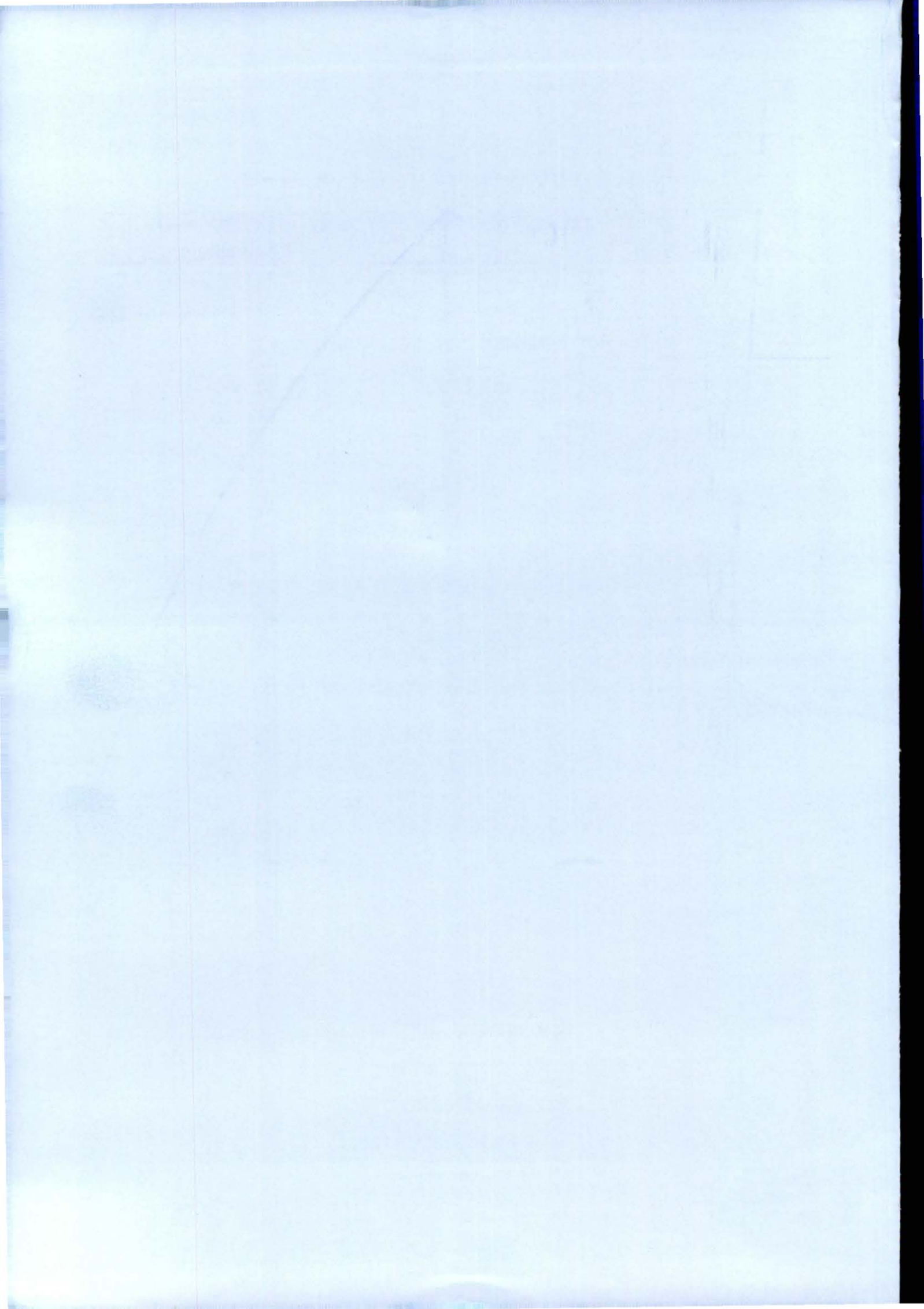


**राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत  
प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य  
की निष्पादन लेखापरीक्षा  
पर  
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक  
का प्रतिवेदन**

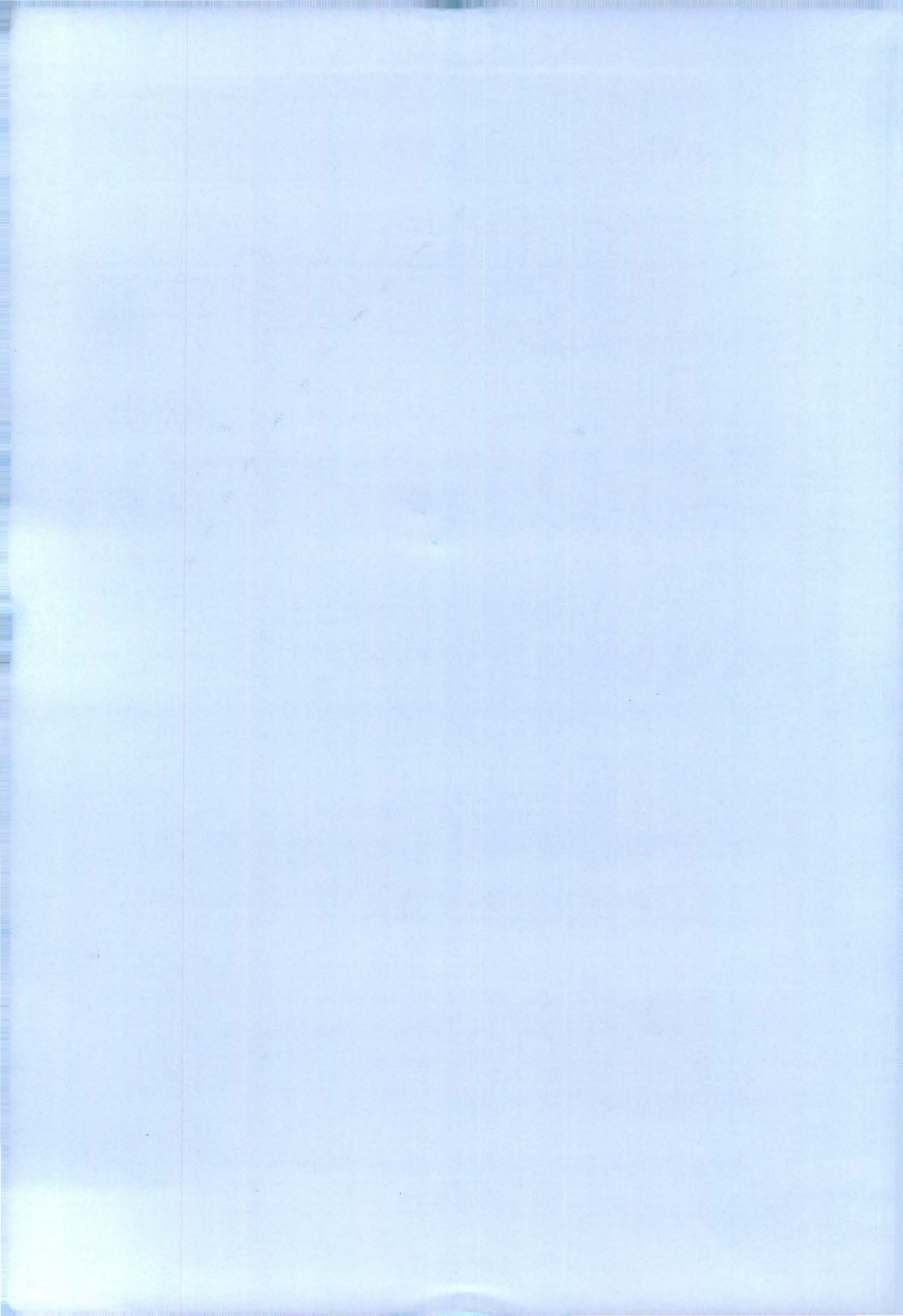
**मार्च 2016 को समाप्त वर्ष के लिए**

**संघ सरकार (सिविल)  
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय  
2017 की प्रतिवेदन सं. 25  
(निष्पादन लेखापरीक्षा)**



## विषय - सूची

	विवरण	पृष्ठ. सं.
	प्राक्कथन	iii
	कार्यकारी सारांश	v
अध्याय - I	प्रस्तावना	1
अध्याय - II	निधि प्रबंधन	14
अध्याय - III	भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता	21
अध्याय - IV	औषधि एवं उपकरण की उपलब्धता	41
अध्याय - V	मानव संसाधनों की उपलब्धता	52
अध्याय - VI	स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता	59
अध्याय - VII	प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य (आरसीएच) के अंतर्गत सेवाएं	76
अध्याय - VIII	डाटा संग्रहण, प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग	94
	अनुबंध	121
	संकेताक्षर की सूची और पारिभाषिक शब्दावली	183



## प्राक्कथन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)<sup>1</sup> को अप्रैल 2005 में ग्रामीण जनसंख्या के लिए सुलभ, वहनीय, सस्ती और गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। एनआरएचएम का उद्देश्य स्वास्थ्य सुविधाओं में अंतर को कम करना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेंद्रीकृत योजना को सुगम बनाना तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा चलाए जाने वाले रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए एक व्यापक आवरण प्रदान करना है। वर्ष 2015-16 के दौरान कार्यक्रम पर वार्षिक व्यय वर्ष 2011-12 की तुलना में ₹15,961 करोड़ से बढ़कर ₹26,397 करोड़ हो गया।

एनआरएचएम के आवरण के अंतर्गत, सरकार मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, प्रतिरक्षण और परिवार नियोजन के प्रमुख घटकों के साथ प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम को कार्यान्वित कर रही है। स्वास्थ्य सुविधाओं और आरसीएच परिणामों के बीच मजबूत संबंधों को ध्यान में रखते हुए और यह देखते हुए कि आरसीएच सूचकांकों को सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों<sup>2</sup> के अंतर्गत अपनाया जाता है, इस निष्पादन लेखापरीक्षा ने आरसीएच में सुधार के लिए एनआरएचएम के प्रभाव का आकलन करने पर ध्यान केंद्रित किया। निष्पादन लेखापरीक्षा द्वारा, जिसमें 2011-12 से 2015-16 की अवधि को शामिल किया गया है, वित्तीय प्रबंधन, अवसंरचना सुविधाओं और स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता जैसे कार्यक्रम के विभिन्न पहलुओं को स्पर्श करने का प्रयास किया गया और कार्यक्रम वितरण में सुधार लाने के तरीकों का सुझाव दिया गया है।

इस निष्पादन लेखापरीक्षा के विभिन्न उद्देश्यों को, प्रचलित स्वास्थ्य दशाओं के सभी उपलब्ध आंकड़ा समूहों जैसे जिला स्तरीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3 (2007-08) स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) 2013-15, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2012-13 तथा राष्ट्रीय सैम्पल सर्वेक्षण राउण्ड 71 (2014) के विस्तृत परीक्षण के आधार पर लेखापरीक्षा उद्देश्यों को अन्तिम रूप देने, नमूना कार्यनीति के निर्धारण तथा सर्वेक्षणों के प्रारूप में वित्तीय प्रबंधन एवं अनुसंधान संस्थान, चेन्नई के माध्यम से संचालित एविडेंस फॉर पॉलिसी डिजाइन (ईपीओडी) की सहायता ली है।

<sup>1</sup> राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) उप-मिशन हैं।

<sup>2</sup> संयुक्त राष्ट्र द्वारा निर्धारित आठ विकास लक्ष्य, भारत जिसका अधोहस्तक्षरी है।

चयनित सुविधाओं, मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) तथा लाभार्थियों का सर्वेक्षण, क्षेत्र स्तरीय कार्यकर्ताओं को उपलब्ध आधारभूत सुविधाओं, उपकरणों की उपलब्धता एवं इसके उपयोग की स्थिति तथा लोगों में कार्यक्रम के बारे में जागरूकता के स्तर एवं उपलब्ध सुविधाओं के उपयोग में उनको पेश आयी कठिनाइयों के आकलन हेतु किया गया।

हमने डाटा की सटीकता, पूर्णता और समयबद्धता की जांच के लिए कम्प्यूटर सहायित लेखापरीक्षा तकनीकों (सीएएटीएस) का प्रयोग करते हुए स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) का भी विश्लेषण किया जिसे एनआरएचएम के अखिल भारतीय निष्पादन का मूल्यांकन करने के लिए मंत्रालय द्वारा प्रयोग किया जाता है। हमने एचएमआईएस में डाटा को स्वास्थ्य सुविधाओं पर उपलब्ध मूल अभिलेखों के डाटा से तुलना भी की है।

राज्यों में अपेक्षित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की उपलब्धता में कमी के साथ अवसंरचनात्मक सुविधाओं की कमी और कुछ मौजूदा स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में स्वास्थ्य संबंधी परिवेश चिंता का विषय है। देश भर में, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) और उप-केन्द्रों (एससी) में चिकित्सकों, स्वास्थ्य देखभाल सहायक कर्मचारियों, तकनीशियनों आदि की महत्वपूर्ण कमी, स्वास्थ्य संबंधी प्रबंध के साथ समझौता है।

आरसीएच कार्यक्रम का प्राथमिक उद्देश्य अधिकतर राज्यों में पूर्ण नहीं हुआ था। सभी राज्यों में खराब रिकार्ड प्रबंधन के कारण स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचआईएमएस) में दिए गए कुछ डाटा को गलत पाया गया। जिला चिकित्सालयों, सीएचसी और पीएचसी में रखरखाव की गुणवत्ता सुधारने हेतु भारत सरकार द्वारा 2013 में शुभारंभ किये गये राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम (एनक्यूएपी) का उद्देश्य अधिकतर अपूर्ण रह गया।

यह रिपोर्ट भारतीय संविधान के अनुच्छेद 151 के अंतर्गत भारत के राष्ट्रपति को प्रस्तुत करने के लिए तैयार की गई है।

यह लेखापरीक्षा, भारत के नियंत्रक महालेखापरीक्षक के द्वारा जारी लेखापरीक्षा मानकों के अनुरूप आयोजित की गई है।

## कार्यकारी सारांश

### प्रस्तावना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) को ग्रामीण जनसंख्या, विशेषकर असुरक्षित वर्गों, को अभिगम्य, वहनीय तथा गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के उद्देश्य के साथ अप्रैल 2005 में प्रारम्भ किया गया था। प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) एनआरएचएम का एक प्राथमिक उप-घटक है तथा यह स्वास्थ्य परिणाम संकेतकों अर्थात् नवजात मृत्यु दर तथा मातृ मृत्यु अनुपात में सुधार करने पर लक्षित है जिसका सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों में भी उल्लेख किया गया है। मिशन के लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु लोक स्वास्थ्य सुपुदगी प्रणाली को पूर्णतः क्रियात्मक तथा समुदाय हेतु जवाबदेह बनाना, मानव संसाधन प्रबंधन, कड़ी मॉनीटरिंग तथा मानकों के प्रति मूल्यांकन इसकी मुख्य विशेषताओं में शामिल है।

### हमने यह निष्पादन लेखापरीक्षा क्यों की ?

एनआरएचएम की पहले 2005-06 से 2007-08 की अवधि को शामिल करके अप्रैल से दिसम्बर 2008 के बीच समीक्षा की गई; लेखापरीक्षा निष्कर्षों को 2009-10 के सीएजी के प्रतिवेदन सं. 8 में शामिल किया गया था। लेखापरीक्षा ने निधि प्रवाह प्रबंधन, योजना एवं मॉनीटरिंग, समुदाय भागीदारी, अभिसरण, अवसंरचना विकास तथा क्षमता निर्माण, औषधि एवं उपकरण का प्रापण एवं आपूर्ति, आईईसी (सूचना, शिक्षा तथा संचार) गतिविधियां, स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियों आदि में विभिन्न कमियां पाईं। कार्यक्रम पर व्यय 2011-16 के दौरान ₹1,06,179 करोड़ था। कार्यक्रम में पर्याप्त निवेश को ध्यान में रखते हुए तथा चूंकि आरसीएच सूचकांक का एक स्वस्थ माँ एवं बच्चे हेतु बुनियाद डालने के सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अंतर्गत अनुसरण किया गया था इसलिए एनआरएचएम के अंतर्गत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की इसकी प्रगति की समीक्षा करने हेतु निष्पादन लेखापरीक्षा करने का निर्णय किया गया था। यह निष्पादन लेखापरीक्षा 2011-12 से 2015-16 की अवधि को शामिल करती है।

## मुख्य निष्कर्ष

### (क) निधि प्रबंधन

(i) केन्द्र तथा राज्य दोनों स्तरों पर वित्तीय प्रबंधन प्रत्येक वर्ष की समाप्ति पर राज्य स्वास्थ्य समितियों के पास निरंतर पर्याप्त राशियां अव्ययित रहने के साथ संतोषजनक नहीं था। 27 राज्यों में अव्ययित राशि 2011-12 में ₹7,375 करोड़ से 2015-16 में ₹9,509 करोड़ तक बढ़ी।

(पैरा: 2.2)

(ii) राज्य खजानों को 2014-15 तथा 2015-16 में जारी कुल ₹5,037.08 करोड़ तथा ₹4,016.37 करोड़ की निधियों का 50 से 271 दिनों के बीच के विलम्बों के साथ राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस) को अंतरण किया गया था।

(पैरा: 2.3)

(iii) छः राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, राजस्थान, तेलंगाना तथा त्रिपुरा) में ₹36.31 करोड़ का अन्य योजनाओं को विपथन किया गया था।

(पैरा: 2.4)

### (ख) भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता

(i) 28 राज्यों/यूटी में उप-केन्द्रों (एससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी) की उपलब्धता में कमी 24 से 38 प्रतिशत के बीच थी। पांच राज्यों (बिहार, झारखण्ड, सिक्किम उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में कमी 50 प्रतिशत से अधिक थी।

(पैरा: 3.1)

(ii) पूरे देश में 1,443 एससी, 514 पीएचसी, 300 सीएचसी तथा 134 जिला अस्पताल (डीएच) के सर्वेक्षण ने प्रकट किया कि इनमें से कुछ अस्वच्छ वातावरण में कार्य कर रहे थे तथा/अथवा उन तक सार्वजनिक परिवहन द्वारा भी पहुँचा नहीं जा सकता था। बिल्डिंग की खराब स्थिति, बिजली एवं जल की अनुपलब्धता, पुरुष एवं महिला लाभार्थियों हेतु अलग वार्डों की अनुपलब्धता, प्रसूति कक्ष का क्रियात्मक न होना आदि जैसे अन्य



अवसरंचनात्मक मामले कुछ एससी, पीएचसी सीएचसी तथा डीएच में पाए गए थे।

(पैरा: 3.2 तथा पैरा: 3.3)

(iii) 25 राज्यों में एससी, पीएचसी तथा 17 राज्यों में सीएचसी के निर्माण में कमी 32 से 44 प्रतिशत के बीच थी। चार राज्यों (केरल, मणिपुर, मिजोरम तथा उत्तर प्रदेश) में ₹2,207.67 करोड़ की लागत के 400 निर्माण कार्यों को नामांकन आधार पर सौंपा गया था। पांच राज्यों (असम, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक तथा मणिपुर) में 22 निर्माण कार्यों को स्पष्ट शीर्षक भूमि के अभाव, स्थल मामले आदि जैसे विभिन्न कारणों के कारण छोड़ दिया/परित्याग कर दिया गया था।

(पैरा 3.4)

(iv) 20 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, महाराष्ट्र, मिजोरम, ओड़िशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में 1,285 निर्माण कार्य जबकि समाप्त थे फिर भी उन्हें चालू अथवा क्रियात्मक नहीं किया गया था।

(पैरा 3.4.5)

#### (ग) दवाई तथा उपकरण की उपलब्धता

(i) 17 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में ₹30.39 करोड़ की लागत के 428 उपकरण (अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे, ईसीजी, कार्डिक मॉनीटर, ऑटो एनालाईजर, इंसीनेटर, ओटी उपकरण, रक्त भण्डारण इकाई, आदि) उपकरण को चलाने हेतु डाक्टरों तथा प्रशिक्षित श्रमशक्ति की अनुपलब्धता, उनकी संरचना हेतु पर्याप्त स्थान की कमी के कारण व्यर्थ/अप्रयुक्त पड़े थे।

(पैरा: 4.3)

(ii) 24 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर,

मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में आवश्यक दवा की अनुपलब्धता के अवसर पाए गए थे। इनमें से आठ राज्यों में आवश्यक दवाएं/उपभोज्य जैसे कि विटामिन-ए, कॉन्ट्रासेप्टिव गोलियां, ओआरएस पैकेट, आरटीआई/एसटीआई<sup>1</sup> दवा/आवश्यक ओबस्ट्रेटिक किटे, आदि चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में उपलब्ध नहीं थी।

(पैरा: 4.5)

(iii) 14 राज्यों (असम, बिहार, हरियाणा, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल) में रोगियों को दवाईयां निर्धारित गुणवत्ता जांचों को सुनिश्चित किए बिना तथा दवाओं की समाप्ति अवधि को ध्यान दिए बिना जारी किया गया था, जिसने इस प्रकार रोगियों को स्वास्थ्य जोखिमों में डाला।

(पैरा: 4.6)

(iv) छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, मिजोरम तथा उत्तर प्रदेश के चार राज्यों में मोबाईल चिकित्सा इकाईयां क्रियात्मक नहीं थीं जबकि बिहार, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, तथा त्रिपुरा के 10 राज्यों में यह आंशिक रूप से क्रियात्मक थीं।

(पैरा: 4.7)

(v) सर्वेक्षण की गई 3,588 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) की उच्च प्रतिशतता के पास डिस्पोजेबल प्रसव किटे तथा रक्त चाप मॉनीटर नहीं थे।

(पैरा: 4.9)

#### (घ) मानव संसाधनों की उपलब्धता

(i) डाक्टरों तथा पैरा-चिकित्सा स्टाफ की कमी लगभग सभी चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में पाई गई थीं जो अभिप्रेत लाभार्थियों को प्रदान किए जा रहे स्वास्थ्य देखभाल से समझौता करती हैं। 27 राज्यों के चयनित सीएचसी में पांच प्रकार के विशेषज्ञों (सामान्य सर्जन, सामान्य चिकित्सक, प्रसूति/स्त्री

<sup>1</sup> आरटीआई-प्रजनन ट्रेक्ट संक्रमण, एसटीआई-यौन संचारित संक्रमण

रोग चिकित्सक, बाल चिकित्सक तथा एनेस्थेतिस्ट) की औसतन कमी 77 से 87 प्रतिशत के बीच थी। 24 राज्यों/यूटी में चयनित 236 सीएचसी में अपेक्षित 2,360 नर्सों के प्रति केवल 1,303 की तैनाती की गई थी।

(पैरा: 5.1 तथा पैरा 5.4)

(ii) 13 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, तथा उत्तराखण्ड) में 67 पीएचसी बिना किसी डाक्टर के कार्य कर रहे थे।

(पैरा: 5.5)

(iii) 13 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड) में एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) की 80 एससी (10 प्रतिशत) में तैनाती नहीं की गई थी। इसी प्रकार, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (पुरुष) की 22 राज्यों में 749 एससी (65 प्रतिशत) में तैनाती नहीं की गई थी।

(पैरा: 5.6)

#### (ड) स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता

(i) राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम (एनक्यूएपी) के कार्यान्वयन हेतु संस्थानिक ढांचा या तो स्थापित नहीं था या फिर सभी स्तरों अर्थात् राष्ट्रीय, राज्य, जिला तथा सुविधा में सेवा की गुणवत्ता को आश्वासित करने में प्रभावी नहीं था।

{पैरा: 6.1.1 (क), (ख) तथा (ग)}

(ii) 19 राज्यों में 716 सुविधाओं में से, आंतरिक आश्वासन दल का केवल 308 सुविधाओं (43 प्रतिशत) में गठन किया गया था। 15 राज्यों की 541 स्वास्थ्य सुविधाओं में आवधिक आंतरिक निर्धारण की प्रणाली केवल 114 (21 प्रतिशत) सुविधाओं में तैयार की गई थी।

{पैरा: 6.1.1 (घ)}

(iii) आठ राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, मिजोरम, तेलंगाना, उत्तराखण्ड तथा उत्तर प्रदेश,) के 267 सुविधाओं में

मुख्य निष्पादन संकेतकों (केपीआई) को मॉनीटर नहीं किया गया था। 10 राज्यों में 411 सुविधाओं में से केवल 79 सुविधाओं (19 प्रतिशत) ने केपीआई को मॉनीटर किया।

{ पैरा: 6.1.1 (घ) (iv) }

(iv) 18 राज्यों में, 2013-16 के दौरान राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं में दर्शाए गए ₹132.83 करोड़ की आवश्यकता के प्रति ₹85.64 करोड़ का आबंटन किया गया था। राज्य व्यय ₹42.89 करोड़ तक कम रहने के साथ आबंटित राशि का भी उपयोग करने में असमर्थ थे।

(पैरा: 6.1.5)

(v) राज्य स्तर (राज्य स्वास्थ्य मिशन तथा राज्य स्वास्थ्य समिति) पर मॉनीटरिंग समितियों द्वारा बैठकें करने में 29 से 100 प्रतिशत के बीच की कमी पाई गई थी।

(पैरा: 6.2)

#### (च) प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के अंतर्गत सेवाएं

(i) 28 में से 20 राज्यों में गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व (एएनसी) प्रदान करने के अभिलेखों का गैर-अनुरक्षण पाया गया था।

(पैरा: 7.2.2 (क))

(ii) आयरन फोलिक एसिड गोलियों को प्रदान करने में कमियां सभी 28 राज्यों में पाई गई थी। इसी प्रकार, चार राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर तथा मेघालय) में 50 प्रतिशत से कम गर्भवती महिलाओं की टेटनस टोक्सॉइड टीके (टीटी 1 तथा टीटी 2) की दोनों खुराकों से प्रतिरक्षा नहीं की गई थी।

(पैरा: 7.2.2 (क) (i) तथा (ii))

(iii) सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों के अनुसार 2015 तक प्राप्त किए जाने वाले शिशु मृत्यु दर (27 प्रति 1000 जीवित जन्म) के लक्ष्य के प्रति उपलब्धि 39 थी। आईएमआर असम (49), बिहार (42), छत्तीसगढ़ (43), मध्य प्रदेश (52), ओडिशा (49) तथा उत्तर प्रदेश (48) के छः राज्यों में 40 से अधिक थी।

(पैरा: 7.2.6)

(iv) सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों के अनुसार 2015 तक प्राप्त किए जाने वाली मातृत्व मृत्यु दर (109 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म) के लक्ष्य के प्रति उपलब्धि 167 थी। एमएमआर असम (300), बिहार (208), छत्तीसगढ़ (221) झारखण्ड (208), मध्य प्रदेश (221), ओड़िशा (222), राजस्थान (244), उत्तर प्रदेश (285) तथा उत्तराखण्ड (285) के नौ राज्यों में 200 से अधिक थी।

(पैरा: 7.2.6)

(v) जननी सुरक्षा योजना के कार्यान्वयन में कमियां पाई गई थी जैसे कि लाभार्थियों को प्रोत्साहन का भुगतान न करना, लाभार्थियों को विलम्बित भुगतान, 12,723 अधिक लाभार्थियों की संख्या को भुगतान, आदि।

(पैरा: 7.3.1)

#### (छ) डाटा संग्रहण, प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग

(i) 2015-16 के दौरान, लगभग 13000 सुविधाओं ने स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पर डाटा सूचित नहीं किया था। सभी सुविधाओं द्वारा रिपोर्टिंग के अभाव में स्वास्थ्य संकेतकों पर समग्र स्थिति पता लगाने योग्य नहीं रही।

(पैरा: 8.3.1 (i))

(ii) लेखापरीक्षा ने एचएमआईएस में सूचना के अनुसार डाटा की तुलना में 14 राज्यों के चयनित सुविधाओं में मूल अभिलेख/पंजिका के अनुसार उपलब्ध सूचना में विसंगतियां पाई।

(पैरा: 8.3.3)

(iii) चयनित सुविधाओं में कोई पर्याप्त कम्प्यूटरीकरण, नेटवर्किंग तथा मानव संसाधन नहीं था। परिणामस्वरूप, सुविधाओं को जिला मुख्यालयों अथवा पास के इंटरनेट सुगम क्षेत्र से एचएमआईएस पोर्टल पर रिपोर्ट अपलोड करनी थी। इसका परिणाम डाटा की विलम्बित उपलब्धता अथवा गैर-उपलब्धता में हुआ।

(पैरा: 8.5)

(iv) स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) हेतु निर्धारित अभिलेखों को चयनित अधिकांश स्वास्थ्य सुविधाओं में या तो अनुरक्षित नहीं

किया गया था या फिर खराब प्रकार से अनुरक्षित किया गया था। सभी राज्यों में अपर्याप्त रिपोर्टिंग तथा खराब अभिलेख अनुरक्षण के परिणामस्वरूप एचएमआईएस में सूचित डाटा की गुणवत्ता गलत तथा अविश्वसनीय थी।

(पैरा: 8.6)

(v) एचएमआईएस डाटा के विश्लेषण ने प्रकट किया कि कुछ मुख्य आरसीएच मापदण्डों हेतु उपलब्धि जैसे कि गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने एएनसी, प्रतिरक्षण का लाभ लिया को शत प्रतिशत से अधिक दर्शाया गया था जो पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या से अधिक थी।

(पैरा: 8.8.1)

(vi) 14 से 64 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं 2015-16 हेतु एचएमआईएस पर अवसंरचना की रिपोर्टिंग नहीं कर रहे थे जिसके कारण एमआईएस रिपोर्ट समाविष्ट स्थिति प्रस्तुत करने में विफल थी।

(पैरा: 8.9.1)

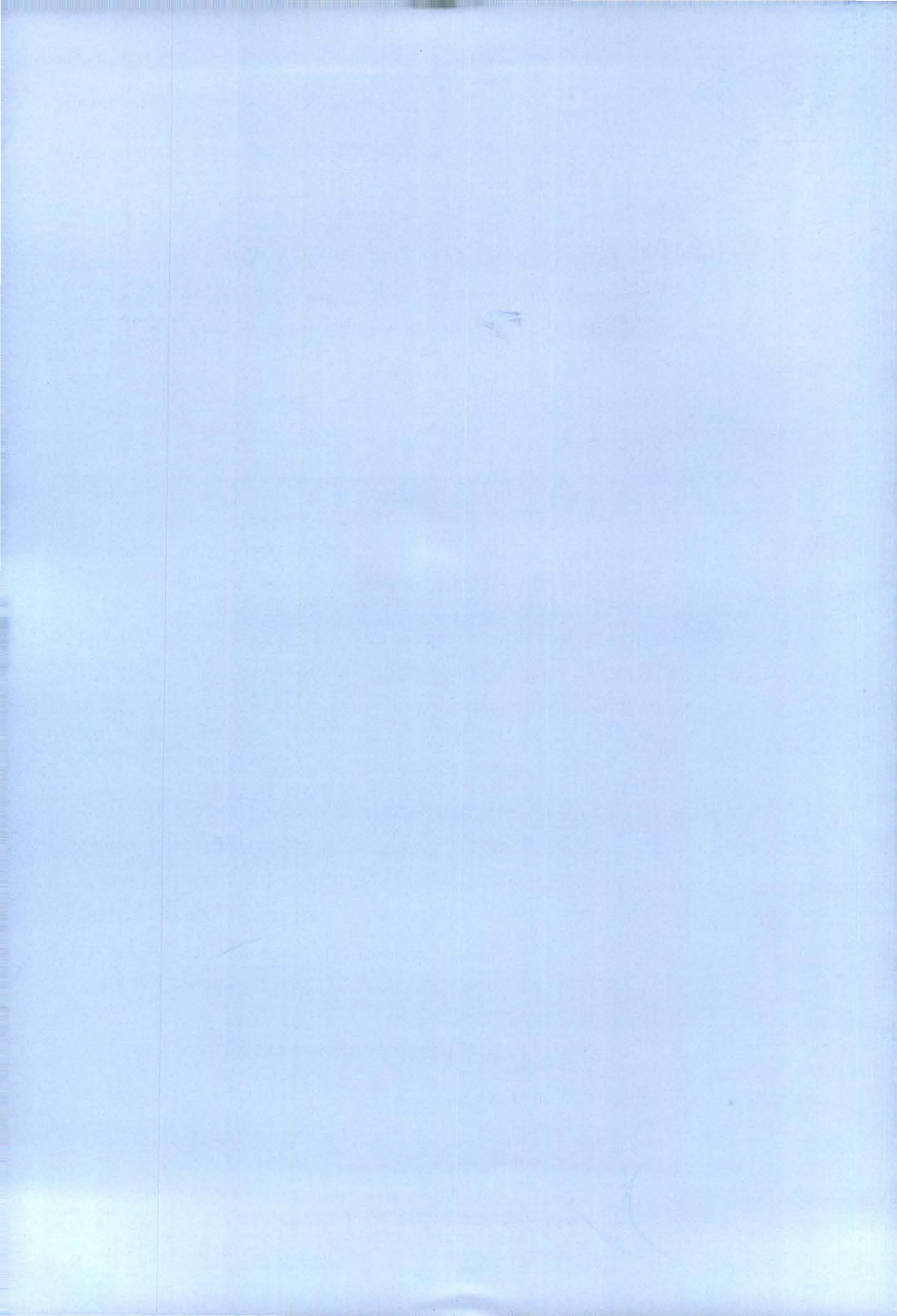
(vii) विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा 8 से 12 प्रतिशत डाटा क्षेत्रों को नहीं भरा गया था जिसने एमआईएस रिपोर्टों के अंतर्गत डाटा रिपोर्टिंग को अविश्वसनीय बनाया।

(पैरा: 8.9.2)

### महत्वपूर्ण अनुशंसाओं का सारांश

- i. निधि प्रवाह प्रबंधन की राज्य स्वास्थ्य समितियों की अवशेषी क्षमता को ध्यान में रखते हुए तर्कसंगत बनाया जाना चाहिए। मंत्रालय को निधियों के सफल उपयोग को सुनिश्चित करने हेतु एसएचएस द्वारा अव्ययित शेषों पर अर्जित ब्याज के विवरणों को मॉनीटर तथा अनुरक्षण करना चाहिए।
- ii. मंत्रालय सुनिश्चित करे कि विलंब/बाधाओं को दूर करने के लिए मौजूदा नियमों की ध्यान में रखते हुए सभी राज्यों में संबंधित सिविल कार्यों की समीक्षा की जाती है तथा उसकी शीघ्र समाप्ति तथा संपूर्ण भवनों को काम में लाना सुनिश्चित किया जाए।
- iii. सभी महत्वपूर्ण दवाएं और उपकरणों की उपलब्धता सारी स्वास्थ्य सुविधाओं में सुनिश्चित की जानी चाहिए। एमएमयू और एम्बुलेस को

- पूर्ण रूप से कार्यात्मक होने चाहिए और अपेक्षित श्रमशक्ति और उपकरण उपलब्ध होने चाहिए।
- iv. मंत्रालय को राज्यों के साथ निष्ठापूर्वक आगे की कार्रवाई करनी चाहिए ताकि एनआरएचएम की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए स्वास्थ्य सेवाकर्मियों के संस्वीकृत पदों को भरा जाना सुनिश्चित किया जा सके।
- v. मंत्रालय और राज्यों को सभी स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन के लिए परिचालन दिशानिर्देशों का अनुपालन करना चाहिए। उचित अनुवर्ती कार्रवाई करने के लिए, निरंतर आधार पर, परिभाषित मापदंडों पर स्वास्थ्य सुविधाओं का आकलन करना चाहिए और समीक्षा की जानी चाहिए। राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के कार्यान्वयन को मॉनीटर करने के लिए स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली में प्रावधान बनाया जाना चाहिए। मंत्रालय/राज्य सरकारों को सभी स्तरों पर मॉनीटरिंग तंत्र को सुदृढ़ बनाने की आवश्यकता है।
- vi. आइईसी गतिविधियों में सुधार की आवश्यकता है, ताकि सांस्थानिक प्रसव के लिए लोग प्रोत्साहित हों। आईएफए टैबलेटों का पर्याप्त वितरण एवं सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी टीका लगाने की व्यवस्था को प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सुनिश्चित किया जाए।
- vii. मंत्रालय को डाटा प्रबंधन उत्तरदायित्व हेतु चयनित पदों सहित एक स्पष्ट रूप से प्रलेखित संगठनात्मक संरचना तैयार करनी चाहिए। डाटा रिकॉर्डिंग, रिपोर्टिंग, एकीकरण, सत्यापन तथा फीडिंग में शामिल कर्मियों हेतु एक प्रलेखित तथा संरचित प्रशिक्षण कार्यक्रम स्थापित किया जाना चाहिए। सभी स्तरों पर उचित वैद्यता नियंत्रणों का प्रावधान करके एचएमआईएस में डाटा की विश्वसनीयता में सुधार करना चाहिए। एचएमआईएस पर अपलोड करने से पूर्व डाटा के सत्यापन हेतु एक क्रियाविधि को शामिल करना चाहिए।





## अध्याय I : प्रस्तावना

### 1.1 पृष्ठभूमि

हमारे देश ने पिछले कुछ दशकों में जन्म पर जीवन प्रत्याशा में सुधार करने के साथ साथ शिशु तथा मातृत्व मृत्यु दर को कम करने में काफी प्रगति दर्ज की है। शिशु मृत्यु दर<sup>1</sup> में 1990<sup>2</sup> में 80 से 2014<sup>3</sup> में 39 तक गिरावट आई। इसी प्रकार, मातृत्व मृत्यु अनुपात<sup>4</sup> 1990 में 437 से 2011-13<sup>5</sup> में 167 तक गिरा है। इस प्रकार की प्रगति के बावजूद जनसंख्या का एक बड़ा भाग विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में, रोकथाम किए जाने वाले रोगों, गर्भावस्था एवं शिशु जन्म से संबंधित जटिलताओं तथा कुपोषण से पीड़ित तथा मृत्यु को प्राप्त हो रहे हैं।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (मंत्रालय) की स्वास्थ्य क्षेत्र मध्यस्था की श्रेणी में राज्यों को सहायता प्रदान करने हेतु बड़ी संख्या में योजनाएं हैं तथा कई योजनाएं रोग विशिष्ट नियंत्रण कार्यक्रमों से संबंधित हैं। देश में, विशेष रूप से सशक्त कार्य समूह (ईएजी) राज्यों<sup>6</sup> तथा उत्तर-पूर्वी राज्यों में, लोक स्वास्थ्य अवसंरचना की स्थिति को देखते हुए अपेक्षित सेवाओं को प्रदान करना संभव नहीं होगा जब तक कि अवसंरचना का पर्याप्त रूप से सुधार न किया जाए।

<sup>1</sup> नवजात मृत्यु दर एक वर्ष के भीतर प्रति 1000 जीवित जन्म में से बच्चों की मृत्यु की संख्या है।

<sup>2</sup> स्रोत: सांख्यिकी एवं कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय की भारत देश रिपोर्ट 2015

<sup>3</sup> स्रोत: कार्यालय महारजिस्ट्रार तथा जनगणना आयुक्त, भारत की नमूना पंजीकरण प्रणाली की सांख्यिकीय रिपोर्ट 2014

<sup>4</sup> मातृत्व मृत्यु अनुपात उन महिलाओं की संख्या है जिनकी प्रति 100000 जीवित जन्मों में से गर्भावस्था की अवधि तथा स्थान का ध्यान किए बिना गर्भावस्था तथा शिशु जन्म अथवा गर्भावस्था की समाप्ति के 42 दिनों के भीतर गर्भावस्था अथवा इसके द्वारा बढ़े इसके प्रबंधन (दुर्घटना अथवा आकस्मिक कारणों को छोड़कर) से संबंधित किसी कारण से मृत्यु होती है।

<sup>5</sup> स्रोत: कार्यालय महारजिस्ट्रार तथा जनगणना आयुक्त, भारत की नमूना पंजीकरण प्रणाली की सांख्यिकीय रिपोर्ट 2011-13

<sup>6</sup> बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड

इसलिए भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)<sup>7</sup> को ग्रामीण जनसंख्या, विशेषतः असुरक्षित वर्गों, को सुलभ, सस्ती तथा गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने हेतु आठ इएजी राज्यों, उत्तर-पूर्वी राज्यों, जम्मू एवं कश्मीर तथा हिमाचल प्रदेश सहित 18 राज्यों<sup>8</sup> पर विशेष ध्यान सहित पूरे देश में 12 अप्रैल 2005 को प्रारम्भ किया। एनआरएचएम जहां कहीं आवश्यक हो मौजूदा अवसंरचना के पुनरूद्धार तथा नए निर्माण अथवा नवीकरण के माध्यम से लोक क्षेत्र में क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थापना की मांग करता है। एनएचआरएम स्तरों पर समर्थकारी प्रणाली को स्थापित करके सेवा संपूर्णता का सुधार करने की भी मांग करता है।

## 1.2 मिशन के उद्देश्य

अन्य बातों के साथ-साथ एनआरएचएम के महत्वपूर्ण उद्देश्य हैं:

- शिशु तथा मातृत्व मृत्यु दर में कमी
- महिलाओं तथा बच्चों के स्वास्थ्य तथा सार्वभौमिक टीकाकरण को संवोधित सेवाओं पर दबाव के साथ लोक स्वास्थ्य देख भाल सेवाओं तक सर्वभौम पहुंच।
- स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों सहित सक्रामक तथा गैर-सक्रामक रोगों से बचाव तथा नियंत्रण।
- समेकित व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच।

मंत्रालय ने, अपने दस्तावेजों 'कार्यान्वयन ढांचा (2005-2012) तथा कार्यान्वयन ढांचा (2012-17) में 11वीं तथा 12वीं पंचवर्षीय योजना अवधियों की समाप्ति तक प्राप्त किए जाने वाले नवजात मृत्यु दर (आईएमआर), मातृत्व मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर), कुल प्रजनन दर (टीएफआर)<sup>9</sup> आदि के संबंध में प्रत्याशित परिणामों को निर्धारित किया।

<sup>7</sup> राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) तथा राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत उप-मिशन हैं।

<sup>8</sup> अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपूर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नागालैंड, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपूरा, उत्तरांचल तथा उत्तर प्रदेश

<sup>9</sup> महिला की पूर्ण प्रजनन अवधि के दौरान जन्म दिए जाने वाले बच्चे की औसत संख्या के प्रति महिला

### 1.3 संगठनात्मक ढांचा

स्वास्थ्य एक राज्य विषय है। केन्द्रीय सरकार की भूमिका राज्यों में अतिरिक्त वित्तीय संसाधनों के माध्यम से सुधारों पर दबाव डालने की है। एनआरएचएम में केन्द्र तथा राज्य स्तरों पर निम्नलिखित संगठनात्मक ढांचा है।

#### 1.3.1 केन्द्रीय स्तर

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के केन्द्रीय मंत्री द्वारा अध्यक्षता वाले मिशन संचालन समूह (एमएसजी) मिशन को नीति निर्देश प्रदान करता है। एमएसजी के समक्ष प्रस्तुत वित्तीय प्रस्तावों को पहले सशक्त कार्यक्रम समिति (ईपीसी), जिसकी अध्यक्षता सचिव, मंत्रालय द्वारा की जाती है, के समक्ष प्रस्तुत किए जाते हैं। मिशन की अध्यक्षता अतिरिक्त सचिव सह मिशन निर्देशक द्वारा की जाती है।

#### 1.3.2 राज्य तथा जिला स्तर

राज्यों में मिशन राज्य स्वास्थ्य मिशन जिसकी अध्यक्षता मुख्यमंत्री द्वारा की जाती है, के पूर्ण निर्देशन के अंतर्गत कार्य करता है। राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस), जिसकी अध्यक्षता मुख्य सचिव द्वारा की जाती है, मिशन के कार्य करती है। जिला स्वास्थ्य मिशन की अध्यक्षता अध्यक्ष का, जिला परिषद/महापौर जैसा राज्य द्वारा निर्णय लिया जाए, द्वारा की जाती है जो जिले के ग्राम अथवा शहर के रूप वर्गीकरण पर निर्भर है। राज्य स्तर पर विभिन्न कार्यकर्ताओं तथा उनके कुछ कर्तव्यों को नीचे चार्ट 1.1 में दर्शाया गया है:

### चार्ट-1.1: राज्य स्तर पर विभिन्न कार्यकर्ता तथा उनके कर्तव्य

राज्य स्वास्थ्य मिशन (एसएचएम)	<ul style="list-style-type: none"><li>•स्वास्थ्य प्रणाली की निगरानी हेतु उत्तरदायी</li><li>•स्वास्थ्य क्षेत्र से संबंधित नीति मामलों पर विचार</li><li>•एनएचएम आदि के कार्यान्वयन में प्रगति पर समीक्षा। मिशन के कार्य राज्य स्वास्थ्य समिति के माध्यम से किए जाते हैं।</li></ul>
राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस)	<ul style="list-style-type: none"><li>•वार्षिक राज्य कार्य योजना की स्वीकृति/समर्थन</li><li>•व्यय तथा कार्यान्वयन की विस्तृत समीक्षा</li><li>•जिला स्वास्थ्य समितियों को निधियों का निर्गम</li><li>•राज्य स्वास्थ्य मिशन के निर्णयों पर अनुवर्ती कार्रवाई</li></ul>
जिला स्वास्थ्य मिशन (डीएचएस)	<ul style="list-style-type: none"><li>•मिशन के कार्य जिला स्वास्थ्य समिति के माध्यम से किए जाते हैं।</li></ul>
जिला स्वास्थ्य समिति (डीएचएस)	<ul style="list-style-type: none"><li>•जिले में एनआरएचएम सहित सभी स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों की योजना तथा प्रबंधन हेतु उत्तरदायी</li><li>•एसएचएस से प्राप्त निधियों को प्राप्त, प्रबंधन करना तथा हिसाब रखना</li><li>•स्वास्थ्य, पोषण आदि हेतु समेकित जिला स्वास्थ्य विकास योजनाओं को तैयार करने में सुविधा प्रदान करना</li></ul>

#### 1.3.3 एनआरएचएम के अंतर्गत सेवाओं की सुपुर्दगी हेतु अन्य कार्यकर्ता

एनआरएचएम ग्रामीण क्षेत्रों में ग्राम, उप-केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तरों पर लोक स्वास्थ्य सेवाओं की सुपुर्दगी को सुदृढ़ करने की मांग करता है। ग्राम स्तर पर एक प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता अर्थात् आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) को एक प्रति हजार जनसंख्या के अनुपात में नियुक्त किया जाना है। आशा समुदाय तथा लोक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच अंतरापृष्ठ के रूप में कार्य करती है तथा सार्वभौम टीकाकरण, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) हेतु रेफरल तथा एस्कॉर्ट सेवाओं तथा अन्य स्वास्थ्य देखभाल सुपुर्दगी कार्यक्रमों हेतु निष्पादन आधारित क्षतिपूर्ति प्राप्त करती है। उप-केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का संक्षिप्त ब्यौरा नीचे दिया गया है:

- (i) **उपकेन्द्र (एससी)** - यह प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली तथा समुदाय के बीच प्रथम सम्पर्क स्थान है तथा प्रसूति पूर्व देखभाल, प्रसूति

पश्चात् देखभाल, टीकाकरण, गर्भावस्था जांच/हीमोग्लोबिन के अनुमान हेतु न्यूनतम प्रयोगशाला सेवाएं, परिवार नियोजन हेतु परामर्श सेवाएं आदि प्रदान करते हैं। एससी को आगे टाईप 'ए' तथा 'बी' में वर्गीकृत किया गया है। पहला प्रसव हेतु सुविधाओं के सिवाय सभी अनुशंसित सेवाएं प्रदान करता है दूसरा प्रसव हेतु सुविधाएं भी प्रदान करता है।

(ii) **प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र-** प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) ग्रामीण समुदाय तथा चिकित्सा अधिकारी के बीच प्रथम सम्पर्क स्थान हैं। वह परिवार नियोजन परामर्श सेवा तथा सुरक्षित गर्भपात सेवाओं हेतु उपयुक्त रेफरल (एमटीपी)<sup>10</sup>, पोषण सेवाएं जैसे कि खून की कमी तथा विटामिन-ए की कमी का रोगनिदान तथा प्रबंधन सहित मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करता है। प्रत्येक पीएचसी छः एससी हेतु रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है तथा मामलों को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा उप-जिला तथा जिला स्तरों पर उच्च स्तर के सार्वजनिक अस्पतालों को भेजता है।

(iii) **सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र-** सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) 30-बिस्तर वाला अस्पताल है जो मेडिसिन, ओबस्ट्रिक्स एण्ड गायनेकोलॉजी, सर्जरी, पेडियाट्रिक्स, डेंटल तथा आयुष<sup>11</sup> में विशेषज्ञ देखभाल प्रदान करता है। यह चार पीएचसी की रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है तथा ओबस्ट्रिक देखभाल तथा विशेषज्ञ सलाह की सुविधाएं प्रदान करता है। सीएचसी को तभी पूर्णतः प्रचलित प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) घोषित किया जा सकता है अगर वह सभी आपातकालिन सेवाओं जैसे किसी भी अस्पताल को प्रदान करना अपेक्षित है, प्रदान करने हेतु सज्जित है।

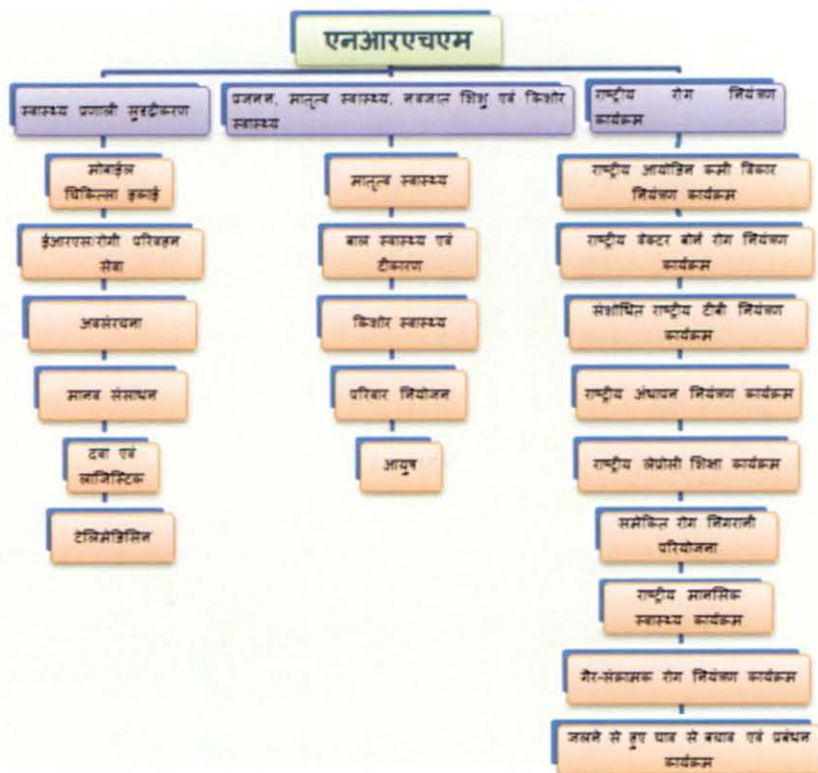
#### 1.4 एनआरएचएम के संघटक

एनआरएचएम स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण क्षेत्रों में पहले के अधिकांश कार्यक्रमों को शामिल करने वाला एक सर्वसमावेशी कार्यक्रम है तथा इसमें संघटक शामिल है जैसा नीचे चार्ट-1.2 में दिए गए हैं:

<sup>10</sup> गर्भावस्था की चिकित्सा से समाप्ति

<sup>11</sup> आयुर्वेद योग तथा प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध तथा होम्योपैथी

चार्ट -1.2: एनएचआरएम के संघटक



स्त्रोत: मंत्रालय की वैबसाईट: एनआरएचएम.जीओवी.आईएन

प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम को शिशु, बाल तथा मातृत्व मृत्यु दरों को कम करने के लक्ष्य के साथ अक्टूबर 1997 में प्रारम्भ किया गया था। आरसीएच को बाद में संशोधित तथा इसमें अप्रैल में प्रारम्भ राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) को संघटक के रूप में शामिल (आरसी-11) किया गया था।

**1.5 एनआरएचएम के अंतर्गत वित्तीय प्रबंधन**

मंत्रालय राज्य सरकारों को मंत्रालय द्वारा स्वीकृत एनआरएचएम राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं (पीआईपी) के आधार पर निधिया<sup>12</sup> जारी करता है। सभी संघ शासित क्षेत्र (यूटी) मंत्रालय द्वारा पूर्ण रूप से वित्त पोषित हैं। 2011-16 की अवधि के दौरान एनआरएचएम के अंतर्गत मंत्रालय द्वारा

<sup>12</sup> अपने अंश के अनुपात में, जो उत्तर पूर्वी राज्यों तथा हिमालयी राज्यों (जम्मू एवं कश्मीर, उत्तराखण्ड तथा हिमाचल प्रदेश) जहां अनुपात हमेशा 90:10 रहा है के अलावा सभी राज्यों के संबंध में 2011-12 में पीआईपी का 85:15, 2012-15 में 75:25 तथा 2015-16 से 60:40 था।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

जारी ₹81,081.77 करोड़ में से ₹47,383 करोड़ प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से संबंधित है।

### 1.6 लेखापरीक्षा उद्देश्य

सृजित सुविधाओं तथा स्वास्थ्य परिणामों (मातृत्व तथा शिशु मृत्यु दर) के बीच सशक्त सहसंबंध पर विचार करते हुए तथा यह स्पष्ट करके कि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) सूचकांक का मिलेनियम विकास लक्ष्यों<sup>13</sup> के अंतर्गत अनुसरण किया था, यह निष्पादन लेखापरीक्षा मुख्यतः एनएचआरएम के अंतर्गत आरसीएच पर केन्द्रित है। इस निष्पादन लेखापरीक्षा के विशिष्ट उद्देश्यों को, प्रचलित स्वास्थ्य परिस्थितियों के संबंध में सभी उपलब्ध डाटा सेटों (जिला स्तरीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3. 2007-08), स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) 2013-15, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2012-13) तथा राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण क्रम 71(2014) का विश्लेषण वित्तीय प्रबंधन तथा अनुसंधान संस्थान (आईएफएमआर), चैन्नई के माध्यम से संचालित, ऐविडेंस फॉर पॉलिसी डिजाइन (ईपीओडी) की सहायता से नियत किया गया है। ये उद्देश्य हैं:

क) देश में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य का सुधार करने पर एनएचआरएम के प्रभाव का निर्धारण:

- i. भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता की सीमा
- ii. स्वास्थ्य देखभाल व्यवसायिकों की उपलब्धता की सीमा तथा
- iii. प्रदत्त स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता तथा आरसीएच के अंतर्गत सेवाएं (अध्याय-7)

ख) डाटा संग्रहण प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग, जो निष्पादन के संकेत के रूप में कार्य करते हैं, की क्रियाविधि (अध्याय-8)।

### 1.7 लेखापरीक्षा का क्षेत्र

निष्पादन लेखापरीक्षा में 2011-12 से 2015-16 की अवधि शामिल है। सभी राज्यों (गोवा को छोड़कर) तथा अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह का चयन

<sup>13</sup> संयुक्त राष्ट्रों द्वारा आठ लक्ष्य तैयार किए गए हैं जिनका भारत हस्ताक्षरकर्ता है।

किया गया था (ग्रामीण जनसंख्या मापदण्ड के अनुसार)। नागालैण्ड के मामले में लेखापरीक्षा ने केवल सर्वेक्षण शीटों के माध्यम से सूचना एकत्रित की क्योंकि 2009-14 की अवधि हेतु एनआरएचएम की निष्पादन लेखापरीक्षा राज्य में पहले ही कर ली गई थी तथा उसके निष्कर्षों को राज्य विधान सभा में प्रस्तुत 2016 के प्रतिवेदन सं. 1 में शामिल किया गया था।

निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु उद्देश्य का चयन करने के मामले की भांति नमूना नीति<sup>14</sup> का निर्धारण करने हेतु वित्तीय प्रबंधन तथा अनुसंधान संस्थान (आईएफएमआर), चैन्नई के माध्यम से संचालित, ऐविडन्स फार पॉलिसी डिजाइन (ईपीओडी) की सहायता से प्रमाण आधारित पद्धति को अपनाया गया है। एक सकेन्द्रीत नमूना नीति को केवल ग्रामीण जिलों के नमूना हेतु अपनाया गया था जिससे कि अभिकल्पित परिणामों के संबंध में कार्यक्रम के कार्यान्वयन को विशेष रूप से निर्धारित किया जा सके। जिले को ग्राम के रूप में तभी वर्गीकृत किया गया है यदि जिले की ग्रामीण जनसंख्या उसकी जनसंख्या की कम से कम 70 प्रतिशत है। एक राज्य के अंतर्गत जिलों का स्वास्थ्य सूचकांक-अवसररचना, स्वास्थ्य कार्मिक, स्वास्थ्य सेवाएं तथा डाटा (जो पूरे किए जा रहे लेखापरीक्षा उद्देश्यों से संबंधित है) के आधार पर तीन श्रेणियों (I-निम्न निष्पादन जिले, II- मध्यम निष्पादन जिले तथा III- उच्च निष्पादन जिले) में स्तरीकरण किया गया है। एक राज्य/यूटी के अंतर्गत विभिन्न श्रेणियों से चयन किए जाने वाले जिलों की संख्या निम्न निष्पादन जिलों के पक्ष में सकारात्मक प्रवृत्ति सहित अनुपातिक आधार पर है। नमूने के चयन हेतु निम्नलिखित सांख्यिकीय ढांचे को अपनाया गया है:

- प्रत्येक राज्य/यूटी से 70 प्रतिशत के ग्रामीण जनसंख्या मापदण्ड को पूरा करने वाले 25 प्रतिशत जिलों (न्यूनतम दो तथा अधिकतम 10 वाले) का बिना प्रतिस्थापन सरल यादृच्छित नमूना (एसआरएसडब्ल्यूओआर) का उपयोग करके चयन किया गया था।

<sup>14</sup> साक्ष्य आधारित दृष्टिकोण में सभी उपलब्ध और विश्वसनीय डेटा सेटों की जांच करना, जिसमें देश में प्रचलित स्वास्थ्य स्थितियों के बारे में जानकारी शामिल है ताकि विशेष रूप से लेखापरीक्षा उद्देश्यों की स्थापना और नमूने का चयन करने के लिए एक मजबूत और ध्यान केंद्रित लेखापरीक्षा दृष्टिकोण विकसित किया जा सके।



- प्रत्येक चयनित जिले के अंतर्गत दो (यदि जिले में ब्लॉक/तहसीलों की कुल संख्या 10 तक है) तथा तीन ब्लॉकों/तहसीलों (यदि ब्लॉक/तहसील की कुल संख्या 10 से अधिक है) का चयन किया गया था। नमूना ब्लॉकों/तहसीलों के अंतर्गत सभी सीएचसी/एसडीएच का चयन किया गया था।
- प्रत्येक सीएचसी के अंतर्गत नमूना ब्लॉकों/तहसीलों से जोड़े गए दो पीएचसी का एसआरएसडब्ल्यूओआर पद्धति का उपयोग करके चयन किया गया था।
- नमूना पीएचसी से जोड़े गए तीन एससी का एसआरएसडब्ल्यूओआर पद्धति का उपयोग करके चयन किया गया था।
- चयनित एससी से सलंगन सभी आशा (अधिकतम तीन के तहत) का चयन किया गया था।
- एसआरएसडब्ल्यूओआर का उपयोग करके 10 पात्र लाभार्थि प्रति चयनित एससी का सर्वेक्षण हेतु चयन किया गया था।

निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु नमूना चार्ट-1.3 में दर्शाए गए के अनुसार है:

### चार्ट-1.3: नमूना चयन



\* केवल महालेखाकार, नागालैण्ड द्वारा किए गए सर्वेक्षण

## 1.8 लेखापरीक्षा पद्धति

निष्पादन लेखापरीक्षा 5 मई 2016 को मंत्रालय के साथ प्रवेश सम्मेलन के साथ प्रारम्भ की गई जहां लेखापरीक्षा उद्देश्य, क्षेत्र तथा पद्धति को स्पष्ट किया गया था। प्रत्येक राज्य में संबंधित प्रधान महालेखाकारों/महालेखाकारों द्वारा कार्यक्रम के कार्यान्वयन में शामिल नोडल विभागों के साथ ऐसे प्रवेश सम्मेलन हुए थे। इसके पश्चात् कार्यक्रम से संबंधित अभिलेखों की अप्रैल 2016 तथा अगस्त 2016 के बीच नोडल विभागों तथा कार्यान्वयन अभिकरणों

में जांच की गई थी। चयनित सुविधाओं, आशा तथा लाभार्थियों के सर्वेक्षण भी किए गए थे। इसके अतिरिक्त, आईटी आधारित प्रणाली, नामतः स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) जिसका मंत्रालय द्वारा एनआरएचएम के पैन-इण्डिया निष्पादन का मूल्यांकन हेतु उपयोग किया गया था, से तैयार डाटा का भी विश्लेषण किया गया था। लेखापरीक्षा की समाप्ति के पश्चात् लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने हेतु 28 फरवरी 2017 को मंत्रालय के साथ निर्गम सम्मेलन किया गया था। निर्गम सम्मेलन राज्य स्तरों पर भी हुए थे जहां राज्य विशिष्ट निष्कर्षों पर चर्चा की गई थी। प्रतिवेदन में निर्गम सम्मेलनों में चर्चा किए गए मुद्दों के अतिरिक्त मंत्रालय (दिसंबर 2016) तथा राज्यों द्वारा प्रस्तुत उत्तरों को ध्यान में रखा गया है।

### 1.9 लेखापरीक्षा मापदण्ड के स्रोत

लेखापरीक्षा मापदण्ड के स्रोत निम्नलिखित हैं:

- क. कार्यान्वयन हेतु एनआरएचएम ढांचा (2005-12);
- ख. कार्यान्वयन हेतु एनआरएचएम ढांचा(2012-17);
- ग. वित्तीय प्रबंधन हेतु एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देश
- घ. भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस)-उपकेन्द्रों (एससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी), उप-जिला/उप-मण्डलीय अस्पतालों (एसडीएच) तथा जिला अस्पतालों हेतु दिशानिर्देश (2007 तथा 2012);
- ड. लोक स्वास्थ्य सुविधाओं 2013 में गुणवत्ता आश्वासन हेतु परिचालन दिशानिर्देश तथा
- च. जिला अस्पताल 2013, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (प्रथम रेफरल इकाई) 2014 तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 2014 में गुणवत्ता आश्वासन हेतु निर्धारक की मार्गदर्शिका।

### 1.10 पिछले लेखापरीक्षा निष्कर्ष

2005-06 से 2007-08 की अवधि हेतु एनआरएचएम की निष्पादन लेखापरीक्षा अप्रैल से दिसंबर 2008 के बीच की गई थी तथा लेखापरीक्षा

निष्कर्षों 2009-10 को सीएजी के लेखापरीक्षा प्रतिवेदन सं.8 (संघ सरकार-सिविल) के माध्यम से संसद को सूचित किया गया था। लोक लेखा समिति (पीएसी) (पन्द्रहवीं लोक सभा) ने अपने 32वें प्रतिवेदन (2010-11) में कथित प्रतिवेदन के लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर अभ्युक्तियां/अनुशंसाएं की थीं।

2011-12 से 2015-16 की अवधि हेतु एनआरएचएम की वर्तमान निष्पादन लेखापरीक्षा ने प्रकट किया कि पहले के सीएजी के प्रतिवेदन में इंगित कमियां मंत्रालय द्वारा पीएसी को आश्वासन के बावजूद भी निरंतर थी। ब्यौरे नीचे तालिका-1.1 में दिए गए हैं:

**तालिका-1.1: पीएसी की कुछ महत्वपूर्ण अभ्युक्तियों/अनुशंसाओं के कार्यान्वयन की स्थिति**

क्र.स.	लोक लेखा समिति की अनुशंसाएं	मंत्रालय का उत्तर	वर्तमान लेखापरीक्षा प्रतिवेदन के अनुसार स्थिति
1.	राज्य सरकारों को सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में अपेक्षित अवसरचना सुविधाओं तथा मानक स्वच्छता स्तरों को बनाए रखने हेतु तुरंत शोधक उपाय करने चाहिए (अनुशंसा सं.12)	मंत्रालय ने अपने पत्र दिनांक 28 जनवरी 2012 के माध्यम से सभी राज्यों को इस संबंध में सभी को भारत सरकार के दिशानिर्देशों का अनुपालन करने हेतु आवश्यक निर्देश जारी करने को कहा था।	अवसरचनात्मक सुविधाएं पूरे देश में कुछ चयनित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में औसत से कम रहना जारी रही। (पैरा सं. 3.3)
2.	ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं में पर्याप्त तथा कुशल मानव संसाधन की नियुक्ति/तैनाती हेतु तुरंत कदम उठाए जाने चाहिए (अनुशंसा सं. 13)	स्वास्थ्य सुविधाओं में पदों को संबंधित राज्य/यूटी सरकारों द्वारा भरा जाता है तथा जीओआई ने जल्द से जल्द रिक्त पदों को भरने हेतु राज्य/यूटी सरकारों पर बार-बार जोर दिया था।	23 राज्यों में लेखापरीक्षा किए गए 111 जिला अस्पतालों में आईपीएचएस मापदण्डों तथा डाक्टरों/विशेषज्ञों (दोनों श्रेणियों में 33 तथा 34 प्रतिशत) नर्सों (25 तथा 18 प्रतिशत) तथा पैरा चिकित्सा स्टाफ (54 तथा 27 प्रतिशत) की संस्वीकृत संख्या के अनुसार कमी पाई गई थी। आईपीएचएस के अनुसार तथा संस्वीकृत संख्या के अनुसार श्रमशक्ति की इसी प्रकार की कमी 10 राज्यों में लेखापरीक्षा किए गए 43 उप-जिला/उप-प्रभागीय अस्पतालों में पाई गई

क्र.स.	लोक लेखा समिति की अनुशंसाएं	मंत्रालय का उत्तर	वर्तमान लेखापरीक्षा प्रतिवेदन के अनुसार स्थिति
			थी। महत्वपूर्ण रूप से 77 से 87 प्रतिशत तक 87 चयनित सीएचसी, विशेषज्ञ डाक्टरों के बिना कार्य कर रहे थे। 13 राज्यों में 64 पीएचसी एलोपैथिक अथवा आयुष डाक्टर के बिना कार्य कर रहे थे। (पैरा सं.5.1 से 5.5)
3.	सभी एससी/पीएचसी/सीएचसी पर आवश्यक अवसंरचना तथा मानक निर्वाह सुविधाएं प्रदान करने हेतु आवश्यक कदम उठाए जाने चाहिए जिससे कि डाक्टरों तथा अन्य चिकित्सा स्टाफ को वहां रहने को प्रोत्साहित किया जा सके। (अनुशंसा सं.15)	एससी/पीएचसी/सीएचसी का उन्नयन किया जाना है तथा निर्वाह सुविधाओं का राज्य/यूटी सरकारों द्वारा विनिर्दिष्ट समय के भीतर निर्माण किया गया है।	कोई सार्थक सुधार नहीं देखा गया था क्योंकि स्टाफ क्वार्टर मूल सुविधाओं की अनुपलब्धता, स्टाफ की उनके असुविधाजनक स्थिति के कारण क्वार्टरों का अधिग्रहण करने की अनिच्छा आदि के कारण विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं में खाली पड़े थे। (पैरा सं.3.5)
4.	विभाग को प्रापण प्रक्रिया में विलम्ब को रोकने, अधिक प्रापण से बचने तथा वित्तीय औचित्य के मापदण्डों के अनुसार अधिक प्रतियोगितात्मक दरो पर अच्छी गुणवत्ता की दवाओं तथा उपकरण की खरीद को सुनिश्चित करने हेतु आंतरिक नियंत्रणों को सुदृढ़ करना चाहिए। (अनुशंसा सं.-16)	प्रापण प्रक्रियाओं तथा स्वास्थ्य क्षेत्र के सामान के प्रापण को सरल एवं कारगर बनाने तथा व्यावसायिक बनाने के कार्यों वाली प्रापण नियमपुस्तक को तैयार कर लिया गया है तथा सभी राज्यों को वितरित कर दिया गया है। 'गुणवत्ता आश्वासन तथा गुणवत्ता नियंत्रण प्रक्रियाओं पर सर्वश्रेष्ठ कार्य' पर सितंबर 2010 में कार्यशालाओं का आयोजन किया गया है।	तीन राज्यों में औषधि/दवा के प्रापण में विसंगतियां पाई गई थीं (पैरा सं.4.4)। 17 राज्यों में ₹30.39 करोड़ के मूल्य के 428 उपकरण (अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे, ईसीजी, ऑटो एनलाईजर, इन्सीनेरेटर, ओटी उपकरण आदि) उन्हें चलाने हेतु अपेक्षित कार्मिकों की आवश्यकता, पर्याप्त स्थान की कमी, आदि के कारण व्यर्थ पड़े थे। (पैरा सं.4.3)
5.	सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणात्मक अनिवार्य दवाओं, टीकों आदि की पर्याप्त गुणवत्ता, सामयिक	एनआरएचएम निधियों में से राज्य/यूटी द्वारा किए जाने वाले प्रापण, दवाओं, टीकों रोगनिदानों तथा	24 राज्यों में औषधियों की उपलब्धता में कमी पाई गई थी। (पैरा सं.4.5)

क्र.स.	लोक लेखा समिति की अनुशंसाएं	मंत्रालय का उत्तर	वर्तमान लेखापरीक्षा प्रतिवेदन के अनुसार स्थिति
	उपलब्धता को सुनिश्चित करने हेतु कड़ी आवधिक मानीटरिंग सहित सभी संभावित कदम उठाए जाने चाहिए (अनुशंसा सं.1.8)	अन्य मदों की सामयिक उपलब्धता को सुनिश्चित करना प्राथमिक रूप से राज्य/यूटी का उत्तरदायित्व है।	

### 1.11 आभार प्रकट

लेखापरीक्षा इस निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राज्य स्वास्थ्य विभागों, कार्यान्वयन अभिकरणों एवं उनके अधिकारियों तथा वित्तीय प्रबंधन तथा अनुसंधान संस्थान (आईएफएमआर), चैन्नई के माध्यम से संचालित, ऐविडेंस फॉर पॉलिसी डिजाइन (ईपीओडी) द्वारा प्रदान सहयोग तथा सहायता का आभार प्रकट करती है।

## अध्याय II : निधि प्रबंधन

### 2.1 प्रस्तावना

मंत्रालय ने राज्य स्वास्थ्य समितियों (एसएचएस) को 2013-14 तक सीधे तथा इसके पश्चात राज्य सरकारों के माध्यम से निधियां<sup>1</sup> जारी की। ऐसी निधियों को पांच भागों में जारी किया है: एनआरएचएम प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) फ्लैक्सीपूल, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) फ्लैक्सीपूल, संक्रामक रोगों हेतु फ्लैक्सीपूल, चोट एवं ट्रामा सहित गैर-संक्रामक रोगों हेतु फ्लैक्सीपूल तथा अवसंरचना अनुरक्षण। राज्य सरकार बदले में जिला स्वास्थ्य समितियों को, ब्लॉकों को आगे निर्गम हेतु निधियां संवितरित करती है जो बाद में, विभिन्न कार्यान्वयन इकाईयों (सीएचसी/पीएचसी/एससी/ वीएचएसएनसी)<sup>2</sup> को आगे संवितरण करती हैं।

### 2.2 निधियों का निर्गम तथा उपयोग

मंत्रालय के अभिलेखों के अनुसार, राज्य स्वास्थ्य समितियों (एसएचएस) ने 2011-16 की अवधि के दौरान उपलब्ध ₹1,10,930.30 करोड़ में से ₹1,06,179.78 करोड़ का व्यय किया था जैसा नीचे अंकित किया गया है। पिछले पांच वर्षों के दौरान सभी राज्यों/यूटी में एनआरएचएम<sup>3</sup> के अंतर्गत मंत्रालय द्वारा जारी की गई निधि, क्रेडिट किया गया राज्य का अंश, उपलब्ध कुल निधि (अर्जित ब्याज को हटाकर) तथा किए गए व्यय का वर्ष-वार विवरण नीचे तालिका 2.1 में दिया गया है:

<sup>1</sup> अपने अंश के अनुपात में (इस प्रतिवेदन के पैराग्राफ 1.5 के फुटनोट में बताया गया)

<sup>2</sup> सीएचसी-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, पीएचसी-प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, एससी-उप-केन्द्र;

<sup>3</sup> जनवरी 2014 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) जिसमें राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन(एनयूएचएम) शामिल है।

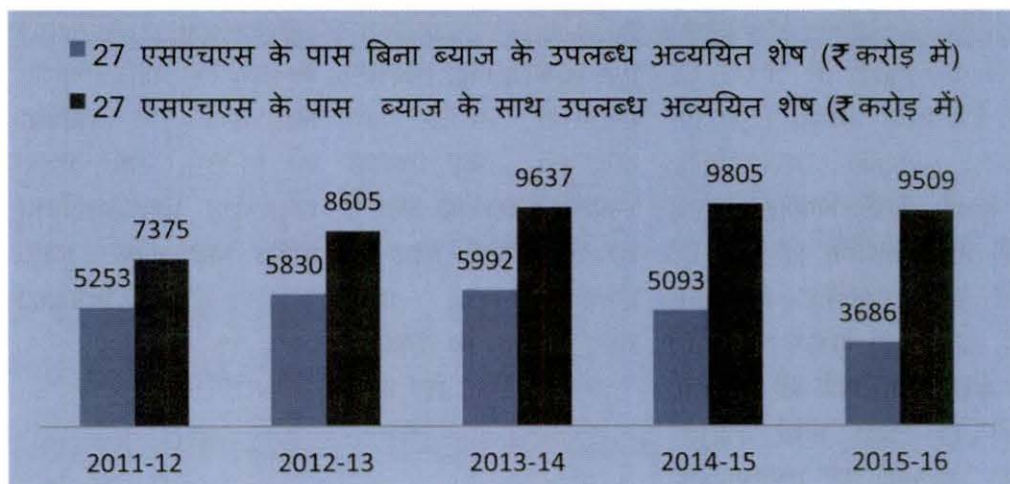
## तालिका-2.1: निधियों का निर्गम तथा उपयोग

(₹ करोड़ में)

वर्ष	अथशेष	केन्द्रीय निर्गम	क्रेडिट किया गया राज्य का अंश	उपलब्ध कुल निधि	व्यय	अंत शेष
2011-12	3,985.06	14,960.43	2,778.79	21,724.29	15,960.78	5,763.50
2012-13	5,763.50	15,002.45	5,246.10	26,012.05	19,606.85	6,405.20
2013-14	6,405.20	16,583.70	4,920.63	27,909.53	21,138.27	6,771.25
2014-15	6,771.25	17,160.31	5,093.35	29,024.91	23,076.94	5,947.97
2015-16	5,947.97	17,374.88	7,824.60	31,147.45	26,396.94	4,750.51
कुल योग		81,081.77	25,863.47		1,06,179.78	

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि मंत्रालय ने परिचालन दिशानिर्देशों के पैराग्राफ 5.5.4 में अनुबंध के विपरीत एनआरएचएम निधियों पर राज्य स्वास्थ्य समितियों (एसएचएस) द्वारा अर्जित ब्याज को अंकित नहीं किया था। लेखापरीक्षा ने 27 राज्यों में एसएचएस द्वारा अर्जित ब्याज की राशि को एकत्रित किया तथा तदनुसार एसएचएस के पास उपलब्ध अव्ययित शेष की राशि को पुनः परिकल्पित किया जैसा नीचे चार्ट-2.1 में दर्शाया गया है:

चार्ट-2.1: 27 राज्यों के पास उपलब्ध अव्ययित शेष



लेखापरीक्षा ने पाया कि 27 राज्यों के पास अव्ययित राशियाँ 2011-12 में ₹7,375 करोड़ से 2015-16 में ₹9,509 करोड़ तक बढ़ी। राज्य जहाँ अव्ययित शेष 40 से 76 प्रतिशत के बीच था, को नीचे सूचीबद्ध किया गया है-

वर्ष	राज्य का नाम जहाँ कमी 40 प्रतिशत से अधिक थी (प्रतिशतता)	राज्यों की संख्या
2011-12	आन्ध्र प्रदेश (58), अरुणाचल प्रदेश (42), छत्तीसगढ़ (57), हिमाचल प्रदेश (45), जम्मू एवं कश्मीर (40), मणिपुर (52), तमिलनाडु (64), त्रिपुरा (46), उत्तर प्रदेश (58), उत्तराखण्ड (42) तथा पश्चिम बंगाल (51),	11
2012-13	आन्ध्र प्रदेश (55), अरुणाचल प्रदेश (49), छत्तीसगढ़ (53), तमिलनाडु (67), उत्तर प्रदेश (58), तथा पश्चिम बंगाल (50), मणिपुर (40)	7
2013-14	आन्ध्र प्रदेश (62), छत्तीसगढ़ (43), कर्नाटक (42), मणिपुर (47), मेघालय (47), तमिलनाडु (53), त्रिपुरा (46), उत्तर प्रदेश (59), उत्तराखण्ड (49) तथा पश्चिम बंगाल (46).	10
2014-15	अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह (46), आन्ध्र प्रदेश (49), अरुणाचल प्रदेश (41), कर्नाटक (47), मणिपुर (52), मेघालय (55), तमिलनाडु (42), तेलंगाना (60), उत्तर प्रदेश (56), उत्तराखण्ड (44) तथा पश्चिम बंगाल (50).	11
2015-16	अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह (69), आन्ध्र प्रदेश (41), अरुणाचल प्रदेश (49), कर्नाटक (50), मेघालय (76), तेलंगाना (52), उत्तर प्रदेश (52) तथा पश्चिम बंगाल (43).	8

#### मामला अध्ययन-कर्नाटक

कर्नाटक राज्य ने 2011-16 के दौरान एसएचएस को, निधियों के उपयोग हेतु योजना तैयार किए बिना अवसंरचना अनुरक्षण के राज्य के अंश के प्रति ₹379.57 करोड़ जारी किये। परिणामस्वरूप, समिति को जारी पूर्ण राशि अव्ययित रही।

मंत्रालय ने बताया कि अव्ययित शेष के प्रति दर्शाई गई राशि में निर्माण एवं खरीद हेतु अभिकरणों को प्रदान अग्रिमों की राशि तथा वह राशि जो अनिवार्य तथा आवर्ती स्वास्थ्य देखभाल गतिविधियों को पूरा करने हेतु अनुरक्षित की जानी अपेक्षित है, शामिल थी।

तथापि, अग्रिमों के विवरण/ब्यौरे के अभाव में मंत्रालय का तर्क सत्यापन करने योग्य नहीं रहा। इसके अतिरिक्त, राज्यों के पास पर्याप्त अव्ययित शेष दर्शाता है कि निधियों को मंत्रालय द्वारा संबंधित राज्यों की अवशोषी क्षमता



का ध्यान किए बिना जारी किया गया था तथा यह निधियों के निर्गम की प्रक्रिया को तर्कसंगत बनाने की मांग करता है।

### 2.3 एसएचएस को राज्य खजाना से निधियों का बिलम्ब/गैर-निर्गम

संघ मंत्रीमण्डल द्वारा स्वीकृत प्रक्रिया (2014-15 से लागू) के अनुसार, निधियां राज्य सरकारों को उनकी प्राप्ति के 15 दिनों के भीतर राज्य स्वास्थ्य समितियों (एसएचएस) को आगे जारी करने हेतु जारी की गई थीं जिसकी विफलता पर राज्य सरकारें ब्याज अदा करने की उत्तरदायी थीं। लेखापरीक्षा ने पाया कि मिशन फ्लैक्सीपूल तथा आरसीएच फ्लैक्सी पूल के अंतर्गत राज्य खजानों को 2014-15 के दौरान जारी ₹49.45 करोड़ तथा 2015-16 के दौरान जारी ₹450.20 करोड़ का मई 2016 तक एसएचएस को अंतरण नहीं किया गया था। इसी प्रकार, राज्य खजानों को वर्ष 2014-15 तथा 2015-16 के दौरान जारी कुल ₹5,037.08 करोड़ तथा ₹4,016.37 करोड़ की निधियों का 50 से 271 दिनों के बीच के विलम्बों के साथ एसएचएस को अंतरण किया गया था। मंत्रालय ने उत्तर दिया कि उन्होंने, समय पर, एसएचएस को निधियों के सामयिक निर्गम को सुनिश्चित करने को कहा था।

तथापि, उत्तर, राज्य सरकारों द्वारा सामयिक पद्धति में एसएचएस को निधियां जारी करने बार-बार गलतियों हेतु मंत्रालय द्वारा की गई कार्रवाई के संबंध में मोन है। इसके अतिरिक्त, मंत्रालय निधियों के विलम्ब अंतरण हेतु राज्य सरकारों पर ब्याज के उद्ग्रहण हेतु मंत्रीमण्डल की सिफारिशों के अनुसार कार्रवाई करने में विफल रहा।

### 2.4 निधियों का विपथन

परिचालन दिशानिर्देशों का पैराग्राफ 3.3.5 प्रावधान करता है कि सभी स्तरों को सुनिश्चित करना चाहिए कि विभिन्न कार्यक्रमों हेतु प्रदत्त निधियों का उसी उद्देश्य हेतु उपयोग किया गया है जिसके लिए वह प्रदान की गई थीं तथा उन्हें अन्य निधियों के साथ मिलाया नहीं गया है। छः राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, राजस्थान, तेलंगाणा, तथा त्रिपुरा) में, ₹36.31 करोड़ का अन्य योजनाओं अर्थात् मुख्यमंत्री शुभ लक्ष्मी योजना (एमएसएलवाई), सुखीभवा योजना, आदि को विपथन किया गया था।

निर्गम सम्मेलन में मंत्रालय ने स्वीकार किया कि एनआरएचएम निधियों का गैर एनआरएचएम उद्देश्यों हेतु विपथन उचित नहीं था।

### 2.5 बकाया अग्रिम

परिचालन दिशानिर्देशों के पैरा 6.9.1 के अनुसार अग्रिमे केवल कार्यक्रम के अंतर्गत स्वीकार्य गतिविधियों हेतु ही प्रदान की जानी है तथा उनका 90 दिनों के भीतर निपटान किया जाना है। सात राज्यों (झारखण्ड, हिमाचल प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल) में 2011-16 की अवधि के दौरान विभिन्न कार्यान्वयन अभिकरणों तथा स्टाफ को दिए गए कुल ₹909.96 करोड़ के अग्रिमों का मार्च 2016 तक समायोजन नहीं किया गया था। राज्य-वार विवरण अनुबंध 2.1 में दिए गए हैं।

मंत्रालय ने उत्तर दिया कि जबकि 90 दिनों की अवधि के भीतर तथा आगे की अग्रिम संस्वीकृत करने से पहले सभी अग्रिमों का निपटान करना वांछनीय है फिर भी यह निर्माण संबंधित गतिविधियों, दवाओं, आपूर्तियों तथा उपकरण के प्रापण के मामले में संभव नहीं होगा। उत्तर अस्वीकार्य है क्योंकि यह परिचालन दिशानिर्देशों के असंगत है।

### 2.6 बकाया उपयोग प्रमाणपत्र (यूसी)

सामान्य वित्तीय नियमावली अनुबंध करती है कि उपयोग प्रमाणपत्र को संबंधित संस्थान अथवा संगठन द्वारा वित्तीय वर्ष की समाप्ति के बारह महीनों के भीतर प्रस्तुत किया जाना चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2011-15 की अवधि हेतु मिशनफ्लैक्सी पूल के अंतर्गत ₹4,283.45 करोड़ के यूसी 22 राज्यों/यूटी से एवं ₹3174.72 करोड़ के यूसी 21 राज्यों/यूटी से मई 2016 तक लम्बित थे।

### 2.7 पीआईपी की स्वीकृति के बिना ₹2898 करोड़ का निर्गम

मंत्रालय ने 2014-15 के दौरान वित्तीय प्रबंधन हेतु एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देशों के पैरा 3.3.5 के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में संबंधित राज्यों की परियोजना कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) की स्वीकृति के बिना तीन पूर्ण/कार्यक्रमों (आरसीएच फ्लैक्सी पूल, मिशन फ्लैक्सीपूल तथा पल्स पोलियो

टीकाकरण) के संबंध में 23 राज्यों को प्रथम भाग के प्रति ₹2,897.74 करोड़ जारी किए।

मंत्रालय ने बताया कि प्रत्येक वर्ष एनएचएम के अंतर्गत स्वीकृतियों के ढेर सतत/चालू गतिविधियों के लिए थे। तदनुसार, सक्षम प्राधिकरण द्वारा राज्यों/यूटी को स्वीकृति प्रेषित की गई थी जिससे कि चालू गतिविधियों जैसे कि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), आदि में कोई बाधा नहीं हो। मंत्रालय का उत्तर वैध नहीं है क्योंकि राष्ट्रीय कार्यक्रम कार्यान्वयन समिति द्वारा पीआईपी की स्वीकृति, एसएचएस को निधियां जारी करने हेतु पूर्व शर्त है।

## 2.8 लेखाओं के अनुरक्षण से संबंधित अभ्युक्तियां

### 2.8.1 सनदी लेखाकार की नियुक्ति

वित्तीय प्रबंधन हेतु एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देश का पैरा 8.3.2 प्रावधान करता है कि राज्य स्वास्थ्य समिति को राज्य तथा जिला स्वास्थ्य समितियों की सांविधानिक लेखापरीक्षा हेतु सनदी लेखाकार (सीए) की नियुक्ति करनी थी। सीए की नियुक्ति भारत के नियंत्रक एवं महालेखाकार द्वारा सूचीबद्ध सनदी लेखाकार फर्मों की सूची से की जानी थी तथा चयन खुली निविदा प्रक्रिया के माध्यम से किया जाना था। इसके अतिरिक्त सीए की नियुक्ति की प्रक्रिया प्रत्येक वर्ष 31 जनवरी से प्रारम्भ तथा 31 मार्च तक समाप्त की जानी अपेक्षित थी।

तथापि यह पाया गया था कि सात राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, मेघालय, मिजोरम, तेलंगाना तथा उत्तर प्रदेश) में सीए फर्मों की नियुक्ति 7 से 206 दिनों के बीच की अवधि तक विलंबित थी। इसने बदले में मंत्रालय को लेखापरीक्षित लेखाओं के प्रस्तुतीकरण को 27 से 195 दिनों तक विलंबित किया।

### 2.8.2 लेखाओं के अनुरक्षण में विसंगतियां

लेखापरीक्षा ने 15 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखण्ड, केरल, मणिपुर, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तेलंगाना, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में वार्षिक लेखाओं में ब्याज को

दर्शाना, आरसीएच हेतु अलग उप बैंक खाते का गैर-अनुरक्षण, अंत शेष को कम बताना, प्राप्तियों को कम बताना, व्यय को अधिक बताना, जर्नल बहिखाता एवं अग्रिम रजिस्टर जैसे महत्वपूर्ण अभिलेखों का गैर-अनुरक्षण जैसी विसंगतियां पाई।

### निष्कर्ष

केन्द्र तथा राज्य दोनों स्तरों पर वित्तीय प्रबंधन प्रत्येक वर्ष की समाप्ति पर राज्य स्वास्थ्य समितियों के पास राशियां निरंतर अव्ययित रहने से संतोषजनक नहीं था। मंत्रालय राज्य सरकारों द्वारा एसएचएस को निधियों के विलम्बित अंतरण पर ब्याज के उदग्रहण करने हेतु मंत्रीमण्डल की सिफारिशों के संबंध में कार्रवाई करने में विफल था। अन्य योजनाओं को निधियों के विपथन के मामले थे। लेखाओं के अनुरक्षण में विभिन्न विसंगतियां पाई गई थीं।

### अनुशंसाएं:

- निधि प्रवाह प्रबंधन की एसएचएस की अवशेषी क्षमता को ध्यान में रखते हुए तर्कसंगत बनाया जाना चाहिए।
- मंत्रालय को निधियों के सफल उपयोग को सुनिश्चित करने हेतु एसएचएस द्वारा अव्ययित शेषों पर अर्जित ब्याज के विवरणों को मॉनीटर तथा अनुरक्षण करना चाहिए।

## अध्याय III : भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता

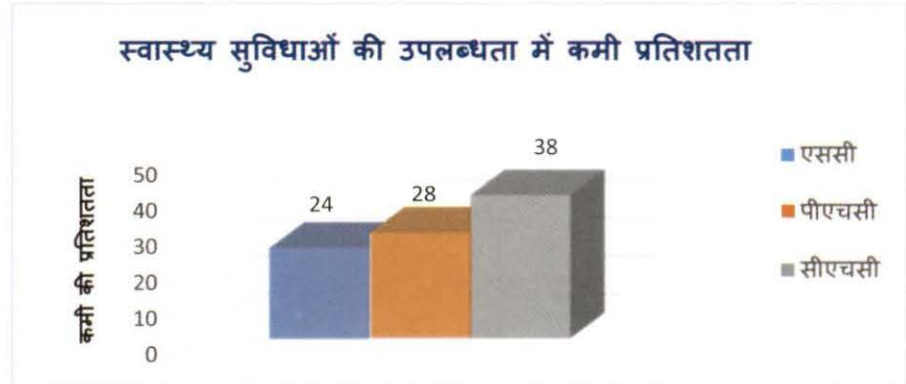
एनएचआरएम मौजूदा अवसंरचना के पुर्नोद्धार तथा नए निर्माण अथवा सुधार जो भी अपेक्षित हो के माध्यम से क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थापना की अभिकल्पना करता है। मिशन ने स्वास्थ्य सुविधाओं के विभिन्न स्तरों हेतु अवसंरचनात्मक मानकों को परिभाषित करते हुए व्यापक भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) विकसित किए।

### 3.1 आवश्यकता के प्रति स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता

आईपीएचएस के अनुसार, एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) तथा एक उप केन्द्र (एससी) की क्रमशः 1,20,000, 30,000 तथा 5,000 की जनसंख्या<sup>1</sup> के लिए स्थापना की जानी थी।

सभी 28 राज्यों (राज्य-वार विवरण अनुबंध-3.1 में) हेतु आवश्यकता के प्रति स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता की स्थिति नीचे दिए गए चार्ट-3.1 में दर्शाई गई है:

चार्ट-3.1



तथापि, एससी, पीएचसी, तथा सीएचसी की उपलब्धता में कमी की प्रतिशतता बिहार (एससी-53, पीएचसी-85, सीएचसी-92), झारखण्ड (एससी-55, पीएचसी-

<sup>1</sup> पहाड़ी/जनजातीय क्षेत्रों के लिए, जनसंख्या का मानदंड सीएचसी के लिए 80,000, पीएचसी के लिए 20,000 तथा एससी के लिए 3,000 था।

76) सिक्किम (सीएचसी-71), उत्तराखण्ड (सीएचसी-53) तथा पश्चिम बंगाल (पीएचसी-70, सीएचसी-63) पांच राज्यों में 50 प्रतिशत से अधिक थी।

छत्तीसगढ़, हरियाणा, मणिपुर, तमिलनाडु और पश्चिम बंगाल के पांच राज्यों में, स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता में कमी का कारण निर्धारित मानदंडों की तुलना में अधिक जनसंख्या की आवृत्ति थी, जैसा कि 237 चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में से 155 में पाया गया है।

**मामला अध्ययन : जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी**  
राजस्थान में, सुविधाओं की उपलब्धता गैर-जनजातीय क्षेत्रों में आईपीएचएस मानदंडों की अधिकता में थी लेकिन जनजातीय क्षेत्रों में कमी थी। गैर-जनजातीय क्षेत्रों में चिकित्सकीय सुविधाओं की अधिकता 130 सीएचसी (34.03 प्रतिशत), 369 पीएचसी (24.12 प्रतिशत) तथा 3,787 एससी (41.23 प्रतिशत) थी जबकि जनजातीय क्षेत्रों में कमी 9 (13.24 प्रतिशत), 89 (32.96 प्रतिशत) तथा 374 (20.65 प्रतिशत) थी। चयनित जिलों में, सभी पांच जनजातीय जिलों में एससी तथा पीएचसी की कमी क्रमशः 13.62 से 32.25 प्रतिशत तथा 15.38 से 71.43 प्रतिशत के बीच थी। तीन जनजातीय जिलों में सीएचसी की कमी निर्धारित आवश्यकता के प्रति 6.25 से 33.33 प्रतिशत के बीच थी।

निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी को बड़े पैमाने पर निधियों की कमी को आरोपित किया क्योंकि 12वीं पंचवर्षीय योजना में ₹1,93,405/- करोड़ की आवश्यकता के प्रति केवल ₹91,022/- करोड़ ही उपलब्ध कराए गए थे। तथापि, उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि राज्यों के पास पर्याप्त अव्ययित निधियां थी जो संसाधनों के कम उपयोग को दर्शाता है जैसा पैराग्राफ सं. 2.2 में इंगित किया गया है। इसके अतिरिक्त, उत्तर यह नहीं बताता कि निधियों की कमी के बावजूद सुविधाएं गैर-जनजातीय क्षेत्रों में आईपीएचएस मानदंड के अधिकता में थी जबकि जनजातीय क्षेत्रों में कमी थी।

### 3.2 स्वास्थ्य सुविधाओं की अवस्थिति

आईपीएचएस मानदंड के अनुसार, एससी को लोगो को आसान पहुंच प्रदान करने तथा सहायक नर्स एवं दाई (एएनएम) की सुरक्षा हेतु ग्राम के भीतर स्थित होना चाहिए। इसके अतिरिक्त, यह इस प्रकार स्थित होना चाहिए कि एक व्यक्ति को वहां पहुंचने हेतु 3 किलोमीटर से अधिक जाने की आवश्यकता न पड़े। एससी के पास कुछ संचार नेटवर्क (सड़क संचार/लोक परिवहन/दूरभाष) भी होने चाहिए। इसी प्रकार पीएचसी तथा सीएचसी आसानी से पहुंचे जाने वाले क्षेत्र में केन्द्रीय रूप से स्थित होना चाहिए। प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा कचरा संग्रहण, पशुशाला आदि के क्षेत्रों से दूर होनी चाहिए।

1,443 एससी, 514 पीएचसी, 300 सीएचसी, 134 जिला अस्पतालों (डीएच) के सर्वेक्षण ने प्रकट किया कि इनमें से कुछ अस्वस्थ वातावरण में कार्य कर रहे थे कुछ सार्वजनिक परिवहन द्वारा दुर्गम थे अथवा दूरस्थ ग्राम से तीन किलोमीटर से अधिक की दूरी पर स्थित थे। ब्यौरों को तालिका-3.1 में तालिकाबद्ध किया गया है।

तालिका-3.1: स्वास्थ्य सुविधाओं की अवस्थिति के राज्य वार विवरण

क्र.सं.	त्रुटिपूर्ण पाए गए संघटक	एस सी			पीएचसी			सीएचसी			डीएच		
		संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी
1.	दूरस्थ ग्राम से तीन किलोमीटर से अधिक की दूरी	1031	73	29	एन ए	एन ए	एनए	एनए	एन ए	एनए	एन ए	एन ए	एनए
2.	सार्वजनिक परिवहन द्वारा भी दुर्गम	404	28	28	104	20	24	-	-	-	-	-	-
3.	अस्वच्छ वातावरण	236	17	27	96	19	27	78	26	19	40	30	24

एनए - लागू नहीं

### 3.3 स्वास्थ्य सुविधाओं में अवसंरचना

आरसीएच सेवाओं की प्रभावी सुपुर्दगी हेतु आईपीएचएस मूल आवश्यकताओं जैसे बिल्डिंग, बिजली, जल आपूर्ति, रेफरल सेवाओं आदि के प्रावधान से अलग एससी<sup>2</sup>, पीएचसी<sup>3</sup> तथा सीएचसी<sup>4</sup> में अवसंरचना हेतु मानदण्ड निर्धारित करते हैं।

29 राज्यों/यूटी में 1,443 एससी (123 टाईप 'बी' एससी सहित), 514 पीएचसी, 300 सीएचसी, डीएच के सर्वेक्षण ने निम्नलिखित अवसंरचनात्मक कमियों को उजागर किया जैसा तालिका-3.2 में ब्यौरा दिया गया है।

तालिका-3.2: स्वास्थ्य सुविधाओं में अवसंरचनात्मक कमियां

क्र.सं.	अवसंरचनात्मक सुविधा उपलब्ध नहीं	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	सर्वेक्षण की गई कुल स्वास्थ्य सुविधाओं की प्रतिशतता	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
<b>एससी</b>				
1.	स्वयं की नामित सरकारी बिल्डिंग	401	28	27
2.	परिसरों की सफाई	171	12	26
3.	विद्युत आपूर्ति	507	36	25
4.	जल आपूर्ति	516	36	29
5.	शौचालय	482	34	27
6.	टाईप 'बी' एस सी हेतु प्रसव कक्ष	24	20	8

<sup>2</sup> टाईप 'बी' एससी (अर्थात प्रसव सुविधाओं वाले एससी) के लिए एक प्रसव टेबल तथा नवजात कोर्नर सहित एक प्रसव कक्ष

<sup>3</sup> 4-6 बैड, पुरुष एवं महिलाओं हेतु अलग वार्ड, पुरुष एवं महिलाओं हेतु अलग साफ शौचालय, एक नवजात देखभाल कार्नर सहित प्रसव कक्ष

<sup>4</sup> पुरुष एवं महिलाओं हेतु अलग वार्ड के साथ 30 बैड, अपातकालिन प्रसूति देखभाल हेतु सभी सुविधाओं सहित एफआरयू के रूप में क्रियात्मक होना चाहिए, ऑपरेशन थियेटर, नवजात देखभाल सुविधाएं जैसे कि नवजात हेतु पुनरुज्जीवन स्थान एवं आउटलेट आदि।



क्र.सं.	अवसंरचनात्मक सुविधा उपलब्ध नहीं	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	सर्वेक्षण की गई कुल स्वास्थ्य सुविधाओं की प्रतिशतता	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
<b>पीएचसी</b>				
1.	स्वयं की नामित सरकारी भवन	43	8	18
2.	दीवारों पर प्लस्टर की स्थिति (प्लस्टर उतरना/प्लस्टर न होना)	235	46	28
3.	उचित फ्लोरिंग	168	33	27
4.	विद्युत आपूर्ति	30	6	12
5.	अतिरिक्त जनरेटर/उपलब्ध परंतु चालू नहीं	347	68	27
6.	जल आपूर्ति	60	12	19
7.	चार बैड	199	39	25
8.	प्रसव कक्ष/उपलब्ध परंतु क्रियात्मक नहीं	174	34	23
9.	नवजात देखभाल कार्नर	253	50	27
10.	अलग पुरुष एवं महिला वार्ड	324	64	25
11.	रेफरल हेतु परिवहन सुविधा	219	43	23
<b>सीएचसी</b>				
1.	दीवारों पर प्लस्टर की स्थिति (प्लस्टर उतरना/प्लस्टर न होना)	111	37	26
2.	उचित फ्लोरिंग	84	28	19
3.	ऑपरेशन थियेटर/उपलब्ध परंतु उपयोग में नहीं	100	33	26
4.	अलग पुरुष एवं महिला वार्ड	57	19	20
5.	नवजात देखभाल सुविधाएं/उपलब्ध परंतु उपयोग में नहीं	78	26	23
<b>डीएच</b>				
1.	दीवारों पर प्लस्टर की स्थिति (प्लस्टर उतरना/प्लस्टर न होना)	52	39	23
2.	उचित फ्लोरिंग	45	34	19

कुछ एससी की खराब स्थिति में कुछ फोटो नीचे दी गई हैं:



एसएचसी, गालोंदा, जशपुर, छत्तीसगढ़ के छत की स्थिति



एससी, उत्तर बोर्बिल, कार्बी आंगलोंग जिला, असम में शौचालय की जीर्ण-शीर्ण स्थिति

प्रजनन एवं बाल देखभाल हेतु अनिवार्य सुविधाओं की अनुपलब्धता तथा स्वास्थ्य सेवाओं की सुपुर्दगी पर उनके प्रभाव के कुछ राज्य-वार उदाहरणों पर नीचे चर्चा की गई है:

गुजरात में, तीन चयनित सामान्य अस्पतालों<sup>5</sup> (जीएच) में, जहाँ ओटी क्रियाशील थे, पूर्व-आपरेशन तथा पश्च-आपरेशन कक्ष जीएच, नडियाद में उपलब्ध नहीं थे। स्थान की कमी के कारण प्रयोगशाला जीएच, नाडियाड में प्रवेश में प्रतीक्षा कक्ष में कार्य कर रही थी (फोटो नीचे दी गई है)। सामान्य अस्पताल, गोधरा में, 440 बिस्तरों की आवश्यकता के प्रति केवल 210 बिस्तर उपलब्ध थे, जिसके कारण मरीजों की जमीन पर व्यवस्था की गई थी।



जीएच, नाडियाड, गुजरात के प्रवेश में प्रतीक्षा कक्ष में कार्य कर रही प्रयोगशाला

झारखंड में, 17 चयनित पीएचसी में, बिस्तर की कमी गैर-उपलब्धता या पीएचसी भवनों के गैर-अस्तित्व के कारण, आवश्यक सेवाएं अर्थात रोगियों को बाह्य-रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाएं, 24 घंटे की आपातकालीन सेवाएं, रेफरल सेवाएं और रोगी विभाग (आईपीडी) प्रदान नहीं की जा रही थीं। पांच चयनित डीएचएस में, आईपीएचएस के अनुसार विशेष उपचार सुविधाओं के 32 श्रेणियों के प्रति केवल 6 से 14 सुविधाएं कार्यात्मक थीं।

केरल में, 1,158 स्वास्थ्य सुविधाओं (सीएचसी-234 तथा पीएचसी-924) में से केवल 23 सीएचसी ने प्रसव सेवाएं प्रदान की। शेष 1,135 सुविधाएं प्रसव केन्द्रों के रूप में कार्य नहीं कर नहीं थी क्योंकि उनके पास मूलभूत संरचना, मानव शक्ति, उपकरण आदि नहीं थे। प्रवेश बैठक के दौरान, सचिव, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग ने बताया कि 75 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं

<sup>5</sup> एक डीएच के बराबर

प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं का उपयोग सरकारी संस्थानों में करती हैं, लेकिन जब प्रसव की बात आती है, तो वे निजी अस्पतालों को पसंद करते हैं। उन्होंने मुख्य कारणों का हवाला दिया कि लोगों की सामान्य धारणा थी कि निजी अस्पताल में प्रसव सुरक्षित और दर्द रहित तथा निजी संस्थानों में बेहतर बाल चिकित्सा सेवाओं की उपलब्धता थी।

सीएचसी बरखेड में, मुल्ताई ब्लॉक, बेतुल जिला, मध्य प्रदेश में, लाभार्थियों को गंभीर जोखिम को उजागर करते हुए चिकित्सा और पैराचिकित्सा स्टाफ के कर्तव्यों का निष्पादन एक वार्ड बॉय को करते हुए देखा गया।

महाराष्ट्र में, डीएच भंदारा के फील्ड दौरे के दौरान यह पाया गया था कि अपर्याप्त प्रतीक्षा क्षेत्र के कारण ओपीडी काउंटर में भीड़ थी तथा रोगियों के लिए बैठने की जगह नहीं थी। रैम्प में रैलिंग नहीं लगाई गई थी। अस्पताल परिसर में उपयुक्त सुरक्षा प्रबंध नहीं था तथा आवारा जानवर अस्पताल के गलियारे में धूम रहे थे। इसी प्रकार, डीएच बुलधाना में अस्पताल के पिछली तरफ परिसर दीवार जीर्ण-शीर्ण स्थिति में थी जिसके परिणामस्वरूप आवारा जानवर (सुअर) विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाई वार्ड तक पहुंच के साथ इस क्षेत्र में घूम रहे थे।

मेघालय में, सीएचसी बोड़रिमबांग में खराब जल निकासी प्रणाली के कारण सीएचसी में लगभग सभी कमरों से वर्षा तथा बाढ़ के दौरान नालियों से पानी बाहर बहता है। डीएच नोंगपोह में, लीक करते पाईप तथा अतिप्रवाह सेप्टिक टैंक रसाईघर क्षेत्र के साथ स्थित थे (फोटो नीचे दिया गया है) तथा सामान्य बेकार को अस्पताल के पास रखा/फेंका जा रहा था:



लीक हो रहे पाईप तथा अतिप्रवाह सेप्टिक टैंक-डीएच, नोंगपोह मेघालय

राजस्थान में, सात चयनित जिलों में चार नए निर्मित भवनों<sup>6</sup> में कई कमियां (जैसे कि दीवारों में दरारें, छतों में रिसाव, जल निकासी बंद होना, भूमिगत फिटिंग में पानी का रिसाव, टूटा हुआ रसाईंघर प्लेटफार्म तथा टूटी हुई सिढ़ियों की रेलिंग आदि) पाई गई थी, जो इन भवनों के निर्माण की घटिया गुणवत्ता को दर्शाती हैं।

सिक्किम में, सीएचसी, जोरथांग, पुरानी बिल्डिंग में कार्य कर रहा था जो जीर्ण-शीर्ण स्थिति में थी। 30 बिस्तर की आवश्यकता के प्रति केवल 12 बिस्तर उपलब्ध थे।

त्रिपुरा में, तीन पीएचसी में प्रसव कक्षों को स्टाफ की अनुपलब्धता तथा उपकरण अर्थात् रेडिंट वार्मर, सक्शन मशीन, स्टरीलाइजर, नार्मल डिलिवरी किट आदि की कमी के कारण चालू नहीं किया गया था। खराब अवसंरचना के कारण गर्भवती महिलाओं को चार पीएचसी में प्रसव की सुविधा प्राप्त नहीं थी तथा उन्हें एसडीएच/सीएचसी को भेजा गया था। चयनित सीएचसी/एसडीएच में, आपातकालिन सेवाएं, सर्जरी, आबट्रेटिक्स तथा गायनेकालॉजी, सुरक्षित गर्भपात सेवाएं, एमटीपी<sup>7</sup> सेवाएं, ट्यूबेक्टॉमी तथा वेस्कटॉमी ऑपरेशन आदि के लिए सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं।

पश्चिम बंगाल में, ग्रामीण अस्पताल, कृष्णापुर में अधिक भीड़-भाड़ देखी गयी थी (फोटो नीचे दी गई है)।



अधिक भीड़-भाड़ वाला ग्रामीण अस्पताल कृष्णापुर,  
मुर्शिदाबाद, पश्चिम बंगाल (अगस्त 2016)

<sup>6</sup> इन बिल्डिंगों का निर्माण ₹1.44 करोड़ की लागत पर मार्च 2012 और दिसम्बर 2013 के बीच किया गया था।

<sup>7</sup> गर्भावस्था की चिकित्सा समाप्ति

### 3.4 एनआरएचएम के अंतर्गत सिविल निर्माण कार्यों की स्थिति

मंत्रालय राज्यों<sup>8</sup> को स्वास्थ्य सुविधाओं के सृजन तथा उन्नयन हेतु निधियां आबंटित करता है। 2011-16 के दौरान स्वास्थ्य सुविधाओं का निर्माण तथा उनके प्रति उपलब्धि नीचे तालिका-3.3 में दी गई हैं (राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-3.2 में)।

तालिका-3.3: स्वास्थ्य सुविधाओं के निर्माण तथा उपलब्धि के लक्ष्य

क्र.सं.	स्वास्थ्य देखभाल सुविधा का प्रकार	लक्ष्य	उपलब्धि	कमी (प्रतिशत)
1.	एससी (25 राज्य)	9,563	6,089	3,474 (36)
2.	पीएचसी (25 राज्य)	1,830	1,024	806 (44)
3.	सीएचसी (17 राज्य)	733	495	238 (32)

इस कमी को भूमि के अंतिम रूप देने/आवंटन, निविदा में प्रशासकीय विलम्ब, संशोधित लागत आदि के अनुमोदन के लिए जिम्मेदार ठहराया गया।

#### 3.4.1 निर्माण कार्यों का निष्पादन

सरकार अथवा सरकारी अभिकरणों द्वारा किए गए सभी निर्माण कार्यों को सामान्य वित्तीय नियमावली, केन्द्रीय सतर्कता आयोग द्वारा जारी दिशानिर्देशों तथा पीडब्ल्यूडी नियमपुस्तिका द्वारा नियंत्रित किया जाता है। अभिलेखों की संवीक्षा ने एनएचआरएम के अंतर्गत निर्माण कार्यों के निष्पादन में नियमावली के उल्लंघन के कुछ अवसरों को उजागर किया जैसा अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई है:

#### (क) नामांकन आधार पर निर्माण कार्यों को सौंपना

चार राज्यों में, ₹2207.67 करोड़ की लागत के 400 निर्माण कार्यों को वर्तमान नियमावली<sup>9</sup> के प्रावधानों के उल्लंघन में नामांकन आधार पर सौंपा गया था जैसा नीचे तालिका-3.4 में ब्यौरे दिया गया है:

<sup>8</sup> उप शीर्ष 'अस्पताल सुदृढीकरण' तथा नव निर्माण/सुधार तथा स्थापना के अंतर्गत

<sup>9</sup> केन्द्रीय सतर्कता आयोग के परिपत्र दिनांक 5 जुलाई 2007 के अनुसार निविदा प्रक्रिया किसी भी सरकारी अभिकरण द्वारा किसी भी अन्य पद्धति के रूप में संविदा को सौंपने की एक मूल आवश्यकता है, विशेष रूप से नामांकन आधार पर संविदा को सौंपना संविधान के अनुच्छेद 14 जो समानता के अधिकार की गारंटी प्रदान करता है के उल्लंघन के बराबर है, जो सभी हितबद्ध दलों को समानता का अधिकार लागू करता है।

तालिका-3.4: नामांकन आधार पर निर्माण कार्यों को सौंपना

क्र.सं.	राज्य	सौंपे गए निर्माण कार्यों की संख्या	लागत (₹करोड़ में)	वर्ष	अभिकरण जिसको निर्माण कार्य सौंपा गया था
1.	केरल	15	50.32	2014-16	एचएलएल लाईफ केयर लिमिटेड, भारत संचार निगम लिमिटेड, केरल राज्य निर्मिती केन्द्र आदि
2.	मणिपुर	158	72.92	2011-16	मणिपुर विकास समिति (16), मणिपुर जनजातिय विकास निगम (96), मणिपुर औद्योगिक विकास निगम (46)
3.	मिजोरम	7	1.06	2012-14	विभिन्न स्थानीय ठेकेदार
4.	उत्तर प्रदेश	220	2083.37	2012-14 एवं 2015-16	राज्य सरकार तथा संघ सरकार के 10 निर्माण अभिकरण
<b>कुल</b>		<b>400</b>	<b>2207.67</b>		

उत्तर प्रदेश में, निर्माण कार्यों को मनमाने एवं गैर-पारदर्शी प्रकार से तथा कार्य का निष्पादन करने हेतु अभिकरण की क्षमता का निर्धारण किए बिना निर्माण अभिकरणों को सौंपा गया था जिसका परिणाम एनआरएचएम निर्माण कार्यों के निष्पादन में विलम्ब हुआ। उदहारणार्थ, 2012-13 में नामांकन आधार पर यूपीआरएनएन<sup>10</sup> को सौंपे गए ₹685 करोड़ की लागत के 34 निर्माण कार्यों के प्रति अभिकरण मार्च 2016 तक ₹244.80 करोड़ की लागत पर केवल तीन निर्माण कार्यों को पूरा करने में समर्थ था। इसी प्रकार, एचएससीसी<sup>11</sup> नोएडा को 2012-13 में ₹120 करोड़ की लागत के छः निर्माण कार्य सौंपे गए थे। परंतु अभिकरण मार्च 2016 तक एक भी निर्माण कार्य को पूरा करने में समर्थ नहीं था।

<sup>10</sup> उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम लिमिटेड

<sup>11</sup> अस्पताल सर्विसिस कसलटेंसि कार्पोरेशन

**(ख) संदिग्ध दुरुपयोग के मामले**

चित्रदुर्ग, कर्नाटक में नवजात शिशु गहन देखभाल इकाई के निर्माण तथा कामजोंग, मणिपुर में संस्थानिक बिल्डिंग के नवीकरण में कुल ₹32.98 लाख की निधियों के संदिग्ध दुरुपयोग के मामले पाए गए थे। कर्नाटक में, वर्ष 2010-11 में अनुमानित राशि ₹31.60 लाख से जिला अस्पताल, चित्रदुर्ग के परिसर में एमसीएच भवन की पहली मंजिल पर नवजात गहन देखभाल इकाई (आईएनसीयू) वार्ड के निर्माण कार्य का अनुमोदन किया गया था (फरवरी 2011)। मार्च 2013 से मार्च 2014 तक डीएच को ₹65.00 लाख<sup>12</sup> की राशि जारी की गई थी और धनराशि एनआरएचएम के तहत अन्य योजना निधियों के साथ एक ही बैंक खाते में रखी गई थी। संबंधित खातों के लिए रोकड़ बही, चेक जारी रजिस्ट्रों, वाउचर, बैंक स्टेटमेंट आदि उचित रूप से अनुरक्षित नहीं थी। यह देखा गया कि परिवार नियोजन योजना, जेएसवाई योजना आदि के तहत लाभार्थियों के चेकों में परिवर्तन करके जिला स्वास्थ्य अस्पताल के अधिकारियों द्वारा इस बैंक खाते से (अप्रैल 13 से मार्च 14) ₹25.62 लाख के एनआरएचएम निधि का दुर्विनियोजन किया गया था। मणिपुर में, सीएचसी, कमजोंग, एसएचएस, मणिपुर में संस्थागत भवन के नवीनीकरण के लिए अनुमोदित ₹10 लाख के प्रति ठेकेदार को ₹7.36 लाख का भुगतान किया गया (अक्टूबर 2014)। हालांकि, संयुक्त प्रत्यक्ष सत्यापन के दौरान, चिकित्सा अधिकारी ने स्पष्ट किया कि अगस्त 2016 तक कोई नवीकरण कार्य नहीं किया गया था।

**(ग) विविध अभ्युक्तियां**

निर्माण कार्यों के निष्पादन के संबंध में विसंगतियां नौ राज्यों में पाई गई थीं जैसा नीचे ब्यौरो दिया गया है:

छ: राज्यों में, ₹306.96 करोड़ के लागत विवक्षा सहित असमायोजित अग्रिमों, अधिक भुगतान, आदि के उदाहरण पाए गए थे जैसा नीचे तालिका-3.5 में तालिकाबद्ध किया गया है:

<sup>12</sup> भवन के निर्माण एवं उपकरणों और दवाओं की खरीद के लिए

तालिका-3.5: अधिक लागत, असमायोजित अग्रिमों, अधिक भुगतान आदि के उदाहरण

क्र.सं.	राज्य	अभ्युक्ति की प्रवृत्ति	राशि(रु करोड़ में)
1.	असम	परिसमापन क्षतियों तथा अन्य प्रभारों को आरोपित न करना अधिक लागत	0.99
2.	हिमाचल प्रदेश	निधियों का अवरोधन	19.97
3.	जम्मू एवं कश्मीर	निष्फल व्यय	0.91
4.	कर्नाटक	अधिक भुगतान	0.54
5.	मणिपुर	असमायोजित अग्रिम	30.56
6.	उत्तर प्रदेश	असमायोजित अग्रिम तथा ब्याज आय की वापसी न करना	250.34
		परिसमापन क्षतियों को आरोपित न करना	3.65
		<b>कुल</b>	<b>306.96</b>

केरल में, निर्माण कार्यों के अनुबंधों में कार्य की सामयिक समाप्ति, गुणवत्ता जांच हेतु निरीक्षण आदि की अनिवार्य शर्तें शामिल नहीं थीं।

मणिपुर में, 2009-10 के दौरान पीएचसी, मारम, जिला सेनापति, मणिपुर के परिसर दीवार के निर्माण के लिए ₹4.94 लाख (₹9.88 लाख की स्वीकृत लागत के अन्तर्गत) जारी किया गया था। हालांकि, संयुक्त प्रत्यक्ष सत्यापन (मई 2016) के दौरान, यह पाया गया कि पीएचसी के आसपास कोई परिसर दीवार नहीं बनाई गई थी। राज्य मिशन सोसाइटी ने उत्तर दिया (नवंबर 2016) कि सीमा मुद्दे के कारण काम शुरू नहीं किया जा सका था और यह मार्च 2017 तक पूरा करने के लिए लक्षित था।

उत्तर प्रदेश में ₹247.20 करोड़ की वित्तीय विवक्षा वाले 28 निर्माण कार्यों में विभाग तथा कार्यान्वयन अभिकरणों द्वारा गलत लागत अनुमान तथा स्वीकृतियों, विस्तृत अनुमानों को तैयार करते राज्य सरकार के पीडब्ल्यूडी के मापदण्डों को न अपनाने के कारण ठेकेदारों के अनुचित पक्ष, गुणवत्ता आश्वासन की कमी के उदाहरण पाए गए थे।

### 3.4.2 कार्य प्रारम्भ न करना

9 राज्यों (असम, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम तथा त्रिपुरा) में, 1514 निर्माण कार्यों को भूमि की



अनुपलब्धता, कोडल औपचारिकताओं के गैर-समापन, निर्माण अभिकरणों की ओर से विलम्ब आदि के कारण प्रारम्भ नहीं किए गए/रद्द किए गए थे। नौ राज्यों में से हिमाचल प्रदेश, केरल, ओडिशा, सिक्किम और त्रिपुरा में 538 कार्यों के लिए ₹134.91 करोड़ की राशि जारी की गई थी, यद्यपि अप्रयुक्त राशि को, कार्यकारी एजेन्सियों/ठेकेदारों द्वारा वापस नहीं किया गया था।

**हरियाणा** में, मौजूदा बिल्डिंग में एक नया तल जोड़ कर सीएचसी मुलाना के निर्माण हेतु ₹171.18 लाख की प्रशासनिक स्वीकृति नवम्बर 2009 में प्रदान की गई थी। बाद में, विभाग को अनुभूति हुई कि मौजूदा भवन में तल को जोड़ने का कोई प्रावधान नहीं था तथा मार्च 2015 में नई भवन के निर्माण हेतु प्रशासनिक स्वीकृति तथा ₹657.81 लाख की संशोधित संस्वीकृति प्रदान की। कार्य को अप्रैल 2016 तक आरम्भ नहीं किया गया था तथा कार्य निविदा स्तर पर था। इस प्रकार खराब योजना असाधारण विलम्ब का कारण बनी।

इसी प्रकार, पीएचसी बार्ना (कुरुक्षेत्र), पीएचसी गुडियाना (रेवाड़ी) तथा पीएचसी पक्षमा (रोहतक) के निर्माण के मामले में प्रशासनिक स्वीकृतियां 2008-09 तथा 2009-10 में प्रदान की गई थीं परंतु निर्माण विवाद/भूमि की अनुपलब्धता के कारण आरम्भ नहीं किया जा सका था।

भवनों में काम कर रहे 32 मामलों में भूमि की अनुपलब्धता के कारण, 2007-09 के बीच ₹782.92 लाख लागत के 37 उप-केन्द्रों के निर्माण के लिए प्रशासनिक अनुमोदन को, पहले से ही सरकारी मई 2013 से सितम्बर 2014 के बीच वापस ले लिया गया था। चार साल की अवधि समाप्त होने के बाद विभाग को योजना में अपनी गलती की अनुभूति हुई। यह भी पाया गया कि इन सुविधाओं का निर्माण जुलाई 2016 तक पूरा नहीं हुआ था।

### 3.4.3 निर्माण कार्यों के समापन में विलम्ब

नौ राज्यों (छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मणिपुर, राजस्थान, तेलंगाना तथा पश्चिम बंगाल) में, ₹186.55 करोड़ के 199 निर्माण कार्य समापन की निर्धारित तिथि के परे एक वर्ष से 3 वर्ष से अधिक अवधियों के लिए विलम्बित थे, जैसा तालिका-3.6 में दर्शाया गया है:

## तालिका-3.6: विलम्बित कार्यों की राज्य-वार विवरणी

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	राज्य का नाम	विलम्बित निर्माण कार्यों की कुल संख्या तथा उनकी लागत	निर्माण कार्यों के साथ संख्या		
			1-2 वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत	2-3 वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत	तीन वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत
1.	छत्तीसगढ़	74 (22.37)	7 (0.76)	20 (4.24)	47 (17.37)
2.	हरियाणा	10 (2.11)	1 (0.21)	3 (0.63)	1 (0.21)
3.	हिमाचल प्रदेश	48 (18.25)	23 (5.30)*	3 (0.48)	22 (12.47)
4.	कर्नाटक	76 (47.75)	4 (0.83)	शून्य	1 (0.21)
5.	केरल	23 (75.33)	8 (43.27)	5 (24.72)	1 (0.39)
6.	मणिपुर	1 (0.35)	1 (0.35)	शून्य	शून्य
7.	राजस्थान	34 (52.44)	6 (3.78)	1 (2.06)	शून्य
8.	तेलंगाना	3 (35.45)	शून्य	1 (16.23)	2 (19.22)
9.	पश्चिम बंगाल	42 (33.82)	शून्य	9 (6.87)	33 (26.95)
	<b>कुल</b>	<b>311 (287.87)</b>	<b>50 (54.50)</b>	<b>42 (55.23)</b>	<b>107 (76.82)</b>

\* नौ महिनों से दो वर्षों से अधिक का विलम्ब

विलम्ब स्थल तथा भूमि विवादों, निधियों की कमी, स्थल अनापत्तियां प्राप्त करने में विलम्ब आदि को आरोपित थे।

#### 3.4.4 परित्यक्त/छोड़े गए निर्माण कार्य

पांच राज्यों (असम, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक तथा मणिपुर) में, 22 निर्माण कार्यों को विभिन्न कारणों जैसे कि भूमि के स्पष्ट शीर्षक का अभाव, स्थल मामले आदि के कारण परित्यक्त/छोड़ दिया गया था (राज्य-वार विवरण अनुबंध-3.3 में), जिनमें से ₹5.23 करोड़ की लागत के 19 निर्माण कार्यों को ₹1.37 करोड़ का व्यय करने के पश्चात परित्यक्त/छोड़ा गया था।

#### 3.4.5 पूर्ण परंतु चालू/क्रियात्मक बनाया/संपूर्ण न किए गए निर्माण कार्य

20 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, महाराष्ट्र, मिजोरम, ओड़िशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में, 1285 निर्माण कार्य जबकि पूर्ण थे फिर भी चालू अथवा क्रियात्मक

नहीं किए गए थे। यह मानव संसाधनों की कमी, बिल्डिंग की अनुपयुक्त अवस्थिति, खराब सड़क संयोजकता, आदि को आरोपित था। 20 राज्यों में 1285 निर्माण कार्यों में से, 15 राज्यों में 166 कार्यों के निर्माण पर ₹81.96 करोड़ का व्यय किया गया था।

तीन राज्यों (बिहार, केरल तथा राजस्थान) में, खाली परिसरों के बिजली के बिल तथा किराए के प्रति ₹1.21 करोड़ का व्यय 36 पूर्ण बिल्डिंगों के चालू न किए जाने के कारण किया गया था। तीन राज्यों में से, बिहार और राजस्थान में तीन कार्यों के गैर-कार्यान्वयन की अवधि 12 से 18 महीने के बीच थी। कारण मानव संसाधन की कमी और निर्माण भवनों का अनुचित स्थान था।

बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखण्ड, मणिपुर, राजस्थान, तेलंगाना तथा उत्तराखण्ड में अप्रयुक्त भवनों की कुछ फोटोग्राफ नीचे दिए गए हैं:



सुपौल जिला, बिहार में एसडीएच, निर्मली की अप्रयुक्त भवन



पीएचसी कोमाखन, छत्तीसगढ़ में 10 बैड वाले एमसीएच का इसके समापन के बावजूद भी उपयोग नहीं किया जा रहा।



पीएचसी बोदसारा के आस-पास में निर्माणाधीन एसएचसी, बोदसारा छत्तीसगढ़ में अपूर्ण पड़ा रहा



उपयोग न की जा रही एससी, महालेल-2 गुजरात की बिल्डिंग



अगस्त 2014 में सूर्सूर गुमला जिला, झारखण्ड में सीएचसी, भरनी के गैर-उपयोग को दर्शाने वाला फोटोग्राफ



अप्रयुक्त संस्थानिक बिल्डिंग, पीएचएससी, सादीम, मणिपुर



पीएचएससी, माकुई, मणिपुर की अप्रयुक्त बिल्डिंग



जिला राजसामंद, राजस्थान में अप्रयुक्त एएनएम प्रशिक्षु छात्रावास बिल्डिंग



पीएचएससी, वेलवर्थी, तेलंगाणा की अप्रयुक्त बिल्डिंग



पीएचएससी, चन्द्रपुरी, हरिद्वार जिला, उत्तराखण्ड की अप्रयुक्त बिल्डिंग

छः राज्यों (असम, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, त्रिपुरा तथा पश्चिम बंगाल) में, पूर्ण की गई स्वास्थ्य सुविधाओं के दुरुपयोग के अर्थात् ग्राम पंचायतों, असामाजिक तत्वों, निजी व्यक्तियों आदि द्वारा अनाधिकृत कब्जे के 14 उदाहरण पाए गए थे।

### 3.4.6 अवसंरचना का उन्नयन

एनआरएचएम ढांचे ने आईपीएचएस के बराबर मौजूदा स्वास्थ्य अवसंरचना के उन्नयन की अभिकल्पना की थी। निम्न राज्यों के चयनित जिलों में

सुविधाओं के उन्नयन हेतु लक्ष्यों तथा प्राप्ति जैसा नीचे तालिका-3.7 में दी गई के अनुसार थी:

तालिका-3.7: सुविधाओं के उन्नयन हेतु लक्ष्य तथा प्राप्ति

क्र.सं.	लक्ष्य	प्राप्ति
1.	2010 तक स्वास्थ्य सुविधाओं का आईपीएचएस तक उन्नयन	15 राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़ गुजरात, मध्य प्रदेश महाराष्ट्र, मेघालय, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड) के 79 चयनित जिलों में 4,868 एससी, 1,150 पीएचसी तथा 404 सीएचसी में से केवल क्रमशः 1,096 (23 प्रतिशत), 607 (53 प्रतिशत) तथा 204 (50 प्रतिशत) का आईपीएचएस तक उन्नयन किया गया था।
2.	एससी जहां प्रसव भार अधिक था, का टाईप 'बी' एससी तक उन्नयन किया जाना	नौ राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र राजस्थान, त्रिपुरा तथा उत्तर प्रदेश) के 60 चयनित जिलों में 2011-16 के दौरान टाईप 'ए' से टाईप 'बी' तक उन्नयन किए जाने वाले लक्षित 4,970 एससी में से केवल 1,933 एससी (39 प्रतिशत) को टाईप 'बी' में परिवर्तित किया जा सका था। इसके अतिरिक्त 1,933 उन्नयन किए गए टाईप 'बी' एससी में से 785 श्रमशाक्ति, उपकरण आदि की कमी के कारण कोई प्रसव नहीं कर सके थे।
3.	पीएचसी जहां सीएचसी दूर है तथा एक घण्टे से अधिक की यात्रा करनी है, को 24x7 सेवा में उन्नयन किया जाना चाहिए	15 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र मणिपुर, मेघालय, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) के 67 जिलों में 2011-16 के दौरान 24x7 प्रसव सुविधा तक उन्नयन हेतु लक्षित 2,512 पीएचसी में से केवल 1,537 (61 प्रतिशत) का उन्नयन किया गया था।
4.	एफआरयू <sup>13</sup> के रूप में उन्नयन किए जाने वाले सीएचसी	14 राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना उत्तर प्रदेश

<sup>13</sup> एक मौजूदा सुविधा (डीएच, उप-प्रभागीय अस्पताल, सीएचसी आदि) को एक पूर्णतः क्रियात्मक प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) के रूप में केवल तभी घोषित किया जा सकता है जब वह सभी आपातकालिनों, जिसे किसी भी अस्पताल को प्रदान करना अपेक्षित है, के अतिरिक्त आपातकालिन प्रसूति तथा नवजात देखभाल हेतु रात-दिन सेवाएं प्रदान करने के लिए सज्जित है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

	तथा पश्चिम बंगाल) के 77 चयनित जिलों में, 2011-16 के दौरान एफआरयू के लिए उन्नयन हेतु लक्षित 618 पीएचसी में से केवल 249 (40 प्रतिशत) का एफआरयू के लिए उन्नयन किया गया था।
--	---

केरल में, 2011-16 के दौरान, राज्य में 24x7 घंटे की आपातकालीन सेवा प्रदान करने के लिए 175 पीएचसी की पहचान की गई थी लेकिन कोई भी पीएचसी का उन्नयन नहीं किया गया था।

छः राज्यों में, उन्नयन की गई 345 स्वास्थ्य सुविधाओं में से 301 ने श्रमशक्ति की कमी, अवसरंचना की कमी, आदि के कारण अपेक्षित सेवाएं प्रदान नहीं की थी जैसा तालिका-3.8 में नीचे ब्यौरा दिया गया है।

**तालिका-3.8: उन्नयन की गई परंतु गैर क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं के ब्यौरे**

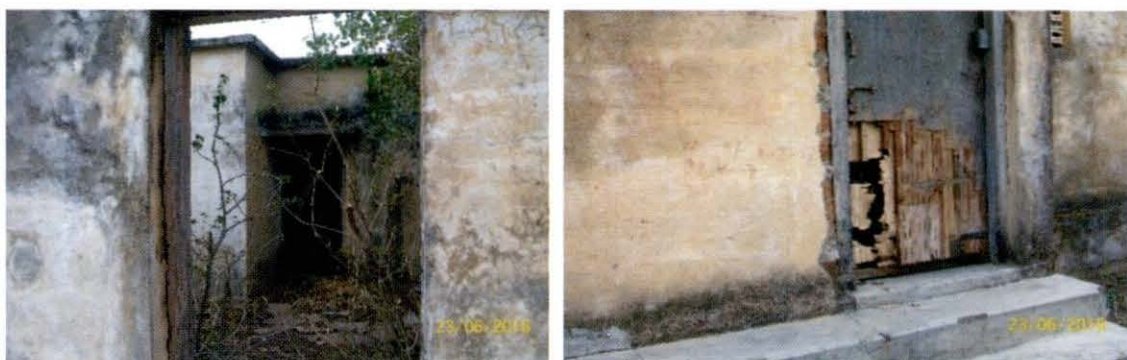
क्र.सं.	राज्य	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या तथा उन्नयन का प्रकार	उन्नयन की गई स्वास्थ्य सेवाओं की संख्या जो क्रियात्मक नहीं है	गैर-क्रियात्मकता के कारण
1.	असम	24x7 तक उन्नत 40 पीएचसी	12	श्रमशक्ति, उपकरण, इत्यादि की कमी
2.	हिमाचल प्रदेश	एफआरयू घोषित 6 पीएचसी	3	अवसरंचना की कमी तथा अपेक्षित श्रमशक्ति की कमी।
3.	जम्मू एवं कश्मीर	एनटीपीएचसी <sup>14</sup> के रूप में उन्नयन 46 पीएचसी	46	मानव संसाधन तथा अवसरंचनात्मक सुविधाओं की कमी।
4.	महाराष्ट्र	24x7 सुविधा तक उन्नत 55 पीएचसी	55	श्रमशक्ति, उपकरण आदि की कमी।
5.	मणिपुर	24x7 सुविधा तक उन्नत 15 पीएचसी	2	अपेक्षित श्रमशक्ति की कमी, आपातकालिन सेवाओं की कमी तथा सुविधा रोज केवल पांच घण्टों के लिए खुलती है
6.	ओडिशा	24x7 सुविधा तक उन्नत 183 पीएचसी	183	श्रमशक्ति उपकरण आदि की कमी।
		<b>कुल</b>	<b>301</b>	

<sup>14</sup> नए प्रकार के प्रथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

### 3.5 स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टरों की स्थिति

आईपीएचएस अनुबंध करता है कि स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टर प्रदान किए जाए। एससी (टाईप 'बी') में न्यूनतम दो स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं हेतु आवासीय सुविधा प्रदान की जानी चाहिए। पीएचसी में चिकित्सा अधिकारी, नर्सिंग स्टाफ, फार्मिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन तथा अन्य स्टाफ हेतु आवास स्थान प्रदान किया जाना चाहिए। सीएचसी में, डाक्टरों हेतु न्यूनतम आठ क्वार्टर, स्टाफ नर्सों/परा-चिकित्सा स्टाफ हेतु न्यूनतम आठ क्वार्टर, बार्ड बॉयों हेतु न्यूनतम दो क्वार्टर तथा वाहन चालक हेतु न्यूनतम एक क्वार्टर होने चाहिए। मार्च 2016 तक कुछ राज्यों में चयनित जिलों में स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टरों की कमी को अनुबंध-3.4 में दिया गया है।

स्टाफ क्वार्टरों के कम/गैर-अधिग्रहण के कारण राज्यों<sup>15</sup> द्वारा बुनियादी सुविधाएं जैसे शौचालयों, बिजली, और पानी की आपूर्ति, क्वार्टरों की जीर्ण-शीर्ण स्थिति, कर्मचारियों की अनिच्छा के कारण उनकी असुविधाजनक स्थान की वजह से क्वार्टर लेने की संभावना नहीं तथा डॉक्टरों की गैर-पोस्टिंग, आदि थे। स्टाफ क्वार्टर की जीर्ण-शीर्ण हालत निम्न तस्वीरों में दर्शायी गई है:



पीएचसी, बारवी, जिला बेतुल, मध्य प्रदेश में जीर्ण-शीर्ण स्थिति में स्टाफ क्वार्टर

#### निष्कर्ष

अवसंरचनात्मक सुविधाओं की कमी और गैर-उपलब्धता स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वितरण में बाधा जारी रखी है। स्वास्थ्य संबंधी और दुर्गम स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के उदाहरण चिंता के कारण हैं। सिविल कार्य विलंब से

<sup>15</sup> अंडमान और निकोबार द्वीपसमूह, असम, बिहार, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा तथा पश्चिम बंगाल।

ग्रस्त थे तथा विलंबित कार्यों, कार्यों का प्रारंभ न होना, परित्यक्त कार्यों के उदाहरण सामान्य थे। भवनों की खराब स्थिति और अपर्याप्त सुविधाओं के कारण स्टाफ क्वार्टरों का अधिग्रहण खराब रहा।

#### अनुशंसाएं

- मंत्रालय सुनिश्चित करे कि विलंब/बाधाओं को दूर करने के लिए मौजूदा नियमों की ध्यान में रखते हुए सभी राज्यों में संबंधित सिविल कार्यों की समीक्षा की जाती है तथा उसकी शीघ्र समाप्ति तथा संपूर्ण भवनों को काम में लाना सुनिश्चित किया जाए।
- मंत्रालय सुनिश्चित करे कि स्टाफ क्वार्टर की कमी को दूर करने और सभी आवश्यक सुविधाओं को पूरा करने के लिए राज्यों द्वारा कदम उठाए जाते हैं।



## अध्याय IV : औषधि एवं उपकरण की उपलब्धता

### 4.1 प्रस्तावना

राज्यों को एनआरएचएम के अंतर्गत दवाओं की आपूर्ति सहित स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। राज्यों को आवश्यक दवाओं के निःशुल्क वितरण, ठोस प्रापण प्रणाली, आदि के लिए नीति बनाने और व्यवस्था स्थापित करने के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत उनके कुल परिव्यय के पाँच प्रतिशत तक प्रोत्साहन दिया जा रहा है।

### 4.2 उपकरण की अनुपलब्धता

आशवासित स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं प्रदान करने के लिए सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक परिचालित उपकरण की उपलब्धता एनआरएचएम रूपरेखा में परिकल्पित है। आइपीएचएस के अनुसार, एससी हेतु एससी टाइप 'ख' में सुरक्षित प्रसव, घरेलू प्रसव (टाइप 'क' एवं टाइप ख दोनों के लिए), टीकाकरण, गर्भनिरोधक सेवाएं आदि कराने के लिए आवश्यक उपकरण को उपलब्ध होने चाहिए। पीएचसी हेतु, आवश्यक उपकरण यथा-सामान्य प्रसव किट, सहायता पूर्ण प्रसव हेतु उपकरण, मानक सर्जिकल सेट आदि को आशवासित सेवाएं प्रदान करने के लिए उपलब्ध कराया जाना चाहिए। सीएचसी हेतु, विभिन्न प्रकार के मानक सर्जिकल सेट, सामान्य प्रसव किट, इमेजिंग उपकरण, आदि उपलब्ध कराये जाने चाहिए। जहाँ डीएच के प्रत्येक श्रेणी के लिए उपकरण मानदण्ड अलग-अलग है, कुछ आवश्यक उपकरण, यथा इमेजिंग उपकरण, एसएनसीयू<sup>1</sup> उपकरण रक्त भण्डारण इकाई, आदि सभी डीएच पर उपलब्ध होना आवश्यक है।

राज्य द्वारा इस प्रयोजन हेतु स्थापित राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी अथवा अन्य किसी निगम द्वारा उपकरण का प्रापण किया जाता है।

<sup>1</sup> विशेष नवजात देखभाल इकाई

29 राज्यों/यूटी में चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों के सर्वेक्षण से पता चला है कि आरसीएच सेवाओं के लिए जरूरी निम्नलिखित उपकरण नीचे की तालिका 4.1 में दर्ज ब्यौरे के अनुसार उपलब्ध नहीं थे।

तालिका 4.1: आरसीएच सेवाओं के लिए उपकरण की अनुपलब्धता

क्र.सं.	उपलब्ध उपकरण का नाम	स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या जहाँ उपकरण उपलब्ध नहीं थे	कुल स्वास्थ्य केन्द्रों की प्रतिशतता जहां उपकरण उपलब्ध नहीं थे	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
<b>एससी<sup>1</sup></b>				
1.	लेबर टेबल (टाइप 'बी' एससी हेतु)	38	31	10
<b>पीएचसी</b>				
2.	सामान्य प्रसव किट	163	32	22
<b>सीएचसी</b>				
3.	आपातकालीन प्रसूति देखभाल	209	70	29
4.	ईसीजी सुविधा <sup>2</sup>	190	63	26
5.	एक्स-रे सुविधा	142	47	26
<b>डीएच</b>				
6.	ईसीजी सुविधा	31	23	12
7.	एक्स-रे सुविधा	14	10	6
8.	रक्त भण्डारण इकाई	28	21	10

कुछ राज्य-वार निष्कर्षों पर नीचे चर्चा की गयी है:

**मेघालय** में, सभी तीन डीएच में ओटी उपलब्ध था, लेकिन एनेस्थेतिस्ट एवं शल्य-चिकित्सक की अनुपलब्धता के कारण उनका प्रयोग नहीं हो रहा था। नवजात स्थिरीकरण इकाई (एनबीएसयू) यूम्सर्नींग एवं रियांगडो सीएचसी में उपलब्ध नहीं था। भोयरिम्बोंग सीएचसी के एनबीएसयू में, रेडियेंट वार्मर यद्यपि उपलब्ध था पर चालू नहीं था।

**सिक्किम** में, सभी डीएच आईसीयू के बिना काम कर रहे थे। यहाँ तक कि गंगटोक में स्थित राज्य रेफरल अस्पताल में भी आईसीयू सुविधा नहीं थी। परिणामस्वरूप, गंभीर शल्य चिकित्सकीय एवं चिकित्सकीय हस्तक्षेप की आवश्यकता वाले गंभीर रूप से बीमार मरीजों को समीपवर्ती निजी अस्पताल में अर्थात् या तो गंगटोक में स्थित मणिपाल केन्द्रीय रेफरल अस्पताल में या

<sup>2</sup> इसमें वह स्वास्थ्य केन्द्र शामिल हैं जहाँ उपकरण मौजूद हैं पर परिचालन में नहीं है।

राज्य के बाहर भेजा जा रहा था। किसी भी सीएचसी में आवश्यक उपकरण यथा-अल्ट्रासाउंड, ईसीजी, विसंक्रमित रिसाव मुक्त पात्र, आदि नहीं थे।

### 4.3 बेकार उपकरण

17 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, कर्णाटक, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) में ₹30.39 करोड़ मूल्य के 428 उपकरण (अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे, ईसीजी, हृदय मानीटर, ऑटो एनालाइजर, भस्मित्र, ओटी उपकरण, रक्त भण्डारण इकाई आदि) उसे चलाने के लिए आवश्यक डॉक्टरों एवं प्रशिक्षित श्रम शक्ति की अनुपलब्धता उनके संस्थापन हेतु पर्याप्त स्थान के अभाव आदि के कारण बेकार/अप्रयुक्त पड़े थे (राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-4.1 में दिये गये हैं)।

कुछ राज्य-वार मामले पर नीचे चर्चा की गयी है:

गुजरात में ₹4.00 लाख मूल्य की माइक्रो बायोलॉजी प्रयोगशाला हेतु जैव सुरक्षित कक्ष<sup>3</sup> अक्टूबर 2013 से गोधरा के सरकारी अस्पताल<sup>4</sup> में बेकार पड़ा हुआ था। सीडीएमओ/गोधरा ने बताया (जुलाई 2016) कि स्थान की अनुपलब्धता के कारण, मशीन का प्रयोग शुरू नहीं किया गया था। इसी तरह, दो जीएच, नदियाद (मार्च 2013 से) एवं गोधरा (मार्च 2011 से) में ₹11.00 लाख मूल्य के दो अल्ट्रासाउंड स्कैनर, रेडियोलॉजिस्ट के अभाव एवं उपकरणों की खराब स्थिति के कारण बेकार पड़े हुए थे (नीचे चित्र दिया गया है)।



जीएच, नदियाद, गुजरात में रेडियोलॉजिस्ट के रिक्त पद के कारण बेकार पड़ा अल्ट्रासाउंड मशीन

<sup>3</sup> संक्रामक घटकों, जैसे कि प्राथमिक कल्चर, भण्डार एवं निदानात्मक नमूना आदि पर काम करते समय उत्पन्न हो सकने वाले संक्रामक एयरोसोल एवं छींटों के प्रति अनावृत्ति से संचालक, प्रयोगशाला परिवेश एवं कार्य सामग्रियों के बचाव के लिए जैव सुरक्षित कक्ष बनाये जाते हैं।

<sup>4</sup> डीएच का समरूपी सरकारी अस्पताल

झारखंड में, पाँच चयनित जिलों में ₹3.05 करोड़ के लागत की 26 मशीनें/उपकरण मार्च 2011 में खरीदने के बाद से ही प्रशिक्षित श्रमशक्ति, अभिकर्मकों या किट के अभाव में बेकार पड़े हुए थे (चित्र नीचे दिया गया है)।



डीएच, जमतारा, झारखंड के भंडार में बेकार पड़ा ऑटो एनालाइजर एवं पाथ फास्ट



डीएच, जमतारा, झारखंड के भंडार में बेकार पड़ी यूएसजी मशीन

कर्नाटक में, एक डीएच में, सात अस्पताल एवं दो सीएचसी को अधिप्राप्त ₹1.30 करोड़ लागत के 10 अल्ट्रासाउंड स्कैनर प्रयोग में नहीं लाये जा रहे थे चूंकि रेडियोलॉजिस्ट के पद रिक्त थे। तीन सीएचसी में ₹2.39 लाख के ऑपरेशन टेबल प्रयोग में नहीं लाये गये थे चूंकि सामान्य शल्य चिकित्सक के पद इन तीनों सीएचसी में संस्वीकृत नहीं थे।



तालुक अस्पताल, चलाकरे, कर्नाटक में अप्रयुक्त अल्ट्रासाउंड स्कैनर



सीएचसी, मराडीहल्ली, कर्नाटक में अप्रयुक्त पड़े ऑपरेशन टेबल

मणिपुर में, ऑटोकलेव, एक्स-रे मशीन, रक्त बैंक रेफ्रिजरेटर, शिशु इंक्यूबेटर, सक्शन पंप, इंसिनेरेटर, फ्रिजर, आइस लाइंड रेफ्रिजरेटर एवं पोर्टेबल अल्ट्रासाउंड मशीन जैसे उपकरण डीएच, उखरूल, डीएच, सेनापति, सीएचसी कमजोंग, सीएचसी, माओ एवं पीएचसी, फुंगयार में उपकरण की प्राप्ति के दिन से ही अप्रयुक्त पड़े हुए थे (चित्र नीचे दिया गया है) उपकरण का प्रयोग न होना बिजली आपूर्ति, उपकरण की स्थापित न करना तथा तकनीशियन की नियुक्ति न होने को आरोपित किया गया।



डीएच, उखरूल, मणिपुर में असंस्थापित पड़ा इंसिन रेटर



डीएच, उखरूल, मणिपुर में अप्रयुक्त पड़ा शिशु इंकुबेटर

मेघालय में, ₹10.01 लाख के रक्त भण्डारण उपकरण नोंगसटोइन एवं नोंगपोह के डीएच में बेकार पड़ा था, क्योंकि इन अस्पतालों में रक्त भण्डारण की कोई सुविधा नहीं थी। इसके कारण, रक्त चढ़ाये जाने की आवश्यकता वाले मरीजों को दूसरे अस्पतालों में भेजा जा रहा था। सीएचसी रियांगडो एवं उम्सनींग में ₹1.50 लाख की लागत वाले रेडियंट वार्मर भी चालू नहीं हुए थे।



डीएच नोंगटोइन, मेघालय में बेकार पड़े रक्त भण्डारण उपकरण



सीएचसी उम्सनींग, मेघालय में रेडियंट वार्मर चालू नहीं हुआ था।

अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूहों में दोनों डीएच (अथार्त बीजेआर अस्पताल एवं डॉ. आर पी अस्पताल) नैकोवरी एवं रंगत के दो सीएचसी में मुख्य ऑपरेशन थियेटर शल्यचिकित्सा विशेषज्ञों और प्रशिक्षित चिकित्सकीय विशेषज्ञों के अभाव में उपयोग में नहीं लाये जा सके। फलस्वरूप, सभी शल्य चिकित्सकीय मामलों को एफआरयू, नामतः राजधानी पोर्ट ब्लेयर में स्थित जीबी पंत अस्पताल भेजा जा रहा था।

उपकरणों के बेकार पड़े रहने से न केवल मरीज मूलभूत स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित रहे अपितु इससे निधियों भी अवरूद्ध हुई थीं।

#### 4.4 दवाओं की खरीद एवं आपूर्ति हेतु निधियों के उपयोग में कमी

जम्मू व कश्मीर, झारखंड एवं उत्तर प्रदेश के तीन राज्यों में दवाओं/औषधियों की खरीद से संबंधित कमियां देखी गयी थीं जिसपर नीचे चर्चा की गयी है:

##### (क) निविदा आमंत्रण की प्रक्रिया का पालन नहीं हुआ

- जम्मू एवं कश्मीर में, 2013-14 के दौरान ₹6.38 करोड़ मूल्य की औषधियों/दवाओं/शल्य चिकित्सकीय मदों/आदि की खरीद निविदा आमंत्रित किये बिना की गयी थी।
- झारखंड में, झारखंड ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन समिति एवं शल्य चिकित्सक-सह-मुख्य चिकित्सा अधिकारी विभिन्न औषधियों के दर संविदा का अनुमोदन करता है जो क्रमशः राज्य/जिले भर में लागू होती है। अस्पताल एवं जिला स्वास्थ्य समितियों से संबंधित प्राधिकारियों द्वारा निर्धारित दरों पर ही सूचीबद्ध दवाओं को प्रापण अपेक्षित है। दो डीएच<sup>5</sup> एवं एक डीआरएचएस<sup>6</sup> ने अनुमोदित दर संविदाओं की अनदेखी की और निविदाएं मंगाकर या नामांकन आधार पर 2011-16 के दौरान औषधियों/उपभोग्य वस्तुओं की खरीद की जिससे अभिकरण/ आपूर्तिकर्ताओं को ₹39.99 लाख का अतिरिक्त भुगतान हुआ था।

#### उत्तर प्रदेश में दवाओं की खरीद में विसंगतियां

सात चयनित जिलों में, कच्ची रूई की खरीद मैसर्स ओम सर्जिकल लि. से ₹5.30 करोड़ के लागत से संस्था की साख की जांच किये बिना प्रापण किया गया था (अक्टूबर 2012 से दिसंबर 2015)। इस संस्था को इन्हीं वस्तुओं की निम्न-स्तरीय आपूर्ति के लिए मई 2012 से मई 2017 के दौरान तमिलनाडु मेडिकल सर्विसेज कार्पोरेशन लिमिटेड द्वारा काली सूची में डाला गया था। चयनित जिले के सीएमओ ने सूचित किया कि उन्हें संस्था के काली सूची में डाले जाने का पता नहीं था। राज्य सरकार ने जवाब दिया (नवंबर 2016) कि

<sup>5</sup> सदर अस्पताल, दुमका एवं पश्चिम सिंहभूमि

<sup>6</sup> पश्चिम सिंहभूमि

दोषी अधिकारियों के खिलाफ कार्रवाई की जाएगी।

दूसरे मामले में, उत्तर प्रदेश में, राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई<sup>7</sup> (सितंबर 2012 तथा दिसम्बर 2014) के आयुष दवाओं का इसके द्वारा अप्राधिकृत संस्थाओं से खरीद के आदेश का उल्लंघन करते हुए, सात जिलों के सीएमओ ने अप्राधिकृत संस्थाओं से ₹1.25 करोड़ मूल्य की दवाओं को खरीदा था। मरीजों को ये दवाएं आवश्यक गुणवत्ता जांच के बिना ही दे दी गयी थीं

#### 4.5 स्वास्थ्य केन्द्रों में दवाओं की अनुपलब्धता

आइपीएचएस अपनी आवश्यकता के आधार पर प्रत्येक प्रकार के स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए कुछ निर्धारित प्रकार के दवाओं/औषधियों का निर्धारण करता है। कुछ राज्यों ने अपनी खुद की आवश्यकता के अनुरूप दवाओं/औषधियों को शामिल करते हुए अपनी आवश्यक दवाओं की सूची (ईडीएल) भी तैयार की है। एनआरएचएम का लक्ष्य राज्यों की दवाओं के गुणवत्ता आश्वासन की क्षमता को सुदृढ़ करना है विशेषतः एक राज्य स्तरीय स्वायत्त निगम/निकाय की स्थापना के माध्यम से जिसके पास न केवल दवाओं के पारदर्शी एवं सक्षम प्रापण का प्रभार होगा परन्तु वह गुणवत्ता आश्वासन एवं रसद का भी प्रभारी होगा।

29 राज्यों/यूटी में चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों के सर्वेक्षण से प्रकट हुआ कि निर्धारित प्रकार की ऐलोपैथिक दवाएं आइपीएचएस के अनुसार और अनेक राज्यों में कई स्वास्थ्य केन्द्रों में राज्य की आवश्यक सूची के अनुसार उपलब्ध नहीं थी जैसाकि नीचे की तालिका-4.2 में दर्शाया गया है:

तालिका-4.2

क्र.सं.	स्वास्थ्य सेवा केन्द्र के प्रकार	स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या जहाँ कमियां देखी गयी	कुल सर्वेक्षित स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
1.	एससी	502	35	27
2.	पीएचसी	104	20	19
3.	सीएचसी	47	16	14
4.	डीएच	25	19	10

<sup>7</sup> उत्तर प्रदेश में, राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई एनआरएचएम की दैनान्दन गतिविधियों का निष्पादन करती है।

24 राज्यों/यूटी (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, कर्णाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) में, लेखापरीक्षा ने दवाओं की अनुपलब्धता के मामले देखे थे अनिवार्य/आवश्यक आइपीएचएस के अनुसार जैसे कि पेरासिटामोल, बी-काम्प्लेक्स, अल्बेडाजोल, आदि। इन 24 राज्यों/यूटी में से आठ राज्यों<sup>8</sup> में आवश्यक औषधियां/उपभोग्य वस्तुएं जैसे कि विटामिन-ए, गर्भनिरोधक गोलियां, ओआरएस पैकेट, आरटीआई/एसटीआई<sup>9</sup> दवाएं, आवश्यक प्रसूति किट, आदि, जिनकी आरसीएच सेवाओं के लिए आवश्यकता होती है, चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध नहीं थे।

#### 4.6 दवाओं की गुणवत्ता परीक्षा एवं समय-समाप्ति वाली औषधियां

14 राज्यों (असम, बिहार, हरियाणा, झारखंड, कर्णाटक, केरल, महाराष्ट्र, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश एवं पश्चिम बंगाल) में मरीजों को दवाइयां निर्धारित गुणवत्ता जांच एवं दवाओं की समय सीमा समाप्ति देखे बिना दे दी गयी थीं, जिससे मरीज खतरनाक ढंग से संकटग्रस्त हो सकते थे, जिसके ब्यौरे अनुबंध-4.2 में दिये गये हैं। निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने बताया कि वह ऐसे कार्यों को नियंत्रित करने के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में आईटी सॉफ्टवेयर के प्रयोग को सक्रिय रूप से प्रोत्साहित कर रहा है।

#### 4.7 चलायमान चिकित्सा इकाइयां

एनआरएचएम के अंतर्गत एक प्रमुख पहल सुदूरवर्ती अगम्य, असेवित एवं निम्न सेवा प्राप्त क्षेत्रों में रहने वाली आबादी हेतु कुछ स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए एमएमय (मोबाइल मेडिकल युनिट्स) का संचालन था विशेषतः इन अधिवासों के घर तक स्वास्थ्य सेवाओं को पहुँचाने के उद्देश्य। एमएमयू में अलग-अलग राज्यों की विविधता के अनुसार एक/दो या तीन वाहन होते हैं और इसमें आवश्यक चिकित्सा एवं परा चिकित्सकीय कर्मचारी, निदानात्मक उपकरण जैसे कि एक्स-रे, अल्ट्रासाउंड मशीन ईसीजी मशीन एवं जेनेरेटर

<sup>8</sup> छत्तीसगढ़, कर्नाटक, केरल मध्य प्रदेश, पंजाब राजस्थान, उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखंड।

<sup>9</sup> आरटीआई-प्रजनन तंत्र संक्रमण, एसटीआई-यौन संचारित संक्रमण



उपलब्ध होता है। दूरी के आधार पर, एमएमयू सुदूरवर्ती गांवों में प्रतिदिन एक दौरा, प्रत्येक माह में एक ही दिन लाउडस्पीकरों, घोषणाओं आदि के माध्यम से दौरों की सुप्रचारित मासिक सूची द्वारा सक्रिय जागरूकता के प्रसार के बाद सभी क्षेत्रों में दौरा कर सकता है।

चार राज्यों (छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, मिजोरम एवं उत्तर प्रदेश) में एमएमयू परिचालित नहीं थे, जबकि बिहार, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर झारखंड, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा एवं त्रिपुरा के दस राज्यों में, एमएमयू आंशिक रूप से परिचालित थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि एमएमयू द्वारा प्रदत्त सेवाएं नौ राज्यों असम, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मेघालय, राजस्थान, तमिलनाडु एवं में त्रुटिपूर्ण थीं।

#### 4.8 राष्ट्रीय एम्बुलेंस सेवा

एनआरएचएम के अंतर्गत एक घटक डायल 108/102 एम्बुलेंस सेवाओं के अंतर्गत चलने वाली मरीज परिवहन एम्बुलेंस है। 108 मुख्य रूप से आपातकालीन प्रतिक्रिया प्रणाली है जोकि मुख्य रूप से गहन देखभाल, ट्रामा एवं दुर्घटना पीड़ितों आदि की देखरेख के लिए डिजाइन किए गए हो। 102 सेवाओं में मुख्य रूप से आधारभूत परिवहन शामिल है जोकि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के अंतर्गत मुफ्त परिवहन सुविधा (घर से स्वास्थ्य सुविधा में अंतरण, रेफरल और ड्राप बैक के मामले में अंत सुविधा अंतरण) के अंतर्गत मुख्य रूप से गर्भवती महिलाओं और बच्चों की आवश्यकताओं को पूरा करने का उद्देश्य था।

##### 4.8.1 राष्ट्रीय एम्बुलेंस सेवा के लिए आबंटित निधियों का उपयोग

आठ राज्यों<sup>10</sup> में, एम्बुलेंसों के प्रापण के लिए आबंटित ₹175.26 करोड़ में से ₹155.93 करोड़ अप्रयुक्त रहा था। इस संदर्भ में लेखापरीक्षा द्वारा पाई गई कुछ अनियमितताएं प्रशासनिक विलंब, प्रापण प्रक्रिया के लिए निविदा प्रक्रिया की शुरुआत नहीं करना, अन्य उद्देश्यों के लिए निधियों का विपथन आदि है जिसके कारणवश इच्छित उद्देश्यों की पूर्ति नहीं हुई थी। लेखापरीक्षा ने आगे असम, जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश, ओडिशा और उत्तराखंड के पांच राज्यों

<sup>10</sup> बिहार, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, केरल, महाराष्ट्र, मेघालय और त्रिपुरा

में एम्बुलेंसों द्वारा प्रदत्त सेवाओं में कमियां पायी जैसे विलंबित प्रतिक्रिया समय, दूरभाष पर जवाब न देना, आदि पायी गयी थीं।

#### अच्छा अभ्यास

छत्तीसगढ़ में, आपातकालीन प्रतिक्रिया प्रणाली के रूप में राज्य सरकार ने एम्बुलेंस सेवाएं प्रदान की थीं जोकि दूरभाष, (108) पर मरीज को किसी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान में छोड़ने के लिए और गर्भवती महिलाओं को लेकर सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान में छोड़ने के महतारी एक्सप्रेस (एम्बुलेंस) उपलब्ध थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य में कुल एम्बुलेंस (दूरभाष पर) और 300 महतारी एक्सप्रेस उपलब्ध थे और इनकी उपलब्धता 24 घंटे थी।

#### 4.9 आशा किट की उपलब्धता और आशा किटों के मदों की सामयिक पुनः पूर्ति

प्रत्येक आशा को दवाओं, उपकरण और उत्पादों<sup>11</sup> के सेट को शामिल करते हुए एक दवा किट प्रदान की जाएगी। किट उसे समुदाय को आधार भूत स्तर की देखभाल प्रदान करने में सक्षम बनाता है। 29 राज्यों/यूटी में 3,588 आशा के सर्वेक्षण निम्नलिखित कमियों को दर्शाता है जिसे नीचे तालिका-4.3 में दिया गया है।

तालिका-4.3: आशा के पास मदों/दवाओं की उपलब्धता में कमियां

क्र.सं.	मद का नाम	वह मद/दवा जो आशा के पास उपलब्ध नहीं है	
		संख्या	सर्वेक्षण किए गए कुल आशा का प्रतिशत
1.	डिस्पोजेबल प्रसव किट	3,249	83
2.	ब्लड प्रेशर मॉनीटर	3,170	81
3.	थर्मोमीटर	1,060	27
4.	प्रेग्नेंसी किट	1,428	28
5.	तराजू (नवजात के लिए)	887	23
6.	डीवर्मिंग टैबलेट	1,299	33
7.	पैरासीटामोल टैबलेट	1,006	26
8.	आयरन की गोली	878	22

<sup>11</sup> इसमें डिस्पोसेवल प्रसव किट, प्रेग्नेंसी किट, पैरासीटामोल की गोलियां, आईएफए की गोलियां, ओआरएस पैकेट, डीवर्मिंग की गोलियां, कॉनडॉम, आदि और आधारभूत उपकरण जैसे कि थर्मोमीटर, बीपी मॉनीटर, तराजू (नवजात हेतु), शिशु के लिए कम्बल, आदि शामिल है।

डिस्पोजेबल प्रसव किट, ब्लड प्रेशर मॉनीटर, थर्मोमीटर, प्रेग्नेंसी किट जैसे मद और तराजू तथा डीवार्मिंग की गोलियां पैरासीटामोल की गोलियां और आयरन की गोलियां आशा द्वारा प्रदान की जाने वाली आधारभूत आरसीएच सेवाओं के लिए महत्त्वपूर्ण है।

10 राज्यों (बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र राजस्थान, सिक्किम और पश्चिम बंगाल) में दवा किटों की पुनः पूर्ति में विलंब, आशा किटों की अनुपलब्धता आदि पाए गए थे।

### निष्कर्ष

29 राज्यों/यूटी में चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं के सर्वेक्षणों से पता चला कि आरसीएच सेवाओं के लिए अपेक्षित आधारभूत उपकरण जैसे कि लेबर टेबल, सामान्य प्रसव किट, आपातकालीन प्रसूति देखभाल उपकरण, एकसरे सुविधा विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं में उपलब्ध नहीं थे। आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता और उपकरण के व्यर्थ पड़े रहने से एनआरएचएम के अंतर्गत इच्छित स्वास्थ्य देखभाल से मरीजों को वंचित रखा गया था। 14 राज्यों में, निर्धारित गुणवत्ता जांच को सुनिश्चित किए बिना और दवाओं की अंतिम तिथि पर ध्यान दिए बिना मरीजों को दवाइयां जारी कर दी गई थीं। एमएमयू चार राज्यों में कार्य नहीं कर रहे थे और 10 राज्यों में आंशिक रूप से कार्य कर रहे थे।

### अनुशंसाएं:

- सभी महत्त्वपूर्ण दवाएं और उपकरणों की उपलब्धता सारी स्वास्थ्य सुविधाओं में सुनिश्चित की जानी चाहिए।
- यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि सभी निर्धारित दवाएं स्वास्थ्य सुविधाओं को प्रदान किए जाने से पूर्व गुणवत्ता जांच में मान्य होने चाहिए।
- एमएमयू और एम्बुलेस को पूर्ण रूप से कार्यात्मक होने चाहिए और अपेक्षित श्रमशक्ति और उपकरण उपलब्ध होने चाहिए।
- आशा को निर्धारित किटें प्रदान की जानी चाहिए जिसकी पुनः पूर्ति समय से की जानी चाहिए।

## अध्याय- V : मानव संसाधनों की उपलब्धता

### 5.1 परिचय

मिशन का उद्देश्य चिकित्सकों, विशेषज्ञों, पैरामेडिकल स्टाफ, एएनएम एवं आशा की उपलब्धता में वृद्धि के साथ निर्बाध एवं गुणवत्तापरक स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करना है। राज्य सरकारों को नई संविदागत नियुक्तियों द्वारा उपलब्ध रिक्तियों को भरना था जिसके लिए भारत सरकार निधियां आबंटित करती है। विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों पर आईपीएचएस/संस्वीकृत कार्मिक संख्या के अनुरूप स्टाफ की आवश्यकता की तुलना में स्टाफ की वास्तविक स्थिति का लेखापरीक्षा विश्लेषण नीचे दी गई तालिका 5.1 में दिया गया है:-

तालिका-5.1: 31 मार्च 2016 को ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों पर स्वास्थ्यकर्मी

क्र. सं.	सुविधा	स्टाफ	लेखापरीक्षित स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	शामिल किए गए राज्यों की संख्या <sup>1</sup>	आईपीएचएस मानको के अनुसार स्टाफ की अनिवार्य संख्या	संस्वीकृत कार्मिक संख्या	कार्यरत कर्मचारी	आईपीएचएस एवं इसकी प्रतिशतता में कमी (-) आधिक्य (+)	संस्वीकृत कार्मिक संख्या एवं इसकी प्रतिशतता में कमी (-) आधिक्य (+)
1	जिला अस्पताल (डीएच)	चिकित्सक/विशेषज्ञ	111	23	3,445	3,503	2,298	-1,147(33)	-1,205(34)
		स्टॉफ नर्स	111	23	5,878	5,379	4,405	-1,473(25)	-974(18)
		पैराचिकित्सा स्टाफ	111	23	3,653	2,315	1,679	-1,974(54)	-636(27)
2	उप-जिला/ उपमंडल अस्पताल (एसडीएच)	चिकित्सक/विशेषज्ञ	43	10	810	580	369	-441(54)	-211(36)
		स्टाफ नर्स	43	10	734	869	587	-147(20)	-282(32)
		पैराचिकित्सा स्टाफ	43	10	1,132	716	437	-695(61)	-279(39)
3	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी)	चिकित्सक	238	25	1,234	817	305	-929(75)	-512(63)
		स्टाफ नर्स	236	24	2,360	1,540	1,307	-1,053(45)	-233(15)
		पैराचिकित्सा स्टाफ	236	24	1,413	1,143	861	-552(39)	-282(25)
4	प्राथमिक स्वास्थ्य	चिकित्सक	295	15	295	369	235	-60(20)	-134(36)
		स्टाफ नर्स	421	22	1,281	665	466	-815(64)	-199(30)

<sup>1</sup> शेष राज्यों के संबंध में सूचना या तो प्राप्त नहीं हुए थे या अपूर्ण थे।

	केन्द्र	पैराचिकित्सा स्टाफ	458	25	2,290	2,059	1,506	-784(34)	-553(27)
5	उप-केन्द्र (एससी)	सहायक नर्स एवं मिडवाइफ (एएनएम) स्वास्थ्यकर्मी (महिला)	560	10	608	575	519	-89(15)	-56 (10)
		स्वास्थ्यकर्मी (पुरुष)	1,376	26	1,376	1,032	453	-923(67)	-579(56)

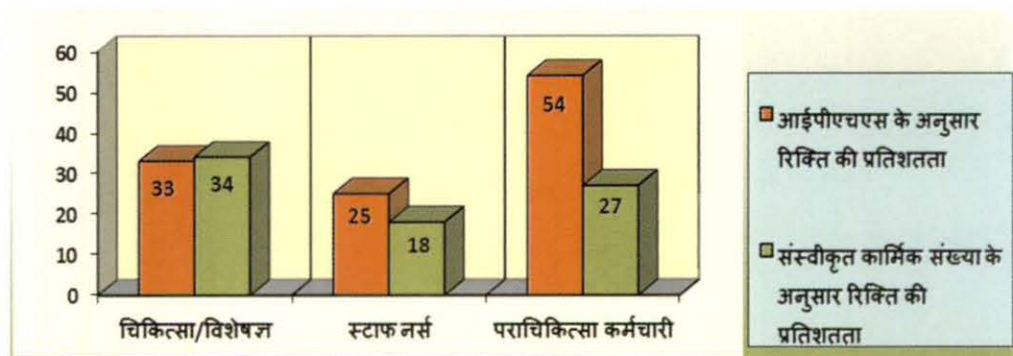
[स्रोत:- चयनित जिलों के अभिलेखों से संकलित डाटा]

हालांकि समस्त सुविधाओं में चिकित्सकों तथा सहायक कर्मचारियों की कमी थी, इसके अलावा कुछ महत्वपूर्ण मामलों पर नीचे चर्चा की जा रही है:-

## 5.2 जिला अस्पताल

23 राज्यों में लेखापरीक्षित 111 डीएच में स्टाफ की कमी नीचे चार्ट- 5.1 में प्रदर्शित की गई है:-

चार्ट - 5.1: स्टाफ की कमी



(राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध 5.1.1 से 5.1.3 में दिए गए हैं)।

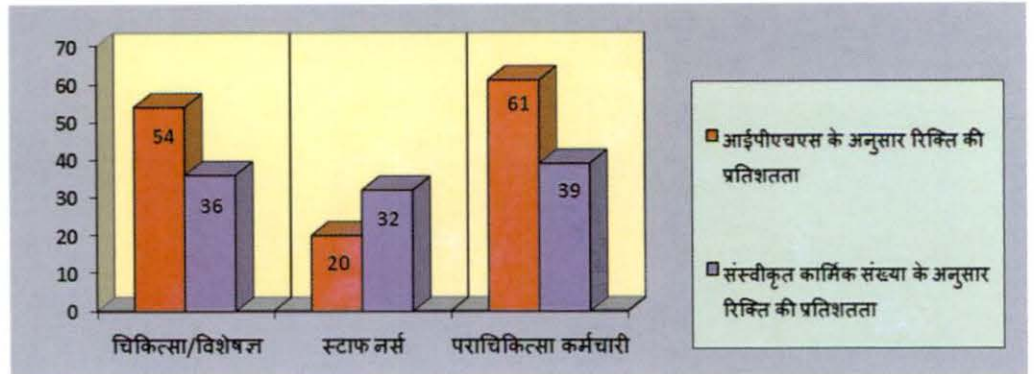
**मिजोरम** में मार्च-2016 को आईपीएचएस के प्रति चयनित दो डीएच के चिकित्सकों/विशेषज्ञों तथा नर्सों/पैरामैडिकल स्टाफ की क्रमशः 75 से 80 प्रतिशत तक की कमी थी। इसी प्रकार से **पश्चिम बंगाल** में, दो चयनित मेडिकल कॉलेजों एवं अस्पतालों<sup>2</sup> में चिकित्सकों की 56 प्रतिशत कमी थी।

## 5.3 उप-जिला/उप-मंडलीय अस्पताल

10 राज्यों में लेखापरीक्षित 43 एसडीएच में स्टाफ की कमी नीचे चार्ट-5.2 में दर्शाई गई है:-

<sup>2</sup> जिला अस्पताल के समान

चाट - 5.2: स्टाफ की कमी



बिहार, कर्नाटक तथा महाराष्ट्र में स्थिति अत्यंत खराब थी। राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-5.2 में दिए गए हैं।

#### 5.4 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी):-

27 राज्यों के चयनित सीएचसी में, पांच प्रकार के विशेषज्ञों (जनरल सर्जन, जनरल फिजीशियन, प्रसूति/स्त्रीरोग विशेषज्ञ, बाल रोग विशेषज्ञ एवं निश्चेतक) की औसत कमी 77 से 87 प्रतिशत के बीच थी। राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-5.3 में दिए गए हैं।

ओड़िशा में एक सीएचसी तथा त्रिपुरा में दो सीएचसी बिना किसी डॉक्टर (एलोपैथिक/आयुष) के कार्य कर रहे थे।

पैरामैडीकल स्टाफ जिनमें लैबोरेट्री तकनीशियन, फार्मासिस्ट, स्वास्थ्यकर्मी (महिला) इत्यादि शामिल हैं, के बिना कार्य कर रहे सीएचसी की स्थिति नीचे तालिका-5.2 में दी गई है:-

तालिका - 5.2: पैराचिकित्सा स्टाफ के बगैर कार्य कर रहे सीएचसी

क्र.सं.	पद (पैराचिकित्सा स्टाफ) का नाम	राज्यों की संख्या	सीएचसी में पैराचिकित्सा स्टाफ की स्थिति	
			लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	बिना पैराचिकित्सा स्टाफ के एच.सी.एस की संख्या तथा कुल लेखापरीक्षित सीएचसी का प्रतिशत
1.	फार्मासिस्ट	12	151	30 (20)
2.	प्रयोगशाला तकनीशियन	11	144	28 (19)
3.	सांख्यिकी सहायक/आकंड़ा	17	191	70 (37)

	प्रविष्टि प्रचालक			
4.	स्वास्थ्य कर्मी (महिला)	12	151	78 (52)
5.	स्वास्थ्य कर्मी (पुरुष)	17	190	116 (61)
6.	स्वास्थ्य सहायक (महिला)/ महिला स्वास्थ्य परिदर्शक (आगंतुक)	19	199	91 (46)

नमूना जांच की गई सीएचसी पर पैराचिकित्सा स्टाफ के बिना कार्यरत सीएचसी के राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-5.4 में दिए गए हैं।

आठ राज्यों में (झारखंड, कर्नाटक, महाराष्ट्र, ओड़िशा, सिक्किम, तमिलनाडू, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखंड) स्टाफ नर्सों की कमी की प्रतिशतता 50 से अधिक थी। राज्य-वार-ब्यौरे अनुबंध-5.5 में दिए गए हैं।

### 5.5 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)

आईपीएचएस के अनुसार प्रत्येक पीएचसी में एक चिकित्सा अधिकारी की तैनाती की जानी चाहिए जिसके साथ 13 पैरामैडीकल एवं अन्य कर्मचारी भी हों। 13 राज्यों (आंध्रप्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्यप्रदेश, ओड़िशा, पंजाब,

10 राज्यों में (आंध्र प्रदेश, बिहार, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, राजस्थान, तमिलनाडू, तेलंगाना एवं त्रिपुरा) चयनित पीएचसी में चिकित्सकों की तैनाती आईपीएचएस के अनुसार आवश्यकताओं से अधिक संख्या में की गई है।

राजस्थान, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखंड) में 305 पीएचसी की लेखापरीक्षा के दौरान पता चला कि मार्च 2016 तक 67 पीएचसी में किसी भी चिकित्सक की तैनाती नहीं की गई थी (अनुबंध-5.6)। उत्तरप्रदेश में तो स्थिति और भी बुरी थी जहां पर चयनित पीएचसी में से लगभग 50 प्रतिशत पीएचसी बिना किसी चिकित्सक के ही चल रहे थे।

22 राज्यों में, 421 पीएचसी में नर्स-मिडवाइफ (स्टाफ-नर्स) की कमी, आईपीएचएस एवं मार्च-2016 को संस्वीकृत कार्मिक संख्या से क्रमशः 64 एवं 30 प्रतिशत थी। इसके अतिरिक्त 22 राज्यों में लेखापरीक्षित 421 पीएचसी में से नौ राज्यों (छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू-कश्मीर, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, ओड़िशा, सिक्किम, उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखंड) में 121 पीएचसी बिना किसी स्टाफ नर्स के कार्य कर रहे थे। (ब्यौरे अनुबंध-5.7 में दिए गए

हैं। 24 राज्यों के 448 पीएचसी बिना किसी प्रयोगशाला तकनीशियन, फार्मासिस्ट, लेखाकार सह आंकड़ा प्रविष्टि प्रचालक, स्वास्थ्य कर्मी (महिला), स्वास्थ्य कर्मी (पुरुष), स्वास्थ्य सहायक (महिला)/महिला स्वास्थ्य आगंतुक के चल रहे पीएचसी की प्रतिशतता 24 से 75 के बीच थी। ब्यौरे **अनुबंध-5.8** में दिए गए हैं।

### 5.6 उप-केन्द्र (एससी)

आईपीएचएस के अनुसार, प्रत्येक एससी में एक सहायक नर्स एवं मिडवाइफ (एनएएम)/स्वास्थ्यकर्मी (महिला) तथा एक स्वास्थ्य कर्मी (पुरुष) होने चाहिए। 13 राज्यों में 80 एससी (10 प्रतिशत) पर एनएएम/स्वास्थ्यकर्मी (महिला) की तैनाती नहीं की गई थी। इसी प्रकार, 22 राज्यों में 749 एससी पर (65 प्रतिशत) स्वास्थ्य कर्मी (पुरुष) की तैनाती नहीं की गई थी। राज्य-वार ब्यौरे **अनुबंध-5.9** में दिए गए हैं।

मंत्रालय ने स्वीकार किया कि यह कमी राज्य-सरकार द्वारा कार्मिकों की समग्र अपर्याप्त उपलब्धता तथा यहां तक की चिकित्सकों एवं विशेषज्ञों की तर्कहीन तैनाती के कारण है।

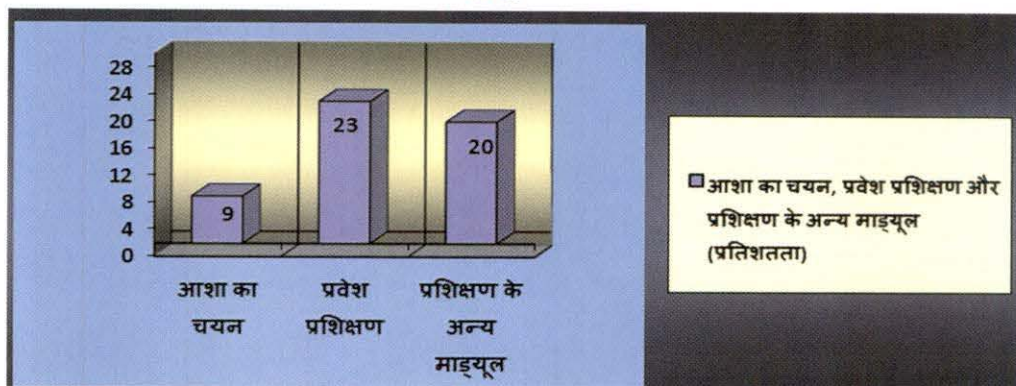
### 5.7 आशा की नियुक्ति तथा प्रशिक्षण

मिशन के अंतर्गत, प्रत्येक ग्राम में 1,000 (या कम, अलग निवास स्थान के लिए) की आबादी पर कम से एक के अनुपात में एक मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) नामक प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मी उपलब्ध कराना होता है। राज्यों को आशा के लिए निर्धारित जनसंख्या मानकों में छूट की स्वतंत्रता दी गई थी जो उनकी स्थानीय परिस्थितियों के अनुरूप हो। प्रत्येक आशा को कौशल-विकास हेतु समावेशन एवं अन्य मॉड्यूल में प्रशिक्षण कराने थे।

वर्ष 2011-16 के दौरान 19 राज्यों में 88 जिलों के अभिलेखों की नमूना जांच में चयन एवं प्रशिक्षण में कमियों उजागर हुईं, जैसा कि नीचे **चार्ट-5.3** में दर्शाया गया है।



चार्ट-5.3: आशा की नियुक्ति, प्रवेश पाठ्यक्रम एवं प्रशिक्षण के अन्य माड्यूल में कमी



राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-5.10 में दिए गए हैं।

## 5.8 अन्य पेशेवर स्वास्थ्यकर्मों को प्रशिक्षण:-

### 5.8.1 एएनएम, नर्सों एवं चिकित्सा अधिकारियों का प्रशिक्षण

वर्ष 2011-16 के दौरान चयनित जिलों में, एएनएम, स्टाफ नर्स एवं चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण की स्थिति नीचे तालिका-5.3 में दी गई है:

तालिका-5.3: एएनएम, नर्सों एवं चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण में कमी

क्र. सं.	पद का नाम	शामिल राज्यों की संख्या	लेखापरीक्षित जिलों की संख्या	लक्ष्य	वास्तविक प्रशिक्षित सं.	कमी	प्रतिशत
1	एएनएम	11	57	50,329	35,642	14,687	29
2	स्टाफ नर्स	10	56	22,638	14,388	8,250	36
3	चिकित्सा अधिकारी	13	73	16,602	11,902	4,700	28

राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-5.11 में दिए गए हैं तथा राज्य-वार निष्कर्ष अनुबंध-5.12 में दिए जा रहे हैं।

### 5.8.2 एएनएम को स्किलड बर्थ अटैन्डैन्ट ट्रेनिंग (एसबीए)

एससी में तैनात एएनएम को घरों/एससी में प्रसव कराना होता है अतः उसे इस संबंध में अनिवार्य विशेष प्रशिक्षण लेना चाहिए। 29 राज्यों में 1443 लेखापरीक्षित एससी में से 789 में एएनएम ने एसबीए प्रशिक्षण नहीं लिया।

## निष्कर्ष

देशभर में सभी स्वास्थ्य केन्द्रों नामतः डीएच, एसडीएच, सीएचसी, पीएचसी एवं एससी में चिकित्सकों, स्वास्थ्य देखभाल सहायक स्टाफ तकनीशियन इत्यादि की उपलब्धता में महत्वपूर्ण कमियां पाई गईं। 77 से 87 प्रतिशत सीएचसी बिना किसी विशेषज्ञ चिकित्सक जैसे कि प्रसूति/स्त्रीरोग विशेषज्ञ एवं शिशु रोग विशेषज्ञ के चल रहे थे। इस प्रकार से तमाम स्वास्थ्य सेवाओं में चिकित्सकों, विशेषज्ञों, पैरामैडीकल स्टाफ की उपलब्धता में वृद्धि करके बाधरहित एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं सुनिश्चित करने का उद्देश्य पूरा नहीं हो सका तथा दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता के साथ समझौता किया गया। आशा, एएनएम, चिकित्सकों एवं स्टाफ-नर्स के प्रशिक्षण में भी कमियां पाई गईं।

### अनुशंसाएं :-

- मंत्रालय को राज्यों के साथ निष्ठापूर्वक आगे की कार्रवाई करनी चाहिए ताकि एनआरएचएम की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए स्वास्थ्य सेवाकर्मियों के संस्वीकृत पदों को भरा जाना सुनिश्चित किया जा सके। मिशन फलेक्सिबल पूल के अंतर्गत आगे के अनुदान जारी किया जाना इसी आधार पर उपलब्धियों/प्रगति के साथ जोड़ा जाना चाहिए।
- मंत्रालय को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि राज्य सभी आशाओं, एएनएम इत्यादि को मानदंडों के अनुसार संपूर्ण प्रशिक्षण कराए ताकि उनकी सेवाएं और अधिक प्रभावशाली बन सकें।

## अध्याय VI : स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता

### 6.1 राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम

नवम्बर 2013 में मंत्रालय द्वारा शुरू किए गए राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम (एनक्यूएपी) एवं इसके अंतर्गत गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देशों का उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं की अंतर्निहित एवं सतत गुणवत्ता का सृजन करना था जोकि अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करे। दिशानिर्देश प्रासंगिक गुणवत्ता मानकों, इन मानकों की मापन प्रणाली और इसके कार्यान्वयन के लिए संस्थागत रूपरेखा को परिभाषित करते हैं। मंत्रालय अपेक्षित संस्थागत रूपरेखा स्थापित करने और कार्यक्रम को मॉनीटर करने के लिए राज्यों को सहायता प्रदान करता है।

#### 6.1.1 संस्थागत रूपरेखा

गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देश निर्धारित करते हैं कि प्रत्येक स्तर के लिए परिभाषित भूमिकाओं और दायित्वों के साथ राष्ट्रीय, राज्य, जिला और स्वास्थ्य सुविधा स्तरों पर संस्थागत प्रबंधों की स्थापना की जाएगी। इस संदर्भ में प्रगति की चर्चा नीचे की गई है:

#### क) राष्ट्रीय स्तर

➤ गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देशों के अनुसार, राज्यों में अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रयासों को समग्र दिशानिर्देश, प्रयासों को मार्गदर्शन और मॉनीटर करने के लिए मंत्रालय और राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र<sup>1</sup> (एनएचएसआरसी) के कार्यक्रम प्रभागों से प्रतिनिधियों को शामिल करते हुए दिसम्बर 2015 में मंत्रालय ने गुणवत्ता आश्वासन दल का गठन किया था। हालांकि, दल का अभी तक मिलना बाकी था (फरवरी 2017)।

<sup>1</sup> 2007 में एनएचएम आरसी की स्थापना प्रावधान में नीति एवं कार्यनीति विकास में सहायता और राज्यों को तकनीकी सहायता प्रदान करना और केन्द्र एवं राज्यों में क्षमता निर्माण की अनिवार्यता के साथ की गई थी।

➤ लेखापरीक्षा ने पाया कि गुणवत्ता आश्वासन दल ने सेवाओं की गुणवत्ता मॉनीटर करने के लिए राज्यों का कोई दौरा नहीं किया था। मंत्रालय ने बताया कि ऐसे दौरे एनएचएसआरसी द्वारा किए जाते थे। उत्तर अस्वीकार्य है। दौरा एवं संबंधित अभिलेख दर्शाते हैं कि 2014-16 के दौरान एनएचएसआरसी के यह दौरे राज्यों में प्रशिक्षण के संचालन से संबंधित थे और राज्यों में सेवाओं की गुणवत्ता को मॉनीटर करने के उद्देश्य से नहीं किए गए थे।

➤ लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि एनएचएसआरसी ने राज्य गुणवत्ता दलों द्वारा भेजी गई त्रैमासिक रिपोर्टों की समीक्षा नहीं की थी और सुधार के लिए अनुशंसाओं को शामिल करते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन प्रभाग के समक्ष रिपोर्ट प्रस्तुत कर दी थी। इस तथ्य को मंत्रालय ने स्वीकार किया।

## ख) राज्य स्तर

### (i) राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति

दिशानिर्देशों की आवश्यकता है कि समग्र दिशानिर्देश, राज्य में गुणवत्ता आश्वासन प्रयासों के मार्गदर्शन और मॉनीटरिंग प्रदान करने के लिए प्रत्येक राज्य को राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति (एसक्यूएसी) का गठन करना होगा। यद्यपि, सभी राज्यों/यूटी (अण्डमान और निकोबार द्वीपसमूह के अलावा) एसक्यूएसी का गठन किया गया है, वह अर्धवार्षिक समीक्षा बैठकों करवाने, प्रमुख निष्पादन संकेतकों (केपीआई)<sup>2</sup> आदि की मॉनीटरिंग जैसी अनिवार्य गति विधियों का निष्पादन करने में वह विफल हुए, जिसकी चर्चा नीचे की गई है:

एसक्यूएसी ने सात राज्यों (असम, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मणिपुर, पंजाब, तेलंगाना और त्रिपुरा) में 2013-16 के बीच समीक्षा बैठक नहीं करवाई थी। यह कमी 12 राज्यों में 25 से लेकर 80 प्रतिशत के बीच की थी (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश (80 प्रतिशत), छत्तीसगढ़, मेघालय, मिजोरम (75

<sup>2</sup> प्रजनन और बाल स्वास्थ्य से संबंधित केपीआई में शिशु मृत्यु दर, जननी मृत्यु दर, प्रसव पूर्व देखभाल, अस्पताल में हुए प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल, टीकाकरण कवरेज आदि शामिल हैं।

प्रतिशत), बिहार, कर्नाटक, केरल (50 प्रतिशत), हिमाचल प्रदेश (33 प्रतिशत) और मध्यप्रदेश, ओडिशा और सिक्किम (25 प्रतिशत) )।

## (ii) राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई

राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई<sup>3</sup> (एसक्यूएयू) राज्य में गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों के कार्यान्वयन के लिए एसक्यूएसी को सहायता प्रदान करता है। इसकी मुख्य गतिविधियां स्वास्थ्य सुविधाओं के आकलन के लिए छमाही स्वतंत्र/संयुक्त दौरों का संचालन करना, जिलों से प्राप्त केपीआई पर मासिक डाटा एकत्रित करना, अर्धवार्षिक समीक्षा बैठकें संचालित करना और रिपोर्ट तैयार करना है।

राज्य विशिष्ट निष्कर्षों की चर्चा नीचे की गई है:

- तीन राज्यों (असम, मेघालय, और ओडिशा) में एसक्यूएयू गठित नहीं किए गए थे।
- 12 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मणिपुर, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल) में, एसक्यूएयू को गठित किया गया था परंतु 2013-16 के दौरान कोई समीक्षा बैठक नहीं हुई।
- पांच राज्यों (झारखंड, राजस्थान, तेलंगाना, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल) में, सुविधाओं के आकलन के लिए कोई फील्ड दौरे नहीं किए गए थे। हालांकि, आठ राज्यों, (आन्ध्र प्रदेश (3), अरुणाचल प्रदेश (2), छत्तीसगढ़ (8), हिमाचल प्रदेश (7), कर्नाटक (8), केरल (21), तमिलनाडु (5) और त्रिपुरा (21) में कुछ दौरे किए गए थे। त्रिपुरा में 21 फील्ड दौरे किए गए थे, परंतु कोई रिपोर्ट तैयार नहीं की गई थी।
- झारखंड और पश्चिम बंगाल में एसक्यूएयू सदस्यों की नियुक्ति न होने के कारण कार्य नहीं कर रहे थे।

<sup>3</sup> एसक्यूएयू की अध्यक्षता एसक्यूएसी सदस्य सचिव द्वारा की गई थी और इसमें अन्य राज्य कार्यक्रम अधिकारी शामिल हैं।

### एसक्यूएयू द्वारा सुविधाओं का आकलन न किया जाना

- बिहार में 10,391 सुविधाओं<sup>4</sup> में से, 2013-14, 2014-15 और 2015-16 के दौरान क्रमशः केवल 69,13 और 65 सुविधाओं का आकलन किया गया था।
- यद्यपि छत्तीसगढ़ में 27 आंतरिक गुणवत्ता आश्वासन मूल्यांकनकर्त्ता हैं, उन्होंने संपूर्ण लेखापरीक्षा अवधि के दौरान केवल चार जिला अस्पतालों (कोरबा, कंकर, दुर्ग और रायपुर) का आकलन किया था।
- तमिलनाडु में, चयनित जिलों में सुविधाओं को आकलित नहीं किया गया था।

कार्य करने वाली गुणवत्ता समितियों/इकाइयों की अनुपस्थिति इस ओर संकेत करती है कि स्वास्थ्य सुविधाओं पर प्रदान की गई सेवाओं का आकलन नहीं किया गया था। इसका अर्थ था कि सुधारात्मक कार्रवाई के लिए गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों की विशेषकर प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) से संबंधित जैसे प्रसव पूर्व देखभाल, प्रसवोत्तर देखभाल एवं टीकाकरण मॉनीटरिंग नहीं की गई थी।

### ग) जिला स्तर

#### (i) जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति

जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति (डीक्यूएसी) जिला स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन प्रयासों को मॉनीटर करने के लिए जिम्मेदार है। 23 राज्यों/यूटी में 96 चयनित जिलों की नमूना जांच से निम्नलिखित का पता चला:

- डीक्यूएसी केवल 75 जिलों (78 प्रतिशत) में गठित किया गया था।
- 2013-16 के दौरान 70 प्रतिशत की कमी के साथ 692 अपेक्षित समीक्षा बैठकों में से केवल 211 हुई थीं।
- दो राज्यों (झारखंड और मेघालय) के किसी भी चयनित जिले में डीक्यूएसी गठित नहीं हुआ था।

<sup>4</sup> एचएससी; 9696 पीएचसी; 534 सीएचसी/आरएच; 70 एसडीएच; 55 और डीएच; 36

- सात राज्यों (हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मणिपुर, ओडिशा, तमिलनाडु, त्रिपुरा और पश्चिम बंगाल) में अपेक्षित त्रैमासिक समीक्षा बैठक नहीं की गई थी जबकि डीक्यूएसी का गठन किया गया था।
- चार राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, झारखंड और सिक्किम) में एसक्यूएसी की रिपोर्ट के बारे में बताया नहीं गया था।

## (ii) जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई

जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई (डीक्यूएयू), डीक्यूएसी को सहायता प्रदान करता है और विभिन्न<sup>5</sup> गतिविधियों को शुरू करने के लिए उत्तरदायी है जोकि अन्य के साथ त्रैमासिक आधार पर सुविधाओं का आकलन करना है और एसक्यूएयू के समक्ष निष्कर्षों के समक्ष प्रस्तुत करना है।

17 राज्यों/यूटी में 61 चयनित जिलों की नमूना जांच से निम्नलिखित का पता चला:

- छः राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबर द्वीपसमूह, असम, जम्मू और कश्मीर, मणिपुर, मेघालय और उत्तराखंड) के 21 जिलों में किसी में भी डीक्यूएयू का गठन नहीं हुआ था।
- 11 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, केरल मिजोरम, ओडिशा एवं तमिलनाडु) के शेष 40 चयनित जिलों में, 10 जिलों (25 प्रतिशत) में डीक्यूएयू का गठन नहीं हुआ था।
- यद्यपि सात राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मिजोरम, ओडिशा और तमिलनाडु) के 18 चयनित जिलों में डीक्यूएयू का गठन किया गया था 2013-16 के दौरान किसी भी सुविधा का आकलन नहीं किया गया था।

<sup>5</sup> आरसीएच सेवाओं के लिए मानक प्रोटोकॉल का रोल आउट, स्वास्थ्य सुविधाओं में स्वतंत्र और संयुक्त दौरे करना फील्ड दौरो के आधार पर ड्राफ्ट रिपोर्ट और अनुशंसाओं को तैयार करना, गुणवत्ता सुधार अध्यक्ष का मार्गदर्शन, आउटकम स्तर संकेतकों पर सुविधाओं से प्राप्त डाटा संकलित एवं एकत्रित करना।

- तीन राज्यों में, निर्धारित आकलनों के प्रति काफी कमियां पाई गई थी (आन्ध्र प्रदेश: 83 प्रतिशत, हरियाणा: 88 प्रतिशत और हिमाचल प्रदेश: 98 प्रतिशत)।
- आन्ध्र प्रदेश में, 2015-16 के दौरान 35 फील्ड दौरे किए गए थे परंतु कोई रिपोर्ट तैयार नहीं की गई थी। परिणामस्वरूप, फील्ड दौरों के निष्कर्षों पर कोई अनुवर्ती कार्रवाई नहीं हुई थी।

### (iii) जिला अस्पतालों में जिला गुणवत्ता दल का गठन

गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देश में, जिला अस्पताल (डीएच) पर जिला गुणवत्ता दल (डीक्यूटी) के गठन का प्रावधान है। तथापि, यह पाया गया था कि 1,151 डीएच में से केवल 723 डीएच में ही डीक्यूटी का गठन किया गया था, परिणामस्वरूप इसके गठन में 33 प्रतिशत की कमी थी (मार्च 2016)।

- सात राज्यों (असम, कर्नाटक, नागालैण्ड, मेघालय, तमिलनाडु, केरल और उत्तर प्रदेश) में कमी 50 प्रतिशत से लेकर 76 प्रतिशत के बीच थी जबकि सात अन्य राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, पंजाब, सिक्किम, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल) में कमी 20 प्रतिशत से लेकर 45 प्रतिशत के बीच थी।
- चार राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, जम्मू एवं कश्मीर, तेलंगाना और त्रिपुरा) में किसी भी डीएच में डीक्यूटी का गठन नहीं हुआ था।
- विभिन्न राज्यों में डीएच गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के कार्यान्वयन के विभिन्न स्तरों पर था। 306 डीएच ने केपीआई की सूचना दी थी, 250 डीएच ने मानक संचालन प्रक्रियाओं को कार्यान्वित किया था और 268 डीएच ने आवधिक मरीज संतुष्टि परीक्षण किए गए थे (मार्च 2016)। इन सभी तीन संकेतकों पर डीएच रिपोर्टिंग की प्रतिशतता कम थी जोकि 22 से लेकर 27 प्रतिशत तक थी जोकि दर्शाता है कि गुणवत्ता आश्वासन के आकलन का कार्य प्रारंभिक अवस्था में था।



## घ) सुविधा स्तर

### (i) गुणवत्ता आश्वासन दल का गठन

प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा के अध्यक्ष से अपेक्षित है कि वह आंतरिक गुणवत्ता आश्वासन दल (आईक्यूएटी) का गठन करें जिसमें सभी विभागों, नर्सिंग स्टाफ, प्रयोगशाला एवं सहायता स्टाफ से प्रतिनिधित्व हो। दल को उनके कार्यक्षेत्र में गुणवत्ता पहल की स्थिति पर आवधिक रूप से चर्चा करने के लिए बैठक करनी चाहिए।

यह पाया गया था कि 19 राज्यों में 716 सुविधाओं में से केवल 308 सुविधाओं (43 प्रतिशत) में आईक्यूएटी का गठन किया गया था। राज्यवार विश्लेषण से पता चला कि 11 राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओड़िशा, पंजाब, राजस्थान एवं तमिलनाडु) में कमी से 75 लेकर 95 प्रतिशत तक की थी। तीन राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, गुजरात एवं त्रिपुरा) में कमी 53 से लेकर 67 प्रतिशत तक की थी।

छः राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, असम, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, तेलंगाना और पश्चिम बंगाल) में चयनित 171 सुविधाओं में से किसी में भी आईक्यूएटी का गठन नहीं हुआ था। इस प्रकार, इन राज्यों/यूटी में गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के अंतर्गत कोई गतिविधि नहीं हुई थी।

### (ii) आवधिक आंतरिक आकलन

15 राज्यों के 541 चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में, आवधिक आंतरिक आकलन की प्रणाली का सूत्रबद्ध केवल 114 (21 प्रतिशत) सुविधाओं में हुआ था।

पांच राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, झारखंड, तेलंगाना, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड) में 205 चयनित सुविधाओं में किसी में भी आंतरिक आकलन की प्रणाली नहीं थी। इस प्रकार, सुविधा स्तर पर आंतरिक आकलन की अनुपस्थिति के कारण प्रदत्त सेवाओं में कमी और उनकी गुणवत्ता को पहचानने के लिए सुविधा के पास कोई तंत्र नहीं था।

15 राज्यों की 114 सुविधाओं में आईक्यूएटी द्वारा नियमित त्रैमासिक आकलन नहीं किया गया था। 2013-16 के दौरान की जाने वाली 1,368 त्रैमासिक आकलनों में से केवल 574 (42 प्रतिशत) आकलन किए गए थे।

त्रैमासिक आकलनों की कमी के परिणामस्वरूप आगे के विश्लेषण और सुधारात्मक कार्रवाई के लिए सुविधाओं के निम्न निष्पादन क्षेत्रों की पहचान नहीं की जा सकी थी।

### (iii) मरीज संतुष्टि सर्वेक्षण

गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देश में, अस्पताल प्रबंधक द्वारा संरचित प्रारूप में प्रतिपुष्टि (ओपीडी-30 मरीज, और आईपीडी-एक माह में 30 मरीज अलग से) लेने का प्रावधान है। इस प्रतिपुष्टि का विश्लेषण यह देखने के लिए किया जाएगा कि निम्न निष्पादन करने वाली प्रवृत्ति कौनसी थी और तदनुसार आगे की कार्रवाई की योजना बनाई जा सके। यह पाया गया था कि 2013-16 के दौरान 20 राज्यों में 737 सुविधाओं में, 15.92 लाख मरीज प्रतिपुष्टियों के प्रति केवल 8,167 प्रतिपुष्टियां (0.5 प्रतिशत) ली गयीं थीं। 11 राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मिजोरम, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तरप्रदेश, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल) में मरीजों से ली गई प्रतिपुष्टि नगण्य (0.01 से लेकर 6 प्रतिशत तक) थी।

मरीजों के संतुष्टि सर्वेक्षण की अनुपस्थिति में स्वास्थ्य सुविधा द्वारा प्रदत्त सेवा की गुणवत्ता में अंतराल की पहचान नहीं की जा सकी और संबोधित नहीं किया जा सकता था।

### (iv) मुख्य निष्पादन संकेतकों की मॉनीटरिंग

अस्पताल प्रबंधकों से अपेक्षित है कि वह विभागों से महत्वपूर्ण डाटा एकत्रित करें मासिक आधार पर उन्हें मॉनीटर करने के लिए केपीआई की गणना करें और डीक्यूएस और एसक्यूएसी को इन संकेतकों को रिपोर्ट करें। हालांकि, यह पाया गया कि:

- आठ राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मिजोरम, तेलंगाना, उत्तराखंड और उत्तर प्रदेश) की 267 सुविधाओं में केपीआई को मॉनीटर नहीं किया गया था।

- 10 राज्यों में 411 सुविधाओं में से केवल 79 सुविधाओं (19 प्रतिशत) ने केपीआई मॉनीटर किए थे।

चूंकि केपीआई को सुविधा स्तर पर दर्ज नहीं किया गया था, आरसीएच से संबंधित संकेतकों अर्थात् प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली माताएं, अस्पताल में प्रसव, सुरक्षित प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त करने वाली माताएं और टीकाकरण कवरेज मूल्यांकन और सुधारात्मक कदमों के लिए डीक्यूएसी और एसक्यूएसी द्वारा नहीं की गई। केपीआई के राज्यवार वितरण **अनुबंध-6.1** में दिए गए हैं।

#### (v) मानक संचालन प्रक्रियाएं और कार्य निर्देश

सुविधा स्तर पर नैदानिक और प्रबंधन प्रक्रियाओं के मानकीकरण के लिए प्रत्येक सुविधा से अपेक्षित है कि वह मानक संचालन प्रक्रियाओं (एसओपी) का दस्तावेजीकरण करे एवं कार्यान्वित करें। एसओपी पर स्टाफ को भी उचित प्रशिक्षण प्रदान किया जाना चाहिए।

- 20 राज्यों में, 746 सुविधाओं में से, केवल 219 सुविधाओं (29 प्रतिशत) एसओपी का दस्तावेजीकरण किया गया था।
- पांच राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, तेलंगाना और उत्तराखंड) में, किसी भी चयनित सुविधा में एसओपी का दस्तावेजीकरण नहीं किया गया था।
- 10 राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, ओड़िशा, पंजाब, राजस्थान और त्रिपुरा) में एसओपी वाली सुविधाओं की कमी 75 से लेकर 96 प्रतिशत के बीच थी जबकि तीन राज्यों (मध्य प्रदेश, मिजोरम और तमिलनाडु) में कमियां 40 से लेकर 70 प्रतिशत तक थीं।
- 219 सुविधाओं, जिनमें एसओपी का दस्तावेजीकरण किया गया था, में से एसओपी के लिए केवल 125 सुविधाओं के स्टाफ को एसओपी के लिए अभिविन्यस्त/प्रशिक्षित किया गया था। राज्यवार वितरण **अनुबंध-6.2** में दिए गए हैं।

## 6.1.2 चयनित जिलों में मातृ एवं शिशु की मृत्यु के मामलों की समीक्षा

### (i) मातृ मृत्यु समीक्षा

मातृ मृत्यु समीक्षा प्रसूति देखभाल की गुणवत्ता में सुधार और मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए महत्वपूर्ण कार्यनीति है। प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा से सुविधा में होने वाली सभी मृत्यु के लिए मृत्यु लेखापरीक्षा करना अपेक्षित है। सुविधा को भी मासिक आधार पर डीक्यूएयू को मातृ एवं शिशु मृत्यु से संबंधित डाटा रिपोर्ट करना चाहिए।

13 राज्यों/यूटी के 66 चयनित जिलों में यह पाया गया था कि 2013-16 के दौरान उसमें होने सभी मृत्यु के मामलों के संदर्भ में सुविधाओं द्वारा मातृ मृत्यु समीक्षा नहीं की गई थी। सुविधाओं में सूचित 4,846 मातृ मृत्यु मामलों में से 2,917 मामलों (60 प्रतिशत) में अभिलेखों की जांच लेखापरीक्षा में की गई थी। यह पता चला कि **हिमाचल प्रदेश** में सुविधाओं द्वारा कोई मातृ मृत्यु समीक्षा नहीं की गई थी जबकि आठ राज्यों (**आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, झारखंड, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल**) में सात से 87 प्रतिशत मामलों की समीक्षा की गई थी। तीन राज्यों (**छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र और सिक्किम**) में सभी मामलों की समीक्षा की गई थी।

इसके अतिरिक्त, 66 चयनित जिलों में मृत्यु के केवल 315 मामलों (7 प्रतिशत) की सूचना डीक्यूएयू को दी गई थी। चार राज्यों (**आन्ध्र प्रदेश, तेलंगाना, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल**) ने किसी भी मृत्यु के मामले की सूचना डीक्यूएयू को नहीं दी थी जबकि छः राज्यों (**असम, छत्तीसगढ़, झारखंड, महाराष्ट्र, राजस्थान और तमिलनाडु**) में चार से 52 प्रतिशत मामले डीक्यूएयू को सूचित किए गए थे।

मृत्यु समीक्षा रिपोर्टों में यह पाया गया था कि मातृ मृत्यु के मुख्य कारण खून की कमी, परिवहन में विलंब, आपातकालीन रक्ताधान के लिए खून की अनुपलब्धता, अनुचित प्रसवपूर्व जांच, प्रसवोत्तर रक्तस्राव, अपर्याप्त उपकरण एवं एएनएम/आशा का अपर्याप्त ज्ञान, आदि थे।

## (ii) शिशु मृत्यु समीक्षा

11 राज्यों/यूटी के 52 चयनित जिलों में सुविधाओं में 10930 शिशु मृत्यु के मामलों में से केवल 2,320 मामलों (21 प्रतिशत) की समीक्षा की गई थी। राज्यवार विश्लेषण से पता चला कि हिमाचल प्रदेश और सिक्किम में किसी मामले की समीक्षा नहीं की गई थी जबकि आठ राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, राजस्थान, तमिलनाडु और तेलंगाना) में केवल एक से 88 प्रतिशत मृत्यु के मामलों की समीक्षा की गई थी। यह पाया गया था कि अधिकतर शिशु मृत्यु, कम जन्म वजन और श्वास-प्रणाली की समस्याओं के कारण हुई थी जोकि सार्वजनिक सुविधाओं में प्रदत्त प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर सेवाओं की खराब गुणवत्ता और समय पर उचित कार्रवाई करने में विफलता को दर्शाता है।

## 6.1.3 सुविधा सर्वेक्षण के परिणाम

134 डीएच, 300 सीएचसी, 514 पीएचसी और 1425 एससी में किए गए सुविधा सर्वेक्षण गुणवत्ता संकेतकों में कमियों को दर्शाते हैं जिसका विवरण तालिका-6.1 में नीचे दिया गया है।

तालिका-6.1: स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्ता संकेतकों की उपलब्धता

क्र.सं.	गुणवत्ता संकेतक	चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रतिशत जहां गुणवत्ता संकेतक उपलब्ध नहीं था			
		डीएच	सीएचसी	पीएचसी	एससी
1.	स्थानीय भाषा में सुविधा के नाम के साथ प्रमुख प्रदर्शन बोर्ड जोकि रात को पढ़ा जा सके	15	19	26	44
2.	मरीज के अधिकारों एवं जिम्मेदारियों सहित स्थानीय भाषा में ओपीडी एवं प्रवेश द्वार पर दर्शाया गया नागरिक घोषणापत्र	32	25	43	69
3.	सुझाव/शिकायत पेटी	13	19	51	82

मंत्रालय ने स्वीकार किया कि यद्यपि कई राज्यों ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत गुणवत्ता सलाहकार पद के लिए प्रावधान बनाया था, भर्ती प्रक्रिया धीमी थी क्योंकि पर्याप्त प्रशिक्षित गुणवत्ता पेशेवर उपलब्ध नहीं थे।

#### 6.1.4 स्वास्थ्य सुविधाओं के राज्य और राष्ट्रीय स्तर प्रमाणीकरण

गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के राज्य और राष्ट्रीय प्रमाणीकरण के लिए प्रावधान है। एक बार जब स्वास्थ्य सुविधा, सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय गुणवत्ता मानकों का अनुपालन करती है तब राज्य स्तरीय प्रमाणीकरण और तत्पश्चात् राष्ट्रीय प्रमाणीकरण प्रदान किया जा सकता है।

केवल कुछ स्वास्थ्य सुविधाओं को गुणवत्ता प्रमाणीकरण प्रदान किया गया है। 42,503 सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं (डीएच, सीएचसी और पीएचसी) में से 106 सुविधाओं को राज्य स्तरीय गुणवत्ता आश्वासन प्रमाणीकरण (गुजरात-90, हरियाणा-7, केरल-4, मिजोरम-1, ओडिशा-1, राजस्थान-1, और सिक्किम-2) प्राप्त किया है और चार सुविधाओं को राष्ट्रीय प्रमाणीकरण (हरियाणा-2, केरल-1 और ओडिशा-1) प्राप्त हुआ है (मार्च 2016)।

इस प्रकार, अपनी शुरुआत के तीन वर्षों के पश्चात् भी गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम का कार्यान्वयन दोषपूर्ण है।

#### 6.1.5 गुणवत्ता आश्वासन और उसके उपयोग के लिए निधियों का आबंटन

वार्षिक राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना में गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के लिए निधियों की आवश्यकता को शामिल करना राज्य की जिम्मेदारी है।

18 राज्यों में, 2013-16 के दौरान राज्य कार्यान्वयन योजनाओं में दर्शायी गयी ₹132.83 करोड़ की आवश्यकता के प्रति ₹85.64 करोड़ आबंटित किए गए थे। राज्य आबंटित राशि तक का भी उपयोग नहीं कर पाए थे उनका ₹42.89 करोड़ का व्यय काफी कम रहा था। यह पाया गया था कि निधियों के कम उपयोग के लिए कारण गुणवत्ता आश्वासन समितियों/इकाइयों के गठन में विलंब, मानव संसाधनों की भर्ती न किया जाना, निष्क्रिय गुणवत्ता आश्वासन समितियां/इकाइयां और गुणवत्ता आश्वासन पर स्वास्थ्य कमियों के लिए प्रशिक्षण आयोजित न करना थे।

मंत्रालय ने बताया कि प्रारंभिक दो वर्षों का समय केवल प्रारंभिक चरण था जिसमें राज्यों में जागरूकता फैलाने, नीति संस्थापन और संगठनात्मक रूपरेखा बनाने में प्रयास किए गए थे और आने वाले वर्षों में यह अपेक्षा की

गई थी कि यह कार्यक्रम, गुणवत्ता प्रमाणीकृत सुविधाओं की संख्या और सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में बेहतर गुणवत्ता एवं सुरक्षित देखभाल के बारे में इसके लाभांश गुण होंगे।

## 6.2 मॉनीटरिंग

मिशन को सफल कार्यान्वयन मुख्य रूप से उचित मॉनीटरिंग और आकलन पर निर्भर करता है जहां प्रत्येक स्तर पर स्पष्ट रूप से परिभाषित भूमिकाओं और जिम्मेदारियों के साथ केन्द्र, राज्य, जिला और ग्राम पंचायत स्तर पर विस्तृत संगठनात्मक व्यवस्थाएं निर्धारित करता है। निम्नलिखित पाया गया था।

- केन्द्रीय स्तर पर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के केन्द्रीय मंत्री की अध्यक्षता में मिशन स्टीयरिंग ग्रुप (एमएसजी), एनएचएम के अंतर्गत सबसे उच्च नीति निर्माण और स्टीयरिंग संस्थान है। लेखापरीक्षा ने पाया कि एमएसजी की बैठकें करने में 248 दिनों तक के काफी विलंब हुए थे जिसके कारण शासन-विधि के महत्वपूर्ण मुद्दे उठे।
- सामान्य समीक्षा मिशन (सीआरएम) एनएचएम के अंतर्गत एक महत्वपूर्ण तंत्र है। सरकारी अधिकारियों, सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ, विकास सहभागी और सिविल संस्था संगठनों के प्रतिनिधियों को शामिल करके दलों का गठन किया गया था। यद्यपि, सीआरएम दल अपने फील्ड दौरों के पश्चात स्वास्थ्य केन्द्रों के कार्यान्वयन में कई कमियां इंगित कर रहे थे, इन पर प्रभावी कार्यवाही नहीं की गयी थी।
- राज्य स्तर पर, अध्यक्ष के रूप में मुख्यमंत्री के साथ राज्य स्वास्थ्य मिशन (एसएचएम), मुख्य सचिव की अध्यक्षता में राज्य स्वास्थ्य संस्था (एसएचएस), और मिशन निदेशक की अध्यक्षता में राज्य परियोजना प्रबंधन इकाई के समग्र मार्ग दर्शन के अंतर्गत मिशन कार्य करता है। लेखापरीक्षा ने एसएचएम और एसएचएस की समितियों द्वारा बैठकें करने में 29 से लेकर 100 प्रतिशत तक की काफी कमियां पाई थी जिसका विवरण **अनुबंध-6.3** में दिया गया है।

- जिला स्तर पर, स्थानीय स्वयं-सरकार अर्थात् जिला परिषद अध्यक्ष/महापालिकाध्यक्ष की अध्यक्षता में जिला स्वास्थ्य मिशन (डीएचएम) और जिला अध्यक्ष की अध्यक्षता प्रत्येक जिले में जिला स्वास्थ्य संस्था (डीएचएस) है। जिला स्तर पर मॉनीटरिंग संसद के स्थानीय सदस्य की अध्यक्षता में जिला/नगर स्तरीय निगरानी और मॉनीटरिंग समितियों (डी/सीएलवीएमसी) द्वारा की जाती है। समितियों से अपेक्षित है कि वह त्रैमासिक बैठक करें। **अरुणाचल प्रदेश** और **हिमाचल प्रदेश** में, 2011-16 के दौरान किसी भी चयनित जिले में डीएचएम और डीएचएस (शासीनिकाय) या डीएचएस (कार्यकारी समिति) की कोई बैठक नहीं हुई थी। महत्वपूर्ण है कि, तीन राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, जम्मू एवं कश्मीर और मेघालय) में 2015-16 के दौरान किसी भी जिले में डी/सीएलवीएमसी की कोई बैठक नहीं हुई थी।
- आईपीएचएस के अनुसार, पंचायती राज संस्थान (पीआरआई), उपभोक्ता समूह के प्रतिनधियों, समुदाय आधारित संगठनों, एनजीओ आदि को शामिल करते हुए ग्राम, ब्लॉक एवं जिला स्तरों पर मॉनीटरिंग समितियां बनाने की आवश्यकता है। समितियों से अपेक्षित है कि वह एएनएम एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के अन्य पदाधिकारियों द्वारा उच्च प्राधिकारियों को भेजे गए डाटा को मॉनीटर करे और उसकी पुष्टि करें। ये समितियां चार राज्यों (**असम, ओड़िशा, सिक्किम और उत्तराखंड**) के चयनित जिलों में गठित नहीं की गई थीं। **हरियाणा** में, इन समितियों में पीआरआई शामिल नहीं थे।
- ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता और पोषण समितियों (वीएचएसएनसी) से संबंधित कमियों का विवरण नीचे दिया गया है:
  - क. **हिमाचल प्रदेश** और **पश्चिम बंगाल** में वीएचएसएनसी के गठन में क्रमशः 81 प्रतिशत और 35 प्रतिशत की कमी पाई गई थी।
  - ख. **सिक्किम** में, पीएचसी की मॉनीटरिंग पीआरआई/वीएचएसएनसी के माध्यम से नहीं की गई थी।



ग. **त्रिपुरा** में, 2011-16 के दौरान दो चयनित जिलों में किसी भी वीएचएसएनसी ने ग्राम स्वास्थ्य कार्य योजना तैयार नहीं की थी।

- एनएचएम 2012-17 के कार्यान्वयन के लिए रूपरेखा परिकल्पित करती है कि जवाबदेही तथा शासन रूपरेखा स्थापित करें जिसमें सामाजिक लेखापरीक्षा शामिल है। इसके अंतर्गत, समुदाय के सदस्यों को स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में आकलन करना होगा, समीक्षा करनी होगी और अनुशंसाओं का सुझाव देना होगा जिस से सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों की योजना बनाने, कार्यान्वित करने, मॉनीटरिंग एवं मूल्यांकन करने में लोगों की भागीदारी बढ़ेगी। आठ राज्यों (**आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, हिमाचल प्रदेश, ओड़िशा, सिक्किम, तेलंगाना और उत्तर प्रदेश**) के चयनित जिलों में, स्वास्थ्य सुविधाओं की सामाजिक लेखापरीक्षा नहीं की गई थी। पश्चिम बंगाल में सामाजिक लेखापरीक्षा से संबंधित अभिलेख लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराए गए थे।

### 6.3 मूल्यांकन

भूतपूर्व योजना आयोग (अब नीति आयोग) को कार्यक्रम के कार्यान्वयन का मूल्यांकन करना था। सात राज्यों (**असम, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मध्यप्रदेश, ओड़िशा, तमिलनाडु और उत्तरप्रदेश**) में इनके द्वारा एनआरएचएम पर मूल्यांकन अध्ययन फरवरी 2011 अर्थात् 11वीं योजना अवधि के दौरान संचालित किया गया था। हालांकि, उसके बाद कोई मूल्यांकन अध्ययन नहीं किया गया था।

### 6.4 लाभार्थी सर्वेक्षण

लेखापरीक्षा के दौरान नमूना परीक्षित लाभार्थियों का साक्षात्कार, सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं अर्थात् जिला अस्पताल (डीएच), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) और उप-केन्द्र (एससी) में उनके दौरे के दौरान प्रदान की गई स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता तथा उनके द्वारा सामना की गई कठिनाइयों का पता लगाने के लिए किया गया था।

प्रत्येक एससी के अंतर्गत, 10 महिला लाभार्थियों, जिन्होंने अपना प्रसव पिछले 24 महीनों में कराया था, उनका चयन एससी द्वारा अनुरक्षित अभिलेखों, आशा द्वारा बनाए गए अभिलेखों तथा प्रत्येक चयनित एससी के जेएसवाई डाटाबेस का उपयोग करते हुए लाभार्थियों की समेकित सूची प्रतिस्थापन के बिना व्यवस्थित यादृच्छिक नमूना चयन (एसआरएसडब्ल्यूओआर) के द्वारा किया गया था। 28 राज्यों और एक केन्द्र शासित प्रदेश में 13,835 लाभार्थियों का साक्षात्कार लिया गया था। लाभार्थियों के नमूने का आकार मिजोरम में 71 से लेकर उत्तर प्रदेश में 1,650 तक भिन्न था। लाभार्थियों का साक्षात्कार एक संरचित प्रश्नावली के माध्यम से लिया गया था, जिसमें लाभार्थियों (उम्र, शिक्षा स्तर, आदि) के बारे में बुनियादी जानकारी एकत्रित करने के अलावा आशा और एएनएम, प्रसव पूर्व देखभाल, प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल, सेवाओं की गुणवत्ता आदि के बारे में उनकी जागरूकता पर सूचना एकत्रित की गई है। लाभार्थी सर्वेक्षण के परिणामों का विवरण **अनुबंध-6.4** में दिया गया है।

### **निष्कर्ष**

राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए संस्थागत रूपरेखा या तो स्थापित नहीं थी या मौजूद थी तो सभी स्तरों अर्थात् राष्ट्रीय, राज्य, जिला और सुविधा में सेवाओं की गुणवत्ता को आश्वासित करने में प्रभावी नहीं थी। स्वास्थ्य सुविधा के आंतरिक और बाह्य मूल्यांकन की कम संख्या, मुख्य निष्पादन संकेतकों का आंकलन न करने, आवधिक समीक्षा बैठकों की अनुपस्थिति, फील्ड दौरों का संचालन न करना दर्शाता है कि आश्वासन और मॉनीटरिंग प्रणालियां स्थापित नहीं थीं। स्टाफ की अनुपलब्धता और गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों पर प्रशिक्षण और उन्मुखीकरण के माध्यम से क्षमता निर्माण की कमी अन्य रूकावटें थीं। इस प्रकार, लगभग तीन वर्षों के पश्चात् भी गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम का कार्यक्रम प्रारंभिक स्तर पर था।

मिशन के सफल कार्यान्वयन के लिए निरीक्षणों और तैयार मॉनीटरिंग प्रणाली केन्द्र, राज्य और जिला स्तरों पर पूर्ण रूप से कार्यान्वित नहीं की जा रही थी। लाभार्थी सर्वेक्षण ने एनआरएचएम के अंतर्गत प्रदान की गई विभिन्न सेवाओं के बारे में लाभार्थियों के बीच निम्न जागरूकता स्तरों और लोगों तक इसकी

पहुँच को सबके सामने लाया। सर्वेक्षण के परिणाम कार्यक्रम वितरण के संदर्भ में लाभार्थियों के बीच संतुष्टि के मध्यम स्तर को दर्शाते हैं।

#### अनुशंसाएं:

- मंत्रालय और राज्यों को सभी स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन के लिए परिचालन दिशानिर्देशों का अनुपालन करना चाहिए।
- उचित अनुवर्ती कार्रवाई करने के लिए, निरंतर आधार पर, परिभाषित मापदंडों पर स्वास्थ्य सुविधाओं का आकलन करना चाहिए और समीक्षा की जानी चाहिए।
- राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के कार्यान्वयन को मॉनीटर करने के लिए स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली में प्रावधान बनाया जाना चाहिए।
- मंत्रालय/राज्य सरकारों को सभी स्तरों पर मॉनीटरिंग तंत्र को सुदृढ़ बनाने की आवश्यकता है।
- जरूरतमंद ग्रामीण जनसंख्या को विश्वसनीय और प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के एनआरएचएम के उद्देश्य की प्राप्ति के लिए सरकार को संस्थागत और गुणवत्ता नियंत्रण प्रणालियों को सुदृढ़ करना चाहिए। राज्य सरकारों के साथ मंत्रालय को भी इस प्रतिवेदन में इंगित प्रणालीगत अक्षमताओं पर कार्यवाही करने की आवश्यकता है।

## अध्याय-VII : प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य (आरसीएच) के अंतर्गत सेवाएं

### 7.1 प्रस्तावना

प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम-II (आरसीएच-II) की शुरुआत 2005 में शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) एवं कुल प्रजनन दर (टीएफआर) को कम करने के लिए मुख्य वाहक के रूप में मिशन के एक भाग के रूप में किया गया था। कार्यक्रम के कुछ प्रमुख घटक हैं: जटिलताओं की पहचान सहित गर्भावस्था में देख-रेख, शल्य चिकित्सा एवं रक्त आधान जैसी जटिलताओं के प्रबंधन को छोड़कर अनिवार्य नवजात देख-रेख के सभी आयाम, नवजात एवं बच्चों की आम बीमारियों हेतु देख-भाल,--- मध्यम स्तरीय देखभाल प्रदाता के स्वीकृत कौशलों से परे संकटजनक स्थितियों की पहचान, स्थिरीकरण एवं रेफर करना, टीकाकरण, सांस्थानिक देखभाल की आवश्यकता वाले मामलों को छोड़कर कुपोषण से बचाव एवं उसके प्रबंधन के सभी आयाम, सभी परिवार नियोजन सेवाएं, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं- चिकित्सकीय एवं सर्जिकल की व्यवस्था एवं रक्त की कमी की पहचान तथा प्रबंधन।

### 7.2 संस्थानिक प्रसव

#### 7.2.1 लक्ष्य एवं उपलब्धि

कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-12) के अनुसार, सामुदायिक स्तर पर एनआरएचएम के अपेक्षित परिणामों में से एक था अस्पताल में प्रसव हेतु उन्नत सुविधाएं। स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में प्रसव हेतु महिलाओं को प्रोत्साहित करने के लिए जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) की शुरुआत अप्रैल 2005 में एनएचआरएम के अंतर्गत एक ऐसी योजना के रूप में की गयी थी जिसमें प्रसव के दौरान एवं प्रसव के तुरंत बाद की अवधि में देखभाल हेतु गर्भवती महिला को सशर्त नकदी देने का प्रावधान है। लेखापरीक्षा ने देखा कि:

क) 28 राज्यों में, 2011-16 के दौरान अस्पताल में प्रसव<sup>1</sup> का चयन करने वाली पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की प्रतिशतता 34 से 98 तक थी। छः राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, मेघालय, उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखंड) में, यह प्रतिशतता 50 में से कम थी जिसमें मणिपुर (38) एवं मेघालय (34) में निम्नतम प्रतिशत दर्ज की गयी थी। राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-7.1 में हैं।

ख) आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड<sup>2</sup>, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान एवं उत्तराखंड इन 14 राज्यों में, 2011-16 के दौरान सांस्थानिक प्रसव हेतु तय लक्ष्य के प्रति कमी देखी गयी थी। कमी का प्रसार 4 से 54 प्रतिशत तक था, जिसमें उच्चतम प्रतिशतता अरुणाचल प्रदेश (54) एवं उत्तराखंड (52) दो राज्यों में दर्ज की गयी। अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, केरल, मिजोरम, सिक्किम, त्रिपुरा एवं पश्चिम बंगाल में, सांस्थानिक प्रसवों के लिए लक्ष्य का निर्धारण राज्य स्वास्थ्य समितियों द्वारा नहीं किया गया था। निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने बताया कि यद्यपि कुछ राज्यों ने लक्ष्यों का निर्धारण नहीं किया था, समग्र सांस्थानिक प्रसवों में एनआरएचएम के कारण उल्लेखनीय रूप से बढ़ोतरी हुई है।

लेखापरीक्षा ने भौतिक अवसरचना एवं सेवा प्रदाता सुविधाओं की सर्वेक्षणों के माध्यम से पर्याप्तता को सुनिश्चित करने का प्रयास किया। यह देखा गया था कि स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के अंतर्गत सर्वेक्षण किये गये 514 पीएचसी में से 161 में प्रसव हेतु सुविधा नहीं थी। केरल में, चयनित सभी 12 पीएचसी एवं हिमाचल प्रदेश, ओडिशा, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल छः राज्यों में 50 प्रतिशत से अधिक पीएचसी में प्रसव हेतु सुविधा नहीं थी।

सांस्थानिक प्रसव में कमियों के कारण, जैसाकि स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के दौरान पता चला, गाँवों से स्वास्थ्य केन्द्रों की दूरी, सरकारी यातायात की पहुँच का अभाव, केन्द्रों का अस्वास्थ्यकर परिवेश आदि थे।

<sup>1</sup> सांस्थानिक प्रसव में सरकारी एवं निजी स्वास्थ्य केन्द्रों में हुए प्रसव शामिल हैं।

<sup>2</sup> आंकड़े मात्र 2014-15 हेतु

### 7.2.2 प्रसव-पूर्व देखभाल

एनआरएचएम के अंतर्गत प्रमुख हस्तक्षेपों में से एक है सभी गर्भवती महिलाओं को गर्भावस्था के 12 हफ्तों अथवा पहली तिमाही के अंदर पंजीकृत करना और उन्हें सुविधाएं प्रदान करना, जैसे कि चार प्रसव-पूर्व जाँच (एएनसी)<sup>3</sup>, 100 लौह फोलिक एसिड (आईएफए) टैबलेट, टिटनस टॉक्सॉइड (टीटी) टीका, समुचित आहार एवं विटामिन अनुपूरक। लेखापरीक्षा ने पाया कि:

#### (क) पंजीकरण एवं जाँच

बीस राज्यों में (आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) एएनसी के पूरे डाटा का अनुरक्षण नहीं किया गया था।

चार राज्यों यथा असम, गुजरात, जम्मू व कश्मीर एवं तमिलनाडु में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को कम संख्या में एएनसी प्राप्त हुई जैसा अनुबंध-7.2 में दिया गया है।

अरुणाचल प्रदेश में, एसएचएस द्वारा उपलब्ध करायी गयी सूचना के अनुसार, 2011-16 के दौरान राज्य में पंजीकृत सभी 1,56,905 गर्भवती महिलाओं को पंजीकरण के समय प्रथम एएनसी प्राप्त हुई थी। तथापि, चार चयनित जिलों में, लेखा परीक्षा ने पाया कि पंजीकृत 42,701 गर्भवती महिलाओं में से मात्र 8,694(20 प्रतिशत) को ही पंजीकरण के समय एएनसी प्राप्त हुई थी।

पश्चिम बंगाल में, मार्च 2016 तक, 18 प्रतिशत पीएचसी को एएनसी क्लिनिक अभी खोलना था।

लेखापरीक्षा द्वारा स्वास्थ्य केन्द्र के सर्वेक्षण से प्रकट हुआ:

29 राज्यों/यूटी में 2,380 स्वास्थ्य केन्द्रों (डीएच-123, सीएचसी, 300, पीएचसी,-514, एवं एससी-1,443) में से 167 स्वास्थ्य केन्द्रों (डीएच-1,

<sup>3</sup> पहली एएनसी पहली तिमाही के दौरान पंजीकरण के समय, 2 री एएनसी गर्भावस्था के 20-24 हफ्तों के दौरान, तीसरी एएनसी- गर्भावस्था के 28-32 हफ्तों के दौरान, चौथी एएनसी- गर्भावस्था के 34-36 हफ्तों के दौरान।

सीएचसी-9, पीएचसी-86 एवं एससी-71) के पास एएनसी की सुविधा नहीं थी। उन स्वास्थ्य केन्द्रों की प्रतिशतता, जिनमें एएनसी की सुविधा नहीं थी, पांच राज्यों- **अरुणाचल प्रदेश** (एससी-65 एवं डीएच-25), **नागालैण्ड** (एससी-17), **ओडिशा** (सीएचसी-19 एवं पीएचसी-53), **पश्चिम बंगाल** (पीएचसी-41) एवं **त्रिपुरा** (पीएचसी 29) में उल्लेखनीय रूप से अधिक थी।

इस महत्वपूर्ण घटक का समुचित दस्तावेजीकरण 28 राज्यों/यूटी में से 20 में मौजूद नहीं था। फलस्वरूप, स्वास्थ्य केन्द्र, आवश्यकता के अनुरूप एएनसी के वास्तविक प्रशासन पर नजर रखने एवं सुधारात्मक कदम उठाने में असफल रहे थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि एससी, पीएचसी एवं सीएचसी में एएनएम, एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं एवं कर्मचारियों की कमी इस संबंध में प्रमुख कारकों में से एक था।

#### (i) **आयरन फोलिक एसिड**

एनआरएचएम के अंतर्गत, 100 आईएफए टैबलेट सभी पंजीकृत महिलाओं को उपलब्ध कराना होता है। लेखापरीक्षा ने 2011-16 के दौरान सभी 28 राज्यों/यूटी में 3 से 75 प्रतिशत तक कमियाँ पायी गयी थीं। 11 राज्यों/यूटी (**अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, आंध्र प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, राजस्थान एवं तमिलनाडु**) में, पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से दो प्रतिशत से अधिक में गंभीर रक्तल्पता<sup>4</sup> पायी गयी, जिसमें जम्मू एवं कश्मीर (6.11), हरियाणा (3.92) एवं कर्नाटक (3.6) में सबसे ज्यादा ऐसे मामले थे, जैसा **अनुबंध-7.3** में दिया गया है।

**अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह** में, अभिलेखों से संकेत मिला कि 100 आईएफए टैबलेटों वर्ष 2013-14, 2014-15 एवं 2015-16 के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को दी गयी थीं जो 204 एवं 664 प्रतिशत के मध्य थीं। महत्वपूर्ण रूप से, रक्तल्पता के मामले 2014-15 के 1.33 प्रतिशत से बढ़कर 2015-16 में 2.75 प्रतिशत हो गये थे।

<sup>4</sup> गंभीर रक्तल्पता में हीमोग्लोबिन की संख्या 7 ग्रा/डीएल से कम होती है जबकि रक्तल्पता में यह 11 ग्रा/डीएल से कम होती है।

त्रिपुरा में, 21 से 62 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को 2011-12 से 2015-16 के दौरान 100 आईएफए टैबलेट नहीं प्राप्त हुए थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि त्रिपुरा में 54.4 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं रक्तकल्पता की शिकार थीं, जिसमें से सबसे ज्यादा मामले उत्तरी त्रिपुरा जिले में दर्ज हुए (60.6 प्रतिशत) थे।

मंत्रालय ने जवाब दिया कि आईएफए वितरण में गिरावट कार्यान्वयन से संबंधित समस्या है और वह संबंधित राज्य सरकारों से जुड़ी हुई है क्योंकि मंत्रालय निर्धारित दिशानिर्देशों के अनुसार राज्य मांग/अनुरोध के अनुसार निधियों का आबंटन मात्र करता है। तथापि, तथ्य बना रहा कि 100 आईएफए टैबलेट प्रदान करने के दिशानिर्देशों का हमेशा पालन नहीं हुआ था और रक्तकल्पता के मामले बड़ी संख्या में पाये गये थे।

### (ii) टेटनस टेक्सॉयड टीकाकरण

चार राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर एवं मेघालय) में 50 प्रतिशत से कम गर्भवती महिलाओं का टीटी1 एवं टीटी2 टीकाकरण हुआ था जबकि छः राज्यों (छत्तीसगढ़, हरियाणा, झारखंड, राजस्थान, त्रिपुरा एवं पश्चिम बंगाल) में आंकड़े 50 से 80 प्रतिशत के मध्य थे।

टीटी टीकाकरण की दो खुराकों में से प्रत्येक का अलग डाटा मिजोरम द्वारा अनुरक्षित नहीं किया गया था, और, इसलिए गर्भवती महिलाओं की वास्तविक संख्या, जिन्होंने खुराक नहीं ली थी, निर्धारित नहीं हो पायी।

मंत्रालय ने बताया कि एक गर्भवती महिला को टेटनस के प्रति पूर्ण प्रतिरक्षा प्रदान करने के लिए टीटी की एक खुराक ही पर्याप्त है बशर्ते कि उसे पिछले तीन वर्षों में टीटी का टीका लगाया गया हो और अधिकतर गर्भवती महिलाएं इस श्रेणी में आती थीं। मंत्रालय का मत इस संबंध में स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर सत्यापनीय डाटा के अभाव में सही नहीं है।

### (ख) कुशल प्रसव सहायक (एसबीए) द्वारा संचालित घरेलू प्रसव

चूंकि किसी भी गर्भावस्था में किसी भी स्तर पर जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं, ऐसे मामले के प्रबंधन हेतु प्रसूति देखभाल सेवाएं अत्यंत महत्वपूर्ण हैं और इसलिए, प्रत्येक गर्भवती महिला की गर्भावस्था, बच्चे के जन्म व प्रसवोत्तर अवधि में एसबीए द्वारा देखभाल करना आवश्यक है।



28 राज्यों/यूटी के 120 जिलों के चयनित टाइप 'क' उपकेन्द्रों के अभिलेखों की नमूना परीक्षा से प्रकट हुआ कि असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा एवं उत्तर प्रदेश के दस राज्यों में, 50 से 80 प्रतिशत घरेलू प्रसव एसबीए की देखरेख में नहीं हो रहे थे। चार अन्य राज्यों (हरियाणा, केरल, मेघालय, एवं पश्चिम बंगाल) में, 80 प्रतिशत से अधिक घरेलू प्रसव एसबीए की देखरेख में नहीं हुए थे। जम्मू एवं कश्मीर के 38 चयनित एससी में, कोई घरेलू प्रसव 2011-16 के दौरान एसबीए की देखरेख में, उनकी कमी के कारण नहीं हुआ। मंत्रालय ने उत्तर दिया कि राज्यों को वीडियो कॉन्फ्रेंस, मॉनीटरिंग दौरों आदि के माध्यम से इस मामले पर ध्यान देने के लिए कहा गया है।

### 7.2.3 प्रसवोत्तर देखभाल

आरसीएच-II के दिशानिर्देशों के अनुसार, अधिकांश प्रसूति जटिलताएं एवं जच्चा की मृत्यु प्रसव के दौरान अथवा शिशुजन्म के 48 घंटे के अंदर होती है। इससे प्रसवकालीन अवधि (प्रसव-पीड़ा, प्रसूति एवं बाद के 24 घंटे के रूप में परिभाषित) प्रसूति संबंधी जटिलताओं की पहचान एवं उस पर कार्य करने तथा जच्चा की मृत्यु से बचने के लिए आपातकालीन देखरेख के लिए विशेष रूप से गंभीर समय बन जाता है। स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवों एवं 'पहुँचने में कठिन क्षेत्रों' में घरेलू प्रसवों में कुशल सहायकों की संख्या बढ़ाना महिलाओं को जटिलताओं के मामले में आपातकालीन देखरेख के लिए भेजना और जच्चा की प्रसवोत्तर अवधि में मॉनीटरिंग करना इसे करने का बेहतरीन तरीका है।

#### (क) स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं/आशा द्वारा 24 घंटे के अंदर नवजातों को देखने जाना

28 राज्यों/यूटी के 120 जिलों के चयनित टाइप 'क' उपकेन्द्रों के अभिलेखों की नमूना जाँच से प्रकट हुआ कि झारखंड, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मिजोरम, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम एवं उत्तर प्रदेश में घरेलू प्रसवों में चालीस प्रतिशत से अधिक नवजातों को 24 घंटे के अंदर स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा नहीं देखा जा रहा था। सिक्किम में, यह आंकड़ा उल्लेखनीय रूप से अधिक 85 प्रतिशत था। उत्तर प्रदेश के मुजफ्फरनगर, बदायूं एवं जौनपुर जिलों में नवजातों के देखने से संबंधित आकड़ों का अनुरक्षण नहीं किया जा रहा था।

### 7.2.4 परामर्श सेवाएं

जिम्मेदार स्वास्थ्य प्रसूति को सुनिश्चित करने के लिए, एनआरएचएम का उद्देश्य, गाँव से अस्पताल तक रेफरल श्रृंखला बनाना अर्थात् कार्यशील पीएचसी/एफआरयू को गर्भावस्था एवं शिशु जन्म के दौरान जटिलताओं के मामले में समय पर और सुनिश्चित रेफरल हेतु सरकारी/सार्वजनिक- निजी भागीदारी मॉडल के माध्यम से सुनिश्चित रेफरल लिंकेज है।

अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, एवं मेघालय चार राज्यों में रेफरल सेवाओं को प्रदान करने में लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ, नीचे तालिका-7.1 में दी गयी हैं।:

तालिका - 7.1: रेफरल सेवाएं प्रदान करने में राज्य-वार लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	अरुणाचल प्रदेश	चयनित जिलों के चयनित 31 एससी, 11 पीएचसी एवं 6 सीएचसी में से किसी में भी रेफरल मामलों की पंजीका अनुरक्षित नहीं की गयी थी।
2.	असम	भेजे गये जटिल मामलों में से मात्र 67 प्रतिशत में ही एंबुलेंस उपलब्ध कराया गया था।
3.	मणिपुर	चयनित सभी पाँच पीएचसी में, रेफरल सेवाओं में वाहन उपलब्ध नहीं कराया गया था जिससे अभिप्रेत लाभों से लाभार्थी वंचित हुए थे।
4.	मेघालय	छः जिलों में चालू सात एफआरयू में से केवल चार ही रक्त बैंक/भण्डारण सुविधा से लैस थे।

### 7.2.5 प्रसूति संबंधी जटिलताओं वाले प्रसव

तमिलनाडु एवं केरल में, प्रसूति संबंधी जटिलताओं वाले मामले क्रमशः 21 एवं 19 प्रतिशत पाये गये थे। अन्य नौ राज्यों असम, छत्तीसगढ़, (केवल चयनित जिलों की स्थिति), हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, सिक्किम, एवं पश्चिम बंगाल में दस प्रतिशत से अधिक ऐसे प्रसव देखे गये थे। इनका डाटा गुजरात एवं त्रिपुरा राज्यों द्वारा उपलब्ध नहीं कराये गये थे। 13 राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, सिक्किम, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) में, लेखापरीक्षा ने कुछ वर्षों से प्रसूति संबंधी जटिलताओं में बढ़ती हुई प्रवृत्ति देखी थी। ब्यौरे अनुबंध-7.4 में दिये गये हैं।

### 7.2.6 शिशु मृत्यु दर, मातृ मृत्यु अनुपात एवं कुल प्रजनन दर

मंत्रालय ने अपने दस्तावेज 'कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-2012)' एवं 'मिशन के कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17)' में आईएमआर, एमएमआर, एवं टीएफआर सहित परिणाम संकेतकों का निर्धारण किया और अपनी उपलब्धि हेतु समय निर्धारित लक्ष्यों की रूपरेखा तैयार की थी। इसी प्रकार, इन परिणाम संकेतकों से संबंधित लक्ष्यों का निर्धारण भी वर्ष 2000 में संयुक्त राष्ट्र द्वारा रूपायित सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्य (एमडीजी) में भी हुआ था। दोनों दस्तावेजों में परिणाम संकेतकों की तुलना नीचे तालिका- 7.2 में दी गयी है।

तालिका-7.2 : परिणाम संकेतक

क्र.सं.	कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-2012)	कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17)	सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्य (2015)
1.	2012 तक शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) 30/1000 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना	25/1000 जीवित जन्मों तक आइएमआर को घटाना	27 प्रति 1000 जीवित जन्मों तक आइएमआर को घटाना
2.	प्रसूति मृत्यु दर (एमएमआर) 2012 तक 100 प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों तक घटाना	100/100,000 जीवित जन्म तक एमएमआर घटाना	प्रति 100,000 जीवित जन्मों तक एमएमआर को 109 तक कम करना
3.	2012 तक कुल प्रजनन दर (टीएफआर) को 2.1 करना	टीएफआर को 2.1 पर लाना	

भारत के महापंजीयक कार्यालय के नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2013 एवं 2014 के आंकड़े निम्न स्थिति को दर्शाते हैं<sup>5</sup>:

- **आइएमआर-** एमडीजी के अनुसार, 2015 तक प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर आइएमआर को 27 तक लाने के लक्ष्य के प्रति, एसआरएस 2014 के आंकड़े के अनुसार प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर आइएमआर 39 था। छः राज्यों असम (49), बिहार (42), छत्तीसगढ़

<sup>5</sup> सांख्यिकी एवं कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय के इंडिया कंट्री रिपोर्ट 2015 के अध्याय-1 के पैरा 1.4 के अनुसार, देश में एमडीजी को सांख्यिकीय रूप से चिह्नित करने के दौरान आयी समस्याएं, मुख्यतः थीं क) आंकड़ा अंतराल की समस्या ख) वार्षिक आंकड़ा अघटन की अनुपलब्धता, ग) राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण की अनियमितता एवं घ) आबादी का अधूरा कवरेज।

- (43), मध्यप्रदेश (52), ओडिशा (49) एवं उत्तर प्रदेश (48) में आइएमआर 40 से अधिक थी।
- **एमएमआर-** प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर एमएमआर को 109 तक लाने के लक्ष्यों के प्रति, एसआरएस 2013 के अनुसार 2011-13 में एमएमआर 167 पर था। नौ राज्यों असम (300), बिहार (208), छत्तीसगढ़ (221) झारखंड (208), मध्यप्रदेश (221), ओडिशा (222), राजस्थान (244), उत्तर प्रदेश (285) एवं उत्तराखंड (285) में एमएमआर 200 से अधिक था।
  - **टीएफआर-** 2012 तक के लक्ष्य के 2.1 तक गिरावट के लक्ष्य के प्रति, नौ राज्यों- असम (2.3), बिहार (3.2), छत्तीसगढ़ (2.6, गुजरात (2.3), हरियाणा (2.3), झारखंड (2.8), मध्यप्रदेश (2.8), राजस्थान (2.8) एवं उत्तर प्रदेश (3.2) में एसआरएस 2014 के अनुसार टीएफआर 2.1 से अधिक था।

अतः लक्ष्य की आंशिक रूप से प्राप्ति हुई है।

### 7.3 जननी सुरक्षा योजना

सांस्थानिक प्रसव को बढ़ावा देने के लिए, एक योजना 'जननी सुरक्षा योजना' (जेएसवाई) की शुरुआत सभी गर्भवती महिलाओं को 500 से लेकर 1400 तक की नकद सहायता पहुँचाने के लिए की गयी थी। नकद सहायता<sup>6</sup> स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव हेतु आने और पंजीकरण कराने के तुरंत बाद जच्चा को एकमुश्त दिया जाना था। घरेलू प्रसव के मामले में, एएनएम/आशा/अन्य किसी संबद्ध कार्यकर्ता द्वारा प्रसव के समय या प्रसव के समय के लगभग सात दिन पूर्व संवितरण किया जाना था। लेखापरीक्षा ने देखा:

#### 7.3.1 लाभार्थियों को नकद सहायता का भुगतान

छः राज्यों (हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम एवं पश्चिम बंगाल) में, 40 प्रतिशत या उससे अधिक लाभार्थियों ने जेएसवाई के अंतर्गत नकद सहायता प्राप्त नहीं की थी। छः राज्यों (असम, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपूर, ओडिशा तथा उत्तराखंड) में, 2011-16 की अवधि हेतु नकद

<sup>6</sup> भुगतान की प्रत्यक्ष नकद हस्तांतरण (डीबीटी) मोड 1.1.2013 से प्रभावी के साथ शुरू की गई है।

सहायता के 11 से 1,366 दिनों तक के विलंबित भुगतान के मामले पाये गये थे। **बिहार** में, ₹1.73 करोड़ की धनराशि के 12,925 चैक लाभार्थियों तक नहीं पहुँचाए गये थे। इसी प्रकार, **पश्चिम बंगाल** में, 37 से 59 प्रतिशत लाभार्थियों को चैक से किए गये भुगतान प्राप्त नहीं हुआ था क्योंकि उनमें से अधिकांश के पास बैंक खाते नहीं थे। जेएसवाई के अंतर्गत पात्र महिलाओं और उनको किये गये भुगतान से संबंधित राज्य स्तरीय आंकड़े 10 राज्यों- **आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मेघालय, मिजोरम एवं ओडिशा** द्वारा उपलब्ध नहीं कराये गये।

**बिहार** में, 10 चयनित मुंगेर के एक डीएचएस में नकद सहायता प्राप्त करने वाली जच्चाओं की संख्या प्रत्येक वर्ष होने वाले सांस्थानिक प्रसव (सी-सेक्शन सहित) की संख्या से अधिक था। 2011-16 के दौरान, 1,05,980 प्रसवों के प्रति, 1,18,703 लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन दिया गया था, जो निधियों के संभावित दुर्विनियोजन का संकेतक है।

**उत्तराखंड** में, चार स्वास्थ्य केन्द्रों (क) डीएच, चमोली, (ख) सरकारी संयुक्त अस्पताल, कोटद्वार, (ग) सीएचसी, जोशीमठ, चमोली और (घ) पीएचसी, नारायणबगर में, जेएसवाई नकद सहायता का भुगतान 6,648 (47 प्रतिशत) मामलों में अप्राधिकृत व्यक्तियों को किया गया था। **असम** में, जेएसवाई धनराशि का लाभार्थी के अलावा अन्य व्यक्तियों को भुगतान के 3,863 मामले देखे गये थे।

### 7.3.2 अन्य वित्तीय अनियमितताएं

जेएसवाई का लक्षित समूह का लक्ष्य बीपीएल घरों की गर्भवती महिलाओं को कवर करना है ताकि स्वास्थ्य संस्थान में उन्हें प्रसव के लिए सक्षम बनाया जा सके। योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, जेएसवाई के अंतर्गत ₹700 की नकद सहायता केवल बीपीएल परिवारों की जच्चा को अनुमत है जो **केरल** जैसे उच्च प्रदर्शन वाले राज्य के ग्रामीण इलाकों से थे। एसएचएस **केरल** ने ₹700 का लाभ "सरकारी अस्पतालों में प्रसव कराने वाली महिलाओं को", उनके बीपीएल/एपीएल स्थिति पर विचार किये बिना प्रदान किया था। एसएचएस ने जेएसवाई नकद सहायता हेतु कार्यक्षेत्र एवं लक्षित समूह में राज्य एवं केन्द्र सरकारों का अनुमोदन प्राप्त किये बिना बदलाव किये थे।

मंत्रालय ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति स्वीकार करते हुए बताया कि राज्य को इस अनियमित प्रथा के लिए कारण बताने के लिए कहा गया है।

## 7.4 टीकाकरण

### 7.4.1 विटामिन ए घोल

आरसीएच-II कार्यक्रम में तीन वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों को विटामिन ए घोल प्रदान करने का परामर्श देता है। अधिकांश राज्यों में हालांकि, विटामिन ए घोल दिया जाना 50 प्रतिशत से अधिक गिरावट के साथ अनियमित था।

### 7.4.2 टीकों की कम आपूर्ति/हानि

असम में, नवंबर 2014 के दौरान, पेंटावैलेंट टीके की 55,000 शीशी (5,50,000 खुराक) की आपूर्ति सीरम इंस्टिट्यूट ऑफ इंडिया लि., पुणे द्वारा की गयी थी। यह आपूर्ति दिसंबर 2014 में क्षतिग्रस्त स्थिति में गुवाहाटी में प्राप्त हुई थी। तथापि, ₹15.51 लाख कीमत की क्षतिग्रस्त शीशीयों (12000 खुराको) को अगस्त 2016 तक बदला नहीं गया था।

उत्तर प्रदेश में, विभिन्न जिलों में टीके की 17 से 72 प्रतिशत तक कम आपूर्ति हुई थी। आपूर्ति में प्रमुख कमियाँ बीसीजी<sup>7</sup> (20-57 प्रतिशत) एवं हेपाटाइटिस (33 से 95 प्रतिशत) के मामले में थी। निर्धारित मानदंड से हेपाटाइटिस (68 प्रतिशत), डीपीटी (54 प्रतिशत) एवं बीसीजी (43 प्रतिशत) के टीकों को उल्लेखनीय रूप से अतिरिक्त उपभोग उनके गलत उपयोग की संभावना के साथ देखा गया था।

### 7.4.3 कोल्ड चैन अपकरण की उपलब्धता

सभी टीके गर्मी एवं हिमीकरण दोनों के प्रति संवेदनशील होते हैं। इन टीकों को निर्धारित तापमान में रखने के लिए कोल्ड चैन उपकरण जैसे आइस लाइंड रेफ्रिजरेटर (आईएलआर), डीप फ्रिजर (डीएफ), टीका वाहक, आदि भारत सरकार द्वारा राज्य को समय-समय पर प्रदान किया जाता है।

<sup>7</sup> बैसिलस कैलमेटे-गुयेरिन

लेखापरीक्षा ने पाया कि कोल्ड चेन की सुविधा चार राज्यों में चयनित जिलों में अपर्याप्त थी जिसके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं:

- **अरुणाचल प्रदेश** में, सभी चयनित चार डीएच, छः सीएचसी एवं 11 पीएचसी में वॉक-इन-कूलर एवं वॉक-इन-फ्रिजर उपलब्ध नहीं थे। 11 पीएचसी में से दो में आइस लाइन्ड रेफ्रिजरेटर उपलब्ध नहीं थे। छः सीएचसी एवं 11 पीएचसी में से क्रमशः एक सीएचसी और दो पीएचसी में डीप फ्रिजर उपलब्ध नहीं थे।
- **असम** में, राज्य के 30 पीएचसी में से 11 में, टीकों को रखने के लिए कोई कोल्ड चेन उपकरण, नहीं पाया गया और इन 11 पीएचसी में से चार में, टीका वाहक भी मौजूद नहीं पाया गया था। तीन पीएचसी में, यद्यपि फ्रिजर और सामग्री उपलब्ध थी लेकिन जेनरेटर सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- **हिमाचल प्रदेश** में, 12 चयनित पीएचसी में से चार में, कोल्ड चेन की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- **उत्तर प्रदेश** में, 28 चयनित सीएचसी में से आठ में, डीप फ्रिजर एवं आइस लाइन्ड रेफ्रिजरेटर में रखे गये तापमान को दर्ज करने के लिए आवश्यक तापमान अभिलेख पुस्तिका का अनुरक्षण नहीं किया गया था।

#### 7.4.4 शिशु रोग

लेखापरीक्षा ने डिप्थिरिया, नवजात में टेटनस एवं काली खांसी जैसे शिशु रोगों के मामलों की बढ़ती प्रवृत्ति नीचे दिये ब्यौरों के अनुसार सात राज्यों में देखी थी:

- डिप्थिरिया के मामले 2011-12 में 70, 26 एवं 32 से बढ़कर 2015-16 में 6,795, 171 एवं 600 क्रमशः **आंध्र प्रदेश, राजस्थान एवं तेलंगाना** में देखे गये थे। **मध्यप्रदेश** में, 2011-16 की अवधि के दौरान डिप्थिरिया के 762 मामले में से, 486 मामले 2012-13 से संबद्ध थे।

- **मध्य प्रदेश** राज्य में वर्ष 2011-12, 2012-13 एवं 2013-14 के दौरान नवजात टेटनस के क्रमशः 46,45 एवं 52 मामले देखे गये थे।
- काली खांसी के मामले 2011-12, के 'शून्य' से बढ़कर **हरियाणा** राज्य में 2014-15 में 463 मामले, **कर्नाटक** राज्य में 2013-14 के 137 से बढ़कर 2015-16 में 756 मामले, **राजस्थान** में 2011-12 के 25 से बढ़कर 2015-16 में 152 हो गये थे। **मेघालय** में 2011-16 के दौरान काली खांसी के 72 मामलों में से, 43 मामले 2015-16 से संबंधित थे।

## 7.5 परिवार नियोजन

एनएचएम के कार्यान्वयन हेतु रूपरेखा (2012-17) के अनुसार गर्भनिरोध की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन के विभिन्न तरीकों के प्रावधान के माध्यम से प्राथमिकता देनी थी।

### 7.5.1 नसबंदी की सुविधा की उपलब्धता

300 सीएचसी के सुविधा सर्वेक्षण के अनुसार, 121 (40 प्रतिशत) में महिला नसबंदी एवं पुरुष नसबंदी हेतु सुविधा नहीं थी। **अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, केरल, मणिपुर, मेघालय, नागालैण्ड एवं त्रिपुरा** में, किसी भी चयनित सीएचसी में महिला नसबंदी या पुरुष नसबंदी हेतु सुविधा नहीं थी। **अरुणाचल प्रदेश** (83 प्रतिशत), **असम** (62 प्रतिशत), **छत्तीसगढ़** (75 प्रतिशत), **गुजरात** (62 प्रतिशत), **हरियाणा** (57 प्रतिशत), **हिमाचल प्रदेश** (50 प्रतिशत), **मध्य प्रदेश** (67 प्रतिशत) एवं **पंजाब** (50 प्रतिशत) में महिला नसबंदी एवं पुरुष नसबंदी की सुविधाएं नहीं थी।

### 7.5.2 स्थायी तरीकों में पुरुष नसबंदी की कम भागीदारी

कुल नसबंदी के प्रति पुरुष नसबंदी का अनुपात 28 राज्यों/यूटी में मात्र 2.3 प्रतिशत था जो लैंगिक असंतुलन का संकेतक है। राज्य वार निष्पादन में प्रकट हुआ कि मिजोरम में, कुल 9,251 नसबंदी ऑपरेशन में केवल एक पुरुष नसबंदी हुई थी। नसबंदी के समक्ष पुरुष नसबंदी का प्रतिशत अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, अरुणाचल प्रदेश, बिहार, गुजरात, कर्नाटक, मेघालय एवं तमिलनाडु को सात राज्यों/यूटी में एक प्रतिशत से भी कम था, नौ राज्यों



(आंध्र प्रदेश, केरल, महाराष्ट्र, ओडिशा, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) में यह एक से चार प्रतिशत के मध्य था। राज्य-वार ब्यौरे **अनुबंध-7.5** में दिये गये हैं।

### 7.5.3 नसबंदी के मामले में प्रोत्साहन हेतु भुगतान एवं नसबंदी के बाद असफलता/मृत्यु के मामले में नकद क्षतिपूर्ति

दिशानिर्देशों में नसबंदी कराने वाले व्यक्ति को मजदूरी की हानि हेतु क्षतिपूर्ति के रूप में ₹600 से ₹1,100 तक प्रोत्साहन के भुगतान की व्यवस्था है। दो राज्यों से संबंधित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ **तालिका-7.3** में दी गयी है:

**तालिका-7.3: नसबंदी हेतु प्रोत्साहन के भुगतान में विसंगतियाँ**

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	छत्तीसगढ़	डीएच बिलासपुर में, यद्यपि महिला एवं पुरुष नसबंदी हेतु क्षतिपूर्ति की दरों को संशोधित कर ₹600 एवं ₹1,100 से बढ़ाकर नवंबर 2014 से क्रमशः ₹1,400 एवं ₹2000 कर दिया गया था, संशोधित दरों पर क्षतिपूर्ति लाभार्थियों की नहीं जा रही थी जिससे ₹2.91 लाख का कम भुगतान हुआ था।
2.	उत्तर प्रदेश	10 चयनित जिलों में, 2,462 लाभार्थी जिनकी 2015-16 के दौरान नसबंदी हुई थी, उन्हें ₹40.57 लाख का नकद प्रोत्साहन नहीं दिया गया था।

### नसबंदी की असफलता/प्रमुख जटिलताएं/नसबंदी के बाद हुई मृत्यु के कारण क्षतिपूर्ति

परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत, राज्य/यूटी दावों को प्रोसेस कर उनका नसबंदी के लाभार्थियों को मृत्यु के मामले में 50,000 (अस्पताल से छुट्टी मिलने के 8-30 दिन के अंदर मृत्यु के मामले में) और ₹2.00 लाख (नसबंदी की प्रक्रिया के दौरान मृत्यु सहित अस्पताल से छुट्टी मिलने की तिथि के 7 दिनों के अंदर मृत्यु के मामले)/विफलता (₹30,000)/जटिलता (₹25,000) का भुगतान करता है। **बिहार, जम्मू एवं कश्मीर तथा ओडिशा** के तीन राज्यों से संबंधित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ **तालिका-7.4** में दी गयी है:

तालिका 7.4: नसबंदी की असफलता/प्रमुख जटिलताएं/नसबंदी के बाद मृत्यु के प्रति क्षतिपूर्ति

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	बिहार	2011-15 के दौरान, 106 मामलों में, लाभार्थियों को क्षतिपूर्ति नहीं की गयी थी।
2.	जम्मू व कश्मीर	2011-16 के दौरान, पुरुष एवं महिला नसबंदी की असफल 157 मामलों के प्रति क्षतिपूर्ति के लिए 29 मामलों को इस प्रयोजन हेतु गठित समिति के द्वारा अनुमोदित किया गया था। इन 29 मामलों में से, क्षतिपूर्ति का केवल सात मामलों में भुगतान किया गया था।
3.	ओडिशा	2011-16 के दौरान (फरवरी 2016 तक) नसबंदी के ₹6.44 लाख मामलों (महिला नसबंदी, पुरुष नसबंदी/एनएसवी) में से, विफलता/प्रमुख जटिलता/मृत्यु के 3,964 मामले दर्ज किए गये थे। अगस्त 2016 तक, ₹2.98 करोड़ की क्षतिपूर्ति का भुगतान केवल 1,038 मामलों (26 प्रतिशत) में ही किया गया था।

## 7.6 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)

### 7.6.1 प्रस्तावना

आरबीएसके की शुरुआत फरवरी 2013 में 0 से 18 साल आयु वर्ग के 27 करोड़ बच्चों में 4 'डी' अर्थात् जन्म दोष, रोग एवं विकलांगता सहित विकास में होने वाली देरी की स्क्रिनिंग के उद्देश्य से की गयी थी। बीमारी से ग्रस्त बच्चों को एनआरएचएम के अंतर्गत तृतीयक स्तर पर निःशुल्क सर्जरी सहित जाँच की सुविधा प्राप्त होगी। मंत्रालय के अभिलेखों की जाँच से निम्नलिखित तथ्य प्रकट हुए:

### 7.6.2 डीईआईसी की आंशिक स्थापना

कार्यक्रम में जिला अस्पताल में स्वास्थ्य जाँच के दौरान स्वास्थ्य समस्याओं से ग्रस्त दिखे बच्चों को रेफरल सहायता प्रदान करने के लिए जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केन्द्र (डीईआईसी) की स्थापना की परिकल्पना थी। कुल 393 डीईआईसी देश भर के 675 जिलों में अनुमोदित हुए थे। इसमें से, मात्र 92 डीईआईसी ही 2015-16 तक उपलब्ध थे। इस डाटा के राज्य-वार विश्लेषण से निम्नलिखित स्थिति प्रकट होती है:

- 1) 10 गैर-पूर्वोत्तर उच्च प्राथमिकता वाले राज्यों<sup>8</sup> के 325 जिलों में, मात्र 18 डीईआइसी (6 प्रतिशत) ही अनुमोदित हुए और मौजूद थे। बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश, इन छः राज्यों में डीईआइसी नहीं थे।
- 2) इसी प्रकार आठ पूर्वोत्तर राज्यों<sup>9</sup>- अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम एवं त्रिपुरा के 95 जिलों के प्रति, 52 डीईआइसी अनुमोदित हुए और केवल तीन डीईआइसी (3 प्रतिशत) ही अस्तित्व में थे। अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर मेघालय, नागालैण्ड एवं त्रिपुरा - इन छः राज्यों में कोई डीईआइसी नहीं था।
- 3) 11 गैर-उच्च संकेद्रण राज्यों<sup>10</sup> में 232 जिलों में, कुल अनुमोदन में से केवल 69 डीईआइसी (3 प्रतिशत) ही पाये गये थे। चार राज्यों-कर्नाटक, पंजाब, तमिलनाडु एवं तेलंगाना में डीईआइसी नहीं था।

### 7.6.3 अपर्याप्त मोबाइल स्वास्थ्य दल

योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, 6 से 18 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के लिए, प्रत्येक ब्लॉक में कम-से-कम तीन प्रतिबद्ध मोबाइल स्वास्थ्य दलों को बच्चों की जाँच करने के लिए लगाया जाएगा। देश भर में (केरल को छोड़कर) 5,672 ब्लॉक हेतु आवश्यक 17,016 मोबाइल स्वास्थ्य दलों (5,672×3) में से, केवल 12,036 दल ही स्वीकृत हुए थे, जिसके प्रति 9,315 दल ही 2015-16 के दौरान उपलब्ध थे जिनके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं:

- 10 गैर-पूर्वोत्तर उच्च संकेद्रण राज्यों (हिमाचल प्रदेश को छोड़कर) में, 2,813 ब्लॉकों को कवर करने के लिए आवश्यक 8,439 मोबाइल दलों में से, 5,823 दल ही अनुमोदित हुए और 2015-16 के दौरान 4,432 दल (53 प्रतिशत) मौजूद थे। राजस्थान में, कोई दल मौजूद नहीं था।

<sup>8</sup> बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मध्यप्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तरप्रदेश एवं उत्तराखंड।

<sup>9</sup> अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम एवं त्रिपुरा।

<sup>10</sup> आंध्र प्रदेश, गोवा, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु, तेलंगाना एवं पश्चिम बंगाल।

मोबाइल स्वास्थ्य दलों की मौजूदगी में 50 प्रतिशत से अधिक की कमी छत्तीसगढ़ एवं झारखंड में देखी गयी थी।

- आठ पूर्वोत्तर राज्यों से संबंधित, 529 ब्लॉकों को कवर करने के लिए आवश्यक 1,587 मोबाइल दलों में से, 581 दल अनुमोदित हुए थे और वर्ष 2015-16 के दौरान 540 दल (34 प्रतिशत) मौजूद थे। **अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम** एवं **त्रिपुरा** में मोबाइल स्वास्थ्य दलों की उपलब्धता में 50 प्रतिशत से अधिक की कमी देखी गयी थी।
- 11 गैर उच्च संकेंद्रण राज्यों (तेलंगाना की छोड़कर) में स्थिति बेहतर थी जहां 2,290 ब्लॉकों को आवृत करने के लिए आवश्यक 6,870 मोबाइल दलों की आवश्यकता के प्रति, 6,385 दलों को अनुमोदित किया गया था और वर्ष 2015-16 के दौरान 5,406 दल (79 प्रतिशत) मौजूद थे। आंध्र प्रदेश में, कोई दल मौजूद नहीं था।

#### 7.6.4 आंगनबाड़ी केन्द्रों एवं स्कूलों का अधूरा कवरेज

योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, 6 सप्ताह से 6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों की जाँच आंगनबाड़ी केन्द्रों में वर्ष में कम-से-कम दो बार एवं स्कूली बच्चों के लिए शुरुआत में वर्ष में एक बार प्रतिबद्ध मोबाइल दलों द्वारा की जानी चाहिए।

अगस्त 2016 तक देश में 16,21,258 आंगनबाड़ी केन्द्रों में से, केवल 9,80,178 (60 प्रतिशत) आंगनबाड़ी केन्द्रों में ही जाँच की गयी थी।

देश में 14,71,189 सरकारी एवं सरकारी अनुदान प्राप्त स्कूलों में से, केवल 6,93,174 स्कूल (47 प्रतिशत) ही कवर किये गये थे।

#### निष्कर्ष

आरसीएच के अंतर्गत प्रसव-पूर्व देखभाल, सांस्थानिक प्रसव, आयरन एवं फोलिक एसिड टैबलेटों की व्यवस्था, विटामिन अनुपूरक, टीकाकरण आदि जैसे विभिन्न मानदंडों पर सेवाओं के देने के मूल्यांकन में कमियाँ उजागर हुई थीं। स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के अंतर्गत सर्वेक्षित 514 पीएचसी में से 161 में प्रसव की सुविधा नहीं थी। सांस्थानिक प्रसव के कमी के कारण थे- गाँवों से स्वास्थ्य

केन्द्रों की दूरी, सार्वजनिक परिवहन से पहुँच का अभाव, केन्द्रों के अस्वास्थ्यकर परिवेश, आदि 28 राज्यों/यूटी के चयनित 120 उपकेन्द्रों में, दस राज्यों में, 50 से 80 प्रतिशत घरेलू प्रसव कुशल जन्म सहायकों की देख-रेख में नहीं हुआ था। ये कमियाँ उच्च आइएमआर, एमएमआर, एवं टीएफआर में परिवर्तित हुईं। विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध सेवाओं के आंकड़ों को ठीक से अनुरक्षित नहीं किया गया था। जेएसवाई के कार्यान्वयन में भी कमियाँ देखी गयी थीं। ये सभी स्तरों पर आंतरिक नियंत्रण के अभाव की ओर इंगित करते हैं।

#### अनुशंसाएं:

- आइईसी गतिविधियों में सुधार की आवश्यकता है, ताकि सांस्थानिक प्रसव के लिए लोग प्रोत्साहित हों।
- सभी तरह की सेवाओं के लिए आंकड़ों का अनुरक्षण सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर किया जाना चाहिए।
- आईएफए टैबलेटों का पर्याप्त वितरण एवं सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी टीका लगाने की व्यवस्था को प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सुनिश्चित किया जाए।
- सभी घरेलू प्रसवों में एसबीए की उपस्थिति सुनिश्चित की जाए।
- प्रत्येक हकदार लाभार्थी को जेएसवाई प्रोत्साहन राशि की समय पर अदायगी सुनिश्चित की जाए।

## अध्याय VIII : डाटा संग्रहण, प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग

### 8.1 प्रस्तावना

मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली में मौलिक सुधारों को सुनिश्चित करने हेतु मध्यस्था ने सूक्ष्म-स्तरीय योजना तथा कार्यक्रम कार्यान्वयन दोनों में उपयोग हेतु जनसंख्या तथा स्वास्थ्य पर डाटा की मांग को बढ़ाया है। निवेश, उत्पादन तथा परिणाम संकेतकों पर अच्छी गुणवत्ता की सूचना का एक निरंतर प्रवाह राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के उद्देश्यों की निगरानी को सुगम बनाता है।

### 8.2 स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली

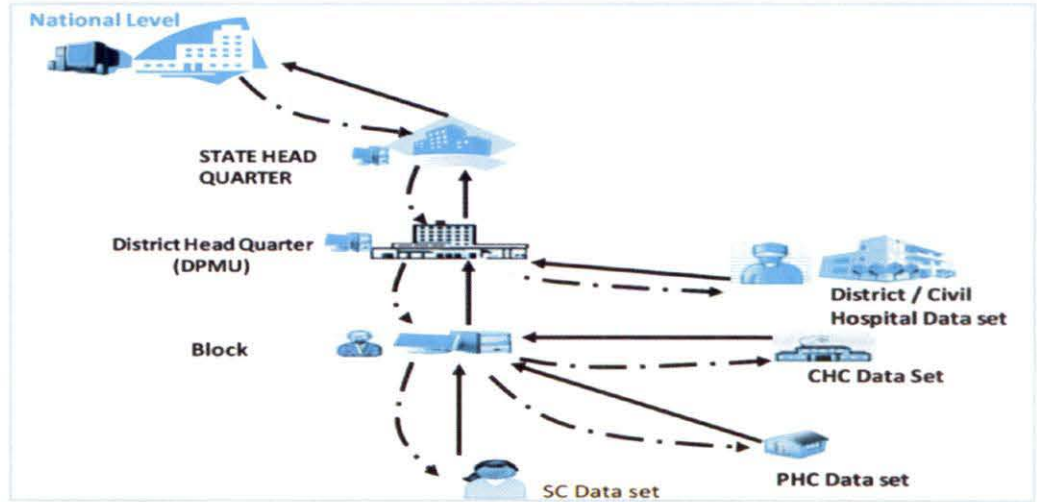
स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) की संकल्पना, एनआरएचएम के उद्देश्यों की निगरानी को सुगम बनाने हेतु इनपुट, आउटपुट तथा परिणाम संकेतकों पर गुणवत्ता सूचना के निरंतर प्रवाह के लिए की गई थी। मंत्रालय द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं<sup>1</sup> के विषय में सूचना दर्ज करने तथा स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों पर सेवाओं की गुणवत्ता की जांच करने के उद्देश्य से अक्टूबर 2008 में एक भौगोलिक सूचना प्रणाली<sup>2</sup> एचएमआईएस, वैब-आधारित मॉनीटरिंग प्रणाली को प्रारम्भ किया। एनआरएचएम ढांचा एचएमआईएस के माध्यम से आंतरिक निगरानी पर आधारित गहन उत्तरदायित्व संरचनाओं की अभिकल्पना करता है। एचएमआईएस में स्वास्थ्य सुविधाओं के विभिन्न स्तरों पर सेवा सुपुदगी तथा अवसंरचना (दोनों भौतिक तथा श्रमशक्ति) के मापदंडों से संबंधित डाटा शामिल है। उप-केन्द्र (एससी) से

<sup>1</sup> प्रसूति पूर्व देखभाल सेवाएं : पंजीकृत तथा तीसरी एवं चौथी जांच प्राप्त आदि गर्भवती महिलाओं की संख्या, प्रसूतियां: घर में की गई प्रसूतियां, लोक स्वास्थ्य सुविधा आदि में की गई प्रसूतियां, गर्भावस्था के परिणाम तथा नवजात के विवरण: जीवित जन्म, मृत जन्म, नवजात का वजन आदि, प्रस्वोत्तर देखभाल: प्रस्वोत्तर जांच प्राप्त कर रही महिलाएं, बाल टीकाकरण आदि।

<sup>2</sup> भौगोलिक सूचना प्रणाली एक कम्प्यूटर आधारित साधन है जो एक मानचित्र पर भौगोलिक सूचना का विश्लेषण, भण्डारण, परिचालन तथा कल्पना करता है।

राष्ट्रीय स्तर तक एचएमआईएस में डाटा का प्रवाह आरेख -8.1 में दिया गया है।

आरेख -8.1<sup>3</sup>: एससी से राष्ट्रीय स्तर तक सूचना प्रवाह



(स्रोत: सेवा प्रदाता नियम पुस्तक-एचएमआईएस अबोध खण्ड -डी)

इस अध्याय के भाग क में, लेखापरीक्षा ने एचएमआईएस के डाटा की तुलना स्वास्थ्य सुविधाओं पर उपलब्ध मूल अभिलेखों के डाटा के साथ की है। भाग ख में, लेखापरीक्षा ने आईटी साधनों का उपयोग करके मंत्रालय द्वारा प्रदान किये गये एचएमआईएस डाटाबेस का विश्लेषण किया है।

### भाग-क

#### एचएमआईएस डाटा के साथ मूल अभिलेखों के डाटा की तुलना

#### 8.3 एचएमआईएस में डाटा की गुणवत्ता

डाटा की गुणवत्ता का अर्थ है कि हितधारी जो मापने चाहते हैं उसका किस सीमा तक डाटा में माप दिया। त्रुटियों को कम करने हेतु डाटा की गुणवत्ता की जांच की जानी चाहिए जिससे इसका निर्णय लेने हेतु उपयोग किया जा सके। सम्पूर्णता, सामयिकता तथा यथार्थता के अनुसार एचएमआईएस में डाटा की गुणवत्ता की अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई है:

<sup>3</sup> रेखा चित्र में सीधी रेखा सूचना का ऊपर की ओर प्रवाह को दर्शाती है तथा बिंदीदार रेखा सूचना के नीचे की ओर प्रवाह को दर्शाती है।

### 8.3.1 डाटा की सम्पूर्णता

स्वास्थ्य संकेतकों के एक सम्पूर्ण चित्र हेतु सभी स्वास्थ्य सुविधाओं केन्द्रों को डाटा सूचित करना चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी सुविधा केन्द्र एचएमआईएस पर सूचना नहीं दे रहे थे जैसा नीचे स्पष्ट किया गया है:

#### (i) स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों द्वारा रिपोर्टिंग

2011-16 के दौरान एचएमआईएस के माध्यम से डाटा की रिपोर्टिंग करने वाली स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की स्थिति को नीचे तालिका 8.1 में दर्शाया गया है:

तालिका-8.1: एचएमआईएस पर रिपोर्ट न करने वाली स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों का विवरण

क्र.सं.	वर्ष	कुल सुविधाएं	रिपोर्ट करने वाली सुविधाएं	रिपोर्ट न करने वाली सुविधाएं	रिपोर्ट न करने वाली प्रतिशत सुविधाएं
1.	2011-12	2,03,245	48,655	1,54,590	76
2.	2012-13	2,03,245	1,07,605	95,640	47
3.	2013-14	2,03,245	1,67,786	35,459	17
4.	2014-15	2,04,449	1,79,676	24,773	12
5.	2015-16	2,09,964	1,96,976	12,988	6

(स्रोत: डाटा रिपोर्टिंग की माह-वार स्थिति -एचएमआईएस पर मानक रिपोर्ट)

मार्च 2016 तक अरुणाचल प्रदेश (32 प्रतिशत), छत्तीसगढ़ (25 प्रतिशत), गुजरात (17 प्रतिशत), मणिपुर (11 प्रतिशत) तथा मेघालय, मिजोरम (19 प्रतिशत) मुख्य कमी वाले राज्य थे।

#### (ii) स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा अपूर्ण रिपोर्टिंग

यहां तक कि उन मामलों में भी जहाँ स्वास्थ्य सुविधाएं एचएमआईएस पर रिपोर्टिंग कर रहे थे, डाटा अपूर्ण था। हालांकि ऐसे कुछ मामले को बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, मध्य प्रदेश, मेघालय तथा उत्तर प्रदेश जैसे कई राज्यों में देखा गया, बिहार के मामले पर नीचे तालिका-8.2 में चर्चा की गई है:



तालिका-8.2: 2014-15 के दौरान बिहार में पीएचसी<sup>4</sup> द्वारा सूचित डाटा/मद/सेवाओं का विवरण

क्र.सं.	मद कोड	डाटा मद/सेवा	राज्य में पीएचसी की सं.	रिपोर्ट करने वाले पीएचसी की सं.			डाटा रिपोर्ट करने वाले पीएचसी की संख्या
				उपलब्ध सेवा	संख्या	कुल पीएचसी	
1.	1.2.b	आपतकालीन सेवाएं (24 घण्टे)	1,883	ना	915	1,515	368
				हां	600		
2.	1.2.d	अंतरंग रोगी सेवाएं		ना	837	1,512	371
				हां	675		
3.	1.6.1.a	प्रसव पूर्व देखभाल		ना	129	1,290	593
				हां	1161		
4.	1.6.1.d	नवजात देखभाल		ना	647	1,277	606
				हां	630		
5.	4.1	नियमित मूत्र, मल एवं रक्त जांच		ना	774	1,034	849
				हां	260		
6.	4.7	गर्भ हेतु तुरंत जांच		ना	576	1,025	858
				हां	449		
7.	5.17.a	उपलब्ध प्रसूति गृह		ना	433	909	974
				हां	476		
8.	9.1	नागरिक घोषणापत्र (हां/ना)		ना	436	814	1069
				हां	378		
9.	9.3	आंतरिक मॉनीटरिंग (पीआरआई/आरके एस आदि के माध्यम से सामाजिक लेखापरीक्षा)		ना	267	821	1062
				हां	554		

इस प्रकार यह देखा जा सकता है कि पीएचसी सेवाओं की उपलब्धता के विषय में समान रूप से रिपोर्टिंग नहीं कर रहे थे जो आगे के विश्लेषण तथा सुधारात्मक कार्रवाई करने को कठिन बनाते हैं। मंत्रालय ने बताया कि उसने राष्ट्रीय स्तरीय कार्यशालाओं, क्षेत्रीय कार्यशालाओं, राष्ट्रीय कार्यक्रम कार्यान्वयन समिति की बैठकों, मंत्रालय के वरिष्ठ अधिकारियों के दौरों जैसे विभिन्न अवसरों पर गैर रिपोर्टिंग अथवा अपूर्ण रिपोर्टिंग के मामले उजागर किए थे।

<sup>4</sup> प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

हाँलाकि, सुविधाओं द्वारा अपूर्ण रिपोर्टिंग के परिणाम स्वरूप संकेतकों के निर्धारण तथा ऐसे निर्धारण के आधार पर सुधारात्मक उपाय करने पर बड़ा असर पड़ेगा।

### 8.3.2 डाटा सामयिकता

मंत्रालय ने दिसम्बर 2014 में एचएमआईएस पर डाटा स्थिर करने की धारणा को प्रारम्भ किया था जब पहली बार 2008-09 से 2011-12 के डाटा को स्थिर किया गया था। मंत्रालय ने वर्ष-वार डाटा स्थिरीकरण हेतु तिथियों को विनिर्दिष्ट किया जैसा नीचे तालिका-8.3 में दिया गया है:

तालिका-8.3: एचएमआईएस डाटा स्थिरीकरण का वर्ष-वार विवरण

वर्ष	डाटा स्थिरीकरण की तिथि
2011-12 तक	31 दिसम्बर 2014
2012-13	12 जनवरी 2015
2013-14	15 फरवरी 2015
2014-15	31 अगस्त 2015
2015-16	20 अगस्त 2016

लेखापरीक्षा ने पाया कि एचएमआईएस को उपयोगकर्ता के लिए संशोधन हेतु खुला रखा गया जिसके परिणामस्वरूप 2014-15 से पहले हितधारकों द्वारा उपयोग हेतु डाटा को अंतिम रूप देने अथवा स्थितिकरण करने में विलम्ब में हुआ।

मंत्रालय ने बताया कि स्थितिकरण के पश्चात एचएमआईएस उपयोगकर्ताओं में डाटा संशोधित करने की अनुमति नहीं देता है। मंत्रालय का उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि हमारी चिंता विलम्बित स्थितिकरण पर है।

### 8.3.3 एचएमआईएस में डाटा की यथार्थता

यथार्थता का अर्थ सूचित डाटा की परिशुद्धता है जैसे कि प्रदत्त सेवाओं, की वास्तविक संख्या, स्वास्थ्य कार्यक्रमों का आयोजन आदि

लेखापरीक्षा ने एचएमआईएस में सूचित डाटा की तुलना में 14 राज्यों के चयनित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में मूल अभिलेख/रजिस्टरों के अनुसार उपलब्ध सूचना में पर्याप्त विसंगतियां पाईं। इनकी अनुवर्ती पैराग्राफों में राज्य वार चर्चा की गई है:

## (क) असम

नीचे तालिका-8.4 में दिए गए ब्यौरों के अनुसार विसंगतियां विभिन्न प्रतिमानों अर्थात् प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी) प्राप्त कर रही गर्भवती महिलाएं तथा प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) प्रतिरक्षण प्राप्त कर रही गर्भवती महिलाएं एवं बच्चे, के अंतर्गत पाई गई थीं।

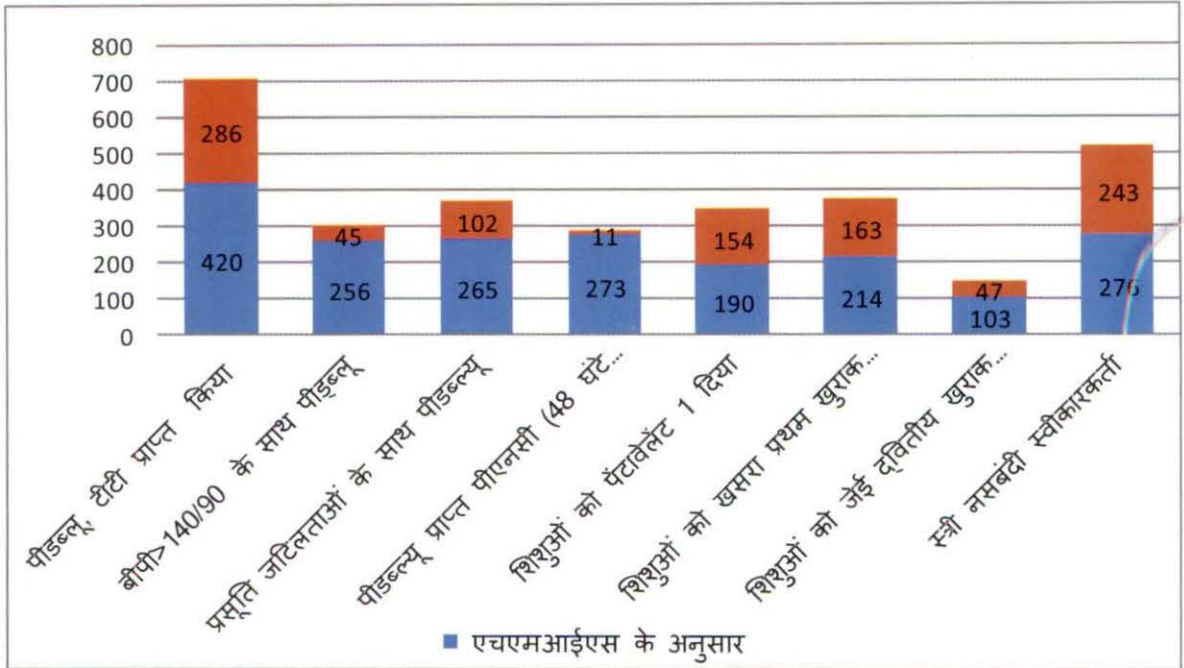
तालिका-8.4: मार्च 2016 हेतु एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा मूल अभिलेख

क्र. सं.	सुविधा का प्रकार (सुविधाओं की संख्या)	निम्न के अनुसार डाटा	प्रथम एनसी प्राप्त कर रही गर्भवती महिलाएं	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टीटी प्रतिरक्षा प्रदान की गई		11 ग्राम/डीएल से कम हमोग्लोबिन वाली गर्भवती महिलाएं	प्रसूति के पश्चात् 48 घण्टों तथा 14 दिनों के बीच पीएनसी प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाएं	प्रतिरक्षित नवजात (0 से 11 माह की आयु)	संवितरित कांडमों की कुल संख्या
				टीटी 1	टीटी 2				
1.	सीएचसी <sup>5</sup> (8)	एचएमआईएस	260	241	219	110	69	7	1,060
		रजिस्टर	251	217	204	185	57	47	285
2.	पीएचसी (30)	एचएमआईएस	340	279	191	226	125	199	1,660
		रजिस्टर	367	231	134	358	129	179	1,535
3.	एससी (41)	एचएमआईएस	362	296	278	128	114	299	2,726
		रजिस्टर	341	285	222	152	104	296	2,488

लेखापरीक्षा ने चयनित जिला अस्पतालों में समान विसंगतियां पाईं जैसा नीचे चार्ट-8.1 में दर्शाया गया है:

<sup>5</sup> सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

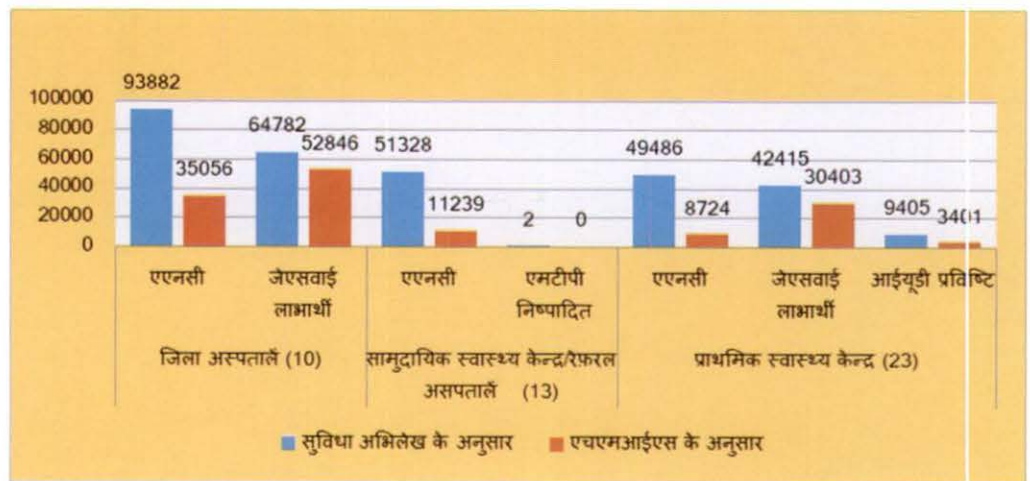
चार्ट- 8.1 एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा डीएच असम में अभिलेख, मार्च 2016 के बीच विसंगतियां



(ख) बिहार

चयनित सुविधा केन्द्रों द्वारा प्रदत्त सेवाओं पर डाटा में विसंगति को नीचे चार्ट 8.2 में दर्शाया गया है:

चार्ट-8.2: 2015-16 के दौरान बिहार में सेवा सुपुदरगी के डाटा में विसंगति



(एमपीटी: गर्भावस्था की चिकित्सा समाप्ति, आईयूडी: इंट्रा यूटेरिन डिवाइस)

## (ग) छत्तीसगढ़

(i) चार जिलों में चयनित उपकेन्द्रों में डाटा में विसंगति का नीचे तालिका 8.5 में ब्यौरा दिया गया है:

तालिका-8.5: 2015-16 के दौरान एचएमआईएस के अनुसार आंकड़ों तथा छत्तीसगढ़ में आंकड़ों में अंतर

क्र.सं.	जिला (एससी की संख्या)	सांस्थानिक प्रसूति			घर की प्रसूति		
		अभिलेखों के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार	अंतर (+/-)	अभिलेख के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार	अंतर (+/-)
1.	विलासपुर (12)	103	59	(-) 44	254	334	(+)80
2.	जशपुर (12)	92	105	(+)13	159	141	(-)18
3.	महालामूंद (12)	966	379	(-)587	52	102	(+)50
4.	राजनंदगांव (12)	270	282	(+)12	90	261	(+)171

(ii) एचएमआईएस के दिशानिर्देशों के अनुसार, गर्भवती महिला की संख्या को तब सूचित किया जाना है जब उसको दी गई आईरन फोल्क एसिड (आईएफए) गोलियों की संख्या 100 से अधिक हो जाए। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि अभिलेखों के अनुसार कुल उपलब्ध आईएफए गोलियां गर्भवती महिलाओं जिन्हें ऐसी गोलियां दी गई दर्शाया गया है, की संख्या अपर्याप्त थी। नीचे तालिका-8.6 विषय को स्पष्ट करती है:

तालिका-8.6: पंजीकृत गर्भवती महिलाओं तथा प्रदत्त आईएफए गोलियों का विवरण

क्र.सं.	अवधि	राज्य/ब्लॉक	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या	गर्भवती महिलाएं जिन्हें एचएमआईएस के अनुसार आईएफए गोलियां दी गई दर्शाया गया	उपलब्ध आईएफए गोलियों की संख्या	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिनके लिए उपलब्ध आईएफए गोलियां पर्याप्त	डाटा में दर्शाई गई गर्भवती महिलाओं की अधिक संख्या
1	2013-16	राज्य (छत्तीसगढ़)	20,18,614	17,86,063	5,45,40,000	5,45,400	12,40,663
2	2014-16	बागबाश	9,547	9,250	2,10,600	2,106	7,144
3	2012-16	बेलहा	45,015	37,813	5,72,100	5,721	32,092
4	2011-16	गुमका	23,473	15,708	1,96,700	1,967	13,741
5	2011-16	खैरगढ़	22,107	13,731	12,49,672	12,497	1,234
6	2015-16	लोदाम	1,649	1,406	1,06,800	1,068	338

(iii) 20 एससी में, सहायक नर्स तथा दाई (एएनएम) को कुशल जन्म सेवक (एसबीए) के रूप में प्रशिक्षित नहीं किया गया था परंतु एचएमआईएस डाटा ने दर्शाया कि प्रसूति एसबीए प्रशिक्षित एएनएम द्वारा की गई थी।

(iv) प्रसूति रजिस्टर तथा एचएमआईएस के अनुसार महिलाओं को प्रसव के पश्चात 48 घण्टों तक रखने का डाटा बेमेल पाया गया था जैसा नीचे तालिका-8.7 में ब्यौरा दिया गया है:

तालिका-8.7 एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा सीएचसी खेरगढ, छत्तीसगढ़ में अभिलेखों में विसंगति

क्र.सं.	माह	कुल प्रसूतियां	48 घण्टों की भीतर छुड़ी	
			प्रसूति पंजिका के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार
1.	जून 2015	62	34	21
2.	जुलाई 2015	62	40	23
3.	अगस्त 2015	66	36	26
4.	सितम्बर 2015	78	52	17
5.	अक्तूबर 2015	91	56	27
6.	नवम्बर 2015	81	62	22
7.	दिसम्बर 2015	93	55	20
8.	जनवरी 2016	61	44	19
9.	फरवरी 2016	54	31	9
10.	मार्च 2016	61	39	31

#### (घ) हिमाचल प्रदेश

अभिलेखों के अनुसार, 2011-12 तथा 2014-15 के दौरान जेएसवाई के अंतर्गत राज्य में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या 21,811 तथा 36,493 थी जबकि एचएमआईएस में सूचित संगत संख्याएं क्रमशः 28,966 तथा 39,416 थी। चयनित जिलों में इसी प्रकार के अंतर पाए गए थे जैसा नीचे तालिका-8.8 में ब्यौरा दिया गया है।

तालिका-8.8: डाटा में अंतर का विवरण, हिमाचल प्रदेश

क्र.सं.	वर्ष	हमीरपुर		कुल्लू		सिरमोर	
		अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस
1.	2011-12	1,788	1,517	997	डाटा उपलब्ध नहीं	873	1,818
2.	2012-13	2,143	1,531	2,009	876	1,932	1,932

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं.	वर्ष	हमीरपुर		कुल्बू		सिरमौर	
		अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस
3.	2013-14	2,061	1,325	2,537	1,629	2,902	2,902
4.	2014-15	1,939	1,185	2,469	1,612	3,271	3,538
5.	2015-16	2,065	1,231	2,611	1,477	3,219	3,219

राज्य मिशन निदेशक ने बताया कि एचएमआईएस में विसंगति संकलन में त्रुटि के कारण हो सकती है। मंत्रालय ने बताया कि सुविधा केन्द्र प्रभारी को नियमित रूप से डाटा पर ध्यान देना प्रत्याशित था। ब्लॉक एमआईएस अधिकारी तथा जिला एमआईएस अधिकारियों को भी नियमित आधार पर डाटा की गुणवत्ता को मॉनीटर करना प्रत्याशित था।

तथापि दिया गया जवाब मामले को हल करने हेतु की जाने वाली सुधारात्मक कार्यवाही पर मौन था।

### (इ) झारखण्ड

पांच चयनित जिलों<sup>6</sup> की चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में विसंगति को नीचे तालिका 8.9 में किया गया है:

तालिका-8.9: 2015-16 के दौरान एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा झारखण्ड में अभिलेखों में अंतर

क्र.सं.	सेवा का नाम	डीएच		सीएचसी		पीएचसी		एससी	
		अभिलेख के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार	अभिलेख के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार	अभिलेख के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार	अभिलेख के अनुसार	एचएमआईएस के अनुसार
1.	एनसी पंजीकरण	8,795	6,383	18,736	15,854	2,443	2,652	6,317	6,364
2.	प्रसव	34,207	34,341	10,932	13,612	597	1,105	869	678
3.	जेएसवाई लाभार्थी	59,220	59,163	14,368	10,894	1,254	2,108	5,303	5,616
4.	मातृत्व मृत्यु	43	0	113	23	1	0	113	14
5.	शिशु मृत्यु	69	18	40	8	2	0	127	4

<sup>6</sup> दुमका, गिरिडीह, गुमला तथा पश्चिम सिंहभूम

(च) महाराष्ट्र

कुछ संकेतकों के संबंध में विसंगति के उदाहरण नीचे तालिका 8.10 में दिए गए हैं:

तालिका - 8.10: महाराष्ट्र में 2015-16 के दौरान एचएमआईएस और रिकॉर्ड के आंकड़ों में अंतर

क्र.सं.	जिला	शीर्षक प्रसव		जीवित जन्म की संख्या		आईएफए गोलियां प्रदान की गई गर्भवती महिलाएं	
		एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख
1.	भांद्रा	16,826	19,967	19,599	19,617	8,939	8,943
2.	बुलदाना	19,203	42,491	29,882	42,246	37,776	40,055
3.	नंदेड़	57,642	29,313	84,295	29,094	22,166	25,404
4.	रतनगिरी	7,885	20,334	20,164	20,163	13,909	21,540
5.	यावतमल	24,168	44,977	32,098	44,333	30,555	32,781

2011-15 के दौरान इसी प्रकार के अंतर पाए गए थे (अनुबंध -8.1).

राजस्थान में असंगत डाटा

गर्भवती महिलाओं, शिशु एवं बच्चों की ऑनलाइन निगरानी, टीकाकरण एवं संस्थागत प्रसव आदि की निगरानी, गर्भवस्था, बाल ट्रेकिंग और स्वास्थ्य सेवा प्रबंधन प्रणाली (पीसीटीएस) को राजस्थान में सितम्बर 2009 में लागू किया गया था। पीसीटीएस तथा एचएमआईएस के अनुसार गतिविधियों पर, डाटा की स्वास्थ्य केन्द्रों पर अनुरक्षित अभिलेखों के साथ पुनः जांच ने चयनित जिलों में अंतरों को प्रकट किया जैसा नीचे तालिका-8.11 में दिया गया है:

तालिका-8.11: पीसीटीएस, एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा राजस्थान में अभिलेखों में विसंगति

क्र. सं.	सेवा का नाम	2013-14			2014-15			2015-16		
		अभिलेख	पीसीटीएस	एचएमआईएस	अभिलेख	पीसीटीएस	एचएमआईएस	अभिलेख	पीसीटीएस	एचएमआईएस
1.	एएनसी हेतु पंजीकृत गर्भवती महिलाएं	2,75,961	2,74,656	2,74,820	2,77,576	2,76,473	2,76,485	2,76,286	2,77,642	2,62,371
2.	3एएनसी प्राप्त कर चुकी गर्भवती महिलाएं	2,10,574	2,09,663	2,09,771	2,09,308	2,07,891	2,07,892	1,91,096	1,90,321	1,84,101
3.	गर्भवती महिलाएं जिन्हें 100 आईएफए गोलियां प्रदान की गईं	2,07,954	2,06,085	2,49,598	2,13,651	2,11,913	2,63,390	2,03,474	2,01,524	2,53,955



4.	सांस्थानिक प्रसव	2,25,529	2,31,893	2,33,542	2,19,768	2,22,549	2,23,337	2,23,532	2,23,703	2,17,853
5.	प्रसव के 48 घण्टों के भीतर छुट्टी दी गई महिलाएं	44,273	42,645	95,783	44,981	38,525	24,708	65,923	44,200	27,721
6.	2.5 किलोग्राम से कम वजन वाले नवजात	62,632	74,367	74,402	58,737	58,390	58,491	33,271	30,797	59,137

## (छ) त्रिपुरा

एचएमआईएस डाटा की चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में अनुरक्षित अभिलेखों के साथ तुलना ने अंतर प्रकट किया जैसा नीचे तालिका-8.12 में दिया गया है:

तालिका-8.12: एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा 2011-16 के दौरान अभिलेखों में अंतर

क्र.सं.	सेवा का नाम	एससी		पीएचसी		सीएचसी		डीएच	
		एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख	एचएमआईएस	अभिलेख
1.	एएनसी हेतु पंजीकृत गर्भवती महिलाएं	8,194	6,951	4,597	5,562	1,601	21,491	कोई अन्तर नहीं	
2.	जेएसवाई के अंतर्गत पंजीकृत गर्भवती महिलाएं	नहीं	नहीं	2,764	3,185	173	5,980	806	2,017
3.	3 एएनसी प्राप्त कर चुकी गर्भवती महिलाएं	4,919	2,355	2,284	3,766	270	8,272	कोई अन्तर नहीं	
4.	गर्भवती महिलाएं जिन्हें 100 आईएफए गोलियां दी गईं	4,355	3,270	2,982	4,199	1,106	8,061	कोई अन्तर नहीं	
5.	प्रसव के 48 घण्टों के भीतर छुट्टी की गई गर्भवती महिलाएं	उ.न	उ.न	983	714	2,798	1,926	कोई अन्तर नहीं	

(ज) उत्तराखण्ड

एचएमआईएस तथा अभिलेखों में विभिन्न गतिविधियों पर डाटा की तुलना ने दोनों के बीच अंतर को प्रकट किया जैसा नीचे तालिका-8.13 में उल्लेख किया गया है:

तालिका-8.13: 2015-16 के दौरान एचएमआईएस के अनुसार डाटा तथा उत्तराखण्ड में अभिलेखों में अंतर

क्र.सं.	डाटा मद	एचएमआईएस	अभिलेख
1.	एएनसी हेतु पंजीकृत गर्भवती	2,21,686	2,20,273
2.	गर्भवती महिलाएं जिन्हें 100 आईएफए गोलियां दी गईं	59,841	59,018
3.	सांस्थानिक प्रसव	95,812	95,664
4.	घर पर प्रसव	29,058	28,991
5.	प्रसूति जटिलता वाले प्रसव	9,419	9,346
6.	जीवित जन्म पुरुष	77,547	77,454
7.	जीवित जन्म स्त्री	70,264	70,184
8.	विटामिन ए का प्रबंध	74,798	51,743
9.	वेसक्टोमी	1,143	1,176
10.	तृतीय एएनसी	1,77,171	1,76,213
11.	मातृत्व मृत्यु	54	123

(i) कुछ अन्य राज्यों में डाटा की विसंगति

तालिका-8.14: राज्यों में डाटा की विसंगति

क्र.सं.	राज्य	विसंगति का ब्यौरा
1.	गुजरात	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2015-16 के दौरान पीएचसी, हरियोल में दो मातृत्व मृत्यु हुईं। फिर भी एचएमआईएस ने कोई ऐसा डाटा नहीं दर्शाया।</li> <li>➤ 2015-16 के दौरान पीएचसी, हरियोल, जसवंतगढ, नवा रेवास तथा नदियाड में शिशु मृत्यु की संख्या क्रमशः 23,1,17, तथा 56 थी। एचएमआईएस ने ऐसा कोई डाटा नहीं दर्शाया।</li> </ul>
2.	मध्य प्रदेश	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ एचएमआईएस में प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) की संख्या 2011-12 में 979 से 2015-16 में 3082 के बीच थी जबकि 2015-16 में केवल 148 एफआरयू क्रियात्मक थे।</li> <li>➤ एचएमआईएस के अनुसार, 2015-16 में क्रियात्मक 24x7 पीएचसी की संख्या 4,778 थी जबकि केवल अड़सठ 24x7 पीएचसी क्रियात्मक थे।</li> </ul>

क्र.सं.	राज्य	विसंगति का ब्यौरा
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ एचएमआईएस के अनुसार,क्रियात्मक बीमार नवजात शिशु देखभाल इकाईयों (एसएनसीयू) की संख्या 2015-16 में 2,566 थी जबकि राज्य में केवल 54 एसएनसीयू कार्य कर रहे थे।</li> <li>➤ एसएचएस ने बताया (अगस्त 2016) कि एचएमआईएस पोर्टल में डाटा प्रविष्टि फील्ड स्तर पर की गई थी जहां कुछ प्रचालकों ने डाटा प्रविष्टि के पश्चात गलती पर कार्रवाई नहीं की थी इसलिए एचएमआईएस रिपोर्टों में गलत डाटा दर्शाया गया था।</li> </ul>
3.	मणिपुर	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ डीएच, उखरूल की प्रसव पंजिका के अनुसार, 2015-16 के दौरान 361 प्रसव किए गए थे। तथापि, एचएमआईएस के अनुसार 314 प्रसव सूचित किए गए थे।</li> <li>➤ डीएच, उखरूल में जून और जुलाई में 4 और 3-सेक्शन प्रसव किए गए थे तथापि, एचएमआईएस में जून 2015 के दौरान पांच तथा जुलाई 2015 के दौरान शून्य सी-सेक्शन प्रसव दर्शाए।</li> </ul>
4.	मेघालय	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2015-16 के दौरान विभिन्न डाटा तत्वों अर्थात् एएनसी हेतु पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या, जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के अंतर्गत पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या, गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्हें टेटनस टोक्सॉइड (टीटी 1) लगा था, आदि में विसंगति थी (अनुबंध 8.2)</li> </ul>
5.	ओडिशा	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2015-16 के दौरान एचएमआईएस के अनुसार तथा स्वास्थ्य केन्द्रों के अभिलेखों के अनुसार विभिन्न सेवाओं अर्थात् एएनसी/पीएनसी,प्रसवों की संख्या, मातृत्व/शिशु मृत्यु आदि के अंतर्गत डाटा विसंगति पाई थी (अनुबंध 8.3)</li> </ul>

#### 8.4 सत्यापन जांच

डाटा यथार्थता को बनाए रखने हेतु एचएमआईएस में विभिन्न सत्यापन जांचों को शामिल किया गया था जिससे उपयोगकर्ता द्वारा डाटा प्रविष्टि के समय डाटा के संभावित मामलो को स्वयं उजागर किया जा सके। सत्यापन मामलों<sup>7</sup> के कुछ उदाहरण नीचे तालिका-8.15 में दिए गए हैं:

<sup>7</sup> एचएमआईएस में सत्यापन रिपोर्ट विसंगति को कुछ पूर्व परिभाषित नियमों तथा तर्क के आधार पर उजागर किया गया है।

तालिका 8.15: एचएमआईएस में सत्यापन मामलों के ब्यौरे

क्र .सं.	वर्ष	राज्य	जिला	मामलों <sup>8</sup> की संख्या
1.	2011-12	बिहार	औरंगाबाद	54
2.	2012-13	छत्तीसगढ़	बस्तर	32
3.	2013-14	मेघालय	पूर्व गोरा हिल्स	11
4.	2014-15	मध्य प्रदेश	टिकमगढ़	45
5.	2015-16	उत्तर प्रदेश	इलाहाबाद	49

तथापि, इन मामलों का समाधान नहीं किया गया था। मंत्रालय ने बताया कि संभावित बहिर्वासी तथा सत्यापन रिपोर्ट संभावित मामलों की पहचान करती है जहाँ डाटा विसंगति हो सकती है। फिर भी वे मामले जो रिपोर्ट में उजागर किये जाते हैं, वे एक त्रुटि नहीं हो सकते हैं तथा वह उस विशेष राज्य/यूटी का वास्तविक प्रदर्शन हो सकते हैं।

तथापि लेखापरीक्षा ने पाया कि निर्धारित सत्यापन जांचों के साथ असंगत डाटा एचएमआईएस में बिना ठीक किए रहा। कुछ उदाहरण **अनुबंध-8.4** में दिए गए हैं।

इस प्रकार एचएमआईएस में दर्ज डाटा का स्वास्थ्य केन्द्रों के अभिलेखों में उपलब्ध डाटा के साथ पूर्ण रूप से मेल नहीं खाया। यह दर्शाता है कि डाटा को एचएमआईएस पोर्टल पर डाले जाने से पूर्व उपयुक्त स्तर पर सत्यापित नहीं किया गया था। डाटा के दो सेटों में भिन्नता तथा बेमेलता विश्वसनीय डाटा प्रग्रहण तथा रिपोर्टिंग हेतु एक क्रियाविधि को स्थापित करने की आवश्यकता को दर्शाता है।

मंत्रालय ने बताया कि पूरे देश में 1.96 लाख से अधिक स्वास्थ्य केन्द्र एचएमआईएस पोर्टल पर मासिक निष्पादन डाटा तथा वार्षिक अवसंरचनात्मक डाटा डालती हैं। कुछ जिलों से लिए गए छोटे नमूने के आधार पर (वो भी यादृच्छिक आधार पर, जो राष्ट्रीय परिदृश्य का उचित प्रतिनिधित्व नहीं भी हो सकता), विश्वसनीयता अथवा समग्रता की कमी का निर्णय नहीं किया जा सकता। ऐसी विशाल व्यवस्था निगरानी से संबंधित कुछ चुनौतियों का सामना करने के लिए बाध्य है। परंतु कुछ कठिनाईयों के आधार पर प्रणाली की

<sup>8</sup> एचएमआईएस पोर्टल पर मानव अर्थात् “बहिर्वासी तथा सत्यापन मामले” के अनुसार

समग्रता पर संदेह नहीं किया जाना चाहिए। इसके अतिरिक्त, निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने बताया कि विभिन्न स्रोतों के डाटा अर्थात् रजिस्ट्रों तथा एचएमआईएस में अंतर है क्योंकि डाटा प्रविष्टि सब जगह चिंता का एक कारण है।

मंत्रालय का उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि नमूनों का वैज्ञानिक आधार पर चयन किया जाता है तथा उन पर आधारित निष्कर्ष काफी हद तक सम्पूर्ण जनसंख्या का प्रतिनिधित्व करते हैं।

### 8.5 कम्प्यूटरीकरण तथा नेटवर्किंग

एनआरएचएम ने कम्प्यूटर एचएमआईएस आधारित कम्प्यूटर के माध्यम से जवाबदेही की अभिकल्पना की। एक मजबूत सूचना प्रणाली, जो यथार्थ, अद्यतन और सामयिक सूचना प्रदान कर सके की प्रत्येक स्तर पर आवश्यकता थी। तदनुसार, प्रारम्भिक स्तर पर डाटा संचारित करने हेतु नेटवर्क सुविधा की आवश्यकता थी। तथापि यह देखा गया कि चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में कोई पर्याप्त कम्प्यूटरीकरण, नेटवर्किंग तथा मानव संसाधन नहीं थे। परिणामस्वरूप, स्वास्थ्य केन्द्रों को जिला मुख्यालयों अथवा पास के इंटरनेट सुगम क्षेत्र से एचएमआईएस पोर्टल पर रिपोर्टों को अपलोड करना पड़ा। इसके परिणामस्वरूप डाटा में विलम्बित उपलब्धता अथवा अनुपलब्धता हुई। राज्य-वार टिप्पणियां **अनुबंध-8.5** में दी गई हैं।

इन टिप्पणियों को 134 डीएच, 300 सीएचसी तथा 514 पीएचसी में किये गए सुविधा सर्वेक्षण द्वारा भी समर्थित किया गया था जैसा नीचे **तालिका-8.16** में ब्यौरा दिया गया है:

**तालिका-8.16: डीएच, सीएचसी तथा पीएचसी**

क्र.सं.	सुविधा	चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत जहां सुविधा उपलब्ध नहीं थी		
		डीएच	सीएचसी	पीएचसी
1.	कम्प्यूटर	2	8	54
2.	इंटरनेट कनेक्शन	13	12	64
3.	डाटा प्रविष्टि प्रचालक	18	35	76

## 8.6 अभिलेखों का अनुरक्षण न किया जाना

स्वास्थ्य केन्द्रों पर अभिलेखों का उचित रखरखाव क्षेत्र में स्वास्थ्य की स्थिति का निर्धारण करने हेतु आवश्यक था। आईपीएचएस 2012 सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 रजिस्ट्रों<sup>9</sup> के अनुरक्षण की अभिकल्पना करता है। यह रजिस्टर प्राथमिक अभिलेख हैं तथा स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के सुधार हेतु शोधक कार्रवाई करने में सहायता करती हैं। इसलिए इन अभिलेखों को अनुरक्षित तथा सुरक्षित रखना आवश्यक है।

यह देखा गया था कि चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक पंजिकाएँ/अभिलेख बनाये नहीं थे अथवा अपूर्ण थे। यह स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा एचएमआईएस में सूचित डाटा की सम्पूर्णता पर सवाल खड़े करता है। पंजिकाओं/अभिलेखों के गैर-अनुरक्षण पर राज्य-वार ब्यौरे **अनुबंध-8.6** में दिए गए हैं।

### भाग -ख

## मंत्रालय द्वारा प्रदत्त एचएमआईएस डाटाबेस का डाटा विश्लेषण

### 8.7 एचएमआईएस डाटा-डम्प

मंत्रालय ने सर्विस डिलीवरी हेतु एचएमआईएम डाटा डम्प अगस्त 2016 में 2012-16 के लिए तथा सितंबर 2016 में 2011-12 के लिए इस प्रमाण पत्र के साथ दिया कि मंत्रालय द्वारा साझा किया जा रहा 2011-12 से 2015-16 तक का डाटा डम्प पूर्ण तथा सभी वित्तीय वर्षों के संगत है। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2015-16 हेतु डाटा विश्लेषित तालिका<sup>10</sup> में पांच राज्यों/यूटी (अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, आन्ध्र प्रदेश, ओडिशा, पुदुचेरी

<sup>9</sup> योग्य युगल रजिस्टर (गर्भनिरोधक सहित), (2) मातृत्व तथा बाल पंजिका (क. प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन, प्रसवोत्तर ख. पांच वर्ष से कम पंजिका: (i) वृद्धि मॉनीटरिंग ग. पांच वर्ष से अधिक बाल प्रतिरक्षण घ. एचआईवी/एसटीआई स्क्रीनिंग तथा रेफल संख्या, (3) जन्म एवं मृत्यु पंजिका, (4) दवा पंजिका, (5) उपकरण, फर्नीचर तथा अन्य सहायक उपकरण पंजिका, (6) संक्रामक रोग/मरक पंजिका/सिंद्गोमिक निगरानी हेतु (7) मलेरिया मामलों हेतु निष्क्रिया निगरानी रजिस्टर, (8) जननी सुरक्षा योजना से संबंधित अभिलेखों हेतु रजिस्टर, (9) खुली निधियों सहित लेखाओं के अनुरक्षण हेतु पंजिका (10) जल गुणवत्ता तथा स्वच्छता हेतु रजिस्टर, (11) मामूली बीमारी रजिस्टर (12) विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम दिशानिर्देशों (राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय वेक्टर बोन रोग नियंत्रण कार्यक्रम आदि) के अनुसार विभिन्न अभिलेख/पंजिकाएं।

<sup>10</sup> जिला समेकित तालिका (गैरसमेकित-लाईव-टीआरएन-आरडब्ल्यू-डाटा)।

तथा **तेलंगाना**) के लिए उपलब्ध नहीं था। इसके अतिरिक्त 2011-12 से 2015-16 की अवधि हेतु आधारभूत ढांचे पर डाटा-डम्प अनुपलब्ध था जिसे बाद में फरवरी 2017 में प्रदान किया गया था। लेखापरीक्षा ने कम्प्यूटर सहायता प्राप्त लेखापरीक्षा तकनीकों (सीएएटी) का उपयोग करके 2011-2016 की अवधि के एचएमआईएस डाटा बेस का विश्लेषण किया। लेखापरीक्षा ने मंत्रालय द्वारा प्रदत्त डाटा का लेखापरीक्षा के दौरान किए गए सुविधा सर्वेक्षण के डाटा के साथ भी तुलना की।

### 8.8 सेवा सुपुदगी डाटा

सर्विस डिलीवरी डाटा में, अन्य बातों के साथ-साथ, विभिन्न आरसीएच हस्तियों अर्थात् एएनसी, प्रतिरक्षण, आईएफए गोलियां प्राप्त करना आदि पर डाटा शामिल है। एचएमआईएस डाटाबेस<sup>10</sup> से प्राप्त डाटा तथा फील्ड लेखापरीक्षा के दौरान एकत्रित समान डाटा के बीच तुलनात्मक विश्लेषण से पूरे देश में वर्ष (2011-2016) के दौरान दोनो ओर (सकारात्मक और साथ ही नकारात्मक) 11 मुख्य/सार्थक चयनित आरसीएच सकेतकों/मापदण्डों के लिए महत्वपूर्ण बदलाव (-911 प्रतिशत से 100 प्रतिशत तक) को प्रकट किया **(अनुबंध 8.7)**। केवल कुछ मामलों में दोनों डाटासेटों के आंकड़े मेल खाए।

मंत्रालय ने उत्तर दिया (दिसम्बर 2016) कि डिस्ट्रिक्ट कन्सालिडेटेड टेबल (जिसका लेखापरीक्षा द्वारा डाटा विश्लेषण हेतु उपयोग किया गया था) में, एक विशिष्ट जिले के सभी स्वास्थ्य केन्द्रों की सूचना नहीं भी हो सकती क्योंकि कुछ स्वास्थ्य केन्द्रों ने उस वर्ष में रिपोर्टिंग करना प्रारम्भ नहीं किया होगा अथवा डिस्ट्रिक्ट कन्सालिडेटेड टेबल में इसे शामिल करने हेतु कम्पाइल बटन नहीं दबाया गया था। इसलिए मंत्रालय के उत्तर में निहित हैं कि डिस्ट्रिक्ट कन्सालिडेटेड ट्रांजक्शन टेबल में डाटा कम रिपोर्ट हो सकता है।

मंत्रालय ने यह भी बताया कि लेखापरीक्षा को प्रदत्त डाटा डम्प कच्चा डाटा था तथा एक प्रक्रिया/एल्गोरिथम/प्रोग्राम/एप्लिकेशन/सॉफ्टवेयर को रिपोर्ट प्राप्त करने हेतु इस डाटा डम्प पर चलाया जाता है जिनका मंत्रालय द्वारा निर्णय लेने तथा सभी हितधारियों द्वारा उपयोग किया जाता है। उत्तर में, लेखापरीक्षा ने डाटा तालिकाओं की मांग की (दिसम्बर 2016) जिनका मानक

<sup>10</sup> जिला समेकित तालिका (गैरसमेकित-लाईव-टीआरएन-आरडब्ल्यू-डाटा)।

रिपोर्टों को तैयार करने/निर्णय लेने में उपयोग किया जा रहा था। मंत्रालय ने इस अस्तीकरण के साथ कि “राज्यों/यूटी के अनुरोध पर एचएमआईएस में सुविधाओं, ब्लाकों के प्रवसन, सुधार आदि अनिवार्य गतिविधियों चालू होने के कारण मानक रिपोर्ट सम्भवतः प्रदत्त डाटा-डम्प के सार से मेल न खाए” नया डाटा-डम्प प्रदान किया (फरवरी 2017)। इस प्रकार डाटा डम्प, जिसे मंत्रालय द्वारा बाद में प्रदान किया गया था, को मंत्रालय की मानक रिपोर्टों के साथ तुलना नहीं की जा सकी थी।

लेखापरीक्षा द्वारा पहले के डाटा डम्प के विश्लेषण ने डाटा न मिलने के अवसरों को उजागर किया, जैसा पहले उल्लेख किया गया है, जबकि मंत्रालय द्वारा कथित डाटा को पूर्ण बताने वाले प्रमाण-पत्र के साथ डाटा डम्प प्रदान किया गया था। मंत्रालय ने इस कमी को “अनजान त्रुटि” को आरोपित किया।

### 8.8.1 बहिर्वीसी असाधारण अंतर

आंतरिक डाटा विसंगतियों की जांच करने के लिए आम वैद्यता नियमावली, जैसी एचएमआईएस ने अभिकल्पना की गई है, का संदर्भ लिया गया था। डाटा विश्लेषण ने प्रकट किया कि कुछ मुख्य आरसीएच मापदण्डों हेतु दर्शाई गई उपलब्धि कुछ अवसरों में सौ प्रतिशत से अधिक थी जो सामान्य सीमा से अधिक थी जैसे कि गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने एएनसी, प्रतिरक्षण, जेएसवाई महिलाओं से अधिक थी आदि जैसा **अनुबंध 8.8** में ब्यौरा दिया गया है।

यह उदाहरण 2011-2016 हेतु एचएमआईएस डाटा से संबंधित है जिसके लिए डाटा को मंत्रालय द्वारा, 2015-16 को छोड़कर, पहले ही स्थिर कर दिया गया था। यह शोधक कार्रवाई नहीं की थी जिसका परिणाम प्रणाली के माध्यम से उत्पन्न रही गलत एमआईएस रिपोर्टों में होगा।

### 8.8.2 डाटा में रिक्त स्थान

जिला समेकित लेन-देन तालिका (2011-2016) के बारह नमूना जांच किए गए क्षेत्र में ‘रिक्त स्थान’ शामिल थे जैसा नीचे **तालिका-8.17** में दिया गया है:



तालिका-8.17: एचएमआईएस डाटा-बेस में रिक्त स्थान

क्र.सं.	संकेतक	रिक्त स्थान (37,850 में से)
1.	एएनसी हेतु पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	54
2.	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिनकी गर्भ के दौरान 3 एएनसी जांच हुई	59
3.	निजी संस्थान (सी-सेक्शन सहित) में किए गए प्रसव	10,871
4.	सार्वजनिक संस्थानों (सी-सेक्शन सहित) में किए गए प्रसव	164
5.	आशाओं की संख्या जिनको अधिकृत निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों हेतु जेएसवाई प्रोत्साहन राशि अदा की गई	16,164
6.	आशाओं की संख्या जिनको सार्वजनिक संस्थानों में किए गए प्रसवों हेतु जेएसवाई प्रोत्साहन राशि अदा की गई	585
7.	जीवित स्त्री जन्मों की संख्या	137
8.	जीवित पुरुष जन्मों की संख्या	137
9.	पुरुष तथा स्त्री जीवित जन्मों की कुल संख्या	29
10.	जेएसवाई के अंतर्गत पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या	230
11.	गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या जिनको 100 आईएफए गोलियां प्रदान की गई	101

सेवा सुपुर्दगी के महत्वपूर्ण क्षेत्रों अर्थात् 'निजी संस्थानों में किए गए प्रसव' तथा आशाओं की संख्या जिनको 'अधिकृत निजी संस्थानों में प्रसव करने हेतु जेएसवाई प्रोत्साहन राशि अदा की गई' में मुख्य रिक्त क्षेत्र की उपस्थिति मंत्रालय की मुख्य प्रबंधन सूचना प्रणाली को अविश्वसनीय प्रस्तुत करती है।

### 8.9 मानव तथा भौतिक अवसंरचना

मानव तथा भौतिक अवसंरचना के डाटाबेस में श्रमशक्ति तथा भौतिक अवसंरचना अर्थात् बिल्डिंग, विद्युत, जल डाक्टरों, पैरा चिकित्सा स्टाफ, आदि की उपलब्धता पर डाटा शामिल है। इस पर डाटा विश्लेषण के निष्कर्षों की नीचे चर्चा की गई है:-

#### 8.9.1 स्वास्थ्य सुविधाओं की रिपोर्टिंग

सभी स्वास्थ्य सुविधाओं (डीएच, एसडीएच, सीएचसी, पीएचसी तथा एससी) को एचएमआईएस डाटाबेस में डाटा इनपुट को सूचित करना है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 14 से 64 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं 2015-16 हेतु एचएमआईएस

पर अवसंरचना डाटा की रिपोर्टिंग नहीं कर रहे थे जैसा नीचे तालिका-8.18 में दिया गया है:-

तालिका-8.18: स्वास्थ्य सुविधाओं की रिपोर्टिंग स्थिति

क्र.सं.	सुविधा का नाम	सुविधाओं की कुल संख्या			रिपोर्टिंग न कर रही सुविधाएं			रिपोर्टिंग न कर रही सुविधाएं (प्रतिशत)		
		सार्वजनिक	निजी	कुल	सार्वजनिक	निजी	कुल	सार्वजनिक	निजी	समग्र
1.	डीएच	1,092	175	1,267	348	161	509	32	92	40
2.	एसडीएच	1,745	1,105	2,850	797	1,031	1,828	46	93	64
3.	सीएचसी	6,550	5,135	11,685	1,224	4,816	6,040	19	94	52
4.	पीएचसी	33,379	496	33,875	7,266	355	7,621	22	72	22
5.	एससी	1,75,816	280	1,76,096	24,492	195	24,687	14	70	14
	<b>कुल</b>	<b>2,18,582</b>	<b>7,191</b>	<b>2,25,773</b>	<b>34,127</b>	<b>6,558</b>	<b>40,685</b>	<b>16</b>	<b>91</b>	<b>18</b>

इस प्रकार, स्वास्थ्य सुविधाएं की बड़ी संख्या द्वारा गैर-रिपोर्टिंग के कारण एमआईएस रिपोर्ट एक समाविष्ट स्थिति प्रस्तुत करने में विफल थी।

### 8.9.2 अपूर्ण रिपोर्टिंग

2015-16 के दौरान भरी जाने वाली कुल प्रविष्टियों की गणना तथा रिक्त स्थानों की गणना नीचे तालिका-8.19 में दी गई है:-

तालिका-8.19: रिक्त स्थानों के ब्यौरे

क्र.सं.	विवरण	डीएच	एसडीएच	सीएचसी	पीएचसी	एससी
1.	डाटा क्षेत्र की कुल संख्या	2,71,955	3,06,627	16,07,139	48,94,659	1,34,38,379
2.	रिक्त छोड़े गए डाटा क्षेत्र की संख्या	32,545	32,204	1,84,939	4,53,915	11,15,211
3.	डाटा क्षेत्र की कुल संख्या के प्रति रिक्त स्थान की संख्या की प्रतिशतता	12	11	12	9	8

उपरोक्त तालिका से यह स्पष्ट है कि 8 से 12 प्रतिशत डाटा क्षेत्र को विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा भरा नहीं गया था जिसने एमआईएस रिपोर्टों के अंतर्गत डाटा रिपोर्टिंग को अविश्वसनीय बनाया।

### 8.9.3 कार्यरत कार्मिकों पर अवास्तविक डाटा

#### (i) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

आईपीएचएस प्रत्येक सीएचसी पर एक प्रसूति विज्ञानी/स्त्री रोग विशेषज्ञ, बाल चिकित्सक, चिकित्सक तथा सामान्य सर्जन की तैनाती का प्रावधान करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2015-16 के दौरान कार्यरत कार्मिक, 370 सीएचसी में 462 मामलों में असाधारण रूप से अधिक थे जैसा नीचे तालिका-8.20 में दिया गया है:

तालिका-8.20: कार्मिक डाटा में विसंगति

क्र.सं.	कार्मिक की श्रेणी	डाटा बेस में दर्शाए गए कार्यरत कार्मिकों की संख्या			
		2 से 4	5 से 10	10 से अधिक	कुल
1.	सामान्य सर्जन	84	11	-	95
2.	प्रसूति/स्त्री रोग विशेषज्ञ	130	5	1	136
3.	बाल चिकित्सक	57	-	-	57
4.	चिकित्सक	155	19	-	174
<b>कुल जोड़</b>					<b>462</b>

लेखापरीक्षा ने आगे विश्लेषण किया कि इन 370 सीएचसी में से 15 सीएचसी में, 16 मामलों नमूना सीएचसी से संबंधित थे। 16 नमूना जांच किए गए मामलों में कार्यरत कार्मिकों की तुलना ने प्रकट किया कि केवल एक मामले में एचआईएमएस डाटा स्वास्थ्य सुविधाओं के अभिलेखों से मेल खाया था।

#### (ii) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

आईपीएचएस प्रत्येक पीएचसी हेतु टाईप 'ए' हेतु एक तथा टाईप 'बी' हेतु दो चिकित्सा अधिकारी, एक प्रयोगशाला तकनीशियन तथा एक फार्मासिस्ट की तैनाती का प्रावधान करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2015-16 के दौरान 2,038 पीएचसी में, 2,732 मामलों में कार्यरत कार्मिक असाधारण रूप से अधिक थे जैसा नीचे तालिका- 8.21 में दिया गया है:

तालिका-8.21: कार्मिक के डाटा में विसंगति

क्र.सं.	कार्मिक श्रेणी	डाटाबेस में दर्शाए गए कार्यरत कार्मिकों की संख्या			
		2 से 4	5 से 10	10 से अधिक	कुल
1.	चिकित्सा/अधिकारी	855 <sup>11</sup>	247	11	1,113
2.	फार्मासिस्ट	990	37	6	1,033
3.	प्रयोगशाला तकनीशियन	574	11	1	586
<b>कुल जोड़</b>					<b>2,732</b>

लेखापरीक्षा ने आगे विश्लेषण किया कि 2,038 पीएचसी में से 55 पीएचसी में 70 मामलों नमूना पीएचसी से संबंधित थे। 70 नमूना जांच किए गए मामलों में कार्यरत कार्मिक की तुलना ने प्रकट किया कि केवल 24 मामलों में एचएमआईएस डाटा स्वास्थ्य सुविधाओं के अभिलेखों के साथ मेल खाया था।

### (iii) उप केन्द्र

आईपीएचएस प्रत्येक उप-केन्द्र में टाईप 'ए' हेतु एक तथा टाईप 'बी' हेतु दो महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता का प्रावधान करता है। एचएमआईएस के डाटा विश्लेषण ने प्रकट किया कि 2015-16 के दौरान क्रमशः 1,238 तथा 840 एससी में प्रावधान के विरुद्ध तैनात स्वास्थ्य कार्यकर्ता (दोनों पुरुष/महिला) की असाधारण संख्या सूचित की गई थी जैसा नीचे तालिका-8.22 तथा तालिका 8.23 में दिया गया है:

तालिका-8.22: महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के डाटा में विसंगति

क्र.सं.	डाटाबेस में दर्शाई गई तैनात महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की संख्या	एससी की संख्या	राज्य (एससी की संख्या )
1.	3 से 10	1,123	असम (77), हरियाणा (174), झारखण्ड(160), मध्य प्रदेश (77), राजस्थान (89), उत्तर प्रदेश (160) तथा 26 अन्य राज्य (386).
2.	11 से 20	20	आन्ध्र प्रदेश (3), अरुणाचल प्रदेश (1), बिहार (1), दिल्ली (2), हरियाणा (1), कर्नाटक (2), राजस्थान (1), तमिलनाडु (2) तथा उत्तर प्रदेश (7).
3.	21-25	35	आन्ध्र प्रदेश (1), बिहार (1), छत्तीसगढ़ (1), दिल्ली (2), मध्य प्रदेश (1), पुदुचेरी (1), पंजाब (2) तथा

<sup>11</sup> चूंकि आईपीएचएस अधिकतम दो चिकित्सा अधिकारियों का प्रावधान करता है, इस आकड़े में ऐसे पीएचसी की संख्या है जिनमें तीन से चार चिकित्सा अधिकारी हैं

क्र.सं.	डाटाबेस में दर्शाई गई तैनात महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की संख्या	एससी की संख्या	राज्य (एससी की संख्या )
			उत्तर प्रदेश (26).
4.	26	21	उत्तर प्रदेश (21)
5.	38	1	नागालैण्ड (1)
6.	54	36	केरल (2) तथा उत्तर प्रदेश (34)
7.	222	1	जम्मू तथा कश्मीर (1)
8.	259	1	उत्तर प्रदेश(1)
	<b>कुल</b>	<b>1,238</b>	

लेखापरीक्षा ने आगे विश्लेषण किया कि इन 1,238 पीएचसी में से 13 एससी नमूना एससी से संबंधित थे। 13 नमूना जांच किए गए एससी में कार्यरत कार्मिक की तुलना ने प्रकट किया कि केवल तीन मामलों में एचएमआईएस डाटा स्वास्थ्य सुविधाओं के अभिलेखों के साथ मेल खाता था।

#### तालिका-8.23: पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के डाटा में विसंगति

क्र.सं.	डाटाबेस में दर्शाए गए तैनात पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की संख्या	एससी की संख्या	राज्य (एससी की संख्या)
1.	2 से 10	769	असम (63), जम्मू तथा कश्मीर (131), मेघालय (32), ओडिशा (37), तमिलनाडु (34), त्रिपुरा (50), उत्तर प्रदेश (143), पश्चिम बंगाल (30) तथा 20 अन्य राज्य (249).
2.	11 से 14	29	गुजरात (1), जम्मू तथा कश्मीर (1), केरल (1), महाराष्ट्र (3), तमिलनाडु (2) तथा उत्तर प्रदेश (21).
3.	54	3	आन्ध्र प्रदेश (1), केरल (1) तथा तेलंगाना (1)
4.	100	34	उत्तर प्रदेश (34)
5.	111	1	जम्मू तथा कश्मीर (1)
6.	114	1	त्रिपुरा (1)
7.	154	3	केरल (1) तथा तमिलनाडु (2)
	<b>कुल</b>	<b>840</b>	

लेखापरीक्षा ने आगे विश्लेषण किया कि इन 840 एससी में 14 एससी नमूना एससी से संबंधित थे। 14 नमूना जांच किए गए एससी में कार्यरत कार्मिक की तुलना ने प्रकट किया कि केवल तीन मामलों में एचएमआईएस डाटा स्वास्थ्य सुविधाओं के अभिलेखों के साथ मेल खाता था।

स्वास्थ्य सुविधाओं के विभिन्न स्तरों पर मानव संसाधन की उपलब्धता पर अवास्तविक डाटा प्रविष्टि की अपर्याप्त मानीटरिंग को दर्शाया।

#### 8.9.4 एचएमआईएस डाटा तथा सर्वेक्षण शीट की तुलना

वर्ष 2015-16 हेतु एचएमआईएस के अनुसार सीएचसी,पीएचसी तथा एससी में विभिन्न अवसंरचना सुविधाओं की उपलब्धता के डाटा तथा लेखापरीक्षा द्वारा किए गए सर्वेक्षण के दौरान एकत्रित डाटा की तुलना में आंकड़ों में बेमेलता को प्रकट किया जैसा नीचे तालिका-8.24, तालिका-8.25, तालिका-8.26 में दिया गया है:

तालिका-8.24: सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

क्र.सं.	सेवा का प्रकार	सीएचसी की कुल संख्या	उन सीएचसी की संख्या जहाँ निम्न के अनुसार सेवा उपलब्धता नहीं थी।	
			एचएमआईएस	सर्वेक्षण
1.	रक्त भण्डारण सुविधा	227	186	184
2.	नवजात देखभाल	227	25	29
3.	निजी कम्प्यूटर	222	21	14
4.	रेफरल परिवहन सेवा	227	14	22
5.	पुरुष एवं महिला हेतु अलग वार्ड	224	28	44
6.	एक्स-रे सुविधा	224	82	76

तालिका-8.25 : प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

क्र.सं.	सेवा का प्रकार	सीएचसी की कुल संख्या	उन पीएचसी की संख्या जहाँ निम्न के अनुसार सेवा उपलब्धता नहीं थी।	
			एचएमआईएस	सर्वेक्षण
1.	प्रसव पूर्व देखभाल	471	41	69
2.	नवजात देखभाल	471	153	220
3.	ऑपरेशन थियेटर	458	271	284
4.	निजी कम्प्यूटर	457	199	196
5.	पुरुष एवं महिला हेतु अलग वार्ड	458	236	292

तालिका-8.26: उप-केन्द्र

क्र.सं.	सेवा का प्रकार	सीएचसी की कुल संख्या	उन एससी की संख्या जहाँ निम्न के अनुसार सेवा उपलब्धता नहीं थी।	
			एचएमआईएस	सर्वेक्षण
1.	प्रसव पूर्व देखभाल	1,371	50	61
2.	प्रतिरक्षण सहित बाल देखभाल	1,371	51	52

उपरोक्त तालिकाओं से यह स्पष्ट है कि एचएमआईएस का डाटा लेखापरीक्षा द्वारा किए गए सर्वेक्षण के परिणामों के साथ संगत नहीं था।

मंत्रालय ने बताया कि एचएमआईएस का सुदृढीकरण एनएचएम तथा मंत्रालय के अन्य कार्यक्रमों की आवश्यकता के अनुसार नई डाटा मर्जों को शामिल करने के कारण एक अवरित प्रक्रिया है। इसके अतिरिक्त, यह केवल एकमात्र पोर्टल है जिसकी पहुंच सभी स्वास्थ्य केन्द्रों तक थी तथा जो 1.96 लाख स्वास्थ्य केन्द्रों की सुविधा-वार सूचना प्रदान करता है। प्रणाली कुछ स्थलों पर पंजीकाओं की कमी, अपूर्ण रिपोर्टिंग आदि से संबंधित मामलों से बाधित है। इसके अतिरिक्त सुविधाओं में कम्प्यूटरीकरण अथवा एकीकृत एमआईएस की कमी मानव/टंकण/मैनुअल संकलन गलतियों का कारण बनी।

#### निष्कर्ष:

एचएमआईएस का प्राथमिक उद्देश्य अर्थात् एनआरएचएम के उद्देश्यों की मानीटरिंग हेतु इनपुट, आउटपुट तथा परिणाम संकेतकों पर गुणवत्ता सूचना का निरंतर प्रवाह केवल आंशिक रूप से पूरा हुआ। एचएमआईएस में असंगत डाटा, अपूर्ण रिपोर्टिंग तथा अवास्तविक मूल्यों का होना, निर्णय लेने पर असर डालने की संभावना है। निर्धारित प्रकार से मूल अभिलेखों/डाटा का अनुरक्षण न करना तथा असंगत डाटा में हुआ। त्रुटिपूर्ण कम्प्यूटरीकरण तथा नेटवर्किंग ने डाटा के सामयिक तथा सुगम प्रवाह में बाधा डालने वाली समस्या को संयोजित किया।

**अनुशंसाएं:**

- मंत्रालय को डाटा प्रबंधन उत्तरदायित्व हेतु चयनित पदों सहित एक स्पष्ट रूप से प्रलेखित संगठनात्मक संरचना तैयार करनी चाहिए।
- डाटा रिकॉर्डिंग, रिपोर्टिंग, एकत्रीकरण, सत्यापन तथा फीडिंग में शामिल कार्मिकों हेतु एक प्रलेखित तथा संरचित प्रशिक्षण कार्यक्रम स्थापित किया जाना चाहिए।
- सभी स्तरों पर उचित वैद्यता नियंत्रणों का प्रावधान करके एचएमआईएस में डाटा की विश्वसनीयता में सुधार करें।
- एचएमआईएस पर अपलोड करने से पूर्व डाटा के सत्यापन हेतु एक क्रियाविधि को विकसित तथा कार्यान्वित करें।

नई दिल्ली

दिनांक: 17 जून 2017



(मुकेश प्रसाद सिंह)

महानिदेशक लेखापरीक्षा

केन्द्रीय व्यय

प्रतिहस्ताक्षरित

नई दिल्ली

दिनांक: 21 जून 2017

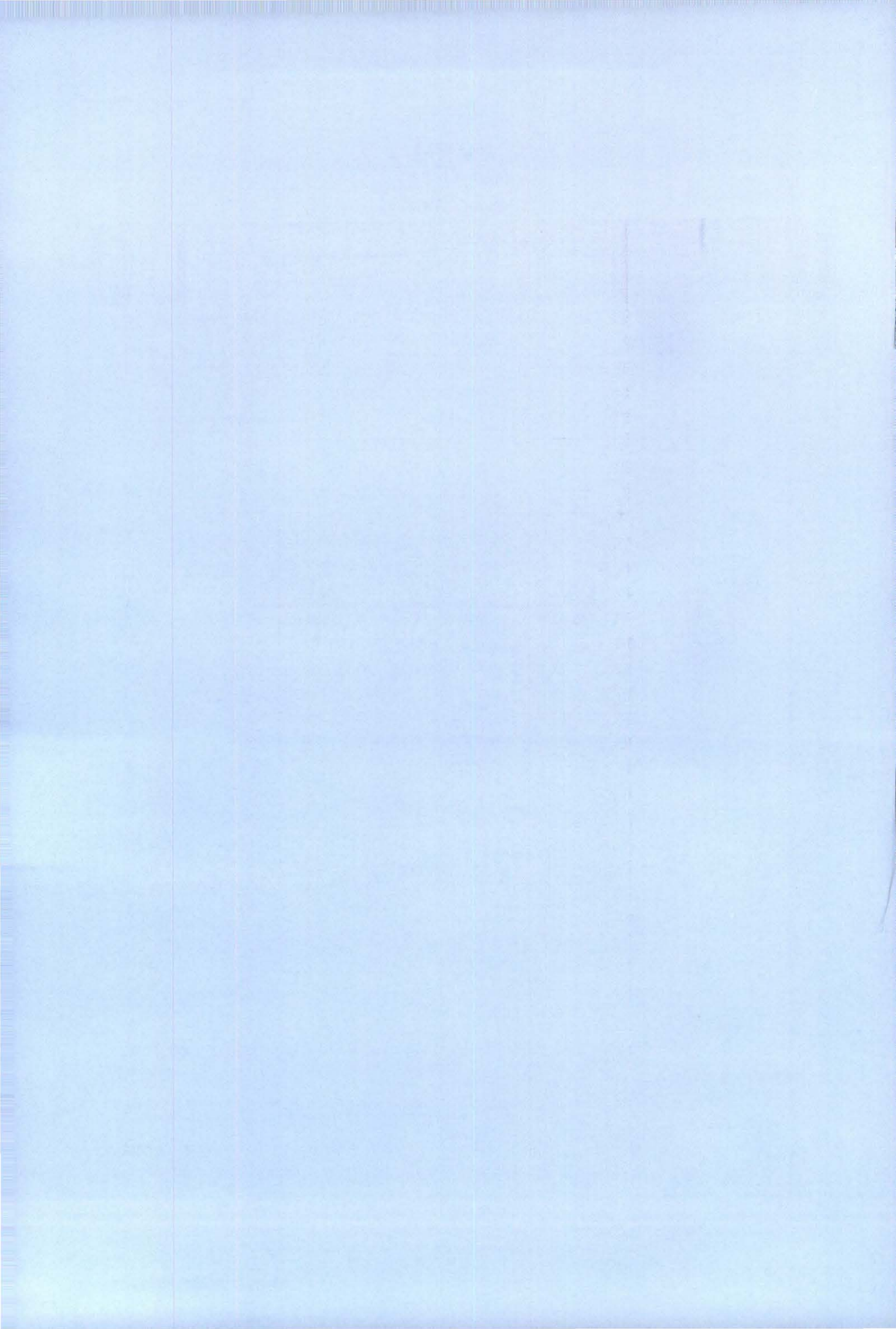


(शशि कान्त शर्मा)

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक



**अनुबंध**





क्र.सं.	राज्य	बकाया अग्रिम	राशि (₹ करोड़ में)
		निर्देश जारी किये गये थे।	
4.	राजस्थान	मैसर्स राजस्थान चिकित्सा सेवा निगम लि. (आरएमएससीएल) को 2011-16 के दौरान पिछले अग्रिमों के समायोजन के बिना, अग्रिम दिया गया था, जिसके परिणामस्वरूप मार्च 2016 तक ₹181.75 करोड़ के अग्रिम संचित हो गए थे, जिनमें से ₹131.45 करोड़ तीन से लेकर 44 महीने तक की अवधि के लिए बकाया थे। राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू) को एसएचएस कर्मचारियों को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए भी अग्रिम दिया गया था। एसआईएचएफडब्ल्यू को पिछले अग्रिम के समायोजन के बिना अग्रिमों के जारी होने के कारण, मार्च 2016 तक ₹16.86 करोड़ असमायोजित/अनपेक्षित रहे थे, जिनमें से ₹12.69 करोड़ तीन से 101 महीनों से अधिक समय के लिए बकाया थे।	131.45  12.69
5.	तमिलनाडु	दवाओं, उपकरण आदि की खरीद और आपूर्ति एक राज्य सार्वजनिक क्षेत्र तमिलनाडु चिकित्सा सेवा निगम लि. (टीएनएमएससी) को सौंपा गया था। निगम द्वारा ₹123.93 करोड़ की राशि का न तो उपयोग किया गया था और न ही एनआरएचएम को मार्च 2016 तक वापस किया गया था, जिसमें से ₹83.35 करोड़ 12 से 96 महीने के लिए बकाया थे।	83.35
6.	उत्तर प्रदेश	भवनों के निर्माण, उपकरण आदि की खरीद के लिए दिए गए ₹843.64 करोड़ के अग्रिम मार्च 2016 तक इनकी विभिन्न एजेंसियों के पास बकाया थे, ₹578.46 करोड़ 3 से 36 महीने तक की अवधि के लिए बकाया थे। एसएचएस कार्यों को सौंपने में राज्य/केंद्र सरकार द्वारा उपयोग किए जाने वाले संविदात्मक मानदंडों से बाहर निर्माण एजेंसियों को बहुत उदारता से भुगतान कर रहा था।	578.46
7.	पश्चिम बंगाल	स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों के निर्माण और विभिन्न कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए विभिन्न सरकारी और गैर सरकारी एजेंसियों को आरसीएच और मिशन फ्लेक्सिबल पूल निधि (एनआरएचएम अतिरिक्तता) से अग्रिम दिया गया था। 298 एजेंसियों (सरकारी/गैर-सरकारी) को कुल अग्रिम ₹363.50 करोड़ के प्रति ₹141.65 करोड़ (35 एजेंसियों) के लिए आयु-वार विभाजन उपलब्ध नहीं था। मार्च 2016 तक शेष ₹221.85 करोड़ (263 एजेंसियों) में से, ₹37.49 करोड़ 91 एजेंसियों के पास दो वर्ष से अधिक के लिए पड़ी रही।	37.49
		<b>कुल</b>	<b>909.96</b>

## अनुबंध-3.1

(पैरा - 3.1 के संदर्भ में)

## राज्यों/यूटी में एससी, पीएचसी एवं सीएचसी की उपलब्धता

क्र.सं	राज्य/यूटी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक एससी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध एससी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक पीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध पीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक सीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध सीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	123	123	0	22	22	0	4	4	0
2.	आंध्र प्रदेश	7,142	7,626	-484	1,182	1,157	25	296	192	104
3.	अरुणाचल प्रदेश	461	588	-127	69	143	-74	17	63	-46
4.	असम	6,817	4,621	2,196	1,112	1,014	98	278	151	127
5.	बिहार	20,760	9,696	1,064	3,460	533	2,927	865	70	795
6.	छत्तीसगढ़	5,533	5,186	347	870	790	80	217	155	62
7.	गुजरात	9,066	9,156	-90	1,490	1,342	148	366	331	35
8.	हरियाणा	3,006	2,630	376	501	486	15	125	119	6
9.	हिमाचल प्रदेश	2,288	2,071	217	343	518	-175	86	79	7
10.	जम्मू और कश्मीर	2,918	2,450	468	444	398	46	97	84	13
11.	झारखंड	8,813	3,958	4,855	1,376	330	1,046	344	188	156
12.	कर्नाटक	7,805	9,332	-1,527	1,300	2,353	-1,053	325	206	119

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं	राज्य/यूटी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक एससी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध एससी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक पीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध पीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी	जनसंख्या मानदंडों के अनुसार आवश्यक सीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	उपलब्ध सीएचसी की संख्या 31 मार्च 2016 तक	कमी
13.	केरल	6,847	5,781	1,066	1,141	924	217	285	234	51
14.	मध्य प्रदेश	11,780	9,192	2,588	2,000	1,172	828	487	334	153
15.	महाराष्ट्र	15,390	10,580	4,810	2,461	1,811	650	596	363	233
16.	मणिपुर	690	421	269	109	85	24	27	17	10
17.	मेघालय	759	431	328	114	109	5	28	27	1
18.	मिजोरम	364	370	-6	54	57	-3	14	9	5
19.	ओडिशा	9,983	6,688	3,295	1,597	1,305	292	399	377	22
20.	पंजाब	3,468	2,950	518	578	427	151	144	150	-6
21.	राजस्थान	10,995	14,408	-3413	1,800	2,080	-280	450	571	-121
22.	सिक्किम	203	147	56	30	24	6	7	2	5
23.	तेलंगाना *	4708	4863	-155	768	668	100	192	114	78
24.	त्रिपुरा	1054	1033	21	125	94	31	30	20	10
25.	तमिलनाडु	10920	8712	2208	1,812	1,368	444	538	385	153
26.	उत्तरांचल	3372	1847	1525	505	257	248	126	59	67
27.	उत्तर प्रदेश	32017	20,521	11,496	5,183	3,621	1,562	1,555	818	737
28.	पश्चिम बंगाल	18,280	10,369	7911	3,046	909	2,137	914	340	574
<b>कुल</b>		<b>2,05,562</b>	<b>1,55,750</b>	<b>49,812</b>	<b>33,492</b>	<b>23,997</b>	<b>9,495</b>	<b>8,812</b>	<b>5,462</b>	<b>3,350</b>

\* 31 मार्च 2015 को आंकड़े

## अनुबंध - 3.2

(पैरा - 3.4 के संदर्भ में)

## राज्यों/यूटी में एससी, पीएचसी और सीएचसी के निर्माण का विवरण

क्र. सं.	राज्य	स्थापित स्वास्थ्य केंद्र की संख्या								
		एससी का निर्माण			पीएचसी का निर्माण			सीएचसी का निर्माण		
		टी	ए	एस	टी	ए	एस	टी	ए	एस
1.	आंध्र प्रदेश	318	233	85	249	163	86	3	3	0
2.	अरुणाचल प्रदेश	129	129	0	3	3	0	0	0	0
3.	असम	626	165	461	65	4	61	55	9	46
4.	बिहार	119	5	114	90	1	89	0	0	0
5.	छत्तीसगढ़	158	75	83	1	0	1	0	0	0
6.	गुजरात	458	141	317	142	51	91	94	75	19
7.	हरियाणा	245	214	31	78	72	6	22	19	3
8.	हिमाचल प्रदेश	167	45	122	100	36	64	14	10	4
9.	जम्मू और कश्मीर	198	101	97	99	57	42	75	36	39
10.	झारखंड	665	416	249	16	2	14	4	2	2
11.	कर्नाटक	654	463	191	67	41	26	3	1	2
12.	केरल	100	89	11	0	0	0	0	0	0
13.	मध्य प्रदेश	310	231	79	12	5	7	13	9	4
14.	महाराष्ट्र	285	142	143	107	33	74	0	0	0
15.	मणिपुर	109	60	49	11	2	9	0	0	0
16.	मेघालय	49	46	3	6	2	4	0	0	0
17.	मिजोरम	60	60	0	1	1	0	0	0	0
18.	ओडिशा	1,323	831	492	100	70	30	123	120	3
19.	राजस्थान	927	580	347	109	55	54	2	2	0
20.	सिक्किम	1015	735	280	150	120	30	35	10	25
21.	तेलंगाना	192	134	58	101	90	11	4	0	4
22.	तमिलनाडु	178	167	11	215	151	64	129	108	21
23.	उत्तरांचल	6	5	1	1	1	0	3	3	0
24.	उत्तर प्रदेश	659	505	154	28	26	2	32	4	28
25.	पश्चिम बंगाल	613	517	96	79	38	41	122	84	38
	कुल	9,563	6,089	3,474	1,830	1,024	806	733	495	238

टी: लक्ष्य

ए: उपलब्धि

एस: कमी

**अनुबंध-3.3**  
(संदर्भ पैरा-3.4.4)

**परित्यक्त/छोड़े गए निर्माण कार्य**

क्र.सं.	राज्य	निर्माण कार्यों की संख्या	निर्माण कार्य का लागत (₹ करोड़ में)	किया गया व्यय (₹ करोड़ में)	टिप्पणियां
1.	असम	1	1.31	0.53	दिसंबर 2011 में ₹130.70 लाख की लागत से पांडु एफआरयू में ग्रामीण स्वास्थ्य ब्लॉक पूलिंग कॉम्प्लेक्स का काम शुरू हुआ, लेकिन बाड़ के निर्माण के बाद रेलवे अधिकारियों ने रेलवे भूमि को अवैध रूप से हथियाने का आरोप लगाया और तत्काल काम बंद करने को कहा, जो नहीं हुआ। अंततः 40 प्रतिशत काम पूरा करने और ₹26.27 लाख का भुगतान करने के बाद किये गये कार्य के मूल्य के प्रति ₹26.27 लाख की अन्य राशि की प्रतिबद्ध देयता को छोड़कर, माननीय गुवाहाटी उच्च न्यायालय के अंतरिम आदेश के आधार पर काम बंद कर दिया गया (नवंबर 2014)। इसके परिणामस्वरूप ₹52.54 लाख (देयता राशि सहित) की राशि के व्यय के बाद अवसंरचना को छोड़ दिया गया।
2.	गुजरात	1	0.61	0	वर्ष 2012-13 के लिए पीएचसी, मोयाद (तालुका प्रांतिज) में स्टाफ क्वार्टरों के निर्माण का कार्य एक एजेंसी को ₹0.61 करोड़ की लागत से मई 2014 में पूरा होने की निर्धारित तारीख के साथ प्रदान किया गया था (अगस्त 2013)। पहुँच सड़क की गैर-उपलब्धता के कारण, इस उद्देश्य के लिए उपयुक्त जगह नहीं मिली थी (जनवरी 2016)। एजेंसी को काम से हटा दिया गया था (जुलाई 2016) और अंततः कार्य छोड़ दिया गया था। उपयुक्त भूमि का अधिग्रहण प्रगति पर था कहा गया था। (अगस्त 2016)।
3.	जम्मू एवं कश्मीर	1	0.50	0.44	उधमपुर जिले में एससी चरत का निर्माण ₹49.50 लाख की अनुमानित लागत पर बिना प्रशासनिक अनुमोदन के तथा बिना उचित अधिग्रहण और विभाग के पक्ष में भूमि के शीर्षक के हस्तांतरण के किया गया था। ₹43.50 लाख का व्यय करने तथा आरएंडबी मंडल, उधमपुर के माध्यम से 2014-15 को प्लिंथ स्तर तक कार्य करने के बाद, भूमि



					विवाद तथा बाद में न्यायालय के रोक के कारण निर्माण कार्य छोड़ दिया गया था (जुलाई 2014)।
4.	कर्नाटक	17	3.42	0.40	2011-13 के दौरान अनुमोदित 586 एससी के संबंध में, जगह की समस्याओं के कारण 17 निर्माण कार्य छोड़ दिए गए थे।
5.	मणिपुर	2	उपलब्ध नहीं कराया गया	उपलब्ध नहीं कराया गया	सीएचसी माओ, सेनापति जिला के पूर्वी हिस्से पर पुश्ते की दीवार का निर्माण, 2011 से परित्यक्त पड़ा है। पीएचएससी मराम खुल्लन में संस्थागत भवन (आईबी) के लिए निर्माण कार्य बिना किसी देखभाल के अधूरा रह गया था और इस तरह से, भवन खराब होना शुरू हो गया था। वर्तमान में, यह पीएचएससी पुरानी लकड़ी के भवन से काम कर रहा है क्योंकि नई भवन पूरी नहीं बन पाई थी।
	<b>कुल</b>	<b>22</b>			

## अनुबंध -3.4

(पैरा - 3.5 के संदर्भ में)

## स्वास्थ्य सुविधाओं में कर्मचारी आवास की कमी

क्र.सं	स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रकार	कर्मचारी आवास की उपलब्धता
1.	उप-केंद्र	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ आठ राज्यों (छत्तीसगढ़, हरियाणा, झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा और उत्तराखंड) के 68 एससी (टाइप 'बी') में कोई स्टाफ क्वार्टर उपलब्ध नहीं था।</li> <li>➤ 538 कर्मचारी आवास की आवश्यकता के मुकाबले 10 राज्यों (छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तराखंड और उत्तर प्रदेश) के 248 एससी (टाइप 'बी') में, 182 क्वार्टर उपलब्ध थे (66 प्रतिशत की कमी)।</li> <li>➤ सात राज्यों (छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा और उत्तराखंड) में 182 उपलब्ध कर्मचारी क्वार्टर में से, 81 कर्मचारी क्वार्टर खाली हैं।</li> </ul>
2.	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 15 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, महाराष्ट्र, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) के 125 पीएचसी में कोई कर्मचारी आवास उपलब्ध नहीं था।</li> <li>➤ 22 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) के 441 पीएचसी में 4109 कर्मचारी आवास की आवश्यकता के तुलना में, केवल 1087 ही उपलब्ध थे (74 प्रतिशत की कमी)।</li> <li>➤ 20 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू-कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मिजोरम, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा और पश्चिम बंगाल) में 1087 कर्मचारी आवास में से 274 कर्मचारी आवास खाली थे।</li> </ul>
3.	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, गुजरात, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, तेलंगाना और उत्तर प्रदेश) के 36 सीएचसी में कोई कर्मचारी आवास उपलब्ध नहीं था।</li> <li>➤ 21 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखंड, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) के 241 सीएचसी में, 7,588 आवास की आवश्यकता के मुकाबले, 2,542 उपलब्ध थे (66 प्रतिशत की कमी)।</li> <li>➤ 18 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल) में उपलब्ध 2,542 कर्मचारी आवास में से 451 कर्मचारी आवास रिक्त हैं।</li> </ul>

4.	जिला अस्पताल	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ छह राज्यों (असम, बिहार, छत्तीसगढ़, मध्य प्रदेश, तेलंगाना और उत्तर प्रदेश) के 10 जिला अस्पतालों में, कोई कर्मचारी आवास उपलब्ध नहीं था।</li> <li>➤ 21 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखंड, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) के 111 जिला अस्पतालों में, 13,315 आवास की आवश्यकता के मुकाबले, 2,846 उपलब्ध थे (79 प्रतिशत कमी)।</li> <li>➤ 15 राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तेलंगाना, उत्तराखंड, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) में उपलब्ध 2,846 कर्मचारी आवास में से 229 स्टाफ क्वार्टर रिक्त हैं।</li> </ul>
----	--------------	---

अनुबंध-4.1  
(पैरा-4.3 के संदर्भ में)

स्वास्थ्य केंद्रों में बेकार/अनुपयोगी उपकरण के राज्यवार विवरण

क्र.सं	राज्य	बेकार/अनुपयोगी उपकरण के विवरण	बेकार पड़े उपकरण की संख्या	किया गया व्यय (₹ करोड़)
1.	आंध्र प्रदेश	जिला अस्पताल, एलुरु में उपकरण	50	0.22
2.	असम	यूएसजी कलर डॉपलर मशीन और एकल पंचर लैप्रोस्कोपिक सेट	26	1.99
3.	छत्तीसगढ़	नौ उपकरण	9	0.47
4.	गुजरात	माइक्रो बायोलॉजी लैबोरेटरी, मल्टीपारा कार्डिएक मॉनिटर और ऑटोमेटेड एक्सटरनल डेफिब्रिलेटर के लिए जैव सुरक्षा कैबिनेट <sup>4</sup> , आसान निदान मशीन, एक्सरे मशीन, दंत कुर्सी आदि	13	0.27
5.	हरियाणा	चिकित्सा उपकरण, एक्स-रे मशीन	49	3.76
6.	हिमाचल प्रदेश	अल्ट्रासाउंड मशीन, एक्स-रे मशीन, डिजिटल ईसीजी मशीन, चेस्ट स्टैंड ड्रायर	4	0.19
7.	जम्मू और कश्मीर	अल्ट्रासाउंड मशीन, अल्ट्रासाउंड, स्कैनर सामान थर्मल प्रिंटर और पूरे शरीर मल्टी स्लाइस स्कैनर	5	5.21
8.	झारखंड	स्व विश्लेषक, पाथ फास्ट, तीन चैनल ईसीजी मशीनें, आदि।	26	3.05
9.	कर्नाटक	एक्स-रे उपकरण, ईसीजी मशीन, रक्त भंडारण इकाइयों, आदि।	18	0.29
10.	मेघालय	ईनसिनेटर, ओटी उपकरण और सर्जिकल सेट	2	0.19
11.	पंजाब	बंध्याकरण के लिए लैप्रोस्कोप	1	0.12
12.	राजस्थान	नेत्र उपकरण, वेंटिलेटर, आईसीयू वार्ड के उपकरण आदि	8	1.34
13.	तमिलनाडु	एक्स-रे उपकरण	2	0.04
14.	तेलंगाना	डीएच, नलगौडा में एसएनसीयू में ट्रांसपोर्ट इनक्यूबेटर	1	0.02
15.	त्रिपुरा	लैप्रोस्कोप मशीन	5	0.35
16.	उत्तराखंड	सीटी स्कैन मशीन, विद्युत चुम्बकीय शॉक वेव, रेडियो मीटर, आदि	14	8.79
17.	पश्चिम बंगाल	नए जन्म स्थिरीकरण इकाई, रक्त भंडारण इकाइयों, आदि	195	4.09
कुल			428	30.39

<sup>4</sup> जैव सुरक्षा कैबिनेट संचालक, प्रयोगशाला के वातावरण और कार्य सामग्री को संक्रामक एरोसोल और छिड़काव के संपर्क में आने से सुरक्षा के लिए डिज़ाइन किया गया है जो संक्रामक एजेंटों जैसे कि प्राथमिक संस्कृतियों, भंडारों और निदान नमूने आदि युक्त सामग्री में परिवर्तन कर सकता है।

**अनुबध-4.2**  
(संदर्भ पैरा-4.6)

**रोगियों को समाप्त अवधि/निम्नमानक दवाओं के वितरण का राज्य-वार विवरण**

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभियुक्ति
1.	असम	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ अप्रैल 2014 और जून 2014 के दौरान केंद्रीय भंडार, गुवाहाटी में 6.22 करोड़ आईएफए गोलियों (छोटी) की, फरवरी 2016 तक एक शेल्फ-आयु थी। इनमें से, ₹48.52 लाख मूल्य की 1.94 करोड़ गोलियों की अवधि शेल्फ-आयु के भीतर जारी नहीं करने के कारण समाप्त हो गयी थी। यह देखा गया था कि राज्य स्तर पर लाभार्थियों के प्रक्षेपित अनुमान के आधार पर जिलों से आवश्यकताएं प्राप्त किए बिना खरीद की गई थी।</li> <li>➤ 16 स्वास्थ्य केंद्रों<sup>5</sup> में ₹51.15 लाख की लागत की 67 दवाओं की अवधि 2011-16 के दौरान समाप्त हो गई थी।</li> <li>➤ स्वास्थ्य केंद्रों ने बताया कि इंडेंट के बिना मांग के प्रति अधिक आपूर्ति के कारण तथा छोटी जीवन-काल की दवाओं की आपूर्ति के कारण दवाओं की अवधि समाप्त हो गई थी।</li> </ul>
2.	बिहार	दवाओं के गुणवत्ता परीक्षण की कोई उचित व्यवस्था नहीं थी और दवाइयों की गुणवत्ता सुनिश्चित किए बिना रोगियों को दवाइयों का वितरण किया गया था।
3.	हरियाणा	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ सितंबर और अक्टूबर 2014 के दौरान परीक्षण के लिए दवाओं के 17 नमूनों को प्रयोगशाला में भेजा गया था। हालांकि, 13 नमूनों की परीक्षण रिपोर्ट देर से प्राप्त हुई या प्राप्त नहीं हुई थी। हालांकि, कमी के कारण इन 13 नमूनों को वितरण के लिए जारी किया गया था।</li> <li>➤ जून 2013 और दिसंबर 2015 के बीच प्राप्त हुई दवाओं के 26 बैचों को मानक गुणवत्ता के नहीं घोषित किया गया था।</li> <li>➤ ₹38.21 लाख की लागत वाली आठ दवाओं के नमूनों जिनमें प्रयोगशाला द्वारा मानक गुणवत्ता की घोषणा नहीं की गई, ₹6.99 लाख की दवाएं पहले ही मरीजों के वितरण के लिए गोदामों द्वारा वितरित की जा चुकी थीं।</li> <li>➤ ₹2.33 करोड़ की समाप्त अवधि की दवाइयां पूरे राज्य में दवा भंडारगृहों में 19 से 811 दिन (जुलाई 2016 तक) के बीच की अवधि के लिए पड़ी थीं। नीति के अनुसार आपूर्तिकर्ता को अवधि समाप्त के छह महीने पहले सूचित किया जाना चाहिए था, लेकिन दवाओं को बदलने के लिए कोई कार्रवाई शुरू नहीं हुई थी परिणामस्वरूप इन समाप्त अवधि की दवाओं की लागत विभाग द्वारा वहन की गई।</li> </ul>
4.	झारखंड	नमूना जांच सीएचसी (जामा तथा शिकारीपारा) में 2,813 साहियों <sup>6</sup> को वितरण (पाँच बोटल/साहिया) हेतु जून 2015 में दुमका में प्राप्त ₹1.54 लाख की लागत की

<sup>5</sup> कामरूप डीएच, कार्बी एंगलांग डीएच, गोलाघाट डीएच; लिगीरपुखुरी एसडीसीएच, हैमरेन एसडीसीएच, एजारा सीएचसी, सिपाझार सीएचसी, सोलाकुची सीएचसी, बोकोटा पीएचसी, गोराल एमपीएचसी, गीलेकी पीएचसी, हजारीकापारा पीएचसी, जोलजोली पीएचसी, झारबाड़ी एसडी, कुल्शी एसडी और रंगमती एमपीएचसी

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभियुक्ति
		पैरासिटामोल सिरप के 125 एमजी/5 एमएल (60 एमएल की प्रत्येक बोतल) की 14,052 बोतलों में से, 9,028 बोतलों को राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशाला, रांची (नवंबर 2015) के परीक्षण रिपोर्ट के अनुसार निम्नस्तरीय पाया गया था। ये दवाएं जून-जुलाई 2015 के दौरान आपूर्ति की गई थीं, अर्थात्, परीक्षण प्रमाण-पत्र प्राप्त होने से 4-5 महीने पहले।
5.	कर्नाटक	1 अप्रैल 2014 से 31 मार्च 2016 की अवधि के दौरान गोदामों से प्राप्त दवाओं के 8,356 बैचों में से केवल 4,444 बैचों (53 प्रतिशत) का परीक्षण किया गया था। दवाओं के 105 बैचों की यादृच्छिक परीक्षण जांच से पता चला कि जब नमूने परीक्षण के लिए भेजे गए थे, तब तक 10 बैचों के संबंध में भंडार के 20 प्रतिशत से अधिक स्वास्थ्य सुविधाओं को जारी किया जा चुके थे।
6.	केरल	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2011-16 के दौरान, गुणवत्ता परीक्षण के लिए सूचीबद्ध प्रयोगशाला को भेजे गए दवाओं के 30,767 बैचों में से, 364 को मानक गुणवत्ता के न होने की घोषणा की गई थी। यद्यपि प्रयोगशाला की रिपोर्ट के आधार पर एनएसक्यू की दवाएं बाद में फ्रोजेन थीं, ऐसे एनएसक्यू दवाओं को रोगियों को प्रशासन और वितरण की संभावना से इंकार नहीं किया जा सका क्योंकि ये दवाइयां पहले ही स्वास्थ्य सुविधाओं को आपूर्ति की जा चुकी थीं।</li> <li>➤ 2014-16 के दौरान, गुणवत्ता परीक्षण के लिए भेजे गए 2,017 बैचों में से, प्रयोगशालाएं निर्धारित समय के भीतर परीक्षण परिणाम प्रस्तुत करने में विफल रही और 248 बैचों के संबंध में, एक माह से लेकर 318 दिन तक का विलंब हुआ था।</li> </ul>
7.	महाराष्ट्र	दो नमूना जांच जिलों (भंडारा और नांदेड़) में, 14 दवाओं (मात्रा 1.71 लाख) को उनके आरएच और एसडीएच को आपूर्ति किये जाने के छह से सात महीने के बाद निम्नमानक घोषित किया गया था। परिणामस्वरूप, दवाइयां मरीजों को भी जारी की जा चुकी थीं।
8.	मणिपुर	डीएचएस, उखुल के भंडार के संयुक्त भौतिक सत्यापन से पता चला कि उचित लेबलिंग (बैच संख्या और समाप्ति तिथि) के बिना भंडारगृह में दवाएं रखी गई थीं। यह पाया गया कि 9 प्रकार की दवाइयां (3,285 इकाइयां) समाप्ति अवधि के बाद की मिलीं।
9.	ओड़िशा	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2011-16 के दौरान, सात डीएचएच में से पांच में तथा 21 नमूना सीएचसी में से चार में, परीक्षण तथा एसडीएमयू से परीक्षण रिपोर्टों की प्राप्ति में विलंब के कारण, सितंबर 2011 से दिसंबर 2015 के दौरान ₹11.79 लाख मूल्य की 29 प्रकार की एनएसक्यू दवाएं रोगियों को दी गयीं।</li> <li>➤ 2006-16 के दौरान प्राप्त 9 आपूर्तिकर्ताओं से ₹70.93 लाख मूल्य की दवाएं एनएसक्यू घोषित की गई थीं। यद्यपि, एसडीएमयू ने 15 से 243 दिनों के भीतर इन दवाइयों को बदलने के लिए आपूर्तिकर्ताओं को सूचित किया था, जुलाई 2016 तक दवाओं को बदला नहीं गया था।</li> </ul>

<sup>6</sup> झारखंड में, आशा के लिए प्रकल्पित एक वैकल्पिक नाम सहिया है।

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभियुक्ति
		<ul style="list-style-type: none"> <li>इसी प्रकार, सात नमूना जिलों में से छः में, ₹53.83 लाख मूल्य की एनएसक्यू दवाएं जिलों के केंद्रीय भंडार तथा सीएचसी में बिना बदले जुलाई 2016 तक अप्रयुक्त पड़े थे। एसडीएमयू ने सीडीएमओ को आपूर्तिकर्ताओं को एनएसक्यू दवाओं को वापस करने के लिए निर्देश नहीं दिया था। एसडीएमयू की ओर से दवा प्रबंधन नीति के प्रावधानों को लागू करने में चूक के कारण, ₹53.83 लाख व्यर्थ हो गए।</li> </ul>
10.	पंजाब	एससी, बुद्ध सिंह वाला, जिला मोगा के भौतिक सत्यापन के दौरान, (मई 2016) यह पाया गया कि अप्रैल 2016 तक की समाप्ति तिथि वाली 'एरीथ्रोमाइंडस्टारेट' गोलियां आईपी 250 एमजी (बैच सं. बीटी 40,180) दवाईयां रोगियों को देने/वितरण हेतु प्रयोग की जाने वाली दवा ट्रे में पड़ी थीं। एमडी ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए कहा (सितंबर 2016) कि दवाओं और प्रसाधन सामग्री अधिनियम के प्रासंगिक प्रावधानों और पंजाब प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड के नियम/दिशानिर्देशों के अंतर्गत समाप्त अवधि की दवाईयों को निपटाए जाने का आदेश दिया गया था।
11.	तेलंगाना	<ul style="list-style-type: none"> <li>"हाइड्रोकार्टरिसोन सस्सिनेट" के 5,200 इंजेक्शन को 2015 में टीएसएमएसआईडीसी द्वारा नालगोंडा जिले में स्वास्थ्य संस्थानों को जारी किया गये थे। यद्यपि, बाद में गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण में विफलता पर इंजेक्शन को अस्वीकृत कर दिया गया था। यह पाया गया कि स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा केवल 712 इंजेक्शन लौटाए गए थे। शेष 4,488 इंजेक्शन न तो प्राप्त हुए थे और न ही उनके निपटान का विवरण उपलब्ध था। इसे ध्यान में रखते हुए, यह सत्यापित नहीं किया जा सका कि क्या इंजेक्शन लाभार्थियों द्वारा उपयोग किया गया था या नष्ट किया गया था।</li> <li>रोगियों को वितरित किए जाने के बाद रैंटक 150 एमजी गोलियों (10,000) के बैच पर गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण किए गए थे।</li> </ul>
12.	त्रिपुरा	जुलाई 2012 से दिसंबर 2012 के बीच एक फर्म द्वारा आपूर्ति की गई 2.18 करोड़ आईएफए (बड़ी) और 1.84 करोड़ आईएफए (छोटी) गोलियां सितंबर 2012 से नवंबर 2012 के दौरान स्कूल के बच्चों को वितरण के लिए जारी की गई थीं। यद्यपि, नमूना गुणवत्ता जांच से पता चला कि ये दवाएं निर्धारित मानक के अनुरूप नहीं थीं। सभी सीएमओ, एसडीएमओ और एमआईसी को उपयोग नहीं करने तथा स्कूलों और शैक्षणिक संस्थानों से गोलियों के वापसी के आदेश जारी किए गए थे (दिसंबर 2013)। तदनुसार, 12.16 लाख गोलियों को दिसंबर 2013 से फरवरी 2014 के दौरान केंद्रीय भंडार में वापस लौटा दिया गया था। आगे यह भी पाया गया कि, 14.20 लाख गोलियां स्कूल के बच्चों को वितरित किए गए थे और संभवतः उपयोग किए गए थे।
13.	उत्तर प्रदेश	2011-16 के दौरान नमूना जांच जिलों में (बदायूं, जालौन और मुजफ्फरनगर को छोड़कर), ₹53.49 करोड़ मूल्य की दवाओं तथा उपभोग्य वस्तुओं की खरीद हुई थी, यद्यपि, गुणवत्ता के लिए ये परीक्षण नहीं किए गए थे। इस प्रकार, दवाओं तथा उपभोग्य वस्तुओं को उनकी गुणवत्ता सुनिश्चित किए बिना रोगियों को जारी किया गया था। सीएमओ ने उत्तर दिया कि आरसी फर्म ने उनके द्वारा किए गए आपूर्ति के संबंध में एनएबीएल की गुणवत्ता परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत की थी। यद्यपि, नमूनाकृत

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभियुक्ति
		जिलों के रिकॉर्ड में कोई गुणवत्ता परीक्षण रिपोर्ट नहीं मिली।
14.	पश्चिम बंगाल	2011-16 के दौरान, दो चयनित जिलों में, निम्नमानक दवाइयों के सात बैचों (पश्चिम मेदिनीपुर जिला-चार, मुर्शिदाबाद चिकित्सा महाविद्यालय तथा अस्पताल-तीन) को रोगियों को परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने के समय तक दिया किया गया था। इसके अतिरिक्त, मुर्शिदाबाद में जिला आरक्षित भंडार ने 2011-14 के दौरान परीक्षण के लिए किसी भी बैच को नहीं भेजा था।



## अनुबंध - 5.1.1

(पैरा - 5.2 के संदर्भ)

## जिला अस्पताल में डॉक्टरों/विशेषज्ञों की स्थिति

क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित जिला अस्पताल	आईपीएचएस - 2012 के अनुसार कर्मचारियों की आवश्यक संख्या	सुविधाओं की स्वीकृत क्षमता	तैनाती की स्थिति	आईपीएचएस के विरुद्ध कमी (- )/अतिरिक्त (+)	स्वीकृत क्षमता के विरुद्ध कमी (- )/अतिरिक्त (+)
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	58	39	21	-37	-18
2.	आंध्र प्रदेश	3	113	72	78	-35	6
3.	बिहार	10	290	299	133	-157	-166
4.	छत्तीसगढ़	4	116	119	101	-15	-18
5.	गुजरात	3	110	90	71	-39	-19
6.	हरियाणा	2	58	97	67	9	-30
7.	हिमाचल प्रदेश	3	118	112	92	-26	-20
8.	जम्मू और कश्मीर	4	116	158	102	-14	-56
9.	झारखंड	5	145	86	62	-83	-24
10.	कर्नाटक	5	145	127	80	-65	-47
11.	केरल	2	87	63	57	-30	-6
12.	मध्य प्रदेश	10	290	547	307	17	-240
13.	महाराष्ट्र	3	127	150	106	-21	-44
14.	मणिपुर	2	58	100	41	-17	-59
15.	मेघालय	3	87	48	36	-51	-12
16.	ओडिशा	7	254	272	171	-83	-101
17.	पंजाब	3	87	76	63	-24	-13
18.	राजस्थान	7	203	329	164	-39	-165
19.	सिक्किम	2	58	58	65	7	7
20.	तमिलनाडु	3	97	122	83	-14	-39
21.	तेलंगाना	3	103	76	55	-48	-21
22.	उत्तर प्रदेश	20	580	396	286	-294	-110
23.	उत्तराखंड	5	145	67	57	-88	-10
	<b>कुल</b>	<b>111</b>	<b>3,445</b>	<b>3,503</b>	<b>2,298</b>	<b>-1,147</b>	<b>-1,205</b>

## अनुबंध - 5.1.2

(पैरा - 5.2 के संदर्भ में)

## जिला अस्पताल में कर्मचारी नर्सों की स्थिति

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित जिला अस्पताल	आईपीएचएस - 2012 के अनुसार कर्मचारियों की आवश्यक संख्या	सुविधाओं की स्वीकृत क्षमता	तैनाती की स्थिति	आईपीएचएस के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)	स्वीकृत क्षमता के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	90	76	33	-57	-43
2.	आंध्र प्रदेश	3	270	154	132	-138	-22
3.	बिहार	10	450	483	259	-191	-224
4.	छत्तीसगढ़	4	180	164	136	-44	-28
5.	गुजरात	3	153	158	135	-18	-23
6.	हरियाणा	2	90	75	67	-23	-8
7.	हिमाचल प्रदेश	3	315	118	130	-185	12
8.	जम्मू और कश्मीर	4	180	102	68	-112	-34
9.	झारखंड	5	45	22	39	-6	17
10.	कर्नाटक	5	225	333	233	8	-100
11.	केरल	2	225	201	197	-28	-4
12.	मध्य प्रदेश	10	450	1026	844	394	-182
13.	महाराष्ट्र	3	235	356	317	82	-39
14.	मणिपुर	2	90	68	29	-61	-39
15.	मेघालय	3	135	99	98	-37	-1
16.	ओडिशा	7	630	252	268	-362	16
17.	पंजाब	3	135	159	103	-32	-56
18.	राजस्थान	7	315	552	482	167	-70
19.	सिक्किम	2	90	90	37	-53	-53
20.	तेलंगाना	3	225	164	158	-67	-6
21.	तमिलनाडु	3	225	175	169	-56	-6
22.	उत्तर प्रदेश	20	900	467	402	-498	-65
23.	उत्तराखंड	5	225	85	69	-156	-16
	<b>कुल</b>	<b>111</b>	<b>5,878</b>	<b>5,379</b>	<b>4,405</b>	<b>-1,473</b>	<b>-974</b>

## अनुबंध - 5.1.3

(पैरा - 5.2 के संदर्भ में)

## जिला अस्पताल में पराचिकित्सा कर्मचारी की स्थिति

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित जिला अस्पताल	आईपीएचएस - 2012 के अनुसार कर्मचारियों की आवश्यक संख्या	सुविधाओं की स्वीकृत क्षमता	तैनाती की स्थिति	आईपीएचएस के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)	स्वीकृत क्षमता के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	62	29	23	-39	-6
2.	आंध्र प्रदेश	3	139	51	51	-88	0
3.	बिहार	10	310	190	82	-228	-108
4.	छत्तीसगढ़	4	124	57	63	-61	6
5.	गुजरात	3	134	49	41	-93	-8
6.	हरियाणा	2	62	79	33	-29	-46
7.	हिमाचल प्रदेश	3	150	88	76	-74	-12
8.	जम्मू और कश्मीर	4	124	126	109	-15	-17
9.	झारखंड	5	31	26	25	-6	-1
10.	कर्नाटक	5	155	135	81	-74	-54
11.	केरल	2	97	34	37	-60	3
12.	मध्य प्रदेश	10	310	232	171	-139	-61
13.	महाराष्ट्र	3	111	100	70	-41	-30
14.	मणिपुर	2	62	76	52	-10	-24
15.	मेघालय	3	93	20	34	-59	14
16.	ओडिशा	7	312	176	154	-158	-22
17.	पंजाब	3	93	63	54	-39	-9
18.	राजस्थान	7	217	232	87	-130	-145
19.	सिक्किम	2	62	62	69	7	7
20.	तमिलनाडु	3	115	107	62	-53	-45
21.	तेलंगाना	3	115	56	41	-74	-15
22.	उत्तर प्रदेश	20	620	257	205	-415	-52
23.	उत्तराखंड	5	155	70	59	-96	-11
	<b>कुल</b>	<b>111</b>	<b>3,653</b>	<b>2,315</b>	<b>1,679</b>	<b>-1,974</b>	<b>-636</b>

अनुबंध - 5.2  
(पैरा - 5.3 के संदर्भ)

उप-जिला/उप-डिवीजनल अस्पताल में चिकित्सकों/विशेषज्ञों, कर्मचारी नर्स और पराचिकित्सा की स्थिति, स्टाफ नर्स और पराचिकित्सा कर्मचारी

क्र. सं.	राज्य	लेखापरीक्षित उपजिला अस्पताल	आईपीएचएस - 2012 के अनुसार कर्मचारियों की आवश्यक संख्या	सुविधाओं की स्वीकृत क्षमता	तैनाती की स्थिति	आईपीएचएस के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)	स्वीकृत क्षमता के विरुद्ध कमी (-)/अतिरिक्त (+)
<b>चिकित्सकों/विशेषज्ञों</b>							
1	आंध्र प्रदेश	4	80	36	38	-42	2
2	बिहार	6	120	147	50	-70	-97
3	गुजरात	1	20	25	15	-5	-10
4	हिमाचल प्रदेश	6	72	33	25	-47	-8
5	झारखंड	1	20	11	6	-14	-5
6	कर्नाटक	10	200	120	59	-141	-61
7	महाराष्ट्र	8	160	121	102	-58	-19
8	तमिलनाडु	1	18	10	8	-10	-2
9	तेलंगाना	4	80	47	47	-33	0
10	उत्तराखंड	2	40	30	19	-21	-11
	<b>कुल</b>	<b>43</b>	<b>810</b>	<b>580</b>	<b>369</b>	<b>-441</b>	<b>-211</b>
<b>कर्मचारी नर्स</b>							
1	आंध्र प्रदेश	4	80	36	38	-42	2
2	बिहार	6	108	260	82	-26	-178
3	गुजरात	1	18	78	53	35	-25
4	हिमाचल प्रदेश	6	60	28	31	-29	3
5	झारखंड	1	18	6	3	-15	-3
6	कर्नाटक	10	180	176	130	-50	-46
7	महाराष्ट्र	8	144	153	134	-10	-19
8	तमिलनाडु	1	18	6	5	-13	-1
9	तेलंगाना	4	72	91	81	9	-10
10	उत्तराखंड	2	36	35	30	-6	-5
	<b>कुल</b>	<b>43</b>	<b>734</b>	<b>869</b>	<b>587</b>	<b>-147</b>	<b>-282</b>
<b>पराचिकित्सा कर्मचारी</b>							
1	आंध्र प्रदेश	4	180	104	91	-89	-13
2	बिहार	6	162	153	51	-111	-102
3	गुजरात	1	27	15	10	-17	-5
4	हिमाचल प्रदेश	6	66	42	30	-36	-12
5	झारखंड	1	27	12	4	-23	-8

6	कर्नाटक	10	270	162	66	-204	-96
7	महाराष्ट्र	8	216	153	122	-94	-31
8	तमिलनाडु	1	22	7	3	-19	-4
9	तेलंगाना	4	108	44	39	-69	-5
10	उत्तराखंड	2	54	24	21	-33	-3
	कुल	43	1,132	716	437	-695	-279

अनुबंध - 5.3  
(पैरा - 5.4 के संदर्भ में)

बिना विशेषज्ञ चिकित्सकों के सीएचसी का कार्य करना

क्र.सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	सामान्य शल्य चिकित्सक प्रतिशत	प्रतिशत	सामान्य चिकित्सक प्रतिशत	प्रतिशत	प्रसूति स्त्री रोग विशेषज्ञ प्रतिशत	प्रतिशत	बच्चों का चिकित्सक प्रतिशत	प्रतिशत	निश्चेतक प्रतिशत	प्रतिशत
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
2.	आंध्र प्रदेश	5	4	80	2	40	3	60	2	40	2	40
3.	अरुणाचल प्रदेश	6	4	66.66	4	66.66	5	83.33	5	83.33	4	66.66
4.	असम	9	8	88.88	8	66.66	6	66.66	8	88.88	6	66.66
5.	बिहार	13	8	61.53	8	61.53	10	76.92	10	76.92	11	84.61
6.	छत्तीसगढ़	8	8	100	8	100	8	100	7	87.5	8	100
7.	गुजरात	12	10	83.33	10	83.33	10	83.33	10	83.33	10	83.33
8.	हिमाचल प्रदेश	6	6	100	6	100	6	100	6	100	5	83.33
9.	जम्मू और कश्मीर	8	3	37.5	6	75	3	37.5	3	37.5	4	50
10.	झारखंड	12	11	91.66	10	83.33	11	91.66	10	83.33	12	100
11.	कर्नाटक	19	19	100	17	89.47	10	52.63	17	89.47	16	84.21
12.	केरल	9	8	88.88	8	88.88	8	88.88	8	88.88	8	88.88
13.	मध्य प्रदेश	21	20	95.23	18	85.71	18	85.71	19	90.47	21	100
14.	महाराष्ट्र	9	9	100	8	88.88	7	77.77	8	88.88	8	88.88
15.	मणिपुर	3	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100
16.	मेघालय	3	3	100	2	66.66	3	100	3	100	3	100
17.	मिजोरम	2	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
18.	ओडिशा	21	9	43.00	17	80.95	12	57.14	18	85.71	21	100
19.	पंजाब	8	7	87.5	8	100	8	100	8	100	8	100
20.	राजस्थान	15	10	66.66	8	53.33	11	73.33	12	80	13	86.66
21.	सिक्किम	1	1	100	1	100	1	100	1	100	0	0

क्र.सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	सामान्य शल्य चिकित्सक	प्रतिशत	सामान्य चिकित्सक	प्रतिशत	प्रसूति स्त्री रोग विशेषज्ञ	प्रतिशत	बच्चों का चिकित्सक	प्रतिशत	निश्चेतक	प्रतिशत
22.	तमिलनाडु	6	6	100	6	100	6	100	6	100	6	100
23.	त्रिपुरा	2	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
24.	उत्तर प्रदेश	28	24	85.71	26	92.85	20	71.42	25	89.28	24	85.71
25.	उत्तराखंड	4	3	75	4	100	4	100	3	75	4	100
26.	पश्चिम बंगाल	11	11	100	11	100	8	72.72	11	100	11	100
27.	तेलंगाना	5	5	100	3	60	3	60	2	40	2	40
	कुल	248	206	83.06	208	83.06	190	76.61	211	85.08	216	87.09

अनुबंध - 5.4

(पैरा - 5.4 के संदर्भ में)

पैरामीडिकल स्टाफ के बिना काम कर रहे सीएचसी

प्रयोगशाला तकनीशियन				फार्मिसिस्ट			
क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	प्रयोगशाला तकनीशियन के बिना सीएचसी की संख्या	क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	फार्मिसिस्ट के बिना कार्यरत सीएचसी की संख्या
1.	गुजरात	12	3	1.	अरुणाचल प्रदेश	6	2
2.	हरियाणा	7	3	2.	गुजरात	12	3
3.	हिमाचल प्रदेश	6	3	3.	हरियाणा	7	2
4.	झारखंड	12	1	4.	हिमाचल प्रदेश	6	2
5.	कर्नाटक	19	1	5.	जम्मू और कश्मीर	8	1
6.	महाराष्ट्र	9	2	6.	महाराष्ट्र	9	1
7.	ओडिशा	21	3	7.	झारखंड	12	4
8.	राजस्थान	15	3	8.	कर्नाटक	19	2
9.	उत्तर प्रदेश	28	6	9.	मध्य प्रदेश	21	2
10.	उत्तराखंड	4	1	10.	राजस्थान	15	5
11.	पश्चिम बंगाल	11	2	11.	उत्तर प्रदेश	28	5
	<b>कुल</b>	<b>144</b>	<b>28</b>	12.	पंजाब	8	1
					<b>कुल</b>	<b>151</b>	<b>30</b>

स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)				सांख्यिकीय सहायक/डाटा एंट्री ऑपरेटर			
क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	एचडब्ल्यू (एम) के बिना कार्यरत सीएचसी की संख्या	क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	सांख्यिकीय सहायक/डाटा एंट्री ऑपरेटर के बिना कार्यरत सीएचसी की संख्या
1.	असम	9	9	1.	अरुणाचल प्रदेश	6	2
2.	गुजरात	12	12	2.	असम	9	2
3.	हरियाणा	7	2	3.	छत्तीसगढ़	8	3
4.	हिमाचल प्रदेश	6	1	4.	गुजरात	12	3
5.	जम्मू और कश्मीर	8	2	5.	हरियाणा	7	4
6.	झारखंड	12	12	6.	हिमाचल प्रदेश	6	2
7.	कर्नाटक	19	19	7.	जम्मू और कश्मीर	8	4
8.	मध्य प्रदेश	21	9	8.	झारखंड	12	2



9.	महाराष्ट्र	9	3	9.	कर्नाटक	19	16
10.	मणिपुर	3	2	10.	मध्य प्रदेश	21	1
11.	मेघालय	3	1	11.	महाराष्ट्र	9	4
12.	मिजोरम	2	2	12.	मणिपुर	3	1
13.	ओडिशा	21	9	13.	मेघालय	3	3
14.	राजस्थान	15	7	14.	ओडिशा	21	13
15.	उत्तर प्रदेश	28	13	15.	राजस्थान	15	6
16.	उत्तराखंड	4	4	16.	उत्तर प्रदेश	28	3
17.	पश्चिम बंगाल	11	9	17.	उत्तराखंड	4	1
<b>कुल</b>		<b>190</b>	<b>116</b>	<b>कुल</b>		<b>191</b>	<b>70</b>

स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)				स्वास्थ्य सहायक (महिला)/महिला स्वास्थ्य परिदर्शक			
क्र. सं.	राज्य	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	एचडब्लू (महिला) के बिना सीएचसी की संख्या	क्र.सं.	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	एचए(एफ)/एलएचवी के बिना सीएचसी की संख्या
1.	असम	9	7	1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	2
2.	गुजरात	12	12	2.	असम	9	5
3.	हरियाणा	7	2	3.	छत्तीसगढ़	8	2
4.	हिमाचल प्रदेश	6	2	4.	गुजरात	12	12
5.	झारखंड	12	11	5.	हरियाणा	7	2
6.	कर्नाटक	19	19	6.	हिमाचल प्रदेश	6	4
7.	महाराष्ट्र	9	2	7.	जम्मू और कश्मीर	8	1
8.	मिजोरम	2	2	8.	झारखंड	12	11
9.	ओडिशा	21	3	9.	कर्नाटक	19	19
10.	राजस्थान	15	4	10	मध्य प्रदेश	21	2
11.	उत्तर प्रदेश	28	8	11	महाराष्ट्र	9	2
12.	पश्चिम बंगाल	11	7	12	मेघालय	3	2
	<b>कुल:</b>	<b>151</b>	<b>78</b>	13	मिजोरम	2	2
				14	ओडिशा	21	2
				15	राजस्थान	15	6
				16	त्रिपुरा	2	1
				17	उत्तर प्रदेश	28	8
				18	उत्तराखंड	4	1
				19	पश्चिम बंगाल	11	7
					<b>कुल</b>	<b>199</b>	<b>91</b>

**अनुबंध - 5.5**  
(पैरा - 5.4 के संदर्भ में)  
**सीएचसी में स्टाफ नर्सों की उपलब्धता**

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित सीएचसी की संख्या	आईपीएचएस -2012 के अनुसार कर्मचारी की अनिवार्य संख्या	सुविधाओं की संस्वीकृत क्षमता	कार्यरत कर्मचारी	आईपीएचएस के प्रति कमी(-) /आधिक्य(+)	स्वीकृत क्षमता के प्रति कमी(-) /आधिक्य(+)
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	20	16	25	5	9
2.	आंध्र प्रदेश	5	50	37	26	-24	-11
3.	बिहार	13	130	114	80	-50	-34
4.	छत्तीसगढ़	8	80	80	47	-33	-33
5.	गुजरात	12	120	88	78	-42	-10
6.	हरियाणा	7	70	58	35	-35	-23
7.	हिमाचल प्रदेश	6	60	28	31	-29	3
8.	जम्मू और कश्मीर	8	80	63	42	-38	-21
9.	झारखंड	12	120	52	35	-85	-17
10.	कर्नाटक	19	190	119	89	-101	-30
11.	केरल	9	90	65	63	-27	-2
12.	मध्य प्रदेश	21	210	81	118	-92	37
13.	महाराष्ट्र	9	90	51	44	-46	-7
14.	मणिपुर	3	30	24	22	-8	-2
15.	मेघालय	3	30	19	28	-2	9
16.	ओडिशा	21	210	79	77	-133	-2
17.	पंजाब	8	80	58	50	-30	-8
18.	राजस्थान	15	150	160	155	5	-5
19.	सिक्किम	1	10	10	1	-9	-9
20.	तमिलनाडु	6	60	24	24	-36	0
21.	तेलंगाना	5	50	28	27	-23	-1
22.	उत्तर प्रदेश	28	280	139	105	-175	-34
23.	उत्तराखंड	4	40	30	16	-24	-14
24.	पश्चिम बंगाल	11	110	117	85	-25	-32
	<b>कुल</b>	<b>236</b>	<b>2,360</b>	<b>1,540</b>	<b>1,303</b>	<b>-1,057</b>	<b>-237</b>

अनुबध - 5.6  
(पैरा - 5.5 के संदर्भ में)

लेखापरीक्षित पीएचसी में मानवशक्ति की स्थिति

क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित पीएचसी की संख्या	पीएचसी की संख्या जहां वर्ष के दौरान न तो एलोपैथिक चिकित्सक और न ही आयुष चिकित्सक तैनात थे (संविदात्मक / स्थायी)
1.	आंध्र प्रदेश	18	1
2.	अरुणाचल प्रदेश	11	2
3.	असम	30	8
4.	छत्तीसगढ़	16	6
5.	हरियाणा	12	2
6.	हिमाचल प्रदेश	12	1
7.	कर्नाटक	20	2
8.	मध्य प्रदेश	40	9
9.	ओडिशा	38	1
10.	पंजाब	12	1
11.	राजस्थान	30	4
12.	उत्तर प्रदेश	55	27
13.	उत्तराखंड	11	3
	<b>कुल</b>	<b>305</b>	<b>67</b>

## अनुबंध -5.7

(पैरा - 5.5 के संदर्भ में)

## पीएचसी में नर्स-मिडवाइफ़ (स्टाफ नर्स) की स्थिति

क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित पीएचसी की संख्या	आईपीएचएस -2012 के अनुसार कर्मचारी की अनिवार्य संख्या	सुविधाओं की संस्वीकृत क्षमता	कार्यरत कर्मचारी	आईपीएचएस के प्रति कमी(-)/आधिक्य(+)	स्वीकृत क्षमता के प्रति कमी(-)/आधिक्य(+)
1.	आंध्र प्रदेश	18	70	25	23	-47	-2
2.	छत्तीसगढ़	16	48	48	9	-39	-39
3.	गुजरात	12	36	29	18	-18	-11
4.	हरियाणा	12	38	46	36	-2	-10
5.	हिमाचल प्रदेश	12	36	6	9	-27	3
6.	जम्मू और कश्मीर	16	48	17	12	-36	-5
7.	झारखंड	23	69	51	38	-31	-13
8.	कर्नाटक	20	60	31	30	-30	-1
9.	केरल	12	36	25	24	-12	-1
10.	मध्य प्रदेश	40	120	37	27	-93	-10
11.	महाराष्ट्र	26	78	19	7	-71	-12
12.	मणिपुर	5	15	5	11	-4	6
13.	ओडिशा	38	114	13	7	-107	-6
14.	पंजाब	12	36	25	26	-10	1
15.	राजस्थान	30	90	55	49	-41	-6
16.	सिक्किम	4	12	12	2	-10	-10
17.	तमिलनाडु	12	36	36	32	-4	-4
18.	तेलंगाना	18	54	29	26	-28	-3
19.	त्रिपुरा	7	21	49	22	1	-27
20.	उत्तर प्रदेश	55	165	45	20	-145	-25
21.	उत्तराखंड	11	33	6	4	-29	-2
22.	पश्चिम बंगाल	22	66	56	34	-32	-22
	<b>कुल</b>	<b>421</b>	<b>1,281</b>	<b>665</b>	<b>466</b>	<b>-815</b>	<b>-199</b>

अनुबध - 5.8  
(पैरा - 5.5 के संदर्भ में)

पराचिकित्सक स्टाफ के बिना कार्यरत पीएचसी

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित पीएचसी की संख्या	बिना कार्यरत पीएचसी					
			प्रयोगशाला तकनीशियन	फार्मासिस्ट	लेखाकार सह डेटा एंट्री ऑपरेटर	स्वास्थ्य कर्मचारी (महिला)	स्वास्थ्य कर्मचारी (पुरुष)	स्वास्थ्य सहायक (महिला)/ महिला हेल्थ पर्यवेक्षक
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	6	0	0	6	0	4	4
2.	आंध्र प्रदेश	18	11	7	13	12	8	1
3.	अरुणाचल प्रदेश	11	3	4	9	3	3	8
4.	असम	30	5	6	6	15	26	20
5.	छत्तीसगढ़	16	7	4	5	0	15	6
6.	गुजरात	12	1	1	0	1	2	7
7.	हरियाणा	12	3	2	10	4	3	5
8.	हिमाचल प्रदेश	12	4	3	5	5	5	3
9.	जम्मू और कश्मीर	16	7	0	15	6	14	16
10.	झारखंड	23	23	23	23	23	23	23
11.	कर्नाटक	20	9	4	18	5	5	13
12.	मध्य प्रदेश	40	26	13	32	16	31	22
13.	महाराष्ट्र	26	8	1	23	9	13	4
14.	मेघालय	8	1	0	0	0	2	2
15.	मिजोरम	7	0	3	0	7	7	7
16.	ओडिशा	38	38	2	38	5	35	25
17.	पंजाब	12	1	1	12	6	9	4
18.	राजस्थान	30	11	27	21	8	17	12
19.	सिक्किम	4	0	0	1	1	2	0
20.	तमिलनाडु	12	8	0	12	0	0	0
21.	त्रिपुरा	7	4	4	3	4	2	6
22.	उत्तर प्रदेश	55	33	3	52	15	47	35
23.	उत्तराखंड	11	8	0	10	4	9	4
24.	पश्चिम बंगाल	22	15	0	22	22	22	22
	कुल	448	226	108	336	171	304	249

**अनुबंध - 5.9**  
**(पैरा - 5.6 के संदर्भ में)**  
**एससी के कर्मचारियों की उपलब्धता**

क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित एससी की संख्या	उप-केंद्रों की संख्या जहां कोई एएनएम/स्वास्थ्य कर्मचारी (महिला) को तैनात नहीं किया		क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित उप-केंद्रों की संख्या	उप-केंद्रों की संख्या जहां कोई एएनएम/स्वास्थ्य कर्मचारी (महिला) को तैनात नहीं किया	
			संख्या	प्रतिशत				संख्या	प्रतिशत
1	आंध्र प्रदेश	54	6	11.11	8	महाराष्ट्र	78	5	6.41
2	छत्तीसगढ़	48	3	6.25	9	राजस्थान	88	5	5.68
3	गुजरात	36	2	5.56	10	सिक्किम	15	1	6.67
4	हिमाचल प्रदेश	34	6	17.65	11	त्रिपुरा	17	12	70.59
5	जम्मू और कश्मीर	38	9	23.68	12	उत्तर प्रदेश	165	6	3.64
6	कर्नाटक	57	15	26.32	13	उत्तराखंड	33	1	3.03
7	मध्य प्रदेश	114	9	7.89					
						<b>कुल</b>	<b>777</b>	<b>80</b>	

**एससी के स्वास्थ्य कर्मचारी-पुरुष की उपलब्धता**

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरीक्षित एससी की संख्या	उप-केंद्रों की संख्या जहां कोई स्वास्थ्य कर्मचारी (पुरुष) को तैनात नहीं किया		क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित उप-केंद्रों की संख्या	उप-केंद्रों की संख्या जहां कोई स्वास्थ्य कर्मचारी (पुरुष) को तैनात नहीं किया	
			संख्या	प्रतिशत				संख्या	प्रतिशत
1	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	24	17	70.83	12	महाराष्ट्र	78	19	24.36
2	आंध्र प्रदेश	54	25	46.30	13	मेघालय	24	24	100.00
3	अरुणाचल प्रदेश	31	20	64.52	14	मिजोरम	18	4	22.22
4	छत्तीसगढ़	48	14	29.17	15	ओडिशा	114	56	49.12
5	गुजरात	36	11	30.56	16	पंजाब	18	12	66.67
6	हरियाणा	18	7	38.89	17	राजस्थान	88	70	79.55
7	हिमाचल प्रदेश	34	19	55.88	18	सिक्किम	15	6	40.00
8	जम्मू और कश्मीर	38	27	71.05	19	त्रिपुरा	17	2	11.76

2017 की प्रतिवेदन सं. 25

9	झारखंड	69	69	100.00	20	उत्तर प्रदेश	165	160	96.97
10	कर्नाटक	57	25	43.86	21	उत्तराखंड	33	33	100.00
11	मध्य प्रदेश	114	69	60.53	22	पश्चिम बंगाल	66	60	90.91
						<b>कुल</b>	<b>1,159</b>	<b>749</b>	



**अनुबंध - 5.10**  
(पैरा - 5.7 के संदर्भ में)  
**आशा की भागीदारी और उनके प्रशिक्षण**

क्र.सं	राज्य/यूटी	लेखापरी क्षित जिलों की संख्या	आशा की संख्या					
			चयन		प्रेरण प्रशिक्षण		चयन प्रेरण प्रशिक्षण	
			टी	ए	टी	ए	टी	ए
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2	232	232	232	232	0	0
2.	अरुणाचल प्रदेश	4	3,692	3,300	4	0	4,349	3,262
3.	बिहार	10	75,122	72,429	37,666	15,447	73,796	35,267
4.	छत्तीसगढ़	4	64,473	64,332	19,854	18,858	53,898	51,613
5.	गुजरात	3	23,522	21,633	4,500	3,889	24,391	18,876
6.	हरियाणा	3	132,94	11,904	9,896	8,496	4,926	3,762
7.	हिमाचल प्रदेश	3	1,587	1,584	1,586	1,584	1,586	1,584
8.	जम्मू और कश्मीर	4	670	670	791	640	2,295	1,887
9.	झारखंड	5	54,911	41,412	0	0	51,429	42,677
10.	कर्नाटक	5	13,964	12,364	12,233	11,488	15,178	13,864
11.	केरल	2	2,906	3,055	106	106	0	6,262
12.	मध्य प्रदेश	10	32,586	29,263	14,399	12,845	28,943	22,591
13.	महाराष्ट्र	5	38,910	38,105	8,316	6,094	36,679	31,595
14.	मेघालय	2	8,444	7,768	0	0	7,953	3,596
15.	ओडिशा	7	19,457	18,530	8,730	8,539	38,043	34,258
16.	पंजाब	3	14,373	13,932	5,134	4,632	11,157	11,031
17.	राजस्थान	7	26,141	19,137	12,523	7,626	18,549	19,668
18.	उत्तर प्रदेश	10	26,324	23,071	21,829	21,038	45,080	27,180
19.	उत्तराखंड	3	141	640	94	94	4,045	9,106
	<b>कुल</b>	<b>92</b>	<b>4,20,749</b>	<b>3,83,361</b>	<b>1,57,893</b>	<b>1,21,608</b>	<b>4,22,297</b>	<b>3,38,079</b>

(टी: लक्ष्य, ए: उपलब्धि)

## अनुबंध - 5.11

(पैरा - 5.8.1 के संदर्भ में)

## एएनएम, स्टाफ नर्स और चिकित्सा अधिकारी को प्रशिक्षण

क्र.सं	राज्य	लेखापरीक्षित जिलों की संख्या	प्रशिक्षित होने के लिए लक्षित संख्या	वास्तव में प्रशिक्षित संख्या	कमी	प्रतिशत
<b>एएनएम को प्रशिक्षण</b>						
1.	बिहार	10	8,537	6,122	2,415	28.29
2.	छत्तीसगढ़	4	3,267	2,958	309	9.46
3.	गुजरात	3	5,133	2,334	2,799	54.53
4.	हरियाणा	3	3,610	3,269	341	9.45
5.	कर्नाटक	5	4,894	3,911	983	20.09
6.	केरल	2	1,050	1,016	34	3.24
7.	ओडिशा	7	7,124	6,136	988	13.87
8.	पंजाब	3	1,327	1,256	71	5.35
9.	राजस्थान	7	6,895	3,044	3,851	55.85
10.	तमिलनाडु	3	3,153	1,724	1,429	45.32
11.	उत्तर प्रदेश	10	5,339	3,872	1,467	27.48
	<b>कुल</b>	<b>57</b>	<b>50,329</b>	<b>35,642</b>	<b>14,687</b>	
<b>स्टाफ नर्सों को प्रशिक्षण</b>						
1.	बिहार	10	1,330	558	772	58.05
2.	गुजरात	3	4,015	1,314	2,701	67.27
3.	हरियाणा	3	2,323	1,977	346	14.89
4.	कर्नाटक	5	5,954	4,503	1,451	24.37
5.	मध्य प्रदेश	10	875	732	143	16.34
6.	महाराष्ट्र	5	1,660	1,461	199	11.99
7.	ओडिशा	7	2,258	1,849	409	18.11
8.	पंजाब	3	687	586	101	14.70
9.	राजस्थान	7	1,588	363	1,225	77.14
10.	तमिलनाडु	3	1,948	1,045	903	46.36
	<b>कुल</b>	<b>56</b>	<b>22,638</b>	<b>14,388</b>	<b>8,250</b>	
<b>चिकित्सा अधिकारी को प्रशिक्षण</b>						
1.	अरुणाचल प्रदेश	4	907	786	121	13.34
2.	बिहार	10	1,952	858	1,094	56.05
3.	छत्तीसगढ़	4	690	543	147	21.30
4.	गुजरात	3	665	518	147	22.11
5.	हरियाणा	3	1,223	756	467	38.18
6.	कर्नाटक	5	1,228	989	239	19.46
7.	मध्य प्रदेश	10	455	401	54	11.87

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

8.	महाराष्ट्र	5	3,536	2,826	710	20.08
9.	ओडिशा	7	1,330	1,143	187	14.06
10.	राजस्थान	7	653	487	166	25.42
11.	तमिलनाडु	3	3,114	1,937	1,177	37.80
12.	त्रिपुरा	2	140	116	24	17.14
13.	उत्तर प्रदेश	10	709	542	167	23.55
<b>कुल</b>		<b>57</b>	<b>16,602</b>	<b>11,902</b>	<b>4,700</b>	

अनुबंध-5.12  
(संदर्भ पैरा - 5.8.1)

आशा और एनएएम प्रशिक्षण पर राज्य विशिष्ट निष्कर्ष

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
1.	हिमाचल प्रदेश	<p>मॉड्यूल 6-7 के 1 से 4 दौर में, आशाओं को प्रशिक्षण देने में कमी 22 से 100 प्रतिशत के बीच थी, जो दर्शाती है कि जमीनी स्तर पर कार्यान्वित की जा रही विभिन्न स्वास्थ्य गतिविधियों/कार्यक्रम से आशाएं पूर्ण रूप से परिचित नहीं थी। इसके अतिरिक्त, प्रशिक्षण के लिए प्राप्त ₹6.49 करोड़ की उपलब्ध निधियों के प्रति, विभाग केवल ₹3.54 करोड़ का उपयोग कर सका, जिसने पूर्ण प्रशिक्षण कार्यक्रम का संचालन न होने के कारण ₹2.95 करोड़ तक की निधि को अव्ययित छोड़ा।</p> <p>एमडी एनआरएचएम ने तथ्यों की पुष्टि करते हुए कहा (जुलाई 2016) कि आशाओं, जिन्होंने नौकरी छोड़ दी को परिचयात्मक प्रशिक्षण नहीं दिया गया था, तथा मॉड्यूल 6 तथा 7 के अंतर्गत प्रशिक्षण के लिए आवश्यक घर आधारित नवजात देखभाल किट (एचबीएनसी) की खरीद प्रक्रिया में देरी के कारण मॉड्यूल 6 तथा 7 में प्रशिक्षण समय से नहीं दिया जा सका।</p>
2.	मध्य प्रदेश	<p>2011-12 से 2015-16 की अवधि के दौरान, योजना के अनुसार प्रशिक्षण नहीं दिया जा सका था, क्योंकि बैचों के साथ-साथ प्रतिभागी/प्रशिक्षुओं की संख्या में 42 प्रतिशत की कमी पाई गई थी। परिणामस्वरूप, ₹99.86 करोड़ की उपलब्ध निधि के प्रति केवल ₹46.80 करोड़ (47 प्रतिशत) का उपयोग प्रशिक्षण घटक के अंतर्गत किया गया था।</p>
3.	झारखंड	<p>3,824 एचएससी<sup>7</sup> में से, 2,292 एचएससी में एसबीए प्रशिक्षित एनएएम तैनात किए गए थे जबकि शेष 1,532 एचएससी (40 फीसदी) में एसबीए अप्रशिक्षित एनएएम थे।</p>

<sup>7</sup> उप-केन्द्र के समान

## अनुबंध-6.1

{संदर्भ पैरा-6.1.1 (घ) (iv)}

स्वास्थ्य सुविधाओं में मुख्य निष्पादन संकेतकों (केपीआई) की मॉनीटरिंग का विवरण

क्र.सं.	राज्य	चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	सुविधाएं जहां मुख्य निष्पादन संकेतकों की मॉनीटरिंग की गई थी		स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रतिशत जहां केपीआई की मॉनीटरिंग नहीं की गई थी
			संख्या	डीक्यूएसी तथा एसक्यूएसी को रिपोर्टिंग मुख्य परिणाम संकेतक	
1.	आंध्र प्रदेश	30	0	0	100
2.	अरुणाचल प्रदेश	19	0	0	100
3.	बिहार	55	55	55	0.00
4.	छत्तीसगढ़	28	3	1	89.29
5.	गुजरात	28	7	8	75
6.	हरियाणा	22	2	2	90.91
7.	हिमाचल प्रदेश	21	0	0	100
8.	झारखंड	41	0	0	100
9.	कर्नाटक	54	4	3	94
10.	मध्य प्रदेश	71	17	15	76.06
11.	महाराष्ट्र	46	12	24	73.91
12.	मिजोरम	11	0	0	100
13.	ओडिशा	66	20	13	69.70
14.	पंजाब	23	3	0	86.96
15.	राजस्थान	52	8	4	84.62
16.	तमिलनाडु	21	3	1	85.71
17.	तेलंगाना	30	0	0	100
18.	त्रिपुरा	13	13	13	0.00
19.	उत्तर प्रदेश	93	0	0	100
20.	उत्तराखंड	22	0	0	100
	<b>कुल</b>	<b>746</b>	<b>147</b>	<b>139</b>	<b>80.29</b>

## अनुबंध-6.2

{संदर्भ पैरा-6.1.1 (घ) (v)}

मानक परिचालन प्रक्रिया (एसओपी) तथा कर्माचरियों के उन्मुखीकरण की उपलब्धता का विवरण

क्र.सं.	राज्य	चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	एसओपी की उपलब्धता		उन्मुख कर्मचारी	
			स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	प्रतिशत कमी	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	प्रतिशत कमी
1.	आंध्र प्रदेश	30	0	100	0	100
2.	अरुणाचल प्रदेश	19	1	94.74	0	100
3.	बिहार	55	7	87.27	7	87.27
4.	छत्तीसगढ़	28	7	75	7	75
5.	गुजरात	28	6	78.57	18	35.71
6.	हरियाणा	22	1	95.45	1	95.45
7.	हिमाचल प्रदेश	21	0	100	0	100
8.	झारखंड	41	0	100	0	100
9.	कर्नाटक	54	10	81.5	8	85
10.	मध्य प्रदेश	71	21	70.42	12	83.09
11.	महाराष्ट्र	46	29	36.95	22	52.17
12.	मिजोरम	11	5	54.55	11	0.00
13.	ओडिशा	66	15	76.92	15	77.27
14.	पंजाब	23	1	95.65	1	95.65
15.	राजस्थान	52	8	84.62	8	84.62
16.	तमिलनाडु	21	12	42.86	12	42.86
17.	तेलंगाना	30	0	100	0	100
18.	त्रिपुरा	13	3	76.92	3	76.92
19.	उत्तर प्रदेश	93	93	0	0	100
20.	उत्तराखंड	22	0	100	0	100
<b>कुल</b>		<b>746</b>	<b>219</b>	<b>70.64</b>	<b>125</b>	<b>83.24</b>

अनुबंध-6.3  
(संदर्भ पैरा-6.2)

2011-16 के दौरान एसएचएम तथा एसएचएस की समितियों द्वारा की गयी बैठकों में कमी

क्र.सं.	राज्य	वर्ष	समिति का नाम	मानदंडों के अनुसार अनिवार्य बैठकों की संख्या	वास्तव में की गयी बैठकों की संख्या	कमी (प्रतिशत)
1.	अरुणाचल प्रदेश	2011-16	एसएचएम <sup>8</sup>	7	2	71
			एसएचएस <sup>9</sup> जीबी <sup>10</sup>	7	0	100
2.	गुजरात	2011-16	एसएचएस जीबी	7	4	43
			एसएचएस ईसी <sup>11</sup>	33	20	39
3.	हिमाचल	2011-16	एसएचएम	7	4	43
4.	कर्नाटक	2011-16	एसएचएम	7	2	71
5.	केरल	2011-16	एसएचएम	7	1	86
			एसएचएस जीबी	7	5	29
			एसएचएस ईसी	33	9	73
6.	मध्य प्रदेश	2011-16	एसएचएस जीबी	7	2	71
7.	मेघालय	2011-16	एसएचएम	7	0	100
			एसएचएस जीबी	7	5	29
8.	मिजोरम	2011-16	एसएचएम	7	1	86
			एसएचएस जीबी	7	1	86
			एसएचएस ईसी	33	6	82
9.	राजस्थान	2011-16	एसएचएम	7	0	100
			एसएचएस जीबी	7	2	71
			एसएचएस ईसी	33	22	33
10.	पश्चिम बंगाल	2011-15	एसएचएफडब्ल्यूएस-ईसी	48	11	77

<sup>8</sup> राज्य स्वास्थ्य मिशन

<sup>9</sup> राज्य स्वास्थ्य सोसायटी

<sup>10</sup> जीबी: शासकीय निकाय

<sup>11</sup> कार्यकारी समिति

**अनुबंध-6.4**  
**(संदर्भ पैरा-6.4)**  
**लाभार्थी सर्वेक्षण के परिणाम**

क्र.सं.	निष्कर्ष
1.	96.28 प्रतिशत और 97.94 प्रतिशत लाभार्थी क्रमशः आशा और एएनएम के बारे में जानते थे। आशा की प्रतिक्रिया के संबंध में, 4.7 प्रतिशत लाभार्थियों ने कहा कि आशा ने तत्परता नहीं दिखायी, जबकि 11.56 प्रतिशत लाभार्थियों ने कहा कि कभी-कभी प्रतिक्रिया त्वरित थी।
2.	78.47 प्रतिशत लाभार्थियों ने गर्भावस्था के 12 सप्ताह के अंदर एडब्ल्यूडब्ल्यू/एएनएम/आशा/चिकित्सक के पास अपनी गर्भावस्था को पंजीकृत किया था। उल्लेखनीय रूप से, तीन राज्यों <b>बिहार, मेघालय</b> तथा <b>उत्तराखंड</b> में, 54 प्रतिशत से 73 प्रतिशत लाभार्थियों ने गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर अपना नाम पंजीकृत नहीं किया था।
3.	केवल 7.51 प्रतिशत लाभार्थियों ने घर पर प्रसव को प्राथमिकता दी। यद्यपि, तीन राज्यों <b>मणिपुर, मेघालय</b> तथा <b>नागालैंड</b> में, 64 प्रतिशत से 79 प्रतिशत लाभार्थियों ने घर पर प्रसव को प्राथमिकता दी।
4.	78 प्रतिशत लाभार्थियों ने बताया कि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) योजना के अंतर्गत भोजन मुफ्त प्रदान किया गया, 19.53 प्रतिशत लाभार्थियों ने कहा कि भोजन प्रदान नहीं किया गया था।
5.	26.58 प्रतिशत लाभार्थियों ने कहा कि जब उनके बुलाये जाने पर, एम्बुलेंस समय पर नहीं आयी। तीन राज्यों <b>कर्नाटक, राजस्थान</b> और <b>उत्तर प्रदेश</b> में प्रतिशतता अधिक (42 प्रतिशत से 47 प्रतिशत) थी।
6.	20 प्रतिशत लाभार्थियों द्वारा जेएसवाई नकद सहायता प्राप्त करने में 31 से 869 दिनों के बीच विलंब था।
7.	11.08 प्रतिशत लाभार्थियों ने बताया कि आईपीएचएस के अनुरूप प्रसव के सात दिनों के भीतर कोई भी स्वास्थ्य कर्मचारी घर पर उन्हें देखने नहीं आया।
8.	लाभार्थियों के 22.89, 19.27 तथा 21.66 प्रतिशत ने बच्चों के लिए क्रमशः आइएफए गोलियां/सिरप, विटामिन-ए खुराक और डी-वॉर्मिंग गोलियां/सिरप प्राप्त न होने की सूचना दी।
9.	<b>सिक्किम</b> में, 145 सर्वेक्षित लाभार्थियों में से, 113 लाभार्थियों (78 प्रतिशत) ने प्रसव सेवाओं का लाभ उठाने के लिए पैसे का भुगतान किया।
10.	लाभार्थियों को पेश आने वाली समस्याओं/कठिनाइयों के जवाब में, बताये गये कारणों/उत्तरों में स्थान का बहुत दूर होना (20.46 प्रतिशत), सेवा अच्छी नहीं (13.88 प्रतिशत), सेवा उपलब्ध नहीं (17.94 प्रतिशत) थे। परिवहन के साधन उपलब्ध नहीं (21.88 प्रतिशत), सुविधा भीड़-भाड़ भरा (20.82 प्रतिशत)।



**अनुबंध-7.1**  
**{संदर्भ पैरा-7.2.1 (क)}**  
**2011-16 के दौरान संस्थागत प्रसव**

क्र.सं.	राज्य/यूटी	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने संस्थागत प्रसव को चुना	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत जिन्होंने संस्थागत प्रसव को चुना	संस्थागत प्रसव नहीं चुनने के कारण
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	30,030	22,876	76	इच्छुक नहीं
2.	आंध्र प्रदेश	47,05,896	40,09,452	85	प्रस्तुत नहीं किया गया
3.	अरुणाचल प्रदेश	1,56,905	63,362	40	उल्लेखित नहीं है
4.	असम	38,85,118	25,40,188	82	प्रस्तुत नहीं किया गया
5.	बिहार	127,70,674	76,07,461	60	प्रस्तुत नहीं किया गया
6.	छत्तीसगढ़	33,19,466	16,92,487	51	प्रस्तुत नहीं किया गया
7.	गुजरात	70,87,861	55,66,206	79	विभिन्न रिवाजों के कारण गर्भवती महिलाओं ने संस्थागत प्रसव को नहीं चुना था।
8.	हरियाणा	29,23,650	21,42,725	73	प्रस्तुत नहीं किया गया
9.	हिमाचल प्रदेश	6,47,711	3,79,620	59	जिन क्षेत्रों से महिलाएं हैं वहां बर्फ या अन्य कारणों से रास्ता बंद है। कुछ पॉकेटों में, सांस्कृतिक विश्वास ऐसा है कि वे गृह प्रसव को चुनते हैं।
10.	जम्मू और कश्मीर	19,98,896	8,49,984	43	कठोर एवं कठिन इलाके के कारण।
11.	झारखंड	37,51,047	22,35,097	60	प्रस्तुत नहीं किया गया
12.	कर्नाटक	67,16,166	42,60,879	63	प्रस्तुत नहीं किया गया
13.	केरल	25,45,009	24,98,313	98	प्रस्तुत नहीं किया गया
14.	मध्य प्रदेश	93,72,406	60,87,160	65	रेफरल परिवहन की कमी, क्षेत्रों तक पहुंच कठिन, कॉल सेंटर को जोड़ने के लिए विलंबित नेटवर्क समस्या, रेफरल परिवहन के लिए कॉल सेंटर को विलंबित कॉल, इत्यादि।
15.	महाराष्ट्र	1,09,11,869	84,18,096	77	जानकारी, ज्ञान का अभाव, निरक्षरता, अंधविश्वास, गरीबी, विश्वास, परंपरा, इत्यादि।
16.	मणिपुर	3,95,640	1,49,992	38	प्रस्तुत नहीं किया गया

2017 की प्रतिवेदन सं. 25

17.	मेघालय	6,37,351	2,13,701	34	प्रस्तुत नहीं किया गया
18.	मिजोरम	1,24,686	93,621	75	प्रस्तुत नहीं किया गया
19.	ओडिशा	40,93,249	30,98,355	76	प्रस्तुत नहीं किया गया
20.	पंजाब	24,25,932	17,64,957	73	प्रस्तुत नहीं किया गया
21.	राजस्थान	95,31,052	67,03,450	70	प्रस्तुत नहीं किया गया
22.	सिक्किम	46,963	32,026	68	प्रस्तुत नहीं किया गया
23.	तमिलनाडु	55,66,427	48,40,948	87	प्रस्तुत नहीं किया गया
24.	तेलंगाना	40,05,565	22,63,105	56	प्रस्तुत नहीं किया गया
25.	त्रिपुरा	3,81,530	2,23,166	58	प्रस्तुत नहीं किया गया
26.	उत्तर प्रदेश	2,68,09,476	1,16,10,806	43	प्रस्तुत नहीं किया गया
27.	उत्तराखंड	10,89,506	4,50,277	42	प्रस्तुत नहीं किया गया
28.	पश्चिम बंगाल	94,26,292	56,70,434	60	जानकारी की कमी/गृह प्रसव को इच्छुक

## अनुबंध-7.2

{संदर्भ पैरा-7.2.2 (क)}

## 2011-16 के दौरान गर्भवती महिलाओं द्वारा प्राप्त प्रसव-पूर्व जांच का विवरण

क्र. सं.	राज्य/यूटी	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	प्रसव-पूर्व जांच प्राप्त पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या			
			पंजीकरण के स्तर पर	प्रथम जांच: 20-24 सप्ताह	दूसरी जांच: 28-32 सप्ताह	तृतीय जांच: 34-36 सप्ताह
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	30,030	30,030	30,030	22,358	24,032
2.	आंध्र प्रदेश	47,05,896	47,05,896	33,76,703	एनए	44,27,748
3.	अरुणाचल प्रदेश	1,56,905	1,56,905	एनए	एनए	58,119
4.	असम 2012-16	30,83,543	30,16,003	26,47,372	24,66,138	21,47,237
5.	बिहार	1,30,10,357	1,30,10,357	1,30,10,357	एनए	79,11,162
6.	छत्तीसगढ़	33,19,466	17,79,981	एनए	एनए	एनए
7.	गुजरात	70,87,861	70,87,861	51,63,719	62,10,657	54,61,946
8.	हरियाणा	29,23,650	29,23,650	14,82,561	एनए	20,12,834
9.	हिमाचल प्रदेश	6,47,711	एनए	4,11,156	एनए	5,32,646
10.	जम्मू और कश्मीर	19,98,896	19,98,896	7,48,746	6,43,087	12,94,845
11.	झारखंड	37,51,047	37,51,047	10,69,325	एनए	26,50,537
12.	कर्नाटक	67,16,166	45,10,198	एनए	एनए	एनए
13.	केरल	25,45,009	25,45,009	20,43,967	23,14,461	23,14,461
14.	मध्य प्रदेश	93,72,406	एनए	एनए	एनए	74,27,958
15.	महाराष्ट्र (2012-16)	86,15,037	53,74,074	72,21,738	63,88,474	60,60,774
16.	मणिपुर	3,95,640	3,95,640	2,24,843	एनए	2,20,461
17.	मेघालय	6,37,351	एनए	एनए	एनए	एनए
18.	मिजोरम	1,24,686	1,24,686	80,174	एनए	87,607
19.	ओडिशा	40,93,118	40,93,118	23,11,400	24,87,246	36,01,422
20.	पंजाब	24,25,932	24,25,932	16,75,126	एनए	21,67,041
21.	राजस्थान	95,31,052	51,36,326	एनए	एनए	एनए
22.	सिक्किम	46,963	एनए	33,148	एनए	39,626
23.	तमिलनाडु	55,66,427	55,66,427	0	0	51,40,664
24.	तेलंगाना	40,05,365	एनए	एनए	एनए	36,21,545
25.	त्रिपुरा	3,81,530	एनए	एनए	एनए	2,42,980
26.	उत्तर प्रदेश	2,68,09,476	एनए	1,42,00,649	एनए	1,91,62,821
27.	उत्तराखंड	10,89,506	6,23,954	एनए	एनए	8,34,557
28.	पश्चिम बंगाल	94,26,292	63,66,258	एनए	एनए	73,50,113

एनए: उपलब्ध नहीं

## अनुबंध-7.3

{संदर्भ पैरा-7.2.2 (क) (i)}

## 2011-16 के दौरान 100 आईएफए गोलियां प्रदान की गयीं गर्भवती महिलाओं का विवरण

क्र.सं.	राज्य/यूटी	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	100 आईएफए गोलियां प्रदान की गईं गर्भवती महिलाओं की संख्या	100 आईएफए गोलियां प्रदान की गईं गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत	गर्भवती महिलाओं की संख्या जो गंभीर एनिमिया से पीड़ित पायी गई थीं	गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत जो गंभीर एनिमिया से पीड़ित पायी गई थीं
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	30,030	82,192	273.70	981	3.27
2.	आंध्र प्रदेश	47,05,896	45,47,676	96.64	1,42,064	3.02
3.	अरुणाचल प्रदेश	1,56,905	76,141	48.53	2,683	1.71
4.	असम (2012-2016)	30,83,543	25,62,087	83.09	28,270	0.92
5.	बिहार	1,30,10,357	65,59,191	50.42	68,788	0.53
6.	छत्तीसगढ़	33,19,466	26,45,906	79.71	एनए	एनए
7.	गुजरात	70,87,861	61,43,535	86.68	1,52,716	2.15
8.	हरियाणा	29,23,650	21,39,014	73.16	1,14,501	3.92
9.	हिमाचल प्रदेश	6,47,711	4,63,245	71.52	4,158	0.64
10.	जम्मू और कश्मीर	19,98,896	7,39,241	36.98	1,22,086	6.11
11.	झारखंड	37,51,047	21,12,355	56.31	24,852	0.66
12.	कर्नाटक	67,16,166	59,38,257	88.42	2,52,581	3.76
13.	केरल	25,45,009	21,38,592	84.03	12,013	0.47
14.	मध्य प्रदेश	93,72,406	89,96,236	95.99	2,20,498	2.35
15.	महाराष्ट्र	1,09,11,869	77,10,613	70.66	2,60,470	2.39
16.	मणिपुर	3,95,640	1,00,258	25.34	701	0.18
17.	मेघालय	6,37,351	2,59,197	40.67	13,256	2.08
18.	मिजोरम	1,24,686	81,062	65.01	840	0.67
19.	ओडिशा	40,93,118	29,63,741	72.41	25,007	0.61
20.	पंजाब	24,25,932	19,98,668	82.39	22,738	0.94
21.	राजस्थान	95,31,052	64,58,792	67.77	2,07,284	2.17
22.	सिक्किम	46,963	38,007	80.93	134	0.29
23.	तमिलनाडु	55,66,427	39,69,211	71.31	1,48,939	2.68
24.	तेलंगाना	40,05,365	38,88,854	97.09	68,675	1.71
25.	त्रिपुरा	3,81,530	2,29,215	60.08	2,295	0.60
26.	उत्तर प्रदेश	2,68,09,476	2,03,15,500	75.78	3,81,353	1.42
27.	उत्तराखंड	10,89,506	5,37,151	49.30	21,382	1.96
28.	पश्चिम बंगाल	94,26,292	71,51,349	75.87	25,970	0.28

**अनुबंध-7.4**  
(संदर्भ पैरा-7.2.5)

**2011-12 तथा 2015-16 के बीच गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव में बढ़ती प्रवृत्ति**

क्र.सं.	राज्य/यूटी	वर्ष	संस्थागत प्रसवों की कुल संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव की संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव का प्रतिशत
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	2011-12	4,870	527	10.8
		2012-13	4,856	799	16.5
		2013-14	4,411	701	15.9
		2014-15	4,649	418	9.0
		2015-16	4,090	1,178	28.8
		<b>कुल</b>	<b>22,876</b>	<b>3,623</b>	<b>15.8</b>
2.	हरियाणा	2011-12	4,34,144	27,823	6.4
		2012-13	3,90,153	34,477	8.8
		2013-14	4,27,375	97,236	22.8
		2014-15	4,59,284	106,334	23.2
		2015-16	4,56,411	34,040	7.5
		<b>कुल</b>	<b>21,67,367</b>	<b>2,99,910</b>	<b>13.8</b>
3.	जम्मू और कश्मीर	2011-12	1,52,998	12,545	8.2
		2012-13	1,69,012	2,206	1.3
		2013-14	1,76,738	20,859	11.8
		2014-15	1,79,191	23,983	13.4
		2015-16	1,72,045	27,721	16.1
		<b>कुल</b>	<b>8,49,984</b>	<b>87,314</b>	<b>10.3</b>
4.	झारखंड	2011-12	3,72,229	11,247	3.0
		2012-13	4,35,668	13,514	3.1
		2013-14	5,04,644	16,328	3.2
		2014-15	5,00,177	27,179	5.4
		2015-16	5,55,785	34,123	6.1
		<b>कुल</b>	<b>23,68,503</b>	<b>1,02,391</b>	<b>4.3</b>
5.	कर्नाटक	2011-12	7,88,977	35,017	4.4
		2012-13	8,37,707	44,581	5.3
		2013-14	8,53,689	56,283	6.6
		2014-15	8,84,610	60,609	6.9
		2015-16	8,95,896	67,739	7.6
		<b>कुल</b>	<b>42,60,879</b>	<b>2,64,229</b>	<b>6.2</b>
6.	केरल	2011-12	5,33,260	60,192	11.3
		2012-13	4,94,504	94,112	19.0

क्र.सं.	राज्य/यूटी	वर्ष	संस्थागत प्रसवों की कुल संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव की संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव का प्रतिशत
		2013-14	4,96,257	102,873	20.7
		2014-15	4,93,636	110,922	22.5
		2015-16	4,80,656	97,662	20.3
		<b>कुल</b>	<b>24,98,313</b>	<b>4,65,761</b>	<b>19</b>
7.	मध्य प्रदेश	2011-12	2,51,357	7,468	3.0
		2012-13	2,33,869	7,939	3.4
		2013-14	2,26,946	13,550	6.0
		2014-15	2,33,131	26,527	11.4
		2015-16	2,34,631	29,174	12.4
		<b>कुल</b>	<b>11,79,934</b>	<b>84,658</b>	<b>7.2</b>
8.	मेघालय	2011-12	38,511	4,782	12.4
		2012-13	41,266	4,122	10.0
		2013-14	43,541	6,123	14.1
		2014-15	44,369	7,283	16.4
		2015-16	46,014	7,701	16.7
		<b>कुल</b>	<b>2,13,701</b>	<b>30,011</b>	<b>14</b>
9.	ओडिशा	2011-12	6,23,299	35,394	5.7
		2012-13	6,03,831	56,475	9.4
		2013-14	6,29,106	69,494	11.0
		2014-15	6,27,484	84,529	13.5
		2015-16	6,14,635	1,05,732	17.2
		<b>कुल</b>	<b>30,98,355</b>	<b>3,51,624</b>	<b>11.3</b>
10.	पंजाब	2011-12	3,25,642	20,828	6.4
		2012-13	3,48,514	21,862	6.3
		2013-14	3,59,582	26,425	7.3
		2014-15	3,69,008	50,793	13.8
		2015-16	3,62,211	71,802	19.8
		<b>कुल</b>	<b>17,64,957</b>	<b>1,91,710</b>	<b>10.9</b>
11.	सिक्किम	2011-12	6,780	768	11.3
		2012-13	6,593	405	6.1
		2013-14	6,518	522	8.0
		2014-15	6,205	746	12.0
		2015-16	6,011	1,156	19.2
		<b>कुल</b>	<b>32,107</b>	<b>3,597</b>	<b>11.2</b>

क्र.सं.	राज्य/यूटी	वर्ष	संस्थागत प्रसवों की कुल संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव की संख्या	गर्भ से संबंधित जटिलताओं के साथ प्रसव का प्रतिशत
12	उत्तराखंड	2011-12	78,590	5,809	7.39
		2012-13	84,930	7,823	9.21
		2013-14	92,425	8,447	9.13
		2014-15	98,520	9,581	9.72
		2015-16	95,812	9,419	9.83
		<b>कुल</b>	<b>4,50,277</b>	<b>41,079</b>	<b>9.12</b>
13.	पश्चिम बंगाल	2011-12	10,71,509	77,634	7.2
		2012-13	10,71,312	94,185	8.8
		2013-14	11,86,842	1,19,158	10.0
		2014-15	11,53,207	1,52,398	13.2
		2015-16	12,05,967	2,42,518	20.1
		<b>कुल</b>	<b>56,88,837</b>	<b>6,85,893</b>	<b>12.1</b>

अनुबध-7.5  
(संदर्भ पैरा-7.5.2)

2011-16 के दौरान कुल नसबंदी के मामलों में, पुरुष नसबंदी का अनुपात

क्र.सं.	राज्य/यूटी	पुरुष नसबंदी/एनएसवी मामलों की संख्या	महिला नसबंदी मामलों की संख्या	लैपरोस्कोपी मामलों की संख्या	कुल	कुल नसबंदी से पुरुष नसबंदी/एनएसवी का प्रतिशत
1.	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	14	535	3,538	4,087	0.34
2.	आंध्र प्रदेश	14,724	11,37,736	80,815	12,33,275	1.19
3.	अरुणाचल प्रदेश	13	5,925	3,499	9,437	0.14
4.	असम	26,225	2,55,428	एनए	2,81,653	9.31
5.	बिहार	23,521	27,39,877	एनए	27,63,398	0.85
6.	छत्तीसगढ़	22,542	2,45,094	2,47,308	5,14,944	4.38
7.	गुजरात	11,806	8,32,274	8,42,726	16,86,806	0.70
8.	हरियाणा	23,146	3,36,498	85,401	4,45,045	5.20
9.	हिमाचल प्रदेश	9,669	94,580	एनए	1,04,249	9.27
10.	जम्मू और कश्मीर	3,594	78,597	0	82,191	4.37
11.	झारखंड	34,290	5,37,873	43,195	6,15,358	5.57
12.	कर्नाटक	10,422	7,79,589	8,16,024	16,06,035	0.65
13.	केरल	8,261	3,82,012	92,041	4,82,314	1.71
14.	मध्य प्रदेश	82,775	0	15,89,437	16,72,212	4.95
15.	महाराष्ट्र	85,372	23,52,887	7,45,205	31,83,464	2.68
16.	मणिपुर	553	4,686	1,769	7,008	7.89
17.	मेघालय	121	12,832	220	13,173	0.92
18.	मिजोरम	1	8,636	614	9,251	0.01
19.	ओडिशा	11,865	6,32,121	2,47,958	8,91,944	1.33
20.	पंजाब	23,387	2,86,119	1,32,000	4,41,506	5.30
21.	राजस्थान	23,304	3,24,557	11,78,528	15,26,389	1.53
22.	सिक्किम	263	496	71	830	31.69
23.	तमिलनाडु	7,036	14,12,432	1,61,440	15,80,908	0.45
24.	तेलंगाना	34,178	8,41,949	2,28,589	11,04,716	3.09
25.	त्रिपुरा	416	0	19,108	19,524	2.13
26.	उत्तर प्रदेश	33,845	14,65,477	0	14,99,322	2.26
27.	उत्तराखंड	7,259	1,10,692	1,10,474	2,28,425	3.18
28.	पश्चिम बंगाल	25,353	8,81,468	72,646	9,79,467	2.59
	<b>कुल</b>	<b>5,23,955</b>	<b>1,57,60,370</b>	<b>67,02,606</b>	<b>2,29,86,931</b>	<b>2.27</b>



अनुबंध-8.1  
{संदर्भ पैरा-8.3.3(च)}

एचएमआईएस के अनुसार तथा अभिलेखों के अनुसार आंकड़ों में अंतर (महाराष्ट्र)

भंडारा जिला		रत्नागिरी जिला		बुलधाना जिला		नांदेड जिला		यवतमाल जिला		
वर्ष	संस्थागत प्रसव		संस्थागत प्रसव		संस्थागत प्रसव		संस्थागत प्रसव		संस्थागत प्रसव	
	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख
2011-12	15,860	17,994	7,929	22,745	26,109	0	38,912	36,358	24,524	42,131
2012-13	16,407	18,505	8,616	20,781	20,568	0	51,070	45,157	25,396	43,961
2013-14	16,756	19,542	8,341	19,583	21,879	48,626	43,734	35,194	21,724	39,581
2014-15	16,436	19,536	8,068	13,656	22,581	34,731	43,802	29,146	25,148	45,448
2015-16	16,826	19,967	7,885	20,334	19,203	42,491	57,642	29,313	24,168	44,977

भंडारा जिला		रत्नागिरी जिला		बुलधाना जिला		नांदेड जिला		यवतमाल जिला		
वर्ष	जीवित जन्म एम/एफ की कुल सं.		जीवित जन्म एम/एफ की कुल सं.		जीवित जन्म एम/एफ की कुल सं.		जीवित जन्म एम/एफ की कुल सं.		जीवित जन्म एम/एफ की कुल सं.	
	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख
2011-12	17,609	17,609	24,067	22,449	46,285	0	73,582	35,719	41,597	41,415
2012-13	82	18,173	17,592	20,623	51,204	0	83,033	44,636	43,300	43,282
2013-14	19,191	19,105	15,753	19,452	47,851	47,851	64,821	34,705	35,112	39,059
2014-15	19,101	19,110	13,581	13,581	40,769	34,400	64,415	28,901	44,918	44,942
2015-16	19,599	19,617	20,164	20,163	29,882	42,246	84,295	29,094	32,098	44,333

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

भंडारा जिला		रत्नागिरी जिला		बुलधाना जिला		नांदेड जिला		यवतमाल जिला		
वर्ष	आईएफए गोलियां प्रदान की गयी गर्भवती महिला की सं.		आईएफए गोलियां प्रदान की गयी गर्भवती महिला की सं.		आईएफए गोलियां प्रदान की गयी गर्भवती महिला की सं.		आईएफए गोलियां प्रदान की गयी गर्भवती महिला की सं.		आईएफए गोलियां प्रदान की गयी गर्भवती महिलाओं की सं.	
	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख
2011-12	7,827	7,827	14,638	25,040	13,248	0	37,323	24,948	30,388	37,844
2012-13	13,353	13,353	17,181	21,664	14,819	0	42,300	31,443	26,840	27,236
2013-14	12,111	12,317	14,424	19,432	37,240	37,282	54,698	45,572	43,221	37,871
2014-15	9,876	9,876	14,094	20,155	39,369	39,369	41,844	36,553	36,588	36,616
2015-16	8,939	8,943	13,909	21,540	37,776	40,055	22,166	25,404	30,555	32,781
भंडारा जिला		रत्नागिरी जिला		बुलधाना जिला		नांदेड जिला		यवतमाल जिला		
वर्ष	आईयूडी प्रविष्टि की सं.		आईयूडी प्रविष्टि की सं.		आईयूडी प्रविष्टि की सं.		आईयूडी प्रविष्टि की सं.		आईयूडी प्रविष्टि की सं.	
	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख	एचएमआईएस आंकड़े	अभिलेख
2011-12	3,427	3,404	7,246	7,252	4,357	5,822	5,998	6,347	9,259	8,809
2012-13	2,955	3,012	7,509	5,934	5,484	5,778	6,122	6,085	8,159	7,973
2013-14	2,697	2,468	6,969	6,667	6,483	6,419	6,445	6,193	7,440	8,279
2014-15	2,976	2,267	6,030	5,928	6,356	6,953	6,857	6,492	6,980	7,273
2015-16	2,964	2,956	6,504	6,439	5,618	6,668	8,708	8,597	6,975	7,746

**अनुबंध-8.2**  
**{संदर्भ पैरा-8.3.3(i) (4)}**

एचएमआईएस के अनुसार आंकड़ों तथा चयनित स्वास्थ्य सविधाओं के अभिलेखों के अनुसार आंकड़ों में अंतर, 2015-16 (मेघालय)

क्र.सं.	आंकड़ा तत्व	एचएमआईएस के अनुसार	अभिलेखों के अनुसार
<b>चयनित जिला अस्पताल (3)</b>			
1.	एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या	1,540	2,002
2.	ऊपर से, पहले त्रैमासिक के भीतर पंजीकृत संख्या (12 सप्ताह के भीतर)	399	522
3.	जेएसवाई के तहत पंजीकृत महिलाओं की संख्या	1,159	1,621
4.	3 एएनसी प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	1,190	1,543
5.	टीटी 1 प्राप्त गर्भवती महिलाओं की संख्या	641	953
6.	टीटी 2 या बूस्टर प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	1,270	1,598
7.	हेमोग्लोबिन स्तर वाले गर्भवती महिलाओं की संख्या <11	1,601	2,373
8.	48 घंटे तथा 14 दिनों के बीच होने वाली प्रसवोत्तर जांच प्राप्त महिलाओं की संख्या	892	1,012
9.	पीएनसी मातृ जटिलताओं में भाग लेनेवालों की संख्या	315	217
10.	बीसीजी दिये गये बच्चों की संख्या	1,260	1,625
11.	डीपीटी 1 दिये गये बच्चों की संख्या	643	821
12.	डीपीटी 2 दिये गये बच्चों की संख्या	740	946
13.	डीपीटी 3 दिये गये बच्चों की संख्या	892	1,115
14.	हेपटाइटिस बी3 दिये गए बच्चों की संख्या	870	1,093
15.	डीपीटी बूस्टर दिये गये बच्चों की संख्या	641	797
<b>चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (3)</b>			
16.	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने टीटी2 या बूस्टर प्राप्त किया	1,171	960
17.	हिमोग्लोबिन स्तर<11 रहने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	1,165	1,066
18.	9 से 12 माह के बीच बच्चों की संख्या जेई की 1 <sup>ली</sup> खुराक प्राप्त की	148	269
19.	डायरिया तथा निर्जलीकरण से पीड़ित बच्चों की संख्या	815	573
20.	श्वसन संक्रमण के साथ भर्ती बच्चों की संख्या	439	319
<b>चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (8)</b>			
21.	100 आइएफए गोलियां दी गयी गर्भवती महिलाओं की संख्या	624	795
22.	हिमोग्लोबिन स्तर<11 रहने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	1,405	1,232
23.	वितरित किए गए कंडोम की संख्या	3,730	2,735
24.	ओपीवी1 दिए गए बच्चों की संख्या	1,765	1,880

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

अनुबंध-8.3

{संदर्भ पैरा-8.3.3 (i) (5)}

एचएमआईएस तथा चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच आंकड़ों का अंतर (ओड़िशा)

(1) जिला अस्पताल (सात)

आंकड़ा मद	आंकड़ा के अनुसार		
	अभिलेख	एचएमआईएस	अंतर
प्रसूति एवं स्त्री रोग	7	4	3
<b>मातृत्व देखभाल</b>			
जेएसवाई लाभार्थियों की संख्या	36,686	19,915	16,771
मातृ मृत्यु की संख्या	58	42	16
शिशु मृत्यु की संख्या	1,037	1,032	5

(2) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (21)

आंकड़ा मद	आंकड़ा के अनुसार		
	अभिलेख	एचएमआईएस	अंतर
प्रसूति एवं स्त्री रोग	15	16	1
शिशु चिकित्सा	7	1	6
प्रसवपूर्व देखभाल	16	11	5
नवजात शिशु देखभाल	19	13	6
प्रसवोत्तर देखभाल	19	15	4
प्रसव	21	17	4
<b>मातृत्व देखभाल</b>			
एएनसी पंजीकरण की संख्या	25,083	21,862	3,221
प्रसवों की संख्या	15,817	15,031	786
मातृ मृत्यु की संख्या	31	2	29
शिशु मृत्यु की संख्या	411	96	315

(3) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (38)

आंकड़ा मद	आंकड़ा के अनुसार		
	अभिलेख	एचएमआईएस	अंतर
प्रसवपूर्व देखभाल	18	11	7
प्रसव पश्चात देखभाल	14	13	1
नवजात की देखभाल	10	3	7
जेएसवाई और जेएसएसके के तहत सेवाएं	11	14	3
<b>मातृत्व देखभाल</b>			
प्रसवों की संख्या	1,130	1,122	8
जेएसवाई लाभार्थियों की संख्या	807	513	294

## (4) उप-केन्द्र (114)

आंकड़ा मद	आंकड़ा के अनुसार		
	अभिलेख	एचएमआईएस	अंतर
प्रसवपूर्व देखभाल	107	78	29
नवजात की देखभाल	80	40	40
प्रसव पश्चात देखभाल	104	78	26
जेएसवाई के तहत सेवाएं	83	50	33
<b>मातृत्व देखभाल</b>			
एएनसी पंजीकरण की संख्या	12,833	12,134	699
प्रसवों की संख्या	3,923	495	3,428
जेएसवाई लाभार्थियों की संख्या	7,070	3,072	3,998
शिशु मृत्यु की संख्या	257	142	115
मातृ मृत्यु की संख्या	18	10	8

**अनुबन्ध-8.4**  
**(संदर्भ पैरा-8.4)**

**एचएमआईएस में आंकड़ा के मामले ने निर्धारित सत्यापन विवरण/जांच को अस्वीकार किया**

- (1) **आंकड़ा मद:** जेएसवाई के अंतर्गत पंजीकृत नई महिलाएं  
**सत्यापन विवरण:** जेएसवाई के अंतर्गत पंजीकृत महिलाओं की संख्या < एनसी के लिए पंजीकृत महिलाओं की कुल संख्या

क्र.सं.	राज्य	वर्ष	माह	जिला	कुल संख्या	एनसी के लिए पंजीकृत महिलाओं की कुल संख्या
1.	उत्तर प्रदेश	2015-16	मई	ईलाहाबाद	10,547	10,545
2.	मध्य प्रदेश	2012-13	अगस्त	बस्तर	2,026	2,024
			दिसम्बर		2,229	2,126

- (2) **आंकड़ा मद:** टीटी1 (वैक्सिन) दिये गये महिलाओं की सं.  
**सत्यापन विवरण:** टीटी1 दिये गये गर्भवती महिलाओं की संख्या <= एनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की कुल संख्या

क्र.सं.	राज्य	वर्ष	माह	जिला	कुल संख्या	एनसी के लिए पंजीकृत महिलाओं की कुल संख्या
1.	उत्तर प्रदेश	2015-16	अप्रैल	ईलाहाबाद	12,007	10,908
			मई		12,261	10,545
			जून		12,865	11,866

- (3) **आंकड़ा मद:** 0 से 11 आयु तक के शिशुओं की संख्या जिन्होंने बीसीजी प्राप्त किया था  
**सत्यापन विवरण:** बीसीजी के लिए प्रतिरक्षित शिशुओं (0-11 माह) की संख्या

क्र.सं.	राज्य	वर्ष	माह	जिला	कुल संख्या	जीवित जन्म पुरुष + जीवित जन्म महिला
1.	मध्य प्रदेश	2014-15	जुलाई	टिकमगढ़	2623	2,577
2.	उत्तर प्रदेश	2015-16	अप्रैल	ईलाहाबाद	11,145	4,248
			मई		10,498	5,041
			जून		10,649	5,391
			जुलाई		11,277	6,288
			अगस्त		11,811	9,447
			सितंबर		12,706	9,537
			अक्टूबर		14,021	9,900
			नवंबर		13,569	8,537
			दिसंबर		13,340	7,430
			जनवरी		12,904	7,894
	फरवरी	12,529	6,822			

			मार्च		14,467	7,545
3.	मेघालय	2013-14	अप्रैल	पूर्वी गारो हिल्स	657	623
			मई		869	690
			जून		657	566
			जुलाई		659	465
			अगस्त		640	494
			अक्टूबर		734	514
			नवंबर		644	533
			दिसंबर		419	408
			जनवरी		636	594
			फरवरी		757	629
			मार्च		737	620

**अनुबंध-8.5**  
**(संदर्भ पैरा-8.5)**

**कम्प्यूटराइजेशन एवं नेटवर्किंग पर राज्य वार अभ्युक्तियां**

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति																				
1.	अरुणाचल प्रदेश	एचएमआईएस में संयोजकता केवल जिलों के स्तर पर उपलब्ध थी क्योंकि 84 में से 54 ब्लॉकों में इंटरनेट संयोजकता नहीं थी। इंटरनेट संयोजकता के बिना ब्लॉक, जिला मुख्यालय या निकट के इंटरनेट अभिगम्य क्षेत्र से रिपोर्ट अपलोड कर रहे थे। इंटरनेट संयोजकता और पर्याप्त श्रमशक्ति के अभाव में ब्लॉकों द्वारा अपलोड किया गया डाटा विलंबित था और एचएमआईएस में समय पर उपलब्ध नहीं था।																				
2.	असम	जांच में सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में, कम्प्यूटर, इंटरनेट कनेक्शन और आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध नहीं थे जिसका विवरण नीचे दिया गया है: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>स्वास्थ्य केन्द्रों की श्रेणी</th> <th>चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या</th> <th>कार्य कर रहे उपलब्ध कम्प्यूटरों की संख्या</th> <th>वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है</th> <th>वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>पीएचसी</td> <td>30</td> <td>18</td> <td>07</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>सीएचसी/एसडीसीएच</td> <td>13</td> <td>10</td> <td>09</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>डीएच</td> <td>07</td> <td>07</td> <td>06<sup>12</sup></td> <td>04</td> </tr> </tbody> </table>	स्वास्थ्य केन्द्रों की श्रेणी	चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	कार्य कर रहे उपलब्ध कम्प्यूटरों की संख्या	वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है	वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है	पीएचसी	30	18	07	08	सीएचसी/एसडीसीएच	13	10	09	03	डीएच	07	07	06 <sup>12</sup>	04
स्वास्थ्य केन्द्रों की श्रेणी	चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	कार्य कर रहे उपलब्ध कम्प्यूटरों की संख्या	वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है	वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है																		
पीएचसी	30	18	07	08																		
सीएचसी/एसडीसीएच	13	10	09	03																		
डीएच	07	07	06 <sup>12</sup>	04																		
3.	हिमाचल प्रदेश	12 नमूना-परीक्षित पीएचसी में से केवल एक भोटा (हमीरपुर) पीएचसी में कम्प्यूटर और इंटरनेट सुविधा है जबकि 11 पीएचसी में प्रिंटर/ इंटरनेट सुविधा वाला कोई कम्प्यूटर नहीं था और ऐसे डाटा को मैनुअल रूप से अनुरक्षित किया गया था।																				
4.	महाराष्ट्र	चयनित पीएचसी और एसडीएच/सीएचसी में डाटा अनुरक्षण के विवरण नीचे दिए गए हैं: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>स्वास्थ्य सुविधा का प्रकार</th> <th>चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या</th> <th>वह संख्या जिसमें कार्य करने वाले कम्प्यूटर उपलब्ध हैं</th> <th>वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है</th> <th>वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>पीएचसी</td> <td>26</td> <td>25</td> <td>18</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>सीएचसी/एसडीसीएच</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	स्वास्थ्य सुविधा का प्रकार	चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	वह संख्या जिसमें कार्य करने वाले कम्प्यूटर उपलब्ध हैं	वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है	वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है	पीएचसी	26	25	18	20	सीएचसी/एसडीसीएच	17	16	15	2					
स्वास्थ्य सुविधा का प्रकार	चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	वह संख्या जिसमें कार्य करने वाले कम्प्यूटर उपलब्ध हैं	वह संख्या जिसमें इंटरनेट उपलब्ध है	वह संख्या जिसमें आंकड़ा प्रविष्टि संचालक उपलब्ध है																		
पीएचसी	26	25	18	20																		
सीएचसी/एसडीसीएच	17	16	15	2																		
5.	मणिपुर	एसएचएस, मणिपुर के साथ-साथ पीएचसी स्तर तक के दोनों चयनित																				

<sup>12</sup> डीएच, शिवसागर में इंटरनेट सेवा उपलब्ध नहीं थी।



क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
		जिले बिना नेटवर्किंग के स्वपूर्ण कम्प्यूटर के साथ कम्प्यूटरीकृत किए गए थे। हालांकि, इंटरनेट कनेक्शन या तो केबल या फिर डोंगल के माध्यम से प्रदान किया गया था।
6.	मिजोरम	इंटरनेट संयोजकता समस्या के कारण लेखापरीक्षित जिलों में ब्लॉक/मुख्य केन्द्रों से रिपोर्टिंग नहीं ली गई थी। केन्द्रों से डाटा का अद्यतन न किए जाने के कारण जिला/राज्य स्तर में समेकन पूर्ण रूप से समेकित नहीं था।
7.	राजस्थान	एमआईएस में डाटा अपलोड करने के लिए मोबाईल स्वास्थ्य दलों के लिए राष्ट्रीय बाल-स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत 2014-15 में ₹2.45 करोड़ (लैपटॉप के प्रापण हेतु - ₹2.25 करोड़, डाटा कार्ड और किराया - ₹0.20 करोड़) का प्रावधान किया गया था। हालांकि, डाटा कार्ड के क्रय/किराए के लिए जिलों को केवल ₹5.99 लाख जारी किए गए थे जबकि लैपटॉपों के प्रापण के लिए कोई संस्वीकृति जारी नहीं की गई थी।
8.	सिक्किम	भौतिक सत्यापन से पता चला कि अधिकतर पीएचसी में कम्प्यूटर नेटवर्किंग संतोषजनक नहीं थी। 15 पीएचसी (चयनित) में से किसी में भी कम्प्यूटर या इंटरनेट सुविधा नहीं थी। दो पीएचसी (पश्चिम जिले में डेन्तम और उत्तर सिक्किम में ही-ग्याथांग) में किसी आंकड़ा प्रविष्टि संचालक की नियुक्ति नहीं की गई थी।
9.	पश्चिम बंगाल	04 जिलों के चयनित 22 पीएचसी में, यह पाया गया था कि 21 पीएचसी में कम्प्यूटर नहीं था जबकि एक पीएचसी <sup>13</sup> में इंटरनेट कनेक्शन वाला कम्प्यूटर था परंतु कोई डीईओ/सांख्यिकीय सहायक नहीं था।

<sup>13</sup> पश्चिम मेदिनीपुर के सालबोनी ब्लॉक में पीएचसी, गोदापयासल

**अनुबंध-8.6**  
**(संदर्भ पैरा-8.6)**

**सुविधाओं में रजिस्ट्रों/अभिलेखों के अनुरक्षण की स्थिति**

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति																																														
1.	अरुणाचल प्रदेश	4 चयनित जिलों में, 30 चयनित एससी में किसी ने भी 12 रजिस्ट्रों के पूरे सेट का अनुरक्षण नहीं किया था। अनुरक्षित न किए जाने वाले रजिस्ट्रों की संख्या 2 से लेकर 10 तक थी।																																														
2.	असम	<p>चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में नियमित रूप से अनुरक्षित/अद्यतित न किए गए रजिस्टर</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>स्वास्थ्य सुविधा (संख्या)</th> <th>रजिस्टर के प्रकार</th> <th>अनुरक्षित न किए गए/अद्यतित न किए गए रजिस्ट्रों वाली स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की संख्या</th> <th>टिप्पणी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="8">एससी (45)</td> <td>योग्य कपल रजिस्टर</td> <td>16</td> <td>अनुरक्षित नहीं किया गया</td> </tr> <tr> <td>प्रसवपूर्व/प्रेगनेसी रजिस्टर</td> <td>13</td> <td>अद्यतित नहीं किया गया</td> </tr> <tr> <td>जन्म एवं मृत्यु रजिस्टर</td> <td>10</td> <td>अनुरक्षित नहीं किया गया</td> </tr> <tr> <td>दवा रजिस्टर</td> <td>14</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>उपकरण/फर्नीचर रजिस्टर</td> <td>25</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>संक्रामक/महामारी रजिस्टर</td> <td>41</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>निगरानी/मलेरिया के लिए रजिस्टर</td> <td>31</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>जेएसवाई रजिस्टर</td> <td>38</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">सीएचसी (12)</td> <td>टीका भंडार रजिस्टर</td> <td>01</td> <td>अद्यतित नहीं किया गया</td> </tr> <tr> <td>तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर</td> <td>3</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">डीएच (7)</td> <td>टीका भंडार रजिस्टर</td> <td>02</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर</td> <td>01</td> <td>-वही-</td> </tr> <tr> <td>प्रतिरक्षण रजिस्टर</td> <td>6</td> <td>-वही-</td> </tr> </tbody> </table> <p>रजिस्ट्रों के अनुरक्षण/अद्यतन नहीं किए जाने के कारण मासिक रिपोर्ट में प्रस्तुत रिपोर्ट में प्रस्तुत डाटा के स्रोत सत्यापित नहीं किए गए थे जिसके कारण गलत सूचना की संभावनाएं भी बनती थीं।</p>	स्वास्थ्य सुविधा (संख्या)	रजिस्टर के प्रकार	अनुरक्षित न किए गए/अद्यतित न किए गए रजिस्ट्रों वाली स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की संख्या	टिप्पणी	एससी (45)	योग्य कपल रजिस्टर	16	अनुरक्षित नहीं किया गया	प्रसवपूर्व/प्रेगनेसी रजिस्टर	13	अद्यतित नहीं किया गया	जन्म एवं मृत्यु रजिस्टर	10	अनुरक्षित नहीं किया गया	दवा रजिस्टर	14	-वही-	उपकरण/फर्नीचर रजिस्टर	25	-वही-	संक्रामक/महामारी रजिस्टर	41	-वही-	निगरानी/मलेरिया के लिए रजिस्टर	31	-वही-	जेएसवाई रजिस्टर	38	-वही-	सीएचसी (12)	टीका भंडार रजिस्टर	01	अद्यतित नहीं किया गया	तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर	3	-वही-	डीएच (7)	टीका भंडार रजिस्टर	02	-वही-	तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर	01	-वही-	प्रतिरक्षण रजिस्टर	6	-वही-
स्वास्थ्य सुविधा (संख्या)	रजिस्टर के प्रकार	अनुरक्षित न किए गए/अद्यतित न किए गए रजिस्ट्रों वाली स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की संख्या	टिप्पणी																																													
एससी (45)	योग्य कपल रजिस्टर	16	अनुरक्षित नहीं किया गया																																													
	प्रसवपूर्व/प्रेगनेसी रजिस्टर	13	अद्यतित नहीं किया गया																																													
	जन्म एवं मृत्यु रजिस्टर	10	अनुरक्षित नहीं किया गया																																													
	दवा रजिस्टर	14	-वही-																																													
	उपकरण/फर्नीचर रजिस्टर	25	-वही-																																													
	संक्रामक/महामारी रजिस्टर	41	-वही-																																													
	निगरानी/मलेरिया के लिए रजिस्टर	31	-वही-																																													
	जेएसवाई रजिस्टर	38	-वही-																																													
सीएचसी (12)	टीका भंडार रजिस्टर	01	अद्यतित नहीं किया गया																																													
	तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर	3	-वही-																																													
डीएच (7)	टीका भंडार रजिस्टर	02	-वही-																																													
	तापमान मॉनीटरिंग रजिस्टर	01	-वही-																																													
	प्रतिरक्षण रजिस्टर	6	-वही-																																													
3.	गुजरात	36 चयनित एससी में से नौ में 12 अनिवार्य रजिस्ट्रों को अनुरक्षित किया गया था। अनिवार्य रजिस्ट्रों का गैर-अनुरक्षण पांच एससी में, 6 से लेकर 11 तक में हुआ था। भुवर एससी में कोई रजिस्टर अनुरक्षित नहीं किया गया था।																																														

क्र.सं.	राज्य	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
4.	हरियाणा	चयनित 18 एससी में 2 से 5 रजिस्ट्रों को अनुरक्षित नहीं किया गया था।
5.	हिमाचल प्रदेश	चयनित एससी में, 2011-16 के दौरान एक से सात रजिस्टर अनुरक्षित नहीं किए गए थे।
6.	झारखंड	पांच चयनित जिलों <sup>14</sup> के 69 चयनित एससी में चार से नौ रजिस्ट्रों को अनुरक्षित नहीं किया जा रहा था।
7.	केरल	नौ चयनित सीएचसी में से मुंडक्कयम सीएचसी में आउटब्रेक रिपोर्ट एवं सामान्य प्रतिरक्षण चार्ट को अनुरक्षित नहीं किया गया था तथा सचिवोथमपुरम सीएचसी में साप्ताहिक निगरानी रिपोर्ट को अनुरक्षित नहीं किया गया था। 36 चयनित एससी में से केवल पांच ने सारे 12 रजिस्ट्रों का अनुरक्षण किया था और शेष 31 एससी ने नौ से ग्यारह रजिस्ट्रों को अनुरक्षित किया था।
8.	मणिपुर	17 चयनित एससी में से किसी ने भी सारे निर्धारित 12 रजिस्ट्रों का अनुरक्षण नहीं किया गया था। इन एससी में दो से 10 रजिस्ट्रों को अनुरक्षित नहीं किया गया था।
9.	मेघालय	24 चयनित एससी में, दो रजिस्टर अर्थात् संक्रामक रोग/महामारी के रजिस्टर/निगरानी रजिस्टर तथा जल गुणवत्ता और स्वच्छता अनुरक्षित नहीं पाए गए थे।
10.	ओडिशा	छः जिलों के 71 चयनित एससी में एक से नौ रजिस्ट्रों को अनुरक्षित नहीं किया गया था।
11.	राजस्थान	88 चयनित एससी में से नौ ने कोई रजिस्टर नहीं बना रखा था, 29 एससी ने पांच से 11 रजिस्टर नहीं बना रखे थे और 50 एससी ने एक से चार रजिस्टर नहीं बना रखे थे।
12.	सिक्किम	दक्षिण और पश्चिम जिलों में 15 चयनित एससी ने केवल चार से सात रजिस्टर बना रखे थे।
13.	तेलंगाना	दो जिलों मेदक और नलगोंडा में चयनित केन्द्रों में जल गुणवत्ता और स्वच्छता के लिए रजिस्टर अनुरक्षित नहीं किया गया था।
14.	त्रिपुरा	17 चयनित एससी में, केवल तीन से आठ रजिस्टर बनाए गए थे। परिणामस्वरूप, एससी स्तर पर जेएसवाई, छोटी बीमारी, जल गुणवत्ता और स्वच्छता, संक्रामक/महामारी बिमारियों आदि से संबंधित सूचना एससी स्तर पर उपलब्ध नहीं पाई गई थी।
15.	उत्तर प्रदेश	चयनित एससी में, तीन से 10 रजिस्टर अनुरक्षित नहीं किए गए थे। रजिस्टर अर्थात् योग्य युगल रजिस्टर, दवा रजिस्टर, निगरानी के लिए संक्रामक रोग/महामारी रजिस्टर, जन्म तथा मृत्यु रजिस्टर आदि नहीं बनाए गए थे।

<sup>14</sup> दुमका, गिरिडीह, गुमला, जामताड़ा और पश्चिम सिंहभूम

अनुबंध-8.7  
(संदर्भ पैरा-8.8)

असामान्य भिन्नता दर्शाती आरसीएच संकेतक/पैरामीटर

क्र.सं.	संकेतक का नाम	राज्यों से एकत्र आंकड़ों के साथ एचएमआईएस आंकड़ों में भिन्नता का परिसर (प्रतिशत में)*
1.	एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	-74 से 75
2.	वर्तमान गर्भावस्था के दौरान टीटी2 या बूस्टर दी गयी गर्भवती महिलाओं की संख्या	-911 से 70
3.	100 आईएफए गोलियां दी गई गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	-874 से 78
4.	संस्था में उपचारित गंभीर रक्ताल्पता (एचबी<7) पीडित गर्भवती महिलाओं की संख्या	-285 से 91
5.	एकलम्पसिया के मामलों की संख्या जिनका प्रसव के दौरान प्रबंधन किया गया।	-57 से 96
6.	प्रसव_कुल_संस्थागत_सार्वजनिक_निजी (गणना की गई फ़ील्ड)	-77 से 73
7.	प्रसूति संबंधी जटिलताओं के साथ तथा सार्वजनिक सुविधाओं अर्थात पीएचसी, सीएचसी, एसडीएच, डीएच और अन्य सार्वजनिक संस्थाएं में देखी गयी गर्भवती महिलाओं के मामलों की संख्या	-774 से 94
8.	जेएसवाई प्रोत्साहन धन प्राप्त महिलाओं की कुल संख्या (गणना क्षेत्र)	-2,89,270 से 10,04,978 (संख्या में)
9.	पुरुष और महिला जीवित जन्मों की कुल संख्या (4.1.1.ए और 4.1.1.बी)	-75 से 75
10.	अभी भी जन्म	-31 से 90
11.	सार्वजनिक सुविधाओं अर्थात पीएचसी, सीएचसी, एसडीएच, डीएच और अन्य राज्य स्वामित्व वाली सार्वजनिक संस्थाओं में मृत शिशु जन्म हुई एनएसवी या परंपरागत स्त्री नसबंदी की कुल संख्या	-197 से 100

\* (-) भिन्नता राज्यों से एकत्र आंकड़ों को दर्शाता है जो एचएमआईएस से प्राप्त आंकड़ों से कम है और (+) भिन्नता राज्यों से एकत्र आंकड़ों को दर्शाता है जो एचएमआईएस आंकड़ों से प्राप्त आंकड़ों से अधिक है।

**अनुबंध-8.8**  
(पैरा-8.8.1 के संदर्भ में)

**100 प्रतिशत से अधिक की उपलब्धियां दर्शाते हुए आरसीएच मापदंड**

क्र.सं.	आरसीएच मापदंड (गणना की गई फील्ड)	विवरण	अपवाद (3,218 अभिलेखों को छोड़कर)
1.	एएनसी अनुपात	3 एएनसी प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं (पीडब्ल्यू) की संख्या के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू के चैकअप की संख्या का अनुपात	115 अभिलेखों में, एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति 3 एनसी चैकअप पाने वाली पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
2.	टीटी 1 अनुपात	टीटी 1 दी जा चुकी पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	52 अभिलेखों में, एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति टीटी 1 दी जा चुकी पीडब्ल्यू की संख्या के अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
3.	टीटी 2 अनुपात	टीटी 2 दी जा चुकी पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	77 अभिलेखों में, एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति टीटी 2 दी जा चुकी पीडब्ल्यू की संख्या के अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक थे।
4.	100 आईएफए गोलियों का अनुपात	100 आईएफए गोलियां दी गई पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	213 अभिलेखों में एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति 100 आईएफए गोलियां दी गई पीडब्ल्यू की संख्या के अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक थे।
5.	सार्वजनिक/निजी/घर पर कुल प्रसव	सार्वजनिक/निजी/घर पर कुल प्रसवों के प्रति एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	120 अभिलेखों में, एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की कुल संख्या के (अनुपात के) प्रति सार्वजनिक/निजी/घर में प्रसवों का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
6.	गर्भपात समेत कुल प्रसव	गर्भपात समेत कुल प्रसवों के प्रति एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	215 अभिलेखों में, एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति गर्भपात समेत कुल प्रसवों अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
7.	जेएसवाय अनुपात	जेएसवाय लाभ प्रदान किए जाने वाली पीडब्ल्यू की संख्या के प्रति जेएसवाय के अंतर्गत पंजीकृत पीडब्ल्यू की संख्या का अनुपात	147 अभिलेखों में जे.एस.वाई लाभ प्राप्त पी.डब्ल्यू की संख्या के प्रति कुल पंजीकृत पी.डब्ल्यू की संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
8.	वजन किए गए नवजात के प्रति	वजन किए गए नवजात की संख्या के प्रति कुल जन्मों का अनुपात	10 अभिलेखों में, कुल जन्मों (जीवित+मृत) के प्रति वजन किए गए

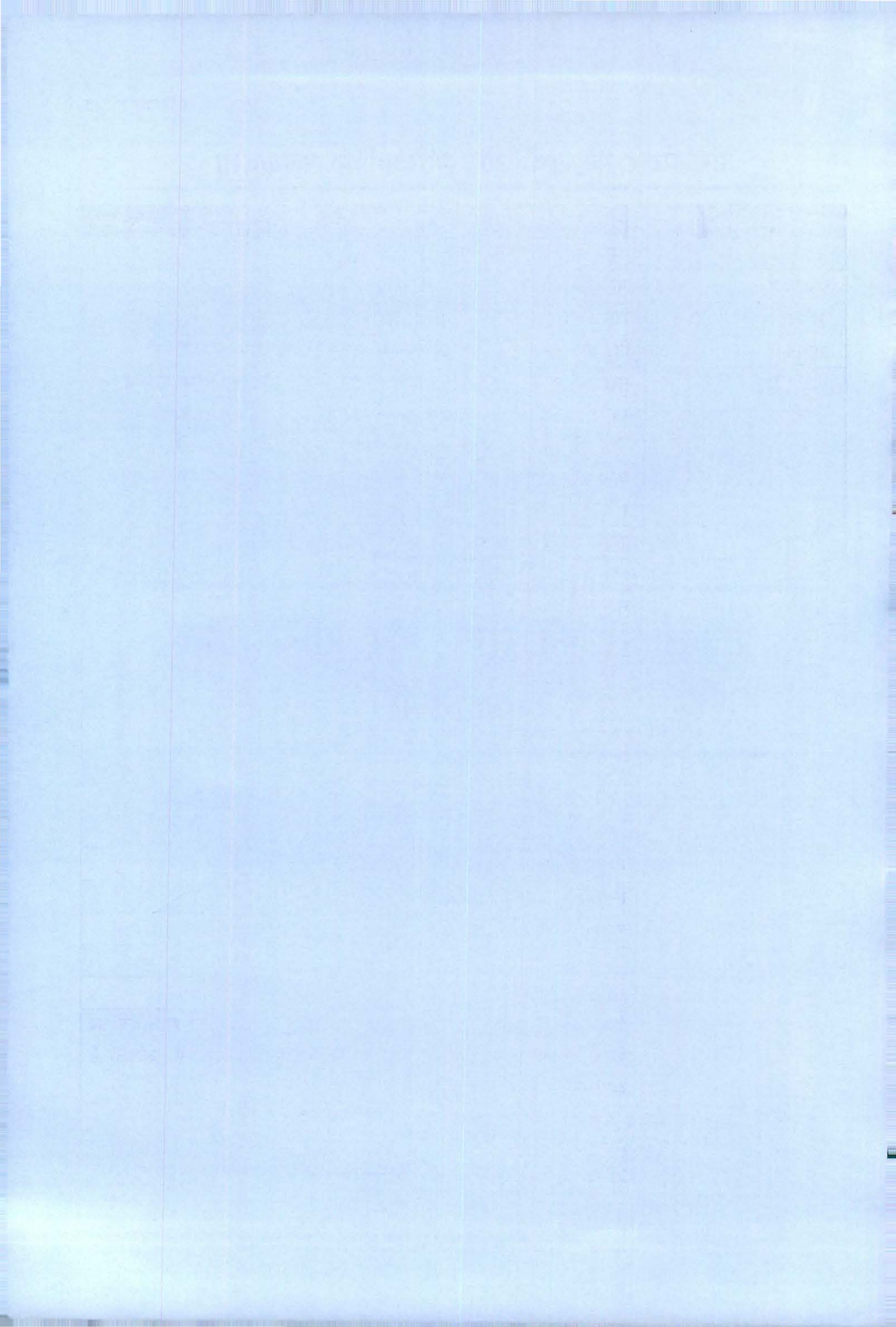
क्र.सं.	आरसीएच मापदंड (गणना की गई फील्ड)	विवरण	अपवाद (3,218 अभिलेखों को छोड़कर)
	कुल जन्म	(जीवित+मृत)	नवजात की संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
9.	एक घंटे के भीतर स्तनपान कराए गए नवजात	जन्म के 1 घंटे के भीतर स्तनपान कराए गए नवजात की संख्या प्रति जन्मों की कुल संख्या का अनुपात	13 अभिलेखों में, कुल जीवित जन्मों (पुरुष एवं महिलाओं) की संख्या के प्रति स्तनपान कराए गए नवजात की संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
10.	ओपीवी 0 मामले	ओपीवी-0 दिए गए शिशुओं की संख्या के प्रति अस्पताल में हुए प्रसवों की कुल संख्या का अनुपात	899 अभिलेखों में, अस्पताल में हुए प्रसवों की कुल संख्या के प्रति ओपीवी 0 दिए गए शिशुओं की संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
11.	प्रसव के 24 घंटों के भीतर नवजात का चैकअप	प्रसव के 24 घंटों के भीतर नवजात का चैकअप किए जाने की संख्या के प्रति घर पर प्रसवों और प्रशिक्षित या अप्रशिक्षित एसबीए द्वारा देखभाल किए जाने की कुल संख्या का अनुपात	71 अभिलेखों में, प्रसव के 24 घंटों के भीतर चैकअप किए गये नवजात की संख्या के प्रति प्रशिक्षित या अप्रशिक्षित एसबीए द्वारा घर पर प्रसवों और देखभाल किए जाने की कुल संख्या का अनुपात 105 प्रतिशत से अधिक था।
12.	प्रतिरक्षण मामलों का प्रतिशत	एक माह के दौरान जहां आशा मौजूद थीं वहां प्रतिरक्षण सत्रों की संख्या के प्रति माह के दौरान प्रतिरक्षण सत्रों की संख्या का अनुपात	23 अभिलेखों में, एक माह के दौरान जहां आशा मौजूद थीं वहां प्रतिरक्षण सत्रों की संख्या के प्रति माह के दौरान प्रतिरक्षण सत्रों की संख्या का अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक था
13.	निजी संस्थानों में कुल प्रसवों के प्रति भुगतान किए गए जेएसवाई	मान्यता प्राप्त निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए माताओं को भुगतान किए गए जेएसवाई प्रोत्साहन की संख्या के प्रति निजी संस्थानों (सी-सेक्शन समेत) में किए गए प्रसवों का अनुपात	35 अभिलेखों में, मान्यता प्राप्त संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए माताओं को भुगतान किए गए जेएसवाई प्रोत्साहन की संख्या के प्रति निजी संस्थानों (सी-सेक्शन समेत) में किए गए प्रसवों का अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक था।
14.	आशा द्वारा जेएसवाय (अस्पताल में प्रसव) अस्पताल में कुल प्रसव के लिए किए गए भुगतान	सार्वजनिक और निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए जेएसवाय प्रोत्साहन का भुगतान किए गए आशा कर्मचारियों की संख्या के प्रति अस्पताल में किए गए कुल प्रसवों का अनुपात	98 अभिलेखों में, सार्वजनिक और निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए जेएसवाय प्रोत्साहन का भुगतान किए गए आशा कर्मचारियों की संख्या के प्रति अस्पताल में किए गए कुल प्रसवों का अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक था।
15.	आशा द्वारा जेएसवाय (अस्पताल में प्रसव) कुल प्रसवों	सार्वजनिक और निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए आशा कर्मचारियों को भुगतान किए गए जेएसवाई प्रोत्साहनों की संख्या के	53 अभिलेखों में, सार्वजनिक और निजी संस्थानों में किए गए प्रसवों के लिए आशा कर्मचारियों को भुगतान किए गए जेएसवाई प्रोत्साहनों की संख्या के प्रति

क्र.सं.	आरसीएच मापदंड (गणना की गई फील्ड)	विवरण	अपवाद (3,218 अभिलेखों को छोड़कर)
	का भुगतान	प्रति घर समेत अस्पताल में हुए कुल प्रसव	घर समेत अस्पताल में हुए कुल प्रसव 100 प्रतिशत से अधिक था।
16.	जेएसवाय लाभार्थियों के प्रति एएनसी अनुपात के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू	जेएसवाय लाभार्थियों के प्रति एएनसी के लिए पंजीकृत पीडब्ल्यू का अनुपात	39 अभिलेखों में, पंजीकृत पीडब्ल्यू से अधिक जेएसवाय लाभार्थी थे।





**संकेताक्षर की सूची और पारिभाषिक  
शब्दावली**



## संकेताक्षर की सूची और पारिभाषिक शब्दावली

पद	विवरण
एएनसी	प्रसव पूर्व जांच
एएनएम	सहायक नर्स और दाई
आशा	मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
आयुष	आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होमियोपैथी
जैव सुरक्षा कैबिनेट	जैव सुरक्षा कैबिनेट ऑपरेटर, प्रयोगशाला के वातावरण और कार्य सामग्री को संक्रामक एरोसोल और छिड़काव के संपर्क में रखने के लिए डिज़ाइन किया गया है, जो कि संक्रामक एजेंटों जैसे कि प्राथमिक संस्कृतियों, स्टॉक, डायग्नोस्टिक, नमूना आदि युक्त सामग्री में छेड़खानी करने पर उत्पन्न हो सकता है।
सीएचसी	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
सीएमओ	मुख्य चिकित्सा अधिकारी
सीआरएम	सामान्य समीक्षा मिशन
डीईआईसी	जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र
डीएच	जिला अस्पताल
डीएचएम	जिला स्वास्थ्य मिशन
डीएचएस	जिला स्वास्थ्य सोसायटी
डीक्यूएसी	जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति
डीक्यूएयू	जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई
डीक्यूटी	जिला गुणवत्ता दल
ईडीएल	आवश्यक दवाओं की सूची
ईपीओडी	ऐविडेंस फॉर पॉलिसी डिजाइन
ईपीसी	अधिकार प्राप्त कार्यक्रम समिति
एफआरयू	प्रथम रेफरल इकाई
जीएच	सामान्य अस्पताल
भौगोलिक सूचना प्रणाली	भौगोलिक सूचना प्रणाली एक कंप्यूटर आधारित उपकरण है जो मानचित्र पर भौगोलिक जानकारी का विश्लेषण करती है, उसे स्टोर करती है, जोड़ती है और दृश्य करती है।
जीओआई	भारत सरकार
एचएमआईएस	स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली
आईएफए	आयरन फोलिक एसिड

आईएफएमआर	वित्तीय प्रबंधन एवं अनुसंधान संस्थान
आईएमआर	शिशु मृत्यु दर प्रति 1000 जीवित जन्मों पर एक वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु की संख्या है।
आईपीडी	आन्तरिक रोगी विभाग
आईपीएचएस	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक
आईक्यूएटी	आंतरिक गुणवत्ता आश्वासन दल
जेई	जापानी मस्तिष्कशोध
जेएसएसके	जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम
जेएसवाई	जननी सुरक्षा योजना
केपीआई	प्रजनन और बाल स्वास्थ्य से संबंधित मुख्य निष्पादन संकेतक, शिशु मृत्यु दर, मातृ मृत्यु अनुपात, प्रसव पूर्व देखभाल, संस्थागत प्रसव, प्रसव पश्चात देखभाल, टीकाकरण व्याप्ति आदि शामिल हैं।
एलएचवी	महिला स्वास्थ्य आगंतुक
एमडी	मिशन निदेशक
एमडीजी	सहस्राब्दि विकास लक्ष्य
एमएचडब्ल्यू	पुरुष स्वास्थ्य कर्मचारी
एमआईएस	सूचना प्रबंधन प्रणाली
एमएमआर	मातृ मृत्यु अनुपात प्रति 1,00,000 जीवित जन्म पर गर्भावस्था और प्रसव के दौरान या गर्भावस्था के समापन के 42 दिनों के भीतर गर्भावस्था या उसके प्रबंधन (संयोगवश या आकस्मिक कारणों को छोड़कर) से संबंधित किसी भी कारण से मरने वाली महिलाओं की संख्या है।
एमएमयू	चल चिकित्सा इकाई
एमओएचएफडब्ल्यू	स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
एमएसजी	मिशन परिचालन समूह
एमटीपी	गर्भावस्था की चिकित्सा द्वारा समाप्ति
एनबीएसयू	नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाई
एनएचएम	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
एनएचएसआरसी	राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र
एनपीसीसी	राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति
एनआरएचएम	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
एनयूएचएम	राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन
ओपीडी	बाह्य रोगी विभाग

ओआरएस	ओरल रिहाइडेशन साल्ट
ओटी	शल्य-चिकित्सा कक्ष
पीएसी	लोक लेखा समिति
पीएचसी	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
पीआईपी	कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना
पीएनसी	प्रसव पश्चात देखभाल
क्यूए	गुणवत्ता आश्वासन
आरसीएच	प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य
आरकेएस	रोगी कल्याण समिति
आरटीआई	प्रजनन पथ संक्रमण
एसबीए	कुशल जन्म परिचारक
एससी	उप केन्द्र
एसडीएच	उप-जिला/उप-मंडल अस्पताल
एसएचएम	राज्य स्वास्थ्य मिशन
एसएचएस	राज्य स्वास्थ्य समिति
एसएनसीयू	बीमार नवजात शिशु देखभाल इकाई
एसओपी	मानक संचालन प्रक्रियाएं
एसक्यूएसी	राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति
एसक्यूएयू	राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई
एसआरएस	नमूना पंजीकरण प्रणाली
एसटीआई	यौन संचारित संक्रमण
टीएफआर	कुल प्रजनन दर संपूर्ण प्रजनन अवधि के दौरान प्रति महिला बच्चे के जन्म होने की उम्मीद की औसत संख्या है।
टीटी	टेटनस टॉक्साइड
यूसी	उपयोग प्रमाणपत्र
यूटी	संघ शासित क्षेत्र
वीएचएसएनसी	ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता और पोषण समिति

