

ISSN-0971-8397



विकास समर्पित मासिक

योजना

वर्ष ४३

अंक ४

पाने ५६

फेब्रुवारी २०१६

मूल्य १० रु.

“आरोग्य”

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण आणि शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे
डॉ. चंद्रकांत लाहरिया

आता सरकारी दवाखाना होतोय जनतेचा!

डॉ. नितीन जाधव

राष्ट्रीय आरोग्य धोरणातील उत्क्रांती

जे. व्ही. आर. प्रसाद राव

विशेष लेख

शाश्वत विकासात आरोग्याचे स्थान

के. श्रीनाथ रेड्डी



(फोकस)

आदिवासी क्षेत्रातील आरोग्य सुविधा : सद्यस्थिती आणि भविष्य

डॉ. अभय बंग

मराठी मासिक

योजना

योजना घरी आणा.
आजच वर्गणी भरा.



विकासाचे सर्व पैलू, सर्व सामाजिक प्रश्न आणि चालू घडामोडी प्रसिध्द करणारे योजना हे एकमेव मासिक आहे. या मासिकात सर्व क्षेत्रातील तज्ज्ञांनी लिहिलेले अभ्यासपूर्ण व अचूक माहिती देणारे लेख असतात. त्यामुळे आपल्याला प्रत्येक क्षेत्रातील बिनचुक माहिती मिळते.

हे मासिक विद्यार्थीवर्ग व विद्वत्जनांचे आवडते आहे. स्पर्धात्मक परीक्षांना बसणाऱ्यांनी योजना वाचणे आवश्यक आहे. यातील माहिती साधारणतः इतरत्र प्रकाशित होण्याआधीच आपल्यापर्यंत येते.

वर्गणीचे दर

नियमित अंक मूल्य	१०.०० रुपये
विशेषांक	२०.०० रुपये
वार्षिक वर्गणी	१००.०० रुपये
द्विवार्षिक वर्गणी	१८०.०० रुपये
त्रिवार्षिक वर्गणी	२५०.०० रुपये

वर्गणी, मनीऑर्डर किंवा डिमांड ड्राफ्टद्वारे संपादक, योजना (मराठी) यांचे नावाने ७०१, “बी” विंग (७ वा मजला) केंद्रीय सदन, बेलापूर, नवी मुंबई - ४०० ६१४ या पत्त्यावर पाठवावी.

वर्गणी मनीऑर्डरने पाठविताना आपले नाव व पत्ता कूपनमध्ये सुवाच्य अक्षरात लिहा.

विक्रीचे ठिकाण : ७०१ सी, ७०१बी, केंद्रीय सदन, सी.बी.डी. बेलापूर, नवी मुंबई - ४०० ६१४

योजना मासिक भारत सरकारच्या माहिती व प्रसारण मंत्रालयाच्या प्रकाशन विभागातर्फे प्रसिध्द केले जाते.

योजना

विकास समर्पित मासिक

❖ वर्ष ४३ ❖

❖ अंक ४ ❖

❖ फेब्रुवारी २०१६ ❖

❖ मूल्य १० रु. ❖

मुख्य संपादक
दिपीका कच्छल

अनुक्रमणिका

संपादक
उमेश उजगरे

उप संपादक
अभिषेक कुमार

मुखपृष्ठ
जी.पी. धोपे

‘योजना’ हे निती आयोगाच्या वतीने, केंद्र सरकारच्या माहिती व प्रसारण मंत्रालयाच्या प्रकाशन विभागातर्फे हिंदी, इंग्रजी, मराठी, गुजराती, कन्नड, तेलुगू, पंजाबी, उर्दू, बंगाली, तमिळ, मल्याळम, उडिया व आसामी भाषांतून प्रकाशित होते. देशाच्या सर्वांगीण विकासाची खुली चर्चा करणारे ते व्यासपीठ आहे. ‘योजना’त प्रसिद्ध होणाऱ्या लेखांतील मते त्या त्या लेखकांची असतात.

जाहिरात दर पत्रक

ब्लॉक अँड व्हाईट पूर्ण पान: रु. १०,०००

ब्लॉक अँड व्हाईट अर्धे पान: रु. ६,०००

बॅक कव्हर पूर्ण पान: रु. २०,०००

सेकंड कव्हर पूर्ण पान: रु. १७,०००

थर्ड कव्हर पूर्ण पान: रु. १५,०००

■ सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण आणि शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे	डॉ. चंद्रकांत लाहरिया	५
■ भारतातील आरोग्यावरील खर्च आणि क्षमता वृद्धी	आलोक कुमार	१०
■ आता सरकारी दवाखाना होतोय जनतेचा!	डॉ. नितीन जाधव	१३
■ राष्ट्रीय आरोग्य धोरणातील उत्क्रांती	जे. व्ही.आर प्रसाद राव	१८
■ आदिवासी क्षेत्रातील आरोग्य सुविधा : सद्यस्थिती आणि भविष्य	डॉ. अभय बंग	२२
■ शाश्वत विकासात आरोग्याचे स्थान	के. श्रीनाथ रेड्डी	२६
■ पर्यावरण आणि सार्वजनिक आरोग्य	डॉ. शशी ए मिश्रा	३०
■ कुपोषणाचे निर्मूलन: स्त्री आरोग्याची गुरुकिल्ली	मीरा मिश्रा	३३
■ आरोग्यसंवाद कार्यक्रम प्रभावी उद्दिष्टपूर्तीसाठी आराखडा	डॉ. संजीव कुमार	३७
■ मानसिक आरोग्याच्या अंतरंगात	प्रा. डॉ. सुरेखा तवंदकर	४४
■ आरोग्य व आर्थिक विकास यांच्यातील संबंध	टी. सुंदररमन	५०

योजना मासिकासाठी लेख, वर्गणी, जाहिरात इ. सर्व पत्रव्यवहारासाठी पत्ता :

योजना मासिक कार्यालय

७०१, ‘बी’ विंग (७वा मजला), केंद्रीय सदन, सेक्टर १०, सी.बी.डी. बेलापूर, नवी मुंबई ४०० ६१४. दुरध्वनी - योजना - २७५६६५८२

email - myojanadpd@gmail.com

योजना

फेब्रुवारी, २०१६

३



योजना



संपादकीय



‘आरोग्य आणि राष्ट्रीय विकास’

राष्ट्रीय आरोग्य धोरण घोषणापत्र १९८३च्या मंजूरीनंतर ‘सर्वांसाठी आरोग्य’ घोषणेतील दिशानिर्देश भारत सरकारचे अधिकृत धोरणच बनले. ‘सद्दृढ राष्ट्र’ ही संकल्पना साकारण्याच्या वाटचालीत आरोग्य क्षेत्रासाठी दरवर्षी वाढीव आर्थिक तरतूदीची मागणी हे धोरणकर्त्यांसमोर नेहमीच मोठे आव्हान ठरले आहे. दुसरीकडे आर्थिक वृद्धी आणि चांगले आरोग्य एकमेकांशी निगडित असल्याच्या बाबीवर तज्ञांनीही शिक्कामोर्तब केले आहे. आरोग्यविषयक गंभीर समस्या असलेले नागरिक देशाच्या विकास प्रक्रियेचा भाग बनू शकत नाहीत. मुळात, आरोग्य समस्या देशाच्या विकास उद्दिष्टांवर विपरीत परिणाम करित असतात. आधी सहस्रक विकास उद्दिष्टे आणि नंतरच्या शाश्वत विकास उद्दिष्टांमध्ये ही बाब मान्य करण्यात आली होती आणि आरोग्य विषयक उद्दिष्टांचा त्यामध्ये समावेश करण्यात आला होता. भारताने शाश्वत आरोग्य उद्दिष्टांना मान्यता दिली असल्यामुळे ती उद्दिष्टे गाठण्यासाठी योग्य धोरण आणि आरोग्यविषयक प्राथमिकता ठरविण्याची आता गरज आहे. त्याचबरोबर आणि महत्वाचे म्हणजे आरोग्यक्षेत्रासंबंधित धोरणे-कृती आणि इतर क्षेत्रातील विकास कार्यक्रम यामध्ये योग्य तो ताळ-मेळ आणि समन्वय राखण्यासाठी लक्ष्य पुरवावे लागेल.

आपल्या धोरणकर्त्यांना या वास्तवाची जाणीव असल्यामुळे त्यांनी अनेक वर्षांपासून यशस्वी ठरलेले अनेक आरोग्य कार्यक्रमां-योजनांची

अंमलबजावणी सुरु केली. प्रसूतीच्यावेळी बालक आणि मातांच्या होणाऱ्या मृत्युंच्या प्रमाणात लक्षणीय घट करण्यात आपण यशस्वी झालो आहोत. लसीकरणाच्या बाबतीत सांगायचे झाल्यास पोलिओ निर्मूलनाबाबतच्या यशाचे जगभर कौतुक झाले असून एकेकाळी जीवघेण्या ठरलेल्या ‘देवी’ च्या आजाराविरुद्धची लढाई आपण जवळपास जिंकलीच आहे. आपली आरोग्य यंत्रणा आता जगातील इतर उत्कृष्ट यंत्रणाशी स्पर्धा करण्याइतपत सक्षम बनली आहे.

आरोग्य सेवा पुरविण्याच्या बाबतीत आरोग्य सुश्रूशांसाठी निधीची तरतूद हा कळीचा मुद्दा आहे. आपले सरकार एका विशाल आरोग्य सुविधा यंत्रणेचे संचालन करीत असतानाही भारतात आरोग्य सुविधांवर खर्च केला जाणारा निधी हा देशाच्या सकल राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या चार टक्के इतका आहे. तरीही लोकसंख्येचा एक मोठा भाग सार्वजनिक आरोग्य यंत्रणेच्या बाहेरील सेवा घेण्यासाठी बाध्य होताना दिसतो. मध्यमवर्गीय आणि निम्न मध्यमवर्गीय यांच्यासाठी आरोग्य सुविधा ही एक सर्वाधिक खर्चिक बाब बनली आहे. अशावेळी प्राथमिक आरोग्य सुविधा सुधारण्याचे काम करतानाच सरकारला विस्तारलेल्या खाजगी क्षेत्राकडे दुर्लक्ष करून चालणार नाही. आपल्या सारख्या विशाल लोकसंख्येच्या देशातील सर्वांपर्यंत व्यावहारिक आणि वाजवी दरातील आरोग्य सुविधा पोहचविण्यासाठी सरकारी आणि खाजगी सेवांची मिळून मिश्र आरोग्य सुविधा यंत्रणा राबवावी

लागेल. खाजगी क्षेत्राचा सहभाग वाढवून सक्षम आरोग्य यंत्रणा उभारण्यासाठी आरोग्य विमा हा एक चांगला पर्याय ठरू शकतो. अर्थातच, सार्वजनिक निधीतून दिल्या जाणाऱ्या आरोग्य विम्याचा लाभ जनतेला योग्य पद्धतीने मिळणे सुनिश्चित करण्यासाठी सरकारला नियामक यंत्रणेची उभारणी करावी लागेल.

‘मसुदा आरोग्य धोरण २०१५’ जनतेच्या सूचना-अभिप्रायासाठी वेबसाइटवर टाकून सरकारने यापूर्वीच्या आरोग्य धोरणातील त्रुटी दूर करण्यासाठी पाऊल उचलले आहे. आरोग्य सुविधांवरील वाढता खर्च हा अनेक कुटुंबांची आयुष्यभराची कमाई रिती करणारा तसेच गरिबीत भर टाकणारा घटक असल्याकडे या मसुदा धोरणात लक्ष वेधण्यात आले आहे.

आदिवासी, बालके, तरुण, महिला आणि ईशान्य भारतातील नागरिक या सर्वांच्या आरोग्यविषयक समस्या या इतर सामान्य नागरिकांपेक्षा भिन्न आहेत. त्यानुसार त्यावर उपाययोजना करणे आवश्यक आहे.

‘आरोग्य हीच धनसंपदा’ हे सुभाषित आपण नेहमी वाचतो/एकतो आणि ती वस्तुस्थितीही आहे. कारण, एक सद्दृढ, निरोगी व्यक्ति स्वतःसोबतच आपल्या कुटुंबियांची आणि देशाची काळजी घेऊ शकतो. निरोगी नागरिकच देशाच्या विकास उद्दिष्टांना गाठण्यासाठी तसेच भारताला चैतन्यदायी आणि सामर्थ्यशाली बनविण्यासाठी अधिक चांगले योगदान देऊ शकतात.

■ ■ ■

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण आणि शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे

डॉ. चंद्रकांत लाहरिया



जागतिक पातळीवर सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण या कार्यक्रमाने सर्वांचेच लक्ष वेधून घेतले. यालाच पूरक ठरेल असा ठराव 2011 मध्ये जागतिक आरोग्य सभेने मंजूर केला. त्यानंतर संयुक्त राष्ट्रांच्या आमसभेने या प्रकल्पाविषयी चर्चा केली आणि त्यासंबंधीचा एक ठराव 12 डिसेंबर, 2012 ला मंजूर केला. हा ठराव ही एक महत्त्वपूर्ण घटना ठरली. त्यामुळे सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाची व्याप्ती वाढली. विस्तार वाढला.

जागातील सर्वांपर्यंत आरोग्य सेवा-सुविधा पोहोचविण्याच्या उद्देशाने ‘सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण’ (यू.एच.सी.) कार्यक्रम राबविण्यात येत आहे. लोकांच्यात आरोग्य विषयक जागृती निर्माण करणे, त्यांना प्रतिबंधात्मक तसेच रोगनिवारक उपायांची उपलब्धता करून देणे, त्यांच्या आरोग्य विषयक पुनर्वसनाचा प्रश्न सोडविणे आणि अशा प्रकारच्या आरोग्य सेवा त्याही त्यांना परवडतील अशा दरात देणे हा या कार्यक्रमाचा मूळ उद्देश आहे. या सेवांचा दर्जा किमान गुणवत्तापूर्ण आणि परिणामकारक असणे आवश्यक आहे. या प्रकल्पाची कल्पना आणि त्यातून व्यक्त होणाऱ्या लोकांच्या आशा-आकांक्षा यामुळे संपूर्ण जगाचे लक्ष त्याने वेधून घेतले. जागतिक आरोग्य सभेच्या २००५ मध्ये झालेल्या बैठकीत यासंबंधीचा ठराव (डब्ल्यू.एच.ए. ५८.३३) मंजूर करण्यात आला. या ठरावामध्ये या प्रकल्पाचे सदस्य असलेल्या देशांनी या आरोग्य सेवा लोकांपर्यंत पोहोचविण्यासाठी लागणारी आरोग्य आर्थिक व्यवस्था विकसित करावी असे ठरविण्यात आले. त्यानंतर २००८ मध्ये जागतिक आरोग्य अहवाल प्रसिद्ध झाला. “प्राथमिक आरोग्य

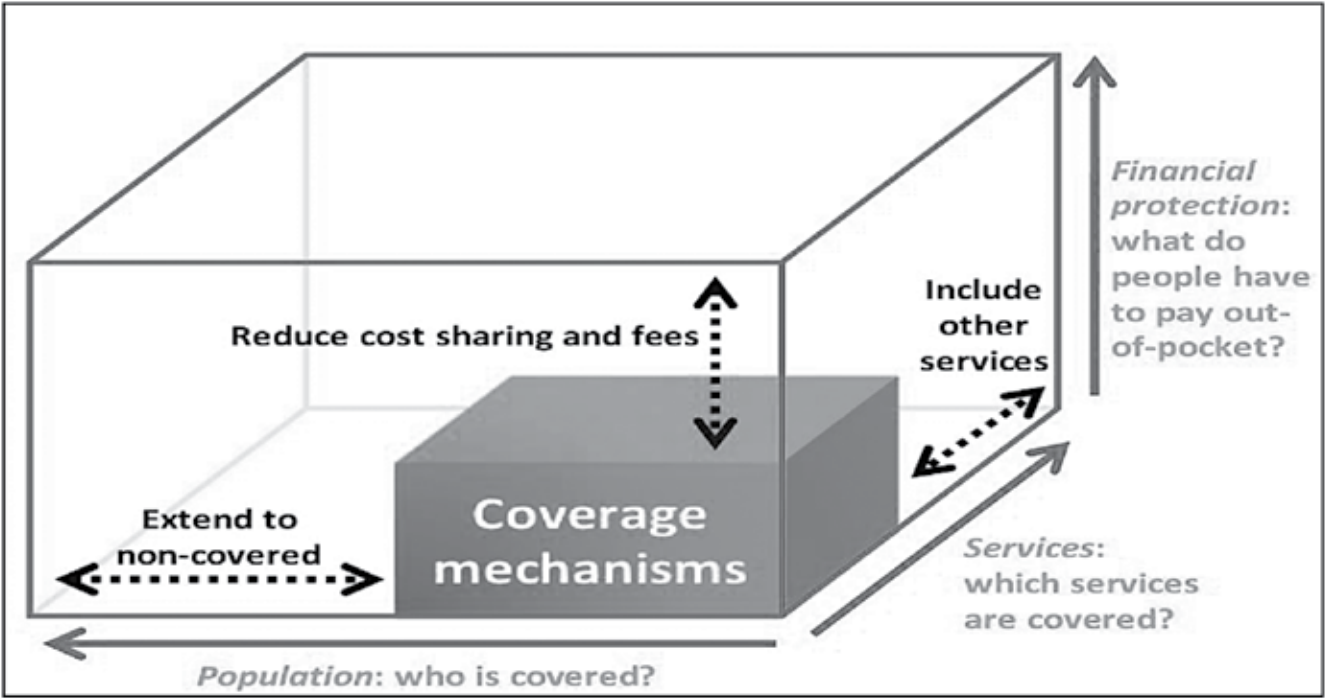
काळजी- आत्तापर्यंत कधी नव्हे एवढी महत्त्वाची” असा त्याचा विषय होता. तर २०१० मध्ये प्रसिद्ध झालेल्या जागतिक अहवालाचा विषय होता- ‘आरोग्यासाठी अर्थ पुरवठा यंत्रणा मार्ग सार्वत्रिक व्याप्ती गाठण्याचा’. या दोन्ही अहवालांमुळे सार्वत्रिक आरोग्य व्याप्तीच्या/संरक्षणाच्या मूळ प्रकल्पाला आणखी पाठबळ मिळाले आणि हा विषय केंद्रस्थानी आला. याच काळात अनेक देशांनी (ब्राझील, मेक्सिको, किरगीस्तान, थायलंड आणि चीन यांसारख्या देशांनी) जास्तीत जास्त लोकसंख्येला आरोग्यविषयक सेवा कशा उपलब्ध होतील, याकडे लक्ष दिले. त्याचबरोबर आरोग्यासाठी लागणाऱ्या अर्थ पुरवठ्यामध्ये सुधारणा घडवून आणल्या.

जागतिक पातळीवर सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण या कार्यक्रमाने सर्वांचेच लक्ष वेधून घेतले. यालाच पूरक ठरेल असा ठराव २०११ मध्ये जागतिक आरोग्य सभेने (डब्ल्यू.एच.ए.ने ६४.९) मंजूर केला. त्यानंतर संयुक्त राष्ट्रांच्या आमसभेने या प्रकल्पाविषयी चर्चा केली आणि त्यासंबंधीचा एक ठराव १२ डिसेंबर, २०१२ (ए/६७/एल.३६) ला मंजूर केला. हा ठराव ही एक महत्त्वपूर्ण घटना ठरली. त्यामुळे सार्वत्रिक आरोग्य

संरक्षण कार्यक्रमाची व्याप्ती वाढली. विस्तार वाढला.आत्तापर्यंत जागतिक आरोग्य सभेमध्ये या कार्यक्रमाचे प्रतिनिधित्व सदस्य देशांचे आरोग्य मंत्री करायचे. या नवीन ठरावानंतर संयुक्त राष्ट्रांच्या आमसभेत या कार्यक्रमाचे प्रतिनिधित्व देशांचे प्रमुख आणि अर्थमंत्री करू लागले.या ठरावाच्या स्मरणार्थ २०१४ पासून १२ डिसेंबर हा दिवस दरवर्षी सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण दिन म्हणून साजरा केला जातो. १२ डिसेंबर, २०१४ या दिवशी प्रथमच मोठ्या प्रमाणावर आरोग्य जनजागृती विषयक कार्यक्रमांचे आयोजन करण्यात आले होते. गेली १० वर्षे सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाचा प्रचार-प्रसार सातत्याने केला

आरोग्य संरक्षण” ही सार्वजनिक आरोग्याबाबतची एकमेव प्रभावशाली कल्पना आहे, असे मत जागतिक आरोग्य संघटनेच्या महासंचालक डॉ.मागरिट चॅन यांनी व्यक्त केले आहे. सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाला तीन परिमाणे आहेत. एक - लोकसंख्येचा समावेश, दोन - आरोग्य सेवा देणे आणि तीन - आर्थिक संरक्षण.या तीनही कल्पनांच्या एकत्रित घन संकल्पनेला यू.एच.सी.क्यूब किंवा यू.एच.सी.बॉक्स/पेटी असे संबोधले जाते. या सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण पेटीच्या आतल्या बाजूला देशांमधील सध्याची आरोग्यविषयक स्थिती दर्शविली आहे.यामध्ये काही ठराविक प्रमाणातील लोकसंख्येलाच आरोग्य सेवा उपलब्ध

करायला सांगणारी आहे.त्यांच्यामध्ये इच्छा-आकांक्षा निर्माण करणारी आहे. सर्व देशांनी जास्तीत जास्त लोकांपर्यंत पोहोचून त्यांना परवडतील अशा किंमतीत गुणवत्तापूर्ण आरोग्यसेवा देण्यासाठी प्रयत्न करून ती पेटी सकारात्मक गोष्टींनी भरायला मदत करावी.चांगल्या प्रकारे आरोग्य सेवा पुरविल्या तर आरोग्यामध्ये सुधारणा घडून येते.त्याचा परिणाम त्या त्या देशांमधील आजारांचे/रोगांचे स्वरूप बदलण्यात होतो.नवनवीन तंत्रज्ञानाच्या उपलब्धतेमुळे सेवांची गरज आणि वापरावर परिणाम होतो.अशा प्रकारे साथीच्या रोगांच्या बदलत्या गरजा ओळखणे आवश्यक असते.तसेच सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाच्या आतील आणि बाहेरील



जात आहे.जागतिक आरोग्य सभा,संयुक्त राष्ट्र आमसभा,प्रादेशिक आणि देश पातळीवर हा कार्यक्रम लोकांपर्यंत पोहोचविण्यासाठी प्रयत्न केले जात आहेत.या कार्यक्रमाची गरज आणि महत्त्व आता सर्वांना पटू लागले आहे.त्याविषयी एकमत होऊ लागले आहे. “सार्वत्रिक

आहेत. तसेच सर्व प्रकारच्या नव्हे तर काहीच प्रकारच्या आरोग्य सेवा उपलब्ध आहेत.आणि जरी आरोग्य सेवा उपलब्ध असल्या तरी त्या सर्वांना परवडतीलच असे नाही. पेटीची बाहेरील बाजू मात्र आशादायी, देशांना सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमानुसार काही उद्दिष्टपूर्ती

पेटींमध्ये अंतर राहण्याची शक्यता असते.म्हणूनच सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम अंतिम ध्येयपूर्ती नसून त्या इच्छित स्थळी पोहोचण्याचा तो एक प्रवास आहे, असे मानले जाते त्याची काही कारणे आहेत.सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम ही एक गतिमान प्रक्रिया असून

वर उल्लेख केलेली या कार्यक्रमाची संकल्पना असलेली पेटी जास्तीत जास्त भरणे, हा त्यामागील उद्देश आहे. म्हणजेच या कार्यक्रमाचा लाभ जास्तीत जास्त लोकांपर्यंत पोहोचविणे हा याचा मूळ हेतू आहे. ज्या देशांनी या कार्यक्रमाचा स्वीकार केला त्यातून असे दिसून आले की या कार्यक्रमाचे परिणाम एक - दोन वर्षांत दिसून येत नाहीत. या कार्यक्रमाची योग्य अंमलबजावणी होऊन प्रगती दिसून यायला १०-१५ वर्षांचा कालावधी जावा लागला. कारण आरोग्य व्यवस्थेत सुधारणा घडवून आणणे आणि या व्यवस्थेचा पाया भक्कम करणे त्यासाठीच्या साधनांची निर्मिती करणे हे या कार्यक्रमाचे उद्दिष्ट आहे.

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम (यू.एच.सी.) आणि भारत

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाबाबत २००५ मध्ये जागतिक आरोग्य सभेमध्ये जो ठराव मंजूर झाला त्यावेळी भारत हा त्याचा एक सदस्य देश होता. असे असले तरी या कार्यक्रमाविषयी देशात त्यावेळी चर्चा झाली नाही. देशातील आरोग्य व्यवस्थेमध्ये सुधारणा घडवून आणणे आणि लोकांच्या आरोग्याचा दर्जा सुधारणे या उद्देशाने १२ एप्रिल, २००५ रोजी राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान (एन.आर.एच.एम.) सुरु करण्यात आले. तसेच दारिद्र्य रेषेखालील लोकांना आर्थिक संरक्षण देण्याच्या उद्देशाने राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आर.एस.बी.वाय.) २००७-०८ मध्ये सुरु करण्यात आली. यामध्ये रुग्णाला रुग्णालयात दाखल केल्यानंतर त्याच्या उपचारांचा खर्च या योजने अंतर्गत केला जातो. त्याचबरोबर आर्थिक संरक्षणाच्या आणखी काही योजनाही यावेळी देशात सुरु करण्यात आल्या.

वर्ष २०१० मध्ये जागतिक आरोग्य अहवाल प्रसिद्ध झाल्यानंतर लगेचच देशातील त्यावेळच्या योजना आयोगाने भारतातील सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमासंदर्भात एका उच्चस्तरीय तज्ञ गटाची स्थापना केली. या गटाने आपला सविस्तर अहवाल आणि शिफारशी ऑक्टोबर, २०११ मध्ये सादर केल्या. याचा उपयोग देशाच्या बाराव्या पंचवार्षिक योजनेचा (२०१२-२०१७) मसुदा तयार करताना केला गेला. बाराव्या पंचवार्षिक योजनेत सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम देशाच्या प्रत्येक

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण ही सार्वजनिक आरोग्याबाबतची एकमेव प्रभावशाली कल्पना आहे, असे मत जागतिक आरोग्य संघटनेच्या महासंचालक डॉ. मागारिट चॅन यांनी व्यक्त केले आहे. सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाला तीन परिमाणे आहेत. एक - लोकसंख्येचा समावेश, दोन - आरोग्य सेवा देणे आणि तीन - आर्थिक संरक्षण. या तीनही कल्पनांच्या एकत्रित घन संकल्पनेला यू.एच.सी.क्यूब किंवा यू.एच.सी.बॉक्स/पेटी असे संबोधले जाते

राज्यातील दोन जिल्ह्यांमध्ये पथदर्शी तत्वावर राबवण्याचा प्रस्ताव ठेवण्यात आला. त्याचबरोबर या पथदर्शी प्रकल्पांचा परिणाम पाहून देशात तो सर्वत्र लागू करता येईल का, याचाही अभ्यास सुरु करण्यात आला. शहरी भागात आरोग्य सेवा पुरवण्यासाठी मे, २०१३ मध्ये राष्ट्रीय शहरी आरोग्य अभियान (एन.यू.एच.एम.) आणि एन.आर.एच.एम. आणि एन.एच.एम. या दोन उप

योजनांचे विलीनीकरण करून राष्ट्रीय आरोग्य अभियान (एन.एच.एम.) ही मोहीम सुरु करण्यात आली. “लोकांच्या गरजा लक्षात घेऊन त्यांना विश्वासाई आणि प्रतिसादात्मक आरोग्य सेवा पुरवणे” हा राष्ट्रीय आरोग्य अभियानाचा मुख्य उद्देश होता. या सेवा योग्य आणि न्याय्य पद्धतीने, लोकांना परवडतील अशा किंमतीत पुरवणे आणि हे करत असताना त्यांची गुणवत्ताही राखणे हे ही महत्त्वाचे मानले गेले. आरोग्याच्या व्यापक सामाजिक निर्धारणासाठी आणि या सेवा प्रभावीपणे लोकांपर्यंत पोहोचण्यासाठी आंतर क्षेत्रीय सहकार्याने केंद्राभिमुख कृतीची आवश्यकता आहे असे या अभियानाच्या/ मोहिमेच्या अंमलबजावणीचे सूत्र मानले गेले.

म्हणजेच सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाची आणि या मोहिमेची संकल्पना आखणी साधारण सारख्याच स्वरूपाची आहे. त्यानंतर यू.एच.सी. कार्यक्रमाचा आधार घेऊन त्याचे घटक आणि उद्दिष्टे यांच्याशी साधर्म्य असणारी सार्वत्रिक आरोग्य हमी (यू.एच.ए.) योजना २०१४ च्या मध्यात सुरु करण्यात आली. भारतात यू.एच.ए. योजनेची अंमलबजावणी राष्ट्रीय आरोग्य हमी योजनेच्या (एन.एच.ए.एम.) माध्यमातून करण्यासाठी कृती आराखडा (ब्ल्यू प्रिंट) तयार करण्यात आला. राष्ट्रीय आरोग्य बिमा योजना एप्रिल, २०१५ मध्ये श्रम आणि रोजगार मंत्रालयाकडून आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयाकडे हस्तांतरीत करण्यात आली. नव्या राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाचा मसुदा सध्या अंतिम टप्प्यात असून या धोरणामध्ये सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाच्या महत्त्वाच्या वैशिष्ट्यांचा समावेश करण्यात आला आहे. व्यापक अर्थाने बोलायचे तर भारतात

सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम सुरु करण्यासाठी लागणारे मुलभूत प्राथमिक काम पूर्ण झाले आहे. आता प्रतिक्षा आहे अनुमती मिळण्याची आणि गतिमान अंमलबजावणीची!

शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे आणि सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम

२५ सप्टेंबर, २०१५ रोजी संयुक्त राष्ट्रांच्या शाश्वत विकास शिखर परिषदेत शाश्वत विकास उद्दिष्टांना जाहीर पाठिंबा व्यक्त करण्यात आला. या परिषदेत विविध देशांचे प्रमुख उपस्थित होते. सहस्रक विकास उद्दिष्टपूर्तीसाठी ((एम.डी.जी. एस.) सुरु केलेले काम पुढे चालू ठेवणे आणि पुढील १५ वर्षांमध्ये विकासाबाबत मार्गदर्शन हा या शिखर परिषदेचा मुख्य हेतू होता. शाश्वत विकासासाठीच्या सार्वत्रिक, एकात्मिक आणि परिवर्तनशील २०३० पर्यंतच्या कार्यक्रमाचा आणि त्याचबरोबर १७ शाश्वत विकासाच्या ध्येयांचा आणि संबंधित उद्दिष्टांचा संयुक्त राष्ट्रांच्या आमसभेत औपचारिकरित्या स्वीकार करण्यात आला. शाश्वत विकासाच्या उद्दिष्टांमध्ये दारिद्र्य, भूक, आरोग्य शिक्षण, लिंग समानता, पाणी आणि स्वच्छता, ऊर्जा, काम आणि आर्थिक विकास, उद्योग आणि पायाभूत विकास, असमानता, शहरे, जबाबदार वापर, हवामान, पाण्याखालील जीवन, जमिनीवरील जीवन, शांतता व प्रभावशाली संस्था आणि भागीदारी या १७ विषयांवर मुख्य भर देण्यात आलेला आहे.

“सर्व लोकांच्या शारीरिक आणि मानसिक आरोग्य विकासासाठी आणि कल्याणासाठी तसेच त्यांच्या आयुर्मर्यादित वाढ करण्यासाठी आपण सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाचे ध्येय गाठले पाहिजे आणि लोकांना गुणवत्तापूर्ण आरोग्य सेवा उपलब्ध करून दिली पाहिजे. यामधून

कोणीही सुटता कामा नये. शाश्वत विकासाच्या सन २०३० पर्यंतच्या अंतिम कार्यक्रमाच्या उद्देशिकेमध्ये/ प्रस्तावनेमध्ये ही भूमिका विशद करण्यात आली आहे. सर्वांगीण विकास कार्यक्रमांमध्ये आरोग्याला किती महत्त्व आहे, हेच यावरून स्पष्ट होते. शाश्वत विकासाच्या क्रमांक तीनच्या उद्दिष्टांमध्ये आरोग्यापुढील आव्हानांची चर्चा करण्यात आली आहे” निरोगी आयुष्याची हमी आणि सदा-सर्वकाळ सर्वांच्या कल्याणाला प्रोत्साहन” हे उद्दिष्ट यामध्ये ठरवण्यात आले आहे. आर्थिक जोखीम स्वीकारणे, गुणवत्तापूर्ण अत्यावश्यक आरोग्य सेवा उपलब्ध करून देणे आणि सर्वांसाठी औषधे, लसीकरण उपलब्ध करून देणे यासह सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण हे उद्दिष्ट साध्य करण्यासाठी प्रयत्न करणे हा शाश्वत विकासाच्या ध्येय क्रमांक तीन मधील आठवा मुद्दा आहे. सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण हा या तिसऱ्या क्रमांकाचा गाभा आहे. या क्रमांक तीनमधील १३ उद्दिष्टांपैकी तीन उद्दिष्टे ही विशेषतः सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाच्या प्रगतीशी निगडित आहेत.

जागतिक चर्चेमध्ये शाश्वत विकासाचे आरोग्यविषयक तिसऱ्या क्रमांकाचे उद्दिष्ट साध्य करताना सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम वरचढ ठरला असून तो या उद्दिष्ट पूर्तीचे महत्त्वाचे साधन ठरला आहे. या क्रमांक तीनच्या उद्दिष्टांची, सहस्रक विकास उद्दिष्टांच्या विस्तारित कार्यक्रमाची तीन व्यापक गटात विभागणी करण्यात आली आहे. यामध्ये उद्दिष्टे आणि त्यांच्या अंमलबजावणीसाठी लागणारी साधने देण्यात आली आहेत. आरोग्यविषयक उद्दिष्ट पूर्तीसाठी प्रयत्न करताना त्याचा इतर सोळा उद्दिष्टांच्या पूर्तीसाठी उपयोग होतो. तसेच ती ध्येये गाठण्यासाठी करण्यात

येणारया कार्याचा उपयोग आरोग्यविषयक उद्दिष्ट पूर्तीसाठी होतो. म्हणजेच या दोन्ही बाबी परस्परावलंबी आहेत.

निष्कर्ष

आरोग्य हा विकासाच्या केंद्रस्थानी असलेला विषय आहे. कोणत्याही देशाच्या आर्थिक विकासाची आरोग्य ही कोनशीला आहे. ती एखाद्या देशातील गरिबी दूर करण्यासाठी मदत करून त्या देशाला अधिक उत्पादनक्षम आणि आर्थिकदृष्ट्या सुरक्षित बनवण्यासाठी योगदान देऊ

शहरी भागात आरोग्य सेवा पुरवण्यासाठी मे, २०१३ मध्ये राष्ट्रीय शहरी आरोग्य अभियान (एन.यू. एच.एम.) आणि एन.आर.एच. एम. आणि एन.एच.एम. या दोन उप योजनांचे विलीनीकरण करून राष्ट्रीय आरोग्य अभियान (एन एच. एम.) ही मोहीम सुरु करण्यात आली. “लोकांच्या गरजा लक्षात घेऊन त्यांना विश्वासार्ह आणि प्रतिसादात्मक आरोग्य सेवा पुरवणे हा राष्ट्रीय आरोग्य अभियानाचा मुख्य उद्देश होता.

शकते. अशा पद्धतीने शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे आणि सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण हे सामाजिक आणि आर्थिक विकासाच्या धाग्यांमध्ये गुंफले गेले आहेत. सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम ही आरोग्य क्षेत्राची नवी ताकद असून सर्वांगीण विकास कार्यक्रमाला जोडणारा दुवा आहे. भूतकाळातील अनुभवांचा उपयोग करून घेऊन हा कार्यक्रम तयार करण्यात आला असून सहस्रक विकास उद्दिष्टांनुसार ठरवण्यात आलेले प्राथमिक आरोग्य निगा आणि इतर उपक्रमांना बरोबर घेऊन आरोग्य विषयक काळजी घेण्याचा हा कार्यक्रम पुढे चालू ठेवण्यात आला

आहे.शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे साध्य करण्यासाठी जागतिक नेत्यांनी आणि संस्थांनी चालना देणे आवश्यक आहे. त्याचवेळी राष्ट्रीय पातळीवर त्या त्या देशांच्या सरकारांनी आरोग्य क्षेत्रातील असमानता दूर करण्यासाठी प्रयत्न करून लोकांना आर्थिक अडचणींशी सामना करायला न लागता अधिकाधिक लोकांना गुणवत्तापूर्ण आरोग्य सेवा देण्यासाठी ठोस पावले उचलणे आवश्यक आहे. जागतिक पातळीवर आरोग्य विषयक चर्चा सुरु असून सुमारे १०० देशांनी सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम सुरु करण्याच्या दृष्टीने पावले टाकण्यास सुरुवात केली आहे.भारत या सर्वांच्यात अग्रेसर असून आपल्या देशाने या कार्यक्रमासाठी लागणारी पार्श्वभूमी तयार

केली असून हा कार्यक्रम सुरु करण्याच्या दिशेने मोठी झेप घेण्यास आपण सिद्ध झालो आहोत. विचारात आहे.राष्ट्रीय आणि जागतिक पातळीवर क्रमांक तीन सहित शाश्वत विकासाच्या इतर उद्दिष्टांच्या पूर्ततेसाठी भारत प्रयत्न करीत आहे. शाश्वत विकासाची उद्दिष्टे आणि सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम यांनी एकत्रितपणे जागतिक पातळीवर आरोग्य या विषयावर चर्चा करण्याची पूर्वी कधी नव्हती एवढी मोठी संधी उपलब्ध करून दिली आहे. यामध्ये आरोग्य व्यवस्थेमध्ये सुधारणा घडवून आणणे,ती गतिमान आणि बळकट करणे यावर भर देण्यात आला आहे. सन २०३०मध्ये जागतिक नेते मंडळी जेव्हा शाश्वत विकास उद्दिष्ट पूर्तीच्या कामगिरीचा आढावा घेण्यासाठी

जमतील तेव्हा सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रम आपल्या कामगिरीने चमकता तारा ठरण्याची शक्यता नाकारता येत नाही.

■ ■ ■

लेखक पेशाने वैद्यकीय डॉक्टर असून सार्वजनिक आरोग्य आणि धोरणात्मक मीमांसा याविषयी त्यांनी प्रगत/ अत्याधुनिक प्रशिक्षण घेतले आहे. सध्या ते जागतिक आरोग्य संघटनेच्या सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण कार्यक्रमाचे राष्ट्रीय व्यावसायिक अधिकारी म्हणून नवी दिल्ली इथे काम करीत आहेत.

email: c.lahariya@gmail.com;
lahariyac@who.int



योजना मासिकाचे नवीन दरपत्रक (१ एप्रिल २०१६ पासून लागू)

एका अंकाची किंमत	विशेषांक	वार्षिक वर्गणी	दोन वर्षांसाठी वर्गणी	तीन वर्षांसाठी वर्गणी
रु. २२	रु. ३०	रु. २३०	रु. ४३०	रु. ६१०

भारतातील आरोग्यावरील खर्च आणि क्षमता वृद्धी

आलोक कुमार



गेल्या काही वर्षांपासून सरकारांवर आरोग्य क्षेत्रावर कमी खर्च केला जात असल्याबद्दल वारंवार टीका केली जात आहे. आरोग्यावरील तरतुदीत कपात केल्यामुळे लोकांच्या आरोग्याबाबत विपरित परिणाम दिसतील, अशी भीती व्यक्त केली जात आहे. असे विधान हे वस्तुस्थितीतून जन्माला आलेले नाही आणि ज्या राज्य सरकारांवर घटनात्मक योजनेनुसार लोकांना आरोग्य, आहार, पिण्याचे पाणी, स्वच्छता अशा सुविधा पुरवण्याचे आदेश दिले आहेत त्यांच्याकडे केंद्राकडून वाढत्या संख्येने एकत्रित साधनसंपत्ती सोपवली जाण्याच्या क्रियेचे चुकीचे मूल्यमापन आहे.

भारतातील आरोग्य विषयक कोणताही विचार त्या क्षेत्राला केल्या जाणाऱ्या अर्थपुरवठ्याच्या उल्लेखावाचून अपुरा असतो. गेल्या काही वर्षांपासून सरकारांवर आरोग्य क्षेत्रावर कमी खर्च केला जात असल्याबद्दल वारंवार टीका केली जात आहे. त्याहीपुढे जाऊन अगदी माहितगार भाष्यकारांनीही सर्वसाधारणपणे सामाजिक क्षेत्रावर आणि विशेषत्वाने आरोग्य क्षेत्रासाठी कमी तरतूद केल्याबद्दल भारत सरकारवर अयोग्य रितीने टीका केली आहे. आरोग्यावरील तरतुदीत कपात केल्यामुळे लोकांच्या आरोग्याबाबत विपरित परिणाम दिसतील, अशी भीती

व्यक्त केली जात आहे. असे विधान हे वस्तुस्थितीतून जन्माला आलेले नाही आणि ज्या राज्य सरकारांवर घटनात्मक योजनेनुसार लोकांना आरोग्य, आहार, पिण्याचे पाणी, स्वच्छता अशा सुविधा पुरवण्याचे आदेश दिले आहेत, त्यांच्याकडे केंद्राकडून वाढत्या संख्येने एकत्रित साधनसंपत्ती सोपवली जाण्याच्या क्रियेचे चुकीचे मूल्यमापन आहे, हे दाखवण्याचा प्रयत्न या लेखातून करत आहोत.

खालील तक्त्यात आरोग्य सुविधांसह आरोग्य क्षेत्राच्या विविध घटकांसाठी केंद्र सरकारने केलेली अर्थसंकल्पीय तरतुदींची आकडेवारी दिली आहे. (तक्ता १)

Table 1. Budgetary allocations to Health and some of its determinants			
	Component	RE 2014-15	BE 2015-16
1.	Total Health (Dept of Health and Family Welfare, Dept. of Health Research, Dept of AIDS Control)	31274.00	32068.17
	National Health Mission	17627.82	18295.00
2.	AYUSH	691.00	1214.00
3.	Nutrition	17529.74	8883.56*
4.	Swachh Bharat Abhiyan (Sanitation and Drinking Water)	12107.31	6243.87#
	Grand Total (Health+Nutrition+Water Sanitation)	61602.05	48409.6

: खर्च अर्थसंकल्प, भारत सरकार २०१५-१६

७१०० कोटी रुपयांची अतिरिक्त रक्कम या वर्षीच्या पुरवणी अर्थसंकल्पात मंजूर करण्यात आली असून ही रक्कम जागतिक बँकेच्या सहकार्याने सुरू असलेल्या पुनर्रचित आयसीडीएस योजनेसाठी केलेल्या पाच वर्षांतील १००० कोटी रुपयांच्या अतिरिक्त तरतुदीशिवाय आहे,असे आम्हाला सांगण्यात आले आहे.

तक्त्यातील एकूण रक्कम (पुरवणी तरतूद आणि वर्षातील एसबीएससाठी अधिभार) असे सूचित करते की, २०१५-१६ मधील निधीचे वाटप हे २०१४-१५ मधील सुधारित अंदाजाच्या एकाच स्तरावर आहे. तरीसुद्धा, एकूण अर्थसंकल्पीय अंदाजित आकडेवारी ही केंद्र-राज्य सरकारमधील निधीवाटपाच्या बदललेल्या सूत्राच्या संदर्भात पहायला पाहिजे, ज्यानुसार आता पूर्वीचे ७०:३०/७५-२५ या ऐवजी ६०-४० हे सूत्र असून राज्यांचे योगदान वाढवण्यात आले आहे, ज्याचे प्रतिबिंब वरील आकडेवारीत नाही. उलट, १४ व्या वित्त आयोगाच्या शिफारशी स्वीकारल्याच्या परिणामी सर्व राज्यांना मिळून एकूण १ लाख ७८ हजार कोटी रुपयांची अतिरिक्त रक्कम सुपूर्द केली जाते. केंद्र पुरस्कृत योजनांमध्ये योगदान या नात्याने या रकमेतील काही भाग राज्यांनी उचलायचा आहे. ही रक्कम एकत्रित साधनसंपत्ती म्हणून राज्यांना उपलब्ध असेल, जिचा विनियोग केंद्र सरकारने ठरवून दिलेल्या क्षेत्रापेक्षा राज्यांना आपल्या वैयक्तिक प्राधान्यक्षेत्रांसाठी देता येईल. या एकत्रित साधनसंपत्तीच्या १० टक्के रक्कम जरी आरोग्य व त्याच्या घटकांवर खर्च करण्यात आली-हे अवास्तव गृहितक नाही-तरीही एकूण गणना केल्यावर असे दिसेल की, आरोग्य सुविधांवर परिणाम होईल, अशा क्षेत्रांवरील तरतुदीत कोणतीही कपात केलेली नाही.

यासाठी महत्वाचे हे आहे की, राज्यांनी स्थानिक प्राधान्यानुसार आपल्याकडील एकत्रित निधी आरोग्य व सामाजिक क्षेत्रावर खर्च करावा, यासाठी राज्यांना प्रोत्साहन देण्याचे उपाय योजण्याची गरज आहे. त्यासाठी निधीचा ओघ कमी केलेला नाही तर अधिक स्वायत्तता आणि त्याद्वारे अधिक परिणामकारकता या दृष्टीने निधी सुपूर्द करण्याच्या पद्धतीत सुधारणा

भारताप्रमाणेच उत्पन्नाचा स्तर आणि विकासाचे टप्पे असलेल्या अन्य देशांशी तुलना केली असता असे दिसते की, परिणामांबाबत आमची प्रगती त्यांच्यापेक्षा संथ आहे. उदाहरणार्थ, १९९०पासून २००२ पर्यंत आयएमआर ५० टक्क्यांनी कमी झाला आहे. परंतु याच कालावधीत बांगलादेश (६७ टक्के), नेपाळ (६६ टक्के) आणि कंबोडिया (६० टक्के) या देशांमध्ये घट जास्त आहे. जीडीपीच्या संदर्भात आरोग्यावरील सार्वजनिक खर्चाबाबत भारत आणि बांगलादेश सध्या जीडीपीच्या १.३ टक्के खर्च करतात. मात्र त्यातून बांगलादेशात साध्य झालेल्या परिणामांची गती खूपच जास्त असून तेथे पाच वर्षांच्या आतील मुलांच्या मृत्यूदरात १९९० (१४४) २०१३ मध्ये (४४) ५.४० टक्क्यांची घट झाली आहे तर भारतात दरातील घट ३.८ टक्के आहे, (१९९० मध्ये १२६ वरून २०१३ मध्ये ५३). त्यामुळे खर्चाचे तुलनात्मक स्तर पाहता, भारतातील फलदायी परिणाम संथ असून केवळ अर्थपुरवठ्याचे प्रमाण वाढवल्याने इच्छित परिणाम साध्य करण्याची हमी देता येत नाही, असे संकेत मिळतात. सार्वजनिक वित्तपुरवठ्यात विखंडन कमी करून प्राथमिक व प्रतिबंधक आरोग्य काळजी जास्त भर देण्यासाठी वाटपाची क्षमता वाढवता येते जी आजारांचा बोजा कमी करून सुदृढ लोकसंख्या राखण्याच्या संदर्भात गुंतवणुकीवर सर्वोच्च परतावा मिळवून देण्यासाठी अत्यंत महत्वाची आहे. सार्वजनिक आरोग्य सुविधांना अधिक स्वायत्तता देण्याच्या पद्धतीत सुधारणा व अतिरिक्त निधीची निर्मिती करणे व त्यांनी आवश्यकतेनुसार स्वतःच निधीचे व्यवस्थापन करण्याचा पुढे विकास करणे महत्वाचे आहे. त्याशिवाय, आरोग्यसेवकांना वेतन देताना वितीय सहाय्याचा संबंध परिणामांशी जोडण्याच्या पद्धतीवर विचार करता येईल. सार्वजनिक

करण्यात आली आहे.

सध्याच्या आरोग्यावरील विनियोगाच्या स्तरामुळे मिळालेल्या यशाचे विश्लेषणही करणे तितकेच महत्वाचे आहे. भारताप्रमाणेच उत्पन्नाचा

स्तर आणि विकासाचे टप्पे असलेल्या अन्य देशांशी तुलना केली असता असे दिसते की, परिणामांबाबत आमची प्रगती त्यांच्यापेक्षा संथ आहे. उदाहरणार्थ, १९९०पासून २००२ पर्यंत आयएमआर ५० टक्क्यांनी कमी झाला आहे.परंतु याच कालावधीत बांगलादेश (६७ टक्के), नेपाळ (६६ टक्के) आणि कंबोडिया (६० टक्के) या देशांमध्ये घट जास्त आहे.जीडीपीच्या संदर्भात आरोग्यावरील सार्वजनिक खर्चाबाबत भारत आणि बांगलादेश सध्या जीडीपीच्या १.३ टक्के खर्च करतात. मात्र त्यातून बांगलादेशात साध्य झालेल्या परिणामांची गती खूपच जास्त असून तेथे पाच वर्षांच्या आतील मुलांच्या मृत्यूदरात १९९० (१४४) २०१३ मध्ये (४४) ५.४० टक्क्यांची घट झाली आहे तर भारतात दरातील घट ३.८ टक्के आहे, (१९९० मध्ये १२६ वरून २०१३ मध्ये ५३). त्यामुळे खर्चाचे तुलनात्मक स्तर पाहता, भारतातील फलदायी परिणाम संथ असून केवळ अर्थपुरवठ्याचे प्रमाण वाढवल्याने इच्छित परिणाम साध्य करण्याची हमी देता येत नाही, असे संकेत मिळतात. सार्वजनिक वित्तपुरवठ्यात विखंडन कमी करून प्राथमिक व प्रतिबंधक आरोग्य काळजी जास्त भर देण्यासाठी वाटपाची क्षमता वाढवता येते जी आजारांचा बोजा कमी करून सुदृढ लोकसंख्या राखण्याच्या संदर्भात गुंतवणुकीवर सर्वोच्च परतावा मिळवून देण्यासाठी अत्यंत महत्वाची आहे. सार्वजनिक आरोग्य सुविधांना अधिक स्वायत्तता देण्याच्या पद्धतीत सुधारणा व अतिरिक्त निधीची निर्मिती करणे व त्यांनी आवश्यकतेनुसार स्वतःच निधीचे व्यवस्थापन करण्याचा पुढे विकास करणे महत्वाचे आहे. त्याशिवाय, आरोग्यसेवकांना वेतन देताना वितीय सहाय्याचा संबंध परिणामांशी जोडण्याच्या पद्धतीवर विचार करता येईल. सार्वजनिक

आरोग्याच्या यंत्रणांमध्ये सर्वोच्च प्रेरित भावनेने काम करणारे कर्मचारी नाहीत. एनएसएसओची ताजी आकडेवारी हेच दर्शवते की, सार्वजनिक क्षेत्रात सेवा उपलब्ध असूनही असमाधानकारक दर्जा (४५ टक्के), प्रतीक्षेचा दीर्घकाल (२७ टक्के) आणि रुग्णालयांचे दुर्गम स्थान (९ टक्के) यामुळे आरोग्य सेवांचा म्हणून खासगी रुग्णालयांनाच प्राधान्य देण्यात येते.

सार्वजनिक आरोग्य सेवांसाठी लाईन आयटेम बजेट पद्धतीने देण्यामुळे प्रतिसादात्मकतेवर मर्यादा येते. कर्मचाऱ्यांचे उत्तरदायित्व वाढवण्यासाठी लाभांश वेतन/ कामगिरीशी निगडित लाभांश अशासारखी प्रतिसादात्मक वेतन पद्धती प्रायोगिक तत्वावर वापरली जाऊ शकते आणि सार्वजनिक क्षेत्र व्यवस्थापक व आरोग्य कर्मचाऱ्यांसाठी त्यांच्या कामगिरीचे निदर्शक/सेवेची अधिक चांगली व्याप्ती/ मापनयोग्य आरोग्य परिणाम यावर आधारित मूल्यमापन करता येते. आरोग्य खात्याला कॅपिटेशन पद्धतीने निधी दिल्यास उत्कृष्ट सेवा वितरणासाठी लाभांश लागू केला जातो. उदा. घानाने कॅपिटेशन निधी योजनेखाली राष्ट्रीय आरोग्य विमा योजनेतर्गत २२ टक्के सेवा पुरवण्याचे ठरवले आणि केवळ गंभीर आजाराच्या केसेसमध्ये डीआरजी पद्धतींतर्गत भरपाई देण्यात येते. गुण नियंत्रण आणि ऑडिट अशा मजबूत नियामक व्यवस्थेच्या जोडीला विश्वासाहर्ष माहिती पद्धतीच्या माध्यमातून सेवेच्या कमी अथवा अति तरतुदींवर देखरेख ठेवली जाते. यामुळे आवश्यक सुविधेवर मर्यादा न आणताही घानाला खर्चावर नियंत्रण मिळवण्यासाठी कॅपिटेशन पद्धतीचा वापर करणे शक्य झाले.

तिसरे म्हणजे भारत जीडीपीच्या ४ टक्के खर्च आरोग्यावर करतो, जी एक मोठी रक्कम आहे. मात्र, हे अर्थसहाय्य

विखंडित पद्धतीने केले जाते आणि प्रत्यक्ष सेवेच्या वेळेस प्रामुख्याने 'आऊट ऑफ पॉकेट' खर्च केला जातो, जो प्रमुख चिंतेचा मुद्दा आहे. प्रत्यक्ष आरोग्य सुविधा घेताना या 'आऊट ऑफ पॉकेट'च्या खर्चाच्या विशाल प्रमाणामुळे जो आरोग्यासाठी खासगी अर्थसहाय्याच्या ८६ टक्के आहे, दरवर्षी ३ कोटी ७० लाख लोकांना दारिद्र्यरेषेखाली ढकलले जाते. इतक्या प्रचंड प्रमाणावरील निधीचे रूपांतर अधिक प्रागतिक आणि कार्यक्षम अर्थसहाय्याच्या पद्धतीत करण्यासाठी पैशाचा आगाऊ भ्रणा आणि निधीचा संचय यात इतक्या मोठ्या प्रमाणावरील निधीचे पुनर्गठन आवश्यक आहे.

यामुळे आरोग्यासाठी दिल्या जाणाऱ्या एकूण निधीतील सार्वजनिक निधीचा वाटा वाढवण्याची गरज कमी होत नाही. घरगुती आपत्कालीन आरोग्य खर्च मूलतः नफ्यासाठी दिल्या जाणाऱ्या खासगी आरोग्यसेवेवर होत असतो. 'एनएसएसओ'च्या ताज्या आकडेवारीनुसार, ७२-७९ टक्के बाह्यरुग्ण आणि ५८-६८ टक्के आंतररुग्ण आरोग्यसेवा देण्यासाठी हे क्षेत्र जबाबदार असते. मात्र आरोग्यातील भागधारक या नात्याने सरकारकडून याकडे दुर्लक्ष मोठ्या प्रमाणावर केले जाते तसेच आरोग्य परिणामांसाठी जबाबदारही धरले जात नाही. सरकार प्रमुख कारभारी म्हणून कार्य करत नसल्याचा परिणाम मोठ्या प्रमाणात खासगीरित्या अर्थसहाय्यित आणि वितरित केली जाणारी प्रामुख्याने रोगनिवारक आरोग्य व्यवस्था अस्तित्वात येण्यात झाला आहे.

म्हणून सार्वजनिक अर्थसहाय्यित व वितरित केली जाणारी मजबूत प्राथमिक आरोग्य व्यवस्था उभारण्यासाठी आपल्या प्रयत्नांमध्ये सुधारणा आणण्याचे सरकारचे प्रयत्न सुरूच असले तरीही प्रचंड अशा खासगी क्षेत्राकडे दुर्लक्ष करता येणार

नाही. भारतातील लोकांच्या आरोग्याचा दर्जा सुधारणे आणि इच्छित आरोग्य व विकासाचे उद्दिष्ट साध्य करण्यासाठी साधनसंपत्तीचा कसा फायदा करून घेता येईल, यासाठी योग्य नियमन केलेल्या रचनेत खासगी क्षेत्राला सहभागी करून घेऊन दोघांनाही लाभप्रद होईल, अशा रितीने धोरण विकसित करून त्याच्या चाचणीसह अंमलात आणले पाहिजे. संबंधित राज्यांमध्ये परिणामकारक खर्च आणि त्याचे वाजवी परिणाम साध्य करण्यासाठी काय करावे लागेल, याचा पुरावा उभा करण्यासाठी नाविन्यपूर्ण अर्थसहाय्य आणि वितरण पद्धती एकात्मिक करून प्राधान्याने त्यांची अमलबजावणी करण्यासाठी पथदर्शी अभ्यास व्हायला हवे.

सारांश :

भारतातील सध्याचे आरोग्य परिणाम हे त्यावरील अगदी सध्याच्या खर्चाच्या स्तरावरसुद्धा, खर्चाच्या तुलनेत वाजवी नाहीत, या वास्तवाकडे मोठ्या प्रमाणावर दुर्लक्ष केले जात आहे. मात्र हे वास्तव असले तरीही आरोग्यावरील खर्च हळूहळू वाढवला पाहिजे, हे तथ्य दूर जात नाही, तर आरोग्य परिणामांमधील सुधारणा ही फक्त सार्वजनिक खर्च वाढवण्यावरच एकमेव अवलंबून आहे काय आणि उपलब्ध निधीचा अधिक स्मार्ट पद्धतीने विनियोग करण्यासाठी वाटपातील अकार्यक्षमतेवर विचार करायला नको का, असा प्रश्न उपस्थित करते.

■■■

लेखक भारत सरकारच्या 'नीती आयोगा' चे सल्लागार असून आरोग्य आणि पोषण या सह आणखी काही विषयांचे काम ते पाहत आहेत.
email: alokkumar.up@nic.in

आता सरकारी दवाखाना होतोय जनतेचा !

डॉ. नितीन जाधव



सध्याची आजारी सरकारी आरोग्य व्यवस्था आणखी बळकट होणे गरजेचे आहे याबद्दल कोणालाच शंका नसावी. त्यासाठी महाराष्ट्र सरकार आपल्या परीने प्रयत्नही करीत आहे. पण लोकसहभाग आणि लोकाधारित देखरेखीशिवाय सुधारणा होणे शक्य नाही. लोक जेव्हा एकत्र येऊन आरोग्य सेवेवर देखरेख करू लागतात तेव्हा आरोग्य सेवेमध्ये कशी दमदार सुधारणा होऊ शकते यावर भाष्य करणारा लेख.

सार्वजनिक आरोग्य सेवेतील सुधारणांच्या दृष्टीने लक्षवेधी ठराव्यात

अशा काही घटना सर्वप्रथम आपण पाहू -
घटना-१. ठाणे जिल्ह्यातला डहाणू हा आदिवासी तालुका. त्यामधले गंजाड प्राथमिक आरोग्य केंद्र. दिवस होता जनसुनवाईचा. लांब लांबच्या गावातून लोक आले होते आपले प्रश्न मांडायला. जनसुनवाईला आलेल्या सुभाषने आपला प्रश्न मांडला. काही दिवसांपूर्वीच सुभाषवर गंजाड प्राथमिक आरोग्य केंद्रात क्षयरोगावर उपचार चालू होते. खूप थकव्यामुळे सलाईन लावून घेण्यासाठी तो अॅडमिट झाला होता. सलाईन लाऊन देऊन नर्सबाई बाकीच्या कामाला गेल्या. सलाईन संपले आणि हाताच्या शिरेतून रक्त सलाईनच्या नळीमधून उलटे जायला लागले. रक्त बघून सुभाष चांगलाच घाबरला पण खूप आवाज देऊन सुद्धा कुणी आले नाही. शेवटी आरडाओरडा केल्यावर सफाई कामगार तिथे आला. त्याने नर्सला बोलावून घेतले आणि मग सलाईनची नळी काढली.

हा प्रसंग जनसुनवाईमध्ये सुभाषने मांडून 'माझ्या जागी जर सिरिअस पेशंट असता तर त्याच काय झालं असतं ?' असा प्रश्न उपस्थित केला. त्या जनसुनवाईमध्ये

नर्सबाईनाही बोलावण्यात आले होते. त्यांनी झालेल्या प्रकारची जाहीर माफी मागितली. पण प्राथमिक आरोग्य केंद्रामध्ये नर्सची पदे रिक्त असल्यामुळे असे पुन्हा घडू शकते त्यासाठी कायमस्वरूपी उपाय शोधायला हवा असे लक्षात आल्यावर, या पुढे अशी घटना पुन्हा घडू नये यासाठी प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या प्रत्येक खाटेला साध्या टेबल बेल लावाव्यात असे लोकांनीच सुचवले. त्यानंतर महाराष्ट्रात कुठल्याही प्राथमिक आरोग्य केंद्रात नसेल अशी खणखणणारी टेबल बेल डहाणू तालुक्यातल्या गंजाड प्राथमिक आरोग्य केंद्रात रुग्णांना मिळणाऱ्या प्राधान्याचं प्रतिक ठरली.

घटना-२....दरवर्षी सरकार नवीन आरोग्य केंद्र बांधण्यासाठी निधी देत असते. ही बांधकामे कंत्राटदारामार्फत पूर्ण केली जातात. असंच नंदुरबार जिल्ह्याच्या धडगाव तालुक्यातल्या तेलखेडी प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे बांधकामे चालू होते. बांधकाम करणारा कंत्राटदार निकृष्ट दर्जाची वाळू वापरत असल्याचे लोकांच्या लक्षात आले. या गावातल्या लोकांनी चालू असलेल्या बांधकामावर देखरेख व नियोजन समितीच्या मदतीने लक्ष ठेवायला सुरवात केली. आणि याचा परिणाम लगेच दिसून आला आणि कंत्राटदाराने चांगल्या

प्रतीची वाळू बांधकामासाठी वापरायला सुरवात केली. या लोकांच्या देखरेखीमुळे खूप वर्षे रखडून पडलेले बांधकाम लगेच पूर्ण होण्यास मदत झाली.

घटना-३... एक सरकारी वैद्यकीय अधिकारी लोकांना शेतात किंवा रस्त्यावरच इंजेक्शन देऊन प्रत्येक इंजेक्शनचे २० रुपये घेत असल्याची तक्रार जनसुनवाईमध्ये केली. याचे स्पष्टीकरण अधिकाऱ्याला विचारल्यावर लोकच रस्त्यावर इंजेक्शन मागत असतात म्हणून मी त्यांना तिथेच इंजेक्शन देतो असे त्यांनी सांगितले. पण इंजेक्शनचे पैसे घेण्याबद्दल अधिकाऱ्यांकडे काही स्पष्टीकरण नव्हते. या जनसुनवाईमध्ये लोकांना सलाईन आणि इंजेक्शनचे महत्व (काही विशिष्ट परिस्थितीतच सलाईन आणि इंजेक्शनची गरज असते) समजावून सांगण्यात आले. डॉक्टरांना या सगळ्या गोष्टी माहित असूनही ते लोकांची दिशाभूल करत असल्याचे सगळ्यांच्या लक्षात आणून देण्यात आले. यावर अशाप्रकारे इंजेक्शन न देण्याचे आणि लोकांकडून जास्तीचे पैसे न घेण्याचे आश्वासन डॉक्टरांनी जनसुनवाईमध्ये दिले.

घटना-४... कोणत्याही उपकेंद्रामध्ये आरोग्य कर्मचाऱ्याने निवासी राहणे हे बंधनकारक आहे. पण बऱ्याच ठिकाणी कर्मचारी रहात नसल्याच्या तक्रारी लोकांकडून जनसुनवाईमध्ये येत असतात. निवासी न राहण्याचं एक मुख्य कारण म्हणजे बऱ्याच ठिकाणी निवासी राहण्यासाठी मुलभूत सोयी-सुविधा (लाईट, पाणी, इमारत इत्यादी) नसतात. पण असेही दिसून आले की, सोयी-सुविधा नसताना देखील विशेष करून नर्सबाई राहण्याचा प्रयत्न करतात. अशाच एका जनसुनवाईमध्ये नर्सबाईनी उपकेंद्रात

निवासी राहताना लोक त्रास देतात अशी व्यथा मांडली. त्यामध्ये उपकेंद्र गावाबाहेर असल्यामुळे एकटे राहण्यास भीती वाटते. कधी कधी गावातले लोक दारू पिऊन रात्री-अपरात्री उपचारासाठी येतात. मी इंजेक्शन नाही दिल तर शिब्या पण देतात असे अनेक प्रश्न मांडले. या तक्रारीवर जनसुनवाईमध्ये सविस्तर चर्चा होऊन लोकांनी त्या नर्सबाईना विश्वास दिला की, यापुढे गावातून तुम्हाला कोणी त्रास देणार नाही. जर उपकेंद्रामध्ये राहणे तुम्हाला अवघड जात असेल तर तुमच्या राहण्याची व्यवस्था आम्ही करू. तुम्हाला कोणताही त्रास होणार नाही.

मुळातच लोकांच्या दृष्टीने आरोग्य आणि आरोग्य सेवा हा विषय इतर सामाजिक सेवांपेक्षा दुय्यम आहे. रेशन, पाणी, रोजगार, घर, पेन्शन हे विषय लोकांच्या जवळचे आहेत. दुसरे म्हणजे जसे रेशनिंग दुकान, पाण्याचा पाणवठा इथे लोकांना नियमित जावे लागते तसे सरकारी दवाखान्याचे नाही व्यक्ती जेव्हा आजारी पडतो तेव्हा दवाखान्याची गरज पडते. त्यामुळे आरोग्याच्या योजना राबवताना लोकांच्या सक्रीय सहभागाचा प्रश्न पुढे येतो. आणखीन एक म्हणजे लोकांच्या आरोग्याच्या गरजा आणि सरकार राबवत असलेल्या आरोग्य योजना यांच्यामध्ये तफावत दिसून येते.

या घटना प्रातिनिधिक असून असे अनेक प्रश्न सध्याच्या सरकारी आरोग्य सेवेमधून पुढे आले येत आहेत. मुळात लोकांच्या दृष्टीने खाजगी आरोग्य सेवेपेक्षा सरकारी आरोग्य सेवा अजूनही महत्वाची

वाटते. जरी महाराष्ट्रातली ८० टक्के जनता या घडीला खाजगी आरोग्य सेवेमध्ये उपचार घेण्यासाठी जात असली तरी दुर्गम, आदिवासी, दलित, दुर्बल समाजातले लोक अजूनही सरकारी दवाखान्यात जात आहेत. असे असले तरी सध्याची सरकारी आरोग्य सेवेची परिस्थिती बघता, बऱ्याच वेळा लोकांचा अपेक्षाभंग होतो. सरकारी दवाखान्यात डॉक्टर्स वेळेवर उपलब्ध नसणे, बाहेरून औषधे लिहून दिली जाणे, रुग्णांकडून जास्तीचे पैसे घेतले जाणे, रुग्ण आणि रुग्णाच्या नातेवाईकांना असभ्य वागणूक मिळणे, डॉक्टर्स आणि रुग्णामध्ये विसंवाद असणे, डॉक्टरांना राहण्यासाठी मुलभूत सोयी-सुविधा नसणे, डॉक्टर्स आणि कर्मचाऱ्यांची रिक्त पदे असणे, रुग्णांना संदर्भसेवेसाठी रुग्णवाहिका वेळेवर उपलब्ध न होणे, अशा अनेक कमतरतेमुळे लोकांच्या दृष्टीने सरकारी दवाखाना आपला वाटत नाही. २००५ सालापासून केंद्र सरकारने राष्ट्रीय आरोग्य अभियान राबवून सरकारी आरोग्य व्यवस्थेमध्ये नवसंजीवनी देण्याचा प्रयत्न सुरु केला. त्यामुळे सरकारी दवाखान्याचा चेहरामोहरा बदलत असून महिला आणि बाल आरोग्य सेवेमध्ये लसीकरण, सरकारी दवाखान्यातील प्रसुतीच्या प्रमाणामध्ये वाढ, ओपीडी आणि आयपीडीच्या प्रमाणामध्ये वाढ होत असल्याचे दिसून येत आहे.

सरकारी धोरणे/योजना कागदावर चांगल्या पण अंमलबजावणीचे काय ?

आपण बरेच वेळा ऐकतो/बोलतो की, सरकारने जाहीर केलेली धोरणे आणि त्यातून पुढे येणाऱ्या योजना कागदावर खूप चांगल्या असतात पण त्याची अंमलबजावणी योग्य पद्धतीने होत नाही. अंमलबजावणी योग्य पद्धतीने न होण्याची वेगवेगळी कारणे शोधायची

म्हटले तर एक महत्वाचे कारण म्हणजे अंमलबजावणी करणाऱ्या यंत्रणेचा धोरण/योजनेकडे बघण्याचा दृष्टीकोन, मानसिकता, क्षमता, कार्यपद्धती, अंमलबजावणीच्या मूल्यमापनाची यंत्रणा इत्यादी बाबींमध्ये असलेल्या कमतरता. याचे साधे उदाहरण द्यायचं म्हटल तर धोरण ठरवताना कार्यक्षेत्रामध्ये प्रत्यक्ष अंमलबजावणी करणाऱ्या अधिकारी-कर्मचारी यांचा किती सहभाग असतो? अंमलबजावणीसाठी राज्य पातळीवरून देण्यात आलेले आदेश प्रत्यक्ष ठिकाणी काम करणारे अधिकारी-कर्मचारी यांच्यापर्यंत वेळेत पोचतात का? पोचले तर आदेशाप्रमाणे अंमलबजावणी करण्यात आली की नाही याची पडताळणी कशी केली जाते? असे अनेक प्रश्न उपस्थित होतात. हे झाले शासनाच्या पातळीवर.

लोकांच्या पातळीवरही अंमलबजावणी संदर्भात कमतरता दिसून येतात. मुळातच लोकांच्या दृष्टीने आरोग्य आणि आरोग्य सेवा हा विषय इतर सामाजिक सेवांपेक्षा दुय्यम आहे. रेशन, पाणी, रोजगार, घर, पेन्शन हे विषय लोकांच्या जवळचे आहेत. दुसरे म्हणजे जसे रेशनिंग दुकान, पाण्याचा पाणवठा या ठिकाणी लोकांना नियमित जावे लागते तसे सरकारी दवाखान्याचे नाही. व्यक्ती जेव्हा आजारी पडतो तेव्हा दवाखान्याची गरज पडते. त्यामुळे आरोग्याच्या योजना राबवताना लोकांच्या सक्रीय सहभागाचा प्रश्न पुढे येतो. आणखीन एक म्हणजे लोकांच्या आरोग्याच्या गरजा आणि सरकार राबवत असलेल्या आरोग्य योजना यांच्यामध्ये तफावत दिसून येते. त्याचबरोबर आरोग्याचा संबंध इतर सामाजिक घटकांशी जोडलेला असल्यामुळे आरोग्याचे प्रश्न सोडवताना

बाकीच्या सामाजिक सेवांवरसुद्धा काम होणे अपेक्षित आहे.

आरोग्य यंत्रणा लोकांसाठी खरेच उत्तरदायी आहे का ?

सर्वात महत्वाचा मुद्दा जो शासकीय यंत्रणा आणि लोक या एकमेकांसाठी महत्वाचा आहे तो म्हणजे शासकीय यंत्रणा लोकांप्रती किती उत्तरदायी-संवेदनशील आहे? तसेच लोकांना सरकारी दवाखाना किती हक्काचा वाटतो? सध्या तरी या दोन्हीमध्ये व्यस्त प्रमाण आहे. शासनाला वाटते की, लोकांना कितीही समजावून सांगितलं तरी कळत नाही. त्यांना सगळ्या गोष्टी फुकट हव्या असतात. त्या फुकट मिळतात म्हणून त्याचे त्यांना महत्त्व नसते. दुसऱ्या बाजूला सरकारी दवाखाना हा सरकारचा आहे. दवाखान्यातले डॉक्टर्स-स्टाफ हे देव असून त्यांच्या विरुद्ध काही बोलले तर ते आपल्याला सेवा देणार नाहीत. त्यामुळे जे मिळते ते पदरात पाडून घ्यायला हवे., अशी भावना लोकांमध्ये असते.

त्यामुळे दोन टोकाची मते असलेल्या घटकांपुढे कोणती योजना येते तेव्हा ती योजना प्रभावीपणे राबवली जात आहे की नाही याचे मोजमाप करण्याच्या पद्धती सुद्धा टोकाच्या आहेत. शासन स्वतःच्या स्तरावर कोणत्याही योजनेचे मूल्यमापन करताना मुख्य करून दोन पद्धती वापरते. पहिली पद्धत म्हणजे एखाद्या स्वायत्त संशोधन संस्थेकडून मूल्यमापन करून घेणे. दुसरी पद्धत म्हणजे यंत्रणेतील विविध स्तरावरील अधिकारी-कर्मचारी आपल्या कामाचा अहवाल वरच्या स्तरावर नियमित पाठवतात; त्या अहवालावरून योजनेच्या अंमलबजावणीचे मूल्यमापन केले जाते. या दोन्हीही पद्धतीमध्ये प्रत्यक्ष लोकांकडून प्रतिक्रिया घेण्यासाठी खूप कमी वाव आहे.

तस पाहिलं तर सध्या तरी लोकांच्या पातळीवर सरकारच्या धोरण/योजनेचे मूल्यमापन करण्यासाठी कोणतीही यंत्रणा अस्तित्वात नाही. लोक त्याचं मत फक्त मतदानाच्या माध्यमातून व्यक्त करत असतात. पण महाराष्ट्रात लोक आणि आरोग्य यंत्रणा यांच्यामध्ये संवाद साधण्याचा प्रयत्न एका नाविन्यपूर्ण प्रक्रियेतून केला जात आहे. ती प्रक्रिया म्हणजे आरोग्य सेवांवर लोकाधारित देखरेख व नियोजन प्रक्रिया. महाराष्ट्रामध्ये २००७ सालापासून ही प्रक्रिया राष्ट्रीय आरोग्य मिशन अंतर्गत राबविली जात असून सध्या महाराष्ट्रातल्या एकूण १४ जिल्ह्यातील ३१ तालुक्यांमधील १४० प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये आणि ८७० गावांमध्ये राबवली जात आहे. ही प्रक्रिया राबवण्यासाठी महाराष्ट्रातील साधारण २३ स्वयंसेवी संस्था-संघटनांचे जाळे उभारण्यात आले आहे. या प्रक्रियेचा मुख्य गाभा म्हणजे जे लोक आरोग्य सेवा घेत आहेत त्यांनीच सरकारी दवाखान्यात आलेल्या स्वतःच्या अनुभवाच्या आधारे आरोग्य सेवेचे मूल्यमापन करणे. त्यापुढे जाऊन सध्याच्या यंत्रणेत रुग्णाच्या दृष्टीने नक्की काय कमतरता असून त्या सुधारण्यासाठी काय उपाय करायला हवेत हे मांडण्यासाठी लोकांना जागा उपलब्ध असणे.

महाराष्ट्रात लोकाधारित देखरेख व नियोजन प्रक्रिया कशी राबवली जाते ?

ही गाव, प्राथमिक आरोग्य केंद्र, तालुका पातळीवर ग्रामीण रुग्णालय, जिल्हा आणि राज्य पातळीवर राबवली जात असून आरोग्य यंत्रणेचे अधिकारी-कर्मचारी, लोकप्रतिनिधी आणि स्वयंसेवी संस्था-संघटनांचे कार्यकर्ते/सामाजिक बांधिलकी असलेले लोक या तीन घटकांच्या पायावर ही प्रक्रिया उभी आहे.

लोकाधारित देखरेखीतील महत्वाच्या प्रक्रिया पुढीलप्रमाणे-

१. हक्काधारित दृष्टीकोनातून लोकांची जाणीवजागृती- आरोग्य क्षेत्रात जाणीवजागृतीचे एक वेगळे महत्त्व आहे. लोकांना निरोगी राहण्यासाठी नेहमीच सांगितले जाते. पण लोकाधारित देखरेखीमध्ये जनजागृती करताना सरकारने कोणत्या योजना जाहीर केल्या आहेत याची माहिती देऊन आरोग्य सेवा आपला अधिकार आहे, तो मिळत नसेल तर आपण मागायला हवा, अशी माहिती लोकांना दिली जाते. यासाठी आरोग्य यात्रा, आरोग्य जागृती दिवस, गावामध्ये भिंती रंगवणे इत्यादी माध्यमातून जनजागृती करण्यात आली.

२. देखरेख व नियोजन समित्यांची स्थापना व प्रशिक्षण- गाव पातळीवर राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत स्थापण्यात आलेल्या गाव आरोग्य, स्वच्छता, पोषण आणि पाणी पुरवठा समितीचा विस्तार केला जाऊन या समितीमध्ये गावातील दलित, दुर्बल, वंचित समाजातील प्रतिनिधींचा समावेश केला गेला. यासाठी गावांमध्ये बैठका घेण्यात आल्या आणि शेवटी लोकांनी सुचवलेल्या प्रतिनिधींची निवड ग्रामसभेमध्ये निश्चित करण्यात आली. प्राथमिक आरोग्य, ग्रामीण रुग्णालय, जिल्हा आणि राज्य पातळीवर शासनाच्या परिपत्रकानुसार लोकप्रतिनिधी, आरोग्य अधिकारी-कर्मचारी आणि स्वयंसेवी संस्था-संघटनेच्या प्रतिनिधींचा समावेश असलेल्या देखरेख व नियोजन समित्या स्थापन करण्यात आल्या. या समित्यांचे वेगळेपण म्हणजे खालच्या पातळीवरील समितीतील काही सदस्य वरच्या पातळीवर घेण्यात आले आहेत. जेणेकरून गावपातळीवरील आरोग्याचे प्रश्न राज्य पातळीवर मांडण्यासाठी या समित्यांच्या

साखळीचा उपयोग करता आला. या सर्व समित्यांना देखरेख व आरोग्य हक्क म्हणजे काय?, देखरेख कशी करायची? या सगळ्यावर प्रशिक्षणही देण्यात आले.

३. लोकांचे आरोग्य सेवेबद्दलचे अनुभव व मत जाणून घेण्यासाठी आरोग्य प्रगतीपत्रकाचा अवलंब- जसे लहान मुलांचे प्रगतीपुस्तक असते तसे प्रत्येक गावाचे आणि सरकारी दवाखान्याचे प्रगतीपत्रक तयार केले गेले. त्यामधून वेगवेगळ्या पातळ्यांवर मिळणाऱ्या आरोग्य सेवांबद्दल लोकांचा काय अनुभव आहे? याची माहिती गोळा केली जात आहे. त्यासाठी प्रश्नावली तयार करण्यात आल्या. ही



माहिती गोळा करताना लोकांबरोबर बैठका, लाभ घेणाऱ्या रुग्णांच्या मुलाखती, प्रत्यक्ष सरकारी दवाखान्यात जाऊन औषधे, स्वच्छता, डॉक्टर्स-कर्मचारी यांची उपस्थिती या सगळ्याची पाहणी देखरेख व नियोजन समित्या करत आहेत. आलेल्या माहितीच्या आधारे एकूण सरकारी दवाखान्यात मिळणाऱ्या आरोग्य सेवांची परिस्थितीची गोळा बेरीज करून प्रगतीपत्रकाच्या रूपाने प्रत्येक सरकारी दवाखान्यात लावण्यात येत आहेत. या माहितीतून पुढे आलेले

आरोग्यसेवेचे प्रश्न देखरेख व नियोजन समितीच्या बैठकांमध्ये चर्चिते जात असून त्याचा उपयोग स्थानिक पातळीवर प्रश्न सुटण्यास होत आहे. न सुटलेले मुद्दे वरच्या पातळीवरील समित्यांमध्ये चर्चिते जात आहेत.

४. जाहीर जनसुनवाई/जनसंवाद- प्रत्यक्ष लोक आणि आरोग्य अधिकारी-कर्मचारी यांच्यामध्ये जाहीर संवादाचे एक प्रभावी माध्यम म्हणजे जनसुनवाई. हा जाहीर कार्यक्रम प्राथमिक आरोग्य केंद्र, तालुका आणि जिल्हा पातळीवर वर्षातून एकदा आयोजित केला जात आहे. या संवादामध्ये गावातून मोठ्या संख्येने

लोक, संस्था-संघटना, आरोग्य अधिकारी, सामाजिक क्षेत्रातील मान्यवर मंडळी उपस्थित असतात. लोक आपले प्रश्न थेट आरोग्य अधिकारी-कर्मचारी यांच्यापुढे मांडतात आणि आरोग्य अधिकाऱ्यांना त्याचे स्पष्टीकरण द्यावे लागते. महाराष्ट्रात देखरेख प्रकीयेमधून आतापर्यंत साधारण ५०० आरोग्य जनसुनावण्या घेण्यात आल्या आहेत.

५. लोकाधारित देखरेखीतून लोकाधारित नियोजनाकडे वाटचाल- देखरेखी मधून पुढे आलेले प्रश्न

सोडवण्यासाठी काही प्रमाणात निधीची गरज असल्याचे पुढे आले. त्यामुळे राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत प्रत्येक सरकारी दवाखान्याला मिळणाऱ्या रुग्ण कल्याण निधीचे नियोजन करण्यामध्ये लोकांनी सक्रीय सहभाग घेतला. त्यामुळे सरकारी दवाखान्यात रुग्णांना बसण्यासाठीची व्यवस्था, पिण्याचे पाणी, जेवण, राहण्याची सोय अशा अनेक गोष्टींची तरतूद या निधीमधून केली जात आहे. त्यामुळे लोक पैशाच्या नियोजनामध्ये देखील सक्रीय सहभागी होऊ शकतात हे पुढे आले. नियोजनाचा पुढचा टप्पा म्हणून आंध्रप्रदेशमध्ये नरेगा या सामाजिक सेवेवर होत असलेल्या सोशल ऑडीट या प्रक्रियेच्या आधारावर सध्या महाराष्ट्रामध्ये रुग्ण कल्याण समितीच्या निधीचे लोकसहभागी अंकेक्षण व नियोजन ही प्रक्रिया राबविली जात आहे.

लोकांच्या देखरेखीमुळे आरोग्य सेवांमध्ये ठोस सुधारणा-

या लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेमुळे लोकांमध्ये आरोग्य हक्काची जाणीव होत असून लोक आता प्रश्न विचारायला लागले आहेत. लोक आता सरकारी दवाखान्यात जाऊ लागले आहेत. या प्रक्रियेच्या परिणामी आरोग्य सेवांमध्ये सातत्याने सुधारणा होत असल्याचे दिसून येत आहे. आकडेवारीत बोलायचे म्हटले तर, लोकाधारित देखरेख प्रक्रिया सुरु असलेल्या साधारण ४० प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि देखरेख प्रक्रिया सुरु नसलेल्या ४० प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचा तुलनात्मक अभ्यास करण्यात आला. हा अभ्यास करताना या दोन्ही भागातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये मनुष्यबळ व सोयी-सुविधांमध्ये काहीही फरक नसलेले सरकारी दवाखाने निवडण्यात आले होते. अशा दोन्ही भागातील सरकारी

दवाखान्याचे तुलनात्मक विश्लेषण केले असता लोकाधारित देखरेख सुरु असलेल्या भागांमधील आरोग्य सेवांची स्थिती देखरेख प्रक्रिया सुरु नसलेल्या भागातील प्राथमिक आरोग्यांपेक्षा चांगली आहे.

- त्यामध्ये लोकांच्या म्हणण्यानुसार, देखरेख सुरु असलेल्या एकूण ४० प्राथमिक आरोग्य केंद्रांपैकी ३५ टक्के केंद्रांमध्ये बाळंतपणासाठी मिळणाऱ्या आरोग्य सेवांची परिस्थिती चांगली असून देखरेख प्रक्रिया राबवली जात नसलेल्या ४० प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये याचे प्रमाण फक्त २७.५ टक्के असल्याचे दिसून आले.

- देखरेख प्रक्रियेतील प्राथमिक आरोग्य केंद्रात रुग्णांचे अॅडमिट व्हायचे प्रमाण ७० टक्के असून प्रक्रिया सुरु नसलेल्या सरकारी दवाखान्यात त्याचे प्रमाण ४५ टक्के आहे.

-प्राथमिक आरोग्य केंद्रात रक्त, लघवी आणि थुंकी तपासणीच्या सेवेची परिस्थिती देखरेख प्रक्रिया सुरु नसलेल्या भागांमध्ये फक्त ७.५ टक्क्यांनी चांगली असून देखरेख प्रक्रियेच्या भागांमध्ये हेच प्रमाण ७२.५ टक्के इतके आहे.

-लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेतील प्राथमिक आरोग्य केंद्रात रुग्णांना दिल्या जाणाऱ्या संदर्भसेवेचे प्रमाण ८० टक्के असून प्रक्रिया सुरु नसलेल्या भागांमध्ये त्याचे प्रमाण ५५ टक्के आहे.

यावरून असे दिसून येते की, जरी सरकारने पुरवलेले मनुष्यबळ आणि सोयी-सुविधा या दोन्ही भागात समान असल्या तरी जिथे लोकसहभाग आणि लोकांद्वारा देखरेख केली जात आहे तिथे आरोग्य सेवांमध्ये ठोस सुधारणा होताना दिसत आहे.

लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेमधील

आव्हाने-

१.देखरेख प्रक्रियेमुळे स्थानिक पातळीवरील आरोग्य सेवांमध्ये लक्षणीय सुधारणा दिसून येते पण धोरणात्मक पातळीवरील प्रश्न जसे की रिक्त पदे, औषधांची नियमित उपलब्धता, लोकसंख्येनुसार सरकारी दवाखान्याची संख्या इत्यादी हे लोकाधारित देखरेखीमधून खूपच कमी प्रमाणात सुटू शकले आहेत.

२.लोकाधारित देखरेख प्रक्रिया सध्या महाराष्ट्रातील १४ जिल्ह्यांमध्ये सुरु असून या प्रक्रियेचा विस्तार होऊन ती महाराष्ट्रातील सर्व जिल्ह्यांमध्ये राबवली गेली पाहिजे. त्यासाठी राज्य सरकारची इच्छाशक्ती खूप महत्वाची आहे.

३. सध्या देखरेख प्रक्रिया आरोग्य सेवांवर सुरु असून ही प्रक्रिया इतर सामाजिक सेवा (शिक्षण, रोजगार, पेन्शन, अन्न सुरक्षा, पाणी इत्यादी) मध्ये देखील राबवायला हवी. याचीच सुरवात म्हणून महाराष्ट्रामध्ये पोषण हक्कावर (एकात्मिक बाल विकास कार्यक्रम) लोकाधारित देखरेख व कृती प्रक्रिया महिला आणि बाल कल्याण विभागामार्फत सुरु करण्यात आली आहे.

■■■

लेखक राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत सुरु असलेल्या आरोग्यसेवांवर लोकाधारित देखरेख व नियोजन प्रक्रियेचे राज्य समन्वयक असून पुण्यातील 'साथी'या सामाजिक संस्थेमध्ये कार्यरत आहेत.

email: docnitinjadhav@gmail.com

राष्ट्रीय आरोग्य धोरणातील उत्क्रांती

जे. व्ही. आर. प्रसाद राव



2000 सालातली सहस्रकाची घोषणा आणि त्याअंतर्गत जागतिक स्तरावर ठरवण्यात आलेले आरोग्याशी निगडीत असंख्य सहस्रक विकास उद्दिष्टे यातून प्रेरणा घेत 2002 मध्ये नवीन राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाची आखणी करण्यात आली. राष्ट्रीय आरोग्य धोरण, 2002 मध्ये सर्वांसाठी आरोग्य हे ध्येय साध्य करण्यातल्या अडचणी स्पष्टपणे जाणून घेण्यात आल्या आणि त्यानुसार लोकांचे जीवनमान उंचावण्यासाठी अधिकाधिक वास्तवदर्शी दृष्टिकोन अंगिकारण्यात आला.

राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाचा २०१४ सालचा मसुदा हा गेल्या सहा दशकांतील तिसऱ्या क्रमांकाचा मसुदा असेल. “२००० पर्यंत सर्वांसाठी आरोग्य” या वैश्विक दृष्टिकोनातून अल्मा अता येथे करण्यात आलेल्या घोषणेनंतर १९८३ मध्ये राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाची आखणी करण्यात आली. त्यात पायाभूत सुविधांचा विकास, प्राथमिक आरोग्य देखभाल आणि आरोग्य क्षेत्रात तज्ज्ञ व प्रशिक्षित व्यक्तींचा विकास या त्रिसूत्रीवर भर देण्यात आला. परंतु उद्दिष्ट साध्य करण्यासाठी लागणारे स्रोत नेमके कोणते याचा त्यात फारसा विचार न झाल्याने हे धोरण निव्वळ व्हिजन डॉक्युमेंटच ठरले. आणि २००० सालापर्यंत देश ‘सर्वांसाठी आरोग्य’ या ध्येयपूर्तीच्या आसपासही पोचला नव्हता.

२००० सालातली सहस्रकाची घोषणा आणि त्याअंतर्गत जागतिक स्तरावर ठरवण्यात आलेले आरोग्याशी निगडीत असंख्य सहस्रक विकास उद्दिष्टे यातून प्रेरणा घेत २००२ मध्ये नवीन राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाची आखणी करण्यात आली. राष्ट्रीय आरोग्य धोरण, २००२ मध्ये सर्वांसाठी आरोग्य हे ध्येय साध्य करण्यातल्या अडचणी स्पष्टपणे जाणून घेण्यात आल्या आणि त्यानुसार

लोकांचे जीवनमान उंचावण्यासाठी अधिकाधिक वास्तवदर्शी दृष्टिकोन अंगिकारण्यात आला. लोकांचे जीवनमान उंचावण्याचे लक्ष्य साध्य करण्यातील उपअनुकूलित स्रोतांची कमतरता हा प्रमुख अडसर असल्याचे यातून लक्षात आले. त्यात असे सुचवण्यात आले होते की, १० वर्षांच्या कालावधीदरम्यान आरोग्य देखभालीवरील खर्च राष्ट्रीय सकल उत्पन्नाच्या एक टक्क्यावरून दोन टक्क्यांपर्यंत वाढवला जावा. प्राथमिक आरोग्य देखभालीवर त्यात भर देण्यात आला होता तसेच प्राथमिक आरोग्य देखभालीवर किमान ५० टक्के खर्च केला जावा, अशी शिफारसही त्यात करण्यात आली होती. प्रथमच पुढील दहा वर्षांत आरोग्य क्षेत्रातील कोणती उद्दिष्टे गाठायची आहेत, याचे स्पष्ट चित्र त्यात मांडण्यात आले होते.

आरोग्य क्षेत्रावरील खर्चात वाढ करण्याची शिफारस करूनही पुढील दहा वर्षे आरोग्य क्षेत्रावरील खर्चाची टक्केवारी राष्ट्रीय सकल उत्पन्नाच्या फक्त एक टक्केच राहिली. नाही म्हणायला धोरणानुसार रोगनियंत्रण आणि माता व बाल आरोग्य या क्षेत्रातील काही उद्दिष्टे साध्य करण्यात काही प्रमाणात यश आले, मात्र असंसर्ग आजारांचे नियंत्रण,

गरिबांना आरोग्य देखभालीशी संबंधित सेवा सहजगत्या उपलब्ध होणे आणि देशातील आरोग्य तज्ज्ञांची टंचाई दूर करणे आदी उद्दिष्टे गाठण्यात राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाला म्हणावे तितकेसे यश मिळाले नाही.

२०१४ सालचा नवा राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाचा मसुदा अनेकार्थानी वेगळा आहे. या धोरणाबाबत सरकारने पारदर्शी धोरण राबवले आहे. म्हणजे सामान्य नागरिक तसेच तज्ज्ञांकडून अधिकाधिक सूचना याव्यात यासाठी धोरणाचा मसुदा 'पब्लिक डोमेन'मध्ये अपलोड करण्यात आला आहे. अनेकार्थानी आरोग्य क्षेत्रात बदल होतील, अशी शक्यता या मसुद्यात गृहीत धरण्यात आली आहे. महत्त्वाचे म्हणजे आरोग्य देखभालीचा खर्च दिवसेंदिवस वाढत असल्याचे आणि गरिबीत या घटकाचा मोठा समावेश आहे, असे या धोरण मसुद्यात गृहीत धरण्यात आले आहे. धोरणात म्हटलंय की, "औषधांच्या वाढत्या किमतींमुळे वैद्यकीय खर्चात सातत्याने वाढ होत आहे, अशा परिस्थितीत एखाद्या कुटुंबाचे उत्पन्न कमी होऊ शकते. हे रोखले जाऊ शकते आणि उत्पन्नात वाढ होऊ शकते व प्रत्येक सरकारी योजनेचे उद्दिष्ट गरिबीचे उच्चाटन हेच असते." त्यात असेही नमूद करण्यात आले आहे की, अनेक कुटुंबांना/घरांना (२००४-२००५ मधील १५ टक्क्यांच्या तुलनेत २०११-१२ मध्ये १८ टक्के) आरोग्यावर प्रचंड खर्च करावा लागला. त्यात असेही म्हटले आहे की, सर्व्हिस डिलिव्हरीत झालेली वाढ निवडक प्रजोत्पादन आणि बाल आरोग्य सेवांशी निगडित होती आणि राष्ट्रीय रोगनियंत्रण कार्यक्रमाशीही संलग्न होती. तसेच सामान्य जनांच्या आरोग्याचे संवर्धन

व्हावे यासाठी लागणाऱ्या द्रष्टेपणाचा त्यात अभाव होता. मसुदा धोरणात संसर्गजन्य आजार आणि मातृत्व व बाळाच्या जन्मानंतरचे आजार ते असंसर्गजन्य आजार व दुखापती यांच्यावर जास्त भर देण्यात आला. त्यातून दोन्ही गोष्टींचा समन्वय साधण्याचा हेतू होता.

देशातील आरोग्य यंत्रणांमध्ये सुधारणा घडवून आणत त्यात समानता, वैश्विकता व सर्वसमावेशक भागीदारी यांचा समावेश करून त्याला अधिकाधिक सुस्पष्ट व सबळ धोरण बनवणे हे नव्या राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाच्या मसुद्याचे

देशातील आरोग्य यंत्रणांमध्ये सुधारणा घडवून आणत त्यात समानता, वैश्विकता व सर्वसमावेशक भागीदारी यांचा समावेश करून त्याला अधिकाधिक सुस्पष्ट व सबळ धोरण बनवणे हे नव्या राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाच्या मसुद्याचे प्राथमिक उद्दिष्ट आहे. तथापि, व्हिजन डॉक्युमेंट आणि राष्ट्रीय धोरण यांच्यात काही मूलभूत फरक आहे. राष्ट्रीय धोरणाचे उद्दिष्ट निकालकेंद्रीत आहे आणि त्यासाठी लागणाऱ्या स्रोतांबाबत सुस्पष्ट धोरणावर त्यात भर देण्यात आला आहे.

प्राथमिक उद्दिष्ट आहे.

तथापि, व्हिजन डॉक्युमेंट आणि राष्ट्रीय धोरण यांच्यात काही मूलभूत फरक आहे. राष्ट्रीय धोरणाचे उद्दिष्ट निकालकेंद्रीत आहे आणि त्यासाठी लागणाऱ्या स्रोतांबाबत सुस्पष्ट धोरणावर त्यात भर देण्यात आला आहे. सरकारला त्यांच्या नियामक आणि विकासात्मक भूमिकेत नेमके काय करायचे आहे, यावर

त्यात भर दिला जाणे अपेक्षित आहे.

विद्यमान मसुद्यातील उद्दिष्टे व्हिजन डॉक्युमेंटसारखे प्रेरक आहेत. त्यांचे परिवर्तन धोरणात होणे गरजेचे आहे ज्यात गाठवयाचे लक्ष्य व तत्संबंधित उद्दिष्टे यांची सांगड घालून त्यासाठीची कालमर्यादा निश्चित करणे गरजेचे आहे, त्यात त्यावर भर दिला जावा आणि त्यासाठी लागणाऱ्या स्रोतांचा शोध घेतला जावा आणि तांत्रिक बाबींचाही विचार केला जाणे गरजेचे आहे.

धोरणाचे उद्दिष्ट १० ते १५ वर्षे कालावधीसाठीचे असावे आणि सप्टेंबर, २०१५ मध्ये संयुक्त राष्ट्रांच्या आमसभेत इतर देशांबरोबरच भारतानेही स्वीकारलेल्या सर्वसमावेशक आरोग्य विकासाचे उद्दिष्ट (एसडीजी ३) या उद्दिष्टपूर्तीच्या दिशेने जाणारे असावे. २०३० पर्यंत आरोग्यविषयक धोरणांतील उद्दिष्टांची पूर्तता व्हावी या दृष्टिकोनातून एसडीजी ३ची स्वीकृती व्हावी. समानता या मूळ उद्दिष्टावर त्यात जास्तीत जास्त भर देण्यात यावा. "कोणीही मागे राहणार नाही" या जागतिक स्तरावरील उद्दिष्टाचे प्रतिबिंब राष्ट्रीय आरोग्य धोरण आखताना त्यात पडावे, ही सदिच्छा आहे.

२००२ मध्ये राबवण्यात आलेल्या पहिल्या राष्ट्रीय आरोग्य धोरणात प्रथमच राष्ट्रीय सकल उत्पादनाच्या (जीडीपी) टक्केवारीच्या किमान पातळीपर्यंत तरी पोहोचता आले पाहिजे, असे उद्दिष्ट ठरवण्यात आले होते. त्या उद्दिष्टांची पूर्तता करण्याचे ठरवले असते तर नागरिकांच्या आरोग्याच्या बाबतीतील भारताची तुलना ब्राझील आणि श्रीलंका या देशांशी झाली असती, हे देश त्यांच्या राष्ट्रीय सकल उत्पन्नाच्या दोन टक्के रक्कम नागरिकांच्या आरोग्यावर खर्च करतात. विद्यमान

धोरणात हा असमतोल कमी करण्याची सुवर्णसंधी आहे. वस्तुतः धोरणात राष्ट्रीय सकल उत्पादनाच्या अडीच टक्के रक्कम नागरिकांच्या आरोग्यावर खर्च करण्याचे उद्दिष्ट ठेवण्यात आले आहे परंतु त्यासाठी निश्चित कालमर्यादा आखण्यात आलेली नाही. राज्य सरकारांनाही त्यांच्या राज्याच्या एकंदर खर्चातील ठरावीक रक्कम आरोग्यावर खर्च करण्याचे उद्दिष्ट ठरवून दिले जाणे महत्त्वाचे आहे. विकसित अर्थव्यवस्थांमध्ये आणि श्रीलंकेसारख्या आपल्या शेजारच्या देशात तसेच केरळ राज्यातही आरोग्यावरील खर्च किमान ११ टक्के तरी असावा, असे उद्दिष्ट आहे.

परिणामकारक आरोग्य धोरणासाठी आरोग्यसेवांची उपलब्धता व त्यांची व्याप्ती वाढावी यासाठी पोषक वातावरण तयार करणे या महत्त्वाच्या घटकांवर भर दिला जाणे गरजेचे आहे व त्यासाठी वेगवान सरकारी यंत्रणा आणि कायद्याच्या चौकटी यांची निर्मिती होणे आवश्यक आहे.

राज्यघटनेत, आरोग्य हा राज्यांच्या सूचीतील विषय आहे. परंतु केंद्र सरकारलाही विविध रोगांचे नियंत्रण व उच्चाटन कार्यक्रम व स्थिर लोकसंख्या ठेवण्यासाठी कार्यक्रम राबवणे यांसाठी तितकेच जबाबदार धरण्यात आले आहे. केंद्र व राज्य सरकारांच्या जबाबदाऱ्या अधिकाधिक सुस्पष्टपणे वेगवेगळ्या केल्या जाणे अत्यावश्यक असून सर्वोत्तम कामगिरीसाठी सुस्पष्ट धोरण आखले जाणेही गरजेचे आहे. केंद्र सरकार राज्यांना सामाजिक क्षेत्रातील कार्यक्रम राबवण्यासाठी अधिकाधिक प्रोत्साहन देत असताना राज्य सरकारांनी नागरिकांना आरोग्य सेवांचा जास्तीत जास्त लाभ देणे गरजेचे ठरते, ती त्यांची नैतिक जबाबदारी

ठरते. त्यामुळे यात राज्य सरकारांचा वाटा मोलाचाच हवा. परंतु अद्याप तसे होताना दिसत नाही आणि अजूनही हे नीटपणे समजून घेतले गेलेले नाही. वेगवेगळ्या राज्यांतील नागरिकांच्या आरोग्याची स्थिती ही त्या त्या राज्यातील सरकारांनी आरोग्य क्षेत्रातील सेवा पुरवण्याच्या त्यांच्या कामगिरीचे द्योतक आहेत. 'एसडीजी ३' मध्ये भर देण्यात आल्याप्रमाणे आरोग्यावरील खर्च, त्यासाठीची उद्दिष्टे,

राज्यघटनेत, आरोग्य हा राज्यांच्या सूचीतील विषय आहे परंतु केंद्र सरकारलाही विविध रोगांचे नियंत्रण व उच्चाटन कार्यक्रम व स्थिर लोकसंख्या ठेवण्यासाठी कार्यक्रम राबवणे यांसाठी तितकेच जबाबदार धरण्यात आले आहे. केंद्र व राज्य सरकारांच्या जबाबदाऱ्या अधिकाधिक सुस्पष्टपणे वेगवेगळ्या केल्या जाणे अत्यावश्यक असून सर्वोत्तम कामगिरीसाठी सुस्पष्ट धोरण आखले जाणेही गरजेचे आहे. केंद्र सरकार राज्यांना सामाजिक क्षेत्रातील कार्यक्रम राबवण्यासाठी अधिकाधिक प्रोत्साहन देत असताना राज्य सरकारांनी नागरिकांना आरोग्य सेवांचा जास्तीत जास्त लाभ देणे गरजेचे ठरते, ती त्यांची नैतिक जबाबदारी ठरते.

त्यांची पूर्तता, आरोग्य सेवांचा दर्जा वगैरे यांसाठी काही ठरावीक असे ठोकताळे आखण्यात आले आणि त्यानुसार राज्य सरकारांची जबाबदारी निश्चित करण्यात आली तर विद्यमान आरोग्य धोरण हे नक्कीच नवा पायंडा पाडणारे ठरेल.

अगदी कनिष्ठ पातळीपर्यंत

परिणामकारकरित्या आरोग्य सेवांची पूर्तता होण्यासाठी विकेंद्रीकरण हे नव्या राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाचे महत्त्वाचे वैशिष्ट्य ठरावे. जागतिक स्तरावरील आरोग्य सेवांचा लाभ मिळावा या उद्दिष्टाने आखण्यात आलेले राष्ट्रीय आरोग्य मिशन (एनएचएम) हे एक मोठे पाऊल असून त्यात विकेंद्रीकरणाच्या प्रारूपावर भर दिला जावा, ज्यात निव्वळ स्रोतांच्या विकेंद्रीकरणावरच भर दिला नसेल तर प्रत्यक्ष आरोग्य क्षेत्रात कार्यरत असलेल्या संस्थांना या विकेंद्रीकरणाचा लाभ होऊन, त्यांना जास्तीत जास्त लोकांपर्यंत पोहोचणे सुलभ व्हावे व त्या माध्यमातून त्यांच्या कामगिरीत सुधार होऊन त्यांना आरोग्य सेवांसाठी जबाबदार धरता यावे यावर एनएचएमने भर द्यावा.

आरोग्य क्षेत्राला विळखा घालून बसलेले कायद्याचे विद्यमान आवरण खूप गोंधळात टाकणारे आहे. केंद्र व राज्य सरकारांच्या पातळीवर, आरोग्य धोरणांच्या स्वीकृतीबाबत अनेक ठिकाणी कायद्यांचे जंजाळ आहेत. त्यामुळे प्रथमतः हे जंजाळ सुटसुटीत करून गरिबांना विशेषतः समाजातील दुर्लक्षित घटकांना आरोग्यसेवांचा तातडीने लाभ मिळून त्यांचे जीवनमान उंचावण्यासाठी जास्तीत जास्त प्रयत्न केले जाणे गरजेचे आहे. परवडणाऱ्या आरोग्य सेवांचा लाभ घेता येणे, हा प्रत्येक नागरिकाचा प्रथम हक्क असायला हवा. त्या दृष्टीने राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाची आखणी आवश्यक आहे. धोरणाचा सध्याचा मसुदा आरोग्याला मूलभूत हक्काचे कोंदण बसवण्याच्या प्रयत्नात आहे आणि राज्यांना तो स्वीकारण्याचा पर्याय उपलब्ध करून देणार आहे. धोरणातील या मुद्द्यावर मोठ्या प्रमाणात विचारमंथन होणे गरजेचे

आहे आणि तेही केवळ सरकारी पातळीवर नव्हे तर लोकप्रतिनिधी व विधिज्ञांचाही त्यात समावेश असावा. या धोरणाच्या अंमलबजावणीतील आव्हानांचा नीट अभ्यास करून त्याबाबत योग्य ती तरतूद केली जावी आणि योग्य ते पाऊल उचलण्यापूर्वी केंद्र व राज्य सरकारांनी त्याचा सर्वांगीण अभ्यास करणे गरजेचे आहे.

आरोग्यावरील एसडीजी धोरणानुसार राष्ट्रीय आरोग्य धोरणाने वैश्विक आरोग्य देखभालीवर (यूएचसी) लक्ष केंद्रित करावे. राष्ट्रीय उद्दिष्ट म्हणून यूएचसीचा स्वीकार करण्याला भारत सरकारने तत्त्वतः मान्यता दिली आहे, परंतु हे सर्व प्रत्यक्षात घडवून आणण्यासाठी योग्य त्या स्रोतांची उपलब्धता अद्याप व्हावयाची आहे. पूर्णतः निधीपुरवठ्यावरील आरोग्य देखभाल सेवा पुरवणे, ज्यात गरिबांना औषधे रोगनिदानाच्या सेवा पुरवणे आणि अल्प व मध्यम उत्पन्न असणा-या लोकांना योग्य त्या वैद्यकीय विम्याचे कवच देणे, वित्तीय जोखीम संरक्षण योजना राबवणे या काही योजना संपूर्ण लोकसंख्येला जागतिक पातळीवरील आरोग्य कवच पुरवण्यासाठी योग्य ठरू शकतील.

धोरणनिश्चितीसाठी विद्यमान मसुदा धोरण आखतेवेळी आंतरराष्ट्रीय आरोग्य व आरोग्य मुत्सद्दीपणा यांची सांगड घालण्याच्या मुद्यावर चर्चा होते हे स्पृहणीय आहे. औषधनिर्माण क्षेत्रातील अग्रणी म्हणून, आफ्रिका आणि आशियाई देशांना जीवनावश्यक औषधांचा पुरवठा करणारा देश म्हणून आणि व्यापार विकास व बौद्धिक संपदांवरील हक्कांचा पुरस्कार करणारा मोठा हिस्सेदार देश जो की राष्ट्रीय आर्थिक विकासात आरोग्य क्षेत्राला महत्त्व देतो, अशी ओळख भारताने निर्माण

करावी. आयातदार देश ही जागतिक स्तरावर असलेली भारताची ओळख मागे टाकून दक्षिणेकडील देशांना वित्तीय व तांत्रिक पुरवठा करणारा देश, अशी नवी ओळख निर्माण करण्यासाठी आरोग्य क्षेत्रातील दमदार कामगिरी आवश्यक आहे. नवीन आरोग्य धोरणाने ही काळाची गरज ओळखून त्यानुसार पावले टाकली तर तो एक क्रांतिकारक निर्णय ठरेल. आणि धोरणाची आखणी करताना या मुद्याचा समावेश त्यात व्हावा.

आर्थिक विकास, सामाजिक सहभाग आणि पर्यावरणीय सर्वसमावेशकता या तीन खांबांवर उभारलेल्या प्रगतिपथावर भारत सध्या मार्गक्रमण करत आहे. या उद्दिष्टांच्या पूर्ततेसाठी नवीन राष्ट्रीय आरोग्य धोरणात द्रष्टेपणा हवा आणि त्याचवेळी उद्दिष्टांच्या निश्चितीसाठी वास्तवदर्शी दृष्टिकोन असायला हवा आणि त्यासाठी वित्तीय, तांत्रिक आणि प्रशासकीय पाठिंबा मिळायला हवा.

■■■

लेखक भारत सरकारचे माजी आरोग्य सचिव आहेत आणि सध्या ते संयुक्त राष्ट्रांच्या सरचिटणीसांचे आशिया प्रशांत क्षेत्रासाठीचे विशेष दूत आहेत.
email: raojvrp@unaid.org

आगामी अंक

मार्च २०१६

‘केंद्रीय अर्थसंकल्प’

सूचना

वाचकांना विनंती आहे की, त्यांनी योजना मासिका संबंधीत अभिप्राय योजना कार्यालय:- ‘बी’ विंग, केंद्रीय सदन, सेक्टर १०, सी.बी.डी. बेलापूर - ४००६१४ या पत्त्यावर पाठवावे. अभिप्राय सूचनांचे नेहमीच स्वागत असेल.

आदिवासी क्षेत्रातील आरोग्य सुविधा : सद्यस्थिती आणि भविष्य

डॉ. अभय बंग



सरकारने इतक्या योजना तयार केल्या. आरोग्य केंद्रे बांधली, सगळे काही केले. तरीही त्याचा फारसा, म्हणावा तसा काही उपयोग झाला नाही. यामागे काही ठोस कारणेही आहेत. आदिवासी जमातीसाठी आरोग्य सेवा पुरविताना, त्यांच्यासाठी कोणतीही सुविधा योजना तयार करताना त्यांच्या समाजाला प्रतिनिधित्व अजिबात दिले गेले नाही. हे एक सर्वात महत्वाचे कारण आहे. अगदी खेड्यापासून ते राष्ट्रीय पातळीपर्यंत विचार केला तर हे एक कारण लक्षात येते.

सन २०११ मध्ये केलेल्या पाहणीनुसार भारताच्या एकूण लोकसंख्येपैकी ८.६

टक्के अनुसूचित जमातीमधील लोकांची संख्या आहे. आकड्यामध्ये नेमके सांगायचे झाले तर जवळपास १० करोड जनता अनुसूचित जमातीची आहे. त्यांचा सामाजिक आणि आर्थिक दर्जा पाहता आणि त्यांच्या शैक्षणिक दर्जा लक्षात घेतला तर आता या दहा करोड लोकांच्या आरोग्याचाही गंभीर प्रश्न देशापुढे निर्माण झाला आहे.

१- गेल्या दशकाचा विचार केला तर अनुसूचित जमातीमधील लोकांच्या मृत्युदरामध्ये चांगली सुधारणा झाली आहे. तरीही सर्वसामान्य लोकसंख्येइतकी ही सुधारणा नक्कीच नाही. पूर्वी मृत्युदर खूप होता, तो आता तुलनेने कमी झाला आहे. मृत्युदराविषयीची आकडेवारी येथे देण्यात आली आहे.

जन्मताच मृत्यू पावणाऱ्या बालकांचे प्रमाण		
अनुसूचित जमाती	इतर	दोन्हीमधील फरक (%)
६२%	४९%	२७%

पाच वर्षांच्याआत मृत्यू पावणाऱ्या बालकांचे प्रमाण

अनुसूचित जमाती	इतर	दोन्हीमधील फरक (%)
९६%	५९%	३९%

अनुसूचित जमातीमध्ये जन्मतःच मृत्यू पावणाऱ्या बालकांचा तसेच मुलांच्या मृत्यूचा विषय आत्तापर्यंत दुर्लक्षित राहिला आहे. किंवा त्याकडे फारसे गांभिर्याने पाहिले गेले नाही. काही म्हणजे सात राज्यात बालमृत्यूचे प्रमाण तर खूप जास्त आहे.

२- या राज्यातील अनुसूचित जातीच्या जनतेच्या पोषणाचा दर्जा पाहिला तर अतिशय वाईट स्थिती असल्याचे दिसून येते. विशेष म्हणजे यामध्ये बालके आणि मोठ्या वयोगटातील नागरिकांचाही समावेश आहे.

अ) पूर्वशालेय वर्गातील मुलांपैकी ५३ टक्के मुलगे आणि ५० टक्के मुली कमी वजनाच्या आहेत. आणि ५७ टक्के मुलांची आणि ५२ टक्के मुलींची उंचीची वाढ खुंटलेली आहे.

ब) आदिवासी भागातील ४९ टक्के महिलांचा शारीरिक निर्देशांक १८.५ पेक्षा कमी आहे. आणि त्या कमालीच्या अशक्त आहेत.

क) आदिवासींच्या आहारामध्ये प्रथिने, लोह, 'अ' जीवनसत्व, 'ब' जीवनसत्वातील रासायनिक घटक, तसेच शक्ती देणारे घटक, चरबी यांचे प्रमाण कमी आढळून आले आहे.

गेल्या काही वर्षांचा विचार केला तर (१९८५-८७ ते २००७-०८) आदिवासी भागातील अनुसूचित जमातीमधील बालकांना आणि प्रौढांना अतिशय निकृष्ट प्रतीचे अन्न मिळत असल्यामुळे कुपोषणाची समस्या गंभीर बनली आहे. सातत्याच्या कुपोषणामुळे अनेक गंभीर आजारांना तोंड द्यावे लागत आहे.

३- आदिवासी भागात सर्वात जास्त प्रचलित असणाऱ्या रोगांची वर्गवारी साधारणपणे पुढीलप्रमाणे केली जाते.

अ- अविकसितपणामुळे होणारे आजार- (कुपोषण, संसर्गजन्य आजार, माता-बालक आरोग्य समस्या)

ब- विशिष्ट वर्गात न मोडणारे आजार - (सिकल सेल आजार, प्राणी दंश, अपघात.)

क- आधुनिक काळातील आजार - (हायपर टेन्शन, मेंटल स्ट्रेस, व्यसनाधिनता)

अनुसूचित जमातींसाठी असणारी सार्वजनिक आरोग्य सेवा इतकी अपुरी आहे की, त्यामुळे अनेक रूग्णांपर्यंत ती पोहोचू शकत नाही.

१- वास्तविक सरकारने आदिवासी समाजासाठी अनेक आरोग्य योजना केल्या आहेत. परंतु प्रत्येक ठिकाणची भौगोलिक परिस्थितीनुरूप त्या योजना नाहीत. आपल्याकडे वेगवेगळ्या ठिकाणच्या अनुसूचित जमातींना वेगवेगळ्या आरोग्य प्रश्नांनी ग्रासले आहे. त्यामुळे सगळ्यांसाठी एकच योजना करून उपयोग नाही. ती फक्त कागदावरच

राहते. त्याचा उपयोग काहीच होत नाही. तसेच अंमलबजावणीही प्रभावी होत नाही.

२- आदिवासीबहुल क्षेत्रात आरोग्य सेवा, सुविधा पुरविण्यासाठी पुरेसे मनुष्यबळ नाही हे तर महत्वाचे कारण आहेच, परंतु आहे ते आरोग्य सेवा कर्मचाऱ्यांमध्ये इच्छाशक्तीचा अभाव आहे. प्रशिक्षित कर्मचाऱ्यांसह आणि सर्व साधनांसह आरोग्य सेवा पुरविणे त्यामुळे अवघड आहे. आरोग्य विभागातील रिक्त पदे, असलेल्या कर्मचाऱ्यांचे अनुपस्थित राहण्याचे जास्त प्रमाण आणि कामावर असूनही डॉक्टर, परिचारिका, तंत्रज्ञ, सार्वजनिक आरोग्य सेवा विभागातील व्यवस्थापकांनी स्वतःचे पूर्ण, शंभर टक्के योगदान न देता पाट्या टाकण्याच्या वृत्तीने केलेले काम; यामुळे हा प्रश्न अधिकच गंभीर बनला आहे.

३- अनेक ठिकाणी आरोग्य केंद्रे आणि आरोग्य सेवा उपकेंद्रे बनवली आहेत. म्हणजे इमारती बांधल्या गेल्या आहेत. परंतु फक्त इमारत उभी करून काम संपत नाही. तिथे दिली जाणारी सेवा खरोखरीच आदिवासींना लाभदायक ठरते का? हे पाहिले पाहिजे. आरोग्य केंद्र, उपकेंद्र यामधून दिल्या जाणाऱ्या सेवेची तपासणी, निरीक्षण केले गेले पाहिजे. सेवेमधील त्रुटी दूर करण्यासाठी योग्य अहवाल तयार केले पाहिजेत. तसेच काही दोष असतील तर त्याचे दायित्वही निश्चित केले पाहिजे.

४- आदिवासी भागातील आरोग्य केंद्रांचा वापर किंवा उपयोगिता का कमी आहे, याचाही विचार करण्याची गरज आहे. एक तर आदिवासींमध्ये साक्षरता कमी आहे. त्यामुळे आजार झाला तर दवाखान्यात जाणे त्यांना माहित नाही. इतर उपाय केले जातात. आरोग्य

केंद्र दूर अंतरावर असते त्याच बरोबर वाहतुकीच्या साधनांचा अभाव आहे. आरोग्य केंद्रातील कर्मचारीही त्यांच्याशी ममतेने वागत नाहीत. त्यांच्याशी बोलताना स्थानिक भाषेची समस्या असतेच.

५- एखादा अतिशय गंभीर आजारी असलेला रूग्ण आला तर त्याच्यावर तातडीने उपचार केले गेले. अशी घटना फार क्वचित घडतात.

या सगळ्या कारणांचा विचार केला तर आदिवासी भागातील आरोग्य सेवांमधून दिली जाणारी सुविधा का कुचकामी ठरते हे लक्षात येईल. आरोग्य केंद्राची निर्मिती करताना चुकीचे प्राधान्यक्रम निश्चित केले गेले. तसेच आरोग्य केंद्राच्या मर्यादा आणि क्षमता यांचा विचार केला गेला नाही. हेही तितकेच खरे आहे.

सरकारने इतक्या योजना तयार केल्या. आरोग्य केंद्रे बांधली, सगळे काही केले. तरीही त्याचा फारसा, म्हणावा तसा काही उपयोग झाला नाही. यामागे काही ठोस कारणेही आहेत. आदिवासी जमातीसाठी आरोग्य सेवा पुरविताना, त्यांच्यासाठी कोणतीही सुविधा योजना तयार करताना त्यांच्या समाजाला प्रतिनिधित्व अजिबात दिले गेले नाही. हे एक सर्वात महत्वाचे कारण आहे. अगदी खेड्यापासून ते राष्ट्रीय पातळीपर्यंत विचार केला तर हे एक कारण लक्षात येते.

आणखी एक सगळीकडून येणारी तक्रार म्हणजे, अनुसूचित समाजाला आरोग्यविषयक सेवा सुविधा पुरविण्यासाठी तरतूद केलेला निधी पूर्णपणे खर्च केला जात नाही. त्यामुळे तो निधी इतर कामासाठी वळवला जातो. किंवा निधी योग्यप्रकारे खर्च केला जात नाही. अत्यावश्यक कामे त्या निधीतून केली जात नाहीत. आणि सर्वात वाईट

गोष्ट म्हणजे कामांमध्ये होणारा भ्रष्टाचार !
फेरआराखडा कसा असावा ?

पहिले तत्व : कोणतेही धोरण निश्चित करताना किंवा योजना तयार करताना सर्वात पहिले आणि महत्वाचे तत्व म्हणजे त्यामध्ये आदिवासींचा सहभाग असणे आवश्यक आहे. आदिवासी समाज तुलनेने लहान आहे. त्यामुळे राजकीय पातळीवर त्यांचा दबावगट नाही. त्यामुळे त्यांच्या प्रश्नावर आवाज त्यांनी उठवला तरी तो राजकीय स्तरापर्यंत पोहोचत नाही. त्याचबरोबर सर्वात महत्वाचे म्हणजे आदिवासींमध्ये भौगोलिक, सामाजिक, आर्थिक आणि सांस्कृतिक अशा सगळ्याच गोष्टींमध्ये सगळ्यांमध्ये भिन्नता आहे. त्यामुळे त्यांच्या आरोग्य संस्कृतीमध्येही कमालीची भिन्नता आहे. त्यांच्या आरोग्य प्रश्नांच्या गरजा, आवश्यकताही वेगळ्या आहेत. वेगवेगळ्या क्षेत्रानुसार त्यांच्या आरोग्यविषयक प्रश्नाकडे पाहण्याचा दृष्टिकोन आणि प्राधान्यक्रमही बदलतो. या सगळ्या बाबी लक्षात घेवूनच त्यांच्यासाठी आरोग्य कार्यक्रम आखला गेला पाहिजे.

दुसरे तत्व : संपूर्ण भारतामध्ये जवळपास ७०० आदिवासी जाती जमाती आहेत. त्यांच्या स्थानिक गरजा ओळखून त्यानुसार नवीन धोरण निश्चित करण्याची गरज आहे. यासाठी आधी गावपातळीवर विचार करून, त्यानंतर जिल्हा स्तरावर आरोग्य मंडळांची नियुक्ती केली पाहिजे. यानंतर राज्यस्तरीय आदिवासी सल्लागार समितीसारखी संस्था कार्यरत झाली पाहिजे. स्थानिक पातळीवर नेमकी कोणत्या गोष्टीची गरज आहे हे ओळखून एक यंत्रणा कार्यरत करण्याची गरज आहे.

तिसरे तत्व : आरोग्य प्रश्नावर परिणाम करणारे सामाजिक घटकही येथे महत्वाचे आहेत. यामध्ये साक्षरता,

उत्पन्न, पाणी, सांडपाणी आणि शौचालये, इंधन, अन्न सुरक्षा, आणि पोषणतत्वे, लिंगभेदभाव, वाहतूक आणि संपर्क व्यवस्था हे सगळे सामाजिक प्रश्न आरोग्यविषयक समस्या दूर करण्यास किंवा वाढविण्यास खूप महत्वाची भूमिका बजावतात. एकूण सगळ्या सामाजिक प्रश्नांची उत्तरे शोधताना ते एकमेकांशी जोडले गेले आहेत, हे विसरून चालणार नाही. कोणत्याही एका क्षेत्राचा विकास झाला म्हणजे सगळे प्रश्न संपुष्टात येणार नाहीत, इतरही अनेक प्रश्न आहेत. त्यांची उकलही होणे आवश्यक आहे.

आरोग्य विषयक प्रश्न सोडविण्यासाठी काही विशिष्ट सूचना :

१- ग्रामीण भागामध्ये 'मनरेगा'च्या माध्यमातून सांडपाण्याचा योग्यप्रकारे निचरा होण्यासाठी बंद गटारांची बांधणी करण्याची गरज आहे. त्याचबरोबर शौचालयांची पुरेशी संख्या असली पाहिजे. उघड्यावर शौचाची पद्धत पूर्णपणे बंद झाली पाहिजे. प्रत्येक घरामध्ये शौचालय असले पाहिजे. डासांची पैदावार होऊ नये म्हणून पाणी जमा होणार नाही, अशा पद्धतीने सांडपाण्याचा निचरा झाला पाहिजे.

२- घराघरांमध्ये स्वच्छ ऊर्जा वापरली गेली पाहिजे. शक्य असेल तिथे सौरऊर्जेचा वापर जास्तीत जास्त केला गेला पाहिजे. विशेषतः सौरकुकर, सौरचूल, सौरबंब, सौरदिवे यांचा पुरवठा आदिवासींना केला पाहिजे. यामुळे वृक्षतोडही मोठ्या प्रमाणावर कमी होईल. झाडे वाचतील.

३- अनुसूचित जमातीमधील मुलांना पोषक आहार दिला पाहिजे. त्याचबरोबर कुमारगटातील वाढत्या वयाची मुले, गर्भवती महिला, स्तनदा माता यांनाही

आवश्यक त्या प्रमाणात आहाराचा पुरवठा केला गेला पाहिजे. त्यांना पोषक आहाराचे महत्व पटवून दिले पाहिजे. यासाठी जनजागरण कार्यक्रम हाती घेतला पाहिजे. यासाठी महिला बचत गटामार्फत ग्रामीण भागात मोहीम राबवण्याची गरज आहे.

४- ग्रामीण भागात सर्वात जास्त तंबाकू खाणे आणि मद्यसेवन करणे अशा व्यसनांच्या आहारी अनेक लोक गेलेले आढळतात. त्यांना व्यसनमुक्त केले तर लोकांच्या हातात पुरेसे पैसे राहतील. आणि मग त्यांना पोषक आहार कुटुंबाला देता येईल. म्हणजे आदिवासी वस्त्या व्यसनमुक्त करण्याची आवश्यकता आज आहे.

चौथे तत्व : अनुसूचित जमातींच्या सक्षमीकरणासाठी त्यांच्या आरोग्यविषयक प्रश्नांची सोडवणूक करण्याची नितांत गरज आहे. अर्थात यासाठी दीर्घकाळ आणि सातत्याने वेगवेगळ्या आघाड्यांवर कार्य करण्याची गरज आहे. आरोग्यसेवा कोण पुरवणार याचाही साकल्याने विचार करण्याची गरज आहे.

पाचवे तत्व : या शतकामध्ये विज्ञानाने खूप प्रगती केली आहे. परंतु आदिवासी समाजापर्यंत या विज्ञानाचे किरण फार कमी पोहोचले आहेत. ही दरी भरून काढण्यासाठी वेगवेगळ्या साधनांचा वापर 'सेतू' म्हणून केला जाण्याची गरज आहे. यामध्ये लोककला माध्यम, आधुनिक प्रसार माध्यमे आणि सामाजिक माध्यमे महत्वाची भूमिका बजावू शकतात. 'आरोग्य साक्षरता' हा कार्यक्रम मोठ्या प्रमाणावर हाती घेतला पाहिजे. आजच्या आधुनिक तंत्रज्ञानाच्या मदतीने समाजाच्या अगदी तळागळापर्यंत पोहोचणे सहज शक्य आहे.

सहावे तत्व : अगदी ताज्या

आकडेवारीनुसार आदिवासी समाजातील सुमारे एक कोटीहून जास्त मुले आता शाळा शिकत आहेत. त्यांना शाळेतच आरोग्य सुधारणा विषयक कार्यक्रमाचे महत्त्व पटवून दिले पाहिजे. आरोग्याचे ज्ञान त्यांना शाळेतच दिले गेले पाहिजे. थोडक्यात काय तर अंगणवाडी, पूर्व प्राथमिक, प्राथमिक, माध्यमिक, उच्च माध्यमिक, आश्रमशाळा म्हणजे प्राथमिक आरोग्य ज्ञान केंद्र बनले पाहिजेत.

सातवे तत्व : ग्रामीण भागात अशिक्षितपणामुळे अजूनही वैदबुवा, झाडपाला यांच्यावर विश्वास ठेवून औषधोपचार करणे टाळले जाते. आरोग्य सेवा बाधित होण्यामागे हा अतिशय नाजूक, संवेदनशील विषय आहे. अशा लोकांना अटकाव केवळ लोकांच्या शिक्षित होण्यानेच घातला जाणार आहे.

आठवे तत्व : आरोग्य सुविधांविषयी आदिवासी लोकांना विश्वास वाटण्यासाठी त्यांच्यातील स्थानिक बोली भाषेत त्यांना औषधोपचाराचे महत्त्व पटवून देण्याची आवश्यकता आहे. हे काम त्यांच्यातील शिकलेले कोणी पुढाकार घेवून केले तर ते परिणामकारी ठरणार आहे.

नववे तत्व : आपल्या आजारी बाळाला कडेखांद्यावर घेवून एखादी आई किती दूरवर चालत जाणार? ही समस्या लक्षात घेवून आदिवासींना त्यांच्या पाड्या-वस्त्यांजवळ आरोग्य सुविधा कशी मिळेल हे पाहिले पाहिजे.

दहावे तत्व : व्यसनाधिनतेची सर्वात मोठी समस्या आदिवासींच्या विकासाला जोरदार खीळ बसवत आहे. अति व्यसनांमुळे आदिवासींसमोर आणखी बरेच प्रश्न निर्माण झाले आहेत. त्यामध्ये त्यांच्या प्रजनन क्षमतेवर परिणाम झाला आहे. परिवारावर आर्थिक संकट येत

राहते. सामाजिक सौहार्दतेचे वातावरण पाड्या-वस्त्यांवर राहत नाही. भांडण, मारामाऱ्या होत राहतात. या सगळ्यांचा एकत्रित परिणाम म्हणजे आदिवासींचा विकास म्हणावा तसा होत नाही. दुष्टचक्र सुरू राहते. यावर उपाय योजना म्हणजे १) सन १९७६ मध्ये केंद्रीय गृह मंत्रालयाने तयार केलेल्या आणि मंजुरी दिलेल्या आदिवासी विकास योजनेची अतिशय काटेकोर अंमलबजावणी केली गेली पाहिजे. २) आदिवासी भागामध्ये तंबाकू आणि अंमली पदार्थांचा पुरवठा संपूर्णपणे नियंत्रित केला गेला पाहिजे. यामुळे अनेक प्रश्न सुटण्यास मदत होणार आहे.

अकरावे तत्व : आदिवासी जनतेसाठी तयार करण्यात आलेल्या योजनांपैकी किमान पंधरा टक्के तरी आदिवासी उप-योजनेसाठी अंदाजपत्रकी तरतूद करण्याची गरज आहे. आरोग्य अंदाजपत्रकामध्ये अनुसूचित जमातीसाठी काही भाग राखीव ठेवला जाण्याची आवश्यकता आहे.

बारावे तत्व : अनुसूचित जमातींच्या लोकांसाठी तयार केलेल्या आरोग्य कार्यक्रमांमध्ये नियोजन, निरीक्षण-परीक्षण आणि मूल्यमापन यांचा समावेश असण्याची गरज आहे. तसेच या जमातींच्या आरोग्यविषयक माहितीच्या तपशिलाची शास्त्रशुद्ध नोंदी ठेवण्याची गरज आहे. जनगणना, एसआरएस, एनएफएचएस, एनएसएसओ, डीएलएचएस सारख्या आरोग्य संस्थांना त्यावर कार्य करणे शक्य होईल. तसेच आरोग्यविषयक प्रश्नांची वस्तुस्थिती समजेल. पुढील कोणत्याही नवीन योजना तयार करण्यासाठी या माहितीचा चांगला उपयोग होऊ शकतो.

पुढील मार्ग-

आदिवासी समाजातील लोकांचे

आरोग्य, त्यांच्यासाठी राबविल्या जाणाऱ्या योजना याविषयी केंद्र सरकारचे आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण खाते तसेच आदिवासी मंत्रालय फारसे समाधानी नाही. त्यामुळे या दोन्ही मंत्रालयांनी संयुक्तपणे एक समिती निर्माण केली असून त्यामार्फत आदिवासींच्या आरोग्यविषयक प्रश्नांची कशा पद्धतीने सोडवणूक करण्यात येईल याचा अभ्यास केला आहे. यासाठी विद्यमान योजना, आदिवासींच्या आरोग्याचा नेमका दर्जा, आदिवासी भागात असलेल्या सोई यांचा आढावा घेण्याचे काम केले आहे. या संयुक्त समितीने २३ उपयुक्त सूचना केल्या असून त्यावर चर्चाही केली आहे.

सरकारने केलेल्या या प्रयत्नांमुळे आदिवासी समाजापुढील आरोग्यविषयक प्रश्न नजिकच्या भविष्यात मार्गी लागतील अशी आशा निर्माण झाली आहे.

■■■

लेखक सुपरिचित स्वयंसेवी संस्था 'सर्च फाँडेशन' चे संस्थापक-संचालक असून आदिवासी आरोग्य सुविधांबाबत सरकार नियुक्त तज्ञ समितीचे अध्यक्ष आहेत.
email: search.gad@gmail.com

प्रकाशन विभागाची

नवी पुस्तके

१. छत्रपती शिवाजी महाराज
(हिंदी) ₹ ९५/-

अन्य काही पुस्तके

१. भारतेंदू हरिश्चंद्र
(हिंदी) ₹ ११०/-

२. आपला राष्ट्रीय ध्वज
(मराठी) ₹ ११०/-

शाश्वत विकासात आरोग्याचे स्थान

के. श्रीनाथ रेड्डी



देशाच्या आर्थिक प्रगतीचा फायदा आरोग्य क्षेत्राला झाला का, देशातील लोकांच्या आरोग्यात गुंतवणूक करणे हे आर्थिक प्रगतीला उपकारक आहे का, विकासाचा आणि आरोग्याचा काही संबंध आहे का, जागतिक आरोग्य क्षेत्रातील आरोग्यविषयक कार्यक्रम हा भारताशी सुसंगत आहे का, असे अनेक प्रश्न आहेत. गेली अनेक दशके या प्रश्नांवर चर्चा सुरू आहे, त्यात गेल्या काही वर्षांत स्पष्टताही येत आहे. सहस्रक विकास उद्दिष्टात आरोग्याचे स्थान महत्वाचे आहे.

संयुक्त राष्ट्रांनी ठरवून दिलेल्या शाश्वत विकासाच्या उद्दिष्टांमध्ये (२०१६-२०३०) आरोग्य हे समान व शाश्वत विकासात महत्वाचे असल्याचे म्हटले आहे व त्यांचा विकास क्षेत्राशी अन्योन्य संबंध आहे. लोकांची आरोग्य स्थिती ही आर्थिक विकासाबरोबर सुधारत असते. नेहमी उदाहरण दिले जाते त्या प्रेस्टन कर्कमध्ये आयुर्मर्यादा ही दरडोई उत्पन्न सरासरी पातळीवर गेल्यानंतर वाढलेली दिसते, पण हा फायदा एका विशिष्ट दरडोई उत्पन्नाच्या ठिकाणी कमी होऊन स्थिरावल्यासारखा दिसतो. केट पिकेट व विल्कीन्सन यांनी असे दाखवून दिले की, त्याच दरडोई उत्पन्नात काही देशात उत्पन्नातील फरकाची पातळी कमी असतानाही तोच परिणाम दिसून येतो, त्यातही आयुर्मर्यादा वाढलेली दिसते व इतर उत्पन्नातील फरक उच्च असलेल्या देशात आरोग्य, आयुर्मर्यादा व इतर फायदे कमी दिसतात. द स्पिरीट लेव्हल या पुस्तकात ते याबाबत पुरावा देतात त्यानुसार श्रीमंत देशातही असमानता असेल तर त्यांच्यातील आरोग्य फायदे हे जास्त उत्पन्न समानता असलेल्या देशांपेक्षा कमी असतात. सामान्य आर्थिक ज्ञानानुसार विसाव्या शतकात आरोग्य व

पोषण सुधारणा झाल्या तो कमी आर्थिक वाढीचा अप्रत्यक्ष परिणाम समजला जातो, नंतरच्या काळात लोकांचे आरोग्य व पोषण हे आर्थिक वाढीसाठी महत्वाचे घटक असल्याचे मान्य करण्यात आले. १९९३ च्या नोबेल पारितोषिक विजेत्या रॉबर्ट फॉगेल यांनी असे सांगितले होते की, ब्रिटनची आर्थिक वाढ १७९०-१९८० या काळात जेवढ्या प्रमाणात झाली त्यात निम्मा वाटा हा पोषणाचा होता. १७९० ते १९८० या काळात तेथे सामाजिक धोरणे ही लोकांच्या आरोग्यासाठी अनुकूल होती. १९९३ च्या जागतिक विकास अहवालानुसार आरोग्यातील आर्थिक गुंतवणूक ही आर्थिक विकासाला पोषक असते. 'इनव्हेस्टिंग इन हेल्थ' हे त्या अहवालाचे नाव होते.

१९९० मध्ये जागतिक आरोग्य संघटनेने स्थूल अर्थशास्त्र व आरोग्य या विषयार आयोग नेमला होता त्या आयोगाने आरोग्य व आर्थिक विकासाचा संबंध जोडून दाखवला. आरोग्य व आर्थिक विकासाचा संबंध त्यात स्पष्ट करण्यात आला. लॅन्सेट आयोगाने आरोग्यातील गुंतवणुकीवर २०१३ मध्ये भर दिला होता, त्यात असे म्हटले होते की, आरोग्यात गुंतवणूक केल्यास त्यातून ९ ते २० पट फायदा आर्थिक विकासात मिळू शकतो. दारिद्र्य

व आरोग्य तसेच शिक्षण व आरोग्य यांच्यातील संबंध फारच जवळचा आहे. गरीब लोक श्रीमंतांपेक्षा विविध रोगांना जास्त बळी पडतात. त्यांच्यात बालमृत्यू, मातामृत्यू, कुपोषण, संसर्गजन्य रोग, मानसिक आजार, तंबाखू सेवन व हवा प्रदूषणाचे त्रास जास्त असतात. श्रीमंताना असलेल्या रोगात हृदयविकार, मधुमेह, कर्करोग यांचा समावेश जास्त असतो. पण आता आर्थिक स्थिती बदलत गेल्याने गरिबातही त्यांच्या आर्थिक स्थितीतील सुधारणेनुसार हे रोग दिसू लागले आहेत.

उच्च मध्यम व मध्यम वर्ग यांचे प्रमाण जसे वाढते आहे तसे त्या देशांमध्ये हे बदल दिसत आहेत. अमेरिका, ऑस्ट्रेलिया, पश्चिम युरोप व शहरी चीन, शहरी भारत येथे संसर्गजन्य नसलेल्या रोगांची वाढ होताना दिसते आहे. गरिबांना अस्वच्छ पाणी, तंबाखू, पोषणाचा अभाव, आरोग्य माहितीचा अभाव यामुळे फटका बसतो त्यांना आरोग्य सेवा मिळत नाहीत कारण आरोग्य सेवेचा खर्चही अधिक असतो. कमी दर्जाचे शिक्षण हा गरिबांच्या आरोग्यातील मोठा अडथळा आहे तसेच कमी उत्पन्नामुळेही त्यांना अडचणी येतात.

आजारपणामुळे आर्थिक फटके बसतात व त्यात मध्यमवर्गाचे प्रमाण फार मोठे आहे. आरोग्य सेवेचा खर्च न परवडल्याने १० कोटी लोक दरवर्षी दारिद्र्याच्या खाईत ढकलले जातात. त्यात निम्मे भारतीय आहेत. आजारपणामुळे नोकऱ्या जातात, रोजगार जातो त्यामुळे मालमत्तेची येईल त्या किंमतीत विक्री करावी लागते परिणामी मुलांचे शिक्षण व पोषण यावर खर्च करता येत नाही. आजारी मुले शिक्षणाचा लाभ घेऊ शकत नाहीत. त्यामुळे त्यांना पुढे रोजगार व उत्पन्न मिळत नाही. आरोग्यातील सामाजिक घटकात

उत्पन्न व शिक्षण यांचाच समावेश होत नाही तर पाणी, सांडपाणी सुविधा, पोषण, पर्यावरण, लिंगभेद, सामाजिक स्थिरता, सामाजिक दर्जा यांचा समावेश होतो. कृषी धोरणातील व अन्न व्यवस्थेतील बाबी त्यात महत्वाच्या ठरतात. शहरांची रचना व वाहतूक यांचाही त्याच्याशी संबंध असतो. ऊर्जा सुरक्षेचा अभाव वाईट परिणाम करतो. महिला व मुलांना घरातील हवा प्रदूषणास सामोरे जावे लागते, कारण त्यांच्या घरात लाकडे व गोवऱ्या इंधन

आजारी मुले शिक्षणाचा लाभ घेऊ शकत नाहीत त्यामुळे त्यांना पुढे रोजगार व उत्पन्न मिळत नाही. आरोग्यातील सामाजिक घटकात उत्पन्न व शिक्षण यांचाच समावेश होत नाही तर पाणी, सांडपाणी सुविधा, पोषण, पर्यावरण, लिंगभेद, सामाजिक स्थिरता, सामाजिक दर्जा यांचा समावेश होतो. कृषी धोरणातील व अन्न व्यवस्थेतील बाबी त्यात महत्वाच्या ठरतात. शहरांची रचना व वाहतूक यांचाही त्याच्याशी संबंध असतो. ऊर्जा सुरक्षेचा अभाव वाईट परिणाम करतो.

म्हणून वापरल्या जातात. जागतिक आरोग्य संघटनेने 'आरोग्याचे सामाजिक घटक' या २००५ च्या अहवालात आरोग्य असमानता भरून काढण्याची शिफारस केली आहे, त्यासाठी समाजात आरोग्यास अनुकूलता निर्माण करावी लागते. आरोग्य सेवेत केवळ समानता असून चालत नाही तर सामाजिक मागासलेपणातूनही आरोग्य सेवेत काही लोक मागे राहतात. ब्रिटीश अर्थतज्ञ टॉने यांनी 'इक्वॅलिटी' या पुस्तकात असे म्हटले आहे की, रस्ते खुले

असून भागत नाही तर सुरुवातही समान बिंदूवरून असावी लागते तरच सामाजिक न्याय खऱ्या अर्थाने साधता येतो.

या सर्व बाबींचा विचार करता जागतिक आरोग्य विचाराच्या 'एमजीडी' (सहस्रक विकास उद्दिष्टे) व 'एसडीजी' (शाश्वत विकास उद्दिष्टे) या पातळ्यांमध्ये फरक आहे. संयुक्त राष्ट्रांना मदत करणाऱ्या तंत्रज्ञानी एमडीजीची निर्मिती केली आहे व ते अनेक देशांनी इ.स २००० मध्ये स्वीकारले आहेत. विकसित देशांच्या दृष्टिकोनाचा प्रभाव त्यात असून दारिद्र्य निर्मूलन व दारिद्र्याशी संबंधित रोग व भूक हे मध्यम व कमी उत्पन्न गटाशी संबंधित दाखवले आहेत. त्यामुळे कमी मध्यम उत्पन्न गटातील देशांमधील स्थिती सुधारणे हे लक्ष्य मानले गेले आहे. एकात्मिक विकासाची दृष्टी व विविधांगी कृती ही सामाजिक घटकांच्या सुधारणेत आवश्यक असते. 'एमडीजी' उद्दिष्टात आठ उद्दिष्टांचा समावेश आहे त्यात दारिद्र्य निर्मूलन, शिक्षण हे मूलभूत घटक असून मातामृत्यू, बालमृत्यू, संसर्गजन्य रोग, टीबी, मलेरिया व एचआयव्ही यासारखे रोग कमी करण्याचे उद्दिष्ट आहे. कमी व मध्यम उत्पन्न गटात सार्वजनिक आरोग्याचे अनेक प्रश्न आहेत. तंबाखूसारखे घटक मारक ठरत आहेत विसाव्या शतकात तंबाखूने १० कोटी बळी घेतले पण तो गरिबांचा प्रश्न असल्याने त्याचा या उद्दिष्टात समावेश केला गेला नाही. सहस्रक विकास उद्दिष्टात आरोग्याकडे लक्ष वेधले गेले आहे व त्यात सार्वजनिक आरोग्य व त्यातील उद्दिष्टांसाठी जागतिक पाठिंबा यांचा समावेश आहे. त्यातून एडस, क्षय व हिक्तापावर जागतिक निधी निर्माण करण्यात आला. माता व बालकांच्या संवर्धनासाठीही या निधीचा वापर केला

जात आहे. मात्र, यात रोगानुसार व वयानुसार आरोग्याची विभागणी केल्याने आरोग्याच्या इतर अनेक धोक्यांकडे दुर्लक्ष करण्यात आले. मानसिक आजार व जखमी अवस्थेतील लोक तसेच संसर्गजन्य रोग नसलेल्या रोगांकडे पुरेसे लक्ष दिले गेले नाही. पौगंडावस्थेतील मुले व प्रौढावस्थेतील पुरुष, गर्भवती नसलेल्या महिला व वृद्ध यांना वगळले गेले. केवळ मृत्यू दर कमी करण्यावर लक्ष केंद्रित केले गेले. सहस्रकातील विकास उद्दिष्टात वरील बाबी वगळल्या गेल्या. सार्वजनिक आरोग्याकडे लक्ष पुरवतानाच या घटकांकडे लक्ष देण्याचा दृष्टिकोन ठेवायला हवा होता, अजूनही ही आश्वासने आपण गांभीर्याने पाळली पाहिजेत. आरोग्य कार्यक्रम कितीही चांगला असला, त्याची रचनाही प्रभावी असली तरी आरोग्य व्यवस्थाच कमकुवत असेल तर त्याचे पुरेसे चांगले परिणाम दिसत नाहीत. केंद्रीभूत निधी पुरवठा असलेल्या योजनांमध्ये आरोग्य व्यवस्था राबवल्याने कमी उत्पन्न असलेल्या संस्था व मानवी साधने यांच्याकडे कमी व मध्यम उत्पन्न गटातील देशात पुरेसे लक्ष दिले गेले नाही. आरोग्य समानतेचे उद्दिष्ट गाठताना सहस्रक विकास उद्दिष्टात राष्ट्रीय निर्देशकांचा सरासरी विचार महत्वाचा ठरतो. उत्पन्न, शिक्षण व ग्रामीण लिंगभेग, सामाजिक व लोकसंख्यात्मक विभाजन यांचाही विचार त्यात करायला हवा होता. एसडीजी म्हणजे शाश्वत विकास उद्दिष्टात काही प्रमाणात प्रगती झाली आहे. खुल्या व लोकशाही प्रक्रियेत या योजनेचा आराखडा चर्चिला गेला होता दुसरे म्हणजे संबंधित सर्व देशांचा त्यात समावेश होता. या उद्दिष्टात अनेक बाबींचा समावेश होता त्यात शाश्वत विकासाची व्यवस्था विविध

घटकांशी एकात्म झाली, चौथे म्हणजे पर्यावरण रक्षणाला खूप महत्त्व देण्यात आले, आर्थिक वाढ व जागतिक विकासाचे उद्दिष्ट साध्य करताना तो पृथ्वीच्या संरक्षणात अडथळा ठरता कामा नये, शिवाय शाश्वत विकास उद्दिष्टात आरोग्य व्यवस्थेत जीवनाचा साकल्याने विचार केला असून आरोग्याच्या किमतीबरोबरच आर्थिक संरक्षण व आरोग्य समानता यांना महत्त्व दिले आहे.

एकूण सतरा शाश्वत उद्दिष्टांना 'हेल्दी लाइव्हज फॉर ऑल अँड वेलबिइंग अँट

एकूण सतरा शाश्वत उद्दिष्टांना "हेल्दी लाइव्हज फॉर ऑल अँड वेलबिइंग अँट ऑल एजेस" असे म्हटले जाते. हे शीर्षक फार काही स्पष्ट करणारे नाही, असे वाटत असले तरी त्यात वैश्विक दृष्टिकोन दिसून येतो त्यात लोकांचे आरोग्य घडवण्यासाठी सकारात्मक दृष्टिकोन दिसतो. आरोग्य उद्दिष्टात नऊ उद्दिष्टांचा समावेश केला आहे. त्यात ५ ते २५ वर्षे वयोगटात मृत्यू दर १ लाख लोकांमागे ७० इतका कमी करणे, नवजात बालकांच्या मृत्यूचे प्रमाण हजारामागे १२ इतके कमी करणे ही दोन उद्दिष्टे २०३० पर्यंत आखण्यात आली आहेत.

ऑल एजेस' असे म्हटले जाते. हे शीर्षक फार काही स्पष्ट करणारे नाही, असे वाटत असले तरी त्यात वैश्विक दृष्टिकोन दिसून येतो. त्यात लोकांचे आरोग्य घडवण्यासाठी सकारात्मक दृष्टिकोन दिसतो. आरोग्य उद्दिष्टात नऊ उद्दिष्टांचा समावेश केला आहे. त्यात ५ ते २५ वर्षे वयोगटात मृत्यू दर १ लाख लोकांमागे ७० इतका

कमी करणे, नवजात बालकांच्या मृत्यूचे प्रमाण हजारामागे १२ इतके कमी करणे ही दोन उद्दिष्टे २०३० पर्यंत आखण्यात आली आहेत. एडस, मलेरिया व क्षय नष्ट करणे संसर्गजन्य नसलेल्या रोगांमध्ये ३० ते ७० वयोगटात अकाली मृत्यूचे प्रमाण कमी करणे, रस्ते अपघातातील मृत्यूंचे प्रमाण निम्म्यावर आणणे, हवा, पाणी व माती प्रदूषण कमी करणे या उद्दिष्टांचाही त्यात समावेश आहे. जागतिक पातळीवर विमा व आर्थिक संरक्षण, आवश्यक औषधे व लशींची उपलब्धता, पुनरूत्पादन व लैंगिक आरोग्य सेवा यांची उपलब्धता महत्वाची आहे. जागतिक आरोग्य संघटनेने तंबाखू नियंत्रणासाठी केलेल्या जाहीरनाम्याची अंमलबजावणीही त्यात समाविष्ट आहे. शाश्वत उद्दिष्टांसाठी आरोग्य उद्दिष्टांचा इतर उद्दिष्टांशी मेळ आहे. त्यात दारिद्र्य निर्मूलन, भूक संपवणे, शिक्षण, लैंगिक समानता, नियोजित शहर विकास, स्वच्छ ऊर्जा, महासागरी जीवनाचे रक्षण, वनसंवर्धन, वस्तूंचा कमी उपभोग, शांतता व पृथ्वीच्या संरक्षणाला प्राधान्य यांचा समावेश आहे. पर्यावरणाचा आरोग्यावर होणारा परिणामही महत्वाचा आहे, कारण त्यामुळे पाणी व मातीचा दर्जा कमी होतो. हवामान बदल व जागतिक तापमानवाढ, उष्णतेच्या वाटा, पूर, अतिटोकाचे हवामान असलेले प्रसंग, उंचीवरील भागात डासांमुळे पसरणारे रोग, अनेक पिकांचे कमी झालेले पोषण मूल्य, ताणाशी संबंधित मानसिक रोग व स्थलांतर यांचा समावेश आरोग्यविषयक आव्हाने म्हणून करता येतो. विकासाच्या एका चौकटीत आपल्याला आरोग्याची उद्दिष्टे बसवता येतात पण मार्च २०१६ मध्ये स्वीकारली जाणारी उद्दिष्टे ही विविध घटकांचे मोजमाप करून त्या धोरणांचा परिणाम तपासून

बघणारी असली पाहिजेत व तशी क्षमता निर्माण करणेही आवश्यक आहे.

भारताने शाश्वत उद्दिष्टांवर सप्टेंबर २०१५ मध्ये संयुक्त राष्ट्रांत स्वाक्षरी केली आहे. शाश्वत उद्दिष्टे ही भारताशी संबंधित आहेत कारण त्यात विस्तृत विकासाचा विचार केला आहे. सहस्रक उद्दिष्टे ही शाश्वत उद्दिष्टांशी मिळतीजुळती आहेत. त्यात जागतिक पातळीवर आरोग्य विमा संरक्षणाचा समावेश आहे. आपण

आरोग्यविषयक उद्दिष्टे गाठण्यासाठी प्रयत्न केले पाहिजेत. त्याच्या जोडीला विविध विकास क्षेत्रात सुसंवादी कृती करतानाच धोरणात सुसंगतता ठेवली पाहिजे, त्यांची व्याप्ती कमी करता कामा नये, त्यामुळेच आपण आरोग्यपूर्ण देशाचे भवितव्य घडवू शकू. २०१६ हे लीप वर्ष आहे त्यात शाश्वत व समान विकासाची झेप घेण्याची संधी आहे. आरोग्य हा शाश्वत उद्दिष्टांच्या

यशातील एक महत्वाचा टप्पा आहे शिवाय या उद्दिष्टांचा आरोग्य साधण्यात उपयोग होणार आहे. आपल्या लोकांचे आरोग्य हा शाश्वत विकासातील यशाचा मूलमंत्र आहे.

■ ■ ■

लेखक पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडियाचे अध्यक्ष आहेत.
e-mail: ksrinath.reddy@phfi.org

प्रकाशन विभागाची नवी पुस्तके

- | | |
|---|---|
| १. वर्ल्ड ऑफ थिन फिल्म कोर्टिंग्स (इंग्रजी)
₹ ९०/- | १. एक देश एक हृदय (हिंदी) |
| २. तिलक का मुकदमा (हिंदी)
₹ ३३५/- | २. उपभोक्ता संरक्षण (हिंदी) |
| ३. राजभाषा (हिंदी)
₹ १००/- | ३. पर्यावरण संरक्षण :
चुनौतिया और समाधान |

लेखकांना आवाहन

योजना मासिकासाठी लेख पाठवितांना लेखकांनी खाली नमूद केलेल्या फॉन्ट पैकी कोणत्याही एका फॉन्ट मध्येच आपले लेख पाठवावेत.

UNICODE or KRUTI DEV or APS or Mangal or DVTT or SHIVAJI or SHREE LIPI, हे नम्र आवाहन.

पर्यावरण आणि सार्वजनिक आरोग्य

डॉ शशी ए मिश्रा



पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्याच्या समाजशास्त्रज्ञांनी 19 व्या शतकात सर्वप्रथम चर्चा करण्यास सुरुवात केली. जर्मनीतील पेटेन्फोर यांनी आजार-पर्यावरण संबंधाची संकल्पना विकसित केली. पर्यावरणाची व्यापक अर्थाने 'अंतर्गत' आणि 'बाह्य' अशा दोन भागांमध्ये वर्गवारी केली जाते. अंतर्गत भाग म्हणजे मानवाचे शरीर, त्वचा, प्रत्येक पेशी, अवयव, अवयव प्रणाली आणि शरीरात असलेले हार्मोन्स हा भाग. तर बाह्य अथवा स्थूल पर्यावरण म्हणजे मानवाशी दूरस्थ बाबी.

मानवाने आजपर्यंतच्या इतिहासात निसर्गाशी संवाद साधण्याची कला अवगत

करून त्याची उत्पादने केवळ जिवीतासाठी नाही तर विकासासाठीही वापरली आहेत. निसर्गाविषयी असलेले प्रायोगिक स्वरूपाचे ज्ञान लोककला, परंपरा यांच्या माध्यमातून जतन केले होते ते सामुदायिक चालीरीती आणि पद्धतींमधून नियमित केले आणि हे जगासमोर भांडवलशाही पद्धतीच्या पूर्वी मांडण्यात आले होते. इतरही नैसर्गिक बाबी, जसे आवडती जमीन, मनुष्य प्रमाण, मानवनियंत्रित साधनांचा वापर जो सध्याच्या आधुनिक काळात तंत्रज्ञानातील प्रगतीच्या नेमका उलट आहे यामुळे पर्यावरणसंवर्धन आणि सामाजिक कल्याणासाठी होत होता.

पुढे मध्ययुगात प्रामुख्याने आर्थिक विकास या संकल्पनेने घेतलेली उभारी यामुळे विज्ञान व तंत्रज्ञान, विज्ञान व तंत्रज्ञानाचा चुकीच्या पद्धतीने वापर यामुळे निसर्गावर घाला घालण्यास सुरुवात झाली. सध्या भारतीय शहरांमध्ये प्रदूषण आणि कचऱ्याची विल्हेवाट लावणे या दोन प्रमुख समस्या डोकेदुखी ठरत आहेत. विशेष म्हणजे जगाच्या तुलनेत भारतात अगदी प्राचीन काळी अत्याधुनिक अशी निचरा प्रणाली (ड्रेनेज सिस्टीम) होती.

पर्यावरण, सामाजिक आरोग्य आणि रोग

पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्याच्या संबंधाविषयी समाजशास्त्रज्ञांनी १९ व्या शतकात सर्वप्रथम चर्चा करण्यास सुरुवात केली. जर्मनीतील पेटेन्फोर यांनी आजार-पर्यावरण संबंधाची संकल्पना विकसित केली. पर्यावरणाची व्यापक अर्थाने 'अंतर्गत' आणि 'बाह्य' अशा दोन भागांमध्ये वर्गवारी केली जाते. अंतर्गत भाग म्हणजे मानवाचे शरीर, त्वचा, प्रत्येक पेशी, अवयव, अवयव प्रणाली आणि शरीरात असलेले हार्मोन्स हा भाग. तर बाह्य अथवा स्थूल पर्यावरण म्हणजे मानवाशी दूरस्थ बाबी. याची परिभाषा म्हणजे, "जे वैयक्तिक मानवप्राण्याशी संबंधित आहे अशा बाबी ज्यांचा यजमान मानव आहे." मुख्यतः याचे वर्गीकरण शारिरीक, जैविक आणि मानसशास्त्रीय बाजूने केले जाते किंवा ज्यामुळे मानवाच्या आरोग्यावर परिणाम होऊन आजार होण्याची शक्यता बळावते. रोगाविषयी अभ्यास करणाऱ्यांच्या मते, घरगुती पर्यावरण हा आरोग्याची स्थिती जाणून घेण्याचा मुख्य निकष आहे (तसेच आजार बळावण्याचाही). पर्यावरणीय बाबी जशा, गृहनिर्माण, पाणी पुरवठा, मानसिक तणाव इ. मॅकेन्झी पिंजर आणि कोटेकी यांनी आपल्या पुस्तकामध्ये सामाजिक

आरोग्याविषयी प्रस्तावना लिहिताना म्हटले आहे की, “सामाजिक आरोग्याचा संबंध काही विशिष्ट समूह, त्यांच्या कृती आणि अवस्था (शासकीय आणि खासगी दोन्ही), आरोग्याची काळजी घेण्याविषयी जागृती यांचा समावेश होतो”. मॅकेन्झी, पिंजर आणि कोटेकी यांच्या मते सामाजिक आरोग्यावर प्रभाव टाकणारे बरेच घटक आहेत. त्यामुळे प्रत्येक समुदायाची आरोग्यस्थिती ही वेगवेगळी आहे.

पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्य यातील संबंध

पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्य यांचा एकमेकांशी थेट संबंध आहे. पर्यावरणाचे रक्षण व संवर्धन झाल्यासच सामाजिक आरोग्य सुरक्षित राहते. पण दुर्दैवाने, जगात सध्या पर्यावरणाची हानी मोठ्या प्रमाणात सुरू आहे. आरोग्य आणि पर्यावरण यासंदर्भात झालेल्या अभ्यासातून दिसून येते की, कशाप्रकारे टाळता येणारे आजार आणि अनैसर्गिक मृत्यू यांचे प्रमाण दिवसेंदिवस वाढत आहे. जगातील गरीब प्रदेशांमध्ये पाचपैकी एक मूल आपला पाचवा वाढदिवस साजरा करू शकत नाही, हे केवळ पर्यावरणाशी संबंधित रोगांमुळे होत आहे. भारतात मलेरिया, तीव्र श्वसन संक्रमण किंवा अतिसार यामुळे मृत्यू पावणाऱ्यांची संख्या मोठी आहे, हे सर्व आजार टाळता येण्यासारखे आहेत.

पर्यावरणाची हानी आणि त्याचे सामाजिक आरोग्यावरील परिणाम

प्रदुषणाचा मानवी आरोग्यास प्रचंड धोका आहे. भारतात, प्रामुख्याने शहरी भागात ग्रामीण भागाच्या तुलनेत प्रदुषणाचे प्रमाण जास्त आहे. उद्योग, लोकसंख्येचे मोठे प्रमाण, वाहनांची संख्या यामुळे शहरी भागात प्रदुषण मोठ्या प्रमाणावर आहे. पर्यावरणीय हानी यामुळे त्याभागात राहणाऱ्या लोकांवर थेट परिणाम करणारे काही घटक पुढीलप्रमाणे आहेत.

१. वायू प्रदूषण- ग्रामीण व शहरी भागांमध्ये इंधन म्हणून लाकडांचा वापर

आणि बायोमास हे प्रदुषणाचे सर्वात मोठे घटक आहेत. भारतातील ग्रामीण भागात बऱ्याच व्यक्तींचा मृत्यू घरगुती वायू प्रदुषण, कार्बन मोनोक्साईड, सल्फर डायऑक्साईड, नायट्रोजन आक्साईड यांच्या प्रदुषणामुळे होतो. प्रदुषण करणाऱ्या इतर घटकांमध्ये वाहने आणि शहरातील उद्योग यांचा समावेश आहे. वायू प्रदुषणामुळे कर्करोग, श्वसन विकार जसे दमा आणि ब्रॉंकायटीस, मज्जासंस्थेचे नुकसान, डोकेदुखी, मळमळ आणि मेंदूचा समन्वय तुटणे हे विकार बळावतात.

२. ध्वनी प्रदूषण- वाढते यांत्रिकीकरण, वाहतूक आणि लोकसंख्येचे जास्त प्रमाण यामुळे ध्वनी प्रदूषण निर्माण

संपूर्ण स्वच्छता
अभियानांतर्गत सरकारकडून
शौचालय बांधणीसाठी अनुदान
दिले जाते. ज्यामुळे शहरे व गावे
ही उघड्यावरील शौचापासून मुक्त
होतील ही भावना आहे. शासनाकडून
दिल्या जाणाऱ्या मदतीमुळे रेन वॉटर
हार्वेस्टिंग आणि जल व्यवस्थापनाची
कार्ये यामध्ये कमालीची सुधारणा
झाली आहे. यामुळे जी लोकं
पिण्याच्या पाण्यापासून वंचित होती
त्यांना आता नियमितपणे नळाचे
पाणी मिळत आहे.

होते. मुख्यतः शहरी भागांमध्ये ही समस्या आहे. समाजातील प्रत्येक व्यक्तीला ध्वनी प्रदुषणाचा फटका बसतो. ध्वनी प्रदुषणामुळे डोक्यावरील केस गळणे, उच्च रक्त दाब आणि हृदय रोगाची मोठी शक्यता हे विकार बळावतात.

३. जल प्रदूषण आणि तुटवडा- शहरांमधून होणारा सांडपाण्याचा निचरा हे जल प्रदुषणाचे मुख्य कारण आहे. भारतीय नद्यांसंदर्भात एक सर्वेक्षण

झाले होते त्यानुसार प्रत्येक नदीमध्ये मोठ्या प्रमाणात रासायनिक पदार्थ (बायोकेमिकल) आढळून आले, ज्यामुळे पाण्यातील ऑक्सिजनचे प्रमाण घटत आहे. कॉलीफॉर्म (एस्चेरिशिया कोलाय नावाच्या बॅसिलशी साम्य असणारे जंतू) यांचे अस्तित्व म्हणजे मनुष्य, प्राणी यांचे मलमूत्र पाण्यात मिसळले जाते. ज्यामुळे पर्यावरणाची हानी तर होतेच शिवाय सामाजिक आरोग्यही बिघडते.

मुंबईतील शहरी गरीबांविषयी एक सर्वेक्षण करण्यात आले होते, त्यानुसार पाण्याशी संबंधित आजारांमुळे प्रौढांमध्ये विकृती निर्माण होण्याचे प्रमाण एक तृतीयांश आहे, तर बालकांमध्ये हे प्रमाण दोन तृतीयांश आहे. घरगुती संडासची सोय आणि सामाजिक आरोग्य यांमध्ये व्यस्त संबंध आहे. ज्यामुळे कॉलरा, अतिसार (डायरा), उलटी, हेपॅटायटीस, मलेरिया आणि डेंग्यू होण्याचे प्रमाण जास्त आहे. २००२ च्या नियोजन आयोगाच्या अहवालात पाण्यात असणारे फ्लोराईड आणि असेनिकचे प्रमाण याविषयी धोक्याचा इशारा दिला होता. यामुळे विविध प्रकारचे कर्करोग (त्वचा, फुफ्फुस, किडनी आणि मुत्राशय) होण्याची शक्यता बळावते. सांडपाणी पाण्यामध्ये मिसळले जाते नंतर याचा पाणीपुरवठ्याच्या माध्यमातून घरांमध्ये प्रवेश होतो. यामुळे गॅस्ट्रोएन्टेरिटीस (विषाणू किंवा सुक्ष्मजंतूच्या संसर्गामुळे होणारा जठराचा व आतड्याचा दाह), कावीळ आणि कॉलरा हे आजार बळावतात.

४. घन कचरा व्यवस्थापन आणि घाण मृदा- कचरा आणि कचरापेटी हे प्रदुषणाचे प्रमुख स्रोत आहेत. भारतातील महापालिकांनी गोळा केलेल्या कचऱ्यापैकी सुमारे ४० टक्के कचरा हा अनियंत्रित राहतो. तसेच वैद्यकीय कचऱ्याची योग्य निकष आणि नियमानुसार विल्हेवाट लावली जात नाही. वैद्यकीय कचरा नियमित कचऱ्यात मिसळला

जातो. नुकत्याच झालेल्या अभ्यासाअंती असे दिसून आले आहे की, भारतातील ५० टक्के वैद्यकीय कचऱ्याची योग्य पद्धतीने विल्हेवाट लावली जात नाही. यामुळे प्लेगसारखे आजार बळावतात. हायड्रोकार्बन्स, जड धातू, कीटकनाशके, क्लोरिनेटेड हायड्रोकार्बन्स आणि भाज्यांमध्ये प्रदूषण निर्माण होते. घाण मृदेमुळे कर्करोग, मेंदूला हानी, किडनी व मज्जासंस्थेला हानी, थकवा, डोळ्यांची जळजळ, त्वचेला खाज सुटणे हे आजार होतात.

५. जागतिक हवामानबदल (क्लायमेट चेंज)- हरित वायूचे उत्सर्जन आणि जंगलतोड हे जागतिक हवामानबदलाचे प्रमुख कारण आहे. अनियमित पाऊस, पूर, उष्णता हा याचाच परिणाम आहे. जागतिक हवामानबदलासंबंधी असलेल्या इंटरगव्हर्नमेंटल पॅनेलनुसार २०५० पर्यंत कृषी उत्पादनात ३०-४० टक्क्यांनी घट होईल ज्यामुळे मोठ्या प्रमाणात धान्य टंचाई निर्माण होणार आहे. हवामानबदलामुळे कर्करोग, हृदयाचे विकार, थकवा, डोळ्यांची जळजळ, त्वचेची खाज, डोकेदुखी, मळमळ, मज्जासंस्थेला धोका हे आजार बळावतात.

६. कामाची असुरक्षितता, व्यावसायिक आरोग्य आणि संकटे- जागतिकीकरण आणि कज्युलायजेशनमुळे भारतातील एकूण काम करणाऱ्या लोकांपैकी ९३ टक्के लोकांचा कल शहरी भागाकडे जाण्याकडे आहे. स्थलांतरित कामगारांपैकी गरीब मजुरांना कौशल्याच्या अभावामुळे घातक काम करावे लागते, त्यांचे शोषण होते. कामाच्या असुरक्षिततेमुळे मनुष्याचा मानसिक आणि शारिरीक आजार बळावतो. जलदगतीने होणाऱ्या शहरीकरणामुळे उद्योगांचे प्रमाण वाढले आहे. तसेच सामाजिक आरोग्याला धोकाही निर्माण झाला आहे. १९८४ मध्ये भोपाळमधील मिथेल आयसोसायनेट

वायुगळतीमुळे झालेली दुर्घटना, दुर्मिळ अशी सुरतमधील प्लेगची घटना, यामुळे सामाजिक आरोग्याला मोठा धोका निर्माण होतो. छत्तीसगडमधील निर्वासितांचे प्रश्न हाही आरोग्याचा मुद्दा आहे.

सामाजिक आरोग्य संरक्षणासाठी शासकीय उपाययोजना

१. संपूर्ण स्वच्छता अभियानांतर्गत सरकारकडून शौचालय बांधणीसाठी अनुदान दिले जाते. ज्यामुळे शहरे व गाव ही उघड्यावरील शौचापासून मुक्त होतील ही भावना आहे. शासनाकडून दिल्या जाणाऱ्या मदतीमुळे रेन वॉटर हार्वेस्टिंग आणि जल व्यवस्थापनाची कार्ये यामध्ये कमालीची सुधारणा झाली आहे. यामुळे जी लोकं पिण्याच्या पाण्यापासून वंचित होती त्यांना आता नियमितपणे नळाचे पाणी मिळत आहे.

२. केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण मंडळ, भारत सरकारचे पर्यावरण आणि वन मंत्रालय, यांनी राष्ट्रीय जल गुणवत्ता देखरेख प्रणाली बसवली आहे. याच्या माध्यमातून दरवर्षी पाण्याची गुणवत्ता तपासली जाते. भारतातील सर्व पाणी पुरवठा करणारी मंडळं या अंतर्गत आहेत. जानेवारी २०१० मध्ये भारत सरकारने ग्रामीण आणि शहरी भागात आवाजाची पातळी निर्धारित केली.

३. १९८० च्या दशकानंतर, पर्यावरणीय बाबींसंदर्भात सर्वोच्च न्यायालय सक्रीयपणे निर्णय घेत आहे. पर्यावरण संवर्धनासाठी सर्वोच्च न्यायालयाने नवीन तत्वे जाहीर केली आहेत. नवीन संस्था निर्माण केल्या आहेत आणि अस्तित्वात असलेल्या संस्थाना निर्णय आणि न्यायासंबंधी अतिरिक्त शक्ती प्रदान केली आहे.

सामाजिक आरोग्यासाठी लागणाऱ्या बाबी

१. सामाजिक आरोग्यासंदर्भात जागृती आणि स्वच्छतेचे महत्व यांचा

शैक्षणिक अभ्यासक्रमात समावेश करणे

२. पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्यासाठी कार्य करणाऱ्या व्यक्तींना शोधणे
३. समाजातील तज्ज्ञ आणि कार्यप्रवण अशा व्यक्तींना सहभागी करून घेणे
४. सामाजिक आरोग्य सुधारणेसाठी भागीदारीवर भर देणे
५. सध्या कार्यरत असलेले कार्यक्रम आणि प्रयत्न सुरू ठेवणे
६. समाजामध्ये पर्यावरण संवर्धनाचा संदेश पोहचवणे.
७. सामाजिक आरोग्याविषयी विचार करताना पर्यावरणीय घटकांचा समावेश करणे. ज्यामुळे पर्यावरणाची भूमिका लोकांना माहित होईल.
८. वैयक्तिक आणि सामाजिक आरोग्यावर परिणाम करणारे घटक तपासणे
९. प्रत्येक उद्योगाने पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्याची जबाबदारी घेणे हे कायदेशीररित्या बंधनकारक करणे
१०. सर्व गृहनिर्माण संस्थांना पर्यावरण आणि सामाजिक आरोग्य कार्यक्रमाचे पालन करणे आवश्यक आहे

सारांश

पुराव्याअंती हे सिद्ध झाले आहे की, सामाजिक आरोग्यासंदर्भात पर्यावरणाची महत्त्वाची भूमिका आहे. ज्यामुळे आरोग्याची काळजी घेण्यासंदर्भात सर्वात प्रभावी वापर करता येईल. पर्यावरणातील सुधारणाच केवळ लोकांना निरोगी ठेवू शकतील.

■■■

लेखिका मुंबईतील घाटकोपर (पश्चिम) येथील आर जे महाविद्यालयात समाज-शास्त्र विभागाच्या प्रमुख आहेत.

email: sash2mash@yahoo.co.in

कुपोषणाचे निर्मूलन: स्त्री आरोग्याची गुरुकिल्ली

मीरा मिश्रा



जगभरातील एकूण 45 % बालमृत्यू प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्ष अपुऱ्या पोषणामुळेच होतात. शिवाय निरोगी मुलांपेक्षा कमी वजनाच्या मुलांमध्ये मृत्यूदराचे प्रमाण दुप्पट आहे. पोषक घटकांमध्ये 'अ' जीवनसत्त्वाची कमतरता प्रतिकारशक्ती दुर्बल करते, ज्यामुळे वर्षाकाठी 10 लाख मुले मृत्यू पावतात. या व्यतिरिक्त आकडेवारीनुसार, 60,000 गरोदर स्त्रिया एका वर्षात मरण पावतात, ज्याचे कारण रक्तातील लोहाची कमतरता आहे. याप्रमाणेच, गरोदर स्त्रियांमध्ये जाणवणारी फोलिक ऍसिडची कमतरता 2,50,000 अर्भकांमध्ये जन्मतः दोष निर्माण करते, तर आयोडीनच्या कमतरतेमुळे निव्वळ 0-15 बुध्यांक असलेली तब्बल 180 लाख अर्भके असल्याचे आढळून आले.

रोग आणि कुपोषण ह्यांच्यात जवळचा संबंध असतो. खरेतर, संयुक्त राष्ट्रांच्या पोषण विषयक स्थायी समितीच्या म्हणण्यानुसार, जगभरात पसरलेल्या रोगराईमागे 'कुपोषण' हा खूप मोठा, महत्त्वाचा आणि एकमेव घटक आहे. जरी काही ठिकाणी रोगग्रस्त आरोग्य आणि कुपोषणाचा थेट परिणाम असला, तरी इतर ठिकाणी मात्र ते एकमेव कारणीभूत घटक आहे.

कुपोषणाचा परिणाम

कोवळ्या वयात होणारे कुपोषण मुलाचा शारिरीक तथा मानसिक विकास खुंटवते. दाखल्यासाठी सांगावयाचे झाल्यास विकसनशील देशातील १४७० लाख पूर्वप्राथमिक शाळकऱ्यांना याचा फटका बसला आहे (UNSCN5). जगभरातील एकूण ४५% बालमृत्यू प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्ष अपुऱ्या पोषणामुळेच होतात. शिवाय निरोगी मुलांपेक्षा कमी वजनाच्या मुलांमध्ये मृत्यूदराचे प्रमाण दुप्पट आहे. पोषक घटकांमध्ये 'अ' जीवनसत्त्वाची कमतरता प्रतिकारशक्ती दुर्बल करते, ज्यामुळे वर्षाकाठी १० लाख मुले मृत्यू पावतात. या व्यतिरिक्त आकडेवारीनुसार, ६०,००० गरोदर स्त्रिया एका वर्षात मरण पावतात, ज्याचे कारण रक्तातील लोहाची कमतरता

आहे. याप्रमाणेच, गरोदर स्त्रियांमध्ये जाणवणारी फोलिक ऍसिडची कमतरता २,५०,००० अर्भकांमध्ये जन्मतः दोष निर्माण करते, तर आयोडीनच्या कमतरतेमुळे निव्वळ ०-१५ बुध्यांक असलेली तब्बल १८० लाख अर्भके असल्याचे आढळून आले. (भारतीय आरोग्य अहवाल पोषण २०१५)

“पोषण तथा आरोग्य सेवा यादृष्टीने स्त्रियांची हानी ही एकंदर समाजासाठी घातक होय. ह्यामुळे संततीचे अनारोग्य वाढते मग ती संतती स्त्री असो वा पुरुष.”

-सिद्दीक ओसमानी आणि अमर्त्य सेन

जागतिक आरोग्य संघटनेच्या सन २००० च्या अहवालानुसार, मातेच्या शरीरातील लोहाची कमतरता गर्भाशयात वाढणाऱ्या भ्रूणाची वाढ रोखते आणि आई तथा बाळाच्या शरीरात विकृती वाढण्याचा तसेच मृत्युचा धोका प्रबळ करते. कुपोषणाचे आर्थिक क्षमतेवरही पडसाद उमटतात. पंडुरोगामुळे येणाऱ्या समस्यांमुळे - मुलांमध्ये आकलनविषयक बुध्दीमांद्यता जाणवते. तर प्रौढांमध्ये प्रजननक्षमतेचा अभाव जाणवतो. ह्या समस्यांसाठी एकट्या दक्षिण आशियात दरवर्षी ५ अब्ज अमेरिकन डॉलर इतका खर्च करावा लागतो. (रॉस अँड हॉर्टॉन, १९९८)

मोजणीत बराच मागे आहे. मुलांच्या आरोग्याचे जलद सर्वेक्षण केल्यावर असे आढळले की ३८.७% मुलांची (वयवर्षे ५ खालील) वाढ खुंटलेली आहेत, १९.८% मुले अशक्त आहेत तर ४२.५% मुले कमी वजनाची आहेत. कुपोषण खुंटलेल्या शारिरीक वाढीवरून मोजता येते, तर अशक्तपणा कुपोषणाची तीव्रता दर्शवते, तर या दोन्ही लक्षणांचा समन्वय म्हणजे वजनात घट होय. सन २००६ पर्यंत या आकडेवारीने दर्शविलेला घटीचा दर संध होता. मात्र, राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणानंतर या दराने प्रगती केली. याचे कारण वाढ खुंटण्याचा सरासरी वार्षिक दर २००६ ते १४ या कालखंडात २.३% गणला गेला, तर तोच दर १९९२-२००६ मध्ये १.२% प्रतिवर्ष इतका होता. (रॅपिड सर्व्हे इन चिल्ड्रेन, २०१४)

कुपोषणाला संपवण्यासाठी देशपातळीवर कमाल प्रयत्नांचा अवलंब होत आहे. बरीच खाती, मंत्रालयांना नवनवीन योजना, कार्यक्रम राबवायला सांगून शासन येनकेनप्रकारेण प्रत्यक्षाप्रत्यक्ष कुपोषण दूर करण्यासाठी अग्रक्रमावर झटत आहे. महिला आणि बालकल्याण मंत्रालयाने राबवलेल्या एकात्मिक बालविकास योजनांच्या कार्यक्रमांमुळे, मुलांना तसेच अपेक्षित माता वर्गांना, शासन वाढीव पोषण सेवा, लसीकरण, आरोग्य चाचण्या इ. सेवा प्राथमिक पातळीवर पुरवत आहे आणि अंगणवाड्यांमार्फत या कार्यक्रमाची अंमलबजावणी होत आहे. याकामी अन्न व नागरी पुरवठा मंत्रालय व्यापक सार्वजनिक वितरणामार्फत (PDS) परवडणाऱ्या खर्चात कुटुंबांना शिधा पुरवण्याचे काम करत आहे. त्याच प्रमाणे ग्रामविकास

मंत्रालयाने कौटुंबिक पातळीवर उत्पन्न वाढीसाठी मनरेगा (MGNREGA) सारखा उपक्रम हाती घेतला आहे. 'मिड डे मिल' - मध्यान्ह भोजन योजना हा मनुष्यबळ विकास मंत्रालयांगत चालवलेला जगातला सर्वांत मोठा शालेय पोषण आहार उपक्रम होय. आदिवासी मंत्रालयही आदिवासी मंडळींच्या भूक व पोषण आहार या गरजांसहित सर्व प्रकारच्या गरजा भागवण्यामध्ये पुढाकार

कुपोषित मुलींच्या बाबतीत होणारा प्रकार असा की, या मुलींची वाढ नीट झाली नसल्याने त्यांच्या पौगंडावस्थेतही त्यांचे पोषण भरून निघत नाही, याचे गंभीर परिणाम संपूर्ण आरोग्यावर होतात, मुख्यत्वे जेव्हा त्या लहान वयात गरोदरपणाला सामोऱ्या जातात. अशा वाढ खुंटलेल्या मुलांना वा मातांना, बाळांना जन्म देताना किंवा त्यानंतरच्या काळात अनेक गुंतागुंतीला सामोरे जावे लागते. शिवाय अशा माता समयपूर्व आणि कमी वजनाच्या बाळांना जन्म देतात. गरोदरपणातील कमी अंतर, वारंवार गर्भधारणा या जोडीने, कष्टांची शारिरीक कामे, अपुरा आहार, अपुरी आरोग्य निगा आणि भेदाभेद, यामुळे स्त्रियांच्या पोषणावर दुष्परिणाम संभवतात.

घेताना दिसत आहे. खाजगी क्षेत्र, नागरी संस्था आणि संयुक्त राष्ट्र संघांच्या शाखा, व इतर अनेक संस्था यांनी योग्य तो पुढाकार व्यापक प्रमाणावर हाती घेतला आहे.

राज्य पातळीवरील उपक्रम: उत्तराखंड एक प्रकरण अभ्यास

उत्तराखंड राज्याच्या तीन जिह्यांमध्ये काही महिला महासंघ मंडुआचे (भरडधान्य) आणि काही पारंपारिक धान्यांचे व डाळींचे, एकात्मिक बालविकास सेवांच्या अंतर्गत शिधावाटपाद्वारे पुरवठा करत आहेत. यामध्ये सहभागी महिला इथे येऊन धान्य निवडणे, वर्गवारी करणे, पाकिटबंद करणे ही कामं करतात, ज्यासाठी संघ त्यांना प्रति पाकिटामागे एक रुपया इतके मोबदला देतो. दिवसभरात ४-५ तासांत एक महिला साधारणपणे १५० ते २०० पाकिटांची प्रक्रिया पूर्ण करते. १०% फायदयाचा भाग ठेवूनही एकात्मिक बालविकास सेवा शिधावाटपाच्या कामामध्ये चांगलेच योगदान देत आहे, कारण संघाकडून स्वच्छ व पोषक धान्याचा पुरवठा होत असल्याने शाश्वत आणि व्यवहारक्षम सेवेला गती मिळते आहे. अगोदर संघ शेतकऱ्यांना किलोमागे रु.५ ते ८ इतकाच फायदा देत असे, आता मात्र तो रु १०-१५ इतका जास्त नफा देतो. यामुळे शेतकरी वर्ग पारंपारिक उत्पादनासाठी उत्सुक आहे. जोडीला भरड धान्यालाही बाजारातून उत्तम प्रतिसाद मिळत आहे. प्रक्रियेचे आणि बांधणीच्या कामाद्वारे संघाकडून रोजगार पुरवठा होत आहे. सन २०१४-१५ मध्ये, एकात्मिक बालविकास सेवा आणि महिला संघ यांच्यामध्ये सामंजस्य करार झाला त्यामध्ये २५.३० कोटी रुपयांचा व्यापार करून २.३ कोटी फायदा झाला होता. तर एप्रिल २०१४ ते डिसेंबर २०१४ या कालावधीत, संघातर्फे ७५०० गरोदर स्त्रिया व २२,४३० मुलांना याचा फायदा मिळवून देण्यात आला. हा उपक्रम उत्तराखंड सरकारच्या एकात्मिक

उपजीविका सहाय्यकारी कार्यक्रमांतर्गत चालवला जात आहे.

निष्कर्ष

अलिकडेच प्रसिध्द झालेल्या 'पोषण पातळीवरील भारतीयांचे आरोग्य' अहवालातील सहा गंभीर बाबी:

- विशेषत गेल्या दशकभरात, भारतातील वाढ खुंटलेली तसेच कुपोषित मुले आढळण्याचा दर रोडावला आहे. तरीही समान उत्पन्न असलेल्या देशांच्या तुलनेत ही पातळी अधिकतम आहे.

- गेल्या दशकभरात भारताने आर्थिक सुबत्ता आणि कृषी उत्पादनात वाढ अनुभवली. त्या प्रमाणात पोषण पातळी मध्ये सुधारणा झाली नाही असे दिसून येते. शारिरीक वाढ खुंटण्याचा वेग हा आर्थिक प्रगती सोबत कमी होऊ शकतो मात्र आर्थिक वाढ कुपोषण कमी करू शकत नाही याउलट अधिकतम वजन व स्थूलत्व जन्माला घालण्याचा धोका मात्र वाढू शकतो.

- पोषण पातळीची स्थिती आणि प्रगती यांचे प्रमाण संपूर्ण भारताचा विचार करता व्यस्त आहे, असे आढळते आणि ते हेच दर्शवते की, शारिरीक वाढ खुंटण्याचे प्रमाण कमी होण्यासाठी एखादी व्यापक मोहीम हाती घेणे गरजेचे आहे.

- भारतातील या वाढीच्या समस्येचा आणि तत्संबंधी प्रगतीत आढळणाऱ्या वैविध्याचा वाढता वेग पाहता अधोरेखित करण्यासारखी जी कारणे दिसतात- त्यामध्ये पूरक आहार, स्त्रियांची सद्यस्थिती व आरोग्य, स्वास्थ्यरक्षा आणि सामाजिक विषमता इ. चा समावेश आहे.

- भारतात बालविकासासारख्या नाजूक विषयाचा अभ्यास करताना कुपोषण हे भयंकर मोठे संकट आहे. भविष्यात सुरक्षिततेसाठी या संकटावर

राज्यपातळीवर व्यापक कृतींची गती वाढवणे आवश्यक आहे.

मातांची कमी उंची, कमी वजन आणि पंडुरोग या सर्वाधिक गंभीर बाबी असल्याने जन्माला येणारी बाळे आकाराने लहान जन्माला येण्याचा व ही बाळे कायम कुपोषित राहण्याचा धोका मोठा आहे. गेले दशक वा त्याहून अधिक काळ, आरोग्य सेवेचे लक्ष्य हे माता आणि बालक यांचे दीर्घायुमान हे आहे. मात्र आज गरज आहे ती मातांचे पोषण सुनिश्चित करण्याची. यासाठी विशेषत मातांचे गरोदरपूर्व व गरोदरकालात वजन वाढवण्यासाठी प्रयत्न झाले पाहिजेत. केवळ याच काळात नव्हे तर सर्वकाळ स्त्रियांना हे पोषण मिळावे असा प्रयत्न हवा. स्त्रियांची पोषण स्थितीविषयक माहिती उपलब्ध झाल्यास कुपोषणाची व्याप्ती आणि परिणाम समाजाच्या व शासनाच्या नजरेत आणून देण्याकरिता महत्वाचे शस्त्र ठरेल. मात्र ही माहिती वेळोवेळी, नियमितपणे संपादित व अवलोकित व्हायला हवी. स्त्रीआरोग्यातील सुधार तिच्या व बाळाच्या आरोग्यासाठी व कल्याणासाठी उचित ठरेल. भारतातील २६ कोटी मुले या सुरक्षित जीवनास पात्र आहेत तसेच प्रतिकेत आहेत.

■ ■ ■

लेखिका ह्या आरोग्य आणि सामाजिक विकास या विषयावर गेली २५ वर्षे आंतरराष्ट्रीय पातळीवर काम करत आहेत. संयुक्त राष्ट्र आंतरराष्ट्रीय निधीच्या राष्ट्रीय समन्वयक या नात्याने भारताचा कृषी विकास या विषयावर सन २०११ पासून त्या कृषी, अन्न आणि पोषण सुरक्षा या निगडीत विषयांत कार्य करीत आहेत.
email: m.mishra@ifad.org



विकास समर्पित
मासिक

योजना

नियमित वाचा,
वर्गणीदार व्हा.

प्रकाशन विभागाची
नवी पुस्तके

१. छत्रपती शिवाजी महाराज
(हिंदी) ₹ ९५/-

अन्य काही पुस्तके

१. भारतेंदू हरिश्चंद्र
(हिंदी) ₹ ११०/-

२. आपला राष्ट्रीय ध्वज
(मराठी) ₹ ११०/-

आरोग्यसंवाद कार्यक्रम प्रभावी उद्दिष्टपूर्तीसाठी आराखडा

डॉ. संजीव कुमार



भारतातील आरोग्यविषयक सद्यपरिस्थितीला कारणीभूत अनेक घटक आहेत, जे आरोग्यसेवेच्या पुरवठ्याच्या बाजूत मोडतात. यामध्ये अपुऱ्या पायाभूत सुविधा, तज्ञ व प्रशिक्षित व्यक्तींच्या उपलब्धतेतील असमतोल, निधीची उपलब्धता व वापर यातील तफावत, आरोग्यसेवांची गुणवत्ता व व्यापकता, तसेच व्यवस्थापकीय व प्रत्यक्ष कार्यवाहीसंबंधी आव्हाने व सर्वसामान्य नागरिक व त्यांच्या आरोग्यविषयक सवयी अशा प्रमुख घटकांचा समावेश होतो. आरोग्यसेवांच्या मागणी बाजूअंतर्गतही बरीच आव्हाने आहेत.

भारतातील आरोग्यविषयक सामाजिक योजनांचे यश व आरोग्यसेवांचा दर्जा याद्वारे सामाजिक व वर्तणूक बदल घडवून आणण्यासाठी आरोग्य संवाद कार्यक्रमांना विशेष महत्व देण्यात आले आहे. आरोग्य व कुटुंबकल्याण मंत्रालयाने स्थापनेनंतरच्या सुरुवातीच्या काही वर्षांत भारताच्या विविध प्रांतात आरोग्यविषयक जनजागृती करण्यासाठी पूर्वीपासूनच आरोग्य संवाद कार्यक्रमाचे महत्व व व्यापकता लक्षात घेउन आरोग्यविषयक योजनांचा यशस्वीपणे प्रचार केला. पुढे ७०च्या दशकात राबवण्यात आलेल्या पोलिओ निर्मूलन व देवी प्रतिबंधन यांसारख्या आरोग्य योजनांचे यशही आरोग्यसंवाद कार्यक्रमाच्या व्यापक व प्रभावी तंत्रातून केलेल्या अंमलबजावणीलाच दिले जाते. असे असूनही भारताच्या आरोग्यसेवा क्षेत्रासमोर अनेक आव्हाने आहेत. आजही देशातील सामाजिक आरोग्यसेवांचा दर्जा व निर्देशांक पाहता परिस्थिती फारशी चांगली नाही, असेच चित्र दिसून येते. भारतातील आरोग्यविषयक सद्यपरिस्थितीला कारणीभूत अनेक घटक आहेत, जे आरोग्यसेवेच्या पुरवठ्याच्या बाजूत मोडतात. यामध्ये अपुऱ्या पायाभूत सुविधा, तज्ञ व प्रशिक्षित व्यक्तींच्या

उपलब्धतेतील असमतोल, निधीची उपलब्धता व वापर यातील तफावत, आरोग्यसेवांची गुणवत्ता व व्यापकता, तसेच व्यवस्थापकीय व प्रत्यक्ष कार्यवाहीसंबंधी आव्हाने व सर्वसामान्य नागरिक व त्यांच्या आरोग्यविषयक सवयी अशा प्रमुख घटकांचा समावेश होतो. आरोग्यसेवांच्या मागणी बाजूअंतर्गतही बरीच आव्हाने आहेत. ज्यामध्ये प्रामुख्याने भारतातील विविध प्रदेशांत विखुरलेली प्रचंड लोकसंख्या, त्या त्या प्रदेशातील जनसमुदायांच्या वेगवेगळ्या परंपरा चालीरिती, समजूती, श्रद्धा अंधश्रद्धा, मतं, सवयी, विचार, कल्पना, मूल्यं, नीतीनियम, तसेच दुर्गम व ग्रामीण भागातील लोकांत योग्य माहिती व शिक्षणाचा अभाव व आरोग्यसेवांसंबंधित विषयांबाबत पुरेशी जागरूकता नसणे यांसारख्या विविध समस्या आहेत.

आज एकीकडे देशात नवीन आरोग्य धोरण राबवण्याबाबत विचारविनिमय सुरू आहेत व दुसरीकडे जागतिक पातळीवर शाश्वत विकास उद्दिष्टांची नवी संकल्पना सर्व देशांत रूजत आहे, अशा वेळी आपल्या देशात आरोग्य संवाद कार्यक्रमांबाबत यापूर्वी केलेल्या सर्व प्रयत्नांचा परामर्श घेणे उपयुक्त ठरेल.

आजपर्यंतचे आरोग्य संवाद कार्यक्रम हे सामाजिक जागृतीपासून व्यक्ती, कुटुंब व एकूणच समाजाच्या वर्तणूकीत परिवर्तन घडवण्याच्या उद्दिष्टाकडे केंद्रित होत गेले आहेत. यादरम्यान आरोग्यविषयक योजनांच्या मागणी व पुरवठा या दोन्ही बाजूंकडून वेगवेगळी आव्हाने निर्माण झाली असून ती समजून घेऊन येणाऱ्या काळात सामाजात अमूलाग्र बदल होण्यासाठी योग्य आराखडा तयार करणेही आवश्यक आहे.

१९५० मध्ये प्रारंभ झाल्यापासून ते अगदी आता-आतापर्यंत आरोग्य संवाद कार्यक्रमांतून सामाजिक जागृती हे प्रमुख उद्दिष्ट समोर ठेऊन संबंधित बाबींची लोकांना माहिती करून देण्यावरच भर दिला गेला. हे करतांना काही महत्वाचे घटक दुर्लक्षित झाल्यामुळे सर्वसामान्य नागरिकांमध्ये आरोग्यसंवाद कार्यक्रमांतून मिळालेल्या ज्ञानाची दैनंदिन जीवनात प्रत्यक्ष अंमलबजावणी होऊन त्याद्वारे सामाजिक बदल घडून येण्याचे उद्दिष्ट साध्य झाले नाही. त्यामुळे आरोग्य संवाद कार्यक्रम वरवरच राबवले गेले असे वाटून जाते. आरोग्य संवादाचे खरे यश हे योजनेतून पोहचवलेले ज्ञान व माहिती यांचा प्रत्यक्ष वर्तणूक बदलात अवलंबन होण्यात असते, आणि आरोग्यसंवाद कार्यक्रमांच्या यशापयशाचे विश्लेषण करतांनाही हा विचार जोखून पाहणे आवश्यक ठरते. याबाबतीत मत व्यक्त करायचे झाल्यास, लेखकाचे म्हणणे आहे की, जरी आरोग्य संवादातील त्रुटी धोरणकर्त्यांच्या लक्षात आल्या असल्या तरीही भारतीय समाजाचे विविधांगी पैलू समजून घेऊन त्यानुसार आरोग्य संवाद कार्यक्रमांची आखणी झालेली नाही. भारतीय धोरणकर्त्यांनी

पाश्चिमात्य देशांतील सामाजिक सिध्दांत जसेच्या तसे भारतात राबवले. भारतात प्रत्येक बाबतीत वैविध्य आहे, त्यामुळे जसे सामाजिक काही सिध्दांत पाश्चिमात्य किंवा प्रगत देशांत एकसंधपणे, मांडणीत विशेष बदल न करता राबवता आले तसे भारतात शक्य झालेले नाहीत. आतापर्यंत स्वीकारलेले सिध्दांत हे केवळ आरोग्य शिक्षण व आरोग्यविषयक माहितीचा प्रसार कसा होईल, याचे तंत्र विकसित करणारे असून यांत समाज व व्यक्ती या दोन घटकांचा स्वतंत्रपणे भिन्न पातळीवर विचार केलेला नसल्याचे लक्षात येते. भारताच्या संदर्भात व्यापक तंत्रपध्दतीचा

भारतीय धोरणकर्त्यांनी
पाश्चिमात्य देशांतील सामाजिक सिध्दांत जसेच्या तसे भारतात राबवले. भारतात प्रत्येक बाबतीत वैविध्य आहे, त्यामुळे जसे सामाजिक काही सिध्दांत पाश्चिमात्य किंवा प्रगत देशांत एकसंधपणे, मांडणीत विशेष बदल न करता राबवता आले तसे भारतात शक्य झालेले नाहीत. आतापर्यंत स्वीकारलेले सिध्दांत हे केवळ आरोग्य शिक्षण व आरोग्यविषयक माहितीचा प्रसार कसा होईल, याचे तंत्र विकसित करणारे असून यांत समाज व व्यक्ती या दोन घटकांचा स्वतंत्रपणे भिन्न पातळीवर विचार केलेला नसल्याचे लक्षात येते.

विकास होण्याची आवश्यकता अधोरेखित होते.

आरोग्य संवादाची आजवरची मांडणी पाहता योजनाकर्त्यांना व संबंधित

सेवांचा पुरवठा करणाऱ्यांनाच केवळ कार्यक्रमातील माहिती व संवाद उमजत होता, मात्र ज्यांच्यासाठी तो तयार केला गेला, त्या लोकांपर्यंत ती माहिती प्रभावीपणे पोहचलीच नाही. आरोग्यविषयक योजनासंबंधी सर्वसामान्य नागरिकांच्या अनेक, अगदी प्राथमिक स्वरूपाच्या शंकाकुशंका व प्रश्न अनुत्तरितच राहिल्यामुळे माहितीची देवाणघेवाण घडलीच नाही व तो संवाद एकतर्फीच राहिल्याचे आढळून येते. आतापर्यंत धोरणकर्त्यांचे अनुमान असे होते की, आरोग्य संवादातील माहिती ही लोकांच्या फायद्याचीच आहे व ही बाब लोक उपजतच आपणहून समजून घेतील व त्यानुसार त्यांच्या आरोग्यविषयक सवयींत बदलही करतील. पण प्रत्यक्षात तसे घडले नाही. हे विश्लेषण आतापर्यंतच्या कार्यक्रमांबाबत टिकात्मक वाटणारे असेल, पण आजवरचे आरोग्य विषयक जनजागृतीचे सर्व प्रयत्न अतिशय प्रामाणिक व मेहनत घेऊनच केलेले होते व वेळोवेळी आवश्यक त्या सुधारणा करण्यावरही त्यात भर दिला गेला होता, हे ही येथे आवर्जून नमूद करावे लागेल.

यापुढच्या टप्प्यावर धोरणकर्त्यांनी एका नवी परिभाषा स्वीकारली. ही नवी संकल्पना म्हणजे, माहिती शिक्षण व संवाद कार्यक्रम (Information Education and Communication -IEC) ही होती. या संकल्पना राबवतांना काही कालावधीतच त्यावर आधारित कार्यक्रमाची व्यापकता थोड्याफार प्रमाणात वाढली, तरीही या संकल्पनेवर आधारित कार्यक्रमाचे मुख्य लक्ष्य माहितीचा पुरवठा करण्यावरच केंद्रीत होते. यामागे धोरणकर्त्यांची अशी धारणा

होती की, लोक संबंधित माहितीचे महत्व नजीकच्या काळात सभोवताली घडलेल्या आरोग्यविषयक गंभीर घटनांशी स्वतःहून तुलना करून, जोखून, पाहतील तसेच कार्यक्रमंतून प्रसारित केल्या जाणाऱ्या आरोग्यविषयक सवयी वा जीवनशैली पाळणाऱ्या समाजातील प्रगत स्तरावरील काही लोकांच्या जीवनमानातील व आरोग्यमानातील बदलाचे निरीक्षण करून आपापल्या आरोग्यविषयक सवयी व वर्तणूकींत स्वतःहूनच बदल करतील. पण यातही सर्वसामान्य लोकांत त्यांच्या आरोग्यविषयक (विशेषकरून कुटुंब नियोजन, महिला व बालकांसाठी व कुटुंबातील वेगवेगळ्या वयोगटातील व्यक्तींसाठी संतुलित आहाराचे कार्यक्रम) पूर्वीचे आचरण बदलण्यास प्रवृत्त करण्यात पुरेशा प्रमाणात यश मिळाले नाही. त्यानंतर धोरणकर्त्यांनी आपले लक्ष वर्तणूक बदल संवादावर (Behaviour Change Communication - BCC) केंद्रित केले. या प्रकारच्या धोरणात बरेच फायदे असल्याचे दिसून आले. जसे की, या धोरणांतर्गत संबंधित पुरावे व पर्यावरणीय घटक लक्षात घेऊन समाजाच्या किंवा कुटुंबातील व्यक्तींच्या आजवरच्या आरोग्यविषयक ठराविक वर्तणूकीत बदल सुचवण्यावर काम करण्यावर भर देण्यात आला. काही काळातच हे धोरण सामाजिक वर्तणूक बदल संवाद (Social and Behaviour Change Communication-SBCC) कार्यक्रमात परावर्तीत झाले व त्यानुषंगाने त्याचा आवाकाही वाढला. या कार्यक्रमांमुळे मुख्य बदल पाहायला मिळाला तो म्हणजे, भारतातील विविध समाजात हा कार्यक्रम राबवत असतांना

धोरणकर्त्यांनी संबंधित समाजातील भोवतालचे वातावरण, प्रादेशिकता, तेथील समाजाची मूल्यं व नितीनियमांचाही अभ्यास केला व त्यानुसार कार्यक्रमात प्रदेशगणिक बदल करून मगच तो कार्यक्रम राबवला.

आतापर्यंतच्या आरोग्यसंवाद कार्यक्रमांचा आढावा घेतल्यावर असे लक्षात येते की, वेळेवेळी आरोग्यसेवा व आरोग्यसंवादाचे कार्यक्रम राबवतांना धोरणकर्त्यांनी नमुनेदाखल वेगवेगळे सामाजिक सिध्दांत, अनुमान, व दृष्टीकोन वापरले, कार्यक्रमाचा आवाका, रूपरेषा व नावं यातही बदल केले, पण तरी काही

वरवर पाहता, धोरणात्मक स्तरावर बदल जरी घडत असले तरीही, ते बदल संबंधित धोरणांची अंमलबजावणी करणाऱ्या संस्था व क्षेत्रस्तरीय कार्यकर्ते व पदाधिकारी यांच्यापर्यंत पोहचलेले नाहीत. यावरून असे म्हणता येईल की, आरोग्य संवाद कार्यक्रमाचा प्रभाव खऱ्या अर्थाने तेव्हाच दिसून येईल जेव्हा हा संवाद तळागाळातील लोकांपर्यंत या कार्यक्रमातून योग्यप्रकारे माहितीची देवाणघेवाण होऊन तदनुसार बदल घडून येतील.

शंकांचे समाधान होत नाही जसे- आपण आरोग्यक्षेत्रातल्या अनेक गंभीर प्रश्नांवर उकल मिळवू शकलो आहोत काय, आपण संज्ञापनाचे म्हणजेच शासन व नागरिक यांच्यातील संवादप्रक्रिया व तिचे सामर्थ ओळखून त्यासाठी लागणाऱ्या प्रभावी साधनांवर गुंतवणूक करण्याचे महत्व जाणले आहे काय, आपल्या समाजातील सर्वसामान्यांना आपण हे दाखवून देण्यात

यशस्वी ठरलो आहोत काय की, संज्ञापन व प्रभावी संपर्कासाठी गुंतवणूक करणे हा आरोग्यक्षेत्रातील मुख्य धोरणाचाच एक भाग आहे कारण यातूनच सरकारला सर्वसामान्यांसाठी राबवत असलेल्या सर्व योजनांची, उपक्रमांची व चळवळींची माहिती व त्यांचा प्रसार प्रभावीरित्या करणे शक्य होते, आपण खरेच योग्य प्रमाणात सर्वसामान्य लोकांच्या जीवनात गुणात्मक बदल घडवून आणण्यात गतीशीलता राखू शकलेलो आहोत, संवादाची रचना व वितरण प्रणाली व नवीन साधने, पध्दती या भारतातील विविध प्रदेशांतील समूदायांबाबत, कुटुंबांबाबत व लोकांबाबत व वेगवेगळ्या समाजरचनेबाबत व त्यांच्याशी निगडित परस्पर भिन्न घटकांचा स्वीकार करण्यास सक्षम आहेत काय, आपली वाढती लोकसंख्या ही केवळ अंकात्मक वाढ दर्शवते की, यात बदल घडवण्यास उत्सुक, सामाजिक भान असलेल्या लोकांच्या संख्येत पूर्वीपेक्षा वाढ झालेली आहे, क्लिष्ट पारिभाषिक संवाद टाळून सर्वसामान्यांना सहजप्रकारे समजेल अशा पध्दतीने माहिती पोहचवण्याच्या कामी समाज हितासाठी बदल घडवून आणण्यास उत्सुक अशां तरूणांची आपण मोठ्या संख्येने क्षेत्रनिहाय कार्यकर्ते या जबाबदारीच्या पदावर नेमणूक करतो आहोत काय, या व अशा अनेक बाबींवर अजूनपर्यंत सकारात्मक उत्तरं मिळालेली नसल्यामुळे परिस्थितीतही बदल झालेला नाही. शिवाय वरवर पाहता, धोरणात्मक स्तरावर बदल जरी घडत असले तरीही, ते बदल संबंधित धोरणांची अंमलबजावणी करणाऱ्या संस्था व क्षेत्रस्तरीय कार्यकर्ते व पदाधिकारी यांच्यापर्यंत पोहचलेले नाहीत. यावरून असे म्हणता येईल

की, आरोग्य संवाद कार्यक्रमचा प्रभाव खऱ्या अर्थाने तेव्हाच दिसून येईल जेव्हा हा संवाद तळागाळातील लोकांपर्यंत या कार्यक्रमातून योग्यप्रकारे माहितीची देवाणघेवाण होऊन तदनुसार बदल घडून येतील.

आरोग्य संवादाचा भविष्यकालीन कार्यक्रमांचा आराखडा तयार करताना काही विशिष्ट बाबींवर भर दिला गेला पाहिजे. पुढे मांडलेल्या सहा ठळक मुद्याद्वारे या बाबींची माहिती करून घेऊया.

निधीची उपलब्धता- आरोग्य संवाद कार्यक्रमासाठी उपलब्ध होणारा निधी फारच अपुरा असतो. केंद्र तसेच राज्य पातळीवर आरोग्य संवाद कार्यक्रम राबवतांना निधीच्या उपलब्धतेत धोरणात्मक फरक होणे आवश्यक आहे. कारण केंद्रिय अर्थसंकल्पात राज्यांना आरोग्यसेवाक्षेत्राच्या विस्तारासाठी दिल्या जाणाऱ्या निधीचा त्या कामासाठी विनियोग केलाच जात नसल्याच्या तक्रारी झाल्यामुळे राज्यांना या कामासाठी केंद्राकडून पूर्वीइतकी आर्थिक तरतूद उपलब्ध करून दिली जात नाही. त्यामुळे अनेक राज्यांतील धोरणकर्त्यांवर आर्थिक निर्बंध येतात व त्यांना राज्यांतर्गत राबवण्यात येणाऱ्या आरोग्य योजनांच्या अंमलबजावणीवरही नाईलाजाने मर्यादा घालाव्या लागतात. राज्यांतील मुख्य आरोग्य पदाधिकाऱ्यांनी राज्यांसमोरील आरोग्यक्षेत्रातील आव्हाने व राज्यातील संस्था उपलब्ध निधीचा सुनियोजित वापर न करू शकण्याबाबतच्या त्रुटींचे नेमके कारण शोधण्यासाठी केंद्र स्तरावरील तज्ञ निरीक्षकांमार्फत परिक्षण केले जाण्याची तातडीने आवश्यकता असल्याचे केंद्र सरकारला त्वरित सूचित केले पाहिजे. हे

परिक्षण करताना राज्यांना केलेले निधीचे वाटप कोणत्या आधारावर झाले, गरजेच्या आधारावर की कामगिरीच्या आधारावर, हे स्पष्ट केले जावे. जर कामगिरीच्या आधारावर निधीचे वाटप झाले असेल तर त्यातून संबंधीत कार्याचे उत्तरदायित्व व एकूणच राबवल्या जाणाऱ्या आरोग्य संवाद कार्यक्रमाची गुणवत्ता हे दोन निकषही स्पष्ट होतील. राज्यांना आरोग्यसेवेसाठी मिळणारा निधी केवळ वरवरच्या कामासाठी खर्च न करता, त्या निधीचा विनियोग आरोग्य सेवा कार्यक्रमांच्या

आज आंतरराष्ट्रीय स्तरावर, देशांदेशात सहयोग व सहकार्य करण्याच्या मुद्यांमध्ये आरोग्य क्षेत्र सर्वात अग्रक्रमावर आहे. जागतिक स्तरावरील आरोग्य संघटना तसेच सहकारी व मित्र देशांतील शासकीय संघटनांशी संपर्क ठेवण्यातून विविध कल्पना व आरोग्यविषयक नवनवीन संशोधनातील प्रगतीची माहिती अद्ययावत ठेवणे शक्य होईल व त्याबरोबरच मोठ्या योजनांची भागीदारीतून अंमलबजावणी करतांना निधी, साधने व अत्याधुनिक तंत्रज्ञान मिळवता येईल. यासह सर्वात महत्त्वाची भागीदारी ही सर्व प्रकारच्या माध्यम समूहांशी करायला हवी.

प्रभावी अंमलबजावणीच्या कार्यासाठी करणे महत्त्वाचे ठरते. याशिवाय उपलब्ध निधीतील काही रक्कम आरोग्य संवाद कार्यक्रम राबवणाऱ्या कार्यकर्त्यांना क्षेत्रनिहाय काम करणाऱ्या अधिकाऱ्यांना त्यांच्या उत्तम कार्यासाठीचे विशेष वेतन म्हणूनही देता येईल. याद्वारे कार्यकर्त्यांना

ते करत असलेल्या प्रयत्नांची दखल घेतली जात असल्याचे कार्य समाधान मिळेलच पण नंतरही ते दिलेली प्रत्येक जबाबदारी नेटाने पार पाडतील.

कौशल्यविकास- शासकिय जनसंपर्क व संज्ञापना विभागातील अधिकारी, क्षेत्रनिहाय नेमलेले कर्मचारी व प्रशिक्षण यंत्रणांची कार्यक्षमता वृद्धिंगत होणे आवश्यक आहे. कारण आरोग्यक्षेत्र असो वा इतर कोणतेही क्षेत्र असो, योग्य जनसंपर्कातूनच खऱ्या अर्थाने सामाजिक बदलाचे दिशा ठरत असते. जनसंवादाचे कार्य सक्षमपणे पूर्ण करण्यासाठी लागणारी अद्ययावत साधने, तंत्रज्ञान व जलद आणि उत्तम कार्य करण्याचे कसब संबंधित कर्मचाऱ्यांत नसेल तर सामाजिक योजनांचे सर्व प्रयत्न फोल ठरू शकतात. संज्ञापन विभागासाठी कार्यक्षम व कुशल मनूष्यबळ उपलब्ध करून देणे हे तातडीने पूर्ण केले जावे, असे हे एक मोठे आव्हानच आहे. या कामी संज्ञापन क्षेत्रात व्यापक कामाचा अनुभव असलेल्या तज्ञ मंडळींच्या मदतीने राष्ट्रीय व राज्य पातळीवरील आरोग्य व कुटुंब कल्याण संस्था व विविध राज्यांत वेगवेगळ्या भागांत कार्यरत असणाऱ्या अंगणवाडीसारख्या प्रशिक्षण संस्थांत विशेष संज्ञापन अभ्यासक्रम चालवण्यात यावे. या अभ्यासक्रमांत प्रभावी संवाद कौशल्य विकासावर भर दिला गेला पाहिजे व जनसंवाद प्रशिक्षणात कामगिरीतील गुणवत्तेत वाढ हाच प्रमुख मुद्दा असावा. केवळ व्यक्ती-व्यक्तींतील संवाद जो मार्गदर्शन कौशल्य, प्रोत्साहन या साचेबद्ध चौकटीत मोडतो, त्यापलिकडे जाऊन आजच्या स्पर्धात्मक युगात आवश्यक असणारी काही विशेष कौशल्ये जसे सामोपचार, व्यवहार्य

मोलभाव, प्रसंगोचित प्रभावी वाकःचातुर्य, अशा गुणांचा विकास करण्यावर भर दिला जावा. याबरोबरच उपक्रमांचा प्रसार व प्रचार अधिक प्रभावीपणे करण्यासाठी शासनाच्या संलग्न यंत्रणांना जसे, माहिती व प्रसारण मंत्रालय, क्षेत्र प्रसार संचालनालय, गीत व नाट्य विभाग, दूरदर्शन, आकाशवाणी दृक्श्राव्य प्रसारण संचालनालय इ. विभागांना या कामांत सहभागी करून घेण्याकडे कल असावा. त्यातून विविध साधनांची सांगड घलणे शक्य होऊ शकेल.

मूल्यांकन यंत्रणा- आरोग्य संवाद कार्यक्रम राबवतांना देखरेख, आढावा व मूल्यमापन व परिस्थितीजन्य घटकांचे तौलानिक मूल्यांकन व संशोधन या कामांसाठी विशेष विभागवार रचना करून ती अद्ययावत ठेवली पाहिजे. कारण यातूनच वेळोवेळी संबंधित कार्यक्रमांचे यशापयश व त्यांची कारणमिमांसा करता येणे शक्य होईल. आजवरचा आढावा घेतल्यावर असे लक्षात आलेले आहे की, या कामांना नेहमीच गौण मानले आहे व राबवलेल्या कार्यक्रमासंबंधी काही दस्तावेज, छापील अहवाल, छायाचित्रे व वापराची प्रमाणपत्रे अशा काही तुटपुंज्या कागदपत्रांच्या पुराव्यावर कार्यक्रमांचे वरवरचे मूल्यांकन केले गेले आहे. तसेच संबंधित कार्यक्रमावर फारच कमी व क्वचितच परिक्षण व संशोधन केले गेले असावे. या कार्यासाठी कार्यक्रम अधिकारी व व्यवस्थापकांना विशेष प्रशिक्षण देण्याबरोबरच जर कार्यक्रमाचा आवाका मोठा असल्यास विशेष अधिकार प्रदान केले जावे ज्याद्वारे त्यांना या कामांसाठी व्यावसायिक संस्थांची मदत घेऊन राबवलेल्या कार्यक्रमांचे योग्य

पध्दतीने व कमीतकमी वेळेत गुणात्मक मूल्यमापन व संशोधनात्मक परिक्षण करून घेणे शक्य होईल. याबरोबरच, आरोग्य संवाद उपक्रमात वापरण्यात येणाऱ्या निर्देशांकांचीही पडताळणी करण्यावरही भर दिला गेला पाहिजे. आतापर्यंत निर्देशकांची तीन प्रकारांत- जसे उपक्रमांतर्गत वापरण्यात येणारे आदान निर्देशक, प्रत्यक्ष प्रक्रियेत वापरले जाणारे निर्देशक, व बाह्य परिणाम दर्शवणारे निर्देशक, अशी विभागणी केली जाऊन, स्वतंत्रपणे त्यांचे परिणाम पडताळून पाहिले जात. आता मात्र आरोग्य संवाद उपक्रमांत समाविष्ट असणाऱ्या सर्व निर्देशकांची पडताळणी ही संपूर्ण उपक्रमातून घडून आलेल्या एकूण बदलाला अनुसरून केली जावी. तसेच या उपक्रमाबाबत जनसामान्यांच्या प्रतिक्रिया व जनसंपर्क राखण्यासाठी योग्य व्यासपीठही विकसित करणे आवश्यक ठरेल.

संवादसाहित्य मांडणी व रचना

आरोग्य संवाद साहित्यातील नवनव्या संकल्पनांच्या प्रस्तुतीकरणात सुयोग्य बदल होणे आवश्यक आहे. संदेशाची मांडणी, रेखाटन, व रूपरेषा हे महत्वाचे घटक आहे. सध्या दोन प्रकारे या संवाद साहित्याची निर्मिती केली जाते, एक म्हणजे शासकिय संज्ञापना व प्रकाशन विभागामार्फत व दुसरे म्हणजे कंत्राटी तत्वावर खाजगी प्रकाशन संस्थेमार्फत. कंत्राटी तत्वावर बाहेरील प्रकाशन संस्थेला संवादसाहित्य निर्मितीसाठी नेमण्यात अनेक अडचणी येतात. जसे, त्यांच्याकडून तयार साहित्याची खरेदीसाठीच्या किंमतीसंबंधीचा किचकट व्यवहार मार्गी लावतांना येणाऱ्या अंतर व काळ, गुणवत्ता व व्यवस्थापकीय

समस्यां इ. यापेक्षा महत्वाचे आरोग्य सेवा योजना या ज्या लोकांसाठी आहेत त्यांच्या गरजा काय व नेमकी कोणती माहिती त्यांच्यासाठी उपयोगी ठरू शकेल इ. अशा बाबी प्रत्यक्ष सर्वेक्षणातून मिळवणे व त्यानुसार माहिती साहित्यपुस्तिक तयार करणे योग्य ठरते. बरेचदा इतर शासकीय गोष्टींच्या प्रचारासाठी हक्काचे माध्यम म्हणून अशा प्रकाशनांचा वापर केला जातो. यात मुख्य उपक्रमाबाबतची माहिती प्रकाशित करण्यासाठी लागणारी जागा कमी होते, तेव्हा शक्य तेथे इतर उपक्रमांची जाहिरात आरोग्य सेवा संवादपुस्तिकेत करणे टाळावे. व्यावसायिक संवादसाहित्याच्या तुलनेत शासकीय योजनांचे साहित्य हे बरेचदा अनाकर्षक व वाचण्यास कंटाळवाणे असते, असे ऐकावयास मिळते. हा समज बदलणे फार आवश्यक बनले आहे. कारण संपूर्ण शासकिय यंत्रणा व शासकीय अधिकाऱ्यांबाबत सर्वसामान्यांच्या मनात चांगली व विश्वासाह ओळख प्रस्थापित करण्यासाठी आकर्षक व उत्तम प्रतीच्या लेखी साहित्याचा व मनाला भिडणारा लक्षवेधी अशा दृक् श्राव्य संदेशांचा चांगला उपयोग करता येऊ शकेल. तसे पाहिले तर आजच्या काळात संदेशसाहित्याची नव्याने संरचना हा सामाजिक बदलासाठी अपेक्षित असलेल्या लोकसहभागाच्या प्रक्रियेचाच एक भाग आहे.

आरोग्य संवाद यंत्रणा

केंद्र व राज्य स्तरावरील आरोग्य संवाद यंत्रणेमध्ये बदल होणे आवश्यक आहे. केंद्र व राज्यस्तरीय माहिती शिक्षण व संज्ञापना विभाग (Information Education and Communications-IEC) व

जिल्हास्तरीय वर्तणूक बदल संवाद एकांश (Behavior Change Communication-BCC) या यंत्रणांची ओळख ही निवडक मनुष्यबळ असलेली, केवळ आरोग्य संवाद योजनांशी संबंधित साहित्याची खरेदी, निर्मीती व वाटप करणारी सरकारी यंत्रणा अशीच बनलेली आहे. स्थापनेपासून आजवर या विभागांच्या रचनेत व कार्यपध्दतीत कोणताही विशेष बदल करण्यात आलेला नाही. येथील कार्यकारी अधिकारी व त्यांच्या हाताखालचे कर्मचारी दोहोंनाही आरोग्य संवाद कार्यक्रमाचे आयोजन करणे, त्या कार्यक्रमावर ठराविक मांडणीचा अहवाल लिहून प्रसिध्द करणे व फारसे कौशल्य पणाला न लागेल अशी इतर दैनंदिन प्रशासकीय कामे पूर्वीपासून आखून दिलेली आहेत व आजपर्यंत त्याच साचेबध्द चाकोरीत ही यंत्रणा कार्यरत आहे. योग्य प्रशिक्षणाअभावी व्यावसायिकदृष्ट्या आवश्यक अशा धोरणात्मक संवाद कार्यक्रमाची आखणी करणे, झालेल्या कामांचे मूल्यमापन करणे अशी विशेष कौशल्य लागणारी कार्ये टाळण्याकडेच कल असलेला दिसून येतो. या समस्येवर तोडगा म्हणून पुरेशा संख्येने प्रशिक्षित मनुष्यबळाची नेमणूक करून, अद्ययावत संपर्क साधनांचा कौशल्यपूर्ण पध्दतीने वापर करण्याचे योग्य प्रशिक्षण देऊन, तसेच यंत्रणेतील कामांची रूपरेषा नव्याने ठरवून देऊन त्याप्रमाणे निर्णायक परिणामांच्या जबाबदारीची विभागणी यंत्रणेतील सर्व घटकांवर योग्य पध्दतीने केल्यास वर नमूद केलेल्या चारही घटकांची पूर्तता होऊ शकेल.

भागीदारीचे तंत्र- समाजात आरोग्य संवाद पोहचवण्याच्या प्रयत्नांत

धोरणकर्त्यांनी समाजात आरोग्यक्षेत्र व त्यासंबंधीत इतर क्षेत्रांत कार्य करणाऱ्या सेवाभावी सामाजिक संस्था, सर्वसामान्यजनांवर प्रभाव असणाऱ्या परिचित व तज्ञ व्यक्ती, लोकप्रिय नेते, तळागाळातील समूदायांसाठी काम करणाऱ्या किंवा अशा समूदायांच्या संघटनांशी तसेच शासकीय योजनांत हातभार देऊ इच्छिणाऱ्या खाजगी क्षेत्रातील कॉर्पोरेट कंपन्यांशी भागीदारी करणे ही खरं तर बदलत्या काळाची गरज आहे. कारण अशा समाजातील विविध स्तरांशी निगडित संस्थांशी संगनमत साधण्यातून अधिक प्रभावी विकास कार्यक्रम आखणे शक्य होईल. खाजगी क्षेत्राकडून मिळणाऱ्या सहकार्यातून योजनांसाठी आवश्यक निधी उभारण्यात सहयोग लाभण्याबरोबरच वेळोवेळी व्यावसायिकदृष्ट्या उपयुक्त असे व्यवस्थापकीय व तांत्रिक बाबतीत तज्ञांकडून सहकार्य मिळणे सहजसुलभ होईल. तसेच कंपन्यांच्या सामाजिक बांधीलकी निधीचा वापर योग्य योजनांच्या कार्यवाहीसाठी देणाऱ्या कंपन्यांना प्रोत्साहित करणे साहजसाध्य होईल. आज आंतरराष्ट्रीय स्तरावर, देशांदेशात सहयोग व सहकार्य करण्याच्या मुद्यांमध्ये आरोग्य क्षेत्र सर्वात अग्रक्रमावर आहे. जागतिक स्तरावरील आरोग्य संघटना तसेच सहकारी व मित्र देशांतील शासकिय संघटनांशी संपर्क ठेवण्यातून विविध कल्पना व आरोग्यविषयक नवनवीन संशोधनातील प्रगतीची माहिती अद्ययावत ठेवणे शक्य होईल व त्याबरोबरच मोठ्या योजनांची भागीदारीतून अंमलबजावणी करतांना निधी, साधने व अत्याधुनिक तंत्रज्ञान मिळवता येईल. यासह सर्वात महत्वाची भागीदारी ही सर्व प्रकारच्या

माध्यम समूहांशी करायला हवी. आजचे युग हे माध्यमांचे युग आहे. या काळात माध्यमांना माहितीचे पुरस्कर्ते मानले जाते. माहितीच्या प्रसारणाचे नेमके काम दैनंदिन माध्यमं करतात. म्हणूनच विविध योजनांसंबंधीत माहिती, प्रतिमा, नवीन उपक्रमांवरील चांगले वाचनीय लेख इ. अधिकाधिक लोकांपर्यंत रोजच्या सहज उपलब्ध होणाऱ्या माध्यमांतून देण्याकरिता धोरणकर्त्यांनी सर्व प्रकारच्या माध्यमांशी भागीदारी ठेवणेही योजनांच्या यशासाठी फायद्याचे ठरेल.

वरील सहाही मुद्यांमध्ये आरोग्यसेवेतील मागणीच्या बाजूकडे लक्ष पुरवण्यात आले आहे. वरील पध्दतीने बदल करताना आरोग्यसेवेच्या पुरवठ्याच्या बाजूतील त्रुटींकडे दुर्लक्ष करून चालणार नाही. कारण मागणीच्या बाजूने प्रत्यक्षात न येऊ शकणाऱ्या वाढत्या अपेक्षांमुळे धोरणकर्ते व सेवा प्रदात्यांना टिकेचे धनी व्हावे लागेल तसेच वापरकर्त्यांच्याही पदरी निराशा पडेल अशी परिस्थिती निर्माण होऊ शकते. जसे, पुरवठ्याच्या बाजूत अनेक साधनांची कमतरता तसेच अनेक संस्थात्मक अडचणी आहेत त्या वारंवार दूर करणे आवश्यक आहे. परंतु आरोग्यसेवेच्या पुरवठा बाजूवर मर्यादा आणणाऱ्या अडचणींवर मर्यादा लादणारा दृष्टीकोन समोर ठेऊन योजना कार्यक्रम राबवण्यापेक्षा मागणीच्या बाजूतील साधनांना आरोग्य क्षेत्रात सुधारणा सुचवू शकतील असे पर्यायी घटक मानून त्यानुषंगाने योजनांची रचना करणे, असा सकारात्मक दृष्टीकोन, सद्यपरिस्थितीतील आव्हानांवर काम करतांना मोलाचा ठरेल.

निष्कर्ष -

भारतात आरोग्य चळवळींचे उद्दिष्ट

गाठण्यासाठी तसेच विविध शासकीय आरोग्य योजनांतून दिल्या जाणाऱ्या सेवांचा योग्य गतीने व सकारात्मक परिणाम दिसून येण्यासाठी देशभरात आरोग्य जनसंवाद कार्यक्रमाची धोरणात्मक पातळीवर प्रभावीपणे अंमलबजावणी होणे आवश्यक आहे.

प्रतिबंधात्मक उपाययोजना व जीवनशैलीतील योग्य बदल सुचवणाऱ्या आरोग्य संवाद कार्यक्रमांतून सध्या देशात सर्वत्र वाढत असलेल्या अनेक गंभीर संसर्गजन्य व असंसर्गजन्य रोगांचा प्रसार आटोक्यात आणणे शक्य आहे.

आरोग्य संवाद कार्यक्रम विशेष प्रभावी होण्यासाठी तज्ञ मार्गदर्शकांच्या देखरेखीतून तयार केलेल्या, उपलब्ध

पुराव्यानिशी आकर्षक पध्दतीने मांडलेल्या, वेळोवेळी बदलत जाणाऱ्या परिस्थितीनुसार योग्य ते बदल व मूल्यमापन करून जोखलेल्या, तसेच आरोग्यक्षेत्रात कार्यरत असणाऱ्या प्रभावी व्यक्ती व सामाजिक संस्थांशी संगनमत करून विविध स्तरांवरील लोकांचा विचार करून व्यक्तीगत, कौटुंबिक व सामाजिक स्तरांवर सकारात्मक बदल घडवून आणण्यास सक्षम असलेल्या आरोग्य संवाद संकल्पना तयार कराव्या लागतील.

आरोग्य जनसंवादाचे सामर्थ्य व आश्वासकता ही केवळ संभाव्य किंवा लिखित व वाचिक स्वरूपापुरती वा जाहिरातींपुरती मर्यादित राहून चालणार नाही. शाश्वत विकास ध्येयांची

पूर्तता व बाराव्या योजनेच्या प्रभावी अंमलबजावणीबरोबर भारतीय समाजात सर्व स्तरांतल्या आरोग्यव्यवस्थेत अमूलाग्र बदल घडून आल्यावरच, आरोग्य संवाद कार्यक्रमांना खरे यश मिळाले असे म्हणता येईल.

■ ■ ■

लेखक संवाद क्षेत्रातील तज्ञ असून नवी दिल्ली येथील भारतीय जनसंज्ञपण संस्था येथे अतिथी प्राध्यापक आहेत. यूनिसेफ, जागतिक बँक यासारख्या अनेक नामांकित राष्ट्रीय आणि आंतरराष्ट्रीय संस्थांसोबत त्यांनी काम केले आहे.

email: sanjeevbcc@yahoo.co.in

विशेष सूचना : प्रकाशन विभागाचे बहुप्रतिक्षित भारत २०१६/India Year Book २०१६, २३ फेब्रुवारीपासून आमच्या बेलापूर, नवी मुंबई येथील कार्यालयात उपलब्ध होत आहे.

English	Price	हिन्दी	Price
Selected Speeches Pranab Mukherjee (I)	620.00	सुभाष चंद्र बोस	130.00
Selected Speeches Pranab Mukherjee (II)	500.00	ऐसे आँगन स्वच्छ हुवा	165.00
Selected Speeches Pranab Mukherjee (III)	520.00	हिंदी बाल साहित्यके कुछ पडाव	135.00
Gazetteer of India (II)	425.00	शरारत	10.00
Adobe Under the Dome	2300.00	रॉबिन्सन क्रूसो	100.00
Presidential Retreat	520.00	भारतीय कला उदभव और विकास	555.00
Gospel of Buddha	240.00	गालिबके पत्र	150.00
Thakkar Bappa	115.00	अमिर खुसरो	80.00
Indian Classical Dance	245.00	पंडित दीनदयाल उपाध्याय	130.00
Legends of Indian Cinema	285.00	लोकमान्य बाल गंगाधर तिलक	160.00

मानसिक आरोग्याच्या अंतरंगात

प्रा. डॉ. सुरेखा तवंदकर



मानवी मनात अनेक ताण-तणाव निर्माण होतात व या मानसिक ताण-तणावाचा परिणाम माणसाच्या शारीरिक आरोग्यावर होतो. यात उच्च रक्तदाब, मधूमेह, अर्धांगवायू सारखे आजार होतात. शारीरिक व्याधी मानसिक तणावातूनही निर्माण होतात हे आज संशोधनाच्या माध्यमातून सिध्द झाले आहे.

शरिरातील एक अदृश्य परंतू जाणवणारा घटक म्हणजे मुनष्याचे मन. प्रत्येक मानवी शरीरात मन असते. शरीर व मन हे परस्परांपासून अलग करता येत नाही. मन आणि शरीर हे परस्परावलंबी किंवा परस्परसंबंधी आहेत व त्या परस्परांचा एकमेकांवर परिणाम होत असतो. 'निकोप शरीरात निकोप मन असते'. (Healthy body has healthy mind) मानसाच्या मनामध्ये विविध विकारांची निर्मिती होत असते. मानवी मनातच अनेक आशा-आकाक्षाचा उदय होतो. मनुष्याच्या या आशा-आकाक्षा पूर्ण झाल्या तर ठीक नाहीतर मानवी मनात अनेक ताण-तणाव निर्माण होतात व या मानसिक ताण-तणावाचा परिणाम माणसाच्या शारीरिक आरोग्यावर होतो. यात उच्च रक्तदाब, मधूमेह, अर्धांगवायू सारखे आजार होतात. शारीरिक व्याधी मानसिक तणावातूनही निर्माण होतात हे आज संशोधनाच्या माध्यमातून सिध्द झाले आहे. वैद्यकशास्त्रज्ञांच्या दृष्टीने खालील विकार - 'मानसिक आरोग्य' या संकल्पनेत समाविष्ट होतात -

- (१) ताण (Stress) (२) चिंतात्मक अस्वस्थता (Anxiety Disorder)
- (३) भावनात्मक अस्वस्थता (Affective

Disorder) (४) दीर्घकालीन मानसिक बिघाड (Schizophrenia)

उत्तम मानसिक आरोग्य म्हणजे व्यक्तींची मानसिक संघर्षापासून मुक्तता होय. बाह्य जगाशी जुळवून घेणे वा समायोजन साधणे, आत्मसंयम राखणे, कोणत्याही भावनेच्या अति आहारी न जाणे हे चांगल्या मानसिक आरोग्याचे महत्वाचे अंग होय. 'मनाचा ब्रेक उत्तम बेक' हे ब्रीद वाक्य या संदर्भात लक्षात ठेवणे आवश्यक आहे.

'आरोग्यम धनसंपदा' असे आपण नेहमी म्हणतो. कोणतीही व्याधी न होता शरीर व मन रोगविरहित राखणे हेच आरोग्य. आरोग्य म्हणजे केवळ दिर्घायुष्य नव्हे तर शरीर निरोगी व मानसिकदृष्ट्या समतोल राखणे हे देखील महत्वाचे आहे. चांगले आरोग्य हे वैयक्तिक व सामाजिक शक्तीचा स्रोत आहे. निरोगी असणे म्हणजे शारीरिक, बौद्धिक, भावनिक, सामाजिक, अध्यात्मिक व सभोवतालच्या आरोग्याची वाढ.

मनाचा आणि शरीराचा संबंध केवळ अतुट आहे. नकारात्मक मनःस्थितीमुळे राग, भिती, चीड, संताप, वैताग, काळजी, चिंता, मत्सर, न्यूनगंड, वैफल्य, उदासिनता, नैराश्य, अपराधीपणा इ. मानसिक रोगच नव्हे तर अनेक शारीरिक

रोगही उद्भवतात. “एकविसाव्या शतकातील एड्स पेक्षाही महाभयंकर भस्मासूर कोणता? तर ताणतणाव, टेन्शन! ज्यामुळे अनेक लोक फक्त रोगग्रस्तच नव्हे तर मृत्यूमुखीही पडत आहेत”. सुखी जीवनाकरिता आपण शारीरिकदृष्ट्या आणि मानसिकदृष्ट्याही तंदुरुस्त असणे अत्यंत आवश्यक आहे. मानसिकदृष्ट्या कणखर असल्याने आपण शारीरिक व्याधीवर लवकर मात करू शकतो. मानसिकदृष्ट्या आपण निरोगी असाल तर त्याचा सकारात्मक परिणाम आपल्या व्यक्तिमत्त्वावर होतो. आपली विचार करण्याची पध्दत, आयुष्याकडे पाहण्याची दृष्टीही सकारात्मक राहते. म्हणूनच ज्यांची मानसिकशक्ती, इच्छाशक्ती चांगली असते त्यांची रोगप्रतिकारक शक्तीही उत्तम असते.

मानसिक आजार होण्याची कारणे अनेक आहेत. उदा. वैयक्तिक आयुष्यातील समस्या, व्यावसायिक जीवनात सातत्याने येणारे अपयश, नोकरीच्या ठिकाणची अयोग्य परिस्थिती इ. अलीकडे तरुण मुलेही मानसिक आजारांची शिकार होताना दिसत आहेत. मुलांवर त्यांच्या पालकांकडून चांगले यश मिळविण्यासाठी सातत्याने दबाव आणला जातो. परिक्षांमध्ये तू गुणवत्ता यादीत आलाच पाहिजेस, असे प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्ष दडपण मुलांवर आणले जाते. प्रत्येक मुलाची मानसिक स्थिती कणखर असते असे नाही. आईवडिलांकडून येणाऱ्या या दडपणाचा परिणाम शालेय तसेच महाविद्यालयीन विद्यार्थ्यांच्या मानसिक आरोग्यावर होत असल्याचे विविध संशोधनातून दिसले आहे. तसेच नोकरदारांना कंपनीमध्ये विशिष्ट कालमर्यादितच कामाचे उद्दिष्ट पूर्ण करण्यास सांगितले जाते. हे उद्दिष्ट पूर्ण झाले तरच नोकरीत प्रगतीची संधी

मिळते. असा विचार सातत्याने मनात येत राहिल्याने मनावरचे दडपण वाढत राहते. तर काहीजणांना असे वाटत राहते की, सहकाऱ्यांच्या तुलनेत आपण काहीच प्रगती केलेली नाही. अशावेळी यश मिळविण्यासाठी युवामंडळी सतत विचार करित राहतात. मनावरचा ताण वाढल्याने अशा व्यक्ती मानसिक आजारापासून स्वतःचा बचाव करू शकत नाहीत.

मानसिक आरोग्य जपवणूक (Mental Health Care):

मानसिक आजार ही समाजातील गंभीर समस्या असून मानसिक आजाराचे निदान शारीरिक आजाराप्रमाणे निश्चित करता येत नाही. बऱ्याच वेळा मानसिक आजारग्रस्त व्यक्तींना त्यांचे नातेवाईक मनोरुग्ण तज्ज्ञांकडे घेऊन जात नाहीत. कारण आपल्या कुटुंबात मानसिक रुग्ण आहे, हे जाहीर करणे म्हणजे कुटुंबाची बदनामी होणे असे समजले जाते. त्यामुळे कुटुंबातील एखाद्या व्यक्तीचा मानसिक आजार दडपून टाकण्याचा जरी प्रयत्न केला जात असला तरी तो कधी ना कधी उघड होतोच. तेव्हा कुटुंबातील एखाद्या व्यक्तीच्या वागण्यात असंबध्दता दिसली, भावनांचा अतिरेक होताना आढळला, तर लोक काय म्हणतील याचा विचार न करता त्यास ताबडतोब मनोरुग्ण तज्ज्ञांकडे घेऊन जावे. मानसिक आरोग्याचा विचार करता मानसिक रुग्ण तीन प्रकारात विभागले जातात.

१) बाल मनोरुग्ण

२) प्रौढ मनोरुग्ण

३) वयोवृद्ध मनोरुग्ण

मनोरुग्णात संबंधित व्यक्तीच्या मेंदूतील बिघाडाचा समावेश होतो. मनोरुग्णाची अनेक कारणे असली तरी काही कारणे पुढीलप्रमाणे-

१) बालकांकडून आईवडिलांच्या

अवास्तव अपेक्षा. २) अभ्यासाचे अवास्तव दडपण. ३) अल्पवयात आलेला विदारक अनुभव, लैंगिक शोषण, बलात्कार इ. ४) पालकांचे दुर्लक्ष. ५) कार्यालयीन कामाचा ताण ६) स्त्रियांचा सासरी होणारा छळ. ७) वैवाहिक साथीदारकडून होणारी सततची उपेक्षा. ८) कामात येणारे सततचे अपयश. ९) वृद्धांच्या संदर्भात एकाकीपणा व मुलांकडून होणारी सततची उपेक्षा. १०) वैवाहिक साथीदाराचे अनपेक्षित निधन, इ.

बालमनोरुग्ण :

बालकांच्या वर्तनाकडे अत्यंत बारकाईने लक्ष ठेवणे गरजेचे असून बालकांच्या वर्तनात खालील बाबी आढळल्यास त्यावर ताबडतोब मानसिक उपचार करणे अत्यावश्यक आहे. बालमनोरुग्णामध्ये पुढीलप्रकारची लक्षणे आढळतात.

१) स्पष्ट कारणे नसताना अभ्यासात मागे असणे किंवा परिक्षेत सतत नापास होणे. २) शाळा चुकविणे ३) नख चोखणे ४) अंगठा चोखणे ५) अंथरुण ओले करणे ६) उलट्या होणे ७) बोलताना खांदे उडविणे ८) विविचित्र हालचालाची सवय जडणे ९) बोलताना अडखळणे किंवा बोबडे बोलणे १०) सतत उदास राहणे ११) सारखी चिंता करणे १२) उध्दटपणा करणे १३) समाजशील वर्तणूक नसणे १४) अविकसित बुद्धी १५) चोरी करणे १६) स्वतःच्या भावविश्वात रमणे १७) कारण नसताना गालातल्या गालात हसणे इ.

बालकांच्या मानसिक अनारोग्यास बऱ्याचवेळा पालकांचे बालकांच्या संदर्भातील वर्तनच कारणीभूत असल्याचे मानसोपचारतज्ज्ञ मानतात. या पालकांचे त्यांच्या मुलांच्या संदर्भातील (गैर) वर्तनाचे पैलू पुढीलप्रमाणे -

१) मुलांकडे दुर्लक्ष करणे २) खुप वेळा मुलांना घरात एकटे सोडणे ३) मुलांची आवश्यकतेपेक्षा जास्त काळजी घेणे ४) मुलांचे अतिरक्षण करणे ५) मुलांची प्रत्येक इच्छा पुरविणे ६) मुलांच्या भोवती सतत घोटाळणे.

पालकांचे हे वर्तन मुलांच्या मानसिक विकासात अडथळे आणतात किंवा समायोजनात पण अडथळे आणतात. त्यामुळे बालकाचे मानसिक आरोग्य बिघडते.

इ.स. १९४४ साली 'कमेनिगज' यांनी केलेल्या अभ्यासात असे निदर्शनास आले की, पालकांच्या अशा वर्तनामुळे मुले आक्रमक, भित्री, गुन्हेगार व बेडरवृत्तीची बनतात.

कुमारावस्था व मानसिक आरोग्य -

बाल्यावस्थेची पुढची पायरी म्हणजे कुमारावस्था. बाल्यावस्थेतून कौमार्यावस्थेत पदार्पण करताना मुलांमध्ये शारीरिक, मानसिक आणि भावनिक जे बदल घडून येतात ते आंतरस्त्राव ग्रंथीमुळे. या काळात मुले एकदम मोठी दिसायला लागतात. त्यांची उंची झपाटयाने वाढते. काही तज्ज्ञांच्या मते, 'कुमारावस्था हा मानसिक वादळाचा आणि भावनिक ताणाचा काळ होय.' या काळात कुमाराचे वर्तन अस्थिर बनते. विचार, भावना व आचार या साऱ्यातच विलक्षण खळबळ सुरु होते. मुले स्वकेंद्रित व आत्मलक्षी बनतात. त्यातून त्यांचे वर्तन नकारात्मक बनते. शॉक या मानसशास्त्रज्ञाने मुलांच्या नकारात्मक वर्तनाची यादी पुढीलप्रमाणे दिली आहे.

१) मुलांची बदलती अहंभावना २) सामाजिक चढाईखोर वृत्ती ३) सामाजिक जाणिवेचा लोप

४) स्वप्नाळूपणा ५) व्यक्तिमत्व विकासांमुळे 'स्व' कल्पनेची अनिश्चिती

व तदनुषंगिक एकलकोंडेपणा ६) अफाट लैंगिक आकर्षण ७) नव्या जबाबदाऱ्यांचे ओझे ८) आंतरस्त्राव ग्रंथींचे स्त्रवन इत्यादी.

वृद्धावस्था व मानसिक आरोग्य -

'साठी बुध्दी नाठी' ही म्हण प्रसिध्द आहे. वयाच्या ६० वर्षांनंतर माणूस मनोरुग्ण बनण्याची शक्यता असते. त्याची कारणे सर्वसामान्यपणे खालीलप्रमाणे -

१) मुलांचे मात्यापित्याकडे दुर्लक्ष, संवादाचा अभाव व त्यातून आलेले एकाकीपण.

२) म्हातारपणी उत्पन्नाचा स्रोत नसेल तर मुलांपुढे हात पसरावा लागण्याचे लाजीरवाणे जिणे. ३) सुनेकडून वारंवार होणारा अपमान व अवहेलना. ४) काम करण्याची इच्छा असूनही काम करण्यातील शारीरिक अपात्रता. ५) जीवनाकडे सकारात्मक दृष्टिकोनातून न पाहण्याची वृद्धांची वृत्ती.

इत्यादीमुळे वृद्धांना मानसिक किंवा मनोरुग्णत्व येण्याची शक्यता असते. वृद्धांच्या या अवस्थेत त्यांना संरक्षण देण्याचे कार्य कुटुंबालाच करावे लागते.

"आपण बदलांशी जुळवून न घेतल्यास अगर बदल जीवनामध्ये सामावून न घेतल्यामुळे जो शिल्लक राहतो तो मानसिक तणाव किंवा मानसिक असमायोजन." अनेकदा आपण तणावग्रस्त आहोत हेच आपल्या लक्षात येत नाही. ताणतणावाच्या विळख्यात करकचून सापडल्यानंतर त्याचे दुष्परिणाम ठळकपणे शरीरावर व मनावर झाल्यानंतर आपल्याला वाटायला लागतं की, आता यातून मुक्त होण्यासाठी काही तरी करायला हवं. 'ताणतणावांची चाहूल जेवढी लगेच ओळखू तेवढं त्यातून मुक्त होणं सोपं.'! यासाठीच तणावग्रस्ततेच्या सुरवातीच्या खाणाखुणा (लक्षणे) पुढीलप्रमाणे -

- भुकेमध्ये बदल - अनियमितपणे केलेले काम व मनावरील ताणतणावांमुळे भुकेच्या नेहमीच्या वेळेत बदल होतो व हे चक्र बिघडतं. कडकडून भूक लागत नाही. काही जणांची भूक कमी होते, तर हायपर ऍसिडीटीमुळे काहीना सारखी भूक लागते.

- पचनसंस्थेवर परिणाम - भुकेमध्ये बिघाड झाल्यामुळे शौचाच्या वेळेत अनियमितता अपुरी झोप या सर्व गोष्टीमुळे पचनसंस्था वारंवार बिघडत राहते. पोटात गॅसेसचा त्रास होतो तर कधी बद्धकोष्ठता होते.

- झोपेमध्ये बदल - बिछान्यात पडल्यापडल्या झोप लागत नाही. बिघडलेल्या व्यक्तिगत संबंधाचे, कामाचे असमर्थतेचे किंवा क्लेषकारक परिस्थितीचे विचार वारंवार मनात घोळत राहतात. झोप उशिरा लागते व त्यामुळे पुरेशी वाटत नाही. काहीना सुरुवातीला डुलकी लागते आणि मग वारंवार जाग येते. त्यामुळे सकाळी उठल्यावर ताजंतवानं वाटत नाही.

- डोकेदुखी - लक्ष एकाग्र करून सतत काम करीत राहिल्यामुळे व सततच्या विचारांनी डोक्याच्या स्नायुवर ताण पडतो आणि डोकं दुखतं. तसेच अर्धे डोके दुखण्याची सवय ही गंभीर बाब आहे.

- छातीमध्ये अस्वस्थपणा - कामाचा किंवा इतर भावनिक तणाव जाणवू लागला की, आपण योग्य पध्दतीने श्वासोच्छ्वास करू शकत नाही. यामुळे छातीत जड वाटतं, कळ आल्यासारखे वाटते.

- पोटात अस्वस्थपणा - पोटात अस्वस्थता जाणवते, ज्याला इंग्रजीत 'बटरफ्लायज इन स्टमक' म्हणतात. परीक्षेच्या किंवा इंटरव्यूच्या आधी खूप

काळजी वाटत असून कुणाची वाट पाहताना किंवा व्यासपीठावर बोलण्याची सवय नसणाऱ्यांना भाषण करावयाच्या आधी असा अनुभव येतो. पोटात कालवाकालव होते, गुरगुरणं, गॅसेस होणं वगैरे होऊ लागतं.

- हातापायाची थरथर - अनेकवेळा तणावजन्य प्रसंगाना सामोरे जाताना हातापायांची थरथर होत असल्याचं जाणवतं आणि आपल्या थरथरणाऱ्या हातापायांकडे पाहून आणखीच ताण वाढतो.

- हातपाय गळून जाणे - यामध्ये हातपाय गळून गेल्यासारखे वाटतात तर कधी आखडल्यासारखे वाटतात.

- हातपाय बधीर होणे - काहीवेळा दुःखद प्रसंगामुळे ताणतणाव निर्माण होतात व काही सुचेनासं होतं. अशावेळी हातपाय बधीर होतात. मनावर ताण पडणाऱ्या छोट्या छोट्या गोष्टी पुनःपुन्हा होत राहिल्या तर हातापायांना मुंग्या येतात. अशा विचित्र आणि अनोळखी संवेदनेमुळे आपण अधिकच चिंतेत गोंधळात सापडतो, व मला हे असं काय होऊ लागलंय ? ही काळजी सतत लागून राहते. यामुळे मनाची एकाग्रता ढळते.

- पाठदुखी - अनेक तास बैठे काम करणाऱ्यांना पाठदुखीचा त्रास होऊ लागतो. पाठदुखीमुळे अस्वस्थ वाटू लागते व कोणत्याच अवस्थेत बरं वाटत नाही.

- जुने आजार बळावणे - सांधेदुखी, दमा, अतिरक्तदाब, मधुमेह, पेट्टिक, अल्सर, लायकेन, प्लेनस्, सोरिएसिस यासारखे विकार पुनःपुन्हा डोके वर काढतात. त्यांची तीव्रता वाढते आणि नेहमीच्या औषधांना ते दाद देत नाहीत.

- वारंवार होणारे आजार - उदा. तोंड येणे, सर्दी, अर्धशिशी, अपचन,

जळजळ, ऍलर्जीजन्य आजार इत्यादी तक्रारी वारंवार होऊ लागतात.

- शारीरिक अस्वस्थता - तणावग्रस्त प्रसंगाला वारंवार तोंड दयावं लागल्यास माणूस अस्वस्थ अधीर बनतो. ऐच्छिक स्नायू स्थिर रहात नाहीत. सतत पाय हलवत राहण्याची सवय काहीना लागते. एका जागी शांत राहणं, विश्रांती घेणं जमत नाही. मनाची एकाग्रता कमी होते.

- मानसिक अस्वस्थता - आराम करता न येणे, सातत्यानं मनावर ताण, दडपण असलेल्या माणसाला इच्छा असूनदेखील आराम करता येत नाही. झोपावं म्हटलं तरी गाढ झोप लागत नाही. अंग सैल सोडणं अशा माणसांना जमत नाही. झोपल्यावरही स्नायूवर ताण असतो. ते ओढल्यासारखे, आखडल्यासारखे राहतात. त्यांचं श्वसनही मोकळं, मुक्त दिर्घ नसतं. काहीना सतत काम करण्याचं व्यसन लागलेलं असतं. स्वतःच्या मनाला आणि शरीराला ते 'अति' वापरतात. विश्रांती घेतली की आपण कामचुकार तर नाही ना ? या भावनेनं ते पळाडले जातात.

- बौद्धिक थकवा जाणवणे - खूप शारीरिक कष्टानंतर किंवा व्यायामानंतर स्नायू दुखतात. तसंच खूप मानसिक श्रमानंतर किंवा ताणतणावामुळे बौद्धिक थकवा जाणवतो. हा थकवा मानसिक असतो. त्यामुळे एकाग्रता कमी होते. अशा अवस्थेत नवीन कल्पना सुचत नाहीत. समस्यांना उत्तर सापडत नाहीत.

- असमाधान, तक्रारखोरपणा - प्रत्येक माणूस, घटना, परिस्थिती, आपण स्वतः यामध्ये काही अशी न्यूनता असतेच. तणावग्रस्त नसलेला माणूस या गोष्टींचा सहज स्वीकार करतो. आणि त्यासकट त्या त्रुटींशी, न्युनतेशी जुळवून घेत पुढे जात राहतो. तणावग्रस्ततेच्या

बर्हिगोल भिंगामुळे तणावग्रस्त माणसाला मात्र अगदी बारीकसारीक अडचणी मोठ्या वाटू लागतात. याचा त्याच्या कार्यक्षमतेवर फार भयंकर परिणाम होतो आहे असे त्याला वाटते.

- चिडचिड होणे, वैताग - तणावग्रस्त लोक वैतागलेले असतात. त्यांना शुल्लक कारणांवरूनही संताप येतो. जवळची माणसं, सहकारी, पत्नी, मुलं, आईवडील आणि इतर कुटुंबीय सतत कळत-नकळत दुखावली जातात. त्यांच्याशी संघर्ष होऊ लागतो. मनं बिघडतात, संतापाच्या भरात होऊ नये ते होऊन जातं आणि त्यातून आणखीनच समस्या निर्माण होतात.

- मानसिक अनिश्चितता, असुरक्षित वाटणं - तणावग्रस्त माणसं कधी निश्चित नसतात. सतत 'धोका' असल्याची जाणीव, दडपण आणि त्यामुळे त्यांना असुरक्षित वाटत राहतं. यामुळे अशी माणसं अतिदक्ष राहण्याचा प्रयत्न करतात. यामुळे द्विधा मनःस्थितीचा त्यांना त्रास होऊ शकतो. नेमकं काय करावं, याचा चटकन निर्णय त्यांना घेता येत नाही. तणावग्रस्ततेमुळे त्यांची निर्णयशक्ती कमी होते. याचा पुन्हा कार्यक्षमतेवर परिणाम होऊन मग आणखी असुरक्षित वाटू लागतं.

- निराशावादी दृष्टिकोन, खिन्नता, निरुत्साह - सातत्याने तणावप्रतिक्रिया शरीरात घडू लागली की मनुष्य दुबळा बनतो. जीवनातील आशावाद हरवतो. आपल्या समोरील लहान मोठ्या समस्यांवर आपण यथायोग्य प्रयत्नाने मात करू शकतो व स्वतःला शांत ठेऊ शकतो. हा जीवनाकडे पाहण्याचा योग्य दृष्टिकोन होय. यशापयशाचं विवेकनिष्ठ विश्लेषण करणं हे विकसित आणि परिपक्व मनाचं लक्षण आहे. परंतू तणावग्रस्त माणूस मात्र हे करू शकत नाही आणि नकारात्मक

विचारात वाहवत जातो. त्यामुळे व्यक्ती आणखीच तणावग्रस्त होतात व त्यांचा आत्मविश्वास हरवतो.

• वैफल्य, उदासिनता - तक्रारखोरपणा, मानसिक थकवा, विश्रांती घेता न येणे, निराशावादी दृष्टिकोन या सगळ्यामुळे व्यक्ती वैफल्याच्या दरीत कोसळते. उदास, दुःखी, निराश, प्रयत्न करण्याची शक्ती हरवलेला असा तो होतो. त्याला आत्महत्या करावीशी वाटू लागते. अशावेळी ताबडतोब माणसोपचार तज्ज्ञांचा सल्ला घ्यावा.

ताणतणावांच्या या मानसिक व शारीरिक खाणाखुणा हे धोक्याचे लाल कंदील आहेत. प्रत्येकाच्या जीवनात तणावाचे अनेक प्रसंग येतात. प्रत्येक वेळेस मिळतजुळतं घ्या. विवेकशिल वर्तन ठेवून आपलं शारीरिक आणि मानसिक आरोग्य चांगलं ठेवण्याचा प्रत्येकानेच प्रयत्न केला पाहिजे.

‘लुळ्या पांगळ्या श्रीमंतीपेक्षा धष्टपुष्ट गरीबी बरी’ असे आपण नेहमी म्हणतो. म्हणूनच श्रीमंतापासून गरीबापर्यंत सर्वांना उत्तम आरोग्यासाठी जरूर प्रयत्न करावे. कारण,

Wealth is lost nothing is lost,
if Health is lost something is lost.

■ ■ ■

लेखिका पेंठवडगाव, कोल्हापूर येथील
सु. म. देसाई कन्या महाविद्यालयात
अर्थशास्त्र विभाग प्रमुख आहेत.
email : surekhatwandkar@gmail.com

आपल्याला माहित आहे का ?

दक्षिण आशियाई क्रिडास्पर्धा- २०१६

दक्षिण आशियाई क्रिडा स्पर्धा ही बहुराष्ट्रीय क्रिडास्पर्धा असून, त्यामध्ये दर दोन वर्षांनी दक्षिण आशियातल्या विविध खेळांच्या स्पर्धा घेण्यात येतात. आशिया ऑलिंपिक परिषदेने आयोजित केलेले प्रादेशिक खेळ यात समाविष्ट असून, दक्षिण आशियाई ऑलिंपिक परिषद याचे नियंत्रण करते, सन १९८३ पासून घेण्यात येण्याच्या या स्पर्धांना, ऑलिंपिक स्पर्धांचे दक्षिण आशियाई रूप असे संबोधतात. शिवाय ही स्पर्धा सर्व खेळाडूंसाठी एक संधी असते, ज्यामध्ये त्यांना सहभागी होता येते, एवढ्या मोठ्या स्पर्धेत आपल्या देशाचे व प्रदेशाचे प्रतिनिधित्व करावयास मिळते, त्याचबरोबर क्रिडाप्रकारांना व सुदृढ जीवनमानाला प्रोत्साहन मिळते. १९८४, मध्ये सर्वप्रथम या स्पर्धा ‘नेपाळ’ ने राजधानी काठमांडू येथे आयोजित केल्या होत्या. तर अलिकडेच झालेल्या परिषदेच्या ३२ व्या सभेत स्पर्धांचे नाव ‘साऊथ एशियन फेडरेशन गेम्स’ ऐवजी ‘साऊथ एशियन गेम्स’ असे बदलण्यात आले.

सध्या अफगाणिस्तान, बांग्लादेश, भूतान, भारत, मालदीव, नेपाळ, पाकिस्तान आणि श्रीलंका असे ८ सदस्य देश आहेत. ६ फेब्रुवारी ते १६ फेब्रुवारी २०१६ या कालावधीत १२ व्या दक्षिण आशियाई खेळांना, आपल्या भारतात गुवाहाटी (आसाम) व शिलाँग (मेघालय) येथे प्रारंभ होणार आहे. एकूण २३ स्पर्धांमध्ये ८ देश आणि ४५०० खेळाडू सहभागी असणे अपेक्षित आहे. या खेळांसाठीचे स्पर्धागीत ‘ई पृथिवी इक क्रिडांगण’ असून त्याचा अर्थ हे विश्व एक खेळाचे मैदानच होय असा आहे. स्वर्गीय डॉ. भूपेन हजारिका हे भारताच्या आसाम प्रांतातील थोर गीतकार, संगीतकार, गायक, कवी आणि चित्रपट निर्माते आहेत. हे गीतही त्यांच्या सिध्द लेखणीतून साकार झाले आहे. खेळांसाठी निवडवण्यात आलेल्या मुखचिन्हाला ‘टीखोर’ असे संबोधले आहे. म्हणजेच असा मनुष्य जो तल्लख, खोडसाळ, खिलाडू आणि पुरोगामी आहे. आणि तोच या स्पर्धेचा दूतही आहे. स्पर्धेच्या प्रतिकचिन्हाच्या पुष्पात ज्या ८ पाकळ्या आहेत त्या, पाकळ्या ८ सदस्य राष्ट्रांचे प्रतिनिधित्व करतात. त्याचबरोबर या पाकळ्या अनुघटि दिशेने फिरताना दर्शवल्या आहेत. ज्यातून सकारात्मकतेचा बोध होतो.

भारत सरकारने भारतीय ऑलिंपिक मंडळाच्या सल्ल्याने आयोजन समिती व कार्यकारी समिती स्थापन केली असून त्याचा मुख्य उद्देश सामन्यांचे नियोजन, व्यवस्थापन आणि अंमलबजावणी आहे. खेळांच्या व्यवस्थापना मध्ये आयोजन समिती मुख्य असून तिचे नेतृत्व क्रिडा मंत्री, भारत सरकार यांच्याकडे असेल.

आरोग्य व आर्थिक विकास यांच्यातील संबंध

टी. सुंदररमन



भारताची आर्थिक स्थिती सुधारत असताना आरोग्य क्षेत्र असल्यामुळे बदलाच्या उंबरठ्यावर आहे. 1975 मध्ये सॅम्युअल प्रेस्टन यांनी असे दाखवून दिले होते की, जर देशाचे आरोग्य आयुर्मयादेच्या मापात मोजले व आयुर्मयादा व देशाचे दरडोई उत्पन्न यांचा आलेख काढल्यास एका विशिष्ट पातळीवर जिथे दरडोई उत्पन्न जास्त आहे तिथे त्या देशाची आयुर्मयादा वाढलेली दिसते. दरडोई उत्पन्न अगदी साधारण वाढले तरी त्याचा परिणाम आयुर्मयादेवर दिसून येतो.

भारतातील आरोग्य क्षेत्र हे स्थित्यंतराच्या उंबरठ्यावर आहे. आर्थिक विकास व आरोग्य यांचा प्रेस्टन कव्हर्नुसार संबंध असतो हे यापूर्वीच दिसून आले आहे. याचाच दुसरा अर्थ आरोग्य व आर्थिक स्थिती यांचाही अन्योन्य संबंध आहे व हे घटक एकमेकांवर परिणाम करीत असतात. आता भारताची आर्थिक स्थिती सुधारत असताना आरोग्य क्षेत्र यामुळेच बदलाच्या उंबरठ्यावर आहे. १९७५ मध्ये सॅम्युअल प्रेस्टन यांनी असे दाखवून दिले होते की, जर देशाचे आरोग्य आयुर्मयादेच्या मापात मोजले व आयुर्मयादा व देशाचे दरडोई उत्पन्न यांचा आलेख काढल्यास एका विशिष्ट पातळीवर जिथे दरडोई उत्पन्न जास्त आहे तिथे त्या देशाची आयुर्मयादा वाढलेली दिसते. दरडोई उत्पन्न अगदी साधारण वाढले तरी त्याचा परिणाम आयुर्मयादेवर दिसून येतो. त्यानंतर हा वक्र आलेख सरळ होऊ लागतो व नंतरच्या टप्प्यात आयुर्मयादेत थोडी वाढ करायची असली तरी त्यात आरोग्यावर जास्त खर्च करावा लागतो(डिटन- २०१३).

‘द ग्रेट एस्केप’ या पुस्तकात नोबेल विजेते अग्नस डिटन यांनी म्हटले आहे की, प्रेस्टन आलेख वक्र स्थितीनंतरही वाढ किंवा विकास व आरोग्य यांचा संबंध कायम राहतो. जर सार्वजनिक

आरोग्यातील गुंतवणूक वाढली नाही तर खासगी गुंतवणूक वाढू शकते पण त्यातून आरोग्य क्षेत्रात चांगले परिणाम दिसून येतील याची शाश्वती नाही. जर सार्वजनिक गुंतवणूक वाढली तर सार्वजनिक आरोग्य प्रणालीत खर्च करायचा की खासगी सेवा विकत घेण्यावर भर द्यायचा यातून पर्याय निवडावा लागेल. हा निर्णय अवघड आहे, त्यावर या लेखात चर्चा केली आहे.

बाल आरोग्य व पुनरुत्पादनाशी संबंधित क्षेत्रातील प्रगती

आधीच्या काही दशकात मृत्यूच्या प्रमाणात पाच वर्षाखालील मुलांच्या मृत्यूचे प्रमाण अधिक होते, गर्भारपणातील माता मृत्यूचे प्रमाण जास्त होते. हळूहळू या दोन्हीचे प्रमाण कमी झाले कारण बालमृत्यूचे प्रमाण कमी झाले त्याचबरोबर प्रजननाचे प्रमाणही कमी झाले, मुलांचे प्रमाण व महिला गर्भवती राहण्याचे प्रमाण कमी झाले.

हे यश मिळण्याची काही कारणे आहेत.

१. गेल्या पंचवीस वर्षात बालमृत्यू व एकूणच मृत्यूचे प्रमाण कमी करण्याचे प्रयत्न केले गेले. ९० च्या दशकात मुले वाचण्याचे प्रमाण वाढले, मातृत्व सुरक्षित झाले, प्रजनन व बाल आरोग्याचे कार्यक्रम राबवण्यात आले. त्यानंतर २००५ मध्ये आरसीएच (ग्रामीण बाल आरोग्य) कार्यक्रम राबवण्यात आला त्यात राष्ट्रीय

आरोग्य कार्यक्रम एकात्मिक पद्धतीने राबवण्यात आला.

२. सहरस्त्रक विकास उद्दिष्टे गाठण्याचाही यात फायदा झाला २०१५ मधील जी आकडेवारी हाती येईल त्यात ही उद्दिष्टे साधण्यात आपण यशस्वी ठरलो की नाही ते समजेल.

३. १९९० मध्ये भारत माता व बालमृत्यू घटवण्याच्या उद्दिष्टात अनुक्रमे ४७ व ४० टक्के इतका मागे पडला होता. २०१५ पर्यंत भारताने चांगली कामगिरी केली असून ही कामगिरी जागतिक सरासरी पेक्षा उजवी आहे. शेवटी भारताने उद्दिष्ट गाठले आहे, असे म्हणायला हरकत नाही.

बाल व माता मृत्यूच्या प्रमाणात घट झाल्याने आपण आरोग्य क्षेत्रात एक मोठे आव्हान सामाजिक घटक प्रतिकूल असतानाही पेलले आहे. सकारात्मक बाजू बघता भारताने जागतिक उद्दिष्टे गाठण्यात गांभीर्य दाखवले आहे. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अहवालानुसार ९४ टक्के खेड्यांना सुरक्षित पेयजलाचा पुरवठा केला जात आहे. महिला साक्षरता आताच्या जनगणनेनुसार(२०११) ६५.०४ टक्के आहे. महिला साक्षरतेचे प्रमाण हे लोकसंख्येतील बदलाच्या तुलनेशी निगडित आहे. दशकातील लोकसंख्या वाढीचे दर घटत आहेत व अनेक राज्यांनी जागतिक लोकसंख्या स्थिरीकरण दराशी (हजारी एकवीस) जुळता जन्मदर गाठला आहे. लोकसंख्या वाढीचा दर आणखी काही वर्षे कायम राहिल कारण लोकसंख्येत जास्त महिला अजूनही प्रजनन क्षम वयात आहेत. पुढील काळात जास्त जनन दरामुळे उत्तर प्रदेश, बिहार, मध्यप्रदेश, राज्यस्थान या सात राज्यात व काही प्रमाणात झारखंड, छत्तिसगड, मेघालय या राज्यात जननदर जास्त राहिल पण या राज्यात हा दर कमी होण्यास अनुकूलताही आहे. तथापी

अजूनही दरवर्षी पाच वर्षाखालील १५ लाख मुलांचा व ४६५०० मातांचा मृत्यू होत आहे हे प्रमाण जागतिक मातामृत्यू व बालमृत्यूच्या तुलनेत अधिक आहे.

संसर्गजन्य रोग रोखण्यात संमिश्र प्रगती

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना व दोन दशकातील इतर सार्वजनिक आरोग्य योजना यामुळे संसर्गजन्य रोगांना

बाल व माता मृत्यूच्या प्रमाणात घट झाल्याने आपण आरोग्य क्षेत्रात एक मोठे आव्हान सामाजिक घटक प्रतिकूल असतानाही पेलले आहे. सकारात्मक बाजू बघता भारताने जागतिक उद्दिष्टे गाठण्यात गांभीर्य दाखवले आहे. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अहवालानुसार ९४ टक्के खेड्यांना सुरक्षित पेयजलाचा पुरवठा केला जात आहे. महिला साक्षरता आताच्या जनगणनेनुसार(२०११) ६५.०४ टक्के आहे.

रोखण्यात संमिश्र यश आले आहे. राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रमाने पद्धतशीर प्रचार करून प्रतिबंधात्मक व सुधारणात्मक पैलूंवर भर दिला. त्यामुळे आरोग्यविषयक माहितीचा प्रसार झाला. परिणामी या रोगांचा प्रतिबंध करण्यात काही प्रमाणात यश आले, किंबहुना त्यांचा जोर कमी झाला.पोलिओ निर्मूलन मोहिमेचे यशही मोठे आहे, पण त्यात प्रचार मोहिमेतून माघार घेतली गेली कारण एकूण खर्च जास्त होत चालला होता. कुष्ठरोगाचे कमी झालेले प्रमाण हे एक मोठे यश आहे व तो विशिष्ट मर्यादेच्या आत ठेवता आला किंबहुना त्याची निर्मूलन पातळी गाठता आली.

कीटकांमुळे पसरणाऱ्या रोगात हत्तीपाय रोगाचे प्रमाण कमी झाले व

नवीन रूग्ण अगदी कमी आहेत.हिवताप म्हणजे मलेरिया कमी होत आहे कारण नवीन साधने त्यात उपलब्ध झाली आहेत, कालाआजार आतापर्यंत नष्ट व्हायला हवा होता, पण आपण तो नष्ट करण्याची मुदत वाढवित आहोत, यात आपण कालापव्यय केला. दरम्यान कीटकांमुळे होणारे नवीन रोग पुढे आले आहेत त्यात चिकुनगुन्या व डेंग्यू यांचा समावेश आहे. चांगली बातमी अशी की, हे आकडे निव्वळ स्वरूपातील आहेत, या रोगांच्या रूग्णातही घट होत आहे.

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम क्षयावर केंद्रित आहे त्यामुळे रूग्णांची संख्या कमी होत असली तरी तो काळजीचा विषय आहे, नवीन रूग्ण कमी आहेत पण बहु औषध प्रतिरोधक क्षयामुळे अनेक राज्यांची डोकेदुखी वाढली आहे.

संसर्गजन्य नसलेल्या रोगातील वाढ-आरोग्य क्षेत्रातील एक आव्हान

संसर्गजन्य नसलेल्या रोगांमधील वाढ हे आरोग्य क्षेत्रातील एक आव्हान आहे, आता त्यात ६० टक्के मृत्यू होत आहेत. १२ टक्के मृत्यू हे जखमी झाल्यामुळे होत आहेत(जागतिक आरोग्य संघटना २०१४). याशिवाय संक्रामक रोगांचे गांभीर्यही वाढत आहे. संसर्गजन्य नसलेल्या रोगांमुळे होणारे अकाली मृत्यू यांचे प्रमाण विकसित व विकसनशील देशांच्या तुलनेत आपल्याकडे वाढले आहेत ही काळजीची बाब आहे.

असंसर्गजन्य रोगांबाबत भारतापुढील आव्हाने-

आर्थिक व मानवी साधने यांच्या व्यवस्थापनाची नितांत गरज आहे.

प्राथमिक आरोग्यातील सर्व सरकारी तरतुदीतून असंसर्गजन्य रोग दोन दशके वगळ्यात आले. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात असे रोग हाताळण्याची माहिती फार कमी आहे.

प्राथमिक आरोग्याबाबतची सर्व चर्चा

ही बालमृत्यू, माता मृत्यू यांचे प्रमाण व लसीकरणाचे प्रमाण व कुटुंब नियोजन याच्याशी येऊन थांबते. संकल्पनात्मक दृष्टीने या रोगांकडे पाहण्याची दृष्टी तयार झालेली नाही. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात अशा रोगांना स्थान मिळाले पाहिजे.

संसर्गजन्य रोगांच्या निर्मूलनात जी प्रगती झाली आहे त्यात दारिद्र्य, पोषण व सांडपाणी व्यवस्थापन या बाबींना महत्व आहे त्यात आपण विकसित व विकसनशील देशांच्यापेक्षाही मागे आहोत.

सरकारने राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम हा असंसर्गजन्य रोगांच्या मुकाबल्यासाठी सुरू केला पण तो जागतिक निकषांपासून दूर आहे. याउलट आरसीएच कार्यक्रम (रिप्रॉडक्टिव्ह चाईल्ड हेल्थ) कार्यक्रम व क्षय, एचआयव्ही व कुष्ठरोग या विरोधातील राष्ट्रीय नियंत्रण कार्यक्रम हे जागतिक उद्दिष्टांशी मेळ असणारे आहेत. सार्वजनिक आरोग्य यंत्रणा प्रत्येक गर्भवतीला शोधून त्यांच्या आरोग्याची काळजी घेते, लहान मुलांना शोधून त्यांचे लसीकरण केले जाते, क्षयाच्या रूग्णांच्या संदर्भातही अशीच काळजी घेऊन त्यांना बरे केले जाते पण असंसर्गजन्य रोगात काही किरकोळ घटना वगळता असे स्वच्छ धोरण दिसत नाही त्यामुळे लोकांना आरोग्य मिळत नाही. असंसर्गजन्य रोगांच्या विरोधात धोरण कसे आखायचे याबाबत काही समस्या आहेत. त्यात समांतर एकात्मिकरण आवश्यक आहे, त्यासाठी जिल्हा आरोग्य व्यवस्था सुधारणे आवश्यक आहे.

अकराव्या योजनेत आरोग्य व्यवस्था बळकट करणे

आरोग्य बळकट करण्यासाठी ग्रामीण आरोग्य व्यवस्था मजबूत करणे आवश्यक आहे आता याच योजनेचे एकत्रीकरण करून राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम राबवण्यात येत आहे. आरोग्य हा राज्यसूचीतील विषय असला तरी त्यांच्या यशस्वीतेसाठी

केंद्राचा पाठिंबा असणे आवश्यक आहे, त्यासाठी केंद्र व राज्य समन्वय समित्यांची गरज आहे. राज्यांनी सामुदायिक आरोग्य स्वयंसेवकांचा गटच उभा केला असून त्यात ९ लाख स्वयंसेवकांचा समावेश आहे त्यात 'आशा' कार्यकर्त्यांचा समावेश आहे, त्यांनी सार्वजनिक आरोग्यात मोठी कामगिरी केली आहे. आरोग्य शिक्षणाचा प्रसार करण्यात मोठी भूमिका पार पाडली आहे.

लोकसंख्येतील वरच्या १० टक्के श्रीमंत लोकांना आता खासगी आरोग्य सेवेच्या रूपाने जागतिक दर्जाशी तुलना होऊ शकेल अशा सुविधा मिळत आहेत. या दहा टक्के लोकांना आकर्षित करणारे वैद्यकीय उद्योग हे परदेशातील रूग्णांनाही आकर्षित करित आहेत. त्यामुळे यात स्पर्धात्मकता आहे, यामुळे वैद्यक क्षेत्रातील विशेषज्ञ लोकांनी या खासगी क्षेत्राकडे धाव घेतली. त्यामुळे ज्यांना विशेष सल्ल्याची गरज असेल व ते उत्पन्न व संपत्तीने या दहा टक्क्यात असतील तर त्यांना या खासगी वैद्यकीय संस्थांकडे जाणे भाग पडत गेले.

बाराव्या पंचवार्षिक योजनेनुसार राष्ट्रीय आरोग्य योजना

इ.स. २०१२ पासून आरोग्यातील निधीची वाढ व वाढत्या गरजांचा मेळ राहिला नाही. गरजू राज्ये संस्थात्मक विकास करित असताना त्यांच्याकडे निधी खर्च करण्याची क्षमता होती पण तसे होत नव्हते. त्यामुळे निधीच्या उपयोजनातील कमतरता, प्रशासनातील दिलाई व निधीची गळती या कारणांमुळे निधी पुरवठा कमी करण्यात आल्याचे कारण

सांगण्यात आले. त्यामुळे राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम काही अंशाने बदनाम झाला. राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमाने या आव्हानांना तोंड दिले पण त्यात प्रशासनातील उणिवा प्रतिबिंबित होत होत्या. त्याचा परिणाम इतरही दृष्टिकोनातून झाला. राजकीय इच्छाशक्तीशिवाय तेथे सार्वजनिक आरोग्यातील गुंतवणूक वाढण्याचे मोठे आव्हान होते.

१. निधीचे हस्तांतर थेट केंद्राकडून राज्य आरोग्य संस्थांकडे सुरू झाले हा निधी कोषागारातून व राज्याच्या अर्थसंकल्पीय यंत्रणेतून जाऊ लागला.

२. राजकीय पातळीवरील चुकांच्या दुरुस्तीबरोबरच प्रशासनाचा प्रागतिक दृष्टिकोन महत्वाचा आहे अन्यथा निधीचा योग्य वापर करणे अवघड होऊन बसते.

३. नियमित रोजगारामार्फत कौशल्यवान आरोग्य कर्मचाऱ्यांची भरती करणे आवश्यक आहे. अनेक देश जागतिक आरोग्य निगा क्षेत्रात पुढे जात आहेत मग त्यांचा ते साध्य करण्याचा मार्ग वेगळा असेलही त्यात पुरेशा संख्येने व योग्य वेतन देऊन आरोग्य कर्मचारी नियुक्त करणे महत्वाचे आहे.

आरोग्य क्षेत्राची वाढ व आरोग्य सेवेच्या वाढत्या किंमतींमुळे दारिद्र्याकडे वाटचाल-

राष्ट्रीय आरोग्य धोरण २०१५ चा मसुदा असे सांगतो की, आरोग्य क्षेत्रात जर सार्वजनिक गुंतवणूक झाली नाही तर परिस्थिती आणखी वाईट होते कारण आरोग्यावर लोकांचा अतिरिक्त खर्च होऊन त्यांना दारिद्र्याला तोंड द्यावे लागू शकते, असंसर्गजन्य नसलेले रोग हे सार्वजनिक आरोग्यात समाविष्ट होणारे नसतात. काही ठिकाणी सरकारी आरोग्य महाविद्यालयात अगदी तशी सोय असली तरी शेवटी या लोकांना तेथील गर्दीमुळे खासगी आरोग्य सेवेचाच आधार घ्यावा लागतो. ही स्थिती आपल्याला शहरी

भागात किंवा जुनाट रोगांच्या बाबतीत बघायला मिळते. याचा तातडीचा परिणाम म्हणजे केरळ व तामिळनाडू या सारख्या चांगल्या काम करणाऱ्या राज्यात आरोग्याचा खर्च वाढला आहे. आरोग्य क्षेत्रात त्यामुळे खासगी रूग्णालये वाढली आहेत. लोकसंख्येतील वरच्या १० टक्के श्रीमंत लोकांना आता खासगी आरोग्य सेवेच्या रूपाने जागतिक दर्जाशी तुलना होऊ शकेल अशा सुविधा मिळत आहेत. या दहा टक्के लोकांना आकर्षित करणारे वैद्यकीय उद्योग हे परदेशातील रूग्णांनाही आकर्षित करीत आहेत त्यामुळे यात स्पर्धात्मकता आहे, यामुळे वैद्यक क्षेत्रातील विशेषज्ञ लोकांनी या खासगी क्षेत्राकडे धाव घेतली व त्यामुळे ज्यांना विशेष सल्ल्याची गरज असेल व ते उत्पन्न व संपत्तीने या दहा टक्क्यात असतील तर त्यांना या खासगी वैद्यकीय संस्थांकडे जाणे भाग पडत गेले. त्यामुळे सरकारी

नोकरीइतका किंवा त्याहून अधिक पैसा देणाऱ्या खासगी संस्थांमध्ये वैद्यकीय तज्ञ गेले. ज्या वाणिज्य प्रारूपावर ही रूग्णालये आधारित आहेत ती रूग्णालये डॉक्टरांना चांगला पैसा व इतर फायदे देत आहेत. डॉक्टरही रूग्णांना चांगली विशेष औषधे देऊन निदानही चांगले करीत आहेत. काही वेळा निदानाच्या प्रक्रियांचा अवाजवी वापर होत आहे, आता तो व्यावसायिक प्रघातच झाला आहे, त्यामुळे चांगली वैद्यकीय किंवा आरोग्य सेवा कशाला म्हणायचे याबाबत लोकांच्या मनात संभ्रम आहे.

आर्थिक संरक्षणासाठी सरकारचे प्रयत्न
राष्ट्रीय धोरणाच्या उद्देशानुसार अत्यंत किफायतशीर दराने सर्व राष्ट्रीय वैद्यकीय कार्यक्रमांची सेवा उपलब्ध झाली पाहिजे, काहींना ती मोफत असली पाहिजे.
'जेएसवाय', 'जेएसएसके', 'आशा' हे आरोग्य कार्यक्रम, 'डायल

१०८' व '१०४' रूग्णवाहिका सेवा व अतिरिक्त परिचारिका व 'एएनएम' यांची नेमणूक यांचा संयुक्त वापर करणे आवश्यक आहे.

खिशाला चाट लागेल असा खर्च पेलत नाही, त्यामुळे लोक सार्वजनिक रूग्णालयात जातात. केंद्र सरकार काही प्रमाणात मोफत औषधेही उपलब्ध करून देत आहे, मोफत निदान सेवाही आहे.

सरकारी मदतीवरील सरकारी वित्त साहाय्य असलेल्या विमा योजना-

सरकारने आणखी एक उपाययोजना केली असून त्यानुसार आर्थिक विमा संरक्षण योजना गरिबांसाठी उपलब्ध केली आहे त्यामुळे गरिबांना रूग्णालयाचा खर्च मिळतो. यात राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना ही केंद्र सरकारची महत्वाची योजना असून त्यात दुय्यम आरोग्य सेवेची काळजी घेतली जाते. या शिवाय आठ किंवा अधिक राज्यांनी विमा योजना सुरू केली

Subscription Coupon

[For New Membership / Renewal / Change of Address]

I want to subscribe to :

Yojana : 1 Yr. **Rs. 100/-;**

2 Yrs. **Rs. 180/-;**

3 Yrs. **Rs. 250/-**

(Circle the period of subscription)

DD / MO No. _____ date _____

Name (in block letters) : _____

Subscriber profile : Student / Academician / Institution / Others

Address : _____

Phone No. / email : _____

PIN :

Please allow us 4 to 6 weeks to the despatch of the first issue.

P.S. : For Renewal / change in address, please quote your subscription number.

सभासद शुल्क केवल मनी ऑर्डर किंवा डिमांड ड्राफ्टद्वारे पाठवावे.

Subscription Fee should be send only through MO

योजना

फेब्रुवारी, २०१६ ५३

आहे त्यात तृतीय गरजांची पूर्तता केली जाते. असे असले तरी प्रत्यक्षात आरोग्य विमा योजनांचा लाभ लोकांना कितपत मिळतो याबाबत शंका आहेत. अधिकृत नोंदीनुसार ज्यांचा विमा काढलेला आहे. त्यांना कॅशलेस रूग्णालय सेवा मिळतात का हा खरा प्रश्न आहे.

खासगी क्षेत्राची मदत

खासगी क्षेत्राचा विचार करता सार्वजनिक आरोग्य उद्दिष्टे साध्य करण्यासाठी त्यांची मदत घेणे गरजेचे आहे.

१. विमा हा त्यातील एक मार्ग आहे यात निर्बंधापेक्षा अशा उपायांनी पाठबळ देणे गरजेचे आहे.

२. खासगी क्षेत्रातील तक्रार निवारण व्यवस्थांची मदत होऊ शकेल.

३. छोट्या प्रमाणातील आरोग्य व शुश्रुषा सेवा पुरवठादारांना प्रशिक्षणासाठी खासगी क्षेत्राची मदत घेता येईल.

४. 'ना नफा' तत्वावरील सेवा

भागीदारीत देता येतील. त्यात फार नियमन लागत नाही त्यातूनही आरोग्य सेवेला फायदा मिळू शकतो.

५. पूरक सेवांमध्ये खासगी क्षेत्राची मदत घेता येईल, जशी 'डायल १०८' ही सेवा या तत्वावर चांगल्या प्रकारे राबवण्यात आली आहे.

निष्कर्ष

आपल्याला या योजनेतील प्रगती टिकवायची असेल तर राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमांतर्गत आरोग्य सेवा क्षेत्रात आपण सुरु केलेल्या प्रयत्नात सातत्य, जोमदारपणा व विस्तार यांची आवश्यकता आहे. विशेष म्हणजे आपल्याला शहरी मूलभूत आरोग्य व चार हिंदी भाषक राज्यांमधील सेवांवर भर द्यावा लागणार आहे.

खासगी क्षेत्राला आरोग्य क्षेत्रात समाविष्ट करून घेण्यासाठी आपल्याला या सेवांचे नेतृत्व करणाऱ्या व्यवस्थेची गरज आहे. त्यातून एकाच वेळी हितसंबंध

टाळून माहिती देता येईल व लोकांना योग्य पर्याय निवडण्यास सक्षम करता येईल.

सार्वजनिक आरोग्य सेवा मजबूत करणे हे एक आव्हान आहे व त्यात गुंतवणूक करून मनुष्यबळ वाढवणे गरजेचे आहे. त्यामुळे अससर्गजन्य रोगांचे आव्हान आपण ग्रामीण आरोग्य क्षेत्रात केलेल्या प्रगतीशी तडजोड न करता स्वीकारू शकू याचबरोबर संसर्गजन्य रोगांचे नियंत्रणही शक्य होईल.

■ ■ ■

लेखक मुंबई येथील टाटा सामाजिक विज्ञान संस्थेतील आरोग्य यंत्रणा अभ्यास केंद्राचे अधीक्षक-प्राध्यापक आहेत. यापूर्वी त्यांनी आरोग्य क्षेत्रासंबंधित राष्ट्रीय पातळीवरील अनेक महत्वाची पदे भूषविली आहेत.

email: sundararaman.t@gmail.com

Yojana : Published in Hindi, English, Urdu, Tamil, Telugu, Malayalam, Kannada, Gujarati, Marathi, Punjabi, Bengali, Assamese & Oriya

Send your subscription by DD / MO in the name of Director, Publications Division, addresses to :

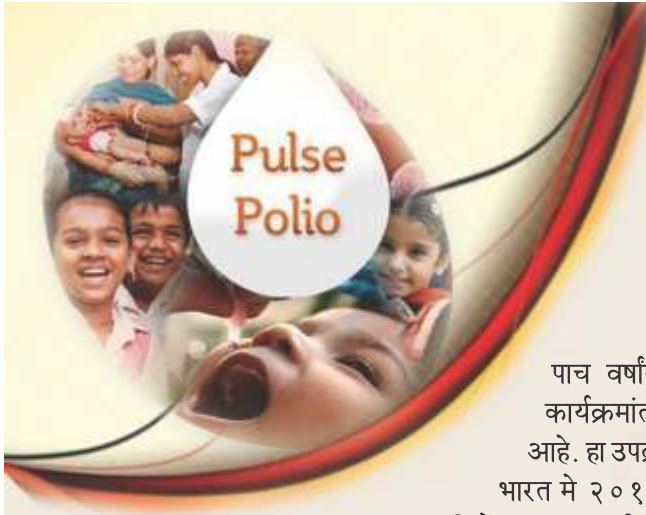
**Advertisement & Circulation Manager, Publications Division, Ministry of Information & Broadcasting
Room No. 48 to 53, Sochna Bhavan, CGO Complex, Lodhi Road, New Delhi - 110003.**

Subscriptions will arise also be accepted at our sales emporia:

● Hall No.196, Old Secretariat, **Delhi-110054**, Ph.011-2389 0205 ● A-wing, Rajaji Bhavan, Besant Nagar, **Chennai-600090**, Ph.: 044-2491 7673 ● 8, Esplande East, **Kolkata - 700069**, Ph: 033-2248 8030 ● Bihar State Co-operative Bank Building, Ashoka Rajpath, Patna-800004. Ph.: 0612-268 3407 ● Press Road, Near Govt., Press **Thiruvananthapuram-695001**, Ph.: 0471-2330 650 ● Hall No. 1, 2nd floor, Kendriya Bhawan, Sector - H, Aliganj, **Lucknow-226024**, Ph.: 0522-232 5455 ● 701, C-Wing, 7th Floor, Kendriya Sadan, C.B.D. Belapur, **Navi Mumbai-400614**, Ph.: 022 2757 0686 ● Block 4, 1st Floor, Gruhakalpa Complex, M.G. Road, Nampally, **Hyderabad - 500001**. Ph.: 040-2460 5383 ● 1st Floor, F-Wing, Kendriya Sadan, Koramangala **Bangalore-560034**. Ph.: 080-2553 7244 ● KKB Road, New Colony, House No.7, Chenikuthi, Guwahati-781003, Ph.: 0361-2665 090 ● Ambica Complex, 1st Floor, Paldi, **Ahmedabad - 380007**. Ph.: 079-2658 8669.

For Yojana Tamil, Telugu, Malayalam, Kannada, Gujarati, Marathi, Bengali, Assamese, Oriya, Urdu and English, Hindi - please enrol yourself with Editors of the respective at the addressess given Below;

Editor, Yojana (Marathi), B-701, Kendriaya Sadan, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai-400614. Ph.: 022-2756 6582
Editor, Yojana (Gujarati), Ambika Complex, 1st Floor, Paldi, Ahemdabad-380007. Ph.: 079-2658 8669
Editor, Yojana (Assamese), KKB Road, New Colony, House No. 7, Chenikuthi, Guwahati-781003. Ph.: 0361-266 5090
Editor, Yojana (Bengali), 8, Esplanade East, Ground Floor, Kolkata-700069. Ph.: 033-2248 2576
Editor, Yojana (Tamil), 'A' Wing, Rajaji Bhawan, Basant Nagar, Chennai-600090. Ph: 044-2491 7673
Editor, Yoajna (Telugu), Block No. 4, 1st Flr., Gruhakalpa Complex, M.G.Rd, Nampally, Hyderabad-500001. Ph.:040-2460 5383
Editor, Yojana (Malayalam), Press Road, Near Govt. Press, Thiruvananthapuram-695001, Ph: 0471-233 0650
Editor, Yojana (Kannada), 1st Floor, 'F' Wing, Kendriya Sadan, Koramangala, Bangalore-560034, Ph: 080-2553 7244.



विकास वाटा

पल्स पोलिओ कार्यक्रम : २०१६

१७ जानेवारी २०१६ रोजी राष्ट्रपती भवनामध्ये राष्ट्रीय लसीकरण दिनानिमित्ताने, मा. राष्ट्रपतींनी पाच वर्षांखालील मुलांसाठी, सन २०१६ च्या पल्स पोलिओ कार्यक्रमाचे अनावरण केले. या कार्यक्रमांतर्गत देशातील पाच वर्षांखालील १७.४ कोटी, मुलांना पोलिओ मुक्तीच्या मोहिमेचा लाभ होणार आहे. हा उपक्रम भारत सरकारच्या पोलिओ मुक्ती योजनेचा एक भाग असेल. नोंद घेण्यासारखी बाब हीच की, भारत मे २०१५ मध्येच, माता आणि नवजात शिशुच्या धनुर्वात निर्मूलनाचे उद्दीष्ट्य पूर्ण करणार आहे, म्हणजे डिसेंबर २०१५ ही जागतिक स्तरावर निर्मूलनाची तारीख असतानाच, भारत मात्र हे आव्हान त्या अगोदरच पूर्ण करत आहे. वैश्विक आरोग्य सेवा आणि स्वास्थ्यविषयक असमानता दूर करण्यासाठी देशाने केलेल्या प्रयत्नांचे द्योतक म्हणजे ही

संस्मरणीय ध्येयपूर्तता. आरोग्याबाबतीतली जोखीम निभावण्यासाठी पोलिओ ग्रस्त विदेशस्थ रुग्णांकडून होणा-या संसर्गाप्रती सर्वांमध्ये प्रतिकारशक्ती निर्माण व्हावी हा यामागील उद्देश आहे. राष्ट्रीय स्तरावर पोलिओच्या दाहक संसर्गापासून वाचण्यासाठी उच्च प्रतीची रोगप्रतिकारकशक्ती निर्माण करण्यासाठी पोलिओवर बारिक लक्ष ठेवणे गरजेचे आहे. पर्यटनविषयक मार्गदर्शक सुध्दा असाच सल्ला पर्यटकांना देतात की, भारत व इतर आठ राष्ट्रे (पाकिस्तान, अफगाणिस्तान, नायजेरिया, कॅमेरून, सिरिया, इथिओपिया, सोमालिया आणि केनिया) यांमध्ये प्रवास करणाऱ्यांनी वेळीच लसीकरण करून घ्यावे. जागतिक आरोग्य संघटनेने याविषयक मार्गदर्शक तत्वे प्रसारित केली आहेत. पोलिओ विषाणूंच्या परदेशस्थ नागरिकांचा धोका ओळखून त्यांना त्वरित प्रतिकारशक्ती देण्यासाठी प्रत्येक राज्यात व केंद्रशासित प्रदेशात रॅपिड रिस्पॉन्स टीम (RRT) अंतर्गत, इमरजन्सी रिस्पॉन्स प्लॅन (PRP) तयार करण्यात आला आहेत.

मुलांना दुहेरी संरक्षण पुरवण्यात यावे आणि पोलिओ निर्मूलनाचे फायदे सार्वत्रिक व्हावेत, यासाठी भारत सरकारने ३० नोव्हेंबर २०१५ पासून मौखिक पोलिओ कार्यक्रमाबरोबरीनेच इंजेक्शनद्वारा लसीकरणाचा कार्यक्रम या मोहिमेअंतर्गत सुरु करण्याचा निर्णय घेतला. IPV कार्यक्रम सुरुवातीला आसाम, गुजरात, पंजाब, बिहार, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश या सहा राज्यांत लागू झाला आहे.

स्टार्टअप मोहिमेचा शुभारंभ

१७ जाने २०१६ रोजी पंतप्रधानांनी **स्टार्टअप मोहिमेचा शुभारंभ केला**. स्टार्टअप आराखड्याचे ठळक मुद्दे स्पष्ट करताना ते म्हणाले, रु. १०,००० कोटी इतका निधी केवळ या मोहिमेसाठी वापरण्यात येईल. पहिल्या तीन वर्षांकरिता स्टार्टअप कंपनी आयकर मुक्त असतील. तर त्यांस एकस्व अधिकार शुल्कामध्येही ८० टक्के सूट असेल. त्याच प्रमाणे नऊ, कामगार तथा पर्यावरण कायदांतील तरतूदीमध्ये शिथिलता देण्यात आली आहे. यासाठी स्वयं प्रमाणित स्टार्ट अप प्रणालीची कामे ग्राह्य मानण्यात येतील.

चार नवीन आयटी तंत्रज्ञानाधारित नागरीक केंद्री आरोग्य सेवांची घोषणा

यांपैकी, 'किलकारी' ही पहिली श्रुतमाध्यमी संदेश सेवा असून त्याद्वारा गरोदरावस्था, बाळाचा जन्म व निगा याबाबत प्रत्येक आठवड्याला श्रुतीसंदेश प्रत्येक कुटुंबास पाठवण्यात येईल. प्रत्येक गरोदर स्त्री व नवजात बाळाची आई यांना ज्यांची नोंद MCTS (Mother and Child Tracking System) मध्ये असेल, ही प्रणाली जी नामाधारित प्रक्रियेने अवलोकन करेल व सर्व माता व बाळांपर्यंत ही माहिती पोहचवेल. गरोदरावस्थेचा ४ था महिना ते बाळाचा पहिला जन्मदिन या कालावधीत एकूण ७ २ संदेश त्यांच्या पर्यंत पोहचवले जातील. तसेच प्रत्येक संदेश हा केवळ २ मिनिटांचाच असेल. बाळाच्या जन्माच्या अनुषंगाने ही सुविधा प्रत्येक गरोदर स्त्री व पालकांस सुजाण करेल. ही सुविधा उपभोक्त्यांना मोफत असेल. या सुविधेच्या पहिल्या फेऱ्यात झारखंड, ओरिसा, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, उत्तराखंड व राजस्थान येथील बाळंतिणी व गरोदर स्त्रियांना देण्यात येणार आहे. प्रथमत ही सुविधा केवळ इंग्लिश, हिंदी व ओडिया या भाषांमध्येच असून नंतर मात्र ती इतर प्रांतिय भाषांमध्येही पुरवण्यात येईल, तथा भारताच्या इतर भागांतही प्रसारित होईल. एकूण वर्षाकाठी २ कोटी स्त्रिया व बालके प्रत्येकी याचे लाभार्थी असतील.

मोबाईल अकादमी ही नवी मोबाईल आधारित अनुज्ञप्ती (appliedation) आहे. ज्याद्वारा मोठ्या संख्येवर 'आशाताईना' कुशल बनवण्याचा मानस आहे. ज्याची मदत आशाताईच्या व्यक्तिगत कौशल्यांच्या विकासासाठी होईल. एकदा नोंदणी केल्यानंतर, आशाताईना २४० मिनिटांच्या कालावधीत मोबाईल फोनद्वारा, संपूर्ण अभ्यासक्रम शिकता येणार आहे. असा हा प्रमाणित अभ्यासक्रम त्यांच्या सवडीने त्या पूर्ण करू शकतील. हा चार खंडांमध्ये विभागला आहे. प्रत्येक खंडात ११ धडे असतील. शिवाय खंडाअखेर कूटप्रश्नमंजुषा असेल. ज्यात किमान गुणप्राप्ती संपादित करून आशाताईना केंद्रशासनातर्फे प्रमाणपत्र प्राप्त करता येईल.

तिसरा उपक्रम म्हणजे राष्ट्रीय सुधारित क्षयनिर्मूलन कार्यक्रम होय. ज्यामध्ये रुग्णांना केंद्रस्थानी ठेवण्यात आले आहे. १८००-११-६६६६ ह्या क्रमांकावर दूरध्वनी केला असता, उपचारासाठी पुरेसे मार्गदर्शन व समुपदेशनाद्वारा माहिती देण्यात येईल. या ग्राहक सेवा केंद्रामध्ये प्रशिक्षित कर्मचारी नियुक्त केले आहेत. ते रुग्णांना योग्य तो सल्ला वेळोवेळी देतील इतकेच नव्हे तर ते रुग्ण व रुग्णालय यामधील महत्वाचा दुवा ठरतील. हा संपूर्ण राष्ट्राकरता एकच क्रमांक आहे. ज्याद्वारा रोगी (इच्छुक) निदान उपचार व मदत केवळ, मिस्डकॉल वा कॉल द्वारा मिळवू शकतात. हा उपक्रम सुरुवातीस केवळ पंजाब, हरियाणा, चंदिगड व दिल्ली येथे सुरु करण्यात आला आहे.

'एम्-सेसेशन' ही माहिती तंत्रज्ञानाधारित अनुज्ञप्ती असून तंबाखू मुक्तीचा हेतू, डोळ्यांपुढे ठेवून बनवण्यात आली आहे. ही सुविधाही केवळ मिस्डकॉलवर, तंबाखू पिडीत लोकांना पुरवण्यात येईल. एसएमएस प्रक्रिया वापरून सादप्रतिसाद मार्गाने जनतेचे समुपदेशन करण्यात येईल.

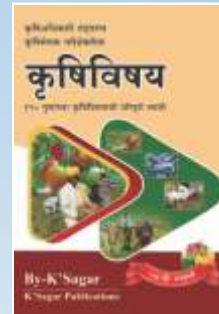
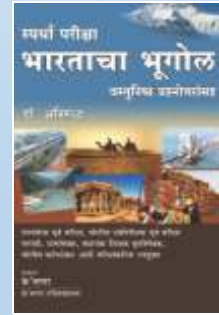
कलास कोणताही लावा, यश मिळवाचे असेल तर पुस्तके अभ्यासा के'सागरचीच!

के'सागरीय पुस्तके
अभ्यासा म्हणजे
कलासेसच्या टेस्ट सेरिजमधील
सर्व प्रश्नांची उत्तरे तर
तुम्हाला देता येतीलच पण
आयोगाची प्रश्नपत्रिकाही
तुम्ही सहज सोडवाल!

आई-वडिलांनी अभ्यासलेले
अन् मुलांच्या हाती सोपविलेले,
३० वर्षांचा इतिहास असलेले
के'सागरीय सदर्भ..

१९८६ पासून
MPSCत पहिल्या
येणाऱ्या प्रत्येक विद्यार्थ्यांनी
अभ्यासलेले अधिकाऱ्यांच्या
पिढ्यानुपिढ्या घडविणारे
सदर्भ..

K'Sagar यांच्या ३६ वर्षांच्या
प्रदीर्घ लेखनानुभवातून
आता साकारलीयत-
नव्या अभ्यासक्रमाचा परामर्श घेणारी
आयोगाच्या नव्या प्रश्नधर्तीनुसार व
वाढलेल्या काठिण्यपातळीनुसार
रचना केलेली पुस्तके...
...ज्यांना पर्याय नाही!



सूट 20% ते 50%

स्पर्धा परीक्षा पुस्तकांसंदर्भात योग्य मार्गदर्शन करू शकणारे सुविद्य अभ्यासू विक्रेते...

सर्व स्पर्धा परीक्षांची सर्व प्रकाशनांची
सर्व पुस्तके असणारी महाराष्ट्रातील दोन स्वतंत्र दालने-

K'Sagar बुक सेंटर

K'Sagar's हाऊस ऑफ बुक्स

अप्पा बळवंत चौक, पुणे

☎ ८०८७७२२२७७, ९५४५५६७८६२/६३,
☎ (०२०) २४४५३०६५/२४४८३१६६

Editor - Umesh Ujgare

Printed and Published by Dr. (Ms) Sadhana Rout, Additional Director General (I/C), on behalf of Publication Division and Printed at Onlooker Press, 16, Sassoon Dock, Mumbai - 400 005. Phone : 22183544/2939
Published at - B-701, Kendriya Sadan, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai - 400 614.