৩৯
তম
সেপ্টেম্বর, ২০১৯
দ্বাদশ বর্ষ

পরিপ্রশ্ন

পর্যালোচনা ঃ
পরিবেশ-
ভাবনা

সমাজ
ও
বিজ্ঞান
বি
ষ
য়
ক
ত্রৈমাসিক

স্মরণে দেবীপ্রসাদ
ভারত রাষ্ট্রের সেকুলারিজম
পরিবেশ বিপর্যয়ের পথে প্রান্তরে
দলিত সমস্যার সমাজ-মনস্তাত্ত্বিক পাঠ
সাক্ষাৎকার ঃ রামকৃষ্ণ ভট্টাচার্য
ঘুম ভাঙছে বরফ দৈত্যের
পরিবেশ আন্দোলন ঃ সাম্যবাদীর সংকট
দলিত হত্যা দলিত আত্মহত্যা
প্রকৃতি বিজ্ঞানী গোপালচন্দ্র ভট্টাচার্য
জনস্বাস্থ্য বনাম স্বাস্থ্যবীমার অসুস্থতা
মানুষ ও পরিবেশ ঃ মার্কসবাদের তত্ত্ব-তালাশ
অর্থ-বিশ্বায়নের পৃথিবী ও মানব প্রকৃতি সম্পর্ক
জার্মানির চিঠি
বিশ্ব-উষ্ণায়ন ও প্রতিবাদে উষ্ণ-বিশ্ব
পুস্তক পর্যালোচনা প্রতিবেদন চিঠিপত্র

বিষয়সূচী

সম্পাদকীয় 03

সম্পাদক সমীপেষু 04

ঘটনা প্রবাহ

প্রকৃতি-পরিবেশ ধ্বংসের বিরুদ্ধে
বিশ্বজুড়ে প্রতিবাদ-বিক্ষোভ ... 06 সোহাগ সেন

হিমায়িত বরফে সুপ্ত অনুজীবরা জেগে উঠছে 12 সৃজন বসু

স্মরণে-শ্রদ্ধায়

উজান পথের যাত্রী দেবীপ্রসাদ চট্টোপাধ্যায় 15 কণিষ্ক চৌধুরী

প্রকৃতি অন্বেষক গোপালচন্দ্র 26 রূপশ্রী চক্রবর্তী

পর্যলোচনা

পরিবেশ আন্দোলন এবং কমিউনিস্ট ভূমিকা 28 হর্ষ দাস

প্রকৃতি মানবিক সত্ত্বা ... স্বরূপ সন্ধান 33 শঙ্খদীপ ভট্টাচার্য

বিশ্বায়ন ও বিপাকীয় ফাটল 42 পুলক গোস্বামী

বিপর্যস্ত পরিবেশ—কোন দিকে চলেছি আমরা 46 সন্তোষ সেন

মুখোমুখি

সাক্ষাৎকার ঃ রামকৃষ্ণ ভট্টাচার্য 52 রিচার্ড মারশাল
অনুবাদ : প্রদ্যুৎ দত্ত

বিশেষ প্রবন্ধ

দলিত জীবনের সমাজ মনস্তত্ত্ব 61 বাসুদেব মুখোপাধ্যায়

রশি—রথের বা গলার 68 জিৎ দেব

সেকুলার ভারত কী শুধু সেকুলার রাষ্ট্র 72 অশোক রায়

আলোচনা

সরকারী খরচে স্বাস্থ্যবীমা ঃ এক নতুন প্রতারণা 82 পুণ্যব্রত গুণ

ধারাবিবরণী

জার্মানি থেকে 89 আনা রোসিয়ে
অনুবাদ ঃ পার্থ চট্টোপাধ্যায়

পুস্তক সমালোচনা

এক অসামান্যা নারীর জীবন সংগ্রাম 92 রত্না দত্ত

প্রতিবেদন

মানব পরিবেশের বিপর্যয় ... 97 জুঁই ঘোষ

কথা যা হোল 100 শিবাজী ভট্টাচার্য

পত্র-প্রতিবেদন

দুর্গাপুরে নতুন আন্দোলনের দিগন্ত 102 বিজন

দেওয়াল লিখন 104

সরকারী খরচে স্বাস্থ্যবীমা ঃ এক নতুন প্রতারণা

পুণ্যব্রত গুণ

1947-এর পর জনকল্যাণকর রাষ্ট্র নাগরিকের স্বাস্থ্যরক্ষার দায়িত্ব নেবে এমনই একটা ধারণা ছিল। যদিও আমাদের দেশের সংবিধানে স্বাস্থ্য মৌলিক অধিকার নয়। 1978-এ আলমা আটা সম্মেলনে 2000 খ্রীষ্টাব্দের মধ্যে সবার জন্য স্বাস্থ্যের ঘোষণায় স্বাক্ষর করল দেশের সরকার। কিন্তু পরের দশকেই সরকারের স্বাস্থ্যক্ষেত্র থেকে সরে আসা শুরু হল। চিকিৎসার জন্য পকেটের পয়সা খরচ বাড়তে লাগল। চিকিৎসার জন্য হঠাৎ হওয়া খরচ সামাল দিতে মেডিক্লেমের ধারণা এল।

আমাদের দেশে মেডিক্লেম, অর্থাৎ ব্যক্তি প্রিমিয়াম দিয়ে স্বাস্থ্যবীমা কিনবেন, এমনটা প্রথম আসে 1986 সালে। স্বাস্থ্য বীমায় বেসরকারি অনুপ্রবেশ ঘটে 1999 সালে। আর সরকার নাগরিকের হয়ে স্বাস্থ্য বীমার প্রিমিয়াম দিচ্ছেন এমনটা প্রথম দেখা যায় কর্ণাটকে 2003 সালে, 'যশস্বিনী হেলথ ইনসুরেন্স' প্রকল্পে। তারপর 2007 সালে অন্ধ্রপ্রদেশে 'রাজীব আরোগ্যশ্রী প্রকল্প', কেন্দ্রীয় সরকারের উদ্যোগে 2008 সালে সারা দেশ জুড়ে 'রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা, 2009 সালে তামিলনাড়ু সরকারের 'কলাইগ্নার স্বাস্থ বীমা প্রকল্প, কর্ণাটকের 'রাজীব আরোগ্যশ্রী প্রকল্প' আর হিমাচল প্রদেশের ''আরএসবিওয়াই প্লাস' 2010 সালে।

আমরা আলোচনা করব কেন্দ্রের দুটি প্রকল্প—রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা ও আয়ুষ্মান ভারত এবং আমাদের রাজ্যের স্বাস্থ্য সাথী নিয়ে।

রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা ঃ

2008-এর 1লা এপ্রিল দারিদ্রসীমার নীচে থাকা মানুষদের জন্য ভারত সরকার রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা বা RSBY নামে এক স্বাস্থ্যবীমা চালু করে। অন্য স্বাস্থ্যবীমায় যার নামে বীমা তাকে প্রিমিয়াম দিতে হয়। এই বীমায় কিন্তু সরকার সেই 'প্রিমিয়াম' দিয়ে দেন। বীমাকারীকে পরিবার-পিছু এককালীন ত্রিশ টাকা দিয়ে কার্ড করাতে হয়। একটি কার্ডে পরিবারের পাঁচজন পর্যন্ত বীমার আওতায় আসতে পারেন। কোনও পরিবারে পাঁচজনের বেশি সদস্য থাকলেও কিন্তু পাঁচজনের বেশি বীমার সুবিধা পাবেন না। কোন পাঁচজন পাবেন সেটা পরিবারের প্রধান ঠিক করে দেন। তালিকাভুক্ত হাসপাতালে বা নার্সিং হোমে ভর্তি থাকাকালীন চিকিৎসার খরচ বছরে পরিবার পিছু 30 হাজার টাকা অবধি বীমা কোম্পানী বহন করে। কিন্তু পরিবারের একজনের জন্য সর্বোচ্চ বরাদ্দ 15 হাজার টাকা।

আউটডোর চিকিৎসার খরচ RSBY বহন করে না। RSBY-এর ধাঁচে অনেক রাজ্য নিজ নিজ স্বাস্থ্যবীমা প্রকল্প শুরু করে। পশ্চিমবঙ্গে শুরু হওয়া তেমন স্বাস্থ্য বীমা হল স্বাস্থ্য সাথী।

স্বাস্থ্য সাথী ঃ

পশ্চিমবঙ্গে এক সমষ্টি স্বাস্থ্য বীমার সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়েছিল 17ই ফেব্রুয়ারী, 2016-এ মন্ত্রিসভার এক বৈঠকে, অর্থদপ্তরের বিজ্ঞপ্তি বেরোয় 25শে ফেব্রুয়ারী। মুখ্যমন্ত্রী ঘোষণা করেন 30শে ডিসেম্বরে। যাত্রা শুরু 2017-র 1লা ফেব্রুয়ারী।

● দ্বিতীয় এবং অন্তিম স্তরের চিকিৎসার জন্য দেড় লাখ টাকা অবধি বীমা। ক্যান্সার নিউরোসার্জারি, কার্ডিওথোরাসিক সার্জারি, লিভারের রোগ, রক্তের রোগের জন্য 5 লাখ টাকা অবধি। 2018-র 4ঠা অক্টোবর সব রোগের ক্ষেত্রেই বাড়িয়ে করা হয়েছে 5 লাখ টাকা।

● 28শে ফেব্রুয়ারী 2018 অবধি ন্যাশানাল ইনসিওরেন্স কোম্পানী ছিল 9টা জেলার দায়িত্বে, 11টার দায়িত্বে ইউনাইটেড ইন্ডিয়া ইনসিওরেন্স কোম্পানী। 1লা এপ্রিল 2018 থেকে বাজাজ এলায়েন্স 18টা জেলায়, ইফকো টোকিও 5টা জেলায়। অর্থাৎ সরকারী বীমা কোম্পানিগুলির স্থান এক বছরের মধ্যেই নিয়েছে বেসরকারী বীমা কোম্পানি।

● কাগজ ছাড়া ক্যাশলেস স্মার্ট কার্ড।

● পরিবারের সদস্য সংখ্যার কোনও সীমা নেই। স্বামী-স্ত্রী উভয়ের বাবা-মা-ই বীমায় অন্তর্ভুক্ত। 21 বছর বয়স অবধি অবিবাহিতা কন্যা এবং পরিবারের সব নির্ভরশীল শারীরিক প্রতিবন্ধী বীমায় অন্তর্ভুক্ত।

● আগে থেকে যে রোগগুলি আছে সেগুলির চিকিৎসাতেও বীমার সুবিধা পাওয়া যাবে।

● প্রিমিয়াম দেয় রাজ্য সরকার, বীমাকৃত পরিবারকে কিছু দিতে হবে না।

● স্বাস্থ্য সাথীর ওয়েবসাইটে দেখা যাচ্ছে ৫০ লাখ পরিবার অর্থাৎ প্রায় আড়াই কোটি মানুষ স্বাস্থ্য সাথীর সুবিধা পান। স্বনির্ভর গোষ্ঠীগুলির পরিবার, আইসিডিএস কর্মী ও সহায়করা, আশা কর্মীরা, সিভিক ভলেন্টিয়ার ফোর্স, সিভিল ডিফেন্স ভলেন্টিয়াররা এবং কয়েক ধরনের ঠিকাদারী শ্রমিক এই বীমার সুবিধাভোগী। রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনার সব সুবিধাভোগী, SECC বঞ্চনার মাপকাঠিতে যোগ্য পরিবারগুলিকেও এই বিমায় আনা হয়েছে। বর্তমানে 142 লক্ষ পরিবার স্বাস্থ্য সাথীর সুবিধা পাওয়ার যোগ্য বলে হিসেব করা হয়েছে।

● 1300-রও বেশী হাসপাতাল ও নার্সিং হোম তালিকাভুক্ত। এ, বি এবং সি তিনটি গ্রেডে এরা বিন্যস্ত।

● 31 আগস্ট 2018 অবধি 3 লক্ষ 18 হাজার পরিবার 301 কোটি 57 লক্ষ টাকা মূল্যের ক্যাশলেস চিকিৎসা পেয়েছে।

আয়ুষ্মান ভারত ...

1লা ফেব্রুয়ারী 2018 রাষ্ট্রীয় বাজেট পেশ করার সময় ঘোষিত হয়েছিল এক নতুন স্বাস্থ্য প্রকল্প যার নাম National Health Protection Scheme (NHPS) বলা হল দেশের দশ কোটি গরীব পরিবার অর্থাৎ প্রায় পঞ্চাশ কোটি মানুষের জন্য পরিবার পিছু হাসপাতালে ভর্তি থাকলে 5 লক্ষ টাকা পর্যন্ত স্বাস্থ্যবীমার সুবিধা দেওয়া হবে এই প্রকল্পে।

কেন্দ্রীয় বাজেট পেশের পরই আমরা খতিয়ে দেখেছিলাম সবার জন্যে স্বাস্থ্যের দিকে হাঁটার কোনো লক্ষণ সরকারের এই বাজেটে দেখা যাচ্ছে কিনা। দেখেছিলাম—

- দেখলাম স্বাস্থ্যখাতে বরাদ্দ বেড়েছে গতবছরের 2.5 শতাংশ মাত্র।
- বলা হয়েছে 1.5 লক্ষ স্বাস্থ্য ও ভালো থাকার কেন্দ্র (Health and Wellness Centre) থাকবে যার জন্য বরাদ্দ হয়েছে 1200 কোটি টাকা অর্থাৎ কেন্দ্রপিছু মাত্র 80 হাজার টাকা করে। আমরা দেখলাম দেশে এখন সাবসেন্টারে জলের ব্যবস্থা নেই, 23 শতাংশে নেই বিদ্যুৎ সংযোগ।
- প্রাথমিক স্তরের স্বাস্থ্যব্যবস্থার বেহাল অবস্থা নিয়ে কোনো যৌক্তিক সমাধানের উল্লেখ ছিল না প্রকল্পে।
- দীর্ঘস্থায়ী অ-সংক্রামক রোগ (Chronic Non-Communicable Diseases) যেমন উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস নিয়ে কোনো কথা ছিল না।
- স্বাস্থ্য-বাজেটে প্রাধান্য পেয়েছিল হাসপাতালে ভর্তি হয়ে নিতে হয় সেই সমস্ত চিকিৎসা, অপারেশন ও পরীক্ষা—দ্বিতীয় স্তর (secondary) এবং অন্তিম স্তর (tertiary)-এর হাসপাতালে যেগুলি পাওয়া যায়।

15ই আগস্ট লালকেল্লায় প্রধানমন্ত্রী ঘোষণা করলেন 25শে সেপ্টেম্বর, 2018 পণ্ডিত দীনদয়াল উপাধ্যায়ের জন্মদিনে সূচনা হবে প্রধান মন্ত্রী জন আরোগ্য অভিযানের। ইতিমধ্যে প্রকল্পের জনপ্রিয় নাম দেওয়া হয়েছে। আয়ুষ্মান ভারতবা জাতীয় স্বাস্থ্য সুরক্ষা মিশন (National Health Protection Mission)–শাসকদলের প্রশংসকেরা ডাকছেন 'মোদীকেয়ার' নামে। ঘোষণা মতো প্রকল্পটির আনুষ্ঠানিক সূচনা করা হয়েছে 2018-র 25শে সেপ্টেম্বর।

ঘোষণা অনুযায়ী এটি নাকি বিশ্বের সবচেয়ে বড়ো চিকিৎসা উদ্যোগ, প্রায় 27-28টি ইউরোপিয়ান দেশের মিলিত জনসংখ্যার সমান জনসংখ্যাকে এটি নাকি পরিষেবা দেবে। কানাডা, মেক্সিকো আর মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের মিলিত জনসংখ্যার প্রায় সমান নাকি হবে এই প্রকল্পে সুবিধাভোগীর সংখ্যা। দেশের গরীব ও বঞ্চিত মানুষ নাকি এই প্রকল্পে লাভবান হবেন।

কিন্তু প্রকল্পটিকে খুঁটিয়ে দেখলে দেখা যায়, এটি বিশ্বের এই ধরনের সর্ববৃহৎ প্রকল্প নয়। তাছাড়া এই প্রকল্পটি এমনভাবে পরিকল্পিত হয়েছে যাতে, দুর্নীতির বন্যা বয়ে যাবে। তার চেয়েও বড় ব্যাপার হল দেশের সংবিধান রাজ্যগুলিকে যে অধিকার দিয়েছে, তার ভিত নড়িয়ে দেবে এই প্রকল্প।

● আয়ুষ্মান ভারতে 10.74 কোটি পরিবারকে পরিবার পিছু 5 লাখ টাকা অবধি দেশব্যাপী সরকারী ও বেসরকারী হাসপাতালে ক্যাশলেস চিকিৎসার সুবিধা দেওয়ার কথা। বিভিন্ন রাজ্যগুলির স্বাস্থ্যমন্ত্রকের তথ্য দেখা যাচ্ছে—রাজ্যগুলি বিনামূল্যে চিকিৎসার যে বিভিন্ন প্রকল্প চালায় সেগুলির মিলিত সুবিধাভোগী পরিবারের সংখ্যা 12 কোটিরও বেশি।

● মহারাষ্ট্রের মহাত্মা জ্যোতিবা ফুলে জন আরোগ্য যোজনায় 2.2 কোটি কম আয়ের পরিবারকে বিনামূল্যে উন্নত মানের চিকিৎসা দেয়, আয়ুষ্মান ভারত মহারাষ্ট্রে 83 লাখ পরিবারের দায়িত্ব নেবে।

● গোয়ার চিকিৎসাব্যবস্থা সবার জন্য বিনামূল্যে, প্রায় 2.25 লক্ষ পরিবারের জন্য। আয়ুষ্মান ভারত কিন্তু গোয়ায় দায়িত্ব নেবে মাত্র 37,000 পরিবারের।

● পশ্চিমবঙ্গে রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্যবীমা যোজনা ও স্বাস্থ্যসাথী মিলিয়ে 1.51 কোটি পরিবারকে চিকিৎসা দেয়, আয়ুষ্মান ভারত 1.12 কোটি পরিবারের দায়িত্ব নেবে।

● কারিগরী সহায়তার জন্য সরকার যে জার্মান কোম্পানীকে নিযুক্ত করেছে, সেই GIZ রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনায় দুর্নীতির অভিযোগে আগে থেকেই অভিযুক্ত।

● যে আর্থ-সামাজিক ও জাতি জনগণনার ওপরে ভিত্তি করে এই 10 কোটি পরিবারের সংখ্যা ঘোষণা করা হয়েছে, সেটি 2011-র, 7 বছরের পুরোনো। আয়ুষ্মান ভারত যাঁরা কার্যকর করছেন, তাঁদের অন্দরমহলের খবর, যে পরিবারগুলি এখন আর বঞ্চনার মাপকাঠি পূরণ করে না, তাদের বাদ দেওয়া হবে।

● জানা যাচ্ছে যাদের থার্ড পার্টি এডমিনিস্ট্রেটর হিসেবে নিযুক্ত করা হচ্ছে, তাদের বেশির ভাগই বিজেপি-আরএসএস-এর ঘনিষ্ঠ।

● বলা হচ্ছে 13,000 হাসপাতাল আয়ুষ্মান ভারতের জন্য তালিকাভুক্ত। রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনায় যে হাসপাতালগুলি তালিকাভুক্ত ছিল তারা আপনা থেকেই আয়ুষ্মান ভারতে তালিকাভুক্ত হয়ে যাবে। এই হাসপাতালগুলির মধ্যে অনেকগুলির পরিকাঠামোই যথাযথ নয়।

● আরেকটা গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হল গুরুতর দুর্নীতিতে লিপ্ত হলেও সহজে কোন তালিকাভুক্ত হাসপাতালকে তালিকা থেকে বার করা যাবে না। জালিয়াতিকে পাঁচটি শ্রেণীতে বিন্যস্ত করা হয়েছে। কোন এক শ্রেণীতে তিনবার অভিযুক্ত না হলে তাকে তালিকা থেকে বার করা হবে না। মানেটা এরকম বিভিন্ন শ্রেণীতে জালিয়াতি করার মোট অন্তত 10টা সুযোগ পাবে একেকটা হাসপাতাল।

প্রস্তাব করা হয়েছে সরকারী হাসপাতালে আয়ুষ্মান ভারতের অধীনে অপারেশন হলে ইনসেনটিভ দেওয়া হবে। এতে অপ্রয়োজনে অপারেশনের সংখ্যা বেড়ে যাওয়ার সম্ভাবনা, যেখানে অপারেশন না করলেও হয় সেখানে অপারেশন করার প্রবণতা বাড়বে। যেমন রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনায় দেশের অনেক জায়গায় মহিলাদের মাসিক রজোস্রাব সংক্রান্ত

যে কোন সমস্যার জন্যই হিস্টেরেকটমি (জরায়ু কেটে বাদ দেওয়া) করে দেওয়া হয়।

স্বাস্থ্য সুরক্ষার একটি বহু-পরীক্ষিত মডেল হল বীমা মডেল যেখানে ক্লেম (চিকিৎসা খরচের দাবী) পর্যালোচনা করে মঞ্জুর বা নাকচ করা হয়। কিন্তু আয়ুষ্মান ভারতে নেওয়া মডেলটি হল ট্রাস্ট মডেল, যেখানে ক্লেম পর্যালোচনার কোনও ব্যাপার নেই। আশংকা করা যায় মিথ্যা দাবী পেশ করে বিজেপি-র কোষ ভর্তি করার জন্যই ট্রাস্ট মডেল বেছে নেওয়া

আরও সমালোচনা—

- সংবিধানের সপ্তম তপশিল অনুযায়ী স্বাস্থ্য রাজ্যের বিষয়। AIIMS-এর মতো কিছু প্রতিষ্ঠান বাদে অধিকাংশ হাসপাতাল বা স্বাস্থ্যকেন্দ্র রাজ্য সরকারগুলি চালায়। দেশ-জোড়া স্বাস্থ্যবীমা ব্যবস্থা রাজ্যের দায়িত্বকে লঘু করে দেবে।
- এই প্রকল্পে অংশগ্রহণের মানে হল রাজ্যগুলিকে বীমার প্রিমিয়ামের জন্য টাকা দিতে হবে। ফলে যে টাকা রাজ্যে চিকিৎসা পরিকাঠামো গড়ে তোলার কাজে লাগতে পারত তা বীমার প্রিমিয়াম দিতে খরচ হবে। বীমাকৃত ব্যক্তিরা দেশের যে কোন রাজ্যে তালিকাভুক্ত হাসপাতালে বিনামূল্যে চিকিৎসা পেতে পারবেন। তাই যে সব রাজ্যের চিকিৎসা পরিকাঠামো অপেক্ষাকৃত উন্নত, সেখানে রোগীরা ভীড় জমাবেন।
- দেশের সব রাজ্যে মানুষ সমান মাত্রায় চিকিৎসাপরিষেবা পান না। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মান হল প্রতি 1000 মানুষ পিছু একজন করে ডাক্তার থাকা উচিৎ। ভারতে গড়ে 1000 জন মানুষ পিছু ডাক্তারের সংখ্যা 1-এর বেশি। তামিলনাড়ুতে 253 জন মানুষ পিছু 1 জন ডাক্তার আর দিল্লীতে 334 জন পিছু ১ জন। তার ফলে চিকিৎসার উপলব্ধতার বিচারে এই রাজ্যদুটি নরওয়ে এবং সুইডেনের সঙ্গে তুলনীয়। আবার ঝাড়খণ্ড, হরিয়ানা আর ছত্তিশগড়ে 6000 জন মানুষ পিছু 1 জন ডাক্তার।
- যে রাজ্যগুলির পরিকাঠামো ভাল, সেগুলিতে বছর বছর স্বাস্থ্য খাতে বেশি খরচ করা হয়েছে। 2018-এ নীতি আয়োগের এক রিপোর্টে দেখা যাচ্ছে স্বাস্থ্যসূচকের বিচারে সর্বোচ্চ তিনটি রাজ্য হল কেরালা, পাঞ্জাব এবং তামিলনাড়ু। আবার দেখা যাচ্ছে 2004-'05 থেকে 2015-'16 অবধি স্বাস্থ্যখাতে সবচেয়ে বেশি খরচও করেছে এই তিনটি রাজ্য। 2004–2005 দেশের মধ্যে স্বাস্থ্যখাতে সবচেয়ে কম খরচ করা তিনটি রাজ্যে গড় মাথাপিছু স্বাস্থ্য খরচ ছিল 122 টাকা, বেশি খরচ করা রাজ্যগুলির তুলনায় 130 টাকা কম। তারপরের 10 বছরে এই ফারাক 130 টাকা থেকে বেড়ে দাঁড়িয়েছে 561 টাকায়।
- ভালো পরিকাঠামোর রাজ্যগুলিতে অন্য রাজ্যগুলির রোগীদের ভীড়ের ফলে দু ধরনের অবস্থা হতে পারে। প্রথমত রোগীর চাপে এই রাজ্যগুলির পরিকাঠামো ভেঙ্গে পড়তে পারে। উল্টোটাও হতে পারে। খারাপ পরিকাঠামোর রাজ্যগুলি তার অধিবাসীদের বীমার প্রিমিয়াম বাবদ যা খরচ করবে তা উন্নত পরিকাঠামোর রাজ্যগুলিতে চলে যাওয়ায় তাদের পরিকাঠামো আরও উন্নত হতে পারে।

দুটো পরিস্থিতিতেই পিছিয়ে থাকা রাজ্যগুলি নিজেদের পরিকাঠামোর জন্য অর্থবিনিয়োগ

করতে নিরুৎসাহ হবে। বরং তারা উন্নত পরিকাঠামোর রাজ্যগুলির ওপর এবং বেসরকারী ক্ষেত্রের ওপর বেশি বেশি করে নির্ভরশীল হয়ে পড়বে।

স্বাস্থ্যবীমা সম্পর্কে যা বলা যায়

● যে সব দেশে স্বাস্থ্যক্ষেত্রে বীমাব্যবস্থার প্রাধান্য বেশি সেই সব দেশে সার্বিক স্বাস্থ্যের মান আশানুরূপ নয়। আমেরিকার উদাহরণ দেখে তা ভালোভাবে বোঝা যায়। চিকিৎসা অপ্রয়োজনে ব্যবহার হতে বাধ্য বীমাব্যবস্থার দেশগুলিতে। যেখানে চিকিৎসার বেশ কিছু খরচ রোগীর নিজের পকেট থেকে দিতে হয়। এইরকম খরচের পরিমাণও কমানো সম্ভব নয় বীমাব্যবস্থায়।

● RSBY, স্বাস্থ্য সাথী, National Health Protection Scheme (NHPS) আউটডোরের রোগীদের কোনো সুবিধা দেবে না। অথচ তথ্য বলছে, পকেট থেকে যে চিকিৎসা-খরচ একজন রোগী করেন তার শতকরা 36 ভাগ করতে হয় আউটডোর চিকিৎসার জন্য। মানে রোগীর মোট নিজস্ব চিকিৎসা খরচের শতকরা মাত্র 37 ভাগ টাকা বীমা ব্যবস্থা দিলেও দিতে পারে।

● সরকার সরাসরি সেবাপ্রদানকারীর (Service Provider) দায়িত্ব না নিয়ে বরং বীমা ব্যবস্থার মাধ্যমেই স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটাতে চাইছে। আগেই বলেছি প্রায় 12 কোটি পরিবার RSBY আর বিভিন্ন রাজ্য সরকারী বীমা যোজনার আওতাভুক্ত হয়ে আছেন। তা সত্ত্বেও কিন্তু চিকিৎসা পরিষেবা পেতে সাধারণ মানুষকে নিজের পকেট থেকে যে খরচ দিতে হয়, তার পরিমাণ ক্রমশ বেড়েছে।

● শিক্ষা সেস 3 শতাংশ থেকে বাড়িয়ে 4 শতাংশ করা হল যা নেওয়া হবে স্বাস্থ্য ও শিক্ষা সেস হিসাবে। এতে আয় বাড়বে 11000 কোটি টাকা, যার 10 শতাংশ এর কাছাকাছি মাত্র স্বাস্থ্যখাতে দেওয়া হবে।

● আয়কর ছাড়ের জন্য হেলথ ইন্সুরেন্স প্রিমিয়ামের ন্যূনতম পরিমাণ বাড়িয়ে 50000 টাকা করা হয়েছে।

● আমরা পরিষ্কারভাবে মনে করি আয়ুষ্মান ভারত বা অন্য সরকারী পয়সায় স্বাস্থ্য বীমা আসলে বেসরকারী বীমা কোম্পানী ও কর্পোরেট হাসপাতালগুলিকে জনগণের করের টাকা উপহার দেওয়ার প্রকল্প। স্বাস্থ্যবীমা কোম্পানীগুলির মোট ব্যবসা এখন 30,392 কোটিরও বেশি! আর এই ব্যবসার বৃদ্ধির হার এখন প্রতি বছরে 25 শতাংশ! বীমা কোম্পানিগুলির এই স্বাস্থ্যোন্নতির পেছনে সরকারী স্বাস্থ্যব্যবস্থা ও তার হাজাররকম স্বাস্থ্য প্রকল্পের ভূমিকা অসামান্য। নীতি আয়োগ পুষ্টি জোগাবে এই বীমা ব্যবস্থাতে। নীতি আয়োগ প্রথম থেকেই অন্য খাতে খরচ কমিয়ে স্বাস্থ্যখাতে বরাদ্দ বাড়ানোর পরিবর্তে স্বাস্থ্যে বেসরকারি বিনিয়োগের পক্ষে জোর সওয়াল করে এসেছে।

স্বাস্থ্যবীমা ছাড়া কি আর কোনো উপায় ছিল না দেশবাসীকে স্বাস্থ্যবান করে তোলার?

● আমাদের হাতের কাছেই আছে ইএসআই। বেতনের উর্ধসীমা তুলে দিয়েসমস্ত শ্রমিক কর্মচারীকে এর আওতায় চিকিৎসার সুবিধা দেওয়া যায়। অসংগঠিত শ্রমজীবীদের ইএসআই-এর আওতায় আনার ব্যবস্থা নেওয়া যায়। আমরা আশ্চর্য হয়ে দেখছি একটা সফল সরকারি বীমাব্যবস্থার মডেল থাকতে বেসরকারি বীমাব্যবস্থাকে জায়গা করে দেওয়া হচ্ছে।

● 2010-এ যোজনা কমিশন দ্বারা গঠিত সবার জন্য স্বাস্থ্যের লক্ষ্যে উচ্চস্তরীয় বিশেষজ্ঞ দল হিসেব করে দেখিয়ে সুপারিশ করেছিল স্বাস্থ্যখাতে খরচ দেশের মোট আভ্যন্তরীণ উৎপাদন বা জিডিপি-র 2.5 শতাংশ থেকে 3 শতাংশ এর মধ্যে আনতে পারলেই সরকার দেশের সমস্ত নাগরিককে অত্যাবশ্যক সমস্ত প্রাথমিক স্তরের, দ্বিতীয় স্তরের এবং অন্তিম স্তরের পরিষেবা সমস্ত মানুষকে বিনামূল্যে দিতে পারে। বরাদ্দ জিডিপি-র 2.5 শতাংশ বাড়ালে সমস্ত নাগরিককে তাদের প্রয়োজন মাফিক অত্যাবশ্যকীয় সমস্ত ওষুধ বিনামূল্যে দেওয়া সম্ভব। জিডিপি-র 2.5 স্বাস্থ্যখাতে দেওয়ার কথা বলা হয়েছে 2017-র জাতীয় স্বাস্থ্য নীতিতেও। সেখানে এখন আমরা চলছি 1 শতাংশ-রও কম নিয়ে।

● সরকারী স্বাস্থ্যব্যবস্থা থাকলে সাধারণ মানুষও বীমার প্রিমিয়াম না দিয়ে স্বাস্থ্যের জন্যে কিছু বাড়তি ট্যাক্স দিতে কুণ্ঠিত হন না। সেই টাকায় সকলের জন্যে স্বাস্থ্যের ব্যবস্থা করা যায়, হাসপাতালে ভর্তি বা অপারেশন জাতীয় সুবিধা ছাড়াও দীর্ঘস্থায়ী রোগের ওষুধ সরবরাহ করা যায়, রোগ যাতে না হয় তার জন্যে সমাজের স্তরে প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা জোরালো করা যায়, অন্তিম স্তরের স্বাস্থ্যপ্রতিষ্ঠানের তুলনায় প্রাথমিক ও দ্বিতীয়স্তরের স্বাস্থ্যকেন্দ্রগুলিকে আরো বেশি কার্যকরী করা যায়, হাসপাতালগুলিতে যাতে সবসময় ডাক্তার নার্স থাকেন তার ব্যবস্থা করা যায়, সাধারণ অসুখের চিকিৎসা, আপতকালীন চিকিৎসার অবস্থার উন্নতি করা যায়।

● RSBY, স্বাস্থ সাথী, আয়ুষ্মান ভারত সর্বজনীন নয়, কেবল নাকি বঞ্চিতদের জন্য। যে স্বাস্থ্যব্যবস্থায় সকলের জন্য একই রকম সুবিধা থাকে না, সেখানে কেবলমাত্র গরীবদের জন্যে নেওয়া কোনো প্রকল্প শেষ পর্যন্ত দাঁড়ায় না, অবহেলায়, দুর্নীতিতে চাপা পড়ে যায়—এটাই অন্যান্য দেশেরও অভিজ্ঞতা। সকলের জন্যে ব্যবস্থা থাকবে একটাই, আর সকলেই প্রয়োজনমত সেই ব্যবস্থার সুযোগ নেবে, এটাই কার্যকর ব্যবস্থা। এমনটা না হলে যেটা হয় যে, যার দরকার সে পায় না, আর কেউ প্রয়োজনের অতিরিক্ত পায়।