

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

लोक सभा  
अतारांकित प्रश्न संख्या 4795  
दिनांक 28 मार्च, 2025 को पूछे जाने वाले प्रश्न का उत्तर

बिहार में आयुष्मान भारत योजना

**4795. श्री सुधाकर सिंह:**

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

(क) बिहार को पिछले पांच वर्षों के दौरान आयुष्मान भारत योजना के अंतर्गत जिलेवार और वर्षवार कुल कितनी निधि आवंटित की गई है। उसका उपयोग किया गया है;

(ख) बिहार में आयुष्मान भारत योजना के अंतर्गत इलाज कराने वाले लाभार्थियों की संख्या कितनी है साथ ही इसमें शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों का अनुपात कितना है;

(ग) क्या यह सच है कि आयुष्मान भारत योजना के अंतर्गत कई अस्पतालों को भुगतान में विलंब हो रहा है और यदि हां, तो सरकार द्वारा इस समस्या के समाधान के लिए क्या कदम उठाए जा रहे हैं;

(घ) बिहार के आयुष्मान भारत योजना का सबसे कम और सबसे अधिक लाभ उठाने वाले जिलों के नाम क्या हैं और इस संबंध में सरकार द्वारा क्या सुधारात्मक कदम उठाए जा रहे हैं/उठाए जाने का विचार है; और

(ङ) क्या सरकार बिहार में आयुष्मान भारत योजना के अंतर्गत अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवाओं की संख्या बढ़ाने के लिए कोई विशेष योजना बना रही है और यदि हां, तो तत्संबंधी ब्यौरा क्या है?

उत्तर  
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में राज्य मंत्री  
(श्री प्रतापराव जाधव)

(क): राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनएचए) राज्यों से प्राप्त होने वाली वास्तविक मांग के आधार पर राज्य स्तर पर योजना के कार्यान्वयन के लिए निधियां जारी करता है। पिछले पांच वर्षों के दौरान आयुष्मान भारत - प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेवाई) के तहत बिहार राज्य को जारी धनराशि का विवरण निम्नानुसार है:

( करोड़ रुपए में )

वित्त वर्ष	बिहार को सहायता अनुदान के रूप में जारी की गई धनराशि
2019-20	82.49
2020-21	0.00
2021-22	59.77
2022-23	145.51
2023-24	172.5

(ख): आज तक, एबी-पीएमजेएवाई के तहत बिहार के लिए 2348.48 करोड़ रुपये की कीमत की 18.5 लाख से अधिक अस्पताल में भर्तियाँ अधिकृत की गई हैं। इसमें से बिहार के ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों से क्रमशः 88% और 12% अस्पताल में होने वाली भर्तियाँ हैं।

(ग) से (ङ): दावों का निपटान एक सतत प्रक्रिया है। एबी-पीएमजेएवाई के तहत दावों का निपटारा संबंधित राज्य स्वास्थ्य एजेंसियों (एसएचए) द्वारा किया जाता है। एनएचए ने अंतर-राज्यीय अस्पतालों (राज्य के भीतर स्थित अस्पताल) के लिए दावा प्रस्तुत करने के 15 दिनों के भीतर और पोर्टेबिलिटी दावों (राज्य के बाहर स्थित अस्पताल) के मामले में 30 दिनों के भीतर अस्पतालों को दावे का भुगतान करने के लिए दिशा-निर्देश निर्धारित किए हैं। दावों का निपटारा योजना के तहत निर्दिष्ट समय-सीमा के भीतर किया जाना आवश्यक है। दावों के निपटान के लिए कुल औसत टर्नअराउंड समय (टीएटी) में वर्ष दर वर्ष उल्लेखनीय सुधार दर्ज किया गया है। दावों के संबंध में प्रगति का जायजा लेने के लिए नियमित समीक्षा बैठकें आयोजित की जाती हैं। इसके अलावा, कुशल दावा निपटान के लिए क्षमता निर्माण कार्यक्रमलाप आयोजित किए जाते हैं।

समय-समय पर आवश्यकतानुसार इस योजना में नियमित अद्यतनीकरण जैसे लाभार्थी आधार का विस्तार, नई प्रक्रियाओं को शामिल करना, नए अस्पतालों को सूचीबद्ध करना तथा अन्य सुधार किए जाते हैं।

इसके अलावा, अस्पतालों की संख्या बढ़ाने के लिए निम्नलिखित कदम उठाए गए हैं:

- i. एनएचए ने प्रक्रियाओं (1961) की संख्या में वृद्धि के साथ संशोधित एचबीपी जारी किया है। इसके अलावा, 350 पैकेजों के लिए दरों में वृद्धि की गई है और नए पैकेज जोड़े गए हैं।
- ii. दावा निपटान की निगरानी उच्चतम स्तर पर की जाती है और यह सुनिश्चित किया जाता है कि दावे का निपटान निर्धारित समय के भीतर हो जाए।
- iii. अस्पतालों का वर्चुअल और वास्तविक क्षमता निर्माण किया जा रहा है।
- iv. उनकी चिंताओं का वास्तविक समय पर समाधान करने के लिए एक अस्पताल-विशिष्ट कॉल सेंटर (14413) स्थापित किया गया है।
- v. लाभार्थियों और अस्पतालों के सामने आने वाली समस्याओं को समझने के लिए नियमित रूप से सूचीबद्ध अस्पतालों का दौरा करने के लिए जिला कार्यान्वयन इकाइयां (डीआईयू) स्थापित की गई हैं।

\*\*\*\*\*