

भारत में स्वास्थ्य बीमा का उदय और जोखिम: क्या यह सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान कर सकता है?

यूपीएससी प्रासंगिकता

- **प्रारंभिक परीक्षा:** पीएमजेवाई, एसएचआईपी, भोरे समिति (1946), राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017।
- **मुख्य परीक्षा (जीएस-II / जीएस-III):** सार्वजनिक स्वास्थ्य और शासन के मुद्दे:
- **निबंध :** "स्वास्थ्य बीमा सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा का विकल्प नहीं हो सकता।" "सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा एक अधिकार है, विशेषाधिकार नहीं।"

चर्चा में क्यों?

- पिछले एक दशक में भारत में राज्य प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का तेजी से विस्तार हुआ है। स्वास्थ्य आयुष्मान भारत – प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (PMJAY) ने बड़ी संख्या में लोगों को बीमा के दायरे में लाया है। लेकिन अब यह चिंता बढ़ रही है कि यह बीमा-आधारित मॉडल वास्तव में सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (UHC) नहीं देगा, बल्कि भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था में असमानताओं को और गहरा कर सकता है।

पृष्ठभूमि : सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (UHC) क्या है?

- भोरे समिति रिपोर्ट (1946) के अनुसार, सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (UHC) का न्यूनतम अर्थ है कि — "गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ समाज के हर व्यक्ति को उपलब्ध कराई जाएँ, चाहे उनकी आर्थिक क्षमता कुछ भी हो।" अर्थात् स्वास्थ्य सेवा एक अधिकार है, न कि सुविधा, और यह सभी को समान रूप से मिलनी चाहिए।

वाहिए www.resultmitra.com



स्वास्थ्य बीमा क्या है?

- स्वास्थ्य बीमा एक वित्तीय व्यवस्था है, जिसमें प्रीमियम या सरकारी सब्सिडी के जरिए व्यक्ति को इलाज और अस्पताल में भर्ती होने के खर्च से सुरक्षा मिलती है। यानी खर्च को बीमा कंपनी या सरकार पूरी तरह या आंशिक रूप से वहन करती है।
- भारत में अधिकांश सरकारी योजनाएँ केवल अस्पताल में भर्ती होने (In-patient hospitalisation) तक सीमित हैं, जबकि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ या बाहरी रोगी (OPD) सेवाएँ इनसे बाहर रह जाती हैं।

भारत में स्वास्थ्य बीमा का विस्तार

- **PMJAY (2018):** लगभग 58.8 करोड़ लोगों को कवर करता है, बजट (2023-24) में Rs.12,000 करोड़।
- **राज्य स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ (SHIPs):** लगभग इतनी ही आबादी को कवर करती हैं, बजट लगभग Rs.16,000 करोड़।

- **कुल मिलाकर:** हर साल करीब Rs.28,000 करोड़ खर्च होते हैं, और कई राज्यों में यह खर्च सालाना 8-25% की दर से बढ़ रहा है।
- **कवरेज:** दावा किया जाता है कि PMJAY और SHIPs मिलकर भारत की लगभग 80% आबादी को कवर करते हैं।

भारत के बीमा-आधारित स्वास्थ्य मॉडल की कमजोरियाँ

भारत में स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का दायरा तो बड़ा दिखता है, लेकिन इसके भीतर कई गंभीर समस्याएँ छिपी हुई हैं।

1. लाभ-उन्मुख चिकित्सा

- PMJAY के खर्च का लगभग दो-तिहाई हिस्सा निजी अस्पतालों को जाता है। ये अस्पताल मुनाफ़ा बढ़ाने के लिए अक्सर अनावश्यक टेस्ट और इलाज कराते हैं, लेकिन मरीजों की स्थिति हमेशा बेहतर नहीं होती। कमजोर नियमन के कारण कई बार ज़्यादा पैसे वसूले जाते हैं और मरीज शोषण का शिकार होते हैं।

2. अस्पताल-केंद्रित झुकाव

- भारत में बीमा ज़्यादातर केवल अस्पताल में भर्ती होने (in-patient care) तक सीमित है। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ, रोकथाम या शुरुआती स्तर का इलाज इनसे बाहर रह जाता है। जैसे-जैसे भारत की आबादी बूढ़ी हो रही है, महंगे अस्पताल इलाज पर ज़्यादा पैसा खर्च होगा और शुरुआती स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान कम रह जाएगा।

3. कम उपयोग, जबकि कवरेज ज़्यादा

- हालाँकि लगभग 80% भारतीय बीमा कवरेज में आते हैं, लेकिन 2022-23 के हेल्थ केयर एक्सपीरियंस सर्वे के अनुसार केवल 35% अस्पताल मरीज ही वास्तव में बीमा का उपयोग कर पाए। वजहें हैं—लोगों को बीमा का सही उपयोग पता नहीं, अस्पताल बीमा स्वीकार करने से कतराते हैं (कम भुगतान के कारण), और दावा प्रक्रिया बेहद जटिल है।

4. मरीजों के बीच भेदभाव



www.resultmitra.com



9235313184, 9235440806

- निजी अस्पताल बीमा रहित मरीजों को प्राथमिकता देते हैं क्योंकि वे सीधे भुगतान करते हैं वहीं, सार्वजनिक अस्पताल बीमित मरीजों को प्राथमिकता देते हैं क्योंकि उन्हें इसके बदले सरकार से पैसा मिलता है। नतीजतन, दोनों तरह के मरीजों को असमान और अन्यायपूर्ण व्यवहार झेलना पड़ता है।

5. प्रदाता शिकायतें और वापसी

- सरकार पर अस्पतालों के लगभग Rs. 12,161 करोड़ के बकाए हैं, जो PMJAY के पूरे वार्षिक बजट से भी अधिक है। इस कारण अब तक 609 अस्पताल इस योजना से बाहर हो चुके हैं, जिससे सेवाओं की उपलब्धता और कम हो गई है।



6. भ्रष्टाचार और धोखाधड़ी

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (NHA) ने 3,200 अस्पतालों को धोखाधड़ी में लिप्त पाया। आम तौर पर वे बीमित मरीजों को इलाज देने से इनकार कर देते हैं, अतिरिक्त पैसे वसूलते हैं, या अनावश्यक ऑपरेशन कराते हैं ताकि बीमा का पैसा ले सकें। कमजोर ऑडिटिंग और पारदर्शिता की कमी ने जनता का भरोसा भी कमजोर कर दिया है।

संकट के पीछे का संरचनात्मक कारण

- भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था में बीमा-आधारित मॉडल की कमजोरियाँ केवल प्रबंधन की नहीं बल्कि ढाँचे (structure) से जुड़ी समस्याएँ भी हैं।
- सबसे बड़ी समस्या है कि भारत का सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्च बहुत कम है। 2022 के विश्व बैंक आंकड़ों के अनुसार, भारत ने स्वास्थ्य पर केवल 1.3% GDP खर्च किया, जबकि वैश्विक औसत 6.1% है।
- दूसरी समस्या है निजी क्षेत्र पर अत्यधिक निर्भरता। भारत की व्यवस्था लाभ-उन्मुख (profit-driven) है, जबकि कई देशों ने कल्याण आधारित मॉडल (welfare-based) अपनाया है।
- तीसरी कमी है कमजोर नियमन (Weak Regulation)। PMJAY और SHIPs के तहत निजी अस्पतालों की सही निगरानी नहीं होती, जिससे धोखाधड़ी और मुनाफाखोरी को बढ़ावा मिलता है।

वैश्विक तुलना

दुनिया के कई देशों के अनुभव भारत से बिल्कुल अलग हैं।

- कनाडा में स्वास्थ्य सेवाएँ पूरी तरह सार्वजनिक फंड से चलती हैं, लाभ नहीं बल्कि कल्याण पर जोर होता है और प्राथमिक स्वास्थ्य पर खास ध्यान दिया जाता है।
- थाईलैंड ने सामाजिक स्वास्थ्य बीमा अपनाकर पूरे देश में सार्वभौमिक कवरेज निश्चित किया है, जहाँ सरकार की भूमिका बहुत मजबूत है।
- यूरोप में सार्वजनिक स्वास्थ्य बुनियादी ढाँचा ही नींव है, और बीमा सिर्फ सहायक के रूप में काम करता है।
- इसके उलट, भारत ने बीमा-आधारित व्यवस्था बनाई है, लेकिन इसके साथ सार्वभौमिक पहुँच और मजबूत सार्वजनिक ढाँचा नहीं है।

संवैधानिक और शासन संबंधी प्रावधान

- संविधान का अनुच्छेद 21 जीवन के अधिकार को स्वास्थ्य के अधिकार के रूप में भी मान्यता देता है।
- साथ ही राज्य के नीति निर्देशक तत्व — अनुच्छेद 38, 39, 41 और 47 — राज्य को जनता के स्वास्थ्य और पोषण में सुधार का निर्देश देते हैं। लेकिन सबसे बड़ी चुनौती यह है कि स्वास्थ्य राज्य सूची का विषय है। इससे अलग-अलग राज्यों की नीतियों में बिखराव आता है और पूरे देश के लिए एक समान रणनीति बनाना मुश्किल हो जाता है।



आगे की राह

1. सार्वजनिक स्वास्थ्य ढाँचे में निवेश

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 में वादा किया गया था कि स्वास्थ्य पर खर्च को GDP के 2.5% तक बढ़ाया जाएगा। केवल अस्पतालों पर नहीं, बल्कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं, जाँच केंद्रों और बाह्य रोगी (OPD) सेवाओं पर भी ध्यान देना होगा।

2. स्वास्थ्य बीमा में सुधार

- बीमा योजनाओं का दायरा अस्पताल भर्ती तक सीमित न होकर OPD और रोकथाम सेवाओं को भी शामिल करे। समय पर भुगतान सुनिश्चित किया जाए ताकि अस्पताल योजना से बाहर न हों। साथ ही सरल नियमन और पारदर्शी ऑडिटिंग से धोखाधड़ी और ओवरचार्जिंग रोकी जाए।

3. समानता पर जोर

- बीमित और गैर-बीमित मरीजों के बीच भेदभाव समाप्त कर सार्वभौमिक कवरेज सुनिश्चित किया जाए। विशेष ध्यान गरीब और हाशिये पर खड़े समुदायों को मिले, क्योंकि यही सबसे ज़्यादा बाधाओं का सामना करते हैं।

4. जन-जागरूकता और स्वास्थ्य साक्षरता

- लोगों को यह समझाने के लिए अभियान चलाए जाएँ कि बीमा कैसे उपयोग करना है और मरीजों के क्या अधिकार हैं।

5. दीर्घकालीन रणनीति

- भारत को बीमा-केंद्रित मॉडल से हटकर सार्वजनिक स्वास्थ्य-केंद्रित सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (UHC) अपनानी होगी। थाईलैंड (कम-खर्च वाली सार्वभौमिक देखभाल) और कनाडा (गैर-लाभकारी डिलीवरी मॉडल) से सीख लेकर एकसमान और टिकाऊ व्यवस्था बनाई जा सकती है।



@resultmitra



www.resultmitra.com



9235313184, 9235440806



निष्कर्ष

- भारत में स्वास्थ्य बीमा ने तात्कालिक राहत तो दी है, लेकिन यह UHC (Universal Health Care) का सही रास्ता नहीं है। यह मॉडल धीरे-धीरे स्वास्थ्य को लाभ-केंद्रित और असमान बना रहा है, जिसमें रोकथाम और प्राथमिक देखभाल की उपेक्षा होती है।
- सच्चे UHC के लिए ज़रूरी है कि भारत अपने सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र को बदले— निवेश बढ़ाए, सख्त नियमन लाए, और स्वास्थ्य सेवा में समानता व गरिमा को केंद्र में रखे।
- अतः, बीमा को सहायक व्यवस्था बनाया जा सकता है, लेकिन यह भारत के लिए UHC की नींव नहीं हो सकता।

यूपीएससी मुख्य परीक्षा अभ्यास प्रश्न

Q).सरकारी योजनाओं, निजी क्षेत्र की भागीदारी और डिजिटल नवाचारों के माध्यम से भारत में स्वास्थ्य बीमा कवरेज का हाल के वर्षों में उल्लेखनीय विस्तार हुआ है। हालाँकि, सामर्थ्य, पहुँच और देखभाल की गुणवत्ता में अंतर अभी भी बना हुआ है। भारत में स्वास्थ्य बीमा के बढ़ते चलन का आलोचनात्मक परीक्षण कीजिए और चर्चा कीजिए कि क्या यह वास्तविक रूप से सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा (यूएचसी) प्रदान कर सकता है। मौजूदा चुनौतियों के समाधान के लिए नीतिगत उपाय सुझाइए। (250 शब्द, 15 अंक)

Result Mitra

रिजल्ट का साथी

@resultmitra 9235313184, 9235440806

(वैकल्पिक विषय)
OPTIONAL SUBJECT
GEOGRAPHY
OPTIONAL
Fee - मात्र 6499 ₹
केवल 21 से 26 जून
31 अंक कुल 31 अंक
166 - 9113 9777 5

OPTIONAL SUBJECT
वैकल्पिक विषय
PSIR
Fee - मात्र 6999 ₹
केवल 01 से 06 जुलाई
01 अंक कुल 01 अंक
166 - 9113 9777 5

Dr. Faizaz Sir