

महाराष्ट्र राज्य आरोग्य विभागाची  
अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया :  
एक ओळख, एक मागोवा

प्रशांत रेमस



सेंटर फॉर इनक्वायरी इनटू हेल्थ अँड अलाईड थीम्स  
मुंबई

महाराष्ट्र राज्य आरोग्य विभागाची  
अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया :  
एक ओळख, एक मागोवा

प्रशांत रेमस



सेंटर फॉर इनक्वायरी इनटू हेल्थ अँड अलार्ईड थीम्स  
मुंबई

प्रकाशन वर्ष २०१२

द्वारा प्रकाशित :

सेहत (सेंटर फॉर इनक्वायरी इनटू हेल्थ अँड अलाईड थीम्स)

सर्व्हे नं. २८०४-२८०५,

आराम सोसायटी रोड,

वाकोला, सांताक्रूझ (पू.), मुंबई-४०० ०५५.

फोन : ९१-२२-२६६७३१५४ • २६६७३५७१

फॅक्स : २२-२६६७३१५६

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

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

**ISBN : 978-81-89042-61-5**

लेखक : प्रशांत रेमस

मराठी अनुवाद : विद्या कुलकर्णी

मुखपृष्ठ संकल्पना समन्वय : माऊस मल्टिमीडिया, पुणे

मुद्रक : साटम उद्योग

परेल, मुंबई-४०० ०१२.

महाराष्ट्र राज्य आरोग्य विभागाची अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया: एक ओळख, एक मागोवा

## अनुक्रमणिका

मनोगत .....	v
पुस्तकाविषयी दोन शब्द .....	vii
संशोधनाचा गोषवारा .....	ix
विषय संदर्भ .....	१
प्रकरण १ अर्थसंकल्पाची संरचना .....	४
प्रकरण २ संस्थात्मक संरचना .....	१०
प्रकरण ३ अर्थसंकल्प तयार करणे .....	१७
प्रकरण ४ अर्थसंकल्प वितरण .....	२५
प्रकरण ५ योजनांतर्गत अर्थसंकल्प .....	३२
प्रकरण ६ निरीक्षण .....	३९
सूचना व शिफारशी .....	४६
परिशिष्ट .....	४८
संदर्भ .....	४९

Blank Page

## मनोगत

देशात आरोग्य सेवांमधील विकासात महाराष्ट्राची आघाडी आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, उपकेंद्रे आणि ग्रामीण रुग्णालये यांच्याबाबतचे निकष पूर्ण करण्यात आघाडीवर होते. भारतात आणि राज्यातही खाजगी आरोग्य सेवांचा विस्तार मोठा आहे.

राज्य सरकारच्या अंदाजपत्रकामध्ये अलीकडील काळात सामाजिक क्षेत्रावर प्राधान्याने खर्च करण्याचे धोरण आहे. असे असले तरीही प्रत्यक्षात स्थानिक पातळीवरील आरोग्य सेवासुविधा पुरविणा-या संस्थांची आणि आरोग्य सेवा पुरविणा-या अनेक समांतर यंत्रणा यांची अर्थसंकल्पीय तरतूद कशा प्रकारची आहे हे लक्षात येत नाही.

सेहत ही संस्था आरोग्य सेवांबाबत संशोधन व लोकशिक्षण करीत आहे. या कार्यक्रमांतर्गत महाराष्ट्रातील दोन जिल्हयांमध्ये असे दिसून आले की, अर्थसंकल्प हा अतिशय क्लिष्ट व शासकीय परिभाषेत असतो सचीव पातळीपासून ते प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या वैद्यकीय अधिका-यापर्यंत अनेक टप्पे असतात. या प्रत्येक टप्प्यात अंदाजपत्रकीय प्रक्रीया तसेच अंदाजपत्रक मंजूरीनंतर निधीचे होणारे वाटप समजत नाही. साध्या व सोप्या भाषेतील ही प्रक्रीया समजण्यासाठी माहिती पुस्तिका असावी अशी कार्यकर्त्यांची मागणी होती.

श्री. नारायण भागवत, माजी सहसंचालक, वित्त विभाग, मंत्रालय, मुंबई यांनी या संशोधन प्रकल्पासाठी व पुस्तकासाठी वेळोवेळी मार्गदर्शन व मदत केली त्याबद्दल त्यांचे आभारी आहे. त्यांनी मंत्रालय पातळीवरील अनेक वरीष्ठ अधिका-यांची ओळख करून दिली, ज्यांच्यामुळे सदर पुस्तकासाठी आवश्यक माहिती मिळण्यास मदत झाली त्यांच्याकडून अनेक छोट्या तांत्रिक बाबी स्पष्ट केल्या त्यामुळे हे पुस्तक साध्या व सोप्या भाषेत लिहणे शक्य झाले, त्यासाठी त्यांचे आभारी आहे.

निवडलेल्या जिल्हयात काम करित असताना खोज आणि अस्तित्व या संस्थानी संशोधनात सहभागी होऊन सहकार्य केल त्याबद्दल त्यांचे आभारी आहे.

ही पुस्तिका तयार होत असताना माझे सहकारी ओमन कुरियन यांनी सुरुवातीपासून प्रतिक्रीया सूचना नोंदविल्या व मोलाचे सहवर्ग्य वेगळे, त्याबद्दल त्यांचे धन्यवाद. इंटरनॅशनल बजेट पार्टनरशिपचे श्री. रवि दुग्गल व प्रा. अॅरोन केटझ, वॉशिंगटन विद्यापीठ यांची वेळोवेळी मार्गदर्शन व मदत झाली माझे मित्र प्रा मनोज पांडकर यांची प्रकल्पात आणि पुस्तक लिहण्यात मदत झाली त्याबद्दल त्यांचे आभारी आहे. अनुप्रिया साठे यांनी वेळोवेळी विषयाला अनसरून प्रतिक्रीया दिल्या त्याबद्दल त्यांचे आभार.

इंटरनॅशनल बजेट पार्टनरशिप, वॉशिंगटन यांच्याशिवाय हे प्रकाशन शक्य नव्हते त्यांचेही मनःपूर्वक धन्यवाद. विद्या कुलकर्णी यांनी इंग्रजीचे मराठीत भाषांतर केले व प्रशांत कुंटे यांनी मुद्रित शोधन केल्याबद्दल त्यांचे आभारी आहोत.

हे पुस्तक अभ्यासक, सरकारी यंत्रणा, स्वयंसेवी संस्था व जिज्ञासू व्यक्ति इत्यादींना उपयोगी ठरेल अशी अपेक्षा आहे तसेच या पुस्तकाबाबत असणा-या सुचनांचा आदर केला जाईल.

- प्रशांत रेमस

Blank Page

## पुस्तकाविषयी दोन शब्द

अर्थसंकल्प म्हटला की महागाईच्या दृष्टीकोनातून सर्वांसाठी अगदी जिव्हाळ्याचे विषय असतो. पण कोणी कधी विचार केला आहे का, की दर वर्षी मार्च महिन्यात सादर होणार अर्थसंकल्प तयार तरी कसा होतो? वृत्तपत्रांमधून आपण फक्त वाचतो की कोणत्या गोष्टी महागल्या किंवा स्वस्त झाल्या. पण हे कोण व कसे ठरवते? अगदी केंद्र सरकारच्या पातळीवरून ते प्रत्येक जिल्ह्यातील छोट्याछोट्या गावापर्यंत योजना राबविण्यासाठी निधी कसा पोहोचतो? भारतासारख्या लोकशाही देशात अर्थसंकल्पाची प्रक्रिया: व निधी वितरणाची पध्दती अत्यंत क्लिष्ट स्वरूपाची आहे, त्याविषयी गुप्तता पाळली जाते. या गुप्ततेमुळे कार्यकर्त्यांमध्ये संभ्रमावस्था निर्माण होते.

राज्याच्या आरोग्याच्या अंदाजपत्रकावर चर्चा करीत असताना त्याचे विविध पातळीवरील नियोजन, त्यांची रचना, यांचा विचार केलेला आहे, तसेच त्यातील ठळक महत्वाच्या गोष्टींचे स्पष्टीकरण केले आहे.

त्यामुळे त्यांच्या मागणीस अनुसरून आरोग्य विभागाची प्रशासकीय उतरंड, अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया आणि निधी वितरण पध्दती या विषयी मार्गदर्शन करणारी पुस्तिका तयार करण्यात आलेली आहे. राज्य शासनाच्या आरोग्य विभागातील सार्वजनिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालय आणि वैद्यकीय शिक्षण व औषधे यापैकी सार्वजनिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालय याची प्रशासकीय यंत्रणा मंत्रालय पातळीपासून ते प्राथमिक आरोग्य केंद्रापर्यंत, उपकेंद्रापर्यंतच्या टप्प्याची चर्चा केलेली आहे. यामध्ये प्रत्येक पातळीवरील संबंधित अधिका-यांचे आर्थिक अधिकार याबाबत स्पष्टीकरण दिले आहे. याशिवाय ऑफ बजेट ही संकल्पना असते, ज्यामध्ये केंद्र पुरस्कृत योजनांच्या निधींचा समावेश होतो.

अर्थसंकल्पाची संरचना पाहताना अर्थसंकल्प प्रक्रिया अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करणे, अर्थसंकल्पाचे मूल्यांकन व एकत्रिकरण, अर्थसंकल्पाला अंतिम करणे या तीन टप्प्यात होते. अर्थसंकल्पात असणारे विविध लेखे आणि राज्यातील अर्थसंकल्पाचे टप्पे स्पष्ट केले आहेत. स्थानिक पातळीपासून ते मंत्रालय पातळीपर्यंत अर्थसंकल्प तयार होताना पंचायत राज व्यवस्थेतील आरोग्य सेवेतील घटक आणि राज्य सरकारचे जिल्हा पातळीवरील घटक तसेच केंद्र पुरस्कृत योजनांचे अधिकारी यांच्याकडून अर्थसंकल्प प्रक्रियेचे स्पष्टीकरण केले आहे.

सादर पुस्तकात अर्थसंकल्पाबाबत वापरण्यात येणारी शास्त्रीय शब्दसूची ही अत्यंत साध्या व सोप्या पध्दतीने प्रस्तुत लेखकाने मांडण्याचा प्रयत्न केलेला आहे.

सादरच पुस्तक हे मुळ इंग्रजी अहवालावरून तयार केले आहे. वाचकांना आणि अभ्यासकांना अवजड मुद्द्यांच्या विश्लेषणासाठी मुळ इंग्रजी अहवालचा आधार घेता येईल. हा अहवाल सेहत या संस्थेच्या संकेत स्थळावर उपलब्ध आहे.



Blank Page

## संशोधनाचा गोषवारा

भारतासारख्या संघराज्य व्यवस्थेत केंद्र सरकार देशाची धोरणे ठरवते, त्याला पूरक असे कार्यक्रम आखते आणि त्यांच्या अंमलबजावणीसाठी राज्यांना निधी उपलब्ध करून देते. त्यासाठी मार्गदर्शन आणि देखरेख करण्याची भूमिकाही केंद्राची आहे. परंतु सार्वजनिक आरोग्य सेवा ही, राज्य सरकारची जबाबदारी असून; आरोग्य सेवा पुरवणे व त्यासाठी आवश्यक निधी उपलब्ध करून देणे ही प्राथमिक जबाबदारी देखिल राज्यांवर सोपविलेली आहे. भारतीय राज्यघटनेच्या कलम ११२ ला अनुसरून राज्याचा अर्थसंकल्प तयार करण्यात येतो. सरकारी नियमानुसार अर्थसंकल्पासाठी १ एप्रिल ते ३१ मार्च हे आर्थिक वर्ष गृहीत धरले जाते. राज्य आरोग्य विभागाची यंत्रणा आपले कार्यक्रम आणि आरोग्य सेवा पुरविण्यासाठी लागणाऱ्या निधीची मागणी राज्य सरकारकडे करते, व त्यानुसार खर्चाची तरतूद सरकार करते.

दोन जिल्ह्यातील आठ प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या आम्ही मुलाखती घेतल्या, अर्थसंकल्प प्रक्रियेच्या या अभ्यासातून असे दिसले की दोन्ही ठिकाणी प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावर अंदाज तयार करण्यासाठी वापरण्यात येणाऱ्या प्रक्रियांमध्ये बराच फरक आहे. जिल्हा 'अ' मध्ये मागणी तयार करण्यासाठी शिस्तबद्ध पद्धती अवलंबली नाही व नियमानुसार फॉर्मेट (नमुना) वापरले नाही. या जिल्ह्यातील केवळ २०% ते २५% प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी आपला अर्थसंकल्पीय प्रस्ताव जिल्हा कार्यालयाला सादर केला होता, याची नोंद घेतली पाहिजे. जिल्हा 'ब' मध्ये अंदाजपत्रक तयार करण्याच्या प्रक्रियेची काहीच व्यवस्था नसल्याचे लक्षात आले. ३-४ वर्षांपासून ही प्रक्रिया खंडित झाली आहे असे सांगण्यात आले, केवळ वेतनाची मागणी सादर होते. आपल्यासाठी कोण अर्थसंकल्प तयार करते यांची सुसंगत माहिती आरोग्य सेवा केंद्र स्तरावरील कर्मचाऱ्यांकडे नाही. अंदाजपत्रक तयार करण्याची व मागणीची प्रक्रिया शिस्तबद्ध होत नाही आणि दिलेल्या नियमाप्रमाणे होत नाही, हे यावरून दिसते. त्यामुळे, काय पाहिजे आहे, कशाची मागणी होते आणि शेवटी काय पोहोचते यामध्ये कमालीची तफावत आहे त्यामुळे अपुऱ्या तरतुदी होतात.

अर्थसंकल्प प्रक्रियेत व निधी मागण्या खालून वर पोहोचवण्यामध्ये तालुका आरोग्य अधिकाऱ्याची नेमकी काय भूमिका आहे, याबाबतीत सर्व स्तरांवर खूप गोंधळ आहे. तालुका आरोग्य अधिकाऱ्याने अधिकृत संपर्काचे माध्यम म्हणून काम करणे अपेक्षित आहे, त्यामुळे अर्थसंकल्पाच्या प्रक्रियेतून त्यांना सूट दिली आहे असा समज झाला आहे. त्यामुळे गोंधळाची स्थिती आहे. एनआरएचएमच्या अर्थसंकल्पामध्ये तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांची भूमिका महत्त्वाची आहे, तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांचे मते त्यांच्यावर एनआरएचएम अंतर्गत महत्त्वाची भूमिका व जबाबदारी सोपवलेली आहे. परंतु राज्याच्या अर्थसंकल्पाशी त्यांचा काहीही संबंध येत नाही. आपल्या कार्यक्षेत्रातील सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांकडून अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करून घेण्याची जबाबदारी तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांची असली पाहिजे. अशा प्रकारे कोणचे तरी लक्ष असल्यास आरोग्य सेवा केंद्र स्तरावरील अर्थसंकल्पीय प्रक्रियांवर त्याचा सकारात्मक परिणाम होईल.

प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांच्यातील दुवा म्हणून तालुका आरोग्य अधिकाऱ्याची भूमिका आहे, पण अर्थसंकल्पासंदर्भात या अधिकाऱ्याची काय भूमिका आहे याबाबतीत संदिग्धता आहे. त्यामुळे अर्थसंकल्पीय अंदाजाबाबतची माहिती प्राथमिक आरोग्य केंद्र, तालुका व जिल्हा या स्तरांवर उपलब्ध नसते.

जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांची व्यावहारिक अडचण म्हणजे प्राथमिक आरोग्य केंद्रांकडून त्यांच्याकडे अंदाजपत्रके, मागण्या येत नाही, असे अभ्यासातून दिसले. वारंवार सूचना पाठवूनही बरीच प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आपले अंदाज पाठवत नाहीत, ही गंभीर बाब आहे. अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेतील हा कच्चा दुवा आहे.

जिल्ह्यातील ग्रामीण, उपजिल्हा रूग्णालये, स्त्रियांची रूग्णालये इत्यादी, त्यांनी आपले वार्षिक मागणी तसेच सुधारित अंदाज नियमितपणे आणि विहित नमुन्याप्रमाणे सादर केल्याचे दिसून आले. जिल्ह्यातील आरोग्य सेवांची जबाबदारी सिव्हील सर्जन यांचेवर असली तरी जिल्ह्यातील ग्रामीण, उपजिल्हा रूग्णालये, स्त्रियांची रूग्णालये आदींचे अंदाज एकत्रित करण्याचे काम ते पाहतात नाहीत. जिल्ह्यातील हॉस्पिटल लाईनचे प्रशासकीय प्रमुख या नात्याने त्यांच्याकडे जिल्ह्यातील आरोग्य सेवांचे अंदाज सादर होतात असे समजले जाते. परंतु प्रत्यक्षात तसे होत नाही. जिल्ह्यातील ग्रामीण, उपजिल्हा रूग्णालये, स्त्रियांची रूग्णालये आपले अंदाज उपसंचालकांकडे पाठवतात. सिव्हील सर्जन दुसरी महत्वाची भूमिका निभावतात असे दिसले. सर्व ग्रामीण रूग्णालयांच्या ज्या अपेक्षा आहेत त्या एकत्रित करून त्याची एकत्रित मागणी (सामुग्री व पुरवठा खरेदीचे प्रस्ताव) जिल्हा नियोजन समितीला सादर करण्याचे काम सिव्हील सर्जन करतात.

उपसंचालक विविध आरोग्य सेवा केंद्र अधिकाऱ्यांकडून आलेल्या प्रस्तावांचे मूल्यांकन विभागीय कार्यालय करतात. वार्षिक अंदाजपत्रकांचे मूल्यांकन करताना चालू वर्षातील प्रत्यक्षात झालेला खर्च आणि मागील तीन वर्षांचे खर्चही विचारात घेतले जातात. नियंत्रण अधिकाऱ्याची मूल्यांकनाची जबाबदारी महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तक (बजेट मॅन्युअल)मधील परिच्छेद ३४ मध्ये नमूद केली आहे.

सह संचालक कार्यालय मुळात लेखा व लेखा परिक्षण नियंत्रण कार्यालय म्हणून ओळखले जात असे, परंतु अलिकडे झालेल्या बदलांनुसार हा विभाग आरोग्य विषयक अर्थसंकल्प, लेखा व प्रशासनाचे काम पाहतो. विविध कार्यालयांकडून आलेल्या अंदाजपत्रांचे एकत्रीकरण केले जाते. संचालक आरोग्य सेवांच्या संपूर्ण राज्याच्या मागणीचे एकत्रीकरण होते, हे सह संचालक कार्यालय करतात.

प्रस्तावित अर्थसंकल्पीय अंदाज व मंजूर अर्थसंकल्प यामध्ये खूप तफावत असल्याचे दिसून येते. उदाहरणार्थ, अभ्यासात असे दिसून आले की प्राथमिक आरोग्य केंद्र योजना शीर्ष २२१० ५०४१ मध्ये वेतने रू. ५५८ कोटी आणि वेतनेतर रू. २९.७३ कोटी अशी मागणी प्रस्तावित होती आणि मंजूर रक्कम अनुक्रमे ९% व ४१% नी कमी करण्यात आली.

## अर्थसंकल्प वितरण

‘ब’ जिल्ह्यातील, जिथे प्राथमिक आरोग्य केंद्रे स्वतःचे अंदाजपत्रक तयार करत नाहीत. तसेच ज्या केंद्रांना निधी मिळाला आहे त्यांना तो कसा विभाजित होतो याची माहिती नसते आणि किती निधी वापरायचा आहे याची माहिती मिळवण्यासाठी त्यांना गट विकास अधिकारी कार्यालयावर विसंबून राहावे लागते, असेही कर्मचाऱ्यांनी त्यांच्या मुलाखतीत सांगितले.

‘ब’ जिल्ह्यातील, जिथे प्राथमिक आरोग्य केंद्रे स्वतःचे अंदाजपत्रक तयार करत नाहीत व खर्चाचे विवरणही ज्यांच्याकडे नसते, पण आश्चर्यजनक गोष्ट अशी दिसून आली की प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये त्यांचे खर्चाचे सर्व व्यवहार रजिस्टर क्रमांक १४ मध्ये नोंदवले जातात आणि असे करणे त्यांना बंधनकारक आहे असे त्यांनी सांगितले. अ जिल्ह्यातील, अभ्यास नमुन्यातील एका तालुक्यात व्यवहार रजिस्टर क्रमांक १४ मध्ये नोंदवले जातात, पण इतर तालुक्यात तसे नोंदवले जात नाहीत. खर्चाशी संबंधित नोंदी सुट्या कागदांवर असतात व योग्य प्रकारे सांभाळल्या जात नाहीत, असे आमचे निरीक्षण आहे.

हॉस्पिटल लाईनच्या, जिल्ह्यातील ग्रामीण, उपजिल्हा रूग्णालये, स्त्रियांची रूग्णालये इत्यादी, आरोग्य सेवांमध्ये निधीचे संवितरण हे बीम्स (बजेट एस्टीमेट, ॲलोकेशन अँड मॉनिटरिंग सिस्टीम) ऑनलाईन प्रणालीमार्फत होते. संपूर्ण अर्थसंकल्प कधीच सांगितला जात नाही, वर्षभरात किती निधी मिळणार आहे याची माहिती रूग्णालयांना दिली जात नाही. आरोग्य सेवा देणाऱ्या सुविधा/रूग्णालयांना निधी (फंड - फ्लो असे म्हणतात) विषयी माहिती नसते. त्यांना आपले वित्तीय अधिकार स्पष्ट नसतात. रूग्णालयांपर्यंत अपुरी माहिती पोहोचत असल्याने निधी खर्ची पाडण्यासाठी करावी लागणारी धावपळ ही समस्या आहे.

याबरोबरच पूरक (सुधारित) अनुदाने उशीरा मिळणे हीदेखील समस्या आहे. अर्थसंकल्पीय तरतूद / अनुदाने शेवटच्या महिन्यात (३१ मार्च, आर्थिक वर्षातील शेवटचा दिवस) दिले जाण्याची पद्धत अजूनही आहे, अशा वेळी निधी परत जाऊ नये

यासाठी तो खर्च करण्याचा दबाव कर्मचाऱ्यांवर येतो. शेवटच्या तिमाहीमध्ये, त्यातही विशेषतः आर्थिक वर्षाच्या शेवटच्या महिन्यामध्ये निधी खर्च करण्याची धावपळ असते. आमच्या मुलाखतीत काहीजणांनी सांगितले की शेवटच्या महिन्यात म्हणजे ३१ मार्चला निधीची तरतूद केली जाते व तो वापरला नाही तर परत (व्यपगत) करावा लागतो.

जिल्हा स्तरावर, विविध संवितरण अधिकारी (नियंत्रक अधिकारी) यंत्रणांकडून सेवापुरवठादारापर्यंत निधी पोहोचतो. आपल्या कार्यक्षेत्रातील सर्व सुविधांकडे येणारा निधी व त्याच्या खर्च तपशीलांची माहिती शल्य चिकित्सकांकडे (सिव्हील सर्जन)नसते.

अभ्यासातून दिसले की दोन्ही विभागातील उपसंचालकाच्या याबाबतच्या कामाची पद्धती परस्पर भिन्न प्रकारची आहे. एका जिल्ह्यामध्ये चालू महिन्यातील शिल्लक रक्कम पुढील महिन्यात वर्ग केली जाते. विशिष्ट उद्दिष्टांसाठी एका सुविधेसाठी तरतूद केलेली रक्कम शिल्लक राहिल्यास त्याच उद्दिष्टासाठी दुसऱ्या सुविधेला देण्याचा निर्णय घेण्याचे अधिकार उपसंचालकांना आहेत. उदाहरणार्थ, जर एका ग्रामीण रूग्णालयात आहारासाठी असलेला निधी शिल्लक राहिला आणि दुसऱ्या ग्रामीण रूग्णालयाला याच उद्देशासाठी निधीची गरज आहे, तर त्याप्रमाणे शिल्लक निधीचे पुर्नवितरण करण्याचा निर्णय उपसंचालक घेऊ शकतात.

विभागीय कार्यालयामध्ये बरीच माहिती जमा होत असते, ही माहिती सार्वजनिक रित्या उपलब्ध होत नाही, असे आमच्या निदर्शनास आले. विशेषतः जिल्हा निहाय स्वतंत्र माहिती उपलब्ध नाही. बऱ्याचदा नियंत्रक अधिकारी खर्चाचे लेखा परिक्षण झालेले नाही या कारणाने ती माहिती देण्यास तयार नसतात. परंतु, महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुरितकेत असे स्पष्ट नमूद केले आहे की एखाद्या निधीच्या खर्चाची माहिती तयार होणे ही अंतिमतः विभागीय नियंत्रक अधिकाऱ्याची जबाबदारी आहे ती महालेखापालांची नाही. या नियमपुरितकेप्रमाणे नियंत्रक अधिकाऱ्यांकडे अर्थसंकल्प खर्चाची अंतिम माहिती असायला पाहिजे.

प्रत्येक प्रशासकीय विभागाला संवितरित केलेल्या निधीवर नियंत्रण ठेवण्याचे काम वित्त विभाग करतो. वित्त विभागाने सार्वजनिक आरोग्य विभागाला ऑनलाईन निधी वितरीत केल्यानंतर, सार्वजनिक आरोग्य विभाग हा निधी संचालक आरोग्य सेवा कार्यालयासह चार संचलनालयांना वितरीत करतो.

विधीमंडळाकडून अर्थसंकल्पाला मंजुरी मिळाल्यानंतर वित्त विभाग, सार्वजनिक आरोग्य विभाग आणि सचिवालय यांचेकडून निधी (पूरक - सुधारित अर्थसंकल्प निधी) मिळण्यास उशीर होतो असे आम्हाला मुलाखतीत सांगितले.

### योजनांतर्गत अर्थसंकल्प

केंद्र नियोजन आयोग आणि राज्य नियोजन आयोग यांच्या निकट संपर्कातून योजनांचा वार्षिक अर्थसंकल्प तयार केला जातो. राज्य स्तरीय विभागांनी तयार केलेली अंदाजपत्रे केंद्राच्या नियोजन आयोगाने मंजूर केल्यानंतरच त्यांना अंतिम रूप देण्यात येते. वार्षिक आर्थिक नियोजनात क्षेत्र आणि उपक्षेत्रनिहाय तरतुदींचे विवरण दिलेले असते. परांजपे फॉर्म्युला नावाने परिचित पूर्वनिर्धारित सूत्राने राज्यांकडून जिल्ह्यांना निधीची तरतूद केली जाते. जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या (३०%), ग्रामीण लोकसंख्या (२०%), भौगोलिक क्षेत्र (२०%) आणि मानव विकास निर्देशांक (२०%) या बाबींच्या आधारे जिल्ह्याच्या निधीची तरतूद ठरवली जाते. २०१०-११ वर्षासाठी रू. ३७५० कोटी जिल्हा नियोजन नियतव्यय ठरवण्यात आला (नंतर रू. ३९०५.२४ कोटी मंजूर केले गेले. जिल्हा स्तरावर जिल्हा नियोजन समिती जिल्हाधिकाऱ्यांच्या (सदस्य सचिव) नियंत्रणाखाली काम करते. जिल्हाधिकारी नियंत्रक अधिकारी या नात्याने निधी अंमलबजावणी करणाऱ्या यंत्रणांना, म्हणजेच हॉस्पिटल आणि पीएचसी लाईनच्या आरोग्य अधिकाऱ्यांना निधी संवितरित करतो.

राज्य सरकारकडून होणारा औषधपुरवठा अपुरा असून ही त्रुटी जिल्हा नियोजन समिती योजनांतर्गत निधीतून भरून काढली जाते, असे आम्हाला मुलाखतकर्त्यांनी सांगितले. सिव्हील सर्जन आपल्या रूग्णालयासाठी तसेच जिल्ह्यातील सर्व ग्रामीण रूग्णालयांसाठी औषधांची मागणी करतात.

पीएचसी व हॉस्पिटल या दोन्ही लाईनमध्ये, योजनांतर्गत निधी जिल्हा नियोजन समिती आणि आरोग्य विभागांद्वारा जिल्ह्यापर्यंत येतो. ही प्रक्रिया गुंतागुंतीची आहे, कारण खर्चविषयक माहिती जिल्हा आरोग्य अधिकारी, सिव्हील सर्जन, जिल्हा नियोजन समिती आणि आदिवासी कार्यालय अशी ठिकठिकाणी विखुरलेली असते. जिल्हा नियोजन समितीकडे जिल्हा सर्वसाधारण योजनेचा नियतव्यय आणि खर्च याची माहिती असते, पण आदिवासी विकास उपयोजना आणि अनुसूचित जाती विशेष घटक योजना यांचे जिल्हा योजनांचे नियतव्यय संबंधित विभागांकडे असते. याखेरीज राज्य आरोग्य योजनेतील माहिती या यंत्रणेतील विभागीय व जिल्हा स्तरावरील विविध विभागात विखुरलेली असते. अर्थसंकल्प विश्लेषणासाठी उपयुक्त ठरेल असे मूलभूत माहिती संकलित असलेले एकही पुस्तक वा प्रकाशन नाही.

## लेखा परीक्षणाचे निरीक्षण

जिल्हा रूग्णालये व इतर कार्यालयाचे अंतर्गत लेखा परिक्षणाला उशीर होतो असे निदर्शनास आले. अंतर्गत लेखा परिक्षणाचे महत्त्व आहे, पण मनुष्यबळ अपुरे असल्याने या कामास खूप उशीर होतो. असे अनेकांनी सांगितले.

निधी व्यवस्थापनाचे काम पाहणाऱ्या वित्त विभागाचा 'तांत्रिक कक्ष' लेखा व राजकोषीय संचालनालय (डायरेक्टोरेट ऑफ अकाऊंट्स अँड ट्रेझरी (डॅट)) यांच्याकडून सर्व सरकारी जमा व खर्चाचे नियंत्रण व संनियंत्रण होते.

नियंत्रक व महालेखा परीक्षक (कॅग) ही घटनासिद्ध स्वतंत्र वैधानिक अधिकार यंत्रणा आहे. अनेक विषयासंबंधी महत्त्वाचे मुद्दे लेखा परिक्षण अहवालातून पुढे आणण्यात येतात. परंतु, पण कॅगच्या अहवालात या नोंदी गंभीर त्रुटींकडे लक्ष वेधण्याच्या दृष्टीने केले जातात. म्हणजे कॅग अहवालात असे म्हटले जाते कि, 'विभागाकडून प्रतिसाद अपेक्षित आहे', यातून या बाबत लेखा परिक्षण यंत्रणेचे महत्त्व कमी करण्याची मानसिकता प्रतीत होते.

विधीमंडळाचे परिक्षण कमी / अपुरे पडते, तर लेखा परिक्षणाला खूप उशीर होतो. अंमलबजावणी करणाऱ्यांवर विधीमंडळाचा अंकुश असावा हा लोकशाही प्रक्रिया मजबूत करण्याचा उद्देश फोल ठरतो. उदाहरणार्थ, २००५-०६ वर्षांच्या लेख्यांची छाननी अहवाल विधीमंडळ पटलावर यायला २०११-१२ उजाडले. अंतर्गत लेखा (इंटरनल ऑडिट) परिक्षणातून मिळणारी माहिती त्रोटक असते, काय कारवाई केली गेली याची माहिती त्यातून लोकांना होत नाही. त्यामुळे निधी अपव्यय वा अपहार किती झाला हे सामान्य माणसाला समजण्यास काहीच मार्ग नाही.

## सूचना व शिफारशी

अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेत देखरेख / परिक्षण अनेक कारणांसाठी अतिशय महत्त्वाचे आहे. अर्थसंकल्पाची उद्दिष्टे साध्य झाली की नाही हे तपासण्यापासून ते निधी व संसाधनाचा अपव्यय व अपहार रोखण्यासाठी परिक्षण महत्त्वाचे ठरते. लेखा नोंदी समानाधानकारक पद्धतीने ठेवण्यासाठी आणि शासकीय मालमतेचे संरक्षणासाठीही परिक्षण महत्त्वाचे ठरते. त्यासाठी ही यंत्रणा सरकारणे सक्षम करणे आवश्यक आहे.

जिल्हा स्तरावर, आपल्या कार्यक्षेत्रातील सर्व सुविधांकडे येणारा निधी व त्याच्या खर्चाचे तपशीलांची माहिती शल्य चिकित्सकांकडे नसते. निधी व खर्चासंबंधीची माहिती केवळ संबंधित नियंत्रक अधिकाऱ्यांपुरती मर्यादित न राहतात शल्य चिकित्सकांना ही माहिती मिळायला पाहिजे. याबरोबरीनेच अर्थसंकल्पाची माहिती नागरिकांना ह्णेण्याची सुलभ पद्धत अंगीकारली पाहिजे. अशी पारदर्शकता असेल तर जिल्ह्यातील नियंत्रक अधिकाऱ्यांनी घेतलेल्या अर्थसंकल्पीय निर्णयांबाबत उत्तरदायित्वाची मागणीही पुढे येईल.

विभागीय स्तरावर, उपसंचालकाच्या नेतृत्वाखालील विभागीय कार्यालयाच्या बऱ्याच प्रशासकीय भूमिका असून कामाचा आवाका खूप मोठा आहे. त्यातही सध्याच्या व्यवस्थेत आरोग्य अर्थसंकल्प निधी आणि खर्चाविषयी सर्वकष माहिती स्रोत उपलब्ध नाही. महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिकेप्रमाणे नियंत्रक अधिकाऱ्यांकडे अर्थसंकल्प खर्चाची अंतिम माहिती असायला पाहिजे. विभागीय स्तरावरील अधिकाऱ्यांनी आरोग्य अर्थसंकल्प माहितीसंबंधातील हे अडसर दूर करावेत आणि ही माहिती लोकांना उपलब्ध करून द्यावी. त्यामुळे लोकांना खर्चाशी संबंधित बाबी नियंत्रक अधिकाऱ्यांना विचारता येतील.

प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या आर्थिक स्थितीची माहिती मिळावी यासाठी सामाजिक संस्थांकडून अॅडव्होकसीचे प्रयत्न गतीमान करता येतील. तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांनी तालुकास्तरीय आरोग्य अर्थसंकल्प केला पाहिजे, ही मागणीही लावून धरायला पाहिजे. यामुळे अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेला अधिक बळ मिळेल. सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचे अंदाज मिळाले तर जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांना ते संदर्भासाठी उपलब्ध राहतील. प्राथमिक आरोग्य केंद्राचा अर्थसंकल्प केंद्रात जाहीरपणे लावावा. अशी मागणीही लोकांना ती माहिती होण्याच्या दृष्टीने करावी लागेल. प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे आर्थिक स्थिती व योजना निहाय तरतुदी या दोन्ही माहिती यामध्ये असावी.

Blank Page

## विषय संदर्भ

भारतातील आरोग्य सेवेची जबाबदारी केंद्र, राज्य आणि स्थानिक शासन यंत्रणा यांची एकत्रित आहे आरोग्य सेवांची अंमलबजावणी करण्याची जबाबदारी राज्य सरकारची आहे. राज्य शासनकडून प्राथमिक आरोग्य सेवा, रुग्णालये आणि विमा यासाठी मुख्यतः वित्त पुरवठा केला जातो म्हणजेच राज्य शासनाची सार्वजनिक आरोग्य सेवांना वित्त पुरवठा करण्याची जबाबदारी आहे भारतासारख्या संघराज्य व्यवस्थेत केंद्रशासन राष्ट्रीय धोरण तयार करते आणि त्याला अनुसरून मार्गदर्शक तत्वे तयार करते. या धोरणानुसार विशिष्ट कार्यक्रम आर्थिक बाबींसह तयार करते, त्याच्या अंमलबजावणीची जबाबदारी राज्य सरकारांकडे देते व त्यावर देखरेख व नियंत्रण ठेवते. शासन राज्यांच्या विषयात हस्तक्षेप करताना एखादी विशेष योजना तयार करून आरोग्य सेवा देणा-या यंत्रणेकडे वित्तीय बाबींसह राज्याकडे हस्तांतरित करते.

आरोग्य सेवांच्या संस्थात्मक रचनेत प्रशासकीय व्यवस्थेमध्ये अनेक स्तर आहेत. जिल्हा पातळीवर पोहोचणारा निधी राज्य सरकार व विभागीय पातळी याद्वारे अनेक अधिश्रेणीमार्फत जातो. ह्या निधी वितरण प्रक्रियेमध्ये विविधता असून, गुंतागुंतदेखील तितकीच आहे.

सार्वजनिक आरोग्य सेवांचे नियंत्रण आरोग्य मंत्रालय व कुटुंब कल्याण मंत्रालय आपल्या विविध विभागांमार्फत करतात. प्रामुख्याने सार्वजनिक आरोग्य विभाग, ज्यामध्ये कुटुंब कल्याण, वैद्यकीय सहाय्य आणि राज्य कामगार विमा योजना यांचा देखील समावेश असतो. दुसरे म्हणजे, वैद्यकीय शिक्षण व औषधे या दोन मंत्रालयात आरोग्य सेवांचा कार्यभार विभागलेला आहे. या दोन्ही विभागाचे स्वतंत्र मंत्री व राज्यमंत्री असतात. तसेच, या मंत्रालयांची स्वतंत्र सचिवालये आहेत. याचबरोबर, या दोन मंत्रालयांशी संलग्न आरोग्य संचालनालय आणि वैद्यकीय शिक्षण संचलनालय व संशोधन विभाग हे दोन तांत्रिक विभागही आहेत.

सार्वजनिक आरोग्य विभागात सचिव, सार्वजनिक आरोग्य, आयुक्त-सचिव, कुटुंब कल्याण तसेच, आयुक्त राज्य कामगार विमा योजना नेमलेले आहेत. त्यांना संचालक-आरोग्य सेवा, संचालक-राज्य एड्स सोसायटी, आणि संचालक- आरोग्य यंत्रणा विकास प्रकल्प यांची तांत्रिक सहाय्यता मिळते. आरोग्य संचालनालयामार्फत, वैद्यकीय सहाय्यता, संसर्गजन्य व सांसर्गिक रोग नियंत्रण, कुटुंब कल्याण, माता व बाल आरोग्य, सार्वजनिक स्वच्छता व पोषक आहार ह्या सेवा पुरविल्या जातात.

राज्यपातळीवरून विभागीय व पुढे जिल्हास्तरापर्यंत सचिवालय व संचलनालय, तसेच आयुक्त कुटुंबकल्याण, आणि आयुक्त राज्य कामगार विमा योजना यांची प्रत्येकाची स्वतंत्र यंत्रणा अस्तित्वात आहे.

महाराष्ट्रात, १९६२ मध्ये आरोग्य सेवांचे विकेंद्रीकरण झाल्यापासून, जिल्हा विकासासंबंधी सर्व योजना जिल्हा परिषदांकडे सोपविण्यात आल्या आहेत. स्थानिक स्वराज्य संस्था व्यवस्थेची पहिली पायरी जिल्हा परिषद असून, सर्व योजनांची अंमलबजावणी, त्यांच्यावर देखरेख व योजनांचा विस्तार ही जिल्हा परिषदांची जबाबदारी आहे. या योजनांवर होणारा खर्च, तसेच जिल्हा पातळीवर कर्मचाऱ्यांना मिळणारा उत्तेजनार्थ भत्ता, हा निधी जिल्हा परिषदांना सरकारकडून अनुदानाच्या स्वरूपात देण्यात येतो. राज्य सरकार स्थानिक स्वराज्य संस्थांना विविध प्रकारच्या अनुदानांच्या रूपात निधी उपलब्ध करून देते व हा खर्च प्रत्येक विभाग आपल्या अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रकात त्यांची नोंद करतो. प्रत्येक जिल्ह्यात, जिल्हा परिषदेच्या अंतर्गत एक आरोग्य विभाग कार्यरत असतो. जिल्हा आरोग्य अधिकारी ह्या विभागाचे प्रमुख म्हणून कामकाज पाहतात. वरिष्ठ वैद्यकीय अधिकारी राज्य शासनाचे 'जिल्हा आरोग्य अधिकारी' ह्या पदावर जिल्हा परिषदेकडे प्रतिनिधित्व करतात. जिल्हा परिषदेच्या मुख्य कार्यकारी अधिकाऱ्यांच्या नियंत्रणाखाली जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषदेमध्ये विविध आरोग्य योजनांच्या अंमलबजावणीसाठी कार्यरत असतात.



प्रत्येक जिल्ह्यात जिल्हा परिषदेत आरोग्य विभाग कार्य करीत असतो. राज्य सरकारमधील वरीष्ठ वैद्यकीय अधिका-याची जिल्हा परिषदेमध्ये जिल्हा आरोग्य अधिकारी म्हणून नेमणूक केली जाते जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांचा जिल्हा परिषदेच्या मुख्य कार्यकारी अधिकारी हा प्रमुख असतो. आरोग्य कार्यक्रम, कुटुंब नियोजन, लसीकरण, गरोदर महिलांसाठी कल्याणकारी कार्यक्रम या बाबत अंमलबजावणीचा अहवाल जिल्हा आरोग्य अधिकारी हा विभागीय उपसंचालकांना देतात क्षयरोग, कुष्ठरोग आणि मलेरिया या राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमांचे प्रमुख (सहाय्यक आरोग्य अधिकारी) जिल्हा आरोग्य अधिका-यांना मदत करतात जिल्हा पातळीवर विविध कार्यक्रमांसाठी जिल्हा आरोग्य अधिकारी, अतिरिक्त जिल्हा आरोग्य अधिकारी हे समांतर पातळीवर कार्य करीत असतात परंतु यांचा जिल्हा परिषदेशी संबंध नसतो जिल्ह्यात आरोग्य सेवेची दुसरी एक समांतर यंत्रणा असते, त्याचा प्रमुख शल्यचिकित्सक असतात. जिल्हा रुग्णालय, उप जिल्हा रुग्णालय, ग्रामीण रुग्णालय, महिला रुग्णालय यांच्या मार्फत आरोग्य सेवा पुरविल्या जातात.

राज्यातील लाईन विभागांचे जिल्हा पातळीवर व स्थानिक पातळीवर स्वतंत्र अंदाजपत्रके असतात या आरोग्य सेवांसाठी मिळणा-या एकूण अनुदानात केंद्रीय योजनांचा आणि सोसायटींचा वाटा अधिक असतो यामुळे जिल्हा पातळीवर विविध योजनातील उपलब्ध अनुदानाची माहिती मिळविणे अवघड जाते जिल्हा पातळीवर अनेक मार्गांनी अनुदान मिळत असते, यासाठी राज्यामध्ये कोणतीही संस्थात्मक यंत्रणा नाही यालाच जिल्ह्याचे वार्षिक अंदाजपत्रक समजले जाते. राज्य अर्थसंकल्पामध्ये जिल्हा पातळीवरील एकत्रित अंदाजपत्रकीय तरतूदी समजण्यासाठी एकत्रित अंदाजपत्रक उपलब्ध नाही.

जिल्ह्यात विविध मार्गांनी निधी येत असतो, आरोग्य सेवा पुरवठादार, एकत्रित आरोग्याचे अंदाजपत्रक आणि खर्चाची आकडेवारी अशा अंमलबजावणी करणा-या संस्थांचे प्रतिनिधी जिल्हा पातळीवरून आरोग्य सेवा केंद्रांमार्फत विविध मार्गांनी निधी पोहोचत असल्यामुळे, कार्यकारी अधिकारी व स्थानिक प्रतिनिधींकडे आरोग्याचे एकत्रित अंदाजपत्रक व खर्चाचा तपशील उपलब्ध नसतो. अर्थसंकल्पीय यंत्रणा गुंतागुंतीची असल्याने, प्रत्येक स्तरावरील भूमिका व जबाबदाऱ्यांबद्दल सर्वांना माहिती असणे आवश्यक ठरते. व्यवस्थेतील पारदर्शकतेसाठी व जनतेला सर्व कारभार माहिती होण्यासाठी ही अत्यंत महत्वाची व्यवस्थापन प्रक्रिया आहे.

### गरज अर्थसंकल्पाची उकल करण्याची :

तळागाळात काम करणाऱ्या स्वयंसेवी संस्थांना अर्थसंकल्पासंबंधीचे मुद्दे समजून घ्यायला कठीण व गुंतागुंतीचे वाटतात. शिवाय अर्थसंकल्पासंबंधी सर्वकष माहिती नियमितपणे उपलब्ध होत नसल्याने त्यामध्ये प्रागतिक बदल सुचवणे व सामाजिक न्यायाची मागणी लावून धरणे त्यांना अवघड जाते. या अडचणींचा विचार करून आणि संस्थांचे याविषयीचे ज्ञान विकसित करण्यासाठी सेहतने “महाराष्ट्रातील सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्राच्या अर्थसंकल्प प्रक्रियेचे मार्गनिरीक्षण (मॅपिंग)” करण्याचे ठरविले.

अर्थसंकल्पातील संसाधने व माहितीचा प्रवाह यांचे नियंत्रण करणाऱ्या संस्थात्मक संरचना आणि प्रशासकीय प्रक्रिया यांची तपासणी या अभ्यासातून करण्यात आली. यामध्ये प्रशासकीय व सार्वजनिक रचनेचे स्वरूप, विविध प्रशासकीय विभागांच्या भूमिका व जबाबदाऱ्या, विविध स्तरांवर वेगवेगळी संसाधने वितरित करण्याचे नियम, माहितीचा प्रवाह - यामध्ये लेखांचे विवरण, अहवाल सादरीकरण व संनियंत्रण पद्धतींचा समावेश होतो. सेहतच्या या प्रकल्पात पुढीलप्रमाणे उपक्रमांचे नियोजन करण्यात आले. (आकृती १.१ मध्येही ही माहिती आलेली आहे.)

१. पब्लिक एक्सपेंडीचर ट्रॅकींग सर्व्हे टूलच्या आधारे अर्थसंकल्पातील संसाधने व माहितीचा प्रवाह यांचे नियंत्रण करणाऱ्या संस्थात्मक संरचना आणि प्रशासकीय प्रक्रिया यांची तपासणी करणे.
२. सरकारी अधिकारी व निर्णयकर्ते (उदा. नियोजन, वित्त आणि आरोग्य विभाग (राज्य व इतर स्तरावरील महत्वाचे अधिकारी) सामाजिक आरोग्य संसाधन केंद्र; स्थानिक प्रतिनिधी यांना पुरावा आधारित शिफारसी करणे आणि तरतुदी/खर्च/संनियंत्रण करताना या शिफारशींचा सरकारने विचार करावा यासाठी विविध स्तरावर अॅडव्होकेसीची कार्यनीती विकसित करणे.

३. सरकार, स्थानिक स्वराज्य संस्था, सेवा पुरवठादार यांनी केलेल्या कामावर लक्ष ठेऊन व संनियंत्रण करून त्यांच्यावर लोकांचे नियंत्रण राखण्यासाठी सहकारी स्वयंसेवी संस्थांचा क्षमता विकास करणे.

### प्रकल्पाची भूमिका व कार्यपद्धती

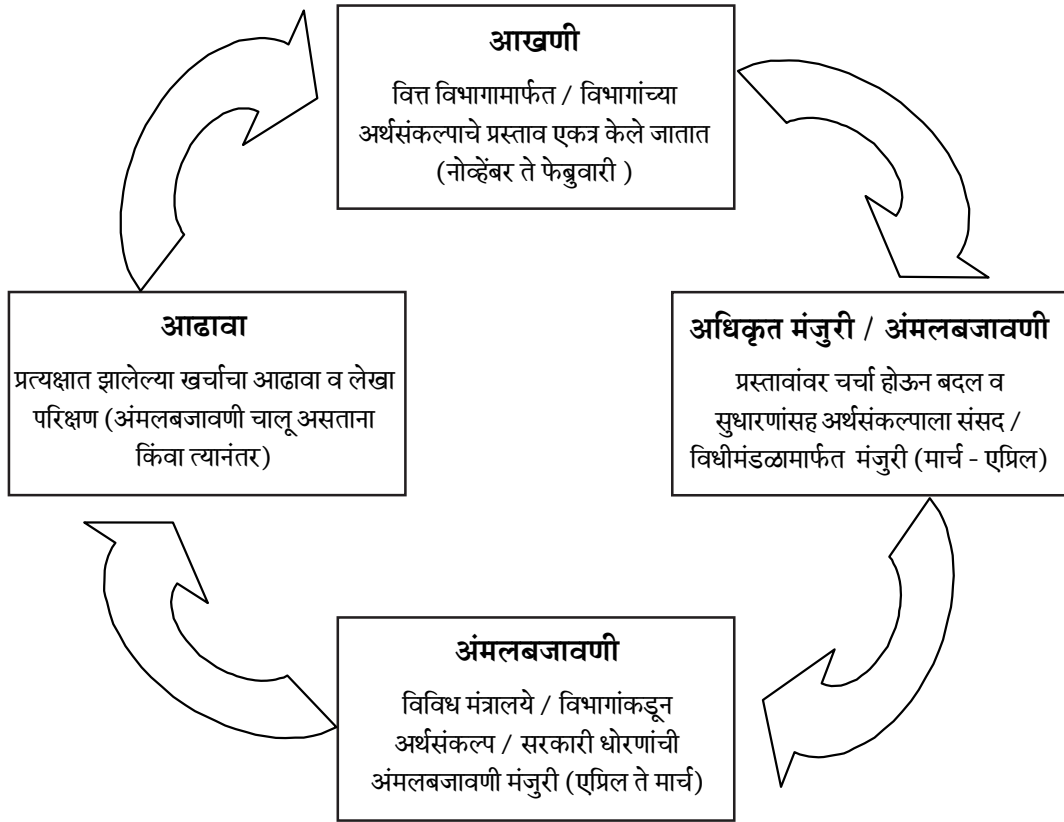
#### आकृती १.१ - कार्यपद्धती

<p>सहकारी भागीदार संस्था, कार्यक्षेत्र विकसित करणे.</p> <p>कामाची सुरुवात व नियोजन.</p> <p>स्थानिक भागीदार संस्थांची निवड.</p> <p>महत्वाच्या सहकारी संस्थांची निवड, उदा. सरकारी अधिकारी.</p> <p>महाराष्ट्राच्या आरोग्य सेवा संचालनायासमोर कार्यपद्धती सादर वेली व त्यांची परवानगी घेतली.</p>	<p>जलद मूल्यांकन आणि माहिती संकलनाची तयारी.</p> <p>संस्थात्मक संरचना आणि संशोधनात योगदान देऊ शकतील अशा प्रमुख व्यक्तींची निवड करण्यासाठी जलद मूल्यांकन.</p> <p>माहिती संकलनाचे साधन तयार करणे.</p> <p>पीअर रीव्ह्यू कमिटीकडून या साधनाला संमती व त्याची पूर्वचाचणी.</p>	<p>माहिती संकलन.</p> <p>जिल्हा भागीदार संस्थांना कार्यपद्धतीचे प्रशिक्षण.</p> <p>जिल्हा स्तरावर भागीदार संस्थांच्या सहभागाने मुलाखती घेणे.</p> <p>अर्थसंकल्पाशी निगडित दुय्यम स्रोतातील माहिती संकलन.</p>	<p>सविस्तर संशोधन अहवाल आणि अॅडव्होकसी.</p> <p>संशोधन अहवाल लेखन.</p> <p>अॅडव्होकसी कार्यनीती निश्चित करणे.</p> <p>अर्थसंकल्पाच्या आधारे अॅडव्होकसी करण्यासाठी भागीदार संस्थांची क्षमता बांधणी.</p> <p>सरकारी अधिकाऱ्यां बरोबर सकारात्मक संवाद व सहकार्य</p>
--	---	---	--

## प्रकरण एक : अर्थसंकल्पाची संरचना

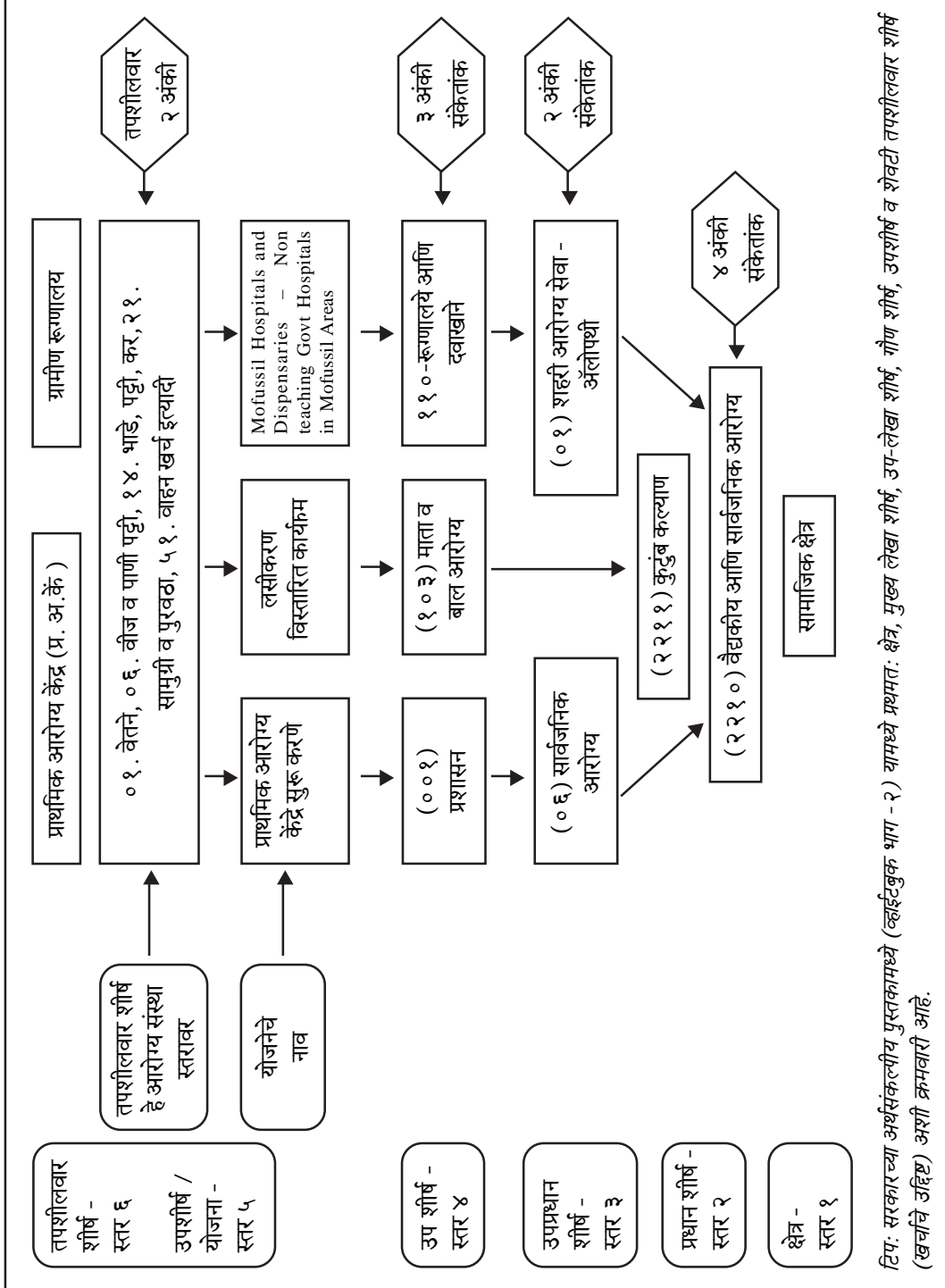
“अर्थसंकल्प” या शब्दप्रयोगात विविध प्रक्रिया अंतर्भूत असतात. दर वर्षी तयार होणाऱ्या अर्थसंकल्प चक्राचे सर्वसाधारणपणे चार टप्पे असतात. एक - अर्थसंकल्प आखणी म्हणजे कार्यकारी अधिकाऱ्यांनी मागणी व नियमांनुसार अर्थसंकल्प अंदाजपत्रकाचा मसुदा तयार करणे. दोन - विधीमंडळाच्या सभागृहाने त्यावर चर्चा करून, सूचना - सुधारणांसह मंजुरी देणे. तीन - मंजूर अर्थसंकल्पाची कार्यकारी अधिकाऱ्यांकडून अंमलबजावणी. चार - त्यानंतर कार्यकारी अधिकाऱ्यांनी आढावा घेणे आणि स्वतंत्र लेखा अधिकाऱ्यांकडून लेखा परिक्षण करून घेणे हा चौथा टप्पा. ही प्रक्रिया पुढील आकृतीतून स्पष्ट केली आहे:

### आकृती १.१ : अर्थसंकल्पाचे चक्र



केंद्र व राज्य सरकार आपल्या लेखांनोदी नियंत्रक आणि महालेखा परीक्षक (कॅग म्हणजेच कॉम्प्ट्रोलर अँड ऑडिटर जनरल) यांच्या शिफारसीनुसार तयार केलेल्या लेखा सांकेतिकीकरण पद्धतीप्रमाणे ठेवतात. सरकारकडील निधी कसा जमा होतो व कसा खर्च होतो याचा प्रत्येक रूपयाचा हिशेब राहिल अशी लेखापद्धती सरकार अवलंबते. निधी कसा जमा होतो म्हणजेच उत्पन्नाच्या बाजूची चर्चा या अभ्यासात करण्यात आलेली नाही. खर्च विभाग सहा स्तरीय अधिश्रेणीमध्ये विभागले गेले आहे. प्रधान शीर्षाखाली लेखा विभागाचे वर्गीकरण करण्यात येते व त्याखालोखाल त्याचे वर्गीकरण अनेक लघुशीर्षामध्ये केले जाते. त्याखाली बरीच उपशीर्षे येतात. उपशीर्षांची विभागणी तपशीलवार शीर्षामध्ये केली जाते. कधी कधी प्रधान शीर्षाची विभागणी आधी उप-प्रधान शीर्षात करून नंतर त्याखाली उपशीर्षे येतात. अशा प्रकारे सरकारच्या लेख्यातील सहा-स्तरीय वर्गीकरणात समाविष्ट होणाऱ्या गोष्टी म्हणजे - क्षेत्र, प्रधान शीर्ष, उप-प्रधान शीर्ष, उपशीर्ष आणि योजना उपशीर्ष आणि तपशीलवार शीर्ष. ही पद्धती समान स्वरूपात केंद्र सरकार व राज्य सरकारे अवलंबतात.

आकृती १.२ लेखा वर्गीकरण: खर्च / संवितरण

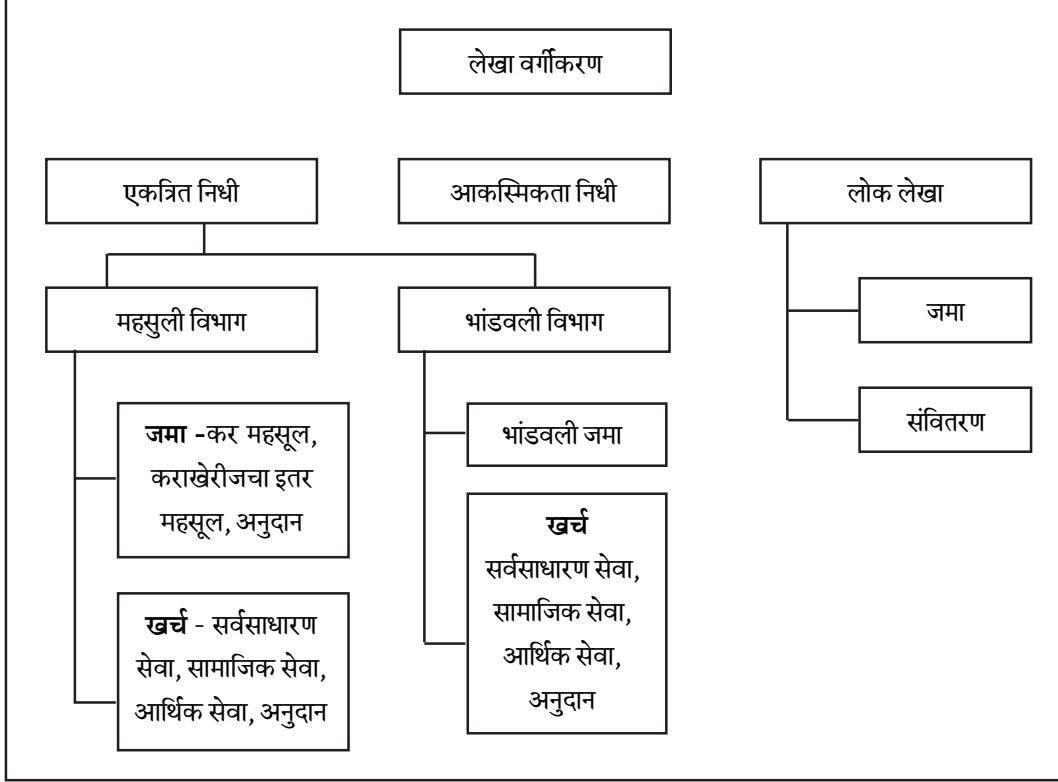


आकृती क्रमांक १.२ मध्ये प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि ग्रामीण / जिल्हा रूग्णालये याद्वारा कार्यान्वित योजनांची उदाहरणासहित मांडणी केली आहे. आरोग्य क्षेत्रांतर्गत या योजनांची विभागणी उप शीर्षे, उप - प्रधान शीर्षे आणि प्रधान शीर्षे याप्रमाणे केली जाते. आरोग्य सेवा पुरविणा-या संस्थांच्या स्तरावर विशिष्ट योजना व उपक्रमासाठी असलेले 'वेतन', 'कार्यालयीन खर्च', 'सामुग्री व पुरवठा' इत्यादीसारखे वर्गीकरणाचे उद्दिष्ट दाखवणारे खर्च लेख्यामध्ये तपशीलवार शीर्षाखाली नोंदवतात. तपशीलवार शीर्षे हा सर्वात शेवटचा त्याखाली संबंधित योजनेचे व्यवहार नोंदवले जातात.

लघु शीर्षाखाली (मायनर हेड) निश्चित उपक्रम नोंदवले जातात. या उपक्रमातून शासन कोणते उद्दिष्ट साध्य करणार आहे याची माहितीही दिली जाते. हा खर्च एखाद्या कार्यक्रमातील योजनेसाठी असू शकतो किंवा कार्यक्रमासाठीचा असू शकतो. उदाहरणार्थ, 'लसीकरणाचा विस्तारित कार्यक्रम', 'बालके आणि शालेय विद्यार्थ्यांचे व गरोदर मातांचे लसीकरण', 'बाल सुरक्षा आणि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम' इत्यादी, या सर्व माता व बाल आरोग्य या लघु शीर्षाखाली येणाऱ्या योजना आहेत, कुटुंब कल्याण या प्रधान शीर्षाखाली त्यांची तीन आकडी सांकेतिकीकरणाने नोंद होते.

भारतात सर्व अर्थसंकल्पीय व्यवहारांची तीन भागात विभागणी केली जाते: एकत्रित निधी, आकस्मिकता निधी आणि लोक लेखा (आकृती १.३ पहा). एकत्रित निधीमध्ये महसुली व भांडवली लेख्यांचा समावेश होतो. या दोन्ही लेख्यांचे क्षेत्र व उपक्षेत्रांप्रमाणे आणखी वर्गीकरण केले जाते. या स्वरूपाचे वर्गीकरण आकृती १.३ मध्ये दाखवलेले आहे. ज्या व्यवहारात शासनाची भूमिका बँकरची असते अशा कर्जे, ठेवी, आगाऊ रक्कमा आणि शिल्लक निधी इत्यादीचा अंतर्भाव लोक लेखा तिसऱ्या प्रकारामध्ये केला जातो. उदाहरणार्थ, कर्मचाऱ्यांच्या पगारातून भविष्य निर्वाह निधीसाठी कापून घेतलेले पैसे खर्चाच्या बाजूला येतात. आकस्मिकता निधी हा आकस्मिकपणे उद्भवणाऱ्या खर्चासाठी वापरण्यात येतो. यातील शिल्लक निधी लोक लेखामध्ये जमा होतो (जमा बाजूला) आणि कर्मचाऱ्यांच्या नावे संचयित भविष्य निर्वाह निधीतून त्यांना दिलेले पैसे लोक लेखामधून वजा होतात (संवितरण / खर्चाच्या बाजूला).

### आकृती १.३ - लेखा वर्गीकरण



### महाराष्ट्रातील अर्थसंकल्प प्रक्रिया

महाराष्ट्रातही केंद्राप्रमाणे अर्थसंकल्पीय व्यवहारांची तीन भागात विभागणी होते. महाराष्ट्रात आरोग्य क्षेत्राला केंद्र पुरस्कृत योजनांचा निधी मिळतो. हा निधी शासकीय कोषागारातून (म्हणजे राज्य सरकारच्या अर्थसंकल्पात दिसून येतो व कोषागाराच्या माध्यमातून वितरित होतो) व ऑफ बजेट मोड (म्हणजे राज्य अर्थसंकल्पा बाहेरील म्हणजे केंद्र सरकार निधी राज्य सरकारला न देता अर्थसंकल्पात न दाखवता थेट अंमलबजावणी यंत्रणेला देतात)- या दोन्हीच्या माध्यमातून येतो. २०१०-११ च्या आरोग्य अर्थसंकल्पात जवळपास १३% निधी केंद्र पुरस्कृत योजनेतून आलेला आहे आणि रू. ६७५.२९ कोटी राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य कार्यक्रमांमधून (एनआरएचएम) आलेला आहे. क्षयरोग नियंत्रण, हिवताप नियंत्रण इत्यादी या विशिष्ट रोगनियंत्रण कामांची अंमलबजावणी ऑफ बजेटच्या माध्यमातून ह्या रोगांच्या नियंत्रणासाठी स्थापन करण्यात आलेल्या सोसायटीमार्फत केली जाते. गलगंड नियंत्रण योजना किंवा बहुउद्देशीय कर्मचारी (मल्टीपर्पज वर्कर्स) तयार करण्याचे प्रायोगिक तत्वावरील उपक्रम इत्यादीसाठी शासकीय कोषागारातून निधी दिला जातो. परंतु राज्याच्या आरोग्य धोरणावर केंद्र सरकारच्या पंचवार्षिक योजनांमधून निश्चित केलेल्या धोरणांचा प्रामुख्याने प्रभाव असल्याचे दिसून येते.

महाराष्ट्रात विविध सरकारी विभागांचे व्यवहार पाहता मंजूर निधीचा पूर्णपणे वापर होत नाही असे दिसते<sup>१</sup>. महाराष्ट्राच्या आरोग्य अर्थसंकल्पाची संस्थात्मक व प्रशासकीय प्रक्रिया पुढे आणणे हा प्रस्तुत अभ्यासाचा मुख्य उद्देश आहे. त्याअनुशंगाने

<sup>१</sup> राज्य महालेखापालांच्या अहवालात खर्ची न पडलेल्या रक्कमेची नोंद केली आहे आणि यातून विविध विभागातील कार्यक्रम व्यवस्थापन अयोग्य असल्याचे आणि अर्थसंकल्पीय नियंत्रण कमकुवत असल्याचे दिसते, असे नमूद केले आहे.

आरोग्य सेवा संचलनालयाच्या अधिकारांतर्गत असणा-या आरोग्य सेवा व कार्यक्रमांचे निरीक्षण करण्यात आले. यामध्ये जिल्हा रूग्णालय, उपजिल्हा रूग्णालय, ग्रामीण रूग्णालये व प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील रोग प्रतिबंधात्मक व नियंत्रण कार्यक्रम (प्राथमिक आरोग्य कक्ष, फिरते आरोग्य कक्ष, अॅलोपथी उपचारांचे दवाखाने आणि फिरत्या आरोग्य सेवा) या आरोग्य सेवा समाविष्ट करण्यात आल्या त्यामुळे या अभ्यासात राज्य सरकार अथवा स्थानिक स्वराज्य संस्था यांच्याशी निगडित प्रक्रियांचा समावेश करण्यात आला. या प्रक्रिया म्हणजे अर्थसंकल्प तयार करणे, अर्थसंकल्प वितरण व प्रचलित पद्धती. सरकारी कोषागाराखेरीज मिळणारे इतर निधी म्हणजे केंद्राकडून राज्य सरकारकडे व तेथून जिल्हा संस्था / अंमलबजावणी करणाऱ्या संस्था / आरोग्य सेवा यांना थेट पाठवला जाणारा निधी. राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान (एनआरएचएम), एचआयव्ही कार्यक्रम आणि इतर काही राष्ट्रीय कार्यक्रमांचे निधी अशा प्रकारे अर्थसंकल्पापेक्षा वेगळ्या मार्गाने (ऑफ बजेट द्वारे) वितरित होतात. आमचा अभ्यास हा प्रचलित अर्थसंकल्प आणि प्रशासकीय प्रक्रियांशी संबंधित आहे, ज्यामध्ये सरकारी कोषागारातून निधी येतो आणि तो राज्याच्या विभागांच्या अर्थसंकल्पात अथवा हस्तांतरित केलेल्या योजनांच्या रूपात जिल्हा पंचायतींच्या अर्थसंकल्पात / विवरणात समाविष्ट होतो.

### जिल्हा स्तरावरील आरोग्य विभागाची रचना

जिल्हा स्तरावर जिल्हा परिषदेच्या अखत्यारित एक आरोग्य विभाग काम करतो. या विभागाचे प्रमुख म्हणून जिल्हा आरोग्य अधिकारी काम पाहतात. या पदावर राज्य सरकारमधील वरिष्ठ वैद्यकीय अधिकाऱ्यांची नेमणूक केली जाते. हे अधिकारी जिल्हा परिषदेच्या मुख्य कार्यकारी अधिकाऱ्यांच्या नियंत्रणाखाली कुटुंब नियोजन, लसीकरण, गरोदर महिलांसाठी कल्याणकारी कार्यक्रम इत्यादी आरोग्य कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीचे काम करतात. यासंबंधीचे काही स्पष्टीकरण असल्यास त्याची विचारणा विभागीय उप संचालकाकडून जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांना केली जाते. जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांचे सहाय्यक म्हणून अतिरिक्त जिल्हा आरोग्य अधिकारी नेमले जातात. क्षय, कुष्ठरोग आणि हिवताप या राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमांची जबाबदारी वेगळ्या अधिकाऱ्यांवर सोपवण्यात येते. प्रत्येक कार्यक्रमासाठी जिल्हा पातळीवर आरोग्य अधिकारी नेमले जातात त्यांचेकडून हे जिल्हा आरोग्य अधिकारी व अतिरिक्त जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांच्याशी समांतर पद्धतीने काम करतात. त्यांचा जिल्हा परिषदशी औपचारिकरित्या संबंध येत नाही. आरोग्य विभागाची आणखी एक समांतर रचना असून त्याच्या प्रमुखपदी जिल्हा शल्य चिकित्सक (सिव्हील सर्जन) असतात. ग्रामीण रूग्णालये, उप जिल्हा रूग्णालये, महिला रूग्णालये, जिल्हा रूग्णालये यांच्या सेवांवर देखरेख व नियंत्रणाचे काम जिल्हा शल्य चिकित्सक करतात. साथीचे आजार अथवा पल्स पोलिओ सारखे राष्ट्रीय कार्यक्रम वगळता त्यांचे इतर कामकाज जिल्हा परिषदशी संबंधित राहात नाही.

### जिल्हा स्तरीय अर्थसंकल्पाची रचना

राज्य सरकारच्या प्रत्येक विभागाचा जिल्ह्यासाठी स्वतःचा स्वतंत्र अर्थसंकल्प असतो आणि स्थानिक स्वराज्य संस्थांचा देखिल स्वतंत्र अर्थसंकल्प असतो. याखेरीज जिल्ह्याच्या पातळीवर काम करणाऱ्या इतर आरोग्य यंत्रणा (उदा. टीबी, एचआयव्ही) आणि आरोग्य सोसायटीकडून आरोग्य सेवांसाठी निधी येतो. यामुळे जिल्हा स्तरावर एकूण किती संसाधने उपलब्ध आहेत / निधीचा प्रवाह कसा आहे हे समजून घेणे कठीण होऊन जाते. विविध स्रोतातून येणाऱ्या निधीसाठी जिल्ह्याचे वेगवेगळे अर्थसंकल्प असतात. या सर्वांचे मिळून जिल्हा वार्षिक अंदाजपत्रक तयार करण्यासाठी कोणत्याच राज्यामध्ये माहिती संकलन करणा-या संस्था वा प्रक्रिया अस्तित्वात नाहीत. जिल्हा स्तरावर अर्थसंकल्पाचे दस्तावेज एकत्रित उपलब्ध नसल्याने राज्य अर्थसंकल्पातून जिल्ह्यांसाठी केलेली तरतूद किती व कशी आहे याची माहिती जिल्हा स्तरावर मिळणे अतिशय कठीण जाते.

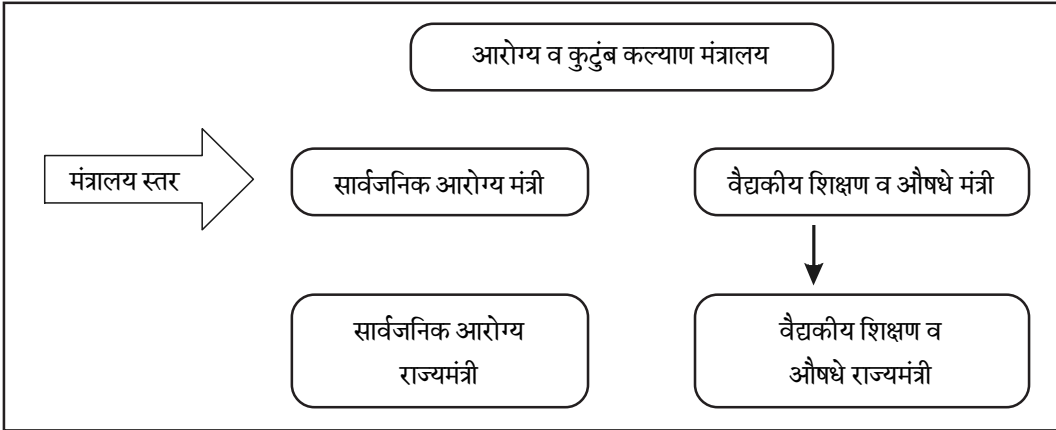


## प्रकरण दुसरे : संस्थात्मक संरचना

जिल्हास्तरीय व त्याखालील अनेकविध अंदापत्रकीय संस्थांचा संदर्भ समजून घेण्यासाठी प्रथम राज्य स्तरीय संरचना समजून घेणे गरजेचे आहे. प्रत्येक स्तरावर, आरोग्य सेवांच्या अर्थसंकल्पात एक किंवा अधिक प्रमुख कार्यालयांचा सहभाग असतो. सार्वजनिक आरोग्य सेवांचा कारभार बघणाऱ्या राज्य स्तरीय संरचनेचे तीन भाग आहेत - मंत्रीमंडळ (मिनिस्ट्री), सचिवालय आणि संचलनालय. मंत्रीमंडळाकडे सर्वोच्च अधिकार आहेत. मंत्रीमंडळाला सहाय्य करणारा प्रशासकीय विभाग सचिवालय स्तरावर असतो. प्रत्येक प्रशासकीय विभागाला सहाय्य करण्यासाठी संचलनालय असते.

महाराष्ट्रामध्ये, सार्वजनिक आरोग्य सेवांचा कारभार आरोग्य मंत्रालयाच्या अधिकार कक्षेत येते. आरोग्य मंत्रालयाचे दोन विभाग आहेत - 'सार्वजनिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण' आणि 'वैद्यकीय शिक्षण व औषधे'. यापैकी सार्वजनिक आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण हे प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, दवाखाने, उपकेंद्रे, उप जिल्हा, स्त्रिया व ग्रामीण रुग्णालये यांच्यामार्फत रोग प्रतिबंध व नियंत्रण, कुटुंब कल्याण सेवा आणि वैद्यकीय मदत देण्याचे आणि राज्य कामगार विमा यांचे काम करते. तर वैद्यकीय शिक्षण व औषध विभाग वैद्यकीय शिक्षण देणे, शस्त्रक्रिया व तज्ञांकडून आरोग्य सेवा (टर्शरी केअर) देणे, औषधांवरील संशोधने व नियंत्रण तसेच अन्न भेसळ प्रतिबंधाचे काम वैद्यकीय शिक्षण व औषध विभाग करतो. खालील तक्ता २.१ मध्ये दाखविल्याप्रमाणे दोन्हीही विभागांच्या प्रमुखपदी स्वतंत्र मंत्री आहेत आणि या प्रत्येक मंत्र्यांच्या सहाय्यासाठी राज्य मंत्री आहेत. मंत्रालयाच्या प्रत्येक विभागाच्या सहाय्यासाठी एक प्रशासकीय विभाग असतो व सचिव हे ह्या विभागांच्या प्रमुखपदी असतात. या दोन्ही भागांचे सचिव आपल्या संबंधित मंत्र्यांच्या अधिकाराखाली काम करतात.

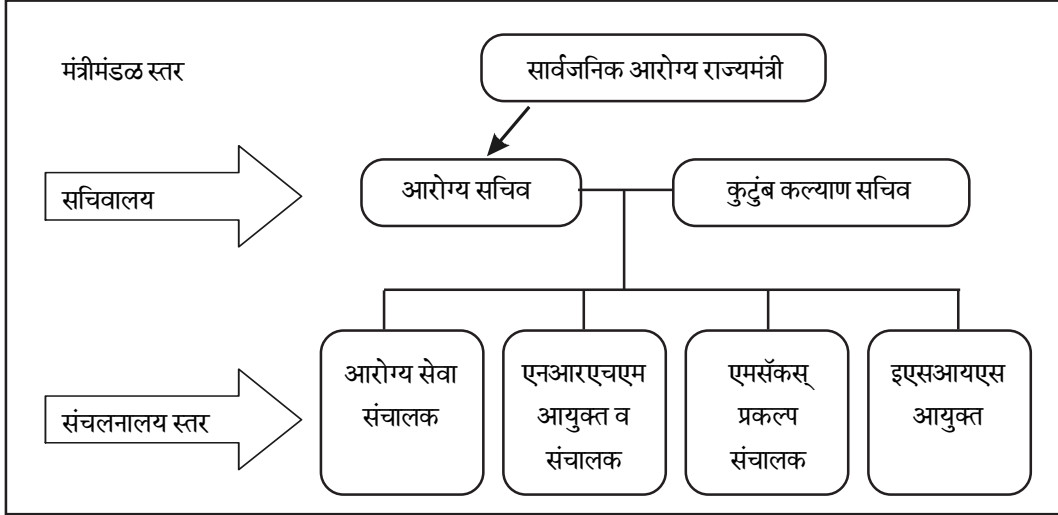
### आकृती २.१ - आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालयाची संरचना



अर्थसंकल्पीय प्रक्रियांचे मार्गनिरीक्षण हा आमच्या अभ्यासाचा विषय असल्याने आम्ही सिव्हील हॉस्पिटल, ग्रामीण व उपजिल्हा रुग्णालये, प्राथमिक आरोग्य केंद्रे यांद्वारे सेवा देणाऱ्या सार्वजनिक आरोग्य विभागाचा प्रामुख्याने विचार केला. वैद्यकीय शिक्षण व औषधे विभाग हा मुंबई, पुणे, सोलापूर, नागपूर, ठाणे, औरंगाबाद इत्यादी मोठ्या शहरात असलेल्या वैद्यकीय महाविद्यालयातून शस्त्रक्रिया तज्ञांकडून सेवा देत असल्याने त्याचे काम वेगळ्या स्तरावरील आहे. या अभ्यासात वैद्यकीय

शिक्षणांतर्गत असलेल्या संस्थात्मक रचना व यांच्याशी निगडित असलेले अर्थसंकल्प आम्ही अभ्यासाच्या परिघात घेतले नाहीत. तक्ता क्रमांक २.२ मध्ये सार्वजनिक आरोग्य विभागाची उर्वरित संरचना आणि त्याचे संचलनालयाची माहिती आहे. यापूर्वी म्हटल्याप्रमाणे, प्रशासकीय विभाग म्हणून सार्वजनिक आरोग्य विभागाला तांत्रिक सहाय्य पुरवण्याचे काम त्याचे संचलनालय करते.

## आकृती २.२ : मंत्रिमंडळ स्तर ते सचिवालय आणि संचलनालय स्तर



### आरोग्य सेवा संचालकाच्या अधिपत्याखालील सार्वजनिक आरोग्य सेवा

जिल्हा, तालुका आणि त्याखालील क्षेत्रात विविध आरोग्य केंद्रांमार्फत आरोग्य सेवा दिल्या जातात. या केंद्रांच्या प्रकाराप्रमाणे त्यातील सेवांचे स्वरूप बदलते. तालुका स्तराच्या खाली ग्रामीण भागात प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि उपकेंद्रे याद्वारा सेवा दिल्या जातात. ग्रामीण रूग्णालये, उप जिल्हा तथा जिल्हा रूग्णालये ही तालुका आणि जिल्हा स्तरावर उभारली जातात. उपकेंद्रे आणि प्राथमिक आरोग्य केंद्रातून प्रामुख्याने प्रतिबंधात्मक व काही प्रमाणात उपचारात्मक सेवा दिल्या जातात आणि त्यापुढील सेवांची आवश्यकता असल्यास तालुका व जिल्हा स्तरावरील रूग्णालयांची संदर्भ सेवा दिली जाते.

जिल्हा स्तरावर ग्रामीण व शहरी क्षेत्रातील आरोग्य सेवेच्या सुविधा उपलब्ध असतात आणि त्यांचे व्यवस्थापन वेगवेगळ्या यंत्रणांमार्फत होते. या दोन्हीकडे दिल्या जाणाऱ्या आरोग्य सेवांची संरचना, प्रशासन व नियंत्रण वेगवेगळे असते. सोयीच्या दृष्टीने आम्ही त्याला 'पीएचसी लाईन' आणि 'हॉस्पिटल्स / रूग्णालये लाईन' असे संबोधत आहोत. या दोन्हीचे तपशील पुढीलप्रमाणे आहेत.

### पीएचसी लाईन

महाराष्ट्रात ३३ जिल्हे असून १८१६ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आहेत. प्रत्येक जिल्ह्यात सरासरी ५५ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे येतात सर्वात कमी म्हणजे २४ प्राथमिक आरोग्य केंद्रे हिंगोली जिल्ह्यात आहेत आणि सर्वात जास्त म्हणजे १०३ नाशिक जिल्ह्यात आहेत. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि उपकेंद्रे ही स्थानिक स्वराज्य संस्थेचा भाग आहेत. महाराष्ट्रात जिल्हा परिषदेमध्ये एक स्वतंत्र आरोग्य विभाग आहे. जिल्हा आरोग्य अधिकारी हे जिल्हा परिषदेतील आरोग्य विभागाचे प्रमुख असतात. सार्वजनिक आरोग्याचे शिक्षण असलेले राज्य सरकारमधील वरिष्ठ वैद्यकीय अधिकारी या पदावर नेमले जातात. ग्रामीण आरोग्य सेवा व कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीची जबाबदारी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांवर असते आणि त्यांच्या मदतीसाठी

अतिरिक्त व सहाय्यक जिल्हा आरोग्य अधिकारी नेमले जातात. हे सर्व कर्मचारी प्रामुख्याने प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि उपकेंद्रे याद्वारा ग्रामीण क्षेत्रात दिल्या जाणाऱ्या आरोग्य सेवांचे काम पाहतात.

एनआरएचएम सुरू झाल्यावर तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांचे महत्त्व दिसून आले. काही जिल्ह्यात अनेक प्राथमिक आरोग्य केंद्रे असल्याने या प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावरील वैद्यकीय अधिकारी आणि जिल्हा स्तरावरील जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांच्यातील अंतर कमी करण्याच्या उद्देशाने हे पद निर्माण करण्यात आले.

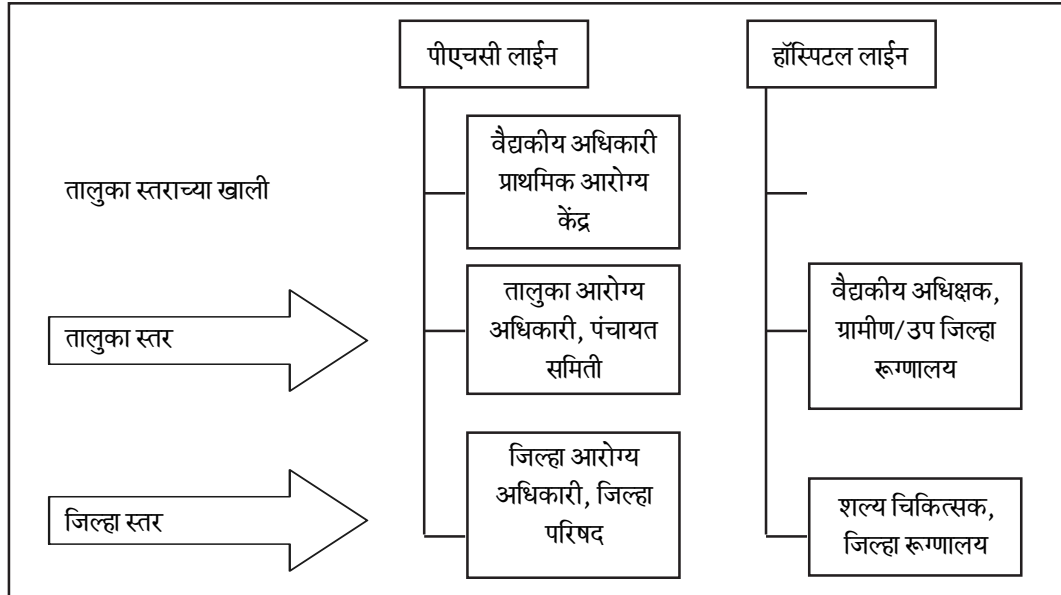
तालुक्यातील आरोग्य सेवा देण्यासंबंधीच्या गोष्टींवर देखरेख करण्याचे काम तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांचे आहे. त्यांच्या मदतीसाठी आरोग्य पर्यवेक्षक आणि आरोग्य सहाय्यक यांची नेमणूक केली जाते. याखेरीज त्यांना प्रशासकीय बाबतीत विस्तारित आरोग्य अधिकाऱ्यांची मदत होते. तालुका आरोग्य अधिकारी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांना आपल्या कामाचा अहवाल सादर करतात. जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि तालुका आरोग्य अधिकारी हे सार्वजनिक आरोग्य विभागाचे अनुक्रमे जिल्हा व तालुका स्तरावरचे प्रमुख असतात.

प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावरील वैद्यकीय अधिकारी ते तालुका स्तरावरील तालुका आरोग्य अधिकारी आणि जिल्हा स्तरावरील जिल्हा आरोग्य अधिकारी मिळून 'पीएचसी लाईन' असे या अभ्यासासाठी संबोधित केले आहे.

### हॉस्पिटल लाईन

ग्रामीण व उपजिल्हा रूग्णालये तालुका स्तरावर उभारली जातात, तर जिल्हा रूग्णालय हे त्याच्या नावाप्रमाणेच जिल्हा स्तरावर उभारले जाते. ग्रामीण व उपजिल्हा रूग्णालयांचे प्रमुख वैद्यकीय अधिकक्षक असतात आणि तांत्रिक विषयांबाबत ते जिल्हा शल्य चिकित्सक यांना उत्तरदायी असतात. सिव्हील सर्जन हे जिल्हा रूग्णालयाचे प्रमुख असतात व जिल्ह्यातील लोकसंख्येच्या आरोग्य व्यवस्थापनाची जबाबदारी त्यांच्यावर असते. तसेच जिल्हा रूग्णालयांचा तांत्रिक नियंत्रणाची जबाबदारी देखिल त्यांच्यावर असते म्हणूनच जिल्हा रूग्णालयांना सिव्हील हॉस्पिटल्स असेही म्हटले जाते. महाराष्ट्राच्या सर्व जिल्हा व तालुक्यात वर उल्लेखलेल्या सर्व प्रकारची रूग्णालये अस्तित्वात आहेत असे नाही.

### आकृती २.३ : आरोग्य सेवेच्या दोन लाईन्स आणि तांत्रिक नियंत्रण

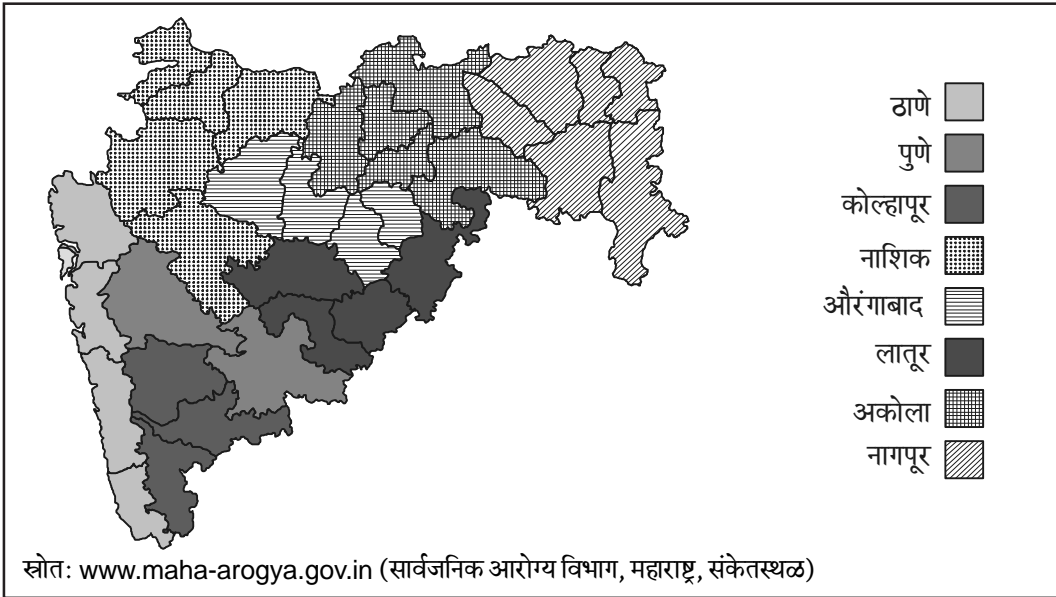


दोन प्रकारच्या आरोग्य सेवा यंत्रणा तक्ता ३ मध्ये स्पष्ट केल्या आहेत. जिल्हा स्तरावर जिल्हा आरोग्य अधिकारी हे रोग प्रतिबंध व रोग नियंत्रण यासाठीच्या आरोग्य सेवांची अंमलबजावणी पाहतात तर शल्य चिकित्सक हे उपचारात्मक आरोग्य सेवांची अंमलबजावणी पाहतात. परंतु या दोन्ही पदांमधील महत्त्वाचा फरक हा आहे कि जिल्हा आरोग्य अधिकारी हे जिल्हा परिषदेचे अधिकारी आहेत, त्यामुळे हे पद पंचायत राज व्यवस्थेअंतर्गत येते. परंतु जिल्हा शल्य चिकित्सक हे पद या व्यवस्थेखाली येत नसून हे पद राज्य सरकारच्या थेट अखत्यारित येते. सिव्हील सर्जन हे सार्वजनिक आरोग्य सेवा जिल्हा व तालुका स्तरावर राबवणाऱ्या राज्य सरकारच्या आरोग्य सेवा संरचनेचा भाग आहे.

### दोन्ही लाईन्सचे एकत्रित येणे: आरोग्य सेवा उपसंचालक

वर नमूद केल्याप्रमाणे महाराष्ट्रात ३३ जिल्हे आहेत. या सर्व जिल्ह्यातील जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि सिव्हील सर्जन यांचेकडून कामाची माहिती घेणे हे एका राज्य स्तरीय विभागाच्या आवाक्यातले काम नाही. यासाठी राज्याची आठ क्षेत्रीय विभागात विभागणी केली आहे (आकृती २.४). प्रत्येक सर्कलमध्ये येणाऱ्या जिल्ह्यांची संख्या वेगवेगळी आहे, पुणे सर्कल अंतर्गत सर्वात कमी म्हणजे २ जिल्हे समाविष्ट करण्यात आले आहेत, तर सर्वात जास्त म्हणजे ६ जिल्हे नागपूर सर्कलमध्ये समाविष्ट करण्यात आले आहेत.

### आकृती २.४: महाराष्ट्रातील आठ विभागीय आरोग्य सर्कल



प्रत्येक विभागाच्या प्रमुख पदी एका उपसंचालकाची नेमणूक होते. आरोग्य सेवा तरतुदीविषयक व इतर तांत्रिक विषयाचे रिपोर्टिंगकरिता पीएचसी लाईन आणि हॉस्पिटल लाईन विभाग व सर्कल स्तरावर एकत्र येतात. जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि जिल्हा शल्य चिकित्सक या दोन्ही पदांवरील व्यक्ती त्यांच्या संबंधित विभागाच्या उपसंचालकांना रिपोर्टिंग करतात. उपसंचालकाचे कार्यालय हेच सर्कल अथवा विभाग कार्यालय म्हणून ओळखले जाते.

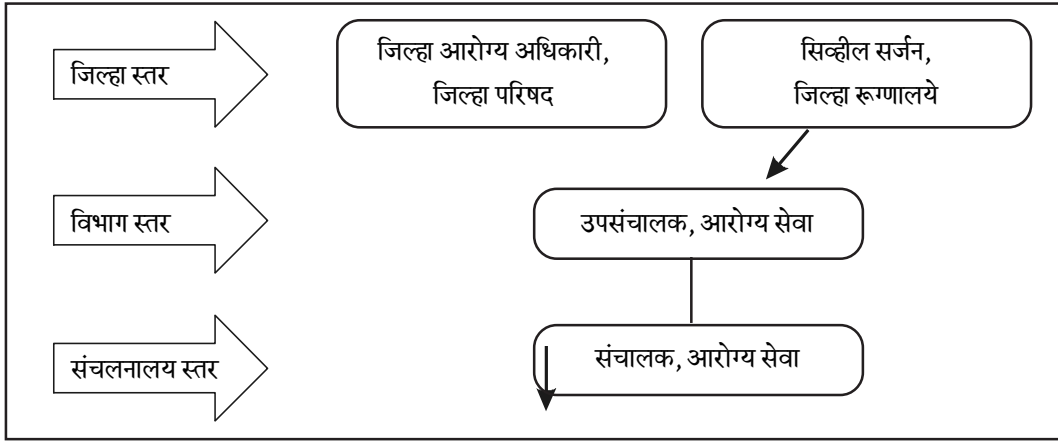
### आठ विभागांचे एकत्रित येणे: संचालक आरोग्य सेवा

आपल्या जिल्ह्यातील ग्रामीण व शहरी आरोग्याच्या स्थिती बाबत अहवाल, जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि सिव्हील सर्जन हे संबंधित विभागीय स्तरावरील उपसंचालकांना सादर करतात. सर्व आठ विभागीय उपसंचालक आपल्या कार्यक्षेत्रातील

आरोग्य स्थितीची माहिती राज्य स्तरावरील आरोग्य सेवा संचालकांना सादर करतात. आकृती २.५ मध्ये याची माहिती दिली आहे.

सार्वजनिक आरोग्य विभागाची (आकृती २.२) जबाबदारी असणा-या ४ संचालकांपैकी एक पद आरोग्य सेवा संचालक हे असून म्हणजेच सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, रूग्णालये त्यांना सहाय्य करणारी व त्यांचेवर नियंत्रण असणारी सर्व प्रशासकीय यंत्रणा ही आरोग्य सेवा संचालक कार्यालयाशी जोडलेली आहेत. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि रूग्णालये याद्वारा आरोग्य सेवा पुरविण्याखेरीज हिवताप, क्षय, कुष्ठरोग निवारण, लसीकरण इत्यादी हे आरोग्य कार्यक्रमांची अंमलबजावणीही आरोग्य सेवा संचालक करतात. या कार्यक्रमांची जबाबदारी राज्य स्तरीय ब्युरो सांभाळते किंवा आरोग्य सेवा संचालकाच्या अध्यक्षतेखाली खाली कार्यक्रम अधिकारी सांभाळतात. यासंबंधीचे तांत्रिक रिपोर्टिंग या अधिकाऱ्यांकडून आरोग्य सेवा संचालकांना केले जाते.

### आकृती २.५ : विभागीय स्तरावर जिल्हा स्तरीय अहवाल सादर होणे (रिपोर्टिंग)

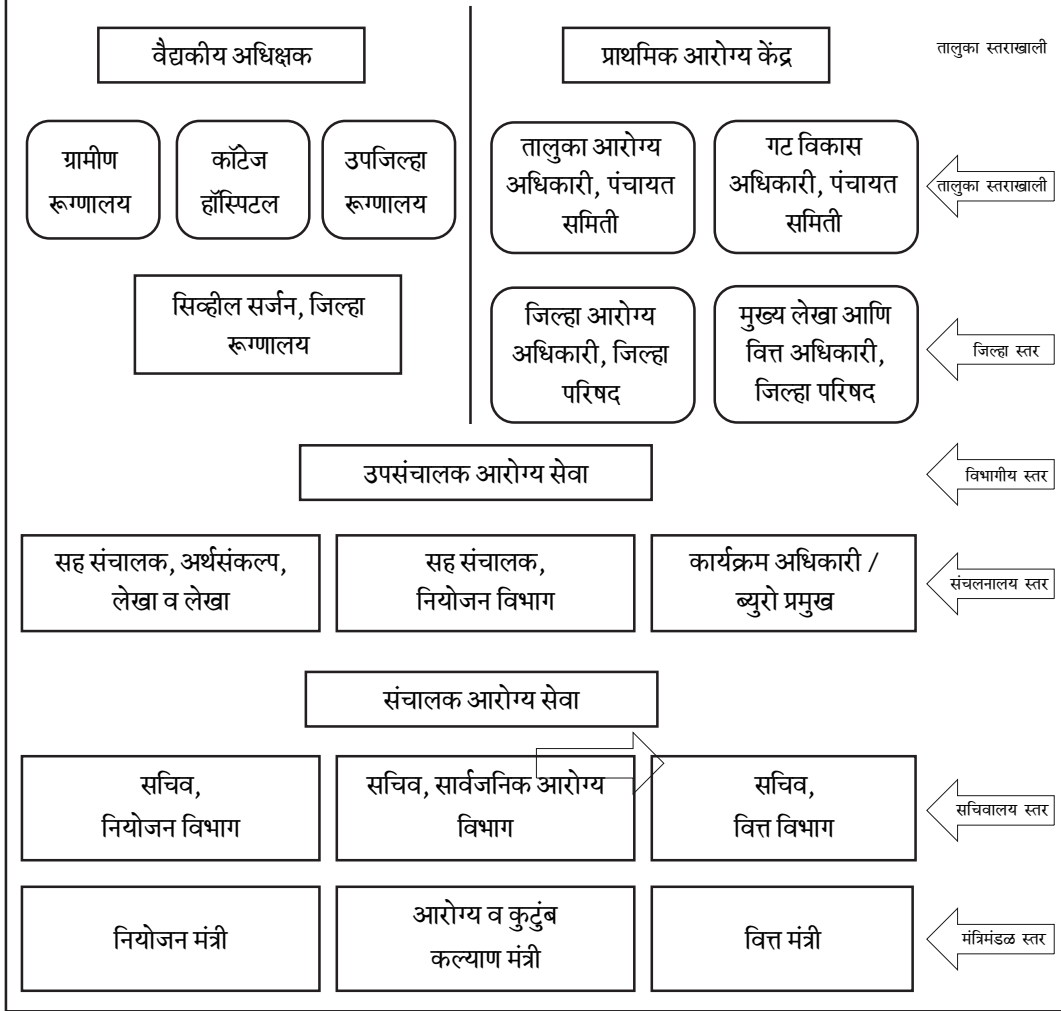


### संचालक आरोग्य सेवा स्तरावर: सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखापरिक्षण

संचालक आरोग्य सेवा स्तरावरील अर्थसंकल्प प्रक्रिया अभ्यासताना या लाईनवरील सर्व घटक महत्वाचे ठरतात. आरोग्य सेवा संचलनालयातील अर्थसंकल्प व नियंत्रण यासाठी जबाबदार असलेल्या विभागाचे प्रमुख हे सह संचालक असून आरोग्य सेवा संचालकांच्या मार्गदर्शनाखाली काम करतात. सह संचालकांच्या हाताखाली अतिरिक्त संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा आणि प्रशासन हे सहसंचालकांना सहाय्य करतात. सह सचिव आणि अतिरिक्त सचिव ही दोन्ही वैद्यकीय पदे नसून या पदांसाठी वित्त आणि लेखा विषयातील अनुभवी व्यक्तींची निवड करण्यात येते. वित्त विभागामार्फत सह सचिव आणि अतिरिक्त सचिव यांची नेमणूक होते. हा कक्ष सचिवालयाच्या आरोग्य व वित्त विभागासोबत काम करतो. अतिरिक्त संचालकांचे कार्यालय लेखा व लेखा परिक्षण नियंत्रण कार्यालय म्हणून ओळखले जात असे, परंतु अलिकडे झालेल्या बदलांनुसार हा विभाग आरोग्य विषयक अर्थसंकल्प, लेखा व प्रशासनाचे काम पाहतो.

अर्थसंकल्प वितरणाचे वेळी, अतिरिक्त संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा आणि लेखापरिक्षण हे सर्व कार्यालयांना योजनांतर्गत आणि योजनेतर (प्लान व नॉन-प्लान) खर्चाचे निधी पाठवतात. अर्थसंकल्प एकत्रिकीकरण आणि वितरण करणे याखेरीज या विभागाला अनुदान निधी पुर्नवितरण करण्याचे वा तो काढून घेण्याचे अधिकारही आहेत. विभागीय स्तरावर उप संचालकांना मात्र हे अधिकार नाहीत. महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिकेत या अधिकारांची नोंद केलेली आहे. याखेरीज सर्व कार्यक्रम, सर्कल कार्यालये, सिव्हील हॉस्पिटलस् आणि मनोरूग्णालये यांचे अंतर्गत लेखा परिक्षण करण्याचे अधिकारही या विभागाला आहेत.

## आकृती २.६ : प्रत्येक स्तरावरील पदे



### संचालक आरोग्य सेवा स्तर: उपसंचालक प्रमुखपदी असलेला नियोजन कक्ष

नियोजन कक्षाचे प्रमुख असलेले उपसंचालक हे थेट आरोग्य सेवा संचालकांच्या अध्यक्षतेखाली काम करतात. नव्या योजना तसेच जुन्या योजना चालू ठेवणे अथवा बंद करणे यासंबंधीचे प्रस्तावांवर सचिवलयाच्या नियोजन आणि सार्वजनिक आरोग्य विभागाच्या संपर्कात राहून हा कक्ष काम करतो. अर्थसंकल्पातील मागणीचे वा कार्यक्रम अधिकाऱ्यांच्या प्रस्तावांचे एकत्रिकीकरण करणे आणि त्यानुसार नियोजित अर्थसंकल्पात नव्या योजना सुचवणे वा समाविष्ट करणे या स्वरूपाचे काम या कक्षाचे आहे.

याखेरीज, विविध कार्यक्रम किंवा योजनांमुळे काय बदल व परिणाम झाला आहे का हे जाणून घेऊन आणि आवश्यक सूचना करणे कार्यक्रम/ योजनांच्या विविध टप्प्यावरील अंमलबजावणी व मूल्यमापन करणे ही कामे हा विभाग करतो. आरोग्य कार्यक्रम व योजनांच्या पुढील मूल्यमापनाच्या गरजांची नोंदही विभागाकडून केली जाते. आणि कार्यक्रम अधिकाऱ्यांच्या नियोजित अंदाजपत्रक खर्चाचे सनियंत्रण करून त्यांना याबाबतीत गरजेप्रमाणे मार्गदर्शन करते. तथापि या कक्षावर लेखा परिक्षणाची जबाबदारी नाही.

महाराष्ट्र राज्य आरोग्य विभागाची अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया: एक ओळख, एक मागोवा

## सचिवालय स्तर: सार्वजनिक आरोग्य, वित्त आणि नियोजन विभाग

अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या कालावधीमध्ये आरोग्य सेवा संचलनालयातर्फे एकत्रित केलेले अर्थसंकल्पीय अंदाज मागणी प्रस्ताव सार्वजनिक आरोग्य आणि कुटुंबकल्याण विभागाच्या अर्थसंकल्प शाखेकडे पाठवले जातात. या शाखेमध्ये या प्रस्तावांचे परिनिरीक्षण केले जाते आणि अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रकाचे एकत्रिकीकरण होते. पुढे हे अर्थसंकल्प मागणी प्रस्ताव सचिवालय स्तरावरील संबंधित विभागांना पाठवले जाते. योजनेतर अर्थसंकल्पासाठी, वित्त विभागाशी विचारविनिमय केला जातो, तर योजनांतर्गत अर्थसंकल्पासाठी वित्त विभाग तसेच नियोजन, आदिवासी व सामाजिक न्याय या तीन संबंधित विभागांशीही चर्चा केली जाते. या स्तरावर तयार केलेल्या अर्थसंकल्पाच्या अंदाजपत्रकापैकी योजनांतर्गत अर्थसंकल्पातील<sup>३</sup> बाबी मंत्रीमंडळाच्या मंजूरीसाठी पाठवल्या जातात आणि योजनेतर अर्थसंकल्पाच्या बाबी वित्त विभागाकडे पाठवल्या जातात.

निधी वितरण प्रक्रियेत, वित्त विभाग सार्वजनिक आरोग्य विभागाला निधी देते आणि या विभागाकडून तो सहसंचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांना पुढील वितरणासाठी पाठवला जातो. निधीचे पुर्नवितरण करण्याचे सर्व अधिकार सार्वजनिक आरोग्य विभागाला असून, ते अन्य स्तरावर निधी वितरण करता येत नाही. पुढील तक्त्यातून या गोष्टी अधिक स्पष्ट केल्या आहेत. प्रत्येक स्तरावरील भूमिका व जबाबदाऱ्या आणि संबंधित प्रक्रिया तपशीलवार पुढे नमूद केल्या आहेत.

---

<sup>३</sup> योजनांतर्गत निधी या नावातून स्पष्ट होते की पंचवार्षिक योजनेमध्ये आखलेल्या योजना व कार्यक्रमांच्या खर्चासाठीचा निधी आणि या निधीची तरतूद राज्याच्या वार्षिक नियोजनात केली जाते.

## प्रकरण तीन : अर्थसंकल्प तयार करणे

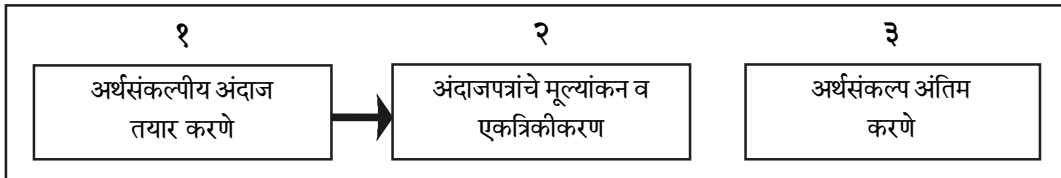
वार्षिक तसेच सुधारित अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रके तयार करण्याचे फॉर्मॅटस् 'महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तक' (महाराष्ट्र बजेट मॅन्युअल)<sup>३</sup> मध्ये दिलेले आहेत. हे फॉर्मॅटस् आरोग्य विभागासह राज्याच्या सर्व विभागांच्या अर्थसंकल्पासाठी वापरले जातात.

अर्थसंकल्प तयार करण्याची माहिती पुढे दिली आहे यामध्ये अर्थसंकल्प तयार करणे, त्यांचे वितरण व परिक्षण, ओव्हरसाईट, लेखा परिक्षण या संकल्पना स्पष्ट केल्या आहेत. या प्रक्रियेत प्रत्येक टप्प्यावरील महत्वाची भूमिका निभावणारे घटक स्पष्ट केले आहेत व शेवटी आमच्या अभ्यासातून या बाबतीत निघालेले निष्कर्ष मांडण्यात आले आहेत.

अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करण्याचे काम संबंधित विभागाचे अधिकारी करतात. हा अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या प्रक्रियेचे पुढील तीन महत्वाचे टप्पे पुढीलप्रमाणे - १) अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करणे ज्यामध्ये सर्वांच्या गरजांच्या आधारे वार्षिक मागणीचे अंदाजपत्रक तयार करणे आणि आर्थिक वर्षात बदल करून सुधारित अंदाजपत्रक तयार करणे २) अंदाजपत्रके मूल्यांकन व एकत्रिकीकरण ३) अर्थसंकल्पाचा अंदाज अंतिम करणे (आकृती ३.१ पहा)

- **अर्थसंकल्पीय अंदाज** :- म्हणजे विविध खर्चासाठी आवश्यक निधीची अंदाजित रक्कम निश्चित करणे. विविध संस्थांचे प्रमुख (प्राथमिक आरोग्य केंद्र / हॉस्पिटल किंवा विविध आरोग्य कार्यक्रम प्रमुख) आपले अंदाजपत्रक तयार करून आपल्या वरिष्ठांना मूल्यांकन व एकत्रिकरणासाठी सादर करतात.
- **अर्थसंकल्पीय अंदाजाचे मूल्यांकन आणि एकत्रिकरण** :- हे काम प्रत्येक स्तरावर केले जाते. यामध्ये अंदाजपत्रके व त्याचे संबंधित दस्तऐवज तपासले जातात. एकत्रिकरण म्हणजे विविध स्रोतातून झालेल्या मागण्या संकलित केल्या जातात.
- **अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रके अंतिम करणे** :- ही अर्थसंकल्प तयारीतील शेवटची पायरी आहे. सर्वांची मागणी लक्षात घेऊन आणि वित्त विभागाशी सल्लामसलत करून व संसाधनांची उपलब्धता लक्षात घेऊन हे काम केले जाते. विधीमंडळात अर्थसंकल्पाला मंजुरी मिळाल्यानंतर वितरणाचे काम सुरू होते. या विषयाची माहिती पुढील प्रकरणात दिली आहे.

### आकृती ३.१ : अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या पायऱ्या

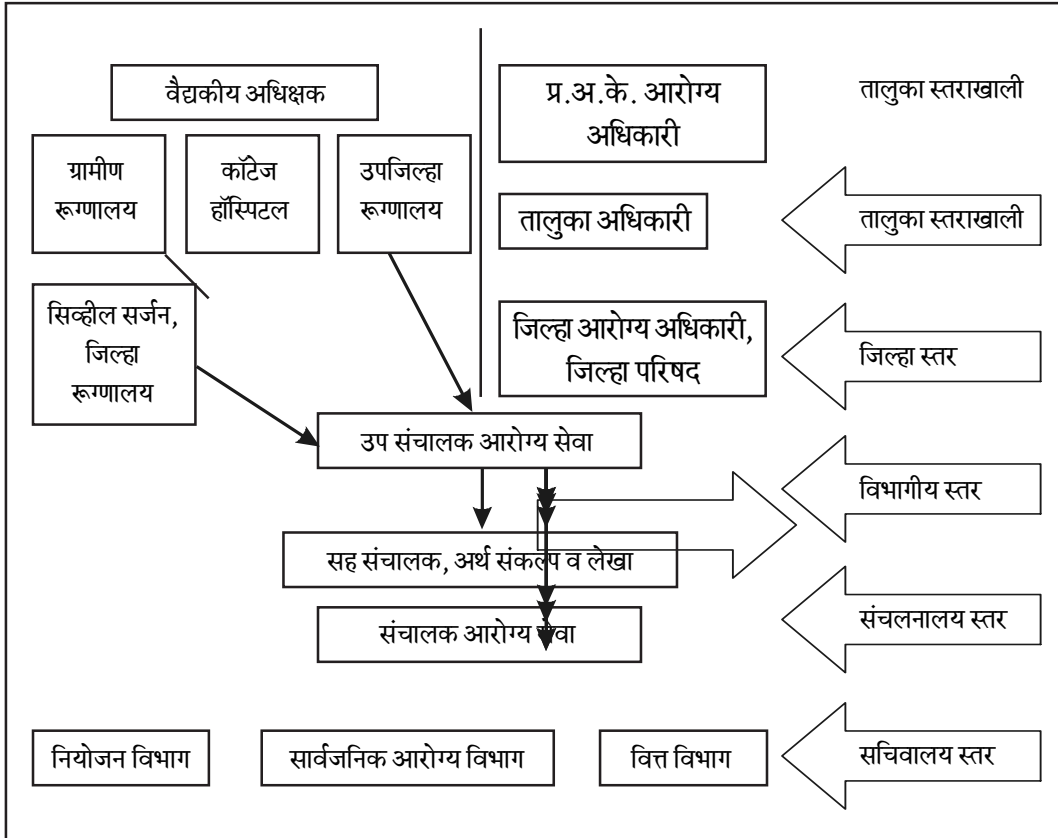


<sup>३</sup> अर्थसंकल्पविषयक सर्व गोष्टी माहिती आणि अर्थसंकल्प व लेखा नियमन विषयक कार्यपद्धती यांची माहिती महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तकामध्ये दिलेली आहे. प्रकरण ३० मध्ये सर्व तपशील दिलेले आहेत.



आकृती क्र. ३.२ मध्ये अर्थसंकल्प तयारीचे टप्पे व विविध सरकारी खात्यांची त्यातील भूमिका स्पष्ट केली आहे. पीएचसी लाईनमध्ये सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रे प्रथम आपले अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करून जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांना सादर करतात. तालुका आरोग्य अधिकारी ह्या अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेत कोणतीही भूमिका बजावत नाही. अभ्यास निष्कर्षामध्ये याबाबत चर्चा केली आहे. प्रत्येक जिल्हा आरोग्य अधिकारी आपल्या जिल्ह्यातील सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांची अंदाजपत्रे एकत्रित करतात. हॉस्पिटल लाईनमध्ये, कॉटेज, उपजिल्हा व जिल्हा रूग्णालये आपले अंदाज विभागीय स्तरावरील उपसंचालक आरोग्य सेवा यांचेकडे पाठवतात. या स्तरावर संबंधित विभागात येणाऱ्या सर्व जिल्ह्यांची अंदाजपत्रे एकत्रित केली जातात.

### आकृती ३.२ : अर्थसंकल्प तयार करण्याचे टप्पे



अशा प्रकारे सर्व ३३ जिल्हे आपल्या जिल्ह्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रांची मागणी एकत्रित करतात आणि सर्व ८ उपसंचालक आपल्या अख्यत्यारीतील विविध रूग्णालयांची मागणी एकत्रित करतात. ही अंदाजपत्रे एकत्रित केल्यानंतर जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि सर्व उपसंचालक आपल्या कार्यालयाच्या मागणीचे अंदाज त्यामध्ये समाविष्ट करतात आणि हा एकत्रित अंदाज संचालनालय स्तरावरील सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांना पाठवला जातो. या विभागाकडे विविध कार्यक्रम अधिकाऱ्यांकडूनही मागणीपत्रे सादर होतात. या विभागात सर्व राज्यासाठीचे अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्र '२२१० - सार्वजनिक आरोग्य विभाग' या शीर्षाखाली तयार होते. सर्व अंदाजपत्रांचे एकत्रिकीकरण केले जाते, यामध्ये या कार्यालयाच्या खर्चाची मागणीही समाविष्ट केली जाते आणि संपूर्ण राज्यासाठीची एकत्रित मागणी सचिवालय स्तरावर सादर केली जाते.

संपूर्ण राज्यासाठीचा एकत्रित अर्थसंकल्प मंत्रालय / सचिवालय स्तरावर 'सार्वजनिक आरोग्य विभाग' कडे पाठवला जातो. सचिवालयातील प्रशासकीय विभागही आपले अंदाज यामध्ये समाविष्ट करतात. हा विभाग वित्त विभागासोबत काम करून मागण्यांना मंजुरी मिळवून घेतो. संपूर्ण राज्याची एकत्रित मागणी किती आहे आणि उपलब्ध संसाधने किती आहेत याची तपासणी करून त्याआधारे अर्थसंकल्पातील निधीची मागणी निश्चित केली जाते. ही मागणी अंतिम मंजुरीसाठी विधीमंडळाला यांना सादर होते.

आकृती ३.२ मधून पुढील गोष्टी स्पष्ट होतात; अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करण्यामध्ये जिल्हा, तालुका आणि त्याखालील गावपातळीवरील क्षेत्रातील आरोग्य यंत्रणेची भूमिका मूलभूत स्वरूपाची आहे. त्यांची मागणी जिल्हा स्तरावर जिल्हा आरोग्य अधिकारी व विभागीय स्तरावर उपसंचालक यांना सादर होते. राज्यातील सर्व अर्थसंकल्पीय मागणी प्रस्तावांचे एकत्रिकरण संचलनालय स्तरावर सहसंचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परीक्षण हे करतात. म्हणजे या दोन्ही स्तरांवर प्रामुख्याने 'मूल्यांकन आणि एकत्रिकरण' होते. अर्थसंकल्पाला अंतिम स्वरूप देण्याचे काम सचिवालय आणि मंत्रिमंडळ स्तरावर होते. म्हणजे या दोन्ही स्तरांवर प्रामुख्याने 'मूल्यांकन आणि एकत्रिकरीकरण' होते. अर्थसंकल्पाला अंतिम स्वरूप देण्याचे काम सचिवालय आणि मंत्रिमंडळ स्तरावर होते. आकृती ३.१ मध्ये दर्शविलेल्या या तिन्ही पायऱ्यांचा एक निश्चित क्रम व उतरांड आहे, हे लक्षात येते. तालुका स्तरापासून मंत्रिमंडळ स्तराकडे जाताना भूमिका व जबाबदाऱ्या बदलतात, अंदाज तयार करण्यापासून ते अंदाजपत्रकाला अंतिम स्वरूप देण्याकडे, असे या भूमिकांचे स्वरूप बदलत जाते आणि ही सर्व प्रक्रिया सहा महिने कालावधीत केली जाते.

### वार्षिक आणि सुधारित अर्थसंकल्पीय अंदाज

अर्थसंकल्पीय अंदाज ही महत्त्वाची बाब आहे. वार्षिक अंदाजपत्रक करताना मागील ३ वर्षांचा प्रत्यक्ष खर्च व आगामी वर्षासाठी लागणारा अपेक्षित खर्च यांचा अंतर्भाव असतो. मूल्यांकन, एकत्रिकरीकरण आणि अंतिम स्वरूप देण्याच्या पुढील टप्प्यांवरील कामाचा तो आधार आहे. आरोग्य सेवा देणाऱ्या यंत्रणा आणि प्रशासकीय कार्यालये यांच्या संबंधित वर्षातील गरजांच्या आधारे अंदाज तयार केले जातात. आगामी आर्थिक वर्ष सुरू होण्याच्या सहा ते आठ महिने आधी वार्षिक अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रक तयार करण्याची प्रक्रिया सुरू होते.

अर्थातच वार्षिक अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रकांमध्ये वर्षभराच्या कालावधीमध्ये सुधारणा होण्याची गरज पडू शकते. म्हणूनच यासाठी सुधारित अंदाज सादर करण्याची तरतूद करण्यात आली आहे. यासाठी फ्रंटलाईन आरोग्य सेवा आणि तालुका आरोग्य अधिकारी, जिल्हा आरोग्य अधिकारी, उपसंचालक इत्यादी प्रशासकीय कार्यालये यांना 'सुधारित अंदाज' सादर करण्याची संधी दिली जाते. वर्षभरामध्ये अपेक्षित जादा खर्च अथवा बचत लक्षात घेऊन या सुधारणा केल्या जातात. या सुधारणांना पूरक अर्थसंकल्पीय मागण्या असेही म्हटले जाते आणि महाराष्ट्रामध्ये या मागण्या वर्षातून तीन वेळा सादर केल्या जातात.

### अंदाजपत्रके तयार व सादर होण्याचा कालावधी

प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, ग्रामीण, जिल्हा व अन्य रूग्णालये दरवर्षी ऑगस्ट महिन्यामध्ये पुढील वर्षाचे अंदाज तयार करण्याचे काम करतात. उदाहरणार्थ, २०११-१२ या आर्थिक वर्षाचे अंदाजपत्र या आरोग्य यंत्रणांकडून ऑगस्ट २०१० मध्ये तयार केले जाते.

अपेक्षित वाढीव खर्च व बचत समाविष्ट करण्यासाठी करावयाच्या सुधारणा महाराष्ट्रात तीन वेळा म्हणजेच चालू आर्थिक वर्षाच्या चौथ्या, आठव्या व अकराव्या महिन्यात केल्या जातात. त्यामुळे पहिल्या सुधारित अंदाजात पहिल्या चार महिन्यांचा खर्च समाविष्ट केला जातो, म्हणजेच एप्रिल ते जुलै आणि याआधारे पुढील आठ महिन्याची मागणी केली जाते. नमुना म्हणून सुधारित अंदाजपत्रकाचा नमुना दाखविला आहे (परिशिष्ट-१). ही चौथ्या महिन्यातील सुधारणा दरवर्षी ऑगस्ट महिन्यात

करण्यात येते. याच प्रकारे एप्रिल ते नोव्हेंबर या कालावधीतील खर्चाचा अंदाज घेऊन आठव्या महिन्याचे सुधारित अंदाजपत्रक डिसेंबर महिन्यात तयार करण्यात येते. अकराव्या महिन्यातील व शेवटची सुधारणा दरवर्षी मार्च महिन्यात केली जाते. वर्षभरात अंदाजपत्रकाचा आढावा घेण्याची व त्यात सुधारणा करण्याची ही पद्धत अवलंबली जाते. या सुधारित अंदाजांना आधार म्हणून संबंधित मागणीची विधीमंडळाने वेळोवेळी मंजुरी दिलेली पूरक मागणीपत्रे जोडली जातात. पूरक अर्थसंकल्पीय मागण्या विधीमंडळाच्या पावसाळी, हिवाळी आणि अर्थसंकल्पीय (मार्च-एप्रिल) अधिवेशनात सादर केल्या जातात.

पुढील आर्थिक वर्षाचे अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रक आणि चार महिन्याचे सुधारित अंदाजपत्रक एकाच म्हणजे ऑगस्ट महिन्यात तयार होते, हे नोंद घेण्यासारखे आहे. अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करण्यासाठी जी विविध कामे केली जातात ती पूर्ण वर्षभर चालू राहतात.

### अभ्यासाचे निष्कर्ष

अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करण्याची प्रक्रिया कशी अपेक्षित आहे, हे आकृती ३.२ मध्ये दाखविले आहे. या अभ्यासातून आमच्या असे लक्षात आले कि प्रत्यक्षात मात्र ही प्रक्रिया अगदी वेगळ्या प्रकारे घडते. काही बाबतीत प्रत्यक्ष अवलंबल्या जाणा-या पद्धती या नियमानुसार असल्याचे निदर्शनास आले तरीही अर्थसंकल्पीय बाबतीत काही महत्वाच्या मुद्द्यांवर प्रकाश टाकला आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे अथवा तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांकडून जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांकडे अर्थसंकल्पाचे अंदाज ठराविक कालावधीतच आले पाहिजे, परंतु ते वेळेत येण्यासाठी अनेक अडचणी उद्भवतात यामुळे पहिल्या पायरीवरील कामच कच्चे राहात असल्याचे आमच्या निदर्शनास आले. आणखी एक महत्वाची गोष्ट म्हणजे मागणी केलेल्या अंदाजापेक्षा खूपच कमी निधी मंजूर होऊन येतो, त्यामुळे कर्मचाऱ्यांचा उत्साह खजील होतो. केलेल्या मागणीपेक्षा सातत्याने कमी निधी येतो व त्याचे काही स्पष्टीकरणही दिले जात नाही, त्यामुळे कर्मचारी आणखी नाउमेद होतात. जेव्हा मागणीपेक्षा तरतुदी कमी असतात, तेव्हा संबंधित नियंत्रण अधिकाऱ्यांनी असे का केले त्यासंबंधीचे स्पष्टीकरण अथवा कारण दिले पाहिजे, पण असे सर्वसाधारणपणे घडताना दिसून येत नाही.

या अभ्यासातील ठोस निष्कर्ष पुढे मांडण्यात आले असून सोयीसाठी त्यांची मांडणी पीएचसी लाईन व हॉस्पिटल लाईन अशा दोन भागात केली आहे. संचलनालय स्तरावर या दोन्ही भागांचे अर्थसंकल्प एकत्रित येतात.

विविध जिल्ह्यातील पीएचसी लाईनच्या अंदाजपत्रक तयार करण्याच्या पद्धतीत फरक आहे, असे आमच्या निदर्शनास आले. उदाहरणार्थ, दोन जिल्ह्यातील ज्या आठ प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या आम्ही मुलाखती घेतल्या, त्यातील जिल्हा 'अ' मध्ये वार्षिक व सुधारित अशी दोन्ही अंदाजपत्रे तयार करतात. मात्र जिल्हा 'ब' मध्ये ही दोन्ही अंदाजपत्रे तयार केली जात नाहीत. आपले अंदाजपत्र कोणी तयार करायचे याविषयी प्राथमिक आरोग्य केंद्रांची समज वेगवेगळी आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी ज्या पद्धतीने अंदाजपत्रकातील निधीची मागणी सादर केली ती पद्धत नियमावलीला धरून नव्हती असेही दिसून आले. त्यांनी मागील तीन वर्षांचा कमी पडलेला निधी एकत्रितपणे दिला होता व कुठल्या वर्षी किती रक्कमेची त्रुटी आली हे दिलेले नव्हते. केलेल्या मागणीपेक्षा कमी निधी येणे हे प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना नाउमेद करणारे आहे. जर केलेल्या मागणीपेक्षा कमी रक्कम मंजूर होणार असेल तर मागणी पाठवण्याला काहीच अर्थ नाही, अशी भावना काहींनी आमच्याकडे व्यक्त केली. पीएचसी लाईनमध्ये, जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्याने प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या अंदाजांचे मूल्यांकन व एकत्रिकीकरण करायचे आहे. मात्र वारंवार सूचना करून प्राथमिक आरोग्य केंद्रांकडून अंदाजपत्रे येत नाहीत, अशा वेळी या प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचे अंदाज तयार करण्याचे काम जिल्हा आरोग्य अधिकारी करतात. शिवाय या अधिकाऱ्यांकडे प्राथमिक आरोग्य केंद्रनिहाय वा तालुकानिहाय तपशीलवार माहितीही बऱ्याचदा नसते, असेही दिसून आले.

तालुक्यात येणाऱ्या प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील कार्यक्रमांची अंमलबजावणी व व्यवस्थापन यावर देखरेख करण्याचे काम संबंधित तालुका स्तरावरील तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यावर सोपवलेले आहे. आमच्या अभ्यासात असे दिसून आले की तालुक्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रांतून त्यांची अंदाजपत्रे मिळवण्याचे काम तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांचे आहे, असा

जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांचा समज आहे. परंतु तालुका आरोग्य अधिकारी विविध प्रकारच्या भूमिका बजावताना अभ्यासातील जिल्ह्यातून दिसून आले. एकाच जिल्ह्यातील वेगवेगळ्या तालुक्यातही त्यांच्या भूमिका वेगवेगळ्या असल्याचे दिसते. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांच्यातील दुवा म्हणून तालुका आरोग्य अधिकाऱ्याची भूमिका आहे, पण अर्थसंकल्पासंदर्भात या अधिकाऱ्याची काय भूमिका आहे याबाबतीत संदिग्धता आहे. त्यामुळे अर्थसंकल्पीय अंदाजाबाबतची माहिती प्राथमिक आरोग्य केंद्र, तालुका व जिल्हा या स्तरांवर उपलब्ध नसते. त्यामुळे येणाऱ्या मागणीच्या आधारे अंदाजपत्रक तयार करण्याची प्रक्रिया अवलंबली जात नाही, तर वरील स्तरावरील अधिकारी आपल्या अंदाजाने मागणी तयार करतात, असे दिसते.

आपल्या तालुक्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रांकडून अंदाजपत्र तयार करवून घेण्याची जबाबदारी तालुका स्तरावरील अधिकाऱ्याची असली पाहिजे. परंतु, सद्य परिस्थितीत तालुका आरोग्य अधिकारी किंवा गट विकास अधिकारी ही भूमिका बजावताना दिसत नाहीत. गट विकास अधिकाऱ्यांची भूमिका प्रामुख्याने निधी वितरणाची आहे. परंतु तालुका आरोग्य विभागाचे प्रमुखपदी असलेल्या तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांनीही अंदाज तयार करवून घेण्याची जबाबदारी घेतलेली नाही. तालुका आरोग्य अधिकाऱ्यांचे मते त्यांच्यावर एनआरएचएम अंतर्गत महत्त्वाची भूमिका व जबाबदारी सोपवलेली आहे. परंतु राज्याच्या अर्थसंकल्पाशी त्यांचा काहीही संबंध येत नाही. यातील एका अधिकाऱ्याने असे म्हटले की, “तालुका आरोग्य अधिकारी कार्यालयातील काही कर्मचाऱ्यांचा पगार २२१० आणि २२११ खाली होतो, एवढाच आमचा राज्य अर्थसंकल्पाशी संबंध आहे, त्यापलिकडे नाही.”

### जिल्हा आरोग्य अधिकारी स्तर

प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी आपले अंदाज तयार करून जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांकडे पाठवले की त्यांचे मूल्यांकन व एकत्रिकीकरण करण्याची जबाबदारी जिल्हा कार्यालयाची आहे. बजेट मॅन्युअलमध्ये दिलेल्या नमुन्याप्रमाणे प्रत्येक योजनेसाठी (उप शीर्ष) अंदाजपत्र तयार केले जाते<sup>५</sup>. अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया ठराविक कालावधीत केली जाते आणि आपल्या जिल्ह्याच्या प्रत्येक उपशीर्षाचे अंदाजपत्र तयार करणे व ते सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण) यांना पाठविणे जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांनी अंदाजपत्रक नियोजित वेळेत पाठवायचे असते.

वरीलप्रमाणे प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचे अर्थसंकल्पीय अंदाज तयार करण्याबरोबरच जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्याला स्थानिक क्षेत्रासंबंधीची योजनेतर अंदाजपत्रे आणि आपल्या प्रशासकीय कार्यालयाचे अंदाजपत्रही तयार करावे लागतात.

अभ्यासातून असे दिसले की वारंवार सूचना पाठवूनही प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आपले अंदाजपत्र पाठवत नाहीत. जिल्ह्यातील केवळ २०% ते २५% प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी आपल्या मागण्या जिल्हा कार्यालयाला सादर केल्या होत्या. जी अतिशय गंभीर बाब आहे. तथापि, हॉस्पिटल लाईनमध्ये, ज्या सुविधांचा या दोन जिल्ह्यात अभ्यास करण्यात आला, त्यांनी आपले वार्षिक तसेच सुधारित अंदाज नियमितपणे आणि विहित नमुन्याप्रमाणे सादर केल्याचे दिसून आले. जिल्ह्यातील आरोग्य सेवांची जबाबदारी जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचेवर असली तरी जिल्ह्यातील ग्रामीण, उपजिल्हा रूग्णालये, स्त्रियांची रूग्णालये आदींचे करण्याची जबाबदारी त्यांच्यावर नाही. जिल्ह्यातील हॉस्पिटल लाईनचे प्रशासकीय प्रमुख या नात्याने त्यांच्याकडे जिल्ह्यातील आरोग्य सेवांचे अंदाज सादर होतात अशी समजूत होती. परंतु, प्रत्यक्षात तसे होताना दिसत नाही. अशी सर्वसाधारण समजूत आहे कि शल्य चिकित्सकांकडे हे आरोग्य सेवांचा दर्जा व त्याच्याशी निगडित बाबींचे नियंत्रण असते, तर उप/सह संचालकांकडे जिल्ह्यातील आर्थिक बाबींचे नियंत्रण असते. ग्रामीण / कुटीर रूग्णालये / उपजिल्हा व महिला रूग्णालये आपले अर्थसंकल्प उपसंचालकांकडे पाठवतात. शल्य चिकित्सक दुसरी महत्त्वाची भूमिका निभावतात असे निदर्शनास

<sup>५</sup> महाराष्ट्र जिल्हा परिषद आणि पंचायत समिती अधिनियम, १९६१ परिच्छेद / कलम १३७ आणि महाराष्ट्र जिल्हा परिषद आणि पंचायत समिती (अर्थसंकल्पीय अंदाज) नियम १९६६ आणि शासकीय आदेश, वित्त विभाग, महाराष्ट्र शासन, क्र. १०७६/५५५/ अर्थ. - ३, दिनांक ११ नोव्हेंबर १९७३ अन्वये

आले. सर्व ग्रामीण रूग्णालयांच्या ज्या अपेक्षा आहेत त्या एकत्रित करून त्याची एकत्रित मागणी (सामुग्री व पुरवठा खरेदीचे प्रस्ताव) जिल्हा नियोजन समितीला सादर करण्याचे काम सिव्हील सर्जन करतात. नियोजित अर्थसंकल्पामध्ये जिल्हा स्तरावरील निर्णयाचे अधिकार या जिल्हा नियोजन समितीकडे असतात आणि मंजुरीनंतर अनुदाने जिल्हाधिकाऱ्यांकडून वितरित होतात. तरीही असे दिसते कि हॉस्पिटल लाईनमध्ये अर्थसंकल्प तयारीची प्रक्रियेकडे अधिक गांभीर्याने पाहिले जाते आणि या साखळीतील सर्व आरोग्य सेवा आपले अर्थसंकल्पीय अंदाज वेळेत शिस्तबद्ध पध्दतीने सादर करतात. या साखळीत समन्वय आणि नियंत्रण अधिक चांगल्या प्रकारे होताना दिसून येते.

जिल्हा रूग्णालयाला बऱ्याच मोठ्या संख्येने उपशीर्षे लागू होतात. त्यामुळे उपशीर्षांचे अर्थसंकल्प वेगवेगळ्या अधिकाऱ्यांना सादर होतात. त्यातील काही उपसंचालकांना सादर होतात, तर काही विविध कार्यक्रम अधिकाऱ्यांना वा एखाद्या योजनेसाठी नेमलेल्या नियंत्रण अधिकाऱ्यांना सादर होतात. उदाहरणार्थ, उप शीर्ष २२१०-०१४६ चे अंदाजपत्र विभागीय आरोग्य सर्कलच्या उपसंचालकांना तसेच सह संचालक, कार्यक्रम (अंधत्व नियंत्रण कार्यक्रम) यांना सादर होतात. ज्या नियंत्रण कार्यालयाकडून अनुदान दिले जाते त्यांना अंदाजपत्र सादर केले जाते.

### आठ विभाग : आरोग्य सेवा संचालक

विभागीय आणि राज्य स्तरीय कार्यालयांचा विचार करता, उप संचालक आरोग्य सेवा हे सार्वजनिक आरोग्य विभागाचे विभागीय स्तरावरील प्रमुख असतात. त्यांच्या नियंत्रणाखाली जिल्हा रूग्णालय, महिला रूग्णालय, उपजिल्हा रूग्णालय, ग्रामीण रूग्णालय आणि कुटीर रूग्णालये असतात. नियंत्रण अधिकारी या नात्याने उपसंचालक हे अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण कार्यालयाचे उपसंचालकांनी दिलेल्या सूचनांचे पालन करतात. तसेच हॉस्पिटल लाईनमधील सर्व सुविधांना अंदाजपत्रक तयार करण्याच्या सूचना, कोणत्या कालावधीसाठी अंदाज व सुधारित अंदाज तयार करायचे आहेत याची माहिती पाठवितात.

विविध आरोग्य सेवा यंत्रणांच्या अधिकाऱ्यांकडून आलेल्या प्रस्तावांचे मूल्यांकन विभागीय कार्यालयातील उपसंचालक करतात. यामध्ये सर्वसाधारणपणे ज्या गोष्टी तपासल्या जातात त्या म्हणजे आलेले प्रस्ताव विहित नियमानुसार केले आहेत अथवा नाही, प्रस्तावात आवश्यक सर्व तपशील दिले आहेत का ? सर्व आकडेवारीची बेरीज अचूक आहे का ? वेतनाचे तपशील उदाहरणार्थ घर भत्ता जागेप्रमाणे भरला आहे का ? महागाई भत्ता सूचनेनुसार मोजला आहे का ? इत्यादी. याखेरीज वार्षिक अंदाजपत्रकांचे मूल्यांकन करताना चालू वर्षातील प्रत्यक्षात झालेला खर्च आणि मागील तीन वर्षांचे खर्चही विचारात घेतले जातात. नियंत्रण अधिकाऱ्याची मूल्यांकनाची जबाबदारी महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तक (मॅन्युअल)मधील परिच्छेद ३४ मध्ये नमूद केली आहे.

### सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा आणि लेखा परिक्षण

संचालक आरोग्य सेवा / सार्वजनिक आरोग्य विभाग यांनी अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या दिलेल्या सूचनांची अंमलबजावणी करणे आणि माहिती विविध वरिष्ठ खात्यांकडे पाठवणे या जबाबदाऱ्या या विभागातर्फे पार पाडल्या जातात. विविध कार्यालयांकडून आलेल्या अंदाजपत्रांच्या मूल्यांकनाचे काम सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांच्या कार्यालयात होते. कार्यक्रम प्रमुख किंवा ब्युरो प्रमुख, म्हणजे सह संचालक किंवा अतिरिक्त संचालक - हिवताप, हत्तीरोग, जलजन्य आजार; क्षय, बीसीजी, कुष्ठरोग, माहिती प्रसार, ८ उप संचालक आणि ३३ जिल्हा आरोग्य अधिकारी अशा विविध स्रोतांकडून आलेल्या मागण्या संकलित करून सचिवालयातील प्रशासकीय विभागाला (सार्वजनिक आरोग्य आणि कुटुंब कल्याण विभाग) सादर केल्या जातात. जर मागणीखालील एखादे शीर्ष नवे असेल, उदाहरणार्थ, सुरक्षा रक्षक नेमण्याचे कंत्राट देणे, तर अशा वेळी या विभागाकडून सचिवालयातील आरोग्य व वित्त विभागाशी चर्चा करून अंदाजपत्रात हे नवे शीर्ष समाविष्ट करण्यात येते.

## अंदाजपत्रांची छाननी व तपासणी

विविध कार्यालयांनी सादर केलेले अंदाज एकत्र करून सहसंचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांचे कार्यालय संपूर्ण राज्याचा एकत्रित अंदाज तयार करते. यापूर्वी नमूद केल्याप्रमाणे प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि रूग्णालये आपापल्या मागण्या आपल्या संबंधित वरिष्ठांना म्हणजे अनुक्रमे जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि उपसंचालक यांना सादर करतात. या विभागाकडे ३३ आरोग्य विकास अधिकारी आणि ८ उपसंचालक यांचे अंदाज येतात. ३३ जिल्ह्यांसाठी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांनी पाठवलेले अंदाजांची छाननी या विभागात होते. तर आठ विभागीय उपसंचालकांकडून आणि इतर केंद्र प्रमुखांकडून आलेल्या अंदाजांची आधीच काही प्रमाणात छाननी झालेली असते. त्यात अंदाजपत्र करण्यासंबंधीच्या सूचनांचे पालन झाले आहे कि नाही हे तपासण्याचेच काम अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण कार्यालयात केले जाते. मागील तीन वर्षांच्या खर्चाच्या तुलनेत यंदाच्या अंदाजात किती मागणी केली आहे याचा या छाननीमध्ये विचार केला जातो. तसेच काही वेगळ्या मागण्या असल्यास त्यांचा विचार केला जातो, उदाहरणार्थ, आधीच्या वर्षामध्ये खर्च कमी असला तरी अधिक निधीची मागणी केली आहे इत्यादी. आणि तसे करताना त्याचे कारण अथवा स्पष्टीकरण काय दिले आहे हे देखिल पाहिले जाते.

संचालक आरोग्य सेवा स्तरावरील अतिरिक्त केंद्र संचालक ब्युरो यांच्याखाली काम करणाऱ्या संयुक्त संचालक वा उप संचालक स्तरावर केंद्र प्रमुख काम करतात. कार्यक्रम केंद्र प्रमुखांवर विशिष्ट कार्यक्रमांची जबाबदारी असते. प्रत्येक ब्युरो प्रमुख कार्यालयाच्या खाली विभागीय स्तरावर सहाय्यक संचालक आणि त्याखाली जिल्हा स्तरावर संबंधित कार्यक्रमांचे अधिकारी असतात, उदाहरणार्थ जिल्हा हिवताप अधिकारी, क्षय इत्यादी. केंद्र प्रमुखाचे पद हे कार्यक्रमप्रमाणे बदलते आणि या पदाप्रमाणे त्यांना सहाय्यक म्हणून उपसंचालक वा अतिरिक्त संचालक नेमले जातात. कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीसाठी जिल्हा स्तरावर प्रत्येक कार्यक्रमाचे कार्यालय असते आणि ते केंद्र प्रमुखाशी समन्वय साधण्याचे काम करते. उदाहरणार्थ, संचालक आरोग्य सेवा स्तरावर सह संचालक हिवताप असतात आणि जिल्हा स्तरावर जिल्हा हिवताप अधिकारी असतात. प्रत्यक्ष कार्यक्रमाची अंमलबजावणीचे काम आरोग्य सेवा देणाऱ्या विभागांमार्फत जिल्हा कार्यालयाच्या समन्वयाने केले जाते. केंद्र प्रमुख आपला अर्थसंकल्प तयार करतात आणि योजनेतर खर्चाचे अंदाज सह संचालक, (अर्थसंकल्प आणि प्रशासन) व योजनांतर्गत खर्चाचे अंदाज संचालक (आरोग्य सेवा) च्या नियोजन विभागाकडे सादर करतात. तसेच जेव्हा निधी मंजूर होतो तेव्हा तो त्यांना सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परीक्षण या विभागाकडून मिळतो आणि तो पुढे कार्यक्रमांची अंमलबजावणी करणाऱ्या जिल्हा कार्यालयांना वितरित केला जातो. अंमलबजावणी करणाऱ्या यंत्रणांना केंद्र प्रमुखांकडून निधी पाठवला जातो. जिल्हास्तरीय आरोग्य सेवा पुरवणाऱ्या केंद्राकडून केल्या जाणाऱ्या खर्चावर देखरेख करण्याचे काम केंद्र प्रमुखाचे कार्यालय करते. उदाहरणार्थ, जिल्हा हिवताप अधिकाऱ्यांचे लेखा परिक्षण सह संचालक हिवताप यांचेकडून केले जाते.

पीएचसी लाईनकडून म्हणजे जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांकडून आलेल्या अर्थसंकल्पीय अंदाजपत्रांचे मूल्यांकन सहसंचालक करतात असे निदर्शनास आले कि, अंदाजपत्रकाचे मूल्यांकन करून त्यांना अंतिम स्वरूप विशिष्ट नियमावलीच्या आधारे केले जाते, जिल्हा परिषदेकडून आलेल्या आरोग्य विभागाच्या अनुदानातील वेतनावरील खर्चाच्या बाबी, ग्रामीण विकास विभागातील शासन निर्णयाला अनुसरून रिक्त व भरलेल्या जागा किती हे आहेत हे तपासले जाते.

यामध्ये असे दिसून आले कि, प्राथमिक आरोग्य केंद्राकडून राबविल्या जाणा-या योजनांच्या अंदाजपत्रकांची छाननी सहसंचालक करतो. आरोग्य अधिका-यांकडून प्राप्त झालेला निधी सहसंचालक हे अंदाजपत्रांना नियमानुसार अंतिम स्वरूप देतात तसेच सचिवांच्या परिपत्रकानुसार रिक्त आणि भरलेल्या कर्मचा-यांचा त्यात समावेश करतात जिल्हा परिषदेच्या कर्मचा-यांची स्थिती ग्रामीण विकास विभागाकडे असते.

सह सचिव, अर्थसंकल्प, लेखा आणि लेखा परिक्षण स्तरावर संचालक आरोग्य सेवा यांच्या साठी पूर्ण राज्याच्या मागणीचे एकत्रिकीकरण केले जाते. ही एकत्रित मागणी सचिवालय स्तरावरील सार्वजनिक आरोग्य विभागाला सादर केली जाते.

एकत्रित अंदाज पुढील छाननीसाठी सचिवालय स्तरावरील प्रशासन विभागाला, म्हणजे सार्वजनिक आरोग्य विभागाला १५ ऑक्टोबर पर्यंत पाठवले जातात.

योजनेतर आणि योजनांतर्गत अर्थसंकल्पासाठी (वेतन व वेतनेतर खर्चाच्या गोष्टी) पीएचसी लाईन व हॉस्पिटल लाईन आपापले अंदाज आपल्या संबंधित विभाग प्रमुखांना सादर करतात, हे आपण आतापर्यंत पाहिले. या अंदाजपत्रांचे मूल्यांकन आणि एकत्रिकीकरण वेगवेगळ्या स्तरांवर होते आणि सह संचालक, (अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण) स्तरावर संचालक आरोग्य सेवा यांच्या संपूर्ण राज्याच्या मागणीचे एकत्रिकीकरण होते. नंतर ते सचिवालय स्तरावर सार्वजनिक आरोग्य विभागाला सादर केले जाते. सार्वजनिक आरोग्य विभाग सचिवालय यांच्याकडे चारही संचलनालयांकडून अंदाजपत्रे पाठविली जातात व यामध्ये संचालक आरोग्य सेवा यांच्या देखिल अंदाजपत्रकांचा समावेश असतो. या मागण्यांची एक प्रत सार्वजनिक आरोग्य विभागाकडून वित्त विभागाकडे पाठवण्यात येते. पुढील आर्थिक वर्षासाठी केली जाणारी ही मागणी सर्वसाधारणपणे नोव्हेंबर महिन्याच्या पहिल्या आठवड्यात केली जाते, उदाहरणार्थ, २०११-१२ च्या वार्षिक अर्थसंकल्पाची मागणी नोव्हेंबर २०१० मध्ये वित्त विभागाकडे पाठवण्यात येते. सार्वजनिक आरोग्य विभागाला यामध्ये काही गोष्टी समाविष्ट करण्याच्या असतील काही गोष्टी काढून टाकायच्या असतील किंवा काही बदल करायचे असतील तर तसे स्पष्टिकरण आणि शिफारस अंदाजपत्रासोबत जोडून पाठवले जाते. सार्वजनिक आरोग्य विभागाप्रमाणेच सचिवालय स्तरावरील प्रत्येक प्रशासकीय विभाग वित्त विभागाला आपल्या अर्थसंकल्पीय मागण्या पाठवतो.

वित्त विभाग, मुख्य सचिवांच्या प्रशासकीय नियंत्रणाखाली, अर्थसंकल्प मागणी प्रस्तावांची छाननी करतो आणि संबंधित प्रशासकीय विभागांशी चर्चा करून त्यात आवश्यक त्या सुधारणा करून घेतो. वित्त विभागातील विविध कक्षांमध्ये अर्थसंकल्प प्रक्रियेचे काम चालते. यातील दोन प्रमुख कक्ष म्हणजे अर्थसंकल्प कक्ष आणि खर्च कक्ष. या कक्षांच्या खाली उपकक्ष असून ते विशिष्ट क्रमांकांनी ओळखली जातात. प्रत्येक कक्षाकडे राज्याच्या दोन ते तीन प्रशासन विभागाचे काम सोपवले जाते. सार्वजनिक आरोग्य विभाग आणि वैद्यकीय शिक्षण विभागातील ज्या योजना महसूल खात्यातील, म्हणजे योजनेतर नियमित पणे चालू असलेल्या योजना, असतील त्यांचे अर्थसंकल्प कक्ष क्रमांक ९ कडे पाठवले जातात. योजना नवी असेल आणि तिचा नव्याने विचार करावयाचा असेल तर ती अर्थसंकल्प कक्ष क्रमांक ३ ला सादर होते.

अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या प्रक्रियेत सचिवालय स्तराची भूमिका महत्त्वाची असते. अर्थसंकल्पीय अंदाज (याला 'व्हाईट बुक' असेही म्हणतात) भाग २ मध्ये जी रक्कम मंजूर असते त्याला त्या विभागासाठीचा अर्थसंकल्प निधी समजला जातो. यामध्ये विधीमंडळ अंतिम मंजूरीसाठी तयार केलेले तपशीलवार शीर्ष-निहाय खर्चाचे विवरण पत्र असते. सभागृहात जो अर्थसंकल्प मंजूर केला जातो, तो विनियोजन विधेयक म्हणून अर्थसंकल्पीय अंदाज म्हणून सादर केला जातो. कधी कधी प्रस्तावित अर्थसंकल्पीय अंदाज व मंजूर अर्थसंकल्प यामध्ये खूप तफावत असल्याचे दिसून येते. उदाहरणार्थ, अभ्यासात असे दिसून आले की प्राथमिक आरोग्य केंद्र योजना शीर्ष २२१० ५०४१ मध्ये वेतने रू. ५५८ कोटी आणि वेतनेतर रू. २९.७३ कोटी अशी मागणी प्रस्तावित होती आणि मंजूर रक्कम अनुक्रमे ९% व ४१% नी कमी करण्यात आली.

अर्थसंकल्पीय मागण्या मंजूर झाल्यानंतर, अर्थसंकल्पीय अंदाज भाग २ ही पुस्तिका प्रसिद्ध होते. त्यानुसार विभागाचे सचिव आरोग्य सेवा आणि कार्यक्रमांना अंमलबजावणीसाठी निधी पाठवतात. यासाठी अर्थसंकल्प तयार करताना वापरलेल्या मार्गाच्या बरोबर उलट दिशेने निधी पाठवला जातो.

## प्रकरण चार : अर्थसंकल्प वितरण

एकदा विधीमंडळात अर्थसंकल्प मंजूर झाला कि सचिवालय स्तरावरील वित्त विभागाकडून त्याच्या वितरणास सुरुवात होते. अर्थसंकल्प तयार करण्याची ही प्रक्रिया ज्या मार्गाने घडते त्याच मार्गाने हॉस्पिटल्स व प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या यंत्रणेपर्यंत पोहोचवले जातात. वित्त विभागाकडून निधी सार्वजनिक आरोग्य विभागसह विविध प्रशासकीय विभागांकडे जातो. संचालक आरोग्य सेवासंबंधीची अनुदाने सार्वजनिक आरोग्य विभागाकडून सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण कार्यालयाला पाठवली जातात. अशा प्रकारे सार्वजनिक आरोग्य विभाग हा संचालक आरोग्य सेवा आणि सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांच्यावर नियंत्रण ठेवतो. तसेच या विभागांना अनुदाने हस्तांतरित करून निधी पुढे वितरित करण्यास मान्यताही देतो. अशा प्रकारे नियंत्रक अधिकारी म्हणून काम करणारी प्रत्येक यंत्रणा त्यापुढील स्तराला निधी वितरणाची मान्यता देते. ही प्रक्रिया तक्ता ४.१ मध्ये स्पष्ट केलेली आहे.

दुसऱ्या टप्प्यावर, सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण आठ उपसंचालकांना निधी वितरित करतात आणि त्यांच्यावर नियंत्रक अधिकारी म्हणून काम करण्याबरोबरच त्यांनी पुढे निधी वितरित करण्याची मान्यता त्यांना देतात. उपसंचालक हा निधी पुढे विविध आरोग्य सेवा पुरविणा-या केंद्रांना तसेच आपल्या विभागातील जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांना वितरित करतात. अशा प्रकारे उपसंचालक त्यांच्यावर नियंत्रक अधिकारी म्हणून काम करण्याबरोबरच त्यांनी पुढे निधी वितरित करण्याची मान्यता देतात. आरोग्य देणाऱ्या पुरविणा-या विभागप्रमुखांना आपल्या केंद्रा साठी निधी काढणे व वापरण्याचे अधिकार असतात, त्यांना आहरण व संवितरण अधिकारी (ड्रॉईंग अँड डिसबर्सिंग) असे म्हणतात. त्यामुळे आपल्या केंद्रा साठी जेवढी तरतूद आहे ती काढून त्यांना आपले खर्च भागवता येतात. हॉस्पिटल लाईनसाठी अशी पद्धती अवलंबली जाते.

पीएचसी लाईनची पद्धती काही प्रमाणात वेगळी असून ती आकृती ४.१ मध्ये स्पष्ट केली आहे. उप संचालकडून पीएचसी लाईनला होणारे वितरण काहिसे गुंतागुंतीचे आहे. आकृती मध्ये दाखवलेल्या लाल रेषा म्हणजे किती निधीची तरतूद झाली आहे याचा माहिती दर्शवितात. तर काळ्या रेषांच्या सहाय्याने दाखवलेला मार्ग हा निधी प्रत्यक्ष वितरणाचा मार्ग आहे. एकंदर असे दिसते की निधी वितरणाचे अनेक भाग किंवा पायऱ्या आहेत, उदा. नियंत्रण अधिकारी, आहरण व संवितरण अधिकारी इत्यादी. अंदाजपत्रक तयार करण्याच्या प्रक्रियेत, प्रक्रिया क्रमिक पद्धतीने एकापाठोपाठ होतात तसे निधी वितरणाच्या प्रक्रियेत होत नाही. मान्यता देणे, नियंत्रक अधिकारी म्हणून काम करणे, निधी काढणे व वापरणे अशा गोष्टी वेगवेगळ्या स्तरांवर होतात.

### अर्थसंकल्पीय अंदाज, वितरण व संनियंत्रण प्रणाली (बीमस्)

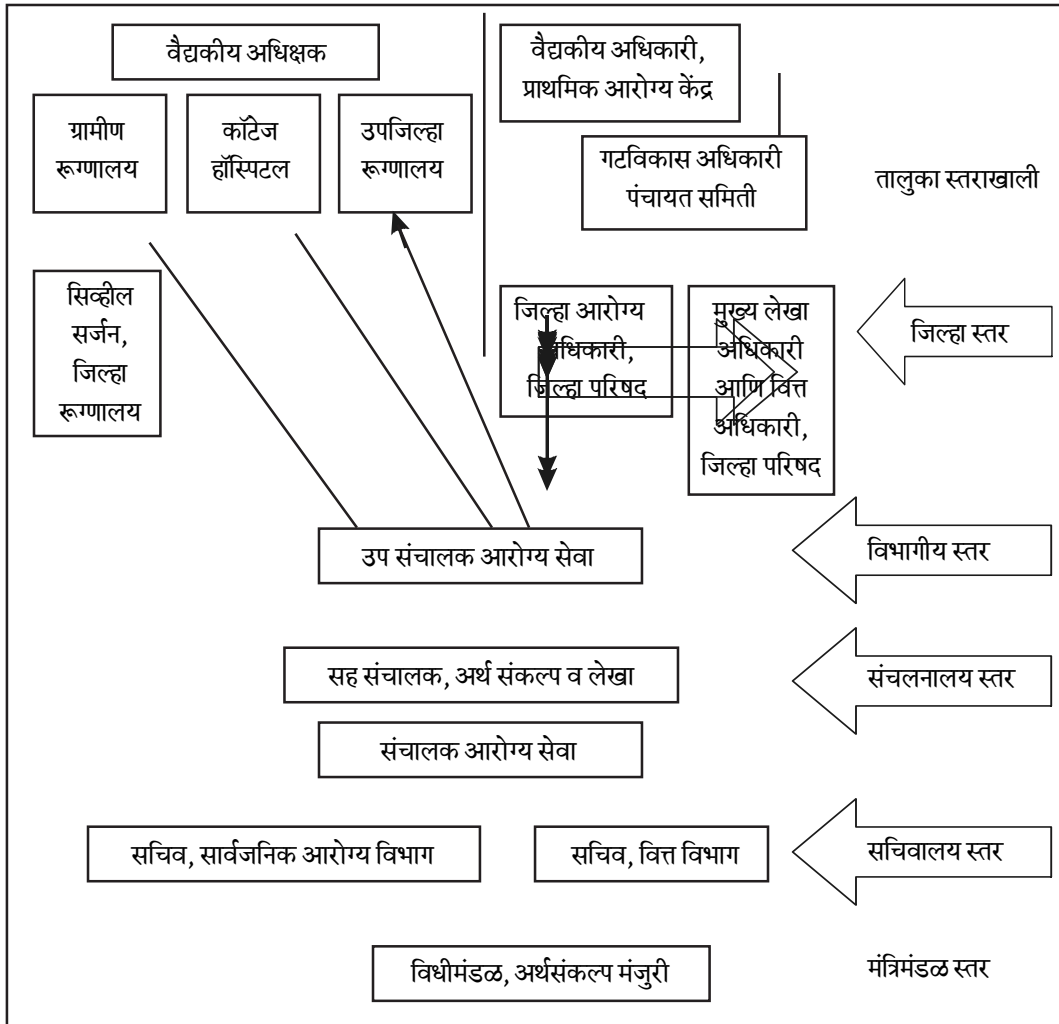
बजेट एस्टीमेट, ॲलोकेशन अँड मॉनिटरिंग सिस्टीम (बीमस् म्हणजेच अर्थसंकल्पीय अंदाज, वितरण आणि संनियंत्रण प्रणाली अथवा अर्थसंकल्प संवितरण यंत्रणा ही ऑनलाईन वितरणाची एक यंत्रणा आहे. बीमस् प्रणाली ही <https://beams.mahakosh.gov.in> या संकेत स्थळावर उपलब्ध असून हे संकेतस्थळ महाराष्ट्र शासनाच्या वित्त विभागाने विकसित केले आहे. योजनेतर व योजनांतर्गत या दोन्ही अर्थसंकल्पाच्या निधींचे वाटप या यंत्रणेमार्फत केले जाते. हे विभाजन योजना निहाय असते आणि खर्चाच्या प्रमाण उद्दिष्टानुसार म्हणजे वेतने, मजुरी, वीज व दूरध्वनी खर्च, प्रवास खर्च, कार्यालयीन स्टेशनरी, कर, भाडे, सामुग्री पुरवठा, पेट्रोल/तेल/वंगण याप्रमाणे त्याचे विवरण दिले जाते.

बीमस् प्रणालीकडून प्रत्येक कार्यालय / आरोग्य सेवा केंद्राला केवळ निधी वितरणाची माहिती दिली जात नाही, तर दिलेला निधी काढून घेण्याचे अधिकारही दिले जातात. बीमस् वरील व्यवहारासाठी प्रत्येक नियंत्रक अधिकाऱ्याला एक विशिष्ट १०



आकडी संकेतांक दिला जातो. उदाहरणार्थ, उप संचालकांना बीमस् द्वारा सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांचेकडून निधी मिळतो. उप संचालकांना ही निधीची रक्कम दहा आकडी संकेतांक वापरून तपासता येते आणि पुढे आपल्या विभागातील विविध रूग्णालयांसाठी त्याचे विभाजन करता येते. हे विभाजन संकेतांकाच्या आधारे बीमस् प्रणालीवर टाकण्यात येते. यानुसार, सर्व रूग्णालयांचे प्रमुख आपल्याला मिळालेल्या निधीची माहिती घेऊन ती रक्कम काढून घेतात. सरकारी कोष किंवा बीमस् द्वारा प्रत्यक्ष निधी हस्तांतरित होतो, तर विविध कार्यालये व आरोग्य सेवा देणाऱ्या विभागांना त्याचे विभाजन त्याचे विभाजन करण्याचे काम संबंधित नियंत्रक अधिकारी करतात. याला 'कॅश-फ्लो' असे म्हणतात. उदाहरणार्थ, सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण हे विभागीय स्तरावरील आठ उपसंचालकांना बीमस् द्वारा निधी संवितरित करतात आणि प्रत्येक उपसंचालक तो आपल्या भागातील रूग्णालयांना संवितरित करतात. त्याआधी ते उपलब्ध निधी आणि रूग्णालयांची मागणी यांनुसार निधीचे विभाजन ठरवतात आणि ती माहिती बीमस् वर अपलोडकेली जाते. याप्रमाणे आपल्याला किती निधी उपलब्ध आहे हे संबंधित कार्यालय किंवा रूग्णालयांना समजते.

### आकृती ३.१ - अर्थसंकल्प संवितरण



## अभ्यासाचे निष्कर्ष

या प्रकरणातही पीएचसी लाईन व हॉस्पिटल लाईन यांनुसार निष्कर्ष दिले आहेत. अभ्यासातील दोनपैकी एक जिल्हा ब मधील पीएचसी लाईनमध्ये असे दिसून आले कि आपल्याच विभागाकडून निधीचे विभाजन होऊनही प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना त्यांच्यासाठी तरतूद केलेल्या निधीची माहिती नसते. जिल्हा 'अ' मध्ये प्राथमिक आरोग्य केंद्रांची मागणी नसतानाही, जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांनी केलेल्या अंदाजपत्रांच्या आधारे निधी विभाजन केले होते, हे लक्षात घ्यायला पाहिजे. मागणी कशाची केली व पुरवठा काय झाला यात तफावत असल्याने त्या परिणामी आलेल्या तरतुदीचे अकार्यक्षम व्यवस्थापन होऊ शकते. तसेच ज्या आरोग्य सेवा केंद्रांसाठी निधी आहे त्यांनाच तो कसा विभाजित होतो याची माहिती नसते व किती निधी वापरायचा आहे याची माहिती मिळवण्यासाठी त्यांना गट विकास अधिकारी कार्यालयावर विसंबून राहावे लागते, असेही कर्मचाऱ्यांनी त्यांच्या मुलाखतीत सांगितले. सर्वच यंत्रणेत वेतनेतर मागण्यांकडे सर्रास दुर्लक्ष केले गेले आहे असे या अभ्यासातून दिसून आले. मुलाखतींवरून असे लक्षात आले की प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावर वेतनांच्या खर्चासाठी 'हमी' आधारे रक्कम काढण्यात आली, पण वेतनेतर खर्चासाठी अशी पद्धती अवलंबण्यात येत नाही.

एका प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या बाबतीत, असे दिसून आले कि, वर्षाच्या अखेरीस या प्राथमिक आरोग्य केंद्राने प्रवास भत्ता आणि किरकोळ कार्यालयीन खर्चासाठी मिळालेला निधी अपुरा असल्याने निधीची मागणी केली होती. २०१०-११ या वर्षातील तुट्टीची मागणी मार्च २०११ च्या अखेरीस केली गेली. आणि त्यामध्ये २००८-०९ आणि २००९-१० च्या प्रलंबित मागण्यांचाही समावेश होता. संबंधित कर्मचाऱ्यांनी सांगितले की केलेल्या मागण्यापैकी काही भागच मंजूर होतो व मिळतो. काही प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनीही सांगितले की बऱ्याच वेतनेतर गोष्टी म्हणजे पेट्रोल/तेल/वंगण आणि किरकोळ खर्चाची तरतूद आता एचआरएचएम (NRHM) निधीतून केली जाते. उदाहरणार्थ, एका प्राथमिक आरोग्य केंद्राला पेट्रोल/तेल/वंगण खर्चासाठी नियमित अर्थसंकल्पातून वर्षाचे रू. १०००० मंजूर झाले, ते मार्च अखेरीस एकदम मिळाले, त्यामुळे त्यांनी एनआरएचएम निधीतून हा खर्च केला. दुसऱ्या एका प्राथमिक आरोग्य केंद्रात किरकोळ कार्यालयीन खर्चासाठी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांकडून निधी मंजूर झाला नाही, त्यामुळे त्यांनी एनआरएचएम निधीतून रू. २५००० वापरले. अशा प्रकारे राज्य निधी अदलाबदल करता येण्याजोग्या स्वरूपात असल्याचे निदर्शनास आले.

## प्राथमिक आरोग्य केंद्रांतील लेखा आणि अर्थसंकल्प नोंदी

अभ्यासातील सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी सांगितले कि सर्व व्यवहार रोख वहीमध्ये नोंदवले जातात, जमाखर्च नोंदीचा हा महत्त्वाचा दस्त आहे असे त्यांनी म्हटले. रोख अथवा चेकद्वारा झालेले सर्व जमा व खर्च रोख वहीमध्ये नोंदवले जातात. जमा रक्कमेमध्ये प्रामुख्याने गट विकास अधिकाऱ्यांकडून वेतने व वेतनेतर खर्चासाठी आलेला निधी समाविष्ट असतो. 'ब' जिल्ह्यामध्ये प्राथमिक आरोग्य केंद्रे स्वतःचे अंदाजपत्रक तयार करत नाहीत व मासिक निधी वितरणाविषयीही त्यांना माहिती नव्हती, पण आश्चर्यजनक गोष्ट अशी दिसून आली कि प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये त्यांच्या खर्चाचे सर्व व्यवहार रजिस्टर क्रमांक १४ मध्ये नोंदवले जातात. आणि असे करणे त्यांना बंधनकारक आहे असे त्यांनी सांगितले. 'अ' जिल्ह्यातील, अभ्यास नमुन्यातील एका तालुक्यात व्यवहार रजिस्टर क्रमांक १४ मध्ये नोंदवले जातात, पण इतर तालुक्यात तसे नोंदवले जात नाहीत. खर्चाशी संबंधित नोंदी सुट्या कागदांवर असतात व योग्य प्रकारे सांभाळल्या जात नाहीत, असे आमच्या निदर्शनास आले आहे.

## पंचायत समिती, तालुका स्तरावरील नोंदी

पंचायत समिती आणि जिल्हा परिषदा यांच्या दृष्टीने दोन महत्त्वाच्या नोंद वह्या म्हणजे जमा रजिस्टर (रजिस्टर क्र. १३) आणि खर्चाचे रजिस्टर (रजिस्टर क्र. १४). यामध्ये सर्व व्यवहारांचे तपशील येतात. महिना अखेरीस त्यातील ठळक बाबी सारांशरूपात मांडल्या जातात, आणि पंचायत समितीकडे शिल्लक निधी किती याचीही नोंद केली जाते. ही दोन रजिस्टर

कशी सुस्थितीत ठेवायची याची मार्गदर्शक नियमावली देखिल उपलब्ध आहे<sup>५</sup>. यानुसार गट विकास अधिकारी कार्यालया कडून मासिक जमा खर्चाचे विवरणपत्र तयार करून जिल्हा परिषदेच्या मुख्य लेखा आणि वित्त अधिकाऱ्याला कडे पाठविली जाते. वर्षाच्या शेवटी गट विकास अधिकाऱ्या कडून वर्षाचे जमा-खर्च विवरण पत्र<sup>६</sup> तयार करून जिल्हा परिषदेला कडे पाठविली जाते. याचा समावेश जिल्हा परिषदेच्या वार्षिक विवरणपत्रात केला जातो.

प्राथमिक आरोग्य केंद्रांमध्ये बरीच वरिष्ठ व कनिष्ठ सहाय्यक पदे (लेखा नोंदीची जबाबदारी असणारे क्लार्क आणि प्रशासकीय कामांसाठीचे सहाय्यक) रिक्त असल्याचे आमच्या निदर्शनास आले आहे. कनिष्ठ लेखा अधिकारी पदावरील व्यक्तीला वित्तीय प्रशिक्षण मिळालेले नाही. आम्ही मागितलेली डॉक्युमेंट्स त्यांना शोधता आली नाहीत. प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचे प्रशासकीय प्रमुखपदी असलेल्या वैद्यकीय अधिकाऱ्यांनाही अर्थसंकल्प व वित्तीय बाबतीत फारशी समज नसल्याचे जाणवले. लेखा नोंदीची चांगली समज असलेल्या वरिष्ठ व कनिष्ठ सहाय्यकांकडे इतर २-३ प्राथमिक आरोग्य केंद्रांची जबाबदारी सोपवण्यात आल्याचे दिसून आले. हे सहाय्यक प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना महिन्यातून तीन - चार वेळा भेट देतात आणि अर्थसंकल्पाशी संबंधित प्रशासकीय बाबींची पूर्तता करतात.

संवितरण प्रक्रियेबाबत, जिल्हा आरोग्य अधिकारी किंवा जिल्हा परिषदेतील विभाग प्रमुख हे जिल्हा परिषदेच्या वित्त विभागप्रमुखासोबत - मुख्य लेखा आणि वित्त अधिकारी काम करतात. राज्य सरकारकडून येणारा निधी काढणे व वितरण करणे यासाठी या अधिकाऱ्याची (ड्रॉईंग अँड डीसबर्समेंट ऑफिसर) नेमणूक जिल्हा परिषदेने केलेली आहे. बीमस प्रणालीद्वारे जिल्हा आरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषदेच्या मुख्य लेखा आणि वित्त अधिकाऱ्याच्या खात्यावरील निधी विभाजनाची माहिती करून घेतात. जिल्हा आरोग्य अधिकारी उपलब्ध निधीचे प्राथमिक आरोग्य केंद्रांसाठी विभाजन करतात. ही माहिती मासिक निधी वितरण<sup>७</sup> तरतूद पत्राद्वारे गट विकास अधिकारी कार्यालयाला दिली जाते. परंतु गट विकास अधिकारी कार्यालयाला निधी हस्तांतरित करण्याचे काम मुख्य लेखा आणि वित्त अधिकारी यांच्याकडून केले जाते. सरकारी कोषागाराच्या बँकातून हा निधी हस्तांतरित होतो. अर्थसंकल्प तयार करण्याच्या प्रक्रियेत प्राथमिक आरोग्य केंद्रांनी जी मागणी केली आहे ती निधी विभाजनाचे वेळी महत्त्वाची ठरते. परंतु, आधी नमूद केल्याप्रमाणे अंदाजपत्रे व मासिक वेतनांची मागणीपत्रे जिल्ह्यातील सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांकडून पाठवण्यात येत नाहीत. अशा मागणीअभावी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांनी केलेल्या अंदाजानुसार निधीचे विभाजन केले जाते.

कोणत्याच जिल्ह्याला आपल्या जिल्हा परिषदेला अधिकृत आरोग्य अर्थसंकल्पाची किती तरतूद आहे याची माहिती नसल्याचे अभ्यासातून संशोधकांना आढळून आले. 'अर्थसंकल्पीय अंदाज - १ - परिशिष्ट अ ची पुरवणी' या पूरक दस्तावेजामध्ये जिल्हा परिषदेला वर्गीकृत केलेल्या अर्थसंकल्पाचे तपशील असतात. परंतु जिल्हा परिषदेला एकूण किती आरोग्य निधी वर्गीकृत आहे याची माहिती कोणत्याच जिल्ह्याला नव्हती, याचे आम्हाला आश्चर्य वाटते.

जिल्हा परिषदेतून प्राथमिक आरोग्य केंद्रांपर्यंत पोहोचणारा योजना उप शीर्ष निधीची (सार्वजनिक आरोग्य प्राथमिक आरोग्य केंद्र - २ २ १ ० ५ ० ४ १) माहिती घेतली असता असे लक्षात आले कि बीमसवर दाखवण्यात आलेली सहाय्यक अनुदाने उणे अनुदान (मायनस / निगेटीव्हमध्ये) आहेत. अशा सहाय्यक अनुदानांची माहिती, तो कधी व किती हस्तांतरित होणार याची माहिती आरोग्य सेवांपर्यंत पोहोचत नाही आणि ही मोठी त्रुटी आहे. त्यामुळे सहाय्यक अनुदानांचा सक्षमपणे वापर होत नसल्याचे दिसते.

हॉस्पिटल लाईनच्या आरोग्य सेवा केंद्रामध्ये निधीचे संवितरण हे बीमस (बजेट एस्टीमेट, ऑलोकेशन अँड मॉनिटरिंग सिस्टीम) ऑनलाईन प्रणालीमार्फत होते. याबाबतीत आरोग्य सेवा केंद्राचे प्रमुख म्हणजे ग्रामीण, कुटीर वा उप-जिल्हा रूग्णालयासाठी

<sup>५</sup> जिल्हा परिषद व पंचायत समितीचे लेखा संकेत (अकाउंट कोड), १९६८

<sup>६</sup> महाराष्ट्र जिल्हा परिषद व पंचायत समिती लेखा संकेतस आणि मुंबई ग्रामपंचायत अधिनियम १९५८ (अर्थसंकल्प व लेखा) विभाग ६० नुसार

<sup>७</sup> मासिक निधी वितरण म्हणजे सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांसाठी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांनी केलेले निधी विभाजन

वैद्यकीय अधीक्षक तसेच जिल्हा रूग्णालयासाठी सिव्हील सर्जन यांना आपल्या आरोग्य सेवा केंद्राचे ड्रॉइंग अँड डीसबर्समेंट ऑफीसर (निधी काढणे व वितरण करणे याचे अधिकारपद असलेली व्यक्ती) म्हणून जबाबदारी दिली जाते. काही ग्रामीण रूग्णालयांचा याला अपवाद असून या रूग्णालयांसाठी जिल्हा शल्य चिकित्सक हे काम पाहतात. विभागीय स्तरावरील उप संचालकांकडून या सर्व सुविधांना निधी मिळतो.

आरोग्य सेवा केंद्राच्या स्तरावरील संवितरणाची प्रक्रिया पीएचसी लाईनप्रमाणेच असते: निधी विभाजन मिळवणे, वेतने व वेतनेतर बीले तयार करणे आणि सादर करणे. याखेरीज हॉस्पिटल लाईनमध्ये आरोग्य सेवा केंद्राकडून केल्या जाणाऱ्या खर्चावर उप संचालक कार्यालयाचे कडक नियंत्रण असते. आठ विभागीय आरोग्य सर्कलच्या उप संचालकांना संयुक्त संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण कार्यालयाकडून ऑनलाईन अनुदान (बीम्स) मिळते आणि ते हे अनुदान हॉस्पिटल लाईनच्या सुविधांना आणि विभागातील संबंधित जिल्हाच्या जिल्हा परिषदेला संवितरित करतात. उपसंचालक हे निधी विभाजन व उपनियंत्रक अधिकारी म्हणून काम पाहतात.

बीम्स यंत्रणेवर कॅश - फ्लो (मासिक किंवा विशिष्ट कालावधीसाठी) च्या स्वरूपात अनुदानांचे विभाजन दिल्यावर (अपलोड केल्यावर) विविध स्तरावरील ड्रॉइंग अँड डिसबर्समेंट ऑफीसरना आपल्या खर्चासाठी राजकोषातून निधी काढता येऊ शकतो. उपसंचालक एकूण २२ अर्थसंकल्पीय शीर्षांचे काम बघतात, त्यापैकी १० ते १२ 'राज्य शीर्षे' म्हणून ओळखल्या जाणाऱ्या शीर्षांच्या बाबतीत उपसंचालक हे नियंत्रण व संनियंत्रण अधिकारी असतात. उर्वरित उपशीर्षे जिल्हा परिषदेची 'मदत अनुदाने' असून त्यांना 'स्थानिक क्षेत्र' म्हटले जाते. उपसंचालक कार्यालय या स्थानिक क्षेत्र अनुदानांचे केवळ विभाजन बीम्स वर देतात आणि जिल्हा परिषदेच्या मुख्य लेखा व वित्त अधिकाऱ्यांना तो निधी काढण्याचे अधिकार देतात. बीम्स यंत्रणेमुळे निधीसंबंधीचे अधिकार देण्याच्या व संनियंत्रणाच्या बाबतीत लागणाऱ्या कालावधीमध्ये सुधारणा झाली असली तरी कार्यसंबंधीचे काही प्रश्न अजून बाकी आहेत. उदाहरणार्थ, त्याचा वापर करण्याची कार्यक्षमता कमी असणे. जिल्हा व त्याखालील स्तरावरील आरोग्य सेवा यंत्रणांमध्ये असलेल्या कर्मचाऱ्यांना बीम्स प्रणालीचे प्रशिक्षण दिलेले नसल्याने त्याचा वापर करण्याची क्षमता त्यांच्याकडे नाही. उदाहरणार्थ कॅश-फ्लो मासिक निधी वितरण कसे बदलायचा हे माहिती नसल्याने काही वेळा काही निधी न वापरता परत जातो.

अर्थसंकल्पीय तरतूद / अनुदाने शेवटच्या महिन्यात (३१ मार्च, आर्थिक वर्षातील शेवटचा दिवस) दिले जाण्याची पद्धत अजूनही आहे, अशा वेळी निधी परत जाऊ नये यासाठी तो खर्च करण्याचा दबाव कर्मचाऱ्यांवर येतो. शेवटच्या तिमाहीमध्ये, त्यातही विशेषतः आर्थिक वर्षाच्या शेवटच्या महिन्यामध्ये निधी खर्च करण्याची धावपळ असते. आमच्या मुलाखतीत काही जणांनी सांगितले की शेवटच्या महिन्यात म्हणजे ३१ मार्चला निधी तरतूद केली जाते व तो वापरला नाही तर परत करावा लागतो. एका जिल्हा रूग्णालयाच्या सुधारित अर्थसंकल्पात दिसून आलेले हे एक उदाहरण. २०१०-११ वर्षासाठी 'पहिली ते चौथी वर्गातील शालेय विद्यार्थ्यांची आरोग्य तपासणी उपचार आणि शस्त्रक्रिया' या उप शीर्ष २२११ ०६०३ खाली वेतनेतर कारणांसाठी रूपये २.५० लाखाचे मदत अनुदानाची ३१ मार्च २०११ ला तरतूद केली गेली. या दिवशी हा निधी वापरला न गेल्याने तो व्यपगत झाला.

आरोग्य सेवा देणारी केंद्रे / रूग्णालयांना निधी वितरणाविषयी (फंड - फ्लो) माहिती नसते, त्यांना आपले वित्तीय अधिकार स्पष्ट नसतात, त्यामुळे वरिष्ठ अधिकाऱ्यांकडून निधी काढून घेतला जाणार नाही यासाठी ते काही करू शकत नाहीत. प्रत्यक्षात खर्चातील अनियमितता दूर करण्याचे काम नियंत्रण यंत्रणेमार्फत केले जाते, तरीही रूग्णालयांपर्यंत अपुरी माहिती पोहोचत असल्याने निधी खर्च करण्यासाठी करावी लागणारी धावपळ ही समस्या आहेच. याबरोबरच पूरक (सुधारित) अनुदाने उशीरा मिळणे हीदेखील समस्या आहे. वित्त विभाग, आरोग्य विभाग अथवा सचिवालयातून अनुदाने वेळेत मंजूर होत नाहीत. आरोग्य विभागाला किती कालावधीने निधी मिळणार आहे याची माहिती सार्वजनिक स्वरूपात उपलब्ध नाही.

संपूर्ण अर्थसंकल्प कधीच सांगितला जात नाही आणि आपल्या वर्षभरात किती निधी मिळणार आहे याची माहिती रूग्णालयांना दिली जात नाही. त्यांना याची पहिली सूचना कॅश - फ्लो तरतुदीतून मिळते. उच्च स्तरावरील यंत्रणेकडून आवश्यकतेप्रमाणे

निधी पाठवला जातो. निधी कधी मिळणार याविषयी स्थानिक स्तरावरील यंत्रणेला नीटशी कल्पना नसते व त्यामुळे निधीचा कार्यक्षम वापर होऊ शकत नाही, ही चिंताजनक बाब आहे.

ग्रामीण / जिल्हा रूग्णालयात अर्थसंकल्पासंबंधी काही माहिती / दस्तऐवज उपलब्ध असतात. जमाखर्च आरोग्य केंद्र स्तरावर नोंदवले जातात. यामध्ये, रजिस्टर क्र. १४ चाही समावेश होत असून यामध्ये अनुदान निधीचा जमा व खर्च नोंदवला जातो. ग्रामीण रूग्णालय खर्चाचे विवरणपत्र दर महिन्याला सिव्हील सर्जनला सादर करते आणि त्यांच्याकडून ते विभागीय स्तरावरील उप संचालकांना पाठवण्यात येते. अभ्यासातील सर्व रूग्णालयांनी सांगितले की ते महिन्याचे खर्चाचे विवरणपत्र तयार करतात असे सांगितले. यामध्ये महिना आणि सर्व लागू शीर्षामप्रमाणे योजनानिहाय प्रगतीशील खर्चाचे तपशील असतात व ते संबंधित नियंत्रण अधिकाऱ्याला देण्यात येतात. उदाहरणार्थ, उप संचालकांकडून मिळालेल्या निधीचा रिपोर्ट त्यांना केला जातो आणि कुटुंब कल्याण कार्यक्रम योजना (प्रधान शीर्ष २२११ संबंधी योजना) संबंधी खर्चाचा रिपोर्ट कुटुंब विभाग (ब्युरो) कार्यालयाला केला जातो. हे रिपोर्ट लेखी स्वरूपात (हार्ड कॉपी) स्वहस्ते पोहोचवले जातात. रूग्णालयांनी सांगितल्याप्रमाणे ते वार्षिक पुर्ननियोजन करतात, बीमस् यंत्रणेवर तरतूद केलेला निधी / अनुदाने आणि आरोग्य सेवा केंद्रासाठी सर्व लागू शीर्षामप्रमाणे योजना निहाय खर्च संबंधित नियंत्रण अधिकाऱ्यांना सादर करतात.

### उपसंचालक, विभागीय स्तर

खर्चावर नियंत्रण ठेवण्याचे आणि कोणताही निधी परत पाठवला जाऊ नये याची खबरदारी घेण्याचे काम उपसंचालकांचे आहे. अभ्यासातून दिसले की दोन्ही विभागातील उपसंचालकांच्या याबाबतच्या कामाची पद्धती परस्पर भिन्न प्रकारची आहे. एका जिल्ह्यामध्ये चालू महिन्यातील शिल्लक रक्कम पुढील महिन्यात वर्ग केली जाते. एका मुलाखतकर्त्याने सांगितलेले उदाहरण, कार्यालयीन खर्चासाठी मासिक ५००० रूपये तरतुदीपैकी ४००० रूपये एप्रिल महिन्यात शिल्लक राहिले, तर पुढील मे महिन्यात क्रमवर्धी शिल्लक रूपये ९००० दाखवली जाते. जर ही रक्कम मे महिन्यात अजिबात खर्च झाली नाही तर जून महिन्यात शिल्लक रक्कम रूपये १४००० दाखवली जाते. तर दुसऱ्या विभागामध्ये मागील महिन्यातील खर्ची न पडलेली शिल्लक रक्कम परत घेतली जाते. उदाहरणार्थ, आरोग्य सेवा केंद्रांचा खर्च कॅश-फ्लो नुसार होत नसेल आणि विशिष्ट महिन्यात काही निधी खर्च झालेला नसेल, तर उपसंचालक त्या आरोग्य सेवा केंद्राला संबंधित निधी / अनुदान परत करण्यास सांगतात. विशिष्ट उद्दिष्टांसाठी एका आरोग्य सेवा केंद्रासाठी तरतूद केलेली रक्कम शिल्लक राहिल्यास त्याच उद्दिष्टासाठी दुसऱ्या आरोग्य सेवा केंद्राला देण्याचा निर्णय घेण्याचे अधिकार उपसंचालकांना आहेत. उदाहरणार्थ, जर एका ग्रामीण रूग्णालयात आहारासाठी असलेला निधी शिल्लक राहिला आणि दुसऱ्या ग्रामीण रूग्णालयाला याच उद्देशासाठी निधीची गरज आहे, तर त्याप्रमाणे शिल्लक निधीचे पुर्नवितरण करण्याचा निर्णय उप संचालक घेऊ शकतात. जिल्हा आरोग्य सेवा (संयुक्त सचिव, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण) यांची परवानगी घेऊन असे पुर्नवितरण विशिष्ट शीर्षाखाली करता येते.

विविध आरोग्य सेवा केंद्रांनी सादर केलेल्या वार्षिक व सुधारित अर्थसंकल्पीय अंदाजांच्या आधारे रूग्णालयांसाठी मासिक निधी वितरण (कॅश-फ्लो) तयार करण्यामध्येही विभागीय सर्कल कार्यालयाच्या उप संचालकांची भूमिका महत्वाची असते. हे अधिकारी खर्चावर नियंत्रण ठेवतात, मासिक खर्चाचे विवरणपत्र व नियमित प्रगती अहवाल मागवून खर्चावर लक्ष ठेवतात आणि विशिष्ट नियम व अटींना धरून एका आरोग्य सेवा केंद्रातील शिल्लक निधीचे त्याच उद्दिष्टासाठी दुसऱ्या आरोग्य सेवा केंद्राला पुर्नवितरण करतात. विभागीय कार्यालयामध्ये बरीच माहिती जमा होत असते.

### सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण

सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व प्रशासन, यांना मुख्य नियंत्रण अधिकारी म्हटले जाते आणि ते संचालक आरोग्य सेवा यांचेखाली काम करतात. त्यांचेकडे सार्वजनिक आरोग्य किंवा वित्त विभागाकडून निधी येतो, तो निधी ते उप संचालक आणि

इतर अधिकाऱ्यांना<sup>४</sup> वितरित करतात आणि विविध नियंत्रक अधिकाऱ्यांनी आपल्या संबंधित अर्थसंकल्प उप शीर्षासाठी राजकोषातून नोंदवलेली मागणी नियमाप्रमाणे असल्याची खात्री करून विनियोजित निधीच्या पुर्णवितरणाला मंजुरी देतात.

जिल्हा परिषदेच्या आरोग्य अर्थसंकल्प मागण्या थेट सह संचालकांच्या कार्यालयाकडे पाठवल्या जातात. या कार्यालयात माहितीचे शीर्ष निहाय व योजनानिहाय एकत्रिकीकरण होते. अर्थसंकल्प विषयक माहितीच्या नोंदी पुढील नमुन्यांप्रमाणे ठेवल्या जातात: प्रस्तावित निधी (जिल्हा परिषदेची प्रस्तावित मागणी), कॅश फ्लो उपसंचालकांना पाठवलेला मंजूर निधी - अधिकृत, पाठवलेला निधी आणि वितरित निधी. जिल्हा परिषदेत उपलब्ध आरोग्यविषयक माहिती खेरीज, बरीच माहिती एकत्र स्वरूपात असते. यामध्ये संबंधित कार्यक्रमाचे नियंत्रण अधिकारी असलेल्या उप संचालक आणि विभाग प्रमुख (ब्युरो चीफ) यांचेकडून आलेले अर्थसंकल्पीय मागणी आणि खर्च यांचाही समावेश असतो. जिल्हानिहाय पद्धतीने एकत्र केलेली ही माहिती सार्वजनिक रित्या उपलब्ध होत नाही, असे आमच्या निदर्शनास आले.

### सचिवालय, वित्त आणि सार्वजनिक आरोग्य विभाग

प्रत्येक प्रशासकीय विभागाला संवितरित केलेल्या निधीवर नियंत्रण ठेवण्याचे काम वित्त विभाग करतो. वित्त विभागाने सार्वजनिक आरोग्य विभागाला ऑनलाईन निधी विनियोजित केल्यानंतर, सार्वजनिक आरोग्य विभाग हा निधी संचालक आरोग्य सेवा कार्यालयासह चार संचलनालयांना विनियोजित करतो. सार्वजनिक आरोग्य विभागाचे सचिवालयाकडून सह सचिव, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परिक्षण यांना त्यांच्या विनियोजित तरतुदींप्रमाणे संवितरण होते. निधीचे संवितरण बीमस् यंत्रणेद्वारे ऑनलाईन केले जाते आणि त्याद्वारे सचिवालय स्तरावरील प्रशासकीय विभागांना अर्थसंकल्प अनुदाने खर्चासाठी देण्याची परवानगी दिली जाते.

निधी सचिवालय विभागातून खाली आरोग्य सेवा केंद्रांना पाठवण्यात येतो. काही अधिकारी निधी तरतूद विनियोजित करतात, तर काही निधी खाली वितरित करतात आणि निधीचा अंतिमतः वापर करणाऱ्यांकडून हा निधी काढून तरतुदींप्रमाणे आरोग्य सेवांसाठी वापरला जातो. अशा प्रकारे विधीमंडळाकडून अर्थसंकल्पाला मंजुरी मिळाल्यानंतर वित्त विभाग, सार्वजनिक आरोग्य विभाग आणि सचिवालय यांचेकडून निधी (पूरक - सुधारित अर्थसंकल्प निधी) मिळण्यास उशीर होतो असे आम्हाला मुलाखतीत सांगितले.

अर्थसंकल्पाच्या वार्षिक नियोजन प्रक्रियेतील महत्त्वाच्या बाबी व व्यापक संदर्भ यापुढील भागात मांडले आहेत. त्याबरोबरच जिल्ह्याच्या योजनांतर्गत निधी तरतुदीचे राज्याचे नियम, जिल्ह्यापर्यंत निधी कसा पोहोचतो आणि अर्थसंकल्प अभ्यासातील विविध मुद्द्यांचीही चर्चा केली आहे.

<sup>४</sup> ब्युरो चीफ - मलेरिया, फ्लेरिया इत्यादीचे सह संचालक, सार्वजनिक आरोग्य प्रयोगशाळा, परिवहन, प्रसिद्धी या कार्यक्रमांचे उपसंचालक / प्रमुख

## प्रकरण पाच : योजनांतर्गत अर्थसंकल्प

जिल्हा व राज्य स्तरावर नियोजन व योजनांतर्गत अर्थसंकल्पाची प्रक्रिया प्रत्यक्षात कशी घडते याची माहिती या भागात दिली आहे. जिल्हा स्तरावरील नियोजन प्रक्रिया कशी घडते आणि योजनांतर्गत निधी जिल्ह्यापर्यंत कसा पोहोचतो याचेही तपशील यामध्ये दिले आहेत. आपल्या देशाचे अर्थकारण योजना-आधारित आहे आणि शासकीय निधी योजनांतर्गत आणि योजनेतर अशा दोन प्रकारात विभागलेला असतो. योजनांतर्गत निधी या नावातून स्पष्ट होते की पंचवार्षिक योजनेमध्ये आखलेल्या योजना व कार्यक्रमांच्या खर्चासाठीचा निधी आणि या निधीची तरतूद राज्याच्या वार्षिक नियोजनात केली जाते. क्षेत्रनिहाय आणि उपक्षेत्रनिहाय खर्चाची तरतूद या नियोजनात असते.

केंद्र नियोजन आयोग आणि राज्य नियोजन आयोग यांच्या निकट संपर्कातून योजनांचा वार्षिक योजना तयार केली जाते. राज्य स्तरीय विभागांनी तयार केलेली योजना केंद्राच्या नियोजन आयोगाने मंजूर केल्यानंतरच त्यांना अंतिम रूप देण्यात येते. वार्षिक आर्थिक नियोजनात क्षेत्र आणि उपक्षेत्रनिहाय तरतुदींचे विवरण दिलेले असते.

संपूर्ण राज्याचे योजनांचे नियतव्यय निश्चित केल्यावर, नियतव्ययातून आदिवासी उपयोजनेसाठी<sup>९</sup> आणि अनुसूचित जमाती विशेष घटक योजनेसाठीची तरतूद केली जाते. महाराष्ट्र राज्यासाठी २०११-१२ मध्ये अर्थसंकल्पाचे नियतव्यय रू. ४१,५०० कोटी होते आणि आदिवासी उपयोजना आणि अनुसूचित जाती विशेष घटक योजना यांच्यासाठी केलेला खर्च अनुक्रमे रू. ४२३३ कोटी आणि रू. ३६९३.५ कोटी होता. टक्केवारीत हे प्रमाण अनुक्रमे १०.२% आणि ८.९% आहे (आकृती ४.१ पहा). या विषयीच्या योजनांचे नियोजन व अंमलबजावणीची जबाबदारी अनुसूचित जाती विशेष घटक योजनेसाठी सामाजिक न्याय विभाग आणि आदिवासी उपयोजनेसाठी आदिवास विकास विभाग यांच्यावर सोपवलेली आहे. जर या योजनांच्या अंमलबजावणीची जबाबदारी इतर संस्थांवर सोपवली तर त्याच्या संनियंत्रणाची जबाबदारीही या दोन विभागांवर आहे. उर्वरित नियतव्यय 'राज्य सर्वसाधारण योजना' आणि 'जिल्हा योजना' अर्थसंकल्पीत केले जाते.

प्रत्येक जिल्ह्याच्या जिल्हा नियोजन समितीद्वारा परांजपे फॉर्म्युला नावाने परिचित पूर्वनिर्धारित सूत्राने राज्यांकडून जिल्ह्यांना निधीची तरतूद केली जाते. जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या, ग्रामीण लोकसंख्या, भौगोलिक क्षेत्र आणि मानव विकास निर्देशांक या बाबींच्या आधारे जिल्ह्याच्या निधीची तरतूद ठरवली जाते. या चारही बाबींचा भार निश्चित केला असून तो अनुक्रमे नियतव्ययाच्या ३०%, २०%, ३०% आणि २०% याप्रमाणे आहे. याचे एक उदाहरण चौकट ५.१ मध्ये दिलेले आहे. नियोजन विभागाने प्रत्येक जिल्ह्याची तरतूद निश्चित केली की त्याची माहिती संबंधित जिल्हा नियोजन समित्यांना कळवली जाते. शासनाचे कार्यबाहुल्य सांभाळणाऱ्या विविध यंत्रणांना आपले उपक्रम चांगल्या प्रकारे राबवता यावेत यासाठी त्यांना आपल्या पाकीटात किती रक्कम असणार आहे याची सूचना दिली जाते.

<sup>९</sup> आदिवासी म्हणजे भारतातील वंचित, परिघावरील समाज आहे. आदिवासींच्या सामाजिक व आर्थिक विकासासाठी ठोस उपाययोजना करणे हे सरकारचे घटनात्मक दायित्व आहे. यासाठी विशेष आदिवासी उपयोजना आखण्यात आली आहे. ज्या जिल्ह्यात आदिवासी लोकसंख्या जास्त आहे त्यांना आदिवासी क्षेत्र म्हणून घोषित केले असून याच धर्तीवर अनुसूचित जातीसाठी विशेष घटक योजना आखली आहे.

### चौकट ५.१ : सर्वसाधारण जिल्हा योजना: नियोजन तरतुदीचे सूत्र - परभणी जिल्ह्याचे उदाहरण

प्रत्येक जिल्ह्याच्या जिल्हा नियोजन समितीद्वारा परांजपे फॉर्म्युला नावाने परिचित पूर्वनिर्धारित सूत्राने राज्यांकडून जिल्ह्यांना निधीची तरतूद केली जाते. जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या (३०%), ग्रामीण लोकसंख्या (२०%), भौगोलिक क्षेत्र (२०%) आणि मानव विकास निर्देशांक (२०%) या बाबींच्या आधारे जिल्ह्याच्या निधीची तरतूद ठरवली जाते. २०१०-११ वर्षासाठी रू. ३७५० कोटी जिल्हा नियोजन नियतव्यय ठरवण्यात आला (नंतर रू. रू. ३९०५.२४ कोटी मंजूर केले गेले परभणी जिल्ह्यात या चार निकषांच्या आधारे जिल्हा योजना नियतव्यय कसे निश्चित केले जाते हे आता पाहूया. अशीच पद्धती इतरही जिल्ह्यांसाठी वापरली जाते.

अ) जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या: या निकषानुसार एकूण नियतव्ययाच्या ३०% रक्कम ३५ जिल्ह्यांमध्ये विभागून द्यावी असते. रू. ३७५० कोटीच्या ३०% म्हणजे रू. ११२५ कोटी हा निधी महाराष्ट्राच्या एकूण लोकसंख्येसाठी (७,८४,१९,६९५) वितरित व्हायला पाहिजे. परभणी जिल्ह्याची लोकसंख्या १३,४०,०४२ आहे, म्हणजे राज्याच्या लोकसंख्येच्या १.७% आहे. म्हणून जिल्ह्याच्या एकूण लोकसंख्येच्या निकषावर परभणीसाठी तरतूद रू. ११२५ कोटीच्या १.७% म्हणजे रू. १९.२२ कोटी होते.

ब) जिल्ह्याची एकूण ग्रामीण लोकसंख्या: या निकषानुसार एकूण नियतव्ययाच्या २०% (रू ७५० कोटी किंवा रू. ३७५० कोटीच्या २०%) हे विविध जिल्ह्यातील ग्रामीण लोकसंख्येसाठी तरतूद आहे. महाराष्ट्राची एकूण ग्रामीण लोकसंख्या ४,२१,९७,२८१ आहे; तर परभणीची ग्रामीण लोकसंख्या ९,०६,६६८ आहे. म्हणून जिल्ह्याच्या एकूण ग्रामीण लोकसंख्येच्या निकषावर परभणीसाठी तरतूद रू. ११२५ कोटीच्या २.१% म्हणजे रू. १६.११ कोटी होते.

क) जिल्ह्याचे एकूण क्षेत्र: या निकषानुसार एकूण नियतव्ययाच्या ३०% रक्कम विविध जिल्ह्यातील भौगोलिक क्षेत्राप्रमाणे वितरित करायची तरतूद आहे. महाराष्ट्राचे एकूण क्षेत्र ३,०७,७१३ चौ किमी आहे. परभणीचे क्षेत्र ६,२१४ चौमी म्हणजे राज्याच्या क्षेत्राच्या २% आहे. म्हणून जिल्ह्याच्या एकूण क्षेत्राच्या निकषावर परभणीसाठी तरतूद रू. ११२५ कोटीच्या २% म्हणजे रू. २२.७२ कोटी होते.

ड) मानव विकास निर्देशांक: या निकषानुसार एकूण नियतव्ययाच्या २०% (रू ७५० कोटी किंवा रू. ३७५० कोटीच्या २०%) हे विविध जिल्ह्यातील मानव विकास निर्देशांकाच्या आधारे केलेली तरतूद आहे. हा निधी ठरवताना मानव विकास निर्देशांकातून १ वजा करून आलेल्या संख्येचा एकूण राज्य/जिल्हा लोकसंख्येशी गुणाकार करतात. परभणीचा मानव विकास निर्देशांक ०.४३ आहे आणि जिल्ह्याची एकूण लोकसंख्या ९०६६६८ आहे. या आधारे जिल्ह्यासाठी तरतूद रू. १९.१८ कोटी होते.

वरील चार निकषांच्या आधारे केलेल्या नियतव्ययांची बेरीज करून परभणीचा एकूण नियतव्यय रू. ७७.२४ कोटी होतो (रू. १९.२२ + रू. १६.११ + रू. २२.७२ + रू. १९.१८)

### जिल्हा नियोजन समिती अर्थसंकल्प नियोजन प्रक्रिया:

राज्य शासनाने घालून दिलेल्या मार्गदर्शक सूचनांच्या आधारे जिल्हा नियोजन समिती जिल्ह्यासाठी नियोजनाचे अर्थसंकल्प तयार करतात. अर्थसंकल्प तयार करतेवेळी, नियोजन विभागाकडून सर्व जिल्हा नियोजन समित्यांना आपले अर्थसंकल्पीय अंदाज देण्याविषयीची सूचना पत्राने पाठवली जाते. सर्व जिल्ह्यांचे अंदाज नियोजन विभागाकडे सादर होतात. निधीचे वितरणही थेट जिल्हाधिकाऱ्यांना होते. जिल्हा नियोजन समितीसाठी जिल्हाधिकारी आहरण व संवितरण अधिकारी (ड्रॉईंग अँड डिसबर्समेंट ऑफिसर) म्हणून काम पाहतात. जिल्हा योजनेच्या अर्थसंकल्प तयारीची प्रक्रिया सर्वसाधारणपणे जुलै महिन्यात जिल्हा स्तरावर सुरु होते. आकृती ५.२ मध्ये ही प्रक्रिया स्पष्ट केली आहे.

महाराष्ट्र राज्य आरोग्य विभागाची अर्थसंकल्पीय प्रक्रिया: एक ओळख, एक मागोवा



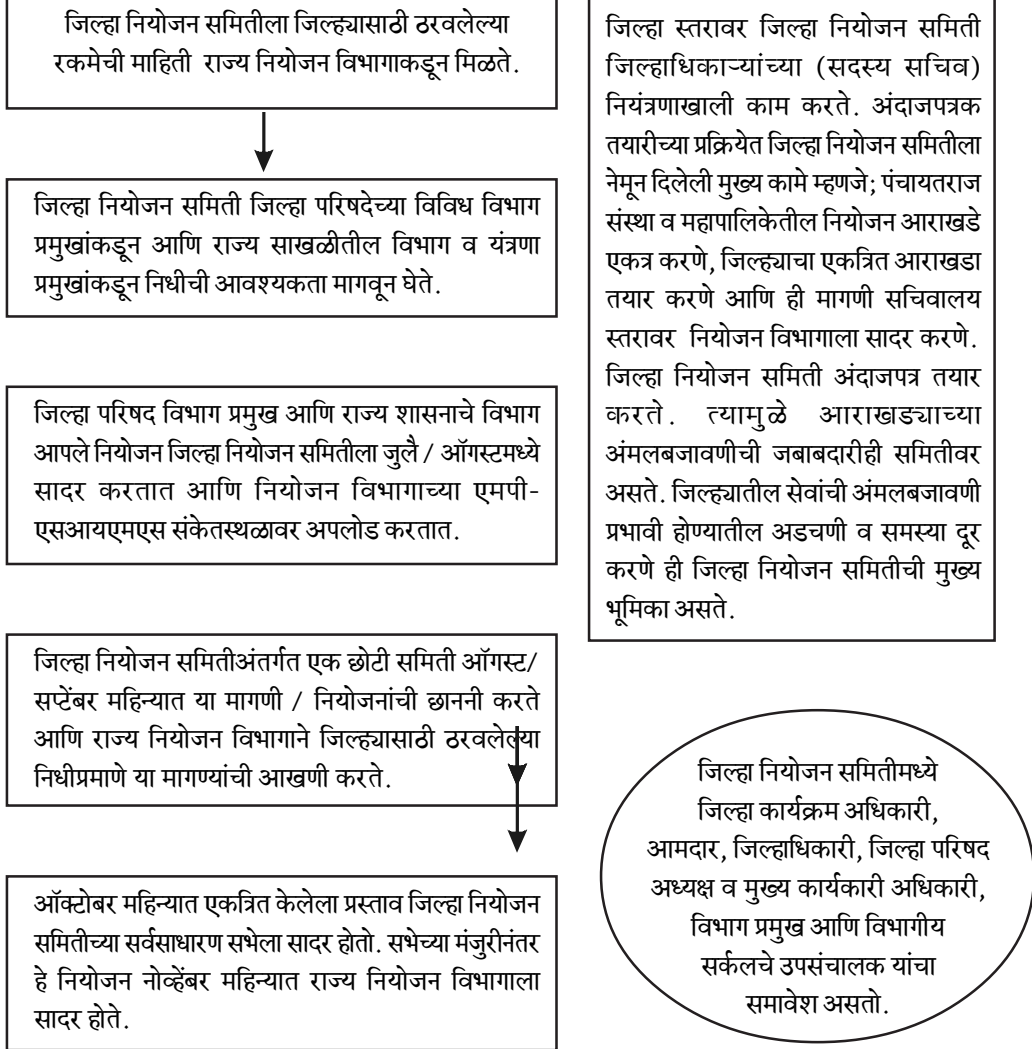
सदरस्थितीत जिल्हाधिकारी हे सदस्य सचिव असतात आणि त्यांच्याकडे सर्व प्रशासकीय व वित्तीय बाबींचे अधिकार<sup>१०</sup> सोपवलेले असतात. नियंत्रक अधिकारी या नात्याने आपल्या जिल्ह्यातील निधीचे संवितरण आणि (जिल्हा नियोजन समितीच्या पूर्वसंमतीने) निधीचा अन्यत्र वापर करण्याचे अधिकारही त्यांच्याकडे असतात. पूर्वी प्रशासकीय मंजूरीची प्रक्रिया खूप वेळखाऊ आणि लांबलचक स्वरूपाची होती. संबंधित राज्य प्रशासकीय विभागांकडून परवानगी घ्यावी लागत असे. परंतु, जिल्ह्यातील मंजूरी व निधी वितरणाला लागणारा वेळ कमी करण्यासाठी ज्या सुधारणा केल्या त्याअंतर्गत प्रशासकीय मंजूरीचे अधिकार जिल्हाधिकाऱ्यांवर सोपवले आहेत. नियंत्रक अधिकारी या नात्याने जिल्हाधिकाऱ्यांकडे नियोजन विभागाकडून, विशेष घटक योजनेचा निधी सामाजिक न्याय विभागाकडून आणि ज्या जिल्ह्यात अदिवासी लोकसंख्या आहे त्याठिकाणी अदिवासी विकास विभागाकडून अदिवासी उपयोजनेचा निधी सोपवण्यात येतो. जिल्हाधिकाऱ्यांकडून हा निधी अंमलबजावणी करणाऱ्या यंत्रणांना, म्हणजेच हॉस्पिटल लाईनमध्ये जिल्हा शल्य चिकित्सक आणि पीएचसी लाईनमध्ये जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांना संवितरित केला जातो. जिल्हाधिकाऱ्यांकडे बीमस् यंत्रणेद्वारे ऑनलाईन निधी येतो आणि जिल्ह्यातील अंमलबजावणी अधिकारी जिल्हाधिकाऱ्यांच्या खात्यातील ही निधीची तरतूद पाहू शकतात आणि त्यासाठी जिल्हाधिकारी कार्यालय किंवा जिल्हा नियोजन समितीकडे पुढील पाठपुरावा करतात.

---

<sup>१०</sup> सरकारी अध्यादेश (जीआर) १६ फेब्रुवारी २००८

स्रोत: शासकीय ठराव, नियोजन विभाग, महाराष्ट्र राज्य, दिनांक १६ फेब्रुवारी २००८

## आकृती ५.२- जिल्हा नियोजन समितीची नियोजन प्रक्रिया



## चौकट २

### नवे प्राथमिक आरोग्य केंद्र/ उपकेंद्र सुरू करणे / असलेल्याची जागा बदलणे

नवे प्राथमिक आरोग्य केंद्र/ उपकेंद्र सुरू करणे / असलेल्याची जागा बदलणे याबाबत पंचायत समिती व सर्वसाधारण सभेल विनंतीपत्र

पंचायत समिती बैठकीत प्रस्तावावर चर्चा

जिल्हा परिषदेच्या आरोग्य समितीकडून प्रस्तावाची समीक्षा आणि त्याला मंजुरी

जिल्हा परिषद सभेकडून प्रस्तावाची समीक्षा

जिल्हा नियोजन समितीकडे प्रस्ताव सादर

प्रस्ताव मंत्रालयाकडे मंजुरीसाठी पाठवणे



ही प्रक्रिया पूर्ण होण्यासाठी २-३ वर्षांचा कालावधी लागतो

# ही प्रक्रिया किती क्लिष्ट स्वरूपाची आहे ते एका मुलाखतकर्त्याने सांगितले - राज्य सार्वजनिक बांधकाम विभागासारख्या आरोग्य विभागाच्या बाहेरील अधिकाऱ्यांकडून काम मंजूर करून घ्यावे लागते, जमीन मिळण्यामध्ये समस्या येतात, सक्षम अधिकाऱ्यांकडून मंजुरी प्रमाणपत्र मिळवावे लागते. यासाठी विविध प्रशासकीय अधिकाऱ्यांशी समन्वय राखणे गरजेचे असते आणि त्यांच्याकडून मंजुरी मिळण्यामध्ये वेळ जातो व काम सुरू करण्यात उशीर होतो.

## पीएचसी लाईन

हत्तीरोग नियंत्रण कार्यक्रम, बीसीजी, लसीकरण आणि क्षयरोग नियंत्रण. कार्यक्रम, हिवताप शिक्षण, कुटुंब कल्याण कार्यक्रम इत्यादी योजनांची अंमलबजावणी प्राथमिक आरोग्य केंद्र करते. यासाठीच्या खर्चाची तरतूद योजनांतर्गत खर्च म्हणून होते. यात वेतनांचाही समावेश असतो. याखेरीज योजनांतर्गत खर्चाचा भाग म्हणून केंद्र सरकारकडून केंद्राच्या योजनांच्या अंमलबजावणीचा निधी राज्यांना हस्तांतरित होतो. या निधीमध्ये वेतने, आस्थापना देखभाल, मालमत्ता निर्माण या सगळ्याच निधींचा समावेश होतो. तसेच राज्य सरकारकडून स्थानिक स्वराज्य संस्थांना सहाय्यक अनुदाने दिली जातात, ज्यामध्ये वेतनांचाही समावेश असतो व हा निधी योजनांतर्गत खर्चाचा भाग असतो. उपलब्ध योजनातील मोठ्या प्रमाणावरील योजना आणि चालू खर्च योजनांतर्गत शीर्षाखाली येतो त्यामुळे योजनांतर्गत व योजनेतर खर्चाच्या वर्गीकरणाचे मूळ प्रयोजन आता राहिलेले नाही. पीएचसी लाईन व हॉस्पिटल लाईन अशा दोन्हीकडे असलेल्या विविध सुविधा जेव्हा आपले अंदाज तयार करतात किंवा खर्चाचे ताळेबंद तयार करतात तेव्हा त्यांना योजनांतर्गत आणि योजनेतर विभागणीविषयी अजिबात माहिती

नसते, असे आमचे निरीक्षण आहे. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, सचिवालय स्तरावर अर्थसंकल्पासंबंधीचे रिपोर्टिंग करण्यासाठी हे वर्गीकरण होते.

नवीन प्राथमिक आरोग्य केंद्राचा प्रस्ताव देण्यासंबंधीचे एक उदाहरण वरील चौकट २ दाखवले आहे:

## हॉस्पिटल लाईन

जिल्हा आरोग्य अधिकारी किंवा जिल्हा परिषद स्तरावरील इतर विभागांप्रमाणे, शल्य चिकित्सक आणि राज्य साखळीतील इतर विभागही आपल्या मागण्या जिल्हा नियोजन समितीकडे पाठवतात. त्यासाठीच्या तरतुदी त्यांना जिल्हाधिकाऱ्यांमार्फत बीमसच्या प्रणालीनुसार मिळतात. सर्वांच्या मागण्यांचा एकत्र प्रस्ताव (यात औषध व पुरवठा, आहार यांवर होणारा खर्च, अतिरिक्त साधन सामुग्री, दुरुस्ती आणि देखभाल यांच्यासाठी हॉस्पिटलला लागणाऱ्या सामुग्रीचा प्रस्ताव) करून तो योजनांतर्गत खर्चाचा मुख्य भाग जिल्हा नियोजन खर्चात (स्थानिक क्षेत्र) समाविष्ट करण्यासाठी जिल्हा नियोजन समितीसमोर विचारार्थ ठेवण्याच्या कामात शल्य चिकित्सकाची भूमिका महत्त्वाची असते<sup>११</sup>, असे आमचे निरीक्षण आहे. शल्य चिकित्सकांनी सामुग्री व पुरवठा खरेदीसंबंधीचे प्रस्ताव मागणीसाठी विनंतीपत्र पाठवावे या आशयाचे पत्र जिल्हा नियोजन समितीकडून पाठवण्यात येते, तिथून ही प्रक्रिया सुरू होते. फार्मासिस्ट प्रस्ताव तयार करतात (आपल्या हॉस्पिटलच्या मागण्या, म्हणजे जिल्हा रूग्णालय तसेच जिल्ह्यातील ग्रामीण रूग्णालये यांच्यासह) आणि ते शल्य चिकित्सकाच्या सूचना घेण्यासाठी त्यांना सादर करतात. शल्य चिकित्सक अंतिम प्रस्ताव तयार करून जिल्हा नियोजन समितीला पाठवतात. विचारविनिमयानंतर तिथे मंजुरी मिळते. अर्थसंकल्पातील मंजूर निधी जिल्हाधिकाऱ्यांना बीमसद्वारे नियोजन विभागांमार्फत पाठवण्यात येतो. त्याची माहिती ते शल्य चिकित्सकांना देतात. दर तीन महिन्यांनी आर्थिक निधी वितरणातून ही रक्कम दिली जाते.

दोन्ही जिल्ह्यात असे निदर्शनास आले कि, 'स्थानिक आरोग्य केंद्रांच्या औषध निधीत वाढ' या उपशीर्षाखाली औषधांच्या खरेदीसाठी योजनांतर्गत खर्चाची मागणी शल्य चिकित्सकांनी जिल्हा निधीतून (जिल्हा नियोजन समिती) केली. राज्य सरकारकडून होणारा औषधपुरवठा अपुरा असून ही तूट जिल्हा नियोजन समिती योजनांतर्गत निधीतून भरून काढली जाते, असे आम्हाला मुलाखतकर्त्यांनी सांगितले. सिव्हील सर्जन आपल्या रूग्णालयासाठी तसेच जिल्ह्यातील सर्व ग्रामीण रूग्णालयांसाठी औषधांची मागणी करतात. दोन्ही जिल्ह्यात 'स्थानिक आरोग्य केंद्रांच्या औषध निधीत वाढ' या उपशीर्षाखालील मागणीला आर्थिक तरतुदींचे निकष आहेत. सुधारित तरतुदींप्रमाणे आदिवासी भागातील ग्रामीण रूग्णालयांना रू. ६ लाख आणि बिगर आदिवासी क्षेत्रातील ग्रामीण रूग्णालयांना रू. ४ लाख अशी तरतूद आहे. आधी ती प्रत्येक ग्रामीण रूग्णालयाला रू. २ लाख होती. जिल्हाधिकारी आणि उच्च अधिकारी (उप संचालक, आरोग्य सर्कल) यांची योजनांना प्रशासकीय आणि तांत्रिक मंजुरी मिळाल्यानंतर सिव्हील सर्जन स्थानिक खरेदीला मंजुरी देतात. एका मुलाखतकर्त्याने सांगितले, की जिल्हा नियोजन समितीच्या मंजूर नियतव्ययापैकी सिव्हील सर्जन यांना केवळ २५% निधी स्थानिक खरेदीसाठी मंजूर करण्याचे अधिकार आहेत; विभागीय स्तरावरील उपसंचालकांना प्रयोगशाळा व वैद्यकीय उपकरणांच्या खरेदीसाठी २५% निधी मंजूर करण्याचे अधिकार आहेत आणि उर्वरित ५०% निधी केंद्रीय खरेदी व्यवस्थेकरिता संचालक आरोग्य सेवा यांच्याकडे असतो.

## जिल्हा सर्वसाधारण योजना अर्थसंकल्प दस्तावेज

नियोजन विभाग, सचिवालय यांचेकडून २००९-१० पासून 'अर्थसंकल्प अंदाज - भाग २ - नियोजन विभाग: जिल्हा योजना' (Civil budget estimates Past II, O- Planning Department : District Plan) या नावाने एक स्वतंत्र पुस्तिका तयार होते. प्रत्येक जिल्ह्यासाठी स्वतंत्र पुस्तिका तयार केली जाते व यामध्ये (अर्थसंकल्पीय अंदाज

<sup>११</sup> यापैकी काही - ग्रामीण रूग्णालयांना औषध पुरवठा (औषध निधीमध्ये वाढ), आरोग्य केंद्रांवरील आहार सुविधा, ३० खाटांच्या ग्रामीण रूग्णालयाचा १०० खाटांच्या रूग्णालयात विस्तार, दवाखान्यात लागणारी, इमारतीचे बांधकाम इत्यादीसाठी सहाय्यक अनुदान

आणि खर्चाविषयीची माहिती) सर्व योजना / सर्वसाधारण जिल्हा योजनेखालील जिल्हा नियोजन समितीवर सोपवलेल्या बाबी यांची माहिती समाविष्ट असते. इतर अर्थसंकल्पीय प्रकाशनांसोबत ही माहिती पुस्तिकाही विधीमंडळाला सादर केली जाते.

सारांश : पीएचसी व हॉस्पिटल या दोन्ही लाईनमध्ये, योजनांतर्गत निधी जिल्हा नियोजन समिती आणि आरोग्य विभागांद्वारा जिल्ह्यापर्यंत येतो. ही प्रक्रिया गुंतागुंतीची आहे, कारण खर्चाविषयक माहिती जिल्हा आरोग्य अधिकारी, सिव्हील सर्जन, जिल्हा नियोजन समिती आणि आदिवासी कार्यालय अशी ठिकठिकाणी विखुरलेली असते. जिल्हा नियोजन समितीकडे जिल्हा सर्वसाधारण योजनेचा नियतव्यय आणि खर्च याची माहिती आहे. आदिवासी विकास उपयोजना आणि अनुसूचित जाती विशेष घटक योजना यांचे जिल्हा योजनांचे नियतव्यय खर्च संबंधित विभागांकडे असते. याखेरीज राज्य आरोग्य योजनेतील माहिती, या यंत्रणेतील विभागीय व जिल्हा स्तरावरील विविध विभागात विखुरलेली आहे. अर्थसंकल्प विश्लेषणासाठी उपयुक्त ठरेल असे मूलभूत माहिती संकलित असलेले कोणतेही पुस्तक वा प्रकाशन नाही, असे निदर्शनास आले.

प्रचलित व्यवस्थेमध्ये योजनांतर्गत निधी प्रक्रियांची जिल्हा स्तरावर माहिती देण्यासाठी परिपूर्ण माहिती स्रोत नाही, असे निदर्शनास येते. आरोग्य विभाग उपसंचालकांकडून मासिक आर्थिक व उपक्रमांचे प्रगती अहवाल आणि मासिक खर्चाचे विवरणपत्र मात्र तयार होते. उपसंचालक खर्चाची माहिती सर्व जिल्ह्यातून एकत्र करतात आणि संचालक आरोग्य सेवांच्या नियोजन कक्षाला अहवाल सादर करतात.

अर्थसंकल्प तयार करणे वा मंजूरी देणे, त्याचे संवितरण आणि त्यात सुधारणा करताना निधी व खर्चाचे तपशील तपासणे महत्त्वाचे ठरते. यामध्ये विविध बाबींचा समावेश होतो; जसे की, निधी खर्च झाला कि नाही, झाला नसेल तर निधी परत सरकारकडे पाठवला का, सरकारी पैसे वापरताना काही गैरव्यवहार झाला आहे का इत्यादी. यासाठी अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेच्या संस्थात्मक संरचनेमध्ये निरीक्षण व नियमन (ओव्हरसाईट अँड रेग्युलेटरी) यंत्रणा उभारलेली आहे. यामध्ये लेखा परिक्षण, संनियंत्रण, नियंत्रण इत्यादी बाबींचा समावेश होतो व ही कार्ये विभागांतर्गत वा बाह्य यंत्रणांकडून होतात. अंतर्गत व बाह्य लेखा परिक्षण यंत्रणांची भूमिका व कामे पुढील भागात स्पष्ट केली आहेत.

## प्रकरण सहा : निरीक्षणे

वित्त व आरोग्य विभागांतर्गत नियंत्रण यंत्रणा अस्तित्वात आहे. विविध तपासण्या, नियमित बैठका आणि नियमित अहवालातून संनियंत्रण अशा स्वरूपात ही यंत्रणा काम करते. बहुतेक सर्व अहवाल वरिष्ठ अधिकाऱ्यांना सादर होतात. हे अधिकारी निधी संवितरित करतात व नियंत्रक अधिकारी म्हणून काम पाहतात.

प्रत्येक प्रशासकीय विभाग मंजूर निधीच्या खर्चासंबंधी निरीक्षण तपासण्यास व नियंत्रणास जबाबदार असतो. हे नियंत्रणाचे काम संबंधित विभागांचे प्रमुख, नियंत्रण अधिकारी आणि त्यांना कनिष्ठ असलेले संवितरण अधिकारी मिळून करतात. खर्चाच्या नियंत्रण व संनियंत्रणाच्या कामासाठी, आर्थिक व्यवहार व त्याचे रिपोर्टिंग नियमानुसार होण्यासाठी आणि चुका व गैरव्यवहारांना आळा घालण्यासाठी आवश्यक मार्गदर्शक तत्त्वे महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिकेत दिलेली आहेत. डीडीओ / नियंत्रण अधिकारी यांच्याकडून मिळालेल्या खर्चाच्या विवरणपत्राच्या आधारे नियंत्रण आणि संनियंत्रण केले जाते<sup>१२</sup>.

संचालक, आरोग्य सेवा यांच्या अधिपत्याखालील बीएए अंतर्गत लेखा परीक्षणाचे प्रमुख सहसंचालक असतात व त्यांना बीएएचे सहाय्यक संचालक सहाय्य करतात. जिल्हा परिषदांना दिल्या जाणाऱ्या आरोग्य अनुदानांचे अंतर्गत लेखा परीक्षण आणि मूल्यांकनाची जबाबदारीही बीएए, सहाय्यक संचालकांवर असते. डीडीओंना निधी वितरित करणे आणि उपसंचालकांच्या कार्यक्षेत्रातील उपजिल्हा रूग्णालये, ग्रामीण रूग्णालये यांचे अंतर्गत लेखा परीक्षण करण्याची जबाबदारीही या कार्यालयाकडे असते. याचप्रमाणे सहसंचालक, मलेरिया, हत्तीरोग नियंत्रण विभाग डीएओ चे परीक्षण करतात.

बाह्य लेखा परीक्षणाचे काम विधीमंडळाच्या अधिपत्याखाली येते आणि ते अंदाज समिती, लोक लेखा समिती, पंचायतराज संस्था समिती या विधीमंडळ समित्यांकडून होते. कार्यकारी मंडळ आपली जबाबदारी नीट पार पाडत आहे की नाही आणि मंजूर निधीचा योग्य वापर होत आहे कि नाही हे तपासण्याच्या व प्रशासनावर नियंत्रण ठेवण्याच्या उद्देशाने या समित्या काम करतात. नोकरशाहीतील भ्रष्टाचाराला आळा घालण्यासाठी व सत्तेच्या गैरवापरावर अंकुश ठेवण्यासाठी या समित्यांचे काम महत्त्वाचे ठरते. विधीमंडळाने सार्वजनिक निधी व खर्चाचे परीक्षण करण्याच्या प्रक्रियेला गती देण्याचे काम कॉम्प्ट्रोलर अँड ऑडिटर जनरल आणि अंकाऊंटंट जनरल करतात.

डायरेक्टोरेट फॉर लोकल फंड अकाऊंटस् ऑडिटर्स (डीएलएफएए) या अलिकडेच तयार करण्यात आलेल्या यंत्रणेमार्फत ग्रामीण व शहरी स्थानिक स्वराज्य संस्थांच्या लेखा परीक्षणाचे काम होते. महाराष्ट्र सरकारने अध्यादेश<sup>१३</sup> काढून बॉम्बे लोकल फंड ऑडिट अॅक्ट, १९३० मध्ये बदल करून स्थानिक स्वराज्य संस्थांच्या लेखा परीक्षणासाठी, जिल्हा परिषदांचे वार्षिक ताळेबंद प्रमाणित करण्यासाठी आणि पंचायतीराजचे वार्षिक लेखा तयार करून ते विधीमंडळाच्या परीक्षणासाठी जबाबदारी व अधिकार डीएलएफएए या स्वतंत्र यंत्रणेला दिले आहेत. विविध विभागांच्या उपक्रमाशी निगडित प्रश्नांच्या निरसनासाठी विधीमंडळ समिती, पंचायतराज समिती संबंधित विभागांच्या प्रत्यक्षदर्शी / प्रशासकांना बोलावून घेते. याआधारे या समित्या आपले अहवाल तयार करतात व विधीमंडळाला सादर करतात. बीडीएसकडून पंचायतराज संस्थांना निधी संवितरित होईपर्यंत

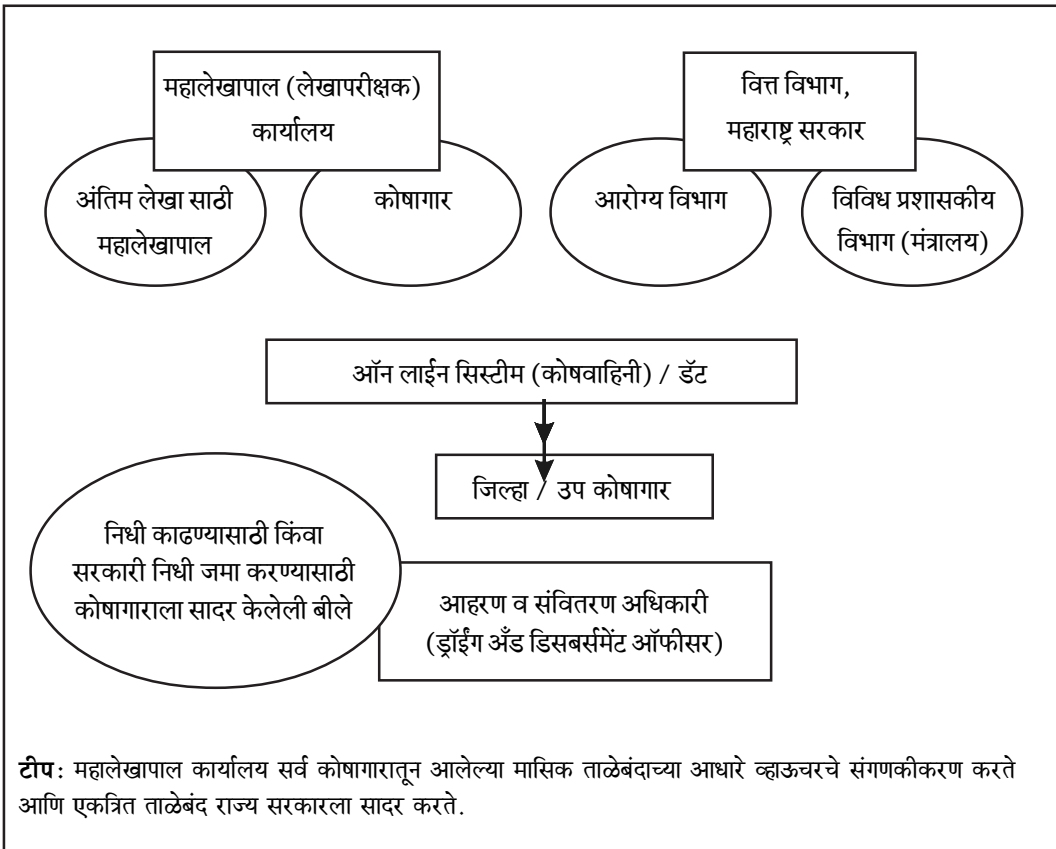
<sup>१२</sup> विविध ठिकाणचे डीडीओ आपल्या संबंधित कोषातून वितरणासाठीचा निधी काढतात. नियंत्रण अधिकाऱ्याला एकापेक्षा अधिक डीडीओंचे काम पहावे लागते. नियंत्रण अधिकाऱ्यांवर नियंत्रणाचे अधिकार विभाग प्रमुखांकडे आहेत.

<sup>१३</sup> महाराष्ट्र सरकार अध्यादेश क्र. ५, २०११

महाराष्ट्र सरकारच्या सर्व विभागांचे बाह्य लेखा परीक्षण अकाऊंटंट जनरल करतात आणि खर्चाचे बाह्य लेखा परीक्षण डीएलएफएएकडून होते.

निधी व्यवस्थापनाचे काम पाहणाऱ्या वित्त विभागाचा तांत्रिक कक्ष 'लेखा व राजकोशीय संचालनालय' (डायरेक्टोरेट ऑफ अकाऊंटन्ट्स अँड ट्रेझरी (डॅट)) कडून सर्व सरकारी जमा व खर्चाचे नियंत्रण व संनियंत्रण होते. जिल्हा व उपजिल्हा स्तरावर डॅटचे कोषागार असतात, त्यामधून त्या स्तरावरील कार्यालये त्यांना सरकारने मंजूर केलेला निधी प्रत्यक्ष काढून घेऊ शकतात. हे सर्व कोषागार संचालनालयाला अहवाल देतात आणि त्यासोबत बाह्य निरीक्षण तपासणी यंत्रणा (एक्सटर्नल ओव्हरसाईट एजन्सी) व महा लेखा परीक्षकांनाही अहवाल देतात. (आकृती क्र. ६.२)

### आकृती ६.२ : अंतर्गत व बाह्य नियंत्रण यंत्रणा



आपल्या कार्यक्षेत्रातील कोषागारांची सर्वसाधारण प्रशासन आणि कार्यवाहीची जबाबदारी<sup>१४</sup> जिल्हाधिकाऱ्यांवर सोपवलेली आहे. जिल्हाधिकारी आपले अहवाल सचिव, वित्त विभाग यांना सादर करतात. जिल्हाधिकारी कोषागारांचे नियमित परीक्षण करतात. जर या दरम्यान काही अनियमितता आढळून आली किंवा महालेखापालांनी काही निदर्शनास आणून दिले तर जिल्हाधिकारी व्यक्तीशः त्याचा तपास करतात आणि त्याचे अहवाल महालेखापाल आणि सचिव वित्त विभाग यांना सादर करतात. विभागीय स्तरावरील डॅटची कार्यालये जिल्हा व उपजिल्हा स्तरावरील कोषागारांचे नियमित परीक्षण करतात व आढावा घेतात. अशा प्रकारे अंतर्गत संनियंत्रण/नियंत्रण यंत्रणा काम करते असे आम्हाला सांगण्यात आले / आमच्या निदर्शनास आले.

भारतामध्ये लेखा आणि लेखा परीक्षण या संयुक्त जबाबदाऱ्या समजल्या जातात. सरकारच्या अर्थसंकल्प लेखा व लेखा परीक्षण तर्फे, अंतर्गत लेखा परीक्षण केले जाते. लेखा व वित्त भारतात संयुक्त जबाबदारी म्हणून ओळखले जाते. अंतर्गत लेखा परीक्षण हा शासकीय लेखा व्यवस्थेतील घटक असून ह्या विभागासाठी जबाबदारी व भूमिकांमध्ये फारसा फरक नसल्यामुळे अंतर्गत लेखा परीक्षणाच्या कार्यात व्यत्यय येऊ शकतो. लेखा व वितरणाची जबाबदारी मुख्य लेखापाल यांची असते.

लेखा अचूक होण्यासाठी आणि कार्यक्षम कार्यवाहीसाठी लेखा परीक्षण हा सर्वसाधारण व्यवस्थापनाचा एक भाग आहे आणि या अंतर्गत लेखा परीक्षणाची जबाबदारी विभाग सचिवांवर असते. असे निदर्शनास आले कि, सार्वजनिक आरोग्य विभागाने वर्षभर नियमितपणे परीक्षणे व्हावीत यासाठी एक टीम तयार केली आहे. त्यामध्ये सहाय्यक संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परीक्षण, आरोग्य सेवा संचालनालयाचे मुख्य प्रशासकीय अधिकारी आणि एक फार्मासिस्ट यांचा समावेश असतो. एका मुलाखतकर्त्याने सांगितले कि, २००८-०९ वर्षातील सामुग्री व पुरवठा संदर्भात झालेल्या गैरव्यवहारापश्चात नियंत्रण यंत्रणा सुरू झाली. ही टीम दरवर्षी कोठाराची तपासणी करते. प्रत्यक्ष आणि उपलब्ध शिल्लक आणि कोठारातील खरेदी व साठे यांची विभागीय स्तरावर, उपसंचालक स्तरावर, उपसंचालकांच्या कार्यक्षेत्रातील एक जिल्हा आणि त्या जिल्ह्यातील एक उप रूग्णालय आणि एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावर परीक्षण होते.

## बाह्य लेखा परीक्षण

बाह्य लेखापरीक्षणासाठी विधीमंडळ समित्यांची नेमणूक होते. यामध्ये अंदाज समिती, लोकलेखा समिती, पंचायतराज संस्था समिती यांचा समावेश होतो. अंमलबजावणी यंत्रणेने विहित उद्देशांसाठी आणि कार्यक्षमतेने निधीचा वापर होण्यासाठी व नोकरशाहीतील भ्रष्टाचार व सत्तेचा गैरवापर कमी करण्यासाठीची ही नियंत्रणा यंत्रणा अस्तित्वात आणली आहे. सार्वजनिक खर्च व महसुलाच्या विधीमंडळाकडून होणाऱ्या परीक्षणासाठी राज्य स्तरावर महालेखापाल कॅंग (ज्याला नियंत्रक आणि महालेखा परीक्षक असे संबोधले जाते) काम पाहतात. राज्य सरकारचे लेखा संकलित करून, त्याचे लेखा परीक्षण करून विधीमंडळाला सादर करण्याची जबाबदारीदेखील ते पार पाडतात. अर्थसंकल्पाच्या अंमलबजावणीनंतर तयार झालेल्या लेखा परीक्षणातील निष्कर्षांच्या आधारे विधीमंडळ (ओव्हरसाईट) परीक्षणाचे काम होते. नियंत्रक आणि महालेखा परीक्षक (कॅंग) ही राज्यघटनेला अनुसरून स्वतंत्र वैधानिक अधिकार यंत्रणा म्हणून ओळखली जाते. या यंत्रणेचे काम स्वतंत्रपणे व्हावे यासाठी राज्यघटनेकडून पूर्वदक्षता घेण्यात आली आहे. कॅंगच्या वतीने बरीच लेखा परीक्षणे केली जातात, नियमित (वित्त) लेखा परीक्षण, नियमित (कायदा व नियम पालन) लेखा परीक्षण, कामगिरी / कार्यवाही (परफॉर्मन्स) लेखा परीक्षण. अर्थसंकल्पीय नियंत्रण यंत्रणेतील कच्चे दुवे, अयोग्य ताळेबंद, महसूल गोळा करण्यातील कमतरता, सार्वजनिक निधीचा अपव्यय, गुंतवणुकीवरील कमी परतावा, व्यवस्थात्मक त्रुटी आणि सार्वजनिक संसाधनांचे गैरव्यवस्थापन आदी अनेक विषयासंबंधी महत्वाचे मुद्दे लेखा परीक्षण अहवालातून पुढे आणण्यात येतात. परंतु कॅंगच्या अहवालात या गंभीर त्रुटींकडे लक्ष वेधण्याच्या दृष्टीने नोंदी केल्या जातात. म्हणजे कॅंग अहवालात असे म्हटले जाते की, विभागाकडून प्रतिसाद अपेक्षित आहे. यातून या बाह्य लेखा परीक्षण यंत्रणेचे महत्त्व कमी करण्याची मानसिकता प्रतीत होते.

<sup>१४</sup> महाराष्ट्र कोषागार नियमावली, १९६८ च्या आधारे



## स्थानिक स्वराज्य संस्थांचे लेखा परीक्षण

शहरी व ग्रामीण स्थानिक स्वराज्य संस्थांच्या ताळेबंदांचे मूल्यांकन, पर्यवेक्षण व लेखा परीक्षणासाठी अलिकडेच नेमण्यात आलेली यंत्रणा म्हणजे 'स्थानिक निधीसाठी लेखा व लेखा परीक्षणे संचालनालय.' बॉम्बे लोकल फंड ऑडीट अॅक्ट, १९३० मध्ये महाराष्ट्र अध्यादेशान्वये<sup>१५</sup> सुधारणा करून ही स्वतंत्र यंत्रणा तयार झाली. पंचायतीराज संस्थांचे लेखा परीक्षण करणे, जिल्हा परिषदेने तयार केलेल्या वार्षिक लेखांचे प्रमाणपत्र करणे आणि राज्य विधीमंडळाला परीक्षणासाठी पंचायती राज संस्थांचा आर्थिक कामकाजाचा वार्षिक लेखा परीक्षण अहवाल सादर करणे, अशी कामे ही यंत्रणा करते. विभागांच्या उपक्रमांसंबंधीचे प्रश्न, शंकांनिरसनासाठी अंमलबजावणी यंत्रणेतील संबंधितांकडून केल्यानंतर विधीमंडळ समिती आपला अहवाल राज्य विधीमंडळाला सादर करते. महाराष्ट्र सरकारच्या सर्व प्रशासकीय विभागांचे बाह्य लेखा परीक्षण निधी विनियोजित होईपर्यंत महालेखापालांकडून केले जाते. पंचायतीराज संस्थांचे बाह्य लेखा परीक्षण स्थानिक निधीसाठी लेखा व लेखा परीक्षणे संचालनालयामार्फत केले जाते.

परंतु लेखा परीक्षण अहवालांची छाननी करण्यामध्ये बराच वेळ निघून जातो. चालू वर्ष २०११-१२ मध्ये समितीने २००५-०६चा छाननी अहवाल सादर केला आहे<sup>१६</sup> (हा संकेतस्थळावर उपलब्ध आहे). बऱ्याच सरकारी विभागात अंतर्गत लेखा परीक्षणाचे कामकाज सुधारणे गरजेचे आणि आव्हानात्मक आहे, हे वास्तव अनेक शासकीय सचिवही मान्य करतात. सुधारणा करण्याची जबाबदारी संबंधित विभागांवर सोपवली जाते, यात संबंधित अधिकाऱ्यांना जबाबदार धरावे अशी अपेक्षा असते. पण विभागाने कोणती कारवाई केली याबाबत फारच कमी माहिती उपलब्ध आहे.

## प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, तालुका आरोग्य अधिकारी आणि गट विकास अधिकारी स्तरावरील अंतर्गत व बाह्य लेखा परीक्षण

प्राथमिक आरोग्य केंद्र आणि जिल्हा आरोग्य अधिकारी या स्तरावरील बऱ्याच मुलाखतकर्त्यांनी असे सांगितले की मुख्य लेखा व वित्त अधिकारी, जिल्हा परिषद हे अंतर्गत लेखा परीक्षणाचे काम करतात. स्थानिक निधीसाठी बाह्य लेखा परीक्षण लेखा व लेखा परीक्षणे संचालनालयाचे आणि महालेखापाल यांचे जिल्हा कर्मचारी यांच्याकडून होते. जिल्हा परिषदेचे मुख्य लेखा व वित्त अधिकारी वर्षातून एकदा लेखा परीक्षण करतात. याखेरीज विशेष निरीक्षणासाठी तपासणी पथक पाठवून संबंधीत उपक्रमांचे परीक्षण होते. याला लेखा परीक्षण पथक म्हणतात असे आम्हाला बहुतेक प्राथमिक आरोग्य केंद्रे आणि तालुका कार्यालयातून सांगितले गेले. हे पथक पंचायत समिती कार्यालयाला भेट देते आणि त्यांच्यासोबत पंचायत समिती लेखापाल असतात. वेतनवाढीची बेरीज, चुकीचे लेखे, कॅश बुकमधील अपुऱ्या नोंदी, नियमित व विशेष रजांची गणना करण्यातील चुका आणि त्यांच्या नोंदी इत्यादी स्वरूपाचे मुद्दे लेखा परीक्षण पथकाकडून प्रामुख्याने उपस्थित होतात, असे सांगण्यात आले. अंतर्गत लेखा परीक्षकांच्या सूचनांनुसार (वॉच रजिस्टर)<sup>१७</sup> या चुका सुधारण्यात येतात, आवश्यक बदल केले जातात आणि लेखा परीक्षणातील मुद्द्यांचे निराकरण केले जाते.

सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्रांचे बाह्य लेखा परीक्षण स्थानिक निधीसाठी लेखा व लेखा परीक्षणे संचालनालयाच्या विभागीय वा जिल्हा कार्यालयाकडून बहुतेकदा सप्टेंबर आणि ऑक्टोबर महिन्यात होते. महालेखापाल पाच वर्षातून एकदा चाचणी लेखा परीक्षण करतात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, तालुका आरोग्य अधिकारी आणि गट विकास अधिकारी कार्यालयांचे लेखा आणि आर्थिक व्यवहार यांचे लेखा परीक्षण होते. अभ्यासातील नमुना जिल्ह्यातील एका तालुक्यात स्थानिक निधीसाठी लेखा व लेखा परीक्षणे संचालनालयाच्या लेखा परीक्षकांनी प्राथमिक आरोग्य केंद्रासंबंधी लेखा परीक्षणे - हाफ मार्जिन मेमो - स्वरूपात

<sup>१५</sup> महाराष्ट्र अध्यादेश क्रमांक ५, २०११

<sup>१६</sup> [http://mls.org.in/vidhanmandal\\_samitya.aspx#](http://mls.org.in/vidhanmandal_samitya.aspx#)

<sup>१७</sup> लेखा परीक्षकांच्या सूचना - वॉच रजिस्टर म्हणजे लेखापालांनी निदर्शनास आणून दिलेल्या चुका व त्या दूर करण्यासाठी केलेल्या कारवाईच्या नोंदीचे रजिस्टर

नोंदवली. 'आपल्या भेटीचा गोषवारा' अहवालात त्यांनी ही निरीक्षणे समाविष्ट करून अहवाल तालुका कार्यालयाला स्पष्टीकरणासाठी पाठवला. २००४-०५ ते २००७-०८ कालावधीसाठीचे हे लेखा परीक्षण होते. आम्हाला सांगितले की विभागनिहाय मेमोचे मुख्य कार्यकारी अधिकारी कार्यालय, जिल्हा परिषदमध्ये वाचन झाले. संबंधित विभागांच्या कनिष्ठ अधिकाऱ्यांकडून प्रतिसाद घेण्यासाठी मुख्य प्रशासकीय अधिकाऱ्यांनी बैठक घेतली.

असे निदर्शनास आले कि, स्थानिक निधीसाठी लेखा व लेखा परिक्षणे संचालनालय किंवा महालेखापाल यांचेकडून केलेल्या लेखा परीक्षणात जे आक्षेप उठवले जातात, त्यासाठी या यंत्रणा विशिष्ट कार्यपद्धतीचा अवलंब करतात. संबंधित यंत्रणेला या आक्षेपांविषयी प्रतिसाद देण्यासाठी अवधी दिला जातो आणि त्यानंतरच लेखा परीक्षण अहवालात त्यावर टिप्पणी केली जाते. असेही निदर्शनास आले की, दोन्ही जिल्ह्यातील जिल्हा परिषदा आपले प्रशासकीय अहवाल प्रकाशित करतात. महाराष्ट्र जिल्हा परिषद आणि पंचायत समिती कायदान्वये त्यांना हे बंधनकारक आहे. या अहवालात इतर विभागीय माहितीबरोबरच जिल्हा परिषद व पंचायत समिती यांसाठी स्वतंत्रपणे लेखा नोंदी व त्याची उत्तरे दिलेली असतात. असे दिसून आले की, या प्रशासकीय अहवालातील माहिती अत्यंत त्रोटक असून त्यामुळे त्यातून आक्षेपाला दिलेले स्पष्टीकरण समजून येत नाही व सुधारणेसाठी काय उपाययोजना केली हेही समजत नाही.

## हॉस्पिटल लाईन

विविध यंत्रणांकडून अंतर्गत व बाह्य लेखा परीक्षण करण्यात येते. बहुतेक मुलाखत्यांनी (ग्रामीण रूग्णालये, जिल्हा व उप जिल्हा रूग्णालये येथील) सांगितले की त्यांच्या ताळेबंदाचे लेखा परीक्षण महालेखापालांकडून होते. औषधे व साधनांची प्रत्यक्ष तपासणी वित्त विभागातील डॅटच्या स्टोअर व्हेरीफिकेशन युनिटकडून होते. स्टोअर व्हेरीफिकेशन म्हणजेच साठा तपासणीमध्ये प्रत्यक्षातील उपलब्ध साठा आणि रूग्णालयाच्या मालमत्ता / नोंदवहीत लिहिलेला शिल्लक साठा याची पडताळणी होते. तसेच वस्तू / मालाची हानी / कमतरता व आवश्यकतेपेक्षा जास्त वापरलेल्या वस्तूंचे प्रमाण याचीही पडताळणी होते. खरेदीची व साठा करण्याची पद्धत आणि खरेदीची आवश्यकता या गोष्टीही तपासल्या जातात.

जिल्हा 'अ' मध्ये आम्ही पाहिल्याप्रमाणे, ग्रामीण रूग्णालयाचे अंतर्गत लेखा परीक्षण व तपासणी जिल्हा शल्य चिकित्सक कार्यालयाकडून होते. लेखा परीक्षण समितीचे प्रमुख मुख्य प्रशासकीय अधिकारी असून सदस्यांमध्ये शल्य चिकित्सक कार्यालयातील लेखापाल आणि फार्मासिस्ट यांचा समावेश असून ज्यांनी अंतर्गत तपासणी लेखा परिक्षणासाठी प्रत्येक ग्रामीण रूग्णालयाला भेट दिली आहे अशा चार व्यक्ती असतात. शल्य चिकित्सकांना मुख्य प्रशासकीय अधिकारी सहाय्य करतात. आणि शल्य चिकित्सकांची प्रशासकीय कामे म्हणजे ग्रामीण व उप जिल्हा रूग्णालये शासनाच्या नियम व पद्धतीप्रमाणे लेखा ठेवत आहेत की नाही, रिपोर्टमधील वित्तीय माहितीची विश्वासाहर्ता इत्यादी बाबींची जबाबदारी मुख्य प्रशासकीय अधिकाऱ्यांची असते. हे अधिकारी आपले अहवाल शल्य चिकित्सकाबरोबरच उपसंचालकांच्या होणाऱ्या मासिक बैठकीमध्येही सादर करतात. जिल्हा 'ब' मध्ये, अंतर्गत लेखा परीक्षण शल्य चिकित्सक कार्यालयाकडून होत नाही, तर विभागीय उपसंचालक, आरोग्य सर्कल यांचे कार्यालयाकडून (निधी नियंत्रक कार्यालयाकडून) होते असे सांगण्यात आले. सिव्हील सर्जन वैद्यकीय महाविद्यालयाशी संलग्न रूग्णालयात रूजू होते आणि त्यांचे स्वतंत्र कार्यालय वा कर्मचारी वर्ग अस्तित्वात नव्हता. परंतु इतर जिल्ह्यातील शल्य चिकित्सकांच्या कार्यालयात अंतर्गत लेखा परीक्षण व तपासणीची जबाबदारी घेणारे मुख्य प्रशासकीय अधिकारी, प्रशासकीय अधिकारी, काही लेखापाल असे कर्मचारी आहेत. अशा प्रकारे जिल्हा 'ब' मध्ये परीक्षणाचे काम उपसंचालक कार्यालयाकडून होते.

खर्च झाल्यानंतर किंवा आहरण व संवितरण अधिकाऱ्यांनी कोषागारातून निधी काढल्यानंतर, कोषागार कार्यालये आपल्याकडील माहिती महालेखापालांना सादर करतात आणि खर्चाची नोंद बिलाच्या ट्रेझरी व्हाऊचर क्रमांकासह केली जाते. बिलाच्या कोषागार व्हाऊचर क्रमांकाचे तपशीलासह केलेले खर्चाचे मासिक वा त्रैमासिक विवरणपत्र अंतर्गत लेखा परीक्षणासाठी सादर होते. महालेखापालांसोबत लेखा पूर्ण / आक्षेपांचे निराकरण करण्याची जबाबदारी जिल्हा 'अ' मध्ये शल्य चिकित्सक

कार्यालयाकडे आणि जिल्हा 'ब' मध्ये आरोग्य विभागाच्या विविध उपसंचालकांकडे आहे. यामध्ये कोषागारात आणि डीडीओंकडे नोंदवलेले खर्च अर्थसंकल्पाच्या योग्य शीर्षाखाली आहेत की नाही हे तपासण्यात येते आणि जमा खर्च नोंदीच्या चुका असल्यास त्या दुरुस्त करून घेतल्या जातात. महालेखापालांच्या कार्यालयामार्फत विकसित केलेल्या संकेतस्थळाचा वापर करून ही प्रक्रिया ऑनलाईन होते <sup>१८</sup>. यामुळे नियंत्रक अधिकारी कार्यालयाला विनियोजित निधीवर लक्ष ठेवणे शक्य होते आणि त्यांच्या नियंत्रणाखाली असलेल्या डीडीओंकडून होणाऱ्या खर्चावर नियंत्रण राखता येते.

### उपसंचालक, विभागीय आरोग्य सर्कल कार्यालय

यापूर्वी म्हटल्याप्रमाणे विभागीय आरोग्य सर्कल कार्यालयाकडे ज्या विविध जबाबदाऱ्या आहेत, त्या म्हणजे, निधी संवितरण आणि जिल्हा रूग्णालये व ग्रामीण रूग्णालयांचे डीडीओंच्या खर्चावर नियंत्रण राखणे, इतर समान उद्दिष्टांसाठी फिरवलेल्या निधीचा लेखा तयार करणे, सर्व मुख्य शीर्षांचे मूळ निधी आणि अंतिम सुधारित निधी खर्चाचे विवरणपत्र करून, त्यांचे एकत्रित विवरणपत्र वरील अधिकारी कार्यालयाला लेखा प्रक्रियेसाठी सादर करणे. याखेरीज उपसंचालकावरील इतर जबाबदाऱ्या म्हणजे, वरिष्ठांच्या आदेशाप्रमाणे मानव संसाधन विषयक चौकशी आणि तक्रारींची दखल घेणे, अंतर्गत लेखा परीक्षण व तपासणी करणे, आणि साठ्याची प्रत्यक्ष तपासणी करणे. आरोग्य सर्कलचे उपसंचालक हे सह संचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व लेखा परीक्षण, यांचे कनिष्ठ अधिकारी म्हणून काम करतात. तपासणी, नियमित बैठका आणि नियमित प्रगती अहवालाद्वारे संनियंत्रण या अंतर्गत नियंत्रणासाठी वापरल्या जाणाऱ्या पद्धती आहेत.

निधी संवितरण आणि नियंत्रण याखेरीज विभागीय स्तरावरील उपसंचालकांचे कार्यालय महत्त्वाची भूमिका निभावते. आरोग्यदर्शक एकत्र करून ते संबंधित वरिष्ठ अधिकाऱ्यांना म्हणजे ब्युरो प्रमुख (कार्यक्रम) सह संचालक आणि आरोग्य सेवा संचालक यांना सादर करतात. मुख्य प्रशासकीय अधिकारी, प्रशासकीय अधिकारी यांच्याकडून त्यांच्या हॉस्पिटल लाईन व पीएचसी लाईन लेखा परीक्षण व तपासणीचे अहवालही हे कार्यालय मिळवते. बाह्य लेखा परीक्षण यंत्रणांनी नोंदवलेली निरीक्षणे व त्याला आलेले प्रतिसाद यांचा लेखाजोखा घेण्याचे कामही हे कार्यालय करते.

### सहसंचालक, अर्थसंकल्प, लेखा व प्रशासन (बजेट, अकाउंट अँड अॅडमिनिस्ट्रेशन - बीएए)

संचालक आरोग्य सेवांचे प्रमुख सह संचालक असतात व ते संचालक आरोग्य सेवांच्या खाली काम करतात. संचालक, आरोग्य सेवांचा बीएए कक्ष हा लेखा व अंतर्गत लेखा परीक्षणासाठी जबाबदार आहे. सह संचालकांना सहाय्यक संचालक, बीएए यांचे सहाय्य होते. संयुक्त संचालक आणि सहाय्यक संचालक ही दोन्हीही पदे बिगर वैद्यकीय असून त्यांची पार्श्वभूमी वित्त व लेखा विषयातील असते. वित्त विभागातील अनुभवी अधिकाऱ्यांची या पदावर नेमणूक केली जाते. हा कक्ष वित्त विभागाशी जवळून काम करतो. बीएए कक्षामध्ये खास अंतर्गत परीक्षणासाठी नेमलेला आणि जिल्हा परिषदेला आरोग्यविषयक दिलेल्या सहाय्यक अनुदानाचे मूल्यांकनासाठी कर्मचारी वर्ग आहे. विविध विभागीय कार्यालयांशी समन्वय साधून महालेखापालांच्या तपासणी अहवालातील लेखा परीक्षण टिप्पणीचे निराकरण करणे हे बीएए कक्षाचे आणखी एक महत्त्वाचे काम आहे.

जिल्हा रूग्णालये व इतर कार्यालयांच्या अंतर्गत लेखा परीक्षणाला उशीर होतो असे अभ्यासातून निदर्शनास आले. बीएए कक्षाच्या एका मुलाखतकर्त्याने सांगितले की संस्थांची संख्या ठरवायची आणि प्रत्येक संस्थेचा पुन्हा दीड ते दोन वर्षांनी क्रमांक येईल असे नियोजन करायचे असा प्रयत्न २००९ च्या मध्यापासून चालू आहे. २००४-०५ वर्षासाठीचे जिल्हा रूग्णालयाचे लेखा परीक्षण पूर्ण झाले असे सांगण्यात आले. सध्या (२०११-१२) मध्ये २००८-०९ च्या लेखा परीक्षणासाठी ३ जिल्ह्यांची निवड केली आहे. अंतर्गत लेखा परीक्षणाचे महत्त्व मान्य आहे, पण मनुष्यबळ अपुरे असल्याने या कामास खूप उशीर होतो, असे मुलाखतकर्त्यांचे मत पडले.

<sup>१८</sup> महालेखापालांना जमाखर्चाचा ताळेबंद संकेतस्थळावरील (<http://agmaha.cag.gov.in>) प्रणालीच्या सहाय्याने स्वतंत्रपणे सादर करण्यात येतो. आहरण व संवितरण अधिकारी किंवा नियंत्रण अधिकारी व्हाऊचरचे तपशील दहा आकडी संकेतांकाच्या सहाय्याने संकेतस्थळावर टाकतात व त्याची पोचपावती घेतात.

अर्थसंकल्पातील तरतुदींचे उद्दिष्ट साध्य झाले की नाही हे समजण्यासाठी प्रशासकीय कार्यवाहीच्या प्रत्येक स्तरावर परीक्षण करणे गरजेचे आहे. त्यामुळे संसाधनांचा गैरवापर किंवा अपुरा वापर होण्यासही आळा बसतो. चुका वा भ्रष्टाचार रोखता येतात. लेखा नोंदी समाधानकारक पद्धतीने केल्या आहेत का हे तपासता येते. त्यामुळे शासकीय मालमत्तेचे संरक्षण होते. परंतु, विधीमंडळाचे परीक्षण कमी / अपुरे पडते, तर लेखा परीक्षणाला खूप उशीर होतो. अंमलबजावणी करणाऱ्यांवर विधीमंडळाचा अंकुश असावा हा लोकशाही प्रक्रिया मजबूत करण्याचा उद्देश फोल ठरतो. अंतर्गत लेखा परीक्षणातून मिळणारी माहिती त्रोटक असते, काय कार्यवाही केली गेली याची माहिती त्यातून लोकांना होत नाही. त्यामुळे निधी अपव्यय वा अपहार किती झाला हे सामान्य माणसाला समजण्याचा काहीच मार्ग नाही.

## सूचना व शिफारशी

पारदर्शकतेच्या संदर्भात महाराष्ट्राचा क्रमांक बराच खालचा असल्याचे 'भारतातील राज्य अर्थसंकल्पातील पारदर्शकता' याबाबतच्या अभ्यासातून दिसून आले आहे. दहा राज्यांमध्ये महाराष्ट्र सातव्या क्रमांकावर आहे. अभ्यासासाठी वापरलेल्या आठ निकषांपैकी चार निकषांबाबत महाराष्ट्राची स्थिती अत्यंत वाईट आहे. राज्याच्या अर्थसंकल्प दस्तावेजातून योजनेतर तरतुदींची व खर्चाची जिल्हानिहाय आकडेवारी मिळत नाही; स्त्रियांसाठीच्या विशेष योजनांची माहिती अथवा जेंडर बजेटविषयी माहिती नाही; अनुसूचित जाती उपयोजनांचे स्वतंत्र निवेदन केलेले नाही; केंद्र सरकारे व इतर बाह्य यंत्रणांकडून आलेला आणि सरकारी कोषागाराखेरीज अन्य मार्गांनी राज्यात आलेल्या निधीची संपूर्ण माहिती उपलब्ध नाही. शिवाय लेखा परीक्षणातून निदर्शनास आणलेल्या गोष्टींवर सरकारने काय कार्यवाही केली याचा अहवाल सरकारकडून सार्वजनिक केला जात नाही. उदाहरणार्थ, कॅंग अहवाल किंवा कर सवलतींमुळे बुडालेला महसूल<sup>१९</sup>. सरकारकडे छापिल स्वरूपात - हार्ड कॉपीरूपात, तसेच वेबसाईटवर आणि प्रशासकीय व अन्य विभागात बरीच माहिती उपलब्ध आहे, परंतु ती वेळेवर उपलब्ध होत नाही अथवा ती सुलभपणे वापरता येईल अशी वर्गीकृत स्वरूपात उपलब्ध करून दिली जात नाही. असे असले तरी अर्थसंकल्प अंदाज आणि खर्चाचे विवरणपत्र सादर करण्याचे फॉर्मॅट केंद्र सरकारने दिलेल्या मापदंडानुसार आहेत. यामध्ये विविध वर्षांचा तुलनात्मक अंदाज घेता येतो तसेच महाराष्ट्राची परिस्थिती इतर राज्यांशी पडताळूनही बघता येते.

विभागीय स्तरावर, उपसंचालकाच्या नेतृत्वाखालील विभागीय कार्यालयाच्या बऱ्याच प्रशासकीय जबाबदाऱ्या असून कामाचा आवाका खूप मोठा आहे. त्यातही सध्याच्या व्यवस्थेत आरोग्य अर्थसंकल्प निधी आणि खर्चाविषयी सर्वकष माहिती स्रोत उपलब्ध नाही. विशेषतः जिल्हानिहाय स्वतंत्र माहिती उपलब्ध नाही. बऱ्याचदा नियंत्रक अधिकारी 'खर्चाचे लेखा परीक्षण झालेले नाही' या कारणाने ती माहिती देण्यास तयार नसतात. परंतु, महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिकेत असे स्पष्ट नमूद केले आहे की एखाद्या निधीच्या खर्चाची माहिती तयार होणे ही अंतिमतः विभागीय नियंत्रक अधिकाऱ्याची जबाबदारी आहे, महालेखापालांची नाही. या नियमपुस्तिकेप्रमाणे नियंत्रक अधिकाऱ्यांकडे अर्थसंकल्प खर्चाची अंतिम माहिती असायला पाहिजे. विभागीय स्तरावरील अधिकाऱ्यांनी आरोग्य अर्थसंकल्प माहितीसंबंधातील हे अडसर दूर करावेत आणि ही माहिती लोकांना उपलब्ध करून द्यावी. त्यामुळे लोकांना खर्चाशी संबंधित बाबी नियंत्रक अधिकाऱ्यांना विचारता येतील.

अर्थसंकल्पीय प्रक्रियेत देखरेख / परीक्षण अनेक कारणांसाठी अतिशय महत्त्वाचे आहे. अर्थसंकल्पाची उद्दिष्टे साध्य झाली की नाही हे तपासण्यापासून ते निधी व संसाधनाचा अपव्यय व अपहार रोखण्यासाठी परीक्षण महत्त्वाचे ठरते. लेखा नोंदी समाधानकारक पद्धतीने ठेवण्यासाठी आणि शासकीय मालमत्तेचे संरक्षणासाठीही परीक्षण महत्त्वाचे ठरते. परंतु, विधीमंडळाचे परीक्षण कमी / अपुरे पडते, त्यामुळे लेखा परीक्षणाला खूप उशीर होतो. अंमलबजावणी करणाऱ्यांवर विधीमंडळाचा अंकुश असावा हा लोकशाही प्रक्रिया मजबूत करण्याचा उद्देश फोल ठरतो. उदाहरणार्थ, २००५-०६ वर्षांच्या लेखांचे छाननी अहवाल पटलावर यायला २०११-१२ उजाडले. अंतर्गत लेखा परीक्षणातून मिळणारी माहिती त्रोटक असते, काय कारवाई केली गेली याची माहिती त्यातून लोकांना होत नाही. त्यामुळे निधी अपव्यय वा अपहार किती झाला हे सामान्य माणसाला समजण्यास काहीच मार्ग नाही. त्यामुळे अंतर्गत लेखा परीक्षण सक्षम होण्याची गरज आहे. तसेच ते वेळेत होणे आवश्यक आहे. या परिस्थितीमध्ये, स्वयंसेवी संस्थांनी कॅंग / महालेखापाल / स्थानिक निधी लेखा परीक्षण संचालनालय यांच्याशी संवाद वाढवला पाहिजे. जेणेकरून जेव्हा लेखा परीक्षण होईल त्यावेळेला संस्था प्रतिनिधींना त्यामध्ये सहभागी होऊन सार्वजनिक

<sup>१९</sup> 'Maharashtra way behind in budget transparency', दि हिंदू, ३ एप्रिल २०११, <http://www.thehindu.com/news/states/other-states/article1597245.ece>

सेवांच्या गुणवत्तेशी संबंधित माहिती देता येईल. स्थानिक सुविधांतील सेवा या अर्थसंकल्पीय कामाचे केंद्र असल्याने संस्थांचा सहभाग महत्त्वाचा आहे. लोकांच्या गरजांप्रमाणे सेवापूर्तीसाठी अर्थसंकल्पीय तरतूद पुरेशी पर्याप्त आहे का? संसाधनांचा वापर किती कार्यक्षमपणे केला जातो या महत्त्वाच्या प्रश्नांची उत्तरे यंत्रणेला लेखा परीक्षणातून द्यावी लागतील. महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार हमी कायदा, २००५ मध्ये असलेली सामाजिक अंकेक्षणाची (सोशल ऑडिट) तरतूद या संदर्भात महत्त्वाची आहे. कॅगच्या औपचारिक ऑडिटप्रमाणेच सोशल ऑडिटलाही महत्त्व आहे.

२००५ मध्ये माहिती अधिकार देशात कायदा लागू झाला. त्यामुळे नागरिकांना केंद्र व राज्य सरकारच्या दस्तावेजातील माहिती मिळणे शक्य झाले. प्रत्येक सार्वजनिक कार्यालयाने आपल्याकडील माहिती संगणकीकृत करून ती सार्वजनिक करावी, असेही या कायद्यात म्हटले आहे. अधिकृत परीक्षण करणे हा केवळ सरकारचा अधिकार नाही हे ठसवण्यासाठी आणि आजवर नागरिकांच्या आवाक्यापलिकडे असलेल्या सरकारी व्यवहारात नागरिकांना हक्काने सहभागी होण्यासाठी हे महत्त्वाचे आहे. या कायद्यांनी एक संधीची खिडकी उघडली आहे. तिचा यथायोग्य वापर केला तर राज्यातील अर्थसंकल्पीय प्रक्रियाही अधिक लोकशाहीवादी करता येतील.

महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिका हा अर्थसंकल्पासंबंधातील अखेरचा शब्द ठरणारा दस्तऐवज आहे. अर्थसंकल्पीय व लेखा प्रक्रियांसंबंधी अनेकविध सूचनांचे ते भांडार आहे. पण हे पुस्तक आता जुने झाले आहे. सध्या १९९४ची आवृत्ती उपलब्ध आहे. दरम्यान अर्थसंकल्पीय प्रक्रियांमध्ये बरेच बदल झाले, ज्यांची अंमलबजावणी सरकारी अध्यादेशाद्वारे सुरू आहे. परंतु वेळोवेळी काढलेल्या अशा अध्यादेशांचे अधिकृत संकलन उपलब्ध नाही. अर्थसंकल्पीय प्रक्रियासंबंधी माहितीचे केंद्रीकरण झालेले आहे. महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तिकेमध्ये वित्तीय व्यवस्थापनाविषयीची माहिती नाही आणि त्यामध्ये उत्तरदायित्व, लिंगभाव संवेदनशीलता, पारदर्शकता आणि सहभाग या संकल्पनांचा आशय नाही किंवा समाजाच्या परिघाबाहेरील समूहांच्या प्रश्नांचे निराकरण करण्याविषयीची दिशा नाही. हे सर्व प्रश्न, मुद्दे नजीकच्या भविष्यकाळात सोडवले गेले पाहिजेत.

## परिशिष्ट

### परिशिष्ट १ - चारमाही सुधारित अंदाजाचे उदाहरण

क्र.	शीर्ष	प्रत्यक्ष खर्च २०१०-११	मिळालेला निधी २०११-१२	४ महिन्यांपर्यंत प्रत्यक्ष खर्च (३१/७.११)	उर्वरित आठ महिन्यांचा अंदाजे खर्च	एकूण सुधारित अंदाज २०११-१२ करिता (४+५)	वाढ (+) घट (-)	कारणे
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)	(७)	(८)	(९)
१	वेतन							
२	भरपाई / भत्ते							
३	प्रवासभत्ता							
४	POL							
५	कार्यालयीन खर्च							

स्रोत: 'अर्थसंकल्पीय अंदाज' आणि 'सुधारित अंदाज' यात दिलेल्या नमुन्यांतून वरील फॉर्मेट घेतलेला आहे.

## संदर्भ

महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तक

महाराष्ट्र जिल्हा परिषद आणि पंचायत समिती अधिनियम, १९६१

महाराष्ट्र जिल्हा परिषद आणि पंचायत समिती (अर्थसंकल्पीय अंदाज) नियम १९६६ आणि शासकीय आदेश, वित्त विभाग,  
महाराष्ट्र शासन

महाराष्ट्र अर्थसंकल्प नियमपुस्तकातील (मॅन्युअल)

महाराष्ट्र कोशागार नियमावली, १९६८





## सेंटर फॉर इनक्वायरी इनटू हेल्थ अँड अलाईड थीम्स

‘सेहत’ (सेंटर फॉर इनक्वायरी इनटू हेल्थ अँड अलाईड थीम्स ) हे अनुसंधान ट्रस्टचे संशोधन केंद्र आहे. आरोग्य विषयक लोकाभिमुख संशोधन व सामाजिक कार्य करण्यासाठी १९९१ साली सेहतची स्थापना झाली. आरोग्य व आरोग्य सेवा हा जनतेचा हक्क आहे, हा समज समाजात घट्ट व्हावा या दिशेने सेहतचे संशोधन व इतर सामाजिक कार्य चालते. सेहतने १९९४ पासून सामाजिक आरोग्याच्या दृष्टीने महत्त्वाच्या खालील चार पैलूंवर प्रकल्प हाती घेतले आहेत - आरोग्य-सेवा व त्याचे अर्थकारण, आरोग्य-विषयक कायदे व नैतिकता, रुग्णांचे हक्क, स्त्रियांचे आरोग्य प्रश्न, स्त्रियांविरुद्ध हिंसा व मानवी अधिकार.

ISBN : 978-81-89042-61-5