

आयुष्मान भारत-जन आरोग्य योजना (जे.ए.वाई) और स्वास्थ्य परिणाम

असमानता के सभी रूपों में, स्वास्थ्य सेवा में अन्याय सबसे चौंकाने वाला
और सबसे अमानवीय है।

– मार्टिन लूथर किंग जूनियर

यह अध्याय प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (PM-JAY) के स्वास्थ्य संबंधी परिणामों पर मजबूत सकारात्मक प्रभावों को प्रदर्शित करता है – भारत सरकार द्वारा 2018 में सबसे कमजोर वर्गों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए शुरू किया गया महत्वाकांक्षी कार्यक्रम। उच्च आवृत्ति, डायलिसिस जैसी कम लागत देखभाल और कोविड महामारी और लॉकडाउन के दौरान भी बिना किसी व्यवधान के उपयोग जारी रखने के लिए PM-JAY का काफी उपयोग किया जा रहा है। सामान्य चिकित्सा – आधे से अधिक दावों के लिए अत्यधिक प्रमुख नैदानिक विशेषता लेखांकन – लॉकडाउन के दौरान गिरने के बाद वी-आकार की वसूली का प्रदर्शन किया और दिसम्बर -20 में पूर्व-कोविड-19 स्तरों तक पहुंच गया। अंतिम – लेकिन अध्याय में सबसे महत्वपूर्ण – विश्लेषण भिन्नता-में-भिन्नता विश्लेषण करके स्वास्थ्य परिणामों पर PM-JAY के कारण प्रभाव का अनुमान लगाने का प्रयास करता है। जैसा कि PM-JAY मार्च 2018 में लागू किया गया था, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 4 (2015-16 में) और 5 (2019-20 में) द्वारा मापा गया स्वास्थ्य संकेतक इस प्रभाव का आकलन करने के लिए पहले-बाद के आंकड़े प्रदान करते हैं। विभिन्न भ्रामक कारकों के प्रभाव को कम करने के लिए, हम उन राज्यों की तुलना करके भिन्नता-में-भिन्नता का अनुमान लगाते हैं जिन्होंने PM-JAY बनाम उन लोगों को लागू किया था जो नहीं करते थे। हम इस विश्लेषण को दो भागों में करते हैं। सबसे पहले, हम पश्चिम बंगाल का उपयोग उस राज्य के रूप में करते हैं जिसने PM-JAY को लागू नहीं किया और अपने पड़ोसी राज्यों की तुलना की, जिन्होंने PM-JAY – बिहार, सिक्किम और असम को लागू किया। दूसरा, हम उन सभी राज्यों के लिए समान विश्लेषण दोहराते हैं, जिन्होंने सभी राज्यों में PM-JAY को लागू नहीं किया था।

PM-JAY ने स्वास्थ्य बीमा कवरेज बढ़ाया इसीप्रकार, सभी राज्यों में, उन राज्यों के लिए स्वास्थ्य बीमा वाले परिवारों के अनुपात में 54% की वृद्धि हुई, जो उन राज्यों में 10% की गिरावट के साथ PM-JAY को लागू करने वाले राज्यों में नहीं थे। बिहार, असम और सिक्किम में स्वास्थ्य बीमा कराने वाले परिवारों का अनुपात 2015-16 से 2019-20 तक 89% बढ़ गया, जबकि पश्चिम बंगाल में इसी अवधि में यह 12% तक कम हो गया। 2015-16 से 2019-20 तक, PM-JAY ने को लागू नहीं करने वाले राज्यों में शिशु मृत्यु दर में 12% और

PM-JAY लागू करने वाले राज्यों में 20% की गिरावट आई। इसी तरह, जबकि PM-JAY लागू नहीं करने वाले राज्यों अपने अंडर -5 मृत्यु दर में 14% की गिरावट देखी जबकि PM-JAY लागू करने वाले राज्यों ने 19% की कमी देखी। जबकि PM-JAY लागू करने वाले राज्यों ने बच्चों के बीच लगातार अंतर की आवश्यकता में 15% गिरावट देखी जब PM-JAY लागू करने वाले राज्यों में पड़ोसी तीन राज्यों में 31% गिरावट दर्ज की गई। पीएम-जीएवाई लागू करने वाले, लागू नहीं करने वाले राज्यों की तुलना में राज्यों में माँ और बच्चे की देखभाल के लिए विभिन्न मेट्रिक्स में सुधार हुआ है। इनमें से प्रत्येक स्वास्थ्य प्रभाव समान रूप से प्रकट होता है जब हम उन सभी राज्यों की तुलना करते हैं जिन्होंने PM-JAY को लागू किया है बनाम जिन्होंने नहीं किया है। ये सभी स्वास्थ्य प्रभाव, इसीप्रकार तभी प्रकट होते हैं जब हम पीएम जेएवाई को लागू करने वाले बिहार, असम और सिक्किम की तुलना पश्चिम बंगाल से करते हैं जिसने पीएम जेएवाई को लागू नहीं किया था। जबकि यह कुछ प्रभाव बीमा कवरेज के द्वारा बढ़ी हुई सक्षम देखभाल से प्रत्यक्ष रूप से प्रभाव से दर्शाते हैं, जबकि अब इसी वजह से ऐसा प्रभाव नहीं दिखाते। कुल मिलाकर, तुलना उन राज्यों में कई स्वास्थ्य परिणामों में महत्वपूर्ण सुधार को दर्शाती है जिन्होंने PM-JAY लागू किया था बनाम जिन्होंने नहीं किया था।

प्रस्तावना

9.1 निः शुल्क बाजारों के तहत सार्वजनिक वस्तुओं का प्रावधान है, सरकार की एक महत्वपूर्ण भूमिका अपने नागरिकों को सार्वजनिक सामान प्रदान करना है, विशेष रूप से एक समाज में कमजोर वर्गों के लिए। जबकि अमीर निजी विकल्पों की तलाश कर सकते हैं, बेहतर सेवाएँ जुटा सकते हैं, या यदि आवश्यक हो, तो उन क्षेत्रों में जा सकते हैं जहाँ सार्वजनिक सामान बेहतर प्रदान किए जाते हैं, गरीबों के पास शायद ही इस तरह के विकल्प हैं (बेसले और घटक, 2004)। इस प्रकार, सार्वजनिक वस्तुओं का प्रावधान विशेष रूप से एक समाज में कमजोर वर्गों के जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित कर सकता है। फिर भी, सरकारें लोकतंत्र में “क्षितिज की समस्या” से पीड़ित हो सकती हैं, जहाँ समय क्षितिज, जिस पर सार्वजनिक वस्तुओं के लाभ मतदाताओं तक पहुँचते हैं, चुनावी चक्रों से अधिक लंबा हो सकता है (देखें Keefer, 2007 और Keefer और Vicicu, 2007 दूसरों के बीच)। क्षितिज की समस्या से उत्पन्न मायोपिया फिर से सार्वजनिक वस्तुओं की अंडर-प्रोविजनिंग हो सकती है। इसलिए, सार्वजनिक वस्तुओं का प्रावधान जो अर्थव्यवस्था और समाज के लिए दीर्घकालिक लाभ उत्पन्न करता है, एक लोकतांत्रिक राजनीति में शासन के प्रमुख पहलू का प्रतिनिधित्व करता है।

9.2 जैसा कि स्वास्थ्य देखभाल एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक कल्याण का प्रतिनिधित्व करता है, क्रमिक सरकारों ने सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (UHC) प्राप्त करने के लिए प्रतिबद्ध किया है। हालाँकि, 2018 तक, UHC एक मायावी सपना बना रहा। 2018 में, भारत सरकार ने देश में सबसे कमजोर वर्गों तक स्वास्थ्य सेवा पहुँच प्रदान करने के लिए एक ऐतिहासिक कदम के रूप में आयुष्मान भारत प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (AB-PM-JAY) को मंजूरी दी। लाभार्थियों में 10.74 करोड़ गरीब और कमजोर परिवारों के लगभग 50 करोड़ व्यक्ति शामिल थे, जो भारतीय आबादी के निचले 40% हिस्से को बनाते हैं। परिवारों को क्रमशः ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के लिए सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना 2011 (SECC 2011) से वंचित और व्यावसायिक मानदंडों के आधार पर शामिल किया गया था। यह योजना पारिवारिक फ्लोटर के आधार पर प्रति खर्च प्रति परिवार 5 लाख रुपये तक की स्वास्थ्य सेवा प्रदान करती है, जिसका अर्थ है कि इसका उपयोग परिवार के एक या सभी सदस्यों द्वारा किया जा सकता है। यह योजना सार्वजनिक और सहायक निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के नेटवर्क के माध्यम से माध्यमिक और तृतीयक अस्पताल में भर्ती होने के लिए

प्रदान करती है। यह पूर्व-अस्पताल में भर्ती होने के तीन दिन और अस्पताल में भर्ती होने के 15 दिनों के लिए प्रदान किया जाता है, उम्र और लिंग या परिवार का आकार पर कोई सीमा नहीं रखता है, और देश भर में पोर्टेबल है। इसमें 23 विशिष्टताओं सहित 1573 प्रक्रियाएं शामिल हैं (विवरण के लिए बॉक्स 1 देखें)। आयुष्मान भारत-जन आरोग्य योजना सम्पूर्ण जनसंख्या को चहुमुखी प्रथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवा उपलब्ध कराने हेतु 150,000 स्वस्थ एवं कल्याण केन्द्रों की स्थापना का लक्ष्य भी रखा है।

9.3 इस अध्याय में दिए गए साक्ष्य स्वास्थ्य संबंधी परिणामों पर PM-JAY के मजबूत सकारात्मक प्रभाव दिखाते हैं। सबसे पहले, उच्च आवृत्ति, कम लागत वाली देखभाल के लिए PM-JAY का काफी उपयोग किया जा रहा है। दावों के वितरण का उपयोग करते हुए, हम पाते हैं कि वितरण एक लंबी पूंछ वाला है जो INR 10,000-15,000 की सीमा में है। प्राप्त पूर्व-प्राधिकार के दावों की उच्चतम संख्या ऐसी प्रक्रियाओं के लिए थी जिनकी लागत इस सीमा में थी। अधिक भारी प्रक्रियाओं के लिए वितरण बहुत कम दावों का संकेत देता है कि वितरण सही तरह से होता है।

9.4 दूसरा, सामान्य चिकित्सा 2018 के बाद से इस्तेमाल की जाने वाली प्रमुख नैदानिक विशेषता रही है और इसके शेयर लगातार बढ़ रहे हैं। इसके बाद सामान्य सर्जरी, प्रसूति और स्त्री रोग है। ये तीन श्रेणियां औसत से प्राप्त दावों के आधे से अधिक हिस्से को जोड़ती हैं। डायलिसिस - उच्च आवृत्ति, कम लागत वाली प्रक्रिया जो गुर्दे की कठिनाइयों वाले रोगियों के लिए जीवन रक्षक है - PM-JAY के तहत सामान्य चिकित्सा श्रेणी के दावों के एक बड़े हिस्से (30%) के लिए जिम्मेदार है।

9.5 तीसरा, कोविड-19 के कारण या मार्च-अप्रैल 2020 में लॉकडाउन के कारण भी डायलिसिस के दावे कम नहीं हुए, जबकि हम लॉकडाउन के दौरान समग्र सामान्य चिकित्सा श्रेणी के तहत दावों में भारी गिरावट देख सकते हैं। यह जीवन रक्षक डायलिसिस प्रक्रिया के लिए PM-JAY पर उपयोगकर्ताओं की निर्भरता पर प्रकाश डालता है। इस प्रकार, कोविड-19 महामारी के दौरान डायलिसिस जैसे महत्वपूर्ण, जीवनरक्षक स्वास्थ्य प्रक्रियाओं को गंभीर रूप से प्रभावित नहीं किया गया है।

9.6 चौथा, सामान्य देखभाल के रूप में PM-JAY दावों में देखा गया कि लॉकडाउन के दौरान गिरने के बाद वी-आकार की वसूली का प्रदर्शन किया गया है और दिसंबर -20 में पूर्व-कोविड स्तरों तक पहुंच गया है।

9.7 अंतिम-लेकिन अध्याय में सबसे महत्वपूर्ण-विश्लेषण भिन्नता-में-भिन्नता विश्लेषण करके स्वास्थ्य परिणामों पर PM-JAY के प्रभाव का अनुमान लगाने का प्रयास करता है। हम इस विश्लेषण को करने के लिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 4 (एनएफएचएस 2015-16) और राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 5 (एनएफएचएस 2019-20) द्वारा मापा स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना करते हैं। जैसा कि PM-JAY को मार्च 2018 में लागू किया गया था, ये दोनों सर्वेक्षण NFHS-5 का उपयोग करके परिवर्तनों की तुलना करने के लिए आधारभूत के रूप में कार्य करने वाले NFHS-4 के साथ PM-JAY के प्रभाव का आकलन करने के लिए डेटा के बाद प्रदान करते हैं। देश भर में स्वास्थ्य संकेतकों में धर्मनिरपेक्ष सुधारों तक सीमित नहीं है, लेकिन विभिन्न भ्रामक कारकों के प्रभाव को कम करने के लिए, हम भिन्नता-में-भिन्नता का आकलन करके इस विश्लेषण का कार्य करते हैं।

9.8 यह विश्लेषण दो भागों में किया जाता है। पहले भाग में, हम पश्चिम बंगाल का उपयोग उस राज्य के रूप में करते हैं जिसने PM-JAY को लागू नहीं किया और अपने पड़ोसी राज्यों में स्वास्थ्य परिणामों में पहले-बाद के अंतर की तुलना की, जिन्होंने PM-JAY - बिहार, सिक्किम और असम को लागू किया। इन सभी राज्यों के अलावा एक-दूसरे के लिए सन्निहित होने और इसलिए सामाजिक-आर्थिक आयामों पर समान

होने के बावजूद, हम दिखाते हैं कि इन दो राज्यों के आधारभूत लक्षण समान थे। दूसरे भाग में, हम उन सभी राज्यों के लिए समान विश्लेषण दोहराते हैं, जिन्होंने PM-JAY को लागू किया था और जिन्होंने PM-JAY लागू नहीं किया था। बेशक, देश में राज्यों के पूरे समूह में विविधता बड़ी है। दूसरा विश्लेषण पहले की तुलना में एक तरह के लिए तुलना में कम है। इन दोनों तुलनाओं से निष्कर्षों का संयोजन यह सुनिश्चित करता है कि निष्कर्ष न केवल एक अधिक स्थानीयकृत के लिए मजबूत हैं, और इसलिए, अधिक सावधान तुलना, लेकिन यह भी कि देश के सभी प्रमुख राज्यों तक फैला हुआ है। इस विश्लेषण के निष्कर्षों को संक्षेप में इस प्रकार है:

1. बिहार, असम और सिक्किम में स्वास्थ्य बीमा कराने वाले परिवारों का अनुपात 2015-16 से 2019-20 तक 89% बढ़ गया, जबकि पश्चिम बंगाल में इसी अवधि में यह 12% तक कम हो गया। इस अवधि के दौरान सभी राज्यों से तुलना करने पर, हम पाते हैं कि जिन राज्यों ने PM-JAY को नहीं अपनाया, उनमें 10% की गिरावट के साथ PM-JAY को लागू करने वाले राज्यों के लिए स्वास्थ्य बीमा के अनुपात में 54% की वृद्धि हुई। इस प्रकार, PM-JAY ने स्वास्थ्य बीमा कवरेज बढ़ाया।
2. 2015-16 से 2019-20 तक, पश्चिम बंगाल के लिए शिशु मृत्यु दर में 20% और तीन पड़ोसी राज्यों के लिए 28% की गिरावट आई। इसी तरह, जबकि बंगाल ने अपने अंडर-5 मृत्यु दर में 20% की गिरावट देखी, पड़ोसियों ने 27% की कमी देखी। इस प्रकार पड़ोसी राज्यों ने इन स्वास्थ्य परिणामों में 7-8 प्रतिशत की कमी देखी।
3. तीन पड़ोसी राज्यों में गर्भनिरोधक के आधुनिक तरीके, महिला नसबंदी और गोली के उपयोग में क्रमशः 36%, 22% और 28% की वृद्धि हुई, जबकि पश्चिम बंगाल के लिए संबंधित परिवर्तन नगण्य थे। जबकि पश्चिम बंगाल ने लगातार बच्चों के बीच अंतर की आवश्यकता में कोई महत्वपूर्ण गिरावट नहीं देखी, पड़ोसी तीन राज्यों में 37% गिरावट दर्ज की गई।
4. तीन पड़ोसी राज्यों में पश्चिम बंगाल की तुलना में माँ और बच्चे की देखभाल के लिए विभिन्न मेट्रिक्स में सुधार हुआ है।
5. उपर्युक्त (2-4) में वर्णित प्रत्येक प्रभाव समान रूप से तब प्रकट होता है जब हम उन सभी राज्यों की तुलना करते हैं जिन्होंने PM-JAY लागू करते हैं बनाम उन राज्यों जो लागू नहीं करते।

9.9 कुल मिलाकर, तुलना उन राज्यों में कई स्वास्थ्य परिणामों में महत्वपूर्ण सुधार देखा गया है जिन्होंने PM-JAY लागू की बनाम उनके राज्यों को जिन्होंने लागू नहीं किया था। विभिन्न योजककारकों के लिए भिन्नता विश्लेषण नियंत्रण के अनुसार सर्वेक्षण यह परिणाम निकला है कि पीएमजेवाई का स्वास्थ्य परिणामों पर सकारात्मक प्रभाव पड़ा है।

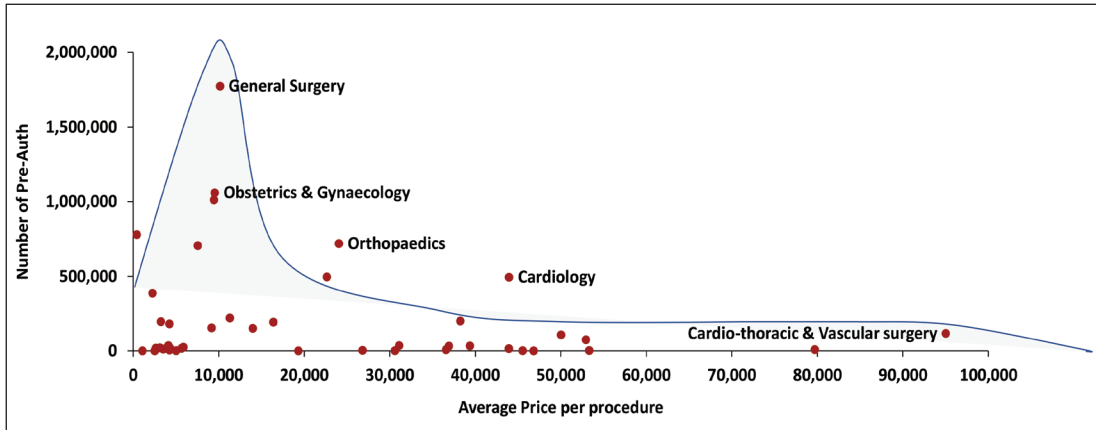
PM-JAY: अब तक की स्थिति और प्रगति

9.10 राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा जारी PM-JAY की नवीनतम वार्षिक रिपोर्ट के अनुसार, कार्यान्वयन की स्थिति इस प्रकार है:

- 32 राज्य और केन्द्र शासित प्रदेश योजना लागू करते हैं
- 13.48 करोड़ ई-कार्ड जारी किए गए हैं
- रू. 7,490 करोड़ के उपचार प्रदान किए गए हैं (1.55 करोड़ अस्पताल में भर्ती)

- 24,215 अस्पताल सूचीबद्ध
- 1.5 करोड़ उपयोगकर्ताओं ने योजना की वेबसाइट (mera.pmjay.gov.in) पर पंजीकरण किया है।

चित्र 1: विभिन्न प्रक्रियाओं के उपयोग में वितरण

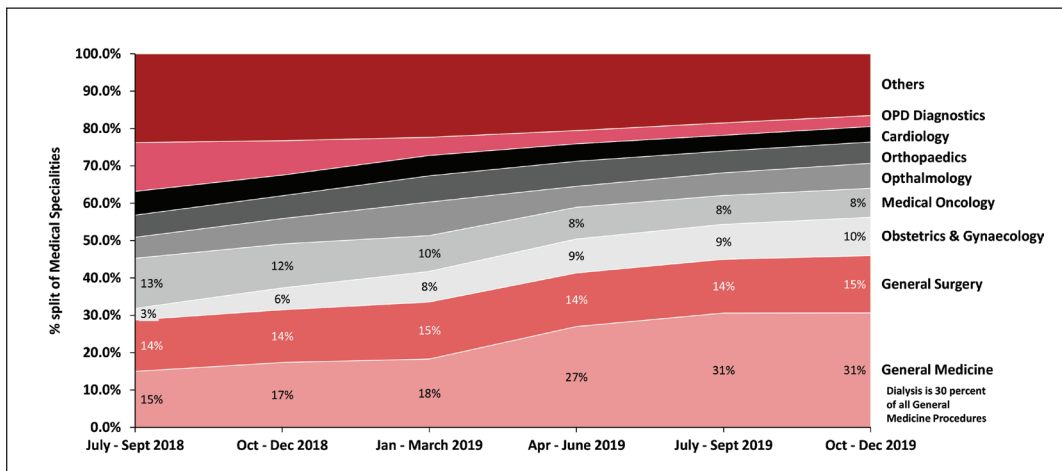


स्रोत: PMJAY से प्राप्त NHA डेटा

9.11 चित्र 1 में PM-JAY पूर्व-प्राधिकार की संख्या जनवरी 2021 (13 जनवरी 2021 तक) के माध्यम से समय-सीमा 2018 के लिए प्रक्रिया की औसत कीमत के खिलाफ एक प्रक्रिया का दावा है। वितरण एक लंबी पूंछ वाला है जो INR 10,000-15,000 की सीमा में है। प्राप्त पूर्व-प्राधिकार के दावों की उच्चतम संख्या ऐसी प्रक्रियाओं के लिए थी जिनकी लागत इस सीमा में थी। अधिक महंगी प्रक्रियाओं के लिए अपेक्षाकृत कम दावों का संकेत देते हुए वितरण को सही ढंग से पूंछा गया है। कम लागत प्रक्रियाओं के लिए दावों की उच्च संख्या प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक वितरण चैनल के रूप में PM-JAY का उपयोग करने वाले लोगों का संकेत हो सकती है।

9.12 चित्र 2 2019 की तिमाही 4 से 2018 की तिमाही में नैदानिक विशेषता की प्रकृति द्वारा समग्र PM-JAY दावों की हिस्सेदारी का विवरण देता है।

चित्र 2: नैदानिक विशेषता द्वारा दावों का हिस्सा



स्रोत: PMJAY से प्राप्त NHA डेटा

9.13 जनरल मेडिसिन 2018 के बाद से लगातार बढ़ रही प्रमुख नैदानिक विशेषता का इस्तेमाल किया जा रहा

है। इसके बाद जनरल सर्जरी और प्रसूति और स्त्री रोग है। इन तीन श्रेणियों को संयुक्त रूप से 4% 2019 में प्राप्त 56% दावों के करीब बनाया गया है। यहां ध्यान देने वाली एक महत्वपूर्ण चेतावनी यह है कि डायलिसिस में PM-JAY के तहत 'जनरल मेडिसिन' श्रेणी के दावों का एक बड़ा हिस्सा (30%) शामिल है। यह इस तथ्य के बावजूद 2016 में शुरू किया गया प्रधानमंत्री राष्ट्रीय डायलिसिस कार्यक्रम भी जिला अस्पतालों में किडनी रोगियों को मुफ्त डायलिसिस प्रदान करता है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय के आंकड़ों के मुताबिक, हर साल भारत में अंतिम चरण की किडनी की बीमारी के लगभग 2.2 लाख नए मरीज जुड़ते हैं, जिसके परिणामस्वरूप हर साल 3.4 करोड़ (घोष 2016) डायलिसिस की अतिरिक्त मांग होती है। ये तथ्य भारत के उच्च रक्तचाप और गुर्दे की बीमारी के रूप में गैर-संचारी रोगों के बढ़ते बोझ को कम करते हैं।

बाक्स-1: PM-JAY में विशेषता, पैकेज और प्रक्रियाएं

विशेषता	पैकेज	प्रक्रियाएं
बर्न्स प्रबंधन	6	20
कार्डियलजी	20	26
कार्डियो-थोरैसिक और संवहनी सर्जरी	34	113
आपातकालीन कक्ष पैकेज	3	4
सामान्य दवा	76	98
जनरल सर्जरी	98	152
इंटरवेंशनल न्यूरो-रेडियोलॉजी	10	15
चिकित्सा ऑन्कोलॉजी	71	263
मानसिक विकार पैकेज	10	10
नव-प्रसव देखभाल पैकेज	10	10
न्यूरोसर्जरी	54	82
प्रसूति & प्रसूतिशास्त्र	59	77
नेत्र विज्ञान	40	53
ओरल एंड मैक्सिलोफेसियल सर्जरी	7	9
हड्डी रोग	71	132
ओटोरहिनोलारिंजोलोजी	35	78
बाल चिकित्सा चिकित्सा प्रबंधन	46	65
बाल चिकित्सा सर्जरी	19	35
प्लास्टिक और पुनर्निर्माण सर्जरी	8	12
पोलीट्रामा	10	21
विकिरण कैंसर विज्ञान	14	35
सर्जिकल ऑन्कोलॉजी	76	120
यूरोलोजि	94	143
अनिर्दिष्ट सर्जिकल पैकेज	1	1
संपूर्ण	872	1,574

सार्वजनिक वस्तुओं, लोकतंत्र और शासन

9.14 Samuelson (1954) ने कुछ सामानों को “सार्वजनिक वस्तुओं” के रूप में अवधारणाबद्ध किया और तर्क दिया कि “कोई विकेन्द्रीकृत मूल्य निर्धारण प्रणाली सामूहिक खपत (जनता की भलाई) के इन स्तरों को बेहतर ढंग से निधि रित करने के लिए सेवा नहीं कर सकती है।” चूंकि सार्वजनिक सामान गैर-प्रतिद्वंद्वी और गैर-बहिष्कृत हैं, ऐसे सामानों के प्रावधान में बाजार की विफलताएं प्रबल होती हैं। कीमतों के माध्यम से काम करने वाली विकेन्द्रीकृत मुक्त बाजार प्रणाली उपभोक्ताओं को विशुद्ध रूप से गैर-बहिष्कृत वस्तुओं के लिए अपनी मांग को प्रकट करने के लिए मजबूर नहीं कर सकती है, और इसलिए उत्पादकों को उस मांग को पूरा करने का नेतृत्व नहीं कर सकता है। इसके अलावा, उनकी गैर-प्रतिद्वंद्विता को देखते हुए, निजी निर्माता इस तरह के सामानों में निवेश को सही ठहराने के लिए अपेक्षित मुनाफा नहीं कमा सकते हैं। इसलिए, सार्वजनिक वस्तुओं को सरकार द्वारा हस्तक्षेप किए बिना गंभीर रूप से कम उत्पादन किया जा सकता है।

9.15 चूंकि सार्वजनिक माल बाजारों द्वारा पर्याप्त रूप से प्रदान नहीं किया जाता है, इसलिए उनकी सरकार द्वारा आपूर्ति की जानी चाहिए। इसलिए, सार्वजनिक वस्तुओं के लिए प्रावधान और उनकी आपूर्ति सुनिश्चित करना सरकार के सबसे महत्वपूर्ण कार्यों में से एक का प्रतिनिधित्व करता है। सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता, परिवहन, चिकित्सा देखभाल, और स्कूलों तक पहुंच आवश्यक क्षमताओं के प्रत्यक्ष घटक के साथ-साथ उत्पादक क्षमताओं में निवेश के रूप में आवश्यक है। बेसली और घटक (2004) का तर्क है कि अमीरों के पास निजी विकल्पों की तलाश करने, बेहतर सेवाओं की पैरवी करने, या जरूरत पड़ने पर विभिन्न क्षेत्रों में जाने का विकल्प है। गरीबों के पास ऐसे विकल्प नहीं हैं, जो विशेष रूप से समाज के कमजोर वर्गों के लिए सार्वजनिक सामान उपलब्ध नहीं कराए जाने पर उनके अभाव को कम करते हैं। सार्वजनिक वस्तुओं के प्रावधान और आर्थिक विकास के बीच मजबूत संबंध की उपस्थिति राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर (UNIDO, 2008) पर सार्वजनिक भलाई के प्रावधान की आवश्यकता को बढ़ाती है। इसलिए शासन समाज के कमजोर वर्गों के लिए सार्वजनिक वस्तुओं और सेवाओं के प्रभावी वितरण पर जोर देता है।⁸

9.16 सार्वजनिक वस्तुओं के वितरण के महत्व के बावजूद, सरकारें लोकतंत्रों में “क्षितिज की समस्या” से पीड़ित हो सकती हैं, जहां समय क्षितिज जिस पर सार्वजनिक वस्तुओं के लाभ मतदाता तक पहुंचते हैं, चुनावी चक्रों से अधिक लंबा हो सकता है। मायोपिया, जो इसे बनाता है, इसलिए, सरकारों द्वारा सार्वजनिक वस्तुओं को कम करने का प्रावधान किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, राजनीतिक अर्थव्यवस्था में अनुसंधान से पता चलता है कि चुनावी चक्रों के माध्यम से प्रस्तुत निरंतर राजनीतिक चुनौती के कारण लोकतांत्रिक शासक अक्सर अदूरदर्शी होते हैं। परिणामस्वरूप, कई लोकतांत्रिक रूप से चुनी गई सरकारें दीर्घकालिक परियोजनाओं के लिए प्रतिबद्ध होने के बजाय केवल अल्पकालिक लाभ पर ध्यान केंद्रित कर सकती हैं (Keefer, 2007 और Keefer और Vlaicu, 2007 देखें)। इसलिए, सार्वजनिक वस्तुओं का प्रावधान जो अर्थव्यवस्था और समाज के लिए दीर्घकालिक लाभ उत्पन्न करता है, एक लोकतांत्रिक राजनीति में शासन के प्रमुख पहलू का प्रतिनिधित्व करता है।

बॉक्स 2: अन्य देशों में स्वास्थ्य परिणामों पर स्वास्थ्य बीमा कवरेज का प्रभाव

हेल्थकेयर ऐसे महत्वपूर्ण सार्वजनिक कल्याण का प्रतिनिधित्व करता है। देश स्वास्थ्य सेवा के प्रावधान में असमानताओं को कम करने के लिए सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा की नीति को तेजी से अपना रहे हैं जो कि आय की असमानता से दृढ़ता से संबंधित है। Hoffman और Paradise (2008) ने पाया कि संयुक्त राज्य में स्वास्थ्य बीमा कवरेज, गरीबी और स्वास्थ्य के बीच मजबूत संबंध हैं। Medicaid और SCHIP के प्रभाव का विश्लेषण करते हुए, वे बताते हैं कि सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा कवरेज बेहतर स्वास्थ्य देखभाल और स्वास्थ्य परिणामों के लिए महत्वपूर्ण है। इसके अलावा, व्यापक साहित्य ने अमेरिका में अशिक्षित होने के दुष्प्रभावों का हवाला देते हुए स्वास्थ्य देखभाल बीमा के सार्वजनिक प्रावधान के लिए मामला बनाया है।

Ayanian et al. (2000) का मानना है कि बेसिक निवारक सेवाओं जैसे स्तन कैंसर स्क्रीनिंग (64% बनाम 89%) और उच्च रक्तचाप स्क्रीनिंग (80% बनाम 94%) प्राप्त करने की संभावना असंक्रामित काम करने वाले वयस्कों के लिए बहुत कम थी। इसी प्रकार, बीमित 2 वयस्कों में से 40% ने पिछले 2 वर्षों में नियमित रूप से चेकअप नहीं

कराया था, जबकि बीमित वयस्कों के 185 की तुलना में। आगे Ayanian et al. (2000) का मानना है कि बेसिक निवारक सेवाओं जैसे स्तन कैंसर स्क्रीनिंग (64% बनाम 89%) और उच्च रक्तचाप स्क्रीनिंग (80% बनाम 94%) प्राप्त करने की संभावना असंक्रामित काम करने वाले वयस्कों के लिए बहुत कम थी। इसी प्रकार, बीमित 2 वयस्कों में से 40% ने पिछले 2 वर्षों में नियमित रूप से चेकअप नहीं कराया था, जबकि बीमित वयस्कों के 185 की तुलना में। आगे के अध्ययन से पता चलता है कि जिन व्यक्तियों में बीमा कवरेज की कमी होती है, वे न केवल देखभाल की कमी के कारण पीड़ित होते हैं, बल्कि स्वास्थ्य के खराब परिणामों (Hoffman, Pradise (2008) के मामले में भी बोज़ झेलते हैं। Szilagyi P. et.al (2006) का कहना है कि अस्थमा से पीड़ित कम आयु वर्ग के बच्चों को जिन्हें SCHIP में नया नामांकित किया गया था, अस्थमा के हमलों की कम संख्या, अस्पताल में भर्ती होने की दर में कमी और नामांकन से पहले वर्ष की तुलना में नामांकन के बाद के वर्ष में आपातकालीन विभाग की कम संख्या।

इसके अलावा, Medicaid और CHIP जैसी सरकारी स्वास्थ्य सेवा पहलों के कारण बच्चों और उनके परिवारों के लिए उल्लेखनीय लाभ हुआ है, उदाहरण के लिए, आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं, बेहतर स्वास्थ्य स्थिति के दीर्घकालिक लाभ, अधिक शैक्षिक विकास और उच्च भविष्य की कमाई। ये कार्यक्रम स्वास्थ्य देखभाल में नस्लीय असमानताओं को लक्षित करने में भी सक्षम रहे हैं, अफ्रीकी अमेरिकी और हिस्पैनिक बच्चों में 58% बच्चे इन कार्यक्रमों के तहत आते हैं। साथ ही, अगर परिवारों को इन बीमा कार्यक्रमों (Medicaid और CHIP) तक पहुंच है, तो वित्तीय असुरक्षा, चिकित्सा ऋण या दिवालियापन की संभावना कम हो जाती है। इसलिए, डमकपबंपक और बच्चों के तहत चिकित्सा बीमा कवरेज बच्चे की शैक्षिक प्राप्ति और भविष्य की कमाई में सुधार के साथ-साथ अधिक वित्तीय स्थिरता के लिए अनुमति देता है। माता-पिता का बीमा कवरेज बच्चों के लाभ के साथ सकारात्मक रूप से सहसंबंधित होता है क्योंकि बच्चे के स्वास्थ्य पर सीधे उसके माता-पिता के स्वास्थ्य का प्रभाव पड़ता है, जिसके साथ स्वस्थ माता-पिता सकारात्मक बचपन के विकास की ओर अग्रसर होते हैं।

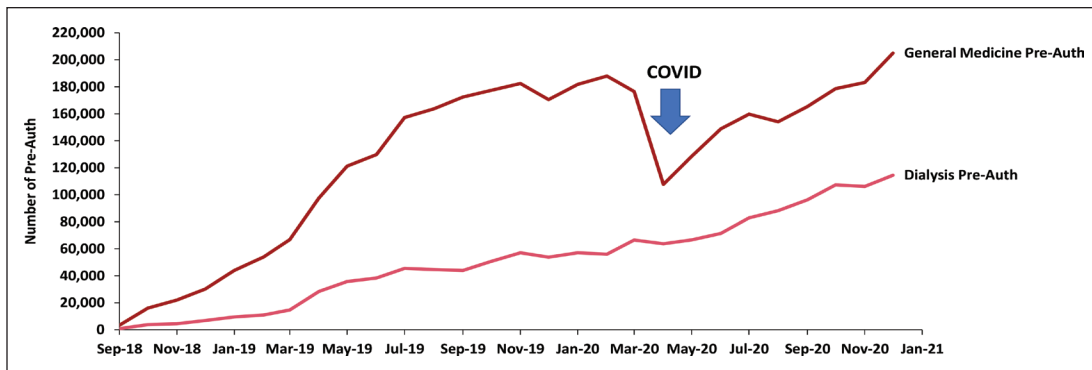
मेक्सिको में Seguro Popular (लोकप्रिय सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम) को अपनाते से देश भर में बीमा कवरेज में बड़े पैमाने पर वृद्धि हुई, जो कुछ वर्षों में कवरेज द्वारा दूसरा सबसे बड़ा स्वास्थ्य संस्थान बन गया (Salomon and Villarreal (2016))। यह कार्यक्रम बीमित गरीब परिवारों के अनुपात में पाँच गुना वृद्धि की अनुमति देता है, (Frenk et al, 2006) Urquieta नतीजतन, बिना किसी बीमा कवरेज के मैक्सिकन आबादी का अनुपात 2015 (Doubova (2015)) में 18% कम रहा।

2001 में, थाईलैंड सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज सुधारों को पेश करने वाला पहला निम्न-मध्य आय वाला देश बन गया, जिसने कम आय वाले परिवारों के लिए पुराने साधनों की जांच की और अधिक व्यापक सह-भुगतान बीमा योजना, जिसे '30 Bhat Project' कहा जाता है, की जगह ली। जबकि इन सुधारों की काफी हद तक आलोचना की गई थी, वे मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में गरीब थाई लोगों के बीच लोकप्रिय साबित हुए। अपनी मजबूत स्वास्थ्य प्रणाली के परिणामस्वरूप, 2016 में मां से बच्चे में HIV संचरण को खत्म करने वाला थाईलैंड पहला एशियाई देश बन गया। (CNN 2016)

PM-JAY और कोविड-19

9.17 कोविड-19 महामारी के लिए देश की प्रतिक्रिया को मजबूत करने के लिए, भारत सरकार ने अप्रैल 2020 में PM-JAY के तहत कोविड-19 के लिए परीक्षण और उपचार उपलब्ध कराने का निर्णय लिया। चित्र 3 2018 से शुरू होने वाले पूर्व-अधिकृत दावों की मात्रा में रुझान प्रस्तुत करता है। ।

चित्र 3 (क): जुलाई 2018-जनवरी 2021 से पूर्व-अधिकृत दावों की संख्या



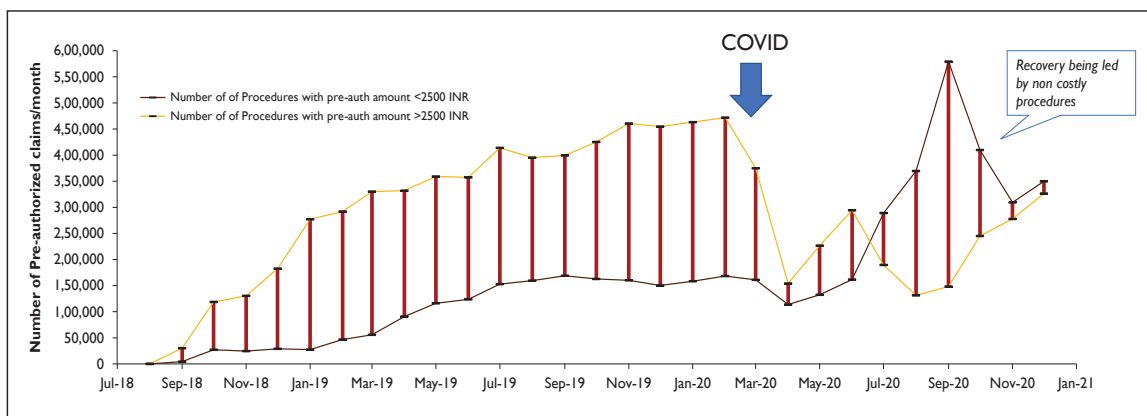
स्रोत: PMJAY से प्राप्त NHA डेटा. जनवरी 2021 का डेटा 13-जनवरी -2021 तक है।

9.17 दो मुख्य तथ्य ध्यान देने योग्य हैं। सबसे पहले, जैसा कि हमने पहले चर्चा की, डायलिसिस PM-JAY के तहत प्राप्त एक सामान्य प्रक्रिया है। इसका उपयोग कोविड-19 की शुरुआत में या लॉकडाउन (मार्च-अप्रैल 2020) के दौरान कम नहीं हुआ, भले ही हम उसी अवधि में समग्र सामान्य चिकित्सा श्रेणी के तहत दावों में गिरावट का निरीक्षण कर सकते हैं। यह उपयोगकर्ताओं की PM-JAY या जीवन रक्षक डायलिसिस प्रक्रिया पर निर्भरता पर प्रकाश डालता है। इस प्रकार, कोविड-19 महामारी के दौरान डायलिसिस जैसे महत्वपूर्ण, जीवनरक्षक स्वास्थ्य प्रक्रियाओं को गंभीर रूप से प्रभावित नहीं किया गया है। चित्र-3 जुलाई 2018 से शुरू करते हुए पूर्व अधिकृत दावों की संख्या की प्रवृत्ति को दर्शाता है।

9.18 दूसरा, डायलिसिस के दावों की संख्या केवल बढ़ती रही है। यह तथ्य उजागर करता है कि राष्ट्रीय डायलिसिस मिशन को PM-JAY में विलय किया जा सकता है।

9.19 तीसरा, जबकि लॉकडाउन के दौरान चिकित्सा सेवाओं तक पहुंच को आवश्यक सेवाओं के रूप में वर्गीकृत किया गया था, लॉकडाउन के दौरान देखभाल करने वाले वी-आकार के व्यवहार का प्रदर्शन करते हैं और 20 दिसंबर में पूर्व कोविड-19 के स्तर तक पहुंचने के साथ चरणों को अनलॉक करते हैं। वी-आकार का व्यवहार मांग और आपूर्ति दोनों दुष्प्रभावों के कारण होने की संभावना है। आपूर्ति पक्ष पर, स्वास्थ्य देखभाल श्रमिकों ने संक्रमण के प्रारंभिक भय से सेवाओं में कटौती की हो सकती है या यह संभव है कि पूर्व-प्राधिकरण प्रक्रियाओं को छोड़ दिया गया हो। मांग पक्ष पर, वायरस के अनुबंध के डर से मरीज अस्पतालों से बचते थे, या लॉकडाउन के दौरान परिवहन या वित्त की कमी के कारण चिकित्सा सेवाओं तक उनकी पहुंच बाधित हो सकती थी। अनलॉक चरण के दौरान मांग और आपूर्ति दोनों पक्ष पूरी तरह से ठीक हो गए हैं। इसके अलावा, निजी अस्पतालों में उपचार सरकारी सूचीबद्ध स्वास्थ्य प्रदाताओं (ई एच सी पी) से बहुत बेहतर होते हैं।

चित्र 3 (ख): पूर्व-अधिकृत दावों की राशि और 10,000 रुपये की पूर्व-अधिकृत राशि के बीच अंतर



स्रोत: PMJAY से प्राप्त NHA डेटा

9.20 अगला, चित्र-3ख पूर्व-अधिकृत दामों की राशि जो कि <2500 आईएनआर तथा >2500 आईएनआर है, कि मात्रा के बीच के अंतर को दर्शाता है।

9.21 कोविड-19 से पहले <2500 के दामों की पूर्व-अधिकृत राशि, महत्वपूर्ण रूप से >2500 आईएनआर के दावों की पूर्व-अधिकृत राशि से काफी अधिक थी। यह अंतर कोविड-19 महामारी से उत्पन्न विकृतियों तक, पीएम-जेएवाई को अपनाने के चक्र में महंगी प्रक्रियाओं तथा तृतीयक देखभाल की मजबूत वरीयता को सुझाता है। कोविड-19 की महामारी के बाद, पूर्व-अधिकृत दावों की संख्या के साथ इस प्रवृत्ति को उलट दिया है, जो >2500 आईएनआर पूर्व-अधिकृत दावों की संख्या >2500 आईएनआर से अधिक है यह सस्ती प्रक्रियाओं के लिए पीएम-जेएवाई के उपयोग में बढ़ोतरी तथा पीएम-जेएवाई को प्राथमिक देखभाल के लिए विकल्प के रूप में उपयोग करने का भी संकेत देते हैं।

PM-JAY और स्वास्थ्य परिणाम: भिन्नता में भिन्नता परिकलन

9.22 इस खंड में हम यह पता लगाते हैं कि क्या PM-JAY योजना का उपयोग स्वास्थ्य परिणामों पर कोई महत्वपूर्ण प्रभाव डालता है। हम इस विश्लेषण को करने के लिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण -4 (NFHS 2015-16) और राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 5 (NFHS 2019-20) द्वारा मापा स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना करते हैं। जैसा कि PM-JAY को मार्च 2018 में लागू किया गया था, ये दोनों सर्वेक्षण NFHS-5 का उपयोग करके परिवर्तनों की तुलना करने के लिए आधारभूत के रूप में कार्य करने वाले NFHS-4 के साथ PM-JAY के प्रभाव का आकलन करने के लिए डेटा प्रदान करते हैं। देश भर में स्वास्थ्य संकेतकों में धर्मनिरपेक्ष सुधारों तक सीमित नहीं है, लेकिन विभिन्न भ्रामक कारकों के प्रभाव को कम करने के लिए, हम भिन्नता-में-भिन्नता का आकलन करके इस विश्लेषण का कार्य करते हैं। 2018-19 और 2019-20 के आर्थिक सर्वेक्षणों ने इस तकनीक के अर्थमितीय लाभों की चर्चा विभिन्न भ्रामक कारकों को ध्यान में रखते हुए की है और इस प्रकार परिणामों पर नीतिगत परिवर्तन के कारण के प्रभाव का आकलन किया है। हम तकनीकी विवरणों के लिए पाठकों को इन सर्वेक्षणों के लिए संदर्भित करते हैं। संक्षेप में, हम PM-JAY को लागू करने वाले राज्यों या समूह के परिणामों के लिए पहले-बाद के अंतर का अनुमान लगाते हैं और राज्य या राज्यों के समूह में पहले-बाद के अंतर की तुलना करते हैं जो PM-JAY को लागू नहीं करते हैं। उत्तरार्द्ध भिन्नता काउंटर-तथ्यात्मक के लिए एक अनुमान प्रदान करता है: राज्य या राज्यों के समूह के लिए परिणामों में पहले-बाद का भिन्नता क्या होता जो कि PM-JAY को लागू नहीं करते थे। इस प्रकार, बाद के भिन्नता के साथ पूर्व भिन्नता की तुलना करके, हम PM-JAY के कारण प्रभाव के भिन्नता-में-भिन्नता के अनुमान को यथोचित विशेषता दे सकते हैं।

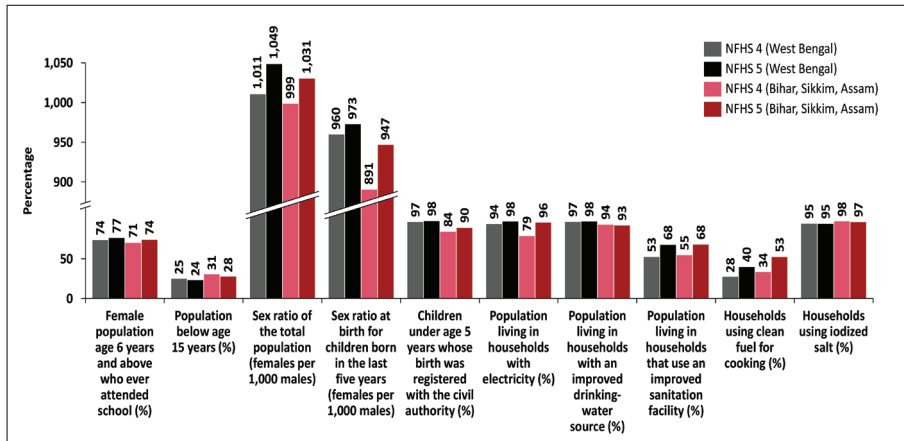
9.23 हम इस विश्लेषण को दो भागों में करते हैं। पहले भाग में, हम पश्चिम बंगाल का उपयोग उस राज्य के रूप में करते हैं जिसने PM-JAY को लागू नहीं किया था और अपने पड़ोसी राज्यों में स्वास्थ्य परिणामों में पहले-बाद के भिन्नता की तुलना की है, जिन्होंने PM-JAY - बिहार, सिक्किम और असम को लागू किया है। इन सभी राज्यों के अलावा एक-दूसरे के लिए सन्निहित होने और इसलिए सामाजिक-आर्थिक आयामों पर समान होने के बावजूद, हम दिखाते हैं कि इन दो राज्यों के आधारभूत लक्षण समान थे।

9.24 दूसरे भाग में, हम उन सभी राज्यों के लिए समान विश्लेषण दोहराते हैं, जिन्होंने PM-JAY को लागू किया था और वो सभी राज्यों जिन्होंने PM-JAY लागू नहीं किया था। बेशक, देश में राज्यों के पूरे समूह में विविधता बड़ी है। दूसरा विश्लेषण तुलनात्मक रूप से पहले की तुलना से कम है। इन दोनों तुलनाओं से निष्कर्षों का संयोजन यह सुनिश्चित करता है कि निष्कर्ष न केवल एक अधिक स्थानीयकृत के लिए मजबूत हैं, और इसलिए, अधिक सावधान तुलना, लेकिन यह भी कि देश के सभी प्रमुख राज्यों तक फैला हुआ है।

चित्र-4 पश्चिम बंगाल बनाम उसके पड़ोसी राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)

9.25 हम पहली बार पश्चिम बंगाल की तुलना NFHS 4 और NFHS 5 के समय में प्रमुख जनसांख्यिकीय और घरेलू विशेषताओं में अपने पड़ोसियों से करते हैं। चित्र 4 इस तुलना को प्रस्तुत करता है।

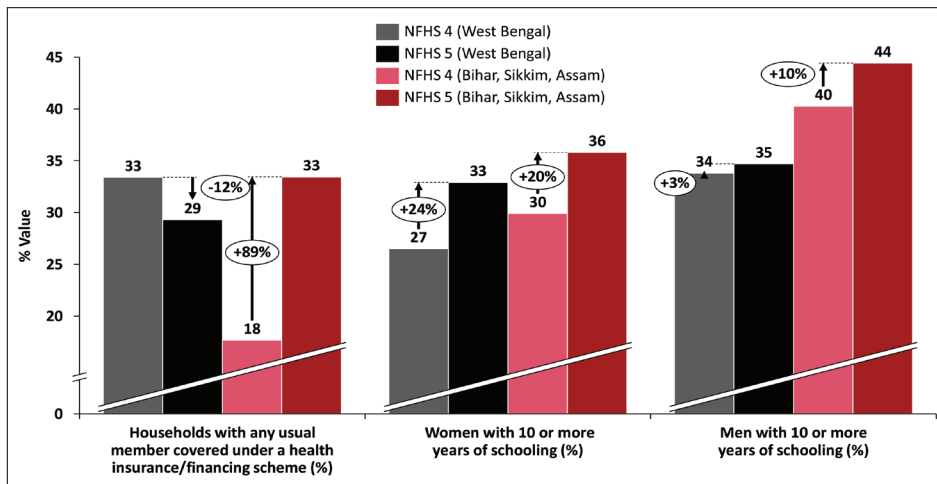
चित्र 4: जनसंख्या और घरेलू रुझान: पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.26 पश्चिम बंगाल, बिहार, असम और सिक्किम समान जनसांख्यिकीय विशेषताओं को साझा करते हैं। जन्म के समय सेक्स अनुपात में एकमात्र उल्लेखनीय भिन्नता सामने आती है। जबकि पश्चिम बंगाल और पड़ोसी तीन राज्यों में इस मोर्चे पर सुधार हुआ है, पश्चिम बंगाल की तुलना में पड़ोसियों के लिए वृद्धि अधिक थी। एनएचएस 4 से NHFS 5 तक, पश्चिम बंगाल में जन्म के समय लिंगानुपात में 1.35 प्रतिशत का सुधार हुआ, जबकि तीन पड़ोसियों के लिए इसी सुधार में 6.28 प्रतिशत की वृद्धि हुई। अन्य विशेषताओं में, चित्र 5 से पता चलता है कि सभी चार राज्यों में 10 या अधिक वर्षों की स्कूली शिक्षा वाली महिलाओं की संख्या में वृद्धि हुई है, जबकि पश्चिम बंगाल में वृद्धि 24 प्रतिशत थी। बिहार, असम और सिक्किम में 20 प्रतिशत है। इसके विपरीत, जबकि सभी चार राज्यों में 10 या अधिक वर्षों के स्कूली शिक्षा वाले पुरुषों की संख्या में वृद्धि हुई है, पश्चिम बंगाल में वृद्धि बिहार, असम और सिक्किम में 10 प्रतिशत से कम 3 प्रतिशत थी।

चित्र 5: वयस्कों की विशेषताएँ (15-49 वर्ष): पश्चिम बंगाल बनाम आस-पास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)

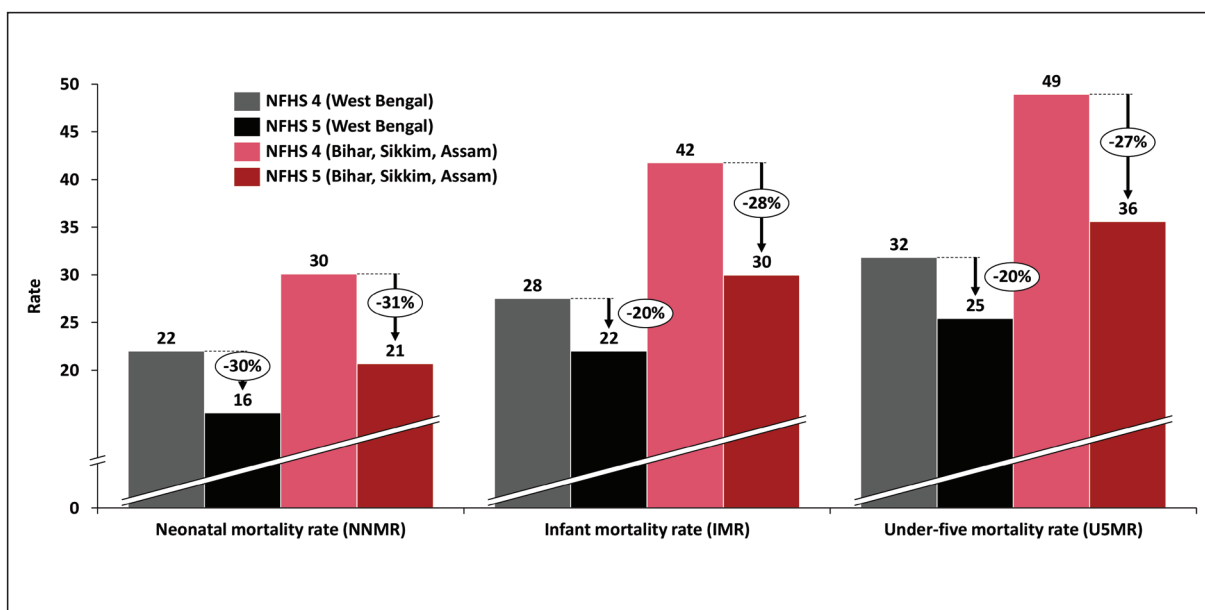


स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.27 महत्वपूर्ण बात ये है कि बिहार, असम और सिक्किम में NHFS 4 से NHFS 5 तक जनसंख्या का अनुपात बढ़कर 89 प्रतिशत हो गया। पश्चिम बंगाल में यह परिवर्तन -12 प्रतिशत था। जैसा कि PM-JAY 2018 में शुरू किया गया था और NHFS 4 और NHFS 5 क्रमशः पूर्व और बाद के PM-JAY अवधि को कवर करते हैं, बिहार, असम और सिक्किम में स्वास्थ्य बीमा कवरेज में उल्लेखनीय वृद्धि को PM-JAY के प्रभाव के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है।

9.28 चित्र 6 पश्चिम बंगाल में इसके निकटवर्ती राज्यों (बिहार, असम और सिक्किम) से तुलना करता है। महत्वपूर्ण भिन्नता यहाँ उभर कर आती है। जबकि शिशु और बाल मृत्यु दर सभी राज्यों के लिए कम हो गए, गिरावट उन राज्यों के लिए तेज हो गई है जिन्होंने PM-JAY लागू किया है। जबकि पश्चिम बंगाल के लिए शिशु मृत्यु दर में 20 प्रतिशत की गिरावट आई है, तीनों पड़ोसियों के लिए गिरावट 28 प्रतिशत से अधिक थी। इसी तरह, जबकि बंगाल ने अपने अंडर-5 मृत्यु दर में 20 प्रतिशत की गिरावट देखी, पड़ोसियों ने 27 प्रतिशत की कमी देखी। नवजात मृत्यु दर में कमी चार राज्यों के लिए समान थी: पश्चिम बंगाल के लिए 30 प्रतिशत और तीन पड़ोसियों के लिए मामूली 31 प्रतिशत।

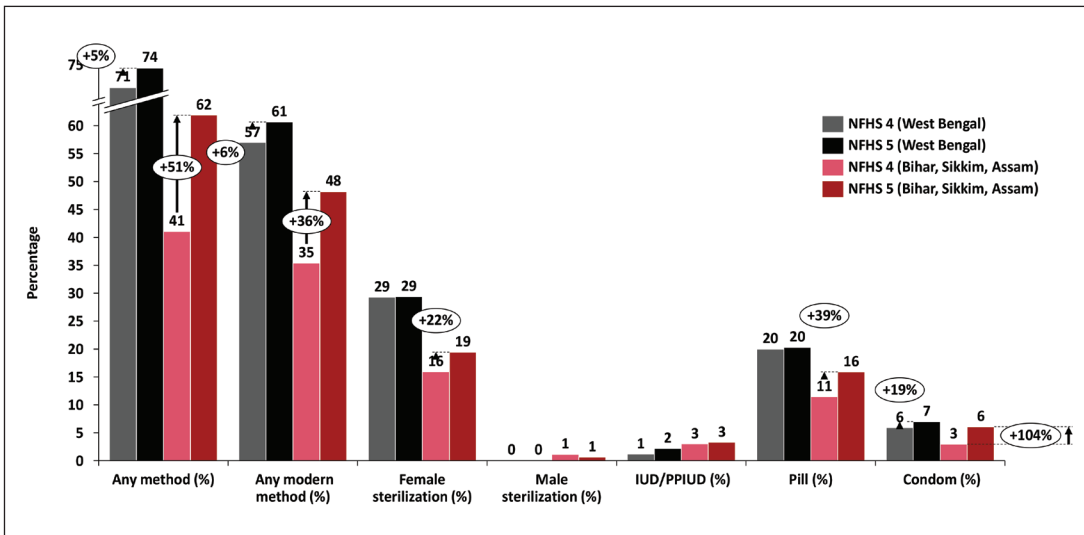
चित्र 6: शिशु और बाल मृत्यु दर (प्रति 1,000 जीवित जन्म): पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

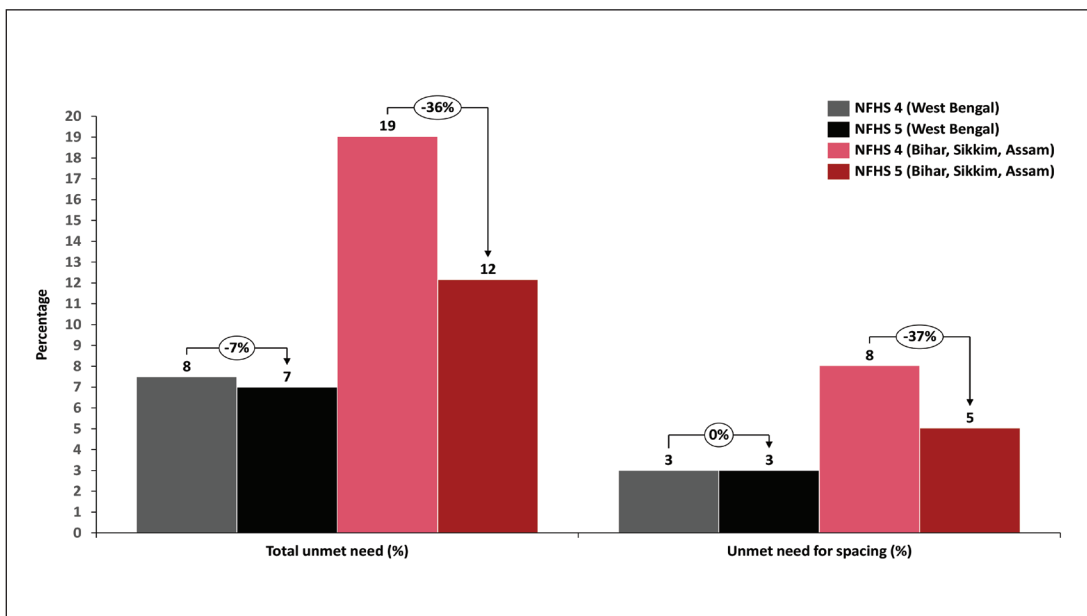
9.29 जैसा कि चित्र 7 में देखा गया है, सभी चार राज्यों में कम से कम एक परिवार नियोजन पद्धति का उपयोग बढ़ा है। हालांकि, बाल मृत्यु दर के मामले में हमने जो देखा, उसके समान ही, उन राज्यों में वृद्धि अधिक रही है जिन्होंने PM-JAY को अपनाया है। गर्भनिरोधक के आधुनिक तरीकों में 36 प्रतिशत की वृद्धि हुई, महिला नसबंदी में 22 प्रतिशत, गोली के उपयोग में 28 प्रतिशत और कंडोम में 104 प्रतिशत की वृद्धि हुई है, जबकि 3 पड़ोसी राज्यों में, जबकि पश्चिम बंगाल के लिए संबंधित आंकड़े 6 प्रतिशत, ~ 0 प्रतिशत हैं।, ~ 0 प्रतिशत और केवल 19 प्रतिशत।

चित्र 7: परिवार नियोजन के तरीकों का वर्तमान उपयोग (वर्तमान में 15-49 वर्ष की विवाहित महिलाएँ): पश्चिम बंगाल बनाम आस-पास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

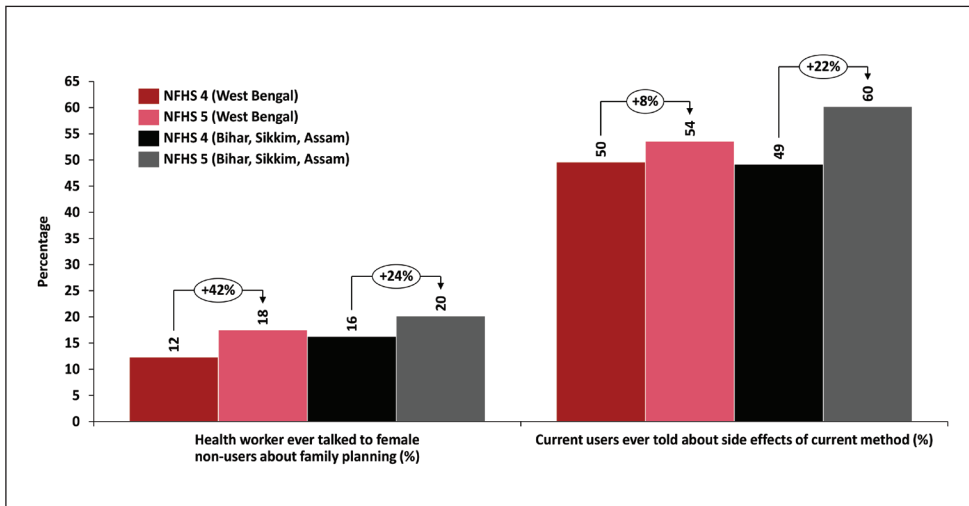
चित्र 8: परिवार नियोजन की असफल आवश्यकता (वर्तमान में विवाहित महिलाओं की उम्र 15-49 वर्ष): पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.30 उपरोक्त निष्कर्ष चित्र 8 से टिप्पणियों द्वारा समर्थित हैं। परिवार नियोजन के तरीकों की कुल आवश्यकता को पश्चिम बंगाल की तुलना में PM-JAY के साथ राज्यों में काफी गिरावट दिखाई देती है। हालांकि पश्चिम बंगाल ने लगातार बच्चों के बीच अंतर की आवश्यकता में कोई महत्वपूर्ण गिरावट नहीं देखी, लेकिन हमारे विश्लेषण में पड़ोसी तीन राज्यों ने 37 प्रतिशत की भारी गिरावट दर्ज की।

चित्र 9: परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता: पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)

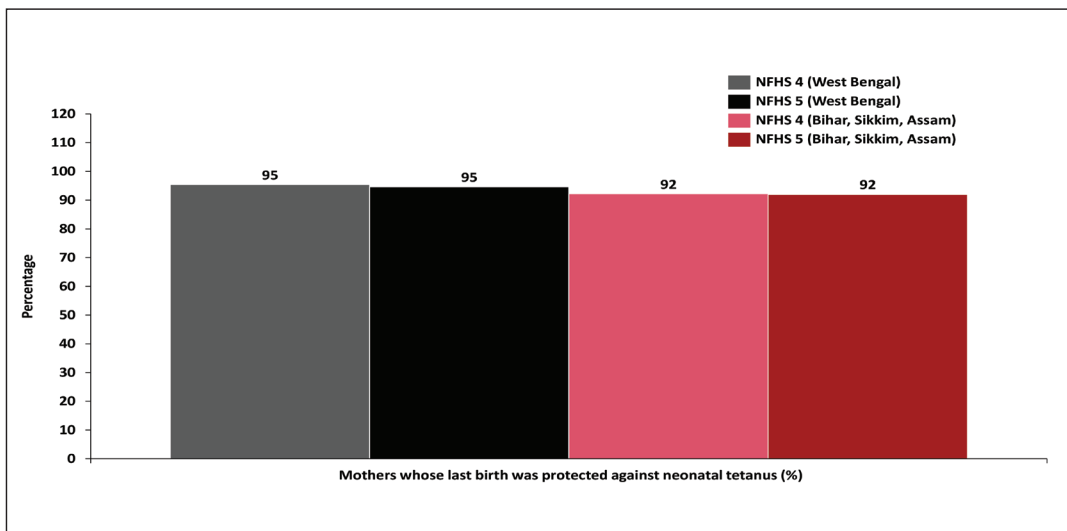


स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.31 उपरोक्त परिणामों के साथ मिलकर, सभी चार राज्यों में परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार हुआ है (चित्र 9)। PM-JAY लागू करने वाले राज्यों में फिर से प्रभाव अधिक महसूस किया गया है। स्वास्थ्य नियोजन कार्यकर्ताओं द्वारा परिवार नियोजन के बारे में बताया गया प्रतिष्ठित पश्चिम बंगाल की तुलना में पड़ोसी राज्यों में निरपेक्ष रूप से अधिक है, हालांकि निचले आधार से सुधार पश्चिम बंगाल में तीन राज्यों की तुलना में 42 प्रतिशत अधिक था, जहां सुधार 24 प्रतिशत था। इसके अलावा, वर्तमान उपयोगकर्ताओं का प्रतिशत, जो वर्तमान पद्धति के दुष्प्रभावों के बारे में सूचित किया गया था, वे पड़ोसी राज्यों में न केवल निरपेक्ष रूप से पोस्ट NHFS 5 में 22 प्रतिशत की वृद्धि हैं, पश्चिम बंगाल में 8 प्रतिशत है।

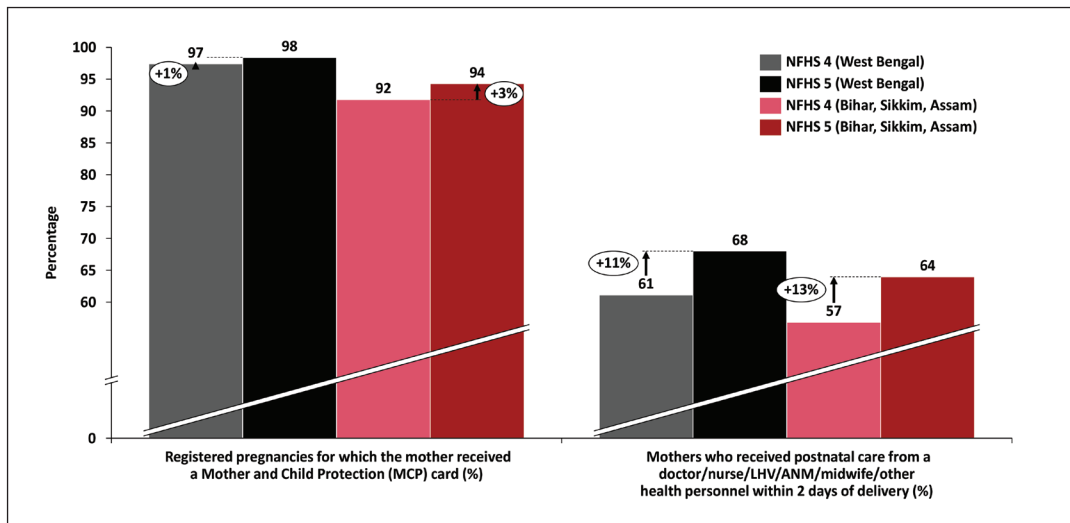
9.32 आगे, हम मातृ और बाल स्वास्थ्य पर प्रभाव के अंतर को देखते हैं। चित्र 10 चार राज्यों में कोई बड़ा सुधार और अंतर नहीं दिखाता है। उन महिलाओं की उच्च प्रतिशत, जिनका अंतिम जन्म सभी चार राज्यों में नवजात टेटनस के खिलाफ सुरक्षित था, मजबूत प्रतिरक्षा अवसंरचना का संकेत है।

चित्र 10: मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य: पश्चिम बंगाल बनाम आस-पास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

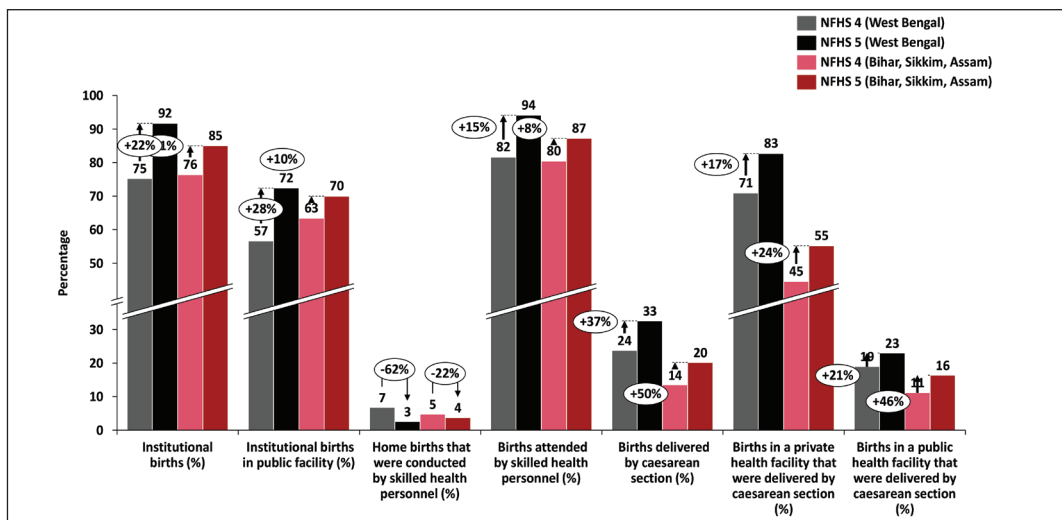
चित्र 11: मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.33 चित्र 11 से पता चलता है कि पंजीकृत गर्भधारण में वृद्धि, जिसके लिए माँ को मदर चाइल्ड प्रोटेक्शन कार्ड मिला, पश्चिम बंगाल के एक प्रतिशत (1 प्रतिशत) की तुलना में बिहार, असम और सिक्किम में मामूली रूप से 3 प्रतिशत अधिक था। इसी प्रकार, हम उन महिलाओं के अनुपात में समान परिवर्तन पाते हैं जिन्होंने चार राज्यों में प्रसव के दो दिनों के भीतर स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों से प्रसव के बाद देखभाल प्राप्त की। PM-JAY के साथ तीन पड़ोसी राज्यों में पश्चिम बंगाल की तुलना में 11 प्रतिशत पर मातृ और बाल देखभाल सेवाओं का 13 प्रतिशत से थोड़ा अधिक उपयोग देखा गया।

चित्र 12: प्रसव देखभाल (सर्वेक्षण से पहले 5 वर्षों में जन्म के लिए): पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



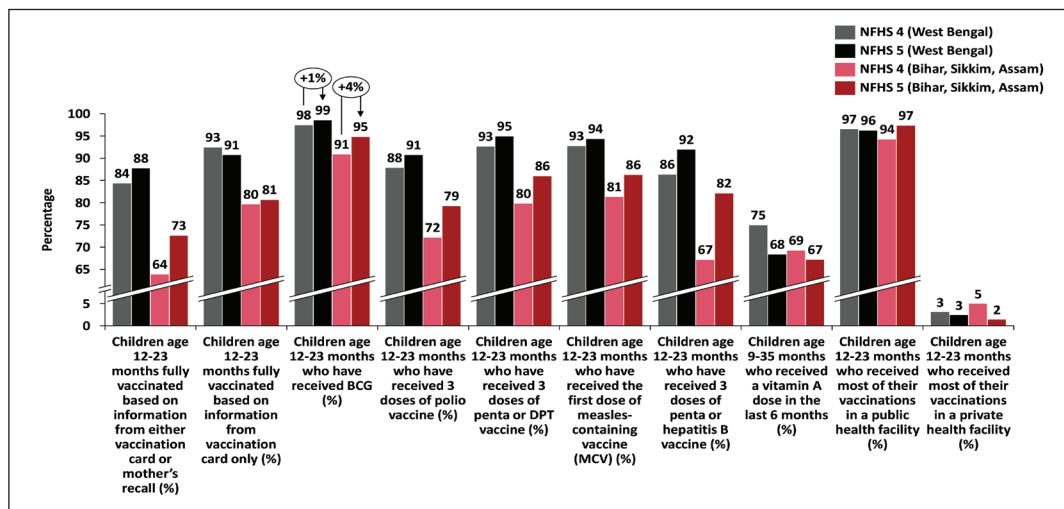
स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.34 चित्र 12 के अनुसार, सभी चार राज्यों में संस्थागत जन्मों का प्रतिशत बढ़ा है। हालाँकि, पश्चिम बंगाल में यह वृद्धि 22 प्रतिशत पर बड़ी रही है, जब पड़ोसी राज्यों की तुलना में 11 प्रतिशत जन्मों के प्रतिशत में कुशल कर्मियों ने भाग लिया, पश्चिम बंगाल में 15 प्रतिशत और पड़ोसी राज्यों के 8 प्रतिशत में अधिक वृद्धि

हुई। जहां एक सार्वजनिक सुविधा में संस्थागत जन्मों का अनुपात पश्चिम बंगाल में 11% बढ़ा, वहीं तीनों राज्यों का आंकड़ा 28% था। जबकि सीजेरियन सेक्शन के माध्यम से वितरित एक निजी स्वास्थ्य सुविधा में जन्म का हिस्सा निजी और सार्वजनिक क्षेत्र के दोनों प्रदाताओं के लिए बढ़ा, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए वृद्धि अधिक रही है। सीजेरियन सेक्शन के माध्यम से जन्म के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के उपयोग में यह वृद्धि पश्चिम बंगाल में PM-JAY बनाम राज्यों में भी अधिक रही है। बिहार, असम, सिक्किम में निचले आधार से 46% की ऊंची वृद्धि दर्ज की गई जबकि पश्चिम बंगाल में यह वृद्धि 21% थी लेकिन उच्च आधार से। इस प्रकार PM-JAY ने इन राज्यों में नागरिकों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे का अधिक से अधिक उपयोग करने में सक्षम बनाया है।

9.35 बिहार, सिक्किम और असम में PM-JAY को अपनाने से बच्चे के टीकाकरण और विटामिन-ए पूरकता से संबंधित स्वास्थ्य परिणामों में उल्लेखनीय प्रगति हुई। यद्यपि सभी चार राज्यों में सुधार हुआ था, लेकिन बिहार, सिक्किम और असम में परिमाण अधिक था। उदाहरण के लिए, 12-23 महीने की आयु के बच्चों का अनुपात जिन्होंने बीसीजी वैक्सीन प्राप्त किया है, पश्चिम बंगाल में 1% की वृद्धि हुई है, जबकि आसपास के राज्यों में 4% की वृद्धि हुई है; 12-23 माह की आयु के बच्चों के अनुपात में, उन्हें तीन प्रकार की पेंटा या हेपेटाइटिस बी की वैक्सीन मिली है, पश्चिम बंगाल में 5% तक वृद्धि हुई है, आसपास के राज्यों में 19% वृद्धि हुई है। एकमात्र संकेतक जो खराब हो गया था, 9-35 महीने के आयु वर्ग के बच्चों का अनुपात था, जिन्होंने पिछले 6 महीनों में विटामिन-ए की खुराक प्राप्त की, हालांकि पश्चिम बंगाल में गिरावट तेज थी (-6%) निकटवर्ती राज्यों (-2%) (चित्र 13)।

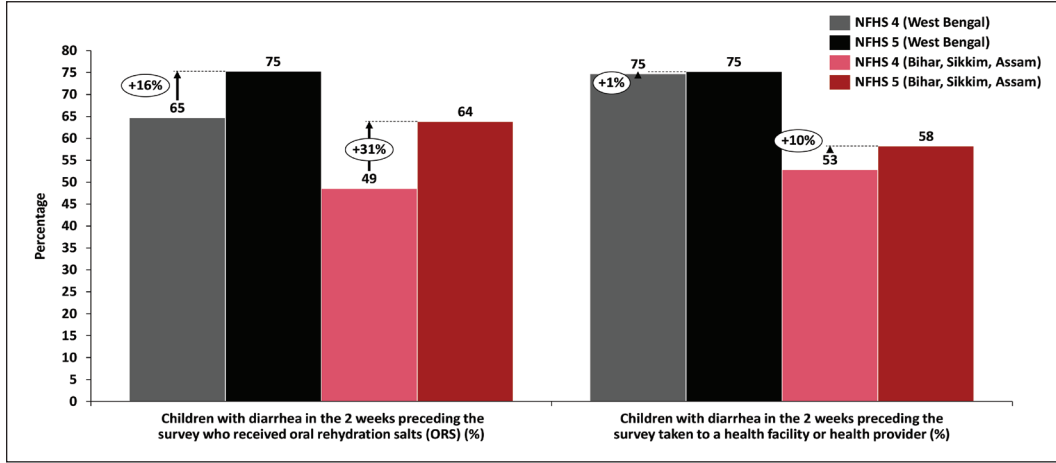
चित्र 13: बाल टीकाकरण और विटामिन ए अनुपूरक: पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.36 5 साल से कम उम्र के बच्चों के बचपन की बीमारियों के इलाज के लिए आंकड़े PM-JAY को अपनाने के बावजूद सभी चार राज्यों में सुधार का सुझाव देते हैं। हालाँकि, आस-पास के राज्यों (बिहार, सिक्किम, असम) ने पश्चिम बंगाल की तुलना में अधिक सुधार दर्ज किए। जबकि 2 सप्ताह में दस्त वाले बच्चों का अनुपात पश्चिम बंगाल में 16% तक मौखिक पुनर्जलीकरण लवण (ORS) प्राप्त करने वाले सर्वेक्षण से पहले था, यह आस-पास के राज्यों में 31% की वृद्धि हुई, लगभग दोगुना बढ़ गया। इसी तरह, स्वास्थ्य सुविधा या स्वास्थ्य प्रदाता के लिए किए गए सर्वेक्षण से पहले 2 सप्ताह में दस्त के साथ बच्चों के अनुपात में पश्चिम बंगाल में नगण्य सुधार दिखाई दिया, जिसमें आस-पास के राज्यों (14 चित्र) में 10 प्रतिशत की वृद्धि हुई है।

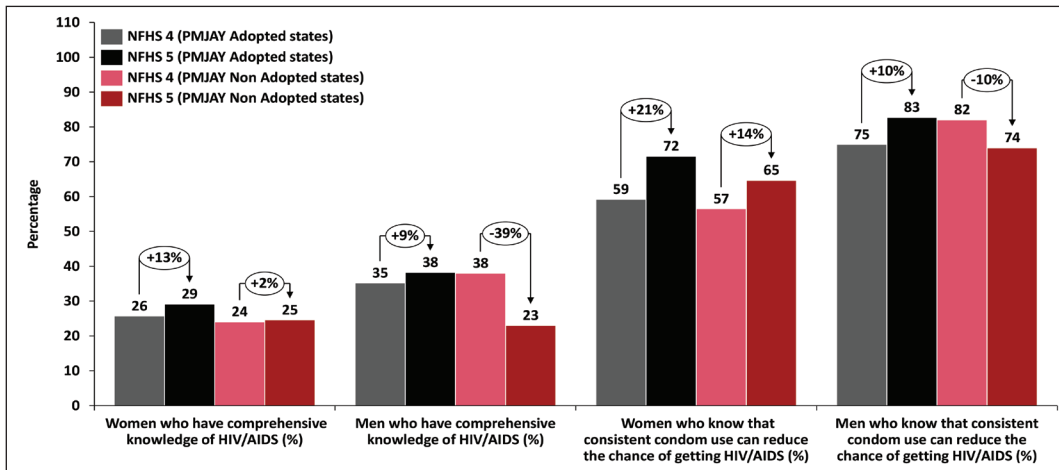
चित्र 14: बचपन के रोगों का उपचार (5 वर्ष से कम आयु के बच्चे): पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.37 एचआईवी/एड्स के बारे में ज्ञान और जागरूकता के प्रसार पर PM-JAY को अपनाने के निहितार्थों का विश्लेषण करते हुए, हम पाते हैं कि उन महिलाओं के अनुपात में जो एचआईवी/एड्स के बारे में व्यापक ज्ञान रखते हैं, PM-JAY को अपनाने वाले तीन राज्यों में काफी बढ़ गए हैं (बिहार, सिक्किम, असम), पश्चिम बंगाल में अनुपात में 1% की गिरावट आई, जिसने PM-JAY को नहीं अपनाया। पुरुषों के लिए समान संकेतक ने सभी चार राज्यों में गिरावट दर्ज की, हालांकि पश्चिम बंगाल (-40%) में गिरावट अन्य तीन राज्यों (-19%) (बिहार, सिक्किम, असम) की तुलना में बहुत तेज थी। यदि हम पुरुषों और महिलाओं के अनुपात पर विचार करें जो जानते हैं कि लगातार कंडोम का उपयोग एचआईवी/एड्स होने की संभावना को कम कर सकता है, तो राज्यों के बीच भिन्नता और भी तेज हैं। उदाहरण के लिए, पश्चिम बंगाल में तीन राज्यों में 43% की तेज वृद्धि की तुलना में महिलाओं के अनुपात में 12% की वृद्धि हुई। पुरुषों के लिए समान आंकड़े बिहार, सिक्किम और असम (चित्र 15) में 18% की वृद्धि के विपरीत पश्चिम बंगाल में 12% की गिरावट का संकेत देते हैं।

चित्र 15: वयस्कों के बीच एचआईवी/एड्स का ज्ञान (उम्र 15-49 वर्ष): पश्चिम बंगाल बनाम आसपास के राज्य (बिहार, सिक्किम, असम)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.38 पश्चिम बंगाल में स्वास्थ्य परिणामों की तुलना करने पर, जो तीन पड़ोसी राज्यों बिहार, सिक्किम और असम में परिणामों के साथ PM-JAY को नहीं अपनाया - कुछ महत्वपूर्ण अंतर सामने आते हैं। हालांकि चार राज्य उनकी जनसांख्यिकी और घरेलू विशेषताओं के मामले में बहुत अलग नहीं हैं, पीएम-जेएवाई वाले राज्यों में कुछ मातृ और बाल संबंधी स्वास्थ्य परिणामों में सुधार का अंतर अधिक रहा है। इसे PM-JAY के प्रभाव के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है जो 2018 में लागू किया गया था। कुछ स्वास्थ्य बीमा वाले लोग पड़ोसी राज्यों में 2015-16 से 2019-20 तक 89% तक उछल गए, जबकि पश्चिम बंगाल में इस अनुपात में 12% की गिरावट आई। शिशु मृत्यु दर और अंडर-5 मृत्यु दर पड़ोसी राज्यों में पश्चिम बंगाल की तुलना में तेज गिरावट देखी गई जिन्होंने PM-JAY को लागू किया, पश्चिम बंगाल ने इसे लागू नहीं किया। परिवार नियोजन के तरीकों के मोर्चे पर सकारात्मक विकास भी इन राज्यों के लिए अधिक थे। बिहार, असम, सिक्किम में परिवार नियोजन सेवाओं की अप्रत्याशित जरूरतों में तेजी से गिरावट आई है, जो PM-JAY के तहत प्राथमिक देखभाल के प्रभावी वितरण का संकेत देता है।

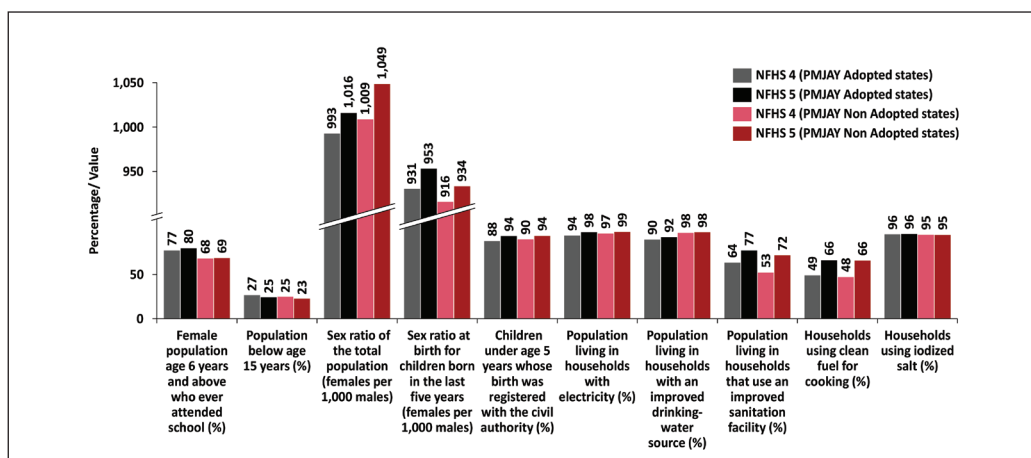
9.39 स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में भी अंतर देखा गया। जबकि परिवार नियोजन विकल्पों और दुष्प्रभावों के बारे में सभी लोगों को अवगत कराया गया था, लेकिन PM-JAY के तहत तीनों राज्यों में सुधार अधिक था। सीजेरियन डिलीवरी के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे का उपयोग भी इन राज्यों में अधिक था, जो आबादी के एक उच्च वर्ग को इंगित करता था कि अब इन सेवाओं तक पहुंच है। इन तीन राज्यों में बाल टीकाकरण और विटामिन पूरकता, दस्त जैसी बचपन की बीमारियों के उपचार के साथ-साथ विशेष रूप से महिला वयस्कों के बीच एचआईवी/एड्स के बारे में जागरूकता में भी काफी सुधार देखा गया। PM-JAY की तुलना में हमें अधिक स्वास्थ्य जागरूकता, स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतर डिलीवरी और मातृ एवं शिशु देखभाल परिणामों में सुधार की संभावना है।

PM-JAY को अपनाने वाले और नहीं अपनाने वाले सभी राज्यों की तुलना

9.40 पिछले भाग में भौगोलिक रूप से समीपवर्ती राज्यों में स्वास्थ्य परिणामों पर PM-JAY के प्रभाव की जांच करने के बाद, हमने अब उन राज्यों के बीच भिन्नता की तुलना उन सभी राज्यों जिन्होंने PM-JAY लागू किया है और जिन्होंने PM-JAY लागू नहीं किया है।

9.41 NFHS 4 और NFHS 5 में जनसंख्या और घरेलू प्रोफाइल के विश्लेषण से पता चलता है कि विभिन्न विशेषताओं में सुधार उन राज्यों में समान था, जिन्होंने PM-JAY लागू किया था बनाम जिन्होंने PM-JAY को लागू नहीं किया था (चित्र 16)।

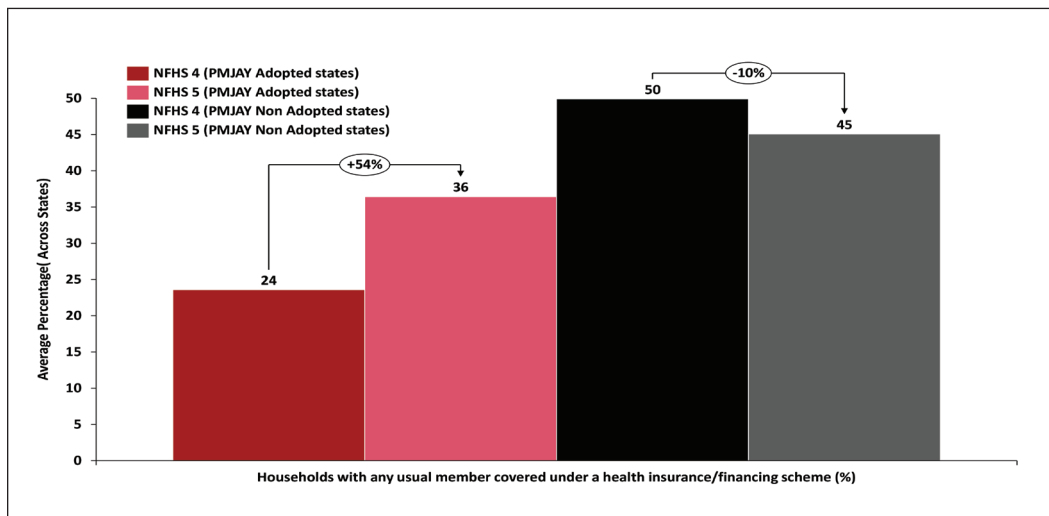
चित्र 16: जनसंख्या और घरेलू प्रोफाइल: सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.42 गंभीर रूप से, जबकि स्वास्थ्य बीमा या वित्तपोषण योजना के तहत कवर किए गए किसी भी सामान्य सदस्य वाले परिवारों का अनुपात PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों में NFHS 4 से NFHS 5 तक 54% तक बढ़ गया, यह उन राज्यों में 10% कम हो गया जिन्होंने PM-JAY को नहीं अपनाया था। स्वास्थ्य बीमा कवरेज (चित्र 17) को बढ़ाने में PM-JAY की सफलता को दर्शाता है।

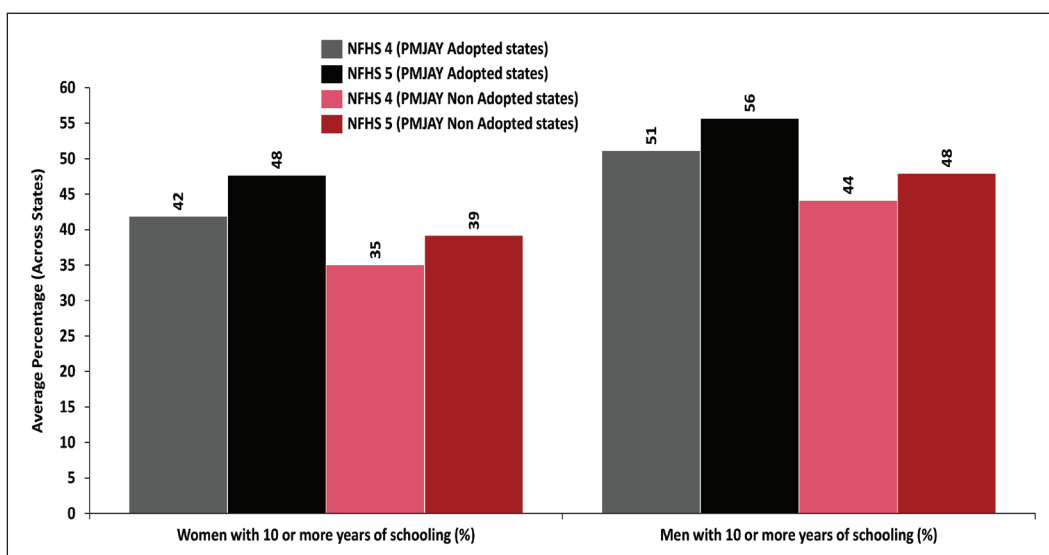
चित्र 17: स्वास्थ्य बीमा/वित्तपोषण योजना (%) के तहत कवर किए गए किसी भी सामान्य सदस्य वाले घर: सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.43 वयस्कों की विशेषताओं के बीच, 10 या अधिक वर्षों के स्कूली शिक्षा वाले दोनों महिलाओं और पुरुषों का औसत अनुपात राज्यों के दो समूहों (चित्र 18) में समान रूप से सुधार हुआ है।

चित्र 18: वयस्कों की विशेषताएँ (आयु 15-49 वर्ष): सभी राज्य

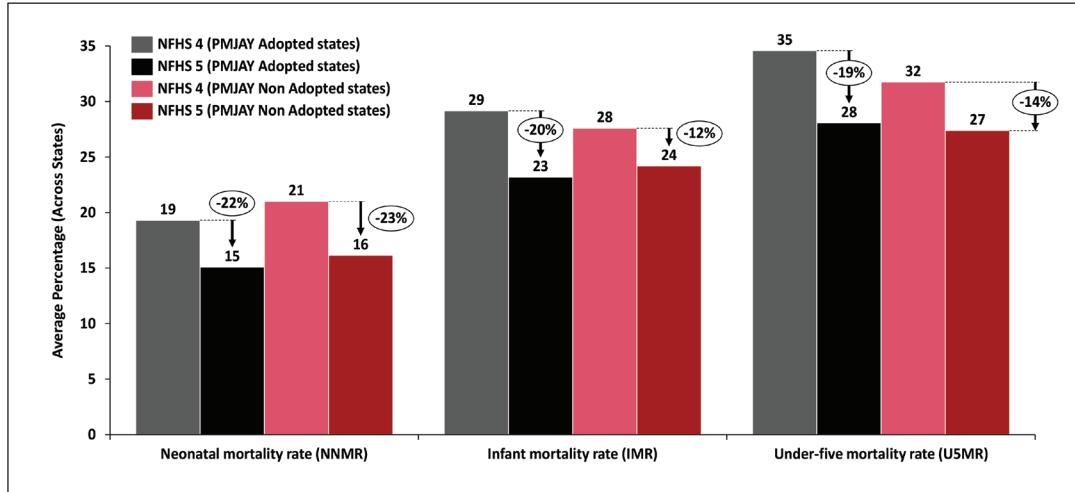


स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.44 PM-JAY ने भारतीय राज्यों को कम शिशु और बाल मृत्यु दर (चित्र 19) प्राप्त करने में मदद की है। नवजात मृत्यु दर (NNMR) ने उन राज्यों में 22% की गिरावट दर्ज की है, जिन्होंने PM-JAY को अपनाया

है। PM-JAY अपनाने वाले राज्यों की तुलना में PM-JAY को न अपनाने वाले राज्यों में 16% की गिरावट दर्ज की है। इसी प्रकार, शिशु मृत्यु दर (IMR) में कमी क्रमशः PM-JAY और गैर-PM-JAY राज्यों में 20% के रू-बरू 12% थी, PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों के लिए 8% की वृद्धि थी, बनाम जिन्होंने नहीं अपनाया। जबकि अंडर-पाँच मृत्यु दर (U5MR) ने PM-JAY राज्यों में 19% की गिरावट दर्ज की, गैर-PM-JAY राज्यों में यह 14% कम हो गई, PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों के लिए 5% की वृद्धि, बनाम उन राज्यों जिन्होंने नहीं अपनाया।

चित्र 19: शिशु और बाल मृत्यु दर (प्रति 1,000 जीवित जन्म): सभी राज्य

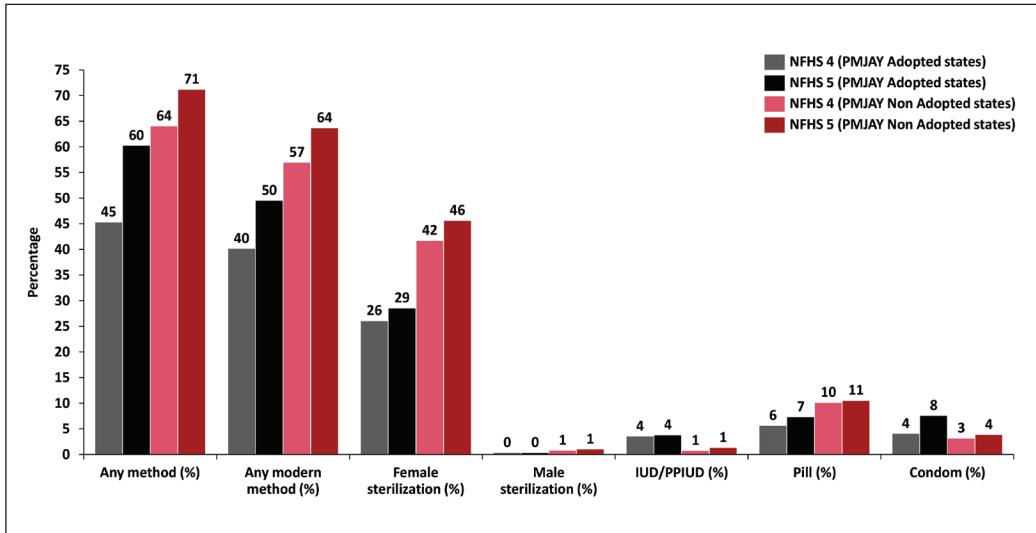


स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.45 अलग-अलग परिवार नियोजन उपायों के उपयोग के आंकड़े बताते हैं कि PM-JAY ने भारतीय राज्यों में परिवार नियोजन की बढ़ती पहुंच को सक्षम किया है। जबकि दो सर्वेक्षणों के बीच सभी राज्यों में परिवार नियोजन सुनिश्चित करने वाले लोगों के अनुपात में वृद्धि हुई है, पीएम-जेएवाई को अपनाने वाले राज्यों में इसकी प्रभावशीलता में बहुत अधिक वृद्धि हुई है। उदाहरण के लिए; वर्तमान में पीएम-जेएवाई वाले राज्यों में परिवार नियोजन की किसी भी पद्धति का उपयोग करने वाले लोगों के अनुपात में 15% की वृद्धि हुई है और अन्य राज्यों (चित्र 20) में केवल 7% (आधे से भी कम) की वृद्धि हुई है।

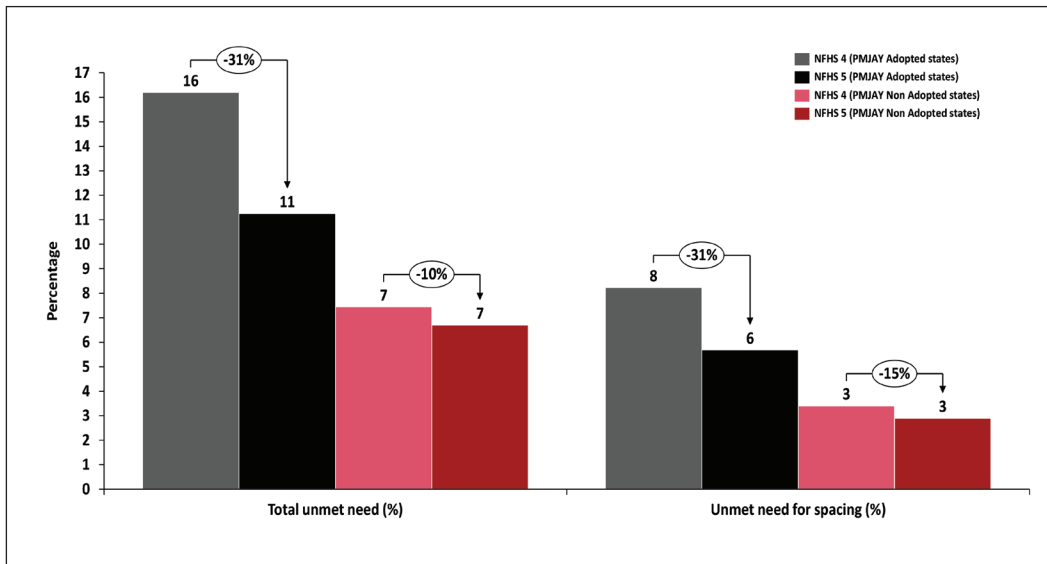
9.46 इसके अलावा, PM-JAY ने 15-49 वर्ष के आयु वर्ग में वर्तमान में विवाहित महिलाओं के लिए परिवार नियोजन की आवश्यकता में उल्लेखनीय कमी की पुष्टि की है। जबकि कुल बिना परिवार नियोजन की जरूरत वाली महिलाओं का अनुपात अर्थात प्रजनन और स्थगित करने की इच्छा रखने वाली महिलाओं के अनुपात या बच्चे के जन्म को स्थगित करना, लेकिन वर्तमान में PM-JAY राज्यों में गर्भनिरोधक की किसी भी विधि का उपयोग 31% तक कम हुआ है। गैर-PM-JAY राज्यों में केवल 10% था। इसी तरह, महिलाओं के लिए अनुपात में अंतर रखने की आवश्यकता होती है, यानी ऐसी महिलाएं जो PM-JAY राज्यों में 31% तक कम हो जाती हैं और गैर- PM-JAY राज्यों में केवल 15% द्वारा अपना अगला जन्म स्थगित करना चाहती हैं। (चित्र 21)।

चित्र 20: परिवार नियोजन के तरीकों का वर्तमान उपयोग (वर्तमान में 15-49 वर्ष की विवाहित महिलाएँ): सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

चित्र 21: परिवार नियोजन की आवश्यकता की पूर्ति नहीं की (वर्तमान में विवाहित महिलाओं की उम्र 15-49 वर्ष): सभी राज्य

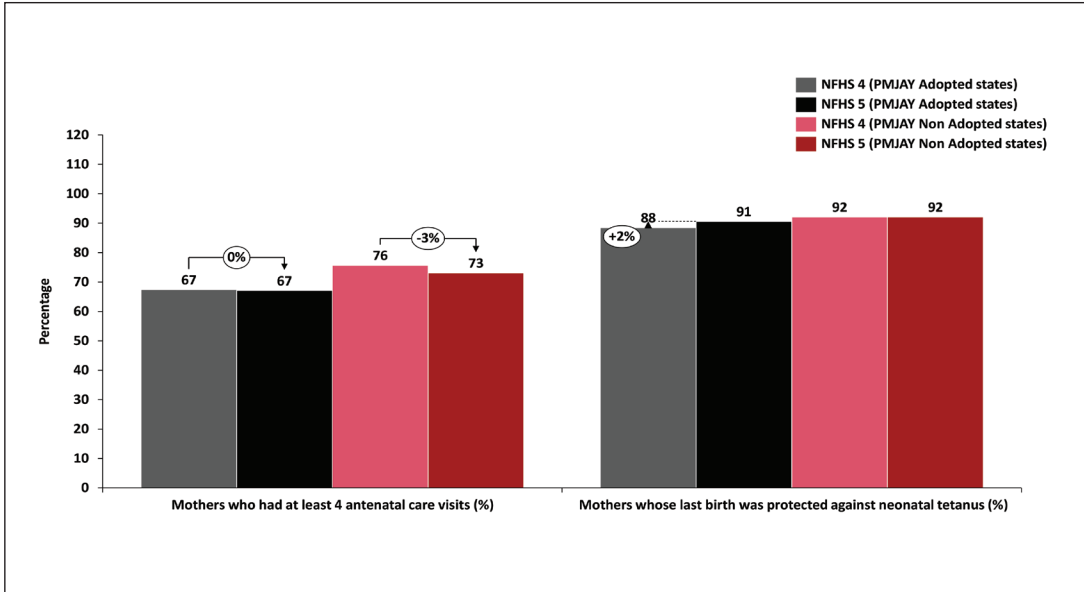


स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.47 जहां तक मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पर PM-JAY के प्रभाव का सवाल है, विभिन्न संकेतकों में लाभ काफी भिन्न होता है। जबकि PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों में एनएफएचएस सर्वेक्षणों में एनएफएचएस सर्वेक्षणों के बीच कम से कम चार प्रसवपूर्व देखभाल यात्राओं (%) की माताओं का अनुपात स्थिर रहा, गैर-प्रभावशीलता का सुझाव देते हुए गैर-PM-JAY राज्यों के बीच अनुपात 3% घट गया। योजना का। इसके अलावा, उन माताओं का अनुपात जिनके पिछले जन्म में नवजात टेटनस के खिलाफ सुरक्षा की गई थी, दोनों सर्वेक्षणों (चित्रा 22 ए) के बीच गैर-PM-JAY राज्यों में स्थिर रहने के दौरान PM-JAY राज्यों में केवल 2% की वृद्धि हुई। इसके विपरीत, पंजीकृत गर्भधारण वाली महिलाओं का अनुपात जिनके लिए उन्हें मदर एंड

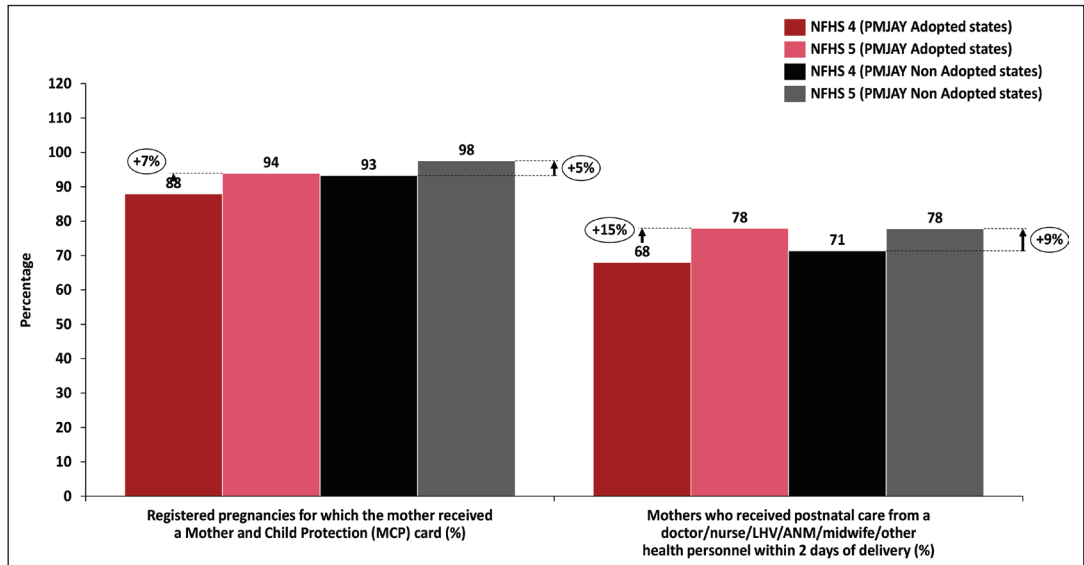
चाइल्ड प्रोटेक्शन (MCP) कार्ड प्राप्त हुआ, गैर-PM-JAY राज्यों में 5% की तुलना में PM-JAY राज्यों में 7% की वृद्धि दर्ज की गई। प्रसव के दो दिनों के भीतर प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त करने वाली माताओं का प्रतिशत PM-JAY में 15% की वृद्धि हुई है, गैर-पीएम-जेएवाई राज्यों में केवल 9% की वृद्धि हुई है, के सकारात्मक प्रभाव को दर्शाता है मातृ स्वास्थ्य पर PM-JAY (चित्र 22 बी)।

चित्र 22 क: मातृ और बाल स्वास्थ्य: सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

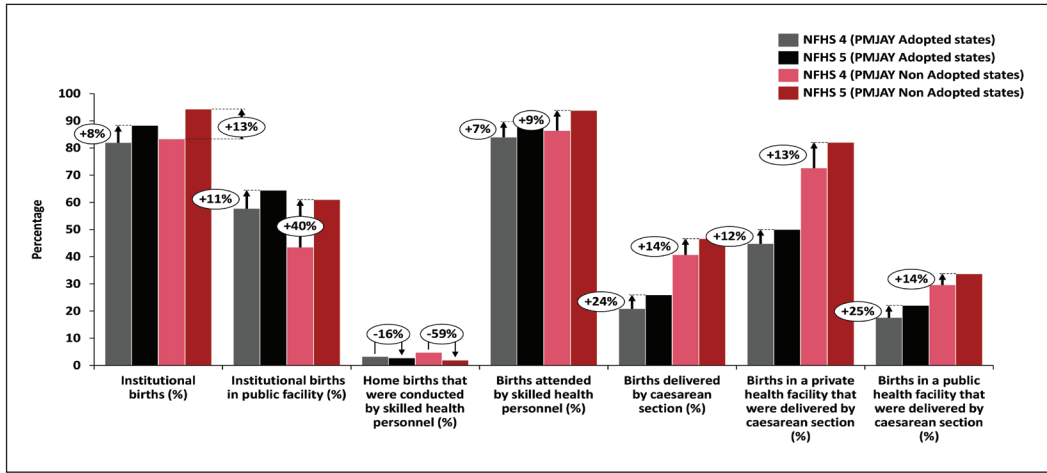
चित्र 22 ख: मातृ और बाल स्वास्थ्य: सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.48 सर्वेक्षण से पहले 5 वर्षों में जन्म के लिए प्रसव की देखभाल को ध्यान में रखते हुए, हम पाते हैं कि PM-JAY अधिक उपयोगी नहीं है। संस्थागत जन्मों, सार्वजनिक सुविधा में संस्थागत जन्मों, और गृह जन्मों के लिए प्रसव देखभाल संकेतकों में सुधार उन राज्यों में बहुत अधिक है, जिन्होंने PM-JAY को नहीं अपनाया। जबकि सीजेरियन प्रसव में समग्र वृद्धि हुई है, गैर-PM-JAY राज्यों की तुलना में PM-JAY राज्यों में प्रतिशत वृद्धि अधिक है, निजी स्वास्थ्य सुविधाओं (चित्र 23) में सीजेरियन प्रसव को रोकते हैं।

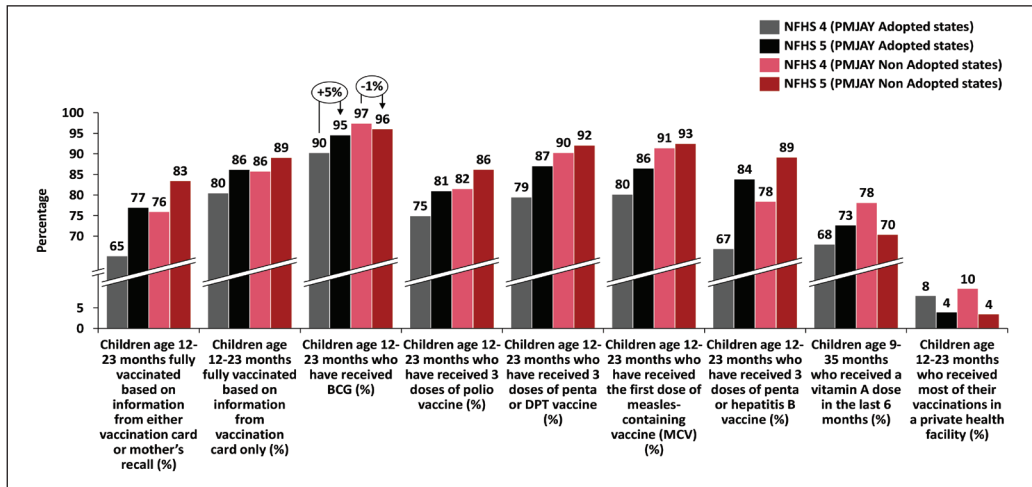
चित्र 23: वितरण देखभाल (सर्वेक्षण से पहले 5 वर्षों में जन्म के लिए): सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.49 बच्चे के टीकाकरण से संबंधित स्वास्थ्य परिणाम और विटामिन-ए की पूरकता में उल्लेखनीय रूप से उन राज्यों में सुधार हुआ है जिन्होंने उन राज्यों की तुलना में PM-JAY को अपनाया था जिन्होंने PM-JAY को नहीं अपनाया था। उदाहरण के लिए: 12-23 महीने के आयु वर्ग के बच्चों का अनुपात जिन्होंने गैर-PM-JAY राज्यों में 1% की गिरावट की तुलना में PM-JAY राज्यों में बीसीजी में 5% की वृद्धि की है। इसी तरह, 9-35 महीने के आयु वर्ग के बच्चों का अनुपात, जिन्होंने पिछले 6 महीनों में विटामिन ए की खुराक प्राप्त की, गैर-PM-JAY में 8% की कमी की तुलना में PM-JAY राज्यों में 5% बढ़ी (चित्र 24)।

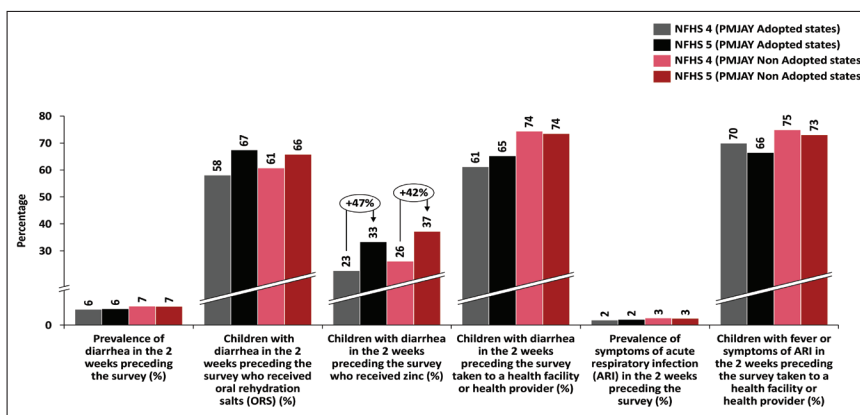
चित्र 24: बाल टीकाकरण और विटामिन-ए अनुपूरक: सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.50 हालांकि नाबालिग, PM-JAY ने 5 साल से कम उम्र के बच्चों में बचपन की बीमारियों के बेहतर इलाज के लिए भी अनुमति दी है। PM-JAY राज्यों में सर्वेक्षणों के बीच मौखिक पुनर्जलीकरण लवण (ओआरएस) प्राप्त करने वाले सर्वेक्षण से पहले 2 सप्ताह में दस्त के साथ बच्चों के अनुपात में 9% की वृद्धि हुई, इसकी तुलना में गैर-PM-JAY राज्यों में 5% वृद्धि हुई। एक ही श्रेणी में बच्चों के अनुपात में जस्ता प्राप्त करने में क्रमशः 47% और 42% की वृद्धि हुई। जबकि बच्चे राज्यों में दस्त के मामले में सुधार (4%) के लिए स्वास्थ्य सुविधा या स्वास्थ्य प्रदाता के लिए लिए गए बच्चों का अनुपात गैर-PM-JAY राज्यों में स्थिर रहा। हालांकि, बुखार या अरी लक्षणों जैसी बीमारी के लिए एक ही संकेतक ने गैर-PM-JAY राज्यों (चित्र 25) में 2% की गिरावट की तुलना में PM-JAY राज्यों में 4% की गिरावट दर्ज की।

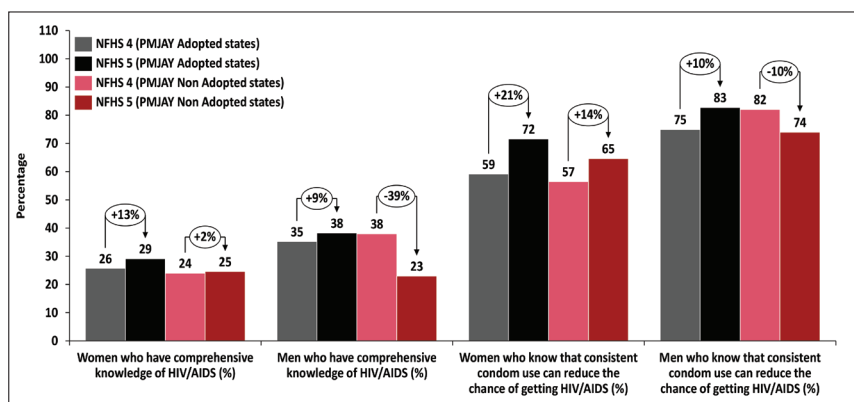
चित्र 25: बचपन के रोगों का उपचार (5 वर्ष से कम आयु के बच्चे): सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

9.51 PM-JAY न केवल राज्यों में स्वास्थ्य परिणामों में सुधार करने में सफल रहा है, बल्कि एचआईवी/एड्स जैसी महत्वपूर्ण स्वास्थ्य चिंताओं के बारे में ज्ञान और जागरूकता के प्रसार में वृद्धि के लिए भी जिम्मेदार है। जिन महिलाओं को एचआईवी/एड्स (%) का व्यापक ज्ञान है, उनके प्रतिशत में PM-JAY राज्यों में 13% की वृद्धि हुई है, गैर-PM-JAY राज्यों में मात्र 2% की वृद्धि हुई है। PM-JAY राज्यों में 9% की वृद्धि और गैर-PM-JAY राज्यों में 39% की कमी के साथ पुरुषों के लिए संबंधित आंकड़ों में अंतर भी स्पष्ट है। इसी तरह, उन महिलाओं का प्रतिशत, जो जानती हैं कि लगातार कंडोम के इस्तेमाल से PM-JAY राज्यों में एचआईवी/एड्स की संख्या 21% तक बढ़ सकती है, जबकि PM-JAY राज्यों में 14% है। पुरुषों के लिए समान संकेतक PM-JAY राज्यों में 10% की वृद्धि का सुझाव देते हैं क्योंकि गैर-PM-JAY राज्यों (चित्र 26) में 10% की विरोध के रूप में तेज गिरावट है।

चित्र 26: वयस्कों के बीच एचआईवी/एड्स का ज्ञान (आयु 15-49 वर्ष): सभी राज्य



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 4 और 5

समापन अवलोकन

9.52 जिन राज्यों ने PM-JAY को नहीं अपनाया था, उनकी तुलना में NFHS सर्वेक्षण 4 (2015-16) से 5 (2019-20) के दौरान PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों के बेहतर स्वास्थ्य परिणामों ने प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (PM-JAY) की सफलता के निशान है। PM-JAY को अपनाने के परिणामस्वरूप राज्य स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतर डिलीवरी प्राप्त कर सकते थे, और बेहतर स्वास्थ्य परिणाम, उदाहरण के लिए, शिशु और बाल मृत्यु दर में कमी, स्वास्थ्य बीमा में बेहतर पहुंच, परिवार नियोजन में सुधार और एचआईवी/एड्स के प्रति जागरूकता, इत्यादि के कारण उन राज्यों से बेहतर प्रदर्शन हुआ जिन्होंने PM-JAY को लागू नहीं किया।

अध्याय एक नजर में

- इस अध्याय में भारत सरकार द्वारा 2018 में शुरू किए गए महत्वाकांक्षी कार्यक्रम प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (PM-JAY) के स्वास्थ्य परिणामों पर सशक्त सकारात्मक प्रभावों को दर्शाया गया है। यह योजना सबसे कमजोर वर्गों को स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराने के लिए शुरू की गई थी। प्रोग्राम के शुरू होने के बहुत ही अल्प समय में यह उपलब्धि प्राप्त कर ली गई है
- PM-JAY का डायलिसिस जैसे उच्च माँग वाली स्वास्थ्य देखभाल को कम लागत पर उपलब्ध कराने के लिए सार्थकता से इस्तेमाल किया जा रहा है और कोविड महामारी तथा लॉकडाउन के समय में भी यह सेवा निर्बाधित रूप से उपलब्ध रही है। सामान्य चिकित्सा की माँग जो सबसे प्रमुख अपरिहार्य नैदानिक विशेषज्ञता है और आधे से ज्यादा रोगी जिस के लिए आते हैं, लॉकडाउन के दौरान निम्न स्तर पर जाने के बाद V आकार में सुधार करते हुए दिसंबर 2020 में कोविड-19 के पहले वाले स्तर पर पहुँच गई।
- इस अध्याय में किए गए अंतिम अध्याय में किए गए सबसे महत्वपूर्ण विश्लेषण में डिफरेंस-इन-डिफेंस विश्लेषण पद्धति के माध्यम से PM-JAY के स्वास्थ्य परिणामों पर प्रभाव का आकलन करने का प्रयास किया है। चूँकि PM-JAY को 2018 में कार्यान्वित किया गया तथा राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे 4 (2015-16) में 5 (2019-20) में द्वारा दिए गए स्वास्थ्य संकेतक, इस प्रभाव के मूल्यांकन के लिए पूर्ववर्ती-उत्तरवर्ती आकड़े प्रदान करते हैं। उन विभिन्न संयोजी घटकों के प्रभाव को कम करने के लिए, जो PM-JAY को अपनाए जाने के लिए समकालिक रूप से संबद्ध है, हम PM-JAY को कार्यान्वित करने वाले राज्यों की इसे कार्यान्वित न करने वाले राज्यों से तुलना करके हम डिफरेंस-इन-डिफरेंस पद्धति से आकलन करते हैं। हम ये विश्लेषण दो भागों में करते हैं पहले, हम पश्चिम बंगाल को उस राज्य के तौर पर लेते हैं जिसमें PM-JAY को लागू नहीं किया था और इसकी तुलना PM-JAY को लागू करने वाले पड़ोसी राज्यों बिहार, सिक्किम और असम से करते हैं। दूसरे चरण में हम इसी विश्लेषण को उन सभी राज्यों के लिए दोहराते हैं जिन्होंने PM-JAY का कार्यान्वयन नहीं किया था और उनकी तुलना उन राज्यों से करते हैं जिन्होंने कार्यान्वयन किया था।
- PM-JAY ने स्वास्थ्य बीमा कवरेज में वृद्धि की है। बिहार, असम और सिक्किम बीमा या उनका अनुपात 2015-16 से 2019-20 तक 89: बढ़ गया जबकि पश्चिम बंगाल में सामान्य अवधि के लिए इसमें 12: की कमी देखी गई। सभी राज्यों में से, उन राज्यों में स्वास्थ्य बीमा वाले परिवारों का अनुपात 24: बढ़ गया जिन्होंने PM-JAY को लागू किया था और उन राज्यों में 10: कम हो गया जिन्होंने लागू नहीं किया था। जिन राज्यों ने PM-JAY योजना को लागू नहीं किया वहां 2015-16 से 2019-20 तक शिशु मृत्यु दर में 12: की गिरावट आई। इसी प्रकार, PM-JAY को नहीं अपनाने वाले राज्य ने अपने U-5 मृत्यु दर में 14: का अभाव दिखाया है जबकि PM-JAY को अपनाने वाले राज्यों ने 19: तक की कमी दिखाई है। जबकि PM-JAY अपनाने वाले राज्यों ने PM-JAY नहीं अपनाने वाले राज्यों की तुलना में लगातार दो बच्चों के बीच प्राप्त न करने वाली आवश्यकताओं में 15 और 31: की कमी दिखाई दी है। मां और बच्चे की देखभाल के लिए PM-JAY को लागू करने वाले और नहीं लागू करने वाले राज्यों की विभिन्न मैट्रिक्स में सुधार हुआ है। यह सभी स्वास्थ्य प्रभाव तभी प्रकट होते हैं जब PM-JAY को लागू करने वाले बिहार, सिक्किम और असम की तुलना पश्चिम बंगाल से करते हैं जिसने PM-JAY को लागू नहीं किया था। समग्र रूप से, PM-JAY लागू करने वाले राज्यों में स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न परिणामों को इसे लागू न करने वाले राज्यों पर्याप्त सुधार देखा गया। योजक कार्यों के लिए भिन्नता-मे-भिन्नता नियंत्रण के अनुसार सर्वेक्षण से यह स्पष्ट होता है कि PM-JAY से स्वास्थ्य परिणामों पर सकारात्मक प्रभाव पड़ा है।

REFERENCES

- Amadeo, Kimberly. 2020. "Health Care Inequality in the US." *the balance.com*, November 2. <https://www.thebalance.com/health-care-inequality-facts-types-effect-solution-4174842>.
- Ayanian, J., et al. 2000. "Unmet health needs of uninsured adults in the United States." *JAMA* 284: 2061–2069.
- Besley, Timothy, and Maitreesh Ghatak. 2004. "Public Goods and Economic Development." London School of Economics. <http://econ.lse.ac.uk/staff/mghatak/public.pdf>.
- CNN. 2016. "Thailand eliminates mother-to-child HIV transmission". Retrieved February 5, 2018. <https://edition.cnn.com/2016/06/07/world/thailand-hiv-mother-to-child-transmission-who/index.html>.
- Doubova, S. V., R. Pérez-Cuevas, D. Canning, and M. R. Reich. 2015. "Access to healthcare and financial risk protection for older adults in Mexico: Secondary data analysis of a national survey." *BMJ Open* 5(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007877>.
- Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel A. Lezana, and Felicia Marie Knaul. 2006. "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico." *Lancet* 368(9546): 1524–34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0).
- Ghosh, Abantika. 2016. "National Dialysis Programme: Private participation opens up new vista in healthcare space." *Indian Express*, August 2. <https://indianexpress.com/article/india/india-news-india/national-dialysis-programme-private-participation-opens-up-new-vista-in-healthcare-space-2948818/>.
- Hoffman, C., and J. Paradise. 2008. "Health insurance and access to health care in the United States." *Ann N Y Acad Sci* 1136:149–60. <https://doi: 10.1196/annals.1425.007>.
- Keefer, P. 2007. "Clientelism, credibility, and the policy choices of young democracies." *American Journal of Political Science* 51(4): 804–821.
- Keefer, P., and R. Vlaicu. 2007. "Democracy, credibility, and clientelism." *Journal of Law, Economics, & Organization* 24(2): 371–406.
- NHA. 2019. "Saal Ek Ayushman Anek: AB PM-JAY Annual Report 2018-19." https://pmjay.gov.in/sites/default/files/2019-09/Annual%20Report%20-%20PMJAY%20small%20version_1.pdf.
- Samuelson Paul. 1954. "The Pure Theory of Public Expenditure." *Review of Economics and Statistics* 36, no. 4 (November 1954): 387–389.

Szilagyi, P., et al . 2006. "Improved asthma care after enrolment in the state children's Health Insurance Program in New York." *Pediatrics* 117: 486–496.

UNIDO. 2008. "Public goods for economic development." https://www.unido.org/sites/default/files/2009-02/Public%20goods%20for%20economic%20development_sale_0.pdf.

Urquieta-Salomón, J. E., and H. J. Villarreal. 2016. "Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system." *Health Policy and Planning* 31(1): 28–36. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv015>.

World Bank. 2012. "Thailand: Sustaining Health Protection for All". Archived from the original on September 3, 2012. Retrieved 29 August 2012.