारतातील असंसर्गजन्य रोगांवर नियंत्रण असावे.सर्व सरकारी रुग्णालयांमध्ये मोफत उपचार सर्व नागरिकांना द्यावे. सामान्य नागरिकांसाठी आपातकालीन वैद्यकीय सेवेची सुविधा मोफत उपलब्ध करुन द्यावी.

निष्कर्ष :- महाराष्ट्रात आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा मोठा तुटवडा असुन एक लाख लोकसंख्येमागे 6 डॉक्टरांस आहेत. तामीळनाडूत हे प्रमाण महाराष्ट्राच्या अडीचपट आहे. आदिवासी क्षेत्रात सेवा देण्यासाठी डॉक्टरांस तयार नाहीत.

महाराष्ट्राच्या आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा तुटवडा असण्याची कारणे दरडोई आरोग्य व्यवस्थेवर केला जाणारा खर्च व कामाचा दर्जा व स्वरूप यात असलेल्या तप्टी, औषधांचा उपचारासाठी आवश्यक साधनांचा अपुरा साठा, राहण्यासह कामाच्या ठिकाणी अपुऱ्या सोई सुविधा, वैद्यकीय शिक्षण व सार्वजनिक आरोग्य विभागात असलेला समन्वयाचा अभाव. औषधी वितरणातील भ्रष्टाचार या कारणांमुळे डॉक्टरांस सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत काम करण्यास तयार नाहीत.

प्रगत समजल्या जाणाऱ्या महाराष्ट्राची आरोग्य सेवा अशक्त असल्याचे निदान आता जनतेनेच केले आहे. त्यामुळे आदिवासी क्षेत्राकडे तज्ञ डॉक्टरांनी सरकारी सेवेकडे पाठ फिरवली आहे. लालफितीचा कारभार, पारंपारिक उपकरणे, राजकीय हस्तक्षेप प्राथमिक आरोग्य केंद्राकडे मधील औषधांचा खडखडाट, अधिकारी, डॉक्टरांस व कर्मचाऱ्यांच्या रिक्त जागांमुळे आरोग्य विभाग व्याधिनी जर्जर झाल्याचे आजचे चित्र आहे. सर्वाना दर्जेदार मोफत व नियमित अद्ययावत आरोग्य सुविधा देण्याची गरज सरकारची जबाबदारी आहे. भारताने कल्याणकारी राज्यव्यवस्थेचा स्विकार केल्याने लोकांना योग्यवेळी आरोग्याचा हक्क आहे. मात्र आरोग्याच्या हक्कासाठी नागरिकांना संघर्ष करावा लागत असल्याचे सद्याचे चित्त आहे.

135 कोटी लोकसंख्येच्या भारतात आवश्यकतेपेक्षा केवळ 1/3 डॉक्टरसंख्या रुग्णसेवेकरिता उपलब्ध आहेत. शहरी, झोपडपट्टी, व देशाच्या ग्रामीण व आदिवासी भागात राहणारे 60 ते 70 टक्के भारतीय अजुनही सामान्य पातळीच्या डॉक्टरकडे असलेले आधुनिक वैद्यकीय सेवेपासून वंचित आहे. ही स्वातंत्र्योत्तर सुमारे 74 वर्षांनंतर ही पुर्ण सत्य असलेली एक अत्यंत लाजीरवाणी बाब आहे आजही भारताचा सार्वजनिक आरोग्यावरील खर्च केवळ 1.1 ते 1.3 टक्के च आहे. देशाचा आरोग्यावरील खर्च 5 ते 6 टक्के अपेक्षित आहे.

सारांश :- चांगले आरोग्य असणे हे एक सामाजिक ध्येय आहे. आपल्या घटनेनेही सार्वजनिक आरोग्यात सुधारणा करणे, लोकांचे राहणीमान सुधारणे, त्यांच्या पोशणाचा स्तर वाढविणे या बाबी सरकार आपल्या प्राथमिक कर्तव्यापेक्षा भारतीय संविधानाचे कलम 47 नुसार एक मानले तर घटनेच्या 21 व्या कलमात जगण्याचा हक्क येतो. त्यानुसार आरोग्य हा मुलभूत हक्क आहे. घटनेने मुलभूत हक्क म्हणून आरोग्य हक्काची हमी दिली असल्याचे सर्वोच्च न्यायालयाने रतलाम नगर पालिकेशी संबंधित प्रकरणात 1980 साली स्पष्ट केले आहे. सार्वजनिक आरोग्य व औषधीय सुविधेवर गंभीर विचार करून सामान्य माणसाला खात्रीशिर गुणवत्तापूर्ण औषधीय सुविधा मिळण्याची तजवीज केली आहे. हे ध्येय साध्य करण्यासाठी सरकार देखील आरोग्य सुविधा व लोकांना दिर्घकालीन गुणवत्तापूर्ण आरोग्याच्या सुविधांची तजवीज करून कार्यक्षमता, सुलभता, सामर्थ्य, यादृष्टिने विस्तीर्ण मापन करून लोकसंख्येला पौष्टिक आहार, गुणकारी व प्रतिबंधक औषधांची उपलब्धता करणे, हे शासनासमोर मोठे आव्हान आहे. एड्स, मधुमेह, टी.बी., कॅन्सर, चिकनगुणीया, H₁N₁b- रोगांच्या औषधीय सुविधांचा साठा वाढविण्याची गरज आहे. तसेच डोंगराळ व आदिवासी भागात औषधीय सुविधांची उपलब्धता करणे निकडीचे आहे. आजही बालमृत्यू, माता मृत्यू प्रमाण कमी करणे गरजेचे आहे. वाढती लोकसंख्या नियंत्रीत करून आरोग्याची प्रादेशिक विषमता कमी करण्यासाठी सरकारला आरोग्याच्या हक्काने धोरणात्मक कारवाई करणे अत्यंत आवश्यक आहे. कूपोषणामुळे जुन 2020 मध्ये 2459 तीव्र व मध्यम कुपोषणाची प्रकरणे समोर आली. एकटया बुलडाणा जिल्ह्यात 2019 मध्ये 177, 2020 मध्ये 320, 2021 मध्ये 104 तीव्र कुपोषित बालके आढळली. मानवी जीवन सुदृढ राहण्यासाठी आरोग्याचे वेगळेच महत्त्व आहे. निरामयी आरोग्य अबाधीत राखण्यासाठी रुग्णालयातुन मिळणारी आरोग्य सेवा त्यासाठी आवश्यक मानली जाते. रुग्णवाहीकांची संख्या महाराष्ट्रात 14974 एवढीच आहे. एक लाख लोकसंख्येमागे फक्त 12 च रुग्णवाहिका असल्याचे निदर्शनास आले. 1979 मध्ये हे प्रमाण फक्त 0.9 इतकेच होते. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान राज्य आरोग्य संस्थाना सहायक अनुदान देण्यात येतात. जीवनदायी आरोग्य योजना, आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकातील लोकांना वैद्यकीय मदत करण्यात येते. राजीव गांधी जीवनदायी

आरोग्य योजना सुरु केली आहे. हिवताप निर्मुलन कार्यक्रम राबविण्यात येतो. पल्सपोलीओ प्रतिक्रम कार्यक्रम राबविण्यात येतो.

ग्रामीण रुग्णालयातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील आंतर रुग्णांना आहार सुविधा पुरविणे – आदिवासी भागात प्राथमिक आरोग्य केंद्रात व ग्रामीण रुग्णालयात रुग्ण एकही दिवस राहात नाही कारण येथे आहार सुविधा उपलब्ध नसते. असे रुग्ण वैद्यकीय सल्ल्याशिवाय निघून जातात. अति संवेदनशील क्षेत्रासाठी आदिवासी प्रकल्पांतर्गत रेस्वयु कॅम्प, मेळघाट पॅटर्न योजना राबविण्यात येतात.

दृष्टीदान योजना – यात मोतीबिंदु शस्त्रक्रिया केलेल्या रुग्णांना चष्मे वाटप केले जाते.

प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पी.एच.सी.) – सामुहिक आरोग्य केंद्रे संदर्भ सेवा देणारी संस्था त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील रुग्ण प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व सामुहिक आरोग्य केंद्रांच्या कामाचे स्वरूप वेगवेगळे आहे. सामुहिक आरोग्य केंद्रात उपचारात्मक सेवा पुरविल्या जातात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील गावांसाठी प्रतिबंधात्मक सेवा पुरविल्या जातात. आदिवासी उपयोजन क्षेत्रात 2023 उपकेंद्रे असून भारत सरकारच्या मार्गदर्शकतत्त्वानुसार भाडेपट्ट्यावर उभारण्यात येतात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, उपकेंद्रे, ग्रामीण रुग्णालये यांच्या बळकटीकरण व बांधकामासाठी आदिवासी उपयोजनेतुन नियतखर्च उपलब्ध करून देण्यात येते.

आरोग्य संस्थांना औषधी अनुदाने :- सध्या औषधांच्या किंमती आदिवासी क्षेत्रात मोठया प्रमाणात वाढल्याने तसेच आदिवासी क्षेत्रात तालुका मुख्यालयातील औषधांच्या दुकानात उपलब्ध असतात. आदिवासींची कयशक्ती कमी असल्याने अशा संस्थांना औषधांचा पुरवठा करण्यासाठी पुरवठा दर वाढविले. महाराष्ट्रातील 30.7 टक्के कुटूंब दारिद्र्यरेशेखाली येतात. परंतु प्रतिव्यक्ती प्रतिदिवस कॅलरिज गरजेप्रमाणे ग्रामीण भागासाठी 2400 व शहरी भागासाठी 2900 कॅलरिज ग्रामीण भागात 54.1 टक्के व शहरात 39.5 टक्के आहे. डॉ. अभयबंग यांच्या नेतृत्वाखाली महाराष्ट्र बालमृत्यु अभ्यास गटाच्या अहवालानुसार 80 टक्के बालमृत्युची नोंदच होत नाही. आजही आरोग्य विभागाकडे जिल्हावार बालमृत्युची नोंद नियमित व पुर्णपणे होत नाही. आता विकासाची व्याख्या बदलवुनच मानव विकास निर्देशांक नुसार राज्यांच्या क्रमांक रॅकिंग देण्यात यायला लागल्याने महाराष्ट्राचा हा मानव विकास निर्देशांक काढतांना जिल्ह्यातील साक्षरतेचे प्रमाण, शाळेत प्रवेश घेणाऱ्या मुलांची मुलींचे सरासरी वय प्रतिव्यक्ती उत्पन्न अर्भक मृत्युदर शिक्षणाचा निर्देशांक इ. चा विचार केला जातो.

विदर्भातल्या पाहणीनुसार आरोग्य व्यवस्था, आजारपण होवू नये म्हणून प्रतिबंधात्मक योजना, पोषण विशयक योजना, आरोग्य सेवांची हमी आरोग्यविनाद्वारे यांच्या अंमलबजाणी मधील इच्छाशक्ती, मिशन म्हणून काम करण्याची प्रेरणा या सर्वांची कमतरता हेच मुख्य कारण

आहे. आजही शासकीय आरोग्य व्यवस्थेत डॉक्टरांची कमी, प्राथमिकस्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण रुग्णालये, उपजिल्हा रुग्णालयांच्या नविन मुख्य इमारती उभ्या असून त्यात आरोग्य सेवा देणारी पुरेशी यंत्रणा नाही. मेळघाटात 1993 पासून आजपर्यंत 10 हजारांच्यावर बालमृत्यु झाले आहेत. 2016-17 मध्ये 6 वर्षे वर्यापर्यंतच्या 407 बालकांचा मृत्यु झाला आहे. उपजत मृत्यूची संख्या 180 इतकी आहे. 22 मातामृत्यु झाले होते. आरोग्य विभागाकडून मिळालेल्या माहितीनुसार 2017-18 या वर्षात मे 2017 अखेर 36 बालमृत्यु झाले होते. मेळघाटात प्रत्येक महिन्यात 20 ते 30 लहान मुले विविध आजारानी दगावतात. मेळघाटातील या 36 बालमृत्युपैकी 26 बालमृत्यु हे घरी/रस्त्याने उपचाराआधीच झाले होते. त्यां रुग्णालय सेवा ही मिळू शकली नाही. 20 पैकी 10 बाल मृत्यु हे ग्रामीण रुग्णालय/खासगी रुग्णालयात झाले होते. एका बालकाचा मृत्यु हा शेतात झाला होता. मेळघाटात दरवर्षी 15 ते 20 माता बाळंतपणात दगावतात. हे प्रमाण षहराच्या तुलनेत चिंताजनक आहे. गेल्या वर्षभरात 22 माता मृत्यु झाले होते. संस्था अंतर्गत प्रसुतीचे प्रमाण वाढवण्याचे प्रयत्न फारसे यशस्वी ठरू शकले नाहीत. मेळघाटातील कुपोषण व बालमृत्यु रोखणे अजूनही शक्य होत नाही. ही मोठी षोकांतीका आहे. स्वातंत्र्यानंतरच्या 70 वर्षांनंतरही आपण आपले सरकार, प्रशासन हे मृत्यु रोखण्याच्या योग्यतेचे बनु षकलो नाही. या गंभीर प्रश्नाकडे लक्ष देण्याची गरज असून हा प्रश्न अत्यंत संवेदनशीलतेने हाताळला पाहिजे. असे डॉ. अभयबंग यांनी आपल्या अहवालात म्हटले आहे. जागतीक आरोग्य संघटनेच्या मानांकनाप्रमाणे 250 रुग्णांच्या मागे 1 डॉक्टर असावा. महाराष्ट्रातील प्रमाण 1191 रुग्णांमागे एक डॉक्टर तर गडचिरोली जिल्हयात आदिवासी भागात हे प्रमाण 1100 रुग्णांमागे 1 डॉक्टर असे आहे.

मेळघाटात 1997 ते 2018 या 25 वर्षात 14255 बालमृत्यु झालेत. दरदिवशी सरासरी एका बालकाचा मृत्यु होतो. मार्च 2018 पर्यंत मेळघाटात 369 बालमृत्यु झालेत. 1997 ते मार्च 2018 पर्यंत 3843 उपजत मृत्यु झालेत तर 2000 ते 2018 पर्यंत 226 माता मृत्यूची नोंद झाली आहे. महाराष्ट्रात दरवर्षी सुमारे 50000 बालमृत्यु होवून प्रत्यक्ष केंद्र शासनाच्या सॅम्पल रजिस्ट्रेशन सिस्टिम अहवाला नुसार स्पष्ट होते. एप्रिल 2017 ते फेब्रु. 2018 या काळात 13541 बालमृत्यु झालेत. महाराष्ट्रात आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा मोठा तुटवडा असून एक लाख लोकसंख्येमागे 6 डॉक्टर आहेत. तामीळनाडूत हे प्रमाण महाराष्ट्राच्या अडीचपट आहे. आदिवासी क्षेत्रात सेवा देण्यासाठी डॉक्टर तयार नाहीत. महाराष्ट्राच्या आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा तुटवडा असण्याची कारणे दरडोई आरोग्य व्यवस्थेवर केला जाणारा खर्च व कामाचा दर्जा व स्वरुप यात असलेल्या तप्टी, औषधांचा उपचारासाठी आवश्यक साधनांचा अपुरा साठा, राहण्यासह कामाच्या ठिकाणी अपु-या सोई सुविधा, वैद्यकीय शिक्षण व सार्वजनिक आरोग्य विभागात असलेला समन्वयाचा अभाव. औषधी वितरणातील भ्रष्टाचार या कारणांमुळे डॉक्टर सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत काम

करण्यास तयार नाहीत. प्रगत समजल्या जाणा-या महाराष्ट्राची आरोग्य सेवा अशक्त असल्याचे निदान आता जनतेनेच केले आहे. त्यामुळे आदिवासी क्षेत्राकडे तज्ञ डॉक्टरांनी सरकारी सेवेकडे पाठ फिरवली आहे. लालफितीचा कारभार, पारंपारिक उपकरणे, राजकीय हस्तक्षेप प्राथमिक आरोग्य केंद्राकडे मधील औषधांचा खडखडाट, अधिकारी, डॉक्टर व कर्मचा-यांच्या रिक्त जागांमुळे आरोग्य विभाग व्याधिंनी जर्जर झाल्याचे आजचे चित्र आहे. सर्वांना दर्जेदार मोफत व नियमित अद्ययावत आरोग्य सुविधा देण्याची गरज सरकारची जबाबदारी आहे. भारताने कल्याणकारी राज्यव्यवस्थेचा स्विकार केल्याने लोकांना योग्यवेळी आरोग्याचा हक्क आहे. मात्र आरोग्याच्या हक्कासाठी नागरिकांना संघर्ष करावा लागत असल्याचे सद्याचे चिंत आहे. 135 कोटी लोकसंख्येच्या भारतात आवश्यकतेपेक्षा केवळ 1/3 डॉक्टर रुग्णसेवेकरिता उपलब्ध आहेत. शहरी, झोपडपट्टी, व देशाच्या ग्रामीण व आदिवासी भागात राहणारे 60 ते 70 टक्के भारतीय अजूनही सामान्य पातळीच्या डॉक्टरकडे असलेले आधुनिक वैद्यकीय सेवेपासून वंचित आहे. ही स्वातंत्र्यत्तर सुमारे 74 वर्षांनंतर ही पुर्ण सत्य असलेली एक अत्यंत लाजीरवाणी बाब आहे आजही भारताचा सार्वजनिक आरोग्यावरील खर्च केवळ 1.1 ते 1.3 टक्के च आहे. देशाचा आरोग्यावरील खर्च 5 ते 6 टक्के अपेक्षीत आहे.

संदर्भ सुचि :-

1. आरोग्याचे अर्थशास्त्र (2019) - प्रा.डॉ.राजेंद्र आर.गव्हाळे, प्रा.डॉ. दिलीप पी.महाजन, ज्योतीचंद्र पब्लीकेशन, लातूर
2. Health & Health Care In Maharashtra - A Status Report (www.pdfactory.com)
3. Buletin Unique academy - Aug. 2017
4. स्पर्धा परिक्षा अर्थशास्त्र 2 (2017) आर्थिक व सामाजिक विकास - डॉ.किरण जी.देसले दिपस्तंभ प्रकाशन, जळगांव
5. SRS सांख्यिकीय रिपोर्ट - 2013
6. अस्सा हा महाराष्ट्र (2014) के.सागर के सागर पब्लिकेशनस पुणे
7. भारतीय अर्थव्यवस्था (2009) - प्रा.एन.एल.चव्हाण प्रशांत पब्लिकेशन जळगांव
8. Interlink Reasearch Analysis - Dr.Balaji Kamble, LoLFk - डॉ. दि.पां.महाजन, डॉ.रा.रा.गव्हाळे
9. भारत 2013 - प्रा.डॉ.राजेंद्र रसाळ - Success Publications Pune-30
10. अर्थमंथन 2010 - मराठी अर्थशास्त्र परिशद - प्रगती मुद्रण, कुळगांव बदलापूर
11. अर्थविश्व 2011 - मराठी अर्थशास्त्र परिशद - क्विंटीक पब्लिकेशन, नांदेड
12. महाराष्ट्र : 50 वर्षातील आर्थिक विकासाचा धांडोळा - दि.व्य. जहागिरदार सेंटर फॉर एकोनॉमिक अँड सोशल स्टडीज, अमरावती