

## अध्याय VI : स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता

### 6.1 राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम

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

#### 6.1.1 संस्थागत रूपरेखा

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

#### क) राष्ट्रीय स्तर

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

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

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

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

## ख) राज्य स्तर

### (i) राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति

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

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

<sup>2</sup> प्रजनन और बाल स्वास्थ्य से संबंधित केपीआई में शिशु मृत्यु दर, जननी मृत्यु दर, प्रसव पूर्व देखभाल, अस्पताल में हुए प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल, टीकाकरण कवरेज आदि शामिल हैं। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य की निष्पादन लेखापरीक्षा

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

## (ii) राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई

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

राज्य विशिष्ट निष्कर्षों की चर्चा नीचे की गई है:

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

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

### एसक्यूएयू द्वारा सुविधाओं का आकलन न किया जाना

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

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

### ग) जिला स्तर

#### (i) जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति

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

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

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

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

## (ii) जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई

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

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

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

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

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

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

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

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

## घ) सुविधा स्तर

### (i) गुणवत्ता आश्वासन दल का गठन

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

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

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

### (ii) आवधिक आंतरिक आकलन

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

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

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

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

### (iii) मरीज संतुष्टि सर्वेक्षण

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

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

### (iv) मुख्य निष्पादन संकेतकों की मॉनीटरिंग

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

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

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

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

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

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

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

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

### (i) मातृ मृत्यु समीक्षा

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

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

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

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

## (ii) शिशु मृत्यु समीक्षा

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

## 6.1.3 सुविधा सर्वेक्षण के परिणाम

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

तालिका-6.1: स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्ता संकेतकों की उपलब्धता

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.2 मॉनीटरिंग

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

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

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

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

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

### 6.3 मूल्यांकन

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

### 6.4 लाभार्थी सर्वेक्षण

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

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

### **निष्कर्ष**

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

मिशन के सफल कार्यान्वयन के लिए निरीक्षणों और तैयार मॉनीटरिंग प्रणाली केन्द्र, राज्य और जिला स्तरों पर पूर्ण रूप से कार्यान्वित नहीं की जा रही थी।

लाभार्थी सर्वेक्षण ने एनआरएचएम के अंतर्गत प्रदान की गई विभिन्न सेवाओं के बारे में लाभार्थियों के बीच निम्न जागरूकता स्तरों और लोगों तक इसकी

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

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

**अनुशंसाएं:**

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