सत्यमेव जयते

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
का
आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना की निष्पादन लेखापरीक्षा पर प्रतिवेदन

SUPREME AUDIT INSTITUTION OF INDIA
लोकहितार्थ सत्यनिष्ठा
Dedicated to Truth in Public Interest

संघ सरकार (सिविल)
राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
2023 की प्रतिवेदन सं. 11
(निष्पादन लेखापरीक्षा)

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक

का

आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना की

निष्पादन लेखापरीक्षा पर प्रतिवेदन

संघ सरकार (सिविल)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

2023 की प्रतिवेदन सं. 11

(निष्पादन लेखापरीक्षा)

संसद में प्रतिवेदन प्रस्तुत किया गयाः

लोक सभाः

राज्य सभाः

विषय सूची

	विवरण	पृष्ठ सं.
	प्राक्कथन	iii
	कार्यकारी सारांश	v-xvi
अध्याय-I	विहंगावलोकन	1
अध्याय-II	लेखापरीक्षा दृष्टिकोण	10
अध्याय-III	लाभार्थी पहचान एवं पंजीकरण	14
अध्याय-IV	अस्पताल नामिकायन एवं प्रबंधन	35
अध्याय-V	दावा प्रबंधन	51
अध्याय-VI	वित्तीय प्रबंधन	88
अध्याय-VII	निगरानी एवं शिकायत निवारण	104
अध्याय-VIII	पीएमजेएवाई में की गई मुख्य पहल	123
अध्याय-IX	सिफारिशें	127
	अनुलग्नक	131-198
	शब्दों एवं संक्षेपाक्षरों की शब्दावली	199-202

प्राक्कथन

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के इस प्रतिवेदन में, सितम्बर 2018 से मार्च 2021 की अवधि को शामिल करते हुए, आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) की निष्पादन लेखापरीक्षा के परिणाम शामिल है।

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के इस प्रतिवेदन को भारत के संविधान के अनुच्छेद 151 के अंतर्गत राष्ट्रपति को प्रस्तुतीकरण हेतु तैयार किया गया है।

यह लेखापरीक्षा भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा जारी लेखापरीक्षा मानकों के अनुसार संचालित की गई है।

कार्यकारी सारांश

आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) को 23 सितम्बर 2018 को प्रमोचित किया गया था।

योजना सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना (एसईसीसी) 2011 के वंचन तथा व्यवसायिक मापदंड पर आधारित जनसंख्या के गरीब तथा अरक्षित वर्ग से 10.74[1] करोड़ से अधिक परिवारों को गौण तथा तृतीयक देखभाल हेतु अस्पताल में भर्ती होने के लिए ₹ पांच लाख प्रति परिवार प्रति वर्ष का स्वास्थ्य कवर प्रदान करने पर लक्षित है। लक्ष्य जनसंख्या के गरीब तथा अरक्षित वर्ग हेतु सामर्थ्य, पहुंच तथा देखभाल की गुणवत्ता का सुधार करना है।

योजना को स्वास्थ्य देखभाल की लागतों के कारण जेब से बाहर के व्यय में पर्याप्त कटौती को प्राप्त करने तथा प्रलयंकर स्वास्थ्य व्ययों एवं परिणामी दरिद्रता का अनुभव कर रहे परिवारों के अनुपात में कटौती प्राप्त करने हेतु प्रारम्भ किया गया है। पात्र लाभार्थी नामिकागत अस्पतालों में सेवाओं तक नकदरहित तथा कागज रहित पहुँच हेतु एबी पीएमजेएवाई के अंतर्गत हकदार है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि पीएमजेएवाई योजना, देश में सबसे अरक्षित वर्गों को स्वास्थ्य देखभाल पहुंच प्रदान करने हेतु एक महत्वाकांक्षी तथा सुविचारित कार्यक्रम, का समाज के आर्थिक रूप से कमज़ोर वर्गों, जिन्हें स्वास्थ्य सुविधाओं की आवश्यकता है, पर एक दृढ़ सकारात्मक प्रभाव पड़ा है। तथापि, योजना के कार्यान्वयन को इस प्रतिवेदन में प्रस्तुत निष्कर्षों को ध्यान में रखते हुए सुधार की आवश्यकता है। यह प्रत्याशा की गई है कि इस प्रतिवेदन में की गई अभ्युक्तियां तथा सिफारिशें योजना के कार्यान्वयन में सुधार करने में सहायता करेगी।

जांच के प्रत्येक केंद्र बिंदु क्षेत्र में मुख्य निष्कर्ष निम्नानुसार प्रदान किए गए हैं:

---

[1] जीओआई ने एनएफएसए डाटा केआधार पर 12 करोड़ परिवारों को शामिल करने हेतु लाभार्थी आधार के विस्तार को अनुमोदित (जनवरी 2022) किया है।

लाभार्थी की पहचान तथा पंजीकरण

एनएचए अभिलेखों के अनुसार 7.87 करोड़ लाभार्थी परिवार पंजीकृत किए गए थे जो 10.74 करोड़ लक्षित परिवारों का 73 *प्रतिशत* था (नवम्बर 2022)। इसमें से 2.08 करोड़ परिवारों की एसईसीसी 2011 डाटाबेस से पहचान की गई थी, जैसी योजना दिशानिर्देशों में अभिकल्पना की गई थी। उत्तर में, एनएचए ने बताया कि भारत सरकार (जीओआई) ने एनएफएसए डाटा के आधार पर 12 करोड़ परिवारों को शामिल करने हेतु लाभार्थी आधार के विस्तार को अनुमोदित (जनवरी 2022) किया है।

(पैराग्राफ 3.2, पृष्ठ सं. 16)

मैच कॉन्फिडेंस स्कोर, जिसे लाभार्थी पंजीकरण की ऑनलाईन प्रणाली, पात्र लाभार्थियों की एसईसीटी सूची के साथ लाभार्थी के दस्तावेजों के मिलान के आधार पर उत्पन्न करती है, अप्रभावी प्रस्तुत हुई है क्योंकि पंजीकरण हेतु आवेदनों का मैच कॉन्फिडेंस स्कोर के साथ विचार किए बिना स्वीकृत या रद्द किया गया था। डाटा विश्लेषण ने प्रकट किया कि मैच कॉन्फिडेंस स्कोर को एक व्यक्ति के पंजीकरण की अनुमोदन/अस्वीकृति प्रक्रिया के दौरान लागू नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 3.4, पृष्ठ सं. 19)

पर्याप्त अधिप्रमाणन नियंत्रणों के अभाव में लाभार्थी डाटाबेस में त्रुटियां अर्थात् अमान्य नाम, अवास्तविक जन्म तिथि, दोहरी पीएमजेएवाई आईडी, एक परिवार में परिवार के सदस्यों का अवास्तविक आकार आदि पाई गई थीं। 36 मामलों में, दो पंजीकरण 18 आधार नम्बरों के सापेक्ष में किए गए थे तथा **तमिलनाडु** में 4,761 पंजीकरण सात आधार नम्बरों के सापेक्ष में किए गये थे। वही या अवैध मोबाईल नम्बर के सापेक्ष कई लाभार्थियों का पंजीकरण लाभार्थी पहचान प्रणाली (बीआईएस) में 11 से 7,49,820 लाभार्थी के बीच पाया गया था। **जम्मू एवं कश्मीर** तथा **लद्दाख** में, 2018 से 2021 की अवधि के दौरान एसएचए द्वारा एसईसीसी डाटा को शुद्धि करने के पश्चात् क्रमश: 16,856 तथा 335 अयोग्य लाभार्थियों की पहचान की गई थी।

(पैराग्राफ 3.6.1 से 3.6.5, पृष्ठ सं. 22 से 28)

छः राज्यों/यूटी में, अयोग्य परिवारों को पीएमजेएवाई लाभार्थियों के रूप में पंजीकृत पाया गया था तथा उन्होंने योजना के लाभ उठाए थे। इन अयोग्य लाभार्थियों पर व्यय **चण्डीगढ़** में ₹ 0.12 लाख से **तमिलनाडु** में ₹ 22.44 करोड़ के बीच था।

(पैराग्राफ 3.7, पष्ठ सं. 28)

नौ राज्यों/यूटी में, अस्वीकृत मामलों को संसाधित करने में विलम्ब था। विलम्ब एक से 404 दिनों के बीच था।

(पैराग्राफ 3.8, पृष्ठ सं. 29)

सात राज्यों/यूटी में, सूचना, शिक्षा तथा संचार (आईईसी) प्रकोष्ठ का गठन किया गया था। 12 राज्यों/यूटी में आईईसी प्रकोष्ठ का गठन नहीं किया गया था जबकि शेष राज्यों में कोई सूचना उपलब्ध नहीं थी। आईईसी योजना केवल चार राज्यों**,** **छत्तीसगढ़**, **मध्यप्रदेश**, **मणिपुर** तथा **राजस्थान** में तैयार की गई थी। **महाराष्ट्र** में हालांकि योजना 2020-21 में तैयार की गई थी परंतु इसे कार्यान्वित नहीं किया गया था।

14 राज्यों/यूटी में**,** आईईसी गतिविधियों पर व्यय 25 *प्रतिशत* के निर्धारित मानक के सापेक्ष में आबंटित बजट के 0 से 20.24 *प्रतिशत* के बीच था।

(पैराग्राफ 3.9, पृष्ठ सं. 30)

अस्पताल नामिकायन तथा प्रबंधन

कई राज्यों/यूटी में अवसंरचना, उपकरण, डॉक्टरों आदि की कमी थी। उपलब्ध उपकरण गैर-कार्यात्मक पाए गए थे। कुछ नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं (ईएचसीपी) ने न तो सहायता प्रणाली तथा अवसंरचना के न्यूनतम मानदण्ड को पूरा किया था और न ही दिशा-निर्देशों के अंतर्गत निर्धारित गुणवत्ता मानकों तथा मानदण्डों का अनुपालन किया था।

कई राज्यों/यूटी में, अस्पतालों के नामिकायन हेतु अवसंरचना, अग्नि सुरक्षा उपायों, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन, प्रदूषण नियंत्रण तथा अस्पताल पंजीकरण प्रमाण-पत्र से संबंधित अनिवार्य अनुपालन मापदण्ड का पूर्ण रूप से अनुपालन नहीं किया गया था। कुछ

ईएचसीपी में, अग्नि सुरक्षा प्रमाण-पत्र पीएमजेएवाई के अधीन नामिकायन से पूर्व ही समाप्त हो चुका था।

कुछ ईएचसीपी ने निर्धारित गुणवत्ता मानकों तथा मानदण्डों का अनुपालन नहीं किया था जो देखभाल में लाभार्थियों की सुरक्षा एवं सेहत हेतु महत्वपूर्ण थे तथा वे नामिकायन हेतु अनिवार्य न्यूनतम शर्तें थीं।

(पैराग्राफ 4.2.1 तथा 4.2.2, पृष्ठ सं. 37 तथा 38)

नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (ईएचसीपी) प्रति लाख लाभार्थी की उपलब्धता **असम** (3.4), **दादरा नगर हवेली दमन दीव** (3.6), **महाराष्ट्र** (3), राजस्थान (3.8) तथा **उत्तर प्रदेश** (5) आदि राज्यों/यूटी में काफी कम थी। आगे, ईएचसीपी प्रति एक लाख लाभार्थी की उपलब्धता **बिहार** में 1.8 ईएचसीपी से **गोवा** में 26.6 ईएचसीपी के बीच थी।

(पैराग्राफ 4.3, पृष्ठ सं. 38)

मणिपुर (17), **त्रिपुरा** (103) तथा **उत्तराखण्ड** (43) में 163 ईएचसीपी के नामिकायन से पूर्व जिला नामिकायन समिति (डीईसी) द्वारा भौतिक सत्यापन नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 4.4, पष्ठ सं. 39)

झारखण्ड में, दो निजी ईएचसीपी पीएमजेएवाई के अंतर्गत तीन स्पेशिलिटी सेवाएं प्रदान नहीं कर रहे थे जो कि अन्यथा आम जनता के लिए उपलब्ध थी। **असम** में 13 ईएचसीपी पीएमजेएवाई लाभार्थियों हेतु 4 से 80 *प्रतिशत* उपलब्ध सुविधाएं प्रदान नहीं कर रहे थे। चार राज्यों/यूटी में ईएचसीपी में स्पेशिलिटी की कमी पाई गई थी।

(***पैराग्राफ 4.5, 4.5.1, पृष्ठ सं. 40 तथा 41)***

पांच राज्यों, **असम** (18), **छत्तीसगढ़** (65), **गुजरात** (20), **झारखण्ड** (80) तथा **मणिपुर** (15) में ईएचसीपी ने लाभार्थियों का गैर-नामिकागत स्पेशिलिटी हेतु उपचार किया।

(पैराग्राफ 4.6, पृष्ठ सं. 43)

आन्ध्र प्रदेश (524 ईएचसीपी), **झारखण्ड** (59 ईएचसीपी), **पंजाब** (5 ईएचसीपी), **तमिलनाडु** (19 ईएचसीपी) तथा **उत्तर प्रदेश** (40 ईएचसीपी) में ईएचसीपी द्वारा कोई उपचार प्रदान नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 4.7, पृष्ठ सं. 44)

14 राज्यों/यूटी में, 2,733 अस्पतालों का एक दिन से 44 महीनों से अधिक के बीच की अवधि के विलम्ब से नामिकायन किया गया था। आगे, छः राज्यों में 418 अस्पतालों का नामिकायन 2 दिनों से 29 महीनों के बीच के विलम्ब के साथ प्रक्रियाधीन था।

(पैराग्राफ 4.8, पृष्ठ सं. 45)

हिमाचल प्रदेश (50), **जम्मू एवं कश्मीर** (459), **झारखण्ड** (36) तथा **मेघालय** (13,418) में लाभार्थियों से नामिकागत ईएचसीपी में उनके उपचार हेतु शुल्क लिया गया था जिसका परिणाम लाभार्थियों के जेब से बाहर व्यय में वृद्धि में हुआ।

(पैराग्राफ 4.9, पृष्ठ स. 47)

बिहार में, अनन्या मेमोरियल अस्पताल के नामिकायन को 30 अगस्त 2019 को निलम्बित किया गया था परंतु कुल ₹ 67,900 के 12 दावों का 2018-20 के दौरान निपटान किया गया था। एसएचए ने अस्पताल को अदा किए गए दावों की अनिवार्य जांच नहीं की थी। **झारखण्ड** में, पांच पैनल से हटाए गए ईएचसीपी ने 1,777 रोगियों का उपचार किया तथा ₹ 1.37 करोड़ की राशि का दावा प्राप्त किया। 11 राज्यों में 241 अस्पतालों को या तो स्वैच्छिक रूप से या फिर निम्न-निष्पादन तथा ईएचसीपी में पाए गए कदाचार के कारण पैनल से हटाया गया था।

(पैराग्राफ 4.10, पष्ठ सं. 48)

झारखण्ड में, आठ ईएचसीपी का एसएचए द्वारा अलग पहचान के साथ दो बार नामिकायन किया गया था जबकि ईएचसीपी की अवस्थिति वही थी। **तमिलनाडु** में, 57 नामिकागत सरकारी/निजी ईएचसीपी को दो या अधिक अनोखा आईडी आबंटित की गई थी।

(पैराग्राफ 4.11, पृष्ठ सं. 50)

दावा प्रबंधन

नवम्बर 2022 तक ₹ 42,433.57 करोड़ की राशि के 3.57 करोड़ दावों का निपटान किया गया था। इनमें से ₹ 22619.86 करोड़ (53.30 प्रतिशत) की राशि के दावे छः ब्राउनफील्ड राज्यों अर्थात् आन्ध्र प्रदेश, अरूणाचल प्रदेश, राजस्थान, कर्नाटक, महाराष्ट्र तथा तमिलनाडु से संबंधित थे। ये राज्य दावों को संसाधित करने के लिए अपने स्वयं के आईटी प्लेटफार्म का उपयोग करते हैं तथा बाद में एप्लीकेशन प्रोग्रामिंग इंटरफेस (एपीआई) के माध्यम से पीएमजेएवाई के लेन-देन प्रबंधन प्रणाली में डालते हैं। ऐसे मामलों में पीएमजेएवाई लाभार्थियों के पृथक्करण के बिना पीएमजेएवाई के राज्य विशिष्ट योजना के साथ अधिव्यापन की संभावना है।

(पैराग्राफ 5.1.1, पृष्ठ सं. 52)

डाटा विश्लेषण ने प्रकट किया कि 39.57 लाख दावों में पूर्व-प्राधिकरण के अनुमोदन में 12 घण्टों के विनिर्दिष्ट से अधिक समय लगा।

(पैराग्राफ 5.1.3, पृष्ठ सं. 53)

चार राज्यों में, ईएचसीपी को ₹ 57.53 करोड़ की राशि का अधिक भुगतान किया गया था।

(पैराग्राफ 5.2, पृष्ठ सं. 54)

कई राज्यों/यूटी में,पीएमजेएवाई से प्राप्त राजस्व का सार्वजनिक/सरकारी अस्पतालों द्वारा पीएमजेएवाई योजना के अंतर्गत परिभाषित उद्देश्य हेतु उपयोग नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 5.3, पृष्ठ सं. 55)

आन्ध्र प्रदेश एवं **पंजाब** में निजी अस्पताल सार्वजनिक अस्पतालों हेतु आरक्षित प्रक्रियाओं को निष्पादित कर रहे थे।

(पैराग्राफ 5.4, पृष्ठ सं. 61)

छः राज्यों/यूटी में, अस्पतालों द्वारा दावों के प्रस्तुतीकरण में विलम्ब था तथा अस्पतालों को बिना किसी जुर्माने के भुगतान किया गया और यहाँ तक कि इन अस्पतालों को अस्वीकार्य भुगतान भी किए गए थे।

(पैराग्राफ 5.5, पृष्ठ सं. 62)

गुजरात तथा **उत्तराखण्ड** में, मृत्यु के मामले में एसएचए द्वारा मृत्यु सार प्राप्त किए बिना तथा मृत्यु दर लेखापरीक्षा रिपोर्ट प्राप्त किए बिना भुगतान किए गए थे।

(पैराग्राफ 5.6, पृष्ठ सं. 64)

ग्यारह राज्यों/यूटी में, अपर्याप्त अधिप्रमाणन जांच जैसे कि पूर्व-प्राधिकरण से पहले दाखिला, योजना के प्रारम्भ से पहले लेन-देन, रोगी की छुट्टी के बाद सर्जरी, दावों के प्रस्तुतीकरण से पूर्व भुगतान, अनुपलब्धता/अमान्य तिथियां तथा अन्य प्रविष्टियां आदि पाई गई थीं।

(पैराग्राफ 5.7, पृष्ठ सं. 65)

आन्ध्र प्रदेश, **अरूणाचल प्रदेश**, **राजस्थान**, **कर्नाटक**, **महाराष्ट्र** तथा **तमिलनाडु** में राज्य विशिष्ट आईटी प्लेटफॉम द्वारा डाटा के अनुरक्षण हेतु सामान्य फॉर्मेट का उपयोग नहीं किया गया था। इन रोगी आईडी के मास्टर डाटा का अनुरक्षण नहीं किया जा रहा था तथा एनएचए में उपलब्ध नहीं था। मास्टर डाटा (लाभार्थी पहचान प्रणाली या अन्यथा में) के अभाव में लेखापरीक्षा यह निर्धारण नहीं कर सकी कि इन राज्यों में योजना के निबंधन एवं शर्तों को कैसे निगरानी की जा रही थी, साथ ही एनएचए में कैसे सुनिश्चित किया जा रहा था।

(पैराग्राफ 5.8.1, पृष्ठ सं. 70)

लेन-देन प्रबंधन प्रणाली (टीएमएस)/राज्य विशिष्ट आईटी प्लेटफॉर्म के माध्यम से दर्ज डाटा पर अपर्याप्त पूर्व-अधिप्रमाणन नियंत्रण पाया गया था। कई विसंगतियां जैसे कि प्रवेश/पूर्व-प्राधिकरण/दावा संसाधन की अमान्य तिथियां, रोगी की अस्पताल से छुट्टी की तिथि के बाद सर्जरी की तिथि, रोगी के आयु कॉलम में अमान्य/शून्य प्रविष्टियां पाई गई थीं। कुछ मामले में, अस्पताल से छुट्टी की तिथि प्रवेश की तिथि से पहले थी। टीएमएस ने कई मामलों में 'मृत' के रूप में दर्शाए गए लाभार्थी के उपचार के पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध को अनुमत किया।

(पैराग्राफ 5.8.2.1 से 5.8.2.10, पृष्ठ सं. 72 से 83)

वित्तीय प्रबंधन

दिशा-निर्देशों के उल्लंघन में, एनएचए ने 2018-21 के दौरान एसएचए **छत्तीसगढ़** को तीन भिन्न बैंक खातों में ₹ 280.20 करोड़ ₹ 217.60 करोड़ तथा ₹ 112.62 करोड़ अनुदान जारी किया।

(पैराग्राफ 6.3.1, पृष्ठ सं. 92)

तीन राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरणों (एसएचए) **छत्तीसगढ़**, **पंजाब** तथा **उत्तराखण्ड** ने पीएमजेएवाई तथा राज्य प्रायोजित योजना हेतु पृथक एस्क्रो खाते का अनुरक्षण नहीं किया था। दोनों योजनाओं का संयुक्त खाते के माध्यम से प्रचालित किया गया था।

(पैराग्राफ 6.3.2, पृष्ठ सं. 92)

2018-19 के दौरान, एनएचए ने संबंधित राज्यों द्वारा अग्रिम शेयर के निर्गमन को सुनिश्चित किए बिना आठ राज्यों को ₹ 185.60 करोड़ की राशि का अनुदान जारी किया।

(पैराग्राफ 6.3.3, पृष्ठ सं. 93)

एनएचए ने पिछले वर्ष के शेषों तथा अग्रिम शेयर पर विचार किए बिना **आन्ध्र प्रदेश** (₹ 8.37 करोड़) तथा **मिजोरम** (₹ 10.86 करोड़) का अधिक अनुदान जारी किया।

(पैराग्राफ 6.4.1 तथा 6.4.2, पृष्ठ सं. 94 तथा 95)

झारखण्ड में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) को सम्मिलित करते हुए पीएमजेएवाई को सितम्बर 2018 में प्रमोचित किया गया था परंतु ₹ 96.63 करोड़ अभी भी आरएसबीवाई निधि में पड़ा है।

(पैराग्राफ 6.4.3, पृष्ठ सं. 96)

एनएचए ने एसएचए पुदुचेरी तथा पंजाब को संबंधित राज्य/यूटी में योजना के कार्यान्वयन से पूर्व ₹ 3.76 करोड़ की राशि का अनुदान जारी किया। इसका परिणाम चार से नौ महीनों के बीच की अवधि के लिए अनुदानों की परिहार्य पार्किंग में हुआ।

(पैराग्राफ 6.4.4, पृष्ठ सं. 96)

सात एसएचए ने ₹ 50.61 करोड़ के अनुदान का एक शीर्ष से दूसरे शीर्ष को विपथन किया।

(पैराग्राफ 6.5, पृष्ठ सं. 97)

20 एसएचए में ₹ 98.98 करोड़, ₹ 128.13 करोड़ तथा ₹ 139.67 करोड़ का प्रशासनिक अनुदान क्रमश: 2018-19, 2019-20 तथा 2020-21 की समाप्ति पर अव्ययित रहा।

(पैराग्राफ 6.6, पृष्ठ सं. 97)

10 एसएचए ने अव्ययित अनुदानों पर उनके द्वारा अर्जित ₹ 22.17 करोड़ के ब्याज का एनएचए को प्रेषण नहीं किया था।

(पैराग्राफ 6.7, पृष्ठ सं. 98)

छ: राज्यों/यूटी में, ₹ 458.19 करोड़ बीमा कम्पनियों से वसूली योग्य थे।

(पैराग्राफ 6.8, पृष्ठ सं. 99)

पश्चिम बंगाल राज्य जनवरी 2019 में पीएमजेएवाई से हट गया था परंतु एनएचए को ₹ 31.28 करोड़ वापस नहीं किए थे।

(पैराग्राफ 6.9, पृष्ठ सं. 99)

18 एसएचए ने 2018-21 के दौरान लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी के बिना ₹ 4115.35 करोड़ की राशि के 212 उपयोग प्रमाण-पत्र (यूसी) प्रस्तुत किए। इन 18 एसएचए में से सात एसएचए ने सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर के बिना यूसी प्रस्तुत किए। छ: एसएचए में ₹ 38.24 करोड़ की राशि के बढ़ाए गए उपयोग प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किए।

(पैराग्राफ 6.10, पृष्ठ सं. 100)

पीएफएमएस के माध्यम से व्यय प्रवाह पता लगाने हेतु भारत सरकार के अनुदेशों का एनएचए तथा एसएचए द्वारा पूर्ण रूप से अनुपालन नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 6.11, पृष्ठ सं. 102)

निगरानी तथा शिकायत निवारण

पांच राज्यों/यूटी में, एसएचए द्वारा जिला कार्यान्वयन इकाइयों (डीआईयू) का गठन नहीं किया गया था। **त्रिपुरा** में, डीआईयू का केवल पांच जिलों में गठन किया गया था।

(पैराग्राफ 7.2 पृष्ठ सं. 105)

22 राज्यों/यूटी में, एसएचए तथा डीआईयू में विभिन्न पदों पर जनशक्ति की कमी पाई गई थी।

(पैराग्राफ 7.3.1, पृष्ठ सं. 105)

तीन राज्यों/यूटी में, शिकायत निवारण समितियों (एसजीआरसी) का लगभग एक वर्ष तक के विलम्ब से गठन किया गया था। **पंजाब** में, सदस्यों का प्रतिनिधित्व नहीं किया गया था जैसा कि शिकायत निवारण दिशा-निर्देशों के तहत अपेक्षित था। **राजस्थान** में, एसजीआरसी के गठन तथा कार्य से संबंधित अभिलेख लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराए गए थे। **पुदुचेरी** में, एसजीआरसी का अपेक्षित जन-शक्ति के साथ गठन नहीं किया गया है।

(पैराग्राफ 7.4.1 (ए), पृष्ठ सं. 107)

छत्तीसगढ़ तथा **मणिपुर** में, जिला शिकायत निवारण समितियों (डीजीआरसी) का कुछ जिलों में गठन नहीं किया गया है। **झारखण्ड** में, डीजीआरसी का विलम्ब से गठन किया गया है। **लद्दाख** तथा **मध्यप्रदेश** में डीजीआरसी का गठन ही नहीं किया गया था। **पंजाब** में, मुख्य कार्यकारी अधिकारी या जिला विकास अधिकारी या अपर उपायुक्त/*जिला पंचायत* में प्रभारी अपर जिलाधीश (विकास) को डीजीआरसी में नामित नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 7.4.1 (बी), पृष्ठ सं. 108)

पांच राज्यों/यूटी में, राज्य शिकायत निवारण समिति (एसजीआरसी) की कोई बैठक नहीं हुई थी जबकि **पंजाब** तथा **झारखण्ड** में निर्धारित संख्या से कम बैठकों का आयोजन किया गया था।

(पैराग्राफ 7.4.2 (ए), पृष्ठ सं. 109)

छ: राज्यों/यूटी में, डीजीआरसी की कोई बैठक नहीं हुई थी जबकि तीन राज्यों में डीजीआरसी की बैठकों में 53 से 100 *प्रतिशत* तक की कमी थी।

(पैराग्राफ 7.4.2 (बी), पृष्ठ सं. 109)

37,903 शिकायतों में से केवल 3,718 शिकायतों (9.80 *प्रतिशत*) का प्रतिवर्तन काल के भीतर निवारण किया गया था तथा 33,100 शिकायतों (87.33 *प्रतिशत*) का प्रतिवर्तन काल के बाद निवारण किया गया था जबकि 1,085 शिकायतें निवारण हेतु प्रक्रियाधीन थी।

(पैराग्राफ 7.5.1 (i), पृष्ठ सं. 110)

प्राप्त 1,111 अपीलों में से 593 अपीलों (53.38 *प्रतिशत*) का प्रतिवर्तन काल के बाद समाधान किया गया था।

(पैराग्राफ 7.5.1 (ii), पृष्ठ सं. 111)

प्राप्त 40 शिकायतों में से एसएचए **छत्तीसगढ़** ने किसी भी शिकायत का निवारण नहीं किया था। छ: राज्यों में 582 शिकायतें निपटान हेतु प्रक्रियाधीन थीं। प्रतिवर्तन काल (टीएटी) के भीतर तथा टीएटी के बाद शिकायतों के निवारण से संबंधित डाटा 09 राज्यों/यूटी द्वारा उपलब्ध नहीं कराया गया था।

(पैराग्राफ 7.5.2, पृष्ठ सं. 111)

अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह में पीएमजेएवाई के अंतर्गत राज्य स्तर पर शिकायतों का निपटान करने हेतु नोडल अधिकारी को नामित नहीं किया गया है।

(पैराग्राफ 7.6 पृष्ठ सं. 112)

चार राज्यों/यूटी में, धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ,आठ राज्यों/यूटी में दावा समीक्षा समितियों तथा 11 राज्यों/यूटी में मृत्यु दर एवं रुग्णता समीक्षा समितियों का गठन नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 7.7, पृष्ठ सं. 113)

तीन राज्यों/यूटी **बिहार**, **चण्डीगढ़** तथा **उत्तर प्रदेश** ने धोखाधड़ी रोधी जागरूकता गतिविधियों का नियोजन/संचालन नहीं किया था।

(पैराग्राफ 7.8 पृष्ठ सं. 115)

असम (01 अस्पताल) तथा **झारखण्ड** (12 अस्पतालों) में कदाचार में शामिल थे फिर भी इन अस्पतालों के विरूद्ध कोई कार्रवाई नहीं की गई थी।

(पैराग्राफ 7.9.1, पृष्ठ सं. 115)

सात राज्यों/यूटी ने पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन में शामिल किसी भी हितधारक के विरूद्ध भ्रष्टाचार, चिकित्सा एवं गैर-चिकित्सीय धोखाधड़ी आदि के किसी भी आरोप के खुलासे से संबंधित प्राप्त शिकायतों हेतु व्हिसल ब्लोअर पॉलिसी को नहीं अपनाया था।

(पैराग्राफ 7.10, पृष्ठ सं. 116)

22 राज्यों/यूटी में या तो लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई थी या फिर कम संख्या में संचालित की गई थी।

(पैराग्राफ 7.11, पृष्ठ सं. 116)

नौ राज्यों/यूटी में 100 अस्पतालों से ₹ 12.32 करोड़ की राशि का जुर्माना लंबित था। एचएचए जम्मू एवं कश्मीर तथा लद्दाख विभिन्न गतिविधियों के गैर-निष्पादन हेतु बीमाकर्ता पर क्रमशः कुल ₹ 20.93 करोड़ तथा ₹ 39.66 लाख की राशि के जुर्माने उद्ग्रहण करने में विफल रहे।

(पैराग्राफ 7.12, पृष्ठ सं. 120)

दो राज्यों **हिमाचल प्रदेश** तथा **तमिलनाडु** में पीएमएएम का बार-बार आवर्तन नहीं किया गया था।

(पैराग्राफ 7.13, पृष्ठ सं. 122)

पीएमजेएवाई में की गई मुख्य पहल **अध्याय-VIII** में दिया गया है। इनमें एनएचए आईटी प्लेटफार्म पर ईएसआईसी एवं सीएपीएफ, भवन एवं अन्य निर्माण श्रमिकों हेतु मुख्य बीमा योजनाओं एवं कार्यक्रमों को अभिसरण करने के लिए कार्यक्रम का प्रमोचन करना, पीवीसी गुणवत्ता कार्ड जारी करना आदि शामिल हैं।

(अध्याय-VIII, पृष्ठ सं. 123)

अध्याय

I

विहंगावलोकन

1.1 प्रस्तावना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 में अनुशंसित सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करने के लिए 23 सितम्बर 2018 को प्रमोचित हुई आयुष्मान भारत, भारत सरकार की एक स्वास्थ्य योजना है जो सभी आयु के सभी व्यक्तियों के लिए स्वास्थ्य एवं कल्याण के उच्चतम संभव स्तर की प्राप्ति की परिकल्पना करती है।

10.74[1] करोड़ से अधिक परिवारों के लिए यह योजना सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना, 2011 (एसईसीसी-2011) के वंचन और व्यावसायिक मानदंडों के आधार पर क्रमशः ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में शुरू की गई है। योजना का उद्देश्य गरीब एवं अरक्षित आबादी के जेब-खर्च में कमी करना है।

आयुष्मान भारत में दो परस्पर संबंधित घटक शामिल हैं, जो हैं;

i. स्वास्थ्य एवं आरोग्य केन्द्र (एचडब्ल्यूसी)

आयुष्मान भारत का प्रथम घटक व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीपीएचसी) उपलब्ध कराने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी)/उप-केन्द्रों (एससी) को परिवर्तित करते हुए स्वास्थ्य एवं आरोग्य केन्द्रों (एचडब्ल्यूसी) का सृजन है। एचडब्ल्यूसी आरोग्य एवं स्वास्थ्य संवर्धन पर ध्यान देने, दवाओं एवं निदानों को समुदाय के निकट पहुंचाने सहित एक विस्तृत सीमा में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को उपलब्ध कराने पर केन्द्रित करने में सक्षम होंगे।

इसका उद्देश्य दिसम्बर 2022 तक 1,50,000 एचडब्ल्यूसी स्थापित करना है ताकि सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज को सुगम बनाया जाए तथा जेब-खर्च को कम किया जा सके। 30 नवम्बर 2022 तक, 1,31,150 एचडब्ल्यूसी कार्यात्मक थे।

---

[1] जनवरी 2022 में जीओआई ने राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम (एनएफएसए) डाटा के आधार पर लाभार्थी आधार का 12 करोड़ परिवारों तक विस्तारण को अनुमोदित किया।

ii प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाई)

आयुष्मान भारत-प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाई) का द्वितीय घटक प्रतिवर्ष प्रत्येक परिवार को द्वितीय एवं तृतीय देखभाल वाली अस्पताल में भर्ती सेवाओं के लिए ₹ पांच लाख तक कवर करते हुए स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करता है। पीएमजेएवाई, सेवा के बिन्दु पर लाभार्थियों को नकद रहित व कागजरहित सेवाओं के लिए पहुंच उपलब्ध कराता है।

परिवारों का समावेश क्रमशः ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के लिए वंचन एवं व्यावसायिक मानदण्ड की सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना 2011 (एसईसीसी-2011) पर आधारित है। इस संख्या में वे परिवार भी शामिल हैं जो राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) में शामिल थे लेकिन एसईसीसी-2011 डाटाबेस का हिस्सा नहीं बने।

यद्यपि पीएमजेएवाई परिवारों की पात्रता के आधार के रूप में एसईसीसी का उपयोग करता है, फिर भी, कई राज्य पहले से हीं अपनी स्वयं की स्वास्थ्य बीमा योजानाओं को कार्यान्वित कर रहे हैं। राज्यों को पीएमजेएवाई हेतु अपने स्वयं के डाटाबेस का उपयोग करने के लिए लचीलापन प्रदान किया गया है। फिर भी, उन्हें सुनिश्चित करना है कि एसईसीसी डाटाबेस पर आधारित सभी पात्र परिवारों को आवश्यक रूप से शामिल किया गया है। पीएमजेएवाई हेतु लाभार्थी पात्रता का विवरण **अनुलग्नक-1.1** में दिया गया है।

यह प्रतिवेदन आयुष्मान भारत के घटक प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना के कार्यान्वयन से संबंधित विभिन्न मुद्दों की जांच करता है।

1.2 पीएमजेएवाई में आरएसबीवाई को शामिल करना

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तक राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना[2] (आरएसबीवाई) के परिवर्तन हेतु गठित सचिवों की एक समिति ने कैबिनेट सचिव को अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की (दिसम्बर 2014) तथा आरएसबीवाई के कार्यान्वयन में कई कमियां जैसे कि राज्य सरकारों की अपर्याप्त भागीदारी, डाटाबेस में एकरूपता की कमी, योजना की

[2] असंगठित श्रमिकों एवं बीपीएल जनसंख्या को पांच सदस्यों के लिए फेमिली फ्लोटर आधार पर ₹ 30,000 प्रतिवर्ष नकद रहित स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने वाली एक केन्द्र प्रायोजित योजना।

निगरानी हेतु कोई संकेतक नहीं, अभिप्रेत लाभार्थियों के बीच योजना के बारे में जागरूकता की कमी, योजना के अंतर्गत मुख्य लक्षित जनसंख्या का गैर-नामांकन तथा लाभार्थियों के स्वास्थ्य व्यय पर उनकी आय से अधिक वृद्धि आदि उल्लिखित किए। स्वास्थ्य प्रणाली में आरएसबीवाई को एकीकृत करने तथा उसे भारत सरकार की व्यापक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टि का एक हिस्सा बनाने के लिए, आरएसबीवाई को 1 अप्रैल 2015 से **"**जैसा है जहां है**"** के आधार पर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (मंत्रालय) को अंतरित कर दिया गया।

आरएसबीवाई की कमियों को ध्यान में रखते हुए, कैबिनेट ने आयुष्मान भारत राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन जिसे अब आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) के रूप में जाना जाता है, के प्रमोचन को अनुमोदित किया (मार्च 2018)। पीएसजेएवाई देशभर में 23 सितम्बर 2018 को प्रमोचित की गई।

1.3 पीएमजेएवाई की मुख्य विशेषताएं

पीएमजेएवाई की मुख्य विशेषताओं का विवरण **तालिका-1.1** में दिया गया है।

तालिका-1.1: पीएमजेएवाई की मुख्य विशेषताएं

सार्वजनिक एवं नामिकागत निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के नेटवर्क के माध्यम से अस्पताल में भर्ती होने पर द्वितीयक एवं तृतीयक देखभाल हेतु परिवार को फेमिली फ्लोटर के आधार पर प्रत्येक परिवार को प्रतिवर्ष ₹ 5 लाख तक का स्वास्थ्य कवर।
अस्पताल में भर्ती होने के समय लाभार्थी के लिए नकद रहित एवं कागजरहित उपचार, पैसे की कोई आवश्यकता नहीं है।
परिवार में लोगों की संख्या आयु या लिंग के लिए कोई सीमा नहीं। पंजीकृत लाभार्थी के आश्रित अपनी/अपने कार्ड पर लाभ उठा सकते हैं।
अस्पताल में भर्ती होने के पूर्व तीन दिन तथा दवाओं, अनुवर्ती परामर्श और निदान सहित अस्पताल में भर्ती होने के बाद 15 दिनों के खर्चों का कवरेज।
लाभ देश भर में सुवाह्य हैं। लाभार्थी अपनी/अपने गृह राज्य के परे किसी भी राज्य से एबी-पीएमजेएवाई का लाभ नामिकागत अस्पतालों में उठा सकते हैं।
स्वास्थ्य लाभ पैकेज-1.0 में 1,393 क्रियाविधियों का समावेश। एचबीपी-2.0 दिसंबर 2019 में निर्गत। वर्तमान में 27 स्पेशिलिटी सहित 1949 क्रियाविधियां शामिल हैं (अप्रैल 2022)।

कोविड-2019 मरीजों का इलाज भी आयुष्मान भारत के अन्तर्गत 04 अप्रैल 2020 से शामिल किया गया था।

1.4 संस्थागत संरचना

21 मार्च 2018 को केन्द्रीय मंत्रिमंडल ने आयुष्मान भारत राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन को अनुमोदित किया तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य अभिकरण का 23 मई 2018 को सोसायटी पंजीकरण अधिनियम, 1860 के अधीन एक सोसायटी के रूप में स्थापित किया।

सितम्बर 2018 में मिशन का आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाई) के रूप में पुनः नामकरण किया गया। 2 जनवरी 2019 को केन्द्रीय मंत्रिमंडल ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत राष्ट्रीय स्वास्थ्य अभिकरण (एनएचए) को एक स्वायत्त निकाय के रूप में राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण के पुनर्निर्माण को अनुमोदित किया। इस पुनर्निर्माण के साथ राष्ट्रीय स्वास्थ्य अभिकरण जिसने एक पंजीकृत सोसायटी के रूप में कार्य किया जिसका विघटित किया गया तथा उसकी वस्तु-स्थिति को एक प्राधिकरण के रूप में आगे बढ़ाया गया। एनएचए को पूर्ण स्वायत्तता, जवाबदेही तथा कुशल, प्रभावी एवं पारदर्शी निर्णय लेने की प्रक्रिया के माध्यम से पीएमजेएवाई को कार्यान्वित करने के अधिदेश प्रदान किए गए।

एनएचए एक शासी मंडल द्वारा शासित किया जाता है। इसकी अध्यक्षता स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के केन्द्रीय मंत्री द्वारा की गई है तथा 11 सदस्यों[3] का एक पैनल है। एनएचए का संगठनात्मक संरचना **अनुलग्नक-1.2** में दी गई है।

संगठनात्मक संरचना **तालिका-1.2** में उल्लिखित है।

[3] मुख्य कार्यकारी अधिकारी, नीति आयोग, पदेन सचिव, व्यय विभाग, वित्त मंत्रालय, भारत सरकार पदेन। सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्ल्यू), जीओआई, पदेन सीईओ, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण, सदस्य सचिव। प्रशासन, बीमा, सार्वजनिक एवं निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, आर्थिक, सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन के क्षेत्र में भारत सरकार द्वारा नियुक्त दो कुशल कार्यक्षेत्र विशेषज्ञ। राज्य सरकारों के पांच स्वास्थ्य प्रधान सचिव, आवर्तन के आधार पर प्रत्येक अंचल अर्थात उत्तर, दक्षिण, पूर्व, पश्चिम एवं उत्तर पूर्वी राज्यों का प्रतिनिधित्व करते हुए प्रत्येक सचिव।

तालिका-1.2: संस्थागत संरचना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनएचए)	**सीईओ की अध्यक्षता में एनएचए को सात कार्यक्षेत्र नामतः वित्त, प्रशासन, नीति एवं ज्ञान प्रबंधन, सूचना प्रौद्योगिकी, लाभार्थी सशक्तिकरण, अस्पताल नेटवर्किंग एवं गुणवत्ता आश्वासन (एचएनक्यूए) तथा राज्य भागीदारी में बांटा गया है। ये पीएमजेएवाई प्रचालन में शामिल हैं और उसके कार्यान्वयन में समर्थन देते हैं।**
राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरण (एसएचए)	राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरण (एसएचए) मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ) की अध्यक्षता में राज्यों में पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन हेतु जिम्मेदार नोडल अभिकरण है। सीईओ, एसएचए की नियुक्ति राज्य सरकार द्वारा की जाती है तथा एसएचए की शासी परिषद के पदेन सदस्य सचिव होता है। सीईओ को विशिष्ट कार्यो को करने वाली विशेषज्ञों की टीम द्वारा समर्थन दिया जाता है। टीम का राज्य स्तर पर स्थापित एक शासी परिषद द्वारा परामर्श एवं पर्यवेक्षण किया जाता है। राज्य में पीएमजेएवाई के दैनिक प्रचालन सहित, एसएचए डाटा साझा करने, परिवार के सदस्यों का सत्यापन एवं पुष्टीकरण, सूचना, शिक्षा, संप्रेषण एवं योजना की निगरानी हेतु उत्तरदायी है।
जिला कार्यान्वयन इकाई (डीआईयू)	डीसी/डीएम/जिलाधिकारी की अध्यक्षता में जिला कार्यान्वयन इकाई (डीआईयू) की स्थापना योजना के अंतर्गत शामिल प्रत्येक जिले में कार्यान्वयन का समर्थन करने के लिए की गई है। डीआईयू प्रभावी कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने तथा आवधिक समीक्षा रिपोर्ट भेजने के लिए कार्यान्वयन सहायक अभिकरण (आईएसए/बीमाकर्ता) एवं नेटवर्क अस्पतालों के साथ समन्वयन रखता है।

1.5 कार्यान्वयन पद्धतियां

पीएमजेएवाई को तीन पद्धतियों अर्थात् बीमा, न्यास एवं मिश्रित में कार्यान्वित किया जा रहा है, जैसा कि **तालिका-1.3** में विवरण दिया गया है। राज्य किसी भी कार्यान्वयन पद्धति का चयन कर सकते हैं। केन्द्र सरकार का हिस्सा राज्य नोडल अभिकरणों को बीमा पद्धति के

मामले में 45:45:10 तथा न्यास एवं मिश्रित पद्धतियों के मामले में 50:25:25 की तीन किश्तों में जारी किया जाता है।

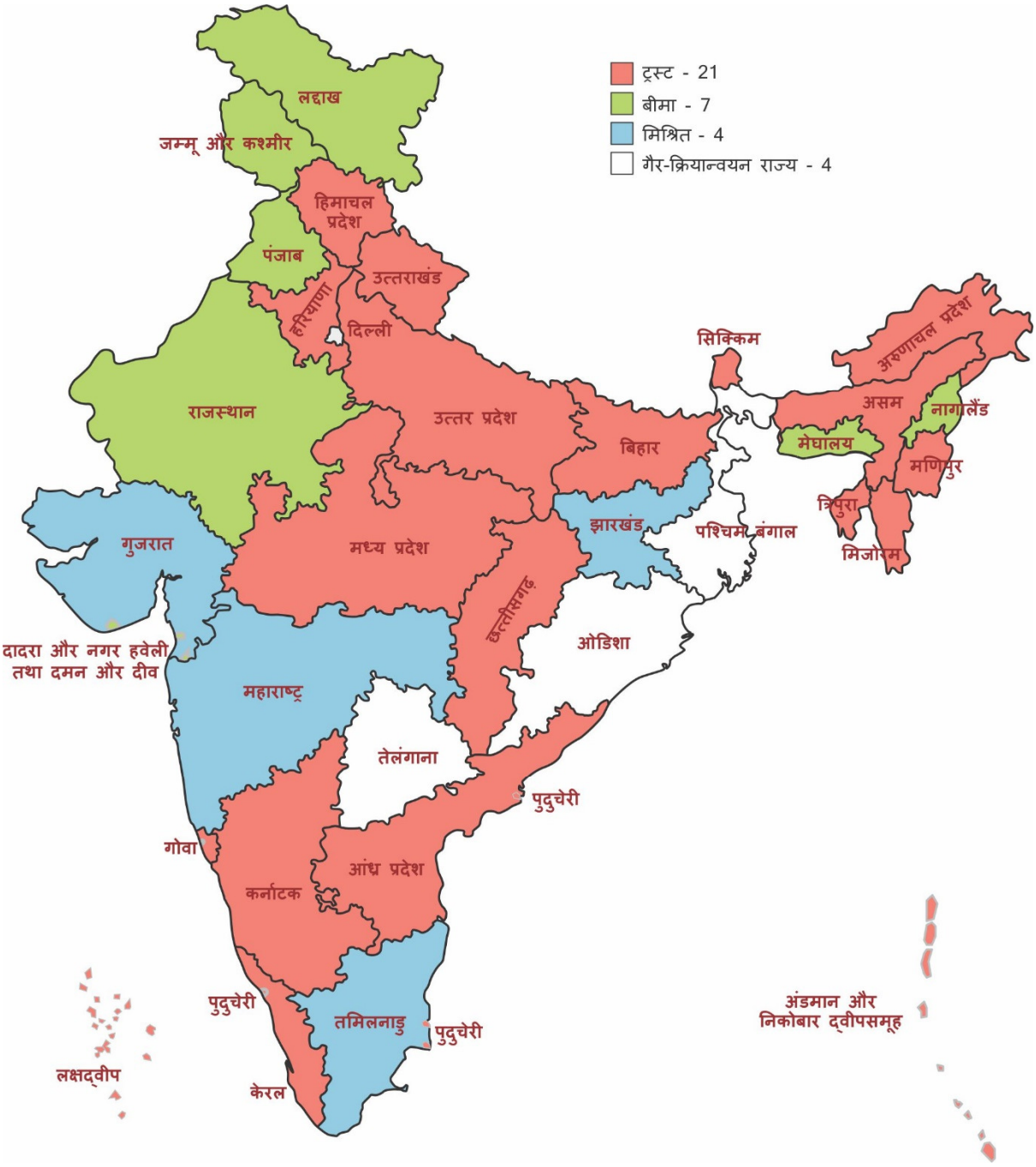
तालिका-1.3 पीएमजेएवाई कार्यान्वयन पद्धतियां

बीमा पद्धति	एसएचए निविदा प्रक्रिया के माध्यम से बीमा कंपनी का चयन करता है। बाजार निर्धारित प्रीमियम के आधार पर, एसएचए पॉलिसी अवधि हेतु पात्र परिवार के अनुसार बीमा कंपनी को प्रीमियम अदा करता है, जो अपनी ओर से दावों का निपटान करता है तथा सेवा प्रदाता को भुगतान करता है। इस प्रकार, योजना के कार्यान्वयन हेतु वित्तीय जोखिम बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाता है।
आश्वासन/ न्यास पद्धति	इस पद्धति में, सरकार द्वारा वित्तीय जोखिम वहन किया जाता है क्योंकि एसएचए सीधा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की प्रतिपूर्ति करता है। एसएचए दावा प्रबंधन एवं संबंधित गतिविधियों हेतु कार्यान्वयन सहायक अभिकरण (आईएसए) की सेवाओं को नियोजित करता है। एसएचए को अस्पताल, नामिकायन, लाभार्थी पहचान, दावा प्रबंधन एवं लेखापरीक्षा तथा अन्य संबंधित कार्यों जैसे विशेष कार्यों को भी कार्यान्वित करना है।
मिश्रित पद्धति	एसएचए, इस प्रकार उपरोक्त उल्लिखित आश्वासन/न्यास एवं बीमा दोनों मंडलों को लचीलापन प्रदान करते हुए तथा राज्य योजना के साथ अभिसरण की अनुमति देते हुए शामिल करता है। यह मॉडल आमतौर पर उन राज्यों द्वारा कार्यान्वित किया जाता है जिनके पास लाभार्थियों के एक बड़े समूह को शामिल करते हुए मौजूदा योजनाएं थी।

मार्च 2021 तक, 36 राज्यों/यूटी में से 32 राज्यों/यूटी ने पीएमजेएवाई को अपनाया। इनमें से 21 राज्यों/यूटी ने न्यास पद्धति को अपनाया, सात राज्यों/यूटी ने बीमा पद्धति को अपनाया तथा चार राज्यों ने मिश्रित पद्धति को अपनाया। न्यास पद्धति के अन्तर्गत लाभार्थियों के कुल 62.11 *प्रतिशत* लाभार्थी शामिल थे जबकि मिश्रित पद्धति एवं बीमा पद्धति में कुल लाभार्थियों का क्रमशः 27.66 एवं 10.23 *प्रतिशत* शामिल थे।

दिल्ली एवं **ओडिशा** को योजना को अभी भी अपनाना है। **तेलंगाना** ने मई 2021 में योजना को अपनाया, जबकि **पश्चिम बंगाल** पीएमजेएवाई से बाहर हो गया है (जनवरी 2019)।

निम्नवत आरेख में राज्यों/यूटी का पीएमजेएवाई कार्यान्वयन के अपने संगत पद्धति के साथ चित्रित किया गया है।



कार्यान्वयन पद्धतियों का राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-1.3** में दिया गया है।

1.6 योजना का वित्तपोषण

पीएमजेएवाई का निधीयन केन्द्र एवं राज्य सरकारों के बीच सभी राज्यों में 60:40 का केन्द्र एवं राज्य के बीच योगदान अनुपात के साथ साझा किया जाता है, सिवाय उत्तर-पूर्वी राज्यों में, दो हिमालयी राज्यों **(हिमाचल प्रदेश एवं उत्तराखण्ड)** तथा **जम्मू और कश्मीर** (विधायिका सहित संघ शासित क्षेत्र) जहां साझा अनुपात 90:10 है। विधायिका रहित संघ शासित क्षेत्रों के लिए केन्द्रीय सरकार मामले के आधार पर 100 *प्रतिशत* तक प्रदान कर सकती है।

1.7 पीएमजेएवाई का महत्वपूर्ण मॉड्यूल

पीएमजेएवाई कागज रहित है तथा आईटी प्रणाली के माध्यम से कार्य करती है। आईटी प्रणाली में लाभार्थियों की सुवाह्यता, शिकायत प्रबंधन एवं जालसाजी रोधी उपायों आदि के लिए लाभार्थियों के डाटा की संपूर्ण सूचना सुरक्षा एवं गोपनीयता शामिल हैं। अगले पांच वर्षों के लिए पीएमजेएवाई का मिशन है: "कुशल एवं तकनीकी रूप से मजबूत पारिस्थिति के तंत्र पर विश्व का सर्वोत्तम स्वास्थ्य आश्वासन कार्यक्रम का सृजन" पीएमजेएवाई के महत्वपूर्ण मॉड्यूल के विवरण **तालिका-1.4** में दिए गए हैं।

तालिका-1.4: पीएमजेएवाई आईटी प्रणाली का महत्वपूर्ण मॉड्यूल

लाभार्थी पहचान प्रणाली (बीआईएस) पीएमजेएवाई के अन्तर्गत मॉड्यूल डाटाबेस से लाभार्थियों का सत्यापित करने एवं लाभार्थी रजिस्ट्रियों को सृजित करने में मदद करता है।	**लेन देन प्रंबधन प्रणाली (टीएमएस)** अस्पताल में अंतरंग रोगी की भर्ती, उपचार एवं छुट्टी होने तथा आगे अस्पताल के दावों एवं वित्तीय निपटान पर डाटा अधिकृत करने हेतु अनुमत करता है तथा इसमें दो महत्वपूर्ण उप-मॉड्यूल शामिल हैं। • पूर्व- प्राधिकार मॉड्यूल • दावे संसाधित मॉड्यूल
अस्पताल नामिकायन मॉड्यूल(एचईएम) अस्पतालों को नामिकायन करने हेतु माड्यूल	**आरएडीएआर एवं एफएसीटीएस**[4] राष्ट्रीय जालसाजी रोधी एकक (एनएएफयू), एनएचए का जालसाजी नियंत्रण का कार्यक्षेत्र है, ने कुछ दृष्टांतों

[4] आरएडीएआर- जोखिम मूल्यांकन, खोज तथा विश्लेषणात्मक रिपोर्टिंग
एफएसीटीएस- जालसाजी विश्लेषिकी नियंत्रण एवं अनुरेखण प्रणाली

	की निश्चित संख्या जिसका जब पता लगा चिन्हित किया है। संचालन/संचालनों के सेट को संदेह परक संचालन के रूप में झंडा लगाया गया है तथा राज्य दलों को उनकी ओर से आगे की जांच पड़ताल हेतु प्रेषित किया गया है।
केन्द्रीय शिकायत निवारण प्रबंधन प्रणाली (सीजीआरएमएस) सीजीआरएमएस राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा पंजीकरण संसाधित प्रबंधन, निगरानी करने एवं पीएमजेएवाई के तहत किसी भी पीड़ित हितधारक की सभी शिकायतों का निवारण करने हेतु स्थापित की गई एक प्रणाली है।	

पीएमजेएवाई के सभी पांच महत्वपूर्ण मॉड्यूलों के संबंध में एनएचए द्वारा उपलब्ध कराए गए डाटा की लेखापरीक्षा विश्लेषण तथा उन पर निष्कर्षों की चर्चा आगामी अध्यायों में की गई है।

अध्याय

II

लेखापरीक्षा दृष्टिकोण

लेखापरीक्षा का उद्देश्य पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण, राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरणों, जिला कार्यान्वयन इकाइयों आदि द्वारा की जाने वाली आवश्यक विभिन्न गतिविधियों की स्थिति की जांच करना और विभिन्न स्तरों पर कार्यान्वयन को बढ़ाने के लिए उपयुक्त सिफारिशें करना था।

2.1 लेखापरीक्षा उद्देश्य

यह अभिनिश्चित करने के लिए लेखापरीक्षा की गई थी कि:

ए) क्या लाभार्थी पंजीकरण प्रक्रिया सभी पात्र लाभार्थियों को शामिल करने और किसी भी अपात्र आवेदकों को हटाने में सक्षम है,

बी) क्या अस्पतालों/प्रयोगशालाओं को नामिकायन की प्रक्रिया में नियंत्रणों को व्यवहार में कार्यान्वित किया गया है,

सी) क्या नामिकागत अस्पतालों/प्रयोगशालाओं के दावों की प्रतिपूर्ति के लिए प्रक्रिया/नियंत्रण पर्याप्त और प्रभावी हैं,

डी) क्या निधियों के विमोचन और उपयोग सहित वित्तीय प्रबंधन कुशल था

ई) क्या धोखाधड़ी विरोधी और शिकायत निवारण तंत्र के साथ एक प्रभावी निगरानी प्रणाली मौजूद है।

2.2 लेखापरीक्षा मानदंड

लेखापरीक्षा मानदंड के स्रोत निम्नलिखित थेः-

ए) पीएमजेएवाई के कार्यावन्यन के लिए प्रचालन दिशानिर्देश

बी) सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना (एसईसीसी), 2011 डाटा

सी) स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय और राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा निर्गत प्रासंगिक परिपत्र, आदेश और अधिसूचनाएं

डी) सामान्य वित्तीय नियमावली आदि में निहित प्रावधान

ई) पीएमजेएवाई की वेबसाइट पर उपलब्ध प्रबंधन सूचना प्रणाली (एमआईएस) के तहत रिपोर्ट की गई भौतिक और वित्तीय प्रगति।

2.3 यह निष्पादन लेखापरीक्षा क्यों

पीएमजेएवाई का उद्देश्य बड़ी संख्या में लाभार्थियों को चिकित्सा देखभाल प्रदान करना और जेब खर्च को कम करना है। इस योजना में केंद्रीय और राज्य दोनों सरकारों द्वारा काफी वित्तीय निवेश शामिल है। योजना के महत्व तथा पर्याप्त वित्तीय परिव्यय को देखते हुए लेखा-परीक्षा की गई थी।

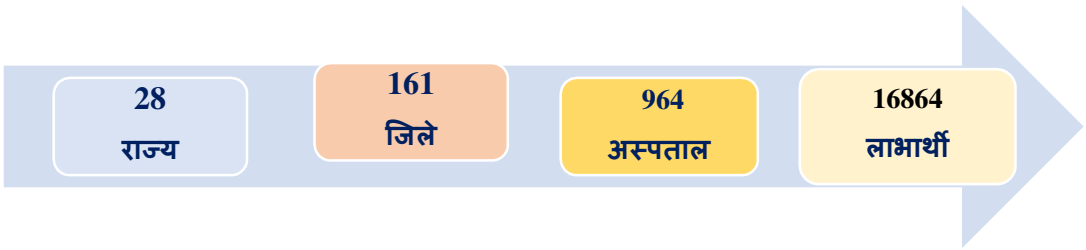
2.4 लेखापरीक्षा का क्षेत्र व चयन

पीएमजेएवाई की अखिल भारतीय निष्पादन लेखापरीक्षा में सितंबर 2018 से मार्च 2021 तक की अवधि को कवर किया गया। पीएमजेएवाई को कार्यान्वित करने वाले 28 राज्यों/यूटी में निष्पादन लेखापरीक्षा की गई। प्रत्येक राज्य को विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों में विभाजित किया गया था तथा 25 *प्रतिशत* जिलों को चयनित किया गया था। जिलों और अस्पतालों के नमूने लेने तथा चयन करने की प्रक्रिया और तंत्र का विवरण **अनुलग्नक-2.1** में दिया गया है।

लेखापरीक्षा जांच के दौरान शामिल संस्थाओं में स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय तथा केन्द्रीय स्तर पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण, राज्य स्वास्थ्य अभिकरण, जिला कार्यान्वन इकाइयां एवं राज्य स्तर पर चयनित अस्पताल शामिल थे।

निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान शामिल किए गए नमूना आकार को **चार्ट 2.1** में दर्शाया गया है तथा विवरण **अनुलग्नक-2.2** में दिया गया है।

चार्ट-2.1 नमूना आकार में शामिल



2.5 लेखापरीक्षा पद्धति

निष्पादन लेखापरीक्षा योजना, योजना के स्थापना तिथि अर्थात सितंबर 2018 से मार्च 2021 तक संचालित की गई थी। एनएचए में डाटा विश्लेषण वर्चुअल प्राइवेट नेटवर्क (वीपीएन) के माध्यम से जुलाई 2021 के महीने तक तथा राज्यों में विभिन्न तिथियों पर लाइव सर्वर पर किया गया था।

24 मार्च 2021 को राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण के साथ एक प्रवेश सम्मेलन के साथ निष्पादन लेखापरीक्षा 1 अप्रैल 2021 से शुरु हुई जिसमें लेखापरीक्षा दृष्टिकोण पर चर्चा की गई। इसके साथ ही, पीएमजेएवाई के कार्यान्वन में शामिल नोडल विभागों के साथ प्रत्येक भाग लेने वाले राज्य में संबंधित महानिदेशक/प्रधान निदेशक (केन्द्रीय)/प्रधान महालेखाकार/महालेखाकार द्वारा प्रवेश सम्मेलन आयोजित किया गया था।

जून-जुलाई 2020, में, एनएचए के आईटी प्रणाली का डाटा विश्लेषण किया गया था जिसमें महत्वपूर्ण लेखापरीक्षा निष्कर्ष जैसे पीएमजेएवाई पारिस्थितिकी तंत्र में संदिग्ध (अपात्र) लाभार्थियों की उपस्थिति, अशुद्ध एसईसीसी डाटाबेस के उपयोग, अवास्तविक घरेलू आकार, लाभार्थियों और अस्पतालों के अनुमोदन लंबित, पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन के लिए लिया गया समय, अनुमोदन एवं दावों के भुगतान में देरी तथा लंबित सत्यापन और अपर्याप्त सत्यापन नियंत्रण देखे गए। आगे के डाटा विश्लेषण एनएचए के साथ-साथ एसएचए में लेखापरीक्षा के दौरान फिर से आयोजित किए गए थे तथा निष्कर्षों पर अनुवर्ती अध्यायों में चर्चा की गई है।

लेखापरीक्षा के समापन के बाद, 27 जुलाई 2022 को एनएचए के साथ एक निर्गम सम्मेलन संपन्न हुआ जिसमें मसौदा लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा की गई। राज्य स्तर पर भी निर्गम

सम्मेलनों का आयोजन किया गया। 17 फरवरी 2023 को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को एक प्रस्तुतीकरण प्रस्तुत किया गया था जिसमें योजना कार्यान्वयन की अद्यतित स्थिति को मंत्रालय द्वारा लेखापरीक्षा के साथ साझा किया गया था। मंत्रालय तथा एनएचए द्वारा प्रस्तुत उत्तरों पर विचार किया गया है तथा उपयुक्त प्रकार से इस प्रतिवेदन में शामिल किया गया है।

2.6 रिपोर्ट की संरचना

प्रासंगिक निष्कर्षों वाली रिपोर्ट को पांच अध्यायों में विभाजित किया गया है। रिपोर्ट की संरचना इस प्रकार हैः-

अध्याय संख्या	शीर्षक
III	लाभार्थी पहचान व पंजीकरण
IV	अस्पताल नामिकायन व प्रबंधन
V	दावा प्रबंधन
VI	वित्तीय प्रबंधन
VII	निगरानी व शिकायत निवारण

जबकि, अध्याय-I एवं II इस विषय पर विहंगावलोकन तथा लेखापरीक्षा के दौरान अपनाये गये लेखापरीक्षा दृष्टिकोण प्रदान करते है, अध्याय VIII पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन में की गई प्रमुख पहलों को प्रस्तुत करता है। अध्याय IX में योजना को आगे बढ़ाने की सिफारिशें की गई है।

2.7 अभिस्वीकृति

लेखापरीक्षा इस निष्पादन लेखापरीक्षा के संचालन के दौरान विभिन्न चरणों में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण, राज्य सरकारों और कार्यान्वयन कर रहे विभागों और उनके अधिकारियों द्वारा दिए गए सहयोग और सहायता की अभिस्वीकृति व्यक्त करती है।

अध्याय

III

लाभार्थी पहचान एवं पंजीकरण

3.1 प्रस्तावना

प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना वंचन एवं व्यावसायिक मानदंडों की सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना 2011 (एसईसीसी) के आधार पर क्रमशः[5] ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के लिए लगभग 10.74 करोड़ लाभार्थी परिवारों के कवरेज की परिकल्पना (मार्च 2018) की गई थी। इसके अतिरिक्त, लक्ष्य में ऐसे परिवार भी शामिल थे जो राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) में शामिल थे, लेकिन एसईसीसी डाटाबेस में मौजूद नहीं थे। परिकल्पित लक्षित लाभार्थियों का विवरण **तालिका-3.1** में नीचे दिया गया है।

तालिका-3.1: लाभार्थियों का आकलन

ग्रामीण	1. परिवारों को, एसईसीसी में शामिल किए जाने के पांच मानकों में से किसी एक को पूरा करने के आधार पर शामिल किया गया है। (i) आश्रय रहित परिवार, (ii) निराश्रित, भिक्षा पर जीवित (iii) हाथ से सड़क का कूडा हटाने वाले परिवार, (iv) आदिम आदिवासी समूह, v) कानूनी रूप से मुक्त किए गए बंधुआ मज़दूर		0.16 करोड़
	2. एसईसीसी[6] में छह वंचन मानदंडों डी1, डी2, डी3, डी4, डी5 और डी7 में से किसी एक से संबंधित कुल वंचित परिवारों, जिन्हें लक्षित किया गया		8.03 करोड़
शहरी	3. विभिन्न श्रेणियों के अन्तर्गत शहरी परिवार		2.33 करोड़
	कूड़ा उठाने वाला	23,825	
	भिखारी	47,371	

[5] कैबिनेट नोट के अनुसार (मार्च 2018)

[6] अनुलग्नक 1.1 में उल्लिखित है

		घरेलू नौकर	6,85,352	
		सड़क विक्रेता/मोची/फेरीवाला/सड़कों पर काम करने वाले अन्य सेवा प्रदाता	8,64,659	
		निर्माण श्रमिक/प्लम्बर/राजमिस्त्री/श्रमिक/चित्रकार/ वेल्डर/सुरक्षा गार्ड/कूली एवं अन्य सिर पर बोझा ढ़ोने वाले कामगार	1,02,35,435	
		सफाईकर्मी/स्वच्छता कामगार/माली	6,06,446	
		घरेलू कामगार/कारीगर/ हस्तशिल्प कामगार/दर्जी	27,58,194	
		परिवहन कार्यकर्ता/चालक/संवाहक/चालक एवं संवाहक के लिए सहायक/गाड़ी खींचने वाला/रिक्शा चलाने वाला	27,72,310	
		दुकान कार्यकर्ता/सहायक/छोटे प्रतिष्ठान में चपरासी/सहायक/वितरण सहायक/परिचारक/बैरा	36,93,042	
		विद्युत्कार/यांत्रिक/संयोजनकर्ता/मरम्मत कर्मचारी	11,99,262	
		धोबी/चौकीदार	4,60,433	
आरएसबीवाई	4. आरएसबीवाई के तहत नामांकित परिवारों की वह संख्या, जो एसईसीसी डाटा में लक्षित नहीं है			0.22 करोड़
			कुल परिवार	**10.74 करोड़**

एसईसीसी डाटा के अनुसार लाभार्थियों के अतिरिक्त, पीएमजेएवाई (राज्य विशिष्ट स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के संबंध मे प्रयुक्त) के कार्यान्वयन के लिए राज्यों को स्वयं अपने डाटाबेस उपयोग करने का लचीलापन प्रदान किया गया है। हालांकि, राज्यों को यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि एसईसीसी-2011 डाटाबेस के अनुसार सभी पात्र परिवार/घर पीएमजेएवाई में भी शामिल किए गए हैं।

जनवरी 2022 में, भारत सरकार ने राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम (एनएफएसए) डाटा पर आधारित लाभार्थियों के रूप में 12 करोड़ परिवारों के समावेश को अनुमोदित किया।

3.2 पीएमजेएवाई के तहत लाभार्थियों का कवरेज

इस योजना में ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के लिए क्रमशः[7] वंचन एवं व्यवसायिक मानदंड की सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना 2011 (एसईसीसी) पर आधारित 10.74 करोड़ परिवारों को शामिल किए जाने की परिकल्पना की, जैसा कि ऊपर पैरा 3.1 में सविस्तार किया गया।

पीएमजेएवाई के अंतर्गत लाभार्थी पहचान प्रणाली (बीआईएस) मॉड्यूल की लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया था कि जुलाई 2021 तक बीआईएस में कुल 4.70 करोड़ परिवारों को पंजीकृत किया गया है **(अनुलग्नक-3.1)**। इनमें से 1.89 करोड़ परिवारों को एसईसीसी डाटाबेस के अनुसार उनकी पात्रता के आधार पर पीएमजेएवाई परिवारों के रूप में पंजीकृत किया गया है **(अनुलग्नक-3.2)**।

उत्तर में, एनएचए ने कहा (दिसम्बर 2022) कि नवम्बर 2022 तक, एनएचए के आईटी सिस्टम का उपयोग करते हुए 7.87 करोड़ परिवारों का सत्यापन किया गया था, जिसमें से 2.08 करोड़ लाभार्थी परिवारों की पहचान एसईसीसी-2011 डाटाबेस से की गई थी।

एसईसीसी 2011 डाटाबेस से लाभार्थियों के कवरेज के संबंध में एनएचए ने उत्तर दिया कि व्यय विभाग ने व्यय वित्त समिति की निम्नलिखित सिफारिशों कैबिनेट के अनुमोदन (जनवरी 2022) से अवगत कराया है:

- 10.74 करोड़ परिवारों के आधार डाटा पर 11.7 *प्रतिशत* की दशकीय वृद्धि (जनसंख्या विज्ञान संस्थान के अनुसार) पर विचार करते हुए खाद्य सुरक्षा अधिनियम (एनएफएसए) डाटा पर आधारित लाभार्थियों के रूप में 12 करोड़ परिवारों का समावेश
- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा एनएचए तथा/अथवा राज्य योजना के अंतर्गत राज्य-वार लाभार्थियों की पहचान हेतु उपयुक्त तंत्र निर्धारित करें।

एनएचए ने लाभार्थी आधार में उपरोक्त वृद्धि के संबंध में राज्य/यूटी को अनुदेश जारी किए हैं (जनवरी 2023)।

[7] कैबिनेट नोट के अनुसार (मार्च 2018)

लेखापरीक्षा की राय है है कि मंत्रालय तथा एनएचए कार्यान्वयन करने वाले राज्यों/यूटी के साथ प्रत्याशित लाभार्थियों के कवरेज को सुनिश्चित करने हेतु उपयुक्त तंत्र स्थापित करें।

3.3 लाभार्थी पहचान के लिए प्रक्रिया

एनएचए नीति और प्रौद्योगिकी की सीमा के तहत में लाभार्थी की पहचान और पंजीकरण की प्रक्रिया के लिए एक विस्तृत दिशा-निर्देश प्रदान करता है। लाभार्थी की पहचान और पंजीकरण प्रक्रिया के विभिन्न चरणों को संक्षेप में प्रस्तुत किया गया है:

ए. "लाभार्थी पहचान प्रणाली" (बीआईएस)[8] के माध्यम से लाभार्थी डेटा की खोज,

बी. निर्धारित दस्तावेजों के माध्यम से व्यक्ति/परिवार की पहचान, और

सी. अनुमोदन के बाद ई-कार्ड का सृजन।

योजना का लाभ प्राप्त करने के लिए सभी लाभार्थियों को एक बार सिस्टम (बीआईएस) में अग्रिम रूप से अथवा उनके प्राथमिक उपचार के समय पंजीकरण की आवश्यकता होती है।

बीआईएस के पास लाभार्थियों को चिन्हित/अंकित करने का प्रावधान है कि वे पीएमजेएवाई से संबंधित हैं या राज्य की अपनी योजना से संबंधित हैं। प्रधानमंत्री आरोग्य मित्र (पीएमएएम) जो बीआईएस पर लाभार्थियों को पंजीकृत करता है, को उपयुक्त फ्लैग कोड बनाने/चयन करने की आवश्यकता है ताकि बीआईएस में पंजीकृत किसी भी लाभार्थी को पीएमजेएवाई या राज्य की अपनी योजना से संबंधित एनएचए की आईटी प्रणाली द्वारा स्पष्ट रूप से पहचाना जा सके। इस फ्लैग का उपयोग न केवल बीआईएस में आईटी प्रणाली द्वारा किया जाता है, बल्कि बाद में लेन-देन प्रबंधन प्रणाली में योजना लाभ प्राप्त करने के दौरान भी किया जाता है। कुछ राज्य स्वयं अपनी आईटी प्रणाली का उपयोग कर रहे हैं।

[8] बीआईएस लाभ के लिए पात्र आवेदनों को स्वीकृत/अस्वीकार करने के लिए एसईसीसी और आरएसबीवाई डाटाबेस पर पहचान मानदंड लागू करने की एक प्रक्रिया है।

स्वयं अपने स्वास्थ्य बीमा/आश्वासन योजनाओं को लागू करने वाले राज्यों/यूटी को लाभार्थी की पहचान के लिए अपने डाटासेट के साथ जारी रखने की अनुमति है। राज्यों/यूटी को उचित समयावधि में एसईसीसी के साथ स्वयं अपने डेटाबेस को मैप करना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- कुछ राज्य (अर्थात् **मध्य प्रदेश** एवं **उत्तराखण्ड**) फ्लैग का उपयोग सुनिश्चित नहीं कर रहे हैं, जैसा कि सोचा गया था।

- कुछ राज्यों, *अर्थात्* **आंध्र प्रदेश, असम, कर्नाटक, राजस्थान** एवं **तमिलनाडु** स्वयं अपनी आईटी प्रणाली का उपयोग कर रहे हैं न कि एनएचए की बीआईएस प्रणाली का, इन राज्यों के लाभार्थियों को एसईसीसी डाटाबेस के साथ मैप नहीं किया गया हैं।

यह भी पाया गया कि बीआईएस में कोई क्षेत्र नहीं है जो पीएमजेएवाई के तहत शामिल ग्रामीण एवं शहरी लाभार्थी परिवारों की विशिष्ट श्रेणी एवं मापदंडों को दर्शाता है जैसा कि **तालिका 3.1** (अर्थात कूड़ा उठाने वाले, भिखारी, घरेलू श्रमिक, सड़क विक्रेता आदि) में विवरण दिया गया है।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि आयुष्मान भारत पीएमजेएवाई के प्रमोचन के समय भारत सरकार (जीओआई) ने अपनी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को लागू करने वाले राज्यों/यूटी के लाभार्थियों की पहचान के लिए स्वयं अपने डेटासेट के साथ जारी रखने की अनुमति दी थी। राज्यों/यूटी को उचित समयावधि में एसईसीसी के साथ स्वयं अपने डेटाबेस को मैप करना आवश्यक था। तथापि, एक सामान्य पहचानकर्ता के अभाव के कारण ऐसा नहीं किया जा सका। आगे यह बताया गया था कि जनवरी 2022 में भारत सरकार ने राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम (एनएफएसए) डाटा पर आधारित लाभार्थियों के रूप में 12 करोड़ परिवारों के समावेश को अनुमोदित किया।

लेखापरीक्षा का मत है कि लाभार्थी पंजीकरण प्रणाली की समीक्षा करना आवश्यक है ताकि पात्र लाभार्थियों को शामिल किया जा सके तथा केन्द्रीय एवं राज्य योजनाओं के तहत लाभार्थियों की स्पष्ट पहचान उपलब्ध हो सके।

3.4 पंजीकरण की प्रक्रिया

लाभार्थी पहचान दिशा-निर्देश निर्धारित करते हैं कि पात्र लाभार्थियों[9] की सूची से व्यक्ति के विवरण[10] का मिलान करने के बाद पंजीकरण के लिए आवेदन करने पर, संबंधित दस्तावेज़ों[11] को बीमा कंपनी/न्यास के अनुमोदन के लिए ऑनलाइन भेजा जाता है। ऑनलाइन सिस्टम मिलान किए गए दस्तावेज़ों के स्तर के आधार पर 1 से 100 के मैच कॉन्फिडेंस स्कोर जनित करता है। तथापि, एनएचए द्वारा किसी व्यक्ति के अनुमोदन या अस्वीकृति के लिए नो यूनिफार्म थ्रेशोल्ड[12] मैच कॉन्फिडेंस स्कोर निर्धारित किया गया है।

बीमा कंपनी/न्यास किसी मामले को कारण सहित स्वीकृत या अस्वीकृत कर सकती है। इसके अतिरिक्त, अस्वीकृत मामलों की फिर से एक राज्य दल द्वारा समीक्षा की जाएगी, जो बीमा कंपनी/न्यास की सिफारिशों को स्वीकृत या अस्वीकृत कर सकता है। तथापि, एनएचए ने बीमा कंपनी/न्यास या राज्य टीम द्वारा इस तरह के अनुमोदन और अस्वीकृति के लिए कोई उद्देश्य मानदंड निर्धारित नहीं किया है।

डाटा विश्लेषण[13] से पता चला कि किसी व्यक्ति के पंजीकरण की स्वीकृति/अस्वीकृति प्रक्रिया के दौरान मैच कॉन्फिडेंस स्कोर को मानदंड के रूप में लागू नहीं किया गया था। किसी भी निर्धारित सीमा स्तर की अनुपस्थिति में, कॉन्फिडेंस स्कोर के बावजूद अनुमोदन और अस्वीकृति की गई थी।

---

9 सूची में एसईसीसी और आरएसबीवाई डाटाबेस के 10.74 करोड़ परिवार और राज्य योजनाओं के परिवार, यदि कोई है, शामिल है।

10 नाम और स्थान, राशन कार्ड सं. या मोबाईल नम्बर

11 आधार (या एक वैकल्पिक सरकारी आईडी) और राशन कार्ड (या एक वैकल्पिक परिवार आईडी), आरएसबीवाई कार्ड, पीएम पत्र आदि।

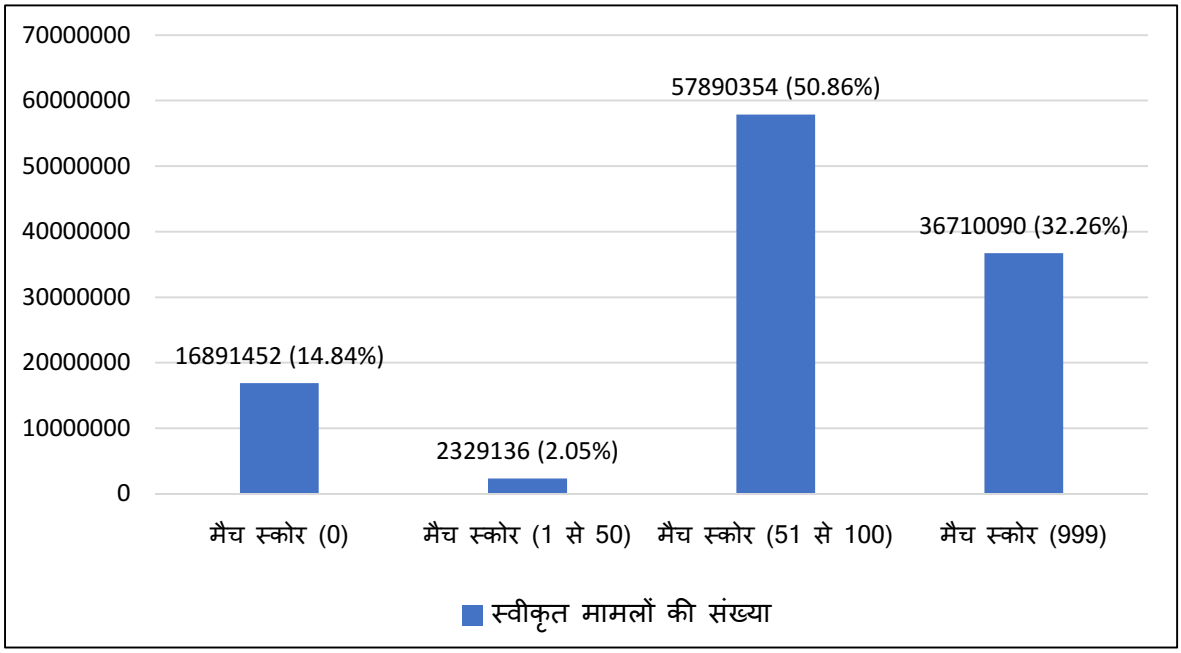
12 12 राज्यों ने एक सीमा तय की है, हालांकि लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सका कि यह क्या यह मानदंड पंजीकरण के अनुमोदन/अस्वीकृति में लागू किया गया था।

13 जून 2021

11,38,21,032 स्वीकृत मामलों में से 3,67,10,090 मामले (32.25 *प्रतिशत*) स्वीकृत किए गए थे, भले ही इन्हें कोई मैच कॉन्फिडेंस स्कोर[14] नहीं मिला, जबकि 1,68,91,452 मामलों (14.84 *प्रतिशत*) में, मैच कॉन्फिडेंस स्कोर शून्य था।

मैच कॉन्फिडेंस स्कोर वार अनुमोदन/अस्वीकृति/पंजीकरण को अक्षम करना **चार्ट-3.1** में दर्शाया गया है।

चार्ट-3.1: मैच स्कोर- अनुमोदित मामले

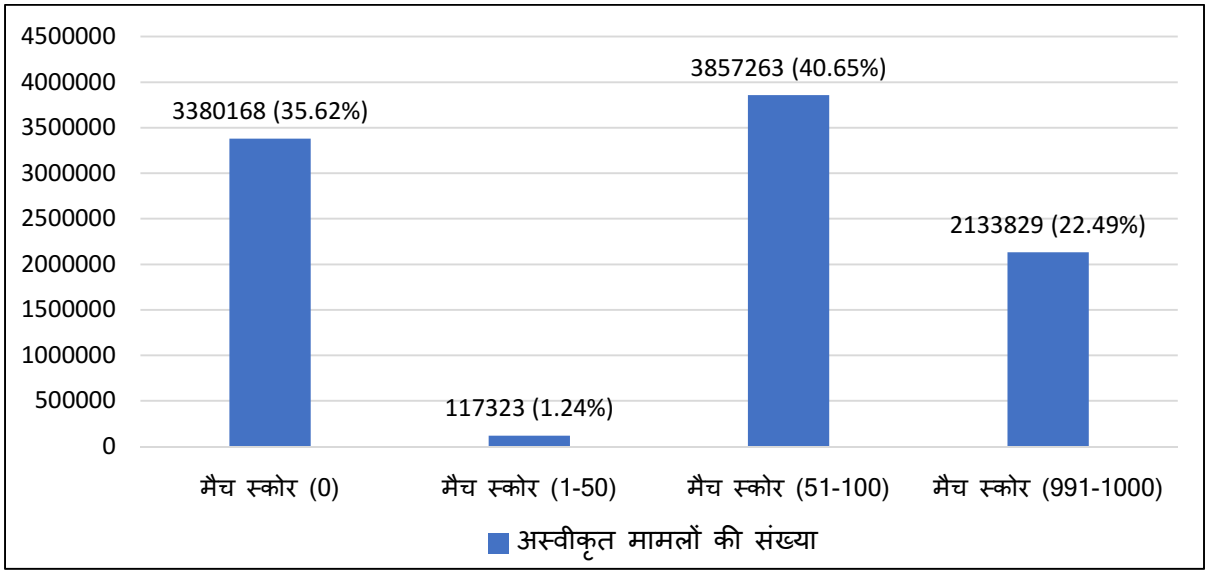


**यदि सिस्टम निर्धारित नियत समय के अंदर किसी भी मैच को उत्पन्न करने में विफल होता है तो एक कोड (999) मैच स्कोर परिणाम के बजाय वापस किया जाता है।*

इसी तरह, 94,88,583, अस्वीकृत मामलों में से (40.65 *प्रतिशत)* 38,57,263 मामले को मैच कॉन्फिडेंस स्कोर 51 से 100 होने के बावजूद अस्वीकृत किया गया था जैसा कि **चार्ट-3.2** में दर्शाया गया है।

[14] यदि सिस्टम निर्धारित समय के भीतर कोई मैच स्कोर उत्पन्न करने में विफल रहता है, तो मैच स्कोर परिणाम के बजाय एक कोड (999) वापस कर दिया जाता है।

चार्ट-3.2: मैच स्कोर-अस्वीकृत मामले



**अमान्य मैच स्कोर*

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि मैच स्कोर एक मशीन एल्गोरिथम का उपयोग करके उत्पन्न होता है जिसे निर्णय लेने में कार्ड अनुमोदनकर्ता की सहायता के लिए विकसित किया गया है और कुछ मामलों में सिस्टम द्वारा उत्पन्न कॉन्फिडेंस स्कोर भ्रामक हो सकता है। कार्ड अनुमोदक का निर्णय मुख्य रूप से विभिन्न स्रोतों से अर्थात एसईसीसी डाटाबेस, ई-केवाईसी डाटाबेस आदि उपलब्ध लाभार्थी रिकॉर्ड के अपने स्वयं के पढ़ने पर आधारित होता है, आगे, मैच स्कोर के अलावा जो लाभार्थी के विवरण पर आधारित होता है। अनुमोदक लाभार्थी परिवार के अन्य सदस्यों से संबंधित विवरण का भी मूल्यांकन करता है। इस प्रकार, लाभार्थियों की साख की सत्यता को स्थापित करने के लिए मैच स्कोर केवल एक उपकरण है।

लेखापरीक्षा की राय है कि यदि मैच स्कोर अभिप्रेत तंत्र के अनुसार काम नहीं कर रहा है तो इसे और अधिक विश्वसनीय बनाने के लिए इसे ठीक किया जाना चाहिए या पहचान योग्य उद्देश्य मानदंड द्वारा पूरक होना चाहिए।

3.5 अनुमोदन हेतु प्रक्रियाधीन पंजीकरण

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश निर्धारित करते हैं कि बीआईएस में व्यक्तियों के पंजीकरण की प्रक्रिया के दौरान, बीमा कंपनी/न्यास को डेटा ऑनलाइन जमा करने के 30 मिनट के भीतर अनुमोदन/अस्वीकृति को अंतिम रूप देना चाहिए।

डाटा विश्लेषण से पता चला (21 जून 2021) कि 3,85,386 मामले अनुमोदन/अस्वीकृति के लिए प्रक्रियाधीन थे। इन मामलों में देरी के दिनों की संख्या एक से 940 दिनों के बीच थी। इनमें से 91 *प्रतिशत* मामले केवल **जम्मू और कश्मीर** से संबंधित थे, जैसा कि **अनुलग्नक-3.3** में वर्णित है। इतनी लंबी अवधि के लिए पंजीकरण अनुरोध में देरी से बीच की अवधि के दौरान संभावित लाभार्थी को लाभ से वंचित किया जा सकता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया और बताया (अगस्त 2022) कि 30 मिनट का समय लागू था जब राज्यों द्वारा लाभार्थी पहचान अभियान शुरू किया गया था। जम्मू और कश्मीर में लम्बन के लिए, इंटरनेट सेवाओं के लंबे समय तक रहे निलंबन को जिम्मेदार ठहराया गया था। इसके अलावा, अभियान के दौरान लाभार्थी अभिलेख अनुमोदन प्रक्रिया में तेजी लाने के लिए, एनएचए ने समर्पित कार्ड अनुमोदन एजेंसियों को शामिल किया था।

3.6 बीआईएस डाटाबेस में डेटा की गुणवत्ता

बीआईएस डाटाबेस में डाटा की गुणवत्ता पर अभ्युक्तियाँ अनुवर्ती पैराग्राफों में उल्लिखित की गई हैं:

3.6.1 मानदंड के रूप में प्रयुक्त अप्रचलित एवं गलत एसईसीसी डाटाबेस

एनएचए ने योजना के लिए पात्रता मानदंड के रूप में 2011 के एसईसीसी डाटाबेस का उपयोग किया है। योजना (2018) की शुरुआत के समय डाटाबेस सात[15] साल से अधिक पुराना था। तब से आर्थिक विकास और रोजगार के अवसरों को देखते हुए, इस बात से इंकार नहीं किया जा सकता है कि अनेक परिवार शामिल होने के लिए अपात्र हो गए हैं जबकि अन्य मौजूदा मानदंडों के तहत एसईसीसी के लिए पात्र हो गए है।

बीआईएस के डाटा विश्लेषण[16] ने एसईसीसी डाटाबेस में कई विसंगतियों का खुलासा किया। सिस्टम ने दो अलग-अलग कॉलमों में लाभार्थियों के अलग-अलग नाम और जन्मतिथि दर्शाई।

[15] योजना 2018 में प्रमोचित की गई थी

[16] संपूर्ण बीआईएस डाटाबेस का

अन्य त्रुटियों में नाम, जन्म का वर्ष और लाभार्थी के लिंग के लिए फ़ील्ड में अमान्य या रिक्त प्रविष्टियां शामिल हैं, जैसा कि **तालिका-3.2** में वर्णित हैं।

तालिका-3.2: बीआईएस डाटाबेस में अप्रचलित एवं गलत प्रविष्टियाँ

<table>
<tr><th>त्रुटि का प्रकार</th><th>कॉलम फील्ड का नाम</th><th colspan="2">त्रुटियों के उदाहरण</th><th>मामलों की कुल संख्या</th></tr>
<tr><td>नाम कॉलम खाली है</td><td>'नाम एसईसीसी'</td><td colspan="2">(रिक्त)</td><td>22,78,579</td></tr>
<tr><td>अमान्य नाम</td><td>'नाम एसईसीसी'</td><td colspan="2">1.---
2. ???
3.AAAAAAAAA
4.ZZZZZZZZZ
आदि</td><td>980</td></tr>
<tr><td>अवास्तविक जन्म तिथि</td><td>डीओबी बेन*</td><td colspan="2">1. 1814
2. 1824
3. 1841
आदि</td><td rowspan="5">717</td></tr>
<tr><td>जन्म तिथि रिक्त</td><td>डीओबीवीईएन</td><td colspan="2">(रिक्त)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">'वाईओबीएसईसीसी' एवं 'डीओबी बीईएन' अलग-अलग जन्म तिथि दिखाने वाले कॉलम</td><td rowspan="4">वाईओबीएसईसीसी एवं डीओबी बीईएन</td><td>जीओबी बीईएन</td><td>वाईओबीएसईसीसी</td></tr>
<tr><td>1814</td><td>1984</td></tr>
<tr><td>1824</td><td>1987</td></tr>
<tr><td>1841</td><td>1991</td></tr>
<tr><td>लिंग क्षेत्र खाली छोड़ दिया</td><td>'लिंग एसईसीसी'</td><td colspan="2">(रिक्त)</td><td>1,46,99,764</td></tr>
<tr><td>लिंग क्षेत्र में अमान्य प्रविष्टि</td><td>'लिंग एसईसीसी'</td><td colspan="2">0,8,-,ए,एन,ओ एवं ओ</td><td>3,00,202</td></tr>
</table>

*(*डीओबी बीईएन-लाभार्थी की जन्म तिथि; वाईओबी-जन्म का वर्ष)*

जम्मू और कश्मीर और **लद्दाख** में, 2018 से 2021 की अवधि के दौरान, एसईसीसी डाटा की सफाई के बाद एसएचए द्वारा क्रमशः 16865 और 335 अपात्र लाभार्थियों की पहचान की गई, इस प्रकार एसईसीसी डाटाबेस में अपात्र लाभार्थियों के अस्तित्व का संकेत मिलता है।

एनएचए ने इन कमियों को स्वीकार किया और कहा (अगस्त 2022) कि उसने अन्य प्रमुख योजनाओं जैसे प्रधानमंत्री उज्ज्वला योजना (सुरक्षित साधनों के माध्यम से) से सत्यापित एसईसीसी लाभार्थियों के सोर्सिंग डाटा द्वारा लाभार्थी डाटाबेस को समृद्ध करने के लिए शुरू किया है। लाभार्थी डाटा को समृद्ध करने के लिए एनएचए अधिक गतिशील एनएफएसए डाटाबेस

के साथ लाभार्थी डाटा (एसईसीसी और गैर-एसईसीसी दोनों स्रोतों से सत्यापित) की मैपिंग भी कर रहा है। इसके अलावा, **जम्मू और कश्मीर** में अशुद्ध एसईसीसी डाटाबेस के अनुरूप भुगतान किए गए प्रीमियम के संबंध में, एनएचए ने कहा कि जब भी ऐसी विसंगतियों को रिपोर्ट/अवलोकन किया जाता है, तो सरकारी खजाने और योजना के लाभार्थियों के हितों की रक्षा के लिए आवश्यक कार्यप्रणाली में सुधार किए जाते हैं।

3.6.2 अनुलिपि पीएमजेएवाई आईडी (ई-कार्ड नंबर) बनाना

योजना के दिशा-निर्देशों अनुबंध करते है कि एक बार पात्र लाभार्थी का सत्यापन हो जाने के बाद, लाभार्थी को एक पीएमजेएवाई आईडी सौंपी जाती है। यह पीएमजेएवाई आईडी नौ अंकों का अल्फ़ान्यूमेरिक कोड है और एक विशिष्ट पहचान कुंजी के रूप में कार्य करता है।

डाटा विश्लेषण से पता चला कि 1,57,176 मामलों में पीएमजेएवाई आईडी अद्वितीय नहीं थी (केवल स्वीकृत मामले), जैसा कि **तालिका-3.3** में दर्शाया गया है।

तालिका-3.3: एक से अधिक बार प्रदर्शित होने वाले एक ही पीएमजेएवाई आईडी का विवरण

डाटाबेस में पीएमजेएवाई आईडी कितनी बार दिखाई दे रही है	एक से अधिक बार प्रदर्शित होने वाले पीएमजेएवाई आईडी की संख्या
2 बार	105138
3 बार	51996
4 बार	42
कुल	**157176**

सिस्टम में डुप्लीकेट आईडी की उपस्थिति प्रत्येक लाभार्थी के लिए एक विशिष्ट आईडी उत्पन्न करने में सिस्टम की विफलता को इंगित करती है। ऐसी परिस्थितियों में, बीआईएस डाटाबेस में अपात्र लाभार्थियों की उपस्थिति की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया और उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि पहले प्रणाली राज्य के साथ-साथ प्लस पीएमजेएवाई आईडी को अद्वितीय मानती थी और एक राज्य के भीतर, लाभार्थी आईडी अद्वितीय होती हैं। हालांकि, इस नीति की समीक्षा की जा रही थी।

3.6.3 पंजीकृत लाभार्थियों के लिए अवास्तविक परिवार का आकार

योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, सीजीएचएस, ईएसआईसी आदि जैसी अन्य योजनाओं में परिवार की कोई परिभाषा नहीं हैं। इसके अलावा, दिशा-निर्देश यह भी निर्धारित करते हैं कि पात्र परिवारों के लिए परिवार के आकार की कोई सीमा नहीं है।

डाटा विश्लेषण[17] से प्रकट हुआ कि 43,197 परिवारों में, परिवार का आकार अवास्तविक था, जिसमें 11 से 201 सदस्य थे, जैसा कि **तालिका-3.4** में वर्णित है।

तालिका-3.4: अवास्तविक परिवार का आकार (परिवार का आकार)

एक घर में सदस्यों की सीमा	11 से 50	50 से 100	100 से 200	200 से 201
मामलों की वास्तविक संख्या	43180	12	4	1

बीआईएस डाटाबेस में एक परिवार में ऐसे अवास्तविक सदस्यों की उपस्थिति न केवल लाभार्थी पंजीकरण प्रक्रिया में आवश्यक सत्यापन नियंत्रण की कमी को दर्शाती है, बल्कि यह भी संभावना है कि लाभार्थी दिशा-निर्देशों में परिवार की स्पष्ट परिभाषा की कमी का लाभ उठा रहे हैं।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए कहा (अगस्त 2022) कि राष्ट्रीय धोखाधड़ी रोधी इकाई ने सत्यापित आंकड़ों में विसंगतियों को उजागर करते हुए राज्यों/यूटी को आवधिक अनुस्मारक भेजे हैं। हालांकि, "सार्वजनिक स्वास्थ्य" राज्य का विषय होने के कारण, इस संबंध में अंतिम निर्णय राज्य सरकारों के पास है। इसके अलावा, एनएचए 15 से अधिक सदस्यों वाले किसी भी लाभार्थी परिवार के मामले में "सदस्य जोड़ें" कार्यक्षमता को अक्षम करने के लिए एक नीति विकसित कर रहा है। इसके अलावा एनएएफयू ऐसे सभी मामलों की पूरी तरह से लेखापरीक्षा करने के लिए राज्यों/यूटी को एक संदेश भेज रहा है जहां परिवार का आकार एक निश्चित सीमा से ऊपर है।

[17] 21 जून 2021 को किया गया।

3.6.4 लाभार्थियों के सत्यापन में अनियमितताएं

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश एबी पीएमजेएवाई के तहत पंजीकरण के लिए परिवार के सदस्य के लिए पहचान दस्तावेजों में से एक के रूप में 'आधार' को निर्धारित करता है। एनएचए ने आधार ई-केवाईसी[18] के माध्यम से भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण (यूआईडीएआई) के साथ लाभार्थियों को प्रमाणित किया है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रस्तुत जानकारी प्रामाणिक है। अगर पीएमजेएवाई परिवार के किसी सदस्य के पास आधार कार्ड नहीं है, तो वे आधार के बिना केवल एक बार इलाज करा सकते हैं और भविष्य में इलाज के लिए जल्द से जल्द आधार के लिए आवेदन करेंगे और प्राप्त करेंगे।

तमिलनाडु में, डाटा विश्लेषण के दौरान एक ही/गलत आधार संख्या के साथ अनेक लाभार्थियों को जोड़ने का उल्लेख किया गया था जैसा कि **तालिका-3.5** में वर्णित है।

तालिका-3.5: एक ही/गलत आधार से जुड़े अनेक लाभार्थी

आधार संख्या	मैप किए गए योजना कार्डों की संख्या
000000000000	1285
784545XXXXXX	1245
21547XXXXXX	975
2222XXXXXXX	780
3265987XXXXX	165
3265987XXXXX	160
2154785XXXXX	151
कुल	**4761**

एक ही/गलत आधार संख्या के आधार पर एकाधिक ई-कार्ड (पीएमजेएवाई आईडी) का सफल सृजन अनिवार्य सत्यापन नियंत्रणों की कमी को दर्शाता है जिसके परिणामस्वरूप सिस्टम में डुप्लिकेट लाभार्थियों की उपस्थिति होती है।

तमिलनाडु में आधार को जोड़ने में त्रुटियों के संबंध में, एनएचए ने उत्तर दिया कि यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि राज्य लाभार्थी की पहचान के लिए अपने स्वयं के आईटी प्लेटफॉर्म (और डेटाबेस) का उपयोग कर रहा है। एनएचए ने राज्य से लाभार्थी सत्यापन प्रोटोकॉल को

[18] इलेक्ट्रानिक अपने ग्राहक को जानो।

मजबूत करने के लिए एनएचए के आधार संख्या पर आधारित बीआईएस प्लेटफॉर्म पर विस्थापित करने का आग्रह किया है।

3.6.5 एक ही मोबाइल नंबर पर बड़ी संख्या में लाभार्थी पंजीकृत

लाभार्थी अधिकारिता गाइडबुक में प्रावधान है कि लाभार्थी के साथ अस्पताल में भर्ती होने से लेकर अस्पाताल से छुट्टी होने के बाद प्रतिपुष्टि तक संपर्क करने के लिए संपर्क नंबर का उपयोग किया जाएगा। बीआईएस ई-कार्ड को अक्षम करने के दिशा-निर्देशों में प्रावधान है कि एसएचए कार्ड निर्माण के समय प्रदान किए गए संपर्क नंबर पर लाभार्थी को उनकी पात्रता की जांच करने के लिए सूचित करने हेतु एसएमएस सूचना भेजेगा।

बीआईएस डेटाबेस के डेटा विश्लेषण से पता चला कि समान या अमान्य मोबाइल नंबर पर बड़ी संख्या में लाभार्थी पंजीकृत थे। कुल मिलाकर 11[19] से 7,49,820 लाभार्थियों को बीआईएस डाटाबेस में एक ही मोबाइल नंबर से जोड़ा गया, जैसा कि **तालिका-3.6** में विवरण दिया गया है।

तालिका-3.6: अमान्य मोबाइल नंबर के सापेक्ष में लाभार्थी का पंजीकरण

सिस्टम में मोबाइल नंबरों की संख्या	उनके सापेक्ष में पंजीकृत व्यक्तियों की संख्या
3 (9999999999) (8888888888) (9000000000)	985166 (749820) (139300) (96046)
20	10001 से 50000
1435	1001 से 10000
185397	11 से 1000

डाटाबेस में किसी भी लाभार्थी से संबंधित रिकॉर्ड खोजने के लिए मोबाइल नंबर महत्वपूर्ण हैं, जिससे बिना आईडी के पंजीकरण डेस्क से संपर्क कर सकते हैं। ई-कार्ड गुम होने की स्थिति में लाभार्थी की पहचान करना भी मुश्किल हो सकता है। इसके परिणामस्वरूप पात्र लाभार्थियों

[19] एक मोबाईल नम्बर से जुडे एक ही परिवार के 11 और उससे अधिक व्यक्तियों की एक उचित सीमा लेना।

को योजना के लाभों से वंचित किया जा सकता है और साथ ही प्रवेश से पहले और बाद में संचार से इंकार किया जा सकता है जिससे उन्हें असुविधा हो सकती है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति से सहमत होते हुए बताया (अगस्त 2022) कि बीआईएस 2.0 की तैनाती के साथ, इस मुद्दे को हल किया जाएगा। इसके अलावा, बीआईएस 2.0 प्रणाली को कॉन्फ़िगर किया गया है ताकि निश्चित संख्या से अधिक परिवार एक ही मोबाइल नंबर का उपयोग न कर सके। यह "यादृच्छिक संख्या" दर्ज करने की व्यापकता को रोक देगा, जो मोबाइल नंबर की असंगति के भारी मामलों का गठन करता है।

3.7 पीएमजेएवाई कार्ड रखते हुए तथा उपचार का लाभ उठा रहे अपात्र परिवार

राज्य स्वास्थ्य अभिकरणों (एसएचए) के लिए पीएमजेएवाई की आईईसी गाइडबुक में अन्य बातों के साथ-साथ कहा गया है कि जिन लाभार्थियों के परिवार का सदस्य एक सरकारी कर्मचारी है, उन्हें स्वचालित रूप से पात्र लाभार्थियों की सूची से बाहर कर दिया जाना चाहिए। राज्यों को सलाह दी जाती है कि वे ऐसे लाभार्थियों को पात्र सूची से बाहर करने के लिए जिला कलेक्टरों/जिला मजिस्ट्रेटों या उपायुक्तों को अधिकृत करें।

लेखापरीक्षा ने पाया कि;

- **चंडीगढ़** में, योजना डाटाबेस सहित यूटी चंडीगढ के पेंशनभोगियों के डाटाबेस की तुलना से प्रकट हुआ कि 34 सरकारी पेंशनभोगियों और उनके परिवारों के 68 सदस्यों को लाभार्थी के रूप में शामिल किया गया था और उनमें से दो ने ₹11,700 की लागत से योजना के तहत इलाज का लाभ उठाया था।
- **हरियाणा** में, योजना डेटाबेस के साथ हरियाणा सरकार के पेंशनभोगियों के डेटाबेस की तुलना से पता चला कि 114 पेंशनभोगियों को लाभार्थियों के रूप में शामिल किया गया था और उन्होंने ₹ 26.81 लाख की लागत वाली योजना के तहत इलाज का लाभ उठाया था।
- **हिमाचल प्रदेश** में, योजना डाटाबेस के साथ पेंशनभोगियों के डेटाबेस की तुलना से पता चला कि 22 पेंशनभोगियों को लाभार्थियों के रूप में शामिल किया गया था और उन्होंने ₹ 3.33 लाख की लागत वाली योजना के तहत इलाज का लाभ उठाया था।

- **कर्नाटक** में, कर्नाटक सरकार के पेंशनभोगियों के डेटाबेस की योजना डेटाबेस से तुलना करने पर पता चला कि 1,558 पेंशनभोगियों को लाभार्थियों के रूप में शामिल किया गया था और उन्होंने ₹ 4.65 करोड़ की लागत वाली योजना के तहत इलाज का लाभ उठाया था।

- **महाराष्ट्र** में, महाराष्ट्र सरकार के पेंशनभोगियों और सामान्य भविष्य निधि डेटा की तुलना लाभार्थियों के डाटा से की गई थी। विश्लेषण से पता चला कि 477 सरकारी सेवकों/उनके परिवार के सदस्यों ने योजना के तहत इलाज का लाभ उठाया था, ₹ 1.47 करोड़ का भुगतान किया गया था।

- **तमिलनाडु** में, योजना डीटाबेस के साथ तमिलनाडु सरकार के पेंशनभोगियों के डाटाबेस की तुलना से पता चला कि 1,07,040 पेंशनभोगियों को लाभार्थियों के रूप में शामिल किया गया था। इन पेंशनभोगियों के लिए एसएचए द्वारा बीमा कंपनी को भुगतान की गई प्रीमियम राशि ₹ 22.44 करोड़ थी।

लेखापरीक्षा ने देखा कि अपात्र लाभार्थियों को हटाने में देरी से कार्रवाई के परिणामस्वरूप अपात्र व्यक्तियों ने योजना का लाभ उठाया और बीमा कंपनियों को प्रीमियम का अधिक भुगतान किया।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि यह राज्यों द्वारा अनुपालन के लिए एक एसओपी विकसित कर रहा है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि एबी पीएम-जेएवाई मानदंड के अनुसार अपात्र पाए गए किसी भी एसईसीसी 2011 लाभार्थी परिवार को पात्र व्यक्तियों/परिवारों की सूची से हटाया जा सके।

3.8 लाभार्थियों की अस्वीकृति को संसाधित करने में विलम्ब

लाभार्थी पहचान दिशा-निर्देशों के अनुसार, बीमाकर्ता द्वारा अस्वीकृति के लिए अनुशंसित पंजीकरण के मामलों को 24 घंटे के भीतर एसएचए की समीक्षा टीम द्वारा तय किया जाना है। नौ राज्यों/यूटी में डाटा विश्लेषण ने अस्वीकृति मामलों को संसाधित करने में विलम्ब को प्रकट किया जैसा कि **तालिका-3.7** में दर्शाया गया है।

तालिका-3.7: अस्वीकृति में विलम्ब

क्र.सं.	राज्य/यूटी	अस्वीकृत मामले	अधिकतम विलंब (दिनों में)
1	असम	1,640	32
2	चंडीगढ़	632	70
3	हिमाचल प्रदेश	5,287	199
4	जम्मू और कश्मीर	4,97,358	404
5	केरल	1,149	223
6	मध्य प्रदेश	1,98,555	NA
7	मणिपुर	90	18
8	पंजाब	254	32
9	उत्तर प्रदेश	34,066	334

अनुमोदन/अस्वीकृति को अंतिम रूप देने में विलम्ब, दिशा-निर्देशों का अनुपालन न करना है। इस तरह की देरी का मतलब है कि बीच की अवधि के दौरान संभावित लाभार्थियों को पंजीकरण के लाभों में देरी/अस्वीकार किया जा सकता है। आगे, दस्तावेजों की कमी के कारण अस्वीकृति के मामले में संभावित लाभार्थी द्वारा पुन: आवेदन में भी देरी होती है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए कहा (अगस्त 2022) कि उसने हाल ही में आयुष्मान भारत पीएम-जेएवाई के तहत लाभार्थी पहचान प्रणाली को नया रूप दिया है। इस संशोधित बीआईएस 2.0 ने लाभार्थी रिकॉर्ड सत्यापन की प्रक्रिया को सरल बना दिया है। इससे समयबद्ध तरीके से लाभार्थी प्रमाणीकरण की पूरी तरह से अलग प्रक्रिया में तेजी लाने में मदद मिलेगी।

3.9 पीएमजेएवाई के बारे में जागरूकता पैदा करना (आईईसी योजना का गैर-कार्यान्वयन)

पीएमजेएवाई की सफलता काफी हद तक प्रभावी संचार पर निर्भर है जो श्रेणी में अंतिम लाभार्थी तक पहुंचनी चाहिए। एनएचए के दिशा-निर्देशों के अनुसार सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) के कार्य हैं:

- पीएमजेएवाई के लिए विभिन्न लक्षित दर्शकों एवं पीएमजेएवाई के प्रति उनकी अभिवृत्तियों एवं धारणाओं को समझें।
- सटीक जानकारी का प्रसार करके लक्षित दर्शकों को पीएमजेएवाई के बारे में शिक्षित करने के लिए जागरुकता बढ़ाते हैं।

- प्रमुख अंतर्दृष्टि के आधार पर संचार विकसित करें ताकि इससे अभिवृत्ति और व्यवहार में बदलाव ला सके।
- उपयोगकर्ता के अनुकूल आईईसी सामग्री बनाएं, प्रासंगिक संचार चैनलों का चयन करें और उचित समय पर संदेशों को रोल आउट करें, लक्षित दर्शकों के बीच पहुंच और प्रभाव को अधिकतम करे।

केंद्रीय स्तर पर, एनएचए ने योजना के अधिकारों के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए पोस्टर, बैनर, पत्रक, ट्रेन ब्रांडिंग, आउटडोर ब्रांडिंग, प्रेस बैठक और प्रेस विज्ञप्ति, समाचार-पत्र, ख्याति समर्थन जैसी कई आईईसी गतिविधियां शुरू की हैं, विभिन्न हितधारकों को योजना विवरण, एसएचए की क्षमता निर्माण के लिए कार्यशाला आदि प्रदान करने के लिए एक समर्पित पोर्टल भी बनाया गया है।

2018-19 से 2020-21 के दौरान एनएचए ने ऐसी गतिविधियों पर ₹64.07 करोड़ का व्यय किया है जिसका विवरण **तालिका-3.8** में दिया गया है।

तालिका-3.8: एनएचए में आईईसी पर व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	बीई/आरई	वास्तविक व्यय
2018-19	आईईसी के लिए कोई पृथक बजट आवंटन नहीं	32.86
2019-20		10.42
2020-21		20.79
कुल		**64.07**

तथापि, एनएचए ने इन गतिविधियों के लिए एक विशिष्ट बजट आवंटित नहीं किया, जिसके अभाव में लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सकी कि व्यय निर्धारित बजट सीमा के भीतर था। हालांकि, एनएचए ने एक व्यापक आईईसी योजना और केंद्रीय स्तर पर इसके कार्यान्वयन की स्थिति के बारे में कोई विवरण और रिकॉर्ड प्रदान नहीं किया। इन ब्यौरों और अभिलेखों के अभाव में, लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सकी कि क्या आईईसी गतिविधियों को केंद्रीय स्तर पर योजनाबद्ध तरीके से किया गया था और कितनी दूर तक नियोजित लक्ष्यों को प्राप्त किया गया था।

एनएचए ने केंद्रीय स्तर पर पूरे भारत में विभिन्न राज्यों में आईईसी गतिविधियों की निगरानी के लिए तंत्र का कोई विवरण प्रदान नहीं किया और इसलिए लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सका कि क्या एनएचए ने राज्यों में किए जा रहे आईईसी गतिविधियों की निगरानी की है ताकि इसके लाभों के बारे में जागरूकता पैदा की जा सके ताकि लाभार्थियों के पंजीकरण और योजना के कवरेज को बढ़ाया जा सके।

आगे, आईईसी दिशा-निर्देशों के अनुसार, एसएचए को एक आईईसी प्रकोष्ठ का गठन करना था तथा अपेक्षित आईईसी स्टाफ की भर्ती/नियुक्ति करना था। एसएचए को आईईसी उद्देश्यों को निर्धारित करना था, एक व्यापक आईईसी योजना तैयार करनी थी और पीएमजेएवाई को बढ़ावा देने के लिए प्रासंगिक लक्षित दर्शकों की पहचान करनी थी।

प्रशासनिक व्यय जारी करने के दिशा-निर्देशों में प्रावधान है कि समग्र प्रशासनिक व्यय का 25 *प्रतिशत* पीएमजेएवाई को बढ़ावा देने से संबंधित आईईसी गतिविधियों पर खर्च किया जा सकता है।

लेखापरीक्षा ने राज्यों में निर्धारित आईईसी गतिविधियों के कार्यान्वयन में निम्नलिखित विसंगतियां पाई :

- सात राज्यों**, छत्तीसगढ़**, **हिमाचल प्रदेश**, **जम्मू और कश्मीर**, **महाराष्ट्र**, **पंजाब**, **उत्तर प्रदेश** और **उत्तराखंड** में आईईसी प्रकोष्ठ का गठन किया गया था। 12 राज्यों में**, आंध्र प्रदेश**, **असम**, **बिहार**, **दादर एवं नगर हवेली** और **दमन और दीव, गुजरात**, **झारखंड**, **कर्नाटक**, **मिजोरम**, **नागालैंड**, **पुदुचेरी**, **राजस्थान** और **त्रिपुरा** आईईसी प्रकोष्ठ का गठन नहीं किया गया था जबकि शेष राज्यों के बारे में कोई जानकारी उपलब्ध नहीं थी।

- आईईसी योजना केवल चार राज्यों**, छत्तीसगढ़**, **मध्य प्रदेश**, **मणिपुर** और **राजस्थान** में तैयार की गई थी। **महाराष्ट्र** में हालांकि योजना 2020-21 में तैयार की गई थी लेकिन उसे लागू नहीं किया गया।

- **14** राज्यों**, आंध्र प्रदेश**, **बिहार**, **चंडीगढ़**, **गुजरात**, **हरियाणा**, **हिमाचल प्रदेश**, **केरल**, **मध्य प्रदेश**, **महाराष्ट्र**, **पंजाब**, **राजस्थान**, **तमिलनाडु**, **त्रिपुरा** और **उत्तर प्रदेश** में, आईईसी

गतिविधियों पर व्यय 0 से 20.24 *प्रतिशत* के बीच था जोकि आवंटित बजट के 25 *प्रतिशत* के निर्धारित बेंचमार्क के सापेक्ष में था।

निर्धारित आईईसी गतिविधियों के कार्यान्वयन में कमियों का राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-3.4** में दिया गया है।

आईईसी योजना के कार्यान्वयन में कमियों और अपर्याप्त व्यय के परिणामस्वरूप योजना और इसके लाभों के बारे में जागरूकता की कमी हो सकती है। एनएचए को योजना के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए विशेष प्रयास करने और पात्र लाभार्थियों को संवेदनशील बनाने की जरूरत है।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि विभिन्न शीर्षों के तहत राज्यों को निधि के उपयोग के संबंध में एनएचए द्वारा साझा किये गये दिशानिर्देश प्रकृति में केवल सांकेतिक है।

एनएचए को यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि योजना के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए एसएचए द्वारा पर्याप्त व्यय किया गया है।

3.10 पुस्तिकाओं/प्रचार पुस्तिकाओं का मुद्रण

एनएचए द्वारा जारी लाभार्थी पहचान दिशा-निर्देशों के अनुसार, मंत्रालय/एनएचए से अनुमोदन प्राप्त करने के बाद राज्य सरकार 15 दिनों की अवधि के भीतर कार्यान्वयन और लाभार्थी पहचान प्रक्रिया शुरू करने के लिए प्रारंभिक गतिविधियों को पूरा कर सकती है। इनमें पीएमजेएवाई ई-कार्ड मुद्रण, योजना के विवरण के साथ प्रत्येक संपर्क बिंदु पर लाभार्थियों को वितरण के लिए मुद्रित पुस्तिकाओं की उपलब्धता, पीएमजेएवाई के तहत लाभ प्राप्त करने की प्रक्रिया, पैनल में शामिल अस्पतालों की सूची, पीएमजेएवाई कॉल सेंटर के टोल फ्री नंबर आदि शामिल हैं।

आगे, राज्य सरकार को हार्डवेयर और बुनियादी सॉफ्टवेयर समर्थन, समस्या निवारण आदि को संभालने के लिए टीमों की पहचान करने और स्थापित करने की आवश्यकता थी।

छः राज्यों, **असम, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, लद्दाख, महाराष्ट्र** और **पंजाब** में लाभार्थियों को पुस्तिकाएं/प्रचार पुस्तिकाएं मुद्रित या प्रदान नहीं की गई थी। **छत्तीसगढ़** में, पुस्तिकाएं मुद्रित की गईं, लेकिन नामांकन के समय वितरित नहीं की गईं, लेकिन बाद में बिना योजना के वितरित की गईं।

लाभार्थियों के बीच योजना के कवरेज को बढ़ाने के लिए, एनएचए को योजना के विवरण को शामिल करते हुए पुस्तिकाओं / प्रचार पुस्तिकाओं के वितरण के माध्यम से जागरूकता पैदा करने का प्रयास करना चाहिए ताकि सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करने के उद्देश्य को जल्द से जल्द प्राप्त किया जा सके।

एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि एनएचए और एसएचए द्वारा विभिन्न अवसरों पर पुस्तिकाएं/प्रचार पुस्तिकाएं वितरित की गई। इस तरह की आईईसी सामग्री बड़े पैमाने पर आईईसी जन-अभियानों, मेलों आदि के दौरान वितरित की गई है। एनएचए ने गैर सरकारी संगठनों के माध्यम से लाखों आईईसी सामग्री भी वितरित की है जिनके साथ उसने एबी पीएम-जेएवाई से संबंधित आईईसी के लिए समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए हैं।

उत्तर सामान्य है और उपरोल्लिखित राज्यों के संबंध में लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों के प्रति विशिष्ट नहीं है।

अध्याय

IV

अस्पताल नामिकायन एवं प्रबंधन

4. प्रस्तावना

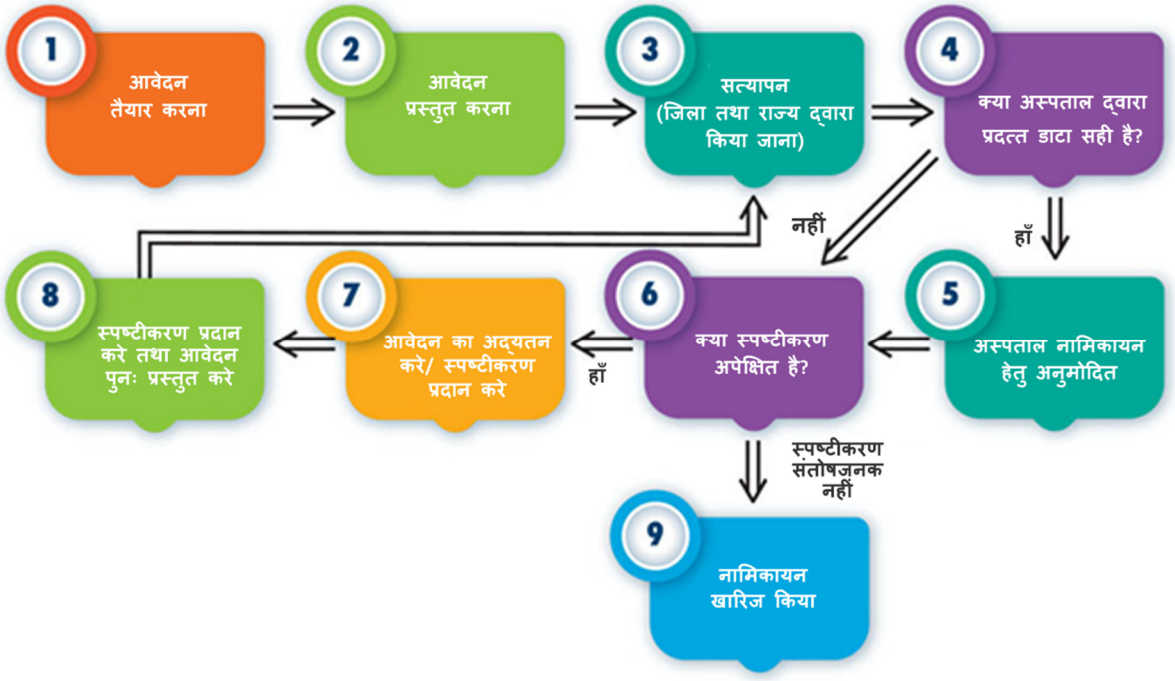
पीएमजेएवाई लगभग सभी गौण एवं तृतीयक देखभाल प्रक्रियाओं के लिए चिकित्सा और अस्पताल में भर्ती होने के ख़र्चों को शामिलकरता है, जिसमें आबादी के आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लिए सर्जरी, चिकित्सा एवं दैनिक देखभाल उपचार शामिल हैं, जिसका उद्देश्य कम लागत वाले गुणवत्ता उपचार के साथ-साथ सस्ती कीमतों पर आवश्यक दवाएं और नैदानिक सेवाएं प्रदान करना है।

सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करने के लिए निवारक एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल इसके मुख्य घटक हैं। यह सुनिश्चित करने के लिए कि पीएमजेएवाई के तहत लाभार्थियों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाती है, राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरणों को राज्य नामिकायन समितियों (एसईसी) के माध्यम से अपने संबंधित राज्यों/यूटी में निजी और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को पैनलबद्ध करने का अधिकार है। अस्पताल नामिकायन के लिए दिशा-निर्देशों में दिए गए अनुदेशों के व्यापक अधिदेश के तहत, राज्य नामिकायन आवेदनों के सत्यापन के तरीके को तय करने के लिए स्वतंत्र हैं, या तो जिला पैनल समिति (डीईसी) के माध्यम से या चयनित बीमा कंपनी (बीमा प्रणाली) का उपयोग करके भौतिक सत्यापन करते हैं।

4.1 नामिकायन की प्रक्रिया

सभी राज्यों/यूटी को केवल अपने राज्य/ यूटी के अस्पतालों को पैनलबद्ध करने की अनुमति है। यदि कोई राज्य/यूटी किसी अन्य राज्य/यूटी के अस्पतालों को पैनलबद्ध करना चाहता है, तो वे ऐसा तब तक कर सकते हैं जब तक कि वे पीएमजेएवाई को कार्यान्वित नहीं करते हैं। अंतरंग रोगी सेवाएं (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर और ऊपर) प्रदान करने की क्षमता वाली सभी सार्वजनिक सुविधाएं पीएमजेएवाई के तहत पैनलबद्ध मानी जाती हैं। निजी अस्पताल नामिकायन के लिए अस्पताल नामिकायन प्रबंधन (एचईएम) पोर्टल के माध्यम से ऑनलाइन आवेदन कर

सकते हैं। निजी अस्पतालों की नामिकायन प्रक्रिया को **प्रवाह चार्ट-4.1.** में निर्दिष्ट किया गया है।



राज्य स्वास्थ्य विभाग यह सुनिश्चित करता है कि सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को पीएमजेएवाई के तहत सेवाएं प्रदान करने के लिए सक्षम बुनियादी ढांचे और दिशा-निर्देशों को लागू किया जाए।

4.2 अस्पताल के नामिकायन के लिए मानदंड

अस्पताल नामिकायन और प्रबंधन (एचईएम) दिशा-निर्देशों के पैरा 1.3 के अनुसार, नामिकायन में शामिल होने के मानदंडों को दो व्यापक श्रेणियों अर्थात सामान्य एवं स्पेशलिटी में विभाजित किया गया है। सामान्य देखभाल प्रदान करने के लिए पीएमजेएवाई के तहत पैनलबद्ध स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं (ईएचसीपी) को सामान्य मानदंड की न्यूनतम आवश्यकताओं को पूरा करना चाहिए। ईएचसीपी के नामिकायन करने के लिए सामान्य मानदंड की मुख्य विशेषताएं निम्नानुसार हैं:

चौबीस घंटे सुविधाओं की आवश्यकता	चिकित्सा कर्मचारी की आवश्यकता
• कम से कम 10 अंतरंग रोगी बिस्तर। • फार्मेसी, ब्लड बैंक, प्रयोगशाला, डायलिसिस यूनिट, एम्बुलेंस सुविधाओं जैसी सेवाओं के लिए चौबीसों घंटे आवश्यक समर्थन प्रणाली। • जहां कहीं भी आपातकालीन सेवाएं प्रदान की जाती हैं, वहां तकनीकी रूप से योग्य कर्मचारियों द्वारा प्रबंधित 24 घंटे आपातकालीन सेवाएं। • जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन अधिनियम के अनुपालन में पूरी तरह से सुसज्जित ऑपरेशन थियेटर, अपशिष्ट प्रबंधन सहायता सेवाएं (सामान्य और जैव चिकित्सा)। • उपयुक्त अग्नि सुरक्षा उपाय।	• पर्याप्त और योग्य चिकित्सा एवं नर्सिंग स्टाफ। • एक सर्जन और एनेस्थेटिस्ट की चौबीस घंटे उपलब्धता (या ऑन-कॉल) जहां सर्जिकल सेवाएं/ दैनिक देखभाल उपचार की पेशकश की जाती है। • एक प्रसूति रोग विशेषज्ञ, हड्डी रोग विशेषज्ञ, ईएनटी, नेत्र विज्ञान, दंत चिकित्सा, सामान्य सर्जरी (एंडोस्कोपी सहित)।

स्पेशिलिटी मानदंड के तहत, अस्पतालों को एक या अधिक स्पेशिलिटी (*जैसे* कार्डियोलॉजी, ऑन्कोलॉजी और न्यूरोसर्जरी, आदि) के लिए अधिकृत कुछ तृतीयक देखभाल पैकेजों के लिए अलग से पैनलबद्ध किया जाएगा और अस्पतालों को उन सुविधाओं को, सामान्य मानदंडों से अधिक, विशेष पैकेज के रूप में प्रदान करने के लिए उन्नत मानदंडों को पूरा करने की आवश्यकता है।

नवम्बर 2022 तक, राज्यों/यूटी में कुल 26209 (11,930 निजी और 14,279 सार्वजनिक) अस्पतालों को पैनलबद्ध किया गया था। विवरण **अनुलग्नक-4.1** में दिया गया है।

लेखापरीक्षा ने नामिकायन के लिए सामान्य मानदंड के गैर-अनुपालन के उदाहरणों का उल्लेख किया जैसा कि नीचे दिया गया है:

4.2.1 समर्थन प्रणाली और अवसंरचना के संबंध में मानदण्ड

एचईएम दिशा-निर्देशों के अनुलग्नक-1 के अनुसार, अस्पताल में फार्मेसी, ब्लड बैंक, प्रयोगशाला, डायलिसिस यूनिट, पोस्ट-ऑप आईसीयू देखभाल आदि जैसी सेवाओं के लिए चौबीस घंटे आवश्यक समर्थन प्रणाली की पर्याप्त व्यवस्था होनी चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 12 राज्यों/यूटी नामत: **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, असम, बिहार, चंडीगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, मणिपुर, नागालैंड, पुदुचेरी, त्रिपुरा** और **उत्तर**

प्रदेश में, कुछ ईएचसीपी द्वारा नामिकायन के न्यूनतम मानदंड पूरा नहीं किया गया था। चिकित्सा उपकरण के खराब होने, आधारभूत अवसंरचना जैसे कि आईपीडी बेड, ऑपरेशन, थियेटर, वेंटिलेटर समर्थन सहित आईसीयू देखभाल, फार्मेसी, डायलेसिस यूनिट, ब्लड बैंक, चौबिस घण्टे एम्बुलेंस सेवाएं आदि की कमी जैसी कमियां थी। विवरण **अनुलग्नक-4.2** में दिया गया है।

4.2.2 सुरक्षा उपायों का अनुपालन न करना

एचईएम दिशा-निर्देशों के अनुलग्नक-1 के अनुसार, उपयुक्त अग्नि सुरक्षा उपाय, समय-समय पर एनएचए द्वारा अनिवार्य प्रक्रियाओं के लिए मानक उपचार दिशा-निर्देशों/नैदानिक मार्गों का पालन, अपशिष्ट प्रबंधन सहायता सेवाएं (सामान्य और जैव चिकित्सा) - जैव चिकित्सा के अनुपालन में अपशिष्ट प्रबंधन अधिनियम का पालन किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सात राज्यों, **बिहार, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, मेघालय, पुदुचेरी** और **उत्तराखंड** में, कुछ ईएचसीपी को उपरोक्त मानदंडों को पूरा किए बिना पैनलबद्ध किया गया था। विवरण **अनुलग्नक-4.3** में दिया गया है।

यह इस तथ्य का द्योतक है कि ईएचसीपी नामिकायन के लिए निर्धारित गुणवत्ता मानकों और अनिवार्य शर्तों के अनुरूप नहीं थे।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि अग्निशमन, जैव अपशष्टि प्रबंधन आदि जेसे सुरक्षा उपाय अनविार्य नहीं है।

एनएचए का उत्तर कि दिशा-निर्देश अनिवार्य नहीं हैं, उचित नहीं है क्योंकि एसएचए को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि ईएचसीपी सभी मानदंडों और सुरक्षा उपायों का पालन करें।

4.3 ईएचसीपी के नामिकायन के लिए जागरूकता सृजन और सुविधा

एचईएम दिशानिर्देशों के पैरा 1.4 के अनुसार, राज्य सरकार को यह सुनिश्चित करना है कि अधिक से अधिक पात्र अस्पताल पीएमजेएवाई में भाग लें तथा इसे सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) अभियानों, जिला, उप-जिला और ब्लॉक स्तर कार्यशाला के सहयोग से प्राप्त करने की आवश्यकता है। राज्य और जिला प्रशासन को अपने-अपने अधिकार क्षेत्र में सभी पात्र

अस्पतालों को पीएमजेएवाई के तहत पैनल में शामिल होने के लिए आवेदन करने के लिए प्रोत्साहित करना है। एसएचए को अस्पतालों के साथ योजना के विवरण (नामिकायन मानदंड, पैकेज और प्रक्रियाओं सहित) पर चर्चा करने और योजना के बारे में उनके किसी भी प्रश्न का समाधान करने के लिए एक जिला कार्यशाला का आयोजन करना है। इस कार्यशाला में भाग लेने के लिए बीमा कंपनियों के अधिकारियों सहित सार्वजनिक और निजी दोनों अस्पतालों (दोनों प्रबंधकीय और परिचालन व्यक्तियों) के प्रतिनिधियों को आमंत्रित किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नवम्बर 2022 तक, 26,209 (11,930 निजी और 14,279 सार्वजनिक) अस्पतालों को राज्यों/यूटी में पैनलबद्ध किया गया है। प्रति एक लाख लाभार्थी ईएचसीपी की उपलब्धता **बिहार** में 1.8 ईएचसीपी से लेकर **गोवा** में 26.6 ईएचसीपी तक थी। **लक्षद्वीप** यूटी में, यह उपलब्धता अनुपात प्रति लाख लाभार्थियों पर 90.8 ईएचसीपी से अधिक था। विवरण **अनुलग्नक-4.1** में दिया गया है।

असम (3.4), **दादरा नगर हवेली-दमन दीव** (3.6) और **महाराष्ट्र** (3) एवं **राजस्थान** (3.8) के राज्यों/यूटी में ईएचसीपी की उपलब्धता बहुत कम है। लेखापरीक्षा ने पाया कि हालांकि **बिहार** और **उत्तर प्रदेश** में लाभार्थियों की संख्या 5.56 करोड़ और 6.47 करोड़ है, लेकिन एक लाख आबादी के लिए क्रमशः 1.8 और 5 ईएचसीपी की तुलना में ईएचसीपी की उपलब्धता बहुत कम थी।

योजना का उद्देश्य गरीब और कमजोर आबादी को लाभ प्रदान करना है। इसे देखते हुए, राज्य के अधिकारियों को और अधिक अस्पतालों को पैनलबद्ध करने के लिए आईईसी गतिविधियों के माध्यम से ठोस प्रयास करने चाहिए।

एनएचए ने अभ्युक्तियों को स्वीकार करते हुए कहा (अगस्त 2022) कि अधिक संख्या में अस्पतालों को पैनलबद्ध करने के लिए निरंतर प्रयास किए जा रहे हैं।

4.4 जिला नामिकायन समिति द्वारा नहीं किया गया भौतिक सत्यापन

एचईएम दिशा-निर्देशों के पैरा 1.6 के अनुसार, जिला नामिकायन समितियां (डीईसी) जिला स्तर पर अस्पताल नामिकायन से संबंधित गतिविधियों के लिए जिम्मेदार हैं तथा नामिकायन

में राज्य नामिकायन समिति (एसईसी) की सहायता करने के लिए भी जिम्मेदार हैं। एक अस्पताल द्वारा नामिकायन का अनुरोध दायर किए जाने के बाद, आवेदन की डीईसी द्वारा संवीक्षा की जाती है और आवेदन प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर पूरी तरह से संसाधित किया जाता है। दस्तावेजों के सत्यापन के बाद, डीईसी अस्पताल के परिसर का भौतिक रूप से निरीक्षण करते हैं और नामिकायन में दर्ज किए गए विवरण की भौतिक उपस्थिति को सत्यापित करते हैं और एसईसी को एक निर्धारित प्रारूप में पोर्टल के माध्यम से सहायक चित्रों/वीडियो/स्कैन दस्तावेज के साथ एक विवरण जमा करते हैं। इसके अलावा, एसईसी डीईसी द्वारा प्रस्तुत रिपोर्ट पर विचार करता है और अस्पताल को नामिकायन के अनुरोध को स्वीकार या अस्वीकार या वापस करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि **मणिपुर** (17), **त्रिपुरा** (103) **और उत्तराखंड** (43) में 163 ईएचसीपी में भौतिक सत्यापन नहीं किया गया था।

भौतिक सत्यापन के बिना नामिकायन करने से उन ईएचसीपी को नामिकायन में शामिल करने का जोखिम है जो नामिकायन में शामिल होने के न्यूनतम मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं।

अवलोकन को स्वीकार करते हुए एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि महामारी के मुद्दों के कारण भौतिक सत्यापन पूरा नहीं किया जा सका और कुछ अस्पतालों को सीएमओ आदि की सिफारिश पर पैनलबद्ध किया गया था।

लेखापरीक्षा का विचार है कि अस्पतालों के नामिकायन के लिए भौतिक सत्यापन प्रक्रिया अनिवार्य होनी चाहिए ताकि केवल उन्हीं अस्पतालों को पैनलबद्ध किया जा सके जो अपेक्षित मानदंडों को पूरा करते हैं।

4.5 एसएचए द्वारा ईएचसीपी की सभी उपलब्ध एवं पात्र स्पेशिलिटी का गैर-नामिकायन

एचईएम दिशा-निर्देशों के अनुसार, डीईसी अस्पताल द्वारा प्रस्तुत किए गए मूल दस्तावेजों के भौतिक सत्यापन के साथ ईएचसीपी द्वारा अपलोड किए गए दस्तावेजों को सहसंबंधित करता है। यदि निरीक्षण के दौरान यह पाया जाता है कि किसी अस्पताल ने एक या अधिक स्पेशिलिटी के लिए आवेदन नहीं किया है, लेकिन समान सुविधाएं उपलब्ध हैं, तो अस्पताल को एक

निर्धारित समय-सीमा के भीतर (*अर्थात*, निरीक्षण की तिथि से सात दिनों के भीतर) अप्राप्ती स्पेशिलिटी के लिए आवेदन करने का निर्देश दिया जाएगा। यदि अस्पताल निर्धारित समय में अन्य स्पेशिलिटी के लिए आवेदन नहीं करता है, तो उसे नामिकायन प्रक्रिया से अयोग्य घोषित कर दिया जाएगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

असम में, नमूना जांच किए गए 35 ईएचसीपी में से 13 ईएचसीपी पीएमजेएवाई लाभार्थियों को 4 से 80 *प्रतिशत* उपलब्ध स्पेशिलिटी को उपलब्ध करा रहे थे। विवरण **अनुलग्नक-4.4** में दिए गये हैं।

झारखंड में, दो निजी ईएचसीपी पीएमजेएवाई के तहत तीन स्पेशिलिटी उपलब्ध नहीं करा रहे थे, जो अन्यथा आम जनता के लिए उपलब्ध थे। विवरण **अनुलग्नक-4.5** में दिया गया है।

ईएचसीपी द्वारा सभी उपलब्ध स्पेशिलिटी को उपलब्ध करने में विफलता लाभार्थियों को ऐसी सेवाओं की उपलब्धता को कम करती है, इस प्रकार उन्हें पीएमजेएवाई के तहत परिकल्पित लाभों से वंचित करती है।

4.5.1 स्पेशिलिटी की कमी

पीएमजेएवाई का उद्देश्य सबसे गरीब परिवारों को रोगी-केंद्रित गुणवत्ता सेवाओं के व्यापक पैकेज तक समान पहुंच प्रदान करना है। व्यापक सेवा पैकेज का विकास इस लक्ष्य की दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम है। हालांकि, कई राज्यों में परिकल्पित सुविधाओं/सेवाओं की कमी ने इन पैकेजों को शुरू करने के पीछे के उद्देश्य को ही विफल कर दिया।

अंडमान और निकोबार द्वीप समूह में, सुपर स्पेशिलिटी सुविधाएं न तो केवल रेफरल अस्पताल (545 बिस्तरों वाले जीबी पंत अस्पताल, पोर्ट ब्लेयर) में और न ही दो अन्य जिला ईएचसीपी में उपलब्ध थीं। परिणामस्वरुप, पीएमजेएवाई के तहत 316 अस्पताल में, भर्ती मामलों में से 34 मरीजों को जीबी अस्पताल, पोर्ट ब्लेयर द्वारा चेन्नई, कांचीपुरम, कोलकाता, मदुरै आदि में निजी ईएचसीपी में पोर्ट ब्लेयर से लगभग 1,500 किमी की दूरी पर रेफर किया गया था।

हरियाणा में, राज्य के विभिन्न जिलों में 14 स्पेशिलिटी उपलब्ध नहीं थी। इस कारण, 1,178 पीएमजेएवाई लाभार्थियों को इलाज के लिए दूसरे जिले/राज्य की यात्रा करनी पड़ी।

महाराष्ट्र में, लेखापरीक्षा ने पाया कि नंदुरबार, वाशिम, उस्मानाबाद, गढ़चिरौली और पालघर जिलों में स्थित अस्पतालों में 1,113 प्रकार के उपचार प्रदान नहीं किए गए थे, जहां लाभार्थियों को इलाज के लिए अन्य जिलों की यात्रा करनी पड़ती थी।

मेघालय में तीन जिलों में सेवाओं के अभाव में पश्चिमी जयंतिया पहाड़ी, पश्चिमी गारो पहाड़ी और दक्षिण पश्चिमी गारो पहाड़ी के 2,750 मरीजों ने पूर्वी खासी पहाड़ी में, जबकि दक्षिण पश्चिमी गारो पहाड़ी के 884 मरीजों ने पश्चिमी गारो पहाड़ी में इलाज लिया।

कई राज्यों में, स्पेशिलिटी सेवाओं की कमी के कारण लाभार्थियों को दूर-दराज के स्थानों पर जाने को मजबूर होते हैं जिससे लाभार्थियों को कठिनाई और बहुत अधिक असुविधा होती है और यह जेबखर्च को बढ़ाने का कारण बन सकता है। ईएचसीपी की स्पेशिलिटी सेवाओं का उन्नयन करने की कड़ी आवश्यकता है जिससे योजना के उद्देश्य को पूरा किया जाए।

4.5.2 ईएचसीपी ने स्पेशिलिटी के उन्नयन से पहले रोगियों का इलाज किया

झारखंड में, रांची में 3 ईएचसीपी ने कुछ स्पेशिलिटी के सापेक्ष में 795 रोगियों का इलाज किया, जिन्हें एसएचए में अभी तक उन्नयन/नामिकायन नहीं किया गया है और उन्हें ₹ 0.63 करोड़ का भुगतान प्राप्त किया। विवरण **अनुलग्नक-4.6** में दिया गया है।

आगे, **झारखंड** में, बीमा कंपनी ने एसएचए को सूचित किया (26 दिसंबर 2019) कि लाइफलाइन नर्सिंग होम, गोड्डा ने अस्पताल में फेको मशीन के बिना 92 फेको[20] प्रक्रियाएं की थीं। एसएचए ने बीमा कंपनी को अस्पताल द्वारा की गई सभी 92 फेको प्रक्रियाओं की लाभार्थी लेखापरीक्षा रिपोर्ट और अस्पताल को किए गए दावे के भुगतान का विवरण प्रस्तुत करने के लिए कहा (मार्च 2020)। यद्यपि, बीमा कंपनी ने लाभार्थी लेखापरीक्षा और दावा राशि का विवरण प्रदान नहीं किया, एसएचए ने बीमा कंपनी या अस्पताल के विरुद्ध कार्रवाई नहीं की थी। हालांकि,

[20] कॉर्निया के किनारे पर एक छोटा चीरा लगाया जाता है, स्पष्ट, गुंबद आकार का सतह जो आंख के सामने को कवर करती है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि टीएमएस डाटा के अनुसार, अस्पताल ने 26 दिसंबर 2019 तक 72 फेको प्रक्रियाएं की और ₹ 5.98 लाख का भुगतान प्राप्त किया। एनएचए ने अभ्युक्तियों को स्वीकार किया और एसएचए पर उत्तरदायित्व डालने और विशेषज्ञ डॉक्टरों की अनुपस्थिति आदि सहित विभिन्न कारणों का हवाला दिया (अगस्त 2022)।

4.6 गैर-नामिकागत स्पेशिलिटी के लिए ईएचसीपी द्वारा किया गया उपचार

अस्पताल लेनदेन के लिए प्रक्रियाओं पर दिशा-निर्देशों के अनुसार, पीएमजेएवाई, नामिकागत ईएचसीपी को लाभार्थियों को केवल उन्हीं विशिष्टताओं के लिए उपचार प्रदान करने की अनुमति है जिनके लिए उन्हें नामिकायन में रखा गया है।

आगे, पीएमजेएवाई के लिए ईएचसीपी को नामिकायन में शामिल करने की प्रक्रिया पर एचईएम दिशा-निर्देशों के पैरा 1.6 (जी) के अनुसार, केवल वही स्पेशिलिटी जो न्यूनतम आवश्यकताओं के अनुरूप हो, अस्पताल में नामिकागत होगी, भले ही अस्पताल ने कई स्पेशिलिटी के लिए आवेदन किया हो।

असम में, 18 ईएचसीपी ने 1,149 लाभार्थियों को गैर-नामिकायन स्पेशिलिटियों हेतु उपचार प्रदान किया जिसके लिए ₹ 1.27 करोड़ के कुल दावे अस्पताल को अदा किए गए थे।

छत्तीसगढ़ में, 65 ईएचसीपी ने ₹ 0.29 करोड़ के पैकेज का दावा किया, जिसके लिए अस्पताल को नामिकागत नहीं किया गया था।

गुजरात में**,** 26 ईएचसीपी में से, 20 ईएचसीपी ने ₹38.38 करोड़ की राशि के लिए गैर-नामिकागत स्पेशिलिटी के लिए उपचार प्रदान किया।

झारखण्ड में नमूना जांच किए गए छः जिलों के 8 ईएचसीपी[21] ने मरीजों को एक स्पेशिलिटी में उपचार प्रदान किया, जिसके लिए अस्पताल को नामिकागत नहीं रखा गया था, जिसके परिणामस्वरूप 358 मामलों में ₹ 0.46 करोड़ का अनियमित भुगतान हुआ।

[21] **धनबाद**-सात ईपीसीएच-333 मामले, ₹ 0.38 करोड़, **पूर्वी सिंहमून** एक ईपीसीएच, 25 मामले, ₹ 0.08 करोड़

मणिपुर में, 15 ईएचसीपी ने 2,153 मामलों में ₹2.69 करोड़ की राशि के पैकेज/स्पेशिलिटी के तहत रोगियों का इलाज किया, जो संबंधित ईएचसीपी में नामिकागत नहीं थे।

एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि एचईएम पोर्टल और टीएमएस पोर्टल की मैपिंग से संबंधित कुछ मुद्दे हो सकते हैं लेकिन एनएचए द्वारा कोई सहायक दस्तावेज उपलब्ध नहीं कराए गए हैं।

4.7 पीएमजेएवाई के अंतर्गत निष्पादन

लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित राज्यों में शून्य या निम्न निष्पादन के उदाहरण पाए;

पीएचसी को आमतौर पर स्त्री रोग के लिए नामिकागत किया जाता है और सीएचसी को एसएचए द्वारा स्त्री रोग, बाल रोग और सामान्य चिकित्सा स्पेशिलिटी के लिए नामिकागत किया जाता है।

आंध्र प्रदेश में, 1,421 नामिकागत ईएचसीपी में से, 524[22] ईएचसीपी ने शून्य दावे प्रस्तुत किए जबकि 81 ईएचसीपी ने एक से पांच दावे प्रस्तुत किए। यह इंगित करता है कि ईएचसीपी पूरी तरह कार्यात्मक नहीं हैं।

झारखंड में, 59 नामिकागत ईएचसीपी[23] नामिकायन के बाद से या वर्ष 2019-20 और 2020-21 से रोगियों का इलाज नहीं कर रहे थे। एसएचए ने मामले की जांच के लिए संबंधित जिलों के सिविल सर्जनों (सीएस) को निदेश दिया (जनवरी 2021)। हालांकि, सीएस ने दिसंबर 2021 तक कोई जवाब नहीं दिया। इसके अलावा, महात्मा गांधी मेमोरियल मेडिकल कॉलेज एंड हॉस्पिटल, जमशेदपुर ने 23 सितंबर 2018 से 22 सितंबर 2021 (1,096 दिन) तक तीन साल की अवधि के दौरान 761 दिनों के लिए उपचार प्रदान नहीं किया।

[22] सार्वजनिक ईपीसीपी-416 तथा निजी ईएचसीपी-63

[23] निजी ईएचसीपी-51 एवं सार्वजनिक ईएचसीपी-8

पंजाब में, नमूना-जांच किए गए पांच जिलों में पांच चयनित ईएचसीपी ने अक्टूबर 2019 और जुलाई 2020 के बीच नामिकागत होने के बावजूद मार्च 2021 तक कोई उपचार प्रदान नहीं किया।

तमिलनाडु में, सितंबर 2020 में नामिकागत में शामिल भारत सरकार के 19 ईएचसीपी में से कोई भी 31 मार्च 2021 तक इस योजना के तहत मरीजों का ध्यान नहीं देख रहे थे। एसएचए ने उत्तर दिया कि ईएचसीपी को एसएचए के निदेशों के आधार पर नामिकागत किया गया था। हालांकि, वे राज्य बीमा योजना में भाग लेने के इच्छुक नहीं थे।

उत्तर प्रदेश में, सात जिलों में 416 (160 सार्वजनिक और 256 निजी) ईएचसीपी में से 27 सार्वजनिक और 13 निजी ईएचसीपी ने कोई उपचार उपलब्ध नहीं कराया।

ईएचसीपी के शून्य/निम्न प्रदर्शन से लाभार्थियों को अपेक्षित लाभ से वंचित/विलंब हो सकता है।

अवलोकन को स्वीकार करते हुए एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि महामारी के कारण, ईएचसीपी पीएमजेएवाई लाभार्थियों को सेवाएं प्रदान करने के लिए अनिच्छुक थे।

4.8 विलंब से नामिकागत किए गए तथा नामिकायन हेतु प्रक्रियाधीन अस्पताल

एचईएम दिशा-निर्देशों के पैरा 1.7 (i) के अनुसार, पीएमजेएवाई के तहत नामिकायन के लिए अस्पताल के अनुरोध पर अंतिम निर्णय, ऐसा आवेदन प्राप्त होने के 30 दिनों के भीतर पूरा किया जाएगा।

i) 14 राज्यों/यूटी, **आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, चंडीगढ़, छत्तीसगढ़, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, मणिपुर, पुदुचेरी, पंजाब, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड** में, 2,733 अस्पतालों को 1 दिन से 44 महीने (30 दिनों से अधिक) के विलम्ब से नामिकागत किया गया था जैसा कि **तालिका-4.1** में वर्णित है।

तालिका-4.1: विलम्ब से नामिकागत किए गए अस्पतालों की संख्या

क्र.सं.	राज्य/यूटी	विलंब से पैनलबद्ध हुए अस्पतालों की संख्या	दिनों की संख्या में विलम्ब
1	आंध्र प्रदेश	247	32-1315
2	असम	61	30-365
3	बिहार	269	1-898
4	चंडीगढ़	12	3-51
5	छत्तीसगढ	7	30-180
6	जम्मू और कश्मीर	15	32-524
7	झारखंड	169	2-379
8	मध्य प्रदेश	378	1- 823
9	मणिपुर	18	1-180
10	पुदुचेरी	20	1-365
11	पंजाब	717	1-953
12	राजस्थान	214	1-156
13	उत्तराखंड	60	1-365
14	उत्तर प्रदेश	546	30-365
कुल		**2733**	

ii) छः राज्यों, **बिहार, गुजरात, झारखंड, पंजाब, राजस्थान** और **उत्तर प्रदेश** में, आवश्यक दस्तावेजों के उत्तर प्रस्तुत न करने, कार्यबलों का विवरण, अस्पताल के बुनियादी ढांचे आदि जैसे कारणों से 418 अस्पतालों का नामिकायन 2 दिन से 873 दिन के विलम्ब के साथ प्रक्रियाधीन था जैसाकि डीईसी द्वारा अपेक्षित था। विवरण **तालिका-4.2** में दिया गया है।

तालिका-4.2: नामिकायन के लिए प्रक्रियाधीन अस्पतालों की संख्या

क्रं.स.	राज्य	अस्पतालों की संख्या	दिनों की संख्या में देरी
1.	बिहार	55	2- 873
2.	गुजरात	224	30-408
3.	झारखंड	60	30-690
4.	पंजाब	10	28-53
5.	राजस्थान	47	219-400
6.	उत्तर प्रदेश	22	5- 845
कुल		**418**	

अवलोकन को स्वीकार करते हुए एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि देरी ज्यादातर प्रक्रियात्मक मुद्दों जैसे दस्तावेजों को अपलोड करने में देरी, अपूर्ण दस्तावेज और तकनीकी मुद्दों के कारण होती है।

4.9 पीएमजेएवाई के तहत इलाज के लिए लाभार्थियों द्वारा भुगतान किया गया पैसा

पीएमजेएवाई का उद्देश्य लाभार्थी को सेवा के बिंदु पर अर्थात् अस्पताल में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक नगदीरहित पहुंच प्रदान करना है।

एसएचए और नामिकागत निजी ईएचसीपी द्वारा हस्ताक्षरित समझौते में कहा गया है कि 'पीएमजेएवाई लाभार्थियों को उपचार/हस्तक्षेप पूरी तरह से नगदीरहित तरीके से प्रदान किया जाना चाहिए। अस्पताल में एक मरीज के प्रवेश के बाद, सभी नैदानिक परीक्षणों, दवाओं, प्रत्यारोपण आदि के लिए खर्च अस्पताल द्वारा वहन किया जाना है क्योंकि इसके लिए लागत को संचयी पैकेज राशि में शामिल किया गया है। हालांकि, लेखापरीक्षा ने ऐसे उदाहरण पाए जहां रोगियों को पीएमजेएवाई के तहत उनके इलाज के हिस्से के रूप में भुगतान करना पड़ा।

हिमाचल प्रदेश में, पांच ईएचसीपी के 50 लाभार्थियों को अन्य अस्पताल/निदान केंद्र से अपने नैदानिक परीक्षणों का प्रबंधन करना था और परीक्षण की लागत लाभार्थियों द्वारा वहन की गई थी। ख़र्च की राशि एसएचए के पास उपलब्ध नहीं थी।

जम्मू और कश्मीर में, 10 सार्वजनिक ईएचसीपी में, 459 रोगियों ने प्रारम्भ में अपनी जेब से ₹ 43.27 लाख का अदा किए जिसके लिए बिलों की जांच के पश्चात रोगियों को प्रतिपूर्ति की गई थी। 75 रोगियों को अभी भी कुल ₹ 6.70 लाख की प्रतिपूर्ति की जानी है।

झारखंड में, बीमा कंपनी ने देखा कि लाइफ केयर अस्पताल, गोड्डा के 36 रोगियों ने दवाइयों, इंजेक्शन, रक्त आदि की ख़रीद के लिए अलग-अलग राशि का भुगतान किया। एसएचए के पास ख़र्च का विवरण उपलब्ध नहीं थे। बीमा कंपनी के अवलोकन के आधार पर, एसएचए ने (28 अगस्त 2020) अस्पताल को दंड से बचने के लिए पांच दिनों के भीतर अपना स्पष्टीकरण प्रस्तुत करने के लिए कहा, ऐसा नहीं करने पर अस्पताल को निलंबित कर दिया जाएगा।

हालांकि, अस्पताल ने न तो कोई स्पष्टीकरण दिया और न ही एसएचए ने अस्पताल के विरुद्ध कोई कार्रवाई शुरू की।

मेघालय में, फ़रवरी 2019 से मार्च 2021 तक पांच निजी ईएचसीपी में उपचार का लाभ उठाने वाले 19,459 लाभार्थियों में से 13,418 (69 *प्रतिशत*) को छुट्टी के समय ₹ 12.34 करोड़ की अतिरिक्त राशि का भुगतान करना पड़ा।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि जेब से ख़र्च स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपलब्धता, निजी वार्ड में उन्नयन के कारण हो सकता है।

लेखापरीक्षा की राय है कि अस्पतालों को लाभार्थियों की मुफ्त सेवाएं प्रदान करने के लिए विभिन्न परस्पर संबंधित सेवा प्रदाताओं के साथ सहयोग करना चाहिए।

4.10 ईएचसीपी को नामिकायन से हटाना

दावों की गलत प्रस्तुति, कपटपूर्ण बिलिंग, गलत लाभार्थी की पहचान, अधिक शुल्क, अनावश्यक प्रक्रियाओं, त्रुटिपूर्ण/गलत निदान, रेफरल दुरुपयोग एवं अन्य धोखाधड़ी जो पात्र लाभार्थियों के देखभाल को प्रभावित करते है, पर नामिकागत अस्पतालों के विरुद्ध उचित अनुशासनात्मक कार्यवाही करने के बाद बीमा कंपनी/एसएचए द्वारा पैनल से हटाने की प्रक्रिया शुरू की जा सकती है। लेखापरीक्षा के दौरान, पैनल से हटाने के निम्नलिखित दृष्टांत पाये गए:-

बिहार में, अनन्या मेमोरियल अस्पताल के नामिकयन को 30 अगस्त 2019 को निलंबित कर दिया गया था, क्योंकि अस्पताल द्वारा प्रदान किया गया उपचार समझौता ज्ञापन और दिशा-निर्देशों के अनुसार नहीं था। आवश्यक फील्ड जांच के बाद, एसईसी ने अस्पताल को पैनल से हटा दिया (दिसंबर 2020)। यद्यपि 2018-20 के दौरान अस्पताल को ₹ 67,900 की राशि के 12 दावों का भुगतान किया गया था, एसएचए ने इसकी आवश्यक जांच नहीं की।

झारखंड में, पलामू जिले के पांच ईएचसीपी, जिन्हें 2019 में पैनल से हटा दिया गया था, ने 1,777 मामलों का इलाज किया और ₹ 1.37 करोड़ की दावा राशि प्राप्त की **(अनुलग्नक-4.7)**।

i) एसएचए ने दिसंबर 2018 में पलामू में एक अस्पताल को पैनल से हटाया गया, लेकिन अस्पताल ने अपना नाम बदलकर आर्शीबाद अस्पताल (HOSP20P92995) कर दिया, और फिर से आवेदन किया और 2 मई 2019 को नामिकागत किया गया। हालांकि, बुनियादी ढांचे की कमी के कारण, अस्पताल फिर से 31 जनवरी 2020 को पैनल से हटाया गया। इस प्रकार, एक ब्लैक लिस्टेड अस्पताल को जून 2019 से सितंबर 2019 के बीच फिर से नामिकागत किया गया और 130 रोगियों का इलाज किया गया और 25 मामलों में ₹ 1.72 लाख का भुगतान किया गया।

ii) डीईसी, रांची ने ओम सांई चिरायु अस्पताल, शालिनी अस्पताल नारायण, सोसो सुयोग अस्पताल और श्री सांई शिरडी अस्पताल को पैनल से हटाने की सिफारिश की (जून 2020)। हालांकि, श्री सांई शिरडी अस्पताल को छोड़कर, एसएचए ने 25 नवंबर 2020 को केवल तीन ईएचसीपी को पैनल से हटाया, अर्थात दो महीने की निर्धारित समय-सीमा के सापेक्ष में डीईसी की सिफारिशों के पाँच महीनें की देरी के बाद।

11 राज्यों में, 241 अस्पतालों को पीएमजेएवाई से या तो स्वेच्छा से या कम प्रदर्शन और ईएचसीपी द्वारा अपनाई गई गलत प्रथाओं के कारण पैनल से हटा दिया गया था। विवरण **अनुलग्नक-4.8** में दिया गया है।

यह दर्शाता है कि एसएचए ने समय पर ईएचसीपी को पैनल से हटाने की प्रक्रिया शुरू नहीं की थी। इससे यह भी स्पष्ट है कि एसएचए को पैनल से हटाए गए अस्पताल को एक बार फिर से पैनल में शामिल करने से रोकने के लिए उपयुक्त तंत्र की आवश्यकता है।

एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि बिहार के संबंध में वसूली की गई है। तथापि, एनएचए ने की गई वसूली के समर्थन में कोई दस्तावेज़ी/लिखित साक्ष्य प्रस्तुत नहीं किया। झारखंड के संबंध में, एनएचए ने कहा कि राज्य लेखापरीक्षा कार्यालय ने लेखापरीक्षा आपत्ति तैयार करते समय गलत पत्र का उल्लेख किया। लेकिन एनएचए ने उनके दावे के समर्थन में कोई दस्तावेज़ प्रस्तुत नहीं किया। आगे एनएचए का उत्तर अन्य एसएचए के बारे में मौन था।

4.11 एक से अधिक विशिष्ट आईडी का आवंटन

पैनल के दिशा-निर्देशों के पैरा 1.7 (डी) के अनुसार, एक अस्पताल को उसके नामिकायन के संबंध में निर्णय लेते ही सूचित कर दिया जाता है और उसे पीएमजेएवाई वेब पोर्टल पर अपडेट कर दिया जाता है। अस्पताल को अंतिम निर्णय के बारे में एसएमएस/ईमेल के माध्यम से सूचित किया जाता है। यदि आवेदन स्वीकृत हो जाता है, तो अस्पताल को पीएमजेएवाई के तहत एक अद्वितीय राष्ट्रीय अस्पताल पंजीकरण संख्या सौंपी जाती है।

- **झारखंड** में, धनबाद में एक ईएचसीपी और रांची में सात ईएचसीपी को अलग-अलग पहचान के साथ एसएचए द्वारा दो बार नामिकागत किया गया था, हालांकि ईएचसीपी के स्थान समान थे।
- **तमिलनाडु** में, नामिकागत सरकारी/निजी नेटवर्क ईएचसीपी के डाटा विश्लेषण से पता चला कि 57 ईएचसीपी को दो या अधिक विशिष्ट आईडी आवंटित की गई थी।

एसएचए द्वारा एक से अधिक आईडी के आवंटन से समय पर प्रसंस्करण और दावों को स्वीकार करने में देरी हो सकती है।

अभ्युक्तियों को स्वीकार करते हुए, एनएचए ने कहा (अगस्त 2022) कि ईएचसीपी में प्रत्येक स्पेशिलिटी को उसी अस्पताल में एक अद्वितीय आईडी के साथ टैग किया जाता है जिसे एक बार पीएमजेएवाई के लिए पैनलबद्ध किया गया था। एनएचए का उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि एक ईएचसीपी में केवल एक विशिष्ट आईडी होनी चाहिए।

अध्याय

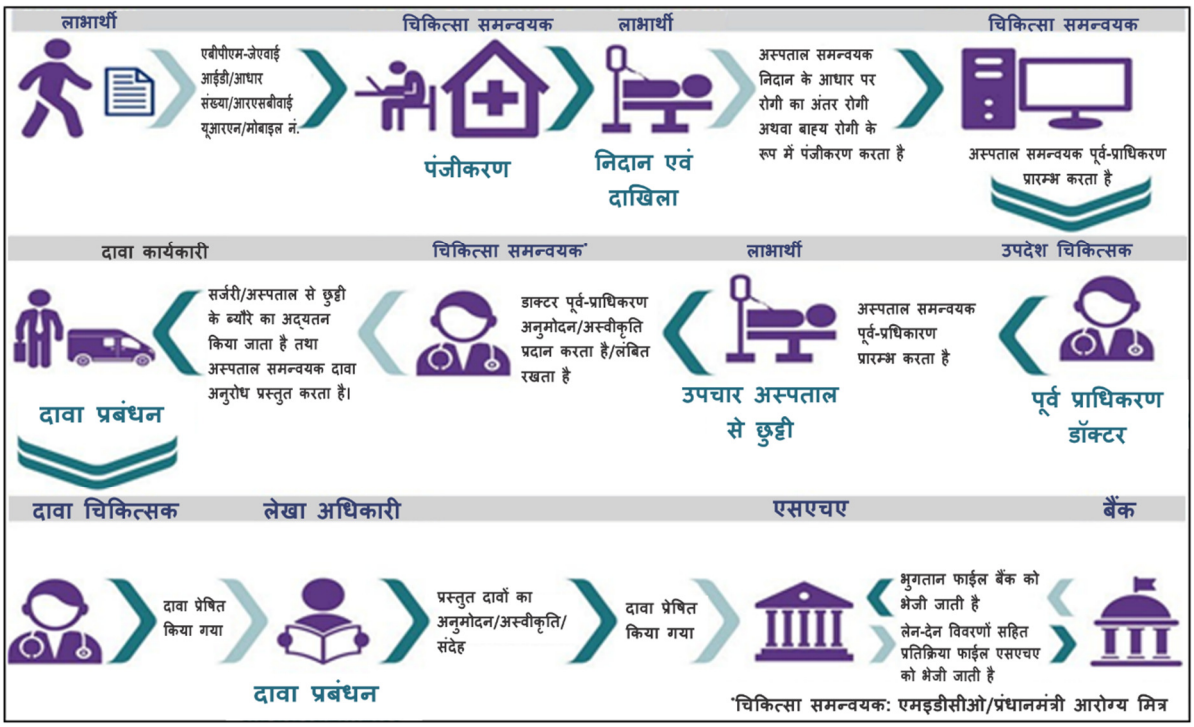
V

दावा प्रबंधन

5.1 नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं (ईएचसीपी) के दावों के निपटान की प्रणाली

पीएमजेएवाई सेवा बिंदु पर लाभार्थियों के लिए नकदरहित एवं कागजरहित सेवाएं प्रदान करता है। इन सेवाओं में अंतरंग रोगी उपचार, चिकित्सा जांच आदि शामिल हैं। उपचार/जांच करने के बाद, नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (ईएचसीपी) लेन-देन प्रबंधन प्रणाली (टीएमएस) में दावे से संबंधित सभी दस्तावेज अपलोड करते हैं एवं राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरण/अभिकरण (एसएचए)/बीमा कंपनी को दावे प्रस्तुत करते हैं। तत्पश्चात्, एसएचए/बीमा कंपनी दावों की संवीक्षा करती है तथा ईएचसीपी को भुगतान करती है। दावों के अनुमोदन की प्रक्रिया **चार्ट-5.1** में वर्णित है।

चार्ट-5.1: लेनदेन प्रबंधन प्रणाली के लिए प्रक्रिया प्रवाह



दावों के निपटान की एक कुशल एवं समयबद्ध प्रणाली योजना का आधार है क्योंकि यह एक समयबद्ध चिकित्सा सेवा है। एक समयोचित एवं कुशल प्रणाली, योजना के सुगम कार्यकरण को सुनिश्चित करेगी।

5.1.1 निपटान किए गए दावे

लेनदेन प्रबंधन प्रणाली (टीएमएस) एक आईटी एप्लीकेशन है जो नामिकागत अस्पतालों को पीएमजेएवाई के लाभार्थियों को लाभार्थी के पंजीकरण से प्रारंभ अस्पताल को भुगतान तक की सेवाएं प्रदान करते हुए कागजरहित एवं नकदरहित लेनदेन करने में सक्षम बनाता है।

टीएमएस के अलावा, ब्राउनफील्ड राज्यों के रूप में संदर्भित छः राज्य अर्थात् **आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, राजस्थान, कर्नाटक, महाराष्ट्र** और **तमिलनाडु** जो अपनी स्वयं की योजनाओं को कार्यान्वित कर रहे थे, दावों को संसाधित करने के लिए अपने स्वयं के आईटी प्लेटफॉर्म का उपयोग करते हैं। इन राज्यों के संबंध में दावों के निपटान का डाटा बाद में एक एप्लीकेशन प्रोग्रामिंग इंटरफेस (एपीआई) के माध्यम से टीएमएस में फीड किया जाता है।

एनएचए द्वारा दी गई सूचना के अनुसार, नवम्बर 2022 तक ₹ 42,433.57 करोड़ की राशि के 3.57 करोड़ दावों का निपटान किया गया। निपटान किए गए दावों का विवरण **अनुलग्नक-5.1** में दिया गया है। इसमें से ब्राउनफील्ड राज्यों से संबंधित ₹ 22,619.86 करोड़ (53.30 *प्रतिशत*) राशि के दावे जो एपीआई के माध्यम से डाटा साझा कर रहे हैं जहां लेन-देन ने लाभार्थियों की पीएमजेएवाई आईडी को अधिकृत नहीं किया था (जैसा पैरा 5.8.1 में विवरण दिया गया है)। ऐसे मामलों में पीएमजेएवाई लाभार्थियों का कोई पृथ्यकरण न होने से पीएमजेएवाई की राज्य विशिष्ट योजना के साथ ओवरलैप होने की संभावना है।

5.1.2 प्रक्रियाधीन दावे

पीएमजेएवाई के दावा-न्याय निर्णयन नियम-पुस्तक के अनुसार, राज्य के अंदर के दावों के लिए दावा प्रस्तुत करने के 15 दिनों के अंदर एवं राज्य के बाहर के दावों के लिए 30 दिनों के अंदर कार्रवाई की जानी है (सुवाह्यता मामले)।

एनएचए द्वारा दी गई सूचना के अनुसार, नवम्बर 2022 तक ₹ 6,052.47 करोड़ की राशि के ईएचसीपी के 40.23 लाख दावे अंतिम निर्णय (अनुमोदन या अस्वीकृति) के लिए प्रक्रियाधीन थे। निपटान के लिए प्रक्रियाधीन दावों का राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.1** में दिया गया है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए बताया (अगस्त 2022) कि इस तरह की देरी के कारण मानव संसाधनों की कमी, आईएसए/टीपीए का गैर-निष्पादन, कार्यान्वयन के अन्य तरीके (बीमा से ट्रस्ट तक) की ओर पलायन आदि थे। एनएचए ने आगे कहा कि दावों के समय पर निपटान हेतु सभी राज्यों के लिए पूर्णतः बैंक एकीकरण प्राप्त करने के सम्मिलित प्रयास किए जा रहे हैं।

5.1.3 पूर्व-प्राधिकरण में विलंब

टीएमएस में, मुख्यतः तीन चरणों में अनुमोदन की आवश्यकता होती है (i) पूर्व-प्राधिकरण, (ii) दावा सत्यापन तथा (iii) दावा भुगतान। योजना के लिए दावा न्यायनिर्णयन एवं भुगतान नियम-पुस्तक पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन के लिए छः घंटे का प्रतिवर्तनकाल (टीएटी) निर्धारित करती है। हालांकि, ऐसे मामलों में जहां अस्पताल के साथ कोई पृच्छा उठाई जाती है, वहां अस्पताल के उत्तर के लिए छः घंटे और आवंटित किए जाते हैं।

डाटा विश्लेषण से प्रकट हुआ कि 39.57 लाख दावों (एपीआई एवं टीएमएस दोनों तालिकाओं में) ने पूर्व-प्राधिकरण के अनुमोदन के लिए विनिर्दिष्ट 12 घंटे से अधिक समय लिया। विवरण **अनुलग्नक-5.2** में दिया गया है।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि एक पूर्व-प्राधिकरण मामला जो पृच्छा के उत्तर के लिए अस्पताल से लंबित है, को तब तक संसाधित नही किया जा सकता जब तक कि अस्पताल पृच्छा का उत्तर नहीं देता। इस प्रकार अस्पतालों के लिए 6 घण्टे का टीएटी लागू नहीं हैं। काम के घंटे को पूर्वाह्न 11:00 बजे से अपराह्न 06:00 बजे तक परिभाषित किया गया है। यदि काम के घंटों के भीतर 6 घंटे का उपभोग किया गया है, तो स्वतः अनुमोदन हो जाता है। इसलिए, अवधि की अनुमोदित गणना के अनुसार पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन समय 6 घंटे के अंदर है।

लेखापरीक्षा की राय है कि पूर्व-प्राधिकरण में विलम्ब पात्र लाभार्थियों को समय पर स्वास्थ्य देखभाल लाभ से वंचित कर सकता है।

5.2 ईएचसीपी को ₹ 57.53 करोड़ का अधिक भुगतान

लेखापरीक्षा ने पाया कि चार राज्यों, **आंध्र प्रदेश, मध्य प्रदेश, पंजाब** और **तमिलनाडु** में ईएचसीपी को ₹ 57.53 करोड़ की राशि का अधिक भुगतान किया गया था जैसा कि नीचे चर्चा की गई है:

आंध्र प्रदेश में, एसएचए अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से मुफ्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान कर रहा है एवं प्रत्येक पैकेज के लिए दरें निर्धारित की गई हैं। दावों के डाटा की जांच करने पर, यह पाया गया कि एसएचए ने उच्चतर पैकेज दरों के साथ 20,354 दावों को मंजूरी दी तथा अस्पतालों को ₹ 19.12 करोड़ का अधिक भुगतान किया। इसके अतिरिक्त, पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश एक ही समय में सर्जिकल और मेडिकल पैकेज की बुकिंग की अनुमति नहीं देते हैं। यह देखा गया कि सर्जिकल प्रक्रियाओं के अतिरिक्त चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए ₹ 4.63 करोड़ के दावे किए गए तथा एसएचए द्वारा पूर्ण रूप से अनुमोदित किया गया, जिसके परिणामस्वरूप ₹ 4.63 करोड़ का अधिक भुगतान हुआ।

एनएचए ने अपने उत्तर में कहा कि कई राज्यों ने नए पैकेज जोड़े हैं या राज्य की विशिष्ट जरूरतों के अनुसार पैकेज की लागत में बदलाव किया है।

उत्तर को इस तथ्य से देखा जाना है कि पीएमजेएवाई की दावा न्यायनिर्णयन-नियम-पुस्तक एक ही समय में सर्जिकल और मेडिकल पैकेज की बुकिंग की अनुमति नहीं देती है तथा एनएचए द्वारा निर्धारित पैकेज दर से अधिक का भुगतान एसएचए नहीं कर सकता है।

मध्य प्रदेश में, 25 अस्पतालों ने भर्ती की उसी अवधि (एलओएस) के दौरान विभिन्न सर्जिकल प्रक्रियाओं के लिए 81 मरीजों (162 दावे) के संबंध में दो बार दावे प्रस्तुत किए। एसएचए ने दूसरे दावे[24] पर 50 *प्रतिशत* भुगतान की निर्धारित दर की तुलना में दोनों दावों के लिए पूरी राशि का भुगतान किया, जिसके परिणामस्वरूप ईएचसीपी को ₹ 29.61 लाख का अधिक भुगतान हुआ। एसएचए ने 13 अस्पतालों को ₹ 3.27 लाख का दोहरा भुगतान भी किया,

[24] ओटी सेशन में बहु-सर्जिकल प्रक्रियाओं के मामले में, उच्चतम दर वाली प्रक्रिया की प्रतिपूर्ति, 100 *प्रतिशत*, दूसरी 50 *प्रतिशत* और बाद की प्रक्रियाओं को पैकेज दर के 25 *प्रतिशत* पर की जाएगी।

जिन्होंने भर्ती की उसी अवधि के दौरान सीसेरियन डिलीवरी के लिए 35 रोगियों के संबंध में दो बार दावे प्रस्तुत किए।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (अगस्त 2022)।

पंजाब में, 13 मामलों में, एसएचए द्वारा पैनलबद्ध अस्पतालों को ₹ 13.35 लाख के स्वीकार्य भुगतान के सापेक्ष में ₹ 21.26 लाख की राशि का भुगतान किया गया जिसके परिणामस्वरूप ₹ 7.91 लाख का अधिक भुगतान हुआ।

तमिलनाडु में, (i) एसएचए द्वारा ₹ 18.53 करोड़ के दावों का निपटान 5,990 यूआरएन[25] (अद्वितीय आईडी) के लिए किया गया था जो लाभार्थी डेटाबेस में उपलब्ध नहीं थे, (ii) ₹ 14.84 करोड़ की राशि के अस्पताल के दावों का निपटान एसएचए द्वारा राज्य सरकार के 3,310 पेंशनभोगियों के परिवारों के लिए किया गया जो पीएमजेएवाई के तहत पात्र नहीं थे। इसके परिणामस्वरूप अस्पतालों को ₹ 14.84 करोड़ का अधिक भुगतान हुआ। (iii) 15 मामलों में, एसएचए द्वारा एक ही उपचार के लिए दो बार दावा निपटान किया गया जिसके परिणामस्वरूप ₹ 0.61 लाख की राशि के दावों का दोहरा निपटान हुआ।

एनएचए ने अपने उत्तर (अगस्त 2022) में आश्वासन दिया कि वह इस मामले को देखेगा तथा पैनलबद्ध अस्पतालों में बीमा समन्वयक द्वारा तथ्य सत्यापित करवाएगा। एनएचए ने आगे कहा कि डेटाबेस अब स्पष्ट था तथा मामले पहले की अवधि के थे।

इस प्रकार, प्रयोग में पर्याप्त आंतरिक नियंत्रणों की कमी एवं आवेदन में जांच की कमी के परिणामस्वरूप एसएचए की ओर से अतिरिक्त व्यय हुआ।

5.3 सार्वजनिक/सरकारी अस्पतालों द्वारा दावा राशि का उपयोग

पात्र लाभार्थी परिवारों को अंतरंग सेवाएं प्रदान करने के लिए पीएमजेएवाई के तहत नामिकागत सभी सार्वजनिक अस्पतालों को बीमा कंपनियों/न्यासों द्वारा पीएमजेएवाई के तहत पैकेज दरों

[25] स्वास्थ्य कार्ड अद्वितीय अनुरोध संख्या

के अनुसार दावा राशि के रूप में उनके द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति की जाती है।

पीएमजेएवाई के अंतर्गत डीम्ड नामिकायन, सरकारी अस्पतालों को पीएमजेएवाई लाभार्थियों को प्रदान किए गए उपचार के दावों (इसके बाद "दावा राजस्व" के रूप में संदर्भित) के माध्यम से अर्जित राजस्व को जुटाने एवं स्वतंत्र रूप से प्रबंधित करने का एक अवसर प्रदान करता है।

सरकारी अस्पतालों द्वारा पीएम-जेएवाई के अधीन अर्जित दावा राजस्व सीधे अस्पताल स्तरीय संस्थानों जैसे की (रोगी कल्याण समिति (आरकेएस) या अस्पताल विकास सोसायटियां/समितियां या अन्य विशिष्ट अस्पताल स्तर की संस्थाएं जिन्हें इस भूमिका का जिम्मा सौंपा गया हो, के बैंक खातों में जमा किया जाता है।

सरकारी अस्पताल पीएमजेएवाई दावा राजस्व का उपयोग द्योतक श्रेणियों एवं आवंटन शेयरों के अनुसार कर सकते हैं जिनका उल्लेख नीचे **तालिका-5.1** किया गया है:

तालिका-5.1: दावा राजस्व के उपयोगी हेतु सांकेतिक श्रेणियों एवं आवंटन शेयर

सांकेतिक मदें जहां पीएमजेएवाई दावा राजस्व का उपयोग किया जा सकता है (व्यय श्रेणियां)	प्रतिशतता में आवंटन शेयर
कर्मचारी प्रोत्साहन	15
मानव संसाधन: अस्पताल में मुख्य रूप से पीएम-जेएवाई हेतु भर्ती किए गए कार्मिक के लिए वेतन	15
दवाएं, उपभोग्य वस्तुएं एवं पैथोलॉजी/रेडियोलॉजी परीक्षण	40
अस्पताल उन्नयन एवं गुणवत्ता में सुधार	20
प्रशासनिक व्यय	10

एसएचए के पास अपनी व्यय श्रेणियों एवं आवंटन शेयरों को उनकी आवश्यकताओं के अनुसार निर्धारित करने का लचीलापन है। राज्य अस्पतालों हेतु अधिक नम्यता परंतु संभावित कम स्पष्टता को लागू करते हुए कुछ श्रेणियों सहित तीन से सात व्यय श्रेणियों में से कहीं भी विकल्प का उपयोग कर सकते है।

योजना के तहत सार्वजनिक/सरकारी अस्पतालों द्वारा अर्जित दावा राशि के उपयोग से संबंधित विभिन्न राज्यों में विसंगतियों की चर्चा अनुवर्ती पैराग्राफों में की गई है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मार्च 2021 तक पीएमजेएवाई रोगियों के इलाज के लिए ₹ 9.12 लाख की दावा राशि अर्जित करने के बावजूद, **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह** में अक्टूबर 2021 तक कोई खर्च नहीं किया गया था। **आंध्र प्रदेश** के मामले में, नमूना जांच किए गए अस्पतालों में, यह पाया गया कि प्राप्त दावा राशि का या तो अस्वीकार्य उद्देश्यों के लिए उपयोग किया गया था या निष्क्रिय रखा गया था।

असम में, यह देखा गया कि (i) एक अस्पताल (डॉ. बी. बोरूआ कैंसर संस्थान, गुवाहाटी) ने अस्पताल के बजट में पीएमजेएवाई लाभार्थियों को प्रदान किए गए उपचार के सापेक्ष में प्राप्त पूरी राशि को समायोजित किया। जैसे कि कर्मचारियों को प्रोत्साहन, अवसंरचना के प्रति योगदान, आरोग्य निधि एवं अस्पताल प्रबंधन सोसायटी आदि के लिए योगदान का भुगतान नहीं किया गया है, (ii) छः अस्पतालों ने मार्च 2021 तक अपने कर्मचारियों को कोई प्रोत्साहन का भुगतान नहीं किया है।

बिहार में, सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा दावा राशि के उपयोग के संबंध में जानकारी बिहार स्वास्थ्य सेवा समिति (बीएसएसएस) द्वारा केवल 2019-20 के संबंध में प्रदान की गई थी। लेखापरीक्षा ने पाया कि एसएचए द्वारा वित्तीय वर्ष 2019-20 के दौरान 530 सार्वजनिक अस्पतालों को ₹ 63.85 करोड़ के दावे जारी किए गए थे, जिनमें से केवल 86 अस्पतालों (16 *प्रतिशत*) ने अगस्त 2021 तक बीएसएसएस को ₹ 3.50 करोड़ की व्यय रिपोर्ट प्रस्तुत की। आगे, वर्ष 2018-21 के लिए चयनित जिलों के चयनित सरकारी अस्पतालों द्वारा दावों के उपयोग के संबंध में प्रदान की गई जानकारी की जांच में प्रकट हुआ (i) अवसंरचना सुविधाओं के विकास पर खर्च किए गए दावे की राशि कम/अधिक थी, (ii) मेडिकल एवं पैरामेडिकल टीम के प्रोत्साहन के लिए कोई खर्च नहीं किया गया था।

अस्पताल के उन्नयन और गुणवत्ता में सुधार पर लगभग कोई खर्च नहीं किया गया था एवं साथ ही **चंडीगढ़, जम्मू और कश्मीर, राजस्थान, उत्तर प्रदेश** और **उत्तराखंड** में चिकित्सा कर्मचारियों को कोई प्रोत्साहन नहीं दिया गया था।

उत्तराखंड में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनएचए) ने निदेश दिया कि एबी-पीएमजेएवाई के तहत पैनलबद्ध सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा प्राप्त दावा राशि का उपयोग अस्पताल-कर्मचारियों

(25 *प्रतिशत*) को प्रोत्साहन के रूप में किया जाएगा तथा शेष राशि का उपयोग समग्र अवसंरचना में सुधार के लिए किया जा सकता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 31 मार्च 2021 तक एसएचए ने ₹ 4.65 करोड़ को बनाए रखा जिसका उपयोग दिशानिर्देशों में विनिर्दिष्ट उद्देश्य के लिए नहीं किया गया था।

पंजाब और **राजस्थान** में सरकारी अस्पतालों की अवसंरचना के विकास पर दावे के उपयोग और चिकित्सा कर्मचारियों को प्रोत्साहन देने के लिए समिति का गठन नहीं किया गया था तथा नोडल अधिकारी इस संबंध में जारी दिशा-निर्देशों से अवगत नहीं था।

एसएचए **गुजरात** ने निदेश दिया (नवंबर 2018) कि प्रक्रियाओं में शामिल अस्पताल कर्मचारियों के बीच प्रोत्साहन के वितरण का निर्णय लेने के लिए सार्वजनिक अस्पतालों में एक समिति बनाई जाए। लेखापरीक्षा ने पाया कि 10 में से पांच[26] जिला अस्पतालों का दौरा किया गया था, सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा प्रक्रियाओं में शामिल अस्पताल कर्मचारियों के बीच प्रोत्साहन के वितरण का निर्णय लेने के लिए कोई समिति नहीं बनाई गई थी तथा इस प्रकार इन जिलों में कर्मचारियों को कोई प्रोत्साहन वितरित नहीं किया गया था। शेष पांच जिला चिकित्सालयों द्वारा प्रोत्साहन वितरण की प्रतिशतता दावा राशि के निर्धारित 25 *प्रतिशत* के सापेक्ष में 1.12 *प्रतिशत* (देवभूमि द्वारका) से 14.60 *प्रतिशत* (भरूच) के बीच रही। लेखापरीक्षा ने पाया कि सरकारी अस्पताल, भरूच ने पीएमजेएवाई स्टाफ (अस्पताल के आरोग्य मित्र/मेडिको एवं आरएमओ) को प्रोत्साहन राशि वितरित की, न कि मेडिकल/पैरा-मेडिकल/नॉन-मेडिकल कर्मचारियों को जो योजना की सफलता के लिए महत्वपूर्ण हैं क्योंकि वे रोगियों की प्रक्रिया/उपचार में शामिल हैं।

लद्दाख में, अस्पतालों में दावा राजस्व के उपयोग के संबंध में **जम्मू और कश्मीर** के सार्वजनिक अस्पतालों में पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के दिशा-निर्देशों के अनुसार, इसे तीन शीर्षों, अर्थात् आरकेएस शेयर (75 *प्रतिशत*), प्रोत्साहन शेयर (20 *प्रतिशत*) एवं एसएचए शेयर (5 प्रतिशत)

[26] बनासकांठा, बोटाड, मोरबी, साबरकांठा, सूरत

में विभाजित किया जाना है। **लद्दाख** के तीन चयनित अस्पतालों के लिए दावा राजस्व (मार्च 2021 तक) के उपयोग की स्थिति **तालिका-5.2** में दी गई है।

तालिका-5.2: दावा राजस्व के उपयोग की स्थिति

ईएचसीपी	निपटान किया गया दावा (₹ में)	आरकेएस शेयर (₹ में)	प्रोत्साहन शेयर (₹ में)	एसएचए शेयर (₹ में)
एसएनएम अस्पताल	1331792	486861 (36.56%)	142317 (10.68%)	0
सीएचसी संकू	14974	0	0	0
डीएच कारगिल	822340	820817 (99.81%)	0	0

उपरोक्त से, यह स्पष्ट है कि सार्वजनिक अस्पताल दावा राजस्व का उपयोग उपरोक्त हेतु निर्धारित दिशा-निर्देशों के अनुरूप नहीं कर रहे हैं। इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने पाया कि अवसंरचना के विकास एवं एसएचए द्वारा एसएचए शेयर के उपयोग हेतु ईएचसीपी द्वारा आरकेएस शेयर के उपयोग के लिए कोई स्पष्ट दिशा-निर्देश तैयार नहीं किए गए हैं।

मध्य प्रदेश में, चयनित 26 सार्वजनिक अस्पतालों में से 19 अस्पतालों ने अर्जित राशि का या तो उपयोग नहीं किया या फिर केवल एक से 25 *प्रतिशत* का ही उपयोग किया।

महाराष्ट्र में, सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग, महाराष्ट्र सरकार ने सरकारी अस्पतालों द्वारा प्राप्त दावा राशि के उपयोग के लिए अनुदेश जारी किए (जनवरी 2019)। अनुदेश के अनुसार, प्राप्त दावा राशि का 25 *प्रतिशत* सरकारी खाते में जमा किया जाना था, 20 *प्रतिशत* का उपयोग इलाज करने वाले डॉक्टरों और कर्मचारियों को प्रोत्साहन के रूप में किया जाना था, तीन *प्रतिशत* का दावा संसाधित करने के काम को बाह्य स्त्रोत से करने एवं 52 *प्रतिशत* का किसी भी आपातकालीन व्यय को पूरा करने हेतु उपयोग किया जाना था।

दावा राजस्व के रूप में प्राप्त कुल ₹ 80.58 करोड़ में से ₹ 20.14 करोड़ (25 *प्रतिशत*) सरकारी खाते में जमा नहीं किया गया था, डॉक्टरों और चिकित्सा कर्मचारियों को कोई प्रोत्साहन नहीं दिया गया था। आगे, 12 अस्पतालों ने समिति के अनुमोदन के बिना आपातकालीन व्यय को पूरा करने के लिए ₹ 7.81 करोड़ का व्यय किया।

नागालैंड में, अस्पताल ने पूंजीगत ऋण की अदायगी के सापेक्ष में ₹ 7.50 लाख का व्यय किया और साथ ही अस्पतालों ने एसएचए को धन के उपयोग की रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की।

मणिपुर में, दावा राशि का उपयोग या तो दवाइयों की आपूर्ति के लिए फार्मेसियों को भुगतान या दवाओं की खरीद के लिए लाभार्थियों को प्रतिपूर्ति पर किया गया था।

मेघालय में, 'सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा अर्जित दावा राशि के उपयोग' के लिए एनएचए द्वारा जारी दिशा-निर्देशों (मई 2020) के अनुसार, दावा राशि का 70 *प्रतिशत* अवसंरचना के उन्नयन के लिए उपयोग किया जाना चाहिए, जबकि कर्मचारियों के प्रोत्साहन के लिए 30 *प्रतिशत* का उपयोग किया जाना चाहिए।

उपलब्ध ₹ 52.56 करोड़ में से ₹ 9.57 करोड़ (18 *प्रतिशत*) की राशि का उपयोग लाभार्थियों को प्रतिपूर्ति के लिए एवं दवाइयों और निदान हेतु फार्मेसी बिलों के भुगतान के लिए किया गया था जो कि सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा प्रदान नहीं किया गया था। ₹ 5.18 करोड़ (10 *प्रतिशत*) का उपयोग निर्धारित 30 *प्रतिशत* के सापेक्ष में कर्मचारियों के प्रोत्साहन भुगतान के लिए किया गया था। ₹ 0.76 करोड़ (दो *प्रतिशत*) की राशि दो अस्पताल खातों में भेजी गई। ₹ 18.02 करोड़ (35 *प्रतिशत*) की राशि का उपयोग दवाओं/उपकरणों की खरीद, कोविड व्यय, मरम्मत एवं रखरखाव आदि के लिए किया गया था, जबकि 31 मार्च 2021 तक ₹ 19.03 करोड़ (35 *प्रतिशत*) अनुपयोगी रहे।

मिजोरम में, दावा राशि का अस्पताल हिस्सा रोगी कल्याण समिति के सामान्य बैंक खाते में जमा किया गया था तथा अस्पताल ने पीएमजेएवाई के तहत दावा राशि के उपयोग के लिए पृथक रूप से रोकड़ बही, वाउचर आदि का रखरखाव नहीं किया था। इस प्रकार, लेखापरीक्षा विशेष रूप से पीएमजेएवाई की दावा राशि के तहत किए गए व्यय को सत्यापित नहीं कर सका। सरकारी अस्पतालों द्वारा चिकित्सा कर्मियों को दावा राशि में से कोई प्रोत्साहन नहीं दिया गया।

पुदुचेरी में, 11 सार्वजनिक/सरकारी अस्पतालों ने पीएमजेएवाई लाभार्थियों को प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं से अर्जित दावा राजस्व का ₹ 2.37 करोड़ प्राप्त किया था। इन अस्पतालों

में से छः अस्पतालों ने दावा राजस्व का उपयोग नहीं किया था जबकि शेष पांच अस्पतालों ने केवल 6 *प्रतिशत* से 52 *प्रतिशत* के बीच दावा राजस्व का उपयोग किया।

त्रिपुरा में, 2018-2021 के दौरान, अस्पतालों को एसएचए से दावा राशि के रूप में ₹ 778.56 लाख एवं बैंक से ब्याज के रूप में ₹ 12.48 लाख प्राप्त हुए। लेखापरीक्षा द्वारा कवर की गई अवधि के दौरान चयनित अस्पतालों द्वारा ₹ 534.13 लाख का व्यय किया गया था।

इस प्रकार, सार्वजनिक/सरकारी अस्पताल पीएमजेएवाई की सुविधा का पर्याप्त रूप से उपयोग करने में विफल रहे जो उन्हें समग्र अवसंरचना, अस्पताल का कार्यकरण, सेवाओं की गुणवत्ता एवं सेवाओं के वितरण आदि में सुधार के लिए प्रतिपूर्ति किए गए दावों का उपयोग करने में सक्षम बनाता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए कहा (अगस्त 2022) कि समय-समय पर एनएचए सार्वजनिक अस्पताल द्वारा ऐसी निधियों के फंड के प्रभावी उपयोग के लिए दिशा-निर्देश जारी करता है। एनएचए एसएचए को यह सुनिश्चित करने के लिए प्रोत्साहित कर रहा है कि सार्वजनिक अस्पतालों को जारी निधि का उपयोग बेहतर अवसंरचना और लाभार्थियों के लिए बेहतर सुविधाओं के उद्देश्य से किया जाए।

5.4 सार्वजनिक अस्पतालों के लिए आरक्षित प्रक्रियाओं को निष्पादित करने वाले निजी अस्पताल

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश केवल सार्वजनिक अस्पतालों में निष्पादित की जाने वाली प्रक्रियाओं की सूची के आरक्षण को अनिवार्य करते हैं। एचबीपी 1.0 (स्वास्थ्य लाभ पैकेज) में 124 पैकेज सरकारी अस्पतालों में इलाज के लिए एवं एचबीपी 2.0 में 180 पैकेज सरकारी अस्पतालों में इलाज के लिए आरक्षित किए गए हैं। तथापि, लेखापरीक्षा ने कुछ राज्यों में इसके उल्लंघन के दृष्टांत पाए, जैसा कि अनुवर्ती पैराग्राफों में उल्लिखित है।

आंध्र प्रदेश ने विशेष रूप से सार्वजनिक अस्पतालों के लिए 133 पैकेज आरक्षित किए (जून 2018)। हालांकि, इन 133 पैकेजों में से 123 पैकेजो की अनुमति को निजी शिक्षण अस्पतालों में दी गई थी। लेखापरीक्षा ने पाया कि निजी अस्पतालों ने सार्वजनिक अस्पतालों

के लिए आरक्षित पैकेजों से जुड़े 458 मामलों में प्रक्रियाएं निष्पादित कीं तथा न्यास द्वारा ₹ 1.37 करोड़ की राशि के दावों को अनुमोदित एवं भुगतान किया गया।

अगस्त 2020 में एसएचए, **पंजाब** द्वारा जारी किए गए रेफरल दिशा-निर्देशों में निजी नामिकागत अस्पतालों में इलाज के लिए 25 सरकारी आरक्षित पैकेजों की अनुमति दी। **पंजाब** से संबंधित एचबीपी 1.0 एवं एचबीपी 2.0 के साथ टीएमएस डाटाबेस के विश्लेषण से प्रकट हुआ कि 1080 मामलों में, सरकारी नामिकागत अस्पतालों के लिए आरक्षित पैकेजों को निजी नामिकागत अस्पतालों द्वारा बुक किया गया था, जिसके सापेक्ष में निजी नामिकागत अस्पतालों को प्रावधानों के विपरीत ₹ 3.61 करोड़ का भुगतान भी किया गया था।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि कोविड अवधि के दौरान कई सार्वजनिक अस्पतालों को कोविड देखभाल सुविधा के रूप में नामित किया गया था, इसलिए कई राज्यों ने निजी अस्पतालों के लिए अस्थायी रूप से सार्वजनिक आरक्षित पैकेज खोले थे।

5.5 दावों के प्रस्तुतीकरण में विलम्ब

दावा न्यायनिर्णयन नियम-पुस्तक दिशा-निर्देश (मई 2020 से सितंबर 2020 तक लागू) निर्धारित करते हैं कि दावा दस्तावेजों को निजी अस्पतालों द्वारा यथाशीघ्र अपलोड/प्रस्तुत किया जाना चाहिए, लेकिन रोगी की अस्पताल से छुट्टी के सात दिनों के बाद नहीं। यदि दावा दस्तावेज छुट्टी के 7 से 21 दिनों के बाद अपलोड किए जाते हैं, तो दावों के निपटान से पहले एसएचए के मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ) का अनुमोदन प्राप्त किया जाना चाहिए और उसके बाद, अस्पतालों के दावे स्वीकार्य नहीं हैं।

अक्टूबर 2020 से, दिशा-निर्देशों में समय-सीमा में ढील दी गई तथा निजी अस्पतालों को सीईओ, एसएचए की मंजूरी प्राप्त करने की अनुमति दी गई, यदि दावा दस्तावेज 21 दिनों से 45 दिनों के बीच रोगियों की अस्पताल से छुट्टी होने के बाद अपलोड किए गए थे तथा 45 दिनों के बाद अस्पतालों के दावों को स्वीकार नहीं किया जाना था। सार्वजनिक अस्पतालों के मामले में, रोगियों की अस्पताल से छुट्टी होने के 60 दिनों के बाद अपलोड किए गए दावा दस्तावेज स्वीकार्य नहीं हैं। दावा प्रस्तुत करने में विलम्ब, दावा देय राशि में अस्पताल से होने की छुट्टी की तारीख से सात दिनों से अधिक की देरी के प्रत्येक दिन के लिए प्रतिदिन 0.1 *प्रतिशत* तक

की कमी के सहित दावों के गैर-मानक निपटान को आकृष्ट करती है। अस्पतालों द्वारा दावों को प्रस्तुत करने में देरी के मामलों की चर्चा आगामी पैराग्राफों में की गई है:

झारखंड में, (i) ईएचसीपी ने निर्धारित समय के बाद दावों को अपलोड किया है, लेकिन बीमा कंपनी ने सीईओ, एसएचए से अनुमोदन प्राप्त किए बिना ईएचसीपी को ₹ 1.66 करोड़ का भुगतान किया, (ii) 3,460 मामलों में, सार्वजनिक अस्पतालों को ₹ 1.45 करोड़ का भुगतान एसएचए का अनुमोदन प्राप्त किए बिना प्राप्त हुआ, हालांकि उन्होंने अस्पताल से छुट्टी होने के 60 दिनों की निर्धारित समय-सीमा के बाद दावा दस्तावेजों को एक दिन से लेकर 108 दिनों तक की देरी से प्रस्तुत/ अपलोड किया था।

लद्दाख में, नमूना जांच किए गए अस्पतालों द्वारा 160 मामलों में दावों की 15 दिनों के प्रतिवर्तनकाल (टीएटी) के पश्चात् 16 से 504 दिनों के बाद शुरुआत की गई।

राजस्थान में, 288 अस्पतालों द्वारा निर्धारित समय के भीतर 3,796 दावों को प्रस्तुत नहीं किया गया था, हालांकि, बिना कोई जुर्माना लगाए उन्हें ₹ 1.26 करोड़ की पूरी दावा राशि का भुगतान किया गया था।

तमिलनाडु में, 170 मामलों में, दावा प्रस्तुत करने में 300 दिनों से अधिक का विलम्ब हुआ।

त्रिपुरा में 51 मामलों में, ₹ 9.39 लाख के दावे निजी अस्पतालों द्वारा अस्पतालों से छुट्टी होने एवं भुगतान के 45 दिनों के बाद प्रस्तुत किए गए। आगे, 1,628 मामलों में, लाभार्थियों की अस्पताल से छुट्टी होने के 60 दिनों (60 से 353 दिनों तक की समय-सीमा) के बाद ₹ 1.12 करोड़ के दावे प्रस्तुत किए गए थे, लेकिन अस्पतालों को किया गया भुगतान अस्वीकार्य था।

उत्तर प्रदेश में, दावों को विलम्ब से प्रस्तुत करने *(विलंब की समय-सीमा 685 दिनों तक थी)* के आधार पर एसएचए द्वारा ₹ 1.14 करोड़ की राशि के 726 दावों को अस्वीकृत किया गया। दूसरी तरफ, ₹ 201.55 करोड़ की राशि के 2,04,654 दावे जो एसएचए द्वारा अनुमोदित थे, विलम्ब से प्रस्तुत किए गए थे (*विलंब की समय सीमा एक दिन से 831 दिनों तक थी*) जो दावों के अनुमोदन में निर्धारित दिशा-निर्देशों के पालन में असंगति दर्शाता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि निर्धारित समय-सीमा के अंदर दावों को आगे बढ़ाने एवं प्रस्तुत करने तथा कोविड प्रबंधन में संसाधनों के परिनियोजन हेतु आवश्यक मानव संसाधनों की कमी दावों के प्रस्तुतीकरण में विलम्ब का कारण बना।

5.6 मृत्यु के मामलों में दावों का प्रसंस्करण

पीएमजेएवाई-दिशानिर्देशों के अनुसार, ईएचसीपी में होने वाली प्रत्येक मृत्यु की अस्पताल द्वारा तैयार की गई मृत्यु दर रिपोर्ट होनी चाहिए। प्रत्येक ईएचसीपी को सात दिनों के अंदर दावा प्रस्तुत करने के समय एसएचए को मृत्यु दर रिपोर्ट प्रस्तुत करनी चाहिए। राज्य मृत्यु दर एवं रुग्णता समिति मृत्यु दर के सभी मामलों का डेस्क/क्षेत्र मृत्यु दर लेखापरीक्षा करती है। यदि यह पाया जाता है कि मृत्यु लापरवाही के कारण हुई या मृत्यु दर लेखापरीक्षा के महत्वपूर्ण निष्कर्ष हैं, तो अस्पतालों के खिलाफ उपयुक्त कार्रवाई की जानी चाहिए तथा दावा राशि को तब तक रोकना होगा जब तक कि एसएचए द्वारा संतोषजनक स्पष्टीकरण प्राप्त न हो जाए एवं समीक्षा न हो जाए।

गुजरात में, मृत्यु के मामलों की मृत्यु दर रिपोर्ट (1,547) एसएचए के अभिलेखों में उपलब्ध नहीं थी तथा राज्य मृत्यु दर एवं रुग्णता समिति द्वारा की गई मृत्यु दर लेखापरीक्षाओं (मृत्यु समीक्षा) की संख्या भी एसएचए के पास उपलब्ध नहीं थी। आगे, सिविल अस्पताल, अहमदाबाद ने अस्पताल में हुई 128 मौत के मामलों के लिए मृत्यु दर रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की है तथा इस प्रकार, ₹ 40.03 लाख की दावा राशि का निपटान किया जाना शेष था।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि राज्य ने पुष्टि की है कि उसने पहले ही अस्पताल को भुगतान कर दिया है, हालांकि चूंकि यूटीआर को अपलोड करना लंबित था, इसलिए मामलों को निपटान के लिए लंबित के रूप में दर्शाया गया है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि एनएचए ने इसके लिए कोई दस्तावेज या साक्ष्य उपलब्ध नहीं कराया है।

उत्तराखंड में, 120 मामलों में अस्पतालों से मृत्यु सारांश प्राप्त किए बिना ₹ 15.35 लाख का भुगतान किया गया था। मृत्यु प्रमाण-पत्र एवं मृत्यु के कारण का भी उल्लेख नहीं किया गया था।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि सभी मौत के मामलों को सीपीडी/आईएसए द्वारा दिशा-निर्देशों के अनुसार संसाधित किया जाता है और यदि पश्च दावा लेखापरीक्षा के दौरान दस्तावेजों में कमी के साथ कोई मामला पाया जाता है तो उसे एसएचए द्वारा अस्वीकृत कर किया जाता है। हालांकि, उत्तर में लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को संबोधित नहीं किया है।

5.7 अपर्याप्त अधिप्रमाणन जांच

डाटा सत्यापन डेटा की सटीकता एवं गुणवत्ता सुनिश्चित करने की प्रक्रिया को बताता है। इनपुट एवं संग्रहीत डाटा की तार्किक संगतता सुनिश्चित करने के लिए इसे सिस्टम में कई जांचे बनाकर कार्यान्वित किया जाता है। एसएचए में लेखापरीक्षा के दौरान पाई गई अपर्याप्त सत्यापन जांचें जैसे कि पूर्व-प्राधिकरण से पहले अस्पताल में भर्ती, योजना की शुरुआत से पहले लेनदेन, मरीज की अस्पताल से छुट्टी के बाद सर्जरी, दावों को जमा करने से पहले भुगतान, अनुपलब्धता/अमान्य तिथियां एवं अन्य प्रविष्टियां आदि को **तालिका-5.3** में तालिकाबद्ध किया गया है।

तालिका-5.3: अपर्याप्त अधिप्रमाणन जांच

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
1.	असम	योजना की शुरुआत से पहले लेनदेन	3.06 लाख	59 मामलों में भुगतान की तिथि योजना की शुरुआत से पूर्व की थी।
		दावा प्रस्ततीकरण से पूर्व भुगतान।	4.70 लाख	70 मामलों में दावा प्रस्ततीकरण तिथि से पूर्व दावे का भुगतान किया गया था।
		दावे के अनुमोदन की तिथि शून्य है।	2.68 करोड़	1,908 मामलों में दावे के अनुमोदन की तिथि शून्य है।

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
		मरीज की अस्पताल सें छुट्टी होने के बाद सर्जरी	7.03 करोड़	6,663 मामलों में सर्जरी की तारीख अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख के बाद की थी।
		दावा भुगतान की गई राशि दावा संस्वीकृत राशि से कम है	6.89 करोड़	-
		दावा अनुमोदन से पूर्व भुगतान किया गया दावा	0.07 करोड़	-
2.	हरियाणा	कुछ महत्वपूर्ण तिथियों की अनुपलब्धता	-	कुछ महत्वपूर्ण तिथियों की अनुपलब्धता को टीएमएस प्लेटफॉर्म में भी पाया गया था। राज्य में 56,702 मामलों में अस्पताल से भर्ती की तिथि, अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि, पूर्व अस्पताल में भर्ती होने की तिथि, दावा प्रस्तुतीकरण की तिथि एवं दावा अनुमोदन तिथि को 'शून्य' के रूप में चिह्नित किया गया था।
3.	जम्मू और कश्मीर	गलत घरेलू आईडी	3.76 लाख	दावों को संसाधित करते समय सिस्टम गलत घरेलू आईडी का पता लगाने में असमर्थ है।
		कार्ड बंद करने से पहले उपचार	3.89 करोड़	17,458 कार्ड धारकों ने कार्ड को बंद करने से पहले उपचार का लाभ उठाया और 12,633 विकलांग कार्डों के सापेक्ष में ₹ 388.98 लाख की दावा राशि को मंजूरी दी गई, जिसका मुख्य कारण एसएचए जम्मू-कश्मीर द्वारा समयबद्ध तरीके से सत्यापित कार्डों की आवधिक समीक्षा नहीं का गैर-संचालन था।
		बंद पड़े कार्ड पर उपचार	5.51 लाख	241 विकलांग कार्डों के सापेक्ष में ₹ 5.51 लाख स्वीकृत किया गया था, जो बंद पड़े कार्डों के सापेक्ष में सिस्टम में दावों की स्वत: अस्वीकृति की कमी को दर्शाता है।

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
4.	झारखंड	रोगी की आयु कॉलम में अमान्य/शून्य प्रविष्टियां	17 लाख	ईएचसीपी ने 150 मामलों में इलाज किया है जिसमें रोगियों की आयु की अमान्य या शून्य प्रविष्टियां हैं। ईएचसीपी ने रोगियों की भर्ती/पंजीकरण के दौरान ध्यान नहीं दिया, जिसके कारण उपरोक्त अनियमितताओं के लिए ₹ 17 लाख की दावा राशि का भुगतान किया गया।
5.	लद्दाख	कुछ महत्वपूर्ण तिथियों की अनुपलब्धता	-	15 मामलों में मरीज को अस्पताल से छुट्टी मिलने की तारीख उपलब्ध नहीं थी।
6.	मध्य प्रदेश	कुछ महत्वपूर्ण तिथियों की अनुपलब्धता	-	1,32,836 दावों में या तो पूर्व-प्राधिकरण की तारीख थी या टीएमएस, डाटाबेस में अस्पताल में भर्ती की तारीख 'शून्य', ₹ 0.11 लाख की राशि के 1,66,193 दावों में या तो पूर्व-प्राधिकरण की शुरुआत की तारीख थी या टीएमएस डाटाबेस में पूर्व-प्राधिकरण के अनुमोदन की तारीख भी शून्य थी।
		पूर्व-प्राधिकरण प्रारम्भ तिथि से पहले अस्पताल में भर्ती	-	16,643 दावों में पूर्व-प्राधिकरण के अनुमोदन से पहले लाभार्थियों को अस्पताल में भर्ती किया गया था, उसके बाद इसे अस्वीकार कर दिया गया था
7.	महाराष्ट्र	अस्पताल में भर्ती होने/ पूर्व-प्राधिकरण की तिथि से पहले अस्पताल से छुट्टी का डाटा	-	3,231 अभिलेखों में (233 ईएचसीपी) पाया गया जहां छुट्टी की तारीख या तो अस्पताल में भर्ती होने की तारीख या ईएचसीपी में सर्जरी/थेरेपी की तारीख से पहले थी।
8.	पंजाब	टीएमएस पर एनएचए द्वारा उठाए गए ट्रिगर का अनुवर्तन	-	एनएचए ने टीएमएस डाटाबेस के तहत संदिग्ध गतिविधियों के कारण 995 ट्रिगर उठाए। एसएचए द्वारा 775 ट्रिगर्स के सापेक्ष में अंतिम

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
				कार्रवाई की गई थी, एवं 220 ट्रिगर्स पर कार्रवाई अभी भी प्रक्रियाधीन है।
		टीएमएस डाटाबेस में रोगी अनोखा आईडी बीआईएस में प्राप्त नहीं	6.32 लाख	मलों में टीएमएस डाटाबेस में कार्ड नंबर (पीएमआरएसएसएमआईडी) बीआईएस डाटाबेस में लाभार्थियों के पीएमआरएसएसएम_आईडी से मेल नहीं खाता जबकि इन लाभार्थियों की घरेलू आईडी (एचएचआईडी) दोनों डाटाबेस में मेल खाती थी। इन मामलों में अस्पतालों को ₹ 6.32 लाख के दावे का भुगतान भी किया गया था।
9.	राजस्थान	दावा प्रस्तुतीकरण की तिथि से पहले भुगतान की तारीख की अनुमति देने वाली प्रणाली एवं अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख से बाद की तारीख में पूर्व-प्राधिकरण की तारीख	-	डाटा विश्लेषण के परिणाम (8 जनवरी 2022 को निष्पादित) से प्रकट हुआ कि दावा प्रस्तुतीकरण की तिथि ₹ 0.21 करोड़ की राशि के 281 दावों के लिए दावा भुगतान की तिथि के बाद की थी, तथा जो 942 दावे मरीजों की अस्पताल से छुट्टी होने के बाद प्रस्तुत किए गए थे उनमें से 803 दावों (₹ 0.47 करोड़) का भुगतान किया गया। आगे, डाटा विश्लेषण (3 जनवरी 2022 को निष्पादित) से प्रकट हुआ कि 18,30,487 में से 15,530 दावों (0.85 *प्रतिशत*) में, पूर्व-प्राधिकरण को अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि के बाद की तिथि में किया गया था। इसके अलावा, इन 15,530 दावों में से ₹ 12.48 करोड़ की राशि के 12,826 दावों (82.59 *प्रतिशत*) का भुगतान किया गया।
		18 वर्ष से अधिक की आयु के रोगियों को 'बाल रोग विशेषता' पैकेज के	18.16 करोड़	-

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
		तहत उपचार प्रदान किया गया		
		अस्पताल में सामान्य भर्ती होने में रोगी की लेनदेन आईडी	5.13 करोड़	15,100 संसाधित दावों में अस्पताल में भर्ती होने की तिथि पर सामान्य भर्ती होने में रोगी की लेनदेन आईडी उत्पन्न नहीं की गई, जिसमें से 12,072 दावों (79.95 *प्रतिशत*) का भुगतान किया गया था।
		आपातकाल भर्ती में रोगी की लेनदेन आईडी (टीआईडी)	0.09 करोड़	185 संसाधित दावों में अस्पताल में भर्ती होने के समय से 72 घंटों के भीतर आपातकाल भर्ती होने में रोगी की लेनदेन आईडी (टीआईडी) नहीं बनाई गई। जिसमें से 158 दावों (85.41 *प्रतिशत*) के लिए ₹ 0.09 करोड़ का भुगतान किया जा चुका था।
		टीएमएस में बनाई गई टीआईडी को रद्द करना	-	अस्पताल में सामान्य भर्ती होने में 11,96,869 टीआईडी बनाई गई (रोगी नामांकित) थीं, जिनमें से 1,05,240 (8.79 *प्रतिशत*) टीआईडी टीएमएस में पैकेज का चयन न करने के कारण रद्द कर दी गई।
10.	तमिलनाडु	अस्पताल में भर्ती होने/ पूर्व-प्राधिकरण की तिथि से पहले अस्पताल से छुट्टी होने का डाटा	-	16,73,504 अभिलेखों में से 11,779 अभिलेखों में, पूर्व-प्राधिकरण की तिथि अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि के बाद की थी
		बिना वैध कारणों के पैकेज लागत में कमी-बीमा दावा राशि की हानि	4.38 लाख	कोयंबटूर मेडिकल कॉलेज में, बीमाकर्ता द्वारा तय की गई दावा राशि तीन प्रक्रियाओं के लिए संस्वीकृत पैकेज लागत से कम थी। संस्वीकृत पैकेज के लिए दावा राशि में कमी के परिणामस्वरूप सरकारी अस्पताल को हानि हुई।

क्र. सं.	राज्य	त्रुटि	शामिल राशि (₹ में)	टिप्पणी
11.	उत्तर प्रदेश	अस्पताल में भर्ती होने/पूर्व-प्राधिकरण की तिथि से पहले अस्पताल से छुट्टी होने का डाटा	-	57,476 मामलों में अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि के बाद पूर्व प्राधिकरण किया गया था। जिसमें से 49,682 मामलों (86.44 *प्रतिशत*) में ₹ 1,543.28 लाख का भुगतान भी किया गया था।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को स्वीकार किया (अगस्त 2022)।

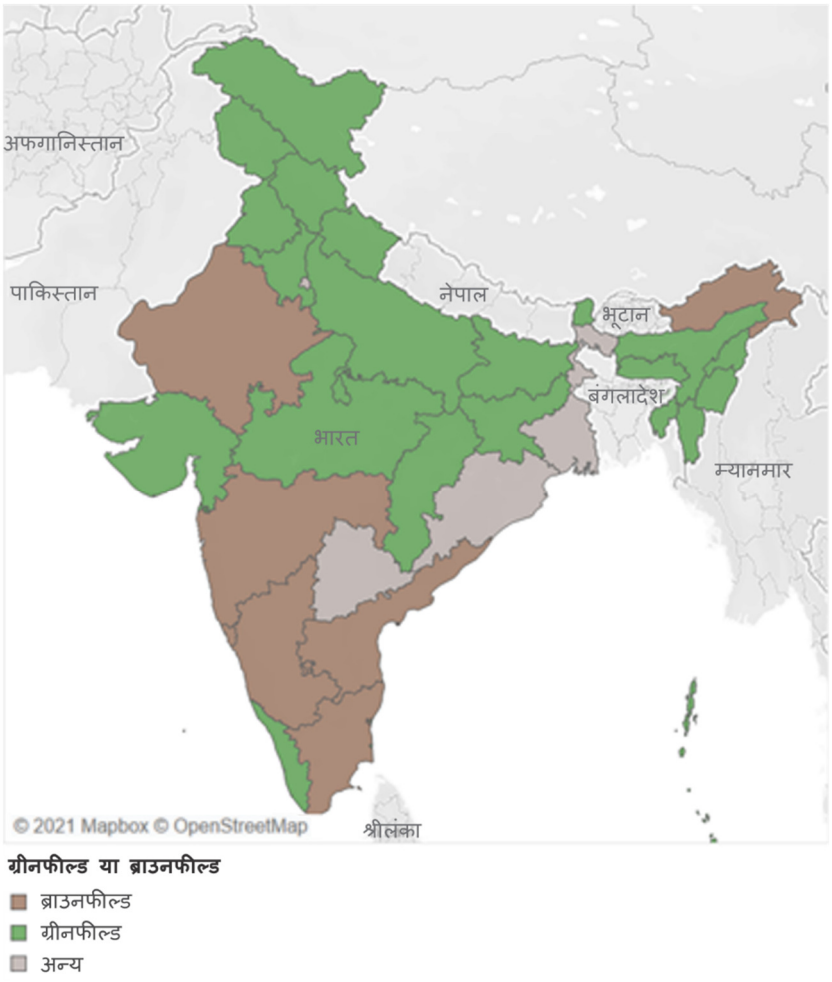
5.8 दावा प्रसंस्करण एवं निपटान प्रणाली में विसंगतियां

दावा प्रसंस्करण एवं निपटान प्रणाली (टीएमएस के साथ-साथ एपीआई) के संबंध में, निम्नलिखित अनियमितताओं को अनुवर्ती पैराग्राफों में वर्णित किया गया था। ये अभ्युक्तियां जुलाई 2022 के महीने के दौरान एनएचए में किए गए डाटा विश्लेषण का परिणाम है।

5.8.1 राज्य विशिष्ट आईटी प्लेटफॉर्म द्वारा डाटा को बनाए रखने के लिए सामान्य प्रारूप का गैर-उपयोग

जैसा कि कथित है, कुछ ब्राउनफील्ड राज्य *अर्थात्* राज्य जहां लाभार्थी डाटा एनएचए द्वारा नहीं रखा जाता है एवं ये राज्य बाह्य प्रणालियों के माध्यम से एनएचए के साथ डाटा साझा करते हैं जैसा कि निम्नलिखित मानचित्र में दर्शाया गया है।

एनएचए के पास उपलब्ध डाटा के अनुसार, जुलाई 2021 तक छः राज्य बाह्य प्रणालियों (एपीआई) के माध्यम से एनएचए के साथ डाटा साझा कर रहे थे, जैसा कि नीचे सूचीबद्ध है



1. आंध्र प्रदेश

2 अरुणाचल प्रदेश

3 राजस्थान

4 कर्नाटक

5 महाराष्ट्र

6 तमिलनाडु

उपरोक्त राज्यों के अतिरिक्त में, **असम** ने भी 31 मार्च 2020 तक अपनी आईटी प्रणाली का उपयोग किया और इसलिए उस अवधि के लिए असम के संबंध में लेनदेन केवल एपीआई तालिका में उपलब्ध थे। इन ब्राउनफील्ड राज्यों में लाभ का दावा करने वाले लाभार्थियों की इनमें से किसी भी लेन-देन ने पीएमजेएवाई आईडी पर अधिकृत नहीं किया एवं इसके बजाय एक अन्य बनाई गई प्रणाली (या राज्य विशिष्ट रोगी आईडी) उपलब्ध थी। इन रोगी आईडी का कोई भी मास्टर डाटा एनएचए के पास न तो अनुरक्षित किया जा रहा था और न ही उपलब्ध था। इस मास्टर डाटा के अभाव में (लाभार्थी पहचान प्रणाली या अन्य में), लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि एनएचए द्वारा इन राज्यों में योजना के निबंधन और शर्तों की निगरानी कैसे की जा रही थी। यह भी स्पष्ट नहीं था कि राज्यों ने उपयोग प्रमाणपत्रों के प्रस्तुतीकरण हेतु इन दावों को राज्य-विशिष्ट योजनाओं एवं पीएमजेएवाई में कैसे अलग किया। आगे, लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित नहीं कर सकी कि ये ब्राउनफील्ड राज्य अन्य राज्यों से संबंधित रोगियों को योजना का लाभ कैसे दे रहे थे (पीएमजेएवाई के तहत स्वीकार्य सुवाह्यता मामले)। वास्तव में, डाटा विश्लेषण से प्रकट हुआ कि एपीआई तालिका में उपलब्ध सभी दावों/लेनदेनों के संबंध में पोर्टेबिलिटी-फ्लैग फ़ील्ड का मूल्य शून्य (उपलब्ध नहीं) था।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (अगस्त 2022) और बताया कि अधिकांश राज्यों के साथ एपीआई एकीकरण पूरा कर लिया गया है। हालांकि, अधिक विश्वसनीय डाटा स्थानांतरण के लिए डाटा के आंतरायिक नुकसान के मुद्दे को संबोधित किया जा रहा है।

5.8.2 टीएमएस/एपीआई (राज्य विशिष्ट आईटी प्लेटफॉर्म) के माध्यम से अधिकृत डाटा पर अपर्याप्त पूर्व-अधिप्रमाणन नियंत्रण

टीएमएस/एपीआई ऑनलाइन प्रसंस्करण एवं निपटान के लिए ईएचसीपी द्वारा प्रस्तुत दावों के संबंध में अभिलेख अधिकृत करता है। अभिलेख में रोगी संख्या, मामला संख्या, कार्ड संख्या, रोगी की आयु, रोगी का लिंग, रोगी राज्य-कोड, अस्पताल में भर्ती होने की तिथि सर्जरी की तारीख, छुट्टी की तारीख, दावा प्रस्तुतीकरण राशि, दावा संस्वीकृत राशि, दावा भुगतान राशि डिस्चार्ज बिल/सारांश की स्कैन कॉपी के लिए अटैचमेंट विकल्प के साथ आदि जैसे डाटा शामिल हैं।

एक मजबूत प्रणाली को किसी विशेष क्षेत्र में डाटा स्वीकार नहीं करना चाहिए जो तार्किक रूप से संभव नहीं है या जो पीएमजेएवाई परिभाषित मानदंडों से ऊपर है। उदाहरणार्थ सर्जरी की तारीख अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख से पहले होनी चाहिए या छुट्टी की तारीख अस्पताल में भर्ती होने की तारीख के बाद होनी चाहिए, आदि। इस तरह की अमान्य/अतार्किक प्रविष्टियां डाटा की विश्वसनीयता को कम कर देंगी, जिसके परिणामस्वरूप संक्रमण का गलत खुलासा होगा।

हालांकि, दावा निपटान डाटा के विश्लेषण के दौरान, विभिन्न विसंगतियां पाई गईं जिनकी चर्चा अनुवर्ती पैराग्राफों में की गई है;

5.8.2.1 अस्पताल में भर्ती होने/पूर्व-प्राधिकरण/दावा प्रसंस्करण की अमान्य तिथियां

लेखापरीक्षा ने पाया कि एपीआई सिस्टम में कई लेन-देन उपलब्ध थे जहां महत्वपूर्ण जानकारी से संबंधित डेट फ़ील्ड अमान्य थे *अर्थात* योजना की प्रारम्भिक तिथि से पहले या वर्तमान तिथि के बाद। राज्य-वार विवरण **तालिका-5.4** में दिया गया है।

तालिका-5.4: एपीआई के माध्यम से अधिकृत की गई अमान्य तिथियां

राज्य	अमान्य तिथियों की संख्या					
	प्रवेश की तिथि	अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि	पूर्व-प्राधिकरण प्रारंभिक तिथि	पूर्व प्राधिकरण अनुमोदन	दावा प्रस्तुतीकरण	दावा अनुमोदन
अरुणाचल प्रदेश	4	4	2	2	-	-
असम	15	7	-	-	-	-
कर्नाटक	77	14,888	4	6	4	-
महाराष्ट्र	-	6,140	-	-	-	-
तमिलनाडु	334	19,958	526	208	119	489
कुल	**430**	**40,997**	**532**	**216**	**123**	**489**

एनएचए ने अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022) कि एपीआई के माध्यम से डाटा साझाकरण को सुव्यवस्थित किया जा रहा है तथा ऐसी विसंगतियों से बचने के लिए आवश्यक अधिप्रमाणन किया जाएगा।

5.8.2.2 कुछ महत्वपूर्ण तिथियों की अनुपलब्धता

इसी तरह, एनएचए के साथ साझा किए गए डाटा में कई महत्वपूर्ण तिथियों को खाली छोड़ दिया गया/उपलब्ध नहीं था, जैसा कि नीचे दी गई तालिका में बताया गया है। इन सभी अभिलेखों में आगे यह सुनिश्चित किया गया कि इन दावों पर भुगतान की गई राशि शून्य नहीं थी। विवरण **तालिका-5.5** में दिया गया है।

तालिका-5.5: कुछ महत्वपूर्ण तिथि की अनुपलब्धता

राज्य	तिथियां उपलब्ध नहीं (संख्या में)			
	पूर्व-प्राधिकरण प्रारम्भिक तिथि	पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन	दावा प्रस्तुतीकरण	दावा अनुमोदन
आंध्र प्रदेश	23,973	19,298	26,961	33,656
असम	4	6	16	72
कर्नाटक	2,532	6,421	4,260	80,469
महाराष्ट्र	7,951	8,030	7,103	7,525
तमिलनाडु	1,800	2,066	985	1,381
कुल	**36,260**	**35,812**	**39,325**	**1,23,103**

उपरोक्त के अतिरिक्त, एनएचए के पास इलाज के दौरान किसी मरीज की मृत्यु होने की स्थिति में 'मृत्यु की तारीख' दर्ज करने का प्रावधान था। ऐसे मामलों में अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख दर्ज नहीं की जाती है। एपीआई तालिका में मृत्यु की तारीख को सभी मामलों में खाली छोड़ दिया गया था, यह दर्शाता है कि ब्राउनफील्ड राज्य इस महत्वपूर्ण जानकारी को अधिकृत नहीं कर रहे हैं।

एनएचए ने अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022) कि एपीआई के माध्यम से डाटा साझाकरण को सुव्यवस्थित किया जा रहा है और ऐसी विसंगतियों से बचने के लिए आवश्यक अधिप्रमाणन किया जाएगा।

5.8.2.3 संबंधित रोगी के अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि के बाद सर्जरी की तिथि

2,25,827 मामलों में, सत्यापन के सरलतम नियमों को भी एपीआई प्रणाली में नहीं बनाया गया था, जिसके परिणामस्वरूप उन मामलों में दावों का भुगतान किया जा रहा था जहां सर्जरी की तारीख उस मरीज को अस्पताल से छुट्टी देने के बाद की थी। राज्य-वार विवरण **तालिका-5.6** में दिया गया है।

तालिका-5.6: अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख के बाद सर्जरी की तारीख

(राशि ₹ में)

राज्य	दावों की संख्या	इन दावों पर भुगतान की गई राशि
आंध्र प्रदेश	2	28,602
अरुणाचल प्रदेश	41	4,06,050
असम	26,425	12,75,48,124
कर्नाटक	19,223	6,41,95,947
महाराष्ट्र	1,79,584	3,73,08,27,276
तमिलनाडु	552	46,19,030
कुल	**2,25,827**	**3,92,76,25,029**

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022) कि एपीआई के माध्यम से डाटा साझाकरण को सुव्यवस्थित किया जा रहा है और ऐसी विसंगतियों से बचने के लिए आवश्यक सत्यापन किया जाएगा।

5.8.2.4 रोगी आयु कॉलम में अमान्य तथा शून्य प्रविष्टियां

डाटाबेस में एपीआई तालिका में रोगी आयु क्षेत्र का सही उल्लेख नहीं किया गया था। राज्यवार विवरण **तालिका-5.7** में दिया गया है।

तालिका-5.7: अमान्य रोगी आयु

राज्य	रोगी की आयु (वर्ष में)			कुल
	0 या शून्य	100 से 139	259	
आंध्र प्रदेश	37,602	7	0	37,609
अरुणाचल प्रदेश	1	0	0	1
असम	196	54	2	252
महाराष्ट्र	46,688	6	0	46,694
कुल	**84,487**	**67**	**2**	**84,556**

इसी तरह की त्रुटि टीएमएस में भी पाई गई थी। उपरोक्त से यह स्पष्ट है कि सिस्टम में आयु के कॉलम में संदिग्ध प्रविष्टियों को रोकने के लिए एपीआई और टीएमएस दोनों प्रणालियों में उचित अधिप्रमाणन नियंत्रण की कमी है।

एनएचए ने अभ्युक्ति को स्वीकार किया (अगस्त 2022) और सिस्टम में आवश्यक अधिप्रमाणमन को शामिल करने का आश्वासन दिया।

5.8.2.5 पूर्व-प्राधिकरण प्रारम्भिक तिथि के पहले अस्पताल में भर्ती

लेखापरीक्षा ने पाया कि कई दावों में अस्पताल में भर्ती होने की तिथि टीएमएस प्रणाली में पूर्व-प्राधिकरण प्रारम्भिक तिथि के पहले थी। राज्य-वार विवरण **तालिका-5.8** में दिया गया है।

तालिका-5.8: पूर्व-प्राधिकरण तिथि से पहले अस्पताल में भर्ती

राज्य/यूटी	दावों की संख्या जहां पूर्व-प्राधिकरण की प्रारम्भिक तिथि के पहले अस्पताल में भर्ती होने की तिथि है	दावों की संख्या जहां पूर्व-प्राधिकरण प्रारम्भिक तिथि के पहले पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन की तिथि है
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	182	उपलब्ध नहीं
गुजरात	34,409	3
मध्य प्रदेश	305	55
केरल	1959	उपलब्ध नहीं

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि विभिन्न प्रचालनात्मक कारणों से सिस्टम में अस्पताल में भर्ती होने बैक-डेट की अनुमति है। वर्तमान में निजी अस्पताल के मामले में अस्पताल में भर्ती होने की वास्तविक तिथि के 3 दिनों के अंदर एवं सार्वजनिक अस्पतालों के लिए 5 दिनों में पूर्व-प्राधिकरण प्राप्त किया जा सकता है।

5.8.2.6 अस्पताल में भर्ती होने की तिथि से पहले अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि

लेखापरीक्षा ने पाया कि एपीआई सिस्टम में 45,846 दावों में, अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि इन रोगियों के अस्पताल में भर्ती होने की तिथि से पहले की थी। राज्य-वार विवरण निम्न **तालिका-5.9** में दिया गया है।

तालिका-5.9: प्रवेश की तिथि से पहले अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि

(राशि ₹ में)

राज्य	दावों की संख्या	इन दावों पर भुगतान की गई राशि
असम	21	2,74,842
कर्नाटक	19,223	6,41,95,947
महाराष्ट्र	26,049	15,58,71,719
तमिलनाडु	552	46,19,030
कुल	**45,845**	**22,49,61,538**

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022) कि एपीआई में डाटा अधिप्रमाणन में छूट दी गई है ताकि उन्हें अस्वीकार किए बिना अधिकतम डाटा प्राप्त किया जा सके। इसने यह भी आश्वासन दिया है कि एपीआई के माध्यम से डाटा साझाकरण

को सुव्यवस्थित किया जा रहा है एवं ऐसी विसंगतियों से बचने के लिए आवश्यक सत्यापन किया जाएगा।

5.8.2.7 अस्पताल में भर्ती होने की उसी अवधि के दौरान एक ही रोगी की कई अस्पतालों में भर्ती

योजना भारत में सार्वजनिक एवं निजी नामिकागत अस्पतालों में द्वितीयक एवं तृतीयक देखभाल हेतु अस्पताल में भर्ती के लिए प्रति परिवार प्रतिवर्ष ₹ पांच लाख का एक कवर प्रदान करती है। तथापि, बाह्य रोगी देखभाल/उपचार पीएमजेएवाई के अंतर्गत शामिल नहीं है।

डेस्क लेखापरीक्षा (जुलाई 2020) के दौरान डेटा विश्लेषण से प्रकट हुआ कि आईटी सिस्टम (टीएमएस) ने अस्पताल में भर्ती होने की समान अवधि के दौरान किसी भी मरीज को कई अस्पतालों में प्रवेश लेने से नहीं रोका। एनएचए ने चूक को स्वीकार करते हुए कहा (जुलाई 2020) कि मुख्य रूप से ये मामले उन परिदृश्यों में हो जाते हैं जहां एक बच्चे का जन्म एक अस्पताल में होता है और मां के पीएमजेएवाई आईडी का उपयोग करते हुए दूसरे अस्पताल में नवजात देखभाल में स्थानांतरित कर दिया जाता है।

हालांकि, उदाहरणात्मक[27] डेटा विश्लेषण से प्रकट हुआ कि टीएमएस में 48,387 रोगियों के 78,396 दावों की शुरुआत की गई थी, जहां पहले से इलाज के लिए इन रोगियों की अस्पताल से छुट्टी देने की तारीख उसी रोगी के दूसरे उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने की तारीख के बाद की थी। एनएचए के दावे के विपरीत इन मरीजों में 23,670 पुरुष मरीज शामिल थे। ये दावे 2,231 अलग-अलग अस्पतालों से संबंधित हैं। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.3** में दिया गया है।

छत्तीसगढ़, गुजरात, केरल, मध्य प्रदेश तथा **पंजाब** जैसे राज्यों में सबसे अधिक मामले दर्ज किए गए तथा सबसे कम मामले **दमन और दीव, गोवा, कर्नाटक, पुदुचेरी** और **तमिलनाडु,** में दर्ज किए गए।

---

[27] उन मामलों के लिए जहां अस्पताल में भर्ती होने की तिथि 1 जनवरी 2021 एवं 31 मार्च 2021 के बीच की अवधि से संबधित है।

इस तरह के दावों का सफल भुगतान एसएचए की ओर से अपेक्षित जांचों को सत्यापित किए बिना दावों को संसाधित करने में चूक को इंगित करता है।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि अभ्युक्ति मुख्य रूप से कंप्यूटर की तारीख एवं समय के गैर-समक्रमिक, नवजात शिशुओं के मामलों, अस्पताल में भर्ती होने की तारीख के बाद पूर्व-प्राधिकरण का अभिलेखित करने के कारण है।

लेखापरीक्षा की राय है कि टीएमएस पहले तारीख एवं समय को समक्रमिक करने में सक्षम होना चाहिए तथा उसके बाद ही किसी भी प्रविष्टि को स्वीकार करना चाहिए। नवजात मामलों के बारे में विवाद के संबंध में यह दोहराया जाता है कि यह पुरुष रोगियों के मामले भी हैं।

5.8.2.8 पूर्व दावा/उपचार के दौरान 'मृत' के रूप में दर्शाए गए लाभार्थी का उपचार

अस्पतालों द्वारा प्रस्तुत दावों के भुगतान के लिए दिशा-निर्देश[28] 'मृत्यु' दर मामलों के लिए अलग-अलग भुगतान का तरीका प्रदान करते हैं। ये आगे निर्धारित करते हैं कि यदि रोगी की मृत्यु अस्पताल में भर्ती होने के बाद एवं अस्पताल से छुट्टी होने से पहले होती है, तो ऐसे मामलों की लेखापरीक्षा के बाद अस्पताल को भुगतान किया जाता है। ये तीन तिथियां, जैसा भी मामला हो, टीएमएस में दर्ज हैं। डेस्क लेखापरीक्षा (जुलाई 2020) के दौरान लेखापरीक्षा ने पहले एनएचए को सूचित किया था कि आईटी सिस्टम (टीएमएस) उसी रोगी के पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध की अनुमति दे रहा था, जिसे पहले योजना के तहत प्राप्त उसके इलाज के दौरान 'मृत' के रूप में दर्शाया गया था। एनएचए ने जुलाई 2020 में लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए बताया कि 22 अप्रैल 2020 को आवश्यक जांच की गई है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि किसी भी मरीज की पीएमजेएवाई आईडी जिसे टीएमएस में मृत के रूप में दर्शाया गया है, योजना के तहत आगे लाभ प्राप्त करने हेतु अक्षम है। .

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि टीएमएस में पहले 'मृत' के रूप में दर्शाए गए रोगियों ने योजना के तहत उपचार का लाभ लेना जारी रखा। टीएमएस में मृत्यु दर के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि योजना के तहत निर्दिष्ट उपचार के दौरान 88,760 रोगियों की मृत्यु हुई।

[28] दावा न्यायनिर्णयन एवं भुगतान नियम-पुस्तक

इन रोगियों के संबंध में नए उपचार से संबंधित कुल 2,14,923 दावों को सिस्टम में भुगतान[29] के रूप में दर्शाया गया है।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि उपरोक्त दावों में से 3,903 दावों में ₹ 6.97 करोड़ के 3,446 रोगियों से संबंधित दावों का भुगतान अस्पतालों को किया गया था। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.4** में दिया गया है।

ऐसे मामलों की अधिकतम संख्या **छत्तीसगढ़**, **हरियाणा**, **झारखंड केरल** और **मध्य प्रदेश** में पाई गई एवं मामलों की सबसे कम संख्या **अंडमान** और **निकोबार द्वीप समूह**, **असम**, **चंडीगढ़, मणिपुर** तथा **सिक्किम** में पाई गई।

इसी तरह**,** जैसा कि डेस्क लेखापरीक्षा रिपोर्ट में बताया गया था**,** लेखापरीक्षा ने पाया कि टीएमएस न केवल सिस्टम में पहले से ही मृत के रूप में दर्शाए गए लाभार्थियों के लिए पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध को प्रारम्भ करने की अनुमति दे रहा था, बल्कि अन्य सभी प्रविष्टियों जैसे अस्पताल में भर्ती होने की तिथि, सर्जरी की तारीख एवं अस्पताल से छुट्टी होने की भी अनुमति दे रहा था।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि विभिन्न प्रचालनात्मक कारणों से सिस्टम में अस्पताल में भर्ती होने की बैक-डेट की अनुमति है। वर्तमान में निजी अस्पताल के मामले में अस्पताल में भर्ती होने की वास्तविक तिथि के 3 दिनों के अंदर एवं सार्वजनिक अस्पतालों के लिए 5 दिनों में पूर्व-प्राधिकरण प्राप्त किया जा सकता है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि पूर्व-प्राधिकरण पहल, दावा प्रस्तुतीकरण एवं लाभार्थियों के लिए आईएसए[30]/एसएचए द्वारा अंतिम दावा अनुमोदन, जो पहले से ही उपचार के दौरान मृत्यु के रूप में दर्शाया गया है, आवेदन में कमियों को इंगित करता है एवं इसे उपयोगकर्ता स्तरों पर दुरुपयोग अतिसंवेदनशील बनाता है। एनएचए के साथ-साथ एसएचए को अनियमित भुगतान

[29] दावा भुगतान की राशि 0 से अधिक है।

[30] कार्यान्वयन समर्थन अभिकरण

और गड़बड़ी के जोखिम से बचने के लिए सभी मामलों की व्यापक जांच सुनिश्चित करनी चाहिए।

5.8.2.9 अस्पतालों में भर्ती मरीजों की संख्या का उस अस्पताल की घोषित बिस्तर संख्या से अधिक होना

डेस्क लेखापरीक्षा के दौरान हमने बताया कि सिस्टम (टीएमएस) ने पीएमजेएवाई प्रणाली में पैनलबद्ध किसी भी अस्पताल द्वारा किसी भी समय पर पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध एवं रोगियों के अस्पताल में भर्ती होने दोनों को एक साथ इसके घोषित अद्यतन बिस्तर क्षमता से अधिक की गणना करते हुए अनुमति दी। उदाहरण के लिए, लेखापरीक्षा ने पाया कि 195 ऐसे अस्पताल (103 निजी एवं 92 सार्वजनिक अस्पताल) थे, जिन्होंने जनवरी 2020 के महीने के दौरान लाभार्थियों को उनकी घोषित बिस्तर क्षमता से अधिक की अनुमति दी थी। एनएचए ने जुलाई 2020 के अपने उत्तर में कहा था कि राष्ट्रीय धोखाधड़ी रोधी यूनिट (एनएएफयू) में एक ट्रिगर होता है जो किसी भी अस्पताल के बिस्तर की क्षमता से अधिक होने पर उठाया जाता है। कारणों में मोतियाबिंद, हेमोडायलिसिस, कीमोथेरेपी, आदि जैसी डे केयर प्रक्रियाओं के मामले शामिल हो सकते हैं।

डे केयर मामलों[31] को छोड़कर जनवरी 2021 से मार्च 2021 के दौरान अस्पताल में भर्ती हुए रोगियों के दावों के डाटा विश्लेषण से 224 अस्पतालों में कई मामलों में जहां घोषित बिस्तर की संख्या अवधि (जनवरी-मार्च 2021) के दौरान कम से कम एक दिन से अधिक थी, प्रकट हुआ। ऐसे अस्पतालों की राज्य-वार सूची **अनुलग्नक-5.5** में दी गई है।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि सार्वजनिक अस्पतालों के संबंध में, बिस्तरों की संख्या पर अद्यतन डाटा बैक-एंड से भरा गया था जो कि सही नहीं हो सकता है। निजी अस्पतालों के मामले में, नामिकायन के समय बिस्तरों की संख्या भर दी जाती है तथा जब भी वे अपने

[31] उन मामलों को छोड़कर जहां इनमें से किसी भी स्थिति का मिलान किया गया था (i) अस्पताल से छुट्टी की तारीख गायब है, (ii) अस्पताल से छुट्टी की तारीख अस्पताल में भर्ती होने की तारीख के बराबर है, (iii) अस्पताल में भर्ती होने की तिथि के अगले दिन छुट्टी है, (iv) सिस्टम में अस्पताल की बैड की संख्या उपलब्ध नहीं है।

अस्पताल में सुविधाओं का उन्नयन करते हैं, तो उन्हें एचईएम पोर्टल पर अस्पताल द्वारा अद्यतन नहीं किया जाता है। एनएचए ने आगे कहा कि डे केयर पैकेज (डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी) पूरे दिन बिस्तर पर नहीं रहते हैं और कुछ परिदृश्यों में प्रशासनिक सुविधा हेतु कई बार बैठने के लिए पैकेज को अवरुद्ध कर दिया जाता है।

एनएचए का उत्तर संतोषजनक नहीं है क्योंकि डाटा विश्लेषण के दौरान डे केयर मामलों को बाहर रखा गया था। आगे एनएचए ने स्वीकार किया कि बिस्तर की संख्या का डेटा वास्तविक समय के आधार पर उपलब्ध नहीं है जिसका अर्थ है कि एनएचए समय-समय पर अस्पतालों की विस्तर की संख्या की समीक्षा नहीं करता है।

5.8.2.10 प्रति परिवार प्रति वर्ष ₹ पांच लाख की अनुज्ञेय सीमा से अधिक दावों का भुगतान

पीएमजेवाई सार्वजनिक एवं निजी पैनलबद्ध स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के नेटवर्क के माध्यम से प्रति वर्ष प्रति पात्र परिवार (घरेलू) का ₹ पांच लाख का मुफ्त अस्पताल में भर्ती कवरेज प्रदान करता है।

जुलाई 2020 में डेस्क-लेखापरीक्षा[32] (केवल ग्रीनफील्ड राज्यों के संबंध में दावा डेटा सहित तालिका पर डेटा विश्लेषण) के दौरान, लेखापरीक्षा ने पाया कि दो मामलों में, ₹ पांच लाख से अधिक के दावों का भुगतान एक पॉलिसी वर्ष में किया गया था। एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए अपने उत्तर (दिनांक 27 जुलाई 2020) में बताया कि यथोचित अध्यवसाय के बाद त्रुटियों को ठीक किया जाएगा।

हालांकि, डाटा विश्लेषण (सितंबर 2018 से मार्च 2021 तक) से प्रकट हुआ कि एनएचए ने अभी भी टीएमएस डेटाबेस में प्रासंगिक अधिप्रमाणन नहीं किया है, क्योंकि हमने ऐसे पांच मामलों (केवल टीएमएस आवेदन में) को पाया है, जहां प्रति परिवार प्रति पॉलिसी वर्ष जारी की गई राशि ₹ पांच लाख की सीमा से अधिक है, जैसा कि **तालिका-5.10** में दर्शाया गया है।

[32] 11 जुलाई 2020 को निष्पादित पब्लिक.टीएमएस_टी_पेशेंट टेबल पर पृच्छा।

तालिका-5.10: ₹ पांच लाख की स्वीकार्य सीमा से अधिक

राज्य	रोगी परिवार आईडी	कुल दावा राशि	अंतिम दावा तिथि	दावों की सं.
छत्तीसगढ	22C२223751218468	504000	18-03-2021	32
छत्तीसगढ	22C२223870477539	500500	02-12-2020	1
छत्तीसगढ	22R22240208516001921	500500	20-03-2020	2
उत्तराखंड	5S0513002001100000002700003	552600	26-04-2021	10
उत्तराखंड	5SGHSG3C01S95502	699410	22-03-2021	3

इसके अलावा, निम्नलिखित दो क्षेत्रों में किसी भी लेन-देन जिसे (i) पीएमजेएवाई या नॉन-पीएमजेएवाई और (ii) एपीआई डाटा में पॉलिसी वर्ष का उल्लेख (ब्राउनफील्ड राज्यों द्वारा प्रस्तुत) को चिन्हित कर सकते हैं, भी गायब पाए गए। इन क्षेत्रों की अनुपस्थिति में, यह पता लगाना संभव नहीं है कि किस योजना (*अर्थात*, पीएमजेएवाई या राज्य योजना) और किस पॉलिसी वर्ष से प्रत्येक परिवार के लिए कोई लेनदेन या लेनदेन का समूह संबंधित है। आगे, इन क्षेत्रों की अनुपस्थिति में, लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि एनएचए किस प्रकार योजना दिशा-निर्देशों में निर्धारित दावों के प्रबंधन में रखी जाने वाली प्रारंभिक सीमाओं के अधिप्रमाणन की निगरानी कर रहा था।

राज्य-वार भुगतान जहां प्रति परिवार प्रति पॉलिसी वर्ष जारी की गई राशि ₹ पांच लाख की सीमा से अधिक है, जैसा **तालिका-5.11** में दर्शाया गया है।

तालिका-5.11: प्रति पॉलिसी वर्ष प्रति परिवार ₹ पांच लाख से अधिक जारी की गई राशि

क्र.सं.	राज्य	मामले	राशि (₹ में)
1.	मणिपुर	3	76,775
2.	राजस्थान	17	13,61,187
3.	नागालैंड	2	5,62,000
4.	तमिलनाडु	2	3,88,790

अनुमेय सीमा से अधिक दावा राशि का भुगतान टीएमएस प्रणाली के साथ-साथ राज्य-विशिष्ट प्रणाली में पर्याप्त अधिप्रमाणन नियंत्रण की कमी को इंगित करता है जिसे किसी भी आगे के दुरुपयोग को रोकने के लिए सिस्टम में समीक्षा/सुधार की आवश्यकता है।

अनुमेय सीमा से अधिक भुगतान का कारण एनएचए (अगस्त 2022) द्वारा दिया गया था क्योंकि (i) छत्तीसगढ़ जैसे कुछ राज्य राज्य-योजना के तहत अपने लाभार्थियों को ₹ पांच लाख से अधिक का टॉप-अप प्रदान करते हैं, (ii) बीमा प्रणाली के तहत जब पॉलिसी की अवधि 12 महीने से आगे बढ़ा दी जाती है, फिर वॉलेट आईडी पूरी तरह से ₹ पांच लाख तक नवीकृत हो जाती है, हालांकि प्रीमियम का भुगतान वृद्धिशील अवधि के लिए आनुपातिक आधार पर किया जाता है। निविदा प्रक्रिया में देरी होने पर बीमा कंपनी द्वारा ऐसा विस्तार दिया जाता है। ₹ पांच लाख से अधिक का कोई भी कवर राज्य सरकार द्वारा वहन किया जाता है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि किसी भी स्थिति में वॉलेट राशि ₹ पांच लाख की अनुमेय सीमा से अधिक नहीं होनी चाहिए।

5.8.2.11 आधार प्रमाणीकरण के बिना भुगतान किए गए दावे (दूसरी बार)

योजना के दिशा-निर्देश यह निर्धारित करते हैं कि यदि पीएमजेएवाई परिवार के सदस्य के पास आधार कार्ड नहीं है एवं संपर्क बिंदु एक ऐसा स्थान है जहां कोई उपचार प्रदान नहीं किया जाता है, तो ऑपरेटर लाभार्थी को सूचित करेगा कि वे पात्र हैं तथा बिना आधार या आधार नामांकन पर्ची के बिना केवल एक बार उपचार प्राप्त कर सकते हैं। उनसे जल्द से जल्द आधार के लिए आवेदन करने का अनुरोध किया जा सकता है। लाभार्थी से एक हस्ताक्षरित घोषणा ली जाती है कि उनके पास आधार कार्ड नहीं है और यह समझते हैं कि उन्हें अगले उपचार से पहले आधार या आधार नामांकन पर्ची प्रस्तुत करने की आवश्यकता होगी।

डाटा विश्लेषण से आगे पता चला कि टीएमएस आवेदन में संसाधित किए गए 118.47 लाख दावों में से 47.46 लाख दावे (40 *प्रतिशत*) उन रोगियों से संबंधित थे जिन्होंने दूसरी बार या उसके बाद योजना का लाभ उठाया था। इन दावों में से ₹ 39.51 लाख (83 *प्रतिशत*) के दावों को पंजीकरण/अस्पताल में भर्ती के समय बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना टीएमएस में

संसाधित एवं भुगतान किया गया था। इसके अलावा, इनमें से 69 *प्रतिशत* दावे उन लाभार्थियों से संबंधित थे जो आधार प्रमाणीकरण के आधार पर बीआईएस में पंजीकृत थे। मरीजों का विवरण एवं इन दावों के संबंध में भुगतान की गई राशि नीचे **तालिका-5.12** में दी गई है। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.6** में दिया गया है।

तालिका-5.12: आधार प्रमाणीकरण के बिना भुगतान किए गए दावे (दूसरी बार)

टीएमएस में कुल दावे	दावा गणना रोगी गणना इन दावों पर भुगतान की गई राशि	1,18,47,059 56,56,498 ₹ 7,321.33 करोड़
दूसरी बार के बाद के दावे	दावा गणना रोगी गणना इन दावों पर भुगतान की गई राशि	47,45,950 10,07,766 ₹ 2,072.03 करोड़
उपरोक्त में से ऐसे दावे जहां रोगी पंजीकरण/अस्पताल में भर्ती के समय बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण नहीं किया गया था	दावा गणना रोगी गणना इन दावों पर भुगतान की गई राशि	39,50,818 8,20,182 ₹ 1,678.68 करोड़
उपरोक्त में से, वे दावे जहां आधार प्रमाणीकरण के साथ मरीज पहले से ही पीएमजेएवाई में पंजीकृत थे	दावा गणना रोगी गणना इन दावों पर भुगतान की गई राशि	27,40,245 5,45,979 ₹ 1,111.98 करोड़

योजना दिशा-निर्देशों के उल्लंघन में, किसी भी रोगी की दूसरी बार और आगे पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध की स्वीकृति ऐसे लेनदेन पर पीएमजेएवाई आईटी प्रणाली में प्रभावशीलता नियंत्रण की कमी को इंगित करती है।

अपर्याप्त पूर्व-अधिप्रमाणन जांचों के कारण और अनिवार्य क्षेत्र भरने के अभाव में, लेखापरीक्षा टीएमएस/एपीआई में डाटा की यर्थाथता, पूर्णता एवं विश्वसनीयता के बारे में आश्वासन प्राप्त नहीं कर सका।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022) कि कोविड अवधि के दौरान जैव-प्राधिकरण के माध्यम से आधार प्रमाणीकरण को संक्रमण के फैलने से बचने के लिए बंद कर दिया गया था। अब पीएमजेएवाई के तहत इलाज का लाभ उठाने के लिए आधार अनिवार्य कर दिया गया है।

लेखापरीक्षा का विचार है कि एसएचए को ऐसे दावों की उनमें किसी भी अपात्र लाभार्थी के संबंध में भुगतान की किसी भी संभावना का पता लगाने के लिए पुनः सत्यापन प्रारम्भ करें।

5.9 धोखाधड़ी का पता लगाने हेतु आंतरिक नियंत्रण

5.9.1 बंद एवं अस्वीकृत कार्डों पर दावों का भुगतान

पीएमजेएवाई कार्ड में जहां कदाचार या अनजाने में त्रुटियां पाई गई, उन्हें एनएचए द्वारा निर्णायक जांच के बाद बंद किया जा रहा था। जुलाई 2021 तक एनएचए ने 14.81 लाख पीएमजेएवाई कार्ड बंद कर दिए थे।

लेखापरीक्षा ने पाया कि टीएमएस बंद कार्डों को पूर्व-प्राधिकरण के लिए प्रतिबंधित नहीं कर सका, क्योंकि 1,081 दावे बीआईएस डाटाबेस में कार्ड बंद होने के बाद शुरू किए गए थे एवं इन बंद कार्डों के सापेक्ष में ₹ 71.47 लाख का भुगतान किया गया था। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.7** में दिया गया है।

टीएमएस प्रणाली ने उनकी अस्वीकृति तिथि के बाद 590 दावों को शुरू करने की अनुमति दी एवं इनमें से 462 दावों पर ₹ 55.31 लाख की राशि का भुगतान किया गया। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-5.7** में दिया गया है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (अगस्त 2022)।

5.9.2 संदिग्ध कार्ड एवं लाभार्थी पंजीकरण

एनएचए ने संदिग्ध लाभार्थी पंजीकरण की पहचान के लिए कई ट्रिगर अलर्ट तैयार किए हैं। जुलाई 2021 तक, 11.04 लाख लाभार्थियों पर 33.11 लाख ट्रिगर अलर्ट जारी किए गए थे। विवरण **तालिका-5.13** में दर्शाया गया है।

तालिका-5.13: ट्रिगर अलर्ट

क्रमांक	ट्रिगर कारण	ट्रिगर की गई गणना	शामिल विशिष्ट लाभार्थियों की गणना
1.	जोड़े गए सदस्य	10,17,303	3,39,101
2.	अस्पष्ट विश्लेषण	9,58,725	3,19,443
3.	मोबाइल नंबर विश्लेषण	4,71,525	1,57,175
4.	शून्य एचएचआईडी एसईसीसी	2,96,976	98,992
5.	बीआईएस प्रतिमा विश्लेषिकी	2,12,700	70,900
6.	बहु कार्ड वाले झूठे लाभार्थी	1,46,643	48,881
7.	एक ही या एक से अधिक परिवारों में बहु पीएमजेएवाई कार्ड बनाने के लिए दस्तावेज प्रतिमा के एकल सेट का उपयोग किया गया।	80,262	26,754
8.	एक ही या एक से अधिक परिवारों में बहु पीएमजेएवाई कार्ड बनाने के लिए एक ही दस्तावेज़ का उपयोग किया जाता है	71,517	23,839
9.	लाभार्थी की प्रतिमा एवं दस्तावेजों के सेट में अमान्य प्रतिमा	36,273	12,091
10.	एक ही परिवार में एक ही लाभार्थी के बहु कार्ड	17,664	5,888
11.	लाभार्थी प्रतिमा पहचान योग्य नहीं	1,446	482
12.	शून्य एसईसीसी नाम	207	69
	कुल	**33,11,241**	**11,03,615**

इन मामलों को आगे की जांच के लिए एसएचए की धोखाधड़ी-रोधी टीमों (एसएएफयू) को प्रेषित किया गया। एनएचए द्वारा दर्ज किए गए राज्य-वार उत्तरों को **अनुलग्नक-5.8** में दिया गया है।

राज्यों द्वारा की गई जांच एवं उनके उत्तरों का सारांश **तालिका-5.14** में दिया गया है।

तालिका-5.14: जांच का सारांश

उत्तर	मामले	प्रतिशतता	पृथक कार्ड	प्रतिशतता
धोखा	13,51,299	40.81%	4,36,711	40.86%
अनिर्णित	2,32,470	7.02%	77,490	7.25%
धोखाधड़ी नहीं	5,81,274	17.56%	1,92,872	18.04%
लंबित	10,59,039	31.98%	3,33,037	31.16%
जांच के तहत	87,159	2.63%	28,806	2.69%
कुल योग	**33,11,241**	**100.00%**	**10,68,916**	**100.00%**

चिन्हित किए गए 10.69 लाख कार्डों में से केवल 7,07,073 कार्डों, जो कुल का 66 *प्रतिशत* थे, एसएचए द्वारा जांच की गई। 77,490 कार्ड (7,07,073 कार्डों में से) के संबंध में जांच किसी निष्कर्ष पर नहीं पहुंच सकी। शेष 3,61,843 कार्ड (3,33,037+28,806) जो कुल संदिग्ध कार्डों का 34 *प्रतिशत* थे, जांच के लिए प्रतीक्षित थे।

गुजरात, मध्य प्रदेश, मेघालय और **उत्तर प्रदेश** में सबसे अधिक मामले पाए गए थे जबकि सबसे कम मामले **अंडमान** एवं **निकोबार द्वीप समूह, कर्नाटक, लक्षद्वीप** तथा **तमिलनाडु** में पाए गए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्यों द्वारा क्षेत्रीय जांच टिप्पणी/रिपोर्ट प्रस्तुत करने का कोई तंत्र भी एनएचए की प्रणाली में नहीं बनाया गया था जो यह सुनिश्चित करने में मदद कर सके कि एसएचए ऐसे संदिग्ध मामलों की जांच करते समय एक समान क्रियाविधि का पालन कर रहे थे।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (अगस्त 2022)।

अध्याय

VI

वित्तीय प्रबंधन

6.1 प्रस्तावना

पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के लिए दिसंबर 2018 के कैबिनेट नोट के अनुसार, पीएमजेएवाई के प्रबंधन तथा प्रशासन के लिए एस्क्रो खाते के दिशा-निर्देशों सहित संसाधनों की नियुक्ति/प्रतिधारण/उपयोग/जुटाव, बजटीय सहायता तथा निधियों के जारी करने से संबंधित पीएमजेएवाई की प्रशासनिक एवं वित्तीय नीतियों के प्रबंधन के लिए प्रचालनात्मक दिशा-निर्देशों को सामान्य वित्तीय नियमों, आदि के मौजूदा प्रावधानों के अनुसार किए जाते हैं।

6.2 योजना का वित्तपोषण

पीएमजेएवाई पूरी तरह से सरकार द्वारा वित्त पोषित है और लागत केंद्रीय और राज्य सरकारों के बीच साझा की जाती है। पूर्वोत्तर राज्यों और तीन हिमालयी राज्यों और विधायिका वाले संघ शासित क्षेत्रों को छोड़कर सभी राज्यों के लिए अनुपात 60:40 है, जिसमें केंद्र का हिस्सा 60 *प्रतिशत* और राज्य का 40 *प्रतिशत* है। उत्तर-पूर्वी राज्यों और तीन हिमालयी राज्यों/यूटी (*अर्थात* **जम्मू एवं कश्मीर**, **हिमाचल प्रदेश** और **उत्तराखंड**) के लिए अनुपात 90:10 है, जिसमें केंद्र का हिस्सा 90 *प्रतिशत* और राज्य का 10 *प्रतिशत* है। विधायिकाओं रहित केंद्र शासित क्षेत्रों के लिए, केंद्रीय सरकार केस-टू-केस आधार पर 100 *प्रतिशत* तक प्रदान कर सकती है।

योजना के तहत वार्षिक अधिकतम बजटीय सीमा ₹ 1,102 प्रति परिवार है, जिसके दो घटक हैं जिसमें ₹ 1,052 कार्यान्वयन उद्देश्य के लिए सहायता अनुदान और ₹ 50 प्रशासनिक व्यय के लिए। सहायता अनुदान (बीमा प्रणाली के मामले में प्रीमियम) जारी करने की प्रक्रिया **अनुलग्नक-6.1** में वर्णित है।

बीमा प्रणाली के मामले में केंद्रीय सरकार का हिस्सा 45:45:10 के तीन चरणों में और ट्रस्ट और मिश्रित प्रणाली के मामले में 50:25:25 में जारी किया जाता है।

6.2.1 एस्क्रो खाता खोलना

केंद्र और राज्य सरकार/यूटी को एक पृथक नामित एस्क्रो खाता *अर्थात* प्रीमियम और प्रशासनिक व्यय के लिए, वित्त मंत्रालय द्वारा अनुमत किसी भी बैंक के साथ, जिसके माध्यम से प्रीमियम का भुगतान *अर्थात* राज्यों/यूटी एवं केंद्र सरकार के प्रीमियम का शेयर जारी किया जाता है, खोलना होगा। पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश एसएचए द्वारा नामित 'एस्क्रो खाता' खोलने के लिए प्रावधान करते हैं।

6.2.2 अनुदान सहायता

पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के लिए एनएचए को स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्ल्यू) से सहायता अनुदान निम्नानुसार प्राप्त होता है:

- प्रशासन के लिए सहायता अनुदान योजना को सुचारू रूप से और प्रभावी ढंग से चलाने के लिए एसएचए/राज्य कार्यालयों के सामान्य प्रशासन खर्चों के लिए प्रचालन निधि है।

- कार्यान्वयन के लिए सहायता अनुदान के तहत, एनएचए संबंधित एसएचए को पात्र परिवारों की संख्या के आधार पर राज्य/यूटी की श्रेणी के आधार पर प्रीमियम का आनुपातिक हिस्सा जारी करता है।

- मुख्यालय व्यय के लिए सहायता अनुदान एनएचए की प्राथमिक प्रचालन निधि है। यह सामान्य एनएचए प्रशासन के सभी वित्तीय संसाधनों, योजना को सुचारू रूप से और प्रभावी ढंग से चलाने के लिए प्रधान कार्यालय के खर्चों का लेखा-जोखा रखता है, सिवाय उन्हें छोड़कर जिनका किसी अन्य निधि में हिसाब होना आवश्यक हो।

पीएमजेएवाई के तहत सहायता अनुदान का अनुमान, आवंटन तथा उपयोग **तालिका-6.1** में दिया गया है।

तालिका-6.1: सहायता अनुदान का अनुमान, आवंटन और उपयोग

(₹ करोड़ में)

उद्देश्य	2018-19				2019-20				2020-21			
	बीई	आरई	अनुदान प्राप्त#	एसएचए को जारी किया गया अनुदान	बीई	आरई	अनुदान प्राप्त#	एसएचए को जारी किया गया अनुदान	बीई	आरई	अनुदान प्राप्त#	एसएचए को जारी किया गया अनुदान
प्रशासनिक	2835	128.00	322.20	125.89	5795	150	150	101.83	5995	120	120	93.67
कार्यान्वयन		1721.92	1530.95	1723.66		2729	2729	2891.12		2439.43	2439.43	2450.45
एनएचए (एचक्यू)*	300	310.08	310.08	115.70	605	321	321	136.38	405	121.14	121.14	92.53
कुल	**3135**	**2160**	**2163.23**	**1965.25**	**6400**	**3200**	**3200**	**3129.33**	**6400**	**2680.57**	**2680.57**	**2636.65**

*(#स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय से प्राप्त अनुदान, *एनएचए द्वारा उपयोग किया गया)*

राज्य-वार जारी किया गया अनुदान **अनुलग्नक-6.2** में दिया गया है।

कम किए गए आवंटन के संबंध में पूछताछ किए जाने पर, मंत्रालय ने उत्तर दिया कि व्यय की अनुमानित गति से अपेक्षाकृत धीमी गति के कारण थी, जिसके संरचनात्मक कारण निम्नानुसार हैं:

i. चार राज्य (**दिल्ली**, **ओडिशा**, **तेलंगाना**[33] एवं **पश्चिम बंगाल**[34]) जो पात्र लाभार्थी आबादी का 20 *प्रतिशत* हिस्सा हैं, पीएमजेएवाई को लागू नहीं कर रहे हैं।

ii. तीन बड़े राज्य (**बिहार**, **मध्य प्रदेश** और **उत्तर प्रदेश**) जो लाभार्थी आबादी का 30 *प्रतिशत* हिस्सा हैं, पहली बार इस योजना को लागू कर रहे हैं, पीएमजेएवाई के तहत स्वास्थ्य सेवाओं की मांग अभी भी बढ़ रही है।

iii. दशक पुराने एसईसीसी डाटा की गुणवत्ता से संबंधित मुद्दों ने लाभार्थी की पहचान में गंभीर चुनौतियों का सामना किया है क्योंकि कुछ वंचित गरीब परिवार इस योजना के तहत शामिल नहीं हैं तथा लगभग 30 *प्रतिशत* पात्र लाभार्थी परिवारों का पता नहीं चल पा रहा है।

[33] तेलगांना ने मई 2021 में इस योजना को अपनाया

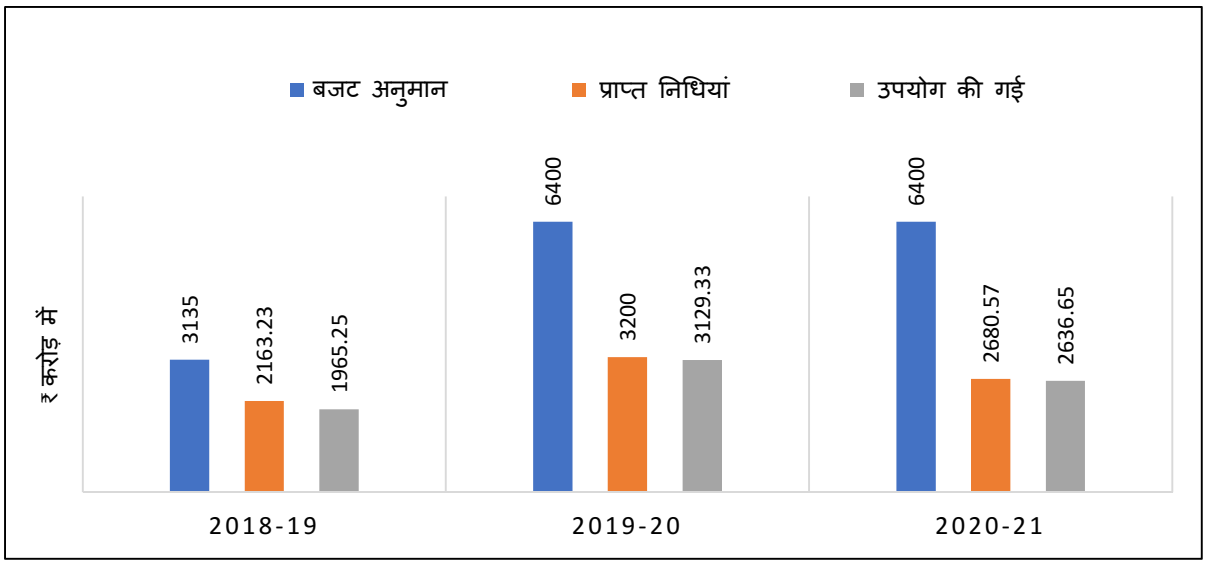
[34] पश्चिम बंगाल जनवरी 2019 में योजना से हट गया।

iv. औसत प्रीमियम ₹ 1,052 प्रति लाभार्थी परिवार से कम है जैसा कि पीएमजेएवाई की शुरुआत के समय अनुमान लगाया गया था।

मंत्रालय ने आगे कहा कि कोविड-19 महामारी की शुरुआत होने से पीएमजेएवाई के उपयोग पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। स्वास्थ्य सेवाओं की मांग में तेज गिरावट का झुकाव रहा। राज्यों/यूटी ने कोविड-19 से संबंधित उपचार प्रदान करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम), राष्ट्रीय आपदा प्रतिक्रिया कोष (एनडीआरएफ), राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष (एसडीआरएफ) तथा जिला खनिज फाउंडेशन फंड के माध्यम से जहां भी लागू हो, के तहत धन का उपयोग किया। इसने पीएमजेएवाई के माध्यम से धन के सीमित उपयोग में भी योगदान दिया।

मंत्रालय यह भी बताया (मार्च 2023) कि चालू वित्तीय वर्ष 2022-23 में बजट आबंटन को कम नहीं किया गया है।

चार्ट-6.1: सहायता अनुदान का अनुमान, आवंटन और उपयोग



6.3 अनुदान का निर्गम और उपयोग

अनुदान के निर्गम एवं उपयोग में पाई गई अनियमितताओं/कमियों की चर्चा आगामी पैराग्राफों में की गई है;

6.3.1 छत्तीसगढ़ को तीन भिन्न-भिन्न बैंक खातों में जारी अनुदान

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए ने छत्तीसगढ़ को 2018-21 के दौरान तीन भिन्न-भिन्न बैंक खातों में ₹ 280.20 करोड़, ₹ 217.60 करोड़ और ₹ 112.62 करोड़ के अनुदान जारी किए जो एसएचए द्वारा योजना कार्यान्वयन अनुदान व प्रशासनिक अनुदान प्राप्त करने के लिए हैं, दिशा-निर्देशों के उल्लंघन में दो पृथक नामित 'एस्क्रो खाते' खोलने के लिए निर्धारित करते हैं। विवरण **तालिका-6.2** में दिया गया है।

तालिका-6.2: छत्तीसगढ़ को तीन भिन्न-भिन्न बैंक खातों में जारी अनुदान

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	वर्ष	एस्क्रो खाता सं.	बैंक का नाम	सहायता अनुदान जारी		कुल
				कार्यान्वयन	प्रशासनिक	
1.	2018-19	50200033142906	एचडीएफसी	211.84	5.59	280.20
2.	2019-20	50200033142906	एचडीएफसी	62.77	0	
3.	2019-20	919010033624877	एक्सिस	212.01	5.59	217.60
4.	2020-21	920020073896851	एक्सिस	112.62	0	112.62
कुल				**599.24**	**11.18**	**610.42**

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (अगस्त 2022) कि छत्तीसगढ़ राज्य ने पहले इस योजना को हाइब्रिड मोड में लागू किया और बाद में, ट्रस्ट मोड में विस्थापित किया एवं राज्य-योजना डॉ खूबचंद बघेल योजना के साथ अभिसरित कर दिया। अतः, इसने कई खाते खोले। एनएचए यह सुनिश्चित करे कि पीएमजेएवाई दिशा-निर्देशों का एकरूपता से पालन किया जाए।

6.3.2 पीएमजेएवाई के लिए अलग एस्क्रो खाते का रखरखाव न करना

पीएमजेएवाई (एस्क्रो खाता खोलना) दिशा-निर्देश योजना के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए योजना कार्यान्वयन अनुदान और प्रशासनिक अनुदान प्राप्ति एवं व्यय करने के लिए एसएचए द्वारा दो पृथक नामित 'एस्क्रो खाता' खोलने के लिए कहते हैं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि तीन राज्य एसएचए, **छत्तीसगढ़, पंजाब** और **उत्तराखंड** ने पीएमजेएवाई एवं राज्य प्रायोजित योजना के लिए पृथक एस्क्रो खाता नहीं रखा था। दोनों योजनाओं की संक्रिया संयुक्त खाते से की गई। विवरण **तालिका-6.3** में दिया गया है।

तालिका-6.3: पीएमजेएवाई के लिए पृथक एस्क्रो खाते का रखरखाव न करना

क्र.सं.	राज्य/यूटी	राज्य/यूटी में स्वास्थ्य योजना का नाम
1.	छत्तीसगढ	पीएमजेएवाई एवं डॉ.खूबचंद बघेल स्वास्थ्य बीमा योजना
2.	पंजाब	पीएमजेएवाई एवं सरबत सेहत बीमा योजना
3.	उत्तराखंड	पीएमजेएवाई एवं अटल आयुष्मान उत्तराखंड योजना

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार किया और उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि कई राज्यों ने योजना को बड़े लाभार्थी आधार के साथ राज्य योजना के अभिसरण में लागू किया। राज्यों/यूटी से पात्र एसईसीसी परिवारों के साथ विस्तारित डेटाबेस में लाभार्थियों के मैपिंग की अपेक्षा की गई थी। हालांकि, राज्य द्वारा उपयोग किए जाने वाले एसईसीसी डेटाबेस और गैर-एसईसीसी डेटाबेस के बीच एक सामान्य पहचानकर्ता के अभाव में यह प्रयोग पूरा नहीं किया जा सका। इसलिए, एसईसीसी लाभार्थियों की अलग सूची के अभाव में सामान्य बैंक खाते थे।

एस्क्रो खाते निधियों के प्रवाह एवं पयोग का पता लगाने और निगरानी हेतु महत्वपूर्ण हैं। उत्तर तर्क संगत नहीं है क्योंकि पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश योजना के प्रचालन के लिए नामित एस्क्रो खाते को निर्धारित करते हैं। एनएचए यह सुनिश्चित करें कि विशिष्ट खातों का रखरखाव किया जाए।

6.3.3 एसएचए द्वारा प्रारम्भिक शेयर जारी करना सुनिश्चित किए बिना अनुदान जारी करना

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश प्रावधान करता है कि राज्य/यूटी योजना के कार्यान्वयन के लिए एसएचए के नामित एस्क्रो खाते में राज्य/यूटी की श्रेणी के आधार पर अपना शेयर प्रारम्भिक रूप से जारी करेंगे। तत्पश्चात्, एनएचए अपना हिस्सा एसएचए को जारी करेगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए ने आठ एसएचए, **असम** (₹ 6.08 करोड़-प्रशासनिक), **बिहार** (₹ 16.34 करोड़-प्रशासनिक), **हरियाणा** (₹ 24.49 करोड़-कार्यान्वयन), **झारखंड** (₹ 4.21 करोड़-प्रशासनिक), **केरल** (₹ 25 करोड़-कार्यान्वयन), **तमिलनाडु** (₹ 11.66 करोड़-प्रशासनिक), **त्रिपुरा**

(₹ 12.81 करोड़[35]) और **उत्तर प्रदेश** (₹ 85.01 करोड़[36]) को ₹ 185.60 करोड़ की राशि का अनुदान 2018-19 के दौरान संबंधित राज्यों द्वारा प्रारम्भिक शेयरों को जारी करना सुनिश्चित किए बिना जारी किया।

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि योजना के प्रारंभिक वर्ष में, योजना के शीघ्र कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने के लिए निधियां प्रारम्भिक रूप से जारी की गई थी।

6.4 एनएचए द्वारा अधिक अनुदान जारी करना

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए द्वारा कई राज्यों को अधिक कार्यान्वयन एवं प्रशासनिक अनुदान जारी किया गया था, जैसा कि अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई है;

6.4.1 मिजोरम को ₹10.86 करोड़ का अधिक कार्यान्वयन अनुदान

मिजोरम राज्य ने सितंबर 2018 में प्रति लाभार्थी परिवार ₹ 1,396 के प्रीमियम के साथ बीमा प्रणाली में योजना शुरू की। पीएमजेएवाई के तहत, मिजोरम में 90:10 के साझा अनुपात के साथ एसईसीसी डेटा के अनुसार 1,94,859 पात्र लाभार्थी परिवार थे।

2018-19 में, एनएचए एवं **मिजोरम** राज्य की कुल देयता क्रमशः ₹ 18.45 करोड़[37] एवं ₹ 8.75 करोड़[38] थी। हालांकि, राज्य ने केवल ₹ 2.72 करोड़ का अपना प्रारम्भिक शेयर जारी किया। हालांकि, एनएचए जिसे आनुपातिक आधार पर केवल ₹ 5.74 करोड़[39] जारी करना चाहिए था, ने एसएचए को ₹ 16.60 करोड़ का कार्यान्वयन अनुदान जारी किया जिसके परिणामस्वरूप ₹ 10.86 करोड़ का अधिक अनुदान जारी किया गया।

---

[35] ₹ 11.70 करोड़ (जीआईए-कार्या.)+ ₹ 1.11 करोड़ (जीआईए-प्रशा)= ₹ 12.81 करोड़)

[36] ₹ 67.30 करोड़ (जीआईए,-कार्या.) + ₹ 17.71 करोड (जीआईए-प्रशा.)= ₹ 85.01 करोड़

[37] ₹ 1052*90%*194859 लाभार्थी = ₹ 18.45 करोड़

[38] ₹ 1396 - ₹ 946.80 (₹ 1052 का 90%) = ₹ 449.20*194859 = ₹ 8.75 करोड़

[39] ₹ 18.45 करोड़/₹ 8.75 करोड़ * 2.72 करोड़ = ₹ 5.74 करोड़

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि अब तक एसएचए मिजोरम ने जीआईए-कार्यान्वयन एवं जीआईए-प्रशा. के लिए अपने प्रारम्भिक शेयर के रूप में ₹ 9.88 करोड़ जारी किए हैं। एनएचए का तदनुरूप शेयर ₹ 88.92 करोड़ होना चाहिए था। हालांकि, केवल ₹ 63.40 करोड़ ही जारी किए गए थे। इसलिए, कोई अधिक निधियां जारी नहीं की गई हैं।

एनएचए का उत्तर लेखापरीक्षा अभ्युक्ति पर मौन है जो 2018-19 के दौरान मिजोरम को ₹10.86 करोड़ के अधिक अनुदान जारी करने पर प्रकाश डालता है।

6.4.2 आंध्र प्रदेश को ₹ 8.37 करोड़ का अधिक जारी करना

केंद्र सरकार का शेयर प्रणाली के मामले में 45:45:10 के तीन हिस्सों में तथा न्यास एवं मिश्रित प्रणाली के मामले में 50:25:25 के हिस्से में जारी किया जाता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए ने **तालिका-6.4** में दिए गए विवरण के अनुसार 01.01.2020 से 31.12.2020 (द्वितीय वर्ष) की अवधि के लिए एसएचए **आंध्र प्रदेश** को ₹ 8.37 करोड़ का अधिक कार्यान्वयन अनुदान जारी किया।

तालिका-6.4: आंध्र प्रदेश को ₹ 8.37 करोड़ का अधिक जारी करना

(राशि ₹ में)

राज्य	प्रणाली	शेयरिंग अनुपात	पात्र लाभार्थी परिवारों की कुल सं.	केंद्रीय शेयर की वार्षिक सीमा	कुल केंद्रीय शेयर	जारी की जाने वाली प्रथम शेयर के हिस्से की राशि	एनएचए द्वारा जारी राशि	जारी की गई अधिक्य राशि
1	2	3	4	5	6 (4*5)	7 (6 का 50%)	8 (52.40%)	9 (8-7)
आंध्र प्रदेश	न्यास	60:40	5530825	631.20	3491056740 (₹ 349.11 करोड़)	1745528370 (₹ 174.55 करोड़)	1829202013 (₹ 182.92 करोड़)	83673643 (₹ 8.37 करोड़)

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि 50% निर्गमन की आवश्यकता बहुत महत्वपूर्ण नहीं है तथा राज्यों की आवश्यकता के आधार पर राज्यों को 50% से अधिक निधियां जारी की जा सकती हैं, यदि राज्य के शेयर का प्रारम्भिक निर्गमन सहित अन्य शर्तें पूरी होती हैं।

एनएचए का उत्तर विश्वासप्रद नहीं है क्योंकि आंध्र प्रदेश को अधिक अनुदान जारी करना दिशा-निर्देशों के प्रावधानों के उल्लंघन में था।

6.4.3 आरएसबीवाई के तहत निधि की रुकावट - ₹ 96.63 करोड़

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) 2008 में श्रम और रोजगार मंत्रालय द्वारा कार्यान्वित एक केन्द्रीय प्रायोजित योजना थी। पीएमजेएवाई के प्रमोचन के साथ, मौजूदा आरएसबीवाई को पीएमजेएवाई में शामिल किया गया था। इस योजना को 01 अप्रैल 2015 से "जहां है जैसा है" के आधार पर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को स्थानांतरित कर दिया गया था।

लेखापरीक्षा ने **झारखंड** राज्य में आरएसबीवाई के अभिलेखों से पाया कि कार्यान्वयन की तिथि (23 सितंबर 2018) को ₹ 121.63 करोड़ की राशि थी। बाद में सितंबर 2018 में बीमा कंपनी को ₹ 25 करोड़ हस्तांतरित किए गए। शेष ₹ 96.63 करोड़ की राशि अभी भी (मार्च 2021) आरएसबीवाई खाते में पड़ी है।

एनएचए ने बताया (अगस्त 2022) कि वह एमओएचएफडब्ल्यू को निधियों के समायोजन सहित आवश्यक कार्रवाई के लिए सूचित करेगा क्योंकि आरएसबीवाई से संबंधित मामलों को एमओएचएफडब्ल्यू में एक अलग प्रभाग द्वारा नियंत्रित किया जा रहा है।

6.4.4 पुदुचेरी एवं पंजाब को ₹ 3.76 करोड़ का अविवेकपूर्ण धनराशि

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश प्रदान करते हैं कि राज्य/यूटी राज्य/यूटी की श्रेणी के आधार पर अपने प्रशासनिक व्यय शेयर के साथ-साथ योजना के कार्यान्वयन के लिए राज्यों/यूटी द्वारा खोले गए एसएचए के अलग नामित एस्क्रो खाते में अपना शेयर जारी करेंगे। केंद्र सरकार तब संबंधित राज्य/यूटी के एसएचए के नामित एस्क्रो खातों में सहायता अनुदान के अपने शेयर को जारी करेगी।

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

i. एनएचए ने पुदुचेरी में योजना शुरू होने से पहले *अर्थात* जुलाई 2019 में एसएचए पुदुचेरी को ₹ 1.52 करोड़ की राशि (अक्टूबर 2018 में ₹ 0.31 करोड़ एवं मार्च 2019 में ₹ 1.21 करोड़) का अनुदान जारी किया।

ii. उसी प्रकार से, एनएचए ने राज्य में *अर्थात्* अगस्त 2019 में योजना के प्रारम्भ होने से पहले मार्च 2019 में एसएचए पंजाब को ₹ 2.24 करोड़ जारी किए।

उपरोक्त के परिणामस्वरूप दो राज्यों/यूटी में पांच महीने से नौ महीने तक की अवधि के लिए अनुदान की परिहार्य पार्किंग हुई।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया एवं बताया (अगस्त 2022 एवं सितम्बर 2022) कि प्रारंभिक वर्ष में, योजना के कार्यान्वयन को शुरू करने के लिए राज्यों/यूटी को तत्कालिन आधार पर निधियां जारी की गई थीं। हालांकि, आगामी वर्षों में, नियत प्रक्रिया का पालन करने के बाद ही निधियां जारी की गई हैं।

6.5 एसएचए द्वारा अनुदान का अपवर्तन

प्रशासनिक खर्चों के लिए जारी करने हेतु पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश यह निर्धारित करते हैं कि प्रशासनिक खर्चों के लिए जारी अनुदान का उपयोग एसएचए द्वारा केवल पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के लिए प्रशासनिक खर्च करने के विशिष्ट उद्देश्य के लिए किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सात एसएचए, **दादरा नगर हवेली एवं दमन दीव, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, नागालैंड, राजस्थान, तमिलनाडु** और **उत्तराखंड** ने ₹ 50.61 करोड़ के अनुदान को एक शीर्ष से दूसरे शीर्ष *अर्थात्* कार्यान्वयन के लिए प्रशासनिक अनुदान एवं *इसके विपरीत* राज्य स्वास्थ्य योजना के लिए भी अपवर्तित किया। विवरण **अनुलग्नक-6.3** में दिया गया है।

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि अनुदान की अपर्याप्त राशि एवं एसएचए द्वारा अनुदान प्राप्त करने में विलम्ब के कारण अनुदानों को एक शीर्ष से दूसरे शीर्ष में स्थानांतरित कर दिया गया था।

6.6 एसएचए के पास अव्ययित पड़े अनुदान

प्रशासनिक खर्चों के लिए सहायता अनुदान के उपयोग पर पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश बताते हैं कि किसी भी परिस्थिति में सहायता अनुदान को अव्ययित नहीं छोड़ा जाना चाहिए। लेखापरीक्षा ने 2018-19, 2019-20 एवं 2020-21 की समाप्ति पर क्रमश: ₹ 98.98 करोड़, ₹ 128.13

करोड़ एवं ₹ 139.67 करोड़ की अव्ययित शेष राशि का उल्लेख किया, जो 20 एसएचए[40] के पास 16 से 100 *प्रतिशत* तक पड़ी थी, जिसके परिणामस्वरूप कम उपयोग हुआ प्रशासनिक अनुदान का जैसा कि **अनुलग्नक-6.4** में वर्णित है।

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि किसी भी अनुमान एवं योजना के अभाव में, वित्तीय वर्ष के अंत में अनुदान जारी करने एवं कोविड के प्रकोप में प्रशासनिक अनुदान का उपयोग नहीं किया जा सका।

इस संदर्भ में, लेखापरीक्षा की राय है कि योजना अपने कार्यान्वयन के चौथे वर्ष में है। तथापि, योजना के प्रारंभ से ही प्रशासनिक अनुदान लगातार अव्ययित रहा है। एनएचए को यह सुनिश्चित करना है कि प्रशासनिक अनुदान अव्ययित न रहे।

6.7 ब्याज का गैर-प्रेषण

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश निर्धारित करते हैं कि यदि प्रशासनिक खर्चों हेतु सहायता अनुदान प्राप्त करने के लिए नामित खाते में अव्ययित धनराशि के कारण ब्याज अर्जित किया जाता है, तो केंद्र सरकार को अर्जित किए गए ऐसे ब्याज पर दावा करने का पहला अधिकार होगा एवं ब्याज को एनएचए को वापस दिया जाएगा।

दस एसएचए, **अंडमान और निकोबार द्वीप, बिहार, चंडीगढ़, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, पुदुचेरी, राजस्थान, तमिलनाडु** और **उत्तराखंड** ने अव्ययित अनुदान पर अर्जित ₹ 22.17 करोड़ का ब्याज एनएचए को नहीं भेजा। विवरण **अनुलग्नक-6.5** में दिया गया है।

एनएचए ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए बताया (अगस्त 2022) कि उसने सभी राज्यों को प्रदान किए गए केंद्रीय शेयर पर अर्जित ब्याज जमा करने के निर्देश जारी किए हैं। जिन राज्यों ने इसका अनुपालन नहीं किया है, उन्हें निर्धारित समयावधि के अंदर इसका सख्ती से पालन

[40] अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, असम, बिहार, चंडीगढ़, दादरा नगर हवेली, दमन दीव, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, केरल, लद्दाख, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, पुदुचेरी, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड।

करने के लिए कहा जाएगा। जिन राज्यों/यूटी ने अर्जित ब्याज खर्च किया है, उन्हें राशि वापस करने के लिए कहा जाएगा।

6.8 बीमा कंपनियों द्वारा प्रीमियम की गैर-वापसी

पीएमजेएवाई दिशा-निर्देश प्रदान करते हैं कि बीमाकर्ता को प्रीमियम वापस करना होगा यदि वे बीमा पॉलिसी की पूरी अवधि में भुगतान किए गए प्रीमियम (जीएसटी और अन्य करों/शुल्कों को छोड़कर) की तुलना में निर्दिष्ट दावा अनुपात तक पहुंचने में विफल रहते हैं। प्रीमियम प्रतिदाय की गणना **अनुलग्नक 6.6** में दिए गए फॉर्मूला के अनुसार की जाएगी।

लेखापरीक्षा ने पाया कि ₹ 700.10 करोड़ के प्रीमियम की वापसी छह राज्यों/यूटी *अर्थात्* **गुजरात, जम्मू और कश्मीर, लद्दाख, महाराष्ट्र, मेघालय** एवं **तमिलनाडु** में बीमा कंपनियों से वसूली योग्य थी। इसमें से तीन राज्यों/यूटी, **जम्मू और कश्मीर** (₹ 16.85 करोड़), **महाराष्ट्र** (₹ 193.55 करोड़) एवं **मेघालय** (₹ 31.51 करोड़) में केवल ₹ 241.91 करोड़ की आंशिक वसूली की गई थी तथा शेष राशि ₹ 458.19 करोड़ के लिए 2018-19 से जून 2022 तक की अवधि हेतु सभी छः राज्यों/यूटी में बीमा कंपनियों (आईसी) से अभी भी वसूलनीय थी। विवरण **अनुलग्नक-6.7** में दिया गया है।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि वह बीमा/मिश्रित प्रणाली में योजना को लागू करने वाले सभी राज्यों/यूटी से अंतिम निपटान विवरण मांगेगा।

6.9 पीएमजेएवाई के गैर-कार्यान्वयन के कारण पश्चिम बंगाल द्वारा ₹ 31.28 करोड़ का गैर-प्रतिदाय

पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन के लिए एनएचए और **पश्चिम बंगाल** सरकार के बीच एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) पर हस्ताक्षर किए गए थे (जुलाई 2018)। एनएचए ने ₹ 193.34 करोड़ का केंद्रीय शेयर (क्रमशः ₹ 176.56 करोड़ एवं ₹ 16.78 करोड़ सहायता अनुदान एवं प्रशासनिक खर्चों के लिए) जारी किया (17 सितंबर 2018)।

पश्चिम बंगाल सरकार ने एनएचए को योजना से हटने के अपने निर्णय के बारे में बताया (जनवरी 2019)।

एनएचए ने राज्य सरकार को उनके द्वारा अर्जित किसी भी ब्याज राशि के साथ सहायता अनुदान राशि वापस करने के लिए कहा (फरवरी 2019)। राज्य सरकार (मार्च 2019) ने ₹ 162.06 करोड़ वापस किए जैसा कि **तालिका-6.5** में विवरण दिया गया है।

तालिका-6.5: पश्चिम बंगाल द्वारा ₹ 31.28 करोड़ का गैर-प्रतिदाय

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	विवरण	एनएचए द्वारा जारी अनुदान	राज्य सरकार द्वारा उपयोग किया गया अनुदान	वापस किया गया अनुदान
1	सहायता अनुदान (कार्यान्वयन)	176.56	30.45	146.11
2	सहायता अनुदान (प्रशासनिक)	16.78	0.83	15.95
कुल		**193.34**	**31.28**	**162.06**

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि जीआईए-प्रशा. (एसएचए आदि की स्थापना के लिए प्रयुक्त) के साथ इलाज पर पैसा खर्च किया गया था तथा इसलिए राज्य द्वारा इसे वापस नहीं किया गया था। इसलिए आज तक कोई देय राशि बकाया नहीं है।

तथापि, दिसंबर 2019 में, एनएचए ने बताया था कि अनुदान पर अर्जित ब्याज के साथ ₹31.28 करोड़ की शेष राशि वापस करने के लिए मामला राज्य सरकार को प्रेषित किया जाएगा।

एनएचए के उत्तरों के दो सेट असंगत हैं। लेखापरीक्षा का विचार है कि एनएचए को ऐसे मामलों के निपटान के लिए विशिष्ट निर्देश जारी करने चाहिए।

6.10 लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी प्राप्त किए बिना एसएचए को अनुदान जारी करना

अनुदान जारी करते समय एसएचए को जारी संस्वीकृति पत्र के अनुसार, एसएचए को फॉर्म 12-सी में विभिन्न तिमाहियों के दौरान प्राप्त सहायता अनुदान के संबंध में लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी के साथ एनएचए को एक वार्षिक उपयोगिता प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करना अपेक्षित है जो जीएफआर 2017 के अनुसार यह प्रस्तुत करेगा कि सहायता अनुदान का उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया गया है जिसके लिए एनएचए द्वारा एसएचए को इसकी संस्वीकृति

दी गई थी। उपयोगिता प्रमाण-पत्र पर लेखा प्रमुख/वित्त विभाग के साथ सीईओ, एसएचए द्वारा हस्ताक्षर किए जाएंगे।

2018-21 की अवधि के दौरान, लेखापरीक्षा ने पाया कि 18 एसएचए ने लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी के बिना ₹ 4,115.35 करोड़ की राशि के 212 यूसी प्रस्तुत किए। इन 18 एसएचए में से, सात एसएचए ने सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर के बिना यूसी प्रस्तुत किए। राज्य-वार विवरण **अनुलग्नक-6.8** में दिया गया है। लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी प्राप्त किए बिना एनएचए द्वारा एसएचए को जारी अनुदान का विवरण **तालिका-6.6** में दिया गया है।

तालिका-6.6: लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी प्राप्त किए बिना एसएचए को अनुदान जारी करना

(₹ करोड़ में)

वर्ष	राज्यों/यूटी की सं.	कुल
2018-19	16	1076.62
2019-20	16	1843.40
2020-21	17	1195.33
कुल		**4115.35**

लेखाओं की लेखापरीक्षित विवरणी के बिना यूसी और सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर के बिना यूसी स्वीकार करके, यह स्पष्ट नहीं था कि एनएचए ने यह कैसे सुनिश्चित किया कि अनुदान का उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया गया था जिसके लिए इसे जारी किया गया था।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए बताया (अगस्त 2022) कि वह लेखापरीक्षित वित्तीय विवरणी साझा करने के लिए राज्यों/यूटी के साथ लगातार प्रयास कर रहा है।

लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि छः एसएचए, **हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, मध्य प्रदेश, राजस्थान, तमिलनाडु** और **उत्तराखंड** ने **अनुलग्नक-6.9** में दिए गए विवरणों के अनुसार एनएचए को ₹ 38.24 करोड़ के बढ़ाए गए उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रस्तुत किए।

एनएचए ने उत्तर दिया कि एसएचए ने वर्ष के दौरान किए गए वास्तविक व्ययों के अनुसार यूसी प्रस्तुत किए न कि वित्तीय वर्ष के अनुसार।

एनएचए का उत्तर को जीएफआर क नियम 238 (2) के साथ पढ़ा जाना है जो प्रावधान करता है कि अनुवर्ती अनुदान केवल पूर्ववर्ती वित्तीय वर्ष के अनुदानों के संबंध में उपयोगिता प्रमाण-पत्र संबंधित मंत्रालय/विभाग को प्रस्तुत किए जाने के पश्चात् ही जारी किया जाएगा।

6.11 पीएफएमएस का गैर-कार्यान्वयन

सरकार द्वारा कार्यान्वित व्यय सुधारों में सभी सार्वजनिक व्यय कार्यक्रमों में सावधि विधि खंड शामिल करना ताकि अनुत्पादक विरासत व्यय को समाप्त किया जा सके; अपने उद्देश्यों के लिए व्यय प्रवाह पर नज़र रखने के लिए सार्वजनिक वित्तीय प्रबंधन प्रणाली (पीएफएमएस) का प्रारम्भ विकास योजनाओं का पुनर्गठन जो योजनाओं के युक्तिकरण तथा विलयन एवं छोड़ने का कारण बनेगा जिससे लोक व्यय के कुशल प्रबंधन को सुनिश्चित किया जा सके, शामिल है।

सितंबर 2017 में, भारत सरकार ने यह भी निदेश[41] दिया कि कार्यान्वयन के सभी स्तर लिए केंद्रीय क्षेत्र की योजनाओं हेतु निर्गम केवल पीएफएमएस के माध्यम से किया जाना है और आगे निर्गम जीएफआर 2017 के नियम 230 के अनुसार केवल संबंधित अभिकरण के लिए ईएटी मॉड्यूल के अनुसार पीएफएमएस में उपलब्ध शेष राशि के आधार पर किया जाएगा।

एनएचए और एसएचए दोनों क्रमशः मंत्रालय और एनएचए से सहायता अनुदान प्राप्त करने के लिए पीएफएमएस पर पंजीकृत हैं, जबकि अस्पताल (*उप स्तरीय कार्यान्वयन अभिकरण*) पीएफएमएस पर पंजीकृत नहीं थे। पीएफएमएस के अभाव में, एनएचए एसएचए द्वारा प्रस्तुत मैनुअल यूसी स्वीकार कर रहा है जो एसएचए द्वारा अस्पतालों और कार्यान्वयन अभिकरणों को जारी राशि पर आधारित हैं।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि वह पीएफएमएस का उपयोग करके एसएचए के खाते में निधियों का केंद्रीय हिस्सा जारी करता है। हालांकि, टीएमएस अस्पतालों को निधियां उनके द्वारा जो निधियों के सुचारू एवं कागत रहित अंतरण हेतु बैंक के साथ एकीकृत है, के

[41] https://dbtbhRt.gov.in/date/circulars.om.01.10.2017 से सभी केन्द्रीय क्षेत्र की योजनाओं में पीएफएमएस का उपयोग अनिवार्य-पीडीएफ

माध्यम से प्रस्तुत दावों के सापेक्ष में अस्पताल को जारी की जाती है। प्रत्येक लेनदेन के लिए एक अद्वितीय यूटीआर नम्बर उत्पन्न किया जाता है जो सुनिश्चित करता है कि अस्पतालों को जारी किए गए धन का विधिवत हिसाब किया गया है। टीएमएस का उपयोग करके राज्यों को जारी प्रत्येक राशि का उपयुक्त प्रकार से पता लगाया जा सकता है तथा मॉनीटर किया जा सकता है।

हालांकि, एनएचए का उत्तर पीएफ़एमएस पर एसएचए के पंजीकृत होने के बावजूद उससे से मैनुअल यूसी स्वीकार करने के बारे में मौन है। एनएचए पीएफएमएस के माध्यम से एसएचए से यूसी की प्राप्ति सुनिश्चित करें। आगे, पीएमजेएवाई लाभार्थियों की स्पष्ट मैपिंग की कमी एवं राज्य विशिष्ट योजनाओं के लाभार्थियों के कारण कोई भी स्पष्टता नहीं थी कि कैसे राज्य यूसी के प्रस्तुतीकरण हेतु राज्य विशिष्ट योजनाओं एवं पीएमजेएवाई में इन दावों को अलग करें।

अध्याय

VII

निगरानी एवं शिकायत निवारण

7.1 प्रस्तावना

निगरानी एवं मूल्यांकन से संगठनों को गत एवं चालू गतिविधियों से प्रासंगिक जानकारी लेने में मदद मिलती हैं जिनका उपयोग प्रोग्रामेटिक फाइन-ट्यूनिंग, पुनरभिविन्यास और भविष्य नियोजन के आधार के रूप में किया जा सकता है। प्रभावी योजना, निगरानी और मूल्यांकन के बिना, यह जांचना असंभव है कि क्या कोई योजना सही दिशा में कार्य कर रही है, क्या प्रगति और सफलता का दावा किया जा सकता है, और भविष्य के प्रयासों में कैसे सुधार किया जा सकता है। प्रभावी निगरानी और मूल्यांकन के साथ अच्छा नियोजन, योजनाओं की प्रभावशीलता को बढ़ाने में एक प्रमुख भूमिका निभाती है। केंद्रीय स्तर पर, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनएचए) योजना कार्यान्वयन और पीएमजेएवाई की निगरानी के लिए स्थापित नोडल अभिकरण है। यह निम्नलिखित कार्यात्मक डोमेन के माध्यम से निगरानी के लिए जिम्मेदार हैं:

- लाभार्थी प्रबंधन प्रणाली (बीएमएस)
- लेनदेन प्रबंधन प्रणाली (टीएमएस)
- प्रदाता प्रबंधन प्रणाली (पीएमएस)
- समर्थन कार्य प्रबंधन (क्षमता निर्माण, शिकायत प्रबंधन, धोखाधड़ी एवं दुर्वचन नियंत्रण, कॉल सेंटर, आदि जैसे कार्य शामिल हैं)

योजना के प्रभावी कार्यान्वयन को सुगम बनाने के लिए, राज्य सरकारों ने राज्य स्वास्थ्य अभिकरण (एसएचए) की स्थापना की है या इस उद्देश्य के लिए नामित किसी मौजूदा अभिकरण/न्यास/सोसायटी को यह कार्य सौंपा है। पीएमजेएवाई के तहत सेवाओं के प्रदान करने से संबंधित सभी प्रमुख कार्य राज्य स्तर पर योजना की निगरानी सहित एसएचए द्वारा किए जाएंगे।

समर्थन कार्य प्रबंधन से संबंधित मुद्दों जैसे क्षमता निर्माण, शिकायत प्रबंधन और धोखाधड़ी एवं दुर्वचन नियंत्रण पर अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई है।

7.2 जिला कार्यान्वयन इकाइयों (डीआईयू) का गैर-गठन

पीएमजेएवाई क्षमता निर्माण दिशा-निर्देश जिला स्तर पर योजना गतिविधियों के कार्यात्मक समन्वय के लिए प्रत्येक जिले में जिला कार्यान्वयन इकाइयों (डीआईयू) के गठन को निर्धारित करते हैं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि पांच राज्यों/यूटी **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, दादरा नगर हवेली** एवं **दमन और दीव, हिमाचल प्रदेश, पुदुचेरी और उत्तराखंड** में एसएचए द्वारा डीआईयू का गठन नहीं किया गया था। **त्रिपुरा** में, आठ में से केवल पांच जिलों में डीआईयू का गठन किया गया है।

जिला कार्यान्वयन इकाई योजना के कार्यान्वयन के लिए निम्नतम स्तर है। डीआईयू का गैर-गठन पीएमजेएवाई के उचित कार्यान्वयन में बाधा उत्पन्न करता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि डीआईयू से सीएमओ या जिलाधिकारी के नेतृत्व में काम करने की उम्मीद है और जहां भी डीआईयू का औपचारिक रूप से गठन नहीं किया गया है, वहां सीएमओ के कार्यालय द्वारा योजना कार्यान्वयन का ध्यान रखा गया है।

7.3 एसएचए एवं डीआईयू में कर्मचारियों एवं अवसंरचना की पर्याप्तता

7.3.1 एसएचए एवं डीआईयू में मानव संसाधनों की कमी

लेखापरीक्षा ने पाया कि नौ राज्यों अर्थात **आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, राजस्थान, त्रिपुरा, उत्तराखंड** एवं **उत्तर प्रदेश** में वास्तविक संस्वीकृत कार्मिक संख्या के सापेक्ष में एसएचए में तैनात मानव संसाधनों की कमी 15 *प्रतिशत* से 50 *प्रतिशत* के बीच थी, जबकि आठ राज्यों/यूटी **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, असम, बिहार, दादरा नगर हवेली-**

दमन और दीव, जम्मू और कश्मीर, मध्य प्रदेश, मणिपुर और पंजाब में यह कमी 51 से 75 *प्रतिशत* के बीच थी। विवरण **अनुलग्नक-7.1** में दिया गया है।

लद्दाख में जहां एसएचए स्तर पर राज्य कार्यक्रम अधिकारी, राज्य कार्यक्रम प्रबंधक एवं राज्य लेखाकार जिला स्तर पर कार्यरत थे वहीं कार्यक्रम समन्वयक, सूचना प्रणाली प्रबंधक एवं जिला शिकायत प्रबंधक अभी भी नियुक्त नहीं किए गए थे।

पुदुचेरी में एसएचए में विभिन्न श्रेणियों में 18 पदों में से केवल 2 पद चिकित्सा अधिकारी एवं वित्त प्रबंधक भरे हुए थे जबकि शेष 16 पद रिक्त थे।

नागालैंड में, एसएचए में विभिन्न प्रबंधकों के आठ पद भरे नहीं गए हैं, जबकि जिला स्तर पर पांच अधिकारियों/कर्मचारियों के सापेक्ष में केवल एक अधिकारी को जिला नोडल अधिकारी के रूप में नामित किया गया है।

जम्मू और कश्मीर एवं महाराष्ट्र में, किसी भी डीआईयू में जिला कार्यक्रम समन्वयक, जिला चिकित्सा अधिकारी, जिला सूचना प्रणाली प्रबंधक एवं जिला शिकायत प्रबंधक नियुक्त नहीं किया गया था, जबकि **केरल** ने डीआईयू के कार्यो के साथ सौंपे गए सभी 14 जिलों में केवल जिला परियोजना समन्वयक नियुक्त किया है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि राज्यों से लगातार अपने मानव और तकनीकी संसाधनों को मजबूत करने का आग्रह किया गया था। इसके अतिरिक्त, एनएचए ने 4 अभिकरणों को नामिकागत किया है जिनका उपयोग राज्यों द्वारा मानव संसाधन को काम पर रखने के लिए किया जा सकता है।

7.4 शिकायत निवारण

यह सुनिश्चित करने के लिए कि लाभार्थियों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं अन्य हितधारकों के विवादों और शिकायतों को एक कुशल, पारदर्शी और समयबद्ध तरीके से हल किया जा सके, एनएचए ने शिकायत निवारण दिशा-निर्देश विकसित किए हैं तथा एक केंद्रीय शिकायत निवारण

प्रबंधन प्रणाली (सीजीआरएमएस) स्थापित की है। सीजीआरएमएस पीएमजेएवाई के तहत सभी शिकायतों के निवारण के पंजीकरण, प्रसंस्करण, प्रबंधन और निगरानी के लिए एक प्रणाली है।

शिकायत निवारण दिशा-निर्देश शिकायतों का समय पर निवारण सुनिश्चित करने के लिए एक त्रि-स्तरीय संस्थागत संरचना अर्थात, राष्ट्रीय स्तर पर राष्ट्रीय शिकायत निवारण समिति (एनडीआरसी), राज्य स्तर पर राज्य शिकायत निवारण समिति (एसजीआरसी) एवं प्रत्येक ज़िला में जिला शिकायत निवारण समिति (डीजीआरसी) निर्धारित करते हैं।

7.4.1 राज्य शिकायत निवारण समिति (एसजीआरसी) एवं जिला शिकायत निवारण समिति (डीजीआरसी) का गठन

पीएमजेएवाई शिकायत निवारण दिशा-निर्देश यह निर्धारित करते हैं कि एनएचए के साथ समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर करने के 15 दिनों के भीतर एसएचए द्वारा एसजीआरसी का गठन किया जाना है। जिला शिकायत निवारण समिति (डीजीआरसी) का गठन एसएचए द्वारा प्रत्येक जिले में निम्नलिखित अनुसूची के अनुसार किया जाना है:

- बीमा पद्धति के लिए: बीमा कंपनी के साथ एसएचए का एमओयू पर हस्ताक्षर करने के 15 दिनों के अंदर।

- आश्वासन पद्धति के लिए: एसएचए के साथ एनएचए का एमओयू पर हस्ताक्षर करने के 15 दिनों के अंदर।

(ए) एसजीआरसी का गठन एवं कार्यकरण

एसजीआरसी सीधे या डीजीआरसी के माध्यम से प्राप्त सभी शिकायतों से निपटने और उनके समाधान से संबंधित सभी कार्य करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया किः

- तीन राज्यों/यूटी **कर्नाटक, चंडीगढ़** एवं **झारखंड** में एसजीआरसी का गठन क्रमशः एक वर्ष, सात महीने एवं 67 दिनों की देरी से किया गया था।

- **पंजाब** में, शिकायत निवारण दिशा-निर्देशों के तहत ग्रामीण विकास, महिला एवं बाल विकास, श्रम एवं जनजातीय कल्याण विभागों के सदस्यों का प्रतिनिधित्व जैसा अपेक्षित था, नहीं किया गया था।

- **राजस्थान** में, एसजीआरसी के गठन और कार्यकरण से संबंधित अभिलेख लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं किए गए थे।

- **पुदुचेरी** में, योजना के तहत हितधारकों की शिकायतों के विश्लेषण के लिए अपेक्षित जनशक्ति के साथ एसजीआरसी का गठन नहीं किया गया है।

(बी) डीजीआरसी का गठन एवं कार्यकरण

डीजीआरसी अपने संबंधित जिलों में शिकायतों से निपटने और समाधान से संबंधित सभी कार्य करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- **छत्तीसगढ़** में, 27 जिलों में से छह जिलों में डीजीआरसी का गठन नहीं किया गया था।

- **झारखंड** में, डीजीआरसी का गठन 67 दिनों की देरी से किया गया था।

- **लद्दाख** में, डीजीआरसी का गठन नहीं किया गया था।

- **मध्य प्रदेश** में, किसी भी जिले में डीजीआरसी का गठन नहीं किया गया था, लाभार्थियों की शिकायतों के संबंध में सभी शिकायतों की स्वयं एसजीआरसी द्वारा ही संविक्षा की गई तथा उसका अंतिम रूप दिया गया।

- **मणिपुर** में, 16 में से 11 जिलों में डीजीआरसी का गठन नहीं किया गया था।

- **पंजाब** में, यद्यपि डीजीआरसी का गठन किया गया था, फिर भी, मुख्य कार्यकारी अधिकारी या जिला विकास अधिकारी या *जिला पंचायत* के प्रभारी अपर उपायुक्त/अपर जिला मजिस्ट्रेट (विकास) को शिकायत निवारण हेतु नामित नहीं किया गया था जैसे डीजीआरसी दिशा-निर्देशों के तहत अपेक्षित था।

- **राजस्थान** में, डीजीआरसी के गठन के संबंध में अभिलेख लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं किए गए थे।

लेखापरीक्षा ने पाया किया कि एसजीआरसी एवं डीजीआरसी का एसएचए और डीआईयू स्तर पर गैर-गठन, जैसा कि ऊपर उजागर किया गया है, अप्रभावी शिकायत निवारण का कारण बन सकता है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि योजना के कार्यान्वयन में प्रगति के साथ राज्यों ने जिला शिकायत निवारण समिति (डीजीआरसी) और राज्य शिकायत निवारण समिति (एसजीआरसी) के गठन की प्रक्रिया शुरू कर दी है।

7.4.2 डीजीआरसी एवं एसजीआरसी द्वारा बैठकें संचालित करने में कमी

शिकायत निवारण दिशा-निर्देशों के पैरा 6 के अनुसार, डीजीआरसी और एसजीआरसी की बैठक प्रति महीने एक विशिष्ट दिन पर आयोजित की जानी चाहिए। समिति के सदस्यों की सुविधा और उपलब्धता के आधार पर राज्य एक विशेष तारीख तय कर सकते हैं।

(ए) एसजीआरसी की बैठकें

पांच राज्यों/यूटी, **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, जम्मू और कश्मीर** में एसजीआरसी की कोई बैठक नहीं हुई। **पंजाब** में, अपेक्षित 19 बैठकों के सापेक्ष एसजीआरसी की केवल तीन बैठकें आयोजित की गईं। **झारखण्ड** में, लेखापरीक्षा के अंतर्गत आने वाली अवधि के दौरान देय 27 बैठकों के सापेक्ष में एसजीआरसी की केवल तीन बैठकें संपन्न हुई। बैठकें संचालित करने में विफलता और एसजीआरसी की निर्धारित संख्या से कम बैठकें निवारण की निगरानी पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है।

(बी) डीजीआरसी की बैठकें

लेखापरीक्षा ने पाया कि छह राज्यों/यूटी, **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, छत्तीसगढ़, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, राजस्थान और तमिलनाडु** में, डीजीआरसी की कोई बैठक नहीं हुई थी।

गुजरात, पंजाब और उत्तर प्रदेश में डीजीआरसी की बैठकों में 53 से 100 *प्रतिशत* की कमी थी।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि कोविड महामारी के कारण 2020 और 2021 के दौरान एसजीआरसी और डीजीआरसी की बैठकें नहीं की जा सकीं। इसके अतिरिक्त, महामारी के दौरान डीजीआरसी और एसजीआरसी के सदस्यों को कोविड को नियंत्रित करने, रोकने और इलाज करने के लिए अपवर्तित किया गया।

एसएचए को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि डीजीआरसी की नियमित बैठकें संपन्न हों ताकि योजना की उचित निगरानी की जा सके और कमियां, यदि कोई हों, तो समय पर उसका सुधार किया जा सके।

7.5 शिकायत निवारण प्रबंधन-धोखाधड़ी रोकथाम/पता लगाने का नियंत्रण

डीजीआरसी यह सुनिश्चित करने के लिए शिकायत डेटाबेस की निगरानी करता है कि सभी शिकायतों का समाधान 30 दिनों के अंदर या उससे पहले किया गया है। आगे, पीएमजेएवाई के तहत राज्य स्तर पर शिकायतों को दूर करने के लिए एसएचए द्वारा नामित राज्य शिकायत नोडल अधिकारी (एसजीएनओ) तथा जिला स्तर पर शिकायतों के के लिए एसजीआरसी द्वारा नामित जिला शिकायत नोडल अधिकारी (डीजीएनओ) होंगे।

7.5.1 एनएचए स्तर पर शिकायतों/अपीलों का निवारण

i. शिकायतों के निपटान में देरी

शिकायत निवारण दिशा-निर्देशों के पैरा 12.3 के अनुसार "एनएचए सभी राज्यों में सीजीआरएमएस के कार्यान्वयन का समग्र पर्यवेक्षण और निगरानी प्रदान करेगा। इसमें स्थल दौरे, तथा आंतरिक एवं तृतीय-पार्टी प्रक्रिया लेखापरीक्षा शामिल हो सकते हैं"। आगे, कम से कम 98 *प्रतिशत* शिकायतों का निवारण किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 37,903 शिकायतों में से केवल 3,718 शिकायतों (9.80 *प्रतिशत*) का निवारण 15 दिनों के प्रतिवर्तनकाल (टीएटी) के अंदर किया गया था। जबकि, 33,100 शिकायतों

(87.33 *प्रतिशत*) का निवारण टीएटी से परे किया गया था, 1,085 शिकायतों का अभी भी निवारण किया जाना था। निवारण के लिए एनजीआरसी को भेजी गई चार शिकायतों का परिणाम लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराया गया था।

ii. अपीलों का विलम्बित निपटान

शिकायत निवारण दिशा-निर्देशों के पैरा 7.2.5 में अनुबंध है कि यदि शिकायत के लिए कोई पार्टी संबंधित शिकायत निवारण समिति के निर्णय से संतुष्ट नहीं है, तो वह 30 दिनों के भीतर उच्च शिकायत निवारण समिति या अन्य प्राधिकारी जिसके पास अधिकार है जैसाकि दिशा-निर्देशों में निर्धारित है, के पास निर्णय के खिलाफ अपील कर सकता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 24 राज्यों से प्राप्त 1111 अपीलों में से 518 अपीलों (46.62 *प्रतिशत*) का समाधान 30 दिनों के प्रतिवर्तनकाल के अंदर किया गया एवं 593 अपीलों (53.38 *प्रतिशत*) का समाधान टीएटी से परे किया गया (234 अपीलों का समाधान 31 से 60 दिनों के बीच किया गया, 97 अपीलों का समाधान 61 से 90 दिनों के बीच किया गया तथा 262 अपीलों का समाधान 90 दिनों से अधिक में किया गया)।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि योजना कार्यान्वयन के प्रारंभिक दिनों में, राज्यों का मुख्यतः सेवा प्रदान करने पर ध्यान केंद्रित किया गया था एवं समय बीत जाने के साथ, शिकायत निवारण को उसकी उचित प्राथमिकता दी जा रही है। बताए गए टीएटी में शिकायतों का निवारण सुनिश्चित करने के लिए अधिक प्रभावी निगरानी तंत्र स्थापित किया जाएगा।

7.5.2 राज्यों/यूटी में शिकायत निवारण

लेखापरीक्षा ने पाया कि एसएचए **छत्तीसगढ़** ने प्राप्त 40 शिकायतों में से किसी का भी निवारण नहीं किया था। छः अन्य राज्यों/यूटी **आंध्र प्रदेश, असम, चंडीगढ़, नागालैंड, पंजाब** और **उत्तराखंड** में, शिकायतों के निवारण की स्थिति को **तालिका-7.1** में उल्लिखित किया गया है।

तालिका-7.1: राज्यों/यूटी में शिकायत निवारण की स्थिति

क्र.सं.	राज्य/यूटी का नाम	निवारण की जाने वाली शिकायतों की सं.	निवारित शिकायतों की सं.	टीएटी के अंतर्गत निवारित शिकायतों की सं.	टीएटी से परे निवारित शिकायतों की सं.	अभी भी निवारण किए जाने वाली शिकायतों की सं.	टीएटी के अंतर्गत निपटाई गई शिकायतों का %
1.	आंध्र प्रदेश	782	431	334	97	351	42.71
2.	असम	364#	177	140	37	187	38.46
3.	चंडीगढ़	106	100	20	80	6	18.87
4.	नागालैंड	53	52	48	4	1	90.57
5.	पंजाब	917	893	234	659	24	25.52
6.	उत्तराखंड	1045	1032	482	550	13	46.12
कुल		**3267**	**2685**	**1258**	**1427**	**582**	

(# 371 पंजीकृत शिकायतें - 7 पोर्टल से वापस ली गईं = 364 शिकायतें)

09 राज्यों/यूटी **दादरा नगर हवेली, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, केरल, मध्य प्रदेश, मेघालय, तमिलनाडु** एवं **त्रिपुरा** द्वारा टीएटी के अंदर एवं टीएटी से परे शिकायतों के निवारण से संबंधित डाटा प्रदान नहीं किया गया था।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि शिकायत निवारण को सुव्यवस्थित कर दिया गया है एवं इससे बचने के लिए राज्य-विशिष्ट दिशा-निर्देश जारी किए गए हैं।

7.6 जिला स्तर पर शिकायतों के समाधान हेतु नोडल अधिकारी नियुक्त नहीं

शिकायत निवारण दिशा-निर्देश के पैरा 5.4 में प्रावधान है कि जिला शिकायत नोडल अधिकारी (डीजीएनओ) वह व्यक्ति होता है जिसे जिला स्तर पर शिकायतों के समाधान के लिए एसजीआरसी द्वारा नामित किया जाता है। जबकि, पीएमजेएवाई के तहत राज्य स्तर पर शिकायतों के समाधान के लिए एसएचए द्वारा राज्य शिकायत नोडल अधिकारी (एसजीएनओ) को नामित किया जाता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह** में, नोडल अधिकारी को नामित नहीं किया गया है।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि योजना के कार्यान्वयन में प्रगति के साथ राज्यों/यूटी ने डीजीएनओ और एसजीएनओ की नियुक्ति के रूप में शिकायत निवारण के लिए संस्थागत ढांचे की स्थापना की प्रक्रिया शुरू की।

7.7 राज्य स्तर पर धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठों एवं अन्य समितियों का गठन

एनएचए के जागरुक पर्यवेक्षण के अन्तर्गत किसी भी तरह की धोखा-धड़ी के लिए जीरो-टॉलरेंस दृष्टिकोण से पीएमजेएवाई शासित है। पीएमजेएवाई का उद्देश्य, पीएमजेएवाई में एक मजबूत धोखाधड़ी-रोधी प्रणाली को डिजाइन और प्रबंधित करने में राज्य सरकारों की सहायता करना है। धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देशों के दायरे में विभिन्न प्रकार की धोखाधड़ी की रोकथाम, पता लगाना एवं निवारण शामिल है जो इसके कार्यान्वयन के विभिन्न चरणों में पीएमजेएवाई में हो सकते हैं:

धोखाधड़ी प्रबंधन दृष्टिकोण	कार्यान्वयन के चरण
रोकथाम	लाभार्थी की पहचान और सत्यापन प्रदाता नामिकायन पूर्व-प्राधिकरण
पता लगाना	दावा प्रबंधन निगरानी लेखापरीक्षा
निवारण	अनुबंध प्रबंधन संविदात्मक प्रावधानों का प्रवर्तन

राज्य स्तर पर बनाई गई राज्य धोखाधड़ी रोधी इकाइयों (एसएएफयू) के समर्थन से धोखाधड़ी रोधी एवं दुर्वचन नियंत्रण ढांचे को लागू करने तथा निष्पादन की निगरानी के लिए राष्ट्रीय धोखाधड़ी रोधी इकाई (एनएएफयू) की स्थापना की गई है।

धोखाधड़ी रोधी दिशा-निर्देश धोखाधड़ी प्रबंधन के लिए तंत्र निर्धारित करते हैं तथा कानूनी ढांचा, संस्थागत व्यवस्था एवं क्षमता निर्धारित करने हैं जो प्रभावी धोखाधड़ी रोधी प्रयासों को लागू करने के लिए आवश्यक होंगे।

धोखाधड़ी रोधी दिशा-निर्देशों के अनुसार, एसएचए संस्थागत संरचना को विकसित करने एवं समर्पित धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठों, दावा समीक्षा समिति (सीआरसी) तथा मृत्यु दर और अस्वस्थता समीक्षा समिति (एमएमआरसी) को प्रचालित करने हेतु जिम्मेदार होगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि चार राज्यों/यूटी में धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ, आठ राज्यों/यूटी में सीआरसी एवं 11 राज्यों/यूटी में एमएमआरसी का गठन नहीं किया गया था जैसा कि **तालिका-7.2** में वर्णित है।

तालिका-7.2: राज्य स्तर पर धोखाधड़ी रोधी प्रकोष्ठों एवं अन्य समितियों का गठन

क्र.सं.	राज्य/यूटी	कार्यान्वयन इकाइयाँ नहीं बनी
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ, सीआरसी और एमएमआरसी
2.	दादरा नगर हवेली-दमन और दीव	सीआरसी
3.	हिमाचल प्रदेश	सीआरसी और एमएमआरसी
4.	जम्मू और कश्मीर	धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ और एमएमआरसी
5.	लद्दाख	धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ, सीआरसी और एमएमआरसी
6.	महाराष्ट्र	एमएमआरसी
7.	मणिपुर	सीआरसी और एमएमआरसी
8.	मेघालय	सीआरसी और एमएमआरसी
9.	नगालैंड	एमएमआरसी
10.	पंजाब	सीआरसी और एमएमआरसी
11.	पुदुचेरी	धोखाधड़ी-रोधी प्रकोष्ठ
12.	राजस्थान	एमएमआरसी
13.	त्रिपुरा	सीआरसी और एमएमआरसी

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि एनएचए-एनएएफयू सभी राज्यों को धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देशों के माध्यम से निदेश एवं अनुस्मारक जारी कर रहा है तथा सभी धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देशों के कार्यान्वयन के संबंध में कई परामर्श भी जारी कर रहा है।

आवश्यक समितियों का गठन न करने के कारण, धोखाधड़ी के मामलों को एनएचए को सूचित किया गया, मृत्यु लेखापरीक्षा, दावा लेखापरीक्षा और अन्य गतिविधियों में बाधा आ सकती है।

7.8 धोखाधड़ी-रोधी जागरूकता गतिविधियों का गैर-संचालन

धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देशों के पैरा 3.2.5 के अनुसार, पीएमजेएवाई के तहत धोखाधड़ी के संभावित प्रकरणों पर लाभार्थी जागरूकता के लिए कार्यानीतियों को डिजाइन एवं कार्यान्वित करने की जिम्मेदारी एसएचए की है। जागरूकता में धोखाधड़ी के प्रकारों को समझना, लाभार्थियों पर इसका प्रभाव, निवारक उपाय जो लाभार्थी कर सकते हैं और किसको रिपोर्ट करना है, शामिल हो सकते हैं। यह सेवा के स्थान पर मास मीडिया एवं पारस्परिक संचार का उपयोग करते हुए किया जा सकता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि तीन राज्यों/यूटी, **बिहार**, **चंडीगढ़** और **उत्तर प्रदेश** ने धोखाधड़ी रोधी जागरूकता गतिविधियों की योजना/संचालन नहीं किया था। **हिमाचल प्रदेश** के किसी भी चयनित जिले में लेखापरीक्षा को धोखाधड़ी जागरूकता के लिए शिविर आयोजित करने के संबंध में दस्तावेजी साक्ष्य उपलब्ध नहीं कराए गए थे। इस प्रकार**,** कार्यक्रम के कार्यान्वयन में संभावित अनियमितताओं से लाभार्थियों को अवगत कराने का उद्देश्य अलभ्य रहा।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि धोखाधड़ी/दुर्वचन के संबंध में लाभार्थी जागरूकता में सुधार के लिए अभिनव उपाय किए गए हैं।

7.9 धोखाधड़ी के मामले

7.9.1 चूककर्ताओं पर कोई कार्रवाई नहीं

लेखापरीक्षा ने पाया कि **झारखंड** में 12 अस्पताल एवं **असम** में एक अस्पताल कई कदाचारों कदाचारों अर्थात् लाभार्थियों से धन का अवैध संग्रह, कई दावों के लिए एक ही तस्वीर को बार-बार प्रस्तुत करना, तथ्यों का खुलासा न करना आदि में शामिल थे। हालांकि, एकत्रित किए गए धन की राशि की वसूली एवं जुर्माना लगाने, दोषी चिकित्सा और पैरामेडिकल पेशेवरों के खिलाफ कार्रवाई करने, अस्पतालों का पैनल से हटाने आदि जैसी अनुवर्ती कार्रवाई शुरू नहीं की गई थी।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि एसएचए झारखंड ने चूककर्ताओं के खिलाफ उचित कार्रवाई की थी लेकिन की गई कार्रवाई के समर्थन में कोई दस्तावेजी साक्ष्य प्रस्तुत नहीं किया था। एसएचए असम के संबंध में उत्तर प्रतीक्षित था।

7.10 व्हिसल ब्लोअर नीति का गैर-अंगीकरण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण ने पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन में पारदर्शिता एवं जवाबदेही को मजबूत करने की दिशा में एक कदम के रूप में पीएमजेएवाई व्हिसल ब्लोअर नीति जारी की। नीति का प्राथमिक उद्देश्य पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन में शामिल किसी भी हितधारक के खिलाफ भ्रष्टाचार, चिकित्सा एवं गैर-चिकित्सा धोखाधड़ी आदि के किसी भी आरोप पर प्रकटीकरण से संबंधित शिकायतों को प्राप्त करने के लिए एक तंत्र स्थापित करना एवं जांच करना या ऐसे प्रकटीकरण में जांच का कारण होना और इस तरह की शिकायत करने वाले व्यक्ति के उत्पीड़न के खिलाफ एवं उससे जुड़े और उसके आनुषंगिक मामलों के लिए पर्याप्त सुरक्षा उपाय प्रदान करना था।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सात राज्यों/यूटी, **अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, बिहार, छत्तीसगढ़, मध्य प्रदेश, पंजाब, राजस्थान** और **तमिलनाडु** ने व्हिसल ब्लोअर नीति को नहीं अपनाया था।

नीति के गैर-अंगीकरण के कारण, योजना में शामिल हितधारक भ्रष्टाचार, चिकित्सा एवं गैर-चिकित्सा धोखाधड़ी आदि के मामलों के संबंध में शिकायत करने के तंत्र से वंचित थे।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि राज्यों में इन समितियों के गठन के लिए शीघ्रातिशीघ्र प्रयास किया जाएगा एवं निर्धारित समय सीमा के भीतर व्हिसल ब्लोअर नीति के कार्यान्वयन के लिए आवश्यक निदेश जारी किए जाएंगे।

7.11 आईएसए एवं एसएचए द्वारा चिकित्सा एवं अन्य/सामाजिक लेखापरीक्षा के संचालन में कमी

धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देश का पैरा 5.2.8 धोखाधड़ी की संभावनाओं को कम करने के लिए लेखापरीक्षा के लिए न्यूनतम नमूना निर्धारित करता है। राज्य कार्यान्वयन अभिकरण (आईएसए) और एसएचए द्वारा की जाने वाली विभिन्न प्रकार की लेखापरीक्षा का विवरण एवं हर प्रकार

की लेखापरीक्षा के लिए आईएसए और एसएचए द्वारा लेखापरीक्षा के लिए न्यूनतम नमूना **अनुलग्नक-7.2** में दिया गया है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए ने राज्यों में आईएसए/एसएचए द्वारा आयोजित विभिन्न प्रकार की लेखापरीक्षा की उचित निगरानी नहीं की थी। एनएचए के पास केवल एसएचए द्वारा की गई चिकित्सा लेखापरीक्षा के संबंध में जानकारी थी, जबकि एनएचए के पास अन्य प्रकार की लेखापरीक्षा के संबंध में सूचना/डाटा **नागालैंड** एवं **त्रिपुरा** राज्यों को छोड़कर उपलब्ध नहीं था।

एसएचए द्वारा की गई चिकित्सा लेखापरीक्षा की कमी ने पीएमजेएवाई के तहत धोखाधड़ी के नुकसानों का पता लगाने, रोकने एवं निवारण के लिए धोखाधड़ी-रोधी जांच एवं लेखापरीक्षा प्रणाली को कार्यान्वित लागू करने के उद्देश्य को ही विफल कर दिया।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि दो राज्यों *अर्थात्* **नागालैंड** एवं **त्रिपुरा**, में विभिन्न प्रकार की लेखापरीक्षा संचालित करने में भारी कमी थी।

21 राज्यों/यूटी[42] में पाई गई कमियों का विवरण **तालिका-7.3** में दिया गया है।

तालिका-7.3: राज्यों/यूटी में कमियां

क्र. सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
1.	आंध्र प्रदेश	एसएचए द्वारा 48 सैंपल वाले अस्पतालों में कोई भी चिकित्सा एवं मृत्यु दर लेखापरीक्षा नहीं की गई।
2.	बिहार	बिहार स्वास्थ्य सुरक्षा समिति द्वारा मृत्यु दर मामलों के संबंध में चिकित्सा लेखापरीक्षा के संबंध में दस्तावेज उपलब्ध नहीं कराए गए थे। इसके अलावा, पूर्व-प्राधिकरण गतिविधियों एवं दावा भुगतान को निगरानी करने के लिए उच्च-मूल्य पूर्व-प्राधिकरण अनुरोधों हेतु अलग समिति भी गठित नहीं की गई थी।
3.	चण्डीगढ़	न तो कोई वार्षिक लेखापरीक्षा योजना तैयार की गई थी और न ही लेखापरीक्षित मामलों के समर्थन में कोई दस्तावेज अभिलेख में पाए गए थे।

[42] आन्ध्र प्रदेश, बिहार, चण्डीगढ़, छत्तीसगढ़, दादरा एवं नगर हवेली और दमन एवं दीव, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, लद्दाख, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मेघालय, पुदुचेरी, पंजाब, राजस्थान, त्रिपुरा एवं उत्तराखण्ड।

क्र. सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
4.	छत्तीसगढ	अस्पताल की लेखापरीक्षा के लिए नियुक्त आईएसए ने जनवरी 2020 से जुलाई 2021 के दौरान 1692 अस्पतालों के लक्ष्य के सापेक्ष में केवल 176 अस्पतालों की लेखापरीक्षाएं की गई।
5.	दादरा और नगर हवेली एवं दमन और दीव	बीमा कंपनी द्वारा चिकित्सा, अस्पताल, दावा सारांश रिपोर्टों से संबंधित लेखापरीक्षा प्रतिवेदन प्रस्तुत नहीं किए जा रहे थे, जो यूटीएचए द्वारा बीमा कंपनी के दावों पर आंतरिक नियंत्रण/निगरानी की कमी को दर्शाता है।
6.	हरियाणा	कुल 1022 मृत्यु दर मामलों के सापेक्ष में 767 मृत्यु-दर मामलों की लेखापरीक्षा की गई थी। (निर्धारित 100 *प्रतिशत* के सापेक्ष में 75.05 *प्रतिशत*)
7.	हिमाचल प्रदेश	23 चयनित ईएचसीपी में आईएसए द्वारा चिकित्सा लेखापरीक्षा के संचालन में 21 से 86 *प्रतिशत* तक के बीच की कमी पाई गई।
8.	जम्मू और कश्मीर	i) हालांकि एसएचए ने आयोजित की गई लेखापरीक्षाओं की संख्या उपलब्ध कराई लेकिन विवरण जैसे लेखापरीक्षा की तिथि, लेखापरीक्षक का नाम उपलब्ध नहीं कराया। कुछ लेखापरीक्षाओं अर्थात लाभार्थी लेखापरीक्षा (अस्पताल से छुट्टी के बाद-घर दौरे के माध्यम से), पूर्व प्राधिकरण लेखापरीक्षा, दावा लेखापरीक्षा (अनुमोदित दावे) एवं लाभार्थी लेखापरीक्षा (अस्पताल में भर्ती होने के दौरान) के संबंध में एसएचए द्वारा कोई भी लेखापरीक्षा दिसम्बर 2018 से दिसम्बर 2020 तक तथा दिसम्बर 2018 से फरवरी 2020 तक लाभार्थी (अस्पताल से छुट्टी के बाद-टेलीफोन के माध्यम से) संचालित नहीं की गई। ii) 112 मामलों में मरीजों के भर्ती होने से पहले अस्पताल लेखापरीक्षा की तिथियां दशाई गई एवं 3404 मामलों में अस्पताल लेखापरीक्षा की तिथि मरीजों की छुट्टी होने के बाद दर्शाई गई, जो स्पष्ट रूप से इंगित करता है कि फर्जी लेखापरीक्षा रिपोर्ट बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तुत की गई थी तथा एसएचए जम्मू-कश्मीर द्वारा स्वीकार की गई।
9.	झारखंड	4352 मरीजों की मृत्यु में से केवल 563 मृत्यु हुई मरीजों की लेखापरीक्षा (निर्धारित 100 *प्रतिशत* के सापेक्ष में 13 *प्रतिशत*), एसएचए द्वारा नियुक्त अभिकरण द्वारा की गई थी।
10.	कर्नाटक	चिकित्सा लेखापरीक्षा के संचालन में 19 *प्रतिशत* की कमी थी (75,083 के लक्षित चिकित्सा लेऱापरीक्षा के सापेक्ष में 60,773 चिकित्सा लेखापरीक्षा)। इसके अलावा, एसएचए ने कोई लाभार्थी लेखापरीक्षा (अस्पताल में भर्ती होने एवं अस्पताल से छुट्टी के बाद घर दौरे) अस्वीकृत दावों की लेखापरीक्षा का दावा नहीं किया था।
11.	केरल	एसएचए ने कोई भी चिकित्सा लेखापरीक्षा, मृत्यु दर लेखापरीक्षा,लाभार्थी लेखापरीक्षा (घर के घर दौरे के माध्यम से अस्पताल से छुट्टी के बाद की), पूर्व-प्राधिकरण लेखापरीक्षा और दावा लेखापरीक्षा (अस्वीकृत के साथ-साथ स्वीकृत दावों) आयोजित नहीं की। इसके अलावा, तृतीय पक्षीय प्रशासक (टीपीए) ने भी कोई लाभार्थी लेखापरीक्षा (टेलीफोन और घर के दौरे के माध्यम से अस्पताल से छुट्टी के बाद) एवं दावों की लेखापरीक्षा का पूर्व-प्राधिकरण नहीं किया।

क्र. सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
12.	लद्दाख	न तो बीमाकर्ता ने एसएचए लद्दाख को लेखापरीक्षा की कोई रिपोर्ट (चिकित्सा एवं अन्य लेखापरीक्षा) प्रस्तुत की और न ही एसएचए लद्दाख ने नमूना लेखापरीक्षा करने के लिए कोई लक्ष्य निर्धारित किया।
13.	मध्य प्रदेश	वर्ष 2018-19, 2019-20 और 2020-21 के दौरान आईएसए द्वारा अस्पताल लेखापरीक्षा के संचालन में क्रमशः 91, 71 और 76 *प्रतिशत* की कमी देखी गई।
14.	महाराष्ट्र	3381 चिकित्सा लेखापरीक्षा में से केवल 1262 चिकित्सा लेखापरीक्षा हुई। एसएचए द्वारा किसी अन्य प्रकार की लेखापरीक्षा नहीं की गई।
15.	मणिपुर	एसएचए ने किसी भी प्रकार की लेखापरीक्षा नहीं की एवं अस्पताल से छुट्टी के बाद आईएसए ने मृत्युदर लेखापरीक्षा एवं लाभार्थी लेखापरीक्षा भी नहीं की (घर के दौरे के माध्यम से अस्पताल से छुट्टी के बाद)
16.	मेघालय	दावा समीक्षा समिति (सीआरसी) एवं मृत्यु दर और रुग्णता समीक्षा समिति (एमएमआरसी) के गैर-गठन के कारण, दावा लेखापरीक्षा (अनुमोदित एवं अस्वीकृत) एवं मृत्युदर लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई थी। चिकित्सा लेखापरीक्षा के संबंध में, 91 *प्रतिशत* की कमी थी, क्योंकि एसएचए द्वारा 1644 चिकित्सा लेखापरीक्षा के लक्ष्य के सापेक्ष केवल 146 चिकित्सा लेखापरीक्षा की गई थी।
17.	पुदुचेरी	यूटी में किसी भी तरह का कोई लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई।
18.	पंजाब	एसएचए द्वारा कोई लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई।
19.	राजस्थान	सीआरसी के गैर-गठन के कारण एसएचए द्वारा कोई दावा लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई थी। कोई अलग से एमएमआरसी का गठन नहीं किया गया है, लेकिन यह राज्य धोखाधड़ी-रोधी इकाई (एसएएफयू) का एक हिस्सा है, आगे टीपीए और एसएचए द्वारा की गई चिकित्सा लेखापरीक्षा से संबंधित अभिलेखों को लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराया गया।
20.	त्रिपुरा	मृत्युदर लेखापरीक्षा में 63.44 *प्रतिशत*, चिकित्सा लेखापरीक्षा में 66.23 *प्रतिशत* तथा दावा लेखापरीक्षा में 83.68 *प्रतिशत* की कमी पाई गई। एसएचए द्वारा कोई अन्य लेखापरीक्षा संचालित नहीं की गई।
21.	उत्तराखंड	तीन वर्षों में मृत्यु के 5884 मामलों में से केवल 750 मामलों की मृत्युदर लेखापरीक्षा संचालित की गई थी अर्थात (100 *प्रतिशत* के लक्ष्य के सापेक्ष में 12.75 *प्रतिशत*)

- इस प्रकार, लेखापरीक्षा को संचालित करने में कमी के परिणामस्वरूप एक शिथिल नियंत्रण वातावरण हुआ जिसमें दावों के अनधिकृत/अधिक भुगतान, धोखाधड़ी एवं लाभार्थियों को प्रदान की जाने वाली सुविधाओं में कमियों की संभावना थी।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि एसएचए कोविड प्रबंधन गतिविधियों में व्यस्त थे एवं लेखापरीक्षा के लिए विनिर्दिष्ट लक्ष्यों को प्राप्त करने की स्थिति में नहीं थे। अब लेखापरीक्षा प्रणाली को सुव्यवस्थित किया गया था तथा एनएचए द्वारा निर्धारित लेखापरीक्षा लक्ष्यों को प्राप्त करने की अपेक्षा थी।

7.12 चूक करने वाले अस्पतालों से की जाने वाली वसूली

धोखाधड़ी-रोधी दिशानिर्देशों के अनुसार, एसएचए संस्थागत संरचनाओं को विकसित करने एवं दिशा-निर्देशों को प्रचालित करने के लिए उत्तरदायी है। राज्य में समर्पित धोखाधड़ी रोधी प्रकोष्ठ धोखेबाजों/चूककर्ताओं के खिलाफ अप्रत्याशित निरीक्षण करने, जुर्माना लगाने, नामिका से हटाने, अभियोजन एवं अन्य निवारक उपायों आदि के लिए उत्तरदायी है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनएचए में, 13 राज्यों, **आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, नागालैंड, पंजाब उत्तर प्रदेश** एवं **उत्तराखंड** से संबंधित 184 चूककर्ता अस्पतालों पर लगाए गए जुर्माने के कारण ₹ 17.28 करोड़ में से , में केवल ₹ 4.96 करोड़ की वसूली की गई थी। फरवरी 2019 से मई 2021 तक की अवधि से संबंधित नौ राज्यों, **आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, नागालैंड** एवं **पंजाब** में 100 अस्पतालों से ₹ 12.32 करोड़ की शेष राशि वसूल की जानी थी।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि फरवरी 2019 की अवधि से संबंधित तीन राज्यों, **आंध्र प्रदेश**-160, **छत्तीसगढ़**-2 एवं **उत्तर प्रदेश**-2 से 164 चूककर्ता अस्पतालों के खिलाफ लाभार्थियों द्वारा की गई शिकायतों के प्रति में लगाए गए ₹ 4.66 करोड़ के जुर्माने की अभी भी वसूल की जानी थी। **तमिलनाडु** राज्य में, 16 निजी अस्पतालों से ₹ 55.80 लाख का जुर्माना वसूल नहीं किया गया था।

एनएचए के पास 15 राज्यों/यूटी अर्थात् **अरुणाचल प्रदेश, असम, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैंड, पुदुचेरी, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तेलंगाना** और **त्रिपुरा** के संबंध में वसूल की जाने वाली राशि की कोई सूचना नहीं थी।

किए जाने वाली वसूलियों का राज्य निष्पादन सूचकांक

क्र. सं.	राज्य/यूटी	लगाई गई वसूली	वसूली प्रभावित	अभी भी की जाने वाली वसूली	अभी भी की जाने वाली वसूली का %
1.	आंध्र प्रदेश	13203919	9354897	3849022	29.15
2.	छत्तीसगढ	9774942	0	9774942	100
3.	गुजरात	7284611	833960	6450651	88.55
4.	हरयाणा	3666500	1981250	1685250	45.96
5.	जम्मू और कश्मीर	1931250	1931250	0	0
6.	झारखंड	104081157	8764891	95316266	91.58
7.	कर्नाटक	313984	283282	30702	9.78
8.	मध्य प्रदेश	3357893	131580	3226313	96.08
9.	महाराष्ट्र	1556290	1556290	0	0
10.	नागालैंड	13464	0	13464	100
11.	पंजाब	3994058	1120805	2873253	71.94
12.	उत्तर प्रदेश	75000	75000	0	0
13.	उत्तराखंड	23588500	23588500	0	0
कुल		**172841568**	**49621705**	**123219863**	

उपरोक्त तालिका के अनुसार यह देखा गया है कि **जम्मू और कश्मीर**, **महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखंड** में, वसूली की लंबमानता शून्य है। हालांकि, **छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखंड, मध्य प्रदेश, नागालैंड एवं पंजाब** में लंबमानता वसूली की लंबमानता बहुत अधिक है।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि एसएचए **जम्मू और कश्मीर एवं लद्दाख** अनुबंध समझौतों में मुख्य निष्पादन संकेतकों के रूप में उल्लिखित विभिन्न गतिविधियों के गैर-निष्पादन के लिए बीमाकर्ता पर क्रमशः ₹ 20.93 करोड़ और ₹ 39.66 लाख की राशि का जुर्माना लगाने में विफल रहे। चूंकि एसएचए द्वारा कोई जुर्माना नहीं लगाया गया था, फिर भी चूक करने वाले अस्पतालों से ऐसी कोई वसूली नहीं की गई थी जिससे अस्पतालों को योजना के तहत निर्दिष्ट निष्पादन सूचकांकों के विचलन से बचने से नहीं रोका जा सके। इसके अतिरिक्त, अनुबंध समझौते (पीएस-4) के तहत बीमा कंपनी को प्रीमियम के भुगतान में 161 दिनों तक की देरी

के कारण, एसएचए, **जम्मू और कश्मीर** बीमा कंपनी से दावा भुगतान में देरी के कारण ₹ 2.91 करोड़ का जुर्माना वसूल करने में विफल रहा।

एनएचए ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि एनएचए एक दिशा-निर्देश पर काम कर रहा है जिसमें राज्य को केवल स्पष्ट मामलों अर्थात ऐसे मामले जहां कोई कार्रवाई लंबित नहीं है, के लिए केंद्रीय शेयर जारी किया जाएगा।

7.13 प्रधानमंत्री आरोग्य मित्र (पीएमएएम) की गैर आवृति

प्रधानमंत्री आरोग्य मित्र (पीएमएएम) प्रत्येक ईएचसीपी में मौजूद एक प्रमाणित फ्रंटलाइन स्वास्थ्य सेवा पेशेवर है जो स्वास्थ्य सेवा वितरण को कारगर बनाने एवं एक निबार्थ अनुभव प्रदान करने के लिए लाभार्थियों हेतु पहले संपर्क बिंदु के रूप में कार्य करता है।

धोखाधड़ी-रोधी दिशानिर्देशों के अनुसार, पीएमएएम, अस्पतालों एवं मरीजों के बीच मिलीभगत से बचने के लिए, यदि संभव हो तो, एसएचए को हर तीन से छः महीने में पीएमएएम/बीमा समन्वयक को अधिमानतः उसी शहर/कस्बे में घुमाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि दो राज्यों **हिमाचल प्रदेश एवं तमिलनाडु** में, नमूना जांच किए गए अस्पतालों में पीएमएएम बार-बार नहीं भेजा गया था।

एनएचए ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देश के अनुसार, एनएचए द्वारा मिलीभगत से बचने के लिए समय-समय पर पीएमएएम को बार-बार भेजने का सुझाव दिया गया था, हालांकि, इसे अनिवार्य नहीं बनाया गया था।

उत्तर को इस तथ्य से देखा जाना है कि धोखाधड़ी-रोधी दिशा-निर्देशों के पैरा 4.2.2 में कहीं भी यह अनुबंध नहीं है कि इस कार्य की प्रकृति में यह अनिवार्य नहीं है।

अध्याय

VIII

पीएमजेएवाई में की गई मुख्य पहल

8.1 एनएचए द्वारा मुख्य पहल

राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण को पीएमजेएवाई को लागू करने के लिए पूर्ण स्वायत्तता, जवाबदेही और अधिदेश प्रदान किया गया है। पीएमजेएवाई में एनएचए द्वारा की गई कुछ मुख्य पहल निम्नवत हैं:

- एनएचए ने जनवरी 2021 से अप्रैल 2021 के दौरान चल रहे सत्यापन में लाभार्थियों को मुफ्त कार्ड जारी करना सुनिश्चित करने के लिए एक मिशन मोड अभियान "आपके द्वार आयुष्मान" शुरू किया।
- एनएचए ने पीएमजेएवाई हितधारकों के लिए क्षमता निर्माण पहल का समर्थन करने के लिए एक डिजिटल प्लेटफॉर्म - आरोग्य शिक्षा का उद्घाटन किया है।
- इसने दिसंबर 2020 में यूटी, जम्मू और कश्मीर के लिए आयुष्मान भारत सेहत सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना के शुभारंभ की सुविधा प्रदान की।
- इसने प्रवासी कामगारों के लिए एक अभियान की सुविधा प्रदान की है: "आयुष्मान भारत की छांव - शहर हो या गांव"।
- एनएचए ने बड़े पैमाने पर पीवीसी गुणवत्ता वाले आयुष्मान कार्ड जारी करने के लिए सीएससी और यूटीआईआईटीएसएल के साथ समझौता ज्ञापन किया। ऐसे कार्डों की ₹ 20 की लागत पूरी तरह से एनएचए द्वारा वहन की जाती है।
- एनएचए कॉल सेंटर ने राष्ट्रीय हेल्पलाइन नंबर "1075" के माध्यम से कोविड-19 एहतियाती उपायों पर सूचना के प्रसार की पहल की।
- एनएचए ने पीएमजेएवाई को अन्य प्रमुख स्वास्थ्य बीमा योजनाओं और ईएसआईसी और सीएपीएफ, भवन और अन्य निर्माण श्रमिकों, राष्ट्रीय आरोग्य निधि और केंद्रीय सरकार

की स्वास्थ्य योजना के लिए एनएचए आईटी प्लेटफॉर्म पर कार्यक्रमों के साथ जोड़ने के लिए एक कार्यक्रम प्रमोचित किया है।

8.2 राज्य विशिष्ट पहल

निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान पाई गई राज्य विशिष्ट पहलों पर निम्नानुसार चर्चा की गई है:

- **अंडमान** और **निकोबार द्वीप समूह** में, भौगोलिक परिदृश्य स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच प्रदान करना विशिष्ट रूप से चुनौतीपूर्ण बना देता है। सुवाह्यता सुविधा को सुविधाजनक बनाने के लिए, यूटी के एसएचए रोगी के सभी चिकित्सा दस्तावेज एकत्र करता है और राज्य के एसएचए को सूचित करता है, जहां रोगी स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने का इरादा रखता है। पीएमजेएवाई के तहत सुवाह्यता सुविधा का उपयोग करने वाले सभी लाभार्थियों को एसएचए द्वारा परिवहन लागत और मजदूरी हानि क्षतिपूर्ति की प्रतिपूर्ति भी प्रदान की जाती है।

- **आंध्र प्रदेश** में, कैंसर और हृदय रोगों के लिए प्रत्येक परिवार को पांच लाख रुपये की सीमा से अधिक उपचार प्रदान किया जाता है।

- **असम** में, राज्य से बाहर जाने वाले लाभार्थियों को प्रति लाभार्थी और एक परिचारक को प्रति वर्ष ₹ 30,000 तक का हवाई किराया दिया गया था। इसके अतिरिक्त, राज्य के बाहर उपचार के मामले में ₹ 1,000 प्रति विज़िट और राज्य के भीतर ₹ 300 प्रति विज़िट का टीए/डीए अधिकतम 10 दिनों के लिए प्रदान किया जाता है। यह राशि राज्य निधि से दी गई थी।

- **गुजरात** में, राज्य सरकार अस्पताल में भर्ती होने वाले सभी पीएमजेएवाई लाभार्थियों को परिवहन खर्च के रूप में ₹ 300 प्रदान कर रही है। इस प्रकार लाभार्थियों द्वारा किए गए जेब से खर्च और वहन किए गए समग्र स्वास्थ्य देखभाल लागत को कम किया जाता है।

- **हरियाणा** में, नवजात शिशुओं को छोड़कर, आयुष्मान कार्ड की 100 *प्रतिशत* आधार सीडिंग और अस्पताल में भर्ती होने के समय 100 *प्रतिशत* बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण किया गया है।

- **हिमाचल प्रदेश** में, जिला कुल्लू ने एसईसीसी डाटा के अनुसार सभी पात्र लाभार्थियों का 100 *प्रतिशत* नामांकन हासिल किया।

- **जम्मू और कश्मीर** मे दावे की अनुमोदित राशि से अधिक एवं ऊपर मरीजों पर अतिरिक्त व्यय का वहन सार्वजनिक अस्पतालों द्वारा अस्पताल निधि से किया जा रहा है।

- **कर्नाटक** में, एसएचए ने योजना की निगरानी इकाई के रूप में एक कॉल सेंटर की स्थापना की। योजना के जेब खर्च और किए गए सह-भुगतान (यदि कोई हो) के बारे में प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए कॉल सेंटर अस्पताल से छुट्टी के समय सभी लाभार्थियों से संपर्क करता है।

- **केरल** में, सरकारी अस्पताल एचबीपी 2.0 के माध्यम से अधिसूचित सभी क्रियाविधि को पूरा करते हैं। कोविड-19 उपचार से संबंधित 73,790 दावों के सापेक्ष में ₹ 179.61 करोड़ का भुगतान किया गया।

- **मणिपुर** में, एसएचए ने पर्यटन विभाग, एमएएचयूडी, मणिपुर राज्य कानूनी सेवा प्राधिकरण के साथ सहयोग किया था, जो जागरुकता पैदा करने और नामांकन में वृद्धि के लिए इन विभागों द्वारा आयोजित कार्यक्रमों का लाभ उठा रहा था और वर्तमान में सरकार द्वारा प्रायोजित कार्यक्रम 'गांवों की ओर चलें' में सक्रिय भागीदारी कर रहा था।

- **मिजोरम** में, एसएचए ने लाभार्थी पहचान प्रणाली (बीआईएस) के संबंध में डाटा के ऑफ़लाइन संग्रह की प्रणाली का अनुसरण किया। एसएचए की टीमों को राज्य के परिधीय क्षेत्रों में तैनात किया गया था, जिन्होंने गाँव-वार लाभार्थियों के सभी विवरण एकत्र किए।

- **नागालैंड** में, राज्य सरकार ने आठ जिलों में लाभार्थी की पहचान और सत्यापन अभियान चलाने के लिए छः संगठनों को लगाया था।

- **पुदुचेरी** में, एसएचए ने एसईसीसी डाटा के असमान होने के मुद्दे को एनएचए के साथ उठाया, जो पात्र लाभार्थियों की पहचान में मुख्य अवरोध थी। तदनुसार, एसएचए को लाभार्थियों की पहचान हेतु राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम के गतिशील डाटा का उपयोग करने के लिए एनएचए का अनुमोदन मिला तथा लक्ष्य में 1,03,434 परिवारों से बढ़ाकर 1,77,733 परिवारों तक की वृद्धि हुई।

- **राजस्थान** में, उपचार के बाद, लाभार्थी द्वारा एक प्रतिपुष्टि फॉर्म यह बताते हुए भरा जाता है कि दिए गए उपचार के लिए लाभार्थी से किसी भी प्रकार का कोई शुल्क नहीं लिया जाता है और वह दिए गए उपचार से संतुष्ट है या नहीं।

- **तमिलनाडु** में, एक कोर्पस निधि सृजित की गई। सरकारी अस्पतालों के प्रत्येक बीमा दावे का 27 *प्रतिशत* कोपर्स निधि में जमा किया जा रहा है। गरीब व्यक्तियों के लिए कोपर्स निधि से प्रति मामले ₹ 5 लाख से अधिक की उच्च स्तरीय कार्यविधियों का भुगतान किया जाता है।

- **उत्तर प्रदेश** में, राज्य सरकार ने एसईसीसी 2011 के अनुसार वंचित वर्गों और व्यावसायिक मानदंडों पर छूटे हुए पात्र परिवारों की पहचान करने के लिए एक अतिरिक्त डाटा संग्रह अभियान चलाया ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि इन अतिरिक्त परिवारों को पीएमजेएवाई के समान लाभ प्रदान किया जा सके।

अध्याय IX

सिफारिशें

पीएमजेएवाई का लक्ष्य 12 करोड़ से अधिक गरीब तथा अरक्षित परिवारों को गौण एवं तृतीयक देखभाल हेतु अस्पताल में भर्ती होने के लिए ₹ 5 लाख प्रति परिवार का एक स्वास्थ्य कवर प्रदान करना है। लेखापरीक्षा ने पाया कि योजना ने वंचित तथा सीमांत लाभार्थियों हेतु सुविचारित लाभ की अभिकल्पना की थी, हालांकि योजना का कार्यान्वयन कई मुद्दों द्वारा बाधित था जैसी प्रतिवेदन में चर्चा की गई है। योजना के कार्यान्वयन को सुधारने के लिए निम्नलिखित सिफारिशों का सुझाव दिया जाता है:

अध्याय-III: लाभार्थी की पहचान तथा पंजीकरण
☑ मंत्रालय तथा राज्य/यूटी समयबद्ध प्रकार से योजना के अधीन राज्य-वार लाभार्थियों की पहचान करने तथा अपात्र लाभार्थियों को हटाने के लिए एक उपयुक्त तंत्र स्थापित करें।
☑ निर्धारित समय से परे पंजीकरण में विलम्ब से बचने हेतु पंजीकरण प्रक्रिया को सुदृढ़ करने की आवश्यकता है।
☑ अधिप्रमाणन जांच मौजूदा होनी चाहिए जिससे कि अमान्य प्रविष्टियों से बचा जा सके एवं डाटा की यर्थाथता एवं विश्वसनीयता बढ़ें।
☑ एनएचए यह सुनिश्चित करें कि योजना के बारे में जागरूकता बढ़ाने तथा लक्षित लाभार्थियों के बीच प्रभाव एवं जागरूकता को अधिकतम पहुंचाने के लिए एक निर्दिष्ट आईईसी प्रकोष्ठ एसएचए द्वारा स्थापित किया गया हो।
अध्याय-IV: अस्पताल नामिकायन एवं प्रबंधन
☑ निर्धारित मानदंड के अनुसार, मौजूदा स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता को सुधारने एवं बढ़ाने के लिए सार्वजनिक अस्पतालों में निवेश करने की एक सख्त जरूरत है।
☑ एनएचए/एसएचए/डीआईयू के सभी जिलों में योजना के तहत अधिक से अधिक निजी अस्पतालों को जुडने के लिए प्रोत्साहित करें ताकि गुणवत्ता मानक के अनुसार स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्रभावी एवं उत्तरदायी नेटवर्क बन सके।
☑ भौतिक निरीक्षणों तथा आवश्यक लेखापरीक्षा के माध्यम से ईएचसीपी की निगरानी करने से कदाचार ध्यान में आ सके तथा लुटेरे ईएचसीपी के विरुद्ध में कार्रवाई शुरू की जा सके।

☑ एनएचए/एसएचए के पास मॉनिटर करने एवं लाभार्थियों द्वारा जेब से अधिक व्यय वाले शामिल दृष्टांतों को नियंत्रित करने के लिए एक तंत्र होना चाहिए।
अध्याय-V: दावा प्रबंधन
☑ एसएचए द्वारा आवश्यक संवीक्षा को सुनिश्चित करने के पश्चात् दावों का संसाधन तथा भुगतान समय पर किया जाना चाहिए।
☑ एसएचए को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सार्वजनिक/सरकारी अस्पतालों द्वारा दावा राशि का समग्र अवसंरचना, अस्पताल के कार्यकरण, सेवाओं की गुणवत्ता तथा सेवाओं की सुपुर्दगी को सुधारने एवं स्टाफ के प्रोत्साहन हेतु उपयोग किया जाए।
अध्याय-VI: वित्तीय प्रबंधन
☑ एनएचए एसएचए को अनुदान जारी करते समय संबंधित राज्य प्रतिबद्धताओं को पूरा करना सुनिश्चित करें, पिछले जारी हुए के सापेक्ष में वास्तविक व्यय एवं निधियों की व्यर्थता से बचने के लिए भी उचित सचेतन बरतें।
☑ एक शीर्ष से दूसरे में अनुदान के विपथन को हतोत्साहित किया जाना चाहिए तथा एनएचए/एसएचए को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि अनुदान का उसी उद्देश्य के लिए उपयोग किया गया है जिसके लिए उसे जारी किया गया था।
☑ बीमा कम्पनियों से लम्बित राशि तथा एसएचए से ब्याज की शीघ्रातिशीघ्र वसूली की जाए।
☑ एनएचए को सुनिश्चित करना चाहिए कि राज्य/यूटी में प्रत्येक एसएचए ने निर्दिष्ट एस्क्रो खाते खोले हैं जिसमें अग्रिम हिस्सा समयोचित ढंग से जमा किया गया है।
☑ एनएचए को पीएमजेएवाई लाभार्थियों को मैप करने एवं पहचानने के लिए एक तंत्र स्थापित करना चाहिए ताकि पीएमजेएवाई एवं राज्य विशिष्ट योजनाओं का अधिव्यापन न हो।
☑ पीएफएमएस को व्यय के प्रवाह का पता लगाने के लिए प्राथमिकता पर कार्यान्वित किया जाए।
अध्याय-VII: निगरानी तथा शिकायत निवारण
☑ एसएचए को सुनिश्चित करना चाहिए कि योजना के सुगम कार्यकरण हेतु पर्याप्त श्रमशक्ति तथा अवसंरचना के साथ प्रत्येक जिले में जिला कार्यान्वयन इकाइयों का गठन किया गया है।
☑ जालसाजी-रोधी गतिविधियों को तत्काल आधार पर प्रारम्भ किया जाना चाहिए तथा दोषियों को समयोचित ढंग से दंडित किया जाना चाहिए।

☑	इएचसीपी द्वारा कदाचार से बचने के लिए संबंधति प्राधिकरणों द्वारा अपेक्षित सभी लेखापरीक्षाएं/जांचें संचालित की जानी चाहिए ताकि लाभार्थी बिना अनुचित उत्पीड़न के उचित उपचार प्राप्त कर सकें।
☑	यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि शिकायतों का प्रभावी प्रकार से निवारण किया गया है तथा योजना के कार्यकरण को सुधारने हेतु सुधारात्मक उपाय किए गए हैं।

नई दिल्ली
दिनांक: 28 अप्रैल 2023

(राजीव कुमार पाण्डेय)
महानिदेशक लेखापरीक्षा
(केन्द्रीय व्यय)

प्रतिहस्ताक्षरित

नई दिल्ली
दिनांक: 01 मई 2023

(गिरीश चंद्र मुर्मू)
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक

अनुलग्नक एवं शब्दावली

अनुलग्नक-1.1

(पैरा-1.1(ii) का संदर्भ लें)

पीएमजेएवाई के लिए लाभार्थी पात्रता

ग्रामीण लाभार्थी: ग्रामीण क्षेत्रों के लिए कुल सात वंचन मानदंडों में से, पीएमजेएवाई में ऐसे सभी परिवार शामिल हैं जो निम्नलिखित छह वंचन मानदंडों (डी1 से डी5 और डी7) में से कम से कम एक में आते हैं और स्वत: समावेशन (निराश्रित/भिक्षा पर रहने वाले, हाथ से मैला ढोने वाले परिवार, आदिम आदिवासी समूह, कानूनी रूप से जारी बंधुआ मजदूर) मानदंड-

1. डी1- *कच्ची* दीवारों और *कच्ची* छत के साथ केवल एक कमरा
2. डी2- 16 से 59 वर्ष के बीच का कोई वयस्क सदस्य नहीं
3. डी3- जिन परिवारों में 16 से 59 वर्ष की आयु के बीच कोई वयस्क पुरुष सदस्य नहीं है
4. डी4- दिव्यांग सदस्य तथा कोई शारीरिक सक्षम वयस्क सदस्य नहीं
5. डी5- एससी/एसटी परिवार
6. डी7- भूमिहीन परिवार जो अपनी आय का एक बड़ा हिस्सा मैनुअल दिहाड़ी मजदूरी से प्राप्त करते हैं।

शहरी लाभार्थी: शहरी क्षेत्रों के लिए, निम्नलिखित 11 व्यावसायिक श्रेणी के श्रमिक योजना के लिए पात्र हैं-

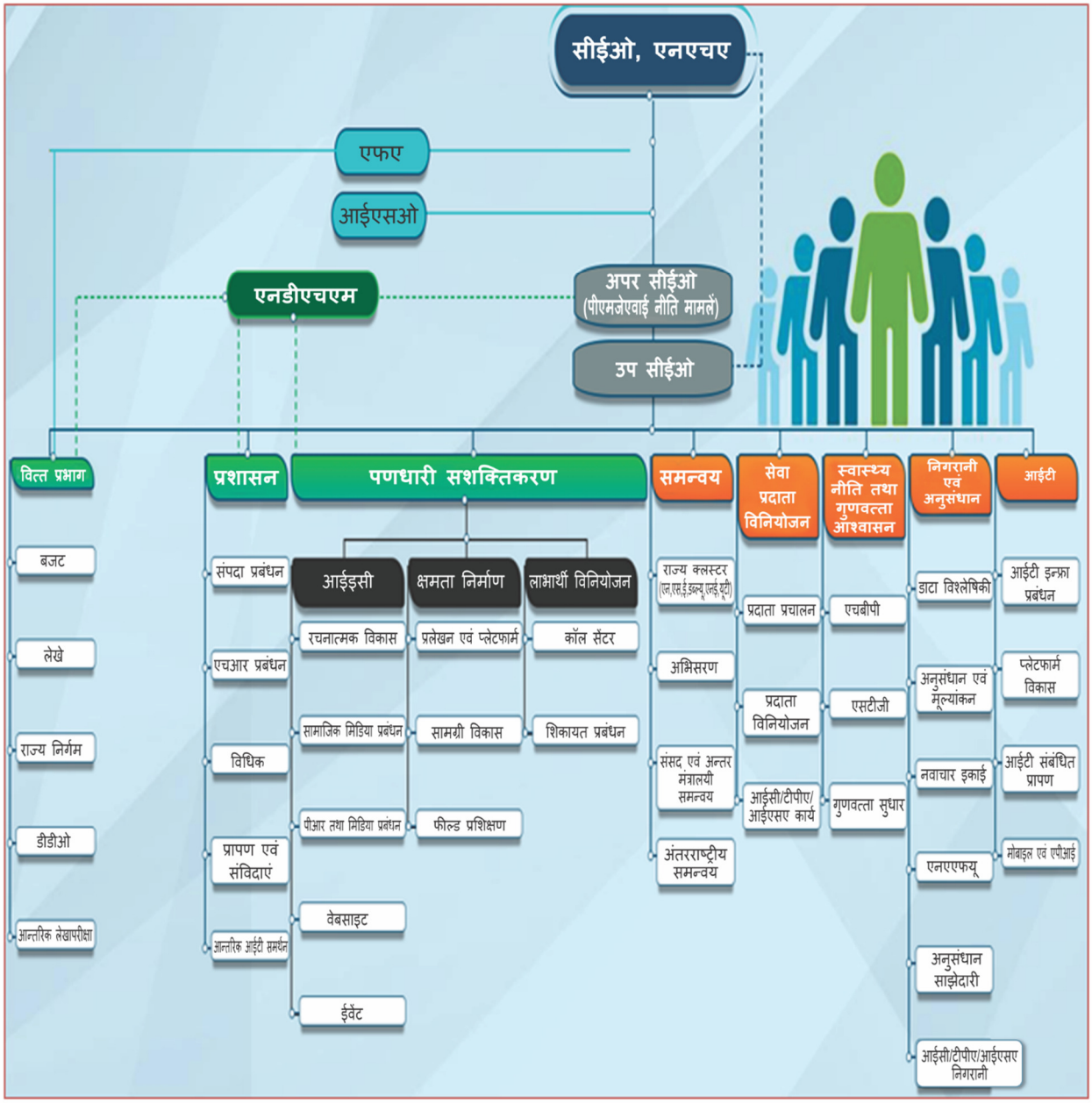
1. कूड़ा बीनने वाला
2. भिखारी
3. घरेलू कामगार
4. स्ट्रीट वेंडर/मोची/हॉकर/सड़कों पर काम करने वाले अन्य सेवा प्रदाता
5. निर्माण कार्यकर्ता/प्लम्बर/राजमिस्त्री/मजदूर/पेंटर/वेल्डर/सुरक्षागार्ड/कुली तथा अन्य सिर पर बोझ उठाने वाला कामगार
6. सफाईवाला/स्वच्छता कामगार/माली
7. गृह-आधारित कामगार/कारीगर/हस्तशिल्प कामगार/दर्जी

8. परिवहन कर्मचारी/चालक/कंडक्टर/चालकों और कंडक्टरों का सहायक/गाड़ी खींचने वाला/रिक्शा चालक
9. दुकान कामगार/सहायक/छोटे प्रतिष्ठान में चपरासी/सहायक/वितरण सहायक/ परिचर/वेटर
10. इलेक्ट्रीशियन/मैकेनिक/असेंबलर/मरम्मती कामगार
11. धोबी/चौकीदार।

अनुलग्नक-1.2

(पैरा-1.4 का संदर्भ लें)

एनएचए की संगठनात्मक संरचना



अनुलग्नक-1.3

(पैरा-1.5 का संदर्भ लें)

राज्यों/यूटी के कार्यान्वयन के तरीके और ऑन-बोर्डिंग की तिथियां

(न्यास-22, बीमा-7, मिश्रित-4)

क्रं. सं.	राज्य	कार्यान्वयन मोड अपनाया गया	रोल-आउट की तिथि	टिप्पणियां - कार्यान्वयन मोड में बदलाव
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	न्यास	23.09.2018	--
2.	आंध्र प्रदेश	न्यास	01.01.2019	--
3.	अरुणाचल प्रदेश	न्यास	23.09.2018	--
4.	असम	न्यास	23.09.2018	--
5.	बिहार	न्यास	23.09.2018	--
6.	चंडीगढ़	न्यास	23.09.2018	--
7.	छत्तीसगढ	न्यास	16.09.2018	मिश्रित से न्यास दिनांक 16.12.2019 को
8.	दादरा नगर हवेली और दमन दीव	बीमा	23.09.2018	--
9.	गोवा	न्यास	23.09.2018	--
10.	गुजरात	मिश्रित	23.09.2018	--
11.	हरियाणा	न्यास	15.08.2018	--
12.	हिमाचल प्रदेश	न्यास	23.09.2018	--
13.	जम्मू और कश्मीर	बीमा	01.12.2018	--
14.	झारखंड	मिश्रित	23.09.2018	--
15.	कर्नाटक	न्यास	30.10.2018	--
16.	केरल	न्यास	01.04.2019	बीमा से न्यास दिनांक 01.07.2020 को
17.	लद्दाख	बीमा	01.03.2020	--
18.	लक्षद्वीप	न्यास	23.09.2018	--
19.	मध्य प्रदेश	न्यास	23.09.2018	--
20.	महाराष्ट्र	मिश्रित	23.09.2018	--
21.	मणिपुर	न्यास	23.09.2018	--
22.	मेघालय	बीमा	01.02.2019	--
23.	मिजोरम	न्यास	01.10.2018	बीमा से न्यास दिनांक 01.10.2019 को
24.	नागालैंड	बीमा	23.09.2018	--

क्रं. सं.	राज्य	कार्यान्वयन मोड अपनाया गया	रोल-आउट की तिथि	टिप्पणियां - कार्यान्वयन मोड में बदलाव
25.	पुदुचेरी	न्यास	29.07.2019	बीमा से न्यास दिनांक 30.12.2020
26.	पंजाब	बीमा	20.08.2019	--
27.	राजस्थान	बीमा	01.09.2019	13.12.2019 को मिश्रित से न्यास और 30.01.2021 को न्यास से बीमा
28.	सिक्किम	न्यास	23.09.2018	--
29.	तमिलनाडु	मिश्रित	23.09.2018	--
30.	त्रिपुरा	न्यास	23.09.2018	--
31.	तेलंगाना	न्यास	19.05.2021	--
32.	उत्तर प्रदेश	न्यास	23.09.2018	--
33.	उत्तराखंड	न्यास	23.09.2018	--

राज्यों/यूटी का मोड-वार विवरण

न्यास मोड (22 राज्य/यूटी)	बीमा मोड (7 राज्य/यूटी)	मिश्रित मोड (4 राज्य)
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	दादरा नगर हवेली, तथा दमन दीव	गुजरात
आंध्र प्रदेश	जम्मू और कश्मीर	झारखंड
अरुणाचल प्रदेश	लद्दाख	महाराष्ट्र
असम	मेघालय	तमिलनाडु
बिहार	नागालैंड	
चंडीगढ़	पंजाब	
छत्तीसगढ	राजस्थान	
गोवा		
हरियाणा		
हिमाचल प्रदेश		
कर्नाटक		
केरल		
लक्षद्वीप		
मध्य प्रदेश		
मणिपुर		
मिजोरम		
पुदुचेरी		
सिक्किम		
त्रिपुरा		
तेलंगाना		
उत्तर प्रदेश		
उत्तराखंड		

(स्रोत: pmjay.gov.in>states at glance)

अनुलग्नक-2.1

(पैरा-2.4 का संदर्भ लें)

नमूना चयन की प्रक्रिया

चरण-II: राज्यों/यूटी में निचले स्तर की इकाइयों का चयन

संबद्ध राज्यों/यूटी द्वारा जिलों का चयन नमूनाकरण की निम्नलिखित पद्धति का उपयोग करके किया गया था, जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

i. **जिलों का चयन:** विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों में राज्यों/यूटी का विभाजन और फिर साधारण यादृच्छिक नमूनाकरण (एसआरएस) का उपयोग करके प्रत्येक राज्य से *25 प्रतिशत* जिलों (न्यूनतम 2 और अधिकतम 10 के साथ) का चयन। जिलों के चयन के दौरान, यह सुनिश्चित किया गया था कि राज्य लेखापरीक्षा कार्यालय द्वारा प्रत्येक भौगोलिक क्षेत्र से कम से कम दो जिलों का चयन किया जाए।

ii. **अस्पतालों का चयन:** एक जिले के *25 प्रतिशत* अस्पतालों (न्यूनतम 2 और अधिकतम 8) का चयन किया गया। यह भी सुनिश्चित किया गया कि निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान चयनित नमूने में केवल महिला (यदि कोई हो), सामान्य और विशेषज्ञता मानदंड के लिए निजी और सार्वजनिक दोनों अस्पतालों का प्रतिनिधित्व है। प्रत्येक नमूना जिले के जिला अस्पतालों को भी लेखापरीक्षा के लिए चुना गया था। शहरी और ग्रामीण अस्पतालों का भी चयन किया गया।

iii. **पैकेजों का प्रतिनिधित्व:** राज्य लेखापरीक्षा कार्यालयों ने सुनिश्चित किया कि सभी पैकेजों को अखिल भारतीय स्तर पर पर्याप्त रूप से कवर किया गया था और लागत व्यय घटक या स्वास्थ्य की गंभीरता के संबंध में महत्वपूर्ण पैकेजों को प्रत्येक राज्य में पर्याप्त रूप से कवर किया गया था।

अनुलग्नक-2.2

(पैरा-2.4 का संदर्भ लें)

चयनित नमूनों का विवरण

क्रं. सं.	राज्य/यूटी	चयनित जिले	चयनित अस्पताल
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	2	2
2.	आंध्र प्रदेश	6	48
3.	असम	9	35
4.	बिहार	10	63
5.	चंडीगढ़	1 (7 वार्ड)	5
6.	छत्तीसगढ	8	55
7.	डीएनएच-डीडी	2	4
8.	गुजरात	10	45
9.	हरियाणा	6	40
10.	हिमाचल प्रदेश	5	23
11.	जम्मू और कश्मीर	6	21
12.	झारखंड	6	48
13.	कर्नाटक	8	64
14.	केरल	4	30
15.	मध्य प्रदेश	10	46
16.	महाराष्ट्र	9	72
17.	मणिपुर	4	10
18.	मेघालय	4	21
19.	मिजोरम	2	10
20.	नागालैंड	4	12
21.	पुदुचेरी	2	9
22.	पंजाब	6	41
23.	राजस्थान	8	65
24.	तमिलनाडु	10	76
25.	त्रिपुरा	3	11
26.	उत्तर प्रदेश	10	80
27.	उत्तराखंड	4	25
28.	लद्दाख	2	3
कुल		161	964

अनुलग्नक-3.1

(पैरा-3.2 का संदर्भ लें)

लाभार्थी पहचान प्रणाली में पंजीकृत परिवारों और सदस्यों का विवरण

क्रं. सं.	राज्य/यूटी	कार्यान्वयन की तिथि	परिवारों को कवर किया गया	सदस्य पंजीकृत
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	23-09-2018	11,268	32,479
2.	आंध्र प्रदेश	01-01-2019	11	11
3.	अरुणाचल प्रदेश	23-09-2018	7,702	22,223
4.	असम	23-09-2018	1,21,108	1,51,761
5.	बिहार	23-09-2018	33,28,424	68,40,754
6.	चंडीगढ़	23-09-2018	20,100	60,892
7.	छत्तीसगढ	16-09-2018	60,30,615	1,28,24,960
8.	दादरा और नगर हवेली	23-09-2018	60,155	2,53,579
9.	दमन और दीव	23-09-2018	32,697	1,20,117
10.	गोवा	23-09-2018	8,477	19,905
11.	गुजरात	23-09-2018	24,35,565	74,57,117
12.	हरियाणा	15-08-2018	8,74,715	26,02,647
13.	हिमाचल प्रदेश	23-09-2018	4,38,119	10,09,508
14.	जम्मू और कश्मीर	01-12-2018	15,50,923	47,55,457
15.	झारखंड	23-09-2018	36,32,614	89,77,276
16.	कर्नाटक	30-10-2018	336	415
17.	केरल	01-04-2019	41,70,297	62,92,368
18.	लक्षद्वीप	23-09-2018	420	1,636
19.	मध्य प्रदेश	23-09-2018	97,76,438	2,47,38,533
20.	महाराष्ट्र	23-09-2018	27,85,024	71,08,453
21.	मणिपुर	23-09-2018	1,08,292	2,90,129
22.	मेघालय	01-02-2019	4,57,847	8,05,960
23.	मिजोरम	01-10-2018	1,25,877	3,00,324
24.	नागालैंड	23-09-2018	1,02,808	1,93,480
25.	पुदुचेरी	29-07-2019	63,735	1,82,194

26.	पंजाब	20-08-2019	31,31,115	68,48,392
27.	सिक्किम	23-09-2018	12,176	33,900
28.	तमिलनाडु	23-09-2018	340	386
29.	त्रिपुरा	23-09-2018	4,98,973	11,73,567
30.	उत्तर प्रदेश	23-09-2018	54,32,670	1,40,00,533
31.	उत्तराखंड	23-09-2018	18,09,011	43,65,471
कुल योग			**4,70,27,852**	**11,14,64,427**

अनुलग्नक-3.2

(पैरा-3.2 का संदर्भ लें)

लाभार्थी पहचान प्रणाली में पात्रता (एसईसीसी डेटाबेस) के आधार पर पंजीकृत परिवारों तथा सदस्यों का विवरण

क्रं. सं.	राज्य/यूटी	कम से कम एक सक्रिय के साथ पंजीकृत परिवार	लाभार्थी पंजीकृत
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	10,919	32,129
2.	आंध्र प्रदेश	11	11
3.	अरुणाचल प्रदेश	7,702	22,223
4.	असम	51,698	77,189
5.	बिहार	33,28,387	68,40,717
6.	चंडीगढ़	20,076	60,861
7.	छत्तीसगढ	13,40,267	28,52,810
8.	दादरा और नगर हवेली	22,925	1,02,262
9.	दमन और दीव	3,628	10,220
10.	गोवा	8,477	19,905
11.	गुजरात	22,53,190	71,86,954
12.	हरियाणा	8,74,715	26,02,647
13.	हिमाचल प्रदेश	1,20,688	3,17,240
14.	जम्मू और कश्मीर	4,65,612	15,07,040
15.	झारखंड	12,02,502	29,77,509
16.	कर्नाटक	336	415
17.	केरल	1,14,121	1,43,551
18.	लक्षद्वीप	420	1,636
19.	मध्य प्रदेश	2,51,536	4,46,633
20.	महाराष्ट्र	27,85,024	71,08,453
21.	मणिपुर	1,01,856	2,75,435
22.	मेघालय	1,16,008	2,17,978
23.	मिजोरम	21,154	52,159
24.	नागालैंड	64,021	1,34,765
25.	पुदुचेरी	41,545	1,32,242

26.	पंजाब	1,85,497	2,91,206
27.	सिक्किम	12,176	33,900
28.	तमिलनाडु	340	386
29.	त्रिपुरा	2,98,983	7,42,634
30.	उत्तर प्रदेश	51,41,334	1,34,05,598
31.	उत्तराखंड	1,21,641	2,65,258
	कुल योग	**1,89,66,789**	**4,78,61,966**

(नोट: यह योजना लेखापरीक्षा अवधि के दौरान दिल्ली, ओडिशा, तेलंगाना और पश्चिम बंगाल में लागू नहीं की जा रही है।)

अनुलग्नक-3.3

(पैरा - 3.5 का संदर्भ लें)

लाभार्थी पंजीकरण अनुमोदन के लिए प्रक्रियाधीन

राज्य/ यूटी	लंबित मामलों की संख्या	अधिकतम विलंब (दिनों में)	औसत विलंब (दिनों में)
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	1	2	2
आंध्र प्रदेश	50	662	104
अरुणाचल प्रदेश	32	65	30
असम	13	932	187
बिहार	650	931	94
चंडीगढ़	60	921	145
छत्तीसगढ	37	932	581
दादरा और नगर हवेली	19	845	788
दमन और दीव	2	922	917
दिल्ली	588	881	56
गोवा	14	223	85
गुजरात	5068	940	9
हरियाणा	365	916	115
हिमाचल प्रदेश	28	879	183
जम्मू और कश्मीर	349345	862	120
झारखंड	170	929	212
कर्नाटक	100	588	55
केरल	305	710	95
लक्षद्वीप	24	575	424
मध्य प्रदेश	461	940	116
महाराष्ट्र	1574	898	33
मणिपुर	352	129	65
मेघालय	120	2	0
मिजोरम	4	3	1
नागालैंड	5	222	45
उड़ीसा	3	892	298
पुदुचेरी	17224	508	7
पंजाब	2194	240	7
राजस्थान	70	190	24
सिक्किम	21	2	1

तमिलनाडु	281	732	113
तेलंगाना	9	174	64
त्रिपुरा	22	726	55
उत्तर प्रदेश	6012	926	17
उत्तराखंड	122	922	228
पश्चिम बंगाल	41	222	73
कुल	**3,85,386**		

अनुलग्नक-3.4

(पैरा-3.9 का संदर्भ लें)

आईईसी सेल, योजना तथा व्यय विवरण

क्रं.स.	राज्य	आईईसी सेल का गठन	आईईसी योजना की तैयारी	आईईसी गतिविधियों पर व्यय प्रतिशत में
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	लागू नही	नहीं	लागू नही
2.	आंध्र प्रदेश	गठित नहीं	लागू नहीं	0%
3.	असम	गठित नहीं	नहीं	लागू नही
4.	बिहार	गठन नहीं	नहीं	0.1 से 19.28%
5.	चंडीगढ़	लागू नहीं	नहीं	0 से 6.86%
6.	छत्तीसगढ़	गठित	हाँ	लागू नही
7.	दादरा और नगर हवेली एवं दमन और दीव	गठित नहीं	नहीं	लागू नही
8.	गुजरात	गठित नहीं	नहीं	6%
9.	हरियाणा	लागू नहीं	नहीं	9.4%
10.	हिमाचल प्रदेश	गठित	नहीं	12.02%
11.	जम्मू और कश्मीर	गठित	नहीं	57.52%
12.	झारखंड	गठित नहीं	लागू नही	लागू नही
13.	कर्नाटक	गठित नहीं	नहीं	लागू नही
14.	केरल	लागू नही	लागू नही	20.24% (2020-21)
15.	लद्दाख[1]	लागू नही	नहीं	लागू नही
16.	मध्य प्रदेश	लागू नही	हाँ	19.22%
17.	महाराष्ट्र	गठित	21 नवंबर तक तैयार लेकिन कार्यान्वित नहीं	1.13%
18.	मणिपुर	लागू नही	हाँ	27.37%
19.	मेघालय	लागू नही	नहीं	लागू नही
20.	मिजोरम	गठित नहीं	नहीं	लागू नही
21.	नागालैंड	गठित नहीं	नहीं	लागू नही
22.	पुदुचेरी	गठित नहीं	लागू नहीं	लागू नही

[1] 31.10.2019 को यूटी लद्दाख के निर्माण के परिणामस्वरूप, यूटी लद्दाख की स्टेट हेल्थ सोसाइटी ने 01.03.2020 से यूटी लद्दाख में एबी-पीएमजेएवाई योजना को लागू करना शुरू कर दिया।

23.	पंजाब	हाँ	नहीं	5%
24.	राजस्थान	गठित नहीं	हाँ	12.81%
25.	तमिलनाडु	लागू नही	नहीं	0%
26.	त्रिपुरा	गठित नहीं	नहीं	1.19%
27.	उत्तर प्रदेश	गठित	नहीं	8.5%
28.	उत्तराखंड	गठित	लागू नहीं	लागू नही

अनुलग्नक-4.1

(पैरा-4.2 एवं 4.3 का संदर्भ लें)

ईएचसीपी उपलब्धता अनुपात

क्रं.स.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	सार्वजनिक	निजी	भारत सरकार	कुल	एसईसीसी पात्र लाभार्थी	अस्पताल उपलब्धता प्रति 1 लाख
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	7	0	0	7	80,127	8.7
2.	आंध्र प्रदेश	1239	1225	11	2475	1,99,75,159	12.4
3.	अरुणाचल प्रदेश	44	2	16	62	4,26,966	14.5
4.	असम	162	214	53	429	1,25,08,674	3.4
5.	बिहार	574	381	34	989	5,55,62,406	1.8
6.	चंडीगढ़	5	26	2	33	3,08,005	10.7
7.	छत्तीसगढ	1000	561	49	1610	1,52,74,556	10.5
8.	दादरा एवं नगर हवेली और दमन-दीव	7	0	0	7	1,94,505	3.6
9.	दिल्ली	4	75	30	109	26,04,160	लागू नही
10.	गोवा	21	15	1	37	1,39,207	26.6
11.	गुजरात	1962	884	18	2864	2,12,84,770	13.5
12.	हरियाणा	164	524	12	700	73,49,722	9.5
13.	हिमाचल प्रदेश	138	122	10	270	11,37,946	23.7
14.	जम्मू और कश्मीर	121	96	78	295	31,50,959	9.4
15.	झारखंड	224	574	54	852	1,39,94,648	6
16.	कर्नाटक	2916	811	12	3739	1,74,04,802	21.5
17.	केरल	195	549	5	749	72,88,329	10.3
18.	लक्षद्वीप	6	0	0	6	6,607	90.8
19.	मध्य प्रदेश	449	527	30	1006	3,73,05,019	2.7
20.	महाराष्ट्र	306	787	6	1099	3,60,84,776	3
21.	मणिपुर	33	22	37	92	14,08,348	6.5
22.	मेघालय	157	18	8	183	17,75,299	10.3
23.	मिजोरम	79	7	10	96	4,57,118	21
24.	नागालैंड	103	24	19	146	9,96,085	14.7
25.	उड़ीसा	0	2	26	28	2,44,40,661	लागू नही

26.	पुदुचेरी	11	20	1	32	4,13,597	7.7
27.	पंजाब	217	685	33	935	70,55,971	13.3
28.	राजस्थान	846	202	46	1094	2,86,95,425	3.8
29.	सिक्किम	11	1	5	17	1,71,398	10
30.	तमिलनाडु	834	956	0	1790	2,88,44,541	6.2
31.	तेलंगाना	385	337	13	735	1,01,32,938	7.3
32.	त्रिपुरा	127	3	15	145	20,70,365	7
33.	उत्तर प्रदेश	1048	2149	66	3263	6,47,03,155	5
34.	उत्तराखंड	102	121	21	244	24,63,043	10
35.	पश्चिम बंगाल	1	10	60	71	4,76,77,708	लागू नही
कुल		**13498**	**11930**	**781**	**26209**		

अनुलग्नक 4.2

(पैरा 4.2.1 का संदर्भ लें)

उन राज्यों के विवरण जिनमें समर्थन प्रणाली एवं अवसंरचना के न्यूनतम मानदण्ड को पूरा किए बिना अस्पतालों को नामिकागत किया गया था।

क्र.सं.	राज्य	अभ्युक्तियां
1	अण्डमान एवं निकोबार द्वीप समूह	जीबी पंत अस्पताल, पोर्टब्लेयर में चार चिकित्सा उपकरण में कोई पॉवर बैकअप नहीं था, तथा आठ चिकित्सा उपकरण खराब थे। इसके अतिरिक्त आरपी अस्पताल मायाबंदर में, चिकित्सा उपकरण जैसे पूर्णत: स्वचालित जैव रसायनिक विश्लेषक तथा अर्ध स्वचालित जैव रसायनिक विश्लेषक खराब थे तथा एलिसा माइक्रोप्लेट रिडर तथा एलिसा माइक्रोप्लेट वाशर पोर्ट ब्लेयर में मरम्मत के लिए भेज जाने से अनुपलब्ध थे।
2	असम	आधाभूत अवसंरचनाओं जैसे आईपीडी बैड, ऑपरेशन थियेटरों (छ: ईएचसीपी में ओटी नहीं था), ऑपरेशन पश्चात वेंटिलेटर सपोर्ट सहित आईसीयू देखभाल (पांच ईएचसीपी में कमी), फार्मेसी, ब्लड बैंक, डायलेसिस यूनिट, एक्स-रे सुविधा, रोगनिदान केंद्र, चौबीसों घण्टे एम्बुलेंस सेवा आदि के संबंध में 33 नमूना जांच किए गए ईएचसीपी में कमियां पाई गई थी।
3	बिहार	23 ईएचसीपी की भौतिक सत्यापन रिपोर्टों ने उजागर किया कि 16 ईएचसीपी ने पर्याप्त स्थान, सर्जिकल सेवा, चौबीसों घण्टे एम्बुलेंस सेवाओं 24x7 अपातकालीन सेवाओं आदि से संबंधित अनिवार्य मानदण्डों को पूरा नहीं किया था।
4	चण्डीगढ़	दसम कीरत डायलेसिस सेंटर प्राईवेट अस्पताल में दस बेड वाले डायलेसिस सेंटर में केवल एक डॉक्टर, एक नर्स तथा एक डायलेसिस तकनीशियन था जो 24 घण्टे संचालन कर रहे थे तथा चौबीसों घण्टे भौतिक रुप से प्रभारी थे। इसके अतिरिक्त निम्बस अस्पताल ने न्यूनतम तीन के मानदण्ड के प्रति प्रतिनियुक्ति केवल एक नर्स के साथ चौबीसों घण्टे नेत्र देखभाल सेवाएं प्रदान की। इसके अतिरिक्त, बेड की संख्या को पांच के रुप में दर्शाया गया था जबकि अस्पताल ने क्लिनिक (बिना बेड वाली) स्थापना हेतु जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियमावली, 2016 के तहत पंजीकरण प्राप्त किया था।
5	गुजरात	जिला अस्पताल तथा सिविल ईएचसीपी में त्रुटिपूर्ण अवसंरचना थी। सार्वजनिक ईएचसीपी को उन विशिष्टताओं के लिए नामिकागत किया गया था जो इन ईएचसीपी में उपलब्ध नहीं थीं।

क्र.सं.	राज्य	अभ्युक्तियां
6	हिमाचल प्रदेश	23 नमूना जांच किए गए नामिकागत ईएचसीपी में अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे तथा सीटी स्कैन मशीनों आदि की उपलब्धता में निम्न कमियां पाई गई थी। इन 23 ईएचसीपी में से आठ ईएचसीपी में अल्ट्रासाउंड मशीनें अनुपयोगी थी तथा 12 ईएचसीपी में एक्स-रे मशीनें काफी लम्बी समय अवधि के लिए या तो गैर-प्रतिस्थापित या अनुपयोगी थी। 11 ईएचसीपी में कोई सीटी स्कैन मशीन नहीं थी। इसके अतिरिक्त, चार ईएचसीपी में 2019-20 से 2020-21 की अवधि के दौरान मशीने काफी लम्बे समय के लिए खराब रही। जोनल अस्पताल (जेडएच) धर्मशाला तथा क्षेत्रीय अस्पताल (आरएच) नहान में क्रमश: 2014 तथा 2018 से कई मशीनें खराब थीं।
7	जम्मू एवं कश्मीर	आठ ईएचसीपी में तीन से 19 तक जांच सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी।
8	मणिपुर	जीवन अस्पताल, ककचिंग प्राईवेट अस्पताल में मानसिक विकार तथा हड्डी रोग के उपचार हेतु सुविधाएं/डॉक्टर नहीं थे जबकि अस्पताल विशिष्टताओं में नामिकागत था।
9	नागालैण्ड	तीन नमूना जॉच किए गए नामिकागत पीएचसी/सीएचसी (पीराचसी छारे, सीएचसी अबोई तथा सीएचसी विसवेमा) में से पीएचसी छारे तथा सीएचसी अबोई में पीएमजेएवाई लाभों को इन केन्द्रों में अंतरंग रोगी सुविधाओं की कमी के कारण लाभार्थियों को प्रदान नहीं किया गया था।
10	पुदुचेरी	23 ईएचसीपी में (मार्च 2021 तक) आठ ईएचसीपी में नमूना मापदण्ड अर्थात् ऑपरेशन थियटरों की उपलब्धता, विशेषताओं एवं चिकित्सा सेवाओं की चौबीसों घण्टे उपलब्धता को पूरा नहीं किया गया था।
11	त्रिपुरा	11 नमूना जांच किए गए ईएचसीपी में से 3 में एक्स-रे सुविधा उपलब्ध नहीं थी। तीन ईएचसीपी में विश्लेषक द्वारा विभिन्न रक्त जॉचों की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
12	उत्तर प्रदेश	40 नमूना जांच किए गए निजी ईएचसीपी में से सात को न्यूनतम आधारभूत मानदण्ड को पूरा किए बिना नामिकागत किया गया था।

अनुलग्नक - 4.3

(पैरा 4.2.2 का संदर्भ लें)

उन राज्यों के विवरण जिनमें सुरक्षा उपायों को पूरा किए बिना अस्पतालों को नामिकागत किया गया था।

क्र सं.	राज्य	अभ्युक्तियां
1	बिहार	निविदा के निष्पादन से पूर्व तीन अस्पतालों से अग्नि सुरक्षा प्रमाण-पत्र तथा तीन अस्पतालों से नैदानिक प्रमाण-पत्र प्राप्त नहीं किए गए थे।
2	हिमाचल प्रदेश	23 नमूना जांच किए गए ईएचसीपी में से, 16 ईएचसीपी में अग्नि शमन सेवाएं निदेशालय से अनापत्ती प्रमाण-पत्र (एनओसी), 12 ईएचसीपी में राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से एनओसी तथा आठ ईएचसीपी में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के संग्रहण के प्रमाण-पत्र प्राप्त नहीं किए गए थे।
3	झारखण्ड	ईएचसीपी को छः जिलों में नामिकायन के अनिवार्य न्यूनतम मानदण्ड को पूरा किए बिना नामिकागत किया गया था। लेखापरीक्षा ने पाया कि एसएचए ने पीएमजेएवाई के दिशानिर्देशों के प्रतिमानों के गैर-अनुपालन हेतु 10 फरवरी 2020 को एक निजी अस्पताल को नोटिस जारी किया हालांकि अस्पताल ने न कोई उत्तर प्रस्तुत किया और न ही एसएचए ने अस्पताल के विरुध कोई कार्रवाई की। अस्पताल ने उपचार प्रदान करना जारी रखा तथा 1594 मामलों में ₹ 116.33 लाख की राशि का दावा प्राप्त किया। राज्य नैदानिक स्थापना अधिनियम (सीईए), 2013 के अनुसार कोई भी पंजीकरण के बिना नैदानिक स्थापना को नहीं चला सकता तथा प्रति वर्ष इसका नवीकरण किया जाएगा। उक्त अधिनियम यह भी प्रावधान करता है कि पंजीकरण के नवीकरण का आवेदन प्रावधानिक पंजीकरण के प्रमाण-पत्र की वैद्यता की समाप्ति से पूर्व 30 दिनों के भीतर प्राधिकरण को किया जाएगा। दो नमूना जॉच किए गए जिलों (पूर्वी सिंधभूम तथा रांची) में 154 ईएचसीपी की नमूना जांच की गई थी जिसमें से 14 एचसीपी[2] को समाप्त पंजीकरण प्रमाण-पत्र पर नामिकागत किया गया था तथा 54 ईएचसीपी[3] को अस्पताल के पंजीकरण प्रमाण-पत्र को अपलोड किए बिना नामिकागत किया गया था। इसके अतिरिक्त, दो जिलों में चार ईएचसीपी का पंजीकरण नामिकागत के पश्चात समाप्त हो गया था परंतु इसका पंजीकरण की समाप्ति के पांच से 272 दिनों के पश्चात नवीकरण किया गया। पंजीकरण

[2] पूर्वी सिंधभूम-2 तथा रांची-12

[3] पूर्वी सिंधभूम-14 तथा रांची-40

क्र सं.	राज्य	अभ्युक्तियां
		समाप्त अवधि के दौरान इन ईएचसीपी ने 386 मामलों में उपचार प्रदान किया तथा ₹0.74 करोड़ का दावा भुगतान प्राप्त किया।
4	कर्नाटक	लेखापरीक्षा ने नमूना जांच किए गए ईएचसीपी के अभिलेखों से पाया कि वे अपेक्षित अनिवार्य प्रमाण-पत्रों/लाइसेंस के बिना कार्य कर रहे है जैसा नीचे ब्यौरा दिया गया है:- फार्मेसी लाईसेंस (11), अस्पताल पंजीकरण प्रमाण-पत्र (3), ब्लड बैंक लाईसेंस (9), राज्य चिकित्सा परिषद/संघ पंजीकण (5), एम्बुलेंस पंजीकरण प्रमाण-पत्र (4), अग्नि शमन विभाग मंजूरी प्रमाण-पत्र (16), पीसीपीएनडीटी अधिनियम पंजीकरण (7), प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड प्रमाण-पत्र (3) *ब्रेकेट में आंकड़ो का तात्पर्य अपेक्षित दस्तावेजों के बिना नामिकागत किए गए ईएचसीपी की संख्या
5	मेघालय	21 नमूना जांच किए गए निजी ईएचसीपी में से दो निजी ईएचसीपी (डा. नोरमन टनल अस्पताल, जोवाई तथा टोरा क्रिस्टचन अस्पताल, टोरा) मेघालय नर्सिंग होम (लाईसेसिंग तथा पंजीकरण) अधिनियम 1993 के तहत पंजीकण नहीं थे।
6	पुदुचेरी	अग्नि सुरक्षा उपायों की मूलभूत आवश्यकता अनुपालन को 14 ईएचसीपी में सुनिश्चित नहीं किया गया था।
7	उत्तराखंड	93 नमूना जांच किए गए ईएचसीपी में से, अग्नि शमन विभाग की मंजूरी (70 ईएचसीपी), जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (49 ईएचसीपी), प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड अनुपालन (78 ईएचसीपी) के संबंध में प्रमाण-पत्र उपलब्ध नहीं थे।

अनुलग्नक-4.4

(पैरा-4.5 का संदर्भ लें)

असम में सभी उपलब्ध एवं योग्य विशेषज्ञों का नामिकायन न करना

क्रं.स.	अस्पताल का नाम	अस्पताल का प्रकार (सार्वजनिक/निजी)	उपलब्ध विशेषज्ञों की संख्या		पीएमजेएवाई के तहत उपलब्ध स्पेशलिटी की प्रतिशत
			पीएमजेएवाई के तहत	अस्पताल में कुल	
1.	भोगेश्वरी फुकानानी सिविल अस्पताल, नगांव	सार्वजनिक	4	22	18
2.	एसएम देव सिविल अस्पताल, सिलचर	सार्वजनिक	4	5	80
3.	आरएनबी सिविल अस्पताल	सार्वजनिक	7	10	70
4.	दीफू मेडिकल कॉलेज अस्पताल	सार्वजनिक	13	24	54
5.	पूर्वोत्तर कैंसर अस्पताल एवं अनुसंधान संस्थान	निजी	2	4	50
6.	ड्यू केयर हॉस्पिटल एवं अनुसंधान संस्थान	निजी	3	5	60
7.	डाउन टाउन हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड	निजी	1	24	4
8.	स्वागत अस्पताल	निजी	11	19	58
9.	एमआरएम मेमोरियल अस्पताल	निजी	4	7	57
10.	हैम हॉस्पिटल एवं अनुसंधान संस्थान	निजी	10	14	71
11.	सन वैली हॉस्पिटल	निजी	3	13	23
12.	हेल्थ सिटी हॉस्पिटल	निजी	5	15	33
13.	स्वर्गदेव सिउ काफा मल्टी स्पेशलिटी अस्पताल	निजी	3	10	30

अनुलग्नक-4.5

(पैरा-4.5 का संदर्भ लें)

झारखंड में सभी उपलब्ध और पात्र विशेषज्ञों का गैर-नामिकायन

जिले का नाम	अस्पतालों का नाम	आम जनता को प्रदान की जाने वाली विशेषज्ञ	पीएमजेएवाई में पैनल में शामिल लोगों के लिए विशेषता
रांची	मेदांता अब्दुर रज्जाक अंसारी मेमोरियल वीवर्स हॉस्पिटल	जनरल सर्जरी, कार्डियोलॉजी, कार्डियो-थोरेसिक एंड वैस्कुलर सर्जरी, ऑर्थोपेडिक्स, यूरोलॉजी, नेफ्रोलॉजी, न्यूरोसर्जरी, जनरल मेडिसिन, प्लास्टिक एंड रिकंस्ट्रक्टिव सर्जरी	जेनरल सर्जरी, कार्डियोलॉजी, कार्डियो-थोरेसिक एंड वैस्कुलर सर्जरी, ऑर्थोपेडिक्स, यूरोलॉजी, नेफ्रोलॉजी
	भगवान महावीर मेडिकल सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल	आपातकालीन कक्ष पैकेज, बाल चिकित्सा प्रबंधन, बाल चिकित्सा सर्जरी, यूरोलॉजी, ओरल और मैक्सिलोफेशियल सर्जरी, सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, कार्डियोलॉजी, कार्डियो-थोरैसिक और वस्कूलर सर्जरी, ओटोरहिनोलारिंजोलॉजी, नेत्र विज्ञान, प्रसूति और स्त्री रोग, हड्डी रोग और न्यूरो-सर्जरी	जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, कार्डियोलॉजी, कार्डियो-थोरैसिक एवं वैस्कुलर सर्जरी, ओटोरहिनोलारिंजोलॉजी, ऑप्थल्मोलॉजी, ऑब्स्टेट्रिक एवं प्रसूति और स्त्री रोग, ऑर्थोपेडिक्स, पोलीट्रांमा, न्यूरो-सर्जरी और मेडिकल ऑन्कोलॉजी।

अनुलग्नक-4.6

(पैरा-4.5.2 का संदर्भ लें)

झारखंड में विशेषज्ञों के उन्नयन से पहले ईएचसीपी ने मरीजों का उपचार किया

क्र. स.	अस्पताल का नाम	एसएचए/ एसईसी द्वारा अनुमोदित संवर्द्धन	बढ़ी हुई प्रक्रिया	अवधि	एसईसीसी	
					मामलों की संख्या	दावा राशि
1.	सिंघपुर नर्सिंग होम, रांची	28/4/2021	सामान्य दवा	10/10/2018 से 15/4/2021	792	62,66,070
2.	रिंची न्यास अस्पताल, रांची	18/3/2019	नेत्र विज्ञान	13/2/2019 से 15/3/2019	1	5,000
3.	राज अस्पताल, रांची	1/10/2020	सामान्य दवाएं	28/12/2018 से 4/7/2019	2	48,780
कुल					**795**	**63,19,850**

अनुलग्नक-4.7

(पैरा-4.10 का संदर्भ लें)

झारखण्ड में नामिकायन से हटाए जाने के दौरान अस्पतालों में इलाज किए गए मरीजों का विवरण को दर्शाता विवरणी

जिले का नाम	क्र.सं.	अस्पताल का नाम	नामिकायन से हटाने की तिथि	एसईसीसी	
				मामलों की संख्या	अस्पतालों को भुगतान की गई राशि
पलामू	1.	माँ गुलाबी सेवा सदन	5/2/2019	266	21,94,350
	2.	संजीवनी अस्पताल	5/2/2019	211	13,47,310
	3.	श्री लीलावती अस्पताल	5/2/2019	585	34,21,330
	4.	लॉन्ग लाइफ हॉस्पिटल	5/2/2019	637	62,21,060
	5.	माँ तारा सेवा क्लिनिक	5/2/2019	78	4,76,860
कुल				**1777**	**1,36,60,910**

(स्रोत: लेखापरीक्षा निष्कर्ष और टीएमएस पोर्टल)

अनुलग्नक-4.8

(पैरा-4.10 का संदर्भ लें)

नामिकायन से हटाए गए अस्पतालों का विवरण

क्र.स.	राज्य	स्वैच्छिक रूप से नामिकायन से हटाए गए अस्पतालों की संख्या	स्वेच्छा से नामिकायन से हटाने के कारण	नामिकायन से हटाए गए अस्पतालों की संख्या	नामिकायन से हटाने का कारण
1.	छत्तीसगढ	--	--	3	अतिरिक्त पैसे लिए और फर्जी केस
2.	कर्नाटक	13	यूनिट/स्पेशलाइजेशन का बंद होना, इन्फ्रास्ट्रक्चर आदि नही होना	1	--
3.	महाराष्ट्र	47	कोई कारण नहीं दिया गया	46	लाभार्थियों से धन की वसूली
4.	तमिलनाडु	7	कोई कारण नहीं दिया गया	9	पैसे का संग्रह और कम प्रदर्शन
5.	केरल	3	आर्थिक रूप से अव्यवहार्य	--	--
6.	आंध्रप्रदेश	23	व्यक्तिगत कारण प्रशासनिक कारण	1	एनएबीएच प्राप्त नहीं होने के कारण
7.	झारखंड	--	--	28	अवसंरचना और डॉक्टरों की अनुपलब्धता
8.	मध्यप्रदेश	3	वित्तीय बाधाएं और कम पैकेज दरें	3	कपटपूर्ण कार्ड अनियमित पैकेज चयन आदि।
9.	पंजाब	16	चिकित्सकों की अनुपलब्धता	16	
10.	हिमाचल प्रदेश	7	कम उपचार पैकेज के कारण	13	कदाचार में शामिल होना/अंतरंग सुविधा का अभाव
11.	असम	1	कम पैकेज दरों के कारण	1	धन आदि का अवैध संग्रह।
	कुल	**120**		**121**	

अनुलग्नक-5.1

(पैरा - 5.1.1, पैरा - 5.1.2 का संदर्भ लें))

निपटान किए गए दावे तथा निपटान हेतु प्रक्रियाधीन दावों का विवरण (नवंबर 2022 तक)

(₹ करोड़ में)

राज्य/यूटी	निपटान किए गए दावे		निपटान हेतु प्रक्रियाधीन दावे	
	मामलों की सं.	राशि	मामलों की सं.	राशि
अंडमान व नोकोबार द्वीप समूह	1,369	3.54	101	0.41
अरुणाचल प्रदेश	2,343	3.43	66	0.52
असम	4,57,895	596.81	37,930	98.96
बिहार	4,16,721	419.66	23,961	39.03
चंडीगढ़	18,356	10.74	3,372	3.6
छतीसगढ़	24,02,630	2,247.45	5,12,318	609.32
डीएनएच तथा डीडी	88,972	52.22	497	0.68
गोवा	569	1.15	16	0.02
गुजरात	14,12,311	3,507.72	1,18,673	533.79
हरियाणा	4,99,210	589.24	54,979	79.54
हिमाचल प्रदेश	1,16,747	139.41	40,106	52.71
जम्मू और कश्मीर	5,19,733	728.89	55,762	118.89
झारखंड	12,32,790	1,178.03	71,969	226.72
केरल	35,34,798	2,682.43	8,43,790	985.28
लद्दाख	2,795	3.18	892	1.91
लक्षदीप	217	0.66	39	0.06
मध्य प्रदेश	16,49,758	2,455.51	3,52,049	638.57
मणिपुर	68,829	82.79	7,562	9.95
मेघालय	5,02,692	359.93	13,796	25.68
मिजोरम	67,347	67.15	10,658	14.69
नगालैंड	29,532	44.70	633	1.44
पुदुचेरी	21,868	10.08	6,517	7.68
पंजाब	11,56,514	1,267.20	1,20,901	184.92
सिक्किम	7,092	5.33	1,152	1.53
त्रिपुरा	1,53,571	106.13	14,399	17.53
उत्तर प्रदेश	13,70,739	1,422.56	1,54,143	293.31
उत्तराखंड	5,38,121	884.28	10,206	22.59

राज्य/यूटी	निपटान किए गए दावे		निपटान हेतु प्रक्रियाधीन दावे	
	मामलों की सं.	राशि	मामलों की सं.	राशि
आंध्र प्रदेश	16,94,533	3,755.83	1,63,473	370.01
कर्नाटक	27,69,335	4,324.58	8,35,447	652.69
तमिलनाडु	80,86,471	4,445.42	1,47,696	108.46
राजस्थान	4,87,487	946.92	75,893	308.63
महाराष्ट्र	26,45,888	5,954.86	1,74,902	454.28
राजस्थान	38,16,961	4,135.74	1,69,024	189.03
कुल योग	**3,57,74,194**	**42,433.57**	**40,22,922**	**6,052.43**

स्रोत: दिसंबर 2022 में एनएचए का जवाब

अनुलग्नक-5.2

(पैरा-5.1.3 का संदर्भ लें)

लिए गए समय (घंटों में) पर राज्य-वार विवरण जहां दावों को पूर्व-प्राधिकृत अनुमोदन में 12 घंटे से अधिक समय लगा

	राज्य (अस्पताल)	अधिकतम लिया गया समय घंटे में	अभिलेखों की संख्या
एपीआई	आंध्र प्रदेश	18,929	8,81,656
	अरुणाचल प्रदेश	2,429	178
	असम	5,553	33,460
	कर्नाटक	13,566	1,85,335
	महाराष्ट्र	8,405	2,97,530
	तमिलनाडु	10,657	16,28,699
	कुल	18,929	30,26,858
टीएम्एस	अंडमान व नोकोबार द्वीप समूह	697	25
	आंध्र प्रदेश	224	23
	अरुणाचल प्रदेश	99	4
	असम	7,826	20,073
	बिहार	12,821	9,195
	चंडीगढ़	6,533	6,996
	छतीसगढ़	11,131	1,45,027
	दादरा एवं नगर हवेली	3,205	3,283
	दमन एवं दीव	3,094	627
	दिल्ली	314	385
	गोवा	623	111
	गुजरात	7,704	63,181
	हरियाणा	14,524	38,482
	हिमाचल प्रदेश	11,329	3,928
	जम्मू और कश्मीर	8,534	53,602
	झारखंड	15,240	90,383
	कर्नाटक	1,093	272
	केरल	9,315	1,26,037
	मध्य प्रदेश	11,513	1,46,580
	महाराष्ट्र	5,782	3,325
	मणिपुर	6,838	1,174
	मेघालय	6,719	5,261

	राज्य (अस्पताल)	अधिकतम लिया गया समय घंटे में	अभिलेखों की संख्या
	मिजोरम	6,189	1,882
	नगालैंड	4,369	1,176
	उड़ीसा	50	5
	पुदुचेरी	1,131	705
	पंजाब	9,526	1,30,322
	राजस्थान	412	86
	सिक्किम	1,177	257
	तमिलनाडु	955	264
	तेलंगाना	481	145
	त्रिपुरा	1,343	863
	उत्तर प्रदेश	15,407	68,460
	उत्तराखंड	10,156	7,829
	पश्चिम बंगाल	216	46
	कुल	15,407	9,30,014
राष्ट्र-व्यापी		**18,929**	**39,56,872**

अनुलग्नक-5.3

(पैरा - 5.8.2.7 का संदर्भ लें)

अस्पताल में भर्ती होने की एक ही अवधि के दौरान उसी रोगी का कई अलग-अलग अस्पतालों में प्रवेश

राज्य/यूटी	मामले	मरीज शामिल			अस्पताल शामिल
		महिला	पुरुष	कुल	
असम	1,869	380	584	964	52
बिहार	361	90	203	293	44
चंडीगढ़	46	7	23	30	8
छत्तीसगढ	9,640	3,794	2,073	5,867	234
दादरा और नगर हवेली	129	51	47	98	2
दमन और दीव	1	0	1	1	1
गोवा	2	1	1	2	2
गुजरात	21,514	5,436	8,424	13,860	302
हरियाणा	2,667	620	801	1,421	134
हिमाचल प्रदेश	96	31	57	88	18
जम्मू और कश्मीर	521	166	201	367	38
झारखंड	1,942	652	673	1,325	148
कर्नाटक	4	0	2	2	1
केरल	9,632	4,003	3,008	7,011	234
मध्य प्रदेश	8,081	2,258	2,332	4,590	213
महाराष्ट्र	247	52	56	108	23
मणिपुर	147	23	43	66	4
मेघालय	3,506	1,977	497	2,474	43
मिजोरम	104	34	47	81	9
नगालैंड	167	23	43	66	8
पुदुचेरी	29	4	9	13	2
पंजाब	9,061	2,898	1,807	4,705	321
सिक्किम	28	5	3	8	3
तमिलनाडु	15	2	7	9	2
त्रिपुरा	180	68	106	174	20
उत्तर प्रदेश	3,502	878	993	1,871	321
उत्तराखंड	4,905	1,264	1,629	2,893	44
कुल योग	**78,396**	**24,717**	**23,670**	**48,387**	**2,231**

अनुलग्नक-5.4

(पैरा - 5.8.2.8 का संदर्भ लें)

(पिछले भर्ती में मरने वाले रोगी के संबंध में किए गए भुगतान का विवरण)

(राशि ₹ में)

राज्य/यूटी	दावों की संख्या	रोगियों की संख्या	भुगतान की गई राशि	इन दावों की अधिकतम पूर्व-प्रमाणित तिथि
अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	3	3	1,72,909	21-12-2020
असम	15	15	1,71,978	08-04-2021
बिहार	59	56	5,55,291	06-05-2021
चंडीगढ़	2	2	45,100	04-12-2020
छत्तीसगढ	404	365	33,70,985	19-04-2021
दादरा और नगर हवेली	138	133	11,61,625	06-05-2021
दमन और दीव	22	20	1,02,900	05-02-2021
गुजरात	51	47	17,91,748	11-02-2021
हरियाणा	406	354	54,00,995	09-06-2021
हिमाचल प्रदेश	23	21	2,62,540	04-05-2021
जम्मू और कश्मीर	59	48	10,96,909	28-06-2021
झारखंड	323	250	30,37,440	23-06-2021
केरल	1,022	966	2,60,09,723	03-07-2021
मध्य प्रदेश	447	403	1,12,69,664	08-07-2021
मणिपुर	15	15	2,60,853	26-06-2021
मेघालय	140	127	12,05,034	01-07-2021
मिजोरम	38	34	3,41,420	30-03-2021
नगालैंड	38	8	1,68,590	19-06-2020
पंजाब	265	207	47,90,424	08-07-2021
सिक्किम	5	4	22,830	08-09-2020
त्रिपुरा	43	42	1,31,580	26-04-2021
उत्तर प्रदेश	201	183	20,79,978	05-07-2021
उत्तराखंड	184	143	62,45,614	10-07-2021
कुल योग	**3,903**	**3,446**	**6,96,96,130**	

अनुलग्नक-5.5

(पैरा-5.8.2.9 का संदर्भ लें)

उन अस्पतालों की सूची जहां जनवरी 2020 के दौरान किसी भी समय भर्ती हुए रोगियों ने उनके बिस्तर क्षमता को पार किया

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
निजी	बिहार	द्रोपदी नेत्रालय प्राइवेट लिमिटेड	23-01-2021	9	19
		सर्वदृष्टि आई हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड	22-01-2021	5	12
	छत्तीसगढ	आशरी मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	25-01-2021	25	29
		गंगा नर्सिंग होम	22-01-2021	10	12
		नायक मैटरनिटी एंड सर्जिकल सेंटर	12-03-2021	10	42
		एनकेएच मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल एंड ट्रॉमा सेंटर	15-03-2021	30	34
		प्रभा हॉस्पिटल एंड ट्रॉमा सेंटर	09-03-2021	15	17
		प्रभा नर्सिंग होम	22-01-2021	20	26
		आरएसएम अस्पताल	23-03-2021	20	31
		शिवअमृता अस्पताल	13-01-2021	10	14
		श्री संकल्प छत्तीसगढ़ मिशन होस्पिटल	30-03-2021	45	65
		सोमेश्वर अस्पताल	08-02-2021	10	14
	गुजरात	अगमन डायलिसिस सेंटर	03-03-2021	9	79
		अपोलो सीबीसीसी कैंसर केयर अपोलो अमरीश ऑन्कोलॉजी सर्विस प्राइवेट लिमिटेड की एक इकाई।	06-03-2021	55	240
		अर्पण अस्पताल	19-03-2021	25	64
		आविष्कार डायलिसिस सेंटर हिम्मतनगर	06-03-2021	5	23
		बा श्रीमती लीलाबेन चिमनलाल पारिख कैंसर सेंटर	30-03-2021	25	131
		बैंकर्स हार्ट एंड मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	02-02-2021	70	75
		भारत कैंसर अस्पताल और अनुसंधान संस्थान	20-03-2021	100	161
		चरोतार मल्टीस्पेशलिटी अस्पताल	12-03-2021	30	33
		धर्मानंदन हड्डी रोग अस्पताल	26-02-2021	25	26

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		दिव्यम अस्पताल	31-03-2021	15	23
		एचईजी अस्पताल भावनगर	17-02-2021	100	126
		हेल्थ एंड केयर फाउंडेशन	02-02-2021	46	53
		हिमालय कैंसर अस्पताल और अनुसंधान केंद्र	24-02-2021	50	190
		जामनगर क्रिटिकल केयर सेंटर प्राईवेट लिमिटेड	23-03-2021	25	44
		कामेश्वर मेडिकल सेंटर	27-03-2021	6	10
		करुणा ट्रस्ट	15-02-2021	10	47
		मल्टीस्पेशियलिटी हॉस्पिटल केजल लाइफ इन	09-03-2021	50	57
		किडनी स्वास्थ्य	27-02-2021	10	31
		किडनी स्वास्थ्य मणिनगर	30-03-2021	10	40
		किरण मल्टी सुपर स्पेशलिटी हॉस्पिटल एंड रिसर्च सेंटर	27-03-2021	549	628
		कृष्णा दयालीसिस सेंटर	22-02-2021	10	35
		एलएंडटी हेल्थ एंड डायलिसिस सेंटर	24-03-2021	8	20
		एलएंडटी हेल्थ एंड डायलिसिस सेंटर	25-01-2021	8	40
		लायंस सिटी चैरिटेबल ट्रस्ट मेडिकल सेंटर	11-03-2021	5	18
		एलएनएम ग्रुप लायंस हॉस्पिटल एंड रिसर्च सेंटर	25-02-2021	40	108
		माधुरी डायलिसिस एंड रिसर्च सेंटर	09-03-2021	6	26
		माहेश्वरी डायलिसिस सेंटर	18-03-2021	13	51
		मानव सेवा संघ संचित जीवन ज्योत डायग्नोस्टिक एंड हेल्थ सेंटर	09-02-2021	12	54
		मवानी किडनी केयर	19-03-2021	6	30
		मेडिको मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड	08-03-2021	34	97
		मेडिपोलिस लाइफ केयर एलएलपी	22-03-2021	52	71
		एन. एम विरानी वॉकहार्ट अस्पताल राजकोट	06-03-2021	168	200

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		न्यूरो स्ट्रोक एंड क्रिटिकल केयर इंस्टिट्यूट	26-02-2021	26	37
		प्रार्थना क्रिटिकल केयर हॉस्पिटल	05-02-2021	10	31
		राजकोट कैंसर सोसायटी और अलाइड अस्पताल	12-03-2021	160	283
		रेनस किडनी अस्पताल	19-03-2021	6	40
		साबू किडनी केयर	27-02-2021	27	77
		सतासिया सर्जिकल अस्पताल	25-03-2021	10	12
		शालीन हेल्थकेयर प्राइवेट लिमिटेड	04-03-2021	38	202
		शंकुस अस्पताल	23-03-2021	65	397
		श्री आनंदबावा किडनी डायलिसिस सेंटर	04-03-2021	15	34
		श्री साईनाथ चैरिटेबल ट्रस्ट धरमपुर	31-03-2021	5	39
		श्री देवराजभाई बावाभाई तेजानी कैंसर संस्थान। लायंस कैंसर डिटेक्शन सेंटर ट्रस्ट द्वारा प्रबंधित	18-03-2021	50	104
		श्री धीरजलाल तोकारशी कापाड़िया डायलिसिस सेंटर	19-03-2021	11	49
		सदविचार परिवार गोधरा द्वारा संचालित स्मिताबेन वी. शाह डायलिसिस सेंटर	23-03-2021	35	65
		स्टार अस्पताल	04-03-2021	65	105
		स्टर्लिंग कैंसर अस्पताल	25-02-2021	72	216
		स्टर्लिंग अस्पताल	18-03-2021	190	297
		स्टर्लिंग रामकृष्ण स्पेशलिटी अस्पताल	10-03-2021	150	255
		उपासना किडनी अस्पताल	04-03-2021	40	143
	हरियाणा	आहूजा आई एंड डेंटल इंस्टिट्यूट	19-03-2021	16	18
		सेंटर फॉर साइट फरीदाबाद	27-03-2021	5	7
		प्रभा आई अस्पताल	01-03-2021	5	13
		रमा सुपरस्पेशलिटी एंड क्रिटिकल केयर हॉस्पिटल	21-01-2021	35	43
		सरस्वती आई केयर सेंटर	12-03-2021	8	20
	हिमाचल	ईशान आई हॉस्पिटल	21-01-2021	5	6

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
	प्रदेश				
	जम्मू और कश्मीर	वेल केयर डायलिसिस सेंटर	30-03-2021	10	35
	झारखंड	एडवांस डायम्नोस्टिक सेंटर	22-03-2021	16	24
		सिटी हॉस्पिटल	25-01-2021	10	27
		क्रेस्ट केयर हॉस्पिटल	21-02-2021	12	22
		क्यूरी अब्दुर रज्जाक अंसारी कैंसर संस्थान	18-03-2021	100	112
		दुबे नर्सिंग होम	11-03-2021	15	20
		दुर्गा नर्सिंग होम	07-02-2021	10	12
		दुर्गामणि आरोग्यम क्लिनिक और नर्सिंग होम	05-02-2021	20	21
		गुरुकृपा नर्सिंग होम	06-03-2021	10	11
		होपवेल अस्पताल	24-03-2021	19	22
		जे पी हॉस्पिटल एंड रिसर्च सेंटर	02-03-2021	24	45
		झारखंड सेवा सदन नर्सिंग होम एंड डायग्नोस्टिक सेंटर	20-02-2021	25	28
		कमल आई क्लिनिक	09-02-2021	10	18
		किडनी केयर सेंटर	27-03-2021	12	55
		लाईफ हॉस्पिटल	03-02-2021	20	27
		लोक नायक जयप्रकाश नेत्र अस्पताल	17-03-2021	44	45
		माँ जगदम्बे प्रभु सेवा	20-03-2021	15	18
		माधुरी नर्सिंग होम	24-03-2021	30	32
		महालक्ष्मी नर्सिंग होम	19-03-2021	15	20
		मंगलम नेत्रालय	29-01-2021	10	12
		मेडिट्रिना अस्पताल	12-03-2021	58	128
		मुद्रा हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड	27-03-2021	27	51
		नवजीवन अस्पताल	12-01-2021	20	24
		न्यू उधवा नर्सिंग होम	19-01-2021	23	26
		नुकेयर	05-02-2021	15	19
		ओम नर्सिंग होम	21-01-2021	20	28
		पार्वती क्लिनिक एंड रिसर्च सेंटर	31-03-2021	20	32

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		पतलावती सेवा सदन	07-03-2021	15	22
		प्रकाश आई केयर	10-02-2021	10	17
		पूर्णिमा नेत्रालय	08-03-2021	10	34
			18-03-2021	35	60
		रेनबो चिल्ड्रेन नर्सिंग होम	15-03-2021	15	29
		रेनो प्लस डायलिसिस यूनिट	18-03-2021	10	15
		आरजेएसपी कैंसर अस्पताल एवं अनुसंधान एवं पुनर्वास केंद्र	01-03-2021	30	51
		आरएनबी हॉस्पिटल एंड पाल आई रिसर्च सेंटर	06-03-2021	20	38
		साबित्री नर्सिंग होम	15-03-2021	15	16
		साई पॉली क्लिनिक नर्सिंग होम	25-01-2021	21	23
		संजीवनी सेवा सदन	07-03-2021	20	23
		सावित्री देवी मेमोरियल चैरिटेबल ट्रस्ट	20-03-2021	30	103
		शांभवी सेंटर फॉर कैंसर एंड गायनेकोलॉजी	17-02-2021	17	29
		शिव नर्सिंग होम	17-03-2021	25	48
		श्री विश्वनाथ नर्सिंग होम	10-03-2021	40	84
		श्रेष्ठ नेत्र चिकित्सालय	27-01-2021	11	49
		श्री लीलावती अस्पताल	18-01-2021	15	21
		श्रीनिवास अस्पताल	25-02-2021	30	37
		सुधीर अस्पताल	09-02-2021	20	21
		सुनीता आई हॉस्पिटल	16-01-2021	10	13
		द दरज़ा अस्पताल	11-01-2021	10	17
		विशाल सेवा सदन एंड रिसर्च सेंटर	08-01-2021	14	20
	केरल	अनियारा अस्पताल	22-03-2021	30	41
		इकरा अस्पताल सुल्तान बरहेरी	15-01-2021	60	65
		मदर केयर एंड हेल्थ सेंटर प्राइवेट लिमिटेड	26-03-2021	100	126
		थानल करुणा डायलिसिस सेंटर	27-02-2021	10	15
	मध्य प्रदेश	आरोग्य निधि अस्पताल	27-02-2021	30	36
		ऑल इज वेल मल्टी स्पेशलिटी	03-03-2021	100	102

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		हॉस्पिटल			
		अनंतश्री अस्पताल	11-01-2021	25	28
		आशा कैंसर केयर	11-03-2021	50	52
		आशा अस्पताल	13-03-2021	20	25
		भोपाल टेस्ट ट्यूब बेबी सेंटर	26-02-2021	10	17
		केयर मल्टी स्पेशलिटी अस्पताल	14-01-2021	20	40
		दीपशिखा हॉस्पिटल	04-03-2021	21	22
		गुरु आशीष हॉस्पिटल	30-03-2021	30	43
		इंडियन इंस्टीट्यूट ऑफ हेड एंड नेक ऑन्कोलॉजी इंदौर कैंसर फाउंडेशन चैरिटेबल ट्रस्ट	31-03-2021	30	48
		जवाहरलाल नेहरू कैंसर अस्पताल और अनुसंधान केंद्र	20-03-2021	100	233
		किशनानी अस्पताल	24-02-2021	15	23
		लीलावती मेमोरियल अस्पताल	10-03-2021	20	46
		नवोदय कैंसर अस्पताल	12-03-2021	35	48
		रा स्टोन एंड सर्जिकल केयर	19-01-2021	15	34
		राजदीप अस्पताल	24-02-2021	25	44
		राणा उदय अस्पताल सीहोर	27-02-2021	30	49
		रेटिना आई हॉस्पिटल	26-02-2021	10	11
		साई अस्पताल	21-01-2021	30	32
		समाधान फ्रैक्चर अस्पताल	23-02-2021	10	11
		संजीवनी मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	20-01-2021	15	18
		श्री शुभ अस्पताल	06-03-2021	20	33
		वंदना हॉस्पिटल एंड ट्रॉमा सेंटर	31-03-2021	25	29
		विधाता मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	22-03-2021	30	40
	महाराष्ट्र	रिलायंस अस्पताल मांडके फाउंडेशन की एक इकाई	22-03-2021	10	22
	पंजाब	अरोड़ा आई हॉस्पिटल एंड रेटिना सेंटर	25-03-2021	10	17
		बहगल इंस्टीट्यूट ऑफ आईटी एंड रेडिएशन टेक्नोलॉजी एंड बहगल हॉस्पिटल	05-03-2021	35	36

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		गुरुनानक मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	19-03-2021	15	16
		मित्तल हॉस्पिटल एंड हार्ट सेंटर	19-01-2021	18	46
		पीएमजी चिल्ड्रेन हॉस्पिटल	13-01-2021	25	28
		पंजाब कैंसर केयर एंड मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल	15-03-2021	25	27
		पंजाब आई अस्पताल	22-03-2021	10	14
		राजन क्लिनिक और अस्पताल	24-03-2021	10	16
		सहारा मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल	20-03-2021	20	37
		संजीवनी न्यू बोर्न एंड चाइल्ड केयर हॉस्पिटल	10-02-2021	20	36
		सेठी चिल्ड्रेन हॉस्पिटल	22-01-2021	10	34
		शिवरतन चिल्ड्रेन हॉस्पिटल	09-01-2021	10	16
		उजाला चैरिटेबल चिल्ड्रेन हॉस्पिटल	10-03-2021	18	29
		विजय किड्स सुपरस्पेशलिटी हॉस्पिटल	07-02-2021	20	24
		विक्रम न्यू बोर्न चिल्ड्रेन हॉस्पिटल एंड गगन मैटरनिटी होम	12-01-2021	27	33
	उत्तर प्रदेश	अमेठी चैरिटेबल ईवम मेडिकल संस्थान द्वारा संचालित अमेठी अस्पताल	27-02-2021	10	30
		आर्यावर्त आई हॉस्पिटल एंड रिसर्च सेंटर	11-03-2021	5	9
		बालाजी आई केयर	14-03-2021	5	10
		चौहान चिकित्सालय	21-03-2021	20	53
		आई लाईफ सेंटर	21-01-2021	5	8
		आईनोवा अस्पताल	18-03-2021	10	78
		फोकस मल्टीस्पेशलिटी सेंटर एलएलपी	10-02-2021	10	26
		गरिमा अस्पताल	09-02-2021	30	64
		गुप्ता हॉस्पिटल एंड आई केयर सेंटर	05-02-2021	10	29
		हिंदुस्तान चाइल्ड हॉस्पिटल	19-01-2021	50	54
		माता जावित्री देवी चैरिटेबल हॉस्पिटल टूंडला	04-03-2021	5	7
		मुस्तफा अस्पताल	10-02-2021	20	29
		नव जीवन ज्योति हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड	26-02-2021	20	31

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		पार्थ आई हॉस्पिटल एंड रेटिना सेंटर	17-01-2021	5	6
		एस एस हॉस्पिटल एंड सर्जिकल सेंटर पचफेनाव	08-01-2021	15	16
		श्रेया अस्पताल	21-02-2021	10	13
		उमेधा आई हॉस्पिटल	03-02-2021	10	11
	उत्तराखंड	अरिहंत एडवांस सर्जरी एंड फर्टिलिटी सेंटर देहरादून	20-01-2021	20	26
		दृष्टि सेंटर फॉर एडवांस्ड आई केयर	28-02-2021	5	8
		मेडिकेयर अस्पताल	23-02-2021	19	21
		राही केयर प्राइवेट लिमिटेड	25-03-2021	12	49
		संजीवनी मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल एविनोवा लाइफसाइंसेस प्राइवेट लिमिटेड की एक इकाई	03-03-2021	30	40
सार्वजनिक	असम	डॉ. बोरूआ कैंसर संस्थान	18-03-2021	279	414
	छत्तीसगढ़	पीएचसी आनंदगांव	23-02-2021	5	6
		पीएचसी छिंदनार	25-02-2021	6	11
		पीएचसी गुडेली	17-02-2021	6	9
		पीएचसी कोंगुड	27-03-2021	6	13
		पीएचसी लछनपुर	18-01-2021	6	9
		पीएचसी मिर्तूर	15-01-2021	10	23
		प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र इल्मिडी	18-02-2021	10	17
		प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र नवानगर	22-02-2021	5	10
		यूपीएचसी चंगोराभाटा	07-03-2021	6	8
		यूपीएचसी हीरापुर	12-01-2021	5	6
		यूपीएचसी रामनगर	05-02-2021	5	7
	गुजरात	पीएचसी चित्रसानी	22-03-2021	6	48
	झारखंड	सीएच भवनाथपुर	22-01-2021	10	13
		सीएचसी कुरु	17-02-2021	10	15
		जिला अस्पताल खूंटी	25-02-2021	60	67
		जिला अस्पताल रामगढ़	09-02-2021	60	104
		सदर अस्पताल	03-03-2021	100	106
			05-03-2021	200	336

प्रकार	राज्य	अस्पताल	उदाहरण दिनांक	बिस्तरों की संख्या	तिथि पर अधिभोग
		सदर अस्पताल लातेहार	01-03-2021	30	34
	केरल	मालाबार कैंसर सेटंर थालास्सेरी	08-03-2021	203	228
		क्षेत्रीय कैंसर केंद्र	19-02-2021	600	1,887
	मध्य प्रदेश	सरकारी कैंसर अस्पताल	31-03-2021	108	129
	पंजाब	सीएचसी अहमदगढ़	02-03-2021	30	45
		सीएचसी बंगा	19-02-2021	30	50
		सीएचसी भवानीगढ़	25-02-2021	30	33
		सीएचसी भुंगा	16-03-2021	20	34
		सीऐचसी धनौला	25-03-2021	30	31
		सीएचसी कैरों	13-03-2021	4	18
		सीएचसी कलोमज़रा	30-01-2021	6	9
		सीएचसी खियाला कलान	16-03-2021	30	31
		सीएचसी कुराली	09-02-2021	30	32
		सीएचसी निहाल सिंह वाला	08-03-2021	30	36
		सीएचसी पायल	28-03-2021	30	44
		सीएचसी टांडा	24-02-2021	30	39
		सीएचसी त्रिपरी	12-02-2021	20	27
		एसडीएच बालचौर	20-03-2021	30	46
		टाटा मेमोरियल सेंटर	15-03-2021	81	150
	त्रिपुरा	उप्ताखली प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	31-01-2021	6	7
	उत्तर प्रदेश	सीएचसी हुज़ूरपुर	12-02-2021	30	37
		सीएचसी सैफई	15-02-2021	2	4

अनुलग्नक-5.6

(पैरा-5.8.2.11 का संदर्भ लें)

(उन दावों/रोगियों का राज्य-वार विवरण जिन्होंने बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना अपना दूसरा और आगे का उपचार प्राप्त किया)

(₹ करोड़ में)

राज्य/यूटी	दावे	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना दावा	आधार प्रमाणित मरीजों के दावे	मरीज	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना मरीज	आधार प्रमाणित मरीज	भुगतान की गई राशि	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना भुगतान की गई राशि	आधार प्रमाणित मरीजों के दावों की राशि
अंडमान व नोकोबार द्वीप समूह	206	106	69.00	81	40	26.00	0.14	0.08	0.06
अरुणाचल प्रदेश	20	20	5.00	6	6	1.00			0.00
असम	64,874	64,873	185.00	10,638	10,637	36.00	40.97	40.97	0.20
बिहार	76,858	38,276	24,052.00	15,704	8,358	4,803.00	33.46	17.99	10.50
चंडीगढ़	8,750	2,665	2,329.00	611	379	307.00	2.33	1.26	1.02
छत्तीसगढ	6,12,862	6,03,378	3,65,637.00	2,08,754	2,03,624	1,32,339.00	240.30	234.86	138.11
दादरा और नगर हवेली	29,639	24,968	20,858.00	4,384	3,770	2,812.00	10.97	9.62	7.42
दमन और दीव	11,282	8,737	6,960.00	921	737	585.00	3.83	3.01	2.39
गोवा	137	123	101.00	20	15	8.00	0.19	0.17	0.13
गुजरात	3,39,836	2,05,902	1,16,607.00	85,562	52,715	36,307.00	150.28	93.91	50.54
हरियाणा	1,41,529	25,915	22,497.00	31,028	6,903	6,195.00	74.32	16.21	14.37
हिमाचल प्रदेश	38,574	33,979	24,780.00	12,201	11,084	8,485.00	30.26	28.47	20.97
जम्मू और कश्मीर	1,22,190	1,21,175	74,588.00	11,540	11,223	8,876.00	35.52	35.11	23.34

राज्य/यूटी	दावे	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना दावा	आधार प्रमाणित मरीजों के दावे	मरीज	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना मरीज	आधार प्रमाणित मरीज	भुगतान की गई राशि	बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण के बिना भुगतान की गई राशि	आधार प्रमाणित मरीजों के दावों की राशि
झारखंड	2,92,924	1,26,032	93,663.00	85,183	37,727	25,596.00	143.28	60.29	41.91
कर्नाटक	52	47	26.00	36	35	17.00	₹0.02	0.02	0.01
केरल	15,62,760	15,14,458	12,31,835.00	2,12,704	2,01,790	1,48,714.00	482.37	472.64	360.84
मध्य प्रदेश	3,66,083	2,66,706	2,00,818.00	75,918	54,950	44,432.00	232.85	160.70	126.03
महाराष्ट्र	1,754	1,365	892.00	270	179	127.00		0.00	0.00
मणिपुर	23,881	23,451	15,687.00	2,351	2,269	1,561.00	15.86	15.63	10.41
मेघालय	1,15,025	1,14,930	1,108.00	45,411	45,359	538.00	68.98	68.93	0.65
मिजोरम	20,885	20,560	6,811.00	6,794	6,656	2,359.00	19.89	19.24	6.98
नगालैंड	9,549	7,748	3,944.00	2,038	1,579	786.00	8.99	6.25	3.28
पुदुचेरी	4,599	3,822	1,859.00	158	139	80.00	0.55	0.46	0.21
पंजाब	3,57,508	2,43,468	1,44,842.00	79,241	56,798	40,517.00	208.25	146.80	100.62
सिक्किम	2,313	2,299	1,334.00	298	287	142.00	0.74	0.72	0.38
तमिलनाडु	81	70	22.00	20	19	5.00	0.05	0.05	0.03
त्रिपुरा	32,113	30,664	24,412.00	16,347	15,069	11,962.00	15.69	14.94	11.73
उत्तर प्रदेश	3,42,978	3,05,161	2,12,798.00	73,586	63,387	47,013.00	148.57	129.99	92.51
उत्तराखंड	1,66,688	1,59,920	1,41,526.00	25,961	24,448	21,350.00	103.35	100.33	87.36
कुल योग	**47,45,950**	**39,50,818**	**27,40,245.00**	**10,07,766**	**8,20,182**	**5,45,979.00**	**2,072.03**	**1,678.68**	**1,111.98**

अनुलग्नक-5.7

(पैरा - 5.9.1 का संदर्भ लें)

अक्षम कार्डों पर भुगतान

राज्य/यूटी	दावे की भुगतान की गई राशि	दावों की संख्या
पंजाब	₹ 53,50,388	756
हरियाणा	₹ 8,49,369	114
छत्तीसगढ	₹ 3,01,520	48
मध्य प्रदेश	₹ 1,34,080	11
जम्मू और कश्मीर	₹ 1,15,500	49
केरल	₹ 84,423	13
उत्तर प्रदेश	₹ 76,260	21
मेघालय	₹ 73,785	15
झारखंड	₹ 64,680	4
बिहार	₹ 36,300	2
नगालैंड	₹ 18,315	3
उत्तराखंड	₹ 16,980	28
त्रिपुरा	₹ 14,450	3
दादरा और नगर हवेली	₹ 9,000	1
हिमाचल प्रदेश	₹ 2,200	1
गुजरात		7
चंडीगढ़		4
असम		1
कुल योग	**₹ 71,47,250**	**1,081**

अस्वीकृत कार्डों पर भुगतान

राज्य	अस्वीकृति तिथि के बाद भुगतान किए गए दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावों की संख्या	दावे की भुगतान की गई राशि
पंजाब	233	189	₹ 20,42,285
छत्तीसगढ	101	77	₹ 9,55,460
मध्य प्रदेश	61	53	₹ 7,16,745
नगालैंड	16	16	₹ 3,51,180
झारखंड	63	56	₹ 3,39,212
असम	24	18	₹ 3,12,702
उत्तर प्रदेश	7	4	₹ 2,96,723
बिहार	40	30	₹ 2,83,500
जम्मू और कश्मीर	25	12	₹ 1,51,365
केरल	10	6	₹ 80,700
हरियाणा	2	1	₹ 1,500
गुजरात	8	0	
कुल योग	**590**	**462**	**₹ 55,31,372**

अनुलग्नक-5.8

(पैरा - 5.9.2 का संदर्भ लें)

ट्रिगर अलर्ट की राज्य-वार प्रतिक्रियाएं

राज्य-एसएएफयू	धोखाधड़ी	अनिर्णीत	धोखाधड़ी नहीं	लंबित	जांच के तहत	कुल योग
अंडमान व निकोबार द्वीप समूह						
ट्रिगर्स	42		828	201	216	1,287
काईस	14		258	67	66	405
अरुणाचल प्रदेश						
ट्रिगर्स				1,356		1,356
काईस				396		396
असम						
ट्रिगर्स	12		8,418	6,360	1,941	16,731
काईस	4		2,543	1,341	625	4,513
बिहार						
ट्रिगर्स	15,792		1,029	15,900	699	33,420
काईस	5,195		340	5,270	233	11,038
चंडीगढ़						
ट्रिगर्स	132		1,365	1,020		2,517
काईस	44		455	339		838
छत्तीसगढ						
ट्रिगर्स	19,911		76,380	55,866	7,086	1,59,243
काईस	5,948		25,217	18,226	2,284	51,675
दादरा और नगर हवेली						
ट्रिगर्स	3,936		68,466	9,372	1,182	82,956
काईस	1,241		22,752	3,124	389	27,506
दमन और दीव						
ट्रिगर्स	1,503		1,872	3,696	357	7,428
काईस	500		622	1,225	119	2,466
गोवा						
ट्रिगर्स	30	153	1,173	87		1,443
काईस	10	51	391	29		481
गुजरात						

राज्य-एसएएफयू	धोखाधड़ी	अनिर्णीत	धोखाधड़ी नहीं	लंबित	जांच के तहत	कुल योग
ट्रिगर्स	4,29,960	2,31,447	58,344	24,660	20,163	7,64,574
काईस	1,36,220	77,149	19,438	8,209	6,690	2,47,706
हरियाणा						
ट्रिगर्स	19,338		33,675	34,647		87,660
काईस	6,445		11,225	11,537		29,207
हिमाचल प्रदेश						
ट्रिगर्स	22,776		53,022	37,248		1,13,046
काईस	7,210		17,618	8,888		33,716
जम्मू और कश्मीर						
ट्रिगर्स	48,879		6,261	62,616	3	1,17,759
काईस	16,124		2,087	20,577	1	38,789
झारखंड						
ट्रिगर्स	1,05,987		47,655	11,574		1,65,216
काईस	34,897		15,883	3,852		54,632
कर्नाटक						
ट्रिगर्स				3		3
काईस				1		1
केरल						
ट्रिगर्स	2,841		27,381	53,547	50,811	1,34,580
काईस	809		9,027	17,356	16,834	44,026
लक्षद्वीप						
ट्रिगर्स				3		3
काईस				1		1
मध्य प्रदेश						
ट्रिगर्स	1,27,998			1,02,516		2,30,514
काईस	42,436			33,714		76,150
महाराष्ट्र						
ट्रिगर्स	1,01,259		23,856	27,729	4,635	1,57,479
काईस	33,616		7,893	9,231	1,544	52,284
मणिपुर						
ट्रिगर्स	1,647	3	12,600	3,783	18	18,051
काईस	543	1	4,196	1,261	6	6,007
मेघालय						
ट्रिगर्स	55,881		12,867	2,03,085	12	2,71,845

राज्य-एसएएफयू	धोखाधड़ी	अनिर्णीत	धोखाधड़ी नहीं	लंबित	जांच के तहत	कुल योग
कार्ड्स	18,502		4,289	67,169	4	89,964
मिजोरम						
ट्रिगर्स	6,225		35,427	1,311		42,963
कार्ड्स	1,924		11,809	407		14,140
एनए						
ट्रिगर्स				15		15
कार्ड्स				5		5
नगालैंड						
ट्रिगर्स	63,879		50,505	21,012	3	1,35,399
कार्ड्स	21,060		16,783	6,982	1	44,826
पुदुचेरी						
ट्रिगर्स	2,082		19,848	783		22,713
कार्ड्स	630		6,616	211		7,457
पंजाब						
ट्रिगर्स	1,07,703	21	18,777	30,450		1,56,951
कार्ड्स	32,548	7	6,257	9,832		48,644
सिक्किम						
ट्रिगर्स			465	3,780	33	4,278
कार्ड्स			155	1,259	10	1,424
तमिलनाडु						
ट्रिगर्स	3			3		6
कार्ड्स	1			1		2
त्रिपुरा						
ट्रिगर्स	14,052		20,808	3,516		38,376
कार्ड्स	4,633		6,934	1,154		12,721
उत्तर प्रदेश						
ट्रिगर्स	1,21,323	846	42	2,86,038		4,08,249
कार्ड्स	40,222	282	14	82,504		1,23,022
उत्तराखंड						
ट्रिगर्स	78,108		210	56,862		1,35,180
कार्ड्स	25,935		70	18,869		44,874
कुल ट्रिगर	**13,51,299**	**2,32,470**	**5,81,274**	**10,59,039**	**87,159**	**33,11,241**
कुल कार्ड्स	**4,36,711**	**77,490**	**1,92,872**	**3,33,037**	**28,806**	**10,68,916**

अनुलग्नक-6.1

(पैरा - 6.2 का संदर्भ लें)

प्रीमियम जारी करना (सहायता अनुदान)

बीमा मोड

अयुष्मान भारत राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन (एबीएनएचपीएम) के अधीन उस परिवार में सदस्यों की संख्या के निरपेक्ष एक समान प्रीमियम प्रति परिवार का खुली निविदा प्रक्रिया के माध्यम से निर्धारण किया जाएगा।

राज्य सरकार/संघ शासित क्षेत्र एबी-एनएचपीएम के कार्यान्वयन हेतु विचार किए गए पात्र लाभार्थी परिवारों हेतु प्रीमियम के अपने संबंधित हिस्से को इस उद्देश्य हेतु खोले गए एक पृथक नामित एस्क्रो खाते में जारी करेंगे, जहॉ से प्रति परिवार आधार पर बीमा कम्पनी को अदा किया जाएगा। राज्य/यूटी के हिस्से को जारी किए जाने पर राज्य/यूटी केन्द्र सरकार के हिस्से को जारी करने हेतु केन्द्र सरकार को निर्धारित दस्तावेजों सहित प्रीमियम के प्रस्ताव प्रेषित करेगा।

(i) सभी राज्यों तथा यूटी हेतु प्रीमियम की पहली किस्त:

बीमाकर्ता पॉलिसी जारी किए जाने पर, लाभार्थी परिवार इकाइयों जिनको एसएचए द्वारा लक्षित अथवा पहचान की गई है, के लिए देय प्रीमियम की प्रथम किस्त हेतु इनवाईस प्रस्तुत करेगा। इसके बाद राज्य/यूटी बीमा कम्पनी से इनवाईस की प्राप्ति से 15 कार्यदिवसों के भीतर प्रीमियम का अपना संबंधित हिस्से अर्थात् (10%/ 40% में से) के 45% अग्रिम जारी करेगा जो एसएचए द्वारा लक्षित/पहचान किए गए पात्र परिवारों की संख्या के आधार पर राज्य/यूटी की श्रेणी पर निर्भर है तथा जिसके लिए डाटा को एबी-एनएचपीएम के कार्यान्वयन हेतु राज्य/यूटी द्वारा खोले गए एक पृथक नामित एस्क्रो खाते में अपेन संबंधित प्रशासनिक व्यय हिस्से सहित बीमा कम्पनी के साथ साझा किया गया है।

इसके बाद, अपने संबंधित हिस्से के निर्गम से 15 कार्यदिवसों के भीतर राज्य/यूटी, प्रीमियम के राज्य/यूटी के हिस्से के निर्गम के दस्तावेजी प्रमाण तथा अपेक्षित दस्तावेजी साक्ष्यों एवं लागू वित्तीय प्रावधानों के अनुपालन सहित प्रीमियम के केन्द्र सरकार के समानुपातिक हिस्से

के निर्गम हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत करेगा। केन्द्र सरकार राज्य/यूटी से उचित प्रकार से पूर्ण किए गए प्रस्ताव की प्राप्ति से 21 कार्यदिवसों के भीतर अपने संबंधित हिस्से का 45% जारी करेगी जो एसएचए द्वारा लक्षित/पहचान किए गए पात्र परिवारों की संख्या के आधार पर राज्य/यूटी की श्रेणी पर निर्भर होगा।

तथापि, विधायिका रहित संघ शासित क्षेत्रों, जहॉ केन्द्र सरकार को 100% प्रीमियम वहन करना है, के मामलें में केन्द्र सरकार उचित प्रकार से पूर्ण प्रस्ताव (केन्द्र सरकार द्वारा मांगी गई सभी सूचनाओं/स्पष्टीकरणों तक सीमित न करते हुए तथा उसके समावेशन करते हुए) की प्राप्ति से 21 कार्यदिवसों के भीतर राजय/यूटी के नामित एस्को खाते में नामित एस्क्रो खाते के माध्यम से प्रीमियम (अर्थात् 100% में से) के अपने संबंधित हिस्से का 45% अदा करेगी।

इसके बाद, प्रीमियम के केन्द्र सरकार के हिस्से की प्राप्ति पर राज्य/यूटी केन्द्र सरकार को सूचना के अधीन बीमा कम्पनी को नामित एस्क्रो खाते के माध्यम से 7 कार्यदिवसों के भीतर प्रीमियम की पूवोक्त किस्त जारी करेगा।

(ii) सभी राज्यों तथा यूटी के लिए दूसरी किस्त:

दूसरी तिमाही की समाप्ति पर बीमाकर्ता उन लाभाथी परिवारों इकाइयों, जिनके लिए पहली किस्त पहले जारी की गई थी, हेतु देय प्रीमियम की दूसरी किस्त के लिए एक इनवाईस प्रस्तुत करेगा। राज्य/यूटी (विधायिका सहित), बीमा कम्पनी से इनवाईस की प्राप्ति पर 15 कार्यदिवसों के भीतर नामित एस्क्रो खाते में प्रीमियम की अपनी दूसरी किस्त, जो कि उनके संबंधित हिस्से अर्थात् (10%/ 40% में से) का 45% जारी करेगा। इसके बाद, अपने संबंधित हिस्से के निर्गम से 15 कार्यदिवसों के भीतर राज्य/यूटी प्रस्ताव प्रीमियम के राज्य/यूटी के हिस्से (सहायता अनुदान) के निर्गम के दस्तावेजो प्रमाण तथा अपेक्षित दस्तावेजी साक्ष्यों एवं लागू वित्तीय प्रावधानों के अनुपालन सहित प्रीमियम के केन्द्र सरकार के हिस्से के समानुपातिक हिस्से के निर्गम हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत करेगा। केन्द्र सरकार राज्य/यूटी से उचित प्रकार से पूर्ण किए गए प्रस्ताव की प्राप्ति से 21 कार्यदिवसों के भीतर अपने संबंधित हिस्से

का 45% जारी करेगी जो एसएचए द्वारा लक्षित/पहचान किए गए पात्र परिवारों की संख्या के आधार पर राज्य/यूटी की श्रेणी पर निर्भर होगा।

इसके बाद, प्रीमियम के केन्द्र सरकार के हिस्से की प्राप्ति पर राज्य/यूटी केन्द्र सरकार को सूचना के अधीन बीमा कम्पनी को नामित एस्क्रो खाते के माध्यम से 7 कार्यदिवसों के भीतर प्रीमियम की दूसरी किस्त जारी करेगा।

(iii) सभी राज्यों/यूटी हेतु तीसरी किस्त

पॉलिसी के 10 माह की समाप्ति पर बीमाकर्ता उन लाभार्थी परिवार इकाइयों, जिनके लिए पहले पहली तथा दूसरी किस्त जारी की गई थी, हेतु देय प्रीमियम की अंतिम किस्त हेतु इनवाईस सहित दावा निपटान रिपोर्ट प्रस्तुत करेगा। राज्य/यूटी, (विधायिका सहित) सरकार, बीमा कम्पनी से दावा निपटान रिपोर्ट/राज्य/यूटी के पास उपलब्ध वास्तविक डाटा की प्राप्ति तथा अनुमेय दावा निपटान अनुपात की उचित संतुष्टि पर, 15 कार्यदिवसों के भीतर एस्क्रो खाते में 10% का शेष देय प्रीमियम जारी करेगा अथवा बीमा कम्पनी से प्रीमियम की वापसी की मॉंग करेगा अथवा प्रीमियम का समानुपातिक राज्यों/यूटी का हिस्सा जारी करेगा, जैसा भी मामला हो जो दावा निपटान परिदृश्य पर आधारित होगा। इसके बाद प्रीमियम के उनके निर्गम के 15 कार्यदिवसों के भीतर वे केन्द्र सरकार को बीमा कम्पनी को प्रीमियम की अंतिम किस्त के रूप में एस्क्रो खाते में दावा निपटान परिदृश्य के आधार पर प्रीमियम का 10 *प्रतिशत* अथवा सामानुपाति प्रीमियम, जैसा भी मामला हो, जारी करने का प्रस्ताव प्रस्तुत करेंगे।

केन्द्र सराकार राज्य/यूटी से उचित प्रकार से पूर्ण किए गए प्रस्ताव की प्राप्ति से 21 कार्यदिवसों के भीतर प्रीमियम का उपयुक्त समानुपातिक संबंधित हिस्सा जारी करेगी जो एसएचए द्वारा लक्षित/पहचान किए गए पात्र परिवारों की संख्या के आधार पर राज्य/यूटी की श्रेणी पर निर्भर होगा।

इसके बाद, प्रीमियम के केन्द्र सरकार के हिस्से की प्राप्ति पर राज्य/यूटी केन्द्र सरकार को सूचना के अधीन बीमा कम्पनी को नामित एस्क्रो खाते के माध्यम से 7 कार्यदिवसों के भीतर प्रीमियम की अंतिम किस्त जारी करेगा।

ट्रस्ट मोड

निधियां जारी करने की प्रक्रिया निम्नानुसार होगी:

राज्य/यूटी एबी-पीएमजेएवाई के कार्यान्वयन हेतु राज्यों/यूटी द्वारा खोले गए एसएचए के अलग नामित एस्क्रो खाते में अपने प्रशासनिक व्यय के हिस्से सहित अपने हिस्से की अग्रिम जारी करेगा जो राज्य/यूटी की श्रेणी पर निर्भर होगा।

केन्द्र सरकार फिर राज्य सरकार से उचित प्रकार से पूर्ण प्रस्ताव की प्राप्ति से 21 कार्य दिवसों के भीतर संबंधित राज्य/यूटी के एसएचए के नामित एस्क्रो खाते में एनएचए के नामित एस्क्रो खाते के माध्यम से सहायता अनुदान का अपना हिस्सा जारी करेगी।

इसके बाद, सहायता अनुदान के केन्द्र सरकार के हिस्से की प्राप्ति पर राज्य/यूटी 7 कार्यदिवसों के भीतर बीमा कम्पनी को एसएचए एस्क्रो खाते से प्रीमियम का पूर्वोत्तर हिस्सा जारी करेगा।

पहले वर्ष में:

सहायता अनुदान के केन्द्र सरकार के हिस्से की वार्षिक अधिकतम सीमा में से 50% सहायता अनुदान की पहली किस्त को एसईसीसी डाटाबेस के अनुसार कुल लक्षित परिवारों अथवा एसईसीसी डाटाबेस के साथ साथ मैप किए गए लाभार्थी परिवारों की संख्या जैसा भी मामला हो, हेतु एस्क्रो खाते के माध्यम से अग्रिम के रूप में जारी किया जाएगा। 25% की दूसरी किस्त भी एसएचए को पहले जारी प्रथम किस्त के कम से कम 75% उपयोग के दस्तावेजी प्रमाण के प्रस्तुतीकरण के तहत, दूसरी तिमाही की समाप्ति तक अग्रिम के रूप में अदा की जाएगी। इसके अतिरिक्त, पूर्ण एवं अंतिम निर्गम के रूप में सहायता अनुदान की अंतिम किस्त पिछली तिमाही में पहले जारी किस्तों के उपयोग प्रमाण-पत्र तथा राज्य/यूटी द्वारा किए गए प्रमाणित व्यय की वास्तविक राशि की प्राप्ति पर जारी की जाएगी।

दूसरे वर्ष तथा आगे के लिए:

सहायता अनुदान के केन्द्र सरकार के कुल हिस्से में से 50% सहायता अनुदान की पहली किस्त को एस्क्रो खाते के माध्यम से अग्रिम के रूप में, भारत सरकार द्वारा निर्धारित अधिकतम वार्षिक अनुमेय सीमा के तहत एबीएनएचपीएम लाभार्थी परिवारों के उपचार के

प्रति पिछले वर्ष में किए गए वास्तविक व्यय, जो भी कम हो या जैसा भी मामला हो, के आधार पर जारी किया जाएगा। 25% की दूसरी किस्त भी एसएचए को पहले जारी प्रथम किस्त के कम से कम 75 प्रतिशत उपयोग के दस्तावेजी प्रमाण के प्रस्तुतीकरण के तहत दूसरी तिमाही की समाप्ति तक अग्रिम के रूप में अदा की जाएगी। आगे, पूर्ण एवं अंतिम निर्गम के रूप में सहायता अनुदान की अंतिम किस्त पिछली तिमाही में पहले जारी किस्तों के उपयोग प्रमाण-पत्र की प्राप्ति पर जारी की जाएगी।

अनुलग्नक-6.2

(पैरा - 6.2.2 का संदर्भ लें)

राज्यों/यूटी को राज्य/यूटी-वार तथा और मोड-वार अनुदान जारी करना

(₹ करोड़ में)

क्रम सं.	राज्य/यूटी	कार्यान्वयन मोड	2018-19		2019-20		2020-21	
			कार्यान्वयन	प्रशासन	कार्यान्वयन	प्रशासन	कार्यान्वयन	प्रशासन
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	ट्रस्ट	0.10	0.05	0.00	0.41	0.14	0.13
2.	आंध्र प्रदेश	ट्रस्ट	174.55	8.30	357.47	16.59	248.99	12.24
3.	अरुणाचल प्रदेश	ट्रस्ट	2.10	0.20	0.00	0.00	0.00	0.67
4.	असम	ट्रस्ट	15.00	6.08	126.03	7.21	11.36	0.75
5.	बिहार	ट्रस्ट	71.93	16.34	78.07	4.42	0.00	0.00
6.	चंडीगढ़	ट्रस्ट	0.50	0.18	3.28	0.53	1.84	0.00
7.	छत्तीसगढ	ट्रस्ट	211.84	5.59	274.78	5.59	112.62	0.00
8.	दादरा और नगर हवेली	बीमा	3.09	0.16	1.69	0.34	3.17	0.00
9.	दमन और दीव	बीमा	0.96	0.05	0.00	0.00	1.07	0.00
10.	गोवा	ट्रस्ट	0.58	0.06	0.00	0.06	0.00	0.49
11.	गुजरात	मिश्रित:	70.78	6.73	212.33	0.00	90.53	9.31
12.	हरियाणा	ट्रस्ट	24.49	2.33	53.51	5.17	68.89	3.04
13.	हिमाचल प्रदेश	ट्रस्ट	16.56	0.62	19.12	0.00	30.44	2.48
14.	जम्मू और कश्मीर	बीमा	19.26	1.38	28.88	4.56	22.70	0.00
15.	झारखंड	मिश्रित	165.96	4.21	126.50	0.00	100.32	0.00
16.	कर्नाटक	ट्रस्ट	150.00	9.31	241.48	12.65	145.72	15.13
17.	केरल	ट्रस्ट	25.00	0.00	97.56	0.00	138.11	7.50
18.	लद्दाख	बीमा	0.00	0.00	0.00	0.00	1.12	0.50
19.	लक्षद्वीप	ट्रस्ट	0.00	0.004	0.00	0.00	0.00	0.00
20.	मध्य प्रदेश	ट्रस्ट	60.00	12.57	118.46	0.00	150.37	14.43
21.	महाराष्ट्र	मिश्रित	253.77	12.55	241.88	0.00	376.65	0.00
22.	मणिपुर	ट्रस्ट	6.56	0.62	14.24	2.87	11.45	0.00
23.	मेघालय	बीमा	14.78	0.78	18.07	0.00	47.64	1.88
24.	मिजोरम	ट्रस्ट	16.60	0.88	10.36	2.06	14.44	0.54
25.	नगालैंड	बीमा	4.20	0.52	9.32	1.57	12.27	0.00
26.	पुदुचेरी	ट्रस्ट	1.21	0.31	0.00	0.00	1.23	0.00
27.	पंजाब	बीमा	0.00	2.24	47.90	7.65	46.85	0.00
28.	राजस्थान	बीमा	0.00	0.00	200.07	0.00	251.71	6.60

क्रम सं.	राज्य/यूटी	कार्यान्वयन मोड	2018-19		2019-20		2020-21	
			कार्यान्वयन	प्रशासन	कार्यान्वयन	प्रशासन	कार्यान्वयन	प्रशासन
29.	सिक्किम	ट्रस्ट	0.94	0.09	0.00	0.09	1.51	0.34
30.	तमिलनाडु	मिश्रित	293.32	11.66	441.77	0.00	359.81	0.00
31.	त्रिपुरा	ट्रस्ट	11.70	1.11	15.10	5.08	8.98	0.00
32.	उत्तर प्रदेश	ट्रस्ट	67.30	17.71	129.80	17.69	150.00	17.63
33.	उत्तराखंड	ट्रस्ट	10.12	2.42	23.44	7.29	40.52	0.00
34.	पश्चिम बंगाल	लागू नहीं	30.45	0.83	0.00	0.00	0.00	0.00
कुल योग			**1723.66**	**125.89**	**2891.12**	**101.83**	**2450.45**	**93.67**

(नोट: महत्वपूर्ण = कार्यान्वयन, प्रशासन = प्रशासनिक)

अनुलग्नक-6.3

(पैरा - 6.5 का संदर्भ लें)

एसएचए द्वारा अनुमोदनों का विपथन

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	राज्य/यूटी	वर्ष	निम्न से विपथित निधियां	निम्न को विपथित निधियां	राशि	अभ्युक्तियां
1.	डीएनएच-डीडी	2019-20	पीएमजेएवाई प्रशासनिक	पीएमजेएवाई कार्यान्वयन	0.09	प्रशासनिक खाते से ₹ 0.09 करोड़ का बीमा प्रीमियम (डीएनएच का यूटी अंश) अदा किया गया।
2.	हिमाचल प्रदेश	2018-19	कार्यान्वयन	प्रशासनिक	1.55	प्रशासनिक व्यय हेतु
		2018-21	पीएमजेएवाई प्रशासनिक अनुदान	राज्य स्वास्थ्य योजना (हिमकेयर)	0.64	राज्य स्वास्थ्य योजना हेतु कार्य कर रहे आउटसोर्स स्टाफ को किए गए भुगतान को पीएमजेएवाई पर प्रभारित किया
		-वही-	-वही-	-वही-	0.66	
3.	झारखण्ड	लागू नहीं	कार्यान्वयन (अस्पतालों को दावों के भुगतान के लिए)	एनआईसी को प्रीमियम का भुगतान	29.60	एनएचए द्वारा अस्पताल को दावों के भुगतान हेतु जारी अनुदान का एनआईसी को प्रीमियम के प्रति विपथन किया गया था।
4.	नागालैण्ड	2018-19	पीएमजेएवाई प्रशासनिक अनुदान	पीएमजेएवाई कार्यान्वयन	0.47	22-09-2019 को समाप्त हो रही पॉलिसी अवधि के ₹ 46.62 लाख की राज्य अंश (पहली किस्त) को राज्य अंश के निर्गम में विलम्ब के कारण एनएचए द्वारा जारी प्रशासनिक लागत से अदा किया गया।
5.	राजस्थान	2019-21	-वही-	पुरानी राज्य स्वास्थ्य योजना (बीएसबीवाई)	1.56	पुरानी राज्य स्वास्थ्य योजना (बीएसबीवाई) हेतु आईईसी गतिविधियों पर किए गए व्यय को पीएमजेएवाई को प्रभारित किया गया था।

क्र.सं.	राज्य/यूटी	वर्ष	निम्न से विपथित निधियां	निम्न को विपथित निधियां	राशि	अभ्युक्तियां
6.	तमिलनाडु	2018-19	पीएमजेएवाई प्रशासनिक अनुदान	जीओटीएन खाता	11.61	₹11.61 करोड़ का दो किस्तों अर्थात् 30/7/2019 को ₹7.43 करोड़ तथा 16/3/2020 को ₹4.18 करोड़ में जीओटीएन खाते में प्रेषण किया गया था।
7.		2018-19	पीएमजेएवाई प्रशासनिक अनुदान	**32** जिलों के स्वास्थ्य सेवाओं के संयुक्त निदेशक	4.22	राशि को एक वर्ष के पश्चात 29.01.2020 को एसएचए द्वारा प्रशासनिक खाते में वापस किया गया था।
8.	उत्तराखण्ड	2018-19	पीएमजेएवाई कार्यान्वयन	पीएमजेएवाई प्रशासनिक	0.21	प्रशासनिक लागत को पूरा करने के लिए।
कुल					**50.61**	

अनुलग्नक-6.4

(पैरा - 6.6 का संदर्भ लें)

राज्यों/यूटी के पास अव्ययित पड़े प्रशासनिक अनुदान

(₹ करोड़ में)

क्रम सं.	राज्य/यूटी	निधि उपलब्ध $			उपयोग की गई निधियां (व्यय)			अव्ययित शेष राशि (उपलब्ध निधि के संबंध में 1%) आयु		
		2018-19	2019-20	2020-21	2018-19	2019-20	2020-21	2018-19	2019-20	2020-21
1	2	3	4	5	6	7	8	9 (3-6)	10 (4-7)	11 (5-8)
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	0.05	0.46	0.38	0	0.22	0.32	0.05 (100%)	0.24 (52%)	0.06 (16%)
2.	असम	6.08	10.99	5.24	3.10	7.18	2.23	2.98 (49 %)	3.81 (35 %)	3.01 (57 %)
3.	बिहार	16.34	32.19	17.29	2.40	14.90	14.17	13.94 (85 %)	17.29 (54 %)	3.12 (18 %)
4.	चंडीगढ़	0.18	0.71	0.57	0	0.14	0.25	0.18 (100%)	0.57 (80 %)	0.32 (56 %)
5.	दादरा नगर हवेली	0.16	0.50	0.33	0	0.17	0.32	0.16 (100%)	0.33 (66 %)	0.01
6.	दमन और दीव	0.05	0.05	0.02	0	0.03	0	0.05 (100%)	0.02 (40 %)	0.02 (100%)
7.	हिमाचल प्रदेश	2.25	1.22	3.20	1.03	1.22	1.36	1.22 (54 %)	0	1.84 (58 %)
8.	जम्मू और कश्मीर	1.65	7.10	6.00	0.43	1.54	2.11	1.22 (74 %)	5.56 (78 %)	3.89 (65 %)
9.	केरल	1.00	1.00	14.50	0	0	3.19	1.00 (100%)	1.00 (100%)	11.31 (78 %)
10.	लद्दाख	-	-	0.50	-	-	0.09	-	-	0.41 (82 %)
11.	मध्य प्रदेश	30.57	26.90	35.01	3.67	6.32	8.62	26.90 (88 %)	20.58 (77 %)	26.39 (75 %)
12.	मणिपुर	0.69	3.48	3.17	0.47	0.82	0.54	0.22 (32 %)	2.66 (76 %)	2.63 (83 %)
13.	मेघालय	18.75	38.36	45.11	1.02	2.27	2.11	17.73 (95 %)	36.09 (94 %)	43.00 (95 %)
14.	पुदुचेरी	0.31	0.19	0.50	0.30	0.19	0.11	0.01	0	0.39 (78 %)
15.	पंजाब	2.24	12.52	12.76	0.04	1.81	2.83	2.20 (98 %)	10.71 (86 %)	9.93 (78 %)

क्रम सं.	राज्य/यूटी	निधि उपलब्ध $			उपयोग की गई निधियां (व्यय)			अव्ययित शेष राशि (उपलब्ध निधि के संबंध में 1%) आयु		
		2018-19	2019-20	2020-21	2018-19	2019-20	2020-21	2018-19	2019-20	2020-21
16.	राजस्थान	0	1.42	11.71	0	1.42	8.40	0	0	3.31 (28 %)
17.	तमिलनाडु	11.65	-	-	0.05	-	-	11.60 (99 %)	-	-
18.	त्रिपुरा	-	5.89	4.31	-	1.58	1.73	-	4.31 (73 %)	2.58 (60 %)
19.	उत्तर प्रदेश	29.50	46.41	48.05	12.39	27.99	22.00	17.11 (58 %)	18.62 (40 %)	26.05 (54 %)
20.	उत्तराखंड	2.69	11.54	6.35	0.28	5.20	4.95	2.41 (90 %)	6.34 (55 %)	1.40 (22 %)
कुल								**98.98**	**128.13**	**139.67**

($ नोट: उपलब्ध निधि = केंद्रीय हिस्सा + राज्य का हिस्सा + पिछले साल की अंत शेष)

अनुलग्नक-6.5

(पैरा - 6.7 का संदर्भ लें)

एसएचए द्वारा अर्जित ब्याज

(₹ लाख में)

क्रम सं.	राज्य/यूटी	ब्याज की राशि			कुल	टिप्पणियां
		2018-19	2019-20	2020-21		
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	0.08	0.65	0.31	1.04	--
2.	बिहार				927.18	आरएसबीवाई निधि पर, राज्य लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में वर्ष-वार विवरण उपलब्ध नहीं
3.	चंडीगढ़	0.30	0.58	1.59	2.47	--
4.	जम्मू और कश्मीर	2.27	2.99	3.12	8.38	--
5.	झारखंड				52.85	सितंबर 2018 से नवंबर 2021 तक
6.	मध्य प्रदेश	62.05	194.72	138.04	394.81 (-)257.00 137.81	₹ 3.95 करोड़ के कुल ब्याज में से ₹ 2.57 करोड़ एनएचए को हस्तांतरित
7.	पुदुचेरी				5.87	स्थापना से लेकर मार्च 2021 तक
8.	राजस्थान	0	0	499.07	499.07	2020-21 के दौरान प्राप्त अनुदान पर ब्याज
9.	तमिलनाडु	0	456.00	96.00	552.00	कार्यान्वयन और प्रशासन खाते पर क्रमशः ₹ 4.56 करोड़ और ₹ 0.96 करोड़।
10.	उत्तराखंड				29.94	मार्च 2021 तक एनएचए की स्थापना के बाद से ब्याज का हिस्सा
कुल					**2216.61**	

अनुलग्नक-6.6

(पैरा - 6.8 का संदर्भ लें)

दावा निपटान अनुपात के परिकलन हेतु फार्मूला

प्रीमियम के निर्गम से संबंधित दिशा-निर्देशों ने प्रावधान किया कि बीमाकर्ता को प्रीमियम वापस करना अपेक्षित होगा यदि वे बीमा पॉलिसी अवधि में अदा किए गए प्रीमियम (जीएसटी एवं अन्य कर/शुल्क को हटाकर) की तुलना में विनिर्दिष्ट दावा अनुपात को प्राप्त करने में विफल होता है। प्रीमियम वापसी नीचे विस्तार दिए गए फार्मूला के अनुसार की जाएगी:

एबी-पीएमजेएवाई के संबंध में परिभाषित दावा अनुपात पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदित राशि घटा रद्द एवं अस्वीकृत दावों की राशि को बीमाकर्ता को प्रतिशतता में देय कुल प्रीमियम से भाग करके होगा। कुल देय प्रीमियम= प्रीमियम दर प्रति परिवार * शामिल परिवारों की संख्या। नूमरेटर तथा डिनोमिनेटर दोनों बीमा पॉलिसी की उसी अवधि के लिए होगें। पॉलिसी अवधि में प्रवेश की तिथि सहित सभी पूर्व-प्राधिकरण का हिसाब लिया जाएगा।

ए. एसएचए बीमाकर्ता को राज्य/यूटी के लिए पॉलिसी कवर अवधि (तीसरे वर्ष के लिए नवीकरण पर निर्भर करता है) के सभी 24/36 महीनों हेतु बीमाकर्ता औसतन दावा अनुपात को बताते हुए एक पत्र जारी करेगा। पत्र में एसएचए बीमाकर्ता द्वारा वापस की जाने वाली प्रीमियम की राशि की बाध्यता को सूचित करेगा। वापस किए जाने वाले प्रीमियम की राशि को नीचे उल्लिखित प्रावधानों के अनुसार परिकलित किया जाएगा।

बी. प्रबंधन के व्ययों (केवल सेवा कर एवं उपकर, यदि लागू हो, को हटाकर सभी लागतों सहित) हेतु एक परिभाषित प्रतिशत का समायोजन करने के बाद तथा सभी दावों का निपटान करने के बाद, यदि कोई आधिक्य है: शेष आधिक्य के 100 प्रतिशत को बीमाकर्ता द्वारा 30 दिनों के भीतर एसएचए को वापस किया जाना चाहिए। प्रतिशतता जिसे वापस किए जाने की आवश्यकता है, निम्नानुसार होगी:

- श्रेणी ए राज्यों में:

i. यदि दावा अनुपात 60% से कम है तो प्रशासनिक लागत 10% अनुमत की गई

ii. यदि दावा अनुपात 60-70% के बीच है तो प्रशासनिक लागत 15% अनुमत की गई

iii. यदि दावा अनुपात 70-80% के बीच है तो प्रशासनिक लागत 20% अनुमत की गई

- श्रेणी बी राज्यों में:

i. यदि दावा अनुपात 60% से कम है तो प्रशासनिक लागत 10% अनुमत की गई

ii. यदि दावा अनुपात 60-70% के बीच है तो प्रशासनिक लागत 12% अनुमत की गई

iii. यदि दावा अनुपात 70-85% के बीच है तो प्रशासनिक लागत 15% अनुमत की गई

सी. जैसा उपरोल्लिखित फार्मूला के माध्यम से निर्धारित किया गया पूर्ण अधिशेष को बीमाकर्ता द्वारा एसएचए को 30 दिनों के भीतर वापस किया जाना चाहिए।

डी. यदि बीमाकर्ता एसएचए द्वारा सूचना की तिथि से 30 दिनों के भीतर वापसी राशि के भुगतान में विलम्ब करता है या अदा करने में विफल होता है तो बीमाकर्ता ऐसी 30 दिनों की अवधि के बाद प्रत्येक 7 दिनों के विलम्ब हेतु एसएचए को देय वापसी राशि के एक प्रतिशत की दर पर ब्याज अदा करने का उत्तरदायी होगा।

ई. यदि बीमाकर्ता ऐसी 90 दिनों के भीतर प्रीमियम तथा/या उस पर चूक ब्याज वापस करने में विफल होता है तो एसएचए बीमाकर्ता से कानूनी उपचारात्मक प्रक्रियाओं के माध्यम से देय ऋण के रूप में ऐसी राशि वसूलने का हकदार होगा।

श्रेणी ए राज्य/यूटी	अरूणाचल प्रदेश, गोवा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, एनसीटी दिल्ली, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड तथा 6 संघ शासित क्षेत्र (अण्डमान एवं निकोबार द्वीप समूह, चण्डीगढ़, दादर एवं नगर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप तथा पुदुचेरी)।
श्रेणी बी राज्य/यूटी	आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल।

अनुलग्नक-6.7

(पैरा - 6.8 का संदर्भ लें)

बीमा कंपनियों द्वारा प्रीमियम की वापसी न करना

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	राज्य/यूटी	आईसी का नाम	पॉलिसी अवधि	आईसी से वसूली के लिए देय दावे की राशि	वसूली गई दावे की राशि	शेष वसूली योग्य राशि
1.	गुजरात	ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	01.10.2018 से 30.09.2019	2.12	0	2.12
			01.10.2019 से 30.09.2020	52.83	0	52.83
2.	जम्मू और कश्मीर	बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	01.12.2018 से 30.11.2019	17.80	16.85	0.95
3.	लद्दाख	बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	01.03.2020 से 25.12.2020	0.55[4]	0	0.55
4.	महाराष्ट्र	नैशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	मार्च 2020 तक	214.00	0	214.00
		यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी	अप्रैल 2020 से	265.86	193.55	72.31
5.	मेघालय	रिलायंस जनरल इंश्योरेंस कंपनी	01.02.2019 से 31.01.2020	36.12	31.51	4.61
6.	तमिलनाडु	यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	11.01.2018 से 10.01.2021	110.82	0	110.82[5]
कुल				**700.10**	**241.91**	**458.19**

[4] ₹ 0.50 करोड़ (बीमा प्रीमियम) + ₹ 0.05 करोड़ (दंडात्मक ब्याज) = ₹ 0.55 करोड़

[5] ₹ 66.49 करोड़ (एनएचए का 60 *फीसदी* हिस्सा) + ₹ 44.33 करोड़ (40 *फीसदी* एसएचए हिस्सा) = ₹110.82 करोड़

अनुलग्नक-6.8

(पैरा - 6.10 का संदर्भ लें)

लेखे के लेखापरीक्षित विवरण प्राप्त किए बिना एसएचए को अनुदान जारी करना

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	राज्य/यूटी	प्राप्त यूसी की संख्या	वर्ष	जारी अनुदान की राशि		कुल	क्या यूसी पर एसएचए के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षर किए गए (हां/नहीं)
				जीआईए-कार्यान्वयन	जीआईए-प्रशासन		
1.	अण्डमान और निकोबार	6	2018-19	0.10	0.05	0.15	हाँ
			2019-20	0	0.41	0.41	
			2020-21	0.14	0.13	0.27	
2.	असम	23	2018-19	15	6.08	21.08	हाँ
			2019-20	126.03	7.21	133.24	
			2020-21	11.36	0.75	12.11	
3.	बिहार	6	2018-19	71.93	16.34	88.27	हाँ
			2019-20	78.07	4.42	82.49	
			2020-21	0	0	0	
4.	चंडीगढ़	13	2018-19	0.50	0.18	0.68	हाँ
			2019-20	3.28	0.53	3.81	
			2020-21	1.84	0	1.84	
5.	छत्तीसगढ	15	2018-19	211.84	5.59	217.43	नहीं
			2019-20	274.78	5.59	280.37	
			2020-21	112.62	0	112.62	
6.	दादरा और नगर हवेली	18	2018-19	3.09	0.16	3.25	हाँ
			2019-20	1.69	0.34	2.03	
			2020-21	3.17	0	1.25	
7.	गोवा	13	2018-19	0.58	0.60	1.18	हाँ
			2019-20	0	0.06	0.06	
			2020-21	0	0.49	0.49	
8.	गुजरात	15	2018-19	70.78	6.73	77.51	नहीं
			2019-20	212.33	0	212.33	
			2020-21	90.53	9.31	99.84	
9.	जम्मू और कश्मीर	23	2018-19	19.26	1.38	20.64	नहीं
			2019-20	28.88	4.56	33.44	
			2020-21	22.70	0	22.70	

क्र.सं.	राज्य/यूटी	प्राप्त यूसी की संख्या	वर्ष	जारी अनुदान की राशि		कुल	क्या यूसी पर एसएचए के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षर किए गए (हां/नहीं)
				जीआईए-कार्यान्वयन	जीआईए-प्रशासन		
10.	झारखंड	2	2018-19	165.96	4.21	170.17	नहीं
			2019-20	126.50	0	126.50	
			2020-21	100.32	0	100.32	
11.	कर्नाटक	1	2018-19	150.00	9.31	159.31	हाँ
			2019-20	241.48	12.65	254.13	
			2020-21	145.72	15.13	160.85	
12.	लद्दाख	1	2018-19	0	0	0	हाँ
			2019-20	0	0	0	
			2020-21	1.12	0.50	1.62	
13.	मणिपुर	34	2018-19	6.56	0.62	7.18	हाँ
			2019-20	14.24	2.87	17.11	
			2020-21	11.45	0	11.45	
14.	पुदुचेरी	4	2018-19	1.21	0.31	1.52	हाँ
			2019-20	0	0	0	
			2020-21	1.23	0	1.23	
15.	पंजाब	11	2018-19	0	2.24	2.24	नहीं (सीए द्वारा हस्ताक्षरित कुछ यूसी)
			2019-20	47.90	7.65	55.55	
			2020-21	46.85	0	46.85	
16.	राजस्थान	8	2018-19	0	0	0	नहीं
			2019-20	200.07	0	200.07	
			2020-21	251.71	6.60	258.38	
17.	सिक्किम	13	2018-19	0.94	0.09	1.03	हाँ
			2019-20	0	0.09	0.09	
			2020-21	1.51	0.34	1.85	
18.	तमिलनाडु	6	2018-19	293.32	11.66	304.98	नहीं
			2019-20	441.77	0	441.77	
			2020-21	359.81	0	359.81	
कुल		**212**		**3970.17**	**145.18**	**4113.50**	

अनुलग्नक-6.9

(पैरा - 6.10 का संदर्भ लें)

एसएचए द्वारा एनएचए को प्रस्तुत किए गए गलत/बढ़े हुए यूसी का विवरण

(₹ करोड़ में)

क्रं.सं.	राज्य/यूटी	खाते का शीर्ष जिसके अंतर्गत अनुदान प्राप्त हुआ	अवधि	एनएचए को प्रस्तुत करने के लिए आवश्यक यूसी की राशि	एनएचए को दी गई यूसी की राशि	यूसी द्वारा फुलाया गया
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7 (6-5)**
1.	हिमाचल प्रदेश	कार्यान्वयन	2018-19	2.74	15.67	12.93
2.	जम्मू और कश्मीर	कार्यान्वयन	2018-19	21.40	22.30	0.90
			2019-20	32.09	33.71	1.62
		प्रशासनिक	2018-19	0.43	1.58	1.15
			2019-20	1.54	5.66	4.12
3.	मध्य प्रदेश	कार्यान्वयन	2019-20	123.57	124.03	0.46
		प्रशासनिक	2019-20	1.75	1.85	0.10
			2020-21	4.04	5.85	1.81
4.	राजस्थान	प्रशासनिक	2020-21	0.04	0.08	0.04
5.	तमिलनाडु	प्रशासनिक	2018-19	0.04	11.65	11.61
6.	उतराखंड	कार्यान्वयन	2020-21	3.04	6.36	3.32
		प्रशासनिक	2020-21	0.97	1.15	0.18
कुल				**191.65**	**229.89**	**38.24**

अनुलग्नक-7.1

(पैरा - 7.3.1 का संदर्भ लें)

एसएचए में स्वीकृत संख्या के सापेक्ष तैनात कार्यबल में कमी

क्रं.स.	राज्य/यूटी	इकाई का नाम	स्वीकृत कार्यबल	कार्यबल स्थिति	कमी	कमी की प्रतिशतता
1.	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	एसएचए	4	1	3	75
2.	आंध्र प्रदेश	क्षेत्र इकाई	230	178	52	22
3.	असम	अटल अमृत अभियान सोसायटी	51	15	36	70
4.	बिहार	एस एच ए	183	81	102	56
5.	छत्तीसगढ	एसएचए	81	56	25	31
6.	दादरा नगर हवेली और दमन और दीव	एसएचए	7	3	4	57
7.	गुजरात	एसएचए	80	41	39	49
8.	हरियाणा	एसएचए	279	178	101	36
9.	जम्मू और कश्मीर	एसएचए	27	13	14	52
10.	कर्नाटक	एसएचए	288	217	71	25
11.	मध्य प्रदेश	एसएचए	78	38	40	51
12.	मणिपुर	एसएचए	17	6	11	65
13.	पंजाब	एसएचए	29	11	18	62
14.	राजस्थान	एसएचए	12	10	2	17
15.	त्रिपुरा	एसएचए	13	11	2	15
16.	उत्तराखंड	एसएचए	74	38	36	49
17.	उत्तर प्रदेश	एसएचए	87	51	36	41

अनुलग्नक-7.2

(पैरा - 7.11 का संदर्भ लें)

प्रत्येक प्रकार के लेखापरीक्षा के लिए आईएसए तथा एसएचए द्वारा लेखापरीक्षा के लिए न्यूनतम नमूना

क्र.सं.	लेखापरीक्षा प्रकार	बीमाकर्ता/टीपीए लेखापरीक्षा के लिए नमूना	एसएचए लेखा परीक्षा के लिए नमूना
1	चिकित्सा लेखा परीक्षा	अस्पताल में भर्ती कुल मामलों का 5%	2% प्रत्यक्ष लेखा परीक्षा + बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखापरीक्षाओं का 2%
2	मृत्यु लेखा परीक्षा	100%	100%
3	अस्पताल लेखा परीक्षा	प्रत्येक नामिकागत अस्पताल साल में कम से कम दो बार	प्रत्येक नामिकागत अस्पताल साल में कम से कम दो बार
4	लाभार्थी लेखा परीक्षा (अस्पताल में भर्ती के दौरान)	कुल मामलों का 10% अस्पताल में भर्ती	5% प्रत्यक्ष लेखा परीक्षा + बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 10%
5	लाभार्थी लेखा परीक्षा (डिस्चार्ज के बाद - टेलीफोन के माध्यम से)	कुल मामलों का 10% अस्पताल में भर्ती	5% प्रत्यक्ष लेखा परीक्षा + बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 10%
6	लाभार्थी लेखा परीक्षा (डिस्चार्ज के बाद - गृह भ्रमण के माध्यम से)	अस्पताल में भर्ती कुल मामलों का 5%	2% प्रत्यक्ष लेखा परीक्षा + बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखापरीक्षाओं का 2%
7	पूर्व-प्राधिकृत लेखा परीक्षा	रोग विशिष्टताओं में कुल पूर्व-प्राधिकरण का 10%	बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए (बीमा मोड के लिए) द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 2%, बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 10% (आश्वासन मोड के लिए)
8	दावा लेखा परीक्षा (अनुमोदित दावे)	कुल दावों का 10%	बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए (बीमा मोड के लिए) द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 3%, बीमाकर्ता/टीपीए/आईएसए द्वारा किए गए लेखा परीक्षा का 10% (आश्वासन मोड के लिए)
9	दावा लेखा परीक्षा (अस्वीकृत दावे)	-	100%

शब्दों एवं संक्षेपाक्षरों की शब्दावली

एबी	आयुष्मान भारत
एबीएनएचपीएम	आयुष्मान भारत राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन
एडीसीडी	अतिरिक्त डेटा ड्राइव संग्रह
एआई	कृत्रिम बुद्धिमत्ता
एपीआई	एप्लिकेशन प्रोग्राम इंटरफ़ेस
एएसए	प्रमाणीकरण सेवा एजेंसी
एएससीआई	भारतीय मानक विज्ञापन परिषद
एएसएचए	मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
एयूए	प्रमाणीकरण उपयोगकर्ता एजेंसी
बीआई	व्यापारिक बुद्धिमता
बीआईएस	लाभार्थी पहचान प्रणाली
सीएजी	भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
सीईओ	मुख्य कार्यकारी अधिकारी
सीईएक्स	दावा कार्यकारी
सीजीआरएमएस	केंद्रीय शिकायत निवारण प्रबंधन प्रणाली
सीएचसी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
सीपीडी	दावा पैनल डॉक्टर
सीपीएचसी	व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल
सीआर	कॉल रिकॉर्डिंग
सीएससी	कॉमन सर्विस सेंटर
डीएआरपीजी	प्रशासनिक सुधार और लोक शिकायत विभाग
डीईसी	जिला नामिकायन समिति
डीएचआर	स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग
डीआईयू	जिला कार्यान्वयन इकाई
डीपीजी	लोक शिकायत निदेशालय
डीडब्ल्यूएच	डेटा वेयरहाउस
ईएचसीपी	नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता

ईकेवाईसी	इलेक्ट्रॉनिक अपने ग्राहक को जानो
एफएसीटीएस	धोखाधड़ी विश्लेषणात्मक नियंत्रण और ट्रैकिंग प्रणाली
जीसीसी	सरकारी सामुदायिक क्लाउड
एचबीपी	स्वास्थ्य लाभ पैकेज
एचईएम	अस्पताल नामिकायन मॉड्यूल
एचएफएम	स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री
एचएच	परिवार
एचएचआईडी	घरेलू पहचान संख्या
एचआईएस	अस्पताल सूचना प्रणाली
एचआर	मानव संसाधन
एचडब्ल्यूसी	स्वास्थ्य और कल्याण केंद्र
आईईसी	सूचना, शिक्षा और संचार
आईएचडीएस	भारतीय मानव विकास सर्वेक्षण
आईआरडीएआई	भारतीय बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण
आईएसए	कार्यान्वयन सहायता एजेंसी
आईटी	सूचान प्रौद्योगिकी
आईवीआर	इंटरएक्टिव वॉयस रिस्पांस
केवाईसी	अपने ग्राहक को जानो
एलएएमए/डीएएमए	चिकित्सा सलाह के सापेक्ष छुट्टी/चिकित्सा सलाह के सापेक्ष डिस्चार्ज
एमईडीसीओ	अस्पताल में चिकित्सा समन्वयक
एमओएचएफडब्ल्यू	स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय
एमओआरडी	ग्रामीण विकास मंत्रालय
एमओएसडीई	कौशल विकास और उद्यमिता मंत्रालय
एमओयू	समझौता ज्ञापन
एमपी	संसद सदस्य
एनएबीएच	अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड
एनएएफयू/ एसएएफयू	राष्ट्रीय धोखाधड़ी रोधी इकाई/राज्य धोखाधड़ी रोधी इकाई

एनसीडी	गैर संचारी रोग
एनसीजी	राष्ट्रीय कैंसर ग्रिड
एनडीएचएम	राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन
एनएचए	राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण
एनएचसीपी	राष्ट्रीय स्वास्थ्य दावा मंच
एनएचपीएम	राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन
एनएचआरआर	राष्ट्रीय स्वास्थ्य संसाधन भंडार
एनएचएस	राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाएं
एनआईए	राष्ट्रीय नवाचार त्वरक
एनआईसीई	नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर क्लीनिकल एक्सेलेंस
एनआईएन	राष्ट्रीय पहचान संख्या
एनपीपीए	राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण
एनएसडीसी	राष्ट्रीय कौशल विकास निगम
एनएसएसओ	राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण कार्यालय
ओसीआर	ऑप्टिकल कैरेक्टर रिकग्निशन/रीडर
ओओपीई	जेब खर्च से बाहर
पीएचसी	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
पीआईआई	व्यक्तिगत पहचान की जानकारी
पीएमएएम	प्रधानमंत्री आरोग्य मित्र
पीएम-जेएवाई	प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना
पीएमओ	प्रधानमंत्री कार्यालय
पीएमआरएसएसएम	प्रधानमंत्री राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन
पीपीडी	पूर्व-प्राधिकरण पैनल डॉक्टर
पीआर	जन संपर्क
पीएसयू	सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम
क्यूसीआई	भारतीय गुणवत्ता परिषद
राडार	जोखिम मूल्यांकन, पहचान और विश्लेषणात्मक रिपोर्टिंग
आरएसबीवाई	राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम)
एससी	उप केंद्र

एससी	अनुसूचित जाति
एससीएचआईएस	वरिष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बीमा योजना
एसडीजी	सतत विकास लक्ष्य
एसईसी	राज्य नामिकायन समिति
एसईसीसी	सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना
एसएचए	राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरण
एसआई	प्रणाली समाकलक
एसएमएस	लघु संदेश सेवा
एसटी	अनुसूचित जनजाति
टीएटी	बदलाव का समय
टीएमएस	लेनदेन प्रबंधन प्रणाली
टीपीए	तृतीयक प्रशासक
यूएचसी	सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज
यूएचआईडी	सार्वभौमिक स्वास्थ्य पहचानकर्ता
यूआईडीएआई	भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
यूआरएन	विशिष्ट अनुरोध संख्या
यूटी	संघ शासित क्षेत्र
वीएलई	ग्राम स्तरीय उद्यमी
डब्ल्यूएचओ	विश्व स्वास्थ्य संगठन

***

©
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
https://cag.gov.in