नाशिक जिल्ह्यातील आरोग्यसेवा (२०११)

एक अभ्यास अहवाल डॉ. शाम अष्टेकर

२४ जून २०११

उत्तम आरोग्यव्यवस्था ही प्रत्येक प्रगत राष्ट्र आणि आधुनिक समाजाची पूर्वअट आहे. भारताला यासाठी मोठा पल्ला गाठायचा आहे.

या अहवालात

ठळक मुद्दे	1
पार्श्वभूमी व उद्दिष्टे	2
रुग्णालये, खाटा	3
डॉक्टर्स	4
नाशिक शहरातील डॉ	5
वैद्यकीय खर्च	6
औषधे आणि लॅब्ज	7
वैदकीय सेवांचे दर	8
सारांश	9
आभार	10

या अहवालातील ठळक मुद्दे

नाशिक हा एक मोठा जिल्हा, आकाराने राज्यात ४था. दोन मोठी शहरं आणि १५ तालुक्यांमधील ६१ लाख लोकसंख्या असलेला हा जिल्हा आहे. नाशिक शहरातील वैद्यकीय सेवा आता एक उद्योग होतोय.

१. हा अहवाल जिल्ह्याच्या आरोग्यसेवांचा एक धावता आढावा आहे. असे दिसते की, जिल्ह्यात ६१८० डॉक्टर असून ९९० लोकांना १ डॉक्टर असे प्रमाण आहे. यातील सुमारे १०% डॉक्टर्स शासकीय आणि स्थानिक प्रशासनाच्या क्षेत्रात आहेत. २६% आधुनिक वैद्यकशास्त्राचे तज्ज्ञ आहेत. उरलेले ७४% आयुर्वेद, होमिओपथी किंवा इतर संवर्गात आहेत. जनरल प्रॅक्टीसमध्ये मुख्यत: आयुर्वेदिक असून होमिओपॅथ्स जास्त करून ग्रामीण भागात आहेत, तिथेच २०% इतरही वैद्यक व्यावसयिक आढळतात. युनानी व्यावसायिक मुख्य: मालेगावात आहेत. एकूण डॉक्टर्सपैकी ५४% नाशिक शहरात आणि १३७५ विशेषज्ञांपैकी १००६ याच शहरात आहेत.

२. जिल्ह्यात सुमारे १३००० रुग्णखाटा असून ४६९ लोकांमागे १ खाट असे प्रमाण पडते. रुग्णखाटांपैकी ६१% नाशिक शहरात, २८% सार्वजनिक क्षेत्रात आहेत. शहरातील खाजगी रुग्णालयांमध्ये ५–२० खाटांची रुग्णालये सर्वाधिक आहेत.

३. जिल्ह्यात ढोबळमानाने आरोग्यसेवांवर एकूण वार्षिक खर्च १२६३ कोटी रु. होतो. म्हणजेच दरडोई सुमारे २०००रु. होतात. हे अनुमान जागतिक आरोग्य संघटनेच्या भारताबद्दलच्या आकड्याशी जुळते.

४. जिल्ह्यात सर्व प्रकारची वैद्यकीय महाविद्यालये आहेत, एक शासकीय सुपर स्पेशालिटी रुग्णालयही आहे शिवाय म.वि.प्रचे भव्य रुग्णालयही आहे. खरे म्हणजे सर्वांसाठी समुचित आरोग्यसेवा देण्यासाठी लागणारी सर्व साधने जिल्ह्यात मुबलक आहेत. पण यासाठी जिल्ह्यातल्या वंचित भागाकडे आणि समाजगटांकडे विशेष लक्ष द्यायला हवे.

नाशिक शहर अतिविशेष वैद्यकीय सेवांसाठी उत्तर महाराष्ट्रासाठी किंवा मेडिकल टुरीझमसाठीही विकसित होऊ शकते. यासाठी लागणारे मनुष्यबळ, संरचना हे तर आहेच पण उत्तम हवापाणी आणि दळणवळण हे पण आहे.

महाराष्ट्राचे आरेग्य विज्ञान विद्यापीठही इथेच आहे. या दृष्टीने सर्व घटकांचा समन्वय होऊन योग्य दिशेने विकास आणि वाटचाल व्हावी लागेल. याचबरोबर जिल्ह्यातील नाग रिकांना गुणवत्तापूर्ण समुचित आरोग्यसेवा परवडतील अशा दराने उपलब्ध होणे आवश्यक आहे.

अर्थातच आपल्याला आरोग्यसेवांबद्दलचे आणखी अभ्यास लागणार आहेत. डॉक्टर्स, व्यवस्थापक, रुग्ण इ. वेगवेगळ्या दृष्टिकोनातूनही अभ्यास हवेत.

१. काही ठळक उणीवा

डॉक्टर्स आणि रुग्णखाटा भरपूर असूनही नाशिकमध्ये इगतपुरी, पेठ, सुरगाणा इ. वंचित विभाग आहेत.

शासकीय आरोग्यसेवांचे जाळे असले तरी ग्रामीण रुग्णालयात पुरेसे आवश्यक तज्ज्ञ उपलब्ध नाहीत.

खाजगी क्षेत्रात डॉक्टरांची आणि खाटांची अधिक संख्या असण्याने प्रश्न सुटण्याऐवजी बिकटही होऊ शकतात.

भव्य सुपरस्पेशालिटी रुग्णालय असूनही त्याला अपुऱ्या साधन–मनुष्यबळांमुळे चालना नाही.

जिल्ह्यात सुमारे १२६३ कोटी रक्कम आरोग्यव्यवस्थेवर खर्च होत असली तरी शासकीय खर्च कमी आहे आणि औषध खर्च ४२% इतका लक्षणीय आहे.

आरोग्यव्यवस्थेचे मुख्य ध्येय जनतेला योग्य आणि गुणवत्तापूर्ण सेवा रास्त दराने देणे हेच असले पाहिज. या दृष्टिकोनातून पाहता नाशिकला बराच पल्ला गाठायचा आहे. कॅनडातील आदर्श वैद्यक व्यवस्था एका जिल्ह्यात सुरू झाली तशी इच्छा आणि दृष्टी असायला पाहिजे.

२.पार्श्वभूमी

पार्श्वभूमी : आपली आरोग्यसेवा यांना परवडू शकते काय? भारतातील निम्मी जनता गरीब आहे.

आम्ही सुरुवात केली ती एका आदर्श आरोग्यव्यवस्थेची काल्पनिक रचना करण्यासाठी. भारत सरकार अशाच प्रयत्नांत आहे. मात्र अशा प्रयत्नांसाठी स्थानिक वस्तुस्थितीचे आकलन आवश्यक आहे. यासाठी एखाद्या जिल्ह्यात आरोग्यसेवांची रचना, खाजगी, सार्वजनिक क्षेत्रांचे प्रमाण, मनुष्यबळ आर्थिक उलाढाल, सोय–सुविधा इत्यादी तपशील समोर असायला हवा.

आम्ही नाशिक मनपा च्या नोंदवहीवरून सुरुवात करून इतर माहिती स्रोतही शोधले. मात्र अपवाद सोडता वैद्यकीय क्षेत्राशी सुसंघटित माहितीच मिळत नाही. एकूण वैद्यकीय क्षेत्रात ७०% सेवा खाजगी असल्याने हे काम आणखीनच बिकट होते.

एकूणच भारतात अनेक उत्तम डॉक्टर्स असूनही वैद्यकीय क्षेत्र अतिशय विस्कळीत असल्याने खर्च वाढता आहे, पण गुणवत्तेची हमी नाही. यामुळे सेवा देणारे आणि घेणारे असंतुष्ट आहेत. आपल्याला या दोन्ही बाजूंना न्याय असणारी चांगली आरोग्य व्यवस्था घडवायची आहे. एकूण खाजगी वैद्यकीय क्षेत्र मोठे असल्याने भारतात विशेषकरून महाराष्ट्रात यासाठी विशेष आणि वेगळे प्रयत्न आवश्यक आहेत. या अभ्यासातून यासाठी काही संकेत मिळू शकतात. अर्थातच अधिक अभ्यास आवश्यक आहे. पण अंतिमत: सर्वांसाठी स्वस्त आणि चांगल्या आरोग्यसेवा हेच आपले उद्दिष्ट असू शकते.

ग्रामीण भागातील शासकीय सेवेची माहिती उपलब्ध आहे, पण खाजगी क्षेत्राची शासनाकडे फारच तोकडी माहिती आहे. चांगली माहिती उपलब्ध झाल्याशिवाय नियोजन करणे अवघड आहे.

सर्वांसाठी आरोग्यसेवा हे आपले ध्येय असायला पाहिजे. दरडोई २०००रु. इतका निधी असल्यावर ते अशक्य नाही.

३. उद्दिष्टे

या ढोबळ अभ्यासातून खालील उद्दिष्टे अपेक्षित होती.

- नाशिक जिल्ह्यातील रुग्णालये आणि रुग्णखाटांबद्दल अंदाज आणि वर्गवारी करणे
- जिल्ह्यातील डॉक्टरांच्या संख्येबद्दल अनुमान काढणे, यातून शासकीय–खाजगी, शाखेनुसार, जी.पी. किंवा पदव्युत्तर तज्ज्ञ, शहरी–ग्रामीण अशी वर्गवारी.
- पूरक वैद्यकीय सोयींचा आढावा– यात मुख्यत: वैद्यकीय प्रयोगशाळा आणि औषध दुकाने यांचे अंदाज.
- वैद्यकीय क्षेत्रातील एकूण आर्थिक ढोबळ आकडेवारी जोखणे.
- निरनिराळ्या वैद्यकीय सेवांचे प्रचलित तुलनात्मक दरांचे शोध.
- पुढील अभ्यासांसाठी काही मुद्दे निश्चित करणे.
- राज्यातील आरोग्यधोरण योग्य दिशेने बदलण्यासाठी ठोस मुद्यांची रूपरेषा ठरवणे.

४. अभ्यासाच्या पद्धती आणि साधने

हा अभ्यास मुख्यत: एक 'टेबलावरचा' आढावा आहे. यासाठी निरनिराळे शासकीय व व्यावसायिक माहितीस्त्रोतातून कागदपत्रे किंवा दूरध्वनीवरून तपशील मिळवण्यात आला. मालेगाव शहराबद्दल माझी माहिती अपुरी आहे. यात सुधारणेसाठी बराच वाव आहे.

काही बाबतीत अंदाज काढण्यासाठी जाणकार व्यक्तींकडून माहिती घेतली. आवश्यक तेथे मा हितीच्या अधिकारात कागदपत्रे मिळवली आहेत. अर्थातच प्रत्यक्ष पाहणी सर्वेक्षण न करता अशा अभ्यासाला काही मर्यादा असतातच पण ढोबळ चित्र मिळू शकते.

नाशिक इंडियन मेडिकल असोसिएशनच्या डिरेक्टरीचा या कामात खूप उपयोग झाला. खाजगी क्षेत्राबद्दल निरनिराळ्या स्त्रोतांतून मिळालेली माहिती थोडी वेगवेगळीही आहे. काही कार्यालयांची माहिती अपुरी आहे असे दिसते. अर्थातच ही सर्व मा हिती अद्ययावत करता येईल. वैद्यकीय क्षेत्राबद्दल समग्र आणि अचूक तपशील मिळण्याचे कोणतेही एक साधन नसल्यामुळे अशा कामात अडचणी येतात. पुढे कधीतरी वैद्यकीय आस्थापना कायदा आला तर ही परिस्थिती सुधारू शकते.

५. जिल्ह्यातील रुग्णालये आणि रुग्णालय खाटा

जिल्ह्यात सुमारे १३००० रुग्णखाटा आहेत. म्हणजे ४७० लोकांमागे एक रुग्णखाट आहे. जागतिक आरोग्यसंघटनेच्या हिशोबानुसार भारतात दर लाख लोकांना १९० रुग्णखाटा आहेत तर या जिल्ह्यात सुमारे २१३ असे प्रमाण पडते. हे प्रमाण कदा चित अधिकही असू शकते.

मालकीप्रमाणे पाहू जाता या रुग्णखाटा खाजगी क्षेत्रात ६१%, धर्मादाय रुग्णालय क्षेत्रात ११%, शासन २२% आणि स्था.स्व.संस्था ६% अशी वर्गवारी दिसते.

शहरी–ग्रामीण वर्गवारीत नाशिक शहरात ६१% मालेगावमध्ये ७% रुग्णखाटा आहेत. मालेगाव मनपा ची ही माहिती अपुरी वाटते. उर्वरीत ग्रामीण भागात ३२% प्रमाण पडते. १५ तालुक्यांमध्ये मिळून सुमारे २५०० (६०%) खाजगी रुग्णखाटा असाव्यात आ णि ११६२(३७%) रुग्णखाटा शासनाची प्रा.आ. केंद्रे, ग्रामीण आणि उपजिल्हा रुग्णालये यामध्ये मिळून आहेत. उरलेल्या ३% रुग्णखाटा धर्मादाय संस्थांमध्ये आहेत. मात्र जिल्हा परिषदेकडे खाजगी रुग्णालयांची पुरेशी माहितीच नाही असे दिसते.

नाशिक शहर

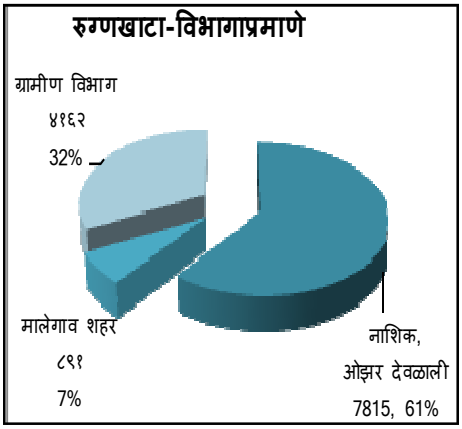
नाशिक शहरात एकूण रुग्णखाटांपैकी ६०% (४६७९) खाटा असून १७% (१३२०) धर्मादाय क्षेत्रात, तर २३% शासकीय आणि स्था.स्वराज्य संस्थांच्या आहेत. ओझर व देवळाली यातच धरलेले आहे.

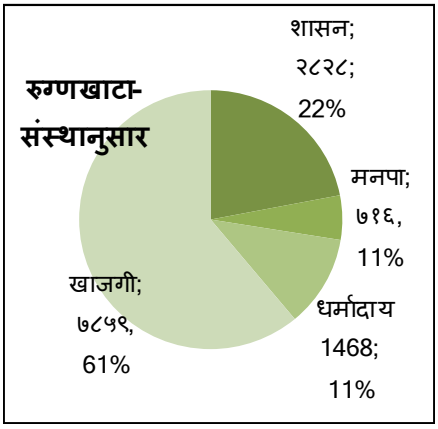
शहरात ५–२० रुग्णखाटा असलेली रुग्णालये जास्त (५८%) आहेत, तर ५–३० रुग्णखाटा असलेल्या खाजगी रुग्णालयांमध्ये ६६% खाटा आहेत. १–४ रुग्णखाटा असलेल्या आस्थापनांना आम्ही डे केअर सेंटर म्हणून धरले आहे.

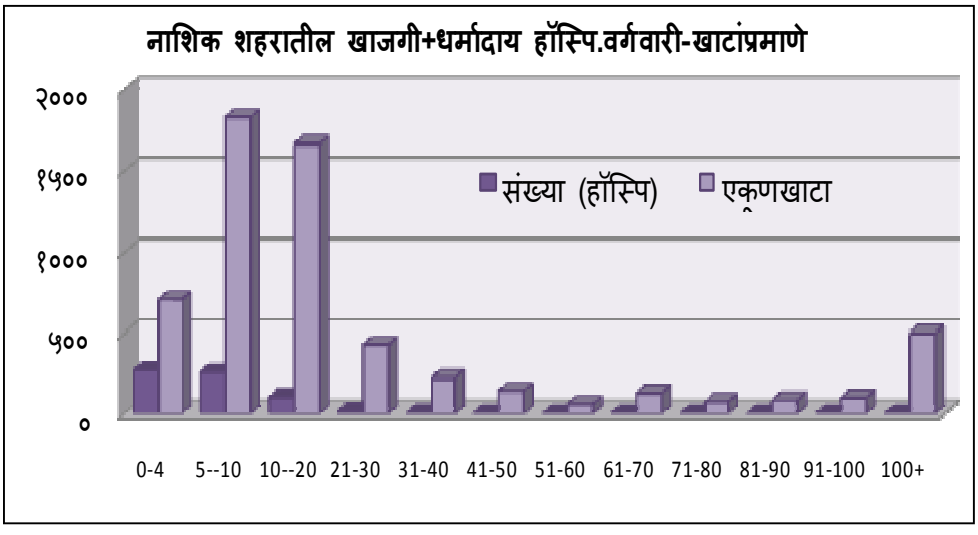
जिल्हा रुग्णालय आणि मनपा चे बिटको रुग्णालय हे गरिब जनतेचे मोठे आधार आहेत

जिल्ह्यातील रुग्णालये आणि रुग्णखाटा–

संस्थानुसार रुग्णालये	नाशिक	मालेगाव	ग्रामीण	एकूण
शासन (सर्व)	2	1	131	134
मनपा ई.	6	2	0	8
इतर सार्वजनिक	1	0	0	1
राकाविमा योजना	1	0	0	1
धर्मादाय संस्था	15	2	2	19
खाजगी	662	70	250	982
एकूण	687	75	383	1145







शालीमारचे सुपर स्पेशालिटी रुग्णालय कधी सक्षम होणार? ही संस्था आरोग्य खात्याने वैद्यकीय शिक्षण खात्याकडे सोपवावी हे बरे.

नाशिक मधल्या आरोग्यसेवा प्रगतीपथावर आहेत. या प्रगतीत अनेक तज्ज्ञांचा सहभाग आहे.

६. नाशिक जिल्ह्यातले डॉक्टर्स

जिल्ह्यात सर्व प्रकारचे मिळून सुमारे ६१८० डॉक्टर्स असावेत असा अंदाज आहे (सुधारित आकडा ८४०० पर्यंत असू शकतो.) म्हणजेच ९९० लोकांना १ डॉक्टर असे प्रमाण दिसते. भारत सरकारच्या २००८ च्या अहवालानुसार ३५०० लोकसंख्येस १ डॉक्टर पर्याप्त आहे. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अंदाजानुसार भारतात हजारी ०.६ नोंदणीकृत डॉक्टर्स (फक्त ॲलोपथिक) आहेत. (म्हणजे १४०० ला १) नाशिकमध्ये हजारी १ च्या (सर्व धरून) आसपास प्रमाण आहे. दंतवैद्य आणि 'इतर' डॉक्टर्स सोडता १३०० लोकसंख्येस १ डॉक्टर असे प्रमाण पडते.

तक्त्यातील या सर्व ६१८० डॉक्टरांपैकी २९% आधुनिक वैद्यकशास्त्राचे ३५% आयुर्वेद व युनानी तर ९% होमिओपथीचे डॉक्टर्स आहेत. आयुर्वेद, युनानी व होमिओपथी डॉक्टर्स मुख्यत: जनरल प्रॅक्टीस करतात तर आधुनिक वैद्यक शास्त्राचे डॉक्टर्स मुख्यत: विशेषज्ञ संवर्गात आहेत. या तक्त्यातील २१% इतर डॉक्टर्समध्ये अनधिकृत डॉटर्सही असू शकतात.

एकूण डॉक्टर्सपैकी २४% विशेषज्ञ तर ७६% जनरल प्रॅक्टीस संवर्गात आहेत. विशेषज्ञ मुख्यत: शहरात, त्यातही नाशिकमध्ये तर आयुर्वेद डॉक्टर्स शहर-ग्रामीण अशा दोन्ही क्षेत्रांत आहेत.

निमा या त्यांच्या संघटनेनुसार जिल्ह्यात एकूण ३५०० सदस्य असून त्यातील १२०० वर नाशिक शहरातच आहेत. होमिओपॅथ्स मात्र मुख्यत: ग्रामीण भागात आहेत. एकूण डॉक्टर्सपैकी ७% दंतवैद्य आहेत.

एकूण डॉक्टर्सपैकी नाशिक शहरात (ओझर देवळाली धरून) ५४%, मालेगाव शहरात १२% तर ग्रामीण भागात ३४% अशी विभागणी दिसते. एकूण डॉक्टर्सपैकी ९०% खाजगी-धर्मादाय क्षेत्रात, ८% शासकीय सेवेत तर २% स्था.स्व. संस्थांमध्ये आहेत असे दिसते.

जिल्ह्यातल्या ६१८० डॉक्टरांमध्ये तर फक्त २९% आधुनिक वैद्यकशास्त्राचेआहेत. यातले केवळ १०% सार्वजनिक सेवेत आहेत.

७. सार्वजनिक सेवेतील डॉक्टर्स

जिल्ह्यात ६१८० एकूण डॉक्टर्सपैकी सार्वजनिक क्षेत्रात फक्त १०% (६१९) डॉक्टर्स आहेत.

साधारणपणे प्रत्येक प्रा.आ. केंद्रास एक एम.बी.बी.एस व एक आयुर्वेदिक डॉक्टर आहे. मात्र हा अहवाल लिहितेवेळी आयुर्वेदाचे डॉक्टर्स काढून तिथे नवे एम.बी.बी.एस. डॉक्टर्स नेमण्याची व त्यातले काही न आल्याने परत बीएएमएस डॉक्टर्सना नेमण्याबद्दल काही गोंधळाची अवस्था दिसून आली. (शासकीय सेवेत होमिओपॅथी डॉक्टर्स घेतले जात नाहीत.)

ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये आवश्यक विशेषज्ञ पुरेसे नसल्यामुळे मोठीच अडचण दिसून येते. उदा. जिल्हाभरच्या २४ ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये मिळून फक्त ४ भूलतज्ज्ञ आहेत, मग शस्त्रक्रिया होणार कशा?

शालीमार चौकातील सुपर स्पेशालिटी रुग्णालयातही विशेषज्ञांची वानवा आहे. राज्य शासनाच्या ३३ विविध रुग्णालयांत मिळून सुमारे १६०० खाटा आहेत मात्र त्यासाठी फक्त ९६विशेषज्ञ आहेत. तुलनेने नाशिक मनपाच्या पाच रुग्णालयांतील एकूण ६०० रुग्णखाटांसाठी ६७ विशेषज्ञ आहेत. राज्य शासनाने या

शासनाच्या २४ ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये मिळून फक्त ४ भूलतज्ज्ञ आहेत.

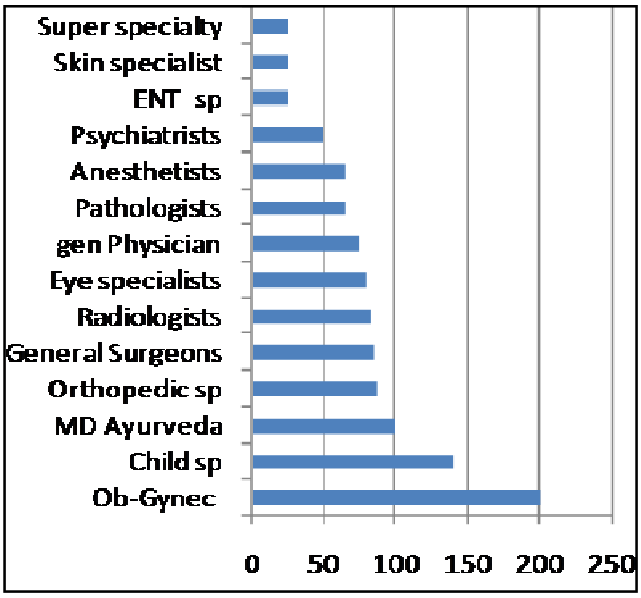
डॉक्टर्स	नाशिक शहर (54.7%)				मालेगाव शहर(12%)			ग्रामीण(33%)		एकूण जिल्हा		सुधारित
संवर्ग	केंद्र शासन	राज्य शासन	मनपा	खाजगी	राज्य शासन	मनपा	खाजगी	राज्य शासन	खाजगी	एकूण	%	जिल्हा
आधु.विशेषज्ञ	51	31	67	1006	19	4	50	46	100	1374	22.3	1500
एमबीबीएस	26	19	22	121	8	5	10	144	47	402	6.5	400
आयुर्वेद.विशेषज्ञ			0	100			6	6		112	1.8	100
आयुर्वेद.पदवीधर	2		10	1250			25	156	266	1709	27.7	3400
होमिओपाथ			1	153			64	0	344	562	9.1	1000
यूनानी				9			300			309	5.0	300
दंतवैद्य		1	1	350			50		15	417	6.8	400
इतर डॉक्टर्स				150			185		940	1275	20.7	1300
एकूण	**79**	**51**	**101**	**3139**	**27**	**9**	**690**	**352**	**1712**	**6160**	**100.0**	8400
%	**1.3**	**0.8**	**1.6**	**51.0**	**0.4**	**0.1**	**11.2**	**5.7**	**27.8**	**100.0**		

८. नाशिक शहरातील डॉक्टर्स

जिल्ह्यातील एकूण डॉक्टर्सपैकी विस्तारीत नाशिक शहरात (देवळाली/ओझर धरून) ५४% (३३७०) आहेत.

या ३३७० डॉक्टर्सपैकी ९३% खाजगी क्षेत्रात आहेत. शहरातल्या एकूण ११०६ विशेषज्ञांमध्ये स्त्रीरोगतज्ज्ञ सर्वाधिक, त्यामागोमाग बालरोगतज्ज्ञ व नंतर इतर येतात.

शहरात १२५० आयुर्वेदिक, (संदर्भ निमा संघटना) ५६२ होमिओपॅथ तर ३५० डेंटिस्ट्स् आहेत.



२० लाख लोकसंख्येच्या नाशिक शहरात सुमारे ३४०० डॉक्टर्स आहेत. यातील २३% आधुनिक वैद्यकशास्त्रातील विशेषज्ञ आहेत.

९. डॉक्टरांचे वाढते प्रमाण?

भारत सरकारच्या अपेक्षेनुसार (२००८ मधील) ३५०० लोकांमागे १ डॉक्टर हे प्रमाण पुरेसे आहे. तर या जिल्ह्यात ९९०:१ डॉक्टर हे प्रमाण सर्व मिळून आहे. भारत सरकारच्या अपेक्षपेक्षा जिल्ह्यात ४ ते ५ पटीने डॉक्टर्स आहेत. वैद्यकीय तंत्रज्ञानातील प्रगती, विशेष वैद्यकशाखांची प्रगती, वाढते आयुर्मान आणि त्याबरोबर येणारे दुस्तर आजार, खाजगी वैद्यक क्षेत्राची वाढ या एकूण संदर्भात डॉक्टरांचे वाढते प्रमाण काहीसे समर्थनीय आहे.

मात्र आजकाल रुग्ण साधा डॉक्टर टाळून सरळ विशेषज्ञाकडे जाण्याची प्रवृत्ती वाढत आहे. यातून फायदाही आणि तोटाही. तसेच डॉक्टरांचे स्थान मुख्यत: शहरी व त्यानंतर आर्थिक लाभानुसार ठरत असल्याने लोकसंख्येच्या प्रमाणात न्याय्य वितरण होणे अशक्य आहे. एकूणच किती डॉक्टर्स हवेत याबद्दल पुनर्विचार करायला पा हिजे.

डॉक्टरांची जास्त गर्दी झाल्यास त्यातून व्यावसायिक स्पर्धा, तडजोडी, आग्रही उपचार, दरवाढ, औषधांचा आणि तपासण्यांचा अति वापर वगैरे अवांछित बाबी वाढू शकतात. शेवटी रुग्णसंख्येला नैसर्गिक मर्यादा असल्याने काही डॉक्टर्सना मिळणारे काम कमी होऊ शकते. जादा डॉक्टर्स झाल्याने ग्रामीण आरोग्यसेवेंची गरज आपोआप भागते असेही या अभ्यासात दिसत नाही. हा नियोजनाचा दोष असून यासाठी डॉक्टरांना जबाबदार धरता येणार नाही. मेडिकल कौन्सिल, आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ या संस्थांनीही यात लक्ष घालायला पाहिजे. सगळी वैद्यकीय व्यवस्था केवळ डॉक्टर केंद्रित होणे हेही बरे नाही.

डॉक्टरांची वाढती संख्या – वरदान?

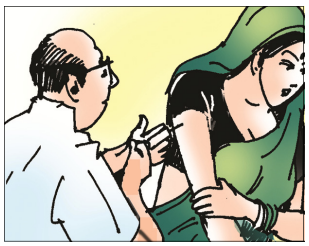
भारत सरकारच्या मते ३५०० लोकांसाठी एक डॉक्टर पुरेसा आहे. डॉक्टरांची संख्या फुगल्याने रुग्णसेवा सुधारते असे नाही. यासाठी योग्य नियोजन व व्यवस्थापन पाहिजे.

१०. विशेषज्ञ आधुनिक वैद्यक आणि जी.पी. मात्र आयुर्वेद, होमिओपॅथीचे.

डॉक्टरांपैकी २४% विशेषज्ञ (बहुतेक आधुनिक वैद्यकचे) असतात. जनरल प्रॅक्टीशनर्स (७६%) मात्र मुख्यत: आयुर्वेद वा होमिओपथीचे असतात. अशा रीतीने आता वैद्यकीय क्षेत्र शास्त्रीय दृष्ट्या दुभंगले आहे. ही दरी वाढतच जाणार. शासनालाही प्रा.आ.केंद्रांमध्ये आयुर्वेदिक डॉक्टर्स नेमावे लागतात ही वस्तुस्थिती आहे. यावर एक समावेशक आणि वस्तुनिष्ठ उपाय करणे आवश्यक आहे.

अर्थातच अनेक आयुर्वेद व हामिओपथी डॉक्टर्स आपापली शास्त्रीय चिकित्सा पद्धत वापरतात आणि हे स्पृहणीय आहे. मात्र यातले अनेक जण मुख्यत:आधुनिक वैद्यकाचीच औषधे वापरत असणार. ग्रामीण भागात तर ही सामान्य गोष्ट आहे. खाजगी रुग्णालये आणि अतिदक्षता विभागांमध्ये निवासी डॉक्टर्स या पॅथीचेच असतात. ही गोष्ट आपण व्यवहारात स्वीकारली आहे.

या परिस्थितीवर उपाय म्हणून राज्य पातळीवर एक कुटुंबवैद्यक बोर्ड स्थापन करून मर्यादित अभ्यासक्रम उपलब्ध करायला पा हिजेत. जी.पी पातळीवर चि कित्सा पद्धतींचे इंटिग्रेशन पर्याय म्हणून उपलब्ध करावे. असे नाही झाले तर जी.पी. संवर्गातील डॉक्टरांच्या कामाची शास्त्रीयता, वैधता आणि आर्थिक भवितव्य नेहमीच अडचणीचे असणार.



जी.पी. संवर्गात ७६% डॉक्टर्स आहेत. यापैकी बहुतेक आयुर्वेद किंवा होमिओपथी प्रशिक्षित आहेत. आपण कुटुंबवैद्यकाची ही व्यवस्था अधिक सक्षम केली पाहिजे.

आधुनिक तंत्रज्ञानाने रुग्णसेवेत क्रांती झाली आहे मात्र खर्चही वाढला आहे

११. वैद्यकीय खर्चाचा अंदाज

जिल्ह्यातल्या वैद्यकीय क्षेत्रातल्या आर्थिक उलाढालीचे ढोबळ चित्र समजणे उपयुक्त आहे. मात्र हे मुख्यत: खाजगी क्षेत्र असल्याने अंदाज बांधण्यात अडचणीही आहेत. तरीही काही ठोकळ अनुमाने आम्ही काढली आहेत.

यासाठी खाजगी क्षेत्रात डॉक्टरांच्या वर्गवारीप्रमाणे वार्षिक उत्पन्नाचे आकडे आम्ही काढले, यात पदव्युत्तर डॉक्टरांसाठी वार्षिक २४ लाख, जी.पी. साठी ५ लाख आणि ग्रामीण डॉक्टरांसाठी यापेक्षा कमी रक्कम गृहित धरली आहे. तसेच खाजगी क्षेत्रात खाटसंख्येप्रमाणे उत्पन्नाचे आकडे नाशिक शहर, मालेगाव आणि ग्रामीणसाठी अनुक्रमे दररोज रु. ५००, ३५० आणि २०० धरले आहेत. वर्षात एकूण २०० दिवस खाट वापरात होती असे धरले. धर्मादाय रुग्णालयांमध्ये प्रतिदिन रुग्णखाटेचा दर १००० रु. धरला आहे.

शासकीय व मनपा आदी क्षेत्रासाठी मुख्यत: अधिकृत आर्थिक आकडेवारी वापरली आहे.

औषध क्षेत्रातील उलाढाल काढण्यासाठी जाणकार व्यक्तींकडून मुख्य वितरकांचे वार्षिक उलाढाल व त्यावर रिटेल २०% खर्च धरला आहे.

यानुसार जिल्ह्यामध्ये एकूण वैद्यकीय खर्च १२६३ कोटी असू शकतो. यातील ४२% वाटा खाजगी वैद्यकीय सेवा क्षेत्र, ४२% औषधे आणि १४ % शासनादि क्षेत्रात तर २% धर्मादाय संस्थांचा आहे.

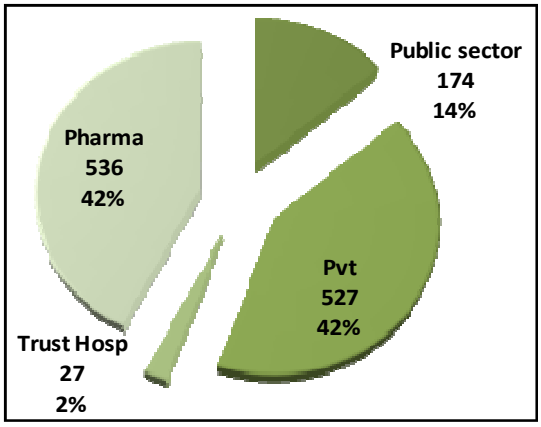
अर्थातच यासाठी अधिक चांगले अभ्यास पाहिजेत. पण या उपलब्ध अंदाजावरून एकूण आर्थिक नियोजन करता येणे शक्य आहे.

माफक अंदाज केला तरी जिल्ह्याचा वैद्यकीय खर्च १२६३ कोटींच्या घरात जातो. म्हणजेच दरडोई वर्षाला २०५० रु.

१२. एकूण खर्चापैकी ८६% खर्च जनतेच्या खिशातून

जिल्ह्यातील वैद्यकीय क्षेत्रात खाजगी–शासकीय वार्षिक आर्थिक उलाढाल १२६३ कोटी रु. म्हणजे सुमारे २०१० रु. दरडोई होतात. जागतिक आरोग्य संघटनेने २०१० साली केलेल्या अंदाजात हा आकडा दरडोई २००० इतका आहे.

अर्थातच यातील मुख्य वाटा (८६%) जनतेच्या खिशातून होतो असे या अभ्यासात दिसते. यात औषधखर्च हा ४२% म्हणजे लक्षणीय आहे. या अंदाजापेक्षा एकूण वार्षिक खर्च अधिकही असू शकतो पण कमी नाही.



वाढत्या आयुर्मानामुळे काही आजारांचे प्रमाणही वाढते. या आजारांना जास्त तंत्रज्ञान आणि खर्च लागतो.

१३. वैद्यकीय खर्च सर्वांना परवडण्यासाठी उपाययोजना

वार्षिक सुमारे १२६३ कोटी रु. इतकी रक्कम जिल्ह्याच्या एकूण आरोग्य व्यवस्थेच्या *सबळतेचा* पुरावा आहे. जिल्ह्यातल्या ६१ लाख लोकांनी गटविमा किंवा सामाजिक योजनांमधून हा निधी वापरला तर एक सार्वत्रिक आरोग्य योजना अस्तित्वात येऊ शकते.

राष्ट्रीय आरोग्य बिमा योजना ही शासनाने गरीब कुटुंबांसाठी उपलब्ध केलेली योजना आहे. *मात्र २०१०–११ या आर्थिक वर्षात नाशिक जिल्ह्यात ही योजना कार्यान्वितच नव्हती असे दिसून येते.* यामुळे गरीब कुटुंबांचे काही नुकसान झालेले आहे. याशिवाय मेडिक्लेम किंवा इतर कंपन्यांद्वारा मिळणारे वैद्यकीय संरक्षण याबद्दल आम्हांला माहिती मिळालेली नाही.

ग्राहकांच्या दृष्टीने वाढत्या वैद्यकीय खर्चावर मुख्य उपाय म्हणजे कोणतातरी वैद्यकीय विमा घेणे. मात्र मेडिक्लेमसारखे उपाय एकूण वैद्यकीय खर्च कमी करण्यासाठी टिकाऊ नाहीत. उलट यामुळे दर वाढतच राहतो.

सामान्य कुटुंबांना वैद्यकीय सेवा परवडण्यासाठी तीन उपाय आहेत. (अ) सार्वजनिक आणि धर्मादाय रुग्णालये विस्तारणे आणि सक्षम करणे. (ब) प्राथमिक आरोग्य सेवांची विस्तृत व कार्यक्षम व्यवस्था असणे. (क) गटविमा इ. सामाजिक विमा योजनांचा विस्तार करणे.

१४. औषध व्यवहार

जिल्ह्यात सुमारे २५०० औषध विक्री दुकाने आहेत पैकी सुमारे २००० नाशिक शहरात आहेत. हा आकडा जास्त असू शकतो.

औषध व्यवहारात रुग्णांचा मोठा खर्च होतो. या अभ्यासात एकूण खर्चाच्या ४२% खर्च औषध खरेदीचाच आहे. अर्थातच यावर अधिक अभ्यास व्हायला पाहिजे. पण काही काटकसरीचे उपाय सांगता येतील. व्यापारी नावाने औषधे लिहून देण्याऐवजी जेनेरिक म्हणजे मूळ नावाने लिहीली व उपलब्ध झाली तरे औषधांचा खर्च खूप कमी होतो. या अभ्यासात इतर पॅथीचे डॉक्टर्स बहुसंख्येने आहेत याचा अर्थ आधुनिक औषधांच्या बाबतीत काही अशास्त्रीय वापर गृहित धरला पाहिजे. यासाठी निदान प्रमाणित औषधयोजना मार्गदर्शक पुस्तिका उपलब्ध असायला पाहिजे. औषधदुकानदारानेही प्रिस्क्रप्शनप्रमाणे औषधे द्यायला पाहिजे. सरसकट बंदी हा यावर उपाय असू शकत नाही.

काटकसर करण्यासाठी बरेच लोक औषध दुकानातून थेटपणे औषधे घेऊन डॉक्टरांची फी वाचवतात यामुळे काही नुकसानही होऊ शकते. तसेच डॉक्टरांचे काही उत्पन्न बुडते. मात्र याउलट फार्मसिस्ट संघटना खाजगी रुग्णालयातही पदवीधर फार्मासिस्ट ठेवण्याचा आग्रह धरीत आहेत. दुसरीकडे अनेक दुकानांत कुटुंबीय मंडळीही काम करताना दिसतात. शास्त्रीय व रास्त औषध व्यवहार राखण्यासाठी यातील निरनिराळ्या घटकांनी एकत्र येऊन मार्ग काढला पाहिजे. सुपरबग म्हणजे अतिघातक जंतूंबद्दलचा दावा जरी पोकळ ठरला असला तरी हा धोका उद्भवू शकतो. केवळ शास्त्रीय वापरानेच सुरक्षित जगता येईल. लांडगाआला रे च्या गोष्टीप्रमाणे खरा लांडगा आल्यावर फजिती होण्यापेक्षा आतापासूनच दक्षता घ्यायला हवी.

रुग्णसेवेतला वाढता खर्च औषधांमध्ये जात आहे.

१५. पॅथ लॅब्ज

आधुनिक वैद्यकशास्त्र व्यवहारात आता अनेक तपासण्या लागतात. नाशिक जिल्ह्यात ६५ वर अर्हताधारक पॅथॅलॉजिस्टस् आहेत . म्हणजे एक लाख लोकसंख्येस एखादा. शिवाय ते मुख्य शहरांमध्येच आहेत.

अर्थात यामुळे लगेच अप्रशिक्षित तंत्रज्ञांनी पॅथ लॅब चालवावी हे समर्थनीय नाही. तथापि जिल्ह्यामध्ये २५०–३५० तंत्रज्ञ अशा लॅब्ज चालवतात. शासकीय रुग्णालयात देखील तंत्रज्ञच लॅब्ज चालवतात. पॅथॅलॉजिस्ट नाही.

खरे म्हणजे ही एक मोठी समस्या आहे. एका बाजूला ग्रामीण भागात काहीतरी सोय पाहिजे तर दुसऱ्या बाजूला देखरेख व गुणवत्ता संनियंत्रण काहीच नाही अशीही स्थिती आहे. तपासण्यांमध्ये कमीजास्त चुका होणे, चुकीचा अर्थ निघणे किंवा मुद्दाम दिशाभूल करणे असेही यातून होऊ शकते. असे झाल्याची उदाहरणे आहेत.

माझ्या मते अशा पॅथ लॅब्जना काही मर्यादित तपासण्या करायला परवानगी असावी. ऑटोमेशनच्या जमान्यात हे शक्य आहे. तथापि संनियंत्रण पाहिजेच. एकतर बंदी किंवा पूर्ण मोकळीक हे दोन्ही पर्याय होग्य नाहीत. यासाठी काही तंटामुक्त मार्ग असू शकतो काय?

अप्रमाणित आणि अनियंत्रित पॅथलॅब्जमुळे आरोग्यक्षेत्राचे नुकसान संभवते. पण बंदीने प्रश्न सुटणार नाही.

१६. वैद्यकीय सेवा क्षेत्राचे संनियंत्रण

या अभ्यासातील आकडेवारी व वर्गवारी पाहिल्यावर काही प्रश्न निर्माण होतात. मुख्य म्हणजे या क्षेत्रावर नियंत्रण कोणाचे आहे?

ग्राहक संरक्षण कायदा हा घटना घडल्यानंतर लागू पडतो. आपल्याला एक कृतीशील व प्रामाणिक संनियंत्रण व्यवस्था लागणार आहे. यामुळे वैद्यकीय गैरव्यवहार, दुरुपयोग टळेल, शास्त्रीय व्यवहाराला उत्तेजन मिळेल आणि ६१ लाख जनतेबरोबरच प्रामाणिक डॉक्टरांचेही हितसंरक्षण होईल यासाठी नवीन येऊ घातलेली श्रेयांकनाची पद्धत पुरेशी नाही.

अप्रशिक्षित डॉक्टर्स, लॅब तंत्रज्ञ इ. समस्या तर आहेतच. आधुनिक वैद्यकीय उपायांचा अन्य पॅथी धारकाकडून प्रशिक्षणाशिवाय होणारा वापरही बराचसा प्रश्नार्थक आहे.

शासनाच्या नर्सिंग होम नियंत्रण कायद्यात अद्याप नियम–उप नियम विकसित व्हायचे आहेत तरीही शासन आणि मनपा नोंदणी करीत आहेत. केंद्रसरकार पुरस्कृत क्लिनिकल एस्टॅब्लिशमेंट ॲक्ट अधिक व्यवहार्य असू शकेल. मात्र काही प्रमाणात स्वनियमन करण्यासाठी व्यावसायिक संघटनांनी पुढाकार घ्यायला पाहिजे.

ग्राहकांच्या जिवाला धोका असणारा कोणताही व्यवहार आधुनिक जगात नियंत्रण योग्य आहे. सुदैवाने उशिरा हा होईना शासनाने महाराष्ट्र मेडिकल कौन्सिलचे पुनर्गठन केले. त्यात मेडिकल असोसिएशनचे सदस्य आहेत.

वैद्यक क्षेत्राच्या नीतीमत्तेत जाहिरात एके काळी शक्य नव्हती. आत्ता....

म.वि.प्र. चे सुसज्ज रुग्णालय नाशिकच्या आरोग्यक्षेत्रात महत्त्वाचे ठरू शकते.

वैद्यकीय खर्च मुळात जास्त आणि वाढता आहे. गटविम्यासारख्या उपायांनी त्यावर मात करता येते.

१७. वैद्यकीय सेवांचे दरपत्रक

Item	Private sector charges	RSBY Cover	MVP hospital
GP fees (usually includes an injection)	30-50	None	
PG-Consulting-specialist	200	None	
Super specialist consulting fees	500-1000	None	
Normal delivery $	10000-30000	2500	1500
LSCS (Caesarian section)$	25000-50000	4500	1500
MTP (medical abortion)	2000-4000		500
Appendix surgery	15000-40000	8000	1000
Hernia	10000-25000	8000	1500
Hip fracture: surgery with prosthesis	25000-70000	10000	1000-1500
Cataract (Indian lens)	5000-12000	5000	500
Angiography	6000-10000	10000	?
Heart -Bypass surgery (CABG)	150000-200000		NA
ICU daily charge	2000-5000	300	200
Ventilator			750
Bed charges	500	150	
SONOGRPHY#	600		100-250
X-ray chest adult size	250-500		110
Hysterectomy vaginal	25000-50000	10000	2000
Medicine costs	As per details	15000	?

$ in MVP hospital 1&2nd delivery and LSCS are free & there is no separate charge for LSCS
Hernia in pediatric age group is free
***MTP with TL is free in MVP, # obstetric sonography in MVP hospital costs Rs 100**

सोबतच्या तक्त्यात नाशिक जिल्ह्यातील सध्याच्या वैद्यकीय सेवांचे विविध दर दिले आहेत. ९०% डॉक्टर्स आणि ७२% रुग्णखाटा खाजगी क्षेत्रात असल्यामुळे या सेवादरांचा आर्थिक परिणाम लक्षणीय असतो. या तक्त्यात खाजगी क्षेत्रातले काही प्रचलित दर, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बिमा योजनेत मिळणारे दर आणि म. वि.प्र रुग्णालयातले सवलतीचे दर दिलेले आहेत. हे दर जाणकार सूत्रांकडून घेतलेले आहेत. यावरून ~~जुलाट डू उणीवर उत्तर शोधायला~~ पाहिजे. दिसते की म.वि.प्र सारखी रुग्णालये खरोखर स्वस्त सेवा देऊ शकतात. खरे म्हणजे रास्वबी योजना अशाच रुग्णालयांमध्ये उपयोगी होऊ शकते.

रोजच्या कष्टांवर जगणाऱ्या कुटुंबांना आरोग्यसेवा. ? नागरी समाजाने याचे उत्तर शोधले पाहिजे.

१८. वाढत्या वैद्यकीय दरांवर काही उपाय

भारतातल्या सरासरी उत्पन्नाच्या मानाने वैद्यकीय सेवांचे दर जास्त आहेतच. (मात्र परदेशी लोकांसाठी ते स्वस्त आहेत यात शंका नाही) वैद्यकीय सेवांचे दर महागडे असण्याची काही कारणे म्हणजे मोठी खाजगी गुंतवणूक, व्याजदर, व्यावसायिक स्पर्धा, असुरक्षित व्यवसाय आणि काही प्रमाणात कमिशनचा प्रभाव. नाशिकवर मुंबईचा प्रभाव आहे हेही खरे.

या परिस्थितीत काही व्यवस्थात्मक उपाय करता येतील. एक म्हणजे धर्मादाय संस्थांना सवलती देऊन स्वस्त रुग्णालये क्षेत्र वाढवणे, सार्वजनिक रुग्णालये सक्षमपणे चालवणे, गटविमा योजना, वैद्यकीय विमा कंपनीद्वारे, आधीपासून प्रमाणित दर जाहीर करणे, वैद्यकीय व्यावसायिकांनी दरपत्रके लावणे. वैद्यकीय यावसायिकांनी वेगवेगळी छोटी रुग्णालये चालवण्यापेक्षा गटश: एकत्र येणे चांगले.

वैद्यकीय विम्यामुळे एकूण वैद्यकीय खर्च कमी होत नसला तरी वैयक्तिक खर्च मर्यादित व पूर्व नियोजित होतो हा फायदा आहेच. मात्र वैद्यकीय व्यवसायातील स्पर्धेमुळे मागणी–पुरवठा नियम इथे बलवत्तर ठरत नाही. दर कमी होतील अशी शक्यता कमीच असते.

१९. सारांश

नाशिक जिल्ह्याचा हा अभ्यास महाराष्ट्राच्या दृष्टीने प्रातिनिधीक म्हणता येईल. वर्षानुवर्षे या क्षेत्राकडे शासनाचे आणि नियामक संस्थांचे दुर्लक्ष झाल्यामुळे परिस्थिती अवघड झालेली आहे. या अभ्यासात डॉक्टर्स आणि रुग्ण खाटांचा जादा पुरवठा झाल्याचे दिसून येते.

विशेषज्ञ आणि जी.पी. सेवा वेगवेगळ्या पॅथीच्या डॉक्टर्समध्ये विभागली जात आहे. सोबत अनधिकृत डॉक्टर्स हे आहेतच. या विभागणीमुळे आधुनिक वैद्यक शास्त्राच्या व्यवहारात गुंतागुंत झालेली आहे. आरोग्य विज्ञान विद्यापीठाने या समस्येवर मार्ग काढण्यासाठी पुढाकार घ्यावा. असे मला वाटते.अजूनही दुरुस्ती शक्य आहे.

वैद्यक व्यवहारात विशेषज्ञांचे प्रमाण आणि प्रभाव वाढत आहे यामुळे उपचार प्रगत झाले तरी सर्वांगीण आरोग्याचे एक प्रकारे विघटन होणार आहे, हे एक आव्हानच आहे. अशा परिस्थितीत जाणकार कुटुंबवैद्यांची भूमिका महत्त्वाची असते.

उपचारासाठी औषधे लागतातच पण त्यांचा शास्त्रीय वापर आणि काटकसर आवश्यक आहे अन्यथा रुग्णाचा मोठा खर्च यातच निघून जाईल. रुग्णांचा नाईलाज होणे हे काही भूषण नाही.

शासकीय व स्थानिक स्वराज्य संस्थांचे एकूण वैद्यकीय क्षेत्र अंतर्गत व बाह्य समस्येने ग्रस्त आहे. विशेषत: ग्रामीण आणि वंचित लोकांना सरकारी रुग्णालये आणि डॉक्टर्स मोठा आधार देऊ शकतात पण इथे विशेषज्ञांची आणि व्यवस्थापनाची मोठी गरज आहे.

सार्वजनिक वैद्यकीय क्षेत्र यापेक्षा कितीतरी सक्षम असायला हवे. शिवाय या क्षेत्राचे सुकाणूही त्यांच्या हाती असायला पाहिजे. या दोन्ही बाबतीत परिस्थिती बिकट आहे. अधिक नुकसान होण्याआधी शासनाने आणि या क्षेत्राच्या धुरीतांनी जागे होण्याची गरज आहे.

डॉक्टर्स आणि रुग्णखाटा गरजेपेक्षा जास्तच झाल्या तरीही वैद्यकीय खर्च वाढू शकतो. उपलब्ध सोयी सुविधा नीटपणे वापरल्या गेल्या पाहिजेत.

२०. काही सूचना प्रस्ताव

या अभ्यासावरून आणि माझ्या आकलनानुसार चर्चेसाठी मी खालीलप्रमाणे काही उपाययोजना प्रस्तुत करत आहे.

१.सार्वजनिक आरोग्यवैद्यकीय सेवा सक्षम करावी आणि त्याची पूर्ण क्षमता उपयोगात आणावी. ग्रामीण रुग्णालयांना मनुष्यबळ व्यवस्थापनाची सर्वाधिक गरज आहे. शहरातील शालीमार सुपर स्पेशालिटी रुग्णालय सक्षम करण्याची गरज आहे. शासनाने हे रुग्णालय आरोग्य खात्याऐवजी वैद्यकीय शिक्षण खात्याकडेच त्यायला हवे. मनपाची इतर रुग्णालये देखील सक्षम करावीत.

२. वैद्यकीय व्यावसायिक आणि सोयीसुविधांची पद्धतशीर असमग्र माहिती उपलब्ध करण्यासाठी संबंधित संस्थांनी ऑनलाईन व अन्य स्त्रोत विकसित केले पाहिजेत.

३. धर्मादाय संस्थांच्या रुग्णालयांना सवलती व मदत करून या स्वस्त पर्यायांचा पद्धतशीर विस्तार केला पाहिजे.

४. गरीब व कनिष्ट मध्यमवर्गीय स्तरांतील कुटुंबे वैद्यकीय गरजा कशा भागवतात, अडचणींना कसे तोंड देतात इ. अभ्यास केला पाहिजे. अशा कुटुंबांना वैद्यकीय खर्चाची झळ लागू नये म्हणून गट विमा योजना, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बिमा योजना इत्यादींचा विस्तार केला पाहिजे.

५.जी.पी संवर्गातील डॉक्टर्सना पॅथी लक्षात न घेता आधुनिक वैद्यक शास्त्राचे मर्यादित का होईना प्रशिक्षण द्यावे. यासाठी वैध अभ्यासक्रम उपलब्ध करावे.

६. औषधांचा शास्त्रीय वापर व जेनेरिक औषधांची उपलब्धता, व्यवहार वाढावेत यासाठी पद्धतशीर प्रयत्न पाहिजेत.

७. वंचित खेड्यांना निदान पॅरामेडिक किंवा सुप्रशिक्षित आशांना मदत करून आरोग्यसेवा उपलब्ध करायला पाहिजे.

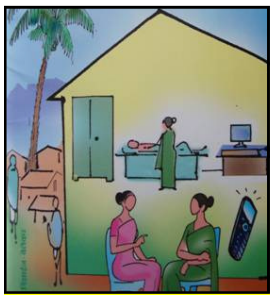
८. आरोग्यविज्ञान विद्यापीठाने आरोग्य सेवा व व्यवस्थांचा संशोधनात्मक अभ्यास करावा तसेच निरनिराळ्या घटकांना एकत्र आणून मुद्यांवर काही उपाय शोधले पाहिजे. (उदा पॅथी–समस्या आणि योग्य औषधवापर). अंतिमत: सुसंघटीत आरोग्यसेवांचे मॉडेल उभे करणे गरजेचे आहे.

९. नागरिकांचे आरोग्य सुधारण्यासाठी महत्त्वाच्या आजारांसाठी प्रतिबंधक उपाययोजना हाती घेणे आवश्यक आहे. उदा. मधुमेह, अतिरक्तदाब, स्थूलता, कुपोषण इ. बद्दल निरंतर आरोग्यशिक्षण असायला हवे.

१०. या क्षेत्रातील व्यावसायिक, संघटना, शासन, ग्राहक इ. विविध घटकांनी एकत्र येऊन गुणवत्तापूर्ण आरोग्यसेवा सर्वांना मिळू शकतील असा प्रयत्न करावा.

आपल्याला एक वैद्यक व्यवस्था पा हिजे आहे वैद्यकीय *उद्योग* नव्हे. इतर देशांमध्ये अशा व्यवस्था संघ टित प्रयत्नांतूनच घडलेल्या आहेत, आपसूक नाही.

सर्व घटकांनी एकत्र येऊन जिल्ह्यासाठी समुचित आरोग्यसेवांचे एक मॉडेल घडवायला पाहिजे. ते शक्य आहे



सुप्रशिक्षित आणि सुसज्ज आरोग्य कार्यकर्ते? कोणत्याही आरोग्यव्यवस्थेचा पाया असतात, खेडीबहुल देशामध्ये तर ते जास्तच महत्त्वाचे असतात.

आभार

या अभ्यासासाठी अनेक व्यक्तींनी आणि संस्थांनी मदत केली. त्यात उपसंचालक आरोग्यसेवा नाशिक, मनपा वैद्यकीय अधिक्षक, जिल्हा आरोग्य अधिकारी, आय.एम.ए सदस्य, वैद्यकीय व्यावसायिक संघटना यांच्या माहितीचा विशेष उपयोग झाला. त्याचबरोबर डॉ. अनंत फडके (पुणे), डॉ. सुहास जोशी, डॉ. रत्ना अष्टेकर, डॉ. ध्रुव मंकड, प्रा. जगन्नाथ दिक्षित आणि इतर अनेकांनी विशेष मदत केली आहे. डॉ. गोपाळ सावकार आणि श्रीमती रजिता नायर यांनी माहिती विश्लेषणासाठी मदत केली.

हा अभ्यास पूर्णत: व्यक्तिगत साधनसामुग्रीच्या आधारे केलेला आहे. या अभ्यासात काही त्रुटी आहेत. यापुढे या त्रुटी दूर होतील अशी आशा आहे. हा अभ्यास सार्वजनिक हितासाठी केलेला असून तो कोणाही व्यक्ती किंवा संस्थेविरुद्ध बेतलेला नाही. असा कुणाचा गैरसमज झाला असल्यास त्याबद्दल क्षमा असावी.

हा अभ्यास करण्यामागे भारतीय आरोग्य वैद्यकीय व्यवस्था सुधारण्यासाठी पावले उचलावीत हेच उद्दिष्ट आहे.

भारतीय वैद्यकीय व्यवस्था सध्या एक गुंतागुंतीचे आव्हान झाले आहे. प्रामाणिक डॉक्टर्स, प्रशासक आणि राज्यकर्ते यामुळे सचिंत आहेत. युरोप किंवा इतर काही आशियन देशांमध्ये असलेल्या सुसंघटीत व आधुनिक वैद्यकव्यवस्थेच्या तुलनेत आपण फारच मागे पडलो आहोत.

यातून वाट काढून देशामध्ये समुचित आणि स्वस्त आरोग्यसेवा विकसित करण्यासाठी आपल्याला शर्थीचे प्रयत्न करावे लागणार आहेत. आजारी आरोग्यव्यवस्था घेऊन देश प्रगती करू शकत नाही. देशाच्या सकल घरेलू उत्पन्नाच्या ५% रक्कम वैद्यकीय क्षेत्रावर खर्च होत आहे आणि ती पुरेशी आहे. यासाठी सकारात्मक चर्चा करून व्यवस्थापनात सुधारणा करू पाहणाऱ्या सर्व प्रयत्नांचे आपण स्वागत करू या.

हा अहवाल या संकेतस्थळावर उपलब्ध आहे.

Www.arogyavidya.org

माझ्या या कामाच्या संबंधाने अल्पसे निवेदन

मी सार्वजनिक आरोग्य शास्त्राचा एक नाशिक –स्थित अभ्यासक आहे, आय.एम.ए. या संस्थेचा सदस्य आहे. देशातील आरोग्यसेवा चळवळींचा, स्वातंत्र्यवादी संघटनांचा एक सदस्यही आहे. २०१० मध्ये आम्ही आरोग्यविद्या या नावाने १००० पानांचे सचित्र ई–पुस्तक संकेतस्थळावर उभे केले आहे, त्यावर सुमारे आजवर २.५ लाख भेटी नोंदल्या गेल्या आहेत. सध्या राष्ट्रीय आणि राज्य पातळीवरच्या समित्यांचा मी सदस्य आहे. १९९७ ते ९९ या काळात एका फेलोशिपमुळे मी चीन, फिलीपिन्स, थायलंड, ब्रिटन, जर्मनी आणि अमेरिका आदी देशांमध्ये असलेल्या वैद्यकीय व्यवस्थांचा अभ्यास करू शकलो. यामुळे भारताच्या आरोग्यव्यवस्थेकडे नव्या नजरेने पाहायला मला मदत झाली.

मुक्त विद्यापीठाच्या आरोग्य विज्ञान शाखेचा मी संस्थापक संचालक होतो, त्यातून राज्यातल्या पॅरामेडिक प्रशिक्षणासंबंधी प्रयत्न मला करता आले. तसेच राज्यभरच्या वैद्यकीय क्षेत्राची सखोलपणे आणखी ओळख झाली.

केंद्रशासनाच्या वतीने २००७ पासून मी उत्तर प्रदेश, जम्मू काश्मीर, आसाम इ. राज्यांच्या आरोग्य व्यवस्थेच्या अभ्यासगटात होतो. या एकूण पार्श्वभूमीवर मला नम्रपणे असे वाटते की भारतातील सामाजिक विकासाच्या क्षेत्रांमध्ये इतर देशांच्या तुलनेने खूप अनागोंदी आहे. आपल्या देशात जागतिक दर्जाचे उत्तमोत्तम डॉक्टर्स असूनही सामूहिक व संस्थात्मक पातळीवर आपली घसरण चालू आहे.

या अहवालाच्या निमित्ताने एक सार्वजनिक चर्चा व्हावी, वैद्यकीय व्यावसायिक, तज्ज्ञ, नागरिक, संस्थाचालक आणि संबंधित घटकांनी सहभागी व्हावे, अशी माझी विनंती आहे.

आपल्या बहुमोल सूचना मला ईमेलनेही पाठवू शकाल.

चीनमधल्या १० लाख खेड्यांत प्रत्येकी एक आरोग्यकेंद्र असते. चीनची संपूर्ण? आरोग्य व्यवस्था त्यातून विकसित झाली (हा फोटो चीनमधल्या मागास कुनमिंग भागातील एका आरोग्यकेंद्राचा आहे.)

Dr Shyam Ashtekar
21 Cherry Hills Society Pipeline Road
Anandwalli, Nashik 422013
Ph 0253-2342447, cell 9422271544
shyamashtekar@yahoo.com
Www.arogyavidya.org