



**महाराष्ट्रातील समावेशक आरोग्यासाठी होणारा सरकारी वित्तपुरवठा**

**आदित्य राजकुमार राऊत**

संशोधक,

**Corresponding Author: आदित्य राजकुमार राऊत**

**DOI - 10.5281/zenodo.14880982**

**सारांश:**

आधुनिकीकरणामात महाराष्ट्र भारतातील इतर राज्यांपेक्षा पुढे आहे, परंतु अनेक लोकांना दिवसातून एक वेळचे जेवणही मिळत नाही. शिवाय, महाराष्ट्राचा ग्रामीण भाग शहरी भागापेक्षा वाईट आहे. अलिकडच्या काळात, सर्व राज्य सरकारे सार्वजनिक आरोग्यसेवेबाबत खूपच संवेदनशील आहेत. म्हणून, केंद्र सरकारने राज्य सरकारांसह त्यांच्या महसुलाचा मोठा भाग आरोग्यावर खर्च करण्याचा निर्णय घेतला आहे. सध्या, देशात केंद्र आणि राज्य सरकारच्या अनेक आरोग्याशी संबंधित योजना सुरू आहेत, ज्यात प्रामुख्याने पल्स पोलिओ कार्यक्रम, जननी सुरक्षा योजना, राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना, पंतप्रधान आरोग्य सेवा योजना, राष्ट्रीय आरोग्य निधी, आरोग्यमंत्र्यांचा कर्करोग रूग्ण निधी-CSR इत्यादींचा समावेश आहे. तरीही, अनुसूचित जाती आणि अनुसूचित जमातीच्या कुटुंबांना आजारांच्या संसर्गापूर्वी आणि नंतर त्यांच्या आरोग्यसेवेवर पुरेसा खर्च करण्याबाबत आर्थिक समस्यांना तोंड द्यावे लागत आहे. महाराष्ट्रातील आरोग्य पायाभूत सुविधांबाबत आणखी वाईट परिस्थिती आढळून आली. तसेच काही संशोधकाने असे निरीक्षण नोंदवले आहे की ग्रामीण भागातील बहुतेक सर्व दवाखाने आणि रुग्णालयांमध्ये रुग्णांसाठी पुरेसे बेड आणि आधुनिक उपकरणे सुद्धा नाहीत.

**प्रस्तावना:**

चांगले आरोग्य ही मानवी जीवनाची खरी संपत्ती आहे. परंतु आधुनिकतेच्या अलीकडील युगात असे दिसून येते की आरोग्याच्या संपत्तीत घट होत आहे तर पैसा आणि मालमत्तेचे महत्त्व वाढले आहे. मानवाचे अस्तित्व यामुळे अडचणीत आले आहे, परंतु मानवाने वेळोवेळी सर्व रोग आणि आजारांवर मात करून जीवन अधिक आरामदायी बनवण्याचा प्रयत्न केला आहे. मानवाने अनेक साथीच्या रोगांवर विजय मिळवला असला तरी, हृदयविकार, रक्तातील अडथळे, कर्करोग, एड्स इत्यादी अनेक धोकादायक आजारांवर नियंत्रण ठेवण्यात आणि स्वतःला रोखण्यात मानवाला यश आले नाही. म्हणूनच, अशा आजारांचे व्यवस्थापन करण्यासाठी आणि उपचारात्मक उपाययोजना आखण्यासाठी मोठ्या प्रमाणात वैयक्तिक खर्च करावा

लागतो. भारतासारख्या विकसनशील देशात लोकांसाठी इतका मोठा खर्च करणे अशक्य आहे. महाराष्ट्रातही असेच घडते, कारण आधुनिक जगात महाराष्ट्र इतर राज्यांपेक्षा एक पाऊल पुढे असला तरी, अनेक लोकांना दिवसातून एक वेळचे जेवण मिळणे अशक्य आहे. दुसरीकडे, ग्रामीण महाराष्ट्राची स्थिती शहरी महाराष्ट्रापेक्षाही वाईट आहे. अलिकडच्या काळात, सर्व राज्य सरकारे सार्वजनिक आरोग्यसेवेबाबत खूपच संवेदनशील आहेत. म्हणून, विविध राज्य सरकारांसह केंद्र सरकारने त्यांच्या महसुलाचा मोठा भाग आरोग्यावर खर्च करण्याचा निर्णय घेतला आहे. सध्या, देशात केंद्र आणि राज्य सरकारच्या अनेक आरोग्याशी संबंधित योजना सुरू आहेत, ज्यात प्रामुख्याने पल्स पोलिओ कार्यक्रम, जननी सुरक्षा योजना, राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, राजीव

गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना, पंतप्रधान आरोग्य सेवा योजना, राष्ट्रीय आरोग्य निधी, आरोग्यमंत्र्यांचा कर्करोग रुग्ण निधी इत्यादींचा समावेश आहे.

#### सार्वजनिक आरोग्य आणि सरकारी हस्तक्षेप:

सार्वजनिक आरोग्याची व्याख्या शिक्षण, धोरणनिर्मिती आणि रोग आणि दुखापती प्रतिबंधक संशोधनाद्वारे समुदायांच्या सुरक्षिततेचे रक्षण आणि आरोग्य सुधारण्याचे शास्त्र म्हणून केली जाते. प्रत्येक व्यक्तीसाठी सार्वजनिक आरोग्याची व्याख्या वेगळी आहे. सार्वजनिक आरोग्य ही सरकार गुंतवणूक करू शकणाऱ्या सर्वात मोठ्या गोष्टींपैकी एक आहे. लवकर प्रतिबंध, जो तुलनेने स्वस्त आहे, तो नंतरच्या आयुष्यात गंभीर आणि महागड्या आरोग्य सेवा समस्या टाळू शकतो. सार्वजनिक आरोग्य संपूर्ण लोकसंख्येच्या कल्याणाला प्रोत्साहन देते, तिची सुरक्षा सुनिश्चित करते आणि संसर्गजन्य रोग आणि पर्यावरणीय धोक्यांपासून त्यांचे संरक्षण करते आणि लोकसंख्येच्या फायद्यासाठी सुरक्षित आणि दर्जेदार काळजी उपलब्ध करून देण्यास मदत करते. सार्वजनिक आरोग्यासाठी सरकारी जबाबदाऱ्या स्वयंसेवी क्रियाकलाप आणि सेवापेक्षा जास्त विस्तारतात ज्यामध्ये क्वारंटाइन, अनिवार्य लसीकरण कायदे आणि नियामक अधिकारी यासारख्या अतिरिक्त प्राधिकरणांचा समावेश आहे. राज्याची भागीदारी रहिवाशांना त्यांच्या आरोग्यासाठी फायदेशीर असलेल्या गोष्टी करण्यास प्रोत्साहित करून (उदा. शारीरिक क्रियाकलाप) किंवा चांगले आरोग्य वाढविण्यासाठी परिस्थिती निर्माण करून आणि अन्न सुरक्षा सारख्या काही कृतींची आवश्यकता निर्माण करून कार्य करते.

#### संशोधन साहित्याचा आढावा:

संशोधनाच्या विषयाशी संबंधित काही संशोधन अभ्यासांचा आढावा खालीलप्रमाणे घेण्यात आला आहे:

मॅक्सवेल, आर (१९७५) यांनी त्यांच्या "हेल्थ केअर फायनान्स" या लेखात ब्रिटन सरकारच्या आरोग्य वित्तपुरवठ्यावर भाष्य केले आहे. संशोधनात असे आढळून आले आहे की ब्रिटनमध्ये वैद्यकीय सेवांची मागणी सातत्याने वाढत आहे. परंतु, त्यांच्या मागणीच्या तुलनेत डॉक्टर, परिचारिका आणि वैद्यकीय तंत्रज्ञांची उपलब्धता खूपच कमी आहे. डेटा विश्लेषणानुसार, ब्रिटन सरकार दरवर्षी प्रति व्यक्ती १०० डॉलर्स खर्च करत आहे, तर अमेरिका आणि जर्मनीमध्ये प्रति व्यक्ती ३०० डॉलर्स खर्च होत आहेत. संशोधकांचा असा निष्कर्ष आहे की गरिबी आणि आजार आणि मृत्युदर यांच्यात सकारात्मक संबंध आहेत. दांडेकर, के आणि भाटे, व्ही (१९७८) यांनी त्यांच्या "महाराष्ट्राच्या ग्रामीण आरोग्य सेवा योजना: एक मूल्यांकन" या लेखात सामुदायिक आरोग्य कर्मचाऱ्यांच्या सरकारी योजनेचे मूल्यांकन केले आहे. सर्वाना आरोग्याशी संबंधित सुविधा पोहोचवण्यासाठी सरकारने देशातील दुर्गम भागात सामुदायिक आरोग्य कामगार आणि बहुउद्देशीय कामगार कार्यक्रमाची योजना सुरू केली होती. या पेपरचा निष्कर्ष असा आहे की समाजात नियुक्त केलेल्या सामुदायिक आरोग्य कर्मचारी आणि बहुउद्देशीय कामगारांना पुरेशा कौशल्य सुविधा नव्हत्या. जॉर्ज, ए आणि नंदराज, एस (१९९३) यांनी "महाराष्ट्रातील आरोग्य सेवेची स्थिती" या त्यांच्या लेखात महाराष्ट्र, पंजाब आणि केरळ राज्यातील आरोग्य सेवेचा तुलनात्मक अभ्यास केला आहे. संशोधकाने असे निरीक्षण नोंदवले की महाराष्ट्रात उपलब्ध असलेल्या एकूण वैद्यकीय सेवांपैकी ८८% रुग्णालये आणि ९१% दवाखाने शहरांमध्ये आहेत, उर्वरित फक्त १२% आणि ९% अनुक्रमे ग्रामीण भागात

आहेत. उलट, केरळमध्ये एकूण रुग्णालय सुविधांपैकी ७९% आणि ७१% दवाखाने ग्रामीण भागात उपलब्ध आहेत. बंग, रेड्डी आणि देशमुख, (२००२) यांनी "महाराष्ट्रातील बालमृत्यू" या त्यांच्या संशोधन लेखात महाराष्ट्रातील बालमृत्यूच्या दीर्घकालीन समस्येचा अभ्यास केला आहे. संशोधकांना असे आढळून आले की अभ्यास क्षेत्रातील अनेक गावे मुख्य शहरापासून दूर आहेत, जिथे दवाखाने आणि रुग्णालये, वाहतूक, चांगले रस्ते, प्राथमिक आणि माध्यमिक शिक्षणाची सुविधा नाही. या सर्व कारणांमुळे लोकांना अनेक साथीच्या आजारांना सामोरे जावे लागते. बरुआ, वाघमारे आणि वेंकितेश्वरन (२००३) यांनी त्यांच्या "ग्रामीण महाराष्ट्र, भारतातील प्रजनन आणि बाल आरोग्य सेवांचे अंमलबजावणी: एक व्यावहारिक दृष्टिकोन" या संशोधन पत्रात भारतातील अस्तित्वातील आरोग्य सेवा प्रणालीचा अभ्यास केला आहे. यामध्ये त्यांनी प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, उपकेंद्रे आणि सामुदायिक आरोग्य केंद्रांची भूमिका अभ्यासली आहे. निरीक्षणादरम्यान, अनेक प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये पुरेशी वैद्यकीय उपकरणे नसल्याचे दिसून येते. सर्वात कठीण गोष्ट म्हणजे अनेक ठिकाणी आवश्यक औषधे आणि गर्भधारणा केंद्रे फारशी नाहीत.

माझ्या संशोधन विषयाशी संबंधित संशोधन अभ्यासांच्या वरील पुनरावलोकनातून असे दिसून येते की, सामाजिक विज्ञान क्षेत्रात सध्याच्या संशोधन विषयावर खूप कमी संशोधन अभ्यास केले गेले आहेत. अधिक महत्त्वाचे म्हणजे, त्यांच्या व्याप्तीच्या बाबतीत हे खूपच लहान आहेत. महाराष्ट्राच्या संदर्भात अशा प्रकारचा अभ्यास पूर्णपणे अभाव आहे. याशिवाय, आरोग्य सुविधांच्या उपलब्धतेच्या बाबतीत अनुसूचित जाती, जमाती, इतर मागासवर्गीय आणि सामान्य अशा सामाजिक वर्गातील लोकांची तुलना करतानाही ते पूर्णपणे अनुपस्थित आहे.

### संशोधन उद्दिष्टे:

या संशोधन पत्राचे उद्दिष्टे खालीलप्रमाणे आहेत:

१. महाराष्ट्रातील आरोग्य सेवांवरील सरकारी खर्चाची भूमिका तपासणे.
२. आरोग्य सेवांच्या उपलब्धतेच्या सामाजिक स्तरीकरणाचा अभ्यास करणे.

### संशोधन पद्धत:

#### अ) संशोधन आणि नमुना डिझाइनच्या पद्धती:

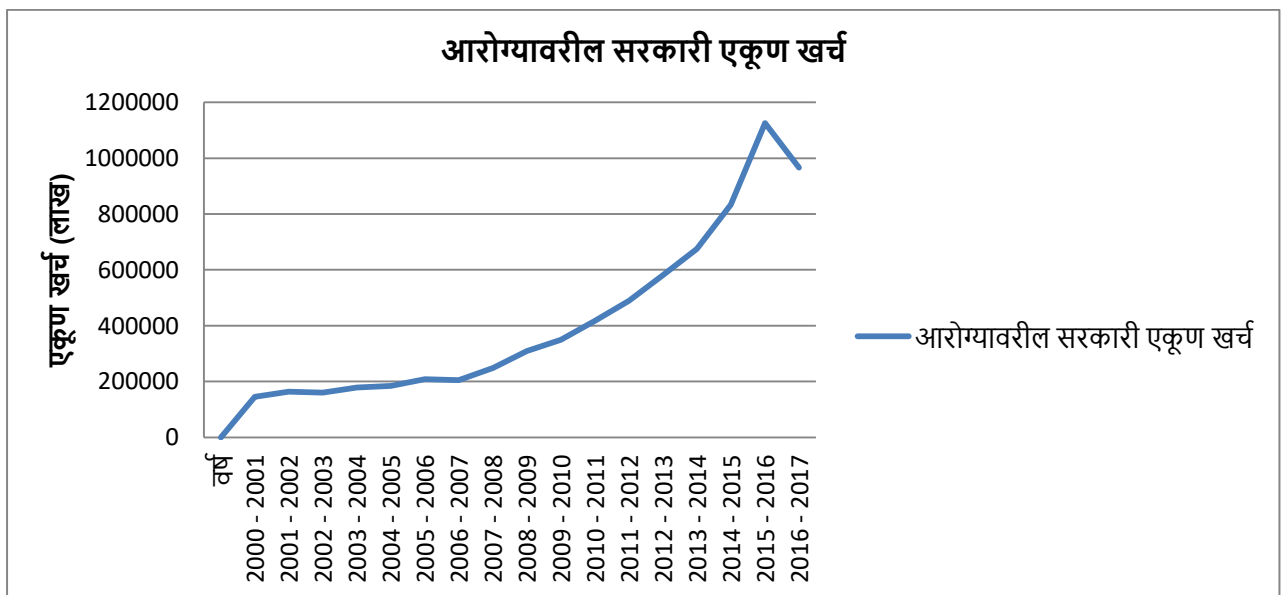
सध्याचे संशोधन कार्य आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयाने (जीओआय) प्रदान केलेल्या आरोग्यासंबंधी प्राथमिक तसेच दुय्यम डेटावर अवलंबून असेल; हा संशोधन अभ्यास सार्वजनिक आरोग्याबाबत सरकारच्या भूमिकेचे परीक्षण करेल, कारण आरोग्य हा जगातील कोणत्याही राज्याच्या किंवा देशाच्या समावेशक आणि शाश्वत विकासाचा एक आवश्यक घटक आहे. तरीही, बहुतेक भारतीय (महाराष्ट्र) नागरिकांना त्यांच्या जगण्यासाठी एक वेळचे पुरेसे अन्न मिळू शकत नाही. या महत्त्वाच्या कारणामुळे, त्यांच्या क्षेत्रातील गरीब आणि गरजू लोकांना आरोग्य सेवा प्रदान करण्यात राज्य आणि स्थानिक सरकारची भूमिका खूप महत्त्वाची आहे. या लहान संशोधन अभ्यासासाठी पुणे जिल्ह्यातील १३० प्रतिसादकर्त्यांची हेतुपुरस्सर निवड केली आहे. विशेषतः या अभ्यासात कोटा नमुना पद्धतीच्या आधारे प्रत्यक्ष प्रतिसादकर्त्यांच्या कुटुंबांची निवड करण्यात आली आहे, डेटा प्रक्रिया आणि विश्लेषणासाठी एक्सेल हे महत्त्वाचे आणि योग्य सांख्यिकीय सॉफ्टवेअर वापरले आहे. डेटा विश्लेषणासाठी आवश्यक आणि योग्य सांख्यिकीय साधने वापरली जातील, ज्यामध्ये सरासरी, कमाल, किमान आणि चक्रवाढ वाढ दर यांचा समावेश असेल. सध्याच्या संशोधन अभ्यासाचा कालावधी २००० ते २०१८ या कालावधीत विचारात घेतला आहे.

डेटा विश्लेषण:

तक्ता क्रमांक ७.१: महाराष्ट्र राज्य सरकारचा वैद्यकीय आणि सार्वजनिक आरोग्यावरील खर्च:

क्र.	वर्ष	वैद्यकीय आणि सार्वजनिक आरोग्यावरील सरकारी खर्च		
		महसूल खर्च (लाख रुपयांमध्ये)	भांडवली खर्च (लाख रुपयांमध्ये)	एकूण खर्च (लाख रुपयांमध्ये)
1	2000 - 2001	141784	3891	145675
2	2001 - 2002	158177	5093	163270
3	2002 - 2003	150433	9608	160041
4	2003 - 2004	162459	15716	178175
5	2004 - 2005	174581	9364	183945
6	2005 - 2006	198710	9050	207760
7	2006 - 2007	197532	7623	205155
8	2007 - 2008	239537	8812	248349
9	2008 - 2009	275729	34000	309729
10	2009 - 2010	328336	21559	349895
11	2010 - 2011	398417	18255	416672
12	2011 - 2012	448407	40506	488913
13	2012 - 2013	535005	46047	581052
14	2013 - 2014	619704	55300	675004
15	2014 - 2015	786156	46954	833110
16	2015 - 2016	1036050	89785	1125835
17	2016 - 2017	905154	61092	966246

स्रोत: राज्य वार्षिक अर्थसंकल्प, महाराष्ट्र सरकार



स्रोत: राज्य वार्षिक अर्थसंकल्प, महाराष्ट्र सरकार

**प्रमुख निष्कर्ष :**

या संशोधन पत्राचे प्रमुख निष्कर्ष खालीलप्रमाणे आहेत:

१. सार्वजनिक आरोग्यावर सरकारी खर्च वाढत असला तरी, महाराष्ट्राच्या वाढत्या लोकसंख्येच्या तुलनेत तो पुरेसा नाही.
२. लोकांना त्यांच्या आरोग्याचे महत्त्व फारसे माहिती नाही.
३. रोगांच्या संसर्गापूर्वी लोक आरोग्य सेवेकडे लक्ष देत नाहीत.

**समारोप टिप्पणी:**

अशाप्रकारे, कोणत्याही देशाची आरोग्य स्थिती आरोग्य सेवा आणि लोकसंख्याशास्त्रीय निर्देशकांद्वारे दर्शविली जाते जी आरोग्य क्षेत्रातील सरकारची कार्यक्षमता आणि कामगिरी देखील मोजतात. तसेच, राष्ट्रीय प्रगतीमध्ये त्याची प्रासंगिकता आहे. परिणामी, सरकारांची लोकांच्या आरोग्याची जबाबदारी असते जी केवळ पुरेसे आरोग्य आणि सामाजिक उपायांच्या तरतुदीद्वारेच पूर्ण केली जाऊ शकते. सार्वजनिक आरोग्य समस्यांमध्ये सरकारची भूमिका बहु-अनुशासनात्मक आणि बहु-दिशात्मक आहे, जी विमा कंपनी, प्रदाता आणि आरोग्य सेवेचे नियामक यांच्या भूमिका पूर्ण करते (कुलकर्णी, कोतवाल, हिरेमठ, वर्मा, भल्ला आणि सिंग, २०१४). २००५ मध्ये सुरू झालेल्या राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात (एनआरएचएम) मान्यताप्राप्त सामाजिक आरोग्य कार्यकर्त्यांच्या (आशा) केंद्राची निर्मिती आणि सुधारित रुग्णालय सेवा, अंतर्गत आणि आंतर-क्षेत्रीय अभिसरण आणि संसाधनांचा प्रभावी वापर सुधारण्यासाठी जिल्हा पातळीवर विकेंद्रीकरण यामध्ये प्रमुख नवोपक्रम आहेत. परंतु, सरकारसमोरील विविध आव्हानांमध्ये लोकसंख्या वाढ, गरिबी, अनपेक्षित नैसर्गिक आणि मानवनिर्मित आपत्ती, एड्स किंवा इन्फ्लूएंझा (H1N1) ची जागतिक साथ, ग्रामीण आणि दुर्गम भागात कमी कव्हेरेज आणि बायोमेडिकल

युद्धाचा सतत धोका यांचा समावेश आहे. जीवनशैलीचे आजार मोठ्या प्रमाणात उदयास येत आहेत. अशाप्रकारे, संशोधकाने या संशोधन पत्रात अशा अनेक समस्या आणि मुद्द्यांचा मागोवा घेण्याचा प्रयत्न केला आहे.

**संदर्भग्रंथ:**

१. बंग, ए., रेड्डी, एम. एच., आणि देशमुख, एम. डी. (२००२). महाराष्ट्रातील बालमृत्यू, आर्थिक आणि राजकीय साप्ताहिक.
२. बरुआ, ए., वाघमारे, आर., आणि वेंकटेश्वरन, एस. (२००३). ग्रामीण महाराष्ट्र, भारतातील पुनरुत्पादक आणि बाल आरोग्य सेवांची अंमलबजावणी: एक व्यावहारिक दृष्टिकोन. टेलर आणि फ्रान्सिस, लि.
३. दांडेकर, के., आणि भाटे, व्ही. (१९७८). महाराष्ट्राची ग्रामीण आरोग्य सेवा योजना: एक मूल्यांकन. आर्थिक आणि राजकीय साप्ताहिक.
४. जॉर्ज, ए., आणि नंदराज, एस. (१९९३). महाराष्ट्रातील आरोग्य सेवेची स्थिती: एक तुलनात्मक विश्लेषण. आर्थिक आणि राजकीय साप्ताहिक.
५. कुलकर्णी, ए., कोतवाल, ए., हिरेमठ, आर. एन., वर्मा, ए. के., भल्ला, एस., आणि सिंग, एच. (२०१४). सार्वजनिक आरोग्य समस्यांमध्ये सरकारची भूमिका. जर्नल ऑफ सायंटिफिक अँड इनोव्हेटिव्ह रिसर्च.
६. लक्ष्मीनारायणन, एस. (२०११). सार्वजनिक आरोग्यात सरकारची भूमिका: भारतातील वर्तमान परिस्थिती आणि भविष्यातील व्याप्ती. जर्नल ऑफ फॅमिली कम्युनिटी मेडिसिन.
७. बुद्धिमत्ता, सी. बी. (२०१७). राष्ट्रीय आरोग्य प्रोफाइल २०१७. नवी दिल्ली: आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालय.
८. डे, एस. (२०१८, जून २०). द टाइम्स ऑफ इंडिया. १८ नोव्हेंबर २०१८ रोजी भारताच्या आरोग्य खर्चावर जीडीपीच्या १% पेक्षा जास्त खर्च.