



INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED INNOVATION AND RESEARCH

journal homepage: www.ijair.in



हरियाणा राज्य के स्वास्थ्य उद्योग का विश्लेषण: एक आर्थिक परिप्रेक्ष्य

साहिल चालिया

रिसर्च स्कॉलर अर्थशास्त्र, रोहतक

Keywords

स्वास्थ्य, हरियाणा,
बुनियादी ढांचा,
स्वास्थ्य देखभाल,
चिकित्सा सेवाएं

ABSTRACT

स्वास्थ्य को मानव जीवन की मूलभूत आवश्यकता माना जाता है। कोई भी देश अपने देश के समग्र नागरिकों के बिना स्वस्थ नहीं रह सकता। स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था देश के संसाधनों के प्रमुख उपयोग का प्रतिनिधित्व करता है और तेजी से बढ़ रहा है। भारतीय स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली इस समय कई चुनौतियों का सामना कर रही है। सभी के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए, भारत को न केवल चिकित्सा सेवाओं और स्वास्थ्य कर्मियों की शिक्षा और प्रशिक्षण में मौजूदा रणनीतियों को तार्किक रूप से आगे बढ़ाने की आवश्यकता है, बल्कि स्वास्थ्य सेवाओं के बुनियादी ढांचे के बुनियादी पुनर्निर्माण की भी आवश्यकता है। लोगों का स्वास्थ्य प्राथमिक चिंता बनी रहनी चाहिए। हरियाणा सरकार अपने सभी नागरिकों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है। हरियाणा का स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र राज्य के बुनियादी ढांचे और प्रगति का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। हरियाणा सरकार ने सभी नागरिकों को उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं और बुनियादी ढांचे में सुधार के लिए कई प्रयास किए हैं।

परिचय:

परिचय हरियाणा 1 नवंबर 1966 को मूल रूप से भाषाई आधार पर पंजाब से अलग होकर बना। इसका कुल क्षेत्रफल भारत के भूमि क्षेत्र के 1.4 प्रतिशत (44,212) से भी कम है। चंडीगढ़ हरियाणा और पंजाब की संयुक्त राजधानी है। क्षेत्रफल की दृष्टि से 21वें स्थान पर है। पिछले दशकों में हरियाणा ने न केवल कृषि, उद्योग बल्कि अन्य क्षेत्रों में भी जबरदस्त प्रगति हासिल की है। समग्र विकास के साथ, योजना अवधि में स्वास्थ्य प्रौद्योगिकी के उपलब्धता और उपयोग में भी वृद्धि हुई है। इस जागृति के परिणामस्वरूप राज्य को विकसित किया है। हालाँकि, इस राज्य के निवासियों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है हरियाणा इस क्षेत्र में जबरदस्त काम कर रहा है। हरियाणा में स्वास्थ्य की संगठनात्मक संरचना अन्य राज्यों की तरह ही है। राज्य स्तर पर, एक स्वास्थ्य मंत्रालय स्थापित किया जाता है जिसके नेतृत्व मुख्यमंत्री मंत्री करते हैं। सभी राज्यों में सार्वजनिक स्वास्थ्य, चिकित्सा सेवाओं और चिकित्सा शिक्षा के प्रशासन के लिए स्वास्थ्य निदेशालय स्थापित किए गए हैं। स्वास्थ्य सेवा निदेशालय राज्य में स्वास्थ्य से संबंधित सभी मामलों का समन्वय करता है।

राज्य और राष्ट्रीय दोनों मामलों में हेल्थकेयर भारत के सबसे बड़े क्षेत्रों में से एक बन गया है। हेल्थकेयर में अस्पताल, चिकित्सा उपकरण, नैदानिक परीक्षण, आयुष्मान, टेलीमेडिसिन, चिकित्सा पर्यटन, स्वास्थ्य बीमा और चिकित्सा उपकरण शामिल हैं। भारतीय स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र अपने मजबूत कवरेज, सेवाओं और सार्वजनिक और निजी खिलाड़ियों द्वारा बढ़ते खर्च के कारण तेज गति से बढ़ रहा है।

भारत की स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली को दो प्रमुख घटकों में वर्गीकृत किया गया है - सार्वजनिक और निजी सरकार, यानी, सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में प्रमुख शहरों में सीमित माध्यमिक और तृतीयक देखभाल संस्थान शामिल हैं और ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र (पीएचसी) के रूप में बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने पर ध्यान केंद्रित करती है। निजी क्षेत्र निदान, टियर-1 और टियर-2 शहरों में प्रमुख एकाग्रता के साथ अधिकांश माध्यमिक, तृतीयक और चतुर्थक देखभाल संस्थान प्रदान करता है।

भारत में एक बहु-भुगतानकर्ता सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल मॉडल है जिसका भुगतान सार्वजनिक और सरकार

द्वारा विनियमित बीमा निकायों और फोकस अनुप्रयोग के माध्यम से निजी स्वास्थ्य बीमा के साथ-साथ पूरी तरह से कर-वित्त पोषित सार्वजनिक अस्पतालों के संयोजन द्वारा किया जाता है। कुछ क्षेत्रों में छोटे, अक्सर प्रतीकात्मक सह-भुगतान को छोड़कर, सार्वजनिक अस्पताल प्रणाली सभी भारतीय निवासियों के लिए अनिवार्य रूप से मुफ्त है। आर्थिक सर्वेक्षण 2022-23 में इस बात पर प्रकाश डाला गया कि स्वास्थ्य क्षेत्र पर केंद्र और राज्य सरकारों का बजट व्यय वित्त वर्ष 2023 में सकल घरेलू उत्पाद का 2.1% और वित्त वर्ष 22 में 2.2% तक पहुंच गया, जबकि वित्त वर्ष 21 में यह 1.6% था। भारत 78वें स्थान पर है और सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च सबसे कम में से एक है। प्रति व्यक्ति कुल स्वास्थ्य व्यय के हिसाब से यह देशों की सूची में 77वें स्थान पर है।

साहित्य समीक्षा: परिचय में परिभाषित किया गया है कि यह पेपर अंतर जिला असमानताओं के बारे में बात करता है; इसलिए, यहां उन अध्ययनों की समीक्षा की गई है जिनमें स्वास्थ्य संस्थानों, बुनियादी ढांचे, सुविधाओं आदि में असमानताओं के पहलू को शामिल किया गया है। घटक और दास (2012) ने निष्कर्ष निकाला कि पश्चिम बंगाल के बांकुरा जिले में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली संपूर्ण देश स्तर बहुत दूर गई नहीं, विशेषकर बुनियादी ढांचे की दृष्टि से। राज्य के बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के विकास के साथ-साथ समाज के कम विकास में विसंगतियां पैदा होती हैं। आंकड़ों के अनुसार यह विसंगतियां स्थानीय और लौकिक दोनों पैमानों पर मौजूद थीं। गुप्ता (2012) ने प्रमुख घटक विश्लेषण को लागू करके शहरी उत्तर प्रदेश के जिलों में स्वास्थ्य असमानताओं की डिग्री की जांच की, और शहरी आबादी के स्वास्थ्य के संबंध में व्यापक क्षेत्रीय असमानताओं का अनुभव किया। अध्ययन ने निष्कर्ष निकाला कि राज्य के पश्चिमी क्षेत्र में शहरी स्वास्थ्य असमानताएं अधिक थीं; हालांकि बाहरी और मध्य पूर्वी क्षेत्र में विशेष स्वास्थ्य के मामले में इसका प्रदर्शन खराब था। गुप्ता और राय (2013) ने बांकुरा जिले (पश्चिम बंगाल) के जंगल ब्लॉकों में स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे में क्षेत्रीय असमानताओं का अध्ययन किया। उन्होंने स्वास्थ्य देखभाल बुनियादी ढांचे और सेवाओं के आधार पर प्रत्येक ब्लॉक के एक इंडेक्स का निर्माण किया। यह निष्कर्ष निकाला गया कि विष्णुपुर, रायपुर, रानीबांध-अनियंत्रित और जॉयपुर के ब्लॉक स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे के संदर्भ में अधिक विकसित थे। दूसरी ओर, सिमलापाल, सोनामुखी, सरी, मयुरेश्वर-1 और 2 सहित ब्लॉक कम विकसित थे; इसलिए, स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे को समान रूप से विकसित करने के लिए पर्याय योजनाओं की आवश्यकता पर बल दिया गया।

अध्ययन का उद्देश्य:

1. हरियाणा की स्वास्थ्य सेवाओं का विश्लेषण करना।
2. हरियाणा के विभिन्न सरकारी अस्पतालों की सापेक्ष दक्षताओं का पता लगाना।
3. हरियाणा में स्वास्थ्य अवसंरचना विकास और विभिन्न नवीन स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं की वर्तमान स्थिति का अध्ययन करना।

कार्यप्रणाली और डेटाबेस: पेपर सेकेंडरी डेटा पर आधारित है। द्वितीयक डेटा आरबीआई राज्य वित्त: राज्य बजट का एक अध्ययन, हरियाणा का आर्थिक सर्वेक्षण और हरियाणा अर्थव्यवस्था की पुस्तकों जैसे विभिन्न स्रोतों से एकत्र किया जाता है। यह पेपर प्रतिशत, एजीआर, सीएजीआर और सूचकांक वृद्धि आदि जैसे सरल सांख्यिकीय उपकरणों का उपयोग करता है। विकास दर का अनुमान एजीआर, वार्षिक विकास दर और सूचकांक वृद्धि फॉर्मूले के माध्यम से लगाया जाता है।

विश्लेषणात्मक उपकरण: वार्षिक वृद्धि दर (एजीआर) वार्षिक वृद्धि दर एक वर्ष की अवधि में माप के मूल्य में परिवर्तन है। एजीआर की गणना के लिए इस्तेमाल किया जाने वाला फॉर्मूला पिछले वर्ष को आधार के रूप में उपयोग करता है।

अध्ययन में निम्नलिखित सूत्र का उपयोग किया गया है:

$$AGR = \frac{\text{Final value} - \text{Initial value}}{\text{Initial value}} \times 100$$

चक्रवृद्धि वार्षिक वृद्धि दर: अध्ययन में 2002-03 से 2016-17 तक हरियाणा में वर्षों/परिवर्तनीय अवधि में स्वास्थ्य व्यय की औसत वृद्धि दर का पता लगाने के लिए सीएजीआर का उपयोग किया गया है। सीएजीआर ज्ञात करने के लिए निम्नलिखित सूत्र का उपयोग किया जाता है:

$$\text{सीएजीआर} = (\text{अंतिम मूल्य} / \text{प्रारंभ मूल्य})^{1 / (\text{अवधि}-1)} - 1$$

सूचकांक वृद्धि: सूचकांक वृद्धि वह तकनीक है जिसका उपयोग समय के साथ मूल्य में परिवर्तन की तुलना करने के लिए किया जाता है। अध्ययन में 2002-03 से 2016-17 के दौरान स्वास्थ्य देखभाल व्यय में प्रतिशत वृद्धि का पता लगाने के लिए विकास दर को अनुक्रमित किया गया है। इसके लिए निम्नलिखित सूत्र का उपयोग किया गया है:

$$\text{Index Growth} = \frac{\text{Current Year's Value}}{\text{Base Year's Value}} \times 100$$

भारत के अन्य राज्यों के साथ हरियाणा:

अंजीर. 2002-03 से 2016-17 के बीच भारत के 16 राज्यों में कुल सार्वजनिक व्यय के अनुपात के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय में हरियाणा ने कुल व्यय के अनुपात में स्वास्थ्य व्यय 2002-03 में 3.3 प्रतिशत से बढ़कर 2016-17 में 4.1 प्रतिशत हो गया है। अध्ययन में जीडीपी के आधार पर स्वास्थ्य व्यय की स्थिति को देखने के लिए हरियाणा की तुलना करने के लिए उपरोक्त प्रमुख 16 राज्यों का चयन किया गया है। समय के साथ मूल्य में परिवर्तन की तुलना करने के लिए सूचकांक वृद्धि का उपयोग किया जाता है। 2002-03 के बाद स्वास्थ्य व्यय के विस्तार में गुजरात को 171.88 प्रतिशत के साथ प्रथम स्थान छत्तीसगढ़ को 145.0 प्रतिशत के साथ दूसरा स्थान, हरियाणा को 124.24 प्रतिशत के साथ छठा स्थान तथा स्वास्थ्य व्यय के विस्तार में पंजाब को 77.14 प्रतिशत के साथ सबसे निचला स्थान प्राप्त हुआ है। शेष, लेकिन वर्तमान में 2016-17 में कुल व्यय के अनुपात में स्वास्थ्य पर व्यय में हरियाणा का स्तर 4.1 प्रतिशत के साथ 12वां है। यह दर्शाता है कि हरियाणा को स्वास्थ्य सुविधाओं पर खर्च करने के लिए अपनी जेब से अधिक पैसा खर्च करने की जरूरत पड़ रही है। जब अधिक खर्च का मतलब है कि सरकार अपनी जिम्मेदारी से भाग रही है। अध्ययन अवधि के दौरान, हरियाणा में स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि हुई है, लेकिन एक और बात जो ध्यान देने योग्य है वह यह है कि 2016-17 में केवल कुछ राज्य जो पंजाब और असम पर खर्च किए गए थे, जबकि अन्य राज्यों ने हरियाणा की तुलना में अधिक खर्च किया है। इसलिए, यह बहुत जरूरी है कि हरियाणा को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर अधिक खर्च करना होगा क्योंकि व्यय का वह स्तर स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास के लिए पर्याप्त नहीं है।

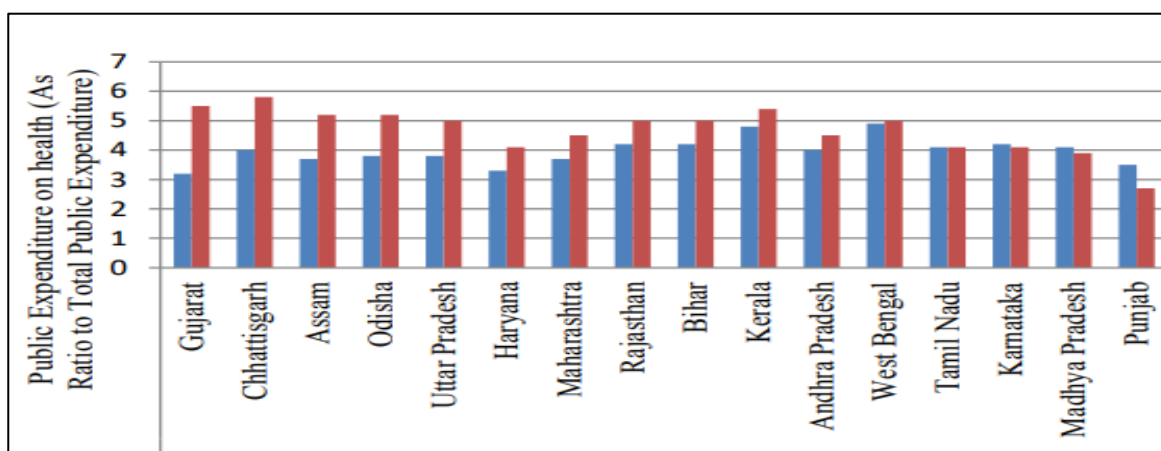


Fig. 1. Comparison of Public Healthcare Spending in Haryana with Major States of India

चित्र 2 2002-03 से 2016-17 तक हरियाणा में राजस्व और पूंजी खाते के तहत स्वास्थ्य व्यय के स्तर और वृद्धि दर को दर्शाता है। सीएजीआर अध्ययन की अवधि के दौरान स्वास्थ्य व्यय में परिवर्तन दिखाता है जबकि एजीआर वार्षिक आधार पर स्वास्थ्य व्यय में परिवर्तन दिखाता है। अध्ययन अवधि के दौरान हरियाणा में स्वास्थ्य पर कुल व्यय में सकारात्मक चक्रवृद्धि वार्षिक वृद्धि दर 18.39 प्रतिशत की वृद्धि देखी गई, जिसे चित्र 2 द्वारा दर्शाया गया है। अध्ययन अवधि के दौरान सीएजीआर सभी राजस्व, पूंजी, कुल व्यय और जीएसडीपी में नकारात्मक है जबकि एजीआर में राजस्व खाते पर अधिक वृद्धि हुई है। कुल स्वास्थ्य व्यय का सीएजीआर स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति सरकारी व्यय (पीएचई) के सीएजीआर से अधिक था। पूंजी

खाते के तहत कुल स्वास्थ्य व्यय का सीएजीआर राजस्व खाते के तहत स्वास्थ्य व्यय के सीएजीआर से अधिक है। अध्ययन अवधि के दौरान, हरियाणा में राजस्व (आरआर) कुल स्वास्थ्य राजस्व व्यय में वृद्धि हुई, कुल व्यय में इसकी हिस्सेदारी अधिक थी, जबकि पूंजीगत व्यय (सीई) मुश्किल से 12-13 प्रतिशत था। राजस्व व्यय स्वास्थ्य पर गैर-योजना प्रधान व्यय है और पूंजीगत व्यय स्वास्थ्य पर योजना प्रधान व्यय है (आरबीआई राज्य वित्त: बजट का एक अध्ययन)। कोई गैर-योजना पूंजीगत व्यय नहीं है; स्वास्थ्य पर केवल योजना पूंजी व्यय है। सीएजीआर के अनुसार 2003-04 और 2007-08 में नकारात्मक है और शेष समय में वृद्धि सकारात्मक है। स्वास्थ्य पर एजीआर वर्ष 2003-04, 2005-06, 2008-09, 2010-11, 2012-13, 2014-15 में सीई एजीआर से अधिक है और शेष वर्षों में पूंजीगत व्यय का एजीआर अधिक है। राजस्व व्यय की वार्षिक वृद्धि दर 2003-04 और 2006-07 में नकारात्मक है और पूंजीगत व्यय 2003-04, 2010-11, 2012-13 और 2014-15 में नकारात्मक है। राजस्व व्यय की अधिकतम वार्षिक वृद्धि दर 2007-08 में और पूंजीगत व्यय की 2013-14 में है।

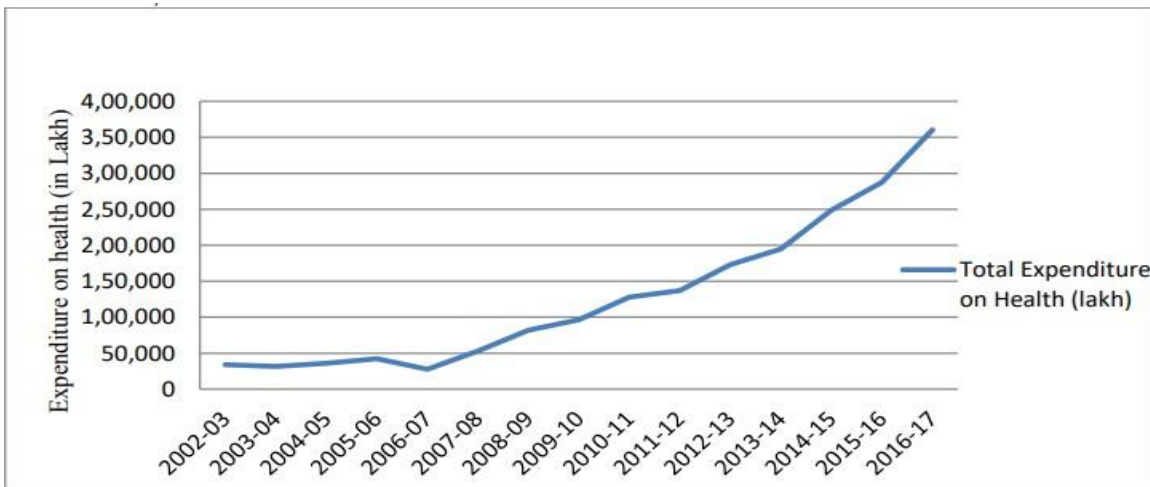


Fig. 2 Total Public Expenditure on Healthcare in Haryana

भारतीय स्वास्थ्य सेवा उद्योग ने 2023 में अपनी स्वस्थ वृद्धि जारी रखी और निजी क्षेत्र और सरकार दोनों द्वारा संचालित 372 बिलियन अमेरिकी डॉलर के मूल्य तक पहुंच गया। 2024 तक, भारतीय स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र भारत के सबसे बड़े नियोक्ताओं में से एक है क्योंकि इसमें कुल 7.5 मिलियन लोग कार्यरत हैं। टेलीमेडिसिन, वर्चुअल असिस्टेंट और डेटा एनालिटिक्स में प्रगति हुई है।

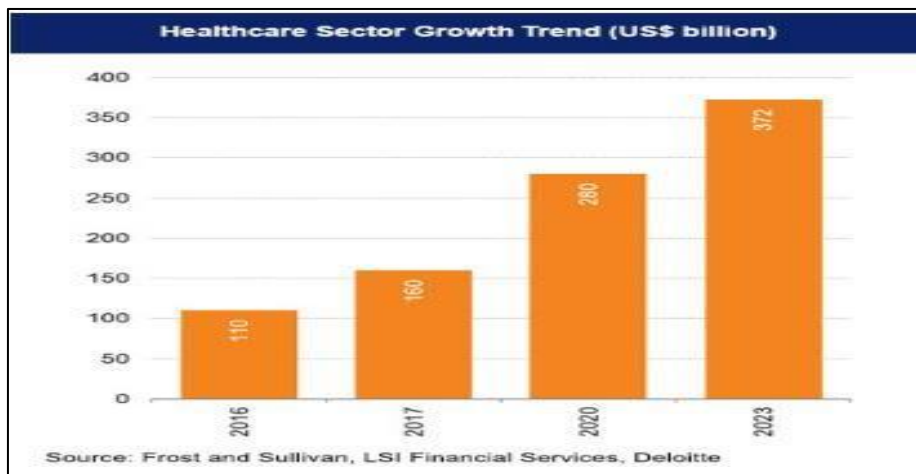


Fig. 3 Source: IBEF 2024 Report

2024 में भारतीय चिकित्सा पर्यटन बाजार का मूल्य 7.69 बिलियन अमेरिकी डॉलर था और 2029 तक इसके 14.31 बिलियन अमेरिकी डॉलर तक पहुंचने की उम्मीद है। भारत पर्यटन सांख्यिकी के अनुसार, 2023 में लगभग 634,561 विदेशी पर्यटक भारत में चिकित्सा उपचार के लिए आए, जो लगभग 6.87% था। देश का दौरा करने वाले कुल अंतरराष्ट्रीय पर्यटकों का 5-6 बिलियन अमेरिकी डॉलर की चिकित्सा मूल्य यात्रा (एमवीटी) और सालाना 500000

अंतर्राष्ट्रीय रोगियों के साथ, भारत उत्तम उपचार चाहने वाले अंतर्राष्ट्रीय रोगियों के लिए वैश्विक अग्रणी स्थलों में से एक है।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री डॉ. भारती प्रवीण पवार द्वारा लोकसभा को दी गई जानकारी के अनुसार, देश में डॉक्टर जनसंख्या अनुपात 1:854 है, जिसमें 12.68 लाख पंजीकृत एलोपैथिक डॉक्टर और 5.65 लाख आयुष डॉक्टरों की 80% उपलब्धता मानी जाती है।

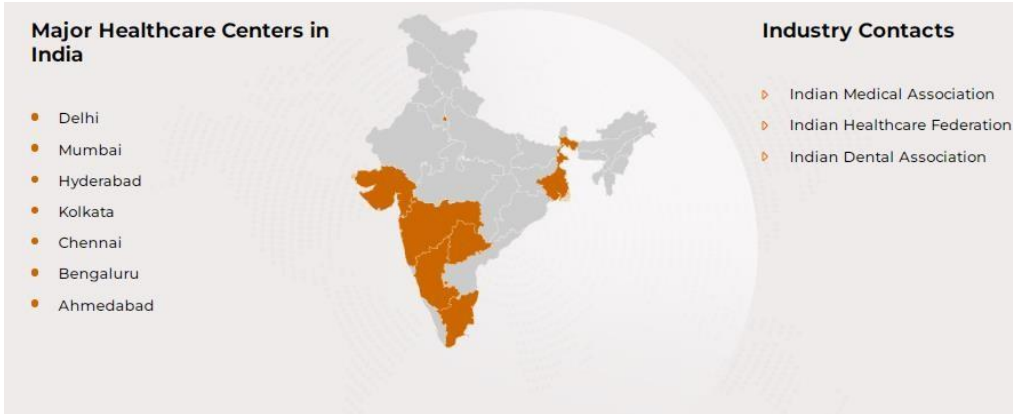


Fig. 4 Source: IBEF 2024 Report

संदर्भ:

1. बाउजीपीएस, टेलीविजनजन्सआर ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली के कार्यस्थल और केंद्र के लिंगिंग, 2005।
2. कोलकाता विश्वविद्यालय संसाधन, सीडीएसडी वर्रिग पेपर नं. 29।
3. अरुण, जे. वी. और कुमार, वी. भारतीय स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और विकास में बाधाएं, <http://www.languageindia.com/april2013/aruntrends.pdf>, ISSN 1930-2940, वॉल्यूम 13:4, अप्रैल 2013।
4. हरियाणा की अर्थव्यवस्था पुस्तिका विभिन्न मुद्दे, आर्थिक और सांख्यिकी विश्लेषण विभाग, हरियाणा सरकार।
5. बालराजनाई, सुभ्रमण्यम, भारत में स्वास्थ्य देखभाल असमानता, 2011, 377।
6. मनोज, मथुर, स्वास्थ्य आवश्यकताएं, स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच, और भारत में शहरीकरण समुदाय में बदलाव के प्रभाव: एक गुणात्मक अध्ययन, बीएमसी सार्वजनिक चिकित्सा 2017;17:156।
7. भटनागर, अग्रवाल के. दंत चिकित्सा देखभाल तक पहुंच में असमानता: जोधपुर जिले के निवासी – चंडीगढ़ हरियाणा स्वास्थ्य समुदाय चिकित्सा और स्वास्थ्य केंद्र, राष्ट्रीय जर्नल. 2014;1(1):44।
8. बुर्जेसी, जोशित. गुजरात (भारत) में स्वास्थ्य देखभाल की दक्षता: डेटा आवरण विश्लेषण, 2016।
9. घनमीस, अहमतुल्लाह. भारत में स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं: समस्याएं और संसाधन, 2009।
10. चर्न्स, कूपर, वीरेस. निर्णय लेने वाली इकाइयों की दक्षता का मापन। यूरोपियन जर्नल ऑफ ऑपरेशनल रिसर्च. 1978;2:429-444।
11. चेनवाई, लिंगिंगल, झू. दो-चरण डीईए के उपयोग से मूल्यांकन। यूरोपियन जर्नल ऑफ ऑपरेशनल रिसर्च. 2009;193:600-604।
12. नेवाई, झू. फजी कंप्रेहेंसिव मूल्यांकन के माध्यम से आपूर्ति श्रृंखला प्रदर्शन का मापन। सूचना प्रौद्योगिकी और प्रबंधन जर्नल. 2004;5(1-2):9-22।
13. कूपर एंड सीफोर्ड, टोन्के. डेटा एनवेलपमेंट एनालिसिस। स्प्रिंगर साइंस, 2007।
14. दयराजंन, जी. टी. सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल की दक्षता में सुधार, 1999।
15. दीपांकर, विश्वास. ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य प्रणाली का प्रदर्शन: राज्यों में दक्षता अनुमान, 2000।
16. हरियाणा का आर्थिक सर्वेक्षण। आर्थिक और सांख्यिकी विश्लेषण विभाग प्रकाशन संख्या 1179, 2011-2017।