



उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सम्बन्धी व्यवहार पर व्यक्तिगत व्यय – सिफसा द्वारा एक अध्ययन

सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन (Universal Health coverage) का उद्देश्य है कि प्रत्येक व्यक्ति को समस्त आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त हों तथा इस प्रक्रिया में उन्हें वित्तीय समस्या का सामना न करना पड़े। स्वास्थ्य नीतियों के निर्माण, कार्यक्रमों के समुचित संचालन एवं कुशल निष्पादन के मूल्यांकन आदि के लिए यह अति आवश्यक है कि स्वास्थ्य/उपचार पर व्यक्तिगत व्यय के सम्बन्ध में वैध, विश्वसनीय एवं तुलनात्मक पूर्ण सूचनाएं उपलब्ध हों। सिफसा द्वारा प्रायोजित इस अध्ययन के द्वारा स्वास्थ्य सम्बन्धी उन कमियों पर प्रकाश डाला गया है, जिन में तत्काल ध्यान देने एवं हस्तक्षेप करने की आवश्यकता है जिससे समुदाय को कम खर्च में, आसानी से उपलब्ध एवं गुणवत्तापरक स्वास्थ्य सेवाएं मिल सकें।

विश्व बैंक ने व्यक्तिगत व्यय की परिभाषा में परिवारों द्वारा किए गए सभी सीधे खर्चों को जोड़ा है, जिसमें सेवा-प्रदाताओं, औषधियों तथा चिकित्सीय उपकरणों की आपूर्ति करने वालों को किया गया अनुग्रहिक और गैर-नकदी भुगतान शामिल है। इस व्यय में स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने हेतु परिवहन में किया गया व्यय, औषधियों, सम्बन्धित वस्तुओं तथा सेवाओं पर किया गया व्यय भी शामिल है। इस विस्तृत परिभाषा का प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य सेवा का उन्नयन है (विश्व बैंक, 2011)। समुदाय के स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी बीमा के अपर्याप्त आच्छादन के संकेतों से यह पता चलता है कि विकासशील देशों में स्वास्थ्य सेवाओं का वित्तीय प्रबन्धन प्रमुखतः व्यक्तिगत स्तर पर ही होता है। चिकित्सा-सम्बन्धी बहुत मामलों में तो ऋणग्रस्तता एक विकट समस्या बनकर सामने आ रही है। इस विवशता का परिवारों पर असाधारण दुष्प्रभाव पड़ता है। भारत में चिकित्सा-प्रबन्धन में निजी क्षेत्र की महत्वपूर्ण भूमिका है। इसके अतिरिक्त हमारे यहां रोगियों को वहनीय और पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा का समुचित संरक्षण भी प्राप्त नहीं है। जिसके कारण व्यक्तिगत व्यय ही मुख्य रूप से भरना पड़ता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने 2012 में एक अध्ययन में पाया है कि स्वास्थ्य सेवा में व्यक्तिगत व्यय के संदर्भ में भारत पूरे दक्षिण पूर्वी एशिया के क्षेत्र में तीसरे स्थान पर है। स्वास्थ्य सम्बन्धी खर्चों में व्यक्तिगत व्यय का 60 प्रतिशत भाग भारत में है, जबकि बांग्लादेश में यह 65 प्रतिशत और म्यांमार तथा अफगानिस्तान में 82 प्रतिशत है। विकसित देशों में यह व्यक्तिगत व्यय अपेक्षाकृत अत्यन्त अल्प है। यह व्यय नीदरलैंड, फ्रांस और ग्रेट ब्रिटेन में क्रमशः 6, 7 और 10 प्रतिशत है।

साक्ष्यों से सिद्ध होता है कि व्यक्तिगत व्यय का यह असहनीय भार अधिकांशतः उन व्यक्तियों पर ही पड़ता है जो इसको उठाने में स्वास्थ्य एवं आय दोनों ही रूप में अक्षम हैं। यह बोझ उनके स्वास्थ्य और उनकी आर्थिक स्थिति, दोनों के संदर्भ में असहनीय है। यदि आय एवं स्वास्थ्य पर व्यय का अनुपात क्रिटिकल स्तर पर आ जाता है तब ऐसी स्थिति में किसी भी परिवार का स्वास्थ्य पर व्यय निराशाजनक/ सोचनीय माना जा सकता है। यदि कुल व्यय करने की क्षमता का 40 प्रतिशत स्वास्थ्य पर व्यय किया जाता है अथवा पूरे व्यय का 10 प्रतिशत व्यय किया जाता हो तो हम इस स्थिति को सोचनीय मान सकते हैं (विश्व बैंक, 2011)। यदि ऐसी स्थिति आ जाती है कि किसी परिवार को अपने किसी एक या उससे अधिक सदस्य की चिकित्सा के लिए अपनी आधारभूत आवश्यकताओं में कटौती करना पड़े, जिस कारण से वह परिवार निर्धनता या ऋणग्रस्तता की चपेट में आ जाता है, तब इस स्थिति को विनाशक स्वास्थ्य व्यय (सी0एच0ई0) की श्रेणी में रखा गया है। भारत में स्वास्थ्य व्यय पारिवारिक उपभोग व्यय का औसतन 6 प्रतिशत है। उत्तर प्रदेश में यह अनुपात थोड़ा ऊँचा होकर 7 प्रतिशत पर स्थिर हुआ है।

स्वास्थ्य एवं उपचार पर विनाशक एवं निर्धनताकारी व्यय की समस्या ने स्वास्थ्य नीति के स्तर पर सबका ध्यान आकर्षित किया है, जिसके कारण महत्वपूर्ण विधायन और व्यवस्थागत सुधार सम्भव हुए हैं। भारत सरकार ने इसी संकल्प से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन0एच0एम0) को प्रारम्भ किया है। इसका उद्देश्य सभी को, विशेषतः वंचित वर्गों को सहज-सुलभ, वहनीय और गुणवत्तापरक चिकित्सा सुविधा प्रदान करना है। इस मिशन से उनके निजी खर्चों में कमी होगी और सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन की दिशा में प्रगति होगी।

उत्तर प्रदेश में व्यक्तिगत व्यय और स्वास्थ्य सेवाओं के उपभोग सम्बन्धी प्रवृत्तियों को समझने के लिए सिफसा ने एक अध्ययन को प्रायोजित किया था। इस अध्ययन के तीन प्रमुख उद्देश्य थे – 1. समुदाय की स्वास्थ्य-सेवा प्राप्त करने से सम्बन्धित प्रकृति के बारे में जानकारी, 2. स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी वास्तविक व्यय का सुनिश्चयन और 3. प्रदेश में व्यक्तिगत व्यय की व्यवस्था के लिए स्रोत को समझना। वित्तीय वर्ष 2015-16 में इसका अध्ययन लखनऊ विश्वविद्यालय के जनसंख्या शोध केन्द्र (पी0आर0सी0) द्वारा किया गया। इस अध्ययन के परिकल्प की योजना बनाते समय राज्य के अन्दर वर्तमान भौगोलिक तथा सामाजिक-आर्थिक अंतर को स्पष्ट करने की कोशिश की गयी है। इसी परिप्रेक्ष्य में प्रदेश के पांच भौगोलिक क्षेत्रों से दस जनपदों का चयन किया गया है। यह चयन रैन्डम सैम्पलिंग पद्धति से किया गया तथा चयनित जनपदों की सूची इस प्रकार है –बाँदा, फतेहपुर, झांसी, कन्नौज, कानपुर ग्रामीण, मेरठ, पीलीभीत, शामली, सिद्धार्थनगर और सुल्तानपुर। जनसंख्या एवं आकार की समानुपातिक प्रणाली का प्रयोग करके ग्रामों तथा विकास खण्डों का चयन किया गया। अध्ययन में कुछ परिवारिक प्रकृतियों या विशेषताओं को विशेष महत्व दिया गया जिसके बिन्दु इस प्रकार हैं – परिवारों में गम्भीर असंचारी रोग होना, गत 365 दिनों में अस्पताल में किसी का भर्ती होना या प्रसव होना और गत 24 महीनों में परिवार में किसी सदस्य की मृत्यु होना। इन बिन्दुओं के आधार पर परिवारों की आधारभूत सूचना एकत्र की गई। इस व्यापक लक्ष्य हेतु परिवारों को सूक्ष्मतरंग स्तर पर सूचीबद्ध किया गया। अगस्त 2015 से अक्टूबर 2015 के मध्य, कुल 7205 सैम्पल परिवारों से प्राथमिक आंकड़े एकत्रित किये गये।

अध्ययन के माध्यम से समस्त महत्वपूर्ण बिन्दुओं में व्यापक अंतर परिलक्षित हुआ। चयनित जनसंख्या की आधारभूत पृष्ठभूमि से सम्बन्धित आंकड़ों के विश्लेषण से ज्ञात हुआ कि 14% परिवारों में न्यूनतम एक सदस्य वेतन के संदर्भ में नियमित रूप से सेवानियोजित है। अध्ययन से पता चला कि लगभग आधे परिवार पक्के आवासों में रह रहे हैं, तीन-चौथाई के पास राशन-कार्ड है और दो-तिहाई आवासों में विद्युत-व्यवस्था अपलब्ध है। 98% परिवारों का बैंक में खाता है। छः में से एक परिवार के पास किसान क्रेडिट कार्ड है। लगभग एक-तिहाई परिवारों को सुरक्षित पेय जल की सुविधा प्राप्त है, 45% के पास शौचालय है और चौथाई आवासों के पास बन्द जल-निकास प्रणाली की व्यवस्था है। प्रदेश में प्रति व्यक्ति औसत आय रू0 2072/- पाई गई। लगभग 64% परिवार निम्न एस.एल.आई. वर्ग में आते हैं। लगभग 20% परिवारों को जीवन बीमा का संरक्षण प्राप्त है किन्तु प्रदेश में मात्र 6% परिवारों का ही स्वास्थ्य बीमा हुआ है।

अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि उत्तरदाताओं के यहां कुल औसतन 2.71 शिशुओं का जन्म हुआ, जिनमें 2.54 शिशु जीवित रहे। समग्र शिशुओं के बीच, प्रति महिला बालक-बालिकाओं का सांख्यिकीय औसत क्रमशः 1.46 और 1.27 पाया गया, जिससे बालकों के पक्ष में लिंगानुपात के असंतुलन की पुष्टि होती है। लगभग 44% उत्तरदाताओं का मानना था कि एक दम्पति के बीच दो से अधिक शिशु नहीं होने चाहिए, जबकि 25% उत्तरदाता एक दम्पति के बीच तीन शिशुओं के पक्ष में थे। एक-चौथाई दम्पति चार या उससे भी अधिक शिशुओं के पक्ष में थे। अधिक शिशुओं के पक्ष के तर्क के पीछे बालकों के प्रति पक्षपात की प्रबल प्रवृत्ति परिलक्षित हो रही थी। औसतन प्रत्येक परिवार में 1.7 लड़कों एवं 1.3 लड़कियों की इच्छा पायी गयी। इस परिघटना को समझने के लिए विभिन्न कारणों पर विचार किया जा सकता है किन्तु यह माना जा सकता है

कि पुत्रियों के सापेक्ष पुत्रों की इच्छा का 0.4 आधिक्य निश्चित रूप से पुत्रों को प्राथमिकता देने की पारम्परिक प्रवृत्ति का ही प्रबल प्रमाण है। दूसरे शब्दों में 35% परिवारों ने अधिक पुत्रों की इच्छा को अभिव्यक्त किया।

अध्ययन में पाया गया कि 80% महिलाओं ने अपने पिछले प्रसव के समय प्रसव पूर्व सेवा (ए.एन.सी.) के लिए पंजीकरण करवाया था। इनमें से 85% का पंजीकरण शासकीय स्वास्थ्य केन्द्रों में हुआ था। 40% मामलों में तीन या उससे अधिक बार प्रसव पूर्व जांचे हुईं जबकि चार या उससे अधिक बार प्रसव पूर्व जांचों का प्रतिशत 20 ही रह गया। इसी तरह से 69.60% प्रसव संस्थागत हुए जिनमें से 58.10% सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में और शेष 11.50% प्रसव निजी चिकित्सालय में कराये गये। समग्र सुरक्षित प्रसव 72.90% पाए गए। सरकारी संस्थाओं में हुए प्रसव के 79% प्रसंगों में प्रसूताओं को जननी सुरक्षा योजना का लाभ भी प्रदान किया गया। 91% उत्तरदाताओं ने अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्त्रियों (आशा) की उपस्थिति की पुष्टि की, जिसमें से 84% प्रसूताओं ने उनकी सेवाओं को उपयोगी और सहयोगी माना।

उत्तरदाताओं द्वारा प्रदत्त सूचना के अनुसार परिवारों के 50% सदस्य इलाज के लिए सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों पर जाते हैं। शेष 48.4% परिवारों से यह जानने का प्रयास किया गया कि वे सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों की सेवा क्यों नहीं लेते हैं। तीन-चौथाई उत्तरदाताओं ने वहां प्रतीक्षा में लगने वाले अधिक समय को इसके लिए उत्तरदायी माना। शेष एक चौथाई में अन्य कारण और उनसे सम्बद्ध उत्तरदाताओं का प्रतिशत इस प्रकार है— औषधियों की अनुपलब्धता (71%), सुविधाओं की कमी (68%), उपचर्या की स्तरहीनता (64%), इन्फ्रास्ट्रक्चर की अनुपलब्धता (60%) तथा स्वास्थ्य कर्मियों की अनुपलब्धता (54%)। स्वास्थ्य सेवा के उपयोग के वर्तमान संदर्भ में सामाजिक तथा धार्मिक समूहों के आधार पर किसी प्रकार का अंतर नहीं दिखायी देता है, जिससे यह माना जा सकता है कि सरकारी स्वास्थ्य सेवा का उपयोग न करने के पीछे उत्तरदाताओं द्वारा किए गए उपरोक्त कारण विश्वसनीय हैं। दूसरी ओर निजी क्षेत्र में इलाज कराने वाले उत्तरदाताओं में 80% लोग प्रशिक्षित विशेषज्ञों और चिकित्सकों के पास गए। शेष 20% लोगों ने झोलाछाप चिकित्सकों, रूहानी चिकित्सकों और औषधि-विक्रेताओं या विशेषज्ञों की सहायता को लिया।

गत एक माह से व्याधिग्रस्त व्यक्तियों की संख्या 4.8% पायी गयी। इसमें पुरुषों और स्त्रियों का अनुपात क्रमशः 4.1% और 5.5% रहा है। गत एक वर्ष में चिकित्सालयों में भर्ती होने वाले व्यक्तियों की संख्या एक हजार में 13.10 पायी गयी, जिसमें पुरुषों और महिलाओं का अनुपात क्रमशः 12.4 और 13.9 रहा। ग्रामीण और नगरीय क्षेत्रों में यह संख्या क्रमशः 13 और 14 रही। जैसा कि अपेक्षित है बड़ी उम्र में यह संख्या अधिक पाई गई।

अध्ययन में पाया गया कि अस्पताल में भर्ती न होने वाले, अर्थात् बाह्यरोगी पर 469/— प्रतिमाह का औसत खर्च हुआ। इस व्यक्तिगत व्यय (ओ.ओ.पी.ई.) का बड़ा भाग बाह्य औषधियों पर 53% व्यय हुआ, तत्पश्चात् 19% चिकित्सकीय शुल्क पर, 14% प्रयोगशाला परीक्षणों पर तथा 19% एक्स-रे और विविध वर्गों पर हुआ। निजी क्षेत्र और सरकारी केन्द्रों पर यह राशि औसतन क्रमशः 597/— तथा 272/— पाई गई। इस तरह निजी क्षेत्र में 53% अधिक व्यय पाया गया। बाह्यरोगियों ने अपना आधा से अधिक व्यय औषधियों पर किया, जिसका अनुपात ग्रामीण और नगरीय क्षेत्रों में क्रमशः 57% और 40% था।

अस्पताल में भर्ती एक सदस्य वाले प्रति परिवार को अपने स्रोतों से प्रति माह औसतन रू018607/— खर्च करना पड़ा। ग्रामीण क्षेत्र में यह राशि रू018368/— है जबकि नगरीय क्षेत्रों में यह राशि थोड़ी अधिक रू019459/— है, और जैसा अनुमान किया गया था, उच्चतर एस.एल.आई. स्तर पर इसमें वृद्धि होती दिखी। इस व्यय का लगभग आधा (48.4%) औषधियों पर खर्च हुआ, व्यय के शेष वर्ग इस प्रकार हैं—

अस्पताल/नर्सिंग होम (15%), प्रयोगशाला परीक्षण (14%), चिकित्सक शुल्क (7%) और विविध व्यय (9%) सरकारी और निजी क्षेत्रों में यह व्यय क्रमशः ₹09983/- और ₹021112/- है। स्पष्टतः निजी क्षेत्रों में सरकारी क्षेत्र की तुलना में दुगने से भी अधिक व्यय होता है।

उत्तर प्रदेश में प्रति व्यक्ति मासिक उपभोग व्यय (एम.पी.सी.ई.) ₹02072/- है। ग्रामीण क्षेत्र में यह राशि ₹01972/- है जो शहरी क्षेत्र की राशि ₹02489/- से थोड़ी कम है। उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य सेवा पर प्रति व्यक्ति मासिक व्यय अनुमानतः ₹0 155/- है, जिसमें बाह्यरोगियों और भर्ती मरीजों की राशि क्रमशः ₹0 125/- और ₹0 30/- है। यह राशि प्रति व्यक्ति मासिक उपभोग व्यय (एम.पी.सी.ई.) की 7.5% है, जो कि राष्ट्रीय औसत से अधिक है। स्वास्थ्य सेवा पर होने वाले व्यय का ग्रामीण और नगरीय क्षेत्रों में अनुपात क्रमशः 7.8% और 6.6% है। इस व्यय और आय के मध्य सीधा सम्बन्ध है।

स्वास्थ्य पर होने वाला व्यय प्रायः विवशता में किया जाता है और परिवारों के लिए चुनौतीपूर्ण होता है। यदि यह व्यय प्रति व्यक्ति मासिक उपभोग व्यय (एम.पी.सी.ई.) के 10% से अधिक होता है तो इसे 'विनाशक व्यय' माना जाता है। इस अध्ययन से यह अनुमान लगा है कि गत एक वर्ष में 15% परिवार इस 'विनाशक व्यय' के लिए विवश हुए हैं। इस 'विनाशक व्यय' की विभीषिका का प्रहार अन्य वर्गों की तुलना में, अनुसूचित जातियों/जनजातियों, मुस्लिमों, ग्रामीणों और पश्चिमी उत्तर प्रदेश पर अधिक हुआ है। यह धारणा है कि गैरसंचारी रोगों (एन.सी.डी.) ने इस विनाशक व्यय में अत्यधिक वृद्धि की है। सर्वेक्षण से ज्ञात हुआ है कि गत पांच वर्षों में लगभग 63% परिवारों में ये गैरसंचारी रोग हुए हैं। इन गम्भीर व्याधियों का प्रति व्यक्ति औसत व्यय लगभग 1.35 लाख रुपये रहा है। निजी केन्द्रों पर यह व्यय सरकारी केन्द्रों की तुलना में 43% अधिक रहा है। सर्वेक्षित परिवारों के 1.1 प्रतिशत ने बताया कि उन्हें चिकित्सा हेतु अपनी कुछ सम्पत्ति बेचनी पड़ी है। इसी तरह से सर्वेक्षित परिवारों के 2.1% भाग ने बताया कि मुख्यतः इन्हीं गम्भीर बीमारियों के कारण इन्हें चिकित्सा के लिए ऋण लेना पड़ा है।

स्वास्थ्य सम्बन्धी नीतियों के निर्माण, अनुपालन और अनुश्रवण के लिए यह अत्यंत आवश्यक है कि हमारे पास व्यापक, वैध और विश्वसनीय आंकड़े हों। इस अध्ययन ने इन उद्देश्यों की पूर्ति का कार्य किया है, और कई ऐसे नीतिगत तथा व्यवहारिक पक्षों पर प्रकाश डाला है, जिनसे हम स्वास्थ्य सेवा पर होने वाले क्षतिकारक व्यक्तिगत व्यय को कम कर सकते हैं।

सार्वभौमिक स्वास्थ्य अच्छादन का उद्देश्य सभी को सहज रूप से, वित्तीय भार के बिना स्तरीय स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध करवाना है। इसके लिए एक सुगठित, सुसंचालित चिकित्सकीय अवस्थापना आवश्यक है। इसके लिए पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा हो, आवश्यक औषधियों और प्रौद्योगिकी की विस्तृत व्यवस्था हो और प्रशिक्षित, समर्पित स्वास्थ्य विशेषज्ञों की उपलब्धता हो। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन.एच.एम.) इन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए प्रतिबद्ध है। जैसा कि इस अध्ययन से ज्ञात हुआ है, जो कमियां एवं त्रुटिपूर्ण पद्धति वर्तमान में अभी भी मौजूद हैं, उन्हें दूर करने के लिए नवीन रणनीति एवं गतिविधियां संचालित करने की आवश्यकता है।