



# योजना

वर्ष ४१

अंक ७

पाने ५६

फेब्रुवारी २०१४

मूल्य १० रु.

## सार्वजनिक आरोग्य

भारताच्या सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीच्या  
शोधासाठी निधीपुरवठा  
- सोमिल नागपाल

भारतातील पेटंट औषधाच्या उच्च किंमती  
- सुदिप चौधरी

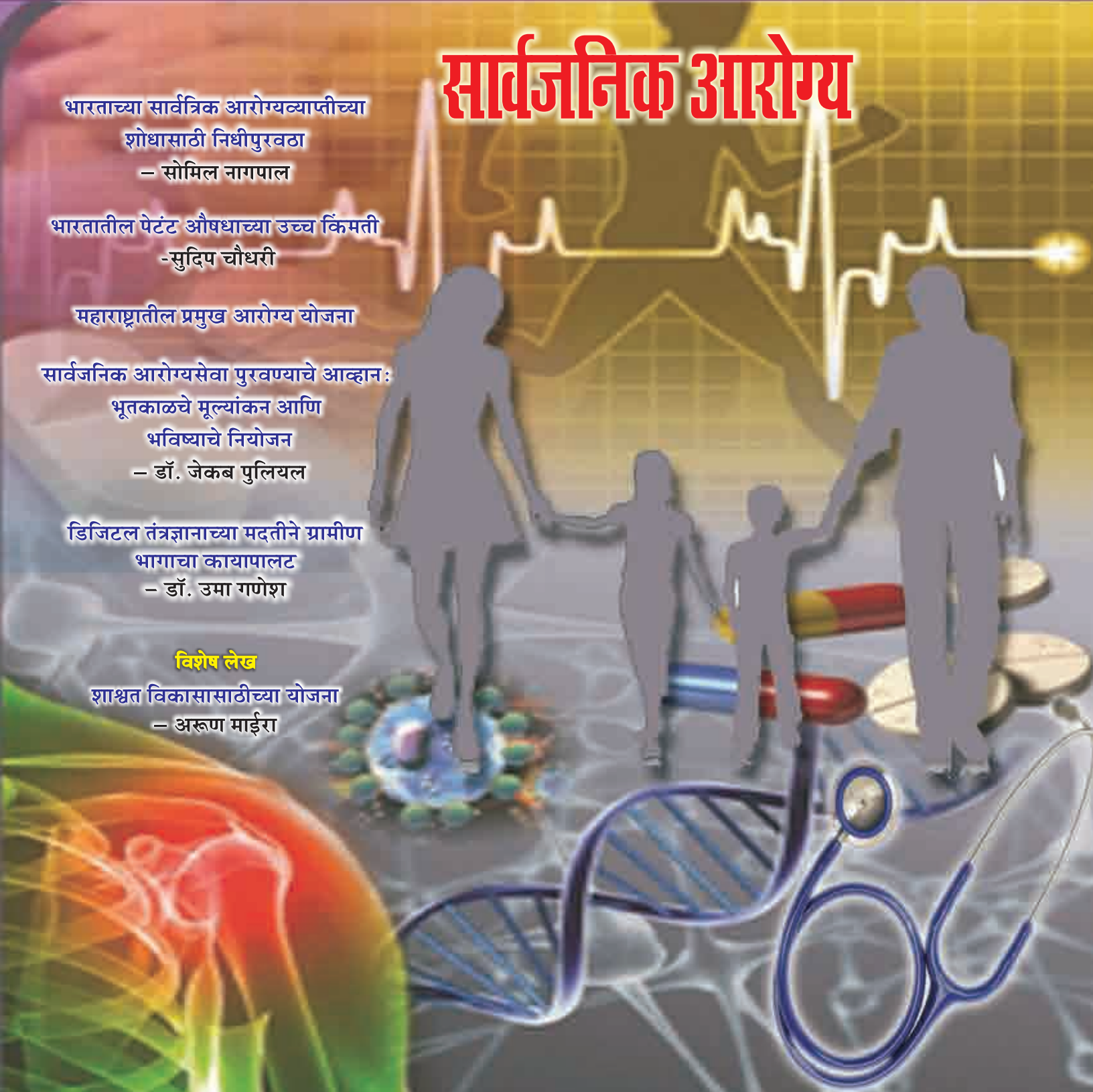
महाराष्ट्रातील प्रमुख आरोग्य योजना

सार्वजनिक आरोग्यसेवा पुरवण्याचे आव्हानः  
भूतकाळचे मूल्यांकन आणि  
भविष्याचे नियोजन  
- डॉ. जेकब पुलियल

डिजिटल तंत्रज्ञानाच्या मदतीने ग्रामीण  
भागाचा कायापालट  
- डॉ. उमा गणेश

### विशेष लेख

शाश्वत विकासासाठीच्या योजना  
- अरूण माईरा



मराठी मासिक

# योजना

योजना घरी आणा.  
आजच वर्गणी भरा.



**वि**कासाचे सर्व पैलू, सर्व सामाजिक प्रश्न आणि चालू घडामोडी प्रसिध्द करणारे योजना हे एकमेव मासिक आहे. या मासिकात सर्व क्षेत्रातील तज्ज्ञांनी लिहिलेले अभ्यासपूर्ण व अचूक माहिती देणारे लेख असतात. त्यामुळे आपल्याला प्रत्येक क्षेत्रातील बिनचुक माहिती मिळते.

हे मासिक विद्यार्थीवर्ग व विद्वत्जनांचे आवडते आहे. स्पर्धात्मक परीक्षांना बसणाऱ्यांनी योजना वाचणे आवश्यक आहे. यातील माहिती साधारणतः इतरत्र प्रकाशित होण्याआधीच आपल्यापर्यंत येते.

## वर्गणीचे दर

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| नियमित अंक मूल्य   | १०.०० रुपये  |
| विशेषांक           | २०.०० रुपये  |
| वार्षिक वर्गणी     | १००.०० रुपये |
| द्विवार्षिक वर्गणी | १८०.०० रुपये |
| त्रिवार्षिक वर्गणी | २५०.०० रुपये |

वर्गणी, मनीऑर्डर, इंडियन पोस्टल ऑर्डर किंवा डिमांड ड्राफ्टद्वारे संपादक, योजना (मराठी)यांचे नावाने ७०१, "बी" विंग (७ वा मजला) केंद्रीय सदन, बेलापूर, नवी मुंबई - ४०० ६१४ • फोन : २७५६६५८२ या पत्त्यावर पाठवावी.

वर्गणी मनीऑर्डरने पाठविताना आपले नाव व पत्ता कूपनमध्ये सुवाच्य अक्षरात लिहा.

विक्रीचे ठिकाण : ७०१ सी, ७०१बी, केंद्रीय सदन, सी.बी.डी. बेलापूर, नवी मुंबई - ४०० ६१४

योजना मासिक भारत सरकारच्या माहिती व प्रसारण मंत्रालयाच्या प्रकाशन विभागातर्फे प्रसिध्द केले जाते.

# योजना

## विकास समर्पित मासिक

❖ वर्ष ४१ ❖

❖ अंक ७ ❖

❖ फेब्रुवारी २०१४ ❖

❖ मूल्य १० रु. ❖

मुख्य संपादक  
राजेशकुमार झा

उपसंपादक  
अभिषेक कुमार

मुखपृष्ठ  
जी.पी. धोपे

‘योजना’ हे नियोजन आयोगाच्या वतीने, केंद्र सरकारच्या माहिती व प्रसारण मंत्रालयाच्या प्रकाशन विभागातर्फे हिंदी, इंग्रजी, मराठी, गुजराती, कन्नड, तेलुगू, पंजाबी, उर्दू, बंगाली, तमिळ, मल्याळम, उडिया व आसामी भाषांतून प्रकाशित होते. देशाच्या सर्वांगीण विकासाची खुली चर्चा करणारे ते व्यासपीठ आहे. ‘योजना’त प्रसिद्ध होणाऱ्या लेखांतील मते त्या त्या लेखकांची असतात.

### योजना वर्गणीचे नवे दर

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| वार्षिक               | : रु. १०० |
| किरकोळ किंमत          | : रु. १०  |
| शेजारी राष्ट्रे       |           |
| (एअरमेल) वार्षिक      | : रु. ५३० |
| युरोप व अन्य राष्ट्रे |           |
| (एअरमेल) वार्षिक      | : रु. ७३० |

### अनुक्रमणिका

|                                                                                   |                      |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|
| ❖ सर्वव्यापी आरोग्य संरक्षण आर्थिक स्रोत आणि प्रणाली                              | – अजय महल            | ५  |
| ❖ सार्वजनिक आरोग्यसेवा पुरवण्याचे आव्हान: भूतकाळचे मूल्यांकन आणि भविष्याचे नियोजन | – डॉ. जेकब पुलियल    | १० |
| ❖ भारतातील बालस्वास्थ्य                                                           | – रंजन रे            | १३ |
| ❖ महाराष्ट्रातील प्रमुख आरोग्य योजना                                              |                      | १८ |
| ❖ अंधांचा आधार - बोलणारी काठी अंधांसाठी - बोलकाठी                                 | – वझीर हयात          | २० |
| ❖ भारतातील पेटंट औषधाच्या उच्च किंमती                                             | – सुदिप चौधरी        | २२ |
| ❖ भारताच्या सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीच्या शोधासाठी निधीपुरवठा                     | – सोमिल नागपाल       | २६ |
| ❖ शाश्वत विकासासाठीच्या योजना (विशेष लेख)                                         | – अरूण माईरा         | ३३ |
| ❖ डिजिटल तंत्रज्ञानाच्या मदतीने ग्रामीण भागाचा कायापालट                           | – डॉ. उमा गणेश       | ३८ |
| ❖ ग्रामीण भागातील लोकांचा आवाज व्यक्त करणारी- मोबाईल वाणी                         | – चेतन वर्मा         | ४२ |
| ❖ विविध शिष्यवृत्ती योजना                                                         | – डॉ. नंदकिशोर पाटील | ४७ |

योजनेसाठी लेख, वर्गणी, जाहिरात इ. सर्व पत्रव्यवहारासाठी पत्ता :

### योजना मासिक कार्यालय

७०१, बी विंग (७वा मजला), केंद्रीय सदन, सेक्टर १०, सी.बी.डी. बेलापूर, नवी मुंबई ४०० ६१४. दूरध्वनी : २७५६६५८२  
email - yngovt.patrika242@gmail.com



## संपादकीय



### ‘आजार एक रूपक’

वरचेवर निरोगी दिसणाऱ्या व्यक्तींच्या समूदायात एखाद्या आजारी व्यक्तीला नेमकेपणे ओळखता येणे सहज शक्य आहे काय, असे विचारणे वस्तुतः फारच क्षुल्लकपणाचे वाटेल पण आरोग्य आणि आजारपण या परस्परसंबंधीत कल्पनांनी मानवाला प्रदीर्घ काळापासून गोंधळवून टाकले आहे.

वास्तविक, रोगांविषयी असलेल्या काही पूरक कल्पना व आरोग्यासंबंधी असलेले विशिष्ट समज व गैरसमज यांचे मूळ व्यक्तीच्या सामाजिक व सांस्कृतिक पर्यावरणात असू शकते. एका सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भात आरोग्यसंपन्न म्हणून पात्र ठरलेली व्यक्ती वेगळ्या सामाजिक संदर्भात आजारी म्हटली जाऊ शकेल. या विचारामागे आजच्या काळात सार्वत्रिकरित्या मान्य करण्यात आलेल्या निकषांना नाकारण्याचा हेतू नसून सर्वसामान्यांच्या आरोग्याविषयक कल्पनांच्या गुंतागुंतीला अधोरेखित करण्याचा हेतू आहे. यामुळे सार्वजनिक क्षेत्रात विविध आजार व आरोग्यासंदर्भातल्या मागण्यांच्या आव्हानांचा मुकाबला करण्यासाठी व्यक्ती, समाज व सरकारच्या प्रतिसादाची दिशा ठरवण्यावर परिणाम होईल.

आधुनिक काळात रोगांच्या व्याख्येत नवनवीन वर्गवारींचा समावेश झाला आहे; उदाहरणार्थ- नैराश्य, स्थूलपणा, डिसलेक्झिया, अटेन्शन डिफिसिट डिसॉर्डर (एडीडी), ऍनोरेक्झिया आणि तत्सम. याशिवाय पूर्वी काही आजारांची लक्षणे मानल्या जाणा-या काही शारीरिक अवस्था आज आजारी म्हणून विचारात घेतल्या जात नाहीत.

प्राचीन आयुर्वेदानुसार, जगण्यासाठी अत्यावश्यक असलेले मूलभूत घटक म्हणजे कफ, पित्त आणि वायु यांच्या असमतोलातून आजार उद्भवतात तर चीनीशास्त्रात असे मानले जायचे की, मानवी शरीरातील यिन

आणि यांग यांच्यातील चैतन्यशील सौहार्द भंग पावणे हेच रोगाचे कारण आहे. दुसरीकडे, आधुनिक आरोग्यचिकित्सापद्धती रोगांच्या जंतु सिद्धांतावर विश्वास ठेवते. आज आरोग्य आणि आजार याबाबत सखोल माहिती व ज्ञान मिळवण्याच्या दृष्टीने पेशींची उत्पत्ती व वाढ याबाबत जगभरात मोठ्या प्रमाणावर संशोधन होत असून त्यामुळे आरोग्य व आजारांबाबतीत आपल्या अनेक समजूती या नजीकच्या भविष्यात आमूलाग्र बदलून जातील. तरीही सामान्यतः आणि विशिष्ट तारतम्याने आपण अशी कल्पना करू शकतो की, आरोग्य हे अवयवांचे मौन आहे आणि विविध रोग किंवा आजार म्हणजे ही अवयवांची बंडखोरी आहे.

प्रसिध्द तत्ववेत्त्या सुसान सोनटॅंग यांच्या शब्दांत, आजारपण हे खरे तर रूपक आहे. परंतु आजाराचे रूपक व्यक्तीच्या भावना आणि जाणीवांपुरतेच मर्यादित नसून व्यक्तीच्या समाज आणि सरकारचे संबंधांची प्रेरक शक्ती आणि रचना रेखित करण्यासाठी अत्यंत अचूक प्रातिनिधिक साधन म्हणून त्याचा उपयोग केला जाऊ शकतो.

अमेरिका आणि इतर अनेक पाश्चिमात्य विकसित देशांत औषधांवरील खर्चात नैराश्यविरोधी (अँटी डिप्रेसंट), झोपेच्या गोळ्या आणि मानसिक आजारावर इलाज करणाऱ्या व तत्सम अनेक औषधांवरील खर्चाचा मोठा वाटा आहे. मात्र, त्याचवेळी आशिया आणि आफ्रिकेतील विकसनशील देशांमध्ये दरवर्षी लाखो मुले हगवण आणि कुपोषणाने मरण पावतात. विकसनशील देशांमध्ये क्षयरोगावर स्वस्त आणि परिणामकारक औषधे उपलब्ध असली तरीही आजही क्षयरोग एक भयंकर घातक रोग आहे.

सरकारी धोरणांच्या यशाचे मोजमाप करण्यासाठी देशातील लोकांच्या आरोग्याची स्थिती हा महत्वपूर्ण निकष आहे. देशातील नागरिकांच्या आरोग्याचा देशाच्या विकासावर अत्यंत महत्वाच्या अर्थाने परिणाम होतो.

अनेक देशांच्या विकासविषयक कामगिरीतील तफावतीचा संबंध तेथील नागरिकांच्या आरोग्याशी लावता येईल, असे अनुमान करण्यात आले आहे.

देशात राबवण्यात येणाऱ्या सार्वजनिक आरोग्यविषयक कार्यक्रमांवरील खर्च व आरोग्यसेवांसाठी केलेली गुंतवणूक हे देशाच्या विकासाला प्रेरणा देणारे महत्त्वपूर्ण घटक आहेत. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अभ्यासानुसार, २००६ ते २०१५ या कालावधीत अकाली मृत्यू आणि असंसर्गजन्य रोगांमुळे वाढणाऱ्या मृत्युदराने भारताला सकल राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या २३७ अब्ज डॉलर्स इतके गमवावे लागणार आहेत. यावरून, भारताच्या विकासात येथील नागरी आरोग्यसेवा क्षेत्राचे महत्त्व ठळकपणे स्पष्ट होते. आरोग्य सेवांवरील खर्च इतर अनेक प्रकारच्या गुंतवणूकीपेक्षा अधिक परिणामकारक आर्थिक गुंतवणूक आहे, ही लक्षात घेण्यासारखी बाब आहे.

भारतात प्रतिवर्षी जवळजवळ ३० लाख ७० हजार लोक आरोग्य सेवांवरील प्रचंड प्रमाणावरील खर्चामुळे दारिद्र्यरेषेखाली ढकलले जातात. गरीबांसाठी त्यांचे आरोग्य हीच एकमेव उत्पादक मालमत्ता आहे. त्यामुळे गरीब व्यक्ती आजारी पडल्यास त्याची परिणती तो त्याचे उत्पन्न गमावतो व त्याच्यावर आरोग्यसेवेवरील अतिरिक्त खर्चाचा बोजा पडून तो कर्ज आणि गरीबीच्या दरीत ढकलला जातो.

चार्ल्स डार्विनच्या सर्वांकल ऑफ द फिटेस्ट या सिध्दांताला अपवाद ठरेल अशी परिस्थिती निर्माण करण्याचे आव्हान स्विकारून म्हणजेच देशातील सर्वाधिक दुर्बल आणि सर्वाधिक कमकुवत व्यक्तींच्या अस्तित्वाची खात्री देणारा असा निरोगी व आरोग्यासंपन्न समाज निर्माण करण्याची गरज आज निर्माण झाली आहे.

— भाषांतर : उमेश कुलकर्णी

## योजना



## सर्वव्यापी आरोग्य संरक्षण आर्थिक स्रोत आणि प्रणाली

— अजय महल

मागील दशकामध्ये, भारतातील केंद्र आणि राज्यस्तरीय शासनांनी आरोग्य सेवांचा दर्जा आणि त्यासंबंधीच्या धोरणा बाबत महत्वाचे निर्णय घेतले. २००५ या वर्षात ग्रामीण स्तरावर प्राथमिक तसेच दुय्यम आरोग्यसेवा सुधारण्याच्या उद्देशाने सुरू करण्यात आलेली राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य मिशन ही योजना आणि २००७ या वर्षात गरीबांसाठीची आरोग्य विमा योजना राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना या दोन योजनांचा यामध्ये प्रमुख्याने उल्लेख करावा लागेल. केंद्र सरकारतर्फे गरीबांना आरोग्याबाबतीत आर्थिक मदत व इतर स्वरूपाची रूग्णसेवा पुरवली जात असतानाच आंध्रप्रदेश, कर्नाटक आणि तामिळनाडू सारख्या राज्यांनी अतिरिक्त सेवा पुरवण्यासाठी त्या त्या राज्यांतर्गत स्वतंत्र सार्वजनिक विमा योजना सुरू केल्या आहेत.

वर उद्धृत केलेले दोन्ही कार्यक्रम याआधीही अस्तित्वात होते. मात्र या संबंधित कार्यक्रमांचा दर्जा हा आरोग्यसेवेच्या दृष्टीने बराच कमी होता. आजच्या काळातील

बदलत्या गरजांना ओळखून नियोजन आयोगाने आलेखलेली व नुकतीच उच्चस्तरीय तज्ञ समूहाच्या समिती अहवालाने व भारतीय संविधानाच्या राज्य प्रणालीतत्वांनी पुर्ननिश्चित केलेली बाब म्हणजे 'सर्वांना परवडण्याजोगी आरोग्यसेवा'. ही वरील कार्यक्रमांच्या अजेंडयावरील महत्वाची व दृढ बाब आहे.

आशिया आणि लॅटीन अमेरिका यांनी नुकत्याच घेतलेल्या प्रयत्नांचा भारतातील विस्तारीत आरोग्य सेवा संरक्षण मार्गाने पाठपुरावा केलेला आहे. २००१ या वर्षी थायलंड सरकारने संघटीत क्षेत्रांतील लोकांबरोबर कृषी व इतर असंघटीत क्षेत्रांत मोठ्या प्रमाणावर व्यस्त असलेल्या जनसमुदायासाठी आरोग्य विमा योजना लागू केली. याचा परिणाम म्हणून थायलंडची बहुतांश नागरिक आरोग्यविमा धारक झाले आहेत. चीन मध्येही सार्वजनिक आरोग्यसेवा क्षेत्रात गेल्या काही वर्षांत उल्लेखनीय कामगिरी पहायला मिळाली. गेल्या दोन दशकांच्या कालखंडात, चीनी

शासनाने आरोग्यक्षेत्र बाजारपेठेतील सुधारणांना वेग दिला. त्याबरोबरच कौटुंबिक आजारीपणामुळे थेट उद्धवणाऱ्या आर्थिक तक्रारींना लक्षात घेत आरोग्य सेवेतील वित्तपुरवठा कमी केला व शहरी जनतेसाठी आणि ग्रामीण जनतेसाठी दोन 'न्यू कॉर्पोरेट मेडिकल स्कीम' नामक शासकिय विमा निधी स्थापित केले. सध्याच्या अंदाजपत्रकाप्रमाणे या योजनांनी बहुतांश साऱ्या चिनी जनतेला संरक्षित केले आहे. २००१ या वर्षी मॅक्सिकोमध्येही आरोग्य क्षेत्रात बऱ्याच सुधारणावादी उलाढाली झाल्या. ज्याद्वारे तीनशे कोटी विमाधारक नसलेल्या जनतेला सेगुरो पॉप्युलर विमा या कार्यक्रमाद्वारे संरक्षित केले गेले.

ही इतर देशातील उदाहरणे व संबंधित सुधारणा या भारतात केंद्रीय आरोग्य सेवेच्या मूल्य व अर्थ धोरणांबाबतीतल्या तीन गोष्टींना लागू पडल्या. पहिली म्हणजे, भारतातील आरोग्य सेवेच्या सर्वसामान्य खर्चांना वेळेबरोबर वाढण्याची खोड आहे. भारतासारख्या विकसनशील देशात या

खर्चाचे वाढणे हे केवळ जनतेच्या वाढत्या वयाधारे वाढणाऱ्या मागण्या आणि वाढणारे उत्पन्न तसेच महागडे उपचार करावे लागतील अशा जुन्या पुराण्या व्याधींशीच संबंधित असते असे नाही. आरोग्यसेवांच्या भाववाढीमध्ये वयस्कर व्यक्तींचा वाटा वाढता असला तरी अल्पसा आहे. या भाववाढीचा मुख्य प्रेरणास्त्रोत म्हणजे आरोग्य क्षेत्रातील तंत्रज्ञानाचा वाढता वापर. ज्यात विकसित देशांकडून मागवलेली महागडी रोगनिदान यंत्रणा आणि आधुनिक उपचार पध्दती यांचासुद्धा समावेश आहे. दुसरी गोष्ट अशी की, विमा धारण केला नसल्याने वा सार्वजनिक सुविधा केंद्रामध्ये विनाअनुदानित सुविधा नसल्याने, या वाढत्या मूल्याआकारणीचे ओझे सर्वप्रथम कुटुंबावरच येते. भारतातील कुटुंबे संकुचित असल्याचे आढळते. ज्यामुळे दर परिवारात अपत्यांची संख्या अधिक नसते. ही मुले प्रौढ झाल्यावर कुटुंबातील कर्त्याची भूमिका बजावतात व उतारवयात पालकांसाठी आरोग्य सेवेची धुरा वाहतात. ज्याचा परिणाम फक्त कौटुंबिक स्वास्थावरच नव्हे तर त्या मुलांच्या आर्थिक व सामाजिक स्वास्थावरही होतो. तिसरी गोष्ट ही आर्थिक स्रोतांचा अपव्यय आणि समानता या भोवताली फिरते. स्वतःच्या खिशातून हा खर्च करणे हा देखील एक प्रकारचा अपव्ययच मानला जातो. कारण इतर व्यक्तीपेक्षा विमाधारक कमी खर्चात समान आरोग्यसेवा घेतात. खिशातून करता येईल इतका किमान खर्च करून रुग्ण किमान सेवा मिळवू शकतात. खिशाबाहेरून होणाऱ्या खर्चावर विश्वास वाढत आहे. निम्नस्तरीय कुटुंबाचे तथा मध्यमवर्गीय कुटुंबाचे सदस्य अशा खर्चासाठी पशुधन वा जमीन जुमल्यासारख्या उत्पादित मालमत्ता विकू पाहतात किंवा पैसे उसने घेतात.

मग भविष्यातील सबलतेला नि उत्पनाला आजपासून तोटा करू पाहतात.

तरीही सर्वव्यापी आरोग्य संरक्षणाच्या प्रणालीची रचना व अंमलबजावणी केल्यानंतरही, प्रणालीकारांसाठी आणि अंमलबजावणी संस्थांसाठी महत्वाची आव्हाने प्रस्तुत आहेतच. यातील महत्वाच्या चार आव्हानांचे व संबंधित प्रणाली पर्यायांचे कथन करणे हा या लेखाचा हेतू आहे.

- या सर्वव्यापी आरोग्य संरक्षणाचे एकंदर मूल्य किती असेल ?
- यामध्ये कोण कोणत्या गोष्टी समाविष्ट करता येतील ?
- हा समावेश करण्याची जबाबदारी कोणावर असेल ?
- हे संरक्षण पुरवण्याची जबाबदारी कोणाची ? किंमत / खर्च

इथं पुसटशी देखील शंका नाही की, या संरक्षणाकरीता पूर्वीपेक्षा अधिक सार्वजनिक स्रोतांची गरज आहे. एच ई एल जी चा अहवाल असा अंदाज दर्शवतो की, वैश्विक व्यापीकरणासाठी भारतातील सर्वात लवचिक हिस्सा आहे तो म्हणजे जीडीपी (वार्षिक सकल उत्पन्न). तरीही सध्या १.१ जीडीपी पासून २०२२ पर्यंत जीडीपी ३.० पर्यंत उंचावण्याची गरज आहे. जीडीपी चे इतर आराखडे महसूलाच्या हे तुलनेने फारच मोठे आहेत, जवळ प्रतिवर्षी ४.० वा जास्त. मेक्सिको, थायलंड यांसारख्या देशांमध्ये आरोग्य संरक्षण देताना मांडलेले आराखडे अवास्तव खर्चाच्या नमुन्यांचेच प्रदर्शन करतात, असाच अनुभव आहे. राष्ट्रीय आरोग्य विमा कार्यक्रमांतर्गत आरोग्य सेवांचे फायदे कमी पडू नयेत याकरिता सरकारी निर्धींबरोबर अर्थसंकल्पात मांडलेल्या वाढीव मागण्या नि खर्च, यांना हल्लीच इंडोनेशियात प्रसिध्द झालेल्या अहवालानुसार शासनाने पसंती दर्शविली आहे.

सध्याच्या केंद्रीय व राज्यस्तरीय अंदाजपत्रकानुसार जीडीपी पातळी १.१ हून ३ ते ४ पर्यंत उंचावलेली आहे. मात्र एकदा सुरक्षित आरोग्य सेवांचे महत्त्व भारतीय जनतेच्या ध्यानी आले की ही इतकी पातळी आरोग्य सेवेच्या अंमलबजावणीच्या वाढत्या मागण्यांना पूरी पडणार नाही. असाच काहीसा अनुभव आहे, २००२ मध्ये आंध्रप्रदेशातील आरोग्यश्री आरोग्य विमा योजनेचा. याच कारणाने, कार्यक्रमकर्त्यांना योग्य प्रमाणात व कोणकोणत्या फायदेशीर बाबींचा सार्वजनिक विमा योजनांसारख्या योजनांतून अनुदान मिळवतानाच काही मर्यादांसोबत समावेश करावा, याविषयी खोल विचार करण्याची गरज दिसते.

**कोणकोणते फायदे यात अंतर्भूत असावेत ?**

सर्व प्रकारच्या आजारपणांचा विमा योजनेत समावेश असावा का ? नक्कीच. आर्थिक स्रोतांच्या मर्यादा यास परवानगी देणार नाहीत. मात्र एक आर्थिक अंदाजपत्रकाचा प्रश्न वगळता, १०० टक्के संरक्षण मिळवण्यास वाव आहेच. लहानसहान कितीतरी दाव्यांमुळे याचे प्रशासकीय मूल्य कित्येक पटीने वाढते. पूर्ण १०० टक्के आरोग्य संरक्षण देण्यातील धोका म्हणजे अशा अनुदानाचा अतिवापर वा गैरवापर. पण अशा सेवांमुळे लोक छोटया मोठया कुरबुरी, दुखणी, खोकला यांची वेळीच काळजी घेऊन आजारांना थोपवू शकतील. त्याचबरोबर 'लसीकरण, नियमित वैद्यकीय तपासणी, जन्मपूर्व व जन्मोत्तर निगा', यापुढील गुंतागुंतीच्या वा बिकट वा रुग्णालयीन परिस्थितीतील जोखीम कमी करू शकतात आणि कुटुंबाचे भविष्यातील आरोग्यविषयक कटकटींतून उद्धवणाऱ्या आर्थिक जोखीमेचे इच्छित व निश्चितपणे

बचाव करू शकतात. अशा कटकटी ज्या उपचारांसाठी हमखास महाग मात्र दुर्मिळत उद्धवणाऱ्या कर्करोग, हृदयरोग यांसारख्या रोगांमुळे निर्माण होतात.

मेक्सिको या बाबतीत चांगले उदाहरण आहे, या उदाहरणाद्वारे चांगल्या फायदेशीर सेवा कशा अंतर्भूत कराव्यात यासाठी आरोग्य सेवेचे मेक्सिकन प्रणालीकारांनी पुढीलप्रमाणे विभाजन केले -

- प्रतिबंधात्मक उपचारांचा स्वीकार करणारे (लसीकरण, आरोग्य शिक्षण प्रसार)
- दुर्मिळ परंतु उपचारासाठी महाग असे रोग कर्करोग आणि
- सामान्य आजार (ताप, जखमा, दमा इ.)

मेक्सिकोमध्ये आरोग्य भेटी आणि रुग्णालय सेवेकडून जास्तीत जास्त जनता व्यापण्यासाठी आरोग्याचे फायदे, हे प्रति रुपये (मेक्सिकन पेसो) अशा प्रमाणात गणले जाते. हे प्रमाण नक्कीच भारताच्या तुलनेत श्रीमंत आहे. मात्र आजही मेक्सिकी योग्य व विपुल प्रमाणात ही सेवा पुरवत आहे. अंगविलेपन शस्त्रक्रिया, अवयवरोपण, आणि कृत्रिम रक्ताभिसरण यांना मात्र त्यांनी वगळले आहे. पण लवकरच यांचाही समावेश यात होईल, अशी काहीशी प्रणाली थायलंडने अवलंबली आहे.

वादाचा मुद्दा हाच की भारताची महसूल स्थिती काही मेक्सिको व थायलंडप्रमाणे लोकांना विपुल प्रमाणात अनुदानित सेवा पुरवण्यास अनुकूल नाही. आरएसबीवाय योजनेनुसार एकूण मर्यादीत फायदे पाच माणसांच्या रुग्णालयीन सेवेकरिता तीस हजार रुपये असल्याचे स्पष्ट होते. मेक्सिकोचे उदाहरण हेच शिकवते की, फायद्यांचे आरेखन आगाऊ करणे

महत्वाचे आहे आणि मूळ गरजा भागवल्या जाण्यासाठी खर्च केलेल्या स्रोतांच्या तुलनेत जास्तीत जास्त फायदे मिळवणाऱ्या सेवा स्वीकारल्या गेल्या पाहिजेत. मुक्कामी वास्तव्याशी निगडीत बलाढ्य खर्चापासून लोकांचे संरक्षण होण्याची गरज आहे.

**हे संरक्षण घेण्यास कोण कोण समर्थ आहेत ?**

मूळ स्रोत अपुरे असतानाच योग्य फायदे देणाऱ्या पॉलिसीची निवड करणे ही एक कला आहे. यामुळे शासन स्रोतांचे संवर्धन करण्यासाठी इतरांपेक्षा काही ठराविक गटांना अनुदानाकरिता केंद्रीत करता येणे शक्य आहे.

सर्वव्यापी संरक्षण हे काही सर्वव्यापी मोफत संरक्षण असण्याची गरज नाही. उदाहरणार्थ, आरोग्य विमा कार्यक्रम जनतेतील काही समूहांकडून मदत घेऊ शकतात. आरएसबीवाय कार्यक्रम असे नमूद करतात, की ते मर्यादीत फायद्यांहून अधिक असे म्हणजे देऊ करतात म्हणजेच हप्त्यांतून मुक्ती. म्हणजे हे हप्ते त्या कंपन्यांना शासन थेट पोचते करते. एखाद्या वेळेस आपल्या डोळ्यासमोर असे चित्र येईल की, एखादे सुखवस्तू कुटुंब अधिक हप्ते भरून अधिक आरोग्य विमा संरक्षणाचा लाभ घेऊ शकेल, आपल्या खिशातून आरोग्यसेवेची पूर्ण रक्कम देण्यापेक्षा हा उत्तम मार्ग होय. असे सर्वव्यापी संरक्षण दिलेले बरेच देश देखील जनतेच्या आर्थिक धोरणांवरच अवलंबून असतात. कोरिया प्रजासत्ताकामध्ये, एखादे कुटुंब सरकारकडून अनुदान घेते का, यावर उत्पन्न ठरते. यावरून, जेव्हा भारतातील सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्राला तेथील जनता करातून वित्तपुरवठा करण्याबद्दल तरतूदी होतील तेव्हा ते बऱ्याच नोकरदार मंडळींकरिता योग्यच होईल. नोकरदार व्यक्तींकरता

असलेला राज्य विमा योजना अर्थात ईएसआयएस यामध्ये अंतर्भूत असलेली मदत ही त्यांच्या उत्पन्नावर आधारित असते.

कोरिया आणि इतर विकसित देशांमध्ये कुटुंबाच्या उत्पन्नाची पुरेशी दर्जात्मक योग्य माहिती असल्याने विमा हप्त्यांचा सूर बरा असतो. मात्र या बाबतीतील भारतातील परिस्थिती तितकीशी चांगली नाही. कारण बऱ्याच प्रमाणात लोक हे असंघटीत क्षेत्रात कामगार असल्याने ना त्यांचे उत्पन्न नियमित आहे ना नोंदवलेले. त्यामुळे उत्पन्नाधारित देयक हप्त्यांची अंमलबजावणी करणे कठीण जाते. अन्यथा, काही सोप्या तरतूदी वा नियम आर्थिक क्षमता दाखवण्यास सक्षम होते. जसे की- मालकीची कार, वा स्कूटर असणे इ. थायलंड आणि इंडोनेशिया यांनी या अडचणींशी न अडता असंघटीत क्षेत्रात काम करणाऱ्या लोकांना, अनुदानांना केंद्रीत न करता हप्ते देण्यापासून वगळले. हेच भारतात आरएसबीवाय कार्यक्रमांबाबतीत करण्यात आले. पण हे करताना जर आर्थिक क्षमतेचा विचार केला नसता तर परिणाम इतका उदारमतवादी झाला नसता.

**ही आरोग्यसेवा पुरवण्याची जबाबदारी कोणाची ?**

वास्तवात वित्तपुरवठा हा काही एकमेव मुद्दा नव्हे. भारतातील वाढणारे आरोग्य विमा क्षेत्र परवडणाऱ्या आरोग्यसेवांची मागणी वाढवेल. हा मुद्दा सेवा पुरवठ्याच्या काही गोष्टींकडे लक्ष पुरवता, यातील तीन गोष्टी अधिक महत्वाच्या पुढीलप्रमाणे -

पहिल्या प्रथम, आरोग्य सेवा क्षेत्रातील शासनाची वाढती आर्थिक मदत पाहता, खाजगी व सार्वजनिक क्षेत्रांची योग्य भूमिका ठरवण्याची गरज आहे. सध्या, भारताची बहुसंख्य जनता सार्वजनिक क्षेत्राच्या तुलनेत खाजगी क्षेत्रावर अधिक

भरवसा ठेवते. कारण त्यांमते ती अधिक प्रतिसादशील आहे. भारतातील खाजगी आरोग्यसेवा क्षेत्राच्या तरतूदींचे प्रमाणाचा एकंदरीत आढावा हेच सांगतो की, जवळपास ७५ टक्के बाह्य रुग्णभेटी आणि अर्ध्याहून अधिक इस्पितळातले प्रवेश हे कोणत्याही खाजगी क्षेत्राच्या महत्वाच्या सहभागाशिवाय होत आहेत. आणि उत्तरोत्तर या कार्यक्रमाचा विस्तार होतो आहे. जेव्हापासून खाजगी-सार्वजनिक सेवा यांमधील निधीकरिता असलेली स्पर्धा सेवांना अधिक प्रतिसादशील करण्यासाठी तयार केलेल्या मार्गदर्शक तत्वांमुळे बंद झाली, तेव्हापासून खाजगी क्षेत्रांचा सहभाग हा स्वेच्छीय झाला आहे. सेवेचा दर्जा उंचावण्यासाठी आणि रुग्णांच्या समाधानासाठी निधीचा स्रोत अखंड चालू केला, तर रुग्णांबद्दलची जबाबदारी सुध्दा अजून सुधारू शकेल. जेथे रुग्णाला आरोग्य सेवेची गरज आहे (खाजगी वा सार्वजनिक) अशा ठिकाणी अवलंबित व्यक्तींसाठी आरएसबीवाय आणि इतर काही आरोग्य सेवा विमा कंपन्या अगोदरच काही निधी आरक्षित करून, जनतेच्या आरोग्याची काळजी घेतात.

सार्वजनिक खाजगी यांच्यातील संघटीत स्पर्धेमुळे ही सेवा वा तिचे परिणाम (निष्पत्ती) कसे बरे सुधारले जातील? गेली कित्येक वर्षे सरकारी वैद्यकीय सुविधेवर भारतात टीकास्त्र चालत आहे. ते असे की रुग्णांच्या गरजांना मिळणारा प्रतिसाद अतिशय संथ असतो. याउलट खाजगी क्षेत्र मात्र त्यांचा निधी आधुनिक सुविधांचा अवलंब करण्यासाठी वापरतात त्याचबरोबर हा निधी तेथे काम करणाऱ्या व्यक्तींना उत्तेजन मिळण्याकरितादेखील वापरला जातो. नेमके येथेच सार्वजनिक क्षेत्र प्रशासकीय

व आर्थिक अडथळ्यांमुळे पुढे जाऊ शकत नाही. सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्राचे भारतात केंद्रीकरण झालेले आढळते ज्यामुळे येथील व्यक्ती स्थानिकांपेक्षा त्यांच्या वरिष्ठांनाच उत्तरदायी असतात. त्यांना मिळणारे वेतन ही काटेकोर व पूर्वनिर्धारित असते. इतर आर्थिक उत्तेजन आणि अतिरिक्त प्रशासकीय अधिकारांचाही वाव नसतो. त्यामुळे सध्या रुग्ण खाजगी सेवेचा अधिक अवलंब करतात त्यामुळे खाजगी व सार्वजनिक क्षेत्रातील स्पर्धेचा प्रभावही आटला आहे. ही स्पर्धा अर्थपूर्ण व्हावी यासाठी जनतेच्या सुविधेसाठी मोठ्या प्रमाणावर सुधारणा करून प्रभावी यंत्रणा राबवली पाहिजे. आणि अतिरिक्त अंदाजपत्रकानुसार वित्तपुरवठा व व्यक्ती व्यवस्थापनाविषयी स्वायत्तता बाळगली पाहिजे. १९९० या वर्षामध्ये याच सुधारणांचा ब्रिटीश राष्ट्रीय आरोग्य सेवा (एनएचएस) मध्ये परिचय करून दिला गेला होता. त्यामुळेच बऱ्याच सार्वजनिक रुग्णालयात व्यक्ती नियुक्त करण्यासाठी व सेवा पुरवठा करण्यासाठी स्वायत्तता मिळाली शिवाय वाढीव उत्पन्न देखील राखता आले.

दुसरे म्हणजे, प्राथमिक आणि रुग्णालयीन सेवा संघटनांना सारणांची गरज आहे. सध्या, व्यक्ती इस्पितळांना थेट भेटी देऊ शकतात आणि तज्ञ प्राथमिक आरोग्य संस्थांशिवाय सेवा देऊ शकतात. मोठमोठ्या इस्पितळात मोठ्या रांगाशिवाय तज्ञांचा मौल्यवान वेळ मिळू शकत नाही. दोन्ही तऱ्हेच्या सेवा फायदेशीर आहेत मात्र, आपण अगोदरच केलेल्या ऊहापोहाप्रमाणे, प्राथमिक पातळीवर घेतलेली निगा बऱ्याच गंभीर आरोग्यतक्रारींपासून बचाव करण्यासाठी, सर्वोत्तम उपाय ठरते. इथं सार्वजनिक व

खाजगी क्षेत्राच्या भूमिकांचे कमीतकमी दोन तरी नमुने असले पाहिजेत जे भारतातले सार्वजनिक - खाजगी स्पर्धेच्या अनुषंगाने सुसंगत असतील. प्राथमिक उपचार केंद्र आणि सार्वजनिक इस्पितळे हे मिळून एकत्रित समूह करतील तरच कदाचित खाजगी क्षेत्राच्या तगड्या जाळाशी सामना देऊ शकतील. अशाच काहीसा नमुना थायलंड मध्ये आहे. दुसरा पर्याय म्हणजे अपल्याला सार्वजनिक वा खाजगी वा दोन्ही सेवांतर्फे प्राथमिक सेवा पुरवणाऱ्यांचे स्वायत्त जाळे करता येईल ज्यांची एकमेकांशी स्पर्धा असेल आणि त्या स्वतंत्र सार्वजनिक आणि खाजगी इस्पितळांच्या संपर्कात असतील. हा नमुना मलेशियातील बदलांवर आधारलेला आहे.

तिसरे, अडचण ही की, आरोग्य सेवेच्या सीमा ग्रामीण ते दुर्गम प्रदेशात वाढत असतानाच सेवापुरवठा करणाऱ्यांची संख्या मात्र तुरळक आहे. आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयाच्या मते, २०१० या वर्षामध्ये, वैद्य, तज्ञ, प्रयोगशालापालक आणि क्ष किरणशालापालक इ. ची आपल्या समाजातील आरोग्यकेंद्रांमध्ये तब्बल ५० ते ७० टक्के उणीव होती. जलसुविधा आणि वीजसुविधा यांसारख्या गरजा सुध्दा अपुऱ्या होत्या. ही परिस्थिती आहे राष्ट्रीय ग्रामीणमंडळाची स्थापना झाल्यानंतर पाच वर्षांनंतरची. यात भरीसभर म्हणून सार्वजनिक क्षेत्रातील सुविधांचा अभाव आहेच. खाजगी क्षेत्र हा जरी पर्याय असला तरी त्यालाही असंख्य मर्यादा आहेतच. बहुतांश खेडोपाडीची जनता प्रशिक्षित सेवा पुरवठा करणाऱ्यांवर अवलंबून नसल्याने ग्रामीण भागात खाजगी क्षेत्राचा दर्जाही समाधानकारक नाही.



ग्रामीण प्रदेशातल्या आरोग्यसेवेच्या, भारतात किंवा इतर कोठेही अवलंबल्या जाणाऱ्या किंवा ठरवल्या गेलेल्या मिश्र प्रणालीतील तरतूदींना सुधारणे, हे एक आव्हान आहे आणि ते जादूने पेलले जाऊ शकत नाही. एनआरएचएम अंतर्गत स्थानिकांना नियुक्त व सुधारित प्रशिक्षण दिले जात आहे. लोकसुविधांसाठी आर्थिक अंदाजपत्रकेही फुगवण्यात आली आहेत. आरएसबीवायला सज्ज खाजगी इस्पितळांची गरज आहे जे मोबाईल क्लिनिक पुरवू शकेल आणि आरोग्यशिबीर सुध्दा घेऊ शकतील. एचईएलजी चा अहवाल सुचवतो की सार्वजनिक आरोग्य सेवकांचा विकास झाल्यास आज कामावर असलेल्या आरोग्य सेवकांवरचा व्यवस्थापन, प्रतिबंध आणि आरोग्यप्रसार यासारख्या उपक्रमावरील ताण कमी होईल. सोबत ग्रामीण भागात परिचारिका वर्ग व वैद्यकीय वर्ग व महाविद्यालये वाढवल्यास तसेच वैद्यकीय क्षेत्रातील सेवकवर्गाला ३ वर्षांचा प्रशिक्षण कार्यक्रम पुरवल्यास हा ताण अजून कमी होण्यास मदत होईल. ग्रामीण भारतातला मोठा वैद्यकीय क्षेत्रातला वर्ग सुप्रशिक्षित असून या सेवेत दाखल आहे. त्यांचाही या कामात उपयोग होऊ शकतो. रोगप्रतिबंधीकरण, आरोग्य प्रसार या कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीमुळे या समूहांना विशिष्ट कालखंडासाठी रोजंदारी तसेच वैद्यकीय क्षेत्रातील व्यक्तींना तीन वर्षांसाठी प्रशिक्षणही मिळू शकेल.

श्रीलंका, व्हिएतनाम या देशांचा अनुभव असा की, त्यांच्या शासनाने डॉक्टर्सना कामाच्या वेळांनंतर, ग्रामीण ठिकाणांना आकर्षित करण्यासाठी खाजगी सेवा पुरवण्याची परवानगी दिली आहे.

थायलंड, मलेशिया, श्रीलंका यांना नव्या वैद्यक शास्त्रातील पदवीधरांची गामीण भागात गरज आहे आणि हे विद्यार्थी शक्यतो पदवीधर असावेत आणि त्यांना अनुदानित वैद्यकीय महाविद्यालयाचे असून अनुभवी असावेत अशी अट आहे. मात्र, खाजगी वैद्यकीय संस्थांमधून आलेले विद्यार्थी या सेवेच्या अटी वा गरजांवर प्रभाव पाडण्यास तितकेसे सक्षम नाहीत. आणि एकंदरीत ही अशीच आपल्या भारतातील साधारण परिस्थिती आहे. इतर पर्यायांमध्ये, खेडोपाडींच्या प्रदेशासाठी सुप्रशिक्षित वैद्यकीय व्यक्तींची तितकीशी गरज नाही. यामध्ये दूरध्वनीवर आधारित सल्लागार सेवांचा अंतर्भाव होतो. इतकेच काय तर काही प्रदेशात ही सेवा कार्यरत ही आहे. आता तर आफ्रिका आणि भारत या देशांत प्रथमच स्थानिकांद्वारा मानवचलित उपकरणांमध्ये प्रोटोकॉलचा वापर करून आरोग्याच्या सामान्य तक्रारींचे निदान करण्यात येणार आहे. यासाठी त्यांना प्रथम शहरी भागांतल्या गुंतागुंतीच्या काही केसेस भ्रमणध्वनी आणि आंतरजालाचा वापर करून अभ्यासण्यासाठी देण्यात येणार आहेत.

#### निष्कर्ष:

मोठ्या प्रमाणावर ही प्रणाली सर्व भारतीयांपर्यंत पोहोचावी असे तिचे ध्येय आहे आणि सोबत आरोग्य सुधारणेत वाढही व्हावी व आर्थिक अडचणींचे दमनही व्हावे. मात्र, हे सार्वजनिक क्षेत्राच्या स्रोतांसाठी अत्यंत खर्चिक आहे. मोठ्या प्रमाणावरील सार्वजनिक विम्याचे प्रभावी अंमलबजावणीसाठी गरज आहे ती संयुक्त आणि संघटीत सार्वजनिक व खाजगी क्षेत्राच्या योग्य भूमिकेची, प्राथमिक आरोग्यसेवा विरुद्ध रुग्णालयीन सेवेची आणि

ग्रामीण जनतेला आरोग्यसेवा मिळण्यासाठी योग्य तरतूदीची.

(अजय महल - प्राचार्य, सार्वजनिक आरोग्य व प्रतिबंधक औषधे विभाग, मोनाश विद्यापीठ मेलबर्न, ऑस्ट्रेलिया. तसेच मोनाश विद्यापीठाच्या ऍलन एन्ड एलिझाबेथ फिंकल या अभ्यासगटाचे अध्यक्ष. संपर्कासाठी इमेल-ajay.mahal@monash.edu)

– भाषांतर : जुई देशपांडे

## लेखकांसाठी नम्र सूचना

योजना मासिकासाठी लेख पाठवतांना लेखकांनी आपला पूर्ण पत्ता व भ्रमणध्वनी द्यावा. आपलो लेख yojanamarathiarticles@gmail.com या संकेतस्थळावर .rtf word document file - Mangal या unicode font file सह पाठवावे.



## सार्वजनिक आरोग्यसेवा पुरवण्याचे आव्हान: भूतकाळचे मूल्यांकन आणि भविष्याचे नियोजन

– डॉ. जेकब पुलियल

आरोग्य सेवा पुरवणे व रुग्णांच्या आजारांचे निदान करणे हे जणू डॉक्टरांना समाजाने दिलेले पालकत्वाचे अधिकार आहेत. हे अधिकार बजावतांना डॉक्टर रुग्णांना जे पथ्य सांगतात व सूचना नेमून देतात, त्या रुग्णांकडून तंतोतंत पाळल्या जाणे अपेक्षित असते यात रुग्णांच्या इच्छा, आवडी-निवडी व सवयी इ. नुसार कोणतीही सूट मिळत नसते.

भारतातील आरोग्यक्षेत्रात आजपर्यंत डॉक्टर व रुग्ण यांच्यातील व्यवहार हा एकतर्फी होता.

कारण डॉक्टर व रुग्ण यांच्याच डॉक्टरांचा आरोग्यक्षेत्रातला अनुभव, आजार व उपचारांबद्दलचे सखोल ज्ञान तसेच रुग्णांचे शिक्षण, आर्थिक पत व आरोग्यविषयक सर्वसाधारण आजार व उपचारांबाबत अपुरी माहिती असे सामाजिक अंतर होते.

सुदैवाने, गेल्या काही वर्षांपासून परिस्थितीत सुध्द आरणा होत आहे. सध्याचा

काळ हा सर्वसामान्यांच्या सक्षमीकरणाचा आहे. आज विविध माध्यमांद्वारे सर्व स्तरातील लोकांना विविध आजारांची व त्यावर उपलब्ध उपचारांची माहिती मिळण्याची सोय आहे. तसेच डॉक्टर आणि रुग्ण यांच्यात मनमोकळा संवाद घडतो आहे. ज्याद्वारे डॉक्टर रुग्णांच्या आरोग्यविषयक समस्या जाणून योग्य उपचार देण्यावर भर देत आहेत. परंतु, हे बदल खाजगी इस्पितळे व खाजगी उपचार केंद्रांपुरते सीमित असल्यामुळे सार्वजनिक आरोग्यव्यवस्थेत अजूनही अपेक्षित बदल झालेले नाहीत.

सार्वजनिक आरोग्यकेंद्रांत उपचारांच्या सोईसुविधा, औषधोपचार पुरवठा इ. अधिक सुसंगत बनवण्याबाबत प्रस्तुत लेखात थोडक्यात ऊहापोह करण्याचा प्रयत्न केला आहे.

**सार्वजनिक आरोग्य आणि रुग्णांचे वैयक्तिक स्वातंत्र्य :**

आंतरराष्ट्रीय किर्तीचे तज्ञ ऍलन

बुकानन यांच्या मते, सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत लोकांचे आरोग्य सुधारण्यासाठी अनुभवजन्य व नैतिक तत्वांना आधार मानून नागरिकांच्या वैयक्तिक स्वातंत्र्याची जपणूक केली गेली पाहिजे. जसे, खाजगी रुग्णालयांमध्ये रुग्णांचे वैयक्तिक स्वातंत्र्य पूर्णपणे जपले जाते, त्याप्रमाणे सार्वजनिक इस्पितळे व आरोग्यकेंद्रांत रुग्णांच्या वैयक्तिक गरजा ओळखून त्यानुसार आरोग्यसेवा दिली गेली पाहिजे. भारतासारख्या विकसनशील देशात सार्वजनिक आरोग्यव्यवस्थेतील निर्णयप्रक्रियेमध्ये सामान्य जनतेला समाविष्ट करण्यात आजही टाळाटाळ केली जाते. भारतातील सार्वजनिक आरोग्यसेवेचा दर्जा सुधारण्यासाठी जनतेमध्ये लोकप्रिय होतील, अशा प्रकारचे सार्वजनिक आरोग्यविषयक कार्यक्रम राबविण्याची नितांत गरज आहे.

**भारतीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समिती :**

जागतिक बँक, जागतिक आरोग्य

संघटना व इतर आंतरराष्ट्रीय आरोग्य संघटनांच्या एकत्रित प्रयत्नांतून भारतासह विविध देशांत राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीची (National Technical Advisory Group on Immunization) स्थापना करण्यात आली. भारतात २००१ या वर्षापासून केंद्रीय स्तरावर कार्यरत असणारी ही समिती नवनवीन औषधोपचार, लसीकरणाच्या पध्दती व विविध रोग व आजारांवर अद्ययावत माहिती व संशोधन करण्याचे काम पाहते. तसेच या समितीद्वारे रोगाची तीव्रता, औषधे वा लस यांची प्रतिकारक्षमता इ. सारख्या बाबी लक्षात घेऊन राष्ट्रीय लसीकरण कार्यक्रमांची आखणी केली जाते.

जागतिक आरोग्य परिषदेच्या (World Health Council) एका ठरावानुसार सभासद देशांना राष्ट्रीय लसीकरण कार्यक्रमाची आखणी करताना वाजवी किंमतीत औषधे उपलब्ध करून देणे बंधनकारक आहे. मात्र, जागतिक आरोग्य संघटनेच्या (World Health Organization) शिफारशीनुसार रेटाव्हायरस प्रकारच्या लसीची किंमत स्थानिक पातळीचा विचार न करता ठरवण्यास मान्यता दिली आहे. ग्लोबल अलायन्स फॉर वैक्झिन्स अँड इम्युनाएजेशन या संस्थेद्वारे विकसनशील राष्ट्रांना विकसीत राष्ट्रांतील नवीन औषधे व नवीन लसी वापरण्याबाबत आग्रह धरला जातो. ही संस्था नवीन लसी ज्या देशांतून विकसीत करण्यात आल्या आहेत त्यांचेकडून सुरुवातीच्या काळात कमी व वाजवी किंमतीत विकसनशील देशांना उपलब्ध करून देते. नंतर ही नवीन औषधे व लसी जागतिक लसीकरण कार्यक्रमांत समविष्ट करून घेतली जातात.

राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीच्या एका उपसमितीमार्फत नवीन औषधांसंबंधी संपूर्ण माहिती अभ्यासून तज्ञांचा सल्ला घेतल्यानंतरच त्या औषधांचा व लसींचा राष्ट्रीय लसीकरण कार्यक्रमात समावेश केला जात असे. ही प्रक्रिया अधिकाधिक पारदर्शक होण्यासाठी केंद्रीय आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण मंत्रालयातर्फे त्यांच्या संकेतस्थळावर या संपूर्ण प्रक्रियेबाबत माहिती उपलब्ध करून देण्यात आलेली आहे. (<http://mohfw.nic.in/.doIw/20website/dofw.html//>)

परंतु, यामुळे लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीमार्फत प्रमाणित केलेल्या औषधांच्या वापराच्या परिणामांचा दाखला व आकडेवारीतील तफावतही सर्वासमोर उघड होऊ लागली. यामुळे या समितीच्या बऱ्याच निर्णयांवर टिका झाली. उदा. मिन्झ अँट एल (minz et al) ने १९९७-९९ या दोन वर्षांदरम्यान साडेसहा लाख बालकांचे सर्वेक्षण केले. ज्यात त्यांना पाच वर्षे वयाखालील बालकांतील प्रत्येक एक लाख बालकांपैकी सात बालकांना मेंदूज्वराची लागण झाल्याचा अहवाल दिला होता. मात्र, प्रत्यक्षात सरकारी आकडयानुसार मेंदूज्वराचे फक्त एकहजार सातशे पन्नास रुग्ण असायला हवे तर लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीने मेंदूज्वराचे सुमारे बावन्न हजार रुग्ण आढळल्याचे नोंदवले.

**राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीची फेररचना:**

या सर्व पार्श्वभूमीवर जून २०१३ मध्ये राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक

तांत्रिक सल्लागार समितीची फेररचना करण्यात आली. तसेच जागतिक बिल व मेलिंडा गेट्स फाऊंडेशनच्या अर्थसहाय्यातून इम्युनाएजेशन टेक्निकल सपोर्ट युनिट ही संस्था राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीच्या मदतीसाठी नेमण्यात आली. या फेररचनेत संशोधनाविषयी गुप्तता बाळगण्याचे कलमही जोडण्यात आले.

**परदेशी संस्थांची अनुकरणीय कार्यपध्दती:**

इंग्लंड तसेच अमेरिकेसारख्या विकसीत देशांत कार्यरत असणाऱ्या लसीकरण व औषध तांत्रिक सल्लागार समित्यांची कार्यपध्दती भारतासाठी अनुकरणीय आहे. उदा. अमेरिकेत स्थानिक वर्तमानपत्रांमध्ये जाहिराती देऊन समितीची निवड केली जाते. तसेच तेथील समितीचे कामकाज, घेतलेले निर्णय यांची माहिती जाहीर केली जाते- ([www.gpoaccess.gov/Fel](http://www.gpoaccess.gov/Fel)). याशिवाय तेथील जनतेला या समितीत बदल सुचवण्याचे अधिकारही देण्यात आले आहेत. अमेरिकेत या समितीच्या रचनेत असणारे महत्त्वाचे वैशिष्ट्य म्हणजे औषधे व लसी यांच्यावरील संशोधनाबाबत गोपनीयता टाळून त्यासंबंधी खुल्या चर्चेवर भर दिला जातो.

इंग्लंडमधील नॅशनल इन्स्टिट्यूट फॉर केअर अँड हेल्थ एक्सलन्स (NICE) ही संस्था सार्वजनिक आरोग्य सेवा पुरवणारी एक आदर्श संस्था मानली जाते. या संस्थेच्या कामकाजाचे वैशिष्ट्य असे की, औषधांसंबंधीच्या निर्णय प्रक्रियेत सर्वसामान्य रुग्ण, आरोग्यक्षेत्रातील तज्ञ व जाणकार, शैक्षणिक संस्था, औद्योगिक संस्था, कामगार संघटना, औषध निर्मिती करणाऱ्या संस्था या

सर्वांचा सहभाग असतो. भारतीय औषध व लसीकरण तांत्रिक समितीसाठी आदर्श पारूप म्हणून NICE ची कार्यपद्धती अवलंबण्याची शिफारस करण्यात आली आहे.

### निर्णयप्रक्रियेतील टप्पे व जनप्रबोधन:

सार्वजनिक आरोग्यविषयक कार्यक्रमाची आखणी करताना महत्वाची बाब म्हणजे, जनतेला सार्वजनिक आरोग्यविषयक कार्यक्रमाची आवश्यकता वा महत्व पटवून देणे. जनतेला अशा कार्यक्रमांचे महत्व पटवून दिल्यास जनतेकडून या कार्यक्रमांना उत्स्फूर्त प्रतिसाद लाभू शकतो. भारतासारख्या देशांत राष्ट्रीय लसीकरण व रोगप्रतिबंधक तांत्रिक सल्लागार समितीच्या कार्याबाबत जनतेत माहिती असणे व औषध तसेच लसींच्या निवडीची प्रक्रिया पारदर्शी होण्याची नितांत आवश्यकता आहे. यामुळे देशातील जनतेच्या आरोग्याच्या दृष्टीने योग्य औषधे व लसींची निवड केली जाऊन सार्वजनिक आरोग्यासाठी सुयोग्य निधी उभारणे सोईचे होईल. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या निकषांनुसार देशाच्या वार्षिक सकल उत्पन्नाच्या (Gross Domestic Product) तीन पटीने कमी एवढे आरोग्यक्षेत्रावरील खर्चाचे प्रमाण असावे.

### कार्यक्षमता व निधीची तरतूद :

देशातील सार्वजनिक आरोग्यक्षेत्रात विविध कार्यक्रमांची अखणी करतांना ते कार्यक्रम वाजवी खर्चात आणि सर्वसामान्यांपर्यंत सहज पोहतील असे असावेत. त्यासाठी अचूक आकडेवारी गोळा करून ठोस निष्कर्ष काढून चुका टाळण्यावर भर दिला जावा. राष्ट्रीय औषध व लसीकरण तांत्रिक समितीच्या प्रभावी कार्यपद्धतीसाठी संशोधनावरील खर्च वाजवी प्रमाणात ठेवण्याबरोबरच देशातील सार्वजनिक

आरोग्य कार्यक्रमांसाठी परदेशाकडून निधी घेण्यावर प्रतिबंध घालणे आवश्यक आहे.

### संदर्भ :

- ऑलिस्टर कॅम्पबेल, ग्रॅन्ट जिलेट, गॅरेथ जोन्स (२००५) मेडिकल एथिक्स, ऑक्सफर्ड.
- रॅशेल वॉरेन, पॅटर्नलिझम इन मेडिकल इथिक्स क्रिटीक, जर्नल ऑफ दी युनिव्हर्सिटी ऑफ न्युयॉर्क फिलॉसॉफी सोसायटी.
- होप टी. सॅवेलसू जे अँड हेण्ड्रिक, २००८, मेडिकल इथिक्स अँड लॉ.
- बुकानन - डॉक्टर अँटानॉमी पॅटर्नलिझम अँड जस्टिस रॅथिकल प्रायाटीज इन पब्लिक हेल्थ जाने. २००८.
- टी जॅकोब जॉन नॅशनल टेक्निकल अँडवायझरी ग्रुप ऑन इम्युनाएजेशन, इंडियन पेडियटर, एप्रिल २००२ (३२७-३०).
- जॉन टी जे, इंडियाज नॅशनल टेक्निकल अँडवायझरी ग्रुप ऑन इम्युनाएजेशन.
- WHO Jan. २०१३.
- इंडियन पेडियटर २००९ नोव्हें. (४६ (११) ९४५-५४ मिन्ड् एस बलराज, लतिका एम के, मुरली एन चेरियन टी मनोहरन - २००८.

(डॉ. जेकब पुलियल - एम. डी, एम. फिल. सेंट स्टीफन्स महविद्यालयाच्या बालरोगचिकित्सा विभागाचे प्रमुख. राष्ट्रीय लसीकरण तांत्रिक सल्लागार गटाचे सदस्य. संपर्कासाठी इमेल- puliyel@gmail.com)

— भाषांतर : समरजीत ठाकूर

## प्रकाशन विभागाची नवी पुस्तके

१. प्राचीन भारतातील प्रेक्षागृहे (मराठी) ₹ ९५/-
- अन्य काही पुस्तके
१. महादेव गोविंद रानडे (मराठी) ₹ २५/-
२. आपला राष्ट्रीय ध्वज (मराठी) ₹ ११०/-



विकास समर्पित मासिक

# योजना

नियमित वाचा, वर्गणीदार व्हा.



## भारतातील बालस्वास्थ्य

— रंजन रे

देशाच्या प्रगती व उत्पादकतेचा एक महत्वाचा घटक म्हणजे देशातील सर्व वयोगटांच्या नागरिकांचे उत्तम आरोग्य! देशाच्या सर्वांगीण प्रगतीत आरोग्यक्षेत्राचा वाटा फार महत्वाचा असतो कारण उत्तम स्वास्थ्य तेथे प्रगती असे जगन्मान्य समीकरण आहे.

स्वतंत्र भारताची अर्थव्यवस्था व देशातील सर्वसाधारण लोकसंख्येच्या दरडोई उत्पन्नाचा दाखला देतांना भारतातील आरोग्यक्षेत्राच्या निराशाजनक परिस्थितीचा संदर्भ ठळकपणे समोर येतो. जागतिक किर्तीचे अर्थतज्ञ जेन ड्रेन्झ व अमर्त्य सेन यांनी काढलेल्या निष्कर्षानुसार भारतातील वार्षिक सकल उत्पन्नाचा वाटा (Gross Domestic Product) व भारतातील सर्वप्रकारच्या आरोग्यसुविधांवरील गुंतवणूक व खर्चाचा वाटा हा संपूर्ण जगाच्या सरासरी उत्पन्नापेक्षाही कमी असून याहून अधिक चिंताजनक बाब म्हणजे आफ्रिका खंडातील मागासलेल्या भागांच्या तुलनेतही भारत देश सार्वजनिक आरोग्यसुविधांवरील गुंतवणूकीत

पिछाडीवर आहे. यावरून, असे स्पष्ट होते की भारतात अजूनही सर्वसामान्य जनतेच्या आरोग्याबाबत पुरेशी जागरूकता निर्माण झालेली नाही. १९९० नंतरच्या काळात भारतामध्ये बऱ्याच प्रमाणात लोकसंख्या वाढ तसेच विविध आर्थिक सुधारणांबरोबरच आंतरराष्ट्रीय व्यापारात वृद्धी झाली. तरीही, भारतातील आरोग्यक्षेत्राचा विकास म्हणावा तितकी झालेला नाही. मुख्यत्वेकरून माता, नवजात शिशु व बालकांच्या आरोग्यबाबत आजही दुर्लक्ष झालेले दिसून येते.

प्रस्तुत लेखाद्वारे भारतातील माता व बालकांच्या आरोग्याविषयक परिस्थितीची थोडक्यात माहिती देण्याचा उद्देश असून नवजात बालकांचे व त्यांच्या मातांच्या आरोग्याचे महत्त्व येथे विशद करण्यात आले आहे. देशातील नवजात बालकांच्या आरोग्याकडे कानाडोळा झाल्यास त्याचा बालकांच्या बालपणावर व तारुण्याच्या काळातही प्रतिकूल परिणाम दिसून येऊ शकतो. परिणामतः देशाची संपूर्ण भावी पिढीच आजारपणाच्या गर्तेत स्वतःच्या

व परिणामतः देशाच्या प्रगतीला अडसर ठरू शकते. देशाला प्रगतीपथावर नेण्यास खंबीर व तंदुरुस्त अशा भावी पिढीला घडवण्यासाठी आजच्या घडीला देशातील नवजात बालके व त्यांच्या मातांच्या उत्तम आरोग्याची हमी देणाऱ्या सुसज्ज सार्वजनिक आरोग्ययंत्रणांबाबत देश स्वावलंबी असणे आवश्यक आहे. देशातील आरोग्यसंपन्न मनुष्यबळ हीच देशाची खरी संपत्ती आहे. त्यामुळे जनतेच्या आरोग्यविषयक गरजांच्या पूर्ततेसाठी योग्य प्रमाणात गुंतवणूक करण्यात शासनाने पुढाकार घेतला पाहिजे.

भारतातील महिला व बाल आरोग्यविषयक योजनांमध्ये काही महत्वांच्या बाबींकडे नेहमीच दुर्लक्ष झाले आहे. त्यापैकी दोन महत्वाचे घटक म्हणजे- गरोदर स्त्रिया, नवजात बालके व त्यांच्या माता यांच्या पोषक आहाराची कमतरता. याचे परिणामस्वरूप बाल्यावस्थेपासूनच बालकांमध्ये योग्य प्रतिकारशक्तीअभावी रोगांचा होणारा प्रादुर्भाव. याबरोबरच गरोदर स्त्रिया व नवजात बालकांच्या मातांच्या स्वास्थ्य

व पोषक आहाराकडे झालेल्या दुर्लक्षामुळे मातांकडून जन्मतः काही रोगांची लागण नवजात शिशुला होण्याचे प्रमाणातील वाढ. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अहवालानुसार मातेकडून शिशुला रोगाची लागण होण्याचे सर्वाधिक प्रमाण भारतात आहे. याबरोबरच बालकांच्या आरोग्याबाबत भारतात मोठ्या प्रमाणात प्रादेशिक असमानता असल्याचेही चित्र आहे.

## १. भारतातील बाल आरोग्यविषयक आकडेवारी व प्रादेशिक असमानता:

बालकांच्या आरोग्यासंबंधी तीन महत्वाचे मापदंड म्हणजे बालकांची वयानुसार उंची, उंचीनुसार वजन व वयानुसार वजन. सर्वसाधारणपणे निरोगी बालकामध्ये प्रतिवर्षी ५- ते ७ सेंटीमीटर या प्रमाणात पौंगडावस्थेपर्यंत उंचीची वाढ होत असते. ज्यावेळी बालकाची वयानुसार उंची ही फार कमी असते त्या अवस्थेला बालकाची वाढ अविकसीत मानली जाते. वयानुसार कमी वजन असणारी बालके कृश या प्रकारात मोजतात. तर काही बालके त्यांच्या वयाच्या मानाने वजनात वाजवीपेक्षा फार कमी भरतात त्यांना अल्पपोषित मानले जाते. जन्मापूर्वी शिशुच्या मातेला व जन्मानंतर शिशु व माता यांना देण्यात येणाऱ्या आहारातील पोषणमूल्यांच्या कमतरतेमुळे बालक निरोगी व सदृढ आरोग्यापासून वंचित राहू शकतो. अल्पपोषण, कमी वजन व खुरटलेली उंची या तीनही अवस्था बालकांच्या सर्वांगीण वाढीच्या दृष्टीने मारक ठरतात.

वयानुसार उंचीची व्याख्या करतांना बालकाची उंची व जागतिक पातळीवर त्या वयाच्या बालकांसाठी ठरवण्यात आलेला ठरवलेला मापदंडातील फरक भागिले उंचाच्या मूल्यांतील मानक त्रुटी हे सूत्र वापरले जाते. तर, उंचीनुसार वजन मोजतांना

बालकाचे वजन व जागतिक पातळीवर त्या वयाच्या बालकांसाठी ठरवण्यात आलेला ठरवलेला मापदंड यातील फरक भागिले मानक त्रुटी हे सूत्र वापरले जाते.

जागतिक पातळीवर मान्यता मिळालेल्या बालकांच्या वयानुसार ठरलेले वजन, उंचीतील सर्वसामान्य प्रमाण हे अमेरिकेतील नॅशनल फॉर हेल्थ स्टॅटिस्टीक्स येथील मानवमितीशास्त्रानुसार प्रमाणीत मापदंडावरून घेण्यात आलेले आहेत. परंतु, या मापदंडातील काही विवादात्मक मुद्द्यामुळे नजीकच्या काळात जागतिक आरोग्य संस्थेने दिलेले नवे मापदंड आधारभूत मानण्यात आले आहेत. त्यानुसार, ज्या बालकांचे वयानुसार उंची व उंचीनुसार वजन हे -२ या जागतिक प्रमाणापेक्षा कमी असते ती बालके उंचीने अल्पविकसित व कृश मानली जातात. बालकाची वयानुसार उंची हा भावी आयुष्यातील आरोग्याचा मुख्य मापदंड मानला जातो. तर उंचीनुसार वजन व वयानुसार वजन हे बालकांच्या नजीकच्या काळातील वाढीचे व आरोग्याचे मापदंड मानले जातात. बालकांचे वाजवीपेक्षा कमी वजन व अल्पपोषण हे त्यांच्या मृत्यूला कारणीभूत ठरू शकत असल्यामुळे बालकांसाठी आरोग्य योजना आखतांना अर्थतज्ञ देशातील बालकांच्या वजनाची विशेषत्वाने नोंद घेतात. बालकाचा क्ष गुण हा -२ पेक्षा कमी असेल तर ते बालक अल्पपोषित मानले जाते तसेच बालकाचा क्ष गुण -३ पेक्षा कमी असेल तर ते बालक अतिअल्पपोषित मानले जाते.

नवजात मृत्यूदर म्हणजे दरसाल दर १००० नवजात बालकांतील जन्मापासून २८ दिवसांच्या आत मृत्यू होणाऱ्या नवजात बालकांची संख्या. दरसाल दर १००० शिशूंतील एक वर्ष व त्याहून पुढील काळात

मृत्यू होणाऱ्या शिशूंची संख्या म्हणजे शिशूमृत्यूदर. तर, बालमृत्यूदर म्हणजे प्रत्येक १००० नवजात बालकांतील पाच व त्यापुढील वयात मृत्यू होणाऱ्या बालकांची संख्या.

भारतामध्ये १९९२-९३ या आर्थिक वर्षात राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणाचा कार्यक्रम राबवण्यात आला. कुटुंबातील महिला व बालके तसेच संपूर्ण कुटुंबाचे आरोग्य व आहार, राहणीमान, शिक्षण, आरोग्यविषयक सवयी व पोषणविषयक बाबींची प्राथमिक माहिती या सर्वेक्षणातून नोंदवण्यात आली. १९९८-९९ मध्ये भारतातील २६ राज्यांमध्ये राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणाचा दुसरा टप्पा राबवण्यात आला. यामध्ये बालकांचे आरोग्य, कुटुंब नियोजन, स्त्रियांचे पोषण, स्त्रियांच्या गरोदरावस्थेतील आरोग्यविषयक तक्रारी याबद्दल व्यापक माहिती गोळा करण्यात आली. २००५-०६ मध्ये घेण्यात आलेल्या राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणाच्या तिसऱ्या टप्प्यात भारतातील २९ राज्यांचा समावेश करण्यात आला. बालकांमधील कुपोषण अशक्तपणा व रक्तक्षय इ. सारख्या रोगांचे प्रमाण यासंबंधी सविस्तर माहिती तसेच महिला व पुरुष यांच्यातील एड्स सारख्या संसर्गजन्य रोगांची माहिती गोळा करण्यात आली.

प्रसिध्द अर्थतज्ञ पुष्कर मित्रा व रंजन रे यांनी राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यान पश्चिम बंगाल राज्यातील स्त्रिया व नवजात शिशूंच्या पोषणाच्या स्थितीचा इतर राज्यांतील माहितीशी तुलनात्मक अभ्यास करून काही महत्वाचे निष्कर्ष मांडले. बालकांच्या मातांचे शिक्षण व कौटुंबिक सधनता यांचा बालकांच्या आरोग्याशी काही संबंध जोडता

येतो का, याबाबतही प्रातिनिधिक अभ्यासातून मिळालेले निष्कर्ष नोंदवण्यात आले.

मित्रा व रे यांनी राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यानच्या कालावधीत पश्चिम बंगालमधील ० ते ३ वयोगटातील बालकांच्या सरासरी क्ष गुणाचा व भारताच्या इतर राज्यांतील बालकांच्या क्ष गुणांचा तुलनात्मक अभ्यास केला. याशिवाय पश्चिम बंगालमधील बालकांतील खुरटलेली वाढ, कृशता व अल्पपोषणामुळे वाजवीपेक्षा कमी वजन इ. सारख्या समस्यांचीही भारतातील इतर राज्यांतील माहितीशी पडताळणी करून राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यान पश्चिम बंगाल राज्यातील बालकांच्या आरोग्यविषयक सुधारणांबाबत तपशिलवार कारणमिमांसा मांडली. या अभ्यासातील निष्कर्षानुसार राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यान भारतातील इतर राज्यांबरोबरच पश्चिम बंगालमध्ये बालकांच्या आरोग्य व सर्वसाधारण वाढीच्या निकषानुसार आढळणारे अल्पपोषण व कमी वजन, कृशता व कमी उंची सारख्या समस्यांचे प्रमाण कमी झाल्याचे दिसून आले. याशिवाय पश्चिम बंगाल राज्यातील बालकांमधील वाढ खुरटण्याचे प्रमाण हे पूर्व भारतातील इतर राज्यांच्या तुलनेत कमी असल्याचा निष्कर्ष नोंदवण्यात आला. मात्र, पश्चिम बंगालमध्ये बालकांच्या कृशतेचे प्रमाण हे पूर्व भारतातील इतर राज्यांच्या तुलनेत जास्त असल्याचेही या अभ्यासातून स्पष्ट झाले. भारताच्या दक्षिणेकडील राज्यांमध्ये बालकांमधील आरोग्यविषयक समस्या अतिशय कमी तर उत्तरेकडील राज्यांत सर्वाधिक असल्याची नोंदही या अभ्यासात आढळते.

मित्रा आणि रे यांनी राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणाच्या दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यातील म्हणजेच १९९८-९९ व २००५-०५ या वर्षांत पश्चिम बंगाल व भारतातील इतर राज्यांतील बालकांच्या वयानुसार उंची व उंचीनुसार वजन या इतर दोन मापदंडांचे क्ष गुण विचारात घेऊन व बालकांतील खुरटलेली वाढ व कृशता यांच्या माहितीचा अभ्यास करून महत्वाची निरिक्षणे नोंदवली. त्यानुसार, या दरम्यानच्या काळात पश्चिम बंगालसह इतर अनेक प्रदेशांत बालकांच्या वाढ खुरटण्याचे प्रमाण कमी आढळले. तसेच सर्वेक्षणात पश्चिम बंगालसह इतर राज्यांतही या काळात कृश बालकांच्या संख्येत वाढ झाल्याचे दिसून आले.

मित्रा व रे यांनी राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यानच्या कालावधीत पश्चिम बंगालसह इतर राज्यांतील नवजात, शिशू व बालमृत्यू इ.चे प्रमाण विचारात घेऊन महत्वाची निरिक्षणे नोंदवली. त्यानुसार, संपूर्ण भारतात विशेषतः दक्षिण, उत्तर व पूर्व भारतातील राज्यांत या काळांत नवजात शिशू व बालमृत्यूचा दर खूप कमी झाल्याचे दिसून आले. परंतु प. बंगाल राज्य मात्र यास अपवाद ठरले, कारण १९९८-९९ व २००५-०६ या कालावधीत पश्चिम बंगालमध्ये नवजात शिशू व बालमृत्यूंच्या दरात कोणताही बदल झालेला आढळला नाही. वास्तविक, या कालावधीत पश्चिम बंगालमधील बालमृत्यू व नवजात अर्भकांच्या मृत्यूंचे प्रमाण देशातील बालमृत्यू व नवजात अर्भकांच्या मृत्यूंच्या प्रमाणापेक्षा फार कमी होते. तरीदेखील राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणांदरम्यान राबवण्यात आलेल्या आरोग्यसंबंधीत योजनांचा पश्चिम बंगालला विशेष फायदा झाला नसल्याचे

आढळून आले. देशातील इतर प्रदेशांच्या तुलनेत दक्षिणेतील राज्यांमध्ये बालआरोग्य सुविधांमध्ये सुधारणा झाल्याची नोंद करण्यात आली. असे असले तरीही, बालमृत्यूंच्या बाबतीत दक्षिणेकडील राज्यांतही पश्चिम बंगालसारखी किंबहुना त्याहूनही वाईट परिस्थिती होती. यावरून, राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणातील दुसऱ्या व तिसऱ्या टप्प्यादरम्यानच्या गरोदर माता व नवजात शिशूंना देण्यात येणाऱ्या आरोग्यविषयक सुविधांच्या वाढीव दर्जामुळे देशभरात अनेक राज्यांत बालमृत्यूंच्या दरात घट जरी झाली असली तरीदेखील, या काळात इतर राज्यांतील बाल आरोग्याच्या परिस्थितीची व पश्चिम बंगालमधील बालमृत्यूदरात न झालेल्या बदलाची तुलना केली असता बाल आरोग्यासंबंधी एकूण परिस्थितीत विशेष तफावत नव्हती. असे असूनही पश्चिम बंगालमधील बालकांच्या सर्वांगीण आरोग्यामध्ये विशेषतः बालकांतील वाढ, वजन व उंची इ. बाबतीत अमूलाग सुधारणा दिसून आली. जी भारतातील इतर राज्यांत तुलनेने फार कमी होती. यावरून, भारतात कुटुंब कल्याण व बाल आरोग्यसुधारणा कार्यक्रमांचे फलित म्हणून बाल मृत्यूदर घटला असला तरीही बालकांच्या सर्वांगीण आरोग्याच्या बाबतीत विशेष सुधारणा झाली नसल्याचे स्पष्ट झाले.

## २. भारत, चीन व व्हिएतनाम मधील बाल आरोग्याचा तौलानिक आढावा :

अर्थतज्ञ रंजन रे व कोपल सिन्हा यांनी भारत, चीन व व्हिएतनाम या देशांतील बालकांच्या आरोग्यासंबंधीत आकडेवारीचा तौलानिक अभ्यास करून काही महत्वाची निरिक्षणे नोंदवली. त्यांनी मांडलेल्या निष्कर्षानुसार चीनमधील बाल आरोग्याच्या

व बालकांच्या सर्वांगिण वाढीचे प्रमाण हे भारत व व्हिएतनामच्या तुलनेत सर्वाधिक आढळले. तर व्हिएतनाम मध्ये १९९२ ते १९९८ या कालावधीत बालकांतील अल्पवृद्धीच्या दरात कमालीची घट झाली. तरी, याच काळात बालकांमधील कृश असण्याच्या अवस्थेचे प्रमाण सर्वाधिक नोंदवण्यात आले होते. बालकांमधील कृशता व अल्पवृद्धी या दोन्ही समस्यांमध्ये भारतात फारशी सुधारणा नसल्याचे चित्र होते. राष्ट्रीय कुटुंब कल्याण कार्यक्रमाच्या तिसऱ्या टप्प्यादरम्यान म्हणजेच २००५-०६ या वर्षात भारतात पाच पैकी दोन बालके अल्पपोषित तर पाच पैकी १ बालक कृश असल्याचा दाखला मिळतो. जागतिक लाकसंख्या विज्ञान संस्थेने २००७ साली नोंदवलेल्या आकडेवारी वरील माहिती जुळत असल्यामुळे भारतातील बाल आरोग्यासंबंधीच्या दूरावस्थेचे चित्र अधिक ठळकपणे समोर येते. याउलट, याच काळात व्हिएतनाममध्ये बालकांच्या आरोग्यात सुधारणा झाल्याचे दिसून आले. चीन, भारत व व्हिएतनाम या तीनही देशांतील बालकांत अल्पवृद्धीची समस्या होती. २००६ या वर्षातील आकडेवारीनुसार चीनमधील पाच पैकी एक बालक अल्पपोषित असल्याची नोंद असून याच काळात अल्पपोषित बालकांच्या संख्येतही चीन व व्हिएतनाम मध्ये वाढ झाल्याचे दिसून आले. असे असूनही भारताच्या तुलनेत चीन व व्हिएतनाममधील बाल आरोग्यविषयक आकडेवारी चांगली असल्याचे चित्र असून एकूणच भारतातील बालकांच्या आरोग्यासंबंधी परिस्थिती ही चीन व व्हिएतनामपेक्षा बिकट असल्याचे स्पष्ट होते.

अर्थतज्ञ अंकिता मिश्रा व रंजन रे यांनी मातेकडून नवजात बालकांत प्रसारित

होणाऱ्या अल्पपोषणासंबंधी व मातेच्या शरीर द्रव्यमान सूचकांक (body mass index) व ० ते ३ या वयोगटातील बालकांत आढळणाऱ्या अल्पपोषण व कृशतेच्या समस्यांचा परस्परसंबंध जोडून काही महत्वाची निरीक्षणे नोंदवली. चीनमधील बाल आरोग्य सर्वेक्षण २००६ व भारतात त्याच दरम्यान घेण्यात आलेल्या राष्ट्रीय कुटुंब आरोग्य सर्वेक्षणाच्या तिसऱ्या टप्प्यातील आकडेवारीनुसार भारतामध्ये ज्या गरोदर मातांचे वजन ठराविक प्रमाणाच्या कमी होते त्यांच्या नवजात शिशूंमध्ये कृशता आढळून आली. मात्र, चीनमध्ये असे आढळून आले नाही.

थोडक्यात, भारतातील अल्पपोषित मातांची नवजात बालके ही अल्पपोषित व कृश असल्याचे भारतातील गरोदर स्त्रिया व नवजात शिशूंच्या आरोग्यविषयक सर्वेक्षणातून समोर आले. चीन व व्हिएतनाममध्ये मात्र मातांचा व बालकांच्या अल्पपोषणाचा कोणताही परस्परसंबंध आढळून आला नाही. १९९८-९९ व २००५-०६ या वर्षात गरोदर स्त्रियांच्या अल्पवजनामुळे नंतर त्यांच्या शिशूंमधील अल्पपोषणाची समस्या यांचा परस्परसंबंध भारतातील बालकांच्या वाढत्या अल्पपोषणातील दरामुळे अधिक ठळक होत गेला. शासनाच्या गरोदर स्त्रिया व मातांच्या पोषणासंबंधी ठोस धोरणाच्या अभावाचा परिणाम भारतातील नवजात शिशूंच्या आरोग्यविषयक समस्यांमध्ये दिसून आला. याउलट, चीनने त्यांच्या देशात 'एक्शन प्लॅन फॉर न्युट्रीशन' हे धोरण राबवून वेळेआधीच देशातील गरोदर स्त्रिया व मातांच्या आरोग्याकडे लक्ष पुरवले. त्याचे परिणामस्वरूप चीनमध्ये मातेकडून बालकांत प्रसारित होणारी अल्पवृद्धी सारखी लक्षण

वेळीच आटोक्यात आली. भारतात मात्र हे दूरदृष्टीचे धोरण अजूनही विचाराधीन आहे. त्यामुळेच बाल आरोग्यविषयक समस्यांमध्ये भारतात कोणतीही दखलपात्र सुधारणा झालेली नाही.

### ३. निष्कर्ष :

भारतातील बाल आरोग्य विषयक परिस्थितीवर भाष्य करणाऱ्या काही ठोस बाबींचा आढावा या लेखात घेण्यात आला. संसदेत नुकत्याच मांडण्यात आलेल्या अन्न सुरक्षा विधेयकाच्या निमित्ताने देशातील सर्वसामान्य जनतेला माफक दरात धान्य मिळण्याची सोय होणार आहे; त्याबरोबरीने आजपर्यंत दुर्लक्षित राहिलेल्या माता व बाल स्वास्थ विषयाचे महत्त्व जाणून याबाबतीतही काही ठोस धोरणे आखण्याची गरज अधोरेखित करण्याचा प्रयत्न याद्वारे करण्यात आला आहे.

### ४. संदर्भसूची :

'एन अनसरटन ग्लोरी - इंडिया एन्ड इट्स कॉन्ट्राडिक्शनस'- जेन ड्रेन्झ व अमर्त्य सेन (२०१३) प्रिन्सटोन युनिव्हर्सिटी, प्रिन्सटोन एन्ड ऑक्सफोर्ड.

इंटरनॅशनल इंटिट्यूट ऑफ पॉप्युलेशन सायन्सेस (२००७), ओआरसी मॅक्रो इंटरनॅशनल. नॅशनल फॅमिली हेल्थ सर्व्हे (एनएफएचएस-३) २००५-०६: इंडिया, वोल्युम I एन्ड II. मुंबई, इंडिया: आयआयपीएस.

चाइल्ड हेल्थ इन वेस्ट बंगाल: कम्पॅरिझन विथ अदर रिजन्स इन इंडिया, - मैत्रा एन्ड रंजन रे (२०१३), इकनॉमिक एन्ड पॉलिटिकल विकली, बाय वोल्युम ८ नं. ४९, ५०-५८

मल्टी डायमेन्शनल डिप्रवेशन इन अवेकनिंग जाएन्ट्स: कम्पॅरेटिव्ह स्टडी



ऑन मायक्रो डाटा,- अंकिता मिश्रा एन्ड रंजन रे (२०१०) वर्किंग पेपर नं. ५३-१०, मेलबॉर्न इकोनॉमिक्स डिपार्टमेंट, मोनाश युनिव्हर्सिटी.

पॉव्हर्टी, चाइल्ड न्युट्रीशन एन्ड मॉर्बिडिटी: न्यु एक्विडन्स फ्रॉम इंडिया,- एस नंदी, एम आर्यव्हिंग, डी. गॉरडन, एस. व्ही. सुब्रमण्यम एन्ड डी.व्ही. स्मिथ(२००५) बुलेटिन ऑफ द वर्ल्ड हेल्थ ऑरगनाजेशन, ८३ (३), २०-२१६.

मल्टी डायमेन्शनल डिप्रायव्हेशन इन चायना, इंडिया एन्ड व्हिएतनाम: ए कम्पॅरेटिव्ह स्टडी ऑन मायक्रो डाटा - रंजन रे एन्ड कोपल सिन्हा (२०११) डिस्कशन पेपर, ६/११, इकोनॉमिक्स डिपार्टमेंट, मोनाश युनिव्हर्सिटी.

पॉव्हर्टी एन्ड अंडरनरिशन: थिअरी, मेजरमेंट एन्ड पॉलिसी - पिटर सेव्हडबर्ग (२०००), ऑक्सफोर्ड इंडिया पेपरबॅक्स, न्यू दिल्ली.

(रंजन रे) - मोनाश विद्यापीठ मेलबर्न, ऑस्ट्रेलिया येथे अर्थशास्त्र विषयाचे प्राध्यापक असून यापूर्वी दिल्ली स्कूल ऑफ इकोनॉमिक्स येथे अर्थशास्त्राचे प्राध्यापक व टास्मानिया विद्यापीठ होबार्ट, ऑस्ट्रेलिया येथेही अर्थशास्त्र विभागाचे प्रमुख व प्राध्यापक म्हणून कार्यरत होते. याशिवाय जरनल ऑफ ह्यूमन डेव्हलपमेंट एन्ड कॅम्ब्रिज या मासिकाचे सहसंपादक असून रिव्ह्यू ऑफ इन्कम एन्ड वेल्थ या अर्थशास्त्र विषयक मासिकाच्या संपादक मंडळाचेही सदस्य आहेत. संपर्कासाठी इमेल - [Ranjan.ray@monash.edu](mailto:Ranjan.ray@monash.edu)

- भाषांतर : निवेदिता भोरकर

## लेखक / वाचकांसाठी नम्र सूचना

प्रकाशन विभागाच्या 'इंडिया'

(इंग्रजी) व 'भारत' (हिंदी)

या वार्षिक संदर्भ ग्रंथांच्या प्रती

केन्द्रीय सदन, सीबीडी बेलापूर,

नवी मुंबई, पिन ४००६१४

येथील कार्यालयात उपलब्ध

आहेत. या प्रती संग्रही

ठेवू इच्छिणाऱ्या लेखक

वाचकांनी आपली मागणी

[yingovt.patika242@](mailto:yingovt.patika242@gmail.com)

[gmail.com](mailto:yingovt.patika242@gmail.com) या संकेतस्थळावर

कृपया नोंदवावी.

## प्रकाशन विभागाची नवी पुस्तके

१. प्रेस इन द नॉर्थ इस्ट (इंग्रजी)  
₹ १४५/-
२. बी.आर. आंबेडकर (इंग्रजी)  
₹ १२५/-
३. इंडिया: बिफोर अँड आफ्टर द  
म्युटीनी (इंग्रजी) ₹ १००/-

## आगामी अंक

मार्च, २०१४  
'प्रशासकीय सुधारणा'  
या विषयावर असेल.

एप्रिल, २०१४  
'भारतीय अर्थव्यवस्था'  
या विषयावर असेल.



## महाराष्ट्रातील प्रमुख आरोग्य योजना

प्रगतीच्या घोडदौडीत महाराष्ट्र राज्य नेहमीच अग्रस्थानी राहिले आहे. या मागचे कारण म्हणजे महाराष्ट्र शासनाने नेहमीच राज्याच्या सर्वांगण विकासावर भर दिला आहे. राज्यांतील विविध भागातील लोकांच्या गरजा जाणून घेऊन वेळोवेळी नवनवीन विकास योजना राबण्यावर राज्यशासनाने नेहमीच पुढाकार घेतला आहे. याबरोबरच राज्याचा पर्यायाने येथील सर्व स्तरातील लोकांचा विकास व्हावा, केंद्र शासनाच्या विविध विकासकार्यांचा राज्यातील जनतेला फायदा मिळावा यासाठी राज्यसरकार नेहमीच कटिबद्धतेने प्रयत्नरत आहे.

सार्वजनिक आरोग्यसेवा ही विकास योजनांतील एक महत्वाची सेवा मानली जाते. जनतेला वाजवी दरात उत्तम दर्जाची आरोग्य सेवा पुरवणे हे शासनाचे मूलभूत कर्तव्य आहे. यासाठी विविध कल्याणकारी विकास कार्यक्रमांमध्ये आरोग्याशी निगडित सेवांना अग्रस्थान दिले जाते. राज्य शासन बालकांपासून, स्त्रिया, वृद्ध नागरिक व तसेच गरिबांसाठी विविध आरोग्य योजना राबवत

आहे. यापैकी दोन मुख्य योजनांची माहिती येथे देत आहोत.

उत्तम दर्जाच्या आरोग्यसेवा देण्याबरोबरच अनेक काही अभिनव योजना सुरू करण्यामध्ये महाराष्ट्र इतर राज्यांच्या तुलनेत एक पाऊल पुढे असल्याचा प्रत्यय नुकताच आला.

### ❖ राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना :

महाराष्ट्र शासनाच्या महत्वाकांक्षी योजनेपैकी एक राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना यंदा राज्यभर कार्यान्वित करण्यात आली आहे. राज्यातील दारिद्र्यरेषेखालील (पिवळी शिधापत्रिका धारक) आणि दारिद्र्यरेषेवरील (केशरी शिधापत्रिका धारक) कुटुंबांना अधिक चांगल्या वैद्यकीय सुविधा उपलब्ध व्हाव्यात, या हेतूने महाराष्ट्र राज्य सरकारने राजीव गांधी जीवनदायी ही योजना सुरू केली आहे. या योजनेअंतर्गत

रूग्णांवर सार्वजनिक तसेच खाजगी रुग्णालयात विनामूल्य वैद्यकीय उपचार केले जातील.

ही योजना संपूर्ण महाराष्ट्र राज्यामध्ये ३ वर्षात टप्पाटप्पाने राबवली जाणार आहे. गडचिरोली, अमरावती, नांदेड, सोलापूर, धुळे, रायगड या जिल्ह्यांमध्ये मागील वर्षीपासून तर मुंबई, व उपनगरांत यंदाच्या प्रजासत्ताक दिनापासून ही योजना सुरू करण्यात आली आहे. या योजनेअंतर्गत ९७२ शस्त्रक्रिया, औषधोपचार व १२१ फेरतापासणी उपचारांचा लाभ घेता येईल.

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेबद्दल अधिक माहितीसाठी संपर्क टोल फ्री क्रमांक १८०० २३३ २२०० / १५५ ३८८ दूरध्वनी करावा. [www.jeevandayee.gov.in](http://www.jeevandayee.gov.in) या संकेत स्थळावरही या योजनेची विस्तृत माहिती देण्यात आली आहे.

### ❖ जीवन अमृत सेवा योजना अर्थात BLOOD ON CALL SERVICE:

ज्यावेळेस रूग्णास डॉक्टराचे सल्ल्याने रक्त चढवण्याची आवश्यकता असते अशावेळेस अनेकदा रूग्णांच्या नातेवाईकांना रक्तपेढीचे पत्ते माहित नसतात किंवा रक्तपिशवी आणण्यासाठी धावाधाव करावी लागते. रक्त हे जीवनामृत मानले जाते. मरणाच्या दारी असलेल्या रूग्णाचा जीव वाचवण्यासाठी रक्तासारख्या मूलभूत

घटकाचा वेळीच सुरळीत पुरवठा उपलब्ध करून देण्याच्या उद्देशाने महाराष्ट्रात नुकताच जीवन अमृत सेवा योजनेचा अर्थात (BLOOD ON CALL SERVICE) शुभारंभ झाला. देशात अशाप्रकारची सेवा पुरवणारे महाराष्ट्र हे पहिले राज्य ठरले आहे.

या आरोग्य सेवेअंतर्गत मोटरसायकलच्या माध्यमातून ४० किमी च्या परिसरात किंवा १ तासाच्या अंतरावरील रूग्णालयांना शीतसाखळीतून (Cold Chain Box) रक्त व रक्तघटक उपलब्ध करून देण्याची सोय केली आहे. मागील वर्षी



ही योजना प्रायोगिक तत्वावर प्रथम सातारा व नंतर सिंधुदुर्ग या जिल्ह्यांत कार्यान्वित करण्यात आली व नुकतीच राज्यातील इतर सर्व जिल्ह्यांमध्येही लागू करण्यात आली.

जीवनअमृतसेवेचालाभघेण्यासाठीची कार्यपध्दती - रक्ताची गरज असलेल्यांनी सर्वप्रथम टोल फ्री क्रमांक १०४ वर पुणे येथे स्थापन करण्यात आलेल्या कॉल सेंटरमध्ये दूरध्वनीवर रक्ताची मागणी करण्यासाठी संपर्क करावा. तेथून हा दूरध्वनी जिल्ह्यांच्या रक्तपेढीमधील थेट क्रमांकावर कळविण्यात येईल.

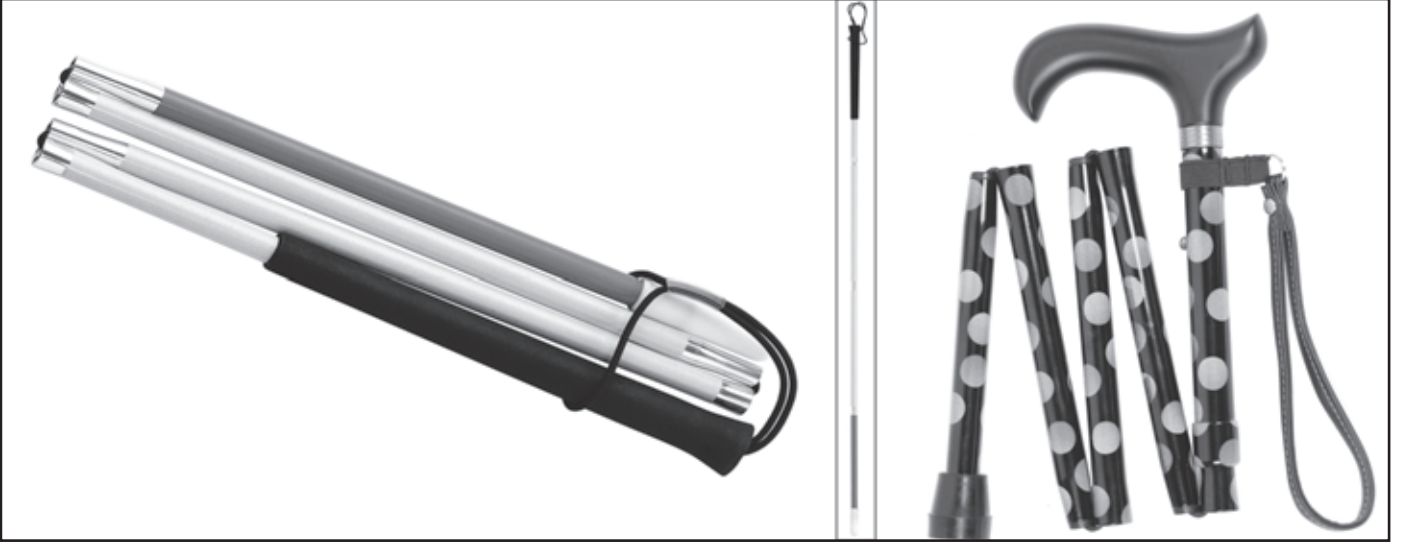


संदेश प्राप्त होताच मागणी केलेल्या रक्तसाठ्याची उपलब्धता तपासण्यात येईल व त्यानंतर वाहक व्यक्ती ठराविक वेळेत रक्त नमुना घेऊन येतील व याबाबत दर्जात्मक कार्यपध्दतीचा अवलंब करून रक्तगट व क्रॉस मॅचिंग करून रक्त व रक्तघटक इच्छित ठिकाणी पुरवण्यात येतील. रक्त व रक्तघटक गरजूंना अगदी माफक दरात म्हणजे रूपये ४५० व ५० रूपये प्रति १० किमी वाहतूक दरावर उपलब्ध होईल.

तातडीच्या वेळी जीव वाचवणारे अमृत म्हणजे रक्ताची सहज उपलब्धता करून देणारी ही सेवा खऱ्या अर्थाने जीवन अमृत योजना ठरेल, यात शंका नाही.

माहिती संकलक - निवेदिता भोरकर





## अंधांचा आधार - बोलणारी काठी अंधांसाठी - बोलकाठी

- वझीर हयात

वझीर हयात, कर्नाटकातील तुमकूर इथे राहतात. ५२ वर्षांच्या वझीर यांनी अंधांना आधार देऊ शकणाऱ्या एका बोलणाऱ्या काठीची निर्मिती केली आहे. काठी! आणि ती ही बोलणारी? आश्चर्य वाटले ना? होय, ही काठी बोलते आणि धोक्याचा इशाराही देते. या काठीचा होणारा उपयोग आणि तिची कमी किंमत यामुळे तिला देशातच नव्हे तर परदेशातही चांगली मागणी आहे.

काठीबद्दल तर जाणून घेऊयाच, पण त्याआधी तिच्या निर्मात्याविषयीही माहिती घेऊया. वझीर यांचा जन्म एका गरीब शेतकरी कुटुंबात झाला. कुटुंबाला आधार देण्यासाठी त्यांना शिक्षण अर्धवट सोडावे लागले आणि कामधंदा शोधावा लागला. त्यांच्या करिअरची सुरुवात बोअर वेल मेकॅनिक म्हणून झाली. नंतर त्यांनी इलेक्ट्रॉनिक वस्तूंच्या दुरुस्तीची कामे सुरु केली आणि 'वाझ टेक्नॉलॉजी' नावाचे स्वतःचे दुकान टाकले. असेच एक दिवस ते दुकानात काम करीत होते आणि अचानक त्यांचे लक्ष रस्त्या पलीकडे गेले. एक अंध

गृहस्थ चिखलात पाय घसरून खड्ड्यात पडले होते. वझीर त्यांच्यापासून इतके दूर होते की तिथे जाऊन ते अंध गृहस्थांना मदत करू शकत नव्हते. त्यांना या गोष्टीचे फार वाईट वाटले अशा प्रकारचे प्रसंग कसे टाळता येतील यावर ते विचार करू लागले. आपले इलेक्ट्रॉनिक्सचे ज्ञान वापरून एखादी काठी अंधांसाठी विकसित करण्याची कल्पना त्यांच्या डोक्यात आली. या काठीचा अंध व्यक्तीला आधार तर वाटेलच पण त्याचबरोबर तिला त्यामुळे सहजपणे हालचाल करता यायला हवी असा यामागील उद्देश होता.

वझीर यांनी या काठीवर काम करायला सुरुवात केली. हळूहळू त्यांनी तीन वेगवेगळी वैशिष्ट्ये असलेली काठी विकसित केली. एक म्हणजे तिची घडी (फोल्डिंग) करता येईल. दुसरे म्हणजे तिला स्वयंचलित असा संवेदक (सेन्सर) लावला आणि तिसरे म्हणजे आणखी एक संवेदक लावून तिला बोलते केले. ही काठी बॅटरीवर चालते आणि तिला चार्ज केले की ती परत

उपयोगात आणता येते. तिच्यात ध्वनिमुद्रित केलेला आवाज आहे. त्यामुळे पुढे जर अडथळी असेल किंवा पाणी असेल तर ती काठी, वापरणाऱ्याला धोक्याचा इशारा देते. ज्या क्षणी संवेदकाला पाण्याची जाणीव होते त्या क्षणी त्याचा संदेश नियंत्रकाकडे जातो. तो लगेच ध्वनीशी संपर्क साधून सावधानतेचा इशारा देतो. गर्दीच्या ठिकाणी काठीचा वापर करणारा काठीचे फक्त एक बटण दाबून आवाज सुरु करू शकतो. बटण दाबता क्षणी काठीतून आवाज येतो, 'कृपया, मला जरा जागा देता का?' काठीमध्येच आवाज निर्माण करणारे संवेदक (सेन्सर) बसवून धोक्याचा इशारा दिला जात असल्यामुळे ही काठी वापरणाऱ्या अंध व्यक्तीचे अपघात होण्याचे प्रमाण बऱ्याच अंशी कमी होण्याची शक्यता असते.

अहमदाबाद येथील 'ब्लाइन्ड मेन्स असोसिएशन' च्या सहकार्यांनी या उपकरणाची चाचणी घेण्यात आली. सुमारे पंधरा अंध व्यक्तींच्या या संदर्भात प्रतिक्रिया नोंदवण्यात आल्या. काठी वापरणाऱ्यांनी

धोक्याचा इशारा देणाऱ्या आवाजाच्या सुविधेची प्रशंसा केली. त्याचबरोबर काठीला कंपनी (व्हायब्रेशन) निर्माण करणारी एखादी यंत्रणा निर्माण करावी अशी सूचना केली. याशिवाय, आणखी एखादा संवेदक वापरणाऱ्याच्या निकट असावा, अशी विनंतीही त्यांनी केली.

यापूर्वी 'आर्ट सर्च' या संस्थेने याच प्रकारच्या काठ्या बाजारात आणल्या होत्या. पण या काठीचे कार्य वझीर यांनी बनवलेल्या काठीइतके बहुविध प्रकारचे नव्हते. शिवाय त्यांची किंमतही जास्त होती. 'नॅशनल इनोव्हेशन फाँडेशन' (एन.आय.एफ.), या नाविन्यपूर्ण शोधांना प्रोत्साहन देणाऱ्या संस्थेने वझीर यांच्या नावे या काठीचे विशेषाधिकार पत्र (पेटंट)-(२२४४/सी.एच.इ./२००८) दाखल केले. याआधी सन २००५ मध्ये झालेल्या तिसऱ्या राष्ट्रीय स्पर्धेमध्ये, एन.आय.एफ.ने संकेत आणि प्रशांत यांना अशाच प्रकारच्या काठीच्या संकल्पनेसाठी पुरस्कार दिला होता. वझीर यांना एन.आय.एफ.च्या २०१२ मधील सहाव्या राष्ट्रीय पुरस्कारांमध्ये गौरवण्यात आले. त्यांनी विकसित केलेल्या काठीची बाजारात विक्री करण्याची परवानगी देण्यात आली.

एवढेच नव्हे तर एन.आय.एफ.ने अशा प्रकारच्या अभिनव शोधांना प्रोत्साहन देणाऱ्या त्यांच्या निधीतून या काठ्यांचे व्यापारी हेतूने उत्पादन करण्यासाठी मदत दिली. वझीर यांनी आत्तापर्यंत भारतात आणि इतर देशांत सुमारे १००० काठ्यांची विक्री केली आहे. विविधोपयोगी असणाऱ्या या काठ्यांची किंमत त्यांच्यातील वैशिष्ट्यानुसार एका काठीला ९०० ते २४०० रुपयांच्या दरम्यान आहे. बाजारात तिच्या स्पर्धेत असणाऱ्या अशाच काठीची किंमत ३५०० रुपये इतकी आहे.

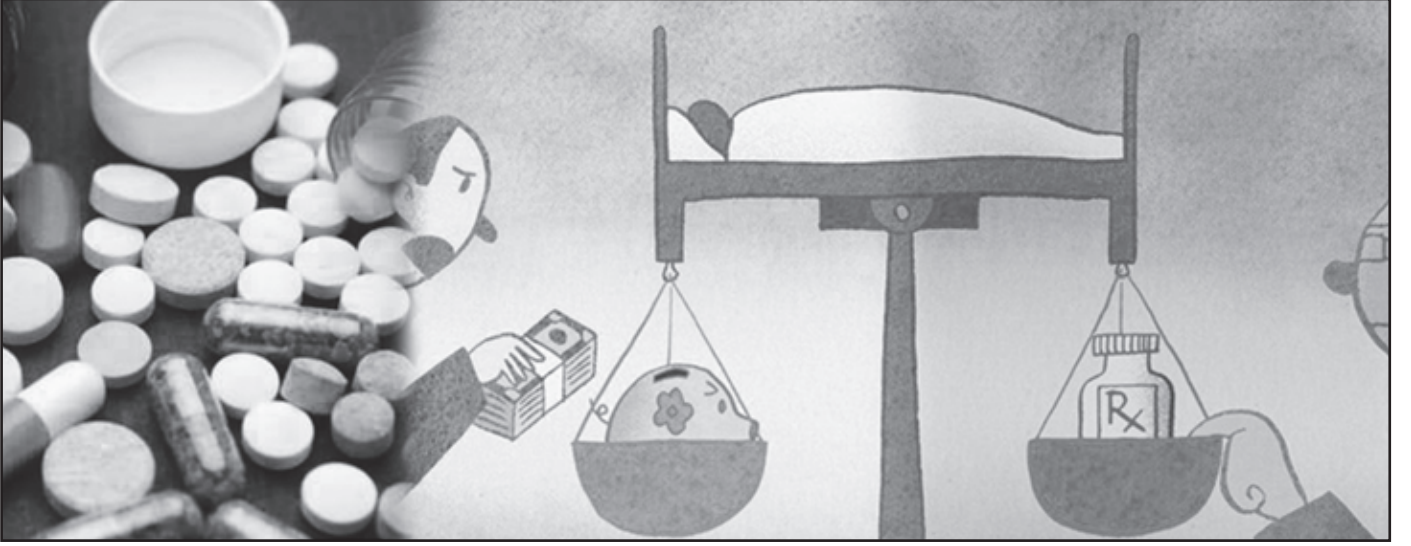
— भाषांतर : रोहिणी पेठे

## प्रकाशन विभागाची नवी पुस्तके

१. आझादी कि लढाई (हिंदी) ₹ १२५/-
२. हिंदी बाल साहित्य के शिखर व्यक्तित्व (हिंदी) ₹ १६०/-
३. महिला और स्वराज्य (हिंदी) ₹ २४०/-
४. ग्लोबल वॉर्मिंग (हिंदी) ₹ १२०/-

## वर्गणीदारांसाठी सूचना

'योजना' मराठीच्या वर्गणीदारांनी आपली वर्गणी संपादक योजना मुंबई यांचे नावे तर योजना (हिंदी, इंग्रजी) कुरूक्षेत्र (हिंदी, इंग्रजी), आजकल (हिंदी) व बालभारती (हिंदी) याकरिता व्यापार प्रबंधक, प्रकाशन विभाग, मुंबई यांचे नावे धनादेश/डी.डी./मनी ऑर्डर, केन्द्रीय सदन, सीबीडी बेलापूर, नवी मुंबई ४००६१४. या पत्त्यावर पाठवावी. वर्गणीचे दर योजना, कुरूक्षेत्र आणि आजकल या मासिकांसाठी प्रत्येकी वार्षिक १०० रु. द्विवार्सिक १८० रु. व त्रैवार्सिक २५० रु. आहे. बालभारती (हिंदी) साठी वार्षिक ८० रु., द्विवार्सिक १५० रु. व त्रैवार्सिक २०० रु. वर्गणी वरील पत्त्यावर पाठवावी. वर्गणीदारांनी वर्गणी पाठवताना सुलभ संपर्कासाठी आपला दुरध्वनी/भ्रमणध्वनी क्रमांक तसेच ईमेल पत्ता नमुद करावा. अंक मिळत नसल्यासंबंधीची माहिती योजना [yingovt.patika242@gmail.com](mailto:yingovt.patika242@gmail.com) या संकेतस्थळावर वर्गणी संदर्भातील संपूर्ण तपशील देऊन पाठवावी.



## भारतातील पेटंट औषधाच्या उच्च किंमती

-सुदिप चौधरी

औषधांच्या सर्वाधिक उच्च किंमतींच्या देशांत एकेकाळी भारताचा समावेश केला जात असे. १९७२ मध्ये औषधांचा स्वामित्व हक्क कायदा रद्द झाल्यावर या परिस्थितीत आमूलाग्र बदल झाला. उच्च दर्जाची औषधे कमी किंमतीत निर्माण करणारा देश म्हणून भारताला जागतिक ओळख मिळाली आणि जागतिक औषध उद्योगात प्रमुख भूमिका बजावणारा म्हणून भारतातचा नव्याने उदय झाला. परंतु, १ जानेवारी २००५ पासून जागतिक व्यापार संघटनेच्या बौद्धिक संपदा हक्काच्या (intellectual property Rights) व्यापार संबंधित पैलू करारातील अटीनुसार पुन्हा भारतात औषधी उत्पादनांचे स्वामित्व हक्क संरक्षण लागू करण्यात आले. १९७० आधीच्या काळाप्रमाणे पुन्हा भारतात औषधे भरमसाठ किंमतीत विकली जाऊ लागली. उदाहरणार्थ, कॅन्सरविरोधी सॅनोफी अव्हेंटीस जे वजनाच्या ६० मिली. च्या (जेनेरिक नाव - कॅबेझिर्टव्झेल) एका इंजेक्शनची किंमत ३,३०,००० रुपये आहे. रोशचे हरसेप्टिन

(ट्रास्टुझुमॅब) १,१०००० रूपयांना आणि मर्कचे एर्बिटक्स (सेटुक्झिमॅब) ९२,००० रूपयांना विकले जाते. (प्रत्येक डोससाठी पन्नास हजारांहून अधिक किंमतीच्या अन्य औषधांसाठी तक्ता १ पहा.)

पेटंट मंजूर करण्यामागे मुख्य आर्थिक हेतू नवीन कल्पना अंमलात आणण्याच्या दृष्टीने संशोधनाला चालना देण्यास प्रोत्साहन मिळावे, हा आहे. नवीन औषधे विकसित करणे खर्चिक काम आहे, हा मूळ तर्क आहे. पेटंट संरक्षण नसेल तर इतर लोकही नव्या उत्पादनांची नक्कल करण्यात सक्षम होतील आणि संशोधन आणि विकासासाठी मोजाव्या लागणाऱ्या किंमतीची भरपाई होण्यास आवश्यक कल्पक क्षमतेवर मर्यादा येईल. म्हणून असे संशोधन आणि विकास कार्य हाती घेण्यास किंवा ते जाहीर करण्यास संशोधकाला कोणतेही प्रोत्साहन नसेल. पेटंट संरक्षणाच्या माध्यमातून नक्कल करण्यास लागणाऱ्या विलंबामुळे संशोधन आणि विकासाला उत्तेजन मिळेल. नव्या कल्पना शोधून काढण्यावरील हा

अपेक्षित सकारात्मक परिणाम आहे. पण इतरांना उत्पादनांची निर्मिती आणि मार्केटिंग करण्यापासून रोखणाऱ्या पेटंट हक्क कायद्याच्या परिणामी स्पर्धेला यामुळे अटकाव होतो आणि उच्च दर तसेच ग्राहकांपर्यंत कमी पोहच इ. परिणाम दिसून येतात, हा नकारात्मक परिणामही आहे. पेटंट व्यवस्थेचे समाजाला होणारे ठोक फायदे हे वर्षानुवर्षे वादग्रस्त राहिले आहेत. पेटंट कायद्यात पेटंट धारकाच्या हक्काचे संरक्षण हीच केवळ एकमेव चिंतेची बाब नाही, यास जगभरातील पेटंट कायद्यांनी मान्यता दिलेली असून ट्रिप्स करारात जोर देण्यात आला आहे. ट्रिप्सच्या उद्देश्यांवरील कलम ७ आणि कलम ८ विशेषत्वाने तांत्रिक उत्पादक आणि ग्राहकांना होणारा फायदा स्पष्ट करते, हक्क आणि बंधने यात समतोल राखण्याच्या आवश्यकतेवर भर देतो आणि पेटंट (आणि इतर बौद्धिकसंपदा) हक्कांचा दुरुपयोग रोखण्यासाठी पावले उचलण्यास सदस्य देशांना सक्षम करतो.

उत्पादनपेटंट संरक्षणाच्या नकारात्मक परिणामांचा मुकाबला करण्यासाठी दोन महत्वाच्या लवचिकता ट्रिप्सने प्रदान केल्या आहेत, त्या अशा

१. काही विशिष्ट प्रकरणांत पेटंट मंजूरीपासून मोकळीक
२. सक्तीची परवाना पद्धत. २००५ या वर्षामध्ये औषधी क्षेत्रात उत्पादन पेटंट पुन्हा लागू करताना सुधारित पेटंट कायद्यात परिच्छेद ३ समाविष्ट करून भारताने पहिल्या लवचिकतेचा उत्तम उपयोग करून घेतला आहे. ग्लिव्हिक या नावाने विकल्या जाणाऱ्या आपल्या कर्करोग विरोधी औषधाच्या पेटंट संरक्षणाची नोवार्टिस कंपनीची याचिका सर्वोच्च न्यायालयाने नुकतीच फेटाळून लावली आहे. परिच्छेद ३(ड)चा सहभाग असलेल्या नोवार्टिस खटल्याने जगाचे लक्ष वेधून घेतले होते. त्याचे परिणाम महत्वपूर्ण असले तरी पेटंट संरक्षित औषधांच्या उच्च किंमतींवर नियंत्रण ठेवायचे असेल तर सक्तीच्या परवाना पद्धतीचा योग्य उपयोग करणे अधिक महत्वाचे आहे, असा युक्तिवाद करता येईल. परिच्छेद ३ (ड) प्रमाणे भारताला अजूनही सक्तीच्या परवाना पद्धतीचा परिणामकारक वापर करणे शक्य झालेले नाही.

ट्रिप्स अंतर्गत पेटंट मर्यादित कालावधीसाठी म्हणजे सध्या २० वर्षांपर्यंत दिले जाते. पेटंट कालावधी संपल्यानंतर अन्य कंपन्या बाजारपेठेत शिरू शकतात आणि परिणामी औषधाच्या किंमती खाली उतरतात व म्हणून पेटंट धारकांचा फायदाही कमी होतो. पेटंट कायद्याचा वस्तुतः हाच मुख्य हेतू आहे. परंतु फायझर, ग्लॅक्सो, स्मिथ अल्कलाईन, रोश, नोवार्टिस सारख्या बहुराष्ट्रीय कंपन्या

नेहमीच उत्पादनात किरकोळ बदल करून दुय्यम पेटंट मिळवतात आणि स्पर्धा रोखतात किंवा ती लांबवतात, ज्याला एव्हर्ग्रीनिंग असे म्हटले जाते. दुय्यम पेटंट उदाहरणार्थ, पेटंटची मुदत संपलेल्या औषधांचे साधित उत्पादने किंवा मीठ, इस्टर यांसारख्या पदार्थांसाठी असते. नव्या रासायनिक रचनेसह ही फक्त तांत्रिक नवी उत्पादने असतात पण त्यांचा रोगनिवारक परिणाम तोच असतो- नवीन कल्पनेचा अभाव असतो किंवा अगदीच मर्यादित वा किरकोळ असते. अशा प्रकरणांत पेटंट नाकारण्याचा देशांचा निर्णय समर्थनीय ठरतो कारण पेटंट लांबवण्यासाठी जुन्या औषधांच्या नव्या स्वरूपांना पेटंट संरक्षण देण्यास प्रोत्साहन देणे हा पेटंट व्यवस्थेचा हेतू नाही. मात्र नूतनीकरणाच्या नावाखाली याही परिस्थितीत अमेरिकेसारख्या देशांत उत्पादन पेटंट मंजूर केले जाते-ज्या पद्धतीचे विकसनशील देश इच्छेने किंवा अनिच्छेने अनुकरण करतात.

परिच्छेद ३ (ड) पेटंट व्यवस्थेतील अशा अपप्रवृत्तींचे नियमन करण्याचा प्रयत्न करते. परिच्छेद ३ (ड) अनुसार “केवळ माहित असलेल्या औषधांच्या नव्या स्वरूपाचा शोध लावल्याने ज्याचा परिणाम त्याच्या माहित असलेल्या सामर्थ्यात जराही वृद्धी होत नसेल” तर ते पेटंट देण्यास योग्य नाही. एप्रिल १९९४ मध्ये अमेरिकेत नोवार्टिसने इमॅटिनिबच्या (आणि एका संयुगाच्या साधित) पेटंटसाठी अर्ज केला होता. मार्केटिंगची मंजूरी मिळाल्यानंतर कंपनीने जुनाट मायेलॉईड ल्युकेमियावरील उपचारासाठी म्हणून जे औषध विकण्यास सुरुवात केली ते इमॅटिनिब नव्हते तर त्याचे साधित उत्पादन इमॅटिनिब मेसिलेट (ब्रँड-ग्लिव्हिक) होते. इमॅटिनिब मेसिलेटला पेटंट मिळावे म्हणून कंपनीने अमेरिकेत

स्वतंत्र अर्ज केला नाही. कारण सर्वोच्च न्यायालयाच्या निकालानुसार असे दिसते की, नोवार्टिस पेटंटमध्ये केवळ इमॅटिनिबचाच नव्हे तर इमॅटिनिब मेसिलेटचाही अंतर्भाव होता. मात्र त्यावेळेला नोवार्टिस भारतात इमॅटिनिब/मेसिलेटच्या पेटंटसाठी अर्ज करू शकत नव्हती. कारण ट्रिप्स करार अंमलात येण्यापूर्वी म्हणजे १ जानेवारी १९९५ पूर्वी इतरत्र पेटंटसाठी अर्ज केलेल्या किंवा मंजूर केलेल्या औषधांना भारताने पेटंट मंजूर केलेच पाहिजे, अशी आवश्यकता नव्हती. १९९५ नंतर (जुलै १९९८ मध्ये) नोवार्टिसने इमॅटिनिब मेसिलेटच्या प्रवाळ स्वरूपासाठी पेटंटचा अर्ज केला. परंतु स्फटिक स्वरूप परिच्छेद ३ (ड)चा निकष पूर्ण करत नाही, असा सर्वोच्च न्यायालयाने निकाल दिला. सर्वोच्च न्यायालयाने नोवार्टिसला पेटंट हक्क नाकारला. कारण माहित असलेल्या औषधाचे (इमॅटिनिब मेसिलेट) नवीन स्वरूपामुळे (स्फटिक स्वरूप) औषधाच्या रोगनिवारक सामर्थ्यात वाढ झाली, हे नोवार्टिस दाखवू शकली नाही.

भारतात अशा प्रकारचे ‘एव्हर्ग्रीनिंग’ मुक्तपणे करणे जास्तच अवघड आहे. प्रभावाविषयक कडक निकषाचा विचार करता, पेटंट संरक्षण नसलेल्या किंवा पेटंटची मुदत संपलेली औषधे नवे स्वरूपात आणणे सोपे नाही. रोगनिवारक प्रभाव दाखवल्याशिवाय भारतातील पेटंट कार्यालय पेटंट मंजूर करण्याची शक्यता कमीच वाटते. नोवार्टिस प्रकरणावरून दिसते त्याप्रमाणे नवीन स्वरूपातील औषधाचा रोगनिवारक प्रभाव जास्त आहे, हे दाखवणेही तितकेसे सोपे नाही. ग्लिव्हिकसारखी औषधे जी एरवी पेटंट संरक्षित झाली असती व त्यामुळे त्यांची किंमत मक्तेदारीमुळे उच्च राहिली असती ती पेटंटक्षम नाहीत आणि

म्हणून ती परवडणारी असतील. सर्वोच्च न्यायालयाचा निर्णय ट्रिप्सशी सुसंगत असाच आहे आणि तो लहरीपणाने आलेला नाही तर लवचिक व आंतरराष्ट्रीय मान्यताप्राप्त अशा कायदेशीर प्रक्रियेनंतर आला आहे. पेटंटचे कडक कायदे असलेले अन्य देशही औषधे अधिक परवडणारी होण्यासाठी त्यांच्या पेटंट कायद्यांत अशाच तरतूदी लागू करण्यास उद्युक्त होतील. अशा तऱ्हेने या निकालाचे महत्वपूर्ण आंतरराष्ट्रीय परिणाम होणार आहेत.

परंतु, सध्या जी औषधे पेटंट संरक्षणात आहेत उदाहरणार्थ, तक्ता १ मध्ये दिलेली औषधे किंवा ज्यांना भविष्यात पेटंट संरक्षण मिळू शकेल अशी औषधे त्यांच्या पेटंटची मुदत संपुष्टात येईपर्यंत मत्केदारी अंतर्गतच राहतील. इथे हे नमूद करणे आवश्यक आहे की, नोवार्टिसने १ जानेवारी १९९५ नंतर ट्रिप्स करार अंमलात आल्यानंतर काही महिन्यांनी अमेरिकेत पेटंटसाठी अर्ज केला असता तर कॅन्सरविरोधी औषध नवीन औषध म्हणून भारतातही पेटंट मिळवण्यास पात्र ठरले असते आणि परिच्छेद ३ (ड) त्यास पेटंटची मुदत समाप्त होईपर्यंत लागू होऊ शकले नसते. म्हणजे परिच्छेद ३ (ड) प्रश्नाच्या एका भागाचाच विचार करते. ज्या औषधी उत्पादनांना पेटंट मंजूर करण्यात आले आहे, त्यांच्या किंमती भरमसाठ वाढल्या असतील तेव्हा सरकार काय करू शकते? इथेच सक्तीच्या परवाना पद्धतीची भूमिका अत्यंत महत्वाची ठरते.

सक्तीची परवाना पद्धती म्हणजे पेटंट नसलेल्यांना पेटंट वापरण्याचा सरकारने दिलेला अधिकार आहे. उदाहरणार्थ, पेटंट धारकाला मोबदला देऊन त्याच्या इच्छेने किंवा इच्छेविरुद्ध पेटंट औषधाचे उत्पादन किंवा विक्री करण्याचा अधिकार मिळतो.

विविध अभ्यास आणि अहवालांनी ठळकपणे प्रकाशात आणलेली बाब म्हणजे, औषधांना पेटंट संरक्षणामुळे त्यांच्या किंमतीवर होणाऱ्या नकारात्मक परिणामांचा प्रश्न सोडवण्यासाठी पेटंट औषधांच्या व्यवस्थेत सक्तीची परवानापद्धत अत्यंत महत्वाची ठरते. पेटंट संरक्षण असलेले औषधाचे उत्पादन करण्यासाठी भारतीय कंपन्यांना परवाने दिले तर उत्पादकांमध्ये स्पर्धा किंमती खाली आणेल पण संशोधकांना दिलेल्या मोबदलामुळे संशोधन आणि विकासाकरता निधी व प्रोत्साहन मिळणे चालूच राहील.

सुधारित कायद्यात सक्तीच्या परवान्यांवर तपशीलवार तरतूदी आहेत. सर्वसाधारण तत्त्वे पेटंट असलेले संशोधन लोकांना संयुक्तिकरित्या परवडण्याजोग्या किंमतीत उपलब्ध करण्याच्या महत्वावर भर देते. याची खात्री करण्यासाठी संशोधन काम भारतात केले जाते आणि पेटंट धारकांना औषध आयात करून मत्केदारीचा उपभोग घेण्यास परवानगी देत नाही. खरे तर लोकांच्या संयुक्तिक गरजांचे समाधान झालेले नाही, किंवा उत्पादन संयुक्तिक परवडण्याजोग्या किंमतीत उपलब्ध नाही किंवा पेटंट संशोधनाचे काम भारतीय प्रदेशात झालेले नाही, या कारणांवरून सक्तीच्या परवान्यासाठी अर्ज करता येतो.

एका डोसमागे पन्नास हजार रुपयांपेक्षा जास्त किंमतीची औषधे वाजवीपणे परवडणारी नाहीत, याबाबत शंका असू शकते का? पण भारतात उत्पादनांना पेटंट मंजूर करण्यास दशकापूर्वी प्रारंभ झाला असला तरी आतापर्यंत फक्त एक-नॅटको या भारतीय जैविक कंपनीला कॅन्सरविरोधी औषध सोराफेनिब टॉसिलेट (पेटंटधारक बायर त्यास नेव्झाव्हर म्हणून विकते.) या

औषधासाठी सक्तीचा परवाना मंजूर करण्यात आला आहे.

सक्तीची परवाना पद्धत ज्या देशांत परिणामकारकरित्या उपयोगात आणली जाते, त्या देशांच्या अनुभवावरून उदा. कॅनडातील पूर्वीच्या अनुभवांवरून थेट, पारदर्शक आणि जलद प्रक्रिया महत्वाची आहे. पेटंट धारक कोणत्याही सक्तीच्या परवान्याला नैसर्गिकपणे विरोध करणार. कॅनडियन अनुभव हे दर्शवतात की, सक्तीचा परवाना मंजूर करण्यास विलंब किंवा तो नाकारण्याची वास्तवात संधी पेटंट धारकांना मिळणार नाही, यासाठी काय कामकाज प्रक्रिया असायला हवी? पण भारताच्या बाबतीत असे घडत नाही. संपूर्ण प्रक्रिया अतिशय कायदेशीर आहे. प्रक्रिया अनंतकाळ चालणारी व सक्तीचा परवाना मंजूर करण्यास कोणतीही कालमर्यादा न लादलेली अशी आहे आणि खटला दाखल करून वेळेचा अपव्यय करण्यास पेटंटधारकास संधी पुरवते. पेटंट धारण करणाऱ्या बहुराष्ट्रीय कंपन्यांशी लढण्यासाठी लागणारा प्रचंड न्यायालयीन खर्च आणि अनिश्चितता यामुळे परवान्यासाठी अर्ज करणाऱ्या जैविक कंपन्या अगोदरच माघार घेतात. या केवळ सैद्धांतिक शक्यता नाहीत. १९७० पूर्वी भारतात नेमके हेच घडत होते आणि २००५ नंतरही आता तेच घडत आहे. सक्तीचे परवाने मंजूर करण्याची सध्याची प्रक्रिया १९७० पूर्वी भारतात औषधी क्षेत्रात पेटंटला मान्यता देण्यासाठीच्या प्रक्रियेसारखीच आहे. तेव्हा फक्त दोन सक्तीचे परवाने मंजूर करण्यात आले होते. मुख्य कारण अत्यंत त्रासदायक प्रक्रिया हेच होते. औषधांशिवाय इतर उत्पादनांसाठी १९७० च्या कायद्यातील तीच प्रक्रिया असून आता सुधारित कायद्यात तीच कायम



ठेवून औषधांसह सर्वच उत्पादनांना लागू करण्यात आली आहे. सक्तीचा परवाना मंजूर करण्यासंदर्भात ट्रिप्स काही अटी लादतो. पण देशांना त्याच्यासाठी योग्य अशी व्यवस्थेची योजना करण्याची पुरेशी लवचिकताही प्रदान करतो. उदाहरणार्थ, ट्रिप्स प्रथम पेटंट धारक नसलेल्या कंपन्यांनी पेटंट धारकांकडून वाजवी व्यावसायिक अटींवर ऐच्छिक परवाने मिळवण्याचा प्रयत्न करावा, असा आग्रह धरतो. पण वाजवी अटींसाठी मार्गदर्शक तत्वे जारी केली जाऊ शकतात. सर्वाधिक कालमर्यादा ठरवून देता येईल. या प्रकरणात कार्यपद्धती अत्यंत सोपी असेल-जर अर्जदाराला ठराविक मुदतीत व त्या अटींवर ऐच्छिक परवाना मिळाला नाही, तर त्याला सक्तीचा परवाना मंजूर करता येईल.

आणखी एका लवचिकतेचा भारत उपयोग करू शकतो ती म्हणजे पेटंट संरक्षित औषधांच्या किंमतींवर थेट नियंत्रण करणे. ट्रिप्स किंवा जागतिक व्यापार संस्थेच्या (World Trade Organization) कोणत्याही करारान्वये किंमत नियंत्रणास प्रतिबंध करण्यात आलेला नाही. पण किंमत नियंत्रणाचे उपाय आणि सक्तीचा परवाना यातील दोन महत्त्वपूर्ण फरक नमूद करायला हवेत. किंमती नियंत्रित झाल्या तर पेटंट धारक बहुराष्ट्रीय कंपन्या आपले उत्पादन भारतात मुळीच विकणार नाहीत. जर त्यांनी विकलेच तर औषधे खूपच स्वस्त होतील. पण त्यामुळे जैविक कंपन्यांना कोणतीही संधी मिळणार नाही. सक्तीच्या परवान्यामुळे स्पर्धेच्या माध्यमातून किंमती अधिक परवडणाऱ्या होतात. एवढेच नव्हे तर जैविक कंपन्यांना संधीही मिळते जी त्यांच्या दीर्घकालीन अस्तित्वासाठी अत्यंत महत्वाची आहे.

## तक्ता १ : बहुराष्ट्रीय कंपन्यांच्या मत्केदारी औषधांच्या किंमती :

| ब्रँडेड उत्पादने                                   | जैविक नाव                                                               | एमएनसी               | रोगनिवारकता  | किंमत प्रति युनिट |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|-------------------|
| जेवतना इंजक्शन ६० मिली.                            | कॅबॅझिटाक्झेल                                                           | सॅनोफी<br>अव्हेंटीस  | कॅन्सरविरोधी | ३३००००            |
| हर्सेप्टिन इंजक्शन ५० मिली.                        | ट्रास्टुझुमॅब                                                           | रोश                  | कॅन्सरविरोधी | ११०७००            |
| एर्बिटेक्स ५०० मिग्रॅ.<br>इंजक्शन ५० मिली.         | सेटुक्झिमॅब                                                             | मर्क                 | कॅन्सरविरोधी | ९२३१६             |
| मॅबथेरा ५०० मिग्रॅ.<br>इंजक्शन ५० मिली.            | रिटुक्झिमॅब                                                             | रोश                  | कॅन्सरविरोधी | ८००००             |
| नोवोसेवेन<br>एप्टाकोगल्फा २.४<br>मिग्रॅ. इंजक्शन १ | अँटीहेमॉ<br>फिलिकग्लोब्युलिन<br>के<br>बी व प्रोथ्रोम्बिन<br>कॉम्प्लेक्स | नोवोनॉर्डिस<br>के    | रक्तसंबंधी   | ७९०००             |
| टॉरीझेल २५ मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १                    | टेमसिरोलिमस                                                             | फायझर                | कॅन्सरविरोधी | ७४५२०             |
| अलिमटा ५०० मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १                    | पेपेट्रेक्झेडे                                                          | एलिलिली              | कॅन्सरविरोधी | ७३६६०             |
| सँडोस्टॅटिन ०.१ मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १               | ऑक्ट्रिओटाईड                                                            | नोवार्टिस            | रक्तसंबंधी   | ७२०८१             |
| आयक्झेंप्रा ४५ मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १                | आयक्झेंबिपिलोन                                                          | बीएमएस               | कॅन्सरविरोधी | ७११७५             |
| सँडोस्टॅटिन २० मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १                | ऑक्ट्रिओटाईड                                                            | नोवार्टिस            | रक्तसंबंधी   | ६५४९९             |
| वेलकेड ३.५ मिग्रॅ.<br>इंजक्शन १                    | बोर्टेझॉमिब                                                             | जॉन्सन अँड<br>जॉन्सन | कॅन्सरविरोधी | ६०९४०             |

स्त्रोत: सेल्स ऑडिट डेटा एआयओसीडी-अवॅक्स

(डॉ. सुदिप चौधरी- भारतीय व्यवस्थापन संस्था, कलकत्ता येथे अर्थशास्त्र विषयाचे प्राध्यापक. औद्योगिक धोरण, देशाच्या विकासात राज्यांचा सहभाग इ. सारख्या विषयावर संशोधनपर लेखन. याशिवाय, जागतिक आरोग्य संस्था व भारताचे राष्ट्रीय औषध धोरण या विषयांवर पुस्तके प्रकाशित. युनायटेड नेशन डेव्हलपमेंट प्रोग्राम न्यूयॉर्क, युनायटेड नेशन इंडस्ट्रीयल ऑरगनायझेशन व्हिएन्ना, रिझर्व्ह बँक ऑफ इंडिया इ.सह भारत सरकारच्या अनेक समित्यांच्या अभ्यासगटाचे सदस्य. संपर्कासाठी इमेल - sudip@iimcal.ac.in)

— भाषांतर : उमेश कुलकर्णी



## भारताच्या सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीच्या शोधासाठी निधीपुरवठा

— सोमिल नागपाल

सार्वत्रिक आरोग्यसेवाक्षेत्राची व्याप्ती (Universal Health Coverage, UHC) ही संकल्पना, कोणत्याही आर्थिक अडचणींना तोंड दिल्याशिवाय आरोग्यसेवा मिळवणाऱ्या लोकांशी निगडित आहे. म्हणजेच ह्या संकल्पनेत आरोग्यसेवेपर्यंत पोहोचण्याची सुविधा, तिची गुणवत्ता व आर्थिक सुरक्षा एवढ्या घटकांचा समावेश आहे. चांगले आरोग्य व विकासात्मक परिणाम मिळवणे, आरोग्यविषयक कारणांमुळे येणाऱ्या विपन्नावस्थेपासून लोकांना दूर ठेवणे, तसेच लोकांना अधिक आरोग्यदायी व उत्पादनशील आयुष्य मिळवून देणे हा सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीचा उद्देश आहे. सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीची संकल्पना ही या सहस्रकाच्या विकास कार्यसूचीवरील चर्चेत २०१५ नंतरच्या शक्यता धोरणांवर वैश्विक विकास कार्यसूचीमधील संभाव्य उद्दिष्ट म्हणून ठळकपणे अंतर्भूत करण्यात आली आहे.

जगभरातल्या बऱ्याच राष्ट्रांनी अलिकडच्या काही वर्षांमध्ये, आपल्या नागरिकांना सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्ती उपलब्ध

करून देण्यासाठीच्या उपक्रमांमध्ये वाढ केली आहे. भारतातही आता त्याचे धोरण स्पष्टपणे कार्यसूचीवर असून आरोग्यक्षेत्रावरील खर्च वाढवण्याच्या बाबतीत केंद्र व राज्य शासनाकडे वाढती इच्छाशक्ती दिसून येत आहे. तथापि, या सार्वजनिक आरोग्यावरचा खर्च वाढविण्याविषयी सार्वत्रिक बांधिलकी असली तरी काही अवघड निर्णय घेण्याची गरज निर्माण झाली आहे. कारण वैयक्तिक आरोग्य सेवा, आपत्कालीन सेवा आणि लोकसंख्येवर आधारित सार्वजनिक आरोग्य व्यवधाने या साऱ्यांसाठीचा वित्तपुरवठा अपुरा असताना यांच्यात नवीन स्रोतांची व्यवस्थित वाटणी कशी करणार, हा मोठा प्रश्न आहे.

नुकत्याच मंजूर झालेल्या देशाच्या बाराव्या पंचवार्षिक योजनेत सार्वत्रिक आरोग्यव्याप्तीची कार्यप्रणाली स्थापित करण्याचे दूरगामी उद्दिष्ट स्पष्टपणे मांडण्यात आले आहे (नियोजन आयोग २०१२). बाराव्या आराखड्याच्या शेवटी सार्वजनिक आरोग्याच्या स्थूल एतद्देशीय

उत्पादन खर्चातली वर्षामागे १ टक्क्याची महत्त्वपूर्ण वाढ करण्याचे उद्दिष्ट साध्य केले जाईल. अजून तरी भारताच्या आरोग्य क्षेत्रातील आव्हाने निम्नस्तरीय सार्वजनिक वित्तपुरवठा, सार्वजनिक वितरण प्रणालीतील उत्तरदायित्वाचे प्रश्न आणि योजनाबाह्य खर्चाचा सातत्यपूर्ण प्रभाव यात अडकलेली आहेत. असे असले तरी, यातल्या काही आव्हानांचा मुकाबला करण्याच्या दृष्टीने आणि देशातल्या गरीब आणि असुरक्षित घटकांसाठी आरोग्य सेवांची उपलब्धता सुधारण्यासाठी केंद्र व राज्य शासनांतर्गत अनेक नवे उपक्रम राबवण्यात येत आहेत. त्यांची चर्चा या लेखात ओघाने येईलच.

**भारताच्या आरोग्य वित्तपुरवठ्याचा संदर्भ:**

भारत पूर्वीपासूनच आरोग्य सेवांमध्ये कमी खर्च करत आला आहे आणि ढोबळमानाने स्थूल एतद्देशीय उत्पादनाच्या ४.१ टक्के किंवा ४० अमेरिकी डॉलर इतके दरडोई वाटप २००८-०९ या वर्षात आरोग्य क्षेत्रात झाले. जागतिक आरोग्य

खर्चाच्या संदर्भात भारताच्या वाट्याचा विचार केला तर जगाच्या लोकसंख्येच्या १७ टक्के लोकसंख्या असलेल्या आपल्या देशात मात्र, आरोग्यावर जगातील एकूण आरोग्य खर्चापैकी केवळ १ टक्का खर्च केला जातो. आरोग्य खर्चाच्या वाट्याने देशाच्या गतिशील आर्थिक वाढीचा वेग कधीच पकडला नाही. (भारताचा एकूण आरोग्य खर्च २००१-०२ मध्ये स्थूल एतद्देशीय उत्पादनाच्या ४.८ टक्के इतका जास्त होता त्यानंतर मात्र त्याचे प्रमाण घसरले). जनतेच्या आरोग्यावर होणारा जी.डी.पी. शेकडा खर्च गेल्या दोन दशकांत थोडा वाढून १ टक्क्याच्या आसपास घुटमळतो आहे. (आकृती १). २००५ या वर्षात (केंद्र, राज्य व स्थानिक) शासनाने १/५ खर्च केला तर ग्राहकांच्या खिश्यातून केल्या गेलेल्या खर्चाची रक्कम ७० टक्के जगातील सर्वात मोठी टक्केवारी ठरली. अलिकडच्या काही वर्षातील अधिकृत अंदाज उपलब्ध नसले तरी जागतिक आरोग्य संघटना (WHO) ने सांगितलेल्या आकडेवारीनुसार २०११ वर्षात आरोग्य खर्चातील शासनाचा वाटा ३० टक्के व ग्राहकांच्या खिशावरील भार ६० टक्के इतका आहे. २००५ च्या तुलनेत सरकारी खर्चात महत्वपूर्ण सुधारणा झाली असली तरी देशाच्या सामाजिक-आर्थिक विकासाच्या पातळीवर अजूनही बराच टप्पा गाठवयाचा आहे, हेच ह्यातून स्पष्ट होते.

खालील तक्त्यात भारताच्या आरोग्य सेवा प्रणालीतल्या मुख्य घटकांना राष्ट्रीय आरोग्य वर्गीकरणानुसार रेखाटले आहे. त्यांचे वर्गीकरण २००५ सालच्या स्रोत, कर्ता व उत्पादक यांनुसार केले आहे. उपक्रमाच्या सुरुवातीपासून आरोग्य वित्तपुरवठा संदर्भावर प्रकाश टाकतो. ठळक बाण वित्तपुरवठ्याचा मुख्य प्रवाह दर्शवितात.<sup>७</sup>

तक्ता १ - भारताच्या आरोग्य यंत्रणेतील वित्तीय प्रवास:

**भारतीय आरोग्य व्यवस्थेतील प्रमुख घटक व निधी प्रवाह, सन २००५**

| स्रोत                 | कारक                                 | प्रदाता                                           |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|
| केंद्र सरकार (७%)     | आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालय (६%) | सार्वजनिक प्रदाते (२०%)                           |
|                       |                                      | बाह्यरुग्ण २०%                                    |
|                       |                                      | आंतररुग्ण ४०%                                     |
| बाहेरील (२.३%)        | राज्य आरोग्य मंत्रालय (१२%)          | एस्.एच्.आय. व शासकीय आराखडा सुविधा प्रदाते (३.५%) |
| राज्य सरकार (१३%)     | सामाजिक विमा +                       | खासगी प्रदाते (७७%)                               |
|                       | सरकारी कर्मचारी आराखडा (४.१%)        | बाह्यरुग्ण ८०%                                    |
|                       |                                      | आंतररुग्ण ६०%                                     |
| उत्पादन संस्था (५.७%) | खासगी विमाकार (१.६%)                 |                                                   |
| घरगुती (७१%)          |                                      |                                                   |

**ग्राहकांच्या खिशातून केला जाणारा खर्च :**

भारतातील आरोग्य वित्त व वितरण चार महत्वाच्या व समांतरमार्गाने विकसित झाले आहे. पहिले, व सगळ्यात महत्वाचे म्हणजे कौटुंबिक खर्च. जवळपास हा सगळा खर्च खासगी पुरवठादारांनी सेवा फी कडे वळलेला आहे, मात्र काही जण सार्वजनिक सुविधांच्या नावाने पैसा गोळा करतात. देशातल्या गरीब कुटुंबांवर विपन्नावस्था येण्याच्या काही महत्वाच्या कारणांपैकी ही कार्यपद्धती हे एक कारण आहे. जास्तीत जास्त ८० टक्के बाह्य रुग्ण व ६० टक्के आंतर रुग्णांना खासगी व्यवसायिक सेवा देतात. (एन.एस.एस.ओ, ६०वी आकडेवारी). याचाच अर्थ एकूण आरोग्यखर्चाच्या ७७ टक्के खर्च खासगी पुरवठादारांना पाठवावे लागतात (चॅरिटी व ना-नफा मदत पुरविणाऱ्यांना).

दुसरी पध्दत ही कराद्वारे संचालित थेट सार्वजनिक वितरण पद्धती आहे, जी तत्त्वतः सर्व लोकसंख्येसाठी उपलब्ध आहे. ही मुख्यत्वे राज्यांकडून चालवली जाते, सार्वजनिक वितरण व्यवस्था, ज्यात केंद्रीय प्रायोजित उपक्रम राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य मिशनंतर्गत प्राथमिक, द्वितीय आणि तृतीयक पातळीवर उपक्रम राबवले जातात व आपल्या देशातील अनुक्रमे २० टक्के बाह्य रुग्ण आणि ४० टक्के आंतर रुग्णांना त्याचा लाभ मिळतो.

तिसऱ्या भागात खासगी क्षेत्रातील कामगार व सरकारी कर्मचाऱ्यांसाठी सामाजिक विमा योजनांचा समावेश आहे. ह्या योजना सर्वसाधारणपणे सक्तीची आहे व त्यासाठी नियोक्ता व कर्मचारी ह्यांच्याकडून अंशदान घेतले जाते, मात्र काही प्रमाणात शासकीय अनुदानाच्या लाभाचाही यात समावेश आहे.

चौथ्या खंडात ऐच्छिक खाजगी विमा समाविष्ट करण्यात आला आहे, याची सुरुवात १९८०च्या शेवटी झाली पण २००० सालापर्यंत यात वेगाने वाढ झाली. २००४-०५ सालात ऐच्छिक खाजगी विम्याचा जमाखर्च एकूण आरोग्य खर्चाच्या १.६ इतका होता, तो २००८-०९ सालापर्यंत अंदाजित खर्च ३ टक्क्यांपर्यंत पोहोचला.<sup>१०</sup>

### आरोग्य वित्त आणि परिणाम :

इतर जागतिक स्पर्धकांच्या तुलनेत भारताचा सार्वजनिक आरोग्यावरील खर्च (एकूण जीडीपीच्या वाट्याच्या स्वरूपात) लक्षणीयरीत्या अत्यल्प आहे. येथे सर्वसाधारणतः समान उत्पन्न पातळीवरील देशांमध्ये ही तुलना केलेली आहे व सध्याच्या अमेरिकी डॉलरप्रमाणे दरडोई जीडीपी मोजला आहे. सध्या बहुसंख्य राष्ट्रे भारताच्या तुलनेत आपल्या जीडीपीचा बराच अधिक वाटा आरोग्याक्षेत्रावर खर्च करतात. आकृती क्र. ३ मध्ये याचे स्पष्टीकरण केलेले आहे. तुलनेच्या सोयीसाठी साठी दक्षिण आशियातील देशांचा निर्देश केला आहे.

### आरोग्य सेवांची पोहोच वाढवण्यासाठी नवीन कार्यक्रम :

आरोग्य व्याप्तीक्षेत्र वाढवण्यासाठी खालच्या थराची रचना म्हणजे ग्रामीण व गरीब जनतेच्या व्याप्तीक्षेत्रापासून सुरुवात करणे आणि कमीतकमी वेळात लोकसंख्येच्या व्याप्तीक्षेत्राचा विचार करणे, हे अलिकडच्या काळातील भारताच्या सार्वत्रिक आरोग्य व्याप्तीक्षेत्राच्या दृष्टीने उचलेले असामान्य पाऊल आहे.

याबाबतीतले दोन महत्वाचे राष्ट्रीय उपक्रम म्हणजे आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालयाचे (राष्ट्रीय आरोग्य मंत्रालय ज्याचा

प्रसार नंतर शहरी भागातही झाला.) राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना व श्रम आणि रोजगार मंत्रालयाचे राष्ट्रीय स्वस्थ बिमा योजना हे होत. याशिवाय अनेक राज्यांच्या विविध उपक्रमांचा यात समावेश आहे. जसे, आंध्रप्रदेश सरकारने सुरू केलेली राजीव आरोग्यश्री योजना, तशाच प्रकारचे उपक्रम वाजपेयी आरोग्य योजना (कर्नाटक), मुख्यमंत्री सर्वकष आरोग्य विमा योजना (तामीळनाडू), सर्वकष आरोग्य विमा योजना (केरळ), राजीव जीवनदायी (महाराष्ट्र), मुख्यमंत्री अमृतम (गुजरात), मेघा आरोग्य विमा योजना (मेघालय), मुख्यमंत्री स्वस्थ बिमा योजना (छत्तीसगड), राष्ट्रीय स्वस्थ बिमा योजना प्लस (हिमाचल प्रदेश). राज्य सरकारच्या विशेष प्रयत्नांनी तृतीय व शस्त्रक्रियेची वाट समाजातील गरीब व असुरक्षित घटकांना खुली झाली.

हे सगळे उपक्रम वेगवेगळ्या संस्थांमार्फत संकल्पित करून त्याची अंमलबजावणी साधारण एकाच कालावधीत म्हणजे सात-आठ वर्षांपूर्वी करण्यात आली व वेगवेगळ्या आर्थिक, वितरण विचारसरणीने वापरली गेली. तथापि, असे अनेक समुदाय आहेत ज्यांना या आरोग्य व्याप्तीक्षेत्राच्या उपक्रमांचा उद्देश अधिक विस्तारित करून देशाच्या गरीब व असुरक्षित घटकांपर्यंत पोहोचवायचा आहे तसेच त्यांना सुधारित आर्थिक संरक्षण द्यायचे आहे. जेणेकरून त्याला शासनाचे पूर्ण अनुदान मिळेल, त्यांच्या लाभार्थीना पूर्णपणे मोफत इलाज, प्रदात्यांना प्रत्यक्ष वसूली देयके किंवा इलाजाच्या रकमेचा काही भाग उचलण्यात सवलत मिळेल.

केंद्र शासनाच्या आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालयांतर्गत राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजनेने पुढाकार घेऊन २००५ या वर्षात

आरोग्य व्याप्तीक्षेत्राच्या उद्देशांचा प्रसार सुरू केला. आपल्या संविधानिक राष्ट्राचा विचार करता, आरोग्य टिकवणे हा प्रत्येक राज्याचा विषय असून, राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना विशेष स्रोतांमार्फत राज्यांच्या अखत्यारित येणारी सार्वजनिक आरोग्य प्रणाली उपक्रमांस पुरवणे व त्यांची ताकद वाढविण्याचे कार्य करते. याशिवाय, राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना संस्थात्मक तंत्राची रचना करण्यास सुलभ असलेल्या यांत्रिक लाभांना आर्थिक सहाय्य करते, त्यामुळे निर्धनांचा प्रवाह वेगाने होईल. अनेक सेवा वितरण नवकल्पना अपूर्ण असल्या तरी त्या महत्त्वपूर्ण आहेत, त्यामुळे केंद्र शासनाच्या आरोग्यविषयक गुंतवणुकीत वाढ होऊन, सार्वजनिक आरोग्य व्यवधाने आणि प्राथमिक उपचार साधला गेला आहे. याशिवाय वाढीव वित्तव्यवस्था, कंत्राटी कामगारांना कामावर ठेवण्यातील लवचिकता, साखळी पुरवठ्याची पुनर्रचना, तळागाळातील कामगार वर्गाला त्यांच्या कामातील कामगिरीवरच भत्ता देणे, आर्थिक प्रवाही तंत्रांना धरून असलेल्या नवकल्पना, आणि एकूणच सार्वजनिक आरोग्य खर्च वाढवण्यावर जोर देणे यांसारख्या बाबींमुळे राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना (NRHM) पूर्वीपासून अस्तित्वात असलेल्या योजनांपेक्षा वेगळी ठरते.

एखाद्या व्यक्तीचे उत्पन्न, त्याचे स्थान किंवा इतर कोणत्याही गोष्टींना महत्त्व न देता राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजनेच्या लाभार्थीला सार्वजनिक आरोग्य सेवा मिळू शकतात. देशाची ग्रामीण लोकसंख्या साधारणपणे ८३३ दशलक्ष (२०११च्या जनगणनेनुसार) असून त्यापैकी ४९० दशलक्ष लोकसंख्या राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना (NRHM) अंतर्गत 'जास्त लक्ष' या सदरात मोडत असून अशा लाभार्थीना या

उपक्रमाद्वारे फायदे मिळण्याची तरतूद आहे. (NRHM)च्या उपक्रमांतील एक मोठा उपक्रम म्हणजे जननी सुरक्षा योजना ज्याद्वारे मोफत संस्थापकीय प्रसूति सेवा उपलब्ध असलेल्या गरीब महिलेला सशर्त रोख खातेबदल करणे शक्य आहे, आणि याचा फायदा सध्या १० लाखांच्या वर महिला दरवर्षी घेत आहेत. दरवर्षी जवळपास २२ दशलक्ष मुले पूर्णपणे लसीकरण घेत आहेत (एन्.आर.एच.एम्. २०१२). तथापि, हेही खरे आहे की प्रचंड मोठी म्हणजे ८० टक्के फिरती वैद्यकीय सेवा व जवळजवळ ६० टक्के आंतररुग्ण सेवा अजूनही सार्वजनिक आरोग्य पद्धतीत समाविष्ट नाही. (एन.एस्.एस्.ओ.राऊंड डेटा ६०).

२००७ पासून आर.एस्.बी.आय आणि आंध्र प्रदेशातील राजीव आरोग्यश्रीपासून प्रेरणा घेतलेले अन्य राज्यातील उपक्रम यांची एक नवी लाट आली. शासन पुरस्कृत आरोग्य विमा योजना (जी.एस्.एच्.आय.एस.). या योजनेने शासन व्यवस्था करणे, वाटप करणे, आणि आरोग्याच्या सार्वजनिक स्रोतांचा वापर करणे, तसेच स्पष्ट (आणि वितरित करणे) सेवा, सेवांच्या वितरणाची मोठी जबाबदारी उचलणे, सार्वत्रिक व्याप्तीक्षेत्रापर्यंत पोहोचण्याकरता सगळ्यात आधी तळागाळातील गरीबांना समाविष्ट करून घेणे गरजेचे आहे. २०१० यावर्षापर्यंत २४० दशलक्ष म्हणजे लोकसंख्येच्या १९ टक्के भारतीय जी.एस्.एच्.आय.एस्. मध्ये समाविष्ट केले गेले. खाजगी विमा व इतर प्रकारच्या व्याप्तीसाठी ३०० दशलक्षाहून अधिक जनता, किंवा २५ टक्के लोकसंख्येपेक्षा जास्त जनतेने २०१० च्या आरोग्य विम्याचा लाभ उचलला. तक्ता क्र.१ २००३-०४, २००९-१० आणि २०१५ (अपेक्षित वाढ) देशाच्या विविध विमा योजनेतर्गत लाभार्थीची संख्या दर्शवते. तक्ता २ - जी.एस्.एच्.आय.एस्. व प्रक्षेपित वाढ यांतील लोकसंख्या व्याप्तीक्षेत्र, २००३-०४, २००९-१० व २०१५ (दशलक्ष जनता)

| योजना                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | २००३-०४         | २००९-१०         | २०१५ <sup>अ</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| केंद्र शासन                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                 |                   |
| कर्मचारी राज्य विमा योजना (ESIS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ३१              | ५६              | ७२                |
| केंद्रीय कर्मचारी आरोग्य योजना (CGHS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ४.३             | ३               | ३                 |
| आर.एस्.बी.वाय. RSBY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -               | ७०              | ३००               |
| राज्य शासन                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                 |                   |
| आंध्र प्रदेश, AP (राजीव आरोग्यश्री)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -               | ७०              | ७५                |
| तमीळनाडू, (कलईगार), TN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -               | ४०              | ४२                |
| कर्नाटक KA (वाजपेयी आरोग्यश्री)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -               | १.४             | ३३                |
| KA (यशस्वीनी)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | १.६             | ३               | ३.४               |
| एकूण शासन-पुरस्कृत                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ३७.२            | २४३             | ५२८.४             |
| व्यापार विषयक विमा                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | १५ <sup>ब</sup> | ५५ <sup>ब</sup> | ९०                |
| एकूण बेरीज (तक्त्यात नसलेले इतर) <sup>ब</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ५५              | >३००            | >६३०              |
| स्रोत - लेखकाने केलेला विस्तार योजनेच्या माहितीवरून                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                 |                   |
| नोंद : लागू नाही, योजना अस्तित्वात नाही                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |                   |
| अ. २०१५ साठीची सदस्य संख्या ला फॉर्जिया व नागपाल, २०१२ वर आधारित.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                   |
| आ. अंदाज विमा नियामक व विकास प्राधिकरणावर आधारित आहेत. ट्रॅफिक एडवायझरी कमिटी किंवा इन्शुरन्स इन्फोरमेशन ब्युरो यांनी महसूल माहिती प्रकाशित करण्याकरता अर्ज केले आहेत .....                                                                                                                                                                                               |                 |                 |                   |
| इ. इतर आरोग्य संरक्षण व आरोग्य विमा योजना, याशिवाय सामुदायिक आरोग्य विमा योजना, हातमाग कामकार व कारागीरांसाठी सार्वजनिकरित्या अनुदानित योजना, बिगर कंत्राटी शासकीय कर्मचारी (संरक्षण,रेल्वे, राज्य शासनाचे कर्मचारी) आणि अशासकीय कर्मचारी (जिथे नियोक्ता स्वतः सर्व सुविधा चालवतो किंवा कोणत्याही विमा यंत्रणेच्या वापराशिवाय तो प्रतिपूर्ति करतो) यांना रोजगार लाभ आहेत. |                 |                 |                   |

सध्याच्या कल बघता व शासनाकडून राजकीय व आर्थिक मदत गृहित धरून विमा व्याप्ती किमान ६३० दशलक्ष लोकांपर्यंत म्हणजेच २०१५ च्या लोकसंख्येच्या ५० टक्के इतकी पोहोचणे अपेक्षित आहे<sup>११</sup>.

### भविष्यावलोकन - सार्वजनिक आरोग्य खर्चातील प्रक्षेपित वाढ :

जागतिक आरोग्य कार्यक्रमाच्या (UHC) दिशेने करण्यात आलेले अलीकडचे प्रयत्न डोळ्यात भरण्यासारखे आहेत. शिवाय त्याच्या मदतीने आरोग्याविषयीची राजकीय रुपरेषा उंचावता आली. या उपक्रमांमुळे देशातल्या सगळ्यात जास्त असुरक्षित घटकांना परवडणाऱ्या दरात चांगली आरोग्यसेवा पुरविण्यासाठी अधिक आर्थिक मदत मिळणे शक्य झाले आहे.

एन्.आर.एच्.एम्. व आर.एस.बी.वाय.मधील महत्त्वपूर्ण केंद्रीय गुंतवणूक ही या परियोजनेचा महत्त्वपूर्ण भाग आहे. राज्यांकडूनही अशीच कामगिरी अपेक्षित आहे. जागतिक बँकेचे एक नवे प्रकाशन जागतिक आरोग्य कार्यक्रमाच्या दिशेने मार्गक्रमण करण्यासाठी एक नवी दिशा सुचविते. त्यातून नव्या विचारविमर्शाला चालना मिळेल, अशी अपेक्षा आहे (ला फोर्जीया आणि नागपाल, २०१२). या प्रकाशनातून घेतलेला खाली दिलेला तक्ता २ नुसार या नव्या पॅकेजामुळे जीडीपीतून ०.४%-०.५% खर्च करून दारिद्रेषेखालील सर्व जनता व त्यावरील ७७% लोकसंख्येचा समावेश करणे त्यामुळे शक्य होणार आहे.

### तक्ता ३ - प्रस्तावित सेवा पॅकेज २०१५ची अंदाजे दरवाढ :

| भांडवल पुरवणारा प्रस्तावित स्रोत | प्रस्तावित व्यवधाने व लक्ष्य घटक                                          | घटक किंमत दर कुटुंब दरवर्ष (रु.) | रेखाचित्र | लाभार्थी कुटुंबांची संख्या (दशलक्ष) | रेखाचित्र १ ५०० प्रतिव्यक्ती (कोटी रु.) | रेखाचित्र २ १००० प्रतिव्यक्ती (कोटी रु.) |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| केंद्रीय                         | प्रमाण पॅकेज (द्वितीय व प्रसूति व्याप्तीक्षेत्र) - बीपीएल                 | १,००० <sup>अ</sup>               | ला.ना.    | ६०                                  | ६,०००                                   | ६,०००                                    |
|                                  | पी.एच्.सी. कार्याधारित प्राथमिक सेवा योजना बीपीएलब                        | ५००                              | (१)       | ६०                                  | ३,०००                                   | ६,०००                                    |
|                                  |                                                                           | १,०००                            | (२)       |                                     |                                         |                                          |
|                                  | केंद्र शासन एकूण, सर्व घटक                                                |                                  |           |                                     | ९,०००                                   | १२,०००                                   |
| राज्य                            | तृतीय सेवा योजना -बीपीएल                                                  | ९०० <sup>क</sup>                 | ला.ना.    | ६०                                  | ५,४००                                   | ५,४००                                    |
|                                  | प्रमाण पॅकेज (असुरक्षित अगरीब जनतेसाठी द्वितीय व प्रसूति व्याप्तीक्षेत्र) | ६०० <sup>ड</sup>                 | n.a.      | १२०                                 | ७,२००                                   | ७,२००                                    |
|                                  | पीएचसी कार्याधारित प्राथमिक सेवा योजना - असुरक्षित अगरीब                  | ५००                              | (१)       |                                     |                                         |                                          |
|                                  |                                                                           | १,०००                            | (२)       | १२०                                 | ६,०००                                   | १२,०००                                   |
|                                  | तृतीय सेवा योजना - असुरक्षित अगरीब                                        | ९००                              | ला.ना.    | १२०                                 | १०,८००                                  | १०,८००                                   |
|                                  | राज्य शासनाचा एकूण दर सर्व घटक                                            |                                  |           | ६० (बीपीएल) + १२० (असुरक्षित अगरीब) | २९,४००                                  | ३५,४००                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |  |  |     |        |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|--------|--------|
| एकूण                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | अंदाजे वार्षिक दर - सर्व घटक बीपीएल व असुरक्षित अग्रिबांसाठी (एकूण लोकसंख्येच्या ७७ टक्के) |  |  | १८० | ३८,४०० | ४७,४०० |
| स्रोत - ला फॉर्जिया अँड नागपाल २०१२ मधील लेखकाचे स्पष्टीकरण                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| नोंद - ला.ना. लागू नाही.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| सर्व आकडे वर्ष २०१५ च्या अंदाजित आकडे आहेत.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| अ. द्वितीय व प्रसूति पॅकेजची एका कुटुंबाची अंदाजित रक्कम रु.५०० असून वर्ष २०१०-११ च्या दरानुसार वर्षाला १५ टक्के इतकी किरकोळ वाढ गृहीत धरली आहे.                                                                                                                                                      |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| ब. यातून कार्याधारित प्राथमिक सेवा योजनांचा अतिरिक्त खर्च दर्शवितो. प्राथमिक सेवा पॅकेज सेवांचे आर्थिक सातत्य गृहीत धरून कार्याधारित श्रेयनामावली पुरवली. पहिल्या रुपरेखेत कार्याधारित प्राथमिक काळजीविषयीची जमा रु.५०० दर कुटुंबाला तर दुसऱ्या रुपरेखेत दर कुटुंबाला रु.१००० इतका खर्च देण्यात येतो. |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| क. तृतीय पॅकेजची किंमत प्रत्येक कुटुंबाला रु.४५० इतकी ठरवण्यात आली आहे. वर्ष २०१०-११ मधील किंमती व वार्षिक १५ टक्के इतकी नाममात्र दरवाढ यात गृहीत धरण्यात आली.                                                                                                                                        |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| ड. अग्रिबांकडून सेवांचा लाभ घेतल्यानंतर त्यांना ४० टक्के इतका भरण गृहीत धरला आणि कोणताही अधिमूल्य प्रत्यक्ष वसूली घेण्यात येणार नाही.                                                                                                                                                                 |                                                                                            |  |  |     |        |        |
| इ. असुरक्षित व अग्रिबांना द्वितीय व प्रसूति योजनांसाठी ४० टक्के सेवा शुल्काबरोबरच दारिद्रेषेखालील जनतेच्या पॅकेजपेक्षा ६० टक्के अंदाजित किंमत देण्यात येईल. त्यामुळे किंमतीत तुलनात्मक घट होईल. (प्रत्यक्षात, योजनांतील किंमतीतील घट वापरातील बदलामुळे ४० टक्क्यांपेक्षा जास्त असू शकते .             |                                                                                            |  |  |     |        |        |

## निष्कर्ष व समारोप :

या नवीन सार्वत्रिक आरोग्य व्याप्तीक्षेत्राच्या उपक्रमांसाठी करण्यात येणारा वित्तपुरवठा व त्याच्या विविध कार्यक्रमातील विखंडन यात एक आभासी द्विभाजन आहे. असे असले तरी, त्यात परिपूरकाची क्षमताही अस्तित्वात आहे. महत्त्वाची गोष्ट ही की, यात उल्लेखलेल्या उपक्रमांचे कार्यक्षेत्र स्पष्टपणे आखलेले आहे. एन्.आर.एच्.एम्.च्या बाबतीत प्राथमिक सेवा, आर.एस.बी.वाय. असल्यास दुय्यम सेवा आणि राजीव आरोग्यश्री किंवा इतर राज्यातील आरोग्य विमा योजनांसाठी तृतीय सेवा. जरी हे विभाजन त्यांच्यातील उत्क्रांतीवर्धक कारकांमुळे झाले असले आणि

कोणत्याही आखीव पद्धतीने झालेसाठी नसले तरी एक अतिशय मनोरंजक परिपूरकत्व यात अस्तित्वात आहे. म्हणून जर हे उपक्रम भविष्यात घट्ट समन्वयातून उत्क्रांत झाले व त्याचप्रमाणे ठरावीक लोकसंख्याही त्यात समाविष्ट झाली, आणि निर्विघ्न संलग्नतेमुळे ते सर्वसमावेशक प्राथमिक, द्वितीय, व तृतीय व्यापक सेवांसाठी बलस्थाने व साहचर्य देऊ शकतात. उदाहरणार्थ राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य योजना प्राथमिक सेवा सुविधांना अधिक बलशाली करून द्वितीय व तृतीय आरोग्य विमा उपक्रमांसाठी परिणामकारक द्वारपालाचे कार्य करतात तसेच इस्पितळातून सुटका झालेल्या रोग्यांचा योग्य रीतीने पाठपुरावा करण्यासाठी विशेष योगदान देऊ शकतो.

तसेच, प्रतिबंधात्मक हस्तक्षेप आणि प्राथमिक सेवा पातळीवर असंक्रमक रोगांचे परिणामकारक व्यवस्थापन यांमुळे इस्पितळांची गरज मोठ्या प्रमाणावर कमी होऊ शकते. त्यामुळे लाभार्थीना चांगले आयुष्याची जगण्याची सुरुवात होऊ शकते व इस्पितळ उपक्रमांचा खर्चही आवाक्यात राहण्यास मदत होऊ शकते. शिवाय मागणीपातळीवरील वित्तीय योजनांपासून शिकलेले धडे प्राथमिक आरोग्य सेवेसाठी सार्वजनिक उपक्रमात कामगिरीनुसार उत्तेजन देण्याची योजना आखण्यात उपयोगी ठरू शकतात. या उपक्रमांचे अशा पद्धतीने केलेले व्यवस्थापन भविष्यातील प्रसारणासाठी वापरले गेले तर त्यातून सुधारित आरोग्य

वित्तसहाय्य व आरोग्यसेवा वितरण व्यवस्था यांचा मजबूत पाया घातला जाऊ शकतो. सार्वजनिक आरोग्यावर अधिक खर्च करण्याविषयीची वाढती बांधिलकी आणि सध्याच्या जागतिक आरोग्य कार्यक्रमातून शिकलेले धडे या दोन्ही बाबी उत्साहवर्धक आहेत. त्यामुळे सार्वत्रिक आरोग्याव्याप्तीच्या दिशेने भारताची वाटचाल अधिक दमदारपणे होऊ शकेल.

### संदर्भ:

१. या लेखाचे काही कलम भारतीय विकास अत्याधुनिकरण (एप्रिल २०१३)च्या जागतिक बँकेत समाविष्ट करण्यात आले आहेत. हा लेख अलिकडच्या काळातील याच विषयावरील जागतिक बँकेच्या दोन प्रकाशनांवर आधारित आहेत. पहिले म्हणजे, सध्या देशात कार्य करत असलेल्या सर्व महत्त्वाच्या शासन पुरस्कृत आरोग्य विमा योजनांचा व्यापक व पद्धतशीर आढावा घेतला (ला फॉर्जिया व नागपाल २०१२), जे भारत सरकारच्या आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालयाच्या विनंतीला मान देऊन अलिकडेच जागतिक बँकेने हाती घेतले, त्याने शासन पुरस्कृत आरोग्य विमा योजनांना त्यांची रचना, खर्च, परिणाम, आव्हाने व क्षमता यांमुळे सार्वत्रिक व्याप्तीक्षेत्र साधण्यास मदत होईल. दुसरे, जागतिक बँकेने त्यांच्या सार्वत्रिक व्याप्तीक्षेत्र कार्यक्रमात प्रकाशित केलेल्या भारताच्या कार्यकागदावर (नागपाल २०१३)

२५ देशांच्या विविध भागातील उदाहरणांचा क्रम आहे.

२. वरिष्ठ आरोग्य तज्ज्ञ, आरोग्य, पोषक आहार व लोकसंख्येचे दक्षिण आशिया क्षेत्र, जागतिक बँक. यावर व्यक्त केलेली मते लेखकाने त्याच्या व्यक्तिगत क्षमतेनुसार मांडली आहेत.
३. १२व्या पंचवार्षिक योजनांचा उद्देश सार्वजनिक आरोग्य खर्च वाढवून तो जीडीपी २.५ पर्यंत वाढवणे, त्याचबरोबर त्यात पाणी आणि स्वच्छता समावेश करणे ज्याने सध्याच्या पातळीवरून वाढीव आकाराचा अंदाज येईल.
४. एम्.ओ.एच्.एफ्.डब्ल्यू, २००९
५. आशियातील देशांमध्ये, २००८मध्ये याची वाढ फक्त पाकिस्तान, कोलंबिया, म्यानमार व अफगाणिस्तान (जागतिक आरोग्य आकडेवारी २०१०)
६. डब्ल्यूएचओ जागतिक आरोग्य खर्च कोष ६जानेवारी २०१४ ला उपलब्ध झालेला.
७. लेखकाने एन्एच्ए च्या प्रकाशित झालेल्या माहितीचा आधार घेतला आहे (अधिक माहितीसाठी माहिती स्रोत बघा). लहान स्रोत या आकृतीत सादर करण्यात आलेले नाहीत म्हणूनच सगळ्या स्रोतांसाठीची बेरीज १०० टक्के केलेली नाही.
८. वित्त व वितरण विभाग हे निम्न व मध्यम आवक असलेल्या देशांमध्ये दिसून येतात (लंडन अँड फ्रँक,

१९९७, ला फॉर्जिया, २०००, बीझ अँड पॅकर्ड, २००६).

९. एम्ओएसपीआय २००४
१०. ला फॉर्जिया अँड नागपाल २०१२.
११. कारण अंदाजित आकडेवारी तयार करताना बरेच राज्य नवीन योजनांची आखणी करित होते, त्यामुळे तक्ता क्र.१ मधील अंदाजित आकडेवारी जुनी समजली जावी.
१२. सहलग्नता व देशाच्या आरोग्य पद्धतीच्या ठेवणीचा अंदाज बांधताना अधिक माहितीसाठी ला फॉर्जिया व नागपाल २०१२ बघा.

(सोमिल नागपाल - २००९ पासून जागतिक आरोग्य संस्थेच्या दक्षिण आशिया प्रदेशाचे वरिष्ठ तज्ञ म्हणून कार्यरत. त्यापूर्वी भारतीय विमा नियामक व विकास प्रधिकरणातर्फे उभारण्यात आलेल्या आरोग्य विमा नियमन विभागाचे प्रमुख. भारतीय आरोग्य व कुटुंबकल्याण मंत्रालयात वरिष्ठ सनदी अधिकारी. जागतिक आरोग्य संस्थेच्या विविध विषयांवरील प्रकाशनांत लेखन. संपर्कासाठी इमेल-snagpal@worldbank.org)

— भाषांतर : रूचि आडकर





## शाश्वत विकासासाठीच्या योजना

— अरूण माईरा

**संस्थात्मक पुनर्रचनेची नितांत आवश्यकता :**

जगभर सर्वत्र आणि माझ्या स्वतःच्या देशात, भारतात. जग सध्या खडतर कालखंडातून जात आहे. सध्या विकासासंबंधी असलेल्या आदर्शांच्या शाश्वततेबाबत सर्वत्र चिंता व्यक्त केली जात आहे. सरकारी आणि व्यावसायिक संस्थांवरचा विश्वास अतिशय कमी झाला आहे. जगभर हे संस्थात्मक संकट का उभे ठाकले आहे ते मी सांगणार आहे. आपल्याला आत्ता गरज असलेल्या संस्था आपण कशा निर्माण करू शकतो या बाबतच्या काही कल्पना देखील मी मांडणार आहे.

पहिल्यांदा, संस्थात्मक पुनर्रचना हा भारतातील राजकीय प्रक्रियेचा केंद्रबिंदू कोणत्या मार्गांनी झाला याचे विवेचन मला करू द्या. खरेतर हा केंद्रबिंदू होणे ही अतिशय चांगली बातमी आहे. प्रत्यक्षात मात्र, १२ व्या पंचवार्षिक योजनेच्या (एप्रिल २०१२ मध्ये जी अंमलात आली) गडबडीत योजना आयोगाने भविष्यकाळातील भारताचे जे चित्र

समोर मांडले त्यात संस्थात्मक गाडा वाळूत रूतल्यामुळे भारताचा आर्थिक विकासदर वेगाने घसरत असल्याचे म्हटले होते. या चित्रावरून असा निष्कर्ष काढण्यात आली की सरकारी संस्था, राजकीय पक्ष आणि मोठे उद्योग यांच्यावरील भारतीय नागरिकांचा विश्वास कमी होत असल्याने धोरणांबाबत कोणती निर्माण झाली आहे. हा विश्वास पुन्हा निर्माण झाल्याशिवाय विकासाचे चक्र वेगाने फिरणार नाही.

काही महिन्यांवर येऊन ठेपलेल्या लोकसभेच्या निवडणुकीत नागरिकांचा पाठिंबा मिळवण्यासाठी चढाओढ लागलेल्या राजकीय पक्षांसमोर एक मुद्दा उपस्थित करत २०१४ साल उजाडले. हा मुद्दा आहे 'संस्थांची पुनर्रचना करा'. संस्थांनी लोकांचीच सेवा केली पाहिजे, सत्तेत असलेल्या लोकांच्या मालमत्तेची नाही. सरकारी संस्थांनी केवळ मोठ्या प्रमाणातील सार्वजनिक निधी शोषून न घेता, लोकांच्या गरजातून निर्माण झालेल्या गोष्टींची पूर्तता केली पाहिजे. सार्वजनिक संस्थांकडून

चांगली सेवा मिळणे हा लोकांचा हक्क आहे, त्यांच्यावर केलेले उपकार नाहीत ज्यासाठी त्यांना लाच द्यावीच लागेल.

### संस्थांची पुनर्रचना

जॉन एफ. केनेडी यांनी १९६१ मध्ये मनुष्याला चंद्रावर पाठवण्याची कल्पना मांडून देशाला चक्रावून सोडले होते. त्यांनी ही कल्पना मांडली तेव्हा अशक्य वाटणारे हे ध्येय दशकभरात गाठले गेले होते. अवकाशाच्या असाधारण वातावरणात कार्य करू शकतील अशी वाहने विकसित करून ते शक्य करण्यात आले. केनेडींनी भाषण केले तेव्हा जेट विमाने सागर ओलांडून झेपावत होती. मात्र, पृथ्वीच्या वातावरणापेक्षा अवकाशातील स्थिती खूपच वेगळी असते. त्यामुळे चांद्र मोहिमेसाठी, अशा स्थितीत कार्य करू शकतील अशी पूर्णपणे नवीन वाहने विकसित करण्याची आवश्यकता होती.

मनुष्याने समाजाच्या गरजा भागविण्यासाठी अनेक शतकांमध्ये संस्था - सरकारी, व्यावसायिक, लोकशाही,

न्यायिक - विकसित केल्या आहेत. संस्था हे असे साधन आहे ज्याच्या आधारे समाज त्यांच्या आकांक्षा पूर्ण करतात. अगदी खरे म्हणजे, आपल्या व्यवहारांचे व्यवस्थापन करण्यासाठी मानव जातीने जाणीवपूर्वक विकसित केलेल्या संस्थांच्या आधारे अन्य प्राणीजगतापासून तिची वेगळी ओळख सांगता येते. प्राणी, पक्षी आणि कीटक सृष्टीत निसर्गतःच संस्थागत नियम असतात, ज्यांचे त्यांच्या वर्तनावर नियंत्रण असते. पण आपल्याला जेवढी माहिती आहे त्यावरून मनुष्य प्राण्यांप्रमाणे, ते या संस्थागत नियमांमध्ये जाणीवपूर्वक बदल किंवा सुधारणा करत नाहीत.

मानवी सामाजिक आणि आर्थिक संस्थांना ज्या परिस्थितीत कार्य करावे लागते त्यात गेल्या दोन दशकांत चित्तथरारक बदल झाले आहेत. वातावरणात उड्डाण करण्यासाठी तयार करण्यात आलेले विमान जसे मुक्त अवकाशात सुरक्षितपणे कार्य करू शकणार नाही त्याचप्रमाणे आता आपल्याला अनेक संस्थांची नव्याने रचना करण्याची गरज आहे.

### अभूतपूर्व वादळ

२१ वे शतक जसजसे पुढे सरकते आहे, जगभरात चार प्रकारचे शक्तिशाली प्रवाह वाहत आहेत आणि व्यावसायिक व सरकारी संस्थांना आव्हान देणारे कल्पनातीत वादळ निर्माण करण्यासाठी केंद्रीत होत आहेत. अशा स्थितीत कार्य करण्यासाठी या संस्थांची रचना करण्यात आलेली नाही.

पहिला शक्तीशाली प्रवाह आहे - मुक्त बाजारपेठ आणि भांडवलशाहीची कल्पना. ही कल्पना नवीन नाही. ज्यासाठी अँडॅम स्मिथ यांना नेहमी जबाबदार धरले जाते, ती किमान दोनशे वर्षांपासून अस्तित्वात आहे.

मुक्त बाजारपेठेचा सर्वत्र विस्तार झालेला असल्याने आणि भारताने देखील १९९०च्या दशकात आपल्या अर्थव्यवस्थेची दारे खुली केल्याने, अनेक देशांच्या अर्थव्यवस्थेत वेगाने वाढ होत आहे. अब्जापेक्षा जास्त लोकसंख्या असलेल्या चीन आणि भारत या दोन देशांची वाढ सर्वाधिक दखल घेण्यासारखी आहे. त्यांच्या अर्थव्यवस्थेची वाढ होत असल्याने लक्षावधी लोकांमध्ये दारिद्र्यातून सुटका करून घेण्याची कुवत निर्माण झाली आहे.

मुक्त बाजारपेठेत, आर्थिक वाढ ही संकलित कार्यकारण संबंधाच्या तत्वाचा अवलंब करते. बाजारपेठ खुली झाल्याने, ज्यांच्याकडे अगोदरच काही मालमत्ता -आर्थिक, शैक्षणिक किंवा राजकीय ताकदीशी संबंध आहे - ते उपलब्ध असलेल्या संधीचा लाभ घेऊ शकतात. तसेच, अशी मालमत्ता नसलेल्यांपेक्षा त्यांचे उत्पन्न आणि संपत्ती वेगाने वाढते.

अशाप्रकारे मुक्त बाजारपेठेत आर्थिक वाढीच्या जोडीला उत्पन्न आणि संपत्ती यांतील दरी वाढते. त्यामुळे चीन, रशिया, भारत आणि मुक्त बाजारपेठ व भांडवलशाही स्वीकारलेल्या अन्य देशांत मूल्यांमध्ये असमानता निर्माण होत असल्याबद्दल आश्चर्य वाटायला नको. या काळात अतिगरीब लोकांनी जेव्हा शिक्षण, वित्तीय आणि रोजगाराच्या संधी प्राप्त करून घेण्यास प्रारंभ केला तेव्हा आर्थिक वाढीचे फायदे हळूहळू त्यांच्यापर्यंत पोहोचू लागले.

या प्रारूपात संयमाची फार आवश्यकता असते आणि या प्रारूपात पुनर्वाटप लादणे हे 'समाजवादी' आणि चुकीचे असते. उलटपक्षी, अर्थव्यवस्था अधिक मोठी व्हावी यासाठी श्रीमंतांना करांमध्ये सवलत देऊन, त्यांना त्यांच्या

संपत्तीत वेगाने वाढ करण्यासाठी प्रवृत्त केले जाते, ते भांडवलवादी आणि स्वीकारार्ह असते.

जगभरात बळकटी मिळत असलेला दुसरा प्रवाह आहे तो सर्व मानवजातीचे हक्क - श्वेत किंवा कृष्ण, पुरुष किंवा स्त्री, श्रीमंत किंवा गरीब. हा भांडवलशाहीपेक्षा अगदी अलिकडील काळातील प्रवाह आहे. सर्वांच्या हक्कांचा सन्मान करणाऱ्या या प्रवाहाची लोकशाहीच्या कल्पनेशी चांगली सांगड घातलेली आहे. सोव्हिएत संघराज्यातील एकपक्षीय शासन पद्धती आणि अरब देशांतील नागरिकांच्या आकांक्षातून उसळलेली क्रांती मोडीत निघाल्यानंतर गेल्या दोन दशकांपासून त्याला फार मोठी बळकटी आली आहे.

दुसऱ्या सशक्त प्रवाहाच्या खोलात घोघावणाऱ्या वाऱ्यांचा उद्देश न्याय, समानता आणि प्रामाणिकपणा हा आहे. अर्थतज्ञांच्या दृष्टीकोनातून अर्थव्यवस्थांची वाढ होत असताना असमानता वाढणे यात काहीच चुकीचे नसेल, ते अपरिहार्य आहे असे ते म्हणू शकतील. पण मानवी दृष्टीकोनातून ते योग्य आहे का ? हे इतरांना विचारून बघा.

तिसरा प्रवाह आहे आपल्याशी मोठ्या आवाजात बोलणारा, अक्षरशः पृथ्वीच्या तळापासून.

पर्यावरणाच्या स्थितीबद्दल सर्वत्र चिंतेचे वातावरण आहे. आता आपण सर्वांनी हे मान्य केले आहे की, श्रीमंत देशांना संपत्ती मिळवून देणारा त्यांचा आर्थिक वाढीचा आदर्श शाश्वत नाही. मनुष्यप्राण्याचे जगभर असलेले अस्तित्व - जे मानवी उपक्रमांमुळे पृथ्वीच्या स्रोतांवर पडलेला ताण मोजण्याचे प्रमाण आहे - पृथ्वीच्या क्षमतेच्या ६० टक्के होते, ज्यात १९६० मध्ये परत भर पडली. ते आता पृथ्वीच्या क्षमतेच्या १३० टक्क्यांवर पोहोचले आहे. आपण आता

येथून पुढे महसुली उत्पन्नावर जगू शकणार नाही. आपण आपल्या नैसर्गिक पुंजीचाच लचका तोडत आहोत.

चवथा प्रवाह हा अगदी अलिकडेच उद्भवलेला आहे, तो म्हणजे माहितीचा वादळी प्रवाह. गेल्या केवळ वीस वर्षांत दूरसंचार आणि इंटरनेटमुळे, लोकांमध्ये संपर्काची क्षमता निर्माण झाली आहे आणि मानवी इतिहासात अभूतपूर्व म्हणता येईल अशाप्रकारे ते घडले आहे. हा प्रवाह सहाव्या श्रेणीच्या तीव्र वादळासारखा झाला आहे.

आता तुम्ही एकाच जागी बसून सेलफोनद्वारे जगात कोठेही लगेचच संपर्क साधू शकता. वीस वर्षांपूर्वी तुम्ही हे करू शकत नव्हता. अगदी अमेरिकेतही नाही. आता सेलफोन गरीब लोकांच्याही हातात आहे, संपूर्ण भारतभर आणि अन्य देशांमध्येही. आता तुम्ही इंटरनेटवर लॉग इन करू शकता आणि गूगलवरून बहुत करून कोणतीही माहिती मिळवू शकता. दहा वर्षांपूर्वी तुम्ही हे करू शकत नव्हता.

या चार वादळी प्रवाहांच्या केंद्रीकरणातून गेल्या केवळ दहा वर्षांत एक अभूतपूर्व प्रवाह आकाराला आला आहे. सर्वत्र माहितीचा संचार असल्याने आणि आणखी अनेक गोष्टींची दखल घेतली जात असल्याने या वादळात, जगाची प्रगती ज्या मार्गाने होत आहे त्याबद्दल, दोन मोठ्या चिंता अधिक मोठ्यांदा ऐकता येऊ शकतात.

एक म्हणजे, 'आपला आर्थिक वाढीचा आदर्श शाश्वत नाही'. दुसरी आहे, 'आपला आर्थिक वाढीचा आदर्श प्रामाणिक नाही'.

या चिंतांमुळे भांडवलशाही, सरकारी आणि लोकशाही संस्थांच्या पुनर्रचनेसाठी दबाव येत आहे, त्यामुळे आर्थिक वाढ अधिक शाश्वत, अधिक समावेशक आणि अधिक प्रामाणिक होऊ शकेल.

मी हे सांगण्याचे धाडस करतो आहे की, सर्व ठिकाणी असलेल्या संपर्क यंत्रणेच्या वादळी शक्तीमुळे जागृत झालेला हा प्रवाह, भांडवलशाही संस्था आणि लोकशाही संस्था यांच्यातील संघर्ष उघडयावर आणतो आहे. भांडवलशाही संस्था या लोकशाही संस्थांपेक्षा वेगळ्या तत्वांवर कार्यरत असतात. भांडवलशाही संस्था एक डॉलर बरोबर एक मत या तत्वावर कार्य करत असतात. त्यामुळे ज्यांनी व्यापारउदीमात अधिक डॉलर गुंतवले आहेत त्यांना व्यापारउदीम कसा करायचा हे सांगण्याचा अधिक जास्त हक्क असलाच पाहिजे. दुसरीकडे, लोकशाही असे म्हणते की, प्रत्येक मनुष्य मग तो श्रीमंत असो वा गरीब त्याच्या मताला सारखेच महत्त्व आहे. भिन्न तत्वांवर कार्य करणाऱ्या व्यवस्थांची जेव्हा सांगड घातली जाते तेव्हा त्या बेसूर होतात. असे करणे म्हणजे थेट विद्युत प्रवाहावर (DC) चालणारे एखादे उपकरण पर्यायी विद्युत प्रवाहाच्या (DC) सॉकेटला जोडण्यासारखे आहे. कशाचा तरी स्फोट होणारच.

भारतात चार शक्तींचे वादळ घोंघावते आहे. १२० कोटी लोकसंख्या असलेला भारतदेखील - १५० कोटीपर्यंत वाढण्याची अपेक्षा आहे - त्याच्या वाढत्या लोकसंख्येच्या आणि वाढत्या अर्थव्यवस्थेच्या गरजा पूर्ण करण्यासाठी, पर्यावरणाच्या दृष्टीकोनातून सर्वात जास्त ताण असलेला - स्वच्छ हवा, जमीन आणि हरित आवरणाबाबत - जगातील मोठा देश असू शकतो.

१९९० च्या दशकापासून सुरू झालेल्या आर्थिक सुधारणांमुळे भारत जागतिक व्यापार आणि वित्तीय विश्वात सहभागी झाला. सोव्हिएत संघराज्य लयाला गेल्यामुळे खुली, मुक्त बाजारपेठ, भांडवली अर्थव्यवस्था या कल्पनांनी

जेव्हा विचारसरणीचा विजय झाल्याचा दावा केला होता. लोकशाही आणि मानवी हक्क या संकल्पना, गेल्या शतकाच्या मध्यावर वसाहतवादी शासकांपासून स्वतंत्र झाल्यानंतर, भारताच्या राज्यघटनेत आणि त्याच्या राजकीय कार्यपद्धतीत अस्तित्वात आहेत. भारतात ३० लाख ३० हजार स्वयंसेवी संस्था आहेत. गोंगाट करणाऱ्या आणि मुक्त असलेल्या प्रसार माध्यमांच्या जोडीला सेलफोन आणि इंटरनेटचे बळ लाभलेल्या सोशल मीडियावरील संपर्काची सोय देखील आहे.

भारतीय अर्थव्यवस्थेची वाढ गेल्या दोन वर्षांत खूपच मंदावली आहे. त्याचे मूळ कारण आहे धोरणाबाबत झालेली कोंडी. ही कोंडी, नागरिकांचा सरकारी संस्था आणि मोठ्या उद्योगांवरील अविश्वास तसेच त्यांच्यातील संघर्षातून निर्माण झाली आहे. आपण असे ऐकतो की, भारतातील लोकशाहीत दोष निर्माण झाले आहेत, त्याला भेडसावणाऱ्या कठीण समस्यांवर मात करण्यात तो कमी पडत आहे. भारतीयांचे लक्ष देशाच्या संस्थांच्या अवस्थेकडे वळले आहे. २०१४ च्या देशव्यापी निवडणुकीचा मुद्दा झाला आहे - संस्थांचा कारभार सुधारू शकेल आणि अर्थव्यवस्था वेगवान करू शकेल अशा कोणावर नागरिकांनी विश्वास दाखवावा ?

**विमानातून प्रवास करतानाच त्याची पुनर्रचना करणे**

संस्थांची पुनर्रचना करणे सोपे नाही. आपण ज्यातून प्रवास करत आहोत अशी वाहने म्हणजे जर संस्था असतील तर, "त्या विमानातून प्रवास करताना आपणच त्याची पुनर्रचना केली पाहिजे".

विख्यात साहित्यिक डग्लस सी. नॉर्थ यांच्या स्पष्टीकरणानुसार, 'संस्था'

म्हणजे केवळ अधिकाऱ्यांची रचना आणि अर्थसंकल्प असलेल्या 'संघटना' नव्हेत. समाज ज्याद्वारे कृती करतो अशा प्रक्रिया म्हणजे देखील संस्था, ज्याद्वारे समाजाचे स्वतःचे कार्य चालते अशा सर्वमान्य पद्धतींचा देखील समावेश संस्थांमध्ये होतो. त्यामुळे संस्थागत सखोल पुनर्रचनेसाठी, आपल्या वर्तनाबाबत मार्गदर्शन करणाऱ्या आणि व्यवहारात असलेल्या निर्विवाद तत्वांमध्ये, बदल करण्याची आवश्यकता असते.

व्यवहारात असलेली मूलभूत आणि निर्विवाद तत्वे माणसाच्या निसर्गाशी असलेल्या नातेसंबंधांत अंतर्भूत असतात. जगावर सत्ता गाजवण्याची किंवा त्याच्या सोईप्रमाणे त्याची पुनर्मांडणी करण्याची माणसाची महत्त्वाकांक्षा त्याला, एखादा अभियंता त्याच्या यंत्रणाशी बसून ते दुरुस्त करण्याची उगीचच खटपट करत असतो त्याप्रमाणे, तो पुनर्मांडणी किंवा नियंत्रणात ठेवू इच्छित असलेल्या व्यवस्थेच्या बाहेर ठेवते. उलटपक्षी, प्रत्यक्षात माणूस हा खोल रूतलेला व्यवस्थेचा केवळ एक घटक असतो. त्यामुळेच तर व्यवस्थेतील त्याच्या कृती प्रतिक्रिया निर्माण करतात, त्याचा परिणाम माणसावर होतो.

मध्यस्थ आणि व्यवस्था यांच्या या दोन भिन्न दृष्टीकोनाशी संबंधित दोन मूलभूत वैज्ञानिक सिद्धांत आहेत. एक आहे Thermodynamics चा दुसरा सिद्धांत, जो प्रत्येक अभियंत्याला शिकावाच लागतो. तो असे सांगतो की, गुंतागुंतीच्या व्यवस्थेतील निरुपयोगी ऊर्जा काळाबरोबर वाढलीच पाहिजे. त्यामुळे कोणत्याही गुंतागुंतीच्या यंत्राची क्षमता काळाबरोबर घटत जाते. दुसरा सिद्धांत आहे - उत्क्रांत जीवशास्त्राचा - तो सांगतो की, गुंतागुंतीच्या व्यवस्थेच्या क्षमता काळाबरोबर विकसित होतात आणि वाढतात!

आपल्या आजूबाजूला सर्वत्र कार्यरत असलेले हे दोन सिद्धांत परस्परविरोधी वाटतात. तरीदेखील सहजपणे त्यांची सुसंगती लावता येते. Thermodynamics च्या दुसऱ्या सिद्धांताची सुरवात 'बंदिस्त व्यवस्थेमध्ये' अशी होते आणि त्यानंतर पुढे जाऊन तो सांगतो की, अशा व्यवस्थेत निरुपयोगी ऊर्जा अपरिहार्यपणे वाढलीच पाहिजे. तर उत्क्रांतीचा सिद्धांत, निसर्गाप्रमाणे विविधतेने समृद्ध असलेल्या खुल्या व्यवस्थेत कार्यरत असतो.

शास्त्रज्ञांना केलेल्या व्यवस्थांच्या बहुशाखीय अभ्यासातून रचनात्मक तत्वे समोर येत आहेत, ज्या योगे गुंतागुंतीच्या, स्वतःत बदल घडवून आणत जुळवून घेणाऱ्या व्यवस्था, निसर्गात जितक्या म्हणून व्यवस्था आहेत त्या सर्व व्यवस्था, स्वतःहून विकसित होण्यात सक्षम आहेत. विमान उडत असतानाच त्या त्याची पुनर्रचना करत असतात. उडणाऱ्या विमानातून प्रवास करत असतानाच त्याची पुनर्रचना कशी करायची याचे संकेत, जे संस्थांच्या पुनर्रचनेच्या आव्हानासाठी एक चांगले रूपक आहे, गुंतागुंतीच्या आणि स्वतःत बदल घडवून आणत जुळवून घेणाऱ्या व्यवस्थांची संरचना समजून घेण्यातून मिळू शकतात.

निसर्गाच्या नियमांबाबत मनुष्य असमाधानी आहे. नैसर्गिक व्यवस्थांनी त्यांच्या क्षमतेपेक्षा जास्त काही द्यावे यासाठी त्यांच्या संरचनेत बदल घडवून आणण्याची त्याची महत्त्वाकांक्षा आहे. नदीचा प्रवाह बदलण्याची मनुष्याची इच्छा आहे. त्याला बीजांच्या संरचनेची पुनर्मांडणी करायची आहे. नवीन मानवी शरीराची रचना करण्याच्या उंबरठ्यावर तो उभा आहे. निसर्ग व्यवस्थेच्या स्वाभाविक प्रक्रियेची पुरेशी जाण आणि आदर नसताना तो हे सर्व करतो

आहे. अशाप्रकारे त्यात हस्तक्षेप करून त्यांच्या स्वतःत बदल घडवून आणत जुळवून घेण्याच्या क्षमता तो कमी करू शकतो.

## संस्थांचा नवीन रचनाकार

२१ व्या शतकातील परिस्थितीत प्रशासनासाठी नव्या रचनाकाराची आवश्यकता आहे. चार 'L' हाच त्याचा केंद्रबिंदू असला पाहिजे.

पहिला 'L' आहे, Localization म्हणजे स्थानिकीकरण. प्रशासनाची सत्ता आणि नियंत्रण दूरवरच्या केंद्रांमधून स्थानिक ठिकाणी स्थलांतरीत झाले पाहिजे.

दुसरा 'L' आहे, Lateralization म्हणजे कौशल्यांसह वैशिष्ट्यपूर्ण ग्रहणक्षमता. प्राविण्यासाठी व्यवस्थापनात आणि विद्याशाखांमध्ये स्वायत्ततेची आवश्यकता आहे. असे असले तरी त्यामुळे विकास आणि व्यवस्थात्मक उपायांची अंमलबजावणी रोखली जाते, ज्याचीच आता आपल्याला आवश्यकता आहे.

तिसरा 'L' आहे, Learning म्हणजे शिकणे. व्यवस्थेवर अधिकाधिक नियंत्रण मिळवण्याऐवजी व्यवस्थेची शिकण्याची क्षमता वाढवणे हा प्रशासनाचा आदर्श असायलाच हवा.

चवथा 'L' आहे, Listening म्हणजे ऐकणे. आपण जर इतरांचे ऐकले तर संपूर्ण व्यवस्था आपल्याला समजू शकेल.

पहिले तीन L - Localization, Lateralization आणि Learning म्हणजेच स्थानिकीकरण, कौशल्यांसह वैशिष्ट्यपूर्ण ग्रहणक्षमता आणि शिकणे हे, स्वतःत बदल घडवून आणत जुळवून घेणाऱ्या गुंतागुंतीच्या व्यवस्था ज्याआधारे कार्य करतात त्या तत्वांसारखेच आहेत. चवथा L - Conscious Listening म्हणजे

जाणीवपूर्वक ऐकणे. यासाठी विशेष करून मानवी व्यवस्थेची आवश्यकता असते.

जर्मनीतील बर्टेल्समान फाउंडेशनने शाश्वत विकासासाठी आघाडीचे देश स्वीकारत असलेल्या धोरणांचे आंतरराष्ट्रीय सर्वेक्षण केले. 'शाश्वत भविष्यासाठीच्या यशस्वी योजना' या अभ्यासातून पाच प्रभावशाली यशस्वी घटक हाती लागले. त्यापैकी दोघांवर प्रकाश टाकला पाहिजे. ते चवथा 'L'- Listening म्हणजे ऐकण्यावर शिक्कामोर्तब करतात आणि संस्थांच्या पुनर्रचनेच्या प्रक्रियेचे ते आरंभबिंदू आहेत.

पहिले म्हणजे, राजकारण आणि समाजाच्या फार मोठ्या क्षेत्रांमध्ये खोलवर रुजण्यासाठी तयार केलेल्या महत्त्वाच्या संकल्पना आणि मार्गदर्शक तत्वांपासून शाश्वततेचे धोरण निर्माण होते आणि ते घडून येण्यासाठीची 'उत्तम पद्धत' म्हणजे विकासाच्या नव्या परिमाणांवरील राष्ट्रव्यापी चर्चांमध्ये निश्चिती करणे.

यशासाठी दुसरी गरज असते ती शाश्वततेचे धोरण सहभागीतेच्याच मार्गाने विकसित केले पाहिजे आणि त्याची अंमलबजावणी केली पाहिजे. त्यामुळे सहभागीतेचे नवे स्वरूप विकसित करणे ही देशांसाठीची कृती योजना आहे.

केवळ मोठ्या प्रमाणावर लोकांना त्यासाठी कामाला लावून चालणार नाहीच तर विविध घटकांनी एकमेकांचे म्हणणे देखील ऐकले पाहिजे.

संपर्काचे आधुनिक तंत्रज्ञान समूहाचे म्हणणे ऐकून घेण्याची साधने उपलब्ध करून देतात असे दिसते. सोशल मिडियावर पोस्ट्स टाकून आणि ट्वीट करून लाखांजण आपले मत प्रदर्शित करू शकतात. असे असले तरी, धोरण ठरवणारे संपर्काची ही माध्यमे वापरत असल्याने त्यांच्या हे लक्षात आले आहे की,

या माध्यमांची विशाल व्याप्ती आणि वेग लोकशाहीवादी संवाद अधिक अवघड करू शकतात, तो कमी करू शकत नाहीत.

इंटरनेट आणि सोशल मीडिया कोणताही चाप नसलेली माहिती सढळपणे पुरवत आहेत. ज्यामुळे केवळ भारावलेपण येते, माहितीचा उपयोग होऊ शकत नाही. सोशल मीडियाच्या प्लॅटफॉर्मवरची वायफळ बडबड आणि गोंगाटातून मिळणारा संकेत कोणता? आणि इलेक्ट्रॉनिक माध्यमांद्वारे माहिती मिळवत असताना लोकशाही तत्वे अनुसरली गेली असतील याची खात्री कोण देणार? तंत्रज्ञानाशी मैत्री असलेले काही लोक मतपेट्या खचून भरत होते का? किंवा, ज्यांची तंत्रज्ञानाशी फारशी मैत्री नाही अशा अनेक लोकांचे म्हणणे अजिबातच लक्षात घेतले गेलेले नाही?

व्यक्ती आणि संघटनांमध्ये जेव्हा वैचारिक मतभेद असतात तेथे इतरांना, ज्यांना ते विरोधातील समजत असतात, भेटण्याबाबत फार मोठी नाराजी दिसून येते. त्यामुळे लोकांमध्ये विचारविनिमय होणे फारच कठीण होते. नागरिकांच्या गटांमध्ये 'त्यांच्यासारख्या लोकांना' काय हवे आहे यावर एकमत होऊ शकेल. मात्र, 'आपल्याला, सर्व लोकांना' खरोखरच काय हवे आहे याबाबत नागरिकांमध्ये एकमत होऊ शकत नाही.

माहितीच्या सार्वत्रिकतेच्या आधारे इंटरनेट, सोशल मीडिया आणि सातही दिवस चोवीस तास चालणाऱ्या बातम्यांच्या दूरचित्रवाणी वाहिन्यांनी केलेल्या माऱ्याने, मिळालेल्या माहितीवर कोणत्याही वेळी एकदम विचार करण्याच्या मानवी क्षमतांवर - जीवशास्त्रीय आणि मानसिक - मात केली आहे. त्यामुळे माहितीच्या डोंगराखाली

दबल्याने वाढत्या प्रमाणात भेडसावणाऱ्या 'लक्षात न येण्याच्या आजाराशी' जुळवून घेण्यासाठी, आपल्याला जाणते किंवा अजाणतेपणाने कशाकडे आणि कोणाकडे आपण लक्ष द्यायचे याची निवड करावीच लागते. आपण ज्याच्याशी जोडले जाणार आहेत अशा वाहिन्या आणि इंटरनेट कम्युनिटी तसेच आपण ज्यांना 'फोलो' करणार आहेत अशा 'ओपिनीअन मेकर्स'चीच निवड आपण केली पाहिजे.

आपली निवड ही अपरिहार्यपणे, काल्पनिक आणि आपल्याला जे लोक आवडतात आणि आवडत नाहीत यांच्याबद्दलच्या आपल्या मूळ भावनांनीच प्रभावित झालेली असते. अशाप्रकारे, एकसमान भावना असलेल्या लोकांचे ऐकून घेतले जाते अशा 'संकल्पनांनी संरक्षित समुदायां'कडे लोक ओढले जातात आणि मूळातच वेगळी भावना असू शकते अशा इतरांची ते मुस्कटदाबी करतात.

नेत्यांना अनिवार्य सल्ला देऊन मी समारोप करतो. प्रत्येक देशातील आणि नंतर सर्व देशांतील नागरिकांचा एकत्रितपणे शाश्वत विकासाबाबत एकात्मिक दृष्टिकोन असलाच पाहिजे. त्यांच्या भविष्यावर परिणाम करणाऱ्या धोरणांना आकार देण्यात लोकांना सहभाग देता यावा यासाठी अधिक प्रभावी प्रक्रिया निर्माण कराव्याच लागतील. २१ व्या शतकातील नेत्याची भूमिका नेतृत्व करण्याची आणि सहज संवाद साधणाऱ्याची असली पाहिजे.

(डॉ. अरुण माईरा - केंद्रिय योजना आयोगाचे सदस्य. संपर्कासाठी इमेल- arun.maira@nic.in)

- भाषांतर : रवींद्र जोशी



## डिजिटल तंत्रज्ञानाच्या मदतीने ग्रामीण भागाचा कायापालट

– डॉ. उमा गणेश

डिजिटल तंत्रज्ञानाने जगाला प्रत्येकाच्या जवळ आणून नाट्यमय रित्या परिणाम घडवला एवढेच नाही तर आता प्रत्येकजणच या जागतिक खेड्याचा भाग बनला आहे. पूर्वीच्या काळी खेड्यांमध्ये जी जवळीक व कौटुंबिकता होती ती आता आपण जागतिक डिजिटल खेड्याच्या स्वरूपात पाहतो आहोत इतका फरक आता झाला आहे. नेटीझन म्हणजे डिजिटल जगातील आंतरजाल वापरणारे लोक. या बदलांमुळे समुदायांपर्यंत पोहोचणे सोपे झाले आहे शिवाय जर खरोखर इच्छा असेल तर एकमेकांना संदेश पाठवणे सोपे झाले आहे. आपण अलीकडेच दिल्लीत याचा अनुभव घेताना राजकीय व राज्य करण्याची प्रक्रियाच बदलताना पाहिली. लोकांमधील सक्रिय संदेशवहनाने व सहकार्याने हे बदल घडून आले. जनमत तयार करणे व अनुभवांची देवाणघेवाण करणे तसेच एका रात्रीत नेते उभे करणे हे सगळे अंकीय तंत्रज्ञानाचे म्हणजे डिजिटल तंत्रज्ञानाचे आविष्कार आहेत. ग्रामीण समाजाच्या प्रगतीत अशा तंत्रज्ञानांचे

सहकार्य मोठे आहे. अरब स्पिंगमुळे आपण ज्या जगात जगतो आहोत त्याची कल्पनाच बदलून, असे म्हणायला हरकत नाही. जगात ज्या अनेक क्रांत्या झाल्या त्यात लोकांची दृष्टी व विश्वास हे त्यांच्यावर प्रभाव टाकणाऱ्या माहितीने बदलले याचे कारण त्यांच्या विचार करण्याच्या पद्धतीत बदल झाला. पूर्वीच्या काळात पुस्तके, रेडिओ, जाहीर सभा ही माध्यमे होती आता दूरचित्रवाणी व इंटरनेट यासारख्या माध्यमांनी आक्रमकपणे जुन्या माध्यमांची जागा घेतली. त्यातच डिजिटल तंत्रज्ञानाने लोकांना वेळेवर व विश्वासाह माहिती मिळून लागले व एक प्रकारे त्यांचे सक्षमीकरण झाले. ही माहिती विश्वासाह अशासाठी की, ती खरी-खोटी हे तपासून बघता येते. ग्रामीण भागातील लोकांनी या डिजिटल तंत्रज्ञानाचा लाभ घेऊन चांगल्या संधी कशा निर्माण केल्या हे पाहणे उद्बोधक आहे. भारतातील ग्रामीण बाजारपेठेचे पूर्णपणे वेगळेच रूपांतरण झाले कारण त्यांना माहिती व त्यातील बदलांचा उलगडा होण्यासाठी अनेक साधने उपलब्ध झाली. मागणीतील

बदल, बदलती जीवनशैली यांच्यापासून ते दूर राहिले नाहीत कारण सगळी नवीन माहिती डिजिटल तंत्रज्ञानामुळे त्यांच्यापर्यंत पोहोचू शकत होती. रूरल मार्केटिंग डॉट ओआरजी (ruralmarketing.org) या संकेत स्थळानुसार भारतात ६ लाख २५ हजार खेडी आहेत. ग्रामीण भारतातील उद्योग-व्यापार हा गेल्या दहा वर्षात दरवर्षी अकरा टक्के इतका वाढला. एफएमसीजीची विक्री (वाढत्या खपाच्या ग्राहकोपयोगी वस्तू) २०१३-१४ या वर्षात पर्यंत ३३ अब्ज डॉलरपर्यंत वाढणार असून त्यात ग्रामीण भागाचा वाटा २२.१ अब्ज डॉलर इतका असणार आहे. दारिद्र्य पातळी खालील लोकांची संख्या २०११-१२ मध्ये २२ टक्के इतकी खाली आली जी २००४-०५ मध्ये ३७.२ टक्के होती, असे नियोजन आयोगाच्या अहवालात म्हटले आहे. ही सकारात्मक बाब असली तरी केवळ लोकांना दारिद्र्य रेषेच्या वर काढून थांबता येणार नाही. त्यांना तिथे टिकवून ठेवता आले पाहिजे, त्यांना विकासाच्या कथेतील वाटेकरी

करून घेता आले पाहिजे, तेच खरे आव्हान आहे. त्याशिवायही शिक्षण, कौशल्याधिष्ठित विकास यांचीही जोड असेल तरच जीवनमान सुधारू शकते. डिजिटल तंत्रज्ञानाने ग्रामीण विकास व त्याच्या स्थित्यंतरात मोठी भूमिका पार पाडली आहे. ढोबळमानाने असे म्हणतात येईल की, माहिती-संज्ञापन तंत्रज्ञानाने ग्रामीण क्षेत्राला जे दिले त्याचे तीन प्रवर्ग करता येतील. एक म्हणजे सक्षमीकरणासाठीची उत्तरे. दुसरे म्हणजे त्यांना सक्षम करणे म्हणजे एखादी गोष्ट आपण करू शकतो याचा आत्मविश्वास त्यांच्यात निर्माण करणे. तर तिसरे म्हणजे बाजारपेठेचा विस्तार. या सर्व पैलूंचा आता विचार केला तर माहिती व संज्ञापन तंत्रज्ञानाने ग्रामीण भागांचे स्थित्यंतर कसे झाले हे सांगता येईल. सक्षमीकरणाचा विचार केला तर इ-चौपाल हे एक उदाहरण सामोरे येते. दहा राज्यात चाळीस हजार खेड्यात ६५०० टपऱ्यांच्या माध्यमातून इ-चौपाल सेवा देण्यात आली. आता ४० लाख लोकांना त्याचा फायदा होत आहे. योग्य माहितीचा योग्य वेळी पुरवठा करणे यात महत्वाचे होते. यात शेतकऱ्यांना त्यांच्या मालास चांगला भाव मिळण्यासाठी पुरेशी माहिती मिळू लागली, पीकांविषयी सल्ला व हवामानाचा अंदाज मिळू लागला. सामुदायिक दृष्टिकोनामुळे यात अनेक संधी निर्माण झाल्या. शेतकऱ्यांसाठी विमा योजना आल्या, शेती व्यवस्थापनाची नवी तंत्रे आली. इ-प्रशासनामुळे दुसरा एक पैलू यात जोडला गेला तो म्हणजे पारदर्शकता. माहिती तंत्रज्ञानाच्या वापराने कामकाज पारदर्शकता आली. महाराष्ट्र, कर्नाटकात भूमी अभिलेख नोंदीसह अनेक बाबींची पूर्तता इ-प्रशासनाने केली. नागरिकांना त्यांच्या हक्कांची हमी मिळाली व काही प्रमाणात भ्रष्टाचारालाही आळा बसला. आधार कार्ड योजनेने सर्वांना

सक्षम करताना ओळखही प्राप्त करून दिली. सर्वोच्च न्यायालयाने अलिकडेच असा निकाल दिला आहे की, आधारकार्ड हे सरकारी योजनांच्या लाभासाठी सक्तीचे नाही व विरोधकांनीही या योजनेचे राजकारण केले, त्यात त्यांनी व्यक्तीगतता व सुरक्षेचे मुद्दे उपस्थित केले. आधार हे खरे तर माहिती व संज्ञापन तंत्रज्ञानाचे एक चांगले उदाहरण आहे. त्यातून सवलतीच्या योजनांसाठीचे पैसे मिळवण्याचा एक नवीन मार्ग मिळाला, त्यात नेमका लाभार्थी कोणता हे ओळखता येऊ लागले व त्याचा परिणाम म्हणून ग्रामीण भागाची अर्थव्यवस्था सुधारली. बाजारपेठ विस्ताराचा विचार केला तर त्याचीही अनेक उदाहरणे देता येतील. खेडी व वारसा पर्यटनाचा भाग वाढला. ऑनलाइन पोर्टलमुळे ग्रामीण भागातही पर्यटन व्यवसायाबाबत जागरूकता आली, पूर्वीपेक्षा जास्त लोक दूरस्थ अशा शांत खेड्यांना निवांतपणा मिळण्यासाठी भेट देऊ लागले. ज्यांची पैसे खर्च करण्याची क्षमता आहे, अशा लोकांपर्यंत पोहोचणे हे डिजिटल तंत्रज्ञानाच्या चतुराईने केलेल्या वापरामुळे शक्य झाले. इ-व्यापार वाढला त्यात कारागीरांना कामे मिळू लागली तर छोट्या उद्योगांना नवीन बाजारपेठा मिळाल्या. महिलांचे जीवनमानही सुधारले. ईशान्येकडील विणकर जमातीच्या महिलांना त्यांनी तयार केलेल्या वस्तूंचे विपणन इंटरनेटच्या माध्यमातून करता आले व कुठेही लांब न जाता त्यांना त्यांनी निर्मिती केलेल्या वस्तू जगासमोर मांडता येऊ लागल्या. अशा अभ्यासातून एक करता येईल ते म्हणजे ग्रामीण भागातील लोकांनी तयार केलेल्या वस्तूंचे विपणन आणखी प्रभावीरित्या करता येईल. त्यासाठी खास योजना आखता येतील. एकतर यात ग्राहकांना त्यांच्या गावाकडे आणता येईल.

सुटीच्या दिवसातील निवांत क्षण घालवण्याचे व त्याच्या जोडीला स्थानिक उत्पादित वस्तूंची खरेदी हा त्यातील एक भाग असू शकतो किंवा देशातील-परदेशातील व्यक्तींपुढे ही उत्पादने मांडण्याची संधी त्यांना इंटरनेटच्या माध्यमातून आहे. त्यासाठी त्यांना आणखी तांत्रिक मदतही करता येईल. आता आपण डिजिटल तंत्रज्ञानाच्या वापरामुळे या तीन क्षेत्रात कसा फायदा होत गेला हे पाहिले. ग्रामीण बाजारपेठांची क्रयशक्ती वाढली पाहिजे तसे झाले तरच खऱ्या अर्थाने शाश्वत विकास किंवा त्या लोकांची प्रगती झाली असे म्हणता येईल. भारतातील ग्रामीण उत्पन्न २०२० या वर्षापर्यंत ५७२ डॉलरपासून १.८ ट्रिलियनस अमेरिकी डॉलर इतके वाढणार आहे. ग्रामीण भारतात ७० टक्के जनता राहते. भारताच्या ढोबळ राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या ५० टक्के उत्पन्न हे ग्रामीण भारतातून येते. ग्रामीण भागातील दरडोई ढोबळ राष्ट्रीय उत्पन्न इ.स. २००० पासून शहरी ठिकाणांपेक्षा जास्त वेगाने वाढत आहे. चक्रवाढ वार्षिक विकास दर हा पूर्वी ४.७ टक्के होता तो आता ६.२ टक्के आहे. त्यामुळे काही कंपन्यांनी बाजारपेठेत सिंहाचा वाटा मिळवण्यासाठी आता ग्रामीण भागावर नजर केंद्रित केली आहे. विक्रेत्यांपुढे यात एक मोठे आव्हान आहे म्हणजे हे ग्राहक विखुरलेले आहेत. त्यांच्या संस्कृती व भाषा भिन्न आहेत त्यासाठी किफायतशीर मार्ग शोधणे गरजेचे आहे. डिजिटल तंत्रज्ञान हा त्यातील एक मार्ग आहे पण भारतातील ग्रामीण बाजारपेठेत तो कसा राबवायचा हा प्रश्न आहे. ग्रामीण भारतात डिजिटल सोयी-सुविधांचे जाळे कितपत पसरले आहे याचा विचार केला तर भारतातील ८३.३ कोटी लोक ग्रामीण भागात राहतात, इंटरनेट व मोबाइल असोसिएशन ऑफ इंडियाच्या

अहवालानुसार ३.८ कोटी लोकांकडे इंटरनेटची सोय आहे तर १२ टक्के लोक मोबाईलवर इंटरनेटचा वापर करतात. लक्षात घेण्याजोगी बाब अशी की, २०१० मध्ये पाच लाख लोकांकडे इंटरनेटची सुविधा होती ती २०१२ मध्ये ३६ लाख झाली. इंटरनेट वापरात वाढ होण्याची कारणे म्हणजे हॅडसेटच्या कमी झालेल्या किंमती, बॅटरीजचे वाढते आयुष्य, कमी डाटा दर व सुधारलेली पायाभूत सुविधा ही आहेत. वापरलेल्या मोबाईल फोन्ससाठी मोठी बाजारपेठ आहे पण ते मात्र इंटरनेट वापरास योग्य नाहीत. मोबाईल वापरकर्त्यांची संख्या १० कोटी आहे. करमणूक व संदेशवहनासाठी मोबाईल फोनचा वापर हा वाढतो आहे. इतर ऑनलाइन सेवा म्हणजे इ-व्यापार, शिक्षण, नोकरी व सोशल मीडिया (सामाजिक माध्यमे) या सेवा मोबाईलवरून वापरण्याचे प्रमाणही हळूहळू वाढते आहे. आगामी काळात मोबाईल व इंटरनेटचा वापर ग्रामीण बाजारपेठा व त्यांना काबीज करू पाहणाऱ्या संस्था यांच्याकडून वाढत आहे. आजच्या विपणन धोरणांपेक्षा पुढील धोरणे वेगळी असतील त्यामुळे हा फरक घडून येईल. शहरी बाजारपेठेत ग्राहकांचे लक्ष्य वेधून घेणे पुरेसे असते ग्रामीण भागात ग्राहकांपर्यंत थेट पोहोचणे हे मोठे आव्हान आहे. ग्रामीण भागातील लोकांचे आर्थिक व सामाजिक स्तर यांच्या माहितीत फरक आहे त्यांचे प्रोफाइल वेगळे आहे. त्यामुळे तेथे एकसंध-सरधोपट विपणन पद्धती वापरून चालणार नाही. पुरेसा डेटाबेस व व्यक्तींच्या माहितीचे विश्लेषण करून ग्रामीण बाजारपेठेत एखाद्या उत्पादनाचे विपणन यशस्वी ठरू शकते. ग्रामीण ग्राहक हे सामाजिक शिफारशींच्या माध्यमातून खरेदीचे निर्णय घेतात. सोशल मीडियाच्या माध्यमातून विपणन केले तर

त्यात नेमकी कुठली उत्पादने व सेवा या भागात योग्य ठरतील हे जाणून घेता येईल. छोट्या समुदायांमध्ये हे तंत्र वापरून काही स्वयंसेवी संस्था, आर्थिक संस्था व सरकारी संस्था यांच्या माध्यमातून सामाजिक मंच तयार करता येतील. त्या माध्यमातूनही उत्पादनांचे व सेवांचे विपणन करता येईल. आयटीसी व एचएलएल ही त्याची दोन उदाहरणे आहेत. अर्थात त्यांनी माहिती व संज्ञापन तंत्रज्ञानाचा वापर ग्रामीण विपणनासाठी केला होता त्यामुळे त्यांना ग्रामीण ग्राहकांना आकर्षित करण्यात यश आले. स्मार्ट फोन व टॅबलेट यासारख्या व्यक्तीगत साधनांचा वापर अजून विपणनासाठी केलेला नाही. तो केला तर ती अभिनव कल्पना ठरू शकेल. ग्रामीण भागात शिरकाव करण्यासाठी उद्योगांना ग्राहकांशी सतत संपर्कात रहावे लागेल व वर्षागणिक गुंतवणूकही त्यात करावी लागेल. यातून फायदा नेमका कधी मिळेल हे सांगता येत नाही त्यामुळे अनेक संस्था व उद्योग याकडे एक कठीण मार्ग म्हणून पाहतात. डिजिटल तंत्रज्ञानाने आपल्याला वस्तू कुठल्या भागात विकल्या जाऊ शकतात याचबरोबर हे तंत्रज्ञान कुठल्या ठिकाणांपर्यंत पोहोचले आहे याचा विचार केला आहे. कंपन्यांनाही त्या लोकसमूहातील वस्तू वापराची स्थिती समजली असल्यामुळे ते हळूहळू कमी खर्चिक माध्यमांमार्फत त्यांच्यापर्यंत पोहोचू शकतात व नंतर त्या अनुभवाच्या आधारे इतर भागातही उद्योग-व्यापाराचा विस्तार करू शकतात. ग्रामीण लोक हे मोबाईलने जोडले गेलेले आहेत ते त्याचा वापर जास्त करून करमणूक व संदेशवहनासाठी करतात. यात एक अडचण अशी की, आशय हा स्थानिक भाषेत असला पाहिजे. ग्राहकांच्या भाषेत त्यांच्यापर्यंत पोहोचण्याचा

प्रयत्न करण्यासाठी तशा प्रकारचा आशय निर्माण करणे गरजेचे आहे. प्रादेशिक भाषेत करमणुकीच्या पद्धतीने हा आशय ग्रामीण लोकांपर्यंत पोहोचवता येणे आवश्यक असते. ग्रामीण भागातील शेवटच्या मैलापर्यंत इंटरनेट जोडणी मिळणे आवश्यक असते. ग्रामीण भागातील लोकांपर्यंत पोहोचण्यात इंटरनेट जोडणी हा महत्वाचा मुद्दा असतो. ग्रामीण भागात डाकनेट हा प्रकल्प ओडिसा राज्यात राबवण्यात आला. गुजरातच्या बाबासाहेब आंबेडकर विद्यापीठाने यात काही अभिनव पद्धतींनी पुढाकार घेतले. तेथील ग्रामीण भागात बसगाड्यांमध्ये इंटरनेट सुविधा उपलब्ध करून दिल्या आहेत. माहिती-संदेशवहन तंत्रज्ञानाने त्या बस परिपूर्ण आहेत. खासगी यंत्रांच्या मार्गाने इंटरनेट लोकांपर्यंत पोहोचवण्याचा वेग वाढतो आहे. काही राज्य सरकारांनी सामान्य सेवा सुविधा केंद्रे सुरू केली आहेत त्यांचा लाभ काही प्रमाणात व्यक्तीगत साधनांच्या माध्यमातून घेता येतो. असे असले तरी सामान्य सुविधा केंद्रांची गाजावाजा करून सुरू केलेली ही योजना अजून एक ठोस व्यावसायिक प्रारूप म्हणून ते पुढे येणे गरजेचे आहे. यात खासगी-सरकारी भागीदारी आहे. ज्या संस्था ग्रामीण बाजारपेठा काबीज करू पाहतात त्यांनी या सामान्य सेवा सुविधा केंद्रांकडे दुर्लक्ष करून चालणार नाही. त्यांच्या काही राज्यातील यशाचा कंपन्यांनी अभ्यास करावा व त्यामार्गाने त्यांना ग्रामीण बाजारपेठा काबीज करणे सोपे जाईल. त्यांच्यासाठी काही पथदर्शक योजनाही त्यातून अंमलात आणता येतील. ग्रामीण भागातील नेटीझन्स म्हणजे इंटरनेटचा वापर करणारे नागिरक त्याचा वापर नेमका कसा करतात त्यांच्या सवयी काय आहेत याचा अभ्यास करून त्यांना आपल्या कंपनीच्या उत्पादनांकडे कसे



आकर्षित करता येईल हे ठरवता येऊ शकेल. ग्रामीण भागात डिजिटल पद्धतीने विपणन करताना प्रादेशिक भाषेत आशय म्हणजे माहिती उपलब्ध करून द्यावी लागेल. माहिती-तंत्रज्ञान उत्पादने व समस्यांवरील उत्तरे (सोल्यूशन्स) ही ग्रामीण भागातील ग्राहकांच्या गरजा पाहून तयार कराव्या लागतील. बहुतांश सोल्यूशन्स किंवा उत्पादने भले मग ती माहिती तंत्रज्ञान किंवा त्याच्या बाहेरील उत्पादने असोत ग्रामीण ग्राहकांच्या गरजांचा विचार करावा लागेल, आयटी सोल्यूशन्स यांची निर्मिती नवीन मागण्या, तसेच ग्रामीण अर्थव्यवस्थेचा विस्तार लक्षात घेऊन करावी लागतील. सरकारनेही डिजिटल डिव्हाइड म्हणजे अंकीय दरी कमी केली पाहिजे, त्यासाठी सरकारने प्रयत्न केले आहेत काही प्रकल्पही त्या उद्देशाने सुरू झाले आहेत. पण त्यातही जास्तीत जास्त माहिती तंत्रज्ञान उत्पादनांचे उत्पादन करणे आवश्यक आहे. माहिती तंत्रज्ञान सोल्यूशन्स तयार करणे गरजेचे आहेत त्यामुळे ग्रामीण आर्थिक व्यवस्थेत लक्षणीय बदल घडू शकतो. ग्रामीण भागातील बिझिनेस प्रोसेस आउटसोर्सिंग म्हणजेच बीपीओ संस्था नवीन उद्योजकांच्या कल्पकतेला भुरळ घालत आहेत. असे असले तरी हे व्यावसायिक प्रारूप चांगल्या दर्जासह सगळीकडे सोपे नाही. तामिळनाडू, केरळ, गोवा या राज्यांत ग्रामीण व शहरी जीवनशैलीत फार फरक नाही व तेथील युवकांच्या आशा आकांक्षाही फार वेगळ्या नाहीत. तेथे साधारणपणे सारखीच उत्पादने व सेवा चालू शकतात. दोन्ही प्रकारच्या ग्राहकांना त्या चालू शकतात पण त्यात किंमत निर्धारण वेगळे असणे गरजेचे आहे. कारण ग्रामीण व शहरी ग्राहकांची क्रयशक्ती

वेगळी आहे. माहिती तंत्रज्ञान उत्पादने व सोल्यूशन्स तयार करतानाच ती उपलब्ध करून देणे हा महत्वाचा प्रश्न आहे. आयएसपी व राज्य सरकारे अंतिम मैलापर्यंत इंटरनेट जोडणी करण्यास प्रयत्नशील आहे, त्याला थोडा वेळ लागेल पण त्यावेळी हे स्वप्न पूर्ण होईल. ग्रामीण भागात डिजिटल तंत्रज्ञान रोजच्या जीवनात वापरले जात आहे. ऑनलाइन टिकेटिंग (म्हणजे ऑनलाइन तिकीट सेवा), वीज बिले अदा करण्याच्या सुविधा, एवढेच काय इंटरनेटवर विवाह जुळवणाऱ्या सेवा अशा अनेक सुविधा डिजिटल यंत्रे प्रत्येक घरोघरी नसल्या तरी वापरल्या जाताना दिसत आहेत. सायबर कॅफे व डेस्कटॉपचा भागीदारीत वापर यामुळे कमी खर्चात या सेवा मिळाल्या आहेत.

ग्रामीण विकासात तळागाळातील स्तरावर काम करणाऱ्या संस्था व स्वयंसेवी संस्था, सरकार, तंत्रज्ञान पुरवठादार, ग्रामीण केंद्री सेवा पुरवठादार यांनी एकत्र येऊन एकात्मिक दृष्टिकोन अंगिकारला तरच ग्रामीण अर्थव्यवस्था विस्तारेल. नागरी सेवा केंद्रे यांचा उद्देश हाच होता पण त्यात दूरदृष्टीचा अभाव व गुंतवणूकदारांसाठी आकर्षक व्यावसायिक प्रारूप आपल्याला देता आले नाही. तसेच ग्रामीण भागातील लोकांना आकर्षित करू शकेल असे काहीच त्यात नव्हते. तंत्रज्ञानाधिष्ठित शिक्षण प्रणाली राबवली तर चांगले अध्ययन तंत्र व तज्ञ व्यक्तींचे विचार मुलांना ग्रामीण भागात बसूनही मिळू शकतात. शहरी भागात मुलांना अनेक पर्याय असतात पण ग्रामीण भागात ते नसतात त्यामुळे तंत्रज्ञानाधिष्ठित शिक्षणाने ते साध्य होईल. भाषिक पातळीवर कौशल्यावर आधारित विकास कार्यक्रम राबवण्यासाठी मोबाईल नियंत्रित संचालन

केंद्रे (एमओसीसी) उभारल्यास ते उपयोगी ठरू शकते. केरळामध्ये दूरस्थ ठिकाणी असलेल्या ३४ तंत्रशिक्षण संस्थांमध्ये रोजगाराभिमुख कौशल्ये सिस्कोच्या वेबेक्स सिस्टीमच्या माध्यमातून मुलांना शिकवण्याचा कार्यक्रम घेण्यात आला. विशेष म्हणजे त्यातील आशय हा द्विभाषिक होता. अभिनवता व तंत्रज्ञान यांचा सुरेख संगम यात होता. त्यातून ग्रामीण युवकांपुढे उभे असलेले पायाभूत सुविधांचे व इतर प्रश्न सहज दूर झाले. ग्रामीण भागाचा माहिती व संगणक तंत्रज्ञानाच्या माध्यमातून कायापालट करण्यासाठी दीर्घकालीन दृष्टिकोन अंगिकारावा लागेल, त्यात जोखीम घेण्याची तयारी पाहिजे व काहीवेळा सहिष्णुताही हवी. सध्याचे काही प्रकल्प हे सर्वसमावेशक भारताचा उद्देश ठेवून राबवले असले तरी ग्रामीण भागातील मागणी, तेथील बाजारपेठांचे गुणधर्म, ग्रामीण ग्राहकांची मानसिकता हे सगळेच वेगळे असल्याने अभिनवतेवर विशेष लक्ष केंद्रित करणे आवश्यक आहे, त्यासाठी पुरेसा निधी असलेले प्रकल्प हाती घेणे गरजेचे आहे. कृषी क्षेत्राची वाढ २ टक्क्यांपर्यंत असून ग्रामीण भागातील आर्थिक साधनांची उपलब्धता कमी आहे. त्यामुळे खेड्यांमध्ये डिजिटल तंत्रज्ञानाने ज्ञानाधिष्ठित अर्थव्यवस्था निर्माण करण्यासाठी शाश्वत विकास योजना राबवावी लागेल.

(डॉ. उमा गणेश - या ग्लोबल टॅलेन्ट ट्रॅक या संस्थेच्या मुख्य कार्यकारी अधिकारी आहेत. संपर्कासाठी इमेल - [umaganesh@gttconnect.com](mailto:umaganesh@gttconnect.com))

— भाषांतर : राजेंद्र येवलेकर



## ग्रामीण भागातील लोकांचा आवाज व्यक्त करणारी- मोबाईल वाणी

– चेतन वर्मा

“जोहर! मोबाईल वाणी में आपका स्वागत है...” हा आवाज शहरी नागरिकांना कदाचित परिचयाचा वाटणार नाही. मात्र, हाच आवाज झारखंड मधील अगदी दुर्गम भागातील खेड्या-पाड्यांमध्ये राहणाऱ्या सुमारे एक लाख लोकांना आपलासा वाटतो. कारण हा आवाज त्यांना ‘मोबाईल वाणी’ या एका विलक्षण अशा आवाजावर आधारित सामाजिक व्यासपीठाशी जोडतो. या माध्यमातून हे गावकरी आपल्या तक्रारी मांडतात. संधाल परगण्यातील एका आदिवासी खेड्यामध्ये राहणाऱ्या, राजीव मरमू, या ४० वर्षांच्या शेतकऱ्याला मोबाईल वाणीच्या रूपाने एक नवा मित्र मिळाला आहे. दिवसातील कोणत्याही वेळी तो या आपल्या मित्राशी संपर्क साधू शकतो. त्याच्या आजूबाजूला घडणारे एखादे भ्रष्टाचारी कृत्य त्याने पहिले असेल तर त्याची माहिती तो या मोबाईलवरून देऊ शकतो किंवा त्यांना गावात भेडसावत असणाऱ्या समस्येचे उत्तरही त्याला या मोबाईलवरून मिळते.

आपला आवाज नक्कीच कोणीतरी ऐकेल असा त्याला हमखास विश्वास वाटतो.

राजीव आणि त्याच्या सहकाऱ्यांमध्ये असाच विश्वास निर्माण केला आहे दिल्ली स्थित ‘ग्रामवाणी’ या संस्थेने. सामाजिक तंत्रज्ञानावर आधारित या कंपनीचा मुख्य उद्देश- माहितीचा ओघ वरून खाली न येता खालून वर जायला हवा, असा आहे. म्हणजेच सरकारी माहिती केवळ वरून खाली ग्रामीण भागातील लोकांपर्यंत पोहोचण्याऐवजी तळागाळातील लोकांच्या अडचणी सरकारपर्यंत पोहोचायला हव्यात. डॉ. आदितेश्वर सेठ यांनी २००९ मध्ये ग्रामवाणी या संस्थेची संयुक्तपणे स्थापना केली. कॅनडामध्ये सन २००८मध्ये पी.एच.डी. करित असताना डॉ.सेठ यांनी एका स्पर्धेमध्ये भाग घेतला. त्यावेळी त्यांच्या डोक्यात ही कल्पना आली. ‘नायके फाउंडेशन’तर्फे भारतात कॅम्प्युनिटी रेडिओ संकल्पना कशी विकसित करता येईल याविषयी ती स्पर्धा होती. त्याचवेळी आपण आत्ताच योग्य पावले उचलली नाहीत तर ग्रामीण भागातील मोठा

वर्ग विकासापासून दूर राहिल, याची जाणीव भारत सरकारलाही झाली होती. त्यामुळे त्यांनी कॅम्प्युनिटी रेडिओला प्रोत्साहन देण्याचे धोरण राबवण्याचे ठरवले. काळाची गरज ओळखून नायके फाउंडेशनने, कॅम्प्युनिटी रेडिओचा पहिल्यांदाच वापर करणाऱ्यांना सहजपणे वापरता येईल असे सॉफ्टवेअर विकसित करण्याची हाक तरुण मनाला घातली. त्यासाठी त्यांनी एका स्पर्धेचे आयोजन केले. याच काळात “ग्रामीण भागाला इंटरनेटने जोडण्याची पध्दत” या विषयावर डॉ.सेठ संशोधन करित होते. त्यांनी हे आव्हान स्वीकारायचे ठरवले. एका महत्त्वाच्या सॉफ्टवेअरचा शोध त्यांनी लावला आणि स्पर्धा जिंकली. स्पर्धेतील या यशाने त्यांना जे अनुदान मिळाले, त्यातून त्यांनी ग्रामवाणी या सामाजिक उपक्रमाची उभारणी केली. सामाजिक विकासाच्या विश्वाामध्ये त्यांनी टाकलेले हे पहिले पाऊल होते.

ग्रामवाणीची पहिली निर्मिती होती- ‘ग्रामीण रेडिओ इंटरनेट नेटवर्किंग

सिस्टीम' (ग्रीन्स). कम्प्युनिटी रेडिओ केंद्र चालवण्यासाठीचे हे सॉफ्टवेअर आहे. यामध्ये कार्यक्रमाचे नियोजन, वेळापत्रक, दूरध्वनी यंत्रणा, येणाऱ्या एस.एम.एस.चे एकत्रीकरण, इंटरनेट, आशयाचे व्यवस्थापन आणि सांख्यिकी विश्लेषण इत्यादींचा समावेश आहे.

सुरुवातीच्या नियोजनाप्रमाणे धोरणकर्त्यांनी देशभरात ३००० ते ४००० कम्प्युनिटी रेडिओ केंद्र सुरु करण्याचे ठरवले होते. मात्र, दुःखद बाब अशी की ही गोष्ट प्रत्यक्षात येऊ शकली नाही. कम्प्युनिटी रेडिओची कल्पना राबवायला सुरुवात झाल्यानंतरच्या पाच वर्षांमध्ये देशातील बारा राज्यांमध्ये फक्त १२५ रेडिओ केंद्र कार्यरत आहेत आणि त्यापैकी ३५ केंद्र ग्रीन्स या सॉफ्टवेअरचा वापर करीत आहेत. या रेडिओ केंद्रांनी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार हमी

योजना (नरेगा) आणि पंचायतींच्या बैठका सुरु असतानाच त्यांचे थेट प्रक्षेपण ग्रीन्स सॉफ्टवेअर वापरून केले. शाळांनी फोनवरून अंताक्षरी खेळली आणि त्याचेही प्रक्षेपण ग्रीन्सद्वारेच रेडिओवरून केले गेले. या केंद्रांनी 'इंडियन आयडॉल' च्या धर्तीवर लोकसंगीतावर आधारित एका 'रिऑलिटी शो'चे ही आयोजन केले होते आणि याच सॉफ्टवेअरचा वापर करून श्रोत्यांची मते जाणून घेतली होती. इतर काही केंद्रांनी ग्रीन्सच्याच फोनवर आधारित सॉफ्टवेअरचा वापर करून, प्रश्नमंजुषांची उत्तरे, नरेगा आणि सार्वजनिक वितरण पध्दती मधील अडचणींविषयी मांडण्यात आलेल्या मतांची नोंद, काही घटनांबद्दल लोकांनी स्वतःची ओळख उघड न करता दिलेली माहिती यांसारख्या अनेक कारणांसाठी वापर केला.

ग्रामवाणी हा सामाजिक उपक्रम असल्याने इतर ना-नफा तत्वावर चालवल्या जाणाऱ्या संस्थांना आपले तंत्रज्ञान वापरायची परवानगी ते देतात आणि उत्पन्न मिळवतात. आलेल्या उत्पन्नातून कम्प्युनिटी रेडिओ केंद्र, हेल्पलाईन, माहिती संकलन इत्यादी कामे केली जातात. या ना-नफा तत्वावर चालणाऱ्या संस्थांना त्यांच्यापुढील आव्हानांचा परिचय ग्रामवाणी करून देते. कम्प्युनिटी रेडिओवरून प्रसारित होणाऱ्या कार्यक्रमांच्या परिणामांचे मूल्यमापन आणि सामाजिक लेखाजोखा (सोशल ऑडिट) अहवाल यांचा त्यात समावेश आहे. "मूल्यमापन अहवालावरून देणगीदार आणि या कार्यक्रमांची अंमलबजावणी करणाऱ्या संस्था यांच्यात कायम कुरबुरी होतात", असे मत ग्रामवाणीच्या व्यवसाय विकास आणि ध्येय-धोरण विभागाचे उपाध्यक्ष

## Subscription Coupon

[For New Membership / Renewal / Change of Address]

I want to subscribe to :

**Yojana** : 1 Yr. **Rs. 100/-**;

2 Yrs. **Rs. 180/-**;

3 Yrs. **Rs. 250/-**

(Circle the period of subscription)

DD / MO No. \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Name (in block letters) : \_\_\_\_\_

Subscriber profile : Student / Academician / Institution / Others

Address : \_\_\_\_\_

PIN :

Please allow us 4 to 6 weeks to the despatch of the first issue.

P.S. : For Renewal / change in address, please quote your subscription number.

**योजना**

फेब्रुवारी २०१४ ४३

आशिष टंडन यांनी व्यक्त केले. 'दहा हजार कुटुंबांवर काय परिणाम झाला याचे केवळ लेखी अहवाल देणगीदारांना नको असतात. हे काम करणाऱ्या संस्थेतील लोक प्रत्यक्ष त्या कुटुंबांना भेटले का, त्या कुटुंबियांची नेमकी मते काय आहेत, हे त्यांना हवे असते. या अहवालामध्ये लाभार्थींची सविस्तर माहिती आहे का? तुमच्या कार्यक्रमांचा खरंच त्यांच्यावर काही परिणाम झाला असे ते म्हणाले का? हे त्यांना जाणून घ्यायचे असते. तुम्ही दिलेली ही माहिती कोठेही जाणार नाही, असा विश्वास त्यांना हवा असतो,' असेही टंडन यांनी संगितले. परिणामांचे मूल्यमापन करणाऱ्या ग्रामवाणीच्या गटाला (टीम) कळून चुकले की, सामाजिक कार्य करणारी, नफा मिळवणारी कंपनी असेल तर ती देखील कार्यकर्त्यांकडून काही उद्दिष्ट बाळगून कळकळीने काम करण्याची

अपेक्षा करते आणि काळाच्या ओघात त्याची परिणामकारकता मोजली जाऊ शकते. त्यामुळे गटाला ना-नफा तत्वावर काम करणाऱ्या संस्थांच्या गरजा जाणून घेऊन त्यावर काही उपयुक्त तोडगा शोधता यायला हवा, हे कळले. यावरूनच मग डॉ.सेठ यांना 'व्ही-ऑटोमेट व्हॉइस सोल्युशन्स' या विषयावर काम करण्याची प्रेरणा मिळाली. व्ही-ऑटोमेटद्वारे अनेक सॉफ्टवेअर प्रोग्रॅम्सची निर्मिती करण्यात आली. त्यांचा उपयोग सर्वेक्षण करणे, ग्रामीण भागात कॉल सेंटर (मदत कक्ष) सुरु करणे इत्यादि साठी करता येऊ शकतो. ग्रामवाणीच्या या नव्या निर्मितीने नफा न कमावणाऱ्या आणि खाजगी क्षेत्रातील उद्योगांना, दोन्ही प्रकारच्या ग्राहकांना आकर्षित केले.

व्ही-ऑटोमेटमुळे कम्युनिटी रेडिओ चांगल्या प्रकारे कार्य करू लागला.पण

ग्रामवाणीच्या कार्यकर्त्यांना आणखी एक महत्वाचा प्रश्न मांडण्याची गरज भासू लागली. तो प्रश्न म्हणजे डिजिटल यंत्रणेमुळे समाजात निर्माण झालेली दरी (डिजिटल डिव्हाइड).

शहरी भागातील लोकांना इंटरनेट सहजपणे होऊ शकते पण ग्रामीण भागात सात जणांचे कुटुंब जर दोन हजार रुपयांच्या तुटपुंज्या उत्पन्नावर कशीबशी गुजराण करत असेल तर इंटरनेटचा वापर करणे ही गोष्ट त्यांच्यापासून खूपच दूर असते. साहजिकच आधुनिक विकासाच्या प्रारूपासून हे लोक मागेच राहतात.

'नुकत्याच झालेल्या निवडणूक प्रचार मोहिमांमध्ये लोकांच्यात भ्रष्ट राजकारणी व्यक्तीविरुद्ध जागृती निर्माण करण्यासाठी ज्या मोठ्या प्रमाणावर सोशल मेडियाचा वापर झाला त्याने एक नवाच वस्तुपाठ

Yojana : Published in Hindi, English, Urdu, Tamil, Telugu, Malayalam, Kannada, Gujrati, Marathi, Punjabi Bengali, Assamese & Oriya

Send your subscription by DD / MO in the name of Director, Publications Division, addresses to :

**Advertisement & Circulation Manager, Publications Division, East Block-IV, Level VII,**

**R.K. Puram, New Delhi 110 066. Tel. : 6105590; Fax : 6175516 / 6193**

**Subscriptions will arise also be accepted at our sales emporia:**

- Hall No.196, Old Secretariat, Delhi Ph.011-3968906 ● Rajaji Bhavan, Besant Nagar, Chennai, Ph.: 044-4917673 ● 8, Esplanade East, Kolkata Ph: 033-2488030 ● Bihar State Co-operative Bank Building, Ashoka Rajpath, Patna. Ph.: 0612-653823 Press Road Thiruvanthapuram Ph.: 0471-330650 27/6 ● Ram Mohan Rai Marg, Lucknow Ph.: 0522-208041 ● C-701, Kendriya Sadan, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai ● State Archaeological Museum Building, Public Gardens. Hyderabad Ph.: 040-236393 ● 1st Floor, F-Wing, Kendriya Sadan, Koramangala Bangalore Ph.: 080-5537244 ● CGO Bhavan, A-Wing, A.B.Road, Indore ● 80, Malviya Nagar, Bhopal B-7/8, Bhawani Singh Road, Jaipur.

**For Yojana Tamil, Telugu, Malayam, Kannada, Gujrati, Marathi, Bengali and Assamese please enrol yourself with Editors of the respective at the addressess given Below;**

Editor, Yojana (Marathi), B-701, Kendriya Sadan, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai.

Editor, Yojana (Gujarti), Ambika Complex, 1st Floor, Above UCO Bank, Paldi, Ahmedabad, Ph.: 079-6638670

Editor, Yojana (Assamese), Naujan Road, Uzan Bazar, Guwahati, Ph.: 0361-516792

Editor, Yojana (Bengali), 8, Esplanade East, Ground Floor, Kolkata, Ph.: 033-2432576

Editor, Yojana (Tamil), 'A' Wing, Ground Floor, Shastri Bhavan, Chennai, Ph: 0444-8272382

Editor, Yoajna (Telugu), 10-2-1, F.D.C. Complex, AC Guards, Hyderabad, Ph: 040-236579

Editor, Yojana (Malayalam), 'Reshmi' 14/916 Vazuthacadu, Thiruvanthapuram, Ph: 0471-63826

Editor, Yojana (Kannada), 1st Floor, 'F' Wing, Kendriya Sadan, Koramangala, Bangalore, Ph: 080-5537244.

आपल्यापुढे निर्माण झाला. कल्पना करा, राष्ट्रीय पातळीवर जरी हे घडले असले तरी डिजिटल डिव्हाइडमुळे, समाजात असणाऱ्या या विषमतेमुळे आपल्या लोकसंख्येच्या ७० टक्के लोकांना इंटरनेटची उपलब्धताच नाही, तर ते या क्रांतीचा भाग असूच शकणार नाहीत' हे यामुळे जाणवल्याचे मत टंडन यांनी व्यक्त केले.

किमान एक आर्थिक पातळी गाठल्याशिवाय इंटरनेटसारखी सुविधा वापरणे शक्य नाही, हे ग्रामवाणीच्या गटाला कळून चुकले. संपूर्ण गट यातून काही वेगळा अभिनव मार्ग निघतो का याचा शोध घेऊ लागले. ग्रामीण भागात राहणाऱ्या या "नाही रे" वर्गातील लोकांना इंटरनेट वापरण्याचे आर्थिक साधन नाही, पण त्यांच्याकडे तंत्रज्ञानाचे एक साधन आहे आणि ज्याचा ते सहजपणे वापर करीत आहेत ते म्हणजे - मोबाईल फोन. ही गोष्ट या अभ्यास गटाच्या लक्षात आली आणि अशा प्रकारे "मोबाईल वाणी"चा जन्म झाला.

मोबाईल वाणीचा वापर करणाऱ्याला एक क्रमांक फिरवावा लागतो. तो फिरवला की तुमच्यापुढे अनेक पर्याय उपलब्ध होतात. तुम्ही एखादी माहिती इतरांबरोबर वापरू शकता, शेअर करू शकता. काही नवीन गोष्टी शिकू शकता किंवा स्वतःच्या आवडीच्या विषयाची माहिती विचारू शकता. मोबाईलचा वापर यासाठी करून झाल्यानंतर मत प्रदर्शित करू शकता आणि सध्या सुरु असलेल्या सर्वेक्षणात आपले मत नोंदवू शकता. रेडिओप्रमाणे श्रोत्यांवर सतत विविध प्रकारच्या माहितीचा मारा न करता, मोबाईलवर या नवीन सुविधेचा वापर करणाऱ्याला हवी ती माहिती तर मिळतेच पण त्याचबरोबर आपले मत नोंदवायचे एक साधनही उपलब्ध होते.

दुमका भागात राहणाऱ्या शैलेंद्र सिन्हा या स्थानिक पत्रकाराच्या मते, "मोबाईल वाणी हा ग्रामीण भागातील लोकांचा आवाज बनला आहे. सरकार आणि प्रसारमाध्यमांकडून खेडेगावांतील हे लोक सारख्याच प्रमाणात दुर्लक्षित राहिले होते, त्यांना या मोबाईल वाणीच्या माध्यमातून एक व्यासपीठ मिळाले आहे. त्याच्या सहाय्याने ते आरोग्य, बेरोजगारी आणि शिक्षणविषयक प्रश्नांबाबत निर्भयपणे चर्चा करू लागले आहेत आणि संबंधित अधिकाऱ्यांकडून आपल्याला उत्तर मिळेल असा पुरेसा विश्वास त्यांच्यात निर्माण झाला आहे."

आज लतेहारमध्ये बसून एखादी व्यक्ती रांचीमधील त्याच्यापेक्षा जास्त शिकलेल्या आणि जास्त माहिती असलेल्या व्यक्तीचे अनुभव ऐकू शकते. याशिवाय, मोबाईल वाणीवरून चालू घडामोडींवर आधारित कार्यक्रम नियमितपणे सादर केले जातात. यामध्ये कार्यक्रमाचे दोन सूत्र संचालक असतात. ते एखादे वर्तमानपत्र घेतात आणि त्यातील राष्ट्रीय आणि स्थानिक बातम्यांविषयी मनोरंजक पद्धतीने चर्चा करतात. यामुळे ग्रामीण भागात राहणाऱ्या गावकऱ्यांना ती ऐकून त्यांना आवश्यक असणारी माहिती त्यातून मिळते.

देशाच्या राजधानीत जे निर्णय घेतले जातात त्याचा आपल्या आयुष्यावर प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परिणाम होऊ शकतो, हे आता गावांत राहणाऱ्यांना माहित झाले आहे. यासंबंधी बोलताना आशिष टंडन म्हणतात, "मोबाईल वाणीचा एक महत्त्वपूर्ण परिणाम म्हणजे त्यामुळे ग्रामस्थांच्या आकलनशक्तीमध्ये बदल घडून आला आहे. उदाहरणार्थ, अशिक्षित, खेड्यात राहणाऱ्या माणसाच्या दृष्टीने समुदाय म्हणजे शंभर एक घरांचं गाव. पण अशा अनेक गावांचा तालुका

आणि अशा अनेक प्रशासकीय तालुक्यांचा मिळून जिल्हा बनतो, यांसारख्या संकल्पना त्यांना कळत नाहीत. पण मोबाईल वाणी ऐकायला लागल्यापासून त्यांच्यात फरक पडला आहे. सरकारच्या विकास कक्षेबाहेर असून देखील आपल्याकडे जे आहे त्याचा योग्य वापर कसा करायचा, हे आता त्यांना कळू लागले आहे."

ग्रामवाणीच्या गटामार्फत मोबाईल वाणीच्या माध्यमातून ज्या मोहिमा राबवल्या जातात त्यांचा आशय हा ग्रामस्थांकडूनच मिळतो. हे ग्रामस्थ मोबाईल वाणीच्या व्ही-सर्व्हे कार्यक्रमामात भाग घेतात, त्यातूनच त्यांच्या प्रश्नांची माहिती कळते. त्यातील जे महत्त्वाचे, लोकांच्या जिव्हाळ्याचे प्रश्न आहेत त्यांच्याबाबत विशेष मोहीम राबवली जाते. या प्रश्नांच्या जाणीव जागृतीसाठी मग अभ्यास गटाकडून, नाटक, वाद-संवाद, चर्चासत्र यांसारख्या सृजनशील माध्यमांचा अवलंब केला जातो. अशा प्रकारे एका कार्यक्रमात निर्माण झालेला आशय भविष्यकाळातील त्यांच्या कृती कार्यक्रमांचा एक भाग बनतो.

आवाजाच्या तंत्रज्ञानाचा वापर करून मोबाईल वाणी लोकांशी संपर्क साधते, विचारांची देवाण घेवाण करते. याशिवाय, झारखंडमधील विविध जिल्ह्यांमध्ये त्यांचे २२ समुदाय प्रतिनिधी काम करीत आहेत. ते ग्रामीण भागातील लोकांपर्यंत पोहोचतात, त्यांच्यासाठी बैठकांचे आयोजन करतात. त्यामध्ये ते केवळ सामाजिक प्रश्नांचीच चर्चा करतात असे नव्हे तर तेथील लोकांबरोबर ते लोकगीते म्हणतात, बोधकथा सांगतात. तरीसुद्धा बैठकांमध्ये आणि सर्वेक्षणामध्ये महिलांचा सहभाग कमी असतो. "आमचे उपक्रम राबवताना आम्हाला या एका मोठ्या आव्हानाला सामोरे जावे लागते. खास

महिलांसाठीच तयार केलेल्या कार्यक्रमांबाबत तुलनेने परिस्थिती जरा बरी असली तरी अजूनही महिलांचा सहभाग मोठया प्रमाणावर वाढायला हवा, असे आम्हाला वाटते,' असे टंडन यांनी सांगितले.

ग्रामवाणीच्या या पाचव्या वर्षात तिसऱ्या जगाकडून निर्माण झालेल्या आव्हानांना तोंड द्यावे लागत आहे. तंत्रज्ञान समुदायांना कसे सक्षम बनवते आणि त्यामुळे प्रकल्पाची उद्दिष्टे पूर्ण होण्यास त्याचा किती उपयोग होतो याबाबत तिसऱ्या जगातील लोकांची खात्री पटवणे अवघड जाते कारण त्यांची याबाबतची समज अजून जरा कमी पडते. पण तिथेच घडलेल्या अनुकूल परिणामांच्या बऱ्याच कथा तिथे लिहिल्या जात आहेत. त्यामुळे ग्रामवाणीच्या या गटाला आपल्या कार्याचा विस्तार देशाबाहेरही वाढत जाईल असा विश्वास वाटू लागला आहे. डॉ.सेठ यांच्या मते त्यांच्या या पाच वर्षांच्या प्रवासात बर्याच गोष्टी बदलल्या आहेत,पण एक गोष्ट मात्र कधीच बदलणार नाही आणि ती म्हणजे सक्षम समुदाय घडवण्याबाबतची त्यांची दूरदृष्टी.

### चरखा फिचर्स

धनादेशाद्वारे(चेक) देणगी द्यायची झाल्यास ती "चरखा या नावाने द्यावीत.

संपर्कासाठी पत्ता :

श्री.शंकर घोष अध्यक्ष,

चरखा डेव्हलपमेंट कम्युनिकेशन नेटवर्क डी- १९४७ पालम विहार;  
गुरगाव - १२२०१७, हरयाणा. www.charkha.org, email: charkha@bol.net.in

- भाषांतर : रोहिणी पेठे

# CHRONICLE

## IAS ACADEMY

A Civil Services Chronicle Initiative

Hindi & English Medium

### IAS 2014 Programmes

Morning Evening Weekend

GS Foundation

Prelims / CSAT

Current Affairs

P.T. Test Series

Optional Subjects :

Public Administration & Sociology

Admission Open

\*Limited Seats

# Civil Services CHRONICLE

24yrs of Guiding Success

DELHI / NCR CENTRES

Rajinder Nagar

18/4, Old Rajinder Nagar, New Delhi

North Campus

2520, Hudson Lane, Vijay Nagar Chowk, Delhi

Noida: D-108, Sector - 2, Noida

SMS: "CAMPUS YE" to 56677

Call: 8800495544, 9582263947

www.chronicleias.com

## योजना

४६ फेब्रुवारी २०१४



## विविध शिष्यवृत्ती योजना

– डॉ. नंदकिशोर पाटील

शालेय व महाविद्यालयीन विद्यार्थ्यांकरीता राष्ट्रीय व आंतरराष्ट्रीय स्तरावरील विविध शिष्यवृत्ती योजनांची माहिती येथे देत आहोत.

१. नेशनवाईड एज्युकेशन स्कॉलरशिप टेस्ट- इयत्ता दहावी व बारावी चे शिक्षण घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांसाठी ही शिष्यवृत्ती योजना असून या शिष्यवृत्तीकरीता पात्रता परिक्षा ठेवण्यात आली आहे. ही परिक्षा नागपूर, पुणे, मुंबई येथील केंद्रांवर घेण्यात येते. परिक्षा उत्तीर्ण होणाऱ्या विद्यार्थ्यांना २५ ते ५० हजार रूपये वार्षिक शिष्यवृत्ती देण्यात येते.
२. विज्ञान व तंत्रज्ञान मंत्रालय (भारत सरकार) व्दारा इन्स्पायर स्कॉलरशिप- सदर शिष्यवृत्तीकरीता अर्ज करणाऱ्या विद्यार्थी बारावी पास ते पदवीधर असावा. वार्षिक ८०००००/- रूपये या शिष्यवृत्तीमध्ये मिळतात.

३. इंडियन ऑईल ऍकेडमिक स्कॉलरशिप स्किम- इंडियन ऑईल कॉर्पोरेशन लिमिटेड कडून मिळणाऱ्या या शिष्यवृत्तीकरीता दहावी ते पदवीपर्यंतचे विद्यार्थी अर्ज करू शकतात. दहावी व आय.टी. आय. च्या विद्यार्थ्यांना दोन वर्षाकरीता सुमारे दोन हजार विद्यार्थ्यांना प्रतिमाह एक हजार रूपयांची आर्थिक मदत दिली जाते. अभियांत्रिकीच्या तीनशे विद्यार्थ्यांना चार वर्षाकरीता तीन हजार रूपयांची शिष्यवृत्ती देण्यात येते. एम.बी.बी.एस. च्या विद्यार्थ्यांना चार वर्षाकरीता ३००० रूपये प्रतिमहिना व व्यवस्थापनाच्या १०० विद्यार्थ्यांना दोन वर्षाकरीता प्रत्येक महिन्याला रूपये तीन हजार अशी शिष्यवृत्ती देण्यात येते. या योजनेसाठी अर्ज करतांना ठराविक टक्केवारीची अट असते. खुल्या वर्गाकरता ६५ टक्के अनुसूचित जाती जमाती व इतर

मागासवर्गीय तसेच मुलीकरीता ६० टक्के तर अपंग मुलांसाठी ५० टक्के गुणांची अट असून गुणवत्ता यादीनुसार विद्यार्थ्यांची निवड करण्यात येते. या शिष्यवृत्तीकरीता परिक्षा किंवा मुलाखत घेतली जात नाही.

४. किशोर वैज्ञानिक प्रोत्साहन योजना (के.व्ही.पी.आय)- ही योजना भारत सरकारच्या विज्ञान व तंत्रज्ञान विभागातर्फे शालेय स्तरावरील कर्तृत्ववान व प्रतिभावान विद्यार्थ्यांना विज्ञान व संशोधनक्षेत्राकडे आकर्षित करण्याच्या उद्देशाने सुरू करण्यात आली आहे. या योजनेत विज्ञान शाखेतील पदवी अभ्यासक्रमांसाठी प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांना शिष्यवृत्ती दिली जाते. या योजनेअंतर्गत दहावीला विज्ञान व गणित विषयात किमान ८० टक्के गुण मिळवलेल्या व अकरावी विज्ञानशाखेत प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांना एक वर्ष तज्ञांचे

मार्गदर्शन दिले जाते. नामांकित विज्ञान संशोधन संस्थांमधील संशोधन कार्याबाबत माहिती दिली जाते. नंतर बारावीला किमान ६०% गुण मिळवलेले तसेच विज्ञान शाखेतील पदवी अभ्यासक्रमामध्ये पहिल्या वर्षाला शिकणारे विद्यार्थी या शिष्यवृत्तीसाठी अर्ज करण्यास पात्र असतात. तसेच बारावी विज्ञानशाखेत तसेच पदवीच्या पहिल्या वर्षामध्ये किमान ६०% आवश्यक मिळवणे आवश्यक आहे. या योजनेअंतर्गत दरमहा ५००० रूपये फेलोशिप मिळते व इतर खर्चाकरीता वार्षिक २०००० रूपये अनुदान दिले जाते. या योजनेत विद्यार्थ्यांना केवळ आर्थिक लाभ मिळवून देणे एवढा मर्यादित उद्देश नसून यात मार्गदर्शनपर उन्हाळी शिबीरांचेही आयोजन केले जाते. संशोधन क्षेत्रातील वातावरण, कृतीशील विज्ञान, संशोधकांना प्रत्यक्ष काम करतांना पाहणे, शात्रज्ञांशी चर्चा करणे, भेटी देणे, तसेच राष्ट्रीय प्रयोगशाळा, विद्यापीठातील प्रयोगशाळा व संदर्भ ग्रंथालयांची इ. विद्यार्थ्यांना उपलब्ध व्हावे हा या योजनेमागचा विचार आहे. या सर्व संधी मिळविण्याकरीता पात्रता परिक्षा उत्तीर्ण होणे अनिवार्य असते. इच्छुक विद्यार्थ्यांनी या योजनेबाबत माहिती घेण्यासाठी ९२७३६६३०३२ या क्रमांकावर संपर्क साधावा.

५. **जे.एन. टाटा एंडोमेंट स्कॉलरशिप योजना:-** सर जमशेदजी टाटा यांच्या निधीतून पदवी, पदव्युत्तर पदवी

व पी.एच.डी. करणाऱ्या भारतीय विद्यार्थ्यांना रूपये १,५०,००० ते ऐंशी लाख शिष्यवृत्ती दिली जाते. या शिष्यवृत्तीकरीता डिसेंबर ते जानेवारी दरम्यान अर्ज भरावा लागतो. मार्च ते जून मध्ये मुलाखत प्रक्रियेतून घेतली निवड झालेल्या विद्यार्थ्यांना शिष्यवृत्ती दिली जाते.

६. **आधार फाऊंडेशन स्कॉलरशिप स्किम-** या शिष्यवृत्ती योजनेअंतर्गत इयत्ता पाचवी ते बारावी, पदवी, पदव्युत्तर व पदवी पर्यंतच्या सर्व विद्यार्थ्यांना या शिष्यवृत्ती देण्यात येते. गुणवत्तेनुसार प्रत्येकी दोन हजार रूपये शिष्यवृत्ती देण्यात येते. या योजनेमध्ये विद्यार्थ्यांना मुलाखतीत उत्तीर्ण व्हावे लागते. पदवीमध्ये कला, वाणिज्य, अभियांत्रिकी, वैद्यकीय व इतर सर्व पदवीअभ्यासक्रम, तसेच डिप्लोमा अभ्यासक्रमांत आय.टी.आय., डि. टी.एड व इतर सर्व अभ्यासक्रमांचा समावेश असून इयत्ता पाचवी ते पदव्युत्तर पदवी पर्यंतचे कोणतेही शिक्षण घेणारे विद्यार्थी या योजनेचा लाभ घेऊ शकतात. या शिष्यवृत्ती योजनेमधील २०% शिष्यवृत्ती मुलींकरीता राखीव आहेत. मुंबई, पुणे, नागपूर, औरंगाबाद, अमरावती इ. ठिकाणी मुलाखतीकरीता बोलावण्यात येते. अधिक माहिती व अर्जाकरीता आधार स्कॉलरशिप हेल्ललाईन ९१७५५१८०७४ या क्रमांकावर स्वतःचे नाव, पत्ता व शिक्षण संबंधी माहिती पाठवावी किंवा हेल्ललाईनवर संपर्क साधावा.

७. **एल.आय.सी. गोल्डन ज्युबिली स्कॉलरशिप स्किम-** ही शिष्यवृत्ती भारतीय जीवन विमा निगम या संस्थेकडून कडून दिली जाते. बारावीत ६०% गुण मिळविलेल्या गरजू व गुणवंत विद्यार्थ्यांना महिन्याला एक हजार रूपये म्हणजेच दहा महिन्यांकरीता दहा हजार रूपये आर्थिक मदत देण्यात येते.

८. **फुलब्राइट-नेहरू अधिछात्रवृत्ती (यु. एस)-** या योजनेअंतर्गत अमेरिका आणि इतर देशांमधील परस्पर सामंजस्यांचा भाग म्हणून पदवी, पदव्युत्तर पदवी शिक्षण घेणाऱ्या हुशार विद्यार्थ्यांना व संशोधकांना पुरस्कार दिले जातात. त्यामध्ये विदेश प्रवास खर्च, शैक्षणिक खर्च, राहण्याचा खर्च इ. समावेश केलेला असतो. या शिष्यवृत्तीकरीता महाविद्यालय, विद्यापीठ शाखा, संशोधक, माध्यमिक शाळा, शिक्षक, धोरणकर्ते, प्रशासक आणि व्यावसायिक इत्यादी व्यक्ती या शिष्यवृत्तीकरीता अर्ज करू शकतात.

९. **तंत्रशिक्षण संचालनालय, अल्पसंख्याकांसाठी शिष्यवृत्ती योजना-** राज्य सरकारच्या अल्पसंख्यांक विकास मंत्रालयाच्या वतीने मुस्लीम-बौद्ध-ख्रिश्चन-पारशी-जैन इत्यादी अल्पसंख्याकांसाठी बारावीनंतर सर्व कला, वाणिज्य, विज्ञान, पदवी, पदव्युत्तर पदवी-पदविका, बी.टेक, एम.ई.एम.टेक इ.सारख्या अभ्यासक्रमांसाठी ही शिष्यवृत्ती देण्यात येते.



१०. **भारतीय विद्यार्थ्यांना सिंगापूरच्या स्कॉलरशिप:-** सिंगापूर सरकारकडून फक्त भारतीय विद्यार्थ्यांसाठी एशियन स्कॉलरशिप, एस.आय.ए.युथ स्कॉलरशिप, ए-स्टार इंडिया स्कॉलरशिप, एम.ओ.ई. स्कॉलरशिप फॉर सेकंडरी आणि प्रो-युनिव्हर्सिटी स्टडीज, हॉंगकाँग स्कॉलरशिप आणि अवॉर्ड्स इ. शिष्यवृत्ती योजना आहेत. ए-स्टार इंडिया युथ स्कॉलरशिप करीता विद्यार्थी इयात्ता सातवी व आठवी मध्ये इंग्रजीमध्ये ८०% गुण आवश्यक आहे. २२०० डॉलर (सेकंडरी) तसेच २४०० सिंगापूर डॉलर (प्रो युनिव्हर्सिटी) अशी शिष्यवृत्ती मिळते.

११. **उदमनशालीनी फेलोशिप प्रोग्रॉम (फक्त मुलींसाठी)-** या शिष्यवृत्तीकरीता इयत्ता दहावीच्या परिक्षेत किमान ६०% गुण मिळविणे आवश्यक आहे. या शिष्यवृत्तीमध्ये पात्र ठरल्यास पुढील शिक्षणाचा संपूर्ण खर्च दिल्या जातो .

१२. **मौलाना आझाद इंटरनॅशनल एसे स्कॉलरशिप-** ही शिष्यवृत्ती मौलाना आझाद एज्युकेशन फाऊंडेशन अल्पसंख्यांक मंत्रालय, भारत सरकारद्वारे देण्यात येते. इयत्ता अकरावीच्या कोणत्याही शाखेत शिकणारे विद्यार्थी या शिष्यवृत्तीसाठी अर्ज करू करू शकतात. पात्र विद्यार्थ्यांना शिक्षणाचा संपूर्ण खर्च (पुस्तके, स्टेशनरी, राहणे व जेवणाचा संपूर्ण खर्च) देण्यात येतो.

१३. **सी.एस.आई.आर. इनोवेशन अवॉर्ड फॉर स्कूल चिल्ड्रेन-** ही शिष्यवृत्ती काऊंसिल ऑफ सार्डिफिक एँड इंडस्ट्रीयल रिसर्च, नवी दिल्ली यांचेकडून दिली जाते. १८ वर्षांपेक्षा कमी वयाचे सर्व विद्यार्थी या शिष्यवृत्तीकरीता अर्ज करू शकतात. प्रथम पुरस्कार एक लाख रूपये, द्वितीय पन्नास हजार, तृतीय तीस हजार, चतुर्थ वीस हजार रूपये, पाचवा पुरस्कार दहा हजार रूपये असे या योजनेचे स्वरूप आहे.

१४. **टाईम्स स्कॉलर्स (द टाईम्स ऑफ इंडिया)-** ही शिष्यवृत्ती टाईम्स ऑफ इंडिया या संस्थेमार्फत दिली जाते. इयत्ता बारावी मधील विद्यार्थ्यांना आपल्या उच्च शिक्षणासाठी (पदवीच्या चार वर्षाकरीता) पाच लाख रूपये आर्थिक सहाय्य दिले जाते.

१५. **जवाहरलाल नेहरू स्कॉलरशिप योजना -** ही शिष्यवृत्ती जवाहरलाल नेहरू मेमोरियल फंड कडून दिली जाते. पी.एच.डी. शिक्षण घेत असलेल्या विद्यार्थ्यांना बारा हजार रूपये प्रतिमहिना आर्थिक मदतीसह शैक्षणिक साहित्य व सहलीकरीता वार्षिक पंधरा हजार रुपये खर्च दिला जातो.

१६. **चंद्रशेखर पोस्ट डॉक्टरल फेलोशिप-** ही योजना इंडियन इन्स्टीट्यूट ऑफ एस्ट्रोफिजिक्स, बंगलोर या संस्थेद्वारे देण्यात येते. एस्ट्रोनाॅमी आणि एस्ट्रोफिजिक्स या अभ्यासशाखांत संशोधन करण्यासाठी ही शिष्यवृत्ती दिली जाते. दर महिना

पंचवीस हजार रूपये भत्ता तर दरवर्षी रूपये एक लाख अशी आर्थिक मदत केली जाते.

१७. **नासा स्पेस सेटलमेंट कॉन्टेस्ट-** ही शिष्यवृत्ती नासा आणि नॅशनल स्पेस सोसायटी द्वारे देण्यात येते. या शिष्यवृत्तीकरीता घेण्यात येणाऱ्या स्पर्धेत इयत्ता सहावी ते बारावी, इयत्ता दुसरी ते सहावी व इयत्ता अकरावी ते बारावी मधील सर्व मुला-मुलींना या सहभागी होता येते. या स्पर्धेसंबंधी सविस्तर माहिती शाळा व महाविद्यालयांत पाठवली जाते.

१८. **नॅशनल स्टँडर्ड एम्बामिनेशन (नॅशनल ऑलिम्पीयाड)-** ही योजना होमी भाभा सेंटर फॉर सायन्स एज्युकेशन टाटा इन्स्टिट्यूट ऑफ फंडामेंटल रिसर्च यांचेकडून चालवली जाते. गुणवत्ता यादीत येणाऱ्या पहिल्या १२ गुणवंत विद्यार्थ्यांना नगदी व पुस्तकाच्या स्वरूपात रूपये पाच हजारांची शिष्यवृत्ती दिली जाते. या शिष्यवृत्तीकरीता इयत्ता सातवी ते दहावी चे विद्यार्थी अर्ज करू शकतात.

१९. **समर रिसर्च फेलोशिप स्किम-** ही शिष्यवृत्ती जवाहरलाल नेहरू रिसर्च सेंटर, बेंगलोर यांचे कडून देण्यात येते. इयत्ता दहावी, बारावी, बी.एस. सी., बी.एस.बी.ई., बी.टेक, एम.एस. सी.इ. अभ्यासक्रमाच्या शिक्षणासाठी पात्र विद्यार्थ्यांना दोन दर महिन्याला सहा हजार रूपये शैक्षणिक भत्ता दिला जातो.

२०. **कॉम्पोनसप्ले स्कॉलरशिप:-** या शिष्यवृत्ती योजनेत १ लाख रूपयांचे आर्थिक सहाय्य मिळते.

२१. प्रो. आर.पी. आनंद मेमोरीअल इंटरनॅशनल लॉ स्कॉलरशिप योजना- न्यायशास्त्राचे शिक्षण घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांना १२०० डॉलरची शिष्यवृत्ती दिली जाते.
२२. इन्स्टिटयुट ऑफ रूरल रिसर्च ऍन्ड डेव्हलपमेंट फेलोशिप - या योजनेअंतर्गत पात्र विद्यार्थ्यांना संपूर्ण शिक्षणाचा खर्च दिला जातो.
२३. एम.जे. मॅथ्स स्कॉलरशिप एक्साम- इयत्ता पाचवी ते दहावी साठी ही योजना राबवली जाते.
२४. प्रार्इम मिनीस्टर फेलोशिप योजना- ही योजना डॉक्टरेल रिसर्च करणाऱ्या शंभर विद्यार्थ्यांना मिळते.

२५. शिवाय भारत पेट्रोलियम स्कॉलरशिप फॉर हायर स्टडीज, फेअर ऍन्ड लव्हली फाऊंडेशनद्वारे (सरस्वती स्कॉलरशिप), सिव्हील ऍंबिएशन स्कॉलरशिप, एच.एस. बी.सी. स्कूलरशिप, नॅशनल टॅलेन्ट स्कॉलरशिप इन ऍंग्रीकल्चर महिद्रा स्कॉलरशिप, यंग आर्टीस्ट स्कॉलरशिप इ. अनेक शिष्यवृत्ती योजना आहेत. हुशार व गरजू विद्यार्थ्यांसाठी अशा शिष्यवृत्ती योजना म्हणजे शिक्षणाचे स्वप्न साकारण्याची सुवर्णसंधी आहे. केवळ माहिती अभावी विद्यार्थी या योजनांपासून

वंचित राहतात. यासाठी विद्यार्थ्यांना या योजनांची माहिती मिळवून अर्ज करावे व उच्च शिक्षणाचे स्वप्न साकार करावे. उच्च शिक्षण मिळाल्यास उच्च प्रतीची नोकरी मिळते. एक विद्यार्थी एकापेक्षा जास्त योजनांनाही अर्ज करू शकतो. अधिक माहिती साठी भ्रमणध्वनी- ९२७३६६३०३२ वर संपर्क करावा.

पुढील अंकात १० वी नंतरच्या वीस शिष्यवृत्ती योजनांची माहिती दिली जाईल.

## प्रकाशन विभागाच्या प्रकाशनांची ५०% सवलतीत विक्री



प्रकाशन विभागातर्फे ३१ डिसेंबर २००४ पर्यंत प्रकाशित करण्यात आलेल्या सर्व प्रकाशनांची ५०% सवलतीच्या दरात विक्री करण्यात येत आहे. त्याचप्रमाणे, प्रकाशन विभागातर्फे ३१ डिसेंबर २०१० पर्यंत प्रकाशित करण्यात आलेल्या कोणत्याही नियतकालिकांच्या १०० रुपये किंमतीच्या खरेदीवरदेखील ५०% सवलत देण्यात येत आहे. २३ ऑगस्ट २०१३ ते २२ फेब्रुवारी २०१४ या सहा महिन्यांच्या कालावधीत या सवलतीचा लाभ घेता येणार आहे. या सवलतीचा लाभ घेण्यासाठी - प्रकाशन विभाग, सी - ७०१, केंद्रीय सदन, सी.बी.डी., बेलापूर, नवी मुंबई ४०० ६१४ या पत्त्यावर किंवा [dpdsenavimumbai@gmail.com](mailto:dpdsenavimumbai@gmail.com) या ई-मेलवर संपर्क साधावा.

## योजना

## हे तुम्हाला टाऊक आहे का ? इस्लामिक बँकींग आहे तरी काय ?

इस्लामिक बँकींग हे इस्लाम धर्माच्या मूलतत्वांवर आधारलेले आहे. जेणेकरून व्याज हे कर्जाऊ रकमेवर आकारले जाऊ नये. यात महत्त्व असते ते जोखीम आणि नफा पेलण्याच्या क्षमतेला. बहुतेक वेळा पैशांची सदोदित चणचण असणारा मनुष्यच सावकाराच्या पिळवणुकीला बळी पडतो. इस्लामला पैसा हा मुळी मालमत्ता म्हणून अजिबात मान्यच नाही, त्यांमते तो केवळ मूल्य मापनाचे एक साधन आहे, पैशांतून उत्पन्न मिळवण्यापेक्षा त्यातील नफ्याची वा जोखीमेची विभागणी हे त्याचे मोठे उद्दीष्ट्य आहे. त्यामुळे यास समाजास उत्तरदायी अशा गुंतवणुकीचा एक प्रकार मानले जाते.

इस्लाममध्ये व्याज आकारणी मुळात मान्य नाही आणि त्यामुळे कर्ज देणाऱ्याच्या दातृत्वात भर पडत असल्याने जबर व्याजाकारणी ही निषिद्ध मानली जाते. शरीआ (इस्लाम कायदा) कायदा बँकेला कंपनी शेअर्स मध्ये गुंतवणूक करण्याची परवानगी देतो मात्र ती कंपनी कुठल्याही जुगार वा मद्यनिर्मिती सारख्या मनाई असलेल्या कामांत गुंतली नसेल तरच.

साठ्या दशकांत या स्वरूपाच्या बँकिंगला इस्लामी राष्ट्रांमध्ये चालना मिळाली. सन १९७५ मध्ये, इस्लामिक डेव्हलपमेंट बँक (IDB)ची सदस्य राष्ट्रांना वित्तपुरवठा करण्याकरिता स्थापना करण्यात आली. याचे मुख्य कार्यालय सौदी अरेबियातील जेद्दाह येथे असून प्रादेशिक कार्यालये मोरोक्को, मलेशिया आणि सेनेगल येथे आहेत. या बँकेचे आर्थिक वर्ष हिजरी चांद्रवर्ष असते. या बँकेचा हेतू हाच की इस्लामिक मुलतत्वांप्रमाणे सामाजिक आर्थिक विकासाला उत्तेजन मिळावे. बँक भागभांडवल (इक्विटी कॅपिटल) देण्यासाठी सज्ज असते तसेच इतर अनेक सदस्य राष्ट्र नसलेल्या राष्ट्रांतील निर्मिती प्रकल्पांना कर्ज मंजूर करते. बँक ठेवी स्वीकारते तथा शरीरास मान्य असलेल्या पध्दतीप्रमाणे निधी जमवण्याचा प्रयत्न करते. याखेरीज परदेश व्यापाराला मदत पुरवणे हे देखील बँकेचे काम आहे शिवाय बँक सदस्यराष्ट्रांना विशेषत भांडवली वस्तू खरेदी करतानाही मदत करते. या घडीला, ५६ देश या बँकेचे सदस्यत्व स्वीकारून आहेत. जून १९९२ पर्यंत बँकेचे भांडवल २ अब्ज इस्लामिक दिनार होते. तुलनात्मक विचार करता आंतरराष्ट्रीय नाणे निधी IMF च्या SDR म्हणजेच पैसे काढण्याविषयीचे विशेषाधिकाराच्या बराबरीचे आहे. एका अहवालाप्रमाणे, इस्लामिक वाढीचा दर हा दरवर्षी १० ते १५% इतका आहे. इस्लामिक बँकेच्या जगभरातील ५१ देशांत ३०० हून अधिक शाखा कार्यरत आहेत. सध्या बँकेची मालमत्ता ८२२ दशलक्ष अमेरिकन डॉलर आहे म्हणजे २००५ साली जगातील एकूण मालमत्तेच्या अंदाजे ०.५% होती.

ही बँक नेहमीच्या रुढीबद्ध बँकिंगहून काही वेगळी नाही, फक्त फरक इतकाच की ह्या बँकेची तत्वे इस्लामिक मूलतत्वांशी चिकटलेली आहेत. काही इस्लामी खाते पुस्तके म्हणतात की राखीव रोखतेचे प्रमाण १००% आहे. पूर्णपणे नैतिक गुंतवणुकीत असल्याचे किंवा नैतिक खरेदी विक्रीमध्ये असल्याचाही दावा केला जातो. मात्र काही इस्लामिक राष्ट्रांमध्ये विना प्राधान्य क्षेत्रात उपक्रम राबवताना बँकेस अनेक मर्यादा येतात. या आणि अशा अनेक आव्हानांना बँकेला सामोरे जावे लागते.

### ओपन सोर्स सॉफ्टवेअर (मूळ मुक्त संगणकीय आज्ञावली) म्हणजे काय

ओपन सोर्स इनिशिएटिव्ह च्या मते, ओपन सोर्स सॉफ्टवेअर हे असे सॉफ्टवेअर आहे जे आपण मुक्तपणे वापरू शकतो, बदलू शकतो किंवा कुणीही कुणाशीही सुधारित वा असुधारित रूपात देऊ घेऊ शकतो. ओपन सोर्स सॉफ्टवेअरच्या व्याख्येप्रमाणे, हे बऱ्याच लोकांकडून बनवले जाते तसेच अधिकृत परवान्याने वितरीतही करता येते. ओपन सोर्स सॉफ्टवेअरचे मुद्रण हक्क धारक (कॉपीराईट होल्डर) अधिकृत परवान्यासह कुणालाही हे सॉफ्टवेअर अभ्यासण्याचा, बदलण्याचा वा वितरणाचा हक्क देतात.

ओपन सोर्स चा किताब हा अमेरिकेतील कॅलिफोर्निया येथील पालो अल्टो इथे ३ फेब्रुवारी १९९८ या दिवशी बनवला केला. पहिल्या समितीमध्ये इरिक रेमंड आणि मायकेल टिएमन हजर होते. ऑक्टोबर १९९१ मध्ये, OSI ने तिची पहिली परवान्यांस मान्यता देणारी औपचारिक यादी प्रदर्शित केली. अशा यादीचा अनेक त्रयस्थ संस्थांनी संदर्भासाठी ज्यामध्ये शासन तसेच नामांकीत संस्था यांचा समावेश होता. मोफत आणि मुक्त विकासकांसाठी फ्री सॉफ्टवेअर फाऊंडेशनसोबत, OSI ही मुख्य पुरस्कारित संघटना संस्था बनली आहे. खाजगी मालकीच्या सॉफ्टवेअरसंपेक्षा यात अधिक स्वातंत्र्य मिळते. सॉफ्टवेअर विकसनामध्ये समाविष्ट असलेले अधिकतम लोक या मध्ये समाविष्ट आहेत. गुप्त संगणकीय आज्ञावली कोणतेही मूळ संकेत लोकांमध्ये जाहीर करत नाही. ओपन सोर्स व्यवस्थेमध्ये बरीच साधने म्हणजेच applicatio हे अंतर्भूत असतात. जी दळणवळण साधनांकरिता (टेलिकम्युनिकेशन्स) वा अभ्यास विषयक संशोधनांकरिता उपयुक्त ठरत आहेत. या आज्ञावलीचा उद्देश हाच की, ओपन सोर्स समाजामधील वेगवेगळ्या मतप्रवाहांत समाज हितार्थ समन्वय साधला जावा. इतकेच नव्हे तर याच्या समर्थकांनुसार या पद्धतीमुळे आर्थिक व व्यावहारिक फायदे होतात.

ओपन सोर्स सॉफ्टवेअर हे व्यापारी उपयोगांसाठी सुध्दा वापरले जाऊ शकते. मात्र, हे सॉफ्टवेअर ग्रहण करणाऱ्या कुणावरही मर्यादा घालू शकत नाही. या तऱ्हेने लोक ओपन सोर्स अधिकृत कार्यक्रम ज्याप्रकारे वापरतात त्यावर मर्यादा येऊ शकत नाहीत. कार्यक्रमांतर्गत कोणत्याही लोकसमूहांमध्ये कोणत्याही प्रकारे भेद होऊ शकत नाही. याच्या समर्थकांना असे वाटते की, ओपन सोर्स सॉफ्टवेअर चे स्वातंत्र्य हे काल्पनिक नसून व्यावहारी आहे. अधिकृत परवान्याखेरीज या कार्यक्रमास मूळ व मुक्त म्हणता येणार नाही. या अनुषंगाने अशा तऱ्हेची आज्ञावली जी समाजप्रेरित असते ती आज्ञावली एकप्रकारे ओपन सोर्स असते. असे असले तरीही यात बरीच गुंतागुंत आहे. OSI सारख्या संघटना म्हणतात की त्या वैध (कायदेशीर) संघटना नाहीत आणि म्हणूनच मुद्रणहक्काचा भंग झाल्यास सामान्यत त्या कोणतीही मदत पुरवण्यास सक्षम नाहीत.

– भाषांतर : रोहिणी पेटे

## विकासाचा आराखडा

### राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अध्यादेश जाहीर

राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अध्यादेश ५ जुलै २०१३ रोजी जाहीर करण्यात आला आहे. या कायद्यामुळे देशातील १२० कोटी लोकसंख्येपैकी ६७% जनतेला (ग्रामीण भागातील ७५% आणि शहरी भागातील ५०%) रेशनच्या दुकानातून दरमहा दरडोई ५ किलो धान्य, तांदूळ, गहू आणि कोरडे धान्य अतिशय स्वस्तात म्हणजे अनुक्रमे ३ रुपये, २ रुपये, १ रुपया या दराने मिळण्याचा कायदेशीर अधिकार प्राप्त होणार आहे.

अंत्योदय अन्न योजनेअंतर्गत येणाऱ्या सुमारे २ कोटी ४३ लाख गरीबातील गरीब कुटुंबांना सार्वजनिक वितरण प्रणालीद्वारे, प्रतिकुटुंब दरमहा ३५ किलो धान्य मिळण्याचा कायदेशीर हक्क देखील प्राप्त होऊ शकेल.

### वैशिष्ट्ये

- अंमलबजावणी करताना, सरकारला ६७% लोकसंख्येला ६.२० कोटी टन धान्य पुरविण्यासाठी दरवर्षी १.२५ लाख कोटी रूपये खर्च येईल.
- धान्याची गरज ५.६ कोटी टनावरून ६.२ कोटी टनापर्यंत वाढेल.
- दरमहा दरडोई अनुक्रमे रू. ३,२,१ दराने ५ किलो तांदूळ, गहू, कोरड्या धान्याची कायदेशीर हमी.
- मातृत्व लाभापोटी रू. ६००० ची तरतूद.
- ६ महिने ते १४ वर्षे वयाच्या मुलांना घरी रेशन किंवा शिजवलेले गरम अन्न.
- नैसर्गिक संकटांमुळे धान्य कमी पडल्यास केंद्र सरकार राज्यांना निधी देणार.
- धान्याची व्यवस्था आणि वाहतुकीसाठी केंद्र राज्यांना मदत करणार.

### किशोरवयीन मुलांसाठी लोह कमतरता रक्ताल्पता निवारण कार्यक्रम

किशोरवयीन मुलांसाठीचा साप्ताहिक लोह व फॉलिक ॲसिड पूरक आहार राष्ट्रीय कार्यक्रम (डब्ल्यूआयएफएस) १७ जुलै २०१३ रोजी सुरू करण्यात आला.

लोहाच्या कमतरतेमुळे शरीरातील रक्ताचे प्रमाण कमी होण्यापासून १० ते १९ वयोगटातील किशोरवयीन लोकसंख्येचे रक्षण करण्यासाठी साप्ताहिक लोह व फॉलिक ॲसिड पूरक आहार राष्ट्रीय कार्यक्रम (डब्ल्यूआयएफएस) हा वैशिष्ट्यपूर्ण पुढाकार आहे. या कार्यक्रमाचा फायदा देशभरातील १३ कोटी किशोरवयीन मुलांना होणार आहे.

आहारातील पोषक घटकांच्या अभावामुळे, लोहाच्या कमतरतेतून शरीरात रक्ताचे प्रमाण कमी असल्याचे सध्या देशात सर्वदूर आढळते. सुमारे ५८% गर्भवती महिला, जननक्षम वयातील ५०% महिला, ५६% किशोरवयीन मुली, ३०% किशोरवयीन मुलगे आणि पाच वर्षांखालील ७०% मुलांच्या शरीरात रक्ताची कमतरता आहे. रक्ताच्या कमतरतेमुळे शारिरीक वाढ, शाळेतील कार्यक्षमता आणि एकाग्रता यावर दुष्परिणाम होतो.

### 'डब्ल्यूआयएफएस'ची ठळक वैशिष्ट्ये

- किशोरवयातील १३ कोटी मुलगे व मुलींचा समावेश.
- सरकारी व अनुदानित शाळा आणि आंगणवाड्यांमध्ये 'आयएफए' गोळ्यांचे मोफत वाटप.
- दर आठवड्याला ठराविक दिवशी 'आयएफए' गोळ्यांचे निरीक्षणाखाली सेवन.
- किशोरवयीन मुलांच्या रक्ताची तपासणी करणे व वैद्यकीय सल्ला देणे.
- वर्षातून दोनदा जंताचे औषध देणे.
- संतुलित आहार आणि लोहसमृद्ध अन्नाबाबत माहिती व मार्गदर्शन.
- पोषण व आरोग्य शिक्षण.



# रोजगार समाचार

साप्ताहिक

आपण सरकारी नोकरी किंवा सार्वजनिक सेवा उपक्रम, राज्य सेवा आयोग, केंद्रीय लोकसेवा आयोग, रेल्वे भरतीमंडळ, सेनादल तसेच बँकामधल्या नोकरीसाठी प्रयत्नशील आहात? तर मग...



एम्प्लॉयमेंट न्यूज / रोजगार समाचार तुम्हाला मोलाचे मार्गदर्शन करील. गेल्या ३० वर्षांपासून नोकऱ्यांविषयी परिपूर्ण माहिती देणाऱ्या सर्वाधिक खपाच्या या साप्ताहिकांचे आपणही सदस्य व्हा.

\* अत्याधुनिक तंत्रज्ञानाने विकसित झालेल्या...

\* प्रगत सर्च इंजिनने युक्त असलेल्या आणि

\* वाचकांचे शंका समाधान त्वरित करणाऱ्या आमच्या

[employmentnews.gov.in](http://employmentnews.gov.in)

या संकेतस्थळाला लगेचच भेट द्या

एम्प्लॉयमेंट न्यूज / रोजगार समाचार साप्ताहिकाच्या आपल्या प्रतीसाठी नजिकच्या वितरकाशी संपर्क साधा

व्यावसायिक चौकशीसाठी कृपया संपर्क करा

एम्प्लॉयमेंट न्यूज, ईस्ट ब्लॉक ४ लेव्हल ५, आर के पुरम, नवी दिल्ली, दूरध्वनी - २६१८२०७९, २६१०७४०५



प्रकाशन विभाग

माहिती आणि प्रसारण मंत्रालय  
भारत सरकार

Cir./EN-SP-3/08

योजना

फेब्रुवारी २०१४

५३

## फेसबुक जाहिरात

योजना मासिकाने नुकतेच आपले फेसबुक पान सुरु केले आहे. या ऑनलाईन माध्यमाद्वारे वाचकांना आमच्याकडून तात्काळ सूचना, आमचे कार्यक्रम व आगामी अंकांबद्दल माहिती प्राप्त करता येईल आणि त्यावर प्रतिसादही देता येईल.

दोन महिन्यांच्या कालावधीत आमच्या वाचकांकडून प्राप्त झालेल्या १५,५०० पेक्षा अधिक पसंती दिल्या असून त्याबद्दल आम्ही त्यांचे आभारी आहोत. आपला पाठिंबा असाच कायम राहिल, अशी अपेक्षा बाळगतो.

आमच्या फेसबुक पानावर पोहोचण्यासाठी फेसबुकच्या सर्चवर योजना जर्नल टाईप करा किंवा तुमच्या इंटरनेट ऑड्रेस बारवर खालील लींक टाका:

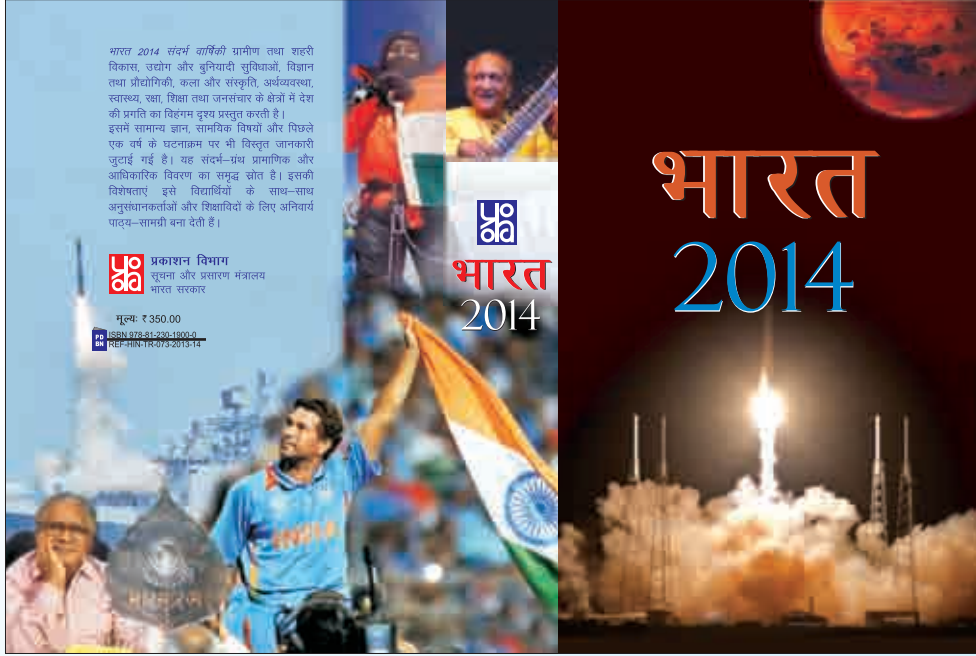
<https://www.facebook.com/pages/Yojana-journal/181785378644304?ref=hl>



कृपया आमच्या फेसबुक पानाला भेट द्या आणि आपल्या मौल्यवान सूचना आमच्यापर्यंत पोहोचवा.

# भारत 2014

अपनी अग्रिम प्रति जल्दी बुक कराएं



मूल्य : 350.00

हमारे सेल्स एंपोरियम और बिक्री कार्यालयों से सम्पर्क करें

- **नई दिल्ली**  
सूचना भवन, सीजीओ कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड  
फोन: 011-24367260, 24365610  
फैक्स: 011- 24365609  
businesswng@gmail.com
- **दिल्ली**  
हॉल नम्बर-196, पुराना सचिवालय  
फोन: 011-23890205  
businesswng@gmail.com
- **कोलकाता**  
8, एस्प्लेनेड ईस्ट  
फोन: 033-22488030  
bengaliyojana@gmail.com
- **तिरुअनंतपुरम**  
प्रेस रोड, नियर गवर्नमेंट प्रेस  
फोन: 0471-2330650  
yojanamal50@yahoo.co.in
- **बंगलुरु**  
प्रथम तल, 'एफ' विंग, केंद्रीय सदन,  
कोरामंगला  
फोन: 080-25537244  
yojanakannada@yahoo.com
- **पटना**  
बिहार राज्य सहकारी बैंक बिल्डिंग,  
अशोक राजपथ  
फोन: 0612-2683407
- **नवी मुंबई**  
701, 'सी' विंग, 7वीं मंजिल,  
केंद्रीय सदन, बेलापुर  
फोन: 022-27570686  
yngovt.patrika242@gmail.com
- **चेन्नई**  
'ए' विंग राजाजी भवन,  
बेसेंट नगर  
फोन: 044-24917673  
editorthittam@yahoo.co.in
- **हैदराबाद**  
ब्लॉक नं.-4, प्रथम तल,  
गृहकल्प कॉम्प्लेक्स,  
एम.जी.रोड, नामपल्ली  
फोन: 040-2460538  
yojana\_telugu@yahoo.co.in
- **लखनऊ**  
हाल नं. 1, द्वितीय तल,  
केंद्रीय भवन, सेक्टर-एच, अलीगंज  
फोन: 0522-2325455
- **गुवाहाटी**  
क.के.बी.रोड, न्यू कालोनी,  
हाऊस नं.-7, चैनीकुथी  
फोन: 0361-2665090  
yojanaasomia@yahoo.co.in
- **अहमदाबाद**  
अंबिका कॉम्प्लेक्स, प्रथम तल,  
पालदी  
फोन: 079-26588669  
yojanagujarati@gmail.com



**प्रकाशन विभाग**  
सूचना और प्रसारण मंत्रालय  
भारत सरकार

website: publicationsdivision.nic.in

e-mail: dpd@sb.nic.in

Now on Facebook at www.facebook.com/publicationsdivision

# शिवतेज बुक डेपो आयोजित स्पर्धा परीक्षा पुस्तकांचे भव्य प्रदर्शन व सवलतीच्या दरात विक्री फक्त १० मार्च २०१४ पर्यंतच

शिवतेज बुक डेपो आयोजित प्रदर्शनाच्या उदघाटनप्रसंगीचे काही क्षणचित्रे



**शिवतेज**  
बुक डेपो

प्रदर्शन ठिकाण :

श्रीनाथ आर्ट गॅलरी, टिळक स्मारक मंदिरासमोर, टिळक रोड, पुणे  
प्रोप्रा. भांडेकरी बंधु -मो. 9850602149 / 8600723093  
संपर्क : 9158867990/ 8421930142

Chief Editor **Rajeshkumar Jha**

Printed and Published by **IRA JOSHI**, Additional Director General (I/C), on behalf of Publication Division  
and Printed at **Onlooker Press**, 16, Sasoon Dock, Mumbai - 400 005. Phone : 22183544/2939  
Published at - B-701, Kendriya Sadan, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai - 400 614, Phone : 27566582