

00492



1295

**राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
की
निष्पादन लेखापरीक्षा
(स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय)**



**भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक
का
प्रतिवेदन**

**संघ सरकार (सिविल)
2009-10 की सं.8**

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
की
निष्पादन लेखापरीक्षा
(स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय)

भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक
का
प्रतिवेदन
मार्च 2008 को समाप्त वर्ष के लिए

संघ सरकार (सिविल)
2009-10 की सं. 8

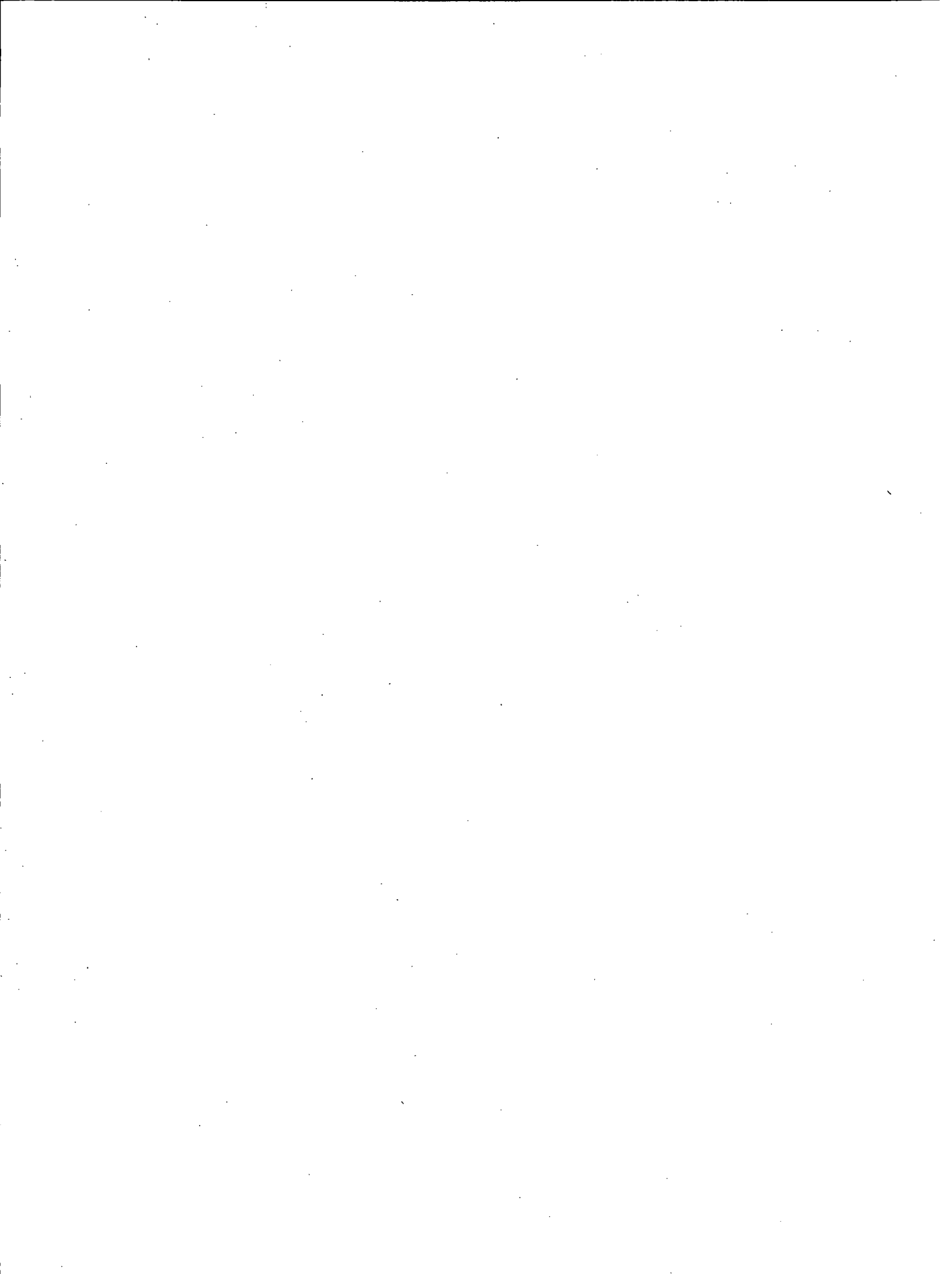


विषय सूची

प्राक्कथन		vii
कार्यकारी सारांश		ix-xv
अध्याय- 1	प्रस्तावना	1-7
अध्याय - 2	योजना तथा मॉनीटरिंग	8-21
अध्याय - 3	सामुदायिक भागीदारी	22-33
अध्याय - 4	अभिसरण	34-40
अध्याय - 5	निधि प्रवाह प्रबंधन	41-59
अध्याय - 6	अवसंरचना विकास तथा क्षमता निर्माण	60-84
अध्याय - 7	दवाईयों तथा उपकरणों का प्रापण तथा आपूर्ति	85-96
अध्याय - 8	सूचना, शिक्षा तथा संचार	97-101
अध्याय - 9	स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियां	102-130
अध्याय - 10	निष्कर्ष तथा अनुशंसाओं का सारांश	131-133

अनुबंध 6.12	सा.स्वा.के. पर कर्मचारियों की स्थिति	168
अनुबंध 6.13	क- मा.सा.स्वा.का. की नियुक्ति: राज्य विशिष्ट मामले ख- मा.सा.स्वा.का. की नियुक्ति: रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा में विसंगति ग- मा.सा.स्वा.का. का प्रशिक्षण: रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा में विसंगति	169
अनुबंध 6.14	चल चिकित्सा ईकाइयां: राज्य विशिष्ट मामले	170
अनुबंध 7.1	अत्यधिक तथा निष्फल क्रय के मामले: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष	171
अनुबंध 7.2	रा.स्वा.स. में अधिप्राप्ति हेतु जारी निधियों का उपयोग	172
अनुबंध 8.1	सू.शि.सं. पर व्यय में वित्तीय अनियमितताएं: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष	173
अनुबंध 9.1	गर्भवती महिला के पंजीकरण एवं एंटी नेटल जांचों की स्थिति	174-175
अनुबंध 9.2	आई.एफ.ए. गोलियों का प्रबन्धन	176
अनुबंध 9.3	ज.सु.यो. के अंतर्गत संस्थागत प्रसवों हेतु लक्ष्य तथा उपलब्धियाँ	177
अनुबंध 9.4	ज.सु.यो. के अंतर्गत प्रोत्साहन के भुगतान में अनियमितताएं: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष	178
अनुबंध 9.5	क- ज.सु.यो. के अंतर्गत मंत्रालय को बताए व्यय में विचलन ख- डाटा में अस्थिरता	179
अनुबंध 9.6	प्रसव उपरान्त देखभाल हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने वाली महिलाओं की प्रतिशतता	180
अनुबंध 9.7	क- 2005-08 के दौरान बंध्यकरण के अंतर्गत लक्ष्य एवं उपलब्धियों की स्थिति ख- 2005-08 के दौरान पुरुष नसबंदी में निष्पादन ग- लैप्रोस्कोपी में निष्पादन घ- विफल बंध्यकरण के मामले ङ स्पेसिंग पद्धति में प्रयोग	181-182
अनुबंध 9.8	शिशु रोगों के मामले	183-184

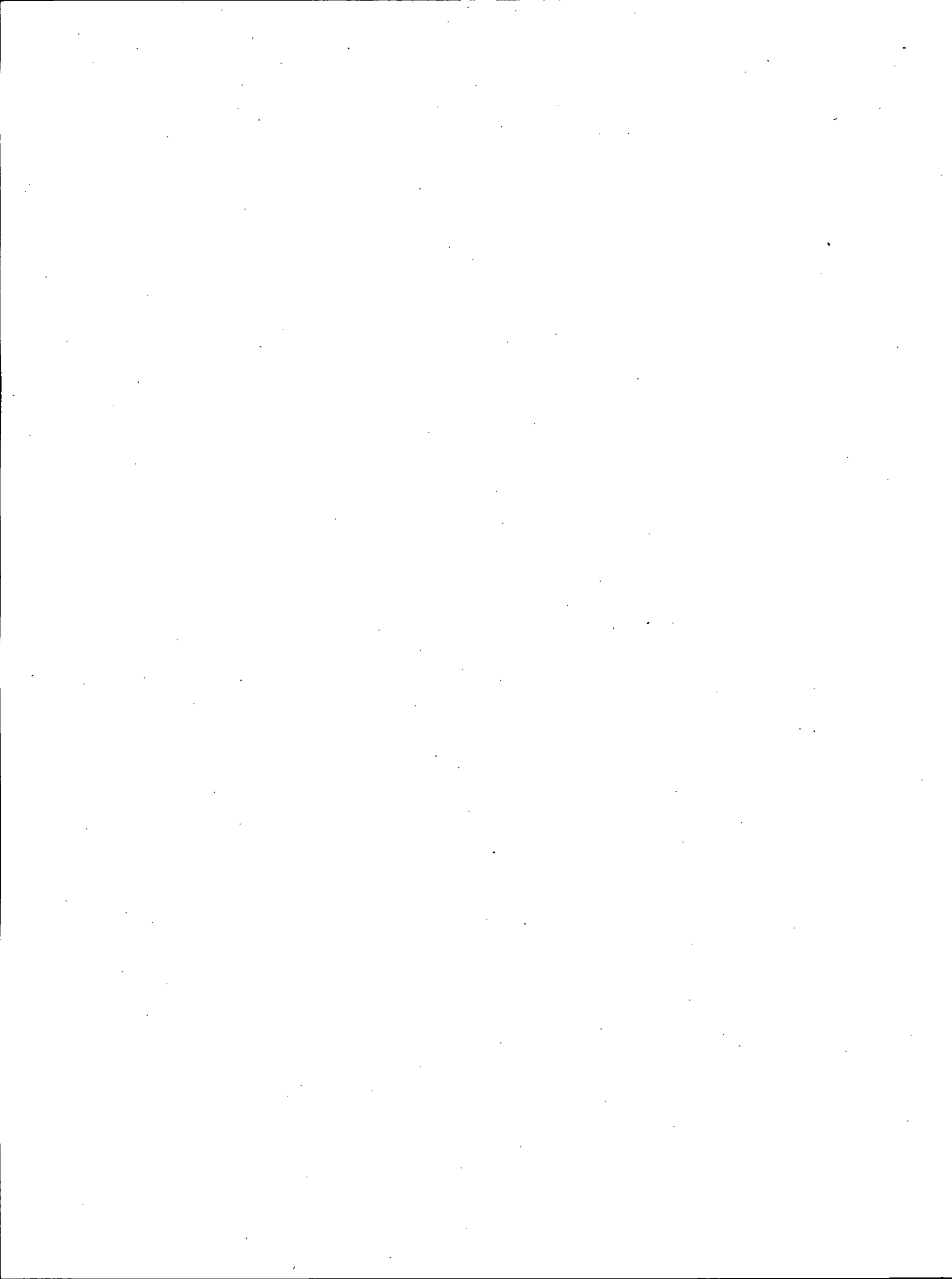
अनुबंध 9.9	2005-08 के दौरान पाये गये पोलियो के नए मामले	185
अनुबंध 9.10	पल्स पोलियो टीकाकरण में कमियाँ	186
अनुबंध 9.11	विटामिन ए के प्रबंधन हेतु लक्ष्य एवं उपलब्धियाँ	187
अनुबंध 9.12	मोतियाबिन्द की शल्यचिकित्सा निष्पादन की क्षेत्र-वार स्थिति	188
अनुबंध 9.13	क- कैम्पों में मोतियाबिन्द शल्यचिकित्सा ख- मोतियाबिन्द शल्यक्रिया दर ग- राज्य विशिष्ट मामले: संविदा संचालन	189
अनुबंध 9.14	क- नेत्र बैंकों का निष्पादन ख- राज्य विशिष्ट मामले	190
अनुबंध 9.15	2005-08 के दौरान वा.र.प.द तथा वा.प.घ की स्थिति	191
अनुबंध 9.16	2005-08 के दौरान वेक्टर जनित रोगों के कारण रूग्णता एवं मृत्यु की स्थिति	192-193
अनुबंध 9.17	राज्य विशिष्ट मामले: कीटनाशी का उपयोग करके बचाई गई जनसंख्या	194
शब्दावली		195-199



प्रावचन

मार्च 2008 को समाप्त वर्ष के लिए भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक के इस प्रतिवेदन को संविधान की धारा 151 के अंतर्गत भारत के राष्ट्रपति को प्रस्तुतीकरण हेतु "राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन" के कार्यान्वयन पर तैयार किया गया है।

निष्पादन लेखापरीक्षा, 2005-06 से 2007-08 की अवधि को आवृत करते हुए, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राज्य तथा जिला स्वास्थ्य समितियों के अभिलेखों की नमूना जांच के माध्यम से अप्रैल 2008 और दिसम्बर 2008 के मध्य की गई थी।



1. पृष्ठभूमि

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (रा.ग्रा.स्वा.मि.) को पूरे देश के ग्रामीण क्षेत्रों विशेषतौर पर जनसंख्या के गरीब एवं कमजोर वर्गों को सुगम, वहनीय, उत्तरदायी, प्रभावी तथा विश्वसनीय स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएँ प्रदान करने हेतु अप्रैल 2005 में संस्थापित किया गया था। रा.ग्रा.स्वा.मि. की मुख्य कार्यनीति, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतर कम करने, स्वास्थ्य क्षेत्रों में विकेंद्रित योजना को सुसाध्य बनाने तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा चलाए जा रहे, विद्यमान रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को सहायता प्रदान करने की थी। केन्द्रीय मंत्रीमंडल ने, जुलाई 2006 में रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन ढांचे को कार्यान्वयन हेतु स्वीकृत करते समय, मिशन को वित्तीय तथा प्रशासनिक शक्तियों के प्रत्यायोजन की यथेष्ट मात्रा प्रदान की। मिशन संचालन समूह (मि.सं.स.) तथा अधिकारप्राप्त कार्यक्रम समिति (अ.का.स.) स्वीकृत योजनाओं के प्रतिमानों में परिवर्तन करने हेतु प्राधिकृत थे। मि.सं.स. भी सभी योजनाओं तथा घटकों जो कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के भाग थे के संबंध में वित्तीय प्रतिमानों को स्वीकृत करने हेतु अधिकार प्राप्त था। यद्यपि मिशन अप्रैल 2005 में संस्थापित किया गया था फिर भी जुलाई 2006 में रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे के कार्यान्वयन हेतु मंत्रीमण्डल की स्वीकृति ने मिशन के क्रियाकलापों को त्वरित करने हेतु प्रभावी रूप से प्रोत्साहन प्रदान किया।

मिशन के कार्यक्रम एवं क्रियाकलापों का संपादन योजक राज्यों में अवस्थित है तथा इसकी सफलता, बड़े पैमाने तक, मिशन के अंतर्गत विचार की गई क्रियाकलापों के कार्यान्वयन में राज्य स्वास्थ्य समितियों के प्रभावकारिता के साथ निकट से जुड़ी हो सकती है। जबकि मंत्रालय संपूर्ण नीति कार्यान्वयन ढांचा प्रदान करने, दिशानिर्देशन तथा प्रतिपुष्टि पर कार्य हेतु अंततः उत्तरदायी है, फिर भी इसके प्रयासों को राज्यों द्वारा समान मात्रा में पूरक किए जाने की आवश्यकता है।

मिशन स्वास्थ्य क्षेत्र, योजना क्षमता तथा समुदाय भागीदारी के प्रोत्साहन एवं विकास के साथ अच्छे जीवन के अन्य संकेतकों-सुरक्षित पेय जल, स्वच्छता आदि के अभिसरण पर बल देने से विविधता लाते हुए, स्वास्थ्य क्षेत्र में मुख्य बदलावों को प्रारम्भ करने का प्रयत्न करता है। लम्बी अवधि से चल रहे रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को अधिक संसंजक कार्यान्वयन संरचना के अधीन ले लिया गया है तथा भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों की निर्देशन अवसंरचना एवं सुविधाएँ स्थापित कर दी गई थीं।

2. लेखापरीक्षा क्षेत्र एवं पद्धति

रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन पर निष्पादन लेखापरीक्षा 2005-06 से 2007-08 की अवधि को शामिल करते हुए, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, 33 राज्यों/सं.शा.क्षे. की राज्य स्वास्थ्य समितियों (रा.स्वा.स.), 129 जिलों की जिला स्वास्थ्य समितियों (जि.स्वा.स.) तथा ब्लॉक एवं ग्राम स्तरों पर 2369 स्वास्थ्य केन्द्रों में अप्रैल-दिसम्बर 2008 के दौरान संचालित की गई थी। मिशन के अंतर्गत क्रियाकलापों के कार्यान्वयन की निष्पादन लेखापरीक्षा करने का उद्देश्य, सकारात्मक प्रवृत्तियों तथा विकासों को उजागर करने के साथ-साथ क्षेत्र-स्तरीय संचालनों में कमजोरी अथवा कमियों जो मिशन के सम्पूर्ण उद्देश्यों की प्राप्ति के प्रति प्रगति में अड़चन डाल सकते थे/के संभाव्य क्षेत्रों को इंगित करना है।

3. योजना एवं मॉनीटरिंग

रा.ग्रा.स्वा.मि. ने विकेन्द्रित उर्द्धगामी योजना प्रारम्भ की थी। यह घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों तथा राज्य विशिष्ट परिप्रेक्ष्य योजनाओं को पूरा न करने से द्वारा बाधित हुआ था। नौ राज्यों में, 2005-08 के दौरान जिला स्तरीय वार्षिक योजनाएँ तैयार नहीं की गई थीं तथा 24 राज्यों/सं.शा.क्षे. में ब्लॉक एवं ग्राम स्तरीय वार्षिक योजनाएं बिल्कुल भी तैयार नहीं की गई थीं। योजना तैयार करने के लिए आउटसोर्सिंग करने के परिणाम आठ राज्यों में निजी अभिकरण को आउटसोर्स की गई जिला योजना को समय पर तैयार न किए जा रहे के साथ मिला दिया गया था। मिशन को अगले कुछ वर्षों में, योजना क्षमताओं का निर्माण करने पर सशक्त रूप से महत्व देने की आवश्यकता है क्योंकि यह सभी आगे के उच्च-निम्न स्वास्थ्य मध्यस्थता हेतु एक आधारभूत निर्माण ब्लॉक था।

4. सामुदायिक भागीदारी

जबकि मिशन ने योजना एवं मॉनीटरिंग में सामुदायिक भागीदारी का एक नया कार्यान्वयन ढांचा विकसित करके, विकेन्द्रीकरण पर यथेष्ट महत्व दिया है फिर भी विभिन्न स्तरों पर समितियों की स्थापना तथा अनुस्थापन का प्रारम्भिक चरण अभी भी पूरा किया जाना था। नौ राज्यों में ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य तथा स्वच्छता समितियों को अभी भी संस्थापित किया जाना था। कई स्वास्थ्य केन्द्रों में गठित रोगी कल्याण समितियाँ (रो.क.स.), स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाली प्रणालियों के सामुदायिक स्वामित्व पर लक्षित, दुर्बल या अविद्यमान शिकायत निवारण क्रियाविधि, फैलाव तथा जागरूकता पैदा करने के प्रयासों द्वारा विशिष्ट गुणयुक्त थीं। मंत्रालय द्वारा जारी रो.क.स. पर विस्तृत दिशानिर्देश राज्यों को समितियों की प्रभावी क्रियात्मकता स्थानीय अवस्थाओं के अनुकूल बनाने को सुनिश्चित करने हेतु पर्याप्त लचीलापन प्रदान करते थे। तथापि, किसी भी राज्य/सं.शा.क्षे. में किसी भी रो.क.स. ने निर्धारित केन्द्रीय अनुदान प्राप्त नहीं किया। 13 राज्यों/सं.शा.क्षे. में, समिति आंतरिक संसाधनों को उत्पन्न करने में विफल थी, जबकि शेष राज्यों में आंतरिक संसाधनों में से रो.क.स. निधियों का तीसरे हिस्से को उत्पन्न करने को मॉनीटर करने, जैसा कि निर्धारित था, हेतु कोई क्रियाविधि विद्यमान नहीं थी। खुले अनुदानों के माध्यम से स्थानीय कार्य हेतु निधियाँ तथा स्वास्थ्य केन्द्रों को वार्षिक अनुदान अधिकतर अव्ययित रहे तथा इनके प्रभावी उपयोग के महत्व पर अधिक जागरूकता पैदा करने की आवश्यकता थी। मिशन की संरचना को राज्य तथा जिला स्तर पर स्वास्थ्य समितियाँ जो कि पूरे तौर पर गठित नहीं हुई हैं, की मुख्य धारा के साथ अधिक संशक्ति की आवश्यकता है।

5. अभिसरण

रा.ग्रा.स्वा.मि. ने योजना तथा निष्पादन में महिला सहक्रिया एवं बाल विकास, आरोग्य एवं स्वच्छता, जन कार्य एवं पंचायती राज संस्थानों को स्वास्थ्य देखभाल हेतु एक अन्तःक्षेत्रीय अभिसरण को अपनाया था। तथापि, मिशन निदेशक की अध्यक्षता के अंतर्गत अन्तः क्षेत्रीय अभिसरण पर समिति की बैठकें जल्दी-जल्दी नहीं हुईं तथा इसके अनुदेशों पर अनुवर्ती कार्रवाई की मॉनीटरिंग नहीं की गई थी। इसका तात्पर्य था कि अभिसरण पर प्रयासों को सुदृढ़ करने की आवश्यकता थी। मिशन के क्रियाकलापों में गैर सरकारी संस्थानों (गै.स.सं.) की भागीदारी को सुसाध्य नहीं किया तथा क्षमता निर्माण एवं सेवा प्रदान करने के लिए इनके योगदान को प्रभावी

रूप से मॉनीटर नहीं किया गया था। पूरे देश में 71 प्रतिशत जिलों को अभी भी मातृ गै.स.सं. योजना के अंतर्गत शामिल किया जाना था। अब मंत्रालय मिशन में प्रभावी गै.स.सं. भागीदारी को सुनिश्चित करने हेतु दिशानिर्देशों का संशोधन करने का प्रयत्न कर रहा है।

6. निधि प्रवाह प्रबंधन

केन्द्र तथा राज्यों दोनों में, हाल के वर्षों में जन स्वास्थ्य पर परिव्यय में बढ़ोतरी एक सार्थक विकास है। 2005-06 से 2007-08 की अवधि के दौरान, रा.स्वा.ग्रा.मि. परकुल परिव्यय/व्यय 24151.45 करोड़ रु. था। प्रथम के दो वर्षों के दौरान केन्द्र ने निधियों के 100 प्रतिशत का अंशदान कर रहा था। इसके पश्चात् राज्य 11वीं वंचवर्षीय योजना (2007-12) के दौरान निधियों का 15 प्रतिशत का अंशदान कर रहे थे। तथापि, अधिकतर राज्यों, के मिशन को अपना हिस्सा दिये जानेके और इस मुद्दे का निदान किये जाने की आवश्यकता है। तथापि, अधिकतर राज्यों को मिशन को अभी भी अपना अंश का सहयोग देना है तथा इस मामले का निदान किए जाने की आवश्यकता है। तथापि, अधिकतर उच्च केन्द्रीय राज्य, जहाँ रोग स्थानिक एवं स्वास्थ्य संकेतक घटिया हैं, केन्द्रीय अनुदानों की सापेक्ष रूप से कम राशि प्राप्त कर रहे हैं क्योंकि पिछले वर्ष के अधिक अव्ययित शेष है जो कि दर्शाता है कि क्षमता निर्माण पर ध्यान केन्द्रित किए जाने की आवश्यकता है। राज्य समितियों तथा बाद में जिला तथा ब्लॉक स्तर पर निधियों की निर्मुक्ति को निधियों का तुरंत एवं प्रभावी उपयोग सुनिश्चित करने हेतु आगे सुप्रवाही बनाना अपेक्षित है। रा.स्वा.स. द्वारा निम्न स्तरीय संघटनों को अग्रिम दी गई निधियों को व्यय के रूप में मानना जारी था। व्यय एवं अव्ययित शेषों को कम दर्ज करने के साथ निर्मुक्ति का समीकरण करने से तात्पर्य है कि 862.61 करोड़ रु. की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (प्र.बा.स्वा.) फ्लैक्सी पूल निधियाँ राज्यों/सं.शा.क्षे. को आधिक्य में जारी की गई थीं। पहले से चल रहे विभिन्न कार्यक्रमों जैसे कि अधिकारप्राप्त कार्य समूह योजना, प्र.बा.वि.-I तथा राष्ट्रीय प्रसूति लाभ योजना को रा.ग्रा.स्वा.मि. के प्रारम्भ के साथ बंद कर दिया गया था परंतु इन कार्यक्रमों के अंतर्गत अप्रयुक्त शेषों का निपटान नहीं किया गया था तथा ये राज्यों के पास पड़े रहे। ई-बैंकिंग पर मंत्रालय के प्रयास कुछ विलम्बों से प्रभावित हुए तथा कुछ राज्यों को ई-बैंकिंग को अभी भी अपनाना था।

7. अवसंरचना विकास तथा क्षमता निर्माण

मिशन ने स्वास्थ्य देखभाल की अपनी गुणवत्ता को सुधारने हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों तथा इस प्रकार स्वास्थ्य प्रदान करने की प्रणाली की क्षमता का उन्नयन करने के लिए, भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों (भा.ज.स्वा.मा.) को विकसित किया है। तथापि, जनसंख्या से स्वास्थ्य केन्द्रों का अनुपात, स्थापित न किए जा रहे नए स्वास्थ्य केन्द्रों की लक्षित संख्या के साथ कम रहा। कई प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (प्रा.स्वा.के.) तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सा.स्वा.के.) द्वारा आश्वासित सेवाएँ जैसे अंतर्रोगी सेवाएँ, ऑपरेशन थिएटर, प्रसूति गृहों, रोगनिदान जाँच, एक्स-रे सुविधाएँ तथा आपातकालीन देखभाल आदि को प्रदान करने में असमर्थ रहे कई प्रा.स्वा.के. तथा सा.स्वा.के. सहित कई विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों में आधारभूत सुविधाएं (उपयुक्त भवन, स्वस्थ वातावरण, विद्युत एवं जल आपूर्ति आदि) अभी भी अविद्यमान थीं। जबकि मिशन ने क्षमता निर्माण तथा अवसंरचना विकास पर फोकस का नवीकरण कर लिया है, फिर भी काफी किया जाना शेष है। 2005-07 के दौरान, प्रस्तावों एवं कार्य योजनाओं को प्राप्त किए बिना, स.स्वा.के. का भा.लो.स्वा.मा. में उन्नयन हेतु रा.स्वा.स. को 720.20 करोड़ रु. जारी किया गया था तथा परिणामस्वरूप अधिकतर निधियाँ अव्ययित रहीं थीं। दूर-दराज क्षेत्रों में रोगी के दरवाजे पर

चिकित्सा देखभाल हेतु, तुरंत-प्रतिक्रिया चल चिकित्सा इकाई, कई राज्यों में संचालित नहीं की गई थी जबकि इस उद्देश्य हेतु पर्याप्त निधियाँ जारी की गई थी।

मान्यताप्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) को नियुक्त करने की नवीन पद्धति का रोगी को स्वास्थ्य देखभाल लेने तथा जागरूकता बढ़ाने पर एक सकारात्मक प्रभाव में हुआ था। तथापि, विभिन्न राज्यों/सं.शा.क्षे. में विभिन्न स्तरों पर सेवा प्रदाताओं की कमी एक चुनौती खड़ी करना जारी रखती है। जबकि संविदा कार्यकर्ताओं को खाली पदों को भरने हेतु नियुक्त किया गया है फिर भी स.स्वा.के. पर विशेषज्ञ डाक्टरों, स.स्वा.के./ प्रा.स्वा.के. पर पर्याप्त स्टाफ नर्सों तथा उप-केन्द्रों पर सहायक नर्सिंग मिडवाइफ /बहुउद्देशीय कार्यकर्ता की अभी भी कमी है।

8. औषधियों तथा उपकरण का प्रापण एवं आपूर्ति

जबकि मंत्रालय ने केन्द्रीकृत से एक अधिकारप्राप्त प्रापण स्कंध (अ.प्रा.स्कं.) का संस्थापन तथा एक विस्तृत प्रापण नियमावली का विकास किया था, फिर भी 26 राज्यों/सं.शा.क्षे. में कोई प्रापण नियमावली तैयार नहीं की गई थी। 13 राज्यों में न तो दवाइयों की नुस्खा-सूची थी न ही मानक बोली दस्तावेज को अपनाया गया था। अपर्याप्त प्रापण योजना ने छः राज्यों में 3.96 करोड़ रु. के उपकरण बिना उपयोग के पड़े रहने तथा 10.43 करोड़ रु. की कीमत के कोल्ड चैन उपकरण एवं टेलीमेडिसिन सुविधा से लैस मोबाईल चिकित्सा इकाई, जिस पर 10.30 करोड़ रु. का व्यय किया गया था, के झारखण्ड में सहायक अवसंरचना की कमी के कारण गैर-क्रियात्मक रहने सहित राज्यों में उपकरण उपयोग को भी प्रभावित किया था। नौ राज्यों में, दो महीनों की खपत हेतु पर्याप्त आवश्यक दवाइयों, गर्भ निरोधकों तथा टीकों का स्टॉक, जैसा कि प्रतिमानों के अंतर्गत अपेक्षित है, किसी भी नमूना जाँच किए गए प्रा.स्वा.के. तथा स.स्वा.के. में उपलब्ध नहीं थे।

9. सूचना, शिक्षा एवं संचार

मंत्रालय ने अपने सूचना, शिक्षा एवं संचार (सू.शि.सं.) प्रयासों को विविधकृत किया था परंतु व्यय केन्द्रीकृत रहा। ब्लॉक तथा ग्राम स्तर पर ग्रामीण जनसंख्या के साथ सीधी बातचीत बनाए रखने हेतु, स्थानीय प्रयासों एवं मास-मीडिया (थिएटर, आडियो आदि) का पूरी तरह अन्वेषण नहीं किया गया था।

10. स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

प्रा.स्वा.के. एवं स.स्वा.के. पर बढ़े हुए रोगी अन्तप्रवाह तथा उन्नत संस्थानिक वितरण एवं टीकाकरण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने पर मिशन के प्रभाव के संकेतक थे। तथापि, यह भी सुस्पष्ट था कि प्रयासों के लगातार किए जाने की अभी भी आवश्यकता थी क्योंकि पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की बहुसंख्या अभी भी सांस्थानिक वितरण हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों का उपयोग नहीं कर रही थीं, विशेषतौर पर अधिकार प्राप्त कारवाई वर्ग (अ.का.व.) राज्यों में जहाँ लंबित भुगतानों तथा धोखेबाजी के मामलों ने जननी सुरक्षा योजना (ज.सु.यो.) के कार्यान्वयन को अभिलक्षित किया। पंजीकृत गर्भवती महिला हेतु सूक्ष्म जन्म योजना तथा मा.शि.स्वा. कार्ड, जो कि ज.सु.यो. के कार्यान्वयन एवं मॉनीटरिंग तथा जन्म पश्चात देखभाल सुनिश्चित करने हेतु आवश्यक थे, अधिकतर राज्यों में तैयार नहीं किए गए थे। 17 राज्यों के लेखापरीक्षित जिलों में

मातृ तथा नवजात मृत्यु पर डाटा के संकलन एवं रिपोर्टिंग हेतु कोई उपयुक्त क्रियाविधि नहीं देखी गई थी।

रा.स्वा.सं. ने 15 राज्यों/सं.शा.क्षे. में परिवार नियोजन की विभिन्न आवधिक पद्धतियों हेतु वर्ष-वार लक्ष्य निर्धारित नहीं किये थे तथा अन्य 11 राज्यों में आवृत्तन में अधिक से अधिक 62 प्रतिशत की कमी थी। वेसक्टोमी कुल वंध्यकरण मामलों की केवल चार प्रतिशत दर्ज की गई।

15 राज्यों/सं.शा.क्षे. में टीकाकरण हेतु लक्ष्य तदर्थ आधार पर निर्धारित किए गए थे तथा टीकाकरण की उच्चतर दरों के बावजूद नौ राज्यों में शिशु एवं बाल रोगों का प्रभाव बढ़ा। 22 राज्यों/सं.शा.क्षे. के लेखापरीक्षा किए जिलों में, स्वास्थ्य केन्द्रों पर दवाईयों की कम आपूर्ति के कारण, विटामिन ए की प्रथम एवं द्वितीय खुराक के संचालन में कमी थी। दो राष्ट्रीय टीकाकरण दिवसों, छः विशेष राष्ट्रीय टीकाकरण दिवसों (तथा बिहार तथा उत्तर प्रदेश के चयनित जिलों में अतिरिक्त दोरों) के बावजूद, 2005-08 के दौरान 17 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 1640 नए पोलियो मामले पाए गए थे।

कार्यक्रमों में गुणवत्ता नियंत्रण महत्वपूर्ण रहा क्योंकि राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (रा.दृ.नि.का.) के अंतर्गत कैम्पों में केटेरेक्ट शल्यचिकित्सा पर पूर्णतः प्रतिबंध के बावजूद 14 राज्यों/सं.शा.क्षे. में कैम्पों में 19.52 लाख केटेरेक्ट शल्यचिकित्साएं की गई थीं जो कि इन राज्यों में कुल केटेरेक्ट शल्यचिकित्साओं का 47 प्रतिशत था।

राष्ट्रीय वेक्टर बॉर्न रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत वार्षिक रक्त जाँचों की लक्षित 10 प्रतिशत की दर को 11 राज्यों में प्राप्त नहीं किया गया था तथा 14 राज्यों/सं.शा.क्षे. में मलेरिया हेतु वार्षिक पैरास्टिक प्रभाव सभी तीन वर्षों में 0.5 प्रति हजार से कम की नियत दर से उच्च था।

1992 में राष्ट्रीय आयोडीन विकार रोग नियंत्रण कार्यक्रम (रा.आ.वि.रो.नि.का.) के प्रारम्भ तथा कमी उत्पन्न करने वाले रोगों पर नियंत्रण करने पर रा.ग्रा.स्वा.मि. के संकेन्द्रित करने के बावजूद, कार्यक्रम कर्मचारीगण एवं आई.डी.डी. प्रयोगशाला की अपर्याप्तता से प्रभावित हुआ। एकीकृत रोग निगरानी परियोजना के अंतर्गत केन्द्र सभी जिलों के केवल 58 प्रतिशत से रिपोर्ट प्राप्त कर रहा था तथा प्रयोगशालाओं के संस्थापन में अत्यधिक विलम्ब परियोजना को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर रहा था।

11. निष्कर्ष

तथापि, यह याद रखना आवश्यक है कि स्वास्थ्य कार्यक्रमों ने एक निवारक एवं सुधारक भूमिका अदा की थी तथा जहाँ उपयुक्त आवृत्तन एवं गुणवत्ता पर बल सहित कार्यक्रम कार्यान्वित किए गए थे, वहाँ प्रगति थी। यदि रा.ग्रा.स्वा.मि. विभिन्न कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में अधिक संसक्तिकरण लाता, तब प्रभाव अधिक दूर तक पहुँच सकता था। स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाली प्रणाली का कार्याकल्प करने के रा.ग्रा.स्वा.मि. का प्रयास आशा उत्पन्न करने तथा फलस्वरूप जन स्वास्थ्य प्रणाली से माँग करने में सफल हुआ है। राज्यों से प्रतिपुष्टि पर आधारित हस्तक्षेपों एवं अनुकूलनशीलता का संकेन्द्रित प्राथमिककरण पर मिशन के अपने उद्देश्यों तक पहुँचने में सहायता करने के लिए आवश्यक है। इस संबंध में, निष्पादन लेखापरीक्षा से उदभूत मुख्य अनुशंसाओं का सार नीचे प्रस्तुत है:

रा.स्वा.सं. एवं जि.स्वा.सं. को घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों को शीघ्र पूरा तथा विभिन्न सरकारी विभागों के अभिसरण कार्यों को दर्शाते हुए, राज्य एवं जिला परिप्रेक्ष्य योजनाओं को तैयार करना चाहिए। भविष्य के वार्षिक राज्य का.का.यो. एवं जिला स्वास्थ्य योजनाएँ दीर्घ अवधि आवश्यकताओं तथा आधारभूत सर्वेक्षणों के परिणामों पर आधारित होनी चाहिए।

मॉनीटरिंग कार्यान्वयन ढांचे को सुदृढ़ किया जाए ताकि समय से मध्यस्थता हेतु कार्यकलापों का आवधिक प्रभाव मूल्यांकन सुनिश्चित किया जा सके।

कम लाभान्वित क्षेत्रों में नए स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित किए जाने चाहिए। ग्रामीण क्षेत्रों में वहनीय लागत पर स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता में सुधार को सुनिश्चित करने हेतु स.स्वा.के. एवं प्रा.स्वा.के. पर स्वास्थ्य अवसंरचना को सभी आवश्यक अवसंरचना, उपकरण एवं श्रमशक्ति सहित क्रियात्मक बनाया जाना चाहिए।

राज्यों को स्वास्थ्य केन्द्रों पर चिकित्सा एवं सहायक स्टाफ के स्वीकृत पदों को भरने तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. की आवश्यकताओं को पूरा करने हेतु संस्वीकृत कर्मचारी संख्या का संशोधन करना चाहिए। सभी आशा को उनकी सेवाओं को व्यवहार्य एवं प्रभावी बनाने हेतु पूर्ण प्रेरक प्रशिक्षण दिया जाए।

समुदाय भागीदारी के अन्य विस्तारों पर प्राथमिकता सहित शेष सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर रो.क.स. गठित एवं पंजीकृत की जाए। समिति स्वास्थ्य केन्द्रों के कार्य करने में एक रचनात्मक भागीदार बनाया जाना चाहिए तथा इसे समर्थ करने हेतु रो.क.स. के अंतर्गत उत्तरदायी संरचना स्पष्ट रूप से परिभाषित की जाए तथा प्रबंधन क्षमता का सृजन किया जाए।

निधि प्रवाह प्रबंधन को न्यूनतम अव्ययित/आधिक्य राशि को सरकारी खाते के बाहर रहने देने को सुनिश्चित करने हेतु बुद्धिसंगत बनाया जाए।

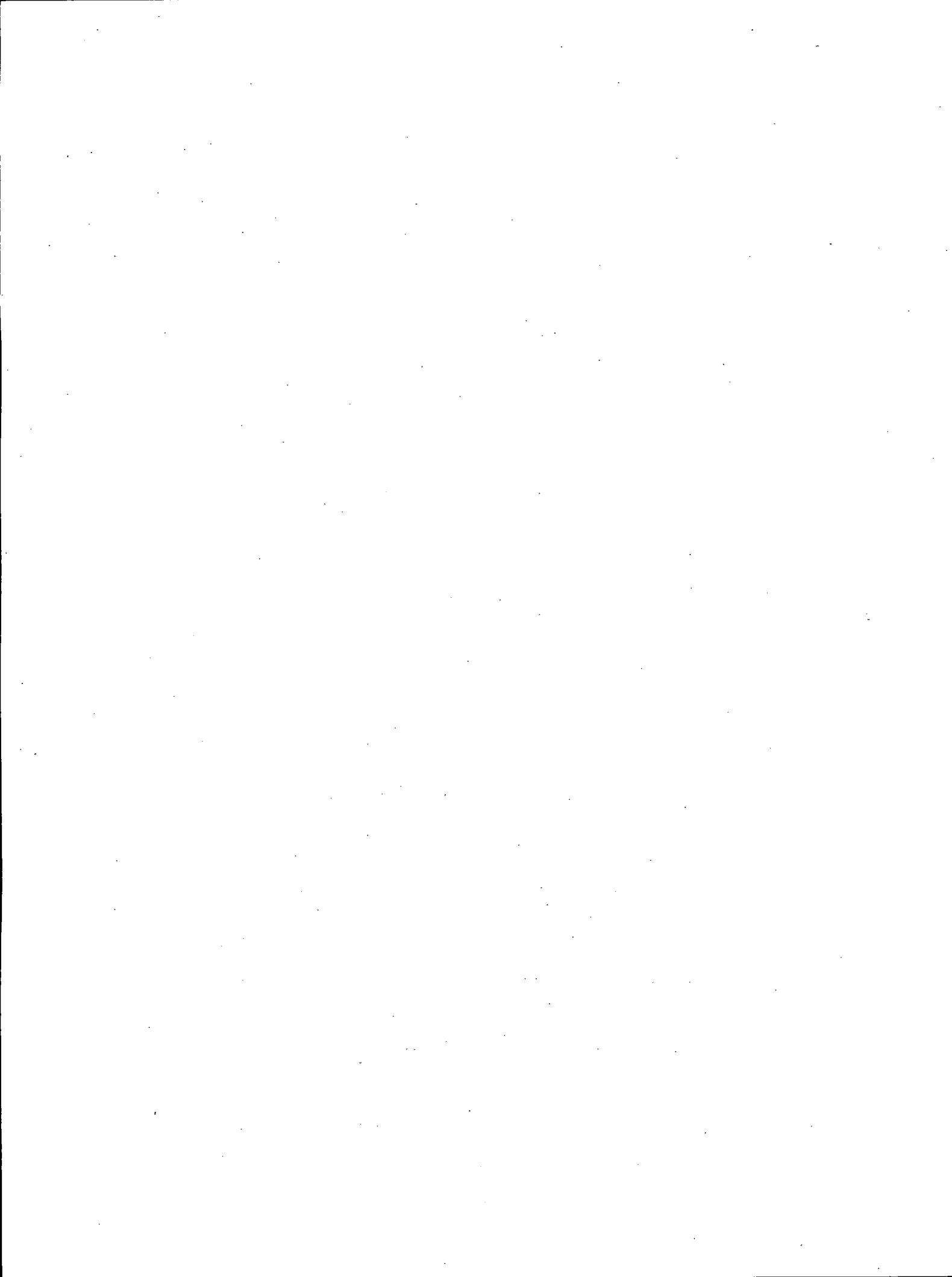
मंत्रालय को वित्त मंत्रालय के परामर्श से अपनी अंतरापृष्ठ बैंकिंग की समीक्षा करनी चाहिए। अंतरापृष्ठ बैंकिंग को उन लोक क्षेत्र बैंकों जो अधिकतम पहुँच रखते हैं तथा जो उत्तम संभावित शर्तें प्रस्तुत करें, को प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

संचार की विभिन्न मीडिया के बीच निधियों का यथोचित वितरण होना चाहिए। सू.शि.सं. कार्यनीति तथा प्रभाव निर्धारण को उपयुक्त प्रतिमानों एवं मानदण्ड के साथ बुद्धिसंगत बनाया जाना चाहिए।

मंत्रालय द्वारा देश हेतु निर्धारित किए गए समग्र लक्ष्यों को ध्यान में रख कर अलग-अलग राज्यवार लक्ष्यों को निर्धारित किया जाना चाहिए तथा राज्यवार प्रगति को अलग-अलग लक्ष्यों तथा डाटा के आधार पर मापा जाना चाहिए। स.न.मि. एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा एकत्रित वास्तविक आकड़ों को समेकित करने के सुअवसर का इस्तेमाल किया जाना चाहिए।

जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत मॉनीटरिंग और रिपोर्टिंग क्रियाविधि को सुदृढ़ किया जाना चाहिए ताकि राज्य तथा जिला स्वास्थ्य सोसाइटी के पास विश्वसनीय सूचना की

उपलब्धता सुनिश्चित हो। यह ज.सु.यो. के अंतर्गत धोखेबाजी और नकद क्षतिपूर्ति के अनुदान में अनियमितताओं के जोखिम को कम करने में मदद करेगा। मंत्रालय इस बात पर महत्व दे कि नोडल कार्मिक मंत्रालय और रा.स्वा.स. स्तर पर ज.सु.यो. के अंतर्गत आंकड़े की सत्यनिष्ठा को बढ़ावा दें।



अध्याय-1: प्रस्तावना

1.1 पृष्ठभूमि

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (रा.ग्रा.स्वा.मि.) सम्पूर्ण भारत में, विशेषकर 18 राज्यों अर्थात् आठ अधिकार प्राप्त कार्य समूह (ई.ए.जी.) राज्य (बिहार, झारखण्ड, मध्यप्रदेश, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तरप्रदेश और उत्तराखंड), आठ पूर्वोत्तर राज्य तथा जम्मू और कश्मीर तथा हिमाचल प्रदेश के पहाड़ी राज्य जिन्होंने खराब स्वास्थ्य का संकेत किया था, पर विशेष केन्द्रित करने के लिए 12 अप्रैल 2005 को प्रारम्भ किया गया था। मिशन का उद्देश्य, पूरे देश में ग्रामीण क्षेत्रों, विशेषकर आबादी के गरीब और कमजोर वर्गों में सुगम, वहनीय, प्रभावी तथा विश्वसनीय स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना है। रा.ग्रा.स्वा.मि. की मुख्य रणनीति, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेन्द्रीकृत नियोजन को सुसाध्य बनाने में दरार को पाटना, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II, वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम, क्षयरोग, कुष्ठ एवं दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम और एकीकृत रोग निगरानी परियोजना सहित स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के मौजूदा कार्यक्रमों को एक व्यापक आवृत्तन प्रदान करना है। यह अच्छे स्वास्थ्य के मूल निर्धारकों के रूप में सफाई और स्वच्छता, पोषण इत्यादि को सम्मिलित करते हुए, किसी क्षेत्र की व्यापक पहुंच के संदर्भ में स्वास्थ्य के मुद्दे का पता भी लगाता है और महिला एवं बाल विकास, आयुष, पंचायती राज आदि जैसे सम्बन्धित सामाजिक क्षेत्र विभागों के साथ अभिसरण का समर्थन करता है।

रा.ग्रा.स्वा.मि. बढ़े हुए परिव्यय मौजूदा योजनाओं का समस्तर एकीकरण, क्षमता निर्माण तथा मानव संसाधन प्रबन्धन के माध्यम से एक न्यायसंगत पद्धति में सभी को स्वास्थ्य प्रदान करना चाहता है। मिशन प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर संकेन्द्रित करते हुए, स्वास्थ्य पर, स.घ.उ. के 0.9% प्रतिशत (2004-05 में) के से मिशन अवधि (2005-2012) के समय स.घ.उ. का 2-3% तक व्यय बढ़ाने पर विचार करता है।

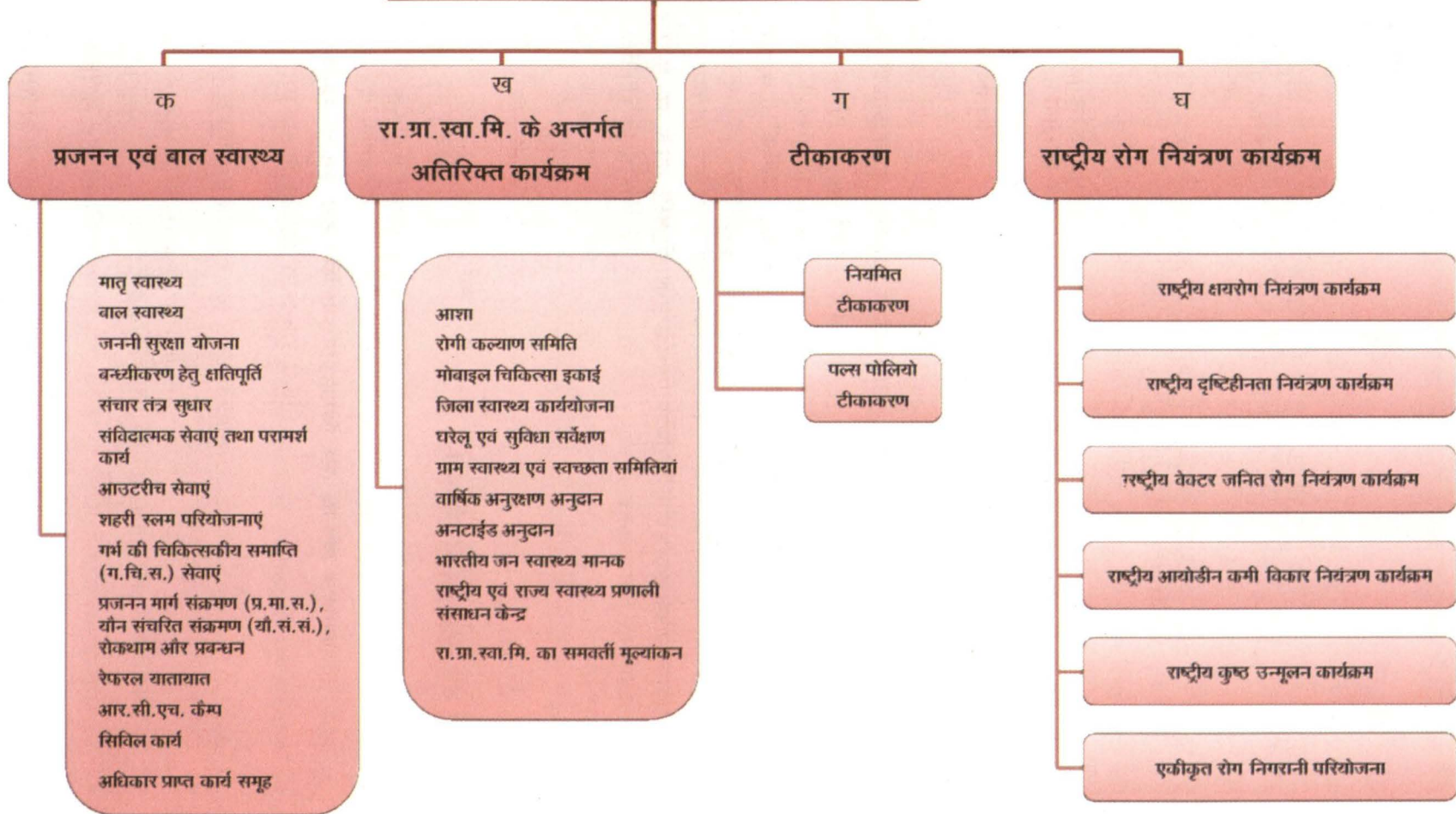
1.1.1 कार्यक्रम के उद्देश्य

रा.ग्रा.स्वा.मि. के मुख्य उद्देश्य हैं:

- बाल और मातृ मृत्यु-दर में कमी;
- महिला तथा बच्चों के स्वास्थ्य और सार्वभौम टीकाकारण का निदान करने की सेवाओं पर बल डालते हुए, जन स्वास्थ्य देखभाल के लिए भोजन और पोषण, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य तथा सार्वभौम पहुंच के लिए लोक सेवाओं तक अभिगमन;
- स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों को शामिल करते हुए, संक्रामक तथा गैर-संक्रामक रोगों का निवारण तथा नियन्त्रण;
- एकीकृत व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच;
- जनसंख्या स्थायीकरण, लिंग तथा जनसांख्यिकी संतुलन;
- स्थानीय स्वास्थ्य परम्पराओं को पुनर्जीवन तथा आयुष को मुख्य धारा में लाना;
- स्वस्थ जीवन शैली को प्रोत्साहन।

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत आवृत किये गये कार्यक्रम

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन



1.1.2 संगठनात्मक संरचना

1.1.2.1 केन्द्रीय स्तर

राष्ट्रीय स्तर पर रा.ग्रा.स्वा.मि. का स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के केन्द्रीय मंत्री की अध्यक्षता में एक मिशन स्टियरिंग ग्रुप (मि.स्टि.ग्रु.) द्वारा तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के केन्द्रीय सचिव की अध्यक्षता में एक अधिकारप्राप्त कार्यक्रम समिति (अ.का.स.) का संचालन किया जाता है। अ.का.स. सभी योजनाओं एवं घटकों जो कि रा.ग्रा.स्वा.मि. का हिस्सा थे, के सम्बन्ध में वित्तीय मानदण्डों को अनुमोदित करने के लिए समर्थ था। अ.का.स. के पास (+) 25 प्रतिशत की सीमा के अन्दर मि.स्टि.ग्रु. द्वारा अनुमोदित वित्तीय प्रतिमान को परिवर्तित करने की नम्यता थी।

इसके अतिरिक्त एक योजना कार्यान्वयन तथा मिशन क्रियाकलपों की मॉनीटरिंग तथा दिन प्रतिदिन के संचालन के लिए केन्द्रीय स्तर पर एक मिशन निदेशालय स्थापित किया गया है। निदेशालय की अध्यक्षता भारत सरकार के अतिरिक्त सचिव के स्तर के एक मिशन निदेशक द्वारा की जाती है। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान, मिशन निदेशालय के अधीन तीन संयुक्त सचिव स्तर के अधिकारी भी थे।

इसके अतिरिक्त, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II (प्र.बा.स्वा. II) और टीकाकरण - नियमित एवं पल्स पोलियो जैसे रा.ग्रा.स्वा.मि. में एकीकृत किए गए परिवार कल्याण के कार्यक्रम की सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के समग्र नियंत्रण के अधीन सम्बन्धित संयुक्त सचिवों द्वारा अध्यक्षता की जाती है। रोग नियंत्रण के विभिन्न कार्यक्रम जैसे-राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम, संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, राष्ट्रीय आयोडिन कमी विकार नियंत्रण कार्यक्रम और एकीकृत रोग निगरानी परियोजना, निदेशक/उप महानिदेशक की अध्यक्षता में संचालित की जाती है तथा महानिदेशक स्वास्थ्य सेवा के समग्र नियंत्रण के अधीन कार्य करते हैं। रोग नियंत्रण कार्यक्रम डिविजन अपने सम्बन्धित संयुक्त सचिवों के माध्यम से मिशन निदेशक को सूचित कर रहे थे।

1.1.2.2 राज्य स्तर

राज्य स्तर पर, रा.ग्रा.स्वा.मि., मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में राज्य स्वास्थ्य मिशन (रा.स्वा.मि.) के समग्र मार्गदर्शन में कार्य करता है। मिशन के अन्तर्गत गतिविधियाँ राज्य स्वास्थ्य समिति (रा.स्वा.स.) जोकि विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए स्थापित की गई सभी समितियों को एकीकृत करके बनाई गई थी, के माध्यम से कार्यान्वित की जाती है। राज्य के मुख्य सचिव/विकास आयुक्त की अध्यक्षता में समिति के शासी निकाय की प्रत्येक छः महीने में कम से कम एक बार बैठक होती है। प्रधान सचिव/सचिव, स्वा.प.क. की अध्यक्षता में एम.एच.एस. की कार्यकारी समिति की कम से कम प्रत्येक माह में बार बैठक होती है। प्रशासनिक सुविधा के लिए, राज्य प्रत्येक गतिविधि की योजना और पुनरीक्षण पर अधिक ध्यान केन्द्रित करने के लिए विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों हेतु कार्यक्रम समितियों का गठन कर सकते हैं। राज्य कार्यक्रम प्रबन्धन सहायता इकाई (रा.का.प्र.सं.इ.) राज्य समिति के साथ-साथ राज्य स्वास्थ्य मिशन के सचिवालय के रूप में कार्य करता है तथा इसकी अध्यक्षता एक कार्यकारी

निदेशक/मिशन निदेशक द्वारा की जाती है। रा.का.प्र.स.इ. के पास तकनीकी सी.ए., एम.बी.ए. तथा एम.आई.एस. इत्यादि जैसे तकनीकी क्षेत्रों में विशेषज्ञ होते हैं।

1.1.3 वित्तीय इनपुट तथा निधि प्रवाह प्रबन्धन

1.1.3.1 वित्तपोषण पद्धति

निधियां केन्द्र सरकार द्वारा राज्यों को दो अलग चैनलों अर्थात् राज्य वित्त विभागों और विभिन्न समितियों/राज्य स्वास्थ्य समिति (रा.स्वा.स.) से प्रत्यक्ष रूप से जारी की जाती है। राज्य वित्त विभागों के माध्यम से निधियां, राज्यों में उपलब्ध अवसंरचना आधार पर इन योजनाओं के अंतर्गत विभिन्न गतिविधियों के लिए निर्धारित मानदण्डों पर आधारित त्रैमासिक रूप से जारी की जाती है।

निधियां रा.स्वा.यो. को भारत सरकार द्वारा राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (रा.का.यो.) के अनुमोदन के आधार पर रा.स्वा.स. को उपलब्ध कराई जाती है। राज्यों/सं.शा.क्षे. को प्रत्येक कार्यक्रम की विभिन्न श्रेणियों के इन भागों (क) प्र.बा.स्वा. (ख) रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत अतिरिक्त कार्यक्रम (ग) टीकाकरण (घ) राष्ट्रीय संशोधित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (रा.सं.क्ष.रो.नि.का.) (ङ) राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (रा.वे.ज.रो.नि.का.) (च) अन्य राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों (रा.रो.नि.का.) और (छ) अन्तर्क्षेत्रीय मामलों के अंतर्गत को शामिल करते हुए एक समेकित कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (का.का.यो.) में अपनी आवश्यकताओं को दर्शाना अपेक्षित है। 2005-06 और 2006-07 के दौरान राज्यों को सौ प्रतिशत अनुदान उपलब्ध कराये गये थे। ग्यारहवीं योजना अवधि (2007-12) से राज्यों को अपेक्षित निधि का 15 प्रतिशत अंशदान करना है। राज्य और जिला स्तर पर सम्बन्धित कार्यक्रम प्रबंधन सहायता इकाई (का.प्र.स.इ.) के अंतर्गत वित्तीय प्रबन्धन समूह (वि.प्र.सं.) निधि जारी करने की केन्द्रीकृत प्रक्रिया, अधीनस्थ इकाईयों से सूचित व्यय का लेखांकन, उपयोगिता प्रमाणपत्र की मॉनीटरिंग तथा लेखापरीक्षा प्रबन्ध के लिए उत्तरदायी है। वे जिला स्वास्थ्य समिति से रा.स्वा.स. और रा.स्वा.स. से भारत सरकार को व्यय की विवरणी (व्य.वि.) वित्तीय प्रबन्ध रिपोर्ट (वि.प्र.रि.), उपयोगिता प्रमाणपत्र और लेखापरीक्षा रिपोर्ट के संग्रहण करने, तैयार करने और प्रस्तुत करने के लिए भी उत्तरदायी है। निधि प्रवाह का डाईग्रामेटिक प्रस्तुतीकरण **अनुबन्ध 1.1** में दिया गया है।

1.1.3.2 बजट अनुमान और व्यय

2005-08 के दौरान रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत बजटीय अनुमान और व्यय निम्नानुसार थे (कार्यक्रमवार विवरण **अनुबन्ध 1.2** में)

तालिका: 1.1 बजट अनुमान और व्यय
(करोड़ रु. में)

वर्ष	बजट अनुमान	वास्तविक व्यय
2005-06	7,189.20	6284.58
2006-07	9,000.00	7486.62
2007-08	10,890.00	10,380.25
योग	27079.20	24151.45

1.2 लेखापरीक्षा उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा यह सत्यापित करने के लिए की गई थी कि क्या:

- I. मिशन के कार्यान्वयन की योजना के साथ-साथ ग्राम, ब्लॉक, जिला, राज्य तथा केन्द्र के स्तर पर मॉनीटरिंग तथा मूल्यांकन प्रक्रियाएं, ग्रामीण जनता को सुगम प्रभावी तथा विश्वसनीय स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने के अपने मुख्य उद्देश्य के प्रति अभिमुख थी;
- II. मिशन की योजना, कार्यान्वयन तथा मॉनीटरिंग में समुदाय की भागीदारी पर्याप्त थी;
- III. मिशन गतिविधियों का अभिसरण तथा नियमन अन्य विभागों, कार्यक्रमों तथा गैर-सरकारी पणधारियों के साथ कार्यक्रम के व्यापक उद्देश्यों को प्राप्त करना सुनिश्चित किया गया था;
- IV. स्वास्थ्य देखभाल पर लोक व्यय करना वांछित स्तर जैसा कि मिशन के लक्ष्य सीमा दृष्टि में विचार किया गया था तक बढ़ा। निधियों का विकेंद्रित स्थापना में निर्धारण और जारी करना तथा उनका उपयोग तथा उनका लेखांकन अविलम्ब तथा पर्याप्त था;
- V. विभिन्न स्तरों पर क्षमता निर्माण तथा शारीरिक एवं मानव अवसंरचना को सुदृढीकरण हुआ जैसा कि नियोजित तथा लक्षित था;
- VI. उपकरण, औषध की अधिप्राप्ति तथा सेवाएं, आपूर्ति की प्रक्रियाएं एवं प्रणाली तथा संचार-तंत्र प्रबन्धन की लागत प्रभावी, दक्ष थी तथा औषध, दवाई तथा सेवाओं की संशोधित उपलब्धता सुनिश्चित की गई थी;
- VII. सूचना, शिक्षा तथा संचार (सू.शि.सं.) कार्यक्रम दक्ष, लागत प्रभावी तरीके से कार्यान्वित किया गया था तथा जिसमें चिकित्सा देखभाल के निवारण पहलुओं के विषय में जागरूकता बढ़ी थी; तथा
- VIII. निष्पादन सूचक तथा लक्ष्य, विशेष रूप से प्रजनन और बाल स्वास्थ्य देखभाल, टीकाकरण तथा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के सम्बन्ध में किए गए थे अथवा उन्हें प्राप्त करने के लिए परिणामी उद्देश्य थे।

निष्पादन लेखापरीक्षा के आठ उद्देश्यों के प्रत्येक के संदर्भ में लेखापरीक्षा निष्कर्ष अलग अध्यायों अर्थात् अध्याय 2 से अध्याय 9 में प्रस्तुत किए गए हैं

1.3 निष्पादन सूचक/लेखापरीक्षा मानदण्ड

निष्पादन के निर्धारण के लिए प्रयुक्त मानदण्ड/निष्पादन सूचक में शामिल था:

- रोग की कमी/सुधार के लिए परिणामी सूचक अथवा कम से कम इस दिशा में चेष्टा का आश्वासन;
- उप-जिला स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में वृद्धि;
- स्वास्थ्य सेवाएं तलाशने वाले अन्तःरोगी और बाह्य रोगियों की संख्या में वृद्धि;
- सांस्थानिक प्रसवों, टीकाकरण, परिवार नियोजन मामले इत्यादि की संख्या में वृद्धि;
- विभिन्न रोगों के कारण अस्वस्थता दर और मृत्यु दर में कमी;

- भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (भा.ज.स्वा.मा.) के अनुसार उप-जिला स्तर पर अवंसरचना, उपकरण, दवाइयों की आपूर्ति, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर रोग निदान सेवाओं में सुधार;
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराने वाले कार्यकर्ताओं तथा स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के प्रबन्ध में वृद्धि;
- स्वास्थ्य देखभाल के मामलों की जागरूकता में सुधार;
- प्रबंधन में समुदाय योजना तथा सहभागिता; और
- सामान्य वित्तीय तथा प्रशासनिक नियमों तथा प्रक्रियाओं का अनुपालन।

1.4 क्षेत्र एवं पद्धति

1.4.1 लेखापरीक्षा का क्षेत्र और आवृत्तन

निष्पादन लेखापरीक्षा, मंत्रालय और 26 राज्यों¹ तथा संघ शासित राज्यों में दस्तावेजों की जांच अप्रैल से दिसम्बर 2008 के दौरान की गई थी। लेखापरीक्षा आवृत्तन की अवधि अप्रैल 2005 से मार्च 2008 की थी।

1.4.2 लेखापरीक्षा पद्धति

रा.ग्रा.स्वा.मि. की निष्पादन लेखापरीक्षा को अप्रैल 2008 में मंत्रालय के साथ एक प्रवेश सम्मेलन से आरम्भ किया जिसमें लेखापरीक्षा पद्धति, क्षेत्र, लक्ष्य और मानदण्ड स्पष्ट किए गए थे। एक ही समय, प्रत्येक राज्य में एक प्रवेश सम्मेलन मुख्य सचिव/आयुक्त, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के साथ महालेखाकार द्वारा आयोजित किया गया था। लेखापरीक्षा पद्धति मुख्यतः दस्तावेज विश्लेषण, लेखापरीक्षा आपत्तियों के प्रत्युत्तर, नमूनों का प्रत्यक्ष संग्रहण और जांच शामिल थी। रा.ग्रा.स्वा.मि. से सम्बन्धित अभिलेखों की जांच की गई थी:

अप्रैल 2008 से दिसम्बर 2008 के बीच मंत्रालय के विभिन्न कार्यक्रम डिवीजनों में केन्द्रीय स्तर पर महानिदेशक लेखापरीक्षा, केन्द्रीय व्यय द्वारा

अप्रैल 2008 से नवम्बर 2008 के बीच राज्य स्वास्थ्य और परिवार विभाग, राज्य स्वास्थ्य समितियां, जिला स्वास्थ्य समितियां, समुदाय स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उप-केन्द्र में राज्य स्तर (26 राज्यों और सात सं.शा.रा. में) में (प्रधान) महालेखाकार (लेखापरीक्षा) द्वारा।

लेखापरीक्षा अभ्युक्तियां, रा.स्वा.स., जि.स्वा.स. तथा स्वास्थ्य केन्द्रों से लेखापरीक्षा के दौरान संकलित सूचना एवं आंकड़े के विश्लेषण पर आधारित हैं। लेखापरीक्षा निष्कर्षों को राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभागों को पृथक रूप से सूचित किया गया था तथा निर्गम सम्मेलन को लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने हेतु लेखापरीक्षिती के साथ महालेखाकार द्वारा संचालित किया गया था। निष्पादन लेखापरीक्षा के परिणामों की 30 सितम्बर 2009 को एक निकास सम्मेलन में मंत्रालय के साथ चर्चा की गई थी।

¹ गोवा तथा नागालैंड के अलावा सभी राज्य तथा संघ शासित राज्य

1.4.3 लेखापरीक्षा नमूना

निष्पादन लेखापरीक्षा निम्न सांख्यिकी नमूना रूपरेखा के अनुसार चयनित 129 जिलों में की गई थी:-

प्रत्येक राज्य भौगोलिक संसक्ति के आधार पर विभिन्न क्षेत्रों में और राष्ट्रीय परिवार कल्याण सर्वेक्षण-3 में रेखांकित क्षेत्रों के अनुसार विभाजित किया गया था।

जिले, वर्ष 2005-08 के दौरान राज्य से सम्बन्धित जिला स्वास्थ्य समितियों को जारी किये गए सहायता अनुदान की कुल राशि के आकार मापदण्ड से विभिन्न क्षेत्रों से स्वतन्त्र रूप से प्रतिस्थापन सहित आकार की सम्भाव्यता समानुपात (प्र.स.आ.सं.स.)² प्रयुक्त करते हुए चुने गये थे।

प्रत्येक नमूना जिले में, तीन समुदाय स्वास्थ्य केन्द्र बिना प्रतिस्थापन साधारण यादृच्छिक नमूनाकरण (बि.प्र.सा.या.न.) प्रयुक्त करते हुए चयनित किये गये थे।

प्रत्येक नमूना ब्लॉक में दो प्रथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बि.प्र.स.या.न. प्रयुक्त करते हुए चयनित किये गये थे और प्रत्येक नमूना प्रा.स्वा.के., दो या उप-केन्द्र बि.प्र.स.या.न. प्रयुक्त करते हुए चुने गए थे।

इस प्रकार प्रत्येक चयनित जिले में 3 सा.स्वा.के., 6 प्रा.स्वा.के. तथा 12 उप-केन्द्रों की लेखापरीक्षा की गई थी। चयनित जिलों की राज्यवार सूची **अनुबन्ध-1.3** में दी गई है।

1.4.4 रिपोर्टिंग पद्धति

लेखापरीक्षा निष्कर्ष पर पहुंचने में केन्द्रीय और राज्य दोनों स्तर पर लेखापरीक्षा के परिणामों का ध्यान रखा गया था। निष्कर्षों और अनुशंसाओं तैयार करते समय, कार्यक्रमों की अच्छी पद्धति और सकारात्मक उपलब्धि/सफलता प्रकरण, इस तथ्य को कि इन्हें मिशन के अन्य क्षेत्रों में दोहराया जा सकता है के उदाहरण के लिए भी सूचित किया गया है। निष्पादन लेखापरीक्षा के प्रत्येक बताए गए लक्ष्य पर लेखापरीक्षा उपलब्धियां, निष्कर्ष और अनुशंसाओं की आगामी अध्यायों में चर्चा की गई है।

1.4.5 आभारोक्ति

हम हमारी लेखापरीक्षा को सुसाध्य बनाने में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा राज्य केन्द्रक विभागों के सहयोग के लिए सच्चा आभार प्रकट करते हैं।

² प्रतिस्थापन सहित आकार के लिए अनुपातिक सम्भावना (प्र.आ.सं.स.) समूह नमूनाकरण है जहां बड़े समूहों के चयन का अधिक अवसर था। इस प्रकार, सहायता अनुदान की अधिक राशि प्राप्त करने वाले जिलों के पास चयन का अधिक अवसर था।

अध्याय - 2 मिशन की योजना तथा मॉनीटरिंग

2. मिशन की योजना तथा मॉनीटरिंग

रा.ग्रा.स्वा.मि. विकेन्द्रीकृत नियोजन का प्रयास करता है। जिला स्वास्थ्य समितियों (जि.स्वा.स.) को मिशन के सभी घटकों को शामिल करते हुए वार्षिक योजना के साथ-साथ सम्पूर्ण मिशन अवधि के लिए परिप्रेक्ष्य योजनाएं बनानी अपेक्षित थीं। इन्हें क्रमशः राज्य परिप्रेक्ष्य योजना तथा वार्षिक राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (का.का.यो.) में एकीकृत किया जाना था। रा.ग्रा.स्वा.मि. ने योजना के लिए एक महत्वपूर्ण इकाई के रूप में ग्राम को सकेन्द्रित किया था। तथापि, योजना क्रियाविधि को प्रारम्भ करने के लिए ग्रामों को समर्थ बनाने के लिए व्यापक क्षमता निर्माण की आवश्यकता प्राप्त करने के लिए, मिशन ने अपनी विद्यमानता के प्रथम दो वर्षों के लिए ग्राम स्तर योजनाओं पर बल नहीं दिया था। इस प्रकार, ब्लॉक स्वास्थ्य कार्य योजनाओं को जिला स्वास्थ्य कार्ययोजना का आधार बनाया जाना था। साथ-साथ, मिशन ने तीन पद्धतियों से समुदाय आधारित मॉनीटरिंग बाह्य सर्वेक्षणों और कड़ी आन्तरिक मॉनीटरिंग के माध्यम से एक गहन उत्तरदायी रूपरेखा पर विचार किया था।

2.1 जिला स्वास्थ्य समिति (जि.स्वा.स.) तथा जिला स्वास्थ्य मिशन (जि.स्वा.मि.)

रा.ग्रा.स्वा.मि. यह सुनिश्चित करने हेतु कि आवश्यकता आधारित एवं समुदाय स्वामित्व जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाएं (जि.स्वा.का.यो.) आगामी मध्यस्थता के लिए आधार बनेगी लक्ष्य किया था। जि.स्वा.का.यो. जि.स्वा.स. द्वारा तैयार तथा जि.स्वा.मि. द्वारा स्वीकृत की जानी थी। जि.स्वा.स. को राष्ट्र स्तरीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में लगी सभी विद्यमान जिला स्तरीय समितियों को एकीकृत करके प्रत्येक जिले में स्थापित किया जाना था। जि.स्वा.स. के शासी एवं कार्यकारी निकायों को क्रमानुसार कम से कम वर्ष में दो बार तथा माह में एक बार बैठक करनी थी।

हमने अवलोकित किया कि एक जि.स्वा.मि. को 18 राज्यों/सं.शा.क्षे.³ के सभी जिलों में स्थापित कर दिया गया था तथा एक जि.स्वा.स. को झारखण्ड⁴, उड़ीसा एवं पुडुचेरी⁵ तथा सं.शा.क्षे. में एक जिले के अतिरिक्त सभी राज्यों/सं.शा.क्षे. में स्थापित कर दिया गया है। जि.स्वा.मि. को आन्ध्र प्रदेश, बिहार, दिल्ली, झारखण्ड, मध्यप्रदेश, मिजोरम तथा उत्तर प्रदेश के किसी भी जिले में अभी तक स्थापित नहीं किया गया था। इसका अर्थ था कि विकेन्द्रित योजना जैसा कि मिशन में विचार किया गया था, इन राज्यों में अभी भी प्राप्त की जानी थी।

केवल आन्ध्र प्रदेश में ही जि.स्वा.स. के दो निकायों ने नियत आवृत्ति में बैठक की। हिमाचल प्रदेश तथा पुडुचेरी के किसी भी जिले में जि.स्वा.स. की शासी एवं कार्यकारी निकायों की कभी

³ अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, उत्तराखण्ड, कर्नाटक, केरल, मणिपुर, महाराष्ट्र तमिलनाडु, तथा त्रिपुरा।

⁴ जबकि स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, झारखण्ड ने बताया कि एक जि.स्वा.स. को सभी जिलों में स्थापित कर दिया गया था लेकिन यह किसी भी लेखापरीक्षित जिले में स्थापित नहीं की गई थी। जिला स्तर पर विभिन्न रोग नियंत्रण समितियां पृथक रूप से कार्य कर रही थी।

⁵ तीन गैर-निकटस्थ जिलों में जि.स्वा.स. को रा.स्वा.स. की शाखाओं के रूप में न कि एक पंजीकृत समिति के रूप में स्थापित किया गया था।

भी बैठक नहीं हुई थी। बिहार, मणिपुर तथा पंजाब में शासी निकाय की कभी भी बैठक नहीं हुई थी। शेष राज्यों में, इन दो निकायों की बैठक आवर्तक रूप से हुई तथा आवृत्ति नियत से बहुत कम थी। जम्मू एवं कश्मीर में जि.स्वा.स. के शासी एवं कार्यकारी निकाय पृथक रूप से स्थापित नहीं किये गये थे।

सभी जिलों में जि.स्वा.स./जि.स्वा.मि. की स्थापना सुनिश्चित करने तथा भविष्य में स्वास्थ्य पहल के लिए विकेन्द्रीकृत योजना के उद्देश्य को पूरा करने हेतु नियमित अंतरालों पर इनकी बैठक की जाने की आवश्यकता है।

मंत्रालय ने सहमति दी कि कुछ राज्यों में जि.स्वा.स. तथा जि.स्वा.मि. का संचालन अपेक्षित गति से नहीं हुआ था तथा अब इनका पालन किया जा रहा था। अब जि.स्वा.स. की नियमित बैठक अधिक की जा ही थी।

2.2 आधारभूत सर्वेक्षण

मिशन के अंतर्गत, वार्षिक जिला स्वास्थ्य कार्य योजना ग्राम, ब्लाक तथा जिला स्तर पर किये गए प्रारंभिक अध्ययनों, सेवाओं एवं घरेलू तथा सुविधा सर्वेक्षण के मानचित्रण के आधार पर तैयार की जानी थी जो मिशन के लिए आधाररेखा जिससे प्रगति को आंका जाएगा, के रूप में कार्य करेगा। मिशन को 2007 तक घरेलू तथा सुविधा सर्वेक्षण का 50 प्रतिशत तथा 2008 तक 100 प्रतिशत तक पूरा करना लक्षित था।

जबकि घरेलू सर्वेक्षण आठ राज्यों/सं.शा.क्षे. (चण्डीगढ़, छत्तीसगढ़⁶, दादर एवं नागर हवेली दमन एवं दीव, मणिपुर, पंजाब, सिक्किम तथा तमिलनाडु) के सभी गाँवों में किया गया था परन्तु अक्टूबर 2008 तक यह सर्वेक्षण, 20 राज्यों/सं.शा.क्षे. जैसे अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, दिल्ली, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, कर्नाटक⁷, लक्षद्वीप, मध्यप्रदेश, मेघालय⁸, मिजोरम, उड़ीसा, पुडुचेरी, राजस्थान, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल में नहीं किए गए थे। शेष राज्यों (असम, अरुणाचल प्रदेश, आन्ध्रप्रदेश, गुजरात तथा महाराष्ट्र) में सर्वेक्षण किए गए थे परन्तु आवृत्तन अपूर्ण/आंशिक था।

आठ राज्यों/सं.शा.क्षे. (छत्तीसगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, पुडुचेरी तथा सिक्किम) में, स्वास्थ्य केन्द्रों के सभी स्तरों पर सुविधा सर्वेक्षण समाप्त कर दिए थे। असम में सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. स्तरों पर; केरल तथा उड़ीसा में सा.स्वा.के. स्तरों पर; झारखण्ड में प्रा.स्वा.के. स्तरों पर तथा तमिलनाडु में उप केन्द्र स्तरों पर सुविधा सर्वेक्षण पूरे कर दिये गये थे।

⁶ समुदाय आवश्यकता निर्धारण (स.आ.नि.) रिपोर्ट के आकड़े जिसमें योजना हेतु उपयोग किए गए जिलों की जनसांख्यिकीय स्वरुखा जैसे जनसंख्या, स्टाफ की वास्तविक उपलब्धता, आवश्यक औषधि एवं टीके, संबंधित उपकेन्द्र की अवसंरचना तथा वास्तविक आवश्यकता सम्मिलित थे, का योजना के लिए उपयोग किया गया था।

⁷ घरेलू सर्वेक्षण पर जानकारी रा.स्वा.प.क.स. द्वारा प्रस्तुत नहीं की गई थी। छ: नमूना जाँच किए गए जिलों में, किसी भी गाँव में घरेलू सर्वेक्षण नहीं किया गया था।

⁸ लेखापरीक्षा किए गए जि.स्वा.स. ने गैर सम्मिलित 954 गाँवों को छोड़ते हुए 3701 गाँवों में घरेलू सर्वेक्षण बताया। तथापि, इन्होंने घरेलू सर्वेक्षण करने के समर्थन में कोई अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया था। इसके अतिरिक्त, रा.स्वा.स. अभिलेखों ने यह भी दर्शाया कि सात जिलों के किसी भी गाँव में घरेलू सर्वेक्षण नहीं किए गए थे।

सात राज्यों/सं.शा.क्षे. (आन्ध्रप्रदेश, बिहार, लक्षद्वीप, मध्यप्रदेश, त्रिपुरा, पश्चिम बंगाल तथा चण्डीगढ़) में किसी भी स्वास्थ्य केन्द्र हेतु सुविधा सर्वेक्षण नहीं किए गए थे। शेष 12 राज्यों/सं.शा.क्षे. में, सुविधा सर्वेक्षण केवल आंशिक रूप से पूर्ण थे (ब्यौरा अनुबंध 2.1 में)।

इसके अतिरिक्त, सुविधा सर्वेक्षण के करने पर रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त आकड़े को चार राज्यों में लेखापरीक्षा के दौरान सत्यापित नहीं किया जा सका था जैसा कि ब्यौरा अनुबंध 2.1 में दिया गया है।

2.2.1 आधारभूत सर्वेक्षणों की गुणवत्ता

घरेलू तथा सुविधा सर्वेक्षण को योजना में उपयोग हेतु अर्थपूर्ण बनाने की दृष्टि से इन्हें आशा, आगनबाड़ी कर्मचारियों (आ.आ.क.) आदि तथा पूर्व अनुमोदित प्रतिरूप पर जिला तथा ब्लॉक योजना दलों की सेवाओं को काम में लगा कर स्थानीय समुदाय कार्य द्वारा किया जाना चाहिए था। जि.स्वा.स. को आधार भूत सर्वेक्षणों को करने में लगे हुए कार्यकर्ताओं हेतु प्रशिक्षण का आयोजन करना अपेक्षित था।

तथापि, आधारभूत सर्वेक्षण हेतु अपनाई प्रक्रिया, सर्वेक्षण की गुणवत्ता तथा इसके परिणामों के प्रयोग के संबंध में अधिक आश्वासन प्रदान नहीं किया। अधिकतर राज्यों/सं.शा.क्षे. में, घरेलू तथा/अथवा सुविधा सर्वेक्षण, सर्वेक्षणकर्ता के प्रशिक्षण के बिना तथा सर्वेक्षण हेतु स्वीकृत प्रतिरूप के बिना किए गए थे। झारखण्ड तथा दमन एवं दीव में, स्वास्थ्य समिति ने स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रशिक्षित कार्मिकों के दौरे को सुनिश्चित किए बिना संबंधित स्वास्थ्य केन्द्रों से सीधी सुविधाओं के संबंध में जानकारी एकत्रित की। इसने सूचना देने की वास्तविकता एवं अखण्डता को जोखिम में डाला। रा.स्वा.स. पंजाब ने बताया कि सुविधा सर्वेक्षण समाप्त थे परन्तु लेखापरीक्षा के दौरान यह देखा गया था कि दो लेखापरीक्षा किए गए (12 में से) सा.स्वा.के., पाँच प्रा.स्वा.के. (24 में से) तथा 12 उप-केन्द्रों (48 में से) के पास सुविधा सर्वेक्षण करने के संबंध में कोई जानकारी नहीं थी।

इसके अतिरिक्त, 22 राज्यों/सं.शा.क्षे. में, जहाँ सर्वेक्षण आंशिक या पूर्णरूप से किए गए थे, रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा सर्वेक्षण निष्कर्षों के आकड़ों को समेकित नहीं किया गया था। केवल असम एवं पुडुचेरी के रा.स्वा.के. ने सर्वेक्षण परिणामों का डाटाबेस अनुरक्षित किया था।

किसी भी डाटाबेस के अभाव के कारण, स्वास्थ्य हस्तक्षेपों के आगामी दिशा को प्राथमिकता देने को अंतः एवं अंतःजिला आधार पर सेवाओं की माँग तथा सेवाओं की उपलब्धता के बीच के अंतर को विश्लेषित नहीं किया जा सका था। इसके अतिरिक्त, गै.स.सं. द्वारा या जि.स्वा.स. द्वारा सर्वेक्षण किए गए डाटा की शुद्धि का नमूना सत्यापन की क्रियाविधि को न तो गै.स.सं. अथवा न ही किसी राज्य/सं.शा.क्षे. में अपनाया नहीं गया था, न ही डाटा पं.रा.सं. द्वारा वैध कराया गया था या जैसा कि मिशन कार्यान्वयन ढाँचे के अंतर्गत अपेक्षित था।

मंत्रालय ने बताया कि घरेलू सर्वेक्षण योग्य जोड़ा सर्वेक्षण की एक सीमा थी जो रा.ग्रा.स्वा.मि. की स्थापना के पहले से ही विद्यमान थी। इसने दिसम्बर 2005 में राज्यों को सर्वेक्षण हेतु आरूपाँ का वितरण किया था तथा राज्यों को इनका अनुपालन करने हेतु आग्रह किया गया था। अंतिम 2008 में प्रकाशित जिला स्तर घरेलू सुविधा सर्वेक्षण-III (जि.स्त.घ.सु.स.-III) के निष्कर्षों, को योजना एवं मॉनीटरिंग में प्रयोग किया जा रहा था। मंत्रालय ने यह भी बताया कि राज्यों को विभिन्न सुविधाओं का एक सुविधा सर्वेक्षण करने को प्रोत्साहित किया जा रहा था जिससे कि

भा.ज.स्वा.मा. के मानदण्डों की तुलना में इनकी स्थिति निर्धारित करने तथा भा.ज.स्वा.मा. के मानदण्डों को पाने हेतु सुविधा के उन्नयन के लिए एक योजना तैयार करें।

हम महसूस करते हैं कि घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों के क्षेत्र को योग्य जोड़ा सर्वेक्षण की अपेक्षा व्यापक पहलुओं को शामिल करने हेतु तैयार किया गया था। इसके अतिरिक्त, जबकि जि.स्त.घ.सु.स.-III एक सकारात्मक विकास है, परन्तु यह केवल घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों को संपूरक कर सकता है। जबकि जि.स्त.घ.सु.स. नमूना इकाईयों पर आधारित था फिर भी आवश्यकता एवं अंतर आधारित विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य कार्य योजना की तैयारी सक्षम करने के लिए सभी इकाईयों को सुविधा तथा घरेलू सर्वेक्षण किये जाने अपेक्षित थे। जि.स्त.घ.सु.स.-III के माध्यम से किए सुविधा सर्वेक्षणों ने भा.लो.स्वा.मा. का ध्यान नहीं रखा।

पूर्ण घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों के अभाव में रा.खा.स. पूर्व-रा.ग्रा.स्वा.मि. स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता का निर्धारण नहीं कर सका। परिणामस्वरूप, संबंधित आवश्यकता विश्लेषण एवं अवस्थिति पर आधारित आगामी मध्यस्थता की आवश्यकता के मूल्यांकन अपर्याप्त होंगे। रा.स्वा.स. द्वारा प्रदान किए डाटा एवं लेखापरीक्षा के दौरान सत्यापित डाटा के बीच भिन्नताओं ने कमजोर रिपोर्टिंग एवं मॉनीटरिंग को प्रदर्शित किया।

2.3 परिप्रेक्ष्य एवं वार्षिक योजनाएं

2.3.1 परिप्रेक्ष्य योजना

रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देशों के अंतर्गत, जि.स्वा.स. तथा रा.स्वा.स. को स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतर, मध्यस्थता के क्षेत्र, संभावित निवेश, केन्द्रीय एवं राज्य अंश जो पूर्ण मिशन अवधि (2005-12) हेतु आवश्यक होगा के साथ-साथ वित्तीय एवं भौतिक लक्ष्यों की पहचान करनी थी। मिशन अवधि (सात वर्ष) के समग्र संसाधनों तथा आवश्यक क्रियाकलापों को रेखांकित करने के लिए, उन्हें प्रत्येक जिले हेतु एक परिप्रेक्ष्य योजना तथा राज्य हेतु एक समग्र परिप्रेक्ष्य योजना तैयार करनी थी।

सकारात्मक विकास
राज्यों के साथ-साथ सात राज्यों/
सं.शा.क्षे. अर्थात् चण्डीगढ़, छत्तीसगढ़,
दादर एवं नागर हवेली, जम्मू एवं
कश्मीर, महाराष्ट्र तथा सिक्किम हेतु
पूर्ण अवधि के लिए योजना तैयार की
गई थी।

हमने पाया कि परिप्रेक्ष्य योजनाओं की तैयारी के संबंध में प्रगति धीमी थी। 18 राज्यों/सं.शा.क्षे. (असम, अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, दमन एवं दीव, दिल्ली, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, केरल, लक्षद्वीप, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, उड़ीसा, पुडुचेरी, राजस्थान, तमिलनाडु तथा पश्चिम बंगाल) में, जिला द्वारा या राज्य द्वारा कोई परिप्रेक्ष्य योजना तैयार नहीं की गई थी। झारखण्ड⁹ तथा उत्तर प्रदेश¹⁰ में कुछ जिलों में ही परिप्रेक्ष्य योजना तैयार की गई थी जो राज्य हेतु समग्र योजना के तैयार न होने का कारण बना।

⁹ तीन नमूना जांच किए गए जिलों में से दो तीन

¹⁰ 70 जिलों में से 35

छः राज्यों अर्थात् आन्ध्रप्रदेश¹¹, गुजरात, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र तथा त्रिपुरा में, राज्य हेतु परिप्रेक्ष्य योजना जिलों हेतु परिप्रेक्ष्य योजनाओं को अंतिम रूप दिए बिना तैयार किया था।

मंत्रालय ने सहमति दी कि मिशन अवधि हेतु राज्यों तथा जिलों द्वारा परिप्रेक्ष्य योजना की तैयारी की प्रक्रिया धीमी थी क्योंकि यह एक नवीन संदर्भ था जिसने राज्यों द्वारा आंतरिकरण करने में समय लिया। आगे यह भी कहा कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन के लिए ढांचा व्यापक/गैर-रूढ़िगत था जोकि स्थानीय आवश्यकताओं के अनुसार योजना के लिए राज्यों को पूर्ण लचीलापत प्रदान करता था और निश्चित दिशानिर्देश निर्धारित नहीं करता था।

तथापि, मिशन अवधि के सात वर्षों, जिसमें परिप्रेक्ष्य योजना के अन्तर्गत आवृत किया जाना था, के तीन वर्ष पहले ही बीत गये थे। संसाधनों और क्रियाकलापों की दीर्घावधि आवश्यकता पर स्पष्ट प्रतिक्रिया के अभाव में मिशन के अन्तर्गत मध्यस्थता तदर्थ हो गई। विशेष रूप से, 18 विशेष संकेन्द्रित राज्यों, जिलों तथा राज्य के लिए परिप्रेक्ष्य योजनाओं में से केवल तीन राज्य तैयार किए गए थे।

2.3.2 राज्य एवं जिला वार्षिक योजनाएं

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे ने निर्धारित किया कि राज्य हेतु परियोजना कार्यान्वयन योजना (प.का.यो.) को रा.स्वा.स. प्रत्येक जिले के जि.स्वा.का.यो. का एकत्र योग करके वार्षिक रूप से तैयार की जानी चाहिए। राष्ट्रीय मिशन निदेशक की अध्यक्षता में मंत्रालय की राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति (रा.का.स.स.) को प.का.यो. का मूल्यांकन करना था तथा राज्य के प्रतिनिधियों तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को जिलों की वार्षिक योजनाओं का मूल्यांकन करना था। मंत्रालय द्वारा जारी दिशानिर्देशों ने योजना प्रक्रिया के अंतर्गत सभी कार्यक्रमों हेतु एक समय सारणी नियत की है।

तथापि, 2005-08 के दौरान, तीन राज्यों (छत्तीसगढ़, चण्डीगढ़ एवं पुडुचेरी) के सभी जिलों द्वारा जि.स्वा.का.यो. तैयार की गई थी जबकि नौ राज्यों/सं.शा.क्षे.(उत्तर प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, बिहार, पंजाब, तमिलनाडु, उत्तराखण्ड एवं दमन एवं दीव) में, किसी भी जिले द्वारा वार्षिक जिला योजना तैयार नहीं की गई थी। शेष राज्यों/सं.शा.क्षे. में, 2005-06 में कई जिलों द्वारा जिला योजना तैयार नहीं की गई थी, परन्तु 2007-08 तक स्थिति सुधर गई थी।

¹¹ 2006 -07 के दौरान पूर्ण मिशन हेतु परिप्रेक्ष्य योजना की तैयारी के लिए आयुक्त, परिवार कल्याण, आ.प्र., हैदराबाद द्वारा 10.00 लाख रु. प्रति जिले की दर पर 2.30 करोड़ रु. जारी किए गए थे। तथापि, 1.71 करोड़ रु. डेंगू तथा चिकनगुनियाँ हेतु व्यय किया गया था तथा शेष 58.75 लाख रु. संबंधित जिला चिकित्सा स्वास्थ्य अधिकारी के पास पड़ा था।

तालिका 2.1: 2005-08 के दौरान जि.स्वा.का.यो. की तैयार की स्थिति

राज्य जहां 2005-08 के दौरान कुछ जि.स्वा.का.यो. तैयार की गई थी							
राज्य/सं.शा.क्षे.	जिलों की संख्या	जिले जि.स्वा.का.यो. तैयार नहीं कर रहे					
		2005-06		2006-07		2007-08	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
रा.स्वा.स. से संकलित सूचना							
आन्ध्र प्रदेश	23	22	96	22	96	22	96
अ. एवं नि. द्वीपसमूह	3	3	100	3	100	1	33
मध्य प्रदेश	48	48	100	0	0	0	0
महाराष्ट्र	33	33	100	33	100	0	0
मणिपुर	9	9	100	0	0	0	0
मेघालय	7	7	100	7	100	0	0
मिजोरम	9	9	100	9	100	0	0
उड़ीसा	30	30	100	0	0	0	0
राजस्थान	32	32	100	32	100	19	59
सिक्किम	4	4	100	4	100	0	0
त्रिपुरा	4	4	100	4	100	0	0
दिल्ली	9	9	100	0	0	0	0
हरियाणा	20	20	100	20	100	11	55
पश्चिम बंगाल	18	18	100	18	100	0	0
नमूना जांच किए गए जिलों से लेखापरीक्षा द्वारा संकलित सूचना							
अरुणाचल प्रदेश	5	5	100	5	100	0	0
असम	5	5	100	0	0	0	0
कर्नाटक	6	2	33	2	33	1	17
गुजरात	4	3	75	1	25	1	25
केरल	3	सूचना उपलब्ध नहीं				0	0

(स्रोत: रा.स्वा.सं. और जि.स्वा.सं. द्वारा प्रदत्त सूचना)

इसके अतिरिक्त, 11 राज्यों/सं.शा.क्षे. (हरियाणा, महाराष्ट्र, मेघालय, मिजोरम, राजस्थान, अरुणाचल प्रदेश, केरल, उड़ीसा, त्रिपुरा, पश्चिम बंगाल तथा दिल्ली) में, जि.स्वा.का.यो. को पिछले वर्ष की 31 अक्टूबर की निर्धारित तिथि से पहले तैयार नहीं किया गया था। केवल चार राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, मध्यप्रदेश, सिक्किम तथा मणिपुर) में जिलों ने निर्धारित तिथि से पहले अपनी वार्षिक योजना तैयार कर ली थी। इसके अतिरिक्त, मंत्रालय ने जि.स्वा.का.यो. के मूल्यांकन जैसा कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन ढाँचे के अंतर्गत अपेक्षित था, में भाग नहीं लिया था। चार राज्यों/सं.शा.क्षे. [कर्नाटक (2.70 करोड़ रु.), उड़ीसा (2.58 करोड़ रु.), पुडुचेरी (39.43 लाख रु.) और दमन एवं दीव (20 लाख रु.)] में जि.स्वा.का.यो. की तैयारी हेतु प्राप्त निधियाँ मार्च 2008 तक रा.स्वा.स./जि.स्वा.स. के पास एक से दो वर्ष की अवधि के लिए अव्ययित पड़ी थी।

राज्य की प.का.यो. को रा.स्वा.स. द्वारा पूर्ववर्ती वर्ष के 15 दिसम्बर तक मूल्यांकन हेतु मंत्रालय भेजा जाना था तथा 31 जनवरी तक रा.का.स.स. द्वारा स्वीकृत की जानी थी ताकि वित्तीय वर्ष के प्रारम्भ से पहले राज्य प.का.यो. को अंतिम रूप सुनिश्चित किया जा सके। मंत्रालय ने बताया कि 2005-06 तथा 2006-07 के दौरान राज्य प.का.यो. की तैयारी के प्रति प्रगति सार्थक नहीं थी तथा 2007-08 में इसने सभी राज्यों/सं.शा.क्षे. से प.का.यो. प्राप्त की। वर्ष 2007-08 हेतु

प.का.यो. का रा.का.स.स. का मूल्यांकन वित्तीय वर्ष के प्रारम्भ से पहले नहीं हुआ था तथा जून 2007 में सात राज्यों, जुलाई 2007 में 24 राज्यों/सं.शा.क्षे. तथा सितम्बर 2007 में चार राज्यों/सं.शा.क्षे. की प.का.यो. को मूल्यांकन किया गया था।

तथापि, यह पाया गया है कि 2007-08 के बाद से जि.स्वा.का.यो. के प्रस्तुतीकरण में सुधार था तथा 2008-09 हेतु राज्य प.का.यो. का मूल्यांकन वित्तीय वर्ष के प्रारम्भ से पहले पूरा हो गया था।

मंत्रालय ने बताया कि रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे के संस्थाकरण ने कुछ समय लिया क्योंकि योजना अपेक्षित दक्षता जो कि प्रणाली में अब तक गैर-विद्यमान थी तथा उसके लिए जमीनी स्तर पर क्षमता ने बनने में समय लेती है।

तथापि, योजना हेतु कुछ आधारित दक्षताएं एवं प्रणालियाँ राज्य योजना बोर्डों तथा जिला योजना बोर्डों के रूप में पहले से ही विद्यमान थी तथा सांस्थानिक स्मृति स्वास्थ्य विभाग सहित सभी विभागों में पहले से ही उपलब्ध थी। इसके अतिरिक्त रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे के अनुसार, मिशन का प्रथम वर्ष विशिष्ट रूप से संस्थान बनाने को समर्पित था। अतः, संस्था निर्माण सुसाध्य करने के लिए पहले से ही उपलब्ध ज्ञान को सम्मिलित करने की आवश्यकता है। मिशन अवधि (2005-12) के प्रारम्भिक वर्ष, सभी जिलों के लिए, विकेन्द्रीकृत योजना की अवधि संकल्पना को व्यय करते हुए वार्षिक योजना तैयार किये बगैर ही बीत गए थे।

2.3.3 ब्लाक तथा ग्राम स्तरीय योजनाएं

ब्लाक तथा ग्राम स्तरीय योजनाएं मिशन के अंतर्गत सभी मध्यस्थताओं को आधार बनाते हुए जि.स्वा.का.यो. में तैयार तथा संघटित की जानी थीं। ग्रामों को योजना कार्य हेतु योग्य बनाने के लिए व्यापक क्षमता निर्माण की आवश्यकता को पूर्ण रूप से समझते हुए भी मिशन ने प्रथम दो वर्षों के लिए ग्राम योजनाओं पर बल नहीं दिया था तथा इसलिए ब्लाक स्वास्थ्य कार्य योजनाओं को जि.स्वा.का.यो. का आधार बनाना था।

तथापि, 2005-08 के दौरान वार्षिक ब्लॉक योजनाएं तथा 2007-08 के दौरान ग्राम योजना सभी 24 राज्यों/सं.शा.क्षे.¹² में तैयार नहीं की गई थी। शेष राज्यों/सं.शा.क्षे. में, ब्लाक तथा ग्राम स्वास्थ्य योजना की केवल आंशिक तैयारी ही की गई थी तथा प्रगति बहुत धीमी थी। पूर्ण ब्लाक तथा ग्राम योजनाओं के अभाव में विकेन्द्रीकृत योजना के उद्देश्य की प्राप्ति में अड़चन आती है। विकेन्द्रीकृत योजना के अन्तर्गत, मिशन ने राज्यस्तर चिकित्सा केन्द्रों को, उन्हें स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उपभोक्ता प्रभारों को उद्ग्रहण हेतु रोकने के लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए स्वायत्ता सुसाध्य बनाने के लिए रोगी कल्याण समितियां की स्थापना करने; समुदाय मॉनीटरिंग ढाँचे के अन्तर्गत स्वास्थ्य केन्द्रों को लाने तथा समुदाय स्वामित्व के अन्तर्गत स्वास्थ्य केन्द्रों को अन्तिम रूप से लाने के लक्ष्य के लिए खुली निधियां और वार्षिक अनुसंधान अनुदान उपलब्ध कराये थे। इस प्रकार, एक कमजोर योजना प्रयास का अर्थ था कि परिणामी सकारात्मक व्यय हो गये थे और सम्बन्धित मुद्दों पर प्रगति विलम्बित थी।

¹² अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, चण्डीगढ़, दिल्ली, दादर एवं नागर हवेली (कोई ब्लाक स्तरीय कार्यालय नहीं), दमन एवं दीव, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, लक्षद्वीप, महाराष्ट्र, मणिपुर, मिजोरम, उड़ीसा, पुडुचेरी (कोई ब्लाक कार्यालय नहीं), पंजाब, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड तथा उत्तर प्रदेश

मंत्रालय ने स्वीकार किया कि योजना प्रक्रिया का भाग बनाए जाने हेतु जमीनी स्तर पर क्षमता के निर्माण ने समय लिया तथा आगे बताया कि इस संबंध में सुधार अवलोकित किए गए।

2.3.4 योजना के कार्य की आउटसोर्सिंग

रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देशों के अनुसार, जिला तथा निम्न स्तरीय योजनाओं को पंचायती राज संस्थानों की अध्यक्षता के अंतर्गत सभी स्तरों पर गठित किए जाने वाले योजना दलों द्वारा वार्षिक रूप से तैयार किया जाना था। तथापि, 11 राज्यों (बिहार, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा तथा उत्तराखण्ड) में, रा.स्वा.स. ने जिला योजना के कार्य को निजी अभिकरणों को आउटसोर्स किया था जिसका

प्रकरण : आउटसोर्स योजना

बिहार: रा.स्वा.स. ने एक निजी अभिकरण को, अभिकरण के साथ हस्ताक्षरित संविदा की धारा के उल्लंघन में 48.05 लाख रू. (अप्रैल-जून 2006) का भुगतान किया क्योंकि ना तो फर्म ने अपने बिलों के साथ कुछ निर्देश चिन्हों की प्राप्ति का कोई प्रमाण प्रस्तुत किया न ही इसने रा.स्वा.स. के नोडल अधिकारी को साप्ताहिक रिपोर्ट भेजी थी जो कि समझौते के अंतर्गत अपेक्षित थी। रा.स्वा.स. ने 17 जिलों के सिविल सर्जन तथा चार जिलों के मजिस्ट्रेट द्वारा कार्य की खराब गुणवत्ता पर रिपोर्ट प्राप्त करने के पश्चात अगस्त 2006 में अभिकरण के साथ संविदा रद्द कर दी। रा.स्वा.स. ने फर्म द्वारा दी गई 25.47 लाख रू. की बैंक प्रत्याभूति (नवम्बर 2006 तक वैध) को दोबारा प्राप्त नहीं किया तथा सरकार का ब्याज बचाने में विफलता हुई थी।

पंजाब: अभिकरणों को भुगतान संविदा के अंतर्गत नियत कुछ उद्देश्यों की प्राप्ति के पश्चात किशतों में किया जाना था। तथापि, रा.स्वा.स. ने अभिकरण द्वारा निर्देश-चिन्हों पर रिपोर्ट को प्रस्तुत करने में 72 दिनों के विलम्ब तथा मिशन निदेशक द्वारा रिपोर्ट में कमियाँ इंगित किए जाने के बावजूद भी जनवरी 2008 में अभिकरण को 44.94 लाख रू. का पूर्ण देय अदा किया। निम्न स्तरीय कार्य हेतु दण्डनीय धारा तथा कार्य में विलम्ब के लिए परिसमाप्त हानियों हेतु धारा को अभिकरण के साथ हस्ताक्षरित संविदा में शामिल नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, जबकि अभिकरण ने अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की थी फिर भी प्राथमिक अभिलेख/डाटा जिनसे यह रिपोर्ट संकलित की गई थी स्वयं परामर्शदाता के पास उपलब्ध नहीं थे तथा उन्हें गुम होना बताया गया था। सहायक डाटाबेस के अभाव में रिपोर्ट की उपयोगिता न्यूनतम थी। उदाहरणार्थ, अच्छी गुणवत्ता निर्माण के बिना या बिजली कनेक्शन के बिना स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या रिपोर्ट में दी गई थी, परन्तु इन मामलों पर स्वास्थ्य केन्द्र-वार डाटा उपलब्ध नहीं थे।

अर्थ था कि विकेन्द्रीयकृत योजना में घरेलू क्षमता के विकास को प्रोत्साहन नहीं किया था।

मिजोरम, पंजाब, राजस्थान तथा त्रिपुरा में, योजना निजी अभिकरण को आउटसोर्स किसी औचित्य को दर्ज किये बगैर किया गया था। बिहार, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, त्रिपुरा तथा उत्तराखण्ड में अभिकरण ने जिला योजना की तैयारी नियत समय-सीमा में समाप्त नहीं की थी। इसके अतिरिक्त, हरियाणा, मेघालय, पंजाब, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड में योजना घरेलू तथा सुविधा सर्वेक्षणों के निकर्षों पर आधारित नहीं थी, न ही पंचायती राज संस्थानों के विचार ध्यान में रखे गए थे। जम्मू एवं कश्मीर में, जहाँ सुविधा सर्वेक्षण तथा जिला योजना का कार्य एक निजी अभिकरण को आउटसोर्स किया गया था वहाँ अभिकरण ने वास्तव में स्वास्थ्य केन्द्रों का दौरा नहीं किया था परन्तु इसके स्थान पर स्वास्थ्य केन्द्र कार्यकर्ताओं को सुविधा सर्वेक्षण फार्मों को भरने के लिए ब्लाक स्तर पर बुलाया था।

मंत्रालय ने बताया कि कुछ राज्यों द्वारा अपनाई गई योजना के कार्य की आउटसोर्सिंग ने राज्यों की क्षमता के निर्माण को कम नहीं किया है। बिहार में, जिला योजना की आउटसोर्सिंग मुकदमेबाजी का कारण बनी परन्तु इसे योजना प्रक्रिया के मार्ग से हटने के रूप में नहीं लिया जाना चाहिए क्योंकि बिहार में सुविधा अनुवृद्धि में महत्वपूर्ण प्रगति तथा मातृ एवं बाल स्वास्थ्य

संकेतकों में सुधार हो चुका था। इसके अतिरिक्त, त्रिपुरा तथा राजस्थान में, संयुक्त समीक्षा मिशन (सं.स.मि.) के निष्कर्षों ने दर्शाया कि पं.रा.स. ने योजना प्रक्रिया में भाग लिया था।

तथापि, सभी आठ राज्यों में जहाँ विकेन्द्रीकृत योजना का आउटसोर्स किया गया था, वहाँ योजनाएं न तो निर्धारित समय के भीतर तैयार की गई थीं न ही जिला योजना दिशानिर्देशों के अनुसार तैयार की गई थीं। बिहार में, 2008-09 में किसी भी जिले द्वारा जिला योजना तैयार नहीं की गई थी।

रा.ग्रा.स्वा.मि. ने प्रगति की परन्तु तैयारी निर्धारण हेतु घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों तथा राज्य विशिष्ट परिप्रेक्ष्य योजनाओं के कार्य की गैर-समाप्ति के कारण विकेन्द्रीकृत ऊर्ध्वगामी योजना को प्राथमिक रूप से प्रारम्भ करने में धीमी प्रगति की। योजना की मुख्य विशेषता स्थानीय ऊर्ध्वगामी योजना थी फिर भी रा.ग्रा.स्वा.मि. मध्यस्थताएं आधारभूत सर्वेक्षणों के बिना आगे बढ़ी जो वस्तुतः जमीनी स्तर पर दक्षता अन्तर के कारण अधोगामी योजना का कारण बने। जबकि मिशन अधिकांश राज्यों में जिला व राज्य स्तर पर स्वास्थ्य समितियों की स्थापना करने में सफल हुआ था, फिर भी यह उन्हें मुख्य धारा में लाने में सफल नहीं हुआ था। चूंकि, क्षमता निर्माण किए जाने में समय लगता है इसलिए कुछ राज्यों द्वारा योजना आउटसोर्स की गई है, परिणामस्वरूप समुदाय भागीदारी जो कि मिशन के प्राथमिक उद्देश्यों में से एक है, की कमी हुई। कुछ राज्यों में जिला स्तरीय योजना निजी अभिकरणों को आउटसोर्सिंग ने समुदाय भागीदारी के माध्यम से विकेन्द्रित करने के महत्व को कम कर दिया। ये सर्वेक्षण बहुत उपयोगी भी नहीं थे क्योंकि योजनाएं न तो समय पर तैयार की गई थीं, न ही रा.ग्रा.स्वा.मि. दिशानिर्देशों के अनुसार मानकीकृत थीं।

2.4 मिशन के अंतर्गत कार्यकलापों की मॉनीटरिंग

2.4.1 मिशन स्टिरिंग ग्रुप की बैठकें

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचा कैबिनेट द्वारा जुलाई 2006 अर्थात् मिशन के औपचारिक रूप से प्रारम्भिक होने के एक वर्ष बाद अनुमोदित किया गया था। कैबिनेट ने सभी योजनाओं तथा घटकों जो कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के हिस्से थे के संबंध में वित्तीय मानदण्डों का अनुमोदन करने के लिए मिशन स्टिरिंग ग्रुप (मि.स्टि.ग्रु.) को शक्ति प्रदान की थी और अधिकारप्राप्त कार्यक्रम समिति (अ.का.स.) को (+) 25 प्रतिशत की सीमा के अन्दर मि.स्टि.ग्रु. द्वारा अनुमोदित वित्तीय मानदण्डों में परिवर्तन करने के लचीलेपन को अनुमत किया। मि.स्टि.ग्रु. को मिशन की प्रगति का आवधिक रूप से मॉनीटर करना और वर्ष में दो बैठक की जानी अपेक्षित थी। प्रगति का पुनरीक्षण करने के लिए, चार उच्च संकेन्द्रित राज्यों के सचिवों (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) को बारी-बारी से प्रत्येक को एक वर्ष की अवधि के लिए मि.स्टि.ग्रु. के सदस्यों में रूप में मंत्रालय द्वारा नामित किया जाता है।

तथापि, मि.स्टि.ग्रु. ने, विचार किए गए आठ बार के बजाय, 2005-09 के दौरान; चार वर्षों में केवल चार बार बैठक की थी। मि.स्टि.ग्रु. तथा श.का.स. को शक्तियों का प्रत्यायोजन इस शर्त पर था कि रा.ग्रा.स्वा.मि. से सम्बन्धित एक प्रगति रिपोर्ट, चालू योजनाओं में वित्तीय मानदण्डों और संशोधनों से विचलन भी दर्शाते हुए एक वार्षिक आधार पर कैबिनेट के समक्ष प्रस्तुत की जाएगी। तथापि, पिछले चार वर्षों के दौरान, मिशन ने कैबिनेट को केवल एक बार अगस्त 2008 में एक प्रगति रिपोर्ट प्रस्तुत की थी।

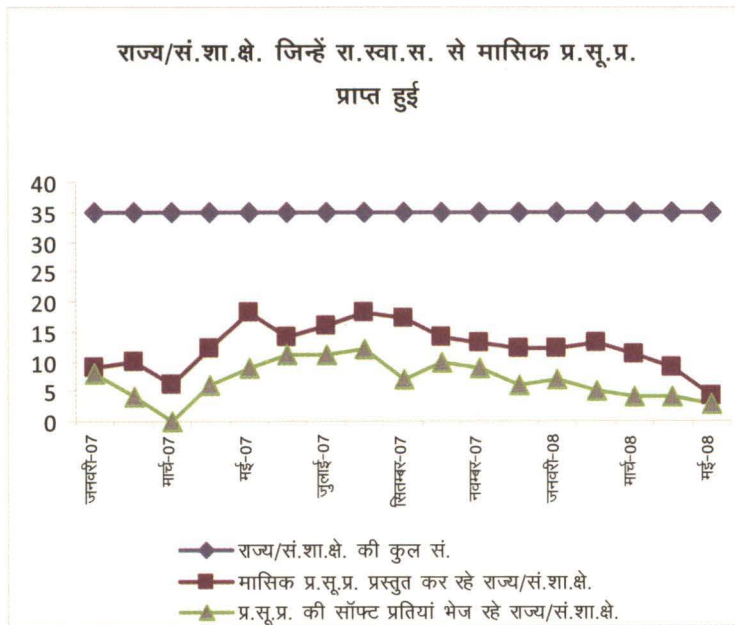
मंत्रालय ने बताया कि, मि.स्टि.ग्रु. को अधिकारिता कैबिनेट से जुलाई 2006 में प्राप्त हुई थी और तब से मि.स्टि.ग्रु. ने मई 2009 तक चार बैठकें कर ली थीं।

तथापि, मि.स्टि.ग्रु. की स्थापना करने के 4 मई 2005 का आदेश में अनुबंध किया गया कि यह वर्ष में दो बार बैठक करेगा। मि.स्टि.ग्रु. की पहली बैठक 30 अगस्त 2005 को हुई थी और यह मई 2009 तक सात बैठकों की अपेक्षा के प्रति तब से ग्रुप की केवल तीन बैठकें (सितम्बर 2006, जुलाई 2007 और अगस्त 2008 में) आयोजित की गई थीं।

2.4.2 स्वा.प्र.सू.प्र. रिपोर्टिंग प्रणाली

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचा कम्प्यूटर आधारित मासिक स्वास्थ्य प्रबन्धन सूचना प्रणाली (स्वा.प्र.सू.प्र.) के माध्यम से आंतरिक मॉनीटरिंग पर गहन उत्तरदायी संरचनाओं का विचार करता है।

मंत्रालय द्वारा मा.सू.मू.प्र. आरूप में लगातार संशोधनों के कारण मंत्रालय कम्प्यूटरीकृत प्र.सू.प्र. के कार्यान्वयन हेतु दिसम्बर 2005 की प्रस्तावित तिथि का पालन नहीं कर सका। सं.शा.क्षे. को संशोधित स्वा.प्र.सू.प्र. आरूप अगस्त 2006 में भेजा गया था। राज्यों/सं.शा.क्षे. को संशोधित स्वा.प्र.सू.प्र. उपयोगकर्ता दिशानिर्देश, मंत्रालय द्वारा बाद में विकसित किए जा रहे थे परन्तु जुलाई 2008 तक अंतिम रूप दिए बिना रहें।



किसी राज्य/सं.शा.क्षे. ने मंत्रालय को नियमित रूप से तिमाही तथा वार्षिक प्र.सू.प्र. रिपोर्ट नहीं भेजी। संशोधित मासिक रिपोर्टों के द्वारा राज्यों से प्राप्त प्रतिपुष्टियाँ भी खराब थी तथा प्राप्त रिपोर्टों की मात्रा ने गिरती हुई प्रवृत्ति दर्शाई जैसा कि ग्राफ में दर्शाया गया है।

विश्लेषण हेतु पर्याप्त डाटा के अभाव में, रा.ग्रा.स्वा.मि. अपने चौथे

वर्ष में बढ़ने के बावजूद मिशन की कोई औपचारिक निष्पादन रिपोर्ट तैयार नहीं की जा सकी थी। मंत्रालय ने मुख्य संकेतको पर एक रिपोर्ट तैयार की थी परन्तु वह भी सीमित थी तथा केवल 13 राज्यों द्वारा प्रस्तुत रिपोर्टों पर आधारित थी। चूंकि राज्य/सं.शा.क्षे. नियमित आधार पर डाटा प्रदान नहीं कर रहे थे तथा मंत्रालय ने भी इस पर बल नहीं डाला था इसलिए निधियों को

जारी करने को निष्पादन से नहीं जोड़ा जा सका था जैसा कि रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे में विचार किया गया था।

मंत्रालय ने स्वीकार किया कि रिपोर्टिंग कमजोर थी। इसने बताया कि राज्यों से प्रतिपुष्टियों के आधार पर एक प्र.सू.प्र. आरूप विकसित किया गया था तथा स्वा.प्र.सू.प्र. पोर्टल अक्टूबर 2008 में प्रारम्भ किया गया था जिसको राज्य तथा जिला स्तर प्रशिक्षण एवं दिगविन्यास द्वारा अपनाया गया था। इसने यह भी बताया कि अधिकतर जिलों ने 2008-09 हेतु पोर्टल पर डाटा डाल दिया था।

2.4.3 राज्यों में कम्प्यूटरीकरण तथा प्र.सू.प्र.

रा.ग्रा.स्वा.मि. ढाँचे के अंतर्गत, प्रत्येक जि.स्वा.स. को कम्प्यूटर आधारित प्रबंधन सूचना प्रणाली को विकसित करना था तथा रा.स्वा.स. को मासिक रूप से सूचना देनी थी। ब्लॉक स्तर तक रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत स्वास्थ्य केन्द्रों का कम्प्यूटरीकरण तथा एकीकृत रोग निगरानी परियोजना (रा.ग्रा.स्वा.मि. का एक घटक) के अंतर्गत नेटवर्किंग प्र.सू.प्र. के माध्यम से रिपोर्टिंग हेतु आवश्यक थी।

दिल्ली तथा उत्तर प्रदेश के किसी भी ब्लॉक में या झारखण्ड तथा उत्तराखण्ड के केवल कुछ ब्लॉकों में ब्लॉक स्तरीय स्वास्थ्य केन्द्रों का कम्प्यूटरीकरण नहीं हुआ था। यहाँ तक कि बिहार तथा कर्नाटक में सभी जिले कम्प्यूटरीकृत नहीं किए गए थे। रा.स्वा.स. लक्ष्यद्वीप तथा अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह ने स्वास्थ्य सुविधाओं का कम्प्यूटरीकरण बिल्कुल आरम्भ नहीं किया था।

सफलता की कहानी

13 राज्यों/सं.शा.क्षे. (असम, छत्तीसगढ़, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, पंजाब तथा पश्चिम बंगाल) में स्वास्थ्य सुविधाओं का जिले के साथ-साथ ब्लॉक स्तरीय कम्प्यूटरीकरण पूरा हो गया था। आन्ध्र प्रदेश में एक को छोड़कर सभी जिले तथा 183 को छोड़कर सभी ब्लॉक कम्प्यूटरीकृत थे।

जिला स्तरीय नेटवर्किंग हेतु एकीकृत रोग निगरानी परियोजना के अंतर्गत 796 ब्रॉडबैंड कनेक्शनों की लक्षित स्थापना केवल 555 मामलों (70 प्रतिशत) में ही पूरी की गई थी तथा शेष 241 साइटें (30 प्रतिशत) नेटवर्क के माध्यम से जुड़े नहीं थे। दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, दिल्ली, लक्ष्यद्वीप तथा सिक्किम में कोई भी जिले नेटवर्क के माध्यम से जुड़े नहीं थे जबकि अरुणाचल प्रदेश, बिहार, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, मणिपुर, मिजोरम तथा पश्चिम बंगाल में आधे से ज्यादा जिले नेटवर्क के माध्यम से नहीं जुड़े थे। शेष राज्यों में, ए.रो.नि.प. के अंतर्गत जिला स्तरीय नेटवर्किंग लगभग पूरी कर ली गई थी।

सात राज्यों/सं.शा.क्षे. (आन्ध्रप्रदेश, असम, कर्नाटक, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, महाराष्ट्र तथा पुडुचेरी) में जि.स्वा.स. रा.स्वा.स. को मासिक प्र.सू.प्र. रिपोर्ट समय पर या पाँच राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, हरियाणा, उड़ीसा तथा राजस्थान) में विलम्ब के साथ भेज रही थी।

प्रकरण : दो राज्यों में स्वास्थ्य केन्द्रों का कम्प्यूटरीकरण

झारखण्ड: राँची जिले में स्वास्थ्य देखभाल सूचना प्रबंधन प्रणाली (स्वा.सू.प्र.प्र.) प्रतिष्ठापित करने हेतु दिसम्बर 2004 में झारखण्ड स्वास्थ्य समिति (झा.स्वा.स.) तथा एक निजी अभिकरण के बीच एक स.ज्ञा. किया गया था। झा.स्वा.स. ने निविदा आमंत्रित किए बिना चयन के आधार पर अभिकरण को परियोजना सौंपी तथा अप्रैल 2005 से दिसम्बर 2005 तक अग्रिम के रूप में 3.15 करोड़ रु. अदा किए थे। तथापि, स्वा.सू.प्र.प्र. के संस्थापन से इंटरनेट कनेक्शन या तो प्रदान नहीं किए गए थे या फिर खराब थे तथा जिला स्तर पर रिपोर्टों के संकलन हेतु डाटा/सूचना अभिकरण द्वारा प्रा.स्वा.के. से स्वयं एकत्रित तथा समेकित गई थी। जिला स्तर पर कोई विश्लेषिक रिपोर्टें तैयार नहीं की गई थी। अभिकरण ने प्रणाली को कभी पूर्ण रूप से क्रियात्मक नहीं बनाया था। प्रणाली को चलाने हेतु कर्मचारियों को प्रदान प्रशिक्षण अपर्याप्त था तथा कुछ मामलों में अकेले प्रशिक्षित प्र.स्वा.के. के कर्मचारियों को कहीं और स्थानान्तरण कर दिए गए थे। अभिकरण को 31.10.2008 तक प्रणाली का अनुरक्षण प्रदान करना था परन्तु विभाग ने अग्रिमों का समायोजन किए बिना मार्च 2008 में कार्य आदेश रद्द कर दिया परिणामस्वरूप, स्वा.सू.प्र.प्र. परियोजना विफल हो गई तथा इसका परिणाम 3.15 करोड़ रु. के निष्फल व्यय में हुआ।

त्रिपुरा: रा.स्वा.स. ने जनवरी 2007 में प्र.सू.प्र. प्रणाली के कार्यान्वयन के तीन-चरण कार्य के प्रथम चरण के कार्यान्वयन हेतु कार्य आदेश को 1.32 करोड़ रु. की लागत पर एक निजी अभिकरण को सौंपा था। कार्य जुलाई 2008 तक समाप्त किया जाना था तथा 66.22 लाख रु. (कार्य आदेश का 50 प्रतिशत) बैंक प्रत्याभूति के प्रति अग्रिम के रूप में दिया गया था। कार्य अगस्त 2008 तक समाप्त नहीं हुआ था। कार्य के एक मुख्य घटक अर्थात् 32.50 लाख रु. की लागत के बैटरी द्वारा संचालित सिमप्यूटर या मोनोकोर्म पी.डी.ए. की इकाई (जो कि 243 उप-केन्द्रों में क्षेत्र स्तरीय प्रवेश हेतु आवश्यक थी) की आपूर्ति को रा.स्वा.स. द्वारा अभिलेख पर बिना किसी कारण के प्रारथन में रखा हुआ था। कम्पनी ने स्वा.प्र.सू.प्र. के विकास हेतु 33 स्वास्थ्य संस्थानों (लक्षित 37 में से) को सम्मिलित किया तथा 33 में से 10 केन्द्रों पर डाटा-एंट्री ऑपरेटर्स के अभाव के कारण कार्य रुका हुआ था।

तथापि, मेघालय, मिजोरम तथा पंजाब में सभी जिलों में इंटरनेट कनेक्टिविटी के बावजूद रा.स्वा.स. को मासिक प्र.सू.प्र. रिपोर्टें नहीं भेजी जा रही थी। तमिलानाडु में, प्र.सू.प्र. को अभी तक विकसित नहीं किया गया था क्योंकि ए.रो.नि.प. के अंतर्गत नेटवर्क राज्य एवं जिला स्तरों पर राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केन्द्र द्वारा अभी भी जाँच प्रक्रिया के अधीन था। बिहार में, प्र.सू.प्र. रिपोर्टें डाटा की वैधता के बिना निम्न स्तरीय कार्यकर्ताओं के साथ टेलीफोन पर बातचीत के आधार पर इन्हें अविश्वसनीय बनाते हुए तैयार की गई थी। जम्मू एवं कश्मीर में, स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा रिपोर्टें एकत्रित तथा एकत्रित डाटा को बिना किसी विश्लेषण के जि.स्वा.स. एवं रा.स्वा.स. को प्रस्तुत किया जा रहा था। उड़ीसा में, एक जिले की तीन प्र.सू.प्र. रिपोर्टों में प्रस्तुत डाटा सा.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. तथा उप-केन्द्रों द्वारा प्रस्तुत डाटा से मेल नहीं खाता था। इस प्रकार यह स्पष्ट था कि प्र.सू.प्र. के माध्यम से नेटवर्किंग एवं रिपोर्टों को तैयार करना चरणबद्ध समयसीमा के अनुसार प्राप्त नहीं किया गया था तथा डाटा प्रवाह, उपलब्धता एवं सम्पूर्णता आवर्तक एवं संदेहजनक थी।

2.4.4 स्वास्थ्य पर जन प्रतिवेदन

जैसा कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत विचार किया गया था कि प्रत्येक जिले को वार्षिक रूप से स्वास्थ्य पर एक जन प्रतिवेदन प्रकाशित करना अपेक्षित था। 2005-08 के दौरान, अधिकतर जिलों में जि.स्वा.स. ने जन स्वास्थ्य¹³ पर वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशित नहीं किया था।

¹³ आन्ध्र प्रदेश के केवल एक जिले ने वार्षिक रूप से जन प्रतिवेदन प्रकाशित किया था। 2007-08 में असम से चार जिलों तथा 2006-07 में राजस्थान के एक लेखापरीक्षा किए गए जिले ने भी प्रतिवेदन प्रकाशित किया था। पुडुचेरी में, रा.स्वा.स. ने वार्षिक रूप से जिलावार लोक प्रतिवेदन प्रकाशित किया। चण्डीगढ़ में, अगस्त 2007 तथा जून 2008 में स्वास्थ्य पर एक वार्षिक लोक प्रतिवेदन (आकार) प्रकाशित किया गया था परन्तु जून 2008 में परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत प्रतिवेदन में प्रकाशित डाटा मंत्रालय को सूचित किये गये डाटा के साथ मेल नहीं खाता था।

मंत्रालय ने बताया कि स्वास्थ्य पर वार्षिक लोक प्रतिवेदन सामुदायिक भागीदारी के स्तरों पर निर्भर था तथा इसलिए लम्बी सगर्भता अवधि थी। चूंकि स्वास्थ्य प्र.सू.प्र. तथा स्थानीय क्षमताओं में सुधार होता तो अधिक जिले स्वास्थ्य पर वार्षिक जन प्रतिवेदन प्रकाशित कर सकेंगे।

तथापि, जबकि लम्बी सगर्भता अवधि की उपस्थिति को सराहा जा सकता है परन्तु स्वास्थ्य पर जिला-वार वार्षिक प्रतिवेदनों को सम्पूर्ण रिपोर्टिंग ढाँचे का भाग बनाया जा सकता है। वार्षिक प्रतिवेदन को आवश्यक रूप से एक व्यापक दस्तावेज होना आवश्यक नहीं है तथा प्रारम्भिक वर्षों में यह केवल आउटपुट एवं परिणामी संकेतकों, सर्वेक्षण परिणामों आदि को शामिल कर सकता है परन्तु ये आगामी प्रगति हेतु मार्ग-पट्ट प्रदान करेंगे तथा विकास का कीर्तिमान स्थापित करेगा।

मिशन के अंतर्गत क्रियाकलापों की मॉनीटरिंग को सुदृढ़ करने की आवश्यकता थी। मंत्रालय द्वारा रिपोर्टिंग पर अंतिम दिशानिर्देश जारी करने में विलम्ब का परिणाम जि.स्वा.स. से रा.स्वा.स. को तथा रा.स्वा.स. से मंत्रालय को मासिक प्र.सू.प्र. रिपोर्ट के माध्यम से त्रुटिपूर्ण रिपोर्टिंग में हुआ। मजबूत मॉनीटरिंग तंत्र की अनुपस्थिति में योजना प्रक्रिया ने अपेक्षित भावी मध्यस्थताओं के स्वरूप एवं निर्देशन पर नियमित इनपुट एवं प्रतिपुष्टियाँ प्राप्त नहीं की थी। यह प्रत्याशित है कि नवीनतम स्थापित स्वा.प्र.सू.प्र. वैब-पोर्टल मॉनीटरिंग ढाँचे में पर्याप्त अतिरिक्त बल प्रदान करेगा परन्तु जिलों द्वारा अपलोड किए गए डाटा की यथातथ्यता मंत्रालय हेतु एक चुनौती रहेगी।

अनुशंसाएं

रा.स्वा.स. को कार्यक्रम दिशानिर्देशों के अनुसार अविलम्ब घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों को प्रारम्भ करने को कहा जाए ताकि जिला एवं निम्न स्तरीय योजनाओं को चालू सेवा उपलब्धता तथा आगामी आवश्यकता/माँग मध्यस्थता के अनुरूप किया जाए।

सभी जिलों एवं राज्यों के लिए समग्र रूप से इलेक्ट्रॉनिक रूप में अधिमानतः कोई प्रयोक्ता के अनुकूल डाटाबेस प्रयोग करके एक सुविस्तृत केन्द्रीय डाटाबेस तैयार किया जाए तथा जिला योजना दलों द्वारा इनकी आसानी से पहुंच के लिए रा.स्वा.स. की वैबसाईट में डाला जाए।

रा.स्वा.स. को, यह सुनिश्चित करने के लिए कि राज्य प.का.यो. वास्तविक माँग पर आधारित आवश्यकताओं को प्रदर्शित करती है, विकेन्द्रीकृत योजना के ढाँचे का पालन करने का अनुरोध किया जाए।

विकेन्द्रीकृत योजना के कार्य की आउटसोर्सिंग को धीरे-धीरे कम एवं समाप्त तथा इसके स्थान पर सामुदायिक क्षमताओं को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

ज़मीनी स्तर पर योजना में दक्षता अन्तराल, क्षमता निर्माण और यदि आवश्यक हो तो प्रशिक्षण के माध्यम से कम किया जाए।

मॉनीटरिंग ढाँचे को मजबूत किया जाए ताकि समय से मध्यस्थता हेतु कार्यकलापों के आवधिक प्रभाव मूल्यांकन को सुनिश्चित किया जा सके सक्षम प्राधिकारी द्वारा डाटा के नमूना सत्यापन हेतु एक तंत्र स्थापित किया जाए।

निम्न स्तरीय मॉनीटरिंग समुदायों द्वारा इंगित मामलों तथा उस पर की गई कार्यवाही पर एक मासिक एवं वार्षिक रिपोर्ट जि.स्वा.स. एवं रा.स्वा.स. हेतु निर्धारित की जाए जिससे कि मॉनीटरिंग को अधिक प्रभावी बनाया जा सके।

अध्याय-3: समुदाय भागीदारी

3. मिशन के अंतर्गत समुदाय का आवेष्टन

रा.ग्रा.स्वा.मि. प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों एवं अवसंरचना के प्रबंधन में पंचायती राज संस्थानों एवं समुदाय का आवेष्टन करने, स्वास्थ्य मामलों में अध्यक्षता करने हेतु समुदाय को सुदृढ़ करने, समुदाय कार्यकर्ताओं का एक समूह स्थापित करने तथा राज्य, जिला, ब्लॉक, प्रा.स्वा.के. एवं ग्राम स्तरों पर समुदाय आधारित योजना एवं मॉनिटरिंग समितियों, जिला अस्पताल, सा.स्वा.के. एवं प्रा.स्वा.के. पर रोगी कल्याण समिति तथा प्रत्येक ग्राम में स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के संस्थापन के माध्यम से समुदाय आवेष्टन हेतु संस्थानिक प्रबंधन स्थापित करने पर ध्यान देता है।

3.1 योजना एवं मॉनीटरिंग में समुदाय प्रतिनिधित्व

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे के अनुसार, प्रत्येक रा.स्वा.स. को उपयुक्त स्तर के चयनित निकायों, स्वयं सहायता दलों/ गै.स.सं., उपभोक्ता दलों तथा सरकारी विभागों के साथ ग्राम, प्रा.स्वा.के., ब्लॉक/स.स्वा.के., जिला एवं राज्य स्तर पर स्वास्थ्य योजना तथा मॉनीटरिंग समितियों को गठित करना था। समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग ढांचे के 50 प्रतिशत की मार्च 2007 के अन्त तक स्थापना की जानी थी।

मंत्रालय ने समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग की प्रक्रिया का विकास करने तथा अपेक्षित क्षमता का निर्माण करने के लिए अगस्त 2005 में एक समुदाय कार्य हेतु सलाहकार दल (स.का.स.द.) का गठन किया। समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग की विस्तृत प्रणाली नौ राज्यों अर्थात् तमिलनाडु, उड़ीसा, असम, छत्तीसगढ़, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र तथा राजस्थान में स.का.स.द. की सहायता से चरणवार पद्धति¹⁴ में मार्गदर्शी आधार पर आरम्भ की गई थी।

मार्गदर्शी परियोजना के अन्तर्गत समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग पर अब तक की प्रगति ने इंगित किया कि नौ मार्गदर्शी राज्यों में प्रचालनात्मक किये जाने के लिए बनाई गई 1620 ग्रा.स्वा.स्व.स., 324 प्रा.स्वा. के. स्तर समितियों, 108 ब्लॉक स्तर समितियों तथा 36 जिला स्तर समितियों के लक्ष्य के प्रति केवल क्रमशः 1441 ग्रा.स्वा.स्व.स. (89 प्रतिशत), 173 प्र.स्वा.के. (53 प्रतिशत), 34 ब्लॉक (31 प्रतिशत) तथा 12 जिला स्तर समितियों (33 प्रतिशत) की स्थापना की गई थी। छत्तीसगढ़ में कोई समिति प्रचालन में नहीं थी। असम, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश तथा महाराष्ट्र (पांच राज्यों) में किसी भी चयनित जिले तथा ब्लॉक में, जिला तथा ब्लॉक स्तर समुदाय मॉनीटरिंग समितियों का गठन नहीं किया गया था। ब्लॉक स्तर समिति के अभाव में, ब्लॉक प्रदाता, स्तर कार्यशाला, मीडिया कार्यशाला तथा ग्राम रिपोर्ट कार्डों का मुद्रण जैसे अन्य कार्यकलाप भी लम्बित थे। इसके अतिरिक्त, महाराष्ट्र जहाँ मार्गदर्शनों के अन्तर्गत लक्षित 45 प्रा.स्वा.के. में से 13 में जन सुनवाई की गई थी, के अलावा किसी भी राज्य में ब्लाक तथा प्रा.स्वा.के. स्तर पर जन सुनवाई नहीं की जा रही थी।

¹⁴ राष्ट्रीय प्रारम्भिक चरण (मार्च 2007 से मई 2007), राज्य पारंभिक चरण (अप्रैल 2007 से जून 2007), जिले में मार्गदर्शी कार्यान्वयन (जुलाई 2007 से दिसम्बर 2007) तथा प्रक्रिया दस्तावेजीकरण एवं समीक्षा (जुलाई 2007 से जनवरी 2008)

मार्गदर्शी परियोजना के अन्तर्गत समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग के अंतर्गत कार्यकलापों पर अब तक हुई प्रगति लक्ष्यों के अनुरूप नहीं थी। जुलाई 2008 तक नौ मार्गदर्शी राज्यों में से किसी में भी मार्च 2007 के अन्त तक विभिन्न समितियों तथा कार्यकलापों के 50 प्रतिशत के स्थापना के लक्ष्य को प्राप्त नहीं किया गया था। राज्य मार्गदर्शी परियोजनाओं की समीक्षा तथा संशोधन भी नहीं किया गया था। विभिन्न स्तरों पर समुदाय योजना तथा मॉनीटरिंग समितियों की गैर-स्थापना ने विभिन्न पणधारियों द्वारा कार्यक्रम की मॉनीटरिंग को बुरी तरह प्रभावित किया।

मंत्रालय ने बताया कि समुदाय आधारित मॉनीटरिंग तथा योजना की प्रक्रिया स्वरूप से एक धीमा कार्यकलाप है जो वास्तव परवरता से समुदाय के संयोजित तथा सामूहिक कार्य को करने की क्षमता पर निर्भर करता था। रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत विचार किये गये समुदाय अधिकारिता के प्रकार का कभी भी किसी विभाग या कार्यक्रम में प्रयोग नहीं किया गया था। तथापि, पहल को गति प्रदान करने हेतु प्रयत्न किये जा रहे थे ताकि मिशन की कार्यकुशलता में सुधार हो सके।

तथापि, समुदाय आधारित योजना एवं मॉनीटरिंग समितियों के संस्थापन में विलम्ब के साथ संघटित एवं सहयोजित कार्य करने में समुदाय की स्पष्ट अयोग्यता का मंत्रालय का सहसंबंध पूर्णतः सही नहीं है। स.क.स.द. ने (क) योजना एवं मॉनीटरिंग समितियों के वर्कशाप, अवस्थिति तथा प्रशिक्षण, (ख) मॉनीटरिंग कार्यान्वयन ढाँचे तथा (ग) समुदाय मॉनीटरिंग के संबंध में प्रबंधन/संगठनात्मक उत्तरदायित्वों हेतु नियमावलियों का प्रकाशन करने में दिसम्बर 2008 तथा मार्च 2009 के बीच तक विलम्बित किया। इस प्रकार सामुदायिक भागीदारी को सुप्रवाही करने एवं प्रोत्साहित करने की पद्धति को प्रस्तुत करने में प्रारंभिक विलम्ब का तात्पर्य है कि इस उद्देश्य के प्रति कोई सहयोजित प्रयास नहीं किया गया था।

3.1.1 समुदाय साझेदारी की जटिल रूपरेखा

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन का ढांचा विभिन्न स्तरों पर समितियों की बाहुल्य को निर्धारित करता है जिनका ब्यौरा नीचे दिया गया है:

स्तर	समिति का नाम	सदस्यता संरचना
जिला	(i) जिला स्वास्थ्य मिशन	जिला परिषद का चेयरमैन, स्थानीय एम.पी., एम.एल.ए., सरकारी कर्मचारी तथा पं.रा.सं. एवं गै.स.सं. प्रतिनिधि
	(ii) जिला स्वास्थ्य समिति	शासी निकाय - जिला कलक्टर, सरकारी अधिकारी तथा गै.स.सं. प्रतिनिधि कार्यकारी समिति - सिविल सर्जन/मु.चि.अ., सरकारी कर्मचारी तथा गै.स.सं. प्रतिनिधि
	(iii) जिला स्वास्थ्य योजना तथा मॉनीटरिंग समिति	पं.रा.सं., गै.स.सं. तथा सरकारी कर्मचारी
	(iv) जिला अस्पताल की रोगी कल्याण समिति (रो.क.स.)	प.रा.सं., गै.स.सं., स.आ.सं. तथा सरकारी कर्मचारी रो.क.स. के अंतर्गत मॉनीटरिंग समिति-रचना अभी निर्धारित नहीं की गई है।
ब्लाक	(i) ब्लाक स्वास्थ्य मिशन	संयोजन अभी निर्धारित नहीं है
	(ii) ब्लाक स्वास्थ्य समिति	संयोजन अभी निर्धारित नहीं है
	(iii) ब्लाक स्वास्थ्य योजना तथा	प.रा.सं., गै.स.सं., स.आ.सं. तथा सरकारी कर्मचारी

	मॉनीटरिंग समिति	
	(iv) स.स्वा.के. की रोगी कल्याण समिति	पं.रा.सं., गै.स.सं., स.आ.सं. तथा सरकारी कर्मचारी रो.क.स. के अंतर्गत मॉनीटरिंग समिति संयोजन अभी निर्धारित नहीं थी।
ग्राम	(i) प्रा.स्वा.के. स्वास्थ्य योजना तथा मॉनीटरिंग समिति	पं.रा.सं., गै.स.सं., स.आ.सं. तथा सरकारी कर्मचारी
	(ii) प्रा.स्वा.के. की रोगी कल्याण समिति	पं.रा.सं., गै.स.सं., स.आ.सं. तथा सरकारी कर्मचारी रो.क.स. के अंतर्गत मानीटरिंग समिति- संयोजन अभी निर्धारित नहीं है
	(iii) ग्राम स्वास्थ्य तथा स्वच्छता समिति (1500 की जनसंख्या के प्रत्येक ग्राम में)	पं.रा.सं., स.न.मि. या (आशा)

प्रत्येक समिति को लगभग एक ही स्रोत से अपनी सदस्यता लेने के निर्दिष्ट किया गया था तथा इस प्रकार परस्पर आच्छादन¹⁵ का सृजन करते हुए। दो कार्य अर्थात् (i) योजना तैयार करना एवं मानीटरिंग करना तथा (ii) कार्यान्वयन करना, करने थे।

मंत्रालय ने बताया कि रा.ग्रा.स्वा.मि. का संस्थागत ढांचा जैसा कि कार्यान्वयन संरचना में समाहित है, विशेषज्ञों तथा सभी पणधारियों के साथ उचित सलाह करके तैयार किया गया था तथा अधिकृत प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित किया जा चुका था।

यह स्पष्ट नहीं है कि क्या यह जटिल ढांचा विचारे गए परिणामों को प्रदान करने में अंतिम रूप से अन्ततः सफल होगा, चूंकि यह पाया गया था कि जिला एवं उप-जिला स्तर पर संस्थानों तथा समितियों की बाहुल्य का परिणाम, विभिन्न स्तरों पर उनकी संस्थापना का विलम्ब हुआ। जहाँ भी निर्माण किया गया। जहाँ कहीं भी इनकी स्थापना की गई, इन्होंने भिन्न प्रभावकारिता से कार्य सम्पादन किया (अनुवर्ती अनुच्छेदों में चर्चा की गई है) यह प्रभावी समुदाय भागीदारी के लक्ष्य को प्राप्त करने को तेजी से प्रभावित कर सकते थे।

3.2 ग्राम स्वास्थ्य तथा स्वच्छता समिति

ग्राम स्वास्थ्य तथा स्वच्छता समिति (ग्रा.स्वा.स्व.स.) को ग्राम सभा के समग्र ढांचे के भीतर प्रत्येक ग्राम में स्थापित किया जाना था। ग्रा.स्वा.स्व.स. ग्राम स्तर योजना एवं मॉनीटरिंग हेतु उत्तरदायी होनी थी। मंत्रालय ने 2007 तक छः लाख ग्रामों के 30 प्रतिशत तथा 2008 तक 100 प्रतिशत ग्रा.स्वा.स्व.स. की संस्थापना का लक्ष्य निर्धारित किया था। ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना तथा अवस्थिति के उपरान्त 1500 तक की जनसंख्या के प्रत्येक ग्राम को 10000 रु. तक का वार्षिक निर्बंध अनुदान प्राप्त होना था। खुले

सफलता कहानी

2007 तक 30 प्रतिशत ग्रामों में ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना के लक्ष्य के विरुद्ध आन्ध्र प्रदेश, सिक्किम, मणिपुर, तमिलनाडु और पुडुचेरी के सभी ग्रामों में ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना कर ली गई।

¹⁵ उदाहरणार्थ, ब्लॉक स्तरीय योजनाओं को ब्लॉक स्वास्थ्य समिति तथा ब्लॉक स्वास्थ्य मिशन द्वारा स्वीकृत किया जाना था, मॉनीटरिंग का कार्य रोगी कल्याण समिति को सौंपा जाना था; जबकि ब्लॉक योजना एवं मॉनीटरिंग समितियों की भी योजना एवं मॉनीटरिंग के उद्देश्य हेतु स्थापित किया जाना अपेक्षित था।

अनुदान को घरेलू सर्वेक्षणों, स्वास्थ्य कैम्पो, स्वच्छता संचालनों, परिक्रामी निधि आदि हेतु प्रयोग किया जाना था। मिशन ने ग्राम स्तर पर ग्रा.स्वा.स्व.स. द्वारा आपातकालीन प्रसव हेतु संदर्भित एवं परिवहन सुविधाएं उपलब्ध कराते हुए तथा अस्पताल में भर्ती कराने हेतु शीघ्र वित्तीय जस्ूरतों के लिए एक रिवाल्विंग निधि की स्थापना का प्रावधान किया था।

ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन की दिशा में प्रगति ने विशेष केन्द्रक राज्यों में सुधार की संभावना को दर्शाया। नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. में किसी भी ग्राम में ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना नहीं की गई थी। राजस्थान तथा उत्तर प्रदेश में 30 प्रतिशत से भी कम ग्रामों में समिति स्थापित की गई थी। 14 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 30 से 96 प्रतिशत ग्रामों में ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना की गई थी। राज्य-वार स्थिति अनुबन्ध 3.1 में दी गई है।

2006-07 के दौरान, 19 राज्यों को 123.62 करोड़ रू का निर्बंध अनुदान स्वीकृत/जारी किया गया था जबकि ग्रा.स्वा.स्व.स. केवल दो राज्यों में स्थापित की गई थी जिसका परिणाम रा.स्वा.स. को स्वा.स्व.स. हेतु जारी 119.28 करोड़ रू. के गैर-उपयोग में हुआ। इसी प्रकार, वर्ष 2007-08 के दौरान, 28 राज्यों/सं.शा.क्षे. की स्वास्थ्य समितियों को 282.52 करोड़ रू. निर्बंध अनुदान के रूप में स्वीकृत/जारी किए गए थे। तथापि, आठ राज्यों/सं.शा.क्षे. में कोई ग्रा.स्वा.स्व.स. स्थापित नहीं की गई थी।

ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना में विलम्ब तथा परिणामतः उन्हें अनुदान जारी करने में विलम्ब के कारण किसी भी राज्य में (सिक्किम तथा मणिपुर के अतिरिक्त) ग्रा.स्वा.स्व.स. के साथ रिवाल्विंग निधि नहीं बनाई थी।

मंत्रालय ने बताया कि, उन्होंने ग्रा.स्वा.स्व.स. हेतु विस्तृत दिशानिर्देश लगभग दो वर्ष पहले ही जारी कर दिए थे। तथापि, सूचना के फैलने तथा इसके कार्यान्वयन ने समय लिया था।

जमीनी स्तर तक सूचना का विस्तार करने में विलम्ब ने इंगित किया कि राज्य एवं जिला स्तरों पर स्वास्थ्य समितियों का संस्थापन करके स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने को सुधारने तथा इनका मिशन रूप में कार्य करने हेतु अभिमुख करने के उद्देश्य को सीमित सफलता तक पूरा किया गया।

3.3 समुदाय द्वारा डाटा की मॉनीटरिंग/वैधीकरण

रा.ग्रा.स्वा.मि., के कार्यान्वयन ढांचे के अनुसार, मिशन का एक वांछित परिणाम समुदाय तथा समुदाय आधारित संगठन को योजना प्रक्रिया में बराबर का भागीदार बनाना था। समुदाय मॉनीटरिंग ढांचे को स.न.मि., आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं (आ.का.) तथा लोक स्वास्थ्य प्रणाली के अन्य कार्यकर्ताओं द्वारा संकलित डाटा के वैधीकरण के लिए प्रयोग किया जा सकता था। अ.नि. द्वीपसमूह के अलावा किसी भी राज्य/सं.शा.क्षे. तथा राजस्थान में आंशिक रूप से (72 नमूना जांच किए गए उप-केन्द्रों में से 13 में प.रा.सं. द्वारा डाटा को वैधीकरण किया गया था), में स.न.मि., आ.का. आदि द्वारा संकलित डाटा के वैधीकरण या प.रा.सं. के स्थानीय समुदाय/प्रतिनिधित्वों द्वारा डाटा संकलन प्रक्रिया की मानीटरिंग के कार्य को आरम्भ नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि स.न.मि., आ.का., आदि द्वारा संकलित डाटा की सूचना के अन्य स्रोतों जिनमें सर्वेक्षण रिपोर्टें, समुदाय रिपोर्टें, जन सुनवाई के निष्कर्ष आदि शामिल हैं, के प्रति त्रिकोणीय (एक दूसरे के साथ मिलाया गया) होना प्रस्तावित है तथा डाटा के समुदाय वैधीकरण की प्रणाली के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए।

डाटा को त्रिकोणीय किए जाने की अवधारणा एक सराहनीय नवीनता है। तथापि, मंत्रालय को डाटा विश्वसनीयता सुधार के आन्तरिक नियन्त्रण के रूप में डाटा के नमूना सत्यापन हेतु प्रणाली के विकास को बढ़ावा देने की आवश्यकता है।

3.4 रोगी कल्याण समितियाँ (रो.क.स.)

3.4.1 रो.क.स. की स्थापना

रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देशों के अनुसार, 2007-08 तक पंचायती राज कार्यान्वयन ढांचे के अंतर्गत प्रा.स्वा.के. स्तर तक स्वास्थ्य देखभाल के प्रभावी सामुदायिक प्रबंधन केन्द्रों के लिए रो.क.स. का समिति पंजीकरण अधिनियम, 1860 के अंतर्गत स्थापना एवं पंजीकरण किया जाना था। प्रा.स्वा.के./स.स्वा.के./जिला अस्पतालों, जिनमें रो.क.स. की वास्तव में स्थापना की गई थी, के लिए राज्यों को 1 लाख रूपए प्रति प्रा.स्वा.के./स.स्वा.के. तथा 5 लाख रु. प्रति जिला अस्पताल हेतु अनुदान दिया जाना था। रो.क.स. को इसकी दैनिक आवश्यकताओं हेतु संस्थागत स्तर पर उपभोक्ता शुल्क को रखने हेतु प्राधिकृत किया गया था।

रो.क.स. का चण्डीगढ़, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, मणिपुर, मिजोरम, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तथा पश्चिम बंगाल में प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र में गठन किया गया था। तथापि, दिल्ली तथा पंजाब में किसी रो.क.स. का गठन नहीं किया गया था। शेष 21 राज्यों/सं.शा.क्षे. में रो.क.स. का 420 जिला अस्पतालों में गठन किया गया था तथा सात राज्यों/सं.शा.क्षे. के 29 जिला अस्पतालों में गठन नहीं किया गया था। स.स्वा.के. स्तर पर, 2069 स.स्वा.के. में समिति का गठन किया गया था तथा 10 राज्य/सं.शा.क्षे. में 166 स.स्वा.के. का गठन नहीं किया गया था। प्रा.स्वा.के. स्तर पर अधिक कमी आश्चर्यजनक थी। हालांकि 8514 प्रा.स्वा.के. में समिति का गठन किया गया था, इसे 20 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 6023 प्रा.स्वा.के. में गठित नहीं किया गया था। रो.क.स. के गठन में कमी की राज्य-वार स्थिति को अनुबंध 3.2 में प्रदर्शित किया गया है।

2006-07 के दौरान, मंत्रालय ने 15 राज्यों को रो.क.स. के लिए अनुदान के रूप में 92.76 करोड़ रु. जारी किए। तथापि, 11 राज्यों में 41 करोड़ रु. आवश्यकता से अधिक जारी किए गए जिन्हें वित्तीय वर्ष के अंत तक गठित तथा पंजीकृत रो.क.स. की संख्या के विवरण के आधार पर परिकल्पित किया गया था (विवरण अनुबंध 3.2 में दिया गया है) इसका परिणाम अगस्त 2007 तक 11 राज्यों के पास 41 करोड़ रु. के अप्रयुक्त शेष पड़े रहने में हुआ।

प्रकरण: पंजाब में रो.क.स.

स्वास्थ्य केन्द्र अक्टूबर 1996 तक पंजाब स्वास्थ्य प्रणाली निगम (पं.स्वा.प्र.नि.) के नियंत्रणाधीन थे। रा.स्वा.स. ने प.स्वा.प्र.नि. को रो.क.स. को (अप्रैल 2007 में) आगे जारी करने के लिए 2.44 करोड़ रू. हस्तांतरित किए। तथापि, प.स्वा.प्र.नि. द्वारा किसी भी रो.क.स. का गठन, इस आधार पर नहीं किया गया था कि अस्पताल उनके नियंत्रण एवं प्रबन्धन के अधीन थे, जो पहले से ही विशेष अधिनियम के द्वारा संस्थापित किया गया स्वायत्त निकाय था। पं.स्वा.प्र.नि. ने अनुदेश जारी किए कि प्रत्येक सा.स्वा.के. को एक लाख रू. की दर पर समग्र निधि के रूप में जारी राशि को चिकित्सा अधिकारी स्थानीय वि.स.स. के प्रतिनिधियों एवं उपायुक्तों को शामिल करके सिविल सर्जन की सलाह के साथ प्रयोग किया जाएगा। प.स्वा.प्र.नि. का उत्तर कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देश केवल दिशानिर्देश थे न कि अनुदेश, गलत था। इसके अतिरिक्त, रा.स्वा.स. ने प्रा.स्वा.के. स्तर पर एक वैकल्पिक समिति, अर्थात् जब तक रो.क.स. का गठन नहीं होता, वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी/प्रा.स्वा.के. के इन्चार्ज चिकित्सा अधिकारी द्वारा अध्यक्षता की जा रही प्रा.स्वा.के. प्रबन्धन समिति, का गठन करने के अनुदेश के साथ 484 प्रा.स्वा.के. को 75000 रू. प्रति प्रा.स्वा.के. की दर से 3.63 करोड़ रू. जारी किए। रो.क.स. का गठन/पंजीकरण किए बिना जिला अस्पतालों, उप-डिवीजनल अस्पतालों/स.स्वा.के. स्तर पर रो.क.स. हेतु 2.44 करोड़ रू. तथा 484 प्रा.स्वा.के. स्तर पर रो.क.स. को 3.63 करोड़ रू. जारी किए गए, जो गलत था।

3.4.2 रो.क.स. का कार्यविवरण

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के कार्य करने की समीक्षा हेतु रो.क.स. के शासी निकाय तथा कार्यकारी निकाय को क्रमशः त्रैमासिक, मासिक आधार पर बैठकें की जानी अपेक्षित थीं। रो.क.स. को जि.स्वा.स. को एक मासिक रिपोर्ट प्रस्तुत करनी थी तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के सुधार हेतु अनुशंसाएं प्रस्तुत करनी थीं।

किसी भी राज्य में निर्धारित/नियमित अन्तरालों पर रो.क.स. निकायों की बैठकें नहीं हुई थीं। असम, पुडुचेरी (9 प्रा.स्वा.के.), राजस्थान (6 स.स्वा.के. तथा 13 प्रा.स्वा.के.) तथा कर्नाटक (दो जिला अस्पताल), में रो.क.स. की बैठकों के अभिलेखों को अनुरक्षित नहीं किया गया था। हरियाणा, कर्नाटक (एक जिला अस्पताल), लक्षद्वीप तथा मणिपुर¹⁶ (3 जिला अस्पताल, 5 स.स्वा.के., 14 प्रा.स्वा.के.) में कोई बैठक नहीं की गई थी। जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल (रो.क.स. पंजीकृत नहीं थी) तथा तमिलनाडु में शासी निकाय तथा कार्यकारी निकाय रो.क.स. के अन्तर्गत पृथक रूप से गठित नहीं किये गये थे।

सकारात्मक विकास

आन्ध्रप्रदेश में 6 जिला अस्पतालों, 10 स.स्वा.के. तथा 21 प्रा.स्वा.के. ने जिला स्वास्थ्य समिति (जि.स्वा.स.) को अनुशंसाएं की। जि.स्वा.स. ने स्वच्छता मामलों पर तुरन्त कार्रवाई की। नमूना जांच किए गए सभी मामले में जि.स्वा.स. द्वारा की गई कार्रवाई पर प्रतिक्रिया को रो.क.स. को सूचित कर दिया गया था।

इसके अतिरिक्त, मासिक रिपोर्टें, तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के सुधार हेतु इस प्रकार की गई अनुशंसाएं अधिकतर राज्यों में (आन्ध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़ तथा राजस्थान के अलावा) रो.क.स. द्वारा नहीं भेजी गई थीं।

¹⁶ एक स.स्वा.के. में बैठक नियमित रूप से की गई थी

3.4.3 रो.क.स. द्वारा मॉनीटरिंग की क्षमता

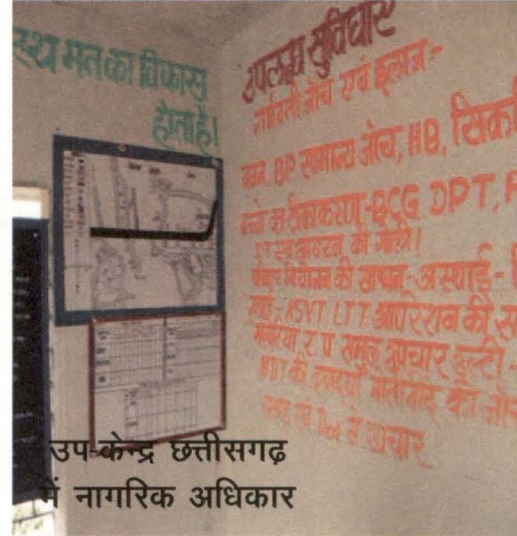
रो.क.स. को स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रत्येक स्तर पर नागरिकों के स्वास्थ्य अधिकारों के घोषणापत्र के विकास एवं प्रदर्शन करना था ताकि स्वास्थ्य सुविधा उपभोक्ताओं को उनके स्वास्थ्य अधिकारों तथा उपलब्ध सुविधाओं के प्रति जागरूक बनाया जा सके। शिकायत निदान तंत्र की प्रचालनात्मकता के द्वारा नागरिक घोषणापत्र के अनुपालन को सुनिश्चित करना था। सुधारात्मक कार्रवाई हेतु अस्पताल वार्ड जाने तथा मरीजों की प्रतिक्रिया संकलित करने के लिए रो.क.स. द्वारा मॉनीटरिंग समिति का गठन किया जाना था।

नागरिक घोषणापत्र को केवल पुडुचेरी, पंजाब, दिल्ली तथा मणिपुर में सभी नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रदर्शित किया गया था। अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, बिहार, झारखण्ड, लक्षद्वीप, उड़ीसा, मिजोरम, तमिलनाडु तथा पश्चिम बंगाल में घोषणापत्र किसी भी लेखापरीक्षित स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रदर्शित नहीं किया गया था तथा अंडमान तथा निकोबार द्वीपसमूहों तथा तमिलनाडु के अलावा रा.स्वा.स. ने स्वास्थ्य केन्द्रों पर नागरिक घोषणापत्र प्रदर्शित करने हेतु कोई अनुदेश/दिशानिर्देश भी जारी नहीं किए थे। शेष राज्यों/सं.शा.क्षे. में, कुछ स्वास्थ्य केन्द्रों पर नागरिक घोषणापत्र प्रदर्शित किया गया था तथा अन्य केन्द्रों पर प्रदर्शित नहीं किया गया था। 13 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 66 जिला अस्पतालों पर घोषणापत्र प्रदर्शित किया गया था लेकिन तीन राज्यों के पांच जिला अस्पतालों में प्रदर्शित नहीं किया गया था। स.स्वा.के. में 15 राज्यों के 123 केन्द्रों पर घोषणापत्र प्रदर्शित किया गया था जबकि यह 15 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 77 स.स्वा.के. पर नदारद था। प्रा.स्वा.के. पर, कमी काफी विचारणीय थी, 14 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 178 केन्द्रों पर घोषणापत्र प्रदर्शित किया गया था जबकि 16 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 221 प्रा.स्वा.के. पर यह प्रदर्शित नहीं किया गया था।

अरुणाचल प्रदेश, सिक्किम तथा मणिपुर में, नागरिक घोषणापत्र को स्थानीय भाषा में प्रदर्शित नहीं किया गया था। आन्ध्रप्रदेश, असम, गुजरात, केरल, कर्नाटक, जम्मू एवं कश्मीर, महाराष्ट्र, पंजाब, राजस्थान, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड में, नागरिक घोषणापत्र स्थानीय भाषा में प्रदर्शित किया गया था।

कुछ अपवादों को छोड़कर, मांग/आवश्यकता, क्षेत्र, पहुँच, गुणवत्ता, प्रभावशीलता, सेवा स्थल पर स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों की उपस्थिति तथा आचरण, देखभाल के लिए मना करना तथा लापरवाही के संबंध में व्यक्तिगत तथा समुदाय की शिकायतों के निदान हेतु तंत्र को संस्थागत नहीं किया गया था और न ही किसी भी राज्य में नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रदर्शित नागरिक घोषणापत्रों में शिकायत निदान तंत्र को संदर्भित किया गया था।

मॉनीटरिंग समिति का अधिकतर नमूना जांच किए गए स्वास्थ्य केन्द्रों में जहाँ रो.क.स. की स्थापना की गई थी, गठन नहीं किया गया था। रो.क.स. के अन्तर्गत मानीटरिंग समितियाँ, जहाँ



गठित की गई थीं, ने न तो कभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों की उपस्थिति तथा आचरण पर मरीजों से प्रतिक्रिया को संकलित किया और न ही किसी प्राधिकारी को कोई रिपोर्ट भेजी तथा इस प्रकार अधिकतर दुष्क्रियात्मक थीं।

3.4.4 रो.क.स. द्वारा उपभोक्ता प्रभार लगाना

रो.क.स. को स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों द्वारा प्रदान की गई विभिन्न प्रकार की सेवाओं हेतु गैर-ग.रे.नी. के मरीजों के लिए उपभोक्ता प्रभारों का निर्धारण करना था। रो.क.स. हेतु राज्यों को केन्द्रीय अनुदान जारी करने की एकमात्र शर्त यह थी कि समिति प्रभारों को लगाएगी तथा उन प्रभारों से प्राप्त धन को स्थानीय जरूरतों के प्रयोग के लिए रखेगी।

अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, आन्ध्रप्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, पुडुचेरी, पंजाब, सिक्किम, अरुणाचल प्रदेश, तमिलनाडु तथा झारखण्ड में गैर-ग.रे.नी. के मरीजों से कोई उपभोक्ता प्रभार संकलित नहीं किए गए थे। गुजरात तथा कर्नाटक में, प्रा.स्वा.के. की रो.क.स. ने कोई उपभोक्ता प्रभार नहीं लगाए थे। राजस्थान में 6 स.स्वा.के. तथा 19 प्रा.स्वा.के., पश्चिमी बंगाल में 14 स.स्वा.के. तथा 30 प्रा.स्वा.के. तथा त्रिपुरा में 2 स.स्वा.के. तथा 17 प्रा.स्वा.के. पर उपभोक्ता प्रभार नहीं लगाए गए थे।

समितियाँ उत्तर प्रदेश में उपभोक्ता प्रभारों की राशि का केवल 50 प्रतिशत रखने के लिए प्राधिकृत थीं। पश्चिम बंगाल में, रो.क.स. 2005-06 में उपभोक्ता प्रभारों के संकलन का 40 प्रतिशत तथा बाद में 2005-06 तक सभी जमाओं का 80 प्रतिशत रख सकती थी। लक्षद्वीप में, उपभोक्ता प्रभार सरकारी खाते में जमा किये गये थे। बिहार में, सभी स.स्वा.के. सरकार द्वारा निर्धारित 2 रू. प्रति रोगी के स्थान पर एक रूपया प्रति रोगी की दर से उपभोक्ता प्रभार लगा रहे थे।

मंत्रालय ने बताया कि रो.क.स. को धन जन भागीदारी के साथ एक पारदर्शी प्रबंधन ढांचे को प्रचालनात्मक बनाने हेतु दिया गया था।

तथापि, उपभोक्ता प्रभारों को नहीं लगा रहे राज्यों को निधियाँ जारी करना रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन संरचना के अनुसार नहीं था।

3.4.5 रो.क.स. को निधि प्रवाह

जिला अस्पताल में रो.क.स. को 5 लाख रू. प्रतिवर्ष का समग्र अनुदान प्राप्त होना था। स.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में प्रत्येक समिति को 1 लाख रू. का वार्षिक समग्र अनुदान, 50000 रू. तथा 25000 रू. का क्रमशः वार्षिक निर्बंध अनुदान तथा 1 लाख रू. तथा 50000 रू. का क्रमशः वार्षिक अनुरक्षण अनुदान प्राप्त होना था। इसके अतिरिक्त, रो.क.स. को राज्य सरकारों से अनुदान प्राप्त होने थे तथा उपभोक्ता प्रभार, लोकोपकारी दान आदि प्राप्त करने के माध्यम से अपने स्रोतों का सृजन करना था। 2007-08 से आगे, रो.क.स. में निधियाँ तीन स्रोतों अर्थात् आंतरिक, राज्य तथा केन्द्र से 1:1:3 के अनुपात में अनुरक्षित की जानी थी।

रो.क.स. ने किसी भी राज्य में अपनी स्थापना के उपरान्त प्रत्येक वर्ष सभी तीनों केन्द्रीय अनुदानों को प्राप्त नहीं किया था। इसके अतिरिक्त, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, आन्ध्रप्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, महाराष्ट्र, मिजोरम, पंजाब, झारखण्ड,

उड़ीसा, तमिलनाडु, लक्षद्वीप तथा सिक्किम राज्य/सं.शा.क्षे. सरकारों ने न तो अपना कोई अंशदान दिया और न ही रो.क.स. निधियों के स्त्रोतों के निर्धारित अनुपात को बनाए रखने के लिए रो.क.स. स्त्रोतों के सृजन करने के योग्य हो सकी।

शेष राज्यों में, जबकि रो.क.स. ने मुख्य रूप से उपभोक्ता प्रभारों¹⁷ के संचयन के माध्यम से आंतरिक स्त्रोतों का सृजन किया था गुजरात तथा बिहार के अलावा किसी भी राज्य में राज्य सरकार ने रो.क.स. को किसी भी राज्य/सं.शा.क्षे. में कोई अंशदान नहीं दिया गया था। इसके अतिरिक्त यह सत्यापित करने के लिए रो.क.स. में निधियों के निर्धारित अनुपात का पालन किया गया था, रा.स्वा.स. कोई तन्त्र नहीं था।

बिहार में राज्य सरकार ने दिसम्बर 2007 में 84 रेफरल अस्पतालों (स.स्वा.के. के समकक्ष रे.अ.) तथा 470 प्रा.स्वा.के.¹⁸ हेतु इस तथ्य की अवहेलना करते हुए कि मार्च 2008 तक राज्य में रो.क.स. को केवल 44 रे.अ. तथा 311 प्रा.स्वा.के. में गठित किया गया था, 10.12 करोड़ रू की राशि जारी की। इसके अतिरिक्त, संबंधित रो.क.स. अनुदान प्राप्त नहीं कर सकी थी क्योंकि निधियां सिविल सर्जन के खाते में पड़ी रही तथा बाद में व्यपगत हो गई। इसके अतिरिक्त बिहार में, 1.5 लाख रू प्रति प्रा.स्वा.के. तथा 2 लाख रू प्रति रे.अ. (स.स्वा.के.) की दर से रो.क.स. की केन्द्रीय निधि को में तीन प्रा.स्वा.के. तथा एक रे.अ. जिसमें कोई रो.क.स. नहीं थी, के चिकित्सा अधिकारी इन्वार्ज को प्रदान की गई थी।

उत्तर प्रदेश में, योग्य प्रा.स्वा.के. (केवल 560) जिसमें रो.क.स. गठित की गई थी, के प्रति समग्र अनुदान के रूप में सभी प्रा.स्वा.के. (3660) हेतु 36.60 करोड़ रू जारी किए गए थे। इस प्रकार 3100 प्रा.स्वा.के. को 31 करोड़ रू जारी किया जाना वित्तीय नियमावली के प्रतिमानों तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन ढांचे, दोनों का उल्लंघन था।

3.4.6 रो.क.स. द्वारा निधियों का उपयोग

रोगी कल्याण समितियों, के पास स्थानीय आवश्यकताओं के अनुसार उनके उपभोग करने के लिए यथेष्ट निधियां थीं। तथापि रो.क.स. के पास उपलब्ध निधियों का उपयोग बहुत कम था। 16 राज्यों/सं.शा.क्षे. में रो.क.स. के पास उपलब्ध निधियों का 31 से 98 प्रतिशत अव्ययित पड़ा था।

¹⁷ असम में लखीमपुर जिले में केवल एक रो.क.स. ने ओ.एन.जी.सी. से 2.00 लाख रू. के लोकोपकारी दान के माध्यम से स्त्रोतों का सृजन किया है।

¹⁸ राज्य में केवल 70 रे.अ. तथा 398 प्रा.स्वा.के. मौजूद थे।

तालिका 3.1: 2005-08 के दौरान नमूना जिलों में रो.क.स. द्वारा निधियों का उपयोग

(करोड़ रु में)

राज्य/सं.शा.क्षे	रो.क.स. की सं.	रो.क.स. के पास निधियां	प्रभारित व्यय	अव्ययित राशि	कुल निधियों के प्रतिशत के प्रति अव्ययित राशि
बिहार	52	1.57	0.03	1.54	98.25
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	19	0.21	0.01	0.20	97.56
मणिपुर	38	0.66	0.12	0.54	81.95
झारखण्ड	78	0.85	0.15	0.69	81.78
मेघालय	98	1.98	0.55	1.43	72.08
दा. एवं ना. हवेली	1	0.20	0.09	0.11	53.36
उत्तर प्रदेश	78	2.88	1.22	1.67	57.79
उड़ीसा	269	1.87	0.80	1.06	57.05
जम्मू एवं कश्मीर	136	1.53	0.67	0.85	55.80
छत्तीसगढ़	22	0.68	0.34	0.34	50.17
पश्चिम बंगाल	305	5.58	2.85	2.73	48.98
गुजरात	30	15.13	7.91	7.22	47.73
महाराष्ट्र	525	6.69	4.15	2.54	38.02
असम	230	6.12	3.80	2.32	37.94
हिमाचल प्रदेश	14	1.96	1.29	0.67	34.28
कर्नाटक	59	9.41	6.50	2.91	30.91
योग	1954	57.31	30.48	26.83	46.82

(स्रोत: रा.स्वा.स./जि.स्वा.स./स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रदत्त सूचना)

इसके अतिरिक्त, असम, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, मध्यप्रदेश,¹⁹ उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा झारखण्ड में लेखा पुस्तकें तथा सहायक अभिलेख जैसे कि रोकड़-बही, वाऊन्नर, लेजर आदि या तो अनुरक्षित नहीं किए गए थे या राज्यों की सरकारी लेखा नियमावली के अनुसार अनुरक्षित नहीं किए गए थे। रो.क.स. द्वारा 13 राज्यों/सं.शा.क्षे. में व्यय में त्रुटियां भी पाई गई थीं जिनका ब्यौरा अनुबंध-3.3 में दिया गया है।

रोगी कल्याण समिति जिसे मिशन के अन्तर्गत अग्रलक्षी मध्यस्थता के रूप में स्वास्थ्य केन्द्रों के सामुदायिक स्वामित्व के माध्यम से विश्वसनीय तथा उत्तरदायी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लक्ष्य को सुनिश्चित करने हेतु तैयार किया गया था। रा.ग्रा.स्व.मि. के कार्यान्वयन ढाँचे के अंतर्गत निर्धारित रूप में कार्य नहीं कर रही थी। समितियों के गठन में विलम्ब थे तथा अधिकतर राज्यों, विशेषकर विशेष केन्द्रित राज्यों में प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र पर रो.क.स. को अभी गठित किया जाना था। रो.क.स. जहाँ भी गठित की गई, द्वारा स्वास्थ्य केन्द्रों के कार्यकलापों का नियमित प्रबंधन तथा मॉनीटरिंग को शासकीय तथा कार्यकारी निकायों की निर्धारित संख्या की बैठकें करवाने में विफलता ने प्रभावित किया। समितियों द्वारा स्वास्थ्य केन्द्रों के सामान्य निष्पादन की समीक्षा नहीं की थी क्योंकि समितियों ने स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध सुविधाओं तथा सेवाओं में सुधार हेतु उच्च स्तर पर रिपोर्ट तथा सुझाव नहीं भेजे थे। रो.क.स. ढाँचे के अन्तर्गत जवाबदेही तंत्र शिकायत निदान तंत्र के संस्थागत न किए जाने, अधिकतर नमूना जांच किए गए केन्द्रों पर नागरिक घोषणापत्र का प्रदर्शन न करने तथा रो.क.स. के अंतर्गत मॉनीटरिंग समितियों को गठित न करने के कारण और कमजोर हो गया।

¹⁹ तीन प्रा.स्वा.के. पर

मंत्रालय ने राज्य स्वास्थ्य समितियों को रो.क.स. निधियां सभी स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर रो.क.स. के गठन को पुष्ट किए बगैर तथा उद्ग्रहण की शर्त को पूरा करने तथा रो.क.स. द्वारा उपभोक्ता प्रभारों को रखने को प्रमाणित किए बगैर जारी की।

रोगी कल्याण समितियाँ सभी स्रोतों से निर्धारित अनुदान प्राप्त नहीं कर रही थीं, विशेषकर राज्य सरकार से तथा उपभोक्ता प्रभारों के अलावा अपने आन्तरिक स्रोतों से सृजन करने के योग्य नहीं थी जो अधिकतर राज्य सरकारों द्वारा निर्धारित किए गए थे। इस प्रकार निधि प्रदान करने के प्रवृत्ति ने रो.क.स. के माध्यम से स्वास्थ्य केन्द्रों सामुदायिक स्वामित्व के दीर्घावधि लक्ष्य की व्यवहार्यता को प्रभावित किया। रो.क.स. के पास उपलब्ध निधियां समिति में व्यय करने की क्षमता के सृजन की कमी के कारण अधिकतर अप्रयुक्त पड़ी रहीं थीं।

रो.क.स. के कार्यान्वयन पर अभ्युक्तियों के प्रत्युत्तर में मंत्रालय ने बताया कि इसने रो.क.स. हेतु विस्तृत दिशानिर्देश लगभग दो वर्ष पहले जारी कर दिए थे। सूचना के फैलने तथा इसके कार्यान्वयन ने समय लिया था। रो.क.स. का कार्यान्वयन मिशन निदेशक, रा.ग्रा.स्वा.मि. के माध्यम से राज्य सरकार के समग्र निरीक्षण में था। इसने यह भी बताया कि मंत्रालय ने प्रगति समीक्षा के नियमित सर्वेक्षण संचालित किये तथा उपयुक्त उपचारी कार्रवाई की।

तथापि, मंत्रालय के तर्क कि रो.क.स. के क्रियान्वयन में अनियमितताएँ मिशन के कार्यान्वयन हेतु राज्य सरकार की असमर्थता के कारण थी, को रो.क.स. सामुदायिक भागीदारी के माध्यम से गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ावा देने हेतु एक नवीकरण है के परिप्रेक्ष्य में देखने की आवश्यकता है। रो.क.स., मंत्रालय से सीधे निधियाँ एवं निर्देशन प्राप्त करके, राज्यों एवं जिलों में स्वायत्त स्वास्थ्य समितियों की सीमा में कार्य कर रही थी तथा इस प्रकार मंत्रालय को सारभूत भूमिका अदा करनी थी।

3.5 समुदाय के साथ पारस्परिक क्रिया

सामुदायिक कार्य जन सुनवाई या जन सम्वाद जो प्रा.स्वा.के., ब्लॉक तथा जिला स्तर पर वर्ष में एक या दो बार संचालित किए जाने अपेक्षित थे, के संचालन के माध्यम से उत्प्रेरित किए जाने थे। समुदाय को उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं को संगठित करने तथा उन्हें उनके अधिकारों के प्रति जागरूक बनाने हेतु स्वास्थ्य मेलों का आयोजन भी किया जाना था।

अधिकतर राज्यों में प्रा.स्वा.के., ब्लॉक तथा जिला स्तरों पर जन सुनवाई/ जन सम्वाद संचालित नहीं किया गया था। केवल छत्तीसगढ़, गुजरात, राजस्थान तथा त्रिपुरा में इन्हें संचालित किया गया था तथा वह भी प्रत्येक स्तर पर प्रत्येक केन्द्र में नियमित आधार पर संचालित नहीं किया गया था।

इसके अतिरिक्त, बिहार, दादर एवं नगर हवेली, दमन एवं दीव, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड तथा जम्मू एवं कश्मीर में किसी स्तर पर स्वास्थ्य मेले का आयोजन नहीं किया गया था। असम, छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र, मध्यप्रदेश, पुडुचेरी, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, उत्तराखण्ड, केरल, लक्षद्वीप, मणिपुर, तमिलनाडु, त्रिपुरा तथा पश्चिम बंगाल में विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों विशेषरूप से प्रजनन तथा शिशु स्वास्थ्य के अन्तर्गत स्वास्थ्य मेले आयोजित किए गए थे। तथापि, अ. एवं नि. द्वीपसमूह, छत्तीसगढ़, मध्यप्रदेश, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तथा त्रिपुरा में सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर निर्धारित आवृत्ति पर नियमित रूप से स्वास्थ्य मेले आयोजित

नहीं किए गए थे। उड़ीसा तथा उत्तर प्रदेश में मेलों की कुल संख्या के डाटा से संबंधित अभिलेखों को अनुरक्षित नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि समुदाय मॉनीटरिंग प्रक्रिया को विभिन्न राज्यों द्वारा अभयंतरीकरण किया गया था तथा विभिन्न स्तरों पर सामुदायिक पारस्परिक क्रिया में वृद्धि हुई थी।

तथापि, रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे के अन्तर्गत इनके लिए निर्धारित लक्ष्य सामुदायिक भागीदारी के सूचकों के संदर्भ में उपलब्धियों से मेल नहीं खाते थे।

अनुशंसाएं

स्वास्थ्य प्रतिपादन/सेवा की योजना एवं मॉनीटरिंग प्रणाली के समुदाय आधारित विकास में सहायता करने के लिए समुदाय मॉनीटरिंग की प्रक्रिया की गति बढ़ाने की आवश्यकता है।

दिशानिर्देशों में निर्धारिता के अनुसार प्रत्येक ग्राम में ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना की जाए तथा ग्रा.स्वा.स्व.स. की सहायता के लिए निधियां रा.स्वा.सं. की समितियों की स्थापना की सूचना प्राप्त होने के उपरान्त ही जारी की जाए।

उप-केन्द्र के खुले अनुदान से ग्रा.स्वा.स्व.स. के पास परिक्रामी निधि की स्थापना की जाए तथा उस से किए गए व्यय के आधार पर स.न.मि. द्वारा नियमित मॉनीटरिंग की जाए।

रो.क.स. को विस्तृत निरूपण के साथ गठित किया जाए तथा सभी शेष स्वास्थ्य केन्द्रों पर पंजीकृत किया जाए ताकि रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे के अंतर्गत विचार किए गए स्वास्थ्य केन्द्रों के कार्य करने में महत्वपूर्ण रूप से भागीदारी कर सकें।

रो.क.स. के अंतर्गत प्रबंधन निर्माण को उपलब्ध निधियों के सामयिक उपयोग को सुनिश्चित करने हेतु सृजित किया जाए। मंत्रालय ने इस अनुशंसा को अनुचितन हेतु दर्ज कर लिया है।

अध्याय 4: अभिसरण

4. अन्य विभागों के साथ अभिसरण

स्वास्थ्य, सुरक्षित पेय जल, महिला साक्षरता, पोषण, प्रारम्भिक बाल विकास, स्वच्छता एवं महिला सशक्तिकरण की उपलब्धता के कार्य के रूप में अस्पताल और एक विश्वसनीय चिकित्सा पद्धति जितना ही महत्वपूर्ण है। रा.ग्रा.स्वा.मि. ने स्वास्थ्य को एक क्षेत्र व्यापक अभिगम के प्रिज्म, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य विज्ञान को परिवृत्त करने, पोषण एवं अभिसरण को संबंधित सामाजिक स्वास्थ्य क्षेत्र विभागों जैसे कि महिला एवं बाल विकास, आयुष, पंचायती राज आदि के साथ देखा तथा जिला योजना समूह के अंतर्गत मध्यस्थता के लिए एक समायोजित दृष्टिकोण अंपनाने की मांग की।

4.1. केन्द्रीय स्तर पर योजना और अभिसरण की गतिविधियों की निगरानी

रा.ग्रा.स्वा.मि. की अभिसरण योजना पर, योजना एवं मॉनीटरिंग के लिए भारत सरकार और राज्य दोनों स्तरों पर सम्बन्धित विभागों के साथ नीति एवं संचालन हेतु मिशन निदेशक की अध्यक्षता में अंतरखण्डीय अभिसरण हेतु समिति गठित की जा चुकी थी। समिति को प्रारम्भ में प्रत्येक तिमाही में कम से कम एक बार बैठक जरूर करनी थी। तथापि, पहली बैठक में यह निर्णय लिया गया था कि समिति प्रत्येक दो माह में एक बार बैठक जरूर करेगी।

तथापि, समिति ने केवल चार बार बैठक की जो कि 2005 के दौरान दो बार और 2008 के दौरान दो बार थी। जुलाई 2005 एवं अगस्त 2006 में अधिकारप्राप्त कार्यक्रम समिति (अ.का.स.) से पहले केवल दो बार समिति की अनुशंसाएं प्रस्तुत की गई थीं।

सितम्बर 2008 में मंत्रालय ने बताया कि अभिसरण पर पृथक मंत्रालयों जैसे कि पंचायती राज, महिला एवं बाल विकास आदि के साथ लघु स्तर पर लगभग 18 बैठकें अर्थात् 2005-07 के दौरान 16 तथा 2007-09 के दौरान 2 आयोजित की गई हैं। मिशन निदेशक का पद कुछ माह खाली रहने के कारण समिति की बैठकें आयोजित नहीं की जा सकी।

मंत्रालय ने एक साथ कार्य करने वाले विभिन्न विभाग जैसे पंचायती राज, महिला एवं बाल विकास, स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता, आयुष आदि हेतु अंतरखण्डीय अभिसरण प्रारम्भ करने की गतिविधियों के लिए कोई भी विशिष्ट लक्ष्यों एवं समयरेखा की रूपरेखा हेतु विस्तृत कार्य योजना तैयार नहीं की थी। मंत्रालय ने, मार्च 2006 में आयोजित पं.रा.सं. की मंत्रालय के साथ अपनी बैठक में एक महीने के भीतर अंतरखण्डीय अभिसरण पर एक मापदण्ड तैयार करने और पं.रा.सं. को अभिसरण एवं वित्तीय प्रबंधन, स्वास्थ्य योजनाओं की तैयारी एवं स्वास्थ्य प्रदान करने की प्रणाली पर प्रशिक्षण देने का निर्णय लिया। तथापि, पं.रा.सं. को दिशा-निर्धारण के लिए प्रशिक्षण की विस्तृत रणनीति की युक्ति भी दिसम्बर 2008 तक निकाली जानी थी। इसी प्रकार, विभिन्न अभिसरण बैठकें जैसे कि संयुक्त प्रशिक्षण, सूचना, शिक्षा एवं संचार (सू.शि.सं.) की गतिविधियों एवं संचालन नीति का ढांचा तैयार करने एवं विभिन्न समितियों के एकीकरण के लिए दिशा-निर्देश एवं ग्रा.स्वा.स्व.स. तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. के साथ विभिन्न विभागों के अंतर्गत योजनाओं पर लिए गए निर्णयों पर कार्रवाई अभी तक लम्बित थी। मंत्रालय ने राज्यों/सं.शा.क्षे. मिशन को विभिन्न स्तरों पर विभिन्न विभागों के बीच अभिसरण तंत्र को स्थापित करने तथा बढ़ावा देने के

निर्देश जारी किए थे। तथापि, जारी किए गए निर्देशों के प्रति प्रगति को मॉनीटर करने के लिए कोई अनुवर्ती कार्रवाई नहीं की गई थी।

मंत्रालय ने बताया कि दूसरी सामान्य समीक्षा मिशन, नवम्बर-दिसम्बर 2008 में हुए, ने जमीनी स्तर पर अंतरखण्डीय अभिसरण में वृद्धि को पाया और लघु स्तर पर, संबंधित विभागों के साथ अभिसरण की बैठकों में प्रगति हुई है।

मंत्रालय के उत्तर ने अभिसरण पर योजना पद्धति तथा इस पर मॉनीटर प्रगति के प्रति उत्कृष्ट संरचना की गैर-उपलब्धता के विशिष्ट मामले पर ध्यान नहीं दिया था। उत्तर को, भारत सरकार, एवं राज्य स्तर पर नीति एवं संचालन पर अंतरखण्डीय अभिसरण के लिए मिशन निदेशक के अधीन गठित एक समिति के गठन करने के मंत्रालय के स्वयं के निर्णय की पृष्ठभूमि के विरुद्ध देखना है।

4.1.1 ज्य का.का.यो. एवं जि.स्वा.का.यो. में अभिसरण पद्धति

जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (जि.स्वा.का.यो.) एवं राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना सभी क्षेत्रों में अच्छे स्वास्थ्य अर्थात् पीने के पानी, सफाई, महिला सशक्तिकरण, किशोर स्वास्थ्य, शिक्षा, महिला साक्षरता, प्रारम्भिक बाल विकास, पोषण, लिंग, सामाजिक समानता को निर्धारित करने हेतु एकीकृत कार्रवाई को प्रतिबिंबित करने की अपेक्षा करती है।

अधिकांश राज्यों/सं.शा.क्षे. ने उनके का.का.यो. में विभिन्न संबंधित विभागों के साथ अभिसरण प्रोत्साहन के लिए विस्तृत योजना एवं रणनीति को शामिल नहीं किया था। केवल 19 राज्यों/सं.शा.क्षे.²⁰ ने अपने का.का.यो. में आयुष के घटक को शामिल किया था तथा 21 राज्य/सं.शा.क्षे. विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम पर एक योजना के साथ सामने आए थे। यह ध्यान में आया था कि दिल्ली में राज्य स्वास्थ्य मिशन के लिए 1.40 करोड़ रु की एक राशि विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम हेतु चिह्नित की किन्तु वर्ष 2007-08 के दौरान इस गतिविधि के लिए कोई भी व्यय नहीं किया गया था।

जि.स्वा.का.यो. ने असम, चंडीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप, मणिपुर, मिजोरम, उड़ीसा, पुडुचेरी, पंजाब, पश्चिम बंगाल तथा उत्तर प्रदेश के लेखापरीक्षित जिलों में और आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक तथा सिक्किम के 23 नमूना लेखापरीक्षित जिलों में से 14 में अभिसरण कार्रवाई पर कोई प्रयत्न नहीं दर्शाये थे। जि.स्वा.का.यो. जम्मू और कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, राजस्थान, त्रिपुरा, तमिलनाडु, बिहार और दमन एवं दीव में भी तैयार नहीं थी। तथापि, इसे प्रयत्न और प्रतिबद्धता के साथ पूरा किया जा सकता था जैसा कि अरुणाचल प्रदेश, महाराष्ट्र, मध्यप्रदेश, केरल और मेघालय, जहां जि.स्वा.का.यो. ने अभिसरण क्रियाकलापों और भागीदारिता कार्य को दर्शाया गया था। जिला और राज्य स्वास्थ्य योजना में गैर-अभिसरण के अभिगमों का परिणाम बेहतर स्वास्थ्य सुविधाओं के एक ही लक्ष्य के प्रति कार्य कर रहे विभिन्न विभागों और गै.स.सं. द्वारा बनाए गए असम्बद्ध प्रयत्नों में हुआ।

²⁰ झारखण्ड, राजस्थान, उत्तराखण्ड, जम्मू एवं कश्मीर, उड़ीसा, चण्डीगढ़, दिल्ली, पुडुचेरी, महाराष्ट्र, हरियाणा, आन्ध्र प्रदेश, केरल, असम, नागालैण्ड, मणिपुर, सिक्किम, मिजोरम एवं त्रिपुरा

मंत्रालय ने बताया कि अधिकतर सभी राज्यों में 2009-10 के लिए राज्य का.का.यो. में अंतर-खण्डीय अभिसरण पर अध्यायों को शामिल कर दिया गया है। विद्यालय स्वास्थ्य योजना हेतु राज्य स्वास्थ्य मिशन दिल्ली द्वारा 1.40 करोड़ रु की गैर-उपयोगिता के संबंध में मंत्रालय ने दोहराया कि राज्य चालू वर्ष के लिए मौजूदा आवश्यकताओं के अनुसार कार्यक्रमों को प्राथमिकता देते हैं।

4.2 मिशन में गै.स.सं. का आवेष्टन और नियमन

स्वास्थ्य प्रदत्त प्रणाली की सभी स्तरों पर गैर-सरकारी संगठनों की भागीदारी पहचान रा.ग्रा.स्वा.मि. की सफलता के लिए महत्वपूर्ण होने के रूप में चिह्नित की गई थी। गै.स.सं. की सेवाओं का मिशन में सम्मिलित किये गये विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत उपयोग किया जा रहा था।

4.2.1 मातृ गै.स.सं. योजना

मातृ गै.स.सं. (मा.गै.स.सं.) की योजना को, प्र.बा.स्वा. कार्यक्रम में गै.स.सं. की भागीदारी को मजबूत करने के लिए नौवीं पंचवर्षीय योजना में आरम्भ किया गया था। योजना के अंतर्गत, मंत्रालय ने रा.स्वा.स. के माध्यम से आबंटित जिलों में चयनित गै.स.सं. जिनका मातृ गै.स.सं. नाम रखा गया था, को अनुदान स्वीकृत किया। इन मा.गै.स.सं. ने क्रमशः लघु गै.स.सं. जिनका क्षेत्रीय गै.स.सं. (क्षे.गै.स.सं.) नाम रखा गया था, को अनुदान जारी किया। तथापि, राज्यों/सं.शा.क्षे. में यह योजना प्रभावी ढंग से कार्यान्वित नहीं की जा सकी जैसे कि नीचे चर्चा की गई है:

(क) संस्थागत तंत्र

मा.गै.स.सं. योजना में राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तर पर अनेक संस्थाओं और साझेदारों को शामिल किया जाता है। केन्द्रीय स्तर पर, शीर्ष संसाधन केन्द्र (शी.सं.के.) को क्षेत्रीय संसाधन केन्द्रों (क्षे.सं.के.) के क्रियाकलापों के समन्वय, बजट प्रबन्धन और राज्य सरकारों के साथ क्षे.सं.के. का समन्वय तथा पारस्परिक क्रिया को सुसाध्य करने हेतु स्थापित किया गया था। वर्तमान में, राज्य समितियों को तकनीकी सहायता उपलब्ध कराने के लिए देशभर में केवल 11 क्षे.सं.के. हैं। सितम्बर 2007 से शी.सं.के. गैर-क्रियात्मक थे। अधिकांश राज्यों में राज्य और जिला स्तर पर गै.स.सं. समितियां या तो गठित नहीं की गई थी या गैर-क्रियात्मक थी जिसका परिणाम मा.गै.स.सं. योजना में संस्थागत समर्थन के अभाव में हुआ।

इसके अतिरिक्त, मा.गै.स.सं. योजना के संस्थागत संरचना में स्थानीय सरकारी निकाय/पं.रा.सं. को शामिल नहीं किया गया था। मा.गै.स.सं. योजना में पं.रा.सं. की परिभाषित भूमिका/नेटवर्किंग के अभाव में, लाभार्थियों के प्रतिनिधियों से वास्तविक वितरण और समस्याग्रस्त क्षेत्र मूल्यांकित किये बगैर पड़े रहे।

मंत्रालय ने बताया कि शी.सं.के. को पहले संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या निधि (सं.रा.ज.नि.) द्वारा वित्त पोषित किया जा रहा था जिसके द्वारा अब सहायता वापस ले ली गई थी। इसलिए शी.सं.के. ने कार्य करना बंद कर दिया था।

तथापि, मंत्रालय ने शी.सं. के हेतु वैकल्पिक वित्तपोषण व्यवस्थाएं नहीं की थीं तथा क्षे.सं.के. के क्रियाकलापों का समन्वय करने के लिए एक वैकल्पिक तंत्र की स्थापना की आवश्यकता होगी।

(ख) आवृत्तन

609 जिलों में से केवल 178 जिलों को 125 कार्य कर रहे मातृ गै.स.सं. द्वारा 31 मार्च 2008 तक देश भर में आवृत्त किया गया था। इस प्रकार, 71 प्रतिशत जिलों में मा.गै.स.सं. योजना गैर-आवृत्त पड़ी रही। मंत्रालय के पास मा.गै.स.सं. के अंतर्गत कार्यरत क्षेत्रीय गै.स.सं. की संख्या उपलब्ध नहीं थी।

जुलाई 2003 में मंत्रालय ने मा.गै.स.सं. योजना का संशोधन किया तथा सेवा गै.स.सं. (से.गै.स.सं.) योजना प्रारम्भ की। से.गै.स.सं. अपने लक्ष्य एवं कार्य के आवृत्तन के अनुसार मा.गै.स.सं. से अलग था। से.गै.स.सं. को प्रत्यक्ष रूप से समुदाय को एकीकृत प्र.बा.स्वा. पैकेज के अंतर्गत नैदानिक एवं गैर-नैदानिक सेवाओं (जैसे कि किशोर शिक्षा, लिंग सुग्रहीकरण आदि) की व्यवस्था प्रदान करना अपेक्षित था जबकि मा.गै.स.सं., विशिष्ट सेवा प्रदान क्षेत्रों में, क्षे.गै.स.सं. के माध्यम से केवल नैदानिक सेवाएं प्रदान करता था। तथापि, राज्य प्र.बा.स्वा. समितियों द्वारा चयनित से.गै.स.सं. की कम संख्या को भी अभी तक कोई निधियां जारी नहीं की गई थी। इस प्रकार योजना के गैर-कार्यान्वयन के कारण, गै.स.सं. के साथ साझेदारी में स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच एवं आवृत्तन में वृद्धि के उद्देश्य को लाभ नहीं पहुँचा था।

(ग) योजना के अंतर्गत जारी की गई निधियों के प्रतिमान

2005-06, 2006-07 और 2007-08 के दौरान क्रमशः 44.76 करोड़ रु, 11 लाख रु और 15.74 करोड़ रु 24, 2 और 8 राज्य स्वास्थ्य समितियों को आगे मा.गै.स.सं. को जारी करने हेतु जारी किए गए थे। जारी की गई निधियों के प्रतिमान ने दर्शाया कि अन्य राज्यों में योजना क्रियात्मक नहीं थी। इसके अतिरिक्त, 2005-07 की अवधि के दौरान मंत्रालय द्वारा जारी की गई 44.87 करोड़ रु की निधियों में से, मार्च 2008 तक 16 राज्य समितियों से 27.48 करोड़ रु (61 प्रतिशत) के उपयोगिता प्रमाण-पत्र प्रतीक्षित थे।

इसके अतिरिक्त, 2004-07 और 2005-06 के दौरान राज्य प्र.बा.स्वा. समितियों, उत्तर प्रदेश तथा मध्य प्रदेश को 3.46 करोड़ रु तथा 5.40 करोड़ रु जारी किए गए थे जिसमें से क्रमशः जनवरी 2008 तथा दिसम्बर 2006 में मंत्रालय को क्रमशः 2.40 करोड़ रु तथा 3.06 करोड़ रु लौटा दिए गए थे। बिहार, तमिलनाडु और मेघालय की रा.स्वा.स. को जारी की गई 7.41 करोड़ रु की निधियां इन समितियों के पास अप्रयुक्त पड़ी रही।

वर्ष 2006-07 में जारी की गई निधियों के प्रतिमान भी अनियमित थे, क्योंकि राज्यों को जारी की गई निधियां मात्र 11 लाख रु थी, जबकि क्षे.सं.के. जो कि राज्यों को तकनीकी सहायता उपलब्ध कराता है, को 1.55 करोड़ रु (वर्ष के लिए कुल निर्गम का 93 प्रतिशत) की निधियां जारी की गईं।

मंत्रालय ने बताया कि वे राज्यों को से.गै.स.सं. का चयन करने और उन्हें निधियों को जारी करने के लिए समय पर कार्रवाई करने की लगातार सलाह दे रहे थे। यह भी बताया कि राज्यों को विवादास्पद अवधि के लिए व्य.वि. और उपयोग प्रमाण-पत्र भेजने की भी सलाह दी गई थी।

कुछ राज्य इस योजना के कार्यान्वयन में सक्रिय रूचि नहीं ले रहे थे। मंत्रालय ने यह भी बताया कि चूंकि राज्यों के पास पर्याप्त अव्ययित शेष था, इसलिए उस अवधि के दौरान, योजना के अंतर्गत उनको कोई अनुदान जारी नहीं किए थे, तथापि, क्षे.सं.के. ने निधियां जारी की गई क्योंकि उन्हें एक नियमित प्रशासनिक ढांचा अनुरक्षित करना था।

(घ) रा.ग्रा.स्वा.यो. के अंतर्गत अन्य मध्यस्थता के साथ मा.गै.स.सं. योजना का एकीकरण

रा.ग्रा.स्वा.यो. के साथ, रा.ग्रा.स्वा.यो. के अंतर्गत सभी मौजूदा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और प्र.बा.स्वा. कार्यक्रम का विलय कर दिया गया था। मंत्रालय ने प्र.बा.स्वा. के अंतर्गत मा.गै.स.सं. और रा.रो.नि.का. के अंतर्गत गै.स.सं. को पृथक रूप से निधि देना जारी रखा जिसका परिणाम गै.स.सं. के विघटित कार्य और कमजोर मॉनीटरिंग में हुआ। यदि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत गै.स.सं. की भागीदारी से जुड़ी सभी गतिविधियों का एकीकरण कर दिया गया होता तो क्षे.सं.के. की तकनीकी सहायता को प्र.बा.स्वा. तक अपनी सुविज्ञता को सीमित करने के बजाए इसका सभी के लिए उपयोग किया जा सकता है। इसके अतिरिक्त, एक ही गै.स.सं. को समन्वय और सामान्य जानकारी बांटने की उसके सामर्थ्य के बिना ही, बहुल परियोजनाओं को प्रदान करने की संभावना भी विद्यमान रहती है।

मा.गै.स.सं. कार्यक्रम का वांछित प्रभाव नहीं पड़ा क्योंकि स्वास्थ्य प्रदान प्रणाली के प्रति निर्माण क्षमता में गै.स.सं. का आवेष्टन प्राथमिक स्तर पर था और लक्षित जिलों में से.गै.स.सं. की देरी/गैर-चयन के कारण, अधोक्रियान्वित/अक्रियान्वित क्षेत्रों को प्र.बा.स्वा. के अंतर्गत स्वास्थ्य प्रदान प्रणाली और प्रदान की जा रही स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के सभी स्तरों पर निर्माण क्षमता के मिशन के उद्देश्य अपूर्ण रहे।

मंत्रालय ने बताया कि मा.गै.स.सं. कार्यक्रम पर दिशा-निर्देशों को संशोधित किया जा रहा था।

4.2.2 गै.स.सं. को निधि का जारी करना एवं उसका उपयोग

गै.स.सं. को सभी स्तरों पर क्षमता उत्पादन, स्वास्थ्य क्षेत्र की मॉनीटरिंग और मूल्यांकन, स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना, सीमांतक भागों अथवा कम लाभ प्राप्त क्षेत्रों हेतु स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने हेतु नवीन पहुंच हेतु समाविष्ट किया गया था। इनकी पूर्ण भागीदारी को सुनिश्चित करने हेतु गै.स.सं. को दिये जाने वाले सहायता अनुदान की प्रणाली को जिला, राज्य एवं राष्ट्रीय स्तर पर स्थापित करने के लिए विचार किया गया था। कुल रा.ग्रा.स्वा.मि. निधि में से पांच प्रतिशत को गै.स.सं. को जिला, राज्य एवं राष्ट्रीय स्तर पर सहायता अनुदान के तौर पर जारी किया जाना था।

सहायता अनुदान की प्रणाली नहीं थी क्योंकि आंध्र प्रदेश, बिहार, जम्मू कश्मीर, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, मध्यप्रदेश, मणिपुर, पुडुचेरी, पंजाब, सिक्किम, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल (12 राज्य/सं.शा.क्षे.) जैसे राज्यों में सहायता अनुदान समिति स्थापित नहीं की गई थी।

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत पूर्ण रूप से गै.स.सं. को जारी किये जाने वाली निधि की समेकित स्थिति मंत्रालय के पास उपलब्ध नहीं थी। तथापि, राज्य स्तर पर, कुल रा.ग्रा.स्वा.मि. निधि के पांच प्रतिशत निर्धारित होते हुए भी सहायता अनुदान के रूप में गै.स.सं. को असम, छत्तीसगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, हरियाणा, झारखण्ड, जम्मू कश्मीर, केरल, लक्षद्वीप,

महाराष्ट्र, उड़ीसा, पुडुचेरी, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल (18 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में जारी नहीं किया गया।

इसके अतिरिक्त, 2005-08 की अवधि के दौरान 24 राज्यों में रा.स्वा.स. द्वारा गै.स.सं. को जारी की जाने वाली कुल सहायता अनुदान 81.50 करोड़ रु में से 31.22 करोड़ रु का ही उपयोग किया गया तथा शेष बचे 50.29 करोड़ रु (61 प्रतिशत) के व्यय के उपयोग प्रमाण-पत्र को मार्च 2008 तक जमा नहीं कराये जाने के कारण सत्यापित नहीं किया जा सका था (अनुबंध 4.1)।

2005-08 की अवधि के दौरान 97 गै.स.सं. जिन्हें अनुदान जारी किया गया था, में से केवल 20 ने ही लेखापरीक्षित लेखाओं को जमा कराया। 77 गै.स.सं. ने असम, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, मणिपुर, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम तथा उत्तर प्रदेश (8 राज्यों) में लेखापरीक्षित लेखाओं को जमा नहीं कराये।

इसके अतिरिक्त, 2008 में असम में दो मा.गै.स.सं. को 30 लाख रु प्रति मा.गै.स.सं. की अधिकतम ग्राह्य राशि के प्रति 45 लाख रु तथा 47 लाख रु जारी कर दिये गए थे। चण्डीगढ़ तथा केरल में, राज्य स्वास्थ्य मिशन गै.स.सं. की गतिविधियों की मॉनीटरिंग नहीं कर रहा था।

मंत्रालय ने बताया कि असम में मा.गै.स.सं. को अधिक राशि जारी की गई थी क्योंकि ये दो जिलों में दी गई थीं।

तथापि, गै.स.सं. की मार्गदर्शिका तथा मंत्रालय द्वारा जारी संस्वीकृति आदेश के अनुसार मा.गै.स.सं. के लिए प्रति जिला 15 लाख रु की सीमा निर्धारित की गई थी।

सात राज्यों/सं.शा.क्षे. जैसे अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, दादर एवं नागर हवेली, दमन व दीव, मेघालय, लक्षद्वीप तथा तमिलनाडु के अलावा कहीं भी कोई सहायता अनुदान गै.स.सं. को जारी नहीं किया गया था जो कि मिशन के क्रियान्वयन में गै.स.सं. की गैर भागीदारी को दर्शाता था।

मंत्रालय ने बताया कि मा.गै.स.सं./क्षे.गै.स.सं. द्वारा व्यय विवरणी (व्य.वि.) तथा उपयोग प्रमाण-पत्र (उ.प्र.) सम्बन्धित राज्य सरकारों को भेजा जाता है तथा एक समेकित व्य.वि. तथा उपयोग प्रमाण-पत्र को राज्य सरकार द्वारा केन्द्र को भेजा जाता है। बार-बार अनुस्मारक तथा डेस्क आफिसर के व्यक्तिगत दौरों के बावजूद कुछ राज्यों ने व्य.वि. तथा उपयोग प्रमाण-पत्र प्रस्तुत नहीं किया था। मंत्रालय ने आगे बताया कि संशोधित प्रस्तुत मार्गदर्शिका में मॉनीटरिंग तथा मूल्यांकन अधिक स्पष्ट तौर पर बतलाए हैं।

गै.स.सं. को दी जाने वाली सहायता अनुदान की प्रणाली कई स्तरों पर निर्धारित नहीं है तथा राज्य स्वास्थ्य समितियों द्वारा गै.स.सं. को जारी किये जाने वाली निधि बिना समझौता ज्ञापन के हस्ताक्षरित की गई थी तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. की संरचना के अन्तर्गत गै.स.सं. के कार्य, समन्वय, मॉनीटरिंग तथा पर्यवेक्षण पर विस्तृत मार्गदर्शिका को बनाए बिना हो रही थी। किसी परिभाषित उत्तरदायी संरचना तथा मॉनीटरिंग तंत्र के अभाव में गै.स.सं. बिना जांच के ही रह गए थे, उनकी निधियों की उपयोगिता पूर्णतः सत्यापित नहीं थी तथा क्षमता निर्माण के प्रति उनका

योगदान तथा उनका क्षमता निर्माण तथा कम सेवारत तथा असेवारत क्षेत्रों में सीमांतक भागों को स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करना पूर्णरूप से प्राप्त नहीं हो सका था।

अनुशंसाएं

रा.स्वा.स. को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि विभिन्न सरकारी विभागों के अभिसरण कार्यों को राज्य एवं जिला स्वास्थ्य योजनाएं स्पष्ट रूप से प्रतिबिंबित करें। विभिन्न स्तरों पर संसाधनों के प्रभावी एकीकरण और उपयोगिता के तंत्र को स्थापित करने की भी आवश्यकता है।

स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार और भी व्यापक हो सकता है यदि गै.स.सं. को प्रोत्साहित किया जाए। तथापि, स्वास्थ्य क्षेत्र में उनकी भागीदारी भूमिका को परिभाषित, सुविधा प्रदान करने तथा मॉनीटर करने की आवश्यकता है।

गै.स.सं. द्वारा लेखों तथा उपयोग प्रमाण-पत्र के गैर-प्रस्तुतीकरण में शामिल उच्च जोखिम होने से, सुदृढ़ वित्तीय नियंत्रण तथा गै.स.सं. के क्रियाकलापों को मॉनीटर करने हेतु जवाबदेही की एक प्रणाली की आवश्यकता है। गै.स.सं. के निष्पादन का मूल्यांकन करने हेतु मानकों को भी विकसित किया जाए जिससे कि सरकारी अनुदानों की प्रभावी उपयोगिता सुनिश्चित की जा सके।

अध्याय 5 निधि प्रवाह प्रबंधन

5 स्वास्थ्य देखभाल पर लोक व्यय

मिशन का 2007-08 तक 30 प्रतिशत तथा 2009-10 से 40 प्रतिशत द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए केन्द्रीय सरकार द्वारा वार्षिक रूप से आबंटन वृद्धि करने का लक्ष्य था। राज्य सरकारों को भी मिशन अवधि के दौरान वार्षिक रूप से 10 प्रतिशत द्वारा स्वास्थ्य पर अपना आबंटन बढ़ाना अपेक्षित था। मंत्रालय और राज्यों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल पर व्यय/आबंटन में वृद्धि ब्यौरा निम्नवत था:

तालिका: 5.1 रा.ग्रा.स्वा.मि. को शामिल करते हुए चिकित्सा देखभाल पर सरकारी व्यय

(करोड़ रु में)

वर्ष	संघ सरकार*		राज्य सरकार#		कुल संघ एवं राज्य सरकार	
	व्यय	पिछले वर्षों से प्रतिशतता वृद्धि	व्यय	पिछले वर्षों से प्रतिशतता वृद्धि	व्यय	पिछले वर्षों से प्रतिशतता वृद्धि
2004-05	8086.46		18771.00		26857.46	
2005-06	9650.24	19.34	22031.00	17.37	31681.24	17.96
2006-07	10948.24	13.45	25375.00	15.18	36323.24	14.65
2007-08	14410.37	31.62	31567.00 (सं.अ.)	24.40	45977.37	26.58
2008-09	18476.00 (सं.अ.)	28.21	36961.00 (ब.अ.)	17.09	55437.00	20.57

* स्रोत: भारत सरकार बजट दस्तावेज

स्रोत: राज्य वित्त व्यवस्था: 2008-09 के बजट का अध्ययन (भारतीय रिज़र्व बैंक)

रा.ग्रा.स्वा.मि. का वित्तीय प्रबंधन संरचना तथा लेखांकन प्रणालियों का सुदृढीकरण करने पर भी लक्ष्य था जिससे कि सभी स्तरों पर बेहतर प्रक्रियाओं को समनुसूत तथा लेखांकन और लेखापरीक्षा मानकों को पूरा किया जाए।

5.1 अनुदान जारी करने के मापदण्ड

रा.ग्रा.स्वा.मि. को कार्यान्वित करते समय जनसंख्या, रोग भार, स्वास्थ्य देखभाल सूचक लोक स्वास्थ्य की अवसंरचना की स्थिति आदि को सम्मिलित करते हुए समेकित सूची के आधार पर विकसित मानदण्डों के अनुसार राज्यों को अनुदान आबंटित किए जाने थे।

तथापि, राज्यों के बीच अनुदान के आबंटन हेतु मिशन के अधीन इस प्रकार का कोई समेकित सूचक विकसित नहीं किया गया था। मंत्रालय ने मुख्यतः जनसंख्या पर आधारित राज्य घटक²¹ के आधार पर विभिन्न राज्यों के मध्य अनुदान का आबंटन जारी रखा। यहां तक कि मौजूदा सूत्र

²¹ आठ अधिकार प्राप्त कार्रवाई समूह (अ.का.स.) के प्रत्येक राज्य की जनसंख्या को 1.3 से गुणा किया गया, अ.का.स. से भिन्न राज्यों में से प्रत्येक को एक से एवं उत्तर-पूर्वी राज्यों में से प्रत्येक को 3.2 से गुणा किया गया।

को भी समान रूप से नहीं लागू नहीं किया गया था। 2005-06 से 2007-08 के दौरान सूत्र के अनुसार जारी किए जाने वाले कुल अनुदान तथा वास्तविक जारी अनुदान में काफी अन्तर था। साथ ही मिशन के शुरूआती तीन वर्षों के दौरान स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मानकों में अपेक्षाकृत कमजोर राज्यों को कम अनुदान और मजबूत राज्यों को ज्यादा अनुदान तालिका 5.2 में दर्शाया गया है।

तालिका 5.2: सूत्र के आधार पर अधिक/कम आबंटन

विशेष संकेद्रित राज्य	कम अनुदान ²² जारी किए गए		अन्य राज्य	अधिक अनुदान जारी किए गए	
	करोड़ रु. में	प्रतिशत		करोड़ रु. में	प्रतिशत
बिहार	-548.61	-29.30	आन्ध्र प्रदेश	153.68	11.67
झारखंड	-87.93	-14.46	गुजरात	236.64	26.90
उत्तर प्रदेश	-30.77	-0.82	केरल	60.59	10.94
असम	-332.23	-22.42	तमिलनाडु	156.65	14.51
मणिपुर	-12.41	-9.37	(स्रोत: मंत्रालय द्वारा उपलब्ध करायी गई सूचना)		
मेघालय	-25.19	-19.65			
त्रिपुरा	-26.53	-14.90			

मिशन का केन्द्रीय लक्ष्य इस रूप में स्वतः स्पष्ट है कि वह बेहतर ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल के लिए बदलना चाहता है। तथापि, संबंधित राज्य महत्व जिनके अनुसार निधियों का आबंटन किया गया था वे राज्य की 'कुल जनसंख्या' पर आधारित थे न कि रूग्रामीण जनसंख्या- पर।

मंत्रालय ने कहा कि कुछ उच्च संकेन्द्रित राज्यों में अनुदान के कम आबंटन का कारण उनके यहां पर्याप्त व्ययित राशि का होना था। दूसरी ओर, आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, केरल एवं तमिलनाडु जैसे राज्यों में निधियों के उपयोग के निर्धारण के बाद उन्हें अधिक अनुदान जारी किए गए थे।

इससे यह परिलक्षित हुआ कि उच्च संकेन्द्रित राज्य एक ऐसे त्रुटिपूर्ण चक्र में फंसे हुए हैं जिसमें संस्थागत कमियों के कारण वहाँ निधियों के उपयोग की क्षमता में कमी आती है जिससे कम अनुदान जारी हो पाता। निधियों का जारी करने को भारत सरकार के संसाधनों के रूप में उपयोग के साथ जोड़े जाने की आवश्यकता है।

5.2 रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत स्वास्थ्य योजनाओं का एकीकरण

रा.ग्रा.स्वा.मि. के बेहतर समन्वय और अभिसरण हेतु विभिन्न परिवार कल्याण एवं रोग नियंत्रण योजनाओं के क्षेत्रीय एकीकरण पर बल दिया गया है। तदनुसार, मंत्रालय ने प्रयास किया कि 1 अप्रैल 2007 से वित्तीय एवं निधि प्रवाह एवं बैंकिंग व्यवस्था का विलयन हो। इस निर्देशिका में यह भी कहा गया कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत आने वाली सभी योजनाओं के लिए मिशन के वित्तीय प्रबंधन समूह (वि.प्र.स.) रा.स्वा.स. को निधि का स्थानान्तरण करना था तथा उनके लिए व्यय का विवरण/वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट, लेखापरीक्षित लेखे एवं उपयोग प्रमाण-पत्र प्राप्त करे, ताकि मिशन के अंतर्गत आने वाली सभी योजनाओं के लिए डाटा प्रोसेसिंग एवं केन्द्रीकृत वित्तीय प्रबंधन को सुनिश्चित किया जा सके।

²² राज्य के भार के आधार पर गुणा कर जारी किए जाने वाले निधि एवं रा.ग्रा.स्वा.मि. के सभी संघटकों के आधार पर वास्तविक रूप से जारी किए गए अनुदान के अंतर को सभी राज्यों को जारी किए गए कुल अनुदान के आधार पर अनुदान के कमी /आधिक्य की गणना की गई है।

किन्तु, मंत्रालय को अभी भी अपने क्रियाकलापों का प्रभावी रूप से एक करना था और दिसम्बर 2008 तक यह पाया गया कि वि.प्र.स. मिशन के केवल तीन घटकों यथा मिशन फ्लैक्सि पूल (मि.फ्लै.पू.), प्र.एवं बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल (प्र.बा.स्वा.फ्लै.पू.) एवं नियमित टीकाकरण के अन्तर्गत टीकाकरण संवर्धन कार्यक्रम (टी.सं.का.) की मॉनीटरिंग, डाटा संचालन एवं निधि जारी कर रहा था। अन्य कार्यक्रम वि.प्र.स. के किसी समन्वय के बिना अलग-अलग कार्यक्रम डिवीजनों के द्वारा चलाई जाती रही।

मंत्रालय ने बताया कि रा.वे.ज.रो.नि.की. अब वि.प्र.स. के द्वारा निधि को जारी कर रहा था। शेष रा.रो.नि.का. के साथ मामले को उठाया जा रहा था कि वे वि.प्र.स. -रा.ग्रा.स्वा.मि. की केन्द्रीकृत व्यवस्था के द्वारा संबंधित कार्यक्रम के लिए रा.स्वा.स. को निधि का स्थानान्तरण करें।

5.3 रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत बैंकिंग व्यवस्था

निम्नतम संभव स्तर तक निधि के प्रवाह के लिए मंत्रालय ने अगस्त 2004 में ई-बैंकिंग की पहल शुरू करने का प्रस्ताव किया, जिसके अनुसार प्रबंधन सूचना प्रणाली (प्र.सू.प्र.) द्वारा केन्द्रीय स्तर तक निधि के उपयोग की समस्त सूचना देना तथा इसे ऑन-लाइन रूप से सूचित करना था। ई-बैंकिंग पहल की महत्वपूर्ण विशेषता यह थी कि सभी लेन-देन इलेक्ट्रॉनिक रूप से होने थे। मंत्रालय ने एक समिति बनाई और सात बैंकों से कहा कि प्रस्तावित ई-बैंकिंग आवश्यकताओं के बारे में समाधान प्रस्तुत करें। समिति ने मंत्रालय के प्राधिकृत बैंक, बैंक ऑफ बड़ौदा सहित सातों बैंकों के प्रस्ताव की समीक्षा की। मंत्रालय ने इलेक्ट्रॉनिक रूप से समर्थ शाखाओं के लेन-देन की शक्ति, तकनीकी कुशलता एवं प्रस्तुत किए गए समाधानों के आधार पर आई.सी.आई.सी.आई. बैंक को चुना। प्राधिकृत बैंक यथा-बैंक ऑफ बड़ौदा को इस कार्य के लिए अनुपयुक्त पाया गया था।

5.3.1 तत्पश्चात, जून 2005 में महानियंत्रक लेखा, वित्त मंत्रालय ने मंत्रालय को निर्देश दिया कि राज्य, जिला स्तर पर स्वायत्त निकायों/संस्थानों आदि को 10 करोड़ रु से अधिक की राशि को 24-48 घंटों के भीतर त्वरित अन्तरण हेतु एक प्रणाली संस्थापित करे। प्रणाली में बैंक द्वारा लाभार्थियों को ऐसी राशि क्रेडिट करने के बाद वापस रिपोर्ट प्राप्त करने की सुविधा भी होनी चाहिए। मंत्रालय को निधियों के अन्तरण के स्वरूप के लिए विद्यमान बैंकों से परामर्श लेना था और आवश्यकतानुसार अधिक तकनीकी क्षमता से युक्त एक अतिरिक्त बैंक को निधि के अधिक शीघ्र स्थानान्तरण के लिए इंटरफेस के रूप में प्रयोग करना था। उसके बाद मंत्रालय ने महानियंत्रक लेखा को सूचित किया कि आई.सी.आई.सी.आई. बैंक को इंटरफेस बैंक के रूप में नियुक्त किया गया था।

5.3.2 आई.सी.आई.सी.आई बैंक के साथ मंत्रालय की ई-बैंकिंग व्यवस्था की समीक्षा से पता चला कि ई-बैंकिंग पहल के समग्र उद्देश्यों को प्राप्त नहीं किया गया था और कुछ कमियां थी जो संक्षेप में इस प्रकार था:-

- ❖ ई-बैंकिंग को छः राज्यों यथा गुजरात, गोवा, झारखण्ड, उत्तराखण्ड, केरल एवं राजस्थान में मार्गदर्शी आधार पर शुरू की जानी थी। शुरू में जनवरी 2005 के अंत तक मार्गदर्शी को चरणबद्ध तरीके से एक राज्य में लागू करना था और उसके बाद तीन महीने के भीतर सभी छः राज्यों में फैलाना था। मार्गदर्शी के परिणाम के मूल्यांकन के आधार पर ई-बैंकिंग प्रोजेक्ट का देशभर में फैलाव होना था। आई.सी.आई.सी.आई के

शाखाओं के विरल नेटवर्क अथवा बैंकों को बदलने की असमर्थता के कारण तीन राज्यों - गोवा, राजस्थान एवं झारखण्ड ने मार्गदर्शी परियोजना के लिए सहमति जाहिर नहीं की। गुजरात एवं केरल में मार्गदर्शी परियोजना शुरू हुई थी किन्तु इसमें अत्यधिक विलम्ब था। केरल में बैंक ने तीन वर्षों से ज्यादा समय में परियोजना को पूरा किया और गुजरात एवं उत्तराखण्ड में अभी यह पूरी होनी बाकी थी।

- ❖ वर्तमान में केवल 13 राज्य/ सं.शा.क्षे. आई.सी.आई.सी.आई. बैंक के माध्यम से निधि प्राप्त कर रहे थे। इनमें से भी अधिकांश में आई.सी.आई.सी.आई बैंक की केवल राज्य स्तर की शाखा थी। शेष 22 राज्य/सं.शा.क्षे. निधि के इलेक्ट्रॉनिक स्थानान्तरण के लिए अन्य बैंकों की सेवाओं को ले रहे थे। उत्तर प्रदेश और मध्य प्रदेश ने भारतीय स्टेट बैंक (भा.स्टे.बैं.) के साथ अपनी ई-बैंकिंग पहल शुरू कर दी थी। देश भर के कुल 612 जिलों में से 441 जिलों का खाता सार्वजनिक क्षेत्र के बैंकों में थे।
- ❖ मंत्रालय ने आई.सी.आई.सी.आई. बैंक का चयन करते समय राज्यों के साथ पर्याप्त रूप से परामर्श नहीं किया था। अनेक राज्यों/जिलों में आई.सी.आई.सी.आई बैंक की विरल विद्यमानतः एक कारण था जिसके कारण राज्य स्वास्थ्य समितियों ने अन्य बैंकों को चुना था।
- ❖ यद्यपि मंत्रालय ने आई.सी.आई.सी.आई बैंक को ई-बैंकिंग एवं निधि के इलेक्ट्रॉनिक अन्तरण का कार्य सौंप दिया था तथापि बैंक के साथ औपचारिक करार अभी किया जाना था।
- ❖ वास्तविक उपयोग होने तक राज्य एवं जिला स्तर पर आई.सी.आई.सी.आई बैंक के पास बहुत अधिक राशि शेष थी। उदाहरण के लिए, केरल में 2007-08 के दौरान आई.सी.आई.सी.आई. बैंक में रा.स्वा.स. का मासिक शेष 17.52 करोड़ रु. से 86.12 करोड़ रु. के बीच था। औसत मासिक शेष 49.52 करोड़ रु. निकाला गया।
- ❖ सिक्किम में, दोबारा आई.सी.आई.सी.आई. बैंक ने प्रस्ताव दिया कि यदि रा.स्वा.स. के खाते में किसी भी नियत समय पर 50 लाख रु. की न्यूनतम राशि शेष रहती थी तो उसे एक लाख रु. तक निःशुल्क प्रेषण छूट मिलेगी। इसके विपरीत, भारतीय स्टेट बैंक ने जमा राशि की मात्रा पर कोई भी सीमा न लगाकर निःशुल्क प्रेषण की छूट अनुमत की थी। मंत्रालय के कारोबार के बड़े भाग के लेन देन को इसके द्वारा किया गया था जबकि मंत्रालय ने आई.सी.आई.सी.आई. बैंक से अनुकूल शर्तों के बारे में बातचीत नहीं की थी।
- ❖ जनवरी 2008 में वित्त मंत्रालय ने निर्देश दिया कि मंत्रालयों/विभागों (एजेंसियों को उनके द्वारा वितरित की गई निधियों सहित) के नियंत्रण वाले निधि के 60 प्रतिशत को सार्वजनिक क्षेत्र के बैंकों में रखा जाए। मंत्रालय/विभागों से निवेदन किया गया कि वे राज्य सरकार की उन एजेंसियों और निकायों को इसी प्रकार के निर्देश जारी करें जिन्हें उसने निधियां वितरित की थी।

मंत्रालय ने बताया कि केवल 13 रा.स्वा.स. अपनी निधियां रखने के लिए आई.सी.आई. बैंक का उपयोग कर रहे थे और मंत्रालय की शेष निधियों को सार्वजनिक क्षेत्र के बैंकों में रखा गया था। अतएव, सार्वजनिक क्षेत्र के बैंक में 60 प्रतिशत निधि रखने का मापदण्ड पूर्ण हो गया। उसने आगे बताया कि ई-बैंकिंग पहल शाखा से स्वतंत्र है क्योंकि यह प्रणाली वेब-परिचालित है और

किसी जगह साझेदार बैंक की शाखा नहीं होने के बावजूद तब तक कार्य हो सकता है जब तक कि इंटरनेट उपलब्ध है। कार्यालय खर्चों के लिए नकद आवश्यकता के मामले में ही स्थानीय शाखा की जरूरत पड़ती है।

तथापि, वित्त मंत्रालय का निर्देश सभी अधीनस्थ कार्यालयों, संलग्न कार्यालयों और मुख्यतः सरकार द्वारा वित्तपोषित स्वायत्त निकायों पर समान रूप से लागू होता है। बैंकों के वेब पोर्टल से सरकारी कारोबार करने के लिए आहरण एवं संवितरण के संदर्भ में नियंत्रण ढाँचे के पुनर्परिभाषित करने की आवश्यकता होगी। इसके अलावा, नकद आवश्यकता की पूर्ति के लिए जिला समितियों एवं निम्न स्तर के निकायों को अलग बैंक खाता खोलने की जरूरत होगी जिसका परिणाम अनेक बैंक खातों को खोलने में होगा और आन्तरिक नियंत्रण कमजोर हो जाएगा। साथ ही ई-बैंकिंग हेतु बैंकों के चयन का एक मानदण्ड शाखा का प्रसार था।

जहाँ ई-बैंकिंग मंत्रालय द्वारा की गई एक आवश्यक पहल थी, वहीं इसका आई.सी.आई. सी.आई. बैंक के द्वारा क्रियान्वयन प्रभावी नहीं था। अक्टूबर 2008 में मंत्रालय इस बात से सहमत हुआ कि पूरे देश में ई-बैंकिंग समाधान का क्रियान्वयन केवल आई.सी.आई.सी. आई. बैंक द्वारा संभव नहीं है। जून 2009 में मंत्रालय ने आगे बताया कि वह वित्त मंत्रालय (लेखा महानियंत्रक) एवं भारतीय रिजर्व बैंक के प्रतिनिधियों की एक विशेषज्ञ समिति की स्थापना करेगा जो समस्या के सभी पहलुओं पर गौर करेगी और निधि के स्थानांतरण एवं व्यय की रिपोर्टिंग सुधारने हेतु ई-बैंकिंग समाधानों का व्यावहारिक एवं कार्यसंभव समाधान ढूँढेगी।

5.4 राज्यों का अपने संसाधनों/बजट से रा.ग्रा.स्वा.मि. को अंशदान

रा.ग्रा.स्वा.मि. के रूपरेखा के अनुसार, 11वीं पंचवर्षीय योजना (2007-12) के दौरान राज्यों को मिशन के निधि की आवश्यकता में 15 प्रतिशत का अंशदान देना था। 2007-08 के दौरान केवल 4 राज्यों/सं.शा.क्षे. (आन्ध्र प्रदेश, बिहार, गुजरात, और पश्चिम बंगाल) ने राज्य का.का.यो. पी.आई.पी. के 15 प्रतिशत का अंशदान अपने बजट से किया। छः राज्यों/सं.शा.क्षे. (असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, राजस्थान, सिक्किम और चण्डीगढ़) ने भी राज्य/सं.शा.बजट से रा.ग्रा.स्वा.मि.में अंशदान दिया किन्तु उनका योगदान 0.54 से 13.59 प्रतिशत के बीच रहा।

शेष 18 राज्यों/सं.शा.क्षे. (अरुणाचल प्रदेश, झारखण्ड, हिमाचल प्रदेश, केरल, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तरप्रदेश, उत्तराखण्ड, अण्डमान व निकोबार द्वीपसमूह, दादर एवं नागर हवेली, लक्षद्वीप और पुडुचेरी) ने 2007-08 में अपने बजट से रा.ग्रा.स्वा.मि. में कोई अंशदान नहीं दिया। मंत्रालय ने भी राज्यों/सं.शा.क्षे. को 2007-08 में अंशदान देने के लिए बल नहीं दिया और बताया कि राज्यों को अपनी योजना निधि से राज्य का.का.यो. में अपना अंशदान दर्शाने के लिए निर्देश दिया गया।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों को राज्य का.का.यो. में अपने अंशदान को दर्शाने के लिए निर्देश दिए गए थे। 2008-09 से, राज्यों को निर्देश दिये गये थे कि वे अपने 15 प्रतिशत के राज्य अंश को राज्य निधि से राज्य स्वास्थ्य समितियों को अन्तरण करें।

मंत्रालय के उत्तर की इस संदर्भ में कि मिशन के लिए निधियों के अपने अंश देने के लिए राज्यों के लिए निर्देशन, रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे का पहले से ही एक हिस्सा था, समीक्षा की जानी चाहिए। 2008-09 में भी, मणिपुर और लक्षद्वीप सरकार के राज्य/सं.शा.क्षे. ने कोई

अंशदान नहीं किया था जबकि अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, दिल्ली, गोवा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, पुडुचेरी, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड और पश्चिम बंगाल (24 राज्य/सं.शा.क्षे.) द्वारा किया गया अंशदान 15 प्रतिशत से भी कम था।

5.5 निधियों का जारी किया जाना

5.5.1 मिशन फ्लैक्सि पूल से रा.स्वा.स. को अधिक निधि जारी किया जाना

2007-08 के दौरान मंत्रालय ने का.का.यो. के त्रुटिपूर्ण निर्धारण अथवा रा.ग्रा.स्वा.मि. वित्त प्रबंधन समूह के द्वारा रा.का.स.स. के कार्यवाही²³ के अभिलेखों के पालन नहीं करने के कारण, मिशन फ्लैक्सि पूल के अन्तर्गत चार राज्यों को 174.84 करोड़ रु गलती से जारी किए। ब्यौरे निम्नवत थे:

		(करोड़ रु में)
तमिल नाडु	प्रा.स्वा.के. और उपकेन्द्रों के उपकरणों की आपूर्ति हेतु निधियां, रा.का.स.स. से इस शर्त कि निधियां स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपकरण की आवश्यकता की स्मरेखा बनाने के बाद ही जारी की जा सकती थी, जारी की गई और रा.स्वा.स. द्वारा सही बजटीय आवश्यकता को सम्प्रेषण का अनुपालन नहीं किया गया था।	5.00
	रा.स्वा.स. से प्रापण की प्रणाली के ब्यौरे की प्राप्ति की रा.का.स.स. की शर्त को पूरा किए बगैर स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए दवाइयों हेतु निधियां जारी की गईं।	11.19
	क्षमता निर्माण में प्रशिक्षण घटक के 5.55 लाख रु की जगह 55.45 लाख रुपये की गलत गणना कर ली गई थी।	0.50
	स्वास्थ्य केन्द्रों की अत्यंत भिन्न संख्याओं के बावजूद उनकी आवश्यकता की पूर्ति हेतु स्वास्थ्य जनशक्ति विकास संस्थान (स्वा.ज.वि.सं.) विल्लुपुरम और सलेम में प्रत्येक को 76.24 लाख रुपये जारी करने का प्रस्ताव किया गया था।	
उत्तर प्रदेश	बजट सारांश में का.का.यो. के अन्तर्गत आशा के प्रशिक्षण हेतु 26.78 करोड़ रु को गलती से 28.78 करोड़ रुपये दिखाया गया।	2.00
	उत्कृष्ट सेवाओं (उप केन्द्र एवं प्रा.स्वा.के. स्तर की स्वास्थ्य पुरस्कार योजना) के प्रोत्साहन के लिए प्रस्तावित बजट की गणना गलती से 21 लाख रुपये की जगह 28 लाख रु की गई।	0.07
	425.81 करोड़ रुपये के मांग के प्रति मंत्रालय ने जून 2007 में 337.33 करोड़ रुपये की स्वीकृति का.का.यो. में दी। रा.स्वा.स. ने 21 अगस्त 2007 को 269.60 करोड़ रुपये का संशोधित का.का.यो. प्रस्तुत किया। किन्तु मंत्रालय ने न तो संशोधित का.का.यो. पर कोई कार्रवाई की और न ही उसे रा.का.स.स. के विचारार्थ अग्रेषित किया और संशोधित का.का.यो. प्राप्त करने के 27 दिनों के बाद, सितम्बर 2007 में प्रथम किश्त के रूप में 268.38 करोड़ रुपये जारी कर दिए। दिसम्बर 2007 में 68.94 करोड़ रुपये की दूसरी किश्त भी जारी कर दी गई। इस प्रकार संशोधित का.का.यो. के माध्यम से रा.स्वा.यो. द्वारा मांग की गई आवश्यकता से अधिक निधियां जारी की गई थीं।	67.73
	निधियां, 2007-08 के लिए सहायता अनुदान की दूसरी किश्त के रूप में रा.स्वा.स. को मार्च 2008 में जारी की गई थी। मंत्रालय ने राज्य स्वास्थ्य समिति के पास पड़ी हुई 200.46 करोड़ रु की अव्ययित राशि लेखे में नहीं थी क्योंकि मिशन फ्लैक्सि पूल के अन्तर्गत पिछले वर्ष की अव्ययित राशि का समायोजन न करने के लिए वित्त मंत्रालय से छूट प्राप्त कर ली	79.89

²³ राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति (रा.का.स.स.) एक शीर्ष समिति थी जोकि का.का.यो. और कार्यवाही के इसके अभिलेखों में निहित शर्तों जोकि रा.स्वा.स. को सहायता अनुदान जारी करने में पहले पूरी की जानी थी, का मूल्यांकन करता था।

	गई थी। तथापि, वित्त मंत्रालय के आदेशों के अनुसार पिछले वर्ष के अव्ययित शेष का ध्यान रखे बगैर निधियों को जारी करने के लिए वितरण, 31 दिसम्बर 2007 तक किए गए निर्गमों हेतु किया जाना था, जबकि मार्च 2008 में राज्य को 79.89 करोड़ रु जारी किया गया था।	
आन्ध्र प्रदेश	2006-07 के दौरान, मंत्रालय ने रा.स्वा.स. को 102.90 करोड़ रु के बजट प्रस्ताव की समग्र राशि जारी की जबकि रा.का.स.स. ने राज्य का.का.यो. को केवल 94.94 करोड़ रु का अनुमोदन दिया था और 1.40 करोड़ रु रा.स्वा.स. के पास अव्ययित शेष (2005-06 का) के रूप में पहले ही पड़ा हुआ था।	7.96
त्रिपुरा	मंत्रालय द्वारा 60 उपकेन्द्रों के लिए 12 महीनों के लिए 7000 रु प्रति उप केन्द्र प्रतिमाह की दर पर, एक बहुदेशीय कार्यकर्ता (पुरुष) को कार्य पर रखने हेतु निधियां अनुमोदित की गई थी जबकि रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे के अनुसार, ब.का. का वेतन राज्य सरकार द्वारा विशिष्ट रूप से उपलब्ध कराया जाना था।	0.50

मंत्रालय ने मार्च 2009 में रा.स्वा.स., तमिलनाडु को 49.90 लाख रु की अधिक राशि जारी करने से संबंधित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को स्वीकार किया तथा बताया कि ये गणना की त्रुटि के कारण हुए थे। स्वा.ज.वि.सं. सलेम और विल्लुपुरम के साथ जुड़ी इकाइयों की संख्या भिन्न होने के बावजूद इन्हें एकसमान राशि को जारी करना भी मंत्रालय ने स्वीकार किया था। तथापि, मंत्रालय ने दिसम्बर 2008 में बताया कि रा.स्वा.स. आन्ध्र प्रदेश को जारी किए गए 7.96 करोड़ रूपये रा.स्वा.स. के मिशन फ्लैक्सिबल पूल के बजट के अन्तर्गत था। मंत्रालय का उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि निधियों का निर्गम रा.का.स.स. द्वारा अनुमोदित का.का.यो. से बहुत अधिक था।

उत्तर प्रदेश के बारे में मंत्रालय ने बताया कि राज्य ने पूरक का.का.यो. भेजा था और न कि संशोधित का.का.यो., अतएव राज्य को किए गए निर्गम अनियमित नहीं थे।

मंत्रालय का उत्तर स्वीकार योग्य नहीं है। उपलब्ध अभिलेखों के अनुसार, रा.स्वा.स., उत्तर प्रदेश ने अगस्त 2007 में 269.60 करोड़ रु का संशोधित का.का.यो. भेजा था। मंत्रालय के उत्तर में जनवरी 2008 में 225.12 करोड़ रु के अन्य पूरक का.का.यो. का उल्लेख किया गया था जिसके बारे में कोई लेखापरीक्षा टिप्पणी नहीं है। इसके अलावा, राज्य को मार्च 2008 में 79.89 करोड़ रु जारी करना भी अनियमित था क्योंकि राज्य के पास मिशन फ्लैक्सिबल पूल के अन्तर्गत 200.46 करोड़ रु की राशि का अव्ययित शेष उपलब्ध था तथा मिशन फ्लैक्सिबल पूल के अंतर्गत निर्गमों के लिए अव्ययित शेष का ध्यान न रखने के लिए वित्त मंत्रालय की छूट केवल दिसम्बर 2007 तक थी। अतएव सा.वि.नि. के नियम संख्या 209 के अनुसार, उचित मॉनीटरिंग के अभाव के कारण मंत्रालय द्वारा अधिक राशि जारी की गई थी।

5.5.2 प्रा.स्वा.के. के लिए वार्षिक अनुरक्षण अनुदान का अधिक जारी करना

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे के अन्तर्गत, वार्षिक अनुरक्षण अनुदान (वा.अ.अ.) के रूप में प्रति प्रा.स्वा.के. 50,000 रूपये की दर से रा.स्वा.स. को जारी करना था। 2006-07 के दौरान मंत्रालय ने 23236 प्रा.स्वा.के. के लिए 116.18 करोड़ रु का अनुदान जारी किया किन्तु ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी बुलेटिन 2006 (मार्च 2006 तक अद्यतन किया हुआ) के अनुसार केवल 22669 प्रा.स्वा.के. वास्तविक रूप से कार्य कर रही थीं। इसके अलावा, ग्रा.स्वा.स. बुलेटिन के अनुसार, 14 राज्यों में कार्य कर रही 3437 प्रा.स्वा.के. के पास अपना भवन नहीं था और वे किराये के भवन में कार्य कर रही थी। चूंकि, मिशन का एक प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल के केन्द्रों के लिए नई आधारभूत संरचना का निर्माण करना था, इसलिए किराये के भवन में कार्य कर रही प्रा.स्वा.के. के लिए वार्षिक अनुरक्षण अनुदान जारी करने और ग्रा.स्वा.स.

को, बुलिटिन में उल्लिखित से अत्यधिक प्रा.स्वा.के. की संख्या को निर्गम करने के परिणामस्वरूप 20.02 करोड़ रु (4004 प्रा.स्वा.के.) अधिक जारी किए गए।

इसके अलावा, 2006-07 के दौरान, अनुदानों के निर्धारित दर के अनुसार 2.46 करोड़ रु की आवश्यकता के बजाय, रा.स्वा.स. असम के 491 प्रा.स्वा.के. को 3.05 करोड़ रु के वार्षिक अनुसूचक अनुदान को राज्य का.का.यो. प्राप्त करने और रा.का.स.स. कार्यवाही को अंतिम रूप देने से पूर्व मंत्रालय ने जारी कर दिया। इसके अतिरिक्त, मंत्रालय ने प्रति प्रा.स्वा.के. एक लाख रुपये की दर से प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सिपूल के अन्तर्गत 149 प्रा.स्वा.के के लिए 1.49 करोड़ रु मानदण्ड के उल्लंघन में जारी कर दिये। इसके परिणामस्वरूप प्रा.स्वा.के. के लिए वा.अ.अ. के अन्तर्गत 1.34 करोड़ रु अधिक हो गए।

मंत्रालय ने बताया कि वा.अ.अ. और प्रा.स्वा.के. के अन्तर्गत खुली निधि के पीछे मूल अभिप्राय था कि प्रा.स्वा.के. की आधारभूत संरचना का अनुसूचक किया जा सके ताकि केन्द्र के दैनिक कार्यों को सुचारु रूप से किया जा सके। इसके अतिरिक्त, वा.अ.अ. केवल भवन के उपयोग के लिए ही नहीं बल्कि फर्नीचर, उपकरण, विद्युत जुड़नार आदि के लिए उपयोग में लाया जा सके। वा.अ.अ. और खुली निधि को तत्काल किन्तु अलग-अलग कार्यों के लिए जरूरी राशि के रूप में दिया गया था जिसमें अपेक्षाकृत कम राशि की जरूरत पड़ती हो और यह सोचा गया कि यह समुदाय को निर्धारित करना चाहिए कि विभिन्न स्तरों पर स्वीकृति लिए बिना उस व्यय को किया जाना था या नहीं।

तथापि, रा.ग्रा.स्वा.मि. दिशा-निर्देश एवं क्रियान्वयन ढांचा के अन्तर्गत वा.अ.अ. प्रत्यक्ष आधारभूत संरचना के अनुसूचक के लिए विशेष तौर पर थी जबकि किराए के भवन में स्थित प्रा.स्वा.के. की आवश्यकता के लिए पृथक रूप से वार्षिक खुले अनुदान के रूप में 25,000 रु मामूली मरम्मत कार्यों, विद्युत उपकरणों आदि के लिए दिया जाता था। निधि के उद्देश्य तथा इसके उपयोग को स्पष्ट रूप से दर्शाते हुए विभिन्न निधियों²⁴ के संबंध में सुस्पष्ट दिशानिर्देश होना उचित रहेगा।

5.5.3 प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल में निधियों का अधिक निर्गम

सामान्य वित्तीय नियमावली 2005 के अनुसार, जब समान उद्देश्य के लिए समान संगठन को आवर्ती सहायता अनुदान संस्वीकृत किये जाते हैं, तब अनुवर्ती अनुदान संस्वीकृत करते समय पूर्व अनुदान के अव्ययित शेष को खाते में लिया जाना चाहिए।

2007-08 के लिए प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल के अंतर्गत रा.स्वा.स. को निधियां जारी करते समय समितियों द्वारा दिए गए अग्रिमों को व्यय माना गया और उसे पूर्व वर्ष के अव्ययित शेष से घटा दिया गया, जिसके परिणामस्वरूप 525.57 करोड़ रु (अनुबंध 5.1 -क) अधिक जारी किए गए।

इसके अतिरिक्त, मार्च 2008 में 1.1.2008 को 23 राज्यों/सं.शा.क्षे. के संबंध में 2006-07 के लिए अव्ययित शेष के रूप में 93.93 करोड़ रु को खाते में लेने के पश्चात 194.75 करोड़ रु जारी किया गया था। तथापि, फरवरी 2009 की मंत्रालय की सूचना के अनुसार, 2006-07 के लेखापरीक्षित लेखाओं के अनुसार 438.34 करोड़ रु का अव्ययित शेष था। इस प्रकार 337.04

²⁴ वा.अ.अ. के सम्बन्ध में, मंत्रालय द्वारा उन उद्देश्यों जिनके लिए इनका उपयोग करना था के सम्बन्ध में कोई अलग दिशा-निर्देश जारी नहीं किये गये थे।

करोड़ रु को अव्ययित शेष के रूप में खाते में कम दिखाया गया था और 2007-08 में प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल के अंतर्गत समान राशि को अधिक जारी किया गया (अनुबंध 5.1 -ख)।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों को अधिक निर्गम वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट (वि.प्र.रि.) के आधार पर अव्ययित शेषों के कारण था, जो राज्यों द्वारा राशि के उपयोग को बढ़ा कर दर्शाता था और वह लेखापरीक्षित रिपोर्ट पर आधारित नहीं था क्योंकि राज्य समय पर लेखापरीक्षित रिपोर्ट प्रेषित नहीं करते थे।

तथापि, यह सामान्य वित्तीय नियमावली, 2005 के नियम 212 के उल्लंघन में था जिसमें अनुबंध था कि अनुवर्ती वित्तीय वर्ष में संस्वीकृत कुल राशि के पचहत्तर प्रतिशत से अधिक राशि का सहायता अनुदान परवर्ती वर्ष में जारी किए गए सहायता अनुदान के संबंध में वार्षिक लेखापरीक्षित विवरण, संबंधित मंत्रालय/विभाग की संतुष्टि के लिए प्रस्तुत किए गए हैं, के बाद ही, जारी किए जाएंगे।

5.5.4 अंधाधुंध व्यय एवं राज्यों के पास अव्ययित शेष

रा.ग्रा.स्वा.मि. क्रियान्वयन ढांचा, अप्रैल/मई तक सहायता अनुदान की प्रथम किश्त एवं सितम्बर/अक्तूबर तक द्वितीय किश्त रा.स्वा.स. को निर्गम करना अनुबद्ध करता है।

2005-06 के दौरान, नियमित टीकाकरण के अन्तर्गत कुल निर्माण का 18 प्रतिशत, 2005-08 के दौरान मिशन फ्लैक्सि पूल के अन्तर्गत निधियों का 20 से 61 प्रतिशत मार्च माह के दौरान निर्माण किया गया जैसा कि निम्न तालिका में दर्शाया गया है:

तालिका: 5.3 मार्च माह में जारी किया गया

(करोड़ रु. में)

कार्यक्रम का नाम	वर्ष	कुल निर्गमित सहायता अनुदान	मार्च माह के दौरान निर्गमित सहायता अनुदान	मार्च माह में निर्गमित कुल निर्गम की प्रतिशतता के रूप में
नियमित टीकाकरण	2005-06	150.78	26.81	17.78
मिशन फ्लैक्सि पूल	2005-06	962.13	591.66	61.49
मिशन फ्लैक्सि पूल	2006-07	2069.36	577.65	27.91
मिशन फ्लैक्सि पूल	2007-08	3149.97	614.18	19.50

(स्रोत: मंत्रालय द्वारा उपलब्ध कराई गई सूचना)

इसके अतिरिक्त, 2005-08 के दौरान वित्तीय वर्ष के समाप्ति पर राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत 20.31 करोड़ रु और मिशन फ्लैक्सि पूल के अन्तर्गत और 224.94 करोड़ रु संस्वीकृत किये गये थे जबकि राशि को अगले वित्तीय वर्ष में प्रेषित किया गया था।

वित्तीय वर्ष की समाप्ति पर रा.स्वा.स. को निधियां जारी करने के परिणामस्वरूप रा.स्वा.स. द्वारा निधियों का कम उपयोग किया गया जैसा कि नीचे दर्शाया गया है:

तालिका 5.4 मिशन के अन्तर्गत उपयोग

(करोड़ रु में)

कार्यक्रम	2005-06			2006-07			2007-08		
	निर्गम	व्यय	निर्गम की प्रतिशत के रूप में व्यय	निर्गम + अव्ययित शेष	व्यय	निर्गम की प्रतिशत के रूप में व्यय + अव्ययित शेष	निर्गम + अव्ययित शेष	व्यय	निर्गम की प्रतिशत के रूप में व्यय + अव्ययित शेष
मिशन फ्लैक्सि पूल	962.13	40.76	4.24	2990.73	417.43	13.96	5723.27	1490.67	26.05
प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल	898.84	253.69	28.22	1996.85	883.69	44.25	2829.10	1883.09	66.56
नियमित टीकाकरण	150.68	37.80	25.09	188.21	87.54	46.51	227.45	120.03	52.77
योग	2011.65	332.25	16.52	5175.79	1388.66	26.83	8779.82	3493.79	39.79

(स्रोत: मंत्रालय द्वारा उपलब्ध कराई गई सूचना)

मंत्रालय द्वारा रा.स्वा.स. को विलम्ब से सहायता अनुदान जारी करने के कारण उनके पास पर्याप्त अव्ययित शेष बचे, जिसके परिणामस्वरूप वर्ष-दर-वर्ष अव्ययित शेषों का एक क्रम बन गया था।

बिहार में अव्ययित निधियां

2005-08 के दौरान, मंत्रालय द्वारा 21 विशिष्ट क्रियाकलापों के लिए सहायता अनुदान जारी किया गया जिसमें से आठ क्रियाकलापों (33.57 करोड़ रु) पर कोई व्यय नहीं किया गया, और सात क्रियाकलापों के लिए मंत्रालय द्वारा जारी किए गए 125.02 करोड़ रु में से केवल 22.30 करोड़ रु खर्च किए गए थे। ये क्रियाकलाप ग्रामीण स्वास्थ्य योजना, जिला कार्य योजना की तैयारी, विभिन्न स्तरों पर स्वास्थ्य देखभाल इकाईयों का उन्नयन, रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यक्रमों के बारे में जन जागृति, मेडिकल किटों की अधिप्राप्ति, चिकित्सकों के प्रशिक्षण, नियमित टीकाकरण आदि से संबंधित थे।

मंत्रालय ने बताया कि 2005-06 के दौरान, मिशन फ्लैक्सि पूल के अन्तर्गत निर्गम का एक बड़ा भाग अर्थात् 61.5 प्रतिशत निधियों को अन्तिम तिमाही में इसलिए जारी किया गया था क्योंकि रा.ग्रा.स्वा.मि. 12 अप्रैल 2005 को प्रारम्भ किया गया और उसकी कैबिनेट से स्वीकृति बाद में ली गई थी। वर्ष 2006-07 में, राज्यों से लेखापरीक्षा रिपोर्टें बहुत विलम्ब से प्राप्त हुईं जिनकी निधियां जारी करने से पूर्व संवीक्षा की जानी थी।

मंत्रालय द्वारा दिए गए कारण आंशिक रूप से सही थे क्योंकि रा.स्वा.स. के पास उपलब्ध निधियों की प्रतिशतता, 2006 से (मार्च) 2008 तक सभी वर्षों में पिछले पृष्ठ की तालिका 5.3 में उल्लिखित कार्यक्रम के सभी तीन घटकों के लिए कम रही।

5.6 पुराने कार्यक्रमों के अव्ययित शेष की गैर-वापसी/असमायोजन

2005-06 में रा.ग्रा.स्वा.मि., प्र.बा.स्वा.-रूँ एवं जननी सुरक्षा योजना के प्रारम्भ होने के परिणामस्वरूप पूर्व में जारी कार्यक्रमों क्रमशः अधिकार प्राप्त कार्रवाई समूह (अ.का.स.) योजना, प्र.बा.स्वा.-I कार्यक्रम एवं राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना (रा.मा.ला.यो.) समाप्त/विलय हो गई।

मंत्रालय ने बताया कि अ.का.स. राज्यों में अ.का.स. योजना के अन्तर्गत 87.37 करोड़ रु अव्ययित शेष के रूप में पड़ा था; नौ राज्यों/सं.शा.क्षे.²⁵ के पास पूर्व प्र.बा.स्वा.-I कार्यक्रम के 2.79 करोड़ रु अव्ययित शेष के रूप में थे और 31 राज्यों (सिक्किम, दादर एवं नागर हवेली, चण्डीगढ़ एवं पुडुचेरी को छोड़कर सभी राज्य/सं.शा.क्षे.) के पास रा.मा.ला.यो. योजना का 42.74 करोड़ रु अव्ययित शेष के रूप में थे।

तथापि, 11 राज्यों/सं.शा.क्षे. (असम, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, मध्यप्रदेश, उड़ीसा, पंजाब तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड और पुडुचेरी) के रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध करायी गई सूचना के अनुसार प्र.बा.स्वा.-I का 133.28 करोड़ रु अव्ययित शेष के रूप में थे। केवल असम एवं हिमाचल प्रदेश के जिलों में ही क्रमशः 1.48 करोड़ रु एवं 51 लाख रु प्र.बा.स्वा.-I से संबंधित अव्ययित शेष पाये गये थे। इसी प्रकार, मंत्रालय के अभिलेखों के अनुसार उत्तराखण्ड के पास अ.का.स. योजना के अन्तर्गत 1.26 करोड़ रु अव्ययित शेष के रूप में था जबकि रा.स्वा.स. के अभिलेखों के अनुसार यह राशि 5.33 करोड़ रु थी।

मंत्रालय एवं रा.स्वा.स. के पास प्र.बा.स्वा.-I के अन्तर्गत उपलब्ध अव्ययित शेष से संबंधित डाटा में भारी अन्तर मॉनीटरिंग की कमी तथा त्रुटिपूर्ण वित्तीय नियंत्रण को दर्शाता था। मंत्रालय ने रा.स्वा.स. से अव्ययित शेष से संबंधित सही आँकड़ों को प्राप्त करने का प्रयत्न भी नहीं किया ताकि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत आगामी के निर्गम से उस राशि को घटाकर समायोजित किया जा सके।

मंत्रालय ने बताया कि वे प्र.बा.स्वा. फेज-I एवं रा.मा.ला.यो. के अव्ययित शेष की वापसी के लिए राज्यों से आग्रह कर रहे थे।

मंत्रालय को बंद कर दिए गए कार्यक्रमों के अव्ययित शेष को शीघ्रता से समाधान एवं समायोजन करना चाहिए।

5.7 लम्बित उपयोग प्रमाणपत्र

2005-08 के लिए, कार्यक्रम अनुसार बकाया उपयोग प्रमाण पत्र की स्थिति से पता चला कि अक्टूबर 2009 तक मिशन फ्लैक्सि पूल के अंतर्गत 33 राज्यों/सं.शा.क्षे.²⁶ से 3227.95 करोड़ रु के एवं प्र.बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल के अंतर्गत 24 राज्यों/सं.शा.क्षे.²⁷ से 841.82 करोड़ रु के उपयोग प्रमाण-पत्र लम्बित थे।

31 मार्च 2009 तक पल्स पोलियो टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत 26 राज्यों/सं.शा.क्षे. से 140.00 करोड़ रु के उपयोग प्रमाण-पत्र लम्बित थे तथा नियमित टीकाकरण के अंतर्गत 28 राज्यों/सं.शा.क्षे. से 101.75 करोड़ रु के उपयोग प्रमाण-पत्र लम्बित थे। इसी प्रकार,

²⁵ अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, मणिपुर, मेघालय, सिक्किम तथा त्रिपुरा।

²⁶ असम एवं नागालैंड से उपयोग प्रमाणपत्र बकाया नहीं थे

²⁷ आन्ध्र प्रदेश, अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, दिल्ली, गोवा, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, लक्षद्वीप, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल।

रा.कु.उ.का. के अंतर्गत केरल से 29.08 लाख रु का उपयोग प्रमाण-पत्र लम्बित था तथा रा.वे.बो.रो.नि.का. के अन्तर्गत दिल्ली, गोवा तथा केरल से 79.48 लाख रु का उपयोग प्रमाण-पत्र लम्बित था। लम्बित उपयोग प्रमाण-पत्र के ब्यौरे अनुबंध 5.2 में दिये गये हैं। इसके अतिरिक्त, तीन राज्यों के रा.स्वा.स. द्वारा गलत उपयोग प्रमाण-पत्र प्रेषित करने के मामले थे (अनुबंध 5.3)।

इस प्रकार, हमें यह प्रकट हुआ कि रा.स्वा.स. की समाविष्ट क्षमता को ध्यान में रखे बिना तथा पूर्व में जारी की गई निधियों के उपयोग को सुनिश्चित किए बिना मंत्रालय द्वारा निधियां जारी की गई थीं। रा.स्वा.स. द्वारा निधियों को उपयोग करने से पहले मंत्रालय को गलत उपयोग प्रमाण-पत्र जारी करने से मंत्रालय को गलत स्थिति प्रस्तुत की गई।

5.8 प्रबंधन पर व्यय

प्रत्येक स्तर पर वांछित परिणाम को प्राप्त करने और प्रबंधन क्षमता स्थापित करने के लिए रा.ग्रा.स्वा.मि. ने राज्य/जिला के लिए स्वीकृत वार्षिक योजना के 6 प्रतिशत तक प्रबंधन लागत के रूप में निधियां प्रदान की। प्रबंधन व्ययों में चिकित्सा/परा चिकित्सा स्टाफ और अन्य सेवाओं जैसे वित्तीय प्रबंधन, संशोधित सामुदायिक प्रक्रियाएं, संभार-तंत्र डाटा का संग्रहण एवं रख-रखाव, सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग ओर मूल्यांकन एवं मॉनीटरिंग आदि पर होने वाले खर्च दोनों शामिल थी।

2005-08 के दौरान, रा.ग्रा.स्वा.मि. के प्रबंधन पर व्यय के विश्लेषण से पता चला कि नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. ने प्रबंधन व्यय के रूप में निर्धारित राशि से अधिक खर्च किया था। ब्यौरे निम्न तालिका में दिए गए हैं:

तालिका 5.5: रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में प्रबंधन व्यय

राज्य/सं.शा.क्षे.	वर्ष	कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में प्रबंधन व्यय	राज्य/सं.शा.क्षे.	वर्ष	कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में प्रबंधन व्यय
असम	2006-07	13.80	गुजरात	2005-06	18.07
हरियाणा	2007-08	12.00	मध्यप्रदेश	2005-06	10.29
मणिपुर	2005-06	73.44	पंजाब	2006-07	7.75
	2006-07	34.78		2005-06	6.36
	2007-08	20.63		2006-07	8.21
राजस्थान	2005-06	9.94		2007-08	12.75
	2007-08	7.83	दादर एवं नागर हवेली	2005-06	10.63
लक्षद्वीप	2005-06	19.35		2006-07	23.84
	2006-07	20.40		2007-08	18.02
	2007-08	9.00			

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

केरल में राज्य स्वास्थ्य मिशन के लेखे में प्रबंधन व्यय के सभी घटकों को शामिल नहीं किया गया था और बिहार एवं कर्नाटक के रा.स्वा.स. घटकवार व्यय उपलब्ध कराने में विफल रहे जिससे लेखापरीक्षा के समय इनका प्रभावपूर्ण ढंग से विश्लेषण नहीं किया जा सका।

मंत्रालय ने बताया कि प्रबंधन व्यय को छः प्रतिशत की निर्धारित सीमा के अन्दर रखने के लिए राज्यों पर दबाव बनाने के प्रयास किए जा रहे हैं।

5.9 जिलों को निधियों का आबंटन

राज्यों में मिशन के क्रियान्वयन के लिए मंत्रालय ने रा.स्वा.स. को पर्याप्त निधियां जारी कीं। मंत्रालय ने बताया कि केन्द्र पोषित योजनाओं के अन्तर्गत प्रचलित कोषागार मार्ग की बजाय समिति मार्ग से निधियों के स्थानांतरण का औचित्य स्थानांतरण में होने वाले विलम्ब को कम करना था। तथापि, 11 राज्यों में, रा.स्वा.स. से जि.स्वा.स. और जि.स्वा.स. से स्वास्थ्य केन्द्रों तक निधियों के अंतरण में नौ दिन से 34 माह का विलम्ब देखा गया था जिसका विवरण **अनुबंध 5.4-क** में दिया गया है। ऊपर से नीचे निधि के निर्गम में होने वाले विलम्ब और परिणामस्वरूप राज्य एवं जिला स्तर पर बनाई जाने वाली समितियों के समुच्चय और उनके प्रबंधन पर होने वाले व्यय और मंत्रालय से रा.स्वा.स. को निधि के इलेक्ट्रानिक अन्तरण की प्रक्रिया के बावजूद मिशन के क्रियान्वयन में होने में विलम्ब था।

इसके अतिरिक्त, यह पाया गया था कि संसाधनों के संभावित उपयोग का निर्धारण किए बिना 13 राज्यों/ सं.शा.क्षे. (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, पंजाब, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, सिक्किम और अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह) में रा.स्वा.स. ने जिलों को निधियां नियमित आबंटन के रूप में जारी की गई थी। इसके परिणामस्वरूप, स.स्वा.के./प्रा.स्वा.के./उपकेन्द्र के स्तर पर पर्याप्त अव्ययित शेष थे जिनके ब्यौरे **अनुबंध 5.4-ख** में दिये गये हैं। गुजरात, उड़ीसा और उत्तरप्रदेश में श्रेणीबद्ध (स.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. और उपकेन्द्र) और वर्षवार स.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. और उपकेन्द्र को आबंटित निधि की स्थिति का डाटाबेस नहीं बनाने के कारण आबंटन की उपयुक्तता और इन संस्थानों के व्यय की दक्षता की जाँच लेखापरीक्षा में नहीं हो सकी। केवल तमिलनाडु में जिलों से प्राप्त इनपुट के आधार पर निधियों का आबंटन हुआ था।

मंत्रालय ने बताया कि यह राज्यों का उत्तरदायित्व था कि वे जिलों के विशिष्ट मांग एवं इनपुट की प्राप्ति के आधार पर जिलों को निधियों का आबंटन करें।

मंत्रालय के उत्तर की इस तथ्य के प्रकाश में कि इसने राज्यों तथा जिलों में स्वायत्त स्वास्थ्य समितियों की स्थापना की थी, उनके व्यवसायी प्रबन्धन के लिए व्यय किया तथा निर्देश प्रत्यक्ष रूप से दिए, की समीक्षा की जानी चाहिए। इस प्रकार, जिला स्तर आवश्यकताओं के बदले में राज्यों को प्रोत्साहित करने में मंत्रालय की भूमिका तथा समितियों के माध्यम से उदाहरण द्वारा अपने दिशानिर्देशों को सुदृढ़ किए जाने की आवश्यकता है।

5.10 निधियों का विपथन

नियमानुसार, निधियों का उपयोग उन उद्देश्यों के लिए किया जाना चाहिए जिसके लिए वे निर्दिष्ट की गई थी। निधियों के किसी प्रकार से विपथन हेतु सक्षम अधिकारी की संस्वीकृति आवश्यक है।

तथापि, वर्ष 2007-08 के दौरान बिना मंत्रालय के अनुमोदन के बिहार, छत्तीसगढ़ और मध्य प्रदेश के रा.स्वा.स. ने क्रमशः 58.64 करोड़ रु 17.47 करोड़ रु और 52.07 करोड़ रु संबंधित

प्र. एवं बा.स्वा. फ्लैक्सि पूल में उपलब्ध निधि के अधिक्य में मिशन फ्लैक्सि पूल की निधि से किया। मंत्रालय ने कहा कि मिशन के फ्लैक्सि पूल से निधि के विपथन का एक संभावित कारण ज.सु.यो. के लिए भुगतान और बंध्याकरण लाभभोगियों को क्षतिपूर्ति के कारण था। मंत्रालय ने बताया कि कभी-कभी निधियों का विपथन, निधियों के जारी करने के लिए मानदण्ड को पूरा करने के अभाव में, मंत्रालय से राज्यों द्वारा निधियों की प्राप्ति में विलम्ब के कारण होता है। यह तत्काल संकटस्थिति ज.सु.यो. तथा बन्ध्यकरण लाभभोगियों को क्षतिपूर्ति करने के लिए राज्यों में घटित होता है।

इसके अलावा, 2006-08 के दौरान, रा.स्वा.के. और जि.स्वा.के. के स्तर पर 12 नमूना जाँच किए गए मामलों में छः राज्यों में 94.84 करोड़ रु के निधियों का विपथन, निधियां जिन उद्देश्यों के लिए वास्तविक रूप से स्वीकृत की गई थी से भिन्न उद्देश्यों पर देखा गया था (विवरण अनुबंध 5.5 में)।

मंत्रालय के अनुमोदन के बिना निधियों के विपथन के दृष्टांतों से पता चलता है कि आन्तरिक नियंत्रण अपर्याप्त था जिसके परिणामस्वरूप कार्यक्रम के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया गया था।

5.11 खुला अनुदान

5.11.1 स्वास्थ्य केन्द्रों को खुले अनुदान



खुले अनुदानों का गलत उपयोग, केवल फर्नीचर एवं उपकरण खरीदे गए: सा.स्वा.के. दार्शन, जम्मू एवं कश्मीर

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचा के अनुसार, प्रत्येक उ.के., प्रा.स्वा.के. एवं स.स्वा.के. को क्रमशः 10,000 रु, 25,000 रु एवं 50,000 रु के खुले अनुदान दिये जाने थे। इन संसाधनों का उपयोग मंत्रालय द्वारा जारी किए गए दिशा-निर्देश के अनुरूप स्थानीय स्वास्थ्य क्रियाकलापों के लिए किया जाना था।

31 मार्च, 2008 को 29 राज्यों/सं.शा.क्षे. (राज्यवार विवरणी अनुबंध 5.6 में दी गई है) के विभिन्न स.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. एवं उपकेन्द्रों के पास 132.33 करोड़ रु का खुला अनुदान अव्ययित पड़ा था। पर्याप्त अव्ययित खुला

अनुदान यह दर्शाता था कि स्वास्थ्य केन्द्रों की समावेष्टन क्षमता का निर्धारण किए बिना ही निधियों को जारी किया गया था (राज्य विशिष्ट मामले अनुबंध 5.7-क में दिए गए हैं)।

इसके अतिरिक्त, आठ राज्यों में ऐसे अनेक उदाहरण मिले जहाँ खुली निधियों का उपयोग ऐसे उद्देश्य के लिए किया गया जो खुली निधियों की दिशानिर्देशों के अन्तर्गत वर्जित था जैसे फर्नीचर, उपकरण, टेलीविजन, स्टेशनरी, ईंधन आदि की खरीद (विवरण अनुबंध 5.7-ख में दिया गया है)।

मंत्रालय ने बताया कि यह माना गया कि रा.स्वा.स. ने अपनी समावेष्टन की क्षमता को ध्यान में रखते हुए, अपनी का.का.यो. तैयार करने स्वीकार किये थे। खुले अनुदान की अवधारणा को लागू करने का उद्देश्य सामुदायिक भागीदारी को विकसित करना था और उनकी समावेष्टन की क्षमता

में शीघ्र सुधार नहीं हो सकेगा। खुले अनुदान के गलत उपयोग के संबंध में मंत्रालय ने बताया कि कमियों को राज्यों के संज्ञान में लाया जा रहा है।

5.11.2 ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति (ग्रा.स्वा.स्व.स.) को खुला अनुदान

रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन ढाँचा के अनुसार ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के गठन एवं अभिमुखीकरण के पश्चात 1500 तक की जनसंख्या वाले प्रत्येक ग्राम को 10,000 रु तक का वार्षिक अनुदान प्राप्त करना था। खुले अनुदान का उपयोग घरेलू सर्वेक्षण, स्वास्थ्य मेलों, स्वच्छता संचालन, परिभ्रमण निधि आदि के लिए किया जाना था।

किन्तु 10 राज्यों²⁸ के नमूना जिलों के 32678 ग्रामों में से 20839 ग्रामों में खुला अनुदान जारी नहीं किये गये थे। हिमाचल प्रदेश, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड, अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, दादर एवं नागर हवेली, दिल्ली और लक्षद्वीप के ग्रामों में कोई खुला अनुदान जारी नहीं किया गया था। दिसंबर 2007 से मार्च 2008 के दौरान उड़ीसा में 30 जिला स्वास्थ्य समितियों (जि.स्वा.स.) को ग्रा.स्वा.स्व.स. के लिए 9.50 करोड़ रु के खुला अनुदान जारी किए गए थे जबकि वहाँ ग्रा.स्वा.स्व.स. का गठन ही नहीं हुआ था और इसके कारण जि.स्वा.स./स.स्वा.स. के पास निधि अव्ययित रूप में पड़ी रही। पश्चिम बंगाल में ग्रा.स्वा.स्व.स. का गठन नहीं हुआ और पहले से ही विद्यमान ग्राम उन्नयन समितियां (ग्रा.उ.स.) ही ग्रा.स्वा.स्व.स. का कार्य कर रही थी। 2006-07 में 16770 एवं 2007-08 में 28770 ग्रा.उ.स. के लिए खुला अनुदान के भुगतान हेतु पी.एण्ड आर.डी. विभाग को जारी किए गए 45.54 करोड़ रु में से मार्च 2008 तक 32310 ग्रा.उ.स. को 32.31 करोड़ रु जारी नहीं किये गये थे। केरल में ग्रामों के स्थान पर वार्डों को खुला अनुदान दे दिये गये थे। 2006-07 के दौरान 2729 शहरी वार्डों समेत 18868 वार्डों का खुला अनुदान जारी किये गये थे। इस प्रकार, 2729 शहरी वार्डों के लिए जि.स्वा.के. को 2.73 करोड़ रु का अधिक खुला अनुदान जारी हो गया।

तथापि, सकारात्मक पक्ष के रूप में देखा जाए तो मणिपुर के सभी 1193 नमूना ग्रामों में खुले अनुदान को जारी किये गये थे। सिक्किम में 2005-07 के दौरान 452 ग्रा.स्वा.स्व.स. को खुला अनुदान जारी नहीं किया गया था; किन्तु ग्रा.स्वा.स्व.स. को 2007-08 के दौरान 45.90 लाख रु जारी किये गये थे।

चार राज्यों पश्चिम बंगाल (323 में से 81), गुजरात (48 में से 16), मध्य प्रदेश (2765 में से 971) और छत्तीसगढ़ (4238) में ग्रा.स्वा.स्व.स. के निधियों के लिए अलग बैंक खाता नहीं खोला गया था। असम में ग्रा.स्वा.स्व.स. के लिए मंत्रालय से प्राप्त 1.66 करोड़ रु को रा.स्वा.स. ने अन्य कार्यों (स्वास्थ्य दिवस) के लिए विपथन कर दिया।

मंत्रालय ने कहा कि सभी राज्यों/सं.शा.क्षे. के प्रति ग्रा.स्वा.स्व.स. के लिए 10,000 रु की दर से खुला अनुदान जारी किया गया था। 2007-08 से राज्य/ सं.शा.क्षे. की सरकारों ने ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन से संबंधित आवश्यकताओं को वार्षिक का.का.यो. में दिखाना आरम्भ कर दिया था और उसी के अनुरूप निधियों को जारी किया गया था। तथापि, वर्तमान वित्तीय वर्ष से यह निर्णय लिया गया है कि सभी ग्रा.स्वा.स्व.स. के लिए खुला निधि जारी कम से कम एक ग्रा.स्व.स. प्रति राजस्व ग्राम के लिए होगी।

²⁸ गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान

तथापि, मंत्रालय का उत्तर जहां ग्रा.स्वा.स्व.स. का गठन किया गया था, उन ग्रामों को खुले अनुदानों के जारी नहीं करने के कारण उपलब्ध नहीं कराये थे। न ही मंत्रालय ने कई मामलों में ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन और अभिविन्यास सुनिश्चित किए बगैर रा.स्वा.स. तथा/अथवा स.स्वा.स. को सहायता अनुदान को जारी किए गए थे, इसे स्पष्ट नहीं किया था।

5.12 लेखाओं का अनुरक्षण

5.12.1 निधियों का मिलान न होना

2005-08 के दौरान, अधिकांश राज्यों/सं.शा.क्षे. में मंत्रालय द्वारा निर्गमित और रा.स्वा.स. द्वारा प्राप्त की गई निधियों के बीच व्यापक अन्तर था। 2005-06 के दौरान 21 रा.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियाँ मंत्रालय द्वारा जारी किए आंकड़ों से 883.05 करोड़ रु कम थी जबकि रा.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियों का आंकड़ा एक राज्य में 13.12 करोड़ रु से अधिक था। इसी प्रकार 2006-07 एवं 2007-08 के दौरान, मंत्रालय के आंकड़ों की तुलना में 14 एवं 10 रा.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियाँ 618.12 करोड़ रु और 311.72 करोड़ रु कम थी जबकि 7 और 10 रा.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियों के आंकड़े मंत्रालय के आंकड़ों की तुलना में क्रमशः 55.24 करोड़ रु और 322.96 करोड़ रु अधिक जारी की गई थी (विवरण अनुबंध 5.8-क)।

इसके अतिरिक्त, नौ राज्यों में रा.स्व.स. द्वारा जारी और जि.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियों में काफी अन्तर था। 2005-06, 2006-07 एवं 2007-08 के दौरान पाँच, पाँच एवं चार राज्यों में जि.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियों के आँकड़े रा.स्वा.स. द्वारा जारी की गई निधियों के आँकड़ों से क्रमशः 5.22 करोड़ रु, 10.31 करोड़ रु तथा 13.13 करोड़ रु कम थे, जबकि एक, तीन एवं तीन राज्यों में जि.स्वा.स. द्वारा प्राप्त निधियों के आँकड़े क्रमशः 2.92 करोड़ रु, 4.67 करोड़ रु एवं 5.10 करोड़ रु अधिक थे (अनुबंध 5.8-ख)। इन राज्यों में रा.स्वा.स. से जि.स्वा.स. को निधियों के प्रवाह के मिलान की कोई व्यवस्था नहीं थी।

मंत्रालय ने बताया कि मार्च माह में मंत्रालय द्वारा जारी की गई निधियों को रा.स्वा.स. द्वारा अगले वित्त वर्ष के लेखाओं में लिया गया था जबकि मंत्रालय स्वीकृति आदेश की तिथि के अनुसार लेखे में दर्ज करता था जिसके कारण उपरोक्त अन्तर आया। इस समस्या को दूर करने के लिए 2007-08 से समवर्ती लेखापरीक्षा की शुरुआत की गई।

तथापि, मार्च में रा.स्वा.स. को सहायता अनुदान जारी करना एक खराब वित्तीय क्रियाविधि थी। रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे में अनुबद्ध था कि सितम्बर-अक्तूबर तक सहायता अनुदान की दूसरी किश्त जारी की जानी चाहिए, परन्तु इसका पालन नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, 2007-08 में 26 राज्यों और 98 नमूना वाले जिलों में से केवल 11 रा.स्वा.स. और 30 जि.स्वा.स. में ही सनदी लेखाकार द्वारा समवर्ती लेखापरीक्षा क्रियाविधि क्रियान्वित हुई थी।

5.12.2 लेखाओं में असंगति

मिशन के अन्तर्गत मार्गदर्शिका में रा.स्वा.स. और जि.स्वा.स. के लिए लेखांकन की दोहरी प्रविष्टि बहीखाता पद्धति को निर्धारित किया गया था जो सनदी लेखाकार द्वारा लेखापरीक्षित की जानी थी।

तथापि, सात राज्यों/सं.शा.क्षे. में सनदी लेखाकार द्वारा लेखापरीक्षित, रा.स्वा.स. और/या जि.स्वा.स. द्वारा लेखाओं का अनुरक्षण ठीक से नहीं किया गया। लेखापरीक्षा में रा.स्वा.स. और जि.स्वा.स. के प्रारंभिक शेष में त्रुटि, लेखों एवं पास बुक में दर्शाए गए नकद शेष में अन्तर, पूर्ववर्ती वर्ष के अन्त शेष और वर्तमान वर्ष के प्रारंभिक शेष में अंतर आदि पाया गया। राज्य-वार विवरण **अनुबंध 5.9** में दिया गया है जबकि दो राज्यों के बारे में परिणामों को बॉक्स में दिया गया है।

मंत्रालय ने बताया कि सरकार के द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुस्यू बही खातों के अनुरक्षण को सुनिश्चित करने के लिए राज्यों/सं.शा.क्षे. द्वारा कदम उठाए जा रहे थे तथा सनदी लेखाकार द्वारा समवर्ती लेखापरीक्षा की क्रियाविधि को निर्धारित किया गया था।

प्रकरण : लेखाओं में असंगति

कर्नाटक

2005-06 के लिए बैंक के पास बुक में दर्शाए गए वास्तविक अन्त शेष (49.53 लाख रु) एवं वार्षिक लेखों में दर्शाए गए बैंक शेष (-)314.66 लाख रु में अन्तर था। अतएव उक्त हद तक प्राप्ति एवं भुगतान लेखा एवं तुलन पत्र (परिसम्पत्ति के तरफ) में बैंको के पास नकद शेष को कम दिखाया गया है। इस प्रकार, बैंक नकद शेष को इस सीमा तक प्राप्ति और भुगतान लेखे तथा तुलन पत्र (परिसम्पत्ति पक्ष) में कम दर्शाया गया था।

"यद्यपि, मंत्रालय द्वारा निधि प्राप्त हो गई थी और पर्याप्त अप्रयुक्त अनुदान था, तथापि, 2005-06 के व्यय के क्रम में कर्नाटक सरकार के राज्य निधि से आहरित" शीर्ष के अंतर्गत 272.39 लाख रु को तुलन पत्र में देयता के रूप में दिखाया जाता रहा जो मंत्रालय के प्र. एवं बा.स्वा.के फ्लैक्सी पूल से प्राप्ति के रूप में लम्बित था। राशि 2 वर्षों के बाद भी कर्नाटक सरकार को वापस नहीं की गई थी। और इसे देयता के रूप में दर्शाया जाना जारी था।

आर.आई. सशक्तिकरण" और "उपकेन्द्रों के लिए खुली निधि" शीर्ष के अंतर्गत 2005-06 के अंत शेष को 2006-07 के प्रारंभिक शेष के रूप में ना लेने के कारण, वर्ष 2006-07 के तुलन पत्र के देयता को 10.28 करोड़ रु की सीमा तक कम दिखाया गया था।

2006-07 के लेखापरीक्षित लेखों में 622.71 लाख रु का ब्याज दिखाया गया जबकि 747.72 लाख रु ब्याज अर्जित किया गया था। इसके परिणामस्वरूप प्राप्ति एवं भुगतान लेखे और आय एवं व्यय लेखे में 125.01 लाख रूपये की कम प्राप्ति दर्शाई गई।

2006-07 के लेखों में 10 लाख रु के ऋण एवं अग्रिम को कम दिखाया गया है।

बिहार

रा.स्वा.स. के चार भिन्न दस्तावेजों में 1 अप्रैल 2005 को चार भिन्न प्रारंभिक शेष पाए गए थे जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

प्रारम्भिक शेष	01-04-2005 को राशि (करोड़ रु में)
व्यय के विवरण के अनुसार	47.66
2005-06 के वार्षिक लेखे के अनुसार	45.12
वित्तीय विवरणी के अनुसार	52.67
बैंक खाते के अनुसार	43.78

व्यय के विवरणों में अन्त शेष और लगातार तीन तिमाही के प्रारंभिक शेष में अन्तर के परिणामस्वरूप 46.48 करोड़ रु की निवल राशि रा.स्वा.स. के लेखे से बाहर रखी गई।

जि.स्वा.स. को दिए गए 306.87 करोड़ रु के अग्रिम को कुल उपलब्ध निधि में से कम नहीं किया गया था। मई 2008 में मंत्रालय को प्रस्तुत अक्टूबर 2007 से मार्च 2008 से संबंधित वित्तीय मॉनीटरिंग रिपोर्ट (वि.मॉ.रि.) में विशिष्ट क्रियाकलाप के अन्त शेष और प्रारंभिक शेष का उल्लेख नहीं किया गया।

तथापि, यह ध्यान में आया था कि 26 राज्यों तथा 98 नमूना जिलों में से सनदी लेखाकार द्वारा समवर्ती लेखापरीक्षा क्रियाविधि, 2007-08 के दौरान केवल 11 रा.स्वा.स. तथा 30 जि.स्वा.स. में कार्यान्वित की गई थी।

मंत्रालय राज्य इकाईयों द्वारा लेखाओं के अनुरक्षण की मॉनीटरिंग को सुदृढ़ करने पर विचार करें जिसमें कि उचित जांच की एक प्रणाली तथा निधि उपयोग को सही रूप में दर्शाते हुए उसे शेषों को संस्थागत किया गया है।

5.12.3 ब्याज की हानि

रा.ग्रा.स्वा.मि. के मार्गदर्शिका के अनुसार, निधियों को ब्याज-धारित बैंक खाते में रखना था। रा.स्वा.स. को अव्ययित शेष पर अर्जित ब्याज का विवरण देना था।

तथापि, दो राज्यों में अव्ययित शेष को ब्याज धारित खाते में नहीं रखा गया। असम में, लखीमपुर जि.स्वा.स. ने चालू खाता में 1.20 करोड़ रु रख दिया। इसी प्रकार, बिहार में रा.ग्रा.स्वा.मि. के निधियों-को बगैर ब्याज वाले खाते में रखा गया था, भोजपुर के जि.स्वा.स. ने चालू खाता में रखा जिसके कारण जून 2008 तक 37.42 लाख रु के ब्याज की हानि हुई।

इसके अतिरिक्त, मिशन के मार्गदर्शिका में अव्ययित शेष पर न तो अर्जित ब्याज के विवेचन और न ही भविष्य के विमुक्तियों से समायोजन के बारे में उल्लेख किया गया था। रा.स्वा.स. और जि.स्वा.स. द्वारा 2005-08 के दौरान अर्जित किए गए ब्याज को मंत्रालय ने मॉनीटर नहीं किया, न ही उससे होने वाले व्यय पर नियंत्रण रहा। इसके परिणामस्वरूप राज्यों में अर्जित ब्याज से अनाधिकृत व्यय हो गया। राजस्थान में, दोपहर भोजन योजना जिसका 2007-08 तक रा.ग्रा.स्वा.मि. की गतिविधियों से कोई सरोकार नहीं था, के अन्तर्गत जनजातीय क्षेत्र के लिए स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए सूक्ष्म पोषकों पर 2006-07 के लम्बित भुगतान की देयता को रा.ग्रा.स्वा.मि. के निधियों पर अर्जित ब्याज के 3.09 करोड़ रु से व्यय किया गया।

यह रा.स्वा.स. एवं जि.स्वा.स. पर अप्रभावकारी नियंत्रण को दर्शाता था। राज्य और जिला स्तर पर प्रर्याप्त राशि के अव्ययित रूप से पड़े रहने के तथ्य के बावजूद अर्जित ब्याज के विवेचन पर संबंधित स्पष्ट मार्गदर्शिका जारी करने में भी मंत्रालय नाकाम रहा।

मंत्रालय ने बताया कि सा.वि.नि. में ब्याज के विवेचन से संबंधित कोई मार्गदर्शिका नहीं है।

मंत्रालय के उत्तर को इस तथ्य के प्रकाश में विचार करने की आवश्यकता है कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के मार्गदर्शिका में बताया गया है कि रा.स्वा.स. अव्ययित शेषों पर अर्जित ब्याज का विवरण देंगे।

5.12.4 नियंत्रण पंजिकाओं का अनुपयुक्त अनुरक्षण

सभी संगठनों को चाहिए कि व्यय पर नियंत्रण कार्यान्वित करने एवं अन्य प्रशासनिक नियंत्रणों के लिए उपयुक्त नियंत्रण पंजिकाओं एवं सहायक बही खाता का ठीक तरह से अनुरक्षण करें। तथापि, यह पाया गया कि कुछ नियंत्रण पंजिकाओं और सहायक बहीखाता यथा रोकड़ बही, खाता, स्टॉक रजिस्टर, बैंक समाधान विवरणी, सावधि जमा रजिस्टर आदि को बिल्कुल नहीं बनाया गया था या रा.स्वा.स., जि.स्वा.स. और स्वास्थ्य केन्द्रों के स्तर पर निर्धारित रूप में नहीं बनाया गया। इन मामलों का विवरण अनुबंध 5.10 में दिया गया है।

पर्याप्त निधियों का आवेष्टन करते हुए, ऐसी मुख्य योजना के लिए, लेखांकन प्रक्रिया को सरल और कारगर बनाने तथा सभी राज्यों को व्यापक रूप से अपनाये जाने की आवश्यकता है।

अनुशंसाएं

मंत्रालय को चाहिए कि वह निधि योजना आयोग एवं वित्त आयोग के परामर्श से जारी करने के लिए एक मापदंड/भार-सूत्र का विकास, करे जो ग्रामीण जनसंख्या, क्षेत्रफल, स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित मौजूदा आधारभूत संरचना की स्थिति, जनांकिकी सूचकों, सामाजिक-आर्थिक सूचकों एवं रोग के भार एवं निधियों के उपयोग के संयुक्त सूचकों पर आधारित हो। मंत्रालय ने इस अनुशंसा को नोट कर लिया है।

मंत्रालय अपने बैंकिंग इंटरफेस व्यवस्था की समीक्षा वित्त मंत्रालय के परामर्श से करे। निधि की प्रमात्रा को ध्यान में रखते हुए इंटरफेस बैंकिंग हेतु सर्वश्रेष्ठ संभव शर्तों का प्रस्ताव देने तथा अधिकतम पहुंच वाले सार्वजनिक क्षेत्र के बैंकों को प्राथमिकता देनी चाहिए।

रा.स्वा.स. को सुनिश्चित करना चाहिए कि वास्तविक कार्यों पर किए गए व्यय का उपयोग प्रमाण-पत्र प्राप्त कर मंत्रालय को अग्रसरित करे ताकि निधि के निर्बाध प्रवाह को बढ़ावा मिले।

निधि के प्रवाह की व्यवस्था विवेकपूर्ण ढंग से होनी चाहिए ताकि न्यूनतम अव्ययित/अधिक राशि सरकारी लेखे से बाहर रह सके।

रा.स्वा.के. को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि खुली निधियों को दिशानिर्देशों के अनुसार प्रयुक्त किया गया है, इन निधियों का कोई विपथन/दुरुपयोग नहीं है।

रा.स्वा.के को सुनिश्चित करना चाहिए कि खुली निधियों को दिशानिर्देशों के अनुसार जारी किया गया तथा प्रयुक्त किया जाना चाहिए।

मंत्रालय, रा.स्वा.स. द्वारा अव्ययित शेषों पर अर्जित ब्याज तथा उनके लेखापरीक्षित लेखों के माध्यम से उस पर प्रभारित व्यय को मॉनीटर करे।

रा.स्वा.स. को लेखों तथा नियत अभिलेखों का, व्यय के सत्यापन तथा मिशन निधियों के धोखाधड़ी, दुर्विनियोजन या दुरुपयोग के मामले का पता लगाने हेतु सुविधा प्रदान करने के लिए, उपयुक्त अनुरक्षण सुनिश्चित करना चाहिए।

अध्याय-6: अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

6 भौतिक एवं मानव अवसंरचना का क्षमता निर्माण

रा.ग्रा.स्वा.मि. विद्यमान भौतिक अवसंरचना, जैसे कि स्वास्थ्य केन्द्र भवनों, के पुनरूद्धार और नवनिर्माण अथवा नवीकरण, जहां आवश्यक हो, के माध्यम से क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं को संस्थापित करके ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना की विद्यमान क्षमता में अंतर कम करने पर लक्षित था के द्वारा क्रियाशील स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थापना करना चाहता है। मिशन सभी स्तरों पर प्रणाली को समर्थ करते हुए सेवा प्रदान में भी सुधार लाना चाहता है। इसमें श्रमशक्ति योजना एवं अवसंरचना सुदृढीकरण करने में समकालिक संशोधन सम्मिलित है। मिशन ने स्वास्थ्य केन्द्रों के विभिन्न स्तरों हेतु अवसंरचनात्मक, कार्मिक, उपकरण तथा प्रबंधन मानकों को परिभाषित करने वाले समाविष्ट भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों (भा.ज.स्वा.मा.) को विकसित किया था। इसके अतिरिक्त, मिशन स्वास्थ्य केन्द्रों एवं ग्रामीण जनसंख्या के मध्य अंतरा फलक के रूप में कार्य करने हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के बड़े समूह के सृजन के द्वारा मिशन के कार्यान्वयन के प्रत्येक स्तर पर प्रबंधन क्षमता को सृजित करने पर भी लक्षित था।

6.1 सा.स्वा.के. से भा.ज.स्वा.मा. के उन्नयन के लिए राशि का निर्गम

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे में स्वास्थ्य केन्द्रों का उन्नयन भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (भा.ज.स्वा.मा.) के अनुसार किया गया है। राज्यों को 2005-06 के लिए का.का.यो. तैयार करने के लिए जारी किये गये दिशा-निर्देश के अनुसार सा.स्वा.के. को भा.ज.स्वा.मा. में उन्नयन के लिए औसत लागत 40 लाख रू. निर्धारित की गई थी। 2005-06 एवं 2006-07 के दौरान सा.स्वा.के. के उन्नयन के लिए राज्यों को अनुदान की प्रथम किश्त के रूप में 720.20 करोड़ रू. निर्गमित किया गया था। 2007-08 में मंत्रीमंडल ने स्वास्थ्य केन्द्रों के विभिन्न स्तरों के लिए भा.ज.स्वा.मा. की मंजूरी दे दी थी।

निधियों को जारी करने वाले संस्वीकृति आदेश में राज्यों को सभी सा.स्वा.के. के लिए सुविधा सर्वेक्षण पर एक रिपोर्ट एवं उन्नयन के लिए चयनित सा.स्वा.के. के विवरण देना अपेक्षित था। तथापि, राज्यों ने वांछित सूचना मंत्रालय को प्रस्तुत नहीं की थी। इसके अतिरिक्त, 2005-07 के दौरान, छः राज्यों को 20 लाख रू. प्रति सा.स्वा.के. की दर पर 55.80 करोड़ रू. जारी किए थे जबकि ग्रा.स्वा.स. बुलेटिन 2007 के अनुसार इन राज्यों के पास 169 सा.स्वा.के. थे तथा इस प्रकार, यह 33.80 करोड़ रू. हेतु योग्य थे। (तालिका 6.1 में विवरण है)

तालिका 6.1: सा.स्वा.के. के उन्नयन के लिए अधिक निर्गम
(करोड़ रू. में)

राज्य/संघ क्षेत्र नाम	सा.स्वा.के. (ग्रा.स्वा.स. बुलेटिन 2007) की संख्या	जारी की गई निधि	जारी की गई अधिकतम राशि	जारी की गई अधिक निधि
		प्रत्येक सा.स्वा.के. लिए 20 लाख रू. की दर से		
बिहार	70	30.80	14.00	16.80
उत्तराखण्ड	49	10.40	9.80	0.60
मणिपुर	16	4.60	3.20	1.40
मिजोरम	9	3.40	1.80	1.60
नागालैण्ड	21	5.00	4.20	0.80
सिक्किम	4	1.60	0.80	0.80
कुल	169	55.80	33.80	22.00

मंत्रालय द्वारा प्रत्येक सा.स्वा.के. को प्रथम किश्त के 20 लाख रू., जारी करने के परिणामस्वरूप सा.स्वा.के. के अनुसार पहचान किये गए वास्तविक लागत के आधार पर एक दूसरी किश्त जारी की जानी थी। तथापि, आरम्भिक किश्त जारी किए जाने के 12 से 31 महीने के पश्चात भी अधिकतर राज्यों को द्वितीय किश्त जारी नहीं की गई थी क्योंकि राज्यों द्वारा उन्नयन के लिए पहचान किये गये प्रत्येक सा.स्वा.के. के लिए वास्तविक लागत आवश्यकता नहीं भेजी थी एवं मंत्रालय भी आगे की कार्यवाही करने में असमर्थ रहा।

मंत्रालय द्वारा, सा.स्वा.के. के भा.ज.स्वा.मा. की ओर उन्नयन का एवं उन पर किए गए व्यय का, राज्यवार ब्यौरे उपलब्ध नहीं कराये गये। 2005-06 के दौरान जारी किए गए 393.80 करोड़ रू. एवं 2006-07 में जारी किए गए 326.40 करोड़ रू. में से, जुलाई 2008 तक संबंधित वर्षों के लिए मंत्रालय ने, रा.स्वा.स. से क्रमशः केवल 109.95 करोड़ रू. (28 प्रतिशत) एवं 35.14 करोड़ रू. (11 प्रतिशत) के उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त किए।

राज्यों से मांग प्राप्त किए बिना एवं मांग के प्रतिचित्रण तथा सुविधा सर्वेक्षण पर आधारित मांग का विश्लेषण किए बिना और आवश्यकता की योजना बनाए बिना भा.ज.स्वा.मा. से सा.स्वा.के. के उन्नयन के लिए अनुदान जारी किये जाने के परिणामस्वरूप, राशि जारी करने के समय से 24 से 36 माह बीत जाने के पश्चात् भी, 575.11 करोड़ रू. का अनुपयोग या कम से कम उसके उपयोग पर किसी सूचना के अभाव में हुआ है।

मंत्रालय ने बताया कि, सा.स्वा.के. के उन्नयन के लिए निधि की पहली किश्त, राज्य/संघ शासित क्षेत्रों से एक औपचारिक प्रस्ताव प्राप्त किए बिना, जारी की गई। 2007-08 से इस क्रियाकलाप के लिए निधि केवल वार्षिक का.का.यो. के अनुसार जारी की गई थी।

तथापि, मंत्रालय ने निधि जारी करने की आरम्भिक अवधि के उपरान्त भी सुविधा सर्वेक्षण रिपोर्ट, सा.स्वा.के. उन्नयन का विवरण, उपयोगिता प्रमाण पत्र आदि प्रदान करने में रा.स्वा.स. की विफलता हेतु कारणों को इंगित नहीं किया।

6.2 अवसंरचना को बनाने/सुदृढीकरण के लिए अपर्याप्त योजना

रा.ग्रा.स्वा.मि. को स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए विद्यमान अवसंरचना की नव-अवसंरचना /निर्माण तथा सुदृढीकरण के सर्जन का लक्ष्य था कि 2007 तक पहुंच सुधारने तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की गुणवत्ता तथा कार्य का लक्षित 30 प्रतिशत पूरा किया जाए।

छः राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों में, सुविधा सर्वेक्षण की पूरा न होने/गैर संचालन के कारण तथा 24 राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों में सर्वेक्षण के केवल आंशिक पूरा होने से, रा.स्वा.स. और जि.स्वा.स. के पास स्वास्थ्य केन्द्रों की विद्यमान अवसंरचना की स्थिति पर सम्पूर्ण आंकड़े उपलब्ध नहीं थे। अवसंरचना सर्जन/सुदृढीकरण के कार्य आरम्भ करने से पहले, विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों पर निर्धारण कार्य/रोगियों की संख्या तथा सेवाओं में सुधार के पश्चात रोगियों की संख्या में होने वाली संभावित बढ़ोतरी की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, स्वास्थ्य केन्द्रों की सर्जन/उन्नयन की आवश्यकता को घटक नहीं बनाया गया। 23 राज्यों/सं.शा.क्षे. में, मांग, आवश्यकता एवं प्राथमिकता पर आधारित उचित योजना को विकसित किये बिना ही 2005-08 के दौरान अवसंरचना की रचना और सुदृढीकरण के लिए जि.स्वा.स. तथा अन्य कार्यकारणी

अभिकरणों जैसे जि.ग्रा.वि.प्रा., लो.नि.वि., राज्य/केन्द्र, सा.क्षे.उ. आदि को 827.81 करोड़ रु जारी किए गए थे।

18 राज्यों/सं.शा.क्षे. की लेखापरीक्षित जि.स्वा.स. ने स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना की रचना एवं उन्नयन के लिए प्राप्त 146.25 करोड़ रु में से केवल 13.37 करोड़ रु (9 प्रतिशत) का ही कार्य पूर्ण किया गया था। 16 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 85.80 करोड़ रु (60 प्रतिशत) का कार्य, जिसके लिए कार्यकारी अभिकरणों को अग्रिम दिया जा चुका था, प्रगति पर था तथा 30.07 करोड़ रु (21 प्रतिशत) जि.स्वा. केन्द्रों के पास मार्च 2008 तक अव्ययित रहा।

इसके अतिरिक्त 11 राज्यों (तालिका 6.1 अनुबंध) में सिविल निर्माण कार्यों को पूरा करने में हुई देशी के मामले पाए गए तथा 11 राज्यों (विवरण अनुबंध 6.2) में, 232.46 करोड़ रु को सम्मिलित करते हुए, सिविल निर्माण के निष्पादन कार्यों के करने में हुई अनियमितताओं के मामले ध्यान में आए थे।

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत यथेष्ट निधियों के सम्मिश्रण का लक्ष्य अवसंरचना की रचना एवं उन्नयन करने को भा.ज.स्वा.मा. के स्तर तक लाना था। इसलिए इन उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए यह आवश्यक है कि पर्याप्त प्रारंभिक योजना एवं प्राथमिकता दी जाए। यह आवश्यक है कि रा.स्वा.स. एवं जि.स्वा.स. आवश्यकता एवं योजना के सर्वेक्षण के लिए द्रुत मापदण्ड अपनाए, एवं स्वास्थ्य अवसंरचना की रचना एवं उन्नयन के कार्य को निष्पादित करें।



उत्तराखण्ड: प्रा.स्वा.क. मनथट, देहरादून 2005 से निर्माणाधीन है
(मार्च 2008 तक 56.10 लाख रु. जारी किए गए)

6.3 अवसंरचना की रचना एवं उन्नयन में राज्यों का योगदान

राज्य सरकारों को, उप-केन्द्रों की रचना एवं उन्नयन की लागत का 25 प्रतिशत योगदान देना था। 2005-08 के दौरान, 10 राज्य सरकारों (अरुणाचल प्रदेश, असम, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) ने उप-केन्द्रों की अवसंरचना की रचना एवं उन्नयन के लिए 16.81 करोड़ रु. के बराबर राशि का योगदान नहीं दिया।

मंत्रालय ने अपने वार्षिक का.का.यो. का मूल्यांकन करते हुए बताया कि इस विषय पर रा.का.स.स. विचार विमर्श के दौरान, राज्यों/सं.शा.क्षे. की सरकार से चर्चा की गई थी और उन पर स्वास्थ्य अवसंरचना के लिए पर्याप्त योगदान की आवश्यकता के लिए दबाव डाला गया था एवं उस पर मॉनीटरिंग एवं उचित कार्यवाही के लिए, लेखापरीक्षा की अनुशंसा को वित्तीय प्रबन्धन प्रतिवेदनों (वि.प्र.प्र.) के माध्यम से प्राप्त करने के लिए, नोट कर लिया गया था।

6.4 नए स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना में कमी

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढांचे में 5000 जनसंख्या (3000 जनजातीय क्षेत्रों में) के लिए एक उप केन्द्र, 30,000 की जनसंख्या (20,000 जनजातीय क्षेत्रों/रेतीले क्षेत्रों में) के लिए एक

प्रा.स्वा.के. तथा 100000 की जनसंख्या (80,000 जनजातीय क्षेत्रों/रेतीले क्षेत्रों में) के लिए एक सा.स्वा.के. प्रदान करने का लक्ष्य निर्धारित किया था।

जबकि मिजोरम, अं. एवं नि. द्वीपसमूह और पुडुचेरी में प्रत्येक स्तर पर स्वास्थ्य केन्द्रों की अपेक्षित संख्या उपलब्ध थी, बाकि राज्यों/सं.शा.क्षे.²⁹ में, जनसंख्या मानकों द्वारा अपेक्षित/निर्धारित स्वास्थ्य केन्द्र विद्यमान नहीं थे। इसमें 22 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 43,987 उप-केन्द्रों (27 प्रतिशत), 21 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 8613 प्रा.स्वा.के. (31 प्रतिशत), 23 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 4200 सा.स्वा.के. (55 प्रतिशत) की कमी पाई गई थी जिनका रा.ग्रा.स्वा.मि. की अवधि (2005-12) में सर्जन किया जाना अपेक्षित है।

आठ अ.का.स. वाले राज्यों में, स्वास्थ्य केन्द्रों में कमी ध्यान देने योग्य थी, जिसमें उप-केन्द्रों की कुल कमी का 74 प्रतिशत, प्रा.स्वा.के. का 60 प्रतिशत और देशभर के सा.स्वा.के. का 70 प्रतिशत था। इन राज्यों को, जिनमें स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण निदेशक/सूचक पहले से ही खराब थे, मंत्रालय से थोड़ा अनुदान ही मिला, चूंकि अनुदानों को राज्यों में कार्यरत स्वास्थ्य केन्द्रों की कुल संख्या से जोड़ा गया था।

चूंकि मिशन ने 2007 तक, प्रस्तावित नव-अवसंरचना के 30 प्रतिशत का सर्जन करने का लक्ष्य रखा था, 13196 उप-केन्द्रों, 2585 प्रा.स्वा.के. एवं 1261 सा.स्वा.के. को बनाया जाना था। तथापि 2005-08 में, अंतर को मिटाने के लिए, 14 राज्यों/संघ³⁰ शासित क्षेत्रों ने नए स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना का कार्य प्रारंभ नहीं किया था। केवल सात राज्यों में 19 प्रतिशत उप-केन्द्रों, चार राज्यों में 26 प्रतिशत प्रा.स्वा.के. और सात राज्यों में 11 प्रतिशत सा.स्वा.के. की रचना की गई, जबकि छः राज्यों में 7 प्रतिशत उप-केन्द्रों का कार्य, पांच राज्यों में 7 प्रतिशत प्रा.स्वा.के. का कार्य तथा चार राज्यों में 5 प्रतिशत सा.स्वा.के. का कार्य प्रगति पर था। केवल एक राज्य छत्तीसगढ़ ने स्वास्थ्य केन्द्रों की लक्षित संख्या का निर्माण किया था। कमी एवं नए केन्द्रों के स्थापित किए जाने का राज्यवार विवरण अनुबंध 6.3 में है।

मंत्रालय ने कहा कि अब राज्य सरकार ने अपने वार्षिक रा.ग्रा.स्वा.मि. का.का.यो. में नए स्वास्थ्य केन्द्रों को स्थापित करने की आवश्यकता को निर्दिष्ट करना आरम्भ कर दिया था।

6.5 स्वास्थ्य केन्द्रों की भौतिक अवसंरचना

6.5.1 भवन

एक स्वास्थ्य केन्द्र को अच्छी दशा में एक भवन अपेक्षित है। मिशन ने प्रारम्भ होने के तीन वर्ष के पश्चात अनेक स्वास्थ्य केन्द्र, विशेषतः उप-केन्द्र भवन के बिना ही कार्य कर रहे थे।

लेखापरीक्षित इकाईयों में से, 10 राज्यों के 216 उप-केन्द्र (16 प्रतिशत) और 4 राज्यों के 19 प्रा.स्वा.के. (3 प्रतिशत) भवन के बिना कार्य कर रहे थे। इसके अतिरिक्त, 28 राज्यों/ सं.शा.क्षे. के 435 उप-केन्द्र (32 प्रतिशत) और 17 राज्यों के 102 प्रा.स्वा.के. (15 प्रतिशत) तथा चार

²⁹ छह राज्यों क्रमशः गोवा, नागालैण्ड, अरुणाचल प्रदेश, सिक्किम, दिल्ली और चण्डीगढ़ के अलावा।

³⁰ हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, पंजाब, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, दा. एवं ना. हवेली, दमन एवं दीव तथा लक्षद्वीप

राज्यों के सात सा.स्वा.के. का निश्चित सरकारी भवन की कमी के कारण किराये के भवन/पंचायत भवन/अन्य भवन में संचालन किया जा रहा था। इसके अतिरिक्त 16 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 217 उप-केन्द्र (16 प्रतिशत), 16 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 86 प्रा.स्वा.के. (13 प्रतिशत) और पांच राज्यों/सं.शा.क्षे. के 23 सा.स्वा.के. (7 प्रतिशत) जीर्ण-शीर्ण भवनों में कार्य कर रहे थे। भवनों की दशा के राज्यवार विवरण ब्यौरे अनुबंध 6.4 में दिये गये हैं। चार राज्यों में स्वास्थ्य अवसंरचना के दुरुपयोग या अनुपयुक्त प्रयोग की भी घटनाएं/मामले थे, जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

बिहार	प्रा.स्वा.के. में शल्यक्रिया कक्ष को चिकित्सा भण्डार के रूप में प्रयोग किया गया था जबकि 3 प्रा.स्वा.के. में लघु शल्य क्रियाओं को वार्डों में किया गया था।
झारखण्ड	हजारीबाग जिले में, उप-केन्द्र के भवन के एक भाग का प्रयोग जन संवितरण प्रणाली वितरक द्वारा अनाजों के संवितरण हेतु प्रयोग किया गया था। साहेबगंज जिले के बरहरवा प्रा.स्वा.के. में प्रसूति कक्ष को चिकित्सा भण्डार के रूप में प्रयोग किया गया था तथा प्रसूतियां जनरल वार्ड में करवाई जा रहीं थीं।
उत्तर प्रदेश	बांदा तथा इटावा जिले में, बड़ागांव तथा अकबरपुर में उप-केन्द्रों के परिसरों को क्रमशः गांव वालों के लिए जानवर घर के रूप में प्रयोग किया जा रहा था। बहराइच जिले में, सा.स्वा.के. रीसिया के चार वार्डों में से तीन का बैठक हाल के रूप में तथा टीकों के भण्डार के रूप में प्रयोग किया जा रहा था तथा एक शल्यक्रिया कक्ष को प्रसूति कक्ष के रूप में प्रयोग किया गया था। बाराबंकी जिले में प्रा.स्वा.के. सूरतगंज में कुष्ठ रोग चिकित्सालय चल रहा था जबकि इटावा जिले में प्रा.स्वा.के. जसवंत नगर एक तहसील के अधिकार में था।
पश्चिम बंगाल	चार जिलों में 24 प्रा.स्वा.के. के स्टाफ क्वार्टर्स जीर्ण अवस्था में थे तथा गांव वालों द्वारा भूसे, उपलों आदि के भण्डारण के लिए प्रयोग किए जा रहे थे।

स्वास्थ्य केन्द्रों में प्राथमिक अवसंरचना का अभाव, के साथ-साथ ग्रामीण क्षेत्रों में इनकी अनुपलब्धता, दोनों मिलकर मिशन की भविष्य में प्रगति एवं अब तक प्राप्त प्रगति के लिए एक गम्भीर चुनौती प्रस्तुत करता है।



प्रा.स्वा.के. भवन में चल रहा सा.स्वा.के. शीरूर, जिला पुणे, महाराष्ट्र



असम में नया निर्मित किया गया खानाजन उप-केन्द्र



किराए के भवन में उप-केन्द्र धानीघर, जम्मू एवं कश्मीर

6.5.2 स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वास्थ्य एवं स्वच्छता

बड़ी संख्या में स्वास्थ्य केन्द्र विभिन्न मूलभूत सुविधाओं की इनपुट की कमियों के कारण अस्वास्थ्यकर परिस्थितियों में कार्य कर रहे थे।

लेखापरीक्षा दल ने विभिन्न राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों में, सा.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. तथा उप-केन्द्रों में नमूना जांच की। कई मामलों में केन्द्र, अस्वास्थ्यकर वातावरण में कार्य कर रहे थे। चूंकि वे कूड़ा-घर, पशु-छप्पर, ठहरे पानी और प्रदूषित करने वाले उद्योगों के निकट होने पाए गए थे। लेखापरीक्षा जांच से यह भी प्रकट हुआ कि बहुत से स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक अवसंरचना जैसे पानी की पूर्ति और संभरण टैंक, नाली से बहने वाले पानी के निकास की सुविधा, जैविक चिकित्सा कूड़ा के निकास की सुविधा और पुरुष एवं स्त्री के लिए पृथक जनोपयोगी सेवा, की कमी थी विवरण नीचे दिया गया है:

तालिका 6.2: नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों पर स्वास्थ्य एवं स्वच्छता की स्थिति

अवसंरचना प्रतीक	उप-केन्द्र			प्रा.स्वा.के.			सा.स्वा.के.		
	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं.शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं.शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं.शा.क्षे.
निकृष्ट अवसंरचना	159	12	21	69	10	16	24	7	10
खराब साफ सफाई	322	24	22	91	13	15	25	8	10
महिलाओं एवं पुरुषों के लिए पृथक सुविधाओं की कमी	1108	81	28	431	63	26	102	32	22
जल आपूर्ति का कोई प्रबन्ध नहीं	529	39	27	120	17	18	14	4	6
जल भण्डारण हेतु कोई अवसंरचना नहीं	1008	74	28	287	42	24	60	19	15
जल निकासी सुविधा नहीं	668	49	18	241	35	23	58	18	13
जैव-चिकित्सा के अपशिष्ट निपटान की कोई व्यवस्था नहीं	1000	73	28	332	48	21	142	42	20

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

नमूना परीक्षण में प्रकट हुए विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों पर स्वास्थ्य एवं स्वच्छता की राज्यवार स्थिति अनुबंध 6.5 में दी गई है।

स्वास्थ्य जागरूकता में अन्तः स्तर विभिन्नता के साथ-साथ अन्तर्राज्यीय स्वास्थ्य जागरूकता एवं सुविधाओं में बहुत सी विभिन्नताएं थी। जबकि सिक्किम, दमन और दीव, उत्तराखण्ड, तमिलनाडु, पुडुचेरी, मणिपुर, लक्षद्वीप, दादर एवं नागर हवेली, आन्ध्र प्रदेश और अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह के स्वास्थ्य केन्द्रों ने स्वच्छता के कुछ निर्धारकों की कमी के साथ, स्वास्थ्य के एक अपेक्षाकृत स्वीकार्य स्तर को बनाए रखा था, बिहार, कर्नाटक, मध्य प्रदेश और उड़ीसा के बहुत से स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वास्थ्य कम था। इसके अतिरिक्त, जबकि लगभग प्रत्येक राज्य के सा.स्वा.के. ने स्वच्छता के एक निश्चित न्यूनतम स्तर को बनाए रखा था, उप-केन्द्रों में दशा न्यूनतम दर्जे की भी नहीं थी।



उप-केन्द्र मादावूर केरल पर अस्वास्थ्यकर जल भण्डारण सुविधा



प्रा.स्वा.के. नोबोइचा, असम में अपशिष्ट प्रबंधन का अभाव

6.5.3 स्वास्थ्य केन्द्रों पर सहायक अवसंरचना

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (भा.ज.स्वा.मा.) ने स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए अवसंरचना मापदण्डों की एक संख्या निर्धारित की थी, जिनमें न्यूनतम आवश्यकताएं जैसे बिजली की प्रतिपूर्ति, टेलीफोन, वाहन और कम्प्यूटरों की नमूना जांच की गई थी।

लेखापरीक्षा जांच से पता चला कि बहुत से उप-केन्द्र और कुछ प्रा.स्वा.के. बिना बिजली के प्रावधान के कार्य कर रहे थे। अतः रोगी सेवा, शल्य क्रिया थियेटर, लेबर रूम, आपातकालीन सेवाएं और टीकों के संभरण के लिए कोल्ड चेन उपकरण, जिनमें अबाधित बिजली आपूर्ति की आवश्यकता है, के लिए बिजली का एक अतिरिक्त स्रोत (जैनरेटर) अभी कई नमूना सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. में उपलब्ध कराया जाना था। कई स्वास्थ्य केन्द्रों में दूरभाष कनेक्टिविटी³¹, कम्प्यूटर और वाहनों, एम्बूलेंस को सम्मिलित करते हुए उपलब्ध कराया जाना था। विवरण नीचे दिया गया है:

तालिका 6.3: स्वास्थ्य केन्द्रों में सहायक अवसंरचना का अभाव

अवसंरचना प्रतीक	उप-केन्द्र			प्रा.स्वा.के.			सा.स्वा.के.		
	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं. शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं. शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/ सं. शा.क्षे.
बिजली का प्रावधान	657	48	22	93	14	18	2	0.3	2
सहायक विद्युत स्रोत/जनरेटर		लागू नहीं		446	65	27	87	27	24
टेलीफोन प्रावधान	1107	81	28	375	55	25	54	17	12
वाहन/एम्बूलेंस की अपेक्षित संख्या		लागू नहीं		441	64	26	74	23	16
कम्प्यूटर		लागू नहीं		446	65	25	100	31	17

(स्रोत:स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

विभिन्न सहायक अवसंरचनाओं में अन्तर की राज्यवार स्थिति अनुबंध 6.6 में दी गई है।

³¹ तमिलनाडु का उप-केन्द्रों के सा.न.मि. को मोबाइल फोन दिये जाने का उदाहरण एक सकारात्मक शुरुआत, प्रतिस्पर्धा योग्य है।

स्वास्थ्य केन्द्रों की अपर्याप्त अवसंरचना सहायता ने ग्रामीण जनता, विशेषतः आपातकालीन और अंतः सेवाओं को दी जाने वाली स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को प्रतिकूलरूप से प्रभावित किया था। इसने नियंत्रण संरचना, जिसे जि.स्वा.स. और स्वास्थ्य केन्द्रों के बीच वास्तविक समय मॉनीटरिंग और गुणवत्ता प्र.सू.प्र. सूचित करने के लिए सम्बन्ध स्थापित किया जाना अपेक्षित था, को भी कमजोर किया था।

6.5.4 सहायक अवसंरचना

सहायक अवसंरचना जो कि स्वास्थ्य केन्द्रों को कार्य करने के लिए अपेक्षित था कई स्वास्थ्य केन्द्रों में अभी स्थापित की जानी थी जैसाकि नीचे सारणी में विवरण दिया गया है:-

तालिका 6.4: स्वास्थ्य केन्द्रों में सहायक अवसंरचना का अभाव

अवसंरचना प्रतीक	सा.स्वा.के.			प्रा.स्वा.के.			उप-केन्द्र		
	संख्या	प्रतिशत	सम्मिलित राज्य/सं.शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	सम्मिलित राज्य/सं.शा.क्षे.	संख्या	प्रतिशत	सम्मिलित राज्य/सं.शा.क्षे.
स्टाफ के रहने की सुविधा विद्यमान नहीं/भरे हुए	50	16	17	305	44	25	803	59	28
स्टाफ के रहने की सुविधा आंशिक रूप से विद्यमान/भरे हुए	227	71	24	215	31	24	226	17	12
पर्याप्त फर्नीचर का विद्यमान न होना	95	30	13	321	47	20	815	60	21
सुझाव/शिकायत पेट्टी विद्यमान न होना	190	59	29	514	75	30	1130	83	30
चिकित्सा भण्डार का विद्यमान न होना	38	12	10	170	25	19			
रोगियों के लिए प्रतीक्षा कक्ष का विद्यमान न होना	131	41	22	346	50	27			लागू नहीं
परिचर के रहने की सुविधा का विद्यमान न होना	261	81	27						लागू नहीं

(स्रोत स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

यह सुस्पष्ट है कि स्वास्थ्य केन्द्रों में महत्वपूर्ण अवसंरचना तथा सम्पूर्ण स्वास्थ्यता तथा स्वच्छता प्रदान करने के लिए राज्य में, रा.स्वा.स./जि.स्वा.स. द्वारा अधिक संकेन्द्रित प्रयास किए जाने की आवश्यकता है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सुधारने के लिए सहायक अवसंरचना जिसमें बिजली, दूरभाष, एम्बुलेंस इत्यादि सम्मिलित है, प्रदान किए जाने की आवश्यकता है।

मंत्रालय ने बताया कि ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों का उन्नयन करते समय भा.ज.स्वा.मा. के क्रियान्वयन में कुछ समय लगेगा। यह स्थानीय आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विशिष्ट स्थानों पर, ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना के लिए राज्य सरकारों की मांगों पर भी विचार करेगा।

6.6 सेवाएं और सुविधाएं

6.6.1 स्वास्थ्य केन्द्रों पर आवश्यक सेवाएं

रा.ग्रा.स्वा.मि. ने सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. पर सा.स्वा.के. हेतु 30 पलंग के साथ बाह्य रोगी सेवा, अन्तः रोगी सेवा और प्रा.स्वा.के. पर छः पलंग के साथ पुरुष और स्त्री के लिए पृथक

वार्ड, प्रसव कक्ष, निर्धारित लैबोर्टरी जांच के साथ नैदानिक सुविधाओं और आयुष सेवाओं जैसी अत्यावश्यक स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं को देने के आश्वासन का लक्ष्य रखा था। सा.स्वा.के. पर शल्यक्रिया कक्ष, रक्त भंडारण सुविधा और एक्सरे सुविधा के साथ प्रा.स्वा.के. पर 24x7 आपातकालीन सेवाएं प्रदान करने की अत्यावश्यक थी। इसके अतिरिक्त, सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. पर नैदानिक सुविधा की उपलब्धता को सुनिश्चित करते हुए कुष्ठरोग और तपेदिक के नियंत्रण के कार्यक्रम को लक्षित किया गया था। रा.ग्रा.स्वा.मि. में आश्वासन दी गई सेवाओं की उपलब्धता की स्थिति तालिका 6.5 के अनुसार थी।

तालिका 6.5: सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. पर अत्यावश्यक सेवाओं की उपलब्धता

सेवाएं/सुविधाएं	कुल नमूना जांच की गई इकाइयां	इकाइयों की सं. जहां सुविधाएं उपलब्ध थीं	इकाइयों की संख्या जहां सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं	इकाइयों की प्रतिशतता जहां सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं
बाह्य रोगी सेवाएं	1003	947	56	5.58
अन्तः रोगी सेवाएं	971	770	201	20.70
पुरुष और स्त्री के लिए पृथक वार्ड	770	330	440	57.14
लेबर कक्ष	1007	772	235	23.34
नैदानिक सेवाएं	976	628	348	35.66
आयुष सेवाएं	858	154	704	82.05
शल्यक्रिया कक्ष	321	261	60	18.69
एक्सरे सुविधाएं	317	232	85	26.81
रक्त भण्डारण सुविधाएं	317	29	288	90.85
लघु शल्य क्रिया कक्ष	686	242	444	64.72
आपातकालीन सेवाएं	648	273	375	57.87
24x7 प्रसूति सुविधाएं ³²	21377	4868	16509	77.23

प्रत्याभूत सेवाओं के प्रदान करने के सम्बन्ध में निम्न मुद्दे भी देखे गए थे:

- ❖ 161 स्वास्थ्य केन्द्रों पर अ.रो.वि. बिना पृथक कक्ष/धन के कार्य कर रहे थे।
- ❖ 137 सा.स्वा.के. में 30 से कम और 161 प्रा.स्वा.के. में छः से कम पलंग थे जैसा कि मिशन के अंतर्गत निर्धारित था।
- ❖ 37 प्रतिशत सा.स्वा.के. और 54 प्रतिशत प्रा.स्वा.के. पर आधे से अधिक पलंग खाली थे। 25 प्रतिशत नमूना जांच किए गए प्रा.स्वा.के. और सा.स्वा.के. के परिणाम में रोगी-बिस्तर का अनुपात 1.5 से अधिक था, प्रणाली पर यथेष्ट अतिभार को इंगित करते हुए, एक ही समय पर एक अस्पताल बिस्तर का एक से अधिक रोगी द्वारा प्रयोग करने में हुआ। अन्तः सुविधाओं के कम प्रयोग का कारण चिकित्सकों की अनुपस्थिति, अक्रियात्मक शल्यक्रिया कक्ष, वार्ड की बुरी दशा और पास में नागरिक सा.स्वा.के./अस्पताल/ बेहतर अन्तः रोगी सेवाओं इत्यादि पर आरोप्य था। कुछ स्वास्थ्य केन्द्रों पर अतरंग सेवाओं पर अधिक भार का कारण, जननी सुरक्षा योजना का आरम्भ किया जाना और रोगियों के लिए पर्याप्त बिस्तर/अंतरंग सुविधाओं की अनुपलब्धता को आरोप्य था।

³² रा.स्वा.स. द्वारा दी गई सूचना के अनुसार

- ❖ 92 स्वास्थ्य केन्द्रों में क्रियात्मक प्रसव कक्ष नहीं था और 33 स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव वार्ड, खाली स्टाफ क्वार्टर इत्यादि में कराये जा रहे थे।

क दो राज्यों में पृथक आयुष क्लिनिक (उपलब्धि)

दवाईयों की वैकल्पिक पद्धति की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, अंग्रेजी पद्धति से स्वतंत्र, दिल्ली में आयुष के तीन विशेष अस्पताल और 263 दवाखाने और केरल में 1422 पृथक आयुष स्वास्थ्य केन्द्र क्रियात्मक थे।

ख बिहार में नैदानिक और एक्सरे सेवाओं को बाहरी स्रोत से करवाना

2005-06 की आखिरी तिमाही में रा.स्वा.स. बिहार ने दो निजी अभिकरणों के साथ लोक-निजी साझेदारी आधार पर रोगात्मक, सेवाओं को बाहरी स्रोत से कराने का करार हस्ताक्षरित किया। दोनों फर्माँ (19 जिलों में प्रत्येक) ने जून 2006 तक जिला अस्पतालों में नैदानिक प्रयोगशाला को स्थापित करना था और सब-डिवीजनल अस्पतालों में, निर्दिष्ट अस्पतालों में और प्रा.स्वा.के. पर संग्रहण केन्द्रों को चलाना और उन्हें क्रियात्मक करना था। इसी प्रकार, अप्रैल 2006 में, एक्सरे सुविधाओं की सभी प्रा.स्वा. के. निर्दिष्ट अस्पताल, सब-डिवीजनल अस्पताल और जिला अस्पतालों में एक्सरे तकनीशियन के साथ, दिसम्बर 2006 तक कार्य पूर्ण करने के नियमन के साथ एक निजी अभिकरण के बाहरी स्रोतों से प्राप्त किया गया।

अगस्त 2008 में रा.स्वा.स. द्वारा दी गई सूचना के अनुसार, अस्पतालों के 516 विभिन्न स्तर में से केवल 133 अस्पतालों में (जि.अ.-11, क्षे.अ.20 और प्रा.स्वा.के. 102) रोगात्मक जांच सुविधा/संग्रहण केन्द्र स्थापित किए गए और 151 अस्पतालों में एक्सरे केन्द्र खोले गए थे, जिसमें से 88 (प्रा.स्वा.के. 53, सा.स्वा.के. 09 और अन्य-26) एक्सरे सुविधाओं को कार्य में लगाया गया। अस्पतालों द्वारा अनुकूल जगह न दिए जाने के कारण रोगात्मक केन्द्रों को नहीं खोला जा सका। रा.स्वा.स. ने करार के अनुसार जगह और अन्य सुविधाएं न दिए जाने पर, हस्तक्षेप नहीं किया।

- ❖ 476 स्वास्थ्य केन्द्र सभी नियमित प्रयोगशाला जांच प्रदान करने के योग्य नहीं थे। 313 प्रा.स्वा.के. और 91 सा.स्वा.के. पर सभी प्रकार के उपकरणों को अभी प्रयोगशाला में उपलब्ध कराया जाना था।
- ❖ बिहार, हरियाणा, केरल, मणिपुर और पंजाब के सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. में, और पश्चिम बंगाल के प्रा.स्वा.के. में तथा जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, गुजरात, राजस्थान के 19 सा.स्वा.के. और 104 प्रा.स्वा.के. में कुष्ठ रोग की नैदानिक सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। आन्ध्र प्रदेश, मध्य प्रदेश, मिजोरम, पंजाब, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल (इन राज्यों के रा.स्वा.स. ने क्षयरोग के निदान के आवृत्तन के लिए सम्पूर्ण क्षेत्र के लिए सूचित किया था) में 2 सा.स्वा.के. और 98 प्रा.स्वा.के. में क्षयरोग नैदानिक सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी। बिहार में क्षयरोग की 188 इकाईयों और 940 माइक्रोस्कोपी केन्द्रों के प्रति केवल 168 क्षयरोग इकाईयां और 743 माइक्रोस्कोपी केन्द्रों की स्थापना की गई थी।
- ❖ बिहार और उत्तर प्रदेश में आयुष के चिकित्सक, मानकों से उल्लंघन में आयुष दवाईयों की अनुपलब्धता के कारण अंग्रेजी दवाईयों का नुस्खा लिख रहे थे।
- ❖ 50 सा.स्वा.के. में शल्यक्रिया कक्ष क्रियात्मक नहीं थे तथा सर्जन /निश्चेतक अथवा बिजली/जेनरेटर इत्यादि के अभाव में शल्यक्रिया कक्ष के मौजूद होने के बावजूद भी 88 सा.स्वा.के. में शल्यक्रिया नहीं की जा रही थी। अधिकांश सा.स्वा.के. के पास शल्य चिकित्सा कक्ष के लिए निर्धारित उपकरण नहीं थे।

- ❖ 41 सा.स्वा.के. में एक्सरे सुविधा क्रियात्मक नहीं थी। 26 सा.स्वा.के. में, जहां दैनिक मामलों का औसत चार से नीचे था, एक्सरे सुविधाओं का उपयोग उप-इष्टतम था।
- ❖ 35 प्रा.स्वा.के. में लघु शल्य चिकित्सा कक्ष अक्रियात्मक थे।
- ❖ तीन स्टाफ नर्सों, जो कि आपातकालीन सेवाओं को चलाने के लिए आवश्यक थी, 533 प्रा.स्वा.के. पर तैनात नहीं की गई थी।

सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. पर दी जाने वाली सुविधाएं, रा.ग्रा.स्वा.मि. के परिपालन की संरचना के अंतर्गत आश्वासित की गई सेवाओं के अनुसूच नहीं थी। सभी सा.स्वा.के. और प्रा.स्वा.के. पर मूल सेवाएं जैसे अंतरंग रोगी सेवाएं, नैदानिक सुविधाएं, एक्सरे सुविधाएं इत्यादि पूर्णतः क्रियात्मक शल्यक्रिया कक्ष, रक्त भण्डारण सुविधा, लेबर रूम इत्यादि नहीं थे। सा.स्वा.के. प्रथम रेफरल इकाई के रूप में फिर से गठित किये जाने थे, परन्तु इसमें कोई पूर्ण क्रियात्मक शल्य क्रिया थियेटर, रक्त संग्रहण सुविधा - प्रसव रूम इत्यादि नहीं थे। इसी तरह, प्रा.स्वा.के. जोकि रोगी का चिकित्सक के साथ प्रथम अंतराफलक है, में अंतरंग रोगी सेवाएं, लेबर रूम और आपातकालीन सुविधाएं अक्सर अपर्याप्त थीं। अपर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के सामान्य कारण अपर्याप्त अवसररचना, विशेषतः उपकरण और चिकित्सकों और पारा-चिकित्सीय स्टाफ के अभाव के कारण था।

मंत्रालय ने बताया कि अब सभी राज्यों/सं.शा.क्षे. को, वार्षिक का.का.यो. में दर्शाई गई आवश्यकताओं के अनुसार निधियां जारी की जा रही थीं। 24x7 आपातकालीन सेवाओं के विषय में इसने बताया कि राज्यों को 24x7 प्रा.स्वा.के. के परिचालन को, चिकित्सकों, नर्सों और स.न.मि. की तर्कसंगत नियुक्ति, उनके प्रशिक्षण और कुशलता विकास के साथ जोड़ने की आवश्यकता है। आयुष की मुख्यधारा के बारे में इसने कहा कि राज्यों को, प्रा.स्वा.के./सा.स्वा.के. और जि.अ. में आयुष सुविधाओं को सह-स्थापित करने का परामर्श दिया गया था। इन जन स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर आयुष इकाईयों को बनाने के लिए आयुष विभाग, अस्पतालों और दवाखानों की केन्द्र प्रायोजित योजना के माध्यम से इनकी अवसररचना, उपकरण और दवाईयों के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करेगा। रा.ग्रा.स्वा.मि. फ्लैक्सी पूल के अंतर्गत मंत्रालय ने कहा कि राज्यों को आयुष चिकित्सकों एवं सहायता करने वाले स्टाफ को अनुबन्ध पर रखने के लिए और उनके प्रशिक्षण के लिए समर्थन दिया जा रहा था।



रेफरल अस्पताल (सा.स्वा.के.) संदेश, बिहार में अंतरंग वार्ड



रेफरल अस्पताल (सा.स्वा.के.) नीमगांव जिला पुणे, महाराष्ट्र में वार्ड की अच्छी अवस्था



रेफरल अस्पताल (सा.स्वा.के.) शाहपुर, बिहार का प्रसूति कक्ष



गुजरात में गै.स.सं. द्वारा चलाये जा रहे स्वास्थ्य केन्द्र का सुसज्जित प्रसूति कक्ष



प्रा.स्वा.के.-केन्दुर, जिला पुणे, महाराष्ट्र में शल्यक्रिया कक्ष



प्रा.स्वा.के.पीरो, बिहार का अव्यवस्थित शल्यक्रिया कक्ष

6.6.2 आवश्यक प्रसव देखभाल

एक सकारात्मक विकास के रूप में, आन्ध्र प्रदेश तथा चंडीगढ़ में नमूना जांच किए गए सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में सामान्य प्रसव के लिए किट क तथा किट ख और उपकरणों की पर्याप्त आपूर्तियां थी। तथापि, 11 राज्यों तथा सात राज्यों/सं.शा.क्षे. के 50 प्रतिशत से कम स्वास्थ्य केन्द्रों में किसी भी नमूना स्वास्थ्य केन्द्र में सामान्य प्रसव के लिए किट क तथा किट ख और उपकरणों की पर्याप्त आपूर्ति नहीं थी। पांच राज्यों में लेखापरीक्षित स्वास्थ्य केन्द्रों में से किसी भी केन्द्र में नवप्रसूति देखभाल तथा नवप्रसूति पुनरुज्जीवन के लिए उपकरण अभी उपलब्ध कराए जाने थे। जबकि अन्य पांच राज्यों में, केवल 23 प्रतिशत स्वास्थ्य केन्द्रों के पास नवजात देखभाल तथा नवप्रसूति पुनरुज्जीवन उपकरण थे।

13 राज्यों/सं.रा. क्षे. में, 2239 सा.स्वा.के. में से केवल 1007 सा.स्वा.के. (45 प्रतिशत) का प्रथम रेफरल इकाइयों (प्र.रे.ई.) के रूप में उन्नयन किया गया था। 12 राज्यों/सं.शा.क्षे. में किसी सा.स्वा.के. का प्र.रे.ई. के रूप में उन्नयन नहीं किया गया था। 8 राज्यों /सं.शा.क्षे. में किसी भी सा.स्वा.के. में शल्य-प्रसव की सुविधाओं सहित आपातकालीन प्रसव देखभाल की सुविधा अभी

प्रारंभ की जानी थी। अन्य 17 राज्यों/सं.शा.क्षे. में केवल 39 प्रतिशत सा.स्वा.के. में शल्य-प्रसव की सुविधा सहित आपातकालीन प्रसव देखभाल की सुविधा उपलब्ध थी (राज्यवार ब्यौरा अनुबंध 6.7 में दिया गया है)।

सा.स्वा.के. में आपातकालीन प्रसव-देखभाल सुविधा की अनुपलब्धता के विविध कारण जैसे प्रसव तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञों, संवेदनाहरकर्ता के अभाव, ऑपरेशन थियेटर्स का क्रियात्मक न होना, पर्याप्त मूलभूत सुविधाओं, सहायक स्टाफ, रक्त भण्डारण सुविधा का अभाव था। सामान्य प्रसव, नवजात शिशु देखभाल के लिए किट क तथा ख और उपकरणों की अपर्याप्त आपूर्ति, सा.स्वा.के. का प्र.रे.ई. के रूप में उन्नयन न होना तथा सा.स्वा.के. में आपातकालीन प्रसव-देखभाल सुविधा की अनुपलब्धता से स्वास्थ्य केन्द्रों में अनिवार्य प्रसव देखभाल सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

6.6.3 प्र.मा.सं. तथा यौ.सं.सं. प्रबंधन

विशेषकर स्त्रियों के बीच व्यापक रूप से प्रजनन मार्ग संक्रमण तथा यौन संचरण संक्रमण व्याप्त होने के कारण प्र.बा.स्वा. II कार्यक्रम के अंतर्गत प्रत्येक जिला अस्पताल तथा सा.स्वा.के. में प्र.मा.सं. तथा यौ.सं.सं. क्लिनिकों की स्थापना करने पर विचार किया गया था।

तथापि, बिहार, उत्तराखण्ड, सिक्किम तथा लक्षद्वीप में जिला अस्पतालों तथा सा.स्वा.के. में कोई प्र.मा.सं./यौ.सं.सं. क्लिनिकों की स्थापना नहीं की गई थी। इसके अतिरिक्त, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा, त्रिपुरा, पंजाब, पश्चिम बंगाल, हिमाचल प्रदेश, मध्य प्रदेश, दादर एवं नागर हवेली में, सा.स्वा.के. में क्लिनिकों की स्थापना की गई थी। रा.स्वा.स. के अनुसार, गुजरात तथा मिजोरम में सभी सा.स्वा.के. में प्र.मा.सं./यौ.सं.सं. क्लिनिकों की स्थापना की गई थी। तथापि, नमूना जांच ने दर्शाया कि गुजरात तथा मिजोरम में, नमूने के तौर पर लिए गए क्रमशः 12 सा.स्वा.के. में से 11 में तथा नमूना लिए गए तीन सा.स्वा.के. में से एक में ये क्लिनिक स्थापित नहीं किए गए थे। झारखंड में, यद्यपि 22 जिला अस्पतालों में प्र.मा.सं./यो.सं.सं. क्लिनिक स्थापित किए गए थे, तथापि स्त्रीरोग विशेषज्ञों तथा नैदानिक सुविधाओं के अभाव के कारण ये क्रियात्मक नहीं थे।

मंत्रालय ने बताया कि यौ.सं.सं. और प्र.मा.सं. हेतु सुविधाएं राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत आवृत्त की गई थी तथा उप-जिला स्तर पर पृथक रूप से यो.सं.सं. क्लिनिक स्थापित करने का कोई प्रावधान नहीं था।

तथापि, रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे में प्र.मा.सं./यो.सं.सं. के प्रबंधन को, सा.स्वा.के. के रूप में कार्य करने के लिए स्पष्ट रूप से अनिवार्य बनाया गया था।

6.6.4 गर्भ की चिकित्सीय समाप्ति (ग.चि.स.) सेवाएं

ग.चि.स. हेतु सुविधाओं की गुणवत्ता तथा मात्रा बढ़ाना प्र.बा.स्वा.-II का एक महत्वपूर्ण संघटक है। कार्यक्रम में, जिला अस्पतालों, सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में उपकरणों ऑपरेशन थियेटर तथा ग.चि.स. किटों के प्रावधान, चिकित्सा अधिकारियों तथा नर्सों को आवश्यकता के आधार पर प्रशिक्षण देने पर विचार किया गया है।

तथापि, आन्ध्र प्रदेश, बिहार, लक्षद्वीप, मणिपुर, अ.एवं नि. द्वीप समूह तथा पुडुचेरी में लेखापरीक्षित किसी भी सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्व.के. में ग.चि.स. सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी। इसके अतिरिक्त, 18 राज्यों/सं.शा.क्षे.³³ में केवल 62 प्रतिशत सा.स्व.के. तथा 25 प्रतिशत प्रा.स्वा.के. में ग.चि.स. सुविधाएं उपलब्ध थी। इस सेवा की अनुपलब्धता मुख्यतः ग.चि.स. किटों, डॉक्टरों/नर्सों तथा उपकरणों के अभाव के कारण थी।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों को, प्र.रे.ई. को परिचलनात्मक करके, 24x7 प्रा.स्वा.के. में सुरक्षित गर्भमात सेवाओं पर डॉक्टरों को प्रशिक्षण देकर तथा उपकरणों का प्रावधान करके इस सुविधा के साथ सम्बद्ध करने की आवश्यकता थी। मंत्रालय ने यह भी बताया कि इस संबंध में राज्यों को कई बार कहा गया था।

6.6.5 कोल्ड चैन प्रबंधन

टीकाकरण कार्यक्रम को प्रोत्साहित करने के लिए समस्त सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में कोल्ड चैन अनुसंधान देखा गया था। 21 राज्यों/सं.रा.क्षे. में लेखापरीक्षित 220 सा.स्वा.के. में से 205 सा.स्वा.के. (93 प्रतिशत), 156 सा.स्वा.के. (71 प्रतिशत) तथा 209 सा.स्वा.के. (95 प्रतिशत) में कोल्ड चैन अनुसंधान करने के आवश्यक उपकरण अर्थात् क्रमशः आइस लाइन फ्रिजर, रेफ्रिजरेटर तथा डीपफ्रिजर उपलब्ध (ब्यौरे अनुबंध 6.8-क में दिए गए हैं) थे। बिहार में नमूना जांच किए गए 12 सा.स्वा.के. में से किसी में भी कोल्ड चैन उपकरण उपलब्ध नहीं था।

यद्यपि जांच किए गए 217 प्रा.स्वा.के. में से, 110 प्रा.स्वा.के. (51 प्रतिशत), 90 प्रा.स्वा.के. (41 प्रतिशत) तथा 104 प्रा.स्वा.के. (48 प्रतिशत) में क्रमशः आइस लाइन फ्रीज, रेफ्रिजरेटर तथा डीप फ्रीजर उपलब्ध थे (ब्यौरे अनुबंध 6.8-ख में दिए गए हैं)। तथापि, हरियाणा, मेघालय, मध्य प्रदेश, पुडुचेरी तथा पश्चिम बंगाल (5 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में जांच किये गये 124 प्रा.स्वा.के. में से किसी में भी कोल्ड चैन उपकरण उपलब्ध नहीं थे।

इसके अतिरिक्त उपलब्ध उपकरणों का निरन्तर विद्युत आपूर्ति के अभाव तथा स्थायी विद्युत स्रोतों के क्रियात्मक न होने/अनुपलब्धता के कारण दक्षतापूर्वक उपयोग में नहीं लाया गया था। इसके अलावा, बिहार, लक्षद्वीप तथा उत्तर प्रदेश में 31 प्रतिशत से 68 प्रतिशत तक कोल्ड चैन उपकरण क्रियात्मक नहीं था।

मंत्रालय ने बताया कि भारत सरकार ने, राज्यों/सं.शा.क्षे. को नियमित टीकाकरण के सुदृढीकरण तथा आपूर्ति किए गए अतिरिक्त पुर्जों के कार्यक्रम के अंतर्गत कोल्ड चैन उपकरण के अनुसंधान हेतु बजटीय सहायता प्रदान की थी। इसके अतिरिक्त, विद्युत आपूर्ति विघटित होने के मामले में, मा.स. ने वैकल्पिक विद्युत आपूर्ति के लिए प्रा.स्वा.के./सा.स्वा.के. हेतु जैनरेटर के लिए पी ओ एल भी उपलब्ध कराया जिसे कोल्ड चैन के अनुसंधान हेतु उपयोग किया जा सकता है।

तथापि, यह प्रतीत होता है कि रा.स्वा.स. मंत्रालय द्वारा प्रदत्त स्रोतों को प्रभावी रूप से प्रयोग नहीं कर रहे थे। कोल्ड चैन प्रबंधन का अभाव सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम जो कि मिशन के अन्तर्गत एक उच्च प्राथमिकता क्षेत्र है, की प्रभावकारिता पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता था।

³³ असम, झारखण्ड, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तराखण्ड, उत्तर प्रदेश, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, हिमाचल प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु और पश्चिम बंगाल।

6.7 स्टाफ उपलब्धता और तैनाती

6.7.1 उप-केन्द्र

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यक्रम के अंतर्गत प्रत्येक उप-केन्द्र दो सहायक उपचर्या प्रसाविकाओं (स.उ.प्र., महिला) तथा एक बहुउद्देशीय कार्यकर्ता (ब.उ.का. पुरुष) द्वारा चलाया जाना था। मिशन का उद्देश्य वर्ष 2007 तक 30 प्रतिशत उप-केन्द्रों में दो सं.उ.प्र. तथा 2008 तक 60 प्रतिशत उप-केन्द्रों में दूसरी स.उ.प्र. की संविदा आधार पर नियुक्ति सुनिश्चित करना था। यद्यपि स.उ.प्र. को केन्द्रीय अनुदानों में से वेतन देना था, किन्तु ब.उ.का. को राज्य सरकार द्वारा वेतन दिया जाना था।

नमूना इकाइयों के बीच, 20 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 116 उप-केन्द्र (9 प्रतिशत) स.उ.प्र. के बिना कार्य कर रहे थे। 29 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 992 उप-केन्द्रों (77 प्रतिशत) में दो स.उ.प्र. की तैनाती नहीं की गई थी तथा हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, सिक्किम, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल तथा लक्षद्वीप में किसी भी उप-केन्द्र में दो स.उ.प्र. नहीं थी। ब.उ.का. की तैनाती अपर्याप्त थी तथा 27 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 775 उप-केन्द्रों (60 प्रतिशत) में कोई ब.उ.का. नहीं था। बिहार, उत्तर प्रदेश, लक्षद्वीप, चंडीगढ़ तथा पुडुचेरी में जांच किए गए उप-केन्द्रों में कोई ब.उ.का. नहीं था। इसके विपरीत, मेघालय, मिजोरम, सिक्किम तथा दमन एवं दीव सभी जांच किये गये उप-केन्द्रों में एक ब.उ. का था। उप-केन्द्रों में अपेक्षित स्टाफ की अनुपलब्धता की राज्यवार स्थिति का ब्यौरा अनुबंध 6.9 में दिया गया है।

6.7.2 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (प्रा.स्वा.के.)

प्रा.स्वा.के. का प्रथम विषय ग्रामीण जनता का, डॉक्टर के साथ परस्पर प्रभाव डालने का था जिसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा निरीक्षण किया जाना था। इसके अलावा, मिशन का उद्देश्य प्रत्येक प्रा.स्वा.के. में संविदा आधार पर आयुष डॉक्टर उपलब्ध कराना था। चूंकि रा.ग्रा.स्वा.मि. का प्रत्येक प्रा.स्वा.के. को 24x7 आधार पर चलाने का उद्देश्य था, तथापि प्रत्येक प्रा.स्वा.के. में तीन स्टाफ नर्स (2007 तक 30 प्रतिशत प्रा.स्वा.के. तथा 2008 तक 60 प्रतिशत केन्द्रों में) नियुक्त की गई थी। प्रा.स्वा.के. में सहायक पराचिकित्सा स्टाफ जैसे उपचर्या प्रसाविका, फार्मासिस्ट, लैब तकनीशियन तथा महिला स्वास्थ्य निरीक्षक भी नियुक्त किए जाने थे।

15 राज्यों के, 71 प्रा.स्वा.के. (11 प्रतिशत) एलोपैथी डॉक्टर के बिना कार्य कर रहे थे। 28 राज्यों/सं.शा.क्षे. के 518 प्रा.स्वा.के. (86 प्रतिशत) में कभी भी आयुष डॉक्टर की नियुक्ति नहीं की गई थी। जांच किए गए 69 प्रा.स्वा.के. एक एलोपैथी डॉक्टर या आयुष डॉक्टर के बिना कार्य कर रहे थे। इसका अभिप्राय यह है कि उनके क्षेत्र में रहने वाली जनता के लिए बिल्कुल भी कोई डॉक्टर उपलब्ध नहीं था। आन्ध्र प्रदेश, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, केरल, मध्य प्रदेश मिजोरम, पंजाब, सिक्किम, त्रिपुरा तथा लक्षद्वीप में जांच किए गए केन्द्रों में से किसी में भी आयुष डॉक्टर नहीं था।

सहायक/पैरा चिकित्सा स्टाफ की उपलब्धता, सन्तोषजनक स्थिति से भी कहीं कम थी जैसा कि तालिका 6.6 में वर्णन किया गया है:

तालिका 6.6: प्रा.स्वा.के. में सहायक स्टाफ की स्थिति

पद/पदनाम	प्रा.स्वा.के. जहां सहायक स्टाफ अपेक्षित था वहां तैनाती नहीं की गई, की संख्या (प्रतिशत)	शामिल राज्यों/सं.शा.क्षे. की संख्या	उन सभी जांच किए प्रा. स्वा.के. जिनके पास अपेक्षित स्टाफ था, की स्थिति (सकारात्मक सूचक)
एक स्टाफ नर्स ³⁴	285 (44)	24	
तीन स्टाफ नर्स ³⁵	535 (82)	29	अ.एवं नि. द्वीप समूह
उपचर्या प्रसाविका ³⁶	179 (46)	15	तमिलनाडु, सिक्किम, अ. एवं नि. द्वीपसमूह, दा.व.ना. हवेली, पुडुचेरी
लैब तकनीशियन	336 (52)	25	त्रिपुरा, अं.व नि., दा. व ना. हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप
फार्मासिस्ट	191 (29)	21	जम्मू व कश्मीर, महाराष्ट्र, मिजोरम, पंजाब, तमिलनाडु, अं. एवं नि. द्वीप समूह, दा.व ना. हवेली, दमन व दीव लक्षद्वीप
महिला स्वास्थ्य निरीक्षक ³⁷	312 (53)	19	महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु, अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, दादरा एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, पुडुचेरी

प्रा.स्वा.के. में श्रमशक्ति की अनुपलब्धता की राज्य वार स्थिति अनुबंध 6.10 में दी गई है।

6.7.3 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सा.स्वा.के.)

रा.ग्रा.स्वा.मि. का उद्देश्य ग्रामीण जनता के लिए भा.ज.स्वा.मा. के अंतर्गत सात विशेषज्ञ डॉक्टर तथा नौ स्टाफ नर्सों उपलब्ध करवा कर (2007 तक 30 प्रतिशत तथा 2009 तक 50 प्रतिशत) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को प्रथम रेफरल इकाई के रूप में विकसित करना था। सा.स्वा.के. में, सहायक स्टाफ जैसे फार्मासिस्ट तथा लैब तकनीशियन भी उपलब्ध कराए जाने थे।

सकारात्मक विकास
अं. व नि. द्वीपसमूह, चंडीगढ़, दा. व ना. हवेली, दमन एवं दीव तथा पुडुचेरी में सभी जांच किए गए सा.स्वा.के. में नर्सों की पूरी संख्या उपलब्ध थी।

जांच किए गए सा.स्वा.के. में विशेषज्ञ डॉक्टरों की उपलब्धता बहुत कम थी जैसाकि तालिका 6.7 में दर्शाया गया है।

³⁴ बिहार तथा सिक्किम में, जांच किए गए 42 प्रा.स्वा.के. में किसी में भी एक स्टाफ नर्स नहीं थी।

³⁵ बिहार, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, मध्य प्रदेश, मेघालय, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, दादर व नागर हवेली तथा लक्षद्वीप के नमूना प्रा.स्वा.के. में किसी में भी तीन स्टाफ नर्स नहीं थी।

³⁶ हिमाचल प्रदेश, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, लक्षद्वीप में नमूना प्रा.स्वा.के. में किसी में भी उपचर्या प्रसाविक नहीं थी।

³⁷ छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू व कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम उत्तर प्रदेश में किसी नमूना प्रा.स्वा.के. में महिला स्वास्थ्य निरीक्षक नहीं थी।

विशेषज्ञ डॉक्टरों की उपलब्धता की राज्य वार स्थिति अनुबंध 6.11 में दी गई है।

तालिका 6.7: उन सा.स्वा.के. की संख्या जिनमें विशेषज्ञ डॉक्टर उपलब्ध नहीं थे

विशेषज्ञ डॉक्टर	सा.स्वा.के. की संख्या	नमूने का प्रतिशत	शामिल राज्य/सं.शा.क्षे. की संख्या
सामान्य फिजिशियन	219	72	23
सामान्य सर्जन	224	74	28
प्रसूति विशेषज्ञ एवं स्त्रीरोग विशेषज्ञ	226	74	28
बाल रोग विशेषज्ञ	236	78	28
निश्चेतक	272	89	29

टिप्पणी: अरुणाचल प्रदेश तथा दिल्ली से आंकड़े प्राप्त नहीं हुए

प्रदेश, मिजोरम, उड़ीसा, तमिलनाडु, त्रिपुरा तथा उत्तर प्रदेश में जांच किए गए सभी सा.स्वा.के. में नौ स्टाफ नर्सों से कम थी। जांच किए गए सा.स्वा.के. में सहायक स्टाफ की स्थिति निम्नलिखित तालिका में दर्शाई गई है:-

तालिका 6.8: सा.स्वा.के. में सहायक स्टाफ की स्थिति

पद/पदनाम	उन सा.स्वा.के. की सं. (प्रतिशत) जहां तैनाती नहीं की गई थी	शामिल राज्य/सं.शा.क्षे. की संख्या	वे राज्य जहां जांच किए गए सभी सा.स्वा.के. के पास यह स्टाफ था (सकारात्मक सूचक)
रेडियोलॉजिस्ट ³⁸	209 (69)	25	दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप, पुडुचेरी
फार्मासिस्ट	55 (18)	16	जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, अं. व नि. दीप समूह, चंडीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप, पुडुचेरी
लैब तकनीशियन	60 (20)	19	हिमाचल प्रदेश, मिजोरम, पंजाब, त्रिपुरा, सिक्किम, अं. एवं नि. द्वीपसमूह, चंडीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप, पुडुचेरी

जांच किए गए सा.स्वा.के. में चिकित्सा तथा पराचिकित्सीय स्टाफ की कमी के राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध 6.12 में दिए गए हैं।

ग्रामीण जनता को स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं देने के लिए चिकित्सा देखभाल प्रादात्ताओं जैसे विशेषज्ञ डॉक्टरों, नर्सों, स.उ.प्र. तथा सहायक स्टाफ जैसे फार्मासिस्ट, लैब तकनीशियन, महिला स्वास्थ्य निरीक्षक, बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं की तैनाती बढ़ाएं जाने की आवश्यकता है।

³⁸ आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, मेघालय, उड़ीसा, पंजाब, पश्चिम बंगाल, तथा अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह में किसी नमूना सा.स्वा.के. में कोई रेडियोलॉजिस्ट नहीं था।

मंत्रालय ने बताया कि सभी राज्य/सं.शा.क्षे. सरकारों ने स्वास्थ्य केन्द्रों में श्रमशक्ति की उपलब्धता सुधारने के लिए कई कदम उठाए थे। रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत श्रमशक्ति की उपलब्धता की स्थिति सुधारने के लिए चिकित्सा तथा पराचिकित्सा स्टाफ की संविदा आधार पर नियुक्ति के लिए निधियां भी जारी की गई थी।

तथापि, यह प्रतीत होता है कि राज्य सरकार द्वारा उठाए गए कदम ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सीय देखभाल प्रदाताओं में कमी के प्रभावी रूप से निदान के लिए पर्याप्त नहीं थे।

6.8 संविदा आधार पर स्टाफ की नियुक्ति

स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदान करने के लिए अतिरिक्त श्रमशक्ति उपलब्ध कराने तथा इस अंतर को भरने हेतु रा.ग्रा.स्वा.मि. में चिकित्सा तथा सहायक श्रमशक्ति को संविदा आधार पर कार्य पर लगाने की व्यवस्था करता है। तथापि का.का.यो. के अंतर्गत निर्धारित लक्ष्यों की तुलना में संविदा आधार पर स्टाफ की नियुक्ति में कमियां देखी गई थी जैसाकि 19 राज्यों³⁹ में दर्शाया गया है।

ब्लॉक स्तर के चिकित्सा स्तरों पर डॉक्टरों, नर्सों तथा सहायक स्टाफ को संविदा आधार पर कार्य पर लगाने में कमियां बहुत अधिक थी। जिला स्तर पर सहायक स्टाफ को कार्य पर लगाने के संबंध में कमियां अपेक्षाकृत कम थी। इस भिन्न प्रवृत्ति के लिए कारण, ग्रामीण क्षेत्रों में योग्यता प्राप्त कार्य करने वाले लोगों का अभाव तथा रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा संविदा-आधार पर स्टाफ की नियुक्ति करने की प्रक्रिया को प्रारंभ न किया जाना/देर से प्रारंभ किया जाना हो सकते हैं।

इसके अतिरिक्त पांच राज्यों/सं.शा.क्षे. (छत्तीसगढ़, दादर एवं नागर हवेली, गुजरात, मध्य प्रदेश तथा पुडुचेरी) में 29 से 57 प्रतिशत संविदात्मक स्टाफ अपनी संविदा-अवधि समाप्त होने से पहले छोड़ कर चला गया। चूंकि, जन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए सेवा-कार्मिकों की निरन्तर उपस्थिति आवश्यक होती है, संविदात्मक आधार पर श्रमशक्ति विशेषकर चिकित्सा अधिकारियों में अधिक परिवर्तन करने से अच्छी चिकित्सा सेवा प्रदान करने में कठिनाई होगी।

³⁹ असम, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, पंजाब, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, पश्चिम बंगाल, दादर एवं नागर हवेली, लक्षद्वीप, बिहार, छत्तीसगढ़, हरियाणा, राजस्थान तथा पुडुचेरी।

चार राज्यों में, नमूना जांच से संविदा-आधार पर नियुक्ति करने में निम्नलिखित अनियमितताएं प्रकट हुईं:

केरल	रा.स्वा.स. ने इस नियम, कि किसी सरकारी कर्मचारी को सेवा में रहते हुए, किसी प्रकार की संविदात्मक नियुक्तियों में जाने की अनुमति नहीं है, का उल्लंघन करके सेवा में रहते हुए डॉक्टरों की सांयकालीन शिफ्ट ड्यूटी करने के लिए संविदा आधार पर नियुक्ति की। लेखापरीक्षा द्वारा ध्यान दिलाए जाने पर राज्य मिशन ने उनकी सांयकालीन शिफ्ट सेवाएं समाप्त कर दी।
बिहार	2007-08 के दौरान, संविदा आधार पर नियुक्त की गई स.उ.प्र. का चयन उनकी मैट्रिक परीक्षा में प्राप्त अंकों के आधार पर किया गया था। जब 14 अभ्यर्थियों की मार्कशीटों की बिहार स्कूल परीक्षा बोर्ड (बि.स्कू.प.बो.) के अभिलेखों के साथ तुलना की गई तो उनकी मार्कशीटें संदेहास्पद पाई गई थी, क्योंकि अभ्यर्थियों का चयन समरूप मार्कशीटों के आधार पर किया गया था उनके वास्तविक अंक भिन्न थे या बि.स्कू.प.बो. के अभिलेखों में इस प्रकार के उपस्थिति कोड उपलब्ध नहीं थे। जि.स्वा.स., नालंदा ने अगस्त 2008 में जारी लेखापरीक्षा प्रश्न का कोई उत्तर नहीं दिया था।
जम्मू एवं कश्मीर	स्थानीय रेजिडेंस के मानदण्डों का 384 मामलों में से 92 में संविदात्मक कर्मचारियों की नियुक्ति करते समय पालन नहीं किया गया था।
उड़ीसा	20 खण्ड कार्यक्रम संगठनों ने एक विज्ञापन प्रकाशित करने के पश्चात अपेक्षित योग्यता कम करके तथा एक परीक्षा आयोजित करने के बाद निर्धारित न्यूनतम उत्तीर्ण अंक घटाते हुए नियुक्तियों की थी।

6.9 कार्यक्रम प्रबंधन सहायक इकाई

रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देशों में राज्य, जिला तथा ब्लॉक स्तरों पर स्वास्थ्य समितियों हेतु सचिवालय के रूप में कार्य करने तथा व्यवसायियों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रबंधन को सरल बनाने के लिए कार्यक्रम प्रबंधन सहायक इकाई (का.प्र.स.इ.) की स्थापना करने की व्यवस्था करता है। राज्य कार्यक्रम प्रबंधन सहायक इकाई (रा.का.प्र.स.इ.) की मानव संसाधन, व्यावहारिक परिवर्तन सूचना, अनुश्रवण और मूल्यांकन, एम.बी.ए., सनदी लेखाकार, प्र.सू.प्र. विशेषज्ञ, प्र.वा.स्वा. हेतु परामर्शदाताओं तथा अन्य राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों द्वारा अवलोकन किया जाना अपेक्षित था। जिला तथा ब्लॉक का.प्र.स.इ. को भी प्रबंधन, लेखांकन तथा कम्प्यूटर एम्प्लीकेशन में विशेषता प्राप्त कार्मिकों द्वारा अवलोकित किया जाना था।

झारखंड, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल तथा चंडीगढ़ के अलावा, सभी राज्यों ने राज्य का.प्र.स.इ. की स्थापना की थी। आन्ध्र प्रदेश, पंजाब तथा तमिलनाडु में जबकि राज्य स्तर पर का.प्र.स.इ. की स्थापना की गई थी, तथापि इसे जिला तथा ब्लॉक स्तर पर स्थापित नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, छत्तीसगढ़, हरियाणा तथा कर्नाटक में यह ब्लॉक स्तर पर स्थापित नहीं किया गया था तथा बिहार, महाराष्ट्र, उड़ीसा, राजस्थान तथा उत्तराखण्ड में ब्लॉक स्तर इकाईयां कहीं-कहीं ही स्थापित की गई थी।

इसके अतिरिक्त, 12 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁴⁰ में, राज्य का.प्र.स.इ. में संस्वीकृत स्टाफ संख्या तीन से छः के बीच में थी, जिसमें सामान्यतः एक कार्यक्रम प्रबंधक, एक लेखा प्रबंधन तथा एक डाटा प्रबंधक शामिल थे। इसके अतिरिक्त, रा.स्वा.स. को व्यापक उत्तरदायित्व तथा निधि देने के बावजूद इन राज्यों/सं.शा.क्षे. में रा.का.प्र.स.इ., स्टाफ के धारणीय स्तर के अनुसार कार्य नहीं

⁴⁰ छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, पंजाब, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, उत्तराखण्ड, दादर एवं नागर हवेली तथा दमन एवं दीव

कर रही थीं। इसने यह भी दर्शाया कि विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रम कार्यान्वित करने वाली समितियों का रा.स्वा.स. के साथ प्रभावशाली ढंग से विलयन नहीं किया गया था क्योंकि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत राज्य स्तर पर सांस्थानिक स्थापना पर आधारित दिशानिर्देशों में यह अनुबद्ध था कि रा.का.प्र.स.इ. में प्र.वा.स्वा के लिए परामर्शदाता होने थे। इसके अतिरिक्त, चार राज्यों/सं.शा.क्षे. (बिहार, केरल, तमिलनाडु, लक्षद्वीप) में जहां रा.का.प्र.स.इ. में पर्याप्त संस्वीकृत स्टाफ संख्या थी, कुछ महत्वपूर्ण पद खाली रहे।

जिला स्तर पर, 12 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁴¹ में, जि.का.प्र.स.इ. में तीन अनिवार्य प्रबंधन कार्मिकों अर्थात् कार्यक्रम प्रबंधक, लेखा प्रबंधक तथा डाटा प्रबंधक को अभी कार्य पर लगाया जाना था। 12 राज्यों⁴² में, ब्लॉक स्तर पर भी का.प्र.स.इ. केवल आंशिक रूप से अर्थात् प्रबंधन स्टाफ के मानदण्ड के सहयोग के बिना स्थापित की गई थी।

मिशन के कार्यान्वयन के तीन स्तरों पर स्वास्थ्य समितियों में का.प्र.स.इ. की आंशिक स्थापना/गठन न किए जाने तथा प्रबंधकीय स्टाफ की कमी ने दर्शाया कि विशेषज्ञों द्वारा उनके संबंधित क्षेत्र में विभिन्न कार्यों की व्यवस्था करने का उद्देश्य केवल शुरुआत थी। प्रबंधन कार्यों जैसे लेखाविधि, प्र.सू.प्र. की रिपोर्ट देना, श्रमशक्ति प्रबंधन आदि की गुणवत्ता को अनिवार्य बना दिया गया था जिससे कि कार्य को अधिक समग्र रूप से पहुंचाया जा सके।

मंत्रालय ने बताया कि यह सही था कि का.प्र.स.इ. द्वारा सीमित स्टाफ के साथ व्यापक उत्तरदायित्वों का निर्वाह किया जा रहा था। तथापि, स्थिति में शीघ्रता से परिवर्तन हो रहा था तथा अधिकांश राज्यों में ये इकाईयां पूर्ण रूप से क्रियात्मक बनाई गई थीं।

6.10 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य सक्रियतावादी (मा.सा.स्वा.स.)

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत, मिशन फ्लैक्सी पूल निधियों का उपयोग करने वाले 18 उच्च विकेंद्रित राज्यों में, प्रत्येक ग्राम में प्रति 1000 की आबादी (अथवा बड़े पृथक निवास के लिए कम) पर एक के अनुपात में एक प्रशिक्षित महिला समुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्ता नामतः मान्यताप्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य सक्रियतावादी (मा.सा.स्वा.स.) रखा जाना था। राज्यों को मा.सा.स्वा.स. के लिए निर्धारित जनसंख्या मानदण्डों, पर में ढील देने की स्वतंत्रता दी गई थी जोकि उनकी स्थानीय स्थिति के अनुकूल थे। मा.सा.स्वा.स. से समुदाय तथा लोक स्वास्थ्य प्रणाली⁴³ के बीच अन्तरापृष्ठ के रूप में कार्य करने की आशा थी। राज्यों/सं.शा.क्षे. में मिशन के अंतर्गत लगभग 6.16 लाख मा.सा.स्वा.स. कार्य पर लगाए गए हैं।

हिमाचल प्रदेश के अलावा सभी उच्च केन्द्र राज्यों में मा.सा.स्वा.स. कार्यरत की गई थी। छः उच्च केन्द्र राज्यों में, मा.सा.स्वा.स. के चयन में जनसंख्या मानदण्डों के अनुसार अपेक्षाओं की

⁴¹ बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, मेघालय, राजस्थान, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, दिल्ली तथा पुडुचेरी।

⁴² असम, बिहार, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल।

⁴³ गैर उच्च केन्द्र राज्यों में, प्रत्येक दूरस्थ, पिछड़े/जनजातीय क्षेत्रों में मा.सा.स्वा.स. की सहायता की जानी थी। इसके अतिरिक्त, गैर-उच्च केन्द्र राज्य, प्र.बा.स्वा.-रू फ्लैक्सी पूल के अंतर्गत जारी अनुदानों से मा.सा.स्वा.स. को चुनने के लिए स्वतंत्र थे।

तुलना में कमी 4 से 24 प्रतिशत⁴⁴ के बीच थी। पांच उच्च केन्द्र राज्यों में, जनसंख्या मानदण्डों के अनुसार आवश्यकताओं की तुलना में बड़ी संख्या में मा.सा.स्वा.स. कार्यरत किए गए थे लेकिन बहुत समय तक ऐसा महसूस की गई आवश्यकता की प्रतिक्रिया में किया गया था तथा यह एक अग्रसक्रिय विकास⁴⁵ था। इसके अतिरिक्त, गैर उच्च केन्द्र राज्यों, आन्ध्र प्रदेश ने जनसंख्या मानदण्ड के अनुसार अपेक्षाकृत 28 प्रतिशत से अधिक मा.सा.स्वा.स. कार्यरत किए थे। महाराष्ट्र ने केवल जनजातीय क्षेत्रों में की मा.सा.स्वा.स. कार्यरत किये गये थे। मा.सा.स्वा.स. के चयन में कुछ राज्यों की विशिष्ट उपलब्धियां अनुबंध 6.13-क में दी गई है।

6.10.1 मा.सा.स्वा.स. का प्रशिक्षण

रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देशों में, मा.सा.स्वा.स. के प्रशिक्षण हेतु उनको आवश्यक ज्ञान तथा दक्षता से प्रशिक्षित करने का प्रावधान है। दिशा-निर्देशों में, दक्षता बढ़ाने के लिए आवधिक प्रशिक्षण के साथ प्रेरण प्रशिक्षण के पांच मॉड्यूलों के लिए भी व्यवस्था है। मा.सा.स्वा.स. को औषधि कितें जिनमें मामूली बीमारी के लिए औषधियां, ओ.आर.एस., गर्भनिरोधक आदि हो, दी जानी थीं।

किसी भी राज्य/सं.शा.क्षे. में, सभी चयनित मा.सा.स्वा.स. को प्रेरक प्रशिक्षण के सभी पांच मॉड्यूल नहीं दिए गए थे जैसाकि निम्न तालिका में दर्शाया गया है।

तालिका 6.9: मा.सा.स्वा.स. का प्रशिक्षण

प्रशिक्षण	राज्य (कोष्ठक में दिए गए आंकड़े प्रशिक्षण प्राप्त करने वाले मा.सा.स्वा.स. का प्रतिशत दर्शाते हैं)
पाचवां मॉड्यूल	आन्ध्र प्रदेश (86%), छत्तीसगढ़ (99%) तथा पश्चिम बंगाल (68%)
चौथा मॉड्यूल	असम (100%), मिजोरम (100%), उड़ीसा (100%), सिक्किम (100%), गुजरात (31%), उत्तराखण्ड (96%), अरुणाचल प्रदेश (19%) तथा मध्य प्रदेश (24%)
तीसरा मॉड्यूल	झारखण्ड (13%)
दूसरा मॉड्यूल	हरियाणा (6%), जम्मू व कश्मीर (73%), केरल (38%), राजस्थान (75%), त्रिपुरा (13%), उत्तर प्रदेश (66%), दिल्ली (12%)
पहला मॉड्यूल	बिहार (86%), महाराष्ट्र (36%), पंजाब (100%), दादर एवं नागर हवेली (81%), लक्षद्वीप (100%), मणिपुर (100%)
कोई प्रशिक्षण नहीं	मेघालय, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह

कार्यकर्ताओं को मुख्यधारा में लाने में अधूरा प्रशिक्षण एक प्रमुख समस्या थी। इसके अतिरिक्त, कुछ राज्यों /सं.शा.क्षे. में मा.सा.स्वा.स. के चयन तथा प्रशिक्षण के संबंध में रा.स्वा.स. द्वारा दिए गए जिलावार आकड़ों तथा लेखापरीक्षित जिला के जि.स्वा.स. द्वारा दिए गए आंकड़ों के बीच विसंगतियाँ देखी गई थीं जिसके विस्तृत ब्यौरे क्रमशः अनुबंध 6.13-ख तथा 6.13-ग में दिए गए हैं।

⁴⁴ अरुणाचल प्रदेश-18%, बिहार-9%, मध्य प्रदेश-9%, राजस्थान-24%, त्रिपुरा-14%, उत्तर प्रदेश-4%

⁴⁵ असम तथा उत्तराखण्ड में, मा.सा.स्वा.स. क्रमशः 13 प्रतिशत तथा 10 प्रतिशत अधिक चयनित किए गए थे, जबकि झारखण्ड, मेघालय तथा छत्तीसगढ़ में क्रमशः 95, 217 तथा 222 प्रतिशत अधिक मा.सा.स्वा.स. का चयन किया गया था। छत्तीसगढ़ में 250 की आबादी के लिए एक मा.सा.स्वा.स. कार्यरत करने का निर्णय लिया गया था, मेघालय में, राज्य में छोटे-छोटे गांवों की बड़ी संख्या को देखते हुए जनसंख्या-मानदण्ड में ढील दी गई थी।

इसके अतिरिक्त, बिहार, गुजरात, हरियाणा, झारखण्ड, केरल, मेघालय, मिजोरम, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह तथा दादर एवं नागर हवेली में मा.सा.स्वा.स. को औषधि किट उपलब्ध नहीं कराई गई थी। इसका मुख्य कारण मा.सा.स्वा.स. का प्रेरण प्रशिक्षण पूरा न होना था जिससे उनका पूर्ण उपयोग कठिन हो गया था।

मंत्रालय ने बताया कि बिहार के अलावा समस्त उच्च विकेंद्रित राज्यों को अब औषधि किट वितरित की गई थी। मंत्रालय ने यह भी बताया कि कई राज्यों में प्रशिक्षण आरंभ होने में विलम्ब हुआ था क्योंकि विभिन्न राज्यों ने आंतरिक चर्चा तथा परामर्श करने की प्रक्रिया करने के पश्चात मा.सा.स्वा.स. योजना को अपनाया था। जि.स्वा.स. तथा रा.स्वा.स. के आंकड़ों के बीच विसंगतियों का उल्लेख करते हुए मंत्रालय ने बताया कि नियमानुसार अंतर पांच प्रतिशत से कम था। यह इन स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का स्वयंसेवक होने तथा किसी समय कुछ मा.सा.स्वा.स. ने कार्य बंद करने तथा नई भर्ती होने से परिवर्तन होने के कारण हो सकता है। विसंगतियों में केवल वह समयावधि, जिससे आंकड़े संबंधित हैं, ही दर्शाई जाए।

6.11 चल चिकित्सा यूनिट (च.चि.यू.)

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत, प्रत्येक जिले में जस्त्रतमंद लोगों को द्वार पर स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं देने के उद्देश्य से पहुंच से बाहर क्षेत्रों में सेवा करने के लिए एक चल चिकित्सा यूनिट (च.चि.यू.) उपलब्ध कराया जाना था। उत्तर पूर्वी राज्यों तथा जम्मू एवं कश्मीर, हिमाचल प्रदेश के पर्वतीय राज्यों के लिए

उपलब्धि

च.चि.यू. असम, मिजोरम, के पहुंच से बाहर क्षेत्रों तथा मध्य प्रदेश के जनजातीय जिलों में निर्धारित मात्रा में पूर्ण सेवा कर रही थी।

एक च.चि.यू. की पूंजीगत लागत की अधिकतम सीमा 49 लाख रू. थी तथा अन्य राज्यों के लिए 25.25 लाख रू. थी। मंत्रालय ने 27 राज्यों/सं.शा.क्षे. तथा 21 राज्यों/सं.शा.क्षे. में च.चि.यू. के प्रचालन के लिए रा.स्वा.से. को क्रमशः 2006-07 में 199.84 करोड़ रू. तथा 2007-08 में 116.78 करोड़ रू. जारी किए।

तथापि, च.चि.यू. के लिए निधियां जारी करने में निर्धारित पद्धति को नहीं अपनाया गया। 2006-07 के दौरान उत्तर प्रदेश (70 जिलों के लिए) तथा पंजाब को (18 जिलों के लिए) च.चि.यू. की पूंजीगत लागत के रूप में क्रमशः 19.95 करोड़ रू. तथा 5.13 करोड़ रू. जारी किए गए थे जिसमें 2.28 करोड़ रू. (उत्तर प्रदेश) तथा 58.50 लाख रू. (पंजाब) के अधिक जारी करना शामिल थे। इसके अतिरिक्त, राजस्थान को 52 च.चि.यू. के लिए 22.33 करोड़ रू. (20 जनजातीय जिलों के लिए दो च.चि.यू. प्रति जिला तथा शेष 12 जिलों के लिए एक च.चि.यू. प्रति जिला की दर पर) तथा आन्ध्र प्रदेश को 23 जिलों के लिए 9.66 करोड़ रू. (प्रति जिले को 2 च.चि.यू. की दर पर) जारी किए गए थे। इसके परिणामस्वरूप 8.59 करोड़ रू. (राजस्थान) तथा 4.83 करोड़ रू. (आन्ध्र प्रदेश) को अधिक जारी किये गये। इसके अतिरिक्त मंत्रालय द्वारा पांच रा.स्वा.स. (कर्नाटक, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, मणिपुर तथा त्रिपुरा) को यह पता लगाए बिना कि इन राज्यों में च.चि.यू. बिल्कुल भी प्रचालन नहीं किया गया था, वर्ष 2007-08 के दौरान 12.56 करोड़ रू. जारी किए गए थे।

13 राज्यों (बिहार, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु,⁴⁶ उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल के किसी जिले तथा सभी सं.शा.क्षे. च.चि.यू. प्रचालन नहीं किए गए थे। शेष 12 राज्यों में, 223 जिलों में से केवल 123 जिलों में च.वि.यू. उपलब्ध थे जिनमें से पांच राज्यों के पुनः 22 जिलों में च.चि.यू. क्रियात्मक नहीं थे। अधिकांश राज्यों में च.चि.यू. की अधिप्राप्ति हेतु जारी की गई निधियां अव्ययित पड़ी हुई थी। च.चि.यू. पर कुछ राज्यों की विशिष्ट उपलब्धियां अनुबंध 6.14 में दी गई हैं।

च.चि.यू. के प्रचालन न होने /अपर्याप्त क्रियात्मक होने से बिना किसी विश्वसनीय तथा उन्नत चिकित्सा देखभाल वाले दूरस्थ तथा कठिन क्षेत्रों को छोड़ते हुए आउटरीच क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की पहुंच को सुधारने का उद्देश्य प्रभावित हुआ। राज्यों में ये निधियां अव्ययित पड़ी थी। मंत्रालय ने, च.चि.यू. के प्रचालन हेतु रा.स्वा.स. को निधियां जारी करने के लिए राज्य के का.का.यो. का अनुमोदन करते समय दिशानिर्देशों का पालन नहीं किया था।

मंत्रालय ने बताया कि यदि किसी विशेष जिले की विशिष्ट आवश्यकता के आधार पर अपेक्षित किए गए च.चि.यू. से अधिक की थी तो उसे वह दिया गया था अर्थात् कुछ राज्यों में जनजातीय क्षेत्र में एक से अधिक च.चि.यू. अनुमत किए गए थे। तथापि, कार्यान्वयन की स्मरेखा के उपबंधों में ढील देने के लिए केवल अ.आ.स./मि.सं.स. को अधिकार प्राप्त था न कि रा.का.स.स. को।

6.12 स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र

रा.ग्रा.स्वा.मि. के कार्यान्वयन ढाँचे के अनुसार, संसाधनों की सेवा तथा दक्षता की प्रभाविकता को सुधारने के लिए नए विचारों को प्रदान तथा परिचालित करके मिशन को तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए केन्द्र में एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र तथा प्रत्येक राज्य में एक राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र की स्थापना की गई थी।

रा.स्वा.प्र.सं.के. स्वास्थ्य प्रणाली तथा स्वास्थ्य कार्यक्रमों में ज्ञान तथा अनुभवों की पहचान करने, प्रलेखन तथा प्रचारित करने के लिए एक केन्द्रीय बिन्दु के रूप में कार्य करने और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने के लिए क्षमता बनाने तथा तकनीकी सहायता प्रदान करता है। मंत्रालय ने रा.स्वा.प्र.सं.के. को मार्च 2007 में 15 करोड़ रु. का वार्षिक संग्रह जारी किया। 2007-08 के दौरान रा.स्वा.प्र.सं.के. ने 1.68 करोड़ रु. खर्च किए जिसमें से 1.1 करोड़ रु. क्षेत्रीय संसाधन केन्द्र, गुवाहाटी को जारी किए गए थे। संग्रह निधि को आय अर्जित करने के लिए निवेश करने के बजाय शेष को चालू खाते में ही रखा गया था।

मंत्रालय द्वारा दी गई सूचना के अनुसार छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र उत्तराखण्ड, बिहार, उड़ीसा, राजस्थान, झारखण्ड, हरियाणा, पंजाब में एक रा.स्वा.प्र.सं.के. तथा आठ उत्तर पूर्वी राज्यों की आवश्यकताओं को पूर्ण करने के लिए गुवाहाटी में एक क्षे.सं. के स्थापित किये गये थे। शेष राज्यों तथा सं.शा.क्षे. में रा.स्वा.प्र.सं.के. स्थापित नहीं किए गए थे। मंत्रालय ने एक संसाधन केन्द्र की स्थापना करने के लिए तीन राज्यों {जम्मू एवं कश्मीर (1 करोड़ रु), मध्य प्रदेश (1.68

⁴⁶ प्रति जिला एक च.चि.यू. की आवश्यकता के विरुद्ध 100 च.चि.यू. थी जो च.वि.यू. के मानकों के अनुरूप नहीं थी।

करोड़ रू.) तथा तमिलनाडु (1.47 करोड़ रू.)) की निधियां जारी की। लेकिन निधियां रा.स्वा.स. के पास अव्ययित रही। यद्यपि पश्चिम बंगाल में रा.स्वा.प्र.सं.के. की स्थापना की गई थी, तथापि 1 करोड़ रू. के वार्षिक संग्रह का सृजन नहीं किया गया था। गुजरात में, निर्माण कार्य प्रगति पर था।

मंत्रालय ने बताया कि रा.स्वा.प्र.सं.के. की स्थापना, संग्रह निधि का निवेश करने तथा उससे अर्जित ब्याज से रा.स्वा.प्र.सं.के. चलाने हेतु केबिनेट का अनुमोदन अनिवार्य नहीं था।

मंत्रालय का उत्तर सही नहीं है। परिभाषा के अनुसार, संग्रह निधियों का सम्पूर्ण कॉरपस में रखते हुए निवेश किया जाना तथा मूलधन पर उपाजित ब्याज का व्यय हेतु उपयोग करना अपेक्षित है, जैसाकि सा.वि.नि. के नियम 208 (iv) में भी दर्शाया गया है।

अनुशंसाएं

मंत्रालय को राज्यों को मिशन के अंतर्गत बराबर राशि के योगदान पर अपनी रिपोर्ट देने एवं राज्य निधि को अपने योगदान से जोड़ने के लिए कहना चाहिए।

मंत्रालय को उपलब्ध अवसंरचना पर विद्यमान भार के साथ-साथ स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध सेवाओं और सहायक अवसंरचना की योजना बनाने के लिए रा.स्वा.स. को निर्देश देने चाहिए। इस आधार पर, नई अवसंरचना को स्थापित करने की सापेक्ष आवश्यकता और भा.ज.स्वा.मा. के अनुसार विद्यमान इकाईयों के सुदृढीकरण का निर्धारण किया जाए।

देशव्यापी समस्त स्वास्थ्य केन्द्रों में, सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में अनिवार्य सेवाएं जैसे बा.रो.वि. तथा अन्तः रोगी सेवाओं को प्राथमिकता के आधार पर सुनिश्चित किए जाने की आवश्यकता है।

समस्त स्वास्थ्य केन्द्रों में पर्याप्त नैदानिक तथा रेडियोलोजिकल सेवाएं उपलब्ध करायी जानी चाहिए।

सा.स्वा.के. में ऑपरेशन थियेटर तथा सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में प्रसूति-गृह सभी अनिवार्य उपकरणों तथा मानवशक्ति के साथ क्रियात्मक बनाने चाहिए।

स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सा तथा सहायक स्टाफ के संस्वीकृत पद भरने तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. की आवश्यकताओं को पूर्ण करने के लिए संस्वीकृत पद संख्या संशोधित करने के लिए राज्यों को अनुदेश दिए जाने चाहिए। उपलब्धियों/प्रगति के साथ संबद्ध करते हुए मिशन फ्लैक्सी पूल के अंतर्गत और अनुदान को जारी किया जा सकता है।

स्वा.स., चिकित्सा सेवाओं तथा प्रबंधन कार्यों को पृथक-पृथक करे तथा यह सुनिश्चित करे कि परवर्ती द्वारा प्रबंधन व्यवसायियों से सख्ती से निष्पादन कराया जाए। मंत्रालय ने विचार हेतु इसे नोट कर लिया है।

प्रबंधन पदों को भरने के लिए शीघ्रातिशीघ्र कदम उठाएं जाएं क्योंकि इससे मिशन की कार्यप्रणाली पर सकारात्मक प्रभाव पड़ेगा।

समस्त मा.सा.स्वा.स. को उनकी सेवाएं प्रभावशाली तथा व्यवहार्य बनाने के लिए पूर्ण प्रेरण प्रशिक्षण दिया जाए।

आंकड़ों की सत्यता सुनिश्चित करने के लिए रा.स्वा.स. द्वारा दिए गए आंकड़ों तथा जि.स्वा.स. से प्राप्त किए गए आंकड़ों के बीच असंगति के मामले को संबंधित राज्यों के साथ उठाना चाहिए।

मंत्रालय को रा.स्वा.स. को, च.चि.यू. को शीघ्रातिशीघ्र खरीदने तथा प्रचालनात्मक बनाने को कहना चाहिए।

रा.स्वा.प्र.सं.के. सभी राज्यों विशेषकर ऐसे अ.का.स. राज्यों, जहां मिशन को तकनीकी सहायता की आवश्यकता सबसे अधिक थी, में स्थापित किए जाने चाहिए।

अध्याय -7 दवाई तथा उपकरण का प्रापण एवं आपूर्ति

7. प्रापण एवं आपूर्ति

उत्तम गुणवत्ता की औषधियों की समय से आपूर्ति जिसमें किसी भी स्वास्थ्य प्रणाली में संवेदनशील महत्वपूर्णता का संभार तंत्र प्रबंध सहित प्रापण भी शामिल है। इस प्रयोजन के लिए प्रापण कार्यकलापों का विकेन्द्रीकरण तथा क्षमता निर्माण किया जाना है। रा.ग्रा.स्वा.मि. ने आपूर्तियों तथा संवितरण में सुधार हेतु राज्य प्रापण प्रणाली तथा संवितरण नेटवर्क की स्थापना करने पर बल दिया।

7.1 प्रापण नियमपुस्तिका/नीति

सभी संगठनों को विस्तृत खरीद प्रक्रियाएं, निर्देश तथा शक्तियों के समुचित प्रत्यायोजन से युक्त संहिताबद्ध खरीद नियमपुस्तिका तैयार करनी चाहिए जिससे प्रापण से संबंधित निर्णय लेने में सुव्यवस्थित तथा एकरूपता अभिगम को सुनिश्चित किया जा सके। तथापि, 26 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁴⁷ में रा.स्वा.स. में प्रापण पर कोई भी दस्तावेजी लिखित प्रक्रियाएं और पद्धतियां नहीं थी।

एकरूप तथा समुचित दस्तावेजी प्रापण नीति के अभाव में, प्रापण की प्रणाली प्रायः बिल्कुल तदर्थ थी तथा रा.स्वा.स./जि.स्वा.स. के अन्तर्गत विभिन्न प्रापण स्कन्धों द्वारा अपनाई गई प्रक्रियाओं में कहीं भी एकरूपता नहीं थी।

7.2 अधिकारप्राप्त प्रापण स्कन्ध

मंत्रालय ने, रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत स्वास्थ्य क्षेत्र के माल के प्रापण, जोकि विभिन्न कार्यक्रम डिविजनों द्वारा एक खण्डित तथा असंबद्ध तरीके से तैयार किए गये थे, को समेकित, सरल, सशक्त करने एवं उसे व्यावसायिक बनाने के लिए अक्टूबर 2005 में एक अधिकारप्राप्त प्रापण स्कन्ध (अ.प्रा.स्क.) की स्थापना की थी। इसमें एक संयुक्त सांख्यिकी अध्यक्षता में तीन निदेशकों के अन्तर्गत, अ.प्रा.स्क. की तीन कार्यात्मक इकाइयां अर्थात् स्वास्थ्य,

सकारात्मक विकास

मंत्रालय ने प्रापण की सर्वोत्तम प्रक्रिया को संहिताबद्ध करते हुए एक व्यापक नियमपुस्तिका विकसित की थी। तीन राज्यों अर्थात् उड़ीसा, गुजरात एवं उत्तराखण्ड में इसका सकारात्मक परिणाम यह था कि खरीद प्रक्रिया को संहिताबद्ध कर दिया गया था। उड़ीसा राज्य में “औषध प्रबन्धन नीति 2003” नाम से दस्तावेज बनाया गया तथा शेष दो राज्यों ने एक प्रापण नियमपुस्तिका को अपनाया।

अ.प्रा.स्क. द्वारा किया गया कार्य

- प्रापण नियमपुस्तिका तथा मानक बोली दस्तावेज को तैयार करना।
- 800 सामान्य उपकरणों के तकनीकी विनिर्देशनों का सार तैयार किया जा रहा है।
- प्र.बा.स्वा. के अन्तर्गत किट-ए तथा किट-बी के लिए विनिर्देशन एवं गुणवत्ता आश्वासन आवश्यकताओं को तैयार करना।
- संभार-तन्त्र सुधार कार्यनीति योजना तैयार करना।
- “अनुमोदित” जांच प्रयोगशालाओं की एक सूची का सृजन करना।
- केन्द्र तथा राज्य स्तर (छह राज्यों) में प्रापण तथा संभार तंत्र प्रशिक्षण।
- प्रापण प्रबन्धन सूचना प्रणाली (प्रा.प्र.सू.प्र.) का विकास प्रक्रिया-धीन है।

⁴⁷ अण्डमान एवं निकोबार, आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दिल्ली, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, लक्षद्वीप, मध्यप्रदेश, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पश्चिम बंगाल, उत्तर प्रदेश, त्रिपुरा, सिक्किम, राजस्थान, पंजाब तथा छत्तीसगढ़।

परिवार कल्याण तथा व्यापक टीकाकरण कार्यक्रम होनी थीं। रोग नियंत्रण कार्यक्रमों (रो.नि.का.) तथा ए.रो.नि.प. के अन्तर्गत सात उप-निदेशक प्रापण गतिविधियों का निरीक्षण करते हैं।

तथापि, वांछित संरचना एक स्कंध के अंतर्गत भौतिक रूप से विद्यमान नहीं थी। केवल अ.प्रा.स्क. ही प्रत्यक्ष तौर पर टीकों तथा गर्भनिरोधकों के प्रापण का संचालन एवं रा.सं.क्ष.नि.का. द्वारा अधिगृहीत प्रापण का निरीक्षण कर रहा था। अ.प्रा.स्क. विभिन्न कार्यक्रम डिविजनों द्वारा किए गए प्रापण का, उनकी प्रापण योजना को मॉनीटरिंग करके, निरीक्षण नहीं कर रहा था। इस प्रकार, संसक्तिशीलता तथा दक्षता उत्पन्न करने के लिए केन्द्रीकृत प्रापण इकाई के अभीष्ट उद्देश्य अपूर्ण रहे थे।

इसके अतिरिक्त, प्रापण गतिविधियों को पूरा करने के लिए एक एकीकृत प्रापण योजना तथा निर्धारित समय-सारणी अ.प्रा.स्क. द्वारा तैयार नहीं की गई थी जैसा कि विचार किया गया था। अ.प्रा.स्क. द्वारा माल तथा सेवाओं की मांग; उत्तम विनिर्माण पद्धतियों (उ.वि.प.) का प्रमाणपत्र रखनेवाली फर्मे; बाजार सर्वेक्षण/बाजार समझ; प्राप्त शिकायतें तथा सेवायें इत्यादि पर कम्प्यूटरीकृत डाटाबेस का अनुसंधान करना वांछित था। तथापि, स्कन्ध ने ऐसा कोई डाटाबेस अनुरक्षित नहीं किया था। माल एवं सेवाएं आदि अब तक का कोई बाजार सर्वेक्षण नहीं किया गया था।

अ.प्रा.स्क. का एक और उद्देश्य राज्य एवं आश्रित एजेंसियों की क्षमताओं का निर्माण करना तथा स्वास्थ्य क्षेत्र के माल एवं सेवाओं आदि के प्रापण में सुधारने के लिए उनको मॉनीटर करना था। तथापि, इस सम्बन्ध में, कोई प्रगति नहीं की गई थी। कम्प्यूटरीकृत डाटाबेस तथा एकीकृत प्रापण योजना के अभाव में, अ.प्रा.स्क. मंत्रालय के अधीन विभिन्न डिविजनों में तथा राज्यों में प्रापण गतिविधियों को मॉनीटर करने में असफल रहा।

मंत्रालय ने जनवरी 2009 में बताया कि अ.प्रा.स्क. के लिए एक अनुभाग स्थापित किया गया है और यह एक केन्द्रीकृत प्रापण अभिकरण (के.प्रा.अ.) के रूप में स्थापित होने की प्रक्रियाधीन है। तथापि, के.प्रा.अ. की स्थापना तथा प्रचालनात्मक बनाने में तेजी लाने की आवश्यकता है क्योंकि मिशन अपने प्रचालन के पांचवें वर्ष में प्रवेश कर चुका है।

7.2.1 प्रापण एजेंट के रूप में प.से.सं.रा.का. का शामिल होना

मंत्रालय ने विश्व बैंक द्वारा वित्तपोषित परियोजनाओं के लिए प्रापण के सम्पूर्ण कार्य को करने हेतु परियोजना सेवाओं हेतु संयुक्त राष्ट्र कार्यालय प.से.सं.रा.का. की नियुक्ति की थी। प.से.सं.रा.का. के साथ हुए समझौते के अनुसार, अन्तर्राष्ट्रीय मानकों के अनुसार बोली का मूल्यांकन, लदान का पहले तथा बाद में निरीक्षण और अन्य प्रक्रियाएं एजेंट की जिम्मेदारियां थी, जबकि मंत्रालय को एक पर्यवेक्षक की भूमिका के लिए नियुक्त किया गया था।

बोली की परीक्षा तथा मूल्यांकन करने एवं नौभार का बाद में होने वाले निरीक्षण के सम्बन्ध में पर्यवेक्षक के रूप में मंत्रालय की जिम्मेदारियां पूर्ण तथा परिभाषित नहीं थीं तथा पर्यवेक्षक के कार्य को पूरा करने के साथ-साथ अ.प्रा.स्क. कार्यक्रम डिविजनों में तकनीकी दक्षता की कमी तथा कर्मचारियों की कमी थी। इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम डिविजन, सं.रा.संचा. को प्रस्तुत कुल मांग पत्रों एवं किये गए भुगतान के सम्बन्ध में, अ.प्रा.स्क. को सूचित नहीं कर रहे थे। कार्यक्रम डिविजनों द्वारा सूचित न करने के अभाव में, अ.प्रा.स्क. सं. रा.संचा. के लिए अग्रिमों के भुगतान

एवं सेवाओं की लागत तथा प्रबंधन शुल्क को मॉनिटर एवं उनका सामंजस्य स्थापित नहीं कर सका था। इस प्रकार, समेकित, सरल तथा सशक्त करने एवं प्रापण गतिविधियों का व्यवसायिकीकरण के उद्देश्य, जिसके लिए अ.प्रा.स्क. की स्थापना की गई थी, पूरे नहीं हुए।

7.3 प्रापण प्रक्रिया प्रबंधन

7.3.1 दवाइयों की सूत्रात्मक सूची

स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली व्यापक रूप से घटते बढ़ते मूल्यों पर विभिन्न स्वामित्व ब्रांड के अन्तर्गत उल्लिखित दवाओं की खरीद करने में मुश्किल से समर्थ हो सकती है। आवश्यक दवाओं की एक सीमित सूची, जोकि एक नुस्खा-सूची के रूप में भी संदर्भित है, परिभाषित करती है कि कौन सी दवाई स्टॉक के लिए नियमित रूप से खरीदी जाएगी।

अपनाई गई प्रक्रियाओं की समीक्षा से पता चला कि एक नुस्खा-सूची या आवश्यक दवाओं की सूची केवल 14 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁴⁸ में ही उपलब्ध थी, लेकिन 13 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁴⁹ में विकसित नहीं की गई थी तथा जिले/रा.स्वा.स. द्वारा अपनाई गई आवश्यक दवाइयों की सूची सहित दवाइयों की संख्या तथा किस्म के बीच बड़ी विभिन्नताएं थीं।

7.3.2 बोली दस्तावेज

मानक बोली दस्तावेज केवल चार राज्यों⁵⁰ में अपनाये गए थे, जबकि 13 राज्यों⁵¹ में, रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा पृथक गैर-मानक बोली दस्तावेजों को अपनाया गया। चण्डीगढ़, अरुणाचल प्रदेश, मेघालय⁵² तथा छत्तीसगढ़ में 'परिसमाप्त क्षतियां', 'पूर्व अर्हता शर्तें', 'अपरिहार्य घटना', 'पैकेजिंग', 'निष्पादन सुरक्षा', 'वारंटी अवधि', 'उपकरणों की आपूर्ति तथा प्रतिष्ठापन में देरी के लिए शास्ति का आरोपण', 'शेष जीवन- तथा 'बोली सुरक्षा' आदि से सम्बन्धित प्रावधान छूट गये थे।

⁴⁸ बिहार, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, पश्चिम बंगाल, उत्तराखण्ड, उत्तरप्रदेश, सिक्किम, राजस्थान, गुजरात तथा छत्तीसगढ़

⁴⁹ असम, दिल्ली, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, लक्षद्वीप, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, पुडुचेरी, त्रिपुरा तथा अरुणाचल प्रदेश।

⁵⁰ हिमाचल प्रदेश, राजस्थान, उत्तराखण्ड तथा उत्तर प्रदेश।

⁵¹ असम, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दिल्ली, हरियाणा, झारखण्ड, केरल, लक्षद्वीप, मध्यप्रदेश, मेघालय, पंजाब, अरुणाचल प्रदेश तथा छत्तीसगढ़।

⁵² मेघालय में उपकरणों की आपूर्ति तथा प्रतिष्ठापन में देरी के लिए बोली के दस्तावेज में शास्ति के अभाव के परिणामस्वरूप चल चिकित्सा यूनिट के आपूर्तिकर्ता को 2.58 करोड़ रु की अनुचित वित्तीय सहायता हुई।

7.4 बोली प्रक्रिया प्रबंधन

7.4.1 संविदा की प्रक्रिया एवं प्रदान करने में विलम्ब

विलम्ब को कम करने के लिए प्रापण के प्रत्येक स्तर के लिए उपयुक्त समय-सारणी निर्धारित की जानी चाहिए। निर्णय लेने एवं संविदा के नियोजन के लिए आवश्यक समय-सीमा को कम से कम करने के लिए, उपयुक्त खरीद की शक्तियों का, सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से निम्न पदाधिकारियों को प्रत्यायोजन किया जा सकता है।

तथापि, तीन राज्यों में निर्धारित सूची के अनुसार प्रापण प्रक्रिया को पूरा नहीं किया गया था, क्योंकि मुख्यतः सक्षम प्राधिकारी से प्रशासनिक अनुमति एवं वित्तीय स्वीकृति को प्राप्त करने में दो महीने से दो साल तक का विलम्ब हो रहा था। उदाहरण के लिए, उत्तराखण्ड में दो वर्षों के बीत जाने के बावजूद 5.08 करोड़ रु की कीमत वाले चल चिकित्सा यूनिट का प्रापण पूरा नहीं हुआ था। जम्मू एवं कश्मीर में, दवाई किटों की दरों को अंतिम रूप देने के लिए प्रशासनिक अनुमोदन तथा वित्तीय स्वीकृति प्राप्त करने में 12-13 महीने का विलम्ब ध्यान में आया था। इसी प्रकार, यद्यपि मंत्रालय ने 2006 में दमन एवं दीव के लिए निधि जारी की, तथापि दवाई-किटों के प्रापण में दो वर्षों का विलम्ब हुआ।

इस प्रकार, प्रशासनिक अनुमोदन तथा वित्तीय स्वीकृति को प्राप्त करने में हुए विलम्ब के परिणामस्वरूप संविदा की प्रक्रिया तथा उसे सौंपने में विलम्ब हुआ। इससे स्वास्थ्य केन्द्रों की स्टॉक स्थिति पर एक प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

7.4.2 आपूर्तिकर्ता के चयन में अनियमितताएं

चार राज्यों में, 36.07 करोड़ रु के समावेशन में, मानक निविदा प्रक्रिया का अभाव, निम्नतम दर को नजरन्दाज करना, ब्लैकलिस्टिड आपूर्तिकर्ताओं आदि से प्रापण की अनियमितताएं दृष्टिगत हुई थी जिसका विस्तृत ब्यौरा निम्न है:

(करोड़ रु में)

राज्य	अनियमितता का स्वरूप	राशि
उत्तर प्रदेश	दवाइयों की खरीद में प्रतियोगी दरों के लाभ को प्राप्त करने के लिए खुली निविदा का आमंत्रण जैसी मानक बोली प्रक्रिया का अनुसरण नहीं किया गया था।	25.66
झारखण्ड	i) रा.स्वा.स. ने एक ऐसी कम्पनी से दवाइयों की खरीद की गई थी, जिसे अव-मानक दवाइयों की आपूर्ति करने के कारण गुजरात, राजस्थान तथा महाराष्ट्र के द्वारा ब्लैकलिस्टिड किया गया था। भुगतान करने से पहले गुणवत्ता की जांच भी नहीं की गई थी।	6.20
	ii) राज्य प्र.बा.स्वा. समिति ने बिना अल्पकालिक निविदा के दवाई/सुई की खरीद की।	2.66
छत्तीसगढ़	एक फर्म की निविदा को देय तिथि के बाद स्वीकार किया गया तथा आपूर्ति आदेश दिया गया।	1.20
मणिपुर	16 जेनरेटर सेट बिना निविदा मंगाये प्राप्त किये गये थे।	0.35
योग		36.07

7.4.3 उच्च दरों पर दवाइयों/उपकरण का प्रापण

सा.वि.नि. 2005 के नियम 160 के अनुसार, प्रापण के लिए संविदा सामान्यतः निम्नतम अनुकूल बोली लगाने वाले को दिया जाना चाहिए। मंत्रालय ने जुलाई 2008 में सीमित निविदा जांच की प्रक्रिया को अपनाते हुए तीन अभिकरणों को, एल 1 से 13.40 रु. प्रति टीके की दर से 340 लाख की मात्रा, एल 2 से 14.37 रु. प्रति टीके की दर से 300 लाख की मात्रा तथा एल 3 बोली दाता से 16.88 रु. प्रति टीके की दर से 800 लाख की मात्रा हेतु 22.37 करोड़ रु. के 1440 लाख डी.पी.टी. के टीकों का आपूर्ति आदेश दिया था।

उपलब्धि: गुजरात में दवाइयों का प्रापण

रा.स्वा.स. ने केन्द्रीय सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम (के.सा.क्षे.उ.) से दवाइयों की खरीद नहीं की, क्योंकि उनकी निवल दरें (छूट के बाद की गई पेशकश)केन्द्रीय चिकित्सा भण्डार संगठन (के.चि.भ.सं.) के दर अनुबंध (द.अ.) से अधिक थी। रा.स्वा.स. ने जनवरी तथा मार्च 2007 के बीच प्रस्तुत खरीद आदेशों के संबंध में के.चि.भ.सं. द्वारा निर्धारित द.अ. दर पर पांच दवाइयों की खरीद से 40.08 लाख रु की बचत की।

चार एजेंसियों से प्राप्त बोलियों से युक्त सीमित निविदा जांच सा.वि.नि. के उल्लंघन में थी, जब कि 25 लाख रु से अधिक के माल के प्रापण के लिए मुक्त निविदा करने की पद्धति अपेक्षित थी। इसके अतिरिक्त, एल 1 फर्म डी.पी.टी. टीकों की आपूर्ति 12.00 रु प्रति शीशी इस शर्त के साथ कि आपूर्ति का आदेश कम से कम 680 लाख मात्राओं का होना चाहिए, नहीं तो 13.40 रु प्रति शीशी करने की इच्छुक थी। तथापि, मंत्रालय ने केवल 340 लाख मात्राओं की आपूर्ति का आदेश प्रस्तुत किया। एल1 फर्म को अधिकतम मात्रा अर्थात् 680 लाख मात्राओं के लिए आदेश प्रस्तुत न करना तथा टीकों की प्राप्ति उच्चतर दर पर करने का मंत्रालय का निर्णय अविवेकपूर्ण था परिणामस्वरूप 16.88 रु प्रति शीशी के उच्चतर दर पर टीके की 340 लाख मात्राओं की खरीद पर 2.14 करोड़ रु के व्यय की परिहार्य देयता हुई।

मंत्रालय ने बताया कि एल 1 फर्म ने जनवरी 2007 में विनिर्माण लाइसेंस प्राप्त किया और इसीलिए उनके पास दो साल का विनिर्माण एवं विपणन अनुभव नहीं था। बोली दस्तावेज की शर्त के अनुसार, यदि किसी फर्म के पास दो साल का विनिर्माण एवं विपणन अनुभव नहीं हो तो वह केवल परीक्षण आदेश के लिए ही योग्य होगा। चूंकि यह फर्म भी इसी वर्ग में आती थी अतः इसका 20 प्रतिशत परीक्षण आदेश के लिए ही विचार किया गया।

तथापि, टीकों की खरीद के बोली दस्तावेज में यह अनुबद्ध किया गया कि ऐसे निर्माता, जो विशिष्ट टीके (डी.पी.टी.) में दो साल का विनिर्माण एवं विपणन अनुभव नहीं रखते हैं, को जांचाधीन आपूर्ति आदेश के पूर्व, फर्म ने वर्ष 2007-08 के दौरान 12.00 रु प्रति शीशी की दर पर 63 लाख मात्राओं का एक परीक्षण आदेश की सफलतापूर्वक आपूर्ति की थी।

इसके अतिरिक्त, तीन राज्यों में अन्य सरकारी एजेंसियों द्वारा अनुमोदित दरों की तुलना में दवाइयों/उपकरण उच्च दर पर प्राप्त की गई जिसके परिणामस्वरूप 3.29 करोड़ रु का अतिरिक्त व्यय हुआ जिसका ब्यौरा निम्न है:

(करोड़ रु में)

राज्य	अनियमितता का स्वरूप	राशि
छत्तीसगढ़	i) राज्य मलेरिया समिति ने जि.स्वा.स. द्वारा अंतिम रूप दिये गये अतिरिक्त व्यय दर अनुबन्ध की तुलना में उच्च दर पर प्रयोगशाला सामान प्राप्त किया।	1.62
	ii) उपकरण की खरीद, निविदा में प्राप्त निम्नतम दर की तुलना में उच्च दर पर की गई जिसके परिणामस्वरूप अधिक भुगतान हुआ।	0.03
	iii) तुलनात्मक विवरण में कर घटक (शामिल करके/छोड़कर) का विचार न करने से एल 1 दरों की अनुचित अवधारणा के फलस्वरूप अधिक भुगतान हुआ।	0.27
बिहार	रा.स्वा.स. द्वारा अनुमोदित दरों की तुलना में उच्च दर पर 3 जि.स्वा.स. से दवाइयां प्राप्त की गई जिसके परिणामस्वरूप अतिरिक्त व्यय हुआ।	1.27
आन्ध्र प्रदेश	आन्ध्र प्रदेश स्वास्थ्य चिकित्सा आवास तथा आधारभूत संरचना विकास निगम (आ.प्र.स्वा.चि.आ.सं.वि.नि.) द्वारा अनुमोदित दरों की तुलना में दवाइयां उच्च दर पर प्राप्त की गई थीं जिसके परिणामस्वरूप अतिरिक्त व्यय हुआ।	0.10
योग		3.29

इसके अतिरिक्त, आठ राज्यों में अनावश्यक दवाइयों जो कि आवश्यक नहीं थीं की खरीद, परिहार्य करों के भुगतान, स्रोत पर कर की कटौती न करना, दवाइयों की सुपुर्दगी रसीद के बिना अनियमित भुगतान आदि पर विभिन्न एजेंसियों द्वारा 8.09 करोड़ रु का परिहार्य व्यय किया गया जैसा कि अनुबन्ध 7.1 में ब्यौरा दिया गया है।

7.5 नियोजित सलाहकारों द्वारा प्रापण

7.5.1 परिहार्य भुगतान एवं अग्रिमों का बकाया रहना

मंत्रालय ने वर्ष 2005-08 के दौरान सं.रा.अं.बा.शि.नि. को पल्स पोलियो टीकाकरण कार्यक्रम के अन्तर्गत, 24,48,50,047 अमेरिकी डालर जारी किए। मंत्रालय में मार्च 2006 से जनवरी 2008 के बीच की गई टीकों की आपूर्ति के लिए राज्य सरकार/चिकित्सा भण्डार डिपो द्वारा परेषण की प्राप्ति का आपूर्ति आदेश/समझौता-वार ब्यौरे अभिलेख में नहीं थे तथा ओ.पी.वी. की वास्तविक आपूर्ति को अभिनिश्चित किये बिना ही अग्रिमों का समायोजन (गैर-योजनागत शीर्ष से योजनागत शीर्ष में राशि के अन्तरण द्वारा) किया गया था।

समायोजन बिल के समय से प्राप्त होने के बावजूद सं.रा.अं.बा.शि.नि. के अग्रिमों का अंतिम समायोजन अब तक नहीं किया गया था जिसके परिणामस्वरूप 10,22,232.07 अमेरिकी डॉलर (5.10 करोड़ रु⁵³) बकाया रहे। यद्यपि, सं.रा.अं.बा.शि.नि. ने अग्रिमों की अव्ययित राशि को स्पष्टतया बताया था, तथापि, मंत्रालय ने उक्त राशि की वापसी प्राप्त करने का कभी भी प्रयास नहीं किया। लेखापरीक्षा के कहने पर, मंत्रालय ने उक्त मामले को सं.रा.अं.बा.शि.नि. के साथ उठाया तथा सं.रा.अं.बा.शि.नि. को भविष्य में प्रापण के लिए अव्ययित शेषों के उपयोग का सुझाव दिया। मंत्रालय ने सं.रा.अं.बा.शि.नि. के साथ समाधान की एक वार्षिक प्रणाली बनाने का भी निर्णय लिया।

⁵³ 14.04.09 को 1 अमेरिकी डॉलर = 49.90 रुपये

जुलाई 2007 में, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री ने सं.रा.अं.बा.शि.नि. को संचालन प्रभार के रूप में दिये गये 4.5 प्रतिशत कमीशन की समीक्षा करने का निर्देश इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए दिया कि ओ.पी.वी. का अधिकतम प्रापण स्थानीय आपूर्तिकर्ताओं द्वारा किया गया था तथा प.पो.टी. कार्यक्रम का अधिकतम वित्तपोषण घरेलू बजट से हुआ था। मंत्रालय ने जुलाई 2007 तथा मार्च 2008 के बीच चार अवसरों पर सं.रा.अं.बा.शि.नि. के माध्यम से ओ.पी.वी. की खरीद की थी। तथापि, केवल चौथे अवसर पर ही मंत्रालय ने सं.रा.अं.बा.शि.नि. के कमीशन पर चर्चा की जिसे कि बाद में आपूर्तियों की कुल कीमत का 2.25 प्रतिशत तक घटा दिया गया था। यदि मंत्रालय ने मंत्री की टिप्पणी के तुरंत बाद सं.रा.अं.बा.शि.नि. के साथ चर्चा को अंतिम रूप दे दिया होता तो इससे संचालन कमीशन के रूप में दिये गये 10,72,655 अमेरिकी डॉलर (4.26 करोड़ रु) की बचत हो सकती थी।

7.5.2 उपकरण तथा दवाई की आपूर्ति में विलम्ब

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत, एकीकृत रोग निगरानी परियोजना (ए.रो.नि.प.) तथा प्र.बा.स्वा.- II के अन्तर्गत सार्वभौमिक टीकाकरण परियोजना ने प्रापण से सम्बन्धित गतिविधियों में व्यावसायिकता लाने के लिए 2005 में अ.से.प.नि. को प्रापण के लिए सलाहकार नियुक्त किया था। इसके लिए, अ.से.प.नि. को परेषिती को भेजने से पहले उपकरण का निरीक्षण/माल की जाँच करनी थी।

अ.से.प.नि. 10 नमूना जाँच किये गए परेषणों को भेजने से पहले समय रहते निरीक्षण करने में असफल रहा जिसके कारण, परेषण के हस्तान्तरण कार्यक्रम को माल के निरीक्षण में हुए विलम्ब के दिनों (18 से 109 दिन) के बराबर दिनों के लिए अस्थगित किया जाना था। मंत्रालय, अ.से.प.नि. के साथ हस्ताक्षरित समझौते में सलाहकार की ओर से हुए विलम्ब के लिए शास्ति की शर्त को सम्मिलित न करने के कारण, सरकार के हित की रक्षा करने में असफल रहा।

इसके अतिरिक्त, असम में तमिलनाडु चिकित्सा सेवा निगम (त.ना.चि.से.नि.) द्वारा दवाइयों की आपूर्ति में एक वर्ष से अधिक का विलम्ब पाया गया था तथा सलाहकार के माध्यम से प्रापण की निति को निदेशक, स्वास्थ्य सेवा, असम को अंतरित करने के कारण दवाइयों की आपूर्ति में तीन महीने का विलम्ब हुआ। राज्य में दवाइयों की आपूर्ति में देशी से प्राप्तकर्ता स्वास्थ्य केन्द्रों की भण्डारण-स्थिति पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

7.5.3 परिसमाप्त क्षतियों का अनुद्ग्रहण

सा.वि.नि. 2005 के नियम 204 के अनुसार, ठेकेदार के द्वारा की गई चूकों के लिए परिसमाप्त क्षतियों की वसूली के लिए एक प्रावधान सभी निविदाओं में सम्मिलित होगा। तीन राज्यों में, परिसमाप्त क्षतियों की कटौती न होने के कारण 1.44 करोड़ रु की हानि हुई थी, जैसा कि ब्यौरा निम्न है

(लाख रु में)

राज्य	अनियमितता का स्वरूप	राशि
महाराष्ट्र	दवाइयों की आपूर्ति में 15 से 81 दिनों के बीच की देरी के लिए परिसमाप्त क्षतियों की कटौती किए बिना राज्य परिवार कल्याण बोर्ड (रा.प.क.बो.) पुणे द्वारा आपूर्तिकर्ता को भुगतान कर दिया गया।	48.35
गुजरात	गैर-आपूर्ति/न पहुँचाए गए माल की मात्रा के लिए केन्द्रीय चिकित्सा भंडार संस्थान (के.चि.भ.सं.) द्वारा दण्डात्मक प्रभारों की वसूली न करना	5.75
झारखण्ड	राज्य प्र.बा.स्वा. समिति को दवाइयों की आपूर्ति में 5 से 80 दिनों का विलम्ब। समझौते के अनुसार शास्ति नहीं लगाई गई।	89.54
योग		143.64

7.6 प्रापण के लिए जारी निधियों का उपयोग

मंत्रालय ने रा.स्वा.स. को, उनके वार्षिक का.का.यो. के आधार पर दवाइयों एवं उपकरण के प्रापण के लिए, निधियां जारी कीं। तथापि, 2005-08 के दौरान 31 मार्च 2008 तक 17 राज्यों/सं.रा.क्षे.⁵⁴ में प्रापण के लिए जारी 50 से 100 प्रतिशत की निधियां अव्ययित ही रहीं जैसा कि ब्यौरा अनुबंध-7.2 में दिया गया है।

इसके अतिरिक्त, पांच राज्यों में 22.84 करोड़ रु की निधियों एवं दवाइयों का विचलन ध्यान में आया था जिसका परिणाम योजना के उद्देश्यों की उपलब्धि न करना तथा चिह्नित क्षेत्रों के लिए निर्दिष्ट लाभों को नकारना हुआ, जैसा कि ब्यौरा निम्न है

(लाख रु में)

राज्य	अनियमितता का स्वरूप	राशि
महाराष्ट्र	फेरस फुमारेट सिरप की खरीद पर किया गया व्यय, जो कि प्र.बा.स्वा., का.का.यो. के अन्तर्गत 102 दवाइयों की तरज़ीही खरीद के लिए भारत सरकार की सूची में सम्मिलित नहीं थी, प्र.बा.स्वा. के अन्तर्गत दर्ज की गई थी।	1399.46
उत्तर प्रदेश	लेपरोस्कोप के प्रापण के लिए क्षेत्रीय निवेश कार्यक्रम (क्षे.नि.का.) से सम्बन्धित निधियों को सरकार की अनुमति के बिना 2006-07 में डीजल जनरेटर सैटों की खरीद के लिए अपवर्तित कर दिया गया।	627.00
कर्नाटक	राज्य क्षेत्र योजना स्त्री शक्ति (स्वयं-सेवक समूह) के अन्तर्गत 35,000 दवाई किटों की खरीद एवं आपूर्ति के लिए रा.ग्रा.स्वा.मि. निधियों में से भुगतान किया गया जबकि रा.ग्रा.स्वा.मि. के दिशानिर्देश केवल प्रा.स्वा.के. तथा स.स्वा.के. को दवाई किटों की आपूर्ति के लिए अनुमत करते हैं।	205.00
असम	रा.ग्रा.स्वा.मि. की निधियों से नवम्बर 2007 में खरीदी गई दवाइयां श्रेणीगत रूप से उप-केन्द्रों, प्रा.स्वा.के., स.स्वा.के., एस.डी.एस. तथा जिला अस्पतालों को स्वीकृत को तीन सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय अस्पतालों तथा एक राज्य स्तरीय महेन्द्र मोहन चौधरी अस्पताल को अपवर्तित कर दिया गया था।	43.32
छत्तीसगढ़	मु.स्वा.चि.अ. के केनकर ने निर्धारित 75 प्रतिशत की बजाय 40 प्रतिशत निधियों का उपयोग दवाई की खरीद के लिये किया तथा निर्धारित 25 प्रतिशत की बजाय 60 प्रतिशत निधियों को सूचना, शिक्षा एवं संचार (सू.शि.सं.) के लिए उपयोग किया परिणामस्वरूप गैर-स्वीकृत उद्देश्यों के लिए निधियों का अपवर्तन हुआ।	9.40
योग		2284.18

⁵⁴ अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, चण्डीगढ़, दिल्ली, हरियाणा, झारखण्ड, लक्षद्वीप, महाराष्ट्र, मणिपुर, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल।

7.7 उपकरणों का अनुपयोगी रहना

सात राज्यों में 24.69 करोड़ रु मूल्य के चिकित्सा उपकरण अप्रयुक्त पड़े हुए थे जिसके परिणामस्वरूप योजना उद्देश्य की गैर उपलब्धि तथा निधियों का अवरोधन हुआ जैसा कि निम्न तालिका में दर्शाया गया है

(लाख रु में)

राज्य	लेखापरीक्षा टिप्पणी	राशि
उड़ीसा	चार नमूना जांच जिला अस्पतालों, एक उप-प्रभागीय अस्पताल (जियपोर) तथा एक स.स्वा.के. (घसिआन) में डायग्नोस्टिक, ओ.टी. तथा अन्य उपकरण, वांछित मूलभूत संरचना तथा प्रशिक्षित मानवशक्ति की कमी के कारण एक से पांच वर्षों से अधिक के लिए स्थापना/नियुक्ति के बिना व्यर्थ पड़े रहे।	112.88
महाराष्ट्र	राज्य परिवार कल्याण ब्यूरो के पास 26 लेपरोस्कोप जनवरी 2008(8) तथा अक्टूबर 2008(18) से अप्रयुक्त पड़े थे।	92.12
कर्नाटक	i) स.स्वा.के. में जनवरी 2007 से एनस्थेटिक के किसी स्वीकृत पद के अभाव में 40 एनस्थेसिया मशीन व्यर्थ ही रहीं।	72.14
	ii) बिना आवश्यकता/मांग के शीशे की सुइयां खरीदी गईं।	20.33
असम	i) 54 प्रा.स्वा.के. को भेजे गए 247 प्रा.स्वा.के. के निष्पादन के लिए अपेक्षित मूलभूत की उपलब्धता को निर्धारण किए बिना 2007-08 में खरीदे गए मूल उपकरण (27 मर्दें) बेकार पड़े थे।	47.74
	ii) राष्ट्रीय खेल गांव, गुवाहाटी से जिलों को 4265 पलंग आवश्यकता के मूल्यांकन के बिना ही स्थानांतरित कर दिये गए जिनमें से 177 पलंगों को स्थान की अनुपलब्धता के कारण स्थापित नहीं किया जा सका था।	12.75
	एक स.स्वा.के. में बिजली कनेक्शन के अभाव में 2004-06 के दौरान प्रापण किए गए अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे, ई.सी.जी. मशीन जैसे उपकरण गैर-उपयोगी/गैर-स्थापित पड़े थे।	उ.न.
बिहार	पूर्व चम्पारण जिले में ओ टी लाइट, हाइड्रोलिक ऑपरेशन टेबल आदि चिकित्सा उपकरण जो कि आवश्यकता से अधिक प्राप्त किये गये थे, जिला भण्डारों में मार्च 2006 से व्यर्थ पड़े थे।	25.68
जम्मू एवं कश्मीर	सेमी-ऑटो एनालाइज़र, लाइफ पैक इत्यादि जैसे उपकरण उपयोग के बिना एक वर्ष से अधिक से भण्डार में ही पड़े थे।	12.56
कुल		396.20



देखीमुख प्रा.स्वा.के. : असम में पड़े अप्रयुक्त बिस्तरे



रेडियेन्ट वार्मर अप्रयुक्त रहे तथा पानीगांव उप-केन्द्र: असम में मूल पैकेजिंग में भण्डारित किए गए

प्रकरण : झारखण्ड में अप्रयुक्त उपकरण

- कोल्ड चेन के अनुरक्षण के लिए जून 2006 में 10.43 करोड़ रु के 130 वेक्सीन डीप फ्रीजर (वी.डी.एफ.) तथा 268 पोर्टेबल वेक्सीन कैरियर (पी.वी.सी.) की प्राप्ति की गई थी तथा स्थापना स्थल पर प्रभावकारी टीकों को सुरक्षित रखने के लिए आवश्यक कोल्ड चेन अनुरक्षित करने के लिए, 202 कमरे विकसित किये जाने थे। तथापि, उपकरण अप्रयुक्त रहा क्योंकि (क) डीप फ्रीजर सौर ऊर्जा बैकअप से कार्य नहीं कर पाये, (ख) वांछित तापमान का अनुरक्षण नहीं किया जा सका था, (ग) उच्च वोल्टेज अस्थिरता के कारण उपकरण की क्षति हुई (घ) वी.डी.एफ. के गैर-प्रतिस्थापन के कारण 72 स्थल उपयोग हुए बिना ही रहे।
- टेलेमेडीसिन सुविधायुक्त 24 च.चि.यू. 66.67 लाख रु प्रति यूनिट की दर से खरीदी गई थीं यद्यपि रा.ग्रा.स्वा.मि. की स्मरेखा के अनुसूच्य च.चि.यू. में टेलेमेडीसिन सुविधाएं नहीं दी गई थी तथा झारखण्ड में टेलेमेडीसिन सुविधाएं देने के लिए मूलभूत संरचना उपलब्ध नहीं थी। तथापि, बिना टेलेमेडीसिन सुविधा के च.चि.यू. 22.00 लाख प्रति यूनिट की दर से उपलब्ध थीं। च.चि.यू. का टेलेमेडीसिन कार्य अप्रयुक्त रहा, परिणामस्वरूप 10.72 करोड़ रु. का निष्फल व्यय रहा।

7.8 स्वास्थ्य केन्द्र में आवश्यक दवाइयों की अनुपलब्धता

प्रापण सहित दवाइयों की उपलब्धता तथा संभार तंत्र प्रबन्धन किसी भी स्वास्थ्य प्रणाली में आलोचनात्मक महत्व के होते हैं। रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत, यह प्रावधान था कि स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक औषधियों/ दवाइयों का दो महीने के भण्डार का अनुरक्षण किया जाना था।

नौ राज्यों/सं.रा.क्षे. (असम, बिहार, दादर एवं नागर हवेली, झारखण्ड, मणिपुर, मिजोरम, उड़ीसा, पश्चिम बंगाल तथा सिक्किम) में नमूना जांच किए गए प्रा.स्वा.के. तथा स.स्वा.के. में के किसी भी दो महीने की खपत के लिए पर्याप्त आवश्यक दवाओं, गर्भनिरोधकों तथा टीकों का भण्डार उपलब्ध नहीं था। छह राज्यों में, नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों पर आंशिक रूप से दो महीने का भण्डार उपलब्ध था, जैसा कि तालिका 7.1 में दिया गया है।

सफलता की कहानी

मिशन के सकारात्मक प्रभाव था कि, नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. (मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश, पंजाब, छत्तीसगढ़, चण्डीगढ़, दिल्ली, हिमाचल प्रदेश तथा लक्षद्वीप) में दवाइयों का दो महीने का सुरक्षित भण्डार उपलब्ध था।

तालिका 7.1: दवाइयों, गर्भ-निरोधकों तथा टीकों के दो महीने के भण्डारण वाले स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत

राज्य	स.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.
जम्मू एवं कश्मीर	75	59
कर्नाटक	89	89
मेघालय	38	9
उत्तराखण्ड	100	92
राजस्थान	67	72
गुजरात	83	87

7.9 दवाइयों का गुणवत्ता आश्वासन

विशेषकर दवाइयों की खरीद के मामले में, जहाज में लदान से पूर्व तथा पश्चात् गुणवत्ता जाँच अपेक्षित है। तथापि, तीन राज्यों में निम्न मानक की दवाइयों के प्रापण के मामले अथवा गुणवत्ता को सुनिश्चित किए बिना ही दवाइयों का प्रापण ध्यान में आया था जिसका ब्यौरा निम्न है:

(लाख रु में)

राज्य	अनियमितता का स्वरूप	राशि
उड़ीसा	यद्यपि, राज्य की दवाई प्रबन्धन नीति पूर्ण भुगतान करने से पूर्व खरीदी गई प्रत्येक बैच की औषधियों की नमूना जांच का प्रावधान करती थी तथापि मा.प्रा.सा.स्वा.का.क. के किटों के 303 बैचों की नमूना जांच नहीं की गई थी तथा इन्हें मा.प्रा.सा.स्वा.का.क. को वितरित कर दिया गया था।	141.00
	राज्य की दवाई प्रबन्धन नीति बताती थी कि 5/6वें शेल्फ लाइफ से कम समय वाली किसी भी दवाई की प्राप्ति नहीं करनी थी तथापि, 11 मामलों में दवाइयों की खरीद 5/6वें शेल्फ लाइफ की निर्धारित सीमा से कम थी।	19.51
झारखण्ड	लिम्फेटिक फिलेरियासिस के उन्मूलन के लिए जन औषध प्रशासन (ज.औ.प्र.) हेतु रा.वे.ज.रो.नि. कार्यक्रम के अन्तर्गत राज्य मलेरिया नियंत्रण सोसाइटी को घटिया डी.ई.सी. गोलियों (टूटी/खराब) की आपूर्ति की गई।	55.00
पश्चिम बंगाल	पांच जिलों में मुख्य स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारी (मु.स्वा.चि.अ.) के प्रापण स्कन्ध द्वारा खरीदी गई दवाइयाँ घटिया पाई गई थी।	16.44
योग		231.95

उड़ीसा में, प्रयोगशाला से जाँच रिपोर्ट की प्राप्ति में देरी तथा राज्य औषध प्रबन्धन यूनिट (रा.औ.प्र.यू.) से विलंब से सूचना प्राप्त होने के कारण कोरापुत जिले में मरीजों को निम्न स्तरीय की दवाइयाँ दी गई। इसी प्रकार, सुन्दरगढ़ तथा बोलंगिर जिलों के 14 मामलों में, रा.औ.प्र.यू. द्वारा 'मानक गुणवत्ता रहित' की घोषणा की सूचना देरी से प्राप्त होने के कारण 3.02 लाख रु की समय सीमा समाप्त दवाइयाँ मरीजों को दी गई थीं।

बिहार में, दवाइयों का गुणवत्ता जांच तंत्र अस्तित्व में नहीं था तथा दवाइयाँ बिना गुणवत्ता सुनिश्चित किए ही इस्तेमाल की गई थीं। असम में, 10 विभिन्न बैच संख्या वाले 58.13 लाख निरोधों की आपूर्ति की गई जिसमें से पांच बैचों से ही नमूने प्रयोगशाला में जांच के लिए भेजे गये थे। सम्पूर्ण नमूने को निम्न स्तरीय का आंका गया तथा बाद में आपूर्तिकर्ता द्वारा बदल दिया गया था। तथापि, बचे हुए पांच बैचों के 43 लाख निरोधों को प्रयोगशाला में जांच किये बिना ही जिलों को भेज दिया गया।

7.10 आपूर्ति प्रबन्धन

मंत्रालय ने अगस्त 2007 में राज्य परिवार कल्याण ब्यूरो (रा.प.क.ब्यू.), कोलकाता के लिए जून 2008 की समय-सीमा समाप्ति वाले 79.61 लाख निरोधों को जारी करने का आदेश सरकारी चिकित्सा भण्डारण डिपो (स.चि.भ.डि.); गुवाहाटी को दिया। तथापि, कम अवधि की समय सीमा होने के कारण रा.प.क.ब्यू., कोलकाता ने निरोधों की आपूर्ति को स्वीकार करने से मना कर दिया। बाद में, जनवरी 2008 में, मंत्रालय ने स.चि.अ.डि.; गुवाहाटी से उक्त निरोधों को गुजरात, मध्यप्रदेश, राजस्थान तथा उत्तर प्रदेश को भेजने के लिए कहा। तथापि, भोपाल राज्य कार्यालय ने भी कम अवधि की समय सीमा के कारण उक्त स्टॉक को स्वीकार नहीं किया और तब यह निर्णय लिया गया कि उक्त आपूर्ति को पुणे, महाराष्ट्र के लिए परिवर्तित कर दिया जाए। उपर्युक्त कारण के लिए ही उक्त स्टॉक को महाराष्ट्र द्वारा भी नहीं स्वीकारा गया। तथापि, राज्य ने मार्च 2008 में उस स्टॉक को बाद में तब स्वीकार कर लिया जब स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, पुणे के परिसर में परिवहन एजेंसी के द्वारा उक्त स्टॉक को पहुँचा दिया गया था। स्वास्थ्य सेवा निदेशालय ने 25 मार्च 2008 तथा 03 मई 2008 के बीच 30 जिलों को जून 2008 की समय-सीमा समाप्ति वाले 20 लाख निरोध (25.13 लाख रु के मूल्य वाले) वितरित किए। जिला

मुख्यालय से ये निरोध आगे मरीजों को वितरण के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों को भेजे जाने वांछित थे। उपर्युक्त तथ्य मंत्रालय द्वारा आपूर्ति के त्रुटिपूर्ण प्रबंधन की ओर संकेत करते हैं, क्योंकि स्वास्थ्य केन्द्रों ने एक से तीन महीनों की शेल्फ-लाइफ वाले निरोध वितरण के लिए प्राप्त किये, जबकि मंत्रालय सामान्यतः तीन वर्ष की शेल्फ-लाइफ वाले निरोधों का प्रापण करता है।

इसी प्रकार, पश्चिम बंगाल में भी स्टोर में रखी दवाइयों की समय-सीमा समाप्ति के कारण 47.54 लाख रु की हानि हुई।



प्रा.स्वा.के., मोरवाही, गोंडिया, महाराष्ट्र



प्रा.स्वा.के., केन्दुर, पुणे, महाराष्ट्र

भण्डार प्रबन्धन की विषम पद्धतियां

अनुशंसाएं

मंत्रालय को रा.स्वा.स. को बाद के सभी प्रापण कार्यकलापों हेतु मंत्रालय द्वारा विकसित प्रापण नियमपुस्तिका को अपनाने तथा अनुपालन के लिए कहना चाहिए ताकि संपूर्ण देश में एकरूपता तथा मानकीकरण सुनिश्चित किया जा सके।

अ.प्रा.स्क. के आर्यान्वयन को तकनीकी तथा व्यवसायिक निपुणता के संबंध में सुदृढ़ किया जाना चाहिए ताकि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत दवाई तथा उपकरण के भारी मूल्य वाले केन्द्रीकृत प्रापण के प्रबन्धन में व्यावसायिकता प्रदान की जा सके।

विभाग को प्रापण प्रक्रिया में विलम्ब की जाँच के लिए आन्तरिक नियंत्रण प्रणाली को मज़बूत करना चाहिए तथा सामान्य वित्तीय नियमावली का पालन करते हुए सर्वोत्तम प्रतियोगी दरों पर खरीद को सुनिश्चित करना चाहिए।

प्रापण प्रक्रिया एवं बोली दस्तावेजों की समीक्षा की जानी चाहिए तथा मानक बोली दस्तावेजों तथा संविदा करारनामों को आदर्श नियमपुस्तिका के भाग के रूप में प्रापण हेतु अपनाना चाहिए।

मंत्रालय तथा राज्यों के पास ब्लैक लिस्टिड प्रतिष्ठानों का डाटा उनकी वेबसाइट पर रखना चाहिए।

अध्याय-8: सूचना, शिक्षा तथा संचार (सू.शि.सं.)

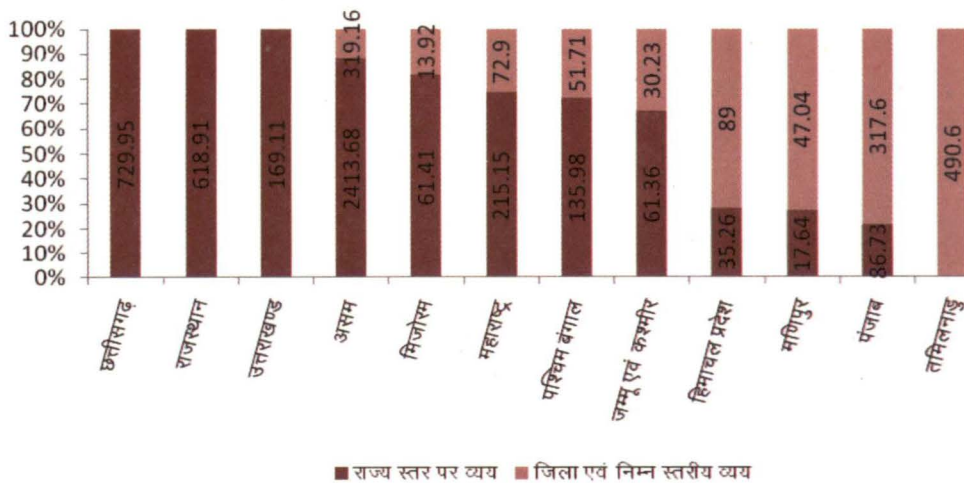
8 सू.शि.सं. योजना

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत सूचना, शिक्षा तथा संचार (सू.शि.सं.) योजना को स्वास्थ्य देखभाल के निवारक पहलुओं पर जानकारी के प्रचार तथा ग्रामीण क्षेत्रों में गरीब, महिला एवं बाल हेतु गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता तथा अनुवृद्धि के संबंध में सूचना प्रचार करना लक्षित किया गया था। मंत्रालय, सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय के संगीत एवं नाट्य प्रभाग, विज्ञापन एवं दृश्य प्रसार निदेशालय तथा क्षेत्रीय प्रसार निदेशालय की सहायता के साथ टेलीविजन, रेडियो तथा अन्य मीडिया के व्यापक उपयोग के माध्यम से प्रसार हेतु एक समाविष्ट सू.शि.सं. पैकेज का कार्यान्वयन कर रहा था। इसके अतिरिक्त, ग्रामीण क्षेत्रों में होर्डिंगों, प्रिंट मीडिया में विज्ञापन तथा राज्यों द्वारा क्षेत्रीय भाषाओं से मुद्रित सामग्रियों का भी सू.शि.सं. क्रियाकलापों हेतु उपयोग किया जा रहा था।

8.1 राज्यों में सू.शि.सं. व्यय

रा.ग्रा.स्वा.मि. अनुबद्ध करता है कि सू.शि.सं. कार्यकलापों के समर्थन में किए गए आबंटनों को बराबर रूप से (प्रत्येक हेतु एक तिहाई) तीन स्तरों अर्थात् राष्ट्रीय, राज्य तथा जिला स्तर पर व्यय किया जाना था। राज्यों द्वारा सू.शि.सं. निधियों का उपयोग, प्रयोग के अनुपात तथा स्तर/क्षेत्र दोनों में ही विविध था। जबकि आठ राज्यों में, सू.शि.सं. क्रियाकलापों हेतु प्राप्त अधिकांश निधियों को राज्य स्तर पर ही उपयोग किया गया था तथा आदेश के उपयोग हेतु जिलों को केवल अल्प राशि जारी की गई थी परन्तु अन्य चार राज्यों में, अधिकांश निधियों का जिला स्तर पर व्यय किया गया था तथा नीचे दर्शाया जा रहा है कि सू.शि.सं. निधियों के वितरण हेतु कोई निश्चित मार्ग नहीं था। मिशन के कार्यान्वयन के विभिन्न स्तरों हेतु सू.शि.सं. के अंतर्गत संसाधनों के आबंटन को मॉनीटर करने हेतु रीतियों को अभी भी विकसित किया जाना था।

राज्य एवं जिला स्तरों पर सू.शि.सं. पर व्यय (लाख रु में)



(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

जैसा कि उक्त ग्राफ से देखा जा सकता है कि जिला स्तर पर तथा नीचे व्यय जहां इसकी अधिक आवश्यकता थी पर्याप्त नहीं था।

सू.शि.सं. निधियों के उपयोग का स्तर कुछ राज्यों में खराब था। राजस्थान में, 2005-08 के दौरान मंत्रालय द्वारा जारी 22.57 करोड़ रु. में से 6.19 करोड़ रु. (27.4 प्रतिशत) का प्रयोग किया था तथा 2005-06 एवं 2006-07 के दौरान जारी पूर्ण निधि अप्रयुक्त रही। झारखण्ड में, सू.शि.सं. क्रियाकलापों हेतु मंत्रालय द्वारा जारी 10.18 करोड़ रु. की निधियों में से केवल 5.38 करोड़ रु. (53 प्रतिशत) का उपयोग किया गया था। उड़ीसा में, 15.06 करोड़ रु. में से 9.21 करोड़ रु. (61 प्रतिशत) तथा चण्डीगढ़ में, 92.52 लाख रु. में से 37.21 लाख रु. (40.2 प्रतिशत) का व्यय किया गया था। केरल (2006-07) तथा गुजरात (2007-08) में जारी निधियों का क्रमशः 88 तथा 53 प्रतिशत बिना उपयोग के बचा रहा था। बिहार, मध्य प्रदेश तथा कर्नाटक की रा.स्वा.स. ने सू.शि.सं. क्रियाकलापों पर व्यय की जानकारी प्रस्तुत नहीं की थी। इसके अतिरिक्त, अव्ययित शेषों पर प्रोतभूत ब्याज को लेखाबद्ध नहीं किया गया था।

छः राज्यों में सू.शि.सं. क्रियाकलापों हेतु 30.38 करोड़ रु. के व्यय में अनियमितताएं भी पाई गई थी जैसा कि ब्यौरा अनुबंध 8.1 में ब्यौरा दिया गया है। अनियमितताओं का परिणाम छत्तीसगढ़ में 1.68 करोड़ रु. के अधिक भुगतान में हुआ जैसा कि नीचे बॉक्स में दर्शाया गया है।

प्रकरण: छत्तीसगढ़ में सू.शि.सं. के अंतर्गत अनियमितताएं तथा अधिक भुगतान

- ❖ 2005-06 के दौरान, छः मामलों में वॉल पेन्टिंग्स, इश्तिहार तथा होर्डिंग्स का प्रदर्शन जैसे सू.शि.सं. कार्यों को राज्य प्र.बा.स्वा. समिति तथा राज्य मलेरिया समिति द्वारा प्रसार कार्य (सम्वाद) कर रहे राज्य सरकार के अभिकरण द्वारा लिए गए मूल्य से उच्च दरों पर निजी अभिकरणों को सौंपा गया था जिसका परिणाम 1.01 करोड़ रु. के अधिक भुगतान में हुआ। इन समितियों ने राज्य सरकार द्वारा जारी अनुदेशों के उल्लंघन में कार्य सौंपने से पहले सम्वाद की दरें प्राप्त नहीं की थी।
- ❖ स्वास्थ्य सेवा निदेशालय ने सितम्बर 2005 में सू.शि.सं. सामग्रियों अर्थात् इश्तिहारों एवं बैनर का प्रापण, फरवरी 2005 में प्राप्त किए गए से अधिक उच्च दरों पर किया। दोबारा आदेश देने में जिसका विकल्प सरकारी नियमावली के अंतर्गत उपलब्ध एवं वैध था, निदेशालय की विफलता का परिणाम 48.04 लाख रु. के परिहार्य व्यय में हुआ।
- ❖ 10 लाख पैम्फ्लेट के मुद्रण हेतु कार्य आदेश 80 रु. प्रति 100 पैम्फ्लेट की दर पर एक निजी फर्म को दिया गया था जबकि विभाग का प्रचलित स्वीकृत दर संविदा 65 रु. प्रति 100 पैम्फ्लेट था, जिसका परिणाम 1.5 लाख रु. के अधिक भुगतान में हुआ।
- ❖ सितम्बर 2005 में गेरू पेन्टिंग का कार्य 5.00 रु. प्रति वर्ग फुट की दर पर एक निजी अभिकरण द्वारा करवाया गया था जबकि दिसम्बर 2004 में यही कार्य 0.89 रु. प्रति वर्ग फुट की दर पर अन्य फर्म द्वारा किया गया था। ऐसी कम अवधि के दौरान दर में अधिक विविधता का परिणाम 8.22 लाख रु. के अधिक भुगतान में हुआ।
- ❖ कलाजत्था कार्यक्रम के अंतर्गत दो अभिकरणों को एक मामले में वास्तविक रूप से सौंपे गए शो की उच्च संख्या हेतु भुगतान तथा अन्य मामले में उच्च भुगतान के कारण 9.37 लाख रु. का अधिक भुगतान किया था।

सू.शि.सं. व्यय ने टेलीविजन, रेडियो तथा प्रिंट मीडिया के प्रति प्राथमिकता को प्रदर्शित किया। स्थानीय मीडिया जैसे कि सड़क पर नुक्कड़ नाटक, सीधी बातचीत आदि जो कि ग्रामीण जनसंख्या के लक्ष्य वर्ग तक पहुंचने हेतु आसान साधन थे, उपेक्षित रहे। स्थानीय उप-जिला स्तरों पर विशिष्ट सू.शि.सं. योजनाओं को तैयार किया जाना चाहिए तथा इस उद्देश्य हेतु निधियां अलग से आबंटित की जानी चाहिए।

मंत्रालय ने बताया कि लेखापरीक्षा द्वारा अंतर-व्यैक्तिक संचार पर उचित रूप से महत्व दिया गया था तथा यह वही दिशा थी जिस पर रा.ग्रा.स्वा.मि. बढ़ने का प्रयास कर रहा था। जबकि मिशन

के पास 700,000 आशा अथवा सामुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्ता थे फिर भी उनका बड़े पैमाने पर व्यवहार बदलाव हेतु उपयोग करना आवश्यक था।

8.2 निर्देशन पर्ची के माध्यम से सू.शि.सं.

मार्गदर्शी क्रियाकलाप के रूप में, मंत्रालय ने प्रा.स्वा.के., सा.स्वा.के. तथा जिला अस्पतालों में प्रयोग हेतु स्वास्थ्य संदेश सहित निर्देशन पर्चियों के मुद्रण के लिए 18 विशेष विकेन्द्रित राज्यों (2004-05) को 6.46 करोड़ रु. प्रदान किए थे। तथापि, राज्यों से कोई औपचारिक ब्यौरेवार प्रस्ताव प्राप्त नहीं किए गए थे।

निधियां केवल अप्रैल 2005 में जारी की गई थी तथा 1.29 करोड़ रु. (कुल जारी का 20 प्रतिशत) अभी भी राज्यों के पास अव्ययित पड़े थे (अगस्त 2008)। इसके अतिरिक्त, मंत्रालय ने योजना का कोई मूल्यांकन नहीं किया था।

प्रकरण : उड़ीसा में निर्देशन पर्ची के माध्यम से सू.शि.सं. क्रियाकलाप

नवम्बर 2006 में, रा.स्वा.स. ने राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (रा.स्वा.प.क.सं.) को अनुभागीय प्रबंधित ऑफसेट प्रीटिंग प्रैस द्वारा 30 पैसे प्रति पर्ची की दर पर रा.ग्रा.स्वा.मि. के संदेश तथा चिन्ह वाली 2.44 करोड़ निर्देशन पर्चियों के मुद्रण हेतु, मंत्रालय से प्राप्त, 73.31 लाख रु. जारी किए। तथापि, अक्टूबर 2008 तक केवल 1.43 करोड़ ऐसी पर्चियों का मुद्रण तथा राज्य के विभिन्न मु.जि.चि.अ. को आपूर्ति की गई थी तथा 30.54 लाख रु. की शेष राशि अव्ययित पड़ी थी। इसके अतिरिक्त, लेखापरीक्षा किए गए जिलों में रा.स्वा.प.क.सं. द्वारा 7.72 लाख निर्देशन पर्चियों को विभिन्न चालानों में जनवरी से दिसम्बर 2007 के दौरान मु.जि.चि.अ., कालाहांडी को जारी के रूप में प्रदर्शित किया गया था परन्तु संबंधित मु.जि.चि.अ. के स्टॉक रजिस्टर के सत्यापन ने 31 मार्च 2008 तक केवल 4.62 लाख ऐसी पर्चियों की प्राप्ति को प्रकट किया जैसा कि भण्डारक द्वारा प्रमाणित किया गया। लेखापरीक्षा द्वारा इसे इंगित किए जाने के बावजूद रा.स्वा.स. ने 0.93 लाख रु. की लागत वाली 3.10 लाख निर्देशन पर्चियों के कम दर्ज करने/संदेहास्पद मामले की जांच नहीं की थी।

मंत्रालय ने बताया कि निर्देशन पर्चियों के माध्यम से कार्यक्रम के समर्थन को मार्गदर्शी के रूप में 18 राज्यों, जो रा.ग्रा.स्वा.नि. के अंतर्गत प्राथमिक क्षेत्र में आते थे, में आरम्भ किया गया था। इसका मूल्यांकन नहीं किया गया था क्योंकि इसे एक बार करने वाला क्रियाकलाप समझा गया था। राज्यों/सं.शा.क्षे. के लेखाओं का निपटान करने के लिए प्रभावशाली प्रयत्न किए जा रहे थे तथा उपयोग प्रमाणपत्र एवं व्यय विवरण प्राप्त किए जा रहे थे।

तथापि, इस आसानी से वितरण योग्य सू.शि.सं. मीडिया का पश्च-योजना मूल्यांकन इसके नियमित आधार पर जारी रहने के निर्णय के प्रति लाभकारी होगा।

8.3 स्वास्थ्य मेला

रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यान्वयन ढाँचे में वर्णित था कि सभी संसदीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य मेलों का प्रतिवर्ष आयोजन किया जाना था जिससे कि जनता को औषधियों (ऐलोपैथी, होम्योपैथी, आयुर्वेद तथा यूनानी आदि) की विभिन्न प्रणालियों के क्रम के बीच विकल्पों की संख्या से जागरूक करने, निरोधक, संवर्धक,



स्रोत: मंत्रालय की वेबसाइट

रोगहर तथा पुनर्वासयोग्य स्वास्थ्य देखभाल के साथ प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य क्षेत्र के बीच संबंधों को समझने में उनकी सहायता तथा केन्द्र सरकार, राज्य सरकार, चयनित स्थानीय निकायों, गै.स.सं. एवं व्यावसायिक संगठनों द्वारा किए गए कार्यों से उनको जागरूक बनाया जा सके। संभार-तंत्र, प्रसार तथा आवश्यक दवाईयों, औषधियों आदि की लागत को पूरा करने हेतु मंत्रालय द्वारा 8 लाख रू. प्रति मेले का अनुदान दिया गया था।

मंत्रालय ने 15 राज्यों/सं.शा.क्षे. (2005-06) को 3.68 करोड़ रू. तथा सभी राज्यों/सं.शा.क्षे. को 43.44 करोड़ रू. (2006-07) जारी किए। तथापि, 2.50 करोड़ रू. (2005-06 में जारी का 68 प्रतिशत) 10 राज्यों/सं.शा.क्षे. के पास अव्ययित रहा। सात राज्यों (मणिपुर, नागालैण्ड, सिक्किम, असम, तमिलनाडु, हरियाणा तथा गुजरात) में, स्वास्थ्य मेलों हेतु प्राप्त निधियों में से कोई भी व्यय अभी तक नहीं किया गया था।

जारी निधियों (2006-07) हेतु, मंत्रालय ने सात राज्यों/सं.शा.क्षे. से केवल 3.39 करोड़ रू. (जारी का 8 प्रतिशत) के ही उपयोगिता ब्यौरे प्राप्त किए। जबकि 6.05 करोड़ रू. पांच राज्यों/सं.शा.क्षे. (उत्तर प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, हरियाणा, केरल तथा दमन एवं दीव) के पास अव्ययित पड़े थे, 27 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁵⁵ ने अगस्त 2008 तक निधियों के उपयोग पर सूचना नहीं दी थी।

मंत्रालय आयोजित स्वास्थ्य मेलों की संख्या तथा इसमें किए गए क्रियाकलापों के संबंध में राज्यवार ब्यौरे प्रदान करने में असमर्थ था जिसके अभाव में वित्तीय प्रगति तथा वास्तविक उपलब्धियों के बीच सह-संबंध स्थापित नहीं किया जा सका था।

स्वास्थ्य मेलों हेतु निधियों की उपयोगिता की कमी ने दर्शाया कि सभी पणधारियों तथा लक्ष्य जनसंख्या की बड़ी भागीदारी को बढ़ावा देने हेतु सू.शि.सं. के प्रयोग के उद्देश्य को अधिक महत्व देने की आवश्यकता थी।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों के पास अव्ययित निधियों तथा लम्बित उपयोग प्रमाणपत्रों को ध्यान में रखते हुए 2007-08 के दौरान स्वास्थ्य मेले हेतु कोई निधियां जारी नहीं की गई थी।

8.4 ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस तथा विद्यालय स्वास्थ्य जांच

रा.ग्रा.स्वा.मि. दिशानिर्देश बतलाते हैं कि स.न.मि. को आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं तथा आशा की सहायता से प्रत्येक ग्राम में ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस (ग्रा.स्वा.पो.दि.) का आयोजन करना था। इसी प्रकार, प्रा.स्वा.के. को त्रैमासिक आधार पर विद्यालय स्वास्थ्य जांच के आयोजन करने थे जिससे कि सीधी बातचीत के माध्यम से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर जानकारी विस्तारित की जा सके।

सकारात्मक विकास

हिमाचल प्रदेश तथा जम्मू एवं कश्मीर में ग्रा.स्वा.पो.दि. तथा स्वास्थ्य जांचों के कोई भी लक्ष्य निर्धारित न किए जाने के बावजूद भी इनको आयोजित किया गया था। केरल में, रा.स्वा.स. ने बताया कि विद्यालय स्वास्थ्य जांच वर्ष में एक बार प्रत्येक विद्यालय में की गई थी।

⁵⁵ बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तराखण्ड, मणिपुर, मेघालय, नागालैण्ड, सिक्किम, त्रिपुरा, असम, जम्मू एवं कश्मीर, पश्चिम बंगाल, तमिलनाडु, गुजरात, गोवा, आन्ध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, पंजाब, अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, दादर एवं नागर हवेली, दिल्ली, लक्षद्वीप तथा पुडुचेरी।

2005-06 के दौरान नौ राज्यों⁵⁶ ग्रा.स्वा.पो.दि. आयोजित करने हेतु कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं थे। यहां तक 2006-07 तथा 2007-08 में भी क्रमशः छः⁵⁷ तथा पांच⁵⁸ राज्यों/सं.शा.क्षे. में लक्ष्य निर्धारित नहीं थे। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान न ही आठ राज्यों/सं.शा.क्षे.⁵⁹ में त्रैमासिक विद्यालय स्वास्थ्य जांच हेतु लक्ष्य निर्धारित किए गए थे।

सात राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, सिक्किम तथा उत्तराखण्ड) में ग्रा.स्वा.पो.दि. तथा/या विद्यालय स्वास्थ्य जांचों का आयोजन करने के लक्ष्यों के प्रति कमी थी। असम, मिजोरम तथा त्रिपुरा (2005-06) सिक्किम तथा पुडुचेरी (2005-07) तथा झारखण्ड (2005-08), में ग्रा.स्वा.पो.दि. आयोजित नहीं किए जा रहे थे। इसी प्रकार, असम, झारखण्ड और मणिपुर (2005-08), अरुणाचल प्रदेश (2007-08) में विद्यालय स्वास्थ्य जांच नहीं की गई थी। गुजरात, मध्य प्रदेश, पंजाब, उड़ीसा तथा पुडुचेरी की रा.स्वा.स. ने ग्रा.स्वा.पो.दि. तथा/या विद्यालय स्वास्थ्य जांचों पर जानकारी प्रस्तुत नहीं की थी।

इस प्रकार, कुछ राज्यों में ग्रा.स्वा.पो.दि. आयोजित न किए जाने, कुछ राज्यों में ग्रा.स्वा.पो.दि. के आयोजन हेतु लक्ष्यों के गैर-निर्धारण तथा अन्य में लक्ष्यों के प्रति कमी के कारण, स्थानीय स्वास्थ्य सक्रियतावादियों तथा ग्रामीण स्तरीय कार्मिक के माध्यम से सू.शि.सं. ने पूर्ण संवेग प्राप्त नहीं किया था।

अनुशंसाएं

निधियों को केन्द्र, राज्य तथा जिलों में संचार की विभिन्न मीडिया के बीच वितरण किये जाने की आवश्यकता है जिससे कि कार्यक्रम का संदेश बहुत ही साधारण तथा प्रभावी ढंग से पहुंचाया जा सकता है।

वित्तीय अनियमितताओं से बचने के लिए रा.स्वा.स. में आंतरिक नियंत्रण को सुदृढ़ किया जाए।

⁵⁶ मणिपुर, मिजोरम, त्रिपुरा, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, चण्डीगढ़, मेघालय तथा असम

⁵⁷ मिजोरम, त्रिपुरा, सिक्किम, अरुणाचल प्रदेश, चण्डीगढ़ तथा मणिपुर

⁵⁸ चण्डीगढ़, अरुणाचल प्रदेश, त्रिपुरा, मिजोरम तथा मणिपुर

⁵⁹ असम, जम्मू एवं कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, मिजोरम, पुडुचेरी, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा चण्डीगढ़

अध्याय 9: स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

9.1 निष्पादन सूचक

रा.ग्रा.स्वा.मि. ने शिशु मृत्यु दर (शि.मृ.द.), मातृ मृत्यु दर (मा.मृ.द.) कुल प्रजनन दर (कु.प्र.द.) को कम करने तथा विभिन्न रा.रो.नि.का. के अंतर्गत आवृत्त किए गए विभिन्न स्थानीय रोगों के सुधार दर बढ़ोत्तरी के लिए राष्ट्रीय लक्ष्य निर्धारित किया। राज्य विशिष्ट लक्ष्य मिशन के अन्तर्गत निर्धारित नहीं थे। राज्यों को समग्र राष्ट्रीय लक्ष्यों को ध्यान में रखते हुए अपने लक्ष्यों को नियत करना था।

तथापि, असम, अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, छत्तीसगढ़, दमन एवं दीव, दिल्ली, झारखण्ड, कर्नाटक⁶⁰, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश एवं पश्चिम बंगाल (17 राज्यों/सं.शा.क्षे.)में रा.स्वा.स. ने निष्पादन सूचकों के संबंध में लम्बी अवधि के ध्येय एवं लक्ष्य निर्धारित नहीं किए। नौ राज्यों⁶¹ में रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत निष्पादन सूचकों हेतु परिणामी ध्येय के साथ-साथ लम्बी अवधि के ध्येय निर्धारित थे। तथापि, चंडीगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, केरल और उत्तराखण्ड में विभिन्न प्रभाव एवं निष्पादन सूचकों पर पूर्व रा.ग्रा.स्वा.मि. के आंकड़े संकलित/उपलब्ध नहीं थे। शि.मृ.द., मा.मृ.द., कु.प्र.द. आदि एवं विभिन्न निष्पादन सूचकों पर पूर्व रा.ग्रा.स्वा.मि. के आंकड़ों के अभाव में निर्धारित लक्ष्यों का औचित्य तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. की पश्च प्रगति का मूल्यांकन नहीं किया जा सका।

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत सभी मध्यस्थता के लिए जिला बुनियादी इकाई है। तथापि असम, अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, छत्तीसगढ़, दमन एवं दीव, दिल्ली, झारखण्ड, राजस्थान, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, मध्यप्रदेश, उड़ीसा, पंजाब, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश एवं पश्चिमी बंगाल (19 राज्य/सं.रा.क्षे.) में प्रभाव सूचकों के लिए जिलावार लम्बी अवधि के लक्ष्य तथा निष्पादन सूचकों के लिए वार्षिक लक्ष्य भी निर्धारित नहीं किए गए थे।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यवार तथा जिलावार लक्ष्य तथा उनके सापेक्ष निष्पादन सूचक रा.ग्रा.स्वा.मि. के प्रभाव के परीक्षण हेतु उपलब्ध थे। प्रत्येक एकीकृत जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (ए.जि.स्वा.का.यो.) में संबंधित जिले की आधार रेखा तथा ध्येय (माध्यमिक ध्येय सहित), जिसे संबंधित जिला प्राप्त करना चाहता है, शामिल है। इसी प्रकार, राज्य की वार्षिक का.का.यो. संबंधित राज्य द्वारा निर्धारित परिप्रेक्ष्य ध्येय से सहायता एवं दिशानिर्देशन प्राप्त करती है। मंत्रालय ने बताया कि राज्यवार एवं जिलावार ध्येयों का रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत केन्द्रीय स्तर से कोई विन्यास नहीं किया गया था। भारत जैसे बड़े एवं विविध देश में, अन्तर्राज्यीय एवं राज्यांतरित विभिन्नताओं के साथ, मंत्रालय ने यह महसूस किया कि स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार कार्यक्रम के स्थानीय लक्ष्यों को केन्द्रीयकृत स्तर से निर्धारित करना अनुपयुक्त होगा। प्रत्येक राज्य को वास्तविकता, लक्ष्यों को स्वीकार करने के पूर्व अपनी आधार रेखा एवं अपनी क्षमता के विषय में सचेत रहने की आवश्यकता है। यह जिलों के लिए भी लागू होता है।

⁶⁰ रा.स्वा.स. ने प्रभाव एवं निष्पादन सूचकों हेतु निर्धारित लक्ष्यों के संबंध में कोई सूचना उपलब्ध नहीं कराई।

⁶¹ आन्ध्र प्रदेश, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, महाराष्ट्र, उत्तराखण्ड और तमिलनाडु

मंत्रालय ने यह भी बताया कि रा.ग्रा.स्वा.मि. ने विभिन्न मध्यस्थता हेतु आउटपुट लक्ष्यों एवं समग्र परिणामी लक्ष्यों को निर्धारित किया। रा.ग्रा.स्वा.मि. के विभिन्न कार्यक्रम संघटकों के अपने लक्ष्य थे जिसे समग्र रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यक्रम के भाग के रूप में स्वीकार किया गया था। वेब आधारित स्वास्थ्य प्र.सू.प्र. को परिचालनात्मक करने हेतु कठिन प्रयास ने सकारात्मक प्रभाव दर्शाए हैं तथा उससे भी सख्त, नियमित प्र.सू.प्र., लक्ष्य के प्रति विभिन्न कार्यक्रमों की उपलब्धि के अनुकूल बनाने हेतु उपलब्ध हो रहा था।

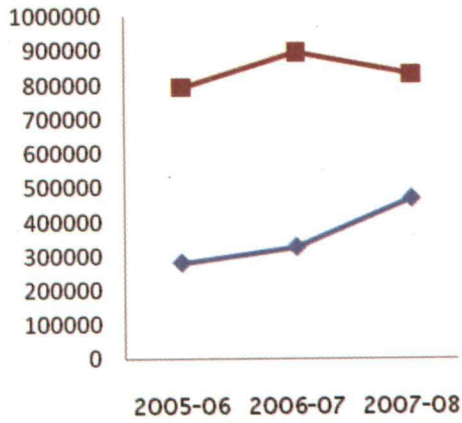
जबकि आई.डी.एच.ए.पी. पर मंत्रालय के महत्व को सराहा गया था फिर भी तथ्य यह रहता है कि आधे राज्यों/सं.शा.क्षे. और अधिकतर जिलों ने लम्बी अवधि के ध्येय को दर्शाते हुए अपने परिप्रेक्ष्य योजनाओं को तैयार नहीं किया था। मंत्रालय स्तर पर भी, रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत निर्धारित समग्र राष्ट्रीय परिणामों को प्राप्त करने हेतु राज्यवार लम्बी अवधि के लक्ष्य, ध्येय एवं आउटपुट को स्थापित करने के लिए राज्यों के साथ विचार-विमर्श करके कोई कार्य योजना तैयार नहीं की गई थी। राष्ट्रीय लक्ष्यों ने विभिन्न सूचकों के लिए अन्तर्राज्यीय एवं राज्यान्तरित विचलन पूर्व-रा.ग्रा.स्वा.मि. को प्रदर्शित नहीं किया। लक्ष्यों को राज्यों द्वारा स्थापित मूलभूत आंकड़ों से तैयार स्पष्ट एवं प्राप्त ध्येयों पर आधारित होना चाहिए था। राज्यों के ध्येय प्राप्य है और समग्र राष्ट्रीय सूचकों के साथ पंक्तिबद्ध है इसे सुनिश्चित करने तथा निर्देशित करने के मंत्रालय हेतु जरूरतों पर पुनः बल दिया जाता है। मंत्रालय द्वारा देश के लिए समग्र लक्ष्यों को स्थापित किया जाना चाहिए। राज्य राष्ट्रीय लक्ष्य तक पहुँचने के लिए अपने वार्षिक लक्ष्यों को निर्धारित कर सकते हैं।

9.2 अन्तरंग रोगी एवं बहिरंग रोगी के मामले में वृद्धि/कमी

अन्तरंग रोगी एवं बहिरंग रोगी के मामले की संख्या में वृद्धि/कमी रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत विभिन्न मध्यस्थताओं की प्रभावकारिता का मूल्यांकन करने में सहायता के लिए एक प्रमुख सूचक है।

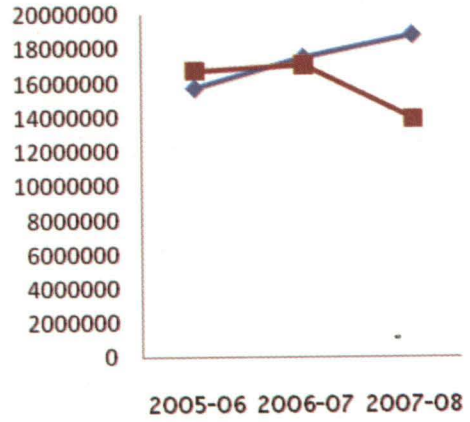
प्रा.स्वा.के. पहुँचने वाले बहिरंग रोगियों के मामलों की संख्या बहुत बढ़ गई थी लेकिन स.स्वा.के. में अन्तरंग एवं बहिरंग मामलों की संख्या तेजी से नहीं बढ़ रही थी जैसा कि असम, अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, हरियाणा, मेघालय, पंजाब, पुडुचेरी, उत्तर प्रदेश एवं तमिलनाडु (12 राज्य/सं.शा. क्षे.) के नमूना लेखापरीक्षित जिलों में देखा गया था। तथापि बा.रो.वि. एवं अ.रो.वि. रोगियों की कुल संख्या पांच राज्यों (हिमाचल प्रदेश, उड़ीसा, लक्षद्वीप, मध्य प्रदेश और गुजरात) में घटी थी। 26 राज्यों/सं.शा.क्षे. में लेखापरीक्षा किए गए जिलों के सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में वा.रो.वि., अ.रो.वि. रोगियों की प्रवृत्ति निम्नवत थी:

सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में अ.रो.वि. रोगियों की संख्या



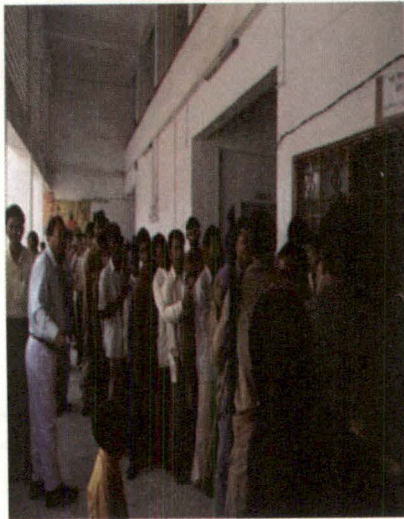
—◆— प्रा.स्वा.के. में अ.रो.वि. रोगियों की संख्या
—■— सा.स्वा.के. में अ.रो.वि. रोगियों की संख्या

सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में वा.रो.वि. रोगियों की संख्या



—◆— प्रा.स्वा.के. में वा.रो.वि. रोगियों की संख्या
—■— सा.स्वा.के. में वा.रो.वि. रोगियों की संख्या

आठ राज्यों (आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, झारखण्ड, मिजोरम, केरल, सिक्किम, और छत्तीसगढ़) में, रा.स्वा.स. ने 2005-08 के दौरान रोगियों की संख्या के समग्र आंकड़े अनुरक्षित नहीं किए। महाराष्ट्र (2006-07 तक), उत्तराखण्ड तथा पंजाब में, केवल सा.स्वा.के. का आंकड़ा अनुरक्षित किया गया था।



बिहार में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र पर प्रतीक्षा कर रहे रोगी

रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत की गई मध्यस्थता के लिए रोगियों की विभिन्न प्रतिक्रिया देश भर में मिशन के विभिन्न घटकों के असममित क्रियान्वयन को प्रदर्शित करते थे। उदाहरण के लिए, प्रा.स्वा.के. में बहिरंग रोगी मामलों में वृद्धि लेकिन सा.स्वा.के. में अन्तरंग एवं बाह्य रोगी मामलों में निष्क्रियता ने डाक्टरों, दवाओं आदि की सुविधाओं तथा नर्सिंग, आपातकालीन सेवाओं आदि की सुविधाओं की कमी को इंगित किया।

मंत्रालय ने बताया कि देश में कोई भी दो राज्य समान नहीं है। समुदायों का स्वास्थ्य के प्रति व्यवहार एक जिले से दूसरे जिले तथा एक राज्य से दूसरे राज्य में भी बदलता है। जैसे ही स्वास्थ्य पद्धति का नवीकरण होता है, नागरिकों की एक बड़ी संख्या जो इस सेवा का इस्तेमाल कर रही हैं में निश्चित ही सुधार होगा। फिर भी, इस वृद्धि का फौलाव समान किये जाने की

उम्मीद नहीं की जा सकती। कुछ राज्यों ने स्वास्थ्य सुविधाओं के विभिन्न स्तरों के नवीकरण के लिए श्रेणीबद्ध रूप से ध्यान दिया था। अन्य ने सेवाओं का क्षेत्राधिकार-वार में उन्नयन का कार्य संभाला था। फिर भी कुछ ने विषयक केन्द्रबिन्दु को अपनाया था। अतः कई राज्यों में विभिन्न चरणों पर वा.रो.वि. का सुधार समान नहीं था। विभिन्न चरणों पर वा.रो.वि. की उपस्थिति भी

समुदाय की स्वास्थ्य संबंधी निष्पादन का एक कार्य था। परिवहन की उपलब्धता, सड़कों की स्थिति, दूरसंचार सेवाओं आदि के संदर्भ में राज्य की समग्र सम्पादन क्षमता स्वास्थ्य प्रणाली सहित नागरिकों के पारस्परिक प्रभाव के प्राथमिक पथ को तय करता है। अंतरंग रोगी सांख्यिकी में धीमे सुधार में सेवा प्रदाताओं के लिए आवास/परिवहन का अभाव सहित कई कारणों पर आरोपित किया जा सकता है (जिसके कारण वे केवल बा.रो.वि. हेतु सेवाओं को सीमित करने को मजबूर हैं)। जन सुविधाओं में अंतरंग रोगी बिस्तरों के उपयोग में सुधार हेतु भौतिक अवसंरचनाओं की उपलब्धता, नर्सिंग एच आर आदि की वृद्धि की उपयोगिता में सुधार के लिए रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत प्रयास किए जा रहे थे।

9.3 प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (प्र. एवं बा.व.)

9.3.1 मातृ स्वास्थ्य

मातृ स्वास्थ्य के अन्तर्गत, प्र.बा.व.-II ने मातृ एवं बाल मृत्यु दर को 2010 तक क्रमशः प्रति एक लाख 100 तथा प्रति हजार 30 कम करने का लक्ष्य किया था। मातृ स्वास्थ्य एवं देखभाल को सुनिश्चित करने हेतु प्रमुख सेवाओं में प्रसव पूर्व देखभाल, संस्थागत प्रसव देखभाल, पश्च प्रसव देखभाल तथा रेफरल सेवाएं शामिल थे।

(क) प्रसवपूर्व देखभाल

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के प्रमुख उद्देश्यों में से एक सभी गर्भवती महिलाओं को उनके गर्भकाल के 12 हफ्ते के अन्दर पंजीकृत करना, उन्हें चार प्रसवपूर्व जांच की सुविधा, 100 दिनों का आयरन फोस्टिक एसिड के टेबलेट, टेटनस टॉक्सायट (टे.टॉ.) की दो खुराक उपलब्ध कराना, तथा सम्पूर्ण आहार एवं विटामिन सम्पूरक के लिए सलाह देना तथा समस्या के मामले में उन्हें अधिक विशिष्ट स्त्रीरोग देखभाल के लिए अग्रेषित करना था।

(i) पंजीकरण एवं जांच

19 राज्यों/सं.शा.क्षे. (असम, आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, हिमाचल प्रदेश, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मिजोरम, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड एवं पश्चिमी बंगाल) के नमूना जिलों में सभी चार प्रसवपूर्ण जांचों के लिए सुव्यवस्थित अभिलेख अनुरक्षित नहीं किए गए थे। अण्डमान एवं निकोबार, अरुणाचल प्रदेश, बिहार झारखण्ड⁶², उड़ीसा, सिक्किम, त्रिपुरा एवं उत्तराखण्ड में गर्भवती महिलाओं के पंजीकरण के ब्यौरे दर्ज नहीं किए गए थे। अधिकतर मामलों में मातृ एवं बाल स्वास्थ्य (मा. एवं बा.स्वा.) रजिस्टर उचित रूप से अनुरक्षित नहीं किए गए थे।

इसके अतिरिक्त, पांच राज्यों/सं.रा.क्षे. (दादर एवं नागर हवेली, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, मिजोरम एवं राजस्थान) में गर्भकाल के 12 हफ्ते के अन्दर 50 प्रतिशत से भी कम गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण हुआ था राज्यवार ब्यौरा अनुबंध 9.1 में दिया गया है। नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. (अंडमान

⁶² झारखण्ड में, गर्भवती महिलाओं के पंजीकरण पर रा.स्वा.स. ने आंकड़े उपलब्ध कराए, लेकिन ऐसे आंकड़े किसी भी लेखापरीक्षित जिला द्वारा अनुरक्षित नहीं किए गए थे जिससे रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ों पर संदेह पैदा होता है।

एवं निकोबार द्वीपसमूह, अरुणाचल प्रदेश, उड़ीसा, छत्तीसगढ़, मेघालय, पंजाब, पश्चिम बंगाल, उत्तराखण्ड तथा त्रिपुरा) में इस संदर्भ में आंकड़ें उपलब्ध नहीं कराए गए।

असम, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, मध्यप्रदेश, मेघालय एवं उत्तर प्रदेश में केवल 21 से 57 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने ही चार प्रसवपूर्ण जांच सुविधाएं प्राप्त की थी। गुजरात, झारखण्ड, एवं मेघालय में 38 से 58 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने कोई भी जांच सुविधाएं प्राप्त नहीं की थी। इसके विपरीत, आठ राज्यों/सं.रा.क्षे.⁶³ में सभी गर्भवती महिलाएं गर्भकाल के 12 हफ्ते के अन्दर पंजीकृत हुई थीं। तथापि स.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. तथा जि.स्वा.स. के उप-केन्द्र से पंजीकरण, जांच एवं स्वस्थ रिपोर्टिंग प्रणाली के सुव्यवस्थित अभिलेखों के अभाव में रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ों की जांच किये जाने की आवश्यकता है। रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े और लेखापरीक्षा के दौरान सत्यापित आंकड़ों में अन्तर के विशिष्ट मामले तालिका 9.1 में दिए गए हैं:

मंत्रालय ने बताया कि यद्यपि जिला स्तर हाउसहोल्ड एवं सुविधा सर्वेक्षण-3 (डी.एल.एच.एस.-3 2007-08) की रिपोर्ट अधिकतर पैरामीटर पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों की पुष्टि करती है जबकि कुछ राज्यों में कुछ पैरामीटरों पर लेखापरीक्षा एवं डी.एल.एच.एस. के आंकड़े मेल नहीं खाते थे।

तालिका: 9.1 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या में अंतर

राज्य का नाम	वर्ष	यथासूचित पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या में अन्तर	
		जि.स्वा.स.	रा.स्वा.स.
उत्तर प्रदेश	2005-06	396000	494000
	2006-07	409000	503000
	2007-08	422000	500000
मिजोरम	2005-08	20307	20246

तथापि डी.एल.एच.एस.-3 के आंकड़े एवं लेखापरीक्षा निष्कर्ष के बीच अन्तर अपरिहार्य है। जबकि डी.एल.एच.एस.-3 नमूना हाउसहोल्ड के सर्वेक्षण पर आधारित था और लेखापरीक्षा निष्कर्ष डी.एल.एच.एस. द्वारा उपलब्ध कराई गई तीन वर्षों (2005-06 से 2007-08) की सूचना पर आधारित है। जहां कहीं भी अन्तर काफी है वहाँ मंत्रालय द्वारा मामले के परीक्षण की आवश्यकता है।

(ii) आयरन फोलिक एसिड का प्रबंधन

नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. (गुजरात, हिमाचल प्रदेश, केरल, पंजाब, उत्तराखण्ड, दिल्ली अरुणाचल प्रदेश, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश) में 20 से 50 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं आ.फो.ए. गोलियों की पूरी खुराक प्राप्त नहीं कर सकी थीं जबकि सात राज्यों/सं.शा.क्षे. (जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, सिक्किम, असम, पुडुचेरी, चण्डीगढ़, एवं महाराष्ट्र) में कमी 50 प्रतिशत से अधिक थी। रा.स्वा.स. ने अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, दमन एवं दीव, कर्नाटक, मणिपुर, मिजोरम, एवं त्रिपुरा (7 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में गर्भवती महिलाओं को आ.फो.ए. टेबलेट के उपयोग पर आंकड़ों को अनुरक्षित नहीं किया गया था।

रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध कराये गए आंकड़े के अनुसार, 17 राज्यों में आ.फो.ए. की गोलियां दी जाने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या 2005 से 2008 तक धीरे-धीरे घटी जैसा कि ब्यौरा

⁶³ असम, चण्डीगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, पुडुचेरी एवं उत्तर प्रदेश।

अनुबन्ध 9.2-क में दिया गया है। असम, पंजाब⁶⁴ एवं आंध्र प्रदेश की 4 नमूना जिलों में वर्ष 2005-08 के दौरान 520661 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से किसी को भी आ.फो.ए. टेबलेट नहीं दी गई थी। अधिकतर राज्यों में आ.फो.ए. टेबलेट के प्रदान करने में कमी, आपूर्ति नहीं होने/कम आपूर्ति⁶⁵ होने के कारण थी। आ.फो.ए. टेबलेट के प्रबंधन में विसंगतियों के राज्य विशिष्ट मामले नीचे दिए गए हैं।

उत्तर प्रदेश	भारत सरकार ने मार्च 2006 में आ.फो.ए. गोलियों वाली किट क तथा किट ख के प्रापण हेतु 38.49 करोड़ रु. जारी किए। तथापि, प्रापण अभिकरण को अंतिम रूप न दिए जाने के कारण किटों के प्रापण में विलम्ब हुआ तथा अप्रैल 2008 में स.न.मि. को किटें वितरित की गई थीं। लेखापरीक्षा किए गए जिलों के सभी 68 उप-केन्द्रों, 25 प्रा.स्वा.के तथा 18 सा.स्वा.के. ने अपनी प्रगति रिपोर्ट में रा.स्वा.स. को गर्भवती महिलाओं को आ.फो.ए. गोलियों के संवितरण को सूचित (2005-08) किया था। यद्यपि इस अवधि के दौरान उनके पास आ.फो.ए. की गोलियां उपलब्ध नहीं थीं।
बिहार	लेखापरीक्षित जिलों में, स्वास्थ्य इकाईयों द्वारा आ.फो.ए. प्रबंधन प्राप्त कर रही वास्तविक गर्भवती महिलाओं की स्थिति को दर्शाने के लिए कोई अभिलेख अनुरक्षित नहीं किए जा रहे थे। किशनगंज जिले में प्रोफीलेक्सी तथा थैरेप्युटिक दोनों गोलियों को प्रबंधन आशां वित माताओं को दर्शाया गया था किन्तु प्रत्येक लाभार्थी ने 2005-08 के दौरान केवल 10 से 30 गोलियां ही प्राप्त की थीं।

90 स.स्वा.के., 208 प्रा.स्वा.के. एवं बिहार, हरियाणा, पंजाब, राजस्थान, मणिपुर, उत्तर प्रदेश एवं तमिलनाडु (7 राज्य) के 707 उप-केन्द्रों में, 2005-08 अवधि से आ.फो.ए. टेबलेट का स्टॉक प्रायः शून्य था तथा 18 स.स्वा.के. 55 प्रा.स्वा.के. एवं झारखण्ड, मिजोरम, सिक्किम, उत्तराखण्ड एवं छत्तीसगढ़ (5 राज्यों) के 108 उप-केन्द्रों में 2005-08 के दौरान आ.फो.ए. टेबलेट का स्टॉक न्यूनतम अनुशंसित स्तर से नीचे था।

मंत्रालय ने बताया कि पिछले वर्षों में देश के कुछ राज्यों के पेरीफेरल स्वास्थ्य क्रन्द्रों में आ.फो.ए. टेबलेट की उपलब्धता में कमी थी। अब सं.रा.सं. के माध्यम से प्रापण द्वारा इसकी आपूर्ति की जा रही थी।

(iii) टेटनस टॉक्साइड टीकाकरण

बिहार एवं अरुणाचल प्रदेश में रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा टेटनस टॉक्साइड के प्रति टीकाकरण हेतु आंकड़ा अनुरक्षित नहीं किया गया था।

इसके अतिरिक्त, अन्य राज्यों द्वारा नियत लक्ष्यों का जनसांख्यिकीय रूपरेखा से कोई संबंध नहीं था, और न ही वे किसी आधारभूत सर्वेक्षण पर आधारित थे। जबकि मध्य प्रदेश एवं उत्तर प्रदेश ने क्रमशः 62.88 लाख रु. एवं 193.06 लाख रु. के लक्ष्य निर्धारित किए थे तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश के लिए लक्ष्य क्रमशः 37.71 लाख रु. एवं 54.56 लाख रु. थे। उपलब्धि के आंकड़े भी काफी अन्तर दर्शाते थे। यद्यपि, चण्डीगढ़ एवं लक्षद्वीप में उनके लक्ष्य बढ़ गए थे, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, उत्तर प्रदेश एवं त्रिपुरा के कम थे और वे अपने लक्ष्य के 75 प्रतिशत से भी कम थे। इसके अतिरिक्त, आंकड़े बहुत विश्वसनीय नहीं थे क्योंकि अधिकतर जिलों एवं राज्यों में गर्भवती महिलाओं के सुव्यवस्थित अभिलेख उपलब्ध नहीं थे।

⁶⁴ भटिन्डा में पंजीकृत कुल 88265 गर्भवती महिलाओं में से केवल 1534 महिलाओं को आ.फो.ए. दिया गया। होशियारपुर में, 2005-07 के दौरान किसी भी गर्भवती महिला को आ.फो.ए. टेबलेट नहीं दिया गया।

⁶⁵ जम्मू एवं कश्मीर एक अपवाद था जहाँ गर्भवती औरतों की गलत प्रतिक्रिया के कारण कमी थी जबकि वहाँ स्वास्थ्य केन्द्रों पर आ.फो.ए. टेबलेट का पर्याप्त भण्डार उपलब्ध था।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों में पूर्णतया परिभाषित प्रणाली के अभाव में टे.टा. टीकाकरण हेतु लक्ष्य 2001 की जनगणना के प्रक्षेपण पर केन्द्रीय आधार पर नियत किए गए थे। आदर्श रूप से, राज्यों को क्षेत्र स्तर पर वार्षिक हाउसहोल्ड सर्वेक्षण पर आधारित लक्ष्यों को निर्धारित किया जाना चाहिए तथा उप केन्द्र स्तर के आगे से लक्ष्यों को नियत करने में आधारभूत अभिगम को किया जाना चाहिए। इसके अतिरिक्त, कुछ राज्यों में रिपोर्टिंग प्रणाली शिथिल थी जैसा कि मूल्यांकित एवं प्रतिवेदित आंकड़ों के मध्य विस्तृत अंतराल में प्रदर्शित किया गया था।



जिला अस्पताल राजौरी जम्मू एवं कश्मीर में प्रसूति वार्ड की दयनीय स्थिति

(ख) संस्थागत प्रसूति देखभाल एवं जननी सुरक्षा योजना

जननी सुरक्षा योजना (ज.सु.यो.) को अप्रैल 2005 में पूर्व की राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना (रा.मा.ला.यो.) के स्थान पर आरम्भ किया गया था। ज.सु.यो. का सभी राज्यों में ग.रे.नी./अ.जा./अ.ज. परिवारों की गर्भवती महिलाओं तथा दस निम्न निष्पादन करने वाले राज्यों (आठ अ.का.स.) राज्य, असम तथा जम्मू एवं कश्मीर) में सभी गर्भवती महिलाओं को नकद प्रोत्साहन

उपलब्ध कराकर मातृत्व एवं शिशु मृत्यु दर को कम करने का दोहरा उद्देश्य था।

(i) लक्ष्य एवं उपलब्धि

योजना का प्राथमिक उद्देश्य संस्थागत प्रसूति को बढ़ाना तथा 2010 के अन्त तक संस्थागत प्रसूति के 100 प्रतिशत के लक्ष्य को प्राप्त करना था। तथापि, 12 राज्यों/सं.शा.क्षे. जैसे अण्डमान एवं निकोबार, अरुणाचल प्रदेश, बिहार, चण्डीगढ़, दादर एवं नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मणिपुर, मिजोरम, पश्चिम बंगाल एवं उड़ीसा में रा.स्वा.स. ने संस्थागत प्रसूति के लिए वर्षवार लक्ष्य निर्धारित नहीं किए थे। 11 राज्यों में लक्ष्य प्राप्ति में कमी को देखा गया जो छः राज्यों में 25 से 81 प्रतिशत के बीच थी तथा अधिकतम झारखण्ड (60 प्रतिशत), उत्तराखण्ड (78 प्रतिशत) तथा पंजाब (81 प्रतिशत) (अनुबन्ध 9.3) में थी। इसके अतिरिक्त न्यूनतम निष्पादन राज्यों की 47 लेखापरीक्षित जिलों में 19 जिलों (40 प्रतिशत) में कमी पायी गई थी तथा 16 जिलों में लक्ष्य नियत न किए जाने के कारण कमियां पाई गई थीं।

मंत्रालय ने बताया कि वर्ष 2007-08 के लिए 540 से अधिक जिलों ने भौतिक एवं वित्तीय लक्ष्यों को नियत करते हुए अपने स्वास्थ्य कार्य योजना को बनाया था। इस संदर्भ में काफी अधिक प्रगति हुई थी। ज.सु.यो. लाभार्थियों के समग्र आंकड़े 2005-06 (7.39 लाख) और 2008-09 (84.5 लाख) के बीच 11 गुणा (लगभग) बढ़ गए थे। तथापि, राज्यों को अवसंरचना और श्रम शक्ति दोनों के ही संदर्भ में उपलब्ध संसाधनों को ध्यान में रखते हुए अपने लक्ष्यों को नियत करने की सलाह दी जा रही थी।

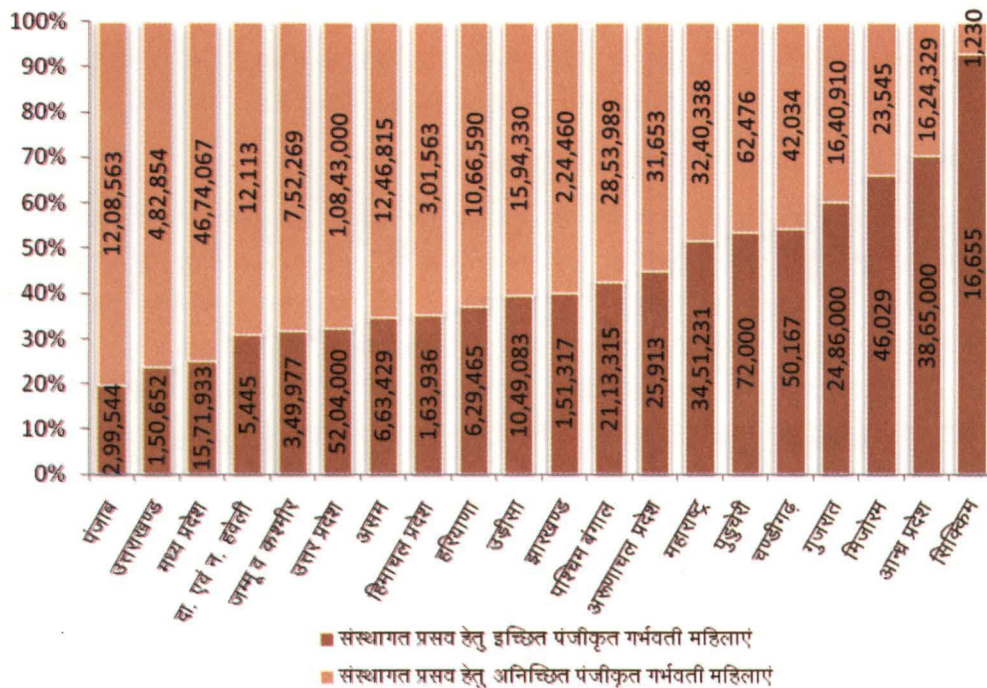
(ii) योजना का क्रियान्वयन

योजना में विचार किया गया था कि सभी गर्भवती महिलाओं को ज.सु.यो. और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य (मा.बा.स्वा.) कार्ड उपलब्ध कराया जाएगा और म.सा.स्वा.क. उनको प्रसवपूर्व देखभाल (प्र.पू.दे.) प्रसूति और प्रसव बाद के देखभाल के लिए तैयार करेगी। स.न.मि. प्रसव पूर्व और

प्रसूति के बाद के देखभाल की प्रभावी मानीटरिंग करने के लिए सूक्ष्म जन्म योजना तैयार करेगी। तथापि, सूक्ष्म जन्म योजना अरुणाचल प्रदेश, आन्ध्र प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड एवं पश्चिम बंगाल (17 राज्यों) में लेखापरीक्षित जिलों के प्रा.स्वा.के. एवं उप केन्द्र स्तर पर तैयार नहीं हुए थे। किसी भी सूक्ष्म जन्म योजना, ज.सु.यो. एवं मा.बा.स्वा. कार्ड के अभाव में सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की जांच, संस्थागत प्रसूति एवं प्रसव के बाद की देखभाल नहीं हो सकी।

इसके अतिरिक्त, बड़ी संख्या में गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण तो हुआ था लेकिन, जैसा कि नीचे चार्ट में प्रदर्शित किया गया है, संस्थागत प्रसूति के लिए, विशेषतौर पर अ.का.स. राज्यों में स्वास्थ्य केन्द्रों का उपयोग नहीं हुआ।

संस्थागत प्रसव हेतु इच्छित/अनिच्छित पंजीकृत गर्भवती महिलाएं



20 राज्यों में से 13 में कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के 50 प्रतिशत से कम ने स्वास्थ्य केन्द्रों में से संस्थागत प्रसूति को पसंद किया। इनके अतिरिक्त छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश, एवं उत्तराखण्ड (6 राज्यों) के 23 नमूना जिलों में से 19 में आवासीय प्रसूति, संस्थागत प्रसूति से अधिक थी।

इसके अतिरिक्त, महिलाओं को प्रसूति के बाद न्यूनतम अनुशासित ठहराव के बिना ही छोड़ दिया गया जिसके परिणामस्वरूप योजना के अन्तर्गत उपलब्ध कराए जाने वाली अपेक्षित उपयुक्त प्रसूति एवं प्रसव के बाद की देखभाल का उपयोग नहीं हुआ। स्वास्थ्य केन्द्र पर अवसंरचना सहायक कर्मचारी एवं डाक्टर के अभाव, ने संस्थागत प्रसूति देखभाल की गुणवत्ता को और भी प्रभावित किया।

मंत्रालय ने बताया कि लेखापरीक्षा द्वारा उठाए गए मुद्दे को ठीक ढंग से लिया गया था। यह सुनिश्चित करना मंत्रालय का सतत प्रयास था कि गर्भवती महिला को उसके प्रथम तिमाही में पंजीकृत करने के पश्चात एक सूक्ष्म स्तर पर जन्म योजना तैयार की गई है। सूक्ष्म जन्म योजना सभी आवश्यक अपेक्षित आंकड़ों को शामिल कर लेता है। राज्य सभी गर्भवती महिलाओं के लिए सूक्ष्म जन्म योजना को तैयार करने के प्रति लगातार प्रयास कर रहे हैं। मंत्रालय ने बताया कि लेखापरीक्षा ने इंगित किया था कि आवासीय प्रसूति, संस्थागत प्रसूति से अधिक थे जबकि, ज.सु.यो. लाभार्थियों में गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले लोगों के बीच संस्थागत प्रसूति कुल प्रसूति के 42 प्रतिशत (2005-06) से 84 प्रतिशत (2006-07) तक बढ़ा था। मंत्रालय राज्यों को यह सुनिश्चित करने की सलाह दे रहा था कि महिलाएं समुचित पश्च प्रसव देखरेख (प.प्र.दे.) के लिए प्रसूति के बाद दो दिनों तक सुविधा हेतु रुकें। मंत्रालय ने महसूस किया कि वर्तमान प्रवृत्ति उत्साहजनक थी। राज्यों को प.प्र.दे. एवं प्र.पू.दे. दोनों ही संदर्भ में गर्भवती महिलाओं की देखभाल की गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिए सुझाव दिए जा रहे थे।

जबकि मंत्रालय द्वारा प्रदर्शित प्रगति एक सकारात्मक विकास था, डी.एल.एच.एस.-III (2007-08) के अनुसार, संस्थागत प्रसूति का प्रतिशत कुल प्रसूति का 47 प्रतिशत था। डी.एल.एच.एस.-II (2002-04) के दौरान, संस्थागत प्रसूति का प्रतिशत 40.9 प्रतिशत था, जबकि डी.एल.एच.एस.-I (1998-99) के दौरान यह 37 प्रतिशत था। तीन डी.एल.एच.एस. ने संस्थागत प्रसूतियों की प्रतिशतता में एक लगातार परन्तु धीमी प्रगति को इंगित करता है।

(iii) ज.सु.यो. के अन्तर्गत प्रोत्साहन का भुगतान

ज.सु.यो. के अन्तर्गत, नकद प्रोत्साहन के भुगतान को प्रसूति के तुरन्त बाद लाभभोगियों को उपलब्ध कराया जाना था। योजना के अनुसार, प्रसूति के 7 दिन बाद कोई भी भुगतान गलत होगा। आन्ध्र प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु एवं उत्तराखण्ड जैसे 13 राज्यों की 249 नमूना जांच की गई इकाइयों में योग्य लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन के भुगतान में 8 से 730 दिनों के बीच की अवधि हेतु विलम्ब हुआ था। विलम्ब के कारण निधियों की कमी, स.न.मि. के पास अग्रदाय का प्रावधान नहीं होना तथा योजना के विषय में लाभार्थियों के बीच जागरूकता के अभाव थे। अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश में केवल 6 से 38 प्रतिशत लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन के भुगतान किये गये।

इसके अतिरिक्त, प्रोत्साहन के भुगतान के समर्थन में उपयुक्त दस्तावेज तथा वाउचर को हमेशा अनुरक्षित नहीं किया गया था। धोखेबाजी और अधिक भुगतान, गैर-भुगतान तथा अत्यधिक विलम्ब के मामले अनुबन्ध 9.4 तथा नीचे बाक्स में दिए गए हैं।

मंत्रालय ने बताया कि मा.प्रा.सा.स्वा.का. और लाभार्थियों को समय से भुगतान करने के लिए योजना स.न.नि. के पास अग्रदाय धन राशि के सृजन पर विचार करती है। मंत्रालय ने यह भी अधिदेशित किया था कि लाभार्थियों और मा.प्रा.सा.स्वा.का. को भुगतान चेक के माध्यम से किया जाए। मंत्रालय ने बताया कि उसने रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत समीक्षा मिशन तथा वित्तीय प्रबन्धन प्रभाग पाठ्यक्रम के दौरान इन पहलुओं की मॉनीटरिंग की और नियमित समीक्षा भी संचालित की। मंत्रालय में जब और जैसे ही वित्तीय अनियमितता संबंधित प्राप्त शिकायतों को मामले में विस्तृत जांच किये जाने के अनुरोध के साथ राज्य के ध्यान में लाये गये थे। जहाँ तक समयसीमा का सवाल है, मंत्रालय ने बताया कि ज.सु.यो. दिशानिर्देश में दर्ज समयसीमा का पालन किए जाने के लिए राज्यों को सुझाव दिया जा रहे थे।

प्रकरण: बिहार तथा उड़ीसा में ज.सु.यो. का कार्यान्वयन

बिहार:

2006-08 के दौरान, स्वास्थ्य केन्द्रों में पंजीकरण के प्रति 37 प्रा.स्वा.के. में गर्भवती माताओं को 16.15 लाख रू. का भुगतान किया गया था। लेकिन लाभार्थियों का पता लगाने के लिए प्रा.स्वा.के. के पास कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं थे।

सामान्य परिस्थितियों में प्रसूति के बाद तीन दिन तक रुकने के भा.ज.स्वा.मा. के प्रतिमान के विरुद्ध जननी एवं बाल सुरक्षा योजना के लाभार्थियों को प्रसूति के ठीक 2 से 4 घंटे (औसत) बाद स्वास्थ्य इकाई से छोड़ दिया गया था।

298 ऐसे लाभार्थी (जिनकी पहचान ज.सु.यो. के भुगतान पंजिका में दर्ज उनके फोटोग्राफ तथा पंजीकरण संख्या/तिथि के आधार पर किया गया) जिनको एक दिन से दो महीने की अवधि के अन्दर दो से पांच बार भुगतान किया गया था जो लेखापरीक्षित जिले के 14 प्रा.स्वा.के. में 6.67 लाख रू. के धोखाधड़ी वाले भुगतान का परिणाम थे। अगस्त 2008 जि.स्वा.स. में इसे इंगित किए जाने पर, नालन्दा ने 4.84 लाख रू. की राशि वसूल की गई थी तथा अन्य जि.स्वा.स. ने बताया कि समुचित जांच के बाद उचित कार्रवाई की जाएगी।

2006-08 के दौरान 2 प्रा.स्वा.के. उदाहरणार्थ सदर एवं बड़हरा जिला में गैर-प्राधिकृत निजी अस्पताल में प्रसूति हेतु 429 लाभार्थियों को 8.03 लाख रू. के नकद प्रोत्साहन का भुगतान किया गया। प्रा.स्वा.के. सदर में न तो अन्तरंग और न ही बहिरंग रोगी सुविधा थी।

नमूना जांच किए गए किसी भी प्रा.स्वा.के. में न तो ज.सु.यो. कार्ड और न ही मा.बा.स्वा. कार्ड को अनुरक्षित पाया गया था। सूक्ष्म जन्म योजना किसी भी स.न.मि. द्वारा तैयार नहीं किया गया था यद्यपि मा.प्रा.सा.स्वा.का. द्वारा गर्भवती माताओं की पहचान के बाद स.न.मि. द्वारा इन मूलभूत अभिलेखों को अनिवार्य रूप से अनुरक्षित/तैयार किया जाना था। ज.सु.यो. के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए मा.प्रा.सा.स्वा.का. और स.न.मि. के साथ निर्धारित मासिक बैठक नियमित रूप से किसी भी प्रा.स्वा.के. में आयोजित नहीं की गई थी।

उड़ीसा:

प्रशिक्षित श्रम-शक्ति और उपकरण की अनुपलब्धता के कारण उप केन्द्रों में संस्थागत प्रसूतियां 2005-06 में 6.5 प्रतिशत से 2007-08 में 1.9 तक घटी। लेखापरीक्षित जिलों में कुल 244 प्रा.स्वा.के. (एन) में से केवल 19 प्रा.स्वा.के. में संस्थागत प्रसूतियां कराई गई थीं। 2005-07 की अवधि के दौरान राज्य के 963 प्रा.स्वा.के. (एन) में कोई भी संस्थागत प्रसूति नहीं कराई गई थी। 2005-08 की अवधि दौरान कुल प्रसूति का 10 प्रतिशत प्रसूति अप्रशिक्षित दाइयों द्वारा की गई थी।

गर्भकाल के दौरान माताओं की मृत्यु 2004-05 में 296 से 2006-07 में 430 तक बढ़ी थी, प्रसूति के दौरान 331 (2004-05) से 525 (2006-07) तथा छःमाह के गर्भकाल के भीतर प्रसूति की यह संख्या 288 (2004-05) से 411 (2006-07) तक बढ़ी है।

तथापि, तथ्य यह था कि प्रोत्साहन के भुगतान में, गैर-भुगतान अधिक विलम्ब तथा अनियमितताओं ने नकद प्रोत्साहन के माध्यम से माता एवं शिशु देखभाल के मुख्य उद्देश्य को विफल किया तथा जिसका परिणाम वांछित लाभार्थियों को लाभों के न मिलने में हुआ।

(iv) योजना की मॉनीटरिंग

मंत्रालय राज्य/सं.शा.क्षे. द्वारा प्रस्तुत त्रैमासिक भौतिक एवं वित्तीय रिपोर्ट के माध्यम से योजना की मॉनीटरिंग कर रहा था, लेकिन ये राज्यों/सं.शा.क्षे. द्वारा नियमित रूप से भेजे नहीं जा रहे थे। 2007-08 में केवल दस राज्यों/सं.शा.क्षे. उदाहरणार्थ आन्ध्र प्रदेश, लक्षद्वीप, मिजोरम, त्रिपुरा, दिल्ली, झारखण्ड, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, उड़ीसा और अरुणाचल प्रदेश ने भौतिक उपलब्धि पर सभी चार त्रैमासिक रिपोर्टों को प्रस्तुत किया था।

गलती से, त्रैमासिक रिपोर्ट के प्रारूप में योजना के अन्तर्गत लाभार्थी के रूप में पंजीकृत ग.रे. से नी. महिलाओं की संख्या की गणना करने वाला कोई कॉलम शामिल नहीं था जबकि योजना की सफलता का एक निर्धारक, गरीब परिवारों में संस्थागत प्रसूति में वृद्धि था।

मंत्रालय त्रैमासिक और वार्षिक प्रगति रिपोर्ट तथा क्रमशः ज.सु.यो. और रा.स्वा.स. के क्षेत्रीय नोडल अधिकारियों द्वारा भेजे गए वित्तीय प्रबन्धन रिपोर्ट के माध्यम से ज.सु.यो. के अंतर्गत व्यय की मॉनीटरिंग की थी। इन दो रिपोर्ट के माध्यम से बताए गए व्यय में भिन्नताएं थी। इसके अतिरिक्त, संस्थागत प्रसूति एवं लाभार्थियों की संख्या, जिन्हें प्रोत्साहन का भुगतान किया गया था, पर मंत्रालय के आंकड़े लेखापरीक्षा के दौरान सत्यापित आंकड़ों से भिन्न थे। स.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. और उपकेन्द्रों से जि.स्वा.से. और अन्त में रा.स्वा.स. से सूचित की गई प्रणाली रा.स्वा.स. और मंत्रालय के आंकड़ों को संदेहास्पद बनाते हुए विश्वसनीय नहीं थी। असंगत आंकड़ों का ब्यौरा अनुबंध 9.5 में दिया गया है।

मंत्रालय के पास डाटा तथा व्यय के आंकड़ों तथा भुगतान से संबंधित राज्यों द्वारा सूचित किए गए लाभार्थियों की यथातथ्यता की जांच करने के लिए कोई क्रियाविधि नहीं थी और सूचित किए गए डाटा तथा व्यय की गुणवत्ता का सुधार करने की आवश्यकता थी।

मंत्रालय ने बताया कि मंत्रालय के पास उपलब्ध आंकड़ों में कभी-कभी राज्यों द्वारा प्रस्तुत आंकड़ों में संशोधन के कारण परिवर्तन होता है। स्वस्थ, ठोस एवं त्वरित रिपोर्टिंग प्रणाली के लिए, मंत्रालय ने एच.एम.आई.एस. के नाम से एक वेब आधारित आंकड़ा रिपोर्टिंग प्रणाली प्रारम्भ की थी। राज्यों द्वारा बताए गए आंकड़ों की गुणवत्ता, गति और परिशुद्धता में नई रिपोर्टिंग प्रणाली के अंतर्गत तेजी से सुधार होगा। राज्यों को यह सुनिश्चित करने के लिए कहा जा रहा था कि आंकड़ों को एच.एम.आई.एस. वेब पोर्टल पर शुद्धता के साथ लोड किया गया था। त्रैमासिक भौतिक एवं वित्तीय रिपोर्ट योजना की मॉनीटरिंग के लिए एक क्रियाविधि थी। मंत्रालय और रा.स्वा.स. में उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार वित्तीय रिपोर्ट में भिन्नता रा.स्वा.स. द्वारा आंकड़ों के बाद में समाधान के कारण हो सकता है। मंत्रालय का विचार था कि भौतिक एवं वित्तीय दोनों की रिपोर्टिंग प्रणालियों में समय के साथ काफी विकास किया था। यह प्रा.स्वा.के. और स.स्वा.के. में कम्प्यूटर डाटा एन्ट्री ऑपरेटर जैसी अवसंरचना की उपलब्धता के कारण था। वित्तीय एवं भौतिक रिपोर्टिंग पर स्वास्थ्य कार्यों के प्रशिक्षण ने प्रस्तुत आंकड़ों की गुणवत्ता और परिशुद्धता के अनुष्ण में भी सहायता की थी। एच.एम.आई.एस. को यह सुनिश्चित करने में अभी और लम्बी यात्रा तय करनी होगी कि आंकड़ों को शीघ्रता से विश्वसनीय तौर पर प्राप्त किया गया है और समय से प्रस्तुत किया गया है।

(v) प्रभाव मूल्यांकन

योजना की स्मरेखा तैयार करते समय, अप्रैल 2004 में, व्यय वित्त समिति ने प्रभाव के मूल्यांकन हेतु जिला स्तर पर योजना के मूल्यांकन अध्ययन/सर्वेक्षण हेतु 12 करोड़ रु. उपलब्ध कराए थे। तथापि योजना के प्रभाव के मूल्यांकन को संचालित करने हेतु ऐसा कोई भी सर्वेक्षण अभी तक नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि योजना के प्रभाव का विभिन्न क्रियाविधियों के माध्यम से मूल्यांकन करना था। राज्यों से नियमित आंकड़ा रिपोर्ट के अलावा, अर्धवार्षिक समीक्षा मिशन और सामान्य समीक्षा मिशन भी ज.सु.यो. के प्रभाव का मूल्यांकन करते हैं। हाल में, मंत्रालय ने उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार, उड़ीसा एवं राजस्थान जैसे पांच राज्यों में यू.एन.एफ.पी.ए. के माध्यम से 2007 में योजना का मूल्यांकन पूरा कराया। मंत्रालय शीघ्र ही मूल्यांकन सर्वेक्षण कराना चाहती है।

ज.सु.यो. योजना के अंतर्गत मा.प्रा.सा.स्वा.क./स.न.मि. की भूमिका नकद प्रोत्साहन के भुगतान तथा प्रसव एवं प्रसवोत्तर जांच तथा प्रसूति गर्भवती महिलाओं का अनुकूल रूप से पता लगाने तथा सूक्ष्म जन्म योजना जैसे आवश्यक दस्तावेज को तैयार करने में सीमित थी और इस पर और अधिक ध्यान देने की आवश्यकता थी। ज.सु.यो. के क्रियान्वयन को मॉनीटर करने हेतु बैठक प्रा.स्वा.के. में नियमित रूप से आयोजित नहीं की गई थी और स्वास्थ्य केन्द्र में सुविधाओं का अभाव तथा सहायक कर्मचारियों तथा चिकित्सकों की कमी ने प्रसूति के समय अपेक्षित स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को और भी प्रभावित किया था।

(ग) प्रसवोत्तर देखभाल

2005-08 के दौरान आठ राज्यों में प्रसवोत्तर देखभाल (प्र.दे.) पाने वाली महिलाओं की प्रतिशतता बढ़ी थी तथा सात राज्यों में घटी थी। विवरण अनुबन्ध 9.6 में दिया गया है। जम्मू एवं कश्मीर, उत्तर प्रदेश और सिक्किम में, प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त करने वाली महिलाओं की संख्या कुल पंजीकृत महिलाओं के 10 प्रतिशत से भी कम थी। इसके अतिरिक्त, प्रसवोत्तर सुविधाएं उड़ीसा में नमूना जांच किए गए चार स.स्वा.के. तथा 16 प्रा.स्वा.के. में अभी उपलब्ध कराये जाने थे। प्रसवोत्तर देखभाल से संबंधित अभिलेख असम, बिहार, त्रिपुरा और उत्तराखंड के नमूना जांच किए गए सभी जिलों तथा जम्मू एवं कश्मीर तथा कर्नाटक के दो जिलों में अनुरक्षित नहीं किए गए थे।

मंत्रालय ने बताया कि पी.एन.सी. पर डी एल एच एस-3 के आंकड़े और लेखापरीक्षा निष्कर्ष के बीच भिन्नताएं थीं।

जबकि कुछ डी एल एच एस-3 के रूप में जो नमूना घरेलू सर्वेक्षण पर आधारित था, भिन्नताएं होना स्वाभाविक है। जबकि लेखापरीक्षा निष्कर्ष राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा उपलब्ध कराए गए तीन वर्षों (2005-08) की सूचनाओं पर आधारित है। किन्तु जहां कहीं भी, अन्तर काफी है, वहां मुद्दे की मंत्रालय द्वारा जांच किए जाने की आवश्यकता है।

(घ) रेफरल सेवाएं

प्र.बा.स्वा.-II योजना ने गरीब परिवार की गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुंचाने के लिए पंचायत को एक मुश्त सहायता देने की स्मरेखा तैयार की थी। 2005-08 के दौरान 21 राज्यों/सं.शा.क्षे. (हरियाणा, पश्चिम बंगाल, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, पंजाब, राजस्थान, जम्मू एवं कश्मीर, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, लक्षद्वीप, दादर एवं नागर हवेली, पुडुचेरी, अण्डमान एवं

निकाबार, त्रिपुरा, गुजरात, केरल, कर्नाटक एवं उत्तराखण्ड) में रेफरल सेवाओं के लिए पंचायतों/ग्रा.स्वा. एवं स्व.स. को कोई निधि वितरित नहीं की गई थी। 34 नमूना लेखापरीक्षित जिलों त्रिपुरा, गुजरात, मध्य प्रदेश, असम, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, मणिपुर एवं पश्चिम बंगाल⁶⁶ (नौ राज्यों/सं.शा.क्षे.) में रेफरल सेवाओं के लिए दिए गए 7.87 करोड़ रु. में से 4.48 करोड़ रु. (57 प्रतिशत) अप्रयुक्त पड़े रहे। सिक्किम एवं मणिपुर में ग्रा.स्वा. एवं स्व.स. को दी गई राशि में से क्रमशः 45.90 लाख रु. एवं 2 करोड़ रु. के उपयोग को खराब रिपोर्टिंग एवं अभिलेखों के गैर-अनुरक्षण के कारण मॉनीटर नहीं किया जा सका।

इसके अतिरिक्त, विशेषज्ञों द्वारा किए गए उपचार की प्रगति के संबंध में रेफरल केन्द्रों से रेफरल केन्द्र को फीडबैक प्राप्त करना था, भेजी गई महिलाओं के दस्तावेज को सभी स्तरों पर अनुरक्षित किया जाना था तथा स.न.मि. को सभी भेजी गई महिलाओं के उनके पूर्व प्रसव, प्रसव, एवं प्रसवोत्तर अवधि के समय अनुवर्ती कार्रवाई के लिए प्रत्येक सप्ताह दौरा करना था। तथापि, अधिकांश लेखापरीक्षित स्वास्थ्य केन्द्रों में रेफरल केसों के रजिस्टर अनुरक्षित नहीं थे और रेफरल केन्द्रों से फीड बैक प्राप्त नहीं हुए थे स.न.मि. ने अपने रेफरल के दौरान बहुत कम ही रोगी को देखा था।

रेफरल सेवाओं की योजना पंचायत/ग्रा.स्वा.स्व.स. के माध्यम से जैसाकि मिशन के अंतर्गत विचार किया गया था, कार्यान्वित नहीं की गई थी। योजना के अंतर्गत निधियों की उपयोगिता बहुत कम थी और निधियों की उपयोगिता को समुचित तरीके से लेखाबद्ध नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत, पंचायत को धन वितरित किए जाने की जगह, रेफरल परिवहन उपलब्ध कराने के लिए सार्वजनिक निजी साझेदारी के नवीन स्वरूप को प्रोत्साहन किया जा रहा था। इसके अतिरिक्त, खुली निधियों के माध्यम से सुविधा केन्द्रों पर संसाधन उपलब्ध थे। मंत्रालय ने स्वीकार किया कि राज्यों को खुली निधियों के उपयोग सहित रेफरल परिवहन प्रणाली के मॉनीटरिंग हेतु अभिलेखों के समुचित अनुरक्षण पर ध्यान देने की आवश्यकता है।

प्रकरण: आन्ध्र प्रदेश में रेफरल सेवाएं

आंध्र प्रदेश में एक सकारात्मक नवाचार में, सरकार ने एक वर्ष की वैधता अवधि के दौरान नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर तीन राउंड ट्रिप हेतु गं.रे.नी. गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य जांच/रेफरल सेवाओं हेतु 19.36 रु. की दर से मुफ्त यात्रा पासों को प्रदान करके स्वस्थ रहने की आदत तथा उपयुक्त संस्थागत देखभाल को प्रोत्साहित करने का प्रयत्न किया तथापि, 40 प्रतिशत पासों का उपयोग नहीं किया गया था तथा 16 लाख पासों में से केवल 13.03 लाख पासों को वितरित किया गया था तथा 57.46 लाख रु. के शेष 2.97 लाख पास वितरित नहीं किए जा सके थे तथा समाप्त हो चुके थे। सरकार को संबंधित स.न.नि. द्वारा बताई गई वैधता अवधि के साथ स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से पासों के संवितरण के संयोजन की खोज करनी चाहिए ताकि उपायों के बारे में जागरूकता तथा इसके अधिकतम अपनाने को सुनिश्चित किया जा सके। चूंकि, लक्षित जनसंख्या हमेशा एक अनुमान रहेगी, आशां वित माता होना, राज्य सरकार को योजना को एक जारी प्रक्रिया बना कर इसमें सुधार करना चाहिए तथा अनुवर्ती वर्षों में प्रयोग हेतु अप्रयुक्त पासों की पुनःवैधता के विकल्प की खोज करनी चाहिए।

⁶⁶ ब्लॉक समितियों और अस्पतालों को 1.56 करोड़ रु. दिए गए परन्तु उसकी उपयोगिता को उचित रूप से नहीं लिया गया।

(ड) मातृ मृत्यु

चण्डीगढ़, बिहार, राजस्थान, सिक्किम एवं उत्तर प्रदेश में रा.स्वा.स. एवं जि.स्वा.स. ने माता और नवजात शिशु के मृत्यु के आंकड़े अनुरक्षित नहीं किए। हरियाणा, अण्डमान एवं निकोबार, आन्ध्र प्रदेश, बिहार, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, लक्षद्वीप, मणिपुर, मिजोरम, मध्य प्रदेश, पुडुचेरी, पंजाब, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड, राजस्थान और उत्तर प्रदेश के 17 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 67 लेखापरीक्षित जिलों में से 59 में प्रसवोत्तर केन्द्रों से माता तथा नवजात शिशु के मृत्यु के विषय में नियमित जानकारी भी प्राप्त करने का कोई उचित क्रियाविधि नहीं थी। उत्तराखण्ड में, जि.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध कराए गए माताओं के मृत्यु के आंकड़े रा.स्वा.स. में अनुरक्षित आंकड़े से मेल नहीं खाते थे।

इस प्रकार, माताओं एवं नवजात शिशुओं के मृत्यु के आंकड़ों के संग्रहण तथा रिपोर्टिंग को समुचित प्रणाली के अभाव में, रा.स्वा.स. के पास उपलब्ध आंकड़ा कम विश्वसनीय था और मृत्यु की वास्तविक संख्या सुनिश्चित नहीं की जा सकती थी।

मंत्रालय ने बताया कि माताओं की मृत्यु लेखापरीक्षा की नियमित प्रणाली को संस्थापित करने के लिए राज्यों को सुझाव दिए जा रहे थे।

प्र.बा.स्वा.-II के अंतर्गत मातृ स्वास्थ्य देखभाल में राज्यों में बेहतर मॉनीटरिंग अपेक्षित थी। सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का प्र.पू.जा., टे.टा. टीकाकरण तथा प्रसूति एवं प्रसूति के बाद के देखभाल के लिए पता नहीं लगाया गया था। गर्भवती महिलाओं के पंजीकरण की कम रिपोर्ट, प्रसव के बाद की जांच, आ.फो.ए. एवं टे.टा. प्रतिरोधक संस्थागत प्रसूति, प्रसवोत्तर देखभाल तथा माता एवं नवजात शिशु की मृत्यु एवं चिंता का विषय थे क्योंकि यह परिणामी मॉनीटरिंग तथा भावी मध्यस्थता की प्रभावकारिता को कम करता था।

9.3.2 परिवार नियोजन

प्र. एवं बा.स्वा.-II ने जनसंख्या स्थिरता तथा 2012 तक प्रतिस्थापन स्तर अर्थात् 2.1 हेतु सम्पूर्ण जननक्षमता दर को कम करने के लक्ष्य को प्राप्त करने की वर्तमान पद्धति को जारी रखते हुए परिवार नियोजन के अंतर्गत कई उपक्रमों को प्रारम्भ किया था। परिवार नियोजन कार्यक्रम में गर्भनिरोधक व्यापकता दर के लिए आवधिक एवं स्थान पद्धति शामिल है जिससे अंततोगत्वा सम्पूर्ण जननक्षमता दर कम हो।

(क) सीमावर्ती पद्धति

परिवार नियोजन सीमावर्ती पद्धति में पुरुषों के लिए पुरुष नसबंदी और महिलाओं के लिए महिला नसबंदी शामिल है। असम, अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, केरल, कर्नाटक⁶⁷, पुडुचेरी, हिमाचल प्रदेश, लक्षद्वीप, मिजोरम, दिल्ली, मणिपुर, अण्डमान एवं निकोबार, राजस्थान और चण्डीगढ़ (15 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में राज्य स्वास्थ्य समिति ने विभिन्न सीमावर्ती पद्धतियों के वर्षवार लक्ष्यों को निर्धारित नहीं किया। लक्ष्यों का निर्धारण नहीं करने के कारण इन राज्यों में उपलब्धियों की कमी का मापा नहीं जा सका था। तथापि, लक्ष्यों को निर्धारित किए गए 13 राज्यों में से 11 राज्यों में 11 से 62 प्रतिशत की कमी ध्यान में आई थी (अनुबन्ध 9.7-क)।

⁶⁷ रा.स्वा.स. ने एक पूर्ण राज्य के रूप में विभिन्न सीमावर्ती पद्धतियों में लक्ष्य और उपलब्धि की स्थिति की सूचना उपलब्ध नहीं कराई थी।

कुल बंध्यकरण में से पुरुष नसबंदी का अनुपात केवल 4 प्रतिशत का जो लैंगिक असंतुलन को प्रदर्शित करता है जिससे कार्यक्रम बाधित होता है। राज्य वार निष्पादन (अनुबन्ध 9.7-ख में विवरण) दर्शाता था कि 10 राज्यों/सं.शा.क्षे. में कुल बंध्यकरण से पुरुष नसबंदी का प्रतिशत एक से कम था जबकि 16 राज्यों /सं.शा.क्षे. में यह एक से नौ के बीच था। लक्षद्वीप में कोई पुरुष नसबंदी नहीं की गई और मिजोरम में कुल 6740 बंध्याकरणों में से केवल दो पुरुष नसबंदी की गई।

2005-08 के दौरान 10 राज्यों/सं.शा.क्षे. (अनुबन्ध 9.7-ग में विवरण) में लैपरोस्कोपिक नसबंदी 11 से 27 प्रतिशत के बीच रहा। बिहार और लक्षद्वीप में यह शून्य था और झारखण्ड (1.58 प्रतिशत) और पुडुचेरी (1.36 प्रतिशत) में बिल्कुल कम था। अधिकांश राज्यों में प्रा.स्वा.के. और स.स्वा.के. में कम निष्पादन के कारण को प्रशिक्षित चिकित्सकों और उपकरणों की कमी को आरोपित किया गया था।

इसके अतिरिक्त, 2005-08 के दौरान 13 राज्यों में असफल बंध्यकरण के 3074 मामले पाए गए (अनुबन्ध 9.7-घ)। महाराष्ट्र की तुलना में तमिलनाडु, राजस्थान, पुडुचेरी, हिमाचल प्रदेश, उत्तर प्रदेश और दिल्ली में बंध्यकरण विफलता के मामले पर्याप्त रूप से अधिक पाए गए थे। पांच राज्यों में अर्थात् अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, सिक्किम, मध्य प्रदेश और केरल में राज्य स्वास्थ्य समिति ने बंध्यकरण के असफल मामलों के आंकड़े अनुरक्षित नहीं किए थे। 17 नमूना जांच वाले जिलों में, जिला स्वास्थ्य समिति ने हरियाणा, छत्तीसगढ़, चंडीगढ़, उत्तर प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर एवं मिजोरम में असफल बंध्यकरण का रिपोर्ट प्राप्त नहीं की थी।

(ख) स्पेसिंग पद्धतियाँ

खाने की गोलियां, निरोध और इण्टर युटेरिन डिवाइस इन्सर्शन जननक्षमता को नियमित करने तथा युग्म संरक्षण अनुपात हेतु परिवार नियोजन के तीन प्रचलित स्पेसिंग पद्धतियां हैं। रा.स्वा.स. ने मणिपुर, त्रिपुरा, हिमाचल प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार, बिहार, चंडीगढ़, दिल्ली, केरल, लक्षद्वीप एवं पुडुचेरी (9 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में विभिन्न स्पेसिंग पद्धतियों के लिए वर्ष-वार लक्ष्य निर्धारित नहीं किए थे।

बिहार एवं उड़ीसा के लेखापरीक्षित जिलों में सभी प्रा.स्वा.के. एवं स.स्वा.के. तथा गुजरात के चयनित जिलों के 730 उप केन्द्र और 92 प्रा.स्वा.के. में स.न.मि. नर्सों और चिकित्सकों को आई.यू.डी. इन्सर्शन में प्रशिक्षित नहीं किया गया था।

आई.यू.डी. तथा खाने वाली गोलियों के वितरण में लक्ष्यों की तुलना में प्राप्ति में क्रमशः 18 तथा 15 राज्यों में कमी थी। झारखण्ड में यह कमी अधिकतम थी अर्थात् 68 प्रतिशत थी। कुल स्पेसिंग पद्धतियां में, कन्डोम का प्रयोग 22 राज्यों में अधिकतम था जो अकेले 51 से 98 प्रतिशत था जबकि आई.यू.डी. का प्रयोग केवल चार राज्यों में अधिक था। खाने वाली गोलियों का प्रयोग सिक्किम एवं पश्चिम बंगाल को छोड़कर 25 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 38 प्रतिशत से कम था। (विवरण अनुबन्ध 9.7-ड में दिया गया है।

परिवार नियोजन योजना में, महिला नसबंदी कुल नसबंदी का 96 प्रतिशत थी। महिला स्पेसिंग पद्धतियाँ का कम उपयोग अर्थात् खाने वाली गोलियां तथा आई.यू.डी. का अर्थ था कि परिवार नियोजन में महिलाओं की निर्णय लेने वाली भूमिका सीमित थी।

9.3.3 टीकाकरण एवं बाल स्वास्थ्य

(क) नियमित टीकाकरण

टी.बी, डिप्थीरिया, पर्टियूसिस, टेटनस, पोलियो तथा मिजल्स नामित छः बचाव योग्य बीमारियों के विरुद्ध शिशुओं का टीकाकरण, सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत नियमित टीकाकरण, का आधार था।

राज्य स्वास्थ्य समितियों ने बिहार, तमिलनाडु, उत्तराखण्ड तथा लक्षद्वीप में 5 से 6 साल के आयु समूह में बच्चों के द्वितीयक टीकाकरण हेतु लक्ष्य निर्धारित नहीं किए थे। पूर्ण टीकाकरण किए गए बच्चों के लक्ष्य की तुलना में प्राप्ति का प्रतिशत भी बहुत कम था जो मणिपुर (37), अरुणाचल प्रदेश (45) तथा झारखण्ड (65) था जबकि बाकी राज्यों में यह 77 से 100 प्रतिशत के बीच था। बिहार में तथापि, पूर्ण टीकाकरण किए गए बच्चों का लक्ष्य उपलब्ध नहीं कराया गया था। इसके अतिरिक्त, नमूना जांच किए गए बिहार, झारखण्ड, हिमाचल प्रदेश, मध्यप्रदेश, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, असम, मणिपुर, सिक्किम, त्रिपुरा, केरल, पंजाब, पुडुचेरी, तमिलनाडु तथा पश्चिम बंगाल (15 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में तदर्थ आधार पर टीकाकरण लक्ष्य निर्धारित किए गए थे।

आवृत्तन की उच्चतर दर के बावजूद, 2005-08 की अवधि में नवजात शिशु एवं बच्चों के रोग भी 9 राज्यों में बढ़ गए थे। आगे भी नमूना जांच किए गए 23 राज्यों/सं.शा.क्षे. 104 जिलों में (विवरण अनुबंध 9.8) नवजात शिशु टेटनस, डिप्थीरिया, टेटनस, काली खांसी तथा मिजल्स के क्रमशः 957, 544, 462, 1980 तथा 29321 मामले सूचित किए गए थे। अंडमान एवं निकोबार, चण्डीगढ़ तथा मणिपुर में नवजात शिशु ओर बच्चों के रोगों के मामलों पर डाटा, रा.स्वा.सं. द्वारा अनुरक्षित नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि मामलों की संख्या में वृद्धि इन रोगों की वृद्धि दर को आवश्यक रूप में नहीं दर्शाती थी। मामलों में वृद्धि पता लगाने में सुधार, रोग-निदान, सूचना देने तथा स्वास्थ्य संबंधी पहुँच के कारण भी हो सकती थी तथा टीकाकरण की कम प्रभावशीलता को आवश्यक रूप से नहीं दर्शाती है।

प्रकरण : मिजोरम में शीशे की सूइयों का प्रयोग

वर्ष 2006-08 के दौरान टीकाकरण किए गए बच्चों की संख्या के आधार पर टीकाकरण हेतु 3,72,009 ए.डी. सुईयों की कुल आवश्यकता के प्रति मिशन ने 1,40,491 सुईयों का वास्तविक रूप से प्रयोग किया था जिससे राज्य मिशन के टीकाकरण आवृत्तन प्राप्ति संबंधी दावे की सत्यता के प्रति संदेह उत्पन्न करता था। तथापि, विभाग ने नवम्बर 2008 में बताया कि ए.डी. सुईयों की केन्द्र द्वारा कम आपूर्ति के कारण पुनः उपयोग की जाने वाली शीशे की सुईयों का प्रयोग किया गया था। तथापि राज्य मिशन के पास सुईयों की खरीद हेतु पर्याप्त निधियां उपलब्ध थी।

पुनः उपयोग होने वाली शीशे की सुई का प्रयोग, सरकार की प्रति बच्चा एक बार प्रयोग होने वाली सुई की नीति के विरुद्ध था तथा ग्रामीण आबादी को एच. आई.वी. जैसे रोगों के संक्रमण का जोखिम बढ़ाता था।

मंत्रालय ने बताया कि भारत सरकार के मानदण्डों के अनुसार आदर्श रूप से ए.डी. सुईयों का प्रयोग होना चाहिए तथापि, 2006 में आटो डिसेबल सिरिज (ए.डी.एस.), के प्रचलन की प्रारंभिक अवधि में, ए.डी. सिरिजों की कमी के मामले में, राज्यों को पूर्ण सावधानी के साथ शीशे की सूइयों के प्रयोग को कहा गया था जिससे टीकाकरण कार्यक्रम को आगे जारी रखा जा सके।

(ख) पल्स पोलियो टीकाकरण (पी.पी.आई.)

पल्स पोलियो टीकाकरण को प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II के अंतर्गत शुरू किया गया था जिससे 2008 के अन्त तक पोलियो का समापन तथा शून्य संक्रमण का लक्ष्य प्राप्त हो सके। पोलियो के लगातार सूचित मामलों ने दर्शाया कि मिशन पोलियो मुक्त राष्ट्र का उद्देश्य प्राप्त करने में सफल नहीं हो सका था।

2 राष्ट्रीय टीकाकरण दिवसों, 6 विशिष्ट राष्ट्रीय टीकाकरण दिवसों (तथा बिहार एवं उत्तर प्रदेश के चयनित जिलों में अतिरिक्त चरणों) के बावजूद 17 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 1640 नए पोलियो के मामले पाए गए थे। अधिकतम नए मामले बिहार (594) तथा उत्तर प्रदेश (998) में सूचित किए गए थे (विवरण अनुबंध 9.9 में)।



ओ.पी.वी. किया जा रहा है

प.पो.टी. के अन्तर्गत लक्ष्यों की प्राप्ति में कमी सिक्किम (16 प्रतिशत) तथा मेघालय में (9 प्रतिशत) सर्वाधिक थी। 11 राज्यों/सं.शा.क्षे. में यह कमी पांच प्रतिशत से कम थी जबकि, सात राज्यों/सं.शा.क्षे. में लक्ष्य से अधिक प्राप्ति हुई थी। बिहार एवं मिजोरम में पल्स पोलियो टीकाकरण में विशिष्ट राज्य संबंधी कमियां अनुबंध 9.10 में प्रदर्शित है।

प्रकरण : बिहार में पल्स पोलियो टीकाकरण में कमियाँ

लेखापरीक्षित जिलों में 20 नियमित टीकाकरण केन्द्रों में पल्स पोलियो टीकाकरण के अंतर्गत संयुक्त प्रत्यक्ष सत्यापन के दौरान लेखापरीक्षा ने प्रबंध एवं दवाइयों के प्रबंधन में गम्भीर कमियाँ पाई, जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

- पूर्वी चम्पारन जिले में, सभी दस पल्स पोलियो टीम के निरीक्षण में पाया गया कि इनके दवा ढोने वाले बैग में बर्फ के स्थान पर पानी था तथा ओ.पी.वी. शीशियों को सामान्य तापमान पर पानी में रखा गया था।
- भोजपुर जिले में, तापमान मापने के लिए कोई थर्मामीटर उपलब्ध नहीं था तथा 23 में से 19 स्वास्थ्य इकाईयों में ठण्डा बक्सा/आई.एल.आर. जिसमें दवाई की शीशियाँ रखी थी का तापमान 12⁰ से 19⁰ से. के बीच था।
- दो प्रा.स्वा.के. में, 2⁰ से 8⁰ से. के आवश्यक तापमान की जगह तापमान -10⁰ से -22⁰ से. के बीच था जिससे दवाईयों की शीशियाँ जमी अवस्था में पाई गई थी।
- बर्फ की जगह बर्फ के पैक में सामान्य पानी भरा था तथा टीकाकरण दवा की शीशी को मेज पर वातावरण के तापमान पर रखते हुए किया जा रहा था।

(ग) विटामिन ए घोल

प्रा.बा.स्वा. II कार्यक्रम ने तीन वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों के लिए विटामिन ए घोल कम्पिफारिश की थी। 22 राज्यों/सं.शा.क्षे. के लेखापरीक्षित जिलों (विवरण अनुबंध 9.11 में) विटामिन ए की प्रथम तथा द्वितीय खुराक देने में कमी थी। पहले, दूसरे तथा आगामी खुराकों में

अधिकतम कमी पंजाब में (86.29 प्रतिशत) जम्मू तथा कश्मीर (91.37 प्रतिशत) तथा मेघालय में (80.58 प्रतिशत) थी। तथापि, 10 राज्यों में विटामिन ए की तीसरी से पांचवी खुराक देने में लक्ष्य से अधिक प्राप्ति हुई थी।

रा.स्वा.स. ने अरुणाचल प्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार तथा लक्षद्वीप में विटामिन ए घोल पिलाने संबंधी कोई अभिलेख अनुरक्षित नहीं किया था और न ही कोई लक्ष्य निर्धारित किया था। इसके अतिरिक्त असम, आन्ध्र प्रदेश, बिहार, मिजोरम तथा सिक्किम के 24 नमूना जाँच किए गए जिलों में से 12 में कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं पाए गए थे।

उपलब्धियों में कमी का मुख्य कारण अधिकतर राज्यों में स्वास्थ्य केन्द्रों पर विटामिन ए की कम आपूर्ति थी। दिल्ली⁶⁸ तथा उत्तराखण्ड में 2006-08 की अवधि से विटामिन ए का भण्डार उपलब्ध नहीं था तथा चण्डीगढ़ में जनवरी 2007 तक कम आपूर्ति बनी रही। 2005-08 के दौरान, बिहार, हरियाणा तथा पंजाब में क्रमशः 30 स.स्वा.के., 72 प्रा.स्वा.के. तथा 144 उप-केन्द्रों में विटामिन ए का भण्डार 8 से 12, 24 से 36, तथा 36 महीने तक शून्य था। जबकि जम्मू और कश्मीर तथा मिजोरम में 15 स.स्वा.के., 28 प्रा.स्वा.के. तथा 63 उप-केन्द्रों में भण्डार पर्याप्त नहीं था। राजस्थान तथा उत्तर प्रदेश में विटामिन ए घोल पिलाए जाने में कमी का कारण जागरूकता में अभाव था।

9.4 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम (रा.कु.उ.का.)

रा.कु.उ.का. का उद्देश्य 11वीं पंचवर्षीय योजना के अन्त तक कुष्ठ रोग का समापन तथा प्रत्येक दस हजार आबादी में एक से कम रोगी की दर प्राप्त करना था। बिहार, चण्डीगढ़, दिल्ली तथा झारखण्ड में कुष्ठ व्यापकता दर प्रत्येक दस हजार पर एक से अधिक थी। उड़ीसा के 30 जिलों में से 16 तथा 314 ब्लाकों में से 94 में व्यापकता दर एक से अधिक थी।

सकारात्मक विकास

अरुणाचल प्रदेश, असम, आन्ध्रप्रदेश, अण्डमान एवं निकोबार, दादर तथा नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, मध्यप्रदेश, उड़ीसा, पुडुचेरी, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड में कुष्ठ रोग की व्यापकता दर एक से कम थी।

तथापि, 2005 से 2008 के दौरान कुष्ठ रोग के कुल मामले तथा पाए गए नए मामले भी अधिक बने रहे। बिहार, छत्तीसगढ़ दादर और नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मिजोरम, उड़ीसा, त्रिपुरा, तमिलनाडु तथा मध्यप्रदेश में 2007-08 में नए मामले बढ़े थे। बिहार, हरियाणा और पंजाब में नमूना जांच में 29 स.स्वा.के., 82 प्रा.स्वा.के. में कुष्ठ रोग के उपचार के लिए दवायें भी उपलब्ध नहीं थीं।

मंत्रालय ने बताया कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 द्वारा निर्धारित उद्देश्य में राष्ट्रीय स्तर पर वर्ष 2005 तक, एक लोक स्वास्थ्य समस्या के रूप में कुष्ठ रोग का उन्मूलन (प्रति 10,000 आबादी में एक से कम कुष्ठ रोगी की प्रचलित दर तक कम करना) था। यथा निर्धारित, राष्ट्रीय स्तर पर उन्मूलन का लक्ष्य, भारत द्वारा दिसम्बर 2005 में पहले से ही प्राप्त कर लिया गया था। कार्यक्रम की बेहतर मॉनीटरिंग के लिए, सरकार कुष्ठ रोग उन्मूलन की उपलब्धियों की मॉनीटरिंग राज्य

⁶⁸ आपूर्ति मार्च 2008 में शुरू की गई थी।

स्तर पर कर रही थी। 31 मार्च 2009 को 35 राज्यों/सं.शा.क्षे. में से केवल तीन राज्यों नामतः बिहार, छत्तीसगढ़ तथा दादर एवं नागर हवेली में प्रत्येक 10,000 में प्रचलित दर में एक से अधिक थी। 630 जिलों में से 510 जिलों ने उन्मूलन स्थिति को पहले से ही प्राप्त कर लिया था। 11वीं योजना के दौरान रा.कु.उ.का. का उद्देश्य गुणतायुक्त कुष्ठ सेवाओं के माध्यम से राष्ट्र में कुष्ठ रोग के बोझ को और कम करना है। भारत सरकार ने एम.डी.टी. की आपूर्ति एवं प्रबंधन संबंधी आवश्यक दिशानिर्देशों के साथ एम.डी.टी. (मल्टीड्रगथेरेपी) औषधि की पर्याप्त मात्रा सभी राज्यों जिनमें बिहार, हरियाणा, पंजाब तथा मणिपुर शामिल थे, को प्रदान किया। राज्यों को सभी जिलों तथा प्रा.स्वा.के. पर 2 महीने के आरक्षित भण्डार रखने की बार-बार सलाह दी जाती है। रा.कु.उ.का. के अन्तर्गत दो घटकों, नए मामलों का पता लगाने तथा उनमें उपचार को पूर्ण करने पर ज्यादा जोर दिया गया था। राज्यों में पता लगाए गए नए कुष्ठ मामलों की संख्या में बढ़ोतरी ने संकेत किया था कि राज्य नए मामलों की शुरुआत में ही पता लगाने की कोशिश कर रहे थे जिससे वे किसी परिणाम से प्रभावित न हो सके।

9.5 राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण के लिए कार्यक्रम (रा.दृ.ही.नि.का.)

राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण के लिए कार्यक्रम का उद्देश्य कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा का विस्तार करके (2012 तक 46 लाख), विद्यालयों में नेत्रजांच तथा चश्मे का मुफ्त वितरण करके, दान दिए गए नेत्रों के संग्रहण तथा दान केन्द्रों तथा नेत्र बैंको की स्थापना और उपकरणों की आपूर्ति एवं नेत्र चिकित्सकों एवं नर्सों को प्रशिक्षण देकर तथा अवसंरचना का सुदृढीकरण करके 2007 तक दृष्टिहीनता को 0.8% तक कम करना था।

9.5.1 कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा निष्पादन

कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा का निजी तथा सार्वजनिक क्षेत्र में कार्यभार वितरण 1:1 के अनुपात में होने का अनुमान था।

19 राज्यों में किए गए कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा के क्षेत्रवार विवरण ने इंगित किया कि गैर सरकारी संगठनों तथा निजी क्षेत्र 50 प्रतिशत के स्तर से बढ़ गया था जबकि सरकारी संगठन 10 राज्यों में 5 से 27 प्रतिशत तथा 5 राज्यों में 31 से 48 प्रतिशत का आंकड़ा प्राप्त करके जैसा कि अनुबंध 9.12 की तालिका से स्पष्ट है, पीछे चल रहा था। दादर एवं नागर हवेली, दिल्ली, मणिपुर, मेघालय, पंजाब एवं त्रिपुरा में रा.स्वा.स. में निजी क्षेत्र/गै.स.सं. में किए गए कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा पर कोई आंकड़ा अनुरक्षित नहीं किया गया था।

इसके अतिरिक्त, मंत्रालय के दिशा-निर्देशों के अनुसार, रा.दृ.ही.नि.का. के अन्तर्गत नेत्र शिविरों में शल्य चिकित्सा पर प्रतिबन्ध लगाया गया है। जांच नेत्र शिविर आयोजित किए जाते हैं तथा रोगियों को शल्य चिकित्सा के लिए स्थाई सुविधाओं वाले स्थान पर भेजा जाता है। तथापि, 14 राज्यों/सं.शा.क्षे. में 19.52 लाख कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा शिविरों में सम्पन्न की गई थी जो इन राज्यों में सम्पूर्ण कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा का 47 प्रतिशत थी (अनुबंध 9.13-क)।

कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा दर (सी.एस.आर.) 600 कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा के प्रति एक लाख आबादी प्रति वर्ष के वांछित स्तर की तुलना में कम थी तथा छः राज्यों में 100 से 276 के बीच

5 राज्यों में 285 से 394 तथा दो राज्यों में 455 से 560 के बीच थी जैसा कि अनुबंध 9.13-ख में दर्शाया गया है। राज्य विशिष्ट मामले अनुबंध 9.13-ग में दिए गए हैं।

प्रकरण : उड़ीसा में कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा की असफलता

उड़ीसा: तीन अलग घटनाओं में सितम्बर 2006 (देवगढ़) जनवरी, 2007 (भबानीपटना) तथा मार्च 2007 (कटक) में 36 में से 25 व्यक्तियों जिनकी शल्य चिकित्सा सरकार/चैरिटेबल अस्पतालों में की गई थी तथा जिन्हें आपरेशन के अगले दिन छुट्टी कर दी गई थी, ने अपनी दृष्टि खो दी थी। तत्पश्चात दवाइयों तथा आंख के आपरेशन थिएटर में प्रयुक्त वस्तुओं की जीवाणुमुक्तता ने जांच इन्फ्यूज सेटों, एक बार प्रयुक्त होने वाली सुईयों, स्थानीय रूप से प्राप्त रिंगर लैक्टेट तथा इन्ट्रा-ओकूलर लेंस आदि में, खतरनाक बैक्टीरिया की उपस्थिति के कारण, संक्रमण की पुष्टि की। इसके अतिरिक्त, घरों में स्वास्थ्य-विरुद्ध परिस्थितियों की संभावना से भी इनकार नहीं किया जा सकता क्योंकि रोगियों को शल्य चिकित्सा वाले दिन ही छुट्टी कर दी गई थी। इसके परिणामस्वरूप 18 रोगियों की शल्य चिकित्सा करके आँखों को निकाला गया था। लगातार असफलताओं के बावजूद, विभाग इनकी पुनरावृत्ति न होने संबंधी उपचारी उपायों को शुरू करने में असफल रहा। जून 2008 तक सावधानी निर्देश भी जारी नहीं किए गए थे।

जिला स्वास्थ्य समिति ने बताया कि कैटेरेक्ट आपरेशन के सम्बन्ध में आपरेशन अस्पताल में कम से कम 3 दिन अनिवार्यतः रुकने पर जोर देते हुए कैटेरेक्ट के सम्बन्ध में आपरेशन पश्चात उपायों को ध्यान में रखते हुए निर्देश जारी किए जाएंगे। तथापि, सितम्बर 2008 तक इस संबंध में कार्यवाही प्रतीक्षित थी।

सरकार के आदेशों के उल्लंघन में वांछित कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा दर तथा नेत्र शिविरों तथा गैर-सरकारी संस्थानों ने अधिक कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा की गैर उपलब्धि ग्रामीण आबादी के लिए जागरूकता तथा पर्याप्त अवसंरचना/नेत्र शल्य चिकित्सकों के अभाव को दर्शाती है। उदाहरणार्थ, केरल, उड़ीसा तथा उत्तर प्रदेश के 14 लेखापरीक्षित जिलों में सा.स्वा.के. तथा जिले एवं अन्य अस्पतालों में 189 नेत्र शल्य चिकित्सकों की आवश्यकता की तुलना में केवल 48 नेत्र शल्य चिकित्सकों को तैनात किया गया था।

मंत्रालय ने बताया राज्यों से प्राप्त 2008-09 तक की रिपोर्ट के अनुसार, देश में प्रतिवर्ष लगभग 60 लाख कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा की जा रही थी। इसने आगे बताया कि देश में दृष्टिहीनता का नियंत्रण करने के लिए स्वैच्छिक संगठनों की सहभागिता बहुत महत्वपूर्ण थी। तथापि, निजी/गैर सरकारी संगठनों द्वारा चलाए जा रहे नेत्र चिकित्सालयों में होने वाली कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा का बड़ा हिस्सा, निजी/गैर सरकारी संगठन के नेत्र चिकित्सालयों के लिए राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत दी जाने वाली की सहायता विभिन्न योजनाओं का परिणाम था। 11 वीं पंचवर्षीय योजना में कैटेरेक्ट शल्य चिकित्सा दर को बढ़ाने के लिए समर्पित नेत्र वाई तथा जिला अस्पताल में नेत्र आपरेशन थिएटरों का निर्माण, आध्यात्मिक मानव संसाधन की नियुक्ति, चल ऑपथाल्मिक इकाइयों का विकास विशेषकर उत्तर-पूर्वी राज्यों, पहाड़ी राज्यों तथा दुर्गम क्षेत्रों में नेत्र रोगों की जाँच एवं मेडिकल प्रबंधन तथा उपजिलों, ब्लॉक तथा ग्राम स्तर पर निजी चिकित्सकों को शामिल करते हुए प्रभावी उपाय किए जा रहे थे। तथापि रा.दृ.ही.नि. के लिए कार्यक्रम के अंतर्गत नेत्र शिविरों में शल्य चिकित्सा पर रोक पर प्रतिबन्ध लगाया गया है तथा इस संबंध में आवश्यक अनुदेश/दिशानिर्देश समय-समय पर राज्यों को भेजे जा रहे थे।

9.5.2 अपवर्तक दोष तथा चश्मों का निःशुल्क वितरण

इस कार्यक्रम में सरकारी तथा सरकारी सहायता प्राप्त विद्यालयों में शिक्षकों के प्रशिक्षण, छात्रों में अपवर्तक दोष का पता लगाने तथा इन अपवर्तक दोषों से ग्रसित छात्रों को निःशुल्क चश्मा वितरित करने पर विचार किया गया था।

16 राज्यों/सं.शा.क्षे. में कुल 5.61 लाख विद्यालयों की तुलना में केवल 2.85 लाख शिक्षक प्रशिक्षित किए गए थे। उड़ीसा तथा दादर एवं नागर हवेली में आंख की जांच के लिए किसी शिक्षक को प्रशिक्षित नहीं किया गया एवं जम्मू और कश्मीर में पूरे राज्य में केवल 5 अध्यापक प्रशिक्षित किए गए थे। लक्षद्वीप में आंखों की जांच तथा चश्मों के निःशुल्क वितरण के लिए इस प्रकार का कोई कार्यक्रम अब तक शुरू नहीं किया गया था जबकि राजस्थान के चार लेखापरीक्षित जिलों में आंखों की कोई जांच नहीं की गई थी।

मुफ्त वितरित चश्मों तथा अपवर्तक दोष वाले छात्रों की संख्या में कोई मेल नहीं था। 2005-08 की अवधि में 24 राज्यों/ सं.शा.क्षे. में अपवर्तक दोष वाले कुल 21.07 लाख मामलों की तुलना में केवल 10.67 लाख (51 प्रतिशत) चश्मे जारी किए गए थे। सिक्किम, दादरा एवं नागर हवेली तथा उत्तर प्रदेश में अपवर्तक दोष पाए जाने वाले छात्रों में शून्य, छः तथा 39 प्रतिशत को ही चश्में वितरित किए गए थे जिसका मुख्य कारण धन की कमी थी। उड़ीसा में, 16557 चश्में निःशुल्क वितरित किए गए थे जबकि 14680 छात्रों में अपवर्तक दोष पाया गया था। मणिपुर तथा जम्मू एवं कश्मीर के लेखापरीक्षित जिलों में आंख की जांच एवं वितरित चश्मों का आंकड़ा अनुरक्षित नहीं किया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि राज्यों में राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत 2002-03 की अवधि में 98697 मुफ्त चश्मों के प्रावधान की तुलना में 2008-09 के दौरान 4,62,688 से अधिक चश्में विद्यालय आयुवर्ग वाले गरीब बच्चों को उपलब्ध कराए गए थे। राज्य सरकारों को इस कार्यक्रम के अन्तर्गत विद्यालयी आयुवर्ग के गरीब जरूरत मंद छात्रों को चश्मे निःशुल्क प्रदान करने हेतु उपयुक्त रूप में निर्देश दिए जा रहे थे। 20 प्रतिशत को निःशुल्क दिया जा सकता है। राज्यों से प्राप्त रिपोर्टों के आधार पर, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत वर्ष 2002-03 के दौरान 35,267 अध्यापकों को आंख की जांच करने के लिए प्रशिक्षित किया गया था। प्रशिक्षित किए गए शिक्षकों की संख्या 2008-09 के दौरान 77,157 हो गई थी। यह सुनिश्चित किया जा रहा था कि आंख जांच के लिए शिक्षकों के प्रशिक्षण का आयोजन करने के लिए, राज्यों को पर्याप्त निधियां उपलब्ध कराकर, विद्यालय नेत्र जांच कार्यक्रम के अंतर्गत अधिकांश शिक्षक प्रशिक्षित किए गए थे।

9.5.3 नेत्र बैंक

नेत्र बैंकों का विकास, कोर्नियल दृष्टिहीनता का पता लगाने में सहायता के लिए एक महत्वपूर्ण गतिविधि है। अंडमान तथा निकोबार, अरुणाचल प्रदेश, दमन एवं दीव, दादर एवं नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, लक्षद्वीप, मणिपुर, मेघालय तथा उत्तराखण्ड (10 राज्यों/सं.शा.क्षे.) में कोई नेत्र बैंक उपलब्ध नहीं था। मार्च 2008 तक, 17 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁶⁹ में केवल 346 नेत्र बैंक परिचालित थे, जिनमें से 97 सरकारी क्षेत्र में तथा 249 स्वैच्छिक क्षेत्र में थे। इसके अतिरिक्त, 13 राज्यों/सं.शा.क्षे.⁷⁰ में, 375 जिला अस्पतालों में से केवल 44 में नेत्रदान की सुविधाएं थीं।

⁶⁹ असम, चण्डीगढ़, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल

⁷⁰ असम, चण्डीगढ़, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, पंजाब, सिक्किम, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश एवं पश्चिम बंगाल

सरकारी तथा स्वैच्छिक क्षेत्रों में नेत्र बैंकों के निष्पादन का ब्यौरा अनुबंध 9.14-क में दिया गया है। 5 राज्यों/सं.शा.क्षे. में रा.स्वा.स. ने स्वैच्छिक क्षेत्र के लिए आंकड़े अनुरक्षित नहीं किए थे। नेत्र बैंक के निष्पादन के संबंध में पंजाब एवं सिक्किम में दोनों ही क्षेत्रों के लिए कोई आंकड़ा उपलब्ध नहीं था तथा महाराष्ट्र एवं राजस्थान प्रत्येक क्षेत्र के लिए अलग-अलग आंकड़े उपलब्ध नहीं थे। नौ राज्यों/सं.शा.क्षे. जहाँ दोनों क्षेत्रों के लिए अलग-अलग आंकड़े उपलब्ध थे, के निष्पादन के तुलनात्मक विश्लेषण से प्रकट हुआ कि स्वैच्छिक क्षेत्र ने दान किए गए नेत्रों का 76 प्रतिशत संग्रहण किया था। सरकारी क्षेत्र की उपस्थिति एवं उपलब्धि कम रहने का कारण सरकारी चिकित्सालयों में नेत्रदान सुविधाओं का अभाव था। राज्य विशेष संबंधी लेखापरीक्षा निष्कर्ष अनुबंध 9.14-ख में दिए गए हैं। इसके अतिरिक्त, स्वैच्छिक क्षेत्र के 34 प्रतिशत की तुलना में सरकारी क्षेत्र द्वारा एकत्रित नेत्रों में लगभग 52 प्रतिशत नेत्र या तो खराब हो गए थे या अनुसंधान के लिए प्रयोग हुए थे। आगे भी, केराटोप्लास्टी के लिए वास्तविक रूप से उपयोग की गई नेत्रों की प्रतिशतता समग्र रूप में थी।

मंत्रालय ने बताया कि 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, देश में नेत्र बैंकों की संख्या बढ़ाने तथा नेत्रदान को प्रोत्साहन हेतु सभी राज्यों को आवृत्त करने के लिए सरकारी/स्वैच्छिक क्षेत्र में नेत्र बैंकों की गैर आवर्ती अनुदान सहायता राशि को 10 लाख रू. से बढ़ाकर 15 लाख रू. करके 50 नेत्र बैंकों को सुदृढ़ करने का प्रस्ताव किया गया था। इसके अतिरिक्त, नेत्र बैंक कर्मचारियों के मानदेय, परिरक्षण वस्तुओं तथा मीडिया, यातायात/पी.ओ.एल. तथा आकस्मिक व्यय आदि को शामिल करते हुए, उपभोज्य खर्च समेत 1500 रू. प्रति जोड़ी आंख की आवर्ती सहायता भी नेत्र बैंकों को प्रदान की जा रही थी। इसने सरकारी तथा गै.स.सं. क्षेत्र के नेत्र बैंकों में 150 नेत्र दान सलाहकार नियुक्त करने का प्रस्ताव किया था। दान में प्राप्त आंखों का जरूरतमंद लोगों के लिए कार्निवल ट्रान्सप्लान्टेशन में उपयोग किया गया था। दान से प्राप्त वे आंखें जो ट्रान्सप्लान्टेशन के योग्य नहीं थी उनका उपयोग अध्ययन एवं अनुसंधान के उद्देश्य के लिए किया गया था। राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरणों को दान में प्राप्त आंखों को अधिकतम संभव सीमा तक कार्निवल ट्रान्सप्लान्टेशन हेतु समुचित उपयोग करने की अलग से सलाह दी जा रही थी। मंत्रालय ने आगे बताया कि गरीब विद्यालयी आयुवर्ग के बच्चों को निःशुल्क चश्मा वितरण की आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण के लिए कार्यक्रम के अन्तर्गत वार्षिक योजना 2009-10 में 4,73,472 निःशुल्क चश्मों की आपूर्ति का प्रावधान किया गया था। प्रावधान को पूरा करने के लिए आवश्यक निधियाँ राज्यों को उनके द्वारा पूर्ववर्ती वर्षों के लिए उपयोगिता की स्थिति के आधार पर जारी की जा रही थी।

अपवर्तक दोष युक्त बच्चों को वितरण हेतु चश्मों की आपूर्ति में कमी तथा 2005-08 के दौरान दान के माध्यम से एकत्रित किए गए नेत्रों का उपयोग न होना, राज्यों में दृष्टिहीनता की व्यापकता में कमी लाने हेतु प्रयासों में बाधक हैं। नेत्र बैंक कार्यकलापों में सरकारी क्षेत्र का कम निष्पादन सरकारी चिकित्सालयों में नेत्रदान सुविधाओं का अभाव तथा नेत्र बैंकों की अपर्याप्त संख्या के कारण थी।

9.6 संशोधित क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम

संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (सं.रा.क्ष.नि.का.) का मुख्य उद्देश्य कम से कम 70 प्रतिशत अनुमानित नये पाजीटिव मामलों की पहचान तथा अनुरक्षण तथा इन मामलों में

डाइरेक्टली आब्सर्ड ट्रीटमेंट शार्ट कोर्स (डी.ओ.टी.एस.) के माध्यम से कम से कम 85 प्रतिशत उपचार सफलता दर प्राप्त करना एवं अनुसंधान करना था।

तथापि, असम, अण्डमान तथा निकोबार, बिहार, छत्तीसगढ़, दादरा एवं नागर हवेली, जम्मू एवं कश्मीर, हरियाणा, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, पुडुचेरी तथा तमिलनाडु (13 राज्य/सं.शा.क्षे.) में रोगमुक्ति दर 85 प्रतिशत से कम थी तथा 2005 से 2008 की अवधि में अण्डमान तथा निकोबार द्वीप समूह, झारखण्ड, केरल, उड़ीसा, राजस्थान, मणिपुर, उत्तर प्रदेश तथा कर्नाटक में उपचार के परिणाम पर सम्पूर्ण आंकड़ा उपलब्ध नहीं कराया गया था।

मंत्रालय ने बताया कि संशोधित रा.क्ष.नि.का. ने उपचार सफलता दर 85 प्रतिशत से अधिक निरन्तर बनाए रखी थी। यद्यपि कार्यक्रम द्वारा राष्ट्रीय उद्देश्य की प्राप्ति हो चुकी थी, फिर भी 2005-08 में औसत उपचार दर उपरोक्त राज्यों में 85 प्रतिशत से कम थी। उपचार दर लक्ष्यों की प्राप्ति निरन्तर सुनिश्चित करने के लिए कार्यक्रम के अंतर्गत इन राज्यों/सं.शा.क्षे. पर ध्यान केन्द्रित करने की आवश्यकता होगी।

9.7 राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (रा.वे.ज.रो.नि.का.)

रा.वे.ज.रो.नि.का. का उद्देश्य मलेरिया, फाइलेरिया, कालाजार, डेंगू, चिकनगुनिया तथा जापानीज इन्सेफिलिटिस के कारण विशेष क्षेत्रों में मृत्यु तथा रूग्णता को नियंत्रण करना है।

9.7.1 मलेरिया के लिए वार्षिक रक्त जांच दर (वा.र.जं.द.) तथा वार्षिक पैरासाइटिक सम्पात (वा.पै.सं.)

कार्यक्रम में⁷¹ देश के लिए वा.र.जं.द. 10 प्रतिशत तथा वा.पै.स. 0.5 प्रति हजार प्राप्त करना निहित था। ए.बी.ई.आर. तथा ए.पी.आई. के वर्षवार विवरण (अनुबंध 9.15) से दर्शाया कि 11 राज्यों/सं.शा.क्षे. तथा इन राज्यों के लेखापरीक्षित जिलों में रक्त जांच की 10 प्रतिशत लक्षित दर प्राप्त नहीं हो पाई थी तथा इन राज्यों के लेखापरीक्षित जिलों में ए.बी.ई.आर. राज्य के औसत से कम थी। सात राज्यों में 2005 से 2008 की अवधि में ए वी ई आर में घटती प्रवृत्ति को दर्शाया।

14 राज्यों/सं.शा.क्षे. में सभी तीन वर्षों में वा.पै.स. निर्दिष्ट दर से अधिक था तथा अरुणाचल प्रदेश में 29 से 37 के बीच थी। चण्डीगढ़, जम्मू तथा कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, केरल, सिक्किम, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड में वा.पै.स. निर्धारित दर से कम थी। तथापि, वा.पै.स. की निम्न दर राज्यों में मलेरिया के कम होने के कारण नहीं, बल्कि कम रक्त जांच के कारण थी जिससे मलेरिया के मामले की पहचान किए बगैर रहे।

वा.पै.स. तथा ए.बी.ई.आर. की प्रवृत्ति के विश्लेषण से प्रकट हुआ कि अधिकतर राज्यों/सं.शा.क्षे. में वा.पै.स. में वृद्धि/कमी थी, इसलिए निगरानी के अधीन ए.बी.ई.आर. के प्रत्यक्ष समानुपाती आबादी में सभी/अधिकतम मामलों की पहचान के लिए ए.बी.ई.आर. के लक्षित दर को न केवल प्राप्त करना है बल्कि इसे आगे संशोधित भी करना चाहिए।

⁷¹ ए.बी.ई.आर.- वर्ष के दौरान रक्त जांच की देखरेख के अन्तर्गत प्रति 100 आबादी पर मासिक दर का संचयी योग

वा.पै.स.- प्रति हजार आबादी पर घनात्मक मलेरिया मामले

मंत्रालय ने बताया कि खराब निगरानी के कारण ए.बी.ई.आर की लक्ष्य प्राप्ति में कमी का मुख्य कारण सभी स्तरों पर बहुदेशीय पुरुष कार्यकर्ता (एम.पी.डब्ल्यू.) के स्तर पर रिक्तियों के कारण था। समुदाय स्वयंसेवक यथा मा.प्रा.सा.स्वा.का. को शामिल करते हुए उन्हें अत्यधिक सम्भावना वाले जिलों में मलेरिया के उपचार का प्रशिक्षण प्रदान करने के माध्यम से अप्रत्यक्ष निगरानी पर बल दे रहा था। इसके अतिरिक्त, असम, त्रिपुरा, झारखण्ड तथा पश्चिम बंगाल को शामिल करते हुए 14 राज्यों में 5057 संविदात्मक ब.पु.का. प्रदान किए गए थे। मलेरिया बुखार मामलों की जांच को तर्कसंगत बनाने के लिए मलेरिया कार्यक्रम कार्यान्वयन 2009 के परिचालन मैनुअल में संदेहास्पद मलेरिया की एक परिभाषा समाविष्ट की गई थी। 11वीं पंचवर्षीय योजना के अन्त तक (2012) ए.पी.आई. का देश के लिए समग्र लक्ष्य 1.3 प्राप्त किया जाना था।

9.7.2 वेक्टर जनित रोगों का प्रसंग

2005-08 के दौरान विभिन्न वेक्टर जनित रोगों के कारण रूग्णता संख्या एवं मृत्यु संख्या निम्न प्रकार थे:

तालिका 9.15 वेक्टर जनित रोगों के कारण मृत्यु संख्या की स्थिति⁷²

वर्ष	कालाजार		मलेरिया		फाइलेरिया		जापनी इनसेफलिटिस		डेंगू	
	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
2005-06	32152	153	1708665	926	178006	0	5902	1660	10449	131
2006-07	39151	183	1690061	1503	150875	0	2594	599	8560	116
2007-08 ¹	44496	43	1423975	1190	202852	0	3159	712	4876	67

(स्रोत: रा.स्वा.स. से आकड़े)

कालाजार तथा फाइलेरिया के मामले बढ़ गए थे जबकि मलेरिया तथा डेंगू के मामले घट गए थे। तथापि, 11 राज्यों/सं.शा.क्षे. (आंध्र प्रदेश, चण्डीगढ़, गुजरात, हरियाणा, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, पुडुचेरी, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा उड़ीसा) में डेंगू के मामलों की संख्या 2005-06 से 2007-08 तक बढ़ी। झारखण्ड तथा पश्चिम बंगाल में कालाजार के मामले घटे थे लेकिन मुख्य रूप से प्रभावित राज्य बिहार में बढ़े थे तथा असम, केरल एवं सिक्किम से भी कुछ मामलों की सूचना प्राप्त हुई थी। वेक्टर जनित रोगों के राज्यवार मामले अनुबंध 9.16 में दिए गए हैं।

मंत्रालय ने बताया कि एन.वी.बी.डी.सी.पी. निदेशालय ने मलेरिया के कारण रूग्णता संख्या एवं मृत्यु संख्या को पूर्ण रूप से नहीं दर्शाया था। इसका उद्देश्य प्रवृत्ति को मॉनीटर करना है। चूंकि देश की ए.बी.ई.आर. औसत कुछ वर्षों के दौरान 10 के आसपास थी इसलिए मलेरिया के कारण सूचित किए गए मामले तथा देश में मृत्यु इस रोग की वास्तविक प्रवृत्ति को दर्शाएंगे।

इसने आगे बताया कि कालाजार की संख्या में वृद्धि परिधि स्तर पर अर्थात् प्रा. स्वा. क. प्रति-कालाजार दवाओं के संतृप्तिकरण, वर्ष में दो बार किया गया मामला अन्वेषण कार्यक्रम तथा परिचरों को मुफ्त खुराक तथा मजदूरी के नुकसान की प्रतिपूर्ति रोगियों को दिए गए प्रोत्साहन के कारण था। पश्चिम बंगाल तथा झारखण्ड में मामलों की संख्या में कमी इस कारण से हुई कि कालाजार से ग्रस्त सभी रोगियों का पूर्ण उपचार सुनिश्चित करने के लिए सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं में उपचार हुआ था।

मंत्रालय ने यह भी बताया कि भारत में फाइलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम 2004 से प्रारंभ किया गया था। तथापि, फाइलेरिया प्रभावित जिलों में मास ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन के दौरान 2004 में 72.4

⁷² 29 राज्यों के आंकड़ों पर आधारित

प्रतिशत से बढ़कर 2007 में 82.82 प्रतिशत हो गया था तथा समुदाय में माइक्रोफाइलेरियल दर 2004 में 1.36 प्रतिशत से घट कर 2007 में 0.72 प्रतिशत हो गई थी।

जापानी इनसेफलिटिस के संबंध में मंत्रालय ने बताया कि 2005 के दौरान जे.ई. का भंयकर प्रकोप मुख्यतः गोरखपुर तथा बस्ती डिवीजन के सात जिलों में सूचित किया गया था जिसके परिणामस्वरूप 6000 मामले तथा 1500 मृत्यु हुई थी। इस महामारी के परिणामस्वरूप भारत सरकार ने बच्चों (1-15 वर्ष की उम्र के) को चीन से आयातित जे.ई. टीका के एक डोज से टीकाकरण करने का निर्णय लिया। टीकाकरण को अभियान के तौर पर शुरू किया गया था तथा 2006 से 2009 तक 89 जिलों को आवृत्त कर दिया जाएगा। 2008 के दौरान मामलों की संख्या में मामूली कमी (7 प्रतिशत) आई थी, तथापि, मृत्यु की संख्या में महत्वपूर्ण कमी (31 प्रतिशत) सूचित की गई थी।

मंत्रालय ने आगे बताया कि डेंगू से बचाव एवं नियंत्रण हेतु एक दीर्घकालीन कार्य योजना विकसित की गई तथा राज्यों को कार्यान्वयन के लिए भेजी गई थी।

9.7.3 कीटनाशकों द्वारा जनसंख्या का बचाव

रा.वे.ज.रो.नि.का. के अंतर्गत 2 या इससे अधिक वा.पै.स. वाले समस्त क्षेत्रों में डी.डी.टी. तथा एण्टी लार्वा घोल का अनिवार्य अंतरंग रेसिडुअल छिड़काव आवश्यक थे। अधिकतर राज्यों में डी.डी.टी. के रेसिडुअल छिड़काव तथा एण्टी लार्वा घोल के लक्ष्य की तुलना में कमी थी। यह कमी बिहार, गुजरात तथा पश्चिम बंगाल में 65 प्रतिशत से अधिक तथा हरियाणा, पंजाब तथा उड़ीसा में 100 प्रतिशत तक थी। अण्डमान तथा निकोबार में छिड़काव पर आंकड़ा रा.स्वा.स. द्वारा उपलब्ध नहीं कराया गया था।

असम, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, राजस्थान, सिक्किम तथा उत्तर प्रदेश के लेखापरीक्षित जिलों में 35 से 100 प्रतिशत क्षेत्र को इण्डोर रेसिडुअल छिड़काव से आवृत्त नहीं किया गया था। आवृत्तन की कम प्रतिशतता मुख्यतः डी.डी.टी. की अनुपलब्धता तथा उत्तर प्रदेश के महामारी क्षेत्र पर ही लक्षित रहने के कारण थी। कुछ विशिष्ट राज्य संबंधी मामलों को अनुबंध 9.17 में दर्शाया गया है।

मंत्रालय ने बताया कि डी.डी.टी. कीटनाशक राज्यों को, जहाँ इस कीटनाशक से वेक्टर प्रभावित था केन्द्र द्वारा मुहैया कराया जा रहा था, जबकि डी.डी.टी. के अलावा अन्य कीटनाशकों तथा छिड़काव की परिचालन कीमत का प्रबंध राज्य सरकार द्वारा किया जाना था। हरियाणा, पंजाब, जम्मू एवं कश्मीर, सिक्किम तथा उत्तर प्रदेश कम प्रभावित क्षेत्र थे तथा इनमें छिड़काव को विकेंद्रित करने की आवश्यकता थी। अधिक मलेरिया प्रभावित राज्यों में इण्डोर रेसिडुअल छिड़काव के अलावा कीटनाशक युक्त बिस्तर मच्छरदानी कार्यक्रम के अन्तर्गत प्रदान की जाती है तथा समुदाय स्वामित्व वाली मच्छरदानियों को भी कीटनाशक युक्त किया गया था। देश में लगभग 70 से 80 मिलियन जनसंख्या, ग्रामीण क्षेत्रों में डी.डी.टी. के साथ, आई.आर.एस. मैलाथियॉन तथा कृत्रिम पाइरेथ्रायड के लिए वार्षिक तौर पर लक्षित की जाती थी।

मलेरिया के लिए वा.र.प.द. तथा वा.प.घ. के लक्ष्य की प्राप्ति हेतु अतिरिक्त प्रयास किये जाने की आवश्यकता थी क्योंकि मलेरिया के मामलों का पता नहीं लगाया गया था। डी.डी.टी. का पर्याप्त एवं समय से छिड़काव वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम का महत्वपूर्ण घटक है। तथापि, एक नियमित आपूर्ति तथा डी.डी.टी. एवं एण्टी लार्वा घोल का छिड़काव एक निर्धारित

आवृत्ति में किए जाने की आवश्यकता है जिससे कार्यक्रम की अधिक प्रभावशीलता सुनिश्चित की जा सके।

9.8 राष्ट्रीय आयोडीन कमी विकार नियंत्रण कार्यक्रम (रा.आ.क.वि.नि.का.)

रा.आ.क.वि.नि.का. 1992 में आयोडीन कमी विकार को नियंत्रित करने तथा पूरे देश में 2012 तक इसे 10 प्रतिशत से नीचे लाने के लिए प्रारम्भ किया गया था। रा.आ.क.वि.नि.का. के महत्वपूर्ण उद्देश्य तथा घटक आयोडीन कमी विकार की मात्रा का पता लगाने हेतु सर्वेक्षण, सामान्य नमक के स्थान पर आयोडीनयुक्त नमक की आपूर्ति, आयोडीन कमी विकार तथा आयोडीनयुक्त नमक की मात्रा के स्तर का पता लगाने हेतु प्रत्येक 5 साल बाद अनुमान हेतु पुनर्सर्वेक्षण करना, आयोडीनयुक्त नमक तथा मूत्र से आयोडीन साव की प्रयोगशाला जांच, स्वास्थ्य शिक्षा तथा प्रचार हैं।

हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड तथा पश्चिम बंगाल में कार्यक्रम का कार्यान्वयन मार्च 2008 तक नहीं किया गया था जबकि छत्तीसगढ़ (2006-07), जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश तथा पंजाब (2005-06) में कार्यक्रम की शुरुआत करने में देर हुई थी। 2005-08 के दौरान दिल्ली, जम्मू एवं कश्मीर, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश में आयोडीन कमी विकार की मात्रा का पता लगाने के लिए कोई सर्वेक्षण/पुनर्सर्वेक्षण नहीं किया गया था। सर्वेक्षण का आवृत्तन ने आन्ध्र प्रदेश में 23 में से 14 जिले, गुजरात में 25 में से 6 जिले, पंजाब में 20 में से 7 जिले तथा मेघालय में 7 में से 4 जिले थे। आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश, पंजाब, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा राजस्थान में आई.डी.डी. मॉनीटरिंग प्रयोगशालाएं अभी भी स्थापित की जानी थीं।

प्रकरण : चण्डीगढ़ में रा.आ.क.वि.नि.का. का कार्यान्वयन (एक आई.डी.डी. प्रभावित क्षेत्र)

2006 में किए गए सर्वेक्षण के निष्कर्ष से प्रकट हुआ कि पहले के 1999 के सर्वेक्षण की तुलना में घेंघा की व्यापकता 2.4 प्रतिशत बढ़ी थी। प्रत्येक वर्ष 600 नमक नमूनों का विश्लेषण करने के निर्धारित लक्ष्य की तुलना में 2005-06 तथा 2006-07 में क्रमशः 557 तथा 134 नमूनों का विश्लेषण किया गया था। इसके अतिरिक्त, 2005-08 की अवधि में मूत्राशय साव के विश्लेषणों की संख्या क्रमशः 262, 51 तथा 160 थी जबकि 300 नमूने प्रति वर्ष का लक्ष्य था। तथापि, संघ शासित क्षेत्रों में आयोडीन कमी विकार वाले रोगियों की वर्षवार संख्या का अनुमान लक्षणवार संसूचना के सूचना तंत्र के अभाव में नहीं लगाया जा सका था।

मंत्रालय ने बताया कि संस्वीकृत खाली पदों को न भरने तथा आई.डी.डी. प्रयोगशाला स्थापित न होने के कारण नमक तथा मूत्र नमूनों की जांच का लक्ष्य प्राप्त नहीं हुआ था। आई.डी.डी. प्रयोगशालाएं स्थापित करने तथा खाली पड़े संस्वीकृत पदों को भरने का मामला राज्यों/सं.शा.क्षे. के साथ उठाया जा रहा था।

9.9 एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम

ए.रो.नि.का. को संक्रामक एवं गैर-संक्रामक रोगों की निगरानी के लिए, केन्द्रीय स्तर रोग निगरानी इकाई, राज्य तथा जिला स्तर पर रोग निगरानी को एकीकृत तथा सुदृढीकरण करने, उन्नत प्रयोगशाला सहायता तथा रोग निगरानी तथा कार्य के लिए प्रशिक्षण द्वारा एक विकेंद्रित राज्य आधारित प्रणाली की स्थापना करने के लिए स्थापित किया गया था। परियोजना का प्रारम्भ

चरणबद्ध रूप में 2004-05, 2005-06 तथा 2006-07 के दौरान फेज I, II तथा III में क्रमशः 9 राज्यों⁷³ 13 राज्यों⁷⁴ तथा 13 राज्यों⁷⁵ को आवृत्त करते हुए किया गया था।

केन्द्रीय निगरानी इकाई, इस तथ्य के बावजूद कि जि.नि.ई. के लिए शून्य सूचना भी अधिदेशित थी, लगभग 58 प्रतिशत जिलों (349/606) से ही साप्ताहिक रोग निगरानी रिपोर्ट प्राप्त कर रही थी।

इसके अतिरिक्त, गै.स.सं. तथा अन्य स्वयंसेवकों या अन्य संबंधित विभागों के कर्मचारियों को कोई औपचारिक प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया था। परियोजना, निजी चिकित्सकों तथा निजी अस्पतालों के स्टाफ को प्रशिक्षित करने में भी असफल थी। ए.रो.नि.प. तथा इसकी रिपोर्टिंग प्रक्रिया पर दिग्विन्धास वर्कशाप, भारतीय मेडिकल एशोसिएशन (आई.एम.ए.) के सदस्यों के साथ केवल 13 राज्यों में ही परिचालित की गई थी। इसके अतिरिक्त, केन्द्रीय अथवा राज्य स्तर पर आई.एम.ए. तथा भारतीय पैडिआट्रिक्स एशोसिएशन के साथ कोई समझौता ज्ञापन हस्ताक्षरित नहीं किया था, जिससे ए.रो.नि.प. में निजी चिकित्सकों की सहभागिता जो का.का.यो. के अनुसार आवश्यक थी, सुनिश्चित की जा सके। इसके अतिरिक्त चिकित्सा अधिकारियों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, जिला प्रयोगशाला तकनीशियनों तथा बाह्य प्रयोगशाला तकनीशियनों को 13 राज्य/सं.शा.क्षे., जहां परियोजना फेज-III में शुरू की गई थी, को कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया था। विडियो कानफेरेंसिंग (वी.सी.) तकनीक की स्थापना राज्यों तथा जिलों के साथ प्रशिक्षण सत्रों को आयोजित करने के लिए की गई थी और जिसे नियमित रूप में करना था लेकिन वी.सी. की लॉग बुकों से पता चला कि नवम्बर 2008 तक केवल 105 वी.सी. आयोजित किए गए थे तथा वी.सी. तकनीक को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए केवल 12 बार प्रयुक्त किया गया था।

पहले फेज II तथा III राज्यों में 50 प्रयोगशालाएं विकसित करने का निर्णय लिया गया था। यद्यपि 50 जिला प्रयोगशालाएं चिन्हित की गई थी, फिर भी, दिसम्बर 2008 तक अधिप्राप्ति प्रक्रिया अभी प्रारम्भ की जानी थी तथा इस अत्यधिक विलम्ब से परियोजना पर प्रतिकूल रूप से प्रभाव पड़ रहा था।

मंत्रालय ने बताया कि प्राथमिकता वाली प्रयोगशालाओं की पहचान कर ली गई थी तथा उपकरणों की तकनीकी विनिर्देशनों सहित अधिप्राप्ति संबंधी सूचना राज्यों को फरवरी 2009 में भेज दी गई थी। मंत्रालय ने आगे बताया कि:

ए.रो.नि.प. का कार्यान्वयन चरणबद्ध तरीके से देश के विभिन्न राज्यों (फेज-I में 9, फेज-II में 14 तथा फेज-III में 12) किया गया था। फेज-III राज्यों में कार्यान्वयन धीमा था।

वर्तमान में सभी राज्यों में राज्य निगरानी इकाईयां स्थापित की जा चुकी थीं।

अधिकतर राज्यों में जिला निगरानी इकाईयां भी स्थापित की जा चुकी थीं।

⁷³ आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, उत्तराखण्ड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, केरल तथा मिजोरम

⁷⁴ छत्तीसगढ़, गोवा, गुजरात, हरियाणा, राजस्थान, उड़ीसा, पश्चिम बंगाल, चंडीगढ़, पुडुचेरी, दिल्ली, मणिपुर, मेघालय एवं त्रिपुरा

⁷⁵ उत्तर प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, अण्डमान एवं निकोबार, दादर एवं नागर हवेली, दमन एवं दीव, लक्षद्वीप, बिहार, अरुणाचल प्रदेश, असम, झारखण्ड, नागालैंड तथा सिक्किम

अधिकतर फेज-III राज्यों में निगरानी अधिकारियों तथा द्रुत प्रतिक्रिया दल के सदस्यों का प्रशिक्षण पूरा हो चुका था।

इसके अतिरिक्त, तुरन्त बीमारी फैलने की सूचना की प्रणाली जि.नि.ई./ रा.नि.ई./सी.एस.यू. को सूचित करने की प्रणाली, टेलीफोन, फैक्स, ई-मेल तथा ए.रो.नि.प. पार्टल के माध्यम से स्थापित की जा चुकी थी। मीडिया स्कैनिंग तथा ए.रो.नि.प. का 24x7 काल सेंटर टोल फ्री नम्बर 1075 सूचना के अतिरिक्त स्रोत है।

राज्य सरकारों को स्वैच्छिक संगठनों के माध्यम से सूचना देने के लिए प्रोत्साहित करने की सलाह दी गई थी।

वर्तमान में, देश भर में 332 सैटेलाइट इन्टरएक्टिव टर्मिनल स्थापित किये गये थे तथा शेष की स्थापना प्रक्रियाधीन है।

ए.रो.नि.प. पूर्ण रूप में परिचालन में नहीं था क्योंकि उत्तर प्रदेश, बिहार तथा झारखण्ड जो देश की एक तिहाई आबादी वाले तथा रोगों के फैलाव अधोगामी राज्यों, को शामिल करते हुए पांच राज्यों में परियोजना को पूर्ण रूप से परिचलनात्मक किया जाना अभी भी शेष था। प्रयोगशालाओं का सुदृढीकरण करना सभी स्तरों पर अभी भी पूरा किया जाना था। जि.नि.ई./रा.नि.ई. के मध्य/बीच नेटवर्किंग के अभाव में निगरानी कार्यकलापों को एकीकृत नहीं किया जा सका था, तथा इसलिए, रोगों के लिए निगरानी की एक विकेंद्रित राज्य आधारित प्रणाली, समय से आरम्भ करने तथा प्रभावी जन स्वास्थ्य कार्यवाही अभी प्रक्रियाधीन थी।

अनुशंसाएं

मंत्रालय द्वारा देश के लिए निर्धारित किए गए समग्र लक्ष्यों को ध्यान में रख कर अलग-अलग राज्यवार लक्ष्यों को निर्धारित किया जाना चाहिए तथा राज्यवार प्रगति को अलग-अलग लक्ष्यों तथा डाटा के आधार पर मापा जाना चाहिए। स.न.मि. एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा एकत्रित वास्तविक आंकड़ों को समेकित करने के सुअवसर का इस्तेमाल किया जाना चाहिए।

जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत मॉनीटरिंग और रिपोर्टिंग क्रियाविधि को सुदृढ किया जाना चाहिए ताकि राज्य तथा जिला स्वास्थ्य सोसाइटी के पास विश्वसनीय सूचना की उपलब्धता सुनिश्चित हो। यह ज.सु.यो. के अंतर्गत धोखेबाजी और नकद क्षतिपूर्ति के अनुदान में अनियमितताओं के जोखिम को कम करने में मदद करेगा। मंत्रालय इस बात पर महत्व दे कि नोडल कार्मिक मंत्रालय और रा.स्वा.स. स्तर पर ज.सु.यो. के अंतर्गत आंकड़े की सत्यनिष्ठा को बढ़ावा दें।

नई तकनीकों जैसे ट्यूबक्टोमी में लेप्रोस्कोपी, नई स्पेसिंग पद्धतियाँ आदि निर्धारित स्तर के स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध कराई जानी चाहिए। महिलाओं में खाने की गोलियों तथा आई.यू.डी. के प्रयोग को प्रोत्साहन देना चाहिए। आई.यू.डी. इन्सर्शन का प्रशिक्षण प्रा.स्वा.के. तथा सा.स्वा.के. में तैनात चिकित्सकों, नर्सों तथा स.न.मि. को प्रदान किए जाने की आवश्यकता है।

टीकाकरण हेतु निर्धारित लक्ष्यों का, राज्य में किए गए घरेलू सर्वेक्षण को ध्यान में रखते हुए पुनर्परीक्षण करना चाहिए। लक्ष्यों की रूपरेखा एवं मानीटरिंग तथा सूचना संरचना को सार्वभौमिक टीकाकरण प्राप्ति के लिए होना चाहिए। सुदृढ करना चाहिए

जिससे पूर्ण टीकाकरण प्रयासों द्वारा आवृत किए गए क्षेत्रों में दवाओं से बचाव योग्य रोगों के कारण शून्य रूग्णता सुनिश्चित की जा सके।

अपवर्तक दोष युक्त चिन्हित बच्चों को चश्मों की निःशुल्क आपूर्ति में सुधार लाना चाहिए तथा दान में एकत्रित आंखों का उपयोग अधिकतम सम्भव स्तर तक किया जाना चाहिए।

आई.डी.डी. मामलों को मॉनीटर करने के लिए आई.डी.डी. प्रयोगशालाएं स्थापित तथा परिचालित की जानी चाहिए। नए आयोडीन कमी क्षेत्रों का पता लगाने तथा रोग की व्यापकता को मॉनीटर करने के लिए नए सर्वेक्षण किये जाने चाहिए।

स्वास्थ्य चुनौतियों से प्रभावी ढंग से निपटने के लिए ए.रो.नि.प. के पूर्ण परिचालन में तेजी लानी चाहिए। निगरानी कार्यकलापों को जारी रखने हेतु निगरानी इकाइयों की नेटवर्किंग के माध्यम से कार्यकलापों को एकीकृत तथा जिला स्तर पर प्रयोगशालाओं के सुदृढीकरण के लिए उपकरणों की अधिप्राप्ति को शीघ्रता से पूरा किया जाना चाहिए।

अध्याय 10 निष्कर्ष

रा.ग्रा.स्वा.मि. एक महत्वाकांक्षी कार्यक्रम है जो सामान्य आवरण के अंतर्गत सभी मौजूदा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को संघटित करने के साथ-साथ देश में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की अवसंरचना तथा क्षमता के सुधार हेतु प्रयत्न करता है। मिशन जन-स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य मुद्दों के प्रति जागरूकता में वृद्धि करने हेतु मानक निर्धारण का प्रयत्न भी करता है। मिशन राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचकों को सुधारने पर लक्ष्य करते हुए, सामुदायिक भागीदारी तथा प्रतिक्रिया पर संकेन्द्रक के माध्यम से स्थानीय रोगों का निदान करने का प्रयत्न करता है।

स्वास्थ्य अवसंरचना को सुधारने के और मिशन के अन्तर्गत लक्षित हस्तक्षेपों तथा आशा जैसे स्वास्थ्य कार्यकलाओं के माध्यम से बेहतर जमीनी पहुँच ने बाह्य रोगियों का स्वास्थ्य केन्द्र को वापस लौटने के प्रारम्भिक सकारात्मक परिणामों को दर्शाया है तथा संविदागत स्टाफ की नियुक्ति के माध्यम से स्टाफ को रखते हुए जनशक्ति में सुधार हुआ। तथापि, मिशन द्वारा विभिन्न राज्य स्वास्थ्य समितियों द्वारा कार्यान्वित रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को पूर्ण रूप से मुख्य धारा में लाना अभी शेष है। जारी की गई पर्याप्त निधियों के उपयोग की मॉनीटरिंग प्रणालियों को भी सुदृढीकरण तथा संस्थापन करने की आवश्यकता है। रोगी कल्याण समितियों जैसे नए संगठनों को अपनी पूर्ण क्षमता प्राप्त करनी शेष है तथा विकेन्द्रीकृत नियोजन पूर्ण रूप से आरम्भ नहीं हुआ था। वे समस्याएं, जो सुविधाओं एवं सेवाओं की उपलब्धता, अन्य विभागों आदि के अभिसरण में सामने आई थीं, संकेन्द्रीत योजना एवं प्रभावी मॉनीटरिंग के अभाव से उत्पन्न हुई थी, गतिविधियों को समर्पित प्राथमिक कार्य करने की आवश्यकता है ताकि स्थानीय आवश्यकताओं के अनुरूप स्वास्थ्य समस्याओं का निराकरण करने में सहायता करे।

जबकि मंत्रालय ने अपने उत्तर में बताया है कि "स्वास्थ्य एक राज्य का विषय है तथा केन्द्र/राज्य संबंधों की संघीय प्रकृति किसी केन्द्रीय क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन का तत्व होना चाहिए" मिशन की रूपरेखा हेतु प्रमुख उत्तरदायित्व तथा इसका प्रभावी रूप में कार्यान्वयन, भारत सरकार का उत्तरदायित्व है। स्वास्थ्य देखभाल जैसे एक संवेदनशील क्षेत्र में समय सर्वाधिक महत्वपूर्ण है। मंत्रालय से निरंतर एवं विश्वासोत्पादक अनुदेश तथा दिशानिर्देश अपेक्षित होंगे ताकि राज्य द्वारा कार्यक्रम कार्यकलापों के कार्यान्वयन प्रभावी तथा शीघ्रता से हो सके। बताया गया कि मंत्रालय विभिन्न समितियों तथा भौतिक एवं मानवीय स्त्रोतों की क्षमताओं का निर्माण के लिए बड़ी राशि प्रदान करके, जिला स्तर पर प्रत्यक्ष रूप से सीधा हस्तक्षेप कर रही है, अतः मंत्रालय के लिए मिशन हेतु प्रभावी समग्र नेतृत्व करना आवश्यक है ताकि मिशन के उद्देश्य प्राप्त किये गये हैं तथा मिशन कार्यकलाप का कार्यान्वयन उन मुश्किलों, जिन्होंने पूर्व में केन्द्रीय क्षेत्र कार्यक्रमों के कार्यान्वयन को प्रभावित किया है, के कारण बाधित नहीं हैं।

तथापि, मिशन एक मुख्य अग्रवर्ती उपाय है और अधिक राज्य भागीदारी और निधि के उपयोग की प्रभावी मॉनीटरिंग, अधिक स्थानीय मास-मीडिया प्रयास तथा कुपोषण तथा स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों का मुकाबला करने के लिए सामुदायिक अभिमुख स्वास्थ्य उपायों तथा जागरूकता बढ़ाने से देश में स्वास्थ्य प्रदान करने वाली प्रणालियों को बदलना सम्भाव्य हुआ है।

अनुशासनों का सारांश

रा.स्वा.सं. एवं जि.स्वा.सं. को घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षणों को शीघ्र पूरा करना चाहिए तथा विभिन्न सरकारी विभागों के अभिसरण कार्यों को दर्शाते हुए, राज्य एवं जिला परिप्रेक्ष्य योजनाओं को तैयार करना चाहिए। भावी वार्षिक राज्य का.का.यो. एवं जिला स्वास्थ्य योजनाएँ दीर्घ अवधि आवश्यकताओं तथा आधारभूत सर्वेक्षणों के परिणामों पर आधारित होनी चाहिए।

मॉनीटरिंग संरचना को सुदृढ़ किया जाए ताकि समय से मध्यस्थताओं हेतु कार्यकलापों का आवधिक प्रभाव मूल्यांकन सुनिश्चित किया जा सके।

कम लाभान्वित क्षेत्रों में नए स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित किए जाने चाहिए। स.स्वा.के. एवं प्रा.स्वा.के. पर स्वास्थ्य अवसंरचना को ग्रामीण क्षेत्रों में वहनीय लागत पर स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता में सुधार को सुनिश्चित करने हेतु सभी आवश्यक अवसंरचना, उपकरण एवं श्रमशक्ति सहित क्रियात्मक बनाया जाना चाहिए।

राज्यों को स्वास्थ्य केन्द्रों पर चिकित्सा एवं सहायक स्टाफ के संस्वीकृत पदों को भरने तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. की आवश्यकताओं को पूरा करने हेतु संस्वीकृत कर्मचारी संख्या का संशोधन करना चाहिए। सभी आशा को उनकी सेवाओं को व्यवहार्य एवं प्रभावी बनाने हेतु पूर्ण प्रेरक प्रशिक्षण दिया जाए।

रो.क.स. समुदाय भागीदारी के अन्य आयामों को प्राथमिकता सहित शेष सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर गठित एवं पंजीकृत की जाए। समिति स्वास्थ्य केन्द्रों को कार्य करने में एक रचनात्मक भागीदार बनाया जाना चाहिए तथा इसे समर्थ करने हेतु, रो.क.स. के अंतर्गत उत्तरदायी संरचना स्पष्ट रूप से परिभाषित की जाए तथा प्रबंधन क्षमता का सृजन किया जाए।

निधि प्रवाह प्रबंधन को न्यूनतम अव्ययित/आधिक्य राशि को सरकारी खाते के बाहर रहने देने को सुनिश्चित करने हेतु बुद्धिसंगत बनाया जाना चाहिए।

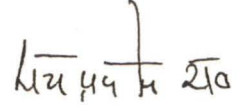
मंत्रालय को वित्त मंत्रालय के परामर्श से अपनी अंतरापृष्ठ बैंकिंग प्रबन्धन की समीक्षा करनी चाहिए। अंतरापृष्ठ बैंकिंग को उन लोक क्षेत्र बैंकों जो अधिकतम पहुँच रखते हों तथा जो उत्तम संभावित शर्तें प्रस्तुत करें, को प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

संचार की विभिन्न मीडिया के बीच निधियों का यथोचित वितरण होना चाहिए। सू.शि.सं. कार्यनीति तथा प्रभाव निर्धारण को उपयुक्त प्रतिमानों एवं मानदण्ड के साथ बुद्धिसंगत बनाया जाना चाहिए।

मंत्रालय द्वारा देश हेतु निर्धारित किए गए समग्र लक्ष्यों को ध्यान में रख कर राज्यवार लक्ष्यों को अलग-अलग निर्धारित किया जाना चाहिए तथा राज्यवार प्रगति को अलग-अलग लक्ष्यों तथा डाटा के आधार पर आंका जाना चाहिए। स.न.मि. एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा एकत्रित वास्तविक आकड़ों को समेकित करने के सुअवसर का इस्तेमाल किया जाए।

जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत मॉनीटरिंग और रिपोर्टिंग क्रियाविधि को सुदृढ़ किया जाना चाहिए ताकि राज्य तथा जिला स्वास्थ्य समितियों के पास विश्वसनीय सूचना की उपलब्धता सुनिश्चित किया जाए। यह ज.सु.यो. के अंतर्गत धोखेबाजी और नकद

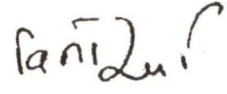
क्षतिपूर्ति देने में अनियमितताओं के जोखिम को कम करने में मदद करेगा। मंत्रालय इस बात पर महत्व दे कि नोडल कार्मिक मंत्रालय और रा.स्वा.स. स्तर पर ज.सु.यो. के अंतर्गत आंकड़े की सत्यनिष्ठा को बढ़ावा दे।


(एच. प्रदीप राव)

नई दिल्ली
दिनांक: 04 दिसम्बर 2009

महानिदेशक लेखापरीक्षा
केन्द्रीय व्यय

प्रतिहस्ताक्षरित

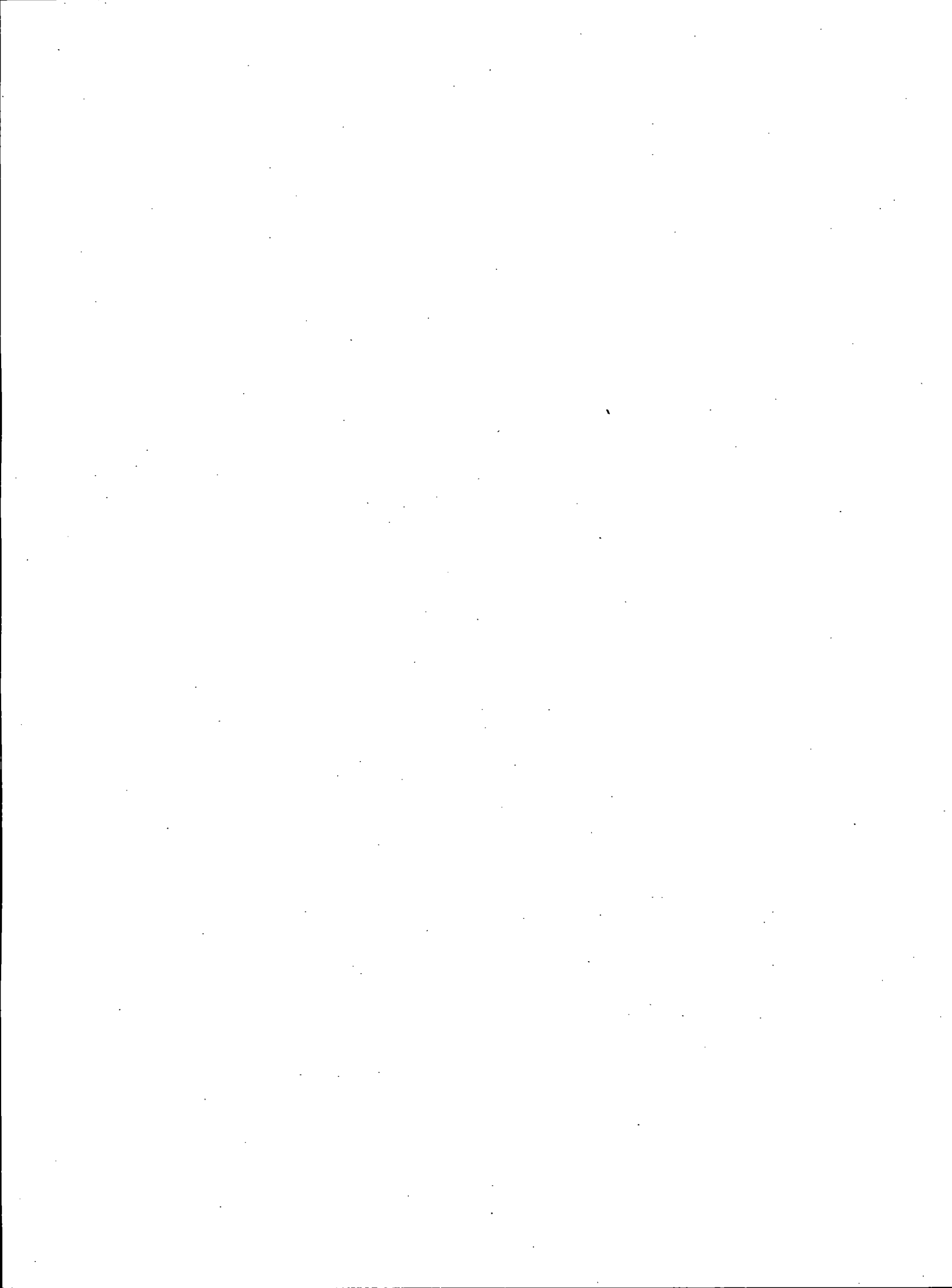

(विनोद राय)

नई दिल्ली
दिनांक: 04 दिसम्बर 2009

भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक



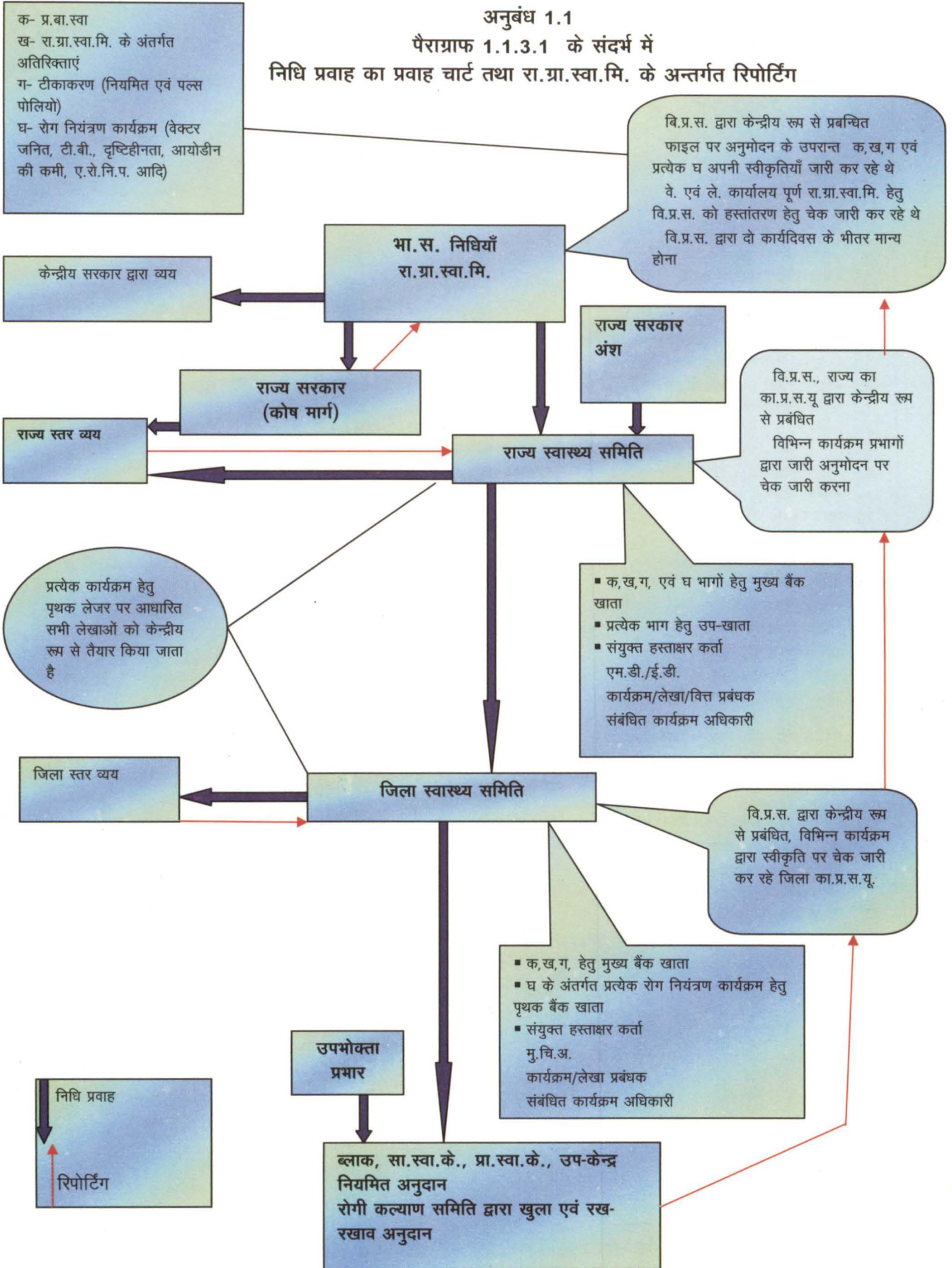
अनुबन्ध



अनुबंध 1.1

पैराग्राफ 1.1.3.1 के संदर्भ में

निधि प्रवाह का प्रवाह चार्ट तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. के अन्तर्गत रिपोर्टिंग



अनुबंध 1.2

(पैराग्राफ 1.1.3.2 के संबंध में)

रा.ग्रा.स्वा.मि. के विभिन्न घटकों के अंतर्गत कार्यक्रम-वार बजट अनुमानों तथा वास्तविक व्यय का व्यौरा

(करोड़ रूपयों में)

क्र. सं.	योजना का नाम	2005-06		2006-07		2007-08	
		ब.अ.	वा.व्य.	ब.अ.	वा.व्य.	ब.अ.	वा.व्य. ¹
केन्द्रीयकृत प्रायोजित कार्यक्रम: राज्य बजट माध्यम से वित्त पोषित (कोष मार्ग)							
1.	निर्देशन एवं प्रशासन	275.80	226.60	245.00	147.47	255.28	215.80
2.	ग्रामीण परिवार कल्याण सेवार्य	1964.40	1231.06	1556.68	977.12	1939.00	2029.13
3.	शहरी परिवार कल्याण सेवार्य	135.33	122.73	125.00	73.59	122.84	130.99
4.	राज्य प्रशिक्षण संस्थानों को अनुदान तथा आधारभूत प्रशिक्षण विद्यालयों का सुदृढीकरण	106.87	83.51	91.15	52.07	92.07	92.18
5.	रा.ए.नि.स. हेतु निःशुल्क गर्भनिरोधकों तथा निःशुल्क निरोध का वितरण	172.52	163.61	300.00	358.73	335.00	311.94
6.	आपत्तियों तथा सामग्रीयों की अधिप्राप्ति	250.00	0.00	250.00	0.00	200.00	0.00
7.	बन्धकरण विस्तर	2.02	1.88	2.02	1.16	0	0
उप-योग (1 से 7)		2,906.94	1,829.39	2,569.85	1,610.14	2,944.19	2,780.04
केन्द्रीयकृत प्रायोजित कार्यक्रम: राज्य बजट माध्यम से वित्त पोषित (समिति मार्ग) ²							
8.	क्षेत्र परियोजना	536.26	360.12	215.27	120.96	50.01	46.23
9.	नियमित टीकाकरण	507.00	162.58	345.00	228.83	317.00	236.49
10.	पल्स पोलियो टीकाकरण	877.00	918.07	1049.00	1064.61	1341.48	1084.00
11.	सूचना, शिक्षा, संचार	129.10	122.87	130.10	134.60	160.00	155.83
12.	प्र.बा.स्वा. फ्लेक्सी पूल	955.74	2011.76	1705.72	1427.03	1725.00	1842.88
13.	मिशन फ्लेक्सी पूल	0	0	1943.18	2069.36	3155.32	3151.65
14.	राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम	348.45	259.92	371.58	318.13	399.50	383.65
15.	राष्ट्रीय टी.बी. नियंत्रण कार्यक्रम	186.00	188.12	202.17	220.62	267.00	261.96
16.	राष्ट्रीय कुष्ठरोग उन्मूलन कार्यक्रम	41.75	23.12	42.25	34.15	40.00	25.00
17.	राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम	89.00	92.97	90.00	110.34	140.00	163.50
18.	आयोडीन कमी विकार रोग नियंत्रण कार्यक्रम	12.00	9.01	15.00	11.79	25.00	19.46
19.	राष्ट्रीय नशा मुक्ति नियंत्रण कार्यक्रम	0	0	0	0	10.50	9.63
उप-योग (8 से 19)		3,682.30	4,148.54	6,109.27	5,740.42	7,630.81	7,380.28
केन्द्रीय क्षेत्रीय योजना							
20.	एकीकृत रोग निगरानी परियोजना	88.00	39.26	102.00	12.93	80.00	41.07
21.	गर्भ निरोधकों का सामाजिक विपणन	241.04	107.65	49.50	20.31	50.00	26.71
22.	गै.स.सं. (लोक निजी साझेदारी)	102.70	49.45	32.91	3.68	20.50	18.01
23.	अनुसंधान एवं प्रशिक्षण संस्थानों को अनुदान सहित अन्य योजनाएं	168.22	110.29	136.47	99.14	164.50	134.14
उप-योग (20 से 23)		599.96	306.65	320.88	136.06	315.00	219.93
सकल योग		7,189.20	6,284.58	9,000.00	7,486.62	10,890.00	10,380.25

(स्रोत: मंत्रालय द्वारा प्रदत्त सूचना)

¹ ब.अ.-बजट अनुमान; वा.व्य. मंत्रालय द्वारा सूचित वास्तविक व्यय² नियमित टीकाकरण, पल्स पोलियो टीकाकरण तथा विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अंतर्गत, जबकि प्रचालन लागत राज्य स्वास्थ्य समितियों को अर्थात् राज्य बजट के माध्यम से जारी की गई है। राज्य स्वास्थ्य विभागों को अनुदान औषधियों तथा टीकों के रूप में भेजा गया।

प्रस्तावना

अनुबंध 1.3
(पैराग्राफ 1.4.3 के संबंध में)
नमूना जिलों की सूची

राज्य का नाम	जिले का नाम	नमूना इकाइयों की संख्या		
		सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उप केन्द्र
आंध्र प्रदेश	1. आदिलाबाद, 2. खम्मम, 3. कृष्णा, 4. कर्नूल, 5. नेल्लौर, 6. विजियानगरम	18	36	72
अरुणांचल प्रदेश	7. चैंगलैंग, 8. पूर्वी कामेन्ना, 9. पूर्वी सियान्ग, 10. लोहित, 11. अपर सुबनसिरी	8	20	40
असम	12. नागांव, 13. नलबाड़ी, 14. शिबसागर, 15. लखीमपुर, 16. कर्बी एन्गलांग	14	29	58
बिहार	17. किशनगंज, 18. भोजपुर, 19. शेखपुरा, 20. समस्तीपुर, 21. पूर्वी चम्पारण, 22. नालंदा	12	36	72
छत्तीसगढ़	23. रायपुर, 24. कनकेर, 25. रायगढ़	9	18	36
गुजरात	26. जामनगर, 27. गांधीनगर, 28. कच्छ, 29. वलसाड़	12	24	48
हरियाणा	30. फरीदाबाद, 31. अंबाला, 32. भिवानी, 33. फतेहाबाद	12	24	48
हिमाचल प्रदेश	34. किन्नौर, 35. हमीरपुर, 36. बिलासपुर	9	18	36
जम्मू एवं कश्मीर	37. लेह, 38. अनन्तनाग, 39. राजौरी, 40. डोडा	12	22	45
झारखंड	41. साहेबगंज, 42. हजारीबाग, 43. राँची	0	24	36
कर्नाटक	44. बिदर, 45. धारवर, 46. दक्षिण कन्नड़, 47. चिकमंगलूर, 48. तुमकुर, 49. चामराज नगर	18	36	72
केरल	50. थिरुवनन्तपुरम, 51. अलपुज्जा, 52. कोझीकोड	9	18	36
मध्य प्रदेश	53. शहडोल, 54. विदिषा, 55. उज्जैन, 56. स्योनी, 57. बेतुल, 58. मुरैना	18	35	70
महाराष्ट्र	59. ठाणे, 60. नासिक, 61. पुणे, 62. उस्मानाबाद, 63. यवतमल, 64. गोंडिया	18	36	72
मणिपुर	65. सेनापति, 66. चूड़ाचन्दपुर, 67. बिसनपुर	5	14	27
मेघालय	68. पश्चिम गारो हिल्स, 69. दक्षिणी गारो हिल्स, 70. पश्चिम खासी हिल्स, 71. पूर्वी खासी हिल्स, 72. जैन्तिया हिल्स	13	22	30
मिजोरम	73. कोलाशिब, 74. लन्गलेई, 75. लोंगतली	3	6	18
उड़ीसा	76. सुंदरगढ़, 77. कोरापुट, 78. बोलांगीर, 79. जयपुर, 80. कटक	15	30	60
पंजाब	81. अमृतसर, 82. भटिंडा, 83. होशियारपुर, 84. लुधियाना	12	24	48
राजस्थान	85. जयपुर, 86. बूंदी, 87. उदयपुर, 88. अजमेर, 89. गंगानगर, 90. पाली	18	36	72
सिक्किम	91. पूर्वी जिला, 92. दक्षिणी जिला, 93. पश्चिम जिला	3	6	12
तमिलनाडु	94. ईरोड, 95. वेल्लूर, 96. कन्याकुमारी, 97. विल्लूपुरम, 98. पुडुकोट्टाई	15	30	60
त्रिपुरा	99. दलाई, 100. दक्षिणी त्रिपुरा, 101. पश्चिम त्रिपुरा	3	18	36
उत्तराखण्ड	102. देहरादून, 103. पौड़ी गढ़वाल, 104. अल्मोड़ा	9	13	30
उत्तर प्रदेश	105. सहारनपुर, 106. मिर्जापुर, 107. बांदा, 108. इटावा, 109. बहराईच, 110. बाराबंकी	18	36	72
पश्चिम बंगाल	111. जलपाईगुडी, 112. उत्तर दीनापुर, 113. हावड़ा, 114. बीरभूम, 115. पुरुलिया	15	30	60
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	116. दक्षिणी अण्डमान, 117. उत्तरी एवं मध्य अण्डमान, 118. निकोबार	4	8	16
चण्डीगढ़	119. चण्डीगढ़	2	0	4

2009-10 का प्रतिवेदन सं. 8

राज्य का नाम	जिले का नाम	नमूना इकाइयों की संख्या		
		सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उप केन्द्र
द. एवं न. हवेली	120. सिल्वासा	1	2	7
दमन एवं दीव	121.दमन, 122.दीव	1	3	6
दिल्ली	123.उत्तर पश्चिम जिला, 124.दक्षिण पश्चिम जिला, 125.पश्चिम जिला	9	18	36
लक्षद्वीप	126. लक्षद्वीप	2	2	4
पुडुचेरी	127.पुडुचेरी, 128.माही, 129.करायकल	4	13	22
योग	129	321	687	1361

अनुबंध 2.1
(पैराग्राफ 2.2 के संदर्भ में)

क. सुविधा सर्वेक्षण की स्थिति

राज्य का नाम	कुल केन्द्र			संचालित किया गया सुविधा सर्वेक्षण			नमूना जांच किए गए केन्द्र			केन्द्रों की संख्या जहाँ सुविधा सर्वेक्षण किया गया		
	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उ.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उ.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उ.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	उ.के.
अरुणाचल प्रदेश	31	85	378	29	41	299						
अ.एवं नि. द्वीपसमूह	4	19	114	4	18	शून्य	4	8	16	4	8	शून्य
गुजरात#	273	1073	7274	273	1073	शून्य	12	24	48	8	17	20
हरियाणा	87	420	2465	31	शून्य	शून्य	12	24	48	शून्य	शून्य	शून्य
कर्नाटक	प्र.न.	प्र.न.	प्र.न.	प्र.न.	प्र.न.	प्र.न.	18	36	72	12	24	48
महाराष्ट्र	448	1818	10535	276	397	शून्य	18	36	72	4	5	शून्य
मेघालय	28	101	401	15	54	257	13	22	30	3	12	19
मिजोरम#	9	57	366	9	57	366	3	6	18	2	2	8
पंजाब#	128	484	2858	128	484	2858	12	24	48	10	19	36
राजस्थान	116	1503	10742	उ.न.	उ.न.	उ.न.	18	36	72	7	5	8
उत्तराखण्ड	49	232	1765	26	शून्य	शून्य	9	13	30	4	शून्य	शून्य
उत्तर प्रदेश	393	3660	20521	323	2962	19678	18	36	72	शून्य	शून्य	शून्य

(स्रोत: रा.स्वा.स./जि.स्वा.स. से संकलित सूचना)

रा.स्वा.स. द्वारा सुविधा सर्वेक्षण पर प्रस्तुत सूचना निम्न स्तर ढांचे द्वारा प्रस्तुत की गई उसी सूचना से भिन्न थी।

ख. रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा तथा लेखापरीक्षा के दौरान सत्यापित डाटा में विसंगति

राज्य	रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना	नमूना इकाइयों की लेखापरीक्षा के दौरान डाटा में पाई गई त्रुटियाँ
पंजाब	सभी इकाइयों के लिए सुविधा सर्वेक्षण पूर्ण किए गए थे	2 सा.स्वा.के., 5 प्रा.स्वा.के. तथा 12 उप केन्द्रों में सुविधा सर्वेक्षण संचालित नहीं किया गया था
मिजोरम	सभी इकाइयों के लिए सुविधा सर्वेक्षण पूर्ण किए गए थे	1 सा.स्वा.के., 4 प्रा.स्वा.के. तथा 10 उप केन्द्रों में सुविधा सर्वेक्षण संचालित नहीं किया गया था
गुजरात	सुविधा सर्वेक्षण सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. हेतु पूर्ण किया गया था तथा उप केन्द्रों में आरम्भ नहीं किया गया	4 सा.स्वा.के. तथा 7 प्रा.स्वा.के. में स्वास्थ्य सर्वेक्षण संचालित नहीं किया गया था। सर्वेक्षण 20 उपकेन्द्रों में संचालित किया गया था
उत्तर प्रदेश	सुविधा सर्वेक्षण 82% सा.स्वा.के., 81% प्रा.स्वा.के. तथा 96% उप केन्द्रों हेतु पूर्ण किए गए थे	सुविधा सर्वेक्षण लेखापरीक्षित सा.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. तथा उप केन्द्रों में से किसी में भी संचालित नहीं किया गया

अनुबंध 3.1

(पैराग्राफ 3.2 के सदर्थ में)

राज्य-वार ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन की स्थिति

सभी ग्रामों में गठित
ग्रा.स्वा.स्व.स.

राज्य	ग्रामों की संख्या
आंध्र प्रदेश	21,916
सिक्किम	452
मणिपुर	2391
तमिलनाडु	12618
पुडुचेरी	92

ग्रा.स्वा.स्व.स. बिल्कुल भी
गठित नहीं की गई

राज्य	ग्रामों की संख्या
हिमाचल प्रदेश	17495
बिहार	45356
चण्डीगढ़	22
दा. एवं ना. हवेली ⁴	72
असम	26247
उड़ीसा	47529
त्रिपुरा	1040
उत्तराखण्ड	16826
दमन एवं दीव ⁵	23

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

कुछ ग्रामों में ग्रा.स्वा.स्व.स. गठित की गई

राज्य	ग्रामों की कुल संख्या	ग्रा.स्वा.स्व.स. के साथ ग्राम	
		संख्या	प्रतिशत
झारखण्ड ³	32615	29822	91.44
लक्षद्वीप	10	3	30.00
मध्य प्रदेश	52009	16349	31.43
जम्मू एवं कश्मीर	7537	6745	89.49
मेघालय	6180	4952	80.13
मिजोरम	817	786	96.21
राजस्थान	39859	9188	23.05
गुजरात	18123	16730	92.31
अ. एवं नि. द्वीपसमूह	302	238	78.81
उत्तर प्रदेश	107452	29136	27.12
महाराष्ट्र	43876	25786	58.77
पंजाब	12278	11319	92.19
छत्तीसगढ़	20639	7301	35.37
हरियाणा	6955	6223	89.48
अरुणाचल प्रदेश	3862	2178	56.40
दिल्ली	केवल दक्षिण पश्चिम जिले में गठित की गई		

- पश्चिम बंगाल, में पहले से ही विद्यमान ग्राम उन्नयन समितियों (ग्रा.उ.स.) के अंतर्गत स्वास्थ्य एवं स्वच्छता पर कार्यात्मक समितियों का गठन करने का निर्णय लिया गया था। तथापि, लेखापरीक्षा किए गए पांच जिलों में कोई ऐसी समिति गठित नहीं की गई थी तथा ग्रा.उ.स., ग्रा.स्वा.स्व.स. के कार्यों का निष्पादन कर रही थीं
- कर्नाटक तथा केरल में, राज्य स्वास्थ्य समिति ने उपलब्ध ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना पर कोई सूचना प्रस्तुत नहीं की। तथापि, कर्नाटक में सभी नमूना जांच किए गए (144) गांवों में तथा केरल में 36 ग्रामीण वार्डों में समिति गठित कर दी गई थी।

³ ग्रा.स्वा.स्व.स. गठित की गई थी किन्तु क्रियात्मक नहीं थीं।

⁴ ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन हेतु आदेश यू.टी. पंचायत विभाग द्वारा जारी किए गए थे।

⁵ ग्रा.स्वा.स्व.स. के गठन हेतु प्रस्ताव सरपंच को सितम्बर 2007 में भेजे गए थे। जुलाई 2008 में स्वास्थ्य निदेशक ने बताया कि ग्रा.स्वा.स्व.स. की स्थापना की जा रही थी तथा अगस्त 2008 से कार्य करना प्रारम्भ कर देंगी।

सामुदायिक भागीदारी

अनुबंध 3.2

(पैराग्राफ 3.4.1 के संदर्भ में)

क- राज्यों में जहाँ विशेष स्तर पर सभी केन्द्रों पर समिति का गठन नहीं किया गया था, में स्वास्थ्य केन्द्रों पर रोगी कल्याण समितियों के गठन की स्थिति

राज्य/ सं.शा. क्षेत्र	जि.अ.		सा.स्वा.के.		प्रा.स्वा.के.	
	गठित की गई	गठित नहीं की गई	गठित की गई	गठित नहीं की गई	गठित की गई	गठित नहीं की गई
असम	21	शून्य	99	9	844	68
आंध्र प्रदेश	19	शून्य	166	1	1516	54
बिहार	20	5	44	26	311	1330
दा. एवं ना. हवेली	1	शून्य	शून्य	1	शून्य	6
द. एवं दीव	1	1	शून्य	1	शून्य	6
हिमाचल प्रदेश	12	0	48	25	44	405
झारखंड	18	4	181	13	318	12
महाराष्ट्र	23	0	346	17	1786	30
उड़ीसा	32	0	231	0	870	409
पुडुचेरी	0	4	4	0	39	0
त्रिपुरा	2	0	11 ⁶	0	73	3
उत्तर प्रदेश	131	9	325	68	560	3100
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	2	0	4	0	18	1
कर्नाटक	6	0	17	1	32	4
हरियाणा	20	0	87	0	366	54
मेघालय	3	0	28	0	99	2
लक्षद्वीप	1	1	1	2	2	2
छत्तीसगढ़	16	0	129	0	695	12
मध्य प्रदेश	48	0	270	0	870	279
उत्तराखण्ड	30	5	49	0	0	232
अरुणाचल प्रदेश	14	0	29	2	71	14
कुल	420	29	2069	166	8514	6023

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

टिप्पणी: 1. कर्नाटक का डाटा नमूना जांच पर आधारित है। पूरे राज्य हेतु डाटा लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराया गया था।

ख. रो.क.स. हेतु जारी अधिक निधियां

(लाख रु. में)

क्र.सं.	राज्य	रो.क.स. को जारी निधि	राज्यों की आवश्यकता	अधिक जारी
1.	आंध्र प्रदेश	953.0	89.0	864.0
2.	हरियाणा	590.0	0	590.0
3.	हिमाचल प्रदेश	102.0	94.0	8.0
4.	जम्मू एवं कश्मीर	517.0	475.0	42.0
5.	कर्नाटक	429.0	343.0	86.0
6.	महाराष्ट्र	535.0	425.0	110.0
7.	छत्तीसगढ़	714.0	654.0	60.0
8.	झारखण्ड	300.0	0	300.0
9.	मध्य प्रदेश	1636.0	484.0	1152.0
10.	उत्तर प्रदेश	87.5	0	87.5
11.	बिहार	800.0	0	800.0
कुल		6663.5	2564.0	4099.5

(स्रोत: मंत्रालय के अभिलेखों से संकलित सूचना)

⁶ उप प्रभागीय अस्पतालों सहित

सामुदायिक भागीदारी

अनुबंध 3.3

(पैराग्राफ 3.4.6 के संदर्भ में)

रो.क.स. द्वारा व्यय में त्रुटियाँ/अनियमितताएं: राज्य आधारित लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(लाख रु. में)

राज्य	लेखापरीक्षा निष्कर्ष	राशि
आंध्र प्रदेश	प्रा.स्वा.के. चेरला (खम्मम)-वन अतिथि गृह की मरम्मत	0.32
	18 प्रा.स्वा.के.- प्रक्रिया का अनुपालन किए बिना अधिप्राप्ति	11.10
	प्रा.स्वा.के. अगिरीपल्ली (कृष्णा)- एम.एल.ए. हेतु पुष्प गुलदस्ते का क्रय	0.09
असम	दीफू जिला अस्पताल ठेकेदार को अप्राधिकृत वित्तीय सहायता	6.00
	प्रतिपूर्ति हेतु रोकड़ तथा आहरण हेतु स्वयं के लिए किए चेक जारी करना	57.22
	लखीमपुर जिला अस्पताल- रो.क.स. द्वारा ठेकेदार को किए गए कार्य जो मापे नहीं गए हेतु अग्रिम का भुगतान जो दस महीने के लिए असमायोजित पड़े रहे	10.50
	रो.क.स. द्वारा बिना निविदा आमंत्रित किए एवं बिना कोई समझौता किए आठ निर्माण कार्यों को प्रदान किया	50.31 (अनुमान)
	सभी नमूना जांच की गई रो.क.स. (109)- रो.क.स. निधियों में से सृजित परिसम्पत्तियाँ तथा उपभोक्ता प्रभार न तो कभी सरकारी खातों में दर्ज किए गए और न ही कोई पृथक परिसम्पत्ति पंजिका अनुरक्षित की गई	
छत्तीसगढ़	कांकेर - रो.क.स. की अनुमति के बिना विडियो कैमरे का क्रय	0.11
दा.एवं ना. हवेली	रो.क.स. की निधियों में से सृजित परिसम्पत्तियां सरकार को प्रदान नहीं की गई थीं इसलिए सरकारी खातों में दर्ज नहीं की गई	1.19
हिमाचल प्रदेश	चार मामलों में व्यय गैर स्वास्थ्य प्रदान करने के उद्देश्यों पर किया गया	12.63
जम्मू एवं कश्मीर	15 मामलों में व्यय गैर स्वास्थ्य प्रदान करने के उद्देश्यों पर किया गया	2.88
महाराष्ट्र	17 प्रा.स्वा.के. में व्यय गैर स्वास्थ्य प्रदान करने के उद्देश्यों पर किया गया था अर्थात कम्प्यूटर, फर्नीचर, म्यूजिक सिस्टम आदि के क्रय हेतु	7.63
	प्रा.स्वा.के. वसन्त नगर (यवतमाल)- चिकित्सा अधिकारी ने रो.क.स. की अनुमति के बिना व्यय किया	1.75
	सा.स्वा.के. मनोर (ठाणे)- दो नियमित सफाई कर्मचारियों के होने के बावजूद सफाई सेवाओं को बाहर से करवाया गया	0.70
मध्य प्रदेश	रो.क.स. की निधियों में से सृजित परिसम्पत्तियों को सरकार को सौंपा नहीं गया था इसलिए सरकारी खातों में दर्ज नहीं किया गया	84.54
उत्तर प्रदेश	जिला अस्पताल बाराबंकी- बकाया दायित्वों का समाशोधन तथा उपकरणों की मरम्मत	5.00
केरल	स.स्वा.के. नेदुमंगद - निधि का विद्युत एवं जल प्रभारों पर व्यय को पूरा करने के लिए विचलन किया गया	3.00
मणिपुर	जिला अस्पताल चूड़चन्दपुर - गैर-स्वास्थ्य जनक उद्देश्यों हेतु व्यय	2.93
उड़ीसा	कोरापुट - दो मामलों में बिना उद्देश्य एवं बिना वाउचरों को प्रस्तुत किए स्वास्थ्य अधिकारी को पोस्टमार्टम केन्द्र हेतु पैसे का भुगतान किया गया	2.00
	पांच मामलों में एक फार्मासिस्ट, मु.जि.स्वा.अ. एवं दो अन्यो को बिना कोई उद्देश्य बताए अग्रिम भुगतान किया गया था तथा वाउचर प्रस्तुत नहीं किए गए थे (स्वास्थ्य विभाग ने बताया कि मामले को जिला कलेक्टर के संज्ञान में लाया गया था तथा आगे की कार्यवाही प्रतीक्षित थी)।	1.05
तमिलनाडु	इरोड़ एवं विल्लूपुरम - आउटसोर्स कर्मचारियों जैसे कि लैब असिस्टेंट, वाहन चालक एवं हाऊस कीपिंग कर्मचारियों को वेतन का भुगतान (जुलाई 2006 से नवम्बर 2007).	2.09 एवं 2.78

अभिसरण

अनुबंध 4.1

(पैराग्राफ 4.2.2 के संदर्भ में)

गै.स.सं. को राज्य स्वास्थ्य समितियों द्वारा जारी निधियाँ तथा उनके उपयोग की स्थिति
(लाख रु. में)

क्र.सं.	राज्य का नाम	गै.स.सं. को जारी सहायता अनुदान			गै.स.सं. द्वारा प्रस्तुत उ.प्र. की राशि		
		2005-06	2006-07	2007-08	2005-06	2006-07	2007-08
1	आंध्र प्रदेश	225.47	1110.03	733.41	शून्य	शून्य	113.81
2	असम	45	3	105	12	शून्य	शून्य
3	चण्डीगढ़	शून्य	4.97	शून्य	शून्य	शून्य	4.93
4	हिमाचल प्रदेश	90	50	166	शून्य	84.55	95.55
5	जम्मू एवं कश्मीर	शून्य	47	30		शून्य	शून्य
6	झारखण्ड	90.12	92.15	267.97	90.12	92.15	100
7	केरल	5	90	139	5	90	शून्य
8	अरुणाचल प्रदेश	80	391.21	439.12	75	331.41	455.22
9	महाराष्ट्र	21	167.5	144.85	शून्य	शून्य	300.85
10	मणिपुर	शून्य	60	30	शून्य	शून्य	45
11	उड़ीसा	237	319.88	153.24	173.84	247.65	125.1
12	पुडुचेरी	1	शून्य	5.03	0.29	0.71	0.03
13	राजस्थान	8	1	97	शून्य	शून्य	शून्य
14	सिक्किम	शून्य	शून्य	43	शून्य	शून्य	32.45
15	त्रिपुरा	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	1
16	उत्तर प्रदेश		63.07	शून्य	शून्य	58.14	शून्य
17	पश्चिम बंगाल	शून्य	144.15	256.61	शून्य	128.07	134.71
18	उत्तराखण्ड	6	174.25	20.41	शून्य	शून्य	109
19	गुजरात	151.5	507.23	209.96	62.5	55.21	10.88
20	दिल्ली	2	4	88	2	4	41.02
21	छत्तीसगढ़	शून्य	शून्य	224.92	शून्य	शून्य	शून्य
22	हरियाणा	शून्य	36.22	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
23	मध्य प्रदेश	शून्य	145	505	शून्य	शून्य	शून्य
24	पंजाब	शून्य	शून्य	118.25	शून्य	शून्य	39.45
	कुल	962.09	3410.66	3777.77	420.75	1091.89	1609.00

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

निधि प्रवाह प्रबन्धन

अनुबंध 5.1

(पैराग्राफ 5.5.3 के संदर्भ में)

क- रा.स्वा.स. द्वारा अग्रिम, 2007-08 हेतु अव्ययित शेष को छोड़ते हुए

(करोड़ रु. में)

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे.	राज्य/सं.शा.क्षे. ⁷ को निधियों की ग्राह्यता	रा.स्वा.स. के पास अप्रयुक्त शेष	अप्रयुक्त शेष के अलावा अग्रिम
1.	छत्तीसगढ़	35.76	20.70	23.10
2.	गुजरात	61.10	29.55	51.51
3.	जम्मू एवं कश्मीर	9.16	8.10	2.69
4.	झारखण्ड	39.33	39.29	9.95
5.	कर्नाटक	64.25	56.11	22.33
6.	केरल	37.17	42.04	14.94
7.	मध्य प्रदेश	214.25	32.52	25.86
8.	महाराष्ट्र	105.92	135.86	62.83
9.	मिजोरम	5.66	0.99	0.42
10.	उड़ीसा	106.25	44.28	41.76
11.	राजस्थान	78.05	51.67	90.06
12.	सिक्किम	2.33	0.60	0.98
13.	तमिलनाडु	78.46	66.89	66.89
14.	उत्तर प्रदेश	230.80	170.90	69.85
15.	उत्तराखण्ड	12.10	10.34	6.24
16.	पश्चिम बंगाल	97.88	96.54	35.80
17.	अं. एवं नि. द्वीपसमूह	0.35	0.17	0.22
18.	पुडुचेरी	1.26	0.77	0.14
	कुल	1180.38	807.32	525.57

क- 2007-08 हेतु अव्ययित शेषों का कम दर्शाना

(करोड़ रु. में)

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे.	1.1.2008 को अव्ययित शेष	लेखापरीक्षित रिपोर्ट के अनुसार अव्ययित शेष	अव्ययित शेष का कम दर्शाना
1.	आंध्र प्रदेश	0	52.19	52.19
2.	असम	0	52.09	52.09
3.	अरुणाचल प्रदेश	0	2.35	2.35
4.	गोवा	0.75	0.92	0.17
5.	हरियाणा	2.07	12.51	10.44
6.	हिमाचल प्रदेश	3.54	7.84	4.30
7.	जम्मू एवं कश्मीर	0.05	10.13	10.08
8.	कर्नाटक	21.63	47.04	25.41
9.	केरल	15.20	36.72	21.52
10.	मणिपुर	0.40	5.84	5.44
11.	मेघालय	3.66	6.46	2.80
12.	मिजोरम	0	1.18	1.18
13.	नागालैंड	0.59	3.62	3.03
14.	पंजाब	15.49	24.95	9.46
15.	राजस्थान	0	43.67	43.67
16.	सिक्किम	0	0.86	0.86
17.	त्रिपुरा	4.39	9.20	4.81
18.	उत्तराखण्ड	1.13	9.86	8.73
19.	पश्चिम बंगाल	16.45	94.80	71.10
20.	चंडीगढ़	0.51	0.94	0.43
21.	दा. एवं ना. हवेली	0.18	0.46	0.16
22.	दिल्ली	7.89	13.84	5.95
23.	पुडुचेरी	0	0.87	0.87
	कुल	93.93	438.34	337.04

⁷ ब.अ. का 75 प्रतिशत या ब.अ. का 100 प्रतिशत जहाँ लेखापरीक्षा प्रतिवेदन तथा उ.प्र. प्राप्त हुए

निधि प्रवाह प्रबन्धन

अनुबंध 5.2

(पैराग्राफ 5.7 के संदर्भ में)

अक्टूबर 2009 तक विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत बकाया उपयोग प्रमाणपत्रों की राज्य-वार स्थिति

(लाख रु. में)

राज्य/सं. शा. क्षे.	मिशन फ्लेक्सी पूल			आर.सी.एच. फ्लेक्सी पूल			नियमित टीकाकरण	पल्स पोलियो टीकाकरण
	2005-06	2006-07	2007-08	2005-06	2006-07	2007-08	2007-08 तक	2007-08 तक
आंध्र प्रदेश	369.41	3596.96	14650.21	0	0	6171.49	0	498.80
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	142.17	61.92	324.12	0	0	25.63	11	14.76
अरुणाचल प्रदेश	119.24	344.17	55.88	0	0	0	28	0
असम	0	0	0	0	0	0	0	0
बिहार	6219.67	12536.69	13763.00	806.51	0	0	1896	1183.05
चंडीगढ़	31.30	37.32	177.00	0	38.02	42.00	6	0
छत्तीसगढ़	0	1023.30	6413.00	0	0	0	0	28.36
दा. एवं ना. हवेली	10.99	8.09	0	0	0	1.50	2	0
दमन एवं दीव	34.57	55.77	0	0	31.63	0	2	0.87
दिल्ली	105.54	399.21	2323.00	0	0	619.00	33	483.31
गोवा	186.20	111.57	94.00	98.49	45.51	32.25	0	0.38
गुजरात	1853.90	7651.13	6772.55	0	0	6700.90	0	855.53
हरियाणा	1955.67	2628.87	4651.00	0	0	1461.66	119	149.82
हिमाचल प्रदेश	356.73	3029.21	536.00	188.82	0	664.00	89	1.23
जम्मू एवं कश्मीर	284.00	994.78	11933.54	0	0	820.89	63	53.34
झारखण्ड	713.97	4618.63	6647.00	0	1315.73	2215.51	600	459.16
कर्नाटक	3237.17	5902.41	8425.36	0	0	1716.83	32	126.47
केरल	316.48	1899.36	14311.00	0	0	3396.45	347	0
लक्षद्वीप	75.52	14.30	0	0	0	0	4	0.68
मध्य प्रदेश	5831.75	2415.18	14076.00	0	0	0	773	50.94
मणिपुर	670.37	738.53	1372.00	0	341.60	1261.26	12	0
मेघालय	106.40	1213.48	2322.00	0	291.15	995.92	39	49.04
मिजोरम	0	587.03	895.00	0	0	0	0	0
महाराष्ट्र	2865.86	9654.59	17788.00	0	4194.82	18620.70	424	1121.22
नागालैंड	0	0	0	0	0	0	4	0
उड़ीसा	2118.42	5414.54	9885.10	0	0	6507.17	515	154.66
पंजाब	0	0	105.23	0	0	0	21	273.48
पुडुचेरी	0	0	212.84	0	0	0	0	13.31
राजस्थान	0	0	3096.04	0	0	0	306	124.96
सिक्किम	0	0	594.68	0	0	0	16	15.15
तमिलनाडु	0	3333.92	20607.09	0	0	9019.20	815	0
त्रिपुरा	92.71	426.58	3806.00	0	293.23	1434.40	21	19.50
उत्तर प्रदेश	0	0	35602.55	0	0	5944.30	2813	7225.37
उत्तराखण्ड	0	0	1588.95	0	0	0	150	190.66
पश्चिम बंगाल	0	0	23371.00	0	1776.58	7109.92	1034	906.36
कुल	27698.04	68697.53	226399.16	1093.82	8328.27	74760.99	10175	14000.41

(स्रोत: मंत्रालय द्वारा प्रदत्त सूचना)

निधि प्रवाह प्रबंधन

अनुबंध 5.3

(पैराग्राफ 5.7 के संदर्भ में)

गलत उपयोग प्रमाण-पत्र का जमा करवाना

राज्य/सं. शा.क्षे.	टिप्पणी
उड़ीसा	<p>(i) मार्च 2006 में रा.स्वा.स. द्वारा 590 लाख रू की मार्च 2005 में प्राप्ति के प्रयोग प्रमाण पत्र भेजे गए जो कि 180 प्रा.स्वा.के. तथा सा.स्वा.के. के शल्य कक्ष के निर्माण तथा प्रसव कक्ष के निर्माण के संदर्भ में थे हालांकि 560 लाख रू का अग्रिम उड़ीसा औद्योगिक ढांचा विकास निगम लिमिटेड को उपरोक्त के निर्माण हेतु दिए गए थे। कोई निर्माण नहीं किया तथा निधि, मंत्रालय को फरवरी 2008 में वापस कर दी गई थीं।</p> <p>(ii) 2006-08 के दौरान तीन कार्यकारी एजेंसियों को दिये गये 1343 लाख रू के अग्रिम, सा.स्वा.के./प्रा.स्वा.के. के उन्नयन भा.ज.स्वा.मा.का.या. के अंतर्गत दिया गया। 846 लाख रू का खर्च 2007-08 में दर्ज किया गया तथा उ.प्र.प. मंत्रालय को नवम्बर 2008 में प्रस्तुत कर दिया गया, हालांकि वास्तव में इन एजेंसियों द्वारा 31 मार्च 2008 तक केवल 164 लाख रू ही खर्च किये गए। अतः 682 लाख रू का अग्रिम, उ.प्र.प. में दर्शाया गया व्यय अनियमित था।</p> <p>(iii) पूर्ण निधि के संदर्भ में उ.प्र.प. 73.34 लाख रू अप्रैल 2005 में प्राप्त किये गए जो सू.शि.सं. गतिविधियों हेतु रा.स्वा.स. द्वारा मंत्रालय को फरवरी 2007 में भेजे गए। हालांकि यह देखा गया कि केवल 46.87 लाख रू ही व्यय हुए।</p>
कर्नाटक	<p>(i) राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत, 490 लाख रू 2005-06 के दौरान रा.स्वा.से. में लेखापरीक्षित लेखाओं के, प्राप्त दर्शाए गए, इसमें से वर्ष 2005-06 के लिए मंत्रालय को भेजे गए उ.प्र.प. में 43 लाख रू शामिल नहीं थे। यह राशि शामिल थी तथा 2004-05 के उ.प्र.प. में प्रयुक्त के रूप में दर्शाने के कारण तथ्यों का गैर-प्रस्तुतीकरण हुआ।</p> <p>(ii) जि.स्वा.स. चामराजनगर, ने रा.स्वा.से. से 2007-08 के दौरान 154.25 लाख रू उप केन्द्रों तथा प्रा.स्वा.के. के लिए खुली निधि एवं प्रा.स्वा.के. के लिए वार्षिक अनुसूक्षण अनुदान हेतु प्राप्त किये। इसमें से स्वास्थ्य केन्द्रों ने 31 मार्च 2008 तक केवल 40.24 लाख रू व्यय किया। रा.स्वा.स. को 40.24 लाख रू का उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने के बजाय, जि.स्वा.स. ने 142.49 लाख रू का उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया।</p> <p>(iii) रा.स्वा.के. द्वारा मंत्रालय को दवाइयों के किट की अधिप्राप्ति के लिए मा.सा.स्वा.के. के अंतर्गत प्राप्त किए गए 21.80 करोड़ रू का एक उ.प्र.प. प्रस्तुत किया। किट क, किट ख, प्रा.स्वा.के. किट्स, प्र.ए.ग.स्वा./रा.ग्रा.स्वा.मि. कार्यक्रम के अंतर्गत प्र.मा.सं./भौ.सं.सं. किट, 165 लाख रू की राशि ही प्रयोग प्रयुक्त की गई थी। हालांकि यह लेखापरीक्षा लेखाओं में दर्शाया नहीं होता है।</p>
असम	निदेशक स्वास्थ्य सेवा ने मार्च 2008 में रू 87.68 के उ.प्र.प. औषधियाँ एवं दवाइयों की अधिप्राप्ति के संबंध में वास्तविक खर्च से पहले तथा यहां तक कि आपूर्ति के आदेशों के जारी करने से पहले ही प्रस्तुत कर दिए।

निधि प्रवाह प्रबन्धन

अनुबंध 5.4

(पैराग्राफ 5.9 के संदर्भ में)

क. निधियों के जारी करने में देरी

राज्य/सं. शा.क्षे.	देरी अंतराल	निधि अंतरण का वितरण
असम	12 दिन से 3.5 माह	2005-06 तथा 2006-07 के दौरान रा.स्वा.के. से जि.स्वा.स. में निधि का अंतरण
गुजरात	9 दिन से 34 माह	2005-08 के दौरान राज्य वित्त विभाग द्वारा 139.21 करोड़ रु. का अंतरण
	8 माह	2007-08 के दौरान जि.स्वा.स. जामनगर से ग्रा.स्वा.एवं स. को अंतरण
जम्मू एवं कश्मीर	2 से 9 माह	प्रशासनिक विभाग से रा.स्वा.स. को 12.19 करोड़ रु. जारी किए
झारखण्ड	4 से 14 माह	रा.स्वा.स. से प्रा.स्वा.के. को 2.90 करोड़ रु की खुली निधि तथा वार्षिक अनुसंधान अनुदान का अंतरण
कर्नाटक	1 माह 19 दिन से 13 माह	जि.स्वा.स. से स्वास्थ्य केन्द्रों को 1.57 करोड़ रु की खुली निधि तथा ज.सु.यो. निधि का अंतरण
महाराष्ट्र	1 माह से 9.5 माह	रा.स्वा.स. से जि.स्वा.स. को मंत्रालय से प्राप्त 266.37 करोड़ रु का अंतरण
	1.5 माह से 7.5 माह	जि.स्वा.स. से स्वास्थ्य केन्द्रों को रा.स्वा.स. से प्राप्त 2.97 करोड़ रु की निधि का अंतरण
उड़ीसा	82 दिन	टीकाकरण हेतु 4.75 करोड़ रु का जि.स्वा.स. से रा.स्वा.स. को अंतरण
	15 दिन से 13 माह	टीकाकरण हेतु जि.स्वा.स. से स्वास्थ्य केन्द्रों को अंतरण
पंजाब	1 माह से 11 माह	रा.स्वा.स. द्वारा जि.स्वा.स. व अन्य प्रशासनिक इकाईयों को सा.स्वा.स. के उन्नयन हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों को अनुदान, स्वास्थ्य मेला आदि हेतु 27.96 करोड़ रु का अंतरण
राजस्थान	3 माह से 30 माह तक	2005-08 के दौरान तीन जि.स्वा.स. से स्वास्थ्य केन्द्रों को 16.87 करोड़ रु का अंतरण
सिक्किम	23 दिन से 6.5 माह	रा.स्वा.स. से कार्यकारी प्राधिकरणों को अंतरण
उत्तर प्रदेश	5 माह	रा.स्वा.स. से जि.स्वा.स. को 18.57 करोड़ रु का खुली निधि को अंतरण
	6 माह	जि.स्वा.स. से उप केन्द्रों को खुली निधि का अंतरण

ख. जिला/सा.स्वा.के./प्रा.स्वा.के./उप केन्द्र स्तरों पर अव्ययित शेष का विवरण

क्र.सं.	राज्य/सं. शा.क्षे.	31 मार्च 2008 तक (लाख रु. में)			
		जिला स्तर	सा.स्वा.के. स्तर	प्रा.स्वा.के. स्तर	उ.के. स्तर
1.	असम	8693.11	उ.न.	उ.न.	उ.न.
2.	बिहार	26363.00	उ.न.	उ.न.	उ.न.
3.	हरियाणा	उ.न.	उ.न.	168.09	262.26
4.	हिमाचल प्रदेश	उ.न.		1972.90	
5.	जम्मू एवं कश्मीर	उ.न.		7249.62	
6.	कर्नाटक (एस)	उ.न.	29.70	24.20	3.44
7.	केरल	6808.05	उ.न.	उ.न.	उ.न.
8.	मध्य प्रदेश	6257.31	उ.न.	उ.न.	उ.न.
9.	महाराष्ट्र	उ.न.	2792.02	1994.07	323.39
10.	मणिपुर	उ.न.	477.77	407.65	321.81
11.	मेघालय	उ.न.	132.61	128.38	183.28
12.	पंजाब	उ.न.	2123.30	315.37	202.64
13.	सिक्किम	उ.न.	291.78	उ.न.	उ.न.
14.	तमिलनाडु (एस)		953.22		उ.न.
15.	त्रिपुरा	उ.न.		1555.94	
16.	अं. एवं नि. द्वीपसमूह	उ.न.	4.00	9.00	18.76
17.	दा. एवं ना. हवेली	उ.न.	14.14	4.50	3.80
18.	दिल्ली	1494.87	उ.न.	उ.न.	उ.न.
19.	लक्षद्वीप	उ.न.	4.80	शून्य	1.40

(स्रोत: रा.स्वा.के द्वारा प्रदत्त सूचना)

निधि प्रवाह प्रबन्धन

अनुबंध 5.5

(पैराग्राफ 5.10 के संदर्भ में)

निधियों के विपथन पर राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(करोड़ रु. में)

राज्य	वर्ष	रा.स्वा.स./जि.स्वा.स.	उद्देश्य जिनके लिए निधियां जारी की गई थीं	उद्देश्य जिनके लिए निधियां व्यय की गई थीं	राशि
असम	2006-07	रा.स्वा.स.	ग्रा.स्वा.स्व.स. का अभिविन्यास	ग्राम स्वास्थ्य तथा पोषण दिवस	0.40
	2007-08	जि.स्वा.स.	यू.आ.क्षे.नि.का. की अप्रयुक्त निधि	ज.सु.यो. योजना	5.74
	2007-08	रा.स्वा.स.	प्र.बा.स्वा.-I की अप्रयुक्त निधि	प्र.बा.स्वा.-II के अंतर्गत प्राप्ति	0.36
जम्मू एवं कश्मीर	2006-07	जि.स्वा.स. राजौरी	प्रा.स्वा.के. स्तर पर रो.क.स. द्वारा किये जाने वाले कार्यकलाप	जिला स्तर पर ओ.ई. एवं. पी.ओ.एल.	0.06
महाराष्ट्र	2007-08	रा.स्वा.स.	3 एस.डी.एच. से भा.ज.स्वा.मा. का उन्नयन	औषधियों का क्रय	0.22
तमिलनाडु	2006-07	रा.स्वा.स.	प्र.बा.स्वा. निधियां	15 सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल	7.00
	2006-08	रा.स्वा.स.	रा.ग्रा.स्वा.मि. निधियां	राज्य योजनाएं	2.78
उत्तर प्रदेश	2007-08	रा.स्वा.स.	मिशन फ्लेक्सी पूल	दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत पुराने दावों का निपटान	24.57
	2006-07	रा.स्वा.स.	मिशन फ्लेक्सी पूल	डी.जी.एम.एच. को अग्रिम	50.00
कर्नाटक	2007-08	रा.स्वा.स.	सा.स्वा.के. का भा.ज.स्वा.मा. में उन्नयन	चिकित्सक, स.न.मि., नर्स, वर्ग घ के क्वार्टरों की मरम्मत	2.40
	2006-07	रा.स्वा.स.	प्र.बा.स्वा. फ्लेक्सी पूल	चिकनगुनिया रोग का नियंत्रण	0.95
	2008-09	रा.स्वा.स.	रा.ग्रा.स्वा.मि. निधियां	चौपाया वाहनों का क्रय (क्यसानुर वन रोग नियंत्रण कार्यक्रम), हांडीगोडु रोग का नियंत्रण, मैसूर दसारा प्रदर्शनी	0.36
योग					94.84

निधि प्रवाह प्रबन्धन

अनुबंध-5.6

(अनुबंध 5.11.1 के संदर्भ में)

2005-08 के दौरान स्वास्थ्य केन्द्रों को जारी खुले अनुदान के संबंध में अप्रयुक्त शेष का विवरण

क्र.सं. i.	राज्य/सं. शा. क्षेत्र	अप्रयुक्त शेष (लाख रु. में)									
		उ.के. स्तर			प्रा.स्वा.के. स्तर			सा.स्वा.के. स्तर			31.03.2008 को अव्ययित रूप में
		2005-06	2006-07	2007-08	2005-06	2006-07	2007-08	2005-06	2006-07	2007-08	
1.	आंध्र प्रदेश	उ.न.	उ.न.	459.09	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	459.09
2.	अरुणाचल प्रदेश	9.90	0.20	23.44	उ.न.	9.51	22.92	उ.न.	उ.न.	25.03	71.39
3.	असम	467.22	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	121.11
4.	बिहार (नमूना)	शून्य	52.91	4.40	शून्य	शून्य	11.50	शून्य	शून्य	शून्य	68.81
5.	छत्तीसगढ़	3.28	2.83	5.70	शून्य			शून्य	शून्य	शून्य	3.78
6.	गुजरात	शून्य	235.59	131.28	शून्य	शून्य	105.02			46.86	518.75
7.	हरियाणा	196.95	95.45	262.26	शून्य	289.03	168.09	शून्य	शून्य	शून्य	430.35
8.	हिमाचल प्रदेश	170.44	38.12	132.35	शून्य	109.75	105.75	शून्य	शून्य	शून्य	238.10
9.	जम्मू एवं कश्मीर	शून्य	38.16	102.29		83.50	-32.58	-	-	33.14	224.51
10.	झारखण्ड	शून्य	370.45	525.86	शून्य	48.25	12.38	-	-	-	956.94
11.	कर्नाटक(नमूना)	0.93	0.83	2.35	शून्य	1.82	4.43				10.36
12.	मध्य प्रदेश	839.50	748.55	69.61	शून्य	235.14	-6.03	शून्य	129.51	-31.22	1985.06
13.	महाराष्ट्र	769.81	246.78	150.37	शून्य	445.00	111.14	शून्य	शून्य	45.89	307.40
14.	मणिपुर	42.0	25.1	21.81	शून्य	18	4.8	शून्य	16	-0.60	85.11
15.	मेघालय	40.10	21.58	9.28	-	25.25	15.10			9.59	33.97
16.	मिजोरम						0.47			0.43	0.90
17.	उड़ीसा (नमूना)	110.00	101.78	90.15	शून्य	55	शून्य	शून्य	शून्य	38	394.93
18.	राजस्थान (नमूना)	1.38	3.17	0.025	0.15	3.03	3.70	3.12	4.16	7.36	26.10
19.	सिक्किम	14.70	उ.न.	2.80	उ.न.	6	-2.27	उ.न.	उ.न.	0.27	21.50
20.	तमिलनाडु	-	286.87	-27.75	-	74.00	-162.52				170.80
21.	त्रिपुरा	53.90	3.47	7.12	शून्य	13.11	14.12	शून्य	शून्य	5	39.35
22.	उत्तर प्रदेश	1857	167	1332	सू.न.	सू.न.	3306	सू.न.	सू.न.	270	6932.00
23.	उत्तराखण्ड	शून्य	शून्य	46.14	शून्य	शून्य	12.05	शून्य	शून्य	4.65	62.84
24.	पश्चिम बंगाल (नमूना)	3.42	2.78	4.22	शून्य	2.98	6	शून्य	शून्य	7.13	17.35
25.	अं. एवं नि. द्वीपसमूह	10.70	5.54	13.89	सू.न.	5	4.79	सू.न.	सू.न.	सू.न.	18.68
26.	दिल्ली	शून्य	शून्य	1.25	शून्य	शून्य	0.75	शून्य	शून्य	4	6.00
27.	चण्डीगढ़	0.80	0.30	0.66							0.66
28.	लक्षद्वीप	1.40	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	1.40
29.	पुडुचेरी	6.05	0.40	8	-	9.75	13.73	-	-	3.87	25.60

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

उ.न.- उपलब्ध नहीं

सू.न.- सूचित नहीं

निधि प्रवाह प्रबंधन

अनुबंध 5.7

(पैराग्राफ 5.11.1 के संदर्भ में)

क. विशिष्ट राज्य मामले - खुला अनुदान

राज्य/सं.शा.क्ष.	लेखापरीक्षा निष्कर्ष
बिहार	नमूना जिलों में 1482 उप केन्द्रों में से सिर्फ 573 उप केन्द्रों ने ही खुला अनुदान 57.31 लाख रू की प्राप्ति 2005-08 में की जो कि अप्रयुक्त रही। उप केन्द्रों हेतु 89.12 लाख रू की खुला अनुदान 70 प्रा.स्वा.के. के खातों में व्यर्थ पड़ी रही।
छत्तीसगढ़	381.80 लाख रू (10000 रू प्रति उप केन्द्र के तहत 3818 उप केन्द्रों हेतु) के खुला निधि की हकदारी के विरुद्ध मंत्रालय द्वारा 2004-05 में 883.50 लाख रू जारी किए। अतः 501.70 लाख रू आधिक्य में जारी किए गए जिसमें से 381.80 लाख रू को 2005-06 में समायोजित किये गये तथा 119.90 लाख रू बिना समायोजन के पड़े रहे।
गुजरात	उप केन्द्रों को 2005-06 व प्रा.स्वा.के. तथा सा.स्वा.के. को 2005-07 में खुला निधि नहीं जारी की गई थी तथा नमूना जिलों के स्वास्थ्य केन्द्रों को जारी की गई 183.30 लाख रू की खुला निधि में से 77.90 लाख रू (42.48 प्रतिशत) अव्ययित पड़ी रही।
हिमाचल प्रदेश	21 से 82 प्रतिशत की खुला निधि उप केन्द्रीय स्तर पर तथा 96 से 100 प्रतिशत की प्रा.स्वा.के. स्तर पर 2005-08 में अव्ययित पड़ी रही।
झारखण्ड	69 से 98 प्रतिशत की खुला निधि उप-केन्द्रीय स्तर पर तथा 26 से 100 प्रतिशत की प्रा.स्वा.के. स्तर पर 2006-08 में अव्ययित पड़ी रही।
केरल	सा.स्वा.के., प्रा.स्वा.के. तथा उप केन्द्रों को जारी की गई खुला निधि के बारे में राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा दी गई जानकारी गलत थी क्योंकि संस्थानों की संख्या, जारी की गई राशि इत्यादि के अभिलेखों से भिन्न थी।
उड़ीसा	243 प्रा.स्वा.के. को 2005-06 तथा 2007-08 तथा नमूना जिलों में 76 सा.स्वा.के. को 2005-06 तथा 2006-07 में खुला निधि नहीं जारी की गई।
सिक्किम	सा.स्वा.के. को 2005-06 के दौरान खुला निधि जारी नहीं की गई।
उत्तर प्रदेश	2005-07 के दौरान उप-केन्द्रों को जारी किए गए 37.14 करोड़ रू में से 20.24 करोड़ रू सुयुक्त बैंक खाता खुलने में देरी के कारण प्रयोग में नहीं लिये गये।

ख. विशिष्ट राज्यों में खुली निधि के दुरुपयोग पर लेखापरीक्षा निष्कर्ष

राज्य/सं.शा.क्ष.	लेखापरीक्षा निष्कर्ष	राशि (लाख रू. में)
अरुणाचल प्रदेश	2005-06 के दौरान, दो नमूना जिलों में उप केन्द्रों के प्रदत्त खुली निधि, फर्नीचर एवं अस्पताल उपकरणों इत्यादि की अधिप्राप्ति तथा निर्माण पर खर्च की गई।	5.00
छत्तीसगढ़	2005-08 के दौरान खुला निधि में से जो कि उप केन्द्रों को जारी की जानी थी, नमूना जिलों में जि.स्वा.स. ने इन्हें उपकरण/फर्नीचर की अधिप्राप्ति पर खर्च की।	59.68
जम्मू एवं कश्मीर	2005-08 के दौरान उप केन्द्रों तथा प्रा.स्वा.के. स्तर पर खुला निधि का प्रयोग कार्यालय व्यय तथा लेखन सामग्री, फर्नीचर आदि के खरीद पर किया गया।	8.79
कर्नाटक	i) 2005-06 के दौरान मंत्रालय से प्राप्त 814.38 लाख रू की खुला निधि, उप केन्द्रों को जारी नहीं की गई तथा इसमें से 800 लाख रू की छः माह के लिए सावधि जमा किये गये। ii) उप केन्द्रों, प्रा.स्वा.के. तथा सा.स्वा.के. द्वारा खुला निधि तथा रख रखाव निधि को विचलित करके यातायात शुल्क तथा टेलिविजन, फर्नीचर, लेखन सामग्री, दवाईयाँ तथा ईंधन आदि पर प्रयोग किया।	3.58
मध्य प्रदेश	2006-08 के दौरान उप केन्द्रों/सा.स्वा.के./प्रा.स्वा.के. स्तर पर खुला निधि को फर्नीचर तथा लेखन सामग्री आदि की खरीद पर प्रयोग किया गया।	6.11
पंजाब	2005-08 के दौरान, खुला निधि (7.72 लाख रू उप केन्द्र पर तथा 1.12 लाख रू प्रा.स्वा.के. के स्तर पर) को लेखन सामग्री, उपकरण, दवाईयाँ तथा फर्नीचर आदि पर व्यय किया गया।	8.84
तमिलनाडु	2006-08 के दौरान खुला निधि का प्रयोग आवृत्ति खर्च (बिजली शुल्क), उप केन्द्र तथा प्रा.स्वा.के. स्तर पर फर्नीचर तथा उपकरण की खरीद पर किया गया।	8.75
पश्चिम बंगाल	2005-08 के दौरान 56 उप केन्द्रों तथा 2006-08 के दौरान 27 प्रा.स्वा.के. द्वारा खुला निधि का प्रयोग लेखन सामग्री, उपकरण, दवाईयाँ तथा फर्नीचर आदि की खरीद पर किया गया।	11.15
	कुल	111.90

अनुबन्ध 5.8

(पैराग्राफ 5.12.1 के संदर्भ में)
निधि प्रवाह का गैर-समाधान
क. मंत्रालय से रा.स्वा.स. को

(करोड़ रु. में)

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे.	निधियों की प्राप्ति के मंत्रालय के आंकड़ों तथा रा.स्वा.स. के आंकड़ों (-कम/+अधिक) के बीच अन्तर		
		2005-06	2006-07	2007-08
1.	आंध्र प्रदेश	(-)128.05	(+)0.69	(-)40.88
2.	असम	(-)14.66	(-)130.13	(+)122.66
3.	छत्तीसगढ़	(-)8.42	(-)17.15	(-)32.11
4.	गुजरात	(-)112.94	(-)67.07	(-)48.87
5.	हरियाणा	(+) 13.12	(+) 26.20	(+) 19.56
6.	हिमाचल प्रदेश	(-)9.77	(+)1.16	(-)8.35
7.	झारखण्ड	(-)52.79	(-)3.55	(-)35.89
8.	केरल	(-)21.14	(-)4.70	(+)6.32
9.	मध्य प्रदेश	(-)126.85	(-)90.72	(+)31.15
10.	महाराष्ट्र	(-)148.37	(-)31.82	(-)25.58
11.	मेघालय	(-)4.58	(-)0.61	(+)1.73
12.	मिजोरम	(-)7.76	(-)20.36	(+)16.08
13.	उड़ीसा	(-)60.00	(+)15.77	(-)39.11
14.	पंजाब	(-)16.14	(+)4.82	(+)3.05
15.	राजस्थान	(-)95.63	(+) 6.17	(-)56.54
16.	त्रिपुरा	(-)21.53	(-)16.15	(-)23.94
17.	उत्तर प्रदेश	(-)19.54	(-)212.83	(+)114.74
18.	उत्तराखण्ड	(-)10.58	(-)4.62	(+)7.62
19.	पश्चिम बंगाल	(-)22.54	(-)18.05	-
20.	अं. एवं नि. द्वीपसमूह	(-)0.58	शून्य	शून्य
21.	दा.एवं ना. हवेली	(-)0.57	(-)0.36	(-)0.45
22.	लक्षद्वीप	(-)0.61	(+)0.43	(+)0.05
	योग	21 राज्य (-)883.05 1 राज्य (+)13.12	14 राज्य (-)618.12 7 राज्य (+)55.24	10 राज्य (-)311.72 10 राज्य (+)322.96

ख- रा.स्वा.स. से जि.स्वा.स. को

(लाख रु. में)

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे.	निधियों की प्राप्ति के रा.स्वा.स. के आंकड़ों तथा जि.स्वा.स. के आंकड़ों (-कम/+अधिक) के बीच अन्तर		
		2005-06	2006-07	2007-08
1.	आंध्र प्रदेश (एस)	(-)2.83	(-)4.25	(+)1.48
2.	असम	(-)0.11	शून्य	(-) 3.09
3.	गुजरात (एस)	(+)2.92	(+)1.72	(+) 3.61
4.	केरल	शून्य	(-)1.85	उ.न.
5.	महाराष्ट्र	(-)1.44	(+) 2.39	(-) 5.67
6.	मेघालय	(-)0.01	(-)0.49	(-) 0.66
7.	उड़ीसा	शून्य	(-)1.41	शून्य
8.	राजस्थान (एस)	(-)0.83	(+) 0.56	(+) 0.01
9.	त्रिपुरा	उ.न.	(-)2.31	(-) 3.71
	योग	5 राज्य (-)5.22 1 राज्य (+)2.92	5 राज्य (-)10.31 3 राज्य (+) 4.67	4 राज्य (-) 13.13 3 राज्य (+) 5.10

अनुबंध 5.9

(पैराग्राफ 5.12.2 के संदर्भ में)

लेखे में विसंगतियों पर राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

राज्य	लेखापरीक्षा निष्कर्ष
असम	<p>प्र.बा.स्वा.- I के अंतर्गत रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. के प्रारम्भिक शेषों में 41.92 लाख रू. की विसंगतियों का प्र.बा.स्वा.- I के अंतर्गत व्यय अनुसूची में 31.3.2008 को 42.50 लाख रू. के सू.शि.सं. के अंत शेष के साथ समायोजन किया गया था जिसका परिणाम प्र.बा.स्वा.- I के अंतर्गत 31.3.2008 को अंत शेष को कम बताया गया।</p> <p>प्र.बा.स्वा.- II के अंतर्गत रा.स्वा.स. एवं जि.स्वा.स. तथा रा.ग्रा.स्वा.मि. के अतिरिक्त कार्यक्रमों के प्रारम्भिक शेष के बीच क्रमशः 85.89 लाख रू. तथा 358.97 लाख रू. के अन्तर जिला स्तरीय कुल व्ययों के साथ समायोजित किए गए थे तथा इसका परिणाम राज्य लेखे में समग्र रूप में संबंधित जिलों तथा राज्य में अंत शेषों के तदनुसूची अतिकथन सहित जि.स्वा.सं. द्वारा प्रस्तुत व्य.वि. में दर्शाए व्यय की कटौती में हुआ।</p>
बिहार	लेखापरीक्षा द्वारा अभिकलित आंकड़ों (रा.स्वा.स. से संबंधित बैंक पास बुक/विवरणियाँ तथा बिहार मंत्रालय/सरकार द्वारा सहायता अनुदान को जारी करने के आदेश के आधार पर) तथा 2005-08 के दौरान रा.स्वा.स. द्वारा जारी व्यय/जारी राशि के संबंध में रा.स्वा.स. द्वारा प्रस्तुत सहायता अनुदान की वित्तीय विवरणी के बीच 31.56 करोड़ रू. का अंतर था।
मध्य प्रदेश	6 जि.स्वा.स. के लेखों में प्रारम्भिक शेष में 33.53 लाख रू. को कम तथा 3 जि.स्वा.स. के लेखों के प्रारम्भिक शेषों में 2.14 लाख रू. को अधिक दर्ज किया गया था।
महाराष्ट्र	जनरल अस्पताल नासिक में, 31.3.2008 को रोकड़ बही तथा वास्तविक रोकड़ शेष में 9.96 लाख रू. का अंतर था। टीकाकरण, परिवार कल्याण आदि पर किए 1.01 लाख रू. के व्यय को भी रोकड़ बही में दर्ज नहीं किया था। गबन हेतु उत्तरदायी व्यक्ति के विरुद्ध नवम्बर 2008 तक कोई कार्यवाही नहीं की गई थी।
सिक्किम	पूर्वी जिला के जि.स्वा.स. के लेखों में 2005-06 से संबंधित अंत शेष को 2.57 लाख रू. तक कम दर्शाया गया था।
चण्डीगढ़	<p>वर्ष 2005-06 तथा 2006-07 के लिए वित्तीय प्रबंधन प्रतिवेदनों के साथ-साथ रोकड़ बही के अनुसार व्यय में 89.14 लाख रू. के व्यय को अधिक बताया गया था।</p> <p>2005-07 हेतु कार्यक्रम प्र.बा.स्वा.- II के अंतर्गत रोकड़ बही के अनुसार आंकड़ों तथा सनदी लेखाकार द्वारा प्रमाणित आंकड़ों के बीच 30.93 लाख रू. का अंतर था।</p>

निधि प्रवाह प्रबंधन

अनुबंध 5.10

(पैराग्राफ 5.12.4 के संदर्भ में)

नियंत्रण रजिस्ट्रों के अनुपयुक्त अनुरक्षण पर राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

राज्य/सं.शा.क्षे	लेखापरीक्षा निष्कर्ष
आन्ध्र प्रदेश	कृष्णा जिले में खुला निधियों में से खरीदी गई मदों हेतु स्टाक रजिस्टर अनुरक्षित नहीं थे (6.53 लाख रू.)।
असम	i) रा.स्वा.स. के साथ-साथ 5 में से 3 लेखापरीक्षित जिलों में आ.सं.अ. द्वारा रोकड़ बही तथा लेन-देनों के दिन प्रतिदिन सत्यापन तथा मासिक अंत शेष प्रमाणपत्रों को आ.एवं वि.अ. द्वारा रोकड़ बही में अनुरक्षित नहीं किया गया था। व्यय रजिस्टर, निधि रजिस्टर, अनुदान से संबंधित अन्य रजिस्टर, निधियों को जारी करना, व्य.वि. आदि जैसे आधारभूत अभिलेख राज्य स्तर पर भी अनुरक्षित नहीं किए गए थे। दिन-प्रतिदिन के लेन-देनों को स्वीकृत साफ्टवेयर के अभाव में डाटा के परिवर्तन की गुंजाइश छोड़ते हुए डाटा सुरक्षा के बिना बैंक जारी रजिस्टर से आवधिक रूप से कम्प्यूटर में डाला गया था। बिना किसी प्रमाणीकरण/प्रमाणपत्र के रोकड़ बही में प्रविष्टियों की प्रमाणिकता सुनिश्चित नहीं की गई थी। ii) नलबारी जिले में एकमात्र मुख्य रोकड़ बही के स्थान पर 24 रोकड़ बहियों को अनुरक्षित किया गया था।
बिहार	i) किसी जि.स्वा.स. ने दोहरी प्रविष्टि प्रणाली में रोकड़ बही अनुरक्षित नहीं की थी तथा चार नमूना जांच किए जिलों में कभी भी बैंक समाधान नहीं किया गया था। ii) रा.स्वा.स. के वित्तीय अभिलेखों तथा लेखों को प्रत्येक क्रियाकलाप हेतु अलग से अनुरक्षित नहीं किया गया था। रोकड़, भण्डार आदि लेन-देनों को लेखाकरण के उपयुक्त शीर्ष के अंतर्गत लेखे में नहीं लाया गया था।
गुजरात	i) रा.स्वा.स. तथा चयनित जि.स्वा.स. द्वारा लेखे बिना प्रशासनिक प्राधिकरण के औपचारिक आदेशों के टैली में अनुरक्षित किए गए थे। ii) यद्यपि पहले की स्वास्थ्य समितियों को एकीकृत कर दिया गया था फिर भी लेखाओं को अलग से तैयार किया जाना जारी था।
झारखण्ड	i) रोकड़ शेष तथा बैंक शेष आवधिक समाधान नहीं किया गया था। ii) पहले के कार्यक्रम अर्थात् प्र.बा.स्वा.- I, रा.सं.क्ष.नि.का. आदि के 847 लाख रू. के अव्ययित शेष को रा.ग्रा.स्वा.मि. के लेखों में दर्ज नहीं किया गया था। iii) पाँच बैंक खातों की बजाए रा.स्वा.स. में 15 बैंक खाते संचालन में थे।
कर्नाटक	i) 2005-08 के दौरान रा.स्वा.स. तथा लेखापरीक्षा की गई इकाईयों में बैंक समाधान नहीं किया गया था। ii) रा.स्वा.स. ने वर्ष 2007-08 के लिए रोकड़ बही का अनुरक्षण नहीं किया था। 2005-06 तथा 2006-07 के लिए रोकड़ बहियों को उपयुक्त रूप से अनुरक्षित नहीं किया गया था, फील्ड इकाईयों ने भी या तो रोकड़ बही का अनुरक्षण नहीं किया था या फिर इसका अनुपयुक्त रूप से अनुरक्षण किया था। iii) वर्ष 2005-08 हेतु रा.स्वा.स. में सावधि जमा के रजिस्टर का अनुरक्षण नहीं किया गया था तथा रा.स्वा.स. में अनुदान रजिस्टर का अनुरक्षण अनुपयुक्त रूप से किया गया था। प्रविष्टियाँ संबंधित अधिकारियों द्वारा सत्यापित नहीं की। iv) बिदर जिले के सा.स्वा.के. में, रो.क.स. (आरोग्य रक्षा समिति) द्वारा प्राप्त उपभोक्ता प्रभारों के लेखाकरण हेतु रोकड़ बही, प्राप्ति बहियों, प्रतिदिन प्राप्ति रजिस्टर तथा व्यय रजिस्टर का अनुरक्षण नहीं किया गया था। पास बुक तथा वास्तव में प्राप्त एवं सा.स्वा.के. में दर्ज करने हेतु उपभोक्ता प्रभारों के बीच समाधान नहीं किया गया था।
केरल	चार प्रा.स्वा.के. में बैंक रोकड़ बही, सामान्य खाता तथा अग्रिम रजिस्टर अनुरक्षित नहीं किए गए थे। एक जि.स्वा.स., दो सा.स्वा.के. तथा दो प्रा.स्वा.के. में रोकड़ बही के साथ बैंक समाधान नहीं किया गया था।
मध्य प्रदेश	i) चार जिलों के कुछ सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में वर्ष 2006-07 हेतु रोकड़ बहियाँ तथा खाते अनुरक्षित नहीं किए गए थे। ii) जि.स्वा.स. भोपाल द्वारा वर्ष 2006-07 के लिए 125.15 लाख रू. (340.41 लाख रू. में से) के मूल वाउचरों तथा जि.स्वा.स. मुरैना द्वारा वर्ष 2005-06 एवं 2006-07 के लिए क्रमशः 59.70 लाख रू. तथा 439.27 लाख रू. के वाउचरों को लेखापरीक्षा हेतु सनदी लेखाकारों को प्रस्तुत नहीं किया गया था।

राजस्थान	106 मामलों में, डी.पी.एम.यू. उदयपुर में खुली निधि के प्रति उप केन्द्रों से 30.50 लाख रू. के स्थान पर 44.21 लाख रू. के उ.प्र. प्राप्त हुए थे।
सिक्किम	i) रा.स्वा.स. तथा नमूना जांच किए जि.स्वा.स. में, रोकड़ बहियों को उपयुक्त रूप से अनुरक्षित नहीं की गई थीं। ii) रा.स्वा.स. ने प्र.बा.स्वा.; रा.ग्रा.स्वा.मि. के अंतर्गत अतिरिक्त योजनाएं तथा टीकाकरण कार्यक्रमों के अंतर्गत प्राप्त निधियों को जमा कराने हेतु एक बैंक खाते के स्थान पर चार बैंक खाते खोले।
तमिलनाडु	i) प्रापण अभिकरणों को दी अग्रिमों (अग्रिम रजिस्टर) की मॉनीटरिंग प्रणाली रा.स्वा.स. में विद्यमान नहीं थी। ii) रा.स्वा.स., जि.स्वा.स., बी.पी.एच.सी. तथा प्रा.स्वा.के. में रोकड़ तथा अन्य संबंधित लेन-देनों को दर्ज करने हेतु विशिष्ट आरूप विकसित नहीं किया गया था जिसका परिणाम लेखे के खराब अनुरक्षण में हुआ। iii) विभिन्न स्तरों पर ब्याज की संभूति तथा उसके उपयोग को मॉनीटर करने हेतु प्रणाली निर्धारित नहीं की गई थी। iv) 2005-06 तथा 2006-07 के लिए रा.स्वा.स./जि.स्वा.स. में लेखे की दोहरी प्रविष्टि प्रणाली का अनुपालन नहीं किया गया था तथा 2005-06 से 2007-08 की अवधि हेतु रा.स्वा.स. द्वारा सभी 29 जि.स्वा.के. से उ.प्र.प. प्राप्त नहीं किए गए थे। v) तीन नमूना जांच किए गए जि.स्वा.स. में बैंक के साथ लेखों का समाधान नहीं किया गया था। सभी नमूना ब्लॉक प्रा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. में बैंक समाधान नहीं किया गया था।
उत्तर प्रदेश	i) लेखापरीक्षा किए गए तीन जिलों में, सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. स्तर पर लेखों की बहियों तथा रोकड़ बही, खाता आदि जैसे सहायक अभिलेख नियत आरूप में अनुरक्षित नहीं किए गए थे। अदा तथा रद्द किए गए के रूप में उचित रूप से चिन्हित वाउचरों का भी अनुरक्षण नहीं किया गया था। उप-केन्द्र स्तर पर व्ययों की विवरणियों का न तो अनुरक्षण किया गया था न ही खुला निधियों के संबंध में व्यय की मासिक प्रगति जि.स्वा.स. को बताई गई थी। ii) जि.स्वा.स. तथा रा.स्वा.स. स्तर पर, एकीकृत समितियों के गठन के बावजूद विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत व्यय के ब्यौरों का केन्द्रीकृत रूप से अनुरक्षण नहीं किया गया था। इसके स्थान पर, इनका संबंधित कार्यक्रम अधिकारियों द्वारा अनुरक्षण किया गया था।
उत्तराखण्ड	i) खाता, स्टाफ, ठेकेदारों, आपूर्तिकर्ताओं को अस्थायी अग्रिम हेतु रजिस्टर, स्वैच्छिक अभिलेखों को अग्रिम हेतु रजिस्टर आदि जैसे सहायक लेखा बहियों का स्वै.का.स्था.स. या जि.स्वा.स. द्वारा अनुरक्षण नहीं किया गया था। ii) कुछ नमूना सा.स्वा.के. ने रोकड़ बही का अनुरक्षण नहीं किया था। कुछ अन्य सुविधाओं में, खुला रोकड़ बही का अनुरक्षण किया जा रहा था जिसमें रा.ग्रा.स्वा.मि. के लेन-देन भी दर्ज किए जा रहे थे। iii) रा.स्वा.स. के वार्षिक लेखे अनुवर्ती वित्तीय वर्ष की 31 जुलाई तक मंत्रालय को प्रस्तुत किए जाने थे परंतु किसी भी वर्ष के लिए इन्हें समय पर प्रस्तुत नहीं किया गया था। 2005-06 तथा 2006-07 के लेखे को क्रमशः 12 अक्टूबर 2006 तथा 3 जनवरी 2008 को प्रस्तुत किये गये थे। वर्ष 2007-08 हेतु लेखों को अक्टूबर 2008 तक प्रस्तुत नहीं किया गया था।
पश्चिम बंगाल	वर्ष 2005-06 तथा 2006-07 हेतु रा.स्वा.स. के लेखापरीक्षा किए गए लेखे तथा जि.स्वा.स. एवं रो.क.स. के लेखे प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा) को प्रस्तुत नहीं किए गए थे।
चण्डीगढ़	i) मंत्रालय के केन्द्रीय भण्डार से प्रत्यक्ष रूप से प्राप्त दवाईयों/उपकरणों की कीमत को स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया था। ii) 2005-08 की अवधि हेतु रा.सं.क्ष.नि.का.- II /रा.कु.उ.का. के अंतर्गत सू.शि.सं. हेतु व्यय के लेखे प्रशिक्षणार्थी/भागीदारों के अभिलेखों के साथ सुसंगत नहीं थे। iii) रा.दृ.नि.का. के अधीन 0.41 लाख रू. कीमत की सू.शि.सं. सामग्री को स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, स्टॉक रजिस्टर में जारी के रूप में दर्शाई गई मदें माँग प्राप्त किए बिना जारी की गई थीं।

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबंध 6.1

(पैराग्राफ 6.2 के संदर्भ में)

मार्च 2008 तक कार्य की समाप्ति में विलम्ब: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(करोड़ रु. में)

राज्य/सं.शा.क्षे.	लेखापरीक्षा निष्कर्ष	सम्मिलित राशि
आंध्र प्रदेश	<ul style="list-style-type: none"> 2006-07 में आंध्र प्रदेश स्वास्थ्य चिकित्सा आवास एवं अवसंरचना विकास निगम (आ.प्र.स्वा.चि. आ.अ.वि.नि.) द्वारा आरम्भ किए गए सा.स्वा.के. के साथ जुड़े 151 व्यापक आपातकालीन प्रसूति एवं नवजात देखभाल (व्या.आ.प्र.न.दे.) में से केवल 77 के उन्नयन का कार्य ही समाप्त किया गया था। जनजातीय क्षेत्रों में 2007-08 में प्रारम्भ 38 जन्म प्रतीक्षागृहों के निर्माण में से 14 अपूर्ण रहे। 	31.62 1.76
असम	<ul style="list-style-type: none"> 2006-07 में लिए गए 404 उप-केन्द्रों के निर्माण कार्यों में से एक भी पूरा नहीं किया गया था। रा.स्वा.स. ने राज्य लो.नि.वि., असम राज्य आवास बोर्ड तथा जिलाधिकारी (जि.अ.) जैसे कायकारी अभिकरणों को सिविल निर्माण कार्य हेतु 143.15 करोड़ रु. जारी किए। 918 स्वीकृत निर्माण कार्यों में से 8.74 करोड़ रु. केवल 82 निर्माण कार्य पूरे किए गए थे। शेष राशि की उपयोगिता स्थिति रा.स्वा.स. के पास उपलब्ध नहीं थी। 	9.99 उ.न.
जम्मू एवं कश्मीर	<ul style="list-style-type: none"> 191.16 लाख रु. की अनुमानित लागत के साथ 2006 की प्रथम तिमाही में 13 सा.स्वा.के. पर 69 सा.स्वा.के. से भा.लो.स्वा.मा. का उन्नयन कार्य समाप्त था परन्तु मार्च 2008 तक 48.72 लाख रु. की लागत पर केवल 4 कार्य सौंपे गए थे। 72.25 लाख रु. की अनुमानित लागत सहित 4 कार्यों पर निर्माण स्थान/डिजाइन में बदलाव तथा भूमि विवाद आदि के कारण रुके हुए थे। उप-जिला अस्पतालों के उन्नयन हेतु 2007-08 के दौरान प्राप्त निधियाँ निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के पास अव्ययित पड़ी थीं। 	8.68 20.00
मध्य प्रदेश	<ul style="list-style-type: none"> 94 कार्यों में से, जिनके लिए सरकारी अभिकरणों को अग्रिम दिए गए थे, 46.71 लाख रु. के केवल चार कार्यों को ही समाप्त या सुपुर्द किया गया था। 	9.42
राजस्थान	<ul style="list-style-type: none"> 269 भवनों का निर्माण कार्य भूमि विवादों के कारण जून 2008 तक शुरू नहीं किया जा सका था। 	17.92
झारखण्ड	<ul style="list-style-type: none"> प्रसूति कक्ष के निर्माण हेतु अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी (अ.मु.चि.अ.) राँची, द्वारा निकाली गई निधियाँ बिना उपयोग के रहीं (प्र.बा.स्वा.) उप-केन्द्रों, अ.प्र.चि.के. तथा प्रा.स्वा.के. को सुदृढ़ करने हेतु आवंटित निधियाँ अ.मु.चि.अ., राँची, जि.स्वा.स., हजारीबाग, जि.अ. रामगढ़ तथा राज्य भवन निर्माण विभाग के पास बिना उपयोग के पड़ी रही। सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. के उन्नयन हेतु मंत्रालय से प्राप्त 33.72 करोड़ रु. की पूर्ण राशि रा.स्वा.स. (27.32 करोड़ रु.) तथा दो जिला बोर्डों (6 करोड़ रु.) के पास अव्ययित रहीं। 	0.91 12.61 33.72
केरल	<ul style="list-style-type: none"> 54 सा.स्वा.के. के उन्नयन में से, कार्य जिसके लिए एक केन्द्रीय सा.क्षे.उ. ने अग्रिम प्राप्त की थी अपूर्ण रहे। 30 सा.स्वा.के. के संबंध में, कार्य मार्च 2008 तक भी शुरू नहीं किया गया था। 	4.12
त्रिपुरा	<ul style="list-style-type: none"> 2006-07 के दौरान लिए गए भा.लो.स्वा.मा. के उन्नयन, हेतु नौ सा.स्वा.के. में से छः, सात उप प्रभागीय स्वास्थ्य केन्द्रों में से छः का नवीकरण तथा प्रारम्भ किए गए 19 प्रा.स्वा.के. में से 13 पर कार्य अपूर्ण रहा जिसका परिणाम कार्यकारी अधिकारियों के पास अव्ययित में हुआ। 	1.31
तमिलनाडु	<ul style="list-style-type: none"> अवसंरचना विकास हेतु लेखापरीक्षा किए गए जि.स्वा.के. द्वारा 9.82 करोड़ रु. प्राप्त किए गए थे जिसमें से 14 सिविल निर्माण कार्य स्वीकृत किए गए थे। इन 14 स्वीकृत कार्यों में से सात प्रगति में थे जबकि सात को अपर्याप्त निधियों के कारण रोक दिया गया था। 	9.82
उत्तराखण्ड	<ul style="list-style-type: none"> भूमि की उपलब्धता को सुनिश्चित किए बिना 64 निर्माण कार्यों हेतु निर्माण अभिकरणों को निधियाँ जारी की गई थीं जिसका परिणाम 4 वर्षों तक निधियों के अवरोधन में हुआ। 	12.41
पुडुचेरी	<ul style="list-style-type: none"> रा.स्वा.स. ने स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना के सृजन एवं उन्नयन हेतु 2.06 करोड़ रु. प्राप्त किए जिसमें से 1.86 करोड़ रु. अव्ययित रहे। 	1.86

अनुबंध 6.2

(पैराग्राफ 6.2 के संदर्भ में)

सिविल निर्माण कार्यों में अनियमितताएं: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(करोड़ रु. में)

राज्य	अनियमितताओं की प्रवृत्ति	सम्मिलित राशि
उड़ीसा	रा.स्वा.स.ने कार्य को संबंधित जि.ग्रा.वि.प्रा. को सौंपने के अनुदेश के साथ 2005-07 के दौरान सा.स्वा.के. से भा.लो.स्वा.मा., से जिला स्वास्थ्य समितियों (जि.स्वा.स.) हेतु उन्नयन हेतु 45.80 करोड़ रु. जारी किया। तथापि, जि.ग्रा.वि.प्रा. ने इन कार्यों को आरंभ करने से इंकार कर दिया। मार्च 2007 में, रा.स्वा.स. ने जि.स्वा.स. को राशि वापस करने का अनुदेश दिया। तथापि, 6.69 करोड़ रु. अक्टूबर 2008 तक जि.स्वा.स. के पास बकाया थे तथा मूल पर प्रोद्भूत ब्याज, जब यह जि.स्वा.स. के खाते में थे, दर्ज नहीं किए गए थे।	6.69
	70.44 करोड़ रु. की अनुमानित लागत सहित 141 कार्यों को 12 प्रतिशत प्रयवेक्षण प्रभारों हसित, इस खाते पर 7.55 करोड़ रु. की देयता सृजित करते हुए, बातचीत के आधार पर दो राज्य स्वामित्व कम्पनियों को सौंपे गए थे। रा.स्वा.स. ने इन संगठनों के पहले के अनुभवों के बावजूद प्रसार भारती (7 प्रतिशत) तथा रा.भ.नि.नि. (10 प्रतिशत) के प्रस्तावों पर विचार नहीं किया। निम्नतम प्रस्ताव से विचलन परिहार्य देयता का कारण बना।	2.94
	रा.स्वा.स. ने लोक निधियों की सुरक्षा हेतु संहिता प्रावधानों का अनुपालन नहीं किया क्योंकि दो कार्यकारी अभिकरणों को कार्य की अनुमानित लागत के दो से पाँच प्रतिशत को परिवर्तित दरों पर गुणवत्ता नियंत्रण हेतु आकस्मिकताएँ तथा प्रभार अनुमत किए गए थे। ऐसे कोई प्रभारों का तृतीय सा.क्षे.उ. (उ.रा.पु.आ.क.नि.) द्वारा दावा नहीं किया गया था।	0.59
	7 करोड़ रु. की अनुमानित लागत सहित स्वास्थ्य स्टाफ हेतु 59 मकानों के निर्माण के 17 मामलों में, राज्य ग्रामीण कार्य प्रभागों को 15 से 20 प्रतिशत तक निरीक्षण प्रभार अनुमत थे। ऐसे प्रभार सरकारी कार्य हेतु देय नहीं थे।	0.97
	अनुमानों की तैयारी तथा प्रशासनिक स्वीकृति के सात महीनों से एक वर्ष पूर्व प्लिथ क्षेत्र पर आधारित प्राथमिक लागत अनुमानों के आधार पर राज्य सा.क्षे.उ. को 17.68 करोड़ रु. का अग्रिम दिया गया था जो राज्य वित्त विभाग के निदेशात्मकों के उल्लंघन में थी।	उ.न.
	41 कार्यों का निष्पादन एक राज्य सा.क्षे.उ. को सौंपा गया था। कम्पनी के पास समझौते में अपेक्षित न्यूनतम तकनीकी श्रमशक्ति (सिविल डिग्री इंजीनियर) नहीं थी तथा इसलिए अक्टूबर 2008 तक कोई अनुमान तैयार नहीं किया गया था। कार्य को प्रशासनिक स्वीकृति प्रदान करने या स्थान को सुपुर्द करने, जो भी पहले हो, के 8 से 12 महीनों के भीतर समाप्त किया जाना था। तथापि, विलम्बों हेतु संविदा में कोई दण्डनीय प्रावधान नहीं बनाया गया था।	2.05
	मार्च 2008 तक अग्रिमों पर प्रोद्भूत किए ब्याज को दो कार्यकारी अभिकरणों द्वारा वापस नहीं किया गया था। एक अभिकरण (उ.ल.उ.नि.) ने 1 करोड़ को चालू खाते में रखा तथा इस पर ब्याज अर्जित करने के अवसर को दिया।	0.14
	जि.स्वा.स., लखीमपुर में आठ सिविल निर्माण कार्य ठेकेदारों को सौंपे गए थे तथा अग्रिम निविदाएं आमंत्रित किए बिना अदा की थीं।	0.13
केन्द्रों पर विद्यमान अवसंरचना की स्थिति को ध्यान में रखे बिना सभी कार्यों हेतु स्वीकृत एकल डिजाइन पर विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना को सुदृढ़ करने के लिए निधियां स्वीकृत थीं।	48.14	
आंध्र प्रदेश	नेल्लोर शहर में में शहरी स्वास्थ्य केन्द्र तथा प्र.प.इ. की स्थापना हेतु नगर निगम, नेल्लोर को अक्टूबर 2006 में जारी निधियाँ एफ.डी.आर. के रूप में बैंक में जमा कर दी गई थीं। तथापि, नगर निगम, नेल्लोर ने जून 2008 में पूर्ण राशि हेतु उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया।	0.74

बिहार	प्रा.स्वा.के. के नवीकरण तथा निदान केन्द्र के निर्माण हेतु स्वीकृत निधियाँ, स्टाफ मकानों की मरम्मत हेतु विचलित कर दी गई थीं।	1.63
	सात गैर-कार्यात्मक प्रा.स्वा.के., जहाँ न तो इन्डोर न ही आउटडोर सुविधाएँ उपलब्ध थीं, में निदान केन्द्र के निर्माण हेतु निधियाँ जारी की गई थीं। इन सात इकाइयों में से, दो इकाइयों पर 46 लाख रु. की लागत पर निर्माण पूरा किया गया था परंतु सुविधा गैर-कार्यात्मक रही।	1.48
	केन्द्रों पर विद्यमान अवसंरचना की स्थिति को ध्यान में रखे बिना सभी कार्यों हेतु स्वीकृत एकल डिजाईन पर विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना को सुदृढ़ करने में निधियां व्यय की गई थीं।	4.68
हरियाणा	केन्द्रों पर विद्यमान अवसंरचना की स्थिति को दर्ज किए बिना सभी कार्यों हेतु स्वीकृत एकल डिजाईन पर विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना को सुदृढ़ करने में निधियां व्यय की गई थीं।	0.31
जम्मू एवं कश्मीर	सरकारी विभाग (लो.नि.वि.) तथा राज्य निगमों को कार्य, संविदा के बिना सौंपा गया था। निदेशक स्वास्थ्य सेवा ने जिला स्वास्थ्य समितियों को शामिल किए बिना कार्यकारी अभिकरणों को निधियों की अग्रिम दी।	20.00
	जिला/उप जिला अस्पतालों पर अवसंरचना सुधार हेतु प्राप्त निधियों में से 1.13 करोड़ रु. के उपकरण खरीदे गए थे। 1.67 करोड़ रु. निदेशक स्वास्थ्य सेवा के पास अव्ययित पड़ा है।	2.80
महाराष्ट्र	पुणे, यवतमल तथा गौंदिया के जि.स्वा.स. ने नर्सिंग विद्यालयों को सुदृढ़ करने हेतु निधियाँ प्राप्त की। 1.12 करोड़ रु. बिना उपयोग के रहे क्योंकि इन जिलों में कोई नर्सिंग विद्यालय नहीं था जबकि 2.95 लाख रु. का प्रयोग लिनेन एवं फर्नीचर की खरीद तथा वजीफा के भुगतान हेतु किया गया था।	1.15
मध्य प्रदेश	90 कार्यों में, सरकारी अभिकरणों अर्थात् लो.नि.का. तथा आर.ई.एस. से अग्रिमों को समायोजित/वसूला नहीं गया था।	8.95
पंजाब	सा.स्वा.के. से भा.लो.स्वा.मा. के उन्नयन हेतु प्राप्त निधियों को तीन उप जिला अस्पतालों तथा एक प्रा.स्वा.के. के उन्नयन पर खर्च किया गया था।	0.66
	प्रा.स्वा.के. पर 24 घण्टे प्रसव सेवाएं प्रदान करने हेतु प्राप्त निधियां सा.स्वा.के. को सुदृढ़ करने हेतु उपयोग की गई थीं	0.42
त्रिपुरा	केन्द्रों पर विद्यमान अवसंरचना की स्थिति को ध्यान में रखे बिना सभी कार्यों हेतु स्वीकृत एकल डिजाईन पर विद्यमान स्वास्थ्य केन्द्रों की अवसंरचना को सुदृढ़ करने हेतु निधियां स्वीकृत थीं।	8.87
उत्तर प्रदेश	रा.स्वा.स. ने 37 जिलों में 50 सा.स्वा.के. के उन्नयन का कार्य तीन राज्य स्वामित्व निर्माण अभिकरणों को सौंपा तथा निविदाएं आमंत्रित किए बिना अग्रिमों को जारी किया।	53.53
	2005-06 के दौरान, रा.स्वा.स., उत्तर प्रदेश ने 50 प्रथम रेफरल इकाइयों के उन्नयन हेतु 65.59 करोड़ रु. का व्यय किया परंतु इनके प्रचालनात्मकता पर कोई सूचना नहीं थी। तीन लेखापरीक्षा किए जिलों में प्र.प.इ. आवश्यक चिकित्सा एवं पैरामेडिकल स्टाफ तथा रक्त भण्डारण सुविधा आदि की स्थापना के कारण प्रचालन में नहीं थे।	65.59

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबंध 6.3

(पैराग्राफ 6.4 के संदर्भ में)

स्वास्थ्य केन्द्रों, लक्षित अवसंरचना तथा सृजित अवसंरचना एवं निर्माण कार्यों में प्रगति में कमी की स्थिति

राज्य	स्वास्थ्य केन्द्र में कमी			2007 तक सृजित किये जाने के लिए अपेक्षित अवसंरचना			सृजित तथा सौंपी गई अवसंरचना			कार्य निर्माण में प्रगति		
	उ.के.	प्रा. स्वा.के.	सा. स्वा.के.	उ.के.	प्रा. स्वा.के.	सा. स्वा.के.	उ.के.	प्रा. स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा. स्वा.के.	सा.स्वा.के.
आंध्र प्रदेश	303	527	450	91	158	135	सूचना प्रदान नहीं की गई					
असम	1428	338	180	428	101	54	248	307	14	404	0	0
बिहार	7742	1126	760	2323	338	228	रा.स्वा.स. द्वारा सूचना प्रदान नहीं की गई					
छत्तीसगढ़	5750	766	191	1725	230	57	1742	345	56	106	59	20
गुजरात	0	94	45	0	28	14	0	1	1	31	12	0
हरियाणा	573	93	43	172	28	13	0	0	0	4	42	4
हिमाचल प्रदेश	0	0	3	0	0	1	0	0	7	0	0	0
जम्मू एवं कश्मीर	1474	114	36	442	34	11	0	0	0	0	0	0
झारखण्ड	2761	1005	380	828	302	114	0	0	0	0	0	0
कर्नाटक	0	0	48	0	0	14	0	0	0	0	0	0
केरल	0	0	82	0	0	25	0	0	0	0	0	0
मध्य प्रदेश	1309	487	66	393	146	20	0	0	0	0	0	0
महाराष्ट्र	2627	394	95	788	118	29	18	0	0	0	0	0
मणिपुर	118	13	6	35	4	2	0	0	0	0	0	0
मेघालय	144	0	0	43	0	0	2	0	0	0	0	0
उड़ीसा	2520	83	158	756	25	47	5	0	0	0	0	0
पंजाब	361	53	6	108	16	2	0	0	0	0	0	0
राजस्थान	4626	843	336	1388	253	101	355	0	50	0	0	0
तमिलनाडु	1260	501	0	155	150	0	0	0	0	0	0	0
त्रिपुरा	384	19	6	115	6	2	0	0	1	60	4	3
उत्तराखण्ड	1260	200	66	378	60	20	192	32	9	330	61	40
उत्तर प्रदेश	6669	676	968	2001	203	290	0	0	0	0	0	0
पश्चिम बंगाल	3388	1277	273	1016	383	82	0	0	0	0	0	0
दा.एवं ना. हवेली	13	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0
द. एवं दीव	15	2	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0
लक्षद्वीप	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
कुल	43987	8613	4200	13196	2585	1261	2562	685	138	935	178	67

(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

अनुबन्ध 6.4

(पैराग्राफ 6.5.1 के संदर्भ में)

स्वास्थ्य केन्द्रों हेतु भवनों की उपलब्धता में कमी

बिना भवन के स्वास्थ्य केन्द्र	उप केन्द्र	बिहार(39), गुजरात(10), कर्नाटक(42), महाराष्ट्र(12), मणिपुर(11), मध्य प्रदेश(46), उड़ीसा(34), पंजाब(4), त्रिपुरा(16) तथा पश्चिम बंगाल(2)
	प्रा.स्वा.के.	बिहार(14), झारखंड(1), उड़ीसा(3) तथा उत्तराखण्ड (1)
सरकारी भवन में नहीं चल रहे स्वास्थ्य केन्द्र	उप केन्द्र	आंध्र प्रदेश(62), अरुणाचल प्रदेश(9), असम(3), बिहार(6), छत्तीसगढ़(17), चण्डीगढ़(1), दमन एवं दीव (1), दिल्ली(7), गुजरात(7), हरियाणा(13), हिमाचल प्रदेश(8), जम्मू एवं कश्मीर(27), झारखंड(13), कर्नाटक(18), केरल(12), लक्षद्वीप (3), महाराष्ट्र(21), मणिपुर(11), मध्य प्रदेश (24), उड़ीसा(29), पंजाब(13), राजस्थान(10), सिक्किम(2), तमिलनाडु(28), त्रिपुरा(14), उत्तर प्रदेश(42), उत्तराखण्ड(13), पश्चिम बंगाल(21)
	प्रा.स्वा.के.	आंध्र प्रदेश (4), बिहार(6), छत्तीसगढ़(5), गुजरात(2), हरियाणा(3), हिमाचल प्रदेश(5), जम्मू एवं कश्मीर(7), झारखण्ड(4), कर्नाटक(2), केरल(3), महाराष्ट्र(5), मध्य प्रदेश(8), उड़ीसा(3), पंजाब(2), राजस्थान(10), उत्तर प्रदेश(10), तमिलनाडु(3)
	सा.स्वा.के.	गुजरात(1), जम्मू एवं कश्मीर(1), महाराष्ट्र(3), राजस्थान(2)
जीर्ण भवन में चल रहे स्वास्थ्य केन्द्र	उप केन्द्र	असम(11), बिहार(12), दिल्ली(2), हरियाणा(13), हिमाचल प्रदेश(23), जम्मू एवं कश्मीर(17), झारखण्ड(13), महाराष्ट्र(41), मध्य प्रदेश(36), मेघालय(2), उड़ीसा(5), पंजाब(9), राजस्थान(12), उत्तर प्रदेश(12), पश्चिम बंगाल(4), तमिलनाडु(5)
	प्रा.स्वा.के.	अं.एवं नि. द्वीपसमूह(1), आंध्र प्रदेश(1), बिहार(4), छत्तीसगढ़(1), दिल्ली(2), हरियाणा (2), हिमाचल प्रदेश(11), जम्मू एवं कश्मीर(7), झारखंड(7), महाराष्ट्र(13), मध्य प्रदेश(10), पंजाब(3), राजस्थान(5), उत्तर प्रदेश(11), पश्चिम बंगाल(7), तमिलनाडु(1)
	सा.स्वा.के.	बिहार(5), हरियाणा(1), हिमाचल प्रदेश(9), जम्मू एवं कश्मीर(5), उत्तर प्रदेश(3)

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबंध 6.5

(पैराग्राफ सं. 6.5.2 के संदर्भ में)

नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों पर स्वास्थ्य एवं स्वच्छता पर राज्य-वार डाटा

राज्य	खराब सामाजिक मौसम/बाहरी स्थान			खराब साफ सफाई			पुरुषों एवं महिलाओं हेतु कोई पृथक शौचालय नहीं			जल आपूर्ति का अभाव			जल भण्डारण का अभाव			जल निकासी का अभाव			चिकित्सा व्यर्थ निपटान का अभाव		
	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.
अं.एवं नि. द्वीपसमूह	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	16	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	16	8	4	16	शून्य	शून्य
आंध्र प्रदेश	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	63	12	4	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
अरुणाचल प्रदेश	शून्य	शून्य	शून्य	10	6	4	40	20	2	शून्य	शून्य	शून्य	20	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	40	13	शून्य
असम	शून्य	शून्य	शून्य	10	5	शून्य	46	21	7	58	शून्य	शून्य	58	9	1	58	10	शून्य	58	29	11
बिहार	41	24	7	72	30	5	72	36	10	70	31	शून्य	72	32	11	72	34	10	72	36	12
चंडीगढ़	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य
छत्तीसगढ़	6	5	2	10	2	शून्य	32	14	2	23	6	शून्य	30	12	3	शून्य	5	शून्य	13	4	शून्य
दा. एवं न. हवेली	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	7	शून्य	शून्य	3	शून्य	शून्य	6	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
दिल्ली	4	8	3	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	5	शून्य	शून्य	5	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
गुजरात	5	3	2	7	शून्य	शून्य	शून्य	10	2	7	3	शून्य	29	5	शून्य	शून्य	1	शून्य	24	1	3
हरियाणा	7	1	शून्य	28	10	5	48	23	11	31	1	शून्य	35	1	शून्य	48	21	9	48	24	12
हिमाचल प्रदेश	2	शून्य	1	5	3	2	36	13	3	6	1	शून्य	36	18	9	शून्य	18	9	36	18	9
जम्मू एवं कश्मीर	3	शून्य	शून्य	13	6	शून्य	43	15	5	35	9	1	45	15	7	45	12	5	45	22	12
झारखण्ड	1	1	शून्य	16	3	शून्य	34	19	शून्य	27	13	शून्य	34	16	शून्य	34	15	शून्य	33	17	शून्य
कर्नाटक	12	4	2	34	4	शून्य	62	23	2	28	1	शून्य	63	16	शून्य	शून्य	3	शून्य	40	36	14
केरल	3	1	1	8	शून्य	शून्य	35	9	2	14	शून्य	शून्य	34	1	1	शून्य	1	शून्य	27	शून्य	5
लक्षद्वीप	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	4	1	1	शून्य	शून्य	शून्य	3	शून्य	शून्य	4	शून्य	शून्य	4	शून्य	शून्य
महाराष्ट्र	4	1	शून्य	8	3	शून्य	44	16	7	25	शून्य	शून्य	69	18	5	शून्य	6	शून्य	42	शून्य	शून्य
मणिपुर	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	16	14	शून्य	27	14	5	27	14	3	27	14	5	27	14	5
मेघालय	2	1	3	5	शून्य	शून्य	शून्य	12	7	12	6	1	27	15	5	शून्य	3	2	22	शून्य	1
मध्य प्रदेश	30	5	1	10	6	4	70	25	6	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	35	12	शून्य	60	शून्य	शून्य
मिजोरम	3	शून्य	शून्य	1	शून्य	शून्य	18	शून्य	शून्य	14	3	शून्य	8	2	शून्य	10	4	शून्य	18	6	3
उड़ीसा	1	शून्य	शून्य	38	05	01	60	29	शून्य	26	11	04	60	27	04	60	29	06	60	30	15
पुडुचेरी	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	11	3	1	2	शून्य	शून्य	12	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	5	2	1
पंजाब	9	6	2	4	1	शून्य	36	11	शून्य	22	1	शून्य	32	8	1	32	2	शून्य	35	12	3
राजस्थान	5	6	शून्य	शून्य	2	1	62	22	6	12	4	शून्य	61	21	6	शून्य	6	3	51	6	4
तमिलनाडु	6	1	शून्य	10	शून्य	शून्य	58	8	6	4	शून्य	शून्य	55	1	1	60	शून्य	2	32	2	1
त्रिपुरा	शून्य	शून्य	शून्य	8	शून्य	शून्य	35	07	03	22	01	शून्य	36	06	शून्य	36	06	01	36	02	03
उत्तर प्रदेश	8	1	शून्य	14	शून्य	1	72	32	7	9	7	2	72	21	1	42	8	1	72	24	16
उत्तराखण्ड	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	1	29	8	5	16	3	1	24	10	2	30	2	1	23	4	1
पश्चिम बंगाल	6	1	शून्य	10	5	1	58	28	3	29	6	शून्य	54	17	शून्य	58	21	शून्य	60	30	11
कुल	159	69	24	322	91	25	1108	431	102	529	120	14	1008	287	60	688	241	58	1000	332	142

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबंध 6.6

(पैराग्राफ सं. 6.5.3 के संदर्भ में)

नमूना स्वास्थ्य केन्द्रों में आधारभूत संरचना के समर्थन की कमी पर राज्य-वार डाटा

राज्य	दूरभाष नहीं			बिजली नहीं			जनरेटर नहीं		वाहन नहीं		कम्प्यूटर नहीं	
	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	उ.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.	प्रा.स्वा.के.	सा.स्वा.के.
आंध्र प्रदेश	65	20	5	0	0	0	13	6	29	5	0	15
अरुणाचल प्रदेश	40	13	0	37	5	0	13	0	14	8	20	8
असम	58	16	9	58	1	0	15	2	19	0	17	6
बिहार	72	29	2	72	31	0	30	3	35	9	35	10
छत्तीसगढ़	36	16	2	0	1	0	18	4	15	0	18	2
गुजरात	37	2	0	0	1	0	8	4	7	1	0	3
हरियाणा	48	2	0	23	0	0	15	5	15	3	8	0
हिमाचल प्रदेश	36	17	0	3	1	0	18	8	15	0	18	0
जम्मू एवं कश्मीर	45	22	5	38	1	0	15	0	10	7	21	2
झारखण्ड	34	15	उ.न.	34	15	उ.न.	8	उ.न.	17	उ.न.	20	उ.न.
कर्नाटक	72	7	0	53	1	0	27	2	24	1	36	6
केरल	36	13	0	14	0	0	18	5	18	0	7	0
मध्य प्रदेश	70	28	1	22	0	0	26	1	28	4	35	0
महाराष्ट्र	68	21	4	45	1	0	7	3	3	0	19	5
मणिपुर	27	14	3	0	0	0	14	0	11	0	0	0
मेघालय	आ.उ.न.	20	7	22	1	0	19	6	14	5	आ.उ.न.	13
मिजोरम	18	2	0	8	2	0	6	2	4	0	6	3
उड़ीसा	60	29	0	24	8	0	30	7	29	8	29	1
पंजाब	48	16	0	13	0	0	17	0	20	0	23	0
राजस्थान	0	3	0	50	3	1	33	8	35	8	34	9
सिक्किम	0	0	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0
तमिलनाडु	0	0	0	4	0	0	0	1	14	1	1	0
त्रिपुरा	36	5	1	29	1	0	17	3	1	0	13	3
उत्तराखण्ड	30	8	2	5	1	1	10	2	10	1	12	0
उत्तर प्रदेश	72	23	13	59	10	0	19	1	23	2	24	12
पश्चिम बंगाल	60	30	0	42	9	0	29	7	30	0	30	0
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	16	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
चण्डीगढ़	3	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
दा. एवं न. हवेली	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0
दिल्ली	6	4	0	0	0	0	8	0	0	9	7	0
लक्षद्वीप	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
पुडुचेरी	4	0	0	2	0	0	7	0	0	0	10	1
कुल	1107	375	54	657	93	2	446	87	441	74	446	100

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

आ.उ.न.- आंकड़े उपलब्ध नहीं

अनुबन्ध 6.7

(पैराग्राफ 6.6.2 के संदर्भ में)

आवश्यक प्रासविक देखभाल सुविधाओं की स्थिति

राज्य जहां किसी स्वास्थ्य केन्द्र को पर्याप्त किट-क तथा किट-ख की आपूर्ति नहीं थी	हरियाणा, बिहार, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश, पंजाब, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, मणिपुर, मिजोरम एवं उत्तराखण्ड
राज्य जहां कुछ स्वास्थ्य केन्द्रों को पर्याप्त किट-क तथा किट-ख की आपूर्ति थी	गुजरात-6, झारखण्ड-7, राजस्थान-14, पुडुचेरी-30, अंडमान एवं निकोबार-12, पश्चिम बंगाल-60, लक्षद्वीप-4
राज्य जहां किसी स्वास्थ्य केन्द्र में नवजात शिशु पुनरुज्जीवन हेतु उपकरण नहीं थे	उत्तर प्रदेश, बिहार, सिक्किम, पश्चिम बंगाल तथा उत्तराखण्ड
राज्य जहां कुछ स्वास्थ्य केन्द्र में नवजात शिशु पुनरुज्जीवन हेतु उपकरण थे	असम-20, जम्मू एवं कश्मीर-2, उड़ीसा-8, पंजाब-4, झारखंड-7
राज्य जहां प्रथम रेफरल इकाई के प्रति किसी भी सा.स्वा.के. का उन्नयन नहीं किया गया था	अंडमान एवं निकोबार, बिहार, दादर एवं नागर हवेली, केरल, मध्य प्रदेश, मिजोरम, उड़ीसा, पुडुचेरी, तमिलनाडु, त्रिपुरा, पश्चिम बंगाल एवं सिक्किम
राज्य जहां प्रथम रेफरल इकाई के प्रति कुछ सा.स्वा.के. का उन्नयन किया गया था	हरियाणा-45, आंध्र प्रदेश-151, असम-30, छत्तीसगढ़-94, गुजरात-101, हिमाचल प्रदेश-36, जम्मू एवं कश्मीर-24, मणिपुर-13, महाराष्ट्र-123, पंजाब-75, राजस्थान-237, उत्तर प्रदेश-52, उत्तराखण्ड-26
राज्य जहां किसी भी सा.स्वा.के. में सिजेरियन सेक्सन हेतु सुविधाएं नहीं थी	अंडमान एवं निकोबार, बिहार, दादर एवं नागर हवेली, हिमाचल प्रदेश, मेघालय, मिजोरम, तमिलनाडु, त्रिपुरा तथा उत्तर प्रदेश
राज्य जहां कुछ में सा.स्वा.के. में सिजेरियन सेक्सन हेतु सुविधाएं थी	हरियाणा-4, आंध्र प्रदेश-6, मध्य प्रदेश-6, पुडुचेरी-3, असम-10, छत्तीसगढ़-4, गुजरात-6, जम्मू एवं कश्मीर-2, महाराष्ट्र-6, पंजाब-5, राजस्थान-8, मणिपुर-2, केरल-3, सिक्किम-2, उड़ीसा-8, पश्चिम बंगाल-1, उत्तराखण्ड-1

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा संकलित सूचना तथा सा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त सूचना)

अनुबंध 6.8

पैराग्राफ 6.6.5 के संदर्भ में

क- सा.स्वा.के. में कोल्ड चैन उपकरणों की स्थिति

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	लेखापरीक्षित किए गए सा.स्वा.के. की संख्या	कोल्ड चैन उपकरणों वाले सा.स्वा.के. की संख्या		
		आईस लाइन फ्रीजर	रेफ्रीजरेटर	डीप फ्रीजर
मध्य प्रदेश	18	15	13	18
राजस्थान	18	16	16	18
उत्तराखण्ड	9	8	7	9
छत्तीसगढ़	9	8	6	8
जम्मू एवं कश्मीर	12	10	8	11
मणिपुर	5	2	5	3
मेघालय*	13	13	3	13
मिजोरम	3	3	3	3
हिमाचल प्रदेश	9	9	8	9
सिक्किम	3	3	1	3
अंडमान एवं निकोबार	4	4	4	4
चण्डीगढ़	2	1	1	2
गुजरात	12	11	9	9
हरियाणा	12	11	9	12
कर्नाटक	18	18	14	18
केरल	9	9	9	7
पुडुचेरी	4	4	4	4
पंजाब	12	12	11	11
तमिलनाडु	15	15	15	15
पश्चिम बंगाल	15	15	10	14
उत्तर प्रदेश	18	18	0	18
कुल	220	205	156	209

ख- प्रा.स्वा.के. में कोल्ड चैन उपकरणों की स्थिति

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	लेखापरीक्षित किए गए प्रा.स्वा.के. की संख्या	कोल्ड चैन उपकरणों वाले प्रा.स्वा.के. की संख्या		
		आईस लाइन फ्रीजर	रेफ्रीजरेटर	डीप फ्रीजर
उत्तराखण्ड	13	12	12	2
छत्तीसगढ़	18	7	2	8
जम्मू एवं कश्मीर	22	10	0	3
मणिपुर	15	0	14	8
हिमाचल प्रदेश	18	8	4	11
सिक्किम	6	6	6	6
अंडमान एवं निकोबार	8	8	8	8
केरल	18	1	5	2
पंजाब	24	15	9	17
तमिलनाडु	30	30	30	30
झारखंड	9	9	0	9
उत्तर प्रदेश	36	4	0	4
कुल	217	110	90	104

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

अनुबंध 6.9

(पैराग्राफ 6.7.1 के संदर्भ में)

उप केन्द्रों में कर्मचारियों की स्थिति

राज्य	निर्धारित कर्मचारियों के बिना उप केन्द्रों की संख्या					
	दो स.न.मि	प्रतिशत	एक स.न.मि.	प्रतिशत	ब.का.	प्रतिशत
आंध्र प्रदेश	12	17	0	0	35	49
असम	30	52	0	0	52	90
बिहार	50	69	9	13	72	100
छत्तीसगढ़	35	97	1	3	16	44
गुजरात	44	92	4	8	16	33
हरियाणा	24	50	0	0	24	50
हिमाचल प्रदेश	36	100	11	31	2	6
जम्मू एवं कश्मीर	38	84	1	2	13	19
झारखण्ड	16	44	2	6	25	69
कर्नाटक	72	100	10	14	49	89
केरल	30	83	8	22	22	61
मध्य प्रदेश	70	100	11	16	46	66
महाराष्ट्र	55	82	4	6	19	26
मणिपुर	27	100	7	26	19	70
मेघालय	30	100	0	0	0	0
मिजोरम	0	0	0	0	0	0
उड़ीसा	52	87	6	10	43	72
पंजाब	42	88	4	8	17	35
राजस्थान	61	85	14	19	68	94
सिक्किम	12	100	0	0	0	0
तमिलनाडु	60	100	0	0	44	74
त्रिपुरा	8	22	5	14	19	53
उत्तराखण्ड	27	90	3	10	22	73
उत्तर प्रदेश	72	100	8	11	72	100
पश्चिम बंगाल	60	100	2	3	27	45
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	11	70	4	25	15	93
चंडीगढ़	6	75	0	0	8	100
दा. एवं न. हवेली	3	43	2	29	4	57
दमन एवं दीव	5	83	0	0	0	0
लक्षद्वीप	4	100	0	0	4	100
पुडुचेरी	0	0	0	0	22	100
कुल	992	77	116	9	775	60

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबंध 6.10

(पैराग्राफ 6.7.2 के संदर्भ में)

प्रा.स्वा.के. में कर्मचारियों की स्थिति- निर्धारित कर्मचारियों के बिना प्रा.स्वा.के. की संख्या

राज्य	चिकित्सा अधिकारी	प्रतिशत	आयुष चिकित्सक	प्रतिशत	3 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	1 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	नर्स मिडवाइफ	प्रतिशत	लैब तकनीशियन	प्रतिशत	फार्मासिस्ट	प्रतिशत	म.स्वा.आ.	प्रतिशत
आंध्र प्रदेश	0	0	36	100	34	94	7	19	9	25	12	33	4	11	15	42
असम	0	0	18	62	17	59	1	3	आ.उ.न.	आ.उ.न.	3	10	3	10	20	69
बिहार	13	36	33	92	36	100	36	100	आ.उ.न.	आ.उ.न.	33	92	31	86	34	94
छत्तीसगढ़	3	17	17	94	16	89	15	83	7	39	12	67	10	56	18	100
गुजरात	1	4	20	84	24	100	12	50	आ.उ.न.	आ.उ.न.	8	33	7	29	आ.उ.न.	आ.उ.न.
हरियाणा	7	29	24	100	16	67	12	50	आ.उ.न.	आ.उ.न.	10	42	5	21	12	50
हिमाचल प्रदेश	7	39	18	100	18	100	12	67	18	100	12	67	7	39	18	100
जम्मू एवं कश्मीर	6	27	12	55	20	91	3	14	17	77	6	27	0	0	22	100
झारखण्ड	4	17	23	96	19	79	18	75	5	21	15	63	18	75	11	46
कर्नाटक	3	8	24	67	29	64	6	17	आ.उ.न.	आ.उ.न.	8	22	6	17	9	25
केरल	0	0	18	100	16	89	7	39	16	89	17	94	2	11	15	83
मध्य प्रदेश	10	29	35	100	35	100	24	69	आ.उ.न.	आ.उ.न.	23	66	16	46	9	26
महाराष्ट्र	0	0	आ.उ.न.	आ.उ.न.	32	89	23	64	आ.उ.न.	आ.उ.न.	17	47	0	0	0	0
मणिपुर	2	14	2	14	13	93	5	36	4	29	3	21	2	14	14	100
मेघालय	2	9	18	82	22	100	2	9	आ.उ.न.	आ.उ.न.	3	14	2	9	आ.उ.न.	आ.उ.न.
मिजोरम	1	16	6	100	2	33	0	0	आ.उ.न.	आ.उ.न.	4	66	0	0	6	100
उड़ीसा	6	20	29	97	30	100	27	90	18	60	28	93	19	63	30	100
पंजाब	3	13	24	100	20	83	12	50	4	17	14	58	0	0	0	0
राजस्थान	0	0	30	83	36	100	8	22	11	31	20	56	35	97	12	33
सिक्किम	0	0	6	100	6	100	6	100	0	0	3	50	5	83	1	17
तमिलनाडु	0	0	26	87	12	40	12	40	0	0	20	67	0	0	0	0

2009-10 का प्रतिवेदन सं. 8

राज्य	चिकित्सा अधिकारी	प्रतिशत	आयुष चिकित्सक	प्रतिशत	3 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	1 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	नर्स मिडवाइफ	प्रतिशत	लैब तकनीशियन	प्रतिशत	फार्मासिस्ट	प्रतिशत	म.स्वा.आ.	प्रतिशत
त्रिपुरा	0	0	18	100	3	17	0	0	6	33	0	0	1	6	आ.उ.न.	आ.उ.न.
उत्तराखण्ड	3	23	12	92	11	85	9	69	आ.उ.न.	आ.उ.न.	10	77	4	31	4	31
उत्तर प्रदेश	0	0	35	97	36	100	21	58	36	100	18	50	4	11	36	100
पश्चिम बंगाल	0	0	23	77	22	73	6	20	24	80	29	97	8	27	24	80
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	0	0	6	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
दा.एवं ना. हवेली	0	0	1	50	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
दमन एवं दीव	0	0	2	67	1	33	1	33	2	66	0	0	0	0	0	0
लक्षद्वीप	0	0	2	100	2	100	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100
पुडुचेरी	0	0	आ.उ.न.	आ.उ.न.	5	30	0	0	0	0	8	62	2	15	0	0
कुल	71	11	518	86	535	82	285	44	179	46	336	52	191	29	312	53

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से संकलित सूचना)

आ.उ.न.- आंकड़े उपलब्ध नहीं

अवसंरचना का विकास एवं क्षमता निर्माण

अनुबन्ध 6.11
(पैराग्राफ 6.7.3 के संदर्भ में)
सा.स्वा.के. पर विशेषज्ञ डॉक्टरों की स्थिति

राज्य	विशेषज्ञ डॉक्टरों के बिना सा.स्वा.के. की संख्या									
	सामान्य चिकित्सक	प्रतिशत	सामान्य सर्जन	प्रतिशत	प्रासविक एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ	प्रतिशत	बाल रोग चिकित्सक	प्रतिशत	निश्चेतक	प्रतिशत
आंध्र प्रदेश	14	78	14	78	12	67	14	78	17	95
असम	6	43	12	86	10	71	13	93	12	86
बिहार	11	92	9	75	11	92	12	100	12	100
छत्तीसगढ़	8	89	3	33	8	89	7	78	9	100
गुजरात	11	92	10	83	11	92	11	92	12	100
हरियाणा	11	92	11	92	11	92	10	83	10	83
हिमाचल प्रदेश	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100
जम्मू एवं कश्मीर	6	50	9	75	10	83	7	58	9	75
कर्नाटक	12	67	8	44	7	39	8	44	11	61
केरल	7	78	2	22	6	67	8	89	8	89
मध्य प्रदेश	16	89	16	89	15	83	16	89	18	100
महाराष्ट्र	17	94	12	67	12	67	14	78	14	78
मणिपुर	0	0	5	100	5	100	5	100	5	100
मेघालय	11	85	13	100	13	100	13	100	13	100
मिजोरम	0	0	3	100	3	100	3	100	3	100
उड़ीसा	14	93	9	60	4	27	10	67	15	100
पंजाब	8	67	4	33	6	50	5	42	10	83
राजस्थान	4	22	7	39	12	67	16	89	18	100
सिक्किम	0	0	2	67	2	67	2	67	2	67
तमिलनाडु	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100
त्रिपुरा	0	0	3	100	3	100	3	100	3	100
उत्तराखण्ड	8	89	8	89	8	89	4	44	8	89
उत्तर प्रदेश	11	61	14	78	13	72	11	61	14	78
पश्चिम बंगाल	15	100	15	100	11	73	12	80	13	87
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	0	0	4	100	4	100	4	100	4	100
चण्डीगढ़	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
दा. एवं ना. हवेली	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
लक्षद्वीप	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
पुडुचेरी	2	50	4	100	2	50	1	25	4	100
कुल	219	72	224	74	226	74	236	78	272	89

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से एकत्रित सूचना)

अनुबन्ध 6.12
(पैराग्राफ 6.7.3 के संदर्भ में)
सा.स्वा.के. पर कर्मचारियों की स्थिति

राज्य/सं.शा.क्षे.	निर्धारित कर्मचारियों के बिना सा.स्वा.के.											
	9 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	5 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	1 स्टाफ नर्स	प्रतिशत	रेडियोलॉजिस्ट	प्रतिशत	फार्मासि स्ट	प्रतिशत	लेब टेक्नी शियन	प्रतिशत
आंध्र प्रदेश	14	78	6	33	1	6	18	100	1	6	3	17
असम	9	64	1	7	1	7	6	43	1	7	3	21
बिहार	12	100	12	100			7	58	7	58	9	75
छत्तीसगढ़	9	100	8	89	1	11	4	44	3	33	1	11
गुजरात	11	92	1	8	0	0	5	42	4	33	2	17
हरियाणा	5	41	4	34	3	25	6	50	4	33	5	42
हिमाचल प्रदेश	9	100	5	56	0	0	9	100	2	22	0	0
जम्मू एवं कश्मीर	10	83	4	33	1	5	11	92	0	0	2	17
कर्नाटक	11	61	5	28	0	0	10	56	3	17	8	36
केरल	3	33	1	11	0	0	8	89	1	11	1	11
मध्य प्रदेश	18	100	16	89	1	6	6	33	5	28	1	6
महाराष्ट्र	16	89	4	22	1	6	15	83	1	6	3	17
मणिपुर	2	40	2	40	2	40	3	60	1	20	1	20
मेघालय	11	85	7	54	0	0	13	100	0	0	1	8
मिजोरम	3	100	1	33	0	0	1	33	0	0	0	0
उड़ीसा	15	100	11	73	1	7	15	100	2	15	4	27
पंजाब	11	92	5	42	0		12	100	0	0	0	0
राजस्थान	16	89	11	61	0	0	14	78	17	94	3	17
सिक्किम	2	66	0	0	0	0	2	67	2	67	0	0
तमिलनाडु	15	100	12	80	0	0	7	48	0	0	3	20
त्रिपुरा	3	100	0	0	0	0	1	33	0	0	0	0
उत्तराखण्ड	8	89	8	89	1	11	6	67	1	11	5	56
उत्तर प्रदेश	18	100	14	78	1	6	10	56	0	0	4	22
पश्चिम बंगाल	12	80	5	33	0	0	15	100	0	0	1	7
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0
चंडीगढ़	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0
लक्षद्वीप	2	100	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
पुडुचेरी	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
कुल	245	81	145	48	14	5	209	69	55	18	60	20

(स्रोत: स्वास्थ्य केन्द्रों से एकत्रित सूचना)

अनुबन्ध 6.13

(पैराग्राफ 6.10 एवं 6.10.1 के संदर्भ में)

क. मा.सा.स्वा.का. की नियुक्ति: राज्य विशिष्ट मामले

हिमाचल प्रदेश	7750 मा.सा.स्वा.का. की आवश्यकता के प्रति 2393 का चयन किए गए थे किन्तु किसी की भी नियुक्ति नहीं की गई थी। रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. ने मा.सा.स्वा.का. के चयन; औषधि किट की अधिप्राप्ति (निष्क्रिय पड़ी रही), बुकलेट तथा सू.शि.प्र. की प्रिंटिंग पर 31.77 लाख रू. का व्यय किया जो निष्फल रहा। मंत्रालय से मा.सा.स्वा.का. हेतु प्राप्त 3.28 करोड़ रू. रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. में अप्रयुक्त पड़े रहे।
कर्नाटक	2006-07 के दौरान, रा.स्वा.स. ने मंत्रालय से मा.सा.स्वा.का. के चयन, प्रशिक्षण तथा कार्यप्रवृत्त करने हेतु 2.93 करोड़ रू. प्राप्त किए जिसमें से जि.स्वा.स. को 45 लाख रू. जारी किए गए तथा 2.48 करोड़ रू. रा.स्वा.स. के बैंक खाते में पड़े रहे। मा.सा.स्वा.का. को राज्य में चयन नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त 33.62 लाख रू. मा.सा.स्वा.का. हेतु पठन सामग्री/बुकलेट की प्रिंटिंग पर व्यय किए गए जो भण्डार में अप्रयुक्त पड़ी रहीं।
तमिलनाडु	2007-08 में 12,619 मा.सा.स्वा.का. की लक्षित नियुक्ति के प्रति राज्य में कोई मा.सा.स्वा.का. नियुक्त नहीं किया गया। मंत्रालय द्वारा 2007-08 के का.का.मो. राज्य में मा.सा.स्वा.का. की नियुक्ति हेतु 8.34 लाख रू. स्वीकृत किए गए थे।

ख. मा.सा.स्वा.का. की नियुक्ति: रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा में विसंगति

राज्य/सं.शा.क्षे.	लेखापरीक्षा किए गए जिलों में नियुक्त किए गए मा.सा.स्वा.का. की संख्या		रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. के डाटा में अंतर
	रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा	जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा	
आंध्र प्रदेश	14702	12965	1737
असम	5324	6009	-685
बिहार	11034	11231	-197
गुजरात	2040	1228	812
हरियाणा	2404	2355	49
केरल	1940	1720	220
मध्य प्रदेश	5774	6034	-260
मिजोरम	401	420	-19
पंजाब	3330	3396	-66
राजस्थान	8452	8023	429
उत्तर प्रदेश	11151	11473	-322
दिल्ली	1190	1208	-18

ग. मा.सा.स्वा.का. का प्रशिक्षण- रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा में विसंगति

राज्य/सं.शा.क्षे.	मॉड्यूल	लेखापरीक्षा किए गए जिलों में नियुक्त किए गए मा.सा.स्वा.का. की संख्या		रा.स्वा.स. तथा जि.स्वा.स. के डाटा में अंतर
		रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा	जि.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा	
असम	1 & 2	5324	4881	443
	3	5324	4340	984
	4	5234	955	4279
बिहार	1	10024	9907	117
केरल	1	1940	1264	676
	2	1300	657	643
मध्य प्रदेश	1	4990	5687	-697
	2	2672	3889	-1217
	3	2673	3750	-1077
	4	921	2222	-1301
महाराष्ट्र	1	1547	2251	-704
मिजोरम	1 to 4	401	391	10
राजस्थान	1	6596	6325	271
	2	6384	0	6384
उत्तर प्रदेश	1	11037	10845	192
	2	7687	3479	4208
दिल्ली	1	785	779	6

अनुबन्ध 6.14

(पैराग्राफ 6.11 के संदर्भ में)

चल चिकित्सा ईकाइयां: राज्य विशिष्ट मामले

कर्नाटक	सितम्बर 2006 में रा.स्वा.स.कर्नाटक ने मंत्रालय से 26 च.चि.ई. 2006-07 हेतु स्वीकृत का.का.यो. के अनुसरण में प्रत्येक में एक चिकित्सीय रूप से सुसज्जित वाहन तथा चिकित्सा स्टाफ को ले जाने के लिए एक यात्री वाहन था, हेतु 11.37 करोड़ रू प्राप्त किए। रा.स्वा.स. ने संपूर्ण राशि को सावधि जमा में रखा। रा.स्वा.स. ने दिसम्बर 2007 में च.चि.ई. हेतु 1.47 करोड़ रू के यात्री वाहनों का क्रय किया तथा 9.87 करोड़ रू सा.ज. में पड़े रहे। रा.स्वा.स. ने बताया कि मिशन निदेशक ने अब च.चि.ई. सेवाओं को बाहर से प्राप्त करने का निर्णय लिया है। यह रा.स्वा.स. द्वारा खराब योजना को दर्शाता है जिसका परिणाम 1.47 करोड़ रू के निष्फल व्यय में हुआ।
तमिलनाडु	का.का.यो. के अनुसार 30 जिलों हेतु पूर्णतया सुसज्जित च.चि.ई. के बजाए 2007-08 के दौरान च.चि.ई. हेतु निर्धारित आवश्यक औषधियों/उपकरणों के बिना 6 करोड़ रू की लागत की 100 एम्बुलेंसों का क्रय किया गया।
बिहार	सितम्बर 2006 में च.चि.ई. सेवा को एक निजी अभिकरण से लिया गया था जिसने शुरू में चार जिलों में चल चिकित्सालय आरम्भ किए। च.चि.ई. जून 2006 से दिसम्बर 2006 के दौरान उन जिलों में प्रचालन में नहीं। रा.स्वा.स. ने मार्च 2007 में असंतोषजनक सेवा प्रदान करने के कारण संविदा को समाप्त कर दिया।
मणिपुर	च.चि.ई. की अधिप्राप्ति की गई थी किन्तु तकनीकी जानकारी तथा विशेषज्ञ डाक्टरों के अभाव में अक्टूबर 2008 तक अप्रयुक्त पड़ी रहीं।
त्रिपुरा	च.चि.ई. की अधिप्राप्ति की गई थी किन्तु अप्रयुक्त पड़ी रहीं। मई 2008 में रूचि की अभिव्यक्ति च.चि.ई. को प्रचालित करने में रूचि रखने वाले गै.स.सं./घर्मार्थ संगठनों को आमंत्रित करने हेतु जारी की गई थी।
आंध्र प्रदेश	च.चि.ई. दिशानिर्देशों के अनुसार सुसज्जित नहीं थी तथा र.द. उपकरण, ई.सी.जी. मशीन, लैब उपकरण आदि च.चि.ई. में मौजूद नहीं थे। परिणाम ये सेवा की निर्धारित पूर्ण श्रेणी को प्रदान नहीं कर रही थी।

औषधि एवं उपकरण की अधिप्राप्ति तथा आपूर्ति

अनुबन्ध 7.1

(पैराग्राफ 7.4.3 के संदर्भ में)

अत्यधिक तथा निष्फल क्रय के मामले: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(लाख रु. में)

राज्य	लेखापरीक्षा निष्कर्ष	राशि
महाराष्ट्र	i) संविदा की शर्तों एवं अनुबंधनों के अनुसार, 100 प्रतिशत भुगतान सभी परेषितियों से निर्धारित प्रोफार्मा में प्राप्ति एवं स्वीकृति प्रमाणपत्र के प्रस्तुत करने पर ही किया जाना था। तथापि परेषितियों से औषधियों की सुपुर्दगी प्रमाणपत्र की प्राप्ति के बिना आपूर्तिकर्ताओं को भुगतान किया गया था।	188.08
	ii) राज्य परिवार कल्याण ब्यूरो (रा.प.क.ब्यू.) महाराष्ट्र, पुणे द्वारा बिना आवश्यकता के औषधियों की अधिप्राप्ति एवं संवितरण किया गया।	63.72
	iii) परेषितियों से अंतिम संस्थापना की प्राप्ति के बिना आपूर्तिकर्ताओं को 14.49 लाख रु. का अनियमित भुगतान।	14.49
बिहार	i) पल्स पोलियो टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत भा.स. के 600 अंकन प्रति पैन के प्रति केवल 300 अंकन क्षमता रखने वाले 1452133 इंडेलिबल इन्क मार्कर पैनों का क्रय किया गया था। तथापि, केवल 473921 पैन (जिसमें 10 प्रतिशत अतिरिक्त शामिल हैं) टीकाकृत किए गए बच्चों (1: 600 पैन तथा बच्चों का अनुपात) के लिए अपेक्षित थे। इसका परिणाम 978212 अधिक पैनों के क्रय करने में हुआ।	128.00
	ii) पूर्वी चम्पारण जिले में मार्च 2006 में 800 प्लास्टिक कुर्सियां क्रय पद्धति तथा उत्तम गुणवत्ता को सुनिश्चित किए बिना क्रय की गई थी।	2.15
असम	i) 2006-07 के दौरान औषधियों की अधिप्राप्ति की गई थी यद्यपि वह किसी किट के घटक के रूप में अपेक्षित नहीं थी।	19.94
	ii) किट तैयार करने हेतु अपेक्षित से अधिक मात्रा में दवाएं एवं औषधियों की अधिप्राप्ति की गई थी जिसके परिणामस्वरूप अधिक व्यय हुआ।	8.34
	iii) केन्द्रीय बिक्री कर का परिहार्य भुगतान किया गया क्योंकि औषधियां सीधे निर्माणकर्ता से नहीं खरीदी गई थी।	36.16
	iv) निरोधों की आवश्यकता से अधिक अधिप्राप्ति का परिणाम अतिरिक्त व्यय में हुआ।	19.06
	v) राष्ट्रीय खेल-गांव, गुवाहाटी में 5000 बिस्तारों की अधिप्राप्ति की गई तथा उन्हें जोड़ा गया था जिसमें से जिला स्तर पर विभिन्न केन्द्रों पर 4265 बिस्तारे अंतिम रूप से संवितरित किए गए थे। शेष 735 बिस्तारों का कोई जानकारी नहीं थी।	52.94
	vi) आर्युष किटें डाक्टरों की वास्तविक संख्या के स्थान पर स्वीकृत संख्या बल के आधार पर आपूर्ति की गई थी जिसका परिणाम अधिक अधिप्राप्ति में हुआ।	101.00
उत्तराखण्ड	ii) टी.एफ.टी. मानीटरों के साथ उच्च लागत पर 33 कम्प्यूटरों का क्रय (स्वीकृत 40 के स्थान पर) किया गया था। जिसका परिणाम 7 प्रा.स्वा.के./सा.स्वा.के. के कम्प्यूटरीकृत सुविधा से वंचित रहने में हुआ।	2.50
	दमन एवं दीव	आवश्यकता से अधिक औषधि अधिप्राप्ति का परिणाम अतिरिक्त व्यय में हुआ।
कर्नाटक	12 लाख टीकाकरण कार्डों के आपूर्ति आदेश के प्रति, फर्म ने केवल 11.45 लाख कार्डों की आपूर्ति की, जबकि विभाग ने समग्र 12 लाख कार्डों के लिए भुगतान किया। इस प्रकार, मांग की गई मद की कम आपूर्ति के परिणामस्वरूप अधिक भुगतान हुआ।	3.56
मध्य प्रदेश	मा.सा.स्वा.का. किटों की आवश्यकता से अधिक अधिप्राप्ति की गई थी जिसका परिणाम अतिरिक्त व्यय में हुआ।	73.49
छत्तीसगढ़	i) अक्टूबर 2005 में एकल स्वीकृत आदेश के प्रति स्वीकृत मात्रा की दुगुनी की अधिप्राप्ति की गई जिसका परिणाम अधिक अधिप्राप्ति में हुआ।	15.62
	ii) राज्य मलेरिया नियंत्रण समिति द्वारा लैब उपकरणों/उपभोग्य वस्तुओं के क्रय पर वाणिज्यिक कर की कटौती किए बिना प्रतिष्ठान को भुगतान किया जिसका परिणाम अधिक भुगतान में हुआ।	52.13
	iii) अस्पताल हेतु नवजात शिशु देखभाल उपकरण की अधिप्राप्ति को अन्य सा.स्वा.के. पर विचलित कर दिया गया था क्योंकि अस्पताल में जिनमें कोई नवजात शिशु देखभाल ईकाई नहीं थी उनमें इनकी कोई आवश्यकता नहीं थी।	20.51
	कुल	809.10

औषधि एवं उपकरण की अधिप्राप्ति तथा आपूर्ति

अनुबन्ध 7.2

(पैराग्राफ 7.6 के संदर्भ में)

रा.स्वा.स. में अधिप्राप्ति हेतु जारी निधियों का उपयोग

(लाख रु. में)

राज्य	वर्ष	केन्द्रीय सरकार द्वारा अधिप्राप्ति हेतु जारी निधियां	वास्तविक व्यय	अप्रयुक्त (जारी %)	राशि
अं. एवं द्वीपसमूह	नि. 2006-07	38.00	शून्य	38.00 (100)	
आंध्र प्रदेश	2007-08	1538.27	1346.88	191.39 (12.44)	
असम	2005-08	10189.52	9568.37 ⁸	621.15 (6.10)	
अरुणाचल प्रदेश	2005-08	1450.52	1149.90	300.62 (20.72)	
चण्डीगढ़	2005-08	61.19	24.57	36.62 (59.85)	
दा. एवं न. हवेली	2006-07	13.00	7.34	5.66 (43.54)	
दिल्ली	2006-08	375.61	30.81	344.80 (91.80)	
गुजरात	2005-08	2751.90	2160.99	590.91 (21.47)	
हरियाणा	2005-08	757.66	201.26	556.40 (73.44)	
हिमाचल प्रदेश	2006-08	1122.84	969.38	153.46 (13.67)	
झारखंड	2005-08	2015.91	729.63	1286.28 (63.81)	
जम्मू एवं कश्मीर	2005-07	941.45	480.65	460.80 (48.96)	
लक्षद्वीप	2005-06	23.00	5.93	17.07 (74.22)	
मध्य प्रदेश	2005-08	6972.15	5721.46	1250.69 (17.94)	
महाराष्ट्र	2005-08	15847.70	3558.10	12289.60 (77.55)	
मणिपुर	2005-08	785.65	267.11	518.54 (66.00)	
मेघालय	2006-08	666.05	457.38	208.67 (31.33)	
मिजोरम	2005-08	1073.98	754.57	319.41 (29.74)	
उड़ीसा	2005-08	5316.04	2068.72	3247.32 (61.09)	
पुडुचेरी	2006-08	94.17	91.04	3.13 (3.29)	
पंजाब	2005-08	1170.76	208.76	962.00 (82.17)	
राजस्थान	2005-08	8190.15	3757.88	4432.27 (54.12)	
सिक्किम	2005-08	2493.00	94.00	2399.00 (96.23)	
तमिलनाडु	2005-08	12123.16	4961.44	7161.72 ⁹ (59.07)	
त्रिपुरा	2006-08	186.29	80.39	105.90 ¹⁰ (56.85)	
उत्तर प्रदेश	2005-08	20989.00	3541.00	17448.00 (83.13)	
उत्तराखण्ड	2005-08	1141.71	421.35	720.36 (63.09)	
पश्चिम बंगाल	2005-07	2606.00	1292.00	1314.00 (50.42)	

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से समेकित सूचना)

⁸ 2005-06 में औषधियों की अधिप्राप्ति हेतु जारी 10.80 करोड़ रु. का अर्थपूर्ण भाग 2007-08 में की गई आपूर्तियों हेतु प्रयोग किया गया था।

⁹ 5330.44 लाख रु. अधिप्राप्ति करने वाले अभिकरण के पास पड़े हुए थे।

¹⁰ 24.79 लाख रु. मै. तमिलनाडु चिकित्सा सेवा निगम लिमिटेड (त.चि.से.नि.लि.) के पास असमायोजित पड़े हुए थे।

सूचना, शिक्षा एवं संचार

अनुबन्ध 8.1

(पैराग्राफ 8.1.1 के संदर्भ में)

सू.शि.सं. पर व्यय में वित्तीय अनियमितताएं: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

(करोड़ रु. में)

राज्य	लेखापरीक्षा निष्कर्ष	राशि
असम	सू.शि.सं. कार्यकलापों को नियमावली के उल्लंघन में 2007-08 के दौरान बिना प्रतियोगितात्मक लागत को सुनिश्चित किए बिना किसी संविदा/बोली को आमंत्रित किए 68 आपूर्ति आदेशों के माध्यम से 18 निजी अभिकरणों को 1512.04 लाख रु. की लागत पर दिया गया था।	15.12
	रा.स्वा.स. ने असम राज्य परिवहन निगम (अ.रा.प.नि.) के साथ एक वर्ष हेतु 200 बसों पर ज.सु.यो. संदेश को दर्शाने हेतु बिना कोई औपचारिक समझौता किए एक समझौता किया। रा.स्वा.स. ने 2006-07 के दौरान अ.रा.प.नि. को दो किशतों में 24 लाख रु. 12000 रु. प्रति बस के हिसाब से जारी किए। तथापि, अ.रा.प.नि. ने कोई प्रचार नहीं किया तथा एक वर्ष की अवधि समाप्त होने से काफी पहले ही संदेश को बसों पर से हटा दिया था। संदेश पुनः प्रदर्शित करने के परिणामतः एम.डी.रा.ग्रा.स्वा.मि. द्वारा अग्रिम का आधा अर्थात् 12 लाख रु. वापिस किए जाने के आग्रह के बावजूद अगस्त 2008 तक कोई राशि वापिस नहीं की। रा.स्वा.स. नियमावली के उल्लंघन में अग्रिम की पूरी राशि जारी करके अपने वित्तीय अभिलाभ सुरक्षित नहीं कर पाया।	0.24
छत्तीसगढ़	स्वास्थ्य सेवा निदेशालय ने मार्च 2006 में एकवर्णी रूप से 1940 रु. प्रति कार्यक्रम की दर से 3456 लोकनाटक तथा नृत्य नाटकों के कार्यक्रमों हेतु एक निजी अभिकरण को कार्य आदेश दिया जो अनियमित तथा अभिकरण के पक्ष में था क्योंकि ना ही किसी अभिकरण ने कार्यक्रमों हेतु कोई दरें प्रदान की थी और ना ही विभाग ने सम्वाद (राज्य सरकार का एक अभिकरण प्रचार कार्य करता है) से दरें प्राप्त की जो नियमावली के अन्तर्गत अपेक्षित था।	0.67
	2005-06 के दौरान स्वास्थ्य सेवा निदेशालय ने सू.शि.सं. के अन्तर्गत लोकनृत्य कार्यक्रमों को संचालित करने के लिए तीन कलाजाथा समिति को कार्य आदेश जारी किया गया। इन समितियों को ग्राम के सरपंच या सामाजिक कार्यकर्ताओं से प्रमाणपत्र तथा वास्तव में किए गए कार्यक्रम का फोटो निदेशालय को प्रस्तुत करना अपेक्षित था। जिला मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों को उनके जिले के अंतर्गत ग्रामों में कालाजथा कार्यक्रमों को करने के लिए तथा कार्यक्रम के निष्पादन के साक्ष्य के रूप में प्रमाणपत्र प्रदान करने हेतु उत्तरदायी बनाया गया था। नमूना जांच किए गए बिलों में कार्यक्रम संचालित करने के संबंध में कोई प्रमाणपत्र या शो के संचालन के दावे के समर्थन में कोई फोटोग्राफ ना तो निदेशालय और न ही मु.स्वा.चि.अ. द्वारा प्रस्तुत किया गया था। इसके अतिरिक्त, नमूना जांच किए गए दो जिलों के मु.स्वा.चि.अ. ने बताया कि कार्यक्रम निष्पादन से संबंधित अभिलेख राज्य स्तर पर रखे गए थे तथा एक जिले (कांकेर) के मु.स्वा.चि.अ. ने नवम्बर 2008 में बताया कि कोई कार्यक्रम आयोजित नहीं किया गया था यद्यपि कांकेर हेतु कार्य आदेश जिसमें 850 कार्यक्रम तथा 16.49 लाख रु. का भुगतान शामिल था।	4.16
	राज्य स्वास्थ्य समिति ने विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों हेतु 4.03 लाख रु. की लागत पर कम जानी जाने वाली विभिन्न पत्रिकाओं जैसे कि "जन्मीर मंच", "सातवां फलक", "रश्मि प्रवाह", "सुविनेर" तथा "फाईट ओपन" में विज्ञापन दिया तथा उनके प्रसार के संबंध में कोई अभिलेख नहीं था। जून 2008 में रा.स्वा.स. ने बताया कि इन पत्रिकाओं में प्रचार हेतु आदेश उनके सम्पादकों के आग्रह के आधार पर दिया गया था तथा पत्रिकाओं के प्रसार की श्रेणी के बारे में कोई जानकारी नहीं थी।	0.04
कर्नाटक	जुलाई 2007 में सू.शि.सं. गतिविधियों के लिए जारी निधियों में से बैंगलोर में विधायकों हेतु स्वास्थ्य जांच मेले को संचालित करने हेतु व्यय किया गया था जो अनियमित था।	0.11
	सू.शि.सं. निधियों में से विश्व जनसंख्या दिवस पर 1000 आकृतों तथा हैंड बिलों की प्रिंटिंग तथा आपूर्ति पर व्यय किया गया था जो सू.शि.सं. के किसी उद्देश्य को पूरा नहीं करता।	0.02
	दो जिलों में सू.शि.सं. कार्यकलापों पर किए गए व्यय के वाउचर लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं किए गए थे।	0.05
	रा.ग्रा.स्वा.मि. के विज्ञापन, पत्रिकाओं/सुविनेरस/विशेष अंकों जो शहरी प्रसार पर आधारित थे, में दिये गये थे। विभाग ने बताया कि व्यय उच्च प्राधिकारियों के आदेशों के अनुसार किया गया था।	0.02
उत्तर प्रदेश	रा.ग्रा.स्वा.मि. के संदेश या प्रसारण दूरदर्शन तथा आल इंडिया रेडियो पर एक निजी अभिकरण के माध्यम से किया गया था जिसका चयन प्रतियोगितात्मक चयन को सुनिश्चित करने वाली नियमावली का अनुपालन किए बिना एक स्रोत के रूप में किया गया था।	8.02
उत्तराखण्ड	रा.ग्रा.स्वा.मि. का संदेश भोपाल से प्रकाशित मासिक पत्रिका विचार मिमांसा में 1.20 लाख रु. की लागत से प्रकाशित किया गया था। जिसका राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में प्रसार का डाटा उपलब्ध नहीं था।	0.01
मध्य प्रदेश	2006-07 के दौरान रा.स्वा.स. ने सू.शि.सं. ब्यूरो को 889.00 लाख रु. जारी किए। तथापि सू.शि.सं. ब्यूरो ने 697.08 लाख रु. की प्राप्ति को दर्शाया था तथा शेष राशि का समाधान नहीं किया जा सका था।	1.92

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.1

पैराग्राफ 9.3.1 क (i) संदर्भ में
गर्भवती महिला के पंजीकरण एवं एंटी नेटल जांचों की स्थिति

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे का नाम	वर्ष	कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	किसी भी स्वास्थ्य केन्द्र पर पंजीकृत गर्भवती महिला की संख्या	गर्भावस्था के 12 सप्ताहों के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिला की संख्या	गर्भावस्था के 12 सप्ताहों के भीतर पंजीकृत महिला की प्रतिशतता	चार एंटी नेटल जांचों (ए.एन.सी.)	चार ए.एन.सी. प्राप्त की महिला की प्रतिशतता	कोई भी एंटी नेटल जांच प्राप्त न कर रही गर्भवती महिला की संख्या	महिला की प्रतिशतता जिसने कोई भी ए.एन.सी. प्राप्त नहीं की
1.	झारखंड	2006-08	375777	375777	173901	46	77804	21	201876	53.72
2.	मध्य प्रदेश	2005-08	6246000	6246000	2790000	45	2790000	45	1356000	21.71
3.	उड़ीसा	2005-08	2643413	2643413	उ.न.	उ.न.	2352796	89	उ.न.	उ.न.
4.	राजस्थान	2005-08	6150001	5907243	2711253	46	3616654	61	उ.न.	उ.न.
5.	उत्तर प्रदेश	2005-08	19356000	16047000	16047000	100	8743000	54	500000	3.12
6.	उत्तराखण्ड	2005-08	633506	633506	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
7.	छत्तीसगढ़	2005-08	1991851	1991851	उ.न.		1634079	82	उ.न.	उ.न.
8.	असम	2005-08	2234710	1910244	1910244	100	1080270	57	324466	16.99
9.	जम्मू एवं कश्मीर	2005-08	1128696	1102246	1102246	100	420070	38	उ.न.	उ.न.
10.	मणिपुर ¹¹	2005-08	8609	2361	554	23	554	23	0	उ.न.
11.	मेघालय	2005-08	उ.न.	237263	उ.न.		100310	42	136953	57.72
12.	मिजोरम	2006-08	उ.न.	14583	5028	34	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
13.	हिमाचल प्रदेश	2005-08	उ.न.	465499	465499	100	351342	75		उ.न.
14.	सिक्किम	2005-08	30828	17885	11598	65	11598	65	उपलब्ध नहीं	उ.न.

¹¹ केवल एक राज्य हेतु

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे का नाम	वर्ष	कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	किसी भी स्वास्थ्य केन्द्र पर पंजीकृत गर्भवती महिला की संख्या	गर्भावस्था के 12 सप्ताहों के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिला की संख्या	गर्भावस्था के 12 सप्ताहों के भीतर पंजीकृत महिला की प्रतिशतता	चार एंटी नेटल जांचों (ए.एन.सी.)	चार ए.एन.सी. प्राप्त की महिला की प्रतिशतता	कोई भी एंटी नेटल जांच प्राप्त न कर रही गर्भवती महिला की संख्या	महिला की प्रतिशतता जिसने कोई भी ए.एन.सी. प्राप्त नहीं की
15.	अरुणाचल प्रदेश	2005-08	उ.न.	57566	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
16	त्रिपुरा	2005-08		196502	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
17	अंडमान एवं निकोबार	2005-08	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
18.	आंध्र प्रदेश	2005-08	उ.न.	5489329	4394767	80	5077078	92	412250	7.51
19.	चण्डीगढ़	2005-08	95806	92201	92201	100	65007	71		उ.न.
20.	दादर एवं नागर हवेली	2005-08	उ.न.	17558	5185	30	12150	69	उ.न.	
21.	गुजरात	2005-08	4092566	4126910	2186737	53	उ.न.	उ.न.	1564077	37.90
22.	हरियाणा	2005-08	1696055	1696055	1696055	100	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.
23.	केरल	2005-08	1887878	1852581	1852581	100	1383435	75	35297	1.91
24.	लक्षद्वीप	2005-08	1102	1102	1051	95	1102	100	शून्य	उ.न.
25.	महाराष्ट्र	2005-08	6691569	6691569	6021548	90	6691569	100	उ.न.	उ.न.
26.	पुडुचेरी	2005-08	134476	134476	134476	100	134476	100	0	उ.न.
27.	पंजाब	2005-08	1508107	1508107	उ.न.	उ.न.	1296985	86	शून्य	उ.न.
28.	पश्चिम बंगाल	2005-08	4967304	4967304	उ.न.	उ.न.	3123726	63	शून्य	उ.न.

(स्रोत: आंकड़े राज्य लेखापरीक्षा प्रतिवेदनों से)

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.2

(पैराग्राफ 9.3.1 क (ii) के संदर्भ में)

आई.एफ.ए. गोलियों का प्रबन्धन

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	वर्ष	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने 100 दिनों तक आई.एफ.ए. प्राप्त किए	गर्भवती पंजीकृत महिलाओं की प्रतिशतता जिन्होंने आई.एफ.ए. टेबलेट प्राप्त की	राज्यों के नाम/सं.शा.क्षे.	वर्ष	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने 100 दिनों तक आई.एफ.ए. प्राप्त किए	गर्भवती पंजीकृत महिलाओं की प्रतिशतता जिन्होंने आई.एफ.ए. टेबलेट प्राप्त की
आंध्र प्रदेश	2005-06	1,838,140	99.51	राजस्थान	2005-06	2,172,998	111.44
	2006-07	1,561,118	84.60		2006-07	1,952,280	100.63
	2007-08	1,439,431	80.11		2007-08	1,787,436	88.61
गुजरात	2005-06	982,548	70.64	सिक्किम	2005-06	3,596	56.96
	2006-07	980,797	71.83		2006-07	2,642	47.73
	2007-08	902,973	65.88		2007-08	2,404	39.82
हिमाचल प्रदेश	2005-06	147,593	93.13	उत्तर प्रदेश	2005-06	5,249,000	98.52
	2006-07	97,711	63		2006-07	2,014,000	37.60
	2007-08	112,619	74.13		2007-08	1,480,000	27.60
जम्मू एवं कश्मीर	2005-06	192,701	63.16	उत्तराखण्ड	2005-06	191,456	85.69
	2006-07	177,323	44.83		2006-07	87,489	38.68
	2007-08	163,373	40.69		2007-08	57,262	31.14
झारखंड	2005-06	उ.न.	उ.न.	पश्चिम बंगाल	2005-06	1,481,520	97.98
	2006-07	45,793	36.96		2006-07	1,120,597	71.26
	2007-08	80,066	31.79		2007-08	1,384,850	73.56
केरल	2005-06	562,603	84.37	हरियाणा	2005-06	737,184	134.65
	2006-07	340,988	55.94		2006-07	517,517	86.55
	2007-08	451,487	78.35		2007-08	607,568	110.34
महाराष्ट्र	2005-06	1,322,687	59.16	मध्य प्रदेश	2005-06	2,052,000	98.89
	2006-07	705,680	31.65		2006-07	1,693,000	82.38
	2007-08	1,007,441	45.25		2007-08	1,977,000	93.43
पुडुचेरी	2005-06	18,165	44.19	छत्तीसगढ़	2005-06	674,427	100.24
	2006-07	15,271	33.83		2006-07	444,045	65.71
	2007-08	16,833	34.90		2007-08	557,894	85.67
पंजाब	2005-06	597,534	112.12	(स्रोत: रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा)			
	2006-07	223,675	43.88				
	2007-08	25,041	5.38				

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.3

पैराग्राफ 9.3.1 ब (i) के संदर्भ में

ज.सु.यो. के अंतर्गत संस्थागत प्रसवों हेतु लक्ष्य तथा उपलब्धियाँ

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	वर्ष	लक्ष्य	उपलब्धि	कमी प्रतिशतता (उपलब्धियाँ)
1.	आंध्र प्रदेश	2005-08	4,516,000	3,865,000	14
2.	असम	2005-08	670,414	663,429	1
3.	चंडीगढ़	2005-08	उ.न.	50,207	-
4.	दादर एवं नागर हवेली	2005-08	उ.न.	5,445	-
5.	गुजरात	2005-08	3,575,000	2,486,000	30
6.	हिमाचल प्रदेश	2005-08	उ.न.	163,936	-
7.	जम्मू एवं कश्मीर	2005-08	429,188	349,977	18
8.	झारखण्ड	2006-08	375,777	151,317	60
9.	महाराष्ट्र	2005-08	4,911,563	3,451,231	30
10.	मिजोरम	2005-08	उ.न.	46,029	-
11.	पुडुचेरी	2005-08	उ.न.	72,000	-
12.	पंजाब	2005-08	1,554,950	299,544	81
13.	राजस्थान	2005-07	3,690,556	3,690,556	0
14.	सिक्किम	2005-08	उ.न.	16,655	-
15.	उत्तर प्रदेश	2005-08	5,794,000	5,204,000	10
16.	उत्तराखण्ड	2005-08	698,425	150,652	78
17.	पश्चिम बंगाल	2005-08	उ.न.	2,113,315	-
18.	हरियाणा	2005-08	848,027	629,465	26
19.	मध्य प्रदेश	2005-08	1,365,516	1,571,933	(15.12)
20.	अरुणाचल प्रदेश	2005-08	उ.न.	25,913	
21.	त्रिपुरा	2005-08	119,782	95,704	20

(स्रोत: रा.स्वा.स. अभिलेखों से संकलित सूचना)

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.4

पैराग्राफ 9.3.1 (ख. iii) के संदर्भ में

ज.सु.यो. के अंतर्गत प्रोत्साहन के भुगतान में अनियमितताएं: राज्य विशिष्ट लेखापरीक्षा निष्कर्ष

बिहार	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2005-08 के दौरान 1,00,92 लाभार्थियों को प्रदत्त 13.75 करोड़ रु के नकद प्रोत्साहन में से 62685 लाभार्थियों को 8.72 करोड़ का भुगतान 10 से 357 दिवसों के विलम्ब के उपरान्त किया गया था। ▪ लेखापरीक्षा किए गए जिलों में 2005-08 के दौरान निधियों के उपलब्ध न होने के कारण स्वास्थ्य ईकाइयों में 32,575 लाभार्थियों को उनके ठहरने के दौरान भुगतान नहीं किया गया था। ये लाभार्थी बाद में भुगतान प्राप्त करने हेतु लौट कर नहीं आए। ▪ स्वास्थ्य ईकाइयों में परिवहन लागत के भुगतान के समर्थन में वाउचर उपलब्ध नहीं थे। ▪ 2006-08 के दौरान लाभार्थियों को किए गए भुगतान के समर्थन में प्रा.स्वा. के बरहारा में, रोकड़-बही, ज.सु.यो. भुगतान पंजिका, वाउचर आदि जैसे अभिलेख अनुरक्षित नहीं किए गए थे।
उत्तर प्रदेश	निधियों की उपलब्धता के बावजूद, 2005-06 के दौरान 1,48,241 लाभार्थियों में से किसी को भी नकद प्रोत्साहन नहीं दिया गया था तथा 2006-07 में लेखापरीक्षित जिलों में 1,37,494 लाभार्थियों में से केवल 8,726 (6.27 प्रतिशत) को ही नकद प्रोत्साहन का भुगतान किया गया था।
पंजाब	190 मामलों में, 2006-07 तथा 2007-08 में 30 से 210 दिनों के बीच की अवधि हेतु वितरण की अग्रिम में 0.95 लाख रु का भुगतान किया गया था।
छत्तीसगढ़	रायगढ़ में जिला अस्पताल तथा धरमजयगढ़ में सिविल अस्पताल में ग्रामीण क्षेत्र के 284 लाभभोगियों को 1400 रु के स्थान पर 1000 रु की दर पर 1.13 लाख रु के प्रोत्साहन दिए गए थे।
असम	गुवाहाटी मेडिकल कालेज तथा अस्पताल में, 4,64 मामलों में, शहरी क्षेत्रों में 1,200 रु की स्वीकार्य दर के प्रति जि.स्वा.स., कामरूम (महानगर) द्वारा 1,500 रु की उच्च दर पर नकद प्रोत्साहन का भुगतान किया गया था (2007-08 की अवधि के दौरान)
मध्य प्रदेश	2840 मामलों में लाभभोगियों को वितरण के 7 दिनों के पश्चात 33.34 लाख रु का भुगतान किया गया था।
आंध्र प्रदेश	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1,474 लाभभोगियों को 13.80 लाख रु अदा करने में 5 महीनों का विलम्ब था। ▪ शहरी क्षेत्रों में सुविधा का विस्तार करने की तिथि से पूर्व 38,065 शहरी महिलाओं को 700 रु प्रति वितरण की दर से नकद प्रोत्साहन के 2.66 करोड़ रु का अनियमित भुगतान किया गया था। ▪ 2,56,010 शहरी लाभभोगियों को शहरी क्षेत्रों हेतु नियत 600 रु के स्थान पर 700 रु की उच्च दर पर प्रोत्साहन अदा किए गए थे जिसका परिणाम 2006-08 के दौरान 2.56 करोड़ रु के अधिक भुगतान में हुआ।
अरुणाचल प्रदेश	दो नमूना जांच किए गए जिलों में लाभभोगियों को किए 4.47 लाख रु के भुगतान हेतु वास्तविक अदा प्राप्ति (व.अ.प्र.) लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं की गई थी।
चण्डीगढ़	ज.सु.यो. के अंतर्गत लाभ को आवश्यक दस्तावेज अर्थात क.रे.नी. का प्रमाणपत्र/आवास स्थान का प्रमाण आदि को प्राप्त किए बिना अनुमत किया गया था।
मध्य प्रदेश	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ज.सु.यो. के अंतर्गत 35 मामलों में स्योनि जिले के लाखनडांव सा.स्वा.के. में 0.58 लाख रु के भुगतान संदेहास्पद थे क्योंकि उन्हीं अ.रो.वि. संख्याओं के प्रति भुगतान रजिस्टर तथा अ.रो.वि. रजिस्टर में अलग रोगियों के नाम थे। ▪ ज.सु.यो. के अंतर्गत नकद प्रोत्साहन पर व्यय 2006-07 में 49.60 करोड़ रु से 2007-08 में 194.31 करोड़ रु तक बढ़ा तथा सांस्थानिक वितरणों हेतु लाभभोगियों 3.97 लाख से 11.06 लाख तक बढ़े जबकि रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त अं.रो.वि. के आंकड़ों के अनुसार 2007-08 में 48 जिलों में से 37 में अंतरोगियों की संख्या 2.60 लाख थी।
महाराष्ट्र	जि.स्वा.के. नासिक में, ज.सु.यो. के लाभभोगियों के बीमा हेतु नवम्बर 2007 में 3.82 लाख रु का अनियमित व्यय किया गया था।

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबंध 9.5

(पैराग्राफ 9.3.1 (ख-iv) के संदर्भ में)

क- ज.सु.यो. के अंतर्गत मंत्रालय को बताए व्यय में विचलन

(करोड़ रु में)

राज्य का नाम	वि.प्र.रि. में बताया गया व्यय	प्रगति रिपोर्ट में बताया गया लाभ	राज्य का नाम	वि.प्र.रि. में बताया गया व्यय	प्रगति रिपोर्ट में बताया गया लाभ
बिहार	0.00	126.03	मिजोरम	0.91	0.85
छत्तीसगढ़	10.20	16.50	गुजरात	9.55	9.82
उत्तर प्रदेश	118.56	113.06	कर्नाटक	18.28	21.70
अरुणाचल प्रदेश	0.45	0.49	पश्चिम बंगाल	27.15	33.74

ख- डाटा में अस्थिरता

मंत्रालय	<ul style="list-style-type: none"> मंत्रालय के पास उपलब्ध डाटा के अनुसार, आंध्र प्रदेश, बिहार तथा चण्डीगढ़ में आवासीय वितरणों की संख्या “शून्य” थीं जबकि लेखापरीक्षा किए गए जिलों में जि.स्वा.स. के अभिलेखों के अनुसार 2005-08 के दौरान क्रमशः 1,81,748, 10,193 तथा 11,079 आवासीय वितरण इंगित किए गए थे। मंत्रालय ने ज.सु.यो. के अंतर्गत लेखापरीक्षा को लाभभोगियों की संख्या पर डाटा के दो विभिन्न सैट प्रदान किए। दिसम्बर 2007 तक तिमाही रिपोर्ट के अनुसार, आवासीय वितरणों के लाभभोगियों की संख्या 15.95 लाख थी जो पूर्ण वर्ष हेतु लेखापरीक्षा को प्रदान किए गए डाटा के अनुसार वर्ष की समाप्ति तक 11.30 लाख तक कम हो गए। इस प्रकार, मंत्रालय को बताया गया या तो त्रैमासिक या फिर वार्षिक डाटा सही नहीं था। 			
झारखण्ड	2006-07 तथा 2007-08 के दौरान, रा.स्वा.स. द्वारा प्रदत्त डाटा के अनुसार राज्य में लक्षित सांस्थानिक वितरण 1,23,910 तथा 2,51,867 थे जिसमें से कुल सांस्थानिक वितरण क्रमशः 68,900 तथा 82,417 थे परंतु दो वर्षों के दौरान 1,23,910 तथा 2,51,867 महिलाओं को नकद प्रोत्साहन अदा किए गए थे। तथापि लेखापरीक्षा किए जिलों में, इंगित 1,26,565 आवासीय वितरणों तथा 50,900 सांस्थानिक वितरणों के प्रति केवल 7,800 लाभभोगियों को प्रोत्साहन का नकद भुगतान किया गया था।			
बिहार	लेखापरीक्षा किए जिलों में सांस्थानिक वितरणों की संख्या तथा लाभभोगियों को किए गए भुगतानों में पाई गई अस्थिरता नीचे दिए गए के अनुसार थीं:			
	वर्ष	सांस्थानिक वितरणों की सं.	प्रोत्साहन अदा किए लाभभोगी की सं.	
		जि.स्वा.स. के अनुसार	जि.स्वा.स. के अनुसार	स्वास्थ्य इकाइयों के अभिलेखों के अनुसार
		स्वास्थ्य इकाइयों के अभिलेखों के अनुसार		स्वास्थ्य इकाइयों के अभिलेखों के अनुसार
	2005-06	856	2344	शून्य
	2006-07	24079	17079	13590
	2007-08	157277	113344	137891
	कुल	182212	132767	151481
				100192

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबंध 9.6

(पैराग्राफ 9.3.1 (ग) के संदर्भ में)

प्रसव उपरान्त देखभाल हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने वाली महिलाओं की प्रतिशतता

वर्ष	राज्य का नाम	प्रसव उपरान्त देखभाल हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने वाली महिलाओं की प्रतिशतता	राज्य का नाम	प्रसव उपरान्त देखभाल हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने वाली महिलाओं की प्रतिशतता	राज्य का नाम	प्रसव उपरान्त देखभाल हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने वाली महिलाओं की प्रतिशतता
2005-06	हरियाणा	67	महाराष्ट्र	78.16	झारखण्ड	44
2006-07		76		79.92		45
2007-08		77		68.90		41
2005-06	दादर एवं	65	उड़ीसा	57	पश्चिम बंगाल	57.59
2006-07	नागर	59		57		64.79
2007-08	हवेली	79		45		59.40
2005-06	राजस्थान	40	मिजोरम	87	कर्नाटक	27
2006-07		28		91		25
2007-08		29		89		18
2005-06	गुजरात	70	पुडुचेरी	39	केरल	76.22
2006-07		58		71		59.23
2007-08		66		91		उ.न.
2005-06	हिमाचल	37	सिक्किम	उ.न.	जम्मू एवं कश्मीर	3.20
2006-07	प्रदेश	38		0.2		6.82
2007-08		43		4.9		9.24

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.7

पैराग्राफ 9.3.2 के संदर्भ में

क- 2005-08 के दौरान बंध्यकरण के अंतर्गत लक्ष्य एवं उपलब्धियों की स्थिति

राज्य का नाम	लक्ष्य	उपलब्धियाँ	% कमी
बिहार	906347	581539	36
गुजरात	1022794	857947	16
आंध्र प्रदेश	800000	711748	11
पश्चिम बंगाल	1027532	622700	39
मध्य प्रदेश	1749000	1192503	32
उत्तर प्रदेश	2910000	1352200	54
हरियाणा	311800	259409	17
सिक्किम	5580	4864	13
झारखण्ड	465699	311430	33
उड़ीसा	528218	382918	27
त्रिपुरा	51563	19595	62

ख- 2005-08 के दौरान पुरुष नसबंदी में निष्पादन

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	पुरुष नसबंदी की प्रतिशतता	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	पुरुष नसबंदी की प्रतिशतता
राज्य जहाँ पुरुष नसबंदी की प्रतिशतता 1 से कम थी			
अरुणाचल प्रदेश	0.53	मिजोरम	0.03
बिहार	1 से कम	पुडुचेरी	0.18
दादरा एवं नगर हवेली	0.18	तमिलनाडु	0.2 – 0.4
कर्नाटक	0.14	त्रिपुरा	0.19
लक्षद्वीप	0	उत्तर प्रदेश	0.68
राज्य जहाँ पुरुष नसबंदी की प्रतिशतता 1 से 9 के बीच थी			
अंडमान एवं निकोबार	1	झारखंड	9
असम	9.16	केरल	1
आंध्र प्रदेश	3.53 – 3.83	महाराष्ट्र	3.23
छत्तीसगढ़	6	मध्य प्रदेश	6.12
चंडीगढ़	1.20-1.71	उड़ीसा	1.25
दिल्ली	9	राजस्थान	4
गुजरात	2.70	उत्तराखण्ड	5
जम्मू एवं कश्मीर	4.2	पश्चिम बंगाल	3.75

ग- लैप्रोस्कोपी में निष्पादन

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	लैप्रोस्कोपी की प्रतिशतता	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	लैप्रोस्कोपी की प्रतिशतता
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	26	केरल	12
आंध्र प्रदेश	11.75	महाराष्ट्र	23.67
असम	96	मणिपुर	85.07
बिहार	0	मध्य प्रदेश	84
चंडीगढ़	64.28	उड़ीसा	22.03
छत्तीसगढ़	18	पुडुचेरी	1.36
दा. एवं न. हवेली	72	पंजाब	47.42
गुजरात	52	राजस्थान	82
जम्मू एवं कश्मीर	63	तमिलनाडु	11-12
झारखण्ड	1.58	त्रिपुरा	39
हरियाणा	27	उत्तराखण्ड	66
हिमाचल प्रदेश	87	उत्तर प्रदेश	87
कर्नाटक	20	पश्चिम बंगाल	18

घ- विफल बंध्यकरण के मामले

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	बंध्यकरणों की कुल संख्या	विफलता के मामले	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	बंध्यकरणों की कुल संख्या	विफलता के मामले
उत्तर प्रदेश	1,828,000	373	उत्तराखण्ड	166,844	15
छत्तीसगढ़	411,429	41	हिमाचल प्रदेश	85,308	65
तमिलनाडु	1,089,820	1,113	पुडुचेरी	30,999	113
पंजाब	305,257	69	दिल्ली	92,288	52
राजस्थान	940,425	1,012	महाराष्ट्र	2,346,742	33
मिजोरम	6,741	21	गुजरात	857,947	13
हरियाणा	221,768	154			

ङ स्पेसिंग पद्धति में प्रयोग

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	विभिन्न स्पेसिंग पद्धतियों के प्रयोग की प्रतिशतता		
	ओरल पिल्स	आई.यू.डी.	निरोध
झारखण्ड	9	1	90
मध्य प्रदेश	23	18	59
उड़ीसा	27	23	50
राजस्थान	37	20	43
उत्तर प्रदेश	37	45	18
उत्तराखण्ड	16	45	39
छत्तीसगढ़	30	34	36
असम (2007-08)	38	35	27
जम्मू एवं कश्मीर	7	1	92
मणिपुर	9	2.8	88.2
मिजोरम	33.17	3.48	63.35
हिमाचल प्रदेश	19	19	62
सिक्किम	63	17	20
अरुणाचल प्रदेश	29	04	67
त्रिपुरा	24	0	76
अंडमान एवं निकोबार	29	17	54
आंध्र प्रदेश	22	25	53
चंडीगढ़	0.90	0.53	98.57
दादर एवं नागर हवेली	25	02	73
गुजरात	14	26	60
हरियाणा	14	25	61
केरल	3.4	0.60	96
लक्षद्वीप	3.25	0.09	96.66
पुडुचेरी	14	26	60
पंजाब	4.51	0.98	94.51
तमिलनाडु	20	55	25
पश्चिम बंगाल	43	6	51

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

अनुबन्ध 9.8
(पैराग्राफ 9.3.3 (क) के संदर्भ में)
शिशु रोगों के मामले

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	वर्ष	शिशु रोगों के मामलों की संख्या				
			नवजात टेटनेस	डिप्थिरिया	टेटनेस	काली खांसी	खसरा
1	असम	2005-06	3	7	3	9	2137
		2006-07	0	0	0	0	1924
		2007-08	10	28	10	6	2650
2	गुजरात	2005-06	3	1	1	0	19
		2006-07	9	51	12	0	36
		2007-08	3	4	1	1	336
3	हरियाणा	2005-06	0	0	0	0	11
		2006-07	0	0	1	0	38
		2007-08	0	0	0	0	16
4	झारखण्ड	2005-06		5	0	0	6
		2006-07	0	6	0	0	13
		2007-08	1	0	0	0	11
5	राजस्थान	2005-06	8	26	23	2	262
		2006-07	5	0	15	0	116
		2007-08	9	40	9	3	284
6	जम्मू एवं कश्मीर	2005-06	0	0	0	0	0
		2006-07	0	0	0	5	74
		2007-08	0	0	0	572	433
7	कर्नाटक	2005-06	3	12	5	0	374
		2006-07	0	7	8	2	477
		2007-08	0	18	3	2	384
8	मध्य प्रदेश	2005-06	15	34	36	250	240
		2006-07	12	16	46	3	309
		2007-08	69	171	103	7	718
9	पंजाब	2005-06	111	0	2	0	0
		2006-07	99	0	0	0	13
		2007-08	297	0	1	0	0
10.	उत्तर प्रदेश	2005-06	6	0	0	0	89
		2006-07	1	0	6	0	112
		2007-08	1	1	3	0	48
11.	मेघालय	2005-06	0	0	0	39	1407
		2006-07	0	0	0	13	981
		2007-08	0	0	0	6	453
12.	सिक्किम	2005-06	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	46
		2006-07	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	247
		2007-08	उ.न.	उ.न.	उ.न.	उ.न.	4
13.	अरुणाचल प्रदेश	2005-06	0	0	0	0	169
		2006-07	0	0	0	0	183
		2007-08	0	0	0	0	91
14.	त्रिपुरा	2005-06	19	0	15	326	404
		2006-07	1	0	9	148	320
		2007-08	1	0	5	125	176
15.	दादर एवं नागर हवेली	2005-06	0	0	0	0	101
		2006-07	0	0	0	0	68
		2007-08	0	0	0	0	26
16.	केरल	2005-06	0	0	0	102	592
		2006-07	0	0	0	34	186
		2007-08	0	2	1	29	437
17.	पुडुचेरी	2005-06	0	2	37	0	231
		2006-07	0	2	9	1	313
		2007-08	0	0	2	0	137

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	वर्ष	शिशु रोगों के मामलों की संख्या				
			नवजात टेटनेस	डिप्थिरिया	टेटनेस	काली खांसी	खसरा
18.	तमिलनाडु	2005-06		0	0	0	1619
		2006-07		2	0	0	1204
		2007-08		1	0	0	1013
19.	पश्चिम बंगाल	2005-06	13	6	38	40	3291
		2006-07	11	3	37	44	3847
		2007-08	6	10	21	3	2909
20.	बिहार	2005-06	0	0	0	24	154
		2006-07	0	2	0	48	0
		2007-08	4	0	0	3	46
21.	उड़ीसा	2005-06	0	0	0	24	7
		2006-07	2	0	0	72	81
		2007-08	90	90	0	37	4
22.	उत्तराखण्ड	2005-06	--	--	--	--	--
		2006-07	--	--	--	--	72
		2007-08	--	--	--	--	--
23.	आंध्र प्रदेश	2005-06	17				
		2006-07	126				
		2007-08	3				
कुल			957	544	462	1980	29321

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.9

पैराग्राफ 9.3.3 (ख) के संदर्भ में
2005-08 के दौरान पाये गये पोलियो के नए मामले

क्र.सं.	राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	पोलियो के नये मामलों की संख्या	पोलियो ड्राप्स दिए गए बच्चों की संख्या		
			लक्ष्य	उपलब्धियाँ	कमी प्रतिशतता (उपलब्धियाँ)
1	बिहार	594	उ.न.	59361078	उ.न.
2	झारखण्ड	2	62684524	62684524	0.00
3	मध्य प्रदेश	3	28494000	33520000	(17.64)
4	उड़ीसा	2	14214696	13644860	4.01
5	राजस्थान	4	124436401	121966358	1.98
6	उत्तर प्रदेश	948	116780000	116780000	0.00
7	उत्तराखण्ड	20	27874582	27541132	1.20
8	छत्तीसगढ़	0	7011390	7029580	(0.26)
9	असम	2	14083345	13626420	3.24
10	मणिपुर	उ.न.	1061569	1015754	4.32
11	मेघालय	0	186135	169927	8.71
12	हिमाचल प्रदेश	1	2213417	2144454	3.12
13	सिक्किम	उ.न.	35865	30260	15.63
14	अरुणाचल प्रदेश	0	183823	333702	(81.53)
15	त्रिपुरा	0	1253260	1250762	0.20
16	अंडमान एवं निकोबार	0	उ.न.	उ.न.	उ.न.
17	आंध्र प्रदेश	0	57409372	59546851	(3.72)
18	चंडीगढ़	1	उ.न.	1538784	उ.न.
19	दिल्ली	12	उ.न.	64162000	
20	दादरा एवं नगर हवेली	0	110372	112434	(1.87)
21	जम्मू एवं कश्मीर	1	7299259	7295762	0.05
22	हरियाणा	26	62718442	62884762	(0.27)
23	केरल	0	8813282	8610411	2.30
24	लक्षद्वीप	0	17920	17953	(0.18)
25	महाराष्ट्र	7	142491191	140473088	1.42
26	पुडुचेरी	0	278296	292913	(5.25)
27	पंजाब	10	50158816	49826519	0.66
28	तमिलनाडु	0	54908456	57562785	(4.83)
29	पश्चिम बंगाल	1	उ.न.	उ.न.	उ.न.
30	गुजरात	6	919,9100	925,45,000	(0.01)

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियाँ

अनुबन्ध 9.10

(पैराग्राफ 9.3.3 (ख) के संदर्भ में)

पल्स पोलियो टीकाकरण में कमियाँ

बिहार	<p>रा.स्वा.स. के अनुसार 2006-07 के दौरान पूर्ण राज्य हेतु 61 पोलियो मामले थे जबकि अकेले छ: नमूना जाँच किए जिलों में नए पोलियो मामले 64 बताए गए थे।</p> <p>भोजपुर जिले में, 2005-08 के दौरान कार्यात्मक उप केन्द्र 303 थे जबकि कोरियर सेवा पर व्यय करते हुए जिले द्वारा उप केन्द्रों की संख्या 308 से 355 तक दर्शाई थी (जुलाई 2007 से मार्च 2008 के दौरान 924 प्रतिरक्षीकरण केन्द्रों हेतु निधियाँ प्रदान की गई थीं)। जबकि, कोरियर सेवा हेतु 46.15 लाख रू की निधियों की आवश्यकता के प्रति 2005-08 के दौरान कार्यात्मक उप केन्द्रों के प्रफुल्लित आंकड़ों पर 62.92 लाख रू प्रा.स्वा.के. को उपलब्ध तथा द्वारा व्यय किया गया था। जि.स्वा.स. में कोई सहायक वाउचर उपलब्ध नहीं थे। इसलिए, 16.77 लाख रू के संदिग्ध दुर्विनियोग का पता नहीं लगाया जा सकता था।</p> <p>भोजपुर जिले में, जुलाई 2006 तक प्रत्येक प्रा.स्वा.के. में केवल एक आउटसोर्स किया जनरेटर उपलब्ध तथा क्रियात्मक था जिसके लिए 2006-08 के दौरान सिविल सर्जन-सह-मु.चि.अ. द्वारा अग्रिम में 42.80 लाख रू का भुगतान किया जा चुका था। इस प्रकार, प्रा.स्वा.के. में कोल्ड चैन प्रणाली का अनुक्षण करने हेतु व्यय किए जाने के लिए किसी अलग निधि की आवश्यकता नहीं थी क्योंकि प्रत्येक प्रा.स्वा.के. के पास औसतन एक आईस लाईन फ्रीज तथा डीप फ्रीजर था। भोजपुर में पेट्रोल, तेल तथा लुब्रिकेन्ट हेत प्रा.स्वा.के. को उपलब्ध कराए गए 27.36 लाख रू को वापस नहीं किया गया था तथा खर्च किए के रू में दर्ज किया था। अतः 27.36 लाख रू की पूर्ण राशि के दुर्विनियोग की आशंका से नकारा नहीं जा सकता।</p> <p>कोल्ड चैन उपकरणों की तीव्र कमी के बावजूद अपेक्षित मात्रा के प्रति आपूर्तियाँ केवल 16 तथा 44 प्रतिशत के बीच क्रमबद्ध थी। 2005-06 के दौरान 25.13 लाख रू की लागत पर मंत्रालय द्वारा आपूर्ति किए गए 7000 टीका वाहक निम्नकोटि के पाए गए थे। इसके अतिरिक्त, थर्मामीटरों की तीव्र कमी थी।</p>																
मिजोरम	<p>मिशन ने बच्चों की संख्या (0-5) का अभिनिर्धारण करने हेतु कोई सर्वेक्षण नहीं किया था। आधारभूत सर्वेक्षण के अभाव में लक्ष्य निर्धारण करने हेतु आधार तदर्थ रहे। तथापि, राज्य की जनसंख्या पर आधारित 2005-06 से 2007-08 के दौरान विभिन्न आयु वर्गों के बच्चों की संख्या निर्धारित लक्ष्य से अधिक थी तथा विभाग द्वारा दावा की गई प्राप्ति सही नहीं थी।</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>वर्ष</th> <th>निर्धारित किए जाने वाले लक्ष्य</th> <th>वास्तव में निर्धारित लक्ष्य</th> <th>कमी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2005-06</td> <td>122683</td> <td>117318</td> <td>5365</td> </tr> <tr> <td>2006-07</td> <td>132272</td> <td>115397</td> <td>16875</td> </tr> <tr> <td>2007-08</td> <td>132775</td> <td>123809</td> <td>8966</td> </tr> </tbody> </table> <p>नवम्बर 2008 में मंत्रालय ने बताया कि कमी को अनुवर्ती चरणों में पूरा कर दिया जाएगा।</p>	वर्ष	निर्धारित किए जाने वाले लक्ष्य	वास्तव में निर्धारित लक्ष्य	कमी	2005-06	122683	117318	5365	2006-07	132272	115397	16875	2007-08	132775	123809	8966
वर्ष	निर्धारित किए जाने वाले लक्ष्य	वास्तव में निर्धारित लक्ष्य	कमी														
2005-06	122683	117318	5365														
2006-07	132272	115397	16875														
2007-08	132775	123809	8966														

अनुबन्ध 9.11

पैराग्राफ 9.3.3 (ग)

विटामिन ए के प्रबंधन हेतु लक्ष्य एवं उपलब्धियाँ

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	लक्ष्य	पहली खुराक	कमी प्रतिशतता	दूसरी खुराक	कमी प्रतिशतता	तीसरी-पाँचवीं खुराक	कमी प्रतिशतता (उपलब्धियाँ)
बिहार	1406193	730374	48.06	552570	60.70	855862	39.14
झारखण्ड	630586	604607	4.12	562300	10.83	1300025	(106.16)
मिजोरम	41945	10771	74.32	11240	73.20	24363	41.92
उड़ीसा	620678	543656	12.41	229819	62.97	1412610	(127.59)
राजस्थान	1524152	968976	36.43	592044	61.16	699948	54.08
उत्तर प्रदेश	1250000	1055000	15.60	687000	45.04	703000	43.76
उत्तराखण्ड	188528	120695	35.98	84423	55.22	121487	35.56
छत्तीसगढ़	365399	362533	0.78	348911	4.51	839824	(129.84)
हिमाचल प्रदेश	50821	48378	4.81	46027	9.43	111740	(119.87)
जम्मू एवं कश्मीर	398773	113759	71.47	34395	91.37	81720	79.51
मेघालय	400122	84828	78.80	62842	84.29	77717	80.58
सिक्किम	35238	20109	42.93	20305	42.38	32180	8.68
चण्डीगढ़	159685	32403	79.71	27473	82.80	36340	77.24
महाराष्ट्र	1646129	981150	40.40	976187	40.70	2126637	(29.19)
गुजरात	544747	351829	35.41	515117	5.44	824670	(51.39)
हरियाणा	890095	271503	69.50	238998	73.15	363248	59.19
कर्नाटक	718380	460818	35.85	410997	42.79	784822	(9.25)
केरल	474529	253856	46.50	213620	54.98	624944	(31.70)
पुडुचेरी	54014	42968	20.45	42211	21.85	74650	(38.20)
पंजाब	1162366	159305	86.29	243773	79.03	270342	76.74
पश्चिम बंगाल	1120485	887770	20.77	857495	23.47	1521063	(35.75)
तमिलनाडु (नमूना)	3243971	2485098	23.39	2109901	34.96	741449	77.14

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

अनुबंध 9.12

पैराग्राफ 9.5.1 के संदर्भ में
मोतियाबिन्द की शल्यचिकित्सा निष्पादन की क्षेत्र-वार स्थिति

राज्य का नाम	साकारी क्षेत्र में मोतियाबिन्द की शल्यचिकित्सा निष्पादन		गै.स.सं. में मोतियाबिन्द की शल्यचिकित्सा निष्पादन		निजी चिकित्सकों एवं अन्य द्वारा मोतियाबिन्द की शल्यचिकित्सा निष्पादन		कुल मोतियाबिन्द शल्यचिकित्सा
	संख्या	प्रतिशतता	संख्या	प्रतिशतता	संख्या	प्रतिशतता	
झारखण्ड	8857	4.92	106401	59.15	64632	35.93	179890
मध्य प्रदेश	194945	21.65	405752	45.07	299647	33.28	900000
उड़ीसा ¹	21111	22.06	63629	66.50	10950	11.44	95690
उत्तर प्रदेश	450000	24.17	697000	37.43	715000	38.40	1856000
उत्तराखण्ड	43960	31.31	60642	43.19	35795	25.50	140397
छत्तीसगढ़	68744	26.51	91821	35.41	98752	38.08	259317
असम	40572	36.39	42617	38.23	28295	25.38	111484
जम्मू एवं कश्मीर	24197	47.70	3242	6.39	23289	45.91	57899
हिमाचल प्रदेश	27514	42.71	29484	45.77	7426	11.52	64424
सिक्किम	1007	89.99	55	4.92	57	5.09	1119
आंध्र प्रदेश	274668	17.47	663618	42.21	633826	40.32	1572112
चण्डीगढ़	10995	52.74	1002	4.81	8850	42.45	20847
दादर एवं नगर हवेली	533		1206		उ.न.		
गुजरात	175226	9.71	639714	35.47	988639	54.82	1803579
हरियाणा	168243	47.62	84573	23.94	100458	28.44	353274
महाराष्ट्र	438249	21.35	441446	21.51	1172709	57.14	2052404
पुडुचेरी	18265	52.86	0	0.00	16289	47.14	34554
तमिलनाडु	201349	13.34	1070171	70.90	237791	15.76	1509311
पश्चिम बंगाल	166820	21.29	364520	46.52	252185	32.19	783525
अरुणाचल प्रदेश	2600	76.45	801	23.55	0		
अं. एवं नि. द्वीपसमूह	1946	100	0	0	0		1946

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

अनुबंध 9.13

पैराग्राफ 9.5.1 के संदर्भ में

क- कैम्पों में मोतियाबिन्द शल्यचिकित्सा

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	निष्पादित की गई मोतियाबिन्द शल्य चिकित्साओं की संख्या		कुल की प्रतिशतता के रूप में कैम्प
	कुल	कैम्पों में	
मध्य प्रदेश	900000	406000	45.11
पुडुचेरी	18265	1593	8.72
लक्षद्वीप	110	1	0.91
कर्नाटक	60038	1046	1.74
हरियाणा	353274	100458	28.44
दादर एवं नागर हवेली	1739	111	6.38
आंध्र प्रदेश	547899	203621	37.16
त्रिपुरा	16906	970	5.74
हिमाचल प्रदेश	64424	14008	21.74
मणिपुर	1642	45	2.74
जम्मू एवं कश्मीर	57899	7171	12.39
असम	111484	42617	38.22
उत्तराखण्ड	140397	60642	43.19
उत्तर प्रदेश	18.56 लाख	11.52 लाख	62.07

ख- मोतियाबिन्द शल्यक्रिया दर

राज्य/सं.शा.क्षे.	मोतियाबिन्द शल्यक्रिया दर			राज्य/सं.शा.क्षे.	मोतियाबिन्द शल्यक्रिया दर		
	2005-06	2006-07	2007-08		2005-06	2006-07	2007-08
झारखण्ड	158	204	232	मध्य प्रदेश	455	482	534
असम	107	148	163	राजस्थान	480	471	560
उड़ीसा	276	242	260	मणिपुर	210	747	685
जम्मू एवं कश्मीर	160	211	200	दा. एवं ना. हवेली	153	61	481
अंडमान एवं निकोबार	172	164	170	हरियाणा	511	535	629
बिहार	200	200	100	उत्तराखण्ड	501	501	650
केरल	287	304	298	महाराष्ट्र	678	707	736
उत्तर प्रदेश	300	307	314	पंजाब	669	640	621
हिमाचल प्रदेश	335	354	370	तमिलनाडु	760	780	760
छत्तीसगढ़	376	394	387	पुडुचेरी	993	1110	1185
पश्चिम बंगाल	335	285	356				

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

ग. राज्य विशिष्ट मामले: संविदा संचालन

उड़ीसा	314 ब्लाक स्तरीय स्वास्थ्य संस्थानों (सा.स्वा.के./ब्लॉक प्रा.स्वा.के.) हेतु 314 ओपथाल्मिक सहायकों की आवश्यकता के प्रति केवल 197 पद स्वीकृत थे तथा मार्च 2008 तक 194 स्थान पर थे। शेष 117 ब्लॉक प्रा.स्वा.के./सा.स्वा.के. में, ओपथाल्मिक देखभाल हेतु सुविधा उपलब्ध नहीं थी। नमूना जाँच किए गए 15 सा.स्वा.के. में से 4 में ओपथाल्मिक देखभाल उपलब्ध नहीं थी। राज्य के 231 सा.स्वा.के. में से किसी में भी नेत्र चिकित्सक का पद उपलब्ध नहीं था।
मणिपुर	स्वास्थ्य केन्द्रों में कोई नेत्र चिकित्सक नियुक्त नहीं था तथा राज्य अस्पताल तथा मेडिकल कालेज से नेत्र चिकित्सक नेत्र कैम्पों में अनुबंधित शल्यक्रिया करते थे।
चण्डीगढ़	गै.स.सं. को अनुबंधित शल्यचिकित्सा हेतु 6.90 लाख रु. की प्रतिपूर्ति की गई थी जबकि शल्यक्रिया सरकारी अवसंरचना का उपयोग करके सरकार चिकित्सकों द्वारा की गई थी और गै.स.सं. ने केवल सू.शि.सं. क्रियाकलाप किए थे।

अनुबन्ध 9.14
पैराग्राफ 9.5.3 के संदर्भ में
क- नेत्र बैंकों का निष्पादन

राज्य	वर्ष	नेत्रों की संख्या						
		आरम्भिक शेष	दान की गई	उपयोग की गई	हस्तांतरित की गई	अयोग्य ठहराई गई	अनुसंधान हेतु प्रयोग की गई	अंत शेष
सरकारी क्षेत्र								
झारखण्ड	2005-08	0	0	0	0	0	0	0
उड़ीसा	2005-08	0	28	28	0	0	0	0
उत्तर प्रदेश	2005-08		186	174	0	0	10	2
असम	2005-08	-	39	34	-	-	-	-
दिल्ली	2005-08		3552	1944	103	804	517	
गुजरात	2005-08		4452	1431			3021	
हरियाणा	2005-08	0	175	145	0	0	30	0
तमिलनाडु	2005-08	--	3752	--	--	--	1660	0
पश्चिम बंगाल	2005-08	0	1802	570	0	1	1231	0
	कुल	0	13986	4326		814	6469	
स्वैच्छिक क्षेत्र								
झारखण्ड	2005-08	0	10	10	0	0	0	0
उड़ीसा	2005-08	0	64	34	0	0	0	0
उत्तर प्रदेश	2005-08	10	654	531	83	15	94	10
असम	2005-08	-	322	145	-	-	-	-
दिल्ली	2005-08		5268	2515	375	1427	1039	
गुजरात	2005-08		14917	4910	9095		912	
हरियाणा	2005-08	0	704	177	345	169	13	0
तमिलनाडु	2005-08	--	20284	--	--	--	10317	शून्य
पश्चिम बंगाल	2005-08	0	2741	1040	0	100	1331	शून्य
	कुल	10	44964	9362		1711	13706	
सरकारी क्षेत्र (राज्य ने केवल सरकारी क्षेत्र के लिए डाटा प्रदत्त किया)								
मध्य प्रदेश	2005-08	उ.न.	834	506	0	0	0	उ.न.
छत्तीसगढ़	2005-08	184	380	285	उ.न.	उ.न.	उ.न.	279
त्रिपुरा	2005-08	0	6	6	0	0	2	0
चंडीगढ़	2005-08		870	624		94	152	
पुडुचेरी	2005-08	0	796	407	0	0	389	0
	कुल	184	2886	1828	0	94	606	
सरकारी एवं स्वैच्छिक क्षेत्र पर एकीकृत डाटा								
राजस्थान	2005-08	0	3335	1753	400	526	445	0
महाराष्ट्र	2005-08	उ.न.	13125	4741	2404	498	4786	उ.न.
	कुल		16460	6494		1024	5231	

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

ख- राज्य विशिष्ट मामले

बिहार	50 दृष्टि केन्द्रों, 2 नेत्र बैंकों, 3 नेत्रदान केन्द्रों एवं 2 बाल चिकित्सा ओपथात्मिक इकाइयों के संस्थापन तथा दान के माध्यम से 1500 नेत्रों के एकत्रण के लक्ष्य के प्रति 2005-08 की अवधि के दौरान शून्य प्राप्ति थी।
उड़ीसा	सरकारी क्षेत्रों में नेत्रदान सुविधा केवल 2007-08 से उपलब्ध कराई गई थी। 500 दान किए गए नेत्रों के एकत्रण के प्रति 2007-08 के दौरान प्राप्ति केवल 92 (सरकारी में 28 तथा स्वैच्छिक क्षेत्र में 64) थी जिसमें से 62 का उपयोग किया गया था।
आंध्र प्रदेश	5000 नेत्र प्रति वर्ष के एकत्रण के लक्ष्य के प्रति 2005-08 के दौरान 9231 (62 प्रतिशत) नेत्रों को एकत्रित किया गया था। स्वैच्छिक क्षेत्रों के निष्पादन के ब्यौरे अनुरक्षित नहीं किए गए थे।

अनुबन्ध 9.15

(पैराग्राफ 9.7.1 के संदर्भ में)

2005-08 के दौरान वा.र.प.द तथा वा.प.घ की स्थिति

राज्य/सं.शा.क्षे. का नाम	वा.र.प.द.			वा.प.घ		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
झारखण्ड	10.08	7.12	6.65	6.84	6.59	6.15
मध्य प्रदेश	13.44	14.16	13.22	1.55	1.40	1.31
उड़ीसा	12.40	12.48	12.24	10.14	9.57	9.20
उत्तर प्रदेश	2.53	2.33	2.02	0.63	0.54	0.47
राजस्थान	12.42	15.32	12.52	0.92	1.76	0.97
उत्तराखण्ड	3.5	3.22	2.51	0.13	0.12	0.10
छत्तीसगढ़	16.51	15.38	14.03	8.01	7.53	5.95
असम	7.92	9.75	8.09	2.34	4.30	3.19
जम्मू एवं कश्मीर	8.37	8.30	7.68	0.05	0.032	0.04
मेघालय	9.4	12.5	13.6	7.2	12.9	14.7
हिमाचल प्रदेश	9.7	9.4	9.1	0.03	0.02	0.02
सिक्किम	6	5	4	0.46	0.61	0.29
अरुणाचल प्रदेश	24.51	26.18	23.16	29.54	37.13	30.36
त्रिपुरा	8.6	9.1	8.3	5.5	6.8	5.3
अंडमान एवं निकोबार	25.62	30.99	33.92	5.26	7.76	9.28
आंध्र प्रदेश	14.2	13.2	12.	0.55	0.47	0.38
चण्डीगढ़	9.6	7.7	8.8	0.4	0.04	0.3
दादर एवं नागर हवेली	17.90	22.39	20.71	4.32	14.41	13.45
गुजरात	19.9	19.6	16.4	3.2	1.6	1.2
हरियाणा	11.32	11.87	11	1.48	2.10	1.36
केरल	6.4	5.62	5.58	0.077	0.062	0.57
कर्नाटक	18.9	16.8	उ.न.	1.2	0.9	उ.न.
महाराष्ट्र	16.6	21.9	13.6	0.5	0.7	0.6
पंजाब	10.5	9.78	10.22	0.072	0.072	0.07
तमिलनाडु	11.85,	9.67	8.72	0.61	0.43	0.34
पुडुचेरी	21.22	18.71	11.73	0.04	0.05	0.06
पश्चिम बंगाल	5.5	6.15	5.63	2.32	1.86	1.06

(स्रोत: रा.स्वा.स. के अभिलेखों से संकलित सूचना)

अनुबन्ध 9.16

(पैराग्राफ 9.7.2 के संदर्भ में)

2005-08 के दौरान वेक्टर जनित रोगों के कारण रूग्णता एवं मृत्यु की स्थिति

राज्य/सं. शा.क्षे.	वर्ष	काला अजर		मलेरिया		फाइलेरिया		जापानी मस्तिष्क शोथ		डेंगू	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
बिहार	2005-06	23383	125	2744	6	6676	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	29711	162	2411	3	8923	शून्य	39	6	शून्य	शून्य
	2007-08	37738	13	1451	शून्य	9094	शून्य	1	शून्य	शून्य	शून्य
झारखण्ड	2005-06	5990	11	193144	55	56590	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	7509	11	193888	22	39100	शून्य	शून्य	शून्य	13	शून्य
	2007-08	4803	20	184878	47	12407	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
मध्य प्रदेश	2005	शून्य	शून्य	104317	44	2552	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006	शून्य	शून्य	96130	56	2688	शून्य	शून्य	शून्य	16	शून्य
	2007	शून्य	शून्य	90829	41	3214	शून्य	शून्य	शून्य	51	शून्य
उड़ीसा	2005-06	शून्य	शून्य	396573	255	3099	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	380216	257	3405	शून्य	शून्य	शून्य	1	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	365592	218	2862	शून्य	शून्य	शून्य	21	शून्य
राजस्थान	2005-06	शून्य	शून्य	52286	22	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	370	5
	2006-07	शून्य	शून्य	99529	58	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	1805	26
	2007-08	शून्य	शून्य	55043	46	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	540	10
उत्तर प्रदेश	2005-06	68	2	105302	शून्य	7613	शून्य	5581	1593	121	4
	2006-07	83	शून्य	91566	शून्य	5738	शून्य	2073	476	617	14
	2007-08	69	1	81580	शून्य	5791	शून्य	2675	577	130	2
उत्तराखण्ड	2005	शून्य	शून्य	1242	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006	शून्य	शून्य	1108	शून्य	शून्य	शून्य	58	शून्य	6	1
	2007	2	शून्य	953	शून्य	शून्य	शून्य	2	शून्य	46	शून्य
छत्तीसगढ़	2005-06	--	--	187950	3	416	0	--	--	--	--
	2006-07	--	--	176868	3	416	0	--	--	--	--
	2007-08	--	--	145949	--	452	0	--	--	--	--
असम	2005-06	0	0	67885	113	80	0	140	50	0	0
	2006-07	0	0	126178	304	24	0	363	112	0	0
	2007-08	65	0	94853	152	490	0	360	116	0	0
जम्मू एवं कश्मीर	2005-06	शून्य	शून्य	277	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	159	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	23	1
	2007-08	शून्य	शून्य	251	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
मणिपुर	2005-06	शून्य	शून्य	2071	3	-	-	-	-	-	-
	2006-07	शून्य	शून्य	2709	8	-	-	-	-	-	-
	2007-08	शून्य	शून्य	1194	4	-	-	-	-	-	-
मेघालय	2005-06	शून्य	शून्य	16876	41	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	29924	167	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	33979	237	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
हिमाचल प्रदेश	2005-06	शून्य	शून्य	129	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	114	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	104	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
सिक्किम	2005-06	शून्य	शून्य	69	3	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	5	शून्य	93	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	2	शून्य	48	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य

राज्य/सं. शा.क्ष.	वर्ष	काला अजर		मलेरिया		फाइलेरिया		जापानी मस्तिष्क शोथ		डेंगू	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
त्रिपुरा	2005-06	शून्य	शून्य	18637	21	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	22369	41	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	18669	52	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
आ. एवं नि. द्वीपसमूह	2005-06	शून्य	शून्य	388	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	298	1	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	554	शून्य	184	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
ओडिशा प्रदेश	2005-06	शून्य	शून्य	39099	10	11303	शून्य	34	शून्य	99	2
	2006-07	शून्य	शून्य	34081	शून्य	7419	शून्य	2	शून्य	197	17
	2007-08	शून्य	शून्य	27803	2	6448	शून्य	22	शून्य	587	2
चण्डीगढ़	2005-06	शून्य	शून्य	440	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	2	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	440	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	182	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	342	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	99	शून्य
दादर एवं नागर हवेली	2005-06	शून्य	शून्य	1144	शून्य	81	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	3813	शून्य	123	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	3780	शून्य	163	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
हरियाणा	2005-06	शून्य	शून्य	33204	शून्य	शून्य	शून्य	4	2	183	1
	2006-07	शून्य	शून्य	47077	शून्य	शून्य	शून्य	3	1	838	4
	2007-08	शून्य	शून्य	30895	शून्य	शून्य	शून्य	32	18	365	11
केरल	2005-06	1	शून्य	2554	6	908	शून्य	14	1	1028	8
	2006-07	शून्य	शून्य	2131	6	895	शून्य	शून्य	शून्य	959	5
	2007-08	शून्य	शून्य	1927	6	532	शून्य	शून्य	शून्य	677	12
लक्षद्वीप	2005-06	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	17	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	6	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	8	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
महाराष्ट्र	2005-06	शून्य	शून्य	45614	103	87926	शून्य	9	शून्य	396	56
	2006-07	शून्य	शून्य	56852	133	80736	शून्य	14	शून्य	609	27
	2007-08	शून्य	शून्य	67844	176	93912	शून्य	शून्य	शून्य	619	25
पुडुचेरी	2005	शून्य	शून्य	44	शून्य	45	शून्य	शून्य	शून्य	18	शून्य
	2006	शून्य	शून्य	50	शून्य	54	शून्य	शून्य	शून्य	42	शून्य
	2007	शून्य	शून्य	68	शून्य	57	शून्य	शून्य	शून्य	216	शून्य
पंजाब	2005-06	शून्य	शून्य	1883	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	253	2
	2006-07	शून्य	शून्य	1888	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	1166	6
	2007-08	शून्य	शून्य	2054	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	28	शून्य
तमिलनाडु	2005-06	शून्य	शून्य	39678	1	234	शून्य	48	7	1150	8
	2006-07	शून्य	शून्य	28219	शून्य	139	शून्य	18	1	477	2
	2007-08	शून्य	शून्य	22389	1	123	शून्य	42	शून्य	707	2
गुजरात	2005	शून्य	शून्य	177936	54	336	शून्य	शून्य	शून्य	454	11
	2006	शून्य	शून्य	93071	45	142	शून्य	शून्य	शून्य	545	5
	2007	शून्य	शून्य	71121	75	112	शून्य	शून्य	शून्य	640	2
पश्चिम बंगाल	2005-06	2710	15	185964	175	130	शून्य	72	7	6375	34
	2006-07	1843	10	159646	203	1483	शून्य	24	3	1064	8
	2007-08	1817	9	87754	96	67003	शून्य	25	1	150	1
अरुणाचल प्रदेश	2005-06	शून्य	शून्य	31215	11	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2006-07	शून्य	शून्य	39233	196	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2007-08	शून्य	शून्य	32071	36	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य

अनुबन्ध 9.17

(पैराग्राफ 9. 7.3 के संदर्भ में)

राज्य विशिष्ट मामले: कीटनाशी का उपयोग करके बचाई गई जनसंख्या

उड़ीसा	कोरापुट जिले में, 13.47 लाख रू की कीमत वाली 53 मि.ट. डी.डी.टी. की शैल्फ लाईफ बिना उपयोग किए सितम्बर 2007 में समाप्त हो गई तथा मई 2008 तक स्टॉक में पड़ी रही।
मिजोरम	2005-08 के दौरान तीन मु.चि.अ. (लुंगली, लानगतलए तथा कोलसिब) को जारी डी.डी.टी. के 2412 बैगों (120.60 मि.ट.) के प्रति मु.चि.अ. द्वारा केवल 1069 बैगों (53.45 मि.ट.) प्राप्त किया बताया गया था। डी.डी.टी. पाउडर की कम प्राप्ति के बावजूद विभाग ने दावा किया कि इसने 2005-08 हेतु क्रमशः 186, 161 तथा 53 ग्रामों को पूर्ण रूप से आच्छादित कर दिया था। विभाग 2007-08 हेतु लक्षित जनसंख्या पर जानकारी प्रस्तुत नहीं कर सका था। तथापि, दो वर्षों अर्थात् 2005-07 हेतु उपलब्ध जानकारी के साथ भी पूर्ण लक्षित जनसंख्या को आच्छादित करने का दावा अनुचित प्रकट होता है। नवम्बर 2008 में विभाग ने बताया कि जिलों को जारी शेष डी.डी.टी. पाउडर (1343 बैग) को जिला मुख्यालय से आगे के परिवहन से बचने हेतु सा.स्वा.के. तथा प्रा.स्वा.के. को आपूर्ति कर दी गई थी। उत्तर इनकी उपयोगिता के साथ संगत पृथक केन्द्र-वार प्राप्ति दर्शाने वाले किसी भी अभिलेख के साथ प्रमाणित नहीं था। 2005-07 हेतु नियत मापदण्डों के अनुसार अपेक्षित मात्रा के प्रति मु.चि.अ. द्वारा डी.डी.टी. की प्राप्ति में कमी 33.75 मि.ट. थी जो इस उच्च जोखिम राज्य में मलेरिया के नियंत्रण हेतु कीटनाशी फुहार कार्यक्रम की प्राप्ति को प्रतिकूल रूप से प्रभावित करेगा।
बिहार	रा.स्वा.स. ने 1999-2003 की अवधि से संबंधित डी.डी.टी. के फुहार करने हेतु बकाया मजदूरी भुगतान के प्रति प्र.बा.स्व. फ्लैक्सी पूल निधि में से फरवरी/मार्च 2007 में 2.31 करोड़ रू. अदा किए थे। रा.वे.ज.रो.नि.का. के दिशानिर्देशों के अनुसार, संस्थापन लागत तथा परिवहन पर व्यय, डी.डी.टी. के भण्डारण तथा फुहार करने को राज्य सरकार निधि से किया जाना था। इस प्रकार, 2.31 करोड़ रू. का पूर्ण व्यय अनियमित था।
सिक्किम	मंत्रालय द्वारा डी.डी.टी. की गैर आपूर्ति के कारण छिड़काव नहीं किया गया था।

शब्दावली

अ.नि.दी.	अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह
वा.र.प.द.	वार्षिक रक्त परीक्षण दर
अ.मु.चि.का.	अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा कार्यकारी
स्वः प्र.	स्वतः प्रयोज्य
वा.व्य.	वास्तविक व्यय
स.का.प.स.	समुदाय कार्य हेतु परामर्शी समूह
वा.अ.अ.	वार्षिक अनुरक्षण अनुदान
प्र.जां.	प्रसवपूर्व जांच
स.न.मि.	सहायक नर्सिंग मिडवाइफ
अ.प्रा.चि.के.	अतिरिक्त प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र
आ.प्र.स्वा.चि.आ.अ.वि.नि.	आन्ध्र प्रदेश स्वास्थ्य चिकित्सा आवास एवं अवसंरचना विकास निगम
वा.प.घ.	वार्षिक परजीवी घटना
शी.सं.के.	शीर्ष संसाधन केन्द्र
आशा	मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कर्ता
अ.रा.प.नि.	असम राज्य परिवहन निगम
आ.का.	आंगनबाडी कार्यकर्ता
आयुष	आयुर्वेद योगा-नेचुरोपैथी यूनानी सिद्धा तथा होम्योपैथी
व्य.प.सं.	व्यवहार परिवर्तन संचार
बे.का.गु	बेसिलस कालमेट गुरेन
ब्ला.डा.स.	ब्लॉक डाटा सहायक
ब्ला.वि.अ.	ब्लॉक विकास अधिकारी
ब.अ.	बजट अनुमान
बो.मू.रि.	बोली मूल्यांकन रिपोर्ट
ब्ला.वि.स.	ब्लॉक वित्त सहायक
ब.बैं.	बड़ौदा बैंक
ग.रे.नि.	गरीबी रेखा से नीचे
ब्ला.का.प्र.	ब्लॉक कार्यक्रम प्रबंधन
बि.वि.प.बो.	बिहार विद्यालय परीक्षा बोर्ड
स.ले.	सनदी लेखाकार
मु.प.ला.	मुख्य परामर्श लागत
स.आ.आ.	समुदाय आवश्यकता आकलन
स.आ.सं.	समुदाय आधारित संगठन
मु.ले.नि.	मुख्य लेखा नियंत्रक
मु.जि.चि.अ.	मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी
व्या.आ.प्र.न.दे.	व्यापक आपातकालीन प्रसूति एवं नवजात देखभाल
मु.का.अ.	मुख्य कार्यकारी अधिकारी
सा.स्वा.के.	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
मु.स्वा.चि.अ.	मुख्य स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारी
मु.चि.अ.	मुख्य चिकित्सा अधिकारी

के.चि.भ.सं.	केन्द्रीय चिकित्सा भण्डार संगठन
के.सा.क्षे.उ.	केन्द्रीय सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम
मो.श.व.	मोटियाबिन्द शल्यचिकित्सा दर
के.स.आ.	केन्द्रीय सर्तकता आयोग
दा.ना.ह.	दादर एवं नागर हवेली
जि.अ.	जिला अधीक्षक
जि.डा.प्र.	जिला डाटा प्रबंधक
डि.डा.ट्रा.ई.	डिक्लोरो डाइमिथाईल ट्राईक्लोरो ईथेन
जि.वि.प्र.	जिला वित्त प्रबन्धक
डी.ज.	डीजल जनरेटर
म.नि.स्वा.से.	महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाए
जि.अ.	जिला अस्पताल
जि.स्वा.का.यो.	जिला स्वास्थ्य कार्य योजना
जि.स्वा.मि.	जिला स्वास्थ्य मिशन
जि.स्वा.स.	जिला स्वास्थ्य समिति
जि.का.प्र.	जिला कार्यक्रम प्रबंधक
डि.पे.टी.	डिपथेरिया पेरिटिसस टेटनस
जि.ग्रा.वि.प्रा.	जिला ग्रामीण विकास प्राधिकरण
जि.नि.इ.	जिला निगरानी इकाई
अ.का.स.	अधिकारप्राप्त कार्रवाई समूह
इ.बैं.	इलेक्ट्रानिक बैंकिंग
यू.आ.क्षे.नि.का.	यूरोपियन आयोग-क्षेत्रीय निवेश कार्यक्रम
अ.का.स.	अधिकारप्राप्त कार्यक्रम समिति
अ.प्रा.ख.	अधिकारप्राप्त प्रापण खण्ड
इ.अ.	इलेक्ट्रानिक अन्तरण
पू.टी.	पूर्ण टीकाकरण
वि.प्र.स.	विभागीय प्रबन्धन समूह
वि.प्र.रि.	वित्तीय प्रबन्धन रिपोर्ट
क्षे.गै.स.स.	क्षेत्र गैर-सरकारी संगठन
प्र.रे.ई.	प्रथम रेफरल ईकाई
स.घ.प.	सकल घरेलू परियोजना
सा.वि.नि.	सामान्य वित्तीय नियम
स.अ.	सहायता अनुदान
उ.वि.प.	उत्तम विनिर्माण पद्धति
स.चि.भ.डि.	सरकारी चिकित्सा भण्डार डिपो
भा.स.	भारत सरकार
स.रा.घ.प.	सकल राज्य घरेलू परियोजना
ग्रा.उ.स.	ग्राम उन्नयन समिति
आ.वि.वि.नि.	आवास विकास वित्त निगम
स्वा.ज.वि.सं.	स्वास्थ्य जनशक्ति विकास संस्थान
उ.नि.क.वा.रा.	उच्च निष्पादन करने वाले राज्य
अ.से.प.नि.	अस्पताल सेवा परामर्शी निगम
ओ.ऋ.नि.नि.	औद्योगिक ऋण एव निवेश निगम

भा.ए.रो.नि.प.	भारतीय एकीकृत रोग निगरानी परियोजना
सू.शि.सं.	सूचना, शिक्षा एवं संचार
आ.फो.ए.	आयरन फोलिक एसिड
शि.मृ.द.	शिशु मृत्यु दर
ए.क्र.स.	एकीकृत क्रय समिति
अ.रो.वि.	अन्तःरोगी विभाग
भा.अ.अ.सं.	भारतीय जन स्वास्थ्य मानक
भा.अ.अ.सं.	भारतीय अन्तरिक्ष अनुसंधान संगठन
सू.प्रौ.	सूचना प्रौद्योगिकी
अ.ग.उ.	अन्तर गर्भाशय उपकरण
ज.सु.यो.	जननी सुरक्षा योजना
म.स्वा.आ.	महिला स्वास्थ्य आगन्तुक
क.नि.क.रा.	कम निष्पादन करने वाले राज्य
मा.ऑ.बि.ए.	मास्टर ऑफ बिजनेस एडमिनिस्ट्रेशन
मा.शि.स्वा.	मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य
ज.औ.प्र.	जन-औषध प्रशासन
प्र.सू.प्र.	प्रबन्धन सूचना प्रणाली
वि.स.स.	विधान सभा सदस्य
मा.मृ.द.अ.	मातृ-मृत्यु दर अनुपात
च.चि.यू.	चल चिकित्सा यूनिट
मा.गै.स.सं.	मातृ गैर-सरकारी संगठन
स.ज्ञा.	समझौता ज्ञापन
सं.स.	संसद सदस्य
ब.का.	बहुउद्देशीय कार्यकर्ता
मि.सं.स.	मिशन संचालन समूह
ग.चि.स.	गर्भ की चिकित्सीय समाप्ति
रा.भ.नि.नि.	राष्ट्रीय भवन निर्माण निगम
रा.रो.नि.का.	राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम
पू.	पूर्वोत्तर
गै.स.सं.	गैर-सरकारी संगठन
रा.स्वा.प्र.सं.के.	राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र
रा.सू.वि.के.	राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केन्द्र
रा.आ.वि.नि.का.	राष्ट्रीय आयोडीन कमी विकार नियंत्रण कार्यक्रम
रा.स्वा.प.क.सं.	राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
रा.कु.उ.का.	राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम
रा.मा.ला.यो.	राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना
अ.प्र.	अनापति प्रमाणपत्र
रा.दृ.नि.का.	राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम
रा.का.स.स.	राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति
रा.ग्रा.स्वा.मि.	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
रा.वे.ज.रो.नि.का.	राष्ट्रीय वेक्टर जनित नियन्त्रण कार्यक्रम
बा.रो.वि.	बाह्य रोगी विभाग
उ.रा.पु.अ.क.नि.	उड़ीसा राज्य पुलिस अवास एवं कल्याण निगम

ओ.पो.वे.	ओरल पोलियो वेक्सीन
उ.ल.उ.नि.	उड़ीसा लघु उद्योग निगम
आ.थि.	ऑपरेशन थियेटर
नि.ले.	निष्पादन लेखापरीक्षा
रो.बि.अ.	रोगी बिस्तर अनुपात
प्रा.स्वा.के.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
पं.हे.सि.का.	पंजाब हेल्थ सिस्टम कॉरपोरेशन
का.का.यो.	कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना
का.प्र.स.	कार्यक्रम प्रबंधन समूह
का.प्र.स.ई.	कार्य प्रबंधन सहायक ईकाई
प.पो.टी.	पल्स पोलियो टीकाकरण
प्र.स.सं.अ.आ.	प्रतिस्थापन सहित संभावना अनुपात आकार
पं.रा.स.	पंचायत राज संस्थाएं
पं.स.	पंचायत समिति
सा.क्षे.उ.	सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम
लो.नि.वि.	लोक निर्माण विभाग
भा.रि.बैं.	भारतीय रिजर्व बैंक
द.अ.	दर अनुबंध
प्र.बा.स्वा.	प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य
रे.अ.	रेफरल अस्पताल
ग्रा.स्वा.स.	ग्रामीण स्वास्थ्य सर्वेक्षण
रो.क.स.	रोगी कल्याण समिति
रा.सं.क्ष.नि. का.	राष्ट्रीय संशोधित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम
क्षे.सं.के.	क्षेत्रीय संसाधन केन्द्र
प्र.मा.सं.	प्रजनन मार्ग संक्रमण
कु.ज.प.	कुशल जन्म परिचर
भा.स्टे.बैं.	भारतीय स्टेट बैंक
अ.जा.	अनुसूचित जाति
उ.के.	उप-केन्द्र
स्व.का.स्था.स.	स्वैच्छिक कार्य पर स्थायी समिति
रा.औ.प्र.ई.	राज्य औषध प्रबंधन ईकाई
रा.सु.ई.	राज्य सुविधा ईकाई
रा.प.क.ब्यू.	राज्य परिवार कल्याण ब्यूरो
रा.स्वा.प.क.स.	राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण समिति
रा.स्वा.मि.	राज्य स्वास्थ्य मिशन
रा.स्वा.स.	राज्य स्वास्थ्य समिति
रा.स्वा.प्र.सं.के.	राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संस्थान केन्द्र
रा.स्वा.प.क.सं.	राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
से.इं.ट.	सेटलाईट इंटरएक्टिव टर्मिनल
से.गै.स.सं.	सेवा गैर-सरकारी संगठन
व्य.वि.	व्यय का विवरण
रा.का.प्र.स.ई.	राज्य कार्यक्रम प्रबन्धन सहायक ईकाई
बि.प्र.स.ई.न.	बिना प्रतिस्थान सरल ईकाई नमूनाकरण

रा.नि.ई.	राज्य निगरानी ईकाई
अ.ज.	अनुसूचित जनजाति
यो.स.सं.	यौन संचालित संक्रमण
कु.ज.द.	कुल जनन दर
त.चि.से.नि.	तमिलनाडु चिकित्सा सेवा निगम
स.श.	संदर्भ की शर्तें
टे.टा.	टेटनस टाक्साइड
ति.ति.दे.	तिरुमाला तिरुपति देवास्थापन
भा.यू.बैं.	भारतीय यूनियन बैंक
उ.प्र.	उपयोगिता प्रमाणपत्र
श.स्वा.के.	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र
सं.रा.बा.नि.	संयुक्त-राष्ट्र की बाल निधि
सं.रा.स.	संघ राज्य संचालन
अ.वि.सं.रा.स.	अन्तर्राष्ट्रीय विकास के लिए संयुक्त-राष्ट्र सहायता
सं.शा.क्षे.	संघ शासित क्षेत्र
भा.यू.ट्र.	भारतीय यूनिट ट्रस्ट
वि.का.	विडियो कान्फ्रेंसिंग
वे.डी.फ्री.	वेक्सीन डीप फ्रीजर
म.आ.अ.	महत्वपूर्ण, आवश्यक एवं अनावश्यक
ग्रा.स्वा.पो.दि.	ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
ग्रा.स्वा.स्व.स.	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति
म.बा.वि.	महिला एवं बाल विकास
जि.स्वा.स.	जिला स्वास्थ्य समिति

© भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
2009-10
वेबसाइट : <http://www.cag.gov.in>

मूल्य
अंतर्देशीय : रुपये 65.00
विदेश में : 5 अमरीकी डॉलर
(डाकखर्च/वायू मेल सहित)