

अध्याय-II निष्पादन लेखापरीक्षा

- 2.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
- 2.2 मध्य प्रदेश पुलिस बल का आधुनिकीकरण
- 2.3 एकीकृत बाल विकास सेवाओं के अंतर्गत पूरक पोषण कार्यक्रम पर निष्पादन लेखापरीक्षा

अध्याय-II : निष्पादन लेखापरीक्षा

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

2.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

कार्यपालन सारांश

परिचय

भारत सरकार द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) को ग्रामीण आबादी विशेषकर कमजोर वर्गों को सुलभ, सस्ती एवं गुणवत्ता युक्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधा उपलब्ध कराने के लिए 12 अप्रैल 2005 को शुरू किया गया था। इसका उद्देश्य शिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु तथा कुल प्रजनन दर को कम करना तथा संक्रामक एवं गैर संक्रामक रोगों से होने वाली रुग्णता तथा मृत्यु को रोकना एवं कम करना था। इस प्रक्रिया में एन.आर.एच.एम. को सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (एम.डी.जी.) 2015 के अंतर्गत अपेक्षित निर्धारित लक्ष्य शिशु मृत्यु दर (आई.एम.आर.) को 27/1,000 जीवित जन्म तथा मातृ मृत्यु दर (एम.एम.आर.) को 109/1,00,000 तक कम करने में सहायक होना था।

कार्यक्रम के लिए संसाधन का विभाजन केंद्र तथा राज्य शासन के मध्य किया गया था। वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत कार्यक्रम अनुमोदित परिव्यय में प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य (आर.सी.एच.), टीकाकरण, तथा एन.आर.एच.एम. मिशन फ्लैक्सी पूल के लिए अनुमोदित परिव्यय ₹ 6,247.01 करोड़ के विरुद्ध ₹ 5,588.76 करोड़ का व्यय किया गया था। राज्य में प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य में सुधार के लिए एन.आर.एच.एम. के प्रभाव के आकलन वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि की निष्पादन लेखापरीक्षा में निम्नलिखित दृष्टिगोचर हुआ:

जनसांख्यिकीय लक्ष्यों की प्राप्ति में एन.आर.एच.एम की उपलब्धि

- राज्य आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. (कुल प्रजनन दर) के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं कर सका तथा अन्य राज्यों की उपलब्धियों से बहुत पीछे था। एम.डी.जी. के अंतर्गत शिशु मृत्यु दर 27 प्रति हजार जीवित जन्म के लक्ष्य के विरुद्ध राज्य में 51 प्रति हजार जीवित जन्म थी। आई.एम.आर. के दृष्टिकोण से मध्य प्रदेश का स्थान 28 राज्यों में 27वें स्थान पर था। इसी प्रकार मातृ मृत्यु दर के एम.डी.जी. लक्ष्य 109 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म के विरुद्ध राज्य, 221 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म की उपलब्धि प्राप्त कर सका था। एम.एम.आर. में, 18 राज्यों में मध्य प्रदेश 13वें स्थान पर था।
- वर्ष 2012 से टी.एफ.आर. में सुधार हुआ है जैसा कि यह 2.9 (मार्च 2012) से 2.3 (मार्च 2016) कम हुआ है। हालांकि, राज्य एन.आर.एच.एम के कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17) के अनुसार टी.एफ.आर. 2.1 तक करने के लक्ष्य को प्राप्त नहीं कर सका था। मातृ, शिशु एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्रदायगी में कमी के परिणामस्वरूप राज्य आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. के लक्ष्य को प्राप्त करने में सफल नहीं रहा।

(कड़िका 2.1.6)

मातृ, शिशु एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की स्थिति

- वर्ष 2011-16 में प्रसवपूर्व जाँच (ए.एन.सी.) के लिए पंजीकृत कुल महिलाएं 93.72 लाख में से केवल 52.51 लाख (56 प्रतिशत) ही गर्भावस्था की प्रथम तिमाही में पंजीकृत हो सकी थीं तथा 19.44 लाख (21 प्रतिशत) पूरे गर्भकाल में तीन ए.एन.सी. प्राप्त नहीं कर सकी थीं। गर्भवती महिलाओं में से 47.27 लाख की एच.आई.वी. जाँच तथा 60.34 लाख की वी.डी.आर.एल जाँच नहीं की गई थी।

(कंडिका 2.1.7.1)

- राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में कुल प्रसव में से 87 प्रतिशत संस्थागत प्रसव हुआ था। अधिकांश प्रसव संबंधी जटिलताएं तथा मातृ मृत्यु, प्रसव के दौरान तथा बच्चे के जन्म के प्रथम 48 घंटे के दौरान होती है, को दृष्टिगत रखते हुए संस्थागत प्रसव के प्रकरण में स्वास्थ्य केंद्रों पर 48 घंटे तक रुकने को प्रोत्साहन देना था। हालांकि, वर्ष 2011-16 की अवधि में शासकीय संस्थानों में हुए प्रसव के मामलों में 28 प्रतिशत महिलाओं को प्रसव के 48 घंटे के अंदर छुट्टी कर दी गई थी। आगे, केवल 35.21 लाख (55 प्रतिशत) महिलाएं प्रसव के 48 घंटे से 14 दिनों के अंदर सेवा प्रदाताओं (स्टॉफ नर्स, सहायक सुश्रूषा परिचारिका (ए.एन.एम.)) के उपेक्षापूर्ण व्यवहार, रेफरल परिवहन की कमी के कारण प्रसवोपरांत जाँच प्राप्त कर सकी थी।

(कंडिका 2.1.7.2)

- वर्ष 2011-16 की अवधि में कुल पंजीकृत ए.एन.सी. (93.72 लाख) तथा कुल प्रसव (69.83 लाख) में 23.89 लाख का वृहद अंतर था। लापता प्रसव के प्रकरणों का प्रभाव विषम जन्म लिंग अनुपात 52:48 पर हो सकता है।

(कंडिका 2.1.7.4)

- वर्ष 2011-16 की अवधि में बच्चों के टीकाकरण के अंतर्गत सात रोग निवारण टीकों के निर्धारित लक्ष्य को प्राप्त नहीं किया जा सका था तथा उपलब्धि में 16 से 21 प्रतिशत तक की कमी थी। इसके अलावा, 'हेपेटाइटिस-बी जीरो' खुराक नवजात को जन्म से 48 घंटे तक दी जानी थी। हालांकि, 'हेपेटाइटिस-बी जीरो' खुराक स्वास्थ्य केंद्रों पर भंडारण सुविधा की अनुपलब्धता के कारण 69.25 लाख जीवित जन्म में से, केवल 39.30 लाख (57 प्रतिशत) नवजातों को ही दी जा सकी थी, इसके अतिरिक्त गृह प्रसव के प्रकरणों में खुराक देने में असफलता रही थी।

(कंडिका 2.1.8.2)

- भारत में आठ प्रतिशत मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती हैं। हालांकि, 25 उप जिला अस्पताल (63 में से), 136 सी.एच.सी. (334 में से) तथा 380 पी.एच.सी. (531 24x7 पी.एच.सी. में से) में एम.टी.पी. सेवाएं प्रदाय नहीं की जा रही थी।

(कंडिका 2.1.9.1)

- परिवार नियोजन कार्यक्रम में निम्न प्रदर्शन के कारण टी.एफ.आर. को कम नहीं किया जा सका। वर्ष 2011-16 के दौरान निर्धारित लक्ष्य 3.03 लाख के विरुद्ध केवल 0.83 लाख (27 प्रतिशत) पुरुष नसबंदी ही हो सकी थी। महिला नसबंदी के अंतर्गत मिनीलैप तथा प्रसवोपरांत नसबंदी के लक्ष्यों के विरुद्ध उपलब्धि क्रमशः 43 एवं 22 प्रतिशत थी। गर्भनिरोधक गोली तथा कंडोम वितरण में क्रमशः 42 प्रतिशत एवं 49 प्रतिशत की कमी थी।

(कंडिका 2.1.9.2)

आयोजना एवं वित्तीय प्रबंधन

- जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (डी.एच.ए.पी.) ब्लॉक स्वास्थ्य कार्य योजना (बी.एच.ए.पी.) को सम्मिलित कर तैयार नहीं की गई थीं। वार्षिक कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पी.आई.पी.) एवं डी.एच.ए.पी. में अन्य विभागों के साथ अंतर क्षेत्रीय अभिसरण को शामिल नहीं किया गया। आगे, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान राज्य पी.आई.पी. भारत सरकार को 69 से 196 दिनों के विलंब से प्रस्तुत की गई थी। फलस्वरूप, भारत सरकार से पी.आई.पी. का अनुमोदन 72 से 233 दिनों के विलंब से प्राप्त हुआ।

(कंडिकाएं 2.1.10.1, 2.1.10.2 एवं 2.1.10.3)

- वर्ष 2011-16 के दौरान, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित पी.आई.पी. ₹ 6,247.01 करोड़ के विरुद्ध राज्य को एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन के लिए केवल ₹ 5,269.70 करोड़ उपलब्ध कराया गया था। अतः राज्य के स्वास्थ्य संकेतकों में निराशाजनक प्रदर्शनों के बावजूद योजना के कार्यान्वयन के लिए शासन ने पर्याप्त निधि सुनिश्चित नहीं की।

(कंडिका 2.1.10.4)

ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों की कमी

- राज्य पर्याप्त ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों को बनाने में पूरी तरह असफल था। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत जनसंख्या मानदंड के विरुद्ध 2,588 उप स्वास्थ्य केंद्र (22 प्रतिशत), 828 पी.एच.सी. (41 प्रतिशत) तथा 153 सी.एच.सी. (31 प्रतिशत) की कमी थी। राज्य के कुल 9,192 में से 241 एस.सी. ही प्रसव सुविधा प्रदाय कर रहे थे। पी.एच.सी. को 24x7 में उन्नयित करना, एन.आर.एच.एम. के उद्देश्यों में से एक था। हालांकि, 1,172 में से 638 पी.एच.सी. ही 24x7 के रूप में क्रियाशील थे। राज्य में 334 सी.एच.सी. में से केवल 30 सी.एच.सी. ही प्रथम रेफरल इकाई (एफ.आर.यू.) के रूप में सेवा प्रदाय कर रहे थे। लेखापरीक्षा ने अधोसंरचना के संदर्भ में वार्ड, लेबर रूम, ऑपरेशन थियेटर, बिजली आपूर्ति तथा शौचालयों इत्यादि की कमियों को पाया।

(कंडिका 2.1.11)

स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों की कमी

- अप्रैल 2016 की स्थिति में राज्य में कुल 1,172 पी.एच.सी. में से, 503 पी.एच.सी. बिना चिकित्सकों के क्रियाशील थी। आगे, प्रयोगशाला तकनीशियन तथा फार्मासिस्ट क्रमशः 525 एवं 312 पी.एच.सी. पर पदस्थ नहीं थे। चयनित जिलों की 96 पी.एच.सी. में स्वीकृत 346 विशेषज्ञों में से केवल 13 विशेषज्ञ ही उपलब्ध थे। आगे, राज्य में अप्रैल 2016 की स्थिति में आवश्यक 62,206 अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) के विरुद्ध 58,730 आशा ही नियुक्त थीं।

(कंडिका 2.1.12)

आवश्यक औषधि एवं प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता

- मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना के अंतर्गत शासन सभी प्रकार के स्वास्थ्य केंद्रों पर न्यूनतम आवश्यक औषधि तथा जाँच सेवाएं प्रदाय करने के लिए संकल्पित था। हालांकि, मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना में सूचीबद्ध सभी औषधियां एवं वर्गीकृत सभी जाँच सेवाएं नमूना परीक्षित किसी भी स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं थी।

(कंडिकाएं 2.1.13 एवं 2.1.15)

गुणवत्ता आश्वासन

- राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति तथा जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति की बैठकें निर्धारित अंतराल पर नहीं की गईं। नमूना परीक्षित 13 जिला अस्पतालों (डी.एच.) में से 10 में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं कराया गया था। गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम सी.एच.सी. तथा पी.एच.सी. स्तर पर कार्यान्वित नहीं किया गया था।

(कड़िका 2.1.18)

आंकड़ों का संग्रहण, प्रबंधन एवं प्रतिवेदन

- निजी स्वास्थ्य संस्थानों में प्रदाय की गई ए.एन.सी., शिशु देखभाल तथा टीकाकरण सेवाओं संबंधी आंकड़ों के संग्रहण में कमी थी। आगे, निजी स्वास्थ्य संस्थानों में तथा घर पर कराए गए प्रसवों के संपूर्ण आंकड़े स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच.एम.आई.एस.) में दर्शित नहीं होते थे।

(कड़िका 2.1.20)

2.1.1 प्रस्तावना

2.1.1.1 पृष्ठभूमि

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) ग्रामीण आबादी को सुलभ, सस्ती एवं गुणवत्ता युक्त स्वास्थ्य सेवाएं सुविधा उपलब्ध कराने के लिए भारत सरकार द्वारा अप्रैल 2005 को शुरू किया गया था। मध्य प्रदेश सहित 18 राज्यों जहां लोक स्वास्थ्य संकेतक तथा/या अधोसंरचना कमजोर थी पर विशेष ध्यान केंद्रित था। इसका उद्देश्य शिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु तथा कुल प्रजनन दर¹ (टी.एफ.आर.) को कम कर जनसंख्या के स्थिरीकरण एवं संक्रामक तथा गैर संक्रामक रोगों से होनी वाली रुग्णता तथा मृत्यु को रोकना एवं कम करना था। एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन के अपेक्षित परिणाम **परिशिष्ट-2.1.1** में दर्शाए गए हैं। इस प्रक्रिया में एन.आर.एच.एम. को सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 2015 के अंतर्गत अपेक्षित निर्धारित लक्ष्य शिशु मृत्यु दर (आई.एम.आर.) को 27/1,000 जीवित जन्म तक तथा मातृ मृत्यु दर (एम.एम.आर.) को 109/1,00,000 जीवित जन्म तक कम करने में सहायक होना था।

2.1.1.2 संगठनात्मक संरचना

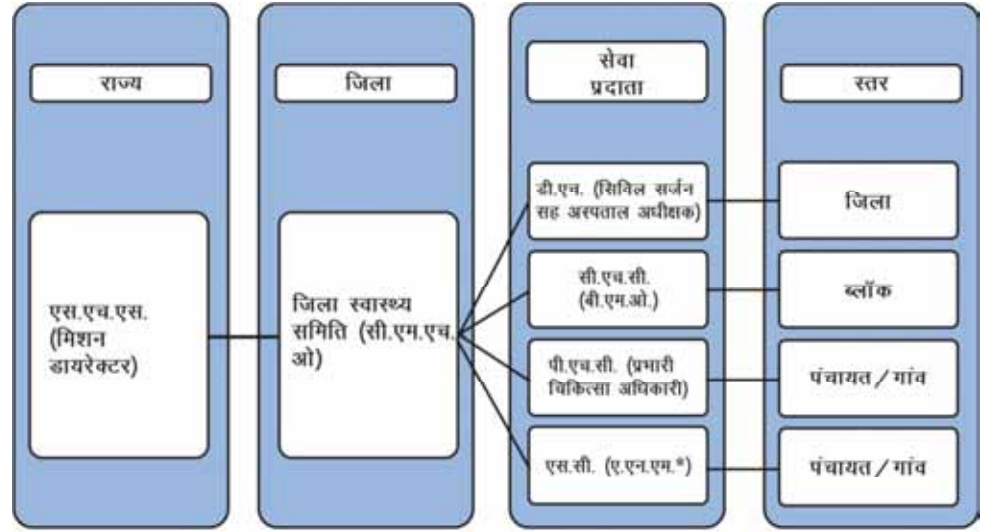
राज्य स्तर पर एन.आर.एच.एम. राज्य स्वास्थ्य मिशन (एस.एच.एम.) के समग्र मार्गदर्शन में कार्य करता है, जिसके अध्यक्ष मुख्यमंत्री होते हैं। एन.आर.एच.एम. एक मिशन प्रणाली कार्यक्रम है जो राज्य स्वास्थ्य समिति (एस.एच.एस.) द्वारा कार्यान्वित किया जाता है। प्रत्येक जिले में जिला कलेक्टर की अध्यक्षता में एक जिला स्वास्थ्य समिति (डी.एच.एस.) होती है। मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (सी.एम.एच.ओ.) डी.एच.एस. के सचिव के रूप में कार्य करता है। ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी (बी.एम.ओ.) ब्लॉक एवं ग्राम स्तर पर कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए उत्तरदायी हैं।

राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा सुविधा, जिला अस्पतालों (डी.एच.), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सी.एच.सी.), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पी.एच.सी.) तथा उप स्वास्थ्य केंद्रों (एस.सी.) द्वारा स्थापित तंत्र के माध्यम से प्रदाय की जाती है। संबंधित विभिन्न एजेंसियों का विवरण **चार्ट-2.1.1** में दिया गया है:

¹ किसी महिला के प्रजनन जीवन काल में होने वाले बच्चों की औसत संख्या को टी.एफ.आर. के रूप में परिभाषित किया गया है।

चार्ट-2.1.1

ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं उपलब्ध कराने वाली विभिन्न एजेंसियां



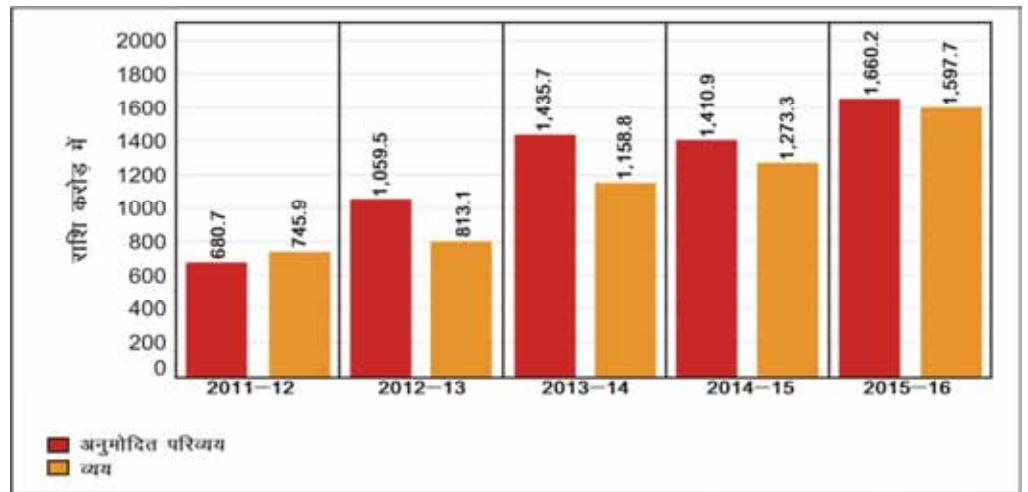
* सहायक सुश्रूषा परिवारिका (ए.एन.एम.) उप स्वास्थ्य केंद्र पर तैनात एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता है।

2.1.1.3 निधि का आवंटन तथा व्यय

एन.आर.एच.एम. विभिन्न कार्यक्रम की भिन्न-भिन्न बजटीय आवश्यकता के साथ एक वृक्षदार कार्यक्रम है। प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य (आर.सी.एच.), टीकाकरण कार्यक्रम तथा एन.आर.एच.एम. मिशन फ्लैक्सी पूल² जो मुख्यतः स्वास्थ्य संकेतक आई.एम.आर., एम.एम.आर तथा टी.एफ.आर से संबद्ध है, के विभिन्न घटकों के अनुमोदित परिव्यय एवं व्यय को चार्ट-2.1.2 में इंगित किया गया है। वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पी.आई.पी.) में आर.सी.एच., टीकाकरण, तथा एन.आर.एच.एम. मिशन फ्लैक्सी पूल के लिए अनुमोदित परिव्यय ₹ 6,247.01 करोड़ के विरुद्ध ₹ 5,588.76 करोड़ का व्यय किया गया था।

चार्ट-2.1.2

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत आर.सी.एच., टीकाकरण, तथा एन.आर.एच.एम. मिशन फ्लैक्सी पूल के लिए अनुमोदित परिव्यय एवं व्यय



(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा प्रदायित जानकारी)

² कोई अतिरिक्त गतिविधियां, जो स्वास्थ्य प्रणाली के सुधार के लिए आवश्यक है पर किसी भी अन्य कार्यक्रम द्वारा वित्तपोषित नहीं है उसे इस पूल से वित्तपोषित किया जाता है।

2.1.2 लेखापरीक्षा उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा के लेखापरीक्षा उद्देश्य थे:

- एन.आर.एच.एम. का राज्य में प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य में सुधार हेतु प्रभाव का निम्न के नमूना जाँच द्वारा आकलन करना:
 - भौतिक अधोसंरचना की उपलब्धता की स्थिति;
 - स्वास्थ्य सेवा कर्मियों की उपलब्धता की स्थिति; एवं,
 - प्रदत्त स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता
- आंकड़ों का संग्रहण, प्रबंधन तथा प्रतिवेदन तंत्र का आकलन जो कि उपलब्धि के संकेतकों की प्रणाली के रूप में है।

2.1.3 निष्पादन लेखापरीक्षा के कार्यक्षेत्र तथा कार्यप्रणाली

निष्पादन लेखापरीक्षा मार्च 2016 से जुलाई 2016 के मध्य की गई थी, जिसमें वर्ष 2011-12 से 2015-16 तक की अवधि को समाविष्ट किया गया था। हालांकि एन.आर.एच.एम. व्यापक रूप से ग्रामीण उन्मुखी कार्यक्रम है। अतः राज्य के कुल 51 जिलों में से 43 जिलों (ग्रामीण आबादी के आधिक्य वाले) को स्वास्थ्य सूचकांक³ में क्रम के आधार पर निम्न, मध्य तथा उच्च प्रदर्शन के रूप में तीन श्रेणियों में विभक्त किया गया है। चार निम्न प्रदर्शन वाले जिले (अनूपपुर, धार, डिंडोरी तथा टीकमगढ़), पांच मध्य प्रदर्शन वाले जिले (बैतूल, खंडवा, मंडला, पन्ना तथा रतलाम) तथा चार उच्च प्रदर्शन वाले जिले (खरगौन, नीमच, रायसेन तथा राजगढ़) को बिना बदले सामान्य यादृच्छिक नमूना पद्धति से (एस.आर.एस.डब्ल्यू.ओ.आर.) निष्पादन लेखापरीक्षा के लिए चयनित किया गया था।

इन चयनित 13 जिलों के अंतर्गत 27 सी.एच.सी., 52 पी.एच.सी. तथा 149 एस.सी. (परिशिष्ट-2.1.2) का चयन एस.आर.एस.डब्ल्यू.ओ.आर. पद्धति से किया गया था। राज्य स्वास्थ्य समिति तथा चयनित जिलों के जिला स्वास्थ्य समितियों, जिला अस्पतालों तथा चयनित सी.एच.सी./पी.एच.सी./एस.सी. के अभिलेखों की संवीक्षा की गई थी। चयनित एस.सी. के 1,386 जननी सुरक्षा योजना के हितग्राहियों तथा 416 अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता⁴ (आशा) से पूछे गए प्रश्नावली के उत्तर भी एकत्रित किए गए थे।

लेखापरीक्षा के उद्देश्य एवं कार्यप्रणाली पर चर्चा हेतु 11 मार्च 2016 को स्वास्थ्य आयुक्त, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के साथ प्रारंभिक सम्मेलन आयोजित किया गया। निष्पादन लेखापरीक्षा का प्रारूप प्रतिवेदन अगस्त 2016 में राज्य शासन को जारी किया गया था। राज्य शासन का उत्तर अक्टूबर 2016 में प्राप्त हुआ था। प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के साथ 14 अक्टूबर 2016 में आयोजित निर्गम सम्मेलन में लेखापरीक्षा परिणामों पर चर्चा की गई थी। राज्य शासन के उत्तर तथा निर्गम सम्मेलन के दौरान प्रस्तुत अभिमत को प्रतिवेदन में उपयुक्त स्थान पर सम्मिलित किया गया है।

³ श्रेणियों का विभाजन चार स्वास्थ्य संकेतक के आधार पर किया गया था— अधोसंरचना, स्वास्थ्य अमला, स्वास्थ्य सेवाएं तथा डेटा रिपोर्टिंग।

⁴ आशा ग्रामीण स्तरों पर स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने के लिए समुदाय तथा लोक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच कड़ी है, जो प्रोत्साहन राशि के आधार पर कार्य करती है।

2.1.4 लेखापरीक्षा मानदंड

लेखापरीक्षा मानदंड के निम्नलिखित स्रोत थे:

- एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005–12 एवं 2012–17);
- वित्तीय प्रबंधन हेतु एन.आर.एच.एम. परिचालन के दिशानिर्देश;
- भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक (आई.पी.एच.एस.) दिशानिर्देश (संशोधित 2012);
- लोक स्वास्थ्य केंद्रों में गुणवत्ता आश्वासन हेतु परिचालन मार्गदर्शिका 2013

2.1.5 योजना के कार्यान्वयन पर पूर्व लेखापरीक्षा निष्कर्ष

पूर्व में एन.आर.एच.एम. की निष्पादन लेखापरीक्षा वर्ष 2005–06 से 2008–09 की अवधि के लिए अप्रैल से नवम्बर 2009 के मध्य की गई थी तथा लेखापरीक्षा निष्कर्ष को 31 मार्च 2009 में समाप्त हुए वर्ष के लेखापरीक्षा प्रतिवेदन (सिविल) द्वारा राज्य विधान सभा को प्रतिवेदित (जुलाई 2010) किया गया था। मुख्य कमियों तथा लोक लेखा समिति (पी.ए.सी.) को शासन द्वारा प्रस्तुत उत्तरों को नीचे तालिका-2.1.1 में दर्शाया गया है:

तालिका-2.1.1: पूर्व लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में दर्शित मुख्य कमियां तथा पी.ए.सी. को शासन द्वारा प्रस्तुत उत्तर

क्र. सं.	पूर्व लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में उल्लेखित कमियां	पी.ए.सी. को प्रस्तुत शासन का उत्तर
1.	ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों की कमियां	वित्तीय संसाधन की सीमितता के कारण आवश्यक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित नहीं हो पाए थे। हालांकि, स्थिति में सुधार हुआ है तथा शासन नए स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने लिए प्रतिबद्ध था।
2.	सी.एच.सी./पी.एच.सी./एस.सी. भवनों के निर्माण में विलंब	अपूर्ण निर्माणकार्य पूर्ण हो चुके थे तथा पूर्ण भवनों को अधिगृहित कर लिया गया था।
3.	24x7 तथा एफ.आर.यू. के रूप में घोषित क्रमशः पी.एच.सी. तथा सी.एच.सी. कार्यशील नहीं थे	एफ.आर.यू. एवं 24x7 स्वास्थ्य केंद्रों की स्थिति में सुधार हुआ था।
4.	नमूना परीक्षित सी.एच.सी. एवं पी.एच.सी. में मूलभूत अधोसंरचना एवं स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी	चिकित्सा अधिकारियों एवं स्टॉफ नर्स की कमी के कारण अपेक्षित सेवाएं प्रदाय नहीं की जा सकी थी, हालांकि, सभी सी.एच.सी. में जांच एवं ऑपरेशन थियेटर सेवाएं स्थापित कर दी गई थी तथा 53 सी.एच.सी. में रक्त संग्रहण इकाई भी स्थापित की गई थी।
5.	चिकित्सा एवं परा चिकित्सा स्टॉफ की व्यापक कमी	विशेषज्ञों तथा चिकित्सा अधिकारियों के पदों को भरने के लिए निरंतर प्रयास करने के बावजूद आवश्यक मानव संसाधन की पूर्ति नहीं की जा सकी। हालांकि पिछले पांच से छह वर्षों में मानव संसाधन की उपलब्धता में वृद्धि हुई है।
6.	चेतावनीपूर्ण उच्च प्रसवोपरांत मृत्यु	एम.एम.आर. के कारणों को चिह्नित किया गया था तथा राज्य एवं जिला स्तर पर आवश्यक कदम उठाए जा रहे थे।
7.	आई.एम.आर. तथा टीकाकरण के अंतर्गत वैक्सीन रोकथाम रोगों के लक्ष्य प्राप्त करने में असफलता	सम्मिलित प्रयास एवं सघन निगरानी द्वारा राज्य से पोलियो का उन्मूलन कर दिया गया है। आगे, राज्य में स्वास्थ्य गारंटी योजना में शिशु के संपूर्ण टीकाकरण को शामिल किया गया है।
8.	निगरानी समितियां कार्यरत नहीं थीं	जिला तथा ब्लॉक स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन समितियां गठित कर दी गई हैं।

एन.आर.एच.एम. के निष्पादन लेखापरीक्षा वर्ष 2011-12 से 2015-16 से परिलक्षित हुआ कि नियंत्रक-महालेखापरीक्षक के पूर्व लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में दर्शाई गई अधिकांश कमियां यथावत थी, जिसकी चर्चा आगामी कंडिकाओं में की गई है।

लेखापरीक्षा निष्कर्ष

2.1.6 जनसांख्यिकीय लक्ष्यों की प्राप्ति

योजना के कार्यान्वयन में कमजोरियों के कारण राज्य आई.एम. आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं कर सका।

मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य में सुधार तथा उनकी उत्तरजीविता के लक्ष्यों को प्राप्त करना राष्ट्रीय स्वास्थ्य उद्देश्यों का केंद्र बिंदु है। खराब मातृत्व स्वास्थ्य के परिणाम स्वरूप समय से पूर्व तथा कम वजन वाले शिशु का जन्म होता है। एन.आर.एच.एम का लक्ष्य शिशु मृत्यु दर (आई.एम.आर.), मातृ मृत्यु दर (एम.एम.आर.), तथा कुल प्रजनन दर (टी.एफ.आर.) को कम करना था। इस प्रक्रिया में, एन.आर.एच.एम. सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (एम.डी.जी.) 2015 से संबंधित लक्ष्य की अपेक्षित प्राप्ति में सहायक था। इन कार्य संकेतकों के प्राप्ति की स्थिति तालिका-2.1.2 में दर्शाई गई है।

तालिका-2.1.2: आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. के लक्ष्य एवं प्राप्ति की स्थिति

कार्य संकेतक	एन.आर.एच.एम कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-12)		एन.आर.एच.एम. कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17)		सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (2015)	
	लक्ष्य	2012 तक प्राप्ति	लक्ष्य	मार्च 2016 की समाप्ति तक स्थिति	लक्ष्य	मार्च 2016 की समाप्ति तक प्राप्ति
आई.एम. आर. (शिशु मृत्यु दर)	30 प्रति 1,000 जीवित जन्म	56	25 प्रति 1,000 जीवित जन्म	51	27 प्रति 1,000 जीवित जन्म	51
एम.एम.आर. (मातृ मृत्यु दर)	100 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म	230	100 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म	221	109 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म	221
टी.एफ.आर. (कुल प्रजनन दर)	2.1 तक कम करना	2.9	2.1 तक कम करना	2.3	एम.डी.जी. के अंतर्गत टी.एफ.आर. के लिए कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया था।	

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

वर्ष 2012 से आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. की स्थिति में सुधार हुआ था। हालांकि, एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन की रूपरेखा तथा एम.डी.जी. के निर्धारित लक्ष्यों से राज्य की उपलब्धि अभी भी निकट नहीं थी। आगे, राज्य के औसत आई.एम.आर. (51) तथा टी.एफ.आर. (2.3) की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में उच्च आई.एम.आर. (54) तथा टी.एफ.आर. (2.5) था।

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2012-13 के अनुसार, आई.एम.आर. की स्थिति इंदौर (37), ग्वालियर तथा भोपाल (48) में अच्छी थी जबकि

अन्य राज्यों के संदर्भ में मध्य प्रदेश में आई.एम.आर. तथा एम.एम.आर की स्थिति नीचे तालिका में इंगित की गई है।

तालिका 2.1.3: आई.एम.आर. तथा एम.एम.आर औसत का अन्य राज्यों तथा राष्ट्रीय स्तर से तुलनात्मक विवरण

आंकड़ों की तुलना	आई.एम.आर.	एम.एम.आर.
झारखंड	37	219
बिहार	42	219
पश्चिम बंगाल	31	117
महाराष्ट्र	24	87
केरल	12	66
मध्य प्रदेश	51	221
भारत	40	178

(स्रोत: nrhm.gov.in)

पन्ना (85), सतना (83), तथा गुना (75) में खराब थी। एम.एम.आर. इंदौर, धार एवं बड़वानी (164) में अच्छा था तथा उमरिया, शहडोल तथा डिंडोरी में (361) खराब था। टी.एफ.आर. की स्थिति भोपाल (2.0), ग्वालियर (2.1) तथा इंदौर (2.2) में अच्छी थी एवं पन्ना (4.1), शिवपुरी (4.0) तथा बड़वानी (3.9) में खराब थी।

वेब पोर्टल nrhm.gov.in पर उपलब्ध जानकारी के अनुसार मध्य प्रदेश आई.एम.आर. में कुल 28 राज्यों में से 27वें स्थान पर, एम.एम.आर. में 18 राज्यों में से 13वें स्थान पर तथा टी.एफ.आर. में 19 राज्यों में से 17वें स्थान पर था। इस प्रकार, मध्य प्रदेश को आई.एम.आर., एम.एम.आर. एवं टी.एफ.आर. में सुधार हेतु लंबा रास्ता तय करना शेष है, यद्यपि पिछले वर्षों में इन संकेतकों में कुछ सुधार हुआ है।

राज्य में वर्ष 2011-16 के दौरान मातृ तथा नवजात/शिशु मृत्यु की स्थिति नीचे चार्ट-2.1.3 एवं 2.1.4 में दर्शायी गई है-

चार्ट 2.1.3: राज्य में मातृ मृत्यु



चार्ट 2.1.4: राज्य में नवजात एवं शिशु मृत्यु



(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस⁵)

इस प्रकार, वर्ष 2012-13 से 2015-16 के दौरान मातृ मृत्यु में वृद्धि की प्रवृत्ति प्रदर्शित हुई थी एवं वर्ष 2011-12 में प्रतिवेदित 815 मातृ मृत्यु की तुलना में वर्ष 2015-16 में 1,580 मृत्यु प्रतिवेदित की गई थी। इसी प्रकार, नवजात/शिशु मृत्यु में बढ़ती हुई प्रवृत्ति वर्ष 2013-14 से 2015-16 के दौरान प्रदर्शित हुई।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में प्रमुख सचिव ने बताया कि एम.एम.आर. में कमी लाना, राज्य शासन की प्राथमिकताओं में से एक है। मध्य प्रदेश में एम.एम.आर. में निरंतर कमी आ रही है जैसा कि विभिन्न सर्वेक्षण के आंकड़े से परिलक्षित हुआ है। राज्य में एम.एम.आर. वर्ष 2010-12 में 230 था, जो कि अब 221 है।

यद्यपि, स्वास्थ्य संकेतकों (आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर.) में वर्ष 2011-16 की अवधि में सुधार हुआ है, परंतु राज्य योजना के जनसांख्यिकीय लक्ष्यों से अभी बहुत पीछे था। राज्य में वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में मातृ, शिशु एवं नवजात मृत्यु में उल्लेखनीय वृद्धि हुई थी। प्रतिवेदन की आगामी कड़िकाओं में लेखापरीक्षा में पाई गई ध्यान देने योग्य महत्वपूर्ण कमियों पर प्रकाश डाला गया है। जिन्हें एन.आर.एच.एम. के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु विनिर्दिष्ट किया जाना आवश्यक है।

⁵ स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच.एम.आई.एस.) एक वेब आधारित सभी स्तरों के स्वास्थ्य केंद्रों के लिए आंकड़ा प्रविष्टि प्रणाली है।

2.1.7 मातृ स्वास्थ्य सेवा

मातृ स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित करने हेतु प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव देखभाल तथा प्रसवोपरांत देखभाल महत्वपूर्ण सेवाओं के रूप में सम्मिलित थी। मातृ रुग्णता को कम करने के लिए मातृ स्वास्थ्य सेवा पैकेज एन.आर.एच.एम. का महत्वपूर्ण घटक था तथा इसका उद्देश्य वर्ष 2017 तक मातृ मृत्यु दर को 100/1,00,000 जीवित जन्म तक कम करना है।

2.1.7.1 प्रसवपूर्व देखभाल (ए.एन.सी.)

आर.एम.एन.सी.एच.+ए.⁶ के दिशानिर्देशों के अनुसार प्रसवपूर्व देखभाल में महिला को औपचारिक स्वास्थ्य प्रणाली से जोड़कर माता के बेहतर स्वास्थ्य तथा भ्रूण वृद्धि के विकास की निगरानी सुनिश्चित करता है। महिलाएं जो कि विलंब से प्रथम बार स्वास्थ्य सेवा केंद्र पर पहुंचती हैं, उनमें प्रसव के दौरान जटिलता की संभावना अधिक होती है। ए.एन.सी. पैकेज में दो खुराक टेटनस टॉक्साईड (टी.टी.) टीका एवं पर्याप्त मात्रा में आयरन फोलिक एसिड (आई.एफ.ए.) गोली या सिरप सम्मिलित है। वर्ष 2011-16 के दौरान ए.एन.सी. पंजीकरण एवं प्रदत्त सेवाओं की स्थिति तालिका-2.1.4 में दर्शाई गई है—

तालिका-2.1.4: ए.एन.सी. सेवाओं की स्थिति

वर्ष	ए.एन.सी. के लिए कुल पंजीकृत गर्भवती महिला (शासकीय एवं निजी संस्था)	प्रथम तिमाही में पंजीकृत (12 सप्ताह)	गर्भावस्था के दौरान प्राप्त तीन ए.एन.सी. देखभाल	वर्तमान गर्भावस्था के दौरान दी गई टी.टी.-1	वर्तमान गर्भावस्था के दौरान दी गई टी.टी.-2 या बूस्टर	गर्भवती महिला को दी गई 100 आई.एफ.ए. गोली
2011-12	1944683	960572	1488982	1448312	1621404	1656340
2012-13	1788353	931286	1410767	1362982	1483072	1655601
2013-14	1885518	1009274	1449706	1383017	1469956	1882222
2014-15	1900801	1166827	1533235	1459858	1510765	1926551
2015-16	1853051	1183408	1545268	1412285	1504292	1875522
योग	9372406	5251367 (56%)	7427958 (79%)	7066454 (75%)	7589489 (81%)	8996236 (96%)

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस.)

गर्भवती महिलाओं को ए.एन.सी. एवं अन्य संबंधी सेवाएं प्रदाय करने में राज्य शासन असफल रहा

इस प्रकार, कुल 93.72 लाख गर्भवती पंजीकृत महिलाओं में से केवल 56 प्रतिशत ही गर्भावस्था की प्रथम तिमाही में पंजीकृत हो सकी थीं। आगे, 19.44 लाख (21 प्रतिशत) पूर्ण गर्भकाल में तीनों ए.एन.सी. जाँचें प्राप्त नहीं कर सकी। टी.टी. टीकाकरण में 17.83 लाख (19 प्रतिशत) की कमी थी। इसी प्रकार की प्रवृत्ति नमूना परीक्षित 13 जिलों में भी देखी गई थीं जिसे **परिशिष्ट 2.1.3** में दर्शाया गया है।

गर्भावस्था के दौरान प्रथम तिमाही में कम पंजीयन तथा तीन ए.एन.सी. जाँच में कमी के संबंध में एस.एच.एस. ने सूचित किया (अप्रैल 2016) कि ग्रामीण स्तर पर ए.एन.सी. सेवाएं दूरस्थ गांवों में तथा शहरी झुग्गियों में आशा एवं ए.एन.एम. की क्षमता एवं जवाबदेही में कमी के कारण प्रदाय नहीं की जा सकी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि पिछले पांच वर्षों में गर्भावस्था के दौरान प्रथम तिमाही में पंजीयन तथा तीन ए.एन.सी. देखभाल चिंता का विषय था। हालांकि, माता एवं शिशु ट्रेकिंग प्रणाली (एम.सी.टी.एस.) के माध्यम से गर्भवती की खोज को प्राथमिकता देते हुए सेवा प्रदायकर्ता के कौशल में वृद्धि हेतु प्रयास किया जा रहा था।

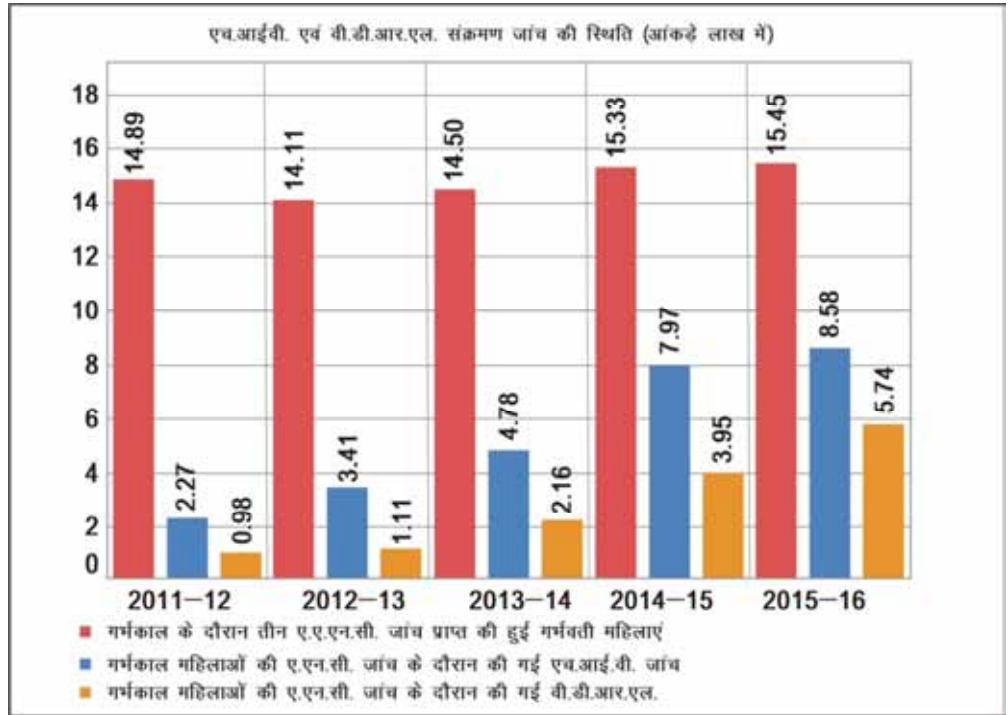
● गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी. तथा एस.टी.आई. संक्रमण की जाँच

⁶ प्रजनन, मातृ, नवजात, शिशु तथा किशोर स्वास्थ्य।

बच्चों में एच.आई.वी. संक्रमण का प्रमुख माध्यम माता से एच.आई.वी. का संचरण होना है। आर.एम.एन.सी.एच.+ए. के दिशानिर्देश के अनुसार सार्वभौमिक गोपनीय एच.आई.वी. जाँच प्रसवपूर्व देखभाल का अभिन्न अंग होना चाहिए था। यौन संचारित संक्रमण (एस.टी.आई.) तथा प्रजनन पथ संक्रमण (आर.टी.आई.) वृहद रूप से विपरीत गर्भावस्था परिणामों सहित गर्भपात, मृत जन्म, समय पूर्व प्रसव, जन्म के समय कम वजन, प्रसवोपरांत रक्तविषणता तथा जन्मजात संक्रमण के प्रमुख कारण होते हैं। एस.टी.आई./आर.टी.आई. प्रबंधन को प्रसव देखभाल से आवश्यक रूप से जोड़ा जाना चाहिए। ये सेवाएं सभी सी.एच.सी., प्रथम रेफरल यूनिट (एफ.आर.यू.) तथा 24x7 पी.एच.सी. पर प्रदाय की जाती है।

वर्ष 2011-16 की अवधि में ए.एन.सी. हेतु पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी. तथा वी.डी.आर.एल.⁷ संक्रमण के जाँच की स्थिति को चार्ट-2.1.5 में इंगित किया गया है-

चार्ट-2.1.5: ए.एन.सी. पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी./वी.डी.आर.एल. जाँच की स्थिति



(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस.)

ए.एन.सी. के लिए पंजीकृत महिलाओं में से एच.आई.वी. एवं वी.डी.आर.एल. की क्रमशः 64 एवं 81 प्रतिशत प्रकरणों में जाँच नहीं हुई।

इस प्रकार, कुल 74.28 लाख तीनों ए.एन.सी. जाँच प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं में से 47.27 लाख (64 प्रतिशत) की एच.आई.वी. जाँच तथा 60.34 लाख (81 प्रतिशत) की वी.डी.आर.एल. जाँच, संक्रमित माताओं के प्रकरणों में गर्भावस्था के दौरान होने वाले प्रतिकूल प्रभावों के प्रबंधन हेतु नहीं की गई है।

आगे, एच.आई.वी. से संबंधित कराई गई जाँच के आंकड़ों में भिन्नता थी। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन.ए.सी.पी.) के अंतर्गत डी.एच. एवं सी.एच.सी. स्तर पर स्थापित एकीकृत परामर्श एवं जाँच केंद्र (आई.सी.टी.सी.) पर एच.आई.वी. की जाँच उपलब्ध कराई जाती है। जैसा कि मध्य प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति (एम.पी.एस.ए.सी.एस) द्वारा प्रतिवेदित किया गया कि वर्ष 2011-12 से 2014-15 की अवधि में 16.69 लाख गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी. जाँच की गई थी। हालांकि, एस.एच.एस. द्वारा प्रस्तुत

⁷ यौन रोग शोध प्रयोगशाला।

एच.आई.एम.एस. के प्रतिवेदन में उक्त अवधि में 18.43 लाख गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी. जाँच प्रतिवेदित की गई थी। इस प्रकार, एच.एम.आई.एस. के प्रतिवेदन में एच.आई.वी. जाँचों की उपलब्धि अधिक प्रतिवेदित की गई थी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि ए.एन.सी. में एच.आई.वी./उपदंश जाँच में तेजी से वृद्धि हुई थी, फिर भी, अंतर बहुत अधिक था। अंतर को समाप्त करने के लिए 'प्वाइंट ऑफ केयर रैपिड टेस्टिंग किट' के लिए निविदा की प्रक्रिया प्रगति में थी। जिससे कि उन स्वास्थ्य संस्थाओं में जहाँ प्रयोगशाला तकनीशन उपलब्ध नहीं थे, वहाँ भी जाँच सुविधा उपलब्ध कराई जा सके।

अतः एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत प्रथम तिमाही में कम पंजीयन तथा गर्भकाल के दौरान प्रदाय की जा रही तीन ए.एन.सी. तथा टी.टी. टीकाकरण में व्यापक कमी तथा महत्वपूर्ण रूप से कम गर्भवती महिलाओं की एच.आई.वी. तथा एस.टी.आई. जाँच होने के कारण प्रसव के दौरान जटिलता के जोखिम को नकारा नहीं जा सकता।

2.1.7.2 प्रसव सेवा

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत सुरक्षित मातृत्व के लिए जननी सुरक्षा योजना (जे.एस.वाई.) एक केंद्र प्रवर्तित योजना है। यह योजना अप्रैल 2005 में गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ एवं शिशु मृत्यु को कम करने के उद्देश्य से प्रारंभ की गई थी। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में संस्थागत एवं गृह प्रसव की स्थिति **परिशिष्ट-2.1.4** में दर्शाई गई है, जिससे निम्नलिखित परिलक्षित हुआ है:

- **संस्थागत प्रसव में कमी:** राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में कुल 69.83 लाख प्रसवों में से 60.87 लाख (87 प्रतिशत) संस्थागत प्रसव हुए थे। जिसमें 55.38 लाख प्रसव शासकीय संस्थानों में तथा 5.49 लाख प्रसव निजी संस्थानों में हुए थे। राज्य में वर्ष 2011-12 में हुए 2.07 लाख गृह प्रसव की तुलना में वर्ष 2015-16 में गृह प्रसव कम होकर 1.43 लाख हुए। हालांकि, रेफरल परिवहन के समय पर अनुपलब्धता तथा स्थानीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा एवं ए.एन.एम.) द्वारा गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव हेतु प्रेरित करने में असफल रहने के कारण संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने का उद्देश्य प्रभावित हुआ।
- **जे.एस.वाई. प्रोत्साहन प्रदाय में कमी:** जे.एस.वाई. के अंतर्गत शासकीय संस्थानों में जन्म देने पर गर्भवती महिलाएं को नकद सहायता (ग्रामीण क्षेत्रों में ₹ 1,400 तथा शहरी क्षेत्रों में ₹ 1,000) ई-ट्रांसफर के माध्यम से उनके बैंक खाते में प्रदाय किया जाता है। हालांकि, राज्य में शासकीय संस्थानों में हुए कुल 55.38 लाख प्रसवों में से केवल 49.72 लाख प्रसव के प्रकरणों में हितग्राहियों को ही जे.एस.वाई. प्रोत्साहन का भुगतान किया गया था। हितग्राहियों के बैंक खाते की अनुपलब्धता तथा निधियों की कमी, जे.एस.वाई. प्रोत्साहन राशि कम प्रदाय करने के कारण थे।
- **प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा गृह आधारित प्रसव परिचारित न करना:** मातृ एवं नवजात मृत्यु को कम करने के उद्देश्य से ऐसे प्रकरणों में, जिसमें महिला दूरस्थ क्षेत्रों में रहती है या स्वास्थ्य केंद्रों पर प्रसव कराने की इच्छुक नहीं है, को कुशल जन्म परिचारक (एस.बी.ए) प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों (ए.एन.एम./नर्स) की देखरेख में स्वास्थ्यजन्य परिस्थिति में घर पर प्रसव कराया जाना था। हालांकि, राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में कुल 8.96 लाख गृह प्रसवों में से 6.65 लाख (74 प्रतिशत) एस.बी.ए. प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा परिचारित नहीं हुए तथा 3.16 लाख (35 प्रतिशत) नवजातों को प्रसव के 24 घंटे के भीतर स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा जाँचा नहीं गया। इस प्रकार सुरक्षित एवं स्वास्थ्यजन्य परिस्थिति में गृह प्रसव सुनिश्चित नहीं किया गया था।

कुल गृह प्रसवों में से 74 प्रतिशत की देखरेख एस.बी.ए. प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा नहीं की गई।

- **प्रसवोपरांत देखभाल में कमी:** अधिकांश प्रसव संबंधी जटिलताएं एवं मातृ मृत्यु प्रसव के दौरान तथा बच्चे के जन्म के 48 घंटे के अंदर होती है। अतः संस्थागत प्रसव के प्रकरण में स्वास्थ्य केंद्रों पर 48 घंटे तक रुकने को प्रोत्साहित किया जाना था। हालांकि वर्ष 2011-16 की अवधि में शासकीय संस्थानों में हुए 55.38 लाख प्रसवों में से 15.26 लाख (28 प्रतिशत) प्रसव के प्रकरणों में 48 घंटे के अंदर छुट्टी कर दी गई थी। आगे, प्रसव का स्थान जो भी हो स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा प्रसवोपरांत देखरेख किया जाना था। हालांकि, 48 घंटों से 14 दिनों के अंदर होने वाली प्रसवोपरांत जाँच केवल 35.21 लाख (55 प्रतिशत) माताओं को प्राप्त हुई थी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने तथा घर पर सुरक्षित प्रसव के लिए जननी सहयोगी योजना तथा जननी एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम (जे.एस.एस.के.) कार्यान्वित किया गया था। ऐसे जिले, जहां गृह प्रसव अधिक होता है, को चिह्नित किया गया था तथा ऐसे उप स्वास्थ्य केंद्र, जहां अधिक गृह प्रसव होता है, को प्रसव केंद्र के रूप में विकसित किया जा रहा था। प्रसवोपरांत अस्पताल में 48 घंटे रुकना सुनिश्चित करने हेतु साफ-सफाई तथा सुरक्षा के साथ-साथ जे.एस.एस.के. के अंतर्गत निःशुल्क दवाई, भोजन, जाँच तथा परिवहन की सुविधा सुनिश्चित की जा रही थी।

प्रमुख सचिव ने आगे बताया कि रेफरल परिवहन की कमी, संपर्क सड़कों की खराब स्थिति, सेवा प्रदायकर्ता (स्टॉफ नर्स, ए.एन.एम. इत्यादि) का उदासीन रवैया तथा सेवा प्रदायकर्ता द्वारा सेवा केंद्रों पर न रुकना इत्यादि प्रसवोपरांत सेवा न देने के मुख्य कारण थे। हालांकि, जे.एस.एस.के. कार्यान्वयन के माध्यम से घरेलू खर्चों में से स्वास्थ्य पर होने वाले व्यय को कम करने, सेवा प्रदायकर्ता का व्यवहार परिवर्तन करने हेतु प्रेरित करने तथा निःशुल्क परिवहन सेवाएं प्रदाय करने का प्रयास किया जा रहा था।

यह तथ्य फिर भी शेष रहा कि चिकित्सक/स्वास्थ्य कर्मी, माताओं तथा उनके परिवार के सदस्यों को प्रसवोपरांत जाँच के लाभों के विषय में अवगत नहीं करा सके। आगे, अस्पताल में अधिक अवधि तक रुकने के लिए प्रोत्साहन के लिए जे.एस.वाई. के लाभों को 48 घंटे तक ठहरने के साथ जोड़ना चाहिए था।

2.1.7.3 रेफरल सेवाएं

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे.एस.एस.के.) के अंतर्गत घर से स्वास्थ्य केंद्र, रेफरल प्रकरण में स्थानांतरण करने तथा वापिस छोड़ने हेतु निःशुल्क परिवहन (एंबुलेंस सेवा) की पात्रता थी। जननी एक्सप्रेस (जे.ई.) एंबुलेंस सेवाएं निजी सेवा प्रदाताओं द्वारा राज्य के सभी जिलों में उपलब्ध कराई जा रही थी। गर्भवती महिला तथा नवजात को एंबुलेंस सेवा प्रदाय के लिए जिला अस्पतालों में कॉल सेंटर स्थापित किए गए थे। आयुक्त, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा जारी (जून 2012) निर्देश के अनुसार जे.ई. सेवा द्वारा कुल संस्थागत प्रसव का 90 प्रतिशत पिकअप तथा 70 प्रतिशत ड्रापबैक सुनिश्चित किया जाना चाहिए था।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में चयनित 13 जिलों के अभिलेखों की लेखापरीक्षा के दौरान पाया गया कि इन जिलों में हुए कुल 8.53 लाख संस्थागत प्रसव में पिकअप सेवा 4.91 लाख (57 प्रतिशत) तथा ड्रापबैक सेवा 4.09 लाख (48 प्रतिशत) महिलाओं को ही प्रदाय की जा सकी थी। जे.ई. सेवाएं, 13,684 प्रकरणों में एंबुलेंस की अनुपलब्धता, अन्य प्रकरणों में व्यस्त होने के कारण नहीं दी गई थी।

पारगमन में आपातकाल की स्थिति से निपटने के लिए जटिल प्रसव की स्थिति में उन्नत जीवन रक्षक प्रणाली से सुसज्जित वाहन तथा गैर जटिल प्रसव की स्थिति में बुनियादी जीवन रक्षक प्रणाली से सुसज्जित वाहन उपलब्ध कराया जाना था। लेखापरीक्षा दल द्वारा 13 चयनित जिलों में से 10 जिलों में 48 जे.ई. एंबुलेंसों के

भौतिक सत्यापन में परिलक्षित हुआ कि 39 एंबुलेंसों में आक्सीजन सिलेंडर नहीं लगा था तथा 36 एंबुलेंसों में प्राथमिक चिकित्सा किट उपलब्ध नहीं था। भौतिक सत्यापन किए गए जे.ई. वाहनों के छायाचित्र नीचे दिए गए:

	
<p>पन्ना जिला में ऑक्सीजन सिलेंडर, प्राथमिक सहायता पेटी तथा गर्भवती महिला की निजता बनाए रखने के लिए परदे के बिना जननी एक्सप्रेस वाहन</p>	<p>टीकमगढ़ जिले में ऑक्सीजन सिलेंडर, परदे, प्राथमिक सहायता पेटी इत्यादि से सुसज्जित जननी एक्सप्रेस वाहन</p>

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि हितग्राहियों में जागरूकता की कमी के कारण ड्रापबैक कम हुए हैं। कुछ हितग्राही ड्रापबैक के लिए एंबुलेंस की प्रतीक्षा नहीं करते तथा अस्पताल से बिना सूचना दिए चले गए थे। पिकअप में कमी के संबंध में प्रमुख सचिव ने बताया कि प्रसव संबंधी प्रकरण में परिवहन हेतु 108 एंबुलेंस का भी उपयोग किया गया था तथा विभाग द्वारा दोनों एंबुलेंस सेवाओं (108 तथा जे.ई.) के अधिकतम एवं प्रभावकारी उपयोग के साथ केंद्रीकृत कॉल सेंटर की निगरानी में आधुनिक तकनीक एवं कुशल मानवशक्ति की सहायता से एकीकृत करने का निर्णय लिया जा चुका है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि जैसा कि 108 एंबुलेंस पर की गई लेखापरीक्षा के अंतर्गत इस प्रतिवेदन के कंडिका 3.3.5.3 में उल्लेख किया गया है कि एंबुलेंस सेवाओं के अंतर्गत रोगियों द्वारा की गई मांगों में से मात्र 31 से 46 प्रतिशत तक की मांगों में एंबुलेंस सेवाएं प्रदाय की जा सकी। आगे, यह तथ्य शेष रहा कि ग्रामीण स्वास्थ्य संरचना के अंतर्गत हितग्राहियों के बीच पिकअप तथा ड्रापबैक सेवाओं का समुचित प्रसार नहीं किया गया था।

2.1.7.4 गर्भावस्था के परिणाम तथा जन्मजात लैंगिक असमानताएं

जनगणना 2011 के अनुसार, राष्ट्रीय लिंगानुपात 914 के विरुद्ध राज्य में 912 महिला प्रति 1,000 पुरुष थे। लिंग चयनात्मक गर्भपात के कारण जन्म के समय लिंग अनुपात में गिरावट तथा बालिकाओं के प्रति सतत उदासीनता एवं स्वास्थ्य सेवा की कमी, लिंग अनुपात में विषमता के कारण थे। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत इस चुनौती से निपटने के लिए गर्भाधान पूर्व तथा प्रसवपूर्व लिंग परीक्षण तकनीक (पी.सी.पी.एन.डी.टी.) विनियमन के द्वारा लिंग चयन के दुरुपयोग को रोकना था।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में गर्भावस्था के परिणाम के अंतर्गत राज्य में जीवित जन्म हुए बालक एवं बालिका के आंकड़े तालिका-2.1.5 में नीचे दिए गए हैं:

तालिका-2.1.5: गर्भावस्था के परिणाम तथा देखभाल की स्थिति

वर्ष	ए.एन.सी. के लिए पंजीकृत कुल गर्भवती महिला	कुल प्रसव	कुल जन्म	कुल मृत जन्म संख्या	कुल जीवित जन्मों की संख्या	बालक जीवित जन्म की संख्या	बालिका जीवित जन्म की संख्या	जन्म के समय लिंग अनुपात
2011-12	1944683	1490844	1496274	25311	1470963	759932	711031	52:48
2012-13	1788353	1367001	1374710	24447	1350263	698755	651508	52:48
2013-14	1885518	1358054	1390644	23699	1366945	710287	656658	52:48
2014-15	1900801	1369475	1379946	23591	1356355	704251	652104	52:48
2015-16	1853051	1397663	1405312	24787	1380525	715674	664851	52:48
योग	9372406	6983037	7046886	121835	6925051	3588899	3336152	

(स्रोत : राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस.)

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में कुल पंजीकृत ए.एन.सी. एवं हुए प्रसव में व्यापक अंतर था।

इस प्रकार, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान 35.89 लाख बालक जन्म की तुलना में 33.36 लाख बालिका जन्म प्रतिवेदित हुआ। जन्म पर निरंतर विषम लिंग अनुपात की समीक्षा, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान कुल ए.एन.सी. पंजीयन (93.72 लाख) तथा कुल प्रसव (69.83 लाख) में वृहद अंतर 23.89 लाख के संदर्भ में अपेक्षित थी।

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि राज्य तथा जिलों में लिंग अनुपात में पी.सी.पी.एन.डी.टी. एक्ट के प्रभावी कार्यान्वयन तथा निरंतर प्रयासों के कारण ध्यान योग्य सुधार हुआ है। प्रमुख सचिव ने आगे बताया कि आर.सी.एच. पोर्टल के माध्यम से गृह प्रसव तथा निजी चिकित्सालयों के प्रतिवेदनों को सूचना तंत्र को सुदृढ़ कर, लापता प्रसव प्रकरण पर ध्यान दिया जा रहा है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान लिंग अनुपात में कोई उल्लेखनीय सुधार नहीं हुआ था। ए.एन.सी. पंजीयन तथा कुल प्रसव में व्यापक अंतर दर्शाता है कि जमीनी स्तर पर स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं एवं अन्य निगरानी प्राधिकारियों के स्तर पर पंजीकृत ए.एन.सी. की खोजबीन तथा निगरानी में कमी की गई।

2.1.8 शिशु स्वास्थ्य

2.1.8.1 नवजातों का प्रबंधन

आर.एम.एन.सी.एच.+ए. कार्यक्रम अंतर्गत जन्म के समय नवजात के वजन को उत्तरजीविता के लिए एक महत्वपूर्ण जोखिम के कारण के रूप में चिह्नित किया गया है, क्योंकि जन्म के समय कम वजन वाले (एल.बी.डब्ल्यू.) शिशु में अपर्याप्त विकास, उच्च मृत्यु दर तथा दीर्घकालिक वयस्क बीमारियों के होने की संभावना अधिक रहती है। नमूना परीक्षित 149 उप स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा प्रस्तुत की गई जानकारी, की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि कुल 1,499 जन्मे नवजातों में से 177 की मृत्यु, समय से पूर्व जन्म एवं कम वजन होने के कारण हुई थी।

राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में कुल जीवित जन्म के विरुद्ध, जन्म के समय नवजातों का वजन तौलने तथा जन्म के एक घंटे के भीतर नवजात को स्तनपान कराने की स्थिति तालिका-2.1.6 में दर्शाया गया है-

तालिका-2.1.6: नवजातों के वजन तथा स्तनपान की स्थिति

वर्ष	कुल जीवित जन्म	जन्म के समय तौले गए नवजातों की संख्या	एल.बी.डब्ल्यू. वाले नवजातों की संख्या (2.5 कि.ग्रा. से कम वजन वाले)	जन्म के एक घंटे के अंदर स्तनपान करने वाले नवजातों की संख्या
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2011-12	1470963	1337058	245081	1281888
2012-13	1350263	1210018	249501	1165829

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2013-14	1366945	1270278	189357	1261516
2014-15	1356355	1313407	185941	1285630
2015-16	1380525	1345076	190635	1302059
योग	6925051	6475837	1060515	6296922

(स्रोत : राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस.)

• तालिका 2.1.6 से स्पष्ट है कि 10.61 लाख कम वजन वाले शिशु थे, जो जन्म के समय वजन लिए गए, कुल नवजातों का 16 प्रतिशत था। हालांकि, वर्ष 2011-16 के दौरान कुल 69.25 लाख जीवित जन्म में से 4.49 लाख नवजातों का वजन जन्म के समय नहीं तौला गया था। जन्म के समय नवजातों का वजन तौलने में विफलता के कारण कम वजन वाले शिशुओं के प्रकरणों में उनकी आगामी चिकित्सकीय आवश्यकताओं की पूर्ति जोखिमपूर्ण हो गई।

एस.एच.एस. ने उत्तर दिया (मई 2016) कि नवजातों का वजन एस.बी.ए. प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा लिया जाना था। हालांकि, एस.बी.ए. द्वारा कराए गए गृह प्रसव की संख्या बहुत कम है, जो कि जीवित जन्म के विरुद्ध नवजात के वजन की संख्या के अंतर को प्रदर्शित करता था। आगे, उत्तर में बताया कि लेबर रूम पंजी में नवजात के वजन के आंकड़े दर्ज होते हैं, लेकिन ये आंकड़े एच.एम.आई.एस. साफ्टवेयर में स्थानांतरित नहीं हो रहे थे।

अतः एस.एच.एस. द्वारा एस.बी.ए. के माध्यम से गृह प्रसवों का कार्यान्वयन सुनिश्चित न किए जाने से नवजातों का प्रबंधन प्रभावित हुआ। आगे, इस बात का निष्कर्ष निकालने के संबंध में कोई साक्ष्य नहीं था कि नवजात के वजन के आंकड़े वास्तव में लेबर रूम पंजी में दर्ज हुए, लेकिन एच.एम.आई.एस. साफ्टवेयर में स्थानांतरित नहीं हुए।

• नवजात जन्म के एक घंटे के अंदर स्तनपान को बढ़ावा देना नवजात तथा शिशु स्तनपान आचरण (आई.वाई.सी.एफ.) का मुख्य उद्देश्य था, जिससे कि नवजात शिशु में, नवजात बीमारियों से लड़ने की प्रतिरोधक क्षमता के साथ उनका पूर्ण विकास हो सके। हालांकि, कुल 69.25 लाख जीवित जन्म में से, केवल 62.97 लाख (91 प्रतिशत) नवजातों को ही प्रसव के एक घंटे के अंदर स्तनपान कराया गया था।

एस.एच.एस. ने उत्तर दिया (अप्रैल 2016) कि स्तनपान में कमी, रात्रिकाल में चिकित्सक तथा स्टॉफ नर्स की अनुपस्थिति में हुए प्रसव, सीजेरियन प्रसव, जिसमें माता अक्सर एक घंटे के अंदर स्तनपान नहीं करा सकती तथा जनसमुदाय में शुरुआती स्तनपान कराने के महत्व की जागरूकता के अभाव होने के कारणों से रही थी।

एस.एच.एस. का उत्तर स्वास्थ्य अधोसंरचना में कमियों को रेखांकित करता है जिससे रात्रि में होने वाली प्रसूतियों की देखभाल तथा नवजातों को शुरुआती स्तनपान कराने के महत्व के बारे में माताओं को परामर्श देने के लिए स्वास्थ्य कर्मी उपलब्ध नहीं थे।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने प्रारम्भिक स्तनपान में अंतर के संबंध में सहमति जताई तथा बताया कि जन्म के समय प्रारम्भिक स्तनपान शुरू करने के प्रयासों को बढ़ावा देने के लिए विभिन्न प्रयास किए जा रहे थे।

2.1.8.2 शिशु टीकाकरण

सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम (यू.आई.पी.) में सात रोगों (क्षय, पोलियो, डिप्थीरिया, काली खांसी, टिटेनस, खसरा, हेपेटाइटिस-बी) से बचाव के लिए टीके सम्मिलित किए गए हैं। राज्य में शिशु टीकाकरण के लक्ष्य का निर्धारण, जनगणनीय जनसंख्या में बहिर्वेशन द्वारा प्रत्येक जिले की दशकीय वृद्धि दर के आधार पर एवं प्रत्येक जिले की जन्म दर तथा आई.एम.आर. को सम्मिलित कर किया गया था। वर्ष 2011-16 के

दौरान सात रोग के निवारण हेतु टीकों के निर्धारित लक्ष्य एवं उनकी उपलब्धि को **परिशिष्ट 2.1.5** में दर्शाया गया है, जिससे निम्नलिखित परिलक्षित हुआ:

बच्चों में वैक्सीन निरोधी बीमारियों से बचाव के लिए टीकाकरण के निर्धारित लक्ष्यों की पूर्ति नहीं हुई।

- राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में बच्चों में सात रोग रोधी वैक्सीनों के टीकाकरण हेतु निर्धारित लक्ष्यों की पूर्ति नहीं हो सकी तथा कमियों की परिसीमा 16 से 21 प्रतिशत तक रही। लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2011-16 की अवधि में अलीराजपुर (94 से 114 प्रतिशत), भोपाल (92 से 105 प्रतिशत) तथा ग्वालियर (91 से 104 प्रतिशत) अच्छे प्रदर्शन वाले जिले थे, जबकि सिवनी (63 से 67 प्रतिशत), कटनी (63 से 68 प्रतिशत) तथा मंडला (64 से 68 प्रतिशत) खराब प्रदर्शन वाले जिले थे।
- बच्चों के टीकाकरण हेतु आयुवार लक्ष्य भी निर्धारित किए गए थे, जिसमें विभिन्न आयु-श्रेणी के बच्चों यथा एक वर्ष की आयु तक, डेढ़ वर्ष की आयु तक तथा पांच वर्ष से ऊपर की आयु तक के बच्चों के टीकाकरण हेतु लक्ष्य निर्धारित किए गए थे। हालांकि, बच्चों के आयुवार टीकाकरण हेतु निर्धारित लक्ष्यों की उपलब्धि में कमी की परिसीमा 17 से 50 प्रतिशत तक रही, जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.6** में दर्शाया गया है।
- यू.आई.पी. के अंतर्गत, हेपेटाइटिस-बी जीरो की खुराक नवजात को 48 घंटे के अंदर दिया जाना था। इस संबंध में पाया गया कि 69.25 लाख जीवित जन्मों के विरुद्ध केवल 39.30 लाख (57 प्रतिशत) नवजातों को हेपेटाइटिस-बी जीरो खुराक दी जा सकी थी।
- वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में डिप्थीरिया के 618 प्रकरण, काली खांसी के 90 प्रकरण, टिटनेस के 1,009⁸ प्रकरण तथा खसरे के 14,777 प्रकरण प्रतिवेदित किए गए थे। वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल घटना (ए.ई.एफ.आई.) के अंतर्गत, 33 मृत्यु प्रकरण, 5,972 संक्रमण के प्रकरण तथा 22,281 जटिलताओं के प्रकरण प्रतिवेदित किए गए थे।
- टीकाकरण, प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसवोपरांत देखभाल, परिवार नियोजन इत्यादि जैसी चिह्नित सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए प्रत्येक माह में आंगनवाड़ी केंद्रों (ए.डब्ल्यू.सी.) पर ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषणाहार दिवस (वी.एच.एन.डी.) आयोजित किया जाना था। लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि कुल आयोजित 40.05 लाख वी.एच.एन.डी. सत्र के विरुद्ध 39.07 लाख सत्र ही आयोजित किया जा सके। हालांकि, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान आयोजित वी.एच.एन.डी. में आशा 7.71 लाख सत्र में उपस्थित नहीं थी, यद्यपि आशा ग्रामीणों, विशेषकर महिलाओं एवं बच्चों को नजदीक के ए.डब्ल्यू.सी. पर एकत्रित करने के लिए उत्तरदायी थी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि वर्ष 2015-16 एवं 2016-17 के दौरान टीकाकरण के अंतर को समाप्त करने के लिए उच्च एवं मध्यम प्राथमिकता वाले जिलों में 'मिशन इंद्रधनुष' आयोजित किया गया था। हेपेटाइटिस-बी जीरो खुराक के अंतर्गत कम टीकाकरण के संदर्भ में कहा कि यह खुराक जन्म के 24 घंटे के अंदर दी जानी थी, जो कि केवल डी.एच., सी.एच., सी.एच.सी. तथा पी.एच.सी. में हुए संस्थागत प्रसव के प्रकरणों में दी गई, जहां पर टीका के भंडारण की सुविधा है, जबकि एस.सी. में टीका भंडारण की सुविधा नहीं होती है। निजी संस्थानों में जन्म हुए नवजातों को दिए गए टीकाकरण को एच.एम.आई.एस. प्रतिवेदन में शामिल नहीं किया गया था।

उत्तर तथ्य की पुष्टि करता है, कि एस.सी. या घर पर जन्म हुए नवजात हेपेटाइटिस-बी जीरो की खुराक से वंचित थे। आगे, एच.एम.आई.एस. प्रतिवेदन में, निजी क्षेत्र के टीकाकरण के आंकड़े शामिल न करने, यू.आई.पी. निगरानी तंत्र में कमी को इंगित करता है।

⁸ टिटनेस न्योनेटरम तथा न्योनेटरम के अतिरिक्त।

2.1.9 प्रजनन स्वास्थ्य सेवा

2.1.9.1 समग्र गर्भपात सेवा

आर.एम.एन.सी.एच.+ए., के दिशानिर्देश के अनुसार आठ प्रतिशत मातृ मृत्यु भारत में असुरक्षित गर्भपात के कारण होती है। इसके अलावा, महिलाएं असुरक्षित गर्भपात के बाद भी स्वास्थ्य जटिलताओं से दीर्घकाल तक ग्रसित रहती हैं। अतः सुरक्षित तथा समग्र गर्भपात सेवा, प्रसव की संपूर्ण सेवा का एक आवश्यक घटक है।

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत 24x7 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर चिकित्सकीय पद्धति एवं मैनुअल वैक्यूम ऐस्पिरेशन (एम.वी.ए.) सुविधा गर्भपात के लिए उपलब्ध कराई जानी थी, जबकि प्रसव केंद्र जैसे सी.एच.सी. को प्राथमिकता देते हुए समग्र गर्भपात पद्धति (एम.टी.पी.) सेवाएं समस्त जिला अस्पतालों तथा उप जिला स्तरीय अस्पतालों में उपलब्ध कराई जानी थी। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत समस्त सी.एच.सी. का उन्नयन प्रथम रेफरल यूनिट के रूप में किया जाना था, जिसमें एम.टी.पी. की सुविधा भी समाहित रहती है।

हालांकि, एस.एच.एस. द्वारा प्रस्तुत जानकारी की लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि राज्य में 25 उप जिला अस्पताल (63 में से), 136 सी.एच.सी. (334 में से) में एम.टी.पी. सुविधाएं प्रदाय नहीं की जा रही थीं। एम.वी.ए. सुविधाएं 380 पी.एच.सी. (531 24x7 पी.एच.सी. में से) में उपलब्ध नहीं थीं। इस प्रकार, सुरक्षित गर्भपात द्वारा मातृ मृत्यु को कम करने का उद्देश्य की पूर्ति नहीं हुई थी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि कुशल मानव शक्ति की तैनाती, चिकित्सा अधिकारियों के क्षमता निर्माण, एम.वी.ए. किट के भंडारण एवं आई.ई.सी. गतिविधियों को मजबूत कर गुणवत्तापूर्ण गर्भपात सेवा प्रदाय करने के प्रयास किये जा रहे थे।

2.1.9.2 परिवार नियोजन कार्यक्रम

कुल प्रजनन दर (टी.एफ.आर.), समुदाय के अच्छे प्रजनन स्वास्थ्य के संबंध में एक मुख्य संकेतक है। टी.एफ.आर. को एक महिला के कुल प्रजनन जीवन काल में होने वाले औसत बच्चों की संख्या के रूप में परिभाषित किया गया है। टी.एफ.आर. कम होने से मातृ मृत्यु दर भी कम होती है। आगे, निम्न टी.एफ.आर. एक के बाद एक होने वाले गर्भधारण में अधिकतम अंतर लाकर शिशु की उत्तरजीविता में वृद्धि करता है। एन.आर.एच.एम. संरचना में टी.एफ.आर. को 2.1 तक कम करने का लक्ष्य रखा है।

● **प्रतिबंधक प्रणाली:** परिवार नियोजन के लिए प्रतिबंधक प्रणाली में महिलाओं के लिए ट्यूबेक्टॉमी तथा पुरुष के लिए वेसेक्टॉमी शामिल है। वर्ष 2011-16 के दौरान पुरुष तथा महिला की नसबंदी हेतु राज्य में कुल लक्ष्य 30.25 लाख के विरुद्ध 22.11 लाख की उपलब्धि थी, जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.7** में दर्शाया गया है। वर्ष 2011-16 के दौरान निर्धारित पुरुष नसबंदी के लिए लक्ष्य 3.03 लाख के विरुद्ध उपलब्धि केवल 0.83 लाख (27 प्रतिशत) ही हो सकी। महिला नसबंदी के लिए मिनीलैप तथा प्रसवोपरांत नसबंदी के निर्धारित लक्ष्य के विरुद्ध उपलब्धि क्रमशः 43 एवं 22 प्रतिशत थी। हालांकि, वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में 15.89 लाख लेप्रोस्कोपिक महिला नसबंदी की गई थी, जो कि लक्ष्य का 105 प्रतिशत थी।

ट्यूबेक्टॉमी (महिला नसबंदी) के प्रकरणों में, वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में 69 मृत्यु प्रकरण तथा 8,860 असफल प्रकरण प्रतिवेदित किए गए थे तथा वर्ष 2014-15 में ₹ 2.09 करोड़ एवं वर्ष 2015-16 में ₹ 2.87 करोड़ की क्षतिपूर्ति दी गई थी।

नसबंदी एवं अंतराल विधि के लिए नियोजित सेवा में कमी पाई गई थी।

- **गर्भनिरोधक तथा अंतराल विधि:** एस.एच.एस. द्वारा वर्ष 2011-16 की अवधि में 25 लाख आई.यू.सी.डी.⁹ तथा आठ लाख पी.पी.आई.यू.सी.डी.¹⁰ निवेशन तथा गर्भनिरोधक गोली वितरण हेतु 43 लाख तथा कंडोम वितरण हेतु 74 लाख का लक्ष्य निर्धारित किया गया था। हालांकि, आई.यू.सी.डी. में 36 प्रतिशत, पी.पी.आई.यू.सी.डी. में 56 प्रतिशत तथा गर्भनिरोधक गोली में 42 प्रतिशत तथा कंडोम में 49 प्रतिशत की कम उपलब्धि थी जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.8** में दर्शित है।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि कम उपलब्धि के दो प्रमुख कारण थे: (i) परिवार कल्याण कार्यक्रम का प्रबंधन अन्य विभाग के समन्वय से प्रभावी ढंग से नहीं हुआ था (ii) बहुआयामी जनसंख्या कार्यक्रम, जो महिलाओं की साक्षरता स्तर, सशक्तिकरण तथा विवाह की उम्र इत्यादि अनेक पहलुओं को प्रभावित करते हैं, का प्रभावी कार्यान्वयन एवं निगरानी अंतर-विभागीय समन्वयन की कमी के कारण नहीं हो पाया। प्रमुख सचिव ने आगे बताया कि टी.एफ.आर. 2.1 तक पहुंचाने का प्रयास किया जा रहा था।

तथ्य यह है कि परिवार नियोजन कार्यक्रम में निम्न प्रदर्शन के कारण टी.एफ.आर. का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया जा सका।

2.1.10 आयोजना एवं वित्तीय प्रबंधन

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत कार्यक्रम कार्यान्वयन के वार्षिक लक्ष्य का निर्धारण एवं उनके लिए बजट की आवश्यकता हेतु एक विस्तृत योजना तथा बजटीय कवायद प्रत्येक वर्ष किया जाना था। प्रत्येक कार्यान्वयन एजेंसी को एन.आर.एच.एम द्वारा अनुमोदित सहायता पैटर्न के अनुसार भौतिक लक्ष्य तथा बजटीय अनुमान को इंगित करते हुए वार्षिक कार्ययोजना तैयार करनी थी।

2.1.10.1 राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना की तैयारी

एन.आर.एच.एम. की वित्तीय प्रबंधन के परिचालन हेतु मार्गदर्शिका के अनुसार आयोजना एवं वित्तीय प्रबंधन के लिए नीचे से ऊपर के दृष्टिकोण का अनुसरण किया जाना था। ब्लॉक स्तर पर कार्यान्वयन इकाईयों (सी.एच.सी., पी.एच.सी. एवं एस.सी.) से प्राप्त सूचना/विचार-विमर्श के आधार पर ब्लॉक स्वास्थ्य कार्य योजना (बी.एच.ए.पी.) तैयार करने से प्रक्रिया शुरू करने की परिकल्पना की गई थी। सभी बी.एच.ए.पी. का एकीकरण कर जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (डी.एच.ए.पी.) तैयार किया जाएगा, जिसे एस.एच.एस. को अनुमोदन हेतु भेजा जाएगा। तत्पश्चात, समस्त डी.एच.ए.पी. का एकीकरण कर राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (एस.पी.आई.पी.) तैयार किया जाना था।

जिला स्तर पर योजना प्रक्रिया में नीचे से ऊपर का दृष्टिकोण नहीं अपनाया गया था।

एस.एच.एस. ने सूचित किया (मई 2016) कि जिला स्तर पर डी.एच.ए.पी. तैयार करते समय नीचे से ऊपर का दृष्टिकोण जिला स्तर पर अपनाया गया था। हालांकि, नमूना परीक्षित 13 डी.एच.एस. में से सात डी.एच.एस.¹¹ ने सूचित किया कि उन्होंने नीचे से ऊपर का दृष्टिकोण नहीं अपनाए था। यद्यपि, छह अन्य डी.एच.एस. ने सूचित किया कि योजना प्रक्रिया में उन्होंने नीचे से ऊपर का दृष्टिकोण अपनाया था, किंतु, लेखापरीक्षा के दौरान कोई समर्थित अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया गया था।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि जिलों में डी.एच.ए.पी., सभी ब्लॉकों से प्राप्त बी.एच.ए.पी. को एकीकरण कर बनाया गया था। हालांकि, ब्लॉक योजना का

⁹ अंतर गर्भाशय गर्भनिरोधक उपकरण।

¹⁰ प्रसवोपरांत अंतर गर्भाशय गर्भनिरोधक उपकरण।

¹¹ अनूपपुर, बैतूल, मंडला, नीमच, पन्ना, राजगढ़ तथा रतलाम।

प्रलेखन निम्न स्तर का है। जिलों को ब्लॉक तथा ग्राम योजना का उचित प्रलेखन हेतु निर्देश (सितम्बर 2016) जारी किए गए थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि सात डी.एच.एस. ने नीचे से ऊपर के दृष्टिकोण का अनुपालन न करना स्वीकार किया था।

2.1.10.2 पी.आई.पी. तैयार करने में विलंब

एन.आर.एच.एम. की वित्तीय प्रबंधन के परिचालन हेतु दिशानिर्देशों के अनुसार राज्य को पी.आई.पी. भारत सरकार को 31 दिसम्बर तक प्रस्तुत करना होता है जिसका अनुमोदन 28 फरवरी तक करना होगा। इसी प्रकार, समस्त डी.एच.ए.पी., एस.एच.एस. को 31 अक्टूबर से पहले तक प्रस्तुत करना होगा, जिसका अनुमोदन एस.एच.एस. द्वारा प्रत्येक वर्ष 15 मार्च से पहले कर दिया जाएगा।

पी.आई.पी. के अंतिम रूप देने में विलंब के कारण सभी स्तरों पर निधियों के जारी करने में विलंब हुआ।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान राज्य पी.आई.पी. भारत सरकार को 69 से 196 दिनों के विलंब से प्रस्तुत किया गया था। फलस्वरूप, भारत सरकार से पी.आई.पी. का अनुमोदन प्राप्त करने में 72 से 223 दिनों का विलंब हुआ (परिशिष्ट-2.1.9)। इसी प्रकार, नमूना परीक्षित 13 डी.एच.एस. द्वारा डी.एच.ए.पी., एस.एच.एस. को दो से सात महीनों के विलंब से प्रस्तुत किए गए थे (परिशिष्ट-2.1.10)।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि राज्य पी.आई.पी. के प्रस्तुति एवं अनुमोदन में कुछ विलंब हुआ था। भारत सरकार ने योजना प्रक्रिया के लिए एक सॉफ्टवेयर विकसित किया है, राज्य जिसका उपयोग योजना प्रक्रिया में गति लाने के लिए कर रहा था।

इस प्रकार, योजना प्रक्रिया में सभी स्तरों पर विलंब होने के परिणामस्वरूप जिलों को विलंब से राशियां जारी हुईं, वित्तीय वर्ष के अंत में व्यय की अधिकता थी तथा विभिन्न कार्यक्रमों/ गतिविधियों के लिए निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति में कमी रही है।

2.1.10.3 अंतरक्षेत्रीय अभिसरण

राज्य पी.आई.पी. एवं डी.एच.ए.पी. की तैयारी के दिशानिर्देश में अन्य मुख्य विभागों के साथ अंतरक्षेत्रीय अभिसरण का उल्लेख है। हालांकि, अभिलेखों की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि राज्य के पी.आई.पी. एवं डी.एच.ए.पी., अन्य मुख्य विभागों से अंतरक्षेत्रीय अभिसरण की गतिविधियों को सम्मिलित किए बिना बनाए गए थे। आगे, नमूना परीक्षित 13 जिलों में से केवल आठ जिलों ने सूचित किया कि डी.एच.ए.पी. की योजना प्रक्रिया में अन्य मुख्य विभागों ने भागीदारी की थी। अंतरक्षेत्रीय अभिसरण हेतु योजना के अभाव में कार्यक्रम कार्यान्वयन में इसकी उपलब्धि सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि डी.एच.ए.पी. को अंतिम रूप देने से पहले जिला स्तर पर अन्य मुख्य विभागों के साथ अंतर क्षेत्रीय अभिसरण आयोजित किया गया था, हालांकि, योजना कार्यशाला में अन्य विभागों को आमंत्रित करने हेतु जिलों को निर्देश (सितम्बर 2016) जारी किए गए हैं। राज्य स्तर पर, राज्य पी.आई.पी. को भारत सरकार को भेजने से पहले एस.एच.एस. द्वारा अनुमोदन किया जाना था तथा इस उद्देश्य हेतु आयोजित शासी निकाय की बैठक में संबंधित मुख्य विभागों के प्रमुख सचिव उपस्थित होते थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि राज्य स्तर के साथ नमूना परीक्षित जिला स्तर पर एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत अंतरक्षेत्रीय अभिसरण योजना के प्रलेखन का अभाव था। आगे नमूना परीक्षित पांच जिलों ने सूचित किया कि योजना प्रक्रिया में मुख्य विभागों के कर्मियों ने भाग नहीं लिया था।

2.1.10.4 वित्तीय संसाधन का प्रबंधन

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत किसी राज्य को एक वित्तीय वर्ष हेतु आवंटित कुल संसाधनों में (क) अव्ययित शेष, (ख) भारत सरकार से अनुमोदित राशि तथा (ग) वर्ष के दौरान देय राज्य अंश सम्मिलित होता है। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत भारत सरकार और राज्य शासन के मध्य लागत हिस्सेदारी वर्ष 2011-12 में 85:15, वर्ष 2012-13 से 2014-15 में 75:25 तथा वर्ष 2015-16 में 60:40 के अनुपात में थी। भारत सरकार द्वारा वर्ष 2011-14 के दौरान अनुदान सीधे एस.एच.एस. को तथा वर्ष 2014-15 एवं उसके आगे के वर्षों में राज्य कोषालय पद्धति के द्वारा जारी किया गया था। एस.एच.एस. द्वारा डी.एच.एस. को जिले स्तर पर डी.एच., ब्लॉक स्तर पर सी.एच.सी. तथा ग्राम स्तर पर पी.एच.सी. एवं एस.सी. को आगामी पारेषण हेतु, निधि वितरित की जाती है।

एन.आर.एच.एम. एक वृहद स्वास्थ्य सेवा योजना है जिसमें भारत सरकार के अनेक कार्यक्रम शामिल हैं। हालांकि, जैसा कि आर.सी.एच. से संबंधित संकेतकों (आई.एम.आर, एम.एम.आर. एवं टी.एफ.आर.) का चयन प्रतिवेदन में विश्लेषण हेतु किया गया था, अतः वित्तीय प्रबंधन में आर.सी.एच., एन.आर.एच.एम मिशन फ्लैक्सी पूल तथा टीकाकरण कार्यक्रम जो कि प्रमुखतः इन तीन स्वास्थ्य संकेतकों से संबंधित है, को ही केवल निष्पादन लेखापरीक्षा में शामिल किया गया है। वर्ष 2011-16 के दौरान प्राप्त अनुदान तथा एस.एच.एस. द्वारा किए गए व्यय की स्थिति को तालिका-2.1.7 में दर्शाया गया है—

तालिका-2.1.7: कुल आवंटन, व्यय एवं अव्ययित शेष

(₹ करोड़ में)

वर्ष	प्रारंभिक शेष	वर्ष के दौरान प्राप्त निधि		बैंक ब्याज	कुल उपलब्ध निधि (2+3+4+5)	वर्ष के दौरान किए गए व्यय	अंतिम शेष (6-7)	अव्ययित शेष का प्रतिशत
		केंद्रांश	राज्यांश					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
2011-12	156.96	625.42	232.11	7.64	1022.13	745.94	276.19	27%
2012-13	276.19	500.84	422.32	12.02	1211.37	813.09	398.28	33%
2013-14	398.28	600.16	286.43	20.08	1304.95	1158.78	146.17	11%
2014-15	146.17	726.47	324.82	6.80	1204.26	1273.26	-69.00	-
2015-16	-69.00	801.90	749.23	7.11	1489.24	1597.69	-108.45	
योग		3254.79	2014.91	53.65	5480.31 ¹²	5,588.76		

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत आवंटित निधि तथा व्यय की लेखापरीक्षा संवीक्षा में निम्नलिखित परिलक्षित हुआ:

- **अनुमोदित पी.आई.पी. के विरुद्ध कम निधि जारी होना:** वर्ष 2011-16 के दौरान, भारत सरकार द्वारा पी.आई.पी. हेतु अनुमोदित ₹ 6,247.01 करोड़ के विरुद्ध राज्य को एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन के लिए ₹ 5,269.70 करोड़ ही उपलब्ध कराए गए थे। इस प्रकार, ए.पी.आई.पी. के कार्यान्वयन हेतु राशि ₹ 977.31 करोड़ की कमी थी। अतः इस तथ्य के बावजूद कि राज्य का स्वास्थ्य संकेतकों के लक्ष्यों की प्राप्ति में निराशपूर्ण प्रदर्शन रहा है, अनुमोदित पी.आई.पी. की तुलना में कम निधि जारी होने से, ग्रामीण आबादी को दी जाने वाली स्वास्थ्य सेवाएं बदतर हुईं।

वर्ष 2011-16 की अवधि में भारत सरकार तथा राज्य शासन द्वारा जारी निधि, तालिका-2.1.8 में दर्शाया गया है।

¹² ₹ 5,480.31 (₹ 156.96 + ₹ 3,254.79 + ₹ 2,014.91 + ₹ 53.65)

तालिका-2.1.8: अनुमोदित पी.आई.पी. के विरुद्ध भारत सरकार तथा राज्य शासन से प्राप्त अंश की स्थिति

(₹ करोड़ में)

वर्ष	भारत सरकार द्वारा अनुमोदित पी.आई.पी.			जारी निधि		
	कुल पी.आई.पी.	केंद्रांश अनुपात का	राज्यांश अनुपात का	कुल प्राप्त निधि	केंद्रांश	राज्यांश
2011-12	680.69	578.59	102.10	857.53	625.42	232.11
2012-13	1059.46	794.59	264.87	923.16	500.84	422.32
2013-14	1435.72	1076.79	358.93	886.59	600.16	286.43
2014-15	1410.90	1058.18	352.72	1051.29	726.47	324.82
2015-16	1660.24	996.14	664.10	1551.13	801.90	749.23
योग	6247.01	4504.29	1742.72	5269.70	3254.79	2014.91

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, वर्ष 2011-16 की अवधि में भारत सरकार द्वारा ₹ 1,249.50 करोड़ की निधि कम जारी की गई थी। हालांकि, वर्ष 2011-14 के दौरान पर्याप्त निधि की उपलब्धता के बावजूद निधि के कम उपयोग का प्रतिशत, 11 से 33 प्रतिशत के बीच देखा गया।

यू.सी. विलंब से प्रस्तुत करने के कारण निधि जारी करने में विलंब हुआ तथा वित्तीय वर्ष के अंत में व्यय का आधिक्य हुआ।

- दिशानिर्देशों में परिकल्पित है कि भारत सरकार द्वारा राज्य को दो चरणों (अप्रैल/मई तथा सितंबर/अक्टूबर) में निधियां प्रदाय कराई जाएगी। लेखापरीक्षा ने देखा कि वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान भारत सरकार द्वारा निधियां दो चरणों के बजाय पांच से नौ चरणों में जारी की गई थी। यह राज्य एवं जिलों से पी.आई.पी. के प्रस्तुति एवं अनुमोदन में विलंब के साथ-साथ एस.एच.एस. द्वारा भारत सरकार को उपयोगिता प्रमाण पत्र विलंब (एक से पांच महीने) से प्रस्तुतीकरण के कारण हुआ। आगे, वर्ष 2012-13 की अंतिम तिमाही में भारत सरकार द्वारा कुल निधि का 54 प्रतिशत जारी किया गया था। वित्तीय वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान वर्ष की अंतिम तिमाही में एस.एच.एस./डी.एच.एस. द्वारा व्यय के आधिक्य की परिसीमा 36 से 56 प्रतिशत तक देखी गई।

- वर्ष 2014-15 एवं 2015-16 की अवधि में उपलब्ध निधि से ₹ 177.45 करोड़ के व्यय का आधिक्य राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के संसाधनों का व्यपवर्तन कर किया गया था।

- एन.आर.एच.एम. की रूपरेखा में परिकल्पना की गई है कि एन.आर.एच.एम. निधि का 10 प्रतिशत राज्य स्तर पर, 20 प्रतिशत जिले स्तर पर तथा कम से कम 70 प्रतिशत ब्लॉक तथा उसके निचले स्तर पर उपयोग किया जाना था। हालांकि, एस.एच.एस. स्तर पर, जिले तथा ब्लॉक स्तर पर हुए व्यय का अनुपात सुनिश्चित करने हेतु कोई तंत्र उपलब्ध नहीं था, जो योजना में संरचनात्मक कमी थी। इस आंकड़े के अभाव में यह पूर्णतः संभव था कि एन.आर.एच.एम. निधियों के उपयोग में असंतुलन हुआ तथा इसका इष्टतम उपयोग प्राप्य नहीं हो सका।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि कार्यक्रम के अंतर्गत किया गया व्यय, अनुमोदित पी.आई.पी. के अनुरूप था। हालांकि, भारत सरकार से अनुमोदित पी.आई.पी. से वास्तव में कम बजट प्राप्त हुआ था। एफ.एम.आई.एस.¹³ सॉफ्टवेयर में सभी स्तरों पर निधियों के उपयोग की निगरानी की सुविधा है। डी.एच.एस. को विलंब से निधियां जारी करने का कारण, भारत सरकार से विलंब से निधियां प्राप्त होना था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि वर्ष 2011-16 के दौरान अनुमोदित पी.आई.पी. की तुलना में कार्यक्रम पर ₹ 658.25 करोड़ कम व्यय हुआ था। आगे, एफ.एम.आई.एस. में इस

¹³ वित्तीय प्रबंधन सूचना प्रणाली।

प्रकार का कोई तंत्र नहीं है जो जिला एवं निचले स्तर पर निर्धारित अनुपात अनुसार निधि के उपयोग को सुनिश्चित करता हो। निधियां विलंब से/कम जारी होने के साथ-साथ कम उपयोग किए जाने के परिणामस्वरूप निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति में कमी हुई।

2.1.11 ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों की उपलब्धता

ग्रामीण जनसंख्या को वहनीय एवं गुणवतायुक्त स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के लिए एन.आर.एच.एम. एक कार्यक्रम है। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा अधोसंरचना त्रि-स्तरीय प्रणाली के रूप में विकसित की गई थी, जैसा कि तालिका-2.1.9 में इंगित है:

तालिका-2.1.9: स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना के लिए मानदंड

केंद्र का नाम	जनसंख्या मानदंड	
	मैदानी क्षेत्र	पहाड़ी/आदिवासी/दुर्गम क्षेत्र
उप स्वास्थ्य केंद्र	5000	3000
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	30000	20000
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	120000	80000

(स्रोत: एन.आर.एच.एम. कार्यान्वयन की रूपरेखा)

लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि 31 मार्च 2016 की स्थिति में राज्य में ग्रामीण स्वास्थ्य अधोसंरचना की उपलब्धता में बहुत कमी थी। एन.आर.एच.एम. कार्यान्वयन की रूपरेखा के अनुसार राज्य में आवश्यक अधोसंरचना तथा उपलब्ध उप स्वास्थ्य केंद्र/पी.एच.सी./सी.एच.सी. की तुलना तालिका-2.1.10 में दर्शाई गई है:

तालिका-2.1.10: राज्य में 31 मार्च 2016 को ग्रामीण क्षेत्रों में उपलब्ध स्वास्थ्य केंद्रों की स्थिति

केंद्र का नाम	जनसंख्या मानदंड (जनगणना 2011) के अनुसार आवश्यक स्वास्थ्य केंद्र	उपलब्ध स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या	कमी
उप स्वास्थ्य केंद्र	11780	9192	2588 (22%)
पी.एच.सी.	2000	1172	828 (41%)
सी.एच.सी.	487	334	153 (31%)

(स्रोत : राज्य स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, जनसंख्या मानदंड के अनुसार आवश्यक ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों के विरुद्ध 2,588 एस.सी. (22 प्रतिशत), 828 पी.एच.सी. (41 प्रतिशत) तथा 153 सी.एच.सी. (31 प्रतिशत) कम थे। जबकि, पड़ोसी राज्यों जैसे गुजरात तथा राजस्थान में जनसंख्या मानदंड के अनुसार ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्र पर्याप्त संख्या में है। जनसंख्या मानदंड के अनुसार एस.सी., पी.एच.सी. तथा सी.एच.सी. की उपलब्धता राजस्थान में अधिक थी। गुजरात में पी.एच.सी. एवं सी.एच.सी. की कमी क्रमशः तीन प्रतिशत एवं एक प्रतिशत थी जबकि एस.सी. की उपलब्धता पर्याप्त थी। आगे, राज्य, स्वास्थ्य अधोसंरचना की उपलब्धता के राष्ट्रीय औसत से भी बहुत पीछे था जैसा कि राष्ट्रीय स्तर पर एस.सी. एवं पी.एच.सी. की कमी 14 प्रतिशत तथा सी.एच.सी. के प्रकरण में 26 प्रतिशत तक कमी थी।

जिलेवार ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों की उपलब्धता की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि रायसेन, हरदा तथा नरसिंहपुर जिलों में पर्याप्त संख्या में सी.एच.सी. की उपलब्धता थी। राजगढ़, झाबुआ तथा श्योपुर जिलों में 50 से 55 प्रतिशत तक कमी थी। मंदसौर एवं छिंदवाड़ा जिलों में पी.एच.सी. पर्याप्त थे। जबकि, वहीं शिवपुरी, आगर मालवा एवं मुरैना जिलों में पी.एच.सी. की कमी 65 से 73 प्रतिशत तक थी। आगे, केवल रायसेन जिले में एस.सी. पर्याप्त संख्या में थे जबकि खरगौन, गुना एवं राजगढ़ जिलों में 35 से 40 प्रतिशत तक एस.सी. की कमी देखी गई।

ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों की आवश्यकता एवं वास्तविक रूप से उपलब्ध एस.सी./पी.एच.सी./सी.एच.सी. में बहुत अधिक अंतर था।

ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों में बहुत अधिक अंतर होने के बावजूद स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना के लिए पर्याप्त निधियां आवंटित नहीं की गई थी।

अधिकांश जिलों में एस.सी./पी.एच.सी./सी.एच.सी. की बहुत कमी के बावजूद एस.एच.एस. द्वारा ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने के लिए पर्याप्त निधि आवंटित नहीं की गई। एन.आर.एच.एम. रूपरेखा (2012-17), कुल संसाधन¹⁴ का 33 प्रतिशत उपयोग स्वास्थ्य केंद्रों के नए भवनों एवं उन्नयन पर किए जाने की अनुमति देती है। हालांकि, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान निर्माण/उन्नयन कार्य हेतु आवंटित निधि ₹ 397.98 करोड़ थी, जो इस अवधि के कुल संसाधन ₹ 7604.98 करोड़ का पांच प्रतिशत थी। अवधि 2011-16 में एस.एच.एस. ने निर्माण/उन्नयन कार्य पर ₹ 364.88 करोड़ का उपयोग किया।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि यद्यपि कुल संसाधन में से 33 प्रतिशत निधियां नियोजित करने का प्रावधान था, परंतु मानव संसाधन की व्यापक कमी को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य केंद्रों की कार्यशीलता के हिसाब से अधोसंरचना का विकास किया गया। वर्ष 2015-16 में 2,000 नए एस.सी. बनाने की योजना बनाई गई है तथा सी.एच.सी. एवं पी.एच.सी. के अंतर को कम करने के लिए आगामी वर्षों में चरणबद्ध तरीके से काम किया जाएगा।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि राज्य शासन ने ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्र की उपलब्धता में कमी को भरने के लिए कोई कार्य योजना तैयार नहीं की थी। आगे, एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत मध्य प्रदेश विशेष ध्यान वाले राज्य में होने के बावजूद, राज्य शासन ने स्वास्थ्य क्षेत्र को पर्याप्त प्राथमिकता नहीं दी, जैसा कि वर्ष 2011-15 के दौरान मध्य प्रदेश का स्वास्थ्य क्षेत्र पर औसत व्यय, सामान्य वर्ग के राज्यों की तुलना में कम था। जिसे नियंत्रक-महालेखापरीक्षक के राज्य वित्त के प्रतिवेदन समाप्ति वर्ष मार्च 2014 एवं मार्च 2015 के अंतर्गत कंडिका 1.7.1 में प्रतिवेदित किया गया था।

2.1.11.1 स्वास्थ्य अधोसंरचना का निर्माण

आर.एम.एन.सी.एच.+ए. के दिशानिर्देशों में परिकल्पना की गई है कि सी.एच.सी. स्तर तक के नए निर्माण कार्य अधिकतम दो वर्ष में तथा जिला अस्पताल स्तर तक के निर्माण कार्य अधिकतम तीन वर्ष में पूर्ण किया जाना चाहिए। किसी भी स्वास्थ्य केंद्र के लिए प्रारंभ किए गए जीर्णोद्धार/मरम्मत कार्यों को एक वर्ष के अंदर पूरा किया जाना चाहिए।

राज्य में, राज्य स्वास्थ्य समिति निर्माण कार्य एस.एच.एस. तथा डी.एच.एस. स्तर पर अपने सिविल विंग के माध्यम से करवाता है। बड़े कार्यों को लोक निर्माण विभाग को निक्षेप कार्य के माध्यम से करवाने के लिए सौंपा गया था। वर्ष 2011-16 की अवधि में एस.एच.एस. ने निर्माण गतिविधियों पर ₹ 242.58 करोड़ व्यय किया था। वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में प्रस्तावित निर्माण कार्य की स्थिति तालिका-2.1.11 में दर्शाई गई है।

तालिका-2.1.11: 31 मार्च 2016 को निर्माण कार्य स्थिति

एजेसी का नाम	कुल प्रस्तावित एवं कार्यान्वित कार्य	प्रशासकीय स्वीकृति के अनुसार कुल लागत (₹ करोड़ में)	कार्यों की स्थिति			
			निरस्त	अप्रारंभ	निर्माणाधीन	पूर्ण
एस.एच.एस. का सिविल विंग	1098	409.61	22	13	549	513
राज्य लो.नि.वि.	17	116.05	0	3	10	4
योग	1115	525.66	22	16	559	517

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

¹⁴ किसी राज्य को वित्तीय वर्ष में आवंटित कुल संसाधनों में ऐसे अव्ययित व्यय, जिनके साथ पूर्व वर्ष की कोई प्रतिबद्धता नहीं है, वर्ष में भारत सरकार से प्रस्तावित जारी होने वाली निधियां तथा उस वर्ष के लिए राज्य अंशदान समाहित होता है।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में निम्नलिखित परिलक्षित हुआ:

- **निरस्त कार्य:** वर्ष 2011-16 की अवधि में एस.एच.एस. ने 16 जिलों में 22 कार्य निरस्त किए थे। ये कार्य नवीन एस.सी. के निर्माण, एस.सी. तथा पी.एच.सी. के सुदृढीकरण/उन्नयन, ए.एन.एम. प्रशिक्षण स्कूल एवं छात्रावास के निर्माण से संबंधित थे, जैसा कि **परिशिष्ट 2.1.11** में दर्शित है। इन कार्यों को निर्माण स्थल के नजदीक अन्य स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता, भूमि की अनुपलब्धता, निर्माण के स्थल में परिवर्तन के कारण निरस्त किया गया था। इस प्रकार, स्वास्थ्य सुविधाओं की आवश्यकता तथा भूमि की उपलब्धता का उचित आकलन, निर्माण के कार्य प्रस्ताव से पूर्व नहीं किया गया था।

आगे, नमूना परीक्षित 13 में से तीन जिलों¹⁵ में चार निर्माण कार्यों को निरस्त किया गया था जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.12** में दर्शित है। इनमें से स्थान का गलत चयन होने के कारण दो कार्यों (एस.सी. नीमपानी का निर्माण एवं खैरी में लॉण्डी का निर्माण) पर ₹ 24.05 लाख का निष्फल व्यय हुआ था।

अधिक संख्या में निर्माण कार्य या तो निरस्त या तो प्रारंभ नहीं थे।

- **निर्माण कार्य प्रारंभ न होना:** राज्य स्तर पर लागत ₹ 46.93 करोड़ के 16 स्वीकृत कार्य, गलत स्थल चयन, भूमि की अनुपलब्धता, राष्ट्रीय राजमार्ग के चौड़ीकरण इत्यादि होने के कारण प्रारंभ नहीं किया जा सके, जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.13** में दर्शित है। इसी प्रकार, नमूना परीक्षित 13 में से आठ जिलों में, वर्ष 2013-16 की अवधि में डी.एच.एस. द्वारा स्वीकृत 16 कार्य ठेकेदार को कार्य आदेश दिए जाने के बावजूद प्रारंभ नहीं किये जा सके जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.14** में दर्शाया है।

- **अपूर्ण निर्माण कार्य:** राज्य स्तर पर कुल 559 अपूर्ण निर्माण कार्यों में से 434 कार्य, जिस पर 31 मार्च 2016 तक ₹ 231.46 करोड़ व्यय हो चुका था, निर्धारित समयावधि समाप्त होने के बावजूद पूर्ण नहीं किए जा सके। विलंब का मुख्य कारण नक्शा/लेआउट को अंतिम रूप देने में विलंब, भूमि की अनुपलब्धता, विवादित भूमि तथा निर्माण स्थल का वन क्षेत्र में स्थित होना था।

इसी प्रकार, नमूना परीक्षित 13 में से 10 जिलों में यह पाया गया कि डी.एच. में निर्माण/उन्नयन के 17 कार्य, सी.एच.सी. में 13 कार्य, पी.एच.सी. में 23 कार्य तथा एस.सी. में 125 कार्य निर्धारित समयावधि से दो से 110 माह अधिक समय व्यतीत होने के बाद भी अपूर्ण थे। इन कार्यों पर ₹ 25.41 करोड़ व्यय किया गया था जैसा **परिशिष्ट-2.1.15** में दर्शाया गया है।

- **पूर्ण भवनों के अधिग्रहण में विलंब:** पूर्ण निर्माण कार्यों को तत्काल अधिगृहित किया जाना चाहिए, जिससे कि उसका उपयोग उस उद्देश्य के लिए किया जा सके, जिसके लिए निर्माण हुआ था। लेखापरीक्षा संवीक्षा से परिलक्षित हुआ कि लागत राशि ₹ 3.36 करोड़ से पूर्ण हुए 33 निर्माण/उन्नयन कार्य, जो कि डी.एच., सी.एच.सी., पी.एच.सी., तथा एस.सी. से संबंधित थे, को संबंधित स्वास्थ्य संस्थान द्वारा पूर्णता से 12 से 16 महीने का समय व्यतीत होने के बाद भी अधिगृहित नहीं किया गया था जैसा **परिशिष्ट-2.1.16** में दर्शाया गया है। लागत ₹ 0.48 करोड़ से पूर्ण किए गए दो निर्माण कार्य, एस.सी. गोपालपुर जिला डिंडोरी तथा लाण्डी भवन जिला राजगढ़ अधिगृहित होने के बाद भी अनुपयोगी पड़े थे।

एस.एच.एस. ने उत्तर दिया (मई 2016) कि मानव संसाधन की सीमित उपलब्धता तथा ग्रामीण क्षेत्रों में मानव संसाधन की वृद्धि के रणनीतिक परिप्रेक्ष्य में विभाग द्वारा स्वास्थ्य संस्थानों की कमियों की पूर्ति हेतु ठोस कदम उठाए जा रहे थे। हालांकि, कोई समय सीमा या ठोस कार्य योजना लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराई गई।

¹⁵ बैतूल, मंडला एवं रतलाम।

2.1.11.2 स्वास्थ्य अधोसंरचना का उन्नयन

एन.आर.एच.एम. में परिकल्पना की गई कि ग्रामीण क्षेत्रों में शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों के वर्तमान स्तर को 'भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक' (आई.पी.एच.एस.) के अनुरूप उन्नयित किया जाना था। आई.पी.एच.एस. सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों के विभिन्न घटकों से अपेक्षित गुणवत्ता के लिए एक मानदंड था तथा इसका उपयोग स्वास्थ्य वितरण प्रणाली की कार्यक्षमता के आकलन हेतु किया जा सकता था।

एस.एच.एस. ने सूचित (जुलाई 2016) किया कि राज्य द्वारा आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार स्वास्थ्य केंद्रों पर मानव संसाधन तथा अधोसंरचना उपलब्ध नहीं कराया गया। आगे, बताया कि भारत सरकार द्वारा आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार बजट भी उपलब्ध नहीं कराया गया था। राज्य द्वारा राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानदंड (एन.क्यू.ए.एस.) का कार्यान्वयन 2014 से किया गया था तथा स्वास्थ्य केंद्र एन.क्यू.ए.एस. के अनुरूप उन्नयित किए जा रहे थे।

2.1.11.3 उप स्वास्थ्य केंद्रों पर स्वास्थ्य अधोसंरचना की गुणवत्ता

उप स्वास्थ्य केंद्र महत्वपूर्ण प्रारंभिक संस्थान हैं तथा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली एवं समुदाय के मध्य पहला संपर्क बिंदु हैं। उप स्वास्थ्य केंद्र दो वर्गों में वर्गीकृत थे। टाईप-ए एस.सी. प्रसव सुविधा को छोड़कर सभी निर्धारित सेवाएं प्रदान करता है। टाईप-बी उप स्वास्थ्य केंद्र को प्रसव केंद्र के रूप में घोषित किया गया है।

राज्य में कुल 9,192 एस.सी. में से 337 (चार प्रतिशत) को प्रसव केंद्र (टाईप-बी) के रूप में घोषित किया गया था। अतः प्रसव सेवा प्रदाय करने वाले एस.सी. का अनुपात नगण्य था। इसके अतिरिक्त, टाईप-बी घोषित 337 एस.सी. में से केवल 241 वास्तव में प्रसव सुविधा प्रदाय कर रहे थे। शेष 96 एस.सी. को मानव संसाधन तथा आवश्यक अधोसंरचना की कमी के कारण उन्नयित नहीं किया जा सका था।

149 एस.सी. (चार टाईप-बी तथा 145 टाईप-ए) के निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने देखा कि 49 एस.सी. 5,500 से अधिक जनसंख्या को कवर कर रहे थे तथा 33 एस.सी. पर चिकित्सक द्वारा माह में एक बार भी भ्रमण नहीं किया जा रहा था। आगे, 13 एस.सी. या तो पी.एच.सी. भवन में या पी.एच.सी. से जुड़े हुए भवन में कार्यशील थी, जो कि इसकी उपयोगिता की अनावश्यकता को दर्शाता है। अधोसंरचना में अन्य मुख्य कमियों का सारांश तालिका-2.1.12 में दर्शाया गया है।

तालिका-2.1.12: उप स्वास्थ्य केंद्रों पर अधोसंरचना की मुख्य कमियां

स. क्र.	कमियां	उप स्वास्थ्य केंद्र की संख्या	प्रतिशत
1	बिना एस.बी.ए. प्रशिक्षित ए.एन.एम के कार्यशील	92	69
2	बिना बिजली सप्लाई के कार्यशील	60	44
3	बिना प्रसव कक्ष के कार्यशील	125	93
4	बिना परीक्षण टेबल के कार्यशील	44	33
5	बिना शौचालय के कार्यशील	55	43
6	बिना प्रसव टेबल के कार्यशील	105	77
7	बिना चारदीवारी के कार्यशील	108	91
8	ऐसे एस.सी. जिनके पास कचरा संग्रहित था	96	80
9	ऐसे एस.सी. जिनमें ए.एन.एम. क्वार्टर उपलब्ध नहीं था।	75	56

राज्य में प्रसव केंद्र घोषित एस.सी. की संख्या नगण्य (चार प्रतिशत) थी।

	
<p>खराब साफ सफाई— एस.सी. भवन भोपालपुरा के पास गोबर का जमाव (जिला टीकमगढ़)</p>	<p>एस.सी. भवन हिम्मतगढ़ (जिला धार), अनुपयोगी पड़ा है, जबकि यह अन्य भवन में कार्यशील है।</p>

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि 2007 के बाद से राज्य में बने सभी टाईप-ए एस.सी. भवन में अधोसंरचना के मानदंड जैसे कि सभी एस.सी. में एक लेबर रूम के साथ एक ए.एन.एम. के रहने के स्थान को पूरा किया गया है। आगे, भारत सरकार के दिशा निर्देशानुसार टाईप-बी एस.सी. के साथ दो ए.एन.एम. के रहने का स्थान बनाया जा रहा था तथा चिह्नित प्रसव केंद्रों पर प्राथमिकता के अधार पर ए.एन.एम. की तैनाती की जा रही थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि केवल चार प्रतिशत एस.सी. को ही प्रसव केंद्र के रूप में घोषित किया जा सका था तथा नमूना परीक्षित एस.सी. भवनों में, अधोसंरचना तथा सुविधाओं का अभाव था।

2.1.11.4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर स्वास्थ्य अधोसंरचना की गुणवत्ता

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पी.एच.सी.) शासकीय क्षेत्र में ग्रामीण जनों को अर्हताप्राप्त चिकित्सक से मिलने का प्रथम स्थान है। पी.एच.सी. का उन्नयन 24x7 पी.एच.सी. के रूप में करना, एन.आर.एच.एम. के उद्देश्यों में से एक था।

लेखापरीक्षा संवीक्षा से परिलक्षित हुआ कि राज्य के कुल 1,172 पी.एच.सी. में से 745 पी.एच.सी. पर 24x7 सेवाएं उपलब्ध कराने का लक्ष्य था, जबकि केवल 638 पी.एच.सी. ही 24x7 के रूप में कार्यशील थी। आगे, 461 पी.एच.सी. को बीमांक¹⁶ सेवाओं हेतु चिह्नित किया गया था, जबकि केवल 405 पी.एच.सी. ही इन सेवाओं को प्रदाय कर रही थी। पी.एच.सी. में 24x7 एवं बीमांक सेवाओं में कमी, आवश्यक अधोसंरचना तथा मानव संसाधन अभाव के कारण थी।

नमूना परीक्षित 13 जिलों के 51 पी.एच.सी. के निरीक्षण के दौरान, अधोसंरचना एवं सुविधाओं में पाई गई कमियों का सारांश तालिका—2.1.13 में दर्शाया गया है।

तालिका— 2.1.13: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर अधोसंरचना में कमियां

स.क्र.	अधोसंरचना/सुविधाएं	पी.एच.सी. की संख्या	प्रतिशत
1	ए.एन.सी. सुविधा उपलब्ध नहीं थी	08	16
2	प्रसव सेवा उपलब्ध नहीं थी	12	24
3	प्रसवोपरांत देखभाल उपलब्ध नहीं थी	07	14
4	एम.टी.पी. सेवा उपलब्ध नहीं थी	44	86

¹⁶ बुनियादी आकस्मिक प्रसूति रोग तथा नवजात देखभाल।

स.क्र.	अधोसंरचना/सुविधाएं	पी.एच.सी. की संख्या	प्रतिशत
5	टीकाकरण सहित शिशु देखभाल उपलब्ध नहीं थी	07	14
6	परिवार नियोजन तथा गर्भनिरोधक सेवाएं उपलब्ध नहीं थी	9	18
7	जाँच सेवाएं उपलब्ध नहीं थी	26	51
8	आपातकालीन कक्ष उपलब्ध नहीं थी	34	67
9	अलग-अलग महिला एवं पुरुष वार्ड उपलब्ध नहीं थे	38	75

	
पी.एच.सी. सतीपुरा भवन (जिला धार) विगत पांच वर्षों से परित्यक्त था। लेखापरीक्षा दल के निरीक्षण के दौरान प्याज रखा हुए पाया गया।	पी.एच.सी. सकरावद (जिला रतलाम) का भवन एवं अधोसंरचना अच्छी थी, परंतु चिकित्सक की तैनाती नहीं थी। रोगियों की देखरेख हेतु केवल एक फर्मासिस्ट की तैनाती थी।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि मुद्दा मानव संसाधन की कमी से संबंधित है, जिसे उसकी उपलब्धता के अनुसार दूर किया जाएगा।

एक नजर में पी.एच.सी. बरखेड़ (मुल्तई ब्लॉक) जिला बैतूल पी.एच.सी. बरखेड़ से चार उप स्वास्थ्य केंद्र जुड़े थे, जिसमें 25,000 जनसंख्या समाविष्ट थी। वर्ष 2014-16 के दौरान पी.एच.सी. पर 8,301 मरीजों ने ओ.पी.डी. की सेवाएं प्राप्त की थी। चिकित्सक, प्रयोगशाला तकनीशियन, कम्पाउण्डर, ड्रेसर तथा वार्ड बॉय के पद पी.एच.सी. हेतु स्वीकृत किए गए थे। पी.एच.सी. के निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने देखा कि पी.एच.सी. आवश्यक भवन, स्टॉफ क्वार्टर, अधोसंरचना, औषधि तथा उपकरण से सुसज्जित थी, जैसा कि नीचे छायाचित्रों में देखा जा सकता है:
--

	
---	--



हालांकि, पी.एच.सी. पर केवल एक वार्ड बॉय की तैनाती थी तथा चिकित्सक या अन्य परा चिकित्सा स्टॉफ की तैनाती नहीं थी। परिणामस्वरूप बार्ड बॉय द्वारा अपने आकलन के आधार पर ओ.पी.डी. मरीजों को एंटीबायोटिक्स सहित औषधियां वितरित की जा रही थी। इस प्रकार, चिकित्सकीय उपेक्षा एवं गलत औषधियां दिए जाने की संभावना के कारण अपनी स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के बावजूद ग्रामीण जन जोखिमपूर्ण स्थिति में थे। क्योंकि वार्डबॉय चिकित्सा या परा चिकित्सा कार्य करने के लिए प्रशिक्षित नहीं होता है। यह पी.एच.सी. के प्रति उपेक्षापूर्ण रवैया को दर्शाता है।

लेखापरीक्षा द्वारा इंगित करने पर सी.एम.एच.ओ. बैतूल ने बताया (दिसम्बर 2016) कि चिकित्सा तथा परा चिकित्सा स्टॉफ के रिक्त पदों के विरुद्ध तैनाती राज्य स्तर से किया जाना था। तदुपि, अब संविदा आधार पर एक फार्मासिस्ट की तैनाती पी.एच.सी. बरखेड़ में हो चुकी है।

तथ्य यथावत है कि पी.एच.सी. में शासकीय राशि के निवेश का उपयोग अपेक्षित, निवारक, प्रोत्साहक तथा उपचारात्मक सेवाएं पर नहीं हो पाया था।

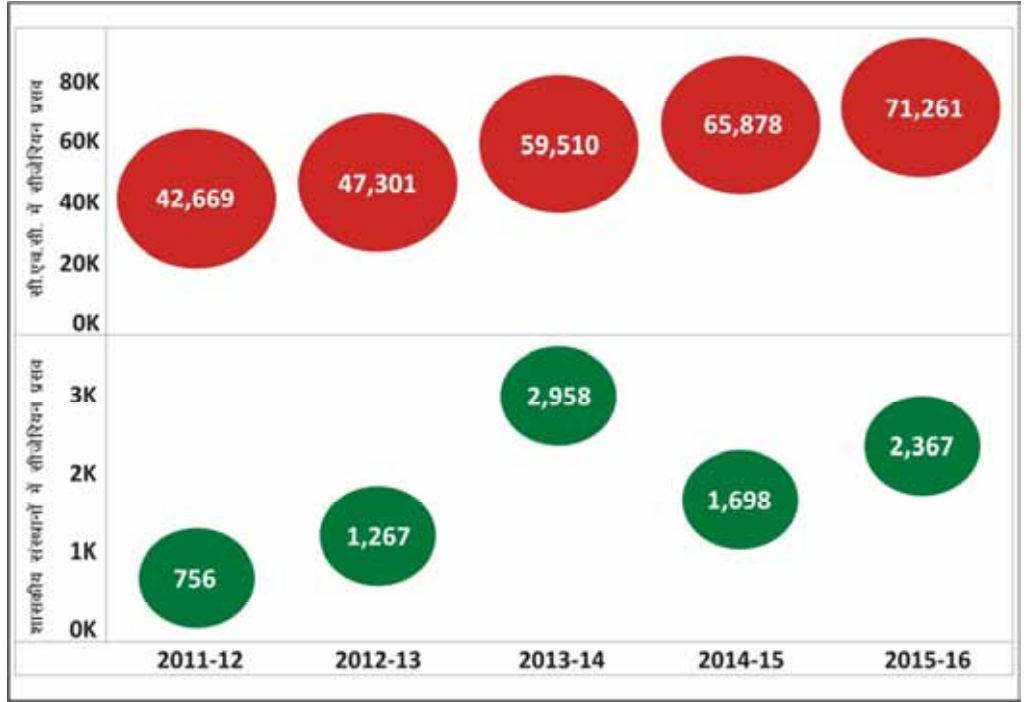
2.1.11.5 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों पर स्वास्थ्य अधोसंरचना की गुणवत्ता

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सी.एच.सी.) स्वास्थ्य देखभाल का द्वितीयक स्तर का केंद्र है, जिसे ग्रामीण आबादी को रेफरल सुविधा के साथ-साथ विशेषज्ञ स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए बनाया गया है। एन.आर.एच.एम. के अनुसार, सी.एच.सी. को प्रथम रेफरल यूनिट (एफ.आर.यू.) के रूप में सभी प्रसूतियों का विस्तृत आपातकालीन प्रबंधन, सीजेरियन सेवा तथा अन्य शल्यक्रिया सेवा, रक्त बैंक/संग्रहण केंद्र तथा सभी बीमार नवजात के प्रबंधन हेतु उन्नत किया जाना था।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि सी.एच.सी. का उन्नयन आई.पी.एच.एस. मानको के समतुल्य नहीं किया जा सका। तदुपि, एस.एच.एस. ने राज्य में कुल 334 सी.एच.सी. में से 63 को एफ.आर.यू. के लिए लक्षित किया गया था। जिसमें से केवल 30 सी.एच.सी. का उन्नयन एफ.आर.यू. के रूप में हो सका, शेष मानव संसाधन तथा अधोसंरचना की कमी के कारण उन्नयित नहीं किए जा सके। परिणामस्वरूप, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान शासकीय संस्थानों में हुए कुल 2.87 लाख सीजेरियन प्रसव में से, केवल 9,046 (तीन प्रतिशत) ही सी.एच.सी. में हुए जैसा कि चार्ट-2.1.6 में इंगित है।

कुल 334 सी.एच.सी. में से 30 सी.एच.सी. को एफ.आर.यू. के रूप में उन्नत हो पाए थे। इन उन्नत एफ.आर.यू. में से नमूना परीक्षित चार प्रकरणों में एफ.आर.यू. वास्तव में क्रियाशील नहीं थी।

चार्ट-2.1.6: सीजेरियन प्रसव की स्थिति



(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति, एच.एम.आई.एस.)

सी.एच.सी. को आई.पी. एच.एस. के समतुल्य नहीं बना सके।

आगे, नमूना परीक्षित जिले की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि धार जिले के तीन¹⁷ सी.एच.सी. तथा मंडला जिले के एक¹⁸ सी.एच.सी., एफ.आर.यू. के रूप में क्रियाशील नहीं थे, यद्यपि एस.एच.एस. द्वारा इन्हें एफ.आर.यू. घोषित किया गया था। ये सी.एच.सी. सीजेरियन प्रसव नहीं करा रहे थे, जो कि एफ.आर.यू. द्वारा आवश्यक रूप से किया जाना था।

नमूना परीक्षित 13 जिलों के 27 सी.एच.सी. के निरीक्षण के दौरान आई.पी.एच.एस. मानकों के अनुसार आवश्यक अधोसंरचना एवं सुविधाओं का अभाव था, जिसका सारांश तालिका-2.1.14 में दर्शाया गया है।

तालिका-2.1.14: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में अधोसंरचना की कमी

क्र.सं.	अधोसंरचना/सुविधा	सी.एच.सी. की संख्या	प्रतिशत
1	शल्यक्रिया की सुविधा उपलब्ध नहीं थी	24	89
2	प्रसूति एवं स्त्रीरोग सुविधा उपलब्ध नहीं थी	23	85
3	आपातकालीन सुविधा उपलब्ध नहीं थी	20	74
4	सुरक्षित गर्भपात सुविधा उपलब्ध नहीं थी	14	52
5	शौचालय क्रियाशील नहीं थे	10	37
6	अलग-अलग वार्ड नहीं थे	08	30
7	ऑपरेशन थियेटर नहीं थे	03	11
8	नवजात स्टेबिलाइजेशन यूनिट नहीं थी	17	63
9	अल्ट्रासाउण्ड की सुविधा उपलब्ध नहीं थी	26	96
10	रक्त संग्रहण सुविधा उपलब्ध नहीं थी	25	93

¹⁷ सी.एच.सी. बदनावर, कुक्षी तथा मनावर।

¹⁸ सी.एच.सी. नैनपुर।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि निजी क्षेत्र से स्त्रीरोग विशेषज्ञ तथा निश्चेतना विशेषज्ञ की सेवाएं पारिश्रमिक पर लेकर सी.एच.सी. को एफ.आर.यू. के रूप में उन्नत करने का प्रयास किया जा रहा था।

2.1.11.6 जिला अस्पतालों में स्वास्थ्य अधोसंरचना की गुणवत्ता

स्वास्थ्य देखभाल के लिए जिला अस्पताल (डी.एच.) एक द्वितीयक रेफरल स्तर का स्वास्थ्य केंद्र है। राज्य के सभी 51 डी.एच., एफ.आर.यू. के रूप में, सभी स्वास्थ्य उद्देश्यों के लिए कार्यशील थे। हालांकि, नमूना परीक्षित 13 जिलों के 13 जिला अस्पतालों के निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने ऑपरेशन थियेटर (चार डी.एच.), ए.एन.सी. वार्ड (एक डी.एच.) तथा अन्य अधोसंरचना का अभाव देखा जैसा कि **परिशिष्ट-2.1.17** में दर्शाया गया तथा नीचे छायाचित्र में है।

	
<p>जिला अस्पताल पन्ना के परिसर में आवारा पशु, जल जमाव तथा कचरे का ढेर लगा हुआ था।</p>	<p>जिला अस्पताल पन्ना के परिसर में कूड़ा बीनने वाले बायो मेडिकल वेस्ट के ढेर से कूड़ा एकत्र कर रहे थे।</p>

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि डी.एच. का सुदृढीकरण प्राथमिकता के आधार पर किया जाना था तथा अस्पताल अधोसंरचना में आधुनिक तकनीकें जैसे माड्यूलर ओ.टी., लिफ्ट, सी.टी. स्कैन मशीन इत्यादि को अपनाने का प्रयास किया जा रहा था।

2.1.11.7 स्टॉफ क्वार्टर की उपलब्धता

सभी स्वास्थ्य केंद्रों को पूरी तरह कार्यशील करने के लिए स्वास्थ्य केंद्र के पास आवासीय क्वार्टर की उपलब्धता महत्वपूर्ण थी। आई.पी.एच.एस. के मानदंड के विरुद्ध चयनित 13 जिले के नमूना परीक्षित 11 डी.एच., 27 सी.एच.सी. तथा 52 पी.एच.सी. में स्टॉफ क्वार्टर की उपलब्धता की स्थिति **तालिका-2.1.15** में इंगित है।

तालिका-2.1.15: नमूना परीक्षित डी.एच./सी.एच.सी./पी.एच.सी. में चिकित्सा एवं परा चिकित्सा स्टॉफ के लिए स्टॉफ क्वार्टर की स्थिति

स्वास्थ्य केंद्र का नाम	चिकित्सकीय			स्टॉफ नर्स/ए.एन.एम./परा चिकित्सा		
	आवश्यक	उपलब्ध	कमी	आवश्यक	उपलब्ध	कमी
डी.एच.	374	73	301	1452	133	1319
सी.एच.सी.	282	158	124	168	71	97
पी.एच.सी.	52	30	22	260	46	214
योग	708	261	447	1880	250	1630

(स्रोत: लेखापरीक्षा के दौरान स्वास्थ्य केंद्रों से इकत्रित जानकारी)

सभी स्तरों के स्वास्थ्य केंद्रों पर स्टॉफ क्वार्टर की कमी पाई गई।

इस प्रकार, 447 (63 प्रतिशत) स्टॉफ क्वार्टर चिकित्सा अधिकारियों के लिए तथा 1,630 (87 प्रतिशत) स्टॉफ क्वार्टर परा चिकित्सा कर्मचारियों के लिए कम थे। आगे, नमूना जाँच हेतु चयनित जिलों में यह परिलक्षित हुआ कि डी.एच. मंडला में 166 स्टॉफ क्वार्टर की आवश्यकता के विरुद्ध केवल दो स्टॉफ क्वार्टर उपलब्ध थे। हालांकि, सी. एच.सी. कोतमा (अनूपपुर) में चिकित्सकों के आठ स्टॉफ क्वार्टर तथा परा चिकित्सा के पांच क्वार्टर खाली थे। इसी प्रकार, पी.एच.सी. बराछ एवं ककरहटी (पन्ना) में चिकित्सक स्टॉफ क्वार्टर में नहीं रह रहे थे। पी.एच.सी. सिमरा (टीकमगढ़) में उपलब्ध सभी चार स्टॉफ क्वार्टर, पी.एच.सी. अलग-थलग जगह पर अवस्थित होने के कारण रिक्त थे।

ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी, सी.एच.सी. कोतमा ने बताया (अप्रैल 2016) कि शहर से दूर होने के कारण स्टॉफ क्वार्टर खाली पड़े थे। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि संचालक, स्वास्थ्य सेवाएं ने निर्देशित (जून 2013) किया था कि सभी सी.एम.एच.ओ यह सुनिश्चित करें कि चिकित्सक एवं अन्य स्टॉफ अपने नियुक्ति मुख्यालय पर निवास कर रहे हैं।



पी.एच.सी. भरावी (बैतूल) में स्टॉफ क्वार्टर जीर्ण शीर्ण अवस्था में

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि वर्तमान में कार्यशील प्रसव केंद्रों की स्थिति को प्राथमिकता देते हुए स्टॉफ क्वार्टर की कमी को दूर करने पर ध्यान दिया जा रहा था। वित्तीय अनुमानों को शीघ्र ही राज्य शासन को प्रस्तुत किया जाएगा।

2.1.12 स्वास्थ्य सेवा कार्मिकों की उपलब्धता

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिणामों में सुधार का सीधा संबंध प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता से है। मिशन का उद्देश्य सभी स्तर पर प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता में वृद्धि करना है। एस.एच.एस. द्वारा मानव संसाधन की विद्यमानता में व्याप्त कमियों को चिह्नित करने हेतु स्वास्थ्य केंद्रों पर उपलब्ध मानव संसाधन का एक डाटा संधारित करने की आवश्यकता थी। राज्य शासन ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों पर मानव संसाधन उपलब्ध कराने के लिए उत्तरदायी था। एन.आर.एच.एम. अल्पकाल के अंतर को भरने के लिए संविदा नियुक्ति की सुविधा प्रदान करता था।

अभिलेखों की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि एस.एच.एस. के पास राज्य के केवल ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों के कुल मानव संसाधन के आंकड़े थे। प्रत्येक स्वास्थ्य केंद्र पर नियमित एवं संविदा दोनों की स्थिति में उपलब्ध मानव संसाधन की जानकारी नहीं थी। परिणामस्वरूप किसी एस.एच.एस. स्वास्थ्य केंद्र विशेष पर विद्यमान अंतर की पहचान करने की स्थिति में नहीं था।

2.1.12.1 उप स्वास्थ्य केंद्र

आई.पी.एच.एस. तथा राज्य शासन के मानदंड के अनुसार प्रत्येक एस.सी. पर एक ए.एन.एम. तथा एक एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) का प्रावधान था। इसके विरुद्ध, राज्य के सभी 9,192 उप स्वास्थ्य केंद्रों पर ए.एन.एम. की तैनाती की गई थी। हालांकि राज्य में केवल 5,302 एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) तैनाती की गई थी, इस प्रकार, 3,890 एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) की कमी थी। नमूना परीक्षित 13 जिलों में 2,571 एस.सी. पर ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) की तैनाती की स्थिति तालिका-2.1.16 में दर्शित थी।

तालिका-2.1.16: 31 मार्च 2016 की स्थिति में चयनित जिलों के एस.सी. पर मानव संसाधन की स्थिति

पद का नाम	राज्य एवं आई.पी.एच.एस. के मानदंड के अनुसार आवश्यकता	स्वीकृत संख्या	कार्यरत संख्या	स्वीकृत संख्या के आधार पर रिक्तियां	मानदंड के अनुसार कमी
ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष)	5142	4360	3593	767	1549

(स्रोत: जिला स्वास्थ्य समितियां)

इस प्रकार, नमूना परीक्षित 13 चयनित जिलों के 2,571 एस.सी. पर ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) की स्वीकृत पद संख्या आई.पी.एच.एस. द्वारा इन व्यक्तियों की तैनाती के मानदंड से 15 प्रतिशत कम थी। आगे, स्वीकृत पद के विरुद्ध 767 (18 प्रतिशत) ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) के पद रिक्त थे। यह कमी ग्रामीण जनसंख्या को प्रदाय की जा रही स्वास्थ्य सेवाओं को बुरी तरह प्रभावित करती थी क्योंकि ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू (पुरुष) जमीनी स्तर पर महत्वपूर्ण सेवा प्रदायकर्ता थे।

2.1.12.2 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

आई.पी.एच.एस. तथा राज्य शासन के मानदंड के अनुसार पी.एच.सी. पर एक चिकित्सक की नियुक्ति की जानी थी। एस.एच.एस. द्वारा प्रदाय की गई जानकारी के अनुसार अप्रैल 2016 की स्थिति में राज्य के कुल 1,172 पी.एच.सी. में से 503 पी.एच.सी. बिना चिकित्सक के क्रियाशील थी। आगे, प्रयोगशाला तकनीशियन तथा फार्मासिस्ट क्रमशः 525 एवं 312 पी.एच.सी. में नियुक्त नहीं थे।

चयनित 13 जिलों के 359 पी.एच.सी. में चिकित्सा अधिकारियों तथा परा चिकित्सा स्टाफ की तैनाती की स्थिति तालिका-2.1.17 में दर्शाई गई है:

तालिका-2.1.17: चयनित जिले के पी.एच.सी. पर मानव संसाधन की स्थिति

पद का नाम	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार आवश्यक	स्वीकृत संख्या	कार्यरत	स्वीकृत पद के अनुसार रिक्ती	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार कमी
चिकित्सा अधिकारी	359	472	215	257	144
परा चिकित्सा	2872	1504	975	529	1897
कुल योग	3231	1976	1190	786	2041

(स्रोत: जिला स्वास्थ्य समितियां)

इस प्रकार, कुल 359 पी.एच.सी. में स्वीकृत संख्या के विरुद्ध 257 चिकित्सकों की कमी थी। आगे, कुल 359 में से 168 पी.एच.सी., बिना चिकित्सक के क्रियाशील थी, यद्यपि तैनाती मानदंड के अनुसार प्रत्येक पी.एच.सी. पर एक चिकित्सक की तैनाती की जानी थी। तीन¹⁹ पी.एच.सी. जो कि आधारभूत आकस्मिक प्रसव एवं नवजात देखभाल (बीमांक) केंद्र के रूप में घोषित थे, बिना चिकित्सक के क्रियाशील थे।

सभी स्तरों के स्वास्थ्य केंद्रों पर मानव संसाधन की कमी पाई गई।

¹⁹ पी.एच.सी. काकमोहनिया (डिंडोरी), कंडिया तथा रिंगनोड (रतलाम)।

2.1.12.3 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

चयनित 13 जिलों के 96 सी.एच.सी. में विशेषज्ञ, चिकित्सा अधिकारी तथा परा चिकित्सा स्टाफ की उपलब्धता की स्थिति तालिका-2.1.18 के अनुसार थी।

तालिका-2.1.18: चयनित जिलों में सी.एच.सी. पर मानव संसाधन की स्थिति

पद का नाम	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार आवश्यक	राज्य शासन के मानदंड के अनुसार स्वीकृत	कार्यरत	स्वीकृत पद के अनुसार रिक्ती	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार कमी
विशेषज्ञ	480	346	13	333	467
चिकित्सा अधिकारी	384	254	215	39	169
परा चिकित्सा	2016	1639	1229	410	787
योग	2880	2239	1457	782	1423

(स्रोत: जिला स्वास्थ्य समितियां)

इस प्रकार, आई.पी.एच.एस. मानदंड तथा स्वीकृत पद संख्या के विरुद्ध समस्त सी.एच.सी. पर विशेषज्ञों, चिकित्सा अधिकारियों तथा परा चिकित्सा स्टाफ की कमी थी। सात²⁰ सी.एच.सी. को छोड़कर शेष 89 सी.एच.सी. में कोई विशेषज्ञ (शल्य क्रिया, स्त्रीरोग, शिशुरोग तथा निश्चेतना) की नियुक्ति नहीं थी। आगे, आई.पी.एच.एस. मानदंड की तुलना में कम चिकित्सा अधिकारी तथा परा चिकित्सा स्टाफ की स्वीकृति राज्य शासन द्वारा दी गई थी।

2.1.12.4 जिला अस्पताल

नमूना परीक्षित 13 जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों, चिकित्सा अधिकारी तथा परा चिकित्सा स्टाफ की स्थिति तालिका-2.1.19 के अनुसार थी।

तालिका-2.1.19: नमूना परीक्षित डी.एच. में मानव संसाधन की स्थिति

पद का नाम	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार आवश्यक	राज्य शासन के मानदंड के अनुसार स्वीकृत	कार्यरत	स्वीकृत पद के अनुसार रिक्ती	आई.पी.एच.एस. मानदंड के अनुसार कमी
विशेषज्ञ	330	375	145	230	185
चिकित्सा अधिकारी	240	288	258	30	-18
परा चिकित्सा	2271	1684	1273	411	998
योग	2841	2347	1676	671	1165

(स्रोत: जिला स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, डी.एच. में विशेषज्ञ तथा परा चिकित्सा स्टाफ की उपलब्धता, आई.पी.एच.एस. तथा राज्य शासन के मानदंड के अनुसार सुनिश्चित नहीं की गई थी। आगे, तीन डी.एच. (अनूपपुर, धार, खंडवा) में शल्य क्रिया विशेषज्ञ के पद रिक्त थे तथा दो डी.एच. (धार तथा टीकमगढ़) में प्रसूति तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञ के पद रिक्त थे। डी.एच. डिंडोरी तथा राजगढ़ में शिशु रोग विशेषज्ञ नियुक्त नहीं थे तथा बैतूल एवं धार में निश्चेतना विशेषज्ञ के पद रिक्त थे।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि रिक्त पद को भरने के लिए मध्य प्रदेश लोक सेवा आयोग के माध्यम से चिकित्सा अधिकारी के लिए विज्ञापन जारी किया गया था तथा संविदा चिकित्सकों के काउंसलिंग की प्रक्रिया प्रचलन में थी।

²⁰ सी.एच.सी. धामनोद में एक शल्यक्रिया विशेषज्ञ, सी.एच.सी. कुक्षी (धार), सी.एच.सी. महेश्वर (खरगौन) तथा मंडीदीप (रायसेन) प्रत्येक में एक स्त्री रोग विशेषज्ञ, सी.एच.सी. बाजना (रतलाम) में एक निश्चेतना विशेषज्ञ, सी.एच.सी. कुक्षी (धार), सी.एच.सी. खालवा (खंडवा), सी.एच.सी. बाजना (रतलाम) तथा सी.एच.सी. निवाड़ी (टीकमगढ़) प्रत्येक में एक शिशु रोग विशेषज्ञ।

2.1.12.5 अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)

आशा स्वास्थ्य सेवा को गृह स्तर पर बढ़ावा देने के लिए समुदाय तथा लोक स्वास्थ्य प्रणाली को जोड़ने की एक कड़ी के रूप में कार्य करती है। आशा समुदाय को सार्वभौमिक टीकाकरण, सुरक्षित प्रसव, नवजात देखभाल तथा जलजनित एवं अन्य संक्रामक बीमारियों को रोकने बाबत प्रेरित करेगी। आशा ग्रामीण आबादी को आवश्यक स्वास्थ्य आपूर्ति जैसे ओरल रिहाईड्रेशन सोल्यूशन (ओ.आर.एस.), गर्भनिरोधक, ग्रामीणों के लिए मूलभूत दस औषधियों का एक सेट को तुरंत एवं आसान पहुंच के साथ प्रदाय करेगी।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि राज्य में अप्रैल 2016 की स्थिति में कुल 62,206 आशा के विरुद्ध 58,730 आशा ही कार्यरत थी। इस प्रकार 3,476 आशा की कमी थी।

एस.एच.एस. द्वारा प्रदाय की गई जानकारी के अनुसार ड्रग किट सभी 58,730 आशा को वितरित किया गया था। हालांकि, चयनित 13 जिले में 129 आशा की ड्रग किट के भौतिक सत्यापन में परिलक्षित हुआ कि आवश्यक 16 औषधि/सामग्री से, केवल छह आशा की किट ही पूर्णतः लैस थी तथा शेष 123 आशा की किट में औषधि/सामग्री की उपलब्धता सात से 15 तक थी। महत्वपूर्ण सामग्री/औषधि जो किट में नहीं थी उनमें थर्मामीटर, गर्भनिरोधक गोली, डिस्पोजेबल डिलीवरी किट इत्यादि थी। 416 आशा के सर्वेक्षण के महत्वपूर्ण परिणामों से निम्नानुसार परिलक्षित हुआ:

- **प्रशिक्षण:** जे.एस.वाई. के अंतर्गत आशा को आकस्मिक परिस्थितियों में सामान्य प्रसव के लिए प्रशिक्षित करना था। हालांकि, सर्वेक्षित 304 आशा इस आपातकालीन परिस्थिति के लिए प्रशिक्षित नहीं थी तथा उनके पास सामान्य प्रसव के लिए आवश्यक उपकरण नहीं थे। यह स्थिति उन्हें प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाय करने में बाधक थी।
- **किट का उपयोग:** 365 आशा के पास डिस्पोजेबल प्रसव किट नहीं था। आशा किट रखने वाली कुल 41 आशा में से आठ उसका उपयोग करना नहीं जानती थी। आगे, 268 आशा के पास ब्लड प्रेशर मॉनिटर था, उनमें से 96 उसका उपयोग करना नहीं जानती थी। इसी तरह, 21, 7, तथा 30 आशा के पास क्रमशः पैरासिटामोल गोली, आयरन गोली तथा कृमिनाशक गोली नहीं थीं। यह आशा की प्रभावकारिता को, अनिवार्य स्वास्थ्य सेवाएं प्रदाय करने में कम करता है।
- **प्रोत्साहन राशि की प्राप्ति:** जे.एस.वाई. के अंतर्गत, आशा को प्रत्येक क्रियाकलाप जैसे ए.एन.सी., संस्थागत प्रसव, पी.एन.सी. इत्यादि के लिए प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया जाना चाहिए था। लेखापरीक्षा सर्वेक्षण से परिलक्षित हुआ कि 113 आशा को समय पर प्रोत्साहन राशि का भुगतान हुआ, 135 आशा को लगभग प्रोत्साहन राशि समय पर मिला, 97 आशा को यदाकदा प्रोत्साहन राशि मिला, पांच आशा को शायद ही भुगतान मिला तथा चार आशा को कभी भी प्रोत्साहन राशि नहीं मिला। 62 आशा ने इस संबंध में कोई विशेष कारण नहीं बताया। यह आशा को परिश्रमपूर्वक कार्य करने के विषय में हतोत्साहित कर सकता है।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि आशा का चयन एवं प्रशिक्षण एक सतत प्रक्रिया थी। आशा की चयन एवं अनुशंसा की प्रक्रिया ग्राम पंचायत स्तर से शुरू होती है, जिनकी वर्ष में केवल चार बार ही बैठक होती है, इस प्रकार, आवश्यक आशाओं का चयन नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि ऐसी आशाएं भी थीं, जो थर्मामीटर, ब्लड प्रेशर मॉनीटर की रीडिंग लेने तथा आपातकालीन प्रकरण में सामान्य प्रसव कराने के लिए पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित नहीं थी।

2.1.13 स्वास्थ्य केंद्रों में आवश्यक औषधियों की उपलब्धता

शासकीय स्वास्थ्य केंद्रों में औषधि की उपलब्धता में सुधार की आवश्यकता को महसूस करते हुए राज्य में सरदार वल्लभ भाई पटेल निःशुल्क औषधि वितरण योजना (सभी के लिए निःशुल्क औषधि योजना) नवम्बर 2012 में प्रारंभ की गई थी। इस योजना का मुख्य उद्देश्य, राज्य के सभी रोगियों के लिए सभी शासकीय स्वास्थ्य केंद्रों पर निःशुल्क न्यूनतम आवश्यक औषधियों की उपलब्धता की गारंटी देना था। 'सभी के लिए निःशुल्क औषधि वितरण योजना' प्रारंभ होने के बाद वर्ष 2013-14 से 2015-16 की अवधि में एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत राशि ₹ 280.92 करोड़ का आवंटन औषधि क्रय करने हेतु किया गया, जिसमें से ₹ 244.28 करोड़ का उपयोग किया गया था।

आई.पी.एच.एस. के अंतर्गत प्रत्येक स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों के लिए आवश्यक औषधियों की सूची निर्धारित की गई है। राज्य शासन ने भी मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना के अंतर्गत एस.सी., पी.एच.सी., सी.एच.सी. तथा डी.एच. के लिए अपनी आवश्यक औषधियों की सूची जारी की है। चयनित 13 जिलों के नमूना परीक्षित 25 सी.एच.सी., 51 पी.एच.सी., 134 एस.सी. तथा 13 डी.एच. में औषधियों की उपलब्धता की स्थिति तालिका-2.1.20 में सारांशीकृत रूप में दर्शाई गई है।

तालिका-2.1.20: आई.पी.एच.एस. तथा राज्य शासन के मानदंड के अनुसार औषधियों की उपलब्धता की स्थिति

स्वास्थ्य सुविधा केंद्र का नाम	आई.पी.एच.एस. के अनुसार आवश्यक औषधि			राज्य शासन के मानदंड के अनुसार आवश्यक औषधि		
	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)
एस.सी.	43	11/39	04/32	24	02/20	04/22
पी.एच.सी.	148	24/128	20/124	71	15/70	01/56
सी.एच.सी.	176	54/162	14/122	107	42/104	3/65
डी.एच.	493	160/351	142/333	147	82/135	12/65

(स्रोत: चयनित नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्र)

आवश्यक औषधियां निर्धारित मानदंड के अनुसार उपलब्ध नहीं थी। इस प्रकार, नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्रों में सभी आवश्यक औषधियां उपलब्ध नहीं थी। आई.पी.एच.एस. एवं राज्य शासन के मानदंड के अनुसार इंजेक्शन-एड्रिनेलाइन, एम्पीसिलीन, टैबलेट-अमिनोफीलाईन, सिट्राजिन, कैल्सियम इत्यादि आवश्यक औषधियां नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्रों पर उपलब्ध नहीं थी।

स्वास्थ्य केंद्रों के निरीक्षण के दौरान औषधियों का अनुचित निस्तारण भी देखा गया जैसा कि नीचे के छायाचित्रों में प्रदर्शित है:

निर्धारित मानदंड के अनुसार आवश्यक औषधियां उपलब्ध नहीं थी।

	
पी.एच.सी. खेडीकोर्ट (बेतल) में गड्ढे में ऐसी औषधियां डाली जा रही थीं, जिनकी अवसान तिथि शेष थी	एस.सी. मंगरोल (रतलाम) के पास अप्रयुक्त औषधियां फेंक दी गईं

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि सभी जिलों को निर्देशित किया गया है कि औषधियां खरीद कर न्यूनतम औषधि सूची के अनुसार सभी स्वास्थ्य केंद्रों पर औषधियों की निरंतर उपलब्धता सुनिश्चित करें। हालांकि, पूर्व में कुछ अस्पतालों में दवाओं की उपलब्धता स्टॉक की छद्म कमी, कुछ स्टॉक के पाइप लाइन में रहने, आपूर्ति में देरी, वैकल्पिक औषधियों की उपलब्धता इत्यादि के कारण से कुछ अंतर विद्यमान था।

तथ्य यथावत है कि मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी तथा सिविल सर्जन, स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों पर आवश्यक औषधियों की उपलब्धता सुनिश्चित करने में असफल रहे।

2.1.14 स्वास्थ्य केंद्रों पर आवश्यक उपकरण की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. एवं राज्य शासन ने प्रत्येक स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों के लिए आवश्यक उपकरण की सूची निर्धारित की थी। राज्य शासन ने वर्ष 2013-14 से 2015-16 में उपकरणों के क्रय के लिए राशि ₹ 57.85 करोड़ आवंटित किया, जिसमें से ₹ 33.76 करोड़ का उपयोग हुआ।

इस संबंध में, नमूना परीक्षित आठ सी.एच.सी., 14 पी.एच.सी., 41 एस.सी. तथा 12 डी.एच. में आवश्यक उपकरण की उपलब्धता की स्थिति को तालिका-2.1.21 में सारांशीकृत किया गया है।

तालिका-2.1.21: आई.पी.एच.एस. एवं राज्य शासन के मानदंड के अनुसार उपकरण की उपलब्धता की स्थिति

स्वास्थ्य सुविधा केंद्र का नाम	आई.पी.एच.एस. के मानदंड अनुसार आवश्यक उपकरण			राज्य शासन के मानदंड के अनुसार आवश्यक उपकरण		
	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)
एस.सी.	67	11/63	04/56	मानदंड निर्धारित नहीं		
पी.एच.सी.	92	03/78	14/89	52	03/46	06/49
सी.एच.सी.	265	44/207	58/221	85	34/85	0/51
डी.एच.	288	52/145	143/236	169	98/159	10/71

(स्रोत: चयनित नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्र)

इस प्रकार, आई.पी.एच.एस. या राज्य शासन के मानदंड के अनुसार सभी उपकरण किसी भी नमूना परीक्षित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में उपलब्ध नहीं थे। इन केंद्रों में कुछ आवश्यक उपकरण जो उपलब्ध नहीं थे, वे ई.सी.जी. मशीन, नियोनेटल लैरिंगोस्कोप, इंक्यूबेटर, कोलोरीमीटर, फोटोथेरेपी यूनिट इत्यादि थे।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि राज्य शासन ने अति आवश्यक, आवश्यक एवं वांछनीय उपकरण की सूची तैयार की है तथा सभी स्वास्थ्य केंद्रों पर सभी अति आवश्यक उपकरण उपलब्ध कराने के प्रयास किए जा रहे थे।

हालांकि, राज्य शासन द्वारा स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को आवश्यक तथा अति आवश्यक उपकरणों को प्रदान करने की निर्धारित समय-सीमा निश्चित नहीं की गई।

2.1.15 स्वास्थ्य केंद्रों पर जाँच सेवाओं की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. ने प्रत्येक स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों के लिए जाँच सेवाएं निर्धारित की है। आगे, राज्य शासन ने भी मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना के अंतर्गत एस.सी., पी.एच.सी., सी.एच.सी. एवं डी.एच. पर जाँच सेवाओं की उपलब्धता के लिए अपनी सूची जारी की है। ये सेवाएं इन सभी केंद्रों पर हर समय उपलब्ध रहनी थी।

नमूना परीक्षित 13 डी.एच., 24 सी.एच.सी., 52 पी.एच.सी. तथा 149 एस.सी. के स्वास्थ्य केंद्रों में जाँच सेवाओं की स्थिति तालिका-2.1.22 के अनुसार है।

तालिका- 2.1.22: आई.पी.एच.एस. तथा राज्य शासन के मानदंड के अनुसार उपलब्ध जाँच सेवाओं की स्थिति

स्वास्थ्य सुविधा केंद्र का नाम	आई.पी.एच.एस. के मानदंड अनुसार जाँच सेवाएं			राज्य शासन के मानदंड के अनुसार जाँच सेवाएं		
	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)	आवश्यक	उपलब्ध (न्यूनतम/अधिकतम)	उपलब्ध नहीं (न्यूनतम/अधिकतम)
एस.सी.	04	01/04	0/3	05	3/5	0/2
पी.एच.सी.	21	01/21	0/20	16	0/16	0/16
सी.एच.सी.	36	12/31	05/24	28	16/28	0/12
डी.एच.	97	37/66	31/60	48	31/46	2/17

(स्रोत: चयनित नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्र)

इस प्रकार, नमूना परीक्षित किसी भी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में सभी जाँच सेवाएं, न तो आई.पी.एच.एस. और न ही राज्य शासन के मानदंड के अनुसार दी जा रही थी। आगे, 52 नमूना परीक्षित पी.एच.सी. की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि आठ²¹ पी.एच.सी. कोई भी जाँच सेवाएं प्रदान नहीं कर रहे थे।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि सभी केंद्रों पर जाँच सेवाएं उपलब्ध कराने के प्रयास किए जा रहे थे। जिलों में निदानिक जाँचों की सतत सक्रिय निगरानी की जा रही थी।

2.1.16 मोबाइल मेडिकल यूनिट

मोबाइल मेडिकल यूनिट (एम.एम.यू.) का उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल को ग्रामीण उपेक्षित तथा कठिन दुर्गम क्षेत्रों में रहने वाले लोगों के द्वार तक उपलब्ध कराना था। एम.एम.यू.

²¹ पी.एच.सी. खादनबुर्जुग, सतीपुरा (धार), बरुद (खंडवा), बिसलवासकला, बडोदियाकला (नीमच), बराछ (पन्ना), गोघटपुर एवं सोनवारिया (राजगढ़)।

का संचालन एस.एच.एस. द्वारा चयनित सेवा प्रदाता द्वारा आपस में तय अनुबंध एवं शर्तों के आधार पर होता है।

एम.एम.यू. की सेवाएं लक्षित स्तर तक प्रदाय नहीं की जा सकी।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में एम.एम.यू. के संचालन के लिए आवंटित निधि ₹ 103.65 करोड़ में से केवल ₹ 57.03 करोड़ का ही उपयोग किया जा सका, जिसके कारण एम.एम.यू. सेवाएं सभी चिह्नित क्षेत्रों में नहीं दी जा सकी। राज्य में एम.एम.यू. सेवाएं की उपलब्धता की स्थिति तालिका-2.1.23 में दर्शाई गई है।

तालिका-2.1.23: एम.एम.यू. के कवरेज की स्थिति

वर्ष	कवरेज के लिए लक्ष्य		वास्तविक कवरेज	
	कवरेज के लिए लक्षित जिलों की संख्या	जिलों में कवरेज के लिए लक्षित ब्लॉकों की संख्या	वास्तविक रूप से कवर किए जिलों की संख्या	वास्तविक रूप से कवर किए गए ब्लॉकों की संख्या
2011-12	33	123	33	123
2012-13	35	131	31	109
2013-14	35	131	30	108
2014-15	35	131	27	84
2015-16	35	131	25	78

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, एम.एम.यू. सेवा का कवरेज एक घटती हुई प्रवृत्ति को दर्शा रहा था तथा वर्ष 2015-16 के दौरान कुल लक्षित 35 जिलों तथा 131 ब्लॉकों के विरुद्ध 25 जिलों तथा 78 ब्लॉकों को ही कवर किया जा रहा था।

कुल चयनित 13 जिलों में से, एम.एम.यू. सेवा नौ जिले में ही संचालित की जा रही थी, जिसे बाद में छह²² जिलों में बंद कर दिया गया था तथा नई सेवा प्रदायकर्ता का चयन करने की निविदा की प्रक्रिया जारी थी। तीन जिलों के चार एम.एम.यू. की नमूना परीक्षण में एस.एच.एस. द्वारा निर्धारित मानदंड के अनुसार औषधि, उपकरण तथा जांच की सुविधा की अपर्याप्तता परिलक्षित हुई जैसा परिशिष्ट-2.1.18 में दर्शाया गया है।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि विगत वर्षों में एम.एम.यू. सेवाओं को या तो कुछ सेवा प्रदाता द्वारा या परिचालन विषयों पर विवाद होने के कारण विभाग द्वारा बंद कर दी गई थी। हालांकि, अब एक एजेंसी के द्वारा संचालित केंद्रीयकृत कॉल सेंटर के अंतर्गत एम.एम.यू. सेवाओं को संजीवनी-108 तथा जननी एक्सप्रेस के साथ एकीकृत किया जा रहा था। एम.एम.यू. सेवाओं को आगामी दो से तीन महीने में परिचालित कर दिया जाएगा।

2.1.17 प्रशिक्षण

एन.आर.एच.एम. का उद्देश्य सभी स्तर पर प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता में वृद्धि करना है। जिला अस्पताल, एफ.आर.यू. तथा 24x7 पी.एच.सी. में मातृ, नवजात तथा शिशु देखभाल के लिए समस्त स्टॉफ की क्षमता में वृद्धि करना था। लेखापरीक्षा के दौरान प्रशिक्षण के संबंध में निम्नानुसार कमियां देखी गईं:

- **स्वास्थ्य कर्मियों को अपर्याप्त प्रशिक्षण**

वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान प्रशिक्षण घटक के अंतर्गत कुल उपलब्ध निधि ₹ 99.86 करोड़ में से केवल ₹ 46.80 करोड़ (47 प्रतिशत) का उपयोग किया गया था।

²² अनूपपुर, धार, डिंडोरी, खरगौन, मंडला तथा टीकमगढ़।

उपलब्ध निधि का कम उपयोग, प्रशिक्षण के माध्यम से क्षमता आवर्धन के लक्ष्य की कमी को अप्रेषित करता है जैसा तालिका-2.1.24 में दर्शाया गया है:

तालिका-2.1.24: वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में विभिन्न घटकों में कराए गए प्रशिक्षण एवं कमियों की स्थिति

घटक का नाम	नियोजित प्रशिक्षणों / बैचों की संख्या	प्रतिभागियों / प्रशिक्षुओं की संख्या	कराए गए प्रशिक्षण / बैच की संख्या	प्रशिक्षित प्रतिभागियों / प्रशिक्षुओं की संख्या	कमी	
					बैच	प्रशिक्षु
मातृ स्वास्थ्य	2541	42462	1111	10837	1430	31625
शिशु स्वास्थ्य	1585	36004	832	20010	753	15994
परिवार नियोजन	1291	9846	690	5721	601	4125
टीकाकरण	1746	76643	1511	71435	235	5208
आशा	13759	528255	10666	390306	3093	137949
सामुदायिक भागीदारी	22330	630278	9634	242001	12696	388277
एच.आई.एम.एस	2676	88754	2193	80420	483	8334
योग	45928	1412242	26637	820730	19291 (42%)	591512 (42%)

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, नियोजित प्रशिक्षण नहीं कराया जा सका, जिसके परिणामस्वरूप नियोजित बैचों के साथ-साथ प्रतिभागी/प्रशिक्षुओं की संख्या में 42 प्रतिशत की कमी हुई। आगे संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि केवल वर्ष 2015-16 में चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण की आवश्यकताओं का आकलन चार जिलों (51 में से) के लिए किया गया था। अन्य शेष प्रकरणों में प्रशिक्षण कार्यक्रमों की आवश्यकताओं का आकलन करने के लिए वर्ष 2011-15 की अवधि में प्रशिक्षण की आवश्यकताओं के विश्लेषण नहीं किया गया था।

प्रशिक्षण में कमी मुख्यतः इन गतिविधियों में जैसे कि मातृ स्वास्थ्य के अंतर्गत इमॉक/बीमांक/एल.एस.ए.एस.²³ में एम.ओ. का प्रशिक्षण, आई.एम.एन.सी.आई. में एम.ओ./एस.एन. का प्रशिक्षण, नवजात शिशु स्तनपान आचरण (आई.वाई.सी.एफ.), नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (एन.एस.एस.के.) में ए.एन.एम./ए.डब्ल्यू.डब्ल्यू. का प्रशिक्षण, शिशु स्वास्थ्य में एम.ओ. का प्रशिक्षण, महिला/पुरुष नसबंदी में एम.ओ. का प्रशिक्षण तथा आई.यू.डी. निवेशन में एस.एन./ए.एन.एम./एल.एच.वी. का प्रशिक्षण इत्यादि।

● आशा को अपर्याप्त प्रशिक्षण

आशाओं को आवश्यक ज्ञान, कौशल तथा उसके लिए निर्धारित उत्तरदायित्वों के प्रभावी तथा आत्मविश्वासपूर्वक निर्वहन हेतु इंडक्शन तथा मॉड्यूल प्रशिक्षण का एक संयोजित प्रशिक्षण दिया जाता था। इसके अतिरिक्त, माताओं एवं शिशुओं के स्वास्थ्य देखभाल में विशेष योग्यता विकसित करने के लिए आशा को छठवीं एवं सातवीं माड्यूल का प्रशिक्षण प्रदाय किया जाना था।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि कुल 58,730 आशा में से 57,730 आशा को पांचवी तथा केवल 9,409 आशा को ही छठवीं माड्यूल में प्रशिक्षण दिया गया था। इस प्रकार, 49,321 आशा (84 प्रतिशत) को माताओं एवं शिशुओं की देखभाल हेतु विशेष

²³ ई.एम.ओ.सी.-आकस्मिक प्रसूति देखभाल, बी.ई.एम.ओ.एन.सी.-बुनियादी आकस्मिक प्रसूति एवं नवजात देखभाल, एल.एस.ए.एस.-जीवन रक्षक निःश्वेतना कौशल।

क्षमता विकसित करने के लिए छठवीं एवं सातवीं माड्यूल का प्रशिक्षण नहीं दिया गया था।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि ई.एम.ओ.सी. तथा एल.एस.ए.एस. प्रशिक्षण अवधि चार से छह माह की होने के कारण, इस हेतु चिकित्सकों को नामित करना कठिन था। प्रति बैच बजट वितरण के विषय में विवाद होने की कारण वर्ष 2015-16 में ए.एन.एम. के लिए रेफ्रेशर प्रशिक्षण विलंब से प्रारंभ हुआ था। आगे, प्रशिक्षण आंकड़ों के संग्रहण एवं संकलन में कठिनाई होने के कारण प्रशिक्षण प्रबंधन, सूचना प्रणाली की आवश्यकता थी।

इस प्रकार, पर्याप्त निधियों की उपलब्धता के बावजूद प्रशिक्षण एवं ओरिण्टेशन कार्यक्रमों के माध्यम से स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर सेवा प्रदागयी में वृद्धि हेतु चिकित्सा एवं परा चिकित्सा स्टॉफ का क्षमता वर्धन नहीं किया जा सका।

2.1.18 गुणवत्ता आश्वासन

एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत गुणवत्ता आश्वासन (क्यू.ए.) के मानदंड सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों पर गुणवत्ता आश्वासन के परिचालन दिशानिर्देश 2013 में निर्धारित किये गये हैं। मार्गदर्शिका के अनुसार गुणवत्ता आश्वासन के सुदृढीकरण हेतु संबंधित स्तरों पर राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति (एस.क्यू.ए.सी.), जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति (डी.क्यू.ए.सी.) तथा जिला गुणवत्ता दल (डी.क्यू.टी.) के माध्यम से निर्धारित कर्तव्य एवं उत्तरदायित्वों सहित संगठनात्मक व्यवस्था सुनिश्चित की जानी थी।

राज्य स्वास्थ्य समिति ने सूचित किया कि भारत सरकार, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय से सितम्बर 2014 में प्राप्त गुणवत्ता आश्वासन के दिशानिर्देश के अनुपालन में एस.क्यू.ए.सी., डी.क्यू.ए.सी. तथा डी.क्यू.टी. को सितम्बर 2014 में पुर्नगठित किया गया था। वर्ष 2013-14 से 2015-16 के दौरान गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों के लिए आवंटित निधि ₹ 6.85 करोड़ में से केवल ₹ 0.60 करोड़ (नौ प्रतिशत) का उपयोग हुआ था। लेखापरीक्षा ने देखा कि निधियों के कम उपयोग के परिणाम स्वरूप क्यू.ए. गतिविधियों का कार्यान्वयन में कमियां थीं, जैसा कि नीचे चर्चा की गई:

- दिशानिर्देश के अनुसार एस.क्यू.ए.सी. तथा डी.क्यू.ए.सी. की बैठक क्रमशः छह महीने एवं तीन महीने में कम से कम एक बार होनी थी। वर्ष 2014-15 के दौरान केवल एक तथा वर्ष 2015-16 में दो, एस.क्यू.ए.सी. बैठक ही हुई थी। आगे, चयनित 13 जिलों में प्रत्येक वर्ष के लिए आवश्यक 52 डी.क्यू.ए.सी. बैठक के विरुद्ध केवल 26, 40 तथा 48 बैठकें क्रमशः वर्ष 2013-14, 2014-15 एवं 2015-16 में आयोजित होना प्रतिवेदित किया गया था। हालांकि, इन बैठकों के कार्यवृत्त की प्रतियां लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं की गई थी।

- एस.क्यू.ए.सी. द्वारा जमीनी स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन को सुनिश्चित करने हेतु क्षेत्रीय दौरों के लिए कोई मानदंड निर्धारित नहीं था, हालांकि, वर्ष 2015-16 में 41 क्षेत्रीय दौरे किए गए थे। इसी प्रकार, वर्ष 2013-16 में डी.क्यू.ए.सी. द्वारा नियमित क्षेत्रीय दौरा केवल आठ जिलों में किए गए थे।

चयनित 13 जिलों में वर्ष 2013-14 एवं 2014-15 में टीकमगढ़ तथा रायसेन को छोड़कर किसी भी जिले में ओरिण्टेशन/प्रशिक्षण कार्यक्रम, न तो बनाया गया, न ही आयोजित किया गया। आगे, वर्ष 2015-16 में यह केवल अनूपपुर, रायसेन, राजगढ़, रतलाम एवं टीकमगढ़ जिले में आयोजित किए गए थे।

राज्य में गुणवत्ता आश्वासन निर्धारित दिशानिर्देश के अनुसार कार्यान्वित नहीं किया जा सके।

- मार्गदर्शिका में स्वास्थ्य केंद्रों के विभिन्न विभागों द्वारा निष्पादित गुणवत्ता देखभाल के संपूर्ण आकलन हेतु मुख्य कार्यान्वयन संकेतकों²⁴ (के.पी.आई.) की रिपोर्टिंग एवं समीक्षा निर्धारित की गई थी। हालांकि, केवल आठ डी.एच. ने वर्ष 2014-15 में एवं 26 डी.एच. ने 2015-16 में मुख्य कार्यान्वयन संकेतकों के आंकड़े प्रतिवेदित किए थे। के.पी.आई. के नगण्य प्रतिवेदन इंगित करता है कि गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रमों का सभी स्तरों पर कार्यान्वयन नहीं हुआ है।

एस.एच.एस. ने सूचित किया कि गुणवत्ता आश्वासन के संदर्भ में, राज्य में कोई भी स्वास्थ्य सेवा केंद्र राज्य एवं राष्ट्र स्तरीय प्रमाणीकरण के लिए अर्हता प्राप्त नहीं था। हालांकि, लेखापरीक्षा ने देखा कि वर्ष 2015-16 के दौरान डी.एच. खंडवा को साफ-सफाई, स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण को बढ़ावा देने के लिए राज्य (कायाकल्प) तथा राष्ट्रीय स्तर के प्रमाणीकरण के लिए सम्मानित किया गया था।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि एस.क्यू.ए.सी. एवं डी.क्यू.ए.सी. को सितम्बर 2014 में पुनर्गठित किया गया था, इसलिए कम संख्या में बैठकें हुई थीं। आगे, अस्पतालों के स्टाफ को के.पी.आई. के रिपोर्टिंग हेतु प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है।

2.1.18.1 जिला अस्पताल में गुणवत्ता आश्वासन

गुणवत्ता आश्वासन द्वारा ध्यान देने योग्य आठ मुख्य क्षेत्रों को 70 मानकों में वर्गीकृत किया गया है, जैसे सेवा प्रावधान, रोगी अधिकार, आगत, सहायक सेवाएं, चिकित्सकीय देखभाल, संक्रमण नियंत्रण, गुणवत्ता प्रबंधन तथा परिणाम। 13 डी.एच. की लेखापरीक्षा संवीक्षा में निम्नलिखित कमियां परिलक्षित हुई हैं:

- आंतरिक गुणवत्ता टीम (आई.क्यू.टी.) दिसम्बर 2015 से जुलाई 2016 के दौरान धार को छोड़कर सभी शेष 12 डी.एच. में गठित की गई थी। हालांकि, मानक संचालन प्रक्रिया (एस.ओ.पी.) तथा क्यू.ए. के दिशानिर्देश डी.एच. अनूपपुर, धार, नीमच तथा खरगौन में उपलब्ध नहीं थे। गुणवत्ता मानक/एस.ओ.पी. के लिए स्टाफ का ओरिएंटेशन/प्रशिक्षण डी.एच. अनूपपुर, धार, खरगौन तथा टीकमगढ़ में नहीं किया गया था।

- जिला गुणवत्ता टीम (डी.क्यू.टी.) की बैठक प्रत्येक माह होनी चाहिए थी। हालांकि, वर्ष 2013-14 एवं 2014-15 में डी.एच. रतलाम को छोड़कर कोई बैठक नहीं हुई थी। आगे, वर्ष 2015-16 में नमूना परीक्षित 13 डी.एच. में आवश्यक 156 डी.क्यू.टी. बैठक के विरुद्ध केवल 27 बैठक ही हुई थी।

- वर्ष 2013-14 में डी.एच. के आंतरिक आकलन नहीं हुए थे। वर्ष 2014-15 में केवल दो आंतरिक आकलन, एक डी.एच. राजगढ़ में तथा एक डी.एच. रतलाम में किए गए। वर्ष 2015-16 में, डी.एच. धार, पन्ना एवं टीकमगढ़ ने कोई आंतरिक आकलन नहीं कराया। शेष 10 डी.एच. ने 24 आंतरिक आकलन किए जिसमें से केवल 20 के प्रतिवेदन उपलब्ध थे।

- नमूना परीक्षित किसी भी डी.एच. में वर्ष 2013-14 एवं 2014-15 में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं कराया गया था। वर्ष 2015-16 में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण केवल डी.एच. अनूपपुर, डिंडोरी तथा नीमच में किया गया था।

- मुख्य कार्यान्वयन संकेतक (के.पी.आई.) डी.एच. अनूपपुर, धार एवं डिंडोरी में तैयार नहीं किए थे। शेष 10 डी.एच. में के.पी.आई. की तैयारी एवं एस.क्यू.ए.सी./डी.क्यू.

²⁴ स्वास्थ्य केंद्रों में सभी विभागों के कार्यान्वयन संकेतकों के आकलन एवं निगरानी के महत्वपूर्ण आंकड़े

ए.सी. को प्रतिवेदित करना, दिसम्बर 2015 से अप्रैल 2016 के मध्य शुरू किया गया था।

- नमूना परीक्षित सभी 13 डी.एच. में वर्ष 2013-14 एवं 2014-15 में डी.क्यू.ए.सी. एवं एस.क्यू.ए.सी. द्वारा डी.एच. का आवधिक मूल्यांकन नहीं किया गया था। वर्ष 2015-16 में डी.क्यू.ए.सी. द्वारा पांच²⁵ डी.एच. का मूल्यांकन तथा एस.क्यू.ए.सी. द्वारा पांच²⁶ डी.एच. का मूल्यांकन किया गया था।

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि डी.क्यू.टी. के गठन के लिए सभी जिलों को निर्देश जारी किए गए थे। एस.ओ.पी. जिलों को प्रेषित किए गए हैं एवं एस.ओ.पी. को लागू करने के लिए प्रशिक्षण कराने हेतु निर्देशित किया गया है।

2.1.18.2 सी.एच.सी. में गुणवत्ता आश्वासन

लेखापरीक्षा में नमूना परीक्षित 27 सी.एच.सी. में गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम के कार्यान्वयन में निम्न कमियां पाई गईं:

- आंतरिक गुणवत्ता टीम 27 में से 19 सी.एच.सी. में नहीं बनाई गई थी। वर्ष 2013-16 के दौरान आई.क्यू.टी. की बैठक केवल पांच²⁷ सी.एच.सी. में आयोजित की गई थी तथा केवल दो²⁸ सी.एच.सी. में बैठक के कार्यवृत्त अभिलेखित किए गए थे। आगे, एस.ओ.पी. 14 सी.एच.सी. में उपलब्ध नहीं थे तथा क्यू.ए. के दिशानिर्देश 17 सी.एच.सी. में उपलब्ध नहीं थे। गुणवत्ता मानदंड के लिए स्टॉफ का ओरिएंटेशन 18 सी.एच.सी. में नहीं कराया गया था।
- आवधिक आंतरिक मूल्यांकन केवल नौ²⁹ सी.एच.सी. में कराए गए थे, हालांकि वे उत्तर के समर्थन में कोई भी अभिलेख उपलब्ध नहीं करा पाए। आगे, रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण केवल दो³⁰ सी.एच.सी. में ही कराए गए थे।
- मुख्य कार्यान्वयन संकेतकों की माप एवं निगरानी 27 सी.एच.सी. में से 15 सी.एच.सी. में नहीं की गई थी। आगे, 10 सी.एच.सी. में केवल आठ सी.एच.सी. के द्वारा के.पी.आई. की रिपोर्टिंग डी.क्यू.ए.सी. एवं एस.क्यू.ए.सी. को की गई थी।
- वर्ष 2013-16 की अवधि में 27 सी.एच.सी. में से छह³¹ सी.एच.सी. का मूल्यांकन डी.क्यू.ए.यू. द्वारा किया गया था तथा तीन³² सी.एच.सी. का मूल्यांकन एस.क्यू.ए.यू. द्वारा किया गया था।

स्वास्थ्य केंद्रों पर सी.एच.सी. स्तर पर गुणवत्ता के परिप्रेक्ष्य में अपनाए गए दृष्टिकोण के दो छायाचित्र नीचे दिए गए हैं:

²⁵ खंडवा, नीमच, पन्ना, राजगढ़ एवं रतलाम।

²⁶ खंडवा, पन्ना, राजगढ़, रतलाम एवं टीकमगढ़।

²⁷ सी.एच.सी.-अजयगढ़, बम्हनी बंजर, जैतहरी, पृथ्वीपुर तथा जीरापुर।

²⁸ सी.एच.सी.-अजयगढ़ तथा जीरापुर।

²⁹ सी.एच.सी. अजयगढ़, बम्हनी बंजर, गोगावा, जैतहरी, खालवा, खिलचीपुर, नारायणगंज, पृथ्वीपुर एवं सेहरा।

³⁰ सी.एच.सी.-अजयगढ़ तथा छैगांव माखन।

³¹ सी.एच.सी.- बजाग, बम्हनी बंजर, गोगावा, जैतहरी, करंजिया तथा कसरावद।

³² सी.एच.सी.- बजाग, बम्हनी बंजर तथा करंजिया।

	
<p>रतलाम जिले के सी.एच.सी. सैलाना में उपयोग किए गए ग्लोब्स को पुनर्उपयोग हेतु रखा गया था</p>	<p>रतलाम जिले के सी.एच.सी. सैलाना में मैले चादर को रोगियों के बिस्तर पर उपयोग किया जा रहा था</p>

2.1.18.3 पी.एच.सी. में गुणवत्ता आश्वासन

- नमूना परीक्षित 52 पी.एच.सी. में से केवल पांच³³ पी.एच.सी. में आई.क्यू.टी. गठित की गई थी। वर्ष 2013-16 के दौरान केवल दो³⁴ पी.एच.सी. में आई.क्यू.टी. की बैठकें आयोजित हुई थीं। आगे, क्यू.ए. के दिशानिर्देश केवल तीन³⁵ पी.एच.सी. में उपलब्ध थे तथा एस.ओ.पी. सात³⁶ पी.एच.सी. में उपलब्ध थे।
- आवधिक आंतरिक मूल्यांकन दो³⁷ पी.एच.सी. में कराया जाना प्रतिवेदित किया गया था। हालांकि, इसके समर्थन में कोई भी अभिलेख उपलब्ध नहीं था। आगे, रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नमूना परीक्षित 52 पी.एच.सी. में से किसी में भी नहीं कराया गया था।
- मुख्य कार्यान्वयन संकेतकों का मापन नमूना परीक्षित 52 पी.एच.सी. में से केवल तीन³⁸ पी.एच.सी. में किया गया था तथा केवल एक पी.एच.सी. सेंधवाल द्वारा प्रतिवेदित किया गया था। हालांकि, इस संबंध में कोई अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया गया था।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि भारत सरकार द्वारा डी.एच. एवं सी.एच. सी./पी.एच.सी. के लिए गुणवत्ता आश्वासन की पुस्तिका क्रमशः वर्ष 2014 एवं 2015 में जारी की गई थी। राज्य के क्यू.ए. प्रकोष्ठ ने जिलों को आवधिक मूल्यांकन करने के लिए निर्देशित किया था। सी.एच.सी. तथा पी.एच.सी. स्तर पर क्यू.ए. कार्यक्रम का कार्यान्वयन वर्ष 2017-18 में किया जाएगा। के.पी.आई. की रिपोर्टिंग, क्यू.ए. कार्यक्रम का अभिन्न हिस्सा है। इसलिए, संबंधित सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षण दिए जाने के बाद सी.एच.सी. तथा पी.एच.सी. से के.पी.आई. संग्रहीत की जाएगी।

³³ पी.एच.सी.-बबलिया बजार, चौड़ी पौड़ी, गोरखपुर, मोहनिया पटपरा तथा सिंघौरा।

³⁴ पी.एच.सी.- मोहनिया पटपरा तथा सिंघौरा।

³⁵ पी.एच.सी. लापता, गाडासड़ई तथा बबलिया बजार।

³⁶ पी.एच.सी. बबलिया बजार, धनगांव, गाडासरई, गोरखपुर, हृदय नगर, लापता तथा सिंघौरा।

³⁷ पी.एच.सी. चांडा तथा सिंघौरा।

³⁸ पी.एच.सी. चांडा, कुकडेश्वर तथा सेंधवाल।

2.1.19 हितग्राही सर्वेक्षण

नमूना परीक्षित 13 जिले के 1,386 हितग्राही सर्वेक्षण में लेखापरीक्षा ने देखा कि:

- **गर्भवती का पंजीयन:** कुल हितग्राही सर्वेक्षण 1,386 में से 1,314 (95 प्रतिशत) हितग्राही समय पर पंजीकृत हुई थीं, 51 (चार प्रतिशत) हितग्राही गर्भवती होने के चार से छह महीने के मध्य तथा 14 (एक प्रतिशत) हितग्राही छह से नौ महीने के बीच पंजीकृत हुई थी एवं सात हितग्राही अपने गर्भवती पंजीयन के बारे में नहीं जानती थी।
- **प्रसव नियत तिथि के बारे में जानकारी:** 1,271 हितग्राहियों को उनके प्रसव की नियत तिथि की जानकारी थी, जबकि 115 (आठ प्रतिशत) हितग्राहियों को अपने प्रसव की नियत तिथि के बारे में जानकारी नहीं थी।
- **प्रसव पूर्व सेवा (ए.एन.सी.):** गर्भवती महिलाएं को प्रसवपूर्व सेवा हेतु स्वास्थ्य केंद्र पर कम से कम चार बार जाना आवश्यक है। हितग्राही सर्वेक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने पाया कि सात हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में केवल एक बार गईं, 73 (पांच प्रतिशत) हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में दो बार तथा 345 (25 प्रतिशत) हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में तीन बार तथा 956 हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में चार या अधिक बार गई थी। पांच हितग्राही किसी स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में एक बार भी नहीं गई थी।
- योजना के दिशानिर्देशों के अंतर्गत आशा को गर्भकाल के दौरान हितग्राही के घर पर कम से कम तीन बार जाना चाहिए। चयनित हितग्राहियों में से आशा को घर पर आने के बारे में तीन गर्भवती महिलाओं ने गर्भकाल में एक बार, 48 गर्भवती महिलाओं (तीन प्रतिशत) ने दो बार, 132 (10 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं ने तीन बार तथा 1,163 (84 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं ने चार या अधिक बार बताया। 40 हितग्राहियों को आशा के घर पर आने के बारे में जानकारी नहीं थी। इस प्रकार, आवश्यक आशा भ्रमण सुनिश्चित नहीं किया जा सका।
- एन.आर.एच.एम. का कार्यान्वयन गरीब गर्भवती महिलाओं के मध्य संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ एवं नवजात मृत्यु को कम करने के उद्देश्य से किया जा रहा है। 1,259 (91 प्रतिशत) हितग्राहियों का प्रसव स्वास्थ्य केंद्रों पर हुआ (डी.एच.—444 हितग्राही, सी.एच.सी.—309 हितग्राही, पी.एच.सी.—479 हितग्राही, एस.सी.—27 हितग्राही), 47 हितग्राहियों का प्रसव निजी अस्पताल में हुआ, 77 हितग्राहियों का प्रसव घर पर तथा तीन का प्रसव रास्ते में हुआ। वे हितग्राही जिनका संस्थागत प्रसव नहीं हुआ था, उन्होंने बताया कि परिवार वालों ने अनुमति नहीं दी तथा कुछ ने बताया कि वे संस्थागत प्रसव के लिए इच्छुक नहीं थी/संस्थागत प्रसव की आवश्यकता नहीं समझती थी। इस प्रकार, ग्रामीण क्षेत्रों में संस्थागत प्रसव के लाभ के बारे में बताने में ए.एन.एम./आशा सफल नहीं रहीं।
- **ऐम्बुलेंस की उपलब्धता:** जननी एक्सप्रेस योजना के अंतर्गत गर्भवती महिला को रेफरल वाहन की सुविधा निःशुल्क उपलब्ध कराई जानी चाहिए थी। यह देखा गया कि कुल 1,386 हितग्राहियों में से, 1,065 (77 प्रतिशत) हितग्राहियों ने ऐम्बुलेंस बुलाया था, जबकि 321 (23 प्रतिशत) हितग्राहियों ने ऐम्बुलेंस नहीं बुलाया था। आगे, 1,026 (96 प्रतिशत) प्रकरणों में ऐम्बुलेंस समय पर आई तथा 39 (चार प्रतिशत) प्रकरणों में समय पर नहीं आई।
- **स्वास्थ्य केंद्र पर रुकना:** जननी सुरक्षा योजना के अनुसार, प्रसव के बाद कम से कम 48 घंटे तक हितग्राहियों को स्वास्थ्य केंद्र पर रुकना है। लेखापरीक्षा सर्वेक्षण में परिलक्षित हुआ कि 1,386 हितग्राहियों में से 1,309 संस्थागत प्रसव थे,

जिनमें 43 (तीन प्रतिशत) हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र पर प्रसवोपरांत 12 घंटे तक रूकी, 246 (19 प्रतिशत) हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र पर प्रसवोपरांत 12 से 24 घंटे तक रूकी, 194 (15 प्रतिशत) हितग्राही स्वास्थ्य केंद्र पर प्रसवोपरांत 24–48 घंटे तक रूकी तथा 820 (63 प्रतिशत) हितग्राही प्रसव के बाद 48 घंटे से अधिक रूकी थी। छह हितग्राहियों को याद नहीं था कि वे कितने समय तक स्वास्थ्य केंद्र पर रूकी थी। इस प्रकार दिशानिर्देश के प्रावधान का पालन 483 प्रकरणों (37 प्रतिशत) में नहीं हुआ।

- 1,112 हितग्राहियों को स्वास्थ्य केंद्र पर निःशुल्क भोजन प्रदाय किया गया था, जबकि, नौ हितग्राहियों को खाने के लिए भुगतान करना पड़ा था तथा 59 हितग्राहियों (चार प्रतिशत) को भोजन नहीं दिया गया। 21 हितग्राहियों को यह याद नहीं था कि उन्हें भोजन निःशुल्क प्राप्त हुआ था अथवा उन्होंने इसके लिए भुगतान किया था। 108 हितग्राहियों ने इस संबंध में कोई विशेष प्रत्युत्तर नहीं दिया।

- **जे.एस.वाई. नकद प्रोत्साहन:** जे.एस.वाई. के अंतर्गत संस्थागत प्रसव के तुरंत बाद, ग्रामीण क्षेत्रों में प्रत्येक महिला को ₹ 1,400 तथा शहरी क्षेत्र में ₹ 1,000 नकद प्रोत्साहन की पात्रता है। लेखापरीक्षा सर्वेक्षण में परिलक्षित हुआ कि जे.एस.वाई. के अंतर्गत प्रोत्साहन का भुगतान 1,017 हितग्राहियों को किया गया, जबकि 369 हितग्राहियों को नहीं किया गया। कुल 1,017 हितग्राहियों में से 748 महिलाओं को एक से तीन दिन के विलंब से, 269 महिलाओं को 30 से 90 दिन के विलंब से जे.एस.वाई का भुगतान प्राप्त हुआ।

- **प्रसवोपरांत सेवा (पी.एन.सी.):** दिशानिर्देश के अंतर्गत माताओं को प्रसव के 42 दिनों के अंदर पी.एन.सी. के लिए स्वास्थ्य केंद्रों पर कम से कम चार बार जाना आवश्यक है। लेखापरीक्षा सर्वेक्षण से परिलक्षित हुआ कि 88 हितग्राही स्वास्थ्य केंद्रों पर पी.एन.सी. के लिए एक बार गईं, 246 हितग्राही दो बार गईं, 527 हितग्राही तीन बार गईं तथा 501 हितग्राही चार या अधिक बार स्वास्थ्य केंद्रों पर गईं। 24 हितग्राही पी.एन.सी. के लिए एक बार भी स्वास्थ्य केंद्र पर नहीं गईं। इस प्रकार, चिकित्सा अधिकारी, ए.एन.एम. तथा आशा प्रसवोपरांत सेवा के लाभ के बारे में हितग्राहियों को समझाने एवं प्रोत्साहित करने में सफल नहीं हुए।

- दिशानिर्देशों के अंतर्गत, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रसव दिनांक से सात दिनों के अंदर हितग्राहियों के घर पर दो बार भ्रमण करना है। 1,233 प्रकरणों में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने हितग्राहियों के घर पर दो से सात दिनों के अंदर भ्रमण किया, 144 प्रकरणों (10 प्रतिशत) में स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने सात दिनों के अंदर हितग्राहियों के घर पर माता एवं शिशु के देखभाल के लिए दौरा नहीं किया। नौ प्रकरणों में हितग्राहियों को स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के भ्रमण की आवश्यकता के बारे में जानकारी नहीं थी।

- 1,362 हितग्राहियों ने विटामिन-ए खुराक प्राप्त किया, 16 हितग्राहियों ने विटामिन-ए खुराक प्राप्त नहीं किया तथा आठ हितग्राही इस सुविधा के बारे में जागरूक नहीं थे।

- लिंग संतुलन, मिशन के उद्देश्यों में से एक उद्देश्य था। हालांकि, लिंग असमानता देखी गई थी, जहां प्रसव परिणाम के परिप्रेक्ष्य में 771 बालक शिशु के विरुद्ध 595 बालिका शिशु का जन्म होना सर्वेक्षित हितग्राहियों में देखा गया।

- यद्यपि टी.एफ.आर. को 2.1 तक कम करने का लक्ष्य था, हालांकि हितग्राहियों के सर्वेक्षण में यह देखा गया कि 332 महिलाओं के तीन या अधिक बच्चे थे तथा 37 महिलाओं के पांच से अधिक बच्चे थे।

- 378 महिलाओं ने उनके निवास स्थान के पास उपलब्ध पी.एच.सी./सी.एच.सी. की अनदेखी कर डी.एच. में सामान्य प्रसव कराए। जिससे स्पष्ट होता है कि पी.एच.सी.

एवं सी.एच.सी. गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने बाबत हितग्राहियों में विश्वास पैदा नहीं कर सके।

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि ग्रामीण स्वास्थ्य संस्थाओं की तुलना में डी.एच. में प्रसव ज्यादा हुआ था, क्योंकि डी.एच. पर प्रसूति एवं नवजात देखभाल की संपूर्ण सुविधा उपलब्ध थी। उप जिला स्तर के प्रसव केंद्रों पर प्रसव की सूक्ष्म निगरानी की जा रही थी तथा मानव संसाधन, सिविल वर्क, उपकरण तथा औजार के संदर्भ में कमियां दूर कर क्षमता निर्माण सुनिश्चित किया जा रहा था।

2.1.20 आंकड़ा संग्रहण, प्रबंधन एवं प्रतिवेदन

2.1.20.1 स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली

एच.एम.आई.एस. आंकड़ों के संकलन हेतु स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा बनाई गई एक वेब आधारित आंकड़ा प्रविष्टि प्रणाली है जोकि संग्रहण, एकीकरण, विश्लेषण करने में सहायक होती है तथा इस सूचना का उपयोग स्वास्थ्य प्रणाली के सभी स्तरों पर कार्यान्वयन में सुधार करने के लिए किया जाता है।

एच.एम.आई.एस. की परिचालन पुस्तिका के अनुसार उप स्वास्थ्य केंद्र, पी.एच.सी. तथा सी.एच.सी. को निर्धारित प्रपत्र में मासिक आधार पर अपने केंद्र के बीते माह के आंकड़ों को आगामी माह की 5 तारीख तक ब्लॉक को भेजना होगा, आगे ब्लॉक इन आंकड़ों को "ब्लॉक समेकित प्रतिवेदन" के रूप में तैयार करेगा तथा इसे जिला को प्रस्तुत करेगा।

स्वास्थ्य केंद्रों के द्वारा दो प्रति में डेटा सेट तैयार किया जाएगा, संबंधित प्राधिकारी के हस्ताक्षर के बाद एक प्रति भेजी जाएगी तथा एक प्रति संबंधित केंद्र के अभिलेख में रखी जाएगी। ब्लॉक तथा जिला स्तर पर, जहां पर स्वास्थ्य केंद्रों का डाटा सेट प्राप्त होता है, वहां आंकड़ों की प्रविष्टि से पूर्व यह यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि ये हस्ताक्षरित एवं सत्यापित है। जिला स्तर पर तैयार प्रतिवेदन की एक पेपर प्रति सत्यापित (हस्ताक्षरित एवं मुद्रांकित) कर संधारित की जानी चाहिए तथा दूसरी प्रति राज्य को भेजी जानी चाहिए।

एस.एच.एस. ने सूचित किया (जुलाई 2016) कि प्रत्येक स्वास्थ्य केंद्र पर एच.एम.आई.एस. दो प्रति में निर्धारित प्रारूप में तैयार किया जाता है तथा समय पर प्रतिवेदित किया जाता है, एक प्रति ब्लॉक कार्यक्रम प्रबंधन इकाई (बी.पी.एम.यू.) को भेजी जाती थी तथा एक प्रति स्वास्थ्य केंद्र के अभिलेख में रखी गई थी। हालांकि, नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्रों में यह तथ्य सही नहीं पाया गया जैसा कि तालिका-2.1.25 में दर्शाया गया है:

तालिका-2.1.25: स्वास्थ्य केंद्रों पर डेटा रिपोर्टिंग की स्थिति

स्वास्थ्य केंद्र का नाम	नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्र की संख्या	द्वितीय प्रमाणिक प्रतिलिपि रखी गई		प्रतिवेदित आंकड़े मूल अभिलेख से मिलता है		आंकड़े प्रतिवेदित करने की तिथि की आवृत्ति
		हां	नहीं	हां	नहीं	
एस.सी.	83	28	55	14	14	प्रत्येक महीने की 15वीं से 14वीं, 16वीं से 14वीं, 26वीं से 25वीं, पहली से 26वीं, 21वीं से 20वीं, 22वीं से 21वीं
पी.एच.सी.	30	01	29	00	01	उपलब्ध नहीं
सी.एच.सी.	15	01	14	01	00	मासिक

(स्रोत : नमूना परीक्षित स्वास्थ्य केंद्रों से संकलित आंकड़े)

- नमूना परीक्षित 83 एस.सी. में से, 55 एस.सी. में प्रतिवेदित आंकड़ों की द्वितीय प्रतिलिपि नहीं पाई गई। इस प्रकार इन एस.सी. द्वारा प्रतिवेदित आंकड़ों की सत्यता लेखापरीक्षा द्वारा सुनिश्चित नहीं की जा सकी। आगे, शेष नमूना परीक्षित 28 एस.सी. द्वारा प्रतिवेदित आंकड़ों में, 14 एस.सी. में उपलब्ध आंकड़ों एवं प्रतिवेदित आंकड़ों में भिन्नता देखी गई। आगे, यह भी देखा गया कि 16 एस.सी. में प्रतिवेदन की आवृत्ति अवधि में एकरूपता नहीं थी।
- नमूना परीक्षित 30 पी.एच.सी. एवं 15 सी.एच.सी. में से 29 पी.एच.सी. तथा 14 सी.एच.सी. में प्रतिवेदित आंकड़ों की प्रतिलिपि नहीं रखी गई थी। दूसरी प्रति के बारे में पूछे जाने पर उन्होंने बताया कि उच्च प्राधिकारियों को प्रतिवेदित आंकड़े साफ्ट कॉपी में भेजी थी तथा हार्ड कॉपी उपलब्ध नहीं थी।

आगे, एस.एच.एस. द्वारा वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में भारत सरकार को प्रतिवेदित एच.एम.आई.एस. डाटा की संवीक्षा में परिलक्षित हुआ कि प्रतिवेदित आंकड़ों की शुद्धता एवं विश्वसनीयता सुनिश्चित नहीं गई थी, जैसा कि वर्ष 2011-12 में 979 एफ.आर.यू. से 2015-16 में 3,082 एफ.आर.यू. प्रतिवेदित किए गए थे, जबकि 2015-16 में केवल 148 एफ.आर.यू. ही कार्यशील थे, आगे, एच.एम.आई.एस. में वर्ष 2011-12 में तीन स्टॉफ नर्स के साथ कार्यशील 4,628 24x7 पी.एच.सी. से वर्ष 2015-16 में 4,778 तीन स्टॉफ नर्स के साथ पी.एच.सी. कार्यशील प्रतिवेदित किए गए थे, जबकि 2015-16 में 68 तीन स्टॉफ नर्स के साथ 24x7 पी.एच.सी. ही कार्यशील थे। इस प्रकार, वर्ष 2011-12 में 1160 से वर्ष 2015-16 में 2,566 कार्यशील एस.एन.सी.यू. प्रतिवेदित किए गए थे, जबकि राज्य में वर्ष 2015-16 में केवल 54 एस.एन.सी.यू. ही कार्यशील थे।

निर्गम सम्मेलन में, प्रमुख सचिव ने बताया कि प्रत्येक स्वास्थ्य केंद्र पर माहवार एच.एम.आई.एस. की प्रतिवेदित जानकारी की प्रति रखने हेतु निर्देश जारी किए गए थे। एच.एम.आई.एस. संचालन पुस्तिका के अनुसार वर्तमान प्रतिवेदन प्रणाली में सुधार करने की आवश्यकता थी, जिसे सुदृढीकरण करने प्रयास किए जा रहे थे। आगे, यह सूचित किया (सितम्बर 2016) कि ये निर्देश पुनः जारी किए गए हैं कि वर्ष 2015-16 से राज्य, जिला तथा ब्लॉक स्तर कर्मचारी एच.एम.आई.एस. की प्रतिवेदन की गुणवत्ता के लिए व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होंगे।

इस प्रकार, प्रतिवेदित आंकड़ों की सत्यता सुनिश्चित नहीं की गई तथा एच.एम.आई.एस. के दिशानिर्देशों के प्रोटोकॉल का पालन नहीं किया था।

2.1.20.2 भौतिक एवं वित्तीय प्रगति प्रतिवेदन (पी.एफ.एम.आर.)

योजना में भौतिक एवं वित्तीय प्रगति प्रतिवेदन में घटकवार आवंटित बजट के विरुद्ध उपयोग का प्रावधान है। इसमें लक्ष्य के विरुद्ध भौतिक प्रगति को भी सम्मिलित करने की अपेक्षा की जाती है।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 के मध्य के प्रतिवेदनों की संवीक्षा में प्रतिवेदित आंकड़ों में कई विसंगतियां परिलक्षित हुईं जैसा कि **तालिका-2.1.26** में दर्शाया गया है।

तालिका-2.1.26: पी.एफ.एम.आर. की स्थिति

(₹ करोड़ में)

वर्ष	ऐसी गतिविधियां की संख्या, जहां शून्य भौतिक प्राप्ति है पर व्यय प्रदर्शित हुआ है		ऐसी गतिविधियां की संख्या, जहां भौतिक एवं बजट शून्य है, जबकि भौतिक एवं बजट की उपलब्धि रही।	
	गतिविधियों की संख्या	शामिल राशि	गतिविधियों की संख्या	शामिल राशि
2011-12	33	17.24	22	14.38
2012-13	71	30.38	04	5.91
2013-14	144	26.99	24	17.98
2014-15	50	21.82	75	134.55
2015-16	149	25.45	04	1.60

(स्रोत: राज्य स्वास्थ्य समिति)

इस प्रकार, उपर्युक्त विसंगतियों के कारण पी.एफ.एम.आर. से भौतिक एवं वित्तीय प्रगति की सत्य एवं साफ तस्वीर प्रदर्शित नहीं हो रही थी तथा यह प्रतिवेदन उस उद्देश्य की पूर्ति नहीं करता जिस हेतु यह बनाया गया था।

निर्गम सम्मेलन में प्रमुख सचिव ने बताया कि भौतिक एवं वित्तीय प्रतिवेदन के अंतर्गत प्रतिवेदित आंकड़ों में अंतर है। हालांकि, राज्य स्तर पर आंकड़ों के मिलान एवं सुधार के प्रयास किए जा रहें।

2.1.21 निष्कर्ष एवं अनुशंसाएं

राज्य आई.एम.आर., एम.एम.आर. टी.एफ.आर. के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं कर सका तथा अन्य राज्यों की उपलब्धि से बहुत पीछे था। एम.डी.जी. के अंतर्गत निर्धारित लक्ष्य 27 प्रति हजार जीवित जन्म के विरुद्ध राज्य की आई.एम.आर. 51 प्रति हजार जीवित जन्म थी। आई.एम.आर. में मध्य प्रदेश की स्थिति 28 राज्यों में 27वें स्थान पर थी। इसी प्रकार, एम.डी.जी. के लक्ष्य 109 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म के विरुद्ध राज्य एम.एम.आर. को 221 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म तक कम कर सका है। एम.एम.आर. में राज्य 18 राज्यों में 13वें स्थान पर था।

वर्ष 2012 से टी.एफ.आर. में सुधार हुआ है जैसा कि 2.9 (मार्च 2012) से 2.3 (मार्च 2016) कम हुआ है। हालांकि राज्य, एन.आर.एच.एम के कार्यान्वयन की रूप रेखा (2012-17) के अनुसार टी.एफ.आर. को 2.1 तक करने के लक्ष्य को प्राप्त नहीं कर सका। मातृ, शिशु एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्रदायगी में कमी होने के परिणामस्वरूप, राज्य आई.एम.आर., एम.एम.आर. तथा टी.एफ.आर. के लक्ष्य को प्राप्त करने में असफल रहा।

राज्य में आई.एम.आर. तथा एम.एम.आर. की स्थिति में सुधार के लिए सभी प्रकार के प्रयास किए जाने चाहिए।

गर्भ धारण के लिए पंजीकृत कुल 93.72 लाख गर्भवती महिलाओं में से केवल 56 प्रतिशत ही प्रथम तिमाही में पंजीकृत हो सकी थीं। आगे, 19.44 लाख (21 प्रतिशत) पूरे गर्भकाल में तीन ए.एन.सी. प्राप्त नहीं कर सकी थीं। टी.टी. टीकाकरण में 17.83 लाख (19 प्रतिशत) की कमी थी।

गर्भवती महिलाओं के शीघ्र पंजीयन के लिए लक्ष्य दंपतियों की खोज की जाए तथा संपूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की निरंतर निगरानी की जाए। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

कुल 74.28 लाख तीनों ए.एन.सी. जाँच प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं में से 47.27 लाख (64 प्रतिशत) की एच.आई.वी. जाँच तथा 60.34 लाख (81 प्रतिशत) की

वी.डी.आर.एल. जाँच, संक्रमित माताओं के प्रकरणों में गर्भावस्था के दौरान होने वाले प्रतिकूल प्रभावों के प्रबंधन हेतु नहीं की गई थी।

स्वास्थ्य सेवा केंद्रों पर गर्भवती महिला में एच.आई.वी. एवं वी.डी.आर.एल. का पता लगाने के लिए होने वाली जाँचों की संख्या को बढ़ाया जाए। शासन ने लेखापरीक्षा की अनुशंसा को स्वीकार किया है।

राज्य में, वर्ष 2011-16 की अवधि में संस्थागत प्रसव, कुल प्रसव का 87 प्रतिशत था। हालांकि, शासकीय संस्थानों में हुए संस्थागत प्रसव 55.38 लाख में से केवल 49.72 लाख हितग्राहियों को ही जे.एस.वाई. प्रोत्साहन का भुगतान हुआ था। आगे, राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में हुए कुल 8.96 लाख गृह प्रसव में से 6.65 लाख (74 प्रतिशत) को एस.बी.ए. प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा देखभाल नहीं की गई। वर्ष 2011-16 के दौरान शासकीय संस्थाओं में हुए कुल प्रसव 55.38 लाख में से 15.26 लाख (28 प्रतिशत) की छुट्टी प्रसव के 48 घंटे के अंदर कर दी गई तथा केवल 35.21 लाख (55 प्रतिशत) माताओं ने प्रसव के 48 घंटे से 14 दिनों के अंदर प्रसवोपरांत जाँच सुविधा प्राप्त की थी।

ऐसे जिलों तथा ब्लॉकों को, जहां अधिक गृह प्रसव तथा कम संस्थागत प्रसव होता है वहां जागरूकता कार्यक्रम, सामाजिक प्रेरणा तथा रेफरल परिवहन सेवाएं सुनिश्चित कर संस्थागत प्रसव को बढ़ावा हेतु चिह्नित किया जाए।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 की अवधि में नमूना परीक्षित 13 जिलों में यह देखा गया कि इन जिलों में हुए कुल 8.53 लाख संस्थागत प्रसव में से, पिकअप सेवा 4.91 लाख (57 प्रतिशत) को तथा ड्रापबैक सेवा 4.09 लाख (48 प्रतिशत) महिलाओं को प्रदाय की जा सकी।

निःशुल्क पिकअप एवं ड्रापबैक के प्रस्ताव का व्यापक प्रचार-प्रसार किया जाए ताकि ग्रामीण जनसंख्या द्वारा इन सुविधाओं का उपयोग किया जाए।

जन्म पर बालिका लिंग अनुपात में अभी भी सुधार की आवश्यकता है, जहां वर्ष 2011-16 की अवधि में 35.89 लाख बालक जन्म की तुलना में 33.36 लाख बालिका जन्म प्रतिवेदित हुआ था। इसके अतिरिक्त, लापता प्रसव प्रकरण का अनुपात अधिक था जिसमें कुल 93.72 लाख ए.एन.सी. पंजीयन के विरुद्ध 69.83 लाख कुल प्रसव ही प्रतिवेदित हुए।

दोनों शासकीय एवं निजी स्वास्थ्य संस्थानों में हुए ए.एन.सी. पंजीयन की खोजबीन तथा अनुसरण की पद्धति को सुदृढ़ किया जाए। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया है।

राज्य में हुए कुल 69.25 लाख जीवित जन्म में से, 10.61 लाख कम वजन वाले शिशु प्रतिवेदित हुए। हालांकि, वर्ष 2011-16 के दौरान 4.49 लाख नवजात को जन्म के समय वजन को नहीं तौला गया था। आगे, केवल 62.97 लाख नवजात को जन्म के एक घंटे के अंदर स्तनपान कराया गया था।

सभी जीवित जन्म नवजातों को जन्म के बाद तौला जाए ताकि एल.बी.डब्ल्यू. प्रकरण में स्वास्थ्य आवश्यकताओं के परिप्ररक्ष्य में आवश्यक कदम उठाया जा सके। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

राज्य में वर्ष 2011-16 की अवधि में बच्चों में सात रोग रोधी वैक्सीनों के टीकाकरण हेतु निर्धारित लक्ष्यों की पूर्ति नहीं हो सकी तथा उपलब्धियों में कमियों की परिसीमा 16 से 21 प्रतिशत तक रही। इसके अलावा, हेपेटाइटिस-बी जीरो खुराक नवजात को 48

घंटे की आयु तक दी जानी थी। हालांकि, 69.25 लाख जीवित जन्म में से केवल 39.30 लाख (57 प्रतिशत) नवजातों को ही हेपेटाइटिस-बी जीरो खुराक दी जा सकी थी।

टीकाकरण करने में होने वाले अवरोधों की पहचान की जाए तथा सभी नवजातों तथा बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण सुनिश्चित किया जाए।

समग्र गर्भपात सेवाओं के अंतर्गत एम.टी.पी. सेवाएं, 25 उप जिला स्तर के अस्पताल (63 में से) तथा 136 सी.एच.सी. (334 में से) में प्रदाय नहीं की जा रही थीं। एम.वी.ए. सुविधाएं 380 पी.एच.सी. (531 24x7 पी.एच.सी. में से) में उपलब्ध नहीं थीं। वर्ष 2011-16 के दौरान निर्धारित पुरुष नसबंदी लक्ष्य 3.03 लाख के विरुद्ध 0.83 लाख (27 प्रतिशत) ही पुरुष नसबंदी कराई जा सकी थी। आगे, महिला नसबंदी के मिनी लैप तथा प्रसवोपरांत नसबंदी के निर्धारित लक्ष्य के विरुद्ध उपलब्धि क्रमशः 43 एवं 22 प्रतिशत थी।

पी.एच.सी. तथा सी.एच.सी. को समग्र गर्भपात देखभाल प्रदाय करने हेतु सुदृढ़ किया जाए तथा पुरुष नसबंदी के अनुपात को जागरुकता कार्यक्रम तथा सामाजिक प्रेरणा से बढ़ाया जाए। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

वर्ष 2011-16 की अवधि में, डी.एच.ए.पी. को तैयार करने में नीचे से ऊपर के दृष्टिकोण को नहीं अपनाया गया था। राज्य पी.आई.पी. तथा डी.एच.ए.पी. मुख्य विभागों के साथ अंतर क्षेत्रीय अभिसरण की गतिविधियों को सम्मिलित किए बिना तैयार किए गए थे। राज्य पी.आई.पी. भारत सरकार को तथा एस.एच.एस. को डी.एच.ए.पी., न तो निर्धारित समय में प्रस्तुति प्रस्तुत की गई और न ही निर्धारित समयावधि में अनुमोदन हुआ।

पी.आई.पी. तथा डी.एच.ए.पी. में अंतर क्षेत्रीय गतिविधियों को शामिल करते हुए समय से प्रस्तुति तथा अनुमोदन सुनिश्चित किया जाए। शासन ने लेखापरीक्षा की अनुशंसा को स्वीकार किया।

जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (डी.एच.ए.पी.), ब्लॉक स्वास्थ्य कार्य योजना (बी.एच.ए.पी.) को एकीकृत कर तैयार किया गया था। वार्षिक कार्यक्रम कार्य योजना (पी.आई.पी.) में मुख्य विभागों के साथ अंतर क्षेत्रीय अभिसरण को शामिल नहीं किया गया था। आगे, वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान राज्य पी.आई.पी. भारत सरकार को 69 से 196 दिनों के विलंब से प्रस्तुत किया गया था। फलस्वरूप, भारत सरकार से पी.आई.पी. का अनुमोदन 72 से 223 दिनों के विलंब से प्राप्त हुआ था।

वर्ष 2011-16 के दौरान, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित पी.आई.पी. ₹ 6,247.01 करोड़ के विरुद्ध एन.आर.एच.एम. के कार्यान्वयन के लिए राज्य को मात्र ₹ 5,269.70 करोड़ उपलब्ध कराया गया था। इस प्रकार, स्वास्थ्य संकेतकों में राज्य के निराशाजनक प्रदर्शन के बावजूद योजना के कार्यान्वयन के लिए शासन पर्याप्त निधि सुनिश्चित नहीं कर सका।

भारत सरकार से अनुमोदित पी.आई.पी. की संपूर्ण राशि प्राप्त करने के प्रयास किए जाएं तथा निधियों का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित किया जाए तथा निधियों को समय से जारी किया जाए ताकि पी.आई.पी. में नियोजित सभी गतिविधियों को निर्धारित समय सीमा में पूरा किया जा सके। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

राज्य पर्याप्त ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों को बनाने में पूरी तरह असफल था। एन.आर.एच.एम. के अंतर्गत जनसंख्या मानदंड के अनुसार 2,588 उप स्वास्थ्य केंद्र (22 प्रतिशत), 828 पी.एच.सी. (41 प्रतिशत) तथा 153 सी.एच.सी. (31 प्रतिशत) की कमी थी। राज्य के कुल 9,192 में से 241 एस.सी. ही प्रसव सुविधा प्रदाय कर रहे थे। पी.एच.सी. को 24x7 में उन्नयन करना, एन.आर.एच.एम. के उद्देश्यों में से एक था। हालांकि, 1,172

में से 638 पी.एच.सी. ही 24x7 के रूप में क्रियाशील थे। राज्य में 334 सी.एच.सी. में से केवल 30 सी.एच.सी. ही प्रथम रेफरल इकाई (एफ.आर.यू.) सेवा प्रदाय कर रही थी। लेखापरीक्षा ने अधोसंरचना के संदर्भ में वार्ड, लेबर रूम, ऑपरेशन थियेटर, बिजली आपूर्ति तथा शौचालयों इत्यादि की कमियों को पाया।

सी.एच.सी. को एफ.आर.यू. के रूप में उन्नत करने के लिए सम्मिलित प्रयास किया जाए तथा जनसंख्या के मानदंड के अनुसार स्वास्थ्य केंद्रों पर अधोसंरचना की उपलब्धता के अंतर को मानव संसाधन की उपलब्धता के साथ जोड़कर चरणबद्ध तरीके से पूरा किया जाए। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

अप्रैल 2016 की स्थिति में राज्य में, कुल 1,172 पी.एच.सी. में से 503 पी.एच.सी. बिना चिकित्सक के क्रियाशील थी। आगे, प्रयोगशाला तकनीशियन तथा फार्मासिस्ट क्रमशः 525 एवं 312 पी.एच.सी. पर तैनात नहीं थे। नमूना परीक्षित जिलों में 96 पी.एच.सी. में स्वीकृत 346 विशेषज्ञों में से केवल 13 विशेषज्ञ ही उपलब्ध थे। आगे, राज्य में अप्रैल 2016 की स्थिति में आवश्यक 62,206 अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) के विरुद्ध 58,730 आशा ही संलग्न थी।

स्वास्थ्य कर्मियों की पदस्थापना में प्राथमिकता सुनिश्चित की जाए, ताकि सभी स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों पर मानव संसाधन उपलब्ध हो सके। शासन ने लेखापरीक्षा अनुशंसा को स्वीकार किया।

मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना के अंतर्गत शासन सभी प्रकार के स्वास्थ्य केंद्रों पर न्यूनतम आवश्यक औषधि तथा जाँच सेवाएं प्रदाय करने के लिए संकल्पित थी। हालांकि, मध्य प्रदेश स्वास्थ्य सेवा गारंटी योजना में सूचीबद्ध सभी औषधियां एवं वर्गीकृत सभी जाँच सेवाएं नमूना परीक्षित किसी भी स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं थी।

न्यूनतम आवश्यक औषधि एवं सभी निर्धारित जाँच सेवाएं सभी प्रकार के स्वास्थ्य केंद्रों पर सुनिश्चित की जाए।

मोबाइल मेडिकल यूनिट सेवाओं के कवरेज में घटती हुई प्रवृत्ति देखी गई तथा वर्ष 2015-16 के दौरान कुल 35 लक्षित जिलों एवं 131 ब्लॉकों के विरुद्ध केवल 25 जिलों एवं 78 ब्लॉकों को ही कवर किया जा रहा था।

उपलब्ध निधि का उपयोग करते हुए सभी लक्षित जिलों में एम.एम.यू. को आवश्यकतानुसार पूरी तरह क्रियाशील किया जाए।

एन.आर.एच.एम. का उद्देश्य सभी स्तर पर प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता में वृद्धि करना है। हालांकि, वर्ष 2011-16 की अवधि में, नियोजित प्रशिक्षण आयोजित नहीं किए गए, परिणामस्वरूप बैचों की संख्या के साथ-साथ प्रशिक्षुओं की संख्या में 42 प्रतिशत की कमी हुई। आगे, 58,730 आशा में से 57,730 आशा को ही पांचवीं माड्यूल प्रशिक्षित किया गया था तथा 9,409 आशा ही छठवीं माड्यूल प्रशिक्षित थी। इस प्रकार, 49,321 (84 प्रतिशत) आशा, माता एवं शिशु के स्वास्थ्य सेवा की विशेष क्षमता विकसित करने के लिए छठवीं तथा सातवीं माड्यूल तक प्रशिक्षित नहीं की गई थी।

स्वास्थ्य कर्मियों को सभी आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदाय करने में सक्षम बनाने हेतु पी.आई.पी. में नियोजित प्रशिक्षण कार्यक्रमों को कराया जाए।

गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम संतोषजनक स्तर तक क्रियान्वित नहीं किया जा सका। राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति तथा जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति ने निर्धारित अंतराल पर बैठकें नहीं की हैं। नमूना परीक्षित 13 जिला अस्पतालों (डी.एच.) में से 10

डी.एच. में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं कराया गया था। गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम सी.एच.सी. तथा पी.एच.सी. स्तर पर कार्यान्वित नहीं किए गए थे।

गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियां सभी स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों पर कार्यान्वित की जाए।

निजी संस्थानों में प्रदत्त ए.एन.सी., शिशु देखभाल तथा टीकाकरण सेवाओं संबंधी आंकड़ों के संग्रहण में कमियां थी। आगे, निजी स्वास्थ्य संस्थानों में तथा घर पर कराए गए प्रसवों के संपूर्ण आंकड़े भी एच.एम.आई.एस. में दर्शित नहीं थे।

राज्य में सभी स्तरों पर दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं के आंकड़े को संकलित करने लिए एच.एम.आई.एस. को सुदृढ़ किया जाना चाहिए।

गृह विभाग

2.2 मध्य प्रदेश पुलिस बल का आधुनिकीकरण

कार्यपालन सारांश

'पुलिस' राज्य का विषय है और पुलिस बल को आधुनिक बनाना और पर्याप्त रूप से सज्जित करना मुख्यतः राज्य शासन की जिम्मेदारी है। गृह मामलों के मंत्रालय, (एम.एच.ए.), भारत सरकार द्वारा आंतरिक सुरक्षा के लिए उभरती चुनौतियों का प्रभावी ढंग से सामना करने हेतु पुलिस बल को सक्षम करने के लिए 1969 में पुलिस बल का आधुनिकीकरण (एम.पी.एफ.) योजना प्रारंभ की गई। योजना 2000-01 में संशोधित की गई और 2012-13 से पांच वर्ष के लिए बढ़ाई गई। मुख्य घटक जो योजना में सम्मिलित थे: पुलिस भवन और आवास, गतिशीलता, शस्त्र, फॉरेंसिक विज्ञान, दूरसंचार और अन्य अधोसंरचना हैं।

अवधि 2011-12 से 2015-16 के लिए 'मध्य प्रदेश पुलिस बल के आधुनिकीकरण' पर निष्पादन लेखा परीक्षा में निम्नलिखित परिलक्षित हुआ:

योजना

योजना के दिशानिर्देशों में राज्य के लिए संसाधन आवृत्त की पहचान करने और प्रयासों के दोहराव से बचने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना शामिल करना प्रावधानित था। 2011-16 के दौरान अन्य केंद्रीय और राज्य योजनाओं ने राज्य पुलिस के अधोसंरचना विकास के लिए ₹ 999.93 करोड़ का योगदान दिया। तथापि, राज्य की वार्षिक कार्य योजना (ए.ए.पी.) में निधियों के उपयोग करने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना को शामिल नहीं किया गया। आगे, अवधि 2011-16 में गृह मंत्रालय को ए.ए.पी. प्रस्तुत करने में 55 से 102 दिनों तक का असाधारण विलम्ब था, जिसके परिणामस्वरूप ए.ए.पी. के अनुमोदन में अहम विलंब हुआ। इस प्रकार, योजना अनुसार, योजना का क्रियान्वयन करने और उसी वर्ष में निधियों का उपयोग करने हेतु कम समय बचा।

(कड़िका 2.2.7)

वित्तीय प्रबंधन

2011-16 के दौरान, राज्य में एम.पी.एफ. हेतु कुल उपलब्ध निधियाँ ₹ 349.53 करोड़ के विरुद्ध व्यय ₹ 316.47 करोड़ था। तथापि, उपलब्ध निधियों के विरुद्ध व्यय की प्रगति धीमी थी और 2015-16 के दौरान काफी सुधार हुआ, जिसमें ₹ 163.65 करोड़ (₹ 316.47 करोड़ का 52 प्रतिशत) का व्यय हुआ। व्यय की धीमी प्रगति, राज्य में एम.पी.एफ. के क्रियान्वयन के लिए केन्द्रांश के ₹ 92.79 करोड़ कम विमुक्ति की ओर ले गई। अवधि 2015-16 के लिए गृह मंत्रालय द्वारा मध्य प्रदेश शासन को प्रदाय केन्द्रांश ₹ 23.42 करोड़ और साथ ही राज्यांश ₹ 17.87 करोड़ मार्च 2016 के अंत तक विभाग को विमुक्त नहीं किया गया।

(कड़िका 2.2.8)

चिन्हित किए गए अंतरों को भरने में योजना का प्रभाव

पुलिस अनुसंधान और विकास ब्यूरो (बी.पी.आर.डी.) की मार्च 2000 में प्रकाशित 'पुलिस ढांचे का आधुनिकीकरण और उन्नयन : पांच वर्षीय प्रक्षेप' पर अध्ययन प्रतिवेदन में प्रत्येक राज्य में पुलिस के विभिन्न बुनियादी ढांचे में अंतरों को रेखांकित किया गया और पाँच वर्ष हेतु मदवार आवश्यक राशि का अनुमान किया। मध्य प्रदेश में आवश्यक और उपलब्ध पुलिस बुनियादी ढांचे की वर्तमान स्थिति की लेखापरीक्षा संवीक्षा ने दर्शाया कि पुलिस भवनों, महिला पुलिस हेतु आराम कक्षों/प्रसाधनों, आवासों, वाहनों और शस्त्रों में अभी भी सारभूत कमी थी।

(कड़िका 2.2.9)

पुलिस भवन एवं आवास

समुचित रूप से सुरक्षित पुलिस स्टेशन भवन और पुलिस कर्मियों के लिए पुलिस स्टेशन के निकट आवास का निर्माण, योजना का एक मुख्य क्षेत्र है। इस घटक के अंतर्गत 2011-16 के दौरान विमुक्त ₹ 160.10 करोड़ के विरुद्ध ₹ 75.85 करोड़ व्यय किया गया। निर्माण में विलंब के कारण पुलिस भवन और आवासों की उपलब्धता वास्तविक आवश्यकता से बहुत पीछे चल रही थी।

दो तिहाई से अधिक अधीनस्थ पुलिस कर्मियों को शासकीय आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सका क्योंकि पुलिस कर्मियों के लिए 69,978 आवासों की कमी थी। चयनित 13 जिलों में 683 कंडम और 582 जर्जर भवनों में पुलिस कर्मी अधिवासित थे। इसी प्रकार पुलिस थानों, चौकियों, जिला पुलिस कार्यालय, जिला पुलिस लाईन, नियंत्रण कक्ष सहित 718 भवनों की कमी थी। पुलिस थानों एवं चौकियों में महिला कर्मियों के लिए बुनियादी सुविधाएं जैसे पृथक प्रसाधन और आराम कक्षों की कमी थी। साक्षात्कार के दौरान, 150 पुलिसकर्मियों में से 122, जो जर्जर भवनों में कार्य कर रहे थे, ने पानी के रिसाव, जगह की कमी, असुविधा और व्यक्तियों के जीवन पर खतरे जैसी समस्याएं उद्धृत कीं। इस प्रकार, पुलिस बल की खुद की सुरक्षा खतरे में थी।

(कंडिका 2.2.10)

गतिशीलता

विभाग में वाहनों विशेष रूप से मोटर साइकिल की काफी कमी थी। चयनित 39 पुलिस थानों (पी.एस.) और चौकियों (ओ.पी.) में से छः पी.एस. और दो ओ.पी. में कोई मोटरसाइकिल नहीं थी। आगे, ₹ 5.88 करोड़ मूल्य की 102 कारें क्रय की गईं जो एम. पी.एफ. के अंतर्गत क्रय हेतु निषिद्ध था।

(कंडिका 2.2.11)

शस्त्र

योजना, पुरानी और अनुप्रयोज्य शस्त्रों को परिष्कृत शस्त्रों से प्रतिस्थापित करना प्रस्तावित करती है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिसम्बर 2016 तक 23,955 आधुनिक शस्त्रों की कमी थी। इस प्रकार, विभाग पुलिस बल की मारक क्षमता को प्रभावित करते हुए पुराने शस्त्रों पर निर्भर था।

(कंडिका 2.2.12)

उपकरणों का क्रय

फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला (एफ.एस.एल.), दूरसंचार, गुप्तवार्ता और सी.आई.डी. से संबंधित शाखाओं में उपकरणों की अधिप्राप्ति में असाधारण विलंब पाया गया, जिसने पुलिस बल के आधुनिकीकरण कार्यक्रम को प्रभावित किया।

(कंडिकाएं 2.2.13, 2.2.14, 2.2.15 एवं 2.2.16)

मानव संसाधन प्रबंधन

जून 2016 की स्थिति में पुलिस बल में समग्र रिक्तियां 16,751 कर्मियों की थी। एफ.एस.एल. में वैज्ञानिक अधिकारी और प्रयोगशाला तकनीशियन के पद रिक्त थे, परिणामस्वरूप फॉरेंसिक परीक्षणों के बहुत अधिक मामले लंबित हुए। प्रशिक्षित शिक्षकों की कमी के कारण पुलिस कर्मियों के प्रशिक्षण प्रभावित हुए। चयनित जिलों में 150 पुलिस कर्मियों के साक्षात्कार में केवल 26 प्रतिशत उपलब्ध संसाधनों से संतुष्ट थे और 45 प्रतिशत नौकरी में उन्नति से संतुष्ट थे।

(कंडिकाएं 2.2.13.1 एवं 2.2.17)

अपराध परिदृश्य

2011-15 के दौरान राज्य में भारतीय दण्ड संहिता के अपराधों की संख्या उत्तरोत्तर 2.17 लाख से 2.69 लाख तक बढ़ी और जाँच में लंबित मामले भी 12,582 से 23,380 तक बढ़े। इसलिए पर्याप्त मानवशक्ति, कर्मियों के जीवन स्तर में सुधार, बढ़ी हुई गतिशीलता, शस्त्र और अन्य संबंधित अधोसंरचना से पुलिस बल की मजबूती के लिए प्रभावी कदमों की आवश्यकता थी।

(कड़िका 2.2.19)

2.2.1 प्रस्तावना

'पुलिस' और 'कानून और व्यवस्था' राज्य का विषय है तथा 'कानून और व्यवस्था' और 'आंतरिक सुरक्षा' की चुनौतियों का सामना करने के लिए पुलिस बल को आधुनिक बनाना एवं पर्याप्त रूप से सज्जित करना मुख्यतः राज्य शासन की जिम्मेदारी है। गृह मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा आंतरिक सुरक्षा के लिए उभरती चुनौतियों का प्रभावी ढंग से सामना करने हेतु देश के पुलिस बल को सक्षम करने के लिए 1969 में पुलिस बल का आधुनिकीकरण (एम.पी.एफ.) योजना शुरू की गई। आधारभूत पुलिस अधोसंरचना में कमियाँ जैसा कि पुलिस अनुसंधान एवं विकास ब्यूरो (बी.पी.आर.डी.) द्वारा पहचान की गई थी, को ठीक करने के लिए योजना वर्ष 2000-01 में संशोधित कर 10 वर्ष की अवधि के लिए बढ़ाई गई। मुख्य घटक जो योजना में सम्मिलित थे: पुलिस भवन और आवास, गतिशीलता, शस्त्र, फॉरेंसिक विज्ञान, दूरसंचार, और अन्य अधोसंरचना हैं। योजना पहले दो वर्षों 2010-11 से 2011-12 तक और फिर 2012-13 से पाँच वर्षों हेतु बढ़ाई गई।

2.2.2 संगठनात्मक संरचना

अपर मुख्य सचिव (गृह) (ए.सी.एस.) शासन स्तर पर विभाग के प्रमुख हैं, सचिव (गृह) सहायक हैं। पुलिस महानिदेशक (डी.जी.पी.) पुलिस बल के प्रमुख हैं। मुख्य सचिव के नेतृत्व में और चार अन्य सदस्यों अर्थात्, ए.सी.एस. (गृह), पुलिस महानिदेशक (डी.जी.पी.), सचिव (वित्त) और अतिरिक्त सचिव (गृह) को शामिल कर बनी एक राज्य स्तरीय साधिकार समिति, (एस.एल.ई.सी.) योजना के कार्यान्वयन के लिए सर्वोच्च निकाय है।

अतिरिक्त पुलिस महानिदेशक (प्रबन्ध) योजना के क्रियान्वयन के लिये नोडल अधिकारी हैं जिन्हें पुलिस महानिरीक्षक (प्रबन्ध) द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। योजना, जिलों के पुलिस अधीक्षकों (एस.पी.) के साथ परामर्श से पुलिस मुख्यालय (पी.एच.क्यू.) द्वारा कार्यान्वित की जाती है। आवासीय गतिविधियाँ मध्य प्रदेश पुलिस हाउसिंग कार्पोरेशन (म.प्र.पु.हा.का.) के माध्यम से कार्यान्वित की गई थी। राज्य में 11 पुलिस जोन, 15 रेंज, 51 जिला पुलिस अधीक्षक, 1,061 पुलिस थाने और 576 पुलिस चौकियाँ हैं।

मध्य प्रदेश पुलिस जोन, रेंज और जिलों को दर्शाने वाला नक्शा



नाम	सूचक	संख्या
जोन आई. जी.		11
रेंज डी.आई.जी.		15
जिला पुलिस अधीक्षक		51

2.2.3 लेखापरीक्षा के उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित करने के उद्देश्य से की गई थी कि:

- योजना के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिये उचित और पर्याप्त दीर्घकालिक और अल्पकालिक योजनाएं तैयार थीं;
- वित्तीय प्रबंधन कुशल और प्रभावी था;
- योजना के विभिन्न घटकों को मितव्ययता और कुशलता से लागू किया गया है और प्रत्येक घटक के लिये लक्ष्य प्राप्त किए गए;
- मानव संसाधन प्रबंधन और दक्षता निर्माण पर्याप्त था; और,
- योजना के क्रियान्वयन के अनुश्रवण और मूल्यांकन की प्रणाली उचित और प्रभावी थी।

2.2.4 लेखापरीक्षा मानदंड

राज्य में योजना के कार्यान्वयन का आकलन करने के लिये निम्नलिखित मानदंडों का उपयोग किया गया:

- योजना के दिशा-निर्देश, भारत सरकार और राज्य सरकार द्वारा समय-समय पर जारी निर्देश और परिपत्र;
- वार्षिक कार्य योजनाएं, पी.एच.क्यू. के आवंटन आदेश;
- मानव शक्ति और वाहनों के लिए भारत सरकार और राज्य सरकार द्वारा निर्धारित मानदंड और पैमाने।

2.2.5 कार्यक्षेत्र और पद्धति

निष्पादन लेखापरीक्षा, अवधि 2011-16 को सम्मिलित कर मार्च 2016 से जुलाई 2016 के दौरान संचालित की गई। लेखापरीक्षा में पी.एच.क्यू., 10³⁹ राज्य स्तर के कार्यालय और राज्य के 51 में से 13⁴⁰ जिले (25 प्रतिशत) शामिल थे। जिलों का चयन, बिना प्रतिस्थापन सरल यादृच्छिक चयन विधि और प्रवेश सम्मेलन के दौरान विभाग द्वारा दिए गए सुझावों के आधार पर किया गया था। 30 पुलिस थानों (पी.एस.) और नौ चौकियों (ओ.पी.) का चयन (प्रत्येक जिलों में तीन पुलिस थाना/चौकी) यादृच्छिक आधार पर किया गया। केंद्रीय शस्त्र मरम्मत कार्यशाला, भोपाल के आधुनिकीकरण की स्थिति के बारे में जानकारी अ.पु.म. (प्रबंध) के माध्यम से एकत्र की गई थी। अभिलेखों की नमूना जाँच, प्रश्नावलियों के माध्यम से सूचनाओं का संग्रह, पुलिस कर्मियों से साक्षात्कार, विभाग के अधिकारियों के साथ संयुक्त भौतिक सत्यापन और परिसंपत्तियों के छायाचित्र अपनाए गए लेखापरीक्षा पद्धति थे।

प्रवेश सम्मेलन, 15 फरवरी 2016 को ए.सी.एस. (गृह) और डी.जी.पी. के साथ लेखापरीक्षा पद्धति, कार्य क्षेत्र, उद्देश्य और मानदंड पर चर्चा करने हेतु आयोजित किया गया। निर्गम सम्मेलन, 8 नवंबर 2016 को ए.सी.एस. और डी.जी.पी. के साथ लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने हेतु आयोजित किया गया। विभाग के उत्तरों को उपयुक्त रूप से शामिल किया गया है।

2.2.6 सीख लेना और कमियों के संकेतों के प्रति संवेदनशीलता

पूर्व में राज्य में पुलिस बल का आधुनिकीकरण योजना के कार्यान्वयन की निष्पादन लेखापरीक्षा अवधि 2000-01 से 2005-06 के लिए की गई थी और लेखापरीक्षा निष्कर्ष नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के प्रतिवेदन वर्ष 2005-06 (सिविल) की कंडिका 3.5 में प्रतिवेदित किए गए थे। गृह विभाग ने अक्टूबर 2010 में कंडिकावार उत्तर लोक लेखा समिति (पी.ए.सी.) को प्रस्तुत किए। पी.ए.सी. द्वारा निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन पर जुलाई 2011 में चर्चा की गई। पी.ए.सी. की अनुशंसाएं प्रतीक्षित थी (नवम्बर 2016)।

अवधि वर्ष 2011-12 से 2015-16 के लिये मध्य प्रदेश पुलिस बल के आधुनिकीकरण की वर्तमान निष्पादन लेखा परीक्षा में प्रकट हुआ कि कमियाँ जैसे निधियों का कम उपयोग, भवनों के निर्माण में विलंब, चालकों की अपर्याप्त संख्या, विलंबित प्रतिक्रिया समय और फॉरेंसिक प्रयोगशालाओं में नमूनों का विश्लेषण लंबित रहना, जो कि सी.ए.जी. के पूर्व के प्रतिवेदन में इंगित किए गए थे अभी भी बने हुए थे, जैसा कि उत्तरवर्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

लेखापरीक्षा निष्कर्ष

2.2.7 योजना

2.2.7.1 रणनीतिक योजना बनाना

एम.पी.एफ. दिशानिर्देश, राज्य की आवश्यकताओं तक पहुंचने के लिए बी.पी.आर.डी. मापदण्ड के संयोजन से एम.पी.एफ. के विभिन्न घटकों में अंतर की पहचान और विश्लेषण कर पांच वर्षीय उपकरण अर्जन दृष्टिकोण योजना शामिल करते हुए

³⁹ अ.पु.म. (योजना), अ.पु.म. (प्रबंध), विशेष पुलिस महानिदेशक (गुप्तवार्ता), अ.पु.म. (अपराध अनुसंधान विभाग), अ.पु.म. (राज्य अपराध अभिलेख ब्यूरो), अ.पु.म. (दूरसंचार), विशेष पुलिस महानिदेशक (प्रशिक्षण), राज्य फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला सागर, महानिदेशक (नगर सेना) और मध्यप्रदेश पुलिस हाउसिंग कारपोरेशन।

⁴⁰ बालाघाट, बैतूल, भोपाल, छतरपुर, छिंदवाड़ा, डिण्डौरी, ग्वालियर, इन्दौर, जबलपुर, खरगोन, पन्ना, रीवा और सागर।

रणनीतिक योजना बनाकर भारत सरकार को प्रस्तुत करने का उल्लेख करता है। गृह मंत्रालय ने अवधि 2011-16 के लिये रणनीतिक योजना 27 दिसम्बर, 2010 तक प्रस्तुत करने के लिये निर्देशित किया (दिसंबर, 2010)।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में प्रकट हुआ कि अवधि 2011-16 के लिये रणनीतिक योजना गृह विभाग को 18 जुलाई, 2011 को प्रस्तुत की गई थी। तथापि, रणनीतिक योजना निर्धारित ढाँचे में नहीं बनाई गई और इसमें एस.डब्ल्यू.ओ.टी.⁴¹ विश्लेषण, परिस्थिति विश्लेषण, रणनीतियाँ, गतिविधियाँ और मूल्यांकन शामिल नहीं थे।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि रणनीतिक योजना को उचित रूप से बनाना संभव नहीं था, क्योंकि विभाग योजना वर्ष में आवंटित निधियों से सुपरिचित नहीं था और योजनाएं प्राथमिकता की मर्दों के अंतर को पूर्ण करने के लिये बनाई गईं। तथापि, अब भविष्य की आवश्यकताओं को दृष्टिगत एक परिप्रेक्ष्य योजना तैयार की जा रही थी।

2.2.7.2 वार्षिक कार्य योजनाएं बनाना

एम.पी.एफ. दिशानिर्देशों के अनुसार, वार्षिक कार्य योजना (ए.ए.पी.) को रणनीतिक लक्ष्यों और उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए आवश्यक कार्यक्रम, कार्यों या गतिविधियों और लक्ष्यों एवं गतिविधियों द्वारा लाए गए अंतर में सफलता का निर्धारण करने के लिए मूल्यांकन के मापदण्ड का विवरण प्रदान करना था। लेखापरीक्षा संवीक्षा में निम्नांकित प्रकट हुआ:

- अवधि 2011-16 के ए.ए.पी. कार्यक्रम, लक्ष्यों और उद्देश्यों के पूर्व-दस्तावेजों के बिना बनाए गए जैसा कि रणनीतिक योजना 2011-16 में इनकी पहचान नहीं की गई। विभिन्न पुलिस उपकरणों, जैसे कि गुप्तवार्ता, प्रशिक्षण, दूरसंचार, रेलवे, अपराध अनुसंधान विभाग और फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला के लिये अन्तर विश्लेषण किया जाना नहीं पाया गया, इसलिए वार्षिक कार्य योजनाएं इस सीमा तक क्रय के लिये मर्दों की एक इच्छा सूची थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि विभाग अपनी आवश्यकताओं से अवगत था, राज्य के बदलते सामाजिक, आर्थिक, राजनीतिक परिदृश्य, कानून व्यवस्था और अपराध के स्वरूप के अनुरूप तत्काल प्राथमिकता की मर्दों को ए.ए.पी. में प्रस्तावित किया गया।

तथ्य यह है कि विभाग ने विभिन्न पुलिस उपकरणों के क्रय के लिए अंतर विश्लेषण नहीं किया।

- इस योजना के तहत भारत सरकार द्वारा उपलब्ध कराई गई निधियां, पुलिस के आधुनिकीकरण के लिए राज्य के संसाधनों के अनुपूरण हेतु आशयित थे। इसलिए, एक निर्धारित प्रारूप में घटकवार निधियों की आवश्यकता और आवश्यक निधियों की स्रोतवार उपलब्धता सूचित करते हुए संयुक्त संसाधन आयोजना ए.ए.पी. में शामिल होना था। अवधि 2011-16 के दौरान अन्य केंद्रीय और राज्य योजनाओं ने भी प्रशिक्षण, आवास, फॉरेंसिक विज्ञान, वाहनों, उपकरणों तथा शस्त्रों के लिए ₹ 999.93 करोड़ (परिशिष्ट-2.2.1) का योगदान दिया जबकि व्यय ₹ 712.48 करोड़ (71 प्रतिशत) का किया गया था। तथापि, एम.पी.एफ. के ए.ए.पी. में उपलब्ध आवृत⁴² संसाधन का अनुकूलन करने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना को शामिल नहीं किया गया।

ए.ए.पी. में अन्य योजनाओं से उपलब्ध निधियों का अनुकूलन करने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना को शामिल नहीं किया गया।

⁴¹ शक्तियां, कमजोरियां, अवसर और आशाएं।

⁴² पुलिस बल के आधुनिकीकरण के लिए राज्य में विभिन्न स्रोतों से राज्य में उपलब्ध निधियां।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि जैसा कि उपलब्धता और आवश्यकता के मध्य अंतर अधिक था, विभिन्न स्रोतों से प्राप्त निधियों को अन्तरों को भरने में उपयोग किया गया और संतुष्टि स्तर में और सुधार की आवश्यकता थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था जैसा कि एम.पी.एफ. के दिशानिर्देशों में राज्य के लिए आवृत संसाधन के पहचान करने और उपलब्ध संसाधनों का बेहतर उपयोग करने और प्रयासों के दोहराव से बचने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना शामिल करना प्रावधानित था।

मध्यप्रदेश शासन द्वारा ए.ए.पी के प्रस्तुतीकरण में 102 दिनों तक का विलंब था जिसके परिणामतः गृह मंत्रालय द्वारा निधियों के विमुक्ति में विलंब हुआ।

● गृह मंत्रालय को ए.ए.पी. प्रस्तुत करने में निर्धारित तिथियों के विरुद्ध 55 से 102 दिनों तक का असाधारण विलम्ब था (*परिशिष्ट-2.2.2*), जिसके परिणामस्वरूप गृह मंत्रालय द्वारा अनुमोदन और क्रियान्वयन अभिकरणों को निधियों के विमुक्ति में विलंब हुआ। इस प्रकार, योजना अनुसार योजना का क्रियान्वयन करने और उसी वर्ष में निधियों का उपयोग करने हेतु कम समय बचा।

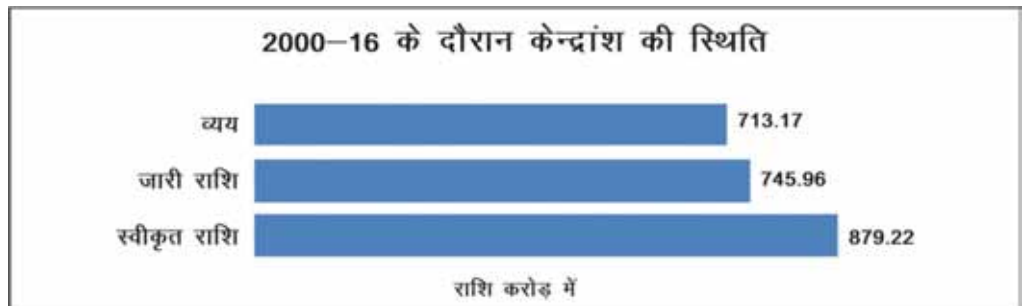
निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि राज्य स्तरीय साधिकार समिति के सदस्यों की व्यस्तता के कारण बैठक करने में विलम्ब ए.ए.पी. का गृह मंत्रालय को विलम्ब से प्रस्तुतिकरण का कारण था। भविष्य में ए.ए.पी. यथाशीघ्र प्रस्तुत करने के प्रयास किए जाएंगे।

2.2.8 वित्तीय प्रबंधन

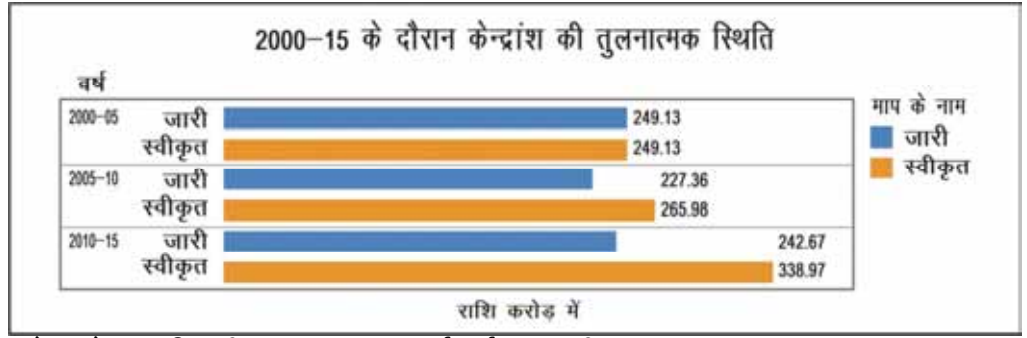
एम.पी.एफ. के अंतर्गत केंद्र और राज्य के मध्य निधियों का बटवारा वर्ष 2011-12 में 75:25 था जिसे वर्ष 2012-16 में संशोधित कर 60:40 किया गया। राज्य की वार्षिक कार्य योजनाओं के अनुमोदन के पश्चात्, गृह मंत्रालय ने केंद्रांश की राशि स्वीकृत की और राज्य शासन के साथ-साथ शस्त्रों की आपूर्ति हेतु सीधे आयुध निर्माण बोर्ड (ओ. एफ.बी.) को विमुक्त की। मध्य प्रदेश शासन ने राज्यांश ओ.एफ.बी. को शस्त्रों की आपूर्ति हेतु प्रदान किया जबकि डी.जी.पी. को अन्य घटकों के लिए निधियाँ बजटीय तंत्र के माध्यम से विमुक्त की गयी।

मार्च 2000 में प्रकाशित बी.पी.आर.डी. अध्ययन प्रतिवेदन 'पुलिस ढाँचे का आधुनिकीकरण और उन्नयन: पांच वर्षीय प्रक्षेप' ने विभिन्न घटकों भवन, आवास, वाहन, शस्त्र, मानव शक्ति और प्रशिक्षण के अंतर्गत मध्य प्रदेश हेतु राशि ₹ 1,824.14 करोड़ की आवश्यकता का अनुमान किया। इसके विरुद्ध 2000-16 के दौरान योजना के क्रियान्वयन में केवल ₹ 1,103.47 करोड़ व्यय हुआ। अवधि 2000-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत कुल स्वीकृत केंद्रांश ₹ 879.22 करोड़ था, जिसमें से राज्य शासन को ₹ 745.96 करोड़ विमुक्त किए गए और ₹ 713.17 करोड़ व्यय किए गए। 2000-05, 2005-10 और 2010-15 के दौरान स्वीकृत और विमुक्त केंद्रांश के विश्लेषण से प्रकट हुआ कि स्वीकृत राशि ₹ 249.13 करोड़ (2000-05) से ₹ 338.97 करोड़ (2010-15) तक उत्तरोत्तर बढ़ी। तथापि, विमुक्त राशि ₹ 249.13 करोड़ (2000-05) से ₹ 242.67 करोड़ (2010-15) तक कम हुई जैसा कि चार्ट-2.2.1 एवं चार्ट-2.2.2 में दर्शाया गया है।

चार्ट-2.2.1



चार्ट-2.2.2



(स्रोत: नोडल अधिकारी द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी)

अवधि 2011-16 के अभिलेखों की और आगे संवीक्षा से निम्नांकित परिलक्षित हुआ:

2.2.8.1 निधियों की उपलब्धता और उपयोग

गृह मंत्रालय ने समय-समय पर अव्ययित शेषों की स्थिति को चिन्हांकित किया और कहा कि स्वीकृति के विरुद्ध विमुक्ति अव्ययित शेषों पर निर्भर करेगी और शेष राशि को भविष्य की विमुक्ति से कम कर लिया जाएगा।

अवधि 2011-16 के लिए उपयोगिता प्रमाणपत्रों (यू.सी.) के अनुसार अव्ययित शेषों, केंद्रांश और राज्यांश के अंतर्गत विमुक्ति और व्यय की स्थिति तालिका-2.2.1 के विवरण के अनुसार है-

तालिका-2.2.1: एम.पी.एफ. के अंतर्गत केंद्रांश और राज्यांश की विमुक्ति और व्यय

(₹ करोड़ में)

स. क्र.	वर्ष	केंद्रांश					राज्यांश				
		पूर्व शेष	विमुक्त राशि	योग	व्यय	अंत शेष	पूर्व शेष	विमुक्त राशि	योग	व्यय	अंत शेष
1	2011-12	56.62	37.54	94.16	56.80	37.36	24.94	12.31	37.25	9.71	27.54
2	2012-13	37.36	13.78	51.14	28.72	22.42	27.54	9.19	36.73	23.17	13.56
3	2013-14	22.42	61.37	83.79	13.04	70.75	13.56	38.26	51.82	7.44	44.38
4	2014-15	70.75	57.57	128.32	7.28	121.04	44.38	11.15	55.53	6.66	48.87
5	2015-16	121.04	26.80	147.84	117.54	30.30	48.87	0.00	48.87	46.11	2.76
योग			197.06		223.38		70.91		93.09		

(स्रोत: गृह मंत्रालय एवं मध्य प्रदेश शासन की स्वीकृतियां और विभाग द्वारा प्रस्तुत उपयोगिता प्रमाणपत्र)

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि 2011-16 के दौरान कुल उपलब्ध निधियां ₹ 349.53⁴³ करोड़ के विरुद्ध व्यय ₹ 316.47⁴⁴ करोड़ था। उपलब्ध निधियों के विरुद्ध व्यय की प्रगति धीमी थी और मुख्य रूप से 2015-16 के दौरान सुधार हुआ जिसमें ₹ 163.65 करोड़ (₹ 316.47 करोड़ का 52 प्रतिशत) का व्यय हुआ। आगे, मार्च 2016 की स्थिति में ₹ 33.06 करोड़ (केंद्रांश और राज्यांश) अभी भी अप्रयुक्त था।

लेखापरीक्षा ने पाया कि अप्रयुक्त निधि 2010-11 से भी संबंधित थी। निधियों को छः वर्ष पश्चात् भी व्यय न कर पाने की विफलता ने कमजोर वित्तीय और क्रय प्रबंधन की ओर संकेत किया और परिणामतः गृह मंत्रालय द्वारा केंद्रांश की विमुक्ति में कमी हुई। स्वीकृत केंद्रीय सहायता ₹ 289.85 करोड़ के विरुद्ध ₹ 197.06 करोड़ विमुक्त किया गया। इस प्रकार, पुलिस बल के आधुनिकीकरण की योजना को ₹ 92.79 करोड़ निधि और अनुपातिक राज्यांश से वंचित रहना पड़ा।

व्यय की धीमी प्रगति के कारण ₹ 92.79 करोड़ केंद्रांश की कम विमुक्ति हुई।

⁴³ पूर्व शेष (₹ 56.62 करोड़ + ₹ 24.94 करोड़) और विमुक्ति (₹ 197.06 करोड़ + ₹ 70.91 करोड़)।

⁴⁴ केंद्रांश से व्यय ₹ 223.38 करोड़ + राज्यांश से व्यय ₹ 93.09 करोड़।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि निधियों का कम उपयोग, निधियों की विमुक्ति, निविदा एवं क्रय प्रक्रिया में विलंब के कारण हुआ। भविष्य में इसे ध्यान में रख कर कार्रवाई की जावेगी।

2.2.8.2 मध्य प्रदेश शासन द्वारा राशि विमुक्त करने में विलंब और कमी

मध्यप्रदेश शासन ने ₹ 23.42 करोड़ केंद्रांश और ₹ 47.75 करोड़ राज्यांश गृह विभाग को विमुक्त नहीं किया।

मांग, स्वीकृत केंद्रांश, और गृह मंत्रालय और मध्य प्रदेश शासन द्वारा उत्तरवर्ती विमुक्ति की स्थिति **परिशिष्ट-2.2.3** में दर्शाए गए हैं। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2011-15 के दौरान मध्य प्रदेश शासन ने गृह मंत्रालय द्वारा विमुक्ति के दिनांक से एक से 27 माह तक विलंब से राज्यांश विमुक्त किया। आगे, 2011-15 के दौरान ₹ 29.88 करोड़ राज्यांश विमुक्त नहीं किए गए। अवधि 2015-16 के लिए, गृह मंत्रालय द्वारा मध्य प्रदेश शासन को विमुक्त ₹ 23.42 करोड़ केंद्रांश और साथ-साथ ₹ 17.87 करोड़ राज्यांश विभाग को विमुक्त नहीं किया गया (मार्च 2016)।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि भविष्य में इसे ध्यान में रखकर कार्रवाई की जावेगी।

2.2.8.3 त्रुटिपूर्ण उपयोगिता प्रमाण-पत्र प्रस्तुति के कारण गलत वित्तीय प्रतिवेदन

लेखापरीक्षा ने यू.सी. (मार्च 2016 तक) से देखा कि विभाग ने 2011-16 के दौरान ₹ 244.56 करोड़ के आवंटन के विरुद्ध ₹ 228.83 करोड़ का उपयोग गृह मंत्रालय को प्रतिवेदित किया। तथापि, अभिलेखों के परीक्षण से प्रकट हुआ कि केवल ₹ 144.00 करोड़ व्यय किया गया। इस प्रकार, नोडल अधिकारी द्वारा प्रस्तुत यू.सी. ₹ 84.83 करोड़ बढ़े हुए थे।

आगे संवीक्षा में प्रकट हुआ कि म.प्र.पु.हा.का. के पास ₹ 160.10 करोड़ विमुक्ति के विरुद्ध ₹ 84.25 करोड़ अव्ययित (मार्च 2016) थे। 2011-16 के दौरान, म.प्र.पु.हा.का. ने नोडल अधिकारी को यू.सी. प्रस्तुत नहीं किया और विभाग ने म.प्र.पु.हा.का. को विमुक्त/भुगतान राशि के आधार पर गृह मंत्रालय को यू.सी. प्रस्तुत किया। विभाग स्तर पर उपयोग की गई राशि की यह त्रुटिपूर्ण प्रग्रहण कमजोर लेखांकन नियंत्रण का परिचायक थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि विभाग द्वारा पूर्व से अपनायी गई प्रक्रिया अनुसार ओ.एफ.बी./म.प्र.पु.हा.का. को अग्रिम में दी गई राशि को उपयोग के रूप में दिखाया गया था। तथापि, लेखापरीक्षा टिप्पणी को भविष्य में ध्यान में रखा जाएगा।

2.2.8.4 एम.पी.एफ. निधियों के बैंक खातों से अर्जित ब्याज का उपयोग

एम.पी.एफ. दिशा निर्देशों की कंडिका 7.11 के अनुसार, म.प्र.पु.हा.का. को विमुक्त राशियों को विशिष्ट बचत खातों में रखा जाएगा और उपार्जित ब्याज का उपयोग एस.एल.ई.सी. के द्वारा अनुमोदन के बाद योजना के उद्देश्यों को आगे बढ़ाने के लिए किया जाएगा।

म.प्र.पु.हा.का. के पास बकाया निधियों पर अर्जित ₹ 1.10 करोड़ ब्याज का उपयोग योजना के उद्देश्यों को आगे बढ़ाने के लिए नहीं किया गया।

लेखापरीक्षा ने देखा कि 2011-16 के दौरान म.प्र.पु.हा.का. को छः प्रकरणों में ₹ 160.10 करोड़ का भुगतान किया गया। गृह मंत्रालय द्वारा 2011-12 से 2013-14 के दौरान जारी किए गए ₹ 19.39 करोड़, ₹ 6.48 करोड़, और ₹ 6.40 करोड़ के लिए म.प्र.पु.हा.का. द्वारा विशिष्ट बचत खाते खोले गए और शेष ₹ 127.83 करोड़ अन्य प्रचलित खातों में जमा कर दिए गए। तथापि, अन्य योजनाओं/स्रोतों से प्राप्त राशियां भी एम.पी.एफ. के विशिष्ट बैंक खातों में जमा कर दी गईं। परिणामतः, एम.पी.एफ. के विशिष्ट बैंक खातों में अर्जित/उपार्जित ब्याज की सही गणना नहीं की जा सकी।

उत्तर में म.प्र.पु.हा.का. ने मार्च 2016 में बकाया शेष के आधार पर ₹ 1.10 करोड़ ब्याज सूचित किया। तथापि, समय समय पर अर्जित ब्याज न तो गृह मंत्रालय/नोडल अधिकारी को सूचित किया गया न ही इसका उपयोग योजना के उद्देश्यों को आगे बढ़ाने के लिए किया गया।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि म.प्र.पु.हा.का. विवरण, गृह मंत्रालय के दल जो अर्द्धवार्षिक आधार पर लेखापरीक्षा के लिए आते हैं, के साथ साथ पी.एच.क्यू के योजना शाखा को प्रस्तुत कर रहा था। 2008-09 तक अर्जित/उपार्जित ब्याज पहले ही सूचित कर दिया गया था। योजनावार ब्याज की गणना की जा रही थी और लेखापरीक्षा अवधि के दौरान अर्जित/उपार्जित ब्याज का उपयोग एस.एल.ई.सी के अनुमोदन से किया जाएगा। भविष्य में योजनावार पृथक खाते संधारित किए जाएंगे।

2.2.9 बी.पी.आर.डी. के अध्ययन प्रतिवेदन में रेखांकित अन्तरों को भरने में उपलब्धि

पुलिस अनुसंधान और विकास ब्यूरो (बी.पी.आर.डी.) की मार्च 2000 में प्रकाशित 'पुलिस ढांचे का आधुनिकीकरण और उन्नयन: पांच वर्षीय प्रक्षेप' पर अध्ययन प्रतिवेदन में प्रत्येक राज्य में पुलिस के विभिन्न बुनियादी ढांचे में अन्तरों को रेखांकित किया और पाँच वर्ष हेतु मदवार आवश्यक राशि का अनुमान किया। आवश्यक और उपलब्ध पुलिस बुनियादी ढांचे की वर्तमान स्थिति की संवीक्षा ने दर्शाया कि पी.एस./ओ.पी., भवनों, महिला पुलिस हेतु आराम कक्षों/प्रसाधनों, आवासों, वाहनों और शस्त्रों में अभी भी सारभूत कमी थी। एम.पी.एफ. के मुख्य घटकों के क्रियान्वयन में पाई गई कमियों की उत्तरवर्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

2.2.10 पुलिस भवन और आवास

समुचित रूप से सुरक्षित पुलिस थाना भवन और पुलिस कर्मियों के लिए पुलिस स्टेशन के निकट आवास का निर्माण, योजना का एक मुख्य क्षेत्र है। लेखापरीक्षा ने पाया कि योजना के इस घटक के लिए 2011-16 के दौरान 50 प्रतिशत से अधिक आवंटन था। मध्य प्रदेश शासन की एक लिमिटेड कंपनी म.प्र.पु.हा.का., एम.पी.एफ. के अंतर्गत आवासीय और प्रशासकीय भवनों के निर्माण के लिए क्रियान्वयन अभिकरण थी। 2011-16 के दौरान, म.प्र.पु.हा.का. ने उसे गृह मंत्रालय और मध्य प्रदेश शासन द्वारा विमुक्त ₹ 160.10 करोड़ के विरुद्ध ₹ 75.85 करोड़ व्यय किया।

लेखापरीक्षा संवीक्षा से प्रकट हुआ कि आवास और प्रशासकीय भवनों की उपलब्धता वास्तविक आवश्यकता से बहुत पीछे चल रही थी। आवास और प्रशासकीय भवनों के अंतर्गत अंतर तालिका-2.2.2 में उल्लेखानुसार था।

तालिका-2.2.2: आवास और भवनों की आवश्यकता की तुलनात्मक स्थिति

मद	जनवरी 1998 की स्थिति में अंतर (आवश्यक इकाई)	दिसम्बर 2016 की स्थिति में पी.एच.क्यू द्वारा प्रतिवेदित अंतर (आवश्यक इकाई)
पुलिस थाना भवन	121	254
पुलिस चौकी भवन	124	199
पुराने पुलिस थानों का विस्तार	644	805
जिला पुलिस लाईन	16	19
नियंत्रण कक्ष	43	17
कार्यालयीन भवन: एस.पी. कार्यालय	16	26

कार्यालयीन भवन: रेंज डी.आई.जी.	0	3
कार्यालयीन भवन: जोनल आई.जी.	1	3
कार्यालयीन भवन: एस.डी.ओ.पी. कार्यालय	118	61
महिला पुलिस के लिए आराम कक्ष/प्रसाधन	1457	805
आवास: निचले अधीनस्थ	44243	55455
आवास: उच्च अधीनस्थ	7496	14523

(स्रोत: बी.पी.आर.डी. अध्ययन प्रतिवेदन, 2000 और अ.पु.म.(योजना))

इस प्रकार, विगत 16 वर्षों से एम.पी.एफ. के क्रियान्वयन के बाद भी आवास और प्रशासकीय भवनों की आवश्यकता और उपलब्धता में सारभूत अंतर था।

2.2.10.1 कर्मचारी आवासों की कमी

राष्ट्रीय पुलिस आयोग ने सभी पुलिस कर्मियों के लिए 100 प्रतिशत आवास की अनुशंसा की थी। गृह विभाग निचले अधीनस्थों (आरक्षक और प्रधान आरक्षक) और उच्च अधीनस्थ (निरीक्षक, उप निरीक्षक और सहायक उप निरीक्षक) को आवास उपलब्ध कराता है।

उपलब्ध आवास अच्छे⁴⁵, जर्जर और कंडम में वर्गीकृत किए गए थे। अवधि 2011-16 के दौरान आवासों की उपलब्धता तालिका-2.2.3 में दिखाई गई है।

तालिका-2.2.3: आवासों की उपलब्धता और कमी

स. क्र.	वर्ष	आवश्यकता	उपलब्ध भवन		कमी	मकान प्रति 100 कर्मी
			अच्छी अवस्था	कंडम		
1.	2011-12	85473	28968	3828	56505	34
2.	2012-13	93897	34209	6275	59688	36
3.	2013-14	99642	36723	6331	62919	37
4.	2014-15	99642	29880	7936	69762	30
5	2015-16	102772	32794	8076	69978	32

(स्रोत: अ.पु.म. (योजना) द्वारा प्रस्तुत सूचना)

इस प्रकार, दो तिहाई से अधिक अधीनस्थ पुलिस कर्मियों को शासकीय आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सका। अच्छे आवास की उपलब्धता 28,968 (2011-12) से 32,794 (2015-16) तक बढ़ी थी। तथापि, यह वृद्धि आवश्यकता में वृद्धि के अनुरूप नहीं थी। परिणामतः प्रति 100 कर्मी आवासों की उपलब्धता 34 से 32 तक घटी।

अ.पु.म. (योजना) के द्वारा प्रस्तुत सूचना के अनुसार, स्टॉक में कोई जर्जर भवन नहीं था। तथापि, चयनित जिलों में लेखापरीक्षा संवीक्षा में प्रकट हुआ कि 683 कंडम आवासों और 582 जर्जर आवासों में पुलिस कर्मी अधिवासित थे। चयनित 39 पी.एस./ओ.पी. में आवश्यक 1,616 आवासों के विरुद्ध केवल 403 अच्छे आवास थे और 1,213 (75 प्रतिशत) अच्छे आवासों की कमी थी। संयुक्त निरीक्षण के दौरान लिए गए कुछ छायाचित्र बैतूल और सागर जिलों में आवासीय मकानों की खराब स्थिति दर्शाते हैं:

दो तिहाई से अधिक अधीनस्थ पुलिस कर्मियों को शासकीय आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सका।

⁴⁵ मकान जो निवास के उद्देश्य के लिए उपयुक्त समझे गए थे।



निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. अवासों के अभाव से सहमत हुए और बताया कि एम.पी.एफ. योजना के क्रियान्वयन से पहले, निर्माण कार्यों के लिए बजट बहुत कम था और अनेक आवास अनुप्रयोज्य घोषित हुए हैं। तथापि, हुडको ऋण योजना के अंतर्गत 10,500 आवासों का निर्माण प्रगति पर था और 25,000 आवासों के निर्माण का प्रस्ताव शासन के पास अनुमोदन हेतु लंबित था।

2.2.10.2 प्रशासकीय भवनों की कमी

भवन अर्थात्, पुलिस थाने, चौकियां, जिला पुलिस कार्यालय, जिला पुलिस लाईन, नियंत्रण कक्ष आदि, पुलिस की सबसे महत्वपूर्ण अधोसंरचना हैं और उचित कार्यस्थल एवं पुलिस कर्मियों, गिरफ्तार व्यक्ति, शस्त्र और अन्य पुलिस अधोसंरचना को सुरक्षा प्रदान करते हैं। अवधि 2011-16 के लिए भवनों की उपलब्धता की स्थिति तालिका-2.2.4 में दी गई है।

तालिका-2.2.4: भवनों की उपलब्धता और कमी

स. क्र.	वर्ष	आवश्यक	उपलब्ध भवन			कमी	अच्छे भवनों का प्रतिशत
			अच्छी अवस्था	जर्जर	कंडम		
1.	2011-12	1806	1318	48	53	488	73
2.	2012-13	1852	1334	50	40	518	72
3.	2013-14	2002	1305	55	59	697	65
4.	2014-15	2052	1287	53	59	765	63
5.	2015-16	2049	1331	152	18	718	65

(स्रोत: अ.पु.म. (योजना) द्वारा प्रस्तुत संसूचना)

इस प्रकार, 2011-16 के दौरान अच्छे भवनों की उपलब्धता में 1,318 से 1,331 तक की मामूली वृद्धि हुई, जबकि आवश्यकता 1,806 से 2,049 तक बढ़ी। परिणामतः, अच्छे भवनों की उपलब्धता 73 से 65 प्रतिशत तक घटी। चयनित 13 जिलों के एस.पी. ने बताया कि जर्जर/कंडम भवनों के कारण असुरक्षित अभिलेख/कार्यालय उपकरण और व्यक्ति, जगह की कमी, असुविधा और पानी के रिसाव की समस्याएं हुईं।

साक्षात्कार के दौरान, 150 पुलिसकर्मियों में से 122, जो जर्जर भवनों में कार्य कर रहे थे, ने पानी के रिसाव, जगह की कमी, असुविधा और व्यक्तियों के जीवन पर खतरे जैसी समस्याएं उद्धृत कीं। इस प्रकार, पुलिस बल की खुद की सुरक्षा खतरे में थी। संयुक्त निरीक्षण के दौरान लिए गए छायाचित्र भोपाल और ग्वालियर में प्रशासकीय भवनों की खराब स्थिति को दर्शाते हैं:

अच्छे भवनों की उपलब्धता 73 से 65 प्रतिशत तक घटी।

	
एम.एल.ए. आराम गृह चौकी, भोपाल का कंडम भवन	पुलिस लाईन, ग्वालियर में बैरक के बड़े कमरे की खराब स्थिति
	
पुलिस लाईन, ग्वालियर में बैरक की खराब स्थिति	पुलिस लाईन, ग्वालियर में शौचालय की खराब स्थिति

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि योजना भविष्य की मांग और निधियों की उपलब्धता को ध्यान में रखकर बनाई गई थी। तथापि, तथ्य यह है कि विभाग में लगभग एक तिहाई प्रशासकीय भवनों की कमी थी जिससे कार्य का वातावरण और सुरक्षा प्रभावित हुई।

2.2.10.3 महिला पुलिस कर्मियों के लिए बुनियादी सुविधाओं की कमी

गृह मंत्रालय ने निर्देशित किया (मई 2014) कि पुलिस थानों, चौकियों और बैरकों में महिला पुलिस कर्मियों के लिए प्रसाधन की उपयुक्त सुविधा और साथ ही प्रत्येक पुलिस थानों में आराम कक्ष हेतु प्रावधान किया जावे। लेखापरीक्षा ने शहरी, अर्द्ध शहरी और देहाती पुलिस थानों के आदर्श बनावट, जैसा डी.जी.पी. द्वारा अनुमोदित था, में देखा कि महिला पुलिस कर्मियों के लिए पृथक प्रसाधन का प्रावधान किया था। तथापि, महिला आराम कक्ष हेतु प्रावधान केवल शहरी पुलिस थानों में वर्ष 2014-15 से किया गया।

चयनित जिलों के 365 पी.एस. और 189 ओ.पी. में से 162 पी.एस. में महिला पुलिस कर्मियों के लिए पृथक आराम कक्ष उपलब्ध था जबकि पृथक प्रसाधन 170 पी.एस./ओ.पी. में उपलब्ध था। साक्षात्कार के दौरान 50 महिला पुलिस कर्मियों में से 48 ने पृथक प्रसाधन और/या पृथक आराम कक्ष की अनुपलब्धता के कारण असुविधा, कार्य पर विपरीत प्रभाव और असुरक्षा की समस्या उद्धृत की। इस प्रकार, विभाग महिला पुलिस कर्मियों को बुनियादी सुविधा प्रदान करने में विफल रहा।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि भवनों में पृथक प्रसाधन हेतु प्रावधान 2011-16 के दौरान किया गया था। मध्य प्रदेश शासन के निर्देश (सितम्बर 2016) के परिपालन में महिला परिवारियों हेतु पृथक कक्ष के लिए एक विस्तृत परियोजना प्रतिवेदन तैयार किया जा रहा था और इन कक्षों का उपयोग महिला पुलिस द्वारा भी किया जाएगा। भविष्य में सभी नए पी.एस. में पृथक कक्ष और प्रसाधन का प्रावधान किया जाएगा।

पी.एस. और ओ.पी. में महिला कर्मियों के लिए बुनियादी सुविधाएं यथा प्रसाधन और आराम कक्ष की कमी थी।

2.2.10.4 नए भवनों का निर्माण

मार्च 2016 की स्थिति में 2011-16 के दौरान स्वीकृत, प्रारंभ, पूर्ण और म.प्र.पु.हा.का. द्वारा राज्य पुलिस को हस्तांतरित कार्यों की स्थिति तालिका-2.2.5 में दी गई है।

तालिका-2.2.5: कार्यों की प्रगति और आवासों एवं भवनों का हस्तांतरण

वर्ष	आवास/भवन	कुल स्वीकृत	अप्रारंभ	प्रगतिरत	पूर्ण	हस्तांतरित
2011-12	भवन	36	0	0	36	36
	आवास	116	0	0	116	116
2013-14	भवन	154	59	28	67	45
2014-15	भवन	81	43	38	0	0
योग		387	102	66	219	197

(स्रोत: म.प्र.पु.हा.का.)

2013-15 के दौरान स्वीकृत 235 में से 102 भवन कार्य प्रारंभ नहीं हुए।

एम.पी.एफ. के अंतर्गत 2012-13 और 2015-16 के दौरान इस घटक के लिए निधि स्वीकृत नहीं की गई थी। 2013-14 और 2014-15 में स्वीकृत 235 भवनों में से 102 भवन (43 प्रतिशत) मार्च 2016 तक प्रारंभ नहीं हुए थे। म.प्र.पु.हा.का. ने कार्यों के प्रारंभ में विलंब के लिए (i) वर्ष 2013-14 के चार प्रकरणों में भूमि उपलब्ध नहीं होना, (ii) पी.एच.क्यू. से 14 प्रकरणों में कार्यों की सूची विलंब से प्राप्त होना (iii) भूमि/अधिकार से संबंधित अभिलेखों की प्राप्ति में विलंब और 2014-15 में स्वीकृत चार प्रकरणों में भूमि उपलब्ध न कराने को जिम्मेदार बताया। इससे प्रकट हुआ कि विभाग का कार्यक्रम प्रबंधन कमजोर था जिसके कारण 2011-16 में स्वीकृत आवास/भवनों में से केवल 57 प्रतिशत पूर्ण हो सके।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने कार्य प्रारंभ होने में विलंब के लिए विवादित भूमि, भूमि की अनुपलब्धता और राजस्व विभाग द्वारा आवंटन प्रक्रिया में विलंब को जिम्मेदार बताया। आगे यह सूचित किया गया कि अप्रारंभ कार्यों की संख्या 26 तक कम हो गई थी। तथापि, भविष्य में म.प्र.पु.हा.का. द्वारा राज्य पुलिस के साथ प्रभावी समन्वय और बेहतर कार्यक्रम प्रबंधन अपनाया जाएगा।

● पूर्ण भवनों के हस्तांतरण में विलंब

पूर्ण भवनों/आवासों के हस्तांतरण में असाधारण विलंब ने क्षति दायित्व अवधि को कम किया।

मानक अनुबंध के परिच्छेद के अनुसार क्षति दायित्व अवधि (ठेकेदार की लागत पर मरम्मत) कार्य की समाप्ति के दिनांक से दो वर्ष थी। 219 पूर्ण आवास/भवनों में से 197 आवास/भवनों के हस्तांतरण के दिनांक लेखापरीक्षा को प्रदान किए गए। इन 197 प्रकरणों में से भवनों/आवासों के पूर्ण होने के बाद हस्तांतरण में लिया गया समय, 91 प्रकरणों में एक और दो माह से अधिक, 52 प्रकरणों में तीन से चार माह से अधिक और पांच प्रकरणों में पांच माह से अधिक था। भवनों/आवासों के हस्तांतरण में विलंब के परिणामस्वरूप प्रभावी रूप से क्षति दायित्व अवधि में उस सीमा तक कमी हुई।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने कार्यों के हस्तांतरण में विलंब के लिए कर्मचारियों के कानून एवं व्यवस्था, चुनाव और अन्य अत्यावश्यक कार्यों में पूर्व व्यस्तता को जिम्मेदार बताया। आगे, यह बताया गया कि भविष्य में पूर्ण कार्यों के हस्तांतरण में विलंब से बचने के लिए एक समयबद्ध सुपरिभाषित प्रणाली निर्धारित की जा रही थी।

● निर्माण परियोजनाओं में गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली में कमियाँ

गुणवत्ता नियंत्रण सभी संरचनाओं की सुरक्षा, विश्वसनीयता एवं स्थायित्व तथा भवन और दुर्लभ सामग्रियों के सर्वोत्तम उपयोग के लिए भी आवश्यक है। लेखापरीक्षा में पाया कि विभिन्न परीक्षण, जैसे कंक्रीट घन, टी.एम.टी. स्टील छड़, धातु, रेत, सीमेंट आदि प्रमाणित जाँच प्रयोगशालाओं द्वारा किए गए थे, लेकिन 15 नमूना जाँच किए गए प्रकरणों में से आठ में प्रतिदर्शों के स्रोत अभिलिखित नहीं थे। आगे, विभिन्न जाँच

प्रयोगशालाओं के द्वारा प्रस्तुत जाँच प्रतिवेदनों से प्रकट हुआ कि 15 नमूना जाँच प्रकरणों में से 13 में गुणवत्ता का निर्णय करने के लिए उपयोग में लाई गई विधियों के विवरण का उल्लेख नहीं था। सीमेंट कंक्रीट घन के ग्रेड डेजिगनेशन, जो 28 दिनों में 150 मि.मि. आकार के घन के निर्दिष्ट संदाबी शक्ति को दर्शाता है और कंक्रीट के समूह (साधारण, सामान्य और उच्च शक्ति) का निर्धारण करता है, का उल्लेख भी नमूना जाँच किए गए छः प्रयोगशाला जाँच प्रतिवेदनों में से चार में नहीं था। इस प्रकार, म.प्र.पु.हा.का. के निर्माण परियोजनाओं में गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली दोषपूर्ण थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि ₹ 50 लाख से अधिक लागत के कार्यों हेतु मानक निविदा आमंत्रण सूचना में कम से कम 50 प्रतिशत जाँच एन.ए.बी.एल.⁴⁶ अधिकृत प्रयोगशालाओं से कराने के लिए एक प्रावधान शामिल (अगस्त 2016) किया गया था और एक पृथक गुणवत्ता नियंत्रण चलित इकाई शीघ्र ही स्थापित की जायेगी।

2.2.11 गतिशीलता

पुलिस बलों की गतिशीलता परिचालनात्मक दक्षता में वृद्धि करने, कानून व्यवस्था की स्थितियों से निपटने, अपराधों की रोकथाम एवं पता लगाने तथा सुरक्षा एवं निगरानी सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है। एक सुसज्जित पुलिस बल में गतिशीलता में कमी शून्य होती है। गतिशीलता में वृद्धि से प्रतिक्रिया समय में कमी आती है तथा पुलिस बलों की परिचालनात्मक दक्षता में वृद्धि होती है।

बी.पी.आर.डी. के अध्ययन प्रतिवेदन 2000 के अनुसार गतिशीलता एवं दिसम्बर 2016 की स्थिति में अंतर तालिका-2.2.6 के विवरण के अनुसार था।

तालिका-2.2.6 : वाहनों की आवश्यकता की तुलनात्मक स्थिति

मद	जनवरी 1998 की स्थिति में कमी (वांछित इकाई)	पी.एच.क्यू. द्वारा दिसम्बर 2016 में प्रतिवेदित कमी (वांछित इकाई)
भारी वाहन	820	720
मध्यम वाहन	0	636
हल्के वाहन	2180	826
मोटर साईकिल	4564	14107

(स्रोत: बी.पी.आर.डी. अध्ययन प्रतिवेदन 2000 एवं अ.पु.म. (प्रबंध) द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी)

इस प्रकार मध्यम वाहन एवं मोटर साईकिलों में अंतर और बढ़ गया है। तथापि, वाहनों की आवश्यकता के सम्बंध में पी.एच.क्यू. द्वारा किया गया कमी का विश्लेषण अस्थिर था तथा वाहनों की आवश्यकता हेतु प्रदाय की गई वर्षवार स्थिति (मई 2016) के अनुसार नहीं था; जैसा कि तालिका-2.2.7 में दिया गया है।

तालिका-2.2.7: विभाग में वाहनों की आवश्यकता, उपलब्धता एवं कमी की स्थिति

सं. क्र.	वर्ष	आवश्यकता		उपलब्धता		कमी	
		चार पहिया	मोटर साईकिल	चार पहिया	मोटर साईकिल	चार पहिया	मोटर साईकिल
1.	2011-12	5749	5730	4681	2682	1068 (19%)	3048(53%)
2.	2012-13	5904	9291	4836	2928	1068 (18%)	6363 (68%)
3.	2013-14	6439	10490	4855	2954	1584 (25%)	7536 (72%)
4.	2014-15	6442	10595	4994	2915	1448 (22%)	7680 (72%)
5.	2015-16	6442	10595	5060	3062	1382 (21%)	7533 (71%)

(स्रोत: अ.पु.म (प्रबंध))

⁴⁶ नेशनल एक्रेडिटेशन बोर्ड फॉर टेस्टिंग एंड केलिब्रेशन लेबोरेटरीज।

मोटर साईकिलों में अत्यधिक कमी से पुलिस कर्मियों की गतिशीलता प्रभावित हुई।

जैसा कि तालिका-2.2.6 एवं तालिका-2.2.7 से स्पष्ट है, मोटर साईकिलों की अत्यधिक कमी थी क्योंकि आवश्यकता में वृद्धि के अनुपात में उपलब्धता बढ़ाई नहीं गई। मोटर साईकिलों का उपयोग निरीक्षक एवं उससे नीचे के संवर्ग के पुलिसकर्मियों, जो पुलिस कानून व्यवस्था नियंत्रण एवं जॉच प्रणाली की अग्रिम पंक्ति में सम्मिलित होते हैं, द्वारा बीट ड्यूटी, रात्रि गश्ती, यातायात नियंत्रण एवं डाक कार्यों आदि के लिए किया जाता था। इनके अभाव में ऐसे कर्मियों की गतिशीलता प्रभावित हुई थी।

बी.पी.आर.डी. के मानकों में पुलिस थानों के लिए दो हल्के मोटर वाहनों एवं तीन मोटर साईकिलों, पुलिस चौकी के लिए दो मोटर साईकिलों तथा जिला पुलिस लाईन के लिए सात भारी, 17 मध्यम, 14 हल्के वाहन एवं सात मोटर साईकिलों का प्रावधान था। तथापि, 13 चयनित जिलों में बी.पी.आर.डी. द्वारा निर्धारित मानकों के विरुद्ध जिलों के पुलिस थानों, चौकियों एवं पुलिस लाईन के मध्य वाहनों के वितरण में विसंगति थी जैसा कि तालिका-2.2.8 में दर्शाया गया है।

तालिका-2.2.8: चयनित जिलों में वाहनों की उपलब्धता एवं वितरण की स्थिति

इकाई का नाम	संख्या	मानकों के अनुसार आवश्यकता				वास्तविक उपलब्ध				कमी (+)/आधिक्य (-)			
		भारी	मध्यम	हल्के	मोटर साईकिल	भारी	मध्यम	हल्के	मोटर साईकिल	भारी	मध्यम	हल्के	मोटर साईकिल
पुलिस थाना	365	0	0	730	1095	2	24	377	650	-2	-24	353	445
चौकी	189	0	0	0	378	0	7	22	129	0	-7	-22	249
पुलिस लाइन	13	91	221	182	91	107	156	484	509	-16	65	-302	-418

(स्रोत:— अ.पु.म. (प्रबंध))

इस प्रकार, 13 जिलों के 365 पुलिस स्टेशनों में 445 मोटर साईकिलों एवं 353 हल्के वाहनों की कमी थी, जबकि 13 पुलिस लाइनों में 418 मोटर साईकिलों एवं 302 हल्के वाहनों की अधिकता थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि कमी होने के कारण, जिलों को वाहन कमी के अनुपात में आवंटित किए गए थे। पुलिस अधीक्षकों ने जिलों की कानून व्यवस्था की स्थिति को देखते हुए वाहन पुलिस थाना/चौकी/पुलिस लाइनों में आवंटित किए गए थे। तथापि, वाहनों में आवंटन में विसंगति के संबंध में समीक्षा कर इसे दूर किया जाएगा।

2.2.11.1 वाहनों की अधिप्राप्ति

लेखापरीक्षा ने देखा कि 2011-16 के दौरान एम.पी.एफ. के गतिशीलता घटक के अंतर्गत ₹ 26.22 करोड़ आवंटन के विरुद्ध राशि ₹ 26.08 करोड़ का उपयोग किया गया। वर्ष 2013-14 तथा 2015-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत इस घटक के लिए राशि विमुक्त नहीं की गई। आवंटन के विरुद्ध वाहनों के क्रय का विवरण तालिका-2.2.9 में दिया गया है।

तालिका- 2.2.9: एम.पी.एफ. के अंतर्गत आवंटन के विरुद्ध वाहनों का क्रय

सं. क्र.	वाहन	2011-12		2012-13		2014-15	
		अनुमोदित	उपार्जित	अनुमोदित	उपार्जित	अनुमोदित	उपार्जित
1.	हल्के वाहन	149	167	80	80	129	137
2.	मोटर साईकिल	215	258	120	148	221	98
3.	32/52 सीटर बस	2	2	0	0	6	0
4.	ट्रूप कैरियर	2	2	0	0	0	0
योग		368	429	200	228	356	235

(स्रोत: अ.पु.म. (प्रबंध) के अभिलेख)

इस प्रकार, आवंटन आदेशों में अनुमोदित 924 वाहनों के विरुद्ध 892 वाहन क्रय किए गए थे। तथापि, 52 मोटर साईकिल कम क्रय की गईं जबकि 26 हल्के वाहन ज्यादा क्रय किए गए। चयनित 39 पुलिस थानों/पुलिस चौकियों में से छः पुलिस थानों (मतगुवां, बिजावर, गढ़ी मलहरा, करंजिया, देवेन्द्र नगर एवं महिला पुलिस स्टेशन, रीवा) एवं दो चौकियों (सिहोरा एवं आनंद नगर) में कोई मोटर साईकिल नहीं थी। यदि वाहनों को तर्कसंगत ढंग से क्रय किया गया होता तो इन्हें जरूरत के स्थानों पर वितरित किया जा सकता था।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि वाहनों के मूल्य में वृद्धि होने के कारण वर्ष 2014-15 के दौरान मोटर साईकिलें कम क्रय की गईं थीं। तथापि, हल्के वाहनों को अधिक संख्या में क्रय किए जाने के सम्बंध में कोई कारण नहीं बताया गया।

• एम.पी.एफ. के अंतर्गत कारों का अनियमित क्रय

एम.पी.एफ. योजना के अंतर्गत केवल परिचालनात्मक वाहनों जैसे जीप, मोटर साईकिल, मध्यम/भारी वाहनों के क्रय की अनुमति थी। इसके अंतर्गत कार जैसे वाहनों का क्रय प्रतिबंधित था।

₹ 5.88 करोड़ मूल्य की 102 सीडान और हैचबैक कारें योजना के दिशा निर्देशों के उल्लंघन कर क्रय की गईं।

अ.पु.म. (प्रबंध) के अभिलेखों से लेखा परीक्षा में देखा गया कि 2011-16 के दौरान, क्रय किए गए कुल 384 हल्के वाहनों में से ₹ 5.88 करोड़ मूल्य की 102 सीडान एवं हैचबैक कारें थीं जो एम.पी.एफ. के दिशा निर्देशों के प्रावधानों जिसके अनुसार जीप जैसे वाहनों का क्रय किया जाना था के अनुरूप नहीं था।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि विभिन्न स्तर के अधिकारियों को विविध विभागीय गतिविधियों हेतु त्वरित गतिशीलता के लिए वाहन उपलब्ध कराये गए थे। तथापि, वाहनों के क्रय से सम्बन्धित दिशा निर्देशों के प्रावधानों का भविष्य में पालन किया जायेगा।

2.2.11.2 चालकों की कमी

चयनित जिलों में 1,302 वाहनों के विरुद्ध 626 चालकों की कमी थी।

चयनित जिलों में उपलब्ध 1,302 चार पहिया वाहनों के विरुद्ध 626 (48 प्रतिशत) चालकों की कमी थी। इससे इंगित होता है कि ए.ए.पी. तर्कसंगत ढंग से तैयार नहीं किया गया था एवं चालकों की उपलब्धता के बिना भविष्य में और वाहन क्रय किए जाने की स्थिति में वाहन निष्क्रिय रहेंगे। यह इष्टतम गतिशीलता की प्राप्ति में बड़ी बाधा रही।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. तथ्यों से सहमत हुए तथा बताया कि चालकों की कमी को दूर करने के लिए प्रयास किए जा रहे थे तथा भविष्य में चालकों की कमी को दूर करने के लिए पुलिस प्रशिक्षण स्कूलों में नये आरक्षकों को वाहन चलाने का प्रशिक्षण दिया जा रहा था। विभाग ने आगे बताया (जनवरी 2017) कि वर्ष 2011 से 2013 के मध्य 1,371 चालकों की भर्ती की गई तथा 992 चालकों की भर्ती प्रगतिरत थी।

2.2.11.3 प्रतिक्रिया समय

अपराध तथा कानून और व्यवस्था के लिए त्वरित प्रतिक्रिया समय न केवल लोगों का जीवन बचाने में मदद करता है बल्कि यह भी सुनिश्चित करता है कि दोषियों पर विधि सम्मत कार्यवाही की जाए। पी.एच.क्यू. ने (जुलाई 2009, अक्टूबर 2009 तथा जनवरी 2013) निर्देशित किया कि शहरी एवं ग्रामीण पुलिस स्टेशनों में पुलिस/वाहन के पहुंचने के प्रतिक्रिया समय निगरानी की एक पंजी के माध्यम से की जाए। प्रत्येक माह क्षेत्रीय महानिरीक्षक प्रतिक्रिया समय की समीक्षा करेगा तथा क्षेत्र के औसत प्रतिक्रिया

समय तथा अधिकतम एवं न्यूनतम औसत प्रतिक्रिया समय वाले पुलिस स्टेशनों के नाम पी.एच.क्यू. को सूचित करेगा।

प्रतिक्रिया समय की निगरानी पर्याप्त रूप से नहीं की गई।

लेखापरीक्षा ने पाया कि औसत प्रतिक्रिया समय की पी.एच.क्यू. द्वारा निगरानी नहीं की गई। पी.एच.क्यू. को प्रतिक्रिया समय संबंधी आंकड़े प्रेषित न किए जाने के कारण राज्य स्तर पर अच्छे एवं खराब कार्य निष्पादन का विश्लेषण नहीं किया जा सका। नमूना जाँच किए गए जिलों में प्रतिक्रिया समय की समीक्षा में पता चला कि पुलिस अधीक्षक रीवा, बैतूल एवं छिन्दवाडा ने पुलिस स्टेशनों के प्रतिक्रिया समय की निगरानी नहीं की। पुलिस अधीक्षक, रीवा एवं बैतूल ने बताया कि पी.एच.क्यू. से अनुदेश प्राप्त नहीं हुए थे जबकि पुलिस अधीक्षक, छिन्दवाडा ने बताया कि पुलिस स्टेशनों से जानकारी प्राप्त की जाएगी। पुलिस अधीक्षक, डिण्डोरी मात्र वर्ष 2015-16 के आंकड़े ही उपलब्ध करा सके।

चयनित जिलों (*परिशिष्ट-2.2.4*) में वर्ष 2011-16 के दौरान प्रतिक्रिया समय की आगामी समीक्षा में पता चला कि पांच जिलों⁴⁷ में प्रतिक्रिया समय कम हुआ, बालाघाट में बढ़ा, एवं दो जिलों⁴⁸ में अपरिवर्तित रहा था। ग्वालियर जिले में ग्रामीण पुलिस थानों में इसमें कमी आई एवं शहरी पुलिस थानों में वृद्धि हुई थी। 13 जिलों के चयनित 30 पुलिस थानों में से छः⁴⁹ जिलों के मात्र 10 पुलिस थानों में प्रतिक्रिया समय हेतु पंजी संधारित की गई थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि राज्य में वाहनों की संख्या को देखते हुए, पुलिस अधीक्षक एवं क्षेत्रीय महानिरीक्षक प्रतिक्रिया समय की निगरानी कर रहे थे। 'डायल 100' की महत्वपूर्ण योजना के कारण राज्य में पुलिस के प्रतिक्रिया समय में सुधार हुआ है।

उत्तर मान्य नहीं था क्योंकि पुलिस थानों पर प्रतिक्रिया समय का अभिलेख संधारण एवं जिला स्तर पर अपर्याप्त निगरानी उत्तर की पुष्टि नहीं करते।

2.2.12 शस्त्र

उच्च तकनीक एवं आधुनिकतम शस्त्रों से सज्जित आतंकवादियों एवं अपराधियों की चुनौतियों का सामना करने के लिए शस्त्रों का उन्नयन पुलिस बल के लिए सर्वाधिक महत्वपूर्ण था। 2011-16 के दौरान ₹ 26.76 करोड़ के आवंटन के विरुद्ध, ₹ 23.38 करोड़ उपयोग किए गए (मार्च 2016)। 2011-15 के दौरान राज्य पुलिस ने ओ.एफ.बी. से 3,631 रायफलें एवं 1,150 पिस्टलें प्राप्त कीं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 385 रायफलें तथा 386 पिस्टलें जिनकी आपूर्ति ओ.एफ.बी. द्वारा वर्ष 2015-16 (अगस्त 2015 तथा मार्च 2016) में ₹ 3.38 करोड़ के विरुद्ध की जानी थी, जून 2016 तक पुलिस विभाग द्वारा प्राप्त नहीं की गई थीं। निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि वर्ष 2015-16 में केन्द्र द्वारा जारी राशि के विरुद्ध रायफलें पूर्ण संख्या में संग्रहित कर ली गई थीं जबकि पिस्टलें शीघ्र ही संग्रहित किए जाने वाली थीं।

2.2.12.1 राज्य पुलिस के पास शस्त्रों की उपलब्धता

शस्त्रों का निर्धारण मसकेटरी विनियम, 1957 में उल्लिखित प्राधिकार के अनुसार किया गया था जिसे संगठनात्मक संरचना में परिवर्तनों एवं आधुनिक शस्त्र के उपयोग में आने

⁴⁷ छतरपुर, इन्दौर (दो वर्ष 2014-15 एवं 2015-16 के आंकड़े प्रस्तुत किए गए), जबलपुर, खरगौन एवं सागर।

⁴⁸ भोपाल (2014-15 तक) तथा पन्ना।

⁴⁹ भोपाल, पन्ना, खरगौन, ग्वालियर, बालाघाट एवं इन्दौर।

के बाद भी संशोधित नहीं किया गया था। बी.पी.आर.डी. प्रतिवेदन (जनवरी 1998) में 34,838 शस्त्रों की कमी प्रतिवेदित की गई।

विभाग ने पुराने शस्त्रों जैसे प्वाइंट 410 मस्केट, प्वाइंट 303 तथा 7.62 एम.एम.बी.ए. रायफलों सहित प्वाइंट 38 एवं प्वाइंट 455 रिवाल्वरों को चरणबद्ध ढंग से उपयोग से बाहर कर आधुनिक शस्त्रों जैसे 7.62 एस.एल.आर, 7.62 एल.एम.जी., ए.के. 47, 5.56 इन्सास रायफल, ग्लॉक पिस्टल तथा 9 मि.मि. पिस्टल आदि को उपयोग में लाने पर विचार किया। पुराने शस्त्र कम प्रभावशाली, भारी एवं कम मैगजीन क्षमता वाले हैं एवं उनके मिसफायर होने की संभावना अधिक है जबकि आधुनिक शस्त्र हल्के, सुविधाजनक एवं बेहतर मारक क्षमता से युक्त हैं।

विभाग के पास 53,084 पुराने शस्त्र थे। इनमें से 8,233 प्वाइंट 410 मस्केट रायफलें तथा 581 प्वाइंट 455 रिवाल्वरें अनुपयोगी हो चुकी थीं क्योंकि आर्डनेन्स फैक्ट्रियों ने उनके कल पुर्जे तथा गोलाबारुद बनाना बंद कर दिया था जबकि शेष 44,268 उपयोग में थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिसम्बर 2016 में 23,955 आधुनिक शस्त्रों की कमी थी। 2011-16 के दौरान पुलिस बल में प्राधिकृत आधुनिक शस्त्रों की उपलब्धता एवं कमी का विवरण **तालिका-2.2.10** में दर्शाया गया है।

तालिका-2.2.10: आधुनिक शस्त्रों की उपलब्धता और कमी की स्थिति

सं. क्रं.	वर्ष	प्राधिकृत	उपलब्ध	कमी	कमी का प्रतिशत
1.	2011-12	66826	38465	28361	42
2.	2012-13	66826	40557	26269	39
3.	2013-14	81314	55977	25337	31
4.	2014-15	92818	71401	21417	23
5.	2015-16	99396	74166	25230	25

(स्रोत: अ.पु.म. (प्रबंध))

2011-16 के दौरान, पुलिस बल का आधुनिकीकरण तथा राज्य योजनाओं के अंतर्गत प्राप्त राशि के कारण आधुनिक शस्त्रों की उपलब्धता में 35,701 (93 प्रतिशत) की वृद्धि हुई थी। आधुनिक शस्त्रों की आवश्यकता में 32,570 की वृद्धि होने के कारण आधुनिक शस्त्रों की कमी 17 प्रतिशत कम हुई। इसलिए वर्ष 2015-16 में 25 प्रतिशत की कमी बनी रही।

आधुनिक शस्त्रों की कमी से इंगित हुआ कि विभाग ने पर्याप्त संख्या में आधुनिक शस्त्र क्रय नहीं किए थे और विभाग पुराने शस्त्रों पर भी निर्भर था जिसके कारण पुलिस बल की मारक क्षमता प्रभावित हो रही थी।

चयनित 39 पुलिस स्टेशनों/चौकियों में शस्त्रों की प्राधिकार संख्या 1,531 से बढ़कर 1,616 हो गई तथा उपलब्धता 1,035 से बढ़कर 1,103 हो गई। इसलिए शस्त्रों की कमी लगभग उसी स्तर पर (496 तथा 513) बनी रही, जबकि पुराने शस्त्रों का प्रतिशत 49 प्रतिशत था। आगे, यह भी देखा गया कि महिला पुलिस थाना, रीवा में शस्त्र उपलब्ध नहीं कराये गए थे।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि शस्त्रों की उपलब्धता में सुधार हुआ है लेकिन मानवशक्ति में वृद्धि के कारण संतुष्टि स्तर कम हुआ है। महिला पुलिस थाने के शस्त्रों के संबंध में यह बताया गया कि अधिकांश महिला पुलिस थाने शहर के अन्य पुलिस थानों के समीप स्थित हैं, इन पुलिस थानों से इन्हे शस्त्रों सहित अन्य सहायता प्रदान करायी जाती थी।

25 प्रतिशत आधुनिक शस्त्रों की कमी थी जिसके परिणाम स्वरूप पुराने शस्त्रों पर निर्भरता बनी रही।

तथ्य यह है कि पुलिस बल की तैयारी एवं मारक क्षमता में सुधार लाने के लिए आधुनिक शस्त्रों से सुसज्जित करने के एम.पी.एफ. योजना के प्रमुख उद्देश्यों में से एक को बहुत हद तक प्राप्त नहीं किया जा सका।

2.2.12.2 शस्त्रों की मरम्मत

शस्त्र कार्यशाला में शस्त्रों की मरम्मत के लिए प्रयोग की जाने वाली मशीनें पुरानी थीं तथा आधुनिक शस्त्रों की मरम्मत के लिए उपयुक्त नहीं थीं।

शस्त्रों की पर्याप्त एवं समय पर मरम्मत एवं रखरखाव उनकी उपलब्धता के समान ही महत्वपूर्ण है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि शस्त्र कार्यशाला, भोपाल में प्रयोग की जाने वाली मशीनें जैसे वैल्विंग ट्रांसफार्मर, पावर हैमर, लेथ, शार्पर, ड्रिल इत्यादि वर्ष 1965 तथा 1987 के मध्य क्रय की गई थीं। अ.पु.म. (प्रबंध) ने सूचित किया (अप्रैल 2016) कि इन मशीनों की गुणवत्ता एवं सटीकता समाप्त हो चुकी थी तथा आधुनिक शस्त्रों की मरम्मत के लिए उपयुक्त नहीं थीं।

लेखापरीक्षा ने 12 चयनित जिलों में पाया कि 2011-16 के दौरान 1,457 शस्त्र मरम्मत के लिए आर्म्स वर्कशॉप, भोपाल भेजे गए थे। इन्हें एक से 15 माह तक की अवधि के पश्चात् वापस किया गया था। विलम्ब से यह इंगित हुआ कि शस्त्र मरम्मत प्रबंधन पर्याप्त नहीं था तथा कार्यशाला में उन्नयन अपेक्षित था।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. ने बताया कि विद्यमान मशीनों से शस्त्रों की मरम्मत की जा रही थी, सुधारात्मक कार्रवाई के लिए विशेष ध्यान दिया जाएगा।

2.2.13 फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला

धन राशि की उपलब्धता के बावजूद, एफ.एस.एल द्वारा उपकरण क्रय नहीं किए जा सके।

राज्य में फॉरेंसिक विश्लेषण के लिए एक राज्य फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला (एफ.एस.एल.), चार क्षेत्रीय फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला (आर.एफ.एस.एल.) तथा 50 डिस्ट्रिक्ट सीन ऑफ क्राइम इकाईयां (मार्च 2016) कार्यरत थीं।

2011-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत फॉरेंसिक विज्ञान घटक के लिए आवंटन का विवरण एवं व्यय की स्थिति का विवरण तालिका-2.2.11 में दिया गया है। वर्ष 2013-14 तथा 2015-16 के दौरान एम.पी.एफ.के अंतर्गत इस घटक हेतु कोई राशि विमुक्त नहीं की गई थी।

तालिका-2.2.11: फॉरेंसिक विज्ञान प्रयोगशाला के अंतर्गत आवंटन एवं व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटन		व्यय	
	उपकरणों की संख्या	राशि	उपकरणों की संख्या	राशि
2011-12	4	0.55	5	0.55
2012-13	11	1.16	5	0.30
2014-15	28	3.69	0	0
योग	43	5.40	10	0.85

(स्रोत: निदेशक (एफ.एस.एल.))

इस प्रकार विभाग आवंटित राशि ₹ 5.40 करोड़ में से मात्र ₹ 85 लाख (16 प्रतिशत) व्यय कर सका, परिणामस्वरूप मात्र 23 प्रतिशत भौतिक लक्ष्य प्राप्त किए जा सके। विभाग इनसिनिरेटर के क्रय हेतु कानूनी ओपचारिकतायें पूर्ण नहीं कर सका, जिसे ए.ए.पी. 2012-13 के अंतर्गत क्रय हेतु अनुमोदित किया गया था। आगे, विभाग ने ए.ए.पी. 2012-13 के अंतर्गत माइक्रोवेब डाइजेस्टर के क्रय हेतु तदर्थ अनुमोदन लिया। माइक्रोवेब डाइजेस्टर के लिए आवश्यकता विश्लेषण ए.ए.पी. में इसके अनुमोदन के बाद किया गया और उपकरण को क्रय न करने का निर्णय लिया गया। आगे, ए.ए.पी. 2014-15 के अंतर्गत क्रय हेतु अ.पु.म. (सी.आई.डी.) से अनुमोदन प्रतीक्षित था (अप्रैल 2016)।

एफ.एस.एल. ने 2012-13 के लिए आवंटन में से ₹ 16.17 लाख में बाइनाकुलर रिसर्च माइक्रोस्कोप (बी.आर.एम.) का क्रय किया। तथापि, बी.आर.एम., ए.ए.पी. में अनुमोदित मद नहीं थी और बी.आर.एम. का एस.एल.ई.सी. से क्रय के लिए अनुमोदन प्रतीक्षित था (अप्रैल 2016)।

क्रय में विलम्ब एवं आवंटित राशि में से मात्र 16 प्रतिशत का उपयोग किया जाना कमजोर क्रय प्रबंधन इंगित करता था जिससे एफ.एस.एल. के आधुनिकीकरण की प्रक्रिया प्रभावित हुई।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. लेखापरीक्षा निष्कर्ष से सहमत हुए और बताया कि विशिष्टियों का निर्णय करने तथा निविदा प्रक्रिया आदि में समय लगने के कारण विलम्ब हुए। क्रय प्रक्रिया प्रगति पर थी और समस्याओं का समाधान किया जाएगा।

2.2.13.1 एफ.एस.एल में मानवशक्ति की कमी

वार्षिक कार्य योजना 2011-12 में एफ.एस.एल में रिक्त पदों का भरा जाना सम्मिलित था। यद्यपि, एफ.एस.एल. में मानवशक्ति की निरंतर कमी थी। मार्च 2016 को विभिन्न पदों में मानवशक्ति की स्थिति तालिका-2.2.12 में दी गई है।

तालिका-2.2.12: मार्च 2016 में एफ.एस.एल में मानवशक्ति की स्थिति

स.क्र.	पद	स्वीकृत मानवशक्ति	कार्यरत मानवशक्ति	रिक्तियां
1	निदेशक	1	0	1
2	वरिष्ठ संयुक्त निदेशक	1	0	1
3	संयुक्त निदेशक	13	6	7
4	वरिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारी	84	45	39
5	वैज्ञानिक अधिकारी	167	111	56
6	लैब टैक्नीशियन	52	27	25
7	लैब असिस्टेंट	76	25	51
8	लैब अटैन्डेन्ट	54	21	33

(स्रोत: निदेशक (एफ.एस.एल.))

एफ.एस.एल में वैज्ञानिक अधिकारियों तथा लैब टैक्नीशियन के पद रिक्त रहने के कारण फोरेन्सिक परीक्षणों के प्रकरण लम्बित थे।

इस प्रकार निदेशक एवं वरिष्ठ संयुक्त निदेशक के पद रिक्त थे। इसके अतिरिक्त वरिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारियों के 46 प्रतिशत, वैज्ञानिक अधिकारियों के 34 प्रतिशत, लैब टैक्नीशियन के 48 प्रतिशत, लैब असिस्टेंट के 67 प्रतिशत तथा लैब अटैन्डेन्ट के 61 प्रतिशत पद रिक्त थे। आर.एफ.एस.एल., जबलपुर में सभी स्वीकृत पद रिक्त थे (मार्च 2016)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मानवशक्ति की कमी से एफ.एस.एल. का कार्य निष्पादन प्रभावित हुआ था। 2011-2016 के दौरान परीक्षण हेतु प्राप्त प्रकरणों की संख्या 19,235 से 24,155 तक बढ़ गयी, परंतु निपटान 26,656 से घटकर 23,780 रह गया (परिशिष्ट-2.2.5)। मार्च 2016 की स्थिति में 4,806 प्रकरण लम्बित थे जिसमें से 1,372 प्रकरण दो माह से अधिक समय 1,056 प्रकरण तीन माह से अधिक समय से 302 प्रकरण छः माह से अधिक समय से तथा 267 प्रकरण 12 माह से अधिक समय से लम्बित थे।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि कार्यरत मानवशक्ति में कमी एवं प्राप्त प्रकरणों की संख्या में वृद्धि होने के कारण प्रकरण लम्बित थे। उच्च

अधिकारियों ने लम्बित प्रकरणों की संख्या में कमी करने के लिए एफ.एस.एल. को समय समय पर निर्देशित किया तथा स्थिति का पर्यवेक्षण किया था। जून 2015 से भर्ती एवं पदोन्नति प्रगति पर थी और वर्ष 2015-16 में 91 वैज्ञानिक अधिकारियों की नियुक्ति की गई तथा लम्बित प्रकरणों का शीघ्र ही निराकरण किया जाएगा।

2.2.14 दूरसंचार

2011-13 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत दूरसंचार शाखा को आवंटित राशि तथा व्यय की स्थिति का विवरण तालिका-2.2.13 में दिया गया है। 2013-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत इस घटक हेतु राशि जारी नहीं की गई थी।

तालिका-2.2.13: एम.पी.एफ. के अंतर्गत आवंटन एवं व्यय की स्थिति

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटन		व्यय	
	मद	राशि	मद	राशि
2011-12	सोलर पावर यू पी एस 2.5 किलोवाट (65)	3.19	कोई व्यय नहीं किया गया	0.00
2012-13	उच्च आवृत्ति डिजिटल सेट (50) ई पी ए बी एक्स सिस्टम (1)	2.00	रेडियो सेट/हैण्ड फ्री किट (1985) ई पी ए बी एक्स सिस्टम (1)	2.00
योग		5.19		2.00

(स्रोत: अ.पु.म. (दूरसंचार))

वर्ष 2011-12 के ए.ए.पी. में अनुमोदित सोलर पावर यू.पी.एस., जनवरी 2012 तथा जनवरी 2013 के मध्य चार बार निविदायें आमंत्रित किए जाने के बावजूद बोलीकर्ताओं की अपर्याप्त भागीदारी एवं आपूर्तिकर्ताओं द्वारा प्राधिकृत परीक्षण प्रयोगशाला से प्रमाण-पत्र प्रस्तुत न किए जाने के कारण क्रय नहीं किए जा सके। बाद में, विभिन्न पुलिस स्टेशनों में 681 दो किलोवाट यू.पी.एस. के संस्थापन हेतु ₹ 31.10 करोड़ की परियोजना को परिपूर्ण करने के लिए अक्टूबर 2013 में राशि मध्य प्रदेश उर्जा विकास निगम को अन्तरित कर दी गई।

इलेक्ट्रॉनिक प्राइवेट ऑटोमैटिक ब्रान्च एक्सचेंज (ई.पी.ए.बी.एक्स.) सिस्टम तथा 50 हाई फ्रीक्वेंसी डिजिटल सेट, ए.ए.पी. 2012-13 में अनुमोदित किए गए थे। यद्यपि, एक ई.पी.ए.बी.एक्स. तथा 1985 रेडियो सेट/हैण्ड फ्री किट फरवरी 2014 तथा मार्च 2015 के मध्य असाधारण विलम्ब से क्रय किए गए।

पुलिस अधीक्षक (दूरसंचार) ने उत्तर (अप्रैल 2016) में बताया कि ई.पी.ए.बी.एक्स. नवीन पी.एच.क्यू. भवन के पूर्ण होने के पश्चात क्रय एवं संस्थापित किया गया था, जबकि रेडियो सेट/हैण्ड फ्री किट जुलाई 2014 में एस.एल.ई.सी. के अनुमोदन के पश्चात् क्रय किए गए।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि यू.पी.एस. के संस्थापन का कार्य प्रगति पर था प्रकरण न्यायाधीन था तथा उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रतीक्षित था।

2.2.15 गुप्तवार्ता (विशेष शाखा)

2011-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत विशेष शाखा को आवंटित राशि एवं व्यय की स्थिति का विवरण तालिका-2.2.14 में दिया गया है। वर्ष 2013-14 तथा 2015-16 के दौरान एम.पी.एफ. के अंतर्गत इस घटक के लिए निधि विमुक्त नहीं की गई थी।

तालिका-2.2.14: गुप्तवार्ता घटक के अंतर्गत आवंटन एवं व्यय की स्थिति

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटन		व्यय	
	उपकरणों की संख्या	राशि	उपकरणों की संख्या	राशि
2011-12	22	2.01	21	1.77
2012-13	32	6.33	28	6.31
2014-15 ⁵⁰	22	3.76	1	0.83
योग	76	12.10	50	8.91

(स्रोत: विशेष महानिदेशक/गुप्तवार्ता द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी)

गुप्तवार्ता हेतु उपकरणों के क्रय में असाधारण विलंब देखा गया।

तालिका-2.2.14 से स्पष्ट है कि गुप्तवार्ता शाखा ने आवंटन के विरुद्ध 26 प्रतिशत राशि का उपयोग नहीं किया। लेखापरीक्षा ने पाया कि ए.ए.पी. 2011-12 के अंतर्गत मदों के क्रय हेतु विशिष्टियों का निर्णय किए जाने के दिनांक से 35 माह तक के विलम्ब से फरवरी 2012 तथा सितम्बर 2014 के मध्य निविदायें आमंत्रित की गई थीं। ए.ए.पी. 2012-13 के अंतर्गत मदों के क्रय हेतु तकनीकी समिति जुलाई 2012 में गठित की गई थी जिसने 11 माह के पश्चात् विशिष्टियों को निर्धारित किया। निविदायें जारी करने में 14 माह तक विलम्ब हुआ था जिसके परिणामस्वरूप क्रय में विलम्ब हुआ। ए.ए.पी. 2014-15 के विरुद्ध केवल 'थर्मल इमेजिंग' क्रय किया गया तथा वर्ष हेतु आवंटन का लगभग 78 प्रतिशत उपयोग नहीं किया जा सका।

विशेष महानिदेशक (गुप्तवार्ता) ने विशिष्टियों का निर्णय किए जाने में विलम्ब का कारण समिति के सदस्यों का अन्य कार्यों जैसे कानून व्यवस्था एवं व्ही.आई.पी. कर्तव्यों में संलिप्त होना बताया। उपकरणों के क्रय में विलम्ब अकुशल क्रय प्रबंधन को इंगित करता था तथा इससे पुलिस बल के आधुनिकीकरण पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि गुप्तवार्ता हेतु कुल व्यय ₹ 9.05 करोड़ है तथा शेष मदों के क्रय की प्रक्रिया प्रगति पर थी। आगे, 2011-12 योजना के दो उपकरण तथा 2012-13 योजना के चार उपकरण, वर्तमान परिदृश्य तथा बदलती प्रौद्योगिकी तकनीकी में उपयोगी न पाये जाने के कारण क्रय नहीं किए गए। वर्ष 2012-13 हेतु पांच मदों के अंतर्गत क्रय बोलीकर्ताओं के सम्मिलित न होने/उच्चतर दरों तथा क्रय आदेश के विरुद्ध सामान की आपूर्ति न किए जाने के कारण निरस्त कर दिए गए। उपकरणों का क्रय प्रगति पर था तथा उपलब्ध बजट का उपयोग शीघ्र ही कर लिया जाएगा।

उत्तर यह रेखांकित करता है कि ए.ए.पी. में क्रय प्रस्तावों को सम्मिलित करने से पूर्व पर्याप्त योजना नहीं बनाई गई थी तथा आवश्यकता का विश्लेषण नहीं किया गया था।

2.2.16 अपराध अन्वेषण विभाग

प्रकरणों की वैज्ञानिक जाँच में जाँच उपकरण मुख्य भूमिका अदा करते हैं। 2011-16 के दौरान एम.पी.एफ. योजना के अंतर्गत अपराध अनुसंधान विभाग (सी.आई.डी) को आवंटित राशि एवं व्यय की स्थिति तालिका-2.2.15 में दी गई है।

⁵⁰ तीन रेलवे उपकरणों के लिए ₹ 19.45 करोड़ शामिल हैं।

तालिका-2.2.15: अपराध अनुसंधान विभाग को आवंटन एवं व्यय

(₹ करोड़ में)

स. क्र.	वर्ष	आवंटन		व्यय	
		मदों की संख्या	राशि	मदों की संख्या	राशि
1	2011-12 ⁵¹	11	0.34	11	0.33
2	2012-13 ⁵²	5	0.79	1	0.65
3	2014-15 ⁵³	11	0.99	0	0.00
योग		27	2.12	12	0.98

(स्रोत: अ.पु.म. (सी.आई.डी.))

सी.आई.डी. शाखा के आधुनिकीकरण हेतु आवंटित निधियों का मात्र 46 प्रतिशत उपयोग किया गया।

इस प्रकार, ए.ए.पी. 2011-12 से 2014-15 के अंतर्गत सी.आई.डी. शाखा को आवंटित ₹ 2.12 करोड़ में से मात्र ₹ 98.00 लाख (46 प्रतिशत) का उपयोग किया गया। पी.एच.क्यू. (मार्च 2013) ने ए.ए.पी. 2012-13 के अंतर्गत रेलवे उपकरणों के क्रय हेतु अ.पु.म./सी.आई.डी. को राशि ₹ 11.25 लाख आवंटित की। लेखापरीक्षा ने पाया कि रेलवे पुलिस शाखा ने सी.आई.डी. शाखा को उपकरणों की तकनीकी विशिष्टियां संप्रेषित (नवम्बर 2013) की थी, लेकिन क्रय अभी तक (मार्च 2016) प्रक्रियाधीन था। लेखापरीक्षा ने यह भी देखा कि ए.ए.पी. 2014-15 के अंतर्गत ₹ 98.90 लाख की स्वीकृति के विरुद्ध सी.आई.डी. विंग द्वारा केवल तकनीकी समिति गठित की जा सकी (मार्च 2016)।

एम.पी.एफ. के अंतर्गत जाँच उपकरणों के क्रय में विलम्ब के कारण, विभाग सी.आई.डी. शाखा हेतु आधुनिक उपकरणों के लाभ से वंचित रहा।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि विशिष्टियों के निर्णय में विलम्ब समिति के सदस्यों के स्थानान्तरण होने के कारण हुआ था। सी.आई.डी-विंग में क्रय की प्रक्रिया प्रगति पर थी एवं इसे शीघ्र ही पूर्ण कर लिया जाएगा।

2.2.17 मानव संसाधन प्रबंधन

2.2.17.1 मानवशक्ति प्रबंधन में कमियाँ

पर्याप्त मानवशक्ति की उपलब्धता एवं पर्याप्त प्रशिक्षण के बिना विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत सृजित अधोसंरचना सर्वोत्कृष्ट रूप से उस उद्देश्य के लिए उपयोग नहीं की जा सकती जिसके लिए इसे सृजित किया गया था। लेखापरीक्षा में पता चला कि गृह विभाग ने शहरी पुलिस थानों हेतु न्यूनतम मानवशक्ति मानक संख्या 75, नगर पंचायत पुलिस थानों हेतु 50, ग्रामीण पुलिस थानों हेतु 35 तथा नक्सल प्रभावित पुलिस थानों हेतु 45 निर्धारित की थी (नवम्बर 2010)। शहरी, ग्रामीण तथा नक्सल प्रभावित चौकियों के लिए भी पुलिस कर्मियों की संख्या क्रमशः 15, 11 तथा 35 निर्धारित की गई थी। यह तय किया गया था कि जनसंख्या में वृद्धि तथा अपराध दर आदि कारकों पर विचार कर पुलिस बल में वृद्धि की जायेगी। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि पुलिस बल के अन्य संघटकों जैसे जिला रिजर्व पुलिस, विशेष सशस्त्र बल तथा यातायात पुलिस के लिए मानकों का निर्धारण नहीं किया गया था।

वर्ष 2011-16 के दौरान कुल पुलिस बल की स्वीकृत मानवशक्ति 87,291 से बढ़कर 1,12,027 हो गई। तथापि, जून 2016 की स्थिति में पुलिस बल में कुल 16,751 पुलिसकर्मियों के पद रिक्त थे।

⁵¹ नौ रेलवे उपकरणों हेतु ₹ 31.50 लाख सहित।

⁵² रेलवे उपकरणों हेतु ₹ 11.25 लाख सहित।

⁵³ रेलवे उपकरणों हेतु ₹ 20.70 लाख सहित।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित जिलों में पुलिस बल की कुल स्वीकृति मानवशक्ति वर्ष 2011-16 के दौरान स्थिति 24,436 से बढ़कर 29,564 हो गई। जबकि उपलब्ध मानवशक्ति 21,602 से बढ़कर 25,004 हो गई तथा पुलिसकर्मियों की कमी भी 2,834 से बढ़कर 4,560 हो गई। मार्च 2016 की स्थिति में निरीक्षक/रक्षित निरीक्षक के 34 प्रतिशत उप निरीक्षक/सूबेदार के 27 प्रतिशत, आरक्षक के 17 प्रतिशत तथा अनुसचिवीय कर्मचारियों के 29 प्रतिशत पद रिक्त थे। चयनित जिलों के 150 पुलिस कर्मियों के साक्षात्कार में केवल पाँच प्रतिशत लोग पुलिस बल की उपलब्धता से संतुष्ट थे।

इस प्रकार पुलिस बल में मानवशक्ति की काफी कमी थी जो कि बढ़ते हुए अपराधों तथा जाँच हेतु लम्बित प्रकरणों को दृष्टिगत रखते हुए निर्णायक थी जैसा **कंडिका-2.2.19** में चर्चा की गई है।

उत्तर में अ.पु.म. (योजना) ने बताया (जून 2016) कि भर्ती एवं पदोन्नति के माध्यम से रिक्त पदों को भरे जाने की प्रक्रिया प्रगति पर थी। निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने प्रेक्षकों को स्वीकार किया तथा बताया कि मानवशक्ति की स्थिति में सुधार हुआ था लेकिन और अधिक सुधार अपेक्षित था। आगे, मध्य प्रदेश शासन ने 6000 नये पदों की सैद्धांतिक स्वीकृति प्रदान की थी, आदेश शीघ्र जारी किया जाएगा।

तथ्य यह है कि चयनित जिलों में पुलिसकर्मियों के सभी संवर्गों में सारभूत कमी रही जिसमें वर्षों के दौरान वृद्धि हुई थी। इस प्रकार विभाग द्वारा योजनाबद्ध तरीके से सभी संवर्गों में रिक्त पदों का भरा जाना अपेक्षित था।

2.2.17.2 प्रशिक्षण कार्यक्रमों में कमियाँ

प्रशिक्षण कार्यक्रमों के प्रबंधन में निम्नलिखित कमियाँ पाई गईं:

- लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रशिक्षण हेतु प्रशिक्षण कलेण्डर तैयार नहीं किए गए थे जो इंगित करता था कि प्रशिक्षण की चरणबद्ध योजना नहीं बनाई गई। 2011-16 के दौरान छः पुलिस प्रशिक्षण स्कूलों⁵⁴ (पी.टी.एस.) तथा दो⁵⁵ अकादमियों में केवल आधारभूत पाठ्यक्रमों का ही प्रशिक्षण दिया गया था। इसके अतिरिक्त, पी.टी.एस. में 17,785 कर्मियों को आधारभूत पाठ्यक्रमों में प्रशिक्षणार्थियों का उत्तीर्ण प्रतिशत जो वर्ष 2011-12 में 84 प्रतिशत था, 2015-16 में घटकर 69 प्रतिशत हो गया। प्रशिक्षित अध्यापकों की कम उपलब्धता के कारण प्रशिक्षणार्थियों का उत्तीर्ण प्रतिशत कम हो गया। मार्च 2016 में पी.टी.एस. में 495 रिक्त पद (29 प्रतिशत) थे तथा अकादमियों में 141 पद (32 प्रतिशत) रिक्त थे।

- वर्ष 2011-16 के दौरान, चयनित जिलों में, आधुनिक शस्त्रों में प्रशिक्षण केवल 136 कर्मियों, सुरक्षा उपकरणों में 248 कर्मियों, सायबर में 137 कर्मियों, डाटा बैंक के प्रयोग में 565 कर्मियों एवं फॉरेन्सिक में 74 कर्मियों को प्रशिक्षण दिया गया। इस प्रकार, पुलिस कर्मियों में समग्र प्रवीणता बढ़ाने के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण की कमी थी।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि वर्ष 2010 से अधिक संख्या में पुलिसकर्मी नियुक्त किए गए थे, चूंकि प्रत्येक वर्ष पांच हजार से छः हजार पुलिस कर्मियों के नये पद स्वीकृत किए गए थे। इस कारण, नवनियुक्तों को बुनियादी पाठ्यक्रम उपलब्ध कराने के लिए सेवाकालीन पाठ्यक्रम बंद कर दिया गया ताकि क्षेत्रीय कार्य के लिए उन्हें तैनात किया जा सके। तथापि, सेवाकालीन पाठ्यक्रम रैंज पुलिस महानिरीक्षकों की देखरेख में आयोजित किया गया था। पुलिस कर्मियों को आधुनिक शस्त्रों, आंकड़ों का विश्लेषण और सायबर अपराध में प्रशिक्षण कमशः

आधुनिक शस्त्र के सेवाकालीन प्रशिक्षण प्रदान करने में कमी थी।

⁵⁴ इन्दौर, सागर, पचमढ़ी, रीवा, तिघरा (ग्वालियर) तथा उमरिया।

⁵⁵ जवाहर लाल नेहरू पुलिस अकादमी, सागर तथा मध्यप्रदेश पुलिस अकादमी, भौरी।

रुस्तमजी पुलिस प्रशिक्षण महाविद्यालय, इन्दौर, विशेष इकाईयों (जैसे ए.टी.एस. और हॉक फोर्स आदि) और पुलिस रेडियो प्रशिक्षण स्कूल, इन्दौर में 35-40 पाठ्यक्रमों के माध्यम से प्रदान किया गया। आगे यह भी बताया गया कि प्रशिक्षण पर और ध्यान दिया जाएगा।

तथापि, विभाग ने सेवाकालीन प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में भाग लेने वाले कर्मियों की संख्या प्रदान नहीं की। इसके अतिरिक्त, 2011-16 के दौरान जिलों में प्रशिक्षण में सम्मिलित हुए कर्मियों की संख्या से पता चला कि सेवाकालीन प्रशिक्षण की संख्या बहुत कम थी और विशेष रूप से एम.पी.एफ. के अंतर्गत आधुनिक शस्त्रों की खरीद को ध्यान में रखते हुए प्रशिक्षण पाठ्यक्रम को सारभूत रूप से बढ़ाए जाने की आवश्यकता थी।

2.2.17.3 अन्य मानव संसाधन प्रबंधन पक्ष

मानव संसाधन पक्ष जैसे कि कैरियर में की उन्नति, जीवन स्तर में सुधार, पुरस्कार प्रणाली, विशेषज्ञ शाखाओं के लिए शस्त्र प्रशिक्षण, न्यायालयिक विज्ञान, साइबर के अलावा परिष्कृत/नए प्रशिक्षण संस्थानों में दिए जाने वाले प्रशिक्षण के प्रकार, लैंगिक संवेदीकरण, हिरासत संवेदनशीलता, तनाव प्रबंधन, समूह निर्माण सहित डेटा बैंक का उपयोग आदि मुख्यतः पुलिसबल की दक्षता में सुधार करेंगे।

लेखापरीक्षा ने देखा गया कि एम.पी.एफ. के दिशानिर्देशों में इन पक्षों का प्रावधान नहीं किया गया, यद्यपि, योजना के अंतर्गत एक पांच वर्षीय नीतिगत योजना बनाने के लिए प्रावधान था जो कि पुलिसबल की दक्षता बढ़ाने के बड़े लक्ष्य हेतु ऐसे मानव संसाधन पक्षों के नीतिकरण के लिए एक अवसर था। तथापि, लेखापरीक्षा ने देखा कि नीतिगत योजना 2011-16 में उपर्युक्त मानव संसाधन पक्षों को शामिल नहीं किया गया।

चयनित जिलों में 150 पुलिस कर्मियों के साक्षात्कार में केवल 26 प्रतिशत उपलब्ध संसाधनों से संतुष्ट थे और 45 प्रतिशत नौकरी में उन्नति से संतुष्ट थे। तथापि, 85 प्रतिशत कर्मियों ने बताया कि वे विभिन्न विभागीय कार्यों की चुनौतियों से निपटने के लिए प्रोत्साहित थे और 81 प्रतिशत ईनाम प्रणाली से संतुष्ट थे।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि लैंगिक संवेदीकरण, तनाव प्रबंधन, शस्त्र, कानून एवं साइबर विषयों को शामिल कर प्रशिक्षण आवश्यकता विश्लेषण आधारित पाठ्यक्रम आरक्षक से उप पुलिस अधीक्षक तक के पदों के लिए तैयार किए गए थे। इसके अतिरिक्त 55 अधिकारियों को प्रशिक्षण में गुणवत्ता, 8,995 अधिकारियों को पुलिस स्टेशन प्रबंधन, 77 को सर्वोत्तम प्रथा और नवाचार तथा 53 अधिकारियों को 'नेतृत्व कार्यक्रम' में विभिन्न संस्थाओं में प्रशिक्षण दिया गया था। भविष्य में, पुलिस अधिकारियों को भी नए क्षेत्रों में उन्हें व्यावसायिक रूप से कुशल बनाने के लिए प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा।

तथ्य यह है कि, मानव संसाधन पक्ष के बारे में पुलिस कर्मियों की संतुष्टि का स्तर बहुत पुष्टिकारक नहीं था और इसका समाधान करने के लिए ठोस प्रयास आवश्यक थे।

2.2.18 निगरानी और आंतरिक नियंत्रण

2.2.18.1 अपर्याप्त निगरानी

भारत सरकार (फरवरी 2001), ने राज्य के मुख्य सचिव की अध्यक्षता में परियोजना के क्रियान्वयन पर निगरानी करने के लिए एक राज्य स्तरीय साधिकार समिति (एस.एल.ई.सी.) का गठन करने के लिए निर्देशित किया। मध्य प्रदेश शासन ने योजना की निगरानी हेतु एस.एल.ई.सी. का गठन किया (जून 2001) जिसमें मुख्य सचिव, प्रमुख सचिव गृह, डी.जी.पी., सचिव एवं अतिरिक्त सचिव गृह शामिल थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एस.एल.ई.सी. की बैठक ए.ए.पी. के अनुमोदन हेतु आयोजित की गई थी एवं परियोजना के क्रियान्वयन की निगरानी एस.एल.ई.सी. द्वारा की गयी अथवा नहीं इसके संबंध में कोई प्रमाण नहीं थे। विभाग द्वारा 2011-16 के दौरान एस.एल.ई.सी. की आयोजित बैठकों की संख्या के बारे में कोई जानकारी नहीं दी गई।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. द्वारा अवगत कराया गया कि विभागीय प्रस्ताव समिति द्वारा पूर्ण संतुष्टि के उपरांत ही अनुमोदित किया गया और धन के उपयोग के लिए समय-समय पर पी.एच.क्यू. द्वारा निगरानी की जा रही थी।

उत्तर स्वीकार करने योग्य नहीं है, जैसा कि विभागीय एस.एल.ई.सी. को उच्च स्तर पर निगरानी करने के लिये अधिदिष्ट किया गया था, जबकि एस.एल.ई.सी. ने ए.ए.पी. के अनुमोदन के उपरांत योजना के क्रियान्वयन की निगरानी नहीं की।

2.2.18.2 योजना के अंतर्गत सृजित परिसंपत्तियों पर अपर्याप्त आंतरिक नियंत्रण

विभाग द्वारा एम.पी. एफ. योजना में सृजित परिसंपत्तियों का वार्षिक सत्यापन नहीं किया गया।

एम.पी.एफ. के दिशानिर्देशों के अनुसार परिसंपत्तियों का वार्षिक सत्यापन, पुलिस संचालनालय के नामित अधिकारियों की एक टीम द्वारा किया जाएगा और इसकी प्रविष्टि परिसंपत्ति पंजियों में की जायेगी। भौतिक सत्यापन की प्रक्रिया में, परिसंपत्तियों की पंजी से तैयार की गई परिसंपत्ति की सूची, स्थायी परिसंपत्तियों का उनके स्थान पर भौतिक सत्यापन, पायी गई विसंगतियों की जाँच आदि शामिल था।

लेखापरीक्षा ने देखा कि 2011-16 के दौरान पी.एच.क्यू. द्वारा अधिकारियों को परिसंपत्तियों के वार्षिक सत्यापन हेतु नामित नहीं किया गया था। चयनित 13 जिलों में शस्त्रों एवं वाहनों के लिए परिसंपत्तियों की पंजी संधारित की गई थी। हालांकि, उपकरणों के लिए कोई भी पंजी संधारित नहीं की गई थी। आगे, दो पुलिस अधीक्षकों (सागर एवं छतरपुर) द्वारा ही आवासों एवं भवनों के लिए परिसंपत्तियों की पंजी का संधारण किया गया। यह खराब वस्तुसूची प्रबंधन एवं योजना के तहत सृजित परिसंपत्तियों पर आंतरिक नियंत्रण की कमी दर्शाता है।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में, ए.सी.एस. द्वारा अवगत कराया कि परिसंपत्तियों पर पर्याप्त नियंत्रण रखने के लिए कम्प्यूटराईज्ड वस्तुसूची प्रबंधन प्रणाली की पहल की जाएगी।

2.2.18.3 पुलिसबल के आधुनिकीकरण के प्रभाव का आकलन

आधुनिकीकरण के लिए उपयोग की गई निधियों के व्यापक प्रभाव का आकलन नहीं किया गया।

राज्य में योजना वर्ष 2000 से क्रियान्वित की जा रही थी। पुलिसबल के आधुनिकीकरण हेतु उपयोग की गई निधियों के प्रभावों का आकलन, सफलता के आकलन और मध्यावधि सुधारों के लिए महत्वपूर्ण था।

लेखापरीक्षा ने देखा कि विभाग ने गतिशीलता, शस्त्र और आवास/भवन के प्रभाव का आकलन उनकी आवश्यकता और उपलब्धता के आधार पर किया परंतु आधुनिकीकरण हेतु उपयोग की गई निधियों के व्यापक प्रभाव का आकलन विभाग द्वारा स्वयं या तीसरे पक्ष से किए जाने के साक्ष्य नहीं थे।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि तीसरे पक्ष द्वारा प्रभाव का आकलन नहीं किया गया था लेकिन योजना निधियों का उपयोग अधोसंरचना के अंतर को भरने में सहायक था, बल का मनोबल बढ़ा, विभिन्न गतिविधियों के लिए उपकरणों को उन्नत किया और परिणामस्वरूप राज्य पुलिस, पुलिस कार्यों के विभिन्न पक्षों में सफलता पाने में सक्षम हुई है। उत्तर, हालांकि किसी प्रलेखीय साक्ष्य से संपुष्ट नहीं था।

उत्तर यद्यपि, एम.पी.एफ. के अंतर्गत विभाग द्वारा निधियों के उपयोग के व्यापक प्रभाव के आंकलन पर मौन था।

2.2.18.4 समवर्ती लेखापरीक्षा की प्रभावशीलता

समवर्ती लेखापरीक्षा प्रणाली का उपयोग कार्यप्रणाली को सुधारने हेतु नहीं किया।

गृह मंत्रालय ने समवर्ती लेखापरीक्षा और कार्रवाई प्रतिवेदन के माध्यम से इसकी निगरानी हेतु एक प्राणाली स्थापित की नोडल अधिकारी द्वारा प्रस्तुत किए गए अभिलेखों में लेखापरीक्षा ने पाया कि 2011-16 के दौरान नौ समवर्ती लेखापरीक्षाएं की गईं, तीन समवर्ती लेखापरीक्षा प्रतिवेदन प्राप्त हुए और कार्रवाई प्रतिवेदन दो प्रकरणों में भेज दिए गए थे और अक्टूबर 2014 से मार्च 2015 के संबंध में कार्रवाई प्रतिवेदन अभी भेजा जाना था (जून 2016)। लेखापरीक्षा ने उपलब्ध कराए गए समवर्ती लेखापरीक्षा प्रतिवेदनों में देखा कि निधियों के विमुक्ति में विलंब, अव्ययित शेष, कार्यों के निष्पादन में विलंब, जैसी कमियों को रेखांकित किया गया था जोकि अभी भी सतत थी। इस प्रकार, विभाग ने समवर्ती लेखापरीक्षा प्रणाली का उपयोग योजना के क्रियान्वयन की क्रियाविधि को सुधारने हेतु नहीं किया।

निर्गम सम्मेलन (नवम्बर 2016) में ए.सी.एस. ने तथ्यों की पुष्टि की और बताया कि दो मामलों में कार्रवाई प्रतिवेदन भेज दिया गया है जबकि एक मामले में भेजा जाना अभी बाकी है। उत्तर, हालांकि इस योजना के क्रियान्वयन की क्रियाविधि में सुधार करने के लिए समवर्ती लेखापरीक्षा की प्रणाली का उपयोग नहीं करने के मुद्दे पर मौन था।

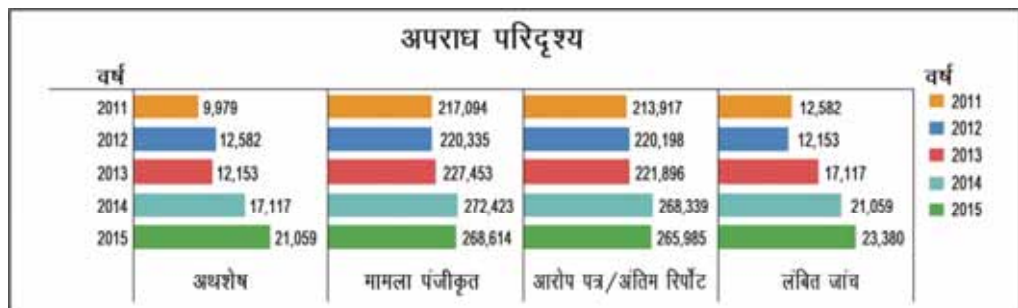
2.2.19 अपराध परिदृश्य

अपराध और जाँच की स्थिति की प्रवृत्ति पुलिसबल की तैयारी और परिचालन क्षमता का सूचक है। राज्य अपराध अभिलेख ब्यूरो के द्वारा, अवधि 2011-16 में अपराध प्रकरणों और जाँच की गति के बारे में प्रस्तुत आंकड़ों की संवीक्षा में अपराधों की बढ़ती प्रवृत्ति और जाँच की कम गति प्रकट हुई जैसा कि नीचे वर्णित किया गया है:

राज्य में अपराध प्रकरणों की संख्या और लंबित मामले बढ़े।

2011-2015 के दौरान, राज्य में भारतीय दण्ड संहिता अपराधों की संख्या धीरे-धीरे 2.17 लाख से 2.69 लाख तक (24 प्रतिशत) बढ़ी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि जाँच में लंबित मामले भी 12,582 से 23,380 तक (86 प्रतिशत) बढ़े यद्यपि इसी अवधि में आरोप पत्रों की संख्या भी 2.14 लाख से 2.66 लाख तक (24 प्रतिशत) बढ़ी। इसने इंगित किया कि जाँच की गति, अपराध की वृद्धि के अनुरूप नहीं थी। विवरण चार्ट-2.2.3 में दर्शाए गए हैं।

चार्ट-2.2.3



(स्रोत: राज्य अपराध अभिलेख ब्यूरो)

आपराधिक प्रकरणों में वृद्धि और लंबित जाँच की संख्या से प्रकट हुआ कि संसाधनों जैसे कि वाहन, शस्त्र, और उपकरणों की उपलब्धता में वृद्धि के बावजूद राज्य पुलिस बल की दक्षता में सुधार प्रत्यक्ष नहीं थे।

चयनित जिलों के पुलिस अधीक्षकों ने अपराध और जाँच में लंबित मामलों की संख्या में वृद्धि का कारण बढ़ती जनसंख्या, पुलिस बल की अन्य जैसे कि अति महत्वपूर्ण व्यक्तियों की सुरक्षा और न्यायालय की कार्यवाही में व्यस्तता, बदलते आर्थिक एवं सामाजिक परिदृश्य, बढ़ती जन जागरूकता इत्यादि को बताया। यह भी बताया गया कि बढ़ती हुई जनसंख्या और बढ़ते हुए अपराध की तुलना में पुलिस बल में कमी थी।

विभाग द्वारा सूचित किया गया (जनवरी 2017) कि पुलिस बल को प्रोत्साहित करने के लिए प्रयास किए गए थे जिसमें शामिल थे:

- प्रशिक्षण मॉड्यूल में व्यक्तित्व विकास के आयाम जैसे कि स्व-विकास, तनाव प्रबंधन और प्रोत्साहन तकनीकी सम्मिलित थे;
- विभिन्न योजनाएं जैसे कि आरक्षक के अच्छे काम के लिए उपनिरीक्षक के पद पर नियुक्ति हेतु 15 प्रतिशत आरक्षण और इनाम एवं
- कल्याणकारी गतिविधियां जैसे कि, पढ़ने वाले बच्चों के लिए छात्रवृत्ति, सहकारी भंडार, नगद रहित इलाज की योजना।

निर्गम सम्मेलन (नवंबर 2016) में ए.सी.एस. ने बताया कि 2011-16 के पंजीकरण के दौरान कुल बढ़े हुए 24 प्रतिशत में से लगभग 10 प्रतिशत मामलों में इसलिए वृद्धि हुई क्योंकि माननीय सर्वोच्च न्यायालय के निर्देशानुसार (मई 2013) गायब हुए बच्चों के मामलों में प्रथम सूचना प्रतिवेदन दर्ज करना अनिवार्य हो गया था। पंजीकृत अपराध की तुलना में पुलिस बल की संख्या में बढ़ोतरी नहीं हुई थी। पुलिस बल की चुनावों और अति महत्वपूर्ण व्यक्तियों की सुरक्षा में व्यस्तता से मामलों की जाँच प्रभावित हुई थी। यह भी बताया गया कि वर्षवार पंजीकृत और निराकृत प्रकरणों के विश्लेषण ने दर्शाया कि वर्ष 2011 से 2015 में लंबित प्रकरण 3,177 से घटकर 2,629 हो गये थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, जैसा कि 2011 से 2016 तक के दौरान जाँच के लंबित मामले बढ़े। इसलिए, पुलिस बल को मजबूत करने के लिए पर्याप्त मानवशक्ति के साथ गतिशीलता में बढ़ावा, शस्त्र, जीवन स्तर में सुधार और अन्य संबंधित अधोसंरचनाओं को मजबूत करने के लिए प्रभावकारी कदम उठाए जाने की आवश्यकता थी जैसे कि निष्पादन लेखापरीक्षा की पूर्ववर्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

2.2.20 सारांश

- रणनीतिक योजना, दूरदर्शिता, मिशन, उद्देश्यों, लक्ष्यों और मूल्यांकन योजना के बिना तैयार की गई थी। ए.ए.पी. में गुप्तवार्ता, प्रशिक्षण, दूरसंचार, रेलवे, सी. आई.डी. और एफ.एस.एल से संबंधित पुलिस उपकरणों का अंतर विश्लेषण नहीं किया गया। 2011-16 के दौरान ए.ए.पी. के गृह मंत्रालय को प्रस्तुतीकरण में असाधारण विलंब था, परिणामतः ए.ए.पी. के अनुमोदन में अहम विलंब हुए। इस प्रकार, योजना को योजनानुसार लागू करने और निधियों के उपयोग करने के लिए थोड़ा समय बचा था। आगे, ए.ए.पी. राज्य में एम.पी.एफ. और अन्य संबंधित योजनाओं में उपलब्ध निधियों का अधिकतम उपयोग करने के लिए संयुक्त संसाधन आयोजना शामिल करने के बाद नहीं बनाए गए थे।
- उपलब्ध धन के विरुद्ध व्यय की प्रगति धीमी थी, जो 2015-16 के दौरान व्यापकता से सुधरी जिसमें ₹ 163.65 करोड़ (कुल ₹ 316.47 करोड़ का 52 प्रतिशत) व्यय हुए। व्यय की धीमी गति के कारण राज्य में एम.पी.एफ. के क्रियान्वयन के लिए केंद्रांश के ₹ 92.79 करोड़ की कम विमुक्ति हुई। अवधि 2015-16 के लिए गृह मंत्रालय द्वारा मध्य प्रदेश शासन को विमुक्त ₹ 23.42 करोड़ केंद्रांश और साथ-साथ ₹ 17.87 करोड़ राज्यांश विभाग को विमुक्त नहीं किया गया। भारत सरकार को गलत उपयोगिता प्रमाण पत्र प्रस्तुत

किए गए। म.प्र.पु.हा.का. ने योजना की बकाया निधियों हेतु ब्याज की गणना नहीं की, इसलिए योजना के उद्देश्यों को आगे बढ़ाने के लिए इसका उपयोग नहीं किया जा सका।

- निर्माण में देरी के कारण, पुलिस भवन और आवासों की उपलब्धता वास्तविक आवश्यकता से काफी पीछे चल रही थी। सारभूत संख्या में भवनों के निर्माण का प्रारंभ नहीं हुआ और म.प्र.पु.हा.का. द्वारा पूर्ण कार्यों को देरी के साथ विभाग को हस्तांतरित किया गया। भवन कार्य के लिए गुणवत्ता नियंत्रण मानकों के प्रयोग में विसंगति देखी गई। म.प्र.पु.हा.का. और विभाग के बीच समन्वय का अभाव था।
- भवनों की उपलब्धता के साथ साथ प्रति 100 कर्मी आवासों में भी कमी आई। दो तिहाई से अधिक पुलिस कर्मियों को सरकारी आवास नहीं दिए जा सके चूंकि पुलिस कर्मियों के लिए 69,978 आवास की कमी थी। इसी प्रकार, पुलिस स्टेशन, चौकी, जिला पुलिस कार्यालय, जिला पुलिस लाईन, कंट्रोल रूम सहित 718 भवनों की कमी थी। पुलिस स्टेशन/चौकी में बुनियादी सुविधाएं जैसे कि महिला कर्मचारियों के लिए प्रसाधन और आराम कक्षों की कमी थी। पुलिस कर्मी, कंडम और जर्जर मकानों/भवनों में आवासित थे और कार्य कर रहे थे। इस प्रकार, पुलिस बल की अपनी सुरक्षा खतरे में थी।
- प्रतिक्रिया समय की पर्याप्त निगरानी नहीं की गई। विभाग में वाहनों, विशेष रूप से मोटरसाईकिल की कमी थी। आधुनिक शस्त्रों की कमी थी और शस्त्र कार्यशाला के उन्नयन की आवश्यकता थी। क्रय प्रक्रियाओं को पूर्ण करने में विलंब थे। राज्य में भारतीय दण्ड संहिता अपराध धीरे-धीरे बढ़े और जांच की गति और अपराध वृद्धि की गति में अनुरूपता नहीं थी।
- पुलिस बल में बहुत रिक्तियां थी। एफ.एस.एल. में वैज्ञानिक अधिकारी व तकनीकी अधिकारी के पद रिक्त थे परिणामतः परीक्षण प्रतिवेदन भेजने के मामले लंबित हुए। पुलिस बल को आधुनिक और जटिल शस्त्रों एवं उपकरणों के लिए प्रशिक्षण पर्याप्त नहीं था।
- योजना के क्रियान्वयन की निगरानी पर्याप्त नहीं थी। योजना के अंतर्गत सृजित परिसंपत्तियों पर आंतरिक नियंत्रण अपर्याप्त था। आधुनिकीकरण के लिए उपयोग की गई निधियों के व्यापक प्रभाव का आकलन नहीं किया गया था तथा समवर्ती लेखापरीक्षा का उपयोग कार्य में सुधार के लिए नहीं किया गया।

2.2.21 अनुशंसाएं

- प्रत्येक घटक के अंतर्गत अभावों का उचित आकलन करने के उपरांत पुलिस बल की आधुनिकीकरण के लिए रणनीतिक योजना तैयार की जाये, वार्षिक कार्य योजनाओं के प्रस्तुतीकरण में दिशानिर्देशों के प्रावधानों और समय-सीमा का पालन सुनिश्चित किया जाना चाहिए।
- मध्य प्रदेश शासन को एम.पी.एफ. के अंतर्गत सभी देय निधियों की समयसीमा में विमुक्ति सुनिश्चित करना चाहिए और ब्याज का उपयोग एम.पी.एफ. योजना के उद्देश्यों को आगे बढ़ाने के लिए किया जाना चाहिए।
- एम.पी.एफ. के विभिन्न घटकों के क्रियान्वयन में आ रहे अवरोधों के कारणों की पहचान कर शोधित किया जाए। पुलिस बल की मानवशक्ति में वृद्धि को ध्यान रखते हुए पुलिसबल आधुनिकीकरण के लिए और वित्तीय सहायता की आवश्यकता है।

- विभिन्न स्तर पर मानवशक्ति की कमी का चरणबद्ध तरीके से समाधान किया जाये और व्यापक कौशल विकास, आधुनिक और परिष्कृत शस्त्रों एवं उपकरणों के प्रशिक्षण को उच्च प्राथमिकता प्रदान किया जाना चाहिए।
- कार्यक्रमों के सामयिक क्रियान्वयन और मध्यावधि सुधारों हेतु आवर्ती और नियमित निगरानी और प्रभावी आंकलन क्रियाविधि शासन स्तर पर विकसित की जानी चाहिए।

विभाग ने अनुशंसाओं को स्वीकार किया।

महिला एवं बाल विकास विभाग

2.3 एकीकृत बाल विकास सेवाओं के अंतर्गत पूरक पोषण कार्यक्रम पर निष्पादन लेखापरीक्षा

कार्यपालन सारांश

एकीकृत बाल विकास सेवा (आई.सी.डी.एस.), छोटे बच्चों में कुपोषण, अल्प विकास, रुग्णता तथा मृत्यु दर के दुश्चक्र को तोड़ने की चुनौती के प्रति भारत के प्रत्युत्तर/प्रतिक्रिया है। आई.सी.डी.एस. अंतर्गत पूरक पोषण कार्यक्रम (पू.पो.का.) मुख्य रूप से, अनुशंसित आहार भत्ता (आर.डी.ए.) और औसत दैनिक खपत (ए.डी.आई.) के मध्य अंतर को पाटने के लिये तैयार किया गया है। पूरक पोषण कार्यक्रम (पू.पो.का.) के अंतर्गत प्रत्येक हितग्राही को वर्ष में 300 दिनों का पूरक पोषण प्रदाय किया जाता है, जो आंगनवाड़ी केन्द्रों द्वारा पके हुए भोजन तथा टेक होम राशन (टी.एच.आर.) के रूप में प्रदाय किया जाता है।

2011-12 से 2015-16 के दौरान, मध्य प्रदेश में पूरक पोषण आहार योजना के क्रियान्वयन हेतु ₹ 5012.17 करोड़ व्यय किये। मध्य प्रदेश में आई.सी.डी.एस. (पूरक पोषण कार्यक्रम) के कार्यान्वयन पर निष्पादन लेखापरीक्षा अवधि 2011-16 के दौरान निम्नानुसार परिलक्षित हुआ:

वित्तीय प्रबंधन

- राज्य सरकार ने पू.पो.का. के अंतर्गत जारी खाद्यान्न को मध्य प्रदेश राज्य नागरिक आपूर्ति निगम (एम.पी.एस.सी.एस.सी.) के माध्यम से जिला कार्यक्रम अधिकारी (जि.का.अ.) को आवंटन हेतु उपलब्ध कराया। लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि गेहूँ एवं चावल के केन्द्रीय निर्गम मूल्य (के.नि.मू.) का जिला कार्यक्रम अधिकारियों ने पालन नहीं किया तथा एम.पी.एस.सी.एस.सी. को उच्च दरों पर भुगतान किया। जिसके परिणामस्वरूप 2012-13 से 2014-15 के दौरान एम.पी.एस.सी.एस.सी. को ₹ 40.87 करोड़ का अधिक भुगतान हुआ। जि.का.अ. द्वारा खाद्यान्न के कम उठाव के कारण एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास ₹ 13.81 करोड़ का असमायोजित अग्रिम पड़ा था।

(कड़िकाएं 2.3.6.1 एवं 2.3.6.3)

- मध्य प्रदेश राज्य एग्रो औद्योगिक विकास निगम लिमिटेड (एम.पी. एग्रो), जो टी.एच.आर. पैकेट प्रदाय हेतु एजेंसी है, द्वारा वास्तविक टी.एच.आर. पैकेट प्रदाय के लिए आवश्यक मात्रा की तुलना में गेहूँ तथा चावल अधिक उपयोग किया गया। विभाग ने खाद्यान्न के अधिक उपयोग के कारणों का विश्लेषण नहीं किया, जिस कारण एम.पी. एग्रो को ₹ 15.57 करोड़ का अनुचित वित्तीय लाभ हुआ।

(कड़िका 2.3.6.2)

हितग्राहियों का कम आच्छादन

- आई.सी.डी.एस. को छः वर्ष तक के सभी बच्चों तथा सभी गर्भवती एवं धात्री माताओं के लिए विस्तारित किया जाना था। आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत वर्ष 2011-16 के दौरान, दर्ज छः माह से तीन वर्ष की आयु समूह के 20.94 लाख बच्चों, तीन वर्ष से छः वर्ष की आयु समूह के 57.02 लाख बच्चों तथा 7.99 लाख गर्भवती एवं धात्री माताओं को पूरक पोषण आहार नहीं प्रदान किया गया। आंगनवाड़ी केन्द्रों के खराब बुनियादी ढांचे, पूरक पोषाहार की कम मात्रा तैयार करना या आंगनवाड़ी केन्द्र पर पूरक पोषाहार का प्रदाय नहीं होना तथा केन्द्रों का अधिक दूर स्थित होना, हितग्राहियों की आंगनवाड़ी में कम उपस्थिति के कारण थे, जिसने दर्ज हितग्राहियों की आंगनवाड़ी केन्द्रों पर उपस्थिति को निरूत्साहित किया।

(कड़िका 2.3.7.2)

सेवाओं के वितरण में व्यवधान

- नमूना जाँच किये गये 14 परियोजना कार्यालयों में, 2011-12 से 2015-16 के दौरान 983 आंगनवाड़ी केन्द्रों में 37,079 दर्ज हितग्राहियों को विभिन्न माहों में (एक दिन से लेकर 120 दिन तक) पूरक पोषाहार प्रदाय नहीं किया गया।

(कंडिका 2.3.9.1)

पके हुए भोजन का वितरण

- वर्ष 2011-16 के दौरान पके भोजन तैयार करने में संलग्न स्व-सहायता समूहों को 24432.05 मीट्रिक टन गेहूँ और 3592.06 मीट्रिक टन चावल के वितरण में कमी थी, जिसने हितग्राहियों को पके हुए भोजन के वितरण को प्रभावित किया।

(कंडिका 2.3.9.2)

राज्य में आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी

- भारत सरकार के द्वारा निर्धारित जनसंख्या मानदण्ड के अनुसार मार्च 2016 की स्थिति में राज्य में 18,604 आंगनवाड़ी केन्द्रों तथा 3,400 मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी थी। राज्य में कुल 61,755 ग्रामों/वार्डों में से 53.84 लाख की जनसंख्या वाले 11,156 ग्राम/वार्ड आंगनवाड़ी केन्द्र विहीन थे। भारत सरकार ने 4,305 आंगनवाड़ी केन्द्र (नवम्बर 2014) स्वीकृत किये, हालांकि ये आंगनवाड़ी केन्द्र खोले नहीं गये।

(कंडिका 2.3.10)

बच्चों की वृद्धि की निगरानी एवं पोषण स्थिति

- नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे (2015-16) के अनुसार राज्य में 9.2 प्रतिशत बच्चे अति कुपोषित पाए गये। अतः राज्य अति कुपोषित बच्चों को 12.6 प्रतिशत से 5 प्रतिशत कमी लाने के लक्ष्य को प्राप्त नहीं कर सका। इस प्रकार राज्य कम वजन वाले बच्चों के प्रतिशत तथा 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर में कमी लाने के निर्धारित लक्ष्य से बहुत पीछे था।

(कंडिका 2.3.11)

योजना के अनुश्रवण

- राज्य स्तरीय अनुश्रवण एवं समीक्षा समिति की बैठक आयोजित नहीं की गई। जिला एवं विकासखण्ड स्तर पर उचित अनुश्रवण एवं पर्यवेक्षण हेतु अनुश्रवण एवं समीक्षा समिति का गठन नहीं किया गया।

(कंडिकाएं 2.3.12.3 एवं 2.3.12.4)

2.3.1 प्रस्तावना

भारत सरकार द्वारा केन्द्र प्रवर्तित योजना के रूप में एकीकृत बाल विकास सेवाएं (आई.सी.डी.एस.) योजना अक्टूबर 1975 में प्रारंभ की गई। योजना का उद्देश्य शून्य से छः वर्ष आयु समूह के बच्चों, गर्भवती तथा धात्री माताओं का समग्र विकास करना है। आई.सी.डी.एस. योजना छः सेवाओं का एक पैकेज है यथा; पूरक पोषण कार्यक्रम, टीकाकरण, स्वास्थ्य जाँच, रेफरल सेवाएँ, शाला पूर्व शिक्षा (शा.पू.शि.) तथा पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा।

पूरक पोषण कार्यक्रम (पू.पो.का.) मुख्य रूप से अनुशंसित आहार भत्ता (आर.डी.ए.) और औसत दैनिक खपत (ए.डी.आई.) के मध्य अंतर को पाटने के लिये तैयार किया गया।

पू.पो.का. के अंतर्गत प्रत्येक हितग्राही को वर्ष में 300 दिनों का पूरक पोषण प्रदाय किया जाना है, जो ग्राम स्तर पर आंगनवाड़ी केन्द्रों के द्वारा प्रदाय किया जाता है। मध्य प्रदेश में प्रदायित पूरक पोषाहार के प्रकार को तालिका-2.3.1 में दर्शाया गया है।

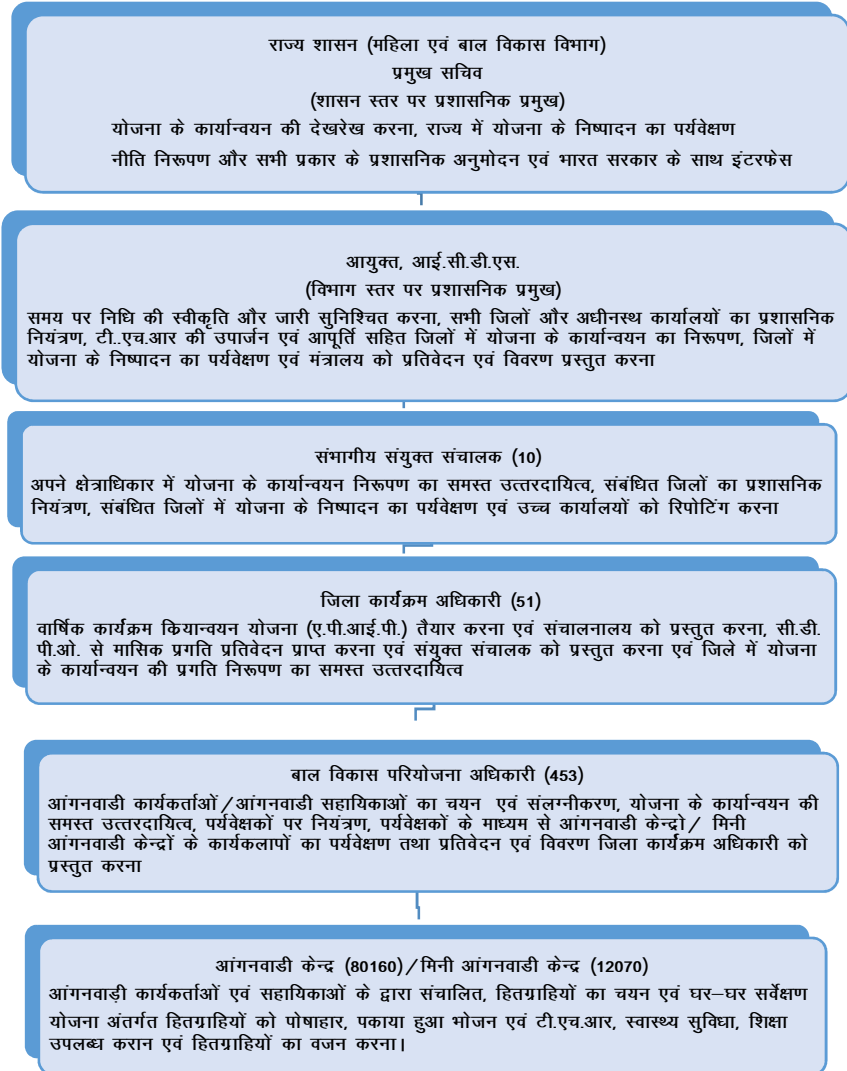
तालिका-2.3.1: आई.सी.डी.एस. अंतर्गत पूरक पोषण के प्रकार

लक्षित समूह	पूरक पोषण आहार के प्रकार	मेन्यू	वर्ष में भोजन प्रदाय दिवस	आवृत्ति
छः माह से तीन वर्ष के बच्चे	टेक होम राशन (टी.एच.आर.)	हलवा, बाल आहार एवं खिचड़ी	पांच दिवस टी.एच.आर. प्रति सप्ताह एवं मंगलवार को पकाया हुआ भोजन।	सप्ताह के प्रत्येक मंगलवार को
धात्री एवं गर्भवती महिलाएं	{पैक किया हुआ खाद्य पदार्थ}	सोया बर्फी, आटा बेसन लड्डू एवं खिचड़ी		
तीन वर्ष से छः वर्ष के बच्चे	पकाया हुआ भोजन	राज्य शासन द्वारा निर्धारित दिन प्रतिदिन के मेन्यू अनुसार	300 दिवस (प्रति सप्ताह छह दिवस)	सभी बच्चों को दिन में दो बार और कुपोषित बच्चों को अतिरिक्त तृतीय भोजन

2.3.2 संगठनात्मक संरचना

राज्य में आई.सी.डी.एस. के कार्यान्वयन हेतु विभिन्न स्तर पर क्रियाकलाप एवं दायित्वों के साथ संगठनात्मक संरचना चार्ट-2.3.1 में दर्शाया गया है।

चार्ट 2.3.1: संगठनात्मक संरचना



2.3.3 लेखापरीक्षा उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा का उद्देश्य आकलन करना था कि क्या:

- आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत पूरक पोषाहार हेतु केन्द्र तथा राज्य शासन द्वारा उपलब्ध कराई गई निधियों का कुशलतापूर्वक और मितव्ययी रूप से उपयोग किया गया;
- आई.सी.डी.एस. (पू.पो.का.) की सेवाओं को प्रभावी ढंग से कार्यान्वयन किया जा रहा था ताकि हितग्राहियों के पोषण स्तर में सुधार के उद्देश्य को प्राप्त किया जा सके;
- आंगनवाड़ी केन्द्रों में आई.सी.डी.एस. (पू.पो.का.) के प्रभावी और निरन्तर संचालन हेतु आवश्यक बुनियादी सुविधायें पर्याप्त थी; और
- आई.सी.डी.एस. (पू.पो.का.) के प्रभावी कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने हेतु अनुश्रवण तंत्र पर्याप्त था।

2.3.4 लेखापरीक्षा मापदण्ड

निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु लेखापरीक्षा मानदण्ड निम्न से लिये गये:

- भारत सरकार और राज्य शासन की आई.सी.डी.एस.(पू.पो.का.) योजना के दिशानिर्देश।
- भारत सरकार और राज्य शासन द्वारा जारी किये गये निर्देश।
- निर्धारित अनुश्रवण एवं मूल्यांकन तंत्र।

2.3.5 लेखापरीक्षा कार्यक्षेत्र तथा कार्यप्रणाली

निष्पादन लेखापरीक्षा आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत पूरक पोषण कार्यक्रम के कार्यान्वयन अवधि 2011-12 से 2015-16 की अवधि को शामिल किया गया है। निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु 14 जिलों⁵⁶ एवं प्रत्येक चयनित जिले से तीन परियोजना कार्यालयों का चयन प्रतिस्थापन पद्धति के बिना सरल यादृच्छिक प्रतिचयन (एस.आर.एस.डब्ल्यू.ओ.आर) के आधार पर किया गया है। चयनित प्रत्येक परियोजना कार्यालय से 10 आंगनवाड़ी केन्द्रों का चयन यादृच्छिक आधार पर किया गया।

आई.सी.डी.एस. (पूरक पोषण कार्यक्रम) के कार्यान्वयन की समीक्षा राज्य स्तर पर आयुक्त, आई.सी.डी.एस., 14 चयनित जिला स्तरीय कार्यालय के जिला कार्यक्रम अधिकारियों (जि.का.अ.), 42 चयनित खण्ड स्तरीय कार्यालयों के बाल विकास परियोजना अधिकारियों (बा.वि.प.अ.) और 420 चयनित आंगनवाड़ी केन्द्रों के अभिलेखों के माध्यम से की गई। टी.एच.आर. के अंतर्गत से संबंधित मध्य प्रदेश राज्य एग्री उद्योग विकास निगम लिमिटेड (एम.पी.एग्री.) के अभिलेखों तथा आई.सी.डी.एस. हेतु खाद्यान्नों की आपूर्ति से संबंधित मध्य प्रदेश राज्य सिविल सप्लाइज निगम (एम.पी.एस.सी.एस.सी.) के अभिलेखों की भी जाँच की गई।

210 आंगनवाड़ी केन्द्रों, 57 स्व-सहायता समूहों का संयुक्त भौतिक निरीक्षण तथा छः माह से छः वर्ष के बच्चों के अभिभावकों (माता या पिता) के साथ गर्भवती एवं धात्री माताओं को शामिल करते हुये 2080 हितग्राहियों का संयुक्त हितग्राही सर्वेक्षण विभागीय अधिकारियों के साथ किया गया।

⁵⁶ अलीराजपुर, बालाघाट, भोपाल, छिंदवाड़ा, धार, इन्दौर, खंडवा, खरगौन, पन्ना, राजगढ़, रतलाम, सतना, सिवनी तथा विदिशा

11 मार्च 2016 को प्रमुख सचिव, महिला एवं बाल विकास विभाग (म.एवं बा.वि.) के साथ एक प्रवेश सम्मेलन आयोजित हुआ जिसमें लेखापरीक्षा के उद्देश्यों एवं मापदण्डों पर चर्चा की गई। प्रारूप प्रतिवेदन अगस्त 2016 में महिला एवं बाल विकास विभाग को जारी किया गया। 14 अक्टूबर 2016 को आयोजित निर्गम सम्मेलन में लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर प्रमुख सचिव, महिला एवं बाल विकास की ओर से आयुक्त के साथ चर्चा भी की गई निर्गम सम्मेलन के दौरान व्यक्त विचारों एवं सरकार के उत्तरों को समीक्षा में उपयुक्त रूप से शामिल किया गया।

लेखापरीक्षा निष्कर्ष

2.3.6 वित्तीय प्रबंधन

आई.सी.डी.एस. भारत सरकार एवं राज्य शासन के बीच लागत की साझेदारी के आधार पर वित्त पोषित केन्द्र प्रवर्तित योजना है। योजना के क्रियान्वयन हेतु निधिया दो मदों में प्रदाय की जाती है:

- आई.सी.डी.एस. (सामान्य) परिचालन लागत को वहन करने हेतु जिसके अंतर्गत भारत सरकार एवं राज्य शासन के बीच लागत की साझेदारी 90:10 का है एवं,
- पूरक पोषाहार (पू.पो.) जिसके अंतर्गत भारत सरकार एवं राज्य शासन के बीच लागत की साझेदारी 50:50 का है।

2011-12 से 2015-16 के दौरान, विभाग ने पूरक पोषाहार योजना के क्रियान्वयन हेतु ₹ 5012.17 करोड़ व्यय किये। 2011-12 से 2015-16 के दौरान वास्तविक प्राप्त राशि और पू.पो.का. पर किये गये व्यय का विवरण तालिका-2.3.2 में दिया गया है:

तालिका-2.3.2 : पूरक पोषण कार्यक्रम की प्राप्त राशि और किया गया व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	केन्द्रांश			राज्यांश		
	वास्तविक प्राप्ति	व्यय	आधिक्य(+)/कमी(-) प्राप्ति	वास्तविक प्राप्ति	व्यय	आधिक्य(+)/कमी(-) प्राप्ति
2011-12	523.23	446.83	76.40	451.00	446.83	4.17
2012-13	575.74	521.13	54.61	523.68	521.13	2.55
2013-14	423.86	447.40	(-)23.54	489.73	494.57	(-)4.84
2014-15	484.62	485.63	(-)1.01	574.99	485.63	89.36
2015-16	423.82	581.51	(-)157.69	600.78	581.51	19.27
योग	2431.27	2482.50	(-) 51.23	2640.18	2529.67	110.51

(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

अतः वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान, ₹ 51.23 करोड़ की केन्द्रांश निधि कम प्राप्त हुई। आगे, लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2014-15 के व्यय की तुलना में वर्ष 2015-16 के दौरान ₹ 191.76 करोड़ (19.75 प्रतिशत) अधिक व्यय किया गया जबकि पूर्ववर्ती वर्ष 2014-15 से 9.34 प्रतिशत लाभान्वित हितग्राहियों में वृद्धि हुई।

इंगित किये जाने पर आयुक्त ने उत्तर दिया कि पूरक पोषाहार के अंतर्गत लाभान्वित हितग्राहियों की संख्या प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम.आई.एस.) के माध्यम से दी गई है जो कि शत प्रतिशत सटीक नहीं थी। पूरक पोषाहार के अंतर्गत व्यय आंकड़े वास्तविक व्यय के आधार पर लिये गये। आगे, वित्त विभाग द्वारा वित्त वर्ष के अंत में देयकों के आहरण पर प्रतिबंध लगाने के कारण, स्व-सहायता समूहों के देयक समय पर प्राप्त न होने से वार्षिक व्यय भिन्न था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में, आयुक्त ने उत्तर दिया कि केन्द्रांश से कम प्राप्ति की स्थिति में, व्यय केन्द्रांश की प्रत्याशा में राज्यांश से पूरा किया गया।

विभिन्न योजनाओं यथा 13वें वित्त आयोग, अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता के अंतर्गत आंगनवाड़ी भवनों के निर्माण हेतु पृथक से निधि भी प्रदाय की गयी। योजनावार विवरण **परिशिष्ट-2.3.1** में दिया गया है। 2011-12 से 2015-16 के दौरान आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण पर बजट आवंटन और किये गये व्यय का विवरण **तालिका-2.3.3** में दिया गया है:

तालिका-2.3.3: आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण पर बजट आवंटन एवं व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	मूल बजट	अनुपूरक बजट	पुनर्विनियोजन / समर्पण	कुल उपलब्ध बजट	किया गया व्यय	अव्ययित राशि
2011-12	100.01	0	0	100.01	100.01	0
2012-13	100.00	50.00	0	150.00	0	150.00
2013-14	108.38	103.00	(-) 4.13	207.25	104.17	103.08
2014-15	185.25	64.75	0	250.00	87.44	162.56
2015-16	11.00	83.16	(-) 2.00	92.16	57.01	35.15
योग	504.64	300.91	(-) 6.13	799.42	348.63	450.79

(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण हेतु उपलब्ध ₹ 799.42 करोड़ में से ₹ 450.78 करोड़ (56 प्रतिशत) अव्ययित रही।

इस प्रकार, आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण के लिए कुल बजट ₹ 799.42 करोड़ में से ₹ 450.79 करोड़ (56 प्रतिशत) अव्ययित रहे। निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में, आयुक्त ने उत्तर दिया कि विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत स्वीकृत आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण जिले स्तर पर चयनित विभिन्न कार्यकारी संस्थाओं द्वारा किया गया। निर्माण कार्य की प्रगति विवादित भूमि, क्षेत्र चयन और कार्यकारी संस्था द्वारा निर्माण में देरी के कारण धीमी थी।

2.3.6.1 एम.पी.एस.सी.एस.सी. को खाद्यान्न का अधिक भुगतान

भारत सरकार द्वारा गेहूं आधारित पोषण कार्यक्रम (गे.आ.पो.का.) के अंतर्गत एस.एन.पी. में उपयोग हेतु गरीबी रेखा के नीचे (बी.पी.एल.) की दरों पर खाद्यान्न राज्यों को वार्षिक आधार पर जारी किया गया। इसका उद्देश्य एस.एन. की खरीद लागत कम करना तथा हितग्राहियों को पर्याप्त खाद्यान्न उपलब्ध कराना था। वर्ष 2011-16 के दौरान बी.पी.एल. हेतु गेहूं ₹ 415 प्रति क्विंटल एवं बी.पी.एल. हेतु चावल ₹ 565 प्रति क्विंटल केन्द्रीय निर्गम मूल्य (के.नि.मू.) था जो कि राज्य द्वारा भारतीय खाद्य निगम को भुगतान योग्य था।

भारत सरकार द्वारा मध्य प्रदेश शासन को अपने आवंटन को विकेन्द्रीकृत खरीद प्रणाली के अंतर्गत विकेन्द्रीकृत खरीद (डी.सी.पी.) स्टॉक से निकालने हेतु सहमति दी गयी। तदनुसार राज्य शासन द्वारा आवंटित खाद्यान्न को एम.पी.एस.सी.एस.सी. के माध्यम से जिले को प्रदाय किया गया तथा उसे एस.एन.पी. के अंतर्गत जारी करने हेतु वहां से सार्वजनिक वितरण प्रणाली के अंतर्गत उचित मूल्य की दुकान तक भेजा गया। एम.पी.एस.सी.एस.सी. को खाद्यान्न का भुगतान जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा किया जाना था।

एम.पी.एस.सी.एस.सी. को ₹ 40.87 करोड़ का अधिक भुगतान किया गया।

लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि एम.पी.एस.सी.एस.सी. को भुगतान जारी करते समय बी.पी.एल. हेतु गेहूं एवं चावल के के.नि.मू. का जि.का.अ. द्वारा पालन नहीं किया गया। एम.पी.एस.सी.एस.सी. को उच्च दरों पर भुगतान किया गया, जैसा कि **तालिका-2.3.4** में वर्णित है, जिसके परिणामस्वरूप एम.पी.एस.सी.एस.सी. को ₹ 40.87 करोड़ का अधिक भुगतान किया गया।

तालिका-2.3.4: 2012-15 के दौरान राज्य में खाद्यान्न का उठाव तथा भुगतान की गयी राशि का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	उठाव किया गया खाद्यान्न (मीट्रिक टन में)		एम.पी.एस.सी. एस.सी. को भुगतान की गई वास्तविक राशि		बी.पी.एल. को गेहूं तथा चावल, केन्द्रीय निर्गम मूल्य के आधार राशि जो एम.पी.एस.सी.एस.सी. को भुगतान की जानी थी		एम.पी.एस.सी. एस.सी. को किया गया अधिक भुगतान
	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल	
2012-13	137117.431	55804.900	65.69	38.94	56.90	31.53	16.20
2013-14	139947.571	56325.439	63.79	38.99	58.08	31.82	12.88
2014-15	125277.050	50305.873	55.74	36.46	51.99	28.42	11.79
योग							40.87

(स्रोत: एम.पी.एस.सी.एस.सी. द्वारा प्रदाय आंकड़े)

निर्गम सम्मलेन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि स्व-सहायता समूहों को खाद्यान्न उपलब्ध कराने हेतु गेहूं ₹ 415 प्रति क्विंटल एवं चावल ₹ 565 प्रति क्विंटल की बुनियादी दर के अतिरिक्त परिवहन/भंडारण शुल्क हेतु एम.पी.एस.सी.एस.सी. को भुगतान किया गया। अतः एम.पी.एस.सी.एस.सी. को उच्च दरों पर भुगतान नहीं किया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि भारत सरकार द्वारा निर्धारित बी.पी.एल. गेहूं तथा चावल के के.नि.मू. के आधार पर एम.पी.एस.सी.एस.सी. को भुगतान किया जाना था। आगे, संचालनालय ने जिला कार्यक्रम अधिकारियों को निर्देश (अक्टूबर 2013) जारी किये कि गे.आ.पो.का. के अंतर्गत केन्द्रीय दरों पर एम.पी.एस.सी.एस.सी. को बी.पी.एल. खाद्यान्न का भुगतान करना चाहिए। पू.पो.का. के अंतर्गत गेहूं (₹ 415 प्रति क्विंटल) और चावल (₹ 565 प्रति क्विंटल) के केन्द्रीय निर्गम मूल्य पर भुगतान करने हेतु एम.पी.एस.सी.एस.सी. लिमिटेड भोपाल द्वारा अपने जिला प्रबंधक, एम.पी.एस.सी.एस.सी. को भी निर्देश जारी (मई 2012) किये गये थे। अतः एम.पी.एस.सी.एस.सी. से ₹ 40.87 करोड़ के अधिक भुगतान की वसूली किये जाने की आवश्यकता थी।

2.3.6.2 टी.एच.आर. हेतु खाद्यान्न का अधिक उपयोग

टी.एच.आर. में पैक की हुई खाद्य सामग्री जैसे हलवा, बाल आहार, सोया बर्फी, आटा बेसन लड्डू और खिचड़ी सम्मिलित रहती है। टी.एच.आर. को तैयार तथा प्रदाय करने हेतु विभाग ने मध्य प्रदेश एग्रो उद्योग विकास निगम लिमिटेड (एम.पी. एग्रो) के साथ (जून 2008 तथा दिसम्बर 2011) अनुबंध किया। अनुबंध के अनुसार विभाग एफ.सी.आई से बी.पी.एल. गेहूं/चावल एम.पी. एग्रो को उपलब्ध कराने हेतु उत्तरदायी था। विभाग के पास खाद्यान्न के टी.एच.आर. हेतु उपयोग संबंधी निर्देश भी थे, इन मानदण्डों के अनुसार गेहूं तथा चावल की आवश्यकता का विवरण तालिका-2.3.5 में दिये गये।

तालिका-2.3.5 : टी.एच.आर. तैयार करने हेतु गेहूं तथा चावल के उपयोग के मानदण्ड

स. क्रं.	टी.एच.आर. का नाम	पैकेट की मात्रा (ग्राम में)	खाद्यान्नों का नाम	खाद्यान्न की प्रतिशतता
1	हलवा	600	गेहूं	42
			चावल	03
2	बाल आहार	600	गेहूं	56

3	खिचड़ी (बच्चों के लिए)	625	चावल	58
4	सोया बर्फी	750	गेहूं	40
5	आटा बेसन लड्डू	750	गेहूं	47.50
6	खिचड़ी (गर्भवती एवं धात्री माताओं के लिए)	750	चावल	58

(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

विभाग से प्राप्त आपूर्ति आदेश के आधार पर, आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से हितग्राहियों को वितरित किये जाने हेतु एम.पी. एगो द्वारा टी.एच.आर. की आपूर्ति परियोजना स्तर के गोदाम तक की गयी। एम.पी. एगो से प्राप्त जानकारी की जाँच में पाया गया कि 2011-12 से 2015-16 के दौरान एम.पी. एगो द्वारा आपूर्ति किये गये टी.एच.आर. को तैयार करने में आवश्यक मात्रा की तुलना में गेहूं/चावल का अधिक उपयोग किया गया। विवरण तालिका-2.3.6 में दिया गया है:

तालिका-2.3.6: एम.पी. एगो द्वारा टी.एच.आर. तैयार करने हेतु गेहूं/चावल की उपयोगिता और आवश्यकता का विवरण

(मात्रा मी. टन में)

वर्ष	आपूर्ति किये गये टी.एच.आर. के विरुद्ध मानदंड अनुसार आवश्यक खाद्यान्न		टी.एच.आर. तैयार करने हेतु एम.पी.एगो द्वारा उपयोगित खाद्यान्न		आधिक्य उपयोग	
	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल
2011-12	55005.594	25749.360	60511.321	27269.159	5505.727	1519.799
2012-13	56321.870	26409.451	61821.370	27908.011	5499.500	1498.560
2013-14	52399.018	24571.122	57478.843	25948.397	5079.825	1377.275
2014-15	50602.384	23724.835	55495.629	25049.419	4893.245	1324.584
2015-16	54163.473	26965.262	60640.076	28639.830	6476.603	1674.568
योग					27454.900	7394.786

(स्रोत: एम.पी.एगो द्वारा प्रदाय आंकड़े)

विभाग ने एमपी एगो को ₹ 15.57 करोड़ का अनुचित वित्तीय लाभ दिया।

केन्द्रीय निर्गम मूल्य के अंतर्गत बी.पी.एल. हेतु गेहूं ₹ 415 प्रति क्विंटल एवं चावल का मूल्य ₹ 565 प्रति क्विंटल के अधिक उपयोग किये गये गेहूं तथा चावल का मूल्य क्रमशः ₹ 11.39 करोड़ तथा ₹ 4.18 करोड़ था। फिर भी, विभाग द्वारा वर्ष 2011-16 के दौरान टी.एच.आर. पैकेट तैयार करने में खाद्यान्न के अधिक उपयोग के कारणों का विश्लेषण नहीं किया गया, जिसके फलस्वरूप एम.पी. एगो को ₹ 15.57 करोड़ का अनुचित वित्तीय लाभ हुआ।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि एम.पी. एगो द्वारा एम.पी. एस.सी.एस.सी. से पूरे आवंटित खाद्यान्न का उठाव किया गया। एम.पी. एगो को खाद्यान्न का अधिक आवंटन नहीं किया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, क्योंकि एम.पी. एगो को खाद्यान्न का आवंटन तथा, एम.पी. एगो द्वारा प्रदाय टी.एच.आर. पैकेट में उपयोग की गई मात्रा, एम.पी. एगो को वास्तविक प्रदाय की गयी मात्रा से अधिक थी जैसा तालिका-2.3.6 में दिखाया गया। टी.एच.आर. पैकेट तैयार करने के संदर्भ में खाद्यान्न के अधिक उपयोग का मिलान में विभाग द्वारा न किये जाने के कारण एम.पी. एगो द्वारा ₹ 15.57 करोड़ के खाद्यान्न का अधिक उठाव किया गया, जो वसूली योग्य था।

2.3.6.3 खाद्यान्न हेतु असमायोजित अग्रिम एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास शेष रहना

आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषण आहार प्रदाय हेतु विभाग के आदेश (अक्टूबर 2009 तथा फरवरी 2014) के अनुसार एम.पी.एस.सी.एस.सी. को त्रैमासिक खाद्यान्न आवंटन के लिए अग्रिम भुगतान जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा किया जाना था। स्व-सहायता समूहों द्वारा वास्तविक उठाव की स्थिति, जो कि एम.पी.एस.सी.एस.सी. के द्वारा संकलित किया जाना था, प्राप्त होने पर अग्रिम भुगतान का समायोजन किया जाना था। राज्य एवं जिला स्तर पर आवंटन तथा वास्तविक उठाव की स्थिति का मिलान विभाग द्वारा किया जाना था।

लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि जाँच किये गये सात जि.का.अ. ने वास्तविक उठाव की स्थिति का मिलान खाद्यान्न के आवंटन के साथ नहीं किया। आगे जाँच में पाया गया कि इन जिलों में खाद्यान्न के कम उठाव के कारण, जिसके लिए एम.पी.एस.सी.एस.सी. को अग्रिम भुगतान जारी किया गया, एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास असमायोजित अग्रिम राशि ₹ 3.90 करोड़ थी। खाद्यान्न के कम उठाव की स्थिति जो एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास पड़ा था, का विवरण तालिका-2.3.7 में दिखाया गया।

तालिका-2.3.7: एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास शेष खाद्यान्न का विवरण

(₹ करोड़ में)

स. क्र.	स्तर	आवंटित खाद्यान्न (मी. टन में)		उठाव किये गये खाद्यान्न (मी. टन में)		एम.पी.एस.सी.एस.सी.के पास शेष खाद्यान्न (मी. टन में)			
		गेहूँ	चावल	गेहूँ	चावल	गेहूँ	राशि	चावल	राशि
1	राज्य	473790.00	163751.47	386871.34	139305.70	86918.66	36.07	24445.77	13.81
2	सात जिले ⁵⁷	48594.43	17576.13	42229.94	15343.15	6364.49	2.64	2232.98	1.26

(स्रोत: संचालनालय और जिलों द्वारा प्रदाय आंकड़े)

86,918 मी. टन गेहूँ (₹ 36.07 करोड़) और 24,445 मी. टन चावल (₹ 13.81 करोड़) का जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा कम उठाव किया गया जिसका अग्रिम भुगतान एम.पी.एस.सी.एस.सी. को जारी किया गया

इस तरह से 86,918 मै. टन गेहूँ (₹ 36.07 करोड़) और 24,445 मै. टन चावल (₹ 13.81 करोड़) जिला कार्यक्रम अधिकारियों द्वारा कम उठाव किया गया जिसका अग्रिम भुगतान एम.पी.एस.सी.एस.सी. को किया गया। सात चयनित जिलों के जिला कार्यक्रम अधिकारियों ने उत्तर दिया कि खाद्यान्न के समाशोधन के पश्चात एम.पी.एस.सी.एस.सी. से समायोजन किया जावेगा।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि एम.पी.एस.सी.एस.सी. के गोदामों और उचित मूल्य दुकानों से आवश्यकतानुसार एम.पी. एगो और स्व-सहायता समूहों द्वारा विभिन्न जिलों में खाद्यान्न का उठाव किया गया और उसी का भुगतान किया गया। एम.पी. एगो और स्व-सहायता समूहों द्वारा उस खाद्यान्न का भुगतान किया गया जिसका उठाव किया गया तथा स्व-सहायता समूहों द्वारा उठाव किये गये खाद्यान्न का समाशोधन जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा सतत् किया गया। भारत सरकार द्वारा आवंटित खाद्यान्न के अनुसार, जिस मात्रा का एम.पी.एस.सी.एस.सी. से उठाव नहीं किया गया, व्यपगत मान लिया गया। एम.पी.एस.सी.एस.सी. के पास खाद्यान्न शेष नहीं था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, आवंटन के आधार पर खाद्यान्न की राशि का भुगतान एम.पी.एस.सी.एस.सी. को अग्रिम रूप में किया गया। नमूना जाँच किये गये जिलों के जिला कार्यक्रम अधिकारियों ने स्वीकार किया था कि समाशोधन किया जाना शेष था।

⁵⁷ अलीराजपुर (गेहूँ 26.12 मी. टन और चावल 7.83 मी. टन, ₹ 1.53 लाख), धार (गेहूँ 171.47 मी. टन और चावल 94.67 मी. टन, ₹ 12.46 लाख) इंदौर (गेहूँ 26.00 मी. टन और चावल 10 मी. टन, ₹ 1.64 लाख), पन्ना (गेहूँ 1211.209 मी. टन और चावल 619.296 मी. टन, ₹ 85.26 लाख), राजगढ़ (गेहूँ 1983.71 मी. टन और चावल 316.48 मी. टन, ₹ 1.00 करोड़), रतलाम (गेहूँ 384.18 मी. टन और चावल 97.90 मी. टन, ₹ 21.47 लाख) तथा सतना (गेहूँ 2561.80 मी. टन और चावल 1086.80 मी. टन, ₹ 1.68 करोड़)।

2.3.7 कार्यक्रम क्रियान्वयन

2.3.7.1 हितग्राहियों का सर्वेक्षण

जैसा कि आई.सी.डी.एस. के उपयोगकर्ता नियमावली में उल्लिखित है, परिवारों का विवरण, सभी जन्म और मृत्यु, परिवार का पलायन परिवार विवरण पंजी में आंगनवाड़ी स्तर पर समाविष्ट किया जाना था। यह पंजी घटनाओं के मासिक सारांश बनाने हेतु प्रयोग किया जायेगा। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रत्येक माह आंगनवाड़ी केन्द्र का मासिक प्रगति प्रतिवेदन (एम.पी.आर) बनाना था तथा एम.आई.एस. पर अपलोड किया जाना था जिसे राज्य स्तर पर संकलित किया गया।

आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत पात्र हितग्राहियों को सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, शामिल करने हेतु आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा सभी परिवारों का घर-घर सर्वेक्षण किया जाना था। सर्वेक्षण प्रत्येक वर्ष अप्रैल में किया जाना था।

42 नमूना जाँच की गयी परियोजनाओं में से 41 परियोजनाओं ने प्रत्येक वर्ष परिवारों का घर-घर सर्वेक्षण किया। यद्यपि 27 परियोजनाओं ने परिवार पंजी का मासिक अद्यतन नहीं किया। चूंकि परिवार पंजी अद्यतन नहीं थी तथा एम.आई.एस. पर संचालित सभी आंगनवाड़ी केन्द्रों/मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों के एम.पी.आर. को अपलोड नहीं किया गया था, राज्य स्तर पर एम.आई.एस. में आंकड़े वास्तविक नहीं थे।

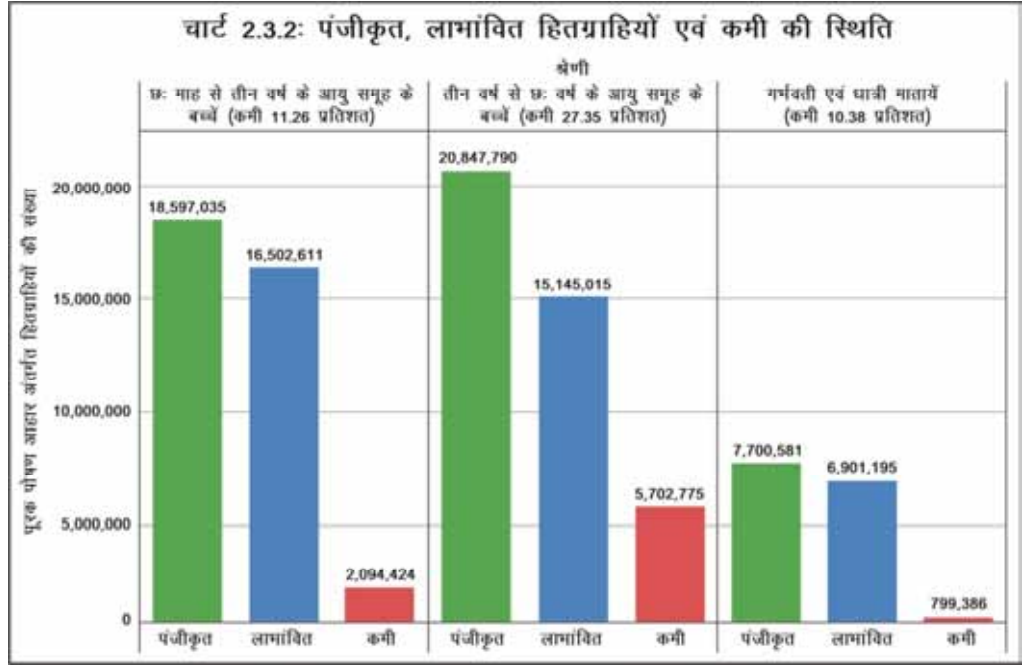
लेखापरीक्षा ने पाया कि आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत राज्य स्तर पर हितग्राहियों की संख्या वर्ष 2011-12 में 97.50 लाख से बढ़कर वर्ष 2015-16 में 105.00 लाख हो गयी। परन्तु वर्ष 2012-13 से 2014-15 तक हितग्राहियों की संख्या 97.68 लाख पर स्थिर थी। यह प्रदर्शित करता है कि हितग्राहियों की संख्या वास्तविक सर्वेक्षण तथा आंगनवाड़ी केन्द्रों से अद्यतन जानकारी के आधार पर नहीं थी।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में, आयुक्त ने उत्तर दिया कि भारत सरकार के निर्देशानुसार प्रत्येक वर्ष के अप्रैल माह में सर्वेक्षण किया गया जिसे सर्वेक्षण पंजी में दर्ज किया गया। इसके आधार पर एम.पी.आर तैयार किये गये। प्रशासनिक प्रतिवेदन में दी गई संख्या अनुमानित संख्या थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, नमूना जाँच की गयी परियोजनायें परिवार पंजी को मासिक आधार पर अद्यतन नहीं कर रहे थे एवं एम.आई.एस. पर अद्यतन जानकारी को अपलोड नहीं किया गया।

2.3.7.2 हितग्राहियों का कम आच्छादन

आई.सी.डी.एस. को छः वर्ष तक के सभी बच्चों तथा सभी गर्भवती एवं धात्री माताओं तक विस्तारित किया जाना था। तथापि काफी संख्या में हितग्राहियों को पूरक पोषण आहार योजना के दायरे में नहीं लाया गया। राज्य स्तर पर 2011-16 के दौरान पंजीकृत हितग्राही और जो लाभांशित हुये, की श्रेणीवार स्थिति चार्ट 2.3.2 में सूचीबद्ध है:



(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

इस प्रकार, आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत वर्ष 2011-16 के दौरान दर्ज छः माह से तीन वर्ष के आयु समूह के 20.94 लाख बच्चे, तीन वर्ष से छः वर्ष के आयु समूह के 57.02 लाख बच्चे तथा 7.99 लाख गर्भवती एवं धात्री मातायें पूरक पोषण आहार के परिकल्पित लाभ से वंचित रहे।

वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान वर्षवार नमूना जाँच किये गये जिलों तथा परियोजनाओं में दर्ज हितग्राहियों को लाभ में कमी के आंकड़े क्रमशः **परिशिष्ट-2.3.2** तथा **परिशिष्ट-2.3.3** में दिये गये हैं, जिसका संक्षेप **तालिका-2.3.8** में दिया गया है।

तालिका-2.3.8: 2011-12 से 2015-16 के दौरान पू.पो.का. अंतर्गत चयनित जिलों, परियोजनाओं और आंगनवाड़ी केन्द्रों में हितग्राहियों की कमी का विवरण

स.क्र.	हितग्राहियों के प्रकार	जिला स्तर पर कमी	परियोजना स्तर पर कमी	आंगनवाड़ी केन्द्र स्तर पर कमी
1.	छः माह से तीन वर्ष आयु समूह के बच्चे	974245 (15.52 प्रतिशत)	219893 (12.79 प्रतिशत)	15577 (12.13 प्रतिशत)
2.	तीन वर्ष से छः वर्ष आयु समूह के बच्चे	1749187 (26.46 प्रतिशत)	436447 (24.16 प्रतिशत)	34189 (26.85 प्रतिशत)
3.	गर्भवती और धात्री मातायें	271718 (10.92 प्रतिशत)	74972 (10.90 प्रतिशत)	5005 (9.47 प्रतिशत)

(स्रोत: जिलों, परियोजनाओं एवं आंगनवाड़ी केन्द्रों द्वारा प्रदाय आंकड़े)

आंगनवाड़ी केन्द्रों के खराब बुनियादी ढांचे, पोषाहार प्रदाय न किया जाना तथा पोषाहार के कम मात्रा तैयार करने के कारण हितग्राहियों के आच्छादन में काफी कमी थी।

आंगनवाड़ी केन्द्रों के खराब बुनियादी ढांचे, आंगनवाड़ी केन्द्रों पर मेन्यू के अनुसार पूरक पोषाहार वितरण में विफलता, पूरक पोषाहार का कम मात्रा में तैयार करना या आंगनवाड़ी केन्द्र पर पूरक पोषाहार का आपूर्ति न होना तथा केन्द्रों की लम्बी दूरी पर स्थित होना जैसा कि आगे के पैरा में चर्चा की गयी है, कमी के कारण थे। इन कमियों से दर्ज हितग्राहियों के आंगनवाड़ी केन्द्रों पर उपस्थिति निरुत्साहित किया।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि कमी के विरुद्ध लगातार प्रयास किये जा रहे थे। नियमित उपस्थिति बढ़ाने हेतु आंगनवाड़ी चलो अभियान और

मासिक समीक्षा के माध्यम से शत प्रतिशत लाभ दिये जाने को सुनिश्चित करने एवं छूटे हुये बच्चों को नामांकित किये जाने हेतु निर्देश दिये जा चुके थे। तीन से छः वर्ष के आयु में प्रथम पंजीकरण/नामांकन स्कूल में होने के कारण शत प्रतिशत लक्ष्य प्राप्त नहीं किये जा सके। आगे, माता-पिता/अभिभावकों के अन्य स्थानों पर पलायन और तीन से छः वर्ष आयु के बच्चों का स्कूल में भर्ती के कारण कम संख्या में हितग्राहियों को पूरक पोषण आहार प्राप्त हुआ।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि भारत सरकार के निर्देशों के अनुसार आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत सभी हितग्राहियों को शामिल करना चाहिए। दर्ज हितग्राहियों की कमी के संदर्भ में टिप्पणी की गयी है तथा पलायन किये गये माता-पिता/पालक नामांकित हितग्राहियों में शामिल होना नहीं पाये गये। आगे, राज्य शासन नामांकित हितग्राहियों को आधार से लिंक कर सकता था ताकि नजर रखी जा सके कि क्या वे वास्तव में राज्य में पलायन किये, और यह भी देखा जा सके कि क्या दूसरे जगह पर वे लोग लाभ उठा रहे थे,

आगे के उत्तर (दिसम्बर 2016) में, आयुक्त ने सूचित किया कि सभी हितग्राहियों के आधार के अंतर्गत पंजीकरण हेतु कार्यवाही की जा रही थी।

2.3.8 टेक होम राशन

छः माह से तीन वर्ष के बच्चों के लिए हलवा, बाल आहार और खिचड़ी तथा गर्भवती/धात्री माताओं के लिए सोया बर्फी, आटा बेसन लड्डू तथा खिचड़ी ये छः प्रकार का पैक किया हुआ खाद्य पदार्थ टेक होम राशन (टी.एच.आर.) के अंतर्गत प्रदाय किया जाता है। प्रति हितग्राही एक पैकेट टी.एच.आर. मंगलवार को आगामी पांच दिन हेतु आंगनवाड़ी केन्द्रों पर वितरण किया जाता है। जैसा कि एम.पी. एगो से साथ अनुबंध किया गया, टी.एच.आर. का आपूर्ति आदेश संचालनालय द्वारा एम.पी. एगो को दिया जाता है। आपूर्ति आदेश के आधार पर, हितग्राहियों को आंगनवाड़ी केन्द्रों से वितरण हेतु परियोजना स्तर के गोदाम तक टी.एच.आर. का एम.पी. एगो द्वारा आपूर्ति की जानी थी।

• टेक होम राशन की अधिक/कम आपूर्ति

हितग्राहियों की संख्या के संदर्भ में टी.एच.आर. प्रदाय की लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान राज्य, चयनित जिलों तथा चयनित परियोजनाओं स्तर पर टी.एच.आर. का आपूर्ति अधिक के साथ-साथ कम पाया गया जैसा कि तालिका-2.3.9 में दिया गया है।

तालिका-2.3.9: राज्य, चयनित जिला तथा चयनित परियोजना स्तर पर टी.एच.आर.का अधिक/कम आपूर्ति का विवरण।

(मात्रा मी. टन में)

स. क्र.	स्तर	हितग्राही की श्रेणी	जिलों / परियोजनाओं की संख्या	अधिक आपूर्ति	जिलों / परियोजनाओं की संख्या	कम आपूर्ति
1	राज्य	छः माह से तीन वर्ष		—		13850.63
		गर्भवती एवं धात्री माता		8709.65		—
2	चयनित जिले में	छः माह से तीन वर्ष	4	2437.62	9	6038.33
		गर्भवती एवं धात्री माता	7	4281.90	6	1029.99
3	चयनित परियोजना में	छः माह से तीन वर्ष	13	1413.51	28	2798.89
		गर्भवती एवं धात्री माता	23	1511.51	18	732.13

(स्रोत: एम.पी. एगो द्वारा प्रदाय आंकड़े)

इस प्रकार से दर्ज हितग्राहियों के आधार पर वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान टी.एच.आर. परियोजनाओं को प्रदाय नहीं किया गया, जिससे बच्चों तथा धात्री माताओं को पूरक पोषण आहार के प्रदाय पर प्रभाव पड़ा।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि आंगनवाड़ी केन्द्रों के एम.पी.आर. में दर्शित हितग्राहियों के आधार पर टी.एच.आर. की आवश्यकता निर्धारित की गई तथा तदनुसार एम.पी. एगो को मासिक आपूर्ति आदेश दिये गये। बचत की स्थिति में टी.एच.आर. का आगामी माह में उपयोग किया गया। जो सतत जारी प्रक्रिया थी। एम.पी.आर. में दर्शित हितग्राहियों की संख्या नियत नहीं थी। टी.एच.आर. की अधिक/कम आपूर्ति नहीं की गई थी।

उत्तर मान्य नहीं था क्योंकि जिला कार्यक्रम अधिकारियों तथा परियोजना अधिकारियों ने सूचित किया कि उन्हें एम.पी.आर में मांगे गये टी.एच.आर. से अधिक या कम मात्रा में टी.एच.आर. प्राप्त हुआ था।

● **परियोजना स्तरीय गोदाम तथा आंगनवाड़ी केन्द्रों पर अप्रचलित टी.एच.आर. पाया जाना**

संचालनालय द्वारा जारी निर्देश (मई 2014) के अनुसार, टी.एच.आर. को प्रथम आना प्रथम जाना (फिफो) के आधार पर वितरित किया जाना चाहिए। टी.एच.आर. गोदाम/आंगनवाड़ी केन्द्रों का भौतिक निरीक्षण मासिक रूप से परियोजना अधिकारी/क्षेत्र पर्यवेक्षक द्वारा किया जाना था। अवसान तिथि के टी.एच.आर. का वितरण कदापि नहीं किया जाना चाहिए था। उत्पादन दिनांक से तीन माह के अंदर टी.एच.आर. का उपयोग अवश्य किया जाना था।

रतलाम जिले की जावरा शहरी परियोजना के टी.एच.आर. गोदाम का दिनांक 31.03.2016 को संयुक्त निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने पाया कि टी.एच.आर. के 2240 पैकेट (उत्पादन तिथि 31.12.2015, बैच क्रमांक एनके 188) अप्रचलित पाये गये, जो कि परियोजना अधिकारी द्वारा दिनांक 01.01.2016 को प्राप्त किये गये थे। इंगित किये जाने पर बा.वि.प.अ. ने उत्तर दिया (अप्रैल 2016) कि टी.एच.आर. 01.04.2016 को वितरित किये जा चुके थे, आगे, मार्च 2016 से जुलाई 2016 के दौरान संयुक्त निरीक्षण में 250 पैकेट अप्रचलित टी.एच.आर. आठ अंगनवाड़ी केन्द्रों⁵⁸ पर पाये गये।

परियोजना/
आंगनवाड़ी केन्द्र
स्तर पर अप्रचलित
टी.एच.आर. पाया
गया।



जावरा शहरी परियोजना जिला रतलाम के गोदाम में अप्रचलित टी.एच.आर. पाया गया (निरीक्षण दिनांक 31.03.2016)

⁵⁸ अलीराजपुर (कठीवाड़ा-3, 11 पैकेट, मोरधा 15 पैकेट), धार (नालछा परियोजना के कुंजदा खोदराह, 62 पैकेट) पन्ना (लमतारा 20 पैकेट), रतलाम (आ.बा.के. बाई क. 13ए, परमीलागंज, आलोट 4 पैकेट, जावरा शहरी परियोजना के मीनीपुरा 81 पैकेट), सतना (मैहर 01 परियोजना के सोनवारी 10 में 17 पैकेट), एवं विदिशा (ग्यारसपुर परियोजना के अटारीखेड़ा-3 में 40 पैकेट)।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि परियोजना कार्यालय जावरा जिला रतलाम में पाये गये टी.एच.आर. अवसान तिथि के पूर्व वितरित किये गये थे। विलम्ब से वितरण के कारण भंडार प्रभारी एवं पर्यवेक्षक को चेतावनी पत्र जारी किये गये थे। आंगनवाड़ी केन्द्रों पर प्राप्त गतावधिक टी.एच.आर. के संबंध में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को नोटिस जारी किया गया था तथा अवसान तिथि के टी.एच.आर. की राशि की वसूली की कार्यवाही जा रही थी।

2.3.9 गरम पकाया हुआ भोजन

राज्य शासन द्वारा प्रतिदिन हेतु निर्धारित मेन्यू अनुसार आंगनवाड़ी केन्द्र पर तीन वर्ष से छः वर्ष आयु समूह के बच्चों को स्व-सहायता समूहों द्वारा गर्म पकाया हुआ भोजन तैयार और प्रदाय किया जाता है।

2.3.9.1 सेवाओं के वितरण में व्यवधान

स्व-सहायता समूहों और परियोजना अधिकारियों के मध्य अनुबंध अनुसार आंगनवाड़ी केन्द्र पर पकाये हुये भोजन की आपूर्ति में व्यवधान के प्रकरण में परियोजना अधिकारी को निर्धारित दर से शास्ति अधिरोपित करने के अधिकार दिये गये तथा वे समझौते को रद्द और अन्य स्व-सहायता समूहों को सामग्री की आपूर्ति हेतु सौंप सकते थे। पूरक पोषाहार के कार्यान्वयन के अनुश्रवण हेतु आंगनवाड़ी केन्द्र, खण्ड तथा जिला स्तर पर अनुश्रवण कमेटी का गठन किया जाना था।

सात चयनित जिलों के 14 परियोजनाओं में 983 आंगनवाड़ी केन्द्रों में पाया गया कि पोषाहार स्व-सहायता समूहों द्वारा वितरित नहीं किया गया। एक दिवस से लेकर 120 दिवस तक पूरक पोषाहार व्यवधान रहा।

सात चयनित जिलों⁵⁹ की 14 परियोजनाओं के 983 आंगनवाड़ी केन्द्रों के अभिलेखों की जाँच में परिलक्षित हुआ कि वर्ष 2011-12 से 2015-16 में विभिन्न माहों के दौरान नियमित रूप से इन आंगनवाड़ी केन्द्रों के 37079 हितग्राहियों को 606 स्व-सहायता समूहों द्वारा पूरक पोषाहार की आपूर्ति नहीं की गई, जैसा विवरण **परिशिष्ट-2.3.4** में दिया गया है। पूरक पोषाहार में व्यवधान एक दिवस से 120 दिवस तक था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि आंगनवाड़ी केन्द्रों का निरीक्षण समय समय पर विभागीय अधिकारियों द्वारा किये जा रहे थे ताकि पूरक पोषाहार में व्यवधान नहीं हो।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि संबंधित बा.वि.प.अ. ने पका हुआ भोजन के वितरण में व्यवधान को स्वीकार किया था। इस प्रकार से हितग्राही पूरक पोषण कार्यक्रम से वंचित थे और आई.सी.डी.एस. का वांछित उद्देश्य विफल रहा। निम्नलिखित प्रकरण अध्ययन पोषण व्यवधान के प्रकरण प्रस्तुत करते हैं।

⁵⁹ भोपाल, छिन्दवाडा, धार, खरगोन, पन्ना, राजगढ़ और सिवनी।

प्रकरण अध्ययन 1: आंगनवाड़ी केन्द्रों पर दो वर्षों से पूरक पोषाहार प्रदाय नहीं किया गया।

विदिशा जिले के लटेरी परियोजना के नवेली आंगनवाड़ी केन्द्र के निरीक्षण (मार्च 2016) के दौरान पाया गया कि 127 हितग्राहियों को पिछले दो वर्षों से पकाया हुआ भोजन प्रदाय नहीं किया गया था। धार जिले के सरदारपुर 1 परियोजना के उन्हेली आंगनवाड़ी केन्द्र पर 2013-14 से 2015-16 तक 96 हितग्राहियों को नाश्ता प्रदाय नहीं किया गया।

लेखापरीक्षा ने पाया कि जिला स्तरीय अनुश्रवण और समीक्षा समिति और खण्ड स्तरीय अनुश्रवण समिति उनकी परियोजनाओं सहित दोनों जिलों में कार्यशील नहीं थी।

इंगित किये जाने पर बाल विकास परियोजना अधिकारी सरदारपुर 1 ने उत्तर दिया (अप्रैल 2016) कि आंगनवाड़ी केन्द्र पर पाई गई विसंगतियों को दूर करने हेतु कार्यवाही की जायेगी। निर्गम बैठक में आयुक्त ने उत्तर दिया कि प्रकरण में कार्यवाही की जायेगी।

प्रकरण अध्ययन 2: ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान सांझा चूल्हा⁶⁰ द्वारा सतना जिले में पूरक पोषाहार वितरित नहीं किया गया

सतना जिले की चयनित परियोजना मैहर 01 के ग्रीष्मकालीन अवकाश के माहों (2013, 2014 और 2015 के मई) में स्व-सहायता समूह के पूरक पोषाहार के अभिलेखों/देयकों की लेखापरीक्षा की जाँच में पाया गया कि मई 2013, मई 2014 एवं मई 2015 के दौरान सांझा चूल्हा के अंतर्गत स्व-सहायता समूह द्वारा 623 ग्रामीण आंगनवाड़ी केन्द्रों में से 269 आंगनवाड़ी केन्द्रों (43 प्रतिशत) में पूरक पोषाहार की आपूर्ति नहीं की गई।

जिला कार्यक्रम अधिकारी ने उत्तर दिया (मई 2016) कि स्व-सहायता समूहों को आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषाहार का वितरण सुनिश्चित करने हेतु सूचना जारी की जा रही थी तथा हितग्राहियों को टी.एच.आर. पैकेट वैकल्पिक व्यवस्था के रूप में वितरित किये गये।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान सांझा चूल्हा के अंतर्गत पूरक पोषाहार के नियमित वितरण हेतु कलेक्टर सतना ने पत्र जारी किया था (जून 2013)। स्व-सहायता समूहों को, जिन्होंने आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषाहार की आपूर्ति नहीं की थी, कारण बताओं सूचना पत्र जारी किया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान आंगनवाड़ी केन्द्र पर पकाया हुआ भोजन उपलब्ध कराने हेतु कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं की गई थी।

सतना जिले में ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान पोषाहार का वितरण नहीं किया गया।

2.3.9.2 स्व-सहायता समूह को खाद्यान्न का कम आवंटन

भारत सरकार से आवंटन प्राप्त होने के पश्चात संचालनालय द्वारा पू.पो.का. के अंतर्गत खाद्यान्न का जिलावार आवंटन दिया गया था। आगे, जिला कार्यक्रम अधिकारियों द्वारा बाल विकास परियोजना अधिकारियों को परियोजनावार खाद्यान्न का पुर्नआवंटन किया गया। परियोजना अधिकारियों द्वारा स्व सहायता समूह के लिए उचित मूल्य की दुकान

⁶⁰ हितग्राहियों को मध्याह्न भोजन तथा पूरक पोषण आहार योजनांतर्गत स्व-सहायता समूहों द्वारा गर्म पका भोजन प्रदाय करने हेतु सांझा चूल्हा एक योजना है।

से खाद्यान्न उठाने का प्रदायगी आदेश जारी किया गया। स्व-सहायता समूहों द्वारा आंगनवाड़ी स्तर पर निर्धारित मेन्यू के अनुसार तीन वर्ष से छः वर्ष आयु समूह के हितग्राही बच्चों को पका हुआ भोजन तैयार कर प्रदान किया गया।

वर्ष 2011-12 और 2015-16 के दौरान स्व-सहायता समूह द्वारा उठाव किये गये खाद्यान्न और पू.पो.का. के अंतर्गत औसत हितग्राहियों की संख्या के आधार पर वास्तविक लाभान्वित हितग्राहियों के लिए हितग्राही आवश्यक खाद्यान्न मात्रा तालिका-2.3.10 में दी गई है:

तालिका-2.3.10: राज्य स्तर पर स्व-सहायता समूह को अपेक्षित एवं वितरित खाद्यान्न को दर्शाने वाला विवरण

(मात्रा मी. टन में)

वर्ष	अपेक्षित खाद्यान्न		स्व-सहायता समूह को आवंटित एवं वितरित खाद्यान्न		स्व-सहायता समूह को वितरित आधिक्य(+) / कमी(-)	
	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल	गेहूं	चावल
2011-12*	77,840.54	26,719.88	78,269.30	26,124.00	428.76	-595.88
2012-13	96,561.53	33,179.76	80,340.03	30,692.90	-16,221.50	-2,486.86
2013-14	77,225.94	26,489.99	81,697.57	30,025.44	4,471.63	3,535.45
2014-15	75,711.76	25,954.96	71,517.05	26,000.87	-4,194.71	45.91
2015-16	83,359.98	28,585.00	74,443.75	24,485.32	-8,916.23	-4,090.68
योग					-24,432.05	-35,92.06

(स्रोत: एम.पी.एस.सी.एस.सी. द्वारा प्रदाय आंकड़े, *संचालनालय द्वारा प्रदाय किये गये आंकड़े)

वर्ष 2011-16 के दौरान सभी जिलों के स्व-सहायता समूहों को 24432.05 मै.टन गेहूं तथा 3592.06 मै. टन चावल के वितरण में कमी थी

इस प्रकार वर्ष 2011-16 के दौरान सभी जिलों में स्व-सहायता समूह के वितरण में 24432.05 मीट्रिक टन गेहूं और 3592.06 मीट्रिक टन चावल की कमी थी। खाद्यान्न की कमी के कारण स्व-सहायता समूह द्वारा निर्धारित मेन्यू एवं मात्रा अनुसार हितग्राहियों को पू.पो. का वितरण सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि पू.पो. हेतु आवश्यक गेहूं एवं चावल के आधार पर प्रदायगी आदेश (आर.ओ.) स्व-सहायता समूहों को जारी किया गया। एम.पी.एस.सी.एस.सी. के गोदाम एवं उचित मूल्य की दुकान से प्रदायगी आदेश अनुसार स्व-सहायता समूहों द्वारा खाद्यान्नों का उठाव किया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि स्व-सहायता समूहों के रसोईघर के भौतिक निरीक्षण में पाया गया कि हितग्राहियों हेतु पूरक पोषाहार की मात्रा आवश्यकता से कम तैयार की गई, जैसा कि कंडिका 2.3.9.5 में वर्णित है।

2.3.9.3 रसोइयों का संलग्नीकरण

आंगनवाड़ी केन्द्रों/मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषाहार उपलब्ध कराने के संबंध में मध्य प्रदेश शासन, महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा जारी (फरवरी 2014) दिशा निर्देशों की कंडिका 5.3 के अनुसार, जहां तक संभव हो प्रत्येक आंगनवाड़ी केन्द्र हेतु एक रसोइया पृथक से स्व-सहायता समूह द्वारा नियोजित किया जायेगा, जिसे प्रति माह ₹ 500 का भुगतान किया जायेगा। जहां यह संभव नहीं था, मध्याह्न भोजन योजना (एम.डी.एम.) के रसोइयों को नियोजित किया जा सकेगा। निर्धारित मात्रा और गुणवत्ता के अनुसार नियमित रूप से भोजन उपलब्ध कराना रसोइये का उत्तरदायित्व होगा।

• **रसोइयों की कमी**

तीन जिलों (छिन्दवाड़ा, धार और राजगढ़) के अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि एक से अधिक आंगनवाड़ी केन्द्रों में पूरक पोषण कार्यक्रम के अंतर्गत नाश्ता और मध्याह्न भोजन उपलब्ध कराने हेतु स्व-सहायता समूह द्वारा केवल एक ही रसोइया नियोजित किया गया और कई आंगनवाड़ी केन्द्रों हेतु प्रत्येक माह प्रत्येक आंगनवाड़ी ₹ 500 की दर से पारिश्रमिक का भुगतान किया गया। जिसके परिणाम स्वरूप रसोइयों के संलग्नीकरण पर ₹ 13.09 लाख का अनियमित भुगतान हुआ, जैसा कि तालिका-2.3.11 में वर्णित है।

तालिका-2.3.11: स्व-सहायता समूह द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्रों हेतु संलग्न रसोइयों का विवरण

क्र. स.	जिले का नाम	परियोजना का नाम	आंगनवाड़ी केन्द्रों की संख्या	संलग्न स्व-सहायता समूह की संख्या	संलग्न रसोइयों की संख्या	अवधि	रसोइयों को किया गया भुगतान
1	छिन्दवाड़ा	जामई, पांडुना मोहखेड, घंसोर	2 से 10	1	1	जून 2014 से अक्टूबर 2015	₹ 5.83 लाख
2	धार	सरदारपुर 01	25	1	1	सितम्बर 2014 से मई 2015	₹ 1.12 लाख
3	राजगढ़	खिलचीपुर, जीरापुर, सारंगपुर, सुथानिया	2 से 7	1	1	नवम्बर 2014 से अक्टूबर 2015	₹ 6.14 लाख

(स्रोत: जिलों द्वारा प्रदाय किये गये आंकड़े)

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि एक से अधिक आंगनवाड़ी केन्द्र पर एक स्व-सहायता समूह द्वारा पूरक पोषाहार उपलब्ध कराया जा रहा था। अतः रसोइये को अनियमित भुगतान नहीं किया गया।

आयुक्त का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि प्रत्येक आंगनवाड़ी केन्द्र हेतु स्व-सहायता समूह द्वारा पृथक रसोइये को नियोजित करना था।

• **स्वसहायता समूह को अनुचित लाभ दिया जाना**

योजनांतर्गत रसोइयों का मानदेय उनके बैंक खातों में सीधे जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा जमा किया जायेगा। सतना जिले के पूरक पोषाहार के भुगतान प्रमाणकों की जाँच के दौरान लेखापरीक्षा में पाया कि जून 2014 से मार्च 2016 के दौरान रसोइयों को ₹ 1.67 करोड़ के मानदेय का भुगतान 588 स्व-सहायता समूहों को किया गया।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि स्व-सहायता समूह द्वारा बार-बार रसोइयों को बदले जाने के कारण और इस तथ्य के कारण कि रसोइयों के बैंक खाते नहीं थे, मानदेय राशि स्व-सहायता समूह के बैंक खातों में जमा की गई और स्व-सहायता समूहों द्वारा रसोइयों को भुगतान किया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि स्व-सहायता समूह को रसोइयों के मानदेय का भुगतान योजना के दिशानिर्देशों का उल्लंघन था। आगे, स्व-सहायता समूहों द्वारा रसोइयों को मानदेय भुगतान संबंधी साक्ष्य जिला कार्यक्रम अधिकारी द्वारा प्रस्तुत नहीं किये किये गये। तथ्य यह है कि रसोइयों के लाभों को उनके बैंक खातों में सीधे हस्तान्तरण न करने से हेराफेरी और दुर्विनियोजन के आरोपों से इंकार नहीं किया जा सकता।

जून 2014 से मार्च 2016 के दौरान रसोइयों का मानदेय सीधे उनके बैंक खाते में जमा करने के बजाय राशि ₹ 1.67 करोड़ भुगतान 588 स्व-सहायता समूहों को किया गया।

आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषण आहार प्रदाय में कमी।

2.3.9.4 आंगनवाड़ी केन्द्रों द्वारा पूरक पोषाहार प्रदाय में कमियां

मध्य प्रदेश शासन ने पूरक पोषाहार योजनांतर्गत नाश्ते एवं मध्याह्न भोजन प्रदाय हेतु मेन्यू निर्धारित (अक्टूबर 2009 तथा फरवरी 2014) किया। लोगों की जागरूकता के लिए नाश्ता एवं मध्याह्न भोजन का यह मेन्यू आंगनवाड़ी केन्द्रों के सूचना पट पर प्रदर्शित किया जाना था। आंगनवाड़ी केन्द्रों को पूरक पोषाहार तैयार एवं वितरण करने के लिए बर्तनों की आवश्यकता थी। कुपोषित बच्चों को अतिरिक्त आहार दिये जाने हेतु बच्चों के वजन अभिलेखित करने के लिए आंगनवाड़ी केन्द्रों पर वजन तौलने की मशीन की भी आवश्यकता थी। मध्य प्रदेश शासन द्वारा जारी आदेश (जुलाई 2015) के अनुसार पूरक पोषाहार वितरण हेतु आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आंगनवाड़ी सहायिका, एक अभिभावक, आशा कार्यकर्ता, स्व-सहायता समूह के प्रतिनिधि, पोषण मित्र, पोषण सहयोगिनी और पंच/सरपंच द्वारा हस्ताक्षरित पूरक पोषाहार की मात्रा, का वितरण दिनांक सहित पंचनामा तैयार किया जाना था।

420 चयनित आंगनवाड़ी केन्द्रों द्वारा प्रदाय जानकारी की जाँच में लेखापरीक्षा में पाया गया कि 314 आंगनवाड़ी केन्द्रों में पंचनामा, 15 आंगनवाड़ी केन्द्रों में सर्वे पंजी, 47 आंगनवाड़ी केन्द्रों में पोषण आहार भण्डार पंजी, 19 आंगनवाड़ी केन्द्रों में मासिक एवं वार्षिक गोसवारा, 63 आंगनवाड़ी केन्द्रों में ग्रोथ चार्ट, 38 में निरीक्षण पंजी और 302 आंगनवाड़ी केन्द्रों में भोजन पत्रक तैयार नहीं किए गए।

420 आंगनवाड़ी केन्द्रों नमूना जाँच में से 210 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा में निम्नलिखित कमियां पायी गयी :

- निरीक्षण दिवस को 85 आंगनवाड़ी केन्द्रों में भरी हुई उपस्थिति पंजी नहीं पाई गई। अतः निरीक्षण दिवस को आंगनवाड़ी केन्द्र पर उपस्थित होने वाले हितग्राहियों तथा कुल दर्ज संख्या को लेखापरीक्षा में सुनिश्चित नहीं किया जा सका।
- निरीक्षण दिनांक को 155 आंगनवाड़ी केन्द्रों में मेन्यू के अनुसार पूरक पोषाहार प्रदाय नहीं किया गया था। निरीक्षण दिनांक को 11 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पोषाहार प्रदाय नहीं किया गया।
- 41 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पके हुए भोजन के वितरण हेतु बर्तन नहीं पाये गये।
- 10 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर वजन तौलने की मशीन नहीं पाई गई। अतः नवजात/बच्चों के शारीरिक विकास/कुपोषण को मापा तथा अभिलेखित नहीं किया जा सका।
- 95 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर मेन्यू के सूचना पट्ट उपलब्ध नहीं थे।
- निरीक्षण के दौरान दो आंगनवाड़ी केन्द्र (मियापुर, नालछा परियोजना, जिला धार तथा उनिदा, बैरसिया 01 परियोजना, जिला भोपाल) बंद पाये गये।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि संबंधित अधिकारियों को सेवाओं को निर्धारित पंजी में संधारण सुनिश्चित करने के लिए समय-समय पर निर्देश जारी किये गये थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि परियोजना अधिकारियों को समय-समय पर विभागीय निर्देश के बावजूद पूर्व उल्लेखित कमियां पायी गयी। इस प्रकार से राज्य शासन हितग्राहियों को पोषण आहार प्रदाय हेतु स्वयं के निर्देश का अनुपालन सुनिश्चित करने में विफल रहा।

210 आंगनवाड़ी केन्द्रों के संयुक्त निरीक्षण के दौरान हितग्राहियों की उपस्थिति में 60 प्रतिशत की कमी पायी गयी।

प्रकरण अध्ययन 3: आंगनवाड़ी केन्द्रों के निरीक्षण दिवस पर वास्तविक हितग्राहियों में अत्यधिक कमी

सभी निरीक्षित आंगनवाड़ी केन्द्रों पर बच्चों की उपस्थिति दर्ज संख्या से कम पाई गई। 210 आंगनवाड़ी केन्द्रों के संयुक्त निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा में निरीक्षण के दिन तीन वर्ष से छः वर्ष आयु समूह के दर्ज 8940 बच्चों में से 3536 हितग्राही (40 प्रतिशत) उपस्थित पाये गये। जैसा कि आंगनवाड़ी केन्द्रों द्वारा सूचित किया गया, कम उपस्थिति का मुख्य कारण अभिभावकों का पलायन, स्कूलों में बच्चों का दाखिला, पूरक पोषाहार की खराब और कम मात्रा, आंगनवाड़ी केन्द्रों में अपर्याप्त बैठने का स्थान, आंगनवाड़ी केन्द्रों का दूर संचालित होना और गर्म मौसम था।

निरीक्षित आंगनवाड़ी केन्द्रों में हितग्राहियों की कमी विभाग, जिला कार्यक्रम अधिकारी तथा परियोजना कार्यालयों से उपलब्ध कमी के आंकड़ों की तुलना में काफी ज्यादा थी, जो 2011-16 के दौरान तीन से छः वर्ष आयु समूह के हितग्राहियों में राज्य स्तर पर 27.35 प्रतिशत, जिला स्तर पर 26.46 प्रतिशत और परियोजना स्तर पर 24.16 प्रतिशत था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि राज्य की जनसंख्या के आधार पर कमियां नगण्य थी फिर भी कमी को दूर करने हेतु प्रयास किये जायेंगे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि इस प्रकार पूरक पोषण कार्यक्रम के वास्तविक हितग्राहियों की संख्या के संकलित आंकड़े जाँच किये गये प्रकरणों में अधिक थे जो गलत प्रस्तुतीकरण की संभावना प्रदर्शित करते हैं और अनुपस्थित बच्चे भी पूरक पोषाहार प्राप्त प्रदर्शित किये जा रहे थे।

2.3.9.5 स्व-सहायता समूहों का संयुक्त निरीक्षण

मध्य प्रदेश शासन के दिशानिर्देश (फरवरी 2014) के अनुसार प्रत्येक स्व-सहायता समूह को मासिक भोजन पत्रक दिया जायेगा जिसमें आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रत्येक भोजन प्राप्त करने के समय, भोजन की मात्रा और गुणवत्ता का उल्लेख करते हुये दिनांक के साथ अपने हस्ताक्षर करेगी। मध्य प्रदेश शासन के दिशानिर्देश (अक्टूबर 2009) की कंडिका 8 के अनुसार बी.पी.एल. गेहूं/चावल/कच्ची सामग्री की स्कंध पंजी, रोकड़ बही/देयक प्रमाणक स्व-सहायता समूह द्वारा संधारित किया जाना था। पूरक पोषाहार रसोईघर में तैयार किया जाना था।

57 स्व-सहायता समूहों के संयुक्त निरीक्षण के दौरान निम्नलिखित कमियां पाई गईं:

- आठ स्व-सहायता समूहों द्वारा खुले स्थान में भोजन तैयार किया गया क्योंकि आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पृथक रसोईघर उपलब्ध नहीं थे।
- जलाऊ लकड़ी सुलभ उपलब्ध होने के कारण 50 स्व-सहायता समूहों द्वारा भोजन तैयार करने हेतु एल.पी.जी. के बजाय लकड़ी का प्रयोग किया जा रहा था।
- किसी भी स्व-सहायता समूह द्वारा निर्धारित मेन्यू के अनुसार पूरक पोषाहार भोजन तैयार नहीं किया जा रहा था।
- 54 स्व-सहायता समूह द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्रों को वितरित भोजन की प्रविष्टि हेतु भोजन पत्रक प्रस्तुत नहीं किये। आगे, लेखापरीक्षा की जाँच में पाया गया

कि स्व-सहायता समूहों के देयक भरे हुये भोजन पत्रक लगाये बिना ही स्वीकार तथा भुगतान किये गये।

- खाद्यान्न की स्कंध पंजी, रोकड बही, देयक व्हाउचर क्रमशः 52, 45 और 49 स्व-सहायता समूहों द्वारा संधारित नहीं किये गये।

परियोजना अधिकारी ने बताया कि स्व-सहायता समूह का रख-रखाव ग्रामीण महिलाओं द्वारा संचालित एक छोटी इकाई थी अतः उपरोक्त कमियां पाई गईं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, क्योंकि संयुक्त निरीक्षण के दौरान पायी गयी कमियां योजना के दिशानिर्देशों का उल्लंघन थी अतएव, ध्यान किये जाने की आवश्यकता है।

	
<p>जिला पन्ना के शाहनगर सेक्टर 1 में सरस्वती स्व-सहायता समूह, नूनागर द्वारा अस्वास्थ्यकर क्षेत्र टायलेट कक्ष के सामने भोजन तैयार किया जाना</p>	<p>जिला धार में बदनावर 1 परियोजना में गणेश स्व-सहायता समूह द्वारा अस्थायी खुले शौच में पूरक पोषाहार तैयार किया गया</p>
	
<p>जिला धार में बदनावर 1 परियोजना में गणेश स्व-सहायता समूह द्वारा लगभग 300 हितग्राहियों के लिए कम पूरक पोषाहार तैयार किया गया</p>	<p>जिला खंडवा, परियोजना खंडवा ग्रामीण में जय मां वैष्णव देवी स्व-सहायता समूह जसवाड़ी का अस्थायी खुला किचन शौच</p>

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि जिला अधिकारियों और स्व-सहायता समूहों को इस संबंध में निर्देश जारी किये गये थे। हालांकि कमी को दूर करने हेतु प्रयास किये जायेंगे।

2.3.9.6 खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम के अंतर्गत स्व-सहायता समूह का पंजीकरण

जैसा कि खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 की धारा 31(2) के अंतर्गत परिकल्पित और मध्य प्रदेश खाद्य और औषधि प्रशासन के आदेश (जनवरी 2014) के परिपत्र के अनुसार खाद्य प्रदाय करने वाली संस्था को खाद्य विभाग से पंजीकरण प्राप्त करना था। इस संबंध में आयुक्त आई.सी.डी.एस. ने भी मध्य प्रदेश के सभी जिलाध्यक्षों को दिशानिर्देशों के अनुपालन हेतु निर्देश जारी किये हैं।

39 नमूना जाँच की गई परियोजनाओं द्वारा उपलब्ध कराये गये आंकड़ों की जाँच में पाया गया कि 4633 स्व-सहायता समूहों में से 2319 (51 प्रतिशत) स्व-सहायता समूह

खाद्य एवं औषधि प्रशासन विभाग से पंजीकृत नहीं थे। इस प्रकार से परियोजना कार्यालय यह सुनिश्चित करने में विफल रहे कि आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पूरक पोषाहार प्रदाय हेतु शामिल स्व-सहायता समूहों का खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 के अंतर्गत पंजीकरण आवश्यक था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि स्व-सहायता समूहों के पंजीकरण हेतु सभी जिलों द्वारा कार्यवाही पूर्ण की गई थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि विभाग के जिला कार्यक्रम अधिकारी, रीवा (नवम्बर 2016) के उत्तर की जाँच में परिलक्षित हुआ कि 3343 स्व-सहायता समूहों में से केवल 10 स्व-सहायता समूह खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 के अंतर्गत पंजीकृत थे।

2.3.9.7 गुणवत्ता आश्वासन

आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत भारत सरकार द्वारा जारी (दिसम्बर 2013) खाद्य सुरक्षा और स्वच्छता हेतु खाद्य रखरखाव और गर्म पकाये हुये भोजन हेतु सुरक्षा मानकों के लिये परिचालन दिशानिर्देशों के अध्याय 2 की कंडिका 11 के अनुसार नियमित अंतराल पर भोजन का नमूना प्रयोगशाला में जाँच के लिये भेजा जाना चाहिए। खाना पकाने/पेयजल के लिए उपयोगित पानी की नियमित जाँच पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय द्वारा निर्धारित पेयजल गुणवत्ता मानकों के अनुरूप सुनिश्चित करने हेतु की जानी चाहिए।

खाना पकाने/पेयजल हेतु उपयोगित पानी की नियमित रूप से पेयजल गुणवत्ता मानकों को सुनिश्चित करने हेतु जाँच नहीं की गई तथा भोजन की नियमित जाँच नहीं की गयी।

42 नमूना जाँच किये गये परियोजनाओं के अभिलेखों और 210 आंगनवाड़ी केन्द्रों की भौतिक जाँच में परिलक्षित हुआ कि खाना पकाने/पेयजल हेतु उपयोगित पानी की नियमित रूप से पेयजल गुणवत्ता मानकों को सुनिश्चित करने हेतु जाँच नहीं की गयी थी। नमूना जाँच किये गये 210 आंगनवाड़ी केन्द्रों में से 201 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर भोजन की नियमित जाँच किया जाना नहीं पाया गया एवं 140 आंगनवाड़ी केन्द्रों में नाश्ते एवं माध्यन्ह भोजन के नमूने संधारित नहीं किये गये थे।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि भारत सरकार के महिला एवं बाल विकास विभाग के निर्धारित मापदंडों के अनुसार पकाये हुये भोजन की गुणवत्ता की प्रयोगशाला से जाँच आवश्यक नहीं थी। सांझा चूल्हा के अंतर्गत पकाये हुये भोजन की मात्रा और गुणवत्ता की जाँच हेतु स्थानीय स्तर पर गठित ग्राम सभा तदर्थ समिति के सदस्यों द्वारा जाँच का प्रावधान था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि आई.सी.डी.एस. के दिशा निर्देश मूलतः पकाये हुये भोजन का नमूना गुणवत्ता की जाँच हेतु प्रयोगशाला में नियमित अंतराल में कराना था। सांझा चूल्हा प्रावधान के अंतर्गत स्थानीय स्तर पर गठित ग्राम सभा तदर्थ समिति के सदस्यों द्वारा पकाये हुये भोजन की मात्रा और गुणवत्ता की जाँच अनुपालन भी नहीं किया गया।

2.3.10 परियोजना संचालन हेतु बुनियादी ढांचे

2.3.10.1 राज्य स्तर पर अपर्याप्त मानव शक्ति

योजना को प्रभावपूर्ण संचालित करने के लिए पर्याप्त मानव शक्ति आवश्यक थी।

राज्य स्तर पर स्वीकृत एवं कार्यरत व्यक्तियों की स्थिति तालिका—2.3.12 में दी गयी है।

तालिका-2.3.12: मार्च 2016 की स्थिति में राज्य स्तर पर स्वीकृत एवं कार्यरत व्यक्तियों की स्थिति

स.क्र.	पदनाम	स्वीकृत	कार्यरत	रिक्त
1	जिला कार्यक्रम अधिकारी	51	39	12
2	बाल विकास परियोजना अधिकारी	453	334	119
3	पर्यवेक्षक	3213	3125	88
4	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	92230	91279	951
5	आंगनवाड़ी सहायिका	80160	79021	1139

(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

इस प्रकार पर्यवेक्षी कर्मचारियों के साथ-साथ आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आंगनवाड़ी सहायिका संवर्ग में भी काफी कमी थी, जिसने पूरक पोषण आहार योजना के उचित कार्यान्वयन को प्रभावित किया।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि जि.का.अ./बा.वि.प.अ. तथा पर्यवेक्षक के रिक्त पदों को भरने के लिए प्रस्ताव क्रमशः लोक सेवा आयोग एवं व्यापम को भेजा गया। राज्य शासन द्वारा आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं/सहायिकाओं की पदपूर्ति छः माह से पहले करने हेतु प्रावधान किया गया था।

2.3.10.2 अपर्याप्त परियोजना कार्यालयों की स्थापना

भारत सरकार के दिशानिर्देश (दिसम्बर 2008) के अनुसार, दो लाख से अधिक जनसंख्या के विकासखण्ड के लिए राज्य एक से अधिक परियोजना का विकल्प चुन सकता है (एक लाख जनसंख्या पर एक की दर से) या केवल एक परियोजना का विकल्प चुन सकता है। बाद वाले प्रकरण में, जनसंख्या या विकासखण्ड में आंगनवाड़ी केन्द्रों की संख्या के आधार पर अमले को यथोचित मजबूत करना था। उसी तरह से, एक लाख से कम जनसंख्या वाले विकासखण्ड या उसके जैसे बा.वि.प.अ. का स्टॉफ पैटर्न सामान्य विकासखण्ड से कम होगा।

संचालनालय ने सूचित किया कि मार्च 2016 की स्थिति में राज्य स्तर पर 701 परियोजनाओं की आवश्यकता के स्थान पर 453 परियोजनाएं संचालित थीं। यद्यपि, पांच चयनित परियोजनाओं⁶¹ की जनसंख्या दो लाख से अधिक थी, इसलिए प्रत्येक ब्लॉक में एक अतिरिक्त परियोजना की स्थापना किया जाना था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि नये परियोजनाओं की स्वीकृति का प्रस्ताव भारत सरकार को भेजा जा चुका था।

2.3.10.3 जनसंख्या के आधार पर आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी

आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत भारत सरकार द्वारा निर्धारित संशोधित जनसंख्या मापदंड (दिसम्बर 2008) के अनुसार, 400-800 ग्रामीण/शहरी जनसंख्या के लिए एक आंगनवाड़ी केन्द्र खोला जाना था, उसके बाद प्रति 800 की गुणांक की जनसंख्या के लिए एक आंगनवाड़ी केन्द्र खोला जाना था।

जनसंख्या मापदण्डों के अनुसार मार्च 2016 की स्थिति में आंगनवाड़ी एवं मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की आवश्यकताओं का विवरण तालिका-2.3.13 में दिया गया है:

⁶¹ आलोट (रतलाम) 2.36 लाख, गुन्नौर (पन्ना) 2.34 लाख, मैहर 01 (सतना) 2.07 लाख, नालछा (धार) 2.56 लाख तथा पंधाना (खंडवा) 2.60 लाख।

तालिका-2.3.13: राज्य स्तर पर आंगनवाड़ी एवं मिनी-आंगनवाड़ी केन्द्रों की आवश्यकता एवं कमी का विवरण।

स.क्र.	क्षेत्र	आंगनवाड़ी केन्द्र			मिनी-आंगनवाड़ी केन्द्र		
		आवश्यकता	उपलब्धता	कमी	आवश्यकता	उपलब्धता	कमी
1	शहरी	13067	8278	4789	422	205	217
2	ग्रामीण	56056	49098	6958	10580	7950	2630
3	आदिवासी	29641	22784	6857	4468	3915	553
		98764	80160	18604	15470	12070	3400

(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़े)

आंगनवाड़ी /मिनी
आंगनवाड़ी केन्द्रों
में कमी थी।

इस प्रकार से, मार्च 2016 की स्थिति में राज्य स्तर पर 18604 आंगनवाड़ी केन्द्रों तथा 3400 मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी थी। आंगनवाड़ी केन्द्रों में कमी बढ़ती हुई प्रवृत्ति की थी, जो 13226 (मार्च 2012), 13764 (मार्च 2013), 16130 (मार्च 2014), तथा 17957 (मार्च 2015) थी। आंगनवाड़ी केन्द्रों/मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी के कारण, पोषाहार के लाभ को लक्षित हितग्राहियों को पर्याप्त रूप से प्रदाय नहीं किया जा सका।

लेखापरीखा में पाया गया कि राज्य शासन द्वारा 2010-11 में 1332 तथा 2012-13 में 8589 आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्वीकृति हेतु प्रस्ताव भारत सरकार को भेजे गये। उन प्रस्तावों में से 4,305 आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्वीकृति (नवम्बर 2014) प्राप्त हुई। लेकिन मंत्रीपरिषद से स्वीकृति प्राप्त न होने के कारण 4,305 आंगनवाड़ी केन्द्र खोले नहीं गये थे।

संचालनालय द्वारा उपलब्ध कराये गये आंकड़ों (जनवरी 2017), के अनुसार राज्य में कुल 61,755 ग्रामों/वार्डों में से 53.84 लाख की जनसंख्या वाले 11156 ग्राम/वार्ड आंगनवाड़ी केन्द्र विहीन थे। आई.सी.डी.एस. के अंतर्गत हितग्राहियों को अधिकांश क्षेत्रों में एक किलोमीटर तक जाना पड़ता था लेकिन विरल जनसंख्या घनत्व वाले क्षेत्रों में आंगनवाड़ी केन्द्रों की यह दूरी 1.5 से 3 किलोमीटर तक थी। 2011-12 से 2013-14 के दौरान राज्य में ग्राम/वार्डों की स्थिति विभाग के पास उपलब्ध नहीं थी। इसलिए, आंगनवाड़ी केन्द्रों के पहुँच में सुधार लेखापरीक्षा में सुनिश्चित नहीं किया जा सके।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि 4,305 आंगनवाड़ी केन्द्रों तथा 600 मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्वीकृति प्रदान की गयी थी तथा राज्य शासन द्वारा उक्त स्वीकृत आंगनवाड़ी केन्द्रों/मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों के संचालन की कार्यवाही प्रारंभ कर दी गयी थी। आयुक्त ने आगे कहा (जनवरी 2017) कि दूरी के आधार पर आंगनवाड़ी केन्द्र खोलने के मापदंड नहीं थे।

2.3.10.4 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण में धीमी प्रगति

लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि राज्य में 22693 आंगनवाड़ी केन्द्र किराये के भवन में संचालित थे, जैसा कि तालिका-2.3.14 में वर्णित है।

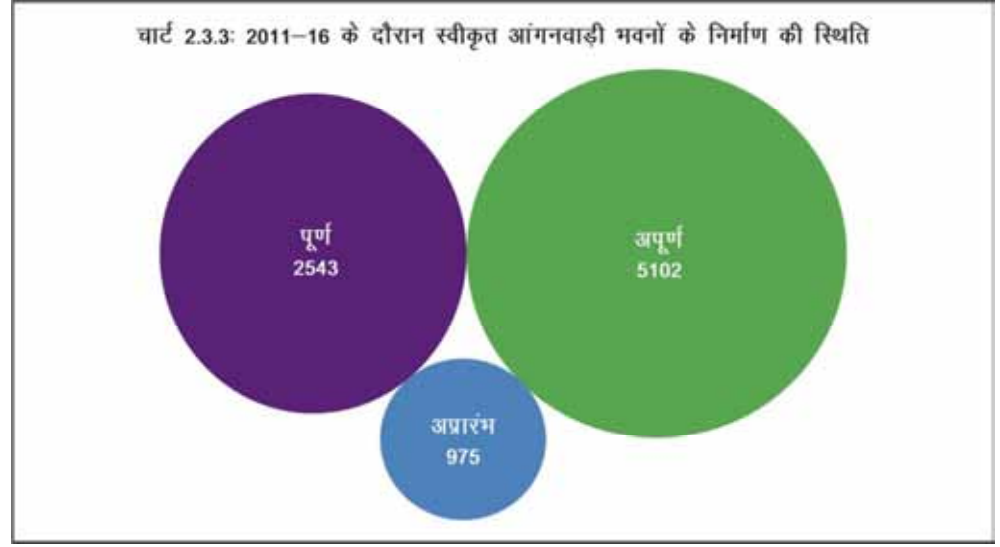
तालिका-2.3.14: आंगनवाड़ी संचालित भवन की स्थिति

स.क्र.	स्तर	विभागीय भवन	किराये के भवन	अन्य शासकीय भवन
1	राज्य	56146	22693	1321
2	चयनित जिले	11467	9673	9221
3	चयनित परियोजनाएं	3519	3062	2587

(स्रोत: संचालनालय, जिला तथा परियोजना द्वारा प्रदाय आंकड़े)

संचालनालय द्वारा प्रदाय जानकारी के अनुसार, राज्य स्तर पर वर्ष 2011-12 के पूर्व में 11187 आंगनवाड़ी केन्द्र स्वीकृत किये गये थे, इन में से मार्च 2016 के स्थिति में 720 आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण अपूर्ण था, जबकि 489 आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण अभी प्रारंभ किया जाना था। योजनावार तथा वर्षवार विवरण **परिशिष्ट-2.3.5** में दिया गया है। हालांकि, 7286 आंगनवाड़ी केन्द्रों के लिए ₹ 450.79 करोड़ का निर्माण कार्य निष्पादित नहीं किया गया। निधि जमा होने तथा निधि निर्माण एजेंसी के पास पड़ी होने के बावजूद एक से पांच वर्ष व्यतीत होने के बाद भी निर्माण पूर्ण नहीं हुये थे।

राज्य स्तर पर 2011-16 के दौरान स्वीकृत आंगनवाड़ी भवनों के निर्माण की स्थिति चार्ट-2.3.3 में दी गयी है।



(स्रोत: संचालनालय द्वारा प्रदाय आंकड़ें)

आगे, दो जिलों⁶² में 2011-12 से पहले 1608 आंगनवाड़ी केन्द्र निर्माण हेतु स्वीकृत हुये, जिसमें से 59 आंगनवाड़ी केन्द्र का निर्माण अपूर्ण था। सात जिलों⁶³ में 1578 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण के लिए ₹ 56.73 करोड़ राशि स्वीकृत की गयी थी, जिसमें से 198 आंगनवाड़ी अपूर्ण तथा 29 आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण अप्रारंभ था। राशि ₹ 15.08 करोड़ अव्ययित पड़ा था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2011-16 के दौरान स्वीकृत 1291 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण कार्य अपूर्ण थे तथा 101 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण शुरू किये जाने थे। ₹ 116.91 करोड़ की राशि एजेंसी के पास अव्ययित थी। निधि जमा होने के बावजूद एक से पांच वर्ष पूर्ण होने के बाद भी निर्माण पूर्ण नहीं हुये थे। विवरण **परिशिष्ट-2.3.6** में दिया गया है।

⁶² बालाघाट (स्वीकृत 963, अपूर्ण 16) तथा छिंदवाड़ा (स्वीकृत 645, अपूर्ण 43)।

⁶³ भोपाल, धार, इन्दौर, खंडवा, खरगोन, रतलाम तथा राजगढ़।

निम्न छायाचित्र चयनित आंगनवाड़ी केन्द्रों के भवनों की स्थिति दर्शाते हैं।

	
ग्यारसपुर परियोजना, जिला विदिशा में मनौरा-3 आंगनवाड़ी केन्द्र का कच्चा भवन	मैहर 1 परियोजना जिला सतना के आंगनवाड़ी केन्द्र वार्ड 7/2 की क्षतिग्रस्त छत
	
मैहर 1 परियोजना जिला सतना के आंगनवाड़ी केन्द्र वार्ड 6/2 के आसपास गंदगी	आंगनवाड़ी केन्द्र मोरधा, कट्टीवाड़ा परियोजना जिला अलीराजपुर में पका भोजन का खुले स्थान में वितरण

2011-16 के दौरान स्वीकृत 8620 आंगनवाड़ी भवनों के निर्माण में 5102 अपूर्ण तथा 975 अप्रारंभ थे।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि आंगनवाड़ी केन्द्रों में सुविधाओं की कमी दूर करने का प्रयास किये जायेंगे। आगे उत्तर दिया कि विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत स्वीकृत आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण जिले स्तर पर चयनित विभिन्न निर्माण एजेंसियों द्वारा किया गया था। विवादित भूमि, स्थल चयन तथा निर्माण एजेंसी द्वारा देर से कार्य करने के कारण निर्माण कार्य धीमे थे। राज्य स्तर पर वर्ष 2011-12 के पूर्व 11187 आंगनवाड़ी केन्द्रों के भवन स्वीकृत किये गये थे, जिसमें से 10111 आंगनवाड़ी केन्द्रों के निर्माण पूर्ण थे, 913 आंगनवाड़ी केन्द्र अपूर्ण थे तथा 163 आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण शुरू किया जाना था। जिला स्तर पर, 2011-12 के पूर्व 1608 आंगनवाड़ी केन्द्र स्वीकृत किये गये जिसमें से जिला छिंदवाड़ा तथा बालाघाट में 39 आंगनवाड़ी केन्द्र अपूर्ण थे। वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान 8477 आंगनवाड़ी केन्द्र का निर्माण स्वीकृत किया गया, जिसमें से 4509 आंगनवाड़ी केन्द्र अपूर्ण थे तथा 471 आंगनवाड़ी केन्द्रों का निर्माण शुरू किया जाना था।

2.3.10.5 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर आधारिक संरचनात्मक सुविधाओं की कमी

भारत सरकार के निर्धारित मापदण्ड (मार्च 2011) के अनुसार, आंगनवाड़ी केन्द्र में मूलभूत सुविधायें यथा; बैठने के लिए कमरा, किचन के लिए पृथक कमरा, खाद्यान्न रखने के लिए भंडार, कक्ष, बच्चों के अनुकूल शौचालय, बच्चों को बाहर तथा भीतर खेलने के लिए पृथक रूप से स्थान तथा सुरक्षित पेयजल सुविधायें प्रदान किया जाना था। यह भी निर्धारित किया गया कि एक आंगनवाड़ी केन्द्र का निर्माण 600 वर्गफीट के घिरे क्षेत्र से कम में न किया जाए।

नमूना जाँच किये गये 42 बा.वि.प.अ. के द्वारा 9192 आंगनवाड़ी केन्द्रों से संबंधित प्रदाय जानकारी से परिलक्षित हुआ कि आंगनवाड़ी केन्द्र बहुत छोटे स्थान में स्थित थे, जहाँ 693 आंगनवाड़ी केन्द्रों में पेयजल की सुविधा नहीं थी, 2734 आंगनवाड़ी केन्द्रों में बच्चों के लिए शौचालय नहीं थे, 1457 आंगनवाड़ी केन्द्रों में भीतर खेलने की जगह नहीं थी,

770 आंगनवाड़ी केन्द्रों में बच्चों एवं महिलाओं को बैठने के लिए पर्याप्त जगह नहीं थी तथा 4447 आंगनवाड़ी केन्द्रों में पृथक रसोईघर नहीं थे।



अच्छा अमल:

आंगनवाड़ी केन्द्र भोजपुरा बैरसिया 01 परियोजना, जिला भोपाल में बच्चों को खेलने के लिए पर्याप्त जगह तथा अन्य सभी सुविधायें पायी गयी।

आगे, 14 चयनित जिलों की 42 परियोजनाओं के 210 आंगनवाड़ी केन्द्रों के संयुक्त भौतिक सत्यापन (मार्च 2016 से जुलाई 2016) में पाया गया कि:

- 75 आंगनवाड़ी केन्द्रों में खेलने हेतु पर्याप्त जगह उपलब्ध नहीं थी।
- 141 आंगनवाड़ी केन्द्रों में रसोईघर नहीं पाये गये।
- 66 आंगनवाड़ी केन्द्रों में खाद्य पदार्थ रखने के लिए भंडार कक्ष नहीं पाये गये।
- 88 आंगनवाड़ी केन्द्रों में शौचालय नहीं पाये गये।
- 70 आंगनवाड़ी केन्द्रों में सुरक्षित पेयजल सुविधा नहीं पाई गई।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि आंगनवाड़ी केन्द्रों में मूलभूत सुविधायें प्रदाय करने के लिए विभिन्न विभागों से समन्वय बनाया जा रहा था।

2.3.11 बच्चों के वृद्धि निगरानी एवं पोषण स्थिति

मृत्यु दर और कुपोषण की घटनाओं को कम करने के उद्देश्य के साथ ही पांच वर्ष से कम के बच्चों के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति सुधार करने के लिए राज्य शासन द्वारा अटल बिहारी वाजपेयी बाल आरोग्य एवं पोषण मिशन (ए.बी.एम.) योजना चलाई गई। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस-3) (2005-06) और (एनएफएचएस-4) (2015-16) के द्वारा ए.बी.एम. की उपलब्धि को तालिका-2.3.15 में दर्शाया गया है।

तालिका-2.3.15: ए.बी.एम. का लक्ष्य एवं उपलब्धि का विवरण

स. क्र.	संकेतक	वर्ष 2015 तक ए.बी.एम. द्वारा निर्धारित लक्ष्य	एनएफएचएस-3 प्रतिवेदन (2005-06) के अनुसार उपलब्धि	एनएफएचएस-4 प्रतिवेदन (2015-16) के अनुसार उपलब्धि
1	5 वर्ष से कम आयु की मृत्यु दर	94.2 से 60 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म	93 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म	65 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म
2	कम वजन वाले बच्चों का प्रतिशत	60 प्रतिशत से 40 प्रतिशत	60 प्रतिशत	42.8 प्रतिशत
3	गंभीर रूप से कुपोषित बच्चों	12.6 प्रतिशत से 5 प्रतिशत	12.6 प्रतिशत	9.2 प्रतिशत

(स्रोत: ए.बी.एम. दिशानिर्देश तथा एनएफएचएस-4 प्रतिवेदन)

अतः कम वजन वाले बच्चों को थर्ड मील के वितरण के बावजूद राज्य अति कुपोषित बच्चों को 12.6 प्रतिशत से 5 प्रतिशत घटाने के लक्ष्य को प्राप्त नहीं कर सका। उसी

कम वजन वाले बच्चों को थर्ड मील के वितरण के बावजूद राज्य द्वारा अति कुपोषित बच्चों को 12.6 प्रतिशत से 5 प्रतिशत के लक्ष्य को प्राप्त नहीं किया जा सका।

प्रकार से राज्य कम वजन वाले बच्चे के प्रतिशतता तथा 5 वर्ष से कम आयु (वर्ग) में मृत्यु दर में कमी लाने के निर्धारित लक्ष्य को भी प्राप्त नहीं कर सका। पोषाहार प्रदाय में कमी तथा आंगनवाड़ी केन्द्रों के टालने वाले दृष्टिकोण जैसे कि बच्चों की वृद्धि की निगरानी न करना, के कारण उपलब्धि में कमी हो सकती है। जैसा कि कंडिका 2.3.9.4 में वर्णित है।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि कुपोषण की स्थिति ए.बी.एम. के माध्यम से सुधार हो रहा था और निरंतर प्रयास भी किया जा रहा था।

2.3.12 आंतरिक नियंत्रण तंत्र

2.3.12.1 एकीकृत बाल विकास योजना मिशन

भारत सरकार के दिशानिर्देशों के अनुसार, संबंधित राज्य के मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में आई.सी.डी.एस. मिशन बाल विकास और पोषण प्रणाली, बच्चों के विकास और पोषण से संबंधित मामलों पर विचार करने की देखरेख के लिए जिम्मेदार होगा। राज्य आई.सी.डी.एस. मिशन की प्रत्येक छः माह में कम से कम एक बार बैठक होगी। प्रत्येक जिले में एक जिला आई.सी.डी.एस. मिशन संबंधित जिले के कलेक्टर की अध्यक्षता में होगी।

आईसीडीएस
मिशन का गठन
नहीं किया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आई.सी.डी.एस. मिशन राज्य स्तर के साथ जिला स्तर पर भी गठित नहीं किया गया था।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि राज्य सरकार द्वारा लिए गए निर्णय के अनुसार, आई.सी.डी.एस. मिशन अंतर्गत समिति के गठन के स्थान पर अटल बिहारी वाजपेयी बाल आरोग्य एवं पोषण मिशन के अंतर्गत पूर्व से गठित समिति को पुर्नगठन किया जाये। आगे की कार्यवाही प्रचलन में थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि आई.सी.डी.एस. कार्यक्रम के समुचित क्रियान्वयन के लिए आई.सी.डी.एस. मिशन का गठन किया जाना था।

2.3.12.2 सामाजिक अंकेक्षण

महिला एवं बाल विकास, मध्य प्रदेश शासन के दिशानिर्देश (अक्टूबर 2009) में दिये गये प्रावधान के अनुसार, पूरक पोषाहार प्रदाय करने के लिए स्व-सहायता समूह के कार्य का सामाजिक अंकेक्षण पंचायत एवं ग्रामीण विकास विभाग द्वारा मध्यान्ह भोजन के लिए निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार किया जाये।

वर्ष 2011-16 के
दौरान सामाजिक
अंकेक्षण नहीं किया
गया।

लेखापरीक्षा में पाया कि 14 चयनित जिलों के 42 परियोजनाओं में वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान पूरक पोषाहार कार्यक्रम के लिए स्व-सहायता समूह का कोई सामाजिक अंकेक्षण नहीं किया गया।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि सामाजिक अंकेक्षण की कार्यवाही पंचायत एवं ग्रामीण विकास विभाग द्वारा की जानी थी। स्व-सहायता समूहों द्वारा पूरक पोषाहार के वितरण के दौरान पंचनामा तैयार करने का प्रावधान किया गया था।

आयुक्त के उत्तर से निष्कर्ष निकला कि सामाजिक अंकेक्षण के अभाव में समुदाय की भागीदारी सुनिश्चित नहीं की जा सकी। 420 आंगनवाड़ी केन्द्रों के नमूना जाँच में से 314 आंगनवाड़ी केन्द्रों पर पंचनामा तैयार नहीं किया गया।

2.3.12.3 निगरानी और पर्यवेक्षण

आई.सी.डी.एस. में सेवाओं के प्रतिपादन में प्रभावशीलता सुनिश्चित करने के लिए भारत सरकार के परिपत्र (अक्टूबर 2010) के अनुसार निगरानी और पर्यवेक्षण अनुसूची तालिका-2.3.16 में प्रस्तुत की गई है:

तालिका-2.3.16: प्रस्तुत एवं पर्यवेक्षण की अनुसूची का विवरण

स.क्र.	अधिकारियों की श्रेणी	अनुसूची प्रस्तावित आवश्यकता
1	जिला कार्यक्रम अधिकारी	प्रत्येक तिमाही सभी ब्लॉक शामिल किये जाने थे। पूरे वर्ष में समान रूप से 10 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्रों की कवरेज सुनिश्चित करने के लिए प्रत्येक ब्लॉक के दौरे में कम-से-कम तीन आंगनवाड़ी केन्द्रों का दौरा किया जाना था।
2	बाल विकास परियोजना अधिकारी	प्रत्येक माह रोटेशन के आधार पर कम से कम 20 आंगनवाड़ी केन्द्र तथा वर्ष में 100 प्रतिशत कवरेज सुनिश्चित करना
3	पर्यवेक्षक	प्रत्येक माह में पर्यवेक्षक के अधिकार क्षेत्र के अंतर्गत न्यूनतम 50 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्र

चयनित जिलों एवं 40 परियोजनाओं में, कार्यों की निगरानी के लिए जि.का.अ. द्वारा परियोजनाओं एवं आंगनवाड़ी केन्द्रों के तथा बा.वि.प.अ. एवं पर्यवेक्षकों द्वारा उनके अधिकार क्षेत्र में आंगनवाड़ी केन्द्रों के भ्रमण का विवरण तालिका-2.3.17 में दिया गया है। हालांकि (विदिशा जिले के दो परियोजना कार्यालयों लटेरी एवं ग्यारसपुर) ने अपेक्षित जानकारी प्रस्तुत नहीं की।

तालिका-2.3.17: जिला कार्यक्रम अधिकारी/बाल विकास परियोजना अधिकारी/पर्यवेक्षकों के भ्रमण का विवरण

स. क्र.	आई.सी.डी.एस. अधिकारी	परियोजनाओं के भ्रमण की संख्या			आंगनवाड़ी केन्द्रों के भ्रमण की संख्या		
		लक्ष्य ⁶⁴	उपलब्धि*	कमी	लक्ष्य	उपलब्धि*	कमी
1	जिला कार्यक्रम अधिकारी	2724	736	1988 (72.98 प्रतिशत)	13342	5504	7838 (58.75 प्रतिशत)
2	बाल विकास परियोजना अधिकारी	..	..	..	43437	19351	24086 (55.45 प्रतिशत)
3	पर्यवेक्षक	..	..	..	256476	130818	125658 (48.99 प्रतिशत)

(स्रोत: *जिलों/परियोजनाओं द्वारा प्रदाय आंकड़े)

जिला कार्यक्रम अधिकारियों, बाल विकास परियोजना अधिकारी तथा पर्यवेक्षकों ने अपने लक्ष्य के अनुसार पूरक पोषाहार का पर्यवेक्षण नहीं किया।

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि जिला कार्यक्रम अधिकारियों, बाल विकास परियोजना अधिकारियों एवं पर्यवेक्षकों द्वारा अपने लक्ष्य के अनुसार पूरक पोषण कार्यक्रम का पर्यवेक्षण नहीं किया गया।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि विभाग के संभाग, जिला, परियोजना एवं सेक्टर के अधिकारियों/कर्मचारियों द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्रों का निरंतर निरीक्षण किया जाता था, इस हेतु विभाग की निगरानी ऑनलाईन मैनेजमेंट इन्फॉर्मेशन सिस्टम के माध्यम से की जाती थी। आगे कहा कि कार्य की अधिकता के कारण निरीक्षण में कमी हुई थी। समस्त सक्षम अधिकारियों द्वारा रोस्टर के अनुसार आंगनवाड़ी

⁶⁴ लक्ष्य (जिला कार्यक्रम अधिकारी - प्रत्येक तिमाही में सभी विकासखण्ड शामिल किये जाने थे प्रत्येक ब्लॉक के दौरे में कम-से-कम तीन आंगनवाड़ी केन्द्र वर्ष में 10 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्र कवरेज सुनिश्चित करने के लिए, बाल विकास परियोजना अधिकारी - वर्ष में शत प्रतिशत, पर्यवेक्षक - प्रत्येक माह में पर्यवेक्षक के अधिकार क्षेत्र के अंतर्गत न्यूनतम 50 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्र)।

केन्द्रों/परियोजनाओं का निरीक्षण किया गया तथा कमियों के लिए मौखिक निर्देश स्थल पर जारी किये गये थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि जिला कार्यक्रम अधिकारियों/बाल विकास परियोजना अधिकारियों द्वारा प्रस्तुत जानकारी के अनुसार पर्यवेक्षण में 49 प्रतिशत से लेकर 73 प्रतिशत तक की कमी दर्शाता है।

2.3.12.4 विभिन्न स्तरों पर निगरानी एवं समीक्षा समिति

भारत सरकार के परिपत्र (मार्च 2011) के अनुसार, सेवाओं के वितरण में गुणवत्ता में सुधार पर ध्यान केंद्रित करने के साथ आई.सी.डी.एस. के सार्वभौमीकरण के संदर्भ में विभिन्न स्तरों पर निगरानी एवं समीक्षा समितियों (तालिका-2.3.18 के अनुसार) का गठन किया जाना था। समिति राज्य में समग्र प्रगति तथा आई.सी.डी.एस. का सार्वभौमीकरण, अन्य विभागों के साथ अभिसरण, आंगनवाड़ी केन्द्रों के बुनियादी ढांचे में सुधार, सूचना, शिक्षा एवं प्रसार (आई.ई.सी.) की निगरानी करेगा।

तालिका-2.3.18: निगरानी एवं समीक्षा समिति के विवरण

स. क्र.	स्तर	समिति का नाम	अध्यक्ष	बैठक आयोजित किया जाना
1	राज्य	राज्य स्तरीय निगरानी एवं समीक्षा समिति (एस.एल.एम.आर.सी.)	मुख्य सचिव	छः माह में एक बार
2	जिला	जिला स्तरीय निगरानी एवं समीक्षा समिति (डी.एल.एम.आर.सी.)	जिला दंडाधिकारी / कलेक्टर	तीन माह में एक बार
3	विकासखण्ड	खण्ड स्तरीय निगरानी समिति (बी.एल.एम.सी.)	उप-संभागीय दंडाधिकारी	तीन माह में एक बार

(स्रोत: भारत सरकार के दिशानिर्देश मार्च 2011)

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य शासन ने एस.एल.एम.आर.सी. का गठन किया था। हालांकि, एस.एल.एम.आर.सी. की बैठक वर्ष 2011-12 से 2015-16 के दौरान नहीं की गई थी। आगे, 14 चयनित जिलों में से केवल एक जिला (बालाघाट) में डी.एल.एम.आर.सी. का गठन किया गया था, जहां वर्ष 2015-16 के दौरान केवल दो बैठक आयोजित की गयी। यद्यपि, जिला अलीराजपुर ने जानकारी प्रदाय नहीं की।

चयनित 14 जिलों के 42 परियोजनाओं में से केवल पांच जिलों की नौ परियोजनाओं⁶⁵ में बी.एल.एम.सी. का गठन किया गया था। हालांकि, फंदा (भोपाल) के अलावा बी.एल.एम.सी. की कोई बैठक आयोजित नहीं की गई। 33 परियोजनाओं में बी.एल.एम.सी. का गठन नहीं किया गया और बैठक आयोजित नहीं हुई।

निर्गम सम्मेलन (अक्टूबर 2016) में आयुक्त ने उत्तर दिया कि एस.एल.एम.आर.सी. की बैठक नहीं हुई। मुख्य सचिव की अध्यक्षता में राज्य स्तर पर गठित अन्य समितियों के माध्यम से विभागीय योजनाओं की समीक्षा की गई थी। राज्य के सभी जिलों में जिला, खण्ड तथा आंगनवाड़ी केन्द्रों के स्तर पर निगरानी एवं समीक्षा समितियों का गठन किया गया तथा बैठक निरंतर आयोजित हुई। जहां बैठक नहीं हो रही थी, संबंधित जिला कलेक्टरों को निर्देश जारी किये गये थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि नमूना जाँच किये गये जिलों एवं परियोजनाओं में डी.एल.एम.आर.सी. तथा बी.एल.एम.सी. का गठन नहीं किया गया तथा बैठक नियमित आयोजित नहीं की गई।

राज्य स्तरीय निगरानी एवं समीक्षा समिति का बैठक आयोजित नहीं की गई।

⁶⁵ भोपाल (फंदा 2012-13 में), छिंदवाड़ा (जमई-2 2015-16 में, पंधाना 2015-16 में, छिंदवाड़ा ग्रामीण 2014-15 में), धार (बदनावर-1 2012-13 में और नालछा 2015-16 में), इन्दौर (इन्दौर ग्रामीण 01 तथा शहरी-07 2012-13 में) तथा खरगोन (सनावद 2015-16 में)।

2.3.13 निष्कर्ष

- पू.पो.का. का विस्तार छः वर्ष तक के सभी बच्चों तथा सभी गर्भवती एवं धात्री माताओं के लिए किया जाना था। वर्ष 2011-16 के दौरान दर्ज छः माह से तीन वर्ष आयु समूह के 20.94 लाख बच्चों, तीन वर्ष से छः वर्ष आयु समूह के 57.02 लाख बच्चों तथा 7.99 लाख गर्भवती एवं धात्री माताओं को पूरक पोषण आहार नहीं दिया गया। आंगनवाड़ी केन्द्रों के खराब बुनियादी ढांचे, पूरक पोषाहार की कम मात्रा तैयार करना या समय पर पोषाहार का प्रदाय नहीं होना तथा आंगनवाड़ी केन्द्रों का लम्बी दूरी पर होना, कमी के कारण थे, जिसने दर्ज हितग्राहियों के आंगनवाड़ी केन्द्रों पर उपस्थिति को निरूत्साहित किया।
- भारत सरकार द्वारा निर्धारित जनसंख्या मापदण्ड के अनुसार मार्च 2016 की स्थिति में राज्य में 18,604 आंगनवाड़ी केन्द्रों तथा 3,400 मिनी आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी थी। राज्य में कुल 61,755 ग्रामों/वार्डों में से 53.84 लाख की जनसंख्या वाले 11,156 ग्राम/वार्ड आंगनवाड़ी केन्द्र विहीन थे। राज्य शासन ने 4,305 आंगनवाड़ी केन्द्र नहीं खोले थे, जबकि भारत सरकार द्वारा ये आंगनवाड़ी केन्द्र नवम्बर 2014 में स्वीकृत किये गये थे।
- जिला कार्यक्रम अधिकारियों द्वारा गेहूं एवं चावल के केन्द्रीय निर्गम मूल्य (के.नि.मू.) का पालन नहीं किया गया तथा एम.पी.एस.सी.एस.सी. को उच्च दरों पर भुगतान किया। जिसके परिणामस्वरूप 2012-13 से 2014-15 के दौरान एम.पी.एस.सी. एस.सी. को ₹ 40.87 करोड़ का अधिक भुगतान किया गया। आगे, जि.का.अ. के द्वारा खाद्यान्न के कम उठाव के कारण असमायोजित अग्रिम ₹ 13.81 करोड़ एम.पी.एस.सी. एस.सी. के पास पड़ा था। विभाग ने एम.पी. एग्रो द्वारा खाद्यान्न के अधिक उपयोग के कारणों का मिलान नहीं किया जिसके फलस्वरूप एम.पी. एग्रो को ₹ 15.57 करोड़ का अनुचित वित्तीय लाभ दिया गया। जि.का.अ. ने रसोइयों के खाते में सीधे भुगतान करने के बजाय रसोइयों के मानदेय ₹ 1.67 करोड़ का स्व-सहायता समूहों को अनियमित भुगतान किया। रसोइयों के लाभों को उनके बैंक खातों में सीधे हस्तान्तरण न करने से हेराफेरी के आरोप से इंकार नहीं किया जा सकता।
- 14 नमूना जाँच किये गये परियोजना कार्यालयों में, 2011-12 से 2015-16 के दौरान 983 आंगनवाड़ी केन्द्रों में 37,079 हितग्राहियों को विभिन्न माहों में (एक दिन से लेकर 120 दिन तक) पूरक पोषाहार प्रदाय नहीं किया गया। वर्ष 2011-16 में पके भोजन तैयार करने में संलग्न स्व-सहायता समूह को 24432.05 मीट्रिक टन गेहूं और 3592.06 मीट्रिक टन चावल के वितरण में कमी थी, जिसने हितग्राहियों को पकाया हुआ भोजन के वितरण को प्रभावित किया।
- नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे (2015-16) के अनुसार राज्य में 9.2 प्रतिशत गंभीर रूप से कुपोषित बच्चे थे। इस प्रकार से राज्य अति कुपोषित बच्चों को 12.6 प्रतिशत से 5 प्रतिशत तक कम करने के लक्ष्य को प्राप्त नहीं कर सका। उसी प्रकार से राज्य कम वजन वाले बच्चों तथा पाँच वर्ष से कम आयु में मृत्यु दर की प्रतिशतता में कमी लाने के निर्धारित लक्ष्य में भी पीछे था।
- राज्य स्तरीय निगरानी एवं समीक्षा समिति की बैठक आयोजित नहीं की गई। जिला एवं खण्ड स्तर पर उचित निगरानी एवं पर्यवेक्षण हेतु निगरानी एवं समीक्षा समिति का गठन नहीं किया गया।

2.3.14 अनुशंसाएं

- खाद्यान्न का आवंटन एवं उठाव तथा उसके भुगतान का समय-समय पर समाशोधन किया जाना चाहिए।
 - पू.पो. का के अंतर्गत सभी हितग्राहियों को शामिल किये जाने का प्रयास किये जाने चाहिए। हितग्राहियों को आधार कार्ड से जोड़ा जाना चाहिए जिससे उनका पता लगाया जा सके।
 - शासन को आंगनवाड़ी भवनों के निर्माण की ध्यान से निगरानी करनी चाहिए ताकि आंगनवाड़ी भवनों की अच्छी गुणवत्ता, निर्धारित बुनियादी ढांचे निर्धारित मानकों की पूर्ति सुनिश्चित हो सके तथा हितग्राहियों को अच्छे वातावरण सुनिश्चित करने हेतु सभी आंगनवाड़ी केन्द्रों में मूलभूत सुविधायें जैसे; सुरक्षित पेयजल, शौचालय इत्यादि प्रदाय करने के प्रयास किये जाने चाहिए।
 - योजना के समुचित तथा सुचारु ढंग से चलाने के लिए आई.सी.डी.एस. मिशन गठित किया जाना चाहिए।
 - योजना के प्रभावी क्रियान्वयन के लिए जिला कार्यक्रम अधिकारियों/बाल विकास परियोजना अधिकारियों तथा पर्यवेक्षकों के द्वारा निर्धारित लक्ष्यों के अनुसार आंगनवाड़ी केन्द्रों का निरीक्षण सुनिश्चित किया जाना चाहिए।
- शासन ने कहा कि इन अनुशंसाओं को कार्यान्वित करने हेतु प्रयास किये जायेंगे।

