



RMRS Rajasthan

State Institute of Health & Family Welfare, Jaipur

Health care: Issues & Challenges

- Neglected priority-Not a core governance issue
 - Policy-36 yrs
 - No sub-centre till 1971
 - % of GDP –Declining on a regular basis
 - State subject -central dictate
- Human Resource
 - Shortage/ vacancies/ absenteeism
 - Training/ Capacity building
- Low capacity of fund utilization
- Poor management support

Challenges

- Manpower- Number & Norms
- Rural / Urban differential
- Geographical divide across States
- S-E groups –accessibility/ reach
- Gaps between Policy & Action
- **Health sector expenditure**
- Newer Infections

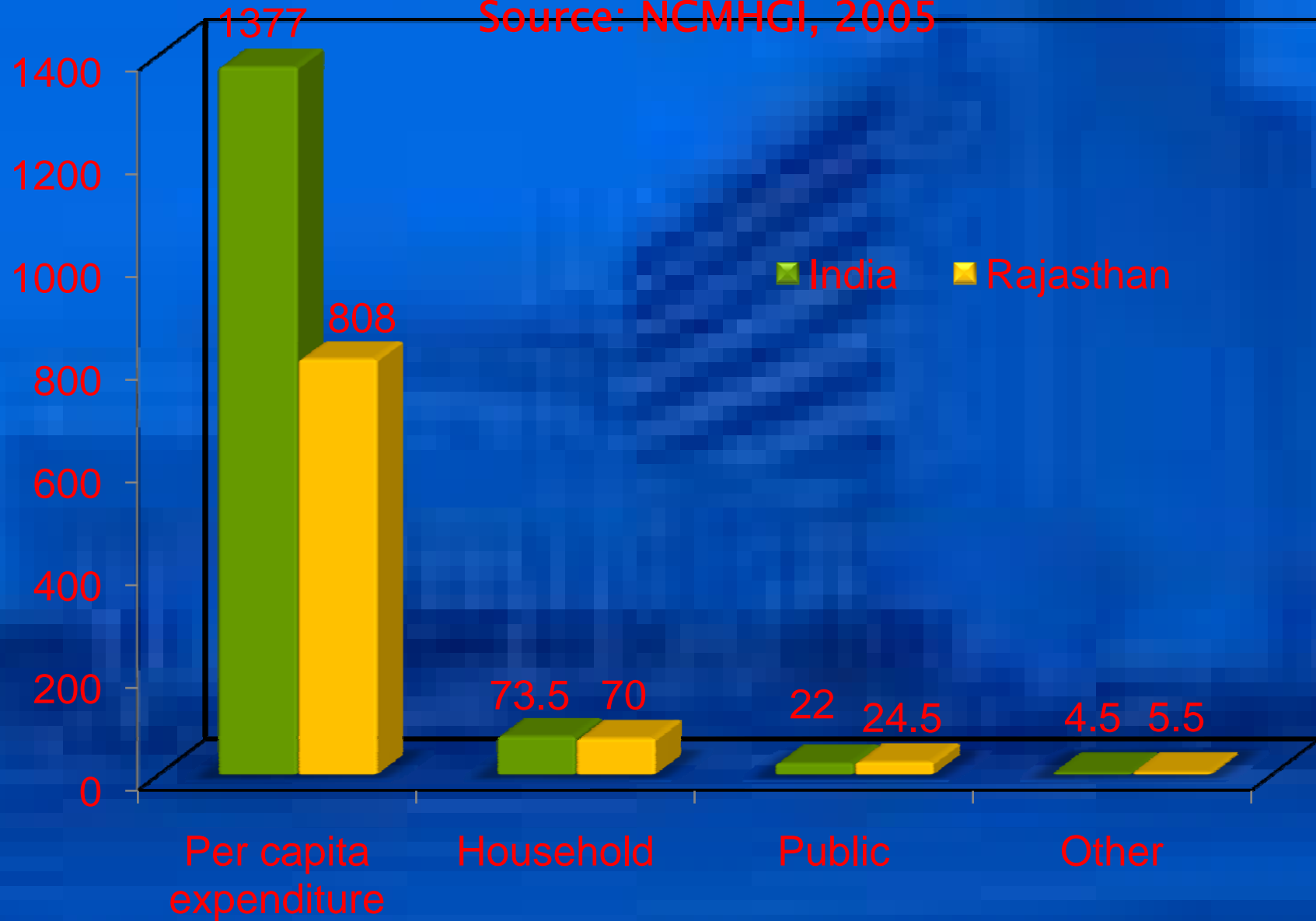
Who pays?

- Health Authority?
- Government?
- Taxpayer?



Health Care Spending (2004-05)

Source: NCMHGI, 2005



Issues in Health financing:

- Reduce out-of-pocket payments
- Increase the accountability towards health care provision
- Risk pooling & Risk sharing.



Rationing of Health care

- Economics concerned with choice between competing alternatives
- Based on axiom of scarcity - resources limited relative to wants
- Fundamental 'economic problem' is therefore allocation of these scarce resources
- 'Rationing' (priority-setting) just another term for resource allocation

Taking care of cost: what to do

- Ensure stable financing mechanism
- Enhance financial protection and social safety nets.
- Achieve more resource allocation and government spending on cost effective health interventions
- Improve institutional capacity and capability in budgeting, pricing, financial planning and management

Financing options for Health

- **Public investment**
 - Govt. revenue
 - Taxes
 - Debt financing
- **Private investment**
- **Public Private Partnership**
 - Public goods
 - Ownership issue
 - **User fee**
 - Risk transfer

Health financing

- Early 1980s
 - Pay clinics
 - Auto finance scheme(1982)
 - Revenue went to State
 - Did not last

PPP: Why

- ✓ Improve access without substantial investment from public sector.
- ✓ Adopt best practices
- ✓ Opportunity to increase reach
- ✓ Opportunity to regulate the private sector
- ✓ Need based Tailored services
- ✓ Competition opens Options for poor

Approaches to PPP in Rajasthan

- RMRS
- Policy
- Contracting in- BOO, BOT (Radio-Imaging)
- Contracting out-Support services

Antecedents:

- 1994: Plague in Surat
- 1995: cleaning drive at MY hospital, Indore
- 1995: RKS in Indore

Genesis of RMRS

- Cost
 - Technological advancements
 - Inflation
 - Expansion of services
- Autonomy
- Payment capacity of people
- Health care financing mechanism

Rajasthan Medicare Relief Societies

- NGO-Registered society-**Autonomy**
- Self-sustainable
- Reducing cost of care –No middle man
- Instrument for **cost recovery** (user fee)
- **Cross subsidy** to marginalized
- Promote **PPP** for capital intensive facilities in Health care

RMRS

- Reformatory step
- Registered under section 20 of Rajasthan societies Act
- Equipments transferred to RMRS
- Jan sahbhagita(50:50)
- User fee introduced
- Reimbursement rules amended

- **Need for User charges-**

1. Too many to use the public services
2. Limited resources
3. Increasing demand
4. High recurring cost

Why user charges?

- People misuse just because it is “Free”
- Revenue generated can improve quality
- Marginal sections can be better looked after (Cross subsidy)
- System can be made self sustainable to a large extent
- Payment increase sense of ownership & Participation

- Mechanism for introducing User charges-
 - Dual pricing
 - Graded charges
 - Exemption criteria

- What determines User Charges?
 - Cost of care
 - Cross subsidy costs
 - Replacement cost including inflation and rupee devaluation

RMRS & LLFS

- **RMRS-1995**
- **LLFS-Aug. 1996**
 - **No Monopoly**
 - **Drugs identified by committee of Sr. Doctors**
 - **Straight from Manufacturer/ C& F**
 - **Lowest price certification by Supplier**
 - **No profit No loss**
 - **Equal opportunity to contractors-Open Tenders**
 - **Contractor –Fixed remuneration + 1% commission**



- Free services to identified groups
- Fixation of user charges-50 % of market
- Audit mechanism
- Revenue retained by Facility
- Guidelines for utilization of revenue
 - 50% on equipment
 - 50% on service improvement, repair, maintenance



Objectives

- **Generating revenue**
 - Sustainability
 - Cost recovery & Cross subsidy
- **Upgrade facility**
 - Equipments
 - Maintenance & Repair
 - Addition of facility & Services
- **Minimum standard care & Improving quality**
- **PPP**
- **Empowering people**
 - Citizen charter
 - Grievance re-dressal
 - Representation
- **Fund mgt**

RMRS structure (9-11 members)

- PHS/ Commissioner/ Collector
- Supdt./PMO/CMHO/BCMO
- Doctors(2-3)
- PRI(2)
- Citizens(3)
- NGO
- Associate / Institutional member



1. निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ के अधीन चिकित्सालय

श्रेणी	चिकित्सालयो का वर्गीकरण	अध्यक्ष	उपाध्यक्ष	सदस्य सचिव
“अ”	जिला मुख्यालय पर स्थित जिला अस्पताल	जिला कलेक्टर	संयुक्त निदेशक, (जोन)	प्रमुख चिकित्सा अधिकारी
‘ब’	जिला मुख्यालय पर स्थित सेटेलाइट अस्पताल एवं जिला मुख्यालय से अन्यत्र स्थित अस्पताल (ब्यावर, नाथद्वारा, कोटपुतली, रतनगढ़)	संयुक्त निदेशक, (जोन)	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	प्रमुख चिकित्सा अधिकारी
‘स’	समस्त उपखण्ड स्तरीय अस्पताल(16) एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	ब्लॉक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	प्रभारी अस्तपतला चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
‘द’	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	ब्लॉक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, सामु. स्वा. केन्द्र	चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

“अ” श्रेणी :

जिला मुख्यालय स्थित जिला चिकित्सालय

1	जिला कलेक्टर	अध्यक्ष	
2	संयुक्त निदेशक(जोन)	उपाध्यक्ष	
3	प्रमुख चिकित्साधिकारी	सदस्य सचिव	
4	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	सदस्य	
5	विधायक	सदस्य	
6	गणमान्य नागरिक / सामाजिक कार्यकर्ता / दानदाता	2 सदस्य	
7	वरिष्ठ विशेषज्ञ	सदस्य	जिनका कार्यकाल प्रति दो वर्ष में बदलता रहेगा।
8	उप नियंत्रक	सदस्य	जिनका कार्यकाल प्रति दो वर्ष में बदलता रहेगा।

“ब” श्रेणी :

जिला मुख्यालय पर स्थित सेटेलाईट अस्पताल एवं जिला मुख्यालय से अन्यत्र स्थित अस्पताल (ब्यावर, नाथद्वारा, कोटपुतली, एवं रतनगढ़)

1	संयुक्त निदेशक (जोन)	अध्यक्ष	
2	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	उपाध्यक्ष	
3	प्रमुख चिकित्साधिकारी	सदस्य सचिव	
4	उपमुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी / ब्लॉक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	सदस्य	
5	विधायक	सदस्य	
6	गणमान्य नागरिक / सामाजिक कार्यकर्ता / दानदाता	2 सदस्य	
7	वरिष्ठ विशेषज्ञ	सदस्य	जिनका कार्यकाल प्रति दो वर्ष में बदलता रहेगा।



'स' श्रेणी :

समस्त उपखण्ड स्तरीय अस्पताल एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

1	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	अध्यक्ष	
2	ब्लॉक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	उपाध्यक्ष	
3	प्रभारी अस्पताल / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	सदस्य सचिव	
4	विधायक	सदस्य	
5	गणमान्य नागरिक / सामाजिक कार्यकर्ता / दानदाता	सदस्य	
6	कनिष्ठ विशेषज्ञ	सदस्य	जिनका कार्यकाल प्रति दो वर्ष में बदलता रहेगा।

“द” श्रेणी :

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

1	ब्लॉक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	अध्यक्ष	
2	चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	उपाध्यक्ष	
3	चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सदस्य सचिव	
4	गणमान्य नागरिक / सामाजिक कार्यकर्ता / दानदाता	सदस्य	

नियम – 9

समन्वय समिति

राज्य की विभिन्न रिलीफ सोसाइटियों के बीच समन्वय करने, समय पर दिशा –निर्देश देने तथा उनके कार्यों की समीक्षा करने हेतु राज्य स्तर पर एक समन्वय समिति गठित की जावेगी जिसका स्वरूप इस प्रकार से होगा :—

1. चिकित्सा एवं स्वास्थ्य मंत्री	अध्यक्ष
2. चिकित्सा एवं स्वास्थ्य राज्य मंत्री	उपाध्यक्ष
3. प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य	सदस्य
4. शासन सचिव (प.क.) मिशन निदेशक,	सदस्य
5. परियोजना निदेशक, आर.एच.एस.डी.पी	सदस्य
6. प्रबन्ध निदेशक, एन.आर.एच.एम	सदस्य
7. निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, एडस	संयोजक
8. अति.निदेशक (चि.प्रशा.)	उपसंयोजक
9. निदेशक (जन स्वा.)	सदस्य
10. निदेशक (प.क.)	सदस्य
11. निदेशक (आई.ई.सी.)	सदस्य
12. परियोजना निदेशक (एडस)	सदस्य
13. प्रधानाचार्य, मेडिकल कॉलेज, जयपुर	सदस्य
14. अधीक्षक, सवाई मानसिंह चिकित्सालय, जयपुर	सदस्य
15. वित्तीय सलाहकार (मुख्यालय)	सदस्य

नियम – 3

आय के स्रोत

सोसाइटी निम्नलिखित स्रोत से आय अर्जित करेगी :-

सोसाइटी निम्नलिखित स्रोत से आय अर्जित करेगी :-

1. आउटडोर व इंडोर रोगी पंजीकरण शुल्क, आगन्तुक पास शुल्क आदि ।
2. विभिन्न साधारण एवं विशेष जाँचों पर शुल्क ।
3. विभिन्न सेवाओं जैसे सर्जिकल ऑपरेशन आई.सी.यू. अनेक प्रकार की थैरपी एवं अन्यविशिष्ट सेवाओं पर शुल्क
4. कॉटेज वार्डस् / स्पेशल वार्डस् / रैन बसेरा / अतिथि गृह आदि का किराया ।
5. मेडिकेयर ड्रग स्टोर से प्राप्त अधिशेष राशि । फ्लूड आईटमों के अतिरिक्त आवश्यक दवाओं की दुकान भी अस्पताल में खोली जा सकेगी ।
6. साईकिल स्टेण्ड, केन्टीन, एस.टी.डी. बूथ आदि से संविदा राशि ।
7. दुकानों, ऑडिटोरियम व अन्य परिसम्पत्तियों का किराया ।
8. विभिन्न जमाओं पर ब्याज ।
9. निविदा फार्म विक्रय राशि, बयाना एवं सुरक्षा जब्त राशि ।
10. अनुपयोगी सामान की नीलामी से प्राप्त राशि ।

11. दान, राजकीय अनुदान एवं विभिन्न वित्तीय संस्थाओं जैसे बैंक, आर. एफ.सी. नाबार्ड आदि से ऋण।
12. बी.ओ.टी. पर मशीन लगाना और केन्टीन चलवाना।
13. निजी नर्सिंग कॉलेजों के प्रशिक्षणार्थियों से लिया जाने वाला शुल्क।
14. हेल्थ इंश्योरेन्स प्राप्त पुर्नभरण बिलों की राशि।
15. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से प्राप्त अनटाईड फण्ड।
16. सोसायटी द्वारा स्थानीय स्तर पर विकसित अन्य स्रोत।

Funding sources for RMRS

- Grant-in-aid from the State Government and/or State level society (societies) in the health sector and/or District Health Society.
- Grants and donations from trade, industry and individuals.
- Receipts from such user fees
- Revenue from outsourced services
- Receipts from disposal of assets.



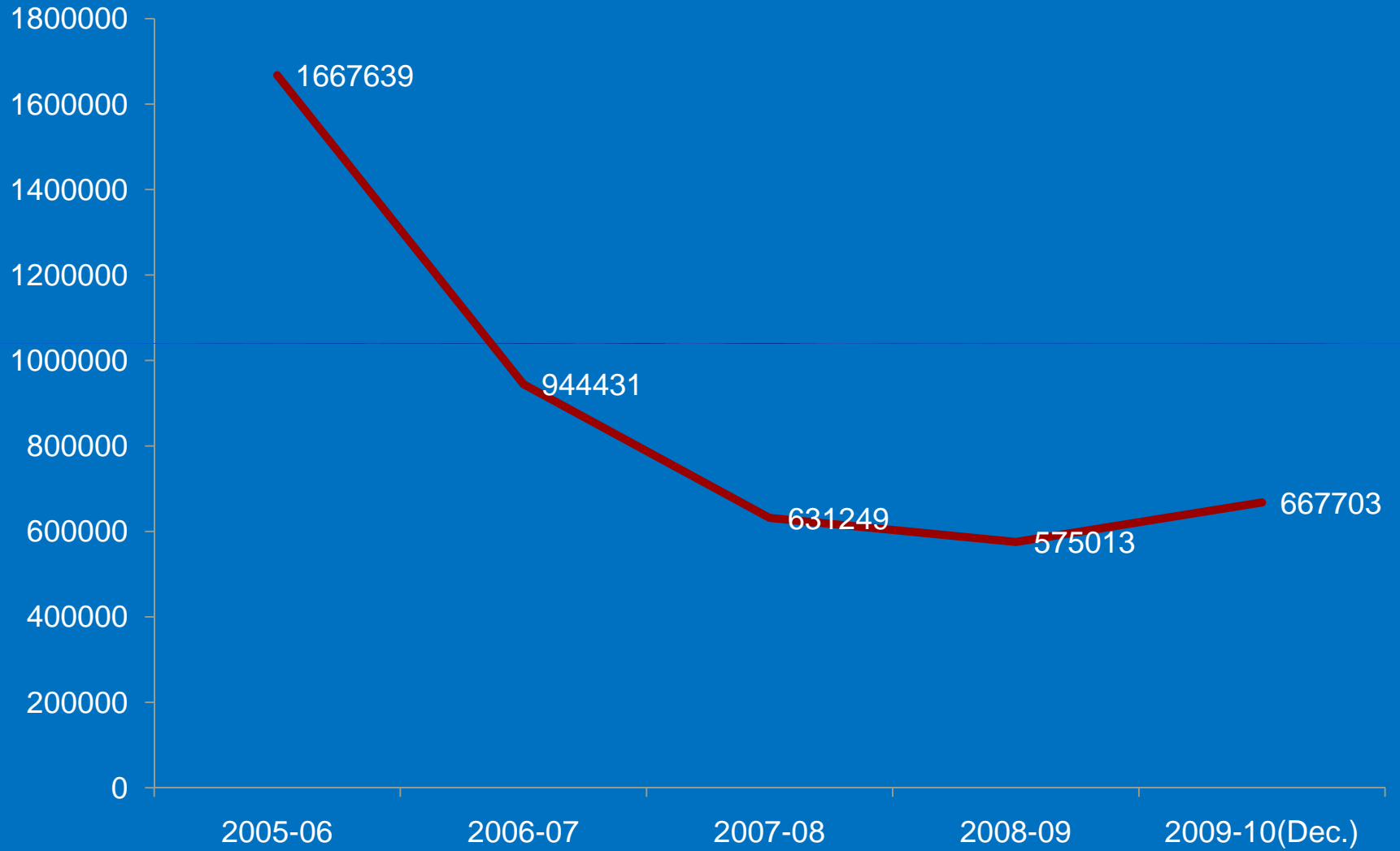
RMRS: Progress(31.12.10)

RMRS: 53 Hospitals, 376 CHCs & 1517 PHCs

Expenditure



RMRS Beneficiaries





Thank You

For more details log on to
[www. Sihfwrajasthan.com](http://www.Sihfwrajasthan.com)
or

contact : Director-SIHFW on
sihfwraj@yahoo.co.in