

अध्याय-VII : प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य (आरसीएच) के अंतर्गत सेवाएं

7.1 प्रस्तावना

प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम-II (आरसीएच-II) की शुरुआत 2005 में शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) एवं कुल प्रजनन दर (टीएफआर) को कम करने के लिए मुख्य वाहक के रूप में मिशन के एक भाग के रूप में किया गया था। कार्यक्रम के कुछ प्रमुख घटक हैं: जटिलताओं की पहचान सहित गर्भावस्था में देख-रेख, शल्य चिकित्सा एवं रक्त आधान जैसी जटिलताओं के प्रबंधन को छोड़कर अनिवार्य नवजात देख-रेख के सभी आयाम, नवजात एवं बच्चों की आम बीमारियों हेतु देख-भाल,--- मध्यम स्तरीय देखभाल प्रदाता के स्वीकृत कौशलों से परे संकटजनक स्थितियों की पहचान, स्थिरीकरण एवं रेफर करना, टीकाकरण, सांस्थानिक देखभाल की आवश्यकता वाले मामलों को छोड़कर कुपोषण से बचाव एवं उसके प्रबंधन के सभी आयाम, सभी परिवार नियोजन सेवाएं, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं- चिकित्सकीय एवं सर्जिकल की व्यवस्था एवं रक्त की कमी की पहचान तथा प्रबंधन।

7.2 संस्थानिक प्रसव

7.2.1 लक्ष्य एवं उपलब्धि

कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-12) के अनुसार, सामुदायिक स्तर पर एनआरएचएम के अपेक्षित परिणामों में से एक था अस्पताल में प्रसव हेतु उन्नत सुविधाएं। स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में प्रसव हेतु महिलाओं को प्रोत्साहित करने के लिए जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) की शुरुआत अप्रैल 2005 में एनएचआरएम के अंतर्गत एक ऐसी योजना के रूप में की गयी थी जिसमें प्रसव के दौरान एवं प्रसव के तुरंत बाद की अवधि में देखभाल हेतु गर्भवती महिला को सशर्त नकदी देने का प्रावधान है। लेखापरीक्षा ने देखा कि:

क) 28 राज्यों में, 2011-16 के दौरान अस्पताल में प्रसव¹ का चयन करने वाली पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की प्रतिशतता 34 से 98 तक थी। छः राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, मेघालय, उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखंड) में, यह प्रतिशतता 50 में से कम थी जिसमें मणिपुर (38) एवं मेघालय (34) में निम्नतम प्रतिशत दर्ज की गयी थी। राज्य-वार ब्यौरे अनुबंध-7.1 में हैं।

ख) आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड², मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान एवं उत्तराखंड इन 14 राज्यों में, 2011-16 के दौरान सांस्थानिक प्रसव हेतु तय लक्ष्य के प्रति कमी देखी गयी थी। कमी का प्रसार 4 से 54 प्रतिशत तक था, जिसमें उच्चतम प्रतिशतता अरुणाचल प्रदेश (54) एवं उत्तराखंड (52) दो राज्यों में दर्ज की गयी। अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, बिहार, केरल, मिजोरम, सिक्किम, त्रिपुरा एवं पश्चिम बंगाल में, सांस्थानिक प्रसवों के लिए लक्ष्य का निर्धारण राज्य स्वास्थ्य समितियों द्वारा नहीं किया गया था। निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने बताया कि यद्यपि कुछ राज्यों ने लक्ष्यों का निर्धारण नहीं किया था, समग्र सांस्थानिक प्रसवों में एनआरएचएम के कारण उल्लेखनीय रूप से बढ़ोतरी हुई है।

लेखापरीक्षा ने भौतिक अवसरचना एवं सेवा प्रदाता सुविधाओं की सर्वेक्षणों के माध्यम से पर्याप्तता को सुनिश्चित करने का प्रयास किया। यह देखा गया था कि स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के अंतर्गत सर्वेक्षण किये गये 514 पीएचसी में से 161 में प्रसव हेतु सुविधा नहीं थी। केरल में, चयनित सभी 12 पीएचसी एवं हिमाचल प्रदेश, ओडिशा, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल छः राज्यों में 50 प्रतिशत से अधिक पीएचसी में प्रसव हेतु सुविधा नहीं थी।

सांस्थानिक प्रसव में कमियों के कारण, जैसाकि स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के दौरान पता चला, गाँवों से स्वास्थ्य केन्द्रों की दूरी, सरकारी यातायात की पहुँच का अभाव, केन्द्रों का अस्वास्थ्यकर परिवेश आदि थे।

¹ सांस्थानिक प्रसव में सरकारी एवं निजी स्वास्थ्य केन्द्रों में हुए प्रसव शामिल हैं।

² आंकड़े मात्र 2014-15 हेतु

7.2.2 प्रसव-पूर्व देखभाल

एनआरएचएम के अंतर्गत प्रमुख हस्तक्षेपों में से एक है सभी गर्भवती महिलाओं को गर्भावस्था के 12 हफ्तों अथवा पहली तिमाही के अंदर पंजीकृत करना और उन्हें सुविधाएं प्रदान करना, जैसे कि चार प्रसव-पूर्व जाँच (एएनसी)³, 100 लौह फोलिक एसिड (आईएफए) टैबलेट, टिटनस टॉक्सॉइड (टीटी) टीका, समुचित आहार एवं विटामिन अनुपूरक। लेखापरीक्षा ने पाया कि:

(क) पंजीकरण एवं जाँच

बीस राज्यों में (आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) एएनसी के पूरे डाटा का अनुरक्षण नहीं किया गया था।

चार राज्यों यथा असम, गुजरात, जम्मू व कश्मीर एवं तमिलनाडु में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को कम संख्या में एएनसी प्राप्त हुई जैसा अनुबंध-7.2 में दिया गया है।

अरुणाचल प्रदेश में, एसएचएस द्वारा उपलब्ध करायी गयी सूचना के अनुसार, 2011-16 के दौरान राज्य में पंजीकृत सभी 1,56,905 गर्भवती महिलाओं को पंजीकरण के समय प्रथम एएनसी प्राप्त हुई थी। तथापि, चार चयनित जिलों में, लेखा परीक्षा ने पाया कि पंजीकृत 42,701 गर्भवती महिलाओं में से मात्र 8,694(20 प्रतिशत) को ही पंजीकरण के समय एएनसी प्राप्त हुई थी।

पश्चिम बंगाल में, मार्च 2016 तक, 18 प्रतिशत पीएचसी को एएनसी क्लिनिक अभी खोलना था।

लेखापरीक्षा द्वारा स्वास्थ्य केन्द्र के सर्वेक्षण से प्रकट हुआ:

29 राज्यों/यूटी में 2,380 स्वास्थ्य केन्द्रों (डीएच-123, सीएचसी, 300, पीएचसी,-514, एवं एससी-1,443) में से 167 स्वास्थ्य केन्द्रों (डीएच-1,

³ पहली एएनसी पहली तिमाही के दौरान पंजीकरण के समय, 2 री एएनसी गर्भावस्था के 20-24 हफ्तों के दौरान, तीसरी एएनसी- गर्भावस्था के 28-32 हफ्तों के दौरान, चौथी एएनसी- गर्भावस्था के 34-36 हफ्तों के दौरान।

सीएचसी-9, पीएचसी-86 एवं एससी-71) के पास एएनसी की सुविधा नहीं थी। उन स्वास्थ्य केन्द्रों की प्रतिशतता, जिनमें एएनसी की सुविधा नहीं थी, पांच राज्यों- **अरुणाचल प्रदेश** (एससी-65 एवं डीएच-25), **नागालैण्ड** (एससी-17), **ओडिशा** (सीएचसी-19 एवं पीएचसी-53), **पश्चिम बंगाल** (पीएचसी-41) एवं **त्रिपुरा** (पीएचसी 29) में उल्लेखनीय रूप से अधिक थी।

इस महत्वपूर्ण घटक का समुचित दस्तावेजीकरण 28 राज्यों/यूटी में से 20 में मौजूद नहीं था। फलस्वरूप, स्वास्थ्य केन्द्र, आवश्यकता के अनुरूप एएनसी के वास्तविक प्रशासन पर नजर रखने एवं सुधारात्मक कदम उठाने में असफल रहे थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि एससी, पीएचसी एवं सीएचसी में एएनएम, एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं एवं कर्मचारियों की कमी इस संबंध में प्रमुख कारकों में से एक था।

(i) **आयरन फोलिक एसिड**

एनआरएचएम के अंतर्गत, 100 आईएफए टैबलेट सभी पंजीकृत महिलाओं को उपलब्ध कराना होता है। लेखापरीक्षा ने 2011-16 के दौरान सभी 28 राज्यों/यूटी में 3 से 75 प्रतिशत तक कमियाँ पायी गयी थीं। 11 राज्यों/यूटी (अंडमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, आंध्र प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, राजस्थान एवं तमिलनाडु) में, पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से दो प्रतिशत से अधिक में गंभीर रक्तल्पता⁴ पायी गयी, जिसमें जम्मू एवं कश्मीर (6.11), हरियाणा (3.92) एवं कर्नाटक (3.6) में सबसे ज्यादा ऐसे मामले थे, जैसा **अनुबंध-7.3** में दिया गया है।

अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह में, अभिलेखों से संकेत मिला कि 100 आईएफए टैबलेटों वर्ष 2013-14, 2014-15 एवं 2015-16 के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को दी गयी थीं जो 204 एवं 664 प्रतिशत के मध्य थीं। महत्वपूर्ण रूप से, रक्तल्पता के मामले 2014-15 के 1.33 प्रतिशत से बढ़कर 2015-16 में 2.75 प्रतिशत हो गये थे।

⁴ गंभीर रक्तल्पता में हीमोग्लोबिन की संख्या 7 ग्रा/डीएल से कम होती है जबकि रक्तल्पता में यह 11 ग्रा/डीएल से कम होती है।

त्रिपुरा में, 21 से 62 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को 2011-12 से 2015-16 के दौरान 100 आईएफए टैबलेट नहीं प्राप्त हुए थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि त्रिपुरा में 54.4 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं रक्तकल्पता की शिकार थीं, जिसमें से सबसे ज्यादा मामले उत्तरी त्रिपुरा जिले में दर्ज हुए (60.6 प्रतिशत) थे।

मंत्रालय ने जवाब दिया कि आइएफए वितरण में गिरावट कार्यान्वयन से संबंधित समस्या है और वह संबंधित राज्य सरकारों से जुड़ी हुई है क्योंकि मंत्रालय निर्धारित दिशानिर्देशों के अनुसार राज्य मांग/अनुरोध के अनुसार निधियों का आबंटन मात्र करता है। तथापि, तथ्य बना रहा कि 100 आईएफए टैबलेट प्रदान करने के दिशानिर्देशों का हमेशा पालन नहीं हुआ था और रक्तकल्पता के मामले बड़ी संख्या में पाये गये थे।

(ii) टेटनस टेक्सॉयड टीकाकरण

चार राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर एवं मेघालय) में 50 प्रतिशत से कम गर्भवती महिलाओं का टीटी1 एवं टीटी2 टीकाकरण हुआ था जबकि छः राज्यों (छत्तीसगढ़, हरियाणा, झारखंड, राजस्थान, त्रिपुरा एवं पश्चिम बंगाल) में आंकड़े 50 से 80 प्रतिशत के मध्य थे।

टीटी टीकाकरण की दो खुराकों में से प्रत्येक का अलग डाटा मिजोरम द्वारा अनुरक्षित नहीं किया गया था, और, इसलिए गर्भवती महिलाओं की वास्तविक संख्या, जिन्होंने खुराक नहीं ली थी, निर्धारित नहीं हो पायी।

मंत्रालय ने बताया कि एक गर्भवती महिला को टेटनस के प्रति पूर्ण प्रतिरक्षा प्रदान करने के लिए टीटी की एक खुराक ही पर्याप्त है बशर्ते कि उसे पिछले तीन वर्षों में टीटी का टीका लगाया गया हो और अधिकतर गर्भवती महिलाएं इस श्रेणी में आती थीं। मंत्रालय का मत इस संबंध में स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर सत्यापनीय डाटा के अभाव में सही नहीं है।

(ख) कुशल प्रसव सहायक (एसबीए) द्वारा संचालित घरेलू प्रसव

चूंकि किसी भी गर्भावस्था में किसी भी स्तर पर जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं, ऐसे मामले के प्रबंधन हेतु प्रसूति देखभाल सेवाएं अत्यंत महत्वपूर्ण हैं और इसलिए, प्रत्येक गर्भवती महिला की गर्भावस्था, बच्चे के जन्म व प्रसवोत्तर अवधि में एसबीए द्वारा देखभाल करना आवश्यक है।

28 राज्यों/यूटी के 120 जिलों के चयनित टाइप 'क' उपकेन्द्रों के अभिलेखों की नमूना परीक्षा से प्रकट हुआ कि **असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा** एवं **उत्तर प्रदेश** के दस राज्यों में, 50 से 80 प्रतिशत घरेलू प्रसव एसबीए की देखरेख में नहीं हो रहे थे। चार अन्य राज्यों (**हरियाणा, केरल, मेघालय, एवं पश्चिम बंगाल**) में, 80 प्रतिशत से अधिक घरेलू प्रसव एसबीए की देखरेख में नहीं हुए थे। जम्मू एवं कश्मीर के 38 चयनित एससी में, कोई घरेलू प्रसव 2011-16 के दौरान एसबीए की देखरेख में, उनकी कमी के कारण नहीं हुआ। मंत्रालय ने उत्तर दिया कि राज्यों को वीडियो कॉन्फ्रेंस, मॉनीटरिंग दौरों आदि के माध्यम से इस मामले पर ध्यान देने के लिए कहा गया है।

7.2.3 प्रसवोत्तर देखभाल

आरसीएच-II के दिशानिर्देशों के अनुसार, अधिकांश प्रसूति जटिलताएं एवं जच्चा की मृत्यु प्रसव के दौरान अथवा शिशुजन्म के 48 घंटे के अंदर होती है। इससे प्रसवकालीन अवधि (प्रसव-पीड़ा, प्रसूति एवं बाद के 24 घंटे के रूप में परिभाषित) प्रसूति संबंधी जटिलताओं की पहचान एवं उस पर कार्य करने तथा जच्चा की मृत्यु से बचने के लिए आपातकालीन देखरेख के लिए विशेष रूप से गंभीर समय बन जाता है। स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवों एवं 'पहुँचने में कठिन क्षेत्रों' में घरेलू प्रसवों में कुशल सहायकों की संख्या बढ़ाना महिलाओं को जटिलताओं के मामले में आपातकालीन देखरेख के लिए भेजना और जच्चा की प्रसवोत्तर अवधि में मॉनीटरिंग करना इसे करने का बेहतरीन तरीका है।

(क) स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं/आशा द्वारा 24 घंटे के अंदर नवजातों को देखने जाना

28 राज्यों/यूटी के 120 जिलों के चयनित टाइप 'क' उपकेन्द्रों के अभिलेखों की नमूना जाँच से प्रकट हुआ कि **झारखंड, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मिजोरम, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम** एवं **उत्तर प्रदेश** में घरेलू प्रसवों में चालीस प्रतिशत से अधिक नवजातों को 24 घंटे के अंदर स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा नहीं देखा जा रहा था। **सिक्किम** में, यह आंकड़ा उल्लेखनीय रूप से अधिक 85 प्रतिशत था। उत्तर प्रदेश के मुजफ्फरनगर, बदायूं एवं जौनपुर जिलों में नवजातों के देखने से संबंधित आकड़ों का अनुरक्षण नहीं किया जा रहा था।

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

7.2.4 परामर्श सेवाएं

जिम्मेदार स्वास्थ्य प्रसूति को सुनिश्चित करने के लिए, एनआरएचएम का उद्देश्य, गाँव से अस्पताल तक रेफरल श्रृंखला बनाना अर्थात् कार्यशील पीएचसी/एफआरयू को गर्भावस्था एवं शिशु जन्म के दौरान जटिलताओं के मामले में समय पर और सुनिश्चित रेफरल हेतु सरकारी/सार्वजनिक- निजी भागीदारी मॉडल के माध्यम से सुनिश्चित रेफरल लिंकेज है।

अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, एवं मेघालय चार राज्यों में रेफरल सेवाओं को प्रदान करने में लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ, नीचे तालिका-7.1 में दी गयी हैं।:

तालिका - 7.1: रेफरल सेवाएं प्रदान करने में राज्य-वार लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	अरुणाचल प्रदेश	चयनित जिलों के चयनित 31 एससी, 11 पीएचसी एवं 6 सीएचसी में से किसी में भी रेफरल मामलों की पंजीका अनुरक्षित नहीं की गयी थी।
2.	असम	भेजे गये जटिल मामलों में से मात्र 67 प्रतिशत में ही एंबुलेंस उपलब्ध कराया गया था।
3.	मणिपुर	चयनित सभी पाँच पीएचसी में, रेफरल सेवाओं में वाहन उपलब्ध नहीं कराया गया था जिससे अभिप्रेत लाभों से लाभार्थी वंचित हुए थे।
4.	मेघालय	छः जिलों में चालू सात एफआरयू में से केवल चार ही रक्त बैंक/भण्डारण सुविधा से लैस थे।

7.2.5 प्रसूति संबंधी जटिलताओं वाले प्रसव

तमिलनाडु एवं केरल में, प्रसूति संबंधी जटिलताओं वाले मामले क्रमशः 21 एवं 19 प्रतिशत पाये गये थे। अन्य नौ राज्यों **असम, छत्तीसगढ़**, (केवल चयनित जिलों की स्थिति), **हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, मेघालय, ओड़िशा, पंजाब, सिक्किम**, एवं **पश्चिम बंगाल** में दस प्रतिशत से अधिक ऐसे प्रसव देखे गये थे। इनका डाटा **गुजरात एवं त्रिपुरा** राज्यों द्वारा उपलब्ध नहीं कराये गये थे। 13 राज्यों/यूटी (**अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, मेघालय, ओड़िशा, पंजाब, सिक्किम, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल**) में, लेखापरीक्षा ने कुछ वर्षों से प्रसूति संबंधी जटिलताओं में बढ़ती हुई प्रवृत्ति देखी थी। ब्यौरे **अनुबंध-7.4** में दिये गये हैं।

7.2.6 शिशु मृत्यु दर, मातृ मृत्यु अनुपात एवं कुल प्रजनन दर

मंत्रालय ने अपने दस्तावेज 'कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-2012)' एवं 'मिशन के कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17)' में आईएमआर, एमएमआर, एवं टीएफआर सहित परिणाम संकेतकों का निर्धारण किया और अपनी उपलब्धि हेतु समय निर्धारित लक्ष्यों की रूपरेखा तैयार की थी। इसी प्रकार, इन परिणाम संकेतकों से संबंधित लक्ष्यों का निर्धारण भी वर्ष 2000 में संयुक्त राष्ट्र द्वारा रूपायित सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (एमडीजी) में भी हुआ था। दोनों दस्तावेजों में परिणाम संकेतकों की तुलना नीचे तालिका- 7.2 में दी गयी है।

तालिका-7.2 : परिणाम संकेतक

क्र.सं.	कार्यान्वयन की रूपरेखा (2005-2012)	कार्यान्वयन की रूपरेखा (2012-17)	सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (2015)
1.	2012 तक शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) 30/1000 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना	25/1000 जीवित जन्मों तक आइएमआर को घटाना	27 प्रति 1000 जीवित जन्मों तक आइएमआर को घटाना
2.	प्रसूति मृत्यु दर (एमएमआर) 2012 तक 100 प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों तक घटाना	100/100,000 जीवित जन्म तक एमएमआर घटाना	प्रति 100,000 जीवित जन्मों तक एमएमआर को 109 तक कम करना
3.	2012 तक कुल प्रजनन दर (टीएफआर) को 2.1 करना	टीएफआर को 2.1 पर लाना	

भारत के महापंजीयक कार्यालय के नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2013 एवं 2014 के आंकड़े निम्न स्थिति को दर्शाते हैं⁵:

- **आइएमआर-** एमडीजी के अनुसार, 2015 तक प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर आइएमआर को 27 तक लाने के लक्ष्य के प्रति, एसआरएस 2014 के आंकड़े के अनुसार प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर आइएमआर 39 था। छः राज्यों असम (49), बिहार (42), छत्तीसगढ़

⁵ सांख्यिकी एवं कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय के इंडिया कंट्री रिपोर्ट 2015 के अध्याय-1 के पैरा 1.4 के अनुसार, देश में एमडीजी को सांख्यिकीय रूप से चिह्नित करने के दौरान आयी समस्याएं, मुख्यतः थीं क) आंकड़ा अंतराल की समस्या ख) वार्षिक आंकड़ा अघतन की अनुपलब्धता, ग) राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण की अनियमितता एवं घ) आबादी का अधूरा कवरेज।

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

(43), मध्यप्रदेश (52), ओडिशा (49) एवं उत्तर प्रदेश (48) में आइएमआर 40 से अधिक थी।

- **एमएमआर-** प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर एमएमआर को 109 तक लाने के लक्ष्यों के प्रति, एसआरएस 2013 के अनुसार 2011-13 में एमएमआर 167 पर था। नौ राज्यों असम (300), बिहार (208), छत्तीसगढ़ (221) झारखंड (208), मध्यप्रदेश (221), ओडिशा (222), राजस्थान (244), उत्तर प्रदेश (285) एवं उत्तराखंड (285) में एमएमआर 200 से अधिक था।
- **टीएफआर-** 2012 तक के लक्ष्य के 2.1 तक गिरावट के लक्ष्य के प्रति, नौ राज्यों- असम (2.3), बिहार (3.2), छत्तीसगढ़ (2.6, गुजरात (2.3), हरियाणा (2.3), झारखंड (2.8), मध्यप्रदेश (2.8), राजस्थान (2.8) एवं उत्तर प्रदेश (3.2) में एसआरएस 2014 के अनुसार टीएफआर 2.1 से अधिक था।

अतः लक्ष्य की आंशिक रूप से प्राप्ति हुई है।

7.3 जननी सुरक्षा योजना

सांस्थानिक प्रसव को बढ़ावा देने के लिए, एक योजना 'जननी सुरक्षा योजना' (जेएसवाई) की शुरुआत सभी गर्भवती महिलाओं को 500 से लेकर 1400 तक की नकद सहायता पहुँचाने के लिए की गयी थी। नकद सहायता⁶ स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव हेतु आने और पंजीकरण कराने के तुरंत बाद जच्चा को एकमुश्त दिया जाना था। घरेलू प्रसव के मामले में, एएनएम/आशा/अन्य किसी संबद्ध कार्यकर्ता द्वारा प्रसव के समय या प्रसव के समय के लगभग सात दिन पूर्व संवितरण किया जाना था। लेखापरीक्षा ने देखा:

7.3.1 लाभार्थियों को नकद सहायता का भुगतान

छः राज्यों (हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम एवं पश्चिम बंगाल) में, 40 प्रतिशत या उससे अधिक लाभार्थियों ने जेएसवाई के अंतर्गत नकद सहायता प्राप्त नहीं की थी। छः राज्यों (असम, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपूर, ओडिशा तथा उत्तराखंड) में, 2011-16 की अवधि हेतु नकद

⁶ भुगतान की प्रत्यक्ष नकद हस्तांतरण (डीबीटी) मोड 1.1.2013 से प्रभावी के साथ शुरू की गई है।

सहायता के 11 से 1,366 दिनों तक के विलंबित भुगतान के मामले पाये गये थे। **बिहार** में, ₹1.73 करोड़ की धनराशि के 12,925 चैक लाभार्थियों तक नहीं पहुँचाए गये थे। इसी प्रकार, **पश्चिम बंगाल** में, 37 से 59 प्रतिशत लाभार्थियों को चैक से किए गये भुगतान प्राप्त नहीं हुआ था क्योंकि उनमें से अधिकांश के पास बैंक खाते नहीं थे। जेएसवाई के अंतर्गत पात्र महिलाओं और उनको किये गये भुगतान से संबंधित राज्य स्तरीय आंकड़े 10 राज्यों- **आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मेघालय, मिजोरम एवं ओडिशा** द्वारा उपलब्ध नहीं कराये गये।

बिहार में, 10 चयनित मुंगेर के एक डीएचएस में नकद सहायता प्राप्त करने वाली जच्चाओं की संख्या प्रत्येक वर्ष होने वाले सांस्थानिक प्रसव (सी-सेक्शन सहित) की संख्या से अधिक था। 2011-16 के दौरान, 1,05,980 प्रसवों के प्रति, 1,18,703 लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन दिया गया था, जो निधियों के संभावित दुर्विनियोजन का संकेतक है।

उत्तराखंड में, चार स्वास्थ्य केन्द्रों (क) डीएच, चमोली, (ख) सरकारी संयुक्त अस्पताल, कोटद्वार, (ग) सीएचसी, जोशीमठ, चमोली और (घ) पीएचसी, नारायणबगर में, जेएसवाई नकद सहायता का भुगतान 6,648 (47 प्रतिशत) मामलों में अप्राधिकृत व्यक्तियों को किया गया था। **असम** में, जेएसवाई धनराशि का लाभार्थी के अलावा अन्य व्यक्तियों को भुगतान के 3,863 मामले देखे गये थे।

7.3.2 अन्य वित्तीय अनियमितताएं

जेएसवाई का लक्षित समूह का लक्ष्य बीपीएल घरों की गर्भवती महिलाओं को कवर करना है ताकि स्वास्थ्य संस्थान में उन्हें प्रसव के लिए सक्षम बनाया जा सके। योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, जेएसवाई के अंतर्गत ₹700 की नकद सहायता केवल बीपीएल परिवारों की जच्चा को अनुमत है जो **केरल** जैसे उच्च प्रदर्शन वाले राज्य के ग्रामीण इलाकों से थे। एसएचएस **केरल** ने ₹700 का लाभ "सरकारी अस्पतालों में प्रसव कराने वाली महिलाओं को", उनके बीपीएल/एपीएल स्थिति पर विचार किये बिना प्रदान किया था। एसएचएस ने जेएसवाई नकद सहायता हेतु कार्यक्षेत्र एवं लक्षित समूह में राज्य एवं केन्द्र सरकारों का अनुमोदन प्राप्त किये बिना बदलाव किये थे।

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

मंत्रालय ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति स्वीकार करते हुए बताया कि राज्य को इस अनियमित प्रथा के लिए कारण बताने के लिए कहा गया है।

7.4 टीकाकरण

7.4.1 विटामिन ए घोल

आरसीएच-II कार्यक्रम में तीन वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों को विटामिन ए घोल प्रदान करने का परामर्श देता है। अधिकांश राज्यों में हालांकि, विटामिन ए घोल दिया जाना 50 प्रतिशत से अधिक गिरावट के साथ अनियमित था।

7.4.2 टीकों की कम आपूर्ति/हानि

असम में, नवंबर 2014 के दौरान, पेंटावैलेंट टीके की 55,000 शीशी (5,50,000 खुराक) की आपूर्ति सीरम इंस्टिट्यूट ऑफ इंडिया लि., पुणे द्वारा की गयी थी। यह आपूर्ति दिसंबर 2014 में क्षतिग्रस्त स्थिति में गुवाहाटी में प्राप्त हुई थी। तथापि, ₹15.51 लाख कीमत की क्षतिग्रस्त शीशीयों (12000 खुराको) को अगस्त 2016 तक बदला नहीं गया था।

उत्तर प्रदेश में, विभिन्न जिलों में टीके की 17 से 72 प्रतिशत तक कम आपूर्ति हुई थी। आपूर्ति में प्रमुख कमियाँ बीसीजी⁷ (20-57 प्रतिशत) एवं हेपाटाइटिस (33 से 95 प्रतिशत) के मामले में थी। निर्धारित मानदंड से हेपाटाइटिस (68 प्रतिशत), डीपीटी (54 प्रतिशत) एवं बीसीजी (43 प्रतिशत) के टीकों को उल्लेखनीय रूप से अतिरिक्त उपभोग उनके गलत उपयोग की संभावना के साथ देखा गया था।

7.4.3 कोल्ड चेन अपकरण की उपलब्धता

सभी टीके गर्मी एवं हिमीकरण दोनों के प्रति संवेदनशील होते हैं। इन टीकों को निर्धारित तापमान में रखने के लिए कोल्ड चेन उपकरण जैसे आइस लाइंड रेफ्रिजरेटर (आईएलआर), डीप फ्रिजर (डीएफ), टीका वाहक, आदि भारत सरकार द्वारा राज्य को समय-समय पर प्रदान किया जाता है।

⁷ बैसिलस कैलमेटे-गुयेरिन

लेखापरीक्षा ने पाया कि कोल्ड चेन की सुविधा चार राज्यों में चयनित जिलों में अपर्याप्त थी जिसके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं:

- **अरुणाचल प्रदेश** में, सभी चयनित चार डीएच, छः सीएचसी एवं 11 पीएचसी में वॉक-इन-कूलर एवं वॉक-इन-फ्रिजर उपलब्ध नहीं थे। 11 पीएचसी में से दो में आइस लाइन्ड रेफ्रिजरेटर उपलब्ध नहीं थे। छः सीएचसी एवं 11 पीएचसी में से क्रमशः एक सीएचसी और दो पीएचसी में डीप फ्रिजर उपलब्ध नहीं थे।
- **असम** में, राज्य के 30 पीएचसी में से 11 में, टीकों को रखने के लिए कोई कोल्ड चेन उपकरण, नहीं पाया गया और इन 11 पीएचसी में से चार में, टीका वाहक भी मौजूद नहीं पाया गया था। तीन पीएचसी में, यद्यपि फ्रिजर और सामग्री उपलब्ध थी लेकिन जेनरेटर सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- **हिमाचल प्रदेश** में, 12 चयनित पीएचसी में से चार में, कोल्ड चेन की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- **उत्तर प्रदेश** में, 28 चयनित सीएचसी में से आठ में, डीप फ्रिजर एवं आइस लाइन्ड रेफ्रिजरेटर में रखे गये तापमान को दर्ज करने के लिए आवश्यक तापमान अभिलेख पुस्तिका का अनुरक्षण नहीं किया गया था।

7.4.4 शिशु रोग

लेखापरीक्षा ने डिप्थिरिया, नवजात में टेटनस एवं काली खांसी जैसे शिशु रोगों के मामलों की बढ़ती प्रवृत्ति नीचे दिये ब्यौरों के अनुसार सात राज्यों में देखी थी:

- डिप्थिरिया के मामले 2011-12 में 70, 26 एवं 32 से बढ़कर 2015-16 में 6,795, 171 एवं 600 क्रमशः **आंध्र प्रदेश, राजस्थान एवं तेलंगाना** में देखे गये थे। **मध्यप्रदेश** में, 2011-16 की अवधि के दौरान डिप्थिरिया के 762 मामले में से, 486 मामले 2012-13 से संबद्ध थे।

- **मध्य प्रदेश** राज्य में वर्ष 2011-12, 2012-13 एवं 2013-14 के दौरान नवजात टेटनस के क्रमशः 46,45 एवं 52 मामले देखे गये थे।
- काली खांसी के मामले 2011-12, के 'शून्य' से बढ़कर **हरियाणा** राज्य में 2014-15 में 463 मामले, **कर्नाटक** राज्य में 2013-14 के 137 से बढ़कर 2015-16 में 756 मामले, **राजस्थान** में 2011-12 के 25 से बढ़कर 2015-16 में 152 हो गये थे। **मेघालय** में 2011-16 के दौरान काली खांसी के 72 मामलों में से, 43 मामले 2015-16 से संबंधित थे।

7.5 परिवार नियोजन

एनएचएम के कार्यान्वयन हेतु रूपरेखा (2012-17) के अनुसार गर्भनिरोध की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन के विभिन्न तरीकों के प्रावधान के माध्यम से प्राथमिकता देनी थी।

7.5.1 नसबंदी की सुविधा की उपलब्धता

300 सीएचसी के सुविधा सर्वेक्षण के अनुसार, 121 (40 प्रतिशत) में महिला नसबंदी एवं पुरुष नसबंदी हेतु सुविधा नहीं थी। **अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, केरल, मणिपुर, मेघालय, नागालैण्ड एवं त्रिपुरा** में, किसी भी चयनित सीएचसी में महिला नसबंदी या पुरुष नसबंदी हेतु सुविधा नहीं थी। **अरुणाचल प्रदेश** (83 प्रतिशत), **असम** (62 प्रतिशत), **छत्तीसगढ़** (75 प्रतिशत), **गुजरात** (62 प्रतिशत), **हरियाणा** (57 प्रतिशत), **हिमाचल प्रदेश** (50 प्रतिशत), **मध्य प्रदेश** (67 प्रतिशत) एवं **पंजाब** (50 प्रतिशत) में महिला नसबंदी एवं पुरुष नसबंदी की सुविधाएं नहीं थी।

7.5.2 स्थायी तरीकों में पुरुष नसबंदी की कम भागीदारी

कुल नसबंदी के प्रति पुरुष नसबंदी का अनुपात 28 राज्यों/यूटी में मात्र 2.3 प्रतिशत था जो लैंगिक असंतुलन का संकेतक है। राज्य वार निष्पादन में प्रकट हुआ कि मिजोरम में, कुल 9,251 नसबंदी ऑपरेशन में केवल एक पुरुष नसबंदी हुई थी। नसबंदी के समक्ष पुरुष नसबंदी का प्रतिशत अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह, अरुणाचल प्रदेश, बिहार, गुजरात, कर्नाटक, मेघालय एवं तमिलनाडु को सात राज्यों/यूटी में एक प्रतिशत से भी कम था, नौ राज्यों

(आंध्र प्रदेश, केरल, महाराष्ट्र, ओडिशा, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड एवं पश्चिम बंगाल) में यह एक से चार प्रतिशत के मध्य था। राज्य-वार ब्यौरे **अनुबंध-7.5** में दिये गये हैं।

7.5.3 नसबंदी के मामले में प्रोत्साहन हेतु भुगतान एवं नसबंदी के बाद असफलता/मृत्यु के मामले में नकद क्षतिपूर्ति

दिशानिर्देशों में नसबंदी कराने वाले व्यक्ति को मजदूरी की हानि हेतु क्षतिपूर्ति के रूप में ₹600 से ₹1,100 तक प्रोत्साहन के भुगतान की व्यवस्था है। दो राज्यों से संबंधित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ **तालिका-7.3** में दी गयी है:

तालिका-7.3: नसबंदी हेतु प्रोत्साहन के भुगतान में विसंगतियाँ

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	छत्तीसगढ़	डीएच बिलासपुर में, यद्यपि महिला एवं पुरुष नसबंदी हेतु क्षतिपूर्ति की दरों को संशोधित कर ₹600 एवं ₹1,100 से बढ़ाकर नवंबर 2014 से क्रमशः ₹1,400 एवं ₹2000 कर दिया गया था, संशोधित दरों पर क्षतिपूर्ति लाभार्थियों की नहीं जा रही थी जिससे ₹2.91 लाख का कम भुगतान हुआ था।
2.	उत्तर प्रदेश	10 चयनित जिलों में, 2,462 लाभार्थी जिनकी 2015-16 के दौरान नसबंदी हुई थी, उन्हें ₹40.57 लाख का नकद प्रोत्साहन नहीं दिया गया था।

नसबंदी की असफलता/प्रमुख जटिलताएं/नसबंदी के बाद हुई मृत्यु के कारण क्षतिपूर्ति

परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत, राज्य/यूटी दावों को प्रोसेस कर उनका नसबंदी के लाभार्थियों को मृत्यु के मामले में 50,000 (अस्पताल से छुट्टी मिलने के 8-30 दिन के अंदर मृत्यु के मामले में) और ₹2.00 लाख (नसबंदी की प्रक्रिया के दौरान मृत्यु सहित अस्पताल से छुट्टी मिलने की तिथि के 7 दिनों के अंदर मृत्यु के मामले)/विफलता (₹30,000)/जटिलता (₹25,000) का भुगतान करता है। **बिहार, जम्मू एवं कश्मीर तथा ओडिशा** के तीन राज्यों से संबंधित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियाँ **तालिका-7.4** में दी गयी है:

तालिका 7.4: नसबंदी की असफलता/प्रमुख जटिलताएं/नसबंदी के बाद मृत्यु के प्रति क्षतिपूर्ति

क्र.सं.	राज्य का नाम	टिप्पणियाँ
1.	बिहार	2011-15 के दौरान, 106 मामलों में, लाभार्थियों को क्षतिपूर्ति नहीं की गयी थी।
2.	जम्मू व कश्मीर	2011-16 के दौरान, पुरुष एवं महिला नसबंदी की असफल 157 मामलों के प्रति क्षतिपूर्ति के लिए 29 मामलों को इस प्रयोजन हेतु गठित समिति के द्वारा अनुमोदित किया गया था। इन 29 मामलों में से, क्षतिपूर्ति का केवल सात मामलों में भुगतान किया गया था।
3.	ओडिशा	2011-16 के दौरान (फरवरी 2016 तक) नसबंदी के ₹6.44 लाख मामलों (महिला नसबंदी, पुरुष नसबंदी/एनएसवी) में से, विफलता/प्रमुख जटिलता/मृत्यु के 3,964 मामले दर्ज किए गये थे। अगस्त 2016 तक, ₹2.98 करोड़ की क्षतिपूर्ति का भुगतान केवल 1,038 मामलों (26 प्रतिशत) में ही किया गया था।

7.6 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)

7.6.1 प्रस्तावना

आरबीएसके की शुरुआत फरवरी 2013 में 0 से 18 साल आयु वर्ग के 27 करोड़ बच्चों में 4 'डी' अर्थात् जन्म दोष, रोग एवं विकलांगता सहित विकास में होने वाली देरी की स्क्रिनिंग के उद्देश्य से की गयी थी। बीमारी से ग्रस्त बच्चों को एनआरएचएम के अंतर्गत तृतीयक स्तर पर निःशुल्क सर्जरी सहित जाँच की सुविधा प्राप्त होगी। मंत्रालय के अभिलेखों की जाँच से निम्नलिखित तथ्य प्रकट हुए:

7.6.2 डीईआईसी की आंशिक स्थापना

कार्यक्रम में जिला अस्पताल में स्वास्थ्य जाँच के दौरान स्वास्थ्य समस्याओं से ग्रस्त दिखे बच्चों को रेफरल सहायता प्रदान करने के लिए जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केन्द्र (डीईआईसी) की स्थापना की परिकल्पना थी। कुल 393 डीईआईसी देश भर के 675 जिलों में अनुमोदित हुए थे। इसमें से, मात्र 92 डीईआईसी ही 2015-16 तक उपलब्ध थे। इस डाटा के राज्य-वार विश्लेषण से निम्नलिखित स्थिति प्रकट होती है:

- 1) 10 गैर-पूर्वोत्तर उच्च प्राथमिकता वाले राज्यों⁸ के 325 जिलों में, मात्र 18 डीईआइसी (6 प्रतिशत) ही अनुमोदित हुए और मौजूद थे। बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश, इन छः राज्यों में डीईआइसी नहीं थे।
- 2) इसी प्रकार आठ पूर्वोत्तर राज्यों⁹- अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम एवं त्रिपुरा के 95 जिलों के प्रति, 52 डीईआइसी अनुमोदित हुए और केवल तीन डीईआइसी (3 प्रतिशत) ही अस्तित्व में थे। अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर मेघालय, नागालैण्ड एवं त्रिपुरा - इन छः राज्यों में कोई डीईआइसी नहीं था।
- 3) 11 गैर-उच्च संकेद्रण राज्यों¹⁰ में 232 जिलों में, कुल अनुमोदन में से केवल 69 डीईआइसी (3 प्रतिशत) ही पाये गये थे। चार राज्यों-कर्नाटक, पंजाब, तमिलनाडु एवं तेलंगाना में डीईआइसी नहीं था।

7.6.3 अपर्याप्त मोबाइल स्वास्थ्य दल

योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, 6 से 18 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के लिए, प्रत्येक ब्लॉक में कम-से-कम तीन प्रतिबद्ध मोबाइल स्वास्थ्य दलों को बच्चों की जाँच करने के लिए लगाया जाएगा। देश भर में (केरल को छोड़कर) 5,672 ब्लॉक हेतु आवश्यक 17,016 मोबाइल स्वास्थ्य दलों (5,672×3) में से, केवल 12,036 दल ही स्वीकृत हुए थे, जिसके प्रति 9,315 दल ही 2015-16 के दौरान उपलब्ध थे जिनके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं:

- 10 गैर-पूर्वोत्तर उच्च संकेद्रण राज्यों (हिमाचल प्रदेश को छोड़कर) में, 2,813 ब्लॉकों को कवर करने के लिए आवश्यक 8,439 मोबाइल दलों में से, 5,823 दल ही अनुमोदित हुए और 2015-16 के दौरान 4,432 दल (53 प्रतिशत) मौजूद थे। राजस्थान में, कोई दल मौजूद नहीं था।

⁸ बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखंड, मध्यप्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तरप्रदेश एवं उत्तराखंड।

⁹ अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम एवं त्रिपुरा।

¹⁰ आंध्र प्रदेश, गोवा, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु, तेलंगाना एवं पश्चिम बंगाल।

मोबाइल स्वास्थ्य दलों की मौजूदगी में 50 प्रतिशत से अधिक की कमी छत्तीसगढ़ एवं झारखंड में देखी गयी थी।

- आठ पूर्वोत्तर राज्यों से संबंधित, 529 ब्लॉकों को कवर करने के लिए आवश्यक 1,587 मोबाइल दलों में से, 581 दल अनुमोदित हुए थे और वर्ष 2015-16 के दौरान 540 दल (34 प्रतिशत) मौजूद थे। **अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मिजोरम, नागालैण्ड, सिक्किम एवं त्रिपुरा** में मोबाइल स्वास्थ्य दलों की उपलब्धता में 50 प्रतिशत से अधिक की कमी देखी गयी थी।
- 11 गैर उच्च संकेंद्रण राज्यों (तेलंगाना की छोड़कर) में स्थिति बेहतर थी जहां 2,290 ब्लॉकों को आवृत करने के लिए आवश्यक 6,870 मोबाइल दलों की आवश्यकता के प्रति, 6,385 दलों को अनुमोदित किया गया था और वर्ष 2015-16 के दौरान 5,406 दल (79 प्रतिशत) मौजूद थे। आंध्र प्रदेश में, कोई दल मौजूद नहीं था।

7.6.4 आंगनबाड़ी केन्द्रों एवं स्कूलों का अधूरा कवरेज

योजना दिशानिर्देशों के अनुसार, 6 सप्ताह से 6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों की जाँच आंगनबाड़ी केन्द्रों में वर्ष में कम-से-कम दो बार एवं स्कूली बच्चों के लिए शुरुआत में वर्ष में एक बार प्रतिबद्ध मोबाइल दलों द्वारा की जानी चाहिए।

अगस्त 2016 तक देश में 16,21,258 आंगनबाड़ी केन्द्रों में से, केवल 9,80,178 (60 प्रतिशत) आंगनबाड़ी केन्द्रों में ही जाँच की गयी थी।

देश में 14,71,189 सरकारी एवं सरकारी अनुदान प्राप्त स्कूलों में से, केवल 6,93,174 स्कूल (47 प्रतिशत) ही कवर किये गये थे।

निष्कर्ष

आरसीएच के अंतर्गत प्रसव-पूर्व देखभाल, सांस्थानिक प्रसव, आयरन एवं फोलिक एसिड टैबलेटों की व्यवस्था, विटामिन अनुपूरक, टीकाकरण आदि जैसे विभिन्न मानदंडों पर सेवाओं के देने के मूल्यांकन में कमियाँ उजागर हुई थीं। स्वास्थ्य केन्द्र सर्वेक्षण के अंतर्गत सर्वेक्षित 514 पीएचसी में से 161 में प्रसव की सुविधा नहीं थी। सांस्थानिक प्रसव के कमी के कारण थे- गाँवों से स्वास्थ्य

केन्द्रों की दूरी, सार्वजनिक परिवहन से पहुँच का अभाव, केन्द्रों के अस्वास्थ्यकर परिवेश, आदि 28 राज्यों/यूटी के चयनित 120 उपकेन्द्रों में, दस राज्यों में, 50 से 80 प्रतिशत घरेलू प्रसव कुशल जन्म सहायकों की देख-रेख में नहीं हुआ था। ये कमियाँ उच्च आइएमआर, एमएमआर, एवं टीएफआर में परिवर्तित हुईं। विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध सेवाओं के आंकड़ों को ठीक से अनुरक्षित नहीं किया गया था। जेएसवाई के कार्यान्वयन में भी कमियाँ देखी गयी थीं। ये सभी स्तरों पर आंतरिक नियंत्रण के अभाव की ओर इंगित करते हैं।

अनुशंसाएं:

- आइईसी गतिविधियों में सुधार की आवश्यकता है, ताकि सांस्थानिक प्रसव के लिए लोग प्रोत्साहित हों।
- सभी तरह की सेवाओं के लिए आंकड़ों का अनुरक्षण सभी स्वास्थ्य केन्द्रों पर किया जाना चाहिए।
- आईएफए टैबलेटों का पर्याप्त वितरण एवं सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी टीका लगाने की व्यवस्था को प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सुनिश्चित किया जाए।
- सभी घरेलू प्रसवों में एसबीए की उपस्थिति सुनिश्चित की जाए।
- प्रत्येक हकदार लाभार्थी को जेएसवाई प्रोत्साहन राशि की समय पर अदायगी सुनिश्चित की जाए।