प्रकरण पहिले

प्रकरण पहिले

प्रस्तावना

आरोग्य जीवनाचे महत्त्व

अतिप्राचीन काळात लोक समुहाने राहत असत. या समुहांना किंवा टोळ्यांना शारीरिक व्याधीबाबत ज्ञान प्राप्त नव्हते असे नाही तर या काळात त्यांच्यासमोर अन्न, वस्त्र, निवारा या मुख्य गरजा होत्या आणि त्या पूर्ण करण्यासाठी ते प्रयत्न करीत असत. या काळात सार्वजनिक आरोग्याविषयी विशेष काळजी घेणे हा विचार शासनात नव्हता. पुढील काळात म्हणजे हडप्पा आणि मोहोंजदडो या संस्कृतीत ह्या आरोग्य शिक्षणाबाबत हळुहळू रूढ होत गेल्याचे दिसून येते. प्राचीन भारतीय इतिहासात आयुर्वेदिक औषधीशास्त्रात ख्यातनाम व्यक्ती जसे अत्रेय, चरक, सुश्रुत, वाग्भट्ट यांची नावे प्रामुख्याने घ्यावी लागतात. अत्रेय हा तर प्राचीन भारतातील वैद्य आणि गुरू म्हणून प्रथम असा (प्रसिद्ध) गणला जातो. या काळी प्राचीन तक्षशिला विद्यापीठात तो कार्य करीत होता.

भारतीय संस्कृतीत आरोग्यशास्त्राचे स्वरूप सांगताना म्हटले आहे की, प्रजा निरोगी रहावी आणि रोग झाल्यास त्याचे निवारण करता यावे. यासाठी 'वैद्यकशास्त्र' प्रवृत्त झाले. सुलभ विश्वकोशाकार यांच्या मते 'आरोग्य विज्ञान' हे शास्त्र वैयक्तिक आणि सार्वजनिक आरोग्य कसे ठेवावे हे शिकवते. खाणे, पिणे, व्यायाम व इतर आरोग्यकारी साधने या शास्त्रामध्ये येतात. योग्य पाणीपुरवठा, सांडपाण्याचा निचरा, स्वच्छता, चांगली घरे, सांसर्गिक रोगाचा प्रतिबंध, अन्नाची तपासणी इत्यादी समाजाच्या आरोग्याला उपयुक्त गोष्टी सार्वजनिक आरोग्यशास्त्रात येतात.[१]

सार्वजनिक आरोग्याबाबतचे कार्य फार पूर्वीपासून चालू असल्याचे दिसून येते. प्राचीन काळात सार्वजनिक आरोग्याबाबत लोकांच्यामध्ये जागृती होती हे त्या काळातील मल:निस्सारणासाठी ड्रेनेज व्यवस्था, रस्त्याच्या कडेचे पाणी वाहून जाण्यासाठी केलेली गटाराची सोय इ. बाबतच्या कामामधून दिसून येते. आरोग्याबाबत अनेक नियम चंद्रगुप्त मौर्याच्या काळात करण्यात आले. या नियमांचे पालन न करणा-या व्यक्तीवर कारवाई व दंडाची सोय होती. प्राचीन काळात तक्षशिला, नालंदा विद्यापीठात आयुर्वेदाबाबत

शिक्षणाची सोय करण्यात आली होती. सम्राट अशोकाने या काळात आयुर्वेदाच्या शिक्षणासाठी अनेक शाळा स्थापन केल्या होत्या. मध्ययुगीन काळात सार्वजनिक आरोग्याबाबत भारत तसेच इतर राष्ट्रात कोणत्याही स्वरूपाची कार्ये केली नाहीत असे दिसून येते.

उपचार पद्धती आणि चिकित्सा

प्राचीन काळातील औषधी पद्धती ही बौद्धकाळापासून बरीच विकसित झालेली आपणाला दिसून येते. मौर्याच्या काळात तर आरोग्यशास्त्र या विषयाकडे विशेषतः लक्ष दिले जात असे. मौर्य काळात उंदरापासून येणा-या संसर्गजन्य अशा रोगाला ज्याला आपण आधुनिक युगात प्लेग असे समजतो, या रोगाचा समूळ नायनाट करण्यासाठी शासनामार्फत मांजर आणि मुंगूस या पाळीव प्राण्यांचा वापर करून रोग्यावर (रोग पसरू नये म्हणून) नियंत्रण प्रस्थापित केले जात होते. याच काळात उंदराचा नायनाट करून राजाच्या प्रतिनिधीच्या निदर्शनास आणून दिल्यास त्या व्यक्तीला इनाम दिले जात असे. एखाद्या असाध्य रोगाबाबत रुग्ण आढळून आल्यास राजाला याबाबत कल्पना देणे बंधनकारक असे. तसेच ते नागरिकांचे कर्तव्य समजले जाई. जर उपचार पद्धती करीत असताना वैद्यांकडून चुकीचे निदान झाले तर त्याबाबत संबंधित वैद्यास शिक्षा होत असे. आरोग्याच्या दृष्टिकोनातून काही पदे मौर्य काळात निर्माण करण्यात आली होती. त्यामध्ये पुढील पदांचा आवर्जून उल्लेख करावा लागेल.[२]

१. सर्वसाधारण वैद्य
२. स्त्रीरोग तज्ज्ञ (दाई)
३. सैन्यविषयक वैद्य
४. पशुवैद्यक
५. विष तपासणी वैद्य

काही पुराव्यावरून सिंकदर राजाने आयुर्वेदिक पद्धतीचा वापर केल्याचे आढळून येते. सिकंदर राजास एकवेळ सर्पदंश झाला होता. त्यावेळी त्याने आयुर्वेदिक औषधीचा वापर केला होता. त्याच्या सेनापतीने लिहिले की, युनानी पद्धतीत सर्व चिकित्सा विषयक माहिती किंवा जाणकारी नव्हती तर सर्पदंशावर सैनिकासाठी भारतीय वैद्याकडून

SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR

आयुर्वेदिक शास्त्राचा (औषधीचा) उपयोग केल्याचे इतिहासात पहावयास मिळते.[३] सम्राट अशोकाच्या काळात तर जनतेच्या आरोग्याच्या सोयीसाठी आयुर्वेदासारखे औषधाच्या प्रसारासाठी औषधशाळा निर्माण केल्या होत्या. 'चरक' ह्यांचे नाव तर आयुर्वेदशास्त्रात प्रामुख्याने घेतले जाते. हा कनिष्काच्या राजदरबारात राजवैद्य म्हणून काम करीत असे. त्यानेच तर 'चरकसंहिता' हा सर्वोत्कृष्ट ग्रंथ लिहिला.

प्राचीन काळामध्ये औषधी आणि शल्यचिकित्सा याबाबत ब-याच प्रमाणात प्रगती झालेली आढळून येते. सम्राट अशोकाच्या काळात औषधी विषयक शिक्षण दिले जात होते. यात दोन विश्वविद्यालयांचा समावेश करावा लागेल. एक 'काशी' आणि दुसरे 'तक्षशिला'. तक्षशिला या विद्यापीठात तर 'अत्रेय' नामक प्रमुख शिक्षक होता. तोच बुद्धकाळात तक्षशिला विद्यापीठात काम करीत असे.[४]

भारतात औषधी पद्धतीत आयुर्वेदाचा विकास झाला. आरोग्याबाबत ग्रीक व रोमन लोकांचे आरोग्य विषयक ज्ञान फार मोलाचे ठरते. यामध्ये पाणीपुरवठा, मल:निस्सारण इत्यादी. मध्ययुगीन काळामध्ये सार्वजनिक आरोग्याबाबत सम्राट चंद्रगुप्त आणि अशोकाच्या काळाइतकी विकसित नव्हती. मध्ययुगीन काळात ही संकल्पना थोड्या प्रमाणात दूर गेल्याचे दिसून येते.

आरोग्य संदर्भात आढावा घेताना ऐतिहासिक बाबीचा विचार अत्यंत महत्त्वाचा ठरतो' अति प्राचीन काळात मनुष्य छोट्या छोट्या टोळ्यांच्या स्वरूपात वास्तव्य करून असे. या टोळ्यांना आरोग्याबाबत फारसे ज्ञान नव्हते. त्यांच्यासमोर अन्न, पाणी आणि निवारा या प्रमुख तीन गरजा होत्या. त्या काळी प्रशासनाने याविषयी कार्य करावे इतके प्रशासनाचे स्वरूप व्यापकही झाले नव्हते. पुढच्या म्हणजे हडप्पा व मोहजोदडो संस्कृतीत ही संकल्पना म्हणजे आरोग्याविषयी थोड्याफार प्रमाणात मनुष्याला ज्ञान होत गेले असे संशोधनावरून स्पष्ट होते. प्राचीन काळात भारतात आयुर्वेदिक औषधीशास्त्रात ख्यातनाम व्यक्ती त्याप्रमाणे 'अत्रेय', 'चरख', 'सुश्रुत' व 'वागभट्ट' यांची नावे प्रामुख्याने घ्यावी लागतात. अत्रेय हा प्राचीन काळातील एक प्रसिद्ध वैद्य आणि शिक्षक म्हणून आजही आरोग्यशास्त्रात प्रसिद्ध गणला जातो. तो प्राचीन काळी तक्षशिला विद्यापीठात कार्यरत होता. रावळपिंडीच्या पश्चिमेस त्याचे निवासस्थान होते.[५] (पाकिस्तानातील एक प्रसिद्ध

SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR

ऐतिहासिक शहर) भारतात आरोग्य प्रशासन व्यवस्थेबाबत हळुहळू प्रगती होत गेली. ज्याप्रमाणे आयुर्वेदिक औषधीच्या वापराबरोबरच पाश्चात्य देशातील औषधीचा वापर व प्रशासकीय स्वरूप भारत देशात पहावयास मिळत होते.

भारतात ब्रिटिश सत्तेच्या सुमारास ब्रिटिश सैनिकांच्या मृत्यूच्या कारण शोधण्यासाठी व होणा-या रोगांवर प्रतिबंधात्मक उपाय सुचवण्याच्या दृष्टीने १८५७ च्या उठावानंतर ब्रिटिश सरकारने रॉयल कमिशनची नियुक्ती केली होती. देशात याच सुमारास देवी रोगाचा प्रादुर्भाव फार मोठ्या प्रमाणात लागण झाल्याने त्यावर उपाययोजना सुचविण्यासाठी तत्कालीन शासनाने देवी निर्मूलन विभाग सुरू केला. रॉयल कमिशनने प्रसिद्ध केलेल्या अहवालावरून पुढे तीन प्रांतामध्ये कमिशनरांची नियुक्ती करण्यात आली. त्यामध्ये बंगाल, मद्रास (सध्याचे चेन्नई) व मुंबई प्रांतात १८६४ साली नियुक्ती करण्यात आली. पुढे याच देवी निर्मूलन विभागाचे नवीन विभागात रुपांतर करण्यात आले. १८९५ साली तो स्वच्छता विभाग म्हणून ओळखला जाऊ लागला.[६]

वैयक्तिक स्वास्थाबरोबरच सार्वजनिक स्वास्थ्यास महत्त्व दिले आहे. सार्वजनिक स्वास्थ्याची मूलतत्त्वे म्हणजे आरोग्यपद गोष्टी उपलब्ध करून देणे होय. त्यामध्ये रोगप्रतिबंधक उपाय शोधणे, रोग चिकित्सेची सोय करणे, अपायकारक असणा-या गोष्टीचे निर्मूलन करणे, इत्यादी गोष्टींचा समावेश यामध्ये होतो.

सार्वजनिक स्वास्थ्याच्या संदर्भात पुढील गोष्टींचा अंतर्भाव होतो.

१. राहण्याच्या जागेची निवड, खाजगी व सार्वजनिक इमारती किंवा घरे बांधणी यावर नियंत्रण.

२. शुद्ध हवा, पाणी व खाद्यपेये उपलब्ध होतील याची उपाययोजना करणे.

३. केरकचरा, मलमूत्र, सांडपाणी व मृतांची योग्य विल्हेवाट लावणे.

४. डास, माशा, उंदीर, पिसवा इत्यादी रोगवाहकांचे निर्मूलन.

५. रोगराई होऊ नये म्हणून प्रतिबंधात्मक उपाय करणे.

६. रोगचिकित्सेची खबरदारी घेणे.

७. बाजार, यात्रा इत्यादी सार्वजनिक ठिकाणी आरोग्यविषयक काळजी घेणे.

८. आरोग्यासंबंधी महत्त्व पटविण्यासाठी प्रचार आणि भिंतीपत्रके लावणे.

पृथ्वीतलावरील कोणत्याही मानवी वस्तीत कोणताही रोग कोणत्याही ठिकाणी आढळू शकतो. एवढेच नव्हे तर जगातील कोणत्याही भागातील रोग दुस-या सामाजिक जीवनावर परिणाम घडवून आणू शकतो. म्हणून रोग, आजार यास जागतिक स्वरुपाची समस्या मानले पाहिजे. यासंदर्भात उदाहरण म्हणजे एडस्, प्लेग होय. सार्वजनिक आरोग्य एक महत्त्वाची समस्या समजून त्याविषयीचे सविस्तर वृत्त देणे, जनतेमध्ये त्यासंबंधी जागृती निर्माण करणे या स्वरुपाची कार्ये पुरातन काळापासून राज्य करीत आलेले आहे.

भारताला स्वातंत्र्य प्राप्त झाल्यानंतर लोकांच्या सर्वांगीण विकासाच्या अपेक्षा ख-या अर्थाने पुढे येण्यास सुरुवात झाली. कल्याणकारी राज्यात शासनाने काही महत्त्वाचे बाबतीत लक्ष घालण्यास सुरुवात केली. आज आपणास अन्न, वस्त्र, निवारा याचबरोबर लोकांच्या आरोग्य विषयी नियोजनास प्रारंभ झाल्याचे चित्र दिसून येते. सामाजिक स्वास्थ चांगले, सदृढ असल्यासच देशाची प्रगती किंवा विकास सुरळीत चालू शकतो. म्हणून सर्वांगीण विकास व त्याविषयीचे कार्य राज्यांच्या व देशाच्या दृष्टीने महत्त्वाचे ठरते.

देशाच्या विकासात ८ टक्के वार्षिक वृद्धीदर प्राप्त करण्यासाठी मनुष्याचे राहणीमान उंचावले पाहिजे. यामध्ये गरीब व मध्यमवर्गाचा विचार केला पाहिजे. आज भारतात सर्वसाधारणपणे ७२ टक्के जनता ग्रामीण भागात वास्तव्य करते.[७] या गरीब जनतेस दीर्घायुषी आणि सुखकर जीवन प्राप्त करून देण्यासाठी प्राथमिक शिक्षण, प्राथमिक आरोग्य सुविधा, कुटुंब नियोजन, कुटुंब कल्याण कार्यक्रम, माता बालसंगोपन आरोग्य विषयी लोक जागृती अशी कार्ये महत्त्वाची ठरतात.

आरोग्य रक्षण हे लोकप्रशासनाचे प्रमुख कार्य आहे. चांगले आरोग्य हे मनुष्यास निरोगी, उत्साही, सक्षम ठेवणारे साधन असून सामाजिक आणि आर्थिक विकासाच्या दृष्टिकोनातून आरोग्याची सुरक्षितता आवश्यक आहे. भारतात सुद्धा प्राचीन काळात तसेच नंतरच्या कालखंडातही त्या काळातील प्रस्थापित सरकारांनी आरोग्यविषयक बाबीकडे लक्ष पुरविल्याचे दाखले आपणास पाहायला मिळतात.[८] आरोग्यासाठी गुंतवणूक करणे म्हणजे मानवी संसाधनाच्या विकासात गुंतवणूक करणे, जे राष्ट्रीय विकासास सहाय्यभूत ठरते. आरोग्य सदृढ करणे आणि जीवनमान उंचावणे म्हणजे आरोग्य विकास होय. पण यासाठी

आवश्यक गोष्ट म्हणजे 'आरोग्य' कार्यक्रमाचे नियोजन करावयास पाहिजे. यासाठी सरकारी यंत्रणा व यात काम किंवा कार्य करणारे कर्मचारी वर्गास या संदर्भात योग्य प्रशिक्षण व जाणिवांची गरज भासते. यासाठी आरोग्यविषयक धोरणांचा आराखडा आणि समग्र रूपरेषा ही आरोग्यासंबंधी विषयी कार्यक्रमास सहाय्यभूत ठरते. त्यासाठी आरोग्य नियोजनांच्या यशस्वीतेसाठी अनेक गोष्टी आधारभूत असतात. यात प्रामुख्याने योग्य धोरणाची निवड आवश्यक असते.

आरोग्य विषयक राष्ट्रीय धोरण

आरोग्यविषयक धोरणाचा अर्थ पाहता आरोग्यविषयक कार्य निश्चित असे उद्दिष्ट समोर ठेवून त्याअनुषंगाने त्याला प्राधान्य देवून योग्य दिशेने ते कार्यान्वित करणे होय. सर्वत्र जगभरातील सरकारांनी हे मान्य केले आहे की, आरोग्यावरील गुंतवणूक ही मनुष्य विकास कार्यासाठी उपयुक्त असते. आरोग्य कार्यक्रम म्हणजे फक्त रोग निर्मूलन नसून ते एक मानसिक आणि सामाजिक वृद्धीचे साधन आहे. हा सर्वांचा मौलिक अधिकार असून भारतीय संविधानानुसार समता, स्वातंत्र्य, न्याय आणि व्यक्तीस समाजात समान दर्जा हे अपेक्षित आहे. आरोग्यविषयक केलेली धोरणे व्यक्तीच्या निर्धनता, आरोग्य विषयी अज्ञानता आणि निकृष्ट आरोग्य यांच्या उन्मुलनास सहाय्यक ठरतात. राज्यांना संविधानाद्वारे लोकांचे आरोग्य विषयी प्रशासनाची जबाबदारी सोपविण्यात आली आहे. ही कार्ये कशा रीतीने करावीत व राज्याची कार्ये काय आहेत याचा उल्लेख मार्गदर्शक तत्त्वात कलम ४७ मध्ये दिसून येतो.[१] या आरोग्य संवर्धन विषयक प्रयत्नांना जागतिक आरोग्य संघटना (WHO - World Health Organization) आणि इतर अनेक आंतरराष्ट्रीय संस्था तसेच अनेक स्वयंसेवी संस्था यांचे योगदान महत्त्वाचे कार्य करीत आहेत. आरोग्याविषयी भारतातील पहिल्या पंचवार्षिक योजनेपासून दहाव्या पंचवार्षिक योजनेपर्यंत उद्दिष्टे लक्षात घेतल्यास सार्वजनिक आरोग्याबद्दल शासनाने कधी पासून आणि किती महत्त्व दिले हे स्पष्ट होते.

पहिली पंचवार्षिक योजना - १९५१ ते १९५६

भारताच्या पहिल्या पंचवार्षिक योजनेची व्यूहरचना पारंपरिक पद्धतीची होती. या योजनेत विकासाचा सर्वसाधारण दृष्टिकोन ठेवून खालील उद्दिष्टे मांडली.

१. देशाचा सर्वांगीण विकास घडवून आणण्यासाठी आवश्यक प्रक्रियांची सुरुवात करणे.

२. देशातील उपलब्ध साधनसंपत्तीचा उपयोग करून राहणीमानाचा दर्जा वाढविणे.

३. अन्नधान्याची समस्या सोडविणे.

४. विकास कार्यक्रम अंमलात आणण्यासाठी आवश्यक अशा संघटना, प्रशासकीय व इतर यंत्रणांची उभारणी करणे.[१०]

दुसरी पंचवार्षिक योजना १९५६ ते १९६१

या योजनेतील प्रमुख उद्दिष्टे खालीलप्रमाणे

१. प्रत्येक वर्षी ५ टक्के प्रमाणे ५ वर्षात राष्ट्रीय उत्पन्नात २५ टक्के वाढ करणे.

२. बेकारीचा प्रश्न सोडविण्यासाठी देशात जास्तीत जास्त रोजगार निर्माण करणे.[११]

तिसरी पंचवार्षिक योजना - १९६१ ते १९६६

या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे पुढीलप्रमाणे होती.

१. अन्नधान्याच्या उत्पादनात स्वयंपूर्णता प्राप्त करणे.

२. वाढत्या मनुष्यबळाचा नियोजनासाठी वापर करून घेणे.

३. आर्थिक विकासाची गती वाढविणे.[१२]

चौथी पंचवार्षिक योजना - १९६९ ते १९७४

या योजनेत २५१४० कोटी रुपये खर्च करण्यात आले. या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे खालीलप्रमाणे होती.

१. लोकसंख्या मर्यादित ठेवण्यासाठी कुटुंब नियोजनाच्या कार्यक्रमाला प्राधान्य देणे.

२. ग्रामीण व शहरी भागात रोजगार पुरविणे. दुर्बल घटकांना न्याय प्राप्त करून देणे.

३. प्रादेशिक विषमता कमी करून विकासाचा फायदा सर्वांना मिळवून देणे.

४. सामाजिक सोयीत व सुधारणात वाढ करणे.[१३]

पाचवी पंचवार्षिक योजना - १९७४ ते १९७९

पाचव्या पंचवार्षिक योजनेत आरोग्यासंबंधी खालील उद्दिष्टे होती.

१. लोकसंख्या वाढीचा वेग कमी करणे.

२. गरीब लोकांना जीवनावश्यक वस्तू, आरोग्य इ. सोयी उपलब्ध करून त्यांचे राहणीमान उंचावणे.

३. सामाजिक कल्याणाचा विकसित कार्यकम अंमलात आणणे.

४. देशातील दारिद्रय नष्ट करणे. यासाठी लोकांच्या किमान गरजा भागविणे. शिक्षण, आरोग्य, पिण्याच्या पाण्याची सोय इ. उपलब्ध करून देणे.[१४]

सहावी पंचवार्षिक योजना - १९८० ते १९८५

या योजनेत १८५१७७ कोटी रुपये खर्च करण्यात आली. त्यापैकी सरकारी क्षेत्रात ९७५०० कोटी रुपये खर्च केला तर खाजगी क्षेत्रात ७४७१० कोटी रुपये खर्च केला. या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे पुढीलप्रमाणे होती.

१. प्राथमिक शिक्षण, प्रौढ शिक्षण, आरोग्याच्या सोयी, पिण्याच्या पाण्याच्या सोयी, बेघरांना घरे बांधून देणे. ग्रामीण रस्ते व वीज पुरवठा करणे, गलिच्छ वस्ती निर्मूलन इ. गोष्टी करणे.

२. स्वेच्छेने लोकसंख्या वाढ रोखणे.

३. खेड्यांना पिण्याच्या पाण्याची, रस्त्यांची व विजेची सोय करून देणे.

४. विविध प्रयत्नाने विकासाच्या कार्यासाठी देशातील जनतेचा सक्रीय सहभाग निर्माण करणे.

५. देशातील ग्रामीण क्षेत्रातील व शहरातील दारिद्र्यरेषेखाली राहणा-या लोकांच्या राहणीमानात वाढ करणे.[१५]

सातवी पंचवार्षिक योजना - १९८५ ते १९९०

या योजनेत सार्वजनिक क्षेत्रात २२१४३६ कोटी रुपये खर्च तर खाजगी क्षेत्रात १६८१४८ कोटी रुपये खर्च केला. एकूण ३८९५९४ कोटी रुपये खर्च करण्यात आला. या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे पुढीलप्रमाणे होती.

१. सामाजिक सेवांच्या विस्ताराने सर्व प्रकारची विषमता कमी करणे.

२. नियोजनाची मूलभूत उद्दिष्टे, विकास, आधुनिकता, स्वयंपूर्णता व सामाजिक न्याय साध्य करणे.

३. दारिद्र्यरेषेखाली राहणीमान असणा-या लोकांचे एकूण लोकसंख्येशी ३९.९ टक्के प्रमाण होते ते २५.८ टक्के पर्यंत कमी करणे.

४. देशाचा सर्वांगीण विकास करण्यासाठी आधुनिक तंत्रज्ञानाचा वापर करणे.

५. रोजगारात दरवर्षी ४ टक्के वाढ करणे. त्यामुळे बेरोजगारांचा मागील अनुशेष भरून काढणे.[१६]

आठवी पंचवार्षिक योजना - १९९२ ते १९९७

आठव्या पंचवार्षिक योजनेत सार्वजनिक क्षेत्रावर ४३४१०० कोटी रुपये खर्च केला तर खाजगी क्षेत्रावर ४३७००० कोटी रुपये खर्च केला. एकूण खर्च ८७११०० कोटी रुपये करण्याचे लक्ष्य होते. या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे पुढीलप्रमाणे होती.

१. सुरक्षित पिण्याच्या पाण्याची व्यवस्था करणे. सर्व खेड्यांना रोगमुक्त सुलभ सेवा देणा-या प्राथमिक आरोग्य सवलती पुरविणे. सर्व लोकांना या सेवा उपलब्ध करून देणे.

२. अन्नधान्य उत्पादनात स्वयंपूर्णता आणणे.

३. पाणीपुरवठा, वाहतूक, दळणवळण, ऊर्जा इ. विविध सोयी सुविधा मजबूत करणे.

४. लोकसंख्या वाढीचा वार्षिक २.१ टक्के हा उच्च दर कमी करणे. ही लोकसंख्या वाढ रोखण्यासाठी स्त्रियांतील साक्षरतेचे प्रमाण, विवाहाचे वय, स्त्रियांसाठी रोजगाराची संधी, बालमृत्युचे प्रमाण कमी करणे.

५. सर्व खेड्यांना पिण्याच्या पाण्याची सोय उपलब्ध करून देणे. २५० लोकसंख्या असलेल्या खेड्यांना १.६ मीटरपर्यंत पाण्याची सोय करून देणे.[१७]

नववी पंचवार्षिक योजना - १९९७ ते २००२

नवव्या पंचवार्षिक योजनेत राज्य सरकारच्या धोरणांच्या दृष्टीने विकासाचा दृष्टिकोन चार महत्त्वाच्या बाबीकडे लक्ष देणारा होता. त्या म्हणजे १) जीवनाचा दर्जा सुधारणे, २) उत्पादक रोजगार निर्माण करणे, ३) विभागीय समतोल व ४) स्वयंपूर्णता ह्या होत.

या योजनेची प्रमुख उद्दिष्टे पुढीलप्रमाणे होती.

१. सरकारने नियंत्रण व लायसन्सचे धोरण सोडून महत्त्वाची भूमिका बजावावी. शिक्षण, आरोग्य, पिण्याचे पाणी, मूलभूत सुविधा यातील गुंतवणुकीने शेती व्यवसायाची प्रगती करणे.

२. मूलभूत सुविधातील सार्वजनिक गुंतवणुकीने खाजगी क्षेत्राला चालना देणे.

३. आमची विकासात्मक व्यूहरचना खाजगी क्षेत्राभिमुख असली पाहिजे. रोजगार निर्माण करणे, उत्पादन वाढविणे यामध्ये पूर्ण क्षमतेने कार्य करणे.[१८]

दहावी पंचवार्षिक योजना - २००२ ते २००७

१ एप्रिल २००२ पासून दहावी पंचवार्षिक योजना सुरू झाली त्यामध्ये आरोग्यासंबंधी पुढील तरतुदी करण्यात आल्या.

१. भारतातील बालमृत्युचे प्रमाण जे सध्या दरहजारी ७२ इतके आहे ते दहाव्या योजनेच्या अखेरीस म्हणजे २००७ पर्यंत दरहजारी ४५ इतके खाली आणणे. आणि २०१२ पर्यंत ते २८ इतके खाली आणणे.

२. सध्या भारतात मुलाला जन्म देताना आईच्या मृत्यूचे प्रमाण जे दरहजारी ४ इतके आहे ते २००७ पर्यंत दरहजारी २ इतके खाली आणणे. आणि २०१२ पर्यंत ते दरहजारी १ इतके खाली आणणे.

३. दहाव्या पंचवार्षिक योजनेच्या काळात भारतातील सर्व खेड्यांना नियमित शुद्ध पिण्याचे पाणी मिळेल अशी व्यवस्था करणे.

४. सन २००७ पर्यंत भारतातील प्रदूषित झालेल्या नद्या स्वच्छ करणे.

५. सन २०१२ पर्यंत भारतातील समुद्रकिनारी पसरलेल्या पण प्रदूषित झालेल्या नद्या स्वच्छ करणे.[१९]

पहिल्या पंचवार्षिक योजनेपासून दहाव्या पंचवार्षिक योजनेपर्यंत वरील नमूद केलेल्या उद्दिष्टामध्ये भारतीय शासनाने प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्षरितीने सार्वजनिक आरोग्याविषयी विचार केल्याचे दिसून येते.

वरील उद्दिष्टे साध्य करण्यासाठी प्रत्येक वर्षी आर्थिक वृद्धीचा दर देशांतर्गत राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या ८ टक्के इतका साध्य करणे आवश्यक आहे.

आज भारतासारख्या विकसनशील देशात याची गरज प्रामुख्याने जास्त भासत असून भारताकडे अधिक मनुष्यबळ आणि विकसित होणारी मोठी बाजारपेठ या दृष्टिकोनातून आज पाहिले जाते. या अनुषंगाने १९८३ साली राष्ट्रीय आरोग्य धोरण आणि विशेषत: सर्व ग्रामीण भागात व शहरातील झोपडपट्टयात आरोग्य रक्षणाचे काम खालच्या स्तरावर योग्य प्रकारे होत नसल्या कारणाने २००३ पर्यंत सर्वांसाठी आरोग्य हा कार्यक्रम देशामध्ये राबविण्यात आला.[२०] ग्रामीण आरोग्याच्या पाहणीवरुन प्राधान्याने

लसीकरण कार्यक्रम हाती घेण्यात आला. आज आपणास लसीकरणाचे कार्य फार चांगल्याप्रकारे देशात चालू असलेले दिसून येईल. पल्स पोलिओ लसीकरणाने पोलिओ मुक्त भारत असे स्वप्न भारत सरकारने अंगीकारले आहे.

कुष्ठरोगामुळे सार्वजनिक आरोग्यावर विपरीत परिणाम स्वातंत्र्यपूर्व व स्वातंत्र्योत्तर काळात देशात झालेला होता. याविषयी आज देशामध्ये प्राधान्याने कार्य होत आहे. सुरुवातीच्या काळात महारोगाचे प्रमाण दहा हजारी ५७ इतके होते. ते आता ५ इतके झाले आहे. कर्नाटक, केरळ, तामिळनाडू या राज्यात कुष्ठरोगाचे उच्चाटन झाले. इतर राज्यात २००२ पर्यंत कुष्ठरोगाचे उच्चाटन होईल यादृष्टीने सरकारने वाटचाल केली. नारू हा रोग सर्वत्र भारतात मोठ्या प्रमाणात दिसून येतो. या रोगाचा प्रादुर्भाव प्रामुख्याने ग्रामीण भागात जास्त दिसून येतो. सरकारने १९९५ साली 'नारूचा रोगी कळवा आणि हजार रुपये मिळवा' अशी घोषणाही जाहीर केली होती. याद्वारे नारूचा रोगी आढळल्यास त्यावर उपचार करून या रोगाचा समूळ नष्ट करणे हा हेतू होता. सद्यःस्थितीत नारू रोगाचे उच्चाटन झाले आहे. मोतीबिंदूमुळे अंधत्वाचे प्रकार ही फार मोठी समस्या देशांतर्गत निर्माण झाली आहे. महाराष्ट्रात मोतीबिंदूमुळे अंधत्वाचे प्रमाण जवळपास ८० टक्के इतके असून त्यावर उपाय म्हणून आज गावोगावी 'आय कॅम्प' घेतले जातात.[२१] त्यासाठी प्राथमिक आरोग्यकेंद्राची यंत्रणा महत्त्वपूर्ण असे कार्य करीत आलेली आहे.

अलीकडच्या काळात काही नवीन संकटे उभी राहत असून त्यात डेंग्यू, प्लेग व मलेरिया हे रोग नष्ट झाले असा समज होता. पण या रोगांचा प्रादुर्भाव पुन्हा जाणवू लागला आहे. त्याचप्रमाणे हेपाटायटिस व एडस् सारखे नवे रोग निर्माण झाले. एडस् सारख्या रोगावर आजही प्रतिबंधक लस उपलब्ध नाही. यासाठी आरोग्य शिक्षण देणे अगत्याचे ठरते. यातून केंद्रीय आरोग्य मंत्रालयाने "यौवन मंगल मेळावा" प्रत्येक गावोगावी आयोजित केला असून त्यात १५ वर्षे ते ५५ वर्षापर्यंतच्या सर्व व्यक्तीस मोफत सल्ला व उपचाराची सुविधा देण्यात आली आहे.[२२] लोकांच्या जीवनमानात आलेल्या बदलामुळे कर्करोग, मधुमेह आणि हृदयविकार इ. आजारात मोठ्या प्रमाणात वाढ झाल्याचे दिसून येते. या साखळीत सर्वात महत्त्वाचा दुवा म्हणजे आरोग्य सेवा देण्याची कामगिरी हा आहे. या वितरण पद्धतीत ग्रामीण आरोग्य सेवा हलाखीच्या स्थितीत आहे. ही सेवा विभागात तीन स्तरावरील कार्यक्रम पद्धतीने दिली जावी असे गृहीत धरले होते. आदिवासी दुर्गम

भागात ३००० लोकांसाठी एक सबसेंटर व इतर भागात ५००० लोकांसाठी एक सबसेंटर व डोंगराळ आदिवासी भागात २०००० लोकांसाठी एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र असावे तर ८०,००० लोकसंख्येस डोंगराळ भागात १,२०,००० लोकसंख्येस इतर भागात एक असे सामाजिक आरोग्य केंद्र असावे असे प्रस्तावित केले आहे.[२३]

१९९८ जूनच्या आकडेवारीनुसार भारतात १,३६,८१८ सबसेंटर, २२,९९१ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व २७१२ सामाजिक आरोग्य केंद्रे होती. राष्ट्रीय स्तरावर सबसेंटर आणि प्राथमिक आरोग्य केंद्रे प्रमाणापेक्षा जास्त असून त्यामध्ये कम्युनिटी हेल्थ सेंटर अतिशय कमी आहेत. सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे १४ राज्यात प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, १३ राज्यात सबसेंटर इतर राज्याच्या तुलनेत कमी आहेत. तसेच २२ राज्यात सामाजिक आरोग्य केंद्रे कमी आहेत. या प्रत्येकामध्ये राज्याराज्यातील तफावत आढळून येते. २००१ सालच्या लोकसंख्येचा विचार करता ही प्राथमिक आरोग्य केंद्राची संख्या अति मर्यादित दिसून येते.[२४] सध्या महाराष्ट्र राज्यात सार्वजनिक व शासन अनुदानित ८८७ रुग्णालये, १३९६ दवाखाने आणि १७६२ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व ९७२५ उपकेंद्रे कार्यरत आहेत. या सर्वांचा परिणाम निश्चितपणे ग्रामीण आरोग्य सेवा देणा-या यंत्रण आणि ग्रामीण लोकांच्या आरोग्य दिसून येतो आहे. २००१ सालच्या चालू आर्थिक वर्षात भारताच्या राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या ६ टक्के रक्कम ही आरोग्य सेवेसाठी वापरली जाते आहे.[२५] केंद्रीय आरोग्य व कुटुंब कल्याण आयोगाने आरोग्य सेवेच्या सुविधांचा आढावा घेतला असता असे दिसून येते आहे की, प्राथमिक आरोग्य केंद्राची संख्या अपुरी आहे. त्याचप्रमाणे यामध्ये कर्मचारी किंवा मनुष्यबळही अति कमी प्रमाण दिसून येते. यासंबंधी आयोगाने अनेक उपाययोजना सुचविले असले तरी ग्रामीण आरोग्य सेवा पुरविणा-या यंत्रणाही अपु-या, सर्व लोकांपर्यंत पोहचू शकेल अशा प्रकारे स्थानिक शासन व्यवस्था करीत असते. तसेच ही यंत्रणा राबविणा-या घटकांना ब-याच समस्यांना तोंड दयावे लागते.

महाराष्ट्र राज्य : एक दृष्टिक्षेप

भारताला स्वातंत्र्य प्राप्त झाल्यानंतर भाषावार प्रांत रचना निर्माण केली जात होती. या प्रक्रियेमधून मराठी भाषिकांसाठी वेगळ्या राज्याची मागणी केली आणि १ मे १९६० रोजी महाराष्ट्र राज्याची निर्मिती झाली.

राजकीय पार्श्वभूमी

महाराष्ट्र राज्य हे १ मे १९६० रोजी निर्माण झाले. त्यावेळी २६ जिल्हे, २३५ तालुके, २८९ शहरे व ३५७७ खेडी निर्माण झाली होती. त्यावेळी मुंबई (कोकण), पुणे, औरंगाबाद व नागपूर असे चार प्रशासकीय विभाग होते. यानंतर नाशिक व अमरावती असे दोन प्रशासकीय विभाग निर्माण करून नवीन प्रशासकीय विभागात समावेश केला. सध्या महाराष्ट्र राज्यात ३५ जिल्हे आहेत.

पश्चिम महाराष्ट्रामध्ये एकूण पाच जिल्ह्याचा समावेश होतो. यामध्ये पुणे, कोल्हापूर, सोलापूर, सांगली, सातारा यापैकी पुणे, कोल्हापूर, सांगली, सातारा ही छोटी छोटी संस्थाने होती. पैकी कोल्हापूर आणि सातारा या दोन संस्थानाला महाराष्ट्राच्या राजकारणात ऐतिहासिक स्थान आहे. कारण कोल्हापूर आणि सातारा या शिवाजी महाराजांच्या गाद्या समजल्या जातात.[२६] आता भारत आणि महाराष्ट्राविषयी काही महत्त्वाची आणि तुलनात्मक माहिती समाविष्ट केली आहे.

तक्ता क्रमांक १.१

महाराष्ट्राची आणि भारताची तुलनात्मक माहिती १९९१

अ. नं.	तपशील	भारत	महाराष्ट्र
१	क्षेत्र चौ. कि. मी. (१०००)	३२८७.००	३०८.००
२	राज्याने व्यापलेले एकूण भारतातील क्षेत्र	१००.००	३.३७
३	लोकसंख्या	८४६.३	७८.९०
४	लोकसंख्येची सरासरी घनता	३२६७.००	२५७.००
५	शहरी लोकसंख्या (टक्केवारी)	२५.७०	३८.४०
६	स्त्री-पुरुष प्रमाण (दर हजार पुरुषामागे स्त्रियांचे प्रमाण)	९२७	९३६
७	अनुसूचित जाती/जमाती लोकसंख्या	२४.६०	२०.४०
८	साक्षरता टक्केवारी	५२.२०	६४.९०
९	पुरुष साक्षरता टक्केवारी	६४.१३	७६.५६
१०	महिला साक्षरता टक्केवारी	३९.३०	५२.३०
११	एकूण जलसिंचन क्षेत्र	३३.३०	५७.३०
१२	रस्त्यांची लांबी कि. मी.	६६.००	७८.००
१३	सरासरी आयुर्मान	५८.७०	६३.४०
१४	ग्रामीण लोकसंख्या	६२८६९२	४८३९५
१५	ग्रामीण लोकसंख्येची एकूण लोकसंख्येशी टक्केवारी	७४.२९	६१.३१

संदर्भ : महाराष्ट्र राज्य आर्थिक पाहणी अहवाल १९९९-२०००

तक्ता क्रमांक १.२

१९९१ च्या लोकसंख्येनुसार महाराष्ट्रातील गावे व शहरे यांची वर्गवारी

अ. नं.	लोकसंख्या	गावे आणि शहरे
१	१,००,००० व अधिक	३३ (९.८२)
२	५०,००० ते ९९,९९९	३१ (९.२३)
३	२०,००० ते ४९,९९९	११३ (३३.६३)
४	१०,००० ते १९,९९९	१०१ (३०.०६)
५	५,००० ते ९,९९९	४७ (१३.९०)
६	५,००० पेक्षा कमी	११ (३.२७)

संदर्भ : महाराष्ट्र राज्य आर्थिक पाहणी अहवाल १९९९-२०००, पान नं. १३

तक्ता क्रमांक १.३

प्रशासकीय घटक

अ. नं.	घटक	संख्या किंवा आकडेवारी
१	महसूल विभाग	०७
२	जिल्हे	३५
३	जिल्हा परिषद	३१
४	तहसिल	३२६
५	विकास गट	३२०
६	गावे वस्ती असलेली	४१,२५१
७	गावे वस्ती नसलेली	२,६१३
८	ग्रामपंचायती	२७,७३७
९	नगरपरिषद	२२८
१०	छावणी मंडळे	०७
११	महानगरपालिका	१५

संदर्भ : महाराष्ट्र राज्य आर्थिक पाहणी अहवाल १९९९-२०००, पान नं. १४

लोकसंख्या

२००१ च्या जनणगनेनुसार महाराष्ट्र राज्याची लोकसंख्या ९.६७ कोटी इतकी असून ती भारताच्या एकूण लोकसंख्येच्या ९.४ टक्के इतकी आहे. लोकसंख्येच्या बाबतीत महाराष्ट्र भारतात दुस-या स्थानावर आहे. १९९१ ते २००१ या दशकात राज्याच्या

लोकसंख्येत १.१८ कोटीने भर पडली. या लोकसंख्या वाढीबाबतचे एक मुख्य कारण म्हणजे राज्याबाहेरुन राज्यामध्ये स्थलांतरीत होणा-या लोकांची संख्या जास्त प्रमाणात आहे. हे एक मोठ्या प्रमाणातील लोकसंख्या वृद्धीदराचे मुख्य कारण आहे. लोकसंख्येतील प्रत्यक्ष वाढ आणि नैसर्गिक वाढ यातील फरक विचारात घेतला तर निव्वळ स्थलांतरीतांच्या लोकसंख्येचा अंदाज करता येऊ शकतो. १९९१ ते २००१ या दशकातील प्रतिवर्षी राज्यातील लोकसंख्येतील नैसर्गिक वृद्धीदर १.७ टक्के होता. यातून असे स्पष्ट चित्र दिसून येते की, राज्यात स्थलांतरीत होणा-यांची संख्या सुमारे चार लाखाच्या आसपास आहे.[२७]

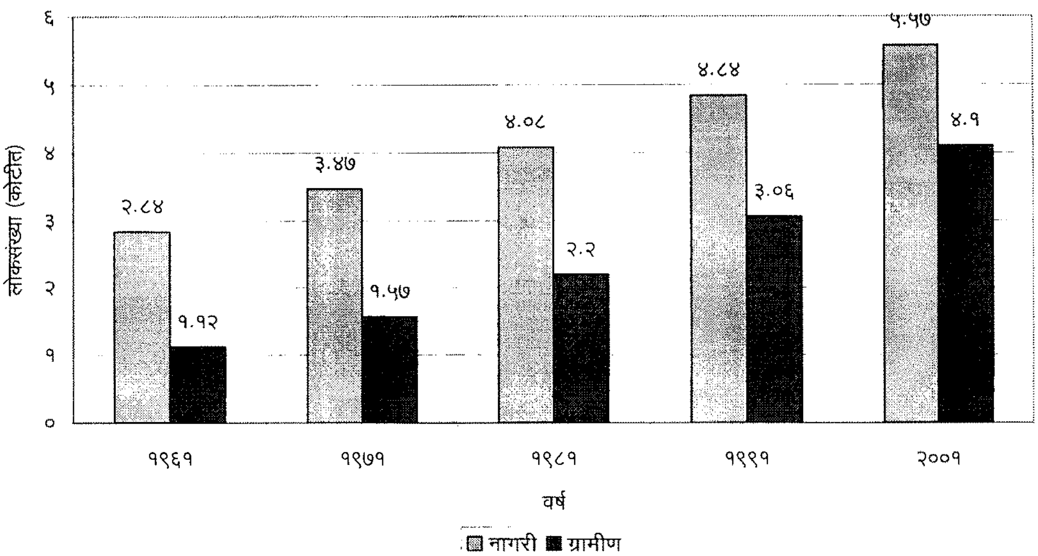
महाराष्ट्र राज्यात एकूण ३५ जिल्हे असून त्यामध्ये ३५३ तालुक्याचा समावेश होतो. तसेच ४३,७११ गावांचा यामध्ये समावेश होतो. महाराष्ट्राच्या एकूण ९,६८,७८,६२७ लोकसंख्येमध्ये अनुसूचित जातीची लोकसंख्या ९८,८१,६५६ आहे तर अनुसूचित जमातीची लोकसंख्या ८५,७७,५३७ इतकी आहे. महाराष्ट्राच्या एकूण लोकसंख्येमध्ये पुरुषांची संख्या ३५१,२७७,०७८ इतकी तर स्त्रियांची संख्या ४९५,७८८,१६९ इतकी आहे. दर एक हजार पुरुषांच्या मागे स्त्रियांचे प्रमाण ९९३३ इतके आहे. मागच्या १९२१ च्या जनगणनेत ९२७ होते तर आतापर्यंतचे जास्त प्रमाण १९०१ च्या जनगणनेनुसार ९७२ असे होते.[२८]

आयुमर्यादा

वयोमर्यादा वाढत असल्यामुळे वृद्ध व्यक्तींची लोकसंख्या वाढणे क्रमप्राप्त आहे. २००१ च्या जनगणनेनुसार लोकसंख्येचे वयोगटानुसार आकडेवारी उपलब्ध नाही. तरीपण मागील आकडेवारीवरुन राज्यातील वृद्ध व्यक्तींचे प्रमाण (१९६१ मध्ये ५.२) १९९१ मधील प्रमाण ६.९ टक्के इतके वाढले आहे. या सर्वांवर उपाय म्हणून राज्यातील लोकसंख्या स्थिर ठेवण्यासाठी राज्याने प्रजोत्पादन दर 'एक' इतका कमी करावा लागेल.[२९]

नागरी लोकसंख्या

आलेख १
जनगणनेनुसार महाराष्ट्राची नागरी व ग्रामीण लोकसंख्या



संदर्भ : महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २००२-०३

वरील आलेखावरुन असे चित्र स्पष्ट होते की, २००१ च्या जनगणनेनुसार राज्यातील लोकसंख्येपैकी ४२.४ टक्के लोकसंख्या नागरी (शहरी) भागात राहत आहे. मागील दशकात नागरी भागातील लोकसंख्येचे प्रमाण ३८.७ टक्के होते ते २००१ ला ४२.४ टक्के इतके झाले. यावरुन असे स्पष्ट होते की, राज्यातील नागरी भागातील लोकसंख्येत झपाट्याने वाढ होत आहे.

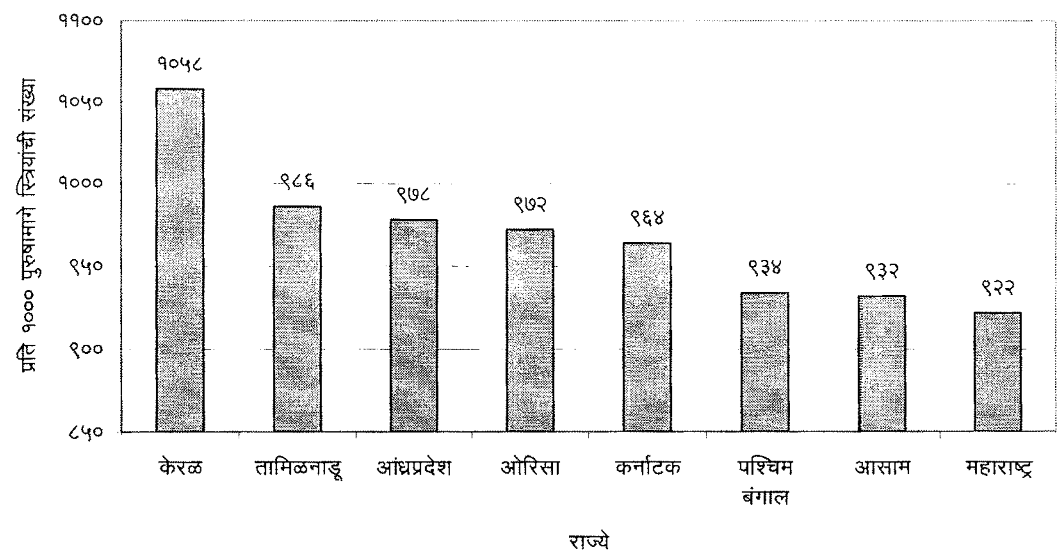
ग्रामीण लोकसंख्या

राज्यातील ग्रामीण लोकसंख्या एकूण लोकसंख्येच्या (९.६७ कोटी) ५७.६ टक्के इतकी होती. १९९१-२००१ या दशकात ग्रामीण लोकसंख्येची १५.१ टक्के वाढ झाली. यामध्ये एक गोष्ट आवर्जून स्पष्ट करावी लागते ती म्हणजे मागील दशकात ही वाढ १८.६ टक्के होती. चालू दशकात ती थोड्या प्रमाणात कमी झालेली आहे.[३०]

स्त्री-पुरुष प्रमाण

महाराष्ट्रातील स्त्री-पुरुष प्रमाण हे प्रती हजार पुरुषांमागे स्त्रीयांची संख्या मागील दशकात ९३४ इतकी होती. पण ती चालू दशकतात म्हणजे २००१ मध्ये ९२२ इतकी कमी झाली आहे. ही घट राज्याच्या स्त्री-पुरुष प्रमाणात चिंताजनक आहे.

आलेख २
महाराष्ट्राप्रेक्षा अधिक स्त्री-पुरुष प्रमाण असणारी राज्ये



संदर्भ : महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २००२-०३

वरील आलेखावरुन असे दिसून येते की, उर्वरित सात राज्यांच्या तुलनेत महाराष्ट्रामध्ये स्त्रीयांचे प्रमाण हे वर्षानुवर्षे कमी कमी होत असलेले दिसून येते. स्त्री-पुरुष समप्रमाण करण्यासाठी गर्भलिंग चाचणीसारख्या पद्धतीवर कायदयाने बंधन घालून दोषी व्यक्तीस कठोर कारावासाची शिक्षा सुनावली पाहिजे.

जन्मदर, मृत्यूदर आणि बालमृत्यू दर

सन २००० मध्ये महाराष्ट्रातील जन्मदर, मृत्यूदर आणि बालमृत्यू दर हे अनुक्रमे २१.०, ७.५ आणि ४८.० होते. हे एकूण भारताच्या तत्सम दरापेक्षा कमी होते. भारतामध्ये हे दर २५.८, ८.५ आणि ६८.० इतके होते.[31]

नवे लोकसंख्या धोरण

महाराष्ट्र शासन हे नवीन नवीन योजना राबविण्यात नेहमीच आघाडीवर आहे. राज्य शासन कुटुंब कल्याणाच्या विविध योजना राबवित असल्यामुळे जन्मदर, मृत्यूदर आणि बालमृत्यू दर कमी होत असलेले दिसून येतात. सर्व प्रयत्न करूनसुद्धा १९६१-२००१ या चार दशकामध्ये राज्याची लोकसंख्या अडीचपट झाली. म्हणून राज्याची लोकसंख्या नियंत्रणात ठेवण्यासाठी मे २००० साली नवीन लोकसंख्या धोरण स्वीकारण्यात आले आहे.

महाराष्ट्रातील आरोग्य - पार्श्वभूमी

महाराष्ट्रात मध्ययुगीन काळात मराठा आणि पेशव्यांच्या कारकिर्दीत शासनात सार्वजनिक आरोग्य संकल्पनेचा संपूर्णत: अभाव आढळतो. याचे एक कारण स्पष्ट करता येईल की, हा काळ 'मराठा' आणि 'मुघल' यांच्या संघर्षाचा काळ समजला जात असे. मग यात सार्वजनिक हिताकडे दुर्लक्ष बरेच झालेले होते. पेशव्यांनी आरोग्याबाबत फारसे काही केले असा पुरावा सापडत नाही. या काळात जनतेस स्थानिक वैद्यावर अवलंबून रहावे लागत असे. या काळात हकीम जे मुस्लीम सत्तेबरोबर भारतात आले ते युनानी पद्धतीच्या औषधीचा वापर करून रुग्णावर उपचार करीत असत. वैद्य, हकीम यांचे प्रमाण फार कमी होते आणि यांचा सर्वसामान्य जनतेस फायदा मिळेल याची हमी नव्हती.[३२]

आधुनिक काळात प्रशासनाचे महत्त्वाचे कार्य म्हणजे सार्वजनिक आरोग्य होय. हे जगातील सर्वच राष्ट्रानी मान्य केले आहे. विकसनशील आणि विकसित राष्ट्रांमध्ये आरोग्यासंबंधी आणि रोग निवारणासाठी अनेक धोरणे आणि कार्यक्रम राबविले जातात. सार्वजनिक आरोग्याबाबत प्रशासन हे तिस-या जगात सामाजिक आणि आर्थिक कार्यक्रम वर्तमान स्थितीत महत्त्वाचा भाग बनला आहे. प्रत्येक कालखंडात तेथील प्रशासनाने आरोग्याबाबत महत्त्वपूर्ण कार्य केलेले आपणाला थोड्याफार प्रमाणात पहायला मिळते.

आरोग्य प्रशासनाची भारतातील मुहूर्तमेढ पाहताना आपणाला ब्रिटिश सत्तेच्या काळातील प्रशासनाचा विचार करणे येथे उचित ठरेल. पाश्चिमात्य संस्कृतीचा वापर या काळात हळुहळू सुरु झाल्याचे दिसून येते. आरोग्य रक्षणाबाबत इंग्रजी सरकारनी भारतात पहिले पाऊल उचलले याचे कारण असे की भारतातील वातावरणाने ब्रिटिश सैनिकांचे होणारे मृत्यूचे प्रमाण जास्त होते. १९५८ च्या स्वातंत्र्ययुद्धानंतर ब्रिटिश सरकारने

आरोग्याच्या रक्षणासाठी रॉयल कमिशनची नियुक्ती ब्रिटिश सैनिकांचे होणारे मृत्यूसंबंधी कारणे शोधणे व उपाय सुचविणे यासंबंधी केली. रॉयल कमिशनच्या अहवालावरुन ब्रिटिश सरकारने आणखीन तीन कमिशनची नियुक्ती केली. बंगाल, मद्रास (सध्याचा चेन्नई) आणि मुंबई प्रांतात १८६४ साली करण्यात आली. आरोग्याबाबत ब्रिटिश सरकारने Contagious Disease Act 1866 घोषित केला आणि त्याची अंमलबजावणी मुंबई प्रांतासाठी ५ फेब्रुवारी १८६८ पासून करण्यात आली. १८७३ साली ब्रिटिश सरकारने एक नवीन कायदा पारित केला. या कायदयाद्वारे खुलेपणाने वेश्या व्यवसाय करणा-या मुलींना त्यांची नावे Contagious Disease Act अन्वये नोंद करणे बंधनकारक करण्यात आले. सन १८७९ मध्ये स्वच्छता कमिशनची नियुक्ती करण्यात आली. १८८२ च्या स्थानिक स्वराज्य संस्था कायदयाद्वारे स्थानिक स्वराज्य संस्थाना आरोग्यासाठी मार्गदर्शन करण्यासाठी डायरेक्टर जनरल ऑफ इंडियन मेडिकल सर्व्हिस हे पद निर्माण करण्यात आले आणि यावेळीपासून रुग्णालयीन सेवा देण्याच्या पद्धतीला सुरुवात झाली. इ. स. १९४० मध्ये आरोग्य सर्वेक्षण आणि विकास समिती आरोग्य सुधारण्याच्यादृष्टीने निर्माण करण्यात आली. या समितीचे अध्यक्ष जोसेफ भोर होते. म्हणून याला भोर समिती म्हणतात. १९४६ मध्ये भोर समितीने आपला अहवाल सादर केला. तेव्हा आरोग्य सेवा पुरविणा-या यंत्रणा ह्या एकदम कमी प्रमाणात आणि शहरापुरत्या मर्यादित होत्या. यातून मिळणा-या सेवा या सर्वसाधारण होत्या. त्यातून या सेवा ग्रामीण भागात नाममात्र मिळत असत. याचाच परिणाम म्हणजे १९४३ मध्ये ६०,००० लोकांसाठी एक डॉक्टर उपलब्ध तर ४३,००० लोकांच्यासाठी एक नर्स होती.[33] ग्रामीण भागातील आरोग्य सुविधा फारच कमी दर्जाच्या आणि अपु-या अशा होत्या. भोर समितीने आपल्या अहवालात आरोग्याबाबत सर्वकष योजना आखल्या. यात कल्याणकारी राज्याच्या संकल्पना हा मुख्य दृष्टिकोन होता. यामध्ये भारतीय लोकांना अनुकूल असा ढाचा तयार करण्यात आला. स्वातंत्र्योत्तर काळात भोर समितीने सांगितलेली पद्धत आजही भारतीय आरोग्य प्रशासनात दिसून येते. आरोग्य प्रशासनाचे उद्दिष्ट हे लोकांचा शारीरिक, मानसिक, सामाजिक क्षमता यात वाढ करणे हे आहे.

भारतातील आरोग्य संघटना खालीलप्रमाणे आहेत.

1) Center : Union Ministry of Health and Family Welfare

   A) Department of Public Health

   B) Department of Family Welfare

   C) Department of Indian Systems of Medicine Homeopathy

2) State Level - State Ministry of Health and Family Welfare

   1. Department of Public Health

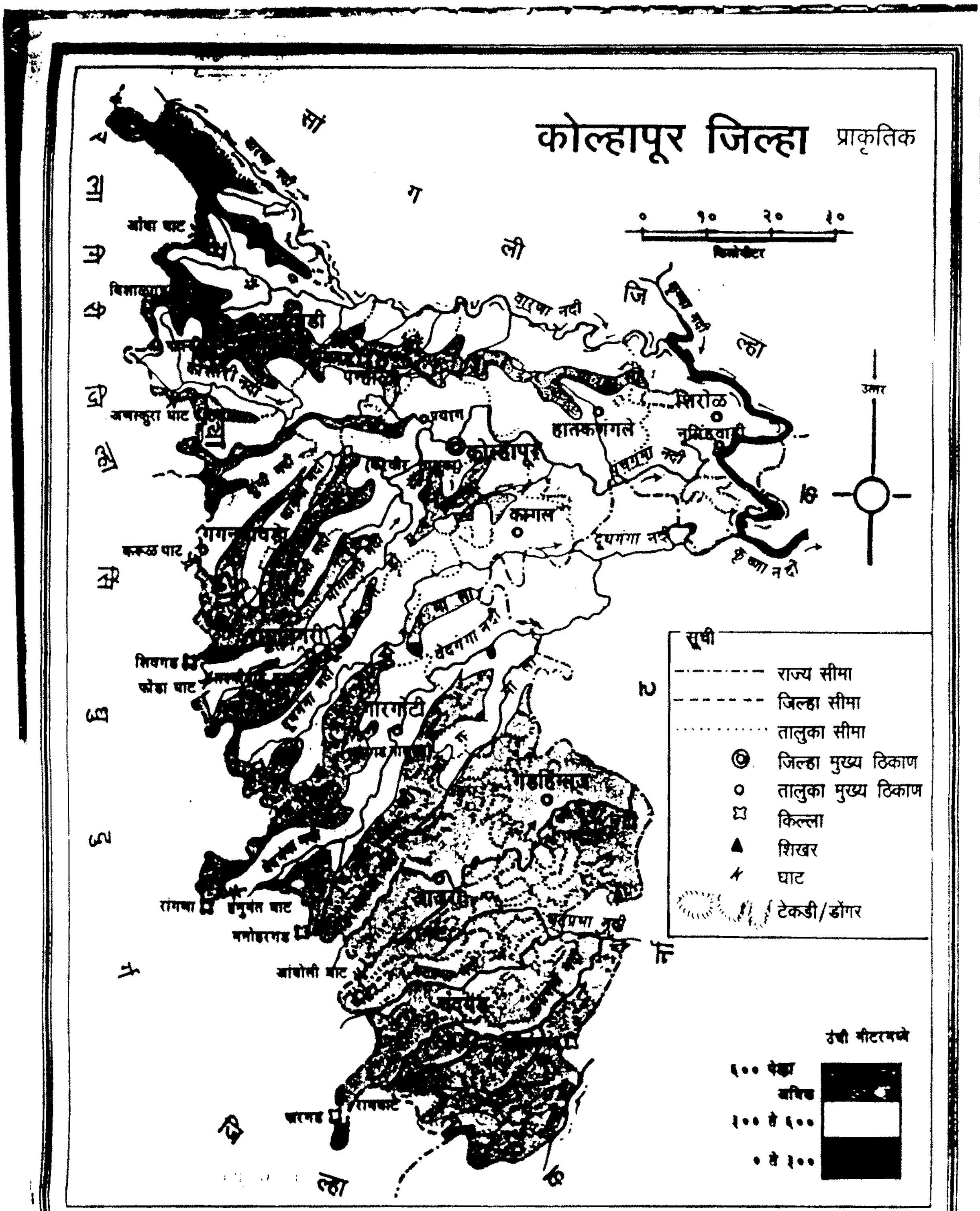
   2. Department of Family Welfare

   3. Directorate of Public Health

सार्वजनिक आरोग्य

आरोग्य म्हणजे केवळ व्याधी आणि अपंगत्व यांचा अभाव नाही तर संपूर्ण शारीरिक, मानसिक आणि सामाजिक स्वास्थ अशी जागतिक आरोग्य संघटनेची आरोग्यविषयक संकल्पना आहे. 'सर्वांसाठी चांगले आरोग्य' हे उद्दिष्ट साध्य करण्यासाठी राज्य शासन कटिबद्ध आहे. हे उद्दिष्ट साध्य करण्यासाठी गेल्या काही दशकांपासून प्रतिबंधक, प्रवर्तक, उपचारात्मक आणि पुनर्वसनात्मक आरोग्य सेवा पुरविण्यासाठी आणि आरोग्य विषयक पायाभूत सुविधांचे जाळे विकसित करण्यासाठी राज्य शासन प्रयत्न करीत आहे. ह्या आरोग्य सेवा राज्यातील ग्रामीण व नागरी ह्या दोन्ही भागात योग्य रितीने पुरविण्यात राज्य शासन प्रयत्नशील आहे.[३४]

राज्याच्या कानाकोप-यांमध्ये उपकेंद्रे, प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि सामुहिक आरोग्य केंद्रे स्थापन करून आरोग्य विषयक पायाभूत सुविधा पोहोचवण्यासाठी तसेच या सुविधांचे एकत्रीकरण करण्यावर सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रावर जास्तीत जास्त भर दिला जातो. आता सध्या महाराष्ट्र शासन मानसिक आरोग्य, दक्षता, एडस् नियंत्रण, कर्करोग नियंत्रण व आदिवासी क्षेत्रामध्ये विशेष आरोग्य सुविधा पोहोचवण्यावर भर देत आहे. पावसाळ्यामध्ये विशेषतः पाण्याच्या प्रदूषणामुळे मलेरिया, गॅस्ट्रो या रोगांचा प्रसार होतो. हा आजार विशेषतः आदिवासी जिल्ह्यांमध्ये जास्त प्रमाणात होतो. (ठाणे, नाशिक, धुळे, अमरावती, गडचिरोली) आणि हा आजार नियंत्रणात आणण्यासाठी शासनामार्फत विविध



कोल्हापूर जिल्हा
प्राकृतिक
० १० २० ३०
किलोमीटर
उत्तर
सूची
राज्य सीमा
जिल्हा सीमा
तालुका सीमा
जिल्हा मुख्य ठिकाण
तालुका मुख्य ठिकाण
किल्ला
शिखर
घाट
टेकडी/डोंगर
कोल्हापूर
शिरोळ
हातकणंगले
कागल
गडहिंग्लज
आजरा
वारणा नदी
दूधगंगा नदी
वेदगंगा नदी
कृष्णा नदी
घटप्रभा नदी
शिवगड
रांगणा
हनुमंत घाट
आंबोली घाट
ऊंची मीटरमध्ये
६०० पेक्षा अधिक
३०० ते ६००
० ते ३००

स्वरुपाच्या आरोग्य सुविधांचे कार्यक्रम राबविले जातात. आता कोल्हापूर जिल्ह्याविषयी संक्षिप्त माहिती घेऊया.

कोल्हापूर जिल्हा - एक दृष्टीक्षेप

कोल्हापूर जिल्ह्याचे क्षेत्रफळ

कोल्हापूर जिल्ह्याचे एकूण क्षेत्रफळ ८,०४७ चौ. कि. मी. असून त्याची दक्षिणोत्तर लांबी सुमारे १६० कि. मी., पूर्व पश्चिम रुंदी सुमारे ६० कि. मी. आहे. यापैकी नागरी क्षेत्र १९१.७ चौरस कि. मी. तर ग्रामीण क्षेत्र ७,८५५.३ चौ. कि. मी. आहे.[३५]

सन २००१ च्या जनगणनेनुसार कोल्हापूर जिल्ह्याची लोकसंख्या ३५,४५,४१३ असून त्यापैकी १०,४२,१६२ नागरी व ग्रामीण २४,७३,२५१ एवढी लोकसंख्या आहे. यातील अनुसूचित जातीची लोकसंख्या ३,८१,०२९ इतकी आहे आणि अनुसूचित जमातींची लोकसंख्या १४,७८९ इतक्या कमी प्रमाणात आहे. जिल्ह्यात १२ तालुके, १२ पंचायत समित्या, १ महानगरपालिका, ९ नगरपरिषदा व १०२६ ग्रामपंचायती आहेत.[३६]

लोकसंख्येची घनता

नागरी भागातील घनता ३,२४५ एवढी आहे तर ग्रामीण लोकसंख्येची घनता दर चौ. कि. मी. ला २४० इतकी आहे. कोल्हापूर जिल्ह्यात ७५.१३ टक्के लोक ग्रामीण भागात तर २४.८७ टक्के लोक नागरी (शहरी) भागात राहतात.[३७]

महाराष्ट्र राज्याच्या तुलनेत जिल्ह्याचे क्षेत्रफळ आणि लोकसंख्येची टक्केवारी अनुक्रमे २.६२ आणि ३.९९ एवढी आहे.

कोल्हापूर हे मुख्यतः पंचगंगा नदीच्या काठावर वसलेले शहर आहे. शहराम्ध्ये मध्यवर्ती बसस्थानक, रेल्वे स्थानक, घाऊक बाजारपेठ, साखर व इतर कारखाने, शिरोलीजवळची औद्योगिक वसाहत, शिवाजी विद्यापीठाचा परिसर आणि चित्रनगरी ही कोल्हापूरच्या विस्ताराची प्रतिके आहेत. कोल्हापूरातील गुळाचा बाजार भारतातील सर्वात मोठा गुळाचा बाजार असून येथील गूळ सर्वोत्कृष्ट असून परदेशातसुद्धा निर्यात केला जातो.

कोल्हापूर जिल्हा हा पर्यटनाच्यादृष्टीनेसुद्धा चांगल्या प्रकारे प्रसिद्धीला आलेला आहे. यामध्ये पन्हाळा, जोतिबा, राधानगरी गवा अभयारण्य, महालक्ष्मी मंदिर, नरसोबाची वाडी, भुदरगड किल्ला, विशाळगड इ. ठिकाणे ही पर्यटकांना आकर्षित करीत असतात. त्याचप्रमाणे पन्हाळा हे थंड हवेचे ठिकाण म्हणून प्रसिद्ध आहे. जिल्ह्यातील जोतिबा देवस्थानला तर दक्षिण केदारनाथ म्हणून भाविक आकर्षित होत असतात.

कोल्हापूर जिल्ह्यातील शेतीला पाणीपुरवठा हा नद्यावरील धरणांद्वारे जास्त प्रमाणात होत आहे. त्यामध्ये राधानगरी आणि काळम्मावाडी धरणाचा समावेश होतो.

जिल्ह्याच्या पुर्नरचनेचा इतिहास

कोल्हापूर जिल्हा मुंबई राज्यात विलिनीकरण झाल्यानंतर १९४९ साली अस्तित्वात आला. कोल्हापूर जिल्हा अस्तित्वात आला त्यावेळी पूर्वीच्या कोल्हापूर संस्थानामधील ९५० गावे, कुरुंदवाड संस्थानातील पाच गावे, मिरज संस्थानातील एक गाव आणि बेळगांव जिल्ह्यातील सात गावे समाविष्ट करण्यात आली. शिरोळ पेट्यातील कटकोळ ठाणे सध्याच्या कर्नाटक राज्यातील बेळगांव जिल्ह्यात समाविष्ट केले. या पुनर्रचनेनंतर कोल्हापूर जिल्ह्यात शाहूवाडी, हातकणंगले, शिरोळ, राधानगरी, कागल, भुदरगड, गडहिंग्लज हे आठ तालुके आणि पन्हाळा, बावडा, आजरा हे तीन महाल होते. १ नोव्हेंबर १९५६ रोजी राज्यपुनर्रचनेनुसार बेळगांव जिल्ह्यातील चंदगड तालुका कोल्हापूर जिल्ह्यात समाविष्ट केला. यानंतरच्या कालावधीत गडहिंग्लज तालुक्यातील वाटंगी गाव आजरा तालुक्यात समाविष्ट केले. ३० जून १९८३ रोजी कोल्हापूर जिल्ह्याच्या बावडा तालुक्यातील ३७ गावे सिंधुदुर्ग जिल्ह्यात समाविष्ट करण्यात आली. सध्या कोल्हापूर जिल्ह्यात एकूण १२ तालुक्यांचा समावेश होतो. तसेच प्रशासनाच्या सोयीसाठी जिल्ह्याचे करवीर, शाहूवाडी आणि गडहिंग्लज असे तीन उपविभाग पाडले आहेत.[३८] (तक्ता क्रमांक १.४ पहा.)

तक्ता क्रमांक १.४

कोल्हापूर जिल्ह्यातील तालुके, उपविभाग, क्षेत्रफळ, खेडी व शहरे

उपविभाग/तालुके	क्षेत्रफळ	एकूण खेडी	शहरे
१) करवीर उपविभाग			
करवीर	६७१.१	११४	२
हातकणंगले	६९९.४	५९	३
शिरोळ	५०७.२	५१	२
कागल	५४७.५	८४	२
२) शाहुवाडी उपविभाग			
शाहुवाडी	१०४३.५	१३९	१
पन्हाळा	५६८.८	१२१	१
गगनबावडा	६९८.६	९२	-
३) गडहिंग्लज उपविभाग			
गडहिंग्लज	४८४.२	९०	१
भुदरगड	६४४.४	१०२	-
चंदगड	९६५.४	१४६	-
आजरा	५४८.८	८९	-
एकूण	८०४७.०	१२००	१२

टीप : क्षेत्रफळाची आकडेवारी २००१ च्या जनगणनेनुसार

महाराष्ट्राच्या नैऋत्य पठारी भागावर वसलेला कोल्हापूर जिल्हा १५°४३° ते १७°१७° उत्तर अक्षांश आणि ७३°४०° ते ७४°८२° पूर्व रेखांश यामध्ये आहे. जिल्ह्याच्या पश्चिमेस सह्याद्रीच्या कडा व उत्तरेकडे वारणा नदी अशा नैसर्गिक सीमा असून पूर्वेकडे अंशत: कृष्णा नदी व कर्नाटकातील बेळगांव जिल्हा तसेच दक्षिणेकडे बेळगाव जिल्हा अशा सीमा आहेत. तसेच पश्चिमेकडे सह्याद्रीच्या रांगेने सिंधुदुर्ग, रत्नागिरी व कोल्हापूर जिल्ह्याच्या सीमा आखलेली असून वारणा नदीने सांगली व कोल्हापूर जिल्ह्याची उत्तर सीमा आखली आहे.[३९] आता जिल्हयातील तालुक्याची लोकसंख्या, त्याचे वर्गीकरण आणि जिल्हयातील प्राथमिक आरोग्य केंद्र व उपकेंद्राची सोयी सुविधा याबाबतची माहिती करून घेऊया. (तक्ता क्रमांक १.५)

तक्ता क्रमांक १.५

कोल्हापूर जिल्ह्याची तालुक्याप्रमाणे एकूण लोकसंख्या (२००१ च्या जनगणनेनुसार) चे वर्गीकरण आणि प्राथमिक आरोग्य केंद्र व उपकेंद्रांची आकडेवारी

अ. नं.	तालुका/ तहसिल	एकूण क्षेत्रफळ (चौ.कि.मी.)	एकूण गावे	एकूण लोकसंख्या	ग्रामीण लोकसंख्या	नागरी लोकसंख्या	प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	उपकेंद्र
१	आजरा	५४७.७३	८९	१२१४३०	१०६५८१	१४८४९	४	२७
२	गगनबावडा	२८९०	९२	३२४२४	३२४२४	-	२	८
३	भुदरगड	६४७.८७	१०२	१२७५४५	१२७५४५	-	५	३०
४	चंदगड	६५२.११	१४६	१८०७८१	१८०७८१	-	६	३३
५	गडहिंग्लज	-	९०	२१६२५७	१९०९००	२५३५७	५	३५
६	हातकणंगले	६१४.७१	६२	७१०७४५	३५४६२५	३५५००३	९	४६
७	करवीर	६०३.५१	१२९	९०६८७६	३५८०५२	५४८८१४	९	४९
८	कागल	५४७.५०	८४	४४८२३७	२१५२५७	३२९८०	५	३४
९	पन्हाळा	५६.८७१	१३०	२३७३८३	२३४९३१	३४५२	६	३९
१०	राधानगरी	८८२.३२	११३	१८८१०७	१८८१०७	-	६	३८
११	शाहूवाडी	१०४.३५२	१३९	१७६८५९	१७१३५५	५५०४	८	३८
१२	शिरोळ	५०३.२७	५२	३५९१७९	२९४७८५	६४३९४	७	३३
	एकूण	७२६०.९०	१२२८	३७०५८२३	२४५५३४३	१०५०३५३	७२	४१०

संदर्भ : कोल्हापूर जिल्हा परिषद वार्षिक प्रशासन अहवाल, २००३-०४ व २००४-०५

वरील माहितीनुसार म्हणजे एकूण बारा तालुक्यांची लोकसंख्या ३७०५८२३ ही कोल्हापूर जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या आहे. वरील माहितीमध्ये गडहिंग्लज आणि कागल या तालुक्यांची क्षेत्रफळाची आकडेवारी उपलब्ध झालेली नाही. त्याचप्रमाणे चंदगड तालुक्यातील गावांची संख्याही उपलब्ध झालेली नाही.[४०]

जलसिंचन

कोल्हापूर जिल्ह्याची शेती ही पूर्वी सर्वस्वी पावसावरच अवलंबून असे. परिणामी पावसाचे प्रमाण विषम व अनिश्चित असल्यामुळे शेतीतून पुरेसे उत्पन्न मिळत नसे. यावर मात करण्यासाठी स्वातंत्र्यपूर्व व स्वातंत्र्योत्तर काळात जलसिंचनाच्या योजना राबविण्यात आल्या. कोल्हापूर जिल्ह्यात सध्या जी शेतीविषयक आर्थिक भरभराट झालेली दिसून येते त्याचे काही श्रेय छत्रपती शाहू महारांजाकडे जाते. संस्थानाची प्रगती व्हावी म्हणून त्यांनी पाटबंधा-याच्या योजनाबरोबर विहिरी खोदणे व तलाव, कालव्यांकडे लक्ष दिले होते. त्यापैकी एक फेजिवडे गावाजवळ भोगावती नदीवर बांधलेले राधानगरी धरण

हे होय. धरण जागा त्यांनी अभ्यास करून निवडली. धरणाचा मुहूर्त महाराणी लक्ष्मीबाईंच्या हस्ते १९०९ साली केला. महाराणी लक्ष्मीबाईंच्या स्मरणार्थ धरणाजवळ राधानगरी गाव वसविण्यात आले. यावरुनच लक्ष्मीबाई तलावास पुढे राधानगरी प्रकल्प असे नाव पडले.

दुग्ध विकास

शेतीला पूरक व्यवसाय म्हणून दुग्ध व्यवसाय ओळखला जातो. शेतक-याला धन, आरोग्य व समृद्धीचा मार्ग दाखवतो. स्वातंत्र्योत्तर काळात झालेली औद्योगिक वाढ व शहराचा विस्तार यामुळे दूधदुभत्याची चणचण भासू लागली. म्हणून शासनाने तृतीय पंचवार्षिक योजनेत ३१ मार्च १९६१ रोजी कोल्हापूर शासकीय दूध योजना सुरु केली.[४१] एका बाजूला दूधासाठी धडपडणारी शहरे तर दुस-या बाजूला दूधासाठी गि-हाईकांची वाट पाहणारी खेडी या दोन्हीची सांगड घालून देण्याचे काम या योजनेद्वारे पूर्ण झाले.

गूळ उद्योग

गूळ तयार करणे हा फार जूना व्यवसाय जिल्ह्यात चालू आहे. अंदाजे अडीचशे वर्षापासून ऊसाचा रस उकळून गूळ तयार करण्याचा व्यवसाय कोल्हापूर जिल्ह्यात सुरु आहे. इ. स. १८४५ पासून गूळाची निर्यात कच्छ, काठेवाड आणि गुजरातमध्ये होत असे. जिल्ह्यातील हवा, पाणी, जमीन ऊसाच्या पिकाला अगदी योग्य असल्यामुळे येथे चवदार व टिकाऊ गूळ तयार केला जातो. यामुळेच कोल्हापूर गूळ संपूर्ण भारतभर प्रसिद्ध आहे.[४२]

औषधी तयार करण्याचा उद्योग

इ. स. १९४४ मध्ये कोल्हापूर संस्थानचे राजवैद्य डॉ. बाबासाहेब गुणे यांनी जंगलातील औषधोपयोगी वनस्पतीपासून आयुर्वेदिक औषध तयार करण्याचा कारखाना सुरु केला. कोल्हापूर जिल्ह्यात १९६६ मध्ये रासायनिक द्रव्ये व औषधे तयार करणारे सातच्या आसपास कारखाने होते. इ. स. १९७१-७२ मध्ये क्षयरोग विरोधी मूलभूत औषध निर्माण करणारा लॅबोरेटरी ॲण्ड इंडस्ट्रियल केमिकल कार्पोरेशन नावाचा कारखाना उद्यमनगर येथे स्थापन केला. तसेच वेस्ट कोस्ट कंपनी हा सलाईन तयार करणारा कारखाना स्थापन केला.[४३]

संशोधनाचे कार्यक्षेत्र

प्राथमिक आरोग्य केंद्राचा अभ्यास करण्यासाठी हातकणंगले तालुक्याची निवड करण्यात आली. कारण हा तालुका ग्रामीण भागात येत असल्यामुळे ग्रामीण पातळीवरील आरोग्यविषयक समस्या, प्राथमिक आरोग्य केंद्राकडून दिल्या जाणा-या सोयी सुविधा तसेच आरोग्यासंबंधी शासनाकडून राबविल्या जाणा-या योजनाचे प्रयोजन ग्रामीण भागातील लोकांना किती प्रमाणात मिळतात आणि आरोग्य केंद्रातील कर्मचारी वर्ग ग्रामीण भागातील लोकांना आरोग्यविषयक शिक्षणाची माहिती कितपत देतात याविषयी अभ्यास करण्यासाठी हा प्रयत्न आहे. विषयाचे शीर्षक "हातकणंगले तालुक्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्राची भूमिक' व कार्ये एक व्यष्टी अध्ययन (१९९५-२००३) कोल्हापूर जिल्हा" आहे. संशोधनासाठी हातकणंगले तालुक्यातील पाच प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व अठरा उपकेंद्राना प्रत्यक्ष भेटी देवून माहिती गोळा करण्यात आली. उपकेंद्रे निवडताना तालुक्याच्या भौगोलिक दृष्टिकोनातून पूर्व, पश्चिम, उत्तर, दक्षिण दिशेतील उपकेंद्रांचा समावेश केलेला आहे.

संशोधनाची उद्दिष्टे

१. आरोग्य शिक्षणाची माहिती कितपत ग्रामीण पातळीवर आहे. मानवी जीवशास्त्र, परंपरा, कौटुंबिक स्वास्थ, संक्रामक व असंक्रमक रोगाचे नियंत्रण, मानसिक आरोग्य, अपघात प्रतिबंध याबद्दल ग्रामीण लोकांचा दृष्टिकोन.

२. राष्ट्रीय आरोग्य सेवा व्यवस्थेत प्राथमिक आरोग्य केंद्राची भूमिका आणि जिल्हा पातळीपासून ग्रामपातळीवर आरोग्य सुविधांचे संघटनात्मक स्वरूप.

३. रोग प्रतिबंधक व रोग निदानाबद्दल प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि त्याला संलग्न आरोग्य सेवांचे कार्याचे विश्लेषण.

४. ग्रामीण लोकांच्या आरोग्य विषय समस्या, ग्रामीण पातळीवर त्या समस्या सोडविण्याची व्यवस्था करणे.

संशोधन पद्धती व माहिती

यासाठी लागणा-या सर्व प्राथमिक माहिती हातकंणगले तालुक्यात एकूण नऊ प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील पाच केंद्रांना प्रत्यक्ष भेटी देवून संबंधित अधिकारी व कर्मचारी वर्ग आणि रूग्णांना भेटी देवून स्थानिक पातळीवर पंचायत समिती सभापतींची मुलाखत घेऊन माहितीचे विश्लेषण करण्यात आले. याशिवाय प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे निरीक्षक, मार्गदर्शक, देखरेख नियंत्रण करणारे उच्चस्तरीय अधिका-यांकडून माहिती घेण्यात आली. त्याचप्रमाणे जिल्हा परिषद, पंचायत समिती आणि ग्रामपंचायत यांच्याकडून माहिती घेण्यात आली.

या शोधनिबंधासाठी दुय्यम माहितीवर जास्त भर देवून यासाठी शिवाजी विद्यापीठातील ग्रंथालयातील पुस्तके, मासिके, केंद्र आणि राज्य शासन यांनी प्रसिध्द केलेल्या पंचवार्षिक योजना, अहवाल आणि शिवाजी विद्यापीठातील एम. फिल. आणि पीएच. डी. साठी सादर केलेल्या शोधनिबंधांचा वापर करण्यात आला. याशिवाय कोल्हापूर जिल्ह्यात आरोग्यविषयक प्रसिध्द केलेली अलिकडील माहिती वेगवेगळ्या वृत्तपत्राद्वारे घेण्यात आली. (परिशिष्ट - १)

वरील मिळालेल्या सांख्यिकी आणि इतर स्वरूपाच्या माहितीचे विश्लेषण करून काही निष्कर्ष काढून प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे कार्य सक्षम होण्यासाठी सूचना व शिफारसी करण्यात आलेल्या आहेत. या शोधनिबंधाचे पाच प्रकरणात विभाजन करून लिहिलेले आहे. विषयाचे विभाजन खालील नमूद केलेल्या प्रकरणातून आढळते.

प्रकरण पहिले

प्रस्तावना या प्रकरणातील आरोग्य जीवनाचे महत्त्व, आरोग्य विषयी राष्ट्रीय धोरण, भारतातील लोकसंख्या, आयुमर्यादा, सार्वजनिक आरोग्याची परिस्थिती, महाराष्ट्राचे भौगोलिक, सामाजिक, आर्थिक पार्श्वभूमी, कोल्हापूर जिल्ह्याचा संक्षिप्त आढावा आणि संशोधन उद्दिष्टे, संशोधन पध्दती आणि संशोधनाला लागणारी माहिती कशारीतीने प्राप्त केली याचा समावेश आहे.

प्रकरण दुसरे

प्रकरण दोनमध्ये राज्य व जिल्हा पातळीवरील प्रशासकीय आरोग्य संघटनेचा आढावा घेतलेला आहे. यामधील संक्षिप्त रीतीने आरोग्य शिक्षण आणि संपर्क विभागाची माहिती आणि आरोग्य सेवेतील भरती आणि प्रशिक्षणाबद्दलही उपयुक्त माहिती दिलेली आहे.

प्रकरण तीन

या प्रकरणात प्राथमिक आरोग्य केंद्राची भूमिका व कार्ये आणि प्रशासकीय संरचना याच्याबद्दल माहिती दिलेली आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि उपकेंद्राना आरोग्यासंबंधी राष्ट्रीय कार्यक्रमसुध्दा राबवावे लागतात. याची माहिती संक्षिप्त रीतीने या प्रकरणात दिलेली आहे. या प्रकरणाच्या उत्तरार्धात विविध कार्याबद्दल संक्षिप्त माहिती दिलेली आहे.

प्रकरण चौथे

या प्रकरणात हातकणंगले तालुक्याची सामाजिक, आर्थिक पार्श्वभूमी सार्वजनिक आणि वैयक्तिक आरोग्याच्या दृष्टीने सार्वजनिक स्वच्छतेबाबत कार्य, प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या अधिका-यांच्या मार्गदर्शनाखाली कशारीतीने पार पाडतात याबद्दल या प्रकरणात विश्लेषण केले आहे. सन १९९९ पासून २००४ पर्यंत हातकणंगले तालुक्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रावरील खर्च कोणकोणत्या कार्यासाठी केलेला आहे याचे विश्लेषण करण्यात आले आहे. प्रामुख्याने पिण्याच्या पाण्याचे शुध्दीकरण आणि केरकचरा विल्हेवाट, गटारांची व्यवस्था, मुतारी आणि संडासची सोय याबद्दल माहितीचे संकलन करून विश्लेषण केले आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि उपकेंद्रांचे अधिकारी आणि सेवकवर्गाने पार पाडलेल्या कार्याचे माहिती आणि विश्लेषण केले आहे. यामध्ये प्रामुख्याने कुटुंब नियोजन आणि कुटुंब कल्याणासाठी राबविलेले राष्ट्रीय कार्यक्रम, बाल आरोग्य संगोपनासाठी केलेले लसीकरण कार्य याचे विश्लेषण केले आहे. याशिवाय प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे वैद्यकीय अधिकारी व दुय्यम अधिकारी यांचे कारकीर्दीचा प्रभाव ग्रामीण भागातील आरोग्य सेवा सुविधाबद्दल कसा आहे याचा सूक्ष्म परिचय देण्याचा प्रयत्न केला आहे.

प्रकरण पाचवे

प्रकरण पाच मध्ये या शोधनिबंधाचा सारांश आणि शिफारसी मांडलेल्या आहेत.

संदर्भ सूची

१. यशवंत रामकृष्ण दाते, सुलभ विश्वकोष, भाग १ ला, प्रसाद प्रकाशन, पुणे, पान नं. २२१

२. J. E. Park & K. Park, Textbook of Preventive and Social Medicine, Pune, p. २

३. पडोदकर, सिध्देश्वर विष्णू, आयुर्वेदाचा इतिहास, साधना प्रकाशन, पुणे ३०, पान नं. ३४

४. कित्ता, पान नं. ३०८

५. J. E. Park & K. Park, Textbook of Preventive and Social Medicine, Pune, p. २

६. माहेश्वरी श्रीराम, भारतीय प्रशासन, ओरियंट लॉंगमन प्रा. लि., दिल्ली, पान नं. ३

७. ठक्कर, के. एच., भारतीय अर्थशास्त्र, फडके प्रकाशन, कोल्हापूर पान नं. १६

८. कित्ता, पान नं. २०

९. पाटील, बी. बी., भारतीय शासन आणि राजकारण, फडके प्रकाशन, कोल्हापूर पान नं.

१०. भोसले आणि काटे, स्वातंत्र्योत्तर भारतीय अर्थव्यवस्था, फडके प्रकाशन, कोल्हापूर, पान नं. १४

११. कित्ता, पान नं. १४

१२. कित्ता, पान नं. १५

१३. कित्ता, पान नं. १५

१४. कित्ता, पान नं. १६

१५. कित्ता, पान नं. १९

१६. कित्ता, पान नं. २३

१७. कित्ता, पान नं. २८

१८. कित्ता, पान नं. १३

१९. ठक्कर, के. एच., भारतीय अर्थशास्त्र, फडके प्रकाशन, कोल्हापूर पान नं. २९२

२०. J. E. Park & K. Park, Textbook of Preventive and Social Medicine, Pune, p. ४७७

२१. आरोग्य पत्रिका, जुलै, २००५

२२. आरोग्य पत्रिका, एप्रिल २००५

२३. इंडिया गॅझेटिअर, पान नं. ७९४

२४. कुरूक्षेत्र (हिंदी), ऑक्टोबर, २००२, पान नं. ६

२५. महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २०००-२००१, पान नं. ७

२६. महाराष्ट्र राज्य गॅझेटिअर, कोल्हापूर जिल्हा

२७. महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २०००-२००१, पान नं. ९

२८. महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २०००-२००१, पान नं. ९

२९. महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २००२-२००३, पान नं. ९

३०. महाराष्ट्र आर्थिक पाहणी अहवाल, २००२-२००३, पान नं. १०

३१. कित्ता, पान नं. १२

३२. पडोदकर, सिध्देश्वर विष्णू, आयुर्वेदाचा इतिहास, साधना प्रकाशन, पुणे ३०, पान नं. ३०८

३३. दि गॅझेटिअर ऑफ इंडिया, आवृत्ती सहावी. पान नं. ५८४

३४. कुरूक्षेत्र (हिंदी), ऑक्टोबर, २००२, पान नं. १२

३५. कित्ता, पान नं. ३

३६. कोल्हापूर जिल्हा वार्षिक प्रशासन अहवाल, २००३-२००४

३७. महाराष्ट्र राज्य गॅझेटिअर, कोल्हापूर जिल्हा, संपादक कि. का. चौघरी, पान नं. ८०

३८. कित्ता, पान नं. २

३९. कित्ता, पान नं्. २

४०. कित्ता, पान नं्. २१३

४१. कित्ता, पान नं्. २२९

४२. कित्ता, पान नं्. २७७

४३. कित्ता, पान नं्. २८१

SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR.