

अनुदान मांग 2025-26 का विश्लेषण

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की जिम्मेदारी राज्यों की होती है। इसमें सरकारी अस्पताल और क्लिनिक शामिल हैं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 के जरिए व्यापक सार्वजनिक स्वास्थ्य नीति बनाता है।¹ मंत्रालय के दो विभाग हैं: (i) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण और (ii) स्वास्थ्य अनुसंधान। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को वित्त पोषित करता है। विभाग चिकित्सा शिक्षा को भी रेगुलेट करता है, और एम्स जैसे कुछ मेडिकल कॉलेजों को वित्त पोषित करता है। यह स्वास्थ्य क्षेत्र में मानव संसाधन में सुधार के लिए पहल भी करता है। स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग चिकित्सा अनुसंधान से संबंधित कार्यक्रमों को वित्त पोषित करता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 का उद्देश्य निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य सेवा के माध्यम से सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना और अच्छी गुणवत्ता वाली और सस्ती स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच प्रदान करना है।¹ इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए सरकार तीन स्तरों पर स्वास्थ्य सेवा प्रदान करती है: (i) प्राथमिक (गांव और ब्लॉक स्तर पर उप-केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में प्रदान की जाती है), (ii) माध्यमिक (जिला अस्पतालों में प्रदान की जाती है), और (iii) तृतीयक (एम्स जैसे विशेष अस्पतालों में प्रदान की जाती है)।² इसके अलावा, सरकार आयुष्मान भारत- प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) को लागू करती है, जो निजी सूचीबद्ध अस्पतालों में भर्ती होने पर आबादी के सबसे निचले 40% लोगों को पांच लाख रुपए तक का कवरेज प्रदान करती है।³

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत राज्यों को प्राथमिक और माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा को मजबूत करने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है।⁴ इसमें इंफ्रास्ट्रक्चर को मजबूत करने के साथ-साथ मातृ, नवजात और बाल स्वास्थ्य में

बजट भाषण 2025-26 में की गई घोषणाएं

मेडिकल सीट: अगले वर्ष 10,000 मेडिकल सीटें जोड़ी जाएंगी। अगले पांच वर्षों में 75,000 सीटें जोड़ी जाएंगी।

गिग वर्कर्स: ऑनलाइन प्लेटफॉर्म से जुड़े गिग वर्कर्स को आयुष्मान भारत योजना के तहत स्वास्थ्य बीमा प्रदान किया जाएगा।

सुधार और संक्रामक और गैर-संक्रामक रोगों के मामलों को कम करना शामिल है।⁴ महिला और बाल विकास मंत्रालय का लक्ष्य मिशन सक्षम आंगनवाड़ी और पोषण 2.0 के माध्यम से महिलाओं और बच्चों की पोषण की स्थिति को सुधारना है।⁵

राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा के अनुसार, देश के कुल स्वास्थ्य व्यय में सरकारी स्वास्थ्य व्यय का हिस्सा 20% से बढ़कर 2021-22 में 48% हो गया है।⁶ कुल स्वास्थ्य व्यय में दवाएं, बीमा, अस्पताल में भर्ती, परामर्श और स्वास्थ्य अवसंरचना पर होने वाला खर्च शामिल है। 2021-22 में सरकारी स्वास्थ्य व्यय का 58% राज्यों द्वारा वहन किया गया।⁶ मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर जैसे स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार हुआ है, जबकि एनीमिया के मामलों में गिरावट आई है। संक्रामक रोगों के कारण होने वाली मौतों का अनुपात कम हुआ है, लेकिन इसी अनुपात में गैर-संक्रामक रोग बढ़ रहे हैं।

इस नोट में 2025-26 में मंत्रालय को आवंटित धनराशि और पिछले कुछ वर्षों में व्यय के रुझानों की समीक्षा की गई है। इसमें स्वास्थ्य क्षेत्र की समस्याओं पर भी प्रकाश डाला गया है और कुछ परिणामों से संबंधित प्रगति पर चर्चा की गई है।

वित्तीय स्थिति

2025-26 में मंत्रालय को 99,859 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 11% अधिक है।⁷ 2025-26 में

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग को मंत्रालय के आवंटन का 96% हिस्सा मिला है। विभाग का आवंटन 2024-25 में इसके अनुमानित व्यय से 11% अधिक है। स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग को 3,901 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं, जो 2024-25 में इसके अनुमानित व्यय से 15% अधिक है।

तालिका 1: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का व्यय (करोड़ रुपए में)

	2023-24 वास्तविक	2024-25 संशोधित	2025-26 बजटीय	24-25 संअ से 25-26 बअ में परिवर्तन का %
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	80,292	86,582	95,958	11%
स्वास्थ्य अनुसंधान	2,857	3,392	3,901	15%
कुल	83,149	89,974	99,859	11%

नोट: बअ बजट अनुमान और संअ संशोधित अनुमान है। स्रोत: मांग संख्या 46 और 47, व्यय बजट 2025-26; पीआरएस।

व्यय की मुख्य मर्दे

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन: 2025-26 में एनएचएम के लिए आवंटन मंत्रालय के बजट का 37% है। 2025-26 में आवंटन 37,227 करोड़ रुपए है जो 2024-25 के संशोधित अनुमान से 3% अधिक है।

चिकित्सा संस्थान: कुछ केंद्रीय चिकित्सा संस्थानों जैसे कि एम्स, दिल्ली को हस्तांतरित धनराशि और नए एम्स की स्थापना व्यय 2025-26 में मंत्रालय के आवंटन का 20% है। यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 6% अधिक है।

एबी-पीएमजेवाई: 2025-26 में इस योजना के लिए 9,406 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं जो 12 करोड़ परिवारों को पांच लाख रुपए का स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करती है। यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 24% अधिक है।

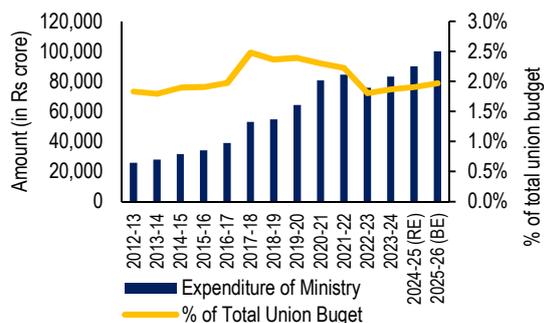
तालिका 2: मंत्रालय के व्यय की मुख्य मर्दे (करोड़ रुपए में)

मर्द	2023-24	2024-25 (संअ)	2025-26 (बअ)	संअ से बअ में परिवर्तन का %	मंत्रालय के बजट में हिस्सा
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन	33,043	36,000	37,227	3.4%	37%
स्वायत्त निकाय	17,216	18,979	20,046	5.6%	20%
प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना	6,670	7,606	9,406	24%	9%
पीएम आयुष्मान भारत हेल्थ इंफ्रास्ट्रक्चर मिशन (पीएम-एबीएचआईएम)	2,230	3,567	5,109	43.2%	5%
एड्स एवं एसटीडी नियंत्रण	2,450	3,000	3,443	14.8%	3%
भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद	2,343	2,870	3,126	8.9%	3%
केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना	1,827	2,280	2,370	4%	2%
प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना	1,390	1,736	2,200	26.7%	2%
स्वास्थ्य और चिकित्सा शिक्षा के लिए मानव संसाधन	1,322	579	1,675	189.2%	2%
अन्य	8,080	5,858	7,618	30.1%	8%
कुल	83,149	89,974	99,859	11%	100%

नोट: स्वायत्त निकायों पर व्यय में एम्स, दिल्ली और एनआईएमएचएनएम्स, बेंगलूर जैसे संस्थानों को हस्तांतरण और नए एम्स की स्थापना पर व्यय शामिल है। अन्य में केंद्र द्वारा संचालित अस्पतालों और परिवार कल्याण योजनाओं के लिए हस्तांतरण शामिल हैं। स्रोत: मांग संख्या 46 और 47, व्यय बजट 2025-26, पीआरएस।

2012-13 से 2023-24 के बीच स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का व्यय 11% की वार्षिक औसत दर से बढ़ा है। केंद्रीय बजट में मंत्रालय का हिस्सा 2014-15 में 1.8% से बढ़कर 2017-18 में 2.5% हो गया। हालांकि, तब से इसमें कमी आई है (रेखाचित्र 1)।

रेखाचित्र 1: केंद्रीय बजट में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय पर खर्च की घटती हिस्सेदारी



नोट: मंत्रालय के व्यय में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण और स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग का व्यय शामिल है। इसमें आयुष और एड्स नियंत्रण विभागों का व्यय शामिल नहीं है जो क्रमशः 2014-15 और 2016-17 से मंत्रालय के विभाग नहीं रहे हैं। कोविड-19 के टीकाकरण पर व्यय वित्त मंत्रालय द्वारा किया गया था। 2021-22 में यह 35,438 रुपए था।
स्रोत: केंद्रीय बजट 2014-15 से 2025-26; पीआरएस।

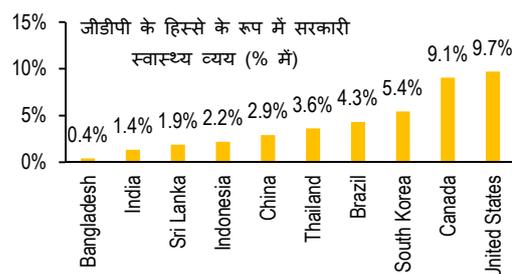
विचारणीय मुद्दे

स्वास्थ्य व्यय

बजटीय आवंटन नीतिगत लक्ष्यों से कम रहा

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) में 2025 तक जीडीपी के 2.5% के बराबर संयुक्त सरकारी स्वास्थ्य व्यय की सिफारिश की गई है।¹ व्यय के लक्ष्य में स्वास्थ्य परिणामों और कवरेज के संबंध में नीति के उद्देश्यों को लागू करने के लिए आवश्यक संसाधनों को दर्शाया गया है।⁸ राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा के अनुसार, 2021-22 में केंद्र और राज्य सरकारों ने स्वास्थ्य पर जीडीपी का 1.8% खर्च किया।⁶ विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, यह जीडीपी का 1.4% है, जो कई देशों की सरकारों द्वारा स्वास्थ्य पर किए जाने वाले खर्च से कम है (रेखाचित्र 2)।⁹

रेखाचित्र 2: जीडीपी के हिस्से के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय कई देशों में अधिक है (2021)



स्रोत: घरेलू सामान्य सरकारी स्वास्थ्य व्यय जीडीपी का %, विश्व स्वास्थ्य संगठन; पीआरएस।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति भी राज्यों को अपने बजट का 8% से अधिक स्वास्थ्य पर खर्च करने का सुझाव देती है।¹ 2024-25 में राज्यों ने स्वास्थ्य पर अपने बजट का औसतन 6% आवंटित किया है। स्वास्थ्य पर कम आवंटन वाले राज्यों में निम्नलिखित शामिल हैं: (i) तेलंगाना (4.6%), (ii) कर्नाटक (4.8%), (iii) तमिलनाडु (5%), और (iv) बिहार (5.7%)।

2021-22 में केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा स्वास्थ्य पर किया गया व्यय उनके कुल व्यय का 6% था।⁶ 2015-16 और 2020-21 के बीच यह लगभग 5% था। 15वें वित्त आयोग (2019) द्वारा गठित उच्च स्तरीय समूह के अनुसार, कई देशों की सरकारें स्वास्थ्य पर अपने कुल व्यय का अपेक्षाकृत अधिक बड़ा हिस्सा खर्च करती हैं।¹⁰ इनमें निम्नलिखित शामिल हैं: (i) ब्राजील (7%), (ii) चीन (10%), और यूके (17%)।¹⁰

सेस कलेक्शन का सीमित हिस्सा स्वास्थ्य के लिए उपयोग

2018-19 में आय पर 4% स्वास्थ्य और शिक्षा सेस लगाया गया था।¹¹ 2020 में वित्त मंत्रालय ने कहा था कि 25% सेस कलेक्शन को स्वास्थ्य क्षेत्र पर खर्च किया जाएगा।¹¹ 2021-22 में स्वास्थ्य पर सेस कलेक्शन जमा करने के लिए प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा निधि (पीएमएसएसएन) का गठन किया गया।¹¹ पीएमएसएसएन में जमा होने वाली धनराशि को निम्नलिखित योजनाओं पर खर्च किया जाता है: (i) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, (ii) आयुष्मान भारत-पीएमजेएवाई, और (iii) स्वास्थ्य और चिकित्सा शिक्षा के लिए मानव संसाधन।

2023-24 से 2025-26 तक पीएमएसएसएन को हस्तांतरण स्वास्थ्य और शिक्षा सेस के कुल संग्रह के 25% से कम होने का अनुमान है (तालिका 3)।

तालिका 3: 2025-26 में पीएमएसएसएन में हस्तांतरण 25% से कम (% में)

	सेस कलेक्शन	पीएमएसएसएन में हस्तांतरण	हस्तांतरण का %
2021-22	52,732	-	0%
2022-23	61,809	18,339	30%
2023-24	71,157	13,777	19%
2024-25 (संअ)	85,300	14,384	17%
2025-26 (बअ)	94,000	17,679	19%

स्रोत: संअ संशोधित अनुमान और बअ बजट अनुमान हैं।

स्रोत: प्राप्त बजट और व्यय बजट 2023-24 से 2025-26; पीआरएस।

प्राथमिक स्वास्थ्य परिणाम

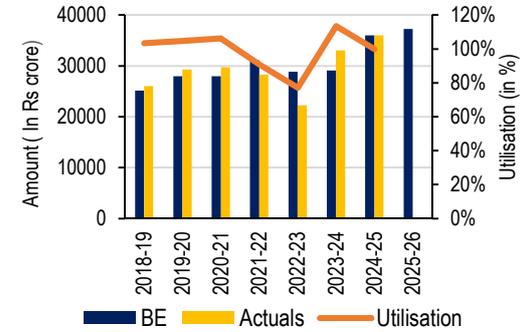
राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) ने 2019-2026 तक के लिए स्वास्थ्य परिणामों के लक्ष्य निर्धारित किए हैं।^{1,12} इनमें मातृ, शिशु और नवजात मृत्यु दर और संक्रामक और गैर-संक्रामक रोगों को कम करना शामिल है। मंत्रालय प्राथमिक स्वास्थ्य अवसंरचना को बढ़ाकर प्राथमिक स्वास्थ्य परिणामों को बेहतर बनाने में मदद हेतु एनएचएम और पीएम आयुष्मान भारत स्वास्थ्य अवसंरचना मिशन (पीएम-एबीएचआईएम) जैसी योजनाओं को लागू करता है। हम नीचे योजनाओं की प्रगति और प्राथमिक स्वास्थ्य लक्ष्यों की उपलब्धि पर चर्चा कर रहे हैं।

एनएचएम के तहत धनराशि उपयोग

2025-26 में एनएचएम के लिए 37,227 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 3% अधिक है। 2013-14 और 2022-23 के बीच मिशन के तहत कुल व्यय में वार्षिक लगभग 11% की वृद्धि हुई जबकि केंद्र द्वारा जारी धनराशि में 6.6% की वृद्धि हुई।¹³ स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2023) ने कहा कि एनएचएम को आवंटन का वर्तमान स्तर (जो मुख्य रूप से राज्यों को हस्तांतरित किया जाता है) इसके लक्ष्यों को पूरा करने के लिए अपर्याप्त है।¹⁴ 2018-19 और 2023-24 के बीच एनएचएम को आवंटित 99%

धनराशि का उपयोग किया गया (रेखाचित्र 3)। 2022-23 से योजना के लिए आवंटन में लगातार वृद्धि हुई है।

रेखाचित्र 3: 2018-29 और 2023-24 के बीच एनएचएम के तहत आवंटित धनराशि का 99% उपयोग किया गया



स्रोत: रिपोर्ट संख्या 143, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी, राज्यसभा, 15 मार्च, 2023, मांग संख्या 46 और 47, केंद्रीय बजट 2025-26 पीआरएस।

कुछ हाई फोकस राज्यों को नॉन हाई फोकस राज्यों की तुलना में प्रति व्यक्ति कम अनुदान प्राप्त हुआ

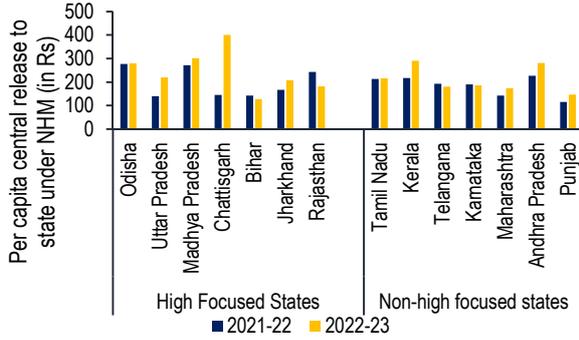
एनएचएम ने 18 हाई फोकस वाले राज्यों को चिन्हित किया है जो स्वास्थ्य परिणामों और बुनियादी ढांचे के मामले में पिछड़ रहे हैं। इनमें उत्तर प्रदेश, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान और सभी पूर्वोत्तर राज्य शामिल हैं।¹⁵ मिशन के तहत धनराशि आवंटन का फॉर्मूला इन राज्यों को विशेष महत्व देता है।¹⁶

वर्ष 2021-22 और 2022-23 में कुछ हाई फोकस वाले राज्यों को दूसरे नॉन फोकस वाले राज्यों की तुलना में केंद्र से प्रति व्यक्ति अनुदान कम प्राप्त हुआ।^{13,17} उदाहरण के लिए वर्ष 2022-23 में आंध्र प्रदेश (281 रुपए), केरल (291 रुपए) और तमिलनाडु (216 रुपए) को बिहार (127 रुपए), झारखंड (208 रुपए) और राजस्थान (182 रुपए) की तुलना में प्रति व्यक्ति अधिक हस्तांतरण प्राप्त हुआ।^{13,17}

केंद्र प्रायोजित योजनाओं (जैसे एनएचएम) के तहत केंद्रीय अनुदान प्राप्त करने के लिए राज्यों को योजना में बराबर अनुदान देना होता है। 15वें वित्त आयोग ने कहा था कि सीमित संस्थागत और राजकोषीय क्षमता वाले कुछ राज्य अपना हिस्सा देने में सक्षम नहीं हो सकते हैं।¹⁸ इससे कम आय वाले राज्यों को उस केंद्रीय अनुदान से वंचित होना

पड़ सकता है जो उन्हें स्वास्थ्य परिणामों को बेहतर बनाने में मदद कर सकता है। 15वें वित्त आयोग ने कुछ आउटपुट-आधारित शर्तों के साथ राज्यों को समान प्रति व्यक्ति हस्तांतरण की प्रणाली का उपयोग करने का सुझाव दिया था।¹⁸

रेखाचित्र 4: कुछ हाई-फोकस राज्यों को नॉन-फोकस राज्यों की तुलना में प्रति व्यक्ति अनुदान कम मिला



स्रोत: अतारांकित प्रश्न संख्या 1086, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, लोकसभा, 8 दिसंबर, 2023; भारत और राज्यों के लिए जनसंख्या अनुमान पर तकनीकी समूह की रिपोर्ट 2011-2036; पीआरएस।

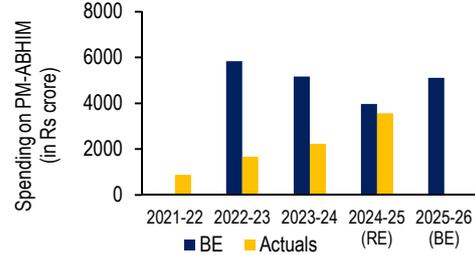
पीएम- आयुष्मान भारत हेल्थ इंफ्रास्ट्रक्चर मिशन (पीएम-एबीएचआईएम)

पीएम-एबीएचआईएम प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे और रोग निगरानी को मजबूत करने पर केंद्रित है। इसका उद्देश्य देश भर में स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना को मजबूत करना है जो प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक देखभाल सेवाओं पर केंद्रित है।¹⁴ पीएम-एबीएचआईएम का मुख्य उद्देश्य एक ऐसी स्वास्थ्य प्रणाली स्थापित करना है जो भविष्य की महामारियों/आपदाओं पर प्रभावी ढंग से प्रतिक्रिया दे सके।

योजना के अंतर्गत धनराशि का उपयोग

इस योजना के लिए 2025-26 में 5,109 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। यह 2024-25 के संशोधित अनुमान से 43% अधिक है। 2022-23 और 2023-24 में इस योजना के लिए आवंटित राशि का 35% हिस्सा खर्च किया गया। 2024-25 में इसके बढ़कर 90% होने का अनुमान है।

रेखाचित्र 5: 2022-23 और 2023-24 में पीएम-एबीएचआईएम के लिए आवंटन का 35% खर्च किया गया



स्रोत: BE बजट अनुमान है और RE संशोधित अनुमान है। स्रोत: 2022-23 से 2025-26 तक केंद्रीय बजट दस्तावेज़; पीआरएस।

आयुष्मान भारत स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र (एबी-एचडब्ल्यूसी)

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा रोलआउट (2015) पर टास्क फोर्स ने कहा था कि पीएचसीज़ सीमित सेवाएं प्रदान करते हैं, जैसे गर्भावस्था और बाल स्वास्थ्य सेवाएं और कुछ रोग उन्मूलन कार्यक्रम।¹⁹ 2018 में आयुष्मान भारत स्वास्थ्य और वेलनेस केंद्र (अब आयुष्मान आरोग्य मंदिर के रूप में नाम बदला गया है) सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करने के लिए शुरू किए गए थे जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं: (i) गैर-संचारी रोगों की जांच और नियंत्रण, (ii) वृद्ध देखभाल और पीड़ाहारी सेवाएं, और (iii) मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित मसलों की जांच।^{20,21} प्रत्येक एचडब्ल्यूसी के दायरे में 3,000-5,000 लोग आते हैं। इन्हें मौजूदा पीएचसीज़ और उप-केंद्रों (एससीज़) को अपग्रेड करके स्थापित किया गया है।^{20,21}

जनवरी 2025 तक 1.75 लाख प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, उपकेंद्रों और शहरी स्वास्थ्य केंद्रों को आयुष्मान भारत-एचडब्ल्यूसी में अपग्रेड किया जा चुका है।²² जुलाई 2024 तक एचडब्ल्यूसी ने निम्न बीमारियों की जांच की है: (i) हाइपरटेंशन (84 करोड़ जांच), (ii) डायबिटीज़ (74 करोड़), (iii) ओरल कैंसर (50 करोड़) और (iv) सर्वाइकल कैंसर (15 करोड़)।²³

संचारी और गैर-संचारी रोग

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का उद्देश्य संचारी और गैर-संचारी रोगों (एनसीडी) से होने वाली बीमारियों के भार को कम करना

है।²⁴ रोग भार को किसी व्यक्ति के जीवन में किसी बीमारी के कारण खोए गए वर्षों की संख्या से मापा जाता है। यह उस बीमारी के कारण हुई मृत्यु या विकलांगता के कारण हो सकता है। संचारी रोग वायरस और बैक्टीरिया के माध्यम से फैलते हैं। इनमें डायरिया, एचआईवी, टीबी और कुछ श्वसन संबंधी बीमारियां शामिल हैं। गैर-संचारी रोग आमतौर पर जीवनशैली से संबंधित कारणों से होते हैं। इनमें शामिल हैं: (i) हृदय संबंधी रोग, (ii) कैंसर, (iii) हाइपरटेंशन और (iv) पुरानी श्वसन संबंधी बीमारियां।

गैर-संचारी रोगों के भार में वृद्धि

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) का लक्ष्य 2025 तक गैर-संचारी रोगों के कारण होने वाली मृत्यु दर को 25% तक कम करना है।¹

2010 से 2019 के बीच भारत में गैर-संचारी रोगों के कारण होने वाली मौतों 2010 में प्रति 1,00,000 लोगों पर 585 से घटकर 2019 में 559 हो गई (4% की कमी)।²⁵ 1990 से 2016 के बीच कुल मौतों में गैर-संचारी रोगों के कारण होने वाली मौतों का हिस्सा 38% से बढ़कर 62% हो गया।²⁶ इस अवधि में ऐसे रोगों का भार भी 31% से बढ़कर 55% हो गया।²⁶

वर्ष 2016 में रोग भार में इस्केमिक हृदय रोग का सबसे बड़ा हिस्सा था।²⁶ वर्ष 1990 और 2016 के बीच इस्केमिक हृदय रोग के कारण नष्ट हुए वर्षों की संख्या में 104% की वृद्धि हुई।²⁶

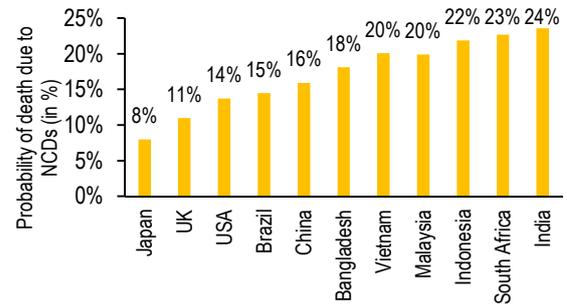
रेखाचित्र 4: 2016 में समग्र रोग भार में कुछ गैर-संचारी रोगों का हिस्सा (% में)

रोग	1990	2016
इस्कीमिक हृदय रोग	3.7%	8.7%
फेफड़ों में दीर्घकालिक रुकावट	3.1%	4.8%
डायबिटीज	0.7%	2.2%

स्रोत: भारत: देश के राज्यों का स्वास्थ्य, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, 2017; पीआरएस।

2019 में भारत में एनसीडी के कारण होने वाली सभी मौतों में से 54% असामयिक थीं।²⁷ एनसीडी के कारण 30 से 70 वर्ष की आयु के लोगों की मृत्यु की आशंका कुछ देशों की तुलना में भारत में अधिक है, जैसा रेखाचित्र 6 में दर्शाया गया है।²⁸

रेखाचित्र 6: आशंका कि एनसीडी के कारण 30 वर्ष के व्यक्ति की 70 वर्ष की उम्र से पहले मृत्यु हो जाती है (2021)



स्रोत: "हृदय रोगों, कैंसर, डायबिटीज या सांस के गंभीर रोगों से सटीक 30 से 70 वर्ष के बीच मृत्यु की आशंका", विश्व स्वास्थ्य संगठन; पीआरएस।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत व्यय का एक छोटा हिस्सा गैर-संचारी रोगों पर खर्च किया जाता है। उदाहरण के लिए, 2020-21 में एनएचएम के तहत केंद्रीय व्यय का 3% एनसीडी के लिए निर्धारित किया गया था।²⁹

केरल सार्वजनिक स्वास्थ्य एक्ट, 2023

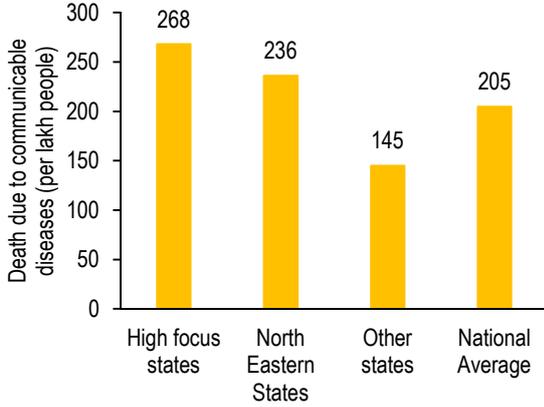
2023 में केरल ने संचारी और गैर-संचारी रोगों (एनसीडी) को नियंत्रित करने के लिए एक बिल पारित किया।³⁰ इसके लिए राज्य सरकार को गैर-संचारी रोगों से निपटने के लिए निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास गतिविधियों पर दिशानिर्देश जारी करने की आवश्यकता है। स्थानीय अधिकारियों को इन दिशानिर्देशों को लागू करना होगा, और एनसीडी के निवारण करने के लिए उपाय भी करने होंगे जैसे, (i) वायु प्रदूषण पर नियंत्रण, (ii) शारीरिक गतिविधियों को बढ़ावा देना और (iii) शीघ्र निदान और उच्च जोखिम वाली जांच।³⁰

संचारी रोगों का भार कम हुआ है, लेकिन कुछ राज्यों में यह अब भी उच्च बना हुआ है

1990 और 2016 के बीच संचारी, मातृ, नवजात और पोषण संबंधी बीमारियों का रोग भार 61% से घटकर 33% हो गया।²⁶ इस अवधि में इन बीमारियों से होने वाली मौतों में भी इनका हिस्सा 54% से घटकर 28% हो गया।²⁶ संचारी रोगों का प्रचलन उत्तर-पूर्वी राज्यों और आठ फोकस राज्यों में अपेक्षाकृत अधिक था, जिनमें निम्नलिखित शामिल

हैं: (i) उत्तर प्रदेश, (ii) बिहार, (iii) झारखंड और (iv) मध्य प्रदेश।²⁶ 2016 तक इन राज्यों में संचारी रोगों के कारण होने वाली मौतों का अनुपात अन्य राज्यों की तुलना में अधिक था (रेखाचित्र 7)।²⁶

रेखाचित्र 7: संचारी रोगों के कारण होने वाली मौतों में अंतर-राज्यीय असमानता (2016)



नोट: हाई फोकस राज्यों में उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश और बिहार शामिल हैं, अन्य राज्यों में कर्नाटक, महाराष्ट्र और तमिलनाडु शामिल हैं।
स्रोत: भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद; पीआरएस।

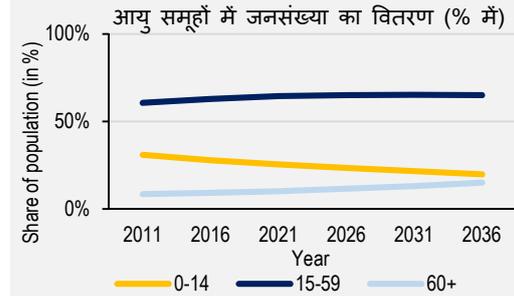
2016 में हाई फोकस वाले राज्यों में 25-30% मौतें डायरिया, श्वसन संक्रमण, नवजात में होने वाले रोगों के कारण हुईं।²⁶ इनमें से कुछ जैसे टीबी और हेपेटाइटिस-बी को टीकाकरण के माध्यम से नियंत्रित किया जा सकता है। एनएचएम सार्वभौमिक टीकाकरण के लिए परियोजनाओं को धनराशि प्रदान करता है।³¹ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21) के अनुसार, टीकाकरण कवरेज 77% था।³² उत्तर प्रदेश (70%), बिहार (71%) और नगालैंड (58%) जैसे पूर्वोत्तर राज्यों में कवरेज कम था।³²

वृद्ध होने वाली जनसंख्या के लिए स्वास्थ्य सेवा

कुल प्रजनन दर (टीएफआर) 15-49 वर्ष की आयु की प्रत्येक महिला के जन्मे बच्चों की औसत संख्या के अनुमान पर आधारित है। एनएचएम का लक्ष्य 2026 तक टीएफआर को 2.0 तक कम करना है, जो रिप्लेसमेंट रेट है।¹² टीएफआर 2009-11 में 2.5 से घटकर 2021-25 में 1.94 होने का अनुमान है। असम (1.7) को छोड़कर दक्षिण (1.5-1.8) और उत्तर-पूर्व के राज्यों में अनुमानित टीएफआर कम है।¹⁷

2 से कम कुल प्रजनन दर जनसंख्या वृद्धि में संभावित गिरावट और वृद्ध होती जनसंख्या की ओर बदलाव को दर्शाती है।¹⁷ 2011 में प्रत्येक कार्यशील व्यक्ति (15-59 आयु वर्ग) पर औसत 138 वृद्ध व्यक्ति आश्रित थे। अनुमान है कि 2036 तक यह संख्या बढ़कर 230 हो जाएगी।²⁷

रेखाचित्र 8: 2036 तक भारत में हर सात में से एक व्यक्ति की उम्र 60+ होने का अनुमान है



स्रोत: भारत और राज्यों के लिए जनसंख्या अनुमान पर तकनीकी समूह की रिपोर्टें 2011-2036; पीआरएस।

नीति आयोग (2021) ने कहा था कि 75% बुजुर्ग कम से कम एक पुरानी बीमारी से पीड़ित हैं।³³ उसने कहा था कि जनसंख्या में बुजुर्गों का हिस्सा बढ़ने से स्वास्थ्य सेवा प्रणाली पर दबाव बनेगा। इसके अतिरिक्त इस समय वृद्धावस्था विशेषज्ञों और बुजुर्गों की देखभाल के लिए व्यापक कार्यक्रम की कमी भी है। एनएचएम के तहत, मंत्रालय बुजुर्गों के लिए प्राथमिक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा को बढ़ाने वाली परियोजनाओं का समर्थन करता है।³⁴ 2019-20 से 2021-22 तक इस घटक के तहत 169 करोड़ रुपए की परियोजनाओं को मंजूरी दी गई।³⁴

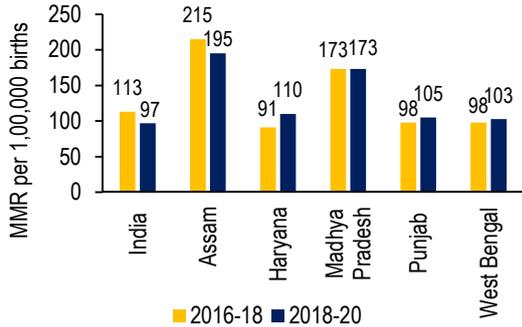
सितंबर 2024 में आयुष्मान भारत- पीएमजेवाई का विस्तार करके इसमें 70 वर्ष से अधिक आयु के सभी नागरिकों को शामिल किया गया। इस योजना के तहत पैन्ल में शामिल अस्पतालों में भर्ती होने पर पांच लाख रुपए का स्वास्थ्य बीमा कवरेज मिलेगा।³⁵

कुछ राज्यों में मातृ मृत्यु दर लक्ष्य से अधिक

प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर माताओं की मृत्यु की दर को मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) कहा जाता है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) ने 2020 तक एमएमआर को घटाकर 100 करने का लक्ष्य रखा है।¹ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का लक्ष्य 2026 तक एमएमआर को घटाकर 87 करना है।¹²

2010-12 में एमएमआर 178 थी जो 2018-20 तक घटकर 97 हो गई है।³⁶ हालांकि हरियाणा में 2016-18 से एमएमआर बढ़ रही है (91 से 110 तक)। पश्चिम बंगाल और पंजाब में भी 2016-18 और 2018-20 के बीच एमएमआर में बढ़ोतरी देखी गई। असम (195) और मध्य प्रदेश (173) जैसे कुछ राज्यों में मातृ मृत्यु दर राष्ट्रीय औसत से काफी अधिक है।

रेखाचित्र 9: कुछ राज्यों में मातृ मृत्यु अनुपात में वृद्धि हुई है



स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल 2023, केंद्रीय स्वास्थ्य खुफिया ब्यूरो; पीआरएस।

मातृ मृत्यु दर और बच्चों के स्वास्थ्य को संबोधित करने के लिए एनएचएम के तहत उपायों में संस्थागत प्रसव, नियमित स्वास्थ्य जांच और पर्याप्त पोषण और जानकारी को बढ़ावा देना शामिल है।³⁷ संस्थागत प्रसव का हिस्सा 2015-16 में 79% से बढ़कर 2019-21 में 89% हो गया।^{32,38} हालांकि प्रसव से पहले नियमित स्वास्थ्य जांच उतनी संख्या में नहीं होती है।³²

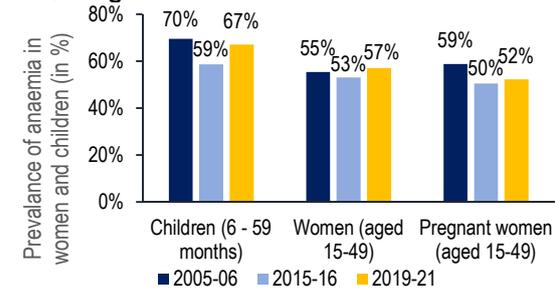
विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) का कहना है कि स्वस्थ प्रसव सुनिश्चित करने के लिए गर्भवती महिलाओं को एंटीनेटल केयर (एनसी) के लिए चार विजिट्स करने चाहिए।³⁹ एनएचएम-5 (2019-21) के अनुसार, 59% महिलाओं ने

गर्भावस्था के दौरान कम से कम चार बार एनसी विजिट्स किए, जो 2015-16 में 51% की दर से अधिक है।^{32,38} एनएचएम-5 सर्वेक्षण में पाया गया कि 15-49 वर्ष की आयु की 85% महिलाओं, जिन्होंने सर्वेक्षण से पहले पांच वर्षों में जीवित शिशु को जन्म दिया है, को कुशल प्रोवाइडर से कम से कम एक बार एंटीनेटल केयर मिली है।³² छह प्रतिशत महिलाओं ने एक बार भी एनसी विजिट नहीं की।³²

महिलाओं और बच्चों में एनीमिया की बढ़ती दर

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का लक्ष्य 15-49 वर्ष की महिलाओं में एनीमिया की व्यापकता को कम करना है।²⁴ हालांकि 2015-16 और 2019-21 के बीच महिलाओं और बच्चों में एनीमिया की व्यापकता बढ़ी है।^{32,38,40}

रेखाचित्र 10: 2015-16 और 2019-21 के बीच एनीमिया में वृद्धि हुई है



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 3, 4 और 5; पीआरएस।

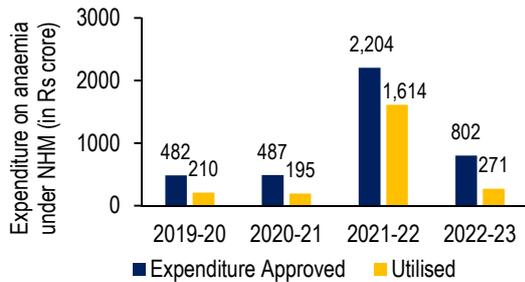
एनएचएम-5 (2019-21) के अनुसार, महिलाओं में एनीमिया की व्यापकता कुछ पूर्वी राज्यों में सबसे अधिक थी जैसे: (i) पश्चिम बंगाल (71%), (ii) झारखंड (65%), और (iii) बिहार (64%)।³² बच्चों में एनीमिया सबसे अधिक निम्नलिखित राज्यों में व्यापक था जैसे: (i) राजस्थान (72%), (ii) पंजाब (71%), और (iii) हरियाणा (70%)।³²

एनीमिया से निपटने के लिए मंत्रालय द्वारा किए गए उपायों में निम्नलिखित शामिल हैं: (i) गर्भवती महिलाओं को आयरन और फोलिक एसिड (आईएफए) की गोलियां उपलब्ध कराना, और (ii) बच्चों के बीच विटामिन और आयरन युक्त खाद्य पदार्थों के सेवन को प्रोत्साहित करना।⁴¹ ज्यादातर बच्चे आयरन और विटामिन युक्त खाद्य पदार्थों का सेवन नहीं करते हैं। एनएचएम-5 (2019-

21) के अनुसार, 5-69 महीने की उम्र के 47% बच्चों ने विटामिन युक्त खाद्य पदार्थों का सेवन किया था और सर्वेक्षण से 24 घंटे पहले उनमें से केवल 21% ने आयरन युक्त खाद्य पदार्थों का सेवन किया था। हाल ही में गर्भवती हुई महिलाओं में से केवल 44% ने कम से कम 100 दिनों तक आईएफए की गो依据ियां लीं और 26% ने कम से कम 180 दिनों तक।³²

राज्यों ने एनीमिया से निपटने के लिए एनएचएम के तहत आवंटन का कम उपयोग किया है (रेखाचित्र 11)।⁴² 2022-23 में एनएचएम के तहत एनीमिया पर स्वीकृत व्यय का केवल 34% ही राज्यों द्वारा खर्च किया गया।

रेखाचित्र 11: एनएचएम के तहत एनीमिया को दूर करने के लिए राज्यों ने आवंटन का कम उपयोग किया



स्रोत: अतारंकित प्रश्न संख्या 2610, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, लोकसभा, 4 अगस्त, 2023; पीआरएस।

ग्रामीण भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों का इंफ्रास्ट्रक्चर और कवरेज अपर्याप्त है

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की व्यवस्था तीन-स्तरीय है। इसमें शामिल हैं: (i) उप-केंद्र (एसी), (ii) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी), और (iii) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी)। प्रत्येक इकाई एक अलग कार्य करती है।²

उप-केंद्र टीकाकरण, परिवार कल्याण और पोषण जैसे क्षेत्रों में सेवाएं प्रदान करते हैं। पीएचसी बुनियादी निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करते हैं। सीएचसी विशेषज्ञ सेवाएं प्रदान करते हैं।² जनवरी 2025 तक 1.75 लाख एसी, पीएचसी और शहरी स्वास्थ्य केंद्रों को आयुष्मान आरोग्य मंदिरों में अपग्रेड किया गया है।^{21,22} ये गैर-संचारी रोगों की जांच और बुजुर्गों की देखभाल जैसी सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करते हैं।

मंत्रालय द्वारा जारी भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) स्वास्थ्य सेवा के प्रत्येक स्तर पर जनसंख्या कवरेज के मानदंड प्रदान करते हैं।² उदाहरण के लिए प्रत्येक उप-केंद्र के दायरे में 3,000 ग्रामीण लोग आने चाहिए।² लेकिन 2022-23 तक ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा के प्रत्येक स्तर पर उपलब्धता अपर्याप्त है और इस प्रकार उनके दायरे में अनुशंसित स्तर से अधिक लोग आते हैं (तालिका 5)।²

तालिका 5: ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा संस्थान स्वीकृत से कम हैं

संस्थान	कमी का %	गंभीर कमी वाले राज्य (% में)
एससी	22%	बिहार (57%), झारखंड (45%)
पीएचसी	30%	झारखंड (73%), बंगाल (58%),
सीएचसी	36%	तेलंगाना (84%), बिहार (71%),

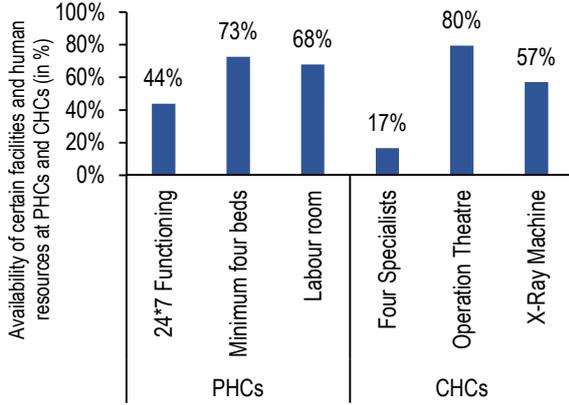
स्रोत: भारत का हेल्थ डायनामिक्स (इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधन) 2022-23, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय; पीआरएस।

आईपीएचएस स्वास्थ्य सुविधाओं में अवसंरचना और कर्मचारियों के लिए मानदंड भी निर्धारित करता है। इनमें से कुछ पर नीचे चर्चा की गई है।

पीएचसी: प्रत्येक पीएचसी में चार से छह बिस्तर होने चाहिए। 2022-23 तक 73% पीएचसी में कम से कम चार बिस्तर थे (रेखाचित्र 12)।² हालांकि कुछ राज्य इस औसत से काफी पीछे रह गए हैं। इनमें निम्न शामिल हैं: ओडिशा (कम से कम चार बिस्तरों वाले 9% पीएचसी), असम (37%), बिहार (40%)। 2005 में मंत्रालय ने 2010 तक 50% पीएचसी को 24 घंटे खुला रखने का लक्ष्य रखा था।⁴³ 2022-23 तक 44% पीएचसी 24 घंटे खुले रहते थे।²

सीएचसी: प्रत्येक सीएचसी में चार प्रकार के विशेषज्ञों का होना आवश्यक है।² ये इस प्रकार हैं: (i) सर्जन, (ii) फिजीशियन, (iii) प्रसूति रोग विशेषज्ञ और (iv) बाल रोग विशेषज्ञ। 2022-23 तक सभी सीएचसी में से केवल 17% में ही सभी चार विशेषज्ञ कार्यरत थे।²

रेखाचित्र 12: केवल 17% सीएचसी में विशेषज्ञों की आवश्यकता है, 44% पीएचसी 24*7 खुले हैं



स्रोत: भारत का हेल्थ डायनामिक्स (इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधन) 2022-23; पीआरएस।

प्राथमिक देखभाल के लिए वित्त पोषण अनुशासित स्तर से कम है

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में स्वास्थ्य व्यय का दो-तिहाई हिस्सा प्राथमिक देखभाल के लिए आवंटित करने का सुझाव दिया गया है।¹ 15वें वित्त आयोग ने 2022 तक इस लक्ष्य को हासिल करने का सुझाव दिया है।⁴⁴ 2021-22 तक सरकारी व्यय (केंद्र और राज्य, मिलाकर) का 50% प्राथमिक देखभाल पर खर्च किया गया।⁶

किफायती स्वास्थ्य सेवा की उपलब्धता

आयुष्मान भारत- पीएम जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई)

इस योजना के तहत किसी भी सूचीबद्ध अस्पताल में भर्ती होने पर प्रति परिवार प्रति वर्ष पांच लाख रुपए तक का नकद रहित उपचार उपलब्ध कराया जाता है।³ इसमें आबादी के सबसे निचले 40% (12 करोड़ परिवार) को शामिल किया गया है।⁴⁵ कई राज्यों ने इस योजना के तहत लाभार्थियों की एक विस्तृत श्रृंखला को शामिल किया है और इसे 15 करोड़ परिवारों तक विस्तारित किया है।⁴⁶ वरिष्ठ नागरिकों के कवरेज ने लाभार्थी आधार को छह करोड़ लोगों तक बढ़ा दिया है।³⁵

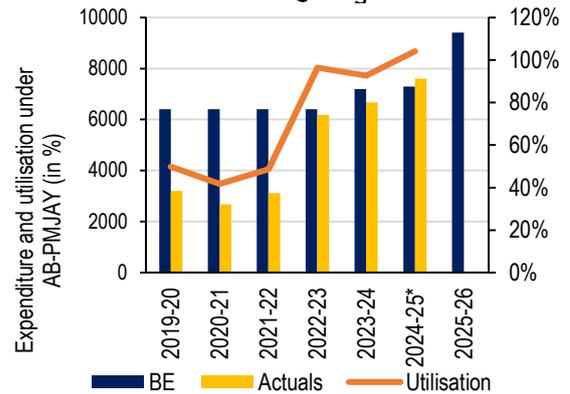
योजना के तहत धनराशि उपयोग

2025-26 में एबी-पीएमजेएवाई को 9,406 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं जो 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 24% अधिक है। 2019-20

से 2023-24 तक योजना के लिए आवंटित धनराशि का 67% खर्च किया गया। 2019-20 से उपयोग में सुधार हुआ है (रेखाचित्र 13)।

2018-2023 के बीच इस योजना को सालाना 6,000-7,000 करोड़ रुपए आवंटित किए गए थे। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2023) ने कहा कि आवंटन का यह स्तर 33 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों तक व्यापक कवरेज बढ़ाने के लिए पर्याप्त नहीं था।⁴⁷ उल्लेखनीय है कि 2025-26 में आवंटन 2024-25 में अनुमानित खर्च से 24% अधिक है, और इस योजना का विस्तार छह करोड़ वरिष्ठ नागरिकों तक भी किया गया है।³⁵ इसके अतिरिक्त केंद्रीय बजट भाषण 2025-26 में प्लेटफॉर्म-आधारित गिग वर्कर्स को कवर करने के लिए योजना का विस्तार करने की रूपरेखा तैयार की गई है।⁴⁸

रेखाचित्र 13: 2018-19 से एबी-पीएमजेएवाई के तहत धन के खर्च और उपयोग में सुधार हुआ है



नोट: BE - बजट अनुमान। 2024-25 के आंकड़े संशोधित अनुमान हैं। स्रोत: केंद्रीय बजट दस्तावेज 2018-19 से 2025-26; पीआरएस।

सीमित कवरेज: स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2023) ने कहा था कि यह योजना भारत में बीमा कवरेज से संबंधित कई समस्याओं को हल नहीं करती है।⁴⁷ जैसे इसमें ओपीडी सेवाएं शामिल नहीं हैं और इसमें गरीबी रेखा से ऊपर के गैर-बीमित वर्ग शामिल नहीं हैं।⁴⁷

कई दूसरे देशों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम के दायरे में सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला आती है, और आबादी का एक बड़ा हिस्सा शामिल होता है। उदाहरण के लिए ऑस्ट्रेलिया का कार्यक्रम मुफ्त परामर्श का प्रावधान करता है और स्थायी निवासियों के लिए अस्पताल में भर्ती होने की

लागत का 75% वित्तपोषित करता है।⁴⁹ थाईलैंड की सार्वभौमिक कवरेज योजना में 75% आबादी आती है और इसमें इनपेशेंट और ओपीडी देखभाल, और आवश्यक दवाओं की लागत शामिल है।⁵⁰

सीमित उपयोग: जनवरी 2025 तक 36.4 करोड़ आयुष्मान कार्ड जारी किए जा चुके हैं जिनका इस्तेमाल अस्पताल में 6.8 करोड़ भर्तियों के लिए किया गया है।⁵¹ 2023 तक इस योजना के तहत औसत दावा राशि केवल 11,787 रुपए थी।³⁶ इस योजना के तहत सबसे सामान्य प्रक्रियाओं में निम्नलिखित शामिल हैं: (i) हार्ट सर्जरी, (ii) डायलिसिस और (iii) सिजेरियन डिलीवरी।⁵¹

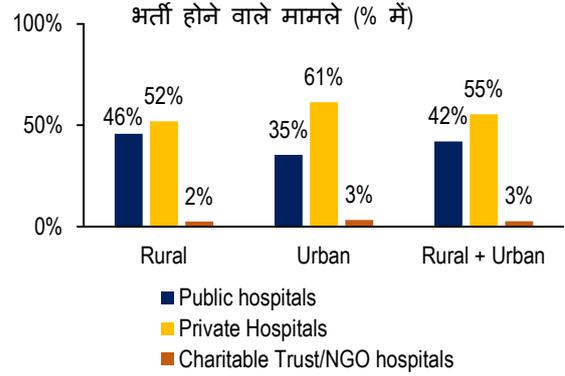
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2023) ने कहा था कि कई उच्च स्तरीय सर्जरी और दीर्घकालिक उपचारों की लागत पांच लाख रुपए से अधिक है, और इसलिए उन्हें इस योजना से बाहर रखा गया है।⁴⁷

सीमित अवसरचना: स्टैंडिंग कमिटी (2023) के अनुसार, सूचीबद्ध केंद्र आमतौर पर छोटे थे, जिनमें बिस्तरों की औसत संख्या 48 थी।⁴⁷ कैंग (2023) ने कई राज्यों में सूचीबद्ध अस्पतालों में बुनियादी ढांचे, उपकरणों और डॉक्टरों की कमी का उल्लेख किया था।⁵²

निजी स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों को प्राथमिकता, जो अधिक महंगे हैं

राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण (2017-18) के अनुसार, भारत में अस्पताल में भर्ती होने के 55% मामले निजी अस्पतालों में थे (प्रसव को छोड़कर)।⁵³ सरकारी अस्पतालों में 42% भर्तियां हुई थीं, जबकि शेष 3% धर्मार्थ ट्रस्टों में की गई थीं (रेखाचित्र 14)। सरकारी अस्पतालों में भर्ती होने की दर निम्नलिखित राज्यों में कम थी: (i) तेलंगाना (21%), (ii) महाराष्ट्र (22%), (iii) उत्तर प्रदेश (27%), और (iv) पंजाब (29%) (अनुलग्नक में तालिका 9 देखें)।⁵³ आउटपेशेंट सेवाओं (ओपीडी) के कुल 66% मामलों में मरीजों ने निजी अस्पतालों और क्लीनिकों में जाना उचित समझा।⁵³ ये मामले अस्पताल में भर्ती न होने वाले व्यक्ति को परामर्श और उपचार सेवाओं से संबंधित हैं।⁵⁴

रेखाचित्र 14: भर्ती होने के 55% मामले निजी अस्पतालों में (2017-18)



स्रोत: भारत में सामाजिक उपभोग के प्रमुख संकेतक: स्वास्थ्य, एनएसएस 75वां दौर, जुलाई 2017- जून 2018; पीआरएस।

एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, 50% उत्तरदाताओं ने आमतौर पर सरकारी स्वास्थ्य सुविधा का उपयोग नहीं किया था।³² यह इन राज्यों में अधिक था: (i) बिहार (80%), (ii) उत्तर प्रदेश (75%) और (iii) तेलंगाना (64%)।³² इसके कई कारण थे, जैसे देखभाल की खराब स्थिति, प्रतीक्षा में लगने वाला लंबा समय और आस-पास उपलब्ध सुविधाओं की कमी (तालिका 6)।

तालिका 6: सरकारी स्वास्थ्य केंद्र का लाभ न उठाने के कारण (% में)

कारण	प्रतिक्रिया (% में)
देखभाल की खराब स्थिति	48%
लंबे समय तक प्रतीक्षा	46%
स्वास्थ्य केंद्र का पास स्थित न होना	40%
स्वास्थ्य केंद्र का समय असुविधाजनक	25%
स्वास्थ्य कर्मों अनुपस्थित	15%

स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21); पीआरएस।

सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों की गुणवत्ता का मूल्यांकन बुनियादी ढांचे और मानव संसाधन जैसे क्षेत्रों में आईपीएचएस मानदंडों के अनुपालन से किया जा सकता है। 22 जनवरी, 2025 तक स्वास्थ्य मंत्रालय ने सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 93% का मूल्यांकन किया था।⁵⁵ मंत्रालय के अनुसार, सभी मूल्यांकित सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 45% सभी आईपीएचएस मानदंडों के आधे से भी कम का अनुपालन करते थे, जबकि केवल 14% सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र 80% से अधिक का अनुपालन करते थे।⁵⁶

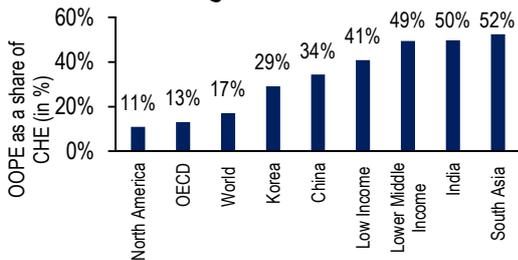
स्वास्थ्य देखभाल के सभी खर्चों का आधा हिस्सा परिवार स्वयं वहन करते हैं

आउट ऑफ पॉकेट हेल्थ एक्सपेंडिचर (ओओपीई) का अर्थ यह है कि स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के दौरान परिवारों द्वारा प्रत्यक्ष स्वास्थ्य व्यय।⁶ उच्च ओओपीई का अर्थ है, कम बीमा कवरेज और सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों का कम उपयोग, तथा निजी स्वास्थ्य केंद्र का अधिक उपयोग। उच्च ओओपीई परिवारों को गरीबी में धकेल सकता है, क्योंकि उन्हें अपनी आय का बड़ा हिस्सा स्वास्थ्य सेवा पर खर्च करना पड़ सकता है।⁵⁷

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का उद्देश्य ओओपीई को कम करना है।¹ विश्व बैंक के अनुसार, भारत में ओओपीई 2010 में वर्तमान स्वास्थ्य व्यय (सीएचई) का 65% था, जोकि 2021 में घटकर 50% हो गया है।⁵⁸ राष्ट्रीय स्वास्थ्य खातों के अनुसार, भारत में ओओपीई 2021-22 में सीएचई का 45% था।⁶ सीएचई परिवारों, सरकारों और व्यक्तियों द्वारा दवाओं, निदान, परामर्श और अन्य आवर्ती चिकित्सा खर्चों पर खर्च को मापता है।⁶

विश्व बैंक (2021) के अनुसार, भारत में ओओपीई कई देशों की तुलना में अधिक था (रेखाचित्र 15)।⁵⁸

रेखाचित्र 15: भारत में ओओपीई कई विकसित और विकासशील देशों की तुलना में अधिक है (2021)



नोट: ओईसीडी निम्न आय और निम्न मध्यम आय के देशों का समूह है।
 स्रोत: आउट ऑफ पॉकेट हेल्थ एक्सपेंडिचर (वर्तमान स्वास्थ्य व्यय का %); विश्व बैंक; पीआरएस।

सीमित बीमा कवरेज

सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के अलावा, बीमा कवरेज का विस्तार करके ओओपीई को कम किया जा सकता है। एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार 41% परिवारों का कम से कम एक व्यक्ति स्वास्थ्य बीमा के दायरे में आता था।³² नीति आयोग (2021) के अनुसार भारत की

लगभग 30% आबादी अपने व्यवसाय और आय की प्रकृति के कारण किसी भी बीमा योजना, सार्वजनिक या निजी, के लिए अपात्र है।⁵⁰ इनमें मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में स्वरोजगार करने वाले किसान और शहरी क्षेत्रों में दुकान श्रमिक या शिल्प श्रमिक शामिल हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा (2021-22) के अनुसार, वर्तमान स्वास्थ्य व्यय का लगभग 14% बीमा के माध्यम से वित्तपोषित किया गया था।⁶ ऐसे व्यय के लगभग 6% का वित्त पोषण सरकारी बीमा द्वारा किया गया था।

भारत में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज

भारत में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज पर उच्च स्तरीय विशेषज्ञ समूह ने सुझाव दिया था कि केंद्र सरकार हर नागरिक को आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं की गारंटी दे। इसमें प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक सेवाएं शामिल हैं।⁸ ये सभी सार्वजनिक केंद्रों और अनुबंधित निजी केंद्रों में मुफ्त होंगी।⁸ सार्वभौमिक कवरेज प्राप्त करने के लिए उसने 2022 तक स्वास्थ्य पर जीडीपी का 3% खर्च करने का सुझाव दिया।⁸

राजस्थान ने राजस्थान स्वास्थ्य अधिकार एक्ट, 2022 पारित किया है। यह सभी निवासियों को सार्वजनिक केंद्रों में निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाओं का अधिकार देता है।⁵⁹ इनमें इनपेशेंट और ओपीडी सेवाएं शामिल हैं। एक्ट निजी स्वास्थ्य केंद्रों पर भी लागू होता है, जिनसे संबंधित शर्तें नियमों में दी जाएंगी। एक्ट के तहत नियमों को अभी तक अधिसूचित नहीं किया गया है।⁵⁹

2023-24 में राजस्थान स्वास्थ्य पर 21,273 करोड़ खर्च करेगा, जो 2022-23 के वास्तविक खर्च से 38% अधिक है।^{60,61} 2024-25 में स्वास्थ्य पर उसका अनुमानित खर्च 2023-24 के खर्च से 30% अधिक है।⁶¹

बीमा के तहत ओपीडी सेवाएं शामिल नहीं

भारत में बीमा योजनाएं बड़े पैमाने पर आउट-पेशेंट केयर को कवर नहीं करतीं।⁵⁰ राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा (2021-22) के अनुसार, आउटपेशेंट केयर वर्तमान स्वास्थ्य व्यय का लगभग 38% है।⁶ नीति आयोग

(2021) के अनुसार, सभी भयावह रूप से प्रभावित परिवारों में से 80-85% आउटपैशेंट केयर पर होने वाले खर्च से प्रभावित थे।⁵⁰ अगर समग्र व्यय के हिस्से के रूप में किसी परिवार के स्वास्थ्य संबंधी व्यय पूर्वनिर्धारित सीमा से अधिक हो जाते हैं, तो वह परिवार भयावह रूप से प्रभावित होता है।

स्वास्थ्यकर्मी

स्वास्थ्य और चिकित्सा शिक्षा के लिए मानव संसाधन

इस मद के अंतर्गत निम्नलिखित पर व्यय किया जाता है: (i) जिला रेफरल अस्पतालों के साथ नए मेडिकल कॉलेज स्थापित करना, और (ii) एमबीबीएस और पीजी सीटों को बढ़ाने के लिए राज्य मेडिकल कॉलेजों को अपग्रेड करना।¹⁴ 2025-26 में इस मद के लिए 1,675 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं।⁷ यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 189% अधिक है।

इस मद के अंतर्गत आवंटित धनराशि का पूरा उपयोग नहीं किया गया है। 2022-23 में इस मद के अंतर्गत आवंटित धनराशि का केवल 26% ही खर्च किया गया।⁷ 2023-24 में 20% खर्च किया गया।⁷

नए मेडिकल कॉलेजों की स्थापना: 2014 से अब तक 157 नए मेडिकल कॉलेजों को मंजूरी दी गई है। फरवरी 2024 तक इनमें से 108 कार्यरत हैं।⁶²

एमबीबीएस और पीजी सीटों में वृद्धि: सरकार का लक्ष्य 10,000 एमबीबीएस सीटें और 8,058 पीजी सीटें जोड़ना है।¹⁴ फरवरी 2024 तक 4,977 एमबीबीएस सीटें स्वीकृत की जा चुकी हैं।⁶² मार्च 2023 तक 7,916 पीजी सीटें भी स्वीकृत की जा चुकी हैं।¹⁴

मेडिकल सीटों का वितरण क्षेत्रों के अनुसार अलग-अलग है। 2023-24 में लगभग 48% यूजी और 46% पीजी सीटें चार राज्यों - कर्नाटक, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और तेलंगाना में केंद्रित थीं।⁶²

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2024) ने कहा कि समान जनसंख्या वाले राज्यों में मेडिकल सीटों के स्तर में बहुत अंतर

है।⁶³ 2020 तक समान जनसंख्या स्तरों के बावजूद राजस्थान में तमिलनाडु की आधी मेडिकल सीटें थीं।⁶³ इसी तरह, बिहार में महाराष्ट्र की 30% मेडिकल सीटें थीं।⁶³

नए एम्स की स्थापना

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई) की शुरुआत निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए की गई थी: (i) नए एम्स की स्थापना करना और (ii) तृतीयक देखभाल सुविधाओं के निर्माण के लिए सरकारी मेडिकल कॉलेजों को अपग्रेड करना।⁶⁴ 2003 से 2018 के बीच पीएमएसएसवाई के तहत 22 एम्स को मंजूरी दी गई।^{65,66} नवंबर 2024 तक छह एम्स पूरी तरह से काम कर रहे हैं, जबकि बाकी का काम पूरा होने वाला है।⁶⁷

2023-24 से नए एम्स की स्थापना पर होने वाले व्यय को एक अलग मद में दर्ज किया जाएगा। 2025-26 में नए एम्स की स्थापना के लिए 7,639 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं।⁷ यह 2024-25 में अनुमानित व्यय से 2% अधिक है।

नवंबर 2024 तक एम्स में 36% फैकेल्टी पद और 29% नॉन-फैकेल्टी पद रिक्त हैं।⁶⁷ एम्स में फैकेल्टी रिक्तियां सबसे अधिक हैं: (i) मदुरै (72%), (ii) राजकोट (63%), (iii) बिलासपुर (51%), और (iv) रायपुर (42%)।⁶⁷

नर्सिंग सेवाओं का विकास

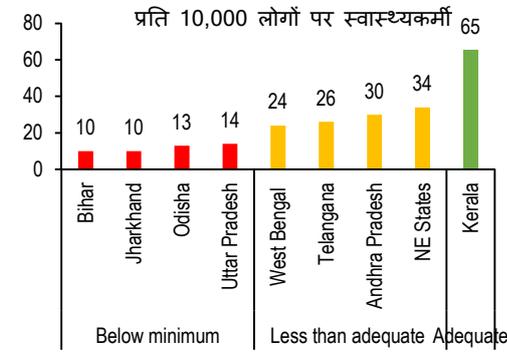
इस मद के तहत नर्सिंग स्कूलों को कॉलेजों में अपग्रेड किया जाता है।⁶⁸ इस अपग्रेडेशन के लिए स्कूलों को सात करोड़ रुपए तक की सहायता मिलती है। अगस्त 2024 तक 38 स्कूलों को कॉलेजों में अपग्रेड किया जा चुका है।⁶⁸ 2025-26 में इस उद्देश्य के लिए 28 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं।⁷ यह 2024-25 में अनुमानित खर्च से 27% अधिक है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन प्रति 1,000 व्यक्तियों पर तीन नर्सों और दाइयों की सिफारिश करता है।⁶⁹ दिसंबर 2022 तक, भारत में यह अनुपात प्रति 1,000 व्यक्तियों पर 2.06 नर्सों और दाइयों का था।⁷⁰

विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा कर्मियों की कमी

डब्ल्यूएचओ प्रति 10,000 आबादी पर 44.5 स्वास्थ्य सेवा कर्मियों की सिफारिश करता है।⁷¹ इसमें डॉक्टर, नर्स और दाइयां शामिल हैं। संगठन का यह भी कहना है कि यह प्रति 10,000 व्यक्तियों पर 23 स्वास्थ्य सेवा कर्मियों से कम नहीं होने चाहिए।⁷² आर्थिक सर्वेक्षण (2020-21) के अनुसार, केरल को छोड़कर, किसी अन्य राज्य में स्वास्थ्य कर्मियों का अनुशंसित स्तर मौजूद नहीं था (रेखाचित्र 16) (राज्यवार विवरण के लिए अनुलग्नक में तालिका 12 देखें)।

रेखाचित्र 16: ज्यादातर राज्यों में स्वास्थ्यकर्मियों अनुशंसित स्तर से कम हैं (2020-21)



नोट: स्वास्थ्य कर्मियों में आयुष डॉक्टर भी शामिल हैं। स्रोत: आर्थिक सर्वेक्षण 2020-21; पीआरएस।

डब्ल्यूएचओ ने 1:1000 (1,000 व्यक्तियों पर एक डॉक्टर) के डॉक्टर बनाम जनसंख्या अनुपात की सिफारिश की है।⁷³ जुलाई 2024 तक भारत में डॉक्टर जनसंख्या अनुपात 1:836 था।⁷³ इसमें एलोपैथिक और आयुष डॉक्टर शामिल हैं।⁷³ केवल एलोपैथिक डॉक्टरों पर विचार करें, तो दिसंबर 2022 तक भारत में डॉक्टर जनसंख्या अनुपात 1:1272 था।^{17,36} इस प्रकार पंजीकृत डॉक्टरों की 80% उपलब्धता मानी गई है।

विशेषज्ञ

स्वास्थ्य सेवा कर्मियों की कमी खास तौर पर ग्रामीण इलाकों को प्रभावित करती है। 2005 से 2023 के बीच ग्रामीण इलाकों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में सर्जन, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल रोग विशेषज्ञ तथा रेडियोग्राफर जैसे विशेषज्ञ डॉक्टरों की कमी बढ़ गई है (तालिका 7)।²

तालिका 7: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञों और रेडियोग्राफरों की कमी बढ़ गई है

कर्म (केंद्र)	2005	2023
डॉक्टर (पीएचसी)	4%	4%
विशेषज्ञ (सीएचसी)	46%	80%
रेडियोग्राफर (सीएचसी)	35%	58%
नर्स (पीएचसी और सीएचसी)	29%	10%

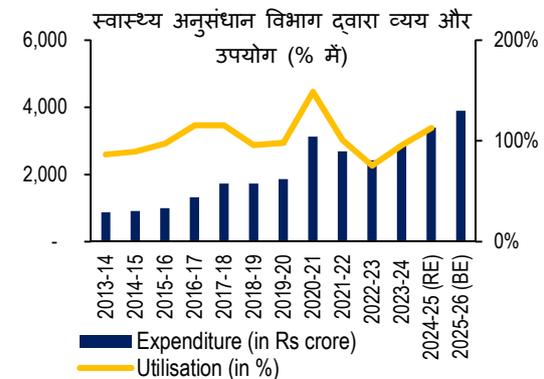
स्रोत: हेल्थ डायनामिक्स ऑफ इंडिया (इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधन) 2022-23; पीआरएस।

विशेषज्ञों की कमी से गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में बाधा आ सकती है।⁷⁴ जैसा कि पहले चर्चा की गई है, संक्रामक रोगों का बोझ बढ़ रहा है।²⁶ इन बीमारियों, विशेष रूप से हृदय और फेफड़ों के रोगों के लिए विशेषज्ञ देखभाल की आवश्यकता होती है। संसद की एस्टिमेट्स कमिटी (2017) ने कार्डियोलॉजी, डायबिटीज़ और चेस्ट मेडिसिन जैसे क्षेत्रों में विशेषज्ञों की राष्ट्रव्यापी कमी का उल्लेख किया था।⁷⁴

स्वास्थ्य अनुसंधान

2025-26 के लिए स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग को 3,901 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। यह मंत्रालय के बजट का 4% है। पिछले कुछ वर्षों में विभाग पर व्यय में वृद्धि हुई है। 2013-14 से 2023-24 के बीच इसमें सालाना 11% की वृद्धि हुई है। इस अवधि में विभाग ने 101% धनराशि उपयोग किया। 2024-25 में विभाग द्वारा अपने आवंटन का 113% खर्च करने का अनुमान है।

रेखाचित्र 17: 2020-21 से विभाग द्वारा धनराशि का उपयोग कम हो गया है



नोट: RE संशोधित अनुमान और BE बजटीय अनुमान है। स्रोत: विभिन्न वर्षों के केंद्रीय बजट दस्तावेज; पीआरएस।

स्वास्थ्य अनुसंधान में निवेश की कमी

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2023) के अनुसार, भारत ने 2021-22 में स्वास्थ्य अनुसंधान पर अपनी जीडीपी का 0.02% खर्च किया।⁷⁵ 2017 में यूएसए और यूके ने क्रमशः अपनी जीडीपी का 0.65% और 0.44% स्वास्थ्य अनुसंधान पर खर्च किया था।⁷⁵ स्टैंडिंग कमिटी (2023) ने कहा था कि मौजूदा व्यय का स्तर अपर्याप्त था और उसने स्वास्थ्य अनुसंधान पर जीडीपी का 0.1% खर्च करने का सुझाव दिया था।⁷⁵ 2022 में उसने स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग को मंत्रालय के बजट का 5% आवंटित करने का भी सुझाव दिया था।⁷⁵

आईसीएमआर का प्रदर्शन

भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) पर किया जाने वाला व्यय विभाग के व्यय का सबसे बड़ा हिस्सा है। आईसीएमआर भारत में चिकित्सा अनुसंधान करने और उसमें सहयोग देने के लिए जिम्मेदार है।⁷⁶ 2025-26 में आईसीएमआर को विभाग के बजट का 80% यानी 3,126 करोड़ रुपए आवंटित किया गया है। यह 2024-25 के संशोधित अनुमानों से 9% अधिक है। 2020-21 में आईसीएमआर द्वारा अनुसंधान व्यय केंद्र द्वारा किए गए सभी अनुसंधान व्यय का केवल 3% था।⁷⁷

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी (2017) ने कहा था कि 2016 में आईसीएमआर में लगभग 800 वैज्ञानिक काम कर रहे थे।⁷⁸ उसने कहा था कि भारत जैसे बड़े देश के लिए प्रभावी अनुसंधान करने के लिए आईसीएमआर की क्षमता बहुत कम थी, और कमिटी ने इसे बढ़ाने का सुझाव दिया था। अगस्त 2023 तक आईसीएमआर ने वैज्ञानिकों के 876 पद स्वीकृत किए थे जिनमें से 142 (16%) रिक्त थे।⁷⁹

स्टैंडिंग कमिटी (2017) ने यह भी कहा था कि आईसीएमआर का अनुसंधान आउटपुट कम था, और इसके पेटेंट आवेदनों में से बहुत कम को मंजूरी दी गई थी।⁷⁸ कमिटी ने भारत की स्वास्थ्य

चुनौतियों का सामना करने के लिए स्वास्थ्य अनुसंधान आउटपुट को बढ़ाने का सुझाव दिया था।⁷⁸

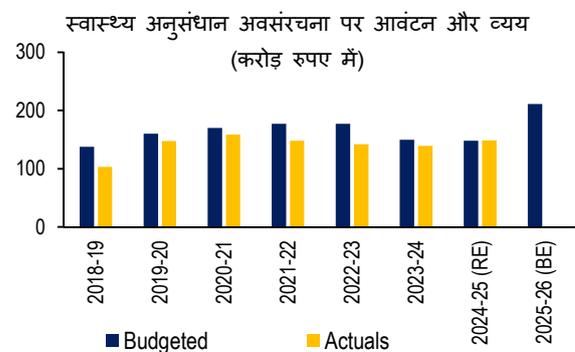
स्वास्थ्य अनुसंधान अवसंरचना

विभाग अनुसंधान अवसंरचना के निम्नलिखित क्षेत्रों में व्यय करता है: (i) महामारी और आपदाओं के प्रबंधन के लिए प्रयोगशालाएं, (ii) महामारी के प्रकोप को रोकने के लिए उपकरण, और (iii) स्वास्थ्य अनुसंधान को बढ़ावा देने के लिए अवसंरचना।⁷

2018-19 से 2022-23 के बीच अनुसंधान अवसंरचना पर आवंटन बढ़ा। 2023-24 में यह कम हो गया (रेखाचित्र 18)। 2025-26 में स्वास्थ्य अनुसंधान अवसंरचना के लिए 211 करोड़ रुपए आवंटित किए गए। यह 2018-19 के बाद से आवंटन से अधिक है।⁷

2021 में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण से संबंधित स्टैंडिंग कमिटी ने कहा था कि वायरस की समय पर पहचान करने की निरीक्षण प्रणाली और उससे संबंधित पहल करने की जरूरत है।⁸⁰ महामारी की रोकथाम और प्रबंधन पर खर्च लगातार कम होता जा रहा है, जो 2020-21 में 94 करोड़ रुपए से घटकर 2023-24 में 70 करोड़ रुपए रह गया है। 2025-26 में इस उद्देश्य के लिए 61 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं।⁷

रेखाचित्र 18: 2025-26 में स्वास्थ्य अनुसंधान अवसंरचना पर आवंटन 2024-25 में अनुमानित व्यय से 42% अधिक है



नोट: 2023-24 के लिए वास्तविक व्यय का संशोधित अनुमान है।
स्रोत: स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग, व्यय बजट 2024-25; पीआरएस।

अनुलग्नक

तालिका 8: कुछ राज्यों में समग्र स्वास्थ्य व्यय के हिस्से के रूप में सरकारी स्वास्थ्य व्यय (% में)

	सरकारी स्वास्थ्य व्यय (टीएचई के % के रूप में)							
	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
असम	29	38	39	57	55	58	58	64
आंध्र प्रदेश	15	22	25	30	32	33	35	42
बिहार	17	19	21	40	45	44	47	55
छत्तीसगढ़	28	32	34	50	47	52	55	60
गुजरात	34	37	39	43	44	45	43	50
हरियाणा	24	28	30	33	36	41	41	46
हिमाचल प्रदेश	44	47	51	49	52	52	52	58
जम्मू एवं कश्मीर	35	40	39	54	51	50	65	71
झारखंड	24	30	31	29	34	33	34	49
कर्नाटक	22	26	27	33	34	31	36	43
केरल	18	23	27	25	25	24	26	33
मध्य प्रदेश	26	28	29	41	41	44	42	52
महाराष्ट्र	17	24	23	26	27	27	31	34
ओडिशा	22	20	27	39	41	42	44	53
पंजाब	17	20	20	26	29	30	31	36
राजस्थान	31	33	33	40	44	42	42	50
तमिलनाडु	25	28	27	41	47	44	50	52
तेलंगाना	22	38	-	40	41	44	46	46
उत्तर प्रदेश	19	21	22	24	25	26	25	32
उत्तराखंड	36	37	36	55	61	62	61	68
पश्चिम बंगाल	-	-	21	24	26	26	29	36
अखिल भारतीय	29	31	32	41	41	41	43	48

नोट: पश्चिम बंगाल के लिए 2014-15 और 2015-15 के आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। तेलंगाना के लिए 2016-17 के आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। सरकारी स्वास्थ्य व्यय में केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा किया गया व्यय शामिल है। स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा 2014-15 से 2021-22; पीआरएस।

तालिका 9: वर्ष 2017-18 में अस्पताल के प्रकार के आधार पर भर्ती होने के मामलों (प्रसव को छोड़कर) का प्रतिशत

	सरकारी	निजी	धर्मार्थ ट्रस्ट/एनजीओ
अखिल भारतीय	42%	55%	3%
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	83%	17%	0%
आंध्र प्रदेश	28%	69%	3%
अरुणाचल प्रदेश	92%	7%	2%
असम	71%	27%	2%
बिहार	38%	60%	2%
चंडीगढ़	67%	33%	1%
छत्तीसगढ़	54%	42%	4%
दादरा एवं नगर हवेली	66%	34%	0%
दमन एवं दीव	19%	81%	0%
दिल्ली	62%	37%	1%
गोवा	66%	34%	0%
गुजरात	31%	62%	7%
हरियाणा	31%	67%	2%
हिमाचल प्रदेश	77%	21%	2%
जम्मू एवं कश्मीर	91%	8%	1%
झारखंड	41%	54%	6%
कर्नाटक	27%	71%	2%
केरल	38%	58%	4%
लक्षद्वीप	70%	26%	4%
मध्य प्रदेश	48%	49%	3%
महाराष्ट्र	22%	74%	4%
मणिपुर	80%	20%	1%
मेघालय	85%	15%	1%
मिजोरम	80%	16%	5%
नगालैंड	73%	27%	0%
ओडिशा	72%	27%	1%
पुद्दुचेरी	69%	31%	0%
पंजाब	29%	66%	5%
राजस्थान	51%	48%	1%
सिक्किम	80%	20%	0%
तमिलनाडु	50%	48%	2%
तेलंगाना	21%	78%	1%
त्रिपुरा	95%	4%	1%
उत्तराखंड	36%	63%	1%
उत्तर प्रदेश	27%	70%	2%
पश्चिम बंगाल	69%	29%	2%

स्रोत: भारत में सामाजिक उपभोग के प्रमुख संकेतक: स्वास्थ्य - जुलाई 2017 से जून 2018, एनएसओ; पीआरएस।

तालिका 10: 2023-24 में राज्य/यूटी में मेडिकल सीट

	यूजी	पीजी
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	114	0
आंध्र प्रदेश	6485	3568
अरुणाचल प्रदेश	50	0
असम	1550	738
बिहार	2765	1229
चंडीगढ़	150	585
छत्तीसगढ़	2005	589
दादरा और नगर हवेली	177	0
दिल्ली	1497	2938
गोवा	180	137
गुजरात	7150	2910
हरियाणा	2185	897
हिमाचल प्रदेश	920	356
जम्मू एवं कश्मीर	1339	657
झारखंड	980	263
कर्नाटक	11745	6449
केरल	4655	1945

मध्य प्रदेश	4800	2348
महाराष्ट्र	10845	6074
मणिपुर	525	255
मेघालय	50	37
मिजोरम	100	0
नगालैंड	100	0
ओडिशा	2525	1234
पुद्दुचेरी	1830	1034
पंजाब	1800	792
राजस्थान	5575	3288
सिक्किम	150	34
तमिलनाडु	11650	5134
तेलंगाना	8490	3112
त्रिपुरा	225	91
उत्तर प्रदेश	9903	4220
उत्तराखंड	1150	1832
पश्चिम बंगाल	5275	2088
कुल	1,08,940	54,834

स्रोत: तारांकित प्रश्न संख्या 7, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, 7 फरवरी, 2024; पीआरएस।

तालिका 11: शिशु मृत्यु दर (प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर) और 15-49 वर्ष की महिलाओं में एनीमिया (% में)

राज्य/यूटी	आईएमआर (2020)	एनीमिया (2019-21)
अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	7	58%
आंध्र प्रदेश	24	59%
अरुणाचल प्रदेश	21	40%
असम	36	66%
बिहार	27	64%
चंडीगढ़	8	60%
छत्तीसगढ़	38	61%
दादरा नगर हवेली और दमन दीव	16	63%
दिल्ली	12	50%
गोवा	5	39%
गुजरात	23	65%
हरियाणा	28	60%
हिमाचल प्रदेश	17	53%
जम्मू और कश्मीर	17	66%
झारखंड	25	65%
कर्नाटक	19	48%
केरल	6	36%
लद्दाख	16	93%

राज्य/यूटी	आईएमआर (2020)	एनीमिया (2019-21)
लक्षद्वीप	9	26%
मध्य प्रदेश	43	55%
महाराष्ट्र	16	54%
मणिपुर	6	29%
मेघालय	29	54%
मिजोरम	3	35%
नगालैंड	4	29%
ओडिशा	36	64%
पुद्दुचेरी	6	55%
पंजाब	18	59%
राजस्थान	32	54%
सिक्किम	5	42%
तमिलनाडु	13	53%
तेलंगाना	21	58%
त्रिपुरा	18	67%
उत्तर प्रदेश	38	50%
उत्तराखंड	24	43%
पश्चिम बंगाल	19	71%
अखिल भारतीय	28	57%

स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल 2023, एनएफएचएस-5 (2019-21); पीआरएस।

तालिका 12: विभिन्न राज्यों में प्रति 10,000 व्यक्तियों पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (2020-21)

राज्य	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (प्रति 10,000 व्यक्तियों पर)	राज्य	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (प्रति 10,000 व्यक्तियों पर)
आंध्र प्रदेश	30	मध्य प्रदेश	17
असम	20	महाराष्ट्र	18
बिहार	10	पूर्वोत्तर राज्य	34
छत्तीसगढ़	21	ओडिशा	13
दिल्ली	41	पंजाब	22
गुजरात	19	राजस्थान	15
हरियाणा	22	तमिलनाडु	32
हिमाचल प्रदेश	16	तेलंगाना	26
जम्मू एवं कश्मीर	29	उत्तर प्रदेश	14
झारखंड	10	उत्तराखंड	33
कर्नाटक	19	पश्चिम बंगाल	24
केरल	65		

स्रोत: अध्याय 5, आर्थिक सर्वेक्षण 2020-21; पीआरएस।

¹ National Health Policy, 2017, Ministry of Health and Family Welfare, <https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/9147562941489753121.pdf>.

² Health Dynamics of India (Infrastructure and Human Resources) 2022-23, Ministry of Health and Family Welfare, https://mohfw.gov.in/sites/default/files/Health%20Dynamics%20of%20India%20%28Infrastructure%20%26%20Human%20Resources%29%202022-23_RE%20%281%29.pdf.

³ “About Ayushman Bharat”, Ministry of Health and Family Welfare, accessed on December 15, 2023, <https://nha.gov.in/PM-JAY#>.

⁴ National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare, https://nhm.gov.in/images/pdf/NHM/NHM_more_information.pdf.

⁵ “POSHAN Abhiyaan”, Ministry of Women and Child Development, March 24, 2023, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1910409>.

⁶ National Health Accounts 2021-22, Ministry of Health and Family Welfare, <https://nhsrcindia.org/sites/default/files/2024-09/NHA%202021-22.pdf>.

⁷ Demand No. 46 and 47, Expenditure Budget 2024-25, Union Budget, <https://www.indiabudget.gov.in/doc/eb/allsbef.pdf>.

⁸ High-Level Expert Group Report on Universal Health Coverage, Planning Commission of India, November 2011, <https://nhsrcindia.org/sites/default/files/2021-06/21.HLEG%20Report%20on%20Universal%20Health%20Coverage%20for%20India.pdf>

⁹ “Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP), World Health Organisation, as accessed on February 28, 2025, [Domestic general government health expenditure \(GGHE-D\) as percentage of gross domestic product \(GDP\) \(%\)](https://www.who.int/data/stories/domestic-general-government-health-expenditure-gghe-d).

¹⁰ A Report of High Level Group on Health Sector, Fifteenth Finance Commission of India, 2019, https://fincomindia.nic.in/archive/writereaddata/html_en_files/fincom15/StudyReports/High%20Level%20group%20of%20Health%20Sector.pdf.

¹¹ Report No. 31 of 2022, Comptroller Auditor General of India, December 21, 2022, https://cag.gov.in/uploads/download_audit_report/2022/DSC-Report-No.-31-of-2022_UGFA-English-PDF-A-063a2f3ee1c14a7.01369268.pdf.

¹² Unstarred Question No. 712, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, February 7, 2025, https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/184/AU712_5G3btk.pdf?source=pqals.

¹³ Unstarred Question No. 1086, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, December 8, 2023, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1714/AU1086.pdf?source=pqals>.

¹⁴ Report No. 143, Standing Committee on Health and Family Welfare, Rajya Sabha, March 15, 2023, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/168/143_2023_3_15.pdf?source=rajyasabha.

¹⁵ “National Rural Health Mission”, National Institute of Health and Family Welfare, as accessed on January 27, 2025, <https://nihfw.ac.in/cms/national-rural-health-mission.php#:~:text=The%2018%20high%20focus%20state,%2C%20Mizoram%2C%20Sikkim%20and%20Tripura..>

¹⁶ “National Rural Health Mission (2005-2012): Mission Document”, Ministry of Health and Family Welfare, as accessed on January 4, 2025, https://nhm.gov.in/images/pdf/guidelines/nrh-m-guidelines/mission_document.pdf.

¹⁷ Report of the Technical Group on Population Projections for India and States 2011-2036, National Commission on Population, July 2020, https://mohfw.gov.in/sites/default/files/Population%20Projection%20Report%202011-2036%20-%20upload_compressed_0.pdf.

¹⁸ “Finance Commission in COVID times: Report for 2021-2026”, 15th Finance Commission, October, 2020, <https://fincomindia.nic.in/asset/doc/commission-reports/XVFC%20VOL%201%20Main%20Report.pdf>.

- ¹⁹ “Report of the Task Force on Comprehensive Primary Healthcare Rollout”, Ministry of Health and Family Welfare, <https://nhsrcindia.org/sites/default/files/2021-03/Report%20of%20Task%20Force%20on%20Comprehensive%20PHC%20Rollout.pdf>.
- ²⁰ “Ayushman Bharat Health and Wellness Centres”, National Health Systems Resource Centre, as accessed on February 2, 2025, <https://qps.nhsrcindia.org/sites/default/files/2022-01/AYUSHMAN%20BHARAT-HEALTH%20AND%20WELLNESS%20CENTRES%20.pdf>.
- ²¹ “Ayushman Bharat Health and Wellness Centres”, Ministry of Health and Family Welfare, February 2, 2025, <https://static.pib.gov.in/WriteReadData/specificdocs/documents/2021/sep/doc202192010.pdf>
- ²² “Ayushman Aarogya Mandir”, as accessed on January 21, 2025, <https://aam.mohfw.gov.in/>
- ²³ “Update on Ayushman Aarogya Mandirs” Ministry of Health and Family Welfare, Press Information Bureau, August 9, 2024, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2043513>.
- ²⁴ “Union Cabinet informed about progress under National Health Mission (NHM) - 2020-21”, Ministry of Health and Family Welfare, Press Information Bureau, September 28, 2022, <https://www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1862938>.
- ²⁵ “Total NCD Mortality Rate (per 100,000 population)”, World Health Organisation, as accessed on February 2, 2025, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-ncd-mortality-rate>.
- ²⁶ India: Health of the Nation’s States: The India State-level Disease Burden Initiative, Indian Council of Medical Research, November 14, 2017, https://main.icmr.nic.in/sites/default/files/reports/2017_India_State_Level_Disease_Burden_Initiative_Full_Report.pdf.
- ²⁷ “Premature deaths due to non-communicable diseases”, World Health Organisation, February 2, 2025, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ncd-deaths-under-age-70-\(percent-of-all-ncd-deaths\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ncd-deaths-under-age-70-(percent-of-all-ncd-deaths)).
- ²⁸ “Probability of dying between the exact ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases (SDG 3.4.1)”, World Health Organisation, as accessed on February 2, 2025, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory\(-\)/](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory(-)/).
- ²⁹ National Health Profile 2023, Central Bureau of Health Intelligence, https://cbhidghs.mohfw.gov.in/WriteReadData/1892s/Final_Central%20Bureau%20of%20Health%20Intelligence%20July%202024.pdf.
- ³⁰ Kerala Public Health Act, 2023, https://prsindia.org/files/bills_acts/acts_states/kerala/2023/ActNo.28of2023Kerala.pdf.
- ³¹ “Universal Immunisation Programme”, National Health Mission, as accessed on January 5, 2024, <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=824&lid=220>.
- ³² National Family Health Survey -5: India Fact sheet, Ministry of Health and Family Welfare, https://rchiips.org/nfhs/NFHS-5_FCTS/India.pdf.
- ³³ “Senior Care Reforms in India: A position paper”, NITI Aayog, January 2024, https://www.niti.gov.in/sites/default/files/2024-02/Senior%20Care%20Reforms%20in%20India%20FINAL%20FOR%20WEBSITE_compressed.pdf.
- ³⁴ Unstarred Question No. 935, Ministry of Health and Family Welfare, July 25, 2022, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/179/AU935.pdf?source=pqals>.
- ³⁵ “Ayushman Bharat”, About Pradhan Mantri Jan Aarogya Yojana, <https://nha.gov.in/PM-JAY>; “Cabinet approves health coverage to all senior citizens of the age 70 year and above irrespective of income under Ayushman Bharat-Pradhan Mantri Jan Aarogya Yojana”, Ministry of Health and Family Welfare, Press Information Bureau, September 11, 2024, <https://pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=2053881>.
- ³⁶ National Health Profile 2023, Central Bureau of Health Intelligence, https://cbhidghs.mohfw.gov.in/WriteReadData/1892s/Final_Central%20Bureau%20of%20Health%20Intelligence%20July%202024.pdf.
- ³⁷ Unstarred Question No. 1037, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, December 8, 2023, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1714/AU1037.pdf?source=pqals>.
- ³⁸ National Family Health Survey -4: India Fact sheet, Ministry of Health and Family Welfare, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR339/FR339.pdf>.
- ³⁹ “WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary”, World Health Organisation, as accessed on January 5, 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf>.
- ⁴⁰ National Family Health Survey-3, Ministry of Health and Family Welfare, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1AndVol2.pdf>.
- ⁴¹ “Details of Anaemia Mukta Bharat”, Ministry of Health and Family Welfare, August 6, 2024, <https://pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=2042053>.
- ⁴² Unstarred Question No. 2610, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, August 4, 2023, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1712/AU2610.pdf?source=pqals>.
- ⁴³ “Guidelines for Operationalising a Primary Health Centre for Providing 24-Hour Delivery and Newborn Care Under RCH-II”, Ministry of Health and Family Welfare, 2005, https://nrhmmanipur.org/wp-content/uploads/2012/08/Guidelines_for_operationalising_24_hours_functioning_PHCs.pdf.
- ⁴⁴ “Finance Commission in COVID times: Report for 2021-2026”, 15th Finance Commission, October, 2020, <https://fincomindia.nic.in/asset/doc/commission-reports/XVFC%20VOL%20I%20Main%20Report.pdf>.
- ⁴⁵ “Coverage under PM-JAY”, Ministry of Health and Family Welfare, accessed on December 15, 2023, <https://nha.gov.in/PM-JAY#>.
- ⁴⁶ Unstarred Question 1374, Ministry of Health and Family Welfare, Rajya Sabha, August 1, 2023, <https://sansad.in/getFile/annex/260/AU1374.pdf?source=pqars>.
- ⁴⁷ Report No. 151, Standing Committee on Health and Family Welfare, Rajya Sabha, December 19, 2023, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/187/151_2023_12_19.pdf?source=rajyasabha.
- ⁴⁸ “Speech of Nirmala Sitharaman Minister of Finance”, Union Budget 2025-26, https://www.indiabudget.gov.in/doc/Budget_Speech.pdf.
- ⁴⁹ “Enrolling in Medicare”, Health and Disability, Government of Australia, accessed on December 27, 2024, <https://www.servicesaustralia.gov.au/enrolling-medicare?context=60092#a4>.
- ⁵⁰ Health Insurance for India’s Missing Middle, NITI Aayog, October 2021, [HealthInsurance-forIndiasMissingMiddle_28-10-2021.pdf](https://www.niti.gov.in/HealthInsurance-forIndiasMissingMiddle_28-10-2021.pdf) ([niti.gov.in](https://www.niti.gov.in/)).

- ⁵¹ Ayushman Bharat – Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana Dashboard, as accessed on January 7, 2025, National Health Authority, Ministry of Health and Family Welfare, <https://dashboard.pmjay.gov.in/pmji/#/>.
- ⁵² Report No. 11: Performance Audit of Ayushman Bharat-Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana, Comptroller and Auditor General of India, August 8 2023, <https://cag.gov.in/en/audit-report/details/119060>.
- ⁵³ “Key Indicators of Social Consumption in India: Health” July 2017- June 2018, National Statistical Office, https://www.mospi.gov.in/sites/default/files/publication_reports/KI_Health_75th_Final.pdf.
- ⁵⁴ “Number of outpatient care facilities”, World Health Organisation, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1348>.
- ⁵⁵ “Measures taken to strengthen public health facilities”, Ministry of Health and Family Welfare, February 7, 2025, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2100597>.
- ⁵⁶ “Indian Public Health Standards”, as accessed on January 22, 2025, <https://iphs.mohfw.gov.in/#:~:text=Facilities%20must%20score%2080%25%20or.to%20achieve%20the%20required%20standards>.
- ⁵⁷ “Decline in Out of Pocket Expenditure in India”, Ministry of Health and Family Welfare, Press Information Bureau, November 10, 2024, <https://pib.gov.in/PressNoteDetails.aspx?NoteId=153407&ModuleId=3®=3&lang=1>.
- ⁵⁸ Out of Pocket Health Expenditure (% of Current Health Expenditure), World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>.
- ⁵⁹ Rajasthan Right to Health Act, 2022, https://prsindia.org/files/bills_acts/acts_states/rajasthan/2023/Act7of2023Rajasthan.pdf.
- ⁶⁰ “Volume 2c: Revenue Expenditure – Social Services”, States Budget 2024-25, Finance Department, Government of Rajasthan, [https://finance.rajasthan.gov.in/docs/budget/statebudget/2024-2025%20\(Modified%20Budget\)/Vol2c.pdf](https://finance.rajasthan.gov.in/docs/budget/statebudget/2024-2025%20(Modified%20Budget)/Vol2c.pdf).
- ⁶¹ “Volume 2c: Revenue Expenditure – Social Services”, States Budget 2025-26, Finance Department, Government of Rajasthan, <https://finance.rajasthan.gov.in/docs/budget/statebudget/2025-2026/Vol2c.pdf>.
- ⁶² Starred Question No.7, Ministry of Health and Family Welfare, February 7, 2024, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1715/AS7.pdf?source=pqals>.
- ⁶³ Report No. 157, Standing Committee on Health and Family Welfare, Rajya Sabha, February 9, 2024, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/187/157_2024_2_19.pdf?source=rajyasabha.
- ⁶⁴ “Update on PMSSY”, Ministry of Health and Family, Press Information Bureau, July 28, 2023, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1943659#:~:text=The%20Scheme%20has%20two%20components,the%20Scheme%20in%20various%20phases>.
- ⁶⁵ “Sixteen more AIIMS”, Pradhan Mantri Swasthya Suraksha Yojana, as accessed on February 6, 2025, <https://pmssy.mohfw.gov.in/index4.php?lang=1&level=0&linkid=81&lid=108>.
- ⁶⁶ Report No. 10 of 2018, Comptroller Auditor General of India, August 7, 2018, https://cag.gov.in/webroot/uploads/download_audit_report/2018/Report_No_10_of_2018_-_Performance_Audit_on_Pradhan_Mantri_Swasthya_Suraksha_Yojana_in_Ministry_of_Health_and_Family_Welfare.pdf.
- ⁶⁷ Unstarred Question No. 709, Ministry of Health and Family Welfare, November 29, 2024, https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/183/AU709_t3squo.pdf?source=pqals.
- ⁶⁸ Unstarred Question No. 2005, Ministry of Health and Family Welfare, August 2, 2024, https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/182/AU2005_WJT19u.pdf?source=pqals#:~:text=As%20per%20the%20scheme%20guide%20lines,Schools%20of%20Nursing%20is%20Annexed..
- ⁶⁹ “State of the World’s Nursing – 2020”, World Health Organisation, as accessed on February 20, 2025, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1>.
- ⁷⁰ Unstarred Question No. 1736, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, December 16, 2022, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1710/AU1736.pdf?source=pqals>.
- ⁷¹ “Global Strategy for Human Resources on Health”: Workforce 2030, World Health Organisation, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>.
- ⁷² Chapter 5, Economic Survey 2020-21, Union Budget 2021-22, https://www.indiabudget.gov.in/budget2021-22/economicsurvey/doc/vol1chapter/echap05_vol1.pdf.
- ⁷³ Unstarred Question No 1887, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, August 2, 2024, https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/182/AU1887_XrGu06.pdf?source=pqals.
- ⁷⁴ Report No. 23, Committee on Estimates, Lok Sabha, December 21, 2017, https://eparlib.nic.in/bitstream/123456789/762501/1/16_Estimates_23.pdf.
- ⁷⁵ Report No. 144, Standing Committee on Health and Family Welfare, March 15, 2023, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/168/144_2023_12_17.pdf?source=rajyasabha.
- ⁷⁶ Annual Report 2022-23, Indian Council of Medical Research, https://www.icmr.gov.in/icmrobject/custom_data/pdf/annual-reports/ICMR_English_AR_2022_23_final.pdf.
- ⁷⁷ Research and Development Statistics at a Glance, 2022-23, Ministry of Science and Technology, <https://dst.gov.in/sites/default/files/R%26D%20Statistics%20at%20a%20Glance%2C%202022-23.pdf>.
- ⁷⁸ Report No. 100, Standing Committee on Health and Family Welfare, Raya Sabha, March 20, 2017, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/70/100_2019_7_16.pdf?source=rajyasabha.
- ⁷⁹ Unstarred Question No. 3713, Ministry of Health and Family Welfare, Lok Sabha, August 11, 2023, <https://sansad.in/getFile/loksabhaquestions/annex/1712/AU3713.pdf?source=pqals>.
- ⁸⁰ Report No. 127, Standing Committee on Health and Family Welfare, Rajya Sabha, March 8, 2021, https://sansad.in/getFile/rsnew/Committee_site/Committee_File/ReportFile/14/142/127_2021_7_11.pdf?source=rajyasabha.

डिस्क्लेमर: प्रस्तुत रिपोर्ट आपके समक्ष सूचना प्रदान करने के लिए प्रस्तुत की गई है। पीआरएस लेजिसलेटिव रिसर्च (पीआरएस) के नाम उल्लेख के साथ इस रिपोर्ट का पूर्ण रूपेण या आंशिक रूप से गैर व्यावसायिक उद्देश्य के लिए पुनःप्रयोग या पुनर्वितरण किया जा सकता है। रिपोर्ट में प्रस्तुत विचार के लिए अंततः लेखक या लेखिका उत्तरदायी हैं। यद्यपि पीआरएस विश्वसनीय और व्यापक सूचना का प्रयोग करने का हर संभव प्रयास करता है किंतु पीआरएस दावा नहीं करता कि प्रस्तुत रिपोर्ट की सामग्री सही या पूर्ण है। पीआरएस एक स्वतंत्र, अलाभकारी समूह है। रिपोर्ट को इसे प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के उद्देश्यों अथवा विचारों से निरपेक्ष होकर तैयार किया गया है। यह सारांश मूल रूप से अंग्रेजी में तैयार किया गया था। हिंदी रूपांतरण में किसी भी प्रकार की अस्पष्टता की स्थिति में अंग्रेजी के मूल सारांश से इसकी पुष्टि की जा सकती है।