

विकेंद्रीत नियोजन संकल्पना, दृष्टिकोन  
व जिल्हा आरोग्य नियोजन  
(District Health Planning)

‘आरोग्यसेवांचे विकेंद्रीत नियोजन’ कोर्ससाठी  
प्रशिक्षण मार्गदर्शिका क्र. - ६



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. नितीन जाधव

- **मार्गदर्शन**

डॉ. अभय शुक्ला

- **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



Alliance for  
Health Policy and  
Systems Research

विकेंद्रीत नियोजन संकल्पना,  
दृष्टिकोन व जिल्हा आरोग्य नियोजन  
(District Health Planning)



साथी प्रकाशन

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

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आरोग्य विषयक स्थानिक गरजांची पूर्तता करण्याच्या दृष्टीने आरोग्यसेवांचे नियोजन विकेंद्रीत पद्धतीने करण्याची उपाययोजना करण्यात आली आहे. त्या अनुषंगाने 'आरोग्यसेवांचे विकेंद्रीत नियोजन' हा प्रशिक्षण कोर्स 'साथी' संस्थेमार्फत सुरू केला आहे. आरोग्य क्षेत्रात काम करणा-या विविध कार्यकर्त्यांची, आरोग्य कर्मचारी तसेच स्थानिक पंचायत राज लोकप्रतिनिधींची या विषयाबाबतची क्षमता वाढवणे हा या कोर्सचा प्राथमिक उद्देश आहे. या कोर्सचाच एक भाग म्हणून '**विकेंद्रीत नियोजन संकल्पना, दृष्टिकोन व जिल्हा आरोग्य नियोजनाचे-महत्त्व**' या संदर्भातील माहिती होण्यासाठी ही मार्गदर्शिका बनवलेली आहे. 'साथी'च्या निरनिराळ्या प्रकाशनांपैकी या विषयासंबंधीचा मजकूर योग्य ते बदल करून तसेच इतर काही माहितीचा त्यात समावेश करून केलेले लेखन व संकलन म्हणजे ही पुस्तिका होय.

'साथी' संस्थेचे समन्वयक डॉ. अभय शुक्ला व डॉ. अनंत फडके यांच्या मार्गदर्शनातून या प्रशिक्षण मार्गदर्शिकेची संकल्पना अस्तित्वात आली. पुस्तिका तयार करताना त्यांच्याबरोबर झालेल्या चर्चा व त्यांचे मार्गदर्शन अत्यंत उपयोगी पडले.

प्रस्तुत प्रशिक्षण मार्गदर्शिकेची माहिती संकलित करताना संबंधित विषयातील काम करणा-या विविध संस्था तसेच प्रशिक्षण पुस्तिकांचा वापर करण्यात आलेला आहे. त्यात प्रामुख्याने PHRN या संस्थेच्या प्रशिक्षण पुस्तिकांचा आवर्जून उल्लेख करावासा वाटतो. त्याचबरोबर 'साथी' संस्थेद्वारे प्रकाशित 'सार्वजनिक आरोग्यसेवांवर लोकाधारित देखरेख प्रक्रिया' या मार्गदर्शक पुस्तिकेचाही विकेंद्रीत नियोजनाच्या प्रकरणासाठी उपयोग झाला.

'साथी'मधील निरनिराळ्या सहकार्यांचे सहकार्य ही पुस्तिका बनवताना मिळाले. 'साथी' संस्थेतील डॉ. अरुण गद्रे, हेमराज पाटील व सचिन साठे यांच्याशी वेळोवेळी झालेल्या चर्चा या मार्गदर्शक पुस्तिकेला अधिक मुद्देसूद बनवण्यास कामी आल्या, रवी मांडेकर, गजानन लोंढे यांनी टंकलेखन केले आणि शारदा महल्ले यांनी प्रस्तुत मॉड्यूलची सुबक रचना कमी वेळेत करून दिली. या सर्वांच्या योगदानाबद्दल त्यांचे मनःपूर्वक आभार !

तसेच अलायन्स फॉर हेल्थ पॉलिसी अॅन्ड सिस्टीम रिसर्च, जागतिक आरोग्य संघटना (**Alliance for Health Policy and System Research, WHO**)च्या आर्थिक व तांत्रिक सहकार्याबद्दल आम्ही त्यांचे आभारी आहोत. विशेष करून डॉ. भुपिंदर कौर औलख यांनी दिलेल्या तांत्रिक सहकार्याबद्दल त्यांचे मनःपूर्वक आभार !

डॉ. नितीन जाधव

साथी

□□□

# अनुक्रमणिका

प्रस्तावना .....	६
प्रकरण १ - विकेंद्रीत नियोजन - संकल्पना व महत्त्व .....	७
प्रकरण २ - नियोजन व विकेंद्रीत नियोजन प्रक्रिया यशस्वी पद्धतीने राबविण्यात आलेल्या राज्यांची उदाहरणे.....	१०
प्रकरण ३ - राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आरोग्यसेवांवर नियोजन कसे केले जाते? .....	१४
प्रकरण ४ - आरोग्यसेवांवरील विकेंद्रीत नियोजनासाठी लोकाधारित देखरेख व नियोजन एक पूरक प्रक्रिया .....	३०
प्रकरण ५ - लोकाधारित देखरेख व नियोजन प्रक्रियेच्या माध्यमातून आरोग्य सेवांवरील विकेंद्रीत नियोजनात आपली भूमिका व सहभाग .....	३२

□□□

## प्रस्तावना

सक्षम जन प्रतिनिधींनी उचलला रुग्ण कल्याणाचा विडा...हा अनुभव पुणे जिल्ह्यातील एका प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील 'रुग्ण कल्याण समिती'च्या बैठकीचा...या बैठकीत रुग्ण कल्याण समितीने ठरवले की, १२ ते १८ वयोगटातील मुलांसाठी आरोग्य हक्क कार्यशाळा व त्यांचा विकास प्रक्रियेत सहभाग यासाठी अबंधित निधीतून तरतूद झाली पाहिजे. आणि पुढील पी.आय.पी.मध्ये या प्रकारच्या निधीची तरतूद शासनाने करावी याबाबत वैद्यकीय अधिकारी यांच्याकडून प्रस्ताव तयार केला जावा. तसेच सुमारे ४ लाखांपेक्षा जास्त लोकांची गर्दी खेचणा-या शिवरात्र महोत्सवात (बनेश्वर, ता.-भोर) एन.आर.एच.एम., देखरेख प्रक्रिया, अॅनिमिया, हमीच्या आरोग्यसेवा इत्यादी बाबत प्रदर्शन व त्याद्वारे जनजागृती कार्यक्रम पीएचसीच्या पुढाकाराने 'रचना' व 'साथी' संस्थेच्या सहकार्याने या वर्षी एनआरएचएम निधीतून राबवणे या प्रकारचे ठराव या बैठकीत केले गेले. अशा प्रकारे एकदा माहिती झाली आणि नियोजनातील सहभाग वाढत गेला. विचारपूर्वक लोकांचा नियोजनातील सहभाग वाढू शकतो याचा अनुभवही वैद्यकीय अधिका-यांना आला व नावीन्यपूर्ण मुद्दे लोक उचलून धरतात किंवा सुचवू देखील शकतात याची स्थानिक आरोग्य यंत्रणेला जाणीव नक्कीच झाली व आरोग्यसेवांवरील नियोजन विकेंद्रीत झाले..!

वरील अनुभव आपण वाचलात. त्यात नियोजन हे लोकाधारित झाल्याचे ह्या कृतीमध्ये दिसून आले आणि आपल्यालाही याच प्रकारचे अनुभव राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानअंतर्गत सुरू असलेल्या आरोग्यसेवांवर लोकाधारित देखरेख व नियोजन कार्यक्रमात काम करत असताना येत असतील. गेल्या काही वर्षांपासून आपण विविध स्तरांवर पीआयपीमध्ये सूचना द्यायचा प्रयत्न करतो आहोत. मात्र आपण दिलेल्या सूचनांचा जिल्हा तसेच राज्यपातळीवरील प्रस्तावात (पी.आय.पी.) फारसा परिणाम होताना दिसून येत नाही. म्हणून या प्रक्रियेदरम्यान देखरेख प्रक्रियेत प्रयत्न करूनही जे न सुटलेले मुद्दे आहेत, ते आपण आरोग्यसेवांचा गाव कृती आराखडामध्ये सामील करून सोडवू शकतो. मात्र त्यासाठी काय रणनीती आपल्याला आखावी लागेल, लोकसहभाग कसा वाढवावा लागेल, गावाच्या आरोग्य विषयक गरजा कशा शोधाव्या लागतील याबाबत मार्गदर्शन.. आणि आरोग्य यंत्रणेलाही लोकसहभागी पद्धतीने नियोजनात सक्रिय करून घेता येईल अशा स्वरूपाचे काही विषय या मार्गदर्शिकेत या निमित्ताने मांडत आहोत.

आरोग्यसेवांचे विकेंद्रीत नियोजन आणि त्यासाठी लागणारा लोकसहभाग या व्यापक आणि सामाजिक कार्यक्रमात काम करण्यासाठी कार्यकर्त्यांना या पुस्तकातील अनुभवांचा आणि लिखाणाचा उपयोग होईल अशी आशा आहे.

□□□

## विकेंद्रीत नियोजन - संकल्पना व महत्त्व

### नियोजन म्हणजे काय?

अगदी साध्या सोप्या भाषेत सांगायचं म्हटलं तर, कोणतेही काम करायचे असेल तर आपण काही गोष्टी ठरवत असतो आणि त्याप्रमाणे ठरवलेली एक एक गोष्ट पूर्ण करत जातो. या सगळ्यामुळे आपले काम पूर्ण होते. 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 मिळणा-या पगाराचं नियोजन करते. म्हणजेच आपल्या पगारातली काही रक्कम वेगवेगळी बिलं भरण्यासाठी, किराणा माल व उपयुक्त जिनस, दवाखाना, घरपट्टी इत्यादींसाठी काढून ठेवत असतो. यालाच आपण नियोजन म्हणू शकतो. ज्या कामांमध्ये नियोजन नसते ते काम पूर्ण होण्यामध्ये एकतर खूप अडचणी येतात किंवा ते पूर्णच होत नाही. आपण वरचच उदाहरण बघू. आपल्याला मिळणारी मिळकत/पगार आणि महिन्याभरात ते कसे वापरायचे याचे नियोजन आपण केले नाही आणि कसेही पैसे खर्च केले तर आपले खायचे वांदे होतील, हे झालं वैयक्तिक पातळीवर. अशाच पद्धतीने मोठ्या प्रमाणात कोणत्याही कामाचे/योजनेचे आणि सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे कोणत्याही प्रकारचा प्रश्न/समस्या सोडवण्यासाठी नियोजन गरजेचे असते. उदाहरणार्थ, महाराष्ट्र राज्याचे 'आरोग्य खातं' अशाच पद्धतीने वेगवेगळ्या योजना राबविण्यासाठी नियोजन करत असते.

### नियोजन करताना कोणत्या गोष्टी महत्त्वाच्या असतात?

कोणतेही नियोजन करण्यासाठी आधी आपल्या जवळ असणारी साधनसामुग्री, मनुष्यबळ, पैसा याचा विचार करावा लागतो. आणि त्याचबरोबर 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.

### विकेंद्रीत नियोजन म्हणजे काय?

विकेंद्रीकरणाचा प्राथमिक संबंध आहे, सत्तेची विभागणी, एका ठिकाणी जमा झालेली सत्ता/अधिकार वापरण्यासाठी आपल्या खाली असलेल्या घटकांना देणे म्हणजेच सत्तेचे विकेंद्रीकरण होय. प्रशासनातील व व्यवस्थापनातील तज्ज्ञ व्यक्तींनी/घटकांनी आपले अधिकार /सत्ता आपल्यापेक्षा अधिकाराने कमी असलेल्या व्यक्तींनी/घटकांना देणे. अर्थकारणाचे उदारीकरण व मुक्त व्यापाराचे धोरण यामुळे अधिकाराचे विकेंद्रीकरण मोठ्या प्रमाणात चालू झाले. याचाच विकसित दृष्टिकोन म्हणून खाजगीकरणकडे पाहावे लागेल. सध्याच्या घडामोडीकडे पाहता विकेंद्रीकीकरण फक्त राजकारणापुरते मर्यादित न राहता ते व्यवस्थापन, अर्थकारण व प्रशासन या घटकांमध्ये

देखील शिस्त आहे. अधिक ठोस बोलायचे झाल्यास विकेंद्रीकीकरण म्हणजे नियोजनाचे हक्क स्वामित्व, निर्णय घेण्याचा अथवा व्यवस्थापन करण्याचा अधिकार, केंद्रशासन व त्यांच्या विभागाकडून कार्यक्षेत्रातील संस्था, शासनाच्या खालच्या दर्जाचे विभाग, निमशासकीय मंडळ, विभागीय मंडळ किंवा स्वयंसेवी संस्था यांना दिले जाणे.

## आरोग्य क्षेत्रातील विकेंद्रीकरण

‘अल्मा-आटा जाहीरनाम्यात’ सन २००० पर्यंत ‘सर्वासाठी आरोग्य’ ही संकल्पना मान्य करण्यात आली होती. त्या आधारावरच भारताने आपल्या पंचवार्षिक योजनेत लोक सहभाग व पंचायतराज यांना अधिक अधिकार दिले. तसेच शासनाने नियुक्त केलेल्या विविध कमिट्यांनी देखील पंचायतराज स्तराला विशेष अधिकार देण्याची मागणी केली. पंचायतराजला जर सक्षम केले तर लोकांचा सहभाग, आरोग्य यंत्रणेच्या विकासात महत्त्वाची भूमिका बजावू शकेल. यामुळेच (आरोग्य यंत्रणेचा विकास भारताच्या स्वातंत्र्यानंतर मोठ्या प्रमाणावर होऊ लागला.) व विकेंद्रीत नियोजनाबाबत मोठ्या प्रमाणावर चर्चा होऊ लागली. भारताच्या स्वातंत्र्यानंतर आरोग्य यंत्रणेच्या सेवा सुविधांमध्ये सकारात्मक बदल मोठ्या प्रमाणात होऊ लागले.

परंतु अनुभव असा आहे की, लोक सहभाग व विकेंद्रीकीकरण याचे एकत्रिकीकरण हा आरोग्य यंत्रणेचा उद्देश प्रत्यक्षात साध्य होणे अवघड होते.

## विकेंद्रीत नियोजन एक सामाजिक राजकीय प्रक्रिया

साधारण अशाच पद्धतीने भारत सरकार आरोग्य क्षेत्रात विविध योजना व कार्यक्रमांचे नियोजन करते. लोकांचे आरोग्य सुधारण्यासाठी काय करायची गरज आहे; त्यासाठी किती पैशाची व इतर साधनसामुग्रीची गरज आहे. ही गरज कशी भागवायची; आरोग्यसेवांसाठी उपलब्ध असलेला निधी व साधनसामुग्री कशी वापरायची याचे सरकार नियोजन करते.

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 आरोग्यसेवांचे नियोजन कसे केले जाते ते आपण पाहू.

□□□



## नियोजन व विकेंद्रीत नियोजन प्रक्रिया यशस्वी पद्धतीने राबविण्यात आलेल्या राज्यांची उदाहरणे

भारताच्या स्वातंत्र्यानंतर देखील ब-याच राज्यांमध्ये १९९० च्या सुरुवातीपर्यंत नियोजनाची प्रक्रिया विशेष बदल न होता तशीच चालू होती. परंतु या कालावधीत अपवाद होता कर्नाटक, पश्चिम बंगाल आणि केरळ या राज्यांचा. या राज्यांमध्ये रुजविण्यात आलेल्या विकेंद्रीत नियोजन प्रक्रियेचा आढावा पुढीलप्रमाणे-

### कर्नाटक

१९८३ मध्ये जनता दल कर्नाटक राज्यात सत्तेत आले. व सत्तेत येताच 'अशोक मेहता कमिटी'च्या मार्गदर्शक तत्त्वानुसार सुधारित कायदा पास करण्यात आला. परंतु २ वर्षांच्या कालावधीनंतर राज्यपालांनी त्याला मान्यता दिली. व जानेवारी १९८७ मध्ये जिल्हा परिषदेच्या व मंडळ पंचायतीच्या निवडणुका जाहीर झाल्या. यानंतर जिल्हा परिषदेला जिल्हा आराखडा बनविण्याचे अधिकार देण्यात आले. ८ ते १२ हजार लोकसंख्या असलेल्या गावाची मंडल पंचायत बनविण्यात आली. जिल्हा परिषदेला कर लावण्याचा अधिकार देण्यात आला. तसेच मंडल पंचायत ही अंमलबजावणी करणारी संस्था म्हणून उदयास आली. त्यामुळे या संस्थांना (व्यतिरिक्त इतर संस्थांना) शासकीय अनुदानावर अवलंबून राहावे लागले.

१९७० मध्ये कर्नाटक राज्याने जिल्हा नियोजनाबद्दल प्रयोग सुरू केले होते. या प्रयोगामुळे एक परिणाम असा झाला की प्रत्येक जिल्ह्याकडे एक ठोस प्रकारात माहिती गोळा होऊ लागली. स्थानिक पातळीवर नियोजनाबाबत एक टीम बनवण्यात आली, की जी नियोजनात या स्थानिक संस्थांना मदत करेल. व सर्वात महत्त्वाचे प्रत्येकाला अबंधित निधी किती देण्यात यावा याची माहिती कळवली. ही सर्व प्रक्रिया कर्नाटक राज्याला ठोसपणे विकेंद्रीत नियोजनात सर्वांपुढे घेऊन गेली. कृती आराखड्याच्या २० टक्के पर्यंतची रक्कम जिल्हा परिषदेला एकत्रितपणे मिळत असे. यासाठी पुढील २ अटी ठेवण्यात आल्या होत्या.

१) जिल्हा अंतर्गत तरतुदी तयार करणे.

२) मंडल पंचायत कोणते काम करणार याबाबत जिल्हा पातळीवर स्पष्टता असावी.

जिल्हा परिषदेने जिल्हा कृती आराखडा पूर्ण करून तो राज्याला पाठवावा. व तो जिल्हा अंदाजपत्रकाप्रमाणे राज्य अंदाजपत्रकात येईल याबाबत प्रयत्न करणे.

या संपूर्ण प्रयोगात मान्य होईल इतपत नक्कीच यश आले. परंतु ठोस असा कोणताही बदल दिसून आला नाही. पहिल्या वर्षी मोठ्या प्रमाणात अडचणी व उशीर याना तोंड द्यावे लागले. १९८८ मध्ये सत्ताधारी पक्षात मोठ्या प्रमाणात अडचणी निर्माण झाल्या. तरीदेखील सत्ताधारी पक्षाने हा प्रयोग संपूर्ण राज्यात राबवण्याचा

अयशस्वी प्रयत्न केला. याचा परिणाम म्हणून १९९० मध्ये जनतादलाच्या सरकारचा पाडाव झाला. व काँग्रेसचे सरकार सत्तेत आले. सत्तेवर आलेल्या काँग्रेस सरकारला खालच्या पातळीवर लोकशाही संस्थाबाबत सहानुभूती होती व त्याचमुळे ७३ व ७४ घटनादुरुस्ती करून त्यांनी जिल्हा परिषदेला महत्त्वाची भूमिका बजावण्यासाठी सक्षम केले व तसा कायदा मंजूर केला.

## पश्चिम बंगाल

१९७३ मध्ये पश्चिम बंगालमध्ये 'पश्चिम बंगाल पंचायत अधिनियम' कायदा संमत करण्यात आला. या कायद्याअंतर्गत ४ स्तरावर पंचायत रचना बनविण्यात आली. पाडा पातळीवर ग्रामसभा, गावपातळीवर ग्रामपंचायत, तालुका पातळीवर पंचायत समिती तर जिल्हा पातळीवर जिल्हा परिषद, कायदा सहमत होताना काँग्रेसचे सरकार असताना देखील १९७७ मध्ये डाव्या सरकारने स्थानिक संस्थेची निवडणूक घेऊन एक पाऊल पुढे टाकले. व त्यानंतर जून १९७८ मध्ये स्थानिक स्वराज्य संस्थेची निवडणूक लावण्यात आली. यात स्थानिक आघाड्यांना पुढाकार देण्यात आला व त्यानंतर दर पाच वर्षांनी म्हणजेच १९८३, १९८८, १९९३ आणि १९९८ पर्यंत निवडणुका होत राहिल्या. १९७८ पासून डाव्या सरकारच्या अधिकारासाठी/ प्रभावाखाली पश्चिम बंगालने संपूर्ण भारताला दीर्घकालीन व सक्षम असा अनुभव स्थानिक स्वराज्य संस्थेबाबत दिला.

स्थानिक स्वराज्य संस्थेच्या प्राथमिक स्तरामध्ये/(पहिल्या टप्पामध्ये) ज्यामध्ये प्राथमिक स्वरूपात जमिनीची पुनर्रचना हा कार्यक्रम राबवण्यात आला. बेकायदेशीर जमीनदार शोधणे, शेतमजूर शोधणे, त्यांच्या हक्कांबाबत जागृती करणे व जमिनीचे पुनर्वाटप करणे ही महत्त्वाची कामे स्थानिक स्वराज्य संस्थेने पार पाडली व यासंबंधीचे सर्व अधिकार तिला देण्यात आले होते. हे सर्व शक्य झाले ते १९७८ च्या निवडणुकीमध्ये व पश्चिम बंगालमध्ये त्या काळात मोठ्या प्रमाणात झालेल्या आंदोलनामुळे. या सर्वांचा परिणाम म्हणून पंचायत पुढाकार घेणारी संस्था म्हणून उदयास आली.

१९७८ मध्ये पूर्ण राज्यात आलेल्या पुरामध्ये पंचायतीने मदतकार्यात फार महत्त्वाची भूमिका बजावली. आश्चर्याची बाब ही होती की, एवढा मोठा पूर आल्यानंतरही कलकत्ता शहरात येणा-या विस्थापितांची संख्या फारच कमी होती.

## केरळ

केरळ राज्यात घडलेली घटना त्यांच्या इतिहासात एक महत्त्वपूर्ण घटना होती. (त्यामध्ये 'समाज एकत्रीकरण/संघटिकीकरण' चांगल्या शिक्षणासाठी, आरोग्याची काळजी घेण्यासाठी, अन्नाचे समान वाटपासाठी आणि जमीन वाटपातील काही मूलभूत तरतुदीत बदल करण्यात आला.) लोकशाहीचे विकेंद्रीकरण करण्यासाठी १९९६ मध्ये केरळमध्ये डाव्या आघाडीचे सरकार आले. त्यांनी ठरवले की ९ व्या पंचवार्षिक योजनेतील एकूण प्रकल्पापैकी ३५/४० टक्के प्रकल्पाची बांधणी/आखणी व अंमलबजावणी स्थानिक स्वराज्य संस्थेमार्फत करण्यात येईल. या सर्वव्यापी अभियानास 'विकेंद्रीत नियोजनासाठी लोक अभियान' असे म्हणतात व त्यानंतर सुरू झाले पारदर्शी व नियोजित पद्धतीने स्थानिक स्वराज्य संस्थेचे बळकटीकरण. या अभियानाचे यश हे की, या कार्यक्रमांमुळे

नवीन राजकीय व सामाजिक व्यवस्था/संस्कृती उदयास आली. म्हणूनच या विकेंद्रीत नियोजनाचे कारण होते प्रशासकीय बदल. परंतु उद्देश होता लोकांचे संघटन/एकत्रीकरण आणि राजकारण प्रसिद्धी. जागतिक बँक ते तिस-या जगातील देश या सर्वांमध्ये एक बदल घडत होता. सर्व पद्धती/प्रक्रियेत लोकांचा सहभाग वाढावा यासाठी प्रयत्न होत होता. केरळच्या बाबतीत असे होते की, व्यापक सहभागातून स्व-अस्तित्वाचा प्रयत्न करणे व लोकांच्या अडचणी सोडविण्याचा प्रयत्न करणे.

केरळमध्ये विकेंद्रीत नियोजनाच्या प्रक्रियेला ख-या अर्थाने १९९६ साली 'लोक नियोजन चळवळ' (People's Planning Movement) या माध्यमातून सुरुवात झाली. ही चळवळ उभी करण्यासाठी 'केरळ शास्त्र साहित्य परिषद' या गटातील प्रतिनिधींनी अत्यंत महत्त्वाची भूमिका बजावली. या गटामध्ये वेगवेगळ्या स्तरातील प्रतिनिधी सहभागी झाले आहेत. ही चळवळ उभी करताना लोकांना आरोग्यसेवेच्या नियोजनाचा आराखडा तयार करण्यात आला. या परिषदेच्या कार्यकर्त्यांनी विकेंद्रीत नियोजनाची संकल्पना लोकांपर्यंत पोचविण्यासाठी वेगवेगळी प्रशिक्षणे आयोजित केली. या संकल्पनेच्या आधारावर प्रत्येक गावाचा नियोजन आराखडा तयार करून नियोजन करण्यात आले. या सगळ्यामध्ये लोकांना केंद्रस्थानी ठेवण्यात आले होते. लोकांबरोबर बैठका घेऊन आपल्या गावातल्या गरजा निश्चित करून त्यावर प्रत्यक्ष नियोजन करण्यात आले. ही प्रक्रिया साधारण दहा वर्षे चालली. या प्रक्रियेमुळेच केरळमध्ये विकेंद्रीत नियोजन शक्य झाले आहे.

या लोक नियोजन चळवळीनंतर 'केरळ शास्त्र साहित्य परिषद' अजूनही कार्यरत आहे. या अभ्यास दौ-यादरम्यान परिषदेच्या काही कार्यकर्त्यांबरोबर एक बैठक झाली. या बैठकीमध्ये परिषदेच्या कामाचा इतिहास आम्हाला समजला. लोक नियोजन चळवळीच्या दरम्यान आजार व त्यावर करावयाच्या उपाययोजना या संदर्भातील माहिती लोकांना देण्यासाठी परिषदेने सोप्या व स्थानिक भाषेतल्या माहितीपुस्तिका काढल्या. त्याआधारे लोकांमध्ये जनजागृती केली गेली आहे. ही माहितीपुस्तिका काढण्याची परंपरा अजूनही परिषदेने सुरू ठेवली आहे. या माहितीपुस्तिकांचा व इतर वैज्ञानिक पुस्तिकांचा संग्रह तयार करून सध्या परिषदेच्या माध्यमातून ब-याच गावांमध्ये वाचनालय चालविले जाते.

ब-याच गावांमध्ये या परिषदेचे कार्यकर्ते स्वयंसेवक म्हणून काम करत आहेत. हे कार्यकर्ते गावांमध्ये लोकसहभागातून वेगवेगळे कार्यक्रम राबवितात. 'केरळ शास्त्र साहित्य परिषद' दोन पातळ्यांवर काम करते. गावांमध्ये लोकसहभागातून जनजागृती आणि वेगवेगळे कार्यक्रम राबविणे. लोकांच्या आरोग्याच्या गरजा काय आहेत हे अभ्यासून त्यानुसार विविध पद्धतीने लोकांना आरोग्याचे शिक्षण देणे. आरोग्याला घातक वस्तू टाळून आरोग्यदायी पद्धती/वस्तूंचा प्रचार व वापर करणे उदा. निर्धुर चुलीचा लोकांमध्ये प्रचार व वितरण करणे, व्यसनाबद्दल जागरूकता निर्माण करणे, असे विविध प्रकारचे उपक्रम परिषद राबविते. सोबत या सर्व बाबी शासनाला प्रस्तावाद्वारे कळवणे आणि धोरणात्मक बदल घडवून आणण्यासाठी प्रयत्न करणे. म्हणजेच राज्य पातळीवर राज्याच्या धोरणांमध्ये गावपातळीवरील प्रश्न मांडणे व त्यावर राज्य शासनाला उपाययोजना सुचवणे. या सगळ्यामुळे गावपातळीवरील लोकांच्या गरजा राज्यकर्त्यांपर्यंत पोचविण्याची भूमिका ही परिषद बजावत आहे.

या तिन्ही राज्यांच्या इतिहासावरून असे दिसून येते की, नियोजन ही राजकीय प्रक्रिया आहे म्हणून त्यासाठी राजकीय इच्छाशक्ती असणं सर्वात महत्त्वाचे! महाराष्ट्रामध्ये देखील ७३ व ७४ घटनादुरुस्ती करून त्यांनी जिल्हा परिषदेला महत्त्वाची भूमिका बजावण्यासाठी संधी उपलब्ध झाली. पण या संधी प्रत्यक्षात आणण्यामध्ये महाराष्ट्र राज्य मागे राहिले आहे. २००५ साली राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आरोग्यसेवांमध्ये विकेंद्रीत नियोजनाची संकल्पना पुन्हा मांडण्यात आली त्या संदर्भात महाराष्ट्र राज्यामध्ये शासनाच्या पातळीवर कशाप्रकारे विचार केला गेला आहे ते आपण पुढील धड्यात बघूयात.

□□□

## राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आरोग्यसेवांवर विकेंद्रीत नियोजन कसे केले जाते?

### राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानामध्ये फ्रेमवर्क फॉर इम्प्लिमेंटेशन (Framework for Implementation)

या केंद्र शासनाच्या स्तरावर काढलेल्या पुस्तिकेमध्ये विकेंद्रीत नियोजनासंदर्भात मांडणी केली आहे. त्यामध्ये खालील मुद्द्यांवर भर देण्यात आलेला आहे-

- जिल्हा पातळीवर आरोग्यसेवांचा जिल्हा नियोजन आराखडा (पी.आय.पी) हा नियोजनाचा मुख्य भाग आहे.
- आरोग्यखात्याशी संलग्न वेगवेगळ्या खात्यांचे एकत्रीकरण.
- लोकप्रतिनिधींचा सहभाग वाढवण्यासाठी ठोस उपाययोजना.
- वेगवेगळ्या स्तरांवर निधीबरोबर तो निधी खर्च करण्यासाठीचे अधिकारांचे विकेंद्रीकरण

या प्रकरणात आपण जिल्हा पातळीवर आरोग्यसेवांचा जिल्हा नियोजन आराखडा व वेगवेगळ्या स्तरांवर देण्यात येणा-या निर्धीचे विकेंद्रीकरण कसे करण्यात आले आहे याचा अभ्यास करणार आहोत.

### शासनाच्या पातळीवर तयार करण्यात येणारा नियोजन आराखडा

राज्य पातळीवर तयार होणा-या नियोजन आराखड्यासाठी केंद्र सरकारकडून प्रत्येक राज्याला नियोजन करण्यासाठी मार्गदर्शक सूचना येतात. त्या सूचनांनुसार राज्य सरकार आरोग्यसेवांचे 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 जिल्ह्यावर 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, विकेंद्रीत नियोजन (Decentralised Planning). विकेंद्रीत नियोजन म्हणजे नियोजनाची प्रक्रिया केवळ दिल्लीत, मुंबईत न होता नियोजन प्रक्रियेमध्ये खालपासून लोकांचा सहभाग करून घेणे.

आरोग्यसेवांच्या बाबतीत राज्य सरकारकडून एन.आर.एच.एम. विकेंद्रीत नियोजनाचा एक भाग म्हणून पुढील प्रयत्न केला जात आहे. त्यासंदर्भात सविस्तर माहिती आपण घेऊ.

## अ.) एन.आर.एच.एम. अंतर्गत आरोग्यसेवांच्या नियोजन कृती आराखडा (PIP) संदर्भातील माहिती

### • पी.आय.पी. म्हणजे काय ?

विकेंद्रीत नियोजनाकडे जाणारे छोटेसे पाऊल म्हणून राष्ट्रीय ग्रामीण अभियान अंतर्गत 'आरोग्यसेवांचा नियोजन आराखडा' इंग्रजीमध्ये त्याला Programme Implementation Plan (PIP)- प्रोग्राम इम्प्लेमेंटेशन प्लॉन असे म्हणतात. अगदी सोप्या भाषेत सांगायचं म्हटलं तर, "एन.आर.एच.एम.मध्ये सरकारने जाहीर केलेल्या वेगवेगळ्या योजनांसाठी लागणा-या निधीचे एकत्रित अंदाजपत्रक."

जसं आपण दर महिन्याच्या सुरुवातीला त्या महिन्याभरात वेगवेगळ्या गोष्टींसाठी लागणा-या पैशाचे अंदाजपत्रक/ठोकताळा तयार करतो, प्रत्येक गोष्टीसाठी लागणारे पैसे बाजूला काढून ठेवतो आणि त्याप्रमाणे ते खर्च करतो. त्याचप्रकारे एन.आर.एच.एम.मधील वेगवेगळ्या योजना उदा. आशा कार्यक्रम, शालेय तपासणी कार्यक्रम, जननी सुरक्षा योजना, रुग्ण कल्याण समिती निधी इत्यादी राबविण्यासाठी लागणा-या निधीचे अंदाजपत्रक तयार करून त्याप्रमाणे निधी खर्च केला जाते. हा पी.आय.पी. दरवर्षी तयार करण्यात येतो. यामध्ये पहिल्यांदा प्रत्येक जिल्ह्याचा पी.आय.पी. तयार केला जातो मग सर्व जिल्हे एकत्रित करून संपूर्ण राज्याचा पी.आय.पी. तयार करण्यात येतो. हे सगळं करण्यासाठी वेगवेगळ्या पातळ्यांवर (गाव, तालुका आणि जिल्हा) कृती आराखडे तयार केले जातात. या कृती आराखड्यांचे रूपांतर पी.आय.पी.मध्ये केले जाते.

एवढं सगळं करण्यामागचा हेतू हाच की, लोकांना कोणत्या आरोग्यसेवांची गरज आहे हे दिल्ली, मुंबईत बसून कुणीतरी ठरवण्यापेक्षा प्रत्यक्ष लोकांना त्यांच्या आरोग्यसेवांच्या गरजा विचारून त्याप्रमाणे अंदाजपत्रक तयार करण्यात यावे. जेणेकरून आरोग्यसेवांच्या नियोजनामध्ये खालपासून लोकांना सहभागी करून घेणे.

पण प्रत्यक्षात असे होते का? नक्की कशा प्रकारे पी.आय.पी. तयार केला जातो हे समजून घेण्यासाठी आणि सर्वात महत्त्वाचे आपण आपल्या पातळीवर या संपूर्ण प्रक्रियेमध्ये कसे सहभागी होऊ शकतो हे या नोटमध्ये मांडण्याचा प्रयत्न केला आहे.

### • पी.आय.पी. मधील भाग

**भाग- अ: आर.सी.एच.** म्हणजे महिला व बाल आरोग्यासंदर्भातील उपक्रम राबविण्यासाठीचा निधी-आरोग्य शिबिरं, शालेय तपासणी, कुटुंब नियोजनासंदर्भातील उपक्रम.

**भाग- बी: एन.आर.एच.एम.** अंतर्गत घेतल्या जाणा-या उपक्रमांसाठीचा निधी- आशा, वेगवेगळे निधी, जननी सुरक्षा योजना, आरोग्य केंद्रांचे बळकटीकरण, प्रशिक्षण, पी.पी.पी.

**भाग- सी: लसीकरण**

**भाग- डी: रोग नियंत्रण**

**भाग- ई: एकत्रीकरण (कनव्हर्जन्स)च्या मुद्द्यांसाठीचा निधी**

### • पी.आय.पी. तयार करण्याचे टप्पे

शासनाच्या पातळीवर पी.आय.पी. तयार करण्याची प्रक्रिया कशी आहे हे समजून घेण्यासाठी आपण त्याला तीन टप्पे करू शकतो. संपूर्ण पी.आय.पी. तयार होण्याच्या प्रक्रिया साधारण डिसेंबर या महिन्यात सुरू होऊन साधारण फेब्रुवारीच्या पहिल्या आठवड्यापर्यंत चालते.

टप्पा-१ - पी.आय.पी. तयार करण्याची पूर्वतयारी

टप्पा-२ - प्रत्यक्ष पी.आय.पी. तयार करणे.

टप्पा-३ - पी.आय.पी.ला अंतिम मान्यता देणे.

प्रत्येक टप्प्यामध्ये काय होते ते पुढीलप्रमाणे-

### टप्पा-१ - पी.आय.पी. तयार करण्याची पूर्वतयारी

- **केंद्र व राज्य शासन स्तर-** प्रत्येक राज्याला एन.आर.एच.एम. अंतर्गत राष्ट्रीय पातळीवरून किती निधी द्यायचा हे ठरलेले असते. त्यानुसार प्रत्येक राज्यास निधी दिला जातो. हा निधी किती द्यायचा हे ठरवण्यासाठी काही निकष लावले जातात उदा. राज्यांच्या आरोग्याच्या निकषांवर म्हणजे जन्मदर, मृत्यूदर, माता आणि बाल मृत्यू दराचे प्रमाण जास्त असेल त्या राज्याची आरोग्याची परिस्थिती चांगली नाही त्यामुळे ती सुधारण्यासाठी त्या राज्याला जास्त निधी दिला जातो. महाराष्ट्र हे आर्थिकदृष्ट्या तसेच आरोग्याच्या निकषांमध्ये देखील इतर राज्यांपेक्षा चांगल्या स्थितीत असल्याचे मानले जाते. त्याचप्रमाणे राज्याने कोणत्या योजना राबवाव्यात याबद्दलच्या मार्गदर्शक सूचना देखील केंद्र शासनाकडून दिल्या जातात. उदा. सन. २०१०-११ मध्ये केंद्र शासनाने आरोग्य केंद्रांच्या नवीन बांधकाम, ॲम्ब्युलन्स, संपर्क माध्यम, प्रयोगशाळा बळकटीकरणावर जास्त प्रमाणात खर्च करण्याच्या सूचना दिल्या आहेत.

### • जिल्हा स्तर-

क्र	पी.आय.पी. तयार होण्याचे स्तर	जबाबदार व्यक्ती	सहभागी घटक
१.	केंद्र शासनाकडून राज्य शासनाला पी.आय.पी. तयार करण्यासंदर्भातील मार्गदर्शक सूचना आणि आराखडे मिळणे.	संचालक, एन.आर.एच.एम.	-
२.	राज्य पातळीवर बैठक - केंद्र शासनाकडून आलेल्या मार्गदर्शक सूचना व आराखडे जिल्ह्याला देणे.	संचालक, एन.आर.एच.एम.	उप-संचालक, जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा शल्यचिकित्सक, जिल्हा कार्यक्रम व्यवस्थापक
३.	जिल्हा पातळीवर बैठक - राज्याकडून आलेल्या मा. सूचना व आराखडे जिल्हा पातळीवर देणे.	उप-संचालक	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा शल्यचिकित्सक, जिल्हा कार्यक्रम व्यवस्थापक
४.	तालुका पातळीवर बैठक - जिल्हावरून आलेल्या सूचना व आराखडे तालुका पातळीवर देणे.	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा शल्यचिकित्सक	तालुका वैद्यकीय अधिकारी, अधीक्षक, ग्रामीण रुग्णालय
५.	प्रा. आ. केंद्र पातळीवर बैठक- तालुकापातळीवरून आलेल्या सूचना व आराखडे गाव पातळीवर देणे.	तालुका वैद्यकीय अधिकारी	प्रा. आ. केंद्रांतील वैद्यकीय अधिकारी व कर्मचारी

## टप्पा-२- प्रत्यक्ष पी.आय.पी. तयार करणे.

### १. गाव आरोग्य कृती आराखडा तयार करणे-

प्रत्येक गावाचा आरोग्य कृती आराखडा तयार होणे अपेक्षित आहे. त्यासाठी गावपातळीवरील आरोग्य कर्मचा-यांनी प्रत्येक गावात जाऊन कृती आराखडा तयार करण्यासाठी लागणारी माहिती दिलेल्या आराखड्यांनुसार भरून घेणे आवश्यक आहे. या आराखड्यांमध्ये गाव आरोग्य, पोषण, स्वच्छता आणि पाणी पुरवठा समितीला येणारा निधी, आरोग्य सत्र, समितीच्या बैठका, साथीच्या रुग्णांची संख्या, माता व बाल मृत्यू संख्या इत्यादी मुद्द्यांवर माहिती भरणे अपेक्षित असते. ही माहिती भरून घेताना आरोग्य सेविका/सेवक गावामध्ये बैठक घेणे. या बैठकीमध्ये आरोग्य कृती आराखडा गावक-यांपुढे मांडून त्यावर त्यांच्या सूचना घेणे अपेक्षित आहे. ही सगळी गाव आरोग्य कृती आराखड्याची माहिती गाव आरोग्य समिती सदस्यांच्या संमतीने तसेच ग्रामसभेमध्ये अंतिम स्वरूप देण्यात येणे अपेक्षित आहे. अशा प्रकारे प्रत्येक गावाचा कृती आराखडा प्रा. आ. केंद्र पातळीवर एकत्रित होणे गरजेचे आहे. गावपातळीवर प्रक्रिया राबविण्याची जबाबदारी आरोग्य सेविका/ आरोग्य सेवक यांची असते. तर गावांचे कृती आराखडे एकत्रित करण्याची जबाबदारी एल.एच.व्ही. यांची असते.

### २. प्रा. आरोग्य केंद्र पातळीवरील कृती आराखडे तयार करणे-

प्रा. आरोग्य केंद्राचे कृती आराखडे त्या त्या प्रा. आ. केंद्राच्या वैद्यकीय अधिकारी व कर्मचा-यांनी भरणे आवश्यक आहेत. या आराखड्यांमध्ये प्रा.आरोग्य केंद्राच्या सोयी सुविधांपासून ते तिथे दिल्या जाणा-या सेवांबद्दलची आकडेवारी भरणे गरजेचे असते. उपकेंद्र, प्रा.आरोग्य युनिटसंदर्भातील देखील आराखडे भरणे अपेक्षित असते. गाव, उपकेंद्र, प्रा.आ. युनिट आणि प्रा.आरोग्य केंद्रातील आराखडे एकत्रित करणे आणि त्यांना अंतिम स्वरूप देण्याची जबाबदारी वैद्यकीय अधिका-याची असते. प्रत्येक प्रा. आरोग्य केंद्राचा नियोजन कृती आराखडा हा तालुका पातळीवरील कार्यशाळेत तयार करणे अपेक्षित आहे. या कार्यशाळेत वैद्यकीय अधिकारी तसेच ठराविक कर्मचा-यांचा समावेश असावा तसेच कार्यशाळेत ग्रामीण रुग्णालय तसेच उपजिल्हा रुग्णालयांचे कृती आराखडे तयार केले जातात व त्या सगळ्यांचे एकत्रीकरण करण्यासाठी सूचना देण्यात येतात.

### ३. तालुका पातळीवर कृती आराखडे तयार करणे-

तालुकास्तरीय नियोजन हे जिल्हाच्या नियोजनाचे महत्त्वाचे एकक (Unit) असते. तालुकास्तरीय नियोजन कृती आराखडे तयार करण्यासाठी तज्ज्ञांना सहभागी करता येऊ शकते. संपूर्ण तालुकास्तरीय नियोजन हे प्रा. आ. केंद्र नियोजन कृती आराखडे, ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय यांचे नियोजन कृती आराखडे तसेच काही नावीन्यपूर्ण योजना यांचे मिळून केले जाते. हे तालुकास्तरीय नियोजन जिल्हा आरोग्य अधिकारी (DHO) यांच्या उपस्थितीत जिल्हापातळीवरील कार्यशाळेत पूर्ण केले जाते. या कार्यशाळेत तालुका वैद्यकीय (THO, MO-PHC) MS, ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय तसेच काही ठराविक आरोग्य कर्मचारी उपस्थित असतात.



#### ४. जिल्हा पातळीवर कृती आराखडा तयार करणे.

जिल्ह्यातील सर्व तालुक्याचे कृती आराखडे एकत्रित करण्यासाठी जिल्हा पातळीवर एक कार्यशाळा आयोजित करावयाची असते. या कार्यशाळेमध्ये कृती आराखड्यांच्या आधारे संपूर्ण जिल्ह्याचा पी.आय.पी. होणे आवश्यक आहे.

#### टप्पा - ३ - पी.आय.पी.ला अंतिम मान्यता देणे.

वर आपण बघितल्याप्रमाणे पी.आय.पी. तयार करताना वेगवेगळ्या पातळ्यांवर कृती आराखडे भरण्याचे काम केले जाते. या कृती आराखड्यांना अंतिम मान्यता देण्यासाठी त्या त्या पातळीवर काही समित्यांना अधिकार देण्यात आले आहेत. कोणत्या पातळीवरचा तयार झालेला कृती आराखडा याला त्या नेमलेल्या समितीने मान्यता देणे आवश्यक आहे. याबद्दल सविस्तरपणे-

क्र.	कृती आराखडे तयार होण्याचे स्तर	अंतिम मान्यता देण्याचे अधिकार कोणाला असतात ?
१.	गाव व उपकेंद्र आरोग्य कृती आराखडा	ग्रामसभा आणि गाव आरोग्य, पोषण, पाणी पुरवठा आणि स्वच्छता समिती
२.	प्राथमिक आरोग्य केंद्र, ग्रामीण आणि जिल्हा रुग्णालय आरोग्य कृती आराखडा	त्या रुग्णालयाच्या रुग्ण कल्याण समिती व कार्यकारी समिती
३.	तालुका आरोग्य कृती आराखडा	* तालुका संनियंत्रण व नियोजन समिती
४.	जिल्हा पी.आय.पी.	- जिल्हा परिषदेच्या नियामक मंडळ व कार्यकारी समिती - * जिल्हा संनियंत्रण व नियोजन समिती या तिन्ही समित्यांची मान्यता घेणे आवश्यक आहे.
५.	राज्य पी.आय.पी.	राज्य आरोग्य सोसायटीची राज्य कार्यकारी समिती

#### \* तालुका संनियंत्रण व नियोजन समितीची रचना-

- अध्यक्ष- सभापती पंचायत समिती
- सदस्य सचिव- तालुका वैद्यकीय अधिकारी
- सदस्य- गटविकास अधिकारी
- सदस्य- बालविकास प्रकल्प अधिकारी
- सदस्य- अशासकीय संस्था प्रतिनिधी
- सदस्य- ग्रामीण रुग्णालयाच्या रुग्ण कल्याण समितीचे अध्यक्ष

**\* जिल्हा संनियंत्रण व नियोजन समिती रचना-**

- **अध्यक्ष-** सभापती जिल्हा परिषद
- **सदस्य सचिव-** जिल्हा वैद्यकीय अधिकारी
- **सदस्य-** गटविकास अधिकारी
- **सदस्य-** बालविकास प्रकल्प अधिकारी
- **सदस्य-** अशासकीय संस्था प्रतिनिधी
- **सदस्य-** जिल्हा रुग्णालयाच्या रुग्ण कल्याण समितीचे अध्यक्ष

या वरील मांडणीवरून पी.आय.पी. तयार करताना राज्य पातळीवरून आलेला आरोग्यसेवांच्या 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 समितीपुढे 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.

या प्रक्रियेमध्ये काही त्रुटी आहेत. त्या समजून घ्यायला हव्यात, त्यामुळे आपण नियोजनाच्या प्रक्रियेमध्ये चांगल्या प्रकारे योगदान करू शकतो.

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

२) आराखड्यामध्ये ब-याच 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 कर्मचा-यांना 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 आरोग्यसेवांच्या नियोजनात लोकांचा सहभाग आणि गरजा यांचा समावेश होता हे नुसतं म्हणण्यापुरतं राहतं.

५) विकेंद्रीत 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 माहीत 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 बनणा-या योजना त्यांच्यापर्यंत पोचत नाहीत. शासनाचे म्हणजे पर्यायाने आपले पैसे योग्य त्या उपाययोजनांसाठी खर्च होताना दिसत नाही.

## ब. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत आरोग्य केंद्रांना दिल्या जाणा-या निधीबद्दलची माहिती प्रस्तावना-

२००५ सालापासून सुरू झालेल्या 'राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान' (एन.आर.एच.एम.) मार्फत ग्रामीण भागातील आरोग्यसेवांमध्ये भरीव सुधारणा होईल असे सरकारने जाहीर केले. त्यासाठी अभियान अंतर्गत वेगवेगळी पावले उचलली. त्यातील एक महत्त्वाचे पाऊल म्हणजे सरकारी दवाखान्यांच्या बळकटीकरणासाठी प्रत्येक आरोग्य केंद्रास वाढीव निधी दिला. सध्याच्या आरोग्य केंद्रातील पायाभूत सोयीसुविधा बळकट होऊन रुग्णांना आरोग्य सेवा चांगल्या दर्जाची मिळण्यास मदत होईल या हेतूने हा वाढीव निधी देण्यात येत आहे. या निधीचा योग्यप्रकारे खर्च करण्यासाठीचे निर्णय घेण्यासाठी तसेच आरोग्य केंद्रातील कामकाजामध्ये लोकांचा सहभाग वाढविण्याच्या दृष्टीने प्रत्येक आरोग्य केंद्रात रुग्ण कल्याण समितीची स्थापना केली आहे.

या नोटमध्ये आपल्याला या समितीची रचना, अधिकार व जबाबदा-या त्याचप्रमाणे एन.आर.एच.एम. अंतर्गत कोणत्या प्रकारचा निधी कोणत्या पातळीवर येतो? निधी खर्च करण्यासंदर्भातील सरकारच्या मार्गदर्शक सूचना या सगळ्याची माहिती देण्यात येत आहे.

### ब. रुग्ण कल्याण समितीची रचना-

#### ➤ स्तर- प्राथमिक आरोग्य केंद्र- नियामक समिती सदस्य रचना

- **अध्यक्ष-** प्रा. आ. केंद्राच्या अखत्यारित येणा-या कार्यक्षेत्रामधून जिल्हा परिषदेवर निवडून गेलेला सदस्य
- **सह-अध्यक्ष-** तालुका वैद्यकीय अधिकारी
- **सदस्य सचिव-** प्रा. आ. केंद्राचे वैद्यकीय अधिकारी
- **सदस्य-**
  - प्रा. आ. केंद्राच्या अखत्यारित येणा-या कार्यक्षेत्रामधून पंचायती समितीवर सदस्य म्हणून निवडून गेलेला एक प्रतिनिधी
  - ज्या गावामध्ये प्रा. आ. केंद्र आहे त्या गावातील सरपंच
  - ज्या गावामध्ये प्रा. आ. केंद्र आहे त्या गावातील महिला ग्रामपंचायत एक सदस्य
  - पंचायत समितीच्या अध्यक्षांनी सुचविलेला वंचित समाजातील एक प्रतिनिधी
  - स्थानिक बचत गटातील एक प्रतिनिधी
  - बाल विकास प्रकल्प अधिकारी

- गट विकास अधिकारी
- गट शिक्षण अधिकारी

➤ स्तर- प्राथमिक आरोग्य केंद्र- कार्यकारी समिती सदस्य रचना

- अध्यक्ष- तालुका वैद्यकीय अधिकारी
- सदस्य सचिव- प्रा. आ. केंद्राचे वैद्यकीय अधिकारी
- सदस्य-
  - पर्यवेक्षक, एकात्मिक बाल विकास योजना
  - आयुष या योजने अंतर्गत नेमण्यात आलेले वैद्यकीय अधिकारी
  - पंचायत समितीच्या अध्यक्षांनी सुचविलेला वंचित समाजातील एक प्रतिनिधी
  - अध्यक्ष, ग्राम आरोग्य, पोषण, पाणी पुरवठा व स्वच्छता समिती
  - बाल विकास प्रकल्प अधिकारी
  - विस्तार अधिकारी (आरोग्य)
  - विस्तार अधिकारी (शिक्षण)

➤ स्तर- उप जिल्हा व ग्रामीण रुग्णालय- नियामक समिती सदस्य रचना

- अध्यक्ष- गटविकास अधिकारी, पंचायत समिती
- सह-अध्यक्ष- निवासी वैद्यकीय अधिकारी (जिल्हा रुग्णालय)
- सदस्य सचिव- अधिक्षक, उप जिल्हा/ग्रामीण रुग्णालय
- सदस्य-
  - तालुका विस्तार अधिकारी (पंचायत समिती)
  - तालुका वैद्यकीय अधिकारी
  - बाल विकास कार्यक्रम अधिकारी, एकात्मिक बाल विकास योजना
  - तहसीलदार
  - उप-अभियंता, सार्वजनिक बांधकाम विभाग
  - त्या भागात काम करणा-या स्वयंसेवी संस्था प्रतिनिधी
  - पंचायत समितीच्या अध्यक्षांनी सुचविलेली त्या भागातील एक प्रतिष्ठित व्यक्ती
  - मुख्य अधिकारी, नगर परिषद
  - रुग्णालयासाठी ठराविक (उदा. रु. ५०,०००/-) अनुदान देणा-या किंवा जिल्हा आरोग्य सोसायटीने सुचवलेली व्यक्ती या समितीची सदस्य असू शकते.
  - रुग्णालयासाठी ठराविक (उदा. रु. ५०,०००/-) अनुदान देणा-या, रुग्णालयातील एखादा वॉर्ड दत्तक घेतल्यास/सोयीसुविधा पुरवल्यास किंवा जिल्हा आरोग्य सोसायटीने सुचवलेल्या संस्थेचा प्रतिनिधी या समितीची सदस्य असू शकतो.

➤ स्तर- उप जिल्हा व ग्रामीण रुग्णालय- कार्यकारी समिती सदस्य रचना

- अध्यक्ष- अधीक्षक, उप जिल्हा/ग्रामीण रुग्णालय
- सह-अधीक्षक- निवासी वैद्यकीय अधिकारी (जिल्हा रुग्णालय)
- सदस्य सचिव- जिल्हा शल्यचिकित्सकांनी सुचवलेला त्या रुग्णालयातील ज्येष्ठ वैद्यकीय अधिकारी
- सदस्य-
  - पंचायत समिती अधीक्षकांनी सुचवलेली एक व्यक्ती
  - तहसीलदाराने सुचवलेली एक व्यक्ती
  - शिक्षण, पाणी पुरवठा विभागातील तालुकास्तरीय अधिकारी
  - बाल विकास कार्यक्रम अधिकारी, एकात्मिक बाल विकास योजना
  - त्या भागात काम करणा-या स्वयंसेवी संस्था प्रतिनिधी
  - तालुका वैद्यकीय अधिकारी

➤ स्तर- जिल्हा रुग्णालय- नियामक समिती सदस्य रचना

- अध्यक्ष- जिल्हा मॅजिस्ट्रेट
- सह-अधीक्षक- मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा परिषद
- सदस्य सचिव- जिल्हा शल्यचिकित्सक
- सदस्य-
  - उपसंचालक, आरोग्य सेवा
  - मुख्य अधिकारी, महानगर परिषद
  - वैद्यकीय अधिकारी, महानगर परिषद
  - जिल्हा वैद्यकीय अधिकारी, जिल्हा परिषद
  - अध्यक्ष, आरोग्य समिती, जिल्हा परिषद बाल विकास कार्यक्रम अधिकारी, एकात्मिक बाल विकास योजना
  - तहसीलदार
  - कार्यकारी अभियंता, सार्वजनिक बांधकाम विभाग
  - जिल्हा कलेक्टर यांनी सुचविलेल्या त्या भागात काम करणा-या स्वयंसेवी संस्था प्रतिनिधी
  - जिल्हा कलेक्टर यांनी सुचविलेल्या त्या भागातील दोन प्रतिष्ठित व्यक्ती
  - जिल्हा कलेक्टर यांनी सुचविलेल्या त्या भागात स्वयंसेवी संस्थेमार्फत चालविल्या जाणा-या रुग्णालयातील एक प्रतिनिधी
  - रुग्णालयासाठी ठराविक (उदा. रु.५०,०००/-) अनुदान देणा-या किंवा जिल्हा आरोग्य सोसायटीने सुचवलेली व्यक्ती या समितीची सदस्य असू शकते.

- रुग्णालयासाठी ठराविक (उदा. रु.५०,०००/-) अनुदान देणा-या, रुग्णालयातील एखादा वॉर्ड दत्तक घेतल्यास/सोयीसुविधा पुरवल्यास किंवा जिल्हा आरोग्य सोसायटीने सुचवलेल्या संस्थेचा प्रतिनिधी या समितीची सदस्य असू शकते.
- स्थानिक वैद्यकीय महाविद्यालयातील एक प्रतिनिधी.

➤ स्तर- जिल्हा रुग्णालय- कार्यकारी समिती सदस्य रचना

- अध्यक्ष- जिल्हा शल्यचिकित्सक
- सदस्य सचिव- निवासी वैद्यकीय अधिकारी (क्लिनिकल)
- सदस्य- कार्यकारी अभियंता, सार्वजनिक बांधकाम विभाग
  - पंचायत समिती अध्यक्षांनी सुचवलेली एक व्यक्ती
  - जिल्हा वैद्यकीय अधिकारी, जिल्हा परिषद
  - जिल्हा कलेक्टर यानी सुचविलेल्या त्या भागात काम करणा-या स्वयंसेवी संस्था प्रतिनिधी/प्रतिष्ठित व्यक्ती
  - प्रतिनिधी, इंडियन मेडिकल असोसिएशन
  - प्रतिनिधी, खाजगी रुग्णालय असोसिएशन

सगळ्या पातळीवरील रुग्ण कल्याण समितीच्या नियामक समितीच्या वर्षातून कमीत कमी दोन वेळा बैठका तर कार्यकारी समितीच्या वर्षातून कमीत कमीत चार बैठका होणं आवश्यक आहे. दोन्ही समित्यांच्या बैठका त्या त्या पातळीवरील आरोग्य केंद्रांमध्येच होणं गरजेचे आहे. सर्व समिती सदस्यांनी सभेपूर्वी प्रत्यक्ष रुग्णालयाची पाहणी करावी व जास्तीत जास्त रुग्णांशीही चर्चा करावी.

क. रुग्ण कल्याण समितीच्या नियामक समितीची कर्तव्ये व जबाबदा-या

- रुग्णालयामध्ये प्रत्येक रुग्णास गुणवत्तापूर्ण आरोग्यसेवा मिळावी यासाठी द्यावयांच्या सेवांबाबत धोरणात्मक निर्णय घेणे.
- रुग्ण कल्याण समितीस प्राप्त होणा-या सर्व निधीचे (रुग्ण कल्याण निधी, वार्षिक देखभाल निधी, अबंधित निधी व भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानक निधी) वार्षिक नियोजन कार्यकारी समितीकडून प्राप्त करून घेणे व त्यास आवश्यक त्या बदलासह मंजूरी देणे.
- रुग्णालयाच्या नियोजन व विकासामध्ये समाजाचा जास्तीत जास्त सहभाग होईल या दृष्टीने उपाययोजना करणे.
- जिल्हा आरोग्य सोसायटीकडून प्राप्त होणा-या निधी व्यतिरिक्त इतर स्रोतांची माहिती घेणे व रुग्णालयास रोख वस्तू स्वरूपात जास्तीत जास्त निधी प्राप्त होईल या दृष्टीने योजना आखणे.
- रुग्णालयाच्या कामकाजाचा व प्रगतीचा आढावा घेणे.
- रुग्णालयासाठी आवश्यक असलेल्या तज्ज्ञांच्या सेवा उपलब्ध करून देण्यासाठी प्रयत्न करणे.
- यापूर्वी घेतलेल्या निर्णयांच्या अंमलबजावणीचा आढावा घेणे.

## रुग्ण कल्याण समितीच्या कार्यकारी समितीची कर्तव्ये व जबाबदा-या

कार्यकारी समितीचे मुख्य कर्तव्य नियामक समितीने आखून दिलेल्या धोरणात्मक निर्णयाच्या चौकटीच्या अधीन राहून प्रत्यक्ष अंमलबजावणीसाठी लागणारे निर्णय घेणे हे आहे. त्यानुसार कार्यकारी समितीची कर्तव्ये व जबाबदा-या पुढीलप्रमाणे आहेत.

- रुग्णांना गुणवत्तापूर्ण आरोग्यसेवा मिळाव्यात व कोणीही रुग्ण आर्थिक वा इतर कारणांमुळे सेवेसाठी वंचित राहू नये यासाठी वेगवेगळ्या योजना आखणे.
- नियामक मंडळाच्या बैठकीसाठी विषयसूची (Agenda) तयार करणे व त्यास मंजूरी देणे.
- नियामक मंडळाने घेतलेल्या धोरणात्मक निर्णयांचा प्रत्यक्ष अंमलबजावणीसाठी रुग्णालय प्रमुखास निश्चित स्वरूपाच्या सूचना देणे.
- प्रदान करण्यात आलेल्या शक्तींचा (Delegation of power) मर्यादेमध्ये रुग्णालय प्रमुखाने सादर केलेल्या प्रस्तावांना मान्यता देणे.
- रुग्णालयाचे दैनंदिन कामकाज व प्रगती याचा आढावा घेणे. त्यानुसार रुग्णालय प्रमुखास सूचना देणे व आवश्यक असल्यास धोरणात्मक निर्णयासाठी नियामक मंडळाकडे शिफारस करणे.
- राष्ट्रीय कार्यक्रमांची प्रभावी अंमलबजावणी करणे व या बाबतीत वार्षिक मूल्यमापन तयार करणे.

## ड. एन.आर.एच.एम. अंतर्गत आरोग्य केंद्रांना प्राप्त होणारा निधी

क्र	आरोग्य संस्थेचा प्रकार	रुग्ण कल्याण समिती निधी	वार्षिक देखभाल निधी	अबंधित निधी	एकूण	आय.पी.एच.एस. निधी	बँकखाते कोणाच्या नावावर असते?
१.	उपकेंद्र	-	१०,०००/-	१०,०००/-	२०,०००/-	१,००,०००/-	ए.एन.एम. व सरपंच
२.	प्रा. आरोग्य पथक	-	१०,०००/-	२५,०००/	३५,०००/-	-	तालुका वै. अधि. व पथकाचे वै. अधि.
३.	प्राथमिक आरोग्य केंद्र	१,००,०००/-	५०,०००/-	२५,०००/	१,७५,०००/-	५,००,०००/	तालुका वै. अधि. व प्रा. आ. केंद्राचे वै. अधि.
४.	ग्रामीण रुग्णालय	१,००,०००/	१,००,०००/	५०,०००/	२,५०,०००/-	१५,००,०००/	अधिक्षक, ग्रामीण रु. व त्या रुग्णालयातील ज्येष्ठ वै. अधि.
५.	उपजिल्हा रुग्णालय	१,००,०००/	१,००,०००/	५०,०००/	२,५०,०००/-	१५,००,०००/	अधिक्षक, उपजिल्हा रु. व त्या रुग्णालयातील ज्येष्ठ वै. अधि.
६.	जिल्हा रुग्णालय	५,००,०००	५,००,०००	-	१०,००,०००/	५०,००,०००	जिल्हा शल्यचिकित्सक व निवासी वैद्यकीय अधिकारी (क्लिनिकल)
७.	स्त्री रुग्णालय	१,००,०००/-	१,००,०००/-	५०,०००/-	२,५०,०००/-	१५,००,०००/	अधिक्षक, स्त्री रु. व त्या रुग्णालयातील ज्येष्ठ वै. अधि.
८.	क्षयरोग रुग्णालय	१,००,०००/-	-	-	१,००,०००/-	-	जिल्हा क्षयरोग अधि. व अधिक्षक, क्षयरोग रुग्णालय
९.	कुष्ठरोग रुग्णालय	१,००,०००/-	-	-	१,००,०००/-	-	अधिक्षक, कु. रु. व त्या रुग्णालयाचे ज्येष्ठ वै. अधि.

क्र	आरोग्य संस्थेचा प्रकार	रुग्ण कल्याण समिती निधी	वार्षिक देखभाल निधी	अबंधित निधी	एकूण	आय.पी.एच.एस. निधी	बँकखाते कोणाच्या नावावर असते?
१०	मनोरुग्णालय	१,००,०००/-	-	-	१,००,०००/-	-	अधिक्षक, मनोरुग्णालय व रुग्णालयाचे ज्येष्ठ वै. अधि.
११	संदर्भसेवा रुग्णालय	५,००,०००/-	५,००,०००/-	-	१०,००,०००/	-	अधिक्षक, संदर्भसेवा रु. व रुग्णालयाचे ज्येष्ठ वै. अधि.

## इ. एन.आर.एच.एम. अंतर्गत मिळणा-या निधीचा खर्च करण्यासाठीच्या शासनाच्या मार्गदर्शक सूचना-

### १. रुग्ण कल्याण समिती निधी-

रुग्ण कल्याण समिती निधीचा उपयोग रुग्णांना आरोग्य संस्थेमध्ये सोयी मिळाव्यात व पैशाअभावी गरीब रुग्ण उपचारापासून वंचित राहू नये यासाठी करण्यात यावा. ('Cashless Hospitalized Treatment') रुग्ण समिती निधी रुग्णांच्या सार्वजनिक सोयी, व्यक्तींना देण्यात यावयाच्या सोयी, रुग्ण कल्याणाच्या योजना यासाठी वापरता येईल.

अ) रुग्णांच्या सार्वजनिक सोयी- रुग्णांसाठी शुद्ध पिण्याचे पाणी पुरविणे, सातत्यपूर्ण स्वच्छता राखणे, स्वयंपाकासाठी सोय, नातेवाईकांना बसण्याची सोय, रुग्णांना करमुणकीसाठी साधने इ. सोयी करता येतात.

ब) व्यक्तींना देण्यात यावयाच्या सेवा- गरीब रुग्णासाठी एखादे औषध उपलब्ध नसेल, तपासणी खाजगी प्रयोगशाळेतून आवश्यक असेल किंवा रुग्णांच्या संदर्भसेवेसाठी वाहन उपलब्ध नसेल अशा वेळी रुग्ण कल्याण निधीमधून या सेवा उपलब्ध करून देता येतील.

क) रुग्ण कल्याणाच्या योजना- रुग्णालयात तपासणीसाठी व बाळंतणासाठी येणा-या गरोदर मातांना जेवणाची सोय, बाळंतपणानंतर आई/बाळास कपडे यासारख्या रुग्णांच्या कल्याणाच्या योजना रुग्ण कल्याण निधीमधून राबविता येतील.

### २) वार्षिक देखभाल निधी

रुग्णालयास मुख्य इमारत, निवासस्थाने, परिसर, रुग्णालयातील उपकरणे, फर्निचर, कार्यालयीन वस्तू यांच्या देखभालीसाठी नियमित कोषागारातून प्राप्त होणारा निधी प्रथम वापरण्यात यावा व त्यानंतर राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियानातील निधी वापरता येईल. वार्षिक देखभाल निधी पुढीलप्रमाणे वापरता येईल-

अ) आरोग्यसेवेसाठी दरमहा ठराविक रकमेवर एक इलेक्ट्रिशियन, प्लंबर व सुतार यांना कंत्राट द्यावे. या व्यक्तींनी महिन्यातून दोन वेळा आरोग्य संस्थेस भेट देऊन मुख्य इमारत, निवासस्थाने इ. मधील आवश्यक बाबींची दुरुस्ती करावी.

ब) आरोग्य संस्थेमध्ये उपलब्ध असणारी उपकरणे, गाद्या, पलंग इ.ची दुरुस्ती



क) कार्यालयीन उपकरणे उदा. संगणक, प्रिंटर यांची देखभाल.

ड) परिसर स्वच्छता व त्यासाठी आवश्यक असल्यास मजूर लावणे.

इ) आरोग्य संस्था ड्रेनेज व संबंधित बाबींचा देखभाल.

(ही यादी सर्व समावेश नाही.)

### ३) अबंधित निधी

ज्या बाबींसाठी निश्चित निधी उपलब्ध नाही अशा बाबी अबंधित निधीमधून वापरता येतील.

### ४) इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टँडर्ड (आय.पी.एच.एस.) अंतर्गत देण्यात येणारा निधी

भारतीय सार्वजनिक आरोग्य मानके निश्चित करण्यात आली आहेत. या मानकांप्रमाणे निवडलेल्या आरोग्य केंद्रांमध्ये आयपीएचएस निधीमधून सेवा उपलब्ध करून देण्यात येतात.

आयपीएचएस निधी हा इतर निर्धीप्रमाणे सरसकट सर्व आरोग्य केंद्रांना दिला जात नाही. काही निवडक आरोग्य केंद्रांनाच वितरीत केला जातो. कोणत्या आरोग्य केंद्रांना हा निधी द्यायचा याचे काही निकष ठरवण्यात आले आहेत. जर आरोग्य केंद्र खालील दिलेल्या निकषांमध्ये बसत असेल तरच त्या केंद्रास आय.पी.एच.एस.चा निधी देण्यात येतो.

#### • प्राथमिक आरोग्य केंद्रासाठीचे निकष-

१. प्रा. आरोग्य केंद्राची इमारत आरोग्य खात्याच्या मालकीची असावी.
२. प्रा. आरोग्य केंद्रामध्ये एक तरी वैद्यकीय अधिकारी एम.बी.बी.एस. पदवी घेतलेला असावा.
३. प्रा. आरोग्य केंद्रातील सामान्य प्रसूतीच्या आणि शस्त्रक्रियेच्या सेवा मिळत असाव्यात.
४. प्रा. आरोग्य केंद्रामध्ये दर महिन्याला कमीत कमी २५ बाळंतपण होत असावी.

#### • रुग्णालयासाठीचे निकष-

१. रुग्णालयात कमीत कमी ३ तज्ज्ञ असावेत. मुख्य करून स्त्री रोग, बाल रोग आणि भूल तज्ज्ञ असावेत.
२. रुग्णालयात सिझेरियन शस्त्रक्रिया करून बाळंतपण होणे आवश्यक आहे.
३. रुग्णालयात रक्त साठवण्याची व्यवस्था तसेच बालरोग कक्ष प्राथमिक पातळीवर कार्यरत असणे आवश्यक आहे.

ज्या आरोग्य केंद्रांना आय.पी.एच.एस. निधी दिला जातो. त्या केंद्रांनी कशा प्रकारे निधीचा खर्च करावा याच्या मार्गदर्शक सूचना पुढीलप्रमाणे-

अ) मनुष्यबळ उपलब्धता- आरोग्य संस्थेसाठी आयपीएचएस मानकांप्रमाणे निश्चित करण्यात आलेले विशेषतज्ज्ञ, नर्सस व इतर अत्यावश्यक कर्मचारी वर्ग लावता येईल. यासाठी लागणारे वेतन/परिश्रमिक सहसंचालक, (रुग्णालये) आरोग्यसेवा यांचे मार्गदर्शनानुसार जिल्हा सोसायटीने ठरवावे.

ब) उपकरणे व हत्यारे यांची उपलब्धता- आयपीएचएस मानकांप्रमाणे आवश्यक असणारी उपकरणे/हत्यारे आवश्यक ती कार्यपद्धती अनुसरून विकत घेणे किंवा दुरुस्त करणे.

क) औषधांची उपलब्धता- आरोग्य संस्थेच्या प्रकारानुसार सेवा देण्यासाठी लागणारी औषधे उपलब्ध नसतील तर जास्तीत जास्त ३ महिन्यांसाठी लागतील इतकी औषधे घेता येतील.

ड) जागेची उपलब्धता- आयपीएचएस मानकांमध्ये किती जागा लागते याचे निश्चित प्रमाण नमूद केले आहे. त्यानुसार आरोग्य संस्थेमध्ये जागा उपलब्ध असणे आवश्यक आहे. पुरेशी जागा उपलब्ध नसल्यास आयपीएचएस निधीमधून बांधकाम करता येईल तथापि नियमित बांधकाम निधी उपलब्ध नसतानाच हा निधी वापरावा.

इ) रक्त साठवण केंद्र उपलब्धता- ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालयामध्ये रक्त साठवण केंद्र स्थापन करण्यासाठी आवश्यक बांधकाम, उपकरणे खरेदी, वीजजोडणी इ. साठी लागणारा खर्च आयपीएचएस निधीमधून करता येईल.

वर दिलेल्या माहितीच्या आधारे रुग्ण कल्याण समिती आणि देखरेख व नियोजन समिती सदस्य म्हणून आपण पुढील गोष्टी करू शकतो?

१) नियमित बैठका होणे आणि त्यामध्ये आपण उपस्थित राहणे-

निधीच्या खर्चाचे निर्णय घेण्यासाठी 'रुग्ण कल्याण समिती'ची बैठक होणे महत्त्वाचे आहे. आपल्याला माहित आहेच, नियामक मंडळाची वर्षातून दोन वेळा तर कार्यकारी समितीची वर्षातून चार वेळा बैठका होणे अपेक्षित आहे. या बैठकांमध्ये प्रत्येक सदस्याने उपस्थित राहणे जरूरीचे आहे कारण आमच्या माहितीनुसार ब-याच ठिकाणी बैठका होत नाहीत, कागदावर दाखवल्या जातात किंवा आधी खर्च केला जातो आणि मग झालेल्या खर्चाची मान्यता घेतली जाते. यामुळे गैरव्यवहार होण्याची शक्यता जास्त आहे.

२) निधीचा खर्च कसा करायचा या निर्णयाचे अधिकार 'रुग्ण कल्याण समिती'कडे असणे-

काही जिल्ह्यांमध्ये असे दिसून आले की आरोग्य केंद्राला लागणा-या गोष्टींच्या खरेदीचे आदेश किंवा खरेदी ही जिल्हा पातळीवर करण्यात आली आहे. उदा. नंदुरबारमधील काही आरोग्य केंद्रांसाठी रु. ४०,०००/- एअरकंडीशनर तर रु. ६०,०००/- सोलर लाईटसाठीच्या खर्चाचे आदेश जिल्हा पातळीवरून दिले. यामुळे बरेच वेळा आरोग्य केंद्राला अशा गोष्टींची गरज आहे की नाही हे न पाहता परस्पर वरच्या पातळीवर निर्णय घेतले जातात व अशा वेळी निधी वाया जातो. म्हणून आपल्या आरोग्य केंद्राच्या पातळीवर असे निर्णय घेतले जात असतील तर ते समिती सदस्यांनी थांबवायला हवे. आपल्या आरोग्य केंद्राच्या आणि रुग्णांच्या गरजांचा विचार करून निधीच्या खर्चाचा निर्णय घेतला जावा.

३) समिती बैठकांमध्ये झालेल्या निर्णयांचा पाठपुरावा आणि त्याची अंमलबजावणी करणे-

प्रत्येक बैठकीमध्ये मागच्या बैठकीतील निर्णयांची अंमलबजावणी झाली आहे की नाही हे बघणे आवश्यक आहे. कारण समितीचे अध्यक्ष म्हणून इतर समिती सदस्यांच्या मदतीने निधीचा खर्च कशा प्रकारे करायचा याचे

निर्णय आपण घेऊ शकता. समितीची प्रत्येक बैठक त्या आरोग्य केंद्रामध्ये घ्यावी जेणेकरून आधीच्या कामाचा आढावा घेऊन निधीच्या खर्चाचे पुढील नियोजन करता येईल.

#### ४) निधीच्या खर्चामध्ये रुग्ण कल्याणाला पहिले प्राधान्य देणे-

निधीच्या खर्चाचा कोणताही निर्णय लोकांच्या/ रुग्णांच्या कल्याणासाठीच घेणे महत्त्वाचे आहे कारण या निधीचा हेतूच तो आहे. रुग्णांच्या कल्याणाचा अर्थ असा होतो की, आरोग्य केंद्रात आलेल्या कोणत्याही रुग्णास आरोग्यसेवा (औषधे, संदर्भसेवा-ॲम्ब्युलन्स, रक्त, लघवी, थुंकी तपासणी इ.) तसेच रुग्णाला आरोग्य केंद्रात सेवा देताना लागणा-या मूलभूत सोयीसुविधा (पिण्याचे पाणी, बसायला जागा, स्वच्छता, राहण्याची व्यवस्था, खाटा, बेडशीट, जेवण इ.) मिळणे, जेणेकरून रुग्णाला त्या आरोग्य केंद्रात सेवा घेण्यास यावंसं वाटेल व आरोग्य केंद्र आपल्यासाठी आहे असे वातावरण तयार होईल.

#### ५) निधीच्या खर्चामध्ये पारदर्शकता आणण्यासाठी उपाययोजना करणे-

'रुग्ण कल्याण समिती'च्या निधीच्या खर्चामध्ये पारदर्शकता आणण्याच्या दृष्टीने आणि लोकांपर्यंत निधीच्या खर्चाची माहिती पोचवण्यासाठी रुग्ण कल्याण निधीतून खरेदी केलेल्या वस्तूंवर 'एन.आर.एच.एम.'चं स्टिकर लावून त्याचबरोबर खरेदीची किंमतही लिहिण्याच्या सूचना 'रुग्ण कल्याण समिती'ने त्या आरोग्य केंद्राच्या वैद्यकीय अधिका-याला देण्यात याव्यात.

#### ६) 'रुग्ण कल्याण समिती निधी'चा जमाखर्च लोकांपुढे मांडणे-

आपण ज्या आरोग्य केंद्राच्या समितीवर आहात त्या केंद्राला मिळालेल्या निधीचा जमाखर्च लोकांपर्यंत पोचवण्यासाठी आरोग्य केंद्राच्या भिंतीवर लोकांना दिसेल अशा ठिकाणी जमाखर्चाचा बोर्ड लावू शकतो.

□□□

## आरोग्यसेवांवरील विकेंद्रीत नियोजनासाठी लोकाधारित देखरेख व नियोजन एक पूरक प्रक्रिया

सरकारी आरोग्यसेवेच्या नियोजनाचा एकूण ढाचा सर्व भारतासाठी ठरवावा लागतो. उदा. 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. त्याचप्रमाणे तीस हजार लोकसंख्येमागे एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र असणे, त्यांची कामे, त्यातील डॉक्टरांची व इतर कर्मचा-यांची संख्या, औषधांचे बजेट याबाबतचा 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 आरोग्यसेवा 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. त्यासाठी आपलीही क्षमता, तयारी नाही. म्हणून आपण सध्या त्याचा विचार करत नाही आहोत. त्याचप्रमाणे सार्वजनिक आरोग्यसेवेच्या नियोजनासाठी सध्या उपलब्ध असलेला निधी अत्यंत अपुरा आहे. त्यात वाढ व्हायला हवी असे आपण सप्रमाण मांडले तरी त्याचा सध्या तरी विचार होणार नाही. या सर्व मर्यादा असल्या तरी आरोग्यसेवेच्या नियोजनासाठी जो काही ढाचा ठरलेला आहे त्याची आपल्या भागात अंमलबजावणी करताना त्यात काही बदल करायला हवे असे जर आपल्याला वाटत असेल तर ते मांडायची संधी आपल्याला या लोकाधारित देखरेख प्रकल्पात आहे. या प्रकल्पाचे नावच मुळी 'लोकाधारित देखरेख व नियोजन' प्रकल्प असे आहे.

'लोकाधारित देखरेख व नियोजन' या प्रक्रियेमध्ये आतापर्यंत पाच जिल्हांमध्ये देखरेखीवर जास्त भर देण्यात आला. त्यामुळे वेगवेगळ्या पातळ्यांवर सरकारी आरोग्यसेवांची परिस्थिती काय आहे हे समजले. म्हणजेच गावामध्ये साथीच्या आजारांवर केल्या जाणा-या उपाययोजना, मिळणारा औषधोपचार, सरकारी दवाखान्यात रुग्णांना मिळणारी वागणूक इत्यादी मुद्द्यांसंदर्भात लोकांच्या दृष्टिकोनातून काय परिस्थिती आहे हे आपण माहिती गोळा करून समजून घेतले आणि महत्त्वाचं म्हणजे हे सगळं शासकीय आरोग्य यंत्रणेसमोर मांडले. या सगळ्यातून ग्रामीण सरकारी आरोग्यसेवांमध्ये काही सुधारणा झाल्या. नुसते प्रश्न मांडणे एक भाग झाला पण 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 ढाच्याच्या बाहेर जाऊन काही गोष्टी करायला हव्या असे आपल्याला वाटत असेल तर तेही आपण ठोसपणे जिल्हा पातळीवरील आरोग्यसेवेच्या नियोजनाबाबतच्या

बैठकीमध्ये मांडायला हवे. त्याबाबत 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 आरोग्यसेवेबाबतची 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 इम्प्लिमेंटेशन' 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 आपल्याला खूपच खोलात, तपशिलात चांगली कल्पना मांडावी लागेल व त्याचा खूप पाठपुरावा करावा लागेल.

वरील सर्व विवेचनाचा सारांश असा की 'आरोग्यसेवांवर लोकाधारित देखरेख व नियोजन' या प्रकल्पात आपण फक्त तक्रारी मांडण्यापर्यंत यांबाबतची गरज नाही. आरोग्यसेवेच्या नियोजनातील कमतरतेमुळे काही तक्रारी, अडचणी निर्माण होतात हे लक्षात घेऊन हे नियोजन सुधारण्यासाठी आरोग्यसेवेच्या नियोजन - प्रक्रियेत आपण भाग घ्यायला हवा. सार्वजनिक आरोग्यसेवेच्या नियोजनाचा एकूण ढाचा, त्यासाठीचा निधी यात सुधारणा करायला या प्रकल्पात आपल्याला 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 बसणारा एखादी नवी कल्पना सर्व तपशिलासह मांडून त्याचा राज्य पातळीपर्यंत पाठपुरावाही या प्रकल्पात करता येईल.

□□□

## लोकाधारित देखरेख व नियोजन प्रक्रियेच्या माध्यमातून आरोग्यसेवांवरील विकेंद्रीत नियोजनात आपली भूमिका व सहभाग

### आधीच्या सर्व प्रकरणांवरून आपल्याला पुढील गोष्टी समजल्या असतील-

- नियोजन प्रक्रिया ही राजकीय व गुंतागुंतीची प्रक्रिया आहे.
- नियोजन व विकेंद्रीत नियोजन या संकल्पना व्यापक असून आपण त्यातील सर्व मर्यादा लक्षात घेऊन, लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेमध्ये तयार झालेल्या जागा व मिळेल तेवढ्या संधीच्या आधारे आरोग्यसेवांवर नियोजन करण्याचा प्रयत्न केला जात आहे. त्यामध्ये देखील राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत तयार करण्यात येणा-या पी.आय.पी. प्रक्रियेमध्ये व रुग्ण कल्याण समितीला येणा-या निधीच्या योग्य वापरासाठी आपण प्रयत्न करीत आहोत. जे एकूण नियोजनामध्ये अगदी थोडेसे काम आपण करीत आहोत. हे लक्षात ठेवणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे.
- एकूण आरोग्यसेवांवरील नियोजन प्रक्रियेमध्ये लोकांचा सहभाग कमी दिसून येतो.
- ब-याच अंशी स्थानिक पातळीवरील गरजा काय आहेत या लक्षात न घेता आरोग्यसेवांवरील नियोजन हे वरच्या पातळीवर करण्यात येते.
- राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान अंतर्गत मांडलेल्या विकेंद्रीत नियोजनाच्या संकल्पनेमध्ये आणि प्रत्यक्ष संकल्पना राबविण्यामध्ये बरीच तफावत दिसून येते.

### या सगळ्या पार्श्वभूमीवर आपण पुढील गोष्टी करू शकतो-

#### १) देखरेखीतून 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 शक्य झाले. 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 कर्मचा-यांच्या गावामध्ये राहण्याच्या व्यवस्थेचा प्रश्नही 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 लागणा-या खर्चाची तरतूद या १०,०००/- ‘मुक्त’ निधीतून करण्यात आली.

## ३) सरकारी आरोग्यसेवांचा नियोजन आराखडा तयार करण्यामध्ये लोकांचा सहभाग वाढवण्यासाठी प्रयत्न-

सरकारच्या सध्याच्या जिल्हा आरोग्य आराखडा तयार करण्याच्या एकूण प्रक्रियेमध्ये लोकसहभाग आणि लोकांच्या गरजांनुसार नियोजनाला खूप कमी जागा आहे. म्हणून आपण यासाठी दोन गोष्टी नक्की करू शकतो.

लोकांचा सहभाग वाढवण्यासाठी ज्या-ज्या पातळीवर शक्य आहे त्या-त्या पातळ्यांवर प्रयत्न करत राहणे. उदा. 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.

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 विकेंद्रीत नियोजनाच्या प्रक्रियेत काही प्रमाणात लोकांचे म्हणणे मांडण्यासाठी लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेचा उपयोग केला जात आहे. आपल्याला मिळालेली संधी अजून विस्तारित कशी करता येईल याचा आपण सातत्याने विचार करूया व लोकांच्या आरोग्यसेवांचे नियोजन करण्यासाठी आणखी एक पाऊल पुढे सरसावू या.

□□□