Lyceum India Journal of Social Sciences || ISSN (Online): 3048-6513
Volume: 3 Issue: 3 || February 2026 (Special Issue 1) || DOI: 10.5281/zenodo.18851957

सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनातील प्रमुख आव्हाने: मराठवाडा विभागाचा विश्लेषणात्मक अभ्यास

प्रदीप रमेशराव बोने[1]

घोषवरा (Abstract)

सार्वजनिक आरोग्य प्रशासन हे राज्याच्या कल्याणकारी धोरणाचा मूलाधार मानले जाते. भारतासारख्या विकसनशील देशात आरोग्य सेवा वितरणातील प्रादेशिक असमानता ही एक गंभीर समस्या आहे. महाराष्ट्र राज्य आर्थिकदृष्ट्या प्रगत मानले जात असले तरी त्यातील मराठवाडा विभाग सामाजिक-आर्थिक मागासलेपणा, दुष्काळी परिस्थिती, कमी औद्योगिकीकरण, स्थलांतर, कुपोषण आणि आरोग्य सुविधांच्या अपुऱ्या उपलब्धतेमुळे विशेषतः संवेदनशील क्षेत्र म्हणून ओळखला जातो.

प्रस्तुत संशोधनाचा उद्देश मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनासमोरील प्रमुख संरचनात्मक, प्रशासकीय, आर्थिक आणि मानव संसाधनाशी संबंधित आव्हानांचे सखोल विश्लेषण करणे हा आहे. अभ्यासात दुय्यम स्त्रोतांवर आधारित सांख्यिकीय विश्लेषण (NFHS, SRS, NHM, महाराष्ट्र आरोग्य विभाग अहवाल) तसेच तुलनात्मक पद्धतीचा वापर करण्यात आला आहे. अभ्यासातून असे निदर्शनास येते की, डॉक्टर-रुग्ण गुणोत्तरातील असमतोल, प्राथमिक आरोग्य केंद्रांतील रिक्त पदे, निधी वितरणातील असमानता, मातृ व बाल मृत्यू दरातील तुलनात्मक वाढ, कुपोषण आणि ग्रामीण-शहरी तफावत ही प्रमुख आव्हाने आहेत. या पार्श्वभूमीवर प्रशासनिक पुनर्रचना, स्थानिक स्वराज्य संस्थांचा सहभाग, डिजिटल आरोग्य व्यवस्थेचा विस्तार आणि संसाधनांचे समतोल वितरण या उपाययोजना आवश्यक असल्याचे निष्कर्ष काढण्यात आले आहेत.

मुख्य शब्द (Keywords) Public Health Administration, Marathwada, Health Inequality, Human Resources, Rural Health Governance.

1. प्रस्तावना (Introduction)

आरोग्य हे केवळ वैयक्तिक कल्याणाशी संबंधित नसून ते सामाजिक, आर्थिक आणि राजकीय विकासाचे मूलभूत अधिष्ठान आहे. संयुक्त राष्ट्रांच्या शाश्वत विकास ध्येयांमध्ये (SDGs) आरोग्याला केंद्रस्थानी स्थान देण्यात आले आहे. विशेषतः SDG-

[1] संशोधक विद्यार्थी, लोकप्रशासन विभाग, विवेकानंद महाविद्यालय, छत्रपति संभाजीनगर

3 अंतर्गत “सर्वांसाठी आरोग्य व कल्याण” हा उद्देश साध्य करण्यासाठी प्रभावी सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची आवश्यकता अधोरेखित केली जाते.

भारतातील सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था ही संघराज्यीय संरचनेवर आधारित आहे. केंद्र शासन धोरणात्मक दिशा ठरवते, तर राज्य शासन अंमलबजावणीची प्रमुख जबाबदारी पार पाडते. महाराष्ट्रासारख्या प्रगत राज्यातही ग्रामीण-शहरी विषमता, मनुष्यबळाची कमतरता, पायाभूत सुविधांचा अभाव, वित्तीय मर्यादा आणि सामाजिक घटकांमुळे आरोग्य सेवा वितरणात असमानता आढळते. मराठवाडा विभाग, जो ऐतिहासिकदृष्ट्या सामाजिक-आर्थिक दृष्ट्या मागास मानला जातो, या आव्हानांचे अधिक तीव्र प्रतिबिंब दाखवतो. दुष्काळप्रवण परिस्थिती, स्थलांतर, कुपोषण, माता व बाल मृत्यू दर, आणि संसर्गजन्य रोगांचे प्रमाण या सर्व घटकांमुळे सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनासमोरील समस्या अधिक गुंतागुंतीच्या बनतात.

प्रस्तुत संशोधन मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची स्थिती, त्यासमोरील संरचनात्मक व व्यवस्थापकीय आव्हाने आणि त्यांचे सामाजिक परिणाम यांचा अभ्यास करते.

2. सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची संकल्पना

सार्वजनिक आरोग्य प्रशासन (Public Health Administration) म्हणजे लोकसंख्येच्या आरोग्यवर्धन, रोगप्रतिबंध, आरोग्य संरक्षण आणि आरोग्य सेवा वितरण यासाठी धोरणे, कार्यक्रम आणि संसाधनांचे व्यवस्थापन करण्याची शासकीय प्रक्रिया होय.

यामध्ये खालील घटकांचा समावेश होतो

- आरोग्य धोरणांची निर्मिती
- कार्यक्रमांची अंमलबजावणी
- आर्थिक नियोजन व संसाधनांचे वाटप
- आरोग्य मनुष्यबळाचे व्यवस्थापन
- निरीक्षण व मूल्यांकन (Monitoring & Evaluation)
- समुदाय सहभाग

Winslow (1920) यांच्या मते सार्वजनिक आरोग्य म्हणजे “रोग प्रतिबंध, आयुष्य वाढवणे आणि सामूहिक प्रयत्नांद्वारे शारीरिक व मानसिक आरोग्य सुधारणे.” या परिभाषेत प्रशासनाची भूमिका अत्यंत महत्त्वाची आहे. नवीन सार्वजनिक व्यवस्थापन (New Public Management) आणि नवीन सार्वजनिक सेवा (New Public Service) या सिद्धांतांच्या प्रभावामुळे सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनात उत्तरदायित्व, कार्यक्षमता, पारदर्शकता आणि नागरिककेंद्रित दृष्टिकोनाला महत्त्व प्राप्त झाले आहे.

भारतीय संदर्भात, राष्ट्रीय आरोग्य अभियान (NHM), आयुष्मान भारत, महात्मा ज्योतिबा फुले जनआरोग्य योजना इत्यादी कार्यक्रमांद्वारे सार्वजनिक आरोग्य प्रशासन अधिक सशक्त करण्याचा प्रयत्न केला जात आहे. तथापि, धोरण आणि अंमलबजावणी यामधील दरी ही अद्याप मोठे आव्हान आहे.

3. महाराष्ट्रातील सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची/प्रशासनाची रचना

महाराष्ट्रातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची रचना त्रिस्तरीय स्वरूपाची आहे

अ) राज्य स्तर

- आरोग्य विभाग (Public Health Department)
- वैद्यकीय शिक्षण व औषध विभाग
- राज्य आरोग्य समाज (State Health Society)
- संचालक, आरोग्य सेवा

ब) जिल्हा स्तर

- जिल्हा शल्यचिकित्सक
- जिल्हा आरोग्य अधिकारी
- जिल्हा आरोग्य समाज

क) प्राथमिक स्तर

- जिल्हा रुग्णालये
- उपजिल्हा रुग्णालये
- ग्रामीण रुग्णालये
- प्राथमिक आरोग्य केंद्रे (PHC)
- उपकेंद्रे (Sub-centres)

ही रचना सैद्धांतिकदृष्ट्या सक्षम असली तरी व्यवहारात काही अडचणी दिसून येतात. रिक्त पदांची संख्या जास्त असणे, वित्तीय वितरणातील असमतोल, दुर्गम भागात मनुष्यबळ टिकवून ठेवण्यात अडचणी, डिजिटल व्यवस्थापनाची मर्यादा आहे. महाराष्ट्र राज्याची आरोग्य पायाभूत सुविधा इतर राज्यांच्या तुलनेत चांगली मानली जात असली तरी मराठवाडा विभागात तिचे वितरण असमान आहे.

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान (NRHM) २००५ मध्ये सुरू झालेल्या राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचा उद्देश ग्रामीण भागातील आरोग्य सेवा सुधारण्याचा होता. राजकीय पातळीवर हा कार्यक्रम समावेशक विकासाचा भाग होता. प्रशासकीय दृष्टिकोनातून विकेंद्रीकरण, सेवा एकत्रीकरण आणि कार्यप्रदर्शनाधारित देखरेख यांचा अवलंब करण्यात आला. लोकहिताच्या दृष्टीने मातृ-बाल आरोग्य, पायाभूत सुविधा आणि मनुष्यबळातील तूट भरून काढण्याचा प्रयत्न झाला.

समालोचनात्मक विश्लेषणातून असे दिसते की संस्थात्मक प्रसूती आणि लसीकरणामध्ये सुधारणा झाली असली तरी अंमलबजावणी राज्यागणिक असमान राहिली. राज्यस्तरीय राजकीय इच्छाशक्ती आणि प्रशासकीय क्षमता या परिणाम ठरवणाऱ्या प्रमुख घटक ठरल्या. आरोग्याचा हक्क यासंबंधी न्यायालयीन हस्तक्षेपामुळे उत्तरदायित्व वाढले, मात्र निधी विलंब, मनुष्यबळाची कमतरता आणि प्रादेशिक विषमता कायम राहिली.

4. मराठवाडा विभागाची सामाजिक-आर्थिक पार्श्वभूमी

मराठवाडा विभागात छ. संभाजीनगर (औरंगाबाद), जालना, परभणी, हिंगोली, नांदेड, लातूर, धाराशिव (उस्मानाबाद) आणि बीड हे जिल्हे समाविष्ट आहेत.

प्रमुख वैशिष्ट्ये

- दुष्काळप्रवण व कोरडवाहू शेती
- स्थलांतरित मजूरांची संख्या जास्त
- शेतकरी आत्महत्यांचे प्रमाण
- गरिबी व कुपोषण
- कमी औद्योगिक विकास
- ग्रामीण लोकसंख्या अधिक
- NFHS-5 नुसार, कुपोषणाचे प्रमाण राज्याच्या सरासरीपेक्षा जास्त आहे.
- माता व बाल आरोग्य निर्देशक तुलनेने कमकुवत आहेत.

सामाजिक संरचनेत मागासवर्गीय व अनुसूचित जाती-जमातींचे प्रमाण जास्त असल्याने सामाजिक आरोग्य विषमता प्रकर्षाने जाणवते. आर्थिक दुर्बलता आणि आरोग्य जागरूकतेचा अभाव हे सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाच्या प्रभावी अंमलबजावणीसाठी मोठे अडथळे आहेत.

5. पूर्व साहित्याचा आढावा (Review of Literature)

भारतीय सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेवर अनेक अभ्यास झाले आहेत. Duggal (2005) यांनी भारतातील सार्वजनिक आरोग्य खर्चाच्या मर्यादा आणि खाजगी क्षेत्राच्या वाढत्या प्रभावावर प्रकाश टाकला आहे. Baru (2010) यांनी आरोग्य सेवांतील सामाजिक विषमता आणि राज्यांतील तफावत अधोरेखित केली आहे. National Health Systems Resource Centre (NHSRC) च्या अहवालांमध्ये मनुष्यबळ तुटवडा, पायाभूत सुविधांची कमतरता आणि कार्यक्रम अंमलबजावणीतील अडथळे नमूद केले आहेत. महाराष्ट्रावरील अभ्यासांमध्ये (Deshpande, 2018; Government of Maharashtra Reports) ग्रामीण-शहरी दरी आणि विभागनिहाय असमानता स्पष्ट झाली आहे.

मराठवाड्यावर केंद्रित काही अभ्यास कुपोषण, दुष्काळ आणि माता-बाल आरोग्यावर मर्यादित आहेत; परंतु सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाच्या व्यवस्थापकीय संरचनेचे समग्र विश्लेषण तुलनेने कमी आहे.

6. संशोधनातील अंतर (Research Gap)

उपरोक्त साहित्याचा आढावा घेतल्यावर खालील संशोधनातील अंतर स्पष्ट होते.

1) मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाच्या संरचनात्मक व व्यवस्थापकीय पैलूंचा समग्र अभ्यास अभावाने आढळतो.
2) धोरण-अंमलबजावणी दरी (Policy-Implementation Gap) यावर विभागनिहाय विश्लेषण कमी आहे.
3) सामाजिक-आर्थिक घटक आणि आरोग्य प्रशासन कार्यक्षमता यामधील संबंधांचा सखोल अभ्यास झालेला नाही.
4) सांख्यिकीय विश्लेषणासह (District-level comparative data) अभ्यास कमी प्रमाणात उपलब्ध आहेत.

प्रस्तुत संशोधन मराठवाडा विभागाच्या संदर्भात सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाचे व्यवस्थात्मक, सांख्यिकीय आणि सामाजिक विश्लेषण करून साहित्यामधील ही पोकळी भरून काढण्याचा प्रयत्न करते.

7. उद्दिष्टे (Objectives)

1) मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची विद्यमान स्थिती अभ्यासणे.
2) सार्वजनिक आरोग्य सेवांमधील संरचनात्मक व प्रशासकीय अडचणींचे विश्लेषण करणे.
3) मानवी संसाधनांच्या कमतरतेचा आरोग्य सेवेवर होणारा परिणाम तपासणे.
4) ग्रामीण-शहरी आरोग्य तफावत स्पष्ट करणे.
5) प्रभावी धोरणात्मक उपाय सुचविणे.

8. संशोधन प्रश्न (Research Questions)

1) मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनासमोरील प्रमुख आव्हाने कोणती आहेत?
2) निधी, पायाभूत सुविधा व मानव संसाधनांतील कमतरता आरोग्य सेवेवर कसा परिणाम करते?
3) राज्य व केंद्र सरकारच्या योजनांची अंमलबजावणी कितपत प्रभावी आहे?
4) ग्रामीण भागातील आरोग्य सेवांची गुणवत्ता का कमी आढळते?

9. गृहितके (Hypotheses)

1) मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनातील प्रमुख समस्या मानवी संसाधनांच्या कमतरतेशी संबंधित आहेत.
2) निधी वितरणातील असमानता आरोग्य सुविधांच्या गुणवत्तेवर नकारात्मक परिणाम करते.
3) ग्रामीण भागात आरोग्य सेवांची उपलब्धता शहरी भागाच्या तुलनेत कमी आहे.

Lyceum India Journal of Social Sciences || ISSN (Online): 3048-6513
Volume: 3 Issue: 3 || February 2026 (Special Issue 1) || DOI: 10.5281/zenodo.18851957

10. संशोधन पद्धती (Research Methodology)

प्रस्तुत संशोधन हे वर्णनात्मक (Descriptive), विश्लेषणात्मक (Analytical) आणि तुलनात्मक (Comparative) स्वरूपाचे आहे. अभ्यासाचा हेतू मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनातील संरचनात्मक, मानव संसाधन, आर्थिक आणि सेवा वितरणाशी संबंधित आव्हानांचे सांख्यिकीय व धोरणात्मक विश्लेषण केले आहे.

11. विस्तृत सांख्यिकीय विश्लेषण (Statistical Analysis)

1) आरोग्य पायाभूत सुविधांची उपलब्धता

मराठवाडा विभागातील आरोग्य संस्थांची स्थिती (2021–22)

घटक	आवश्यक संख्या	उपलब्ध संख्या	तुटवडा (%)
उपकेंद्रे	3,248	2,864	11.8%
PHC	518	469	9.4%
CHC	132	97	26.5%

स्रोत: Government of India (2022). Rural Health Statistics 2021–22. Ministry of Health & Family Welfare.

CHC स्तरावर 26% पेक्षा जास्त तुटवडा गंभीर आहे कारण येथे तज्ज्ञ सेवा अपेक्षित असतात. उपकेंद्रे व PHC स्तरावरील तुटवडा प्रतिबंधात्मक व प्राथमिक सेवांवर परिणाम करतो. WHO च्या शिफारसीनुसार ग्रामीण लोकसंख्येसाठी प्राथमिक आरोग्य सेवा मजबूत असणे आवश्यक आहे, जे येथे अपुरे आहे.

2) डॉक्टर-लोकसंख्या गुणोत्तर

डॉक्टर-लोकसंख्या गुणोत्तर तुलना

प्रदेश	गुणोत्तर
WHO मानक	1 : 1000
भारत (सरासरी)	1 : 1511
महाराष्ट्र	1 : 1456
मराठवाडा	1 : 2650
ग्रामीण मराठवाडा	1 : 3500+

स्रोत: WHO (2010); Government of Maharashtra (2022); National Health Profile (2021).

मराठवाडा WHO मानकापेक्षा जवळपास 2.5 पट मागे आहे. ग्रामीण भागातील तुटवडा अधिक तीव्र आहे. तज्ज्ञ डॉक्टरांची अनुपलब्धता मातृ आरोग्य निर्देशकांवर परिणाम करते.

3) मातृ मृत्यू दर (MMR)

मातृ मृत्यू दर तुलना

कालावधी	महाराष्ट्र	मराठवाडा (विभागीय सरासरी)
2014–16	61	78
2017–19	46	64

स्रोत: Office of Registrar General of India (2020). SRS Statistical Report; Maharashtra Health Department Report (2022).

राज्यात MMR कमी होत असताना विभागीय विषमता कायम आहे. ग्रामीण भागात ANC (Antenatal Care) सेवा अपुरी. तज्ज्ञ स्त्रीरोग तज्ज्ञांची कमतरता कारणीभूत.

4) बाल मृत्यू दर (IMR)

IMR तुलना (NFHS-5)

प्रदेश	IMR (प्रति 1000 जिवंत जन्म)
महाराष्ट्र	19
मराठवाडा	27

स्रोत: International Institute for Population Sciences (2021). NFHS-5 State Report – Maharashtra.

बालकांमधील कुपोषण व अल्प वजन हा प्रमुख घटक. नवजात अतिदक्षता सुविधा (NICU) मर्यादित. ग्रामीण भागात लसीकरण पूर्णत्व दर कमी.

5) कुपोषण निर्देशक (NFHS-5)

कुपोषण स्थिती (%)

निर्देशक	महाराष्ट्र	मराठवाडा
Stunting	35%	41%
Underweight	32%	38%
Wasting	25%	29%

स्रोत: NFHS-5 (2019–21), IIPS.

मराठवाड्यात Stunting 6% जास्त. पोषण व सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनातील समन्वय कमी ICDS व आरोग्य विभाग यांमध्ये डेटा शेअरिंग मर्यादित.

6) निधी वितरण विश्लेषण (NHM)

प्रति व्यक्ति आरोग्य खर्च

प्रदेश	प्रति व्यक्ति खर्च (₹)
महाराष्ट्र सरासरी	1,850
मराठवाडा	1,420

स्रोत: NHM Financial Report (2021–22); Maharashtra Budget Documents (2022–23).

विभागीय खर्चात असमानता. निधी मंजुरी व प्रत्यक्ष खर्चात 8–12% अंतर. भांडवली गुंतवणूक कमी.

7) मानव संसाधन रिक्तता

आरोग्य कर्मचाऱ्यांची रिक्त पदे (%)

पद	रिक्तता (%)
वैद्यकीय अधिकारी	28%
तज्ज्ञ डॉक्टर	42%
परिचारिका	31%
लॅब टेक्निशियन	35%

स्रोत: Rural Health Statistics (2021–22); Government of Maharashtra Public Health Dept. Data (2022).

तज्ज्ञ डॉक्टरांची सर्वाधिक कमतरता. ग्रामीण सेवेसाठी प्रोत्साहन यंत्रणा अपुरी. Contractual नियुक्त्या अस्थिर आहे.

वरील सर्व तक्ते एकत्रितपणे सूचित करतात की पायाभूत सुविधा + मानव संसाधन + निधी यामध्ये संरचनात्मक तुटवडा आहे. आरोग्य परिणाम निर्देशक (MMR, IMR, कुपोषण) हे प्रशासनिक कमतरतेशी संबंधित आहेत. विभागीय विषमता ही सार्वजनिक धोरणाच्या अंमलबजावणीतील असमतोल दर्शवते.

12. प्रशासकीय व शासकीय आव्हाने (Administrative & Governance Challenges)

मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाची समस्या केवळ संसाधनांच्या कमतरतेपुरती मर्यादित नसून ती संरचनात्मक, धोरणात्मक आणि कार्यपद्धतीशी संबंधित आहे. खालील तीन व्यापक परिमाणांमध्ये या आव्हानांचे विश्लेषण करता येते:

1) संरचनात्मक व संस्थात्मक कमकुवतपणा

मराठवाडा विभागात आरोग्य व्यवस्थेची त्रिस्तरीय रचना (उपकेंद्र–PHC–CHC–जिल्हा रुग्णालय) अस्तित्वात असली तरी तिचे कार्य समन्वयित पद्धतीने होत नाही. प्राथमिक स्तरावर निदान सुविधा अपुरी असल्यामुळे रुग्ण थेट जिल्हा रुग्णालयात जातात. परिणामी, दुय्यम व तृतीय स्तरावर रुग्णभार वाढतो आणि सेवा गुणवत्तेवर परिणाम होतो. रेफरल प्रणाली प्रभावी नसल्यामुळे उपचार प्रक्रियेत विलंब होतो. विशेषतः गर्भवती महिलांच्या आपत्कालीन प्रकरणांमध्ये वेळेवर सेवा न मिळाल्यामुळे मातृ मृत्यू दरावर परिणाम होतो. याशिवाय, जिल्हा स्तरावर निर्णय प्रक्रियेत केंद्रीकरण जास्त असून स्थानिक गरजांनुसार नियोजनाची लवचिकता कमी आहे. यामुळे धोरण अंमलबजावणी यंत्रणा स्थानिक सामाजिक-आर्थिक परिस्थितीशी सुसंगत राहत नाही.

2) मानव संसाधन व्यवस्थापनातील प्रणालीगत समस्या

मानव संसाधन हे सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाचे केंद्रबिंदू आहे. परंतु मराठवाडा विभागात तज्ज्ञ डॉक्टर, परिचारिका व तांत्रिक कर्मचारी यांच्या मोठ्या प्रमाणात रिक्त पदांमुळे सेवा वितरण कमकुवत झाले आहे. ग्रामीण भागात सेवा करण्यासाठी पुरेसे प्रोत्साहन उपलब्ध नाही. पायाभूत सुविधा, निवास व्यवस्था, मुलांच्या शिक्षणाची सोय यांचा अभाव डॉक्टरांना ग्रामीण भागात टिकवून ठेवण्यास अडथळा ठरतो. कराराधारित नियुक्त्या अस्थिर असल्यामुळे कर्मचारी दीर्घकालीन बांधिलकी दाखवत नाहीत. सततच्या बदलांमुळे सेवा सातत्य बाधित होते. प्रशिक्षण व कौशल्यविकास कार्यक्रम अपुरे असल्यामुळे आधुनिक वैद्यकीय तंत्रज्ञानाचा प्रभावी वापर होत नाही. ही स्थिती केवळ सेवा गुणवत्तेवर परिणाम करत नाही तर आरोग्य निर्देशकांवर (MMR, IMR, कुपोषण) अप्रत्यक्ष परिणाम घडवते.

3) वित्तीय व्यवस्थापन व धोरण अंमलबजावणीतील अंतर

आरोग्य क्षेत्रासाठी निधीची तरतूद असली तरी त्याचा प्रभावी वापर हा एक महत्त्वाचा प्रश्न आहे. निधी मंजुरी व प्रत्यक्ष खर्च यामध्ये अंतर दिसून येते. प्रशासकीय विलंब, प्रक्रियात्मक गुंतागुंत आणि नियोजनातील त्रुटी यामुळे भांडवली खर्च कमी राहतो. आयुष्मान भारत व महात्मा ज्योतिराव फुले जनआरोग्य योजना यांसारख्या योजनांचा लाभ ग्रामीण व गरिब कुटुंबांपर्यंत पूर्णपणे पोहोचत नाही. लाभार्थी ओळख, नोंदणी प्रक्रिया व माहिती अभावामुळे योजना अपूर्ण प्रभाव दाखवतात. डिजिटल हेल्थ मिशन व ई-हॉस्पिटल प्रणाली लागू असली तरी इंटरनेट कनेक्टिव्हिटी, तांत्रिक प्रशिक्षण आणि डेटा व्यवस्थापनातील कमतरतेमुळे त्याचा पूर्ण लाभ मिळत नाही.

13. सामाजिक निर्धारकांचा प्रभाव (Social Determinants of Health)

मराठवाडा विभागातील आरोग्य समस्या केवळ वैद्यकीय व्यवस्थेपुरत्या मर्यादित नाहीत. पाणीटंचाई, दुष्काळ, गरिबी, कुपोषण, शिक्षणाचा अभाव आणि स्थलांतर यांसारखे घटक आरोग्यावर थेट परिणाम करतात. दुष्काळी परिस्थितीमुळे पोषण स्थिती खालावते. पिण्याच्या सुरक्षित पाण्याचा अभाव जलजन्य रोगांना कारणीभूत ठरतो. स्थलांतरित कुटुंबांना सातत्यपूर्ण आरोग्य सेवा मिळणे कठीण जाते. म्हणूनच सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनाने बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोन (multi-sectoral approach) स्वीकारणे अत्यावश्यक आहे.

14. समन्वित विश्लेषण (Integrated Interpretation)

सांख्यिकीय निर्देशक (MMR, IMR, डॉक्टर-लोकसंख्या गुणोत्तर, कुपोषण) व प्रशासकीय रचना यांचे परस्पर संबंध स्पष्टपणे दिसून येतात. मानव संसाधन कमतरता + पायाभूत सुविधांचा तुटवडा + निधीचा अपुरा वापर = कमी आरोग्य परिणाम. मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासन ही केवळ व्यवस्थापन समस्या नसून प्रादेशिक विकासाशी निगडित व्यापक सामाजिक प्रश्न आहे.

15. धोरणात्मक शिफारसी (Policy-Oriented Recommendations)

संस्थात्मक सुधारणा	**मानव संसाधन बळकटीकरण**	**वित्तीय पारदर्शकता**	**सामाजिक निर्धारकांवर लक्ष**
• जिल्हा स्तरावर विकेंद्रीकरण वाढविणे • रेफरल प्रणाली मजबूत करणे • स्थानिक आरोग्य नियोजन समित्या सक्रिय करणे	• ग्रामीण सेवा अनिवार्य व प्रोत्साहनयुक्त करणे • Telemedicine व तज्ज्ञ सल्ला प्रणाली विकसित करणे • सतत प्रशिक्षण कार्यक्रम	• Performance-based budgeting • सामाजिक लेखापरीक्षण • निधी वापरावर डिजिटल ट्रॅकिंग	• पोषण कार्यक्रमांची समन्वित अंमलबजावणी • पाणीपुरवठा व स्वच्छता सुधारणा • महिला सक्षमीकरण व शिक्षण

12. निष्कर्ष (Conclusion)

मराठवाडा विभागातील सार्वजनिक आरोग्य प्रशासनासमोरील आव्हाने बहुआयामी स्वरूपाची आहेत. केवळ वैद्यकीय सुविधा वाढविणे पुरेसे नाही; तर प्रशासनिक पुनर्रचना, मानव संसाधन व्यवस्थापन, वित्तीय पारदर्शकता आणि सामाजिक निर्धारकांवरील लक्ष या सर्व बाबींचा समन्वित विचार करणे आवश्यक आहे. राज्याच्या एकूण प्रगतीच्या पार्श्वभूमीवर मराठवाड्यातील प्रादेशिक असमानता कमी करणे ही सार्वजनिक धोरणाची प्राथमिकता असावी. दीर्घकालीन दृष्टीकोनातून समावेशक, विकेंद्रित व उत्तरदायी सार्वजनिक आरोग्य प्रशासन उभारणे हेच या विभागाच्या आरोग्य प्रगतीसाठी महत्त्वाचे ठरेल.

संदर्भ ग्रंथ (References)

1. Baru, R. (2010). Health services in India: Policy and institutional reforms. Oxford University Press.
2. Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and equity in India. The Lancet, 377(9764), 505–515.
3. Government of India. (2022). Rural Health Statistics 2021–22. Ministry of Health and Family Welfare.
4. International Institute for Population Sciences (IIPS). (2021). National Family Health Survey (NFHS-5), 2019–21: India Report.
5. Ministry of Health and Family Welfare. (2021). National Health Mission: Financial Report.
6. NITI Aayog. (2021). Health Index Report 2019–20.
7. Office of Registrar General, India. (2020). Sample Registration System Statistical Report.
8. Government of Maharashtra. (2022). Public Health Department Annual Report.
9. World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas.

Publisher's Note: *The views and opinions expressed in this article are solely those of the author(s) and do not necessarily reflect those of the publisher, editors, or the editorial board.*