

# सर्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची रचना व सद्यःस्थिती यांची तोंडओळख

‘आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन’ या कोर्ससाठीचे मॉड्यूल-२



साथी प्रकाशन

Support for **A**dvocacy & **T**raining to **H**ealth **I**nitiatives  
(Action Centre of Anusandhan Trust evolved from CEHAT)

सर्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची  
रचना व सद्यःस्थिती यांची तोंडओळख  
'आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन' या कोर्ससाठीचे मॉड्युल-२

संकलन

डॉ. योगेंद्र घोरपडे

संपादन सहाय्य

डॉ. अनंत फडके



साथी प्रकाशन

**S**upport for **A**dvocacy & **T**raining to **H**ealth **I**nitiatives  
(Action Centre of Anusandhan Trust evolved from CEHAT)

- **संकलन-लेखन**

डॉ. योगेंद्र घोरपडे

- **संपादन सहाय्य**

डॉ. अनंत फडके

- **प्रकाशक**

**साथी**

फ्लॉट नं. ३ व ४, अमन ई टेरेस, प्लॉट नं. १४०,

डहाणूकर कॉलनी, कोथरूड, पुणे - ४११ ०२९

दूरध्वनी क्रमांक - २५४५१४१३, २५४५२३२५

ई-मेल : [cehatpun@vsnl.com](mailto:cehatpun@vsnl.com)

वेब साईट : [www.sathicehat.org](http://www.sathicehat.org)

- **अर्थसहाय्य**

अलायन्स फॉर हेल्थ पॉलिसी अॅन्ड सिस्टीम रिसर्च, जागतिक आरोग्य संघटना (WHO)

- **तांत्रिक सहाय्य**

डॉ. भुपिंदर कौर औलख

## प्रस्तावना

सार्वजनिक आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन अधिक परिणामकारक करण्यासाठी या प्रक्रियेची अधिकाधिक माहिती त्यात सहभागी घटकांपर्यंत पोहोचावी या उद्देशाने 'साथी' व 'SHSRC (राज्य आरोग्य यंत्रणा संसाधन केंद्र)' यांच्या संयुक्त विद्यमाने 'आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन' या कोर्सची सुरुवात करण्यात येत आहे. या कोर्समधील पहिल्या मॉड्युलमध्ये आपण हक्काधारित दृष्टिकोन, आरोग्य हक्क, समता, समानता तसेच लिंगभाव याबद्दल ओळख करून घेतली. कोर्सच्या या दुसऱ्या मॉड्युलमध्ये आपण आपल्या सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेबाबत अधिक माहिती मिळवण्याचा प्रयत्न करणार आहोत. आरोग्य यंत्रणा ह्या ढोबळमानाने दोन प्रकारच्या आहेत. सरकारी व खाजगी. आजच्या घडीला खाजगी आरोग्य क्षेत्राचे जाळे सर्वदूर पसरलेले आहे. बहुतांश लोकसंख्येचा ८० टक्के कल हा खाजगी आरोग्य क्षेत्राकडेच जास्त झुकलेला आहे. लोकांच्या आरोग्यासाठी कार्यरत या दोन क्षेत्रात मात्र कमालीचा फरक आपल्याला दिसतो. आरोग्य हा राज्याचा विषय असल्याने तसेच सार्वजनिक आरोग्यसेवा हा जनसामान्यांचा अधिकार असल्याने आपण सध्या सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची ओळख या मॉड्युलमध्ये करून घेणार आहोत.

आरोग्याचे विकेंद्रित नियोजन प्रभावीरित्या करण्यासाठी आपणास सध्याची आरोग्य व्यवस्था कशी आहे हे समजून घेणे अत्यंत गरजेचे आहे. या व्यवस्थेतील वेगवेगळ्या पातळ्यावरील यंत्रणा कशा काम करतात? त्याची व्याप्ती तसेच त्यांच्या मर्यादांची माहिती करून घेणे हे आपल्या क्षमता वाढवून घेण्यासाठी उपयोगी होतील अशी आम्हाला आशा आहे. गावपातळी ते जिल्हा पातळीपर्यंत कोणकोणते आरोग्य अधिकारी कार्यरत आहेत? त्यांची कामे कोणती? व कोणत्या आरोग्य केंद्रात काय काय सेवा दिल्या जातात. इत्यादींची थोडक्यात माहिती देण्याचा प्रयत्न या मॉड्युलमध्ये करण्यात आला आहे.

काही विशिष्ट आजारांच्या नियंत्रणासाठी शासनातर्फे काही 'राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम' हाती घेण्यात आले आहेत. त्यांची अंमलबजावणी संपूर्ण देशात एकसारख्या प्रमाणात करण्यात येते. त्यामुळे अशा आजारांमुळे होणाऱ्या मृत्यूचे प्रमाण कमी होण्यास मदत होईल, तसेच त्याचा प्रतिबंध करण्यास मदत होईल अशी अपेक्षा आहे. अशा 'राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमा'च्या अंमलबजावणीसाठी मोठी यंत्रणा उभारावी लागते. तसेच त्यात प्रचंड प्रमाणात आर्थिक व मनुष्यबळ कामी लावावे लागते. आरोग्याचे विकेंद्रित नियोजन करतांना अशा राष्ट्रीय कार्यक्रमाची माहिती असणे आवश्यक आहे. अशा कार्यक्रमांच्या विविध पैलूंविषयी माहिती तसेच हे कार्यक्रम कितपत फायदेशीर आहेत व त्यात काय सुधारणा करायला हव्यात हे या मॉड्युलच्या दुसऱ्या भागात समाविष्ट आहे.

विकेंद्रित आरोग्याचे नियोजन यासाठी 'राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियाना'द्वारे प्रयत्न सुरू केला आहे. या अभियानाच्या माहितीचा समावेश या मॉड्युलच्या तिसऱ्या भागात केला आहे. सार्वजनिक आरोग्य सेवांची गुणात्मकता वाढविण्यासाठी 'राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियाना'त अनेक तरतुदींचा समावेश केलेला आहे. या विशेष, तरतुदी, सोयी सुविधांचा ऊहापोह या मॉड्युलमध्ये करण्यात आला आहे.

एकंदरीत सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची माहिती, त्याची व्याप्ती व मर्यादा, जाणून घेऊन स्थानिक पातळीवरील आरोग्य सेवांचे नियोजन कसे करावे याबाबत जाणून घेण्यास मॉड्युल - २ आपल्या उपयोगात येईल. अशी आम्हाला आशा आहे.



# अनुक्रमणिका

सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचा थोडक्यात आढावा .....	६
प्रकरण १- सार्वजनिक आरोग्य सेवांची रचना .....	९
प्रकरण २- सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेतील काही महत्त्वाच्या त्रुटी व त्यावर उपाययोजना .....	१८
प्रकरण ३- राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम (संसर्गजन्य आजारांवर नियंत्रण आणण्यासाठीचे कार्यक्रम : माहिती, त्रुटी तसेच प्रस्तावित उपाययोजना) .....	२२
प्रकरण ४- राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम (प्रजनन व बाल आरोग्य कार्यक्रम) .....	३१
प्रकरण ५- राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान: तोंडओळख .....	३३
प्रकरण ६- राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत महत्त्वाच्या योजना, तरतुदी व सेवांची हमी ...	३५
प्रकरण ७- राष्ट्रीय आरोग्य अभियान : उणिवा .....	४७
प्रकरण ८- सार्वजनिक आरोग्य सेवेचे विकेंद्रित नियोजन .....	५६

## ऋणनिर्देश

‘आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन’ हा प्रशिक्षण कोर्स ‘साथी’ संस्थेमार्फत सुरु केला आहे. आरोग्य क्षेत्रात काम करणाऱ्या विविध कार्यकर्त्यांची, आरोग्य कर्मचाऱ्यांची तसेच स्थानिक पंचायत राज लोकप्रतिनिधींची या विषयाबाबतची क्षमता वाढवणे हा या कोर्सचा प्राथमिक उद्देश आहे. या कोर्सपैकी सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची रचना, त्याची सद्यःस्थिती याची तोंड-ओळख करून देणाऱ्या दुसऱ्या मॉड्युलसाठी ही मार्गदर्शिका बनवली आहे. ‘जन-आरोग्य अभियान’च्या व ‘साथी’च्या निरनिराळ्या प्रकाशनांपैकी या विषयासंबंधीचा मजकूर योग्य ते बदल करून तसेच इतर काही माहितीचा त्यात समावेश करून केलेले संकलन म्हणजे ही पुस्तिका आहे.

आरोग्य चळवळीतील कार्यकर्ते, तसेच ‘साथी’ संस्थेचे वरिष्ठ सल्लागार डॉ. अनंत फडके व संस्थेचे समन्वय डॉ. अभय शुक्ला यांच्या मार्गदर्शनातून प्रस्तुत मॉड्युलची संकल्पना अस्तित्वात आली. पुस्तिका तयार करताना त्यांच्याबरोबर झालेल्या चर्चा व त्यांचे मार्गदर्शन अत्यंत उपयोगी पडले. तसेच डॉ. अनंत फडके यांनी या मार्गदर्शिकेचा मसुदा वाचून त्यावर तपशिलात संपादकीय संस्कार केले.

‘आरोग्य सेवांचे माजी उप-संचालक डॉ. कर्नाटकी यांचे आम्ही विशेष आभारी आहोत. या कोर्समधील पहिल्या संपर्क सत्रात प्रत्यक्ष सहभागी होऊन त्यांनी ‘सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थे’बद्दल विस्तृत माहिती अगदी सोप्या भाषेत दिली. त्याचा हे मॉड्युल तयार करताना फार उपयोग झाला.

‘साथी’मधील निरनिराळ्या सहकार्यांचे सहकार्य ही पुस्तिका बनवताना मिळाले. ‘साथी’ संस्थेतील सहकारी विशेषतः डॉ. धनंजय काकडे, डॉ. नीलांगी सरदेशपांडे, डॉ. नितीन जाधव, शकुंतला भालेराव व शैलेश डिखळे यांच्याशी वेळोवेळी झालेल्या चर्चा या मॉड्युलला अधिक मुद्देसूद बनवण्यास कामी आल्या.

रवि मांडेकर आणि गजाजन लोंढे यांनी संगणकीय अक्षर जुळवणी केली. शारदा महल्ले यांनी न कंटाळता त्यात वारंवार बदल केले व प्रस्तुत मॉड्युलची सुबक रचना कमी वेळेत करून दिली.

वरील सर्वांच्या योगदानाबद्दल त्यांचे मनःपूर्वक आभार! तसेच जागतिक आरोग्य संघटना (WHO) च्या अर्थसहाय्याबद्दल आम्ही त्यांचे आभारी आहोत.

डॉ. योगेंद्र घोरपडे

साथी

## सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचा थोडक्यात आढावा...

भारताला स्वातंत्र्य मिळून ६४ तर 'सर्वांसाठी आरोग्य', अल्मा अटा येथे केलेल्या घोषणेला आता ३२ वर्षे झालेली आहेत. परंतु देश अजूनही अनेक प्रकारच्या आरोग्यासंबंधी प्रश्नांनी ग्रस्त आहेत. 'सन २००० पर्यंत सर्वांना आरोग्य' हे ध्येय जगभरच्या सरकारांनी १९७८ मध्ये जाहीर केले होते. पण २०११ येऊन गेले तरी घोषित ध्येय दृष्टीक्षेपातही आले नाही. उलट १९९० मध्ये खाजगीकरण, उदारीकरण, जागतिकीकरण (खाउजा) हे धोरण आल्यापासून विकसनशील देशात रोगराईचे व काही देशांमध्ये बालमृत्यूचे प्रमाण वाढत आहे. हिवताप-क्षयासारखे रोग पुन्हा उचल खात आहेत. त्यात मानसिक आजार, कॅन्सर वेगाने वाढत आहेत व एड्स सारख्या 'नव्या' रोगांची भर पडत आहे. स्वातंत्र्य प्राप्तीनंतरच्या लगतच्या काळात आपण मलेरिया (हिवताप), देवी रोगाचे उच्चाटन (Smallpox Eradication) आणि सरासरी आयुष्यमान वाढ या बाबतीत महत्त्वाचा पल्ला गाठला होता. त्या नंतरच्या काळात म्हणजे १९८० च्या दशकात रोगांच्या निर्देशांकांत (Epidemiological indicators) बऱ्यापैकी स्थिरता आलेली होती. परंतु यानंतरच्या काळात संसर्गजन्य आजार पुनःश्च एकदा डोके वर काढू लागले. मलेरिया, क्षयरोग (टी.बी.) यांचे प्रमाण बऱ्यापैकी वाढले. राष्ट्रीय कार्यक्रमांतर्गत बरेच उपाय केल्यावरही त्यांचे प्रमाण लक्षवेधी ठरले. तसेच याच दरम्यान इतर संसर्गजन्य आजार जसे- लेप्टोस्पायसेसीस, डेंग्यू आणि नव्यानेच आलेला एच.आय.व्ही./एड्स यांचा बोजा अधिकाधिक वाढत गेला.

८० च्या दशकात आरोग्य सेवांच्या infrastructure ची मोठ्या प्रमाणात वाढ झालेली आपल्याला दिसते. या काळात अनेक उपकेंद्र व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या इमारती तयार करण्यात आल्या. त्याचप्रमाणे मोठ्या प्रमाणावर आरोग्य महाविद्यालयांची निर्मितीही करण्यात आली. तसेच या काळातच भारतात सर्व प्रकारच्या आवश्यक औषधांची निर्मिती करणाऱ्या औषध कंपन्यांना मोठी योजना मिळाली. मोठमोठ्या व्यावसायिक खाजगी इस्पितळांचा निर्मितीचाही हा काळ होता.

या नंतरच्या काळात मात्र भारतीय अर्थकारण हे जागतिकीकरण, खाजगीकरण व उदारीकरण यासाठी खुले झाले. गरीब अधिक गरीब तर श्रीमंत अधिक श्रीमंत होण्यास सुरुवात झाली. संसर्गजन्य रोगांप्रती आंतरराष्ट्रीय पातळीवर भारताबद्दल विकसित देशांची रुची वाढायला या काळात सुरुवात झाली (बरेच वर्षे दुर्लक्ष केल्यानंतर). परंतु, या अचानक रुची वाढण्याचे कारण म्हणजे भारताबद्दल असलेला जिद्दाळा नसून आपल्याकडील संसर्गजन्य आजार त्यांच्या देशात पसरले ही भीती तसेच नवीन संसर्गजन्य आजारांची उत्पत्ती हे होते.

हे युग विकासाचे व वचनांचे, सर्वसामान्यांसाठी सतत कमतरतांचे आणि एकंदरीत अनारोग्याचे आहे. तसेच ते आंतरराष्ट्रीय देणगीदारांच्या फायद्यासाठी आखलेल्या तांत्रिक आणि जैव-वैद्यकीय उपाययोजनांचे देखील आहे. कोणताही आजार काही तांत्रिक उपाययोजनांमुळे (उदा. लसीकरण, लवकर निदान व उपचार इ.) आटोक्यात येईल. हा दृष्टिकोन बळावत जाण्याचा हा काळ होता. आजार बळावण्यामागे सामाजिक व आर्थिक परिस्थितीही तितकीच किंबहुना जास्त जबाबदार असते अशा दृष्टिकोनाचा अभाव आपणास दिसून येतो.

सार्वजनिक आरोग्य व आरोग्य व्यवस्थेची ओळख करून घेण्याआधी आपण महाराष्ट्राच्या सामाजिक-आर्थिक स्थितीचा आढावा घेऊया...

## महाराष्ट्राच्या सामाजिक-आर्थिक स्थितीचा थोडक्यात आढावा

महाराष्ट्र हे देशातील सर्वात मोठ्या तसेच आर्थिकदृष्ट्या सर्वात विकसित राज्यांपैकी एक आहे. महाराष्ट्राची मुंबई ही राज्याची आर्थिक राजधानी असून राज्याच्या एकूण उत्पादनापैकी ३५ टक्के उत्पादन एकट्या मुंबई शहरातर्फे दिले जाते तसेच मुंबईची लोकसंख्या राज्याच्या लोकसंख्येच्या १२ टक्के इतकी आहे.

महाराष्ट्राची लोकसंख्या एकूण ११,२३,९७२ (जनगणना २०११). भारताच्या प्रमुख राज्यांच्या तुलनेत महाराष्ट्रातील शहरीकरण सर्वाधिक आहे. राज्यातील ४५.२३ टक्के इतकी लोकसंख्या शहरी क्षेत्रात राहते (जनगणना २०११). राज्यातील लोकसंख्या घनता दर हजार चौरस किलोमीटर मध्ये ३६५.२/ वर्ग किलोमीटर व्यक्ती इतकी असून ही घनता सरासरी राष्ट्रीय घनतेच्या आसपास आहे. विशेषतः गेल्या ५० वर्षात महाराष्ट्रात, विशेषतः मुंबईत संपूर्ण देशातून आणि जगातून भांडवली गुंतवणूक झाली आहे. तर मुंबई आणि राज्यातील अन्य काही औद्योगिक शहरांमध्ये देशातील सर्वोत्तम दर्जाचे मनुष्यबळ आकर्षित झाले आहे. या सर्व घटकांमुळेच राज्याची आणि शहराच्या विकासाची आजची पातळी गाठणे शक्य झाले आहे.

## काही विरोधाभास

महाराष्ट्र राज्य आर्थिक क्षेत्रात जरी आजही वरच्या स्थानावर असले, तरी औद्योगिक क्षेत्रात मात्र महाराष्ट्र सर्वोच्च स्थानावर नाही. अन्नधान्य, सिंचन आदी प्राथमिक क्षेत्रात महाराष्ट्र राज्य राष्ट्रीय सरासरीपेक्षा खाली गेलेले आहे. तसेच रस्ते, बँका, संपर्क व्यवस्था इत्यादी भौतिक, पायाभूत संरचनेबाबतही महाराष्ट्र राज्याचे स्थान घसरले आहे. मात्र तरीही या बाबतीत महाराष्ट्र राज्य पहिल्या चार क्रमांकात आपले स्थान टिकवून आहे. सामाजिक सोयी सुविधेत शाळा, आरोग्य सेवा-सुविधा, पाणीपुरवठा, गृह बांधणी आदी घटकांमध्ये महाराष्ट्र राज्य वरच्या स्थानावर नाही. असे सर्वसाधारण चित्र असले तरीही महाराष्ट्र राज्याचे दरडोई उत्पन्न हे देशातील सर्वाधिक दरडोई उत्पन्न असणाऱ्या राज्यांच्या जवळपास आहे. महाराष्ट्राचे दरडोई उत्पन्न हे पंजाब राज्याइतके आहे. कृषी क्षेत्रात महाराष्ट्राची कामगिरी तितकीशी चांगली नाही. राज्याचे अन्नधान्य उत्पादन राष्ट्रीय सरासरीपेक्षा बरेच कमी आहे. तसेच राज्याचे सिंचन क्षेत्र सरासरी राष्ट्रीय सिंचन क्षेत्रापेक्षा कमी आहे. महाराष्ट्रातील भौतिक आणि सामाजिक सोयी-सुविधांवर अतिरिक्त ताण पडत आहे. या सोयी-सुविधांच्या विकासाचा स्तर राष्ट्रीय सरासरीपेक्षा थोडा अधिक आहे. राज्याचा पायाभूत सोयी-सुविधांचा विकास निर्देशांक (इनफ्रास्ट्रक्चर डेव्हलपमेंट इंडेक्स- सीएमआयई) भारतातील पंजाब, केरळ, तामिळनाडू आणि हरियाणा या प्रगत राज्यांपेक्षा कमी आहे. देशातील प्रमुख राज्यांच्या क्रमवारीत महाराष्ट्राची साक्षरता दुसऱ्या स्थानावर आहे. मात्र राज्याचे पूर्व माध्यमिक आणि माध्यमिक शाळांमधील विद्यार्थ्यांची संख्या समाधानकारक नाही. राज्याचे साक्षरतेचे प्रमाण ८२.९ टक्के आहे (जनगणना २०११). हे प्रमाण सरासरी राष्ट्रीय प्रमाणापेक्षा चांगले आहे. मृत्यूदराच्या बाबतही महाराष्ट्राची परिस्थिती इतर राज्यांपेक्षा चांगली आहे. देशातील प्रमुख राज्यांचा विचार करता, राज्याचा सीडीआर (ढोबळ मृत्यू दर) आणि आयएमआर (बाल मृत्यू दर) हे दोन्ही केरळ खालोखाल दुसऱ्या क्रमांकावर आहे. याचबरोबर महाराष्ट्राला ग्रामासणाऱ्या दोन महत्त्वाच्या समस्या आहेत. त्या म्हणजे



अन्नधान्य उपलब्धता (विशेषतः वंचित क्षेत्रात अन्नधान्य पुरवठा) पुरेशी नसणे आणि त्यामुळे बालमृत्यूचे स्थिरावलेले प्रमाण; आणि दुसरी समस्या ० ते ६ या वयोगटातील मुलांमध्ये घसरलेले लिंग प्रमाण.

एकीकडे आपण बघितले की महाराष्ट्राची आर्थिक स्थिती ही इतर काही राज्यांपेक्षा चांगली आहे. महाराष्ट्राची लोकसंख्या इतर राज्यांपेक्षा जास्त शैक्षणिक व औद्योगिक पातळीवरसुद्धा आपली स्थिती व क्षमता ही इतर राज्यांपेक्षा चांगली आहे. परंतु आरोग्याच्या बाबतीत विचार केल्यास सर्व लोकसंख्येला आवश्यक सोयीसुविधा पुरेशा प्रमाणात पोहोचवण्यात सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था कमी पडते. आरोग्य सेवांची नुसतीच कमतरता नसून ज्या सेवा पुरवल्या जातात त्यांच्या गुणात्मकतेवरसुद्धा प्रश्नचिन्ह उभे ठाकते. आपल्याकडे अत्यंत उच्च, प्रशिक्षित वैद्यकीय तज्ज्ञ आहेत. परंतु ते सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत सेवा पुरवताना दिसत नाहीत. याउलट त्यांचा बाहेर देशात जाऊन स्थायिक होण्यामागचा कल जास्त दिसून येतो. यामागे देशासाठी आपल्या ज्ञानाचा उपयोग करण्याच्या प्रवृत्तीचा अभाव तर दिसतोच परंतु अशा तज्ज्ञांना आकर्षित करण्यात आरोग्य व्यवस्था काही उपाययोजना करते असे मात्र दिसून येत नाही.

सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेतून उपचार करून घेणाऱ्यांचे प्रमाण हे फक्त २० टक्के एवढेच आहे. म्हणजे ८० टक्के रुग्ण खाजगी दवाखान्यातून उपचार करून घेतात, जो अत्यंत खर्चिक असतो. त्यात खाजगी आरोग्य क्षेत्रावर कुणाचाही अंकुश नाही. त्यामुळे रुग्णांची पिळवणूकच अधिक होत असते. परंतु तरीही ८० टक्के रुग्णांना कमी खर्चिक आरोग्य व्यवस्थेत जाऊन उपचार करून घ्यावासा वाटत नाही. याचे कारण या सेवांची उपलब्धता व गुणात्मकता ही होय. २० टक्के रुग्णांसाठीच्या सेवांची उपलब्धता व दर्जा असमाधानकारक आहे. जर उर्वरित ८० टक्के रुग्णांनीसुद्धा सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था वापरायचे ठरवल्यास काय होईल याचा विचार न केलेलाच बरा. परंतु सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचा दर्जा उंचावणे हे केवळ अशक्यप्राय आहे असे म्हणून आपण हात वर करू शकत नाही. आरोग्य सेवांचे नियोजन विकेंद्रित करण्यामागे लोकांचा आरोग्याचा व आरोग्य सेवांचा हक्क अबाधित ठेवणे हा एक उद्देश आहे. त्याद्वारे आरोग्यसेवांचा दर्जा सुधारण्यासाठी सर्व घटकांनी एकत्र येऊन प्रयत्न करणे गरजेचे आहे. त्यासाठी अगोदर सध्याची सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था व रचना आपण समजून घेण्याचा प्रयत्न करू.



# सार्वजनिक आरोग्य सेवांची रचना

सार्वजनिक आरोग्य सेवेची देशभरातील रचना सर्वसाधारणपणे सारखीच आहे. आरोग्य हा जरी राज्याचा विषय असला तरी सर्व राज्यात आरोग्य सेवा, प्रशासन आणि व्यवस्थापनात एकाच प्रकारची रचना वापरण्यात येते. तसेच सर्व राज्यातील आरोग्य सेवांना ब्रिटिश वसाहतवादी शासनाचा समान वारसा आहे. या शासन व्यवस्थेतच देशातील आरोग्य व्यवस्थेतील नोकरशाहीचा पाया रचला गेला. याशिवाय आरोग्य क्षेत्रातील काही योजना, कार्यक्रमांचे नियोजनसुद्धा केंद्र शासनमार्फत होते.

## राष्ट्रीय पातळी

केंद्रपातळीवरील प्रशासनात आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयाचा समावेश होतो. त्या विभागाचा प्रमुख आरोग्यमंत्री असतो. केंद्रीय आरोग्य मंत्रालयाचे प्रमुख दोन भाग असतात. आरोग्य विभाग आणि कुटुंब कल्याण विभाग. आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयातील भारत सरकारचा सचिव हा वरील विभागास संपूर्ण जबाबदार असतो. त्या सचिवास मदतनीस म्हणून एका वेगळ्या सहाय्यक सचिवाची नेमणूक केलेली असते. सहाय्यक सचिव हा कुटुंब कल्याण विभागाचा प्रमुख असतो. वैद्यकीय सेवा आणि सार्वजनिक आरोग्याशी निगडित सर्व बाबतीत, सरकारचे तांत्रिक सल्लागार म्हणून संचालक (Director General of Health Services - DGHS) काम करतात.

केंद्रीय आरोग्य मंत्रालयाची मुख्य जबाबदारी म्हणजे धोरणे ठरविणे (Policy making), नियोजन (Planning), मार्गदर्शन (Guiding) करणे, सर्व कार्यक्रमांचा ताळमेळ बसविणे (Co-ordination) आणि कार्यक्रमांचे मूल्यमापन करणे (evaluating) ही असते.

## राज्य आरोग्य प्रशासन

भारतात २८ राज्ये आणि ७ केंद्रशासित प्रदेश आहेत. त्या त्या राज्यात राहणाऱ्या लोकांना आरोग्य सेवा पुरविण्याच्या बाबतीत राज्य सरकारे स्वतंत्र आहेत. त्यामुळेच प्रत्येक राज्याने आरोग्य व्यवस्थापनाचा वेगळा नमुना तयार केलेला आहे. परंतु प्रत्येक राज्यात आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण खात्याचा प्रमुख, जनतेने निवडून दिलेल्या लोक प्रतिनिधीतील एक जण आरोग्य व कुटुंब कल्याणमंत्री या नात्याने असतो.

राज्य आरोग्य मंत्रालयाचा प्रमुख त्या राज्य सरकारातील आरोग्यमंत्री असतो आणि त्यांना आरोग्य राज्यमंत्र्याची मदत होत असते. काही राज्यांमध्ये आरोग्य मंत्र्यांकडे इतर काही खात्यांचाही कारभार असतो. आरोग्य सचिव हा बहुधा भारतीय प्रशासकीय सेवेतील (IAS- Indian Administrative Services) वरिष्ठ अधिकारी असतो.

आरोग्य संचालनालयाचा प्रमुख आरोग्य सेवा संचालक किंवा वैद्यकीय व आरोग्य सेवा संचालक (Director of Health Services / Director of Medical and Health Services) हा असतो.

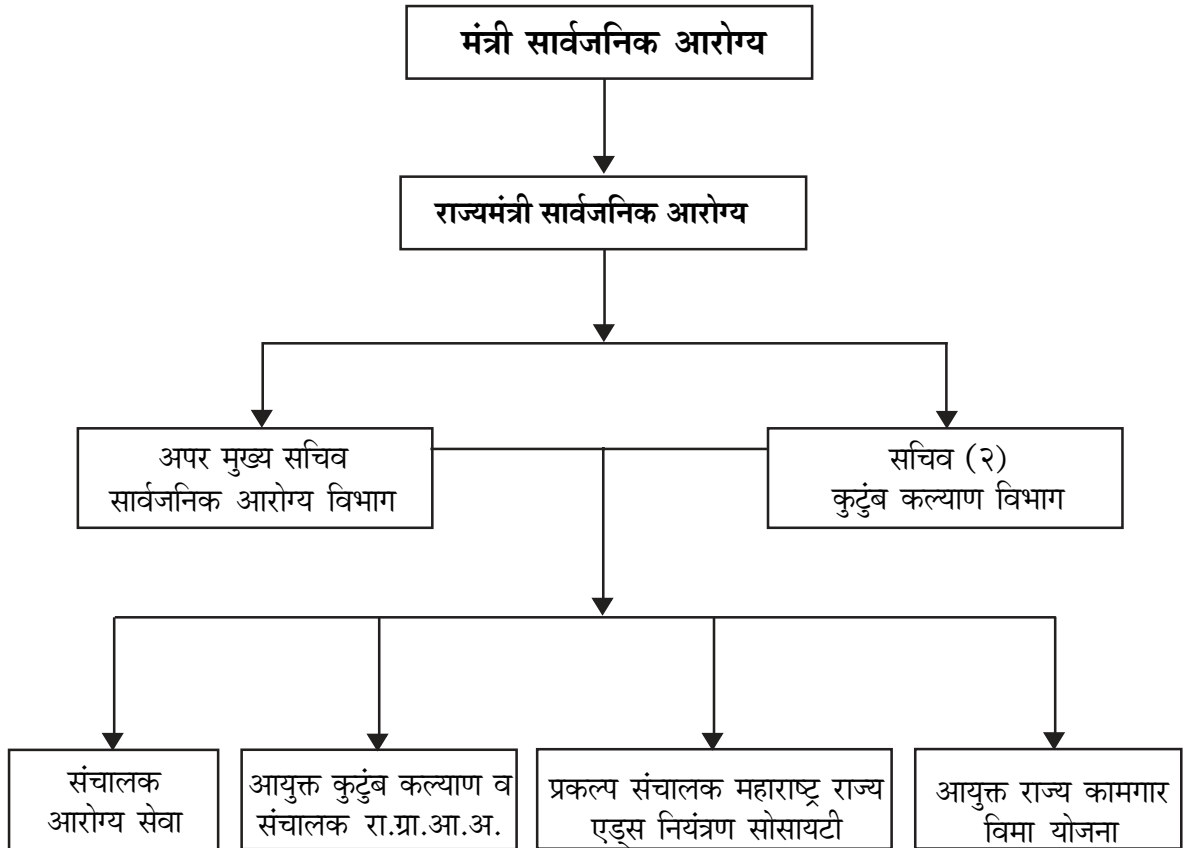
## मंत्रालयीन स्तर

सार्वजनिक आरोग्य विभागासाठी स्तरावर राज्य मंत्री (सार्वजनिक आरोग्य असतात) असतात.

राज्य मंत्र्यांच्या नंतर अप्पर मुख्य सचिव सार्वजनिक आरोग्य विभाग व अप्पर मुख्य सचिव कुटुंब कल्याण हे कार्य करीत असतात. अप्पर मुख्य सचिव हे भारतीय प्रशासकीय सेवेतील अधिकारी असतात. राज्य मंत्री (सार्वजनिक आरोग्य) हे आरोग्य सेवा संचालक, आयुक्त कुटुंब कल्याण व राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य सेवा संचालक, आयुक्त कुटुंब कल्याण व राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानचे संचालक, महाराष्ट्र राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी चे प्रकल्प संचालक व आयुक्त राज्य कामगार विमा योजना या प्रमुख अधिकाऱ्यांना मार्गदर्शन करत असतात (तक्ता क्र. १). उपसंचालक (Deputy Director) व सहाय्यक संचालक (Assistant Director) दोन प्रकारचे असतात - विभागीय (Regional) आणि कार्यकारी. (Functional) त्या त्या भागातील सार्वजनिक आरोग्याच्या सर्व खात्यांची तपासणी विभागीय संचालक करतात. कार्यकारी संचालक, हे सार्वजनिक आरोग्याच्या एखाद्या विशिष्ट शाखेतील तज्ज्ञ असतात. उदा. कुटुंब नियोजन, क्षयरोग, कुष्ठरोग, हिवताप, माता-बाल आरोग्य, परिचर्या इत्यादी. आता अनेक राज्यात वैद्यकीय शिक्षण संचालक (Director of Medical Education) हे पद निर्माण करण्यात आलेले आहे. राज्य आरोग्य संचालनालयाकडे आरोग्य योजना तयार करण्याचे व त्याचे मूल्यमापन करण्याचे तसेच मंजूर झालेल्या योजना व कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीबाबत मार्गदर्शन करण्याची जबाबदारी असते.

## तक्ता क्र. १

### मंत्रालयीन स्तर



स्रोत - \*महाराष्ट्र आरोग्य सेवा संचालनालय

\*डॉ. कर्नाटकी (आरोग्य सेवांचे माजी उपसंचालक) यांचे व्याख्यान

## संचालनालय स्तर (तक्ता क्र. २)

संचालनालय स्तरावरील सर्वोच्च पद हे संचालक, आरोग्य सेवा यांचे असते. त्यानंतर अतिरिक्त संचालक (प्रशिक्षण व संस्थास्तरावरील कार्यक्रम) व अतिरिक्त संचालक (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) अशी पदे असतात. यापैकी अतिरिक्त संचालक (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) यांचे कार्यालय पुणे येथे आहे. यात प्रामुख्याने कुष्ठरोग, क्षयरोग सारख्या सामाजिक बांधिलकीच्या कार्यक्रमांचा समावेश आहे (तक्ता क्र. २).

संचालक (आरोग्य सेवा) हे बजेट व प्रशासन, माहिती, शिक्षण, दळणवळण, व्यवस्थापन माहिती यंत्रणा व कुटुंब कल्याण विभागांना मार्गदर्शन करतात. या विभागात सहसंचालक, उपसंचालक तसेच सहाय्यक संचालक हे अधिकारी असतात.

१) बजेट व प्रशासन - बजेट व प्रशासन विभागात संचालकांचे पद आहे. तसेच सहसंचालक व मुख्य लेखाधिकारी ही पदे कार्यरत असतात. उपसंचालकांना सहाय्यक संचालक मदतीसाठी असतात.

२) माहिती, शिक्षण, दळणवळण (IEC - Information, Education Communication) हे कार्यालय पुणे येथे आहे. आय.ई.सी. विभागात उपसंचालक व त्यांच्या मदतीसाठी सहाय्यक संचालक असतात.

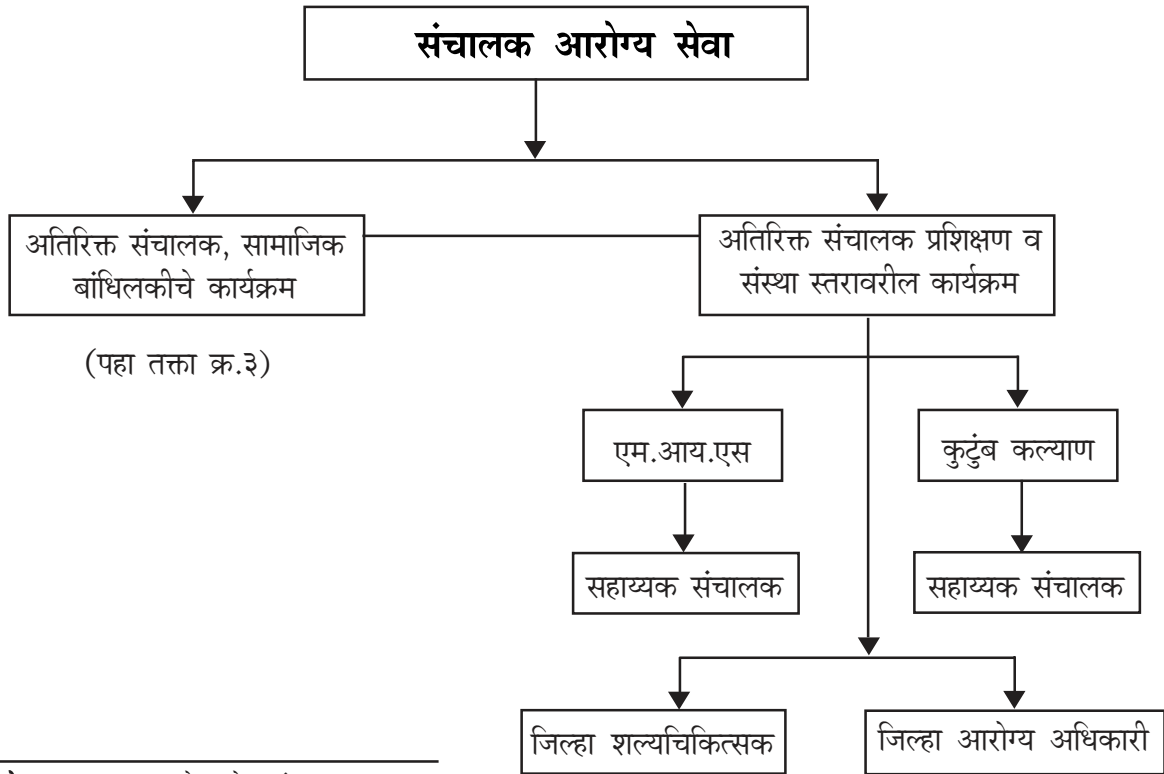
३) व्यवस्थापन माहिती यंत्रणा MIS (Management Information System) इथे संपूर्ण राज्यातील आरोग्य विषयक माहिती गोळा तसेच तिचे विश्लेषण केले जाते. एमआयएस चे कार्यालय आरोग्य भवन मुंबई येथे आहे. त्यात सहाय्यक संचालक कार्यभार बघतात.

४) कुटुंब कल्याण हे कार्यालय आरोग्य भवन मुंबई येथे आहे.

वरील ४ विभागांचे (बजेट प्रशासन, आयईसी, एमआयएस, कुटुंब कल्याण) विभागीय उपसंचालक असतात. महाराष्ट्रात असे आठ विभाग आहेत.

हे विभागीय उपसंचालक जिल्हा आरोग्य अधिकारी तसेच जिल्हा शल्यचिकित्सक यांना मार्गदर्शन करीत असतात.

### तक्ता क्र. २



स्रोत - \*महाराष्ट्र आरोग्य सेवा संचालनालय

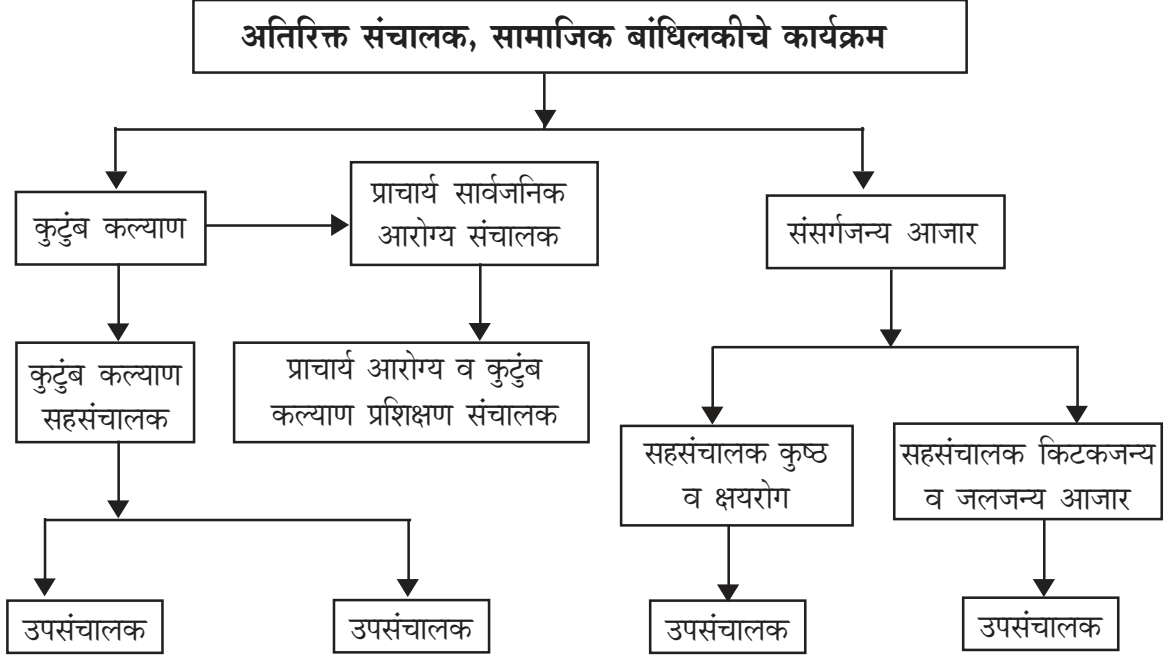
\*डॉ. कर्नाटकी (आरोग्य सेवांचे माजी उपसंचालक) यांचे व्याख्यान

### अतिरिक्त संचालक, सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम (Additional Director) (तक्ता क्र. ३)

अतिरिक्त संचालक (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) हे कुटुंब कल्याण व संसर्गजन्य आजार या विभागावर प्रत्यक्ष नियंत्रण ठेवतात. त्यांचे कार्यालय पुण्यात आहे. या विभागात सहसंचालक, उपसंचालक तसेच सहाय्यक संचालक हे अधिकारी असतात. या विभागाची उतरंड व कार्यालयीन संरचना खालील आकृतीमध्ये दर्शवली आहे.

अतिरिक्त संचालक (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम), सह संचालक क्षय व कुष्ठरोग, सह संचालक (किटकजन्य व जलजन्य आजार) तसेच अतिरिक्त संचालक (प्रशिक्षण व संस्थास्तरावरील कार्यक्रम) यांची कार्यालयीन रचना तक्ता क्र. ३ मध्ये दर्शविली आहे.

#### तक्ता क्र. ३



स्रोत - \*महाराष्ट्र आरोग्य सेवा संचालनालय

\*डॉ. कर्नाटकी (आरोग्य सेवांचे माजी उपसंचालक) यांचे व्याख्यान

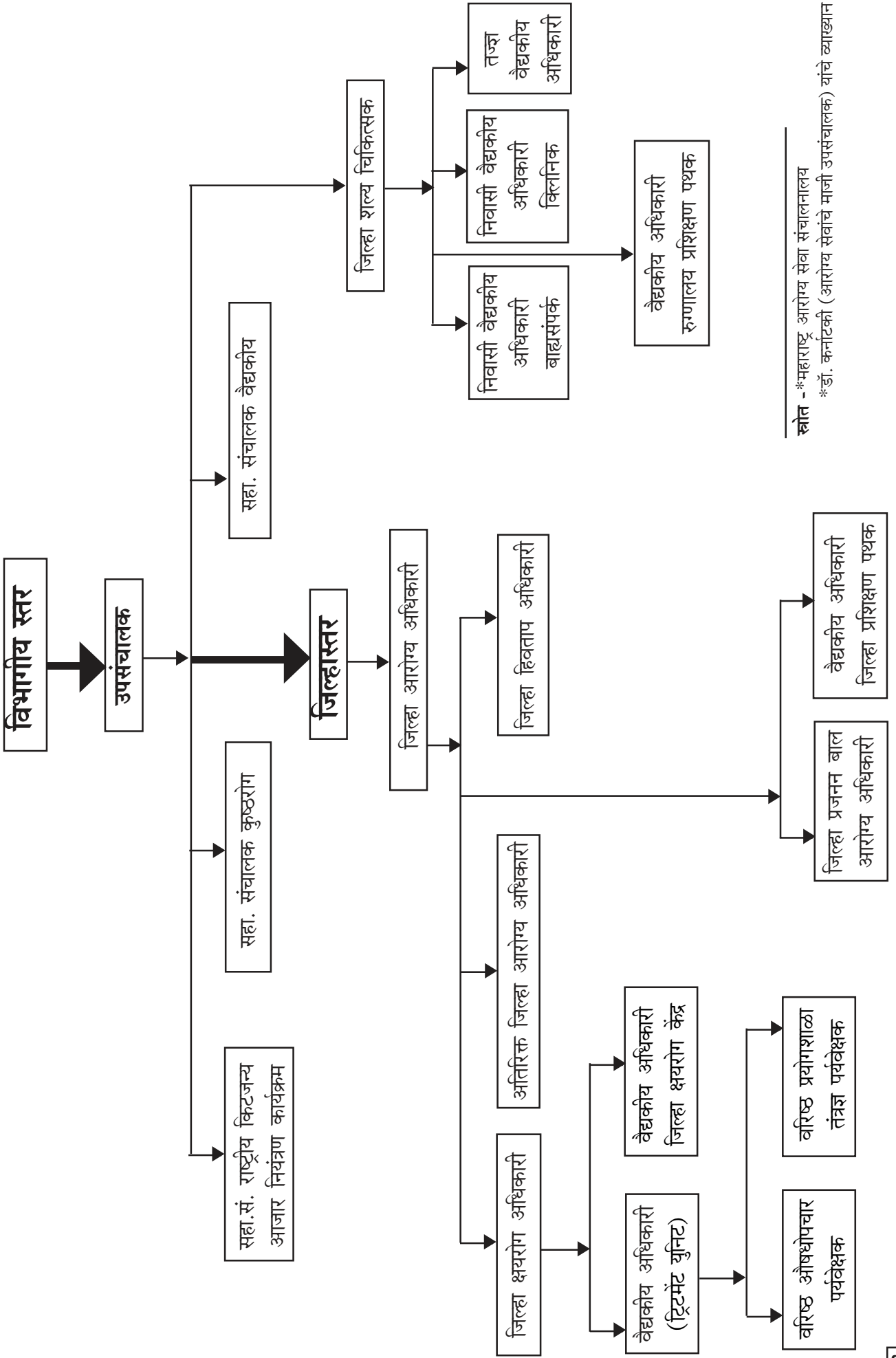
### आरोग्य सेवा संचालनालय, विभागीय स्तर (तक्ता क्र. ४)

आरोग्य सेवा संचालनालयात विभागीय स्तरावर उपसंचालक हे १) सहाय्यक संचालक राष्ट्रीय किटकजन्य आजार व नियंत्रण कार्यक्रम २) सहाय्यक संचालक कुष्ठरोग ३) सहाय्यक संचालक वैद्यकीय अधिकारी यांना मार्गदर्शन करतात. तसेच ते जिल्हास्तरावर जिल्हा आरोग्य अधिकारी व जिल्हाशल्य चिकित्सक यांना मार्गदर्शन करतात (तक्ता क्र. ४).

### जिल्हास्तरीय यंत्रणा (तक्ता क्र. ५)

भारतातील प्रशासकीय सेवा यंत्रणेचा केंद्रबिंदू म्हणजे जिल्हा होय. महाराष्ट्रात जिल्हा पातळीवर दोन प्रमुख असतात - जिल्हा वैद्यकाय अधिकारी (District Health Officer) म्हणजेच जिल्हा आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण अधिकारी (District Health and Family Welfare Officer). तर जिल्ह्यातील सिव्हील हॉस्पिटल व तालुक्यात असणारे ग्रामीण रुग्णालय यासाठी सिव्हील सर्जन जबाबदार असतात. भारतातील काही राज्यांमध्ये (उदा. पश्चिम बंगाल) जिल्हा आरोग्य संघटनेच्या प्रमुखपदी केवळ एकच प्रमुख आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी (Chief Medical Officer of Health) असतो आणि तोच जिल्ह्यातील सर्व सामाजिक आरोग्य सेवांसाठीही जबाबदार असतो (तक्ता क्र. ५).

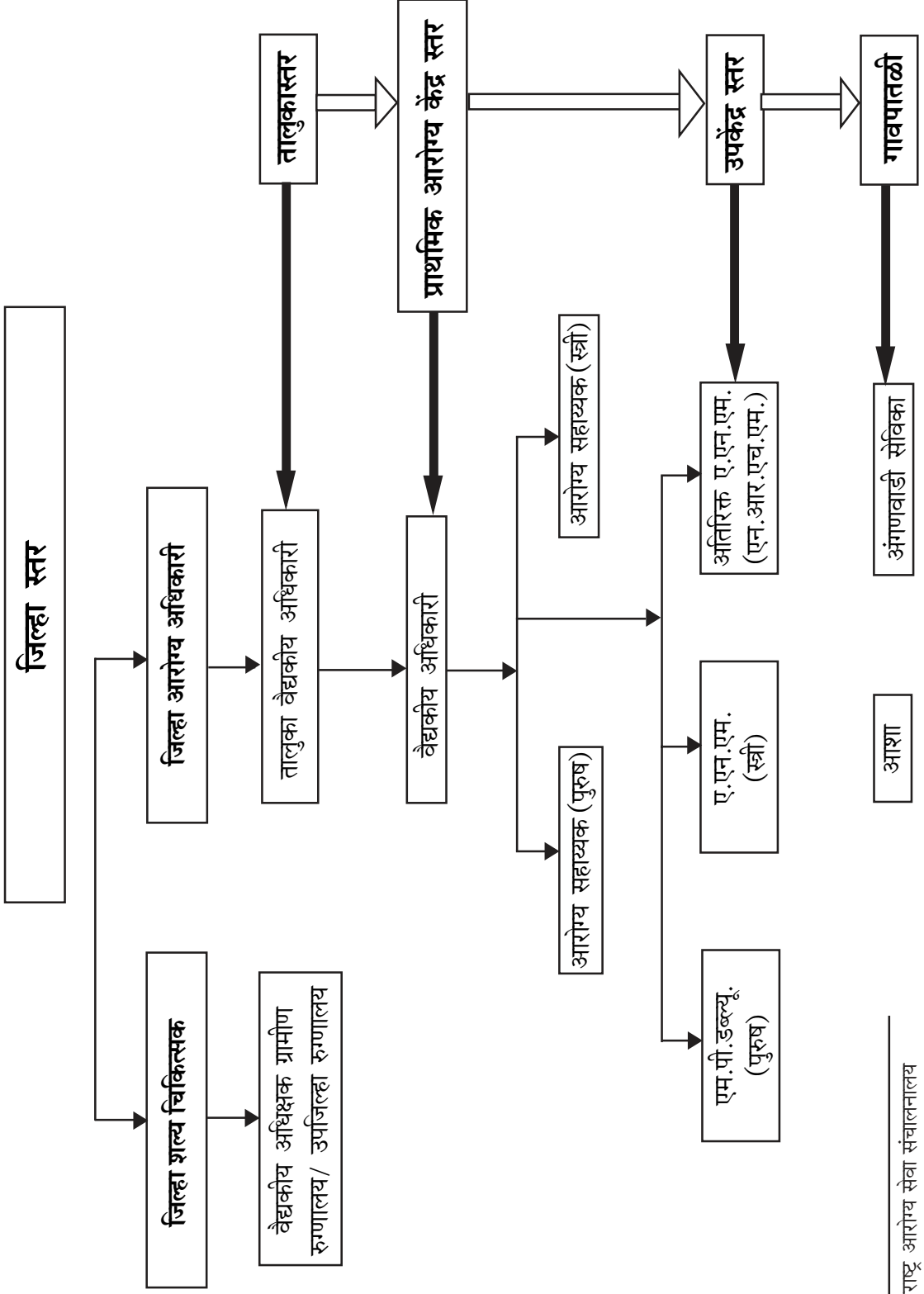
## तका क्र. ४ - विभागीय व जिल्हा स्तर



स्रोत - \*\*महाराष्ट्र आरोग्य सेवा संचालनालय

\*डॉ. कर्नाटकी (आरोग्य सेवांचे माजी उपसंचालक) यांचे व्याख्यान

तक्का क्र. ५



स्रोत - \*महाराष्ट्र आरोग्य सेवा संचालनालय  
 \*डॉ. कर्नाटकी (आरोग्य सेवांचे माजी उपसंचालक) यांचे व्याख्यान

## जिल्हा, तालुका, प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तर (तक्का क्र.५)

जिल्हास्तरावर जिल्हा आरोग्य अधिकारी अंतर्गत (अ) जिल्हा क्षयरोग अधिकारी (ब) अतिरिक्त जिल्हा आरोग्य अधिकारी (क) जिल्हा हिवताप अधिकारी कार्यरत असतात. त्याचप्रमाणे (ड) जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी व (ई) वैद्यकीय अधिकारी (जिल्हा प्रशिक्षण पथक) हे अधिकारी कार्यरत असतात.

जिल्हा शल्यचिकित्सक हे (१) निवासी वैद्यकीय अधिकारी बाह्यसंपर्क (२) निवासी वैद्यकीय अधिकारी क्लिनिक (३) तज्ज्ञ वैद्यकीय अधिकारी तसेच (४) वैद्यकीय अधिकारी, रुग्णालय प्रशिक्षण पथक यांना मार्गदर्शन करतात.

तालुका स्तरावर तालुका वैद्यकीय अधिकारी यांना जिल्हा आरोग्य अधिकारी मार्गदर्शन करतात.

तालुका वैद्यकीय अधिकारी हे प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील वैद्यकीय अधिकारी यांना मार्गदर्शन करतात.

प्राथमिक आरोग्य केंद्र वैद्यकीय अधिकारी हे उपकेंद्रातील ए.एन.एम., एम.पी.डब्ल्यू. तसेच अतिरिक्त ए.एन.एम. यांच्या कामावर देखरेख करतात व मार्गदर्शक करतात.

## सार्वजनिक आरोग्य सेवा खेड्या-पाड्यात पोहचवणारी यंत्रणा पुढीलप्रमाणे कार्यरत असते-

गावपातळीवर रा.ग्रा.आ. अभियान अंतर्गत 'आशा' कार्यकर्ती ही लोकांची आरोग्यविषयक पहिली संपर्क व्यक्ती असते. तसेच गावपातळीवर अंगणवाडी सेविका ही आरोग्यावर देखील काही प्रमाणात काम करते. आशा व अंगणवाडी सेविका यांच्या कामाची विस्तृत माहिती **प्रकरण ६** (पान क्र. ३५)मध्ये दिली आहे.

शासकीय पातळीवर सार्वजनिक आरोग्य सेवा पोहचविण्यासाठी पुढीलप्रमाणे आरोग्य केंद्राची व्यवस्था करण्यात आलेली आहे-

### १) उपकेंद्र

उपकेंद्र हे ग्रामीण जनतेचे केंद्र असते. ग्रामीण विभागात ५००० लोकसंख्येसाठी (आदिवासी क्षेत्र डोंगराळ भागांमध्ये ३०००) अशी उपकेंद्रे आहेत.

### २) प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पीएचसी)

ग्रामीण विभागांमध्ये ३०,००० लोकसंख्येसाठी (आदिवासी क्षेत्र डोंगराळ भागांमध्ये २०,०००) अशी प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पीएचसी) आहेत. या आरोग्य केंद्रामध्ये सहा खाटांची सोय असून एक डॉक्टर असतो (NRHM IPHS अंतर्गत १ महिला, १ आयुष डॉ.ची नियुक्ती करण्यात येते). ही प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, प्राथमिक आरोग्य आणि कुटुंब कल्याणांतर्गत सर्व राष्ट्रीय कार्यक्रम आणि योजनांची अंमलबजावणी करतात. या कार्यक्रमांच्या केंद्रस्थानी प्रामुख्याने काही निवडक रोगाचे प्रतिबंध आणि त्यांचे नियंत्रण, कुटुंब नियोजन सेवा तसेच नवजात शिशु आणि गर्भवती स्त्रियांच्या प्रतिकारक्षमतेची वाढ, अशा सेवा असतात. परंतु, वस्तुतः प्राथमिक आरोग्य केंद्र पातळीवर लागणाऱ्या



आवश्यक मदतीच्या कमतरतेमुळे डॉक्टर रुग्णांना योग्य वैद्यकीय सेवा पुरवू शकत नाहीत. प्रत्येक प्राथमिक आरोग्य केंद्र हे चार किंवा पाच उपकेंद्रांचे काम पाहते आणि त्यांच्या मदतीसाठी एक स्त्री आणि एक पुरुष आरोग्य कर्मचारी असतो. हेच कर्मचारी प्राथमिक आरोग्य केंद्रांतर्गत सर्व प्रतिबंधक आणि विस्तार कार्यक्रमांची अंमलबजावणी करतात. महाराष्ट्रात सध्या १८१६ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, १६७ प्राथमिक आरोग्य पथके, ६१ फिरती आरोग्य पथके आणि १०५७९ उपकेंद्रे आहेत.

### ३) तालुका पातळी

अनेक तालुक्यांच्या आणि शहरांच्या ठिकाणी स्थानिक शासकीय संस्थेमार्फत अशी लहान किंवा उपविभागीय रुग्णालये चालवली जातात. महाराष्ट्रात अशी रुग्णालये राज्यशासन चालवत असल्यास त्यांना कुटीर रुग्णालये (कॉटेज हॉस्पिटल) असे म्हणतात.

ग्रामीण आरोग्य सेवेच्या पायाभूत रचनेच्या विस्ताराचा एक भाग म्हणून १९८० मध्ये 'किमान गरजा कार्यक्रमांतर्गत' काही जुन्या प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये सुधारणा करून ग्रामीण रुग्णालये (आरएच) किंवा सामाजिक आरोग्य केंद्राची (कम्युनिटी हेल्थ सेंटर - सीएचसी) उभारणी करण्यात आली. प्रथमच ग्रामीण लोकांना त्यांच्या घराजवळ संदर्भ सेवा उपलब्ध व्हावी, हा त्यामागचा उद्देश होता. या रुग्णालयात ३० खाटांची सोय असून तेथे, औषधे, प्रसूतिशास्त्र आणि स्त्रीरोगचिकित्सा तसेच बालरोगचिकित्सा या चार मूलभूत विषयांसंबंधी तज्ज्ञ ही पदे आहेत. तसेच किरणोत्सारविद्या (क्ष-किरण) लेझर (रेडिओग्राफी) आणि रोगनिदान शास्त्र (पॅथोलोजी), भूलतज्ज्ञ, सोनोग्राफी, स्त्री रोगतज्ज्ञ अशी देखील पदे आहेत. पण त्यातील बहुतांश पदे रिकामी असतात. महाराष्ट्रात १,५०,००० लोकांपर्यंत आरोग्य सेवा पोहचवणारी एकूण ३८३ ग्रामीण रुग्णालये आहेत (पाच प्राथमिक आरोग्य केंद्रासाठी एक ग्रामीण रुग्णालय).

### ४) जिल्हा पातळी

जिल्हा पातळीवर जिल्हा रुग्णालये (सिव्हिल हॉस्पिटल) असतात. त्यामध्ये १०० ते ५०० खाटांची सोय असते. या रुग्णालयांमधून अगदी प्राथमिक स्वरूपाच्या वैद्यकीय सेवा उपलब्ध असतात. (अशा काही मोठ्या आकाराच्या रुग्णालयांचा प्रशिक्षण देणारी रुग्णालये म्हणून उपयोग केला जातो.) महाराष्ट्रात २५ जिल्हा रुग्णालये असून त्यात ६७२३ खाटांची सोय आहे. तथापि सर्वच जिल्ह्यांमध्ये अद्याप जिल्हा रुग्णालयांची सोय झालेली नाही. ही रुग्णालये जिल्ह्याच्या शहराखेरीज ग्रामीण विभागांसाठी जिल्ह्याची संदर्भ रुग्णालये म्हणून महत्त्वाची केंद्रे ठरतात.

### ५) वैद्यकीय महाविद्यालये व त्याच्याशी संलग्न इस्पितळे

याशिवाय मुंबईसह पुणे, सोलापूर, नागपूर, ठाणे, औरंगाबाद अशा मोठ्या शहरात आढळतात. या रुग्णालयांमध्ये ५०० ते २००० खाटांची सोय असते. तसेच या संस्था त्यांच्या स्थानिक क्षेत्रांसह सभोवतालच्या संपूर्ण प्रदेशालाही सेवा पुरवतात. वास्तविक मुंबईतील सार्वजनिक रुग्णालयांमध्ये केवळ राज्यभरातून नव्हे तर पूर्ण देशातून रुग्ण येतात. यांपैकी काही शहरांमध्ये क्षयरोग (टी.बी.) रुग्णालये नाक, कान, घसा यांचे रुग्णालय (ईएनटी), डोळ्यांचे रुग्णालय, सांसर्गिक रोगांसंबंधीचे रुग्णालय, कर्करोग रुग्णालय अशी विशेष (तज्ज्ञ) रुग्णालये असतात. महाराष्ट्रात ११

राज्यशासनाची आणि २ केंद्रशासनाची वैद्यकीय प्रशिक्षण देणारी रुग्णालये (पालिका शासनामार्फत मुंबईत ३ आणि ठाण्यात एक अशी प्रशिक्षण देणारी रुग्णालये चालवली जातात) आणि ४ दंतवैद्यक प्रशिक्षण देणारी रुग्णालये (एक पालिका आणि तीन केंद्र शासनामार्फत) आहेत. महाराष्ट्र सरकार आयुर्वेद महाविद्यालये देखील चालवते. तसेच १६ आयुर्वेद आणि ३ युनानी रुग्णालयांना अनुदान देते.

## महाराष्ट्रातील आरोग्य केंद्रे

क्र.	आरोग्य केंद्रे	उपलब्ध संख्या
१	प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	१८१६
२	प्राथमिक आरोग्य पथके	१६७
३	उपकेंद्रे	१०५७९
४	फिरती आरोग्य पथके	६१
५	ग्रामीण रुग्णालय	३८३
६	उपजिल्हा रुग्णालय (१०० खाटा)	२३
७	उपजिल्हा रुग्णालय (५० खाटा)	५६
८	आपात्कालीन विभाग (२० खाटा)	३८
९	जिल्हा रुग्णालये	२३
१०	सामान्य रुग्णालये	०३
११	महिला रुग्णालये	०८

स्रोत- आरोग्य सेवा संचालनालय, महाराष्ट्र



# सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेतील काही महत्वाच्या त्रुटी व त्यावर उपाययोजना

सध्याच्या सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेबद्दल आपण थोडक्यात ओळख करून घेतली. ही व्यवस्था वरपांगी पहाता जरी प्रभावी वाटत असली तरी तिच्या अंमलबजावणीत बऱ्याच त्रुटी आहेत. सार्वजनिक आरोग्य सेवांवर एकूणच अल्प प्रमाणात खर्च केला जातो. जागतिक आरोग्य संघटनेनुसार प्रत्येक देशाने सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेवर सकल उत्पन्नाच्या (जीडीपी) किमान ४ ते ५ टक्के खर्च करणे अपेक्षित आहे. परंतु भारतात मात्र त्यावरती केवळ ०.९ टक्के एवढाच खर्च केला जातो. महाराष्ट्रात त्यामुळे या सेवा सर्वसामान्यांपर्यंत पुरेशा व प्रभावीपणे पोहचवणे अवघड होऊन बसले आहे.

अस्तित्वात असलेली आरोग्य केंद्रे त्यांना नेमून दिलेल्या लोकसंख्येपेक्षा कितीतरी अधिक पट लोकसंख्येला सेवा पुरवण्याचा प्रयत्न करते. वैद्यकीय अधिकारी तसेच इतर कर्मचाऱ्यांची पदे कितीतरी काळापासून रिक्त आहे. वरिष्ठ पातळीवरील रुग्णालयात तज्ज्ञांची पदे रिक्त आहेत. आरोग्य केंद्रे ही गावापासून फार दूर अंतरावर बांधण्यात आलीत. आरोग्य केंद्रात आवश्यक औषधसाठा उपलब्ध नसतो. वाहनांची व्यवस्था उपलब्ध नसल्याने संदर्भसेवा परिणामकारकरित्या पुरविली जात नाही. वैद्यकीय अधिकारी तसेच तज्ज्ञ पूर्ण वेळ आरोग्य केंद्रात हजर नसतात. बऱ्याच ठिकाणी तर आरोग्य केंद्राची इमारतच नाही. काही ठिकाणी इमारत आहे पण अत्यंत वाईट अवस्थेत. प्रत्येक पातळीवर प्रचंड प्रमाणात भ्रष्टाचार फोफावत चाललेला आहे. या व इतरही अनेक कारणांमुळे सार्वजनिक आरोग्याची परिस्थिती अत्यंत वाईट आहे. आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन करतांना स्थानिक पातळीवर या सर्व बाबींचा आपण सविस्तर विचार करायला हवा.

सार्वजनिक आरोग्य सेवा सुधारण्यासाठी खालील बाबी लक्षात घेता येतील-

● सार्वजनिक आरोग्यासाठीच्या संसाधनांमध्ये अत्यंत भरीव स्वरूपाची जीडीपीच्या म्हणजे किमान ५ टक्के वाढ होणे आवश्यक आहे. सर्वसाधारण कर आकारणीतून सामाजिक आरोग्य सुरक्षा योजनेसाठी विविध स्वरूपाचे कर आकारून, सेस लावून व इतर काही उपाय योजून सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रासाठी वाढीव वित्तपुरवठा करणे शक्य होईल. उदा. खासगी वैद्यकीय क्षेत्राला विविध स्वरूपात दिली जाणारी सबसिडी बंद करणे; एका विशिष्ट आर्थिक मर्यादेच्या वरील राष्ट्रीय व आंतरराष्ट्रीय उलाढालींवर एक विशेष 'आरोग्य सुरक्षा सेस' आकारणे; आरोग्यावर व पर्यावरणावर घातक परिणाम करणाऱ्या उद्योगांवर, कारखान्यांवर विशेष कर लावणे.

● उद्योगक्षेत्रातील मोठ्या कंपन्या, कार्पोरेशन्स आणि संघटित व असंघटित क्षेत्रातील उद्योजक व मालक यांना देखील आरोग्य व्यवस्थेस आर्थिक पाठबळ देणे बंधनकारक करता येईल.

● सर्व देणगीदारांकडून सार्वजनिक आरोग्याकरता प्राप्त होणारा निधी व मदतीचा (उदा. युनोच्या निरनिराळ्या संस्था, थेट मदत देणारे देणगीदार, जागतिक बँक व इतर आंतरराष्ट्रीय देणगीदार, जागतिक स्तरावरील आरोग्यविषयक उपक्रम) वारंवार आढावा घेऊन त्याचे मूल्यमापन करून सदर निधीचा विनियोग फक्त विशिष्ट उपक्रम वा कार्यक्रम

यासाठी न होता आरोग्य क्षेत्रातील त्याच प्रकारच्या इतर उपक्रमांसाठी देखील म्हणजेच क्षेत्रनिहाय पद्धतीने होण्याचा आग्रह धरणे आवश्यक आहे.

● याचा अर्थ असा की भारताच्या सार्वजनिक आरोग्य धोरणातील प्राधान्यक्रम, प्राथमिकता व निर्णयप्रक्रियांच्या चौकटीत वा संदर्भानेच या सर्व मदत-निधीचे मूल्यमापन केले जाणे गरजेचे आहे. या सर्व देणगीनिधीमधून एकूणच सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेच्या बळकटीकरणासाठी अर्थसाहाय्य उपलब्ध केले जाणे आवश्यक आहे. विशिष्ट आरोग्य उपक्रमांपुरताच किंवा कार्यक्रमापुरताच मदत निधी उपलब्ध करून देणे व तेवढ्यापुरताच वापर होणे ही पद्धत बंद केली पाहिजे. तसेच मदतनिधी दिलेल्या कार्यक्रमांमध्ये विशिष्ट उद्दिष्टे साध्य करण्यासाठी संबंधित देणगीदार संस्थांनी दबाव आणण्याच्या पद्धतीला देखील आळा घालणे आवश्यक आहे. ज्या देणगीदारांना वरील धोरणे मान्य नसतील त्यांचा मदतनिधी ठामपणे नाकारला गेला पाहिजे. देशाबाहेरील सर्व आरोग्य संबंधित देणगीदार व इतर संस्था यांनी वर उल्लेख केल्याप्रमाणे क्षेत्र-निहाय पद्धतीशी व येथील आरोग्य व्यवस्थेची ध्येय-धोरणे यांच्याशी कटिबद्धता दाखवणे व त्याच प्रकारे आरोग्य क्षेत्रात काम करणे आवश्यक आहे. तसेच या देशबाह्य संस्थांच्या कामावर सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेच्या प्रशासकांनी व आरोग्य विषयक लोकचळवळींनी नियमितपणे देखरेख करणे व सनियंत्रण करणे गरजेचे आहे.

● सर्व माणसांच्या गरजा समान असतात; (ती शहरात, खेड्यात, विविध वर्गात, सामाजिक थरात विभागली असली तरी) त्यामुळे सर्वांसाठी समान आरोग्य सेवा सुविधा उपलब्ध असायला हव्यात. या समानतेच्या तत्त्वावर सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रांतर्गत वित्तपुरवठा झाला पाहिजे. या प्रकारे 'एकत्रित अंदाजपत्रकीय तरतूद' (ब्लॉक बजेटिंग) ही पद्धत अंमलात आणता येईल. यामुळे देशातल्या ग्रामीण वा शहरी, विकसित वा अविकसित अशा कोणत्याही विभागातील प्रत्येक नागरिकाला किमान पातळीवरील सार्वजनिक आरोग्यविषयक संसाधनाचा लाभ घेता येईल. यामुळे आताची संसाधनविषयक विषमता व अन्याय दूर करता येईल. याच बरोबर काही समाजगटांच्या खास आरोग्यविषयक गरजा (उदा. महिला, मुले, आदिवासी व इतर गट) लक्षात घेऊन या गटांच्या विशेष सेवांसाठी अतिरिक्त संसाधनाची तरतूद करता येईल.

## सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचे बळकटीकरण व पुनर्रचना

सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेमार्फत सर्वांना दर्जेदार आरोग्य सेवा उपलब्ध व्हावी यासाठी कालबद्ध उपाययोजना करणे हा व्यापक व मध्यवर्ती उद्देश यापुढे ठेवायला हवा. यासाठी खालील उपायांचा समावेश करता येईल-

● सध्याच्या 'वरून खाली' (केंद्रपातळी ते गावपातळी) विकसित केलेल्या एकलक्षी, खंडित स्वरूपाच्या आरोग्य कार्यक्रमांना संपूर्ण फाटा देणे; त्याच्या जागी आडवे वा समांतर असे एकात्मिकीकरण व समाजाभिमुखता आरोग्य सेवेच्या सर्व स्तरांवर साधणे; सर्वलक्षी दर्जेदार आरोग्य सेवांचे सर्व पातळ्यांवर बळकटीकरण करणे; या बळकटीकरणाबरोबरच वित्तीय व इतर नियोजन व त्याची अंमलबजावणी या विषयीच्या अधिकारांचे समाजाकडे हस्तांतरण, **विकेंद्रित पद्धतीने पंचायतींनी व समाजाने आरोग्यविषयक नियोजन करणे.**

आरोग्य सेवेचे जिल्हावार नियोजन करायचे असे ठरवले तर एकात्मिक दृष्टिकोनातून व विकेंद्रित पद्धतीने नियोजन करण्यासाठी एक सुयोग संघटनात्मक चौकट उभी राहिल. आरोग्यासाठी उपलब्ध असलेल्या संसाधनांपैकी किमान ४० टक्के संसाधने पंचायती व तत्सम स्थानिक स्वराज्य संस्थाकडे सुपूर्त केली जावीत. संसाधनांचे हे विकेंद्रीकरण टप्प्या टप्प्याने केले पाहिजे. यामुळे विकेंद्रित आरोग्य नियोजन पद्धती देखील विकसित होऊ शकेल. संसाधनांचे व नियोजनाचे विकेंद्रीकरण करण्याबरोबरच स्थानिक पातळीवरील संबंधित प्रतिनिधींना, पंचायत सभासदांना आरोग्य विषयक व त्याच्या नियोजनाविषयक मूलभूत प्रशिक्षण देणे देखील आवश्यक आहे; त्यांच्या क्षमतांचा विकास

करणे (कॉर्पोरेट बिल्डिंग) अगत्याचे आहे. या विकेंद्रीकरणांमुळे समाजाच्या प्रत्यक्ष गरजांवर आधारित असे आरोग्य विषयक आराखडे वा कृति योजना (हेल्थ प्लान्स) व आरोग्य कार्यक्रम विकसित करण्यासाठी एक यंत्रणा प्रस्थापित करता येईल. यामुळे व्यवस्थापकीय अधिकार व क्षमतांचे देखील विकेंद्रीकरण होऊ शकेल; आरोग्यामध्ये समाजाचा सहभाग वाढू शकेल; केंद्र व राज्य मंत्रालयाकडून प्रसृत होणाऱ्या वा निर्देशित केल्या जाणाऱ्या धोरणांचे व कार्यक्रमांचे एकात्मिकरण करण्यासाठी वाव मिळू शकेल. या यंत्रणेच्या आधारे समाजाभिमुख असे संसाधन-वाटपासंबंधीचे निर्णय घेता येतील. रुग्णालये, दवाखाने व समाजाधिष्ठित आरोग्य सेवा यामध्ये देखील एकात्मिकरण घडवून आणता येईल.

### ● या यंत्रणेअंतर्गत परामर्श घेता येतील असे काही निश्चित विषय खालीलप्रमाणे-

स्थानिक वा एखाद्या विशिष्ट भागातील रोगांचे/ अनारोग्याचे प्रकार व प्रमाण शोधून काढणे; सामाजिक व पर्यावरणीय संदर्भाने विशिष्ट भागातील रोगप्रसार पद्धती; नेहमीच्या आजारांच्या जीवाणुंची, प्रतिजैविकांप्रतिची, संवेदनशीलता याबाबत अभ्यास करता येईल. या सगळ्या घटकांमुळे आरोग्य सेवांचे स्थानिक पातळीवरील प्राधान्यक्रम ठरवणे; रोगनियंत्रण विषयक धोरण ठरवता येईल. विकेंद्रित पद्धतीने आजारांवर लक्ष ठेवण्याची यंत्रणा विकसित करणे शक्य होऊ शकेल. अशा यंत्रणेमुळे सोप्या शास्त्रीय पद्धती वापरून खेड्या-पाड्यातील आरोग्य कर्मचारी रोगांचे उद्रेक वा साथी त्यांच्या पातळीवरच ताबडतोब शोधून काढू शकतील.

### आवश्यक औषधे मिळण्याची हमी

देशातील प्रत्येक सार्वजनिक आरोग्य संस्थेमध्ये सर्व 'आवश्यक' औषधे सातत्याने उपलब्ध राहतील अशी व्यवस्था केली. त्या दृष्टीने प्रयत्न सुरू केले पाहिजेत. सार्वजनिक आरोग्य सेवेसाठी औषधांची खरेदी व वितरण कार्यक्षम आणि पारदर्शी पद्धतीने कसे करायचे याचे उदाहरण तामिळनाडूने घालून दिले आहे. त्यात काही उचित असे फेरफार करून सर्व राज्यांमध्ये ती पद्धत अंमलात आणता येईल. याच्या जोडीला औषधांसाठी पुरेशी अंदाजपत्रकीय तरतूद उपलब्ध करून देणे आवश्यक आहे. हे घडल्यास, सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेच्या सर्व पातळ्यांवर सातत्याने औषधे उपलब्ध राहण्याची हमी देणे शक्य होईल. यामुळे या व्यवस्थेवरील लोकांचा विश्वास मोठ्या प्रमाणात वाढेल. याबरोबरच सर्व पातळ्यांवरील सार्वजनिक आरोग्य संस्थांमध्ये औषधांचा वापर शास्त्रीय व तर्कसंगत पद्धतीने होत आहे याची खातरजमा केली पाहिजे. यामुळे औषधावरील बराच अनावश्यक खर्च वाचेल. आरोग्य सेवांचा दर्जा वा गुणवत्ता मोठ्या प्रमाणात वाढेल.

● सार्वजनिक आरोग्य सेवेमध्ये लोकांना आपल्या वस्तीतच मिळणाऱ्या आरोग्य सेवेचे 'डॉक्टर-केंद्री' मॉडेल बदलायला हवे. म्हणजेच प्राथमिक स्वरूपाचे उपचार फक्त डॉक्टर वा वैद्यकीय अधिकारी यांचे मार्फतच मिळू शकतात ही आजची पद्धत बदलणे गरजेचे आहे. त्यासाठी वस्ती पातळीवर पुरेसे आरोग्य कार्यकर्ते उपलब्ध ठेवून त्यांच्या मार्फत प्राथमिक उपचार देण्याची व्यवस्था करायला हवी. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य मिशन अंतर्गत 'आशा' योजनेमार्फत असे प्राथमिक उपचार गावातच देण्याचे नियोजन आहे. पण त्यात काही त्रुटी वा मर्यादा आहेत, या त्रुटी दूर करण्याची गरज आहे. असे केल्यास, विकेंद्रित पद्धतीने स्थानिक वा क्षेत्रीय पातळीवर योग्य प्रकारचे प्रशिक्षण दिलेला, सामाजिक आरोग्य कार्यकर्ता प्राथमिक उपचार देण्यासाठी प्रत्येक वाडीवस्तीमध्ये उपलब्ध करता येईल.

### आरोग्य व्यवस्थेच्या सर्व स्तरांवरील सेवा शुल्क आकारणी रद्द करण्यात यावी

काही राज्यात अगोदरच चालू केलेली किंवा राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य मिशन अंतर्गत चालू केली जाणारी सेवा शुल्क आकारणी म्हणजे आरोग्य सेवांचा लाभ घेण्यामध्ये येणारा असमर्थनीय असा अडसरच आहे. दारिद्र्य रेषेखालील रुग्णांना हे सेवा शुल्क भरावे लागू नये, त्यांना विनामूल्य सेवा मिळावी अशी तरतूद आहे. पण प्रत्यक्षात

गरिबांना मोफत सेवा मिळत नाहीत याविषयी आकडेवारी वा पुरावा उपलब्ध आहे. सेवा शुल्क आकारणे म्हणजे प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्षपणे सार्वजनिक आरोग्य सेवा बहुसंख्य रुग्णांना नाकारण्यासारखेच आहे. या सेवा शुल्कामुळे सार्वजनिक आरोग्य सेवेसाठी गोळा होणारे उत्पन्न अत्यल्प असते.

## सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील मनुष्यबळाचा तुटवडा कसा भरून काढता येईल ?

● आवश्यक त्या सेवा देण्यासाठी किती आरोग्यकर्मी हवे; तसेच सेवा देण्यासाठी त्यांच्यासाठी आवश्यक असे कोणते प्राविण्य व कौशल्ये हवे, ह्या दोन्ही बाबींची स्पष्ट व काटेकोर अशी निश्चिती करायला हवी. प्रत्यक्ष रुग्णांशी संबंध न येणारे असे पण महत्त्वाचे कार्य बजावणारे आरोग्यकर्मी (नॉन-क्लिनिकल) यांच्यासह प्राथमिक आरोग्य सेवा व दुर्लक्षित भागांकडे विशेष लक्ष द्यायला हवे.

● नर्सिंग प्रशिक्षण केंद्रे, पॅरामेडिकल कर्मचारी प्रशिक्षण केंद्रे, तसेच सार्वजनिक आरोग्य विषयक प्रशिक्षण केंद्रे पुरेशा प्रमाणात असण्यासाठी तसेच, आरोग्यकर्मींची संख्या व त्यांना प्रदान करायची कौशल्ये, प्राविण्य यात सुधारणा होण्यासाठी मध्यम व दीर्घ पल्ल्याची गुंतवणूक करणे गरजेचे आहे.

● अतिविशिष्ट विशेषज्ञ (सुपर स्पेशॅलिस्ट) व तज्ज्ञ डॉक्टरांचे शिक्षण यावर भर देण्याचे सध्याचे धोरण बदलले तर पॅरामेडिकल व मूलभूत कौशल्यांचे प्रशिक्षण दिलेल्या सामान्य डॉक्टर्सची या देशात मोठ्या प्रमाणावर असलेली गरज भागवता येईल.

● खासगी क्षेत्रात यापुढे नवीन वैद्यकीय महाविद्यालये सुरू करण्यास अनुमती देऊ नये. तसेच शासकीय महाविद्यालयांपेक्षा जास्त शुल्क आकारणारी वा प्रवेशासाठी देणगी घेणारी खासगी महाविद्यालये बंद केली गेली पाहिजेत. किमान एक वर्षाकरता ग्रामीण भागात काम करणे पदवीपूर्व विद्यार्थ्यांना अनिवार्य केले जावे (वैद्यकीय, नर्सिंग व पॅरामेडिकल शाखेच्या विद्यार्थ्यांना) या शिवाय त्यांना व्यवसाय करण्यास परवानगी दिली जाऊ नये. पदव्युत्तर शिक्षणानंतर ग्रामीण भागात तीन वर्षे काम करणे सक्तीचे करायला हवे.

● सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील आरोग्यकर्मींच्या, विशेषतः क्षेत्रीय पातळीवर काम करणाऱ्या आरोग्यकर्मींच्या वेतनश्रेणींचा आढावा घेऊन त्या आवश्यकतेप्रमाणे वाढवायला हव्यात. दुर्गम भूभागात काम करणाऱ्या कर्मचाऱ्यांना प्रोत्साहनपर भत्ते व मदत जरूरीप्रमाणे द्यायला हवी.

● याच्या जोडीला आरोग्यकर्मींना (अधिकारी, कर्मचारी यांना) सर्व पातळ्यांवर बिगर-आर्थिक स्वरूपाचे पण आरोग्य क्षेत्रातील वा वैद्यकीय व्यवसायासाठी निगडित असे प्रोत्साहन, उत्तेजन द्यायला हवे. उदा. निरंतर शिक्षण. समाजाने मूल्यमापन करून ज्या कर्मचाऱ्यांचे काम चांगले ठरवले आहे त्यांना गौरवण्यात यावे, पुरस्कार देण्यात यावा. कर्मचाऱ्यांच्या सेवाशर्ती व वर्तनविषयक नियमांत पारदर्शकता असायला हवी, भेदभाव असू नये, 'तसेच आरोग्यकर्मींमध्ये समाजाप्रति उत्तरदायित्व वा जबाबदारीची जाणीव येण्यासाठी यंत्रणा प्रस्थापित करायला हवी.

## विशेष स्वरूपाच्या आरोग्यविषयक गरजा असणाऱ्या समाजगटांना विशेष आरोग्य सेवा उपलब्ध करणे

महिला, बालक गट, औद्योगिक व असंघटित क्षेत्रातील कामगार वर्ग, दलित, आदिवासी, मानसिक अस्वास्थ्यग्रस्त व्यक्ती, एच.आय.व्ही. एड्सग्रस्त, वयोवृद्ध व अपंग या सारख्या समाजगटांच्या आरोग्य विषयक गरजा वेगळ्या व विशेष स्वरूपाच्या असतात हे उघडच आहे. या गरजांचा देखील संवेदनशीलतेने विचार करून त्यासाठी विशेष आरोग्यविषयक सेवा उपलब्ध करणे या कामाकडे आजवर दुर्लक्षच झाले आहे. त्यामुळे यापुढे या विशेष सेवा प्राधान्याने देणे गरजेचे आहे. या सेवांचे नियोजन व अंमलबजावणी यामध्ये या समाजगटांच्या, लाभार्थींचा सक्रिय सहभाग घेणे आवश्यक आहे. या विशेष सेवा संवेदनशीलतेने देण्याची जबाबदारी मात्र सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचीच राहणार आहे.



# राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम

## (संसर्गजन्य आजारांवर नियंत्रण आणण्यासाठीचे कार्यक्रम : माहिती, त्रुटी तसेच प्रस्तावित उपाययोजना )

### मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम

फार पूर्वीपासून मलेरिया हा आपल्या सार्वजनिक आरोग्याच्या गंभीर प्रश्न राहिला आहे. पावसाळ्यात शेतीसंबंधी काळात हिवातापाचे प्रमाण वाढते. याची माहिती आपल्याला फार पूर्वीच होती. डास चावल्याने मलेरिया होतो याची माहिती आपल्याला बऱ्याच उशिरा मिळाली. मलेरियामुळे प्रचंड प्रमाणात मनुष्यहानी तसेच आर्थिक हानी भारताने बघितली आहे. संपूर्ण भारतात वेळोवेळी मलेरियाची साथ पसरत असे. भारतीय रेल्वेचे आगमन हे मलेरियाच्या प्रादुर्भावासाठी पोषकच ठरले. रेल्वेसाठी होणाऱ्या बांधकामामुळे मलेरियाचे प्रमाण वाढतच गेले. ५० च्या दशकात दरवर्षी किमान ८ लक्ष लोक हे मलेरियामुळे मृत्यूमुखी पडत असत.

मलेरियाच्या प्रतिबंधासाठी १९५३ मध्ये राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमासाठी सुरुवात करण्यात आली. या कार्यक्रमाच्या अंमलबजावणीनंतर मलेरियाच्या प्रमाणात लक्षणीय कमतरता आली. त्यामुळे १९५८ मध्ये राष्ट्रीय मलेरिया निर्मूलन कार्यक्रम हाती घेण्यात आला. त्यात १ ते ९ वर्षात मलेरियाचे उच्चाटन करण्यात येईल असे गृहीत धरण्यात आले होते. परंतु १९६५ पासून मलेरियाचा प्रादुर्भाव फार मोठ्या प्रमाणात वाढला. यामागे मलेरियावर अर्धवट व चुकीचा उपचार, तसेच फवारणीच्या देखरेखीचा अभाव ही कारणे दिली जातात.

१९६५ मध्ये राष्ट्रीय मलेरियाविरोधी कार्यक्रमाची सुरुवात करण्यात आली. यात केंद्र व राज्य सरकार निम्मे भागीदार आहेत. (Enhanced malaria control project) हा जागतिक बँकेच्या सहाय्याने १९९७ पासून देशातील मलेरिया प्रवण राज्यांत राबवला जातो. यात महाराष्ट्राचाही समावेश आहे.

थोडक्यात भारतामध्ये स्वातंत्र्यप्राप्तीनंतरच्या नजीकच्या कालखंडात, मलेरिया नियंत्रणात लक्षणीय यश मिळाले. तसेच भारताने जागतिक पातळीवर मलेरिया नियंत्रण विषयक ज्ञानात मोठी भर घातली यात शंकाच नाही. परंतु आता मात्र मलेरिया रोगाला आवर घालण्यात आपण कमी पडत आहोत व मलेरिया ही अजूनही एक मोठी सार्वजनिक आरोग्याबाबतची समस्या आहे.

### मलेरियाच्या भारतातल्या सद्यःस्थितीची काही वैशिष्ट्ये

दरवर्षी भारतातील मलेरिया केसेसची संख्या १.८ कोटीपेक्षा जास्त असावी व मलेरियामुळे मृत्यूंची संख्या १,३०,००० इतकी असावी असा एक अंदाज आहे. तर मलेरिया संशोधकांच्या आराखड्याप्रमाणे दरवर्षी भारतात १ ते ३ कोटी व्यक्तींना मलेरियाची लागण होते. अधिकृत शासकीय अंदाजापेक्षा हे प्रमाण ५ ते १५ पटींनी जास्त आहे. जगातील आरोग्य संघटनेच्या अंदाजाप्रमाणे दरवर्षी भारतात ११ ते १५ दशलक्ष व्यक्तींना मलेरियाची लागण होते.

याचा अर्थ दक्षिण पूर्व आशियातील एकूण मलेरिया केसेस पैकी ७४ टक्के केसेस या भारतातील असतात (जागतिक आरोग्य संघटना).

मलेरिया नियंत्रणासाठी या कार्यक्रमात डी.डी.टी. फवारणी, शोषखडे बुजवणे, मच्छरदाण्यांचा उपयोग, तसेच रुग्णाचे लवकरात लवकर निदान करून क्लोरोक्विन औषध देणे या व इतर उपायोजना करण्यावर भर देण्यात येतो. या उपरांत नागरी विभागातील सर्वेक्षणांमधून तेथे हिचतापाच्या रुग्णांची संख्या दुपटीने वाढल्याचे दिसते. आरसीएच सर्वेक्षणानुसार ग्रामीण भागात रोगराईचे प्रमाण अधिक असल्याचे लक्षात येते. राज्यातील प्रत्येक आदिवासी जिल्ह्यांसाठी जिल्हा हिचताप नियंत्रण संस्थांची स्थापना केली गेली आणि रुग्णांची नोंद करण्यात येते.

मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमांतर्गत एक स्वतंत्र यंत्रणेची उभारणी करण्यात आलेली आहे. त्यात जिल्हा पातळीवर जिल्हा मलेरिया अधिकारी संपूर्ण जिल्ह्यातील मलेरिया तसेच हिचताप यांचे प्रमाण कमी करण्यासाठी कार्यरत असतात. यात लवकरात लवकर रोगनिदान करणे यावरती भर दिला जातो. त्यासाठी हिचताप व मलेरिया सदृश्य रुग्णांची ओळख आरोग्य केंद्रांमध्ये नोंदवली जाते व त्यांच्या रक्तांचे नमुने तपासणीसाठी पाठविले जातात. तसेच गावपातळीवर कोणताही प्रकारचा ताप आलेल्या व्यक्तीच्या रक्तांचे नमुने एमपीडब्ल्यू गोळा करीत असतात. व तपासणीसाठी प्रयोगशाळांमध्ये पाठवित असतात.

संपूर्ण देशभरातल्या मलेरियाच्या रुग्णांमध्ये पी. फॅल्सीपेरम या मलेरिया जंतुच्या उपप्रकारामुळे होणाऱ्या मलेरिया रुग्णांचे प्रमाण वाढत चालले आहे; मलेरियामुळे होणारे बहुतांशी मृत्यू याच पी.फॅल्सीपेरम प्रकारच्या मलेरियामुळे झालेले आढळतात. लोकसंख्येतील मलेरियाची लागण होणाऱ्या रुग्णांचे प्रमाण वाढते आहे. वारंवार मलेरिया झाल्यामुळे होणारे अनारोग्य; तसेच मलेरियामुळे रुग्णांमध्ये होणाऱ्या गुंतागुंतीचे प्रमाण देखील (कॉम्प्लिकेशन्स) वाढत आहे असे आढळते.

मलेरियाच्या उपचारासाठी प्रामुख्याने वापरल्या जाणाऱ्या 'क्लोरोक्विन' या औषधाला जंतु दाद देत नाहीत याचे प्रमाण वाढले आहे. या औषध विरोधी प्रतिकारशक्तीमुळे मलेरियाचे प्रमाण, मलेरियामुळे होणारे अनारोग्य व गुंतागुंतीचे प्रमाण वाढत आहे.

मलेरियाचा प्रसार करणाऱ्या अॅनाफिलीस डासांमध्ये विस्तृत प्रमाणात डी.डी.टी. विरुद्धची प्रतिकारशक्ती निर्माण झालेली आढळून येते. यामुळे मुख्यतः डी.डी.टी. फवारणीवर आधारित असा अतिकेंद्रित डास नियंत्रण कार्यक्रम बऱ्याच प्रमाणात निष्फळ होतांना दिसत आहे. ढासळत जाणारे पर्यावरण, कमकुवत अशा सर्वलक्ष्यी (जनरल) आरोग्य सेवा; मलेरिया रोगावरील देखरेखीतील कमतरता या सर्वांची परिणीती म्हणजे सीमित, स्थानिक स्वरूपाच्या मलेरियाच्या साथी वा उद्रेक वारंवार उद्भवू लागल्या आहेत. हे सीमित उद्रेक, मलेरियाच्या पर्यावरणाशी संबंधित वा पर्यावरणजन्य उपप्रकारांशी निगडित आहेत.

भारतात मलेरियाचे जंतु व जंतुवाहक डास या दोघांचे प्रभावीपणे नियंत्रण करता येत नसल्याने, प्राथमिक आरोग्य सेवा कमकुवत असल्याने मलेरियाची समस्या आणखीनच उग्र झालेली आहे. मलेरियाचे वाढते प्रमाण, त्यामुळे उद्भवणारे अनारोग्य, गुंतागुंत व मृत्यू यांना आळा घालण्यासाठी दोन गोष्टींची नितांत आवश्यकता आहे. पहिली म्हणजे मलेरियाचे लवकर निदान करणे व वेळीच समूळ शास्त्रीय उपचार देण्याची व्यवस्था/यंत्रणा कार्यान्वित होणे; दुसरी आवश्यक गोष्ट म्हणजे समाजाचा सहभाग असलेला डास नियंत्रक कार्यक्रम. म्हणूनच भारताचे नियंत्रण व महालेखापरिक्षकांनी आपल्या अहवालात राष्ट्रीय हिचताप निर्मूलन अंतर्गत हिचतापाच्या वाढत्या प्रमाणावर आळा घालण्यात आलेला अपयशाचे कारण दिले जसे उपचारात दिरंगाई, उपचार न मिळणे, कमी दर्जाच्या औषधीचा वापर,



निकषाप्रमाणे कर्मचारी वर्ग नसणे हे आहे. ही बाब शासकीय योजनेची असून ज्याचे मुख्य प्राधान्य रोगप्रतिबंध व नियंत्रण कार्यक्रमावर आहे.

## या कार्यक्रमातील त्रुटी व त्यावर उपाय

मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमात सहजपणे करता येतील असे व समाजाला पचणारे असेच आणखी उपाय योजले पाहिजेत. पण या विषयक सद्यःस्थिती काय आहे? मलेरियाच्या रोगनिदानासाठी घेतलेल्या रक्त नमुन्याचा अहवाल मिळायला उशीर लागतो. याला काही आठवडेसुद्धा लागू शकतात. यामुळे ग्रामीण व आदिवासी भागातील लोकांना निदानानंतरचे मलेरियावरील समूळ शास्त्रीय उपचार वेळेत मिळणेदेखील अधिकच अवघड होते. डास नियंत्रणासाठी केली जात असलेली डी.डी.टी.ची फवारणी बऱ्याच वेळा अपुऱ्या पद्धतीने केली जाते. यामुळे या फवारणीचा डासांवर कितपत परिणाम होतो हा मोठा प्रश्नच आहे!

१९९० पासून पुनरागमन झालेल्या मलेरियाचे वैशिष्ट्य म्हणजे मलेरियाच्या पर्यावरणीय व पर्यावरणजन्य उपप्रकारांचा उदय. अशा पर्यावरणजन्य मलेरियाचे नवीन उपप्रकार: शहरी व सभोवतालीचा मलेरिया, सिंचन प्रकल्पाशी निगडित मलेरिया, स्थलांतरितांशी संबधित मलेरिया, जंगल मलेरिया, आदिवासींमधील मलेरिया.

आदिवासी, वन व इतर विभागातून मोलमजुरीसाठी शहर परिसरात येणारे हंगामी (सीझनल) स्थलांतरितांचे प्रचंड लोंढे, तेथे त्यांच्या वाट्याला येणारे जनावरांपेक्षा हीन पद्धतीचे, अनारोग्यकारक असे राहणीमान (उदा. झोपडपट्ट्यांमधील दाटीवाटीची राहणी; सकस अन्न, पिण्यास योग्य पाणी, शौचालये, गटारे, सांडपाण्याचा निचरा, परिसर स्वच्छता यांचा एकूणच अभाव) व या 'लेबर'कडून वसूल केलेल्या श्रमातून घडविला जाणारा समाजाचा 'चकाचक' पद्धतीचा विकास! या विकासपद्धतीमध्ये बहुसंख्य जनतेच्या वाट्याला येणारे निकृष्ट अनारोग्यकारक राहणीमान व बिघडलेले पर्यावरण यामुळेच मलेरिया असे नवनवीन उग्र अवतार धारण करत आहे. यामुळेच शहरी मलेरिया स्थलांतरितांचा मलेरिया या रूपात येऊन, या 'लेबर' व आजूबाजूच्या वस्तींमधून बळी घेत फिरत आहे.

सिंचनप्रकल्पांचा नियोजनरहित पद्धतीने केला जाणारा विस्तार हे भारतातील शेती विकासाचे एक प्रमुख वैशिष्ट्य आहे. या सिंचन विस्तारांचा लोकांच्या आरोग्यावर काय परिणाम होईल याचा कोणताही पूर्वअभ्यास केला जात नाही किंवा या प्रकल्पामुळे ठिकठिकाणी अतिरिक्त पाणी साठून राहू नये, डासांचा उद्भव होऊ नये, डास वाढू नये यासाठी कोणतेही उपाय योजले जात नाहीत. परिणामतः सिंचनप्रकल्पामुळे वा विस्तारामुळे नजीकच्या प्रदेशात मलेरियाचे स्थानिक उद्रेक होतात; मृत्यू होतात. यापूर्वी मलेरियाचे अत्यंत कमी प्रमाण असलेल्या राजस्थानात या सिंचनप्रकल्पानंतर मलेरियाचे स्थानिक उद्रेक व त्यामुळे होणारे मृत्यू होऊ लागले. हे मलेरियाचे पर्यावरणीय उपप्रकार मुख्य प्रवाहातील समाजात फैलावून देखील अनारोग्य निर्माण करीत असतातच परंतु (मार्जिनलाइज्ड) समाजाच्या परिघाबाहेर फेकले जाणारे लोकसमूह या मलेरियांच्या उपप्रकारामुळे किती तरी पटींनी जास्त प्रमाणात बाधित होतात. (त्या लोकसमूहातील मलेरियाचे प्रमाण मोठ्या प्रमाणावर वाढते, त्यामुळे रुग्णांमध्ये होणाऱ्या गुंतागुंती वाढतात, त्यामुळे मृत्यूंचे प्रमाणही वाढते.) परंतु ही वस्तुस्थिती फारशी लक्षात घेतली जात नाही वा मान्य केली जात नाही.

मलेरिया सार्थींचा सर्वांगीण सविस्तर अभ्यास व विश्लेषण करून दारिद्र्य व उपासमारी आणि मलेरियामुळे होणारे मृत्यू यांचा परस्पर संबंध असल्याचे ७५ वर्षांपूर्वीच स्पष्टपणे दाखवून देण्यात आले आहे. (गरीब वर्गातील अर्धपोटी व उपाशी राहावे लागणाऱ्या व्यक्तींना मलेरिया झाल्यास त्यामुळे मृत्यू पावण्याचे प्रमाण जास्त आहे) परंतु हे शास्त्रीय सत्य अजूनही मान्य केले जात नाही व याच शास्त्रीय सत्याची दखल घेऊन मलेरिया नियंत्रण धोरणात वा धोरणव्यूहात त्यानुसार योग्य ते फेरबदल करण्यात आलेले नाहीत. दारिद्र्याचे प्रमाण जास्त असलेल्या राज्यात व समाजात मलेरियाचे प्रमाण देखील जास्त असते, या विषयीचीसुद्धा भारतातील आकडेवारी वा सज्जड पुरावा उपलब्ध

आहे. याची दखल देखील मलेरिया कार्यक्रमात घेणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे. आपापल्या कार्यक्षेत्रात मलेरियाची स्थिती काय आहे याची चाचपणी करून त्यासाठी उपयुक्त उपाययोजना आपण विकेंद्रित नियोजनात करू शकतो. आपापल्या कार्यक्षेत्रातील एम.पी.डब्ल्यू. तसेच इतर आरोग्य कर्मचारी मलेरिया प्रतिबंध तसेच उपचारासाठीच्या उपाययोजना प्रभावीपणे करीत आहे किंवा नाही याची चाचपणी आपण लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेअंतर्गत करू शकू. तसेच शासकीय आरोग्य कर्मचाऱ्यांनी त्यांचे काम अधिक प्रभावीपणे राबविण्यासाठी काय उपाययोजना करता येतील याबद्दलचे नियोजनही आपण करू शकू.

## राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम

भारत हा जगातील सर्वात जास्त टी.बी.चे रुग्ण असणारा देश आहे. जगातील एकूण टी.बी. रुग्णांपैकी जवळपास ३० टक्के रुग्ण भारतात आहेत. भारतात दरवर्षी साधारण २ कोटी व्यक्तींना टी.बी.ची लागण होते व दरवर्षी ४ लाख मृत्यू टी.बी.मुळेच होतात. ही आकडेवारी स्वातंत्र्यप्राप्तीच्या काळापासून फारशी घट न होता तेवढीच राहिली आहे. फुफ्फुसाचा टी.बी. झालेल्या एकूण रुग्णांची संख्या १७ दशलक्ष असावी असा कयास आहे. ही संख्या देखील धक्कादायक आहे. १९५४-५८ मधील पहिल्या पाहणी-अभ्यासातील टी.बी. रुग्णांचे प्रमाण वा संख्या आजपर्यंत साधारणतः त्याच पातळीवर स्थिरावली आहे. त्यात फारशी घट झालेली नाही.

राष्ट्रीय टी.बी. कार्यक्रमास १९६२ मध्ये सुरुवात झाली. सामाजिक व साथरोग शास्त्रानुरूप असा व्यापक दृष्टिकोन असलेला व जनतेला केंद्रस्थानी ठेवून जनतेच्या सहभागावर भिस्त ठेवणारा असा हा कार्यक्रम होता.

राज्यात नऊ रुग्णालये, २९ जिल्हा क्षय निवारण केंद्रे आणि १९९५ दुय्यम आरोग्य संस्था आहेत. यात ग्रामीण रुग्णालये, कुटीर रुग्णालये, प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, नगरपरिषदांचे दवाखाने इत्यादींचा समावेश होतो. या ठिकाणी प्राथमिक आरोग्य सेवा कार्यक्रमांच्या माध्यमातून बहुउद्देशीय आरोग्य सेवक सेवा पुरवतात. क्षय नियंत्रण कार्यक्रमाद्वारे क्षयाचे प्रभावी नियंत्रण करण्यासाठी (रिव्हाइज्ड नॅशनल ट्युबरक्युलोसिस कंट्रोल प्रोग्रॅम - आरएनटीसीपी) सुधारित राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रमांची अंमलबजावणी १९९८-९९ पासून सुरू झाली. या कार्यक्रमाचे मुख्य उद्दिष्ट नव्याने लागण झालेल्या आणि थुंकी चाचणीतून क्षयबाधा असल्याचे सिद्ध झालेल्या अशा रुग्णांपैकी ८५ टक्के रुग्णांना आरोग्य कर्मचाऱ्यांच्या समक्ष औषध घेण्याच्या पद्धतीद्वारे (डायरेक्टली ऑब्जर्व्हड ट्रीटमेंट शॉर्ट कोर्स केमोथेरपी (डॉट्स)) उपचार देण्याचा कार्यक्रम राबवण्यात आला. या कार्यक्रमाच्या परिणामकारक अंमलबजावणीसाठी १९९८ साली राज्य क्षय संस्था स्थापन करण्यात आली. तसेच प्रत्येक जिल्हा स्तरावर जिल्हा क्षय संस्था तयार करण्यात आली.

## या कार्यक्रमातील त्रुटी व त्यावर उपाय\*

संसर्गजन्य रोगांच्या मालिकेतील क्षय हे सर्वात मोठे आव्हान आहे. वरपांगी क्षय लागणीचा दर घटलेला दिसतो; मात्र ही लागण कमी करण्यासाठी अधिक प्रयत्नांची आवश्यकता आहे. दर लाख लोकसंख्येत क्षय लागण होण्याचे प्रमाण दोन सर्वेक्षणांमध्ये (NFHS-II आणि NFHS-III) अनुक्रमे ४३२ आणि ४१८ असे जवळपास सारखे आहे. पुन्हा शहरी भागाला क्षयाची अधिक झळ पोहचते असा अंदाज आहे. यातील आश्चर्याचा भाग म्हणजे सर्वेक्षणात क्षयाचा फैलाव सर्वत्र सारखा असल्याचे दिसतो. मात्र शहरी-ग्रामीण भागातील चित्र बदललेले दिसते. आता ग्रामीण भागात क्षयाचा फैलाव अधिक आहे.

\* स्रोत - (जन आरोग्य संसद २००७)आजारी भारतीय आरोग्य व्यवस्था- कारणे व पर्याय

क्षय कार्यक्रम हा अपुरा असल्याचे (अपरिणामकारक ठरत असल्याचे) कारण म्हणजे खूप उशिरा निदान होणे हे आहे. कारण एकतर सरकारी दवाखान्यांमध्ये २० टक्केच रुग्ण जातात व शिवाय त्यांच्यावरही वेळेवर निदान, उपचार होतील याची खात्री नसते. दुसरे महत्त्वाचे कारण म्हणजे खाजगी डॉक्टर रोगाच्या प्राथमिक अवस्थेत कफ आणि अन्य श्वसनमार्ग संसर्गाचे रुग्ण म्हणून क्षय रुग्णांवर औषधोपचार करतात. त्यामुळे क्षय निदानास उशीर होतो. त्यामुळे सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रात गंभीर स्थितीतील रुग्ण येतात. यासंबंधीच्या एका अभ्यासातून पुढे आले आहे की खाजगी क्षेत्रातील डॉक्टर क्षय उपचारात अकार्यक्षम आहेत. इतकेच नाही तर त्यांनी केलेल्या उपचारांमुळे रुग्ण औषधांना प्रतिसाद देईनासे होतात; कारण आधीच्या उपचारात औषध-अशास्त्रीय पद्धतीने देण्यात आलेले असतात (एम. उपळेकर आणि एस. रंगन, १९९६).

क्षयरोग (टी.बी.) बाबतची तपासणी व उपचार ही रुग्णांना जाणवणारी व भेडसावणारी / भिडणारी गरज (फेल्ट नीड) आहे. याची, तसेच उपचारांसाठी सर्वलक्ष्यी (जनरल) आरोग्य सेवा संस्थाकडे जाण्याचा रुग्णांचा कल याची दखल घेऊन, राष्ट्रीय टी.बी. कार्यक्रमाचे सर्वलक्ष्यी आरोग्य सेवांबरोबर एकात्मिकीकरण करण्यात आले. क्षयरोग नियंत्रणाचे काम एकलक्ष्यी (व्हर्टिकल) पद्धतीने न करता, सर्वलक्ष्यी (जनरल) आरोग्य सेवांचाच एक भाग या पद्धतीने करायचे ठरविण्यात आले. जशा जशा आरोग्य सेवा प्रभावी व कार्यक्षम होतील, तसतसे क्षयरोग नियंत्रणाचे काम जोर धरेल असा आडाखा त्यामागे होता. विविध कार्यक्रमातील, क्षेत्रातील संकल्पना, कृतिप्रणाली, अनुभव वगैरे बाबी जमेल धरून राष्ट्रीय क्षयरोग कार्यक्रमाची उभारणी करण्यात आली. सर्वत्र सर्वलक्ष्यी आरोग्य सेवांबरोबर कार्यक्रमाचे एकात्मिकीकरण करण्यात आले. तरीदेखील क्षयरोग नियंत्रणाची उद्दिष्टे पूर्ण होऊ शकलेली नाहीत. याची काही संभाव्य कारणे; म्हणजे निरनिराळ्या एकलक्ष्यी कार्यक्रमांना विशेषतः कुटुंबनियोजन व लसीकरण कार्यक्रमांना सर्वलक्ष्यी आरोग्य सेवांच्या चौकटीत बसविणे. तसेच या कार्यक्रमांना कमालीचे प्राधान्य देऊन हे कार्यक्रम कार्यान्वित ठेवणे. यामध्येच आरोग्यसेवा, प्रत्यक्ष सेवा देणारे अधिकारी, कर्मचारी व प्रशासक सुरुवातीच्या काळापासून व्यग्र राहत गेले. या सर्व प्रक्रियेत आरोग्य सेवांना वित्त पुरवठा/ संसाधने पुरविणे, विकास, कार्यक्षमता, पर्यवेक्षण या सर्व बाबतीत आरोग्य सेवांकडे दीर्घकाळ दुर्लक्षच झाले. यामुळे सर्वलक्ष्यी आरोग्य सेवांची परिस्थिती झपाट्याने खालावत गेली.

सुधारित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (आर.एन्.टी.सी.पी.) कार्यान्वित केल्याबद्दल तसेच या कार्यक्रमात बरेच यश मिळत असल्याबद्दल बराच मोठा गाजावाजा केला जात असला तरी, गेल्या काही वर्षातल्या याबाबतीतील अनुभवामुळे काही गंभीर प्रश्न निर्माण झाले आहेत. प्रत्यक्ष देखरेखीखाली रुग्णांना औषध देण्याबाबत औषध प्रणालीवर (डॉटस् या नावाने ओळखली जाणारी) या कार्यक्रमांतर्गत दिला जाणारा आत्यंतिक भर वा आग्रह कितपत उचित आहे याविषयी विचारमंथन होऊ लागले आहे. नुकत्याच केलेल्या पाहणी अभ्यासात पुढील गोष्टी आढळतात-

१) रुग्णांना योग्य प्रकारची औषधे दिली जात नाहीत. (उदा. सदोष खाकरा वा थुंकी नमुना असलेल्या सांसर्गिक प्रकारच्या टी.बी. रुग्णांस (पॉझिटिव्ह) कमी कालावधीकरता डॉटस् उपचार देणे वा रुग्णांचे चुकीचे वर्गीकरण केल्याने चुकीची डॉटस् औषधप्रणाली दिली जाणे, पूरक औषधे न देणे. गुंतागुंत असलेल्या (कॉम्प्लिकेशन्स) रुग्णांस विशेष उपचार न देणे किंवा वरिष्ठ आरोग्य संस्थेत रेफर न करणे वगैरे.

२) लाभार्थी रुग्ण हा किमान सहा ते आठ महिने प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या हद्दीत वास्तव्य करण्याची शक्यता वाटत नसल्यास किंवा नियमितपणे डॉटस् औषध प्रणाली घेण्याची शक्यता वाटत नसल्यास अशा रुग्णांना समुपदेशन देऊन डॉटस्साठी प्रवृत्त न करता सरसकट 'डॉटस्साठी अयोग्य' असे ठरविले जाणे व त्यांना डॉटस् औषधप्रणाली न देणे वा नाकारणे हे बऱ्याच रुग्णांच्या बाबतीत घडते. डॉटस् औषधप्रणाली नाकारण्यामागे उद्देश असा की, कागदोपत्री डॉटस् खालील रुग्णांची नियमितता किंवा रोगमुक्त होण्याचे प्रमाण आकडेवारी 'सुंदर' वा प्रभावी यशस्वी दिसली

पाहिजे! प्रत्यक्षात ज्याप्रमाणे अंमलबजावणी होते त्यानुसार वा कार्यक्रमाप्रमाणे आकडेवारी लिहण्याऐवजी कागदावर चांगली आकडेवारी दिसण्याच्या दृष्टीने कार्यक्रमाची अंमलबजावणी चालली आहे असा आरोप केला जातो.

जे रुग्ण एखाद्या आरोग्य संस्थेच्या हद्दीत कायमस्वरूपी राहत असल्याची खात्री पटवू शकत नाहीत, त्याबाबतचा पुरावा देणारे रेशनकार्ड, विजबिल वगैरे दाखवू शकत नाहीत अशांना डॉटस् औषधप्रणाली दिली जात नाही वा नाकारली जाते. यामुळे मोलमजुरीकरता वा छोट्या-मोठ्या व्यवसायाकरता स्थलांतरित झालेल्या वा भटके आयुष्य जगावे लागणाऱ्या अनेक (२० ते ३० टक्के) रुग्णांना गरज असली तरी डॉटस् औषधोपचार दिले जात नाहीत वा उपचार नाकारले जातात. (नाकारलेल्या अशा असंख्य रुग्णांमुळेच विशेषतः सांसर्गिक (पॉझिटिव्ह) प्रकारचा रोगप्रसार मात्र मोठ्या प्रमाणावर चालू राहतो; रुग्णाचा आजार बळावतो ही अत्यंत गंभीर स्वरूपाची बाब आहे. याची आरोग्य सेवांनी, स्वयंसेवी आरोग्य संस्थांनी, आरोग्य कार्यकर्त्यांनी व 'आम आदमी'ने प्राधान्याने दखल घेणे, त्यावर प्राधान्याने उपाययोजना सुचविणे व करणे अत्यावश्यक आहे.)

क्षयरोग कार्यक्रमात डॉटस् औषध प्रणालीचा आरंभ केल्यापासून क्षयरोग पूर्ण बरा होण्याचे प्रमाण वाढले आहे. त्याचे श्रेय मुख्यतः पुरेशा व नियमित औषध पुरवठ्याला; (इतर आरोग्य कार्यक्रमांच्या तुलनेने) तसेच उपचारासाठी नियमित येण्याची व आरोग्य संस्थेच्या कक्षेतील वास्तव्याची खात्री केलेल्या 'निवडक' अशा 'चांगल्या व आदर्श' स्वरूपाच्या रुग्णांनाच डॉटस् औषध प्रणाली देण्याशी आहे. डॉटस् प्रणालीच्या यशाचे वा प्रभावीपणाचे श्रेय, सर्वच रुग्णांना लहान बेजबाबदार मुलांप्रमाणे समक्ष 'गोळ्या' खायला देण्याच्या डॉटस्च्या मूलभूत धोरणाला अजिबातच देता येणार नाही.

वापरात असलेल्या टी.बी. विरोधी औषधांना वा त्यांच्या एकत्रित वापराला देखील दाद न देणारे म्हणजेच या औषधांविरुद्ध प्रतिकारशक्ती प्राप्त झालेले क्षयरोगाचे जीवाणुही सुद्धा क्षयरोग नियंत्रणाच्या दृष्टीने चिंताजनक अशीच परिस्थिती आहे. (यामुळे टी.बी.पासून रोगमुक्तीचे प्रमाण तर कमी होईलच, पण जोडीला यापैकी सांसर्गिक (पॉझिटिव्ह) रुग्णांच्या संसर्गाने नवीन लागण होऊन कोणत्याच औषधाने बरे न होणारे टी.बी. रुग्ण तयार होण्याची शक्यता आहे.)

क्षयरोगाविरोधी परिणामकारक औषधप्रणाली विकसित झाली असली तरी खासगी वैद्यकीय व्यावसायिक या प्रणालीचा योग्य प्रकारे वापर करत नाहीत. (ही औषधे अपुऱ्या प्रमाणात वा अपुऱ्या कालावधीकरीता वापरतात. यामुळे क्षयजीवाणुंचा संहार न होता उलट या जीवाणुंमध्ये या औषधांविरुद्ध प्रतिकारशक्ती निर्माण होते.) यामुळेच मुख्यतः टीबी औषधांविरुद्ध प्रतिकारशक्ती असलेल्या जीवाणुंची समस्या निर्माण झाली आहे. खासगी वैद्यकीय क्षेत्रावर कोणतेही नियमन नसल्यामुळेच खासगी वैद्यकीय क्षेत्रातील क्षयविरोधी औषधांच्या चुकीच्या वापराची समस्या निर्माण झालेली आहे असेच म्हणावे लागेल.

क्षयरोग नियंत्रणापुढे दुसरे मोठे आव्हान म्हणजे एच.आय.व्ही. एड्स ग्रस्तांचे वाढते प्रमाण. या रुग्णांमध्ये टी.बी.ची लागण होण्याची शक्यता व प्रमाण अनेकपटींनी वाढले. भारतात एच. आय.व्ही. एड्स ग्रस्तांचे प्रमाण मोठ्या प्रमाणात वाढत असल्याने टी.बी. रुग्णांचे प्रमाण अनेकपटींनी वाढणार आहे. त्यांचे निदान व उपचाराची मोठी जबाबदारी आरोग्य सेवांवर येणार आहे. यावरून हे स्पष्ट होते की, इतर एकलक्षीय कार्यक्रमांप्रमाणेच राष्ट्रीय सुधारित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रमाच्या यशस्वितेसाठी कार्यक्षम, संवेदनशील व सर्वदूर पोहोच असणारी पायाभूत अशी सर्वलक्षीय सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था आवश्यक आहे. क्षयरोगाचे किंवा टी.बी.चे प्रभावीपणे नियंत्रण होण्यासाठी ती पूर्वअटच आहे असे म्हणता येईल.

## राष्ट्रीय एडस् नियंत्रण कार्यक्रम

भारतात एच.आय.व्ही.चा पहिला रुग्ण १९८६ मध्ये सापडला. त्यानंतर तो सर्व भारतभर पसरला. ही एच.आय.व्ही.ची साथ सहा राज्यांमध्ये व्यापक स्वरूपाची आहे (प्रसूतीपूर्व तपासणीसाठी येणाऱ्या गरोदर महिलांमध्ये एच.आय.व्ही.बाधेचे प्रमाण १ टक्क्या पेक्षा जास्त असणारी). ही राज्ये म्हणजे आंध्रप्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मणिपूर, नागालँड, तामिळनाडू. दक्षिण आफ्रिकेच्या खालोखाल एच.आय.व्ही.ग्रस्त व्यक्ती असणाऱ्या भारताचा जगात दुसरा नंबर लागतो.

या साथीला आळा घालण्यासाठी 'राष्ट्रीय एडस् नियंत्रण कार्यक्रमा'ची सुरुवात करण्यात आली. राष्ट्रीय एडस् नियंत्रण कार्यक्रम हा १०० टक्के केंद्र शासन पुरस्कृत आहे. पहिल्या टप्प्यात (फेज-१) हा प्रकल्प सप्टेंबर १९९२ ते मार्च १९९९ या कालावधीसाठी मंजूर करण्यात आला. कुष्ठरोग मोहीम स्वायत्त संस्थांद्वारा यशस्वीरित्या राबवण्यात आल्यामुळे, दुसऱ्या टप्प्यात (मुंबई वगळता) राज्यात राष्ट्रीय एडस् नियंत्रण संस्थेची (एमएसएसीएस) स्थापना करण्यात आली. या संस्थेमार्फत एड्स प्रतिबंध आणि नियंत्रण मोहीम राज्य पातळीवर राबवण्यासाठी योग्य ती योजना आखणे, समन्वय राखणे या कार्यांबरोबरच निरीक्षण यंत्रणा तयार केली गेली. मुंबईत एनएसीपीची अंमलबजावणी करण्यासाठी मुंबई महानगरपालिकेतर्फे मुंबई जिल्हा एड्स नियंत्रण संस्था (एमडीएसीएस) स्थापन करण्यात आली.

एच.आय.व्ही.संसर्गाचा (इनफेक्शन) प्रसार मुख्यतः तीन मार्गाने होतो- १) लैंगिक संबंधाद्वारे २) मातेपासून अर्भकाला व ३) एच.आय.व्ही. संसर्ग झालेल्या (इनफेक्टेड) रक्तामार्फत (असे दूषित रक्त उपचारासाठी निरोगी व्यक्तीला प्रदान केल्यास किंवा मादक द्रव्ये शिरेमध्ये टोचून घेताना) यापैकी भारतामध्ये मुख्यतः लैंगिक संबंधामुळे (८० ते ८५ टक्के) एच.आय.व्ही.चा प्रसार होतो. फक्त १५ टक्के एच.आय.व्ही. प्रसार इतर दोन मार्गांनी होतो. वैद्यकीय व्यावसायिकांनी असुरक्षित व चुकीच्या (सीरिंजेस् व सुया निर्जंतूक न करता) पद्धतीने दिलेल्या इंजेक्शनद्वारे देखील एच.आय.व्ही. संसर्गाच्या होणाऱ्या प्रसाराचा काळजीपूर्वक अभ्यास होणे गरजेचे आहे. एच.आय.व्ही. प्रसाराच्या या मार्गाकडे आजतागायत दुर्लक्ष केले गेले आहे. (ग्रामीण भागात व शहरातील झोपडपट्ट्यांमध्ये खासगी वैद्यकीय व्यावसायिकांकडून सर्रासपणे अशी इंजेक्शनस् दिली जातात.) यामुळे एच.आय.व्ही. प्रतिबंधक उपाय या तीन प्रकारे होणाऱ्या एच.आय.व्ही.चा प्रसार रोखण्यावरच केंद्रित झाले आहेत. नेमक्या याच कारणांमुळे एच.आय.व्ही. नियंत्रण कार्यक्रम सुद्धा एकलक्ष्यी (व्हर्टिकल, एकमार्गी) पद्धतीने प्रस्थापित व विकसित झाला आहे.

या मोहिमेंतर्गत शाळा आणि कॉलेजचे विद्यार्थी, ट्रक ड्रायव्हर, शरीर विक्री करणाऱ्या, तृतीयपंथी, रस्त्यावरील मुले, स्थलांतरित कामगार इ. विविध समाजगटांसाठी तसेच आम समाजासाठी जनजागृती मोहीम प्रसारमाध्यमातून चालवली जाते. याचे बरेचसे काम स्वयंसेवी संस्थांद्वारे केले जाते. एड्सच्या वाढत्या प्रसाराचे ओझे प्रथम महाराष्ट्रात जाणवू लागले. महाराष्ट्रात राज्य एड्स नियंत्रण संस्थेच्या म्हणण्याप्रमाणे एचआयव्ही पॉझिटिव्हचा दर सर्वसामान्य लोकसंख्येत (रक्तचाचणीवर आधारित) ०.६७ टक्के आणि उच्च जोखीम गटात १३.५ टक्के इतका आहे. ऑगस्ट २००७ अखेरीपर्यंत महाराष्ट्रात एड्सच्या एकूण ५४११९ रुग्णांची नोंद झाली आहे. ही संख्या म्हणजे हिमनगाचे टोक म्हणावे लागेल; कारण ही केवळ सरकारी रुग्णालयांमधील नोंद आहे. एड्समुळे आतापर्यंत महाराष्ट्रात ३३५० मृत्यू नोंदले गेले आहेत. पैकी जास्तीत जास्त रुग्णांची नोंद मुंबई आणि सांगली, कोल्हापूर, सातारा, पुणे आणि चंद्रपूर या जिल्ह्यात झाली आहे.

## राष्ट्रीय एडस् नियंत्रण कार्यक्रमातील त्रुटी

संपूर्ण एनएसीपी मोहिमेचे उद्दिष्ट जनजागृती मोहीम, शिक्षण आणि समाजगटावर सतत लक्ष ठेवणे हे आहे. लक्ष ठेवण्याचे काम शारीरिक संबंधाने पसरणाऱ्या आजारांच्या (एसटीडी) दवाखान्यांमध्ये येणाऱ्या रुग्णांच्या रक्तांच्या चाचण्या करणे आणि प्रसूतिपूर्व चिकित्सेसाठी येणाऱ्या महिलांच्या रक्तचाचण्या करणे याद्वारे होते. वास्तविक अशा तऱ्हेचे लक्ष ठेवणे हे अत्यंत आक्षेपार्ह आहे; कारण रक्ताचे नमुने घेण्यात आलेल्या व्यक्तीला याची कल्पना देण्यात येत नाही. या पद्धतीमुळे काही नैतिक प्रश्न उभे राहतात. याशिवाय, अशा चाचण्यांमध्ये एच.आय.व्ही. बाधित ठरलेल्या रुग्णांना योग्यरित्या पुढील औषधोपचार देण्यात येत नाहीत. एचआयव्ही पॉझिटिव्ह आणि एड्स रुग्णांना औषधोपचार देण्याचा भाग या कार्यक्रमात नाहीच, ही मोठी त्रुटी आहे. अशा निरीक्षणातून विविध ठिकाणी (एसटीडी क्लिनिक्स/ दवाखाने आणि एनसी क्लिनिक्स) जमा होणाऱ्या माहितीमध्ये मोठी तफावत आढळते. या माहितीला योग्य शास्त्रीय आधार नसल्याने त्या माहितीचा अर्थ लावणेही अवघड बनते.

व्यापक दृष्टीने बघितल्यास लक्षात येते की, एच.आय.व्ही. नियंत्रणासाठीच्या दृष्टिकोनात व योजलेल्या उपाययोजनांमध्ये एच.आय.व्ही. प्रचारास अंतिमतः कारणीभूत ठरणाऱ्या अशा मूलभूत व निर्णायक स्वरूपाचे घटक विचारात घेतलेले नाहीत. उदा. सामाजिक, आर्थिक घटक - दारिद्र्य, शिक्षणाचा अभाव, बेरोजगारी, महिलांचे झालेले निष्प्रभाकरण व खच्चीकरण, शहरकेंद्रित प्रक्रिया, स्थलांतरितांचे विविध प्रकार व इतर घटक.

कर्जबाजारीपणा वा कर्जाच्या विळख्यातून बाहेर पडण्यासाठी म्हणून व जागतिकीकरण प्रक्रियेच्या दबावामुळे विकसनशील देशांना निर्यातभिमूख औद्योगिकीकरण करणे, शासकीय खर्च (विशेषतः शिक्षण, आरोग्य, निवारा अशा सामाजिक क्षेत्रातील) कमी करणे भाग पडत आहे. आर्थिक विकासासाठी अंगिकारलेल्या प्रारूपामुळे शहरी भागात बेरोजगारी वाढली आहे. दुसऱ्या बाजूला शेतीक्षेत्रातील सार्वजनिक गुंतवणूक कमी झाल्याने ग्रामीण कष्टकऱ्यांवर हलाखीची परिस्थिती ओढवली आहे. ती वेगाने वाढत आहे. दीर्घकाळ कुटुंबापासून होणारी ताटातूट, एकाकीपणा, तुटलेपणा व रोजगारा संबंधित ताणतणाव या सर्वांमुळे मादक पदार्थांचे व दारूचे सेवन, लैंगिक स्वैराचार या सारख्या अपायकारक वा जोखमीच्या गोष्टींकडे कष्टकरी वळतात. या तऱ्हेने एच.आय.व्ही. ग्रस्त झालेले व रोजगारासाठी स्थलांतर करणारे मजूर यांच्यामुळे त्यांच्या बायकांना एच.आय.व्ही. संसर्ग होतो व हा संसर्ग इतर भूप्रदेशांमध्ये पसरत जातो. गरिबी व बेरोजगारीमुळे महिलांना वेश्या व्यवसायाकडे वळणे भाग पडते. अनेक व्यक्तींशी लैंगिक संबंध येतो व सुरक्षित लैंगिक संबंधाचा आग्रह न धरता आल्याने एच.आय.व्ही. संसर्ग मोठ्या प्रमाणात वाढतो.

एच.आय.व्ही./एड्स समस्येला तोंड देण्यासाठी जर फक्त जैव-वैद्यकीय दृष्टिकोन वा पद्धतीचा उपयोग केला तर एच.आय.व्ही./ एड्स ग्रस्तांचे व या दृष्टीने अती जोखीम समाजगटांसाठी हिमनगाचे फक्त 'टोकच' आपण 'फोडू' शकू. या रोगाविषयीची जागृती वाढविणे व कंडोम वाटप यांचा या रोगाच्या प्रतिबंधासाठी उपयोग होतो यात शंका नाही. पण कोणत्या सामाजिक, आर्थिक कारणांमुळे लोकांना अशा अमानुष व विवश स्थितीत राहावे लागते? मग माणूसपणाला पारखे होऊन विवशपणे वासनांच्या बाजारात उतरावे लागते व कळत नकळत एच.आय.व्ही./ एड्सला बळी पडावे लागते? या सारख्या मूलभूत प्रश्नांना वा समस्यांना अर्थातच हे वरवरचे प्रतिबंधक उपाय वा उत्तरे स्पर्श देखील करू शकणार नाहीत हे उघडच आहे. यासाठी दुर्बल घटकांना किमान आरोग्य सेवा व शिक्षण मिळणे, दोन वेळ पोटभर जेवण आणि स्थानिक पातळीवर रोजगाराची हमी देणे यांसारख्या मूलभूत गरजांकडे लक्ष देऊन त्या पुरविण्याचे प्रयत्न चालू केल्याशिवाय एच.आय.व्ही./ एड्स समस्येच्या मुळावर घाव घालणे, साथ आटोक्यात आणण्याची शक्यता फारच कमी आहे.

जेथे बळकट व कार्यक्षम अशी सर्वलक्ष्यी आरोग्य सेवेची व्यवस्था उपलब्ध आहे. तेथे सेवांच्या जोडीने एच.आय.व्ही./ एड्स ग्रस्तांसाठी विशेष सेवा देणारी एकलक्ष्यी पद्धतीची अतिरिक्त सेवा, यंत्रणा उभी करणे, योग्य व समर्थनीय ठरू शकेल. परंतु जेथे प्राथमिक स्वरूपाची आरोग्य सेवा मिळण्याचीच वानवा आहे, तेथे मात्र एच.आय.व्ही./ एड्स ग्रस्तांसाठी द्यायच्या विशेष सेवांना प्राधान्य दिल्यास या विशेष सेवादेखील प्रभावीपणे कार्य करू शकणार नाही. उलट यामुळे सर्व जनतेला प्राथमिक, सर्वलक्ष्यी स्वरूपाच्या आरोग्य सेवा देण्याच्या प्रयत्नाला खीळ बसेल. तुलनेने या प्राथमिक सेवा कमी महत्त्वाच्या व दुय्यम ठरतील वा ठरविल्या जातील. म्हणूनच प्रथमतः सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था सर्व स्तरांवर कार्यक्षम व प्रभावीपणे कार्य करीत आहे याची खात्री व तजवीज करणे आवश्यक आहे. म्हणजेच एच.आय.व्ही. संसर्गाचे निदान करण्यात सक्षम अशा प्रयोगशाळा या रुग्णांना होऊ शकणाऱ्या अन्य संसर्गांवर (इनफेक्शनस्वर) प्रभावीपणे उपचार करू शकणारी क्षेत्रीय रुग्णालये, एच.आय.व्ही./ एड्स विषयी आरोग्य शिक्षण देणारी कार्यक्षम अशी यंत्रणा, या सर्व सोयी सुविधा उत्तमप्रकारे कार्यरत असणे ही एच.आय.व्ही./ एड्स नियंत्रणासाठीची पूर्वअटच मानावी लागेल. एकाकी काम करणाऱ्या एच.आय.व्ही./ एड्स सारख्या कार्यक्रमात नुसते पैसे ओतून या रोगांचे नियंत्रण होईल असे संभवत नाही. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य मिशन अंतर्गत इतर सर्व संक्रमक रोग नियंत्रण कार्यक्रमांचे आरोग्य सेवांबरोबर एकात्मिकरण केले जात आहे. परंतु एच.आय.व्ही./ एड्स चा नियंत्रण कार्यक्रम मात्र अजूनही एकलक्ष्यी स्वरूपाचा व स्वतंत्र वा स्वायत्त या स्वरूपातच ठेवला गेला आहे. बहुधा 'वजनदार' (आंतरराष्ट्रीय) देणगीदारांच्या आग्रहामुळे असे होत आहे असे वाटते.

एच.आय.व्ही./ एड्स रोगासाठीची अ. आर. टी. उपचार पद्धती या औषधांची गरज असणाऱ्या सर्व एच.आय.व्ही./ एड्सग्रस्तांना प्राधान्याने व लवकरात लवकर उपलब्ध करून देणे अत्यंत गरजेचे आहे. याच बरोबर संशयित रुग्णांना निदानाची सुविधा सहजपणे उपलब्ध करण्याची तसेच या रुग्णांना होणाऱ्या अन्य संसर्गजन्य रोगांवर उपचार हक्क वा हमीपूर्वक मिळतील याची खात्री करणे गरजेचे आहे. एच.आय.व्ही./ एड्स संसर्ग झाल्याने ज्या सामाजिक परिणामांना वा वास्तवाला सामोरे जावे लागते ते अत्यंत नकारात्मक स्वरूपाचे असतात. त्यामुळे अशा व्यक्तींचे/ रुग्णांचे मूलभूत स्वरूपाचे हक्क जपण्याकडे विशेष लक्ष देणे आवश्यक आहे. उदा. रोजगार मिळण्याचा हक्क (एच.आय.व्ही.ग्रस्त झाल्याने नोकरी गमावण्याची वेळ येऊ नये यासाठी संरक्षण देणारे न्यायालयांचे काही निवाडे आजमितीस उपलब्ध आहेतच!)

ही सर्व परिस्थिती अत्यंत दुर्दैवी व अंगावर शहारे आणणारी अशीच आहे!

\* स्रोत - (जन आरोग्य संसद २००७)आजारी भारतीय आरोग्य व्यवस्था- कारणे व पर्याय



# राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम (प्रजनन व बाल आरोग्य कार्यक्रम)

प्रजनन व बाल आरोग्यासाठीचा राष्ट्रीय कार्यक्रम म्हणून आरसीएच-१ या राष्ट्रीय कार्यक्रमाची सुरुवात १९९७ या वर्षी झाली. या कार्यक्रमात त्यापूर्वी अस्तित्वात असलेले अनेक माता व बाल आरोग्य कार्यक्रम एकत्रित करण्यात आले.

### प्रमुख वैशिष्ट्ये

एप्रिल २००५ या वर्षी पासून आरसीएच-२ कार्यक्रम हा आरसीएच-१ चा दुसरा भाग म्हणून सुरू करण्यात आला. या कार्यक्रमांतर्गत महत्त्वाच्या तरतुदी खालीलप्रमाणे. या कार्यक्रमाचा मुख्य उद्देश हा माता व शिशु मृत्युदर कमी करणे हा होय.

### प्रजनन संबंधी उपाययोजना

या कार्यक्रमांतर्गत खालील उपाययोजना करण्याचे सुचविले आहे

● माता सुरक्षेसाठी आरोग्य केंद्रातील प्रसूती व्यवस्थेची गुणात्मकता व प्रमाण वाढवणे जेणेकरून संस्थांतर्गत बाळंतपणाचे प्रमाण वाढेल

● यात कमीत कमी ५० टक्के प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पीएचसी) या २४ तास बाळंतपण सेवा देणारे केंद्र म्हणून कार्यरत करण्याचा प्रयत्न करणे.

- तत्कालीन (Emergency services) माता व बाल आरोग्य सेवांची व्यवस्था करणे.
- जिल्हा रुग्णालयात रक्तपेढीची व्यवस्था करणे.
- वैद्यकीय अधिकाऱ्यांना गुंगीचे औषध देण्याचे प्रशिक्षण देणे.
- एमबीबीएस डॉक्टरांना सिझर शस्त्रक्रियेद्वारे बाळंतपण करण्याचे प्रशिक्षण देणे.
- दारिद्र्य रेषेखालील कुटुंबांना खाजगी दवाखान्यातूनही सेवा देण्याची व्यवस्था करणे.
- बाळंतपण तज्ज्ञांची आरोग्य केंद्रात नियुक्ती करणे.
- प्राथमिक आरोग्य केंद्रात रुग्णवाहिकेची व्यवस्था करणे.
- डॉक्टरांना प्रोत्साहन पर बक्षीसे देणे तसेच त्यांच्या राहण्याची चांगली व्यवस्था करणे.
- खाजगी क्षेत्राला ग्रामीण भागात दवाखाने सुरू करण्यास प्रवृत्त करणे इ.



आरसीएच या राष्ट्रीय कार्यक्रमांची उद्दिष्टे लक्षात घेता. माता व बालकांसाठी विशेष उपाययोजना केल्याचे आपणास दिसून येते. परंतु प्रत्यक्षात या सर्व योजनांची कितपत अंमलबजावणी करण्यात येते हा कळीचा मुद्दा आहे. यात महत्त्वाच्या तरतुदीची अजूनही खालील त्रुटी आढळल्या-

- या कार्यक्रमात कुठेही कौटुंबिक हिंसाचार, त्याचा स्त्री आरोग्यावर होणारा परिणाम व त्यासाठी उपाययोजना यांचा उल्लेख दिसून येत नाही. कौटुंबिक हिंसाचारामुळे माता आरोग्यावर फार वाईट परिणाम होतात. त्यासाठी प्रभावी उपाययोजनांची आवश्यकता आहे.

- या राष्ट्रीय कार्यक्रमात सिझेरियनची व्यवस्था वाढविण्यासाठी आश्वासन देण्यात आले आहे. परंतु सद्यस्थितीत ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये सिझेरियन द्वारा बाळंतपण करण्याचे प्रमाण हे फार कमी दिसून येते. जास्तीत जास्त वेळा सिझेरियनची गरज लागणाऱ्या रुग्णांना जिल्हा रुग्णालयांकडे रेफर केल्याचेच दिसून येते.

- स्त्रियांचे आरोग्याविषयीचे प्रश्न स्त्री डॉक्टर असल्यास अधिक व्यवस्थितरित्या सोडवले जाऊ शकतात. त्यासाठी स्त्री डॉक्टरांची संख्या वाढवण्यावर भर देण्याची गरज होती. परंतु त्यासाठी काही विशेष प्रयत्न झाल्याचे दिसून येत नाही.

स्त्री जनन संस्थेच्या संसर्गाचे (Reproductive tract infection) प्रमाण ४० टक्के इतके जास्त असूनही त्याच्या प्रतिबंधासाठी काही विशेष धोरण केल्याचे किंवा त्यांच्या अंमलबजावणीचे प्रयत्न झाल्याचे दिसून येत नाही. त्यामुळे बरेचदा रुग्ण जननसंस्थेशी संबंधित आजार अंगावर काढतात त्यामुळे आजार बळावण्याची शक्यता बळावते.

- देशासह महाराष्ट्रात आजही घरीच बाळंतपण होण्याचे प्रमाण बरेच आहे. त्यावर आरसीएच कार्यक्रमाचा फार जास्त परिणाम झाल्याचे दिसून येत नाही.

- घरी बाळंतपण झालेल्या मातांकडे पूर्णपणे दुर्लक्ष झाल्याचे प्रकर्षाने दिसून येते. त्यामुळे अशा मातांच्या व बालकांच्या आरोग्याचा प्रश्न अधिक गंभीर बनतो. याकडेही लक्ष वेधणे फार महत्त्वाचे आहे.

- स्त्री आरोग्य आणि गोपनीयता (privacy) याचा फार जवळचा संबंध असतो. स्त्री रुग्णांची व मातांची खाजगी वातावरणात संवेदनशीलपणे चर्चा केल्यास बऱ्याच आजारांच्या मुळापर्यंत पोहोचता येऊ शकते. परंतु सरकारी दवाखान्यातून अशी परिस्थिती निर्माण करण्यास काही विशेष प्रयत्न आरसीएचच्या माध्यमातून करण्यात आलेले नाही.

- प्रसूतीपूर्व काळात काही व्यायाम व योगा केल्यास त्याचा होणाऱ्या बाळाला व मातेला फार उपयोग होतो. बाळंतपणही सुखरूप होण्याची शक्यता वाढते. परंतु सरकारी दवाखान्यातून असे सल्ले दिले जातात की नाही यांची श्वाश्र्वती देता येत नाही.

PAP smear - स्त्री जनन संस्थेशी संबंधित कर्करोगाचे लवकरात लवकर निदान करण्यासाठी PAP Smear नावाची तपासणी करणे गरजेचे आहे. परंतु सद्यस्थितीत सरकारी दवाखान्यातून अशी तपासणी करण्याची यंत्रणा प्रभावी दिसत नाही.

याबद्दलची अधिक माहिती आपल्याला मोड्युल १ मधील तिसऱ्या भागात (लिंगभाव आणि आरोग्य) मिळवता येईल.



## प्रकरण - ५

# राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान: तोंडओळख

### राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाची प्रमुख वैशिष्ट्ये

२००४ च्या निवडणुकीनंतर नव्याने निवडून आलेल्या संयुक्त पुरोगामी आघाडीच्या सरकारने राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचा कार्यक्रम जाहीर केला. दि. १२ एप्रिल २००५ रोजी पंतप्रधानांच्या हस्ते राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचे उद्घाटन झाले. या अभियानाचा कालावधी एकूण सात वर्षे आहे (२००५ ते २०१२). यामध्ये अभियानात १८ अविकसित राज्यांवर लक्ष केंद्रित केल्या गेले आहे.

### राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाची घोषित उद्दिष्टे...

- जास्तीत जास्त लोकांपर्यंत आरोग्य सेवा पोहचतील या दृष्टीने सार्वजनिक आरोग्य सेवांच्या उपलब्धतेत सुधारणा करणे.
- जनतेचा आरोग्य सेवा मिळण्याचा आणि सेवांची मागणी करण्याचा हक्क प्रस्थापित करण्यास प्रोत्साहन देणे.
- सेवांचा प्रभावीपणे पुरवठा होण्यासाठी सार्वजनिक आरोग्य यंत्रणेत सुधारणा करणे.
- कामात समता आणि दायित्व या तत्वांचा पुरस्कार करणे आणि विकेंद्रीकरणाला प्रोत्साहन देणे.

### अभियानामधील मुख्य घटक

- चार वर्षांत गावपातळीवर ऐच्छिक किंवा स्वयंसेवक तत्वावर काम करणाऱ्या २.५ लाख सामाजिक आरोग्य कार्यकर्त्यांची (आशा) फळी उभारणे.
- सर्व राज्यातील प्रत्येक गावात आरोग्याच्या प्रश्नावर काम करणारा 'गाव आरोग्य गट' तयार करणे.
- गावाच्या आरोग्य नियोजनाचा आराखडा तयार करणे.
- प्रत्येक उपकेंद्राला दरवर्षी १०,०००/- रुपयांचा सरसकट निधी उपलब्ध करून देणे. तसेच हा निधी ए.एन.एम. व सरपंच यांच्या संयुक्त बँक खात्यात जमा करण्यात येतो. या निधीचा विनियोग कसा करायचा हे ग्राम आरोग्य समिती ठरवेल अशी व्यवस्था करण्यात आली आहे.
- भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानकांची नियमावली (Indian Public Health Standards) तयार करणे. भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानकांनी प्रमाणित केल्यानुसार २००० पेक्षा जास्त ग्रामीण रुग्णालयांचा दर्जा वाढवणे.
- राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत देश, राज्य व जिल्हा पातळीवर राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम व आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण कार्यक्रम यांचे विलिनीकरण करणे.

- सर्व राज्यात जिल्हापातळीवर आरोग्य व्यवस्थापनाची घडी बसवणे. सर्व राज्यात आरोग्य सेवा व्यवस्थापनाची सुरुवात जिल्हापातळीपासून करणे. सर्व राज्यात बहुव्यापी (विविध आजारांचा समावेश असलेली)
- आरोग्य विमा योजनांना प्रोत्साहन देणे
- लोकाधारित देखरेख

## राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाची व्याप्ती (राष्ट्रीय पातळी)

या अभियानांतर्गत येणारी-

लोकसंख्या	७४० दशलक्ष
कुटुंबे	१४८ दशलक्ष (अंदाजे)
ग्रामीण भागातील जन्मदर (दर हजारी)	२६.६, जवळपास २० दशलक्ष जन्म
आरोग्य उपकेंद्रे	१,७५,००० (लोकसंख्या आणि अंतर यावर आधारित )
प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	२७,००० (दोन वैद्यकीय अधिकारी पैकी १ AYUSH*)
ग्रामीण आरोग्य केंद्र	७००० (१८ राज्यांमधील तालुके)
तालुका रुग्णालये	१८००
जिल्हा रुग्णालये	६००
उपकेंद्रातील अंगणवाड्या	३.५० लाख
प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील स्टाफ नर्स	८१,०००
ग्रामीण आरोग्य केंद्रातील स्टाफ नर्स	६३,०००
प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील वैद्यकीय अधिकारी	४०,५००
ग्रामीण आरोग्य केंद्रातील तज्ज्ञ	४९,०००
आशा	४ ते ५ लाख, विखुरलेल्या वस्त्या/गावांमधून
गावपातळीवरील आरोग्य आणि स्वच्छता समित्या	७ लाख, सर्व गावे व मोठ्या वस्त्यांमधून.

\*AYUSH म्हणजे आयुर्वेद, योगा, युनानी, सिध्द, होमिओपॅथी या उपचार पद्धती यापैकी एक डॉक्टर.



## प्रकरण - ६

# राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत महत्वाच्या योजना, तस्तुदी व सेवांची हमी

ग्रामीण भागातील सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था बळकट होण्यासाठी विविध पातळीवर अभियानामुळे खालील सुधारणा करण्याचा प्रयत्न करण्यात आला

### मान्यताप्राप्त सामाजिक व आरोग्य कार्यकर्ती (आशा)

#### ASHA (Accredited Social Health Activist)

भारतासारख्या देशात 'डॉक्टर-केंद्री' मॉडेल काम करणार नाही. प्रत्येक गावात प्रशिक्षित आरोग्य-कार्यकर्ता असायला हवा अशी मागणी अनेक वर्षे केली जात होती. त्याबाबत अनेक यशस्वी प्रयोगही झाले होते. शेवटी काहीशा अल्प स्वरूपात ही मागणी मान्य होऊन 'आशा' कार्यक्रम पुढे आला. चार वर्षात गावपातळीवर स्वयंसेवक तत्त्वावर काम करणाऱ्या २.५ लाख सामाजिक आरोग्य कार्यकर्त्यांची फळी उभारली जाणार आहे असे आश्वासन अभियानात दिले गेले. 'आशा'कडून लसीकरणाला प्रोत्साहन, प्रजनन व बाल आरोग्य कार्यक्रमांतर्गत संबंधित रुग्णास 'रेफर' करणे व दवाखान्यापर्यंत नेणे, लोकांना संडास बांधणीसाठी प्रोत्साहन देणे इत्यादी कामे अपेक्षित आहेत. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाची सुरुवात करताना सरकारने लोक आणि सरकारी आरोग्यसेवा यांच्यात दुवा म्हणून काम करू शकेल अशा सामाजिक आरोग्य कार्यकर्ती (आशा)चा प्रस्ताव मांडला. उपकेंद्रांवर अतिरिक्त लोकसंख्येचा भार व त्यामुळे आरोग्य सेविकेवर (ए.एन.एम.) अत्याधिक कामांची जबाबदारी पडणे या समस्येतून मार्ग काढण्यासाठी रा.ग्रा.आ. अभियानामध्ये 'आशा' कार्यकर्तीद्वारे अधिक सुलभतेने घरोघर आरोग्य सेवा पोहोचविण्याची रणनीती आखण्यात आली. 'आशा'ची नियुक्ती स्वयंसेवी तत्त्वावर करण्यात येत असल्याने यासाठी नियमित मानधन देण्यात येत नाही. 'आशा'च्या कामाला पाठिंबा देणे व तिला येणाऱ्या अडचणी सोडवणे व 'आशा'च्या कामावर ग्रामसभेचे सर्वकष नियंत्रण असते. असमाधानकारक काम करणाऱ्या 'आशा'ची नियुक्ती रद्द करण्याचे अधिकार संबंधित ग्रामसभेस आहेत.

### आरोग्य सेविका (ए.एन.एम.)

#### उपकेंद्र-

उपकेंद्राच्या कार्यक्षेत्रात महिला व बाल आरोग्यासंबंधी सेवा देण्यासाठी सरकारतर्फे आरोग्य सेविकेची (ए.एन.एम.)ची नियुक्ती केली जाते. गावकऱ्यांसाठी/लाभार्थ्यांसाठी आरोग्य सेविकेच्या सर्व आरोग्य सेवा निःशुल्क असतात. आरोग्य सेविकेला सरकारकडून वेतन मिळते. रा.ग्रा.आ. अभियान अंतर्गत प्रत्येक उपकेंद्रासाठी किमान दोन आरोग्य सेविकांची नियुक्ती करण्याचा प्रयत्न केला गेला.

## आरोग्य सेविकेच्या प्रमुख जबाबदाऱ्या

- सर्व गरोदर महिलांची नोंदणी ('आशा'च्या मदतीने सर्व दारिद्र्य रेषेखालील महिलांना जननी सुरक्षा योजने अंतर्गत लाभ मिळेल याची खात्री करणे.)
- प्रत्येक गरोदर महिलेच्या प्रसूतीपूर्व किमान चार तपासण्या, लोहाच्या १०० गोळ्या, धनुर्वातावरील दोन इंजेक्शन्स मिळतीलच याची खात्री करणे.
- ज्या महिलांचे बाळंतपण जोखमीचे ठरू शकते अशा महिलांना लवकरात लवकर योग्य रुग्णालयात संदर्भसेवांसाठी पाठवणे.
- महिलेचे बाळंतपण घरी होणार असल्यास, प्रशिक्षित दाईची व्यवस्था करणे, प्रसूतीनंतरच्या निगा, खबरदारी तसेच गर्भनिरोधकांबद्दल सल्ला-मार्गदर्शन करणे.
- नवजात बाळाची काळजी, संपूर्ण लसीकरण, 'अ' जीवनसत्त्वाचा योग्य डोस तसेच लहान मुलांमध्ये आढळणाऱ्या इतर कुपोषणजन्य आजारांवर उपचार व प्रतिबंध इत्यादीसाठी सेवा देणे.
- आरोग्य संवर्धनपर सेवा देणे, उदा.- साध्या आजारांवर औषधोपचार.

## जननी सुरक्षा योजना (जे.एस.वाय.)

डॉक्टरस, नर्स यांसारख्या कुशल व्यक्तींकडूनच बाळंतपण करवून घेण्यास प्रोत्साहन मिळावे ज्यामुळे माता मृत्यू व नवजात/अर्भक मृत्यूदर कमी करावा या हेतूने ही योजना सुरू करण्यात आली आहे.

### जननी सुरक्षा योजनेची उद्दिष्टे

- मातामृत्यू व अर्भक मृत्यूदरात घट घडवून आणणे.
  - संस्थागत प्रसूतीवर भर देणे तसेच प्रसूतीपूर्व तपासण्या, नवजात बाळांची देखभाल, प्रसूतीपश्चात सेवा तसेच सुयोग्य संदर्भ सेवा आणि वाहन व्यवस्थेची तरतूद या सेवांची जोड देऊन प्रसूती सेवांचा दर्जा सुधारणे.
- ही योजना १००% केंद्र सरकार पुरस्कृत आहे. या योजनेमार्फत दारिद्र्य रेषेखालील महिलांना प्रसूतिपूर्व व प्रसूतिपश्चात स्वतःची काळजी घेता यावी यासाठी आर्थिक मदत दिली जाते, ज्यामुळे त्यांना संस्थागत (प्रसूतीगृहात) बाळंतपण करणे शक्य होईल.

ही योजना लागू करण्यासाठी राज्यांना दोन गटात विभागले आहे. ज्या राज्यात संस्थागत बाळंतपणांचा दर कमी आहे त्यांना लो परफॉर्मिंग स्टेट (एलपीएस) मानले आहे. तर उर्वरित राज्यांना हाय परफॉर्मिंग स्टेट (एचपीएस) समजण्यात आले आहे. एलपीएस गटात उत्तर प्रदेश, उत्तरांचल, बिहार, झारखंड, मध्यप्रदेश, छत्तिसगड, आसाम, राजस्थान व ओरिसा यांचा समावेश आहे. तर एचपीएसमध्ये महाराष्ट्र आणि तामिळनाडू ही राज्ये आहेत.

### घरी होणाऱ्या बाळंतपणांसाठी साहाय्य

एलपीएस व एचपीएस राज्यांमध्ये, दारिद्र्य रेषेखालील कुटुंबातील ज्या महिलेचे वय १९ वर्ष किंवा त्यापेक्षा अधिक आहे, ज्या स्त्रीला घरीच बाळंतपण करण्याची इच्छा आहे, अशा महिलेला प्रत्येक बाळंतपणावर ५०० रु. अर्थसाहाय्य मिळण्याचा हक्क आहे. हे अर्थसाहाय्य केवळ दोन जिवंत अपत्य जन्मांपुरते मर्यादित आहे. ही रक्कम ए.एन.एम./आशा किंवा लिंक वर्करमार्फत बाळंतपणाच्या वेळी किंवा प्रसूतिपूर्वी किमान ७ दिवस आधी दिली जाते. लाभार्थी महिलेला बाळंतपणादरम्यान आवश्यक गरजांसाठी खर्च करता यावेत तसेच प्रसूतिदरम्यान काही आकस्मिक खर्च उद्भवल्यास ते भागवता येणे शक्य व्हावे अशा प्रकारे आर्थिक मदत देण्याचा हेतू आहे.

## या योजनेशी संबंधित आशा किंवा लिंक वर्करची भूमिका

प्रसूतीपूर्व आणि प्रसूतिपश्चात सेवा पुरविण्याव्यतिरिक्त आशा किंवा इतर आरोग्य कर्मचाऱ्यांवर खालील आरोग्य सेवा देण्याची जबाबदारी आहे-

- जननी सुरक्षा योजनेसाठी पात्र लाभार्थी महिलांची ओळख करणे, त्यांची नोंद करणे.
- योग्य लाभार्थ्यांना योजनेचा लाभ मिळावा यासाठी आवश्यक प्रमाणपत्र मिळवून देण्यात मदत करणे.
- संबंधित महिलेचे सुरक्षित बाळंतपण होऊ शकेल अशा क्रियाशील सरकारी आरोग्य केंद्र किंवा खासगी वैद्यकीय संस्था निश्चित करून ठेवणे.
- लाभार्थी महिलेला आरोग्य केंद्रात घेऊन जाणे व तिला दवाखान्यातून जाण्याची परवानगी मिळेपर्यंत तिची सोबत करणे.

## महाराष्ट्रात जननी सुरक्षा योजनेची अंमलबजावणी

महाराष्ट्रात ही योजना केवळ ग्रामीण भागासाठी लागू करण्यात आली आहे. योजनेअंतर्गत रोख रक्कमेच्या स्वरूपात मिळणारी मदत फक्त ग्रामीण क्षेत्रातील दारिद्र्य रेषेखालील मातांना मिळते. ही एकूण ७०० रुपयांची रक्कम पुढीलप्रमाणे दोन टप्प्यात देण्यात येते

- गरोदर स्त्रीची नावनोंदणी व प्रसूतीपूर्व तपासण्यांनंतर - ५०० रु.
- आरोग्यकेंद्रातील बाळंतपणांनंतर - २०० रु.

शस्त्रक्रियेद्वारे प्रसूती करण्याची वेळ आल्यास १५०० रु.ची तरतूद या योजनेअंतर्गत करण्यात आली आहे. ही प्रसूती सरकारी दवाखान्यात किंवा खासगी संस्थातही होऊ शकते. तज्ज्ञ सेवांच्या उपलब्धतेकरिता या रक्कमेची तरतूद करण्यात आली आहे.

## अपेक्षित हमीच्या आरोग्य सेवा

### उपकेंद्र

(दारिद्र्य रेषेखालील नागरिकांना उपकेंद्रांतून मिळणाऱ्या सर्व सेवा मोफत असतात.)

सर्व उपकेंद्रांतून पुढील हमीपूर्वक सेवा मिळणे अपेक्षित आहे-

### माता आरोग्य

#### प्रसूतीपूर्व सेवांची हमी

- सर्व गरोदर महिलांची लवकरात लवकर नोंदणी करणे.
- प्रसूतिपूर्वी किमान चार तपासण्या करणे.
  - गर्भावस्थेचे निदान झाल्यावर लगेच
  - चौथ्या ते सहाव्या महिन्या दरम्यान
  - आठव्या महिन्या दरम्यान
  - नवव्या महिन्या दरम्यान
- गरोदर महिलेच्या सर्वसाधारण तपासण्या उदा.- वजन, उंची तपासणी, रक्तदाब घेणे, रक्तातील हिमोग्लोबिन तपासणी, पोटावरून व स्तनांची तपासणी करणे.
  - लोह आणि फॉलिक ॲसिडच्या गोळ्या देणे.
  - धनुर्वाताचे इंजेक्शन्स व रक्तपांढरीवर उपचार देणे.

- प्रयोगशाळेद्वारे किमान तपासण्या उदा. - रक्त, लघवी व रक्तातील साखरेचे प्रमाण याची तपासणी करणे.
- जोखमीचे बाळंतपण ओळखून त्यांना उपचार व बाळंतपणासाठी लवकरात लवकर योग्य ठिकाणी पाठवावे यासाठीच्या संदर्भ सेवा देणे.

### बाळंतपणादरम्यान सेवांची हमी

- संस्थांतर्गत बाळंतपणांसाठी प्रोत्साहन देणे.
- बाळंतपण घरी होणार असल्यास कुशल दाईची व्यवस्था करणे.

### प्रसूतिपश्चात सेवांची हमी

- प्रसूतीनंतर किमान दोन वेळा तपासणीसाठी गृहभेट करणे.
- प्रसूतीनंतर अर्ध्या तासाच्या आत स्तनपानास सुरुवात करण्यासाठी बाळंतिणीला सल्ला देणे.
- बाळंतिणीस विश्रांती, आहार, स्वच्छता, गर्भनिरोधके, नवजात बाळाची आवश्यक देखभाल, नवजात बाळाचा आहार या विषयी सल्ला-मार्गदर्शन करणे.
- एच. आय. व्ही. /एड्स, लिंग सांसर्गिक व प्रजनन अवयवांचे आजार यांविषयी सल्ला-मार्गदर्शन करणे.

### बाल आरोग्याबाबतीत सेवांची हमी

- पहिले सहा महिने केवळ स्तनपानास प्रोत्साहन देणे.
- सर्व बालकांचे संपूर्ण लसीकरण करणे.
- जीवनसत्त्व 'अ'चा योग्य वेळी डोस देणे.
- लहान मुलांचे आजार व कुपोषण तसेच कुपोषणजन्य आजारांवर उपचार व प्रतिबंधात्मक सेवा देणे.

### कुटुंब नियोजन व गर्भनिरोध विषयक सेवांची हमी

- पुढील गर्भनिरोधकांचा पुरेसा व नियमित पुरवठा- कंडोम, तांबी, गर्भनिरोधक गोळ्या.
- नसबंदी केलेल्या व्यक्तींना नंतर काही सेवा लागल्यास त्या सेवा.
- गर्भपात करू इच्छिणाऱ्यांना योग्य मार्गदर्शन व सुरक्षित गर्भपातासाठी योग्य ठिकाणापर्यंत रेफरल.

### किशोरवयीन आरोग्य सेवांबद्दल सेवांची हमी

- आरोग्य शिक्षण, सल्ला मार्गदर्शन व संदर्भ सेवा देणे.
- शालेय आरोग्य सेवांमध्ये सहकार्य.

### साथरोगांवर नियंत्रणविषयक सेवांची हमी

#### साथरोगांवर देखरेख

- स्थानिक पिण्याच्या पाणीसाठ्यांचे निर्जंतुकीकरण करणे.
- शौचालयांच्या वापराला प्रोत्साहन देणे, कचऱ्याची विल्हेवाट तसेच सार्वजनिक स्वच्छतेला प्रोत्साहन देणे.

### उपचारात्मक सेवांची हमी

- छोट्या आजारांसाठी उदा. ताप, हगवण, घशात संसर्ग, जंत व प्रथमोपचार.
- अपघात किंवा आपत्तीच्या वेळी प्राथमिक उपचार तसेच इतर वेळी नेहमीच्या आजारांवर औषधोपचार करणे.
- योग्य आणि तत्पर संदर्भ सेवा देणे.
- महिन्यातून किमान एकदा अंगणवाडीमध्ये आरोग्य दिन आयोजित करणे.

## प्रशिक्षण देखरेख आणि पर्यवेक्षण

- पारंपरिक दाई व आशाचे प्रशिक्षण करणे.
- अंगणवाडी सेविका, आशा, गाव आरोग्य व स्वच्छता समिती तसेच ग्राम पंचायतीसोबत समन्वय ठेवणे.

## महत्त्वपूर्ण घटनांच्या नोंदी ठेवणे

● जन्म - मृत्यू (विशेषतः गर्भवती माता व लहान बाळांच्या) नोंदणीबरोबरच इतर महत्त्वाची आकडेवारी नोंदवून अहवाल तयार करणे.

- उपकेंद्रांतर्गत सर्व महिला, मुले तसेच प्रजननयोग्य जोडप्यांशी संबंधित महत्त्वाच्या नोंदी व दस्ताऐवज ठेवणे.

उपकेंद्र ग्रामपंचायतीला उत्तरदायी असेल. उपकेंद्र व्यवस्थापनासाठी स्थानिक समिती असेल. या समितीमध्ये गाव आरोग्य व स्वच्छता समितीचे पुरेसे प्रतिनिधी असतील.

आरोग्य सेविका (ए. एन. एम.) व बहुउद्देशीय आरोग्य कार्यकर्ता (MPW) हे उपकेंद्रामार्फत सेवा देतील तसेच वरील सेवा गावपातळीवर पोचविण्यासाठी 'आशा' आरोग्य कार्यकर्तीला मदत करतील.

## उपकेंद्र पातळीवरील आरोग्य सुधारणांसाठी निधीची तरतूद

● स्थानिक पातळीवर आरोग्य कृती कार्यक्रमांच्या आयोजनासाठी तसेच उपकेंद्राचे बांधकाम व डागडुजी करण्यासाठी सर्व उपकेंद्रांना १०,०००/- रुपये इतक्या निधीची तरतूद आहे. स्थानिक पातळीवरील कोणत्याही आवश्यक/गरजेच्या आरोग्य कृती कार्यक्रमांसाठी हा निधी वापरता येऊ शकतो. हा निधी आरोग्य सेविका (ए.एन.एम.) व सरपंच यांच्या नावे संयुक्त खात्यात ठेवला जातो.

## प्राथमिक आरोग्य केंद्र

उपकेंद्रामार्फत मिळणाऱ्या सर्व सेवा प्राथमिक आरोग्य केंद्रातही मिळतात.

(दारिद्र्य रेषेखालील नागरिकांना प्रा.आ. केंद्रांतून मिळणाऱ्या सर्व सेवा मोफत असतात.)

सर्व प्रा. आ. केंद्रांतून पुढील हमीपूर्वक सेवा मिळणे अपेक्षित आहे-

- नेहमीच्या आजारांवर औषधोपचारांकरिता बाह्य रुग्ण तसेच आंतररुग्ण विभागामार्फत सेवा.
- तातडीच्या उपचारांसाठी २४ तास प्राथमिक उपचार व संदर्भ सेवा मिळणे.

याशिवाय प्राथमिक आरोग्य केंद्रांतून खालील सेवा मिळतात -

## माता आरोग्य संबंधित सेवांची हमी

- साध्या व जोखमीच्या बाळंतपणांसाठी २४ तास सेवा मिळणे.
- ज्या रुग्णांना तज्ज्ञांकडून उपचारांची आवश्यकता आहे अशांसाठी योग्य व तत्पर संदर्भ सेवा देणे.
- गरोदर महिलांना संदर्भ सेवेसाठी इतरत्र पाठविण्याआधी आवश्यक प्राथमिक प्रसूतीपूर्व सेवा देणे.
- जननी सुरक्षा योजनेअंतर्गत अपेक्षित सर्व सेवा-सुविधा देणे.

## बाल आरोग्य

- नवजात बालकाला कावीळ असल्यास उपचार
- तातडीची सेवा
- उपकेंद्र पातळीवरील सगळ्या हमीपूर्वक सेवा



## कुटुंब नियोजन संबंधित सेवांची हमी

- कुटुंब नियोजनाच्या कायमस्वरूपी पध्दती/कुटुंब नियोजन शस्त्रक्रियांची उपलब्धता.
- प्रशिक्षित कर्मचारी व साधनांसहित सुरक्षित गर्भपात सुविधांची उपलब्धता.

## प्रजनन संस्था व लिंगसांसर्गिक आजारांवर उपचार, प्रयोगशाळेद्वारा तपासण्या व संदर्भ सेवा

तज्ज्ञ तपासणी व औषधोपचारांची गरज असलेल्या रुग्णांना योग्य व तातडीची संदर्भ सेवा तसेच इतर रुग्णांकरिता पुढील सेवा देणे -

- रुग्णांच्या प्राथमिक तपासण्या करणे.
- संदर्भसेवेसाठी वाहन व्यवस्था उपलब्ध करून देणे तसेच, संदर्भसेवेसाठी पाठवलेल्या रुग्णांना संदर्भ रुग्णालयात पोहोचविण्यादरम्यान आवश्यक त्या सेवा देणे.

## एकात्मिक बालविकास योजनेशी समन्वय साधून देण्यात येणाऱ्या सेवा (पोषण संबंधात)

- शाळांमध्ये नियमित तपासण्या, योग्य उपचार, रेफरल व पाठपुरावा
- स्वच्छतेसंबंधी माहिती

## साथरोग नियंत्रण

- गावात आरोग्यविषयक अनपेक्षित अशा घटनांची नोंद, साथ आढळल्यास त्वरित उपचार
- पाणी स्वच्छतेविषयी उपकेंद्र पातळीवरील सर्व सेवा
- मलेरिया, डेंगी-ताप, चिकुनगुनिया वगैरे सारख्या रोगांचे प्रतिबंधन व नियंत्रण

## रेफरल सेवा

- रेफर करण्याआधी आवश्यक सेवा
- रुग्णास रेफरल दरम्यानच्या सेवा (प्रवासात)
- ॲम्ब्युलन्स उपलब्ध नसल्यास भाड्याची गाडी उपलब्ध केली जाईल. त्यासाठीचा निधी वैद्यकीय अधिकाऱ्याकडे उपलब्ध असेल.

- तातडीच्या आरोग्यसेवा संबंधात खालील सेवा
  - सरळ प्रा.आ. केंद्रात येणाऱ्या रुग्णांवर उपचार
  - उपकेंद्राने रेफर केलेल्या रुग्णांवर उपचार

## लॅबोरेटरी संबंधी सेवा

- रक्त, लघवी तपासणी
- रक्तगट, इतर रक्त तपासण्या
- लिंग सांसर्गिक आजार- निदान व उपचार
- टी.बी.साठी थुंकी तपासणी
- मलेरियासाठी रक्त तपासणी
- गर्भावस्था निदानासाठीची तपासणी

## इतर अपेक्षित हमीपूर्वक सेवा

- सगळ्या प्रसूती दरम्यान प्रशिक्षित दाई
- लहान मुलांच्या सर्व आजारांवर उपचार
- चष्मा आवश्यक आहे अशा दृष्टिदोषांवर उपचार, मोतीबिंदूवर शस्त्रक्रिया
- क्षयरोग व कुष्ठरोग निदान, उपचार व पुनर्वसन संदर्भात सेवा
- सुरक्षित गर्भपात तसेच गरोदरपण आणि बाळंतपण या संबंधी आंतररुग्ण विभागात उपचार ह्याची देशभर उपलब्धता (दारिद्र्य रेषेखालील स्त्रियांना मोफत व रेषेवरील स्त्रियांना ५० टक्के सूट)

- अंधत्व व विशिष्ट जीवनशैलीमुळे होणाऱ्या आजारांवर उपचार
- तालुका व जिल्हापातळीवरील रुग्णालयात रेफर केलेल्या रुग्णाला लागणाऱ्या सेवांची उपलब्धता
- कुटुंबनियोजना संदर्भात तात्पुरत्या व कायम स्वरूपी उपायांची उपलब्धता
- एच.आय.व्ही./एडस बाबत समुपदेशन सेवांची उपलब्धता
- आरोग्य शिक्षण व प्रतिबंधात्मक उपाय

सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या दर्शनी भागात 'जन आरोग्य हक्क सनद' रुग्णांना सहज दिसेल अशी लावलेली असावी.

तालुक्याच्या ठिकाणी नसलेली प्रा. आ. केंद्रे स्थानिक ग्राम पंचायतीला उत्तरदायी असतील.

प्रा. आ. केंद्रांच्या दैनंदिन व्यवस्थापनासाठी रुग्ण कल्याण समितीची स्थापना केली जाणार असली तरी, तालुका पातळीवरील प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या व्यवस्थापनात स्थानिक स्वराज्य संस्थांच्या प्रतिनिधींनाही सहभागी करून घेतले जाईल.

सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमधून २४ तास आरोग्य सेवा देण्यासाठी किमान ३ स्टाफ नर्ससची नियुक्ती करणे हे अभियानांतर्गत निर्धारित करण्यात आलेले एक लक्ष्य आहे.

## प्राथमिक आरोग्य केंद्र पातळीवरील आरोग्य सेवा सुधारणांसाठी निधीची तरतूद

● सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना भौतिक संसाधनांची निर्मिती व डागडुजीसाठी दर वर्षाला ५०,०००/- रु.चा निधी मिळेल. या निधीतून पिण्याच्या पाण्याची व्यवस्था, संडास व इतर स्वच्छतेच्या सुविधांना प्राधान्य दिले जावे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रपातळीवरील पंचायत समिती / रुग्ण कल्याण समितीला या भौतिक संसाधन विकास, देखभाल संबंधित कामे व त्यांवर पर्यवेक्षण करण्याचा अधिकार असेल.

● सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना स्थानिक पातळीवर आरोग्य कृती-कार्यक्रमांच्या आयोजनासाठी २५००० रु. इतका निधी मिळेल. स्थानिक पातळीवर आरोग्य सेवा सुधारणांसाठी आवश्यक उपक्रमांवर हा निधी खर्च करण्यात येईल.

## ग्रामीण रुग्णालय

(दारिद्र्य रेषेखालील नागरिकांना ग्रामीण रुग्णालयातून मिळणाऱ्या सर्व सेवा मोफत असतात.)

सर्व ग्रामीण रुग्णालयातून पुढील हमीपूर्वक सेवा मिळणे अपेक्षित आहे-

- सर्वसामान्य व गंभीर आजारांवर औषधोपचार, तसेच शस्त्रक्रियांची गरज असलेल्या रुग्णांना सेवा देणे.

- नेहमीच्या व तातडीच्या शस्त्रक्रिया - हर्निया, हायड्रोसिल, अपेंडिक्स, पाईल्स वगैरे
- इतर गंभीर रुग्णांना उपचार उदा. आतड्यात रक्तस्राव व आतड्याला पीळ
- राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमांतर्गत येणाऱ्या रोगांसंबंधित तातडीच्या सेवा- डेंग्यू, मेंदूज्वर वगैरे
- बाळंतपण- साधे व शस्त्रक्रियेद्वारे (सिझेरियन कुटुंबनियोजन संबंदात सर्व सेवा व दुर्बिणीद्वारे शस्त्रक्रिया)
- नवजात अर्भकांसाठी विशेष सेवा तसेच साध्या व गंभीर आजारपणात लहान मुलांसाठी तातडीच्या सेवा देणे
- RNTCP- निदान व उपचार (राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम)
- HIV/AIDS नियंत्रण कार्यक्रमांतर्गत येणाऱ्या विविध सेवा
- राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमांतर्गत येणाऱ्या सर्व सेवा
- राष्ट्रीय कुष्ठरोग नियंत्रण कार्यक्रमांतर्गत येणाऱ्या सर्व सेवा
- राष्ट्रीय अंधत्व निवारण कार्यक्रमांतर्गत येणाऱ्या सर्व सेवा
- सर्व प्रकारच्या कुटुंब नियोजन सेवा देणे
- सुरक्षित गर्भपात सेवा देणे
- रक्तपेढी (ब्लडबँक)ची सुविधा
- आवश्यक त्या सर्व प्रयोगशाळा चाचण्यांची उपलब्धता
- रुग्णांना संदर्भसेवेकरिता इतरत्र पाठविण्यासाठी वाहनव्यवस्था करणे
- मायक्रोस्कोपी केंद्रांच्या माध्यमातून रोगनिदान सुविधा
- इतर सेवा

ग्रामीण रुग्णालयांतून मिळणाऱ्या २४ तास सेवा भारतीय आरोग्य सेवा मानकांच्या निकषांवर आणणे हे अभियानाचे निर्धारित लक्ष्य आहे.

ग्रामीण रुग्णालयातून भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानकांप्रमाणे सेवा मिळतील ही माहिती देणारी 'जन आरोग्य हक्क सनद' रुग्णालयाच्या दर्शनी भागात लावणे अनिवार्य आहे. ही सनद लावणे व तिचा प्रसार करण्याची जबाबदारी तालुका स्तरावर आरोग्य सेवांवर देखरेख व नियोजन करणाऱ्या समितीवर असेल.

आरोग्य सेवा/व्यवस्था जनतेशी उत्तरदायित्व असावे यासाठी ग्रामीण रुग्णालय पातळीवर रुग्ण कल्याण समिती कार्यरत असणे अनिवार्य आहे.

प्रत्येक ग्रामीण रुग्णालयात 'आयुष'चे उपचार मिळण्याची स्वतंत्र व्यवस्था असावी हे अभियानाने निर्धारित केलेले लक्ष्य आहे.

## आर्थिक तरतूद

- सर्व ग्रामीण रुग्णालयांना रुग्णालयाचे बांधकाम, डागडुजी व देखभाल खर्चासाठी दर वर्षी एक लाख रुपयांचे अर्थसाहाय्य मिळते. ही कामे रुग्ण कल्याण समिती/तालुका पंचायत समितीच्या अखत्यारीत पार पडावीत.
- सर्व ग्रामीण रुग्णालयांना स्थानिक आरोग्य उपक्रम राबवण्यासाठी ५० हजार रुपयांचा मुक्त निधी दरवर्षी मिळतो. स्थानिक गरजांचा विचार करता आवश्यक वाटणाऱ्या आरोग्य उपक्रमाच्या अंमलबजावणीसाठी हा निधी उपयोगात आणता येतो.

## आयुष

आयुष या शब्दयोजनेत आयुर्वेद, योग व निसर्गोपचार, युनानी, सिद्ध व होमिओपॅथी या उपचार पद्धतींचा समावेश अपेक्षित आहे. या उपचारपद्धती आपल्याकडील अनेक राज्यांत प्रचलित आहेत. उदा. मध्यप्रदेश, ओरिसा व राजस्थानमध्ये आयुर्वेदिक उपचार प्रचलित आहेत तर तामिळनाडू व महाराष्ट्रात युनानी पद्धतीचे उपचार प्रचलित आहेत. म्हणजेच आयुष औषधोपचार पद्धती व परंपरा उत्तम रितीने विशेषतः ग्रामीण भागात मोठ्या प्रमाणात स्वीकारण्यात आल्या आहेत. ही औषधे सहज उपलब्ध होतात. तसेच ती स्थानिक संसाधनांचा वापर करून बनवली जातात व ती निर्धोक तसेच स्वस्तही असतात.

औषधोपचारांच्या पारंपरिक पद्धतींचा जीर्णोद्धार करणे तसेच आयुष औषधोपचार प्रणालीला शासकीय आरोग्य यंत्रणेमार्फत मुख्य प्रवाहात आणणे हे ही अभियानाचे एक ध्येय आहे.

### ‘आयुष’ समावेशाच्या पद्धती

- मुख्य प्रवाहात समावेश व्हावा यासाठी आयुष पद्धतीद्वारा उपचार करणाऱ्यांना प्रा. आ. केंद्र व ग्रामीण रुग्णालयातच आपल्या सेवा द्याव्या लागतील. अर्थात अशा उपचारप्रणालींसाठी स्वतंत्र कक्ष उभारण्याची गरज आहे. यासाठी संबंधित इमारतीत जागा उपलब्ध करून द्यावी.
- आयुष पद्धतीचा अवलंब करणाऱ्या डॉक्टर्सना पूर्वनिश्चित नियम व अटींच्या चौकटीत राहूनच आपले कार्य करता येईल.
- सर्व प्रा. आ. केंद्रांमध्ये स्थानिक उपचार पद्धतीची स्वीकारार्हता विचारात घेऊन एक आयुष विशेषज्ञ व त्यांचे साहाय्यक म्हणून एक औषध-मदतनीस (फार्मासिस्ट)ची नियुक्ती करणे.
- आयुष पद्धतीस अनुसरून योग्य औषधांची उपलब्धता.
- प्रचलित आयुष प्रणालीला कार्यान्वित करायला हवे. आयुष पद्धतीने उपचार करणाऱ्या दवाखान्यांचे संमिलन ग्रामीण रुग्णालय, प्राथमिक आरोग्य केंद्रांशी करायला हवे. हे शक्य नसल्यास आयुष प्रणालीचा उपचार करणाऱ्या केंद्रांचे विस्थापन तरी होता कामा नये.
- गरजेनुसार अॅलोपॅथी आणि आयुष पद्धतीच्या परस्पर सहयोगास (क्रॉस रेफरल) प्रोत्साहन मिळायला हवे.
- आयुष डॉक्टरांना आरोग्य संवर्धन व माहिती प्रसारण तसेच इतर निरीक्षण, पर्यवेक्षणादी कार्यांतही जोडून घ्यायला हवे.
- आयुषशी संबंधित भारतीय सार्वजनिक आरोग्य निकषांप्रमाणे आवश्यक ते मनुष्यबळ, अर्थसाहाय्य व इतर गरजांची पूर्ती आयुष विभागाकडे पुढील कार्यवाहीसाठी सोपविण्यात येईल.

### रुग्ण कल्याण समिती

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानामध्ये आरोग्य सेवांच्या दक्ष व्यवस्थापनासाठी रुग्ण कल्याण समिती / रुग्णालय व्यवस्थापन समितीची संकल्पना मांडली आहे. ग्रामीण आरोग्य सेवा/रुग्णालयांवर सामुदायिक पालकत्व विकसित करण्याच्या उद्देशाने हे पाऊल उचलण्यात आले आहे. यांतून सरकारी दवाखाने व आरोग्य केंद्रांमार्फत जनतेला उत्तरदायी अशा सेवा देण्याचा उद्देश आहे.

रुग्ण कल्याण समिती ही धर्मादाय आयुक्तालयात नोंदणीकृत केलेली संस्था असेल.

## रुग्ण कल्याण समितीची मुख्य उद्दिष्टे

- सरकारी आरोग्य सेवा किमान दर्जा राखून दिल्या जात आहेत याची खात्री करणे.
- सार्वजनिक आरोग्य सेवा व्यवस्थापन हे जनतेला उत्तरदायी असेल याची खात्री बाळगणे.
- सरकारी रुग्णालयांमार्फत दिल्या जाणाऱ्या सेवा-सुविधांमध्ये सुधारणा/विकास घडवणे तसेच साहित्य-संसाधनांचा विकास घडवणे.
- राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमांची अंमलबजावणी करण्याच्या प्रक्रियेवर देखरेख ठेवणे.
- तक्रार निवारण यंत्रणा तयार करणे.
- शासकीय नियमांप्रमाणे सुनिश्चित करण्यात आलेले सेवा शुल्क (User Fees) तसेच देणग्या व इतर माध्यमातून रुग्णालयाच्या विकासासाठी संसाधनांची उभारणी करणे.
- रुग्णालयाच्या कार्यक्षेत्र आरोग्य शिबिरांचे आयोजन करणे.

संबंधित आरोग्य केंद्रांमधील भौतिक संसाधनांमध्ये सुधारणा व त्यांची देखभाल यावर लक्ष ठेवणे हेही प्राथमिक आरोग्य केंद्र व ग्रामीण रुग्णालय स्तरावरील रुग्ण कल्याण समित्यांचे काम आहे. भारतीय सार्वजनिक आरोग्य सेवांच्या मानकांप्रमाणे सेवा मिळाव्यात यासाठी वार्षिक योजना बनवण्याचे कामही ही समिती करेल.

## महाराष्ट्रात प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावरील रुग्ण कल्याण समित्यांसाठी पुढील निर्देश देण्यात आले आहेत-

वरील उद्दिष्टपूर्तीसाठी रुग्ण कल्याण समितीने उभारलेल्या संसाधनातून खालील उपक्रम हाती घेतले जातील-

- रुग्णालयासाठी उपयुक्त साधने, फर्निचर, रुग्णवाहिका इत्यादी शासकीय नियम व निर्देशांप्रमाणे खरेदी करणे किंवा मिळवणे (देणग्या, बँक लोन अथवा भाडेतत्त्वावर ही साधने उपलब्ध करणे शक्य आहे.)
- राज्य शासनाने निर्धारित केलेल्या मार्गदर्शक सूचनांच्या चौकटीत प्रा. आ. केंद्राच्या इमारतीचा विस्तार/सुधारणा घडवणे.
- प्रा. आ. केंद्र च्या इमारती (आरोग्य कर्मचाऱ्यांच्या निवास व्यवस्थेसहीत) तसेच रुग्णवाहिका व संसाधने यांच्या देखभालीची व्यवस्था करणे.
- रुग्णांसाठी जेवण व निवास व्यवस्थेमध्ये सुधारणा करणे.
- स्वच्छतेसंबंधीच्या सेवा, लाँड्री सेवा, फिरत्या रुग्णोपयोगी सेवांकरिता वाहन सेवा, औषध-कक्ष यात सुधारणा करण्यासाठी खासगी संस्था व व्यक्तींशी भागीदारी तत्त्वावर सहकार्य करणे.
- प्रा. आ. केंद्राच्या संसाधनांची देखभालीसाठी व देखरेख यासाठी लोकसहभागाला प्रोत्साहन देणे.
- खासगी संस्था किंवा व्यक्तींना रुग्णालयातील काही वॉर्ड दत्तक देणे ज्यायोगे उपलब्ध संसाधनांची किफायतशीर वापर करता येईल.
- प्रा. आ. केंद्राच्या दैनंदिन नियोजनासाठी चिरंजीवी व पर्यावरणदृष्ट्या हितकारी साधनांचा पुरस्कार करणे उदा.- रुग्णालयीन कचऱ्याची विल्हेवाट करण्याची शास्त्रीय पद्धती अवलंबणे, सौरऊर्जेवर आधारित वीज व शीतपेटीचा अवलंब तसेच वॉटर हार्वेस्टिंग व पाण्याच्या पुनर्वापर पद्धतीचा अवलंब करणे.

## प्रा. आ. केंद्र स्तरावरील रुग्ण कल्याण समितीची रचना

- **अध्यक्ष :** प्रा. आ. केंद्राच्या कार्यक्षेत्रातून जिल्हा परिषदेमध्ये प्रतिनिधित्व करणारे जिल्हा परिषद सदस्य
- **उपाध्यक्ष :** तालुका वैद्यकीय अधिकारी
- **सदस्य :**
  - प्रा. आ. केंद्राच्या कार्यक्षेत्रातील पंचायत समितीचे सदस्य
  - ज्या गावात प्रा. आ. केंद्र आहे तेथील सरपंच
  - ज्या गावात प्रा. आ. केंद्र आहे तेथील ग्रामपंचायतीमधील महिला सदस्य
  - स्थानिक स्वयंसेवी संस्थेचे प्रतिनिधी
  - स्थानिक स्वयंसाहाय्यता गटाचे प्रतिनिधी
  - पंचायत समितीच्या सभापतींनी नामनिर्देशित केलेले पंचायत समितीमधील मागासवर्गीय घटकांचे सदस्य
  - बाल विकास प्रकल्प अधिकारी
  - तालुका विकास अधिकारी
  - तालुका शिक्षण अधिकारी
  - महापौरांनी नामनिर्देशित केलेले नगरसेवक (प्रा. आ. केंद्र नगरपालिका क्षेत्रात असल्यास)
- **सदस्य व सचिव :** प्रा. आ. केंद्राचे वैद्यकीय अधिकारी

## १) भारतीय सार्वजनिक आरोग्य सेवांचे मानक

(Indian Public Health Standards-IPHS)

जनतेला प्रमाणित आरोग्य सेवा मिळाव्यात तसेच आरोग्य सेवांच्या गुणवत्तेत सुधारणा व्हावी व निश्चित दर्जा राखता यावा, जनतेला निपुण आरोग्य सेवा मिळाव्यात या उद्देशांनी भारतीय आरोग्य सेवांची मानके निश्चित करण्यात आली आहेत. सार्वजनिक आरोग्य सेवा सुधारणे व त्यांवर देखरेख ठेवणे यासाठी ही मानके मदतकारक आहेत.

ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये कोणत्या सेवा निश्चितपणे मिळतील व त्यासाठी कोणत्या किमान बाबी तिथे असतील हे या रुग्णालयाबाबतच्या मानकांवरून ठरेल. या किमान बाबी खालीलप्रमाणे -

- किमान वैद्यकीय व साहाय्यक मनुष्यबळ
- आवश्यक साधने
- औषधांची उपलब्धता
- मूलभूत भौतिक सुविधा
- जन आरोग्य हक्कांची सनद

- दर्जा नियंत्रणासाठी आवश्यक गरजांची पूर्तता
- आरोग्य सेवांचा दर्जा निश्चिती करणे त्यासाठी स्टॅंडर्ड ट्रीटमेंट प्रोटोकॉल उपचार प्रक्रियेची प्रमाणित प्रणाली

प्राथमिक आरोग्य व उपकेंद्रांतील सेवांसाठीही अशाच प्रकारे मानके निश्चित करण्यात येत आहेत.

सर्व सरकारी आरोग्य केंद्रांच्या सेवांचा दर्जा या भारतीय सार्वजनिक आरोग्य सेवा मानकांप्रमाणे अभियानाच्या काळातच गाठला जावा हे अभियानाचे एक ध्येय आहे. या प्रक्रियेत प्रथम संदर्भ केंद्रांइतकी सक्षम सेवा देणारे एकक (युनिट) म्हणून प्रत्येक ग्रामीण रुग्णालयाला विकसित केले जाईल, ज्यामध्ये जोखमीच्या बाळंतपणांसाठीच्या सर्व सुविधा उपलब्ध असतील.

कोणत्या प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना भारतीय सार्वजनिक आरोग्य सेवा मानकांप्रमाणे विकसित करून आठवड्यातले सर्व दिवस २४ तास (२४ × ७) सुरक्षित प्रसूती सेवा देण्यायोग्य सक्षम करायचे हे निश्चित करण्याचे स्वातंत्र्य राज्यांना देण्यात आले आहे. रुग्ण कल्याण समिती भा. सा. आ. मानकांप्रमाणे सेवांचा दर्जा गाठण्यासाठी वार्षिक योजना तयार करेल.

## सरकारी आरोग्य सेवांवर लोकांची देखरेख

आरोग्य सेवांवर लोकाधारित देखरेखीबद्दल सविस्तर माहिती मॉड्युल-४ मध्ये विशद केलेली आहे. या मॉड्युलमध्ये लोकाधारित देखरेखीबद्दलची अगदी थोडक्यात ओळख करून घेणार आहोत.

आरोग्य सेवांचे पालकत्व स्थानिक लोकांकडे असावे व कामासंबंधीचे नियोजन गावपातळीपासून ते जिल्हापातळीपर्यंत विकेंद्रित पद्धतीने व्हावे असे धोरण राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आखण्यात आलेले आहे. यानुसार देशातील ९ राज्यात आरोग्य सेवांवर लोकाधारित देखरेख हा पथदर्शी उपक्रम राबवला जात आहे. या कार्यक्रमाची व्याप्ती जुलै २०११ पासून वाढवण्यात आली व तेव्हापासून महाराष्ट्रातील १३ जिल्ह्यातील २८ तालुक्यातील १२९ प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील ७१० गावात हा उपक्रम सध्या राबवला जात आहे. महाराष्ट्रातील निवडक ५ जिल्ह्यातील प्रत्येकी ९ याप्रमाणे एकूण ४५ प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या अखत्यारीतील २२५ गावांमध्ये या प्रकल्पाला जुलै २००७ पासून सुरुवात झाली.



## राष्ट्रीय आरोग्य अभियान : उणिवा

### राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाबाबतचे काही महत्त्वाचे मुद्दे

#### १) अंदाजपत्रकीय तरतुदीत स्वागतार्ह पण अत्यंत अपुरी वाढ

२००९ पर्यंत राष्ट्रीय सकल उत्पादनाच्या २ ते ३% रक्कम सरकार आरोग्यावर खर्च करेल असे राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात सरकारने ठरवलेले आहे असे जाहीर झाले होते. २००६-०७ व २००७-०८ च्या अंदाजपत्रकात केंद्र सरकारने आरोग्यावरील खर्चात २०% व २२% ने वाढ केली पण २००८-०९ च्या अंदाजपत्रकात सरकारचे महसुली उत्पन्न चांगले ४५ टक्के वाढले असूनही फक्त १५ टक्केच वाढ केली आहे. १९९० पासून घेतलेल्या नव्या आर्थिक दिशेनंतर प्रथमच आरोग्य खर्चात अशी भरीव वाढ होत आहे. निरनिराळ्या राज्य सरकारांनी सुद्धा आपल्या आरोग्य खर्चात कमी-अधिक वाढ केली आहे. जन स्वास्थ्य अभियान अशा वाढीची सातत्याने मागणी करत आले आहे. त्यामुळे या वाढीचे स्वागत आहे. पण सार्वजनिक आरोग्य खर्च राष्ट्रीय उत्पादनाच्या २ ते ३ टक्क्यांपर्यंत वाढायच्या दृष्टीने ही वाढ फारच अपुरी आहे. केंद्र व राज्य सरकारचा मिळून आरोग्य खर्च १९९० मध्ये सकल राष्ट्रीय उत्पादनाच्या ०.८१% होता तो या वाढीमुळे २००६-०७ मध्ये ०.९१% पर्यंत वाढला. पण २००९ पर्यंत २% ते ३% पर्यंत जाण्यासाठी जेवढी अंदाजपत्रकात वाढ होण्याची गरज आहे. त्यामानाने ही वाढ फारच अपुरी आहे हे स्पष्ट आहे. केंद्र सरकारच्या अंदाजपत्रकात गेली तीन वर्षे वाढ झाली असली तरी एकूण सार्वजनिक आरोग्य खर्चात केंद्र सरकारचा वाटा २०% आहे हे ही लक्षात घ्यायला हवे.

दुसरे म्हणजे जी काही वाढ होत आहे त्यापैकी राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानासाठी किती वाढ आहे हे महत्त्वाचे आहे. २००५-०६ मध्ये झालेल्या वाढीतील बहुतांश वाढ एड्स नियंत्रण कार्यक्रम, RCH कार्यक्रम, वैद्यकीय शिक्षण याबाबत होती. अभियानासाठी खास वेगळी तरतूदच केलेली नव्हती! २००६-०७ च्या केंद्रीय अंदाजपत्रकात मात्र आरोग्यावरील खर्चात जी ४९०७ कोटी रु. ची वाढ सुचवली होती त्यापैकी अभियानासाठी खास वेगळी, भरीव म्हणजे १५३० कोटी रु.ची तरतूद करण्यात आली होती! तीच गोष्ट २००७-०८ व २००८-०९ च्या केंद्रीय अर्थसंकल्पाबाबत आहे. थोडक्यात गेली तीन वर्षे केंद्रीय अंदाजपत्रक आशादायक आहे मात्र ही वाढही फार अपुरी आहे हे लक्षात घ्यायला हवे.

#### २) जननी सुरक्षा योजनेतील त्रुटी

बाळंतपण घरी न होता आरोग्य-केंद्रामध्ये प्रशिक्षित व्यक्तीच्या मदतीने व्हायला हवे तर भारतातील लांछनास्पद असा माता-मृत्यूदर व नवजात शिशू मृत्यूदर कमी होईल असा विचार जननी सुरक्षा योजनेमागे आहे. तो स्थूलमानाने बरोबर आहे. प्रशिक्षित व्यक्तीने काळजीपूर्वक केलेले बाळंतपण व अचानक गरज लागली तर तज्ज्ञ डॉक्टरची,



सिद्धीरानची उपलब्धता या गोष्टी महत्त्वाच्या आहेत. मात्र अनेक सरकारी आरोग्य केंद्रांमध्ये यापैकी कधी कधी दोन्ही गोष्टींची वानवा असते. त्यात सुधारणा न करता केवळ 'आरोग्य केंद्रात बाळंतपण करा' असा धोशा लावून उपयोग नाही हे लक्षात ठेवायला पाहिजे.

दुसरे म्हणजे या योजनेची अंमलबजावणी करतांना ज्या अटी घातल्या आहेत त्या संबंधित स्त्रियांवर अन्याय करणाऱ्या आहेत.

दारिद्र्यरेषेखालील कुटुंबांसाठीची ही योजना असल्यामुळे या योजनेसाठी पात्र असलेल्या अनेक महिलांना यातून वगळले जाईल. या अनुदान योजनेमध्ये ही मदत पहिल्या दोन बाळंतपणासाठी उपलब्ध आहे. तिसऱ्या बाळंतपणासाठी ही मदत मिळू शकते, पण त्यासाठी अशी अट आहे की बाळंतपणानंतर त्या स्त्रीने नसबंदीचे ऑपरेशन करून घ्यावे आणि चौथ्या वेळेपासून कोणतेच फायदे देता येत नाहीत. १९ वर्षाखालील स्त्रीने मूल जन्माला घातल्यास अनुदान दिले जाऊ नये असेही बंधन आहे. ज्या आरोग्य सेविकेने गरोदर महिलेला केंद्रावर आणणे आणि केसचे पुढील काम करावयाचे असते, त्या आरोग्य सेविकेचे उत्पन्न ती किती केसेस आणू शकते यांच्याशी जोडलेले आहे. या योजनेची पुनर्रचना करणे गरजेचे आहे.

### ३) आशा कार्यक्रमातील उणिवा

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात, समाजात काम करणाऱ्या एका नवीन आरोग्य सेविका योजनेची सुरुवात करण्यात आली आहे. त्या पदाचे नाव 'आशा- ASHA - अॅक्रिडिटेड सोशल हेल्थ अॅक्टिव्हिस्ट असे आहे'. स्त्री आरोग्य सेविका आरोग्य कार्यकर्ती (अॅक्टिव्हिस्ट) असावी आणि तिने स्थानिक आरोग्य व्यवस्थेचे नियोजन सध्या अस्तित्वात असलेल्या आरोग्यसेवांचा वापर आणि त्यांचे उत्तरदायित्व वाढविणे यासाठी समाजाला संघटित करावे अशी अपेक्षा करण्यात आली आहे. समाजासाठी आरोग्य सेविका असण्याच्या कल्पनेचे नक्कीच स्वागत आहे. पण या अभियानातील 'आशा'ची भूमिका आणि कामाची पद्धत या संकल्पनेबद्दल मात्र अनेक प्रश्न आणि मुद्दे उपस्थित होतात. 'आशा' ने किमान परिणामकारक दर्जाचे काम करणे शक्य व्हायला हवे असेल तर या रचनेतील अनेक गंभीर मुद्द्यांचा विचार करणे, गुंता सोडविणे गरजेचे आहे.

### पुरेशा व नियमित भरपाईचा अभाव

या कार्यक्रमाच्या अंतिम रचनेत 'आशा'ने मुख्यत्वे स्वयंसेवक म्हणून काम करणे गृहीत धरले आहे. राष्ट्रीय कार्यक्रमाशी निगडित काही विशिष्ट कामांबद्दल तिच्या कामाच्या प्रमाणात तिला भरपाई मिळेल. आरोग्य सेवा देणाऱ्या बाकी सर्व कर्मचाऱ्यांना नियमित पगार मिळतो. मग त्यांच्याकडून ठरलेले काम होवो न होवो. मग फक्त 'आशा'चाच अपवाद का असावा? गावपातळीवरती ग्रामपंचायतला विविध प्रकारचे निधी पुरवले जातात. 'आशा'च्या प्रमुख नियमित कामांबद्दल ग्रामीण एकात्मिक फंडातून तिला जास्तीत जास्त वार्षिक रु. १००० म्हणजे महिन्याला जेमतेम फक्त रु. ८३ मिळू शकतील अशी उपाययोजना करण्यात आली होती. प्रत्यक्षात प्रत्येक गावासाठी आलेल्या १०,०००/- रुपयाच्या अबंधित निधीतून तिला मानधन देण्याची व्यवस्था करण्यात आली. त्यामुळे 'आशा'च्या नियमित वेतन/मानधन मिळण्याबाबत बरेचशे प्रश्नचिन्ह उभे राहिले. कामांच्या यादीत मात्र लसीकरण, नवजात बाळाचे वजन करणे, नवजात बाळांच्या संगोपनात मदत, रुग्णाला औषधोपचार, गृहभेटी, मातांना शिकविणे आणि समाज संघटित करणे अशा अनेक जबाबदाऱ्या आहेत. याचबरोबर कौटुंबिक कामे व जबाबदाऱ्याही तिच्यावर आहेत. 'आशा' कार्यक्रमाच्या २००९ मध्ये केलेल्या मूल्यांकनानुसार मेडिसिन किटमधील अत्यावश्यक औषधांचा पुरवठा सुद्धा पुरेसा आढळून आलेला नाही. त्याचप्रमाणे ५० टक्के प्रसुती केसेस, २५ टक्के मलेरिया, ३३ टक्के लसीकरण व ७५ टक्के

क्षयरोगाचे रुग्णांसंबंधित मानधन अशांना अदा केले गेले नव्हते. त्याचमुळे आशा म्हणून मिळणारे मानधनही खूपच कमी व अनिश्चित असेल तर ग्रामीण स्त्रीचे आशा म्हणून काम करण्याचे मनोबल टिकवणे आणि कृती कार्यक्रम राबवणे मोठे आव्हानच आहे.

### प्रथमोपचाराची मर्यादित व्यवस्था

प्रत्येक गावात प्रकर्षाने जाणवणारी महत्त्वाची गरज म्हणजे गावात उपलब्ध होणारी प्राथमिक उपचाराची सुविधा. अनेक बिनसरकारी संघटनांनी असे दाखवून दिले आहे की चांगले प्रशिक्षण दिलेले आरोग्य सेवक अनेक प्रकारची प्राथमिक उपचार सेवा परिणामकारकरित्या देऊ शकतात. मात्र साध्या रोगांवर प्राथमिक उपचार करण्याची 'आशा'ची कार्यक्षमता ही तिला दिल्या जाणाऱ्या पुरेशा व योग्य प्रशिक्षणावर तसेच तिच्याकडे योग्य ती उपचार पेटी सज्ज असणे आणि विविध आवश्यक औषधांचा नियमित पुरवठा होणे यांवर अवलंबून राहिल. सध्या 'आशा'साठी सुचविण्यात आलेली औषधांची यादी फारच मर्यादित आहे आणि त्यासाठी दरमहा फक्त रु. ५० एवढाच निधी दिला जाणार आहे. त्यामुळे 'आशा'ला लोकांच्या गरजा भागविण्यासाठी सक्षम केले जाणार का? याबद्दल शंकाच निर्माण होतात. 'आशा'बद्दल रुग्णांना पुरेशी सेवा देऊ न शकणारी अशी प्रतिमा लोकांच्या मनात तयार झाली तर गावात तिला मान मिळणे तर दूरच पण केवळ ANM ची मदतनीस म्हणूनच ओळख होण्याची शक्यता आहे.

### आशाचे कार्यकर्तेपण एक दिवास्वप्न ?

'आशा'च्या नावानुसार तिने आरोग्य कार्यकर्ती या नात्याने समाजाला संघटित करून त्यांना आरोग्य सेवा हक्क म्हणून मिळविता याव्यात म्हणून मदत करावी, अशी तिची भूमिका अपेक्षित आहे. मात्र जर तिचे मानधन नर्सबाईच्या (ANM) मान्यतेवर अवलंबून असेल आणि विविध कार्यक्रमांतर्गत उपक्रम प्रत्यक्षात आणण्याकरिता जर तिला आरोग्य खात्यालाच जाब द्यावा लागणार असेल तर तिला कार्यकर्ती म्हणून काम करणे शक्य होईल का? आणि आरोग्य खात्यातील अकार्यक्षम व्यक्तींवर दबाव आणण्यासाठी ग्रामस्थांचे नेतृत्व करणे शक्य होईल का? सध्या ज्या पद्धतीने या उपक्रमाची रचना करण्यात आलेली आहे, त्यानुसार गावकऱ्यांच्या हक्कासाठी उभी राहणारी कार्यकर्ती म्हणून काम करण्यापासून तिला रोखणारेच अनेक प्रबळ घटक आहेत.

जोपर्यंत आरोग्य व्यवस्थेच्या विविध पातळ्यांवर, उदा. प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि ग्रामीण रुग्णालय (CHS) येथे पुरेशा सुधारणा होत नाहीत, त्यातील सेवांचे आधुनिकीकरण केले जात नाही आणि आरोग्याचा हक्क मागणाऱ्या जनतेला योग्य प्रतिसाद देण्यास कर्मचाऱ्यांना भाग पाडले जात नाही, तोवर लोकांना आरोग्य सेवा मिळण्यासाठी मदत करण्याचे काम पुढे नेणे 'आशा'ला शक्य होणार नाही.

### RCH कार्यक्रमाचा जादा प्रभाव

गाव पातळीवर प्राथमिक आरोग्य सेवा देण्यात 'आशा'ची भूमिका फारच दुबळी ठेवली आहे. तिचे काम नीट चालले आहे का, हे बघण्यासाठी ठेवलेल्या ८ निकषांपैकी ७ निकष हे RCH / प्रजनन आणि बाल आरोग्याशी संबंधित आहेत. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानावरील आर.सी.एच. कार्यक्रमाच्या जबरदस्त प्रभावाबद्दल आधी नमूद केले आहेच. कुटुंब नियोजन या RCH च्या कळीच्या घटकाचा 'आशा'च्या कामावर अवाजवी पद्धतीने परिणाम होत आहे का, हे बघणे या संदर्भात गरजेचे आहे. कुटुंबनियोजन कार्यक्रमावर भर दिल्यामुळे इतर प्राथमिक आरोग्य कर्मचाऱ्यांच्या कामातील प्राधान्यक्रम नेहमीच विस्कळित होत आला आहे आणि त्यामुळे त्यांची एकंदर परिणामकारकता घटली आहे.

## आशा कार्यक्रमाबाबत कोणत्या सुधारणा हव्यात ?

आशा कार्यक्रमाबाबत खालील सुधारणा व्हायला हव्यात असे जन-स्वास्थ्य अभियान २००५ पासून मांडत आले आहे. त्यातील काही सुधारणा काही प्रमाणात झाल्या आहेत. पण एकंदरित दिशा उत्साहजनक नाही.

■ 'आशा'च्या कामकाजाचे मुद्दे आणि अटी तसेच तिच्या कामाचे स्वरूप बदलायलाच हवे आणि ते आणखी स्पष्ट करायला हवे. नाही तर दिलेली इच्छित उद्दिष्टे साध्य करणे शक्य होणार नाही.

■ 'आशा'ची भूमिका सध्या अस्तित्वात असलेल्या आरोग्य व्यवस्थेतील घटकांना पर्याय म्हणून नाही तर त्यांना पूरक असावी आणि आरोग्य सेवेचा अधिक चांगला वापर वाढविणारी हवी. नर्सबाई, अंगणवाडी सेविका किंवा अन्य सामाजिक आरोग्य कर्मचाऱ्यांनी करावयाच्या कोणत्याही कामाला पर्याय म्हणून 'आशा'कडे बघितले जाऊ नये. हे होण्यासाठी जन स्वास्थ्य अभियानने जनमताचा दबाव आणायला हवा.

■ आशा अनेक जबाबदाऱ्या सांभाळू शकेल यासाठी सुरुवातीला किमान एक महिन्याचे प्रशिक्षण आणि त्यानंतर नियमितपणे (दर एक ते दोन महिन्यांनी) पाठपुरावा प्रशिक्षण आवश्यक असेल पुढील काही वर्षांसाठी सातत्याने प्रशिक्षण होणे गरजेचे आहे.

■ स्थानिक प्रशिक्षकांची आणि मार्गदर्शकांची एक विशेष फळी विकसित करणे आवश्यक आहे. त्यामुळे सुयोग्य प्रशिक्षणाचा आधार आणि सातत्याने इतर प्रकारचे आधार 'आशा'ला मिळू शकतील. त्यासाठी सध्याच्या अधिकाऱ्यांमधून किंवा नव्याने पूर्ण वेळ प्रयत्न करणाऱ्या 'आशा' उपक्रमाला आधार देणाऱ्या अधिकाऱ्यांची नेमणूक करायला हवी. असा सर्वांगीण आधार न मिळाल्यास हा कार्यक्रम यशस्वी होणार नाही.

■ 'आशा'च्या मानधनासाठी ठरावीक रक्कम ही निश्चित असावी आणि विशिष्ट कृतीशी ती जोडलेली नसावी. ही रक्कम पुरेशी असावी आणि तिच्यावरील जबाबदाऱ्यांप्रमाणे अनुरूप असावी. आवश्यकता वाटल्यास एखादा भाग हा कार्यक्षमतेवर अवलंबून ठेवता येऊ शकेल. नियमित आरोग्य उपक्रमांचे आणि गाव पातळीवरील प्रक्रियांचे मानधन पंचायतीमार्फत किंवा गरज वाटल्यास ग्रामीण आरोग्य समितीतर्फे देण्यात यावे. 'आशा'च्या कामावर सामाजिक दृष्टीने ग्रामसभेने आणि ग्रामीण आरोग्य समितीने, तर तांत्रिक दृष्टीने सामाजिक आरोग्य व्यवस्थेने देखरेख ठेवावी.

■ प्रत्येक गावात 'गाव आरोग्य स्वच्छता, पाणी पुरवठा, पोषण समिती' आहे. तिला दरवर्षी १० हजार रु.चा 'मुक्त' निधी राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानांतर्गत मिळू लागला आहे. त्यातून 'आशा'ला दरमहा काही मानधन देता येईल.

■ 'आशा' कार्यक्रमातील सर्व कळीच्या घटकांकरिता योग्य आर्थिक तरतूद करण्यात यावी. यामध्ये खालील घटकांसाठीच्या तरतुदींचा समावेश असावा.

➤ दरवर्षी पुनर्प्रशिक्षण आणि प्रशिक्षण भत्ता.

➤ प्रशिक्षक आणि मार्गदर्शकांचा गट.

➤ औषध पेटित नियमित भर घातली जाणे.

➤ 'आशा'च्या कामांचे नियमित मानधन, तसेच

➤ अन्य जास्तीच्या कामांचे मानधन उदा. ग्रामीण आरोग्य समितीचे सक्षमीकरण व मदत.

■ 'आशा'वर नसबंदीच्या केसेस आणण्यासाठी दबाव येऊ शकेल. एवढेच नव्हे तर तीच तिची प्रमुख जबाबदारी असे करण्याचा हा प्रयत्न होऊ शकेल. याचा विरोध व्हायला हवा.

#### ४) रुग्ण कल्याण समिती (RKS): समाजाचा सहभाग का खाजगीकरणाचे पाऊल ?

ग्रामीण व जिल्हा रुग्णालये यांचा कारभार सुधारावा यासाठी त्यांच्याशी संलग्न रुग्ण कल्याण समित्या स्थापण्याची योजना अभियानामध्ये आहे.

रुग्ण कल्याण समिती सारख्या संस्थांच्या कार्यक्षेत्र खाजगी क्षेत्रातील (व्यक्तींसह) घटकांच्या भागीदारीने, सहभागाने मदतसेवा सुधारणे आणि दवाखान्याच्या परिसरातील रिकामी जागा मर्यादित कालावधीकरता व्यापारी उद्देशाने वापरण्यास देणे किंवा विकसित करणे अशा मुद्द्यांचाही या मसुद्यात समावेश आहे. खाजगी दवाखान्यांना दिलेल्या अशा सवलतींमुळे सार्वजनिक दवाखान्यांचे निमखाजगी स्वरूप होण्याची शक्यता निर्माण होते. 'जन स्वास्थ्य अभियान'चा अशा चोर पावलाने येणाऱ्या खाजगीकरणाला विरोध आहे.

आरोग्य सेवांवर लोकाधारित देखरेख, (Community Based Monitoring of Health Services) या कार्यक्रमाबद्दल प्रकरण ३ मध्ये माहिती दिली आहे. तिथे म्हटल्याप्रमाणे हा कार्यक्रम म्हणजे 'अभियान'मध्ये घातलेली स्वागतार्ह भर आहे. पण एक तर या बाबतीतही प्रगती अगदी संथ आहे. महाराष्ट्रात हा कार्यक्रम सर्वात पुढे गेला आहे. पण तरी महाराष्ट्रातील ४०,००० खेड्यांपैकी ५ जिल्ह्यातील प्रत्येकी ४५ या प्रमाणे फक्त २२५ खेड्यांमध्ये २००७-०८ मध्ये तो राबवला गेला. २०११-१२ मध्ये तो १३ जिल्ह्यातील ४५५ खेड्यांपर्यंत पसरला. (२०१२ पर्यंत सर्व खेड्यांमध्ये हा कार्यक्रम पोचेल असे उद्दिष्ट आहे)

दुसरे म्हणजे या देखरेख-प्रक्रियेतून ज्या कमतरता लक्षात येतील त्या दूर करण्यासाठी प्रयत्न करणे याचा अधिकार समित्यांना नाही.

#### ५) सार्वजनिक इस्पितळे, सेवा यांचा दर्जा प्रमाणित करणे

ग्रामीण भागातील आरोग्य सेवा सुधारण्यासाठी रा.ग्रा.आ.मि. मध्ये प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि ग्रामीण रुग्णालयांच्या सक्षमीकरणावर विशेष भर देण्यात आलेला आहे. त्या दृष्टीने उचललेले एक पाऊल म्हणजे या रुग्णालयांचा दर्जा सुधारण्यासाठी भारतीय सार्वजनिक आरोग्याची मानके (Indian Public Health Standards) ग्रामीण रुग्णालयासाठी लागू करणे आणि त्याची कार्यवाही करणे हा उद्देश म्हणजे प्रगतीच्या दिशेने निश्चित पुढचे पाऊल आहे. अर्थातच सक्षमीकरणाची ही प्रक्रिया प्रत्यक्षात आणताना, व धोरण ठरविताना काही गंभीर मुद्दे विचारात घ्यायला हवेत.

ग्रामीण रुग्णालयासाठीच्या भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानकाचा एक महत्त्वाचा मुद्दा असा की त्या ग्रामीण रुग्णालयांनी आधी किमान दर्जा गाठावा. त्यात किमान आवश्यक, दर्जेदार सेवा दिल्या जाण्याची हमी असावी. उदा. सर्व ग्रामीण रुग्णालयांमध्ये, अडलेल्या वा तातडीच्या बाळंतपणाची / गरोदर मातांची काळजी (ऑपरेशनच्या सोयीसह) घेण्याची २४ तास व्यवस्था तसेच एक भूलतज्ञ आणि सार्वजनिक आरोग्य उपक्रम / कार्यक्रम व्यवस्थापक यांची नेमणूक अपेक्षित आहे हे स्वागतार्ह आहे मात्र पण ही मानके फक्त 'माता व बाल संगोपन' कार्यक्रमापुरती असू नयेत तर १ लाख लोकसंख्येमध्ये आढळणारे सर्व नेहमीचे आजार, आरोग्य-प्रश्न यांच्याबाबत सुयोग्य दर्जाच्या आरोग्य सेवा देण्यासाठी ही मानके बनवायला हवीत. अपघात, विषबाधा, मानसिक आरोग्य, दंत-आरोग्य अशा सर्व प्रकारच्या आरोग्य-प्रश्नांबाबत किमान तज्ज्ञ सेवा मिळण्यासाठी मानके बनवण्याचा सरकारचा इरादा दिसत नाहीय. हे बदलायला हवे. दुसरे म्हणजे सध्याची भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानके ही फक्त हॉस्पिटलसाठी आहेत. सार्वजनिक

आरोग्याची मानके म्हणून यांमध्ये अनेक वेगवेगळ्या गोष्टींचा समावेश असायला हवा. उदा. पाणी पुरवठा व्यवस्था आणि सांडपाणी व्यवस्था यांसारख्या अत्यंत महत्त्वाच्या, सार्वजनिक आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या व्यापक घटकांसंदर्भात मानके विकसित करण्यासाठी विचार करणे गरजेचे आहे

## ६) AYUSH चा समावेश

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानातील एक तरतूद अशी आहे, जिच्यामुळे आयुष AYUSH (Ayurvedic, Y: Yoga, U:Unani, S: Siddha, H: Homeopathy) ग्रामीण आरोग्य व्यवस्थेच्या मुख्य प्रवाहाशी जोडले जाईल आणि भारतीय वैद्यकीय पध्दतीचा वापर करणाऱ्यांना सध्याच्या आधुनिक वैद्यकीय व्यवस्थेत समाविष्ट करून घेण्यात येईल. तात्त्विक दृष्ट्या हे सकारात्मक उद्दिष्ट आहे. मात्र सुचवण्यात आलेल्या पायऱ्यांच्या वापराने हे उद्दिष्ट खरंच प्रत्यक्षात गाठता येऊ शकेल का याचा काळजीपूर्वक अभ्यास व्हायला हवा. या अभियानात सुचविण्यात आले आहे की प्राथमिक आरोग्य केंद्रामध्ये सध्याच्या अॅलोपॅथिक डॉक्टरशिवाय एका आयुष डॉक्टरची नेमणूक करावी. या रचनेतून असा धोका निर्माण होतो की, आयुष डॉक्टर्सना अॅलोपॅथीविषयी पुरेसे ज्ञान आणि प्रशिक्षण न मिळताच, त्यांनी प्राथमिक आरोग्य केंद्रात अॅलोपॅथिक उपचार करावे अशी अपेक्षा केली जाईल (हा प्रकार सध्या खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रात होत आहे हे जगजाहीर आहे). खरं तर प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील आयुष डॉक्टरांनी ज्या वैद्यक व्यवस्थेचे प्रशिक्षण घेतले आहे त्याच प्रकारचे उपचार पूर्ण कार्यक्षमतेने परिणामकारक पद्धतीने देता येण्यासाठी आवश्यक सोयी, औषधे, आधारभूत सोयी आणि पाठिंबा यांची हमी मिळणे महत्त्वाचे राहिल. प्राथमिक आरोग्य केंद्रासाठी या पद्धतीने अनेक नवीन गोष्टी देण्यावर अभियानाच्या दस्तऐवजात भर दिलेला दिसत नाही. जर आयुष डॉक्टरांनी काही मूलभूत किंवा तातडीच्या अॅलोपॅथिक सेवा देणे अपेक्षित असेल तर या निर्णयाचे सर्व पैलू आणि परिणाम लक्षात घेऊन पुरेशी चर्चा केल्यानंतरच अंतिम निर्णय घेतला जावा. या निर्णयानंतर आयुष डॉक्टरांना मूलभूत तसेच जीवरक्षक अॅलोपॅथिक औषधांबाबत विशेष प्रशिक्षण देण्याची व्यवस्था करणे आवश्यक आहे. तसेच आयुष डॉक्टरांनी प्रामुख्याने अॅलोपॅथिक व्यवस्थेत काम करण्याची अपेक्षा करताना त्यांना यामध्ये किती रस वाटेल याचाही विचार करायला लागेल.

## ७) जिल्हा आरोग्य नियोजन

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात जिल्ह्याला विकेंद्रित नियोजन आणि कृतीचा आधार अशी कळीची भूमिका देण्यात आली आहे. पूर्वीच्या राष्ट्रीय नियोजनाच्या संकल्पनेपासूनचा हा स्वागतार्ह बदल आहे. पूर्वी राष्ट्रीय पातळीवर प्राधान्ये ठरवली जात आणि भरमसाठ म्हणजे अठरा राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रम तयार झाले आहेत. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचा असा दावा आहे की या अभियानामध्ये सध्या सुरू असलेल्या राष्ट्रीय कार्यक्रमांचे एकीकरण केलेले आहे. मात्र ज्यात खूपच निधी शिल्लक आहे अशा एच.आय.व्ही./एड्स (HIV/AIDS) कार्यक्रमासारख्या प्रमुख रोग-नियंत्रण कार्यक्रमांना हात लावण्याचा इरादा नाही आणि त्यामुळे हे कार्यक्रम इतर कार्यक्रमांशी जोडून न घेता स्वतंत्रपणे चालू राहण्याची शक्यता जास्त आहे.

प्रजनन आणि बाल आरोग्य (RCH) आणि कुटुंब कल्याण कार्यक्रम या दोन कार्यक्रमांच्या बाबतीतच एकीकरण झाल्याचे आपल्याला दिसते. काही जिल्ह्यांमध्ये RCH II कार्यक्रमाचा भाग म्हणून जिल्हा पातळीवर प्रकल्प अंमलबजावणी आराखडा (PIP) तयार करण्यात आला आहे. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानासाठी विचार करण्यात आलेल्या जिल्हा कृती आराखड्याची चौकट म्हणून (थोडी किरकोळ भर घालून) तेच RCH II प्रकल्प अंमलबजावणी आराखडे वापरणे चालू राहिले आहे. त्यामुळे एकात्मिक नियोजन आणि सार्वजनिक आरोग्य

व्यवस्थेच्या विविध कृतींच्या एकत्रीकरणाचा मूळ उद्देशच बाजूला राहतोय. जिल्ह्याच्या पातळीवरील विविध विभागांचे विलिनीकरण करण्याची यंत्रणा म्हणून निमसरकारी समित्यांची निर्मिती करण्यात यायची आहे. यामुळे राज्य शासनाला अंग काढून घेणे अधिकच सोपे होईल.

जिल्हा पातळीवरील (विशेषतः केंद्राने प्रायोजित केलेल्या) विकास योजनांचा नामधारी प्रमुख म्हणून कलेक्टरची नेमणूक करण्याच्या निर्णयातून विविध विभागांच्या विकासाचे उद्दिष्ट गाठण्याच्या क्षमतेवरील अविश्वासच दिसून येतो. प्रत्यक्षात जिल्ह्यातल्या किती समित्यांचे आपण आधीच प्रमुख आहोत ही संख्यासुद्धा कलेक्टरच्या लक्षात राहत नसेल. याचा अर्थ असा की राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानासाठी ते किती वेळ देऊ शकतील याला मर्यादा आहेत आणि सुरुवातीला जोर देण्यापलिकडे त्यांची बांधिलकीही टिकू शकणार नाही. प्रमुख वैद्यकीय अधिकारी (ज्यांची प्रशासकीय लक्ष ठेवणे ही जबाबदारीच असते) किंवा जिल्हा पंचायतीचे अध्यक्ष हे सुद्धा मुख्य जबाबदारी घेण्यास पात्र मानले गेलेले नाहीत.

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाच्या वेळापत्रकानुसार, राज्य पातळीवरील प्रकल्प अंमलबजावणी आराखडा ३१ मे २००५ पर्यंत आणि काही जिल्हापातळीवरील प्रकल्प अंमलबजावणी आराखडा ऑक्टोबर ते डिसेंबर २००५ पर्यंत तयार असणे अपेक्षित होते. कुठल्याही सामाजिक प्रक्रियेशिवाय तसेच सामाजिक आणि आरोग्याच्या क्षेत्रात काम करणाऱ्या संघटनांच्या सहभागाशिवाय राज्य व जिल्हा पातळीवर कृती करण्याची घाई करण्यामुळे आणि राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाच्या तत्वांची पुरेशी समज नसल्यामुळे विकेंद्रित नियोजन व नियंत्रणांची ही प्रक्रियाच कमजोर राहिली आहे. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाच्या वेळापत्रकानुसार प्रक्रिया पूर्ण केल्यास, अधिक निधीचे हप्ते मिळतील अशी तरतूद असल्याने योग्य पद्धतीने प्रक्रिया पूर्ण न करता घाईघाईने कागदपत्रे तयार केली जातात.

## ८) सरकारी - खाजगी भागीदारी (Public Private Partnership)

या भागामध्ये कोणत्या बाबी स्पष्टपणे मांडल्या आहेत आणि कोणत्या बाबींचा उल्लेखही केलेला नाही हे काळजीपूर्वक अभ्यासायला हवे. 'सरकारी खाजगी भागीदारी' चा सर्व विभाग मोठ्या प्रमाणात RCH II दस्तऐवजातून घेण्यात आला आहे आणि त्यात म्हटले आहे की माता आणि बालकांचे आरोग्य सुधारण्याचे उद्दिष्ट तसेच कुटुंबाची ध्येये गाठण्याचा सरकारी खाजगी भागीदारी हाच मार्ग असेल. मसुदा अंतिम करण्यापूर्वी मंत्रालयाने आयोजित केलेल्या सभेला ज. स्वा. अ. शी जोडलेल्या व्यक्ती हजर होत्या. त्यांनी चर्चेमधून असा मुद्दा जोरदारपणे लावून धरला की राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाला RCH II एवढाच मर्यादित स्वरूप देऊ नये. यामध्ये आरोग्याचे इतर मुद्देही असायलाच हवेत. सामाजिक गटांनी मांडलेले काही मुद्दे चर्चेनंतर राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाच्या मसुद्यात समाविष्ट करण्यात आले. पण खाजगी-सार्वजनिक भागीदारी (खा.सा.भा.) (Public Private Partnership-PPP) या विभागात मात्र अजूनही RCH II चेच मुद्दे दिसून येतात. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचा मूळ उद्देश फक्त RCH II वर भर देणे एवढाच असू नये त्यात आरोग्याच्या अन्य मुद्द्यांचाही समावेश असायला हवा हे उघडच आहे.

हा मसुदा वाचल्यावर असे लक्षात येते की, या मसुद्यात सरकारी खाजगी भागीदाराचे जे स्वरूप सुचविण्यात आले आहे त्यातून सार्वजनिक सरकारी जबाबदारीचे महत्त्व कमी केले जात आहे आणि खाजगी विभागाच्या नियंत्रणाच्या मुद्द्याचा विचारही पुसटच राहिला आहे. सरकारी / सार्वजनिक व्यवस्थेचे स्थान प्रमुख आणि जबाबदार म्हणून टिकायला हवे तसेच नागरिकांच्या आरोग्य सेवेच्या हक्काचे रक्षण आणि विकासही झाला पाहिजे. नाहीतर खा.सा.भा. म्हणजे खाजगीकरणाला दिलेले गोंडस नाव आहे असे होईल.

सार्वजनिक, खाजगी आणि स्वयंसेवी आरोग्य सेवाही अतिशय कमकुवत असणाऱ्या भारतभरातील गरीब राज्यांतील जिल्ह्यांमध्येच राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानाचा भर असणार आहे. सार्वजनिक खाजगी भागीदारी (Public Private Partnerships PPPs) सुरू करण्याआधी पहिले महत्त्वाचे काम आहे खाजगी सेवांचे नियमन करणे. यानंतरच सार्वजनिक खाजगी भागीदारीचा कार्यक्रम घेणे योग्य होईल.

सार्वजनिक खाजगी भागीदारीबद्दल या अभियानाच्या दस्तऐवजात असे स्पष्ट म्हटले आहे की, राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानांतर्गत सरकारी खाजगी भागीदारी याचा अर्थ शासनाची आरोग्यसेवा देण्याची जबाबदारी हस्तांतरित करणे असा नाही तर उलट दर्जेदार सहज आणि परवडेल अशा सर्व समावेशक आरोग्य सेवेच्या सुविधा लोकांपर्यंत पोहोचविण्याच्या प्रयत्नात खाजगी क्षेत्राचा सहयोग असा आहे. इथे असे गृहीत धरले आहे की निवडलेल्या जिल्ह्यांत दर्जेदार सेवा देणारे खाजगी वैद्यकीय व्यावसायिक आहेत. पण खाजगी व्यावसायिकांबाबत आज घडीला जो काही पुरावा उपलब्ध आहे, तो या गृहीतकाविरुद्ध आहे त्यामुळे या भागीदारीतल्या आरोग्यसेवेच्या दर्जाबद्दल प्रश्न विचारणे गरजेचे आहे. पुढे असेही म्हटले आहे की या भागीदारीचा उद्देश समाजाला वाजवी दरात सेवांची उपलब्धता करून देणे असा आहे. वर नमूद केलेल्या या मुद्द्यांमुळे आपला असा समज होतो की या भागीदारीमुळे ग्रामीण आरोग्य सेवांमधील काही प्रश्नांना उत्तरे मिळतील. पण खाजगी क्षेत्राची उपलब्धता आणि दर्जा याबद्दलची गृहीतके व पुरावे बघता व सध्या अस्तित्वात असलेल्या भागीदारीचे अनुभव लक्षात घेता स्पष्ट होते की आपली जबाबदारी टाळण्यासाठी या भागीदारीची बात केली जात आहे.

सरकारी खाजगी भागीदारी च्या या दस्तऐवजात असे गृहीतक पायाभूत मानले आहे, की खाजगी क्षेत्र चांगली दर्जेदार सेवा देते आणि देशभर त्या उपलब्ध आहेत. खाजगी क्षेत्रामधील वैविध्य आणि या क्षेत्रावरील नियंत्रणाचा अभाव यामुळे या गृहीतकाच्या विरोधातच भरपूर पुरावे आहेत. (१) खाजगी क्षेत्रातील सेवांच्या दर्जातील मोठी तफावत (२) अशास्त्रीय पद्धतीचा सर्रास वापर (३) अनेकदा किमान दर्जाही नसणे हे वास्तव आहे. कुठल्याही भागीदारीची पूर्वअट म्हणून वरील मुद्द्यांचा विचार व्हायलाच हवा. परंतु ह्याबाबत विचार करण्याची इच्छाशक्ती सरकारी खाजगी भागीदारीची भलावण करणारे घालवून बसले आहेत. सरकारी खाजगी भागीदारीची भूमिका निश्चित करण्यासाठीची प्रमुख पूर्वअट ही खाजगी क्षेत्राचे परिणामकारक नियंत्रण हीच असली पाहिजे.

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात विशिष्ट प्रकारच्या भागीदारींना प्रोत्साहन दिले आहे. त्यात -

(१) सेवांबाबतचे हक्क देणे (२) करार करणे / देणे आणि (३) गटात सामील करून घेणे यांचा समावेश आहे. ठेका देण्याच्या अनुभवात सेवांच्या दर्जातील तफावत हा महत्त्वाचा प्रश्न पुढे आला. तसेच ठेकेदाराला दर्जासाठी जबाबदार धरतानाही अडचण येते. दर्जा टिकविण्यासाठी या सेवांचे सतत नियंत्रण करणे गरजेचे आहे. गटात सामील करून घेतल्यावर सरकारी खाजगी भागीदारीतील व्यक्ती / संस्था मान्य केलेल्या करारनाम्यातील (MOU) अटीचे पालन करीत नाही. कुरेशी कमिटीच्या अहवालात असे स्पष्टपणे दाखविले आहे की, या धर्मादाय म्हणून नोंदलेल्या रुग्णालयांना अनुदान मिळते पण हे अनुदान मिळण्यासाठी ज्या अटी असतात त्या अटीचे ते पालन करीत नाहीत. ज्या भागीदारीमधून सरकारने घालून दिलेल्या अटी पाळल्या जात नाहीत आणि ज्यामुळे जनतेचा निधी खाजगी क्षेत्राकडे वळून संपुष्टात येतो अशा खाजगी भागीदारीला राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानामुळे मान्यता दिल्यासारखे होईल. भरघोस अनुदान दिल्याखेरीज कोणतेही व्यापारी रुग्णालय पुढे येणार नाही. आपल्याला ही जाणीव हवी की, जगभरात ज्या सरकारांना सार्वजनिक आरोग्य सेवा देण्याची जबाबदारी टाळायची होती त्यांनी सार्वजनिक आरोग्य सेवांना प्रतिसाद का मिळत नाही, त्या कमजोर का आहेत, या अडचणीच्या ठरणान्या मुद्द्यांचा विचार करण्याचे टाळून विशिष्ट प्रकारच्या सरकारी खाजगी भागीदारीचे स्वागत केले जात आहे.

## सारांशाने सांगायचे तर !

‘राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान’ म्हणजे नुसती ‘नव्या बाटलीत जुनी दारू’ असे नाही. आर.सी.एच. व इतर पारंपरिक कार्यक्रम नव्या नावाखाली चालू राहणार आहेत. पण शिवाय काही नवीन स्वागतार्ह तरतुदीही ‘अभियान’मध्ये आहेत. त्या अपुऱ्या व काही बाबतीत असमाधानकारक असल्या तरी एक पुढे पडलेले पाऊल म्हणून त्यांचे स्वागत केले गेले आहे. या तरतुदी म्हणजे-

- केंद्र सरकारच्या अंदाजपत्रकात लागोपाठ तीन वर्षे आरोग्यावरील तरतुदीत २० टक्क्यापेक्षा जास्त वाढ.
- प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व ग्रामीण रुग्णालये यांच्या दर्जात सुधारणा करण्यासाठी वर्षाला अनुक्रमे ७५ हजार व दीड लाख रुपयांचा निधी.
- या केंद्रांसाठीच्या औषधावरील बजेटमध्ये दुप्पट-तिप्पट वाढ.
- काही आरोग्य सेवांची हमी देण्याचे धोरण.
- तेरा राज्यांमध्ये अडीच लाख ‘आशा’ची नेमणूक
- गाव आरोग्य समित्या स्थापून त्यांच्याकडे दरवर्षी १०,००० रु. आरोग्यासाठी निधी सुपूर्द.
- उपकेंद्रांच्या कामकाजात सुधारणा करण्यासाठी नर्स व सरपंच यांच्या संयुक्त खात्यात दरवर्षी दरमहा दहा हजार रु. जमा.
- ‘अभियान’चे धोरण, कार्यक्रम ठरवण्यासाठी निरनिराळ्या अशासकीय तज्ज्ञांचा समावेश.
- आरोग्य सेवेवर लोकाधारित देखरेख ठेवण्याच्या नव्या पायंड्याला सुरुवात.

वरील तरतुदींची योग्य पूर्ण अंमलबजावणी होत नाहीय. त्यासाठी पुरेसा सामाजिक दबाव निर्माण होण्याची गरज आहे.

मात्र या पुस्तिकेच्या आधीच्या उपविभागांमध्ये दाखवले आहे त्यानुसार या अभियानाचा भाग म्हणून नेमक्या काय उपाययोजना करावयाच्या त्याचा तपशील या उच्च तत्त्वांशी काही ठिकाणी सुसंगत दिसत नाही. खाजगीकरणकडे कल, कुटुंबनियोजनासाठी दबावपद्धती आणि आरोग्य व्यवस्थेतील नोकरशाही पद्धतीची अंमलबजावणी या नकारात्मक गोष्टी सुरूच रहाणार आहेत. हे अभियान जरी राष्ट्रीय आरोग्य सेवा सुधारणे या निर्णयावर आधारित असले तरी आंतरराष्ट्रीय निर्धीवर आधारित उपक्रमांशी त्याचे लागेबांधे आहेत. या अभियानात सार्वजनिक आरोग्य सुधारण्याचे उद्दिष्ट लिहिलेले असले तरी खाजगीकरणाच्या संकल्पनेची त्यात सरमिसळ झाली आहे. आरोग्य क्षेत्राची एकंदर असलेली संकटग्रस्त परिस्थिती आणि सर्वसमावेशक सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेची गरज जरी मान्य झाली असली तरी यावर दिलेल्या प्रतिसादामध्ये एकवाक्यता दिसत नाही, तसेच एकात्मिक आरोग्य व्यवस्थेच्या दृष्टिकोनाचा त्यात अभाव आहे.

या अभियानाचे जे सकारात्मक घटक आहेत त्यांची परिणामकारक अंमलबजावणी व्हायला हवी. अभियानातील हे सकारात्मक घटक लोकांना उत्तरदायी ठरावेत या दृष्टीने त्यांची पुर्नआखणी व्हायला हवी.





## सार्वजनिक आरोग्य सेवेचे विकेंद्रित नियोजन

या कोर्सच्या पहिल्या मॉड्युलमध्ये 'प्राथमिक आरोग्य सेवा मिळणे हा आपला अधिकार' याचा उल्लेख आला आहे. हक्काधारित दृष्टिकोनातून आरोग्य सेवा देणारे डॉक्टर्स व इतर कर्मचारी यांनी जनतेप्रती उत्तरदायी बनणे व आरोग्य सेवांचा दर्जा सुधारणे हा लोकाधारित देखरेखीचा गाभा आहे. साहजिकच या प्रक्रियेमध्ये लोकांचा सहभाग हा अतिशय महत्त्वाचा आहे. लोकसहभाग वाढल्यानंतर त्या प्रक्रियेबद्दल आणि लोकांसाठी तयार झालेल्या आरोग्य सेवेच्या यंत्रणेबद्दल लोकांचे काही मत बनणे हे स्वाभाविकच आहे. त्याच बरोबर लोकाधारित देखरेखीतून सातत्याने जे मुद्दे पुढे येत आहेत ते सोडवण्यासाठी पावले टाकणे ही सेवा देणारे आणि सेवा घेणारे या दोघांची एकत्रित जबाबदारी आहे. उदा. गावपातळीवर आरोग्य कर्मचाऱ्याकडून आरोग्याच्या सेवा मिळतात की नाही यावर देखरेख करताना कर्मचाऱ्यांवर कामाचा ताण, अपुरा औषध साठा यासारख्या कारणामुळे जर आरोग्यसेवा मिळत नसतील तर आरोग्य सेवेकांना दोष देऊन उपयोग नाही. तर आरोग्यसेवेचे नियोजन अधिक चांगल्या प्रकारे केले पाहिजे. लोकांच्या गरजा, अडचणी काय आहेत हे लक्षात घेऊन नियोजनात सहभाग हवा. हे लक्षात घेऊन आरोग्य-सेवेवर लोकाधारित प्रकल्पामध्ये केवळ देखरेख करण्यापुरते न थांबता आरोग्य-सेवेच्या नियोजनातही लोकसहभागाला सुरुवात करायची हे या प्रकल्पा अंतर्गत करायला हवे.

### नियोजन म्हणजे काय? सरकार नियोजन कसे करते?

आपण आपल्या रोजच्या जीवनात प्रत्येक वेळी नियोजन करत असतो. संसार चालवण्यासाठी कमाई कशी करायची, आपल्याकडे आलेला पैसा यासाठी कसा वापरायचा हे आपण ठरवत असतो. नोकरदार व्यक्ती दर महिन्याला मिळणाऱ्या पगाराचं नियोजन करते. म्हणजेच आपल्या पगारातली काही रक्कम वेगवेगळी बिलं भरण्यासाठी, किराणा माल व उपयुक्त जिन्नस, दवाखाना, घरपट्टी इत्यादींसाठी काढून ठेवत असतो. यालाच आपण नियोजन म्हणू शकतो. कोणतेही नियोजन करण्यासाठी आधी आपल्या जवळ असणारी साधनसामुग्री, मनुष्यबळ, पैसा याचा विचार करावा लागतो. आणि त्याच बरोबर प्रश्न शोधणं, त्या प्रश्नांचा प्राधान्यक्रम लावणं, कोणता प्रश्न सर्वात महत्त्वाचा, कोणता प्रश्न आधी सोडवणं गरजेचं आहे. मग तो सोडवण्यासाठी आपल्याकडे काय साधनसामुग्री, पैसा, मनुष्यबळ आहे हे बघणे, प्रश्न सोडवण्यासाठी या साधनसामुग्रीचा उपयोग करून उपक्रम/गोष्टी करायच्या आहेत हे ठरवणं आणि ते उपक्रम/ गोष्टी करण्याची जबाबदारी कोणाकडे असेल हे निश्चित करणं आणि हे सगळं कधीपर्यंत करायचं हे ठरवणं हे करायला हवं.

साधारण अशाच पद्धतीने भारत सरकारने आरोग्य क्षेत्रात विविध योजना व कार्यक्रमांचे नियोजन करणे अपेक्षित आहे. लोकांचे आरोग्य सुधारण्यासाठी काय करायची गरज आहे; त्यासाठी किती पैशाची व इतर साधनसामुग्रीची गरज आहे. ही गरज कशी भागवायची; आरोग्य सेवांसाठी उपलब्ध असलेल्या निधी व साधनसामुग्री कशी वापरायची याचे सरकारने नियोजन करणे अपेक्षित आहे.

आपण कर स्वरूपात जो पैसा भरतो तो सरकारच्या तिजोरीत जमा होतो. करामधून मिळालेला पैसा इतर साधनसामुग्री, मनुष्यबळ या सगळ्यांच्या आधारे सरकार वेगवेगळ्या क्षेत्रामध्ये नियोजन करत असते. त्यासाठी सरकारला प्राधान्यक्रम आखावा लागतो. किती पैसा कोणत्या क्षेत्रासाठी लागणार आहे हे सरकारच्या प्राधान्यक्रमानुसार ठरते. सध्या सरकार सर्वात जास्त पैसा संरक्षण क्षेत्रात गुंतवत असल्याचे दिसून येते.

नियोजन मंडळ पंचवार्षिक योजना एका पद्धतशीर प्रक्रियेतून बनवते. या पंचवार्षिक योजनेनुसार दरवर्षी सरकारच्या पातळीवर नियोजन केले जाते. राष्ट्रीय पातळीवर केंद्र सरकार नियोजन करते तर राज्य पातळीवर राज्य सरकार नियोजन करते. राज्य पातळीवर एन.आर.एच.एम. अंतर्गत आरोग्य सेवांचे नियोजन विकेंद्रित पद्धतीने करणे अपेक्षित आहे.

## सरकारी आरोग्य सेवेचे विकेंद्रित नियोजन

केंद्र सरकारकडून प्रत्येक राज्याला नियोजन करण्यासाठी आराखडा येतो. त्या आराखड्यानुसार राज्य सरकार आरोग्य सेवांचे नियोजन करते. राज्य सरकार त्या आराखड्यावरून प्रत्येक जिल्ह्याला नियोजनाचा आराखडा पाठवते. नियोजनाच्या आराखड्यामध्ये वेगवेगळे विभाग असतात. त्यामध्ये सरकारने जाहीर केलेल्या वेगवेगळ्या कार्यक्रमाची यादी असते. हे कार्यक्रम घेण्यासाठी लागणारा निधी, मनुष्यबळ, साधनांची गरज या आराखड्यातून जिल्ह्यावार सरकारला सांगितली जाते त्यानुसार संपूर्ण राज्याचे नियोजन अशा प्रकारे केले जाते.

हे आराखडे भरण्यासाठी एक साखळी एन.आर.एच.एम.मध्ये तयार करण्याचा प्रयत्न केला जात आहे. कारण एन.आर.एच.एम.च्या उद्देशांपैकी एक महत्त्वाचा उद्देश आहे 'विकेंद्रित नियोजन' (Decentralised Planning). विकेंद्रित नियोजन म्हणजे नियोजनाची प्रक्रिया केवळ दिल्लीत, मुंबईत न होता नियोजन प्रक्रियेमध्ये गावपातळीपासून लोकांचा सहभाग करून घेणे.

आरोग्य सेवांच्या बाबतीत राज्य सरकारकडून एन.आर.एच.एम. विकेंद्रित नियोजनाचा एक भाग म्हणून पुढील प्रयत्न केला जात आहे. राज्य पातळीवरून आलेला आरोग्य सेवांच्या नियोजनाचा आराखडा गावच्या नर्सबाई/एम.पी.डब्ल्यू. यांना भरायला सांगितला जातो. ए.एन.एम./एम.पी.डब्ल्यू. यांनी ग्रामसभा घेऊन आपल्या गावाच्या आरोग्याच्या प्रश्नांवर लोकांमध्ये चर्चा करून त्यानुसार आराखडा करणे अपेक्षित असते. त्यानंतर उपकेंद्र व नंतर प्रा. आरोग्य केंद्र पातळीवर हा आराखडा एकत्रित केला जातो. त्यात दोन आरोग्य केंद्रांच्या गरजा / प्रश्न आराखड्यात घेणे अपेक्षित आहे. हा भरलेला आराखडा तालुका पातळीवर एकत्र करून तालुका पातळीवरील तालुका नियोजन समिती पुढे मांडला जातो. या समितीमध्ये लोकप्रतिनिधी, आरोग्य यंत्रणेचे प्रतिनिधी, संस्था संघटनेचे प्रतिनिधी असतात. तालुका पातळीवरील समितीची मान्यता मिळालेला आराखडा जिल्हा पातळीवर एकत्र करून जिल्हा आरोग्य सोसायटीपुढे मांडून त्याची मान्यता घेतली जाते. जिल्हा आरोग्य नियोजनाचा आराखडा राज्य शासनाकडे पाठवला जातो. ही प्रक्रिया अधिक ठोसपणे समजावून घेऊया-

## आरोग्य सेवांच्या विकेंद्रित नियोजनाची प्रक्रिया

आरोग्य सेवेचे नियोजन करताना खालील गोष्टींवर सरकारी पातळीवर विशेष भर दिला जातो-

१. नियोजन करतांना आपापल्या कार्यक्षेत्रातील क्षमता तसेच उपलब्ध Infrastructure ची चाचपणी करणे.
२. आपल्या कार्यक्षेत्रातील आरोग्य निर्देशांकांचे विश्लेषण करणे जसे जन्मदर, मृत्यूदर वेगवेगळ्या आजारांच्या रुग्णांचे प्रमाण इत्यादी.
३. या निर्देशांकांची तुलना राज्यस्तरीय निर्देशांकांनी करणे व त्यात तफावत असल्यास त्यामागची कारणे शोधणे.

४. या मुद्द्यांच्या निराकरणासाठीच्या उपाययोजनांची चाचपणी करणे
५. निर्देशांक हे राज्यस्तरापेक्षा फारच वाईट परिस्थितीत असल्यास त्यासाठी विशेष योजनांची शिफारस करता येते.
  - **गाव पातळीवरील नियोजन-** (ग्रामसभेत १ आठवडा).
  - या नियोजन प्रक्रियेत ANM, आशा, AWW यांनी सहभागी होणे अपेक्षित असते.
  - **PHC पातळी-** तालुका स्तरीय कार्यशाळेत PHC स्तरीय नियोजन केले जाते. ज्याला वैद्यकीय अधिकारी आणि २-३ कर्मचाऱ्यांची उपस्थिती आवश्यक असते. (दोन दिवसीय कार्यशाळा - तालुका मुख्यालयात)
  - **तालुकास्तरीय नियोजन** हे जिल्हास्तरीय नियोजन कार्यशाळेत केले जाते. यात THO, MO आणि काही ठराविक कर्मचाऱ्यांचा समावेश असतो.
  - **जिल्हास्तरीय नियोजन** हे आरोग्य आणि कुटुंबकल्याण कार्यशाळेत पूर्ण केले जाते. यात जिल्हास्तरीय अधिकारी तसेच काही ठराविक THO असतात.

### जिल्हास्तरीय नियोजन विषयक प्रमुख घडामोडी

- सर्वप्रथम जिल्हास्तरीय नियोजन समितीची स्थापना केली जाते. यानंतर THO, MO व आरोग्य कर्मचाऱ्यांची बैठक घेतली जाते व त्यांना राज्यस्तरावरून पुरवलेला Format समजावून सांगण्यात येतात.
- याच्या दुसऱ्याच दिवशी PHC Staff ची बैठक घेण्यात येते. या बैठकीत सविस्तर आढाव्यानंतर Format चे वितरण करण्यात येते.

यात खालील Format चे वितरण करण्यात येते.

- १) MO-PHC - गावपातळी ते PHC पर्यंतचे Form आणि त्यांची मार्गदर्शिका
- २) MS - Peripheral health institute form आणि मार्गदर्शिका
- ३) THO - तालुकास्तरीय आणि मार्गदर्शिका
- ४) जिल्हा - जिल्हास्तरीय Form आणि PIP Forms प्रत्येक पातळीवर आर्थिक मार्गदर्शिका दिली जाते

### जिल्हा आरोग्य देखरेख आणि नियोजन समिती

मुख्य कार्यकारी अधिकारी (Z.P.) यांच्या अध्यक्षतेत DHO, CS, DRCHO, प्राध्यापक, PSM व उप. मुख्य कार्यकारी अधिकारी आणि सामाजिक संस्थांचे प्रतिनिधी मिळून या समितीचे गठन होते. जिल्हास्तरीय TB, कुष्ठरोग, मलेरिया अधिकारी जिल्हा नियोजन समितीत नियोजनाच्या प्रक्रियेत मदत करते. तसेच DPM ही त्यांना नियोजनात मदत करतात.

### प्रत्यक्ष नियोजन प्रक्रिया - गाव पातळी

यात सर्व प्रथम गावाची सर्वसाधारण माहिती मिळवली जाते. जसे पाणीपुरवठा, गाव आरोग्य समितीची माहिती, जन्म-मृत्यू व इतर आजारांची माहिती तसेच आरोग्य सेवांच्या एकूण वापराचे प्रमाण व राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमांची स्थिती इ. यानंतर ग्राम आरोग्य समिती समवेत गावातील लोकांशी नियोजनाबाबत चर्चा करून गाव पातळीवरील नियोजन ग्रामपंचायत व गाव आरोग्य समिती यांच्या मदतीने पूर्ण केले जाते.

### प्राथमिक आरोग्य केंद्र पातळी

यात सर्व प्रथम PHC अंतर्गत प्रत्येक गाव ANM, आरोग्य सहाय्यक तसेच करारबद्ध कर्मचाऱ्यांना विभागून दिले जाते. प्रत्येक गावासाठी नियोजनाच्या बैठकीची तारीख निश्चित केली जाते. त्या अनुषंगाने कर्मचाऱ्यांची बैठक

बोलवली जाते. ज्यात नियोजन प्रक्रिया समजावून सांगितली जाते. नंतर गावात नियोजनाच्या बैठकीत अंगणवाडी सेविका तसेच आशा यांना बोलविले जाते व गाव पातळी Formatचे वितरण केले जाते.

गावपातळीवरील सर्व Format ची तपासणी प्राथमिक आरोग्य केंद्र पातळीवर केली जाते. यानंतर सर्व गावांच्या Format चे तसेच उपकेंद्राच्या Format चे एकत्रीकरण केले जाते.

- PHC स्तरीय नियोजन हे तालुका पातळीवरील कार्यशाळेत केले जाते. यात MO तसेच ठराविक आरोग्य कर्मचाऱ्यांचा समावेश असतो. यात MO यांना गावपातळीवरील Form एकरूप PHC पातळीचे नियोजन करण्यास मदत तसेच मार्गदर्शन केले जाते.

याच कार्यशाळेत MS RH/SDH ग्रामीण रुग्णालय तसेच उपजिल्हा रुग्णालयांचे Format तयार केले जातात व त्या सगळ्यांचे एकत्रीकरण केले जाते.

## तालुकास्तरीय नियोजन प्रक्रिया

तालुकास्तरीय नियोजन हे जिल्ह्याच्या नियोजनाचे महत्वाचे (Unit) एकक आहे. तालुकास्तरीय नियोजन करण्यासाठी THO ला तज्ज्ञांची मदत पुरवली जाते. तालुकास्तरीय नियोजन हे प्रा. आ. के. नियोजन, ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय यांचे नियोजन तसेच काही नावीन्यपूर्ण योजना यांचे मिळून बनविल्या जाते. हे तालुकास्तरीय नियोजन DHO यांच्या उपस्थितीत जिल्हापातळीवरील कार्यशाळेत पूर्ण केले जाते. या कार्यशाळेत THO, MO-PHC, प्रा. रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय तसेच काही ठराविक आरोग्य कर्मचारी उपस्थित असतात. यानंतर कार्यशाळेत तयार झालेले तालुकास्तरीय नियोजन तालुका आरोग्य मिशन (Mission) यांच्याकडे मंजुरीसाठी दिले जाते. तालुका आरोग्य मिशन यांच्या मंजुरीनंतर हे प्रस्तावित नियोजन जिल्हा Society कडे पाठविले जाते.

## जिल्हास्तरीय नियोजन प्रक्रिया

आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मुख्यालयात जिल्हा नियोजन कार्यशाळेचे आयोजन केले जाते. या कार्यशाळेत DRCHO, DPM, DAM आणि सामाजिक संस्थांचे प्रतिनिधी पाच दिवस उपस्थित असतात. तसेच DTO, DMO, DHO, CS हे दोन दिवस उपस्थित असतात. या कार्यशाळेत सर्व तालुक्याच्या नियोजनांचे/ Plan एकत्रीकरण करून जिल्ह्याचे नियोजन केले जाते.

## नियोजनसंबंधी नावीन्यपूर्ण योजना

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत नियोजनात नावीन्यपूर्ण योजनांची व्यवस्था करण्यात आलेली आहे. परंतु या नावीन्यपूर्ण योजना राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान च्या उद्दिष्टांच्या पूर्ततेसाठी उपयोगी असाव्यात, तसेच त्या एखाद्या विशिष्ट आरोग्य समस्येशी असाव्यात त्यांच्या अंमलबजाणीमुळे एकंदरीत आरोग्य सेवांची गुणात्मकता वाढावी.

## स्थानिक पातळीवरील आरोग्य सेवांचे विकेंद्रित नियोजन

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत सर्वप्रथम जिल्हावार नियोजनाची सुरुवात करण्यात आलेली आहे. प्रत्येक जिल्ह्याची सामाजिक, आर्थिक, भौगोलिक स्थिती वेगवेगळी असल्याने त्या अनुषंगाने जिल्हावार आरोग्याचे प्रश्न वेगवेगळे आहेत. या गरजांची पूर्तता करण्यासाठी जिल्ह्यांना आपापले आरोग्य संबंधी प्रश्न सोडविण्यासाठी जिल्हावार नियोजन करण्याची मुभा देण्यात आली आहे. या अंतर्गत पीआयपी. (Project Implemental Plan) ची सुरुवात राष्ट्रीय पातळीपासून होते. पीआयपीमध्ये वेगवेगळ्या आरोग्य सेवांसाठी तरतूद केलेली असते. पीआयपी

अंतर्गत येणाऱ्या वर्षात राष्ट्रीय ते गाव पातळीपर्यंत लोकांचे आरोग्य सुधारण्यासाठी लागणाऱ्या आरोग्य सेवांसाठी खर्चाचा ताळेबंद तयार केला जातो. वेगवेगळ्या पातळ्यांवरील आरोग्य सेवांची परिणामकारकता वाढविण्यासाठी सर्वप्रथम वेगवेगळ्या पातळ्यांवरील आरोग्य सेवा कशा कार्यरत आहेत? आजाराचे प्रमाण किती आहे? याची सर्वकष माहिती मिळवली जाते. त्यानंतर त्यासाठी संभावित खर्च ठरविला जातो व तसा निधी पुढील वर्षासाठी वेगवेगळ्या पातळ्यांवर वितरित केला जातो.

पीआयपी साधारणतः खालील भागांमध्ये विभाजित केलेला असतो

भाग अ) प्रजनन व बाल आरोग्यासाठी चा निधी

भाग ब) अभियाना संबंधी निधी

भाग क) लसीकरणाच्या सक्षमीकरणासाठीच्या तरतुदी व निधी

भाग ड) रोग नियंत्रण कार्यक्रमाच्या तरतुदी व निधी

भाग ई) विविध कार्यक्रमांचे एकत्रीकरण व त्यासंबंधी निधी

पीआयपी तयार करण्याची प्रक्रिया राष्ट्रीय पातळीपासून सुरू होते. साधारणतः दरवर्षी ऑक्टोबर महिन्यात ही प्रक्रिया सुरू होते. राष्ट्रीय ते ग्रामीण पातळीवर पीआयपी ची प्रक्रिया ही ऑक्टोबर ते डिसेंबर या दरम्यान राबविली जाते. नियोजनाच्या या विकेंद्रीकरणात वेगवेगळ्या स्तरांवर नियोजनाची तसेच जिल्हास्तरावर नियोजन केले जाते. प्रत्येक पातळीवरील नियोजन हे त्याखालील पातळीवर नियोजनाचे एकत्रीकरण करून केले जाते. जसे सर्वप्रथम गाव पातळीवर नियोजन केले जाते. त्यानंतर उपकेंद्राच्या कार्यक्षेत्रातील सर्व गावांच्या नियोजनाचे एकत्रीकरण करून उपकेंद्राचे नियोजन केले जाते. प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील नियोजन हे त्याच्या कार्यक्षेत्रातील सर्व उपकेंद्राच्या नियोजनाचे एकत्रीकरण करून तयार केले जाते. तालुक्याचे नियोजन हे त्यातील सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्र, व ग्रामीण रुग्णालय यांच्या नियोजनाच्या एकत्रीकरणातून तयार होते.

जिल्ह्याचे नियोजन करतांना जिल्ह्यातील सर्व तालुक्यांच्या नियोजनाचे एकत्रीकरण केले जाते. राज्यातील सर्व जिल्ह्याचे पीआयपी चे एकत्रीत स्वरूप म्हणजे राज्याचे नियोजन. अशा प्रकारे देशातील सर्व राज्यांचे नियोजन एकत्र करून राष्ट्रीय पातळीवर पीआयपी तयार केला जातो. राष्ट्रीय पातळीवर मंजूरी मिळाल्यानंतर पीआयपीमध्ये नमूद निधीचे वितरण पुढील आर्थिक वर्षाकरिता वेगवेगळ्या पातळ्यांवर केले जाते. स्थानिक पातळीवर या निधीचा उपयोग फक्त मंजूर कामासाठी करावा लागतो.

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानात नियोजनाची ही प्रक्रिया विकेंद्रित केल्या गेल्याने यात अनेक घटकांचा समावेश अभिप्रेत आहे. जसे शासकीय अधिकारी पंचायत संस्थेचे लोकप्रतिनिधी व सामाजिक संस्थांचे लोकप्रतिनिधी व सामाजिक संस्थांचे प्रतिनिधी यांनी मिळून पीआयपी तयार करावा असे या अभियानात स्पष्ट केले.

शासकीय पातळीवर नियोजनाची प्रक्रिया साधारणपणे ऑक्टोबर ते डिसेंबर या कालावधीत पूर्ण होते असे आपण बघितले. परंतु आपापल्या पातळीवरील नियोजन करण्यासाठी आपण फक्त याच कालावधीत हालचाली कराव्यात असे नाही. नियोजनाची प्रक्रिया ही सतत सुरू असणारी प्रक्रिया असते. याचा मुख्य उद्देश हा आपापल्या स्तरावरील आरोग्य विषयक प्रश्नांची संपूर्ण माहिती मिळवून घेऊन त्या संबंधीची उपाययोजना करणे हा आहे. त्यासाठी कोणत्याही कालावधीचे बंधन नसते.

नियोजनासाठी सर्वप्रथम आवश्यकता असते ती आपापल्या पातळ्यांवरील आरोग्य विषयक मुद्द्यांच्या माहितीची. यात मनुष्यबळ, औषधसाठा, उपकरण, इमारतीची स्थिती आजारपण इत्यादीची माहिती असणे अत्यावश्यक असते. त्याचप्रमाणे वेगवेगळ्या पातळ्यांवर उपलब्ध निधी किती व तो खर्च करण्याचे नियम यांची परिपूर्ण माहिती असणेसुद्धा गरजेचे असते.

विकेंद्रित नियोजन कसे होणे अपेक्षित आहे हे आपण पाहिले. पण प्रत्यक्षात या नियोजनप्रक्रियेत काही महत्त्वाच्या त्रुटी आहेत त्या बघू या-

## या नियोजन प्रक्रियेतील त्रुटी

१) या सगळ्या प्रक्रियेचा कालावधी खूप कमी असतो. ही प्रक्रिया डिसेंबरमध्ये सुरू होते आणि फेब्रुवारीपर्यंत संपवली जाते.

२) आराखड्यामध्ये बऱ्याच गोष्टी ठरवून आलेल्या असतात. उदा. आशा कार्यक्रमासाठी किती निधी असणार आहे हे केंद्र किंवा राज्य पातळीवरच ठरवलं जातं. त्यामुळे तेवढ्या निधीतच सर्व उपक्रम बसवावे लागतात.

३) गाव पातळीवरील आरोग्य कर्मचाऱ्यांना नियोजनाचे काम नक्की कसं करायचे याचे पुरेसे प्रशिक्षण न दिल्यामुळे आराखडे नीट भरले जात नाहीत. त्यामुळे प्रश्नांची योग्य प्राथमिकता ठरवता येत नाही.

४) लोकांचा सहभाग फक्त गावपातळीवर असतो. लोकांनी सुचवलेल्या गोष्टींचा या दिलेल्या आराखड्यांमध्ये समावेश करणे अशक्य असते. त्यामुळे आरोग्य सेवांच्या नियोजनात लोकांचा सहभाग आणि गरजा यांचा समावेश होता हे नुसतं म्हणण्यापुरतं राहतं.

५) विकेंद्रित नियोजनाचा भाग म्हणून वेगवेगळ्या समाज घटकांना या प्रक्रियेमध्ये सहभागी करून घेणे अपेक्षित आहे पण त्यांना कोणतेही प्रशिक्षण न दिल्यामुळे हा सहभाग नुसता नावापुरता होतो उदा. लोकप्रतिनिधींना नियोजना संदर्भात प्रशिक्षण नसल्यामुळे त्यांचा सहभाग खूपच कमी दिसतो.

६) लोकांना त्या योजना किंवा कार्यक्रमांबद्दल विचारले तर त्यांना फारसे काही माहित नसते किंवा माहिती असली तरी ती अस्पष्ट असते. यामुळे जी योजना किंवा कार्यक्रम मुळात लोकांसाठी तयार केला जातो त्याच्या सफलतेवर मर्यादा येतात. शिवाय लोकसहभाग ही गोष्ट अजूनही शासकीय यंत्रणेच्या अंगवळणी पडलेली नाही. या सगळ्याचा परिणाम म्हणजे लोकांसाठी बनणाऱ्या योजना त्यांच्यापर्यंत पोचत नाहीत. शासनाचे म्हणजे पर्यायाने आपले पैसे योग्य त्या उपाययोजनांसाठी खर्च होताना दिसत नाही.

वर वर्णिलेली आरोग्य-सेवेच्या विकेंद्रित नियोजनाची प्रक्रिया महाराष्ट्रातील सर्व जिल्ह्यांसाठी लागू आहे. ज्या भागात आरोग्य-सेवेवर लोकाधारित देखरेख चालू आहे अशा भागात ही प्रक्रिया चांगल्या प्रकारे राबवता येईल. 'आरोग्य-सेवेवर लोकाधारित देखरेख प्रक्रिया' ही एक अभिनव प्रक्रिया राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत २००७ पासून ९ राज्यांमध्ये निवडक जिल्ह्यांमध्ये सुरू झाली आहे. त्याची सविस्तर माहिती आपण वेगळ्या मॉड्युलमध्ये घेणार आहोत. सध्या इतकेच माहिती करून घेऊया की ज्या ग्रामीण जनतेसाठी सरकारी ग्रामीण आरोग्यसेवा आहेत त्या जनतेने या सेवांवर देखरेख ठेवण्यात थेट सहभाग घेण्यासाठी ही प्रक्रिया आहे. या प्रक्रियेचे नाव 'लोकाधारित देखरेख व नियोजन' असे आहे. २०१० पर्यंत मुख्यतः 'देखरेख' एवढेच काम चालले होते. पण आता एक पाऊल पुढे टाकून आरोग्य-सेवेच्या विकेंद्रित प्रक्रियेमार्फत चांगला सहभाग घेणे शक्य आहे. हे कसे करता येईल ते पाहूया. नियोजनात सहभाग करण्यासाठी या सरकारी कार्यक्रमात जी संधी आहे त्याच्या खूप मर्यादाही आहेत. त्या प्रथम लक्षात घेऊन मग पुढे जाऊ.

## लोकाधारित देखरेख प्रकल्प आणि पूरक नियोजन

सरकारी आरोग्य सेवेच्या नियोजनाचा एकूण ढाचा सर्व भारतासाठी ठरवावा लागतो. उदाहरणार्थ - लसीकरण, क्षयरोग व हिवताप नियंत्रण, कुटुंबनियोजन इ. बाबत एकूण देशासाठी एक आराखडा तयार करावा लागतो. त्याची अंमलबजावणी करताना प्रत्येक राज्यातील, जिल्ह्यातील परिस्थितीनुसार त्यात जरूर लागल्यास बदल करण्याचे काम

स्थानिक पातळीवर करायला हवे. त्याच प्रमाणे तीस हजार लोकसंख्येमागे एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र असणे, त्यांची कामे, त्यातील डॉक्टरांची व इतर कर्मचाऱ्यांची संख्या, औषधांचे बजेट या बाबतचा ढाचाही राष्ट्रीय व राज्यपातळीवर ठरलेला आहे. हे व असे अनेक निर्णय झाले आहेत. त्यात आपल्या गरजांप्रमाणे बदल करणे हा फारच मोठा प्रश्न आहे. दुसरे म्हणजे आज ८० टक्के आरोग्य - सेवा खाजगी डॉक्टरांमार्फत दिल्या जातात. या खाजगी सेवांच्या नियोजनाचा मुद्दा सध्याच्या नियोजनात जवळ जवळ नाहीच. अशा मोठ्या, मूलभूत प्रश्नांच्या नियोजनात आपण शिरायचे तर फार मोठे बदल व्हावे लागतील. पण सध्या त्याचा विचार होत नाही. त्याचप्रमाणे सार्वजनिक आरोग्य सेवेच्या नियोजनासाठी सध्या उपलब्ध असलेला निधी अत्यंत अपुरा आहे. त्यात वाढ व्हायला हवी असे सप्रमाण मांडले तरी त्याचा सध्या तरी विचार होणार नाही.

या सर्व मर्यादा असल्या तरी आरोग्य- सेवेच्या नियोजनासाठी जो काही ढाचा ठरलेला आहे त्याची आपल्या भागात अंमलबजावणी करतांना त्यात काही बदल करायला हवे असे जर वाटत असेल तर ते मांडायची संधी 'लोकाधारित देखरेख' प्रकल्पात आहे. या प्रकल्पाचे नावच मुळी 'लोकाधारित देखरेख व नियोजन' प्रकल्प असे आहे.

'लोकाधारित देखरेख व नियोजन' या प्रक्रियेमध्ये आतापर्यंत पाच जिल्ह्यांमध्ये निवडक ५०० गावांमध्ये वेगवेगळ्या पातळ्यांवर सरकारी आरोग्य सेवांची परिस्थिती काय आहे हे पुढे आले. म्हणजेच गावामध्ये साथीच्या आजारांवर केल्या जाणाऱ्या उपाययोजना, मिळणारा औषधोपचार, सरकारी दवाखान्यात रुग्णांना मिळणारी वागणूक इत्यादी मुद्यांसंदर्भात लोकांच्या दृष्टिकोनातून काय परिस्थिती आहे हे कार्यकर्त्यांनी, लोकांनी माहिती गोळा करून समजून घेतले आणि शासकीय आरोग्य यंत्रणेसमोर मांडले. या सगळ्यातून ग्रामीण सरकारी आरोग्य सेवांमध्ये काही सुधारणा झाल्या. पण नुसते प्रश्न मांडणे एक भाग झाला. ते सोडवण्यासाठी सध्याच्या यंत्रणेमध्ये बदल घडवण्यासाठी काही सूचना करणे हे तितकच महत्त्वाचे आहे. म्हणूनच देखरेखीमधून पुढे आलेले मुद्दे सोडवण्यासाठी नियोजन करणे अत्यंत संयुक्तिक ठरते.

जिल्हा व राज्य पातळीवर नियोजन करताना सध्याच्या ढाचाच्या बाहेर जाऊन काही गोष्टी करायला हव्या असे या देखरेखीतून पुढे आले तर तेही ठोसपणे जिल्हा पातळीवरील आरोग्यसेवेच्या नियोजना बाबतच्या बैठकीमध्ये मांडता येईल. त्या बाबत लगेच निर्णय होणार नाही. पण पुढील नियोजनासाठी आपल्या काय सूचना आहेत याची निदान नोंद तरी होईल.

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियाना अंतर्गत आणखी एक संधी आहे. सध्याच्या नियोजनात न बसणारी आरोग्य-सेवेबाबतची एखादी नवी कल्पना आपल्या डोक्यात असेल तर ती पूर्ण तपशिलासह मांडून त्यासाठी खास निधीची मागणीही करता येईल. अशा नावीन्यपूर्ण योजनांसाठी या अभियानाच्या निधीतील ५ टक्के पर्यंत निधी वापरता येईल असे 'राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान'च्या 'फ्रेमवर्क फॉर इंप्लिमेंटेशन' या अधिकृत प्रकाशनात म्हटले आहे. उदाहरणार्थ काही आदिवासी भागात 'सिकल सेल ॲनिमिया'चे प्रमाण लक्षणीय आहे. त्याबाबतच्या सध्याच्या नियोजनापेक्षा वेगळे, अधिक चांगले नियोजन करणे शक्य आहे असे कोणी सप्रमाण मांडू शकले तर त्याचा पाठपुरावा करून हा प्रयोग 'नावीन्यपूर्ण योजना' म्हणून राबवण्याचा निर्णय होणे शक्य आहे. पण अर्थात यासाठी खूपच खोलात, तपशिलात चांगली कल्पना मांडावी लागेल व त्याचा खूप पाठपुरावा करावा लागेल.

वरील सर्व विवेचनाचा सारांश असा की 'आरोग्य सेवांवर लोकाधारित देखरेख व नियोजन' या प्रकल्पात फक्त तक्रारी मांडण्यापर्यंत यांबाबतची गरज नाही. आरोग्य-सेवेच्या नियोजनातील कमतरतेमुळे काही तक्रारी, अडचणी निर्माण होतात हे लक्षात घेऊन हे नियोजन सुधारण्यासाठी आरोग्य- सेवेच्या नियोजन - प्रक्रियेत आपण भाग घ्यायला हवा. सार्वजनिक आरोग्य सेवेच्या नियोजनाचा एकूण ढाचा, त्यासाठीचा निधी यात सुधारणा करायला या प्रकल्पात वाव नाही. पण आहे त्या नियोजनात आपल्या भागात चांगली अंमलबजावणी करण्यासाठी स्थानिक नियोजनात

कोणते बदल करता येतील हे सुचवणे व त्याचा पाठपुरावा करणे हे आपल्याला या प्रकल्पात करता येईल. तसेच सध्याच्या ढाच्यात, नियोजनात न बसणारी एखादी नवी कल्पना सर्व तपशिलासह मांडून त्याचा राज्य पातळीपर्यंत पाठपुरावाही या प्रकल्पात करता येईल.

## गावपातळीवरील नियोजनाची काही उदाहरणे

१) 'आरोग्य सेवेवर लोकाधारित देखरेख प्रकल्प' यात पुढे आलेल्या आरोग्य प्रश्नांवर स्थानिक लोकांच्या मदतीने ठोस नियोजन- देखरेख प्रक्रियेतून पुढे आलेल्या प्रश्नांवर स्थानिक लोकांच्या मदतीने नियोजन केल्याचे अनुभव ५ जिल्ह्यांमध्ये सुरू असलेल्या देखरेख प्रक्रियेतून आले. उदा. ठाणे जिल्ह्यात एका प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या जनसुवाईमध्ये नर्सबाईनी गावामध्ये लसी ठेवण्यासाठी फ्रिज नसल्याची अडचण मांडली. लोकांनी लगेच निर्णय घेतला की गावामधल्या एका व्यक्तीच्या घरातल्या फ्रिजमध्ये त्या लसी ठेवता येऊ शकतील. तसेच आरोग्य कर्मचाऱ्यांच्या गावामध्ये राहण्याच्या व्यवस्थेचा प्रश्न ही लोकांच्या मदतीने नियोजन करून सोडवण्यात आला. मोखाड्यातल्या आसेगाव प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या पाण्याचा प्रश्न सोडवण्यासाठी एका तरुणाने स्वतःच्या विहिरीचे पाणी देण्याचे ठरवले.

२) सरकारने दिलेला निधी/साधनसामग्री/मनुष्यबळ इ. लोकसहभागातून लोकांच्या गरजेनुसार नियोजन- 'राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान' अंतर्गत सरकारने आरोग्य संस्था बळकट करण्यासाठी गाव, उपकेंद्र, प्राथमिक आरोग्य केंद्र, ग्रामीण रुग्णालय आणि जिल्हा रुग्णालय या पातळ्यांवर निधीची तरतूद केली आहे. या निधीच्या योग्य विनियोगावर देखरेख करण्यासोबतच देखरेखीतून पुढे आलेले प्रश्न सोडवण्यासाठी या निधीचे नियोजन आपण नक्कीच करू शकतो. उदा. सरकारने प्रत्येक महसुली गावासाठी आरोग्याचे प्रश्न सोडवण्यासाठी १०,०००/- रुपयांचा 'मुक्त' निधी दिला आहे. पुणे जिल्ह्यातील पुरंदर तालुक्यातल्या गावांमध्ये गाव आरोग्य समिती आणि देखरेख प्रक्रियेमध्ये सहभागी संस्थेने मिळून लोकांना आरोग्याची माहिती देण्यासाठी आरोग्य जत्रा घेण्यात आल्या. या जत्रांना लागणाऱ्या खर्चाची तरतूद या १०,०००/- 'मुक्त' निधीतून करण्यात आली.

३) यावर्षी देखरेख प्रक्रियेतील काही भागांमध्ये जेव्हा आरोग्य कर्मचारी गाव आरोग्य नियोजन आराखडा भरण्यासाठी गावांमध्ये गेले तेव्हा लोकांमध्ये आणि समितीमध्ये या संदर्भात चर्चा घडवून आणण्यासाठी लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेत सहभागी असलेल्या कार्यकर्त्यांनी पुढाकार घेतला आणि त्यामुळे पहिल्यांदा लोकांनी आपल्या गावातल्या आरोग्य प्रश्नांवर चर्चा केली. देखरेखीमधून आणि स्थानिक परिस्थितीनुसार पुढे आलेले प्रश्नांच्या आधारे तर काही ठिकाणी लोकांनी संस्था/संघटनांच्या मदतीने गावाचे आरोग्य आराखडे तयार केले आणि सरकारला दिले.

४) लोकांच्या दृष्टीने महत्त्वाचे प्रश्न सरकारने लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेमध्ये दिलेल्या व्यासपीठावर मांडण्याचा प्रयत्न यावर्षी पाच जिल्ह्यांमध्ये केला गेला. त्यामध्ये देखरेख व नियोजन समितीतल्या एका सदस्याला आरोग्य आराखडा मान्य करण्यासाठी सरकारने स्थापन केलेल्या तालुका व जिल्हा नियोजन समितीमध्ये सदस्यत्व दिले. त्यामुळे काही जिल्ह्यांमध्ये देखरेखीतून पुढे आलेले प्रश्न सोडवण्यासाठीचे पर्याय तालुका व जिल्हा पातळीवरील समितीमध्ये मांडले गेले.

या प्रयत्नांमधून असे दिसते की शासनाच्या विकेंद्री नियोजनाच्या प्रक्रियेत काही प्रमाणात लोकांचे म्हणणे मांडण्यासाठी लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेचा उपयोग केला जात आहे. मिळालेली अशी संधी अजून विस्तारित करता येईल.





आरोग्य सेवांच्या विकेंद्रित नियोजनाचे वेगवेगळ्या स्तरावरील ढोबळ वेळापत्रक

क्र.	तारीख	कार्यक्रम	उपक्रम
१.	नोव्हेंबर १ व २ आठवडा	जिल्हा मार्गदर्शिकेचे वाटप	मार्गदर्शिका Format ची प्रिंटिंग, गाव ते जिल्हा स्तरीय कार्यशाळा व बैठकांचे वेळापत्रक तयार करणे.
२.	नोव्हेंबर २ व ३ आठवडा	पीआयपी ची पूर्व तयारी DHO, CS, DPM	
३.	नोव्हेंबर ३ व ४ आठवडा	जिल्हास्तरीय CBM यांची कार्यशाळा	Format व मार्गदर्शिकांचे वाटप
४.	नोव्हेंबर ४ था आठवडा	स्तरीय बैठक PHC PHC staff	THO/MO Format व मार्गदर्शिकांचे वाटप
५.	नोव्हेंबर ४ था आठवडा	ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय /महिला रुग्णालय कर्मचाऱ्यांची बैठक	Format व मार्गदर्शिकांचे वाटप

नियोजनाचा सर्वसाधारण आराखडा

क्र.	तारीख	कार्यक्रम	उपक्रम
१.	३० नोव्हेंबर ते ४ डिसेंबर	गावपातळीवरील नियोजन व गाव आरोग्य ग्रामसेभेची मान्यता समिती तसेच	ANM/MPW - गाव आरोग्य रजिस्टर चा उपयोग पीआयपी साठी करणे व ग्रामसेभेची मंजूरी मिळवणे. पीआयपी प्रत पीएचसी/एम.ओ.कडे पाठवणे.
२.	५ डिसेंबर ते ९ डिसेंबर	उपकेंद्र स्तरीय नियोजन व देखरेख तसेच नियोजन समितीची मंजूरी	ANM/MPW - उपकेंद्र Format प्रमाणे पीआयपी तयार करणे, त्यास दे.रे. समितीची मंजूरी मिळवणे व PHC/MO पाठ फिरवणे
३.	७ डिसेंबर ते ९ डिसेंबर	ग्रामीण रुग्णालय / उपजिल्हा रुग्णालय PHC स्तरीय नियोजन तालुका कार्यशाळेत करणे. (MO/THO/RH/SDH/MS)	१. तालुका स्तरीय कार्यशाळा सर्व गावांच्या पीआयपी चे एकत्रीकरण सोबत पीएचसी/एचक्यू चे प्लान २. रुग्णालयांच्या पीआयपी स्वतंत्र रित्या तयार करणे. त्यात देखरेख समिती सदस्यांना सहभागी करून करणे.
४.	डिसेंबर	आर.के.एस.च्या Governing मंडळाची मंजूरी	आरकेएसच्या G.B.C Governing body व मंडळाची मंजूरी घेऊन टी.एच.ओ. यांच्याकडे तालुक्याचे नियोजन करण्यास पाठवणे

क्र.	तारीख	कार्यक्रम	उपक्रम
५.	१४ - १६ डिसेंबर	तालुका स्तरीय नियोजन करणे	जिल्हास्तरीय कार्यशाळेत तालुकास्तरीय १. नियोजन तयार करणे, यात सर्व पीएचसी च्या प्लॉन चे एकत्रीकरण करणे व टी.एच.ओ. मुख्यालयाचे प्लॉन मिळवणे. २. सर्व ग्रामीण रुग्णालय व उपजिल्हा रुग्णालयाचे नियोजन एकत्रित करणे.
६.	१७ डिसेंबर	तालुका आरोग्य मिशनची मंजूरी मिळवणे	मंजूर झालेले नियोजन डी.एच.ओ. व सी.एस. यांच्या मंजूरीसाठी पाठवणे.
७.	१९ - २४ डिसेंबर	जिल्हा स्तरीय नियोजन	सर्व तालुक्यांच्या तसेच रुग्णालयांच्या प्लॉनचे एकत्रीकरण करून जिल्हास्तरीय नियोजन करणे सामाजिक संस्थांच्या प्रतिनिधींना पाचारण करणे.

### नियोजनाच्या मान्यतेची प्रक्रिया

१.	२८ डिसेंबर	Governing body व कार्यकारी मंडळाची मंजूरी
२.	२९ - ३१ डिसेंबर	जिल्हा आरोग्य मिशनची मंजूरी
३.	१ जानेवारी	जिल्हा स्तरीय नियोजन राज्य आरोग्य सोसायटीमध्ये मांडणे

