

- **English Publication-** 'Twenty Questions and Answers on A System for Universal Health Care What is it? How can we hope to achieve it? '

23rd March, 2012

- **मराठी अनुवाद,**
पहिली आवृत्ती- २ ऑक्टोबर, २०१२; गांधी जयंती
दुसरी आवृत्ती- मार्च, २०१५

- **प्रकाशक**
साथी
फ्लॅट नं, ३ व ४, अमन (ई) टेरेस सोसायटी,
डहाणूकर कॉलनी, कोथरूड, पुणे - ४११०२९
फोन : ९१-२०-२५४५२३२५/ ६४००५५४०, ६५००६०६६
Email: sathicehat@gmail.com
Website: www.sathicehat.org

- **मुद्रण**
एन.आर.एंटरप्रायजेस्, पुणे

- **देणगी मूल्य** ` २५/-

प्रस्तावना

स्वातंत्र्य मिळून ६० वर्षे उलटून गेली तरी भारतातील बहुतांश जनतेला चांगली आरोग्य-सेवा मिळत नाही. सरकारी सेवा फारच तुटपुंजी, असंवेदनशील व अनेकदा सुमार दर्जाची आहे तर बहुतांश खाजगी सेवा अकारण महागडी व म्हणून सामान्यांना न परवडणारी, बेभरवशाच्या दर्जाची, अनेकदा रुग्णांची पिळवणूक, फसवणूक करणारी आहे कारण तिच्या व्यवहारावर कसलेच नियंत्रण नाही. पण ही परिस्थिती बदलणे शक्य आहे. अमेरिकेचा अपवाद सोडला तर बाकी विकसित भांडवली देशांमध्ये गेल्या ६० वर्षांत अशी व्यवस्था विकसित झाली आहे की ज्यामुळे प्रत्येक नागरिकाला दर्जेदार आरोग्य-सेवा मोफत मिळते. आरोग्य सेवा घेतांना पैसे मोजावे लागत नाहीत. थायलंड, मलेशिया, श्रीलंका, ब्राझिल, व्हेनेझुएला अशा अनेक विकसनशील देशांनीही 'सर्वांसाठी आरोग्य-सेवा' हे ध्येय गाठले आहे. चिमुकल्या क्युबाने तर हे ध्येय केव्हाच गाठले आहे. आता भारतीय आर्थिक-सामाजिक व्यवस्थाही एका टप्प्याला पोहचली आहे की भारतातही 'सर्वांसाठी आरोग्य-सेवा' हे ध्येय येत्या १० वर्षांत गाठणे आता शक्ये आहे.

'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' (युनिव्हर्सल हेल्थ केअर - Universal Health Care-UHC) म्हणजे सध्या उपलब्ध असणार सरकारी व खाजगी वैद्यकीय साधनांचा, मनुष्यबळाचा पुरेपूर वापर करून उभारलेली अशी नवीन व्यवस्था की जिच्यामार्फत समाजातील प्रत्येकाला गरजेप्रमाणे मोफत आरोग्यसेवा एक हक्क म्हणून मिळेल. टेपाळलेल्या सरकारी आरोग्य-सेवेला परत तंदुरुस्त बनविण्याची, आणि मोकट सुटलेल्या खाजगी आरोग्य क्षेत्रातील अपप्रवृत्तींना आळा घालून त्यांना सार्वजनिक आरोग्याच्या उद्देशाने काम करायला लावण्याची क्षमता या 'सर्वांसाठी आरोग्य-सेवे' मध्ये आहे. अशी ही युनिव्हर्सल हेल्थ केअरची व्यवस्था म्हणजे नक्की काय व ती भारतात आणण्यासाठी काय करावे लागेल हे या पुस्तिकेत थोडक्यात मांडले आहे.

भारतात राजकीय परिस्थितीही UHC दिशेने अनुकूल होऊ लागली आहे. पहिली गोष्ट म्हणजे गेल्या काही निवडणुकांमध्ये जनतेने केलेल्या मतदानावरून दिसते आहे की रस्ते, वीज, पाणी, शिक्षण या सोबत आरोग्य-सेवेबाबतही जनतेला काहीतरी दिलासा देण्याचे ठोस आश्वासन देऊन ते पाळणे निवडणूक जिंकण्यासाठी सत्तागामी राजकीय पक्षांना आवश्यक झाले आहे. म्हणूनच अशा राजकीय पक्षांनी आपल्या निवडणूक जाहीरनाम्यात आरोग्य-सेवेबाबत ठोस आश्वासने द्यायला २००४-०५च्या लोकसभा निवडणुकांपासून सुरुवात केली असे दिसते. निवडणूक जिंकल्यावर इतर अनेक आश्वासनांप्रमाणे ही आश्वासने नंतर कमी-अधिक प्रमाणात विसरली जातात. तरीसुद्धा आरोग्य-सेवा हा मुद्दा राजकीय पटलावर येऊन पहिले पाऊल पडले आहे हे स्पष्ट दिसते. दुसरे म्हणजे भारताचा मानवी विकास निर्देशांक लज्जास्पद आहे ही

गोष्ट 'महासत्ता' बनू पाहणा-या भारतीय सरकारच्या प्रतिनिधींना आंतरराष्ट्रीय बैठकांमध्ये राजकीय दृष्ट्या गैसोयीचे झाले आहे. ही परिस्थिती त्यांना बदलायची आहे. ते आता शक्य आहे कारण राष्ट्रीय उत्पादन वाढण्याचा सरासरी दर गेल्या काही वर्षांत वाढल्यामुळे केंद्र सरकारचे एकूण कर-उत्पन्न वेगाने वाढून ते जवळ जवळ सुमारे तिप्पट झाले. त्यामुळे माध्यान्ह भोजन योजना, प्राथमिक शिक्षण, राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार हमी योजना, राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान या मार्फत असा दिलासा देण्यासाठी केंद्र सरकारला पूर्वीच्या मानाने खूप अधिक प्रमाणात पैसे खर्च करणे शक्य आहे.

अशा या परिस्थितीत UHC बद्दल ठोस माहिती देणा-या या पुस्तिकेची दुसरी आवृत्ती वाचकांच्या हातात ठेवायला आम्हाला आनंद होत आहे. पहिल्या आवृत्तीत थोडेसेच बदल करून ही आवृत्ती बनवली आहे.

'साथी'मधल्या संचाने (डॉ अनंत फडके, डॉ अभय शुक्ला व डॉ नीलांगी सरदेशपांडे) या पुस्तिकेची रूपरेषा बनवली व त्यानुसार पुस्तिकेचे काम तडीस नेले; तसेच काही तज्ज्ञांच्या सूचनाही या मांडणीत समाविष्ट केल्या. या नव्या, गुंतागुंतीच्या विषयावरील इंग्रजी पुस्तिकेचा मूळ मसुदा अनेक ठिकाणाहून माहिती गोळा करत डॉ अमिता पित्रे यांनी लिहिला आहे. जनवादी दृष्टिकोन ठेवत सामान्य वाचकांसाठी सुबोध अशा पद्धतीने त्यांनी हे लेखन केले. 'साथी'च्या डॉ अभिजित मोरे यांनी या मूळ लेखनावर प्रतिक्रिया मिळवायला मदत केली तर रेणू खन्ना, डॉ इंदिरा चक्रवर्ती व रवी दुग्गल यांनी तिचा सखोल आढावा घेऊन महत्त्वाच्या सूचना दिल्या. मेडिको फ्रेंड सर्कल व जन-स्वास्थ्य-अभियानातील सहकाऱ्यांबरोबर गेल्या काही वर्षांत 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' या विषयावर झालेल्या विचारमंथनातून या पुस्तिकेतील विश्लेषण तयार झाले आहे. पण मतांची जबाबदारी अर्थातच 'साथी'ची आहे.

इंग्रजी व मराठी पुस्तिकेचे संगणकीय अक्षरजुळणी, डिझाईन व रचना शारदा महल्ले यांनी सक्षमतेने केली आहे. मराठी पुस्तिकेसाठीच्या अक्षरजुळणीत 'साथी'चे रवींद्र मांडेकर व गजानन लोंढे यांनी योगदान दिले आहे. 'साथीचे' डॉ. अरुण गद्रे व डॉ. अनंत फडके यांनी मूळ इंग्रजी पुस्तिकेचा सुलभ मराठी अनुवाद केला आहे तसेच 'UHC संबंधाने अलीकडच्या घडामोडी' या शीर्षकाखालील मजकुरामध्ये त्यांनी मराठी आवृत्तीमध्ये कालानुरूप बदल केला आहे.

भारतामध्ये 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' आणण्याच्या अवघड व प्रदीर्घ अशा वाटचालीत आमच्या या छोटा प्रयत्नांचा काही एक हातभार लागेल अशा विश्वासाने ही पुस्तिका आम्ही सादर करत आहोत.

डॉ. अभय शुक्ला
कोऑर्डिनेटर,
साथी

मार्च, २०१५

अनुक्रमणिका

प्रस्तावना

UHC बद्दल प्रश्न व उत्तरे

१. UHC, सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा याचा नेमका अर्थ काय?..... ९
२. आज जी आरोग्यसेवांची प्रचलित व्यवस्था आहे. त्यात कोणत्या त्रुटी आहेत?११
३. आज आपण UHC बद्दल का बोलू लागलो आहोत? 'सर्वांसाठी आरोग्य' हा आग्रह सोडून आता 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा' हा मर्यादित आग्रह आता आपण धरू लागलो आहोत का?१२
४. 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा' याचं सर्वसाधारण ध्येय काय व त्याची उद्दिष्टे कोणती?..... १४
५. 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा' या व्यवस्थेची मूलभूत तत्त्वे कोणती?.....१४
६. आपल्या जनतेसाठी एखाद्या राष्ट्राने UHC ची ही व्यवस्था यशस्वीपणे राबवल्याची काही उदाहरणे आहेत का?.....१७
७. ही उदाहरणं तर श्रीमंत देशांचीच आहेत, विकसनशील देश किंवा आशियायी देश यात कुठे आहेत?.....१७
८. एखाद्या राष्ट्राने UHC सुरू करायला कोण-कोणत्या गोष्टींची गरज असते?....१९
९. भारतासारख्या देशात UHC संबंधात वैशिष्ट्ये कोणती?.....२०
१०. 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्य सेवा'साठी लागणारा पैसा कसा उभारला जातो? खाजगी आरोग्य विमा हा UHC चा पाया असू शकतो का?.....२१
११. UHC च्या अंतर्गत कोण-कोणत्या सेवा दिल्या जातात?.....२३

१२. UHC व्यवस्थेत उपचार कोण करतं? डॉक्टरकडे गेल्यावर पेशंटला काही खर्च येतो का?.....२६
१३. गैरव्यवहार टाळण्यासाठी UHC मध्ये कसे नियंत्रण ठेवले जाते?.....२७
१४. UHC चा स्वीकार केल्यावर समाजात आरोग्याच्या सेवांचा वापर होण्यात काय फरक पडला आहे?.....२९
१५. UHC म्हणजे काय नाही?.....३०
१६. आत्तापर्यंत आपण मुख्यत्वे करून वैद्यकीय सेवा सर्वांना मिळण्याबाबत चर्चा केली. केवळ उपचार म्हणजेच लोकांसाठी आरोग्य आहे का?.....३२
१७. अशा UHC साठी पैसा उभा करण्याचा योग्य मार्ग कोणता? भारत एवढ्या मोठ्या प्रमाणावर पैसा कसा उभा करू शकेल?.....३४
१८. काही राष्ट्रांमध्ये UHC व्यवस्था आहे व काहींमध्ये नाही. असं का? राजकीय इच्छाशक्तीचं UHC मध्ये नेमके कोणते स्थान आहे?.....३५
१९. UHC ही खर्च भारतात वास्तवात येऊ शकेल? त्यासाठी भारतात आजवर काही प्रयत्न झाले आहेत का?.....३६
२०. आपण UHC ची मागणी पुढे रेटण्यासाठी काय करू शकतो? अशी पद्धती भारतात आणण्यासाठी कोणती पहिली पावलं उचलू शकतो? अन् कोणते राजकीय-सामाजिक प्रयत्न करू शकतो?.....३७
- UHC संबंधाने अलीकडच्या घडामोडी..... ३८

परिशिष्ट

- UHC साठी उच्चस्तरीय तज्ज्ञ गटाच्या (HLEG) शिफारशी.....४२
- HLEG च्या शिफारशीसंबंधी कळीचे मुद्दे.....४५
- HLEG च्या शिफारशीतील काही गंभीर कमतरता.....४६
- जनस्वास्थ्य अभियानची UHC बद्दलची टिप्पणी.....४७

७ ऑक्टोबर, २००६, एका वळणावर वेगात वळताना नारीनच्या मोटरबाईकला अपघात झाला. एका झाडावर ती धडकली. हेल्मेट नव्हतं. डोक्यावर जबरदस्त आघात झाला. काही वेळानंतर रस्त्यावरून जाणाऱ्या एका कारमधल्या ड्रायव्हरला तो दिसला. त्यानं नारीनला जवळच्या हॉस्पिटलमध्ये दाखल केलं. तिथल्या डॉक्टरांनी ठरवलं की ही केस त्यांच्या हाताबाहेरची आहे. लगेच ६५ कि. मी. दूरच्या सुसज्ज हॉस्पिटलमध्ये त्याला हलवण्यात आलं. तिथे सर्व चाचण्या झाल्या. निदान असं झालं की त्याची कवटी अनेक टिकाणी फुटली होती. स्कॅन दाखवत होता सुजलेला व हललेला मेंदू. अन् रक्तस्त्राव चालूच. अर्थात सर्जरी करण्याचा निर्णय झाला. तिथल्या इमर्जन्सी रुममध्ये एक छोटी सर्जरी झाली व कवटीवर छेद घेतला जाऊन मेंदूवरचा दाब हटवण्यात आला. रक्ताची गाठही काढण्यात आली.

पाच तासांनी त्याला रेस्पिरेटरवर ठेवण्यात आलं अन आय.सी.यू.मध्ये हलवण्यात आलं. आय.सी.यू.मध्ये तो एकवीस दिवस होता. एकूण चाळीस दिवसांनी त्याला डिस्चार्ज दिला गेला.

तो आता ठणठणीत झाला होता.

अहं. या गोष्टीत सर्वात आश्चर्यकारक मुद्दा हा आजच्या घडीला वैद्यकीय क्षेत्र कसे प्रगत झाले आहे ते सांगण्याचा नाही आहे. अहं. ही घटना खूप श्रीमंत देशातलीसुद्धा नाही जिथे दरडोई आरोग्यावर केला जाणारा खर्च हा खूप जास्त म्हणजे १,९२,०००/- रु. आहे.

ही घटना घडली थायलंडमध्ये. जो देश विकसित देशाच्या १/३० रक्कम म्हणजे दरडोई रु. ६५२८/- खर्च करतो आरोग्यावर.

अन् नारीन हा कुणी बड्या घरचाही नव्हता... की तो कुठेही महागडे उपचार घेऊ शकेल.

नारीन हा एक साधा कंत्राटी कामगार होता. त्याचं उत्पन्न होतं फक्त दरदिवशी २४० रु.!

नारीनवर उपचार करणारा सर्जन म्हणाला, “थाई कायद्याप्रमाणे व आरोग्य व्यवस्थेच्या नियमाप्रमाणे पेशंटची आर्थिक स्थिती कशीही असो, त्याच्यावर उपचार सारखेच होणार. मुळात डॉक्टर हा विचारच करत नाहीत इलाज सुरु करताना की अमूक एक व्यक्ती खर्च करू शकेल? त्याचं कारण थायलंडमध्ये प्रत्येकाचा आरोग्यसेवेवरील खर्च हा एका यंत्रणेद्वारा डॉक्टरांना दिला जातो.

(संदर्भ: WHO २०१० वर्ल्ड हेल्थ रिपोर्ट. ‘सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवेसाठी आर्थिक तरतूद’)

काय अर्थ आहे याचा की नारीनचा खर्च हॉस्पिटलला मिळतो? थायलंडमध्ये कशा पद्धतीची आरोग्य व्यवस्था आहे? ही पद्धत थोडक्यात अशी: आधीच काही रक्कम भरायची व नंतर काहीही खर्च आला उपचारांसाठी तर तो त्यावेळेस भरावा लागत नाही. कसं बरं? अन् सर्जन जेव्हा सांगतो की तो खर्च त्याला मिळतो तेव्हा तो कुणाकडून मिळतो? ते हॉस्पिटल सरकारी आहे की खाजगी? अन् खाजगी हॉस्पिटलमध्येसुद्धा एक रुपया अॅडव्हान्स न मागता थेट इलाज कसे सुरू होतात?

WHO जेव्हा 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' (Universal Health Care-UHC) अशा आरोग्य व्यवस्थेबद्दल सांगत असते. तेव्हा नक्की कशाबद्दल सांगत असते?

अन् भारतात हे असं काही शक्य आहे?

असे अनेकविध प्रश्न !

जेव्हा कधी आम्ही 'सर्वांसाठी आरोग्य सेवा' या विषयावर चर्चा करतो अन सर्वांना आरोग्यसेवा मिळवताना ती त्या हॉस्पिटल व डॉक्टरकडे मोफत मिळायला हवी असा आग्रह धरतो तेव्हा असे अनेक प्रश्न उपस्थित केले जातात.

ही पुस्तिका याच प्रश्नांची उत्तर देण्यासाठी लिहिली गेली आहे.

ही पुस्तिका 'सर्वांसाठी आरोग्य सेवा' या विषया संदर्भात महत्त्वाच्या मुद्द्यांबद्दल विवेचन करेल.

- कुठे व कशी ही आरोग्य व्यवस्था आज राबवली जात आहे ते सांगेल.
- अशा आरोग्य व्यवस्थेचे ठळक फायदे नमूद करेल.
- अशी सुविधा भारतात आणणे शक्य आहे का? यावर प्रकाश पाडेल. ती तशी प्रत्यक्षात आणण्यासाठी कायदेशीर व आर्थिक तरतुदी कोणत्या कराव्या लागतील त्याचा ऊहापोह करेल.

ज्या कुणा व्यक्तीची ही प्रांजळ इच्छा आहे की आरोग्यसेवेचा लाभ परवडणाऱ्या दरात प्रत्येकाला व्हायला हवा, तो प्रत्येक वाचक नजरेसमोर ठेवून ही पुस्तिका लिहिली गेली आहे.

नेहमी विचारले जाणारे प्रश्न व त्यांची उत्तर या पद्धतीने ही पुस्तिका लिहिली गेली आहे.

१. UHC, सर्वासाठी आरोग्यसेवा याचा नेमका अर्थ काय ?

राष्ट्रातील प्रत्येक व्यक्ती, तिचं उत्पन्न व सामाजिक दर्जा काहीही असो, वास्तव्याचं ठिकाण कोणतेही असो, त्या व्यक्तीला उत्तम दर्जाची वैद्यकीय सेवा तिच्या गरजेनुसार व निवडीनुसार मिळणं या तत्त्वावर आधारित जी आरोग्य व्यवस्था आहे तिला 'सर्वासाठी आरोग्य सेवा' Universal Health Care - UHC असं म्हणतात.

आरोग्य सेवा' Universal Health Care - UHC चा अर्थ आहे सर्वासाठी (एकाही व्यक्तीला न वगळता) आरोग्यसेवा. पण यात अजून एक अर्थ अभिप्रेत आहे. ही सेवा प्रत्येकाला त्या त्या डॉक्टरकडे वा हॉस्पिटलमधून घेताना ती मोफत असेल. खऱ्या अर्थानं ती मोफत नसेल कारण त्या व्यक्तीनं कर वा सोशल इन्श्युरन्स या अशा कोणत्या तरी मार्गाने पैसे खर्च केलेले असतीलच.

पण जिथे आरोग्यसेवा घेतली जाईल त्या ठिकाणी ती मोफत मिळेल.

या सर्व अर्थानं 'सर्वासाठी मोफत आरोग्यसेवा' अशा शब्दरचनेचा वापर केला जात आहे.

भारतीय राज्य घटनेच्या मार्गदर्शक तत्वानुसार भारतीय जनतेसाठी अशी व्यवस्था निर्माण करणं राष्ट्रीय कर्तव्य आहे की ज्यामुळे सामाजिक आरोग्याचा आणि प्रत्येक व्यक्तीच्या आरोग्याचा दर्जा उंचावेल.

'सर्वासाठी' याचा अर्थ १०० टक्के लोकांसाठी. अमूक एक लक्षगट निर्धारित न करता राष्ट्रातील प्रत्येक व्यक्तीला या सेवा मोफत मिळतील.

या व्यवस्थेत सर्वांचा समावेश असेल. ग्रामीण भाग व शहरी भागातले गरीब, मध्यमवर्गीय व श्रीमंत सुद्धा.

सर्वासाठी मोफत आरोग्यसेवा या आरोग्य व्यवस्थेतील सेवांची खालील वैशिष्ट्ये असतील.

• उत्तम दर्जाच्या सेवा

प्राथमिक, दुसऱ्या व तिसऱ्या स्तराच्या सेवांचा संपूर्ण लाभ घेता येईल. प्रतिबंधात्मक उपाय करणाऱ्या, आजार बऱ्या करणाऱ्या, आरोग्य संवर्धन करणाऱ्या अन् पुनर्वसन (Rehabilitation) करणाऱ्या सर्व सेवा सुविधा यात समाविष्ट असतील. पहिल्या टप्प्यात मात्र काही मोजक्या वैद्यकीय सेवा या योजनेत नसतील. हा थोडा

विवादास्पद भाग आहे, या सेवा कोणत्या ? खूप महागड्या उपचारांचा यात प्रथम समावेश नसेल. उदा. सौंदर्यासाठी केल्या गेलेल्या महागड्या शस्त्रक्रिया यात नसतील. म्हणजे केसांचे इम्प्लान्ट व पोटातील चरबी काढून लड्डुपणा कमी करणे यासाठीचे उपचार. भाजल्यानंतर पुनर्रचना करणाऱ्या शस्त्रक्रिया मात्र केल्या जातील. थोडक्यात सर्व समाजाला गरजेचे व परवडतील असे उपचार मात्र समाजाच्या सर्व स्तरातील माणसांना UHC तर्फे मिळतील.

अर्थात हे नक्की बघितले जाईल की ज्या ज्या महत्त्वपूर्ण उपचारांची सामान्यतः गरज पडते, ते सर्व या योजनेद्वारा सर्वांना मिळतील.

● गरजेनुसार व निवडीनुसार

याचा अर्थ हा की सर्व सामान्यतः गरज असलेल्या सर्व उपचारांना या योजनेत प्राधान्य असेल आणि सर्वात जास्त गरजूंना प्राधान्य मिळेल. दुसरे म्हणजे उपचारांबाबत पर्याय निवडण्याचा अधिकार व वाव असेल. उदा. -

- त्यांना 'आयुष' गटातील डॉक्टरांतर्फे इलाज हवा आहे की अॅलोपॅथीच्या डॉक्टरांकडून. ('आयुष' म्हणजे आयुर्वेद, योग, नॅचरोपॅथी, युनानी, सिद्ध व होमिओपॅथी या पद्धती पाश्चात्य देशात विकसित झालेली पद्धती म्हणजे अॅलोपॅथी.)
- त्या त्या भागातल्या उपलब्ध डॉक्टर व हॉस्पिटलपैकी ज्या डॉक्टरकडे हॉस्पिटलमध्ये त्या व्यक्तीला आपले उपचार करून घ्यायचे आहेत त्या डॉक्टर/हॉस्पिटल मध्ये ते होतील.

● उत्पन्न कितीही असो

याचा अर्थ दलित, आदिवासी यासारखे गरीब व अल्पसंख्य तसेच एकटी स्त्री व परित्यक्ता (नवऱ्यांना टाकलेली महिला), अनाथ बालकं, वयोवृद्ध, अपंग, स्थलांतरित या सर्वांना या योजनेचा समान पद्धतीने लाभ घेता येईल.

● वास्तव्य कुठेही असो

आजमितीला ग्रामीण व शहरी भागात जशी वैद्यकीय सुविधांची दरी आहे. ती नक्कीच या योजनेत बुजवली जाईल व ग्रामीण व दुर्गम भागात ही सर्व वैद्यकीय सुविधा उपलब्ध असतील.

२. आज जी आरोग्यसेवांची प्रचलित व्यवस्था आहे, त्यात कोणत्या त्रुटी आहेत ?

आजमितीला जी आरोग्यसेवांची व्यवस्था प्रचलित आहे तिच्यात-

१. ८० टक्के बाह्यरुग्ण व ६० टक्के आंतररुग्ण हे खाजगी क्षेत्राकडून उपचार घेतात. या खाजगी सेवांच्या दर्जावर व किमतीवर रुग्णांचा अधिकार नाही. अन् या सेवांवर अंकुशही नाही.

२. सार्वजनिक आरोग्यसेवांची व्यवस्था आज सर्वत्र उपलब्ध नाही, ती रुग्णांप्रति संवेदनशील नाही, ना ती रुग्णांना उत्तरदायी आहे. खूप कमी निधी तिला मिळतो. तिच्यात मनुष्यबळाची कमतरता आहे. भारतातील गरीब, श्रीमंत, ग्रामीण, शहरी अशा सर्व लोकसंख्येला उपचार पुरवायला ही व्यवस्था असमर्थ आहे.

३. खाजगी क्षेत्रात सर्व व सार्वजनिक क्षेत्रातही हल्ली काही खर्च रुग्णालाच स्वतःच्या खिशातून करावा लागतो. या सर्वांचे परिणाम विशेषतः ज्यांच्याजवळ काही आर्थिक बळ नाही त्यांच्यावर खालीलप्रमाणे होत आहेत-

अ) आरोग्यावरील खर्चामुळे गरिबी ओढवते.

- भारतात हॉस्पिटलमध्ये दाखल झालेल्या दर चार व्यक्तीत एक व्यक्ती वैद्यकीय खर्चामुळे दारिद्र्यरेषेच्या खाली ढकलली जाते. पाचजणांत दोघांना हॉस्पिटलचा खर्च भरायला घरदार/शेतीभाती विकावी लागते.
- अनेक भरती झालेल्या रुग्णांना त्यांच्या वार्षिक उत्पन्नाचा निम्मा भाग उपचारांवर खर्च करावा लागतो.
- संख्येत बोलायचं तर दरवर्षी आरोग्य सेवांवरील खर्चामुळे ३.३ कोटी भारतीय दारिद्र्यरेषेखाली जातात.

ब) आरोग्यसेवांमध्ये आत्यंतिक विषमता

संपूर्ण देशात व विविध सामाजिक स्तरांवर आरोग्यसेवांच्या उपलब्धतेमध्ये व दर्जामध्ये आत्यंतिक विषमता आहे. उदा. ग्रामीण भागापेक्षा शहरी भागात डॉक्टर, नर्सस, हॉस्पिटल, खाटा यांचे दर हजारी प्रमाण अनेक पटीनं जास्त आहे. काही राज्यांमध्ये डॉक्टर, मेडिकल कॉलेजची संख्या, नर्सस, हॉस्पिटलची संख्या व तज्ज्ञांची खूप कमी आहे तर काही राज्यांत त्यांची संख्या गरजेपेक्षा जास्त आहे. श्रीमंतांपेक्षा जवळपास अडीचपट गरीब लोकांना उपचाराअभावी रहावे लागते.

वैद्यकीय सुविधांमधील ही विषमता दिवसेंदिवस वाढतेच आहे व तिच्यामुळे एकूणच सामाजिक व आर्थिक विषमतासुद्धा वाढीला लागली आहे.

क) अशास्त्रीयता व नासाडी

संपूर्णतः अनियंत्रित अशा खाजगी वैद्यकीय क्षेत्राचा एक महत्त्वपूर्ण परिणाम म्हणजे अशास्त्रीय सुविधा व पैशाची नासाडी.

उदाहरणच द्यायचं तर श्रीमंत महिलांमध्ये गरीब महिलांच्या १७ पट जास्त सिझर होतात. शिक्षित स्त्रियांमध्ये अशिक्षित स्त्रियांच्या १२ पट जास्त अन् शहरी स्त्रियांमध्ये ग्रामीण स्त्रियांच्या ३ पट! याचा अर्थ उघड आहे, सुशिक्षित, शहरी व सधन स्त्रियांमध्ये सिझरचे प्रमाण अवाजवीरित्या जास्त आहे. तर अशिक्षित ग्रामीण स्त्रीला जेव्हा खरी-खुरी गरज पडते सिझरची, तेव्हा ती सोय तिला उपलब्धही नाही आहे.

बऱ्याच अभ्यासातून अनेक विपर्यस्त व अशास्त्रीय प्रथाही दिसून आल्या आहेत. उदा. इंजेक्शनवर दिला जाणारा अवास्तव जोर, मनाला येईल त्या पद्धतीनं व औषधांनी होणारा टी.बी.चा अशास्त्रीय इलाज. वापरल्या जाणाऱ्या औषधांमध्ये असलेलं अशास्त्रीय व चुकीच्या औषधांच्या मिश्रणाचं जास्त प्रमाण इ.

अशा या भीषण परिस्थितीत सहज परवडणारी, शास्त्रशुद्ध व समान पातळीवर मिळणारी अशी कार्यक्षम आरोग्य व्यवस्था असावी; ही मागणी नक्कीच न्याय्य आहे. अन् नेमकं हेच 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्य सेवा' (UHC) (आता आपण 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्य सेवे'चा 'UHC' असाच उल्लेख करणार आहोत.) योजनेमुळे हे घडू शकेल.

३. आज आपण UHC बद्दल का बोलू लागलो आहोत? त्यामुळं 'सर्वांसाठी आरोग्य' हा आग्रह सोडून आता 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्य सेवा' हा मर्यादित आग्रह आता आपण धरू लागलो आहोत का? सुधारित सरकारी आरोग्यसेवांचा आपला हक्क आपण आता सोडून देऊ लागलो आहोत का?

पहिल्या प्रश्नांचे उत्तर असे- या पुस्तिकेमध्ये, 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्य सेवा' व 'सर्वांसाठी आरोग्य' या दोन्ही संकल्पना एकाच अर्थानं वापरल्या गेल्या आहेत. २०००मध्ये जन स्वास्थ्य अभियान सुरू झालं तेव्हापासून जनस्वास्थ्य अभियान 'सर्वांसाठी आरोग्य सेवा' या संकल्पनेचा पाठपुरावा करत आले आहे. जन स्वास्थ्य अभियानच्या दृष्टीने 'सर्वांसाठी आरोग्य सेवा' हा 'अल्मा आटा' जाहीरनाम्यात जाहीर

केल्या गेलेल्या 'सर्वांसाठी आरोग्य' या अंतिम ध्येयाकडे जाणारा एक सेतू आहे.

१९७८ मध्ये १३४ राष्ट्रांच्या प्रतिनिधींनी संमत केलेला 'सर्वांसाठी आरोग्य' हा 'अल्मा आटा जाहीरनामा' एका व्यापक अशा जागतिक 'नवीन आर्थिक संरचनेच्या' प्रस्तावा संबंधात मांडला गेला होता. अल्मा आटा या तेव्हाच्या सोव्हिएट युनियन मधील शहरात भरलेल्या परिषदेत संमत झालेल्या जाहीरनाम्यात म्हटल्याप्रमाणे लोक जिथे राहतात, काम करतात त्या ठिकाणी जेवढ्या शक्य तेवढ्या जवळ, लोकांना उपलब्ध असणारी सेवा म्हणजे प्राथमिक आरोग्यसेवा. व्यक्ती, कुटुंब व समुदायासाठी राष्ट्रीय आरोग्यसेवेचा पहिल्या स्तराचा संपर्क म्हणजे प्राथमिक आरोग्यसेवा. 'प्राथमिक आरोग्यसेवा' ही जगप्रसिद्ध संकल्पना फक्त प्राथमिक आरोग्यसेवा पुरवणे एवढ्यापुरती मर्यादित नाही. तर अल्मा आटा जाहीरनाम्यानुसार प्राथमिक आरोग्यसेवा या संकल्पनेत अर्थव्यवस्थेच्या निरनिराळ्या विभागांचे एकमेकांशी असलेले आदान प्रदान, सहकार्य, यांचा तसेच स्वावलंबन, समुदायाचा सहभाग अशा काही महत्त्वपूर्ण संकल्पनांचा समावेश आहे. या व्यापक संकल्पनेचा जन स्वास्थ्य अभियान पाठपुरावा करते.

UHC या नावाने ओळखला जाणारा विचारविनिमय मात्र अलीकडेच उभारून आला आहे. आज आहेत त्या आरोग्यसेवा संपूर्ण लोकसंख्येपर्यंत पोचवण्यासाठी काय करायचे अशा मर्यादित उद्दिष्टानं UHC चा विचार पुढे आला आहे. त्यामुळे आहे ती आरोग्यसेवा सर्वांपर्यंत पोचवण्यासाठी कोणती आर्थिक पावले उचलावी लागतील अशी चर्चा UHC संबंधाने होते आहे. आरोग्यसेवांची व्यवस्था कशा पद्धतीनं सुधारायला हवी याचा काहीही विचार होताना दिसत नाही. दुसरे म्हणजे अल्मा आटा जाहीरनाम्यापेक्षा वेगळेपण म्हणजे UHC च्या नावे पुढे आलेल्या प्रस्तावामध्ये फक्त 'आरोग्यसेवांचा विचार होतो. 'सर्वांसाठी आरोग्य' ही संकल्पना विचारातच घेतली जात नाही. तिसरे म्हणजे UHC चा अर्थ निरनिराळे लोक आपापल्या पद्धतीनं स्वतंत्रपणे लावत आहेत व हे अर्थ अल्मा आटा जाहीरनाम्यापेक्षा खूप वेगळे वेगळे ठरत आहेत.

या मर्यादा स्वीकारूनसुद्धा आम्ही या पुस्तिकेत UHC ही संज्ञा वापरत आहोत. कारण आज UHC च्या नावानं, निमित्तानं जी चर्चा चालू आहे, त्यात आपण त्यामुळे सामील होऊ शकू आणि असा प्रयत्न करू शकू की ही जी प्रस्तावित UHC आहे ती अल्मा आटा जाहीरनाम्याला जवळात जवळ असेल. पण इथं हे लक्षात घेणं आवश्यक आहे की जेव्हा जेव्हा या पुस्तिकेत आम्ही UHC ही संकल्पना वापरू, तेव्हा ती फक्त आहे त्या आरोग्यसेवांची आजची व्यवस्थाच वाढवत सर्वांपर्यंत पोचवण्याची नक्कीच नाही. तर आमच्या UHCच्या संकल्पनेत एक संपूर्णपणे सुधारित अशा आरोग्यसेवा व्यवस्थेची जडणघडण अपेक्षित आहे की जी दर्जेदार अशी वैद्यकीय सेवा सर्वांपर्यंत पोचवेल. ही जडणघडण कशी असेल ते या पुस्तिकेत पुढे स्पष्ट होईलच.

या पुस्तिकेत पुरवणी भागात शेवटी, उच्चस्तरीय तज्ज्ञ समिती High Level Expert-Group (HLEG) च्या शिफारशी दिल्या आहेत. तसेच ७ एप्रिल २०१२ ला JSA चे जे निवेदन प्रकाशित झाले आहे. त्याआधारे HLEG च्या शिफारशींबद्दल टिप्पणीही दिली आहे. ७ एप्रिल, २०१२ (जागतिक आरोग्य दिन)ला JSA ने HLEG च्या शिफारशींबद्दल जी टिपणी जे पत्रक प्रसिद्ध केली त्याचा गोषवारा शेवटी दिला आहे.

४) UHC चं सर्वसाधारण ध्येय काय व त्याची उद्दिष्टे कोणती ?

सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा' याचं सर्वसाधारण ध्येय हे आहे की भारतातील प्रत्येक नागरिकाला उच्च दर्जाची वैद्यकीय सेवा उपलब्ध होईल. त्याचबरोबर ज्या ज्या व्यक्ती (डॉक्टर, नर्स व इतर) ही सेवा देतात त्या सर्वांना आपल्या कामात आनंद, प्रतिष्ठा मिळेल व यथाउचित मोबदला मिळेल.

‘सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा’ याची महत्त्वपूर्ण उद्दिष्टे खालीलप्रमाणे -

- उत्पन्न, सामाजिक स्तर वा लिंग काहीही असो, राहण्याचं ठिकाण कुठेही असो प्रत्येक व्यक्तीला उच्च दर्जाची वैद्यकीय सेवा उपलब्ध असेल.
- वैद्यकीय उपचारांच्या खर्चाच्या बोज्याखाली जनतेचं दरिद्री होणं टळेल.
- निरनिराळ्या विभागात, सामाजिक स्तरात व उत्पन्न गटात आज जी वैद्यकीय सेवा मिळण्यातली तीव्र विषमता आहे ती दूर होईल.
- सध्याच्या आरोग्य व्यवस्थेतील अशास्त्रीय नासाडी व अकार्यक्षमता दूर होईल.

५) UHC या व्यवस्थेची मूलभूत तत्त्वे कोणती ?

वैद्यकीय सेवा सर्वांना उपलब्ध होणे हे साध्य करायला अमूक एकच मार्ग उपयोगी आहे असं काही नाही. इतर मार्गांबद्दल नंतर आपण विस्ताराने बघू. इथं एवढंच नमूद करू की अनेक राष्ट्रात निरनिराळ्या पद्धतींचा वापर करण्यात आला आहे. काही दुसऱ्यांपेक्षा जास्त यशस्वी ठरल्या आहेत. मात्र कोणत्याही UHC ची मूलभूत तत्त्वे अशी हवी की ज्यामुळे आपण सतत हे ताडून बघू शकू की आपण योग्य दिशेने प्रवास करत आहोत की नाही. ती तत्त्वे अशी -

• **सार्वत्रिकता-** अर्थाप्रमाणेच भारतातील सर्व रहिवाशांना आरोग्यसेवा उपलब्ध असायला हवी. उदा. भारतातील काही नोकरदार गटच जे किमान काही आर्थिक वाटा उचलतात ते, किंवा फक्त दारिद्र्य रेषेखालील व्यक्तीच फक्त या योजनेचा लाभ घेत आहे

असे घडत नाही तर भारतातील प्रत्येक व्यक्ती योजनेचा लाभ घेत आहे असे व्हायला हवे.

● **समान संधी, ना कुणी वगळले जाणार ना कुणाला दुय्यम वागणूक मिळणार-** UHC ही व्यवस्था न्याय्य असेल व समानतावादी असेल. याचा अर्थ हा की, जात, सामाजिक स्तर, वंश, लिंग, लैंगिक भाव, असा कोणताही भेदभाव न करता प्रत्येकीला ही व्यवस्था उपलब्ध असेल. प्राधान्य दिले जाईल, ते वैद्यकीय दृष्टिकोनातून जी जास्त गरजू असेल तिला.

वैद्यकीय दृष्टिकोनातून जास्त गरजू कोण? उदा. जी व्यक्ती अत्यवस्थ आहे ती वा जिच्यावर तातडीचे इलाज व्हायला हवेत ती अशा व्यक्तीसाठी निश्चितच प्राधान्य असेल.

● **सर्व समावेशक उपचार-** UHCचा आवाका सर्व समावेशक असेल. सर्व प्रकारच्या आरोग्यसेवांचा यात समावेश असायला हवा. आरोग्यसंबंधीच्या जास्तीत जास्त समस्यांच्या सोडवणुकीचा त्यात सहभाग असेल. निरनिराळ्या ठिकाणी असणारी रोगांची वेगवेगळी रूपे यात लक्षात घेतली जातील. तसेच विविध समाज गटांच्या वेगळ्या अशा खास गरजा विशेषतः कमकुवत गटांच्या गरजा ही व्यवस्था महत्त्वाच्या मानेल असा प्रयत्न सतत केला जाईल. सेवांची व्याप्ती सतत वाढवत नेली जाईल. खर्च वाचवणाऱ्या पद्धतींना या व्यवस्थेत स्थान मिळेल.

● **आर्थिक संरक्षण-** जनतेला वैद्यकीय खर्चाच्या बोज्यापोटी गरिबीत ढकललं जाणार नाही याची काळजी UHC घेईल.

● **उपचारांची शास्त्रीयता व गुणवत्ता-** UHC ह्याची खबरदारी घेईल की गुणवत्ता व शास्त्रीयता राखण्यासाठी उपचारांमध्ये शास्त्रीय, प्रमाणित मार्गदर्शिकांचा (Standard Treatment Guidelines) वापर होईल.

● **उपचारांचं सातत्य व स्थलांतर-** एखाद्या आजारावरचे उपचार त्या रुग्णांनी गाव बदलल्यामुळे खंडित होणं अयोग्य आहे. UHC ही काळजी घेईल की उपचारांचं सातत्य जागा बदलल्यावरही राहिल. उदा. एखाद्या गर्भवतीने आपलं बाळंतपण माहेरी करायचं ठरवलं किंवा कोणी प्रवासात असेल किंवा कोणी स्थलांतर केलं असेलं तर अशा सर्वांना तातडीच्या उपचारांसह सर्व उपचार मिळतील ही खबरदारी UHC घेईल. एखाद्या रुग्णाची दुसऱ्या दवाखान्यात पाठवणी व त्यासाठी वाहतुकीची व्यवस्था करणे याकडे UHC लक्ष देईल व हे बघेल की रुग्ण एका रुग्णालयातून दुसऱ्यामध्ये पाठवल्यामुळे उपचारात काही कमतरता येणार नाही.

• रुग्णाचे हक्क, त्याचा डॉक्टर व हॉस्पिटल निवडीचा अधिकार, त्याला योग्य ते उपचार मिळण्याचा हक्क या सर्वांचं रक्षण UHC मध्ये होईल.

रुग्णाचे अधिकार- रुग्णाला माहिती मिळण्याचा अधिकार असेल, सर्व माहिती दिली जाऊन, उपचार निवडीचा अधिकार देऊन परवानगी घेतली जाईल व रुग्णाला त्याच्या पसंतीचे डॉक्टर/हॉस्पिटल निवडण्याचा अधिकार दिला जाईल. अशा प्रकारे रुग्णांच्या सर्व हक्कांचे पालन UHC मध्ये होईल. रुग्णाला तक्रार करायची असेल तर **तक्रारीचे निराकरण** करेल अशी तक्रार निवारण यंत्रणा UHC निर्माण करेल.

• **लोकसहभाग, पारदर्शकता आणि उत्तरदायित्व-** UHC मध्ये नियोजनाच्या प्रत्येक टप्प्यावर असेल व यात यथायोग्य असा जनतेचा सहभाग असेल. जनतेला माहिती दिली जाईल, लोकांना प्रश्न विचारता येतील. ही व्यवस्था लोकांना उत्तरदायी असेल.

• **सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचे बळकटीकरण** करून सक्षम अशा सार्वजनिक आरोग्यसेवेमार्फत आरोग्य सुविधा देणे हा UHC व्यवस्थेचा पायाभूत भाग असेल. सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था UHC मध्ये नियोजनाची व इतर महत्त्वाची जबाबदारी घेतील. तसेच खाजगी क्षेत्राला UHC मध्ये आणताना सार्वजनिक सेवा या एक मार्गदर्शक असं मूलभूत काम करतील.

• **सार्वजनिक वित्त पुरवठ्याचं कळीच स्थान-** राज्यानं करातील उत्पन्नातून UHC साठी पैसे पुरवणे ही UHC च्या वित्तीयबाबीमधली ठळक तरतूद असेल. याचा अर्थ साधा असा आहे, की डॉक्टर व हास्पिटल्सची बिलं ही एका सार्वजनिक निधीतून भागवली जातील. अन् एकाही व्यक्तीला उपचारांचा कोणताही खर्च उपचार घेतांना स्वतःच्या खिशातून स्वतःला करावा लागणार नाही. आरोग्याचा अधिकार हा मानवी अधिकार आहे. पैसे नाहीत म्हणून कुणाही व्यक्तीला तो नाकारला जाता कामा नये. अनेक विकसित देशांमध्ये रुग्ण जिथे कोणतीही आरोग्यसेवा घेतो तिथे सेवा घेताना स्वतःच्या पाकिटातून नया पैशाचा खर्च करत नसतो. त्याचे सर्व वा बहुतांशी खर्च हे केंद्रीय वित्त पुरवठ्यातून भागवले जातात.

अशा प्रकारची केंद्रीय वित्त पुरवठ्याची जी यंत्रणा आहे तिचे फायदे असे -

➤ ही यंत्रणा खूप जास्त समानतावादी असते. श्रीमंतांएवढाच गरिबाला या यंत्रणेत वैद्यकीय उपचार घेण्याचा हक्क असतो. सर्व पॅशट हे कर रूपानं त्यांचा खर्च भरत असतात.

➤ ही यंत्रणा सर्व प्रदेशांमध्ये समान रितीने काम करते. विकसित व

अविकसित भागामध्ये जी आज दरी आहे, ती या यंत्रणेमुळे खूपच कमी होते. गरीब व अविकसित भागातून कर कमी गोळा होतो. तरीही शहरी विकसित भागांसारखेच समान उपचार या भागातील रुग्णांना या यंत्रणेत मिळतात.

➤ शंभर ठिकाणाहून पैसे गोळा करून मग शंभर ठिकाणी वाटण्याचा व्याप व खर्चही केंद्रीय वित्त पुरवठ्याच्या या यंत्रणेत कमी होतो. सामान्यतः कर वसुलीची एकच यंत्रणा हा खर्च सुद्धा गोळा करते.

अशी ही वित्तपुरवठ्याची तत्त्वे- HLEG च्या तज्ज्ञ समितींनीही स्वीकारली आहेत.

६) आपल्या जनतेसाठी एखाद्या राष्ट्राने UHCची ही व्यवस्था यशस्वीपणे राबवल्याची काही उदाहरणे आहेत का ?

अर्थात ! गेली साठ वर्षे युरोपमधील जवळपास सर्व राज्ये UHC ची व्यवस्था राबवत आहेत. त्यातली ठळक उदा. इंग्लंडमधली राष्ट्रीय योजना, फ्रान्स, जर्मनी, नेदरलँड व स्कॅंडेव्हिनीयन राष्ट्रांमधली UHC ची अनेक वेगवेगळे प्रारूपे, ऑस्ट्रेलिया व कॅनडामधली UHC ही अजून काही महत्त्वपूर्ण उदाहरणे.

अमेरिका मात्र UHC च्या फूटपट्टीवर खूप खालच्या पातळीवर आहे. या अर्थानं की हे राष्ट्र आरोग्यावर अतोनात खर्च करत असूनही सुमारे २० टक्के अमेरिकन नागरिक (५ कोटी) आरोग्य विम्यापासून वंचित आहेत. म्हणून 'ओबामा-केअर' या कार्यक्रमांमार्फत ही कमतरता भरून काढायचा प्रयत्न सुरू आहे.

७) ही उदाहरणं तर श्रीमंत देशांचीच आहेत, विकसनशील देश किंवा आशियायी देश यात कुठे आहेत ?

असे अनेक मध्यम श्रीमंत आणि विकसनशील देश आहेत, की ज्यांनी UHC अंगीकारली आहे. आशियातली उदा. खालीलप्रमाणे -

थायलंड- हा दक्षिण पूर्व देश. याची लोकसंख्या आहे ६१२० लाख. ६० टक्के संख्या ग्रामीण भागात राहते. (दरडोई Gross National Income आहे - ७६४० इंटरनॅशनल डॉलर्स)

थायलंडमध्ये खूप मोठं वैद्यकीय क्षेत्र खाजगी आहे. अन् बरेच व्यावसायिक हे सुटे सुटे प्रॅक्टिस करतात. त्यांचे आरोग्यासंबंधाचे सर्व मुद्दे व समस्या या UHC स्वीकारण्यापूर्वी जशा होत्या तशाच आज भारतात भेडसावत आहेत.

थायलंडमध्ये २००१ मध्ये UHC सुरू झालं. २००४ मध्ये ज्या नागरिकांकडे आरोग्य विम्याचे संरक्षण नाही अशांची संख्या फक्त १.३ टक्के वर आली. डॉक्टरला ३० बाहट अशी नाममात्र फी २००६ पर्यंत द्यावी लागत होती. त्यानंतर तीही रद्द करण्यात आली. आता रुग्णाला काहीच खर्च करावा लागत नाही.

श्रीलंका- श्रीलंकेची लोकसंख्या आहे २ कोटी. दरडोई वार्षिक उत्पन्न आहे ४७२० इंटरनॅशनल डॉलर्स. १९३१ पासूनच तिथे सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेवर भर देण्यात येऊ लागला. सरकारी बजेटमध्ये आरोग्यावरची तरतूद वाढवत नेत सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था बळकट केली गेली. आज श्रीलंकेत प्राथमिक व पुढच्या स्तराची वैद्यकीय सेवा संपूर्ण मोफत अशी सार्वजनिक आरोग्य सेवेद्वारा उपलब्ध आहे.

श्रीलंकेची अजून वैशिष्ट्ये म्हणजे प्रतिबंधात्मक आरोग्याच्या अधिकारांबद्दल असलेली उत्तम समज अन् सुनामीसारख्या नैसर्गिक आपत्तीत केलं जाणारं आरोग्य व्यवस्थांचं उत्कृष्ट व्यवस्थापन. त्यामुळे या मध्यम उत्पन्नाच्या देशाचे अनेक आरोग्य निर्देशांक हे विकसित देशांशी स्पर्धा करतात. हे सर्व श्रीलंकेने साध्य केलयं ते अवघ्या १.९ टक्के जीडीपी व ८ टक्के सरकारी बजेटच्या खर्चातून.

कोरिया, मलेशिया, फिलिपाईन्स हे अजून काही आशियायी देश आहेत की जे UHC अंगीकारू शकले आहेत व ज्यांनी बहुतांश जनता या व्यवस्थेच्या अंतर्गत आणली आहे.

दक्षिण अमेरिकेत काही राष्ट्रे UHC राबवतात. क्रांतीनंतर (१९६२) काही वर्षातच क्युबाने ही पद्धत राबवण्यास सुरुवात केली.

ब्राझिल हे आकारमानाने जगात ५ व्या क्रमांकावरचे राष्ट्र. लोकसंख्या आहे १७.२० कोटी. दरडोई वार्षिक उत्पन्न आहे १०२०० इंटरनॅशनल डॉलर्स. १९८८ मध्ये ब्राझिलच्या राज्यघटनेनं आरोग्याचा अधिकार हा मूलभूत अधिकार म्हणून जाहीर केलं. त्यांनी त्यांची अशी एक स्वतंत्र आरोग्य व्यवस्था बनवली. या व्यवस्थेत सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेच्या बरोबरीनं जे जे खाजगी क्षेत्रातील डॉक्टर व हॉस्पिटल UHC ला मान्यता देतात ते सर्व अंतर्भूत केले गेले आहेत. १९८८ मध्ये आरोग्यसेवेसाठी मोबदला देऊ शकणारे नागरिक होते लोकसंख्येच्या फक्त ६० टक्के. आज मात्र ब्राझिलमधील प्रत्येक नागरिकाला एकही पैसा खर्च न करता सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत उपचार मिळतात.

अलीकडे व्हेनेझुएलामध्ये UHC चा स्वीकार केला गेला आहे.

हे तर खरंच की या निरनिराळ्या देशात राजकीय व्यवस्था भारतापेक्षा खूपच वेगळी आहे. पण तरीही त्यांनी जी आरोग्य व्यवस्था राबवणं सुरू केली आहे. त्यातून आपल्याला नक्कीच काही शिकता येईल.

८. एखाद्या राष्ट्रात UHC सुरू करायला कोण-कोणत्या गोष्टींची गरज असते?

अनेक आघाड्यांवर नियोजन करायला लागते.

यातल्या काही महत्त्वाच्या गोष्टी अशा -

• शासनावर कायदेशीर जबाबदारी

जिथे UHC आहे अशा अनेक राष्ट्रांत प्रत्येक नागरिकाला मोफत औषधापचार देण्याची जबाबदारी कायद्याने राज्यकर्त्यांवर सोपवलेली आहे.

त्यातली काही उदाहरणे -

➤ कॅनडाचा आरोग्य कायदा - १९८५

➤ १९८६ मध्ये ब्राझिलच्या राज्यघटनेत अंतर्भूत झालेला एकात्मिक आरोग्य व्यवस्थेचा मसुदा

➤ थायलंडमधला २००२ मधला राष्ट्रीय आरोग्य सुरक्षा कायदा

आरोग्य व्यवस्थेत असलेल्या रुग्णांच्या हक्कांचं संरक्षण हे असे कायदे करत असतात. आणि कायद्यात अशा आरोग्य व्यवस्थेची तरतूद असली तर होते काय की सरकार जरी बदललं तरी व्यवस्था कायमच राहते.

• UHC ला वित्तपुरवठा करणारी यंत्रणा

UHC च्या वित्तपुरवठ्यांचं नियोजन करताना, उत्पन्न गोळा करण्याचे मार्ग शोधणे, लागणाऱ्या निधीचा अंदाज घेणे, पुढच्या वर्षांच्या आरोग्य सुविधा व त्यासाठी लागणाऱ्या संसाधनांसाठी वित्तपुरवठ्याचा अंदाज बांधणे व त्या त्या गोष्टींसाठी पैसा उपलब्ध करून देणे, या सर्व गोष्टींचा विचार करावा लागतो.

असे नियोजन ही UHC सुरू करण्याची महत्त्वाची गरज होय. यात अनेक धोरणांबद्दल विचार होतो. उदा. नागरिकांना सुविधा द्यायला लागणारा पैसा कसा उभा करायचा? तो फक्त करातून येईल की त्यासाठी काही सामाजिक विमा योजना आखायला लागतील? विशेषतः संघटित क्षेत्रामध्ये? जर उत्तर 'हो' असेल तर कोणासाठी? किती हप्ता? तो हप्ता कोणी भरायचा?

सर्वासाठी वित्तपुरवठ्याचा एकच स्रोत असणारं धोरण अंगीकारायंच की कसं ? ते कसं काम करेल ?

- **सुविधा देण्यासाठी यंत्रणा**

जिथे जिथे UHC यशस्वी झाली आहे तिथे तिथे सार्वजनिक व खाजगी क्षेत्राच्या जबाबदाऱ्या सुनियंत्रित व सुस्पष्ट केल्या गेल्या आहेत व त्या दोन्ही यंत्रणात उत्कृष्ट ताळमेळ राबवला गेला आहे.

भारतातही अशी व्यवस्था निर्माण करताना या प्रश्नांची तड लावावी लागणार आहे. सक्षम अशा सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थांची UHC मध्ये जबाबदारी काय ? अनुनियंत्रित अशा खाजगी क्षेत्राचा या व्यवस्थेत कसा सहभाग असेल ? एकूण एकात्मिक अशी ही राष्ट्रीय आरोग्य व्यवस्था कशा स्वरूपाची असेल ?

- **आरोग्य व्यवस्थेवर नियंत्रण ठेवणारी यंत्रणा**

UHC मध्ये ग्राहकाच्या ज्या शंकाकुशंका व अडचणी आहेत त्यानुसार काही नियंत्रण ठेवणारी धोरणं ठरवावी लागतील.

उदा. वैद्यकीय उपचारांमध्ये मापदंड कोणते ? ते कसे अंगीकारले जातील ? ते अंगीकारले जात आहेत याची खातरजमा कशी होईल ?

जर एखाद्याला अपेक्षित अशी सुविधा मिळाली नाही तर ? त्याचं निराकरण कसं करायचं ? अशास्त्रीय, नासाडी करणाऱ्या व गरज नसणाऱ्या उपचारांना आळा कसा घालायचा ?

हे लक्षात घेणं गरजेचं आहे की वर ज्या ज्या राष्ट्रांची उदाहरणं दिली आहेत त्या सर्वांनी UHC बदल कायदे, वित्तपुरवठा, नियंत्रण व्यवस्था या सर्वांबाबत वेगवेगळी पण निश्चित धोरणं अवलंबली आहेत.

९) भारतासारख्या देशात UHC संबंदात वैशिष्ट्ये कोणती ?

भारतासारख्या विकसनशील देशात UHC संबंदात मुख्यत्वे करून दोन वैशिष्ट्ये नमूद करता येतील. पहिलं असं की **कम्युनिटी हेल्थ वर्कर (CHW)** ला या योजनेत महत्त्वाचं स्थान असावं लागेल.

विकसित व विकसनशील अशा देशांमध्ये CHW च्या उपयोगाच्या तीन वेगवेगळ्या शक्यता असतात.

अ) जिथे डॉक्टरांची गरज नाही- उदा. साध्या जखमा, जुलाब, ताप, खोकला यावर प्राथमिक उपचार करणे.

ब) जिथे डॉक्टर हा सर्वात चांगला पर्याय ठरणार नाही- उदा. घरगुती हिंसाचाराच्या केसमध्ये समुपदेशन करणे वा एखाद्या हॉस्पिटलमध्ये रुग्णांना त्यांच्या हक्कांबद्दल समजावून सांगणे.

क) जिथे डॉक्टर उपलब्ध नाही- विकसनशील देशात अनेक ठिकाणी डॉक्टरच उपलब्ध नसतात व अनेक पुढची वर्षही अशी परिस्थिती राहणार आहे. अशा ग्रामीण व दुर्गम भागात CHW ची गरज राहिलच.

CHW च्या ज्या अनेक विविध जबाबदाऱ्या असतील, त्या विभागानुसार बदलत राहतील. ग्रामीण भागांप्रमाणे दुर्गम मागास भागात CHW ची गरज ही प्रथम उपचारांसाठी राहिल. शहरी व निमशहरी भागात CHW चीही अशी गरज नसेल कारण तेथे किरकोळ उपचारांसाठीही डॉक्टरच उपलब्ध असतील. अन् तिथे सुरुवातीची प्राथमिक सेवा घेण्यासाठी रुग्णही डॉक्टरांकडेच जाणं पसंत करतील. अशा शहर व निमशहरी CHW ची आरोग्य शिक्षक म्हणून भूमिका व त्याचबरोबर समुपदेशकाची भूमिका या भागात महत्त्वाच्या असतील. हे इथे प्राधान्याने लक्षात ठेवायला हवं की मुळात UHC ची भूमिका भारतासारख्या विकसनशील देशात डॉक्टर व हॉस्पिटल केंद्रित आरोग्य व्यवस्थेपासून दूर होत उपचार करणाऱ्या टीमला केंद्रीभूत ठेवणारी असेल.

दुसरा महत्त्वाचा पैलू हा की भारतात UHC फक्त ॲलोपथीचा आग्रह धरणार नाही. आयुष पद्धतीचाही त्यात समावेश असेल. चीनप्रमाणे भारतातही प्रत्येक स्तरावर स्वः उपचारांपासून, गावपातळीवरील उपचारांपासून ते हॉस्पिटलमधल्या उपचारांपर्यंत हा पर्याय असेल.

आजवर भारतात मात्र सरकार आयुष पद्धतीबाबत भेदभाव करत आलं आहे. UHC मध्ये आयुषला यथायोग्य सन्मानाचं स्थान असेल. आयुषचे जे जे उपचार सुरक्षित आहेत, परिणामकारक आहेत त्यांचा अंतर्भाव करून UHC ही एकात्मिक आरोग्य उपचारांकडे प्रवास करेल.

१०) UHC साठी लागणारा पैसा कसा उभारला जातो? खाजगी आरोग्य विमा हा UHC चा पाया असू शकतो का?

UHC ला वित्तपुरवठा करायला दोन प्रमुख मार्ग अवलंबले जातील.

• कर आणि सामाजिक विमा योजना

प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष करतून महसूल जमा करणे. सर्वांवर यथायोग्य बोजा पाडणारा व निधी गोळा करण्यासाठी सर्वात कमी खर्च लागणारा हा मार्ग आहे. आधीचेच

अस्तित्वात असलेले करसंचालनाचे व्यवस्थापन यासाठी वापरल्यामुळे UHC साठी पैसा गोळा करण्यासाठी नवीन काही नाही. उत्पन्नाच्या प्रमाणात कर असल्यामुळे जास्त उत्पन्नवाला जास्त कर भरेल, कमी उत्पन्नवाला कमी कर भरेल. बोजा यथायोग्य असेल.

ब्राझिल व थायलंडमध्ये अशा पद्धतीत कर आकारणीतून UHC चा महसूल गोळा केला जातो अन् ही पद्धत जास्त पुरोगामी व योग्य आहे.

भारतातही अशी उदाहरणं आहेत. उदा. ३ टक्के कर हा शिक्षण कर म्हणून वसूल केला जातो आहे. त्याचा उपयोग प्राथमिक शिक्षणाची व्यवस्था लावायला होतो.

चैनीच्या वस्तूवर व ज्यामुळे रोगांना आमंत्रण मिळतं अशा तंबाखू, दारूवर कर लावून जास्त महसूल गोळा करता येईल.

• सामाजिक आरोग्य विमा योजना

कोणत्याही आरोग्य विम्याचा पाया हा असतो की व्यक्ती अगोदर काही थोडी रक्कम भरते व नंतर लागेल तेव्हा, लागेल तशा पद्धतीने त्या सेवेचा उपभोग घेते. हा जो महसूल गोळा होतो त्यातूनच गरजू विमाधारकाला इलाजाची रक्कम दिली जाते.

कोणत्याही आरोग्य विमा योजनेत प्रत्येक सदस्याचा आजारी पडण्याचा धोका, त्या गटात समाविष्ट केला जाऊन विभागला जातो. हे गट मग एखाद्या उद्योगातील असतील, समान काम करणाऱ्यांचे असतील, किंवा एखाद्या भूभागात राहणाऱ्यांचे असतील.

या गटातील प्रत्येक सदस्य हा आपली वर्गणी देतोच व यातून विम्याचा महसूल जमा होतो. विम्याची तीन उदाहरणे आहेत- खाजगी विमा, सामाजिक विमा, समुदायाचा विमा. यातला सामाजिक विमा हा सर्वात पुरोगामी, जास्तीत जास्त समानतावादी व सर्वाना अंतर्भूत करणारा प्रकार आहे. जर्मनी, जपान, रिपब्लिक ऑफ कोरिया या देशात अशा प्रकारे सामाजिक आरोग्य विम्यातून UHC चा महसूल गोळा केला जातो. ज्या देशात सर्व नागरिकांना सामावून घेणारी सामाजिक आरोग्य विम्याची पद्धत आहे, तिथे सर्वसाधारणपणे एकच निधीचा कोष असतो. यात नोकरदार, नोकरी देणारे, स्वयंरोजगार असणारे, स्वतः हप्ता भरतात तर बेकार आणि इतर दुर्बल समूहासाठी सरकार वर्गणी जमा करते.

सार्वजनिक आरोग्य विमा हे इतर विमा-प्रकारांपेक्षा चांगल साधन आहे. श्रीमंत (जे कमी आजारी पडतात) व गरीब (जे जास्त आजारी पडतात) हे दोघही एकत्र येऊन आरोग्य विमामधील जोखीम विभागली जाते. श्रीमंत व गरीब यांच्या वेगवेगळ्या विमा-योजना असल्या तर गरिबाची सर्व जोखीम गरिबावरच पडते. आणि नेमक्या याच तत्त्वावर खाजगी आरोग्य विमा काम करते. त्यामुळे खाजगी आरोग्य विम्यापेक्षा

सामाजिक आरोग्य विमा हा नक्कीच जास्त पुरोगामी आहे. खाजगी आरोग्य विम्यापेक्षा तो कमी खर्चिक आहे. पण कर आकारणी करून UHC राबवणं या पेक्षा सामाजिक आरोग्य विमा हा जास्त खर्चाचा व थोडा कमी समतावादी आहे.

खाजगी आरोग्य विम्याबद्दल थोडे

UHC साठी आजवर एकाही राष्ट्राला खाजगी आरोग्य विम्याचा वापर केला गेला नाही. काही अमेरिकेसारख्या देशात खाजगी आरोग्य विमा वापरला जातो. पण या देशात एक मोठा समाजगट आरोग्य विम्यापासून वंचित राहतो. खाजगी आरोग्य विमा हा एकूणच प्रतिगामी मार्ग आहे असं अनुभव सांगतो. त्याची कारणं अशी -

- खाजगी आरोग्य विमा कंपन्यांचं अधिकृत व जाहीर ध्येय हे फक्त नफा असतं. त्यामुळे अनेकदा विमाधारकाचे योग्य दावे मान्य केले जात नाहीत.

- विमा देणाऱ्या अनेक कंपन्या व त्यांच्या अनेक योजना असतात. त्यामुळे वैद्यकीय व्यवस्था ही तुकड्या तुकड्यात विभागली जाते. तिच्यावर नियंत्रण ठेवणं शक्य होत नाही. आता असा भाबडा समज आहे की मार्केट/बाजार हे नियंत्रण आपोआप ठेवेल, पण अनुभव हा आहे की मार्केट/बाजार हे असं नियंत्रण ठेऊ शकत नाही... ना ते ठेवलं जातं.

- अनेक विमा कंपन्यावर खर्च न मान्य केले गेल्यामुळे रुग्णांकडून दाखल होणारे कायदेशीर दावे केले असतात. त्यासाठी होणाऱ्या खर्चांमुळे व विमा कंपन्या अनेक असल्यामुळे एकूणच खाजगी आरोग्य विमा खर्चही वाढतो. या पद्धतीतील नासाडी व अकार्यक्षमता सामाजिक आरोग्य विमा व करातून आरोग्य विमा या दोन्ही पद्धतीपेक्षा खूपच जास्त असते.

काही UHC मध्ये सौंदर्यविषयक शस्त्रक्रिया, फारशी गरज नसलेल्या दंतवैद्यक सेवा वा काही डोळ्यासंबंधित सुविधा याबाबत खाजगी विमा व्यवस्थेचा आधार घेतला जातो.

११) UHC च्या अंतर्गत कोण-कोणत्या सेवा दिल्या जातात ?

बऱ्याचशा राष्ट्रांच्या UHC मध्ये माणसाला निरोगी जगण्यासाठी लागणाऱ्या खालील सुविधा दिल्या जातात.

प्राथमिक सेवा. दुसऱ्या स्तरावरील आरोग्य सेवा, तातडीची सेवा व अनेकविध वैद्यकीय, शल्य व बाळंतपणाशी निगडित सेवा.

जसं बजेट वाढेल तसं काही काळानंतर या सेवांची व्याप्ती वाढत जाते. वाढतं

तंत्रज्ञान, पेशंटची मागणी, आजवर उपेक्षित असणाऱ्या समस्या पुढं येणे, अशा अनेकविध नवनवीन गरजांमुळे UHC अंतर्गत येणाऱ्या सुविधा वाढत जातात.

काही राष्ट्रांत ज्या सेवा UHC मधून वगळल्या गेल्या आहेत त्या अशा-

● अत्यंत महाग असणाऱ्या सेवा

उदा. थायलंडमध्ये अगोदर डायलीसीस वगळलं गेलं होतं. पण खूप मागणी झाल्यामुळे २००८ मध्ये आता UHC मध्ये अंतर्भूत करण्यात आलं.

● सौंदर्यविषयक, दंतवैद्यकातील व डोळ्याच्या काही शस्त्रक्रिया

जवळपास सर्वच UHC मधून उपचारांसाठी अशी स्वतःची गरज असल्याशिवाय (उदा. भाजण्यानंतरच्या पुनर्रचना शस्त्रक्रिया) सौंदर्यविषयक शस्त्रक्रिया वगळल्या गेल्या आहेत. म्हणजे सौंदर्यासाठी 'नाक' जरा सरळ करण्याची शस्त्रक्रिया काही UHC मध्ये येत नाही !

जेव्हा दंतवैद्यक उपचार केले जातात तेव्हा बऱ्याच UHC पेशंटला स्वतःचे पैसे भरायला लावतात वा खाजगी विमा योजनेद्वारे डोळ्याची सर्जरी केली जाते.

इंग्लंडमध्ये दंतवैद्यकासाठी पेशंटला स्वतःचा थोडा खर्च करावा लागतो.

कॅनडाच्या मेडिकेअरमध्ये तातडीची गरज नसलेली दंत शस्त्रक्रिया वा डोळ्याबाबतचे उपचार, काही उपकरणे जशी व्हीलचेअर वा काही कृत्रिम अवयव वगळले गेले आहेत. (अत्यंत गरीब, वृद्ध व लहान मुलं सोडून) अशा काही नेमक्या सुविधा जरी UHC तून वगळल्या गेल्या असल्या तरी नेहमीच्या आवश्यक अशा जवळपास सर्वच सुविधा UHC मध्ये अंतर्भूत केल्या गेल्या आहेत.

भारतात 'सर्वासाठी मोफत आरोग्य सेवा' यासाठी निधी

पुरवण्याबाबत HLEG^{*} च्या शिफारसी

३.१ आरोग्यासाठी निधी व नागरिकांचे आर्थिक संरक्षण

३.१.१- आरोग्यावरचा खर्च सकल राष्ट्रीय उत्पादनाच्या आजच्या १.२ टक्क्यांवरून केंद्र व राज्य सरकारांनी बाराव्या नियोजन आराखड्याअखेर कमीत कमी २.५ टक्क्यांपर्यंत वाढवावा व २०२२ पर्यंत तो ३ टक्के करावा.

३.१.२- औषध खरेदीवरील सरकारी खर्च वाढवून रुग्णांना आवश्यक औषधांचा मोफत पुरवठा होईल हे बघावे.

३.१.३- सर्व साधारण कर आकारणे हा आरोग्यासाठी निधी उभारण्याचा मार्ग असावा. करपात्र मिळकतीचा किंवा पगाराचा ठराविक हिस्सा आरोग्यासाठी सरकारकडे जमा करण्याचे बंधन यामार्फत UHC साठी निधी उभारणे हेही पूरक म्हणून करावे.

३.१.४- महसुलासाठी विशिष्ट स्तरावर/गटांवर असाच फक्त कर लावू नये.

३.१.५- UHCच्या अंतर्गत असलेल्या कोणत्याही वैद्यकीय सेवेसाठी कोणताही आकार वसूल करू नये.

३.१.६- वेगवेगळ्या राज्यात होणारा दरडोई खर्च समान पातळीवर आणून प्रत्येक राज्यातील नागरिकांना समान वैद्यकीय सुविधा उपलब्ध असतील हे बघावे व त्यासाठी विशिष्ट उद्देशी हस्तांतरणाचा मार्ग वापरावा.

३.१.७- राज्यांना त्यांच्या त्यांच्या जिल्हा पातळीवर वेगवेगळ्या भौतिक, आर्थिक सामाजिक व अन्य वेगवेगळ्या परिस्थितीला तोंड देणं शक्य होण्यासाठी आर्थिक तरतुदीचा लवचिक व शास्त्रीय मार्ग अवलंबावा.

३.१.८- प्राथमिक आरोग्यसेवेवर एकूण आरोग्य खर्चाच्या ७० टक्के रक्कम खर्च करावी. आरोग्य-शिक्षण व आरोग्य-संवर्धन; प्राथमिक पातळीवर उपचार; आजारांचे वेळेवर निदान व उपचार यासाठी फलदायी पद्धतीने खर्च यांचा या खर्चात समावेश असावा.

३.१.९- खाजगी विमा कंपनी व इतर विमा यंत्रणेचा वापर सरकारतर्फे वैद्यकीय सेवा देताना करू नये.

३.१.१०- UHC ची सेवा देणारी खाजगी यंत्रणा ही केंद्र वा राज्य शासनाने स्वतःच्या आरोग्यखात्यातर्फे वा तत्सम सरकारी स्वायत्त यंत्रणेद्वारा विकत घ्यावी.

३.१.११- आजच्या सरकारी पैशातून राबवल्या जाणाऱ्या ज्या ज्या विमा योजना आहेत त्या टप्प्याटप्प्याने UHC मध्ये अंतर्भूत करण्यात याव्या. सर्व योजनांची जी कार्डे आहेत ती राष्ट्रीय आरोग्य योजनेच्या कार्डात समाविष्ट केली जावीत.

RSBY (राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना)साठी मनुष्यबळ खाल्याने निर्माण केलेल्या तांत्रिक व इतर यंत्रणांचा वापर UHC ने पायाभूत यंत्रणा म्हणून करावा अन् या सर्व यंत्रणा कुटुंब कल्याण व आरोग्य खात्याअंतर्गत राबवाव्यात.

* १२व्या पंचवर्षिक योजनेसाठी नियोजन मंडळाने नेमलेली High Level Expert Group ही तज्ज्ञ समिती

१२. UHC व्यवस्थेत उपचार कोण करतं? डॉक्टरकडे गेल्यावर पेशंटला काही खर्च येतो का?

दोन प्रारूपं मुख्यत्वे करून UHC मध्ये काम करताना दिसतात.

१) मुख्यत्वे करून सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था.

२) सार्वजनिक व खाजगी आरोग्य व्यवस्थांचं काही मिश्रण.

विकसित राष्ट्रांमध्ये दोन्ही प्रारूप यशस्वी झालेली दिसतात. विकसनशील देश या दिशेने प्रयत्न करत आहेत. पण अजून अपेक्षित टप्पा गाठायचा आहे.

या प्रारूपांचं वर्णन खालीलप्रमाणे-

• मुख्यत्वे करून सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था

जिथे UHC चांगली चालली आहे अशा बहुतांश देशांमध्ये सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थांचं महत्त्वपूर्ण स्थान आहे. बऱ्याच देशात UHC मध्ये प्राथमिक व दुसऱ्या स्तरावरील आरोग्य सेवा सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था देतात. उदा. श्रीलंका.

बळकट सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था जिथं कार्यरत आहेत तिथे खाजगी क्षेत्राचा सहभाग फक्त अगदी मर्यादित प्रमाणातच घेतला जातो. उदा. जिथे सार्वजनिक आरोग्यसेवा पोचत नाही वा कमी पडते (ग्रामीण वा दुर्गम भाग) किंवा ज्यांची गरज तुलनेनं कमी पडते अशा सेवा (सुपर स्पेशालिटी) किंवा उच्चस्तरीय गुंतागुंतीच्या सेवा. अशा वेळी खाजगी यंत्रणा या सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थांनी आखून दिलेल्या आराखड्याप्रमाणे व तरतुदीप्रमाणे जणू सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थांचेच एक अंग आहेत अशा रितीनं काम करतात.

• खाजगी व सामाजिक आरोग्य क्षेत्राचं मिश्रण

बरीच राष्ट्र प्राथमिक व दुसऱ्या दर्जाच्या आरोग्यसेवा खाजगी व सामाजिक आरोग्य क्षेत्राच्या मिश्र अशा व्यवस्थेद्वारा देतात. त्या देशात सामाजिक वा लोकाभिमुख स्वायत्त यंत्रणा खाजगी क्षेत्रातील सेवांचे दर निश्चित करतात; शर्ती ठरवतात, खाजगी सेवांबद्दल प्रमाणित आज्ञावल्या ठरवतात व याप्रकारे खाजगी सेवांच्या दर्जावर नियंत्रण ठेवतात. प्रत्येक प्रदेशात काही सार्वजनिक व खाजगी डॉक्टर/हॉस्पिटल्सना UHC अंतर्गत नेमले जाते. लोकांना हा पूर्ण अधिकार असतो की त्यांनी कुणाकडे जावे. दोघांची मिळून UHC ची व्यवस्था तयार होते.

काही देशांमध्ये UHC बाहेर खाजगी यंत्रणा कार्यरत आहे. ही यंत्रणा स्वतंत्र रितीने UHC मध्ये नसलेल्या सेवा खाजगी आरोग्य विम्या अंतर्गत देते. उदा. जर्मनी, कॅनडा, थायलंड, ब्राझिल.

१३. गैरव्यवहार टाळण्यासाठी UHC मध्ये कसे नियंत्रण ठेवले जाते ?

अनेक राष्ट्रांमध्ये विविध पद्धतीने UHC व तिच्या अंतर्गत घटकांवर नियंत्रण ठेवले जाते. काही उदाहरणे खालीलप्रमाणे-

• कायद्याने व संस्थांद्वारे केले गेलेले UHC चे नियंत्रण

➤ कॅनडा, इंग्लंड , ब्राझिल व काही देशात जिथे कायद्याद्वारे UHC कार्यान्विता आहे तिथे सरकारला UHC च्या अंमलबजावणीबद्दल अहवाल सादर करावा लागतो.

➤ बऱ्याच देशांत जिथे UHC आहे तिथे काही विशिष्ट संस्थांकडे नियंत्रणाची जबाबदारी सोपवलेली आहे. रुग्णासाठी सेवेचा दर, सेवांच्या शर्ती, सेवांचा दर्जा यावर देखरेख करण्यासाठी व विशिष्ट दर्जा राखायला सर्वांवर कसे नियंत्रण ठेवायचे, कसे उत्तेजन द्यायचं हे ठरवण्याचं काम या संस्था करतात.

उदा. थायलंडची NHSO, ब्राझिलची इंटरमॅनेजमेंट कमिशन.

• डॉक्टर, दवाखाने व हॉस्पिटलवर नियंत्रण

➤ कॅनडा- रुग्णांकडून खर्च घेणे वा खाजगी आरोग्य विम्याद्वारा खर्च घेणे, या दोन्ही पद्धतीत नेहमीच नफ्यासाठी धोरण आखली जातात. त्यामुळे उगीच जास्त औषधे देणे, अनावश्यक चाचण्या व प्रोसिजर करणे आणि जास्त किंमत आकारणे अशा अशास्त्रीय मार्गांचा अवलंब केला जातो. म्हणून कॅनडात या दोन्ही पद्धतींना प्रतिबंध केला गेला आहे. कॅनडात ९५% डॉक्टर UHC अंतर्गत काम करतात. सर्व हॉस्पिटल्स ना नफा ना तोटा तत्त्वावर चालतात. सर्वच प्रांतांनी UHC साठी खाजगी विमा कंपन्यांवर बंदी घातली आहे. सार्वजनिक आरोग्य विमाद्वारेच फक्त UHC चालते. उपचार, बिले व गैरव्यवहार तपासण्यासाठी तिथे वेळोवेळी वैद्यकीय ऑडिट (लेखाजोखा) होते.

➤ थायलंड- अवास्तव अशास्त्रीय खर्च होऊ नये म्हणून थायलंडमध्ये UHC चा भाग असलेल्या सेवेमध्ये पेशंटकडून खर्च वसूल करायला कायद्याने प्रतिबंध केला गेला आहे. त्यामुळे रुग्ण दारिद्र्यात ढकलले जाणे हे टळते. सार्वजनिक व्यवस्थेशी करार केलेल्या डॉक्टरांकडून UHC अंतर्गत उपाययोजना होणे हा गैरव्यवहारांना चाप लावण्याचा मुख्य मार्ग आहे. करार केलेले डॉक्टर, दवाखाने व हॉस्पिटल्स यांना त्यांनी सेवा दिलेल्या पेशंटच्या संख्येनुसार मोबदला दिला जातो. पेशंट किती वेळा डॉक्टरला भेटला या संख्येनुसार नाही. यामुळे उगीच केल्या जाणाऱ्या प्रोसिजर वा कारण नसताना वाढवलेली पेशंटच्या भेटींची संख्या टळते. थायलंडमध्ये पेशंट त्यांच्या पायाने मतदान करतात ! म्हणजे जर एखाद्यानं व्यवस्थित सेवा पुरवली नाही तर दुसरीकडे स्वतःची नोंद

करतात. पेशंटच्या जागृत मागणीमुळे आता थायलंडच्या UHC मध्ये डायलीसीसचा व एच.आय.व्ही. वरील ए.आर.टी. या औषधांचा समावेश केला गेला आहे.

➤ **ब्राझिल-** UHC मध्ये सामील झालेल्या खाजगी डॉक्टरांच्या सेवा सरकारने काय दराने विकत घ्यायच्या किंवा पगारी व्यावसायिकांचे पगार इत्यादी सर्व गोष्टी नॅशनल इन्स्टिट्यूट ऑफ मेडिकल केअर अँड सोशल सिक््युरिटी ठरवते. त्याप्रमाणे UHC चे करार होतात. या पद्धतीमुळे एकूण खर्चावर मर्यादा येण्यास मदत मिळते.

• वैद्यकीय मनुष्यबळाची तरतूद

कॅनडा- कॅनडामध्ये दोन वैद्यकीय महाविद्यालये फक्त ग्रामीण भागात जाण्यासाठी डॉक्टर्स तयार करण्यासाठी आहेत. तसेच इतर वैद्यकीय महाविद्यालयात ग्रामीण भागातील विद्यार्थ्यांसाठी राखीव जागा आहेत. जास्त पगार, गैरसोय भत्ता, पेशंटना सेवा देण्यासाठी ऑनकॉल राहण्यासाठी जादा मोबदला अशा प्रकारचं प्रोत्साहन ग्रामीण भागात जाणाऱ्या वैद्यकीय मनुष्यबळाला कॅनडा, ब्राझिल व थायलंडमध्ये दिलं जातं. स्पेशालिस्ट डॉक्टरांपेक्षा कॅनडामध्ये नर्सच्या प्रशिक्षणावर तर ब्राझिलमध्ये जनरल प्रॅक्टिशनरवर जास्त लक्ष केंद्रित केलं गेलं आहे. यामुळे ग्रामीण भागात जास्त वैद्यकीय मनुष्यबळ उपलब्ध होते. थायलंडमध्ये डॉक्टरांना तीन वर्षांची सक्तीची ग्रामीण विभागातील सेवा आहे. नर्ससना चार वर्ष व फार्मसिस्टला दोन वर्षांची सक्ती आहे.

अशा विविध मार्गांनी या देशांनी आपल्या ग्रामीण व दुर्गम भागातली वैद्यकीय मनुष्यबळाची कमतरता भरून काढली आहे.

• औषधांच्या खर्चावर नियंत्रण

कॅनडा- कॅनडाचे औषधांच्या किंमतीबाबत खूपच कडक धोरण आहे. त्यामुळे आंतरराष्ट्रीय पातळीपेक्षा सातत्याने कमी किंमतीत कॅनडामध्ये औषधे मिळतात. ज्यांची पेटंट नाहीत अशा जनेरिक गटातली एच.आय.व्ही. विरुद्धची ए.आर.टी. औषध निर्माण करण्यात ब्राझिलनं उल्लेखनीय यश मिळवलं आहे. हे करताना ब्राझिलनं औषध कंपन्यांचा तीव्र विरोध मोडून काढला आहे

• प्रातिनिधिक सहभाग व उत्तरदायित्व

प्रातिनिधिक सहभाग व उत्तरदायित्व वाढवण्यासाठी ब्राझिलनं तीन स्तरावर आरोग्य समित्या निर्माण केल्या आहेत. नगरपालिका, राज्य व राष्ट्रीय स्तर.

या आरोग्य समितीत एक चतुर्थांश सदस्य सरकारी वा खाजगी आरोग्य-कर्मचारी असतात, एक चतुर्थांश वैद्यकीय व्यावसायिक व मालकांचे प्रतिनिधी असतात.

तर उरलेले अर्धे सदस्य असतात ग्राहक.

आरोग्यविषयक भूमिका, धोरणं ठरवण्याचा अधिकार या आरोग्य समित्यांना असतो. ब्राझिलची UHC पाहणारी संस्था आहे इंटर सर्व्हिसेस मॅनेजमेंट कमिशन. ती सुद्धा या आरोग्य समितींना आपला अहवाल सादर करते. यामुळे सामुदायिक निर्णय प्रक्रियेला व सामूहिक नियोजनाला उत्तेजन मिळते. ग्राहकांचा प्रातिनिधिक सहभाग नियोजनात होतो आणि सेवा देणाऱ्या यंत्रणा उत्तरदायी होतात. नगरपालिका, राज्य, राष्ट्रीय स्तरावर नेहमी आरोग्य परिषदा घेतल्या जातात. शेकडो हजारांनी आरोग्य गटातले सदस्य या परिषदेत अनेक विषयांवर ऊहापोह करतात. या सर्वांमुळे ब्राझिलच्या UHC ची जडणघडण होत आली आहे.

या पार्श्वभूमीवर आता भारतातही काही भागात सार्वजनिक आरोग्यसेवांवर लोकाधारित देखरेख Community based Monitoring and Planning (CBMP) आता सुरू झाली आहे. .

NRHM अंतर्गत काही निवडक ग्रामीण भागात सुरू झालेली CBMP ची पद्धत हे एक असे साधन आहे ज्यामुळे आता सामान्य माणूस सार्वजनिक वैद्यकीय सेवेचा लेखाजोखा घेऊ लागला आहे. त्यातल्या उणिवा नमूद करू लागला आहे आणि जनसुनवाईसारख्या कार्यक्रमात वैद्यकीय व्यवस्थेशी संवाद साधू लागला आहे.

१४. UHC चा स्वीकार केल्यावर समाजात आरोग्याच्या सेवांचा वापर होण्यात काय फरक पडला आहे ?

खाजगी आरोग्य विमा व सार्वजनिक निधीतून काम करणारी UHC यात मुख्य व महत्त्वाचा फरक हा आहे की UHC मध्ये खाजगी आरोग्य विम्याप्रमाणे काही आजार, काही समाजगट हे योजनेतून बाहेर काढले जात नाहीत. उदा. एच.आय.व्ही. बाधित व्यक्ती, विमा सुरू करण्याअगोदरचे आजार, तान्ही बालकं अन् वृद्ध माणसं. अर्थातच UHC ही समतानिष्ठ व सर्वसमावेशक आहे. त्यामुळे वैद्यकीय सुविधा सर्वांना उपलब्ध होतात.

ब्राझिल- कुटुंब कल्याण योजनेअंतर्गत गावोगाव, विशेषतः ग्रामीण भागात UHC पोचली. या योजनेचा फायदा श्रीमंत, शहरी भागात कमी घेतला गेला. पण जिथे खरी गरज आहे तिथे UHC पोचल्यामुळे दर हजारी अर्भक मृत्यूदर ३५ वरून १५ वर आला १९९६ ते २००६ मध्ये. आयुर्मर्यादा १९९१ मध्ये ६७ वर्षे होती ती UHC मुळे २००७ मध्ये ७२ वर्षे झाली. UHC मुळे एच.आय.व्ही. बाधितांना मोफत ए.आर.टी. मिळू लागली.

थायलंड- UHC जशी पूर्णपणे राबवण्यात येऊ लागली व आरोग्य सुविधांची उपलब्धता सर्वदूर होऊ लागली तशी १९९६ मध्ये विम्याअंतर्गत नसलेली लोकसंख्या जी ५५ टक्के होती ती २००४ मध्ये अवघी १.३ टक्के उरली. अन् हे नव्याने जोडलेले सदस्य हे बहुतांशी गरीब स्तरावरील होते.

UHC चा फायदा घेणारे गट असे-

- आत्यंतिक गरीब - ३४ टक्के
- गरीब - २६ टक्के

२००१ मध्ये दवाखान्यात २९७ लाख रुग्णांनी बाह्यरुग्ण उपचार घेतले होते ती संख्या २००४ मध्ये ६३८ लाखांवर गेली. २००१ मध्ये ११ लाख पेशंट हॉस्पिटलमध्ये दाखल झाले होते ते २००२ मध्ये दुप्पट म्हणजे २२ लाख झाले.

२.१ टक्के पेशंट वैद्यकीय उपचाराच्या खर्चापोटी दारिद्र्यरेषेखाली ढकलले जायचे ते प्रमाण आता ०.५ टक्क्यांवर आले. आता मातामृत्यूदर हा दर १,००,००० जन्मामागे ४८ पर्यंत उतरला आहे. ९२.९ टक्के माता गर्भारपणी किमान चार वेळा वैद्यकीय तपासणी करून घेत आहेत व ९८ टक्के स्त्रियांचे बाळंतपण आता कुशल व शिक्षित व्यक्ती करत आहेत.

श्रीलंका- १९२० मध्ये दक्षिण आशियामध्ये सर्वात वाईट आरोग्य निर्देशांक श्रीलंकेचे होते. १९३० ला सार्वजनिक वैद्यकीय सेवांमध्ये ज्या सुधारणा घडवून आणण्यात आल्या त्यामुळे श्रीलंकेने पिछाडीवरून आता आघाडी घेतली आहे.

आता आयुमर्यादा ७१ वर्षे आहे. अर्भक मृत्यूदर हा दर हजारी ९.४७% आहे अन् मातामृत्यूदर विकसित देशांएवढा खाली आला आहे.

१५. UHC म्हणजे काय नाही ?

आतापर्यंत आपण समजावून घ्यायचा प्रयत्न केला की UHC म्हणजे काय. ? पण हेही समजावून घ्यायला हवे की UHC म्हणजे काय नाही. त्याशिवाय UHC बदल पुरेशी स्पष्टता येणार नाही.

पहिली गोष्ट म्हणजे आरोग्यसेवेची आज जी रचना आहे, व्यवस्था आहे (अनियंत्रित खाजगी सेवेचे वर्चस्व, दुबळी झालेली पण बेफिकीर व भ्रष्ट राहिलेली सार्वजनिक सेवा) यात विशेष काही सुधारणा न होता आहे त्या व्यवस्थेमार्फत आरोग्यसेवा सर्वांपर्यंत पोचणे म्हणजे UHC अशी चुकीची समज पसरवली जात आहे. आरोग्यसेवेवर सार्वजनिक खर्च कसा वाढवता येईल यावरच या समजेपोटी बरेचसे लक्ष केंद्रित केले जाते.

दुसरे म्हणजे सार्वजनिक पैशातून चालणाऱ्या निरनिराळ्या आरोग्य-विमा योजनांद्वारा UHC हे ध्येय गाठता येईल असाही समज पसरवला जात आहे. उदाहरणार्थ २००७ पासून आंध्रप्रदेशमध्ये सुरू झालेली 'राजीव आरोग्यश्री योजना' UHC हे ध्येय गाठण्यासाठी चांगले माध्यम आहे असा अनेकांचा समज झाला आहे. महाराष्ट्र, कर्नाटक, तमिळनाडू, नवी दिल्ली, राजस्थान, अरुणाचल प्रदेश अशा निरनिराळ्या राज्यात मूलतः हीच योजना वेगवेगळ्या रूपात चालू आहे. त्यामुळे या योजनेचे विश्लेषण करणे महत्त्वाचे आहे.

उच्च तंत्रज्ञान लागणाऱ्या विशिष्ट प्रकारच्या ९७२ शस्त्रक्रिया, प्रोसिजर्स सरकारी खर्चाने काही सरकारी व खाजगी रुग्णालयात 'गरीब' जनतेला मिळण्याची सोय उपलब्ध करून देणारी ही योजना आहे. भारी आजारांवर (उदा. हृदयविकार, कर्करोग इ.) उपचार करण्यासाठी ही योजना नसून काही शस्त्रक्रिया, प्रोसिजर्स सरकारी खर्चाने उपलब्ध करून देणारी ही योजना आहे. वार्षिक उत्पन्न एक लाखापेक्षा कमी असणाऱ्या कुटुंबातील सर्व सदस्यांचा मिळून एका वर्षात एकूण १.५० लाखापर्यंतचा आरोग्यावरचा खर्च मग तो जरी अद्यावत कॉर्पोरेट हॉस्पिटलमध्ये होत असला तरी या योजनेमार्फत केला जातो. या योजनेत अनेक दोष आहेत. त्यातील सर्वात महत्त्वाचा दोष म्हणजे जुलाब, खोकला, ताप, ब्लडप्रेसर, डायबेटीस फ्रॅक्चर, बाळंतपण, सीझर या नेहेमीच्या प्रश्नाना भिडण्यासाठी सरकारी यंत्रणा आधीच अकार्यक्षम होत्या व आहेत. तरीसुद्धा या चकाचक योजनेद्वारा गुंतागुंतीचे उपचार करण्याला प्राधान्य द्यायचे आणि साध्या आजारांसाठी ठेवलेली रक्कम मात्र कमी करायची! आंध्रमध्ये सरकारी तिजोरीतून या योजनेअंतर्गत केला गेलेला खर्च ५ वर्षात एकूण शासकीय आरोग्यसेवेवरील खर्चाच्या १६ टक्यांपासून ३९ टक्यांपर्यंत वाढवण्यात आला; मात्र प्राथमिक आरोग्यसेवेवरील खर्च आरोग्याच्या एकूण खर्चाच्या ६९ टक्यांपासून ४८ टक्यांपर्यंत म्हणजे वीस टक्यांनी कमी केला गेला. प्राथमिक आरोग्यसेवांमध्ये गैरसुविधा व अडचणी अन् अत्याधुनिक शस्त्रक्रियांसाठी मात्र ज्ययत तयारी! थोडक्यात 'आधी कळस मग पाया रे' अशी ही योजना आहे!

प्राथमिक आरोग्यसेवा सक्षम नाहीत म्हणून रक्तदाब, डायबेटीस या विकारांवर साध्या गोळ्या गरिबांना प्राथमिक आरोग्य केंद्रात मिळत नाहीत. त्यामुळे रक्तदाब, डायबेटीस वाढून या गरिबाला जेव्हा हृदयविकाराचा त्रास होतो तेव्हाही ग्रामीण रुग्णालयातून हृदयविकार बरा करणाऱ्या गोळ्या या गरिबाला मिळत नाहीत. शेवटी या औषधोपचाराअभावी दुर्लक्ष केलेला हा गरीब जेव्हा हार्ट अटॅक येऊन मरणोन्मुख होतो तेव्हा मात्र या योजनेअंतर्गत सरकारतर्फे त्याचे चांगले दीड लाख रुपयांपर्यंत बिल भरले जाऊन त्याच्यावर गुंतागुंतीची शस्त्रक्रिया होते!

ही योजना खूप खर्चिक आहे. आंध्रमध्ये या योजनेत प्रति माणशी/प्रती शस्त्रक्रिया-प्रोसिजरमागे सरासरी खर्च सुमारे २८०००/- रु आहे. आंध्र प्रदेशात २०१० सालात या योजनेत खाजगी रुग्णालयांना सरकारने ३१५९ कोटी दिले तर सरकारी संस्थांना मिळाले ८६४ कोटी. आंध्रच्या तिन्ही मुख्यमंत्र्यांनी, राजशेखर रेड्डी, किरण रेड्डी, व रोसय्यांनी या न पेलवणाऱ्या खर्चानं त्रासून दिल्लीचं दार ठोठावलं व केंद्रानं 'आरोग्य श्री'चा काही भार उचलावा असं विनवलं. केंद्रात प्लॅनिंग कमिशनने फटकारलं - 'ही योजना म्हणजे फक्त खाजगी कॉरपोरेट हॉस्पिटलना पोसणारी दुभती गाय आहे !'

अशा प्रकारच्या योजनेमार्फत सरकारी म्हणजे जनतेचा पैसा खर्च करून UHC म्हणजे 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' हे ध्येय गाठता येणार नाही हे स्पष्ट आहे. आपल्याला अशी विपरित दिशा टाळायची असेल तर या पार्श्वभूमीवर अत्यंत सावधपणे आपण हे निश्चित करूया की काय म्हणजे UHC नाही !

• केवळ विमा योजनेत समाविष्ट केलं गेलंय म्हणून एखादी गोष्ट UHC ठरेल असं नाही. विमा योजनेत घेतली गेलीय, पण कोणतेही नियंत्रण नाही, शास्त्रीय प्रमाणित मार्गदर्शिका नाहीत, तर्कशुद्ध फी ठरवलेली नाही, काहीही किमान दर्जा आखून दिलेला नाही, तक्रार निवारण यंत्रणा नाही, उपचार पद्धतीसाठी आवश्यक औषधे तसेच प्रश्न क्र. ५च्या उत्तरात नमूद केलेल्या इतर मूलभूत तत्वांचा समावेश नसेल तर ती UHC असू शकत नाही.

• जर प्राथमिक, दुसऱ्या स्तराच्या व गुंतागुंतीच्या स्तराच्या अशा सर्व उपचारांची सोय एखाद्या योजनेअंतर्गत नसेल व फक्त गुंतागुंतीच्या स्तरावरच्या शस्त्रक्रियाच त्या योजनेअंतर्गत होत असतील तर त्या योजनेला UHC म्हणता येणार नाही.

• जर एखाद्या विशिष्ट समाज गटासाठीच (उदा. दारिद्र्यरेषेखालील) एखादी योजना राबवली जाते आहे व तीही अपुऱ्या सार्वजनिक वैद्यकीय सुविधांसह, तर ती योजनाही UHC नाही.

१६. आत्तापर्यंत आपण मुख्यत्वे करून वैद्यकीय सेवा सर्वांना मिळण्याबाबत चर्चा केली. पण केवळ उपचार म्हणजेच लोकांसाठी आरोग्य आहे का ?

तिसऱ्या प्रश्नाचं उत्तर देताना आपण आरोग्याचे सामाजिक पैलू अधोरेखित केले होते जे UHC अंतर्गत येत नाहीत. समाजाचे आरोग्य ठरवणारा UHC हा फक्त एक पैलू आहे. जेव्हा आपण UHC चा आग्रह धरताना पूर्णतः उपचारात्मक सेवेवरच लक्ष केंद्रित होण्याचा धोकाही लक्षात घ्यायला हवा.

आरोग्याबाबतची 'वैद्यकीकरणाची' भूमिका असेल तर सर्व जोर फक्त उपचार, वैद्यकीय तंत्रज्ञान यावर राहिल. आरोग्याची वैद्यकीकरणाची संकल्पना जे नवनवे उपचार येत आहेत ते सर्व उपचार जरूर सर्व रुग्णांना मिळतील याची खात्री करून घेईल. मान्य. पण या दृष्टिकोनानं कधीच लक्ष दिले जाणार नाही की मुळात आजार होऊच नयेत यासाठी काय करावं. उदाहरण द्यायचं तर अशा दृष्टिकोनानं कॉलरावर लस दिली जाण्याची व्यवस्था जरूर होईल पण शुद्ध पाण्याच्या पुरवठ्याबद्दल कधीच आग्रह धरला जाणार नाही. कुपोषित बालकांना आहार व उपचार जरूर मिळतील पण कुपोषणामागील सामाजिक, राजकीय कारणे दूर करण्याचे प्रयत्न कधीच होणार नाहीत. असं होत गेलं तर एकीकडे विकासाचा रोगकारक मार्ग आजार उत्पन्न करतच राहिल अन् उपचारांचा खर्चही सतत वाढतच राहिल. UHC सुद्धा यामुळे सतत अधिक खर्चिक होत जाईल. लब्धप्रतिष्ठित व श्रीमंतांना खाजगी हॉस्पिटलमध्ये अत्याधुनिक तंत्रज्ञानांनी नवनवे उपचार मिळत राहतील अन् UHC अंतर्गत अशा अत्याधुनिक उपचारांची मागणी जनताही सतत करतच राहिल. UHC ला ती पुरवावी लागेल. हे टाळायचं असेल तर सरकारला UHC बरोबरच प्रतिबंधात्मक व आरोग्य संवर्धनासाठी केल्या जाणाऱ्या पूरक व्यवस्थांच्या अंमलबजावणीसाठी सर्वतोपरी कटिबद्ध व्हावंचं लागेल.

कॅनडामध्ये असं घडलं. १९७८ मध्ये 'आरोग्य संवर्धन खातं' निर्माण केलं गेलं अन् सर्व कॅनेडियनचं आरोग्यवर्धन करणं हे ध्येय ठेवलं गेलं. या खात्याचा मुख्य भार यावर होता-

- सर्व विभागात आरोग्य संवर्धन केंद्र स्थापन करणे.
- आरोग्य शिक्षण व सामाजिक (मार्केटिंग) विपणनाद्वारे अशा योजनांचा प्रसार, ज्यामुळे आरोग्याचे संवर्धन घडेल.
- समाजाच्या सहभागानं अनेक मुद्यांवर जनजागरण व उपाय. उदा. दारू, सिगारेटचं व्यसन, अ-संसर्गजन्य आजार, ड्रग्स व सार्वजनिक आरोग्याचे इतर मुद्दे.
- स्त्रिया व दुर्बल समाजगटांच्या आरोग्यसंवर्धनासाठी प्राधान्यानं निधी उपलब्ध करून देणे.

या उपायांमुळे झालं काय की कॅनडात UHC टिकेल व परवडेल असं समाजवास्तव घडायला मदत झाली. हे सर्व मुद्दे लक्षात घेऊन असं म्हणता येईल की UHC यशस्वी करण्यासाठी तिच्या जोडीनं हे ही घडणं आवश्यक आहे-

- अत्यंत दृढ UHC व तिच्या जोडीनं अंगीकारलेली इतर समाजजीवन पद्धती अन् आरोग्याच्या सामाजिक योजना. उदा. शुद्ध पिण्याचं पाणी, आहार, अन्नसुरक्षितता, निवारा व आरोग्यदायी पर्यावरण.

➤ स्वःउपचारांना, घरच्या घरी घेतल्या जाणाऱ्या काळजीला प्रोत्साहन. परंपरागत चालत आलेल्या आरोग्यदायी रुढींचं जतन व संवर्धन, औषधांचा अतिवापर टाळणारी मनोभूमिका, आरोग्य विघातक अशा तंबाखू, दारू व ड्रग्स विरुद्ध प्रबोधन व कायद्याच्या तरतुदी.

➤ पाण्याच्या व हवेच्या औद्योगिक प्रदूषणाविरुद्ध कायद्याची सक्त अंमलबजावणी व सामाजिक कृतीशीलता.

➤ संशोधन व रोगांच्या अभ्यासाच्या पाठपुराव्यासाठी भरपूर निधी व यंत्रणा. उदा. पाणीजन्य विकार, व्हेक्टरजन्य विकार, कॅन्सर, प्रदूषणजन्य विकार, व्यवसायजन्य आजार इ.

➤ दुर्बल घटकांसह सर्वसामान्य जनता UHCच्या केंद्रस्थानी आणणे. उपचारांसाठी व नियोजनासाठी सुद्धा.

१७. अशा UHC साठी पैसा उभा करण्याचा योग्य मार्ग कोणता? भारत एवढ्या मोठ्या प्रमाणावर पैसा कसा उभा करू शकेल ?

UHC साठी लागणारे एवढे पैसे सरकारकडे नाहीत असे सांगितले जाते. पण खरी परिस्थिती काय आहे? विकसित देशात सरकारचे कर उत्पन्न राष्ट्रीय उत्पादनाच्या २५ ते ४० % आहे. पण भारतात ते फक्त १७% आहे. कंपन्यांना, श्रीमंतांना लाखो कोटी रु. कर-सवलती सरकार देत आहे. उदा. २०१२-१३ मध्ये कॉर्पोरेटस् व श्रीमंतांना आयकरात १,१३००० कोटी रु. सूट तर आयात व अबकारी करात ४,६०,००० कोटी रु. सूट दिली. चांगल्या चालणाऱ्या, मोठा नफा मिळवून देणाऱ्या सरकारी कंपन्यांचे शेअर्स कवडी-मोलाने खाजगी कंपन्यांना विकत आहे. उदा. ५००० कोटी पेक्षा जास्त किमतीची बाल्को कंपनी स्टर्लाईट कंपनीला फक्त ५५० कोटी रुपयांना विकली; ३००० कोटी पेक्षा जास्त रोख रक्कम असणारी आणि भारतात अनेक ठिकाणी मालमत्ता असलेली व्ही.एस. एन. एल. कंपनी टाटांना फक्त २५९१ कोटी रुपयांना विकली. देशाची नैसर्गिक संपत्ती कवडी-मोलाने सरकार खाजगी कंपन्यांना विकत आहे. उदा. खाजगी कंपन्यांवर कोळसा-खाणींसाठीचे परवाने देण्यात खाजगी कंपन्यांवर मेहेरनजर केल्याने सरकारचे १.८६ लाख कोटी रुपये म्हणजे राष्ट्रीय उत्पादनाच्या सुमारे २% उत्पन्न बुडाले! अनेक मोठ्या कंपन्यांनी सार्वजनिक बँकांची लाखो कोटी रु.ची कर्जे बुडवली व त्यावर आता सरकारने पाणी सोडले आहे. या सर्व परिस्थितीत बदल करून UHC व इतर सामाजिक सेवांसाठी लागणारे पैसे सरकार उभे करू शकेल.

१८. काही राष्ट्रांमध्ये UHC व्यवस्था आहे व काहींमध्ये नाही. असं का? राजकीय इच्छाशक्तीचं UHC मध्ये नेमके कोणते स्थान आहे?

हे तर खरंच की आपल्यासारखं उत्पन्न व आपल्यासारखी लोकशाही व्यवस्था असलेल्या काही देशात UHC आहे. पण भारतात ती नाही. लोककेंद्री चळवळी अन् राजकीय इच्छाशक्ती UHC आणण्यामध्ये महत्त्वपूर्ण भूमिका बजावतात.

उदाहरण द्यायचं झालं तर **कॅनडामध्ये** जी UHC अंगीकारली गेली त्याची पद्धत खूपच राजकीय अंगानं विकसित झालेली दिसते. टॉमी डग्लास हा ख्रिश्चन बाप्टिस्ट प्रीचर... त्यानं राजकारणात प्रवेश केला तो काळ होता १९३०. बेरोजगारी व दरिद्र्यावस्थेचा काळ. विशेषतः त्याच्या सास्काचेवन प्रांतात. त्याने इतर धार्मिक पुढारी, व्यापारी, कामगार संघटनांमधले सदस्य, सहकारी क्षेत्रातील दिग्गज यांच्याबरोबर चळवळ करत ही मागणी केली की सामाजिक मालकीची उत्पादन साधनं, लोकशाही मार्गानं कारभार व वाटप करणारी व्यवस्था हवी व त्यासोबत मोफत वैद्यकीय उपचार करणारी यंत्रणा निर्माण झाली पाहिजे. १९६२ मध्ये त्यानं सास्काचेवन प्रांताचा पंतप्रधान या नात्याने मोफत आरोग्यसेवा देणाऱ्या योजनेची अंमलबजावणी सुरू केली. ही कॅनडाची पहिलीच सक्तीची सामाजिक, वैद्यकीय उपचार योजना होती आणि तिला काही डॉक्टरांकडून तीव्र विरोधही झाला.

या योजनेनं पुढे विकसित झालेल्या UHC साठी पायाभूत काम केलं. इतर राष्ट्रातही जिथे UHC स्वीकारली गेली, त्यासाठी आधी आग्रहाची मागणीही कामगार चळवळींनीच केली. उदा. ऑस्ट्रेलिया व जपान. बेल्जियमसारख्या राष्ट्रांनी ही योजना एक सामाजिक कल्याण योजना म्हणून अंगीकारली तर जर्मनीनं वाढणाऱ्या कामगार संघटनेच्या प्रभावाला उत्तर म्हणून UHC स्वीकारली.

अलीकडे २००० साली **थायलंडमध्ये** थाई-राक-थाई पक्षानं या योजनेचा निवडून येण्यासाठी पाठपुरावा केला. आता थायलंडमधल्या एनजीओ, तज्ज्ञ विश्लेषक, जागरूक नोकरशाहा, उपलब्ध असलेले वैद्यकीय मनुष्यबळ आणि वैद्यकीय यंत्रणा यांनी UHC आणायला मदत जरूर केली. पण मूळ जोर राजकीय पक्षानेच धरला म्हणून ती योजना अंमलात आली. या योजनेच्या पाठपुराव्यामुळे थाई-राक-थाई पक्षाला निवडणुकीत प्रचंड यशही मिळाले व या यशामुळे ही योजना अस्तित्वात आणणंही सोप गेलं.

ब्राझिल हे अजून एक उदाहरण. हुकूमशाहाला भिरकावून देताना ज्या सामाजिक चळवळीची घुसळण ब्राझिलमध्ये झाली त्यांची परिणीती नव्या घटनेच्या निर्मितीत झाली व त्याद्वारे UHC ला एक वैधानिक व सामाजिक स्थान ब्राझिलमध्ये मिळालं.

अपुऱ्या वैद्यकीय सुविधा, सार्वजनिक हॉस्पिटलमध्ये दुर्लक्ष व उपचार महाग मिळत असल्यामुळे भारतीय जनतेला आज अतोनात हाल सहन करावे लागत आहेत. वैद्यकीय खर्चामुळे कर्जबाजारी होऊन दारिद्र्यरेषेखाली जावं लागत आहे. याची असंख्य उदाहरण आजवर जागोजागी दृष्टिक्षेपात येत आहेत.

उणीव कशाची असेल तर ती फक्त एका जबरदस्त मागणीची की.. आम्हाला UHC हवी. ती मागणी गटागटांनी व राजकीय पक्षांनी आता कारायची गरज निर्माण झाली आहे.

प्रत्येक राजकीय पक्षानं त्याच्या निवडणूक जाहीरनाम्यात UHCच्या रूपानं सामाजिक सुरक्षिततेचा सहभाग करावा असे प्रयत्न होणे आता गरजेचे आहेत.

UHC हा जर राजकीय मुद्दा व्हायचा असेल तर रुग्णांच्या हक्कांबद्दल व आरोग्याच्या हक्काबद्दल आता लोकांमध्ये, वेगवेगळ्या जनसंघटनांमध्ये, कामगार संघटनांमध्ये जागरूकता निर्माण होणं गरजेचं आहे.

१९. UHC ही खरच भारतात वास्तवात येऊ शकेल? त्यासाठी भारतात आजवर काही प्रयत्न झाले आहेत का ?

UHC नक्कीच भारतात वास्तवात येऊ शकेल. आपण हे बघितलच की छोट्या आशियायी देशात- श्रीलंका, थायलंड, कोरिया यांनी ती पद्धत अवलंबिली आहे व हे दाखवून दिलं आहे की ही पद्धत राबवता येते.

आरोग्यसेवेचा हक्क हा सामाजिक सुरक्षिततेचा एक अत्यंत महत्त्वपूर्ण पैलू आहे. अन् कोणत्याही लोकशाहीत प्रत्येकाला वैद्यकीय उपचारांची उपलब्धता असायलाच हवी. त्यामुळे आता काळाची गरज ही आहे की भारताने सर्वांसाठी मोफत उपचारांसाठी एक आराखडा तयार करावा व त्याची अंमलबजावणी करावी.

आधीही भारतात यासाठी प्रयत्न झाले. जेव्हा ब्रिटिशांच्या जोखडातून भारत स्वतंत्र झाला तेव्हा काही तत्कालीन समाजवादी देशात UHC सारखी पद्धत राबवली जात असल्यामुळे व ब्रिटनमधल्या राष्ट्रीय आरोग्य योजनेच्या यशामुळे भोरे कमिटीनं ही शिफारस केली होती की परवडो वा न परवडो, प्रत्येक भारतीयाला वैद्यकीय सुविधा उपलब्ध व्हायला हवी. यानंतरच्या काळात भारतात ग्रामीण भागात सार्वजनिक वैद्यकीय सुविधा जरूर वाढवल्या गेल्या पण ही शिफारस पूर्णतः अंमलात काही आणली गेली नाही. एकूणच गेल्या स्वातंत्र्यानंतरच्या साठ वर्षात भारतात वैद्यकीय सेवांचा खाजगीकरणाच्या दिशेनेच प्रवास झाला. हे आधीही नमूद केलं गेलय की जशी

२०००मध्ये 'जनस्वास्थ्य अभियान'ची स्थापना झाली तशी तिने सर्वांसाठी वैद्यकीय सुविधांच्या उपलब्धतेचा मुद्दा सतत लावून धरला आहे.

२०१४च्या निवडणुकांच्या तयारीसाठी का होईना नियोजन मंडळाद्वारा मनमोहनसिंग सरकारने एक उच्चस्तरीय तज्ज्ञ गटाची HLEG ची नेमणूक यासाठी केली की त्यांनी हा आराखडा तयार करावा की ज्यायोगे २०२० पर्यंत UHC भारतात कार्यान्वित होईल. १२ वी पंचवार्षिक योजना तयार करताना या गटाचा मसुदा विचारात घेतला जाणे अपेक्षित होते. या घटनेमुळे आता भारतात सर्वच समाजगटांना UHC आणण्याचा प्रयत्न रेटून करायला एक राजकीय अवकाश प्राप्त झाला.

आपला अहवाल तयार करताना अनेक आरोग्य तज्ज्ञ व चळवळीच्या कार्यकर्त्यांची गाठभेट HLEG च्या सदस्यांनी घेतली. आता आपल्या सर्वांचे हे कर्तव्य व जबाबदारी आहे की या गटाच्या जनताकेंद्री शिफारसींचा पाठपुरावा करत व्यापक अशी सामाजिक व राजकीय इच्छाशक्ती UHC च्या पाठीशी उभी राहील.

२००९, २०१० व २०११ मध्ये MFC ने (सामाजिक जाणिवेतून जनताकेंद्री धोरणांचा पुरस्कार करणाऱ्या आरोग्य तज्ज्ञ व कार्यकर्त्यांचा गट जो गेली ३८ वर्षे कार्यरत आहे) UHC वर राष्ट्रीय परिसंवाद आयोजित केले व या कल्पनेचा पाठपुरावा केला. प्रस्तुत पुस्तिकेतील अनेक मुद्दे या परिसंवादांमध्ये चर्चिते गेले. या व जन स्वास्थ्य अभियानमधील चर्चांच्या आधारे प्रस्तुत पुस्तिका तयार केली गेली आहे. या सर्व प्रयत्नांमुळे आता UHC बदल एक सामाजिक जाणीव व धोरण तयार होण्याची प्रक्रिया सुरू झाली आहे. या पार्श्वभूमीवर 'जनस्वास्थ्य अभियान' आता राष्ट्रीय पातळीवर UHC चा प्रचार व प्रसार करण्याची एक व्यापक मोहीम आखत आहे.

२०. आपण UHC ची मागणी पुढे रेटण्यासाठी काय करू शकतो? अशी पद्धती भारतात आणण्यासाठी कोणती पहिली पावलं उचलू शकतो? अन् कोणते राजकीय-सामाजिक प्रयत्न करू शकतो?

आपण भारतात UHC आणण्यासाठी नक्कीच प्रयत्न करू शकतो. आपल्यातले जे कार्यकर्ते एनजीओ, कामगार चळवळी, जनआंदोलन वा राजकीय गटात आहेत ते सर्व हा प्रयत्न करू शकतात की या सर्व गटांकडून UHC ची मागणी केली जाईल. आज काही लोकानुययी घोषणा, पब्लिक/प्रायव्हेट पार्टनरशीप अशा मुद्द्यांची चलती आहे. त्याऐवजी काही सुनिश्चित, शास्त्रीय मागणी त्यांची जागा घेईल अशी काळजी घेण्याचं महत्त्वपूर्ण योगदान आपल्याला द्यायला हवं.

कामगार संघटना हा विचारविनिमय करू शकतील की ESIS ही कशी सुधारता येईल व तिचा UHC मध्ये कसा समावेश करता येऊ शकेल? UHCचा प्रचार व प्रसार जोरदारपणे करताना जे कार्यकर्ते महिला, आदिवासी, दलित, लैंगिक अल्पसंख्य, इतर सामाजिक अगतिक गट, अपंगांच्या हक्कासाठी काम करणारे गट, मानसिक आरोग्यासाठी काम करणारे गट व तत्सम गटांत काम करत आहेत ते या गटातल्या समुदायला हे समजावून देऊ शकतील की UHC त्या सर्वांना कशी लाभदायक ठरेल.

UHC साठी कोणताही आराखडा ठरो त्यात या सर्वांचे हक्क अबाधित राहायला हवेत. आपल्याला आता एक अशी सर्वव्यापक योजना आखायला हवी, एक असा दस्तऐवज तयार करायला हवा ज्यात UHC ची सर्व तत्त्वं सुस्पष्ट पद्धतीनं मांडली गेली आहेत.

UHC संबंदाने अलीकडच्या घडामोडी

UHC संदर्भात २०१२ पासूनच्या घडामोडी अपेक्षाभंग करणाऱ्या ठरल्या. एच १२व्या पंचवार्षिक योजनेसाठी सूचना देण्यासाठी HLEG ही समिती नेमण्यात आली होती. पण या योजनेतील आरोग्यावरील विभाग वाचल्यावर लक्षात येते की या समितीचा हवाला देत पण प्रत्यक्षात वेगळी दिशा या विभागात आहे; बऱ्याचशा शिफारसींना वाटाण्याच्या अक्षता लावल्या आहेत. उदा. 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' हे ध्येय गाठण्यासाठी आरोग्य-विमा योजनांचा वापर करू नये असे या अहवालात स्पष्ट म्हटले असताना १२व्या पंचवार्षिक योजनेत याची काहीच दखल घेण्यात आलेली नाही. २०१४ च्या निवडणुकीनंतर आलेल्या भाजपा सरकारने तर या शिफारसी पूर्ण बाजूला ठेवलेल्या दिसतात. सरकारच्या आरोग्य-खर्चाने हनुमान-उडी घ्यायची गरज असताना भाजपा सरकारच्या पहिल्या बजेटमध्ये आरोग्यावर २०१४-१५ साठी मागच्या वर्षाच्या मानाने किरकोळ वाढ केली होती. ती भाववाढीमुळे धुतली गेली. अधिक गंभीर गोष्ट म्हणजे डिसेंबर २०१४ मध्ये सरकारने ठरवले की यात २०% म्हणजे ७००० कोटी रु. ची कपात करायची! २०१५-१६ च्या बजेट मध्ये तर त्यांनी अभूतपूर्व पाऊल उचलले- निरनिराळ्या आरोग्य-विषयक तरतुदींमध्ये सुमारे चक्क १५ % घट केली! आतापर्यंत कोणत्याच सरकारने आपल्या बजेटमध्ये आरोग्य खर्चात कधी कपात केली नव्हती.

भाजपा सरकारने नव्या 'राष्ट्रीय आरोग्य धोरण-२०१५'चा मसुदा प्रसूत केला आहे. त्यात जुन्या धोरणापेक्षा फार काही वेगळे धोरण दिसत नाही; 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' हे ध्येय गाठायचा काही मनसुबा सरकारचा नाही हे अधोरेखित होते. त्यात मुख्य दिशा ही

आहे की प्राथमिक आरोग्यसेवा सरकार पुरवेल. मात्र दुसऱ्या व तिसऱ्या पातळीवरील सार्वजनिक सेवा बळकट करून वाढवण्याची दिशा नाही तर या सेवा जनतेला पुरवण्यासाठी सरकार खाजगी क्षेत्रातून त्या गरिबांसाठी विकत घेईल असा प्रस्ताव आहे. सरकार दरबारी गरीब म्हणून नोंद असणाऱ्यांना याचा काही लाभ होईल. पण जनतेचा किती तरी मोठा गरजू विभाग त्यापासून वंचित राहील. सरकार ज्या सेवा खाजगी क्षेत्राकडून विकत घेणार त्याचा दर्जा, त्याचे दर इत्यादी बाबत काय नियंत्रण असणार असा प्रश्नच आहे कारण खाजगी सेवेवर नियंत्रण ठेवण्यासाठीच्या कायद्याबद्दल या मसुद्याने काही रस घेतलेला नाही. एकंदरीत अनियंत्रित खाजगी क्षेत्र असेच वाढत राहील व 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा' हे ध्येय दूरच राहील अशी दिशा दिसते.

या सर्व पार्श्वभूमीवर खालील मागण्या जोरदारपणे पुढे रेटाव्या लागतील.

• **सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेला बळकट करा व तिला उत्तरदायी करा**

आजमितीला सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था फक्त १/४ गरज भागवत आहे. ती नोकशाहीनं ग्रस्त, जनतेप्रती असंवेदनशील व भ्रष्ट आहे असंच तिचं जनमानसात प्रतिबिंब आहे. जर या सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेला पुढच्या UHC चा पाया बनवायचा असेल तर आधी तिला बळकटी आणायला हवी. तिची व्याप्ती वाढवायला हवी. तिच्यात पुरेसा निधी ओतायला हवा, तिचं मनुष्यबळ व इतर संसाधने वाढवायला हवीत. तिचं आतून लोकशाहीकरण व्हायला हवं. ती लोकांशी सहृदयतेनं, पारदर्शकपणे वागायला हवी. जनेतप्रती ती उत्तरदायी हवी. यासाठी लोकाधारित देखरेख प्रक्रिया नक्कीच उपयुक्त ठरू शकते.

• **खाजगी वैद्यकीय क्षेत्राला नियंत्रणाखाली आणून त्यांना सामाजिक ध्येयासाठी कामाला लावणं**

खाजगी डॉक्टर, दवाखाने, हॉस्पिटल यावर नियंत्रण आणून हे बघितलं गेलं पाहिजे की खाजगी क्षेत्रातही रुग्णांचे हक्क जपले जातील, शास्त्रीय उपचार होतील, यथायोग्य फी आकारली जाईल, काही कमीत कमी असे मापदंड उपचारात पाळले जातील, तक्रार निवारणीची योग्य व्यवस्था असेल. यासाठी, उपचारांच्या प्रमाणित मार्गदर्शिका तयार कराव्या लागतील. शास्त्रीय पद्धतीने खर्चाचा ताळमेळ अभ्यासून फी ठरवावी लागेल. सर्व खाजगी क्षेत्रात काही समान पद्धती आणाव्या लागतील. मुंबई उच्च न्यायालयानं आदेश दिला आहे की- सर्व ट्रस्ट हॉस्पिटलने २० टक्के खाटा या गरिबांसाठी व आर्थिकदृष्ट्या दुर्बलांसाठी राखून ठेवल्या पाहिजेत व 'गरीब रुग्ण निधी' तयार केला

पाहिजे. हा आदेश अंमलात येईल हे बघितलं पाहिजे व सर्व भारतभर हे घडेल या दृष्टीने पावलं उचलली पाहिजेत.

- **सार्वजनिक विमा योजनेची पुनर्रचना केली पाहिजे व हे बघितलं पाहिजे की असंघटित कष्टकऱ्यांपर्यंत त्यांचा लाभ पोचेल**

आजची संघटित कामगारांसाठी असलेली ESIS पद्धत ही पूर्णपणे वापरली जात नाही. ती आता असंघटित कामगारांसाठीही उपलब्ध व्हायला हवी.

ESIS, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (RSBY) व इतर काही अशा योजना यांचे एकत्रिकरण करण्यात आलं पाहिजे व हे बघितलं पाहिजे की खाजगी क्षेत्राकडून त्याचा दुरुपयोग होत नाही. या सर्व योजना UHC मध्ये सामील करून घेता येतील.

- **सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेवर खर्च होणारा निधी भरपूर प्रमाणात वाढवा**

भारतात आज जीडीपीच्या फक्त १.१ टक्के सार्वजनिक पैसा आरोग्यावर खर्च होतो. तो ताबडतोबीने २ ते ३ टक्क्यांपर्यंत वाढवायला हवा पण त्याचबरोबर खबरदारी ही घ्यायला हवी की हा निधी सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था बळकट करण्यासाठी योग्य प्रकारे वापरला जाईल.

- **आरोग्य व्यवस्थेसंबंधाने कायदा केला जाईल व अंमलबजावणी व्यवस्थेत सुयोग्य बदल होतील हे बघणे**

‘आरोग्यसेवा’ हा लोकांचा हक्क आहे हे सुनिश्चित करणाऱ्या राष्ट्रीय आरोग्य कायद्याची निर्मिती ही ‘सर्वांसाठी आरोग्य’ यासाठी महत्त्वपूर्ण कायदेशीर तरतूद ठरेल.

लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेची व्याप्ती वाढवून आता तिचा उपयोग आरोग्यासंबंधीच्या सर्व सेवांसाठी प्रातिनिधिक नियोजन व देखरेखीसाठी केला गेला पाहिजे. नागरी संघटना व एनजीओंचा या देखरेखीत सहभाग वाढवला गेला पाहिजे. UHC यशस्वी व्हायची, तिचं खऱ्या अर्थानं तळागाळातल्या माणसाला आधार द्यायचा तर रुग्णांच्या हक्कांची जाणीव जनसमुदायाला होणं अत्यावश्यक आहे.

वरचे वीस प्रश्न व त्यांची उत्तर ही UHC बदल व भारतातल्या तिच्या स्वरूपाबद्दल, उद्दिष्टांबद्दल सर्वसाधारण माहिती करून देतील अशी आशा आहे. एकविसाव्या शतकात आता आरोग्यसेवा ही एक ‘वस्तू’ जी पैशानं विकत घेता येते अशी

गोष्ट न राहता ती एक प्रत्येक माणसाचा मूलभूत हक्क व्हायला हवी. स्वातंत्र्यानंतर सार्वजनिक आरोग्यसेवा नक्कीच वाढल्या. पण भारतातील एकूणच आरोग्य व्यवस्था ही व्यापार व बाजार या पायावरच वृद्धिंगत झाली.

आता काळाची ही तीव्र गरज आहे की एकूणच आरोग्य व्यवस्था ही सामाजिक आरोग्याच्या पायावर उभी राहावी. नियंत्रित खाजगी क्षेत्राची त्यानं मदत घेतली तरी.

जनतेचा आरोग्य-हक्क प्रत्यक्षात आणणाऱ्या आरोग्य-व्यवस्थेमध्ये सध्याच्या आरोग्यसेवेचे रूपांतर करणे हे एक फार मोठे आव्हान आहे. अन् सामाजिक घुसळण झाल्याशिवाय ते शक्यही नाही. हे आव्हान पेलण्यासाठी आपण उभे राहण्याची व सर्वांसाठी आरोग्यसेवा हे स्वप्न प्रत्यक्षात आणण्याची हीच वेळ आहे.



For further discussion and views on UHC see -

1. HLEG report on UHC- http://www.phfi.org/images/what_we_do/HLEG_Report_complete_file_final.pdf
2. The MFC meet background papers – <http://www.mfcindia.org>
3. <http://www.phm-india.org>
4. Universal Access to Healthcare: Threats and Opportunities Anil Gupta and others, Economic & Political Weekly EPW June 25, 2011 vol xlvi nos 26, 27
5. The Lancet series (Vol 377, Issue 9765, 2010) – <http://www.thelancet.com/series/india-towards-universalhealth-coverage>



UHC साठी उच्चस्तरीय तज्ज्ञ गटाच्या (HLEG) शिफारशी

३.१ आरोग्यासाठी निधी व आर्थिक संरक्षण

३.१.१- आजच्या १.२ टक्क्यावरून केंद्र व राज्य सरकारांनी आरोग्याचा खर्च बाराव्या नियोजन आराखड्याअखेर कमीत कमी २.५ टक्के पर्यंत वाढवावा व २०२२ पर्यंत तो ३ टक्के करावा.

३.१.२- औषध खरेदीचा खर्च वाढवून आवश्यक औषधांचा मोफत पुरवठा खंडित होणार नाही हे बघावे.

३.१.३- सर्व साधारण कर आकारणे हा महसूल निर्मितीचा मार्ग असावा.

३.१.४- महसुलासाठी विशिष्ट स्तरावर/गटांवर असाच फक्त कर लावू नये.

३.१.५- UHC च्या अंतर्गत असलेल्या कोणत्याही वैद्यकीय सेवेसाठी कोणताही आकार वसूल करू नये.

३.१.६- वेगवेगळ्या राज्यात होणारा दरडोई खर्च समान पातळीवर आणून प्रत्येक राज्यातील नागरिकांना समान वैद्यकीय सुविधा उपलब्ध असतील हे बघावे व त्यासाठी विशिष्ट उद्देशी हस्तांतरणाचा मार्ग वापरावा.

३.१.७- राज्यांना त्यांच्या त्यांच्या जिल्हा पातळीवर वेगवेगळ्या भौतिक, आर्थिक सामाजिक व अन्य वेगवेगळ्या परिस्थितीला तोंड देणं शक्य होण्यासाठी आर्थिक तरतुदीचा लवचिक व शास्त्रीय मार्ग अवलंबावा.

३.१.८- प्राथमिक आरोग्यसेवेवर एकूण आरोग्य खर्चाच्या ७० टक्के रक्कम खर्च करावी. आरोग्य-शिक्षण व आरोग्य-संवर्धन; प्राथमिक पातळीवर उपचार; आजारांचे वेळेवर निदान व उपचार यासाठी फलदायी पद्धतीने खर्च यांचा या खर्चात समावेश असावा.

३.१.९- खाजगी विमा कंपन्या व इतर विमा यंत्रणेचा वापर सरकारतर्फे वैद्यकीय सेवा देताना करू नये.

३.१.१०- UHC ची सेवा देणारी यंत्रणा ही केंद्र वा राज्य शासनाने स्वतःच्या आरोग्यखात्यातर्फे वा तत्सम सरकारी स्वायत्त यंत्रणेद्वारा निर्माण करावी.

३.१.११- आजच्या सरकारी पैशातून राबवल्या जाणाऱ्या ज्या ज्या विमा योजना आहेत त्या टप्प्याटप्प्याने UHC मध्ये अंतर्भूत करण्यात याव्या. सर्व योजनांची जी कार्ड आहेत ती राष्ट्रीय आरोग्य योजनेच्या कार्डात समाविष्ट केली जावीत.

RSBY साठी मनुष्यबळ खात्यानं निर्माण केलेल्या तांत्रिक व इतर यंत्रणांचा वापर UHC ने पायाभूत यंत्रणा म्हणून करावा अन् या सर्व यंत्रणा कुटुंब कल्याण व आरोग्य खात्याअंतर्गत राबवाव्या.

३.२ आरोग्यसेवांचा आराखडा

३.२.१- असं एक राष्ट्रीय आरोग्य पॅकेज निर्माण करायला हवं की ज्याच्यायोगे आरोग्याच्या गरजेच्या प्रत्येक स्तरावर प्रत्येक नागरिकाला त्याचा हक्क म्हणून आवश्यक वैद्यकीय सेवा व सुविधा द्यायला हव्या.

३.२.२- विशेषतः संघटित खाजगी क्षेत्राचा उपयोग करून घेण्यासाठी व्यवस्थित व नेमक्या करारांची तरतूद करायला हवी ज्यात मार्गदर्शक तत्त्वे असतील व योग्य ते पडताळणीचे निकष असायला हवे.

३.२.३- सर्व वैद्यकीय सेवांची दिशा बदलून ती प्राथमिक आरोग्यसेवा केंद्रीभूत करायला हवी.

३.२.४- जिल्हा रुग्णालये बळकट करायला हवी.

३.२.५- दुसऱ्या व गुंतागुंतीच्या स्तराच्या वैद्यकीय सेवा देण्यासाठी खाटा खात्रीने उपलब्ध करायला हव्या.

३.२.६- वैद्यकीय सेवा व सुविधा या सर्व स्तरावर सुयोग्य गुणवत्तेच्या आधारे व काही सर्वसाधारण निकषांवर दिल्या जातील याची खातरजमा केली जायला हवी.

३.२.७- शहरांमध्ये विशेषतः शहरी गरीब वर्गावर लक्ष केंद्रीत केले जाईल. समन्यायी पद्धतीने वैद्यकीय सेवा उपलब्ध करण्यासाठी आरोग्यसेवांमध्ये सुधारणा करायला हव्या.

३.३ आरोग्यासाठी मनुष्यबळ

३.३.१- खालील पद्धतीने सर्व स्तरांवर आरोग्य सुविधा द्यायला लागणारे मनुष्यबळ, डॉक्टर्स, तंत्रज्ञ तयार करावे.

अ) प्राथमिक आरोग्यसेवेवर भर देऊन.

ब) जागतिक आरोग्य संघटनेनें आखून दिलेल्या तत्त्वाप्रमाणे दर लाख लोकसंख्येमागे कमीत कमी २३ आरोग्य कर्मचारी हे जागतिक आरोग्य संघटनेने सुचवलेले उद्दिष्ट गाठून.

३.३.२- कार्यक्षमतेवर आधारलेली, आरोग्य व्यवस्थेला पूरक व सतत नियमित प्रशिक्षण देणारी यंत्रणा निर्माण करून गुणवत्ताधारक मनुष्यबळ निर्माण होईल याची खात्री करावी.

३.३.३- राष्ट्रीय दर्जाच्या प्रशिक्षण संस्थांमध्ये पुरेशी गुंतवणूक करून त्यांना लागणारे मनुष्यबळ मिळेल याची खात्री करावी.

३.३.४- जिल्हा आरोग्यज्ञान संस्था उभाराव्या.

३.३.५- सध्याच्या कुटुंब कल्याणाच्या राज्य व राष्ट्रातळीवरील संस्था बळकट कराव्या. राज्य व विभागीय प्रशिक्षक विकसन केंद्रे विकसित करून सर्व प्रशिक्षण संस्थांना

उपयोगी पडतील असे प्रशिक्षक व तज्ज्ञ निर्माण करावे.

३.३.६- *Community Health Worker* (आरोग्य कार्यकर्ता) निर्माण करणारी प्रशिक्षण यंत्रणा निर्माण करावी.

३.३.७- राज्यस्तरीय आरोग्यविज्ञान विद्यापीठे उभारावीत.

३.३.८- राष्ट्रीय आरोग्य मनुष्यबळ मंडळ उभारावे.

३.४ समुदायाचा सहभाग व नागरिकांचे योगदान

३.४.१- आताची VHC किंवा गाव आरोग्य, पोषण, पाणी पुरवठा व स्वच्छता समितीचे रूपांतर सहभागी हेल्थ काऊंसिल्समध्ये करण्यात यावे.

३.४.२- नियमित रितीनं आरोग्य संसद उभाराव्या.

३.४.३- लोकप्रतिनिधी व ग्रामीण भागात पंचायत राज सदस्य यांचा सहभाग स्थानीय गटात वाढवावा.

३.४.४- नागरी संघटना व स्वयंसेवी संस्थांची भूमिका वाढवण्यात यावी.

३.४.५- ब्लॉक पातळीवर स्थानीय तक्रार निवारण यंत्रणा उभी करावी.

३.५ औषधं, लसी व तंत्रज्ञानाचा लाभ

३.५.१- औषधांच्या किंमतीवर नियंत्रण ठेवावे. विशेषतः आवश्यक औषधांच्या किंमतीवर.

३.५.२- आवश्यक औषधांची सुधारित, वाढीव यादी बनवावी.

३.५.३- लसी व औषधांची असलेली राष्ट्राची गरज भागवण्यासाठी भारतीय उद्योगाची क्षमता वाढवण्यासाठी सार्वजनिक क्षेत्रात काम करणाऱ्या संस्थांचे बळकटीकरण करावे.

३.५.४- औषधांचा शास्त्रीय वापर वाढवावा.

३.५.५- राष्ट्रीय व राज्यपातळीवर औषध पुरवठ्यासाठी यंत्रणा निर्माण करावी.

३.५.६- राष्ट्रात आवश्यक औषधांचा मुबलक पुरवठा चालू ठेवण्यासाठी भारतीय पेटेंट कायदा व TRIP अॅग्रीमेन्टमधील सुयोग्य तरतुदींचा वापर करावा.

३.५.७- औषध नियंत्रण व्यवस्था सक्षम करण्यासाठी आरोग्य व कुटुंब कल्याण मंत्रालयाची क्षमता वाढवावी.

३.६ व्यवस्थापन व संस्थात्मक सुधारणा

३.६.१- UHC च्या समर्थ व्यवस्थापनासाठी अखिल भारतीय व राज्यपातळीवर तज्ज्ञ अशा व्यवस्थापकांची निर्मिती करण्यात यावी, जे आरोग्य यंत्रणांचं व्यवस्थापन कौशल्यानं करतील.

३.६.२- भरतीमध्ये गुणवत्ता आणण्यासाठी, कर्मचाऱ्यात प्रेरणा निर्माण करण्यासाठी, यथायोग्य मानवी संसाधन प्रणालींचा वापर करावा. मोबदला, पगार योग्य असावेत. या क्षेत्रात करिअर करण्याची सोय असावी ज्यायोगे योग्यतेप्रमाणे पदोन्नती होईल.

३.६.३- राष्ट्रीय पातळीवर आरोग्यासंबंधी माहिती गोळा करण्यासाठी माहिती तंत्रज्ञानाचे जाळे तयार करावे. काही मापदंड निर्माण करावे ज्यायोगे स्टेकहोल्डर एकमेकांत माहितीचे आदान-प्रदान करू शकतील.

३.६.४- व्यवस्थापन व नियंत्रण यंत्रणांमध्ये सुधारणा करताना आपापसात घनिष्ट संबंध, सहकार्य ठेवण्यात यावे. हे बघावे की या व्यवस्था व्यक्ती व समुदायाला उत्तरदायी असतील.

३.६.५- वित्तपुरवठा व बजेटबाबत अशी यंत्रणा निर्माण करण्यात यावी ज्यायोगे वित्तपुरवठा सुरळीत होईल.

३.६.६- खालील संस्था स्थापन करण्याची आम्ही शिफारस करत आहोत.

- नॅशनल हेल्थ रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट ऑथॉरिटी NHRDA
- नॅशनल हेल्थ ड्रग रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट ऑथॉरिटी NDRDA
- नॅशनल हेल्थ प्रमोशन अँड प्रोटेक्शन ट्रस्ट NHPPT

३.६.७- आरोग्य शास्त्रातील संशोधनात व नाविन्यपूर्ण धोरणात, कार्यक्रम व व्यवहार्य उत्तर शोधून काढण्यासाठी गुंतवणूक करण्यात यावी.

HLEG च्या शिफारशीसंबंधी कळीचे मुद्दे

स्वागतार्ह पैलू

आंतरराष्ट्रीय पातळीवर UHC बद्दल विचार करताना फक्त आर्थिक/वित्तीय बाबतीचाच विचार केला जातो आहे. त्या पार्श्वभूमीवर एवढ्याच मुद्द्यावर न राहता आजमितीला असलेल्या आरोग्य व्यवस्थांमध्ये काय फेरफार हवे आहेत याचंही दिग्दर्शन HLEG नं केलं हे स्वागतार्ह आहे. यापैकी काही ठळक मुद्दे असे-

- आधीच्या 'निवडक' वा 'परवडणारं' अशा निकषांऐवजी 'सर्वासाठी' या निकषावर आग्रह करणे.
- आरोग्ययंत्रणा या मुख्यतः करतून मिळणाऱ्या उत्पन्नातून चालवल्या पाहिजेत हे निर्विवाद मांडणे.
- आरोग्यसेवेसाठी काही शुल्क लावण्याला संपूर्ण विरोध.
- सार्वजनिक आरोग्य यंत्रणांनी मोफत औषधे दिली पाहिजेत हा आग्रह.
- आवश्यक औषधांच्या किंमतीवर नियंत्रण व ताबा ठेवण्याची निःसंदिग्ध भूमिका.

- सार्वजनिक क्षेत्रात व खाजगी क्षेत्रात एतद्देशीय लशीच्या निर्मितीसाठी आग्रह.
- भारतीय पेटंट कायद्यात राष्ट्रीय हितसंबंधांचे संरक्षण करणाऱ्या तरतुदी कायम राखण्याची शिफारस. 'ट्रीप्स' या करारातील देशातील आवश्यक औषध निर्माण करणाऱ्या पोषक तरतुदींचा आग्रह.
- अतिशय महत्त्वाच्या अशा मानवी संसाधनांवर प्राधान्यानं विचार.
- सार्वजनिक आरोग्यसेवा यंत्रणा बळकट करण्यासाठी व त्यांची व्याप्ती वाढवण्यासाठी दिग्दर्शन. त्यासाठी लागणाऱ्या अर्थपुरवठ्याचं विशेषतः नागरी आरोग्यासंबंधीचे विवेचन.
- UHC मध्ये खाजगी विमा पद्धतीला संपूर्ण विरोध.
- खाजगी आरोग्यसेवांचं नियंत्रण व प्रमाणीकरण यांच महत्त्व अधोरेखित करणे आणि त्यासाठी काही मार्ग सुचवणे.
- लोकाधारित देखरेख प्रक्रियेला महत्त्वपूर्ण स्थान.
- तक्रार निवारण मंचासाठी आग्रह.
- औषध खातं आरोग्य मंत्रालयाकडे आणण्याची सूचना.

HLEG च्या शिफारशीतील काही गंभीर कमतरता

- 'अल्मा आटा' जाहीरनाम्याचा उल्लेख न करता 'सर्वांसाठी मोफत आरोग्यसेवा' या सिमीत भूमिकेचा स्वीकार.
- अहवाल बनवताना राज्यसरकारच्या प्रतिनिधींना योग्य प्रमाणात समाविष्ट करण्यात आलं नाही.
- अतिशय वेगानं वाढणाऱ्या व संपूर्णतः अनियंत्रित असणाऱ्या खाजगी आरोग्यसेवांबद्दल पद्धतशीर विश्लेषण नाही.
- सरकारी आरोग्यसेवांना प्राधान्य देण्याबद्दल असा खास आग्रह नाही.
- काही महत्त्वाच्या शिफारशींमागील कारणमीमांसा किंवा महत्त्वाचे तपशील दिलेले नाहीत. (अर्थात HLEG ला वेळ कमी मिळाला) उदा. खालील शिफारशींबद्दल तपशिलात समर्थन दिलेले नाही. -
 - सार्वजनिक आरोग्य खर्च जीडीपीच्या २.५% करण्याबाबतचे तपशिलात समर्थन नाही.
 - 'सर्वांसाठी मोफत औषधे' यासाठी लागणारा निधी जीडीपीच्या ०.५% ३०,००० कोटी लागेल या शिफारशींचे तपशिलात समर्थन नाही.
 - तीच गोष्ट प्राथमिक आरोग्य सेवेसाठी ७०% निधी राखून ठेवण्याबाबत.
 - HLEG अहवालात मूलभूत आवश्यक अशा आरोग्यसेवांचं जे पॅकेज आहे ते

फक्त आता अस्तित्वात असणारे राष्ट्रीय कार्यक्रम व बालमाता कार्यक्रम एवढ्यापुरतेच मर्यादित आहे.

- **नॅशनल हेल्थ एन्टायटलमेन्ट कार्डची शिफारस-** ज्याच्याकडे हे कार्ड नाही (उदा. रस्त्यावरचे नागरिक वा स्थलांतरित) त्याला सुविधा नाकारण्यात येण्याचा फार मोठा धोका यात आहे.
- आरोग्याच्या सामाजिक पैलूंबाबत या समितीने आपणहून विचार केला असला तरी त्याबाबत तपशिलात शिफारसी नाहीत. (अर्थात HLEG कडे तशी जबाबदारी सोपवण्यात आली नव्हती.) 'अल्मा आटा' जाहीरनाम्याकडून फक्त 'सर्वांसाठी आरोग्यसेवा हे उद्दिष्ट ठेवण्याचा हा परिणाम.
- **महिलांसाठीच्या आरोग्यसेवा, (विशेषतः लैंगिक व प्रजनन आरोग्याविषयी)** शिफारसी नाहीत. महिलांच्या आरोग्यसेवेबाबतचे प्रकरण हे त्यामुळे नोंदीसाठी केलेली पुरवणी एवढेच राहते.

जनस्वास्थ्य अभियानची UHC बद्दलची टिप्पणी

एकूण आरोग्यसेवेकडे राष्ट्रीय पातळीवर दिले जात असणारे लक्ष व येत असणारी धोरणं यांचे जन स्वास्थ्य अभियान स्वागत करत आहे.

काही महत्त्वाच्या मुद्द्यांचा सखोल विचार गरजेचा. ते असे-

- UHC च्या रूपरेषेबद्दल, नेमक्या घटकांबद्दल **राष्ट्रीय पातळीवर विचारमंथन** व्हायला हवे. इतका महत्त्वाचा निर्णय हा अशा राष्ट्रीय चर्चेशिवाय घाईने घेता कामा नये. त्याबद्दलचे निरनिराळे प्रवाह, पैलू समजून घ्यायला हवे, त्यावर चर्चा व्हायला हवी आणि त्याबद्दल अनेकांची मतं व्यक्त व्हायला हवी.
- सद्यःस्थितीत **सार्वजनिक आरोग्ययंत्रणा सुधारण्यासाठी**, वाढवण्यासाठी व सक्षम करण्यासाठी एक निश्चित कालबद्ध आराखडा तयार होणं आवश्यक आहे. त्यात या व्यवस्थेचा कारभार, कार्यक्षमता, उत्तरदायित्व याचा तसेच पुरेसा वाढीव निधी मिळण्याचा समावेश व उपलब्ध होणाऱ्या वित्तपुरवठ्याची नोंद असावी.
- हे सगळं घडायचं तर काही **कायदेशीर तरतुदी** होणं महत्त्वाचं आहे. राष्ट्रीय व राज्य पातळीवर या हालचाली व्हायला हव्या. 'आरोग्याचा अधिकार' देणारा कायदा संमत होणं ही प्राथमिक गरज आहे. तसेच विशेषतः खाजगी आरोग्यसेवांवर नियंत्रण व त्याचे प्रमाणीकरणासाठी काही कायदेशीर चौकट निर्माण करायला लागेल. लोकांना अधिकार देताना त्यासोबत आरोग्यसेवा उत्तरदायी करायला लागतील आणि तक्रार निवारणाची सक्षम यंत्रणाही उभारावी लागेल.

- UHC ची निर्मिती करताना सार्वजनिक **आरोग्य यंत्रणा सक्षम करायला सर्वोच्च प्राधान्य द्यायला हवे**. खाजगी व सरकारी यंत्रणा संसाधनांसाठी, निधीसाठी एकमेकांचे स्पर्धक असता कामा नये. काही खाजगी आरोग्यसेवांना UHC मध्ये पूरक म्हणून समाविष्ट जरूर करता येईल पण सार्वजनिक आरोग्यसेवांना पर्याय म्हणून नाही.
- सामान्य नागरिक, **नागरी संघटना, स्वयंसेवी संस्था यांचाही** लोकप्रतिनिधी आरोग्य कर्मचारी यांच्यासोबत नियोजन, देखरेख व आढावा घेण्याच्या प्रक्रियेत **सक्रिय सहभाग** असणं UHC साठी अत्यावश्यक आहे.
- प्रत्येक विभागाच्या/जिल्ह्याच्या **तसेच त्यातील काही खास गरज असलेल्या विभागाच्या** खास गरजा शोधण्यासाठी चाचपणी करणे व रोगांचा ढाचा पाहणे महत्त्वाचे आहे. ही प्रक्रिया पारदर्शक हवी व लोकांच्या चर्चेतून पुढे जायला हवी.
- हे आपल्याला अत्यंत स्पष्ट हवे की UHC ची दिशा ही सार्वजनिक आरोग्यसेवांच्या बळकटीकरणावरच आधारित असायला हवी. खाजगी आरोग्यसेवांचं सामाजिकीकरण ही UHC ची दिशा असावी न की, अनियंत्रित व नफेखोरीमागे धावणाऱ्या खाजगी क्षेत्राची वाढ !
- हे घडण्यासाठी राष्ट्रीय पातळीवर चर्चा व्हायला हवी. आणि UHCचे स्वरूप ठरवताना काहीही घाई-गडबड व्हायला नको. येऊ घातलेल्या सार्वत्रिक निवडणुकांचे कारण दाखवून सरकार राजकीय हेतूने काही झटपट पोकळ निर्णय घेऊ शकते, ते तसं घडायला नको.

(‘जन स्वास्थ्य अभियान कार्यकारी गट’ने ७ एप्रिल २०१२ रोजी प्रसूत केलेल्या टिपणीतील अखेरचा विभाग)



