એકમ 11

ગુજરાતમાં સ્વાસ્થ્ય સુવિધાઓ

રૂપરેખા

11.0 ઉદ્દેશો

11.1 પ્રસ્તાવના

11.2 ગુજરાતમાં આરોગ્યની સ્થિતી

11.3 ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય સેવાઓની સમસ્યાઓ

11.4 આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ

11.5 ગુજરાતમાં આરોગ્યક્ષેત્રે જાહેર નીતિ

11.6 સારાંશ

11.7 ચાવીરૂપ શબ્દો

11.8 તમારી પ્રગતિ ચકાસો

11.9 સંદર્ભસૂચિ

★ તમારી પ્રગતિ ચકાસોના જવાબો.

11.0 ઉદ્દેશો :

આ એકમના અભ્યાસથી વિદ્યાર્થીઓ નિમ્નાંકિંત બાબતોથી અવગત થશે.

1. ગુજરાત રાજ્યમાં સ્વાસ્થ્ય સેવાઓની સ્થિતીની જાણકારી મેળવે.
2. ગુજરાત રાજ્યમાં સ્વાસ્થ્ય સેવાઓને લગતી સમસ્યાઓની સમજ કેળવે.
3. ગુજરાત રાજ્યમાં સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ માટે અપનાવવામાં આવેલી ખાનગીકરણની નીતિને સમજે.
4. ગુજરાત રાજ્યમાં સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ સંદર્ભ જાહેર નીતિનો અભ્યાસ કરી વિશ્લેષણની ક્ષમતા કેળવે.

11.1 પ્રસ્તાવના :

સારું સ્વાસ્થ્ય માનવજીવનની સુખાકારી અને કલ્યાણ માટે એક મહત્વનો નિર્દેશક છે. સારું સ્વાસ્થ્ય ધરાવતા લોકો કુંટુંબ, સમાજ અને દેશની આર્થિક પ્રગતિમાં મહત્ત્વનો ફાળો આપી શકે છે. કારણ કે સારુ ધરાવનાર લાંબુ જીવન જીવી શકે છે એટલે લાંબા સમય સુધી રૂકાવટ વગર આર્થિક પ્રવૃત્તિ કરી શકે છે. આ ઉપરાંત સારુ સ્વાસ્થ્ય ધરાવતા લોકોની કાર્યક્ષમતા પણ ઊંચી હોય છે તેમજ બચતક્ષમતા પણ ઊંચી હોય છે. આથી તે રાષ્ટ્રના વિકાસમાં ઘણો મહત્ત્વનો ફાળો આપી શકે છે. આમ રાષ્ટ્ર પણ દેશના લોકોનું સ્વાસ્થ્ય સારુ બને તે માટે સતત પ્રયત્નશીલ રહે છે. વિશ્વ કક્ષાએ વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા સમગ્ર દુનિયામાં સ્વાસ્થ્યની સ્થિતી કલ્યાણકારી બને તે માટે

સતત પ્રયત્નશીલ રહે છે. W.H.O. સંસ્થાએ સારુ આરોગ્ય (સ્વાસ્થ્ય) કોને કહેવાય તે માટેની વ્યાખ્યા પણ કરી છે. આથી આ સંસ્થાના મતે સારુ આરોગ્ય એટલે સંપૂર્ણ, શારીરિક, માનસિક અને સામાજિક સુખાકારીની સ્થિતિ.

આ વ્યાખ્યાને આધારે એવું કહી શકાય કે માત્ર રોગની ગેરહાજરી જ નહી પરંતુ માનસિક અને સામાજિક તંદુરસ્તી પણ વસ્તીની ગુણવત્તાનું અગત્યનું પાસુ છે.

માનવીના વિકાસ માટે સારી આરોગ્ય સેવા મળી રહે તે ખૂબ જ આગત્યનું છે. આ માટે રાજ્યમાં તેની પ્રાથમિક ફરજ તરીકે તેની પ્રજાના પોષણની કક્ષા ઊંચી લાવવા તેમજ તેમનું જીવન ધોરણ ઊંચુ લાવવા માટે ભારતના બંધારણમાં જણાવવામાં આવ્યુ છે. આ એકમમાં આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં સરકાર તરફથી મળતી આરોગ્ય સેવાઓનો અભ્યાસ કરીશું.

11.2 ગુજરાતમાં આરોગ્યની સ્થિતિ :

કોઈપણ રાષ્ટ્રમાં આરોગ્ય અને આર્થિક વિકાસ વચ્ચે પરસ્પર સંબંધ રહેલો હોય છે. જો રાષ્ટ્રમાં સ્વાસ્થ્યની સેવાઓમાં સુધારો થાય તો તે દેશના આર્થિક વિકાસમાં વધારો થાય અને જો દેશમાં આર્થિક વિકાસ થાય તો તે દેશમાં સ્વાસ્થ્યની સુવિધાઓમાં અને સ્થિતીમાં સુધારો લાવી શકાય. કોઈ પણ રાષ્ટ્રનો આર્થિક વિકાસ વધતાં તે દેશ અને લોકોની આર્થિક ક્ષમતામાં વધારો થાય છે. આથી દરેક દેશ અને દેશના લોકો આરોગ્યનું પોષણ મળી રહે તે માટે ઉપરાંત શિક્ષણ પાછળ પોતાનો ખર્ચ વધારતા હોય છે. આ ખર્ચ વધવાથી ઓરોગ્યની સુવિધા તેમજ સ્થિતી બન્નેમાં હકારાત્મક પરિવર્તન આવતું હોય છે.

હવે આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં ઓરોગ્યની (સ્વાસ્થ્ય) સ્થિતી કેવી છે તેનો અભ્યાસ કરીશું.

11. 2.1 જન્મદર અને મૃત્યુદરની સ્થિતી :

જન્મદર અને મૃત્યુદર આ બે નિર્દેશકો કોઈ પણ દેશની વસ્તીના પ્રમાણમાં ફેરફાર લાવનાર મહત્ત્વના નિર્દેશકો છે. જન્મદર એ બાળકોના જન્મને દર્શાવે છે. જે વસ્તીમાં વધારો લાવે છે જયારે મૃત્યુદર એ વ્યક્તિના મૃત્યુને દર્શાવે છે. જે વસ્તીમાં ઘટાડો લાવે છે. આ બે નિર્દેશકોના તફાવતથી દેશમાં કુલ વસ્તીમાં કુદરતી રીતે કેવા ફેરફાર આવે છે તેનો ખ્યાલ આપે છે. અલબત કોઈ એક દેશ કે વિસ્તારની વસ્તીના પ્રમાણમાં ફેરફાર માટે સ્થળાંતર પણ અગત્યનો નિર્દેશક છે પરંતુ અહીં આપણે તેને ધ્યનમાં લેતા નથી અહીં આપણે પહેલા જન્મદર અને મૃત્યુદરનો ખ્યાલ સમજી તે અંગેની ગુજરાત રાજ્યની સ્થિતીની ચર્ચા કરીશું.

જન્મદર : જન્મદરના બે ખ્યાલ પ્રવર્તે છે. જન્મદર અને કાચો જન્મદર.

જન્મદર એટલે કોઈ એક વિસ્તારમાં દર હજારની વિસ્તીએ જન્મતા બાળકોની સંખ્યા.કાચો જન્મદર એ એક ચોક્કસ વર્ષ દરમિયાન તે વસ્તીમાં નોંધાયેલા જીવતા જન્મોની સંખ્યાને તેની કુલ સંખ્યા વડે ભાગવાથી જે વસ્તી મળે તેને 1000ની સંખ્યા વડે ગુણવાથી કાચો જન્મદર મળે છે. સૂત્રના રૂપમાં જોઇએ તો આ પ્રમાણે છે.

$$CBR=B/P \times R$$

જયાં B કોઈ એક ચોક્કસ વર્ષમાં કુલ જીવિત જન્મોની સંખ્યા

P = તે વર્ષમાં મધ્યમાં કુલ વસ્તી

R = દર (1000)

ધારો કે કોઈ એક ચોક્કસ વિસ્તારની વસ્તી 1,00,000 હોય ત્યાં જન્મેલા બાળકોની સંખ્યા

CBR=1000/1,00,000 x 1000=10

આમ ઉપરોક્ત ઉદાહરણ પ્રમાણે દર હજાની વસ્તીએ કાચો જન્મદર 10 આવે છે.

મૃત્યુદર : મૃત્યુદરને પણ બે દ્રષ્ટિએ જોવામાં આવે છે. મૃત્યુદર અથવા કાચો મૃત્યુદર

મૃત્યુદર એટલે કોઈ એક વિસ્તારમાં ચોક્કસ સમય દરમિયાન દર હજારની વસ્તીએ મૃત્યુ પામતા વ્યક્તિઓની સંખ્યા સૂત્રના રૂપમાં જોઈએ તો

CDR=B/P x R

B = એક વર્ષમાં નોંધાયેલા કુલ મૃત્યુ

P = તે જ વર્ષની મધ્યમાં કુલ વસ્તી

R= 1000

ધારોકે કોઈ એક ચોક્કસ વિસ્તારની વસ્તી 50000 હોય અને વર્ષ દરમિયાન 10 મૃત્યુ થયા હોય તો

CDR = D/P x R

= 10/5000 x1000

અહિં DxR મૃત્યુદર આવે છે. હવે આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં જન્મદર અને મૃત્યુદરની શું સ્થિતી છે તેની ચર્ચા કરીશું.

જન્મદર અને મૃત્યુદર બન્નેની આંકડાકીય માહિતી જે તે વિસ્તારમાં વસ્તીના કદમાં કુદરતી કેટલો ફેરફાર થશે તે દર્શાવે છે. આથી ભવિષ્યની વસ્તીનું પ્રક્ષેપણ અને એ પ્રમાણે આયોજન કરવા માટે ખૂબ જ મદદરૂપ થાય છે. આથી અહીં આપણે ગુજરાતમાં બન્નેની સ્થિતી કેવી રહી છે તે જોઇશું.

ટેબલ- 1 જન્મદર, મૃત્યુદર અને કુદરતી વસ્તીવૃદ્ધિ દર (દર હજારે)

ક્રમ	વર્ષ	જન્મદર	મૃત્યુદર	કુદરતી વસ્તીવૃદ્ધિ દર
1	1971	40	16.4	23.6
2	1981	34.5	12	22.5
3	1991	27.5	8.5	19.0
4	2001	25.0	7.8	17.2
5	2011	21.3	6.7	14.6
6	2017	19.9	6.2	13.7

Source:CMIE1 : Centre for Monitering Indian Economy.

ઉપરોક્ત ટેબલમાં જન્મદર, મૃત્યુદર અને કુદરતી વસ્તી વૃદ્ધિદરના આંકડા 1971 થી 2017 સુધીના આપવામાં આવેલા છે. આ આંકડા તપાસતા ખ્યાલ આવે છે કે ગુજરાત રાજ્યમાં જન્મદર અને મૃત્યુદર બન્નેમાં સમયાંતરે ઘટાડો જોવા મળે છે તેટલો ઘટાડો જન્મદરમાં જોવા મળતો નથી. 1971 થી 2017ના ગાળા દરમિયાન જન્મદર 20.1 ટકાવારી બિંદુ અને મૃત્યુદરમાં 10.2 ટકાવારી બિંદુ જેટલો ઓછો થયેલો જોવા મળે છે. સમગ્ર રીતે જોતાં આપણે એમ પણ કહી શકીએ કે જન્મદરના પ્રમાણમાં લગભગ આ ગાળા દરમિયાન 50 ટકા જેટલો ઘટાડો નોંધાયો છે. જેથી

કુદરતી વસ્તી વૃદ્ધિ દર જે 1971માં 23.6 ટકા હતો તે 2017માં ઘટીને 13.7 ટકા જેટલો રહ્યો છે. એટલે કે 50 ટકા કરતા ઓછો ઘટાડો નોંધાયો છે. આમ છતા અહીં નોંધવુ ઘટે કે ગુજરાત રાજ્યનો સરેરાશ જન્મદર અને સરેરાશ મૃત્યુદર સમગ્ર ભારતના સરેરાશ જન્મદર અને સરેરાશ મૃત્યુદર કરતા ઓછો છે.

11.2.2 બાળમૃત્યુદર સ્થિતી :

દેશની વસ્તીમાં વર્ષ દરમિયાન પ્રત્યેક 1000 મહીલાએ જન્મેલા બાળકો પૈકી જે બાળકો જન્મ પછી એક વર્ષની અંદર મૃત્યુ પામે છે તે સંખ્યાને બાળ મૃત્યુદર કહેવામાં આવે છે. બાળ મૃત્યુદર પ્રત્યેક 1000 જીવિત જન્મેલા બાળકોના આધારે ગણવામાં આવે છે એટલે કે મૃત જન્મેલા બાળકોનો આમા સમાવેશ થતો નથી. જે બાળકો જનમ્યા પછી એક વર્ષમાં મૃત્યુ પામતા હોય તેમને જ બાળમૃત્યુ તરીકે ગણવામાં આવે છે. સૂત્રનાં રૂપે જોઈએ તો

IMR=D/B x 1000

જયાં D = એક વર્ષની અંદર મૃત્યુ પામતાં બાળકોનું પ્રમાણ

B = જીવતા જન્મતા બાળકોનું પ્રમાણ

ઉદાહરણ તરીકે 2008ની સાલમાં 1,50,000 બાળકો જીવતા જન્મે છે તેમાંથી 1300 બાળકો એક વર્ષની ઉંમર પૂરી કરતાં પહેલા મૃત્યુ પામે છે.

IMR= 1300/1,50,000 x 1000

= 8.7 બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ થયું કહેવાય.

બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ ઓછું હોય તો તે રાજ્ય કે દેશની આરોગ્ય સેવા સારી છે તેમ કહેવાય. જો બાળ મૃત્યુદરનું પ્રમાણ ઊંચુ હોય તો વસ્તીવૃધ્ધિ દર પણ ઊંચો રહેશે કારણ કે બાળમૃત્યુદર ઊંચો હોય તો તેનો અર્થ એવો થાય કે બાળકોની જીવિત રહેવાની સંભાવના ઓછી હોય છે. આથી દંપતિ ભવિષ્યમાં એકાદ બે બાળક મૃત્યુ પામશે તેવી દહેશતથી વધુ બાળકોને જન્મ આપે છે. આથી વસ્તી વૃધ્ધિદર ઊંચો રહે છે. અહીં નીચેના કોઠામાં આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં બાળમૃત્યુદરની સ્થિતી કેવી છે તે જોઇએ.

ટેબલ - 2 બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ

વર્ષ	પુરુષ	સ્ત્રી	કુલ
1981	113	110	111
1991	70	67	69
2001	61	60	60
2011	39	42	41
2017	30	30	30

Source: CMIE1: Centre for Monitering Indian Economy.

ઉપરોકત ટેબલમાં1981 થી 2017 સુધીના બાળ મૃત્યુદરના આંકડા દર્શાવ્યા છે. ગુજરાત રાજ્યમાં છેલ્લા ૩૬ વર્ષમાં બાળ મૃત્યુદરમાં આશરે 73 ટકા જેટલો ઘટાડો નોંધાયો છે. જે ખૂબ સ્ત્રી પુરુષની તુલના કરીએ તો 1981 થી 2001 સુધીના વર્ષમાં

પુરુષોમાં બાળ મૃત્યુના પ્રમાણ કરતા સ્ત્રીઓમાં બાળ મૃત્યુદરનું પ્રમાણ નીચુ રહ્યુ છે. જયારે 2011 માં સ્ત્રીઓ કરતા પુરુષોમાં બાળ મૃત્યુદરનું પ્રમાણ નીચુ રહ્યુ છે અને 2011 ના વર્ષમાં બન્નેમાં સરખુ પ્રમાણ જોવા મળે છે. તેથી કહી શકાય કે ગુજરાત રાજ્ય આટલાવર્ષોમાં બાળમૃત્યુ દરમાં ઘટાડો લાવવામાં સફળ રહ્યું છે.

આમ છતાં ભારતના જ કેરાલા, ગોવા, તામીલનાડુ અને પોંડેચેરી જેવા રાજ્યો અને કેન્દ્ર શાસીન પ્રદેશો કરતા ગુજરાત રાજયમાં બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ ઊંચુ જોવા મળે છે. દા.ત. કેરાલા રાજયમાં બાળમૃત્યુદરનું પ્રમાણ ૨૦૧૭માં માત્ર ૯ ટકા જેટલું જ છે. ગુજરાત રાજયમાં બાળમૃત્યુદર ઊંચું હોવાના કારણોમાં સામાજિક રીતરિવાજ અને પરંપરાઓ, પોષણ દાયક ખોરાકનો અભાવ, અપૂરતી આરોગ્ય સુવિધાઓ બાળકોના જન્મ વચ્ચે ઓછો ગાળો અને પ્રસૂતી કરવાની અવૈજ્ઞાનિક પધ્ધતિ જવાબદાર છે. અલબત પરીબળોમાં સુધારો થઈ રહ્યો છે. એટલે જ બાળ મૃત્યુદરના પ્રમાણમાં ઘટાડો થઈ રહ્યો છે.

11.2.3 ફળદ્રુપતાદરની સ્થિતીઃફળદ્રુપતાદરને પ્રજનન દર તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે. પ્રજનન દરના જુદા-જુદા ખ્યાલો પ્રવર્તે છે. જેમ કે સામાન્ય પ્રજનન દર, વય સાપેક્ષ પ્રજનનદર, કુલ પ્રજનન દર, ચોખ્ખો પ્રજનન દર અને સમૂહ પ્રજનન દર. આપણે અહીં સામાન્ય પ્રજનન દર અને વય સાપેક્ષ પ્રજનન દરની ચર્ચા કરીશું.

સામાન્ય ફળદ્રુપતા દર કે પ્રજનન દર એટલે કોઈ નિશ્ચિત વિસ્તારમાં 15-49 વર્ષના વયજૂથમાં પ્રતિ વર્ષ પ્રતિ હજાર સ્ત્રીઓએ જન્મતા બાળકોની સંખ્યા જો વય સાપેક્ષ પ્રજનન દરની વાત કરીએ તો સ્ત્રીઓની ઉંમરના જુદાજુદા જૂથ બનાવી પ્રજનન દર શોધવામાં આવે છે. સૂત્રના રૂપમાં જોઈએ તો...

GFR=B/PF x K

જ્યાં B =એક નિશ્ચિત વર્ષમાં કુલ જીવંત જન્મો.

PF = 15 થી 49 વર્ષના વયજૂથમાં સ્ત્રીઓની સંખ્યા

K = 1000

ધારોકે કોઈ એક નિશ્ચિત વિસ્તારમાં 15 - 49 વર્ષના વયજૂથમાં સ્ત્રીઓની સંખ્યા 20000 હોય અને એક વર્ષમાં જીવંત જન્મોની સંખ્યા 800 હોય તો

GFR=800/2000 x 1000=40

આનો અર્થ એ થાય કે કોઈ નિશ્ચિત વિસ્તારમાં 15 - 49 વર્ષનાં વયજૂથની પ્રતિ 1000 સ્ત્રીઓ એક વર્ષમાં કુલ 40 બાળકોને જન્મ આપે છે.

ભારતમાં કુલ પ્રજનન દર 1971 થી 2008 દરમિયાન 5.2 થી 2.6 સુધી નીચે લાવવામાં સક્ષમતા પ્રાપ્તી થઈ છે. પરંતુ એક અભ્યાસ અનુસાર જો પ્રજનન દરને સમગ્ર ભારતમાં 2010 સુધીમાં 2.1 ના સ્તર સુધી લઈ જવામાં સફળતા મળશે તો ભારતમાં 2045 સુધી વસ્તીમાં સ્થિરતા લાવી શકાશે જો કે ભારત 2010સુધીમાં આ સ્તરે પહોંચી શકયું નથી. હવે આપણે ગુજરાત રાજયમાં પ્રજનન દરની શું સ્થિતી છે તેનો અભ્યાસ કરીશું.

ટેબલ- 3 વય સાપેક્ષ સામાન્ય ફળદ્રુપતા દર (દર હજારે)

વર્ષ	વય જૂથ						
	15-19 વર્ષ	20-24 વર્ષ	25-29 વર્ષ	30-34 વર્ષ	35-39 વર્ષ	40-44 વર્ષ	45-49 વર્ષ
1971	72.3	295.3	292.7	229.4	135.6	63.2	21.9
1981	56.6	294.4	239.5	153.2	76.1	29.2	12.0
1991	39.5	244.3	178.0	95.0	40.0	16.6	6.4
2001	26.4	221.4	193.8	84.0	29.7	13.9	3.3
2011	23.4	193.0	162.9	68.5	20.0	5.9	2.9
2017	10.9	148.6	165.4	74.1	22.5	6.9	3.0

Source : CMIE1- Centre for Monitering Indian Economy.

ઉપરોકત ટેબલ તપાસતા ખ્યાલ આવે છે કે ગુજરાત રાજ્યમાં 1971 થી 2017 દરમિયાન સામાન્ય પ્રજનન દરમાં દરેક વયની સ્ત્રીઓમાં ઘટાડો જોવા મળે છે. આ 46 વર્ષના ગાળા દરમિયાન સામાન્ય પ્રજનન દરમાં થયેલો ઘટાડો વય અનુસાર ટકાવારી માં જોઈએ તો 15 થી 19 વયજૂથમાં 85 ટકા 20 થી 24 વયજૂથમાં 49.67 ટકા 25-29 વયજૂથમાં 43.50 ટકા, 30-34 વયજૂથમાં 67.70 ટકા, 35થી 39 વયજૂથમાં 83.4 ટકા, 40થી 44વયજૂથમાં 89 ટકા અને 45 થી 49ની વયજૂથમાં 86.30 ટકા છે. આમ આપણે કહી શકીએ કે સૌથી વધારે ઘટાડો 40 થી 44 વર્ષની વયજૂથમાં અને સૌથી ઓછો ઘટાડો 25 થી 29 વર્ષની વયજૂથમાં જોવા મળે છે. આ બધી જ વયજૂથમાં સામાન્ય રીતે ફળદ્રૂપતાનો દર 20 થી 34 વર્ષની ઉંમરની સ્ત્રીઓમાં વધારે જોવા મળે છે. ભારતમાં 18 વર્ષ પછી સ્ત્રીઓના લગ્ન થઈ શકે તેવો કાયદો અમલમાં હોવા છતાં 15 થી 19 વર્ષની વયજૂથની સ્ત્રીઓમાં ફળદ્રૂપતા દર જોવા મળે છે. એનો અર્થ એવો થાય કે આ કાયદા પછી પણ 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરની છોકરીઓના લગ્ન હજી થઈ રહ્યાં છે.

જો ગુજરાત રાજ્યમાં આપણે કુલ પ્રજનન દરની વાત કરીએ તો 2007ના વર્ષમાં તે 2.6 હતો અને સમગ્ર ભારતમાં તેનું પ્રમાણ 2.7 હતુ એટલે કે સમગ્ર ભારતની સરેરાશથી તેનું પ્રમાણ સામાન્ય ઓછુ હતુ. જયારે ગ્રામ્ય અને શહેરી વિસ્તારની તુલના કરીએ તો ગુજરાત રાજયમાં 2007ના વર્ષમાં ગ્રામીણ વિસ્તારમાં 2.9 અને શહેરી વિસ્તારમાં 2.2 પ્રજનન દર હતો. આમ એવુ કહી શકીએ કે શહેરી વિસ્તાર કરતા ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં કુલ પ્રજનન ઊંચો જોવા મળે છે. ભારત સરકારે 2000ની સાલમાં બનાવેલી વસ્તી નીચા પ્રમાણે આ દર 2010 સુધીમાં 2.1 સુધીના નીતા સ્તરે લઈ જવાનો લક્ષ્ય હતો. જે સિધ્ધ થઈ શક્યો નથી.

કુલ પ્રજનન દર ઊંચો હોવાના કારણોમાં લગ્ન સંસ્થાનું સાર્વત્રિકરણ, નાની ઉંમરે લગ્ન, વિધવા વિવાહ, પુત્રની પસંદગી, સંયુક્ત કુટુંબની પ્રથા, નિરક્ષરતા, કર્મનો સિધ્ધાંત અને સ્ત્રીઓનુ આર્થિક પ્રવૃત્તિમાં નીચુ પ્રમાણ વગેરે ને ગણાવી શકાય.

ઉપરોકત તપાસેલા તમામ સ્વાસ્થ્ય વિષયક નિર્દેશકોમાં સુધારો લાવવો હોય આરોગ્ય ક્ષેત્રે મહત્ત્વનું આંતરમાળખુ અને કેળવાયેલી માનવશકિત પૂરતા પ્રમાણમાં હોવી પણ આવશ્યક છે. અહીંયા આંતરમાળખાકીય સેવાઓમાં દવાખાના કે હોસ્પિટલના બિલ્ડીંગો અને તમામ જરૂરી સાધનો તેમજ કેળવાયેલ માનવ શક્તિઓમાં મેડીકલ અને પેરામેડીકલ સ્ટાફની પૂરતી વ્યવસ્થા ખૂબ જરૂરી છે હવે આપણે ગુજરાત રાજયની સ્થિતી આ સુવિધાના સંદર્ભે કેવી છે તેનો અભ્યાસ કરીશું.

11.2.4 સરકારી દવાખાના અને પથારીની સુવિધા :

ભારતમાં મુખ્યત્વે બે પ્રકારના સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર જોવા મળે છે. (1) જાહેર સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર અને (2) ખાનગી સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર. ભારતમાં સામાન્ય સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ પુરી પાડવાની પ્રાથમિક જવાબદારી કેન્દ્ર સરકારની સાથો સાથ રાજ્ય સરકારની પણ છે. બીજા શબ્દોમાં કહીએ તો એમ કહી શકાય કે જાહેર સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર અંતર્ગત સ્વાસ્થ્ય જાળવણીની સેવાઓ પૂરી પાડવાની જવાબદારી સ્થાનિક સરકાર, રાજ્ય સરકાર તથા કેન્દ્ર સરકાર એમ ત્રણેય સ્તરની સરકારોની સહિયારી જવાબદારી છે. ગુજરાત રાજ્ય સરકારી હોસ્પિટલ અને સામૂહિક દવાખાનાઓની સ્થાપના કરી આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડી રહી છે. હવે આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં દવાખાનાની સંખ્યા અને પથારીની સંખ્યાની ચર્ચા કરીશું.

ટેબલ નં. 4 વિસ્તાર પ્રમાણે સરકારી દવાખાના અને પથારીની સુવિધા

વર્ષ	કુલ હોસ્પિટલની સંખ્યા	ગ્રામીણ વિસ્તારમાં કુલ હોસ્પિટલ	શહેરી વિસ્તારમાં કુલ હોસ્પિટલ	કુલ પથારીની સંખ્યા	ગ્રામીણ વિસ્તારમાં કુલ પથારીની સંખ્યા	શહેરી વિસ્તારમાં કુલ પથારીની સંખ્યા	સરેરાશ પથારીની સંખ્યા	ગ્રામીણ વિસ્તારમાં સરેરાશ પથારીની સંખ્યા	શહેરી વિસ્તારમાં સરેરાશ પથારીની સંખ્યા	દર હોસ્પિટલ સરેરાશ વસ્તીનું પ્રમાણ	દર પથારીએ સરેરાશ વસ્તીનું પ્રમાણ
2005	503	312	191	35056	11893	23163	70	38	121	1.07,634	1544
2008	388	284	104	29868	11077	18791	77	39	181	1.45,943	1896
2011	445	318	127	1,93,210	11099	1,82.111	434	35	1434	1.35.694	313
2014	385	296	89	27928	8945	18983	73	30	213	1.59.297	2196
2018	438	363	75	20172	11688	8484	46	32	113	-	-

Source : CMIE- Centre for Monitering Indian Economy.

ડૉકટરની આંકડાકીય માહિતી દર્શાવે છે કે ગુજરાત રાજ્યમાં 2005થી 2018દરમિયાન હોસ્પિટલની સંખ્યામાં ઉતાર-ચઢાવ જોવા મળે છે. રાજ્યમાં 2005કરતાં2018ના વર્ષમાં કુલ હોસ્પિટલની સંખ્યામાં 13 ટકા જેટલો ઘટાડો નોંધાયો છે. જ્યારે આ સમય દરમિયાન ગ્રામીણ વિસ્તારમાં હોસ્પિટલની સંખ્યામાં 16.35 ટકાનો વધારો અને શહેરી વિસ્તારમાં હોસ્પિટલની સંખ્યામાં 60.73 ટકાનો ઘટાડો નોંધાયો છે. આ દવાખાનાની સંખ્યામાં ગ્રામીણ અને શહેરી વિસ્તારમાં જોવા મળતી હોસ્પિટલ અને સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રનો જ સમાવેશ થયેલ છે. શહેરી વિસ્તારમાં દવાખાનામાં નોંધાયેલ ઘટાડાનું કારણ સરકારે ખાનગીકરણની નીતિ અપનાવતાં કેટલા દવાખાના ખાનગી ટ્રસ્ટને સોંપેલ છે. બીજી બાજુ જોઈએ તો હોસ્પિટલ દીઠ સરેરાશ વસ્તીના પ્રમાણમાં 2005 કરતાં 2018ના વર્ષમાં વધારો થયો છે. આ 13 વર્ષના ગાળા દરમિયાન આ પ્રમાણમાં 48 ટકા જેટલો વધારો થયો છે. કારણ કે એક બાજુ દવાખાનાની સંખ્યામાં ઘટાડો થયો અને બીજી બાજુ ગુજરાત રાજ્યમાં આ ગાળા દરમિયાન વસ્તીના પ્રમાણમાં વધારો થવાને કારણે દવાખાનાદીઠ સરેરાશ વસ્તીનું પ્રમાણ વધ્યું છે.

આ તમામ સરકારી દવાખાનામાં પથારીની સંખ્યાની ચર્ચા કરીએ તો કુલ પથારીની સંખ્યામાં આ 13 વર્ષના ગાળા દરમિયાન એટલે કે 2005થી 2018 ના વર્ષ દરમિયાન 42.45ટકા જેટલો ઘટાડો નોંધાયો છે. જ્યારે ગ્રામીણ વિસ્તારમાં આ પ્રમાણમાં 1.72ટકા જેટલો નજીવો ઘટાડો અને શહેરી વિસ્તારમાં આ સમય દરમિયાન 63.37 ટકા જેટલો જંગી ઘટાડો નોંધાયો છે. આ સરકારી દવાખાનામાં કુલ પથારીમાં થયેલા ઘટાડાની વિશેષ અસર શહેરી વિસ્તારના દવાખાનામાં થયેલ છે. આનું કારણ

કદાચ એ હોઈ શકે કે શહેરી વિસ્તારમાં ખાનગી દવાખાનાની વધારે ઉપલબ્ધિના કારણે સરકારી દવાખાનાની માંગમાં ઘટાડો થયો છે બીજી બાજુ પથારીદીઠ સરેરાશ વસ્તીના પ્રમાણમાં આ સમયગાળા દરમિયાન વધારો થયેલ માલુમ પડે છે. આ ગાળા દરમિયાન 42.22ટકા જેટલો વધારો થયેલ જોવા મળે છે. દવાખાનાદીઠ સરેરાશ પથારીની ચર્ચા કરીએ તો સરેરાશ કુલ પથારી જે 2005ના વર્ષમાં 70 હતી તે 2018 ના વર્ષમાં ઘટીને 46 થઈ ગઈ છે. જયારે ગ્રામ્ય વિસ્તારમાં આ પ્રમાણ 38 થી ઘટીને ૩૨ તેમજ શહેરી વિસ્તારમાં આ પ્રમાણ 121થી ઘટીને 113 જેટલું થયુ છે. એટલે કે દવાખાનાદીઠ સરેરાશ પથારીના પ્રમાણમાં પણ ઘટાડો નોંધાયો છે.

11.2.5 ડૉકટર અને દાંતના સર્જનનું પ્રમાણ :

સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રે પરિમાણાત્મક અને ગુણાત્મક પરિવર્તનો લાવવા માટે માત્ર ભૌતિક સુવિધાઓ હોવી પૂરતી નથી પરંતુ આ સેવા પુરી પાડનાર કુશળ ડૉકટર અને અન્ય મેડીકલ સ્ટાફ હોવો પણ એટલો જ જરૂરી છે. જો રાજયમાં અદ્યતન દવાખાના અને સાધનો ઉપલબ્ધ હશે પરંતુ તેનો ઉપયોગ કરીને સેવા પુરી પાડવા માટે યોગ્ય માનવશક્તિનો અભાવ હશે તો સ્વાસ્થ્ય સેવા સુધરી શકશે નહીં.હવે આપણે ગુજરાત રાજયમાં ડૉકટર અને દાંતના સર્જનનું પ્રમાણ કેટલુ છે. તેનો અભ્યાસ કરીશું.

ટેબલ નં. 5 ડૉકટર્સઅને દાંતના સર્જનનું પ્રમાણ :

ક્રમ	વર્ષ	ડૉકટરની સંખ્યા	સમગ્ર દેશમાં ફાળો(%)	દાંતના સર્જનની સંખ્યા	સમગ્ર દેશમાં ફાળો
1	2004	37327	5.72	1453	2.63
2	2007	41877	5.73	2558	3.50
3	2010	47231	5.70	2684	2.35
4	2013	53376	5.81	4648	3.16
5	2016	53954	5.37	10515	5.32

Source :Centre for Monitering Indian Economy.

ગુજરાત રાજ્યમાં ડૉકટરો અને દાંતના સર્જનનું પ્રમાણ કેટલું છે તેનો ખ્યાલ ઉપરની માહિતી પરથી આવે છે. ગુજરાત રાજયમાં 2004માં નોંધાયેલા ડૉકટરોની સંખ્યા 37327 હતી. જે 2016 માં વધીને 53,954 થઈ છે. એટલે કે આ 12વર્ષ દરમિયાન ડૉકટરોની સંખ્યામાં 44.54ટકાનો સારો વધારો થયો છે. સમગ્ર દેશમાં ઉપલબ્ધડૉકટરોમાંથી રાજ્ય સ્તરે ફાળો 2004 ના વર્ષમાં 5.37 ટકા જેટલી ઉપલબ્ધિ પ્રાપ્ત થાય છે.

દાંતના સર્જનના પ્રમાણની ચર્ચા કરીએ તો આ પ્રમાણ 2004માં 1453 હતું તે 2016માં વધીને 10515 જેટલુ થયુ છે એટલે કે આ પ્રમાણમાં 12 વર્ષ દરમિયાન છ ઘણો વધારો નોંધાયો છે. એટલે આપણે કહી શકીએ કે ગુજરાત રાજ્યમાં છેલ્લા દસકામાં દાંતના ડૉકટરોની સંખ્યામાં મોટો વધારો થયો છે. સમગ્ર ભારતમાં દાંતના ડૉકટરોની સંખ્યામાં રાજ્યનો ફાળો જે 2004માં 2.63 ટકા હતો તે વધીને 2016માં 5.32 ટકા થયો છે એટલે કે આ પ્રમાણમાં વધારો થયો છે.

11.2.6 આરોગ્યક્ષેત્રે આયુષ (AYUSH) સેવાઓઃ

ભારતના લોકોમાં વર્તમાન આધુનિક જીવનશૈલીમાં જે રીતે પરિવર્તન આવેલ છે અને આવી રહેલ છે જેના કારણે વારંવાર ઊત્પન્ન થતી શારીરિક - માનસિક

અવ્યવસ્થાની વધતી જતી માત્રાને ધ્યાનમાં રાખી સ્વાસ્થ્ય જાળવણી માટેની પરંપરાગત ઔષધિય પધ્ધતીને પ્રોત્સાહિત કરી, તેનો બહોળો પ્રચાર કરવા માટેનો મુખ્ય ધ્યેય આયુષ સેવાઓનો છે. સમગ્ર વિશ્વમાં સ્વાસ્થ્ય જાળવણીની વિવિધ પધ્ધતિઓ પૈકી આયુષ વિભાગ સ્વાસ્થ્ય સેવાક્ષેત્રે વિવિધ રોગો ઉપર નિયંત્રણ મૂકવા તથા જાહેર આરોગ્ય જાળવણીની ગુણવત્તામાં સુધારો વધારો કરવાના આશયથી સ્વાસ્થ્ય જાળવણીની પધ્ધતીના તમામ સ્તરે આયુષે જરૂરી પગલાં હાથ ધરેલ છે. તથા તમામ લોકો સુધી આયુષને પહોંચાડવાના આશયથી અનેક પ્રકારના જાહેર સ્વાસ્થ્ય ઝુંબેશનું આયોજન કરવામાં આવેલ છે આમાના ઘણા કાર્યક્રમ સમયાંતરે ગોઠવવામાં આવે છે. AYUSH નું પુરૂ નામ આ પ્રમાણે છે.

A= Ayurveda

Y = Yoga & Natropathy

U = Unani

S = Siddha

H = Homeopathy

હવે આપણે ગુજરાત રાજ્યમાં આયુષની સેવાઓની ચર્ચા કરીશું.

ટેબલ નં 6 ની આંકડાકીય માહિતી પરથી ખ્યાલ આવે છે કે 2005-06 ના વર્ષ દરમિયાન આયુષ હોસ્પિટલોની સંખ્યા જે 66 હતી તે 2017-18 માં ઘટીને 64 થઈ છે. એટલે કે બે હોસ્પિટલ ઘટી છે. જયારે દવાખાનાની સંખ્યા જે 718 હતી તે વધીને 806 થઈ છે એટલે કે દવાખાનાની સંખ્યામાં 88 નો વધારો થયો છે.

ટેબલ નં. 6 રાજ્યમાં આયુષ સુવિધાઓ

ક્રમ	વર્ષ	કુલ હોસ્પિટલ	કુલ દવાખાના	આયુર્વેદ હોસ્પિટલ	આયુર્વેદ દવાખાનાઓ	યોગ હોસ્પિટલ	યોગ દવાખાનાઓ	નેચરોપેથી હોસ્પિટલ	નેચરોપેથી દવાખાના	હોમિયોપેથીક હોસ્પિટલ	હોમિયોપેથીક દવાખાના	આમચી હોસ્પિટલ	આમચી દવાખાના
1	2005-06	66	718	48	493	01	01	03	08	14	216	00	00
2	2008-09	62	734	44	504	-	-	02	13	16	216	00	01
3	2011-12	57	740	41	523	-	-	00	00	16	216	00	01
4	2014-15	63	791	41	545	-	16	06	14	16	216	00	00
5	2017-18	64	806	42	560	-	16	06	14	16	216	00	00

Source : Centre for Monitering Indian Economy.

આયુર્વેદ હોસ્પિટલની સંખ્યા 2005-06 માં 48 હતી તે 2017-18માં ઘટીને 42 થઇ છે. એટલે કે 6 હોસ્પિટલ ઘટી છે. જયારે દવાખાનાની સંખ્યા 493 હતી તે વધીને 560 થઈ છે. એટલે કે 67 જેટલો વધારો થયો છે.

રાજ્યમાં 2005-06 માં એક યોગની હોસ્પિટલ હતી જે બંધ થઇ ગઈ છે. જયારે 2005-06માં એક દવાખાનું હતું તે 2017-18માં વધીને 16 થયા છે એટલે કે 15 જેટલો વધારો થયો છે.

નેચરોપેથી હોસ્પિટલસંખ્યા જે 2005-06 માં 3 હતી તે તે 2017-18માં 6 થઈ છે જયારે દવાખાનાની સંખ્યા 8 હતી તે 2017-18માં 14 થઈ છે.

રાજ્યમાં 2005- 06 હોમીયોપીથી હોસ્પિટલની સંખ્યા 14 હતી તે વધીને 2017-18 માં 16 થઈ હતી જયારે હોમીયોપેથી દવાખાનાની સંખ્યા 216 હતી તે 2017-18 માં પણ 216 જ રહી હતી.

આયુષના અન્ય વિભાગો જેવા કે યુનાની અને સિધ્ધની ગુજરાતમાં એક પણ હોસ્પિટલ નથી. જયારે યુનાની અને સિધ્ધના કોઈ પણ દવાખાના પણ નથી. આમ આયુષની સેવાની સ્થિતી ગુજરાતમાં ઉપર મુજબ જોવા મળે છે.

11.3 ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય સેવાઓની સમસ્યાઓ :

ગુજરાત રાજ્ય સમગ્ર ભારતમાં મુખ્ય ઔદ્યોગિક કેન્દ્ર તરીકેનું સ્થાન ધરાવે છે. ગુજરાતે છેલ્લા બે દસકા દરમિયાન જુદા જુદા આર્થિક નિર્દેશકોમાં ઉત્કૃષ્ટ દેખાવ કર્યો છે. ગુજરાત રાજ્યનો આર્થિક વિકાસ દર ખૂબ સારો છે. ખાસ કરીને ખેતી ક્ષેત્રે સારું પરીણામ પ્રાપ્ત કર્યુ છે. ગુજરાત રાજ્યમાં ખેતી ક્ષેત્રે 2002-03 થી 2013- 14ના દશકા દરમિયાન સરેરાશ 7.00 ટકાના દરે વિકાસ કર્યો છે. જયારે આ સમયગાળા દરમિયાન સમગ્ર દેશની સરેરાશ વિકાસ યાત્ર માત્ર 3.3 ટકા જ રહી હતી. એટલે કે સમગ્ર દેશની તુલનાએ ગુજરાતે બે ગણા કરતાં વધારે વિકાસ હાંસલ કર્યો છે. ગરીબી દૂર કરવામાં પણ રાજ્ય ઘણા અંશે સફળ રહ્યુ છે. તેમ છતા આપણે જેને સામાજિક વિકાસનાં નિર્દેશકો કહીએ છીએ તે બાબતમાં રાજ્યનું મિશ્ર પરીણામ જોવા મળે છે. સમગ્ર ભારતની સરખામણીએ શિક્ષણ ક્ષેત્રે ગુજરાત રાજ્ય ઘણું પાછળ છે તેમજ આરોગ્યના ક્ષેત્રે પણ કેટલીક બાબતોમાં ઘણા જ સુધારાઓ કરવાના બાકી છે. હવે આપણે રાજ્યમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે કઈ સમસ્યાઓ રહેલી છે તેની ચર્ચા કરીશું.

1. ફળદ્રુપતાદરની સમસ્યા :

ગુજરાત રાજ્યમાં બાળકોમાં કુપોષણની સમસ્યા મોટા પ્રમાણમાં જોવા મળે છે. ICMR ના મત મુજબ રાજ્યમાં કુપોષણ અને આયરનની કમીનું કારણ વધારે મૃત્યુ માટે જવાબદાર પરીબળો છે. દા.ત. રાજ્યમાં ઉંમર પ્રમાણે બાળકની જે વૃધ્ધિ હોવી જોઈએ તેટલી જ થઈ હોય તેવા કિસ્સાઓ NEHS-2 ના સર્વે પ્રમાણે (1998-99) 52% નું પ્રમાણ હતું તે NFHS-4 (Natrinal Family Heatl Survey-4) પ્રમાણે જે (2015-16) માં ઘટીને 38.5% થયું હતું. આમ છતાં હજુ આ પ્રમાણ ઘણું જ ઊંચું છે તેવુ કહી શકાય. ગુજરાત રાજ્યમાં ઓછું વજન ધરાવતા બાળકોનું પ્રમાણ NFHS-2 પ્રમાણે જે 42% હતું તે NFHS-4 પ્રમાણે ઘટીને 30.3 થયું હતું. આમ જોઈએ તો 17 વર્ષના ગાળામાં આ પ્રમાણમાં માત્ર 2.7 ટકાવારી બિંદુનો આંક ઘણો નાનો કહેવાય.

સમગ્ર ભારતમાં 2015-16 ના ડેટા પ્રમાણે ગુજરાત રાજ્યનો બાળકની વૃધ્ધિની દ્રષ્ટિએ 29 મો ક્રમ અને ઓછા વજનની દ્રષ્ટિએ 32 મો ક્રમ હતો એટલે આપણે કહી શકીએ કે કુપોણણની દષ્ટિએ સમગ્ર ભારતમાં ગુજરાત રાજ્ય ઘણું પાછળ છે.

2. રસીકરણનું નીચું પ્રમાણ :

ગુજરાત રાજ્ય સંપૂર્ણ રસીકરણની દિશામાં પણ ઘણું પાછળ છે. રોગપ્રતિકારક શકિત વધારવા અને ગંભીર રોગો સામે રક્ષણ આપવા માટે બાળકના ઉંમરના જુદા જુદા તબક્કે વિવિધ પ્રકારના રસી આપવામાં આવે છે. ખાસ કરીને બાળકની ઉંમર 12 મહિનાથી 23 મહિના વચ્ચે હોય ત્યારે ઘણા પ્રકારની રસી મુકવામાં આવે છે. NFHS-2 ના ડેટા પ્રમાણે 1998-99માં ગુજરાત રાજ્યમાં સંપૂર્ણ રસીકરણ જે 53 ટકા બાળકોમાં થયું હતું તે NFHS-3 ના ડેટા પ્રમાણે 2005-06 માં ઘટીને 45 ટકા થયું હતું. એટલે કે 7 વર્ષના ગાળામાં સંપૂર્ણ રસીકરણમાં ઘટાડો નોંધાયો હતો. 2015-16 માં NFHS ના 4 થયા રાઉન્ડમાં આ પ્રમાણ વધીને 50 ટકા થયુ હતું એટલે કે તે NFHS ના પ્રથમ રાઉન્ડમાં જે 50.4 ટકાનું હતુ તેની નજીક પહોંચ્યુ હતુ. 2005-06માં ગુજરાત રાજ્યનો સમગ્ર ભારતમાં સંપૂર્ણ રસીકરણમાં નીચેથી 10 મો ક્રમ હતો જે 2015-16માં કુલ 36 રાજ્યોમાંથી નીચેથી ૫ મો ક્રમ એટલે કે 32મો ક્રમ થઈ ગયો હતો. આથી કહી શકાય કે ગુજરાત રાજ્ય સમગ્ર ભારતમાં આ બાબતે ઘણું જ પાછળ છે. તેમાં સુધારો લાવવો ઘણો જ આવશ્યક છે.

3. સંસ્થાકીય ડિલીવરીનું પ્રમાણ :

ગુજરાત સરકારે 2005ના વર્ષમાં ફળદ્રુપતા દર, બાળમૃત્યુદર અને માતા મૃત્યુદરમાં ઘટાડો લાવવા માટે ચિરંજીવ યોજના અમલમાં મુકી છે. જેના કારણે દવાખાનામાં જ અને ડૉકટરો દ્વારા જ ડીલીવરી થાય તે પ્રમાણમાં ખૂબ સારો વધારો થયો છે. દા.ત. NFHS ના પ્રથમ રાઉન્ડમાં સંસ્થાકીય ડિલીવરીનું પ્રમાણ જે 44 ટકા હતું તે NFHSના ચોથા રાઉન્ડમાં વધીને સરેરાશ 87.3 ટકા થયુ હતુ. તેમ છતાં આ પ્રમાણમાં આંતર જિલ્લા અસમાનતા ઘણી જોવા મળે છે. દા.ત. ચોથા રાઉન્ડમાં સુરત, નવસારી અને પોરબંદર જિલ્લામાં સંસ્થાકીય ડિલીવરીનું પ્રમાણ 95 ટકા હતું. જયારે ડાંગ જિલ્લામાં તે પ્રમાણ માત્ર 53.7 ટકા જેટલુંહતું. આમ આ જિલ્લાઓ વચ્ચે આ તફાવત 41.3 ટકાવારી બિંદુ જેટલો જોવા મળે છે, જે ઘણો જ ઊંચો કહેવાય.

4. માંગ અને પુરવઠામાં તફાવત :

ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય સેવાઓની કુલ માંગ અને કુલ પુરવઠા વચ્ચે ઘણો તફાવત રહેલ છે રાજ્યમાં ડૉકટરો, નર્સો અને પથારીની કુલ માંગની તુલનાએ તેમનો પુરવઠો ઘણો ઓછો છે. દા.ત. ગુજરાત રાજ્યમાં સરેરાશ 1300 ની વસ્તીએ એક ડૉકટર ઉપલબ્ધ છે. જે પ્રમાણ તમીલનાડુ રાજ્યમાં માત્ર 800 છે. માત્ર સરકારી દવાખાનાને ધ્યાનમાં રાખીએ તો આ પ્રમાણ 19000ની વસ્તીએ માત્ર એક ડૉકટર ઉપલબ્ધ છે. જેનું પ્રમાણ તામીલનાડુ રાજ્યમાં 9000નું છે. નર્સીંગ સ્ટાફનું પ્રમાણ પણ તેની માંગ કરતાં ઓછુ જોવા મળે છે. આ સાથે દવાખાનાઓમાં સરેરાશ પથારીની સંખ્યા પણ ઘણી ઓછી છે. રાજ્યમાં 2014માં સરેરાશ 2196ની વસ્તીએ એક પથારી ઉપલબ્ધ હતી.તેથી ઘણીવાર સરકારી હોસ્પિટલમાં લોબીમાં તાત્કાલિક પથારીની વ્યવસ્થા ઉભી કરવી પડે છે. ખાસ કરીને કોરોના જેવા ભયંકર રોગના સમયે તો આ પથારીની સંખ્યા ઘણી ઓછી પડે છે.

5. કેટલાક આરોગ્ય નિર્દેશકોમાં નબળી સ્થિતી :

આરોગ્ય સેવા અને શિક્ષણ તેમજ આરોગ્ય નિર્દેશકો વચ્ચે સકારાત્મક સંબંધ જોવા મળે છે. એટલે કે આરોગ્ય સેવા અને શિક્ષણમાં જો સુધારો થાય. ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્યની સેવાના સુધારા સાથે આરોગ્ય નિર્દેશકોમાં પણ સુધારો થઈ રહ્યો છે પરંતુ કેટલાક નિર્દેશકોમાં અમુક રાજ્યોની સરખામણીએ આપણા રાજ્યની સ્થિતીમાં સુધારો ઓછો થયો છે. દા.ત બાળ મૃત્યુદરનું પ્રમાણ રાજ્યમાં જરૂર ઓછું થયું છે પરંતુ ગ્રામીણ વિસ્તારમાં આ પ્રમાણ દર હજાર બાળકોએ 58નું હતું જે મહારાષ્ટ્ર રાજ્યમાં 40 જેટલું જ હતું એટલે આ બાબતે આમા સુધારો ખૂબ જરૂરી છે. પ્રજનન દરની વાત કરીએ તો ભારત સરકાર દ્વારા સમગ્ર દેશમાં આ પ્રમાણ 2.1ના સ્તરે લાવવા માટેનો લક્ષ્ય રાખવામાં આવ્યું હતું. પરંતુ ગુજરાત રાજ્યમાં 2010માં તેનું પ્રમાણ 2.5ની આસપાસ હતું. આમ આવા કેટલાક આરોગ્ય નિર્દેશકોમાં સુધારો લાવવા માટે રાજ્યએ હજુ વધારે પ્રયાસો કરવા પડશે.

6. માતા મૃત્યુદરનું ઊંચુ પ્રમાણ :

ડીલીવરી સમયે જો મહિલાનું મૃત્યુ થાય તેને માતા મૃત્યુદર તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. રાજ્ય સરકાર આ પ્રમાણમાં ઘટાડો લાવવા માટે પ્રયત્ન કરી રહી છે. પરંતુ 2004-5ના વર્ષમાં આ પ્રમાણ 160નું હતું એટલે કે 1 લાખ સ્ત્રીઓએ ડીલીવરી સમયે

160 સ્ત્રીઓનુ મૃત્યુ થતુ હતું જે પ્રમાણ કેરાલામાં 95 અને તામીલનાડુમાં 111હતું આમ આ પ્રમાણ ઘટાડવું જરૂરી છે.

7. આરોગ્યક્ષેત્રે બજેટનું નીચુ પ્રમાણ :

માનવ શક્તિના સફળ આયોજન માટે આરોગ્ય સેવા એક અનિવાર્ય સેવા છે. કારણ કે માનવશ્રમના શારીરિક અને માનસિક વિકાસ માટે આરોગ્ય સેવાઓ મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે. પરંતુ ગુજરાત રાજ્યનું આરોગ્ય સેવા માટે ઘણેં ઓછુ બજેટ છે. 2012-13ના વર્ષમાં રાજ્યની કુલ જીડીપીના 2.47 ટકા ખર્ચ આરોગ્ય સેવા પાછળ કરવામાં આવતો હતો. જયારે આ પ્રમાણ કર્ણાટક રાજ્યમાં 3.33 ટકા અને કેરાલા રાજ્યનું 2.58ટકા જેટલું હતું. અન્ય રાજ્યોજસ સરખામણીએ પહોંચી વળવા રાજ્ય સરકારે સારી આરોગ્ય સેવા માટે બજેટ પ્રમાણ વધારવુ આવશ્યક છે.

8. નેટવર્કીંગનો અભાવ :

નીચે પ્રમાણે સારી રીતે ત્વરિત આરોગ્ય સેવા મેળવવા માટે ડૉકટરો અને હોસ્પિટલો વચ્ચે વ્યવસ્થિત નેટવર્કીંગ હોવુ જરૂરી છે. પરંતુ ગુજરાત રાજ્ય અને સમગ્ર ભારતમાં આવુ નેટવકીંગ જોવા મળતુ નથી. દરેક ડૉકટર અને હોસ્પિટલ અલગ એકમ તરીકે કાર્ય કરે છે. ગુજરાત રાજ્યમાં આવા નેટવર્કીંગનો અભાવ હોવાનું એક કારણ આરોગ્ય સેવાની માંગ કરતાં પુરવઠો ઓછો તે છે.

9. હોસ્પિટલોનું નબળુ હોસ્પિટલ વહીવટીતંત્ર :

રાજ્ય સરકાર દ્વારા ચલાવવામાં આવતી હોસ્પિટલોમાં વહીવટીતંત્ર ઘણુ નબળુ જોવા મળે છે. જેની અસર વિવિધ આરોગ્ય સેવા પર થાય છે. આરોગ્ય સેવા માટે જરૂરી એવા મહત્ત્વના સાધનો જેવા કે એક્સ રે મશીન, સોનોગ્રાફી મશીન વગેરે તેની યોગ્ય જાળવણીના અભાવે યોગ્ય રીતે કામ કરતા હોતા નથી. એકવાર બંધ પડે પછી તે લાંબા સમય સુધી કાર્યરત કરવામાં આવતા નથી. હોસ્પિટલ માટે વિવિધ દવાઓ અને સાધનોની ખરીદીમાં ઘણો વિલંબ જોવા મળતો હોય છે તેમજ તેમાં ઘણી વખત ભ્રષ્ટ્રાચાર પણ થતો હોય છે. આ કારણે વિવિધ આરોગ્ય વિષય સેવા પર પ્રતિકુળ અસર પડતી હોય છે. આમ, ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે ઉપરોકત સમસ્યા પર ખાસ ધ્યાન આપવાની જરૂર છે.

11.4 આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ :

આરોગ્ય સેવાનો ટૂંકો ઈતિહાસ તપાસીએ તો ખ્યાલ આવશે કે એલોપેથીક સારવારના ઉદ્દભવ પહેલા ૧૯મી સદીમાં વૈદકિય સારવાર મોટા ભાગે ઘરોમાં અને સમુદાયોમાં ખાનગી હતી આ સમયગાળા દરમિયાન મોટાભાગના વિકસિત અને વિકાસશીલ દેશોમાં અમુક ઔપચારિક તાલીમ પામેલા લોકો સમાજના સુખી સપન્ન લોકોની સારવાર કરતા હતાં અને સામાન્ય લોકો મોટાભાગે ધાગા-દોરા અને જંતર-મંતર થી ઈલાજ કરતા હતાં. ઔદ્યોગિકરણ પહેલાના સમયમાં મોટા ભાગના પશ્ચિમી દેશોમાં વૈદકિય વ્યવસાય વિકસ્યો હતો. ભારતમાં સ્થાનિક પધ્ધતિઓ જેવી કે આયુર્વેદા, યુનાની, સિધ્ધા અને કુદરતી ઉપચાર નો ઉપયોગ લોકોની સારવાર માટે કરવામાં આવતો હતો. આ બધી જ સારવાર વ્યક્તિગત કે ખાનગી ધોરણે હાથ ધરાતી હતુી. 19મી સદીના અંતમાં રાજ્યો દ્વારા સ્વાસ્થ્ય સારવામાં હસ્તક્ષેપ કરવામાં આવ્યો હતો. આ ક્ષેત્રે સર્વ પ્રથમ પ્રયત્ન બિસમાર્ડ દ્વારા જર્મનીમાં 1883માં કરવામાં આવેલો

ત્યારબાદ જે દેશ જે પ્રકારની આર્થિક પધ્ધતી ધરાવતુંહતું તે પ્રમાણે આરોગ્ય સેવા આપવાની વ્યવસ્થા ગોઠવાઈ હતી. દા.ત જે દેશ મૂડીવાદી અર્થવ્યવસ્થા ધરાવતું હતું તે દેશમાં આરોગ્યની મોટાભાગની સેવાઓ ખાનગી ક્ષેત્ર દ્વારા પૂરી પાડવમાં આવી હતી. જયારે ક્યુબા જેવા થોડા સામ્યવાદી રાષ્ટ્રમાં આરોગ્યની તમામ સેવાઓ રાજય દ્વારા પૂરી પાડવમાં આવતી હતી. અને મિશ્ર અથતંત્ર ધરાવતા ભારત જેવા દેશો જાહેર અને ખાનગી બન્ને પ્રકારની આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડતાંહતાં.

છેલ્લા ત્રણ દાયકાથી ખાનગીકરણની પધ્ધતિ દ્વારા વિશ્વમાં સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા અંગેની કાર્યનીતિ શોધવાની દિશામાં કેન્દ્રિય સ્થાન ધરાવે છે. ભારત જેવા દેશોએ પણ નવા આર્થિક સુધારાઓ અપનાવતા આ પ્રકારની સેવાનો ફાળો જાહેર ક્ષેત્રે ઘટતો ગયો છે અને ખાનગી ક્ષેત્રનો વધતો ગયો છે. ભારત સરકાર દ્વારા અપનાવવામાં આવેલી ખાનગીકરણની નીતિ ગુજરાત રાજયએપણ અપનાવી છે. હવે આપણે આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણની ચર્ચા કરીશું.

11.4.1 ગુજરાતમાં આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણનું પ્રમાણ :

સામાન્ય રીતે એવું જોવા મળે છે કેજાહેરક્ષેત્ર દ્વારા પુરી પાડવામાં આવતી આરોગ્ય સેવા કાં તો સંપૂર્ણ મફતઅથવા તો સામાન્ય દરથી આપવામાં આવતી હોય છે. આથી જે લોકોની આર્થિક સ્થિતી નબળી હોય તેવા લોકો લગભગ આરોગ્ય સેવાઓ જાહેરક્ષેત્ર દ્વારા મેળવતા હોય છે. જયારે ખાનગીક્ષેત્ર દ્વારા આપવામાં આવતી સેવાઓ વધુ ખર્ચાળ હોય છે પરંતુ ગુણવત્તા સારી હોય છે. આથી ધનિક લોકો આવી સેવા ખાનગી ક્ષેત્ર દ્વારા મેળવતા હોય છે. અહીં આપણે વિસ્તાર પ્રમાણે આ સેવા કેટલા પ્રમાણમાં કયા ક્ષેત્રમાં મેળવવામાં આવે છે અને બન્ને સેવા મેળવવામાં સરેરાશ ખર્ચ કેટલો થાય છે તેની ચર્ચા કરીશું.

ટેબલ-07 વિસ્તાર પ્રમાણે હોસ્પિટલમાં સેવા મેળવતા લોકોનું પ્રમાણ (ટકાવારીમાં)

ક્રમ	વિસ્તાર	1996	2014
1	જાહેરક્ષેત્ર (ગ્રામીણ)	44	42
2	ખાનગીક્ષેત્ર (ગ્રામીણ)	56	58
3	જાહેરક્ષેત્ર (શહેરી)	43	32
4	ખાનગીક્ષેત્ર (શહેરી)	57	68

Source: CMIE1 : Centre for Monitering Indian Economy.

ઉપરોકત માહિતીથી ખ્યાલ આવે છે કે ગ્રામીણ તેમજ શહેરી બન્ને વિસ્તારના લોકો જાહેરક્ષેત્ર કરતાં ખાનગી ક્ષેત્ર પાસેથી વધારે સેવા મેળવે છે. તેમજ બીજા વિસ્તારમાં ૧૮વર્ષના ગાળામાં જાહેરક્ષેત્ર દ્વારા મેળવવામાં આવતી સેવાનાં પ્રમાણમાં ઘટાડો થયો છે અને ખાનગી ક્ષેત્ર દ્વારા મેળવવામાં આવતી સેવામાં વધારો થયો છે.

ટેબલ- 8 આરોગ્ય સેવાનો સરેરાશ ખર્ચ (રૂપિયામા)

ક્રમ	વિસ્તાર	જાહેરક્ષેત્રની હોસ્પિટલ		ખાનગીક્ષેત્રની હોસ્પિટલ	
		સમગ્ર ભારતમાં ક્રમ	ખર્ચ સરેરાશ (રૂા.)	સમગ્ર ભારતમાં ક્રમ	ખર્ચ સરેરાશ (રૂા.)
1	કુલ	3	1938	8	27361
2	શહેરી વિસ્તાર	7	3529	8	29281
3	ગ્રામ્ય વિસ્તાર	2	1151	10	25027

Source :Source: CMIE1 : Centre for Monitering Indian Economy.

ઉપરોકત માહિતીથી ખ્યાલ આવે છે કે જાહેરક્ષેત્ર કરતા ખાનગીક્ષેત્રની હોસ્પિટલોમાં આરોગ્ય પાછળનો ખર્ચ ઘણો વધારે છે. આ ખર્ચ સરેરાશ 13 ગણો વધારે માલુમ પડે છે. બીજી બાબત જોઈએ તો ગ્રામીણ વિસ્તાર કરતા શહેરી વિસ્તારમાં બન્ને પ્રકારની હોસ્પિટલમાં વધારે ખર્ચ થાય છે. સમગ્ર ભારતમાં ક્રમની દ્રષ્ટિએ જાહેરક્ષેત્રની હોસ્પિટલોમાં ઊંચો અને ખાનગીક્ષેત્રની હોસ્પિટલોમાં નીચો ખર્ચ જોવા મળે છે. એટલે કહી શકીએ કે ગુજરાત રાજ્યમાં અન્ય રાજ્યોની તુલનામાં જાહેરક્ષેત્રની હોસ્પિટલોમાં ઊંચો ખર્ચ છે અને ખાનગીક્ષેત્રની હોસ્પિટલોમાં અન્ય રાજ્યોની તુલનામાં ઓછો ખર્ચ છે.

11.4.2 આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ મૉડેલ :

- આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ મોડેલમાં નીચેની બાબતોનો સમાવેશ થાય છે.
- આરોગ્યસેવાઓના ખર્ચનું ભારણ લોકો પર ખસેડવું.
- આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે નફા માટે કામ કરતી ખાનગી ક્ષેત્રની તકોમાં વિસ્તરણ કરવું.
- આરોગ્ય સેવાનું વિતરણ માટેની કાળજી જાહેર સુંસ્થાઓ પરથી સામાજિક સંસ્થાઓ અને ખાનગીક્ષેત્ર પર ખસેડો.

11.4.3 આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણના કારણો :આરોગ્યક્ષેત્રે નીચેના કારણોથી ખાનગીકરણના વ્યાપમાં વધારો થયેલો જોવા મળે છે.

1. જાહેરક્ષેત્રની સેવાઓનો અપૂરતો વિકાસ
2. જાહેર આરોગ્ય સેવાના નબળા સંચાલનથી અસંતોષ
3. સરકારી દાકતરોના ખાનગી પ્રેકટીસ પર વધારે ઝોક
4. ગુણવત્તાસભર સેવાઓ મેળવવા માટે
5. નાણાકીય સંસ્થાઓનો સારો વિકાસ
6. સરકારનું આર્થિક ભારણ ઘટાડવા
7. આરોગ્ય સેવાની વધતી માંગને પહોંચી વળવા

આમ ઉપરોકત કારણો આરોગ્યક્ષેત્રના ખાનગીકરણ માટે જવાબદાર છે.

11.4.4 આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણના પડકારોઃ

ઉપરોકત કેટલીક બાબતોને કારણે આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ અનિવાર્ય બન્યુ હતું પરંતુ જયારે આરોગ્ય જેવા ખૂબ જ સંવેદનશીલ ક્ષેત્રમાં ખાનગીક્ષેત્રના પ્રવેશને કારણે કેટલાક પડકારો ઉભા થાય છે. નીચે મુજબ છે.

1. આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણને કારણે અસમાનતાનો પડકાર ઉભો થશે, ખાસ કરીને તેની પાછળ જાહેર ક્ષેત્રને બદલે ખર્ચનું ભારણ વ્યક્તિઓ પર આવશે.
2. આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણને કારણે પારદર્શકતાનો પડકાર પણ ઉભો થશે. કારણ કે ખાનગીક્ષેત્રે જયારે નાણા રોકે છે ત્યારે તેમાં નાણાકીય વળતરની અપેક્ષા રાખે છે, નહિ કે દર્દીની સ્થિત.
3. આ પ્રકારની સેવા એ લોકો જ મેળવી શકશે કે જેઓ પાસે સેવાની કિંમત

ચૂકવવાની ક્ષમતા હશે.

4. જાહેરક્ષેત્ર કાર્યદક્ષમતા સિવાય અન્ય મૂલ્યો જેવા કે અસરકારકતા, જવાબદારી પણુ અને વિશ્વાસ સાથે કામ કરશે જયારે ખાનગીક્ષેત્રે આવી ખાસ અપેક્ષાઓ રાખી શકાશે નહીં.

5. જાહેરક્ષેત્ર સંકટના સમયે સામાજિક ઉત્તરદાયિત્વ નિભાવશે જયારે ખાનગીક્ષેત્ર તેમાં નિષ્ફળ પણ નીવડે.

11.5 ગુજરાતમાં આરોગ્યક્ષેત્રે જાહેર નીતિ :

આરોગ્યની સેવા ટકાઉ વિકાસ માટે મૂળભૂત માનવ અધિકાર અને સમાજની આર્થિક વૃધ્ધિ માટે અનિવાર્ય અને નિર્ણાયક છે. આરોગ્યની સેવા ઉત્પાદકીય રોજગારી, માંદગી પરના ખર્ચમાં ઘટાડો અન. ઊંચો સામાજિક સંસાધન દ્વારા રાષ્ટ્રીય વિકાસમાં ફાળો આપે છે.

રાજ્ય સરકારે રાજ્યના દરેક નાગરીકને પ્રાથમિક સારવારથી કોઈને ઉચ્ચસેવા સમાનતાના ધોરણે સૌને પોષણક્ષમ બને તેવી ગેણવત્તાસભર આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે 23 December, 2016 ના રોજ આરોગ્ય નીતિ જાહેર કરી છે. જે નીચે મુજબ છે. આરોગ્ય નીતિમાં જુદી જુદી યોજનાઓ આ પ્રમાણે છે.

11.5.1 2016ની નવી નીતિ :

★ નવી સ્વનિર્ભર મેડિકલ કોલેજોની સ્થાપના માટેની યોજના :

ગુજરાત સરકાર દ્વારા ડિસેમ્બર 2011 થી માર્ચ 2022ના ગાળા માટે સમગ્ર રાજ્ય માટે આ યોજના લાગુ પાડવામાં આવી. આ માટે મેડિકલ કાઉન્સિલ ઑફ ઈન્ડિયા 1999નાં ધારા ધોરણો લાગુ પાડવામાં આવ્યાં. આ યોજના મુજબ MBBS અભ્યાસક્રમમાં પાંચ વર્ષ માટે દેરક બેઠક દીઠ રૂપિયા 15 લાખની સહાય, વીજળી બિલમાં ઈલેક્ટ્રીક ડ્યુટીની ભરપાઈ, સાધનોની ખરીદી માટે વધારાની સહાય, રાજ્યની મહાનગરપાલિકાઓ સિવાયના વિસ્તારમાં ટ્રસ્ટ માટે જમીન ખરીદી માટે બજાર કિંમતના 50% ડિસ્કાઉન્ટ વગેરે જેવી જાહેરાતો કરવામાં આવી.

★ સરકારી હોસ્પિટલોમાં સ્વનિર્ભર મેડિકલ કોલેજ સ્થાપવા માટેની યોજના :

ડિસેમ્બર 2016થી માર્ચ 2022ના ગાળા માટે રાજ્યમાં કેટલાક પસંદગીના જિલ્લાઓમાં સરકારી હોસ્પિટલોમાં જ સ્વનિર્ભર મેડિકલ કોલેજ સ્થાપવા માટેની સહાયક જોગવાઈઓ જાહેર આવી. તે અનુસાર તાપી, બનાસકાંઠા, અમરેલી, ભરૂચ, દાહોદ અને પંચમહાલ જિલ્લામાં મેડિકલ કાઉન્સિલ ઑફ ઈન્ડિયા 1999નાં ધારા ધોરણો અનુસાર સરકારી હોસ્પિટલોમાં ઉપલબ્ધ જમીન/બિલ્ડીંગ માટેની સહાય ભાડાંરૂપે આપવામાં આવશે. નવી મેડિકલ કોલેજથી સ્થાપવા માટે ઘટતી પથારીઓની વ્યવસ્થા કરવામાં આવશે. હોસ્પિટલનાં તમામ સાધનો ભાડેથી આપવામાં આવશે તથા નવાં સાધનોની ખરીદી માટે પણ વધારાની સહાય આપવામાં આવશે. વીજળી બિલમાં ડ્યુટીની ભરપાઈ કરવામાં આવશે. વર્તમાનમાં હોસ્પિટલને મળતી ગ્રાન્ટ સમાન ધોરણે મેળવવાને પાત્ર બનશે.

★ ખાનગીક્ષેત્રે નવી સુપર સ્પેશ્યાલિસ્ટ હોસ્પિટલ શરૂ કરવાની યોજના :

આ યોજના ડિસેમ્બર 2016થી માર્ચ 2022ના ગાળા માટે સમગ્ર લાગુ પાડવામાં આવી. તે અનુસાર (1) ગુજરાત મેડિકલ કાઉન્સિલમાં નોંધાયેલ સ્નાતક (2) નોંધાયેલ ભાગીદારી પેઢી કે (3) કાયદા પ્રમાણે નોંધાયેલ સંસ્થાને મેડીકલ સાધનો ખરીદવા માટે મહત્તમ 10 કરોડની મર્યાદામાં બેંક લોનના 10% સબસીડી, અધિકૃત બેંકની લોનની રકમ ઉપર મહત્તમ 40 કરોડની મર્યાદામાં સાત વર્ષ સુધી 4% વ્યાજમાં રાહત, તેમજ પાંચ વર્ષ સુધી વીજબિલની ડયુટી ભરપાઈ કરવાની જાહેરાત કરવામાં આવી.

★ ખાનગી અને બિનસરકારી સંસ્થાની હોસ્પિટલ માટે સાધનોની ખરીદી યોજના :

ડિસેમ્બર 2014થી માર્ચ 2022ના ગાળા માટે આ યોજના જાહેર કરવામાં આવી. જેનો વિસ્તાર આ પ્રમાણે નક્કી કરવામાં આવ્યો, (1) રોગ નિદાન સેવા કેન્દ્ર, અમદાવાદ, સુરત, વડોદરા અને રાજકોટ સિવાય સંપૂર્ણ રાજ્ય ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ માટે સંપૂર્ણ રાજ્ય (2) પ્રાથમિક સ્પેશ્યલ્ટી હોસ્પિટલ ૨ લાખ કરતા વધારે વસ્તી ધરાવતા શહેર સિવાય સંપૂર્ણ રાજ્ય. (3) સુપર સ્પેશ્યાલિસ્ટ હોસ્પિટલ સંપૂર્ણ રાજ્ય ગુજરાત મેડિકલ કાઉન્સિલમાં નોંધાયેલ સ્નાતક, નોંધાયેલ ભાગીદારી પેઢી કે કાયદા પ્રમાણે નોંધાયેલી સંસ્થાને આ યોજના હેઠળ સહાય આપવાની જાહેરાત કરવામાં આવી. જેમાં રોગનવિદન સેવા કેન્દ્રને રેડિયોલોજી અને કાર્ડિયોલોજીનાં સાધનો,પ્રાથમિકસ્પેશિયાલિટી હોસ્પિટલને એનેસ્થેસિયા,E.N.T, ગાયનોકોલોજી, ઓર્થોપેડિક્સ, મેડિસીન વગેરેનાં સાધનો તથા રાજ્યના પછાત તાલુકાની હોસ્પિટલ માટે સાધનોની સરેરાશ ખરીદ કિંમતના 30% સહાય આપવાની જાહેરાત થઈ.

11.5.2 2000ની વસ્તીનીતિના ભાગરૂપે આરોગ્ય નીતિ :

ભારત દેશમાં 2000ની સાલમાં તેની કુલ વસ્તી 100 કરોડે પહોંચી જમા અને કેટલાક સ્વાસ્થ્ય વિષયક નિર્દેશકોની સ્થિતી વિકસિત અને કેટલાક વિકાસશીલ દેશોની તુલનાએ નબળી જણાતા કેટલાક આરોગ્ય નિર્દેશકોને આવરી લઈ વસ્તી નીતિ જાહેર કરવામાં આવી હતી. ભારતમાં વસ્તી વધતા કુલ ફળદ્રુપતા દરને 2010 સુધીમાં 2:1 લાવવા માટે 15 February, 2000 ના દિવસે વસ્તી નીતિ જાહેર કરવામાં આવી હતી. જેના હેતુઓ આ પ્રમાણે હતું.

ઉદ્દેશો :

1. તાત્કાલિક હેતુઓ : નહિ પહોંચી વળાયેલ જરૂરીયાત જેવી કે ગર્ભ નિરોધક સાધનો અને સ્વાસ્થ્ય સંભાળ માટે માળખાગત સુવિધાઓ અને માનવ શક્તિ પુરા પાડવા.

2. મધ્યમગાળાનો હેતુ : કુલ ફળદ્રુપતાના દરને 2010સુધીમાં 2:1 સુધી લાવવો.

3. લાંબાગાળાનો હેતુ :2045 સુધીમાં વસ્તી એ રીતે સ્થિર કરવી કે જે આર્થિક વૃધ્ધિ, સામાજિક વિકાસ અને પર્યાવરણીય સંરક્ષણની જરૂરીયાત સાથે તાલ મેળવી શકે. આ માટે નીચે મુજબના લક્ષ્યાંકો નક્કી કરવામાં આવ્યા હતું.

લક્ષ્યાંકો :

1. 2045સુધીમાં શૂન્ય વસ્તી વૃધ્ધિનો દર પ્રાપ્ત કરવો.

2. બાળમૃત્યુદર પ્રતિ હજાર જીવીત બાળકોએ 30 સુધી ઘટાડવો.

3. માતા મૃત્યુદર દર જીવીત 1 લાખ બાળકોએ 100 થી નીચે લાવવો.

4. 2010 સુધીમાં જન્મદર પ્રતિ 1000 વસ્તીએ 21 સુધી લઈ જવો.

5. કુલ પ્રજનનક્ષમતા દર 2010 સુધીમાં 2:1 સુધી લઈ જવો.

આમ,ભારત સરકાર દ્વારા 2000 માં જાહેર થયેલી વસ્તી નીતિ આરોગ્યની નીતિ પણ બની ગયેલી હતી. દરેક રાજ્યએ આ લક્ષ્યાંકો માટે પ્રયાસો કરવા ફરજીયાત હતું.

11.6 સારાંશ :

માનવ જીવન માટે કેટલીક મહત્ત્વની કેટલીક સેવાઓમાંથી એક અગત્યની આરોગ્યની સેવાના વિવિધ પાસાંઓની ચર્ચા આ એકમમાં કરવામાં આવી છે. ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્યની સ્થિતી કેવી છે તે જાણવા તેના વિવિધ નિર્દેશકો કે જન્મદર, મૃત્યુદર, બાળમૃત્યુદર, પ્રજનનદર, હોસ્પિટલો, ડૉક્ટરો પથારી અને આયુષ સેવાઓની વિગતથી ચર્ચા કરવામાં આવી. તે ઉપરાંત રાજ્યમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે જોવા મળતી સમસ્યાઓ અને સરકાર દ્વારા અપનાવવામાં આવેલી ખાનગીકરણની નીતિને સમજવાનો પ્રયત્ન કરવામાં આવ્યો છે. તેમજ છેલ્લા બે દાયકામાં આરોગ્ય સેવા ક્ષેત્રે સુધારો લાવવા માટે સરકાર દ્વારા લેવામાં આવેલા પગલાંને વિવિધ જાહેર નીતિના માધ્યમથી સમજવાનો પ્રયત્ન કરવામાં આવ્યો છે. આમ આ એકમના અભ્યાસક્રમ વિદ્યાર્થીઓને ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય સેવાનું એક ચિત્ર સ્પષ્ટ કરી આપે છે.

11.7 ચાવીરૂપ શબ્દો :

- જન્મદર : જન્મદર એટલે કોઈ એક વિસ્તારમાં એક વર્ષ દરમિયાન એક હજારની વસ્તીએ જન્મતા બાળકોની સંખ્યા.
- મૃત્યુદર : મૃત્યુદર એટલે કોઈ એક વિસ્તારમાં એક હજારની વસ્તીએ એક વર્ષ દરમિયાન મૃત્યુ પામતા લોકોનું પ્રમાણ.
- બાળમૃત્યુદર :કોઈ એક વિસ્તારમાં એક વર્ષ દરમિયાન દર હજારની વસ્તીએ જીવતા જન્મેલાં બાળકો માંથી એક વર્ષની ઉંમર પુરી કરતા પહેલાં મૃત્યુ પામતા બાળકોનું પ્રમાણ.
- કુલ પ્રજનનદર (ફળદ્રુપતા દર) : ચોક્કસ સમય દરમિયાન 15 થી 49 વર્ષની સરેરાશ સ્ત્રીદીઠ જન્મતા બાળકોનું પ્રમાણ.
- સામાન્ય ફળદ્રુપદર : કોઈ નિશ્ચિત વિસ્તારમાં 15 થી 49 વર્ષના વયજૂથના પ્રતિ વર્ષ પ્રતિ હજાર સ્ત્રીઓએ જન્મતા બાળકોની સંખ્યા.
- આયુષ સેવા : આયુર્વેદા, યોગા અને કુદરતી ઉપચાર, યુનાની સુવિધા અને હોમિયોપેથી સેવાઓ.
- માતા મૃત્યુદર : કોઈ વિસ્તારમાં ચોક્કસ સમય દરમિયાન એક લાખ સ્ત્રીઓએ પ્રસૂતી દરમિયાન મૃત્યુ પામતી સ્ત્રીઓની સંખ્યા.
- ખાનગીકરણ :

    1. કોઈ એક ધંધાકીય એકમની માલિકી સરકાર હસ્તક થી ખાનગી હસ્તક સોંપવી.
    2. કોઈ એક ધંધાકીય એકમમાં નફાના હેતુથી કામ કરતી વ્યક્તિ કે સંસ્થાનો

પ્રવેશ.

- જાહેરક્ષેત્ર : કોઈ એક એકમની માલિકી અને સંચાલન સરકાર હસ્તક હોય તેને જાહેરક્ષેત્ર કહે છે.
- સરેરાશ ખર્ચ : કુલ ખર્ચને કુલ એકમો વડે ભાગતા જે ખર્ચ મળે તેને સરેરાશ ખર્ચ કહે છે.
- આરોગ્ય નીતિ : સરકાર દ્વારા આરોગ્ય ક્ષેત્રે સંચાલન અને તેને લગતા વિવિધ એકમોનો સમૂહ.

11.8 તમારૂ જ્ઞાન ચકાસો :

(ક) નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો.

1. ગુજરાત રાજ્યમાં આરોગ્ય સેવાઓની સમસ્યાઓ સવિસ્તાર ચર્ચો.
2. આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણનો ખ્યાલ સમજાવી ગુજરાતમાં તેના પ્રમાણની ચર્ચા કરો.
3. આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણનું મોડેલ આપી તેના કારણોની ચર્ચા કરો.
4. આરોગ્ય સેવાનું ખાનગીકરણ એટલે શું? આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણ સામેના પડકારોની ચર્ચા કરો.
5. જન્મદરનો ખ્યાલ સમજાવી ગુજરાત રાજ્યમાં જન્મદરના વલણોની ચર્ચા કરો.
6. મૃત્યુદર એટલે શું ? ગુજરાતમાં મૃત્યુદરની સ્થિતીનું વર્ણન કરો.
7. પ્રજનન દરનો ખ્યાલ સમજાવી ગુજરાત રાજ્યમાં પ્રજનન દરના વલણોની ચર્ચા કરો.
8. બાળ મૃત્યુદર એટલે શું ? ગુજરાતમાં બાળમૃત્યુદરની સ્થિતીનું વર્ણન કરો.
9. ગુજરાત રાજ્યમાં સરકારી દવાખાના, ડૉકટરોના પ્રમાણ અને પથારીની સુવિધાની ચર્ચા કરો.
10. આયુષ સેવા એટલે શું ? ગુજરાત રાજ્યમાં આ સેવાઓની સ્થિતીનું વર્ણન કરો.
11. ગુજરાત રાજ્યની નવી આરોગ્ય નીતિ – 2016 વર્ણવો.
12. વસ્તીનીતિ 2000ના હેતુઓ અને લક્ષ્યાંકોની ચર્ચા કરો.
13. ગુજરાત સરકારની આરોગ્ય નીતિની સવિસ્તાર ચર્ચા કરો.

(ખ) હેતુલક્ષી પ્રશ્નો :

1. નીચેનાં માંથી કયુ જન્મદરનું સૂત્ર છે ?

   (A)P/B x K (B) K/P x B

   (C) B/P x K (D) એકેય નહિ

2. નીચેનાં માંથી કયુ મૃત્યુદરનું સૂત્ર છે ?

   (A)D/P x K (B) P/D x B

   (C)K/D x P (D) D/K x P

3. જન્મદર અને મૃત્યુદર વચ્ચેના તફાવતને શું કહે છે ?
   (A) વૃધ્ધિદર (B) વસ્તી વૃધ્ધિદર
   (C) કુદરતી વસ્તી વૃધ્ધિ દર (D) એકેય નહિ

4. ગુજરાત રાજ્યમાં 2017માં કુદરતી વસ્તીવૃધ્ધિ દર કેટલો હતો ?
   (A) 19.0 (B) 17.2
   (C) 14.6 (D) 13.7

5. બાળમૃત્યુદરમાં કેટલી ઉંમરના બાળકોના મૃત્યુને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે છે ?
   (A) 15 મહિના (B) 12મહિના
   (C) 20 મહિના (D) 24 મહિના

6. ગુજરાત રાજ્યમાં 1981માં બાળ મૃત્યુદરનું પ્રમાણ કેટલુ હતું.
   (A) 115 (B) 111
   (C) 107 (D) 103

7. ફળદ્રુપતાના દરને બીજા કયા નામે ઓળખવામાં આવે છે.
   (A) જન્મદર (B) મૃત્યુદર
   (C) બાળ મૃત્યુદર (D) પ્રજનનદર

8. સરેરાશ સ્ત્રીદીઠ બાળકના પ્રમાણને કયો દર કહેવાય છે ?
   (A) કુલ પ્રજનન દર (B) સામાન્ય પ્રજનન દર
   (C) વયજૂથ પ્રજનન દર (D) એકેય નહિ

9. ગુજરાત રાજ્યમાં 2017માં કયા વયજૂથમાં સામાન્ય પ્રજનન દર વધારે હતો?
   (A) 15-19 (B) 20-24
   (C) 25-29 (D) 30-34

10. ગુજરાત રાજ્યમાં 2014માં એક હોસ્પિટલે સરેરાશ વસ્તીનું પ્રમાણ કેટલું હતું?
    (A) 1,59,297 (B) 1,35,694
    (C) 1,45,943 (D) 1,07,634

11. ગુજરાત રાજ્યમાં 2005માં એક પથારીએ સરેરાશ વસ્તીનું પ્રમાણ કેટલું હતું?
    (A) 2196 (B) 2011
    (C) 1896 (D) 1544

12. સમગ્ર દેશની તુલના ગુજરાતમાં 2016માં ડોક્ટરોનો ફાળો કેટલા ટકા હતું?
(A) 5.81 (B) 5.70
(C) 5.37 (D) 4.28

13. AYUSH શબ્દમાં નીચેમાંથી કયાં શબ્દનો સમાવેશ થતો નથી.
(A) આયુર્વેદા (B) સુશ્રુષા
(C) યોગ (D) હોમીયોપેથી

14. ગુજરાતમાં 2015-16માં કુપોષણનું પ્રમાણ 38.5ટકા હતું તેવુ કોણે કહ્યું હતું?
(A) ACMIE (B) CSO
(C) NFHS (D) Sensus

15. રસીકરણની દૃષ્ટિએ 2015-16 માં ગુજરાત રાજ્યનો સમગ્ર ભારતમાં કેટલામો ક્રમ હતું ?
(A) નીચેથી પાંચમો (B) ઉપરથી પાંચમો
(C) નીચેથી દસમો (D) ઉપરથી દસમો

16. ગુજરાત રાજ્યમાં સંસ્થાકીય ડીલીવરીનું પ્રમાણ ક્યાં જીલ્લામાં ઓછું જોવા મળે છે.
(A) ડાંગ (B) અમદાવાદ
(C) મહેસાણા (D) રાજકોટ

17. ગુજરાત રાજ્યમાં 2004-05માં માતા મૃત્યુદરનું પ્રમાણ કેટલુ હતું ?
(A) 180 (B) 170
(C) 160 (D) 150

18. ગુજરાત શહેરી વિસ્તારમાં આરોગ્ય સેવા કયાં ક્ષેત્રથી વધારે મેળવવામાં આવે છે?
(A) ખાનગી (B) જાહેર
(C) બીજો (D) એકેય નહિ

19. આરોગ્યક્ષેત્રે ખાનગીકરણને કારણે કયો પડકાર ઉભો થશે.
(A) અસમાનતા વધશે (B) સમાનતા વધશે
(C) ગુણવત્તાયુક્ત સેવા મળશે (D) સેવાનું વિસ્તરણ થશે

20. સરકારી હોસ્પિટલમાં સ્વ નિર્ભર મેડીકલ કોલેજ સ્થાપવા માટેની યોજના કયાં જીલ્લામાં લાગુ પડતી નથી.

(A) તાપી (B) બનાસકાંઠા

(C) સાબરકાંઠા (D) દાહોદ

21. પ્રાથમિક સ્પેશ્યાલિટી હોસ્પિટલ સ્થાપવા માટે શહેરની વસ્તી કેટલી હોવી જોઈએ?

(A) 2 લાખથી ઓછી (B) 1.5 લાખ કરતા ઓછી

(C) 1 લાખ કરતા ઓછી (D) એકેય નહીં

22. નવી વસ્તી નીતિ કયારે લાગુ કરવામાં આવી ?

(A) 10-2-2000 (B) 12-2-2000

(C) 15-2-2000 (D) 20-2-2000

23. નવી વસ્તીનીતિનો મધ્યમગાળાનો હેતુ શું છે ?

(A) ફળદ્રુપતા દર 3 કરવી (B) ફળદ્રુપતા દર 2.1 કરવો

(C) બાળ મૃત્યુદર 5 કરવો (D) જન્મદર 8 કરવો

24. નવી વસ્તીનીતિમાં માતા મૃત્યુદરનું લક્ષ્યાંક શું રાખવામાં આવ્યુ ?

(A) 1000 થી ઉપર (B) 100 થી નીચે

(C) 50 થી નીચે (D) 25 થી નીચે

25. વસ્તીવૃધ્ધિ દર કયાં વર્ષ સુધીમાં શૂન્ય પર લઈ જવાનો લક્ષ્યાંક છે ?

(A) 2035 (B) 2040

(C) 2045 (D) 2050

11.9 કેટલાક ઉપયોગી પુસ્તકો :

- ભટ્ટ બી.કે , 'માનવ સંસાધનનું અર્થશાસ્ત્ર સ્વાસ્થ્ય' ન્યૂ પોપ્યુલર પ્રકાશન, સુરત (2013)
- ભટ્ટ બી.કે. 'સમાજીક ક્ષેત્રનુ અર્થશાસ્ત્ર' પોપ્યુલર પ્રકાશન, સુરત (2015-16)

  હેલ્થ પોલીસી – 2016, ગુજરાત રાજ્ય

★ તમારી પ્રગતિ ચકાસોના જવાબો.

1.C	2. A	3. C
4. D	5. B	6. B
7. D	8. B	9. C

10. A	11. D	12. C
13. B	14. C	15. C
16. A	17. C	18. A
19. A	20. C	21. A
22. C	23. B	24. B
25. C		