अध्याय I : प्रस्तावना

1.1 पृष्ठभूमि

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

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

---

1 नवजात मृत्यु दर एक वर्ष के भीतर प्रति 1000 जीवित जन्म मे से बच्चों की मृत्यु की संख्या है।

2 स्रोत: सांख्यिकी एवं कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय की भारत देश रिपोर्ट 2015

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

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

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

6 बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड

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

1.2 मिशन के उद्देश्य

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

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

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

---

[7] राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) तथा राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत उप-मिशन है।

[8] अरूणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपूर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नागालैंड, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपूरा, उत्तरांचल तथा उत्तर प्रदेश

[9] महिला की पूर्ण प्रजनन अवधि के दौरान जन्म दिए जाने वाले बच्चे की औसत संख्या के प्रति महिला

1.3 सगंठनात्मक ढांचा

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

1.3.1 केन्द्रीय स्तर

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

1.3.2 राज्य तथा जिला स्तर

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

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

1.3.3 एनआरएचएम के अतंर्गत सेवाओं की सुपुर्दगी हेतु अन्य कार्यकर्ता

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

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

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

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

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

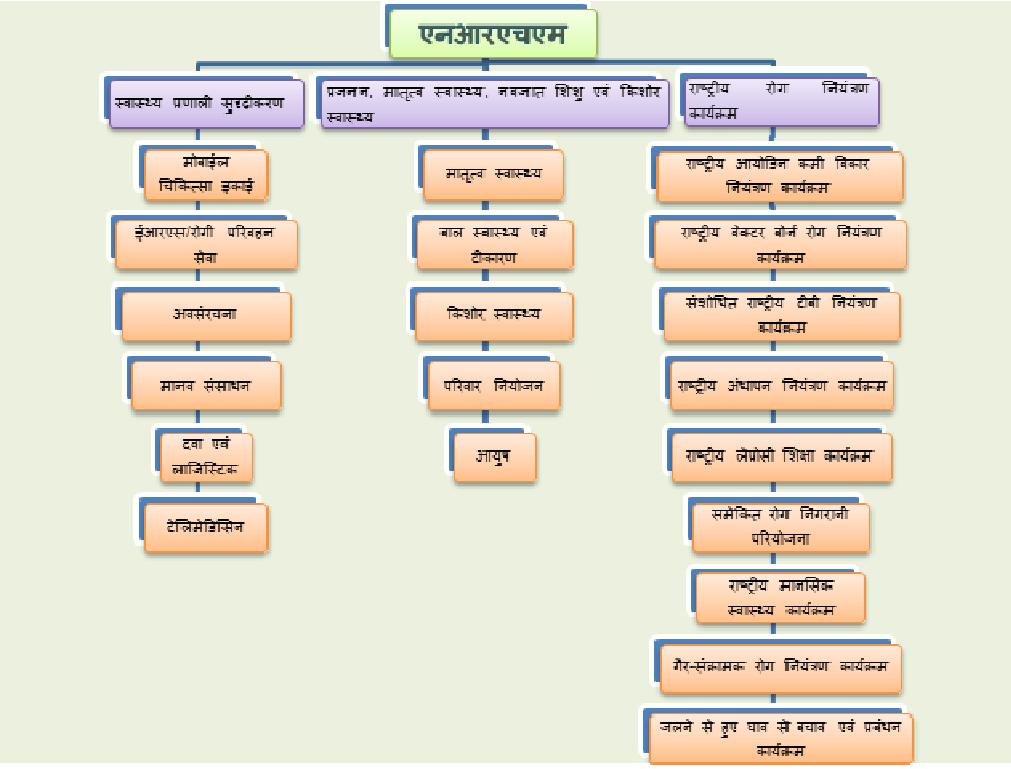
1.4 एनआरएचएम के संघटक

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

[10] गर्भावस्था की चिकित्सा से समाप्ति

[11] आयुर्वेद योग तथा प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध तथा होम्योपैथी

चार्ट -1.2: एनएचआरएम के संघटक



स्त्रोत: मंत्रालय की वैबसाईट: एनआरएचएम.जीओवी.आईएन

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

1.5 एनआरएचएम के अंतर्गत वित्तीय प्रबंधन

मंत्रालय राज्य सरकारों को मंत्रालय द्वारा स्वीकृत एनआरएचएम राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं (पीआईपी) के आधार पर निधिया[12] जारी करता है। सभी संघ शासित क्षेत्र (यूटी) मंत्रालय द्वारा पूर्ण रूप सं वित पोषित हैं। 2011-16 की अवधि के दौरान एनआरएचएम के अंतर्गत मंत्रालय द्वारा

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

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

1.6 लेखापरीक्षा उद्देश्य

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

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

i. भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता की सीमा

ii. स्वास्थ्य देखभाल व्यवसायिकों की उपलब्धता की सीमा तथा

iii. प्रदत्त स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता तथा आरसीएच के अंतर्गत सेवाएं (अध्याय-7)

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

1.7 लेखापरीक्षा का क्षेत्र

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

[13] संयुक्त राष्ट्रो द्वारा आठ लक्ष्य तैयार किए गए हैं जिनका भारत हस्ताक्षरकर्ता है।

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

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

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

---

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

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

निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु नमूना **चार्ट-1.3** में दर्शाए गए के अनुसार हैः

चार्ट-1.3: नमूना चयन

* केवल महालेखाकार, नागालैण्ड द्वारा किए गए सर्वेक्षण

1.8 लेखापरीक्षा पद्धति

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

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

1.9 लेखापरीक्षा मापदण्ड के स्त्रोत

लेखापरीक्षा मापदण्ड के स्रोत निम्नलिखित हैंः

क. कार्यान्वयन हेतु एनआरएचएम ढांचा (2005-12);

ख. कार्यान्वयन हेतु एनआरएचएम ढांचा(2012-17);

ग. वित्तीय प्रबंधन हेतु एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देश

घ. भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस)-उपकेन्द्रों (एससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्दों (सीएचसी), उप-जिला/उप-मण्डलीय अस्पतालों (एसडीएच) तथा जिला अस्पतालों हेतु दिशानिर्देश (2007 तथा 2012);

ङ. लोक स्वास्थ्य सुविधाओं 2013 में गुणवत्ता आश्वासन हेतु परिचालन दिशानिर्देश तथा

च. जिला अस्पताल 2013, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (प्रथम रेफरल इकाई) 2014 तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 2014 में गुणवत्ता आश्वासन हेतु निर्धारक की मार्गदर्शिका।

1.10 पिछले लेखापरीक्षा निष्कर्ष

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

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

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

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

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

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

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

1.11 आभार प्रकट

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