

भारत सरकार  
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय  
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग

लोक सभा  
अतारांकित प्रश्न संख्या: 5619  
04 अप्रैल, 2025 को पूछे जाने वाले प्रश्न का उत्तर

स्वास्थ्य बीमा योजना के पैनेल से अस्पतालों का निलंबन

† 5619. श्री टी. एम. सेल्वागणपति:

क्या स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री यह बताने की कृपा करेंगे कि:

(क) क्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण ने 600 से अधिक अस्पतालों को निलंबित करने और लगभग 1200 अस्पतालों को सरकार की स्वास्थ्य बीमा योजना के पैनेल से हटाने की सिफारिश की है और यदि हां, तो तत्संबंधी ब्यौरा क्या है;

(ख) क्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण ने 1500 से अधिक दोषी अस्पतालों के विरुद्ध कुल 122 करोड़ रुपये का जुर्माना लगाने की भी सिफारिश की है और यदि हां, तो तत्संबंधी ब्यौरा क्या है; और

(ग) क्या सरकार इस तरह की धोखाधड़ी को रोकने के लिए कोई नया विनियमन लाने पर विचार कर रही है और यदि हां, तो तत्संबंधी ब्यौरा क्या है?

उत्तर

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में राज्य मंत्री

(श्री प्रतापराव जाधव)

(क) से (ग): आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) दुरुपयोग और दुरुव्यवहार के प्रति असहिष्णुता (जीरो-टॉलरेंस) की नीति पर अभिशासित है तथा योजना में कार्यान्वयन के विभिन्न चरणों में होने वाली विभिन्न प्रकार की अनियमितताओं की रोकथाम, इनका पता लगाने और इनके निवारण के लिए विभिन्न कदम उठाए जाते हैं। धोखाधड़ी-रोधी एक मजबूत तंत्र स्थापित किया गया है जिसमें एबी-पीएमजेएवाई के तहत दुरुपयोग और दुरुव्यवहार की रोकथाम, इसका पता लगाने और इसके निवारण के प्राथमिक दायित्व के साथ धोखाधड़ी-रोधी राष्ट्रीय इकाई (एनएएफयू) की स्थापना की गई है।

राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा दी गई सूचना के अनुसार धोखाधड़ी करने वाले निकायों के विरुद्ध 1114 अस्पतालों को पैनेल से हटाने, 1504 दोषी अस्पतालों पर 122 करोड़ रुपये की शास्ति लगाने और 549 अस्पतालों को निलंबित करने सहित उपयुक्त कार्रवाई की गई है।

एबी-पीएमजेएवाई के तहत, स्वास्थ्य लाभ पैकेजों की अपकोडिंग, ओपीडी से आईपीडी में परिवर्तन, फर्जी बिलिंग/उपचार प्रदान नहीं किया गया परंतु किए गए दावे, कई दावों के लिए उपयोग किए गए डुप्लिकेट इमेजिस/दस्तावेज, जालसाजी/तथ्य छिपाने और लाभार्थी के स्थान पर अन्य व्यक्ति/नकली लाभार्थी आदि से संबंधित लेनदेन प्रबंधन प्रणाली (टीएमएस) में संकेत (ट्रिगर) लगाए गए हैं ताकि ऐसे संदिग्ध दावों की उचित जांच के लिए इन्हें स्वतः इंगित किया जा सके। इसके अलावा, लाभार्थियों को केवल कार्ड के सृजन के समय आधार ई-केवाईसी के माध्यम से सत्यापित किया जाता है और सेवाओं का लाभ उठाते समय आधार प्रमाणीकरण से गुजरना पड़ता है, जिससे डुप्लिकेट पंजीकरण और धोखाधड़ी के दावों की समस्याओं को कम करने में मदद मिलती है। दुरुपयोग या दुरु्यवहार का पता लगाने के लिए, अस्पताल के दावों की जांच के लिए तात्क्षणिक निगरानी और एआई-आधारित प्रणालियों का उपयोग किया जाता है। इसके अतिरिक्त, दावों की प्रामाणिकता सुनिश्चित करने के लिए अस्पतालों की यादृच्छिक लेखापरीक्षा और औचक निरीक्षण किए जाते हैं।

इसके अतिरिक्त, समय-समय पर आवश्यकतानुसार योजना में नियमित अद्यतन जैसे कि लाभार्थी आधार का विस्तार करना, नई प्रक्रियाओं को शामिल करना, नए अस्पतालों को पैनलबद्ध करना और अन्य सुधार किए जाते हैं।

\*\*\*\*\*