



Reg (COOP/2018/JAIPUR/100772)
ISO: 9001:2015 / ISO: 10002: 2018

Disha Arogya Dham sansthan

Corp office: - E-20 opp reliance Fresh kedia place murlipura

Reg Office: - G-2, Hanumant Apartment, 12-Shankar Vihar (Saini Krishi Farm)

Kedia Place Road No.1, Murlipura, JAIPUR-302039 (Rajasthan)

Mob- 09034100716 / 7976808977

Email:-dishaf19@gmail.com

Web: - www.dishaarogyadham.org / www.dad.hospital

स्वास्थ्य और जनसंख्या

- परिप्रेक्ष्य और मुद्दे 24 (4): 2019-2020

गैर सरकारी संगठन और स्वास्थ्य बीमा

भारत में योजनाएं **

डॉ पंकज रोहिल्ला*

सार

भारत में गरीब आबादी के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता अस्वीकार्य है। सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के माध्यम से उपलब्ध सेवाएं, जिन्हें मुफ्त माना जाता है, के लिए अक्सर शुल्क लिया जाता है। इसके अलावा, आबादी के लिए उपलब्ध निजी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं खराब गुणवत्ता की हैं। यह पत्र भारत में समुदाय को निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में गैर-लाभकारी समुदाय आधारित बीमा कंपनियों की दीर्घकालिक सफलता से जुड़े कारकों की पड़ताल करता है। अन्य विकासशील देशों में एनजीओ-आधारित योजनाओं के अनुभवों के अलावा, भावी योजनाओं की कुछ प्रमुख विशेषताओं और विभिन्न बाधाओं के कारण उनकी असफलताओं के बारे में चर्चा करता है।

मुख्य-शब्द: स्वास्थ्य बीमा, गैर-लाभकारी।

इतने गैर-लाभकारी गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) भारत में लोगों को निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए काम करते हैं। उन गैर-सरकारी संगठनों की एक छोटी संख्या भी पूर्व-भुगतान स्वास्थ्य बीमा योजनाओं की पेशकश करती है। इस तरह के गैर-लाभकारी समुदाय आधारित बीमाकर्ता गरीबों को उच्च गुणवत्ता, सस्ती और टिकाऊ स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की सर्वोत्तम आशा प्रदान कर सकते हैं। यह पत्र ऐसी योजनाओं की दीर्घकालिक सफलता से जुड़े कारकों की पड़ताल करता है। इसलिए, यह आशा की जाती है कि कारकों की पहचान करके, अन्य एनजीओ अपनी लक्षित आबादी के बीच जोखिम-साझाकरण योजना शुरू कर सकते हैं।

निम्नलिखित चार कारकों के कारण भारत में स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में गैर-सरकारी संगठनों को शामिल करने की आवश्यकता है:

सबसे पहले, भारत में, कुल स्वास्थ्य देखभाल खर्च का लगभग दो-तिहाई निजी व्यय। अध्ययन से पता चलता है कि कुल स्वास्थ्य देखभाल व्यय का केवल 3 - 4 प्रतिशत और भारत सरकार के अस्पताल देखभाल व्यय का केवल 9 - 13 प्रतिशत गरीबों पर खर्च होता है।

भारत में 1000 घरों के एक अध्ययन में यह भी पता चला है कि कुल वार्षिक आय का 6 से 11 प्रतिशत स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च किया गया था। वर्तमान अध्ययन में निम्न जातियों के सदस्यों को उनकी वार्षिक आय का अधिक अनुपात खर्च करने के लिए पाया गया था स्वस्थ पर। लगभग सभी जेब से बाहर का खर्च के बजाय उपचारात्मक देखभाल पर था।

दूसरे, भारत में लोगों के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता खराब मानकों की है। सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के माध्यम से उपलब्ध सेवाएं जो मुफ्त होने वाली हैं, लेकिन अक्सर चार्ज की जाती हैं। आबादी के लिए उपलब्ध निजी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं अप्रभावी हैं।

तीसरा, भारत में स्वास्थ्य बीमा कवरेज विशेष रूप से उन लोगों के बीच बहुत सीमित था जो औपचारिक क्षेत्र से बाहर काम करते हैं। अधिकांश बीमा योजनाएं सामाजिक सुरक्षा के रूप में थीं। उन्हें केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) और कर्मचारी राज्य बीमा योजना (ईएसआईएस) के माध्यम से प्रदान किया गया था। सीजीएचएस एक अंशदायी स्वास्थ्य योजना है जो केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके आश्रितों को व्यापक चिकित्सा सेवा प्रदान करती है। ईएसआईएस एक बीमा प्रणाली थी जो गरीब कारखाना श्रमिकों और उनके आश्रितों को नकद और चिकित्सा लाभ प्रदान करती है। अर्ध-स्वायत्त सरकारी बीमा कंपनी (जीआईसी) 5 के माध्यम से बेचे गए निजी बीमा द्वारा अन्य 1.8 मिलियन लोगों को कवर किया गया था।

अंत में, राष्ट्रीय, राज्य और नगरपालिका स्तरों पर सरकार के संयुक्त व्यय के कारण भारत में सभी स्वास्थ्य देखभाल खर्चों का केवल एक-तिहाई हिस्सा होता है। अधिकांश सरकारी धन का उपयोग सार्वजनिक अस्पतालों, क्लीनिकों और कार्यक्रमों के माध्यम से सीधे सेवाएं प्रदान करने के लिए किया जाता है। शहरी केंद्रों में क्यूरेटिव सेवाओं पर सरकारी खर्च की अनुपातहीन राशि थी। इस आवंटन अक्षमता को ठीक करने की संभावना नहीं थी।

अविकासशील देशों में अनुभव

जिम्बाब्वे, तंजानिया, युगांडा, नेपाल, मैक्सिको, मलावी और घाना 6 जैसे देशों में स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान में गैर सरकारी संगठन महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं।

अफ्रीका में जैरे क्षेत्र के ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में अनौपचारिक क्षेत्र के लिए चार स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के डिजाइन, प्रबंधन और संचालन दक्षता का मूल्यांकन किया। अध्ययन के निष्कर्षों से पता चला कि बीमा योजना से ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में लोगों को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच बनाने में मदद मिली है।, हालांकि, एक राष्ट्रव्यापी पारंपरिक स्वास्थ्य बीमा प्रणाली के एक संभावित समाधान के रूप में तेजी से कार्यान्वयन का समर्थन नहीं करते थे लेकिन सफलता के लिए स्थानीय स्तर पर प्रबंधित योजनाओं का सुझाव दिया। इसके अलावा, अध्ययन ने रोगी और असंगत देखभाल के लिए विभिन्न प्रकार की बीमा योजनाओं को शुरू करने का सुझाव दिया। बाहरी रोगी देखभाल के लिए, पूर्व भुगतान की प्रणाली को एक व्यवहार्य विधि के रूप में सुझाया गया था।

विकासशील देशों में अनौपचारिक क्षेत्र के लिए छत्तीस स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के प्रदर्शन की समीक्षा की। योजनाओं में आमतौर पर अस्पतालों, सामुदायिक योजनाओं, सहकारी योजनाओं और गैर सरकारी संगठनों द्वारा संचालित योजनाओं द्वारा शुरू की गई स्वास्थ्य सुविधा योजनाएं शामिल हैं। मौजूदा योजनाओं में कई समस्याओं की पहचान की। समीक्षा की गई अधिकांश योजनाएं सीमित जनसंख्या कवरेज, कम लागत वसूली और समाज के सबसे गरीब सदस्य को बचाने की सीमित क्षमता से पीड़ित थीं। इसके अलावा, कई योजनाओं में खराब योजना और डिजाइन थे।

चयनित देशों में अनौपचारिक क्षेत्र के लिए बीमा योजनाओं के विभिन्न समूहों के अनुभवों की समीक्षा 9 में निम्नानुसार अंतर्दृष्टि प्रदान की गई:

अधिकांश योजनाएं ग्रामीण आधारित हैं और प्रकृति में स्वैच्छिक हैं।

सरकार द्वारा संचालित और अस्पताल आधारित योजनाएँ स्पष्ट रूप से दोनों रोगी और बाहरी रोगी सेवाओं को कवर करती हैं।

समुदाय आधारित और गैर-सरकारी संगठनों की अधिकांश योजनाएं केवल बाहरी रोगी देखभाल को कवर करती हैं।

अधिकांश प्रीपेड योजनाओं ने कम प्रीमियम निर्धारित किया है और बीमाकर्ताओं को सीमित सेवाएँ प्रदान की हैं।

साथ में चीन, कोरिया और जापान को छोड़कर अधिकांश योजनाओं में लक्ष्य आबादी का कवरेज बहुत कम हैं।

समुदाय आधारित योजनाओं के अनुभवों से पता चला कि एक प्रतिबद्ध, विकेन्द्रीकृत प्रबंधन योजनाओं की सफलता में योगदान देता है।

सह-भुगतान प्रणाली के साथ मिलकर सस्ती प्रीमियम बीमा योजनाओं के उपयोग और लागत को नियंत्रित कर सकता है।

भारत में गैर सरकारी संगठन और स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ

अनुमान के अनुसार, एनजीओ भारतीय जनसंख्या के 5 प्रतिशत लोगों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करता है। निजी स्वास्थ्य वित्त का एक महत्वपूर्ण हिस्सा भारत के स्वैच्छिक और धर्मार्थ संगठन द्वारा प्रदान की गई सेवा थी।

नोट:- जबकि ऐसे समूह स्वास्थ्य देखभाल के बड़े हिस्से के लिए जिम्मेदार नहीं हैं, वे अक्सर आबादी का एकमात्र स्रोत या स्वास्थ्य सेवा का एकमात्र विश्वसनीय स्रोत हैं।

कुछ गैर सरकारी संगठनों द्वारा प्रस्तावित अभिनव और पूर्व भुगतान बीमा योजनाओं को प्रलेखित किया है। ऐसी किसी भी योजना का पहला गहन अध्ययन 1987 में भारतीय प्रबंधन संस्थान (अहमदाबाद) द्वारा एशियाई विकास बैंक 11 द्वारा आयोजित एक क्षेत्रीय संगोष्ठी की तैयारी में किया गया प्रतीत होता है। निजी, गैर-लाभकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं की समीक्षा की गई, जो महाराष्ट्र में सेवाग्राम में अनुभव और पश्चिम बंगाल में सेवा सहकारी स्वास्थ्य समाज के अनुभव थे। फोर्ड फाउंडेशन ने भारत में चार स्वैच्छिक संगठनों के स्वास्थ्य वित्तपोषण अनुभवों की समीक्षा की। अध्ययन के निष्कर्षों से यह संकेत मिलता है कि स्वैच्छिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों को कई स्रोतों द्वारा वित्त पोषित किया गया था, जिसमें सरकारी दाता एजेंसियां, समुदाय और स्वयं उत्पन्न धन और समुदाय द्वारा योगदान के साथ-साथ स्थानीय प्रयास शामिल हैं।

स्वैच्छिक संगठनों द्वारा स्वदेशी स्रोतों का दोहन करने के लिए बनाया गया। मुख्य स्रोत सामुदायिक और स्व-वित्तपोषण संगठनों की श्रेणी में थे, जिनके पास कई नवीन वित्तपोषण तंत्र थे जैसे कि प्रगतिशील शुल्क पैमाने, समुदाय आधारित पूर्व भुगतान / बीमा योजनाएं और आय सृजन योजनाएं।

एक अध्ययन के अनुसरण में, स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करने वाले बारह विभिन्न स्वैच्छिक संगठनों की जांच की गई। बारह में से छह पूर्व भुगतान या बीमा योजना के किसी न किसी प्रकार की पेशकश करते हैं। अन्य प्रकाशित साहित्य ऐसी विभिन्न योजनाओं का उल्लेख करता है।

पूर्व-भुगतान / बीमा योजनाओं में साझा किए गए उपज, इक्विटी और जोखिम जैसे तीन मानदंडों के आधार पर उनका मूल्यांकन भी किया। अध्ययन से पता चला कि भारत का स्वैच्छिक क्षेत्र एक समुदाय और स्वयं के वित्तपोषण के तरीकों के साथ प्रयोग और नवाचार को प्रदर्शित करता है, जिसमें उपयोगकर्ता शुल्क, समुदाय आधारित पूर्व भुगतान योजनाएं, वाणिज्यिक योजनाओं को बढ़ाना, आदि शामिल हैं।

शहरी क्षेत्रों में कम आय वाले लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में एक गैर-लाभकारी संगठन, स्वैच्छिक स्वास्थ्य सेवाओं (वीएचएस) की चिकित्सा सहायता योजना के तहत अधिकांश लाभार्थी बहुत कम मासिक आय वर्ग के हैं। सेवा और सदस्यता शुल्क के फिसलने के पैमाने का विकास, इलाके में कम आय वाले रोगियों तक पहुंच सुनिश्चित करने की इसकी प्रतिबद्धता को दर्शाता है। हालांकि इस योजना का कवरेज सीमित है, और सदस्यता शुल्क आवर्तक लागत का केवल एक छोटा सा प्रतिशत है।

हाल के वर्षों में, स्वास्थ्य देखभाल के वित्तपोषण के लिए काम करने वाली सरकारी बीमा कंपनियों के साथ गठजोड़ करने वाले निजी क्षेत्रों के कुछ उदाहरण सामने आए हैं। कलकत्ता में सेवा सहकारी स्वास्थ्य समाज, हैदराबाद, मद्रास और दिल्ली में अपोलो अस्पताल समूह, दिल्ली में बत्रा अस्पताल, बॉम्बे में बीच कैंडी अस्पताल, सौराष्ट्र सहकारी अस्पताल सोसाइटी बॉम्बे, जामखर स्वास्थ्य परियोजना और कस्तूरबा अस्पताल इस संबंध में कुछ टाई अप हैं।

भारत में गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित पूर्व भुगतान योजनाओं के अनुभवों पर भी ताजे अध्ययन किया है। पूर्व-भुगतान / बीमा योजनाएं आम तौर पर व्यक्तियों और परिवारों द्वारा आवश्यकता आधारित सेवाओं के लिए अग्रिम रूप से योगदान की गई थीं। केवल बीमार सेवाओं का लाभ उठाया। इसलिए, ऐसी वित्तपोषण योजनाओं में स्वस्थ और बीमार लोगों के बीच जोखिम साझा किए गए थे। योजनाएं सामुदायिक और अस्पताल देखभाल के लिए विभिन्न स्तर की कवरेज प्रदान करेंगी, जो आंशिक कवरेज से लेकर कुल कवरेज तक अलग-अलग होंगी।

समीक्षा से यह भी पता चला कि भारत में काम करने वाले और स्वास्थ्य सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करने वाले गैर-सरकारी संगठनों के कुछ ही उदाहरण थे। वास्तव में भारत का एनजीओ सेक्टर इस क्षेत्र में सबसे विकसित क्षेत्रों में से एक था, हालांकि वे निवारक और प्रचारक स्वास्थ्य देखभाल के क्षेत्रों में अधिक सक्रिय थे, उनके लिए उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल में उनका योगदान भी अधिक महत्वपूर्ण था। तथ्य यह है कि इनमें से कई गैर-सरकारी संगठन डिस्पेंसरी, क्लीनिक और अस्पताल चलाते हैं, जो संकेत देते थे कि बहुत कुछ है

उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में गैर-सरकारी संगठनों की भूमिका को प्रोत्साहित करने और विस्तार करने की गुंजाइश। सरकार को जल्दी पता चला है कि गैर सरकारी संगठन स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए

पूरक हो सकते हैं। इस आंदोलन के उत्साहजनक तथ्यों में से एक सहयोग है और सरकार द्वारा कई गैर-सरकारी संगठनों को विस्तारित करने में मदद करता है।

सरकार दो मुख्य कारणों से स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर सरकारी संगठनों को बढ़ावा देती है:

- (i) स्वास्थ्य देखभाल वितरण में अपने कार्यक्रम को लागू करने के लिए अपने अधिकारियों और
- (ii) को प्रशिक्षित करना। द चाइल्ड इन नीड इंस्टीट्यूट (CINI), कोलकाता; और सेवा ऐसे सहयोग के अच्छे उदाहरण हैं। भारत में गैर-सरकारी संगठन आधारित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में से कुछ के कामकाज की समीक्षा करने के लिए यहाँ एक प्रयास किया गया है और तालिका 1 में दिया गया है। समीक्षा प्रकाशित साहित्य 8 पर आधारित है। 15. तालिका 1 में, प्रत्येक निजी गैर-लाभकारी बीमा के लिए योजना, निम्नलिखित जानकारी प्रदान की गई है:

- (i) नाम, स्थान और दीक्षा का वर्ष;
- (ii) नामांकित आबादी का आकार;
- (iii) स्वैच्छिक बनाम अनिवार्य;
- (iv) प्रीमियम;
- (v) लाभ - प्रत्यक्ष बनाम अप्रत्यक्ष;
- (vi) सफलता और असफलता; तथा
- (vii) सफलता / असफलता को रेखांकित करने वाले कारक।

इस अभ्यास का उद्देश्य मानदंडों का उदाहरण प्रदान करना है जिसके आधार पर योजनाओं का मूल्यांकन किया गया है और कारकों को सफलता या असफलता के लिए योगदान के रूप में उद्धृत किया गया है।

सबक सीखा और भावी योजनाएं

मौजूदा योजनाओं से सीखे गए पाठों से उभरने वाली भावी योजनाओं की कुछ प्रमुख विशेषताएं इस प्रकार हैं:

- ❖ भावी योजनाओं का उद्देश्य या गरीब आबादी की रक्षा करना।
- ❖ लक्ष्य आबादी का पर्याप्त कवरेज।
- ❖ कम लागत और आवश्यक देखभाल ज्यादातर प्राथमिक देखभाल से मिलकर होती है।
- ❖ स्थिति एक पहुंच भौगोलिक निकटता और सुविधा के उचित स्थान से प्रभावित होती है।
- ❖ गरीबों के लक्षित बहिष्करण के साथ धन का जुटाव।
- ❖ सेवाओं के प्रावधान में इक्विटी और दक्षता पर विचार पर ध्यान दें।
- ❖ गरीबों के लिए संरक्षण के साथ लागत वसूली का तत्व।
- ❖ गुणवत्ता में सुधार और देखभाल की उपलब्धता के माध्यम से उपभोक्ता की संतुष्टि।

जोखिम कारक भावी योजना में नैतिक खतरे को रोकने के लिए तंत्र।

प्रतिकूल चयन: - प्रतिकूल चयन का मुकाबला करने का एक विकल्प - योजना का डिजाइन जहां सभी सदस्यों को शामिल होना अनिवार्य था। इसके तहत लक्ष्य आबादी का नामांकन भी जांचा जाएगा।

इस योजना में सभी उम्र के लोगों को और परिवार के सदस्यों को कार्यशील जनसंख्या के मामले में शामिल किया जाना चाहिए। यह आगे सुनिश्चित करेगा कि बीमा केवल स्वस्थ लोगों को ही नहीं बल्कि महिलाओं और बूढ़ों को भी कवर करे।

प्रबंधन निधियों को पेशेवर रूप से नियंत्रित किया जाना चाहिए और भ्रष्टाचार और धोखाधड़ी के खिलाफ सुरक्षा के लिए उपयुक्त उपाय किए जाने चाहिए।

विवश कारक

- ❖ प्रीमियम या तो फ्लैट दर या समुदाय रेटेड प्रीमियम पर आधारित होना चाहिए। ये प्रगतिशील नहीं होने चाहिए।
- ❖ चूंकि योजना में शामिल होने के इच्छुक लोगों से प्रीमियम एकत्र करना मुश्किल था, इसलिए मजदूरी भुगतान के स्रोत से प्रीमियम एकत्र किया जा सकता है।
- ❖ ऐसा लगता है कि योजनाओं को बनाए रखने के लिए सरकारी दानदाताओं का बाहरी समर्थन लगभग एक आवश्यक शर्त थी।

कार्यान्वयन के लिए हस्तक्षेप

- ❖ समुदाय में हर एक को शामिल होने के लिए योजना को और अधिक आकर्षक बनाएं।

योजना की उचित निगरानी

- ❖ अच्छी तरह से परिभाषित लाभ पैकेज।

निष्कर्ष

एनजीओ क्षेत्र स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल के वित्तपोषण में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने के लिए तैयार है। इससे स्वास्थ्य देखभाल वितरण और भुगतान तंत्र की प्रणाली में भी बदलाव आएगा। ऐसी स्थिति में, समाज के गरीब और कम विशेषाधिकार प्राप्त वर्गों के हितों को उचित नियामक तंत्र द्वारा संरक्षित किया जाना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में इक्विटी और दक्षता बनाए रखी जाती है।

तालिका एक

भारत में गैर-सरकारी, गैर-लाभकारी स्वास्थ्य सलाहकारों का निवेश

नाम, स्थान & का वर्ष आरंभ	इस आकार का दाखिला लिया आबादी	स्वैच्छिक बनाम अनिवार्य	बीमा शुल्क	लाभ (प्रत्यक्ष बनाम अप्रत्यक्ष)	सफलता असफलता	कारक के रूप में उद्धृत आधारभूत सफलता असफलता
स्वास्थ्य सेवाएं (AKHS) सिद्धपुर, गुजरात (1996) (मेलोज़ मिलक सहकारी)	450	दोनों अनिवार्य हैं और स्वैच्छिक योजनाएं	प्रीमियम बदलता रहता है से लेकर रु .100 तक रुपये। 2500 / - के आधार पर सेवाएं।	लाभ मुफ्त शामिल हैं आउट पेशेंट परामर्श, रियायती दवाओं और नैदानिक सेवाएं। सीधा वितरण।	पर सकारात्मक प्रभाव उपयोग और इक्विटी। कुछ मामलों में, यह था ऐसा नहीं।	के कारण सफल अनिवार्य नामांकन। प्रगतिशील शुल्क अनुसूची, में पारदर्शिता प्रीमियम गणना। कम प्रशासनिक लागत, अनुकूल राजनीतिक नींव। शांत कामकाज
2. कार्रवाई के लिए समुदाय संगठन पुनर्वास तथा विकास (एकॉर्ड), नीलगिरी, तमिलनाडु (1991)	7000	स्वैच्छिक नामांकन	रुपये। 12 प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष सभी को शामिल किया गया बीमारी की आवश्यकता अस्पताल में भर्ती।	सीधा वितरण	इकट्ठा करना मुश्किल प्रीमियम कम लागत वसूली।	मजबूत समुदाय समूह। का आसान निपटान प्रीमियम।
3. अपोलो अस्पताल संगति मद्रास, तमिल नाडु (1986)	100000	स्वैच्छिक नामांकन	वार्षिक प्रीमियम के परिवार के 4 के लिए है रुपये। 999, कवर घर का खर्च अस्पताल में भर्ती तक रु। 17600।	सीधा वितरण	भूतपूर्व पद का साक्ष्य नैतिक जोखिम। कम उपभोक्ता संतुष्टि। अस्वीकृत करना उपस्थिति पंजी।	कवर करने में विफलता बाहर का खर्च और पुरानी बीमारियाँ। प्रसंस्करण में देरी का दावा है।
4. बरपाली गाँव योजना, उड़ीसा (1953)	बंद 1961 में	स्वैच्छिक नामांकन	0.40 का प्रीमियम यूएस \$ प्रति परिवार प्रति वर्ष (1982) डेटा)	सीधा वितरण	नवीनीकरण की अनिच्छा सदस्यता	अपर्याप्त समुदाय भागीदारी। से अलगाव पारंपरिक और राजनीतिक नेताओं।
5. ब्रीच कैंडी अस्पताल, बंबई।	कॉर्पोरेट ग्राहकों	स्वैच्छिक नामांकन	रुपये। 30 प्रति माह एक विस्तृत श्रृंखला के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की।	--	--	-
6. गोलपारा, शांति निकेतन, ग्रामीण पश्चिम बंगाल (1984)	1247	स्वैच्छिक नामांकन	का प्रीमियम रु। 18 या तो नकद में या तरह में।	--	--	दवा शुल्क विविध के अनुसार आर्थिक स्थितियाँ।
7. मल्ल दूध सहकारी, कर्नाटक (1973)	7000	स्वैच्छिक नामांकन	प्रीमियम हैं से भुगतान किया बंदोबस्ती कोष।	सीधा वितरण।	लागत वसूली, पूरी स्वास्थ्य देखभाल का खर्च समुदाय अब है ब्याज से पैदा हुआ बंदोबस्ती पर निधि के लिए इक्विटी-मुश्किल में सबसे गरीब लोग में शामिल होने के लिए क्षेत्र योजना।	मजबूत आर्थिक आधार समुदाय का; सरकार ने प्रदान किया टीके, विटामिन, गर्भ निरोधकों, बीमारी निगरानी, आदि कुछ खंड थे शामिल नहीं।
8. मेदिनोवा स्वास्थ्य पत्र योजना, कलकत्ता।	35000	स्वैच्छिक नामांकन	-----	सीधा वितरण।	--	--

9. रायगढ़, अंबिकापुर स्वास्थ्य एसोसिएशन, रायगढ़, उड़ीसा (1974)	75000	स्वैच्छिक नामांकन	प्रीमियम में प्रकार	सीधा वितरण।	--	नए सदस्यों को चाहिए 2 महीने तक इंतजार करें इससे पहले कि वे हकदार हैं लाभ के लिए।
10. साहेब शिब्सनकार सभा समिति बर्दवान, पश्चिम बंगाल (1978)।	6800	स्वैच्छिक नामांकन	रुपये। 2 / - प्रति वर्ष प्रति व्यक्ति गरीबों के लिए और रुपये। 5 / - प्रति व्यक्ति / वर्ष के लिए अन्य लोग	सीधा वितरण।	--	गैर- का सख्त बहिष्कार से सदस्य लाभ। ।
11. सेबा सहयोगी स्वास्थ्य की व्यापकता (जीआईसी के साथ), कलकत्ता, पश्चिम बंगाल (1982)	<3000 परिवारों	स्वैच्छिक नामांकन	रुपये। 105 प्रति सदस्य प्रतिवर्ष	सीधा वितरण।	अप्रभावी लागत सीमित लागत वसूली	लंबे अस्पताल में रहना।
12. स्व कार्यरत महिलाएं सह प्रायोजक जीआईसी) अहमदाबाद, गुजरात (1992)	15000	स्वैच्छिक नामांकन	वार्षिक प्रीमियम रु। 15 / - प्रति व्यक्ति	सीधा वितरण।	50 फीसदी में मामलों की आवश्यकता है चिकित्सा देखभाल, लाभ थे पर्याप्त। के लिए इक्विटी-पहुँच सेवाओं और दाखिलों की दावे अधिक थे ग्रामीण के लिए मुश्किल है महिलाओं।	मजबूत रेफरल नेटवर्क; राशि पर छत व्यय के रूप में नैतिक के खिलाफ पहरा खतरा, प्रीमियम कर सकते हैं सीधे काटा जा सकता है सदस्य के बैंक से लेखा। प्रसंस्करण में देरी दावों; कवर करने में विफलता परिवारों; धीमा और का जटिल प्रसंस्करण का दावा है।
13. सेवाग्राम कस्तूरबा अस्पताल, वर्धा, महाराष्ट्र (1972)	14390	स्वैच्छिक नामांकन	प्रीमियम में तरह	सीधा वितरण।	सामाजिक लाभ उत्तेजना शामिल करें आत्मविश्वास की, संगठनात्मक योग्यता, एवं विकास गतिविधियाँ। कम पर जोर लागत, निवारक और प्रचारक गतिविधियाँ। लागत वसूली कम है।	उच्च गुणवत्ता वाली सेवाएं; प्रदाताओं का भरोसा; आयोजक का करिश्मा; प्रीमियम प्रकार में हैं; सुविधाजनक पर एकत्र किया पहर।
14. सामाजिक कार्य और अनुसंधान केंद्र (SWRC), अजमेर, राजस्थान (1972)	20000	स्वैच्छिक नामांकन	2.85 का प्रीमियम यूएस \$ प्रति परिवार प्रति वर्ष	सीधा वितरण।	लागत वसूली कम है	कार्यक्रम पर जोर दिया कृषि आधुनिकीकरण और में सामान्य सुधार जीवन स्तर। कुछ में समितियाँ प्रीमियम जमा करने में विफल
15. छात्र स्वास्थ्य गृह, कलकत्ता, पश्चिम बंगाल (1955)	1020000	स्वैच्छिक नामांकन	का प्रीमियम रु। 4 प्रति वर्ष, के माध्यम से एकत्र किया स्कूल	सीधा वितरण।	बेहद सस्ती प्रीमियम। लागत वसूली करने वाले सदस्य फीस 34 प्रति कवर कुल लागत का प्रतिशत बढ़ते घाटे, और की गिरती हुई गुणवत्ता सेवाएं। व्यर्थ का खर्च।	फिजिशियन सेवाएं स्वैच्छिक थे; कुछ धन रखा गया / खर्च किया गया क्षेत्रीय स्तर पर; गैर का सख्त बहिष्करण से सदस्य लाभ। बहुत खर्च हुआ अंतरंग रोगी सेवाएं।
16. त्रिभुवनदास फाउंडेशन, आनंद, ग्रामीण गुजरात (1993-94)	16 से 20 प्रतिशत लक्ष्य की जनसंख्या 800,000	स्वैच्छिक नामांकन	(प्राथमिक देखभाल है सभी को मुफ्त)	सीधा वितरण।	--	--
17. स्वैच्छिक स्वास्थ्य सेवाएं (वीएचएस), मेडिकल सहायता योजना, चेन्नई, तमिल तमिलनाडु (1963)	1,24,715	स्वैच्छिक नामांकन	सदस्यता शुल्क के अनुसार वर्गीकृत मासिक आय के लिए।	सीधा वितरण।	अत्यधिक समस्या प्रतिकूल के साथ चयन। निम्न स्तर की लागत वसूली।	कई तो तभी दाखिला लेते हैं रेफरल उपचार था की आवश्यकता है।