ISSN : 13660

স্বাস্থ্য শিক্ষা উন্নয়ন

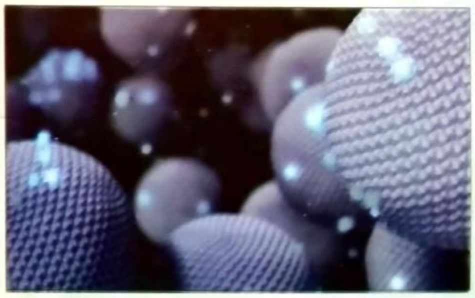
জন উদ্যোগের সমাহার গণ আন্দোলনের কণ্ঠস্বর

নবম বর্ষ • শারদ সংখ্যা • আশ্বিন ১৪২৬ • অক্টোবর ২০১৯

শতবর্ষে জালিয়ানায়ালাবাগ হত্যাকাণ্ড

- চিত্রপটে আজকের কাশ্মীর
- অক্ষয়কুমার দত্তের দ্বিশত জন্মবার্ষিকী
- বিদ্যাসাগর ও গান্ধীজিকে নিয়ে ক্রোড়পত্র
- স্বাস্থ্য বীমা 'আয়ুষ্মান ভারত'
- স্মরণে গিরিশ কারনাড, এ.কে. রায়

- ধানচাষের ভবিষ্যৎ
- দূষণ নিয়ন্ত্রণে ন্যানো প্রযুক্তি
- তিন তালাকের নেপথ্যে
- উত্তরবঙ্গে চিতাবাঘহানা
- অযোধ্যা পাহাড় বাঁচাও



তাই উচ্চসীমা পাঁচগুণ বাড়ানো বাস্তবে সেরকম তাৎপর্যপূর্ণ নয়।

গত দু-বছরে আসলে কিছুই বদলায়নি; এই প্রকল্পে ২০১৬-১৭-তে মাত্র ৪৫৬ কোটি টাকা বন্টিত হয়েছিল এবং ২০১৭-১৮-তে বরাদ্দ হয়েছে মাত্র ১০০ কোটি টাকা। বছরে ১০,০০০ কোটি টাকার যে প্রতিশ্রুতি সরকার দিয়েছিল, এই সংখ্যাগুলো তার তুলনায় কিছুই নয়। এবং সম্ভবত বিমাশিল্প এবং সরকারি চিকিৎসকরা যে ২০,০০০ কোটি টাকা থেকে ৫০,০০০ কোটি টাকার যে পরিকল্পনাটি করেছেন, তা হয়তো আরও বাস্তবসম্মত। সব কিছুতেই যাঁরা 'গেল গেল' রব তোলেন বা 'না-না করা যাদের বাতিক' তাঁরা কি এবার ভুল প্রমাণিত হবেন?

এটা স্মরণে রাখলে ভালো হয়, গত এক দশকের বেশি সময় ধরে অন্ধ্র প্রদেশে তখনকার কংগ্রেস সরকার আরোগ্যশ্রী প্রকল্প শুরু করার পর থেকে জনগণের জোগানো অর্থে ভারতে স্বাস্থ্য বিমা প্রকল্প চলছে। এবং এখন বিভিন্ন রাজ্যে রাজ্য সরকারের এইরকম সব প্রকল্প সম্প্রসারিত হচ্ছে ও সঙ্গে কেন্দ্রীয় সরকারের প্রকল্পও চালু হচ্ছে।

যেখানে দেশের জনগণের এক-তৃতীয়াংশকে বিমা সুরক্ষা দেওয়ার দাবি করা হয়েছে, সাম্প্রতিক সমীক্ষাগুলোতে দেখা গেছে, এই সুরক্ষার আওতাধীন (বিমার আর্থিক সুযোগসুবিধার দেওয়া অর্থ না দিয়ে) জনগণ ১১-১২ শতাংশে দাঁড়িয়ে আছে। এমনকী এইবার পরিস্থিতি বদলাবে কি না তা নিয়ে সবকিছু জেনেশুনে আমরা যে কোনো আন্দাজ শুরু করব তার জন্যে আমাদের কাছে কোনো পক্ষের কোনো প্রমাণ নেই। এন এইচ পি এস (NHPS), পর্যাপ্ত পরিমাণে চালু হলে কি যাদের এর প্রয়োজন সবথেকে বেশি তাদের কাছে উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা পৌঁছে দিতে পারবে? বাস্তবে এই উদ্দেশ্যে প্রকল্পটি পরিকল্পিতই হয়নি। এর উদ্দেশ্য হাসপাতাল পরিষেবার খরচের ক্ষেত্রে বিমার সুরক্ষা দেওয়া। হাসপাতালে চিকিৎসা খরচ পরিবারের কাছে প্রাথমিকভাবে বিপর্যয়ের মতো মনে হলেও, কিন্তু বাস্তবে চিকিৎসায় পকেট থেকে মোট যে পরিমাণ খরচ হয় এটা তার কাছে নস্যি মাত্র।

যেসব রোগে হাসপাতালে ভরতি হতে হয় না বা যেসব রোগ বিমা সুরক্ষার আওতায় পড়ে না সেই সব ক্ষেত্রে বড়ো বেশি বোঝা বইতে হয়। আরোগ্যশ্রী-র একটি সমীক্ষা দাবি করেছে যে এই প্রকল্পটি মোট রোগের মাত্র ৪ শতাংশকে সুরক্ষা দিয়েছে এবং তাতেই রাজ্যের স্বাস্থ্য বাজেটের এক-চতুর্থাংশ খরচ করে ফেলেছে।

একটা বিপুল আয়তনের বিমা প্রকল্প কি এই মুমূর্ষু সরকারি ব্যবস্থায় প্রাণ ফেরাতে পারবে? প্রকৃতপক্ষে অভিজ্ঞতা বলে, বিমা প্রকল্পগুলো পরিকল্পিতই হয় এর বিপরীত উদ্দেশ্যে যা অপরিহার্যভাবে হাসপাতাল পরিষেবার বরাত বেসরকারি ক্ষেত্রকে দিয়ে দেয়। ১০,০০০ টাকা বা তার অতিরিক্ত কিছু পাওয়া শেষোক্তদের জন্যে তো পড়ে পাওয়া চোদ্দ আনা, কিন্তু তার জন্যে দেশের মানুষকে অনেক দাম দিতে হয়।

সরকারি ব্যবস্থা আরও সংকুচিত হয়ে পড়ে যখন অনিয়ন্ত্রিত বেসরকারি বিভাগের দুর্নীতিমূলক কার্যকলাপ ও খরচ বাড়ানোর স্বাভাবিক প্রবণতা মাথাচাড়া দেয়। একটা সক্রিয় সরকারি বিভাগ হল জাতীয় সম্পদ, আর দ্রুত বাড়তে থাকা বেসরকারি হাসপাতালগুলো একটা বড়োসড়ো জাতীয় বিপর্যয় হয়ে উঠতে পারে; ফর্টিস ও ম্যাক্স-এর সামান্য অপরাধেই সেটা দুঃখজনকভাবে প্রমাণিত হয়।

এনএইচপিএস (NHPS)-এর বেশিরভাগ সমালোচকরাই খুশি হবেন যদি তাঁরা ভুল প্রমাণিত হন। তাই এনএইচপিএস (NHPS)-কে দু-দফায় অভিনন্দন, এখনকার জন্যে একবার, আর ২০১৯-এর বিশ্ব স্বাস্থ্যদিবসের মধ্যে যেন এই সমালোচকরা ভুল প্রমাণিত হয়, তার জন্যে দ্বিতীয়বার।

[সূত্র : গুরুচণ্ডা৯]

সরকারি খরচে স্বাস্থ্যবিমা : এক নতুন প্রতারণা

পুণ্যব্রত গুণ

আমাদের দেশে মেডিক্লেম, অর্থাৎ ব্যক্তি প্রিমিয়াম দিয়ে বিমা কিনবেন, এমনটা প্রথম দেখা যায় ১৯৮৬ সালে। স্বাস্থ্য বিমায় বেসরকারি অনুপ্রবেশ ১৯৯৯ সালে। আর সরকার বিমা প্রিমিয়াম দিচ্ছেন এমনটা প্রথম দেখা যায় কর্ণাটকে ২০০৩ সালে। প্রকল্পের নাম ছিল 'যশস্বিনী হেলথ ইন্সুরেন্স'। তারপর ২০০৭ সালে অন্ধ্রপ্রদেশে এল 'রাজীব আরোগ্যশ্রী প্রকল্প'। কেন্দ্রীয় সরকারের উদ্যোগে ২০০৮ সালে সারা দেশ জুড়ে 'রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা'। ২০০৯ সালে তামিলনাড়ু সরকার এ নিয়ে 'কলাইগ্নার স্বাস্থ্য বিমা প্রকল্প' চালু করে। কর্ণাটকের 'রাজীব আরোগ্যশ্রী প্রকল্প' আর হিমাচল প্রদেশের 'আরএসবিওয়াই প্লাস' ২০১০ সালে।

বিশেষ আলোচনা করা উচিত কেন্দ্রের দুটি প্রকল্প-রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা ও আয়ুষ্মান ভারত এবং আমাদের রাজ্যের স্বাস্থ্য সাথী নিয়ে।

রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা

২০০৮-এর ১ এপ্রিল দারিদ্রসীমার নীচে থাকা মানুষদের জন্য ভারত সরকার রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা বা RSBY নামে এক স্বাস্থ্যবিমা চালু করে। অন্য স্বাস্থ্যবিমায় যার নামে বিমা তাকে প্রিমিয়াম দিতে হয়। এই বিমায় কিন্তু সরকার সেই 'প্রিমিয়াম' দিয়ে দেয়। বিমাকারীকে পরিবার-পিছু এককালীন ত্রিশ টাকা দিয়ে কার্ড করাতে হয়। একটি কার্ডে এক পরিবারের পাঁচজন পর্যন্ত বিমার আওতায় আসতে পারেন। কোনও পরিবারে পাঁচজনের

বেশি সদস্য থাকলেও কিন্তু পাঁচজনের বেশি বিমার সুবিধা পাবেন না। কোন পাঁচজন পাবেন সেটা পরিবারের প্রধান ঠিক করে দেন। তালিকাভুক্ত হাসপাতালে বা নার্সিং হোমে ভর্তি থাকাকালীন চিকিৎসার খরচ বছরে পরিবার পিছু ৩০ হাজার টাকা অবধি বিমা কোম্পানী বহন করে। কিন্তু পরিবারের একজনের জন্য সর্বোচ্চ বরাদ্দ ১৫ হাজার টাকা। আউটডোর চিকিৎসার খরচ RSBY বহন করে না। RSBY-এর ধাঁচে অনেক রাজ্য নিজ নিজ স্বাস্থ্যবিমা প্রকল্প শুরু করে। পশ্চিমবঙ্গে শুরু হওয়া তেমন স্বাস্থ্য বিমা হল স্বাস্থ্য সাথী।

রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্যবিমা যোজনা

স্বাস্থ্য সাথী

পশ্চিমবঙ্গে এক সমষ্টি স্বাস্থ্য বিমার সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়েছিল ১৭ ফেব্রয়ারি, ২০১৬-এ মন্ত্রিসভার এক বৈঠকে, অর্থদপ্তরের বিজ্ঞপ্তি বেরোয় ২৫শে ফেব্রুয়ারি। মুখ্যমন্ত্রী ঘোষণা করেন ৩০ ডিসেম্বরে। যাত্রা শুরু ২০১৭-র ১লা ফেব্রুয়ারি।

- দ্বিতীয় এবং অন্তিম স্তরের চিকিৎসার জন্য দেড় লাখ টাকা অবধি বিমা। ক্যান্সার, নিউরোসার্জারি, কার্ডিওথোরাসিক সার্জারি, লিভারের রোগ, রক্তের রোগের জন্য ৫ লাখ টাকা অবধি। ২০১৮-র ৪ অক্টোবর সব রোগের ক্ষেত্রেই বাড়িয়ে করা হয়েছে ৫ লাখ টাকা।
- ২৮ ফেব্রুয়ারি ২০১৮ অবধি ন্যাশানাল ইনসিওরেন্স কোম্পানী ছিল ৯টা জেলার দায়িত্বে, ১১টার দায়িত্বে ইউনাইটেড ইন্ডিয়া ইনসিওরেন্স কোম্পানী। ১লা এপ্রিল ২০১৮ থেকে বাজাজ এলায়েন্স ১৮টা জেলায়, ইফফকো টোকিও ৫টা জেলায়। অর্থাৎ সরকারি বিমা কোম্পানিগুলির স্থান এক বছরের মধ্যেই নিয়ে নিয়েছে বেসরকারি বিমা কোম্পানি।
- কাগজ ছাড়া, ক্যাশলেস স্মার্ট কার্ড।
- পরিবারের সদস্য সংখ্যা কোনও সীমা নেই। স্বামী-স্ত্রী উভয়ের বাবা-মা-ই বিমায় অন্তর্ভুক্ত। ২১ বছর বয়স অবধি অবিবাহিতা কন্যা এবং পরিবারের সব নির্ভরশীল শারীরিক প্রতিবন্ধী বিমায় অন্তর্ভুক্ত।
- আগে থেকে যে রোগগুলি আছে সেগুলির চিকিৎসাতেও বিমার সুবিধা পাওয়া যাবে।
- প্রিমিয়াম দেয় রাজ্য সরকার, বিমাকৃত পরিবারকে কিছু দিতে হবে না।
- স্বাস্থ্য সাথীর ওয়েবসাইটে দেখা যাচ্ছে ৫০ লাখ পরিবার অর্থাৎ প্রায় আড়াই কোটি মানুষ স্বাস্থ্য সাথীর সুবিধা পান। নির্দিষ্ট গোষ্ঠীগুলির পরিবার, আইসিডিএস কর্মী ও সহায়করা, আশা কর্মীরা, সিভিক ভলেন্টিয়ার ফোর্স, সিভিল ডিফেন্স ভলেন্টিয়াররা এবং কয়েক ধরনের ঠিকাদারি শ্রমিক এই বিমার সুবিধাভোগী। রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনার সব সুবিধাভোগী, SECC বঞ্চনার মাপকাঠিতে যোগ্য পরিবারগুলিকেও এই বিমায় আনা হয়েছে। বর্তমানে ১৪২ লক্ষ পরিবার স্বাস্থ্য সাথীর সুবিধা পাওয়ার যোগ্য বলে হিসেব করা হয়েছে।
- ১৩০০-রও বেশি হাসপাতাল ও নার্সিং হোম তালিকাভুক্ত। এ, বি এবং সি তিনটি গ্রেডে এরা বিন্যস্ত।
- ৩১ আগস্ট ২০১৮ অবধি ৩ লক্ষ ১৮ হাজার পরিবার ৩০১ কোটি ৫৭ লক্ষ টাকা মূল্যের ক্যাশলেস চিকিৎসা পেয়েছে।

এবং আয়ুষ্মান ভারত...

১লা ফেব্রুয়ারি ২০১৮ 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 ৫ লক্ষ টাকা পর্যন্ত স্বাস্থ্যবিমার 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 বরাদ্দের ২.৫% মাত্র।
- বলা হয়েছে ১.৫ লক্ষ স্বাস্থ্য ও ভালো থাকার কেন্দ্র (Health and Wellness Centre) থাকবে যার জন্য বরাদ্দ হয়েছে ১২০০ কোটি টাকা অর্থাৎ কেন্দ্রপিছু মাত্র ৮০ হাজার টাকা করে। আমরা দেখলাম দেশে এখন সাবসেন্টার আছে ১,৫৬, ২৩১ টি। তার মাত্র ১১% মান সম্মত। বেশির ভাগ উপস্বাস্থ্যকেন্দ্রে যথেষ্ট ওষুধ বা কর্মী নেই। ২০% সাবসেন্টারে জলের ব্যবস্থা নেই। ২৩% 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 নিরীক্ষা-দ্বিতীয় স্তর (secondary) এবং অন্তিম স্তর (tertiary)-এর হাসপাতালে যেগুলি পাওয়া যায়।

১৫ আগস্ট লাল কেল্লায় প্রধানমন্ত্রী ঘোষণা করলেন ২৫ সেপ্টেম্বর, ২০১৮ পন্ডিত দীনদয়াল উপাধ্যায়ের জন্মদিনে সূচনা হবে প্রধানমন্ত্রী জন আরোগ্য অভিযানের। ইতিমধ্যে প্রকল্পের

জনপ্রিয় নাম দেওয়া হয়েছে। আয়ুষ্মান ভারত বা জাতীয় স্বাস্থ্য সুরক্ষা মিশন (National Health Protection Mission)-শাসকদলের প্রশংসকেরা ডাকছেন 'মোদীকেয়ার' নামে। ঘোষণা মতো প্রকল্পটির আনুষ্ঠানিক সূচনা করা হয়েছে ২০১৮-র ২৫ সেপ্টেম্বর।

ঘোষণা অনুযায়ী এটি নাকি বিশ্বের সবচেয়ে বড়ো চিকিৎসা উদ্যোগ, প্রায় ২৭-২৮টি 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 এমন ভাবে 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 ১০.৭৪ কোটি পরিবারকে পরিবার পিছু ৫ লাখ টাকা অবধি দেশব্যাপী সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালে ক্যাশলেস চিকিৎসার সুবিধা দেওয়া কথা। বিভিন্ন রাজ্যগুলির স্বাস্থ্যমন্ত্রকের তথ্যে দেখা যাচ্ছে-রাজ্যগুলি বিনামূল্যে চিকিৎসার যে বিভিন্ন প্রকল্প চালায় সেগুলির মিলিত সুবিধাভোগী পরিবারের সংখ্যা ১২ কোটিরও বেশি।
- মহারাষ্ট্রের মহাত্মা জোতিবা ফুলে জন আরোগ্য যোজনায় ২.২ কোটি কম আয়ের পরিবারকে বিনামূল্যে উন্নত মানের চিকিৎসা দেয়, আয়ুষ্মান ভারত মহারাষ্ট্রে ৮৩ লাখ পরিবারের দায়িত্ব নেবে।
- গোয়ার চিকিৎসাব্যবস্থা সবার জন্য বিনামূল্যে, প্রায় ২.৫১ লক্ষ পরিবারের জন্য। আয়ুষ্মান ভারত কিন্তু গোয়ায় দায়িত্ব নেবে মাত্র ৩৭,০০০ পরিবারের।
- পশ্চিমবঙ্গে রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্যবিমা যোজনা ও স্বাস্থ্যবিমা যোজনা ও স্বাস্থ্যসাথী মিলিয়ে ১.৫১ কোটি পরিবারকে বিনামূল্যে চিকিৎসা দেয়, আয়ুষ্মান ভারত ১.১২ কোটি পরিবারের দায়িত্ব নেবে।
- কারিগরি সহায়তার জন্য সরকার যে জার্মান কোম্পানীকে নিযুক্ত করেছে, সেই GTZ রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনায় দুর্নীতির অভিযোগে আগে থেকেই অভিযুক্ত।
- যে আর্থ-সামাজিক ও জাতি জনগণনার ওপরে ভিত্তি করে এই ১০ কোটি পরিবারের সংখ্যা ঘোষণা করা হয়েছে, সেটি ২০১১-র, ৭ 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 ১৩,০০০ হাসপাতাল আয়ুষ্মান ভারতের জন্য তালিকাভুক্ত। রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা 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 শ্রেণিতে বিন্যস্ত করা হয়েছে। কোন এক শ্রেণিতে তিনবার অভিযুক্ত না হলে তাকে তালিকা থেকে বার করা হবে না। মানেটা এরকম বিভিন্ন শ্রেণিতে জালিয়াতি করার মোট অন্তত ১০টা সুযোগ পাবে একেকটা হাসপাতাল।
- প্রস্তাব করা হয়েছে সরকারি হাসপাতালে আয়ুষ্মান ভারতের অধীনে অপারেশন হলে ইনসেন্টিভ দেওয়া হবে। এতে অপ্রয়োজনে অপারেশনের সংখ্যা বেড়ে যাওয়ার সম্ভাবনা, যেখানে অপারেশন না করলেও হয় সেখানে অপারেশন করার প্রবণতা বাড়বে। যেমন রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা 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 বিমা মডেল যেখানে ক্লেম (চিকিৎসা খরচের দাবি) 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 দাবি পেশ করে বিজেপি-র কোষ ভর্তি করার জন্যই ট্রাস্ট মডেল বেছে নেওয়া।

আরও সমালোচনা এসেছে প্রকল্পটি সম্পর্কে—

- সংবিধানের সপ্তম তপসিল অনুযায়ী স্বাস্থ্য রাজ্যের বিষয়। AIIMS-এ এর মতো কিছু প্রতিষ্ঠান বাদে অধিকাংশ হাসপাতাল বা স্বাস্থ্যকেন্দ্র রাজ্য সরকারগুলি চালায়। দেশ-জোড়া স্বাস্থ্যবিমা ব্যবস্থা রাজ্যের দায়িত্বকে লঘু করে দেবে।
- এই প্রকল্পে অংশগ্রহণের মানে হল রাজ্যগুলিকে বিমার প্রিমিয়ামের জন্য টাকা দিতে হবে। ফলে যে টাকা রাজ্যে চিকিৎসা পরিকাঠামো গড়ে তোলার কাজে লাগতে পারত তা বিমার প্রিমিয়াম দিতে খরচ হবে। বিমাকৃত ব্যক্তিরা দেশের যে কোন রাজ্যে তালিকাভুক্ত হাসপাতালে বিনামূল্যে চিকিৎসা পেতে পারবেন। তাই যে সব রাজ্যের চিকিৎসা পরিকাঠামো অপেক্ষাকৃত উন্নত, সেখানে রোগীরা ভিড় জমাবেন।
- দেশের সব রাজ্যে মানুষ সমান মাত্রায় চিকিৎসাপরিষেবা পান না। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মান হল প্রতি ১০০০ মানুষ পিছু একজন করে ডাক্তার থাকা উচিত। ভারতে গড়ে ১০০০ জন মানুষ পিছু ডাক্তারের সংখ্যা ০.৬৫ জন। কিন্তু কর্নাটক, তামিলনাড়ু, কেরালা, পাঞ্জাব, গোয়া আর দিল্লীতে ১০০০ জনে

ডাক্তারের সংখ্যা ১-এর বেশি। তামিলনাড়ুতে ২৫৩ জন মানুষ পিছু ১ জন ডাক্তার আর দিল্লীতে ৩৩৪ জন পিছু ১ জন। তার ফলে চিকিৎসার উপলব্ধতার বিচারে এই রাজ্যদুটি নরওয়ে এবং সুইডেনের সঙ্গে তুলনীয়। আবার ঝাড়খণ্ড, হরিয়ানা আর ছত্তিশগড়ে ৬০০০ জন মানুষ পিছু ১ জন ডাক্তার।

- যে রাজ্যগুলির পরিকাঠামো ভাল, সেগুলিতে বছর বছর স্বাস্থ্য খাতে বেশি খরচ করা হয়েছে। ২০১৮-এ নীতি আয়োগের এক রিপোর্টে দেখা যাচ্ছে স্বাস্থ্যসূচকের বিচারে সর্বোচ্চ তিনটি রাজ্য হল কেরালা, পাঞ্জাব এবং তামিলনাড়ু। আবার দেখা যাচ্ছে ২০০৪-'০৫ থেকে ২০১৫-'১৬ অবধি স্বাস্থ্যখাতে সবচেয়ে বেশি খরচও করেছে এই তিনটি রাজ্য। ২০০৪-'০৫-এ দেশের মধ্যে স্বাস্থ্যখাতে সবচেয়ে কম খরচ করা তিনটি রাজ্যে গড় মাথাপিছু স্বাস্থ্য খরচ ছিল ১২২ টাকা, বেশি খরচ করা রাজ্যগুলির তুলনায় ১৩০ টাকা কম। তারপরের ১০ বছরে এই ফারাক ১৩০ টাকা থেকে বেড়ে দাঁড়িয়েছে ৫৬১ টাকায়।
- ভালো পরিকাঠামোর রাজ্যগুলিতে অন্য রাজ্যগুলির রোগীদের ভিড়ের ফলে দু'ধরনের অবস্থা হতে পারে। প্রথমত রোগীর চাপে এই রাজ্যগুলির পরিকাঠামো ভেঙ্গে পড়তে পারে। উল্টোটাও হতে পারে। খারাপ পরিকাঠামোর রাজ্যগুলি তার অধিবাসীদের বিমার 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 বেসরকারি ক্ষেত্রের ওপর বেশি বেশি করে নির্ভরশীল হয়ে পড়বে।

স্বাস্থ্যবিমা সম্পর্কে যা বলা যায়

- যে সব দেশে স্বাস্থ্যক্ষেত্রে বিমাব্যবস্থার প্রাধান্য বেশি সেই দেশে সার্বিক স্বাস্থ্যের মান আশানুরূপ নয়। আমেরিকার উদাহরণ দেখে তা ভালোভাবে বোঝা যায়। চিকিৎসা অপ্রয়োজনে ব্যবহার হতে বাধ্য বিমাব্যবস্থার দেশগুলিতে। সেখানে চিকিৎসার বেশ কিছু খরচ রোগীর নিজের পকেট থেকে নিতে হয়। এইরকম খরচের পরিমাণও কমানো সম্ভব নয় বিমাব্যবস্থায়।
- 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 ৬৩ ভাগ করতে হয় আউটডোর চিকিৎসার জন্য। মানে রোগীর মোট নিজস্ব চিকিৎসা খরচের শতকরা মাত্র ৩৭ ভাগ টাকা বিমা ব্যবস্থা দিলেও দিতে পারে।
- সরকার সরাসরি সেবাপ্রদানকারীর (Service Provider) দায়িত্ব না নিয়ে বরং বিমা ব্যবহার মাধ্যমেই স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটাতে চাইছে। আগেই বলেছি প্রায় ১২ কোটি পরিবার RSBY আর বিভিন্ন রাজ্য সরকারি বিমা 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 ৩% থেকে বাড়িয়ে ৪% করা হল যা নেওয়া হবে স্বাস্থ্য ও শিক্ষা সেস হিসাবে। এতে আয় বাড়বে ১১০০০ কোটি টাকা, যার ১০% এর কাছাকাছি মাত্র স্বাস্থ্যখাতে দেওয়া হবে।
- আয়কর ছাড়ের জন্য হেলথ ইন্সুরেন্স প্রিমিয়ামের ন্যূনতম পরিমাণ বাড়িয়ে ৫০০০০ টাকা করা হয়েছে।
- আমরা পরিষ্কার ভাবে মনে করি আয়ুষ্মান ভারত বা অন্য সরকারি পয়সায় স্বাস্থ্য বিমা আসলে বেসরকারি বিমা কোম্পানি ও কর্পোরেট হাসপাতালগুলিকে জনগণের করের টাকা উপহার দেওয়ার প্রকল্প। স্বাস্থ্যবিমা কোম্পানিগুলির মোট ব্যবস্থা এখন ৩০,৩৯২ কোটিরও বেশি। আর এই ব্যবসার বৃদ্ধির হার এখন প্রতি বছরে ২৫%। বিমা কোম্পানিগুলির এই স্বাস্থ্যোন্নতির পেছনে সরকারি স্বাস্থ্যব্যবস্থা ও তার হাজাররকম স্বাস্থ্য প্রকল্পের ভূমিকা অসামান্য। নিতি আয়োগ পুষ্টি জোগাবে এই বীমা ব্যবস্থাতে। নিতি আয়োগ প্রথম থেকেই অন্য খাতে খরচ কমিয়ে স্বাস্থ্যখাতে বরাদ্দ বাড়ানোর পরিবর্তে স্বাস্থ্যে বেসরকারি বিনিয়োগের পক্ষে জোর সওয়াল করে এসেছে।

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

- আমাদের হাতের কাছেই আছে ইএসআই। বেতনের উর্ধ্বসীমা তুলে দিয়ে সমস্ত শ্রমিক কর্মচারিকে এর আওতায় চিকিৎসার সুবিধা দেওয়া যায়। অসংগঠিত শ্রমজীবীদের ইএসআই-এর আওতায় আনার ব্যবস্থা নেওয়া যায়। আমরা আশ্চর্য হয়ে দেখছি একটা সফল সরকারি বিমাব্যবস্থার মডেল থাকতে বেসরকারি বিমাব্যবস্থাকে জায়গা করে দেওয়া হচ্ছে।
- ২০১০-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 ২.৫% থেকে ৩% এর মধ্যে আনতে পারলেই সরকার দেশের সমস্ত নাগরিককে অত্যাবশ্যক সমস্ত প্রাথমিক স্তরের, দ্বিতীয় স্তরের এবং অন্তিম স্তরের পরিষেবা বিনামূল্যে দিতে পারে। বরাদ্দ জিডিপি-র মাত্র ০.৫% বাড়ালে সমস্ত নাগরিককে তাদের প্রয়োজন মাফিক অত্যাবশ্যকীয় সমস্ত ওষুধ বিনামূল্যে দেওয়া সম্ভব। জিডিপি-র ২.৫% স্বাস্থ্যখাতে দেওয়ার কথা বলা হয়েছে ২০১৭-র জাতীয় স্বাস্থ্য নীতিতেও। সেখানে এখন আমার চলছি ১%-রও কম নিয়ে।
- সরকারি স্বাস্থ্যব্যবস্থা থাকলে সাধারণ মানুষও বিমার 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 সামাজিক 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, স্বাস্থ্য 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 শেষপর্যন্ত 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।

"আয়ুষ্মান ভারত"—ভারতীয় জনতা কি আয়ুষ্মান হবে?

জয়ন্ত ভট্টাচার্য

<u>**কথার আগে কথা**</u>

এবারের বাজেট (২০১৯) ভারত রাষ্ট্রের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ধারণার দিক থেকে একাধিক কারণে গুরুত্বপূর্ণ। রীতিমতো মনোযোগ দাবি করে। বিভিন্ন সম্ভাবনা সুপ্ত হয়ে আছে। এবারের বাজেটে স্বাস্থ্য নিয়ে যৎসামান্য এবং টুকরোটাকরা যতটুকু আলোচনা হয়েছে সেসব নিয়ে আমি আমার ধারণায় বিচার করবো, বিশ্লেষণে যাবো। পাঠকেরা সহমত হতে পারেন, ধারণার ভিন্নতা পোষণ করতে পারেন, অন্য কোন দৃষ্টিকোণ থেকে অধিকতর গুরুত্বপূর্ণ আলোচনা এবং ভাবনার সূত্রপাত করতে পারেন। সবগুলোই স্বাগত, কাম্যও বটে।

আরেকটি কথা। যেহেতু এ সংক্রান্ত আলোচনার সমস্ত আকর প্রবন্ধ, পুস্তক এবং সোর্স মেটেরিয়াল ইংরেজি থেকে আহরিত, এজন্য আমার অভিপ্রেত না হলেও কিছু উদ্ধৃতি ইংরেজিতে থাকতে পারে। সেগুলো পাঠকেরা নিশ্চয়ই নিজেদের মতো করে মানিয়ে নেবেন।

এবারের বাজেটের স্বাস্থ্যসংক্রান্ত ভাবনা শুধু বাজেটের আলোচনায় সীমাবদ্ধ থেকে অনুধাবন করা যাবে না। এর এক সুনির্দিষ্ট ঐতিহাসিক বিবর্তনের ধারাপথ আছে, আছে প্রচ্ছন্ন এবং প্রকাশ্য vector তথা গতিমুখ। এসবকিছুই থাকবে আলোচনার মাঝে। এছাড়াও গুরুত্বপূর্ণ হচ্ছে কিভাবে নতুন শিক্ষাক্রম তৈরি হচ্ছে, সে শিক্ষাক্রমে প্রাথমিক স্বাস্থ্যের বোধ এবং এর উপযোগী চিকিৎসক গড়ে তোলার উপাদান ও সক্রিয়তা থাকছে কিনা। আমাদের বোঝা পড়ার জগতে আন্তর্জাতিক স্তরে জনতার স্বাস্থ্য নিয়ে কিভাবে আলোচনা চলছে, অনুসারী কার্যক্রম কিভাবে গৃহীত হচ্ছে এগুলো সম্বন্ধে একটি প্রাথমিক ধারণাও জরুরি। বিপরীত দিকে সেরকমই জরুরি আন্তর্জাতিক কর্পোরেট পুঁজি কিভাবে নিয়ন্ত্রণ করে দেশের বাজার, কিভাবে আইএমএফ, ওয়ার্ল্ড ব্যাংক বা USAIDS-এর মতো হাঙ্গর-সদৃশ আন্তর্জাতিক পুঁজির চালিকাশক্তি এবং নিয়ন্ত্রকেরা একটি দেশের অর্থনীতির ক্ষেত্রে structural adjustment programme (SAP) করতে বাধ্য করে যার পরিণতিতে প্রাথমিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা ক্ষত-বিক্ষত হয়। অথচ যেকোন দেশের, বিশেষ করে কম সম্পদশালী দেশের, প্রয়োজন প্রাথমিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা। SAP-র প্রাণঘাতী, ভয়াবহ পরিণতির সাম্প্রতিকতম উদাহরণ হল আফ্রিকার হতভাগ্য ৩টি দেশ—গিনি, সিয়েরা লিওন, লাইবেরিয়া—যাদেরকে ১৯৯০-এর দশকের শেষ দিক থেকে আইএমএফ-এর চাপে MRI, PET Scanner ধরনের অতি-উচ্চ প্রযুক্তি কিনতে হয়েছে প্রাথমিক স্বাস্থ্যব্যবস্থার বিনিময়ে। এরপরে যখন এবোলার মতো মারণাত্মক রোগ আক্রমণ করেছে তখন বহু স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সামান্য গ্লাভস বা মাস্কও ছিলনা। অর্থাৎ এগুলো কেনার মতো পয়সাও ছিল না দেশগুলোর হাতে। এই বিশেষ সমস্যাকে নিয়ে প্রচুর গবেষণাপত্র প্রকাশিত হয়েছে ব্রিটিশ মেডিক্যাল জার্নাল, Lancet, মায় New England Journal of Medicine (NEJM)-এর মতো পত্রিকায়। প্রকাশিত হয়েছে বহু সংখ্যক পুস্তকে। প্রাথমিক স্বাস্থ্যকে নিয়ে আলোচনা যদি আপাতত মূলতুবিও রাখি তাহলেও মনে রাখতে হবে সামাজিকভাবে স্বাস্থ্যের একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান হল স্বাস্থ্যের সাম্যতা (equity)। ইক্যুইটির ধারণাকে ব্রেভম্যান এবং গ্লাসকিন সংজ্ঞায়িত করেছেন এভাবে—"the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health) between groups with different levels of underlying social advantage/ disadvantage–that is, wealth, power, or prestige," (P. Braveman, S. Gruskin, "Defining equity in health', journal of Epidemiology and Community Health, 57 (2003); 254-258) টিমোথি ইভান্স, মার্গারেট হোয়াইটহেড এবং অন্যান্যদের সম্পাদিত Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action (Oxford University Press, 2001) গ্রন্থে ইভান্স বলছেন—"[e]quity entailing universal access to basic [has been] replaced by [the] so-called Health Sector Reform under pressure from World Bank and IMF. HSR was perceived by them as priority selling of privatization and decentralization."