

अंततोगत्वा हेल्थकेयर ने अहम् स्थान पा लिया

“स्वास्थ्य ही वास्तविक पुंजी है न कि सोना चांदी के टुकड़े।”

- मोहनदास के. गांधी

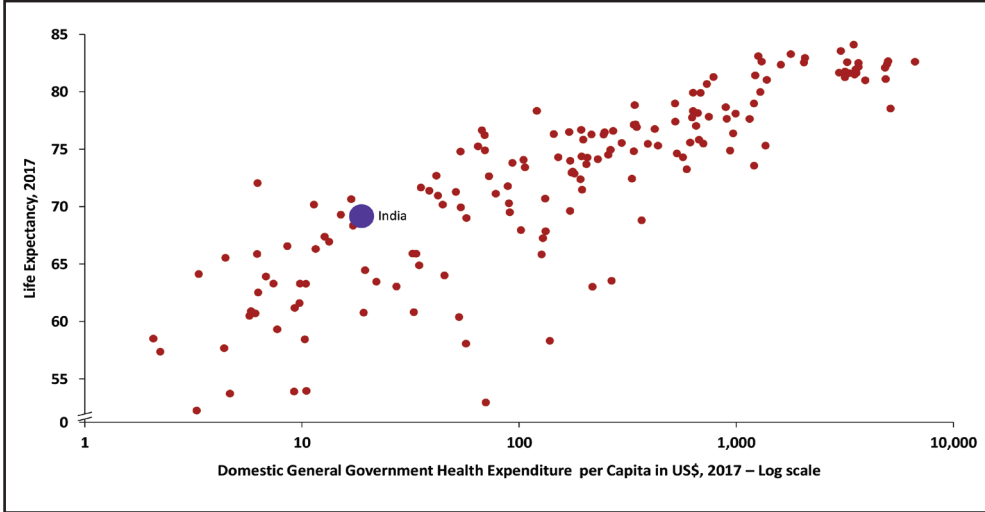
मौजूदा कोविड COVID-19 महामारी ने स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र के महत्व और अर्थव्यवस्था के अन्य प्रमुख क्षेत्र के साथ इसके परस्पर संबंधों पर जोर दिया है। चल रही महामारी ने दिखा दिया है कि कैसे एक स्वास्थ्य सेवा संकट एक आर्थिक और सामाजिक संकट में बदल गया। सबसे पहले, वर्तमान स्वास्थ्य संकट से महत्वपूर्ण कमाई प्राप्त करने की जरूरत है, हेल्थकेयर पॉलिसी को “साम्यता पूर्वाग्रह” के प्रति अनुग्रहित नहीं होना चाहिए, हाल ही में हुई घटना को महत्व देती है जो सिक्स-सिग्मा घटना का प्रतिनिधित्व करती है जो भविष्य में एक समान फैशन में नहीं दोहरा सकती है। भारत को भविष्य की महामारियों का प्रभावी ढंग से जवाब देने में सक्षम बनाने के लिए स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे को चुस्त बनाना होगा। दूसरा, दूरदराज के क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की अपनी क्षमता को देखते हुए, टेलीमेडिसिन को विशेष रूप से इंटरनेट कनेक्टिविटी और स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे में निवेश करके पूरी तरह से तैयार करने की आवश्यकता है। तीसरा, नेशनल हेल्थ मिशन (NHM) ने असमानता को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है क्योंकि प्रसव पूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल के साथ-साथ संस्थागत प्रसव तक गरीबों की पहुंच में काफी वृद्धि हुई है। इसलिए, आयुष्मान भारत के संयोजन में, NHM पर जोर देना जारी रखना चाहिए। चौथा, जीडीपी में सार्वजनिक व्यय में 1 प्रतिशत से 2.5-3 प्रतिशत की वृद्धि - जैसा कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 में उल्लिखित है - समग्र स्वास्थ्य व्यय में आउट-ऑफ-पॉकेट खर्च को 65 प्रतिशत से घटाकर 30 प्रतिशत कर सकता है। पांचवां, क्योंकि भारत में स्वास्थ्य सेवा का एक बड़ा हिस्सा निजी क्षेत्र द्वारा प्रदान किया जाता है, पॉलिसी मेकर्स के लिए यह महत्वपूर्ण है कि वे ऐसी पॉलिसियों को तैयार करें जो स्वास्थ्य सेवा में सूचना विषमता को कम करती हों, जो बाजार में विफलताएं पैदा करती हों और इस तरह से अनियमित निजी स्वास्थ्य सेवा कम गुणवत्ता प्रदान करती हों। इसलिए, सूचना उपयोगिताएं जो सूचना विषमता को कम करने में मदद करती हैं, समग्र कल्याण को बढ़ाने में बहुत उपयोगी हो सकती हैं। यूनाइटेड किंगडम 2004 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा (एनएचएस) द्वारा प्रस्तुत गुणवत्ता और परिणाम रूपरेखा (QOF) और साथ ही विभिन्न देशों में अन्य गुणवत्ता मूल्यांकन अभ्यास इस संदर्भ में अच्छे उदाहरण प्रदान करते हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र के विनियमन और पर्यवेक्षण का कार्य करने के लिए एक क्षेत्रीय नियामक को सूचना विषमता से उपजी बाजार की विफलताओं पर विचार करना होगा; WHO भी उसी के बढ़ते महत्व पर प्रकाश डालता है। सूचना विषमता को कम करना बीमा प्रीमियम को कम करने में भी मदद करेगा, बेहतर उत्पादों की पेशकश को सक्षम करेगा और देश में बीमा प्रवेश को बढ़ाने में मदद करेगा।

परिचय

5.1 किसी राष्ट्र का स्वास्थ्य उसके नागरिकों पर एक समान, किफायती और जवाबदेह स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की एक्सेस पर निर्भर करता है। स्वास्थ्य श्रम उत्पादकता और बीमारियों के आर्थिक बोझ (WHO 2004) के माध्यम से घरेलू आर्थिक विकास को सीधे प्रभावित करता है। 50 से 70 वर्ष (40 प्रतिशत की वृद्धि) से

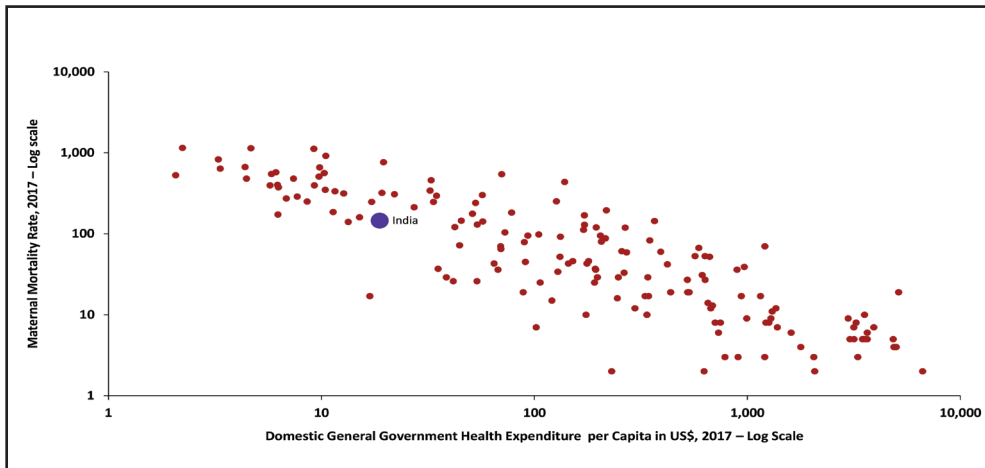
जीवन प्रत्याशा बढ़ने से आर्थिक विकास दर 1.4 प्रतिशत प्रति वर्ष (WHO 2004) बढ़ सकती है। जैसा कि चित्र 1 दिखाता है, एक देश में जीवन प्रत्याशा प्रति व्यक्ति सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय के साथ सकारात्मक रूप से सहसंबंधित है। चित्र 2 से पता चलता है कि मातृ मृत्यु दर प्रति व्यक्ति सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि के साथ नकारात्मक रूप से सहसंबंधित है।

चित्र 1: जीवन प्रत्याशा स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति सरकारी खर्च के साथ सकारात्मक रूप से सहसंबंधित है (केंद्र और राज्य संयुक्त)



स्रोत: विश्व बैंक और WHO (वैश्विक स्वास्थ्य व्यय डेटा बेस)

चित्र 2: मातृ मृत्यु दर स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति सरकारी खर्च के साथ नकारात्मक रूप से सहसंबंधित है (केंद्र और राज्य संयुक्त)

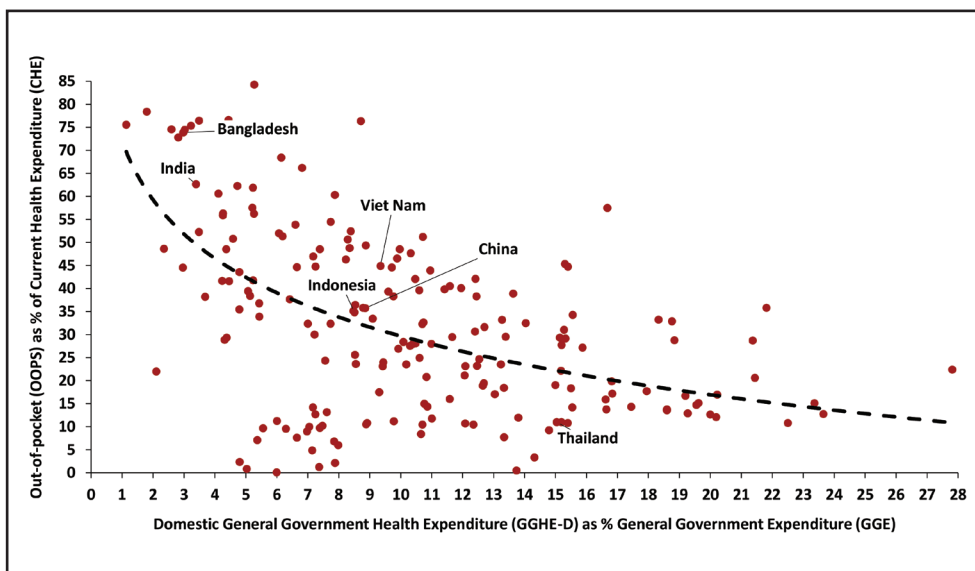


स्रोत: विश्व बैंक और WHO (वैश्विक स्वास्थ्य व्यय डेटा बेस)

5.2 केंद्र और राज्य के बजट में स्वास्थ्य सेवा की प्राथमिकता में वृद्धि महत्वपूर्ण है क्योंकि यह महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करता है कि स्वास्थ्य देखभाल (WHO 2010) के लिए किए गए आउट-ऑफ-पॉकेट भुगतान (OOP) के कारण नागरिकों को वित्तीय कठिनाइयों के खिलाफ कितना संरक्षण मिलता है। स्वास्थ्य के लिए OOP विपत्तिपूर्ण स्वास्थ्य व्यय (ओशडॉनेल एट अल। 2007; बेरकी 1986; वैन डोर्सलायर और अन्य। 2006, ओशडॉनेल और अन्य। 2007) के कारण गरीबी की ओर जाने वाले कमजोर समूहों के जोखिम को बढ़ाता है। चित्र 3 से पता चलता है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय के निम्न स्तर पर, यानी GDP के प्रतिशत

के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में 3 प्रतिशत से कम, कुल स्वास्थ्य व्यय के हिस्से के रूप में OOP व्यय सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि होने पर तेजी से गिरता है। उदाहरण के लिए, भारत में GDP के मौजूदा स्तरों से सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में 3% की वृद्धि OOP व्यय को 60 प्रतिशत से कम करके वर्तमान में लगभग 30 प्रतिशत कर सकती है।

चित्र 3: सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में छोटी वृद्धि OOP व्यय को काफी कम कर सकती है



स्रोत: WHO (वैश्विक स्वास्थ्य व्यय डेटा बेस)

5.3 वास्तव में, चीन, इंडोनेशिया, फिलीपींस, पाकिस्तान और थाईलैंड जैसे विभिन्न देशों में एक दशक से अधिक सरकारी स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि ने अपने नागरिकों के जेब खर्च को कम कर दिया (स्मिथ और अन्य, 2020)।

बाजार की महत्वपूर्ण विफलताओं को देखते हुए, स्वास्थ्य सेवा को सावधानीपूर्वक सिस्टम तैयार करने की आवश्यकता है

5.4 हेल्थकेयर सिस्टम तीन प्रमुख अंतर्निहित और अपरिवर्तनीय विशेषताओं (एरो, 1963): (i) अनिश्चितता/परिवर्तनशीलता की मांग; (ii) सूचना विषमता; और (iii) हाइपरबोलिक प्रवृत्ति की वजह से मुक्त बाजारों के बल का उपयोग करके स्व संगठित नहीं होता है। इसलिए, स्वास्थ्य देखभाल के किसी भी सक्रिय सिस्टम डिजाइन को इन अंतर्निहित विशेषताओं के प्रति सावधान रहना चाहिए।

मांग की अनिश्चितता/परिवर्तनशीलता

5.5 स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता अक्सर उन कारकों द्वारा संचालित होती है जिन्हें नियंत्रित या पूर्वानुमानित नहीं किया जा सकता है। यह मांग की प्रकृति के साथ भी जुड़ा हुआ है, जो विशेष रूप से आपातकालीन देखभाल के लिए अयोग्य है। व्यक्तिगत स्तर पर इस अनिश्चितता और परिवर्तनशीलता को देखते हुए, स्वास्थ्य बीमा के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल व्यय की पूलिंग से व्यापक स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल के जोखिम को कम करने में मदद मिल सकती है।

जानकारी विषमता

5.6 स्वास्थ्य सेवा बाजारों में, एरो (1963, 951) ने समझाया है कि जानकारी के खरीदार (मरीज) शायद ही कभी खरीदे जाने के बाद तक जानकारी का मूल्य जानते हैं और कभी-कभी बिल्कुल भी नहीं। उदाहरण के लिए, जब व्यक्ति डर्मेटोलॉजी (जैसे, त्वचा की देखभाल) जैसी स्वास्थ्य सेवा का लाभ उठाते हैं, तो वे

आसानी से परिणाम का मूल्यांकन करने में सक्षम हो सकते हैं। इसलिए, ऐसी सेवाओं के लिए, कम गुणवत्ता वाले प्रदाताओं को स्पर्धा में बने रहने के लिए अपनी कीमत कम करनी होगी। इसके विपरीत, जिन मरीजों को ओपन हार्ट सर्जरी से गुजरना पड़ता है, उन्हें इसकी गुणवत्ता का मूल्यांकन करना बहुत मुश्किल हो सकता है और इसलिए गुणवत्ता के लिए एक प्रॉक्सी के रूप में अस्पताल/चिकित्सक की प्रतिष्ठा पर भरोसा करना होगा। कुछ सेवाओं जैसे कि निवारक देखभाल और/या मानसिक स्वास्थ्य के लिए, मरीजों को कभी भी यह पता नहीं चल सकता है कि उनके प्रदाता ने अच्छा काम किया है या नहीं।

5.7 रोगी (प्रिंसिपल के रूप में) और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता (एजेंट के रूप में) के बीच यह प्रिंसिपल-एजेंट संबंध उन कारकों द्वारा और अधिक जटिल बन जाता है जो हितों के इस टकराव को प्रभावित कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, डॉक्टरों के बीच परोपकारिता - एक विशेषता जो अत्यधिक प्रशंसनीय है और मरीजों द्वारा चाही जाती है - मुख्य रूप से हितों के इस टकराव को खत्म करने का काम करती है। हालांकि, बीमा कंपनियां, विज्ञापन, परीक्षण के लिए निजी प्रोत्साहन आदि के साथ आगे से तय दरों की प्रतिपूर्ति इस हितों के टकराव को बढ़ा सकती है। उदाहरण के लिए, गर्भधारण में सी-सेक्शन, जो अस्पताल/चिकित्सक के लिए अधिक लाभदायक हैं, अत्यधिक उपयोग किए जाते हैं (गिल्मोटो एट अल। 2019)। हेल्थकेयर की ऐसी गैर-मूल्य विशेषताएं एक ही माल/सेवा के लिए मूल्य और/या महत्वपूर्ण मूल्य फैलाव में बाधा उत्पन्न कर सकती है।

5.8 स्वास्थ्य बीमा, जो मांग में अनिश्चितता/परिवर्तनशीलता के कारण वांछनीय बन जाता है, स्वास्थ्य सेवा बाजारों में सूचनात्मक समस्याओं का दूसरा दौर बनाता है। पहला, क्योंकि स्वास्थ्य बीमा कवर (कुछ) वित्तीय लागत जो खराब स्वास्थ्य व्यवहार के कारण होगा, व्यक्तियों को उनसे बचने के लिए कम प्रोत्साहन मिल सकता है; इस घटना को पूर्व-नैतिक खतरे (एर्लिच और बेकर 1972) के रूप में चिह्नित किया गया है। पॉली (1968) ने स्वास्थ्य बीमा में वास्तविक नैतिक खतरे की भूमिका के बारे में तर्क दिया गया, जो इस तथ्य से उत्पन्न हुआ है कि किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य देखभाल के अतिरिक्त उपयोग की लागत बीमा के अन्य सभी खरीददारों में फैली हुई है। यह फ्री-राइडर समस्या व्यक्ति को उसकी देखभाल के उपयोग को नहीं रोकती है। पूर्व और वास्तविक नैतिक खतरे को देखते हुए, स्वास्थ्य बीमा में अपूर्ण बीमा इष्टतम है। यह भविष्यवाणी होल्मस्ट्रॉम (1979) द्वारा हिमायत किए गए विचार के अनुरूप है कि जोखिम कम करने और व्यक्ति के लिए प्रोत्साहन बनाए रखने के बीच संतुलन बनाने के लिए इष्टतम बीमा अनुबंध अधूरा होना चाहिए।

5.9 जैसा कि अकरलोफ (1970) भविष्यवाणी करता है, जब खरीद से पहले किसी उत्पाद की गुणवत्ता पर बहुत कम जानकारी उपलब्ध होती है, और उत्पाद की गुणवत्ता अनिश्चित होती है, तो गुणवत्ता एक असंगठित बाजार में न्यूनतम स्तर तक बिगड़ जाती है। जबकि प्रतिष्ठा इस बाजार की विफलता को आंशिक रूप से कम कर सकती है, बाजार की विफलता के लिए हेल्थकेयर सिस्टम की डिजाइन जिम्मेदार होनी चाहिए, जिससे अन्यथा उपभोक्ता विश्वास और स्वास्थ्य देखभाल में परिणामी निवेश का नुकसान हो सकता है।

अतिशयोक्तिपूर्ण रुझान

5.10 लोग जोखिम भरे व्यवहार करने लगते हैं जो उनके उनके स्वयं के हित में नहीं हो सकते हैं। उदाहरणों में धूम्रपान, अस्वास्थ्यकर भोजन करना, देखभाल करने में देरी, मास्क न पहनना या महामारी के संदर्भ में सामाजिक दूरी न बनाए रखना शामिल है। ऐसा व्यक्तिगत व्यवहार न केवल व्यक्ति के लिए कम-इष्टतम हो सकते हैं, बल्कि उच्च लागत और खराब परिणामों के माध्यम से संपूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली के लिए नकारात्मक बाहरी कारकता भी पैदा कर सकता है। आमतौर पर, उपभोक्ता आर्थिक रूप से इष्टतम स्तरों से कम प्राथमिक देखभाल की मांग करते हैं क्योंकि इस उत्पाद/सेवा के लिए मूल्य लोच बहुत

अधिक है। उदाहरण के लिए, दिल्ली में टीबी मरीजों के बीच, जिन्होंने शुरुआत में 2012 में एक योग्य चिकित्सक का दौरा किया था, जब टीबी के लक्षण पहली बार दिखाई दिए थे, जब वे डॉट्स सुविधा तक पहुंचे थे, 5.2 महीने (कपूर, सुनील)। के। एट। अल)। इसी प्रकार, महिलाओं में OECD देशों (NFHS 4 और OECD स्वास्थ्य सांख्यिकी 2015) में क्रमशः 62 प्रतिशत, 59 प्रतिशत और 16 प्रतिशत की तुलना में भारत में सर्वाइकल कैंसर के लिए 22 प्रतिशत, स्तन कैंसर के लिए 10% और मुव के कैंसर के लिए 12% पर 15-49 वर्ष की आयु वर्ग में कैंसर की जांच की दर बहुत कम है। वास्तव में, प्राथमिक देखभाल के लिए निजी रूप से इष्टतम खरीयता इतनी कम हो सकती है कि व्यक्तियों को पर्याप्त प्राथमिक देखभाल का उपयोग करने के लिए भी भुगतान करना पड़ सकता है। व्यक्ति स्वास्थ्य जोखिमों का भी अनुमान लगाते हैं और इसलिए, पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा नहीं खरीदते हैं।

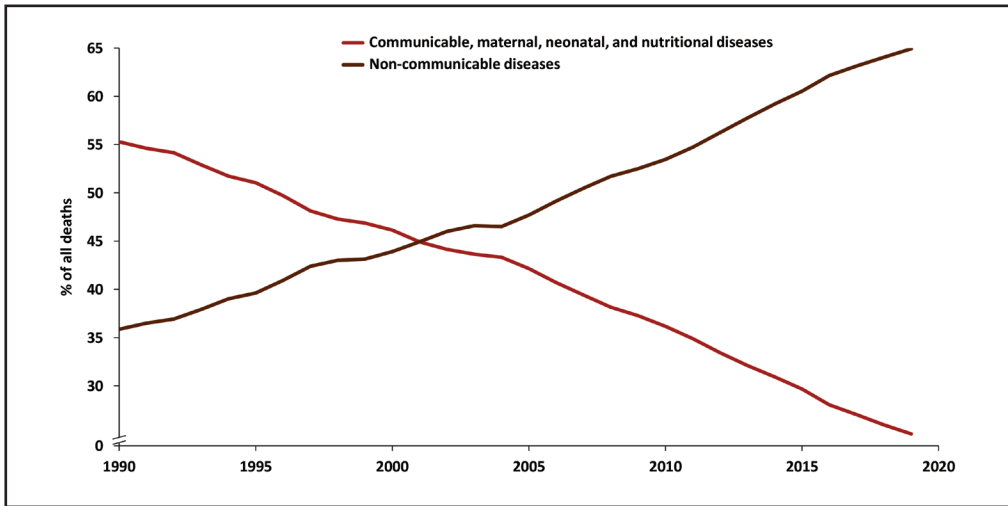
स्वास्थ्य सेवा में सिस्टम डिजाइन की आवश्यकता

5.11 इन बाजार विफलताओं को देखते हुए, एक मुक्त बाजार जहां व्यक्तिगत उपभोक्ता प्वाइंट ऑफ सर्विस पर भुगतान करते समय व्यक्तिगत उपभोक्ता अपने दम पर प्रदाताओं से सेवाएँ खरीदते हैं, जो मांग सहित गंभीर रूप से कम-इष्टतम परिणामों की ओर जाता है, जो आर्थिक रूप से अनुकूलतम स्तरों की तुलना में आपूर्तिकर्ताओं द्वारा प्रभावित किया जा सकता है, जो अस्पताल में भर्ती होने और प्राथमिक देखभाल/सार्वजनिक स्वास्थ्य की अधिक मांग के कारण प्रभावित हो सकता है, और स्वास्थ्य बीमा के लिए कम वरीयता के कारण भाग में आपत्तिजनक आउट-ऑफ-पॉकेट खर्च हो सकता है। इसलिए, अधिकांश अच्छी तरह से काम करने वाली स्वास्थ्य प्रणालियों को अलग-अलग उपभोक्ताओं से अलग-अलग प्रदाताओं से खरीदे जाने वाले ऑल्लिगोप्सिनियों से खरीदे जाने वाले ऑल्लिगोपॉली के रूप में संरचित किया जाता है। . बाजार की संरचना में स्वास्थ्य प्रणाली के दीर्घकालिक प्रक्षेपवक्र के लिए ठोस निहितार्थ हैं। अधिक खंडित स्वास्थ्य प्रणाली वाले देशों में उच्च प्रदर्शन, कम क्षमता और खराब गुणवत्ता के रूप में कम प्रदर्शन होता है। इसलिए, स्वास्थ्य सेवा और वित्तपोषण स्वास्थ्य देवभाल प्रदान करने के अलावा, सरकार के लिए एक महत्वपूर्ण भूमिका स्वास्थ्य सेवा बाजार की संरचना को सक्रिय रूप से आकार देना है।

कोविड-19 और भारत की स्वास्थ्य सेवा नीति

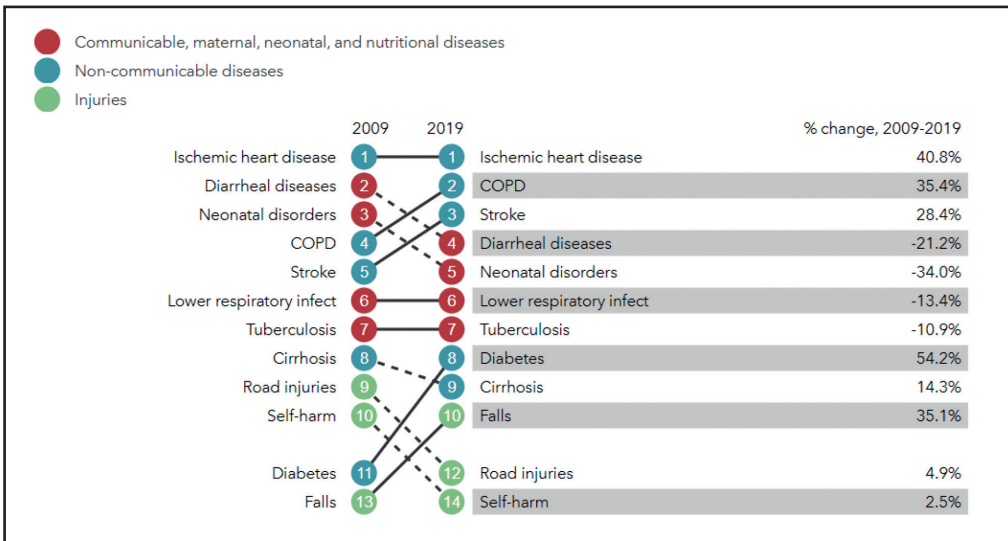
5.12 कोविड-19 महामारी के बाद, एक प्रमुख पोर्टफोलियो निर्णय जिसे स्वास्थ्य सेवा नीति को बनाना चाहिए, वह संचारी बनाम गैर-संचारी रोगों पर रखे गए सापेक्ष महत्व के बारे में है। कोविड-19 महामारी दुनिया भर में फैल गई है क्योंकि यह एक संक्रामक रोग है। पिछली ऐसी महामारी एक सदी से भी अधिक समय बाद आई जब स्पैनिश फ्लू महामारी ने 1918 में दुनिया को तबाह कर दिया था। जैसा कि महामारी दुर्लभ घटनाओं का प्रतिनिधित्व करती है, स्वास्थ्य सेवा नीति “सामर्थ्य पूर्वाग्रह” का शिकार हो सकती है, जिसमें मौजूदा घटनाओं में अधिक भार शामिल है। वैश्विक मृत्यु का 71 प्रतिशत और भारत में लगभग 65 प्रतिशत मौतें गैर-संचारी रोगों (NCD) (चित्र 4, पैनल ए) के कारण होती हैं। 1990 और 2016 के बीच, NCD का योगदान सभी मौतों (चित्र 4, पैनल बी) (राष्ट्रीय व्यावसायिक क्षेत्र) में 37 प्रतिशत से बढ़कर 61 प्रतिशत (नेशनल हेल्थ पोर्टल एन.डी.) हो गया। आगे, संचारी रोगों को रोकने के लिए बेहतर स्वच्छता और पीने के पानी पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है, जो स्वच्छ भारत और हर घर जल अभियान अभियान पर ध्यान केंद्रित कर रहे हैं।

चित्र 4 (पैनल ए): भारत में संचारी और गैर-संचारी रोगों का अनुपात



स्रोत: ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज (2019); और इंडियन काउंसिल ऑफ मेडिकल रिसर्च, पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया और इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ मेट्रिक्स एंड इवैलुएशन (2017)

चित्र 4 (पैनल बी): NCD: मौतों के शीर्ष 10 कारणों में से एक है

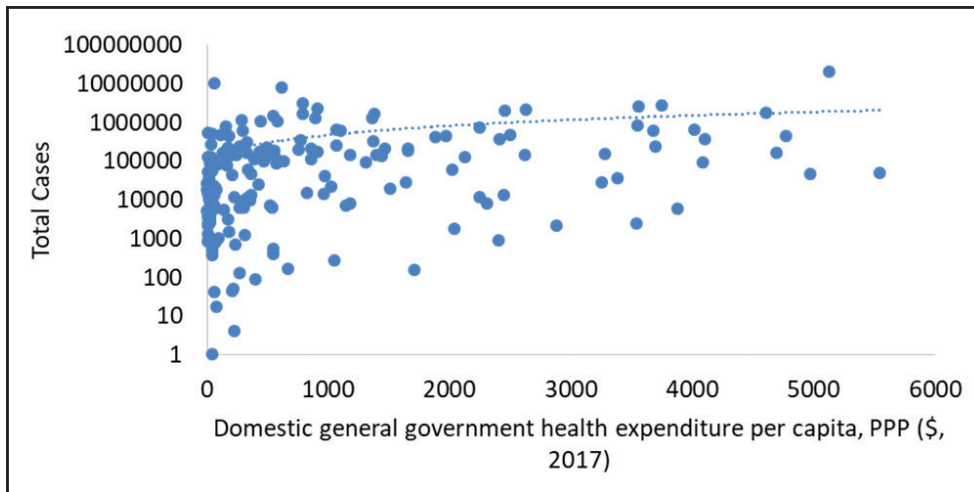


स्रोत: स्वास्थ्य मेट्रिक्स और मूल्यांकन

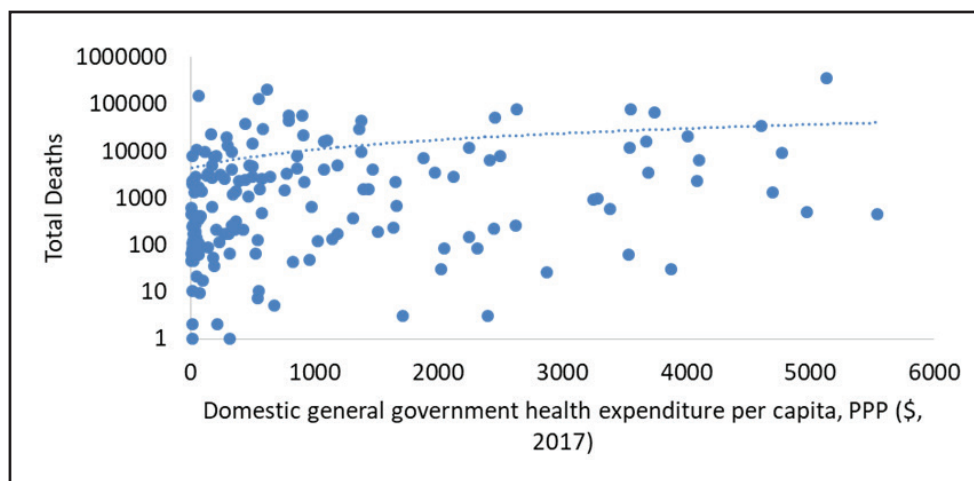
बेहतर स्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढांचा संचारी रोग के विलाफ कोई बीमा नहीं है

5.13 जैसा कि नीचे दिए गए प्रमाणों (चित्र 5) में इस तरह के विनाशकारी महामारी का सामना किया गया है, यहां तक कि उन्नत अर्थव्यवस्थाओं में अधिक स्वास्थ्य देखभाल खर्चों द्वारा निर्मित बुनियादी ढांचा भी महामारी द्वारा बनाई गई बीमारी के बोझ से नहीं निपट सकता है। हम बेहतर स्वास्थ्य की आधारभूत संरचना को प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय के संबंध में कुल मामलों और मौतों के बीच सकारात्मक सहसंबंधों का निरीक्षण करते हैं। इसलिए, बेहतर स्वास्थ्य की आधारभूत संरचना की कोई गारंटी नहीं है कि कोई देश COVID की तरह विनाशकारी महामारी से बेहतर तरीके से निपटने में सक्षम होगा। चूंकि अगला स्वास्थ्य संकट संभवतः COVID-19 से काफी अलग हो सकता है, इसलिए संचार संबंधी बीमारियों पर विशेष ध्यान देने के बजाय आमतौर पर स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के निर्माण पर ध्यान देना चाहिए।

चित्र 5: ब्रूटो.19 मामलों के सहसंबंध/मृत्यु और प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय
पैनल ए



पैनल बी



वर्तमान में भारतीय स्वास्थ्य सेवा

5.14 स्वास्थ्य सेवा एक्सेस और गुणवत्ता में सुधार (2016 में 41.7 पर स्वास्थ्य सेवा एक्सेस और गुणवत्ता, 1990 में 24.7 से ऊपर) के बावजूद, अन्य निम्न और निम्न मध्यम आय (LMIC) देशों की तुलना में भारत का कमजोर प्रदर्शन जारी है। स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता और एक्सेस पर, भारत 180 देशों में से 145वें स्थान पर था (ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज स्टडी 2016)। केवल कुछ सब-सहारा देशों, कुछ प्रशांत द्वीपों, नेपाल और पाकिस्तान को भारत से नीचे स्थान दिया गया था।

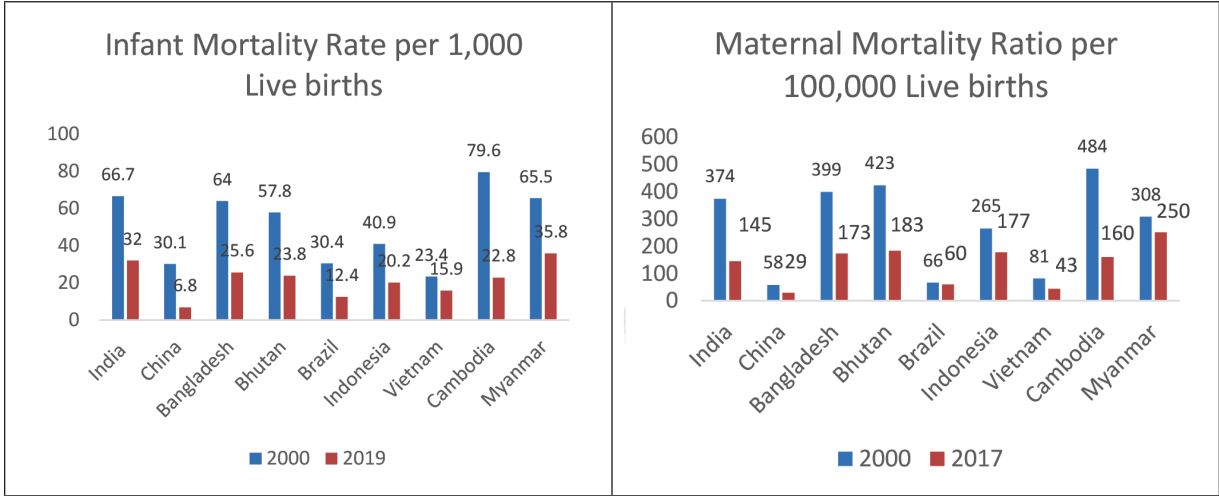
खराब स्वास्थ्य परिणाम

5.15 जैसा कि चित्र 6 में देखा गया है, MMR और IMR में सुधार के बावजूद, भारत को अभी भी इन मेट्रिक्स पर काफी सुधार करने की आवश्यकता है। चीन, बांग्लादेश, भूटान, कंबोडिया, आदि जैसे देशों ने भारत की तुलना में इन मेट्रिक्स पर बहुत अधिक सुधार किया है।

चित्र 6: भारत और अन्य देशों में IMR और MMR

पैनल ए

पैनल बी



स्रोत: विश्व बैंक¹

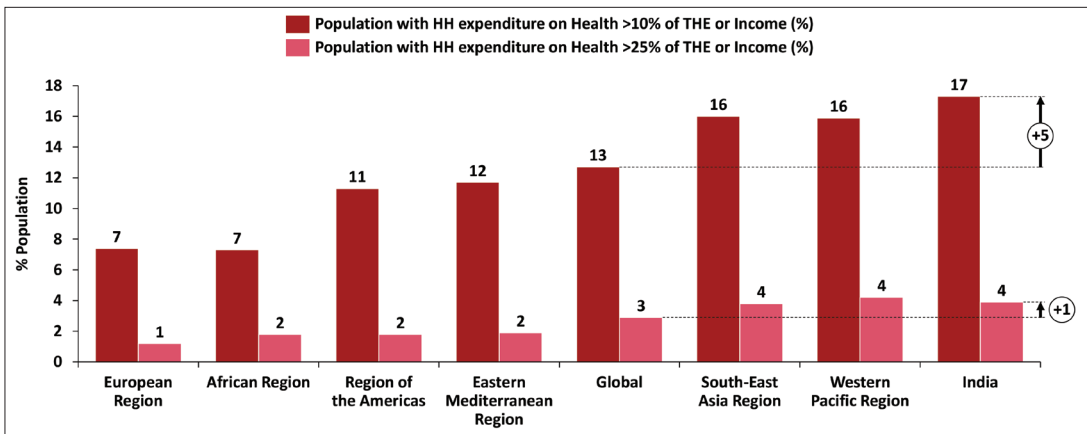
कम एक्सेस और उपयोग

5.16 3-4 प्रतिशत पर, भारत में अस्पताल में भर्ती की दर दुनिया में सबसे कम है; मध्यम आय वाले देशों के लिए औसत 8-9 प्रतिशत और OECD देशों (OECD सांख्यिकी) के लिए 13-17 प्रतिशत है। NCD के बढ़ते बोझ, कम जीवन प्रत्याशा, उच्च MMR और IMR को देवते हुए, कम अस्पताल में भर्ती दरों में मध्यम आय या OECD देशों की तुलना में अधिक स्वस्थ आबादी को प्रतिबिंबित करने की संभावना नहीं है। इस प्रकार, कम अस्पताल में भर्ती दरें भारत में स्वास्थ्य सेवा की कम एक्सेस और उपयोग को दर्शाती हैं।

उच्च-आउट-ऑफ-पॉकेट स्वास्थ्य व्यय

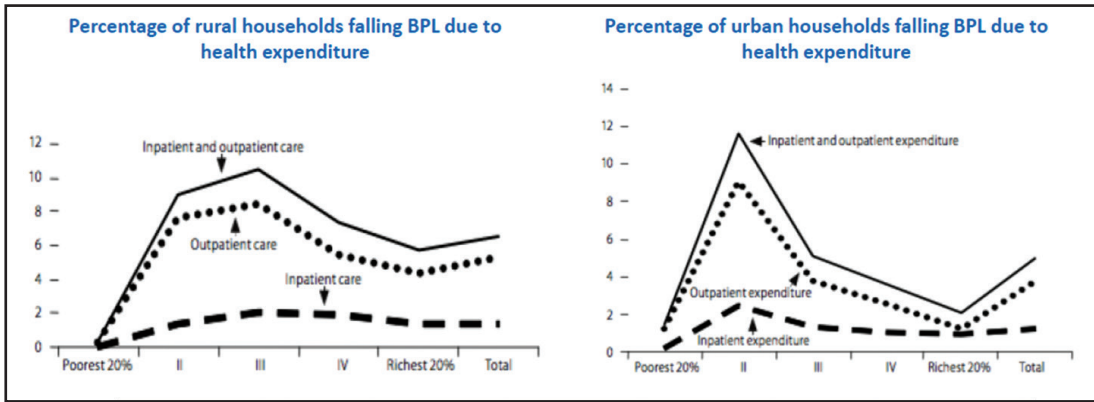
5.17 जैसा कि चित्र 3 में दिखाया गया है और नीचे चित्र 7 द्वारा समर्थित है, दुनिया में भारत का OOPe के उच्चतम स्तरों में से एक है।

चित्र 7: विभिन्न क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यय की तुलना



स्रोत: विश्व स्वास्थ्य सांख्यिकी 2020

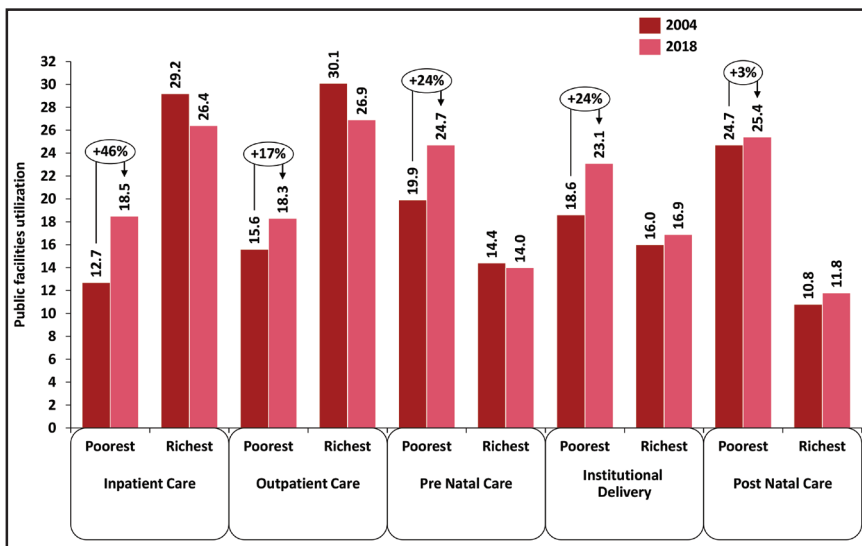
चित्र 8: स्वास्थ्य व्यय के कारण गरीबी रेखा से नीचे (BPL) वाले घर



स्रोत: बरमान एट अल 2017

5.18 फिर भी, हाल के आंकड़ों से पता चलता है कि सार्वजनिक सब्सिडी के वितरण में गरीबों के पक्ष में, मातृत्व और बाल स्वास्थ्य सेवा में अधिक स्पष्ट रूप से सुधार हुआ है। पूर्व के अध्ययनों से पता चलता है कि सार्वजनिक क्षेत्र पर आधारित स्वास्थ्य सेवाएँ प्रो-रिच (अथवा अति मंहत्वाकाक्षी) रही हैं (बरमन और अन्य 2017)। इसकी वजह से गरीब परिवार अनुपाहीन रूप से ओ.ओ.पी.ई. से प्रभावित होने की वजह से गरीबी रेखा से नीचे धकेले जा रहे हैं। (चित्र 8) सार्वजनिक सुविधाओं के माध्यम से प्रसव पूर्व देखभाल का उपयोग करने वाले सबसे गरीब का प्रतिशत 2004 से 2018 तक 19.9 प्रतिशत से बढ़कर 24.7 प्रतिशत हो गया है और प्रसव के बाद की देखभाल के साथ-साथ प्रसव के बाद की संस्थागत प्रसव तक एक्सेस के प्रतिशत में भी इसी तरह की वृद्धि हुई है (चित्र 9)। सबसे गरीब उपयोग करने वाले अस्पताल में भर्ती किए हुए रोगी की देखभाल और आउट पेशेंट देखभाल 12.7 प्रतिशत से बढ़कर 18.5 प्रतिशत और 15.6 प्रतिशत से बढ़कर 18.3 प्रतिशत हो गई है। इसी समय, सबसे अमीर के बीच अस्पताल में भर्ती किए हुए और आउट पेशेंट दोनों का उपयोग क्रमशः 29.2 प्रतिशत से घटकर 26.4 प्रतिशत और 30.1 प्रतिशत से 26.9 प्रतिशत हो गया।

चित्र 9: स्वास्थ्य सेवा में बढ़ती इक्विटी (2004-18)



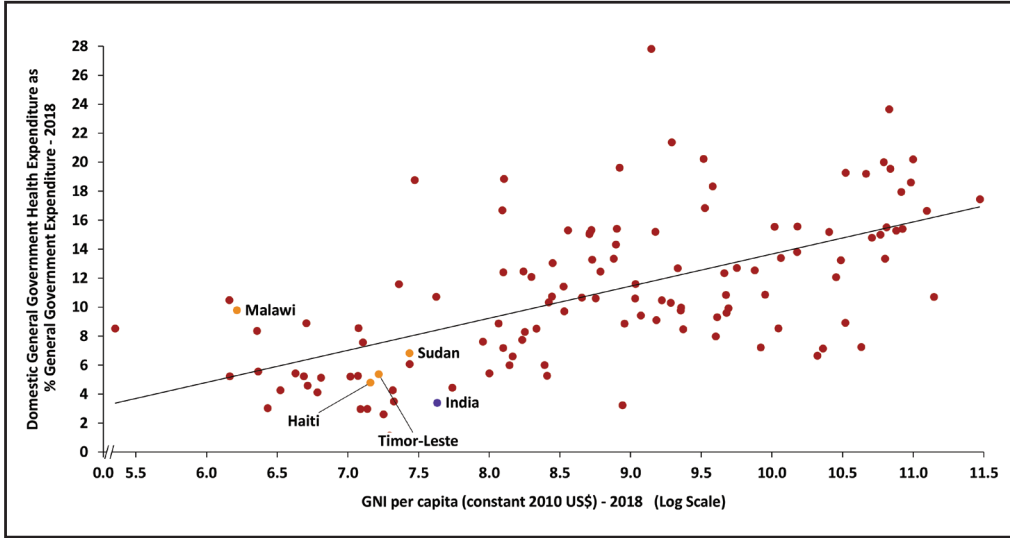
स्रोत: NSSO (2004) और NSSO (2018) पर आधारित सर्वेक्षण संगणना

स्वास्थ्य सेवा के लिए कम बजट का आवंटन

5.19 चूंकि भारत में स्वास्थ्य एक राज्य का विषय है, इसलिए सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं के खर्च की जांच करते समय राज्यों द्वारा स्वास्थ्य सेवा पर खर्च सबसे अधिक मायने रखता है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा, 2017 के

अनुसार, स्वास्थ्य सेवा पर 66 प्रतिशत खर्च राज्यों द्वारा किया जाता है। भारत अपने सरकारी बजट (समेकित संघ और राज्य सरकार) में स्वास्थ्य के लिए प्राथमिकता वाले 189 देशों में से 179 वें स्थान पर है। जैसा कि चित्र 10 दिखाता है, भारत में स्वास्थ्य की यह प्राथमिकता है। और सूडान जैसे दाता-आश्रित देशों की तरह है, और विकास में इसके साथियों की कमी है।

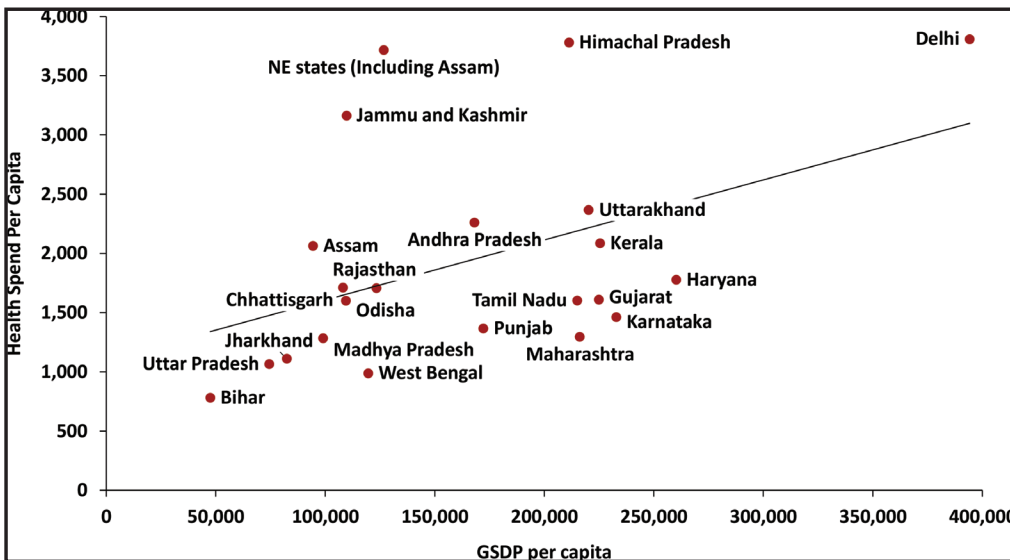
चित्र 10: विभिन्न देशों के लिए कुल सरकारी बजट के प्रतिशत के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्च (केंद्र और राज्य संयुक्त)

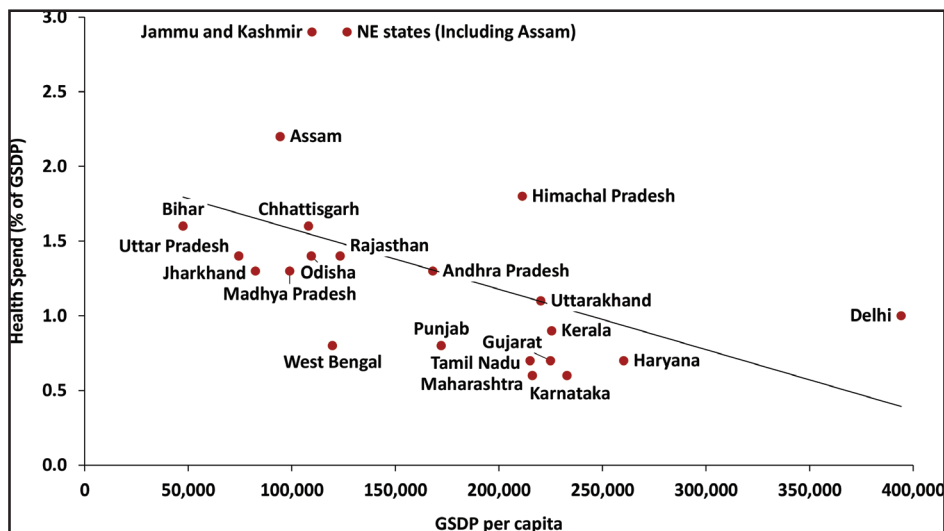


स्रोत: विश्व बैंक और WHO (वैश्विक स्वास्थ्य व्यय डेटा बेस)

5.20 सभी राज्यों में स्वास्थ्य देखभाल पर राज्य व्यय भिन्न-भिन्न है। तथा इसे राज्य को आय स्तर द्वारा पुरी तरह से व्यक्त नहीं किया जा सकता। चित्र 11 में भी यही दर्शाया गया है जबकि प्रति व्यक्ति हेल्थकेयर व्यय प्रति व्यक्ति जी एस डी के साथ बढ़ता है। जी एस डी पी के प्रतिशत के रूप में हेल्थ केयर व्यय प्रति व्यक्ति जी एस डी पी के साथ कम होता है। इस प्रकार समृद्ध राज्य हेल्थ केयर पर अपनी जी एस डी का कम भाग खर्च कर रहे हैं।

चित्र 11: विभिन्न भारतीय राज्यों में स्वास्थ्य सेवा खर्च

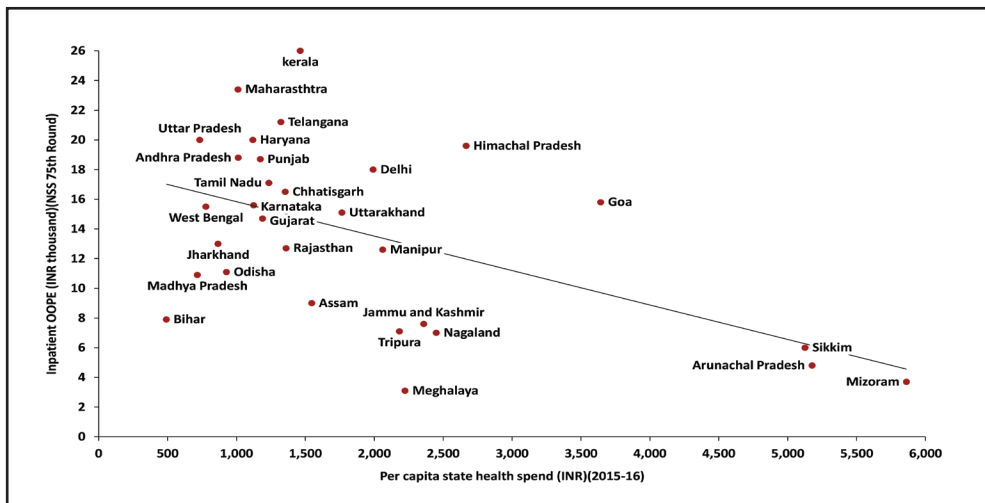




स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र 2017

5.21 जिन राज्यों में प्रति व्यक्ति खर्च अधिक होता है, उनमें आउट-ऑफ-पॉकेट खर्च कम होता है, जो वैश्विक स्तर पर भी सही है। इसलिए, OOP को कम करने के लिए स्वास्थ्य सेवा पर उच्च सार्वजनिक खर्च की आवश्यकता है। जैसा कि चित्र 3 साक्ष्य स्पष्ट रूप से प्रदर्शित करता है, सार्वजनिक खर्च में 2.5-3% की वृद्धि OOP को काफी हद तक कम कर सकती है। इसलिए, अमीर राज्यों को विशेष रूप से GDP के एक प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य देखभाल खर्च को 2.5-3% तक बढ़ाने का लक्ष्य रचना चाहिए (चित्र 12)।

चित्र 12: राज्य स्वास्थ्य व्यय और असंगत OOP के बीच सहसंबंध



स्रोत: NSSO डेटा पर आधारित सर्वेक्षण संगणना

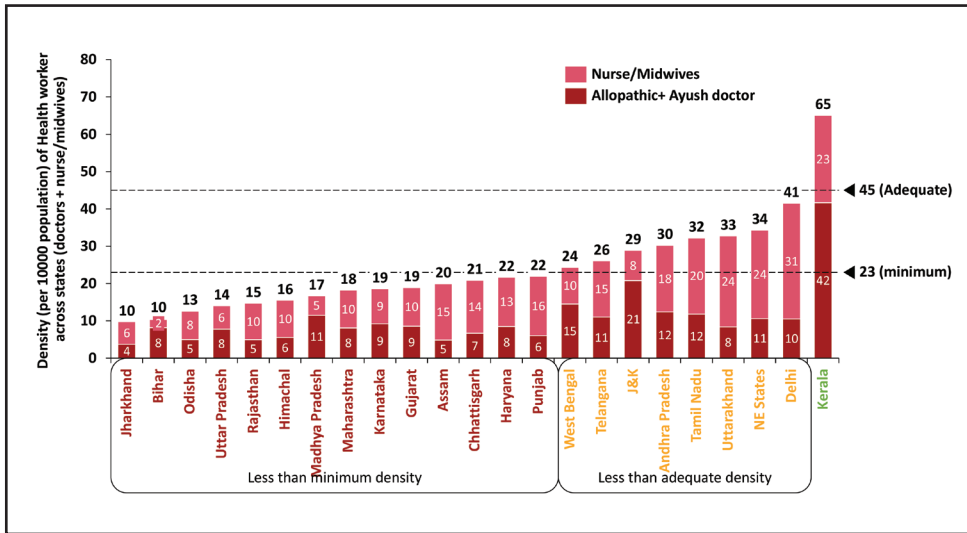
स्वास्थ्य के लिए कम मानव संसाधन

5.22 किसी भी देश की स्वास्थ्य स्थिति महत्वपूर्ण रूप से स्वास्थ्य के लिए सामान्य और मानव संसाधनों में उपलब्ध आधारभूत स्वास्थ्य संरचना पर निर्भर करती है। क्रॉस-कंट्री डेटा का उपयोग करते हुए कई शोध अध्ययनों ने एक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली और स्वास्थ्य परिणामों (जाधव एट अल। 2019, चौधरी और मोहंती 2020, आनंद और बिग्नगॉजेन 2004) में स्वास्थ्य कर्मचारियों की उपलब्धता के बीच एक सकारात्मक अनौपचारिक लिंक पर प्रकाश डाला है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने 2030 तक संयुक्त SDG ट्रेसर संकेतक

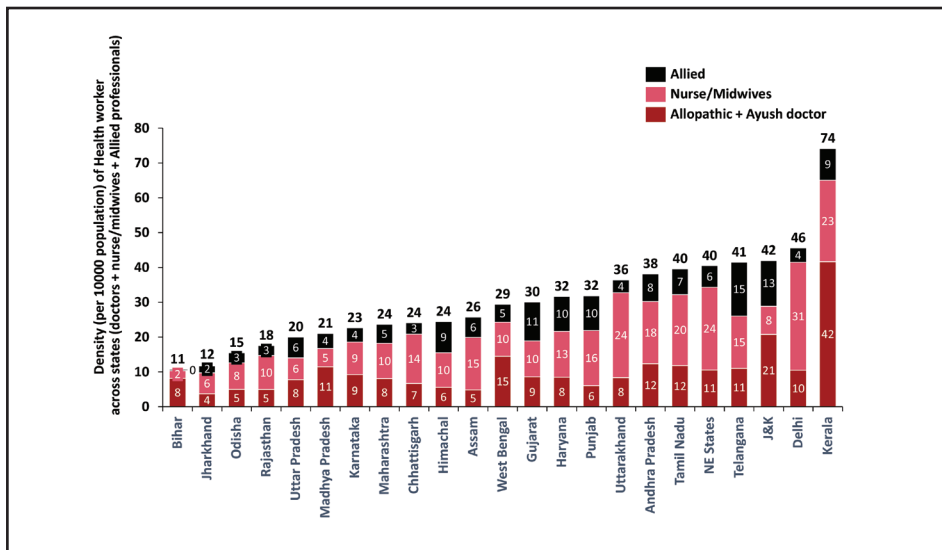
सूचकांक हासिल करने के लिए स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के 44.5 प्रति 10,000 आबादी और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के पर्याप्त कौशल-मिश्रण की पहचान की। WHO ने कुशल स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा भाग लेने वाले 80 प्रतिशत जन्मों को प्राप्त करने के लिए प्रति 10,000 आबादी पर 23 स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की एक निचली श्रेणी को भी निर्दिष्ट किया।

5.23 हालांकि भारत में स्वास्थ्य सघनता के लिए कुल मानव संसाधन 23 की निचली सीमा के करीब है, लेकिन राज्यों में स्वास्थ्य कर्मचारियों का एक एकतरफा वितरण है और कौशल मिश्रण (डॉक्टर/नर्स-मिडवाइव्स अनुपात) पर्याप्त से दूर है। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और कौशल मिश्रण की सघनता में राज्य-स्तर की भिन्नता यह दर्शाती है कि केरल और जम्मू और कश्मीर में डॉक्टरों की उच्च सघनता है, पंजाब, हिमाचल प्रदेश और छत्तीसगढ़ जैसे राज्यों में नर्सों और दाइयों की संख्या अधिक है, लेकिन डॉक्टरों की सघनता बहुत कम है। आंध्र प्रदेश, दिल्ली और तमिलनाडु डॉक्टरों और नर्सों और दाइयों के बेहतर संतुलन को दर्शाते हैं (चित्र 13 और 14 देखें)।

चित्र 13: विभिन्न भारतीय राज्यों में डॉक्टरों और नर्सों/दाइयों की सघनता



चित्र 14: विभिन्न भारतीय राज्यों में डॉक्टरों, नर्स/दाइयों और समवर्गी पेशेवरों की सघनता

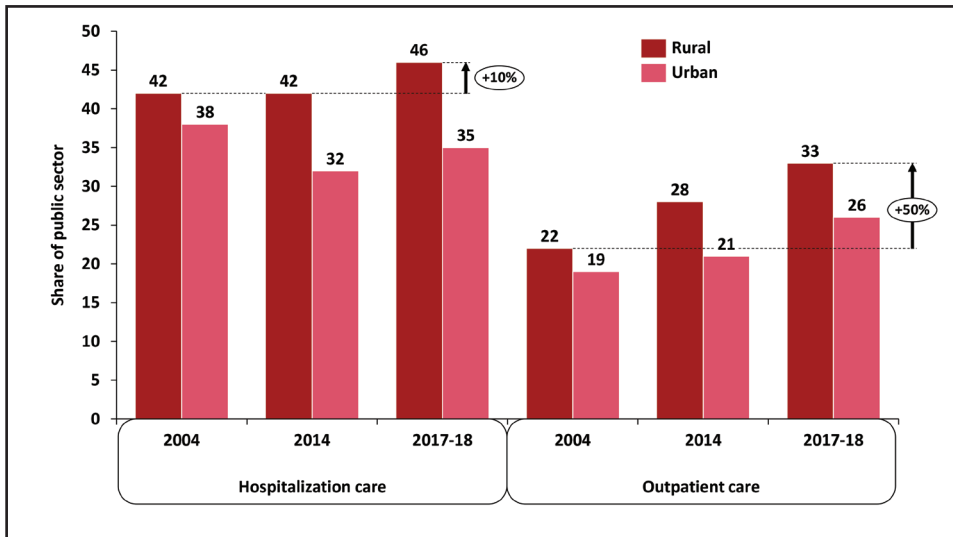


स्रोत: सामयिक श्रम बल सर्वेक्षण 2017-18 (सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय 2019) और 2018 के लिए जनसंख्या प्रोजेक्शन (भारत की जनगणना 2020)।

बाजार की विफलता के उच्च स्तर द्वारा चिह्नित एक उद्योग में अनियमित निजी उद्यम

5.24 जहां सार्वजनिक संस्थानों की हिस्सेदारी अस्पताल और बाह्य रोगी देखभाल दोनों में बढ़ी है, वहीं भारत में कुल स्वास्थ्य सेवा प्रावधान में निजी क्षेत्र हावी है। आउट पेशेंट देखभाल के लगभग 74 प्रतिशत और शहरी भारत में निजी क्षेत्र के माध्यम से अस्पताल में भर्ती होने की 65 प्रतिशत देखभाल है (चित्र 15)।

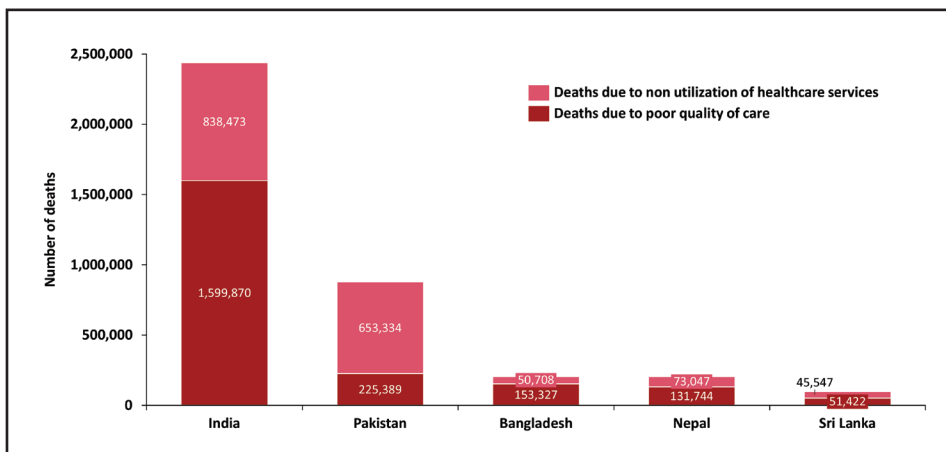
चित्र 15: कुल स्वास्थ्य सेवा, अस्पताल में भर्ती देखभाल और आउट पेशेंट देखभाल में सार्वजनिक क्षेत्र का हिस्सा (प्रतिशत)



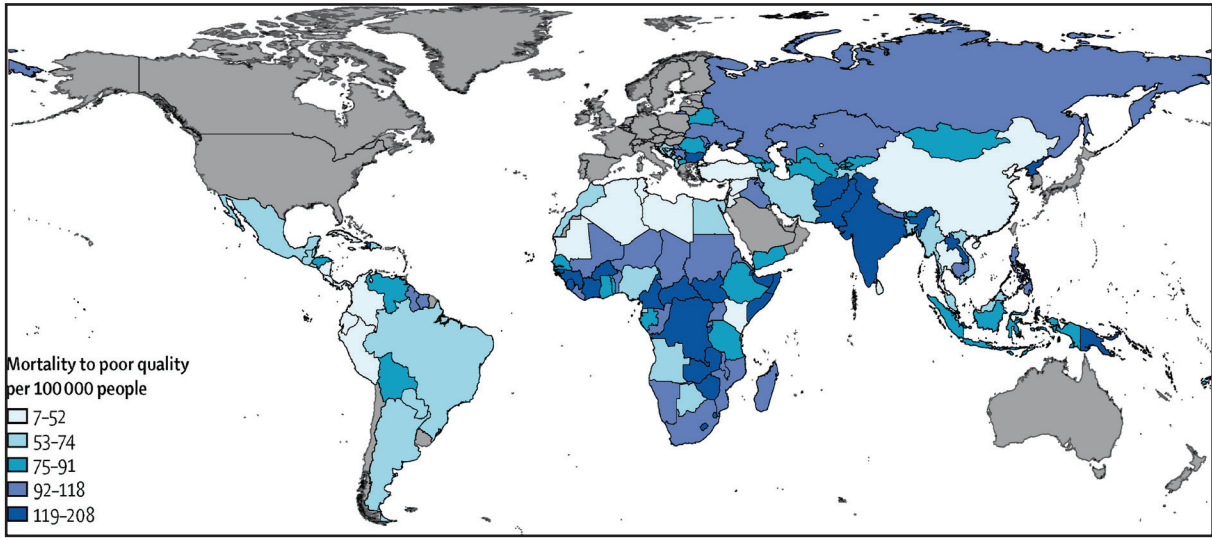
स्रोत: NSSO, विभिन्न दौर।

525 पूर्व में स्वास्थ्य क्षेत्र में सूचना विषमताओं से उपजी महत्वपूर्ण बाजार की विफलताओं पर प्रकाश डाला। इसलिए, अनियमित निजी उद्यम महत्वपूर्ण नकारात्मक प्रभाव पैदा कर सकता है। उदाहरण के लिए, सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज युग में निम्न-गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य प्रणालियों के कारण मृत्यु दर पर हाल ही में किए गए एक लैंसेट अध्ययन से पता चलता है कि अपर्याप्त एक्सेस के कारण स्वास्थ्य सेवा की खराब गुणवत्ता के कारण भारत में मौतों का एक बड़ा अनुपात प्रकट होता है; यह अनुपात पड़ोसी देशों (चित्र 16) और दुनिया के अन्य देशों (चित्र 17) (कुर्क, और अन्य, 2018) की तुलना में काफी अधिक है।

चित्र 16: खराब देखभाल की गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल की अपर्याप्त एक्सेस से अधिक मौतों की ओर ले जाती है



चित्र 17: देश द्वारा खराब गुणवत्ता वाले स्वास्थ्य देखभाल के कारण मृत्यु दर

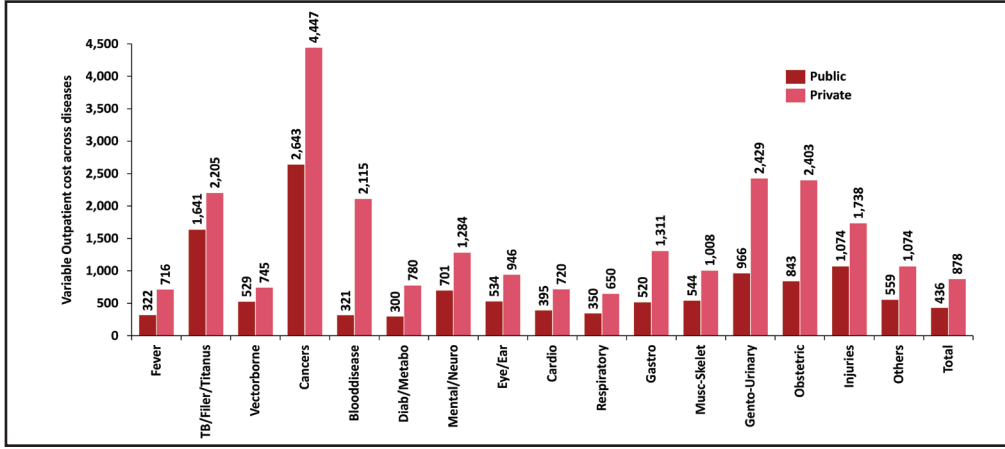


5.26 वास्तव में, केन और कैलन (2017) भारतीय स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में विश्वास के क्षरण को उजागर करते हैं। सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के प्रदाताओं के बीच गुणवत्ता में अंतर को समझने के लिए, हम PMJAY के डेटा का उपयोग करते हैं। अस्पताल सेटिंग में गुणवत्ता के सबसे आम मैट्रिक्स में अनियोजित रीडिमिशन (मोहपाल एट अल 2020) है। अनावश्यक देखभाल के परिणामस्वरूप सामान्य तौर पर रीडिमिशन आमतौर पर मरीजों और उनके परिवारों और स्वास्थ्य प्रणालियों पर भारी बोझ डालते हैं। सामान्य तौर पर, मूल प्रवेश की तुलना में पुनःप्रवेश अधिक महंगा होता है। नवंबर 2019 तक डेटा का उपयोग करते हुए, यह देखा गया है कि इसी मूल मामले में INR 12,652 की तुलना में एक पुनः प्रवेश के मामले में औसत दावा राशि INR 19,295 है। ठहरने की औसत लंबाई भी पुनः प्रवेश में 7.5 दिन बनाम 6.6 दिन अधिक है। महत्वपूर्ण रूप से, डेटा से पता चलता है कि नवजात प्रक्रियाओं के लिए मृत्यु दर सार्वजनिक अस्पतालों की तुलना में निजी अस्पतालों में क्रमशः 3.84 प्रतिशत और 0.61 प्रतिशत अधिक है। सार्वजनिक क्षेत्र के मरीज उसी अस्पताल में 64 प्रतिशत समय बनाम 70 प्रतिशत निजी अस्पतालों में भर्ती हो जाते हैं। लगभग 3/4 आउट पेशेंट देखभाल और 2/3 अस्पताल में भर्ती देखभाल निजी क्षेत्र के माध्यम से प्रदान की जाती है, स्वास्थ्य सेवा की खराब गुणवत्ता के कारण भारत में होने वाली मौतों का एक बड़ा हिस्सा यह दर्शाता है कि निजी क्षेत्र में उपचार की गुणवत्ता भारत में सार्वजनिक क्षेत्र में इससे बेहतर नहीं हो सकती है। (बासु और अन्य 2012, कुमार एंड प्रकाश एट अल 2011, कोरासा एट अल 2014, रूसो 2015)

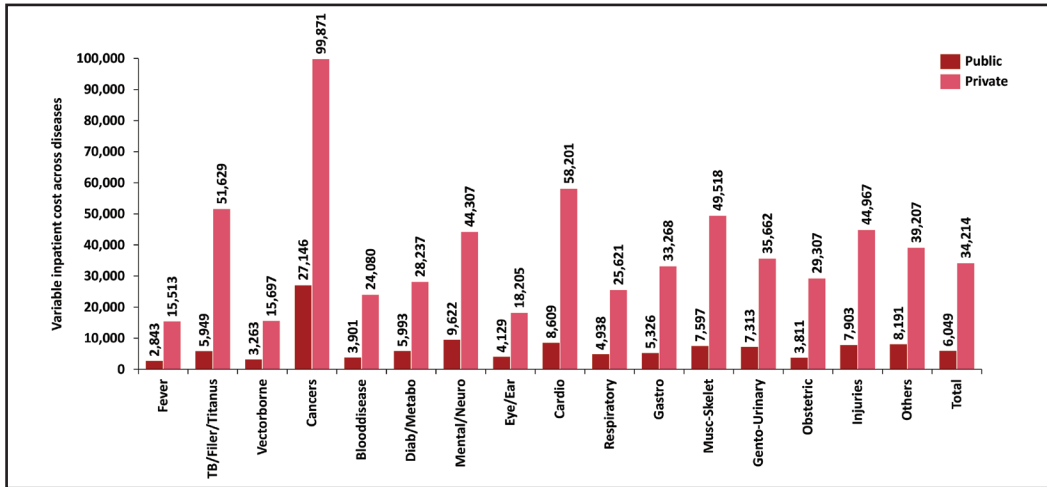
5.27 स्वास्थ्य सेवा में असममितिक जानकारी की समस्या सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के बीच एक ही बीमारी के इलाज के लिए लागत में पर्याप्त भिन्नता में भी परिलक्षित होती है। जैसा कि ऊपर तर्क दिया गया है, निजी क्षेत्र में उपचार की गुणवत्ता सार्वजनिक क्षेत्र की तुलना में निजी क्षेत्र में स्पष्ट रूप से बेहतर प्रतीत नहीं होती है। फिर भी, निजी क्षेत्र में उपचार की लागत न केवल समान रूप से अधिक है, बल्कि कैंसर (3.7x), कार्डियो (6.8x), चोटों (5.9x), गैस्ट्रो (6.2x), श्वसन (5.2x) (NSSO डेटा) जैसी गंभीर बीमारियों के रोगी के इन पेशेंट उपचार के लिए अंतर विशालकाय हैं।

5.28 महत्वपूर्ण असममित जानकारी से उपजी बाजार की विफलताओं को देखते हुए, एक अनियमित निजी स्वास्थ्य प्रणाली एक प्रणाली की तुलना में स्पष्ट रूप से कम-इष्टतम है जहां नीतियां असममित जानकारी की समस्या को कम करती हैं। समानताएं बैंकिंग और वित्तीय मध्यस्थता से निकाली जा सकती हैं - एक अन्य उद्योग जो असममित जानकारी के कारण महत्वपूर्ण बाजार विफलताओं से ग्रस्त है - इन बाजार विफलताओं को कम करने के लिए नीतियां तैयार करना:

चित्र 18: सार्वजनिक और निजी क्षेत्र (आउट पेशेंट देखभाल) के बीच एक ही बीमारी के इलाज के लिए लागत में वास्तविक भिन्नता



चित्र 19: सार्वजनिक और निजी क्षेत्र (इन पेशेंट देखभाल) के बीच एक ही बीमारी के इलाज के लिए लागत में वास्तविक भिन्नता



5.29 क्रेडिट रेटिंग एजेंसियां फर्म के ऋण में निवेश करते समय निवेशकों द्वारा सामना की गई सूचना विषमता को कम करती हैं। विशेष रूप से, क्रेडिट रेटिंग एजेंसियां निवेशकों द्वारा लिए गए ऋण को चुकाने वाली फर्म की संभावना का, इस प्रकार से पैसे उधार लेने वाली फर्म की गुणवत्ता का आकलन करती हैं। इसी तरह, हेल्थकेयर पॉलिसीमेकर्स को स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं - डॉक्टर और अस्पताल दोनों की गुणवत्ता का आकलन करने के लिए एजेंसियों को बनाने पर विचार करना चाहिए। यूनाइटेड किंगडम 2004 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा (NHS) द्वारा प्रस्तुत गुणवत्ता और परिणाम रूपरेखा (QOF) और साथ ही NHS द्वारा पेश किए गए अन्य गुणवत्ता मूल्यांकन अभ्यास एक अच्छा उदाहरण प्रदान करते हैं। NHS गुणवत्ता मूल्यांकन प्रथाओं में बड़ी पुरानी बीमारियों के लिए राष्ट्रीय मानक, NHS में काम करने वाले सभी डॉक्टरों की वार्षिक मूल्यांकन, और कभी-कभी आंकड़ों के सार्वजनिक रिलीज के साथ, प्रथाओं की तुलना करने के लिए नैदानिक ऑडिट का व्यापक उपयोग शामिल थे। उनका सावधानीपूर्वक मूल्यांकन किया जाना चाहिए और कार्यान्वयन के लिए विचार किया जाना चाहिए।

5.30 क्रेडिट ब्यूरो व्यक्तिगत उधारकर्ताओं की गुणवत्ता का आकलन करके उन्हें क्रेडिट स्कोर प्रदान करता है, जिससे बैंक या वित्तीय संस्थान द्वारा सामना की गई जानकारी विषमता को कम करके व्यक्तिगत उधारकर्ता को

उधार दिया जा सकता है। स्वास्थ्य सेवा के संदर्भ में, बीमाकर्ता और साथ ही स्वास्थ्य सेवा प्रदाता रोगी के बारे में समान जानकारी विषमता से ग्रस्त हैं। जैसा कि आर्थिक सर्वेक्षण 2018-19 के अध्याय 4 (“लोगों का, लोगों द्वारा, लोगों के लिए डेटा”) में तर्क दिया गया है, डेटा की गोपनीयता के दायरे में भी नेशनल डिजिटल हेल्थ मिशन के डेटा का उपयोग किया जा सकता है। कृत्रिम बुद्धिमत्ता और मशीन लर्निंग एल्गोरिदम की सहायता से इस तरह के डेटा का उपयोग करके, मरीजों के संबंध में पूर्वसूचक पहलुओं का उपयोग सूचना विषमता को कम करने के लिए किया जा सकता है। इसलिए, सूचना उपयोगिताओं ए ला क्रेडिट ब्यूरो का मूल्यांकन और विचार किया जाना चाहिए।

5.31 अंततः दी गई विषम सूचनाएं की स्वास्थ्य देखभाल में अविनियमित निजी उद्यम को उप इष्टतम बनाती हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र को विनियमित और पर्यवेक्षण करने वाले संबंधित विनियामक को इसे गंभीरता से लेना चाहिए। यह विशेष रूप से प्रासंगिक है क्योंकि स्वास्थ्य व्यवस्था प्रणालियों में मात्रा, गुणवत्ता और सुरक्षा और सेवाओं के वितरण को प्रभावित करने वाले सरकार के लिए एक महत्वपूर्ण लिवर के रूप में विनियमन की महत्ता बढ़ गई है (क्लार्क 2016), कृपया अन्य देशों में विनियमन के लिए निचे दी गई तालिका 1 देखें।

तालिका 1: स्वास्थ्य सेवा के विनियमन में अंतर्राष्ट्रीय अनुभव

देश	मानकों का स्रोत	मानकों की सामग्री	अनुभव
ऑस्ट्रेलिया	नेशनल सेफ्टी एंड क्वालिटी हेल्थ सर्विस (NSQHS) स्टैंडर्ड्स ऑन ऑस्ट्रेलियन कमीशन द्वारा सेफ्टी एंड क्वालिटी इन हेल्थ केयर (ACSQHC) द्वारा विकसित किए गए मानक ऑस्ट्रेलियाई स्वास्थ्य सेवाओं की सुरक्षा और गुणवत्ता प्रत्यायन योजना का हिस्सा हैं जिसका ऑस्ट्रेलियाई स्वास्थ्य मंत्रियों द्वारा 2010 में समर्थन किया गया था।	मानक उन उपायों का एक सेट प्रदान करते हैं जिन्हें सेवाओं और सेटिंग्स पर लागू किया जा सकता है और प्रदाताओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन तंत्र के रूप में यह जांचने के लिए कि क्या न्यूनतम मानक पूरे किए गए हैं या नहीं या लक्ष्य विकास के लिए गुणवत्ता सुधार तंत्र के रूप में उपयोग किया जाता है। अन्य राष्ट्रीय मानकों में नर्सिंग होम मान्यता, मानसिक स्वास्थ्य मानकों और बाल दिवस देखभाल के मानकों और घर के बाहर देखभाल के मानकों के रूप में देखभाल सिद्धांतों की गुणवत्ता शामिल है। ACSQHC ने 2010 में स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक ऑस्ट्रेलियाई सुरक्षा और गुणवत्ता फ्रेमवर्क भी तैयार किया जो तीन मुख्य सिद्धांत (उपभोक्ता-केंद्रित देखभाल, सूचना द्वारा संचालित और सुरक्षा के लिए संगठित), साथ ही सुधार के लिए कार्रवाई के 21 क्षेत्रों का निर्माण करता है।	स्वास्थ्य सुरक्षा और गुणवत्ता में सुधार के लिए नियामक गतिविधि पिछले एक दशक के दौरान काफी बढ़ गई है। राष्ट्रीय और राज्य सरकारों ने कानून पारित किया है और सरकारी और अर्ध-सरकारी निकायों की स्थापना की है। स्वैच्छिक दिशानिर्देशों और विकासात्मक सुधारों के प्रति स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल क्षेत्रों में मजबूत प्राथमिकता के बावजूद, कुछ आवश्यक और अनिवार्य गुणवत्ता मानकों को पेश किया गया है। इस तरह के मानकों को लागू करने के लिए तंत्र अच्छी तरह से विकसित नहीं हैं और बाहरी तंत्र के बजाय आंतरिक पर आधारित होते हैं। ऑस्ट्रेलिया में नियामक शासन काफी हद तक नेटवर्क आधारित शासन पर निर्भर करता है जिसे तीन रणनीतियों के माध्यम से बनाया जा रहा है। सबसे पहले, ऑस्ट्रेलिया की सरकार की संघीय प्रणाली में जिम्मेदारियों का विभाजन। दूसरे, नेटवर्कयुक्त शासन को स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल की मिश्रित प्रणालियों में कई सार्वजनिक और निजी हितधारकों के बीच व्यापक परामर्श की आवश्यकता होती है। तीसरा, जटिल स्वास्थ्य और सामाजिक क्षेत्रों में नियंत्रण में पेशेवरों की व्यवस्था की आवश्यकता होती है।

देश	मानकों का स्रोत	मानकों की सामग्री	अनुभव
इंग्लैंड	देखभाल सेवाओं के वितरण के लिए राष्ट्रीय मानकों को पहली बार 2000 NHS योजना के बाद शुरू किया गया था, जिसके बाद से सुधार के दौर से गुजरने वाले नियामक तंत्र का समर्थन किया गया था।	2008 स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल अधिनियम यह सुनिश्चित करके नियमों के लिए रूपरेखा निर्धारित करता है कि विनियमित गतिविधि को अंजाम देने में प्रदान की गई कोई भी सेवा उचित गुणवत्ता की है। सेवा प्रावधान में गुणवत्ता और सुरक्षा के 16 आवश्यक मानकों के एक सेट के रूप में इसके लिए निर्धारित शर्तों को आगे बढ़ाया गया है जो कि स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल (और वर्तमान में देखभाल गुणवत्ता आयोग द्वारा विनियमित); 16 मानकों की चिंता देखभाल और सेवा उपयोगकर्ताओं के कल्याण; सेवा प्रावधान की गुणवत्ता का आकलन और निगरानी; दुरुपयोग से सेवा उपयोगकर्ताओं की सुरक्षा; स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण; दवाओं का प्रबंधन; पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा करना; परिसर की सुरक्षा और उपयुक्तता; सुरक्षा, उपलब्धता और उपकरणों की उपयुक्तता; सम्मान और सेवा उपयोगकर्ताओं को शामिल करना; देखभाल और उपचार के लिए सहमति; शिकायतें; रिकॉर्ड; और श्रमिकों से संबंधित आवश्यकताओं में प्रदाताओं द्वारा लागू किया जाना है। अप्रैल के लिए निरीक्षण और मूल्यांकन के दृष्टिकोण के साथ, आवश्यक मानकों को अपडेट किया जाना है 2014.	2012 के स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल अधिनियम के बाद, इंग्लैंड में NHS में काफी बदलाव आया है, जिसमें सुधार कार्यान्वयन जारी है। नियामकों के अलावा इंग्लैंड में पेशेवर वैधानिक निकायों की भी महत्वपूर्ण भूमिका है। यह अनुमान योग्य है कि इंग्लैंड में संबंधित संगठनों की भूमिकाओं और जिम्मेदारियों को बदलने की उम्मीद है क्योंकि नई संरचनाएं और शासन व्यवस्था लागू की जा रही हैं। वर्तमान में, वे अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए प्रवर्तन और दंड के मिश्रण का उपयोग करते हैं
फिनलैंड	फिनिश संविधान ने इस बात की आवश्यकता बताई है कि सरकार को सभी के लिए पर्याप्त देखभाल प्रदान करनी चाहिए, राष्ट्रीय विनियमन के लिए कानूनी आधार प्रदान करना चाहिए जैसे कि 1992 अधिनियम और मरीजों के अधिकार।	यह मरीजों की सूचना का अधिकार, उपचार के लिए सहमति, किसी भी प्रासंगिक चिकित्सा दस्तावेजों को देखने का अधिकार, शिकायत का अधिकार और स्वायत्तता का अधिकार निर्धारित करता है। इसके अलावा राष्ट्रीय कानून स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता और मानकों को परिभाषित करता है। चयनित विशिष्ट सेवा श्रेणियों के लिए राष्ट्रीय मानक हैं, जैसे कि वृद्धजनों की देखभाल।	स्वास्थ्य प्रणाली शासन केंद्र और नगरपालिकाओं द्वारा साझा किया जाता है। देखभाल के मानक व्यावहारिक रूप से फिनिश संविधान के भीतर अंतर्निहित हैं, जो राष्ट्रीय विनियमन के लिए कानूनी आधार प्रदान करते हैं। फिनिश नियामक प्रणाली को स्व-विनियमन और स्वैच्छिकवाद की प्रणाली द्वारा विशेषता दी जा सकती है, जो मेटा-विनियमन के कुछ पहलुओं जैसे अनिवार्य निरंतर सुधार; बाहरी नैदानिक ऑडिट; अनिवार्य घटना रिपोर्टिंग प्रणाली; वलवीरा के माध्यम से उपभोक्ता शिकायतें मुख्य राष्ट्रीय नियामक संस्था, क्षेत्रीय राज्य प्रशासन और लोकपाल के रूप में होती हैं।

देश	मानकों का स्रोत	मानकों की सामग्री	अनुभव
जर्मनी	सोशल कोड बुक प्रमुख अभिनेताओं, उनकी भूमिकाओं और दायित्वों के लिए वैधानिक स्वास्थ्य बीमा (SHI) प्रणाली में विनियामक तंत्र निर्धारित करती है। इस प्रकार, SHI प्रणाली के भीतर सेवाओं की गुणवत्ता और प्रभावशीलता के उपायों को चिकित्सा ज्ञान के वर्तमान स्तर का अनुपालन करना और आवश्यक तकनीकी गुणवत्ता का ध्यान रखना है। सेवा प्रदाताओं को उनके द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता की सुरक्षा और विकास करना होगा	सोशल कोड बुक में निर्धारित शर्तों को फेडरल ज्वाइंट कमेटी (जी-बीए) द्वारा आगे परिभाषित किया गया है, जो उपचार, गुणवत्ता आश्वासन और देखभाल के न्यूनतम मानकों पर बाध्यकारी निर्देश जारी करती है, जो SHI फंड, अस्पतालों और चिकित्सकों के संघों द्वारा कार्यान्वित किए जाते हैं। विनियमन के क्षेत्र हैं: गुणवत्ता प्रबंधन; बाहरी गुणवत्ता आश्वासन; पार-क्षेत्रीय गुणवत्ता आश्वासन; संरचनाओं, प्रक्रियाओं और परिणामों की गुणवत्ता पर नियमन; SHI से मान्यता प्राप्त चिकित्सकों द्वारा सेवाओं के मूल्यांकन और निगरानी पर नियमन।	जर्मनी की संघीय प्रणाली में स्वास्थ्य सेवा का विनियमन संघीय और राज्य सरकारों और निगमायुक्त अभिनेताओं के बीच साझा किया जाता है। 2010 की एक अस्पताल की गुणवत्ता रिपोर्ट में लगभग 1,800 अस्पतालों के गुणवत्ता डेटा शामिल थे और दिखाया गया था कि 2009 की तुलना में 65 गुणवत्ता संकेतकों में सुधार हुआ था। हालांकि, अधिकांश गुणवत्ता संकेतकों (एन = 236) के लिए, कोई बदलाव नहीं हुआ, जबकि 8 संकेतकों के लिए गिरावट देखी गई थी। नियामक निकायों की गतिविधियों का मूल्यांकन सीमित रहता है। जी-बीए, कॉरपोरेटवादी अभिनेताओं के प्रभुत्व, को स्वास्थ्य बास्केट की परिभाषा के बारे में निर्णय लेने की शक्ति का एक उच्च स्तर सौंप दिया गया और यह गैर-पारदर्शी है
नीदरलैंड	डच सरकार ने प्रभावशीलता (नैदानिक प्रभावशीलता; रोगी सुरक्षा), रोगी-केंद्रितता और लागत-दक्षता के संदर्भ में देखभाल की गुणवत्ता को परिभाषित किया है, जो नियामक प्रणाली और राष्ट्रीय विनियमन का आधार बनाते हैं	राष्ट्रीय स्तर का विनियमन व्यावसायिक आवश्यकताओं द्वारा आगे की देखभाल की गुणवत्ता के लिए समग्र आवश्यकताओं के लिए प्रदान करता है कि कैसे इन आवश्यकताओं को इस तरह से पूरा किया जाए कि गुणवत्ता की सुरक्षा हो और 'जिम्मेदार देखभाल' को वितरित किया जा सके (वर्नटवूर्ड जॉर्ग)। उदाहरण के लिए, 1996 का गुणवत्ता अधिनियम सभी स्वास्थ्य सेवा संस्थानों (जीपी और दंत चिकित्सकों को छोड़कर) के लिए गुणवत्ता प्रणाली को अनिवार्य बनाता है, आगे बताते हुए कि स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों को 'जिम्मेदार देखभाल' प्रदान करना है (एक अच्छे स्तर की देखभाल के रूप में परिभाषित, उपयुक्त, रोगी- और जरूरतों-उन्मुख); एक संरचना प्रदान करने के लिए जो जिम्मेदार देखभाल के वितरण के लिए अनुमति देता है और संचार करता है कि वे इसे कैसे प्राप्त करते/बनाए रखते हैं;	डच नियामक तंत्र स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता और सुरक्षा की सुरक्षा के लिए नीतिगत उपकरणों के मिश्रण का उपयोग करता है। प्रणाली स्व-नियमन और स्वैच्छिकता पर बहुत हद तक निर्भर करती है, उदाहरण के लिए चिकित्सा पेशे को 'वर्नटवूर्ड जॉर्ग' परिभाषित करने के माध्यम से, नैदानिक दिशानिर्देश और चिकित्सा प्रशिक्षण कार्यक्रम विकसित करना और बाहरी मान्यता की स्वैच्छिक प्रणाली होना। होउट एट अल। (2010) तर्क दिया गया, कि डच पर्यवेक्षी शासन को लगभग 10-15 प्रतिशत के कम औपचारिक हस्तक्षेप दरों से तुलनात्मक रूप से वर्णित किया जाता है। यह मामलों के माध्यम से काम करने के लिए आवश्यक समय और स्वास्थ्य क्षेत्र में अभिनेताओं के बीच अविश्वास और हताशा पैदा करने के संभावित जोखिम के कारण हो सकता है। फ्राइले एट अल।

देश	मानकों का स्रोत	मानकों की सामग्री	अनुभव
		<p>व्यवस्थित रूप से निगरानी, नियंत्रण और देखभाल की गुणवत्ता में सुधार;</p> <p>गुणवत्ता प्रबंधन और वितरित गुणवत्ता पर वार्षिक रिपोर्ट प्रकाशित करना।</p>	<p>(2009) ने 2006 के हेल्थ केयर मार्केट रेगुलेशन एक्ट (Wmg) के नियामक साधनों की समीक्षा की और नोट किया कि डच हेल्थ केयर अथॉरिटी (NZa) कम हस्तक्षेपवादी तरीके से अभिनय का विकल्प चुनती है।</p> <p>उपचार और देखभाल क्षेत्रों के लिए केंद्रीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवा प्रशासन की खंडित प्रणाली, और सामाजिक देखभाल और सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए विकेंद्रीकृत शासन जिम्मेदारियां, स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान में असमानता के लिए जोखिम को बढ़ाने के लिए देखा जा सकता है।</p>
अमेरिका	2010 के वहन योग्य देखभाल अधिनियम ने स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (DHHS) को स्वास्थ्य देखभाल (राष्ट्रीय गुणवत्ता रणनीति) के सुधार के लिए एक राष्ट्रीय रणनीति विकसित करने की आवश्यकता थी। नर्सिंग होम रिफॉर्म एक्ट (OBRA'87) नर्सिंग होम रेगुलेशन से संबंधित है।	राष्ट्रीय गुणवत्ता रणनीति DHHS द्वारा निर्देशित एक विकासशील रणनीति है जो स्वास्थ्य सेवा गुणवत्ता सुधार में राष्ट्रीय उद्देश्यों और प्राथमिकताओं को निर्धारित करने के प्रयास के रूप में है। रणनीति के तीन उद्देश्य हैं: बेहतर देखभाल, स्वस्थ लोग और समुदाय और किफायती देखभाल। OBRA'87 नर्सिंग होम विनियमन के साथ संबंधित है; यह संघीय स्तर पर नर्सिंग होम के लिए विनियामक मानकों को परिभाषित करता है, जो व्यक्तिगत राज्य कानूनों द्वारा पूरक है।	अमेरिका में नियामक गतिविधि कई स्थानीय सरकारी और निजी क्षेत्र की एजेंसियों के साथ विकेंद्रीकृत अधिकांश भाग के लिए है जो गुणवत्ता सुनिश्चित करने में शामिल हैं। प्रत्येक राज्य अपने क्षेत्र के भीतर स्वास्थ्य सुविधाओं का लाइसेंस देता है। यूएस जनरल अकाउंटेंबिलिटी ऑफिस (GAO) अक्सर सरकार में CMS और अन्य हेल्थकेयर एजेंसियों के कार्यों और गतिविधियों की समीक्षा करता है। GAO ने नर्सिंग होम के संबंध में नियामक शक्तियों के सीमित उपयोग की आलोचना को प्रकाशित किया है। राष्ट्रीय गुणवत्ता रणनीति निजी क्षेत्र के हितधारकों के इनपुट के साथ, स्वास्थ्य सेवा में शामिल विभिन्न संघीय एजेंसियों के प्रयासों को एकीकृत और कारगर बनाने का एक प्रयास है। विभिन्न संघीय एजेंसियों के प्रयासों को एकीकृत और कारगर बनाने का एक प्रयास है।

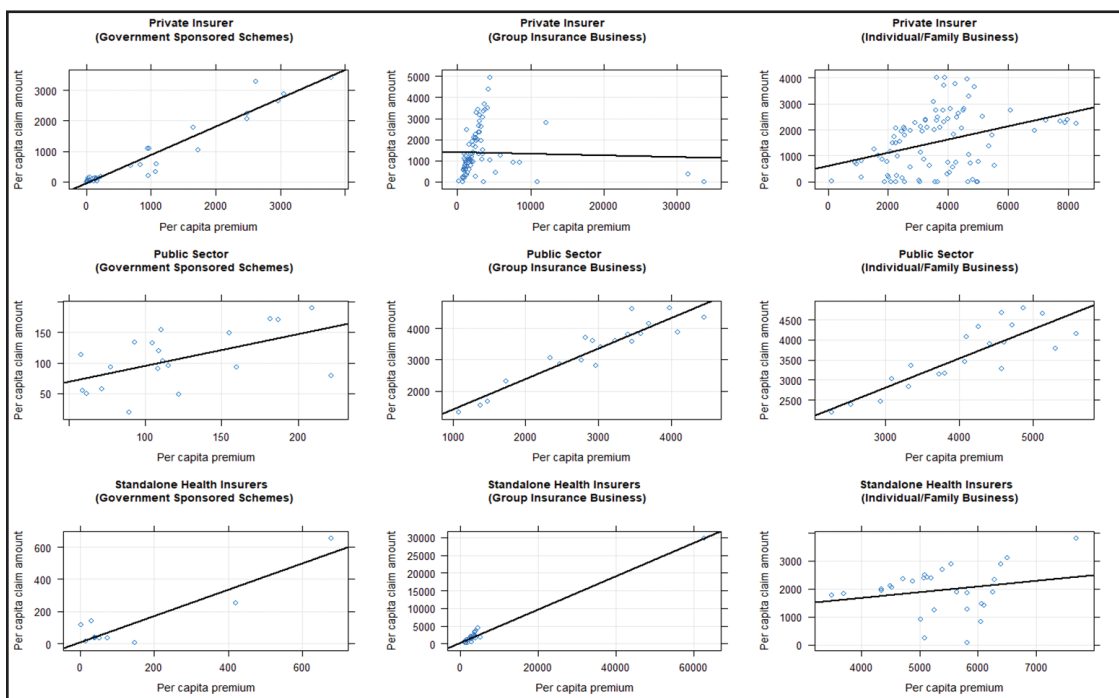
भारत के निजी बीमा बाजारों में सूचना विषमता

बॉक्स 1: बीमा बाजारों में सूचना विषमता की पहचान करने के लिए प्रयोगसिद्ध रणनीति

बीमा बाजारों में सूचना विषमता के परीक्षण के लिए प्रयोगसिद्ध साहित्य को चियापोरी और सलानीओ (2000, 2003) के सेमिनारी लेखों से पता लगाया जा सकता है। चियापोरी और सलानीओ (2000, 2003) में निहित, ये अध्ययन विभिन्न प्रकार के कम-रूप-सहसंबंधी परीक्षणों का प्रस्ताव करते हैं जो कि असममित जानकारी के अस्तित्व को प्रदर्शित करते हैं। मूल विचार दावों की तुलना में उपभोक्ताओं से करता है, जिनकी समान रूप से देखी गई विशेषताएँ हैं, लेकिन उन्होंने अलग-अलग बीमा पॉलिसियों में स्व-चयन किया है (देखें प्यूल्ज़ एंड प्रो 1994, कॉली और फिलिप्सन 1999, कार्डन और हेंडल 2001, फिंकलस्टीन और पोटेनबा 2004, 2006, कोहेन 2005, और फिंकलस्टीन और मैकग्रेरी 2006)। बीमा कवरेज और दावों के बीच एक सकारात्मक संबंध-सभी अवलोकनीय विशेषताओं को नियंत्रित करने के बाद ताकि दो व्यक्तियों की तुलना अवलोकनीय विशेषताओं पर समान हो-असममित जानकारी का प्रमाण प्रदान करता है। इसका परिणाम या तो प्रतिकूल चयन के कारण हो सकता है (अधिक जोखिम वाले व्यक्तियों को अधिक मंहगी, उच्च सुविधा अनुबंध में स्वयं का चयन करना) या नैतिक खतरा (क्योंकि व्यक्ति दो अनुबंधों के तहत अलग-अलग व्यवहार करते हैं)।

5.32 भारतीय बीमा बाजार में असममित जानकारी की जांच करने के लिए, IRDA से सुरक्षित बीमाकर्ता-विशिष्ट वार्षिक समय-श्रृंखला डेटा का उपयोग करके प्रयोगसिद्ध विश्लेषण किया जाता है। विश्लेषण की इकाई वर्ष 2015-2019 से स्वास्थ्य बीमा के एक विशिष्ट बीमा-प्रकार (सरकार प्रायोजित, समूह बीमा या व्यक्ति/परिवार फ्लोटर) एक विशिष्ट बीमाकर्ता प्रकार (यानी, निजी, सार्वजनिक क्षेत्र या स्टैंडअलोन) हामीदारी का बीमाकर्ता है। प्रति व्यक्ति प्रीमियम और प्रति-व्यक्ति दावा राशि के बीच नौ संयोजनों (तीन बीमा प्रकारों में से प्रत्येक के लिए तीन बीमाकर्ता प्रकार) के बीच के द्विवार्षिक पैटर्न नीचे चित्र 20 में दिए गए हैं। चित्र 20 में तितर बितर भूखंडों में से प्रत्येक के लिए एक रैखिक रुझान रेखा भी शामिल है। एक ऊपर की ओर ढलान वाली रुझान रेखा सभी परिदृश्यों के लिए ध्यान देने योग्य है, लेकिन एक (यानी, निजी बीमाकर्ता समूह बीमा योजनाएं)।

चित्र 20: प्रति व्यक्ति प्रीमियम और प्रति-व्यक्ति दावा राशि के बीच सहसंबंध



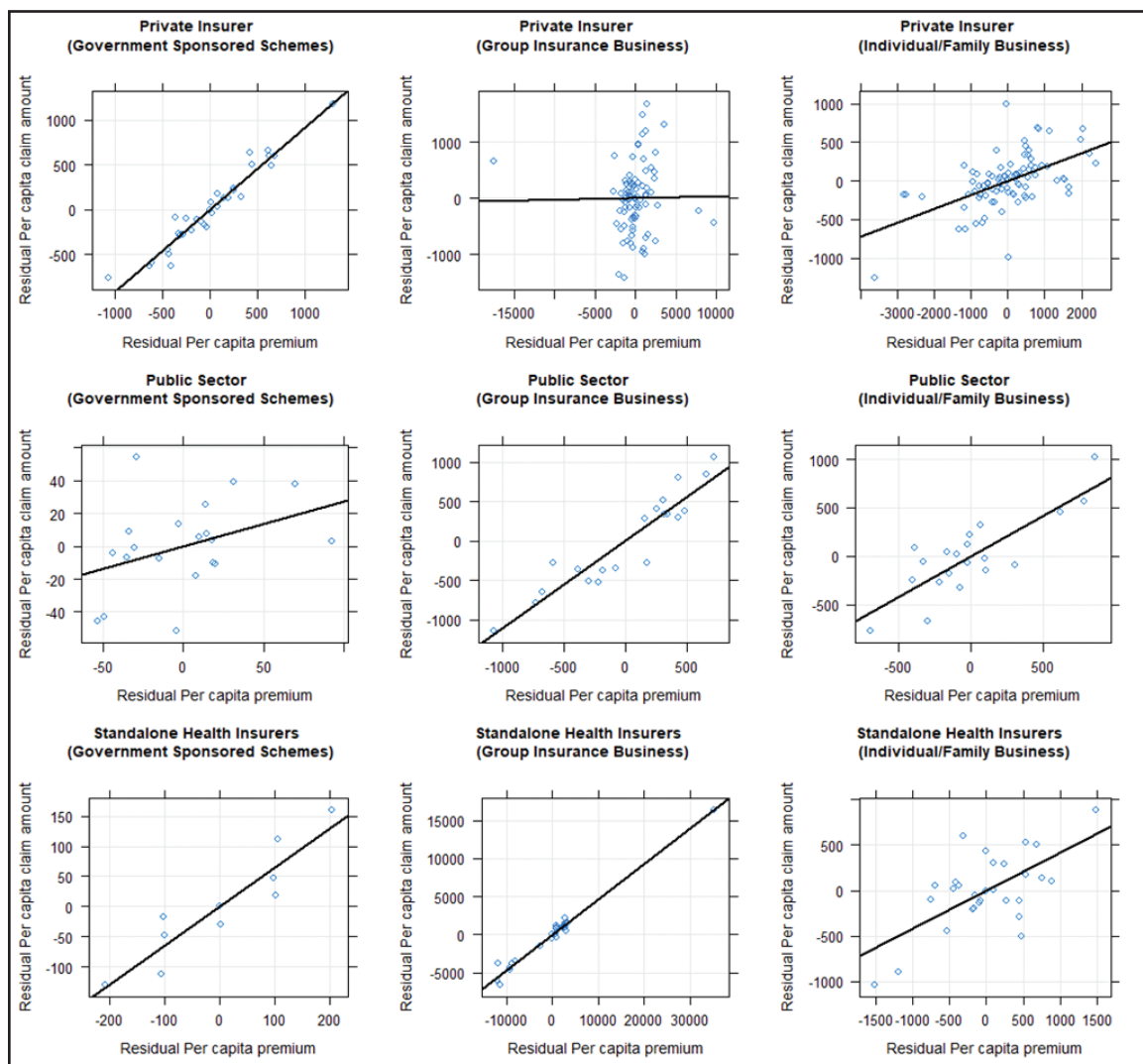
5.33 पैटर्न बीमा प्रदाताओं और समय-परिवर्तनीय कुल झटकों के बीच किसी भी प्रकार के गैर अवलोकनीय अंतर को नियंत्रित करने के लिए जो प्रति-व्यक्ति प्रीमियम और प्रति-व्यक्ति दावा राशि दोनों को व्यवस्थित रूप से प्रभावित कर सकते हैं, हम प्रत्येक बीमाकर्ता के लिए एक निश्चित प्रभाव को शामिल करने और प्रत्येक वर्ष के लिए एक ही सहसंबंध की जांच करते हैं। चित्र 21 से पता चलता है कि चित्र 20 में दिखाए गए परिणाम इन अप्रचलित अंतरों को नियंत्रित करने के बाद भी गैर अवलोकनीय रहते हैं।

तालिका 2: बीमाकर्ता निश्चित प्रभावों और वर्ष निश्चित प्रभावों के लिए नियंत्रण के बाद प्रति-व्यक्ति प्रीमियम और प्रति-व्यक्ति दावा राशि के बीच सशर्त पियर्सन सहसंबंध

बीमाकर्ता का प्रकार	सशर्त सहसंबंध		
	सरकार प्रायोजित	सामूहिक बीमा	व्यक्तिगत/पारिवारिक
निजी	0.968***	-0.040	0.361***
सार्वजनिक क्षेत्र	0.544**	0.935***	0.850***
स्टैंडअलोन	0.916***	0.990***	0.226

नोट: *p<0.01; **p<0.05, ***p<0.01

चित्र 21: बीमाकर्ता निश्चित प्रभावों और वर्ष निश्चित प्रभावों के लिए नियंत्रण के बाद अवशिष्टों के सशर्त सहसंबंध

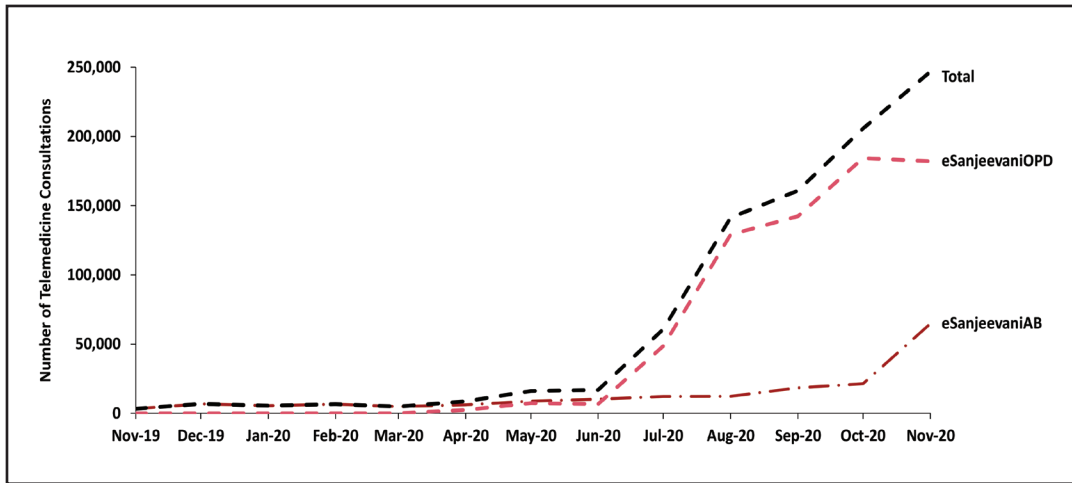


5.34 तालिका 2 बीमाकर्ता और वर्ष निर्धारित प्रभावों को नियंत्रित करने के बाद सशर्त पियरसन सहसंबंधों को दिखाती है। साक्ष्य भारतीय निजी स्वास्थ्य बीमा बाजार में असममित जानकारी की उपस्थिति को स्पष्ट रूप से उजागर करते हैं।

टेलीमेडिसिन

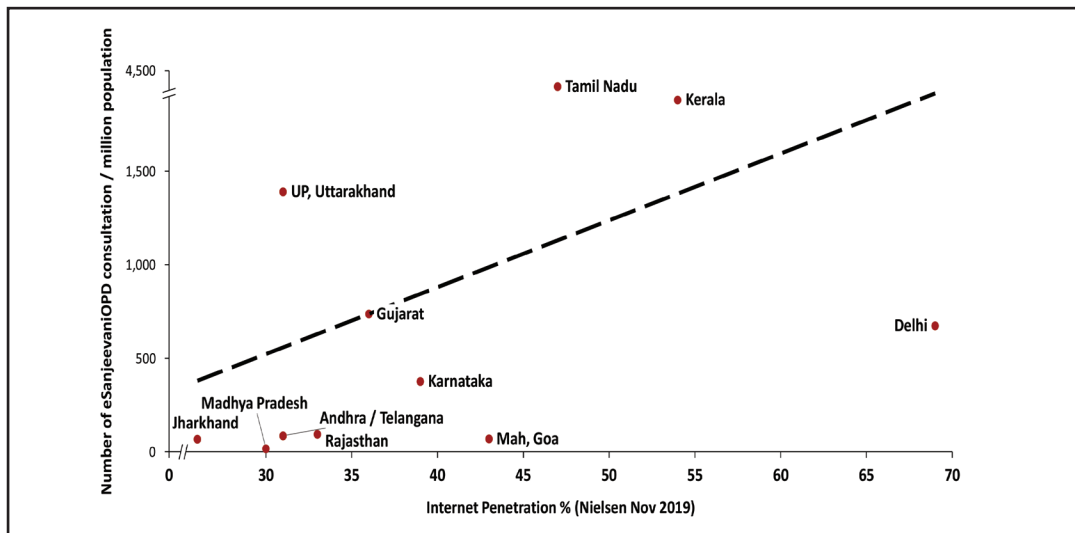
5.35 काविड-19 महामारी के प्रकोप के बाद से भारत में टेलीमेडिसिन को अपनाने में प्रभावशाली वृद्धि देखी गई है। यह 25 मार्च, 2020 को भारत में लॉकडाउन लागू करने और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (MoHFW) द्वारा टेलीमेडिसिन प्रैक्टिस दिशानिर्देश 2020 जारी करने के साथ हुआ। C-DAC के eSanjeevaniOPD (एक रोगी-से-डॉक्टर टेली-परामर्श प्रणाली) ने अप्रैल 2020 में लॉन्च के बाद से लगभग मिलियन परामर्श रिकॉर्ड किए हैं, जैसा कि चित्र 22 में देखा गया है। प्रैक्टो द्वारा भी इसी तरह की वृद्धि दर्ज की गई थी, जिसमें केवल तीन महीनों में ऑनलाइन परामर्श (500 से 700 प्रतिशत तक अलग-अलग विशिष्टताओं में भिन्न) में 500 प्रतिशत वृद्धि का उल्लेख किया गया था।

चित्र 22: ई-संजीवनी eSanjeevaniOPD परामर्शों की संख्या (नवंबर 2019 से नवंबर 2020 तक)



स्रोत: PIB दिल्ली 2020

चित्र 23: राज्य में ई-संजीवनी (eSanjeevani) परामर्शों की रिपोर्ट और इंटरनेट की पहुंच के बीच सहसंबंध



5.36 चित्र 23 से पता चलता है कि टेलीमेडिसिन परामर्श की संख्या एक राज्य में इंटरनेट के प्रवेश के साथ दृढ़ता से सहसंबंधित है। इस प्रकार, टेलीमेडिसिन की सफलता गुण-दोष की दृष्टि से स्वास्थ्य के देशव्यापी बुनियादी ढांचे और इंटरनेट कनेक्टिविटी के उचित स्तर पर टिका है। विशेष रूप से, इंटरनेट एक्सेस में निवेश करने से टेलीमेडिसिन का अधिक विकास हो सकता है, जो स्वास्थ्य देखभाल और उपयोग में भौगोलिक विषमताओं को कम करने में बहुत मदद कर सकता है।

निष्कर्ष और नीति सुझाव

5.37 मौजूदा COVID-19 महामारी ने स्वास्थ्य सेवा के महत्व पर जोर दिया है, जिससे स्वास्थ्य सेवा संकट आर्थिक और सामाजिक संकट में बदल गया। उसी को ध्यान में रखते हुए और यूनिवर्सल हेल्थकेयर कवरेज के SDG लक्ष्य को प्राप्त करने के प्रयास में, भारत को देश में स्वास्थ्य सेवा एक्सेस और सामर्थ्य में सुधार के लिए कदम उठाने चाहिए। फिर भी, हेल्थकेयर पॉलिसी को “साम्यता पूर्वाग्रह” के प्रति अनुग्रहित नहीं होना चाहिए, हाल ही में हुई घटना को महत्व देती है जो सिक्स-सिगमा घटना का प्रतिनिधित्व करती है जो भविष्य में एक समान फैशन में नहीं दोहरा सकती है। यह विशेष रूप से उचित है कि इस तथ्य को देखते हुए कि बहुत अधिक स्वास्थ्य सेवा निवेश और सहवर्ती स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे वाले देशों ने महामारी को रोकने के लिए संघर्ष किया है। अगले स्वास्थ्य संकट में संभवतः संचारी रोग शामिल न भी हों। इसलिए, भारत की स्वास्थ्य सेवा नीति को अपनी दीर्घकालिक स्वास्थ्य प्राथमिकताओं पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। इसके साथ ही, भारत को महामारियों का जवाब देने में सक्षम बनाने के लिए, स्वास्थ्य ढांचे में लचीलापन शामिल होना चाहिए। उदाहरण के लिए, प्रत्येक अस्पताल सुसज्जित हो सकता है ताकि सामान्य समय में सामान्य बीमारियों की देखभाल करते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य आपातकाल का जवाब देने के लिए अस्पताल के कम से कम एक वार्ड को जल्दी से संशोधित किया जा सके। ऐसे स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे के निर्माण में अनुसंधान इस तरह के परिवर्तनशील वार्डों का निर्माण करने के लिए मार्गदर्शन दे सकता है।

5.38 मौजूदा COVID-19 महामारी ने स्वास्थ्य सेवाओं की दूरस्थ वितरण के लिए वैकल्पिक वितरण चैनल के रूप में प्रौद्योगिकी-सक्षम प्लेटफार्मों की भूमिका को दर्शाने में मदद की है। ये प्रौद्योगिकी-सक्षम प्लेटफार्मों भारत की संकट स्वास्थ्य देखभाल एक्सेस और वितरण चुनौतियों का सामना करने के लिए एक नया अवसर प्रदान करते हैं। डिजिटलीकरण और कृत्रिम बुद्धिमत्ता के वादे के साथ युग्मित इन प्रौद्योगिकी प्लेटफार्मों ने प्राथमिक देखभाल और मानसिक स्वास्थ्य के लिए टेलीमेडिसिन के उपयोग में भारी वृद्धि की है। भारत की अद्वितीय संकट की चुनौतियों को देखते हुए, इस तरह के प्रौद्योगिकी-सक्षम समाधानों को पूरी तरह से तैयार करने की आवश्यकता है। जैसा कि हमने देखा है, टेलीमेडिसिन इंटरनेट कनेक्टिविटी और स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे पर महत्वपूर्ण रूप से निर्भर करता है। इसलिए, केंद्र और राज्य दोनों सरकारों को सरकार के डिजिटल स्वास्थ्य मिशन के पूरक के लिए टेलीमेडिसिन में एक मिशन मोड में निवेश करने की आवश्यकता है और इस प्रकार जनता तक अधिक पहुंच को सक्षम किया जाए।

5.39 स्वास्थ्य सुविधा में असमानता को कम करने में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। सार्वजनिक सुविधाओं के माध्यम से प्रसव पूर्व देखभाल करने वाले सबसे गरीब लोगों का प्रतिशत 19.9 प्रतिशत से बढ़कर 2004 से 2018 तक 24.7 प्रतिशत हो गया है। इसी प्रकार, प्रसव के बाद की देखभाल के लिए सबसे गरीब संस्थागत प्रसव का प्रतिशत 18.6 प्रतिशत से बढ़कर 23.1 प्रतिशत और 24.7 प्रतिशत से 25.4 प्रतिशत हो गया। सबसे खराब उपयोग करने वाली रोगी की इन पेशेंट देखभाल और आउट पेशेंट देखभाल 12.7 प्रतिशत से बढ़कर 18.5 प्रतिशत और 15.6 प्रतिशत से बढ़कर 18.3 प्रतिशत हो गई है।

5.40 वित्तीय दृष्टिकोण से, भारत के पास दुनिया में OPE के उच्चतम स्तरों में से एक है, जो आपत्तिजनक व्यय और गरीबी की उच्च घटनाओं में सीधा योगदान देता है। सभी देशों और राज्यों में सार्वजनिक व्यय और

OOPE के स्तर के बीच एक नकारात्मक सहसंबंध मौजूद है। वास्तव में, सार्वजनिक व्यय के छोटे स्तर पर (GDP के 3 प्रतिशत से कम), यहां तक कि सार्वजनिक खर्च में मामूली वृद्धि से OOPE को कम करने में “पैसा वसूल” होता है। GDP में सार्वजनिक व्यय में 1 प्रतिशत से 2.5-3 प्रतिशत की वृद्धि - राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 में उल्लिखित है - समग्र स्वास्थ्य व्यय में OOPE को 65 प्रतिशत से घटाकर 20 प्रतिशत कर सकता है। अध्याय 10 से पता चलता है, PMJAY इस दिशा में एक बड़ा विकास रहा है, जो भारतीय आबादी के एक बड़े प्रतिशत को वित्तीय सामर्थ्य प्रदान करता है।

5.41 क्योंकि भारत में स्वास्थ्य सेवा का एक बड़ा हिस्सा निजी क्षेत्र द्वारा प्रदान किया जाता है, पॉलिसी मेकर्स के लिए यह महत्वपूर्ण है जो स्वास्थ्य सेवा में सूचना विषमता को कम करती हों, जो बाजार में विफलताएं पैदा करती हों और इस तरह से अनियमित निजी स्वास्थ्य सेवा कम गुणवत्ता प्रदान करती हों। इसलिए, सूचना उपयोगिताएं जो सूचना विषमता को कम करने में मदद करती हैं, समग्र कल्याण को बढ़ाने में बहुत उपयोगी हो सकती हैं। यूनाइटेड किंगडम 2004 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा (NHS) द्वारा प्रस्तुत गुणवत्ता और परिणाम रूपरेखा (QOF) और साथ ही NHS द्वारा पेश किए गए अन्य गुणवत्ता मूल्यांकन अभ्यास इस संदर्भ में एक अच्छा उदाहरण प्रदान करते हैं। उनका सावधानीपूर्वक मूल्यांकन किया जाना चाहिए और कार्यान्वयन के लिए विचार किया जाना चाहिए। इसी प्रकार, राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन के डेटा का उपयोग कृत्रिम बुद्धिमत्ता और मशीन लर्निंग एल्गोरिदम की सहायता से डेटा प्राइवैसी के तंत्र के भीतर भी किया जा सकता है ताकि मरीजों के संबंध में सूचना विषमता को कम किया जा सके। अस्पतालों, चिकित्सकों और बीमा कंपनियों के लिए स्वास्थ्य सेवा पर गुणवत्ता की रिपोर्टिंग के लिए एक मानकीकृत प्रणाली हर स्वास्थ्य सेवा हितधारक द्वारा अनिवार्य रूप से सूचित किए जाने वाले बुनियादी इनपुट संकेतकों के साथ शुरू हो सकती है। समय के साथ, यह संक्रमण दर और पुनः प्रवेश दर जैसे आउटपुट और परिणाम संकेतकों को कवर करने के लिए विकसित हो सकता है। राज्य स्तर पर हेल्थ इंडेक्स के माध्यम से नीती आयोग द्वारा इस दिशा में एक शुरुआत की गई है। अंत में, स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के विनियमन और पर्यवेक्षण पर गंभीरता से विचार किया जाना चाहिए। यह विशेष रूप से प्रासंगिक है क्योंकि स्वास्थ्य प्रणालियों में सेवाओं की मात्रा, गुणवत्ता, सुरक्षा और वितरण को प्रभावित करने के लिए सरकारों के लिए एक महत्वपूर्ण उत्तोलक के रूप में विनियमन महत्वपूर्ण रूप से बढ़ गया है (क्लार्क 2016)।

5.42 मरीजों के मेडिकल रिकॉर्ड और सीमित मानकीकृत उपचार प्रोटोकॉल में सीमित दृश्यता के साथ, बीमा कंपनियों को पॉलिसी जारी करने के समय प्रतिकूल चयन का जोखिम होता है और दावों के समय नैतिक खतरे का जोखिम होता है। इस जोखिम से बचाव के लिए, बीमा कंपनियां बीमा पॉलिसी में कवर किए गए सेवाओं के उच्च प्रीमियम और प्रतिबंध का सहारा लेती हैं। इस जानकारी को समरूपता से संबोधित करने से कम प्रीमियम में मदद मिल सकती है, बेहतर उत्पादों की पेशकश सक्षम हो सकती है और देश में बीमा प्रवेश बढ़ाने में मदद मिल सकती है।

CHAPTER AT A GLANCE

- मौजूदा COVID-19 महामारी ने स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र के महत्व और अर्थव्यवस्था के अन्य प्रमुख क्षेत्रों के साथ इसके परस्पर संबंधों पर जोर दिया है। चल रही महामारी ने दिखा दिया है कि कैसे एक स्वास्थ्य सेवा संकट एक आर्थिक और सामाजिक संकट में बदल सकता है।
- हेल्थकेयर पॉलिसी को “साम्यता पूर्वाग्रह” के प्रति अनुग्रहित नहीं होना चाहिए, जहां पॉलिसी हाल ही में हुई घटना को अधिक महत्व देती है। भारत को महामारियों का जवाब देने में सक्षम बनाने के लिए स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे को चुस्त बनाना होगा।

<p>➤ नेशनल हेल्थ मिशन (NHM) ने असमानता को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है क्योंकि प्रसव पूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल के साथ-साथ संस्थागत प्रसव तक गरीबों की पहुंच में काफी वृद्धि हुई है। इसलिए, आयुष्मान भारत के संयोजन में, NHM पर जोर देना जारी रखना चाहिए।</p>
<p>➤ जीडीपी में सार्वजनिक व्यय में 1 प्रतिशत से 2.5-3 प्रतिशत की वृद्धि - जैसा कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 में उल्लिखित है - समग्र स्वास्थ्य व्यय में DOPE को 65 प्रतिशत से घटाकर 30 प्रतिशत कर सकता है।</p>
<p>➤ स्वास्थ्य क्षेत्र के विनियमन और पर्यवेक्षण का कार्य करने के लिए एक क्षेत्रीय नियामक को सूचना विषमता से उपजी बाजार की विफलताओं पर विचार करना होगा; WHO भी उसी के बढ़ते महत्व पर प्रकाश डालता है।</p>
<p>➤ सूचना विषमता को कम करना बीमा प्रीमियम को कम करने में भी मदद करेगा, बेहतर उत्पादों की पेशकश को सक्षम करेगा और देश में बीमा प्रवेश को बढ़ाने में मदद करेगा। सूचना उपयोगिताएं जो स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में सूचना विषमता को कम करने में मदद करती हैं, समग्र कल्याण को बढ़ाने में बहुत उपयोगी हो सकती हैं।</p>
<p>➤ टेलीमेडिसिन को इंटरनेट कनेक्टिविटी और हेल्थ इन्फ्रास्ट्रक्चर में निवेश करके पूरी तरह से तैयार करने की आवश्यकता है।</p>

REFERENCES

Akerlof, G. 1970. "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism." *The Quarterly Journal of Economics* 84(3): 488-500.

Anand, S., and T. Bärnighausen. 2004. "Human resources and health outcomes: cross-country econometric study." *Lancet* 364, no. 9445 (Oct 30-Nov 5): 1603-9.

Arrow, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53(5): 941-973.

Basu, S., J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi, and D. Stuckler. 2012. "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *PLoS Med* 9(6): e1001244. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>.

Berki, S.E. 1986. "A look at catastrophic medical expenses and the poor." *Health Affairs* 5: 138-45.

Berman, Peter, Manjiri Bhawalkar, and Rajesh Jha. 2017. "Government financing of health care in India since 2005: What was achieved, what was not and why." *A Report of the Resource Tracking and Management Project Harvard TH Chan School of Public Health, Boston, MA.*

Cardon, J.H., and I. Hendel. 2001. "Asymmetric information in health insurance: evidence from the National Medical Expenditure Survey." *RAND Journal of Economics* 32, no. 3 (Autumn): 408-427.

Cawley, J., and T. Philipson. 1999. "An empirical examination of information barriers to trade in insurance." *American Economic Review* 89(4): 827-846.

- Census of India. 2020. "Population Projections for India – 2018." Registrar-General of India.
- Chiappori, P.A., and B. Salanie. 2000. "Testing for asymmetric information in insurance markets." *Journal of Political Economy* 108(1): 56–78.
- Chiappori, P.A., and B. Salanié. 2003. "Testing Contract Theory: A Survey of Some Recent Work." In *Advances in Economics and Econometrics*, Vol. 1, eds. M. Dewatripont, L. Hansen and S. Turnovsky . Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Choudhury, Mita, and Ranjan Kumar Mohanty. 2020. "Role of National Health Mission in Health Spending of States: Achievements and Issues." NIPFP Working Paper 317. August. <https://www.nipfp.org.in/publications/working-papers/1914/>.
- Clarke, D. 2016. "Law, regulation and strategizing for health." In *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, eds. G. Schmets, D. Rajan, and S. Kadandale. Geneva: World Health Organization.
- Coarasa, Jorge, Jishnu Das, and Jeffrey Hammer. 2014. "Private vs. Public: In many countries the debate should not be about the source of primary health care but its quality." *Finance and Development* 51(4): 34–36.
- Cohen, A. 2005. "Asymmetric information and learning: Evidence from the automobile insurance market." *Review of Economics and Statistics* 87(2): 197–207.
- Ehrlich, I., and G.S. Becker. 1972. "Market insurance, self-insurance, and self-protection." *Journal of Political Economy* 80(4): 623–648.
- Finkelstein, A., and J. Poterba. 2004. "Adverse selection in insurance markets: Policyholder evidence from the UK annuity market." *Journal of Political Economy* 112(1): 183–208.
- Finkelstein, A., and K. McGarry. 2006. "Multiple dimensions of private information: evidence from the long-term care insurance market." *American Economic Review* 96(4): 938–958.
- Guilmoto, C.Z., and A. Dumont. 2019. "Trends, Regional Variations, and Socioeconomic Disparities in Cesarean Births in India, 2010-2016." *JAMA Netw Open* 2(3): e190526. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0526>.
- Hölmstrom, B. 1979. "Moral hazard and observability." *Bell Journal of Economics* 10(1): 74–91.
- IHME. 2019. *Global Burden of Disease*. <http://www.healthdata.org/gbd/2019>.
- Indian Council of Medical Research, Public Health Foundation of India, and Institute for Health Metrics and Evaluation. 2017. "India: Health of the Nation's States - The India State-level Disease Burden Initiative." New Delhi, India: ICMR, PHFI, and IHME.
- Jadhav, Nitin, Trupti Malti, Deepali Yakundi and Hemraj Patil. 2019. "A report on understanding factors for under-spending of National Health Mission's funds since last 5 years in Maharashtra." <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34346.57284>.

- Kane, S., and M. Calnan. 2017. "Erosion of trust in the medical profession in India: time for doctors to act." *Int J Health Policy Manag* 6(1): 5–8. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.143>.
- Kapoor, Sunil K., A. Venkat Raman, Kuldeep Singh Sachdeva, and Srinath Satyanarayana. 2012. "How Did the TB Patients Reach DOTS Services in Delhi? A Study of Patient Treatment Seeking Behavior." *PLoS One* 7(8). <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0042458>.
- Kruk, M. et al. 2018. "Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries." *Lancet* 392: 2203–12.
- Kumar, C., and R. Prakash. 2011. "Public-Private Dichotomy in Utilization of Health Care Services in India." *Consilience* 5. <https://doi.org/10.7916/consilience.v0i5.4527>.
- Ministry of Statistics & Programme Implementation. 2019. "Periodic Labour Force Survey 2017-18." Government of India, New Delhi. <http://mospi.nic.in/publication/annual-report-plfs-2017-18>.
- Mohpal, Aakash, Owen Smith and Sheena Chhabra. 2020. "Quality of Care in PM-JAY: A First Look at Unplanned Readmissions and Mortality." PM-JAY Policy Brief 7. May. https://pmjay.gov.in/sites/default/files/2020-06/Policy-Brief-7_PMJAY-Readmissions_30-05-20_NHA.pdf.
- National Health Portal, n.d. <https://www.nhp.gov.in/healthyliving/ncd2019#:~:text=In%20India%2C%20nearly%205.8%20million,reach%20the%20age%20of%2070>
- NFHS (National Family Health Survey). Various years. <http://rchiips.org/nfhs/index.shtml>.
- O'Donnell, O., E. Van Doorslaer, R.P. Rannan-Eliya, et al. 2007. "The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia." *World Bank Economic Review* 21: 93–123.
- OECD. 2015. *Health at a glance*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en.
- Pauly, M.V. 1968. "The economics of moral hazard: comment." *American Economic Review* 58(3): 531–537.
- PIB Delhi. 2020. "eSanjeevani" telemedicine service records 1 million teleconsultations." December 14. <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1680535>.
- Practo, https://www.practo.com/company/insights/practo_insights_report.pdf.
- Puelz, R., and A. Snow. 1994. "Evidence on adverse selection: Equilibrium signaling and cross-subsidization in the insurance market." *Journal of Political Economy* 102(2): 236–257.
- Russo, Pierantonio. 2015. "Cost Efficiency plus Quality Measures: Prescription for the Indian Healthcare Sector." *ISBInsight* Oct-Dec. <https://isbinsight.isb.edu/cost-efficiency-plus-quality-measures-prescription-for-the-indian-healthcare-sector/>.
- Schweppenstedde, Daniel, Saba Hinrichs, Uzor Ogbu, Eric C. Schneider, et al. 2014. *Regulating quality and safety of health and social care: International experiences*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR561.html.

Smith, O., S. Madraswala, and N. Manchanda. 2020. Unpublished paper. World Bank.

Van Doorslaer, E., O. O'Donnell, R.P. Rannan-Eliya, et al. 2006. "Effects of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data." *Lancet* 368: 1357–64.

WHO. 2004. "Investing in Health for Economic Development." <https://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf>.

WHO. 2010. "World Health Report 2010—Health systems financing: the path to universal coverage." <https://www.who.int/whr/2010/en/>.

WHO. 2019. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and The World Bank. 2020. *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331748/9789240003958-eng.pdf?ua=1>.