

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना : एक अध्ययन

प्रा. डॉ. विशाल चक्रधर गजभिये

सहाय्यक प्राध्यापक

समाजकार्य महाविद्यालय बडनेरा, अमरावती

Mob.9850689268

Abstract:

मानवी जीवनाशी संबंधित तसेच राष्ट्र प्रगती संबंधी जे मोजमाप करण्यासाठी जे काही निकष वापरले जातात त्यामध्ये 'आरोग्य' हा एक महत्वपूर्ण निकष मानला जातो. भारत देश हा एखाद्या खंडासारखा मोठा देश आहे. ३२ कोटी चौरस किलोमिटर क्षेत्रफळाची भूमी असलेल्या आपल्या देशात जंगले, डोंगर दऱ्या, कडे, कपारीही भरपूर आहेत. समाजाच्या आरोग्याचा विचार करताना हा समाज कुठे आहे याचा विचार करावा लागतो. डोंगर, शिखरावर, दऱ्यामध्ये, जंगलामध्ये, शहरे, लहान मोठी खेडी, वाड्या-वस्त्यामध्ये आपला समाज विखुरलेला आहे. त्यातील बहुतांश लोक पारंपरिक जीवन पध्दतीने राहतात. अज्ञानामुळे तसेच आधुनिक काळात बदलत्या जीवनपध्दतीमुळे त्यांच्या आरोग्य समस्यांची जाणीवच नाही. त्यामुळे त्यावर काही उपाय केला पाहिजे असा विचार त्यांच्या मनात येण्याचेही कारण नसते. दूर दूर अंतरावर असलेली वस्ती, तेथील लोकांचा अशिक्षितपणा, अज्ञान, मर्यादित उत्पन्न अशा सगळ्या परिस्थितीमुळे 'सर्वांना आरोग्य' देणे ही किती अवघड गोष्ट आहे हे लक्षात येते. भारत सरकारने या सर्व परिस्थितीचा अभ्यास करून पहिल्या पंचवार्षिक योजनेपासून विशेष आरोग्य विषयक धोरण राबविण्यास सुरुवात केली. नंतर वेळोवेळी ज्या गंभीर आरोग्य समस्या लक्षात येतात त्या प्रत्येक समस्येचे निमूलन किंवा नियंत्रण करण्यासाठी विशेष कार्यक्रम तयार करून त्याची अंमलबजावणी केली जाते. या आरोग्य विषयक समस्येला लक्षात घेता महाराष्ट्र शासनाने २ जुलै २०१२ पासून महाराष्ट्रात राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेची सुरुवात केली. मुळातच ही योजना ज्या लोकांचे उत्पन्न दिड लाखापेक्षा कमी आहे अशा लोकांच्या आरोग्य विषयक शस्त्रक्रिया करण्यासाठी ही योजना तयार केली आहे. आजच्या आधुनिक काळात आणि महागाईच्या काळात सर्वसामान्यांना महागड्या शस्त्रक्रिया, उपचार घेणे शक्य होत नाही त्यामुळे बऱ्याच लोकांना आपले प्राण गमवावे लागतात. हे टाळण्याकरिता ही योजना तयार केली आहे.

Keywords : बी.पी.एल. - दारिद्र्यरेषेखालील, मोफत -विनामूल्य

प्रस्तावना :

व्यक्ती, कुटुंब, समाज, राष्ट्र आणि विश्वाची प्रगतीचे मोजमाप करण्यासाठी जे काही निकष वापरले जातात त्यामध्ये आरोग्य हा एक महत्वपूर्ण निकष मानला जातो. चांगल्या आरोग्याशिवाय विश्वाची आणि राष्ट्राची प्रगतीची कल्पना सुध्दा करणे शक्य नाही. यामुळेच जगातील प्रत्येक राष्ट्राने शिक्षणाबरोबर आरोग्याला प्राथमिकता दिलेली दिसून येते. आरोग्याला पहिल्या महायुद्धानंतर राष्ट्रसंघाद्वारे (League of Nation) करारनामा तयार करण्यात येत होता. तेव्हा अगदी शेवटच्या क्षणी आरोग्याचा समावेश केला गेला. १९४५ मध्ये सॅन फ्रॅन्सिस्को येथे झालेल्या संयुक्त राष्ट्र परिषदेमध्ये आरोग्याचा समावेश सनदेमध्ये करण्यात आला. यावरून दिसून येते की मध्यंतरीच्या कालखंडामध्ये आरोग्याला महत्व कमी होते परंतु अलिकडील काही दशकांमध्ये आरोग्याबाबतचा जागतिक दृष्टिकोन बदलत गेल्याचे दिसून येते. त्यामुळे आरोग्याला मानवी हक्काचा दर्जा देण्यात आला आहे. मानवी आरोग्याचे महत्व लक्षात घेऊन इ. स. १९७७ साली भरलेल्या जागतिक आरोग्य सभेमध्ये सर्व राष्ट्रांच्या पुढील व जागतिक आरोग्य संघटनेच्या (WHO) समोरील सर्वात महत्वाचे कार्य व आव्हान म्हणून 'सर्वांसाठी आरोग्य' (Health for all) उद्दिष्ट ठरवण्यात आले. इ. स. १९९५ मध्ये संयुक्त राष्ट्र संघाने कोपनहेगन येथे भरलेल्या सामाजिक विकास शिखर परिषदेत आरोग्य हे सर्व विकासाच्या केंद्रस्थानी

असावे अशाप्रकारचा ठराव सर्वानुमते संमत केला. भारत सरकारने सुध्दा इ. स. २००० पर्यंत सर्वांना आरोग्य देण्याची घोषणा करून सामाजिक बांधिलकी जोपासण्याचा प्रयत्न केला आहे.

७ एप्रिल हा जागतिक आरोग्य संघटनेच्या स्थापनेचा दिवस असल्याने हा दिवस संपूर्ण जगात जागतिक आरोग्य दिवस म्हणून पाळला जातो. आजच्या या आधुनिक काळात जागतिक स्तरावर आरोग्य यंत्रणेसमोर अनेक आव्हाने उभी आहेत. जगाच्यापाठीवर असा कुठलाही देश वा प्रांत नाही की ज्या ठिकाणी आरोग्य विषयक समस्या आपल्याला दिसून येत नाही म्हणूनच दरवर्षी जागतिक आरोग्य संघटना (WHO) अत्यंत नवनवीन विषयावर लक्ष केंद्रीत करित असते.

मानवी आरोग्यावर सभोवतालच्या पर्यावरणीय परिस्थितीचा संयुक्त परिणाम होतो. मानवी आरोग्यावर प्रामुख्याने प्राकृतिक, सामाजिक, आर्थिक आणि पर्यावरणीय घटक प्रभावित करतात. या घटकांमुळेच मानवाच्या दृष्टीने अनुकूल आणि प्रतिकूल परिस्थिती निर्माण होत असते. यापैकी सामाजिक, आर्थिक आणि पर्यावरणीय या घटकांचा सर्वात जास्त प्रभाव मानवी जीवनावर आणि आरोग्यावर पडतो.

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना :

योजनेचा इतिहास :

भारताला विकसित राष्ट्र म्हणून महत्वाची कामगिरी करणारे राज्य म्हणजे महाराष्ट्र राज्य येथील प्रशासन, औद्योगिकरण हे होय परंतु महाराष्ट्रात औद्योगिकरणाची प्रगती नवनवीन औद्योगिक क्षेत्र निर्माण झाले त्याचबरोबर नवनवीन रोगांचा उदय निर्माण होऊ लागले. घरगुती उपचार करणे या रोगावर शक्य झाले नाही त्यामुळे प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, दवाखाने तयार झाली व मोठमोठ्या दवाखान्यात शस्त्रक्रिया होऊन लोक आपले प्राण वाचवायला लागले. हे सर्व श्रीमंत लोकांना शक्य होते परंतु गरीब, गरजू लोकांना अशा आजारावर शस्त्रक्रिया / उपचार करणे शक्य नसल्यामुळे त्याकाळी गरीबासाठी काही योजना राबविण्यात आल्या. त्यापैकी १९९७ मध्ये मुख्यमंत्री मनोहर जोशी यांच्या काळात १९९७ मध्ये 'जीवनदायी योजना' सुरु करण्यात आली. यामध्ये BPL. (दारिद्र्य रेषेखालील) व APL (दारिद्र्य रेषेवरील) शिधापत्रिका धारकांना या योजनेचा लाभ घेता येणार होता. त्यासाठी अर्ज करावा लागत होता. महाराष्ट्र राज्यातील दारिद्र्य रेषेखालील व्यक्तीसाठी हृदयरोग, मुत्रपिंड प्रत्यारोपन, कर्करोग, मेंदु व मज्जासंस्था विकार या आजारांवरील उपचार व शस्त्रक्रियेसाठी दिनांक १६ नोव्हेंबर १९९७ रोजी जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु करण्यात आली. यानंतर सदर योजनेतील मर्यादित आजार व उत्पन्न मर्यादेमुळे योजनेचा लाभमर्यादित लाभार्थ्यांनाच मिळत असल्यामुळे दारिद्र्य रेषेखालील व दारिद्र्यरेषेवरील कुटुंबासाठी विमा कंपनीच्या सहभागाने नवीन जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु करण्यास मंत्रिमंडळाने मान्यता दिली. त्यानुसार १८ मार्च २०१० विषय क्र. ३ अन्वये या योजनेसाठी सोसायटी रजिस्ट्रेशन अॅक्ट नुसार राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सोसायटी स्थापन करण्यात आली.

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सोसायटी :

या सोसायटीची स्थापना महाराष्ट्र राज्य सोसायटी रजिस्ट्रेशन अॅक्ट १८६० च्या नियमानुसार झाली असून या सर्व योजनेवर लक्ष ठेवण्यासाठी. नियंत्रण व नियमनसाठी भारतीय प्रशासन सेवेतील मुख्य कार्यकारी अधिकारी हे पाहतात. या सोसायटीचे दैनंदिन कामकाज करण्यासाठी १) आस्थापना २) प्रशासन ३) लेखा ४) रुग्णालय अंगीकरण ५) आरोग्य पत्र ६) माहिती, शिक्षण व संवाद ७) क्षेत्रीय कार्यान्वयन ८) उपचारपूर्व मान्यता (फ्रिऑर्थोरायझेसन) ९) दावा (क्लेम) १०) तक्रार निवारण ११) ग्राहक सेवा १२) माहिती तंत्रज्ञान १३) रुग्णालय वैद्यकीय परिक्षण (मेडीकल ऑडिट) १४) क्लिनिकल प्रोटोकॉल १५) सांख्यिकी इत्यादी शाखा कार्यरत आहेत. **राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेची सुरुवात :**

जुन्या "जीवनदायी आरोग्य योजनेच्या" जागी नवी योजना सुरु करण्यासाठी मंत्रिमंडळाची बैठक ही १८ मार्च २०१० विषय क्र. ३ अन्वये नवीन आरोग्य योजना ही "राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना" सुरु करण्यासाठी सोसायटी रजिस्ट्रेशन अॅक्ट १८६० (१८६० च्या अधिनियम क्र. २१) च्या तरतुदी नुसार राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सोसायटी स्थापन करण्यात आली.

राज्यातील दारिद्र्य रेषेवरील व दारिद्र्य रेषेखालील कुटुंबासाठी विमा कंपनीच्या सहभागाने राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु करण्याचा निर्णय शासनाने घेतला आहे. या अनुषंगाने या योजनेअंतर्गत लाभार्थी कुटुंबास आरोग्य ओळख पत्र (हेल्थ कार्ड) देणे प्रस्तावित आहे. सदर आरोग्य ओळख पत्राचे प्रारूप तयार करणे, त्याची निर्मिती व वितरण करण्याबाबतचा निर्णय घेणे यासाठी तसेच सदर योजनेची अंमलबजावणी विमा कंपनीमार्फत होणार असल्यामुळे विमा कंपनीची निवड करणे, त्यासाठी नियम व निकष निश्चित करणे, विमा हप्ता निश्चित करणे, निविदा मागविणे, निविदा उघडणे व मंजूर करणे या कामासाठी समिती निश्चित करण्याचा प्रस्ताव शासनाच्या विचाराधीन होता, त्या अनुषंगाने समित्याचे गठन करण्याचा निर्णय घेण्यासाठी शासनाने २१ जून २०१० रोजी बैठक आयोजित करून हेल्थ कार्ड समितीचे गठन करण्यात आले. (शासन निर्णय क्र. रागायो-२०१४/प्र.क्र. २०३/ आरोग्य-६ दिनांक २१ जून २०१०) यानंतर दिनांक ३१ मे २०११ रोजी महाराष्ट्र शासनाच्या झालेल्या बैठकीनुसार गरीब गरजू रोग पिडीत जनतेच्या कल्याणासाठी आरोग्य योजना सुरु करण्यासाठी प्रस्तावित झाले आणि त्यानुसार महाराष्ट्र राज्यातील दारिद्र्य रेषेखालील व्यक्तीसाठी विमा कंपनीच्या सहभागाने जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु करण्यास शासनाने तत्वतः मान्यता दिलेली आहे.

त्याचप्रमाणे मंत्रिमंडळाची दुसरी बैठक दिनांक २१ एप्रिल २०११ विषय क्र. २ कार्यवृत्त करण्यात आली त्यानुसार राजीव गांधी जीवनदायी योजना दिनांक २ जुलै २०१२ ला अंमलात आली. महाराष्ट्र राज्यातील दारिद्र्य रेषेखालील व दारिद्र्य रेषेवरील कुटुंबासाठी विमा कंपनीच्या सहभागाने राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु करण्यास शासनाने मंजूरी दिली. सदर योजनेमध्ये प्रायोगिक तत्वावर प्रथम टप्प्यात ८ जिल्ह्यात ही योजना २ जुलै २०१२ पासून सुरु करण्यात आली.

महाराष्ट्रातील पहिल्या टप्प्यात ८ जिल्ह्यात "राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेचा" शुभारंभ झाल्यानंतर या योजनेत समाविष्ट असणाऱ्या घटकाचे विवरण जसे, विमा कंपनी, शस्त्रक्रिया, सोयी-सुविधा, हॉस्पिटल, लाभार्थी, आर्थिक तरतुद, योजनेची वैशिष्ट्ये, योजनेची अंमलबजावणी, कर्मचारी इत्यादी सर्व बाबींचा उल्लेख खालील प्रमाणे आहे.

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेचे वैशिष्ट्ये :

१. या योजनेमध्ये (BPL) दारिद्र्य रेषेखालील आणि (APL) दारिद्र्य रेषेवरील असणाऱ्या कुटुंबातील सदस्यांना समाविष्ट केलेले आहे. (केशरी, पिवळे, शिधापत्रधारक आणि अंत्योदय, अन्नपूर्णा पत्रधारक)
२. कुटुंबातील सर्व सदस्य ज्यांचे छायाचित्र आणि संपूर्ण माहिती आरोग्य पत्रावर असेल त्यांचे कौटुंबिक वार्षिक उत्पन्न १ लाख किंवा त्याहून कमी असेल असे सर्व कुटुंब या योजनेसाठी पात्र राहतील. आधार कार्ड नंबर वापरणे अत्यंत उपयुक्त राहिल.
३. या योजनेमध्ये निवडक आजारांसाठी मोफत आरोग्य विमा सेवेची तरतुद असून रुग्णाने उपचाराकरिता रुग्णालयात प्रवेश मिळविण्याकरिता सर्व परीक्षण, शस्त्रक्रिया तसेच रुग्णालयातून रुग्ण बरा होऊन बाहेर जाईपर्यंतच्या सर्व प्रक्रिया ह्या निःशुल्क पॅकेजमध्ये आहेत.
४. निवडक शस्त्रक्रिया होण्यापूर्वीच्या तसेच शस्त्रक्रिया नंतरच्या वैद्यकीय प्रक्रियांचा खर्च तसेच १० दिवसांचा पाठपुरावा औषधोपचार या पॅकेजमध्ये समावेश आहे.
५. प्रत्येक रुग्णाला योजनेमध्ये समाविष्ट झाल्यानंतर पॅकेज प्रमाणे सर्व सोयी सुविधा पुरविल्या जातात.
६. प्रत्येक वर्षीचा प्रत्येक कुटुंबाचा संपूर्ण विमा हप्ता हा शासन देणार आहे.
७. लाभार्थीच्या प्रत्येक कुटुंबास रोग निदान व शस्त्रक्रियांसाठी १.३८ लाख पर्यंतचे तसेच वैयक्तिक किंवा कुटुंबास मुत्रपिंड प्रत्यारोपण शस्त्रक्रियेसाठी (Kidney Transplantation Surgery) २.५ लाखापर्यंतचे विमा संरक्षण लाभणार आहे.

८. या योजनेअंतर्गत लाभार्थीसाठी आरोग्य शिबीरांचीही आखणी केलेली आहे.
९. पारदर्शकतेसाठी सामाजिक पर्यवेक्षण
१०. स्वतंत्र तक्रार निवारण व पाठपुराव्यांचे व्यवस्थापन
११. लाभार्थींना रुग्णालयात मदत व सह्य्य होण्याच्या दृष्टीने आरोग्य मित्रांची व जिल्हा व्यवस्थापनाची उपलब्धता
१२. पूर्वप्राथमिकीकरण प्रक्रिया १२ तासात पूर्ण करणे तसेच विमा कंपनीने रुग्णालयास देयकाची अदायगी ७ दिवसात करणे.
१३. या योजनेअंतर्गत सहभागी असलेल्या रुग्णालयातील एकूण खाटापैकी २५ टक्के खाटा या योजनेतील संबंधित रुग्णासाठी राखीव असतील.
१४. या योजनेतील वैद्यकीय व शस्त्रक्रियेतील उपचार पध्दतीची वैशिष्ट्ये
 - आपातकालीन परिस्थितीत व शस्त्रक्रियेतील उपचार पध्दती, जीवन वाचविणे आणि त्यासाठी आवश्यक काळजी घेणे.
 - वैद्यकीय विशेषज्ञ व विशिष्ट वैद्यकीय उपकरणे यांची रोगावरील उपचार व परिक्षणातील आवश्यकता.
 - ग्रामीण व उपजिल्हा रुग्णालयात उपचार सेवा उपलब्ध नाहीत.
 - निदानशास्त्र आणि उपचारातील शिष्टाचार ऑनलाईनवर निश्चित केलेले आहेत. सर्व परीक्षण आणि उपचार हे पुराव्यावर आधारित आहेत.
 - राष्ट्रीय आरोग्य कार्यक्रमात या सर्व पध्दती समाविष्ट नाहीत (महाराष्ट्र शासन रा. गां. जि. आ. योजना माहिती पत्रिका)

अ) राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेचे उद्देश :

१. आर्थिक परिस्थिती कमकुवत असतानाही खाजगी दर्जेदार रुग्णालयामध्ये लोकांना लाभ घेता यावा.
२. अधिकाधिक खाजगी रुग्णालयामध्ये योजना कार्यान्वित होऊन रुग्णांना लाभमिळावा.
३. दुर्धर आजारावर शस्त्रक्रिया निःशुल्क पध्दतीने करून लोकांना सुआरोग्य प्रदान करणे.
४. पैश्या अभावी कोणत्याही रुग्णाचा मृत्यू होऊ नये.
५. कुटुंबाचे एकत्रित वार्षिक उत्पन्न रुपये १ लाख किंवा त्यापेक्षा कमी आहे अशा कुटुंबाचा या योजनेत समावेश आहे.

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेमधील समाविष्ट लाभार्थी :

राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना ही महाराष्ट्र शासनाने कमी उत्पन्न गटाच्या लाभार्थ्यांसाठी चालू केलेली महत्वाकांक्षी योजना आहे. महाराष्ट्र राज्यातील दारिद्र्य रेषेखालील (BPL) (पिवळे शिधापत्रिका धारक) व दारिद्र्य रेषेवरील (APL) (केशरी शिधापत्रिका धारक) ज्याचे वार्षिक उत्पन्न रुपये १ लाख किंवा त्यापेक्षाही कमी असणारी कुटुंब (अंत्योदय व अन्नपूर्णा शिधापत्रिका धारक कुटुंबे) ही या योजनेसाठी पात्र लाभार्थी आहेत. (www.jeevandayee.gov.in) दिनांक २८ एप्रिल २०१६ रोजी काढलेल्या शासन निर्णयानुसार या योजनेमध्ये नव्याने राज्यात होणाऱ्या शेतकरी आत्महत्यांच्या अनुषंगाने औरंगाबाद, अमरावती विभागातील सर्व व नागपूर विभागातील वर्धा अशा एकूण १४ शेतकरी आत्महत्याग्रस्त जिल्ह्यातील सर्वच शेतकऱ्यांना शाश्वत आरोग्य सेवा देण्यासाठी या १४ शेतकरी आत्महत्याग्रस्त जिल्ह्यातील शुभ्र शिधापत्रिका धारक शेतकरी कुटुंबाचा राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेत समावेश करण्यात आला. (शासन निर्णय क्रमांक रागांयो- २०१५/प्रक्र२८०/आरोग्य-६ दिनांक २८ एप्रिल २०१६ संकेतांक २०१६०४२२१२२०४२४४१७)

लाभार्थ्यांची ओळख : सदर योजनेच्या लाभार्थी कुटुंबांना शिधापत्रिकांच्या व भारतीय विशिष्ट ओळख प्राधिकरणाने दिलेल्या आधार क्रमांकाच्या आधारे आरोग्य ओळखपत्र देण्यात येते. ज्या लाभार्थी कुटुंबास ओळखपत्र देण्यात आले नसेल अथवा प्राप्त झालेले नसेल अशा कुटुंबास शिधापत्रिकेच्या आधारे योजनेचा लाभ देण्यात येतो.

अध्ययनाचे उद्देश (Major Objectives of study):

संशोधनाकरिता निवडलेल्या विषयाच्या अनेक बाजू व अनेक पैलू असतात. त्यापैकी कोणत्या बाजूचा किंवा पैलूचा अभ्यास केला जाणार आहे हे अध्ययनाच्या उद्देशाद्वारे स्पष्ट करावेच लागते. उद्देशामुळे संशोधनाला दिशा मिळते. प्रस्तुत संशोधनाचे उद्देश खालीलप्रमाणे आहे.

१. लाभार्थ्यांची वैयक्तिक, कौटुंबिक माहितीचे अध्ययन करणे.
२. लाभार्थ्यांच्या आर्थिक परिस्थितीचा दर्जा अभ्यासणे.
३. लाभार्थ्यांना योजनेचा लाभ घेताना येणाऱ्या समस्यांचे अध्ययन करणे.
४. लाभार्थी आणि वैद्यकीय कर्मचाऱ्यांच्या सहसंबंधाचे मूल्यमापन करणे.
५. लाभार्थ्यांना मिळणाऱ्या वागणूकीचा अभ्यास करणे.
६. शासनाच्या पॅकेज अनुसार मिळणाऱ्या सोई सवलतीचा अभ्यास करणे.
७. योजनेच्या योग्य अंमलबजावणीचा अभ्यास करणे.
८. या योजनेतील त्रुटीचा अभ्यास करणे.

गृहीतकृत्ये (Hypothesis):

प्रस्तुत संशोधनात मांडण्यात आलेली गृहीतकृत्ये पुढीलप्रमाणे आहेत.

१. लाभार्थ्यांचा कौटुंबिक परिस्थितीचा दर्जा निम्न असतो.
२. लाभार्थ्यांची आर्थिक परिस्थिती खालावलेली असते.
३. लाभार्थ्यांना योजनेचा लाभ घेताना अनेक समस्यांना सामोरे जावे लागते.
४. आरोग्य अधिकारी, कर्मचारी यांचे सहकार्य मिळत नाही.
५. शासनाकडून प्राप्त होणारे सर्व योजना पॅकेज लाभार्थ्यांना मिळत नाही.
६. लाभार्थ्यांना आर्थिक भुर्दंड भरावा लागतो.
७. लाभार्थ्यांना उपचारादरम्यान निम्न दर्जा दिल्या जातो.

साहित्य परीक्षण

साहित्य परीक्षण अत्यंत महत्वाचे आहे यामधूनच संशोधनाच्छत्या संबंधित इतर संशोधनाचा अभ्यास करून विषयाचे गांभीर्य लक्षात घेतल्या जाते. प्रस्तुत संशोधन विषय "विदर्भातील राजीव गांधी जिवनदायी आरोग्य योजनेचे मूल्यमापन" या विषयान्वये आरोग्य योजनेबाबत इतर संशोधनाचा विचार आणि अभ्यास करून हा विषय कसा वेगळा आहे हे स्पष्ट करण्यात आले आहे.

बिने व गिल्सन (२००१) यांनी आरोग्य क्षेत्रात चार मूलभूत आर्थिक तंत्रांचा अभ्यास केला जो जागतिक स्तरावर आहे. त्यामध्ये कर् आधारीत वित्तपुरवठा, सामाजिक विमा, वित्तपुरवठा खाजगी आरोग्य विमा आणि समुदाय आधारीत आरोग्य विमा या गोष्टींचा प्रामुख्याने अभ्यास केला आहे.

देवादसन आणि नंदराज, (२००६):

केंद्रीय शासकीय आरोग्य योजना १९५४ मध्ये उदयास आली. त्यानुसार केंद्रीय कर्मचारी त्यांचे कुटुंब निवृत्त वेतन धारक (पेंशन) व संसदेतील सभासद व सुप्रीमकोर्टातील न्यायाधिश यांचा या योजनेत समावेश होतो. यासाठी केंद्रीय शासन अर्थसहाय्य देते. योजनेच्या अंतर्गत विशिष्ट शहरामध्ये असणाऱ्या दवाखान्यामधून आरोग्य सेवा प्रदान केल्या जातात. यामध्ये काही खाजगी व सार्वजनिक दवाखान्याचा समावेश होतो पण या योजनेचा लाभ मर्यादित लोकांना मिळतो असे लोक ज्यांचे नियमित वेतनमान आहे व समाजातील सर्व लोकांपर्यंत ही योजना पोहचू शकत नाही.

रेड्डी (२०११) यांनी वेगवेगळ्या आरोग्य योजनेची आलोचना केली आहे. त्यांच्यानुसार सार्वजनिक आर्थिक योजना आहे त्याची व्याप्ती आरोग्य विम्यापर्यंत आहे व त्या संदर्भात १/४ लोकसंख्येचा समावेश होतो. RSBY राजीव आरोग्यश्री विमा योजना १/५ लोकांना विमा प्रदान करित आहे. या विमा योजनेअंतर्गत जी काही आर्थिक मदत देण्यात येते त्यामध्ये औषधे व दवाखान्यात भर्ती होण्याचा खर्च समाविष्ट होतो. राजीव आरोग्यश्री योजना व कलाईनगर योजना यामध्ये जास्तीत जास्त लोकांचा समावेश होतो. वेगवेगळ्या स्थानामध्ये दवाखान्याचा खर्च वेगवेगळा आहे. या योजनांची सरासरी राष्ट्रीय योजनेपेक्षा कमी आहे. या योजनेमध्ये आरोग्याच्या आगावू खर्चाची तरतुद नाही त्यामुळे या योजनेमध्ये समाविष्ट असणाऱ्या नागरिकांचा आरोग्य व दवाखान्याचा बोजा वाढलेला आहे. सरासरी दवाखान्याचा खर्च हे विमा न काढलेल्या व्यक्तीपेक्षा जास्त आहे. त्यांच्या अभ्यासात त्यांनी अनेक आरोग्य विम्याचे खोटे दावे लोकांनी केलेले आहेत. व अनावश्यक शस्त्रक्रिया सुध्दा दाखविलेल्या आहेत.

करण आणि महाल (२०१२) यांनी आरोग्यश्री योजनेचा फेज १ व २ वाचा अभ्यास केलेला आहे. त्यांच्यानुसार या योजनेचा लाभ बाहेरील व्यक्तींना जास्त झालेला आहे. त्यांच्यानुसार रुग्णांना येणारा बाह्य खर्च हे फेज १ च्या दृष्टीमध्ये कमी झालेला आहे. पण फेज २ मध्ये शहरामध्ये (जिल्ह्यामध्ये) कोणताही परिणाम झाला नाही. तसेच अनुसूचित जाती जमाती हे सुध्दा जास्त संख्येत या योजनेचे लाभार्थी नाही याउलट शासकीय अनुदान व खर्च जास्त आहे.

होडा (२०१५) यांच्यानुसार राष्ट्रीय नमुना सर्वेक्षण National Sample Survey (NSS) मध्ये समाजातील जास्तीत जास्त लोकांनी आरोग्य सेवांचा लाभ घेतलेला आढळून आला व लोकांचा कल कौटुंबिक विम्याकडे आहे. या योजनेचा प्रभाव गरीब लोकांवर श्रीमंत लोकांच्या तुलनेत अधिक पडलेला आहे पण विमाधारक प्राथमिक आरोग्य सुविधा व उपचार याकडे लक्ष न देता तृतीय आरोग्य सेवांचा लाभ जास्त होतो. आरोग्य विमा देणारे व त्याचा लाभ घेणारे यांचे गुणोत्तर दिवसेंदिवस वाढत आहे व ही एक प्रमुख समस्या निर्माण झालेली आहे.

राव (२०११) यांनी आरोग्यश्री योजनेचे मूल्यमापन केलेले आहे व त्यांनी या योजनेत अनौपचारिक गटाचा अभ्यास केलेला आहे. यामध्ये स्थलांतर करणारे कामगार, दारिद्र्य रेषेखालील लोक, रस्त्यावर राहणारे गरीब भिकारी लोक ज्यांचा कोणताही निश्चित पत्ता नाही अशा लोकांपर्यंत ही योजना पोहचली नाही तर अनुसूचित जाती व जमाती या लोकांचा समावेश सुध्दा खूप कमी आहे. त्यांनी या योजनेशी संबंधित लाभार्थ्यांची व योजनेशी निगडित लोकांची मुलाखत घेऊन आकडेवारीचे विश्लेषण केले आहे. त्यांच्यानुसार हृदयाचे आजार, कर्करोग, मानसिक विकार इत्यादीने ग्रस्त असणाऱ्या लोकांनी या योजनेचा लाभ जास्तीत जास्त लोकांनी घेतला आहे.

प्रसाद आणि राधेन्द्र (२०१२) यांनी आंध्रप्रदेशातील श्री योजनेचे टिकात्मक विश्लेषण केले आहे. या योजनेमध्ये तळागळातील गरीब लोक महागडी औषधी प्रणाली यामुळे २% रुग्णांच्या व्याधीचा भार अधिक वाढतो. या योजनेत ८०% अधोरेखित दवाखाने शहरी क्षेत्रात आहे. ९३८ रोगाचा समावेश असून ३५२ फेर तपासणी विमा कंपनीने केलेला आहे तर ५८६ चा फेर तपासणी आरोग्य श्री संस्थेने केलेला आहे. त्यांच्यानुसार जास्तीत जास्त विमा रकमेची मागणी हे खाजगी क्षेत्रातील दवाखान्यानी केलेली आहे तर आरोग्यश्री संस्थेच्या वतीने रुग्णांचे पाचारण शासकीय दवाखान्यात केलेले आहे. त्यांच्यानुसार दवाखान्याचा अधिक येणारा खर्च आणि अधिकाधिक लाभार्थी आरोग्यश्री संस्थेचा उपयोग करून घेत आहेत. या योजने अंतर्गत नामनिर्देशित केलेले दवाखाने साधारण शल्य क्रिया असणाऱ्यांना सुध्दा शासकीय दवाखान्यात पाचारण करतात.

सिल्वराज व करण (२०१२) यांनी विविध सार्वजनिक आरोग्य योजना व विमा योजनांचा अभ्यास केलेले आहे. त्यांच्यानुसार लोकांना आरोग्यावर येणारा योजना बाह्य खर्च कमी झालेला नाही. याउलट जीवघेणा खर्च वाढलेला आहे व त्याचे प्रमुख कारण दवाखान्याचा उपचार बाह्य खर्च आहे.

शहरावत आणि राव (२०१३) यांच्यानुसार NSSO च्या आकडेवारीनुसार एकूण लोकसंख्येमध्ये ३.५ टक्के लोकसंख्या दारिद्र्य रेषेखाली आहे व एकूण लोकसंख्येमध्ये ५ टक्के लोकसंख्या आरोग्यावर जीवघेण्या खर्च करतात. त्यात प्रामुख्याने औषधे व दळणवळणाच्या खर्चाचा समावेश होतो. या पडणाऱ्या खर्चांमुळे त्यांचे दारिद्र्य आणखी डबघाईला जाते. या लेखकांच्या नुसार राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना हे समाजातील गोरगरीब लोकांना आर्थिक संरक्षण देऊ शकत नाही. कारण त्यामध्ये त्याचप्रकारे या प्रकारच्या योजनांमध्ये जे लोक जेमतेम दारिद्र्य रेषेच्यावर आहे त्यांचा समावेश होत नाही.

सरसो (२०१२) यांनी राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजनेचा अभ्यास केला असून त्यात त्यांना असे दिसून आले की, ही योजना रोख रक्कम विरहीत आहे. त्याचा समाजातील स्त्रियांना उपयोग होत नाही. जरी काही स्त्रिया या योजनेचा लाभ उचलतात तरीही काही समत भेडसावणाऱ्या समस्या जसे रुग्णाची ने-आण करणे व दवाखान्याचा न परवडणारा खर्च हे सतत भेडसावत असते.

त्रिवेदी आणि सक्सेना (२०१३) यांनी सुध्दा राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजनेचा अभ्यास केला. ज्यामध्ये गुजरात मधील पाटन जिल्ह्याचा अभ्यास केलेला आहे. त्यांनी प्राथमिक माहिती व दुय्यम माहिती व मुलाखत याद्वारे आकडेवारी गोळा केली. या योजनेबद्दल जनजागृती नसणे, कमी माहिती असणे याचे प्रमुख कारण कमी साक्षरता दर आहे तसेच या योजनेबद्दल ना लोकांना शिक्षण आहे ना माहिती आहे, ना कोणी संवाद साधला आहे. या योजनेची माहिती देण्याची प्रमुख जबाबदारी विमा कंपनी व त्याच्याशी निगडित आरोग्यसेवा देणाऱ्या अधिकाऱ्यांची आहे.

राजशेखर आणि मंजुळा यांनी (२०१२) मध्ये कर्नाटक राज्यातील गुलमर्ग शहरामध्ये ३०३ BPI. लोकांचा अभ्यास करून त्यातील किती लोकांनी वाजपेयी आरोग्यश्री योजनेचा लाभ घेतला याचे अध्ययन केले. त्यामुळे त्यांना असे आढळून आले की ८६% लोकांनी या योजनेबद्दल कधी ऐकलेच नाही. तसेच या योजनेअंतर्गत जे आरोग्य मित्र तयार केले आहेत त्यांनी सुध्दा या योजनेबद्दल दुर्लक्ष केले आहे. वास्तविक आरोग्यश्री संस्था व त्यातील समाविष्ट दवाखाने यांना आरोग्य शिबीरातून जनजागृती करण्याचे काम दिलेले आहे पण ते काम निट होत नाही..

दास आणि लिनिओ (२०११) यांनी राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजनेचे मूल्यमापन केले व राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजनेमध्ये माहिती, शिक्षण आणि संवाद याची काय भूमिका आहे? याबाबत दिल्ली येथे राहणाऱ्या लोकांचा अभ्यास केला. यामध्ये असे दिसून आले की, माहिती शिक्षण आणि संवाद कमी असल्यामुळे या योजनेत जास्त लोकांची नोंदणी होत नाही. या उलट जो घरगुती सर्व्हेक्षण करण्यात आले त्यामुळे जास्त नोंदणी झाली.

सन यांनी (२०१०) मध्ये RSBY या योजनेचा अभ्यास केला त्यांना असे दिसून आले की, ग्रामीण भागातील लोकांचा या योजनेत जास्त सहभाग आहे. ग्रामीण भागातील २.५% लोक या योजनेत समाविष्ट आहे. त्यांनी २००८ मध्ये या योजनेसाठी किती लाभार्थी पात्र आहेत याचा २००२ मध्ये झालेल्या जनगणनेत दारिद्र्य रेषेखालील गटाचा अभ्यास केला व त्यांना असे दिसून आले की, २००८ पर्यंत या जनगणनेत मृत्यू, जन्म, विवाह, स्थलांतर इत्यादीची कोणत्याच नोंदीचा यामध्ये समावेश करण्यात आला नाही. यामुळे योग्य ती आकडेवारी जमा होऊ शकली नाही तसेच या योजनेत समाविष्ट विमा कंपन्या ज्यांना प्रत्येक कुटुंबासाठी विमा देण्यात येतो त्यांनी सुध्दा नाव नोंदविताना हयगय केलेली आहे.

योजनाबद्दल संशोधन आराखडा :

प्रस्तुत संशोधनासाठी अन्वेषणात्मक किंवा परिचयात्मक आणि वर्णनात्मक संशोधन आराखडा या दोन्ही आराखड्यांचा वापर करण्यात आला आहे. कारण राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना या योजनेची वास्तविक स्थिती, परिणाम इत्यादी बाबी वस्तुनिष्ठतेने शोधून काढण्यासाठी या अन्वेषणात्मक संशोधन आराखड्याचा वापर करण्यात आला आहे तर वर्णनात्मक संशोधन आराखड्याचा वापर करून योजनेविषयी प्राप्त माहितीचे विश्लेषण करून अंतिम निष्कर्षपर्यंत पोहचण्यात मदत होईल .

निष्पत्ती (Outcomes)

- प्रस्तुत अध्ययन हे राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेची संबंधित असून या योजनेची माहिती लोकांपर्यंत पोहोचण्यास मदत होईल.
- प्रस्तुत अध्ययनामुळे राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजनेचा लाभ घेणाऱ्या लाभार्थ्यांची आर्थिक परिस्थिती कशा स्वरूपाचे आहे हे समजण्यास मदत होईल.
- राजीव गांधी आरोग्यदायी योजनेचा लाभ घेताना लाभार्थ्यांना कोणत्या कोणत्या समस्यांचा सामना करावा लागला अशा सर्व समस्यांचा उहापोह प्रस्तुत अध्ययनात करण्यात येईल.
- राजीव गांधी आरोग्यदायी योजनेचा लाभ घेणारे लाभार्थी व त्यांना मदत करणारे आरोग्य कर्मचारी यांच्यामध्ये असलेले संबंध यांचे मूल्यमापनही करण्यास सदर शोधनिबंध उपयोगाचा होईल.
- राजीव गांधी आरोग्यदायी योजनेमध्ये असलेल्या विविध त्रुटी संदर्भात माहिती सदर अध्ययनाद्वारे प्राप्त करण्यास मदत होईल.

संदर्भग्रंथ सूची

1. Banerjee. A. (2013, March 28). Top pvt hospitals shun state health scheme for poor. The Indian Express. Retrieved <http://archive.indianexpress.com/news/top-pvt-hospitals-shun-state-healthscheme-for-poor/1094074/from>
2. Bennett, S., & Gilson, L. (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. London: DFID Health Systems Resource Centre.
3. Bhate-Deosthali, P., Khatri, R., & Wagle, S. (2011). Poor standards of care in small, private hospitals in Maharashtra, India: implications for public-private partnerships for maternity care. Reproductive Health Matters, 19(37), 32-41. doi: 10.1016/S0968-8080(11)37560-X
4. Burau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems. Journal of Comparative Policy Analysis, 8(01), 63-76,
5. Bhanot, Banarsidas (10th Ed.) (1985). Preventive and social Medicine J. E. and Park.
6. Borkar, G. (1952). Health in Independent India. New Delhi: Health, Govt. of India.
7. Cerceau, S. (2012). Gender equality in access to health care: the role of social health protection: a case study on India's national health insurance scheme RSBY [Discussion paper no. 15]. Germany.
8. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.
9. Census of India (2011). Provisional population totals 2011 data on rural & urban. Government of India: New Delhi.
10. Das, J., & Leino, J. (2011). Evaluating the RSBY: lessons from an experimental information campaign. Economic & Political Weekly, 46(32), 85-93.
11. Devadasan, N., & Nandraj, S. (Eds.) (2006). Health Insurance in India. In Planning and Implementing Health Insurance Programmes in India (pp. 1-14). Bangalore, India: Institute of Public Health
12. Devadasan, N., Ranson, K., Van Damme, W., & Criel, B. (2004). Community health insurance in India: an overview. Economic and Political Weekly, 39(28), 3179-3183.

13. Devadasan, N., Seshadri, T., Trivedi, M., & Criel, B. (2013). Promoting universal financial protection: evidence from the Rashtriya Swasthya Bima Yojana
14. Ghosh, S. (2014). Publicly-financed health insurance for the poor understanding RSBY in Maharashtra. Economic and Political Weekly, 49(43-44), 93-99.
15. Jaswal, S., & Goyal, J. (2011). Public sector health scheme for the poor Maharashtra's Jeevandayee Arogya Yojana. Indian Journal of Social Work, 72(4), 617-634.
16. Kurian, O. C. (2012). Charitable hospitals: charity at market rate. Economic & Political Weekly, 47(39), 23-25.
17. Klinoubol, Kriengkori (1989). Public Health Development and Administration. New Delhi: Deep and Deep Publication.
18. Kamalamma, G. (1996). Health and Nutritional Status in India. New Delhi: APH Publishing Corporation.
19. सचदेव, डी. आर. (२०१०) भारतातील समाजकल्याण व समाजकल्याण प्रशासन पुणे: के. सागर पब्लिकेशन.
20. सहाय, कुलजी (२०१३). भारत में स्वास्थ्य सेवाएँ एक अवलोकन. न्यू दिल्ली विश्वभारती पब्लिकेशन, शासकीय योजना पृ. ६३-६६ आणि वैयक्तिक आणि सामाजिक आरोग्य.
21. शेख, शब्बीर (). भारतीय सामाजिक समस्या..
22. थोटे, पुरुषोत्तम (२०००). समाजकार्य संशोधन आणि प्रबंध लेखन नागपूर विद्या प्रकाशन.
23. तुकाराम जाधव व मल्हार पाटील द युनिक अॅकॅडमी (२०१३). भारतातील मानव संसाधन विकास भाग १. पुणे: प्रकाशन

मासिके

1. कुरुक्षेत्र (ग्रामीण विकास को समर्पित), (जुलाई २०१७). ग्रामीण स्वास्थ्य.
2. समाजकल्याण (जून २०१७). दिल्ली केंद्रीय समाज कल्याण बोर्ड.
3. योजना, (ऑक्टोबर २०१२). प्र. २८)

शासन निर्णय :

1. महा. शासन सार्वजनिक आरोग्य विभाग शासन निर्णय क्र. दाकुआ-२०१०/प्र.क्र. ७७/आरोग्य-६ दिनांक १६ जुलै २०१०.
2. शासन निर्णय क्र. रागायो-२०१४/प्र.क्र. २०३/ आरोग्य-६ दिनांक २१ जून २०११
3. महाराष्ट्र शासन रा. गां. जि. आ. योजना माहिती पत्रिका.
4. शासन निर्णय क्रमांक रागायो-२०१५/प्रक्र२८०/आरोग्य-६ दिनांक २८ एप्रिल २०१६
5. संकेतांक २०१६०४२२१२२०४२४४१७.
6. शासन निर्णय क्रमांक: रागायो-२०१२/प्रक्र१३६/आरोग्य-६ दिनांक १५ जून २०१५-
7. शासन निर्णय क्र. रागायो-२०१४/प्रक्र२०३/आरोग्य ६, दिनांक २१ जून २०१०.
8. शासन निर्णय क्र. रागायो-१३१०/प्रक्र२७२/आरोग्य ६. दिनांक २६ ऑगस्ट २०१०.

पीएच. डी. प्रबंध :

1. राठी, राजेन्द्र लक्ष्मीनारायण (२००८). विमा क्षेत्राच्या खाजगीकरणाच्या पार्श्वभूमीवर आयुर्विमा महामंडळाच्या कार्याचे मूल्यमापन.

शासकीय अहवाल :

1. जागतिक आरोग्य सांख्यिकी २०१०, जागतिक आरोग्य संघटना.
2. Economic Survey of Maharashtra 2011-12.
3. World Health Forum WHO Geneva 1987 Vol. B No. 2. Health for all Target 2000. समाजकल्याण (जून २०१७) दिल्ली कद्रीय समाज कल्याण बोडे.
4. योजना, (ऑक्टोबर २०१२). पृ. २८)

Article / Paper:

1. जनवैद्यक भारतातील आरोग्य परिस्थिती, संघटक हॅलो वैद्यकीय महाविद्यालय औरंगाबाद. फेब्रुवारी १९९०.
2. Article on Health and Nutrition in Rural India by Dr. T. Sundararaman, Dr. Garima Gupta.
3. Health Problems & Policies in the developing countries, World Bank staff working, Paper No. 412, August 1980, Page 25.

वेबसाईट :

1. www.jeevandavee.gov.in
2. www.maharashtraarogya.vibhag
3. [http://www.Individual Beneficiary Schemes.in](http://www.IndividualBeneficiarySchemes.in) Nodal Officer, Shri Amit Sharma, 9413343504