Number 1, Vol. 1, April-June 2025

ISSN: 3107-7579

International Journal of Advanced Research in Humanities and Social Sciences

An International open-access peer-reviewed Quarterly journal

journal homepage: www.ijarhss.in

हरियाणा राज्य के स्वास्थ्य उद्योग का विश्लेषण: एक आर्थिक परिप्रेक्ष्य

साहिल सिंह

वी.पी.ओ. भाली आनंद पुर, रोहतक

Keywords

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

ABSTRACT

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

परिचय

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

राजस्व और रोजगार दोनों के मामले में हेल्थकेयर भारत के सबसे बड़े क्षेत्रों में से एक बन गया है। हेल्थकेयर में अस्पताल, चिकित्सा उपकरण, नैदानिक परीक्षण, आउटसोर्सिंग, टेलीमेडिसिन, चिकित्सा पर्यटन, स्वास्थ्य बीमा और चिकित्सा उपकरण

शामिल हैं। भारतीय स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र अपने मजबूत कवरेज, सेवाओं और सार्वजनिक और निजी खिलाड़ियों द्वारा बढ़ते खर्च के कारण तेज गति से बढ़ रहा है।

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

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

साहित्य की समीक्षा: परिचय में परिभाषित किया गया है कि यह पेपर अंतर जिला असमानताओं के बारे में बात करता है; इसलिए, यहां उन अध्ययनों की समीक्षा की गई है जिनमें स्वास्थ्य संसाधनों, बुनियादी ढांचे, सुविधाओं आदि में असमानताओं के पहलू को शामिल किया गया है। घटक और दास **(2012)** ने निष्कर्ष निकाला कि पश्चिम बंगाल के बीरभूम जिले में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली संतुष्टि के स्तर से बहुत दूर पाई गई। , विशेषकर बुनियादी ढाँचे की दृष्टि से। इस बुनियादी सुविधा की कमी से बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के विकास के साथ-साथ समाज के समग्र विकास में विसंगति पैदा होती है। आगे यह देखा गया कि विसंगतियाँ स्थानिक और लौकिक दोनों पैमाने पर मौजूद थीं। गुप्ता **(2012)** ने प्रमुख घटक विश्लेषण को लागू करके शहरी उत्तर प्रदेश के जिलों में स्वास्थ्य असमानताओं की डिग्री की जांच की, और शहरी आबादी के स्वास्थ्य के संबंध में व्यापक क्षेत्रीय असमानताओं का अस्तित्व पाया। अध्ययन ने निष्कर्ष निकाला कि राज्य का पश्चिमी क्षेत्र

शहरी स्वास्थ्य में अग्रणी क्षेत्र था; हालाँकि बीमारी और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के मामले में इसका प्रदर्शन ख़राब था। आगे, पूर्वी क्षेत्र। शीट और रॉय **(2013)** ने बीरभूम जिले (पश्चिम बंगाल) के उन्नीस ब्लॉकों में स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे में क्षेत्रीय असमानताओं का अध्ययन किया। उन्होंने स्वास्थ्य देखभाल बुनियादी ढांचे के आठ संकेतकों के आधार पर प्रत्येक ब्लॉक के लिए अभाव और विकास सूचकांक का निर्माण किया। यह निष्कर्ष निकाला गया कि सैंथिया, बोलपुर-शांतिनिकेतन और लाबपुर के ब्लॉक स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे के संबंध में अधिक विकसित थे। दूसरी ओर, नलहटी-I, सूरी-I, मयूरेश्वर-I और II सहित ब्लॉक कम विकसित थे। इसलिए, स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे को समान रूप से विकसित करने के लिए पर्याप्त योजना की आवश्यकता पर बल दिया गया

अध्ययन का उद्देश्य:

1. हरियाणा की स्वास्थ्य सेवाओं का विश्लेषण करना।

2. हरियाणा के विभिन्न सरकारी अस्पतालों की सापेक्ष दक्षताओं का पता लगाना।

3. हरियाणा में स्वास्थ्य अवसंरचना विकास और विभिन्न नवीन स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं की वर्तमान स्थिति का अध्ययन करना।

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

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

अध्ययन में निम्नलिखित सूत्र का उपयोग किया गया है:

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

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

सीएजीआर = ((अंतिम मूल्य / प्रारंभ मूल्य) ^ **(1 / (अवधि-1))-1**

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

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

भारत के अन्य राज्यों के साथ हरियाणा:

अंजीर. **2002-03** से **2016-17** के बीच भारत के **16** राज्यों में कुल सार्वजनिक व्यय के अनुपात के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय स्पष्ट है। हरियाणा में कुल व्यय के अनुपात में स्वास्थ्य पर व्यय **2002-03** में **3.3**

प्रतिशत से बढ़कर **2016-17** में **4.1** प्रतिशत हो गया है। अध्ययन में जीडीपी के आधार पर स्वास्थ्य व्यय की स्थिति को देखने के लिए हरियाणा के साथ तुलना करने के लिए उपरोक्त प्रमुख **16** राज्यों का चयन किया गया है। समय के साथ मूल्य में परिवर्तन की तुलना करने के लिए सूचकांक वृद्धि का उपयोग किया जाता है। **2002-03** के बाद स्वास्थ्य व्यय के विस्तार में गुजरात को **171.88** प्रतिशत के साथ प्रथम स्थान, छत्तीसगढ़ को **145.0** प्रतिशत के साथ दूसरा स्थान, हरियाणा को **124.24** प्रतिशत के साथ छठा स्थान तथा स्वास्थ्य व्यय के विस्तार में पंजाब को **77.14** प्रतिशत के साथ सबसे निचला स्थान प्राप्त हुआ है। शत. लेकिन वर्तमान में **2016-17** में कुल व्यय के अनुपात में स्वास्थ्य पर व्यय में हरियाणा का स्थान **4.1** प्रतिशत के साथ **12**वां है। यह दर्शाता है कि यह लोगों को स्वास्थ्य सुविधाएं प्राप्त करने के लिए अपनी जेब से अधिक पैसा खर्च करने के लिए मजबूर कर रहा है। जेब से अधिक खर्च का मतलब है कि सरकार अपनी जिम्मेदारी से भाग रही है। अध्ययन अवधि के दौरान, हरियाणा में स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि हुई है, लेकिन एक और बात जो ध्यान खींचती है वह यह है कि **2016-17** में केवल मध्य प्रदेश और पंजाब ने स्वास्थ्य पर कम खर्च किया है, जबकि अन्य सभी **12** राज्यों ने हरियाणा की तुलना में अधिक खर्च किया है। इसलिए, यह बहुत जरूरी है कि हरियाणा को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर अधिक खर्च करना होगा क्योंकि व्यय का वह स्तर स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास के लिए पर्याप्त नहीं है।

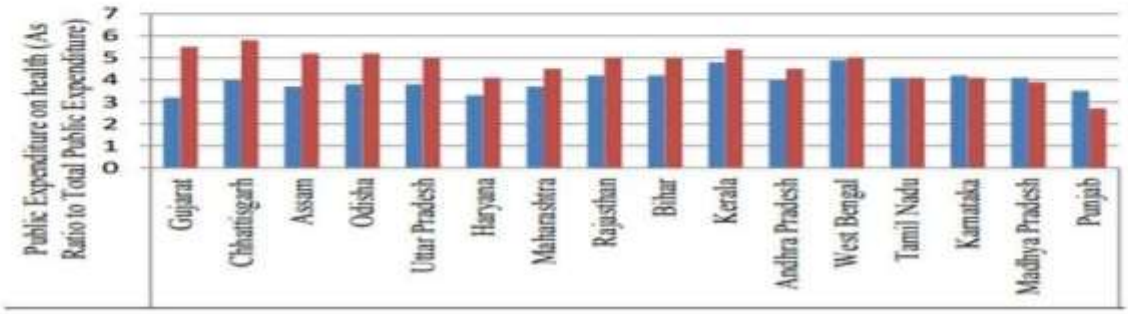

Fig. 1.Comparison of Public Healthcare Spending in Haryana with Major States of India

चित्र 2 2002-03 से 2016-17 तक हरियाणा में राजस्व और पूंजी खाते के तहत स्वास्थ्य व्यय के रुझान और वृद्धि दर को दर्शाता है। सीएजीआर अध्ययन की अवधि के दौरान स्वास्थ्य व्यय में परिवर्तन दिखाता है जबकि एजीआर वार्षिक आधार पर स्वास्थ्य व्यय में परिवर्तन दिखाता है। अध्ययन अवधि के दौरान हरियाणा में स्वास्थ्य पर कुल व्यय में सकारात्मक चक्रवृद्धि वार्षिक वृद्धि दर 18.39 प्रतिशत की वृद्धि देखी गई, जिसे चित्र 2 द्वारा दर्शाया गया है। अध्ययन अवधि के दौरान सीएजीआर सभी राजस्व, पूंजी, कुल व्यय और प्रति में भी सकारात्मक है। कैपिटा एक्सपेंडिचर यानी स्वास्थ्य पर खर्च का प्रतीक बढ़ा है. चूंकि कुल स्वास्थ्य व्यय का सीएजीआर स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति सरकारी व्यय (पीसीजीईएच) के सीएजीआर से अधिक था। पूंजी खाते के तहत कुल स्वास्थ्य व्यय का सीएजीआर राजस्व खाते के तहत स्वास्थ्य व्यय के सीएजीआर से अधिक है।

अध्ययन अवधि के दौरान, हरियाणा में राजस्व व्यय (आरई) कुल सरकारी स्वास्थ्य व्यय में हावी रहा, कुल व्यय में इसकी हिस्सेदारी 85 प्रतिशत से अधिक थी, जबकि पूंजीगत व्यय (सीई) मुश्किल से 12-13 प्रतिशत था। राजस्व व्यय स्वास्थ्य पर गैर-योजना प्रधान व्यय है और पूंजीगत व्यय हरियाणा में स्वास्थ्य पर योजना प्रधान व्यय है (आरबीआई राज्य वित्त: बजट का एक अध्ययन)। कोई गैर-योजना पूंजीगत व्यय नहीं है; स्वास्थ्य पर केवल योजनागत पूंजी व्यय है पीसीजीईएच का एजीआर 2003-04 और 2007-08 में नकारात्मक है और शेष समय में यह सकारात्मक है। स्वास्थ्य पर आरई का एजीआर 2003-04, 2005-06, 2008-09, 2010-11, 2012-13, 2014-15 में सीई के एजीआर से अधिक है और शेष वर्षों में पूंजीगत व्यय का एजीआर अधिक है। राजस्व व्यय की वार्षिक वृद्धि दर 2003-04 और 2006-07 में नकारात्मक है और पूंजीगत व्यय 2003-04, 2010-11, 2012-13 और 2014-15 में नकारात्मक है। राजस्व व्यय की अधिकतम वार्षिक वृद्धि दर 2007-08 में और पूंजीगत व्यय की 2013-14 में है।

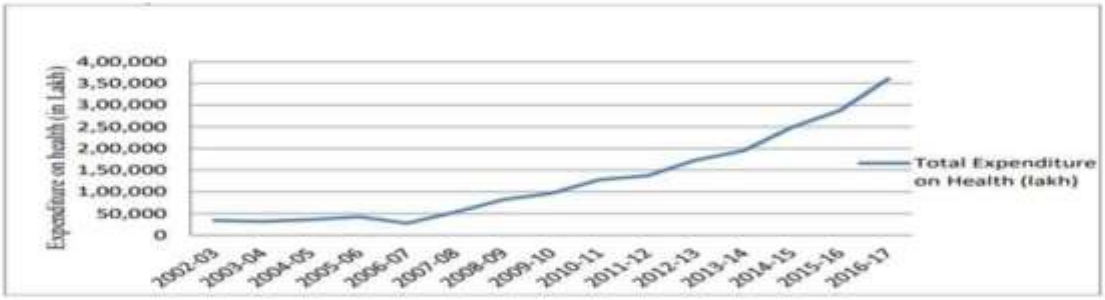

Fig. 2 Total Public Expenditure on Healthcare in Haryana

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

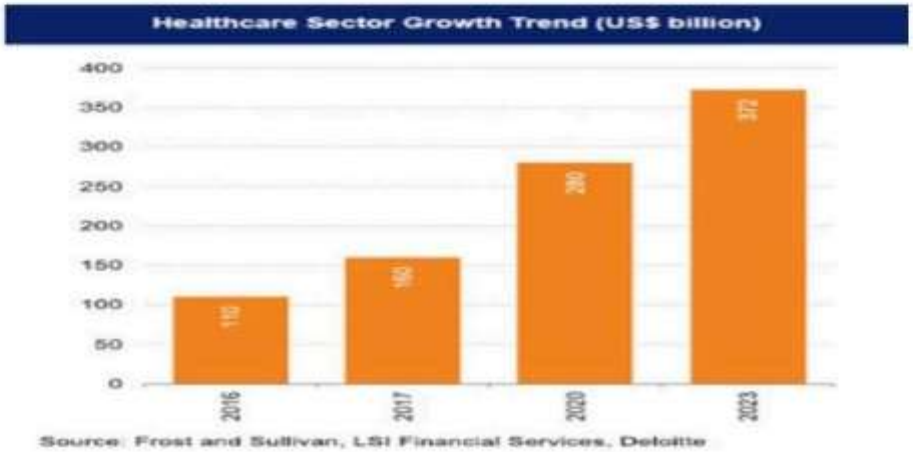

Fig. 3 Source: IBEF 2024 Report

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

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

Fig. 4 Source: IBEF 2024 Report

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को **1983** में भारत की संसद द्वारा अनुमोदित किया गया था और **2002** में अद्यतन किया गया था, और फिर **2017** में फिर से अद्यतन किया गया था। **2017** में हाल के चार मुख्य अद्यतनों में गैर-संचारी रोगों के बढ़ते बोझ, इसके उद्भव पर ध्यान देने की आवश्यकता का उल्लेख किया गया है। मजबूत स्वास्थ्य सेवा उद्योग, स्वास्थ्य देखभाल लागत के कारण अस्थिर व्यय की बढ़ती घटनाएं, और बढ़ती आर्थिक वृद्धि से राजकोषीय क्षमता में वृद्धि हुई है। इसके अलावा, दीर्घावधि में, नीति का उद्देश्य सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के लिए अपनी वर्तमान प्रणाली में सुधार करने के लिए भारत का लक्ष्य निर्धारित करना है।

हालाँकि व्यवहार में, निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र भारत में अधिकांश स्वास्थ्य देखभाल के लिए जिम्मेदार है, और अधूरे कवरेज के कारण स्वास्थ्य बीमा के बजाय रोगियों और उनके परिवारों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल के बहुत सारे खर्चों का भुगतान सीधे जेब से किया जाता है।

सरकारी स्वास्थ्य नीति ने अब तक बड़े पैमाने पर अच्छी तरह से डिज़ाइन किए गए लेकिन सीमित सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ निजी क्षेत्र के विस्तार को प्रोत्साहित किया है।

यहां हरियाणा के स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के कुछ पहलू हैं:

स्वास्थ्य सेवा का बुनियादी ढांचा

राज्य में एक बड़ा स्वास्थ्य सेवा बुनियादी ढांचा है जिसमें प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, जिला अस्पताल, मेडिकल कॉलेज और बहुत कुछ शामिल हैं।

स्वास्थ्य सेवाएँ

राज्य अस्पतालों, ट्रॉमा सेंटरों और अन्य सुविधाओं के नेटवर्क के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है।

स्वास्थ्य शिक्षा

राज्य ने स्वास्थ्य शिक्षा में सुधार के लिए मेडिकल कॉलेजों में एमबीबीएस सीटों की संख्या में वृद्धि की है।

स्वास्थ्य विभाग

हरियाणा स्वास्थ्य विभाग शिशुओं, बच्चों, किशोरों, माताओं, बुजुर्गों और आघात पीड़ितों सहित सभी नागरिकों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए जिम्मेदार है।

स्वास्थ्य संसाधन केंद्र

हरियाणा राज्य स्वास्थ्य संसाधन केंद्र (एचएसएचआरसी) स्वचालन, वास्तविक समय रिपोर्टिंग और अन्य तरीकों के माध्यम से परिचालन दक्षता में सुधार के लिए काम करता है।

स्वास्थ्य पहल

राज्य ने स्वास्थ्य देखभाल को अधिक किफायती और सुलभ बनाने के लिए कई पहल और योजनाएं शुरू की हैं। स्वास्थ्य परिणाम राज्य की शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) **2013** में प्रति **1,000** जीवित जन्मों पर **41** से घटकर **2020** में प्रति **1,000** जीवित जन्मों पर **28** हो गई है।

हरियाणा राज्य में कुल मिलाकर **20** एलोपैथिक चिकित्सा प्रतिष्ठान थे, जिनमें सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित और निजी स्वामित्व वाले दोनों संस्थान शामिल थे। ये प्रतिष्ठान समुदाय को स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने के अलावा, शिक्षार्थियों को चिकित्सा निर्देश और तैयारी भी प्रदान करते हैं।

निष्कर्ष

बुनियादी ढांचे, व्यय के मामले में हरियाणा स्वास्थ्य परिदृश्य और पाया गया कि स्वास्थ्य सेवाओं की दक्षता के मामले में बुनियादी ढांचा एक प्रमुख भूमिका निभाता है। अस्पतालों, औषधालयों के मामले में ग्रामीण बुनियादी ढांचा शहरी की तुलना में कम था, लेकिन पीएचसी और उप-केंद्रों के मामले में शहरी से अधिक था और चिकित्सा कर्मचारियों, नर्सों जैसे अन्य बुनियादी ढांचे में पिछले कुछ वर्षों में लगातार वृद्धि हो रही थी। इसके बावजूद, लेबर रूम, प्रयोगशाला सुविधा और कोल्ड चेन सुविधा की कमी, परीक्षण सुविधाओं की कम उपलब्धता आदि थी। अध्ययन में पाया गया कि जिन जिलों में बुनियादी ढांचे का स्तर अच्छा था, उन्होंने दक्षता के स्तर में खराब प्रदर्शन किया और जो बुनियादी ढांचे के स्तर में खराब थे, उन्होंने बेहतर प्रदर्शन किया। दक्षता के स्तर में. स्वास्थ्य से जुड़े हरियाणा के खर्च के मामले में. यह पाया गया कि पिछले कुछ वर्षों में स्वास्थ्य पर व्यय लगातार बढ़ रहा है लेकिन दक्षता के स्तर में वृद्धि नहीं हुई है। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए आवंटित बजट का पिछले कुछ वर्षों में कुशलतापूर्वक उपयोग नहीं किया गया है। तो इससे स्वास्थ्य सेवाओं को नुकसान हुआ.

References:

1. बाजपेयी एन, ढोलकिया एचआर। ग्रामीण भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की स्केलिंग, **2005**।
2. कोलंबिया विश्वविद्यालय में पृथ्वी संस्थान, सीजीएसडी वर्किंग पेपर नं। **29.**
3. अरुण, जे. वी. और कुमार, डी. भारत में स्वास्थ्य व्यय के रुझान और पैटर्न॥ भारत में भाषा, **http://www.langageinindia.com/april2013/aruntren ds.pdf, ISSN 1930-2940,** वॉल्यूम। **13:4,** अप्रैल **2013**।
4. हरियाणा की अर्थव्यवस्था की पुस्तिका। विभिन्न मुद्दे, आर्थिक और सांख्यिकीय विश्लेषण विभाग, हरियाणा सरकार।
5. बालाराजन वाई, सुब्रमण्यम एसवी। भारत में स्वास्थ्य देखभाल और समानता, **2011, 377**।
6. भान एन, मधिरा पी. स्वास्थ्य आवश्यकताएं, स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच, और भारत में शहरीकरण समुदाय में उम्र बढ़ने की धारणाएं: एक गुणात्मक अध्ययन। बीएमसी जराचिकित्सा। **2017;17:156.**

7. भटनागर एन, अग्रवाल केए. दंत चिकित्सा देखभाल के उपयोग में असमानता: जो दिया जाता है वह ज्ञात हो जाता है - चंडीगढ़ और हरियाणा से साक्ष्य। सामुदायिक चिकित्सा और स्वास्थ्य के अंतर्राष्ट्रीय जर्नल. **2014;1(1):44.**
8. बृजेश सी पुरोहित. गुजरात (भारत) में स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र की दक्षता: डेटा आवरण विश्लेषण, **2016** का उपयोग करते हुए एक खोजपूर्ण अध्ययन।
9. घुमन बीएस, अक्षत मेहता। भारत में स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ: समस्याएँ और संभावनाएँ, **2009**।
10. चार्नेस ए, कूपर सी, वी रोड्स ई. निर्णय लेने वाली इकाइयों की दक्षता को मापना। यूरोपियन जरनल ऑफ़ ऑपरेशनल रिसर्च। **1978;2:429-444.**
11. चेन वाई, लियांग एल, झू जे. दो-चरण डीईए दृष्टिकोण में समतुल्यता। यूरोपियन जरनल ऑफ़ ऑपरेशनल रिसर्च। **2009;193:600-604.**
12. चेन वाई, झू जे. फर्म के प्रदर्शन पर सूचना प्रौद्योगिकी के अप्रत्यक्ष प्रभाव को मापना। सूचना प्रौद्योगिकी और प्रबंधन जर्नल. **2004;5(1-2):9-22.**
13. कूपर डब्ल्यूडब्ल्यू, सीफ़ोर्ड एमएल, टोन के. डेटा एनवलपमेंट विश्लेषण। दूसरा संस्करण। स्प्रिंगर साइंस, **2007**।
14. वरथराजन डी. तमिलनाडु में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल इकाइयों की दक्षता में सुधार, 1999।
15. दीपा शंकर, विनीश कथूरिया। ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य प्रणाली का प्रदर्शन: राज्यों में दक्षता अनुमान, 2000।
16. हरियाणा का आर्थिक सर्वेक्षण। आर्थिक और सांख्यिकीय विश्लेषण विभाग। प्रकाशन संख्या 1179, 2011-2017.