खंड 3
स्वास्थ्य नीति

खंड 3 स्वास्थ्य नीति

खंड 3 स्वास्थ्य नीति पर है। इसमें **दो** इकाइयां हैं, 6 और 7। **इकाई 6** बाज़ार की विफलता और सरकार की भूमिका पर है। यहां पहले स्वास्थ्य परिचर्या बाज़ार के अभिलक्षण निरूपित किए गए हैं। फिर स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं की मांग और आपूर्ति को प्रभावित करने वाले कारकों पर चर्चा हुई है। जहां सरकारी हस्तक्षेप आवश्यक हो जाएं, ऐसे संदर्भ भी समझाए गए हैं। विभिन्न प्रकार, भेदों ओर मांग के संदर्भ में स्वास्थ्य बीमा पर चर्चा की साथ-साथ इसी इकाई में बाज़ार की विफलता संबंधी प्रश्नों पर भी विचार हुआ है।

इकाई 7 में जन-स्वास्थ्य सेवाओं पर है। यहां पहले सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश के प्रश्नों पर बातचीत हुई है। फिर द्विविध बाह्यताओं पर चर्चा हुई है, अर्थात् स्वास्थ्य सेवा उपभोग की सकारात्मक बाह्यता तथा उनके उत्पादन की नकारात्मक बाह्यता। संक्षेप में महामारी अर्थशास्त्र तथा सर्वव्यापी स्वास्थ्य परिचर्या पर भी चर्चा की गई है।

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 6 बाज़ार की विफलता और सरकार की भूमिका*

संरचना

6.0 उद्देश्य

6.1 विषय प्रवेश

6.2 स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार के अभिलक्षण

6.2.1 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की माँग एवं आपूर्ति को प्रभावित करने वाले कारक

6.3 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं में सरकारी हस्तक्षेप

6.3.1 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का सार्वजनिक प्रावधान

6.3.2 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का वित्तीयन अथवा साहाय्य प्रदान करना

6.3.3 स्वास्थ्य क्षेत्र का विनियमन

6.4 स्वास्थ्य बीमा

6.4.1 स्वास्थ्य बीमा के प्रकार

6.4.2 बीमा हेतु माँग

6.4.3 स्वास्थ्य बीमा में बाज़ार विफलता

6.5 सार-संक्षेप

6.6 शब्दावली

6.7 कुछ उपयोगी पुस्तकें

6.8 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

6.0 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई को पढ़ने के बाद, आप इस योग्य होंगे कि :

- स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार के अभिलक्षण निरूपित कर सकें;
- उन कारकों का ख़ाका खींच सकें जो स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की माँग एवं आपूर्ति को प्रभावित करते हैं;
- वे क्षेत्र बता सकें जहाँ स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं में सरकारी हस्तक्षेप वांछित होता है;
- स्वास्थ्य बीमा की संकल्पना को परिभाषित कर सकें;
- स्वास्थ्य बीमा प्रणालियों के प्रकारों पर चर्चा कर सकें;
- उदाहरण देकर समझा सकें कि किसी प्राक्काल्पनिक प्रकरण में 'इष्टतम बीमा-किश्त' और 'इष्टतम बीमा-विकल्प' किस प्रकार आंकलित किया जाता है; तथा
- वे कारक इंगित कर सकें जो स्वास्थ्य बीमा में बाज़ार की विफलता में परिणत होते हैं।

* डॉ. रूपाली गोयंका, आई.पी.कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय

6.1 विषय प्रवेश

बाज़ार क्रेताओं और विक्रेताओं का एक ऐसा समूह है जो परस्पर आर्थिक लेन-देन करते हैं। इन अभिकर्ताओं द्वारा जिंसों की माँग एवं आपूर्ति ही अर्थव्यवस्था में मूल्यों का निर्धारण करती हैं। कीमतें, बदले में, अर्थव्यवस्था में संसाधनों का आवंटन निर्धारित करती हैं। इस आवंटन का अर्थ है– (i) उत्पादनार्थ आदानों के कारकों का आवंटन; तथा (ii) उपभोगार्थ समाज के विभिन्न सदस्यों के बीच वस्तुओं अथवा आय का वितरण। प्रथम कल्याण प्रमेय के अनुसार, जब बाज़ार पूर्णतः प्रतिस्पर्धात्मक होते हैं तो आवंटन पैरेटो इष्टतम होता है। पैरेटो इष्टतम आवंटन वह होता है जिसमें 'कोई भी आर्थिक अभिकर्ता किसी अन्य को बदतर स्थिति में नहीं लाए बिना बेहतर स्थिति में लाया जा सकता हो'। स्वास्थ्यरक्षा हेतु बाज़ार में होते हैं– स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं के प्रदाता, स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं के प्रयोगकर्ता तथा बीमा कंपनियों जैसे बिचौलिये जो स्वास्थ्य रक्षा हेतु भुगतान करने व उसका लाभ उठाने में प्रयोगकर्ता की मदद करते हैं।

एक आर्थिक पदार्थ के रूप में स्वास्थ्य रक्षा कुछ विशिष्ट अभिलक्षण दर्शाती है जिनके कारण बाज़ार विफल हो जाता है– या तो इस अर्थ में कि मूल्य संकेत अस्तित्व नहीं रखते या फिर इस अर्थ में कि कीमतें स्वास्थ्य रक्षा के किसी पैरेटो इष्टतम आवंटन की ओर नहीं ले जातीं। साथ ही, हमें यह कदापि नहीं भूलना चाहिए कि पैरेटो इष्टतम बाज़ार आवंटन की यांत्रिक दक्षता मात्र है। इसका प्रथम स्थान में उस ''दक्षता'' की सामाजिक वांछनीयता से कुछ लेना-देना नहीं है। वास्तव में, सामाजिक सरोकार सरकारी हस्तक्षेपों हेतु तर्काधार में अधिक महत्त्व रखते हैं और उस पहलू पर भाग 6.2 में चर्चा की गई है। यह स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार में सरकारी हस्तक्षेप हेतु एक आर्थिक तर्काधार को जन्म देता है।

6.2 स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार के अभिलक्षण

यह सुनिश्चित करने के लिए कि समता एवं सुलभता संबंधी कल्याणकारी सरोकार पूरे हों, निम्नलिखित कारक सरकारी हस्तक्षेप की अपेक्षा रखने वाले स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार हेतु विशेष रूप से पहचाने जा सकते हैं।

अनिश्चितता : स्वास्थ्य रक्षा की आवश्यकता अनिश्चितता, अप्राप्यिक होती है और हो सकता है कि वह उपयोक्ता की उन सेवाओं हेतु भुगतान करने की उपभोक्ता की वित्तीय क्षमता द्वारा समर्थित भी न हो (ऐरो, 1963)।

बाह्यता : आर्थिक वस्तुओं के रूप में स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य रक्षा का लक्षण-वर्णन बाह्यताओं द्वारा किया जाता है। बाह्यताओं का अर्थ है कि किसी भी अभिकर्ता की कार्रवाइयाँ दूसरों के कल्याण पर प्रभाव डालती हैं। बाह्यताओं की लागत मूल्य संकेत के माध्यम से बाज़ार में प्रकट नहीं होती जिसकी वजह से या तो कुछ वांछित स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं (यथा, टीकाकरण अथवा निवारक स्वास्थ्य रक्षा) का अल्प-संभार हो सकता है या फिर कुछ अवांछित स्वास्थ्य रक्षा वस्तुओं का अधिसंभार (यथा, एंटीबायोटिक्स की निःशुल्क उपलब्धता जो उन्हें अधिप्रयोग के कारण अप्रभावी बना सकती है, सिगरेट एवं अन्य तम्बाकू उत्पाद)।

जनहित : स्वच्छता प्रबंध, रोगवाहक नियंत्रण, स्वच्छ पेयजल, स्वच्छ वायु आदि कुछ स्वास्थ्य रक्षा सेवाएँ सार्वजनिक हित के अभिलक्षण दर्शाती हैं। जनहित या लोकहित एक ऐसी वस्तु है जो दो लक्षण दर्शाती है– (i) कुछ लोगों द्वारा इस प्रकार उपभोग की कि दूसरों द्वारा उपभोगार्थ मात्रा घटती नहीं (यथा, गैर-प्रतिद्वंद्व); तथा (ii) गैर-

अपवर्ज्यता, यथा, वस्तु का उपभोग किसी भी व्यक्ति के लिए वर्जित नहीं किया जा सकता। बेशक वह इसका दाम नहीं चुकाता हो। इससे इस अर्थ में 'मुफ़्तखोरी' की समस्या को बढ़ावा मिलता है कि उपभोक्ता किसी भी जिंस का उपभोग उसका दाम चुकाए बिना ही करना चाहते हैं। यह आगे स्वास्थ्य रक्षा के पैरेटो इष्टतम आवंटन के उल्लंघन की ओर प्रवृत्त करती है क्योंकि स्वास्थ्य रक्षा प्रदाता स्वास्थ्य रक्षा के उपभोक्ताओं से कोई दाम नहीं वसूल सकते। अतः, वे सभी के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुत नहीं करते (उदाहरणार्थ, मच्छरों पर नियंत्रण की लागत केवल कुल लोगों द्वारा ही वहन की जाती है परंतु यह सभी को लाभान्वित करता है। तद्नुसार, मच्छरों पर नियंत्रण पर्याप्त नहीं किया जाता)।

विशेष गुण पदार्थ : स्वास्थ्य रक्षा को प्रायः एक विशेष गुण पदार्थ के रूप में देखा जाता है क्योंकि उत्तम स्वास्थ्य न केवल स्वयं के हित में वांछनीय है बल्कि आर्थिक विकास एवं सामाजिक कल्याण के साथ उसके अंतर्संबंधों के कारण भी वांछनीय है। अतः, स्वास्थ्य रक्षा की आवश्यकता को, न कि उसकी माँग को, इसका उपभोग निर्धारित करना चाहिए। दूसरे शब्दों में, स्वास्थ्य रक्षा का आवंटन उसकी आवश्यकतानुसार होना चाहिए, न कि उसका दाम चुकाने की क्षमतानुसार।

सूचना विषमता : स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार का लक्षण-वर्णन स्वास्थ्य रक्षा के क्रेता और आपूर्तिकर्ता के बीच सूचना विषमता द्वारा किया जाता है। स्वास्थ्य रक्षा व्यवसायी, जो रोगी (यथा, सबसे महत्त्वपूर्ण) को स्वास्थ्य रक्षा प्रदान करता है, भी एक अभिकर्ता होता है जो यह निर्धारित करता है कि रोगी को कितनी स्वास्थ्य रक्षा का उपभोग करना चाहिए। यह बाज़ार विफलता का कारण बनता है क्योंकि यह उस स्थिति की ओर प्रवृत्त करता है जिसे स्वास्थ्य रक्षा हेतु 'आपूर्तिकर्ता-प्रेरित माँग' कहा जाता है। इसका अर्थ है कि कुल स्वास्थ्य रक्षा का कितना भाग उपभोग किया जाए, यह आपूर्तिकर्ता द्वारा तय किया जाता है, न कि उन व्यक्तियों द्वारा जिन्हें स्वास्थ्य रक्षा की दरकार है।

एकाधिकार शक्ति : स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार एकाधिकार शक्ति का भी प्रदर्शन करता है क्योंकि यह 'प्रवेश में अवरोधों' द्वारा अभिलक्षित होता है। ऐसा इसलिए है कि किसी चिकित्सक अथवा अस्पताल की सेवाएँ प्रदान करने के लिए विशिष्ट कौशलों की आवश्यकता होती है।

स्वास्थ्य रक्षा लागत स्फीति : स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार में उभरती प्रवृत्तियों में एक है – स्वास्थ्य रक्षा की उत्तरोत्तर बढ़ती लागतें, जो सक्रिय सरकारी हस्तक्षेप की माँग करती हैं।

उपर्युक्त कारकों, जिन्हें स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार के लिए विशिष्ट माना जाता है, के कारण स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का प्रावधान समता एवं दक्षता दोनों की ख़ातिर सरकारी हस्तक्षेप के लिए एक आदर्श मामला बनता है। दक्षता का अर्थ है, किसी पैरेटो इष्टतम रीति से आवंटित की जा रही स्वास्थ्य रक्षा का गुणधर्म, जबकि समता का अर्थ होता है – समाज के किसी सदस्य की 'भुगतान क्षमता' पर ध्यान दिए बिना ही उसके सभी सदस्यों के बीच स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का निष्पक्ष वितरण।

6.2.1 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की माँग एवं आपूर्ति को प्रभावित करने वाले कारक

स्वास्थ्य रक्षा क्षेत्र के विशिष्ट अभिलक्षणों के आलोक में, यह निर्धारित करने के लिए कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकार कैसे हस्तक्षेप करें, उन कारकों को समझना आवश्यक है जो स्वास्थ्य रक्षा की आपूर्ति और माँग को प्रभावित करते हैं। ये कारक मुख्यतः स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की प्रस्तुति, सुलभता एवं वित्तीयन संबंधी मुद्दों से जुड़े होते हैं।

स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति : स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति अर्थात् सुपुर्दगी का अर्थ है, जनसमुदाय हेतु स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का प्रावधान एवं वितरण। ये सेवाएँ आरोग्यकर, निवारक अथवा पुनर्स्थापक हो सकती हैं और अस्पतालों, स्वास्थ्य केंद्रों अथवा चिकित्सकों के निदान-गृहों में प्रदान की जाती हैं। स्वास्थ्य रक्षा का सार्वजनिक प्रावधान तब होता है जब उक्त संस्थान सरकार द्वारा चलाए जाते हैं और वह स्वास्थ्य रक्षा का लाभ उठाने के बिंदु पर रोगी पर न्यूनतम वित्तीय भारत डालती है। विभिन्न देश सार्वजनिक एवं निजी स्वास्थ्य रक्षा प्रदाताओं के तालमेल के साथ विभिन्न स्वास्थ्य रक्षा प्रणालियाँ अपनाते हैं; यथा, ये सेवाएँ या तो केवल सरकार फिर निजी व सरकारी दोनों के संयोजन द्वारा प्रदान की जाती हैं। कल्याण एवं सामाजिक-आर्थिक विकास परिप्रेक्ष्यों से, स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति की दक्षता उतना ही महत्त्व रखती है जितना कि सेवा-प्रदाता का विकल्प।

स्वास्थ्य रक्षा सुलभता : स्वास्थ्य रक्षा सुलभता का अर्थ है, स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का प्रयोग करने हेतु लोगों की क्षमता। वे कुछ कारण जिनकी वजह से संभवतः स्वास्थ्य रक्षा सुलभ न हो, इस प्रकार हैं – (i) यह महँगी हो सकती है; (ii) यह किसी दूरवर्ती स्थान में अवस्थित हो सकती है; (iii) इसमें लंबी यात्रा अथवा प्रतीक्षा काल शामिल हो सकता है। ऐसे कारकों की वजह से ही स्वास्थ्य रक्षा का मूलतः अर्थ लिया जाता है –'उपचार प्राप्त करने के प्रयास में लगे लोगों के लिए खुले अवसर' (लि ग्रांड, 1982)। स्वास्थ्य रक्षा प्राप्त करने में लोगों द्वारा उपगत धन एवं समय लागतें, तद्नुसार, सुलभता मापने का एक तरीका है। ऑल्सन एवं रोजर्स (1991) के अनुसार, सुलभता ही चिकित्सा संरक्षण के उपभोग का अधिकतम निम्न स्तर है, बशर्ते व्यक्ति की आय, तथा स्वास्थ्य रक्षा का लाभ उठाते समय, समय एव धन लागतें ज्ञात हों।

स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन : स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन का अर्थ है, वे विधियाँ जिनसे धन जुटाया जाता है और स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं के लिए भुगतान किए जाते हैं। इसमें स्वास्थ्य रक्षा अवसंरचना की स्थापना हेतु व्यय (यथा, स्वास्थ्य केंद्र/संस्थान स्थापित करने की लागत) के साथ-साथ स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का लाभ उठाने हेतु लोगों द्वारा उपगत लागत भी शामिल होती है। इस प्रकार का स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन प्रमुखतः निम्नवत् किया जाता है – (i) कर, (ii) स्वास्थ्य रक्षा पर प्रयोगकर्ताओं द्वारा ज़ेब से भुगतान, (iii) स्वैच्छिक निजी बीमा, तथा (iv) सामाजिक बीमा जो कि सामान्यतया अनिवार्य होता है। यदा-कदा, स्वास्थ्य रक्षा का कोई छोटा अंश धर्मार्थ संगठनों से प्राप्त दानराशियों से भी निधिकृत किया जाता है। स्वास्थ्य रक्षा को वित्त प्रदान करने के ये रूप परस्पर अनन्य नहीं होते और आमतौर पर एक-दूसरे के साथ संयोजन में प्रयोग किए जाते हैं। स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति की व्यवस्था, वस्तुतः उसके वित्तीयन से पृथक् की जा सकती है अर्थात् इस बात पर ध्यान दिए बिना कि स्वास्थ्य रक्षा कौन प्रदान करता रहा है, सेवाओं की उपर्युक्त व्यवस्थाओं में से किसी के भी द्वारा निधिकृत किया जा सकता है। स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं की उपलब्धता, यथा, स्वास्थ्य रक्षा की आपूर्ति, उसके प्रयोगकर्ताओं के बीच उसका प्रभावी अथवा सम्यक आवंटन सुनिश्चित करने हेतु एक आवश्यक शर्त तो है परंतु यथेष्ट नहीं। स्वास्थ्य रक्षा सुविधाएँ किसी भी समाज में विद्यमान तो हो सकती हैं परंतु आवश्यक नहीं कि हर व्यक्ति के लिए वे सुलभ हों और वह आवश्यकता पड़ने पर उनका लाभ उठा सकता हो। ऐसा तब होता है जब स्वास्थ्य रक्षा या तो सुगम्य न हो या फिर प्रयोग न की जाती हो।

स्वास्थ्य रक्षा उपयोग : प्रस्तुति एवं सुलभता संबंधी प्रावधान की निर्धारित करते कारक ज्ञात होने पर, स्वास्थ्य रक्षा उपयोग का अर्थ होता है– स्वास्थ्य रक्षा का लाभ उठाने हेतु प्रयासरत लोगों की तत्परता। स्वास्थ्य रक्षा हेतु माँग केवल तभी उठती है जब लोग स्वास्थ्य रक्षा का उपयोग करते हैं। बेशक स्वास्थ्य रक्षा सुलभ्य हो, हो

सकता है कि लोग अज्ञानता अथवा अभिप्रेरक अभाव के कारण वस्तुतः स्वास्थ्य रक्षा का न लाभ उठा रहे हों। ऐसे अनेक अन्य कारण हो सकते हैं जिनकी वजह से संभवतः स्वास्थ्य रक्षा सेवाएँ प्रयोग न की जा रही हों; उदाहरणार्थ, आस्था का अभाव अथवा चिकित्सा सेवाओं की निकृष्ट गुणवत्ता, सांस्कृतिक प्रावरोध, जागरूकता का अभाव, लिंग पूर्वाग्रह, आदि।

6.3 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं में सरकारी हस्तक्षेप

स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं में सरकारी हस्तक्षेप स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति और उसके वित्तीयन कार्यतंत्रों, दोनों, द्वारा औचित्य प्रतिपादित किया जाता है। इन दोनों ही क्षेत्रों में सरकार की भूमिका स्वास्थ्य रक्षा सुलभता और उपयोगिता पर प्रभाव डालती है। समाज में स्वास्थ्य रक्षा का प्रभावी और सम्यक वितरण सुनिश्चित करने के लिए, सरकार मुख्यतः तीन साधन प्रयोग कर सकती है : (i) स्वास्थ्य रक्षा का सार्वजनिक प्रावधान; (ii) स्वास्थ्य रक्षा की लागत का वित्तीयन अथवा आर्थिक साहाय्य; तथा (iii) स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार का विनियमन।

6.3.1 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का सार्वजनिक प्रावधान

स्वास्थ्य रक्षा को दो विस्तृत श्रेणियों में बाँटा जा सकता है, यथा– निवारक तथा आरोग्यकर। रोगहर या आरोग्यकर संरक्षा वह चिकित्सा है जो स्वास्थ्य व्यवसायियों द्वारा किसी ऐसे व्यक्ति को दी जाती है जो बीमार हो। यह बिल्कुल किसी अन्य आर्थिक वस्तु की भाँति ही है जिसका बाज़ार में लेन-देन किया जा सकता है। यदा-कदा, यह संरक्षा महँगी हो सकती है और हो सकता है कि इसका ज़रूरतमंद दाम चुकाने में सक्षम न हो। निवारक संरक्षा में स्वच्छता प्रबंध, स्वच्छ पेयजल, स्वस्थ जीवन-शैली आदि आते हैं। इनमें से अधिकांश लोकहितों के अभिलक्षण दर्शाते हैं और यह असंभाव्य है कि उनके लिए बाज़ार दक्ष हो। ऐसी परिस्थितियों में, एक तरीका जिससे सरकार हस्तक्षेप कर सकती है, वह है, इन सेवाओं को सीधे प्रदान करना। सरकार द्वारा स्वास्थ्य रक्षा के प्रावधान में निम्नलिखित विषयक निर्णय शामिल होते हैं– (i) किस प्रकार की सेवाएँ प्रस्तुत की जानी हैं; (ii) इन सेवाओं को कौन-से जनसमूहों को प्राप्त करना चाहिए; (iii) इन सेवाओं के लिए वित्तीय संसाधन कैसे उत्पन्न किए जाएँ; (iv) इन सेवाओं को निःशुल्क प्रदान किया जाए अथवा सशुल्क, आदि। किसी सेवा को सरकार द्वारा प्रदान किया जाना चाहिए अथवा निजी प्रदाताओं के लिए छोड़ दिया जाना चाहिए, स्वास्थ्य रक्षा की सुलभता और प्रयोग पर प्रभाव डालता है।

6.3.2 स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का वित्तीयन अथवा साहाय्य प्रदान करना

स्वास्थ्य वित्तीयन का प्रयोजन निधिकरण उपलब्ध कराना होता है और साथ ही, स्वास्थ्य सेवा-प्रदाताओं हेतु उचित वित्तीय प्रोत्साहन निर्धारित करना भी, ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि सभी लोगों को वास्तविक स्वास्थ्य रक्षा सुलभ है (WHO, 2000)। तद्नुसार, स्वास्थ्य वित्तीयन के तीन प्रकार्य हैं, यथा– राजस्व संकलन, प्राप्ति एवं समुच्चयन। स्वास्थ्य रक्षा की सुलभता सुनिश्चित करने का उद्देश्य, लोगों के बीमार पड़ने पर उन्हें वित्तीय कठिनाइयों से बचाते हुए, पूर्व-भुगतान की कोई व्यवस्था लागू करने और फिर संकलित वित्तीय संसाधनों का एकत्रीकरण कर हासिल किया जा सकता है। दूसरे शब्दों में, लोग जब स्वस्थ होते हैं तो स्वास्थ्य रक्षा हेतु भुगतान करते हैं और फिर जब वे बीमार होते हैं तो उक्त धनराशि में से रुपया निकालते हैं। आइये,

इसे एक उदाहरण के माध्यम से समझते हैं। मान लीजिए, 100 लोगों का एक समूह है जिनके बीमार पड़ने का जोखिम एकसमान है। मान लेते हैं कि प्रति वर्ष एक व्यक्ति बीमार पड़ता है और रु. 50,000/– का व्यय उपगत करता है। चूँकि बीमार पड़ने जा रहा व्यक्ति अनश्चित है, समूह के सदस्य प्रति वर्ष प्रति व्यक्ति रु. 500/– एकत्र करते हैं। इससे रु. 50,000/– की एक धनराशि बन जाती है। यह धन बीमार पड़ने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य रक्षा व्यय हेतु भुगतानार्थ प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकार, एक अनिश्चित और विशाल व्यय एक निश्चित परंतु लघु व्यय में बदल जाता है। यही है हमारा समुच्चयन या एकत्रीकरण एवं बीमा का मूल सिद्धांत।

किसी भी देश में स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन का अभिकल्पन एक जटिल प्रक्रिया होती है। सरकारों को यह तय करना पड़ता है कि प्रयोगकर्ता अपनी ही जेब से स्वास्थ्य रक्षा हेतु भुगतान करेंगे या फिर स्वास्थ्य रक्षा पर साहाय्य दिए जाएंगे। नीति निर्माताओं को तय करना होता है– (i) सरकारी राजस्व का कितना भाग स्वास्थ्य रक्षा हेतु आवंटित किया जाए; (ii) राजस्व सामान्य करों द्वारा बढ़ाया जाए अथवा उसके लिए अलग से कर लगाए जाएँ; (iii) अनिवार्य स्वास्थ्य बीमा की कोई प्रणाली हो अथवा नहीं; तथा (iv) जन-स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रयोगकर्ता शुल्क हों अथवा नहीं। जब स्वास्थ्य रक्षा का वित्तीयन करों द्वारा किया जाता है तो प्रयोगकर्ता इन सेवाओं को निःशुल्क अथवा किसी आर्थिक सहायता प्राप्त मूल्य पर प्राप्त कर सकते हैं। जब स्वास्थ्य रक्षा का वित्तीयन बीमा द्वारा किया जाता है तो स्वास्थ्य रक्षा हेतु भुगतान का समय उसके प्रयोग के समय से अलग हो जाता है। भुगतान हेतु स्वास्थ्य रक्षा की किसी एकमुश्त लागत को छोटे-छोटे हिस्सों में कर दिए जाने में भी मदद करता है। जब स्वास्थ्य रक्षा हेतु भुगतान जेब से किया जाता है तो क्रेता को ठीक सेवा खरीदते समय या उसका लाभ उठाते समय सेवा का बाज़ार कीमत चुकानी होती है। स्वास्थ्य रक्षा के वित्तीय बोझ के शब्दों में, इसीलिए, जेब से भुगतान सबसे भारी बोझ होता है जबकि कर अथवा सामाजिक बीमा द्वारा अर्थ-प्रबंधित स्वास्थ्य रक्षा सबसे हल्का बोझ होता है। अतएव, पूरी तरह स्पष्ट है कि स्वास्थ्य रक्षा उस समय निम्नवत् सुलभता एवं उपयोगिता दर्शाएगी जब उसका वित्तीय बोझ सर्वाधिक होगा, यथा जब उसे पूर्णतः किसी व्यक्ति के निजी स्रोतों से लब्ध किया जाएगा। बीमा द्वारा स्वास्थ्य रक्षा के वित्तीयन से जुड़े मुद्दों पर चर्चा हम इस इकाई के अगले भाग (6.4) में करेंगे।

6.3.3 स्वास्थ्य क्षेत्र का विनियमन

किसी भी देश की स्वास्थ्य नीति निर्धारित करने में सरकारें अति-महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं, जो कि उसकी जनता की स्वास्थ्य प्रस्थिति तथा स्वास्थ्य रक्षा के वित्तीय एवं ग़ैर-वित्तीय बोझ को प्रभावित करता है। उदाहरण के लिए, सरकार स्वास्थ्य रक्षा उद्योग के अनेक क्षेत्रों को विनियमित करती है, जैसे औषध-निर्माण, चिकित्सा बीमा, रोग-निदान सुविधाएँ, अस्पताल आदि। इस प्रकार के विनियमन दवाओं के दामों, निजी क्षेत्र द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाओं, आदि पर नज़र रखने के लिए किए जाते हैं।

बोध प्रश्न 1 (दिए गए स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें।)

1) स्वास्थ्य रक्षा बाज़ार में सरकारी हस्तक्षेप हेतु तर्काधार को आप किस प्रकार सही ठहराएँगे?

.....

.....

.....

.....

2) स्वास्थ्य रक्षा लोक या जनहित भी है और एक विशेष गुण पदार्थ भी। सिद्ध कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) ऑल्सन एवं रोजर्स ने 'स्वास्थ्य रक्षा की सुलभता' को किस प्रकार परिभाषित किया है?

.....

.....

.....

.....

.....

4) स्वास्थ्य रक्षा सुविधा की उपलब्धता अपना उपयोग सुनिश्चित करने के लिए क्यों एक आवश्यक परंतु अपर्याप्त शर्त है?

.....

.....

.....

.....

.....

5) वे कौन-सी दो श्रेणियाँ हैं जिनमें स्वास्थ्य रक्षा को एक हितकर पदार्थ के रूप में विभाजित किया जाता है? इनमें से कौन-सी श्रेणी किसी भी अन्य आर्थिक हितलाभ की भाँति है और क्यों?

.....

.....

.....

.....

.....

6) वे कौन-से दो मूल संकेतक हैं जो किसी देश की स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन व्यवस्था का निर्धारण करते हैं?

.....

.....

.....

.....

6.4 स्वास्थ्य बीमा

स्वास्थ्य रक्षा व्यय अनिश्चित और अनायास ही होता है। सभी व्यक्ति बीमार नहीं पड़ते। कौन वास्तव में बीमार पड़ता है और कब वह बीमार पड़ता है, चूँकि यादृच्छिक घटनाएँ हैं, चिकित्सा संरक्षा पर कितना व्यय किया जाए, यह अनिश्चित रहता है। कभी-कभी, कोई व्यक्ति उपचार की अत्यंत उच्च लागत दर्शाने वाली बीमारी से ग्रस्त हो सकता है। ऐरो (1963) के अनुसार, इससे स्वास्थ्य एक स्वभावतः बीमायोग्य वस्तु बन जाता है। स्वास्थ्य बीमा स्वास्थ्य रक्षा के वित्तीयन एवं स्वास्थ्य रक्षा की माँग एवं आपूर्ति को प्रभावित करने में एक महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

स्वास्थ्य बीमा के संदर्भ में, हमें सामान्यतः प्रयुक्त चार महत्त्वपूर्ण शब्दों को समझना होता है, यथा– बीमा संरक्षण, बीमा की किश्त, सह-भुगतान/सह-बीमा तथा निगम्य (घटाए जाने वाली) राशियाँ। जब कोई व्यक्ति बीमार पड़ता है और स्वास्थ्य रक्षा पर व्यय करता है तो इसे आय की हानि के रूप में देखा जा सकता है। *बीमा संरक्षण* से तात्पर्य उस धनराशि से है जो कोई व्यक्ति झेली गई हानि हेतु प्रतिपूर्ति के माध्यम से बीमा धारण कंपनी से प्राप्त करेगा। इस संरक्षण का लाभ उठाने के लिए आवश्यक है कि व्यक्ति ने कोई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी खरीदी हो और बीमारी के समय एवं उस वांछित उपचार जिसके लिए वह 'बीमा संरक्षण' प्राप्त करने का पात्र है, से पूर्व यथावत् 'बीमा-किश्तें' भरी हों। तद्नुसार, *बीमा की किश्त* उस पॉलिसी की लागत की भाँति है। इसका अर्थ है– वे नियमित भुगतान जो क्रेता अपनी पॉलिसी के लिए करता है। यह मासिक अथवा वार्षिक आधार पर चुकाई जा सकती है। चुकाई जाने वाली बीमा-किश्त राशि संरक्षण अर्थात् बीमाकृत राशि पर निर्भर करेगी। बीमा संरक्षण की कीमत प्रतीकात्मक ढंग से 'बीमाकृत राशि एवं बीमा-किश्त राशि के अनुपात' के रूप में परिभाषित की जाती है। कोई भी बीमा पॉलिसी *बीमांकिक रूप से उचित* कही जाएगी यदि बीमा कंपनी द्वारा चुकाई गई प्रत्याशित प्रतिपूर्ति राशि (अर्थात् मुआवज़ा) उसके द्वारा वसूली गई बीमा-किश्त के बराबर हो।

जब कोई बीमित व्यक्ति किसी स्वास्थ्य रक्षा पर व्यय करता है तो वह उसका कुछ भाग अपनी जेब से चुकाता है जबकि उसका शेष भाग बीमा कंपनी द्वारा अदा किया जाता है। वह भाग जो व्यक्ति द्वारा स्वयं चुकाया जाता है, *सह-भुगतान* अथवा *सह-बीमा* कहलाता है। उदाहरण के लिए, यदि चिकित्सा संरक्षा पर कुल रु. 1000/– खर्च किए जाते हैं और बीमा कंपनी रु. 800/– अदा करती है तो सह-भुगतान रु. 200/– अर्थात् 20 प्रतिशत होगा। निगम्य राशि एक ऐसा रूप है जिसमें स्वास्थ्य रक्षा की कुल लागत बीमा कंपनी एवं बीमित व्यक्ति के बीच साझा की जाती है। यह कुल लागत का वह भाग होता है जो बीमा के अंतर्गत नहीं आता है। उदाहरण के लिए, मान लीजिए कि बीमारी के इलाज की कुल लागत में डॉक्टर की फ़ीस, दवाओं पर व्यय तथा डॉक्टर के क्लीनिक तक परिवहन व्यय शामिल है। यदि परिवहन की लागत बीमा द्वारा संरक्षित नहीं की जाती है और यह रोगी को अपनी ही जेब से चुकानी पड़ती है तो यह एक निगम्य राशि कहलाएगी।

इससे पूर्व, उपभाग 6.3.2 में, हमने जोखिम समुच्चयन की संकल्पना का ज़िक्र किया था। उस संदर्भ में, यदि हम किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी हेतु बीमा-किश्त के रूप में रु. 500/– के योगदान पर विचार करें तो यह निष्कर्ष सामने आता है कि किसी भी व्यवहार्य बीमा योजना में यह अपेक्षित होता है कि लोग बड़ी संख्या में योजना का हिस्सा हों ताकि प्रति व्यक्ति बीमा-किश्त भुगतान निम्न हो। यहाँ यह भी अपेक्षित है कि प्रत्येक सदस्य को बीमार पड़ने अथवा संभावित हानि उठाने का एक स्वतंत्र अवसर प्राप्त होता हो।

6.4.1 स्वास्थ्य बीमा के प्रकार

तीन प्रकार के स्वास्थ्य बीमा, यथा निजी बीमा, सामाजिक बीमा एवं समुदाय आधारित बीमा परस्पर भिन्न रूप में जाने जाते हैं। जब बीमा पॉलिसियाँ बाज़ार में निजी इकाइयों द्वारा प्रदान की जाती हैं तो *निजी बीमा* कहलाती हैं। ये आमतौर पर स्वैच्छिक होती हैं। बीमा की किश्त किसी भी व्यक्ति के जोखिम मूल्य-निर्धारण एवं स्वास्थ्य रक्षा उपयोगिता के अतीत वृत्तांत पर आधारित होती है। जोखिम जितना अधिक होगा, उतना ही अधिक बीमे की किश्त होगी। उच्च जोखिम वाले लोग संभवतः बीमा में भागीदारी के योग्य न हों, या तो उच्च बीमा-किश्त लागत के कारण या फिर बीमा कंपनियाँ ही उनकी निकृष्ट स्वास्थ्य दशाओं के कारण उन्हें बीमा पॉलिसी नहीं बेचना चाहतीं। यह बात सामाजिक न्याय के सिद्धांत का उल्लंघन करती है क्योंकि बीमा की सर्वाधिक आवश्यकता वाले लोगों को इसके दायरे से बाहर ही छोड़ दिया जाता है। जब बीमा सरकार प्रदान किया जाता है तो यह सामाजिक बीमा कहा जाता है। सामान्यतया, यह अनिवार्य होता है। यह सरकार के किसी कल्याण योजना की भाँति होता है क्योंकि जोखिम के आधार पर बीमा-किश्त वसूल करने की बजाय बीमाधारकों से उनकी 'भुगतान क्षमता' के अनुसार उगाही की जाती है। आमतौर पर, बीमा-किश्त हेतु निधिकरण समानुपाती दरों पर कर्मचारियों के वेतन से, किसी कर की भाँति एकत्र होता है। कुछ देशों में, नियोक्ता कर्मचारियों के लिए बीमा-किश्त का भुगतान करते हैं। कभी-कभी, जनसंख्या के कमज़ोर तबकों के लिए बीमा-किश्त भुगतान सरकार द्वारा आर्थिक सहायता प्राप्त होते हैं। तद्नुसार, यह सुविधा प्राप्त से सुविधाहीन जनसमूहों को आय के पुनर्वितरण की एक विधि है। बीमा का यह रूप सर्वप्रथम उन्नीसवीं शतब्दी के उत्तरार्ध में जर्मनी में बिस्मार्क द्वारा प्रस्तुत किया गया था। मेडिकेयर (medicare) एवं मेडिकेड (medicaid) सामाजिक बीमा पॉलिसियों के वे दो प्रकार हैं जो वर्तमान में अमेरिका में चिकित्सा संरक्षा के निधिकरण एवं स्वास्थ्य रक्षा की सुलभता बढ़ाने के लिए प्रयोग किए जा रहे हैं।

जब बीमा किसी भौगोलिक क्षेत्र विशेष में समुदाय हेतु स्वयं-सहायता के रूप में किसी लाभ-निरपेक्ष संगठन द्वारा आयोजित किया जाता है तो उसे *समुदाय-आधारित बीमा* के रूप में जाना जाता है। ऐसे मामलों में, स्वास्थ्य बीमा की किश्त समुदाय के मूल्य-निर्धारण पर आधारित होती है। इसका अर्थ है कि बीमा-किश्त लोगों की आयु, लिंग, स्वास्थ्य जोखिम एवं स्वास्थ्य रक्षा उपयोगिता संबंधी अतीत वृत्तांत पर ध्यान न देते हुए क्षेत्र की समग्र जनसंख्या के स्वास्थ्य रक्षा उपयोगिता अनुभव पर आधारित होती है। यह निम्न जोखिम लोगों से उच्च जोखिम लोगों को बीमा-किश्त के प्रति-आर्थिक साहाय्य की ओर प्रवृत्त करता है। यह कमज़ोर तबकों के लिए स्वास्थ्य रक्षा की औसत लागत को घटा देता है और स्वास्थ्य रक्षा सुलभता सुधारने में मदद करते हुए समाज के लिए किसी कल्याणकारी योजना की भाँति काम करता है।

6.4.2 बीमा हेतु माँग

यदि किसी व्यक्ति के सामने एक निश्चित आय की बजाय अनिश्चित आय की स्थिति पैदा होती है तो उसकी आय एवं उपयोगिता मापने के उचित तरीके क्रमशः 'प्रत्याशित आय' एवं 'प्रत्याशित उपयोगिता' होंगे। दो संभावनाएँ ज्ञात होने पर कि वह या तो बीमार होगा या फिर स्वस्थ, यदि वह $p = 0.05$ की प्रायिकता के साथ बीमार पड़ता है तो वह $(1 - p) = 0.95$ की प्रायिकता के साथ स्वस्थ होगा। अतः, यदि उसकी आय रु.10000.00 है, और वह बीमार पड़ने पर रु. 1000.00 का स्वास्थ्य व्यय वहन करता है, तो उसकी बीमारी पर रुपया लगाने के बाद उसकी आय होगी– रु. 9000.00। माना उसका उपयोगिता फलन है– $U = \sqrt{I}$, जहाँ I आय को इंगित करता है।

उस वयक्ति की प्रत्याशित आय निम्नवत् निर्धारित की जाएगी–

E (I) = (स्वस्थ होने की प्रायिकता) × (स्वस्थ रहने पर आय) + (बीमार पड़ने की प्रायिकता) × (बीमार पड़ने पर आय)

$= 0.95 \times 10000 + 0.05 \times 9000 = 9500 + 450 = 9950.$

उस व्यक्ति की प्रत्याशित उपयोगिता निम्नवत् निर्धारित की जाएगी–

E (U) = (स्वस्थ रहने की प्रायिकता) × (स्वस्थ रहने पर उपयोगिता) + (बीमार पड़ने की प्रायिकता) × (बीमार पड़ने पर उपयोगिता)

$= 0.95 * \sqrt{10000} + 0.05 * \sqrt{9000} = 0.95 * 100 + 0.05 * 94.9$

$= 95 + 4.7 = 99.7$

बीमार पड़ने पर उस व्यक्ति द्वारा सही गई वास्तविक हानि होगी रु. 1000/– अतएव, प्रत्याशित हानि होगी– 0.05 * 1000 = 50। बीमांकिक रूप से उचित बीमा रु.50/– की बीमा-किश्त हेतु उसे रु. 1000/– की कवरेज बीमा राशि प्राप्त होगी। पूर्ण बीमा एक ऐसा बीमा है जिसमें खरीदी गई कवरेज की राशि बीमार पड़ने के समय उपगत वास्तविक हानि की राशि के बराबर होती है। यदि पूर्ण बीमा किसी उचित दर पर खरीदा जाता है तो बीमार पड़ने पर उसकी आय होगी – रु. 9000 + बीमा कवरेज – बीमा-किश्त' अर्थात् यह रु. 9950.00 के बराबर होगा। उसके स्वस्थ रहने पर आय होगी– रु. 10,000.00 – बीमा-किश्त अर्थात् यह रु. 9950/– के बराबर होगी। अतः, बीमा खरीद कर उसकी आय रु. 9950/– रह जाती है, चाहे वह बीमार पड़े या न पड़े। इस प्रकार, बीमा खरीदने पर कोई भी अनिश्चित आय एक निश्चित आय में बदल जाती है। बीमा खरीदने के बाद उपयोगिता होगी–$\sqrt{9950}$ = 99.7। तद्नुसार, उचित एवं पूर्ण बीमा खरीदने के बाद उपयोगिता प्रत्याशित उपयोगिता के बराबर ही होती है। परंतु यह उपयोगिता निश्चित होती है और जोखिम का कोई अंश दृष्टिगत नहीं होता।

कोई व्यक्ति कितनी कवरेज अर्थात् बीमा राशि खरीदेगा, बीमित एवं अबीमित समूह के प्रति इकाई मूल्य अनुपात (अर्थात् आय) को बीमा-सहित और बीमारहित आय की प्रतिस्थापन सीमांत दर (MRS) से समीकृत करके निर्धारित किया जाता है। यदि रु. k की कोई बीमा-किश्त किसी निश्चित स्वास्थ्य कवरेज (रु. 1 वाला) खरीदने के लिए चुकाई जाती है तो आपेक्षिक मूल्य अनुपात होगा $\frac{k}{1-k}$ । अतः, MRS = $\frac{\text{बीमार होने पर आय का } p\,.\,MU}{\text{स्वस्थ रहने पर आय का } (1-p).\,MU}$, जहाँ p बीमार पड़ने की प्रायिकता है। बीमा के पश्चात्, (i) बीमार होने पर आय = 10000 – बीमा-किश्त + हानि के लिए क्षतिपूर्ति, तथा (ii) स्वस्थ रहने पर आय = 10000 – बीमा-किश्त। अतएव, बीमा के इष्टतम विकल्प के अंतर्गत, यदि बीमा उचित हो –

$$\frac{k}{1-k} = \frac{p}{1-p} \qquad (6.1)$$

उदहारण में, बीमार होने पर आय की सीमांत उपयोगिता (MU) स्वस्थ रहने पर आय की सीमांत उपयोगिता के बराबर होगी अर्थात् रुग्णावस्था में आय स्वस्थावस्था में आय के समान ही होगी। परिणामतः, इसका अर्थ होगा कि वह व्यक्ति पूर्ण बीमा ही खरीदेगा। यदि बीमा उचित से कमतर हो, तो $\frac{k}{1-k} > \frac{p}{1-p}$ समीकरण (6.1) के अनुसार, बीमार होने पर आय की सीमांत उपयोगिता (MU) स्वस्थ रहने पर आय की

सीमांत उपयोगिता से अधिक होनी चाहिए। इसका अर्थ है कि बीमार होने पर आय स्वस्थ रहने पर आय से कम ही होनी चाहिए, क्योंकि जोखिम-विमुख व्यक्ति के अनुसार, आय की सीमांत उपयोगिता आय घटने के साथ घटती ही है। इसका निहितार्थ यह भी है कि व्यक्ति पूर्ण बीमा नहीं खरीदेगा बल्कि पूर्ण बीमा से कम ही खरीदेगा।

6.4.3 स्वास्थ्य बीमा में बाज़ार विफलता

किसी भी बीमित व्यक्ति का व्यवहार किसी अबीमित व्यक्ति से भिन्न हुआ करता है। इससे किसी भी बीमा का दावा किए जाने की प्रायिकता अथवा दावे का आकार बढ़ जाता है। इसके प्रमुख कारण निम्नवत् हैं– एक, बीमित व्यक्ति उत्तम स्वास्थ्य कायम रखने के विषय में लापरवाह हो सकता है क्योंकि उसे अब खराब स्वास्थ्य की लागत अपनी जेब से नहीं भरनी। इससे स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रयास करने की प्रायिकता बढ़ती है। दूसरे, इससे दावे के आकार में भी वृद्धि हो सकती है। ऐसा या तो रोगी की व्यवहारात्मक प्रतिक्रियाओं के कारण हो सकता है या फिर बीमा-प्रदाता की। रोगी, चूँकि वह बीमा द्वारा संरक्षित है, वृहत्तर स्वास्थ्य रक्षा अथवा अपेक्षाकृत महँगी स्वास्थ्य रक्षा की माँग कर सकता है। तीसरे, बीमा-प्रदाता इस तथ्य के आलोक में स्वास्थ्य रक्षा की कीमत बढ़ा सकता है। उपर्युक्त तीनों ही स्थितियों में, स्वास्थ्य बीमा स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की वृहत्तर उपयोगिता की ओर प्रवृत्त करता है, जो कि या तो आदर्शतः वांछित राशि से या फिर व्यक्ति के अपने ही स्वास्थ्य के प्रति अधिक सावधान रहकर निवार्य कारण से कहीं अधिक होती है। इस प्रकार की स्थितियों को 'नीतिक संकट' शब्दावली से स्पष्ट किया जाता है। सह-भुगतान एवं निगम्य राशियाँ नीतिक संकट पर ही नियंत्रण रखने हेतु बीमा कंपनियों द्वारा प्रयुक्त रणनीतियाँ हैं।

सूचना विषमता के कारण एक अन्य प्रकार की स्थिति भी बाज़ार विफलता की ओर प्रवृत्त करती है। यह दो प्रकार की हो सकती हैं– (i) प्रतिकूल चयन; तथा (ii) मलाई उतारना। प्रतिकूल चयन एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें केवल उच्च जोखिम वाले लोग ही बीमा खरीदते हैं। यह सूचना विषमता के कारण संभव होता है जहाँ बीमा कंपनी के पास यह जानने का कोई रास्ता नहीं होता कि बीमा क्रेता निम्न जोखिम वाला व्यक्ति है अथवा उच्च जोखिम वाला। निम्न हानिभय वाले लोग इस बीमा को नहीं खरीदते क्योंकि यह उनके जोखिम स्तर को नहीं दर्शाता। परंतु उच्च जोखिम वाले लोग इस बीमा को खरीदते हैं और संग्रहीत बीमा-किश्तें सभी लोगों के जोखिम का समुच्चयन करने के लिए पर्याप्त नहीं होतीं। इससे बीमा कंपनी को हानियाँ सहनी पड़ती हैं, जिससे बीमा बाज़ार क़ायम नहीं रह पाता है। 'मलाई उतारना' एक अन्य प्रकार की स्थिति है जो कि पुनः सूचना विषमता के कारण उत्पन्न होती है, जहाँ बीमा कंपनी के पास बीमा खरीदने वाले व्यक्ति के जोखिम स्तर विषयक कहीं अधिक जानकारी होती है। यहाँ, बीमा कंपनी अपनी पॉलिसियाँ इस प्रकार अभिकल्पिक करती है कि उनके तहत केवल निम्न जोखिम वाले लोग ही आएँ और उच्च जोखिम वाले लोग बीमा के दायरे से बाहर ही छूट जाएँ। यह स्वास्थ्य रक्षा के अदक्ष आवंटन की ओर भी प्रवृत्त करता है। तद्नुसार, नैतिक संकट एवं जोखिम चयन दोनों ही अदक्ष आवंटनों एवं बाज़ार विफलताओं की ओर प्रवृत्त करते हैं।

बोध प्रश्न 2 (दिए गए स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें।)

1) कोई बीमा पॉलिसी 'बीमांकिक रूप से उचित' कब कही जाती है? किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के सफल होने के लिए आवश्यक शर्त क्या है?

.....

.....

2) 'सामाजिक बीमा' किस प्रकार किसी कल्याण योजना की भाँति होता है?

.....

.....

.....

.....

.....

3) 'प्रतिकूल चयन' किस प्रकार किसी बीमा बाज़ार को अदक्ष अथवा आधारणीय बनाता है? ऐसा क्यों होता है?

.....

.....

.....

.....

.....

4) 'मलाई उतारना' क्या है? यह बीमा बाज़ार को किस प्रकार प्रभावित करता है?

.....

.....

.....

.....

.....

6.5 सार-संक्षेप

स्वास्थ्य रक्षा क्षेत्र के अभिलक्षण हैं– अनिश्चितता, सूचना विषमता, एकाधिकार शक्ति, आदि। ये इस क्षेत्र को ऐसा व्यवहार प्रवण बना देते हैं जिसमें स्वास्थ्य रक्षा प्रस्तुति संबंधी सेवाएँ समाज के सभी वर्गों, ख़ासकर आर्थिक रूप से अलाभांवित तक नहीं पहुँचतीं। इस दृष्टिकोण से, सरकार को न केवल सेवा-प्रदाता की एक प्रमुख निभानी पड़ती है बल्कि निजी प्रदाताओं को नियंत्रित करने के लिए भी आगे आना पड़ता है। एक कार्यतंत्र जिसके द्वारा उच्च स्वास्थ्य व्यय के जोखिम को दूर किया जा सकता है, बीमा बाज़ार को काम करने देना है। बीमा बाज़ार, बहरहाल, दक्षतपूर्वक तभी काम कर सकता है जब बीमित लोगों की संख्या विशाल हो, जिससे बीमा-किश्त की औसत लागत उसके निम्नतम स्तर पर रखी जा सके। विशाल कवरेज एक ऐसी अर्थव्यवस्था में हो सकती है जहाँ अधिकांश कर्मचारी वेतन पाते हों, यथा, किसी अनौपचारिक अर्थव्यवस्था की अपेक्षा कहीं अधिक औपचारिक अर्थव्यवस्था, जहाँ से एक आनुपातिक अंशदान अनिवार्यतः काटा जा सकता है। लेकिन चूँकि ऐसा विकासशील अर्थव्यवस्थाओं में संभव नहीं है, कुशल कार्य-व्यवस्था हेतु दशाएँ विरले ही विद्यमान होती हैं और वहाँ भी सरकारी हस्तक्षेप और संलिप्तता अपेक्षित होती है। सूचना विषमता एवं जोखिम चयन संबंधी मुद्दे बीमा बाज़ार में दख़ल देकर उसे विफल करते हैं। नैतिक संकट संबंधी ऐसी स्थितियों से निबटने के लिए, बीमा बाज़ार उक्त प्रथाओं पर नियंत्रण रखने हेतु रणनीतियों के रूप में सह-भुगतान एवं निर्गम्य राशियों की युक्ति अपनाता है।

6.6 शब्दावली

स्वास्थ्य रक्षा वित्त : इसका अर्थ है, वे विधियाँ जिनके द्वारा स्वास्थ्य रक्षा सेवाएँ शुरू करने व चलाने हेतु धन एकत्र किया जाता है।

स्वास्थ्य रक्षा उपयोगिता : इसका अर्थ है, अपने आर्थिक एवं सामाजिक कारकों की वजह से बाधक सांस्थानिक व्यवस्थाओं पर नियंत्रण कर स्वास्थ्य रक्षा सेवाएँ प्राप्त करने हेतु लोगों की इच्छा।

अपनी ज़ेब से भुगतान : इसका अर्थ है, स्वास्थ्य रक्षा प्राप्त कर रहे लोगों द्वारा स्वयं स्वास्थ्य रक्षा पर व्यय। इसका उच्चतर अनुपात सार्वजनिक स्वास्थ्य रक्षा व्यय के निम्नतर स्तरों को इंगित करता है।

जोखिम चयन : इसका अर्थ है, केवल निम्न जोखिम को बीमित करने हेतु अपनी पॉलिसियों को अभिकल्पित कर (मलाई उतारना) या बीमा बाज़ार में वह 'प्रतिकूल चयन' की स्थिति जिसमें केवल उच्च जोखिम वाले लोग ही बीमा खरीदते हैं।

6.7 कुछ उपयोगी पुस्तकें

1) Fried, Bruce and Laura Gaydos (2002). World Health Systems: Challenges and Perspectives, Chicago: Health Administration Press.

2) Gottret, Pablo & Schieber, George (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank.

3) Health System Financing, WHO, 2008.

6.8 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

बोध प्रश्न 1

1) स्वास्थ्य रक्षा एक आर्थिक हितलाभ है परंतु ऐसे कुछ विशिष्ट अभिलक्षणों के साथ जिनके कारण कीमत संकेत अस्तित्व में नहीं होते, बाज़ार विफलता दृष्टिगत होती है जो सरकारी हस्तक्षेप हेतु एक तर्काधार प्रदान करती है।

2) कुछ स्वास्थ्य रक्षा सेवाएँ, जैसे स्वच्छता प्रबंध, पेयजल, स्वच्छ वायु आदि जनहित हैं क्योंकि ये ग़ैर-प्रतिद्वंद्व एवं ग़ैर-अपवर्ज्यता के अभिलक्षण दर्शाते हैं। परंतु सामाजिक कल्याण से उनकी अंतर्संबद्धता की दृष्टि से, यह एक हितलाभ है जो कि सभी को भुगतान हेतु उनकी वहन क्षमता पर ध्यान न देते हुए, मिलना ही चाहिए।

3) स्वास्थ्य रक्षा उपभोग के अधिकतम लभ्य स्तर के रूप में, जबकि व्यक्ति की आय तथा स्वास्थ्य रक्षा का लाभ उठाने का समय एवं मौद्रिक लागत ज्ञात हों।

4) स्वास्थ्य रक्षा उपयोगिता का अर्थ है, स्वास्थ्य रक्षा प्राप्त करने हेतु लोगों की इच्छा। स्वास्थ्य रक्षा हेतु माँग केवल तभी उठती है जब लोग स्वास्थ्य रक्षा का उपयोग करते हों। बेशक स्वास्थ्य रक्षा सुलभ हो, लोग अनभिज्ञता अथवा प्रेरणाशक्ति के अभाव के कारण वास्तव में स्वास्थ्य रक्षा का लाभ नहीं उठाते। ऐसे अनेक अन्य कारण भी हो सकते हैं जिनकी वजह से स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं का उपयोग नहीं किया जा सकता। उदाहरणार्थ, आस्था का अभाव अथवा

चिकित्सा सुविधाओं की निकृष्ट गुणवत्ता, सांस्कृतिक वर्जनाएँ, जागरूकता का अभाव, लैंगिक पूर्वाग्रह आदि।

5) निवारक एवं आरोग्यकर। इन दोनों में से, आरोग्यकर स्वास्थ्य रक्षा इस अर्थ में किसी भी आर्थिक हितलाभ की भाँति है कि 'भुगतान सामर्थ्य एवं भुगतान तत्परता' दोनों अपने उपयोगी होने के कारण ही कारगर हैं, और यही बात किसी भी आर्थिक हितलाभ पर लागू होती है। इसी अर्थ में यह किसी हितलाभ अथवा जनहित के दायरे में नहीं आता।

6) सकल घरेलू उत्पाद में कुल स्वास्थ्य व्यय का अंश और देश के कुल स्वास्थ्य व्यय में जन-स्वास्थ्य व्यय का अंश। देश में कुल स्वास्थ्य व्यय के प्रति अपनी-ज़ेब से स्वास्थ्य व्यय (OPE) का अनुपात इसको अप्रत्यक्ष रूप से दर्शाता है क्योंकि ये दोनों विलोमतः संबद्ध हैं, यथा OPE जितना अधिक होगा उतनी ही देश में जन-स्वास्थ्य रक्षा वित्तीयन की कोटि निम्न होगी।

बोध प्रश्न 2

1) जब बीमा राशि से प्रत्याशित क्षतिपूर्ति अर्थात् मुआवज़ा बीमा कंपनी द्वारा वसूली गईं बीमा-किश्तों के योग के बराबर होता है। किसी भी बीमा पॉलिसी के सफल होने के लिए अभीष्ट है कि लोग बड़ी संख्या में योगदान का हिस्सा बनें और प्रत्येक सदस्य बीमार पड़ने का स्वतंत्र अवसर रखे।

2) प्रथमतः, यह एक सरकारी बीमा होता है और वृहत्तम भागीदारी सुनिश्चित करते हुए सभी के लिए अनिवार्य होता है। दूसरे, जोखिम के आधार पर बीमा-राशि वसूल करने के स्थान पर उनसे 'भुगतान सामर्थ्य' के आधार पर उगाही की जाती है, जो कि प्रायः आनुपातिक दरों पर कर्मचारियों की वेतन-सूचियों से होता है।

ignou THE PEOPLE'S UNIVERSITY

इकाई 7 जन-स्वास्थ्य सेवाएँ*

संरचना

7.0 उद्देश्य

7.1 विषय प्रवेश

7.2 जन-स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश

7.3 स्वास्थ्य बाह्यताओं का अर्थशास्त्र

7.3.1 उपभोग की सकारात्मक बाह्यता

7.3.2 उत्पादन की नकारात्मक बाह्यता

7.4 महामारी विज्ञान का अर्थशास्त्र

7.5 सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा

7.6 सार-संक्षेप

7.7 शब्दावली

7.8 कुछ उपयोगी पुस्तकें

7.9 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

7.0 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई को पढ़ने के बाद, आप इस योग्य होंगे कि :

- 'जन-स्वास्थ्य' की अवधारणा को 'स्वास्थ्य परिचर्या' की अवधारणा से भिन्न दर्शाते हुए उसे परिभाषित कर सकेंगे;
- 'सामाजिक सीमांत लाभ' और 'सामाजिक सीमांत लागत' संबंधी अवधारणाओं को स्पष्ट कर सकेंगे;
- 'स्वास्थ्य बाह्यता के अर्थशास्त्र' विषय पर चर्चा कर सकेंगे;
- जन-स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसंग में 'महामारी विज्ञान के अर्थशास्त्र' में निहित सरोकारों को स्पष्ट कर सकेंगे; तथा
- 'सर्वव्यापी स्वास्थ्य परिचर्या' संबंधी अवधारणा को स्पष्ट कर सकेंगे।

7.1 विषय प्रवेश

जन-स्वास्थ्य को सी. विन्स्लो द्वारा इन शब्दों में परिभाषित किया गया है– *''पर्यावरण स्वच्छता हेतु संगठित सामुदायिक प्रयासों के माध्यम से रोगमुक्त रहने, दीर्घायु होने और शारीरिक स्वास्थ्य एवं कुशलता संवर्धन करने; सामुदायिक संक्रमणों पर नियंत्रण; निजी स्वच्छता नियमों में व्यक्ति की शिक्षा; रोगों के शीघ्र निदान एवं रक्षात्मक उपचार हेतु चिकित्सयी एवं उपचयी सेवाओं के संगठन तथा सामाजिक तंत्र के विकास संबंधी विज्ञान एवं कला है जो समुदाय में प्रत्येक व्यक्ति हेतु स्वास्थ्य के अनुरक्षणार्थ उपयुक्त जीवन का एक मानक सुनिश्चित करेगा।'* जन-स्वास्थ्य स्वास्थ्य रक्षा (अथवा चिकित्सा परिचर्या) से अनेक प्रकार से भिन्न है। *प्रथम,* जबकि पूर्ववर्ती अपने लाभार्थी के रूप में

* डॉ. अरिजिता दत्ता, कलकत्ता विश्वविद्यालय

समुदाय का ध्यान रखता है, परवर्ती विशिष्ट रोगियों से सरोकार रखता है। जन-स्वास्थ्य संगठनों पर यह आश्वस्त करने का दायित्व होता है कि समुदाय के लोगों के सामान्य स्वास्थ्य के रक्षार्थ आवश्यक सेवाएँ उपलब्ध हों और प्रत्येक को सुलभ हों। इन सेवाओं में अनेक कार्यकलापों का एक समग्र आव्यूह शामिल होता है, यथा रोगवाहक नियंत्रण, कचरा-निपटान प्रबोधन, उन्नत स्वच्छता तंत्र एवं सुरक्षित पेयजल सुनिश्चित करना, सभी को बुनियादी स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करना, बूचड़खाने की बेहतर सफ़ाई, खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करना, जन-स्वास्थ्य संबंधी नियम लागू करना, आदि। *दूसरे,* जबकि जन-स्वास्थ्य रोग से बचाने पर ध्यान केंद्रित करता है, स्वास्थ्य रक्षा उन रोगियों के स्वस्थ होने पर ध्यान केंद्रित करती है जो अस्वस्थ हैं। इन दो व्यवस्थाओं के लाभों की तुलना करने पर हम पाते हैं कि जहाँ किसी बीमार व्यक्ति का इलाज़ कर चिकित्सा रक्षा तत्काल प्रभाव दर्शाती है, वहीं दूसरी ओर, जन-स्वास्थ्य दीर्घावधि में और अधिकांश मामलों में कहीं अधिक महत्त्वपूर्ण रूप से लाभ प्रदान करता है। जन-स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव अशक्तता-समंजित जीवन वर्षों (DALY) एवं स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि कर अति निर्धन वर्ग को ऐसे प्रभावित करता है कि वे परिणामतः 'चिकित्सा गरीबी जाल' और 'निम्न आय क्षमता' वर्ग में फंस जाते हैं।

उपर्युक्त अंतरों के आधार पर जन-स्वास्थ्य सेवाओं के अर्थशास्त्र पर तीन मुख्य उपशीर्षकों के अंतर्गत चर्चा की जा सकती है। प्रथम, बाह्यता का अर्थशास्त्र, जो कि सेवाओं की प्रकृति व उनकी बाज़ार में विद्यमानता को समझने में एक बेहद महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाता है। दूसरा विषय, जो कि अर्थशास्त्र की पुस्तकों में अपेक्षाकृत नया है, महामारी विज्ञान के अर्थशास्त्र पर विचार करता है। तीसरा है, सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा। इन तीनों आयामों में से प्रत्येक पर अलग-अलग भागों में चर्चा इसीलिए 'जन-स्वास्थ्य सेवाओं' पर प्रस्तुत इकाई का विषय एवं विषय क्षेत्र है। परंतु चर्चाओं पर जाने से पूर्व हम इस विषय पर कुछ और जानना चाहेंगे कि जन-स्वास्थ्य पर सार्वजनिक निवेश (यथा, सरकारी निवेश) की प्रकृति क्या रही है और क्यों यह सभी देशों में निम्न स्तर पर ही रहा है।

7.2 जन-स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश

जन-स्वास्थ्य में सार्वजनिक निवेश के महत्त्व पर विचार करें तो सरकार द्वारा किया गया वास्तविक निवेश चिकित्सा रक्षा पर किए गए उसके निवेश से कम ही बैठता है। क्यूबा जैसे कुछ एक देशों को छोड़कर लगभग सभी देशों ने जन-स्वास्थ्य की अपेक्षा चिकित्सा रक्षा पर अधिक व्यय करने की इस प्रवृत्ति को अपनाया है। जन-स्वास्थ्य सुविधाओं की इस व्यापक उपेक्षा के लिए उत्तरदायी प्रमुख कारक इस प्रकार हैं –

- इन सेवाओं में से अधिकांश जनता को दिखाई ही नहीं पड़ती और उनकी आवश्यकता तब नज़र आती है जब वह व्यवस्था विफल हो जाती है।
- जन-स्वास्थ्य प्रणाली सुव्यवस्थित करने की तत्काल लागत आंकलित करना आसान होता है, परंतु दीर्घावधि में उससे प्राप्त लाभों को आँकना नितांत कठिन होता है। इसी कारण, जनता और सरकार प्रायः दीर्घावधि लाभ प्राप्त करने के लिए अल्पावधि लागतों को चुकाने में अनिच्छा दर्शाते हैं।
- जन-स्वास्थ्य एक लोकहित की भाँति है जो समग्र समाज के लिए अनेक सकारात्मक बाह्यताओं को जन्म देता है। तथापि, वह विवाद भी उठता है : जन-स्वास्थ्य का व्यय चुकाने वाले मुख्यतः उससे लाभ उठाने वाले लोग नहीं होते। निजी लाभों एवं सामाजिक लाभों के बीच सुस्पष्ट अंतर की विद्यमानता निजी निवेश के समक्ष आर्थिक अवरोध उत्पन्न करती है और प्रायः असंदिग्ध रूप से

इसे सरकार की ही ज़िम्मेदारी माना जाता है। फिर भी, सरकार के स्तर पर हम जन-स्वास्थ्य की घोर उपेक्षा ही देखते हैं, क्योंकि, इन सेवाओं को सर्वाधिक चाहने वाले लोग लोक-नीति निर्धारण में कोई भूमिका नहीं निभाते। अतएव, अभिजात वर्ग (राजनीतिज्ञ, नौकरशाह एवं दानदाता) द्वारा जन-स्वास्थ्य हेतु धन दिए जाने की इच्छा न्यूनतम रहती है। इसीलिए यह उल्लेखनीय है कि सफल जन-स्वास्थ्य नीतियों वाले अधिकांश विकासशील देश गैर-लोकतांत्रिक शासन प्रणाली वाले ही हैं।

जब भारत ने स्वाधीनता के दौर में प्रवेश किया तो जन-स्वास्थ्य नीतियों में केवल जनसंख्या नियंत्रण उपायों एवं ऊर्द्धव रोग-विशिष्ट कार्यक्रमों (यथा, तपेदिक, कुष्ठ रोग) की ही परिकल्पना की गई। इन कार्यक्रमों को किंचित भी व्यापक रूप से समग्र जन-स्वास्थ्य कार्यक्रम में एकीकृत नहीं किया गया और इस प्रकार इन कार्यक्रमों के प्रति समर्पित कर्मचारीगण अलग-थलग पड़ गए। विशाल जनसंख्या विकास में प्रमुख बाधक रही और इस प्रकार बन्ध्यीकरण हेतु (शिक्षा व अन्य सामाजिक अभिलक्षणों में अंतर्जात उपाय के बिना ही) तकनीक-तंत्री हस्तक्षेप अपनाया गया। जन-स्वास्थ्य सेवाओं को चिकित्सीय सेवाओं के साथ संयोजित कर दिया गया और धन निरंतर जन-स्वास्थ्य संबंधी प्राथमिकताओं से हटकर चिकित्सा-रक्षा संबंधी प्राथमिकताओं की ओर भेजा जाता रहा। सन् 1960 के दशक में जल एवं स्वच्छता प्रबंध को स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र से विलग कर दिया गया और योजनाओं में सफ़ाई निरीक्षकों का किंचित् ही उल्लेख देखा जाने लगा।

ऐसी स्थिति में सरकारी आर्थिक संसाधनों का एक छोटा प्रतिशत ही जन-स्वास्थ्य संबंधी क्रियाकलापों में और शून्य प्राय ही रोग निगरानी में खर्च किया गया। भारतीय अर्थव्यवस्था में वैश्वीकरण की नीतियों के श्रीगणेश के पश्चात्, प्रतिरक्षाकरण को छोड़कर सभी जगह जन-स्वास्थ्य की उपेक्षा जारी ही रही। प्रतिरक्षाकरण के अंतर्गत विपुल धनराशि पल्स पोलियो में झोंक दी गई, जबकि ग्रामीण स्वच्छता प्रबंध एवं जलापूर्ति (व शहरी जलापूर्ति) हेतु धन की उपेक्षा ही की गई। इसी प्रकार, कुछ वर्षों से एचआईवी, एड्स हेतु धन का आबंटन अन्य सभी संक्रामक रोग कार्यक्रमों के कुल योग से भी अधिक रहा। औसत रूप से, राज्य जन-स्वास्थ्य कार्यक्रमों पर अपने स्वास्थ्य बजट का मात्र 10 प्रतिशत ही खर्च करते हैं। इस प्रकार, उपर्युक्त तीन कारणों से जन-स्वास्थ्य में निवेश की व्यापक उपेक्षा देखी जाती रही है।

7.3 स्वास्थ्य बाह्यताओं का अर्थशास्त्र

किसी भी निजी बाज़ार में, जहाँ एक क्रेता और एक विक्रेता धन के बदले (अथवा अन्य वस्तुओं या सेवाओं के बदले) माल अथवा सेवाओं का विनिमय करते हैं, यदि किसी व्यक्ति की कोई गतिविधि (उपभोग अथवा उत्पादन) किसी असंबद्ध व्यक्ति के स्वास्थ्य को प्रभावित करती है तो बाह्यता उत्पन्न होती है। शब्द 'बाह्यता' दरअसल इस कारण से प्रयोग होता है कि – (i) उक्त गतिविधि अथवा लेन-देन से कोई *बाहरी* व्यक्ति (न तो क्रेता, न ही विक्रेता) माल के उत्पादन अथवा उपभोग द्वारा प्रभावित है, परंतु (ii) न तो क्रेता और न ही विक्रेता उस वस्तु और/अथवा सेवा की लागत वहन करता है (अथवा लाभों का उपभोग करता है)। उदाहरण के लिए, किसी इस्पात संयंत्र के किनारे बहने वाली नदी उस कारखाने से बहिष्प्रवाही प्राप्त करती है, जिसके परिणामस्वरूप जल की गुणवत्ता घट जाती है और उस नदी से पकड़ी गईं मछलियों का उपभोग करने वालों के लिए जल प्रदूषण से होने वाले रोगों का ज़ोखिम बढ़ जाता है। उन बीमारियों का बोझ उन मछलियों को खाने वाले लोगों द्वारा झेला जाता है जो उस कारखाने में होने वाले इस्पात के न तो उत्पादक हैं और न ही उपभोक्ता।

इस प्रकार, पूरे समुदाय के लिए एक *नकारात्मक बाह्यता* जन्म लेती है। दूसरी ओर, लोग स्वयं को संक्रामक एक संसर्गजनित रोगों से बचाव हेतु टीका-द्रव्य लेते हैं। एक व्यक्ति एक बार जब टीका-द्रव्य ले लेने के बाद बीमारी फैलाने वाले रोगाणु/संक्रमण के चक्र को क्षीण कर देता है और इस प्रकार वह न केवल स्वयं बल्कि अन्य (जिनके साथ वह समय बिताता है) को भी लाभ प्राप्त पहुँचाता हैं। इस प्रकार, वे लोग टीका-द्रव्य का खर्च न चुकाकर भी संक्रमण से बचाव का लाभ प्राप्त करते हैं। इस स्थिति में, एक *सकारात्मक बाह्यता* का जन्म होता है।

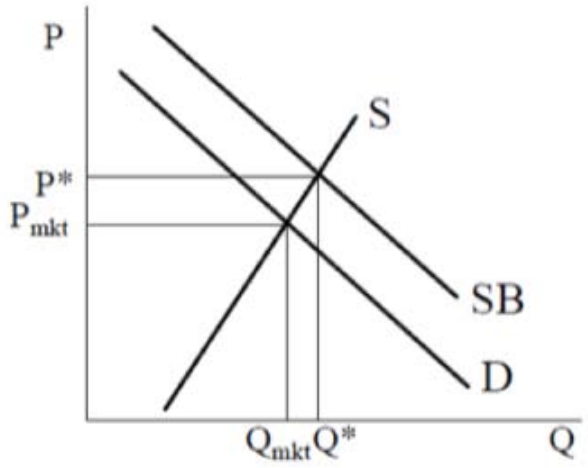
बाह्यताओं वाली वस्तुओं के साथ समस्या यह है कि निजी बाज़ार लेन-देन उन वस्तुओं की प्रभावी मात्राएँ उत्पादित नहीं करते। दूसरे शब्दों में, निजी बाज़ार लेन-देन या तो नकारात्मक बाह्यताओं वाली वस्तु के *अत्युत्पादन* की ओर प्रवृत्त करेंगे अथवा सकारात्मक बाह्यताओं, वाली वस्तुओं के *न्यून उत्पादन* की ओर। यह निष्प्रभाविता आगे चलकर बाज़ार को विफलता में परिणत होती है। ऐसा मुख्यतः इसलिए होता है कि निजी लागत एवं लाभ बाह्यता वाले बाज़ारी लेन-देनों के अंतर्गत सामाजिक लागतों एवं लाभों से काफी भिन्न होते हैं। बाज़ार अभिकर्ताओं की गतिविधियों से संबद्ध सूक्ष्म भेदों को बेहतर समझने के लिए हमें 'सामाजिक सीमांत लाभ' एवं 'निजी सीमांत लागत' की परिभाषाओं को संक्षेप में दोहराने की आवश्यकता है।

किसी भी *सकारात्मक उपभोग बाह्यता* हेतु सामाजिक सीमांत लाभ (SMB) को उपभोक्ताओं को प्रत्यक्ष लाभ (किसी वस्तु की एक अतिरिक्त इकाई का उपभोग कर अर्थात् निजी सीमांत लाभ : PMB) तथा अन्य लोगों पर अध्यारोपित वस्तु के उपभोग से जुड़ी लागत (यथा, ऋणात्मक सीमांत लागत (MC) अथवा अन्य लोगों का व्यय) के कुल योग के रूप में परिभाषित किया जाता है। तद्नुसार, SMB = PMB + MC. इसी प्रकार, **नकारात्मक उत्पादन बाह्यता** से जुड़े किसी भी लेन-देन के लिए सामाजिक सीमांत लागत (SMC) को किसी वस्तु की एक अतिरिक्त इकाई उत्पादित करने हेतु उत्पादकों की प्रत्यक्ष लागत (यथा, उत्पादक की सीमांत लागत अथवा PMC) तथा सीमांत क्षति (MD) यथा, वस्तु के उत्पादन से जुड़े किसी बाहरी व्यक्ति पर अध्यारोपित परंतु उन वस्तुओं के उत्पादकों द्वारा न चुकाई गई कोई भी अतिरिक्त लागत के कुल योग के रूप में परिभाषित किया जाता है। तद्नुसार, सामाजिक सीमांत लागत उत्पादक की सीामांत लागत तथा सीमांत क्षति का कुल योग होगी; यथा, SMC = PMC + MD। इस भेद को समझ लेने के बाद, अब हम उपभोग की सकारात्मक बाह्यता तथा उत्पादन की नकारात्मक बाह्यताओं संबंधी अपनी चर्चा को आगे बढ़ा सकते हैं क्योंकि इन दोनों का ही स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य रक्षा के अर्थशास्त्र से अटूट संबंध है।

7.3.1 उपभोग की सकारात्मक बाह्यता

इस बाह्यता के प्रभाव को स्पष्ट करने के लिए हम सामान्य आपूर्ति एवं मांग प्राधार का प्रयोग करते हैं। उपभोग बाह्यता के अंतर्गत, जन-स्वास्थ्य सेवाओं का आपूर्ति वक्र प्रभावित नहीं होता क्योंकि यह सभी लागतों को लेकर चलता है। परंतु, माँग वक्र के साथ एक समस्या है। यह केवल वस्तु के क्रेताओं को प्राप्त निजी लाभों को ही निरूपित करता है, असंबद्ध **बाहरी** लोगों को प्राप्य लाभों को नहीं। इससे हमको एक नया वक्र बनाना पड़ता है, जिसे 'सामाजिक लाभ' (SB) (अथवा जन-स्वास्थ्य) वक्र कहा जाता है। इसमें क्रेता एवं ग़ैर-क्रेता दोनों के लाभ शामिल होते हैं (चित्र 7.1)। समाज को अतिरिक्त लाभ की विद्यमानता के चलते लोग प्रत्येक कीमत स्तर पर अपेक्षाकृत अधिक जन-स्वास्थ्य सेवाएँ चाहते हैं, और इस प्रकार, SB वक्र सामान्य माँग वक्र के दाएँ ही ठहरा रहता है। कीमत Pmkt एवं मात्रा Qmkt पर बाज़ार लाभ कमाता है, हालाँकि परिणाम दक्षतापूर्ण नहीं होता। दक्ष परिणाम तब होता है जब

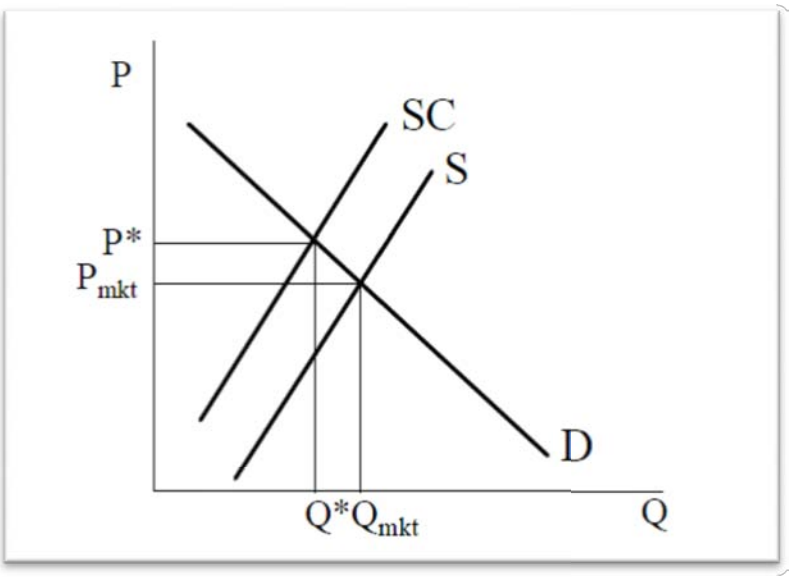
आपूर्ति SB वक्र को काटती है, अर्थात् बिंदु (P*, Q*) पर। यहाँ, $Q_{mkt} < Q^*$, अर्थात् बाज़ार इस वस्तु की प्रभावी मात्रा से कहीं कम उत्पादित कर रहा है। साथ ही, $P_{mkt} < P^*$, अर्थात् बाज़ार कीमत प्रभावी कीमत से कम है।



चित्र 7.1 : सकारात्मक उपभोग बाह्यता युक्त बाज़ार।

7.3.2 उत्पादन की नकारात्मक बाह्यता

हम यहां भी उक्त प्रकार का ही एक माँग-आपूर्ति प्राधार प्रयोग करते हैं, जिसमें बाज़ार परिणाम एक बार फिर दक्ष परिणाम नहीं होता। यहाँ आपूर्ति वक्र केवल उत्पादन की निजी लागतें ही निरूपित करता है, अर्थात् वस्तु उत्पादक हेतु फर्मों द्वारा उपगत लागतें। दूसरे शब्दों में, यह *सभी* लागतें नहीं दर्शाता, नकारात्मक बाह्यता के कारण असंबद्ध अथवा बाह्य अभिकर्ताओं पर अध्यारोपित लागतें इससे बाहर रह जाती हैं। यहाँ, इसी कारण, पुनः एक अन्य वक्र बनाने की आवश्यकता पड़ती है, जिसे सामाजिक लागत (SC) वक्र कहा जाता है। यह उत्पादन लागत एवं बाह्यता लागत दोनों समेत उत्पादन की कुल लागत निरूपित करता है। यह सामान्य आपूर्ति वक्र के बाएँ अवस्थित होता है क्योंकि, बाह्यता की वजह से, आपूर्तिकर्ता प्रत्येक कीमत स्तर पर सामाजिक दृष्टि से वांछनीय से अधिक मात्रा की आपूर्ति करेगा (चित्र 7.2)। दक्ष स्तर, तो वहीं होगा जहाँ माँग वक्र और आपूर्ति वक्र (SC) प्रतिच्छेद करते हों, (P*, Q*)। चूँकि यहाँ, $Q_{mkt} > Q^*$, इसका अनिवार्यतः अर्थ यह है कि बाज़ार इस वस्तु की दक्ष मात्रा से कहीं अधिक उत्पादित करता है, या 'अत्युत्पादन' करता है। इसके अलावा, चूँकि $P_{mkt} < P^*$, यह एक ऐसे स्तर पर भी होता है जहाँ बाज़ार कीमत दक्ष कीमत की अपेक्षा कम हो। नकारात्मक बाह्यताओं वाली वस्तुओं का अत्युत्पादन इस कारण होता है कि क्रेता हेतु निर्धारित वस्तु की कीमत में वस्तु के उत्पादन अथवा उपभोग संबंधी *सभी लागतें* शामिल नहीं होतीं। यदि सभी लागतों का लेखा-जोखा किया जाए तो इन वस्तुओं की कीमत अपेक्षाकृत अधिक होगी और लोग उन्हें कम खरीदेंगे। यदि नकारात्मक बाह्यता की लागत (यथा, ऊपर दिए गए उदाहरण में, जल प्रदूषण से होने वाली हानियाँ) किसी कर के रूप में वस्तु पर अध्यारोपित कर दी जाए तो कर के रूप में माँगी गई अपेक्षाकृत कम राशि 'सफ़ाई करने की लागत' के लिहाज से दक्ष मात्रा की प्रतिपूर्ति कर देगी। उस स्थिति में, उपभोक्तागण उस वस्तु की कम माँग करेंगे और नकारात्मक बाह्यता अंतस्थ हो जाएगी। दूसरे शब्दों में, उक्त कर उस बीमारी की लागत चुकाने हेतु प्रयोग किया जा सकेगा जो इस्पात उत्पादन ने नदी किनारे रहने वाले लोगों पर अध्यारोपित की। इस प्रकार का कर कम से कम किसी दक्षतापूर्ण परिणाम पर पहुंचने में मददगार सिद्ध होगा, बेशक यह अनाभिप्रेत बाह्य दुर्भाग्यशाली उपभोक्ता हेतु एक नकारात्मक बाह्यता ही होगा।



चित्र 7.2 : नकारात्मक उत्पादन बाह्यता युक्त बाज़ार लाभ

सार्वजनिक वस्तुएँ सकारात्मक बाह्यताओं वाली वस्तुओं के उदाहरण हैं। जब किसी नितांत सार्वजनिक वस्तु की एक इकाई उत्पादित की जाती है तो बाज़ार में यह हर व्यक्ति को उपभोगार्थ मिलती है, चाहे वह उसका कीमत चुकाए या न चुकाए। दूसरे शब्दों में, सार्वजनिक वस्तु इन दो विशिष्ट अभिलक्षणों वाली किसी भी वस्तु को कहा जाता है– (i) *गैर-अपवर्ज्यता,* यथा एक बार वस्तु प्रस्तुत कर दिए जाने पर किसी को उस वस्तु का प्रयोग करने से और लाभ उठाने से नहीं रोका जा सकता; और (ii) *गैर-प्रतिद्वंद्विता,* किसी अतिरिक्त व्यक्ति द्वारा उस वस्तु के उपभोग से उस वस्तु के किसी अन्य उपभोगकर्ता को प्राप्य हितलाभ कम नहीं होता।

जन-स्वास्थ्य सेवाओं में सार्वजनिक वस्तुओं के उत्कृष्ट उदाहरण हैं– टीकाकरण सेवाएँ, ठोस अपशिष्ट प्रबंधन, रोगाणु-जनित रोगों का निवारण, आदि। यह तथ्य कि ये वस्तुएँ ग़ैर-अपवर्ज्य हैं, इन वस्तुओं को निजी बाज़ार लेन-देन के माध्यम से दक्षतापूर्वक रूप उपलब्ध कराना बेहद मुश्किल बना देता है। साथ ही, वह लाभ राशि जो हर व्यक्ति प्राप्त करता है, भिन्न-भिन्न हो सकती है और उसे मापना कठिन होता है, जिससे इन वस्तुओं को व्यक्तिगत जीवन में उपलब्ध कराना और कठिन हो जाता है। उदाहरण के लिए, उत्कृष्ट पेयजल उपलब्ध कराने का दायित्व प्रायः सरकार द्वारा ही उठाया जाता है और इससे जन-सामान्य के सभी वर्ग लाभान्वित होते हैं। परंतु, इससे उच्च-आय वर्ग वाले घरों को अपेक्षाकृत कम ही लाभ प्राप्त होता है क्योंकि उनमें से अधिकांश को व्यक्तिगत रूप से खरीदे गए जल-शोधन यंत्र सुलभ होते हैं। इसके दूसरी ओर, प्रावधान से व्युत्पन्न लाभ उन अल्प-आय वर्ग वाले घरों के लिए कहीं अधिक महत्त्वपूर्ण हो जाता है, जिन्हें इस प्रकार के महँगे जल-उपचार उपकरण सुलभ नहीं है। यदि लोगों से ऐसी किसी सार्वजनिक वस्तु का शुल्क लिया जाए जो अल्प-आय वर्ग के लिए लाभकारी हो, तो उन्हें उपलब्ध वस्तु के महत्त्व को कम करके बताए जाने को प्रोत्साहन मिलता है। इसे 'फ्री-राइडर' अर्थात् 'मुफ्तखोरी की समस्या' की संज्ञा दी जाती है। परिणामतः प्रायः देखा जाता है कि किसी भी अर्थव्यवस्था में जन-स्वास्थ्य सेवाओं का न्यून उत्पादन किया जाता है और इस प्रकार दक्षताहीनता को दूर करने के लिए सरकार का सक्रिय हस्तक्षेप आवश्यक हो जाता है।

प्रसिद्ध कोस प्रमेय के अुनसार, जब सुविकसित संपत्ति अधिकार के साथ-साथ लागत रहित सौदाकारी भी विद्यमान हो तो नकारात्मक बाह्यता उत्पादन करने वाले पक्ष और इस प्रकार की बाह्यता से प्रभावित पक्ष के बीच होने वाले समझौते एक सामाजिक रूप से इष्टतम परिणाम ला सकते हैं। उदाहरण के लिए, यदि वह भूमि जहाँ घरों

द्वारा ठोस अपशिष्ट डाला जाता है, किसी व्यक्ति, क्लब अथवा सरकारी एजेंसी के स्वामित्व में हो तो वे प्रदूषण की प्रति इकाई सीमांत क्षति (MD) हेतु चुकाए जाने के लिए उस स्थान पर अपशिष्ट डालने वाले घरों से शुल्क वसूलेंगे।

बोध प्रश्न 1 (दिये गए रिक्त स्थान में अपना उत्तर लगभग 50–100 शब्दों में लिखें)

1) जन स्वास्थ्य के प्रमुख अवयव आप किन्हें मानते हैं– इस पर प्रकाश डालते हुए 'जन-स्वास्थ्य' को अपने शब्दों में परिभाषित करें?

.....

.....

.....

.....

.....

2) क्या 'जन-स्वास्थ्य' 'स्वास्थ्यरक्षा' की ही भाँति होता है? यदि नहीं, तो यह किस प्रकार भिन्न है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) इस बात के तीन कारण बताइए कि सरकारें आमतौर पर 'जन-स्वास्थ्य' की अपेक्षा 'स्वास्थ्य रक्षा' पर अधिक व्यय क्यों करती हैं।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) निजी बाज़ार लेन-देन में 'बाज़ार विफलता' क्यों दिखाई दे जाती है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) 'सामाजिक सीमांत लाभ' तथा 'सामाजिक सीमांत लागत' की परिभाषाएँ स्पष्ट करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6) इस कथन से क्या तात्पर्य है कि किसी नकारात्मक बाह्यता का आंतरीकरण हो गया है।

.....

.....

.....

.....

.....

7) जन-स्वास्थ्य सेवाओं में 'सार्वजनिक वस्तुओं' के कुछ उदाहरण दीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

7.4 महामारी विज्ञान का अर्थशास्त्र

जन-स्वास्थ्य सेवाओं में एक महत्त्वपूर्ण सरोकार संक्रामक रोगों से बचाव की सेवाएँ प्रदान करना है। नवीनतम विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट के अनुसार, वर्ष 2015 में कुल विश्व की मृत्यु संख्या 5.64 करोड़ रही, जिसमें एक-चौथाई से भी अधिक व्यक्ति संक्रामक रोगों से मरे थे। इन मौतों का अत्याधिक भारी बोझ विकासशील देशों द्वारा वहन किया जाता है। तपेदिक, मलेरिया, अतिसार, गंभीर श्वास रोग, आदि से रुग्णता एवं मृत्यु संख्या ऐतिहासिक काल से गंभीर विषय रहे हैं और संबद्ध लोकनीति ने सदा ही उनके आपात के साथ-साथ उनकी व्यापकता को भी घटाने का प्रयास किया है। एपिडेमिऑर्लोजीकल ट्रांज़ीशन थ्योरी (उमरान, 1971) के अनुसार, रोगों का स्वरूप आर्थिक विकास के प्रक्षेप-पथ पर एक छोर से दूसरे छोर तक परिवर्तनशील रहता है। जब अर्थव्यवस्थाएँ अपने विकास के आरंभिक चरणों से गुज़र रही होती हैं तो संक्रामक रोग प्रबल होते हैं, परंतु जैसे ही वे विकास के पथ पर अग्रसर होती हैं, जन-स्वास्थ्य सेवाएँ सुधारती हैं और इन रोगों का आपात घट जाता है। तथापि, कुछ जीवन-शैली व्याधियाँ, जो मुख्यतः व्यक्तिगत आदतों एवं व्यवसाय से जुड़ी होती हैं, सामने आती हैं। संक्रामक रोगों की आशंका भी सदा ही बनी रहती है। उदाहरणार्थ, असुरक्षित संभोग, इंजेक्शन लगाकर दवा लेना, आदि व्यक्तिगत स्वास्थ्य गतिविधियों से जुड़ा

एक संसर्गजन रोग– एचआईवी/एड्स 1980 के दशक में अंतर्व्याप्त रोग हो गया। अन्य संक्रामक रोगों की भाँति इस रोग ने भी लोकनीति निर्माताओं का बहुत ध्यान आकृष्ट किया। यह सार्वजनिक क्षेत्र की पूर्वोपाय तैयारी के अंतर्गत व्यापक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराकर जन-जागरूकता लाकर रोग की रोकथाम के माध्यम से मृत्यु पर नियंत्रण करने पर अभिलक्षित था।

यद्यपि संक्रामक रोग रुग्णता एवं मृत्यु संख्या तथा इसी कारण, सभी विकासशील देशों में उत्पादकता क्षय के प्रमुख कारण रहे हैं, अर्थशास्त्रियों ने जन-स्वास्थ्य कार्यक्रमों व उनके मूल्यांकनों को आरेखित करने में किंचित ही सहभागिता निभाई है। समस्त विचार-विमर्श पर चिकित्सा एवं जन-स्वास्थ्य व्यावसायियों का आधिपत्य रहा है। तथापि, आर्थिक मूल्यांकन एवं नीति विकल्पों की प्रस्तुति समग्र आर्थिक विकास के संदर्भ में निर्णायक महत्त्व रखते हैं। बाज़ारोन्मुखी अर्थव्यवस्थाओं में अर्थशास्त्रियों ने जन-स्वास्थ्य सेवाओं की पूर्व उल्लिखित लोकहित संबंधी प्रकृति के कारण उन्हें उपलब्ध कराए जाने के अनेक सरकारी हस्तक्षेपों का सुझाव दिया है।

महामारी विज्ञान के अर्थशास्त्र विषयक पाठ्यसामग्री को तीन विशिष्ट वर्गों में बाँटा जा सकता है। *प्रथम,* आर्थिक एवं जैविक महामारी विज्ञान संक्रामक रोगों की अल्पाधिक एवं दीर्घावधि व्यापकता संबंधी अपने-अपने पूर्वानुमानों में कितनी भिन्नता रखते हैं। अर्थशास्त्रियों का तर्क है कि संक्रामक रोग मुख्यतः वैयक्तिक एवं सामाजिक स्तर पर रोकथाम हेतु माँग तथा रोगों के आपतन के फैलाव के बीच जटिल अंतर्क्रियाओं के कारण फैलते हैं। वे रोग आपतन में वृद्धि की रोकथाम हेतु माँग में वृद्धि का आकलन करने का प्रयास करते हैं। जैविक महामारी विज्ञान-आधारित विश्लेषण देखता है कि व्यक्तिगत स्वास्थ्य व्यवहार संबंधी विभिन्न प्रतिमान किस प्रकार रोग नियंत्रण को प्रभावित करते हैं। आर्थिक महामारी विज्ञान-आधारित अध्ययन अर्थव्यवस्था में रोगों के स्वरूप के कारण व्यवहारात्मक परिवर्तनों के निहितार्थों का विश्लेषण करता है। इस प्रकार के अध्ययन यह पता लगाने का प्रयास करते हैं कि व्यवहार में आए ये परिवर्तन अनिवार्यतः संक्रामक रोगों की रोकथाम हेतु *निजी माँग की व्यापकता लोच* का आकलन कर कहाँ तक व्यापक जन-स्वास्थ्य उपायों को प्रभावित कर सकते हैं। इस प्रकार के लोच-संबंधी अनुमान रोग प्रकोप के प्रत्युत्तर में व्याप्त माँग के उन परिवर्तनों का एक मापदंड प्रदान करते हैं जो विभिन्न देशों एवं उपक्षेत्रों में भिन्न-भिन्न होते हैं। इस प्रकार की भिन्नताएँ विभिन्न संक्रामक रोगों में भी पाई जाती हैं। तद्नुसार, टीका-रोकथाम योग्य रोगों (जैसे तपेदिक, यकृत शोथ, खसरा, चेचक आदि) हेतु लोच काफी अधिक हो सकती है क्योंकि लोग उनसे बचाव हेतु और अधिक टीका-द्रव्यों की माँग कर सकते हैं। संक्रामक रोगों से बचाव हेतु *निजी माँग की व्यापकता लोच* संबंधी सिद्धांत के दो महत्त्वपूर्ण निहितार्थ हैं; यथा– (i) संक्रामक रोगों की वृद्धि स्वयं-सीमाकारी हो सकती है क्योंकि इससे रोकथाम हेतु निजी माँग में परिवर्तन आते हैं; तथा (ii) रोग का संपूर्ण उन्मूलन कर दिए जाने से पूर्व ही रोग की ह्रासोन्मुखता रोकथाम प्रयासों की गति धीमी कर सकती है (जहाँ जन-स्वास्थ्य हस्तक्षेपों की गहनता क्षीण से क्षीणतर होते जाने की प्रवृत्ति रहती है)।

दूसरे, महामारी-विज्ञान अर्थशास्त्र कुछ संक्रामक रोगों के उन्मूलन हेतु जन-स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभाव का मूल्यांकन करने का प्रयास करता है। किसी रोग का उन्मूलन वर्तमान जनसंख्या की दृष्टि से संभवतः पैरेटो इष्टतम न हो क्योंकि जनसंख्या के एक बड़े हिस्से के लिए टीकाकरण की लागत लुप्तप्राय रोग को और कम करने से व्युत्पन्न लाभों से कहीं अधिक बैठती है। तथापि, उसे जारी रखना पड़ता है, बेशक लागत-लाभ विश्लेषण उनके विपरीत हो, क्योंकि भावी पीढ़ी का भी ध्यान रखा जाना है और इस कारण परिवर्तनशील बाज़ार की टीका-रोकथाम योग्य रोगों में सतत् भागीदारी

आवश्यक होती है। यद्यपि जन-स्वास्थ्य नीतियों ने लगभग सभी देशों में कीमत साहाय्यों एवं अनिवार्य प्रतिरक्षाकरण कार्यक्रमों का प्रस्ताव कर भावी पीढ़ियों के लुप्त बाज़ारों को नियंत्रित करने का प्रयास किया है, अनेक मामलों में वे सफल नहीं रही हैं। इस क्षेत्र में कार्यरत अर्थशास्त्री यह मानकर चलते हैं कि *वृंद-उन्मुक्ति* के आपतन के कारण किसी भी जनसमुदाय में उच्चतर टीका संरक्षण ग़ैर-टीकाकृत लोगों के लिए प्रबलतर सकारात्मक बाह्यता प्रदान करता है। अतएव, ग़ैर-टीकाकृत लोगों के समक्ष अनिवार्य कार्यक्रमों में नामांकित होने के लिए आर्थिक सहायता दिए जाने पर भी कम प्रलोभन होता है। रोग की व्यापकता लोच परिदानों की कीमत लोच को कम कर देती है और इससे परिरक्षीकरण कार्यक्रम की वर्धित अनिवार्य संरक्षण की कुल प्रभावी माँग घट जाती है। साहाय्य प्राप्त लोगों की ओर से माँग में वृद्धि इतर-संरक्षण प्राप्त लोगों की माँग में ह्रास द्वारा अंशतः अथवा पूर्णतः समंजित हो जाती है।

तीसरे, महामारी-विज्ञान अर्थशास्त्रियों के कार्य ने किसी बीमारी से क्षेम हानि एवं चिकित्सा अनुसंधान से क्षेम लाभों को मापने में योगदान दिया है। किसी रोग की व्यापकता से क्षेम की आभासी हानि को जोखिमी व्यक्तियों के व्यवहार पर किसी यादृच्छिक कर के रूप में संयोजित किया जा सकता है। यह कर जोखिमी गतिविधियों (जैसे धूम्रपान, मद्यपान आदि) हेतु माँग को विकृत करेगा, जिससे वे जोखिमी उपभोग छोड़ देने को अभिप्रेरित होंगे जबकि, साथ ही, वे बेहतर साफ़-सफ़ाई एवं पेयजल आपूर्ति संबंधी निवेश आवश्यकताओं में भी योगदान करेंगे। इस प्रकार, का सरल 'रुग्णता विश्लेषण लागत' रोग प्रतिमान एवं उन्नत स्वास्थ्यरक्षा अवसंरचना से उत्पन्न कुल क्षेम हानि अथवा लाभ पर विचार नहीं कर पाता।

7.5 सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा

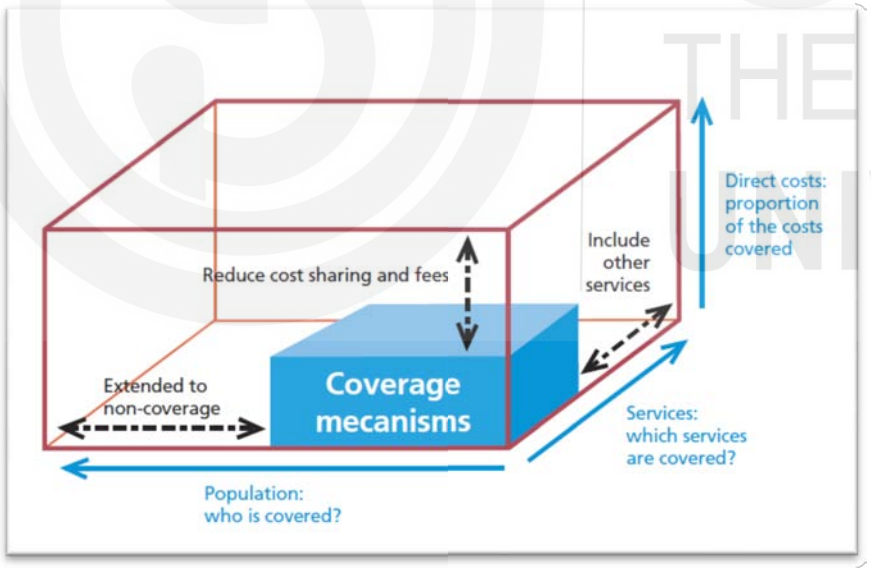
सर्वव्यापी स्वास्थ्य-रक्षा अथवा संरक्षण (UHC) तब दिखाई देता है जब किसी अर्थव्यवस्था में सभी लोग बिना व्यक्तिगत वित्तीय विपत्ति का सामना किए अपनी आवश्यकतानुसार उत्तम स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त कर पा रहे हों। उक्त संरक्षण (UHC) के दो मुख्य अवयव हैं– (i) अपनी-अपनी आवश्यकतानुसार लोगों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग; तथा (ii) ऐसा करने के आर्थिक परिणाम। सर्वप्रथम, उद्देश्य यह है कि हर व्यक्ति को स्वास्थ्य सेवाओं की एक संपूर्ण श्रृंखला सुलभ हो, जिसमें शामिल हों– प्रवर्तन, निवारण, उपचार, पुनर्वास एवं उपशामक रक्षा। उक्त शब्द सर्वव्यापी (अथवा परिभाषा में हर व्यक्ति) का निहितार्थ सर्वसुलभता से जुड़ी निष्पक्षता का प्रबल मुद्दा है।

दूसरा उद्देश्य स्वास्थ्य रक्षा प्राप्त करने से जुड़े वित्तीय जोखिम से संरक्षण सुनिश्चित करना है। दूसरे शब्दों में, इसका अर्थ है कि स्वास्थ्य रक्षा के सदुपयोग हेतु लोगों को किसी भी प्रकार का वित्तीय जोखिम झेलने के लिए बाध्य न किया जाए। इस बात पर ध्यान देने का सर्वोत्तम तरीका है कि सभी लोगों के लिए जन-स्वास्थ्य रक्षा प्रावधान निःशुल्क हों। वित्तीय जोखिम के आंशिक संरक्षण की स्थिति में, स्वास्थ्य हेतु 'अपनी जेब से व्यय' (Out of pocket expenditure) विपत्तिपूर्ण स्वास्थ्य रक्षा व्यय में परिणत नहीं होना चाहिए अर्थात् यह घर के ग़ैर-खाद्य व्यय के 40 प्रतिशत से अधिक नहीं होना चाहिए। इन दोनों को संयोजित कर उक्त संरक्षण (UHC) चिकित्सा ग़रीबी जाल के प्रसार को कम करने का प्रयास करता है जिसके चार परिणाम होते हैं– (i) अनुपचारित रुग्णता, (ii) स्वास्थ्य रक्षा हेतु घटी सुलभता, (iii) दीर्घावधि दरिद्रण, तथा (iv) औषधियों का अनुचित प्रयोग।

कुल 153 देशों से प्राप्त सांख्यिकीय रुझानों के एक नवीन अध्ययन (वर्ष 2012 में 'द लैन्सिट' में प्रकाशित) में पाया गया कि स्वास्थ्य संरक्षण जितना अधिक व्यापक होगा,

अपेक्षाकृत गरीब लोगों को होने वाले वृहत्तम लाभों के साथ आवश्यक स्वास्थ्य रक्षा एवं उन्नत जनस्वास्थ्य उतना ही अधिक उत्कृष्ट होगा। अनेक देशों ने वित्तीय संरक्षण के लिहाज से उक्त संरक्षण (UHC) से भरपूर लाभ उठाया है। थाईलैंड उन देशों में एक है जो करों, अनिवार्य स्वास्थ्य बीमा एवं वैकल्पिक निजी बीमा के मिश्रण का प्रयोग कर उक्त संरक्षण (UHC) से काफ़ी लाभान्वित हुआ है। इस प्रकार, थाईलैंड प्रत्यक्ष 'अपनी जेब से व्यय' का कुल स्वास्थ्य व्यय के लगभग 18 प्रतिशत, तक घटा पाने में सफल रहा है अर्थात् यह भी देशों की तुलना में एक निम्नतम अनुपात आकलित किया गया है।

वर्तमान संरक्षण स्तरों का मूल्यांकन करने और संरक्षण का प्रसार बढ़ाने हेतु कार्यनीतियाँ बनाने में देशों द्वारा तीन प्रश्नों का उत्तर दिया जाना अपेक्षित है– (i) संरक्षण किसको प्राप्त होगा?; (ii) किन सेवाओं को संरक्षण प्रदान किया गया है (और गुणवत्ता के किस स्तर पर)?; तथा (iii) सेवाओं का मूल्यांकन करते समय नागरिकों को कितना वित्तीय संरक्षण उपलब्ध है। यह एक घनाकृति निरूपित करता है, जो कि चित्र 7.3 में दर्शायी गई है। किसी भी देश का परम उद्देश्य इस घन को भरना ही होना चाहिए, हालाँकि अब तक कोई भी देश इसे हासिल करने में सफल नहीं रहा है। उक्त संरक्षण (UHC) की दिशा में प्रगति करने का सर्वोत्तम तरीका है– देश के लिए सर्वाधिक उपयुक्त रणनीति तैयार करने में सभी संबद्ध पणधारियों (जन सामान्य समेत) को शामिल किया जाए। यह रणनीति हर धुरी पर एक छोर से दूसरे छोर तक कार्यवाइयों एवं निवेशों को प्राथमिकता तो दे ही, इस बात को भी मान्यता दे कि व्यापार सम प्रत्ययन आवश्यक है और आवश्यकताएँ वक्त के साथ बदलती रहती हैं (अर्थात् जब अर्थव्यवस्था का विकास होता है तो जनसमुदाय की आयु बढ़ती है अथवा रोग का बोझ किसी और को अंतरित हो जाता है)।

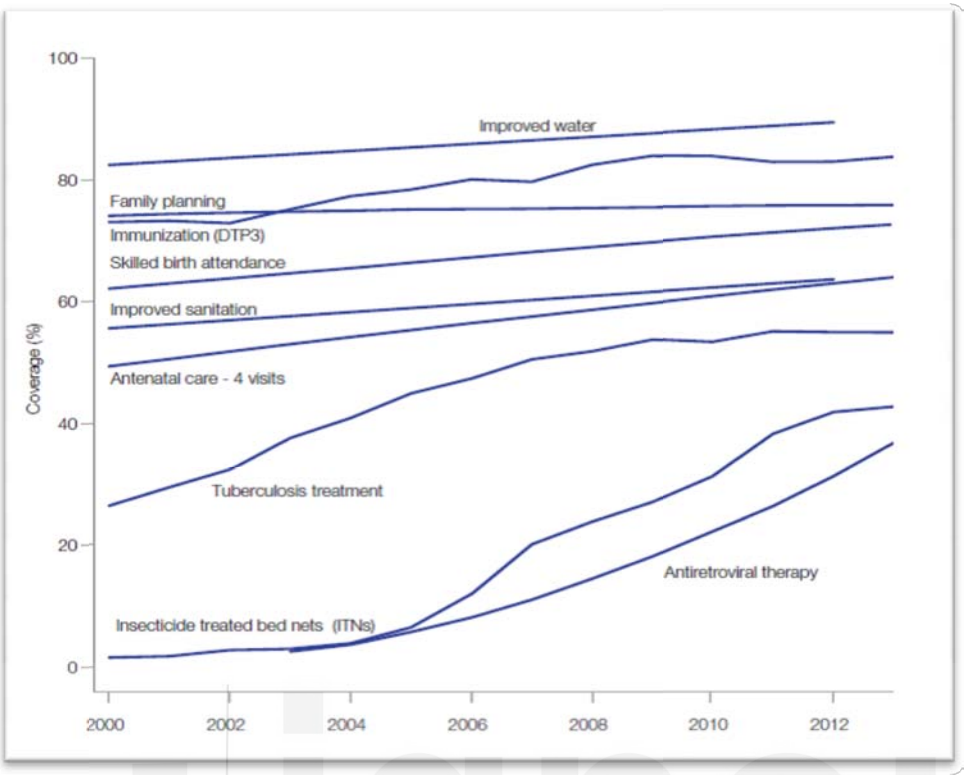


(1)लागत साझेदारी एवं फीस घटाएँ; (2) सेवाएँ कौन-सी सेवाएँ संरक्षित हैं?; (3) अन्य सेवाओं को शामिल करें ; (4) संरक्षण कार्य विधि (5) ग़ैर-संरक्षण तक विस्तारित; (6) जनसमुदाय– कौन संरक्षित है? (7) प्रत्यक्ष लागत-संरक्षित लागतों का अनुपात

चित्र 7.3 : सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा की ओर

स्रोत : डब्ल्यू.एच.ओ., 2015, ट्रैकिंग यूनिवर्सल हैल्थ कवरेज

जन-स्वास्थ्य से संबद्ध कुछ सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा (UHC) सूचकों की दृष्टि से, वैश्विक प्रबोधन प्राधार द्वारा प्रस्तावित 80 प्रतिशत न्यूनतम को वैश्विक जनसंख्या संरक्षण पहले ही पार कर चुका है (चित्र 7.4)।



चित्र 7.4 : सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा सूचकों के वैश्विक सूचकों के रुझान (2000–2013)

स्रोत : वर्ल्ड बैंक, 2015

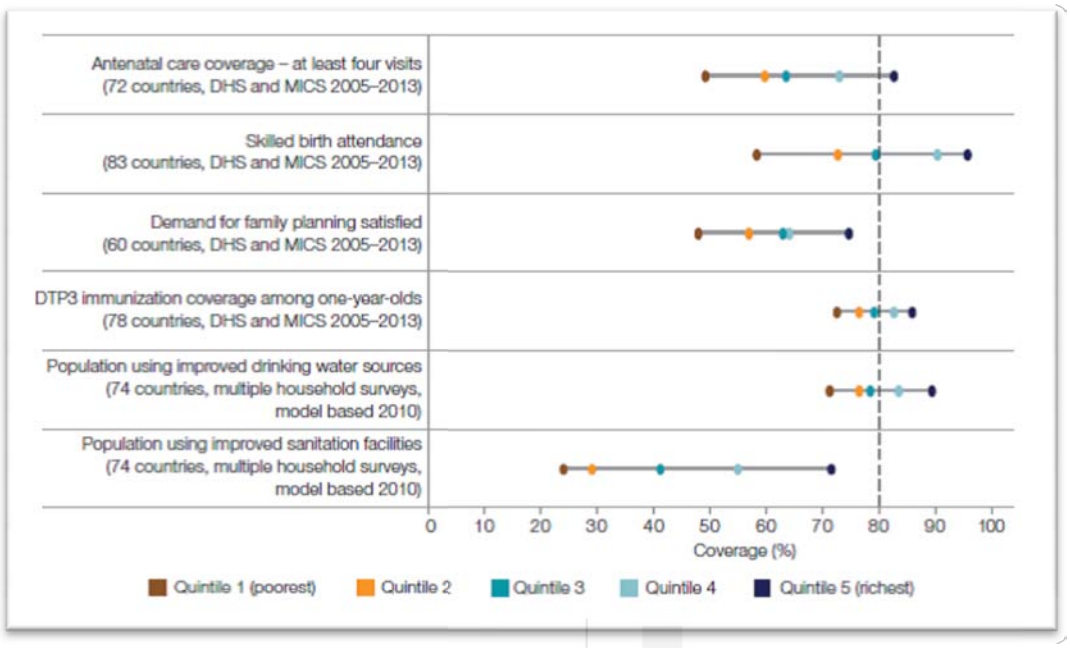
(1) उत्कृष्ट जल; (2) परिवार नियोजन; (3) टीकाकरण; (4) दक्ष प्रसव सहायक; (5) उन्नत सफाई प्रबंध; (6) प्रसवपूर्व 4 रक्षा-दौरे; (7) तपेदिक का उपचार; (8) कीटनाशी-उपचारिक मच्छरदानियाँ; (9) एंटीरेट्रोवाइरल चिकित्सा।

यह डीटीपी–3 टीकाकरण हेतु सत्य है जो कि वर्ष 2013 में 84 प्रतिशत एक-वर्षीय शिशुओं तक पहुँच गया। यह जन-स्वास्थ्य हेतु गहन निहितार्थ रखने वाले उत्कृष्ट जल-स्रोतों (एक प्रमुख ग़ैर-स्वास्थ्य क्षेत्र चर) की सुलभता के विषय में भी सत्य है।

प्रजनन एवं मातृत्व स्वास्थ्य सूचकों के लिहाज से, 73 प्रतिशत प्रसव किसी कुशल प्रसूति सहायक की उपस्थिति में ही होते हैं। बहरहाल, कुछ क्षेत्रों में अब भी काफ़ी अभाव देखा जाता है।

एचआईवी/एड्स के मरीजों के लिए एंटीरेट्रोवाइरल उपचार (ART) की सुलभता कम ही बनी हुई है, जहाँ केवल 37 प्रतिशत लोग ही उक्त उपचार (ART) प्राप्त करते हुए एचआईवी के साथ रह रहे हैं। तपेदिक रोग के लिए अनुमानित 64 प्रतिशत मामलों का पता लगाया गया है जिनमें से 84 प्रतिशत का सफलतापूर्वक इलाज किए जाने की रिपोर्ट है।

अंततः, सफ़ाई प्रबंध की सुलभता एक प्रमुख चिंता का विषय बनी हुई है, जहाँ विश्व की 36 प्रतिशत जनसंख्या को उत्कृष्ट स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं की सुलभता का अभाव है, जिससे उन्हें अतिसार, हैजा एवं आंतज्वर आदि अनेक जल-जनित रोगों का खतरा बना ही हुआ है। परिवार नियोजन संरक्षण, यद्यपि अपेक्षाकृत उच्च है, ने वर्ष 2000 से वस्तुतः कोई सुधार नहीं दर्शाया है। यद्यपि जन-स्वास्थ्य सेवाओं की व्यापकता पिछले दशक में यथेष्ट रूप से बढ़ी है, फिर भी देशों में विभिन्न आय समूहों के बीच अब भी विशाल अंतर देखे जाते हैं। सफ़ाई प्रबंध, दक्ष प्रसूति सहायक एवं प्रसवपूर्व सेवाओं की सुलभता के लिए पक्षपात के उच्चतम स्तरों वाले सूचक देखे जाते हैं (चित्र 7.5)।

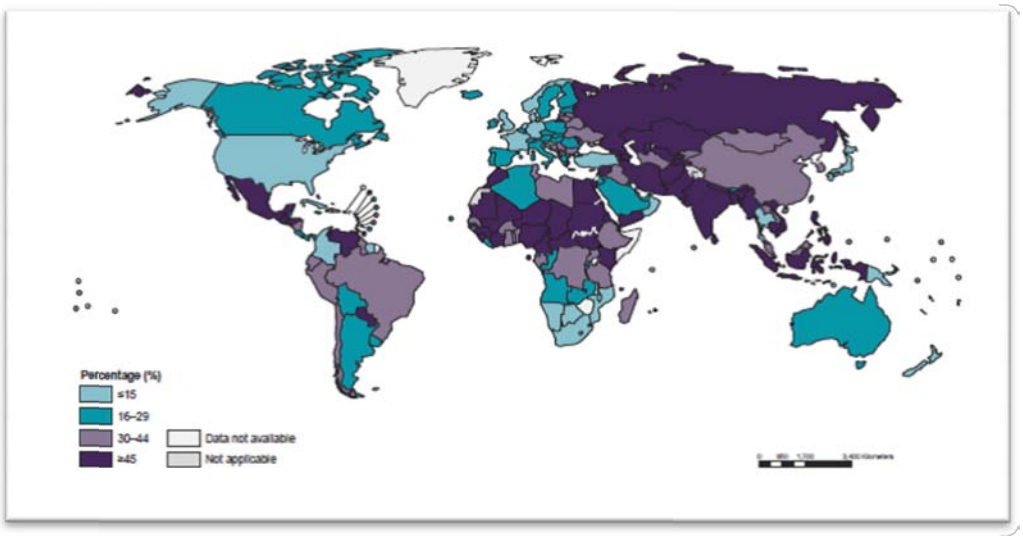


चित्र 7.5 : निम्न एवं मध्यम आय देशों में धन संपत्ति पंचक द्वारा चुनिंदा हस्तक्षेपों की माध्यिक व्यापकता

स्रोत : वर्ल्ड बैंक, 2015

(1)प्रसवपूर्व रक्षा संरक्षण– कम से कम चार दौरे (72 देश); (2) दक्ष, प्रसूति सहायक; (3) परिवार नियोजन की माँग पूरी; (4) टीकाकरण संरक्षण– एक वर्ष तक के बच्चों तक का; (5) उत्कृष्ट पेयजल स्रोत प्रयोग करने वाली जनसंख्या (74 देश, बहु-गृह सर्वेक्षण, आदर्श आधार 2010) (6) उन्नत स्वास्थ्य रक्षा सुविधाएँ प्रयोग करने वाली जनसंख्या (74 देश, बहु-गृह सर्वेक्षण, आदर्श आधार 2010)

वित्तीय संरक्षण के लिहाज से, अमीर एवं गरीब देशों के बीच स्वास्थ्य एवं 'अपनी जेब से व्यय' करने पर सामान्य सरकारी खर्च बहुत भिन्नता दर्शाता है। निम्न एवं निम्नतर-मध्यम-आय देशों में लोग उच्च-आय देशों में रहने वाले लोगों की अपेक्षा कहीं अधिक 'अपनी जेब से व्यय' करते हैं। सर्वाधिक संवेदनशील क्षेत्र है– दक्षिण एशिया, जहाँ इस क्षेत्र-स्थित देशों में रहने वाले लोग औसतन 'अपनी जेब से व्यय' करने को बाध्य हैं, जो कि कुल स्वास्थ्य व्यय का 50 प्रतिशत तक हो जाता है (चित्र 7.6)।



चित्र 7.6: स्वास्थ्य पर कुल व्यय, 2013 की प्रतिशतता के रूप में स्वास्थ्य पर अपनी जेब से व्यय।

स्रोत : वर्ल्ड बैंक, 2015

प्रतिशतता आँकड़े उपलब्ध नहीं प्रयोज्य नहीं

संक्षेप में, सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण (UHC) के अंतर्गत मूलभूत स्वास्थ्य रक्षा की व्यापकता निम्न एवं मध्यम-आय देशों में यथेष्ठ रूप से बढ़ी है, हालाँकि पक्षपात एवं वित्तीय संरक्षण संबंधी चिंताएँ अब भी विद्यमान हैं।

बोध प्रश्न 2 (अपना उत्तर दिये गए स्थान में लगभग 50–100 शब्दों में लिखें)

1) 'निजी माँग की व्यापकता लोच' क्या आकलित करने का प्रयास करती है?

.....

.....

.....

.....

.....

2) संक्रामक रोगों के लिए 'निजी माँग की व्यापकता लोच' सिद्धांत के कोई दो महत्त्वपूर्ण निहितार्थ बताइए।

.....

.....

.....

.....

3) बाज़ारों का परिवर्तनशील स्वभाव टीका-रोकथाम योग्य बीमारियों से बचाव में निरंतर जुटे रहने की आवश्यकता क्यों बनाए रखता है?

.....

.....

4) किसी सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण (UHC) के दो प्रमुख अवयव क्या होते हैं? उनके निहितार्थ क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

5) सर्वव्यापी स्वास्थ्य संरक्षण घन के प्रमुख संघटक बताएँ।

.....

.....

.....

.....

.....

7.6 सार-संक्षेप

यह इकाई जन-स्वास्थ्य सेवाओं के अर्थशास्त्र पर चर्चा प्रस्तुत करती है, जो कि विशेषकर विकासशील देशों पर आधारित है। प्रथम, यह प्रत्येक प्रकार की सेवा के लिए असमान बाज़ारों एवं लाभार्थियों की पहचान कर जन-स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं के बीच भेद को स्पष्ट करती है। ऐसा करते हुए, यह जन स्वास्थ्य रक्षा में न्यून निवेश के पीछे मूलाधार का विस्तार से अध्ययन करती है। साक्ष्य बताते हैं कि इससे स्वास्थ्य के अंतिम परिणाम में महत्त्वपूर्ण लाभ प्राप्त होते हैं। तदोपरांत, इकाई जन-स्वास्थ्य सेवाओं के उपभोग में सकारात्मक एवं नकारात्मक बाह्यता के लिहाज से सूक्ष्य-अर्थशास्त्र की संकल्पनाएँ प्रस्तुत करती है। सकारात्मक बाह्यताओं से निजी एवं सामाजिक लाभ तथा नकारात्मक बाह्यताओं से निजी एवं सामाजिक लागतों को पहचानते हुए, बाज़ार को ठीक करने के लिए नीति हस्तक्षेप एवं सरकारी सहयोग के महत्त्व को स्पष्ट किया गया है। महामारी विज्ञान के अर्थशास्त्र से जुड़े मुद्दों को भी स्पष्ट किया गया है। यह एक अपेक्षाकृत नई संकल्पना है, जिसमें इस तथ्य को उजागर करने के लिए 'जन-स्वास्थ्य सेवाओं हेतु व्यापकता माँग लोच' की अवधारणा का प्रयोग किया जाता है कि, अनेक मामलों में, संक्रामक रोगों की वृद्धि स्वयं सीमाकारी हो सकती है और रोग की ह्रासमानता रोग का संपूर्ण उन्मूलन कर दिए जाने से पूर्व ही रोकथाम प्रयासों को धीमा कर सकती है। सर्वव्यापी स्वास्थ्य रक्षा अथवा संरक्षण (UHC) विषयक भाग में स्पष्ट किया गया कि जन-स्वास्थ्य सेवाओं हेतु सुलभता में सुधारों के सुनिश्चित संकेत होने पर भी अभी तक क्यों इस विषय में चिंताएँ बनी ही हुई हैं।

7.7 शब्दावली

बाह्यता का अर्थशास्त्र : किसी बाह्यता की विद्यमानता तब दिखाई पड़ती है जब किसी व्यक्ति की गतिविधि (उपभोग अथवा उत्पादन) किसी असंबद्ध व्यक्ति के स्वास्थ्य को प्रभावित करता हो। बाह्यता शब्द का अर्थ है कि : (i) किसी कार्रवाई अथवा लेन-देन के प्रति कोई *बाहरी*

व्यक्ति (न तो क्रेता, न ही विक्रेता) किसी वस्तु के उत्पादन अथवा उपभोग द्वारा प्रभावित होता है और (ii) न तो क्रेता और न ही विक्रेता उसका सामना करने की लागत वहन करता है।

सामाजिक सीमांत लागत : इसे उपभोक्ताओं को प्रत्यक्ष लाभ (यथा, निजी सीमांत लाभ : PMB) तथा दूसरों पर अध्यारोपित वस्तु के उपयोग से जुड़ी लागत (यथा, ऋणात्मक सीमांत लागत अथवा दूसरों के लिए खर्च) के कुल योग के रूप में परिभाषित किया जाता है। तदनुसार,

SMB = PMB + MC.

सामाजिक सीमांत लागत : यह उत्पादक की सीमांत लागत तथा सीमांत क्षति का कुल योग है; यथा, SMC = PMC + MD.

निजी माँग की व्यापकता लोच : यह लोच अर्थात् नम्यता रोग प्रकोप के प्रति व्यापकता माँग में परिवर्तनों का मापदंड प्रदान करती है जो विभिन्न देशों एवं उपक्षेत्रों में भिन्न-भिन्न होता है।

7.8 कुछ उपयोगी पुस्तकें

1) Gregory Mankiw (2014). *Principles of Microeconomics*, 2nd edition, Chapters 10 and 11.

2) Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (2000). Handbook of Health Economics, Elsevier.

3) Monica Das Gupta (2005). Public Health in India: A Dangerous Neglect, Economic & Political Weekly, Vol. 40, Issue No. 49, 03 Dec, 2005

7.9 बोध प्रश्नों के उत्तर अथवा संकेत

बोध प्रश्न 1

1) रोग की रोकथाम, शारीरिक स्वास्थ्य एवं कुशलता को बढ़ावा, समुदाय संक्रमण पर नियंत्रण, व्यक्तिगत स्वच्छता संबंधी शिक्षा, शीघ्र निदान एवं बचावकारी उपचार हेतु चिकित्सीय एवं उपचार सेवाओं की सुलभता, आदि (7.1)।

2) नहीं। दो व्यापक दृष्टिकोणों से जन स्वास्थ्य का ध्यान-केंद्र स्वास्थ्य रक्षा के ध्यान केंद्र से भिन्न होता है, यथा– (i) समुदाय बनाम व्यक्ति तथा (ii) बचाव से स्वस्थता की ओर।

3) जनता के समक्ष जन-स्वास्थ्य सेवाओं की अदृश्यता, कालांतर में उसके लाभ मापने की कठिनाई, बाह्यता लाभों पर विवाद, यथा भुगतानकर्ता एवं लाभार्थी भिन्न होते हैं।

4) ऐसा इसलिए है कि वे या तो नकारात्मक बाह्यताओं वाली वस्तुओं के *अत्युत्पादन* या फिर सकारात्मक बाह्यताओं वाली वस्तुओं के *न्यून उत्पादन* की ओर प्रवृत्ति रखते हैं।

5) SMB = PMB + MC. SMC = PMC +MD. (7.3)

6) यदि नकारात्मक बाह्यता की लागत किसी कर के रूप में वस्तु पर अध्यारोपित कर दी जाए तो उक्त कर 'सफ़ाई करने की लागत' की प्रतिपूर्ति कर देगा। तब

उपभोक्ता उस वस्तु की कम माँग करेंगे और नकारात्मक बाह्यता आंतरीकृत हो जाएगी।

7) टीकाकरण सेवाएँ, ठोस अपशिष्ट प्रबंधन, रोगाणु-जनित रोगों का निवारण आदि।

बोध प्रश्न 2

1) किसी रोग प्रकोप के प्रति व्यापकता माँग में परिवर्तन।

2) संक्रामक रोगों का स्वयं-सीमाकारी अभिलक्षण तथा जन-स्वास्थ्य हस्तक्षेप की प्रबलता के लिहाज से रोकथाम प्रयास धीमे करती रोग की ह्रासमानता।

3) चूँकि इस तथ्य के बावजूद कि भावी पीढ़ी को भी संरक्षण दिए जाने की आवश्यकता है, संक्रामक रोगों का उन्मूलन करने हेतु प्रयास वर्तमान जनसमुदाय के लिए पैरेटो इष्टतम नहीं हैं।

4) अपनी आवश्यकतानुसार लोगों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग तथा उनके आर्थिक परिणाम। निहितार्थ सुलभता से जुड़ी निष्पक्षता संबंधी है।

5) लागत में सांझापन एवं फ़ीस में कटौती, संरक्षण-प्रदत्त जन-समुदाय एवं सेवाएँ, आदि (चित्र 7.3)।

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY