

सारांश

# भारत के लिए नागरिक-केंद्रित स्वास्थ्य प्रणाली पर लैंसेट आयोग

# भारत के लिए नागरिक-केंद्रित स्वास्थ्य प्रणाली पर लैंसेट आयोग

विक्रम पटेल<sup>†‡</sup>, अनुस्का कलिता<sup>†</sup>, कहेया मेलो फुर्तादो<sup>†</sup>, नचिकेत मोर<sup>†‡</sup>, शुभांगी भदावा<sup>†</sup>, सांझा अल्बर्ट<sup>‡</sup>, हस्रा अशरफ, सत्विच बल्सारी, इंदुभूषण<sup>‡</sup>, विजय चंद्र<sup>‡</sup>, मिराई चटर्जी<sup>‡</sup>, सारिका चतुर्वेदी, रघु धरमराज, अतुल गुप्ता<sup>‡</sup>, किरण मजूमदार शॉ<sup>‡</sup>, गौतम मेनन, अर्नब मुखर्जी<sup>‡</sup>, पूनम मुटरेजा<sup>‡</sup>, अंजलि नाम्बियार, थैलमा नारायण<sup>‡</sup>, भूषण पटवर्धन<sup>‡</sup>, तेजस्वी रवि, शरद शर्मा<sup>‡</sup>, देवी शेठ<sup>‡</sup>, सुधीर कुमार शुक्ला, एस वी सुब्रमणियन<sup>‡</sup>, लैला वकी<sup>‡</sup>, संध्या वेंकटेश्वरन<sup>‡</sup>, सिद्धेश जादे, तरुण खन्ना<sup>‡</sup>

\* प्रथम संयुक्त लेखकगण

† कोर लेखन समूह। इस मूल लेखन समूह में शामिल लेखकगण का क्रम उनके द्वारा प्रदत्त सहयोग के आधार पर सूचीबद्ध हैं। अन्य सभी लेखकों को अंग्रेजी वर्णमाला के आधार पर सूचीबद्ध किया गया है।

‡ आयुक्त

## सारांश

वर्ष 2047 में भारत एक स्वतंत्र राष्ट्र के रूप में अपने सौ वर्ष पूरे करेगा। इसी अवधि में भारत सरकार 'विकसित भारत विज़न' के माध्यम से देश को विकसित राष्ट्र की श्रेणी में लाने के लिए प्रतिबद्ध है। इसी प्रक्रिया में सरकार के विकसित भारत के विजन के एक बहुत ही अहम हिस्से - सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के माध्यम से आज देश अपनी विकास यात्रा के एक महत्वपूर्ण पड़ाव पर आ चुका है। इस पड़ाव पर सुधारों और सतत आर्थिक विकास के लिए एक ऐसी अभूतपूर्व राजनैतिक इच्छाशक्ति देखने को मिलती है जो रूपांतरणकारी परिवर्तन को आगे बढ़ाने और भारत को एक नए स्वास्थ्य-देखभाल ढाँचे की ओर छलांग लगाने के लिए प्रेरित करती है- अर्थात् एक सार्वभौमिक, नागरिक केन्द्रित, और तकनीक आधारित प्रणाली जो उच्च गुणवत्ता वाली व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच के मार्ग में व्यक्ति की आर्थिक स्थिति को बाधक नहीं बनने देती। इस दृष्टिकोण को वास्तविकता में बदलने के लिए अपेक्षित सुधारों की पहचान के लक्ष्य के साथ दिसम्बर 2020 में, भारत के लिए नागरिक केन्द्रित स्वास्थ्य प्रणाली हेतु लैंसेट आयोग का गठन किया गया। इस अध्ययन के सभी विश्लेषण भारत के लोगों के अनुभवों, अपेक्षाओं और प्राथमिकताओं पर आधारित हैं, तथा इस सिद्धांत से प्रेरित हैं कि प्रत्येक व्यक्ति सार्वभौमिक, मौलिक और अंतर्निहित स्वास्थ्य अधिकार का हकदार है। साथ ही, यह मान्यता भी महत्वपूर्ण है कि सरकार सार्वजनिक क्षेत्र के वित्तपोषण और संचालन के लिए जवाबदेह हो तथा निजी और सरकारी—दोनों प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं का प्रभावी प्रबंधन सुनिश्चित करे। इस उद्देश्य के साथ आयोग द्वारा विविध अनुभवों की दक्षता के विशेषज्ञों को इसमें शामिल

किया व अनुशंसाओं तक पहुंचने के लिए मौजूदा व नवीन शोधों का व्यवस्थित विश्लेषण किया गया है।

यह रिपोर्ट सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) की अवधारणा को साकार करने में आने वाली बाधाओं की परंपरागत सोच से परे एक दूसरा नजरिया प्रस्तुत करती है। इसके अनुसार ये बाधाएं या अवरोध राजनैतिक इच्छा शक्ति की कमी, अपर्याप्त वित्त, अपर्याप्त मानव संसाधन और भौतिक ढांचा, या स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रति मांग में कमी होने के कारण नहीं हैं। इस मार्ग में प्रमुख चुनौतियां देखभाल की असमान गुणवत्ता, खर्च करने की क्षमता में कमी, बिखरी हुई सेवा प्रणाली, और आर्थिक सुरक्षा कार्यक्रमों की अपर्याप्त डिज़ाइन व क्रियान्वयन, और कमजोर प्रशासन का होना है।

हमारा आह्वान एक ऐसे एकीकृत, नागरिक केन्द्रित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्रणाली के प्रति है जो सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित और सभी के लिए उपलब्ध हो, और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के लिए मुख्य माध्यम बने, साथ ही निजी क्षेत्र के सामर्थ्य का भी सही इस्तेमाल किया जाये।

राज्य व जिला स्तर पर स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में पायी जाने वाली विविधता एक तरह से स्वास्थ्य प्रणाली की रचना, क्रियान्वयन और मूल्यांकन के लिए एक विकेंद्रित प्रक्रिया के महत्व को उजागर करती है। इन सभी मुद्दों को ध्यान में रखते हुए, हम सरकार के समक्ष अपने सुधारों के वे विकल्प प्रस्तुत करते हैं जो स्थानीय वास्तविकताओं पर आधारित हैं, और जो नागरिक संगठनों व स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ परामर्श करके, और निरंतर जांच-पड़ताल के बाद पुष्टा कर प्रस्तुत किये गए हैं।

## आयोग के मार्गदर्शक सिद्धांत

स्वास्थ्य प्रणाली की पुनर्कल्पना को अनेक मार्गदर्शक सिद्धांतों ने दिशा दी है -

- स्वास्थ्य केंद्र आधारित, प्रतिक्रियात्मक, और रोग विशेष आधारित खंडित वितरण प्रणाली से एक व्यापक, समन्वित, और नागरिक-केन्द्रित स्वास्थ्य प्रणाली में रूपांतरण।
- नागरिकों को केवल स्वास्थ्य सेवाओं को प्राप्त करने वाले निष्क्रिय प्राप्तकर्ता या लाभार्थी की भूमिका से निकालकर, स्वास्थ्य अधिकार से सक्षम उन सक्रिय भागीदारों में परिवर्तित करना, जो स्वास्थ्य प्रणाली से जुड़कर उसे मजबूत बनाने में योगदान देते हैं।
- स्वास्थ्य सेवाओं की सिर्फ भौतिक पहुंच पर सीमित रहने के बजाय, स्वास्थ्य प्रणाली का ऐसी गुणवत्तापूर्ण देखभाल पर ध्यान केंद्रित करना जो सभी व्यक्तियों के सम्मान और गरिमा को समान रूप से महत्व दे।
- केंद्रीकृत शासन को विकेंद्रीकृत और नागरिक-केन्द्रित बनाया जाए, जो पुष्टता, व्यापक और समयानुकूल डेटा पर आधारित हो, ताकि स्थानीय जनसंख्या स्तर पर ठोस और मापनीय परिणाम सुनिश्चित किए जा सकें।
- मात्र पेशेवर योग्यताओं को प्राथमिकता देने की प्रवृत्ति से आगे बढ़ते हुए, प्रदाताओं की वास्तविक दक्षताओं, मूल्यों और प्रोत्साहनों पर जोर दिया जाए, तथा आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध और होमियोपैथी जैसी भारतीय चिकित्सा पद्धतियों से जुड़े चिकित्सकों और जमीनी स्तर के कार्यकर्ताओं को सशक्त बनाया जाए।
- नवीन तकनीकों की शक्ति को जिम्मेदारीपूर्वक और नैतिक रूप से उपयोग करना ताकि नवीन स्वास्थ्य प्रणाली की परिकल्पना और नागरिक-केन्द्रित देखभाल को सुनिश्चित किया जा सके।
- स्वास्थ्य अधिकारों और स्वास्थ्य समता को सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के आधारभूत मूल्यों के रूप में स्पष्टता के साथ स्वीकार करते हुए असमानताओं को कम करना जिससे कि सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के लक्ष्यों की प्रगति का प्रभावी आकलन किया जा सके।

## सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के मार्ग में प्रगति व चुनौतियां

### असमानताओं व उभरती चुनौतियों से जूझते हुए उपलब्धियों को पहचानना

भारत ने जीवन प्रत्याशा, मातृ एवं शिशु मृत्यु दर में सुधार, और संक्रामक रोगों के नियंत्रण में उल्लेखनीय प्रगति हासिल की है। लेकिन, साथ ही यह प्रगति विभिन्न राज्यों, जिलों, आय समूहों, भौगोलिक क्षेत्रों, हाशिए पर खड़ी जातियों, जनजातियों, और लिंगों के बीच असमान रही है। इसके अतिरिक्त, गैर-संक्रामक रोगों में तीव्र विस्तार के साथ-साथ वृद्ध आबादी, मानसिक स्वास्थ्य दशाएं, रोगाणुरोधी प्रतिरोध, और जलवायु परिवर्तन स्वास्थ्य प्रणाली के समक्ष गंभीर चुनौतियां प्रस्तुत करते हैं।

### गुणवत्ता को मजबूत करने के साथ-साथ पहुंच का दायरा बढ़ाना

आयुष्मान भारत प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना, आयुष्मान आरोग्य मंदिर, आयुष्मान भारत डिजिटल मिशन, ई-संजीवनी टेली मेडिसिन प्लेटफॉर्म, विभिन्न चिकित्सा और सहायक स्वास्थ्य पेशेवरों के काडर की तैनाती, देश भर में नए तृतीयक स्तर के चिकित्सा संस्थानों व मेडिकल कॉलेजों की स्थापना, जैसे बड़े पैमाने पर होने वाली सरकारी पहलों और इसके साथ ही निजी क्षेत्र की सक्रियता ने स्वास्थ्य सेवाओं की /तक पहुंच का विस्तार किया है और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को प्रदान करने की प्रणाली को नया स्वरूप प्रदान कर रहे हैं।

भारत, बढ़ते घरेलू जैव प्रौद्योगिकी और मेडिकल तकनीकी उद्योगों को बढ़ावा देते हुए, सार्वजनिक व निजी दोनों क्षेत्रों द्वारा उत्पादन और सेवा वितरण प्रयासों के माध्यम से आवश्यक दवाइयों व निदान सेवाओं में आत्म निर्भरता प्राप्त कर चुका है। फिर भी, देखभाल की गुणवत्ता में असमानता पहुंच के विस्तृत दायरे के महत्व को कम कर देती है और परिणामस्वरूप देखभाल के महत्व का मूल्य कम हो जाता है। समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की अवधारणा और इसका क्रियान्वयन लोगों की आवश्यकताओं को पूरा करने में पीछे रह गया है। देखभाल सेवाओं में समन्वयन के अभाव के कारण नागरिकों को अपने हाल पर छोड़ दिया जाता है और वे एक-से दूसरे सेवा प्रदाता के पास जाते रहते हैं जिन की गुणवत्ता का कोई पता नहीं होता और देखभाल की सततता टूटती है; अक्सर वे प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पर आने के बजाय महंगे निजी अस्पतालों की शरण लेते हैं और अपनी देखभाल की निरंतरता, सेवाओं की समानता और दक्षता से समझौता करते हैं।

### अधिक दक्षता की आवश्यकता से व्यय का बढ़ना

स्वास्थ्य पर सरकार के खर्च में स्पष्ट रूप से बढ़ोतरी हुई है और कई राज्यों में यह निरंतर बढ़ ही रहा है, विशेषकर कोविड -19 महामारी के दौरान इसमें उल्लेखनीय वृद्धि देखी गयी। हालांकि, सकल घरेलू उत्पाद के हिस्से के रूप में स्वास्थ्य पर किया जाने वाला खर्च अब भी कम बना हुआ है और यह भारत की समग्र आर्थिक वृद्धि के अनुरूप नहीं बढ़ा है। टुकड़ों में बंटा बजट, अनुचित /अकुशल आवंटन, और कठोर वित्तीय तंत्र - विशेषकर विकेंद्रित स्तर पर, स्वास्थ्य व्यवस्था की जवाबदेही को संकुचित करता है और संस्थात्मक क्षमता को कमजोर बनाता है। मद वार बजट (सार्वजनिक क्षेत्र में) और सेवा के बदले शुल्क (निजी क्षेत्र में) वाली भुगतान प्रणाली के प्रभाव के कारण लोगों की आवश्यकताओं के अनुरूप सेवाओं को बनाने और तर्क संगत देखभाल को बढ़ावा देने में स्वास्थ्य प्रणाली का लचीलापन कम होता है।

### वित्तीय सुरक्षा को बढ़ाना

आयुष्मान भारत प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (लगभग 600 मिलियन लाभार्थी) और इसके समकक्ष राज्य स्तरीय योजनाओं के माध्यम से कफायती स्वास्थ्य देखभाल और बीमा सेवाओं में विस्तार के साथ पिछले दशक में वित्तीय जोखिम सुरक्षा में सुधार हुआ है। हालांकि, अधिकांश बीमा योजनाएँ अस्पताल में भर्ती होने को प्राथमिकता देती हैं, जबकि आउटपैशेंट सेवाओं और लंबे समय से चल रहे गंभीर रोगों की उपेक्षा करती हैं। इसका नतीजा यह होता है कि दवाइयों और जांचों का खर्च अक्सर लोगों को खुद वहन करना पड़ता है—और आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लिए यह बोझ गंभीर वित्तीय संकट का कारण बन जाता है।

### लोगों के जुड़ाव और स्वास्थ्य हेतु सामुदायिक कार्यवाही की अवधारणा पर आधारित

भारत सामुदायिक जुड़ाव के कई सफल मॉडल प्रस्तुत कर चुका है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (2013) और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) ने सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के तहत आशा कार्यक्रम और 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' जैसे प्रयासों के माध्यम से समुदाय की भागीदारी को सशक्त बनाया है। कार्यक्रमों में मौजूद सूचना असमानताओं और शक्ति असंतुलन को कम करने तथा समुदाय की सक्रिय भागीदारी के जरिए स्वास्थ्य प्रणाली में जवाबदेही बढ़ाने के निरंतर प्रयास इन पहलों की प्रभावशीलता को और मजबूत कर सकते हैं।

### बेहतर नियमों और उत्तरदायी शासन को प्रभावित करना

सरकार के डिजिटल ई-गवर्नेंस टूल और डिजिटल पब्लिक इंफ्रास्ट्रक्चर जवाबदेही और भरोसे को मजबूत करने के अवसर तो प्रदान करते हैं, लेकिन उनके फैलाव और लोगों की प्राथमिकताओं के अनुरूप होने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतानकर्ता, प्रदाताओं, और रोगी के अधिकार, आदि से सम्बंधित व्यापक स्वास्थ्य नियमों के बावजूद निरीक्षण और अनुपालना के संदर्भ में राज्यों की सीमित क्षमता, कमजोर नियामक नियंत्रण, और गलत/असमान प्रोत्साहन व्यवस्था ने इन नियमों की प्रभावशीलता को कम कर दिया है। स्वास्थ्य प्रणाली में समायानुकूल और विश्वसनीय डेटा की कमी, तथा स्वास्थ्य-संबंधी शोध और उनके निष्कर्षों के आदान-प्रदान के कमजोर नेटवर्क, उत्तरदायी सुशासन की दिशा में प्रमुख बाधाएँ हैं।

## नागरिक केन्द्रित स्वास्थ्य प्रणाली

### सुधार कार्रवाई 1: लोगों की भागीदारी पर आधारित मजबूत स्वास्थ्य प्रणाली का निर्माण करना ताकि लोगों का उससे सार्थक जुड़ाव सुनिश्चित हो सके।

स्थानीय सरकार और स्वयंसेवी/गैर सरकारी संस्थाओं के संगठनों के मौजूदा मंचों को वित्तीय निवेश और क्षमता विकास माध्यम से मजबूत किया जाना चाहिए। नागरिकों की भागीदारी में उनके अधिकारों, स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन, देखभाल कहां और कैसे प्राप्त करें, और अधिकारों के नकारे जाने पर उपलब्ध उपायों के बारे में पर्याप्त और समय पर जानकारी तक पहुंच शामिल होनी चाहिए।

सम्पूर्ण प्रणाली लोगों को स्वास्थ्य संवर्धक व्यवहारों को अपनाने, देखभाल के अपने अनुभवों को अर्थपूर्ण रूप से साझा करने, स्वास्थ्य सेवाओं की सुशासन व संसाधनों की खरीद की निर्णय प्रक्रिया में शामिल होने के लिए सक्षम करने वाली होनी चाहिए; और मजबूत शिकायत निवारण तंत्र तक पहुंच सुगम हो जिसमें नागरिक नेतृत्व वाले लोकपाल भी शामिल हों।

स्वास्थ्य प्रणाली को स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों से उत्पन्न असमानताओं को दूर करने के लिए प्रतिबद्ध होना चाहिए। इसके लिए सबसे कमजोर लोगों को प्राथमिकता देना, स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रों में सामाजिक सेवाओं को एकीकृत करना, और भेदभावपूर्ण प्रथाओं के खिलाफ नियम और शिकायत निवारण तंत्र लागू करना आवश्यक है।

### सुधार कार्रवाई 2: सार्वजनिक क्षेत्र में वित्त, खरीद, और सेवा वितरण सम्बन्धी सुधारों के माध्यम से नागरिक केन्द्रित स्वास्थ्य प्रणाली को क्रियान्वित करना।

सरकार को राष्ट्रीय व राज्य दोनों स्तरों पर स्वास्थ्य के विषय पर किये जाने वाले खर्च/निवेश को बढ़ाना चाहिए, और केन्द्र को बड़े घाटे और कम वित्तीय क्षमता वाले राज्यों को अधिक फंड प्रदान करना चाहिए। कुछ उपायों के माध्यम से जैसे; कर-आधारित आवंटन को बढ़ाकर, उपलब्ध व नवीन दोनों प्रकार की निधियों की क्षमता को बढ़ाने के लिए बिखरे हुए या छोटे-छोटे हिस्सों में बंटे बजट को एकीकृत करके, और समूचे औपचारिक- संगठित क्षेत्र को कर्मचारी राज्य बीमा योजना (ईएसआईएस) के अंतर्गत शामिल करके और अंततः, ईएसआईएस फंड को कर-संसाधनों के साथ मिला कर सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) हेतु अतिरिक्त फंड जुटाया जा सकता है।

जवाबदेही बढ़ाने के लिए यह आवश्यक है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण और राज्य स्वास्थ्य एजेंसियों के विधायी दायरे, क्षमताओं और स्वायत्तता का विस्तार करते हुए एक समग्र खरीददार-प्रदाता विभाजन और रणनीतिक खरीदारी लागू की जाए। इन संस्थाओं का संचालन ऐसे बोर्ड द्वारा किया जाना चाहिए जिसमें विभिन्न हितधारकों (नागरिक समूहों सहित) का प्रतिनिधित्व हो, ताकि जवाबदेही, पारदर्शिता, भागीदारी और सहमति निर्माण सुनिश्चित किया जा सके।

सार्वजनिक क्षेत्र को एक विकेंद्रीकृत, प्रौद्योगिकी-सक्षम एकीकृत वितरण प्रणाली (IDS) लागू करनी चाहिए, जो जनसंख्या-आधारित समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के आधार पर बनाई गई हो।

प्रत्येक IDS इकाई का समन्वय केंद्र एक सरकारी माध्यमिक अस्पताल हो सकता है, जो रणनीतिक रूप से अस्पताल के सेवा क्षेत्र में जुड़े सार्वजनिक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के नेटवर्क से सेवाएं खरीदता है और तृतीयक अस्पतालों तथा विशेषज्ञ सेवाओं (जिसमें निजी और गैर-लाभकारी क्षेत्र शामिल हैं) के साथ रेफरल की सुविधा स्थापित करता है।

समुदाय आधारित बहु-विषयक विशेषज्ञ समूह, जो तकनीक के प्रयोग के जानकार होंगे, एक निर्धारित क्षेत्र के लिए वहां की आबादी को विशिष्ट डिजिटल रोगी पहचान संख्या प्रदान करने, और निरंतर आउटरीच प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होंगे। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर एक बार गुणवत्ता सुनिश्चित हो जाये तो यह उच्च स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता के लिए मानक का कार्य करेगी।

डिजिटल तकनीक समूची आईडीएस इकाई के अंतर्गत स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा शीघ्र निदान, चिकित्सकीय निर्णय लेने, रेफरल, और देखभाल का समन्वयन करने में सहयोग करेगी। सेवा प्रदाताओं को उच्च गुणवत्ता वाली सेवा प्रदान करने हेतु प्रेरित करने के लिए उनको दी जाने वाली प्रोत्साहक राशि की भुगतान प्रणाली में बदलाव लाना होगा। इसे चालू मद वार (लाइन-आइटम) बजट या केस आधारित भुगतान से हटाकर द्वितीयक चिकित्सा संस्थानों के लिए एकल समग्र (वैश्विक/ग्लोबल) बजट और प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए कैपिटेशन आधारित मिश्रित भुगतान (प्रति रोगी निर्धारित भुगतान के साथ -साथ कार्य प्रदर्शन प्रोत्साहन राशि प्रदान करना) व्यवस्था करनी होगी, जोकि संस्थान आधारित, टीम आधारित या कार्य प्रदर्शन आधारित प्रोत्साहन राशि से पूरक होगी।

### सुधार कार्रवाई 3: निजी क्षेत्र को सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के लक्ष्यों के अनुरूप शामिल करना

भारत के निजी क्षेत्र द्वारा अधिकांशतः बाह्य रोगी परामर्श के साथ-साथ आंतरिक रोगी देखभाल का भी पर्याप्त भार वहन किया जाता है, अतः देश के सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) की यात्रा में एक महत्वपूर्ण साझेदार के तौर पर निजी क्षेत्र की क्षमताओं का लाभ लेना चाहिए। प्रोत्साहन राशि, नियमन, और प्रतिस्पर्धा सहित समन्वित देखभाल के सिद्धांत एक ऐसे निजी क्षेत्र देखभाल व्यवस्था को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है जो सेवाओं की उच्च गुणवत्ता को बनाये रख सके, लागत प्रभावी हो और कीमतों को स्थिर बनाये रखे।

बेहतर स्वास्थ्य परिणाम सुनिश्चित करने के लिए यह आवश्यक है कि हम रोगों की रोकथाम और जटिल रोगों की सतत एवं समग्र देखभाल को सर्वोच्च प्राथमिकता दें। इसी के साथ, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं देखभाल देने वालों का एक व्यापक और मजबूत नेटवर्क विकसित किया जाए। 'सेवा के बदले शुल्क' वाली वर्तमान प्रणाली को बदलकर ऐसी मिश्रित व्यवस्था अपनाई जानी चाहिए, जिसमें कैपिटेशन, समग्र (ग्लोबल) बजट और मूल्य-आधारित भुगतान जैसे आधुनिक एवं प्रभावी मॉडल शामिल हों। यह परिवर्तन न केवल दक्षता विकसित करेगा, बल्कि स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता को भी एक नए स्तर पर पहुंचायेगा।

रोगी के अधिकारों, जवाबदेहिता, सेवा प्रदाता भुगतान सम्बन्धी सुधार और कीमतों के निर्धारण को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक नियामक प्रणाली को स्थापित करते हुए स्वैच्छिक स्वास्थ्य बीमे को निजी क्षेत्र की सेवाओं हेतु 'पूल एंड प्रीपे' करना चाहिए और स्वास्थ्य के सभी क्षेत्रों अर्थात आउट पेशेंट सेवाएं, दवाइयां, और जांचों को शामिल करने के लिए विभिन्न बीमा उत्पादों को लागू



करना चाहिए। इसके लिए, बीमा कानून में ऐसे नियामक अड़चनों को दूर करना आवश्यक होगा, जो बड़े पूंजी निवेश की मांग करते हैं और बीमाकर्ताओं तथा प्रदाताओं को एकीकृत देखभाल के सिद्धांतों को अपनाने से रोकते हैं।

#### सुधार कार्रवाई 4: सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के लिए आवश्यक सभी सुधारों को गति देने के लिए विविध प्रौद्योगिकियों में निवेश व उनका व्यापक स्तर पर विस्तार करना

आयोग जैव प्रौद्योगिकी, आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस, और डिजिटल पब्लिक इंफ्रास्ट्रक्चर में हुई विभिन्न प्रगतियां और उनके परस्पर सम्मिलन को स्वीकार करता है। इसका सर्वश्रेष्ठ उदाहरण महामारी को रोकने के लिए दुनिया भर के लिए टीके का निर्माण और उसकी निगरानी के लिए डिजिटल प्लेटफॉर्म को स्थापित करना है जिसने सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) को साकार करने के लिए एक ऐतिहासिक अवसर प्रदान किया, और जो कि पूर्णतया घरेलू/देश के भीतरी संसाधनों पर आधारित था।

डिजिटल तकनीकों के क्रियान्वयन के माध्यम से आयोग द्वारा सुझाये गए अनेक सुधारों को सक्रिय किया जा सकता है, उदाहरण के तौर पर विविध प्रकार के पंजीकृत स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को विभिन्न प्रकार के भुगतान कर्ताओं व रोगियों के साथ जोड़ना, स्वास्थ्य डेटा के आदान-प्रदान को सुविधाजनक करना, देखभाल हेतु समन्वयन को संरचित करना, और उनके मध्य संवाद को प्रेरित करना।

आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस और जेनोमिक्स, और पूंजी-कुशल तकनीकी नवाचार (जो कम से कम निवेश में उच्च प्रतिफल दें) जैसी तकनीकों को तेज और व्यापक रूप से क्रियान्वित करने से स्वास्थ्य प्रणाली को उन्नत जांचों, रोकथाम सेवाओं, और नागरिक केन्द्रित देखभाल सेवाओं की जहां जिसे आवश्यकता है वहां उसे वह मिल सके - 'पॉइंट ऑफ़ नीड डिलीवरी' की तरफ मोड़ा जा सकता है। विविध डिजिटल प्लेटफॉर्म एक तरह से एकीकृत सेवा वितरण प्रणाली (आईडीएस) का ही दूसरा रूप हैं, या, स्वैच्छिक स्वास्थ्य बीमा विकल्प के मामले में बीमित व्यक्ति इस एकीकृत प्लेटफॉर्म पर पंजीकृत और सूचीबद्ध प्रदाताओं को अपने आधार पर भुगतान कर सकते हैं।

#### सुधार कार्रवाई 5: विकेंद्रीकरण व मजबूत नियामक क्षमताओं के माध्यम से सम्पूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली की पारदर्शिता और जवाबदेह शासन को सक्षम बनाना

राज्य, जिले और स्थानीय सरकारी संस्थाओं को लोगों की आवश्यकता-आधारित सुधारों को तैयार करने और क्रियान्वित करने हेतु सशक्त बनाने के लिए सभी शामिल हितधारकों/प्रबंधकों की उनकी स्पष्ट भूमिकाओं का निर्धारण, वित्तीय और प्रबंधन संबंधी स्वायत्तता का विस्तार, और स्थानीय अधिकारियों की क्षमताओं को मजबूत करना आवश्यक है।

फण्ड के उपयोग को बढ़ाने के लिए डिजिटल टूल्स के माध्यम से फण्ड के लेन-देन/प्रवाह को सुगम करना, वित्तीय प्रक्रियाओं को सरल बनाना, और नौकरशाही अवरोधों को दूर करना होगा। मद आधारित (लाइन आइटम) बजट व्यवस्था से हटकर एकल समग्र (ग्लोबल) बजट व्यवस्था को अपनाने से वित्तीय स्वायत्तता को बल मिलेगा और यह सेवा प्रदाताओं को गुणवत्ता परक, नागरिक-केन्द्रित

देखभाल प्रदान करने के लिए प्रेरित करेगी। साथ ही यह मातृ इनपुट-आउटपुट का संधारण नहीं होगा बल्कि इसकी रिपोर्टिंग और मूल्यांकन के आधार स्वास्थ्य परिणामों पर केन्द्रित होंगे। यह समस्त विशेषताएं लेखा-जोखा या महज हिसाब-किताब की परिपाटी से अलग हट कर जवाबदेही और भरोसे की कार्य-संस्कृति को विकसित करेंगी।

स्वास्थ्य देखभाल के नैतिक व आवश्यक मानकों को सुनिश्चित करने के लिए दवाइयों की गुणवत्ता व खरीद, सेवा-प्रदाता का ज्ञान, और नियामक संस्थाओं आदि से जुड़े शासन सुधारों को लागू करने की आवश्यकता होगी, जिसके लिए नियमों को लागू करने एवं उसकी अनुपालना को तय करने की शक्तियों को स्थानीय स्तर तक अधिकृत करने के साथ ही स्वतंत्र नियामकों को भी शामिल करना होगा।

#### सुधार कार्रवाई 6: स्वास्थ्य प्रणाली में पूर्वाग्रहों से मुक्त आत्म-चिंतन, सहभागी सोच, और सुधार को बढ़ावा देने वाले नेतृत्व को शामिल करके एक सीखने वाली स्वास्थ्य प्रणाली को प्रोत्साहित करना।

आयोग सिफारिश करता है कि प्रस्तावित सुधारों को 'लर्निंग हेल्थ सिस्टम (एलएचएस)' द्वारा समर्थित किया जाना चाहिए, जिसका उद्देश्य विज्ञान, सूचना प्रौद्योगिकी, प्रोत्साहन और सतत सीखने एवं नवाचार की संस्कृति को एकीकृत करना है। आलोचनात्मक चिंतन-मनन और परस्पर विचार-विमर्श के मंचों और अवसरों का निर्माण करके स्वास्थ्य प्रणाली का व्यवहार मात्र आदेशों/नियमों की यांत्रिक अनुपालना वाली मानसिकता से हटाया जा सकता है और परस्पर सहयोग व विश्वास की संस्कृति को अपनाया जा सकता है। एक ऐसी संस्कृति जिसमें सफलताओं व विफलताओं दोनों पर खुल कर चर्चा हो ताकि निरंतर सुधार का जज्बा बना रहे। एलएचएस को सही मायनों में कारगर बनाने के लिए स्वास्थ्य संगठन/संस्थान की वैचारिक रचना इस प्रकार की होनी चाहिए कि विकेंद्रित निर्णय प्रक्रिया को बढ़ावा मिले जिसके लिए विविध शोधकर्ताओं और विषय विशेषज्ञों, ज्ञान के आदान-प्रदान हेतु मंचों, और विविध हितधारकों वाले नेटवर्कों को सहयोग करने के लिए पर्याप्त फण्ड की आवश्यकता होगी।

#### आगे की राह: एक राजनीतिक और परिवर्तनकारी एजेंडा

हमारे द्वारा प्रस्तावित सुधारों में से अधिकांश सुधार केंद्र या राज्य सरकारों के मौजूदा पहलों/हस्तक्षेपों या उनके हिस्से के तौर पर पहले से ही लागू हैं। लेकिन, कुछ प्रस्तावित सुधार नितांत अनूठे हैं, और हम इस बात से भी परिचित हैं कि कई निहित हितों, आर्थिक अवरोध, क्रियान्वयन क्षमताएं, और वैचारिक मतभेद इन प्रयासों या सुधारों की दिशा में होने वाली प्रगति को रोक या धीमा कर सकते हैं। अतः, आयोग इस बात पर बल देता है कि स्वास्थ्य प्रणाली के सुधार महज तकनीकी/विषयगत न हों बल्कि वे राजनीतिक मंशा रखते हों। इन सुधारों के क्रियान्वयन की सफलता मजबूत नेतृत्व पर निर्भर करती है जो विविध हितों को साध सके, प्रभावशाली हितधारकों के प्रतिरोध का सामना कर सके, और विविध क्षेत्रों व राजनीतिक दलों के मध्य परस्पर सौहार्द को बढ़ावा दे सके।

हमारी सिफारिशों को सिविल सोसायटी संगठनों और देश के अन्य हितधारकों के साथ गहन चर्चा के माध्यम से आगे लाना चाहिए। इस प्रकार के संवाद सुधारों

की व्यवहारिकता परखने, उनके प्रति स्वीकारता को सुनिश्चित करने, जोखिमों से निपटने, और राजनीतिक प्रतिबद्धता की सततता को बनाए रखने के लिए आवश्यक होते हैं।

विकसित भारत के दीर्घकालीन आकांक्षा पटल पर हमारे प्रस्तावित सुधारों को स्थापित करने से भारत मुखर परिवर्तनों के साथ अपने लक्ष्य को प्राप्त कर सकता है। यह उत्साहित करने वाली बात है कि पिछले कुछ वर्षों से, सरकार में लोगों का विश्वास बढ़ा है जिससे स्वास्थ्य सुधारों को उन्नत करने के लिए भरोसे की नींव बनती दिखती है। फिर भी, प्रगति की राह में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक कारकों द्वारा दी गयी चुनौतियों तो आयेंगी ही, जिन्हें यदि अनुत्तरित छोड़ दिया

गया तो बेहद सुविचारित तरीके से रचे गए सुधार को भी कमतर कर देंगी। लोगों के जुड़ाव को मजबूत करके, एकीकृत सार्वजनिक वितरण प्रणाली को बना कर, तकनीक का सहारा लेकर, विकेंद्रित सुशासन को सशक्त करके और सतत सीखने की संस्कृति को बढ़ावा दे कर भारत सार्वभौमिक, उच्च गुणवत्ता युक्त और निरंतर स्वास्थ्य देखभाल के लक्ष्य के तरफ मजबूती से बढ़ सकता है। आयोग का स्पष्ट मत है – विवेकपूर्ण निवेश, प्रखर नवाचार, और नागरिकों के स्वास्थ्य के अधिकारों के अनुरूप सुधारों का समन्वयन करें। साहसी राजनीतिक नेतृत्व और सक्रिय जन सहभागिता के साथ, भारत यह सुनिश्चित कर सकता है कि इसके विकसित राष्ट्र बनने की राह एक लचीली, समावेशी और नागरिक केन्द्रित स्वास्थ्य प्रणाली से हो कर गुजरती है।

## लेखकगण सूचना

### संपर्क लेखक दल :

विक्रम पटेल, पीएचडी. ग्लोबल हेल्थ एंड सोशल मेडिसिन विभाग, हार्वर्ड मेडिकल स्कूल, बोस्टन, एमए, यूएसए, [vikram\\_patel@hms.harvard.edu](mailto:vikram_patel@hms.harvard.edu)

अनुस्का कलिता, डॉ पी एच. निदेशक एवं हेल्थ सिस्टम्स विशेषज्ञ, ग्लोबल हेल्थ एंड पापुलेशन विभाग, हार्वर्ड टी एच चान स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, बोस्टन, एमए, यूएसए [akalita@hsph.harvard.edu](mailto:akalita@hsph.harvard.edu)

### अन्य लेखकगण:

क्वहेया मेलो फुर्ताडो, पी एच डी. एसोसिएट प्रोफेसर, हेल्थकेयर मैनेजमेंट, गोवा इंस्टीट्यूट ऑफ मैनेजमेंट, गोवा, भारत; एसोसिएट दि लक्ष्मी मित्तल एंड फैमिली साउथ एशिया इंस्टीट्यूट, हार्वर्ड यूनिवर्सिटी, कैम्ब्रिज, एमए, यूएसए।

नचिकेत मोर, पीएचडी. विजिटिंग साइंटिस्ट, बैनयन अकादमी ऑफ लीडरशिप इन मेंटल हेल्थ, बेंगलुरु, भारत

शुभांगी भदादा, एल एल एम. मित्तल इंस्टीट्यूट फेलो, दि लक्ष्मी मित्तल एंड फैमिली साउथ एशिया इंस्टीट्यूट, हार्वर्ड यूनिवर्सिटी, कैम्ब्रिज, एमए, यूएसए।

सांझा अल्वर्ट, डॉ पीएच. निदेशक, इंडियन इंस्टीट्यूट ऑफ पब्लिक हेल्थ शिलोंग, शिलोंग, मेघालय, भारत

हस्मा अशरफ, एमए. रिसर्च एसोसिएट, द्वारा रिसर्च, चेन्नई, तमिलनाडु, भारत

सत्चित्त बालसरी, एमडी. एसोसिएट प्रोफेसर, आपातकालीन चिकित्सा विभाग, हार्वर्ड मेडिकल स्कूल एवं बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर; एसोसिएट प्रोफेसर, ग्लोबल हेल्थ एंड पापुलेशन विभाग, हार्वर्ड टी एच चान स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, बोस्टन, एमए, यूएसए

इंदु भूषण, पीएचडी. सीनियर एसोसिएट, ब्लूमबर्ग स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, जॉन्स हॉपकिन्स यूनिवर्सिटी, बाल्टीमोर, एमडी, यूएसए

विजय चंद्र, पीएचडी. विजिटिंग प्रोफेसर, सेंटर फॉर ब्रेन रिसर्च, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत; एजिक्यूटिव एडवाइजर (हेल्थ केयर), एआरटीपार्क, भारतीय विज्ञान संस्थान, बेंगलुरु, भारत

मिरई चटर्जी, एमएचएस. निदेशक, सेवा सोशल सिम्युलेशन, एवं अध्यक्ष सेवा कोआपरेटिव फेडरेशन, अहमदाबाद, गुजरात, भारत

सारिका चतुर्वेदी, पीएचडी. सीनियर साइंटिस्ट (पब्लिक हेल्थ), डॉ डी वाई पाटिल मेडिकल कॉलेज अस्पताल और अनुसंधान केंद्र, डॉ डी वाई पाटिल विद्यापीठ, पुणे, भारत

रघु धर्मराजू, एमएस. सीईओ, एआरटीपार्क (एआई, रोबोटिक्स टेक्नोलॉजी पार्क), भारतीय विज्ञान संस्थान, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

अतुल गुप्ता, पीएचडी. सहायक प्रोफेसर, हेल्थ केयर मैनेजमेंट विभाग, व्हार्टन स्कूल, पेंसिल्वेनिया विश्वविद्यालय, फिलाडेल्फिया, पीए, यूएसए

किरन मजूमदार-शॉ, एमएससी. अध्यक्ष, बायोकाॅन, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

गौतम आई मेनन, पीएचडी. प्रोफेसर, भौतिकी व जीवविज्ञान, लिवेदी स्कूल ऑफ बायोसाइंसेज; और निदेशक, सेंटर फॉर क्लाइमेट चेंज एंड सस्टेनेबिलिटी, अशोका विश्वविद्यालय, सोनीपत, हरियाणा, भारत

अर्नब मुखर्जी, पीएचडी. प्रोफेसर पब्लिक पालिसी, सेंटर फॉर पब्लिक पॉलिसी, आईआईएम बैंगलोर, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

पूनम मुदरेजा, एमपीए. अधिशासी निदेशक, पापुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया, नई दिल्ली, दिल्ली, भारत

अंजलि नांबियार, एमपीपी. शोधकर्ता, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

थेलमा नारायण, पीएचडी. निदेशक, अकादमिक एंड हेल्थ पॉलिसी, SOCHARA बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

भूषण पटवर्धन, पीएचडी. नेशनल रिसर्च प्रोफेसर-आयुष, रामकुमार राठी पतंजलि योग चेंबर, इंटरडिसिप्लिनरी स्कूल ऑफ हेल्थ साइंसेज, सावित्रीबाई फुले पुणे विश्वविद्यालय, पुणे, महाराष्ट्र, भारत

तेजस्वी रवि, पीजीडीएम. हेल्थ केयर इन्वेस्टमेंट लीड, लाइटरॉक, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

शरद शर्मा, बीई (ईई). आईस्पिरिट फाउंडेशन, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

देवी शेटी, एम एस, एफआरसीएस. अध्यक्ष एवं वरिष्ठ सलाहकार कार्डियक सर्जन, नारायणा हेल्थ, बेंगलुरु, कर्नाटक, भारत

सुधीर कुमार शुक्ल, पीएचडी. विशेषज्ञ- हेल्थ फाइनेंसिंग, हेल्थ सिस्टम्स ट्रांसफॉर्मेशन प्लेटफॉर्म, नई दिल्ली, दिल्ली, भारत

एस वी सुब्रमण्यन, पीएचडी. प्रोफेसर, पापुलेशन हेल्थ एंड जियोग्राफी, हार्वर्ड सेंटर फॉर पापुलेशन एंड डेवलपमेंट स्टडीज, डिपार्टमेंट ऑफ सोशल एंड बिहेवियरल साइंसेज, हार्वर्ड टी एच चान स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, बोस्टन, एमए, यूएसए

लैला वर्की, ScD. एक्स-सीनियर एडवाइजर, आरएमएनसीएच, सेंटर फॉर कैटालाईजिंग चेंज, नई दिल्ली, दिल्ली, भारत

संध्या वेंकटेश्वरन, एमएससी. सीनियर फेलो, सेंटर फॉर सोशल एंड इकोनॉमिक प्रोग्रेस, नई दिल्ली, दिल्ली, भारत

सिद्धेश जाडे, एमएससी. सह-संस्थापक, एसोसिएशन फॉर सोशल एप्लीकेबल रिसर्च, (ASAR), पुणे, महाराष्ट्र, भारत; डॉक्टरल स्टूडेंट, कोलंबिया यूनिवर्सिटी मेलमैन स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; रिसर्च एंड सीनियर, जेमिनी रिसर्च सेंटर, आपातकालीन चिकित्सा विभाग, ड्यूक यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन, डरहम, एनसी, यूएसए

तरुण खन्ना, पीएचडी. जॉर्ज पाउलो लेमन प्रोफेसर, हार्वर्ड बिजनेस स्कूल, बोस्टन, एमए, यूएसए

