

## अध्याय-4: सामाजिक सेवाएं

## अध्याय-4 : सामाजिक सेवाएं

### 4.1 स्वास्थ्य सेवाएं

#### 4.1.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के अंतर्गत कार्यरत मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर दो<sup>1</sup> अस्पतालों, चार<sup>2</sup> सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, 21 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और 31 उप-केन्द्रों के नेटवर्क के माध्यम से लोगों को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं मुहैया करवाने के लिए उत्तरदायी है। इनमें से विस्तृत लेखापरीक्षा संवीक्षा हेतु जिला अस्पताल स्थित रिकांगपिओ, सिविल अस्पताल स्थित चांगो, चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से दो<sup>3</sup>, चार<sup>4</sup> प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (प्रतिदर्शित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रत्येक में दो) को प्रतिस्थापन पद्धति के बिना सामान्य यादृच्छिक प्रतिदर्श पद्धति के आधार पर चयनित किया गया था और सात<sup>5</sup> उप-केन्द्रों (प्रतिदर्शित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में) को निर्णयात्मक आधार पर चयनित किया गया था। योजनाओं के कार्यान्वयन में पाई गई कमियों पर नीचे विचार-विमर्श किया गया है:

#### ◆ योजना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्राप्य, वहन योग्य तथा समान स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करवाने के प्रति प्रथम चरण के रूप में ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतरालों की पहचान करने के लिए जिला योजना टीम द्वारा एक घरेलू और सुविधा सर्वेक्षण किया जाना था। लेखापरीक्षा संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि आवश्यक सर्वेक्षण के गैर-संचालन के कारण जिले में स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं और अवसंरचना, उपकरण एवं मानव शक्ति में अंतरालों के निर्धारण की प्रक्रिया पूर्ण की जानी शेष थी, यद्यपि मिशन ने मार्च 2012 तक सात वर्ष पूर्ण कर लिए हैं।

जिला स्वास्थ्य मिशन से सम्पूर्ण मिशन अवधि के लिए एक सापेक्ष योजना और जिले के लिए सरकार के निम्न स्तरों से प्राप्त इनपुटों के साथ वार्षिक योजनाएं बनाना/ तैयार किया जाना अपेक्षित था। लेखापरीक्षा विश्लेषण से उद्घाटित हुआ कि जिला स्वास्थ्य मिशन का गठन जुलाई 2006 में किया गया था लेकिन सापेक्ष योजना मई 2012 तक तैयार नहीं की गई थी। हालांकि, जिला स्वास्थ्य मिशन ने 2010-12 की अवधि के लिए वार्षिक योजनाएं तैयार कर ली थी।

मिशन के कार्यकलापों को अन्य विभागीय कार्यक्रमों तथा गैर-सरकारी पणधारियों, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों एवं रोगी कल्याण समितियों की कार्यप्रणाली के साथ एकस्थ किया जाना था। लेखापरीक्षा संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि पंचायत स्तर पर ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियां मात्र 2011-12 से बनाई गई थी। समस्त स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी कल्याण समितियों का गठन किया गया बताया गया था। यद्यपि ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों के गैर-निर्माण के कारण 2007-11 की अवधि के लिए कार्यक्रम की योजना, कार्यान्वयन तथा अनुश्रवण में सामुदायिक भागीदारी सुनिश्चित नहीं की गई थी, तथापि इनसे बिना कोई सूचना प्राप्त किए वर्ष 2011-12 के लिए वार्षिक योजना तैयार की गई थी। अतः 2011-12 में ग्राम स्वास्थ्य एवं

1 जिला अस्पताल स्थित रिकांगपिओ और सिविल अस्पताल स्थित चांगो।

2 भावानगर, निचार, पूह और सांगला।

3 भावानगर और पूह।

4 बाराखंभा, काटगांव, मूरंग और रिब्बा।

5 अकपा, कराबा, कुनू, पोंडा, रिस्पा, सुंगरा और यंगपा।

स्वच्छता समितियों के निर्माण के बावजूद वार्षिक योजनाओं को तैयार करने में सामुदायिक भागीदारी का लक्ष्य अप्राप्य रहा।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने बताया (अगस्त 2012) कि परियोजना कार्यान्वयन योजना तैयार की जाते समय जिला स्वास्थ्य मिशन में सम्बन्धित विभाग से सूचना प्राप्त कर ली गई थी। हालांकि उपरोक्त कथन के समर्थन में ऐसी सूचनाओं की प्रतिलिपि लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं करवाई गई थी।

#### ◆ वित्तीय स्थिति

जिले में 2007-12 के दौरान राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्राप्त निधियों और व्यय की वर्षवार स्थिति निम्न तालिका-1 में दर्शाई गई है:

तालिका-1  
2007-12 के दौरान सभी घटकों के प्रति राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत उपलब्ध निधियां तथा किया गया व्यय

( ₹ करोड़ )

वर्ष	अथशेष	प्राप्त निधियां		कुल उपलब्ध निधियां	व्यय	राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी को लौटाई गई राशि	अंत शेष
		केन्द्र का अंश	राज्य का अंश				
2007-08	0.89	0.58	0.10	1.57	0.24 (15)	--	1.33
2008-09	1.33	0.77	0.14	2.24	0.78 (35)	0.02	1.44
2009-10	1.44	0.87	0.15	2.46	1.73 (70)	0.49	0.24
2010-11	0.24	1.62	0.32	2.18	1.56 (72)	0.38	0.24
2011-12	0.24	1.05	0.23	1.52	0.93 (61)	0.58	0.01

स्रोत: विभागीय आंकड़े। कोष्ठक के आंकड़े प्रतिशतता को इंगित करते हैं।

जैसा कि उपरोक्त तालिका से स्पष्ट होता है वर्ष 2007-12 के दौरान राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की निधियों की प्रयुक्ति मात्र 15 प्रतिशत तथा 72 प्रतिशत के मध्य थी। वर्ष 2008-12 के दौरान ₹ 1.47 करोड़ की राशि राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी को लौटा दी गई थी। मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने बताया (अगस्त 2012) कि निधियों की कम प्रयुक्ति मानव शक्ति की कमी के कारण थी और राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी के निर्देशानुसार अव्ययित शेष राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी को लौटा दिया गया थे।

#### ◆ अवसंरचना

भारत सरकार के दिशा-निर्देशों के अनुसार पहाड़ी एवं जनजातीय क्षेत्रों में प्रत्येक 80,000 की जनसंख्या हेतु एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, 20,000 से अधिक जनसंख्या के लिए एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा 3,000 से अधिक की जनसंख्या के लिए एक उप-केन्द्र होना चाहिए। इन मानकों के अनुसार जिले में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा उप-केन्द्रों की वर्तमान आवश्यकता क्रमशः एक, चार एवं 28 बनती है। इन मानकों के विपरीत किन्नौर जिले में मार्च 2012 तक चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, 21 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा 31 उप-केन्द्र थे।

यह ध्यान में रखते हुए कि किन्नौर जिला एक पहाड़ी व जनजातीय क्षेत्र है तथा बस्तियां/ व्यक्ति बिखरे हुए हैं, मानकों के ऊपर स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या में वृद्धि तभी फलदायी होगी जब ये केन्द्र पर्याप्त रूप से स्टॉफ युक्त होंगे। हालांकि, जैसा कि आगामी परिच्छेदों में बताया गया है, लेखापरीक्षा के लिए चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में स्टॉफ की कमी थी और आधारभूत स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अभाव था।

#### ◆ मूलभूत न्यूनतम अवसंरचना

जिले में अधिकांश स्वास्थ्य केन्द्रों में मूलभूत न्यूनतम अवसंरचना तथा स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अभाव था। विवरण नीचे तालिका-2 में दिया गया है:

तालिका-2

स्वास्थ्य केन्द्रों में अवसंरचना तथा मूलभूत स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की उपलब्धता में कमी

अवसंरचना का विवरण			
जिले में कुल केन्द्र जिनके लिए अवसंरचना सुविधाएं अपेक्षित हैं	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	उप-केन्द्र
	4	21	31
<b>( i ) अवसंरचना की स्थिति</b>	<b>केन्द्र जहाँ सेवाएं उपलब्ध नहीं थी</b>		
प्रसव कक्ष	-	12	27
शल्य क्रिया कक्ष	-	12	लागू नहीं
आपातकालीन/ आकस्मिक कक्ष	-	-	लागू नहीं
स्टॉफ हेतु आवासीय सुविधाएं	-	18	7
सरकारी भवन	-	6	7
<b>( ii ) मूलभूत स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं</b>			
स्वास्थ्य केन्द्रों में रक्त संग्रहण सुविधा	4	21	लागू नहीं
नवजात शिशु देखभाल	-	21	लागू नहीं
24 x 7 प्रसव सेवा	-	21	लागू नहीं
आन्तरिक रोगी सेवाएं	-	2	लागू नहीं
एक्स-रे	-	19	लागू नहीं
अल्ट्रासाउंड	4	21	लागू नहीं
ईसीजी	1	21	लागू नहीं
प्रसूति देखभाल	4	21	लागू नहीं
आपातकालीन सेवाएं (24 घण्टे)	-	21	लागू नहीं
परिवार नियोजन (ट्यूबक्टॉमी व वसेक्टॉमी)	4	21	लागू नहीं
स्त्री रोग स्थिति में अंतः प्रसव सम्बन्धी परीक्षण	-	21	लागू नहीं
बाल चिकित्सा	4	21	लागू नहीं

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी किन्नौर द्वारा उपलब्ध करवाए गए आंकड़े।

स्वास्थ्य केन्द्रों पर उचित अवसंरचना तथा पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के अभाव में ग्रामीण जनसंख्या के लिए आधारभूत सुविधाएं सुनिश्चित नहीं की गई थी।

#### ◆ प्रथम परामर्श यूनिट

31 मार्च 2009 को समाप्त वर्ष के लिए हिमाचल प्रदेश सरकार के लिए भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक, लेखापरीक्षा प्रतिवेदन (सिविल) के परिच्छेद 1.1.9.1 में दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (2005-06 में रिकांगपिओ और 2006-07 में भावानगर) का दर्जा बढ़ाकर प्रथम परामर्श यूनिट बनाने के सम्बन्ध में उल्लेख था। यह देखा गया था कि रिकांगपिओ स्थित प्रथम परामर्श यूनिट को क्रियाशील कर दिया

गया था। भावानगर स्थित प्रथम परामर्श यूनिट को अगस्त 2012 तक विशेषज्ञों एवं अन्य स्टॉफ की गैर-नियुक्ति तथा अवसंरचना के अभाव के कारण क्रियाशील नहीं किया गया था।

#### ◆ बिस्तरों की उपलब्धता

नमूना-जांचित स्वास्थ्य केन्द्रों में बिस्तरों की उपलब्धता की स्थिति निम्न तालिका-3 में दी गई है:

तालिका-3  
नमूना-जांचित स्वास्थ्य केन्द्रों में बिस्तरों की उपलब्धता का विवरण

जिला अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ सिविल अस्पताल का नाम	आवश्यकता	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या		
		पुरुष	महिला	कुल
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र भावानगर	30	10	10	20
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पूह	30	4	6	10
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र रिब्बा	6	3	2	5
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र कटगांव	6	3	3	6
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बाराखंभा	6	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मूरंग	6	3	3	6
सिविल अस्पताल चांगो	अनिर्दिष्ट	-	-	10*

स्रोत: विभाग द्वारा आपूरित आंकड़े। \* पुरुष/महिला के लिए भिन्न नहीं।

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट होता है कि अगस्त 2012 तक भावानगर तथा पूह स्थित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रत्येक में 30 बिस्तरों की आवश्यकता के प्रति मात्र क्रमशः 20 एवं 10 बिस्तर थे और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बाराखंभा में कोई आंतरिक सुविधा मौजूद नहीं थी।

#### 4.1.2 मानव शक्ति संसाधन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का उद्देश्य भारतीय लोक स्वास्थ्य स्तर के मानकों के अनुसार सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर पर्याप्त कुशल मानव शक्ति जुटाना था। नमूना-जांच हेतु चयनित दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, चार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा सात उप-केन्द्रों के अभिलेखों की संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि भारतीय लोक स्वास्थ्य स्तर के मानकों के अनुसार इन केन्द्रों में से किसी में भी पर्याप्त स्टॉफ नहीं था। लेखापरीक्षा विश्लेषण ने आगे उजागर किया कि प्रमुख कार्यकर्ताओं की कमी निम्न प्रकार से प्रकट हुई:

- नमूना-जांचित दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 चिकित्सा अधिकारियों की आवश्यकता के प्रति मात्र छः थे।
- दो चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जनरल सर्जन, फिजिशियन, प्रसूति विशेषज्ञों एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ, बाल चिकित्सक, अनैस्थिस्ट और नेत्र सर्जन (प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में एक) की नियुक्ति नहीं की गई थी।
- नमूना-जांचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 42 स्टॉफ नर्सों की आवश्यकता के प्रति मात्र तीन स्टॉफ नर्स थीं।
- नमूना-जांचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में फार्मासिस्टों के सभी 10 पद रिक्त पड़े थे जबकि 10 लेबोरेटरी तकनीशियनों की आवश्यकता के प्रति मात्र दो की नियुक्ति हुई थी।

<sup>6</sup> सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: भावानगर और पूह।

- सात नमूना-जांचित में से पांच उप-केन्द्र पुरुष स्वास्थ्य कर्मियों के बिना काम कर रहे थे और एक उप-केन्द्र में महिला स्वास्थ्य कर्मियों की नियुक्ति नहीं की गई थी। नमूना-जांचित उप-केन्द्रों में से किसी में भी स्वैच्छिक कर्मियों नहीं था।

अतः कुशल मानव शक्ति की पर्याप्त संख्या की उपलब्धता न होने के कारण जिले में स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना का लक्ष्य प्राप्त नहीं हुआ था।

#### 4.1.3 निष्पादन सूचकों के प्रति उपलब्धि

शिशु मृत्यु दर, मातृत्व मृत्यु दर, कुल प्रजनन दर कम करने, रूग्णता व मृत्यु दर घटाने तथा विभिन्न स्थानिक बीमारियों की उपचार दर में वृद्धि के लिए लक्ष्यों के निर्धारण वाले निष्पादन सूचकों को साधारणतः राज्य सरकार द्वारा निश्चित किया जाता है।

#### ◆ प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल

शिशु मृत्यु दर तथा कुल प्रजनन दर घटाने के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्य की प्राप्ति हेतु राज्य सरकार ने वर्ष 2012 तक प्राप्त किए जाने वाले विभिन्न स्वास्थ्य सूचकों को निर्धारित किया। लेखापरीक्षा में यह देखा गया कि जिले हेतु पृथक लक्ष्यों/ सूचकों को मिशन की आवश्यकता के बावजूद निर्धारित नहीं किया गया था। इस बाबत लेखापरीक्षा में इंगित किए जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने बताया (अगस्त 2012) कि जिला स्तर पर ऐसा किया जाना सम्भव नहीं है और सूचक पूरे राज्य के लिए निर्धारित किए गए थे। इसलिए ऐसे आंकड़ों की अनुपस्थिति में जिले हेतु निर्णायक स्वास्थ्य सूचकों की प्राप्ति की प्रगति सुनिश्चित नहीं की जा सकी थी।

#### 4.1.4 जननी सुरक्षा योजना

प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम के महत्वपूर्ण घटकों में से एक जननी सुरक्षा योजना है जिसके अन्तर्गत मातृत्व तथा नवजात शिशु प्रसव मृत्यु को कम करने के लिए गर्भवती महिलाओं को घर के बजाए सांस्थानिक प्रसव हेतु प्रोत्साहित करना है। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत 19 वर्ष की आयु से ऊपर दो जीवित बच्चों को जन्म देने वाली अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति एवं गरीबी रेखा से नीचे के वर्गों की सभी गर्भवती महिलाएं सांस्थानिक प्रसव हेतु ₹ 700 की हकदार हैं। इसके अतिरिक्त, जननी सुरक्षा योजना के संशोधित पैरामीटरों के अन्तर्गत अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य सक्रियकर्ता/ सहायक नर्स एवं दाई/ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के पास प्रसवपूर्व देखभाल के लिए पंजीकृत होने पर गरीबी रेखा से नीचे की श्रेणी की सभी गर्भवती महिलाओं को नकद लाभ ₹ 500 प्रति जीवित शिशु को जन्म देने पर भी दिया जाएगा।

सांस्थानिक एवं गृह प्रसव जिसके सम्बन्ध में 2007-12 के दौरान किन्नौर जिले में मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा उपलब्ध करवाई गई नकद सहायता का ब्यौरा नीचे तालिका-4 में दिया गया है:

तालिका-4

#### सांस्थानिक एवं गृह प्रसवों की स्थिति

वर्ष	सांस्थानिक प्रसव (संख्या में)	गृह प्रसव (संख्या में)	पंजीकृत गर्भवती महिलाएं ( अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति तथा गरीबी रेखा से नीचे ) ( संख्या में )	प्रदान की गई नगद सहायता ( ₹ लाख )
2007-08	175	59	234	1.52
2008-09	146	113	259	1.59
2009-10	275	480	755	4.72
2010-11	315	261	576	3.95
2011-12	431	45	476	3.60

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा आपूरित आंकड़े।

जैसा कि ऊपर की तालिका से देखा जा सकता है, वर्ष 2008-09 की अवधि को छोड़कर, लाभार्थियों की उपरोक्त श्रेणियों के सम्बन्ध में सांस्थानिक प्रसवों की संख्या में उपरोक्त समाप्त अवधि के दौरान वृद्धि हुई।

जिले में तथा प्रतिदर्श तीन इकाईयों<sup>7</sup> में सांस्थानिक प्रसवों के सम्बन्ध में उपलब्धि की समग्र स्थिति नीचे तालिका-5 में दी गई है:

**तालिका-5**  
जिले तथा तीन नमूना-जांचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सांस्थानिक प्रसव की स्थिति  
( संख्या में )

इकाइयाँ	वर्ष	पंजीकृत गर्भवती महिलाएं	सांस्थानिक प्रसव	उपलब्धि की प्रतिशतता
जिला किन्नौर	2007-08	1619	175	11
	2008-09	1868	146	8
	2009-10	1576	275	17
	2010-11	1518	315	21
	2011-12	1602	431	27
तीन प्रतिदर्श सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	2007-08	87	22	25
	2008-09	80	19	24
	2009-10	65	21	32
	2010-11	66	23	35
	2011-12	118	43	36

स्रोत: पूरे जिले के लिए मुख्य चिकित्सा अधिकारी तथा तीन नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों/ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा आपूरित आंकड़े।

उपरोक्त तालिका प्रदर्शित करती है कि जिले में तथा नमूना-जांचित स्वास्थ्य केन्द्रों में सांस्थानिक प्रसव का चयन करने वाली गर्भवती महिलाओं की प्रतिशतता आठ प्रतिशत से लेकर 36 प्रतिशत के मध्य थी जोकि 65 प्रतिशत के लक्ष्य से बहुत पीछे थी जिसे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत मार्च 2010 तक प्राप्त किया जाना था। इसे इंगित किए जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने उपलब्धियों में कमी का कारण स्टॉफ की कमी तथा अवसंरचना का अभाव बताया (अगस्त 2012)। उत्तर स्वास्थ्य केन्द्रों में उचित अवसंरचना सृजित न की जाने और पर्याप्त स्टॉफ उपलब्ध न करवाये जाने के कारणों को स्पष्ट नहीं करता।

#### ◆ प्रसव पूर्व देखभाल

संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि 2007-12 के दौरान जिले में पंजीकृत 8183 गर्भवती महिलाओं से से मात्र 5,227 महिलाओं को तीन प्रसवपूर्व जांच उपलब्ध करवाई गई थी और इस सम्बन्ध में प्रतिशतता राज्य स्तर की उपलब्धि 78 प्रतिशत के प्रति 57 से 73 प्रतिशत के मध्य रही।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी के आंकड़ों के अनुसार जिले में गर्भवती महिलाओं को आयरन फॉलिक एसिड उपलब्ध करवाने में पांच से 24 प्रतिशत तक और टेटनस टॉक्साइड के सम्बन्ध में आठ से 16 प्रतिशत की समग्र कमी थी।

<sup>7</sup> सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: भावानगर एवं पूह और सिविल अस्पताल स्थित चांगो।

#### 4.1.5 प्रतिरक्षण कार्यक्रम

2007-12 के दौरान जिले में बेसीलस कॉलमेडट तथा गॉरीन (बीसीजी) के सम्बन्ध में एक वर्ष तक के आयु समूह के बच्चों के प्रतिरक्षण में समग्र उपलब्धि 76 से 92 प्रतिशत के मध्य रही। तथापि, डिप्थेरिया पॅरटुसिस टेटॅनस (डीपीटी) तथा ओरल पोलियो वैक्सीन के लिए उपलब्धि 80 से 85 प्रतिशत के मध्य रही। 2007-12 के दौरान बच्चों के सहायक प्रतिरक्षण के लक्ष्यों की प्राप्ति डिप्थेरिया टेटॅनस (पांच वर्ष से अधिक के आयु वालों का समूह) हेतु 70 से लेकर 97 प्रतिशत के मध्य, टेटॅनस टॉक्साइड (10 वर्ष से अधिक आयु वालों का समूह) हेतु 60 से 94 प्रतिशत तथा टेटॅनस टॉक्साइड (16 वर्ष से अधिक आयु वालों का समूह) हेतु 64 प्रतिशत से 102 प्रतिशत के मध्य रही।

नमूना-जांचित इकाइयों में पूर्णतः प्रतिरक्षित बच्चों में उपलब्धि 70 से 133<sup>8</sup> प्रतिशत के मध्य थी। आंकड़े दर्शाते हैं कि वैक्सीन निरोध्य प्रचलित बीमारियां जिले में नगण्य थी क्योंकि 2007-12 के दौरान प्रसवपूर्व टेटॅनस, डिप्थेरिया तथा कुकुर खांसी जैसी शिशु एवं बच्चों की बीमारियों का कोई मामला सामने नहीं आया। तथापि, 2007-12 के दौरान खसरे के 31 मामले सामने आए जिन पर ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है।

प्रतिरक्षण कार्यक्रम के सहयोग हेतु सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कोल्ड चेन रख-रखाव को सुनिश्चित किया जाना था। संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि जिले में 21 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 15<sup>9</sup> में कोल्ड चेन सुविधाएं उपलब्ध नहीं करवाई गई थी।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने बताया (मई 2012) कि प्रतिरक्षण में कमी का कारण लोगों का प्रवास और बच्चों का जिले से बाहर स्कूल में पढ़ना था। उन्होंने, तथापि, उपरोक्त स्वास्थ्य केन्द्रों में कोल्ड चेन सुविधाओं की अनुपलब्धता के कारणों को स्पष्ट नहीं किया था।

##### 4.1.5.1 राष्ट्रीय अंधापन नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय अन्धापन नियन्त्रण कार्यक्रम का लक्ष्य कैटरैक्ट सर्जरी में वृद्धि, स्कूली बच्चों की आंखों की जांच, दान की गई आंखों का संग्रहण, दान केन्द्रों का सृजन, नेत्र बैंक, अवसंरचना का सुदृढीकरण आदि के माध्यम से 2007 तक 0.8 प्रतिशत प्रचलित अन्धापन को कम करना था।

2007-12 के दौरान 1000 कैटरैक्ट सर्जरी तथा 10,250 स्कूली बच्चों की जांच के लक्ष्य के प्रति कैटरैक्ट सर्जरी में 71 प्रतिशत तथा स्कूली बच्चों की जांच में 100 प्रतिशत से अधिक के लक्ष्य की प्राप्ति हुई। यह भी देखा गया कि दान की गई आंखों के संग्रहण और परिरक्षण के लिए कोई प्रबन्ध/ सुविधा नहीं थी।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी ने बताया (अगस्त 2012) कि कैटरैक्ट सर्जरी के लक्ष्यों की प्राप्ति में कमी का कारण कुशल डॉक्टरों की अनुपलब्धता थी।

<sup>8</sup> प्रवासी श्रमिक एवं जन समुदाय के पारगमन में होने के कारण।

<sup>9</sup> सपनी, रकछम, टंगलिंग, कल्पा, हांगो, लियो, चांगो, कनम, लिप्पा, जांगी, ररंग, उरनी, मीरू, बाराखंभा और रूपी।



#### 4.1.5.2 राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम

राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना था कि प्रचलित कुष्ठ दर प्रति दस हजार पर एक से कम है। वर्ष 2007-08, 2008-09, 2009-10, 2010-11 तथा 2011-12 के दौरान जिले में उपचाराधीन कुष्ठ रोगियों की कुल संख्या क्रमशः तीन, चार, एक, चार और पांच थी तथा उसी अवधि में नए मामले पांच, पांच, एक, पांच और एक थे। जिले में प्रचलित कुष्ठ दर (वर्ष 2009-10 को छोड़कर) 2007-09 तथा 2010-12 के दौरान राज्य स्तर पर प्रति 10,000 पर क्रमशः 0.30, 0.25, 0.27 तथा 0.25 के प्रति 10,000 पर 0.32, 0.41, 0.40 तथा 0.58 अधिक थी।

#### 4.1.5.3 राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

कार्यक्रम को विश्व बैंक की सहायता से भारत सरकार द्वारा सितम्बर 1992 में आरम्भ किया गया था और इसे वर्ष 2012 तक बढ़ाया गया है। कार्यक्रम के मुख्य उद्देश्य देश में एचआईवी संक्रमण को फैलने से कम करना तथा दीर्घावधि आधार पर एचआईवी/ एड्स की प्रतिक्रिया हेतु क्षमता बढ़ाना था।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के दिशा-निर्देशों के अनुसार प्रत्येक जिले में एक स्वैच्छिक रक्त जांच केन्द्र स्थापित किया जाना था। राज्य सरकार ने किन्नौर जिले में स्वैच्छिक रक्त जांच केन्द्र (अब एकीकृत परामर्श एवं जांच केन्द्र) स्थापित किया था। लेखापरीक्षा संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि किन्नौर जिले में प्रथम एचआईवी पॉजिटिव मामला सितम्बर 2010 में सामने आया था। जिले में मार्च 2012 तक जांच किए गए 5,089 व्यक्तियों में से चार व्यक्ति एचआईवी पॉजिटिव पाए गए। इनमें एक पूर्णतः विकसित एड्स मामला सम्मिलित था। राज्य में मार्च 2012 तक प्राप्त सिरों पॉजिटिविटी दर 0.62 प्रतिशत थी तथा किन्नौर जिला में यह 0.44 प्रतिशत से नीचे थी।

#### ◆ परिवार स्वास्थ्य जागरूकता कैंप

समुदाय में एचआईवी/ एड्स तथा यौन संचारित रोगों के विषय में जागरूकता बढ़ाने और 15-49 वर्षों के आयु समूह के लक्षित लोगों के प्रारम्भिक निदान एवं उपचार हेतु सुविधाएं मुहैया करवाने हेतु भारत सरकार ने सभी राज्यों में चरणबद्ध ढंग से परिवार स्वास्थ्य जागरूकता कैंम्पों को आयोजित करने का निर्णय लिया (नवम्बर 1999)। यौन संचारित रोगों के संक्रामकता के बारे तीव्र प्रचार सूचना, शिक्षा एवं संचार विधि के द्वारा किया जाना था।

लेखापरीक्षा में यह देखा गया कि 2008-09 की अवधि को छोड़कर 2007-08 और 2009-12 के दौरान जिले में इस प्रयोजन के लिए बजट की गैर-प्राप्ति के कारण परिवार स्वास्थ्य जागरूकता कैंप नहीं लगाए गए थे।

#### 4.1.6 रक्त विश्वसनीयता

रक्त विश्वसनीयता घटक के अन्तर्गत विद्यमान रक्त बैंकों का आधुनिकीकरण किया जाना है और नए रक्त बैंक खोले जाने हैं। रक्त घटक पृथक्करण सुविधा केन्द्र तथा कुशल जनशक्ति भी उपलब्ध करवाई जानी है। जिले में एक रक्त बैंक है लेकिन रक्त पृथक्करण सुविधा अभी तक संचालित नहीं की गई थी।

अतः यह देखा गया कि स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना में रिक्तियों की पहचान से अन्तर्ग्रस्त उपयुक्त योजना के अभाव में और स्वास्थ्य संस्थाओं में निर्धारित सुविधाओं व कुशल जनशक्ति की अनुपलब्धता से जिले में लोगों को प्राप्य तथा पहुंच योग्य स्वास्थ्य रक्षा मुहैया करवाने का उद्देश्य प्राप्त नहीं हो पाया।

### सिफारिशें

सरकार विचार करे:

- जिले के ग्रामीण गरीब व असुरक्षित वर्गों को पहुंच योग्य तथा प्राप्य स्वास्थ्य देखभाल मुहैया करवाने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन स्कीम के कार्यान्वयन में सक्रिय भूमिका निभाने हेतु जिला स्वास्थ्य मिशन को मजबूत करना।
- कार्यक्रम की योजना, कार्यान्वयन और अनुश्रवण के प्रत्येक स्तर पर सामुदायिक भागीदारी को सुनिश्चित करना।
- अभिप्रेत प्रयोजन, विशेषकर स्वास्थ्य केन्द्रों को पूर्णतया परिचालित करने हेतु आधारभूत स्वास्थ्य अवसंरचना और सुविधाओं के सृजन के लिए निधियों के प्रभावशाली उपयोग को सुनिश्चित करना।
- कार्यक्रम के उद्देश्यों की प्राप्ति हेतु सभी स्वास्थ्य केन्द्रों को पर्याप्त और कुशल मानव शक्ति से सुसज्जित करना।

## 4.2 शिक्षा

शिक्षा राष्ट्र की सामाजिक प्रगति के अत्यन्त महत्वपूर्ण सूचकों में से एक है। स्कूलों में, विशेषकर प्राथमिक तथा प्रारम्भिक खण्डों में बच्चों की संख्या बढ़ाने तथा उसे बनाए रखने पर दोनों राज्य और केन्द्रीय सरकार भारी राशियां खर्च कर रही हैं। लड़कियों, अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति समुदायों, समाज के अन्य असुरक्षित वर्गों व दूरस्थ तथा पिछड़े क्षेत्रों के लिए विशेष ध्यान सहित समावेशित प्रगति पर केन्द्रित भी है। प्राथमिक शिक्षा के साधारणीकरण हेतु सर्व शिक्षा अभियान भारत सरकार के महत्वपूर्ण कार्यक्रमों में से एक है। 2007-12 के दौरान सर्व शिक्षा अभियान के अन्तर्गत प्राप्त निधियों तथा किए गए व्यय की वर्ष वार स्थिति नीचे तालिका-6 में दी गई है:

तालिका-6

2007-12 के दौरान सर्व शिक्षा अभियान के अन्तर्गत प्राप्त निधियों तथा किए गए व्यय की स्थिति

( ₹ करोड़ )

वर्ष	अथ शेष	प्राप्त निधियां	प्राप्त ब्याज	वर्ष के दौरान उपलब्ध कुल निधियां	व्यय	अंत शेष
2007-08	0.09	2.60	0.02	2.71	2.01	0.70
2008-09	0.70	1.66	0.02	2.38	2.29	0.09
2009-10	0.09	3.26	0.07	3.42	3.10	0.32
2010-11	0.32	4.79	0.07	5.18	3.68	1.50
2011-12	1.50	2.93	0.11	4.54	4.33	0.21
<b>कुल</b>		<b>15.24</b>	<b>0.29</b>		<b>15.41</b>	

स्रोत: सर्व शिक्षा अभियान के जिला परियोजना अधिकारी द्वारा आपूरित आंकड़े।

उपरोक्त तालिका दर्शाती है कि 2007-12 के दौरान मार्च 2012 तक ₹ 0.21 करोड़ की लघु राशि को शेष छोड़ते हुए ₹ 15.41 करोड़ प्रयुक्त किए गए थे।

स्कीम के कार्यान्वयन में पाई गई कमियों के बारे में नीचे विचार किया गया है:

#### 4.2.1 प्रारम्भिक शिक्षा

##### ◆ पंजीयन

जिले में विशेषकर सर्व शिक्षा अभियान के कार्यान्वयन के संदर्भ में शिक्षा की कार्य स्थिति की समीक्षा से उद्घाटित हुआ कि प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक स्कूलों (VIII कक्षा के स्तर तक) की संख्या स्थिर रही लेकिन इन स्कूलों में 2011-12 के दौरान 6-14 वर्षों के लक्षित आयु समूह के बच्चों के पंजीयन में काफी कमी (23 प्रतिशत) आई जैसा कि निम्न तालिका-7 से देखा जा सकता है:

तालिका-7  
स्कूलों तथा पंजीकृत बच्चों की संख्या की स्थिति को दर्शाने वाला विवरण

विवरण	2007-08	2011-12
स्कूलों की संख्या	271	271
पंजीकृत बच्चों की संख्या	10263	7917

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

टिप्पणी: स्कूलों की संख्या में 189 राजकीय प्राथमिक स्कूल, 34 राजकीय माध्यमिक स्कूल, 27 वरिष्ठ माध्यमिक स्कूल (VIII स्टैण्डर्ड तक कक्षाओं से युक्त) और 21 राजकीय उच्च स्कूल (VIII स्टैण्डर्ड तक कक्षाओं से युक्त) अंतर्निहित हैं।

नमूना-जांच किए गए 13<sup>10</sup> प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक स्कूलों में विद्यार्थियों के पंजीयन में 2007-08 की तुलना में 2011-12 के दौरान 25 प्रतिशत की कमी आई है। निजी स्कूलों के पंजीयन आंकड़े की अनुपलब्धता के कारण लेखापरीक्षा में निजी स्कूलों में पंजीयन में वृद्धि की स्थिति और फलस्वरूप सरकारी स्कूलों में पंजीयन में कमी के अनुवर्ती परिणाम सहसम्बन्धित नहीं किए जा सके थे।

प्रारम्भिक शिक्षा के उप निदेशक ने पंजीयन में कमी का मुख्य कारण छात्रों का निजी संस्थाओं/ स्कूलों में स्थानान्तरण को ठहराया (अगस्त 2012)।

##### ◆ स्कूल छोड़ना

उप निदेशक प्रारम्भिक शिक्षा अथवा खण्ड प्रारम्भिक शिक्षा अधिकारियों ने पूरे जिले के लिए प्रारम्भिक स्कूलों में स्कूल छोड़ने के स्तर का अनुश्रवण नहीं किया था क्योंकि 2007-12 की अवधि हेतु स्कूल छोड़ने से सम्बन्धित ब्यौरा नहीं रखा गया था। तथापि, जांच किए गए 13 प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक स्कूलों में 2007-12 के दौरान स्कूल छोड़ने वाले विद्यार्थियों की संख्या दो से लेकर पांच प्रतिशत के बीच थी।

##### ◆ अवसंरचना

1 अप्रैल 2007 तथा 31 मार्च 2012 तक जिले में प्राथमिक स्कूलों में अवसंरचना की स्थिति नीचे तालिका-8 में दी गई है:

<sup>10</sup> राजकीय प्राथमिक स्कूल बरलेगी, चौआ, खंभा, पोंडा, रिकांगपिओ, रोधी, टापरी, यांगपा-I और युवानरांगी; राजकीय माध्यमिक स्कूल: बोनिंग सेरिंग, चोलटू, जोनांगो, काफ्नु और पोनांगे।

तालिका-8

1 अप्रैल 2007 और 31 मार्च 2012 तक प्राथमिक स्कूलों की स्थिति दर्शाने वाला विवरण

विवरण	1 अप्रैल 2007 तक	31 मार्च 2012 तक
भवन रहित स्कूलों की संख्या	2	2
एक कमरे वाले स्कूलों की संख्या	2	0
दो कमरों वाले स्कूलों की संख्या	8	0
दो कमरों व बरामदा वाले स्कूलों की संख्या	177	187
कुल स्कूलों की संख्या	189	189

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

उपरोक्त तालिका अवसंरचना के प्रावधान में सुधार को दर्शाता है।

2009-11 के दौरान ₹ 4.18 करोड़ के आकलित मूल्य पर 20 माध्यमिक स्कूल के भवनों के निर्माण को स्वीकृति मिली थी जिसके प्रति अगस्त 2012 तक ₹ 2.35 करोड़ की राशि का व्यय किया गया था। यह देखा गया था कि मात्र आठ स्कूल भवन ही पूर्ण किए गए थे। छः स्कूलों के लिए भवनों का निर्माण अभी तक आरम्भ नहीं हुआ था और शेष छः स्कूलों में कार्य प्रगति पर था।

◆ मूलभूत सुविधाएं

प्रारम्भिक स्तर पर अधिकांश स्कूलों के पास सुविधाएं जैसे सीमा दीवारें, विद्युत, एक्सेस रैंप आदि नहीं थी जैसा कि नीचे तालिका-9 में ब्यौरा दिया गया है:

तालिका-9

स्कूलों, जिनके पास मूलभूत सुविधा नहीं है, की संख्या का ब्यौरा

स्कूलों की संख्या जिनके पास मूलभूत सुविधा नहीं है				
श्रेणी	जिले में कुल स्कूल	सीमा दीवारें	विद्युत सुविधा	एक्सेस रैंप
प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक	223	43	49	223

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

◆ अध्यापकों की उपलब्धता

प्रत्येक प्राथमिक स्कूल हेतु दो अध्यापकों के मानक के प्रति 189 स्कूलों में से 20 प्राथमिक स्कूलों में मार्च 2012 तक मात्र एक अध्यापक था। जिले के सभी उच्च प्राथमिक स्कूलों में अध्यापकों की उपलब्धता मानकों के अनुरूप पाई गई थी।

4.2.2 उच्च शिक्षा

जिले में उच्च शिक्षा 21 राजकीय उच्च विद्यालयों, 27 राजकीय वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालयों और एक स्नातकोत्तर महाविद्यालय के नेटवर्क के माध्यम से दी जा रही है। उच्चतर शैक्षणिक विकासार्थ स्कीमों के कार्यान्वयन हेतु जिला स्तर पर उप निदेशक, उच्च शिक्षा नियन्त्रण अधिकारी है। जिले में 2007-12 के दौरान विद्यार्थियों के पंजीयन का वर्ष वार तथा कक्षा वार ब्यौरा निम्न तालिका-10 में दिया गया है:

तालिका-10  
2007-12 के दौरान जिले में विद्यार्थियों के पंजीयन का विवरण

(संख्या में)

वर्ष	कक्षा में पंजीकरण				कुल
	IX	X	XI	XII	
2007-08	1204	1469	823	777	4273
2008-09	763	1004	850	669	3286
2009-10	1067	878	724	669	3338
2010-11	1223	1102	738	639	3702
2011-12	1008	1119	730	577	3434

स्रोत: उप निदेशक, उच्च शिक्षा द्वारा आपूरित आंकड़े।

जिले में कक्षा IX से XII में पंजीयन कम हो गया है तथा जो 2007-08 में 4273 से 2011-12 में 3434 हो गया है उप निदेशक, उच्च शिक्षा ने बताया (अगस्त 2012) कि कक्षा IX से XII में पंजीयन अभिभावकों द्वारा विद्यार्थियों के निजी विद्यालयों में स्थानांतरण के कारण कम हुआ। इससे प्रदर्शित हुआ कि बच्चों के अभिभावकों ने अपने बच्चों को शिक्षण व अधिगम के लिए बेहतर वातावरण से युक्त निजी स्कूलों में स्थानांतरित करने को प्राथमिकता दी तथा इस सम्बन्ध में विभाग के प्रयासों में कमी थी।

◆ अवसंरचना एवं सुख-सुविधाएं

मार्च 2012 तक जिले में 48 उच्च विद्यालयों एवं वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालयों में से पांच विद्यालयों में पक्का भवन तथा हांगों स्थित एक राजकीय उच्च विद्यालय का अपना भवन नहीं था। दो स्कूलों में लड़के एवं लड़कियों के लिए अलग-अलग शौचालय नहीं थे। इसके अतिरिक्त, 46 स्कूलों में पुस्तकालय सुविधा नहीं थी और 23 स्कूलों में विज्ञान विषयों के लिए अलग प्रयोगशालाएं नहीं थी।

इसके अतिरिक्त, 222 शौचालयों (लड़के: 108, लड़कियां: 114) की आवश्यकता के प्रति 119 शौचालयों की कमी के साथ 103 शौचालय (लड़के: 50, लड़कियां: 53) उपलब्ध थे। विभाग ने बताया (नवम्बर 2012) कि निधियों की गैर-उपलब्धता के कारण शेष शौचालयों का निर्माण नहीं किया जा सका था। इससे शौचालयों के निर्माण के लिए निधियां उपलब्ध करवाने हेतु मामला राज्य सरकार/ जिला प्रशासन के सम्मुख न रखने से सभी स्कूलों में मूलभूत सुख-सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने में विभाग विफलता प्रदर्शित होती है।

◆ शिक्षा गुणवत्ता

गुणवत्ता शिक्षा तभी दी जा सकती है जब विद्यालयों/ महाविद्यालयों में अध्यापकों की पर्याप्त उपलब्धता हो तथा कक्षा X तथा XII के बोर्ड परिणामों से स्पष्ट सुधार स्तर में अध्यापन की गुणवत्ता प्रतिबिम्बित हो।

◆ अध्यापकों की उपलब्धता

मार्च 2012 तक जिले में अध्यापकों की श्रेणीवार स्थिति निम्न तालिका-11 में दर्शाई गई है:

तालिका-11  
जिले में अध्यापकों की श्रेणीवार स्थिति को दर्शाने वाला ब्यौरा

कर्मचारी वर्ग	स्वीकृत संख्या	नियुक्तियां
प्रधानाचार्य	27	18
मुख्याध्यापक	21	6
प्रवक्ता	276	176
टी जी टी	269	232
सी एण्ड वी टी	341	281
अन्य	249	68

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

टिप्पणी: टी जी टी: प्रशिक्षित स्नातक अध्यापक

सी एण्ड वी टी: शास्त्रीय एवं स्थानिक भाषा अध्यापक (कला एवं क्राफ्ट अध्यापक, भाषा अध्यापक तथा शारीरिक शिक्षा अध्यापक) तथा अन्य: शासकीय स्टाफ।

नमूना-जांच किए गए कुल आठ<sup>11</sup> उच्च और वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालयों में मार्च 2012 तक विभिन्न श्रेणियों (प्राचार्य: एक; प्रवक्ता: छः; प्रशिक्षित स्नातक अध्यापक: छः; मुख्याध्यापक: दो; शास्त्रीय एवं स्थानिक भाषा अध्यापक: छः और अन्य 11) में एक से 11 पदों की कमी थी।

#### ◆ बोर्ड के परिणाम

उप निदेशक, उच्च शिक्षा द्वारा जिला स्तर पर स्कूल शिक्षा बोर्ड की विभिन्न परीक्षाओं में विद्यार्थियों के समग्र उत्तीर्ण प्रतिशतता से सम्बन्धित आंकड़ों का अनुरक्षण नहीं किया गया था। अतः विद्यार्थियों के शैक्षणिक स्तर में गुणवत्ता सुधार तथा स्कीमों का प्रभाव लेखापरीक्षा में जांच नहीं किया जा सका।

नमूना-जांच किए गए आठ उच्च और वरिष्ठ माध्यमिक स्कूलों में 2007-12 के दौरान कक्षा X से XII के सम्बन्ध में उत्तीर्ण प्रतिशतता नीचे तालिका-12 में दी गई है:

तालिका-12  
कक्षा X से XII के सम्बन्ध में नमूना-जांच किए गए स्कूलों की उत्तीर्ण प्रतिशतता

(प्रतिशतता)

कक्षा	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12
X	94	77	82	81	59
XI	67	60	65	96	75
XII	47	72	66	93	98

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि कक्षा X के सम्बन्ध में उत्तीर्ण प्रतिशतता 2007-08 की तुलना में 2008-12 के दौरान घटी थी और 59 प्रतिशत तक नीचे आ गई। तथापि, 2010-12 के दौरान कक्षा X से XII के सम्बन्ध में उत्तीर्ण प्रतिशतता में सुधार हुआ था।

#### ◆ स्कूलों का निरीक्षण

हिमाचल प्रदेश शिक्षा संहिता में प्रावधान है कि उच्च शिक्षा निदेशक अथवा उसके द्वारा प्राधिकृत कोई अन्य अधिकारी स्कूलों के पर्यवेक्षण तथा निरीक्षणार्थ उत्तरदायी है। स्कूलों का निरीक्षण वर्ष में कम से कम एक बार किया जाना होता है।

<sup>11</sup> राजकीय उच्च विद्यालय: बारी, बतसेरी, बूआ और कांगोज।

राजकीय वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालय: चांगों, काटगांव, निचार और रकछम।

उप निदेशक, उच्च शिक्षा के कार्यालय में अभिलेखों की नमूना-जांच से उद्घाटित हुआ कि राजकीय वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालयों तथा राजकीय उच्च विद्यालयों के सम्बन्ध में 2007-12 के दौरान 240 अपेक्षित निरीक्षणों के प्रति उप निदेशक, उच्च शिक्षा ने केवल 150 निरीक्षण किए जिसके परिणामस्वरूप 90 निरीक्षण (37 प्रतिशत) कम हुए। उप निदेशक, उच्च शिक्षा ने निरीक्षण में कमी का कारण स्कूलों की कठिन भौगोलिक स्थिति और मानव शक्ति की कमी को ठहराया (जुलाई 2012)। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि राज्य शिक्षा मानक के प्रावधान के अनुसार निर्धारित सीमा तक स्कूलों का निरीक्षण अनिवार्य है।

#### 4.2.3 छात्रवृत्ति स्कीमें

##### ◆ एकीकृत ग्रामीण विकास कार्यक्रम

एकीकृत ग्रामीण विकास कार्यक्रम के अंतर्गत पहचान किए गए परिवारों में कक्षा I से XII के विद्यार्थियों को वार्षिक रूप में इस कार्यक्रम के अंतर्गत छात्रवृत्ति प्रदान की जा रही है ताकि वे अपनी पढ़ाई पूर्ण कर सकें। 2007-12 के दौरान 1867 विद्यार्थियों को छात्रवृत्ति के मदें ₹ 9.74 लाख का वितरण किया गया। तथापि जिला स्तर पर पात्र विद्यार्थियों से प्राप्त आवेदनों के सम्बन्ध में कोई आंकड़े नहीं रखे गये थे। 20 नमूना-जांचित शिक्षण संस्थानों में एकीकृत ग्रामीण विकास कार्यक्रम परिवारों के सभी 595 विद्यार्थियों को एकीकृत ग्रामीण विकास कार्यक्रम छात्रवृत्ति का लाभ दिया गया था।

##### ◆ दसवीं पश्चात् छात्रवृत्ति स्कीम

उप निदेशक, उच्च शिक्षा द्वारा उपलब्ध करवाई गई सूचना के अनुसार अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति के पात्र विद्यार्थियों को स्कीम के अंतर्गत ₹ 140 प्रति माह की दर से ₹ 25.12 लाख की वित्तीय सहायता मुहैया करवाते हुए 1461 विद्यार्थियों को आवृत्त किया गया। उप-निदेशक, उच्च शिक्षा द्वारा जिले में कुल पात्र विद्यार्थियों के सम्बन्ध में आंकड़े नहीं रखे गए थे। पात्र विद्यार्थियों से सम्बन्धित आंकड़ों की अनुपस्थिति में अनावृत्त विद्यार्थियों की सीमा को, यदि कोई हो तो, लेखापरीक्षा में सत्यापित नहीं की जा सकी। नमूना-जांच के लिए चयनित चार वरिष्ठ माध्यमिक स्कूलों में सभी 434 विद्यार्थियों को दसवीं पश्चात् छात्रवृत्ति स्कीम का लाभ दिया गया था।

##### ◆ महाविद्यालय स्तर पर छात्रवृत्ति

2007-12 के दौरान प्राप्त अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति के 247 आवेदनों में स्कीम के अंतर्गत 229 विद्यार्थियों को आवृत्त किया गया था और 18 विद्यार्थी अनावृत्त रहे। राजकीय डिग्री महाविद्यालय, रिकांगपिओ के प्राचार्य ने बताया (नवम्बर 2012) कि कम्पार्टमेंट परीक्षा उत्तीर्ण न करने के कारण शेष विद्यार्थियों को छात्रवृत्ति उपलब्ध नहीं करवाई गई थी। अतः यह देखा गया कि जिले में बहुत से स्कूलों में मूल अवसंरचना और अन्य सुविधाओं का अभाव था। स्कूलों में अध्यापकों की कमी ने बोर्ड के परिणामों पर विपरीत प्रभाव डाला।

#### सिफारिशें

सरकार विचार करे:

- अध्यापन एवं अध्ययनार्थ उपयुक्त वातावरण सुनिश्चित करने के लिए सभी स्कूलों के सम्बन्ध में, विशेषकर आरम्भिक स्तर पर, भवन तथा मूलभूत अवसंरचना/ सुविधाओं को प्राथमिकता के आधार पर मुहैया करवाना।

- सर्वेक्षण तथा विभिन्न छात्रवृत्ति स्कीमों के अन्तर्गत आवृत्त किए जाने वाले लाभार्थियों का डाटाबेस सृजित करवाना।

### 4.3 एकीकृत बाल विकास सेवाएं

एकीकृत बाल विकास सेवा एक केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम है तथा राज्य में 1975-76 से परिचालन में है। कार्यक्रम का लक्ष्य 0-6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों तथा समाज की सर्वाधिक वंचित वर्गों से सम्बन्धित गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों का पालन करने वाली माताओं का संपूर्ण विकास करना था। दिशा-निर्देशों के अनुसार 300 अथवा इससे अधिक की जनसंख्या वाले पहाड़ी क्षेत्रों में आंगनबाड़ी केन्द्र खोले जाने थे। जिले में 84,000 की जनसंख्या के लिए 232 आंगनबाड़ी केन्द्र हैं तथा जिले की आवश्यकताओं के अनुसार पर्याप्त थे। लेखापरीक्षा में आवृत्त किए गए कार्यक्रम के कुछ पहलुओं पर विवेचना निम्नानुसार है।

#### 4.3.1 पोषाहार कार्यक्रम

एकीकृत बाल विकास सेवा के दिशा-निर्देशों के अनुसार छः माह से छः वर्ष के आयु वर्ग वाले बच्चों एवं गर्भवती महिलाओं तथा बच्चों का पालन करने वाली माताओं को पूरक पोषाहार उपलब्ध करवाया जाना अपेक्षित था।

नीचे तालिका-13 में 2007-12 के दौरान कार्यक्रम के अन्तर्गत लाभार्थियों की पहचान तथा वास्तव में आवृत्त संख्या की स्थिति को दर्शाया है।

तालिका-13

2007-12 के दौरान लाभार्थियों की पहचान तथा वास्तव में आवृत्त संख्या की स्थिति

(संख्या में)

वर्ष	गर्भवती महिलाएं एवं बच्चों का पालन करने वाली माताएं			6 वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की कुल जनसंख्या		
	चिन्हित	सहायता की गई	कमी	चिन्हित	सहायता की गई	कमी
2007-08	1092	1023	69 (6 प्रतिशत)	5053	4942	111 (2 प्रतिशत)
2008-09	950	939	11 (1 प्रतिशत)	4604	4510	94 (2 प्रतिशत)
2009-10	995	995	शून्य	4363	4335	28 (1 प्रतिशत)
2010-11	1003	1003	शून्य	5146	5146	शून्य
2011-12	1125	1125	शून्य	5450	5433	17

स्रोत: जिला कार्यक्रम अधिकारी (एकीकृत बाल विकास सेवा) किन्नौर द्वारा आपूरित आंकड़े।

कोष्ठक में दर्शाई गई संख्या प्रतिशतता को इंगित करती है।

2009-12 के दौरान 100 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं एवं बच्चों का पालन करने वाली माताएं और 2010-12 के दौरान लगभग सभी चिन्हित बच्चों को योजना के अंतर्गत सहायता दी गई थी। 2007-09 और 2007-10 के दौरान क्रमशः मात्र एक से छः प्रतिशत गर्भवती महिलाएं एवं बच्चों का पालन करने वाली माताएं तथा एक से दो प्रतिशत बच्चे अनावृत्त रहे। प्रत्युत्तर में जिला कार्यक्रम अधिकारी ने बताया (अगस्त 2012) कि कमी का कारण पहाड़ी क्षेत्रों में जनसंख्या का बिखराव था।

#### 4.3.2 अवसंरचना तथा सुख-सुविधाएं

अगस्त 2012 तक जिले में 232 में से 126 आंगनबाड़ी केन्द्र के सरकारी भवन थे और 106 केन्द्र ₹ 200 के मासिक किराए पर लिए गए निजी परिसरों में चल रहे थे। जिला कार्यक्रम अधिकारी ने



बताया ( अगस्त 2012 ) कि सम्बन्धित क्षेत्र में सरकारी रिहायिश की गैर-उपलब्धता के कारण इन आंगनबाड़ी केन्द्रों में मूल सुख-सुविधाएं उपलब्ध नहीं करवाई जा सकी थी।

अतः यह देखा गया कि अनुपूरक पोषण के अंतर्गत लाभार्थियों का आवरण निर्धारित लक्ष्य के निकट था। तथापि निजी परिसरों से चलाए जा रहे 46 प्रतिशत आंगनबाड़ी केन्द्रों में पर्याप्त अवसंरचना सुविधाओं का अभाव था क्योंकि आंगनबाड़ी केन्द्रों के निर्माण के लिए 2007-12 के दौरान निधियां उपलब्ध नहीं करवाई गई थी।

#### सिफारिश

- छोड़े गए क्षेत्रों में आंगनबाड़ी केन्द्रों के निर्माण के लिए निधियों की उपलब्धता और जिले के सभी आंगनबाड़ी केन्द्रों में मूल सुख-सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु जिला प्रशासन मामले को राज्य सरकार के सम्मुख उठाये।

#### 4.4 सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना

राज्य सरकार ने आजीविका के अपर्याप्त साधनों के साथ वृद्ध व्यक्तियों/ विधवाओं को सामाजिक सुरक्षा एवं आर्थिक सहायता प्रदान करने के उद्देश्य से सामाजिक सुरक्षा पेंशन योजना कार्यान्वित की। योजना में अन्य बातों के साथ-साथ 1971 से वृद्धावस्था पेंशन; 1979 से विधवा पेंशन; 1995 से राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन; 1997 से लेपर्स पेंशन स्कीम; 2010 से इंदिरा गांधी राष्ट्रीय विधवा पेंशन स्कीम और 2010 से इंदिरा गांधी राष्ट्रीय विकलांग पेंशन स्कीम के घटकों को सम्मिलित किया गया है।

2007-12 के दौरान चिन्हित लाभार्थियों और स्कीम के अंतर्गत वास्तविक आवृत्त किए लाभार्थियों की वर्षवार स्थिति निम्न तालिका-14 में दी गई है:

तालिका-14

2007-12 के दौरान चिन्हित लाभार्थियों एवं वास्तविक आवृत्त किए गए लाभार्थियों का विवरण

वर्ष	चिन्हित पात्र लाभार्थियों की संख्या	आवृत्त किए गए लाभार्थियों की संख्या	अनावृत्त रहे लाभार्थियों की संख्या
2007-08	3634	3634	--
2008-09	4040	3935	105 (3)
2009-10	3935	3721	214 (5)
2010-11	4031	3850	181 (4)
2011-12	4075	3843	232 (6)

स्रोत: जिला कल्याण अधिकारी द्वारा आपूरित आंकड़े। कोष्ठक में आंकड़े प्रतिशतता को प्रदर्शित करते हैं।

2007-12 के दौरान जिला कल्याण अधिकारी, किन्नौर ने लाभार्थियों को ₹ 5.78 करोड़ की वित्तीय सहायता उपलब्ध करवाई। तथापि 2008-12 के दौरान तीन से छः प्रतिशत लाभार्थी स्कीम के अंतर्गत आवृत्त नहीं किए गए थे।

जिला कल्याण अधिकारी, किन्नौर ने बताया (अगस्त 2012) कि सही पते की अनुपलब्धता के कारण शेष मामलों में वित्तीय सहायता उपलब्ध नहीं करवाई जा सकी थी।

#### 4.5 जलापूर्ति

सभी नागरिकों विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वालों को पर्याप्त एवं सुरक्षित पेयजल का प्रावधान करना दोनों केन्द्रीय तथा राज्य सरकारों के लिए प्राथमिक क्षेत्र रहा है। किन्नौर जिले में (कुल मिलाकर राज्य सहित) सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य विभाग द्वारा दो<sup>12</sup> मण्डलों के माध्यम से पेयजल के प्रावधानार्थ एक<sup>13</sup> केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम तथा तीन<sup>14</sup> राज्य योजना स्कीमों का कार्यान्वयन किया जा रहा है। 2007-12 के दौरान जिले में जलापूर्ति स्कीमों पर बजट आवंटन तथा व्यय निम्न तालिका-15 में दिया गया है:

तालिका-15  
जलापूर्ति योजनाओं पर प्राप्त निधियों एवं व्यय की स्थिति

(₹ करोड़)

वर्ष	केन्द्रीय निधि आवंटन	व्यय	राज्य निधि आवंटन	व्यय
2007-08	0.34	0.34	12.41	12.46
2008-09	0.56	0.56	12.06	12.08
2009-10	2.97	2.97	14.86	14.82
2010-11	0.04	0.08	10.48	10.44
2011-12	0.02	0.01	7.15	7.36
<b>कुल</b>	<b>3.93</b>	<b>3.96</b>	<b>56.96</b>	<b>57.16</b>

स्रोत: अधीक्षण अभियंता, सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य वृत्त रिकांगपिओ द्वारा आपूरित आंकड़े।

स्कीम के कार्यान्वयन में देखी गई कमियों पर नीचे चर्चा की गई है:

#### (i) जलापूर्ति की स्थिति

सर्वेक्षण से उद्घाटित हुआ कि मार्च 2007 तक जिले में 379 वास-स्थानों में से 80 प्रतिशत वास-स्थान जलापूर्ति सुविधा से पूर्णतः आवृत्त थे तथा शेष 20 प्रतिशत अभी भी आवृत्त किए जाने थे। 1 अप्रैल 2009 से राष्ट्रीय पेयजल आपूर्ति कार्यक्रम के लागू हो जाने के साथ जिले में पुनः संरक्षण सर्वेक्षण संचालित (अप्रैल 2011) किया गया था। सर्वेक्षण के अनुसार 78 प्रतिशत वास स्थान पूर्णतया आवृत्त थे, 15 प्रतिशत आंशिक रूप से आवृत्त थे और सात प्रतिशत वास-स्थान आवृत्त नहीं थे। मार्च 2012 तक पूर्णतया आवृत्त वास-स्थानों की प्रतिशतता 93 प्रतिशत तक बढ़ गई थी और सात प्रतिशत वास-स्थान आंशिक रूप से आवृत्त थे जैसा कि निम्न चार्ट-2 में दर्शाया गया है:

12 रिकांगपिओ एवं पूह।

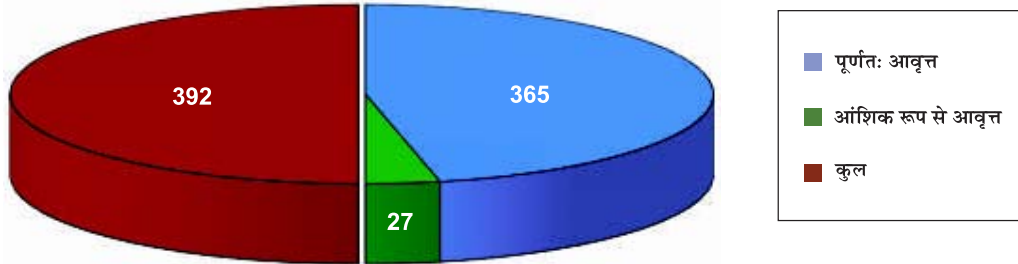
13 त्वरित ग्रामीण जलापूर्ति कार्यक्रम।

14 ग्रामीण पाइपड जलापूर्ति स्कीम, नाबार्ड (आर आई डी एफ) सहायता प्राप्त जलापूर्ति स्कीम एवं हैंडपम्प।

चार्ट-2

जलापूर्ति योजनाओं के अन्तर्गत वास-स्थानों की आवृत्ति को दर्शाता चार्ट

आवास ( 31 मार्च 2012 )



स्रोत: अधीक्षण अभियन्ता, रिकांगपिओ द्वारा आपूरित आंकड़े।

नोट: 40 लीटर एवं इससे अधिक जल की प्रतिदिन प्रतिव्यक्ति उपलब्धता-पूर्णतः आवृत्त।

11-39 लीटर के मध्य जल की प्रतिदिन प्रति व्यक्ति उपलब्धता-आंशिक रूप से आवृत्त।

( ii ) स्कीमों के निष्पादन की स्थिति

विस्तृत कार्य योजना के अनुसार 2003 में जिले में चिन्हित किए गए सभी 379 वास-स्थलों को मार्च 2007 तक स्वच्छ पेयजल उपलब्ध करवाया जाना था। तथापि, मार्च 2007 तक 76 वास-स्थल आवृत्त नहीं किए गए थे। 2007-12 के दौरान विभाग ने शेष 89 वास-स्थलों (2011 में चिन्हित किए गए 13 वास-स्थलों सहित) को आवृत्त करने हेतु ₹ 10.33 करोड़ की लागत पर 42 जलापूर्ति स्कीमों (वर्तमान में कार्यान्वित 27 स्कीमों सहित) का निष्पादन अपने हाथ में लिया। मार्च 2012 तक इनमें से ₹ 3.63 करोड़ के व्यय उपरांत 62 वास-स्थलों को आवृत्त करती 29 स्कीमों पूर्ण कर ली गई थी। शेष 13 स्कीमों (27 वास-स्थलों के लिए) प्रगति पर थी जिनमें से 10 स्कीमों ₹ 2.25 करोड़ का व्यय करने के बाद अपनी पूर्णता की नियत अवधि से सात से 52 माह पीछे थी।

सहायक अभियन्ता, सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य वृत्त, रिकांगपिओ ने बताया (जुलाई 2012) कि कम कार्यकाल अवधि और निधियों के अपर्याप्त प्रावधान के कारण समय अधिक लगा। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि लेखापरीक्षा संवीक्षा में विभागीय स्तर पर उचित अधीक्षण की कमी उजागर हुई जोकि स्कीमों की पूर्णता में विलम्ब का मुख्य कारण था। परिणामतः लक्षित लाभार्थी पर्याप्त और स्वच्छ पेयजल की समयबद्ध उपलब्धता से वंचित रहे। इसके अतिरिक्त, अधीक्षण अभियन्ता के कार्यालय द्वारा कार्यों की पूर्णता के लिए पर्याप्त निधियों की उपलब्धता हेतु मामले पर मुख्य अभियन्ता से विचार-विमर्श भी नहीं किया गया था।

अन्तिम सम्मेलन में अधीक्षण अभियन्ता, सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य विभाग ने यह भी बताया (नवम्बर 2012) कि कम बजट आबंटन और सीमित कार्यकाल अवधि के कारण भी स्कीमों अपूर्ण रह गई।

### (iii) जल गुणवत्ता

विभागीय अनुदेशानुसार ग्रामीण जलापूर्ति स्कीमों के सुरक्षित पेयजल की सुनिश्चितता हेतु वर्षा ऋतु के दौरान जल के नमूनों का राज्य की प्रयोगशालाओं में पाक्षिक तथा उसके बाद मासिक परीक्षण करवाया जाना अपेक्षित है। लोक लेखा समिति ने 167वीं रिपोर्ट (9वीं विधानसभा) में अवलोकित किया था (मार्च 2000) कि राज्य में पेयजल परीक्षण सम्बन्धी स्थिति संतोषजनक नहीं थी तथा सिफारिश की कि किसी भी गंभीर बीमारी की घटना को टालने के लिए प्रभावी कदम उठाये जाने चाहिए। अभिलेखों की संवीक्षा से उद्घाटित हुआ कि 2007-12 के दौरान 42 स्कीमों के सम्बन्ध में अपेक्षित 2520 जल के नमूना परीक्षणों के प्रति वास्तव में केवल 1023 परीक्षण किए गए, जिसके परिणामस्वरूप 59 प्रतिशत की कमी रही। आगे यह भी देखा गया कि 2011 के दौरान विभाग ने 69 जल परीक्षण कितें खरीदी जिनमें से 50 कितें 50 ग्राम पंचायतों को (प्रत्येक को एक) और 10 स्कूलों को वितरित की गई थी। तथापि, न तो पंचायतों/स्कूलों ने किये गये जल परीक्षणों के परिणाम भेजे और न ही विभाग द्वारा उनको प्राप्त किया गया। मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर द्वारा आपूरित सूचनानुसार 2007-12 के दौरान जिले में जल-जनित रोगों के (गैस्ट्रोएंटराइटिस: 3798 तथा टाईफाइड: 763) 4561 मामले ध्यान में आए।

#### सिफारिश

- लोगों को सुरक्षित पेयजल आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए जल गुणवत्ता परीक्षण प्रणाली का सुधार/उन्नयन किया जाना चाहिए।

## 4.6 स्वच्छता सुविधाएं/ मलव्यवस्था

### (i) पूर्ण स्वच्छता अभियान

पूर्ण स्वच्छता अभियान एक केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम है। स्कीम का मुख्य लक्ष्य 2012 तक ग्रामीण क्षेत्रों में सभी को शौचालय उपलब्ध करवाने के लिए स्वच्छता आवृत्ति की गति को बढ़ाना था। जिला किन्नौर के लिए परियोजना 2001-02 में ₹ 2.72 करोड़ की लागत पर दस वर्षीय अर्थात् मार्च 2012 तक की परियोजना अवधि के साथ स्वीकृत की गई थी तथा जिला ग्रामीण विकास अभिकरण इसकी कार्यान्वयन अभिकरण है। तथापि, भारत सरकार ने 12वीं पंचवर्षीय योजना में इस स्कीम को जारी रखने के लिए स्वीकृति दी (जून 2012) और इसे निर्मल भारत अभियान के रूप में पुनर्नामित किया।

स्कीम में परिकल्पित कार्यकलाप निम्नवत् थे (i) प्रारम्भिक कार्यकलाप अर्थात् आधारतल सर्वेक्षण करना, पीआईपी को तैयार करना आदि; (ii) सूचना, शिक्षा एवं संचार कार्यकलाप अर्थात् ग्रामीण क्षेत्रों में परस्पर व्यक्तिगत सूचना, लोक ज्ञान साधन तथा बाह्य साधन जैसे दीवार पेंटिंग एवं होर्डिंग आदि के उपयोग द्वारा स्वच्छता सुविधाओं के लिए मांग सृजित करना; (iii) ग्रामीण स्वच्छता बाजारों एवं उत्पादन केन्द्रों की स्थापना करना; (iv) ठोस एवं तरल कचरा प्रबन्धन कार्य; (v) निजी घरेलू शौचालयों का निर्माण करना (गरीबी रेखा से नीचे एवं गरीबी रेखा से ऊपर के लिए निजी घरेलू शौचालय); (vi) सामुदायिक स्वास्थ्यकर कॉम्प्लेक्स का निर्माण करना; तथा (vii) सांस्थानिक शौचालयों का निर्माण करना। 2007-12 के दौरान जिला ग्रामीण विकास अभिकरण द्वारा प्राप्त राशि तथा उसके प्रति उपयोगिता की वर्षवार स्थिति नीचे तालिका-16 में दी गई है:

तालिका-16

पूर्ण स्वच्छता अभियान के अन्तर्गत प्राप्त निधियां एवं किए गए व्यय की स्थिति

( ₹ लाख)

वर्ष	अथ शेष	प्राप्त निधियां				कुल	प्रयुक्त निधियां	अप्रयुक्त राशि (प्रतिशत)
		केन्द्र	राज्य	व्याज	अन्य विविध प्राप्तियां			
2007-08	3.20	---	---	0.11	2.24	5.55	5.27	0.28 (05)
2008-09	0.28	35.82	18.05	0.09	4.30	58.54	19.89	38.65 (66)
2009-10	38.65	---	---	0.70	0.18	39.53	39.44	0.09 (---)
2010-11	0.09	56.67	15.15	1.30	3.30	76.51	59.79	16.72 (22)
2011-12	16.72	8.44	12.76	3.93	0.90	42.75	11.13	31.62 (74)
<b>कुल</b>		<b>100.93</b>	<b>45.96</b>	<b>6.13</b>	<b>10.92</b>		<b>135.52</b>	

स्रोत: विभाग द्वारा आपूरित आंकड़े। कोष्ठकों में दी गई संख्या प्रतिशतता को दर्शाती है।

यह देखा गया कि मई 2012 तक ठोस एवं तरल कचरा प्रबंधन तथा ग्रामीण स्वास्थ्यकर बाजारों के अन्तर्गत कार्यकलापों को शुरू न करने के कारण ₹ 31.62 लाख की राशि अप्रयुक्त रही। इसके अतिरिक्त, 226 आंगनबाड़ी शौचालयों, 65 सामुदायिक शौचालयों तथा 350 स्कूल शौचालयों के लक्ष्य के प्रति मई 2012 तक केवल क्रमशः 45, 27 तथा 91 शौचालयों का निर्माण किया गया था। परिणामस्वरूप, ग्रामीण क्षेत्र में स्वच्छता आवृत्ति को बढ़ाने के लिए स्कीम का उद्देश्य निधियों की उपलब्धता के बावजूद प्राप्त नहीं किया जा सका।

प्रत्युत्तर में परियोजना अधिकारी, जिला ग्रामीण विकास अभिकरण ने बताया (मई 2012) कि सीमित कार्यकाल अवधि तथा हिम ग्रस्त क्षेत्र के कारण लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया जा सका था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि आंगनबाड़ी केन्द्रों में शौचालयों के निर्माण की योजना कार्यकाल अवधियों को ध्यान में रखकर तैयार की जानी चाहिए।

(ii) मलव्यवस्था

किन्नौर जिले में शहरी क्षेत्र नहीं है। जिले के मुख्यालय रिकांगपिओ में मलव्यवस्था सुविधा है। इसके अतिरिक्त सांगला (तहसील मुख्यालय) के लिए अगस्त 2007 में ₹ 4.16 करोड़ के लिए एक मलव्यवस्था स्कीम प्रशासनिक रूप से अनुमोदित की गई थी और दो वर्षों की अवधि के अंतर्गत पूरी की जाने के लिए अनुबद्ध थी। ₹ 1.05 करोड़ खर्च किए जाने के बावजूद कार्य जून 2012 तक अपूर्ण था। विलम्ब के कारण लोगों को मलव्यवस्था सुविधा से वंचित रहना पड़ा।

अधिकांश अभियंता, रिकांगपिओ ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए (जून 2012) बताया कि उपचार संयंत्र के विकास के लिए कार्यस्थल अभी तक निश्चित नहीं किया गया था। उत्तर संतोषजनक नहीं है क्योंकि स्कीम की समयबद्ध पूर्णता हेतु कार्यस्थल की पहचान योजना बनाने के चरण पर कर ली जानी चाहिए।