

## कार्यकारी सारांश

### प्रस्तावना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) को ग्रामीण जनसंख्या, विशेषकर असुरक्षित वर्गों, को अभिगम्य, वहनीय तथा गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के उद्देश्य के साथ अप्रैल 2005 में प्रारम्भ किया गया था। प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) एनआरएचएम का एक प्राथमिक उप-घटक है तथा यह स्वास्थ्य परिणाम संकेतकों अर्थात् नवजात मृत्यु दर तथा मातृ मृत्यु अनुपात में सुधार करने पर लक्षित है जिसका सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों में भी उल्लेख किया गया है। मिशन के लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु लोक स्वास्थ्य सुपुदगी प्रणाली को पूर्णतः क्रियात्मक तथा समुदाय हेतु जवाबदेह बनाना, मानव संसाधन प्रबंधन, कड़ी मॉनीटरिंग तथा मानकों के प्रति मूल्यांकन इसकी मुख्य विशेषताओं में शामिल है।

### हमने यह निष्पादन लेखापरीक्षा क्यों की ?

एनआरएचएम की पहले 2005-06 से 2007-08 की अवधि को शामिल करके अप्रैल से दिसम्बर 2008 के बीच समीक्षा की गई; लेखापरीक्षा निष्कर्षों को 2009-10 के सीएजी के प्रतिवेदन सं. 8 में शामिल किया गया था। लेखापरीक्षा ने निधि प्रवाह प्रबंधन, योजना एवं मॉनीटरिंग, समुदाय भागीदारी, अभिसरण, अवसंरचना विकास तथा क्षमता निर्माण, औषधि एवं उपकरण का प्रापण एवं आपूर्ति, आईईसी (सूचना, शिक्षा तथा संचार) गतिविधियां, स्वास्थ्य देखभाल में उपलब्धियों आदि में विभिन्न कमियां पाईं। कार्यक्रम पर व्यय 2011-16 के दौरान ₹1,06,179 करोड़ था। कार्यक्रम में पर्याप्त निवेश को ध्यान में रखते हुए तथा चूंकि आरसीएच सूचकांक का एक स्वस्थ माँ एवं बच्चे हेतु बुनियाद डालने के सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अंतर्गत अनुसरण किया गया था इसलिए एनआरएचएम के अंतर्गत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की इसकी प्रगति की समीक्षा करने हेतु निष्पादन लेखापरीक्षा करने का निर्णय किया गया था। यह निष्पादन लेखापरीक्षा 2011-12 से 2015-16 की अवधि को शामिल करती है।

## मुख्य निष्कर्ष

### (क) निधि प्रबंधन

(i) केन्द्र तथा राज्य दोनों स्तरों पर वित्तीय प्रबंधन प्रत्येक वर्ष की समाप्ति पर राज्य स्वास्थ्य समितियों के पास निरंतर पर्याप्त राशियां अव्ययित रहने के साथ संतोषजनक नहीं थी। 27 राज्यों में अव्ययित राशि 2011-12 में ₹7,375 करोड़ से 2015-16 में ₹9,509 करोड़ तक बढ़ी।

(पैरा: 2.2)

(ii) राज्य खजानों को 2014-15 तथा 2015-16 में जारी कुल ₹5,037.08 करोड़ तथा ₹4,016.37 करोड़ की निधियों का 50 से 271 दिनों के बीच के विलम्बों के साथ राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस) को अंतरण किया गया था।

(पैरा: 2.3)

(iii) छः राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, राजस्थान, तेलंगाना तथा त्रिपुरा) में ₹36.31 करोड़ का अन्य योजनाओं को विपथन किया गया था।

(पैरा: 2.4)

### (ख) भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता

(i) 28 राज्यों/यूटी में उप-केन्द्रों (एससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी) की उपलब्धता में कमी 24 से 38 प्रतिशत के बीच थी। पांच राज्यों (बिहार, झारखण्ड, सिक्किम उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में कमी 50 प्रतिशत से अधिक थी।

(पैरा: 3.1)

(ii) पूरे देश में 1,443 एससी, 514 पीएचसी, 300 सीएचसी तथा 134 जिला अस्पताल (डीएच) के सर्वेक्षण ने प्रकट किया कि इनमें से कुछ अस्वच्छ वातावरण में कार्य कर रहे थे तथा/अथवा उन तक सार्वजनिक परिवहन द्वारा भी पहुँचा नहीं जा सकता था। बिल्डिंग की खराब स्थिति, बिजली एवं जल की अनुपलब्धता, पुरुष एवं महिला लाभार्थियों हेतु अलग वार्डों की अनुपलब्धता, प्रसूति कक्ष का क्रियात्मक न होना आदि जैसे अन्य

अवसरंचनात्मक मामले कुछ एससी, पीएचसी सीएचसी तथा डीएच में पाए गए थे।

(पैरा: 3.2 तथा पैरा: 3.3)

(iii) 25 राज्यों में एससी, पीएचसी तथा 17 राज्यों में सीएचसी के निर्माण में कमी 32 से 44 प्रतिशत के बीच थी। चार राज्यों (केरल, मणिपुर, मिजोरम तथा उत्तर प्रदेश) में ₹2,207.67 करोड़ की लागत के 400 निर्माण कार्यों को नामांकन आधार पर सौंपा गया था। पांच राज्यों (असम, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक तथा मणिपुर) में 22 निर्माण कार्यों को स्पष्ट शीर्षक भूमि के अभाव, स्थल मामले आदि जैसे विभिन्न कारणों के कारण छोड़ दिया/परित्याग कर दिया गया था।

(पैरा 3.4)

(iv) 20 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, महाराष्ट्र, मिजोरम, ओड़िशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में 1,285 निर्माण कार्य जबकि समाप्त थे फिर भी उन्हें चालू अथवा क्रियात्मक नहीं किया गया था।

(पैरा 3.4.5)

#### (ग) दवाई तथा उपकरण की उपलब्धता

(i) 17 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, मेघालय, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में ₹30.39 करोड़ की लागत के 428 उपकरण (अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे, ईसीजी, कार्डिक मॉनीटर, ऑटो एनालाईजर, इंसीनेटर, ओटी उपकरण, रक्त भण्डारण इकाई, आदि) उपकरण को चलाने हेतु डाक्टरों तथा प्रशिक्षित श्रमशक्ति की अनुपलब्धता, उनकी संरचना हेतु पर्याप्त स्थान की कमी के कारण व्यर्थ/अप्रयुक्त पड़े थे।

(पैरा: 4.3)

(ii) 24 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर,

मेघालय, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड तथा पश्चिम बंगाल) में आवश्यक दवा की अनुपलब्धता के अवसर पाए गए थे। इनमें से आठ राज्यों में आवश्यक दवाएं/उपभोज्य जैसे कि विटामिन-ए, कौट्रासेप्टिव गोलियां, ओआरएस पैकेट, आरटीआई/एसटीआई<sup>1</sup> दवा/आवश्यक ओबस्ट्रेटिक किटे, आदि चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में उपलब्ध नहीं थी।

(पैरा: 4.5)

(iii) 14 राज्यों (असम, बिहार, हरियाणा, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, महाराष्ट्र, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा पश्चिम बंगाल) में रोगियों को दवाईयां निर्धारित गुणवत्ता जांचों को सुनिश्चित किए बिना तथा दवाओं की समाप्ति अवधि को ध्यान दिए बिना जारी किया गया था, जिसने इस प्रकार रोगियों को स्वास्थ्य जोखिमों में डाला।

(पैरा: 4.6)

(iv) छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, मिजोरम तथा उत्तर प्रदेश के चार राज्यों में मोबाईल चिकित्सा इकाईयां क्रियात्मक नहीं थीं जबकि बिहार, गुजरात, हरियाणा, जम्मू एवं कश्मीर, झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, तथा त्रिपुरा के 10 राज्यों में यह आंशिक रूप से क्रियात्मक थीं।

(पैरा: 4.7)

(v) सर्वेक्षण की गई 3,588 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) की उच्च प्रतिशतता के पास डिस्पोजेबल प्रसव किटे तथा रक्त चाप मॉनीटर नहीं थे।

(पैरा: 4.9)

#### (घ) मानव संसाधनों की उपलब्धता

(i) डाक्टरों तथा पैरा-चिकित्सा स्टाफ की कमी लगभग सभी चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में पाई गई थीं जो अभिप्रेत लाभार्थियों को प्रदान किए जा रहे स्वास्थ्य देखभाल से समझौता करती हैं। 27 राज्यों के चयनित सीएचसी में पांच प्रकार के विशेषज्ञों (सामान्य सर्जन, सामान्य चिकित्सक, प्रसूति/स्त्री

<sup>1</sup> आरटीआई-प्रजनन ट्रेक्ट संक्रमण, एसटीआई-यौन संचारित संक्रमण

रोग चिकित्सक, बाल चिकित्सक तथा एनेस्थेतिस्ट) की औसतन कमी 77 से 87 प्रतिशत के बीच थी। 24 राज्यों/यूटी में चयनित 236 सीएचसी में अपेक्षित 2,360 नर्सों के प्रति केवल 1,303 की तैनाती की गई थी।

(पैरा: 5.1 तथा पैरा 5.4)

(ii) 13 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, तथा उत्तराखण्ड) में 67 पीएचसी बिना किसी डाक्टर के कार्य कर रहे थे।

(पैरा: 5.5)

(iii) 13 राज्यों (आन्ध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड) में एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) की 80 एससी (10 प्रतिशत) में तैनाती नहीं की गई थी। इसी प्रकार, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (पुरुष) की 22 राज्यों में 749 एससी (65 प्रतिशत) में तैनाती नहीं की गई थी।

(पैरा: 5.6)

### (ड) स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता

(i) राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम (एनक्यूएपी) के कार्यान्वयन हेतु संस्थानिक ढांचा या तो स्थापित नहीं था या फिर सभी स्तरों अर्थात् राष्ट्रीय, राज्य, जिला तथा सुविधा में सेवा की गुणवत्ता को आश्वासित करने में प्रभावी नहीं था।

{पैरा: 6.1.1 (क), (ख) तथा (ग)}

(ii) 19 राज्यों में 716 सुविधाओं में से, आंतरिक आश्वासन दल का केवल 308 सुविधाओं (43 प्रतिशत) में गठन किया गया था। 15 राज्यों की 541 स्वास्थ्य सुविधाओं में आवधिक आंतरिक निर्धारण की प्रणाली केवल 114 (21 प्रतिशत) सुविधाओं में तैयार की गई थी।

{पैरा: 6.1.1 (घ)}

(iii) आठ राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, आन्ध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, मिजोरम, तेलंगाना, उत्तराखण्ड तथा उत्तर प्रदेश,) के 267 सुविधाओं में

मुख्य निष्पादन संकेतकों (केपीआई) को मॉनीटर नहीं किया गया था। 10 राज्यों में 411 सुविधाओं में से केवल 79 सुविधाओं (19 प्रतिशत) ने केपीआई को मॉनीटर किया।

{ पैरा: 6.1.1 (घ) (iv) }

(iv) 18 राज्यों में, 2013-16 के दौरान राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं में दर्शाए गए ₹132.83 करोड़ की आवश्यकता के प्रति ₹85.64 करोड़ का आबंटन किया गया था। राज्य व्यय ₹42.89 करोड़ तक कम रहने के साथ आबंटित राशि का भी उपयोग करने में असमर्थ थे।

(पैरा: 6.1.5)

(v) राज्य स्तर (राज्य स्वास्थ्य मिशन तथा राज्य स्वास्थ्य समिति) पर मॉनीटरिंग समितियों द्वारा बैठकें करने में 29 से 100 प्रतिशत के बीच की कमी पाई गई थी।

(पैरा: 6.2)

#### (च) प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के अंतर्गत सेवाएं

(i) 28 में से 20 राज्यों में गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व (एएनसी) प्रदान करने के अभिलेखों का गैर-अनुरक्षण पाया गया था।

(पैरा: 7.2.2 (क)

(ii) आयरन फोलिक एसिड गोलियों को प्रदान करने में कमियां सभी 28 राज्यों में पाई गई थी। इसी प्रकार, चार राज्यों (अरुणाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर तथा मेघालय) में 50 प्रतिशत से कम गर्भवती महिलाओं की टेटनस टोक्सॉइड टीके (टीटी 1 तथा टीटी 2) की दोनों खुराकों से प्रतिरक्षा नहीं की गई थी।

(पैरा: 7.2.2 (क) (i) तथा (ii))

(iii) सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अनुसार 2015 तक प्राप्त किए जाने वाले शिशु मृत्यु दर (27 प्रति 1000 जीवित जन्म) के लक्ष्य के प्रति उपलब्धि 39 थी। आईएमआर असम (49), बिहार (42), छत्तीसगढ़ (43), मध्य प्रदेश (52), ओडिशा (49) तथा उत्तर प्रदेश (48) के छः राज्यों में 40 से अधिक थी।

(पैरा: 7.2.6)

(iv) सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अनुसार 2015 तक प्राप्त किए जाने वाली मातृत्व मृत्यु दर (109 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म) के लक्ष्य के प्रति उपलब्धि 167 थी। एमएमआर असम (300), बिहार (208), छत्तीसगढ़ (221) झारखण्ड (208), मध्य प्रदेश (221), ओड़िशा (222), राजस्थान (244), उत्तर प्रदेश (285) तथा उत्तराखण्ड (285) के नौ राज्यों में 200 से अधिक थी।

(पैरा: 7.2.6)

(v) जननी सुरक्षा योजना के कार्यान्वयन में कमियां पाई गई थी जैसे कि लाभार्थियों को प्रोत्साहन का भुगतान न करना, लाभार्थियों को विलम्बित भुगतान, 12,723 अधिक लाभार्थियों की संख्या को भुगतान, आदि।

(पैरा: 7.3.1)

### (छ) डाटा संग्रहण, प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग

(i) 2015-16 के दौरान, लगभग 13000 सुविधाओं ने स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पर डाटा सूचित नहीं किया था। सभी सुविधाओं द्वारा रिपोर्टिंग के अभाव में स्वास्थ्य संकेतकों पर समग्र स्थिति पता लगाने योग्य नहीं रही।

(पैरा: 8.3.1 (i))

(ii) लेखापरीक्षा ने एचएमआईएस में सूचना के अनुसार डाटा की तुलना में 14 राज्यों के चयनित सुविधाओं में मूल अभिलेख/पंजिका के अनुसार उपलब्ध सूचना में विसंगतियां पाई।

(पैरा: 8.3.3)

(iii) चयनित सुविधाओं में कोई पर्याप्त कम्प्यूटरीकरण, नेटवर्किंग तथा मानव संसाधन नहीं था। परिणामस्वरूप, सुविधाओं को जिला मुख्यालयों अथवा पास के इंटरनेट सुगम क्षेत्र से एचएमआईएस पोर्टल पर रिपोर्ट अपलोड करनी थी। इसका परिणाम डाटा की विलम्बित उपलब्धता अथवा गैर-उपलब्धता में हुआ।

(पैरा: 8.5)

(iv) स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) हेतु निर्धारित अभिलेखों को चयनित अधिकांश स्वास्थ्य सुविधाओं में या तो अनुरक्षित नहीं

किया गया था या फिर खराब प्रकार से अनुरक्षित किया गया था। सभी राज्यों में अपर्याप्त रिपोर्टिंग तथा खराब अभिलेख अनुरक्षण के परिणामस्वरूप एचएमआईएस में सूचित डाटा की गुणवत्ता गलत तथा अविश्वसनीय थी।

(पैरा: 8.6)

(v) एचएमआईएस डाटा के विश्लेषण ने प्रकट किया कि कुछ मुख्य आरसीएच मापदण्डों हेतु उपलब्धि जैसे कि गर्भवती महिलाओं की संख्या जिन्होंने एनसी, प्रतिरक्षण का लाभ लिया को शत प्रतिशत से अधिक दर्शाया गया था जो पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या से अधिक थी।

(पैरा: 8.8.1)

(vi) 14 से 64 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं 2015-16 हेतु एचएमआईएस पर अवसंरचना की रिपोर्टिंग नहीं कर रहे थे जिसके कारण एमआईएस रिपोर्ट समाविष्ट स्थिति प्रस्तुत करने में विफल थी।

(पैरा: 8.9.1)

(vii) विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा 8 से 12 प्रतिशत डाटा क्षेत्रों को नहीं भरा गया था जिसने एमआईएस रिपोर्टों के अंतर्गत डाटा रिपोर्टिंग को अविश्वसनीय बनाया।

(पैरा: 8.9.2)

### महत्वपूर्ण अनुशंसाओं का सारांश

- i. निधि प्रवाह प्रबंधन की राज्य स्वास्थ्य समितियों की अवशेषी क्षमता को ध्यान में रखते हुए तर्कसंगत बनाया जाना चाहिए। मंत्रालय को निधियों के सफल उपयोग को सुनिश्चित करने हेतु एसएचएस द्वारा अव्ययित शेषों पर अर्जित ब्याज के विवरणों को मॉनीटर तथा अनुरक्षण करना चाहिए।
- ii. मंत्रालय सुनिश्चित करे कि विलंब/बाधाओं को दूर करने के लिए मौजूदा नियमों की ध्यान में रखते हुए सभी राज्यों में संबंधित सिविल कार्यों की समीक्षा की जाती है तथा उसकी शीघ्र समाप्ति तथा संपूर्ण भवनों को काम में लाना सुनिश्चित किया जाए।
- iii. सभी महत्वपूर्ण दवाएं और उपकरणों की उपलब्धता सारी स्वास्थ्य सुविधाओं में सुनिश्चित की जानी चाहिए। एमएमयू और एम्बुलेस को



- पूर्ण रूप से कार्यात्मक होने चाहिए और अपेक्षित श्रमशक्ति और उपकरण उपलब्ध होने चाहिए।
- iv. मंत्रालय को राज्यों के साथ निष्ठापूर्वक आगे की कार्रवाई करनी चाहिए ताकि एनआरएचएम की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए स्वास्थ्य सेवाकर्मियों के संस्वीकृत पदों को भरा जाना सुनिश्चित किया जा सके।
  - v. 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।
  - vi. आइईसी गतिविधियों में सुधार की आवश्यकता है, ताकि सांस्थानिक प्रसव के लिए लोग प्रोत्साहित हों। आईएफए टैबलेटों का पर्याप्त वितरण एवं सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी टीका लगाने की व्यवस्था को प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सुनिश्चित किया जाए।
  - vii. मंत्रालय को डाटा प्रबंधन उत्तरदायित्व हेतु चयनित पदों सहित एक स्पष्ट रूप से प्रलेखित संगठनात्मक संरचना तैयार करनी चाहिए। डाटा रिकोर्डिंग, रिपोर्टिंग, एकत्रीकरण, सत्यापन तथा फीडिंग में शामिल कार्मिकों हेतु एक प्रलेखित तथा संरचित प्रशिक्षण कार्यक्रम स्थापित किया जाना चाहिए। सभी स्तरों पर उचित वैद्यता नियंत्रणों का प्रावधान करके एचएमआईएस में डाटा की विश्वसनीयता में सुधार करना चाहिए। एचएमआईएस पर अपलोड करने से पूर्व डाटा के सत्यापन हेतु एक क्रियाविधि को शामिल करना चाहिए।

