

# अध्याय—दो

## निष्पादन लेखापरीक्षा

2.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

2.2 राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा मिशन का कार्यान्वयन

## अध्याय-दो

### स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग

#### 2.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

##### 2.1.1 प्रस्तावना

भारत सरकार ने ग्रामीण जनसंख्या को सुलभ, किफायती, उत्तरदायी, प्रभावी और उचित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए अप्रैल 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) लागू किया। एनआरएचएम का उद्देश्य एनआरएचएम फ्रेमवर्क के अंतर्गत वर्ष 2012-17 के दौरान कार्यान्वयन के लिए निर्धारित निम्नलिखित लक्ष्यों को प्राप्त करने में राज्यों की सहायता करना था:

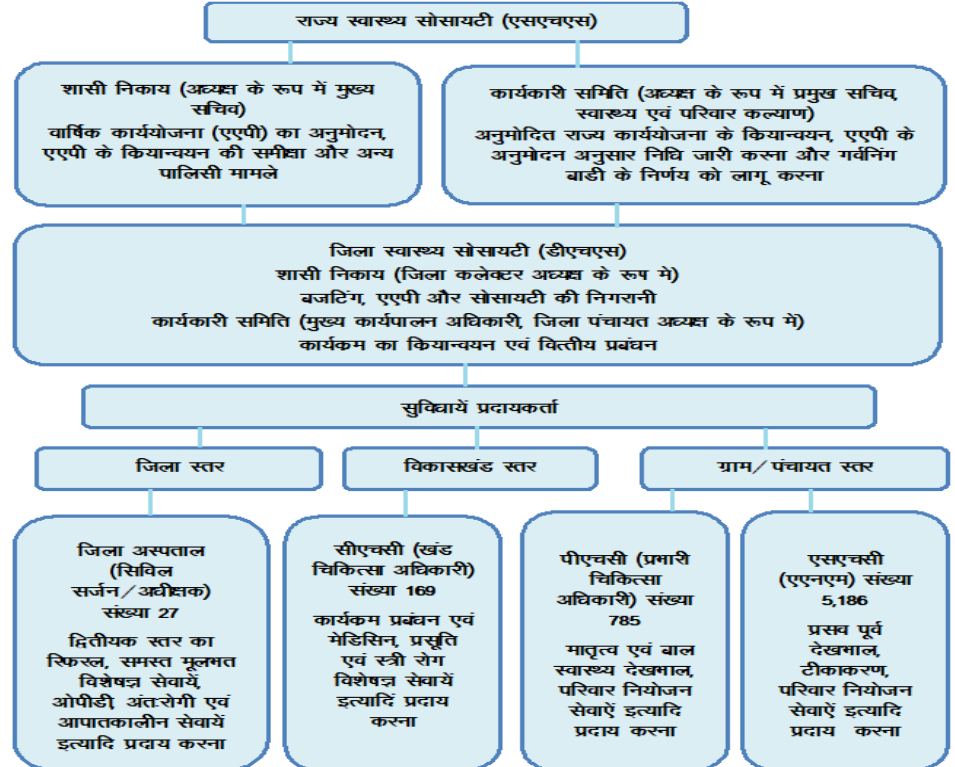
- शिशु मृत्यु दर प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर 25 से कम
- मातृ मृत्यु दर को प्रति लाख जीवित जन्म पर 100
- वर्ष 2017 तक कुल प्रजनन दर को 2.1 तक करना तथा इसे स्थिर रखना।

मिशन की मुख्य रणनीति स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतर को दूर करना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेन्द्रीकृत योजना को सुविधाजनक बनाना, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के मौजूदा कार्यक्रमों सहित प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य और विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को छत्रछाया प्रदान करना था।

##### 2.1.2 संगठनात्मक संरचना

एनआरएचएम एक मिशन मोड कार्यक्रम जिसे राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (एसएचएस) द्वारा संचालित किया जाता है जैसा कि नीचे चार्ट 2.1.1 में दर्शाया गया है:

चार्ट 2.1.1: संगठनात्मक चार्ट



मार्च 2017 की स्थिति में राज्य में ग्रामीण जनसंख्या को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए 169 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र<sup>1</sup> (सीएचसी), 785 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र<sup>2</sup> (पीएचसी) और 5,186 उप-स्वास्थ्य केंद्र<sup>3</sup> (एसएचसी) संचालित थे।

### 2.1.3 लेखापरीक्षा उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्य:

- भौतिक आधारभूत संरचना की उपलब्धता की सीमा;
- स्वास्थ्य देखभाल विशेषज्ञों की उपलब्धता की सीमा; और
- उपलब्ध कराई गई स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को नमूना जाँच द्वारा राज्य में प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य में सुधार के लिए एनआरएचएम के प्रभाव का आंकलन करना था

### 2.1.4 लेखापरीक्षा मानदंड

लेखापरीक्षा मानदंड निम्नलिखित स्रोतों से प्राप्त किए गए थे:

- वर्ष 2005–12 और 2012–17 के कार्यान्वयन के लिए एनआरएचएम फ्रेमवर्क
- वित्तीय प्रबंधन के लिए एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देश
- एसएचसी, पीएचसी, सीएचसी और जिला अस्पतालों (डीएच) के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) दिशानिर्देश 2012
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्ता आश्वासन के लिए परिचालन दिशानिर्देश 2013 और
- जिला अस्पतालों के गुणवत्ता आश्वासन के लिए निर्धारक की मार्गदर्शिका 2013 तथा सीएचसी (प्रथम रेफरल इकाई) की गुणवत्ता आश्वासन के लिए निर्धारक की मार्गदर्शिका 2014

### 2.1.5 कार्यक्षेत्र एवं पद्धति

वर्ष 2012–17 की अवधि के लिए प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य (आरसीएच) पर विशेष ध्यान देते हुए एनआरएचएम पर निष्पादन लेखापरीक्षा सैंपलिंग<sup>4</sup> विधि द्वारा 27 में से सात<sup>5</sup> जिलों को शामिल कर अप्रैल से जुलाई 2017 के दौरान की गई थी। इन चयनित जिलों में सात जिला स्वास्थ्य समिति, 14 सीएचसी (प्रत्येक जिले से दो), 28 पीएचसी (प्रत्येक सीएचसी के अंतर्गत दो के साथ प्रत्येक जिले से चार) और 84 एसएचसी (प्रत्येक पीएचसी के अंतर्गत तीन के साथ प्रत्येक जिलों में 12) भी एसआरएसडब्ल्यूओआर विधि द्वारा चयनित किये गये थे। चयनित जिलों और स्वास्थ्य

<sup>1</sup> ग्रामीण क्षेत्र में 1.20 लाख और आदिवासी क्षेत्र में 0.80 लाख जनसंख्या के लिए 30 बिस्तर सुविधा एवं एक आपरेशन थियेटर वाला एक सीएचसी होना चाहिए। दो नियमित चिकित्सा अधिकारी के अतिरिक्त वहाँ सर्जरी, स्त्रीरोग एवं शिशुरोग विशेषज्ञ सेवायें होना चाहिए।

<sup>2</sup> ग्रामीण क्षेत्र में 0.30 लाख और आदिवासी क्षेत्र में 0.20 लाख जनसंख्या के लिए एक पीएचसी जिसमें न्यूनतम छः बिस्तर सुविधा और एक चिकित्सा अधिकारी होना चाहिए।

<sup>3</sup> सामान्य क्षेत्र में 5,000 एवं पहाड़ी तथा आदिवासी क्षेत्र में 3,000 जनसंख्या के लिए एक सीएचसी होना चाहिए।

<sup>4</sup> सरल यादृच्छिक नमूनाकरण बिना प्रतिस्थापन विधि (एसआरएसडब्ल्यूओआर) अपनाते हुए, चयन किये गये सात जिलों में से छः (रायपुर को छोड़कर) में 70 प्रतिशत से अधिक ग्रामीण जनसंख्या के थे। हालांकि, रायपुर एसआरएसडब्ल्यूओआर द्वारा चयन का हिस्सा और राजधानी जिला भी है अतः जाँच के लिए चयनित किया गया है।

<sup>5</sup> बिलासपुर, जशपुर, कांकेर, कोरिया, महासमुंद, रायपुर और राजनांदगांव।

केंद्रों का विवरण **परिशिष्ट 2.1.1** में वर्णित है।

लेखापरीक्षा ने राज्य में समग्र स्थिति का आंकलन करने के लिए मिशन संचालक और संचालनालय, स्वास्थ्य सेवायें के कार्यालय से एकत्रित अभिलेख/जानकारी की भी जाँच किया। अभिलेख की जाँच के अलावा, 133 स्वास्थ्य केन्द्रों का संयुक्त भौतिक निरीक्षण, वर्ष 2014-17 के दौरान 840 शिशु प्रसवोत्तर हितग्राहियों (चयनित एसएचसी के अंतर्गत 16,383 पंजीकृत हितग्राहियों में से) के साक्षात्कार और विभिन्न स्तरों पर अभिलेखों का प्रतिसत्यापन भी किया गया।

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्यों, कार्यक्षेत्र और पद्धति पर चर्चा करने के लिए प्रमुख सचिव, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग (विभाग), छत्तीसगढ़ शासन के साथ एक आगम बैठक (अप्रैल 2017) आयोजित की गई थी। लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने के लिए विभाग के प्रमुख सचिव के साथ एक निर्गम बैठक (मार्च 2018) भी आयोजित की गई थी। विभाग के अभिमत/उत्तरों को प्रतिवेदन में यथोचित रूप से सम्मिलित किया गया है।

## लेखापरीक्षा निष्कर्ष

### 2.1.6 योजना

वित्तीय प्रबंधन के लिए एनआरएचएम परिचालन दिशानिर्देश योजना के निम्न से उच्च स्तर के दृष्टिकोण को निर्धारित करते हैं। इसके अंतर्गत, कार्यान्वयन इकाइयों (सीएससी, पीएचसी और एसएचसी) की जानकारी के आधार पर विकासखंड स्वास्थ्य कार्य योजना (बीएचएपी) तैयार करना था। जिला स्वास्थ्य कार्य योजना (डीएचएपी) बनाने के लिए बीएचएपी को संकलित किया जाएगा जिसे आगे राज्य स्तर पर राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) बनाने के लिए संकलित किया जाएगा। योजना की 28 फरवरी तक स्वीकृति को सुगम बनाने के लिए राज्य पीआईपी को 31 दिसंबर तक भारत सरकार को प्रस्तुत किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य शासन द्वारा बीएचएपी और डीएचएपी के आधार पर पीआईपी तैयार किया गया। हालांकि, राज्य पीआईपी को भारत सरकार द्वारा संशोधित दिशानिर्देशों/निर्देशों को विभाग द्वारा नए घटकों और प्रारूपों को जोड़ने, संशोधित पीआईपी की तैयारी और गवर्निंग बॉडी आदि की स्वीकृति मिलने के कारण 44 से 137 दिनों के विलम्ब से भारत सरकार को प्रस्तुत किया गया था। इसके फलस्वरूप, भारत सरकार की मंजूरी 85 से 224 दिनों के विलंब से प्राप्त हुई जिसके परिणामस्वरूप नए कार्यों के निष्पादन में विलंब हुआ जैसे मानव संसाधनों की नियुक्ति, नए निर्माण कार्यों और उपकरणों की खरीद आदि जैसे कि **कंडिकाओं 2.1.8.1 (iv), 2.1.9.3, 2.1.9.6** में टिप्पणी किया गया है। यदि पीआईपी की तैयारी की प्रक्रिया उचित योजनाबद्ध तरीके से की गई होती (जैसे अतिरिक्त घटकों/प्रपत्रों इत्यादि की योजना प्रारंभ में बनायी गई होती) तो विलंब से बचा जा सकता था।

### 2.1.7 वित्तीय प्रबंधन

#### 2.1.7.1 स्वास्थ्य देखभाल पर लोक व्यय (एनआरएचएम और राज्य बजट)

राष्ट्रीय स्तर पर एनआरएचएम प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान केंद्रित करने के साथ स्वास्थ्य पर लोक व्यय को वर्ष 2004-05 में सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का 0.9 प्रतिशत से वर्ष 2012 तक जीडीपी का 2.3 प्रतिशत तक बढ़ाने की परिकल्पना करता है जबकि राज्यों को स्वास्थ्य क्षेत्र पर व्यय को साल दर साल के आधार पर कम से कम 10 प्रतिशत वृद्धि करने की आवश्यकता थी।

राष्ट्रीय स्तर पर लोक व्यय वर्ष 2013-17 के दौरान जीडीपी<sup>6</sup> का 1.05 से 1.18 प्रतिशत था। यद्यपि वर्ष 2012-17 की अवधि के दौरान लोक स्वास्थ्य पर राज्य व्यय में आठ से 28 प्रतिशत की वृद्धि हुई, स्वास्थ्य पर लोक व्यय सकल राज्य घरेलू उत्पाद (जीएसडीपी<sup>7</sup>) का 0.85 से 1.13 प्रतिशत रहा।

### 2.1.7.2 निधि आवंटन और व्यय

वित्तीय वर्ष के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत रिसोर्स एन्वलप (आरई) में (अ) पिछले वर्षों के अव्ययित शेष; (ब) प्रस्तावित आवंटन अर्थात् बजट अनुमान (बीई); और (स) वर्ष में देय राज्यांश योगदान जो वर्ष 2012-15 के दौरान 75:25 एवं वर्ष 2015-17 के दौरान 60:40 के अनुपात में थे, शामिल हैं। वर्ष 2013-14 तक राज्य शासन द्वारा अपने अंश को पृथक से स्थानांतरित करने के साथ भारत सरकार द्वारा एसएचएस को सीधे अनुमोदित पीआईपी के आधार पर अपना वार्षिक अंश स्थानांतरित किया गया। राज्य शासन द्वारा अपने बजट से जारी निधि को आरई द्वारा अनुपूरक किया जाना था। वर्ष 2014-15 के बाद से भारत सरकार का अंश राज्य शासन को जारी किया जाता है जिसके पश्चात् एसएचएस को भारत सरकार के अंश सहित अपना अंश स्थानांतरित कर दिया जाता है।

वर्ष 2012-17 के दौरान एनआरएचएम के अंतर्गत प्राप्ति एवं व्यय नीचे तालिका 2.1.1 में दर्शाया गया है:

तालिका 2.1.1: एनआरएचएम के अंतर्गत प्राप्तियां और व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	भारत शासन से अनुमोदित पीआईपी	प्रारंभिक शेष	प्राप्तियां		ब्याज एवं अन्य प्राप्तियाँ*	कुल उपलब्ध निधि	व्यय/वापसी/समायोजित	अंतिम शेष
			भारत सरकार	राज्य शासन				
2012-13	858.75	455.63	214.07	135.00	33.39	838.08	391.23 (47)	446.85
2013-14 <sup>#</sup>	887.03	462.10	250.53	133.94	43.17	889.74	502.61 (56)	387.13
2014-15	797.22	387.13	306.29	158.23	45.73	897.39	555.97 (62)	341.42
2015-16	947.10	341.42	294.19	275.26	57.90	968.77	672.04 (69)	296.73
2016-17	971.47	296.73	355.27	356.40	93.54	1,101.93	802.34 (73)	299.60
<b>योग</b>	<b>4,461.58</b>		<b>1,420.34</b>	<b>1,058.84</b>	<b>273.73</b>		<b>2,924.19</b>	

(स्रोत: एसएचएस द्वारा प्रदान की गई जानकारी)

\* राज्यांश के अंतर्गत प्राप्त आपातकालीन चिकित्सा प्रतिक्रिया प्रणाली और मितानिन<sup>8</sup> (आशा) प्रोत्साहन अनुदान सम्मिलित है।

<sup>#</sup> असंक्रमणीय बीमारी के आंकड़े को भी वित्त वर्ष 2013-14 में विलय कर दिया गया क्योंकि अनुदान संचालनालय, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा प्राप्त किया गया था एवं निधि वर्ष 2013-14 से एनआरएचएम के अंतर्गत प्राप्त किए गए थे। इसलिए वर्ष 2012-13 के अंतिम शेष से वर्ष 2013-14 के प्रारंभिक शेष में बदलाव आया है।

वर्ष 2012-17 के दौरान राज्य शासन के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के अंतर्गत कुल व्यय (₹ 8,552.66 करोड़) में एनआरएचएम की भागीदारी 34.19 प्रतिशत (₹ 2,924.19 करोड़) थी।

<sup>6</sup> स्रोत: भारत शासन, सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय।

<sup>7</sup> स्रोत: छत्तीसगढ़ राज्य के आर्थिक एवं सांख्यिकी संचालनालय।

<sup>8</sup> मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) को राज्य में मितानिन के नाम से जाना जाता है।

एनआरएचएम के माध्यम से भागीदारी के लिए धनराशि के कुल आवंटन में प्रमुख घटकों जैसे आरसीएच फ्लेक्सिबलपूल<sup>9</sup>, एनआरएचएम फ्लेक्सिबलपूल<sup>10</sup>, और टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत अनुमोदित परिव्यय और व्यय को तालिका 2.1.2 में प्रदर्शित किया गया है:

तालिका 2.1.2: वर्ष 2012-17 के दौरान आरसीएच, एनआरएचएम फ्लेक्सिबल पूल और टीकाकरण के अंतर्गत दिये गए निधि एवं व्यय

वर्ष	आरओपी <sup>11</sup>	प्रारंभिक शेष	प्राप्त अनुदान			व्याज/ अन्य प्राप्ति	योग	व्यय (आरओपी का प्रतिशत)	अंतिम शेष
			योग <sup>12</sup>	भारत सरकार	राज्य				
2012-13	654.83	184.97	485.49	201.85	283.64	—	670.46	363.03 (55)	307.43
2013-14	669.05	307.43	428.05	231.46	196.59	—	735.47	466.64 (70)	268.83
2014-15	610.70	268.83	440.35	271.06	169.29	62.79	771.97	519.66 (85)	252.31
2015-16	753.36	252.31	576.09	283.76	292.33	7.60	836.00	601.27 (80)	234.73
2016-17	769.21	234.73	625.64	338.96	286.68	10.55	870.92	696.75 (91)	174.17
<b>योग</b>	<b>3,457.15</b>		<b>2,555.62</b>	<b>1,327.08</b>	<b>1,228.54</b>	<b>80.94</b>		<b>2,647.35<sup>13</sup></b>	

(स्रोत: एसएचएम द्वारा प्रदाय आंकड़े)

आरओपी के विरुद्ध निधि की कम प्राप्ति मुख्य रूप से एसएचएस द्वारा आवंटित निधि को व्यय करने में विफल होने के कारण थी, जो दवाओं और उपकरणों (कंडिका 2.1.9.6 और 2.1.9.8) का क्रय न करना, अपूर्ण निर्माण कार्य गतिविधियां (कंडिका 2.1.9.3), नियमित टीकाकरण में कमी (कंडिका 2.1.10.4), मानव संसाधनों की अपर्याप्त भर्ती (कंडिका 2.1.8), महिला नसबंदी (कंडिका 2.1.10.5) और प्रशिक्षण के अंतर्गत कम व्यय करना इत्यादि का परिणाम था। इसके कारण इस मिशन का हितग्राहियों को निर्बाध और गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने का उद्देश्य बाधित रहा जिसकी चर्चा आगे की कंडिकाओं में की गयी है। परिणामस्वरूप आरओपी के सापेक्ष में कम आवंटन और कम व्यय के, इन घटकों पर एनआरएचएम की भागीदारी वर्ष 2012-17 के दौरान अनुमोदित पीआईपी के 55 से 91 प्रतिशत के बीच था।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि बचत, वर्ष 2011-12 में प्रारंभिक शेष ज्यादा होने के कारण और मानव संसाधनों की अनुपलब्धता के कारण हुई तथा आधारभूत संरचना पर व्यय को बाद के वर्षों में समायोजित किया गया था।

उत्तर सही नहीं है क्योंकि बचत संबंधित वर्षों के दौरान स्वीकृत निर्माण कार्यों पर अनुदान का व्यय करने में एसएचएस की विफलता के कारण थी, जैसा कि ऊपर दर्शाया गया है, जिसे चालू वर्ष के अंतिम शेष के रूप में तथा आगामी योजना वर्ष में प्रारंभिक शेष दर्शाया गया है।

<sup>9</sup> आरसीएच फ्लेक्सिबलपूल में आरसीएच से संबंधित घटकों जैसे मातृ स्वास्थ्य, शिशु स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, जननी सुरक्षा योजना, नसबंदी के लिए मुआवजा इत्यादि निधि शामिल है।

<sup>10</sup> एनआरएचएम फ्लेक्सिबलपूल में स्वास्थ्य गतिविधियों के लिए आवश्यक मितानिन, जीवन दीप समिति, यूनाइटेड फंड, वार्षिक रखरखाव अनुदान इत्यादि जैसी अतिरिक्त गतिविधियां सम्मिलित हैं, जो अन्य किसी भी कार्यक्रम से वित्त पोषित नहीं किया जा सकता है को इस निधि से वित्त पोषित किया जाता है।

<sup>11</sup> राज्य पीआईपी पर कार्यवाही अभिलेख (आरओपी) को भारत सरकार द्वारा दिया गया अनुमोदन।

<sup>12</sup> प्रारंभिक शेष में पिछले वर्ष के प्रतिबद्ध व्यय और अनुमत्य शेष सम्मिलित हैं। आरओपी में प्रारंभिक शेष का अनुमत्य शेष राशि सम्मिलित है। इसलिए आरओपी तथा प्रारंभिक शेष एवं कुल अनुदान की राशि में भिन्नता थी, साथ ही अनुमोदित पीआईपी के सापेक्ष अनुदान कम जारी किया गया।

<sup>13</sup> निर्माण के लिए ₹ 411.76 करोड़, दवाइयों में ₹ 127.32 करोड़ और उपकरणों में ₹ 6.04 करोड़ सम्मिलित थे।

## 2.1.8 मानव संसाधन प्रबंधन

### 2.1.8.1 स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की अनुपलब्धता

स्वास्थ्य केंद्रों (डीएच, सीएचसी, पीएचसी और एसएचसी) में राज्य शासन और आईपीएच मानकों द्वारा स्वीकृत मानव शक्ति के सापेक्ष पदस्थापना की स्थिति तालिका 2.1.3 में दी गई है।

तालिका 2.1.3: 31 मार्च 2017 को राज्य में चिकित्सकों और पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता

स्वास्थ्य केंद्र	पद	स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या	प्रत्येक स्वास्थ्य केंद्र में आईपीएचएस अनुसार आवश्यक मानव संसाधन	आईपीएच एस अनुसार कुल आवश्यक मानव संसाधन	राज्य शासन द्वारा स्वीकृत कुल पद	कार्यरत पदों की संख्या (संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं अनुसार)	आईपीएच एस अनुसार कमी (प्रतिशत)	पदों की स्वीकृति अनुसार कमी (प्रतिशत)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
डीएच	विशेषज्ञ	26	15 / 18 / 36	420	391	102	318 (76)	289 (74)
	चिकित्सा अधिकारी		13 / 15 / 30	361	446	349	12 (3)	97 (22)
	स्टाफ नर्स		45 / 90 / 225	1,485	963	726	759 (51)	237 (25)
	पैरामेडिकल स्टाफ		30 / 41 / 99	882	800	719	163 (18)	81 (10)
	<b>योग</b>		<b>103 / 162 / 390<sup>14</sup></b>	<b>3,148</b>	<b>2,600</b>	<b>1,896</b>	<b>1,252 (40)</b>	<b>704 (27)</b>
सीएचसी	विशेषज्ञ	169	5	845	921	43	802 (95)	878 (95)
	चिकित्सा अधिकारी		3	507	427	380	127 (25)	47 (11)
	स्टाफ नर्स		10	1,690	1,570	1,125	565 (33)	445 (28)
	पैरामेडिकल स्टाफ		10 <sup>15</sup>	1,690	819	664	1,026 (61)	155 (19)
	<b>योग</b>		<b>28</b>	<b>4,732</b>	<b>3,737</b>	<b>2,212</b>	<b>2,520 (53)</b>	<b>1,525 (41)</b>
पीएचसी	चिकित्सा अधिकारी	785	1	785	767	328	457 (58)	439 (57)
	स्टाफ नर्स		3	2,355	1,070	527	1,828 (78)	543 (51)
	पैरामेडिकल स्टाफ		5	3,925	2,097	1,904	2,021 (51)	193 (9)
	<b>योग</b>		<b>9</b>	<b>7,065</b>	<b>3,934</b>	<b>2,759</b>	<b>4,306 (61)</b>	<b>1,175 (30)</b>
एसएचसी	एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ता	5,186	2	10,372	10,372	9,247	1,125 (11)	1,125 (11)

(स्रोत: संचालक स्वास्थ्य सेवाएं)

राज्य में विशेषज्ञों की अत्यधिक कमी 89 प्रतिशत की सीमा तक और चिकित्सा अधिकारी की 36 प्रतिशत सीमा तक थी

वर्ष 2012 में 1,602 चिकित्सकों<sup>16</sup> (विशेषज्ञों सहित) की रिक्तियां जो वर्ष 2017 के दौरान बढ़कर<sup>17</sup> 1,744 हुईं के अंतर की पूर्ति के लिए संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं वर्ष 2012-13 से वर्ष 2017-18 (फरवरी 2018) के दौरान एमओ<sup>18</sup> के पद में 1,226 डॉक्टर नियुक्त किए लेकिन फरवरी 2018 तक केवल 474 एमओ (संविदा आधार पर 35 सहित) ने विभाग में पदभार ग्रहण किया। विभाग में शामिल होने के लिए चिकित्सकों की अनिच्छा के कारणों का शासन द्वारा मूल्यांकन नहीं किया गया था। इसके अलावा वर्ष

<sup>14</sup> 100 बिस्तर वाले अस्पताल (22) के लिए-103, 200 बिस्तर वाले अस्पताल (3) के लिए-164 और 500 बिस्तर वाले अस्पताल (1) के लिए-390 स्वीकृत पद।

<sup>15</sup> फार्मासिस्ट-1, प्रयोगशाला तकनीशियन-2, रेडियोग्राफर-1, नेत्र सहायक-1, दंत चिकित्सा सहायक-1, कोल्ड चैन एवं लाजिस्टिक सहायक-1, बहु पुनर्वास समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यकर्ता-1 एवं काउंसलर-1।

<sup>16</sup> वर्ष 2012-13 में चिकित्सकों (विशेषज्ञों और एमओ) की कुल स्वीकृति 2,932 थी और 1,330 कार्यरत थे इसलिए राज्य में 1,602 डॉक्टरों की कमी थी। वर्ष 2016-17 में चिकित्सकों (विशेषज्ञों और एमओ) की कुल स्वीकृति 3,380 थी और 1,636 कार्यरत थे इसलिए 1,744 चिकित्सकों की कमी थी।

<sup>17</sup> अतिरिक्त पदों की स्वीकृति, नियुक्तियों, सेवानिवृत्ति/त्यागपत्र इत्यादि के कारण।

<sup>18</sup> आवश्यक मानदंडों को पूरा करने के बाद विशेषज्ञों को पदोन्नति के माध्यम से नियुक्त किया जाता है।

2016 और 2017 के दौरान 1,637 स्टाफ नर्स और पैरामेडिकल स्टाफ भी नियुक्त किए गए थे जबकि 1,315 पदों (208 एमओ/एएमओ, 911 स्टाफ नर्स और 196 अन्य पैरामेडिकल स्टाफ) के विरुद्ध नियुक्ति के लिए वित्त विभाग की स्वीकृति (अगस्त 2018) प्राप्त की गई थी।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में विभाग के प्रमुख सचिव ने विशेषज्ञों और चिकित्सकों की कमी को स्वीकार किया और बताया कि स्थान के अनुसार अच्छी पारिश्रमिक (₹ 2.50 लाख प्रति माह तक) प्रदान करके स्वास्थ्य पेशेवरों को रखने और आकर्षित करने के लिए कदम उठाए गये। प्रमुख सचिव ने यह भी बताया कि प्रत्येक सोमवार को सीधे साक्षात्कार से चिकित्सकों की नियुक्ति की जाती है।

लेखापरीक्षा ने चयनित स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों और पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता की समीक्षा की और निम्नलिखित कमियां देखी गईं जिसे नीचे दी गई तालिका में दर्शाया गया है:

तालिका 2.1.4: राज्य स्तर एवं चयनित स्वास्थ्य केंद्रों में कर्मचारियों की कमी

स्वास्थ्य केंद्र (स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या)	पद अनुसार (आईपीएचएस)	आईपीएचएस अनुसार कमी (प्रतिशत)	पदों की स्वीकृति अनुसार कमी (प्रतिशत)	जांच किये गये स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या	राज्य शासन द्वारा स्वीकृत पदों की संख्या	जाँच की गई इकाइयों में कार्यरत पदों की संख्या	आईपीएचएस अनुसार कमी (प्रतिशत)	पदों की स्वीकृति अनुसार कमी (प्रतिशत)
<b>राज्य की स्थिति</b>				<b>चयनित स्वास्थ्य केंद्रों की स्थिति</b>				
<b>डीएच (26)</b>	विशेषज्ञ	318 (76)	289 (74)	<b>डीएच (7)</b>	101	58	53 (48)	43 (43)
	चिकित्सा अधिकारी	12 (3)	97 (22)		141	114	—	27 (19)
	स्टाफ नर्स	759 (51)	237 (25)		344	262	143 (35)	82 (24)
	पैरामेडिकल स्टाफ	163 (18)	81 (10)		151	101	138 (58)	50 (33)
	<b>योग</b>	<b>1,292(40)</b>	<b>704 (27)</b>		<b>737</b>	<b>535</b>	<b>322 (38)</b>	<b>202 (27)</b>
<b>सीएचसी (169)</b>	विशेषज्ञ	802 (95)	878 (95)	<b>सीएचसी (14)</b>	65	11	59 (84)	54 (83)
	चिकित्सा अधिकारी	127 (25)	47 (11)		38	59	—	—
	स्टाफ नर्स	565 (33)	445 (28)		140	113	27 (19)	27 (19)
	पैरामेडिकल स्टाफ	1,026 (61)	155 (19)		104	86	54 (39)	18 (17)
	<b>योग</b>	<b>2,520 (53)</b>	<b>1,525 (41)</b>		<b>347</b>	<b>269</b>	<b>123 (31)</b>	<b>78 (22)</b>
<b>पीएचसी (785)</b>	चिकित्सा अधिकारी	457 (58)	439 (57)	<b>पीएचसी (28)</b>	28	9 <sup>19</sup>	19 (68)	19 (68)
	स्टाफ नर्स	1,828 (78)	543 (51)		84	37	47 (56)	47 (56)
	पैरामेडिकल स्टाफ	2,021 (51)	193 (9)		96	91	49 (35)	5 (5)
	<b>योग</b>	<b>4,306 (61)</b>	<b>1,175 (30)</b>		<b>208</b>	<b>137</b>	<b>115 (46)</b>	<b>71 (34)</b>
<b>एसएचसी (5,186)</b>	एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ता	<b>1,125 (11)</b>	<b>1,125 (11)</b>	<b>एसएचसी (84)</b>	<b>168</b>	<b>166</b>	<b>2 (1)</b>	<b>2 (1)</b>

\* संविदा नियुक्तियों शामिल हैं।

### (i) जिला अस्पताल

चयनित सात डीएच में शल्य (दो), निश्चेतना (दो), स्त्री रोग (एक), नेत्र (तीन), रेडियोलॉजी (पाँच), अस्थिरोग (तीन), पैथोलॉजी (तीन), ईएनटी (चार) और दंत (तीन) जैसे प्रमुख विषयों में विशेषज्ञों की कमी थी। परिणामतः रोगियों को इन डीएच में विभिन्न बीमारियों और नैदानिक (डाइग्नोस्टिक) सेवाओं के लिए आवश्यक उपचार से वंचित कर दिया गया था और इन्हे अन्य अस्पतालों जैसे डॉ भीम राव अम्बेडकर अस्पताल, रायपुर और छत्तीसगढ़ इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, बिलासपुर इत्यादि

<sup>19</sup> पीएचसी में एमओ (एमबीबीएस) के अलावा 30 एएमओ की स्वीकृत पदों के विरुद्ध 32 एएमओ/आरएमए (गैर-एमबीबीएस) नियुक्त किये गये।



में रिफर किया गया था जैसा कि अंतःरोगी विभाग (आईपीडी) के रजिस्ट्रों से अवलोकित किया गया।

**(ii) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र**

चयनित 14 सीएचसी में आवश्यक 112 पेशेवर चिकित्सको<sup>20</sup> के विरुद्ध केवल 70 पेशेवर चिकित्सक (63 प्रतिशत) पदस्थ थे जबकि आवश्यक 280 पैरामेडिकल<sup>21</sup> स्टाफ के विरुद्ध केवल 199 पैरामेडिकल स्टाफ (71 प्रतिशत) पदस्थ थे जैसा कि तालिका 2.1.5 में दर्शाया गया है।

यहां चिकित्सा पेशेवरों की अत्यधिक कमी (37 प्रतिशत) थी

**तालिका 2.1.5: जाँच किए गए सीएचसी में चिकित्सा और पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता**

पदों के नाम	आईपीएचएस अनुसार आवश्यक पद	राज्य शासन अनुसार स्वीकृत पद	कार्यरत पद (नियमित एवं संविदा)	आईपीएचएस अनुसार पद की कमी (-)/अधिकता (+)	स्वीकृत पद अनुसार कमी (-)/अधिकता (+)
विशेषज्ञ	70	65	11	- 59	-54
चिकित्सा अधिकारी	42	38	59	+17	+21
पैरामेडिकल स्टाफ	280	244	199	- 81	- 45

(स्रोत: सीएचसी से संकलित आंकड़े)

डॉक्टरों/विशेषज्ञों की कमी के परिणामस्वरूप, 12 चयनित सीएचसी में वर्ष 2015-16 के दौरान 817 महिलाओं को और वर्ष 2016-17 के दौरान 952 महिलाओं को उच्च स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए रिफर किया गया था। आगे 9,412 सीजेरियन सेक्शन डिलेवरी में से जाँच किए गए जिलों में नौ सीएचसी (47 सीएचसी में से) में मात्र 220 (2.3 प्रतिशत) प्रसव कराये गए थे जबकि 38 सीएचसी (चयनित जिलों में) में विशेषज्ञों जैसे स्त्री रोग विशेषज्ञ की अनुपलब्धता के कारण कोई सीजेरियन प्रसव नहीं कराया गया था।

इस प्रकार, इन केंद्रों के माध्यम से वांछित स्वास्थ्य सेवाओं से समझौता किया गया था।

**(iii) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र**

आईपीएच मानकों के मुताबिक प्रत्येक पीएचसी में एक डॉक्टर (चिकित्सा अधिकारी) और आठ पैरामेडिकल स्टाफ की आवश्यकता होती है।

चयनित पीएचसी में 68 प्रतिशत चिकित्सा अधिकारी उपलब्ध नहीं थे

जाँच किए गए 28 पीएचसी में से 19 पीएचसी (68 प्रतिशत) में चिकित्सा अधिकारी (एमबीबीएस) पदस्थ नहीं किए गए थे जबकि 25 पीएचसी में 32 ग्रामीण चिकित्सा सहायक/सहायक चिकित्सा अधिकारी (गैर-एमबीबीएस) पदस्थ किए गए थे। इसके अलावा चयनित पीएचसी में आईपीएचएस अनुसार आवश्यक 224 कर्मचारियों के विरुद्ध 128 पैरामेडिकल स्टाफ पदस्थ किए गए थे। जाँच किए गए पीएचसी में उपलब्ध कर्मचारियों और कमी का विवरण तालिका 2.1.6 में दर्शाया गया है।

**तालिका 2.1.6: निरीक्षण किए गए पीएचसी में पेशेवर मेडिकल और पैरामेडिकल स्टाफ**

पदों के नाम	आईपीएचएस अनुसार आवश्यक पद	राज्य शासन अनुसार स्वीकृत पद	कार्यरत पद (नियमित एवं संविदा)	आईपीएचएस अनुसार कमी (-)/अधिकता (+)	स्वीकृत पद अनुसार कमी (-)/अधिकता (+)
चिकित्सा अधिकारी	28	28	9	19 (68)	19
एएमओ/आरएमओ	-	30	32	-	+2
पैरामेडिकल स्टाफ	8 <sup>22</sup> X 28 = 224	180	128	96 (43)	52

(स्रोत: पीएचसी से संकलित आंकड़े)

<sup>20</sup> निश्चेतना विशेषज्ञ (1), दंत चिकित्सक (1), चिकित्सा अधिकारी (2), सामान्य सर्जन (1), प्रसूतिरोग एवं स्त्रीरोग विशेषज्ञ (1), शिशुरोग विशेषज्ञ (1) एवं फिजिशियन (1)।

<sup>21</sup> पैरामेडिकल-स्टाफ नर्स (10), फार्मासिस्ट, लैब तकनीशियन (2), रेडियोग्राफर, नेत्र सहायक, दंत सहायक, कोल्ड चैन एवं वैक्सीन सहायक, ओटी तकनीशियन, मल्टी रिहेबिलेशन कार्यकर्ता और काउंसलर।

<sup>22</sup> चिकित्सा अधिकारी-1, स्टाफ नर्स-3, फार्मासिस्ट-1, स्वास्थ्य कार्यकर्ता महिला एवं पुरुष-1 प्रत्येक, महिला स्वास्थ्य विजीटर-1, लैब तकनीशियन-1।

चयनित पीएचसी में 68 प्रतिशत चिकित्सा अधिकारियों की अनुपलब्धता के साथ पैरामेडिकल कर्मचारियों की कमी ने इन केंद्रों के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं की प्रदायगी पर प्रतिकूल प्रभाव डाला और जनता को इलाज के लिए सीएचसी या डीएच में जाने के लिए मजबूर किया क्योंकि पीएचसी में पदस्थ एएनओ को केवल सीमित संख्या में दवाओं और बीमारियों का इलाज निर्दिष्ट करने की अनुमति थी।

#### (iv) उप स्वास्थ्य केंद्र

आईपीएचएस के अनुसार प्रत्येक एसएचसी में एक सहायक नर्स मिडवाइफरी (एएनएम) और एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) की नियुक्ति का प्रावधान है।

जाँच किये गये 84 एसएचसी में से एएनएम और स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) को क्रमशः तीन<sup>23</sup> और 14 एसएचसी में पदस्थ नहीं किया गया था। इसके अलावा 84 एसएचसी में से 15<sup>24</sup> में एक अतिरिक्त एएनएम<sup>25</sup> पदस्थ किया गया था। इस प्रकार एएनएम और स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) की अनुपस्थिति में गर्भवती महिलाओं की आवश्यक जाँच एएनसी, पीएनसी जाँच और विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों को पूरा करने हेतु सहायता में बाधाएं आईं।

इस प्रकार राज्य में 1,167 विशेषज्ञ चिकित्सको और 583 एमओ की कमी थी। चयनित स्वास्थ्य केंद्रों में डीएच में 15 प्रतिशत, सीएचसी में 37 प्रतिशत और पीएचसी में 68 प्रतिशत पेशेवर चिकित्सकों की कमी थी। इसी प्रकार पैरामेडिकल स्टाफ की कमी डीएच में 32 प्रतिशत, सीएचसी और पीएचसी में क्रमशः 29 और 43 प्रतिशत थी। सभी स्तरों के स्वास्थ्य केंद्रों पर पेशेवर चिकित्सकों की कमी ने लोक स्वास्थ्य सुविधाओं पर अनिवार्य स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित किया। हालांकि जहां चिकित्सक उपलब्ध<sup>26</sup> थे वहां चिकित्सकीय उपकरणों, दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों, प्रयोगशाला सेवाओं की कमी<sup>27</sup> (कंडिकाओं 2.1.9.6, 2.1.9.7 और 2.1.9.8 में भी टिप्पणी की गई) के कारण इन स्वास्थ्य केंद्रों में विभिन्न बीमारियों के आवश्यक उपचार और नैदानिक सेवाओं से मरीज अभी भी वंचित रहे और इन्हे अन्य अस्पतालों जैसे डॉ भीम राव अम्बेडकर अस्पताल, रायपुर और छत्तीसगढ़ इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, बिलासपुर इत्यादि को रिफर किया गया था, जैसे कि अंतः रोगी विभाग (आईपीडी) के रजिस्ट्रों में अवलोकित किया गया।

आगे, राज्य पीआईपी में भारत सरकार<sup>28</sup> ने संविदा<sup>29</sup> आधार पर 3,725 व्यक्तियों की नियुक्ति की स्वीकृति दी थी। हालांकि मार्च 2017 तक केवल 2,785<sup>30</sup> (74.76 प्रतिशत)

चिकित्सा पेशेवरों की डीएच में 15 प्रतिशत, सीएचसी में 37 प्रतिशत और पीएचसी में 68 प्रतिशत कमी थी

<sup>23</sup> कोमाखान, कोसरंगी एवं मंगला।

<sup>24</sup> आसुलखार, बारवी, बीरकौदल, बिशुनपुर, गलोंडा, गम्हरिया, केलहारी, केरे, कंवटी, कोदाभाट, लोखंडी, माकडीखौना, पटौद, सरईगहना एवं व्यासकोंगेरा।

<sup>25</sup> एसएचसी में अतिरिक्त एएनएम पदस्थ किए गए हैं जो आरओपी में दूरस्थ स्थान के आधार पर स्वीकृत हैं। ये अतिरिक्त एएनएम पहुंचविहीन क्षेत्रों में फील्ड कार्य करती हैं।

<sup>26</sup> चयनित सात डीएच में से चार, 14 चयनित सीएचसी में से छः और 28 चयनित पीएचसी में से नौ में 75 से 100 प्रतिशत के मध्य।

<sup>27</sup> उपकरण की कमी की सीमा डीएच में 27 से 41 प्रतिशत, सीएचसी में 25 से 69 प्रतिशत और पीएचसी में 32 से 64 प्रतिशत थी। इसी प्रकार दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की कमी डीएच में 40 से 76 प्रतिशत, सीएचसी में 52 से 75 प्रतिशत और पीएचसी में 45 से 67 प्रतिशत और प्रयोगशाला सेवाओं की कमी डीएच में 45 से 63 प्रतिशत, सीएचसी में 36 से 58 प्रतिशत और पीएचसी में 38 से 71 प्रतिशत थी।

<sup>28</sup> नियमित स्वीकृत सेट अप के अतिरिक्त।

<sup>29</sup> एनआरएचएम के अंतर्गत विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए जैसे राष्ट्रीय शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके), पोषण पुनर्वास केंद्र (एनआरसी), बीमार न्यू बॉर्न केयर यूनिट (एसएनसीयू), जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र (डीईआईसी), 24x7 पीएचसी के लिए अतिरिक्त कर्मचारी और अधिक प्रसव वाले एसएचसी में अतिरिक्त एएनएम इत्यादि।

<sup>30</sup> चिकित्सा अधिकारी-163, आयुष डॉक्टर-59, स्टॉफ नर्स-515, एएनएम-1,123, पैरामेडिकल स्टाफ-276 और अन्य कर्मचारी-649।

व्यक्ति नियुक्त किये जा सके। यद्यपि प्रतिवर्ष, लगभग 200 एमबीबीएस चिकित्सक राज्य द्वारा तैयार किए जाते हैं, किन्तु किसी भी समेकित योजना या स्वास्थ्य विभाग में नए चिकित्सकों को शामिल होने के लिए आकर्षित करने हेतु किसी भी नीति के अभाव में सार्वजनिक क्षेत्र में डॉक्टरों की अत्यधिक कमी से राज्य जूझ रहा है। इस प्रकार, अंतर को दूर करने के लिये भारत सरकार द्वारा योजना के अंतर्गत प्रदाय किये गये समर्थन का राज्य शासन द्वारा बेहतर उपयोग नहीं किया जा सका।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने लेखापरीक्षा आपत्ति के साथ सहमति व्यक्त की और बताया कि राज्य द्वारा सीधे साक्षात्कार द्वारा चिकित्सकों की रिक्तियों को भरने का प्रयास किया जा रहा है।

### अनुशंसा

महत्वपूर्ण रिक्तियों, विशेषतः विशेषज्ञ चिकित्सकों एवं चिकित्सा अधिकारियों को भरने में विभाग को प्राथमिकता देना चाहिए और चिकित्सा उपकरणों, दवाओं, उपभोग्य सामग्रियों, प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना चाहिए ताकि मिशन के अधिदेश पर प्रत्येक स्तर पर आवश्यक स्वास्थ्य सुविधाओं को प्रदान किया जा सके।

### 2.1.9 भौतिक संरचना

राज्य में 24 प्रतिशत की कमी सीएचसी में, 11 प्रतिशत की कमी पीएचसी में एवं 8 प्रतिशत की कमी एसएचसी में थी

#### 2.1.9.1 आईपीएचएस मानदंडों के विरुद्ध स्वास्थ्य केंद्रों की उपलब्धता

भारतीय लोक स्वास्थ्य मानकों (आईपीएचएस) के अनुसार जनसंख्या मानदंडों के आधार पर एनआरएचएम फ्रेमवर्क में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं (सीएचसी, पीएचसी और एसएचसी) के द्वारा सेवा प्रदान की परिकल्पना की गई है। राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस) के अभिलेखों की जाँच में राज्य में आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार स्वास्थ्य सुविधाओं और राज्य द्वारा निर्धारित स्वास्थ्य केन्द्रों में कमी पायी गई जैसा कि तालिका 2.1.7 में दर्शाया गया है:

तालिका 2.1.7: विभिन्न स्तरों पर आवश्यक संस्थानों की संख्या

वर्ष	सीएचसी			पीएचसी			एसएचसी		
	विभाग द्वारा गणना की गई आवश्यक संख्या	आईपीएचएस मानदंड अनुसार आवश्यक संख्या <sup>31</sup>	उपलब्धता संख्या (कमी प्रतिशत)	विभाग द्वारा गणना की गई आवश्यक संख्या	आईपीएचएस मानदंड अनुसार आवश्यक संख्या	उपलब्धता संख्या (कमी प्रतिशत)	विभाग द्वारा गणना की गई आवश्यक संख्या	आईपीएचएस मानदंड अनुसार आवश्यक संख्या	उपलब्धता संख्या (कमी प्रतिशत)
2012	200#	200	149 (26)	795#	795	755 (5)	5,043#	5,043	5,111 (26)
2017	200*	223	169 (24)	795*	884	785 (11)	5,043*	5,617	5,186 (24)

(स्रोत: एसएचएस द्वारा प्रदाय आंकड़े जनगणना और लेखापरीक्षा द्वारा प्राक्कलित)

# विभाग द्वारा पहले आवश्यकता का प्राक्कलन सीएचसी के लिए 194, पीएचसी-776 और एसएचसी-4,899 थी

\* राज्य ने वर्ष 2017 के अनुमानित जनसंख्या के लिए आवश्यकता के अनुसार गणना नहीं किया।

राज्य में सीएचसी, पीएचसी और एसएचसी की कुल कमी में आदिवासी क्षेत्रों<sup>32</sup> में 25 सीएचसी, 61 पीएचसी और 210 एसएचसी थी।

<sup>31</sup> आईपीएचएस मानदंड अनुसार, ग्रामीण क्षेत्र में 1.20 लाख की जनसंख्या एवं आदिवासी क्षेत्र में 0.80 लाख जनसंख्या के लिए कम से कम 30 बिस्तर सुविधा एवं एक आपरेशन थियेटर वाले एक सीएचसी; ग्रामीण क्षेत्र में 0.30 लाख एवं आदिवासी क्षेत्र में 0.20 लाख जनसंख्या के लिए कम से कम छः बिस्तर सुविधा वाले एक पीएचसी और मैदानी क्षेत्र में 5000 एवं पहाड़ी एवं आदिवासी क्षेत्र में 3,000 जनसंख्या के लिए एक एसएचसी होना चाहिए। जनगणना वर्ष 2011 एवं 2017 की अनुमानित जनसंख्या के आधार पर आवश्यकता की गणना की गई।

<sup>32</sup> आदिवासी क्षेत्र वे हैं जिन्हें पांचवीं अनुसूची में आदिवासी क्षेत्र के रूप में अधिसूचित किया गया है। जनजातीय क्षेत्रों में 116 सीएचसी, 463 पीएचसी और 3,073 एसएचसी की आवश्यकता के विरुद्ध सीएचसी की उपलब्धता 91, पीएचसी 402 और एसएचसी 2,863 थी।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि शासन ने जनसंख्या मानदंडों, स्थलाकृति और अन्य कारकों जैसे नक्सल प्रभावित क्षेत्रों पर स्वास्थ्य संस्थानों की स्वीकृति दी है।

उत्तर संतोषप्रद नहीं हैं। यद्यपि विभाग ने स्वास्थ्य केंद्रों की आवश्यकताओं को पूरा करने के मानदंडों का पालन किया था लेकिन आईपीएचएस/विभागीय आवश्यकताओं की तुलना में, विशेष रूप से आदिवासी क्षेत्रों में, स्वीकृति कम थी, जिसके कारण अभिलेख में उपलब्ध नहीं थे।

### 2.1.9.2 स्वास्थ्य केंद्रों की स्थिति

आईपीएचएस मानदंड निर्धारित करते हैं कि स्वास्थ्य केंद्रों को क्षेत्र के मध्य में स्थित होना चाहिए और लोगों के लिए आसानी से पहुंच होना चाहिए एवं सभी मौसम में मोटर वाहन मार्ग से जुड़ा होना चाहिए। मानदंड यह भी निर्धारित करते हैं कि व्यक्ति के पैदल पहुंच तीन किलोमीटर (किमी) दूरी के भीतर एक एसएचसी होनी चाहिए।

लेखापरीक्षा ने चयनित स्वास्थ्य केंद्रों (14 सीएचसी, 28 पीएचसी और 84 एसएचसी) का भ्रमण किया और देखा कि 14 में से 13 (93 प्रतिशत) सीएचसी 30 किमी (30-90 किमी) से अधिक की दूरी पर स्थित थे। इसी प्रकार 28 पीएचसी में से चार<sup>33</sup> (14 प्रतिशत) दूरस्थ गांव से 30 किमी (35-50 किमी) से अधिक की दूरी पर स्थित थे और 28 में से छः<sup>34</sup> (21 प्रतिशत) पीएचसी तक पहुंच सार्वजनिक परिवहन द्वारा उपलब्ध नहीं थे। इसके अलावा 84 में से 64 (76 प्रतिशत) एसएचसी दूरस्थ गांव से तीन किमी से अधिक दूरी पर स्थित थे तथा 84 में से 37 (44 प्रतिशत) एसएचसी तक पहुंच हेतु सार्वजनिक परिवहन उपलब्ध नहीं थे।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि स्वास्थ्य केंद्र जनसंख्या के आधार पर स्थापित किए गए हैं लेकिन शासकीय भूमि की अनुपलब्धता के कारण कुछ एसएचसी सबसे दूर के गांव से तीन किमी से अधिक दूरी पर स्थित हैं। यह भी बताया गया कि सीएचसी को विकासखंड मुख्यालय में स्थापित किए गए हैं और इसलिए लंबी दूरी तक कवर करता है।

तथ्य यह है कि आईपीएचएस के अंतर्गत निर्धारित अनुमत दूरी के भीतर स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने में विफलता ने ग्रामीण जनसंख्या को सुलभ स्वास्थ्य केंद्र प्रदान करने के उद्देश्य में वंचित रखा।

### 2.1.9.3 स्वास्थ्य केंद्रों का निर्माण

एनआरएचएम का उद्देश्य भौतिक आधारभूत संरचना के पुनर्निर्माण के माध्यम से जैसे स्वास्थ्य केंद्रों और नए निर्माण या नवीनीकरण जहां भी आवश्यक हो कार्यात्मक स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना करके ग्रामीण स्वास्थ्य आधारभूत संरचना की मौजूदा क्षमता में अंतर को कम करना है।

राज्य शासन द्वारा राज्य में स्वास्थ्य आधारभूत संरचना सुविधाओं के निर्माण और नवीनीकरण के लिए अक्टूबर 2010 (मई 2013 से संचालित) में छत्तीसगढ़ मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन लिमिटेड (कार्पोरेशन) स्थापित किया गया था। कार्पोरेशन दवाओं की खरीद के लिए भी जिम्मेदार है। इसके अतिरिक्त राज्य स्वास्थ्य समिति (एसएचएस) द्वारा कार्पोरेशन के अलावा लोक निर्माण विभाग, ग्रामीण यांत्रिकी सेवाओं को भी नवीनीकरण/उन्नयन कार्यों को दिया गया। निर्माण गतिविधियों पर चर्चा आगे की गई है:

<sup>33</sup> केलहारी, नगर, पंडाडाह एवं फरफोद।

<sup>34</sup> आस्टा, बोडसरा, घाघरा, हरदीकला, हाथीबहरा एवं हाटकर्ष।

राज्य में 20 सीएचसी, 88 पीएचसी एवं 768 एसएचसी में शासकीय नामित भवनों की कमी थी

### 2.1.9.3 (i) नई स्वास्थ्य सुविधाओं का निर्माण

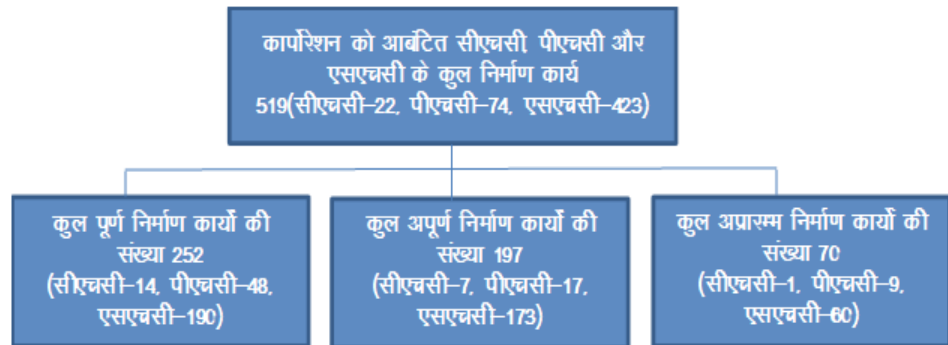
लेखापरीक्षा ने देखा कि मार्च 2017 की स्थिति में 20 सीएचसी, 88 पीएचसी, 768 एसएचसी में शासकीय नामित भवन नहीं थे और निजी भवनों, पंचायत भवनों, अन्य सरकारी भवनों आदि में संचालित हो रहे थे। चयनित स्वास्थ्य संस्थाओं में पाया गया कि अनिर्दिष्ट डिजाइन के कारण इन भवनों में पर्याप्त जगह, आधारभूत संरचना, प्रसव सेवाएं, बाह्यरोगी विभाग सुविधायें, प्रसव कक्ष, बिस्तर, पानी की सुविधा, शौचालय इत्यादि की कमी थी। परिणामतः अनिवार्य स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदाय नहीं किया जा सका जिसकी चर्चा नीचे की गई है:

#### (अ) राज्य की स्थिति

संचालक, स्वास्थ्य सेवायें और एसएचएस ने कार्पोरेशन को (वर्ष 2012-17) राज्य में ₹ 187.69 करोड़ की लागत के 519 स्वास्थ्य सुविधाओं (सीएचसी/पीएचसी/एसएचसी) का निर्माण कार्य प्रदाय किया। इनमें से कार्पोरेशन ने ₹ 97.68 करोड़ की लागत से 252 स्वास्थ्य सुविधाओं का निर्माण पूरा किया जबकि 197 स्वास्थ्य सुविधाओं को जून 2018 तक पूरा नहीं किया जा सका। इन अपूर्ण कार्यों में से वर्ष 2012-16 के दौरान स्वीकृत 186 कार्य जिस पर ₹ 14.06 करोड़ व्यय किए गए थे, स्वीकृत वर्ष से 20 से 56 महीने के अंतराल के बावजूद अपूर्ण रहे। कार्यों के अपूर्ण रहने के कारणों में जैसा कि चयनित जिलों की नस्त्रियों की जांच में पाया गया, संवेदनशील क्षेत्रों में स्थित कार्यों के लिए निविदा में बोली लगाने वालों की गैर-भागीदारी, प्रशासनिक स्वीकृति से अधिक निविदा मूल्यों की प्राप्ति, भूमि उपलब्धता की पहचान और अंतिमीकरण में देरी थी। यद्यपि विभाग ने फिर से निविदा, संशोधित तकनीकी स्वीकृति इत्यादि के लिए कदम उठाए थे और 36 निर्माण कार्यों को पूर्ण किया था (इसमें 252 पूर्ण कार्य शामिल)। लंबित कार्यों को पूरा करने के लिए मौजूदा बाधाओं को हल करने (उच्च निविदा दर के विरुद्ध प्रिमियम, भूमि की उपलब्धता सुनिश्चित करने आदि) के प्रयासों को अभी तक विभाग द्वारा लिया जाना बाकी था। इस प्रकार इन कार्यों पर किए गए व्यय आज दिनांक (मार्च 2018) तक निष्फल रहे।

ठसके अलावा, स्थान परिवर्तन, निविदाओं की प्राप्ति नहीं होने के कारण निविदा प्रक्रिया में विलंब, उच्च दरों की प्राप्ति के कारण निविदाओं को अंतिम रूप देने में विलंब इत्यादि के आधार पर दिसंबर 2017 तक कार्पोरेशन द्वारा 70 स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों का निर्माण नहीं किया जा सका। ये निर्माण कार्य वर्ष 2012-16 के दौरान स्वीकृत किये गये थे एवं एक से चार<sup>35</sup> वर्ष से अधिक तक लंबित थे। विवरण चार्ट 2.1.2 में दर्शाया गया है।

चार्ट 2.1.2: कार्पोरेशन द्वारा स्वास्थ्य केंद्रों का निर्माण



<sup>35</sup> वर्ष 2012-13 (7), वर्ष 2013-14 (17), वर्ष 2014-15 (12) और वर्ष 2015-16 (34) में स्वीकृत।

**(ब) जाँच किए गए चयनित जिलों में स्थिति**

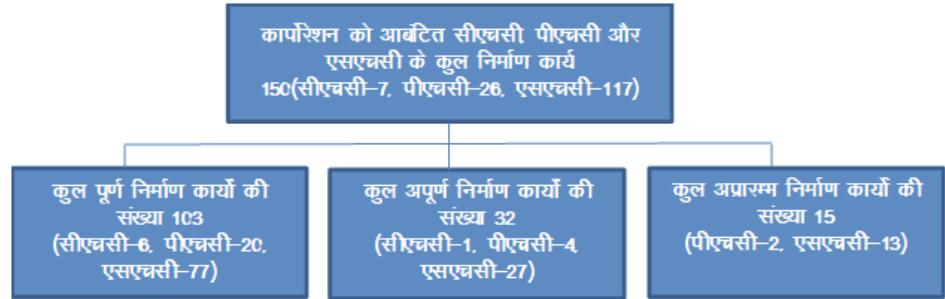
जाँच किए गए सात चयनित जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान ₹ 56.33 करोड़ की लागत से 150 स्वास्थ्य केंद्रों (सात सीएचसी, 26 पीएचसी और 117 एसएचसी) के निर्माण कार्य आरम्भ किए गए थे। इनमें से 103 स्वास्थ्य केंद्रों (छः सीएचसी, 20 पीएचसी और 77 एसएचसी) को ₹ 40.90 करोड़ की लागत से पूर्ण किए गए थे जबकि ₹ 2.25 करोड़ के व्यय के पश्चात् भी 32 स्वास्थ्य केंद्रों को जून 2018 तक पूरा नहीं किया जा सका और उनकी समाप्ति तिथियों से आठ से 44 महीने के बीच विलंब हुआ। विलंब के मुख्य कारण तालिका 2.1.8 में दर्शाए गए हैं।

**तालिका 2.1.8: चयनित जिलों में स्वास्थ्य केंद्रों के पूर्ण होने में विलंब के कारण**

विलंब के कारण	प्रभावित निर्माण कार्यों की संख्या
ठेकेदारों द्वारा निर्माण कार्य में विलंब	6
उच्च निविदा दरों की प्राप्ति	1
भूमि की अनुपलब्धता अथवा भूमि विवाद अथवा रूकावटें	18
निविदा में भाग न लेना अथवा भूमि समस्या	5
निविदा प्रक्रिया में विलंब	2
<b>कुल अपूर्ण निर्माण कार्य</b>	<b>32</b>

विभाग ने स्वास्थ्य केंद्रों के लंबित कार्यों को पूरा करने के लिए उपरोक्त परियोजनाओं की बाधाओं का निराकरण नहीं किया है, विशेष रूप से निर्माण विभाग मैनुअल के अनुसार कार्यों के शुरू होने से पहले भूमि की उपलब्धता सुनिश्चित करना। इसके अलावा कार्पोरेशन ने जून 2018 तक ₹ 4.31 करोड़ लागत के 15 स्वास्थ्य केंद्रों के निर्माण कार्यों को प्रारंभ नहीं किया जो कि कार्यस्थलों में बदलाव, लेआउट प्रदान करने में देरी, निविदाओं को अंतिम रूप देने में देरी इत्यादि के आधार पर थे। विवरण चार्ट 2.1.3 में दर्शाया गया है।

**चार्ट 2.1.3: चयनित जिलों में स्वास्थ्य केंद्रों की स्वीकृति तथा कार्पोरेशन द्वारा कराये गये निर्माण कार्य**



निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव लेखा परीक्षा आपत्तियों से सहमत हुए और बताया कि विलंब का मुख्य कारण भूमि की अनुपलब्धता और नक्सल प्रभावित क्षेत्रों में पर्याप्त निविदायें प्राप्त न होना था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि निर्माण कार्य शासकीय भूमि पर किया जाना था और कार्यों की स्वीकृति से पहले ऐसी भूमि की पहचान करना विभाग की जिम्मेदारी थी। इसके अलावा नक्सल समस्या की चिंताओं को कार्यों को मंजूरी देने से पहले और उन कार्यों को पीआईपी में शामिल करने के लिए भारत सरकार से अनुमोदन के लिए भेजने से पहले ध्यान में रखा जाना था।

**2.1.9.3 (ii) मौजूदा स्वास्थ्य सुविधाओं का नवीनीकरण**

विभाग द्वारा वर्ष 2012-17 के दौरान एनआरएचएम के अंतर्गत राज्य में ₹ 50.82 करोड़ लागत के 10 बिस्तर वाले वार्ड और प्रसव कक्ष के 295 नवीनीकरण कार्यों को

स्वीकृति दी गई। ये निर्माण कार्य जिला कलेक्टरों द्वारा विभिन्न निर्माण एजेंसियों<sup>36</sup> को आवंटित किए गए थे। इनमें से ₹ 44.12 करोड़ अनुमानित लागत के 254 कार्य पूर्ण किए गए, आठ निर्माण कार्य ₹ 1.36 करोड़ व्यय होने के बाद भी अपूर्ण थे, ₹ 3.78 करोड़ के अनुमानित लागत के 22 कार्य प्रारम्भ नहीं किए गए थे और 11 कार्य निरस्त/समर्पित किये गए थे। कार्यों के अपूर्ण रहने के मुख्य कारण ठेकेदारों द्वारा निर्माण में देरी, ठेकेदारों द्वारा निम्नस्तर के कार्य, कार्यों को निरस्त करना और निविदाओं की उच्च दर प्राप्त होना आदि थे। निर्माण कार्यों का निरस्तीकरण कार्यस्थलों का संवेदनशील क्षेत्रों में होना, निविदाओं की उच्च लागत, 10 बिस्तर वाले वार्ड के अतिरिक्त कमरों के निर्माण के लिए स्थल चयन में विलंब इत्यादि के कारण हुआ।

जाँच किये गये सात चयनित जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान ₹ 19.65 करोड़ के 111 नवीनीकरण कार्यों की स्वीकृति दी गई थी। इनमें से ₹ 16.61 करोड़ अनुमानित लागत के 93 कार्य पूर्ण थे, ₹ 1.52 करोड़ के आठ निर्माण कार्यों को निविदाओं की उच्च लागत, स्थल चयन में विलंब, अनुपयुक्त स्थल इत्यादि के आधार पर प्रारम्भ नहीं किया गया था, आठ कार्य निरस्त किये गये थे और ₹ 40 लाख लागत के दो कार्य अपूर्ण थे।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि विलंब के प्रमुख कारण नक्सल प्रभावित क्षेत्रों में पर्याप्त निविदाओं का प्राप्त नहीं होना था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है। यद्यपि ठेकेदार नक्सल प्रभावित क्षेत्रों में भाग लेने से बचते हैं, लेकिन इसके संबंध में विचार ऐसे क्षेत्रों में कार्यों को स्वीकृति देने और पीआईपी में उन कार्यों को शामिल कर भारत सरकार को अनुमोदन के लिए भेजने से पहले किया जाना चाहिए था। स्वीकृत निर्माण कार्यों को प्रारंभ करने और पूर्ण करने में विफल होने के परिणामस्वरूप ग्रामीण जनसंख्या को आवश्यक स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे से वंचित रखा गया।

#### 2.1.9.4 शासकीय आवास की उपलब्धता

चयनित डीएच में 81 प्रतिशत, सीएचसी में 36 प्रतिशत एवं पीएचसी में 87 प्रतिशत आवासीय भवनों की कमी थी

आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार सभी स्वास्थ्य सुविधाओं को पूरी तरह क्रियाशील बनाने के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों के आसपास आवासीय भवन की उपलब्धता आवश्यक है।

चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों की जाँच में पाया गया कि आईपीएचएस मानदंडों की तुलना में सात डीएच में 81 प्रतिशत, 14 सीएचसी में 36 प्रतिशत और 28 पीएचसी में 87 प्रतिशत आवासीय भवनों की कमी थी जैसा कि तालिका 2.1.9 में दर्शाया गया है। कार्यरत कर्मचारियों की तुलना में भी 531 आवासीय भवनों की कमी थी।

तालिका 2.1.9: चयनित स्वास्थ्य केंद्रों में आवासीय भवन की आवश्यकता एवं उपलब्धता

स्वास्थ्य केन्द्र	चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	स्वीकृत पद अनुसार आवश्यक आवासीय भवन की संख्या	चयनित स्वास्थ्य केन्द्रों में कार्यरत कर्मचारियों की संख्या	आईपीएचएस अनुसार आवश्यक आवासीय भवन की संख्या	उपलब्ध आवासीय भवन	आईपीएचएस मानदंड अनुसार आवासीय भवन की कमी
डीएच	7	737	535	881	166	715
सीएचसी	14	347	197	266	171	95
पीएचसी	28	238	176	336	45	291
एसएचसी	84	84	84	84	79	5
<b>योग</b>	<b>133</b>	<b>1,406</b>	<b>992</b>	<b>1,567</b>	<b>461</b>	<b>1,106</b>

(स्रोत: जाँच किए गए चयनित स्वास्थ्य केंद्रों से एकत्रित आंकड़े)

<sup>36</sup> जिला कलेक्टर द्वारा अभिलेखों में बिना कारण के लोक निर्माण विभाग, ग्रामीण यांत्रिकी सेवा, कार्परेशन इत्यादि का चयन किया गया था।



जबकि कमी को पूर्ण नहीं किया गया, वहीं सीएचसी में 22 आवासीय भवन और पीएचसी में छः आवासीय भवन जर्जर स्थिति, पानी और बिजली की सुविधा की कमी के चलते खाली थे। आगे सीएमएचओ द्वारा सीएचसी, मनेंद्रगढ़ और बागबाहरा में पानी की आपूर्ति और बिजली की सुविधा को पूरा करने में विफल होने के कारण नवीन कर्मचारी आवास आधिपत्य में नहीं लिया गया था जैसा आगे दर्शाया गया है।



मनेंद्रगढ़ में आठ कर्मचारी आवास ₹ 68.47 लाख की लागत से निर्मित किए गए थे जो दूरस्थ क्षेत्र, बिजली, पानी और बांडूड़ीवाल की कमी के कारण जुलाई और सितंबर 2016 में हस्तांतरण के बाद से आधिपत्य में नहीं दिये गये (दिनांक: 25/06/2017)।



सीएससी बागबाहरा में आवासीय भवन अक्टूबर 2014 से बिजली और पानी की आपूर्ति के अभाव में रिक्त हैं (दिनांक: 10/07/2017)।

लेखापरीक्षा ने आगे देखा कि कर्मचारी आवास की उपलब्धता में कमी के मुख्य कारण वर्ष 2012-13 से मार्च 2017 तक मेडिकल और पैरामेडिकल स्टाफ के लिए प्रारंभ किये गये ₹ 25.33 करोड़ लागत के 159 आवास को पूर्ण कराने में विभाग की विफलता थी। इन कर्मचारी आवासों के अपूर्ण रहने के प्रमुख कारण निविदाकारों की भागीदारी न होना, नक्सल प्रभावित क्षेत्र एवं भूमि उपलब्धता में विलंब थे, जिसके लिए विभाग ने ना तो बाधाओं के निराकरण करने हेतु कदम उठाया और ना ही भूमि उपलब्धता सुनिश्चित किये बिना निर्माण कार्य की स्वीकृति के लिए संबंधित अधिकारियों के विरुद्ध जवाबदेही तय किया।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने अन्य बातों के साथ बताया कि निर्माण कार्य पहले पीडब्ल्यूडी को दिए गए थे परन्तु पीडब्ल्यूडी द्वारा प्रारंभ नहीं किए गए कार्यों को अब कार्पोरेशन को स्थानांतरित कर दिया गया है। प्रमुख सचिव ने आगे बताया कि नक्सली क्षेत्र, निविदाओं के प्राप्त न होने, भूमि अनुपलब्धता के कारण कुछ कर्मचारी आवासों का निर्माण कार्य अपूर्ण रहा।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है। यद्यपि ठेकेदारों ने नक्सल प्रभावित क्षेत्रों में भाग लेने से इंकार कर दिया है, इस तरह की समस्याओं को ऐसे क्षेत्रों में कार्यों को स्वीकृत करने से पूर्व ध्यान में रखना चाहिए। इसके अलावा भूमि की उपलब्धता सुनिश्चित करना विभाग की जिम्मेदारी है। इसके अलावा तथ्य यह है कि निष्क्रिय आवासों के साथ कर्मचारी आवासों की कमी समस्या को जोड़ती है, क्योंकि विभाग ने बाधाओं का समाधान करने के लिए पर्याप्त उपाय नहीं किए हैं।

### अनुशंसा

विभाग को भौतिक आधारभूत संरचना की उपलब्धता में अंतर का आंकलन करना चाहिए और यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी निर्माण कार्य शीघ्र पूर्ण किये जाएं एवं पूर्ण भवनों का उपयोग करने के लिए परियोजना की बाधाओं का समाधान करें।



### 2.1.9.5 स्वास्थ्य आधारभूत संरचना की गुणवत्ता

आईपीएचएस के अनुसार राज्य में 3,000–5,000 जनसंख्या के लिए एक एसएचसी, 20,000–30,000 की जनसंख्या के लिए एक पीएचसी और 80,000–1,20,000 की जनसंख्या के लिए एक सीएचसी स्थापित करना चाहिए। पायी गई कमियों पर नीचे चर्चा की गई है:

#### (i) उप-स्वास्थ्य केंद्रों में आधारभूत संरचना की गुणवत्ता

चयनित 84 में से 50 एसएचसी आईपीएचएस मानदंड से अधिक जनसंख्या वाले थे। जबकि सभी चयनित 84 एसएचसी में एक या अधिक आधारभूत कमियां थी

लेखापरीक्षा ने 84 एसएचसी के भ्रमण के दौरान देखा कि 50 एसएचसी 2,77,439 की जनसंख्या को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान कर रही हैं। इनमें से 29 एसएचसी 5,000–10,000 की जनसंख्या वाले थे और एक एसएचसी (सारधा) 10,000 से अधिक जनसंख्या वाली थी। इसके अलावा आईपीएचएस प्रावधान करता है कि पीएचसी के चिकित्सा अधिकारी को न केवल कर्मचारियों के कार्यों की जांच करना चाहिए अपितु उपचारात्मक सेवा प्रदान करने हेतु एक महीने में एक बार अपने क्षेत्र के प्रत्येक एसएचसी का भ्रमण करना चाहिए। हालांकि 84 में से 42 एसएचसी में चिकित्सक द्वारा एक महीने में एक बार भी भ्रमण नहीं किया गया था जिसके कारण एसएचसी द्वारा जनता को चिकित्सा सेवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा सकीं।

आगे आईपीएचएस दिशानिर्देश भी मानव संसाधनों के नुकसान से बचने के लिए ऐसी जगह जहां पीएचसी पहले से ही स्थित है वहाँ एक अन्य स्वास्थ्य केंद्र/एसएचसी की स्थापना पर रोक लगाते हैं। इसके विपरीत पीएचसी भवन या पीएचसी के समीप भवन में 11<sup>37</sup> एसएचसी संचालित थे जिसके कारण इन एसएचसी के कर्मचारी एएनसी पंजीकरण और चेक-अप, टीकाकरण, प्रसव उपरांत घर भ्रमण इत्यादि कार्यों में शामिल थे लेकिन बाह्य रोगी विभाग एवं प्रसव सेवाओं में शामिल नहीं थे। परिणामतः जनता को स्वास्थ्य सेवायें प्राप्त करने के लिए पीएचसी जाने की आवश्यकता रही।

इस प्रकार एसएचसी की स्थापना के लिए जनसंख्या मानदंडों का पालन नहीं किया गया था। एसएचसी में आधारभूत संरचना में अन्य प्रमुख कमियां तालिका 2.1.10 में वर्णित हैं।

#### तालिका 2.1.10: जांच किये गये चयनित 84 एसएचसी में आधारभूत संरचना में मुख्य कमियां

सरल क्रमांक	कमी	उप स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या	प्रतिशत
1	नामित भवन नहीं	12 <sup>38</sup>	14.29
2	कुशल जन्म परिचर प्रशिक्षित एएनएम नहीं	58	69.05
3	विद्युत आपूर्ति नहीं	1 <sup>39</sup>	1.19
4	जांच टेबल नहीं	29	34.52
5	कार्यात्मक शौचालय नहीं	16	19.05
6	प्रसव टेबल नहीं	14	16.67
7	बाउंड्रीवाल नहीं	55	65.48
8	एएनएम के लिए आवास उपलब्ध नहीं	12	14.29

(स्रोत: जांच किये गये चयनित उप-स्वास्थ्य केंद्रों से एकत्रित आंकड़े)

उपरोक्त आधारभूत संरचना के अभाव में एसएचसी में प्रसव सेवा उपलब्ध नहीं हो सकी।

37 बिलासपुर-चपोरा, हरदीकला, महासमुद-बिरकोनी, हाथीबहरा, कोमाखान, कांकेर-कंवटी, कोरिया-केल्हारी, रायपुर-फरफौद, मानिकचौरी, राजनांदगांव-मुढीपार, सुरगी।

38 बिलासपुर-चपोरा, कंचनपुर, पोड़ी, हरदीकला, सारधा, मोहदा, सिलपहारी, कांकेर-बांसकुंड खड़गा, रायपुर-नारा, मानिकचौरी, राजनांदगांव-सुरगी।

39 कोरिया-बिश्नुपुर

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने अन्य बातों के साथ बताया कि एसएचसी/पीएचसी की स्वीकृति जनसंख्या मानदंडों के अनुसार की जाती है और प्रत्येक वर्ष स्वास्थ्य केंद्रों की अतिरिक्त संख्या स्वीकृत की जाती है। प्रमुख सचिव ने यह भी बताया कि कार्यात्मक शौचालय और प्रसव टेबल आदि का उपलब्ध न होना, शासकीय भवन की अनुपलब्धता के कारण थी जबकि एसएचसी के लिये बाउंड्रीवाल का मानक डिजाइन उपलब्ध नहीं था। हालांकि प्रमुख सचिव ने भविष्य में इनका निर्माण करने का आश्वासन दिया।

तथ्य यह है कि विभाग वांछित संख्या में एसएचसी या आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार अन्य आधारभूत संरचनाएं प्रदान नहीं कर सका जिसके कारण जनता ग्राम स्तर पर आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रही।

### (ii) पीएचसी में आधारभूत संरचना की गुणवत्ता

पीएचसी ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के एक योग्य चिकित्सक को बुलाने का पहला आश्रय है। आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार पीएचसी 24x7 नर्सिंग सुविधाओं के साथ 24 घंटों के लिए कार्यात्मक होनी चाहिए। 24x7 पीएचसी स्वास्थ्य केंद्र वे हैं जहां एक चिकित्सा अधिकारी हो और कम से कम तीन स्टाफ नर्स दिये गये हो। 24x7 पीएचसी के रूप में पीएचसी का उन्नयन एनआरएचएम के लक्ष्यों में से एक था।

24x7 सेवायें प्रदान करने के लिए लक्षित 492 के विरुद्ध 273 पीएचसी उन्नयित थे

लेखापरीक्षा जाँच से पता चला कि वर्ष 2012-17 के दौरान राज्य में 785 पीएचसी में से 492 (62.68 प्रतिशत) 24x7 सेवा प्रदान करने के लिए उन्नयन हेतु लक्षित थे। हालांकि मार्च 2017 तक मात्र 273 पीएचसी (34.78 प्रतिशत) को 24x7 के रूप में कार्य करने के लिए उन्नयन किया जा सका जबकि 219 पीएचसी, चिकित्सकों और नर्सों की कमी के कारण उन्नयन नहीं किया जा सका।

जाँच किये गये जिलों के चयनित 28 पीएचसी के निरीक्षण के दौरान आधारभूत संरचना और सुविधाओं में कमी पायी गयी जिसे तालिका 2.1.11 में दर्शाया गया है।

तालिका 2.1.11: जाँच किये गये 28 पीएचसी में प्रमुख कमियां देखी गईं

सरल क्रमांक	आधारभूत संरचना/सुविधायें	पीएचसी की संख्या	अनुपलब्धता का प्रतिशत
1	चिकित्सकीय गर्भपात की सेवायें (एमटीपी <sup>40</sup> ) की अनुपलब्धता	28	100
2	शिशु देखभाल, टीकाकरण सहित उपलब्ध न होना	4	14.29
3	लैबोरेटरी सेवायें उपलब्ध न होना (आरबीसी, डब्ल्यूबीसी, ब्लीडिंग टाईम, क्लॉटिंग टाईम इत्यादि)	5	17.86
4	आपातकालीन कक्ष उपलब्ध न होना	21	75.00
5	पृथक-पृथक महिला एवं पुरुष वार्ड उपलब्ध न होना	8	28.57
6	जेएसएसके के अंतर्गत भोजन व्यवस्था उपलब्ध न होना	8	28.57

(स्रोत: जाँच किए गए पीएचसी से एकत्रित आंकड़े)

जाँच किये गये 28 पीएचसी में से यद्यपि 14 पीएचसी को 24x7 में उन्नयन किया गया था किन्तु किसी भी पीएचसी में एमटीपी सेवा उपलब्ध नहीं थी। एक पीएचसी में शिशु देखभाल और टीकाकरण भी उपलब्ध नहीं था, 11 पीएचसी में आपातकालीन कक्ष और पाँच पीएचसी में अलग-अलग महिला एवं पुरुष वार्ड उपलब्ध नहीं थे।

निर्गम बैठक में प्रमुख सचिव ने लेखा परीक्षा आपत्ति से सहमत होते हुए बताया (मार्च 2018) कि पीएचसी में चिकित्सकों और नर्सों की कमी के कारण 24x7 पीएचसी संचालित करने का लक्ष्य प्राप्त नहीं हुआ था।

<sup>40</sup> पीएचसी में मैनुअल वैक्यूम एसपिरेशन (एमवीए) तकनीक के साथ एमटीपी उपयोग होगा।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि चिकित्सकों और नर्सों की नियुक्ति करने की जिम्मेदारी विभाग की है। यद्यपि चिकित्सकों, स्टाफ नर्सों और अन्य पैरामेडिकल कर्मचारियों की नियुक्ति के लिए विभाग द्वारा प्रयास किए गए थे फिर भी विभाग इस संबंध में महत्वपूर्ण रिकॉर्डों की पूर्ति नहीं कर सका जिसकी वजह से 24x7 पीएचसी सुविधाएं प्रदान नहीं की जा सकी जैसा कि **कंडिका 2.1.8.1** में टिप्पणी की गई है। आगे, प्रमुख सचिव ने आधारभूत संरचना की कमी और पीएचसी में स्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता के लिए कोई जवाब नहीं दिया।

### (iii) सीएचसी में स्वास्थ्य आधारभूत संरचना की गुणवत्ता

सीएचसी स्वास्थ्य देखभाल का द्वितीयक स्तर है जिसे ग्रामीण जनसंख्या के लिए रेफरल और विशेषज्ञ स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए निर्धारित किया गया है। एनआरएचएम का उद्देश्य सीएचसी को पहले रेफरल यूनिट (एफआरयू) के रूप में उन्नयन करना है जो सभी आपात स्थिति की प्रसूति, सीजेरियन सेक्शन और अन्य शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप, ब्लड बैंक/भंडारण केंद्र के व्यापक प्रबंधन और सभी बीमार नवजात बच्चों के प्रबंधन की सुविधा प्रदान करेगा।

लक्षित 46 के विरुद्ध 28 सीएचसी को ही एफआरयू के लिए उन्नयन किया गया

जाँच से पता चला कि वर्ष 2012-17 में राज्य में एसएचएस द्वारा 169 में से 46 सीएचसी को एफआरयू में उन्नयन करने के लिए लक्षित किया गया था। इनमें से मार्च 2017 तक केवल 28 सीएचसी को एफआरयू के रूप में उन्नयन किया जा सका और शेष 18 सीएचसी को चिकित्सकों और विशेषज्ञों की कमी के कारण उन्नयन नहीं किया जा सका। राज्य में 169 सीएचसी में से सीजेरियन सेक्शन डिलेवरी केवल 24 सीएचसी में की गई थी जिनमें से 92 प्रतिशत (22 सीएचसी) एफआरयू थे।

जाँच किए गए जिलों के कुल 9,412 सीजेरियन सेक्शन डिलेवरी में से 220 (2.3 प्रतिशत) सीएचसी में किये गये जो एफआरयू थे। इससे स्पष्ट था कि महिलाओं को ज्यादातर सीजेरियन सेक्शन डिलेवरी के लिए जिला स्तर के अस्पतालों पर निर्भर रहना पड़ा क्योंकि यह सुविधा जाँच किये गये 14 सीएचसी में से मात्र चार में उपलब्ध थी।

जाँच किये गये सात जिलों में 14 चयनित सीएचसी के स्थल निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा ने आईपीएचएस मानदंडों के सापेक्ष आधारभूत संरचना और अन्य सुविधाओं की कमी देखी जैसा कि **तालिका 2.1.12** में वर्णित है।

तालिका 2.1.12: जाँच किये गये 14 सीएचसी में अनुपलब्ध सुविधाएं

सरल क्रमांक	आधारभूत संरचना / सुविधाएं	सीएचसी की संख्या	प्रतिशत
1	सर्जरी की सुविधा उपलब्ध नहीं	10	71.43
2	प्रसव एवं स्त्रीरोग विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं	9	64.29
3	आपातकालीन सुविधा नहीं	5	35.71
4	सुरक्षित गर्भपात कराने की सुविधा उपलब्ध नहीं	4	28.57
5	आपरेशन थियेटर नहीं	2	14.29
6	आपरेशन थियेटर उपलब्ध है परन्तु उपयोग नहीं होना	3	21.43
7	नवजात स्टेबलाइजेशन युनिट नहीं होना	1	7.14
8	अल्ट्रासाउंड सुविधा उपलब्ध नहीं होना	13	92.86
9	अल्ट्रासाउंड सुविधा उपलब्ध है परन्तु उपयोग नहीं होना	1	7.14
10	ब्लड भंडारण सुविधा उपलब्ध न होना	9	64.29

(स्रोत: जाँच किए गए सीएचसी से एकत्रित आंकड़े)

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने अन्य बातों के साथ बताया कि एफआरयू का परिचालन विशेषज्ञों (स्त्री रोग विशेषज्ञ और निश्चेतज्ञ) और अन्य स्टाफ नर्स, रक्त भंडारण सुविधाओं की उपलब्धता पर निर्भर है। चिकित्सकों की कमी के कारण सीएचसी की लक्षित संख्या को एफआरयू के रूप में कार्यान्वित नहीं किया जा सका। हालांकि चिकित्सा अधिकारियों को सीजेरियन सेक्शन सुविधाएं प्रदान करने,

आपातकालीन प्रसूति देखभाल और जीवन सुरक्षा निश्चेतना कौशल के लिए प्रशिक्षण प्रदान किया जा रहा था।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि विशेषज्ञों, नर्सों की नियुक्ति, रक्त भण्डारण और अन्य सुविधाओं की उपलब्धता विभाग की जिम्मेदारी है एवं इसे सुनिश्चित करने में विफलता ने एफआरयू की स्थापना को रोका। इसके अलावा, आपातकालीन प्रसूति देखभाल और जीवन सुरक्षा निश्चेतना में प्रशिक्षण तब तक प्रभावी नहीं होगा जब तक सीएचसी में सीज़ेरियन सेक्शन डिलेवरी आयोजित करने के लिए पर्याप्त आधारभूत संरचना प्रदान नहीं की जाती है।

#### (iv) जिला अस्पतालों में स्वास्थ्य आधारभूत संरचना की गुणवत्ता

जिला अस्पताल (डीएच) स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक माध्यमिक स्तर का रेफरल है। जाँच किये गये सात जिलों के सात डीएच के भ्रमण के दौरान लेखापरीक्षा ने प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी की अनुपलब्धता के कारण छः<sup>41</sup> डीएच में द्विआयामी प्रतिध्वनि (2 डी इको) की कमी देखी। इस प्रकार रोगी इन स्वास्थ्य केंद्रों में कार्डियक जाँच की वांछित सुविधा से वंचित हुआ और उन्हें ऐसी सुविधाओं वाले स्वास्थ्य सुविधाओं को रिफर किया जाता है।

#### 2.1.9.6 स्वास्थ्य केंद्रों में उपकरण

आईपीएचएस स्वास्थ्य सुविधा के प्रत्येक स्तर पर उपलब्ध होने वाले उपकरणों की एक सूची निर्धारित करता है।

चयनित स्वास्थ्य केंद्रों के अभिलेखों की जाँच से पता चला कि किन्हीं भी डीएच, सीएचसी, पीएचसी और एसएचसी केंद्रों में सभी आवश्यक उपकरण नहीं थे। जैसा कि तालिका 2.1.13 में दर्शाया गया है।

तालिका 2.1.13: जाँच किए गए स्वास्थ्य केंद्रों में आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता

जाँच किये गये स्वास्थ्य केंद्र	जाँच किए गए स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध <sup>42</sup> उपकरणों की आवश्यक संख्या	स्वास्थ्य केंद्रों पर उपलब्ध उपकरणों की आवश्यक संख्या	कमी का प्रतिशत
7 डीएच	2,016	1,249	38
14 पीएचसी	3,710	1,751	53
28 सीएचसी	2,576	1,358	47
84 एसएचसी	5,628	3,180	43

(स्रोत: चयनित स्वास्थ्य केंद्रों से एकत्रित आंकड़े)

आवश्यक उपकरणों की कमी से इन स्वास्थ्य केंद्रों के अपने अधिदेश को फलीभूत करने के क्रियाकलापों को बाधित किया क्योंकि रोगियों को निदान और उन्नत उपचार के लिए उच्च केंद्रों में रिफर किया गया।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने लेखापरीक्षा आपत्ति से सहमत होते हुए बताया कि उपकरणों को आवश्यकता और बजट की उपलब्धता के अनुसार खरीदा गया और धीरे-धीरे सभी उपकरणों को आईपीएचएस के अनुसार उपलब्ध कराया जाएगा।

तथ्य यह है कि विभाग ने उन सभी आवश्यक उपकरणों की एक सूची तैयार नहीं की है जो विभिन्न स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध नहीं हैं और क्रय जाने की आवश्यकता है। साथ ही, क्रय केंद्रीयकृत है और कार्पोरेशन मांगपत्र प्राप्त होने पर क्रय और स्वास्थ्य केंद्रों को आपूर्ति करता है। हालांकि कार्पोरेशन दर अनुबंधों की अनुपस्थिति, निविदाओं

<sup>41</sup> जशपुर, कांकेर, कोरिया, महासममुंद, रायपुर और राजनांदगांव।

<sup>42</sup> प्रत्येक डीएच में 288, प्रत्येक सीएचसी-265, प्रत्येक पीएचसी-92 और प्रत्येक एसएचसी-67 उपकरणों की मात्रा उपलब्ध होनी चाहिए।

की प्राप्ति नहीं होने, मांगपत्र में विलंब इत्यादि के कारण उपकरण की आपूर्ति करने में सक्षम नहीं रहा। कार्पोरेशन ने उपकरणों की आपूर्ति के लिए संचालक, स्वास्थ्य सेवाओं की मांगों को पूरा करने हेतु निधि की कमी के बारे में प्रतिवेदित नहीं किया।

### 2.1.9.7 स्वास्थ्य केंद्रों में प्रयोगशाला सेवा

आईपीएचएस ने स्वास्थ्य केंद्रों के प्रत्येक स्तर के लिए प्रयोगशाला सेवाओं को परिभाषित किया है।

जाँच किये गये डीएच में उपलब्ध प्रयोगशाला सेवाओं की आवश्यक संख्या 97 के विरुद्ध 18 और 53 के बीच थी जबकि चयनित सीएचसी में आवश्यक 36 सेवाओं के विरुद्ध उपलब्धता 10 और 23 के बीच थी। इसी तरह चयनित पीएचसी में आवश्यक 21 सेवाओं के विरुद्ध उपलब्धता दो से 15 के बीच थी। दो चयनित एसएचसी (ताराबाहरा और घाघरा) ने कोई प्रयोगशाला सेवा प्रदान नहीं की।

आगे, आईपीएचएस के अनुसार अनुशासित प्रमुख प्रयोगशाला सेवाएं जैसे रेटिक्युलोसाइट काउंट, स्पूटम साइटोलॉजी, ब्लड यूरिया, ब्लड लिपिड प्रोफाइल, ईसीजी और छाती के लिए एक्स-रे चयनित 14 सीएचसी में से तीन से 11 में उपलब्ध नहीं थी। प्रमुख प्रयोगशाला सेवाओं की अनुपस्थिति में रोगियों को उच्च स्तर के स्वास्थ्य केन्द्रों या निजी अस्पतालों में मजबूरन जाना पड़ता है जो कि मिशन के मूल उद्देश्य का उल्लंघन है। प्रयोगशाला सेवाओं की अनुपलब्धता के मुख्य कारण कार्पोरेशन द्वारा उपकरण, ऑटो-विश्लेषक, रिजेंट इत्यादि की आपूर्ति नहीं किया जाना था, यद्यपि स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा मांगपत्र भेजा गया था। इसके अलावा प्रयोगशाला तकनीशियनों को उपलब्ध कराने में विभाग की विफलता के परिणामस्वरूप स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रयोगशाला सेवाओं को प्रदान नहीं किया जा सका।

निर्गम बैठक में प्रमुख सचिव ने लेखापरीक्षा आपत्तियों से सहमत होते हुए बताया (मार्च 2018) कि प्रयोगशाला सेवाएं प्रदान करने में कमी थी और इसके लिए राज्य ने (दिसंबर 2017) प्रयोगशाला तकनीशियनों को किसी विशिष्ट कार्यक्रम के लिए उनकी भर्ती के साथ सभी राष्ट्रीय कार्यक्रम के लिए काम करने का आदेश दिया है।

उत्तर मान्य नहीं है, क्योंकि प्रयोगशाला तकनीशियनों को सभी राष्ट्रीय कार्यक्रमों के लिए काम करने हेतु दिया गया निर्देश प्रभावी नहीं होगा जब तक कि विभाग प्रयोगशाला सेवायें प्रदान करने के लिए उपकरणों की कमी को पूरा करने की योजना तैयार नहीं करता।

### 2.1.9.8 स्वास्थ्य केंद्रों में दवाएं, उपभोग्य सामग्रियों, प्रयोगशाला रिजेंट और डिस्पोजेबल

आईपीएचएस ने आवश्यकतानुसार 493 दवाएं एवं उपभोग्य सामग्रियाँ जैसे सिरिंज, सुई आदि डीएच के लिए, 176 सीएचसी के लिए, 148 पीएचसी के लिए और 43 एसएचसी के लिए निर्धारित किया है।

चयनित डीएच में आवश्यकताओं के विरुद्ध 121 (बिलासपुर) से 294 (रायपुर) दवाएं एवं उपभोग्य सामग्रियां थी जबकि चयनित सीएचसी में 44 (मनंद्रगढ़ और पटना) से 118 (खैरागढ़) दवाएं थी। इसके अतिरिक्त, इन सीएचसी में आवश्यक 71 आपातकालीन प्रसूति देखभाल के विरुद्ध 18 से 49 दवाएं थी एवं बीमार नवजात शिशु देखभाल के लिए आवश्यक 25 में से पाँच से 22 दवाएं थी। इसी प्रकार चयनित पीएचसी में 37 (बिहारपुर) से 81 (हाथीबहरा एवं कंवटी) दवाएं उपलब्ध थी जबकि चयनित एसएचसी के पास 10 (घाघरा) से 39 (बीरकोंदल) दवाएं उसके भंडार में थी।

दवाइयों और उपभोग्य सामग्रियों की कमी मुख्य रूप से शासन से निधि प्राप्त करने के बाद कार्पोरेशन द्वारा स्वास्थ्य केंद्रों को दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति करने को सुनिश्चित करने में विभाग की विफलता के कारण थी। यह देखा गया था कि

चयनित डीएच और सीएचसी ने वर्ष 2013-17 की अवधि में विभिन्न जाँच किये गये माहों में 33,777 प्रकार की दवाइयों की आपूर्ति की मांग की (जैसा कि **परिशिष्ट 2.1.2** में दर्शाया गया है) परन्तु कार्पोरेशन ने मात्र 15,641 प्रकार की दवाएं आपूर्ति की जिसके परिणामस्वरूप इन स्वास्थ्य केन्द्रों में दवाओं की कम आपूर्ति 53.69 प्रतिशत रही हालांकि इस अवधि के दौरान कार्पोरेशन द्वारा ₹ 38.14 करोड़ व्यय नहीं किया जा सका। कम आपूर्ति 1.72 प्रतिशत (सितंबर 2015 के लिए डीएच-जशपुर) और 99.04 प्रतिशत (सीएचसी बागबाहरा कि लिए मार्च 2017) के बीच थी जैसा कि **परिशिष्ट 2.1.2** में दर्शाया गया है। यह इंगित करता है कि कार्पोरेशन, स्वास्थ्य केन्द्रों के मांगपत्र के अनुसार सभी वांछित दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति नहीं कर सका।

कार्पोरेशन ने लेखापरीक्षा को सूचित किया कि दवाइयों के लिए अनुबंध दर की अनुपलब्धता, निविदाओं का प्राप्त न होना, संचालक स्वास्थ्य सेवायें से वार्षिक मांग विलंब से प्राप्त होने के कारण आपूर्ति नहीं किया जा सका। परिणामतः मरीजों को बाहर से, जैसे जनऔषधि केंद्र या स्थानीय चिकित्सा दुकान आदि से दवायें क्रय करना पड़ा, जबकि वर्ष 2013-17 के दौरान स्थानीय बाजार से आवश्यक दवायें और उपभोग्य सामग्रियों का क्रय करने के लिए सात डीएच और 14 में से 10 सीएचसी ने जीवनदीप समिति<sup>43</sup> (जेडीएस) निधि से ₹ 2.54 करोड़ का व्यय किया।

इस प्रकार राज्य में दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों का क्रय व्यवस्थित नहीं था जिसने स्वास्थ्य केंद्रों को उनके अधिदेश के अनुसार आवश्यक दवाइयों और उपभोग्य सामग्रियों को अपने भंडार में रखने से वंचित रखा।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि आवश्यक दवाओं के ऑनलाइन मांगपत्र को समानता और मांगों की त्वरित पूर्ति करने के लिए शुरू किया गया है। कार्पोरेशन ने ऑनलाइन दवा वितरण प्रणाली शुरू की है जो दवाओं की समय पर और पर्याप्त आपूर्ति सुनिश्चित करेगी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि ऑनलाइन दवा वितरण प्रणाली तभी प्रभावी होगी जब आवश्यक दवाएं और उपकरण स्टॉक में उपलब्ध हों जो वर्तमान में ऊपर कंडिका में की गई चर्चा अनुसार कम है।

### अनुशंसा

विभाग को उपकरण, दवाइयों, नैदानिक सेवाओं इत्यादि में कमी का आंकलन करना चाहिए और कार्पोरेशन के साथ समन्वय करके इनके समाधान करने के तत्काल उपाय करना चाहिए। सीएचसी को एफआरयू और सभी पीएचसी को 24x7 सेवा प्रदाताओं में उन्नयन करने के लिए भी ठोस प्रयास किए जा सकते हैं।

### 2.1.10 स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता

#### 2.1.10.1 मातृ स्वास्थ्य सेवाएं

##### (i) प्रसव पूर्व देखभाल

प्रसव पूर्व देखभाल अर्थात एंटी नेटल केयर (एएनसी) गर्भावस्था के दौरान एक महिला द्वारा प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल है। प्रत्येक गर्भवती महिला को अपनी गर्भावस्था के पहले तिमाही (प्रथम 12 सप्ताह) के दौरान पंजीकृत होना चाहिए और उचित एएनसी के लिए निर्धारित अंतराल पर गर्भावस्था के दौरान तीन जाँच से गुजरना चाहिए। उसे टिटनस

<sup>43</sup> जेडीएस प्रत्येक स्वास्थ्य केंद्र में संचालित है और अनटाईड निधि, रखरखाव अनुदान, जेडीएस अनुदान और अन्य प्रतियां के अंतर्गत प्राप्त निधि जेडीएस खाते में जमा की जाती हैं।

टॉक्सॉइड (टीटी) का टीकाकरण और आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) टैबलेट प्रदान किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने राज्य स्वास्थ्य समिति के अभिलेखों की जाँच में देखा कि वर्ष 2012-17 के दौरान एएनसी के लिए 33.09 लाख गर्भवती महिलाएं पंजीकृत थी जिनमें से 20.73 लाख (62.65 प्रतिशत) पहले तिमाही में पंजीकृत हुए थे जबकि 72.48 से 95.03 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को सभी तीन जाँच प्राप्त हुई थी। आगे, वर्ष 2012-17 के दौरान 5.42 से 28.62 प्रतिशत महिलाओं को उनकी गर्भावस्था के दौरान टीटी टीका की दोनों खुराक (टीटी-1 और टीटी-2) टीकाकरण नहीं किया गया था, जबकि आईएफए टैबलेट की पूरी खुराक केवल 29.04 लाख (88.85 प्रतिशत) महिलाओं को प्रदान की गई थी।

जाँच किए गए जिलों में प्रसव पूर्व जाँच के लिए केवल 63.54 प्रतिशत महिलाओं का पंजीयन पहली तिमाही में हुआ था

जाँच किए गए जिलों में, वर्ष 2012-17 के दौरान कुल 11.52 लाख पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 7.32 लाख (63.54 प्रतिशत) महिलाओं का पंजीयन पहली तिमाही में हुआ था और केवल 44.26 से 88.39 प्रतिशत को पहली तिमाही में प्रसव पूर्व जाँच मिली थी जैसा कि **परिशिष्ट 2.1.3** में दर्शाया गया है। इसके अतिरिक्त, 2.07 लाख (18 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं को सभी तीन एएनसी जाँच प्राप्त नहीं हो सकी।

कमी के मुख्य कारण गर्भवती महिलाओं द्वारा गर्भावस्था का विलंब से प्रकट करना, पहुंचविहीन क्षेत्रों में परिवहन सुविधा की अनुपलब्धता, कुछ मामलों में गर्भपात, गर्भ पंजीकरण के बाद महिलाओं का अन्य जिलों या राज्यों में पलायन और महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा अपर्याप्त भ्रमण (**कंडिका 2.1.10.1 (iv) (ब)** में उल्लेखित) आदि थे। साथ ही, पर्याप्त आईएफए टैबलेट की अनुपलब्धता के कारण आवश्यक मात्रा में इसका वितरण नहीं हो पाया जैसा कि **कंडिका 2.1.10.1 (ii)** में वर्णित किया गया है।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने अन्य बातों के साथ बताया कि राज्य एएनसी पंजीकरण में सुधार करने की कोशिश कर रहा है और पहले तिमाही में एएनसी पंजीकरण में बढ़ती प्रवृत्ति है।

उत्तर संतोषप्रद नहीं है क्योंकि विभाग राज्य में 37.35 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को एएनसी जाँच प्रदान करने के लिए पहले तिमाही में पंजीकृत नहीं कर सका जबकि नमूना जाँच किए गए जिलों में 18 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को सभी तीन प्रसव पूर्व जाँच प्राप्त नहीं हो सकी।

### अनुशंसा

विभाग को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी गर्भवती महिलाओं को आशा की सहायता से पहले तिमाही में अनिवार्य रूप से पंजीकृत किया जाये और उनको सभी प्रसव पूर्व देखभाल प्रदान किया जाना सुनिश्चित करना चाहिए। इसके अलावा सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी टीका दिया जाना चाहिए।

### (ii) आयरन फोलिक एसिड टैबलेट की कमी

वर्ष 2012-16 के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के 55 प्रतिशत के लिए आईएफए टैबलेट की कमी थी

गर्भवती महिलाओं में पोषण संबंधी एनीमिया के निवारक उपचार के लिए 100 दिनों तक आईएफए टैबलेट की दैनिक खुराक आवश्यक है।

जिला स्वास्थ्य समितियों और स्वास्थ्य प्रबंधन सिस्टम (एचएमआईएस) से एकत्रित अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि नमूना जाँच किए गए जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के 71.26 से 97.64 प्रतिशत को पोषण संबंधी एनीमिया के खिलाफ प्रोफेलेक्सिस<sup>44</sup> के लिए आईएफए टैबलेट दिया गया था।

<sup>44</sup> प्रोफेलेक्सिस-उपचार दिया गया या बीमारी रोकने के लिए की गई कार्रवाई।



आगे, वर्ष 2012-16 के दौरान एचएमआईएस आंकड़ों के अनुसार जाँच किए गए जिलों में 9.33 लाख पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के विरुद्ध 7.66 लाख गर्भवती महिलाओं को आईएफए टैबलेट दिया गया था। हालांकि लेखापरीक्षा ने आईएफए टैबलेट की उपलब्धता को संचालक स्वास्थ्य सेवाएं एवं मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (सीएमएचओ) के स्टॉक रजिस्ट्रों और कार्पोरेशन के अभिलेखों से प्रति परीक्षण किया और देखा कि इस अवधि के दौरान नमूना जाँच किए गए जिलों के भंडार में केवल 4.17 लाख<sup>45</sup> महिलाओं के लिए आईएफए टैबलेट उपलब्ध थी। इस प्रकार 7.66 लाख गर्भवती महिलाओं को आईएफए टैबलेट का वितरण संदेहास्पद प्रतीत होता है और इसलिए 5.16 लाख (55 प्रतिशत) गर्भवती महिलाएं ₹ 1.06 करोड़ मूल्य की आईएफए टैबलेट से संभवतः वंचित रही जिसके जाँच की आवश्यकता है। विवरण **परिशिष्ट 2.1.4** में दर्शाया गया है।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि गर्भवती महिलाओं को आईएफए टैबलेट प्रदान किया जा रहा था लेकिन इसकी खपत बहुत कम थी। प्रमुख सचिव ने आगे बताया कि वर्ष 2015-16 के लिए आईएफए टैबलेट वर्ष 2016-17 के दौरान खरीदी गई थी।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि विभाग गर्भवती महिलाओं को आवश्यक मात्रा में आईएफए टैबलेट प्रदान नहीं कर सका। आगे संचालक स्वास्थ्य सेवाएं के द्वारा विलम्ब से मांग पत्र (वर्ष 2015-16 के लिए जनवरी 2016 में) और कार्पोरेशन द्वारा विलम्ब से क्रय (वर्ष 2015-16 की अंतिम तिमाही) की गई थी। इसके अलावा 4.17 लाख गर्भवती महिलाओं के लिए उपलब्ध भंडार शेष को 7.66 लाख महिलाओं को कैसे प्रदाय कर प्रतिवेदित किया गया, इसे प्रमुख सचिव स्पष्ट नहीं कर सके।

### अनुशांसा

**विभाग को प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सभी गर्भवती महिलाओं को आईएफए टैबलेट का उचित वितरण सुनिश्चित करना चाहिए।**

#### (iii) ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों में मातृ स्वास्थ्य सेवाएं

जाँच किए गए सीएचसी में विशेषज्ञ चिकित्सकों की कमी के कारण वांछित मातृ स्वास्थ्य सेवाएं प्रदाय नहीं की गई

चयनित स्वास्थ्य केंद्रों (14 सीएचसी) में मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के आकलन में पाया गया कि सीजेरियन सेक्शन (सी-सेक्शन) प्रसव सेवा मात्र चार<sup>46</sup> सीएचसी में उपलब्ध थी, अल्ट्रा-सोनोग्राफी सेवा मात्र एक सीएचसी (मनेंद्रगढ़) में, व्यापक प्रसूति सेवा मात्र पाँच सीएचसी में उपलब्ध थी, 24 घण्टे रक्त भंडारण सेवा मात्र पाँच सीएचसी में उपलब्ध थी और एमटीपी सेवा मात्र 10 सीएचसी में उपलब्ध थी जो इन केंद्रों में विशेषज्ञ चिकित्सकों की कमी के परिणामस्वरूप हुई थी।

यह इंगित करता है कि बड़ी संख्या में सीएचसी ग्रामीण समुदाय की मांग को पूरा करने के लिए आवश्यक मातृ स्वास्थ्य सेवाओं के साथ-साथ संस्थागत प्रसव की सुविधा प्रदान करने में सक्षम नहीं थे। परिणामतः गर्भवती महिलाओं को सी-सेक्शन डिलेवरी के लिए उच्चतर केंद्रों में भेजा गया था जैसा कि लेखापरीक्षा को उपलब्ध कराई गई कुछ रेफरल पर्ची में पाया गया। हालांकि नमूना जाँच किए गये किसी भी सीएचसी में सी-सेक्शन के लिए उच्चतर केंद्रों को प्रेषित प्रकरणों की संख्या का विवरण संधारित नहीं था।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि विशेषज्ञों (स्त्री रोग और निश्चेतना) की कमी के कारण ये सेवाएं सीएचसी में उपलब्ध नहीं हैं।

<sup>45</sup> संचालक स्वास्थ्य सेवाएं, सीएमएचओ और कार्पोरेशन के अभिलेखों के भंडार रजिस्ट्रों से संकलित आंकड़े।

<sup>46</sup> अभनपुर, भानुप्रतापपुर, बिल्हा और मनेंद्रगढ़।



उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि सीएचसी को एफआरयू में उन्नयन करने के लिए महत्वपूर्ण रिक्तियों को भरने की जिम्मेदारी विभाग की है और इसे सुनिश्चित करने में विफलता के परिणामस्वरूप गर्भवती महिलाओं को मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सुविधाएं प्राप्त नहीं हो सकी।

#### (iv) संस्थागत प्रसव

एनआरएचएम जनता के बीच जागरूकता पैदा करके मातृ स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करता है।

(अ) जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) एक सुरक्षित मातृत्व योजना के रूप में प्रारंभ किया गया था जिसका लक्ष्य बढ़ती संस्थागत प्रसव के माध्यम से बढ़ते मातृ और शिशु मृत्यु दर को कम करना था। जेएसवाई के अंतर्गत स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवित समस्त गर्भवती महिलाएं ₹ 1,400 ग्रामीण क्षेत्र हेतु और ₹ 1,000 शहरी क्षेत्र में संस्थागत प्रसव<sup>47</sup> के लिए नकद प्रोत्साहन राशि प्राप्ति के लिए पात्र थे। मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा<sup>48</sup>) को संस्थागत प्रसव के लिए गर्भवती महिलाओं को प्रोत्साहित करने और हितग्राहियों को बैंक खाते खोलने के लिए मार्गदर्शन/सुविधा प्रदान करने के लिए शामिल किये गये थे।

जाँच किए गए जिलों में शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों में हुए 31,765 (छ: प्रतिशत) प्रसव के प्रकरणों में महिलाओं को जेएसवाई भुगतान प्राप्त नहीं हुआ

एचएमआईएस आंकड़ों की जाँच से पता चला कि राज्य में वर्ष 2012-17 के दौरान शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों में 14.32 लाख महिलाओं का प्रसव हुआ जिसमें से 53,983 (3.77 प्रतिशत) को जेएसवाई प्रोत्साहन राशि प्राप्त नहीं हुई। चयनित जिलों में 4.91 लाख महिलाओं का प्रसव शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों में हुआ जिसमें से 31,765 (6.47 प्रतिशत) को जेएसवाई प्रोत्साहन राशि प्राप्त नहीं हुई। चयनित जिलों के अंतर्गत जाँच की गई स्वास्थ्य इकाइयों में 1.33 लाख प्रसव हुए और इनमें से 8,486 (6.38 प्रतिशत) महिलाएं जिनका प्रसव इन स्वास्थ्य केंद्रों में हुआ उन्हें मुख्य रूप से बैंक खाते नहीं होने के कारण जेएसवाई प्रोत्साहन राशि प्राप्त नहीं हुई।

जेएसवाई प्रोत्साहन राशि ₹ 1.46 करोड़ के 11,229 चेक को लाभार्थी के बैंक खातों में जमा न करने या लाभार्थी के नाम से बैंक खाते नहीं होने के कारण भुनाया नहीं जा सका

लेखापरीक्षा ने चयनित सात जिला अस्पतालों में से तीन और 14 सीएचसी में से नौ में देखा कि जेएसवाई के तहत 69,905 महिलाओं को प्रोत्साहन राशि के चेक जारी किए गए थे, लेकिन इनमें से ₹ 1.46 करोड़ के 11,229<sup>49</sup> चेक (वर्ष 2012-17 की अवधि से संबंधित) को लाभार्थी के बैंक खातों में जमा न करने या लाभार्थी के नाम पर बैंक खाते नहीं होने के कारण भुनाया नहीं जा सका। इस प्रकार संस्थागत प्रसव के लिए प्रोत्साहन प्रदान करने के उद्देश्य को पूर्णतया प्राप्त नहीं किया जा सका।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि पहले जेएसवाई प्रोत्साहन अकाउंट पेयी चेक के माध्यम से भुगतान किया गया था लेकिन कुछ लाभार्थियों के नाम पर बैंक खाते नहीं होने के कारण चेक एकत्र नहीं किए गए थे या एकत्रित करने के बाद बैंक खातों में जमा नहीं किया गया जिसके परिणामस्वरूप लाभार्थियों को प्रोत्साहन का भुगतान नहीं हो पाया। अब जेएसवाई के तहत सभी लाभार्थियों को प्रोत्साहन प्रदान करने के लिए राज्य द्वारा बैंक में सीधे भुगतान प्रणाली को शुरू किया गया है।

तथ्य यह है कि उन गर्भवती महिलाओं को जिनके पास बैंक खाते नहीं हैं भुगतान करने के लिए कोई उपाय नहीं किये गये।

<sup>47</sup> शासकीय स्वास्थ्य केन्द्रों में निजी वार्ड में एपीएल द्वारा प्रसव के अलावा शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों और मान्यता प्राप्त निजी अस्पतालों में संस्थागत प्रसव।

<sup>48</sup> आशा को प्रति 1,000 जनसंख्या पर बसाहटों को उपचारात्मक सेवाओं हेतु अस्पतालों से जोड़ने, महिलाओं के सशक्तिकरण और शिशु विकास सेवाओं के सार्वभौमिकरण के लिए नियुक्त किया गया। राज्य में ग्रामीण इलाकों में 65,901 आशाएं (मितानिन) कार्य कर रही हैं।

<sup>49</sup> वर्ष 2012-13-₹ 8.95 लाख, वर्ष 2013-14-₹ 34.70 लाख, वर्ष 2014-15-₹ 38.74 लाख, वर्ष 2015-16-₹ 33.89 लाख, वर्ष 2016-17-₹ 29.67 लाख।

**(ब) प्रसवों के विश्लेषण**

जाँच किये गये सात जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान एएनसी के लिए 11.52 लाख गर्भवती महिलाएं पंजीकृत थी। इसके विरुद्ध विभाग ने संस्थागत प्रसव के लिए 8.79 लाख का लक्ष्य निर्धारित<sup>50</sup> किया। हालांकि, संस्थागत प्रसव 6.83 लाख और घरेलू प्रसव 1.84 लाख हुए जिसका विवरण **परिशिष्ट 2.1.5** में दिया गया है। आगे एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं से संबंधित आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि:

✓ पाँच वर्षों 2012-17 के दौरान कुल प्रसव (घरेलू एवं संस्थागत प्रसव) के विरुद्ध संस्थागत प्रसव का प्रतिशत 65.54 से बढ़कर 94.88 प्रतिशत हो गया, हालांकि लक्ष्य की तुलना में उपलब्धि 78 प्रतिशत (8.79 लाख में से 6.83 लाख) थी।

✓ इसके अलावा, जाँच किए गए 84 उप स्वास्थ्य केन्द्रों से पता चला कि वर्ष 2012-17 के दौरान घर पर हुए 6,937 प्रसव में से मात्र 20.74 प्रतिशत प्रसव (1,439) डॉक्टर/ नर्स/एएनएम द्वारा कराए गए थे और 30.20 प्रतिशत नवजात शिशुओं (2,095) के प्रसव के 24 घंटे के अंदर स्वास्थ्य कार्यकर्ता के द्वारा भ्रमण नहीं किया गया जो मानदण्डों के अंतर्गत किया जाना था। एएनएम द्वारा उपस्थित नहीं होने के कारण जो बताये गये वे घरेलू प्रसव की समय पर जानकारी नहीं होना और एसएचसी के क्षेत्र के बाहर किए गए घरेलू प्रसव थे।

इसके अलावा राज्य में वर्ष 2012-17 के दौरान कुल घरेलू प्रसव में से 54.37 से 74.20 प्रतिशत के बीच प्रसव दाईं/रिश्तेदारों/अन्य लोगों द्वारा कराई गई थी और 11.17 से 22.69 प्रतिशत नवजात शिशुओं को डॉक्टर/एएनएम/नर्स द्वारा प्रसव के 24 घंटे के भीतर भ्रमण नहीं किया गया था जो मानदंडों के तहत आवश्यक था। एएनएम द्वारा बताए गए इसके कारणों में घरेलू प्रसव की समय पर जानकारी नहीं होने और एसएचसी के क्षेत्र के बाहर किए गए घरेलू प्रसव थे।

हालांकि, जाँच किये गये जिलों में हुए कुल प्रसव में से घरेलू प्रसव का प्रतिशत 34.46 से घटकर 5.12 प्रतिशत हो गया, उन प्रसवों का प्रतिशत जो एसबीए प्रशिक्षण अप्राप्त एएनएम के द्वारा कराए गए थे, 44.83 और 77.78 प्रतिशत के बीच था। आगे यह देखा गया कि 31 प्रतिशत एएनएम (जाँच किए गए 84 एसएचसी में से 26) एसबीए प्रशिक्षित थे जबकि 31 मार्च 2017 की स्थिति में राज्य में कार्यरत 7,145 एएनएम में से मात्र 1,731 (24 प्रतिशत) एसबीए प्रशिक्षित थे।

संस्थागत प्रसव में कमी कुछ प्रकरणों में दूरस्थ क्षेत्र की वजह से वाहन की अनुपलब्धता/समय पर उपलब्धता नहीं होने और 24x7 चिन्हांकित स्वास्थ्य केंद्रों में अपर्याप्त मानव संसाधनों की उपलब्धता के कारण थी।

इस प्रकार, उपरोक्त कमियों ने जन्म के 24 घंटे के भीतर नवजात बच्चों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करके आईएमआर को कम करने के लक्ष्य को प्राप्त करने में विफलता में योगदान दिया।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि राज्य संस्थागत प्रसव को बढ़ावा दे रहा है जो पिछले पाँच वर्षों 2012-17 की अवधि में बढ़ रहे हैं।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि विभाग संस्थागत प्रसव के लिए लक्ष्य प्राप्त करने में सक्षम नहीं था। आगे प्रमुख सचिव द्वारा लक्ष्यों के विरुद्ध उपलब्धि में कमी, घरेलू प्रसव में डॉक्टरों/नर्स/एएनएम द्वारा उपस्थित नहीं होने या एसबीए प्रशिक्षित एएनएम के द्वारा

<sup>50</sup> जनगणना वर्ष 2011 के दशकीय विकास दर और वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण वर्ष 2012-13 के अपरिष्कृत जन्म दर अनुसार लक्ष्य निर्धारित किया गया था।

प्रसव नहीं कराए जाने के प्रकरण जो मिशन के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए आवश्यक थे, पर उत्तर नहीं दिया गया।

### अनुशांसा

विभाग को संस्थागत प्रसव को बढ़ावा जागरूकता कार्यक्रम के माध्यम से, आशा के द्वारा गर्भवती महिलाओं को प्रेरित करके और परिवहन सेवाएं प्रदान करके करना चाहिए। घरेलू प्रसव को कम करने के प्रयास किए जाने चाहिए।

#### 2.1.10.2 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) का उद्देश्य गर्भवती महिलाओं को निःशुल्क दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों, निःशुल्क जाँच एवं स्वास्थ्य केन्द्र में ठहरने के दौरान निःशुल्क आहार को सम्मिलित करते हुए निःशुल्क एवं नकद रहित सेवाएं प्रदान करना था। राज्य शासन ने बीमा कंपनी द्वारा पंजीबद्ध परिवार के अधिकतम पाँच सदस्यों को ₹ 30,000 के चिकित्सा बीमा शामिल करते हुए या तो गरीबी रेखा (बीपीएल) के नीचे के परिवार को राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) के तहत या किसी भी परिवारों को मुख्यमंत्री स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत एक स्मार्ट कार्ड<sup>51</sup> भी प्रदान किया है।

जाँच किए गए स्वास्थ्य केन्द्रों में निःशुल्क सेवा प्रदान करने के प्रावधानों के विरुद्ध प्रसव के प्रकरणों में 2,618 लाभार्थियों के स्मार्ट कार्ड से ₹ 1.60 करोड़ (पैकेज राशि सामान्य प्रसव के लिए ₹ 4,500 की दर से और सीज़ेरियन डिलेवरी के लिए ₹ 11,250 की दर से) अनियमित रूप से कटौती की गई थी।

इस प्रकार निःशुल्क प्रसव सेवा प्रदान करने के लिए जेएसएसके पर भारत सरकार के दिशानिर्देशों का पालन नहीं किया गया क्योंकि लाभार्थियों के स्मार्ट कार्ड में शेष राशि से प्रसव के लिए पैकेज राशि अनियमित रूप से कटौती की गयी। इस परिवारों को स्मार्ट कार्ड की सीमा के भीतर डिलेवरी सेवा के अलावा अन्य बीमारियों के लिए सेवा का लाभ उठाने से भी वंचित कर दिया।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि राशि कटौती के पश्चात शासन को बीमाकृत राशि प्राप्त हो रही है। हालांकि प्रमुख सचिव ने बताया कि इस संबंध में आवश्यक निर्देश जारी किए जाएंगे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि गर्भवती महिलाएं जेएसएसके के तहत निःशुल्क प्रसव सेवाओं के हकदार हैं और विभाग ने जेएसएसके के प्रावधानों के विपरीत प्रसव सेवाओं के लिए उनको अनियमित रूप से भारित किया है।

#### 2.1.10.3 प्रसवोत्तर देखभाल

जेएसवाई के अनुसार प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) के घटक के रूप में गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य केंद्र में प्रसव के बाद 48 घंटे तक ठहरना चाहिए।

राज्य में वर्ष 2012-17 के दौरान हुए 14.32 लाख संस्थागत प्रसव में से 5.05 लाख (35.27 प्रतिशत) महिलाओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुटी दी गई थी। सात जाँच किए गए जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान 4.91 लाख संस्थागत प्रसव हुए और इनमें से 1.72 लाख (35.02 प्रतिशत) महिलाओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुटी दी गई

जाँच किए गए जिलों में 48 घंटों के भीतर 35 प्रतिशत महिलाओं को मुख्य रूप से भोजन की सुविधा के अभाव, लामा इत्यादि के कारण छुटी दी गई थी।

<sup>51</sup> कंप्यूटर सिस्टम पर परिवार के सदस्यों की तस्वीर और अंगूठे की छाप लेने के बाद इस योजना के तहत लाभार्थियों को माइक्रोचिप आधारित एक कार्ड जारी किया जाता है। इस कार्ड का उपयोग स्वास्थ्य केन्द्र में रोगी के रूप में भर्ती के समय किया जाता है। यह कार्ड बीमा अवधि की शुरुआत में ₹ 30,000 के साथ क्रेडिट बैलेंस के रूप में प्री-लोड किया गया होता है। कार्ड की शेष राशि से उपचार लागत को डेबिट कर दिया जाता है।

थी। इस प्रकार, इन महिलाओं को स्वास्थ्य सुविधाओं पर प्रसव के बाद 48 घंटे तक प्रसवोत्तर देखभाल प्रदान नहीं की जा सकी।

साक्षात्कार और अभिलेखों के अवलोकन से पता चला कि प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी देने के मुख्य कारणों में चिकित्सा परामर्श के विरुद्ध मरीजों के चले जाने (लामा), कुछ पीएचसी में आहार सुविधा की अनुपलब्धता (जैसा कि **तालिका संख्या 2.1.11** में उल्लेख किया गया है) थी। इस तथ्य के अलावा गर्भवती महिलाओं को प्रसव के बाद ठहराकर प्रसवोत्तर देखभाल के लिये 512 (785 में से) पीएचसी में 24x7 सुविधाएं नहीं थी और 141 (169 में से) सीएचसी एफआरयू नहीं थे जैसा कि **कंडिका 2.1.9.5 (ii) और (iii)** में उल्लेख किया गया है।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने लेखापरीक्षा आपत्ति से सहमत होते हुए बताया कि राज्य प्रसव के 48 घंटे बाद महिलाओं के ठहरने को सुनिश्चित करने के लिए चौबीस घंटे (24x7) आधार पर 492 पीएचसी को संचालित करने की कोशिश कर रहा है।

उत्तर तर्कपूर्ण नहीं है क्योंकि प्रमुख सचिव ने कंडिका 2.1.9.5 (ii) में उत्तर दिया था कि चिकित्सकों और नर्सों की कमी के कारण पीएचसी को 24x7 आधार पर संचालित नहीं किया जा सकता था और कमियाँ अभी तक विद्यमान हैं। इसके अलावा लेखापरीक्षा द्वारा अवलोकित पीएचसी में आहार सुविधा की अनुपलब्धता के कारणों पर विभाग द्वारा उत्तर नहीं दिया गया था।

#### 2.1.10.4 टीकाकरण

सात रोकथाम योग्य बीमारियों के विरुद्ध विकृति को कम करने के लिए निवारक उपचार पर ध्यान केंद्रित करते हुए शिशु जीवितता के लिए नियमित टीकाकरण एक महत्वपूर्ण रणनीति है। तदनुसार सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत शून्य-एक वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों को सात चरणों में तपेदिक (बीसीजी), डिप्थीरिया, परटुसिस, टिटनस (डीपीटी), पोलियो (ओपीवी) और खसरा के लिए टीकाकरण दिया जाना है। पोलियो के उन्मूलन के लिए पल्स पोलियो टीकाकरण अभियान भी चलाए जाते हैं।

लेखापरीक्षा ने एसएचसी में आरसीएच पंजियों और जाँच किए गए पीएचसी, सीएचसी और डीएच के टीकाकरण अभिलेखों की नमूना जाँच में पाया कि वर्ष 2012-17 की अवधि के दौरान शून्य और एक वर्ष आयु वर्ग के बीच के बच्चों का टीकाकरण<sup>52</sup> राज्य में 80 से 86 प्रतिशत और जाँच किए गए जिलों में 77 प्रतिशत और 83 प्रतिशत के बीच था। सभी बच्चों का टीकाकरण नहीं करने के मुख्य कारण जागरूकता का अभाव, पहुंचविहीन क्षेत्र और परिवारों का बच्चों सहित अन्य राज्यों में पलायन इत्यादि थे।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि छत्तीसगढ़ में टीकाकरण सेवाएं भारत के राज्यों के मध्य सबसे अच्छी सेवाओं में से एक हैं। विगत इंद्रधनुष कार्यक्रम के दौरान छत्तीसगढ़ ने लगभग 90 प्रतिशत लक्ष्य हासिल किया और भारत सरकार ने राज्य के प्रयास की सराहना की एवं इसे गैर-इंद्रधनुष राज्य सूची में रखा है। प्रमुख सचिव ने यह भी बताया कि वाम चरमपंथी (एलडब्ल्यूई) क्षेत्रों में हाट बाजार आदि में टीकाकरण सत्र आयोजित किया जा रहा है।

तथ्य यह है कि नमूना जाँच वाले जिलों में 17 से 23 प्रतिशत लक्षित बच्चे और पूरे राज्य में 14 से 20 प्रतिशत लक्षित बच्चों का अभी तक टीकाकरण नहीं किया गया है।

<sup>52</sup> एसएचसी के एएनएम द्वारा गांवों का दौरा करके योग्य बच्चों का टीकाकरण और अन्य स्वास्थ्य केन्द्रों पर टीका लगाने के पश्चात इनके टीकाकरण कार्ड में प्रविष्टियाँ की जाती हैं।

## अनुशंसा

विभाग को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि प्रसवोत्तर देखभाल के घटक के रूप में प्रसव के बाद गर्भवती महिला स्वास्थ्य केंद्रों में 48 घंटे तक अनिवार्य रूप से रहें। लक्ष्य प्राप्त करने के लिए प्राथमिकता के आधार पर शिशु टीकाकरण सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

### 2.1.10.5 परिवार नियोजन

सकल प्रजनन दर (टीएफआर) को कम करके जनसंख्या वृद्धि को स्थिर करने के अलावा मातृ और शिशु विकृति और मृत्यु दर को कम करने के लिए परिवार नियोजन (एफपी) सेवाओं का उपयोग एक महत्वपूर्ण रणनीति के रूप में किया जाना था। कार्यान्वयन एजेंसियों को स्पेसिंग विधियों के प्रोत्साहन विशेष रूप से इंद्रा-यूटीन गर्भ निरोधक उपकरण (आईयूसीडी) के प्रचार पर ध्यान केंद्रित करना था।

राज्य के लिए वर्ष 2012-17 के दौरान 5.89 लाख महिला नसबंदी के अनुमानित प्राप्ति के स्तर (ईएलए) के विरुद्ध वास्तविक उपलब्धि केवल 4.12 लाख (70 प्रतिशत) थी जबकि जाँच किए गए जिलों में 2.62 लाख के लक्ष्य के विरुद्ध उपलब्धि 1.36 लाख (52 प्रतिशत) थी। इसके अलावा वर्ष 2012-17 के दौरान नसबंदी के लिए लक्ष्य/ईएलए<sup>53</sup> को कम किये गये थे।

लेखापरीक्षा ने पाया कि आईयूसीडी निवेशन हालांकि स्वैच्छिक था किन्तु राज्य में यह वर्ष 2012-13 में 90,562 से बढ़कर वर्ष 2016-17 में 1,48,003 हो गया परंतु वर्ष 2012-17 के दौरान 2,405 कर्मचारियों (चिकित्सकों, स्टाफ नर्स, एलएचवी, आरएमए और एएनएम) को ₹ 4.90 करोड़ खर्च करके दिए गए प्रशिक्षण के बावजूद ईएलए के विरुद्ध वास्तविक उपलब्धि 59 और 67 प्रतिशत के बीच थी। जाँच किए गए जिलों में उपलब्धि 60.83 प्रतिशत थी। उक्त कमी का कारण स्वास्थ्य केन्द्रों में आपरेशन हेतु आपरेशन थियेटर और चिकित्सकों की कमी थी।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि परिवार नियोजन एक मुक्त कार्यक्रम है और संचालित ओटी और सर्जन वाले स्वास्थ्य केन्द्रों में नसबंदी आपरेशन आयोजित किए जाते हैं।

तथ्य यह है कि ईएलए के विरुद्ध नसबंदी आपरेशन राज्य में 30 प्रतिशत और जाँच किए गए जिलों में 48 प्रतिशत कम है एवं स्वास्थ्य केंद्रों में संचालित ओटी सुनिश्चित करने तथा सर्जनों को नियुक्त करना विभाग की प्राथमिक जिम्मेदारी है।

### 2.1.10.6 गुणवत्ता आश्वासन

#### (i) गुणवत्ता आश्वासन कार्यक्रम

शासकीय स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्ता आश्वासन मानकों के दिशानिर्देशों के अनुसार गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों के सुदृढीकरण के लिए राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई के समर्थन के साथ राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति तथा विभिन्न स्तरों पर परिभाषित कार्य एवं दायित्व के द्वारा जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई और जिला गुणवत्ता टीम के समर्थन के साथ जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति के द्वारा संगठनात्मक व्यवस्थाओं को सुनिश्चित करना चाहिए।

राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति के मुख्य क्रियाकलाप स्वास्थ्य केन्द्रों के आंकलन के लिए स्वतंत्र/संयुक्त छः मासिक निरीक्षण, जिला गुणवत्ता इकाइयों से प्राप्त मासिक

<sup>53</sup> लैप्रोस्कोपी और ट्यूबेटोमी के लिए ईएलए के लिए लक्ष्य वर्ष 2014-15 के 1,50,100 से घटकर वर्ष 2015-16 के लिए 49,834 और वर्ष 2016-17 के लिए 70,000 तक कम किया गया था।

प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों (केपीआई) का एकत्रीकरण और अर्द्ध वार्षिक समीक्षा बैठकें आयोजित करना तथा प्रतिवेदन तैयार करना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2014-16<sup>54</sup> के दौरान न तो निर्धारित बैठकें (चार के विरुद्ध मात्र एक) आयोजित की गई थी और न ही किसी भी जिलों से केपीआई के मासिक आंकड़े प्राप्त हुए थे और इसलिए इस पर कोई कार्रवाई नहीं की गई थी। आगे, जाँच किए गए जिलों में स्वास्थ्य विभाग द्वारा जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई का गठन नहीं किया गया जिसके कारण अभिलेखों में दर्ज नहीं पाए गए। यद्यपि चिकित्सा अधिकारियों और आरएमएनसीएच<sup>55</sup> सलाहकार द्वारा फील्ड विजिट किए गए थे।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने सहमति व्यक्त किया कि जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई का गठन नहीं किया गया और बताया कि स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्ता की निगरानी के लिए तथा स्वास्थ्य केन्द्रों को आवश्यक निर्देश देने के लिए चिकित्सा अधिकारियों और अन्य कर्मचारियों द्वारा फील्ड विजिट किए गए हैं।

उत्तर मान्य नहीं है। यद्यपि चिकित्सा अधिकारियों को फील्ड में भेजने की अस्थायी व्यवस्था अपनाई गई थी, लेकिन यह मिशन के उद्देश्यों का उल्लंघन करता है क्योंकि गुणवत्ता आश्वासन मानकों के एक अंग के रूप में प्रत्येक जिले में अलग-अलग सेट-अप के साथ जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई को गठित करने की आवश्यकता है। विभाग की जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई स्थापित करने में विफलता और इसकी अनुपस्थिति में गुणवत्ता आश्वासन कैसे सुनिश्चित किया गया इसके संबंध में तर्कसंगत उत्तर नहीं दिया गया।

### (ii) रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण

दिशानिर्देशों के अंतर्गत, चिकित्सालय प्रबंधक द्वारा एक तिमाही प्रतिक्रिया (एक महीने में 30 ओपीडी और 30 आईपीडी रोगियों के लिए अलग-अलग) निर्धारित प्रारूप में लिया जाना है।

गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देश, जिला चिकित्सालय में जिला गुणवत्ता टीम गठित किये जाने का प्रावधान करता है। यह देखा गया कि सभी जिला चिकित्सालय में जिला गुणवत्ता टीम गठित किया गया था लेकिन वर्ष 2015-17 के दौरान स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं की गुणवत्ता में कमियों का आंकलन करने के लिए इन सात जिला चिकित्सालयों में आए रोगियों में से 10,080<sup>56</sup> रोगियों के विरुद्ध 2,023 रोगियों (20.07 प्रतिशत) का ही रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण किया गया था।

यद्यपि आयोजित रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण के आधार पर सेवा प्रदाय में सुधार के लिए आवश्यक निर्देश दिए गए थे, निर्धारित संख्या में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण की अनुपस्थिति में, स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा की गुणवत्ता में कमियों का सही एवं निष्पक्ष चित्रण प्रस्तुत नहीं करता है।

### (iii) मातृ और शिशु मृत्यु की समीक्षा

मातृ मृत्यु की समीक्षा प्रसूति देखभाल की गुणवत्ता में सुधार और मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण रणनीति है। स्वास्थ्य केन्द्र में होने वाली सभी मृत्यु के लिए प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र को मृत्यु अंकेक्षण करना चाहिए। स्वास्थ्य केन्द्र को मातृ और शिशु मृत्यु से संबंधित आंकड़े मासिक आधार पर जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति को

<sup>54</sup> एसक्यूएसी का गठन जुलाई 2014 में हुआ था।

<sup>55</sup> प्रजनन संबंधी मातृ नवजात शिशु एवं किशोर स्वास्थ्य।

<sup>56</sup> रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण एक माह में 30 आईपीडी और 30 ओपीडी रोगियों पर किया जाना है।



भी प्रतिवेदित करना चाहिए, जो केन्द्रों से प्राप्त आंकड़ों को संकलित और एकत्रित करेगा और प्रतिवेदन को राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति को प्रेषित करेगा।

सात जाँच किए गए जिलों में वर्ष 2012–17 के दौरान 1,027 मातृ मृत्यु हुईं, जिनमें से 963 प्रकरणों की अंकेक्षण की गई और जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति द्वारा 851 प्रकरणों को राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति को प्रतिवेदित किया गया। इसी प्रकार जाँच किए गए जिलों में 9,720 शिशु मृत्यु में से 6,200 प्रकरणों की अंकेक्षण की गई और राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति को केवल 2,740 प्रकरण प्रतिवेदित किये गये।

निर्गम बैठक में प्रमुख सचिव ने लेखापरीक्षा आपत्तियों से सहमत होते हुए बताया (मार्च 2018) कि मातृ मृत्यु की अंकेक्षण की जा रही थी लेकिन शिशु मृत्यु की अंकेक्षण वर्ष 2016–17 से प्रारंभ की गई है।

### अनुशंसा

विभाग को सभी जिलों में जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई गठन करना चाहिए ताकि सभी मातृ और शिशु मृत्यु की अंकेक्षण सुनिश्चित हो सके, स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्ता की निगरानी करने के लिए फील्ड विजिट और उपचारात्मक उपायों के लिए राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति को इसका प्रतिवेदन भेजना सुनिश्चित की जा सके।

#### 2.1.11 अंतिम लक्ष्यों की स्थिति

एनआरएचएम का उद्देश्य वर्ष 2017 तक आईएमआर को 25 प्रति 1000 जीवित जन्मों से कम, एमएमआर को 100 प्रति लाख जीवित जन्मों से कम और टीएफआर 2.1 तक कम करना है। भारत संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (एमडीजी) के लिए हस्ताक्षरकर्ता भी है।

राज्य आईएमआर, एमएमआर और टीएफआर के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं कर सका और अन्य राज्यों की उपलब्धियों की तुलना में बहुत पीछे था। सितंबर 2017 के एसआरएस बुलेटिन के अनुसार राज्य का आईएमआर 39 प्रति 1,000 जीवित जन्म था जबकि एमएमआर 173<sup>57</sup> प्रति लाख जीवित जन्म था। राज्य देश में आईएमआर में 15 वें स्थान पर है और एमएमआर में 12 वें स्थान पर है। वर्ष 2017 तक 2.1 के लक्ष्य के मुकाबले टीएफआर 2.2<sup>58</sup> (वर्ष 2015) पर है।

हालांकि, एनआरएचएम योजना के कार्यान्वयन के बाद राज्य के स्वास्थ्य मानकों में सुधार हुआ है, लेकिन महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक अभी भी कार्यक्रम के लक्ष्य के करीब नहीं थे। यदि एनआरएचएम के लक्ष्यों को प्राप्त करना है तो इस प्रतिवेदन में अंकित लेखापरीक्षा निष्कर्षों में रेखांकित एवं ध्वजांकित महत्वपूर्ण क्षेत्रों पर ध्यान देने की आवश्यकता है।

निर्गम बैठक (मार्च 2018) में प्रमुख सचिव ने बताया कि स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति में भारी बदलाव आया है और एनएचएम अवधि के दौरान राज्य में सुधार हुआ है। तथ्य यह है कि यदि एनआरएचएम लक्ष्यों को प्राप्त किया जाना है तो विभाग को लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में ध्वजांकित प्रमुख बिंदुओं पर ध्यान देने की आवश्यकता है।

#### 2.1.12 निष्कर्ष

आईपीएच मानकों के विपरीत चयनित सीएचसी के 93 प्रतिशत और चयनित पीएचसी के 14 प्रतिशत, दूरस्थ गांवों से 30 किमी से अधिक दूरी पर स्थित थे जबकि नमूना एसएचसी का 76 प्रतिशत सबसे दूरस्थ गांवों से तीन किलोमीटर की दूरी से परे स्थित

<sup>57</sup> एमएमआर वर्ष 2014–16 (मई 2018) पर एसआरएस विशेष बुलेटिन।

<sup>58</sup> एनएफएचएस-4 के अनुसार राज्य का टीएफआर 2.2 था।

थे। आगे, चयनित पीएचसी के 21 प्रतिशत और नमूना एसएचसी के 79 प्रतिशत सार्वजनिक परिवहन सेवाओं से नहीं जुड़े थे। इसके अलावा, 876 स्वास्थ्य केंद्रों के स्वयं के भवन नहीं थे और जो निजी भवनों या अन्य सरकारी भवनों में संचालित थे वहाँ स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने की समस्त सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी।

राज्य में जिला चिकित्सालय, सीएचसी और पीएचसी में महत्वपूर्ण पदों में मानव संसाधनों में अत्यधिक कमी थी, जिसने एनआरएचएम के प्रावधानों के अनुरूप सेवाओं के प्रदाय पर प्रतिकूल प्रभाव डाला था। इनमें आईपीएच मानकों और स्वीकृत सेट अप के संबंध में क्रमशः विशेषज्ञ चिकित्सकों (89 और 89 प्रतिशत), चिकित्सा अधिकारियों (36 और 36 प्रतिशत), स्टाफ नर्स (57 और 34 प्रतिशत) और पैरामेडिक्स (49 और 12 प्रतिशत) की कमी शामिल थी।

विभाग एफआरयू की स्थापना और 24x7 सेवाएं प्रदान करने के लक्ष्य को प्राप्त करने में विफल रहा। विभाग ने 169 सीएचसी में से 46 सीएचसी को एफआरयू में उन्नयन करने की योजना बनाई लेकिन मात्र 28 (61 प्रतिशत) सीएचसी को उन्नयन किया जा सका। इसी तरह, लक्षित 492 पीएचसी में से 273 (55 प्रतिशत) को 24x7 सेवा प्रदाता बनाया जा सका हालांकि राज्य में 785 पीएचसी कार्यरत थे।

विभाग आवश्यक दवाओं, उपभोग्य सामग्रियों और उपकरणों की महत्वपूर्ण कमी से जूझ रहा था। यद्यपि उपकरणों की कमी डीएच में 38 प्रतिशत, सीएचसी में 53 प्रतिशत, पीएचसी में 47 प्रतिशत थी, आवश्यक दवाओं की कमी डीएच में 40 से 75 प्रतिशत, सीएचसी में 33 से 75 प्रतिशत और पीएचसी में 45 से 75 प्रतिशत तक थी। इसके अलावा, सभी स्तरों पर प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता में कमी देखी गई।

राज्य में एएनसी के लिए पंजीकृत 33.09 लाख गर्भवती महिलाओं में से 20.73 लाख (62.65 प्रतिशत) ही पहले तिमाही में पंजीकृत थे। जाँच किए गए जिलों में गर्भावस्था के पहले तिमाही के भीतर केवल 63.54 प्रतिशत महिलाओं को पंजीकृत किया जा सका जबकि 18 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को तीन एएनसी चेक-अप नहीं मिल सके। अतः विभाग समस्त गर्भवती महिलाओं को एनआरएचएम के लाभों को प्रदाय करने में पीछे रहा।

संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने और शिशु जन्म के 48 घंटे बाद तक चिकित्सालय में ठहरने के उद्देश्य के विपरीत वर्ष 2012-17 के दौरान जाँच किए गए जिलों में 79 प्रतिशत ही संस्थागत प्रसव हुए जबकि 21 प्रतिशत प्रसव घर में हुए। इसके अलावा, वर्ष 2012-17 के दौरान शासकीय स्वास्थ्य संस्थानों में 35.02 प्रतिशत महिलाओं (1.72 लाख) को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी दी गई थी, जबकि कुल घरेलू प्रसव का 69.59 प्रतिशत (1.84 लाख) एसबीए अप्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा कराया गया।

वर्ष 2012-17 के दौरान टीकाकरण से रोकथाम योग्य सात बीमारियों के रोकथाम हेतु शिशु टीकाकरण के लिए निर्धारित लक्ष्य 17 से 23 प्रतिशत प्रकरणों में प्राप्त नहीं किए जा सके।

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में पर्याप्त सुधार की अनुपस्थिति में शिशु और मातृ मृत्यु दर (आईएमआर: 39/1,000, एमएमआर: 173/1,00,000) एनआरएचएम लक्ष्यों (आईएमआर: 25/1,000 से कम, एमएमआर: 100/1,00,000) से बहुत कम एवं एमडीजी लक्ष्यों (आईएमआर: 27/1,000 और एमएमआर: 109/1,00,000) से कम थी। कुल प्रजनन दर एनआरएचएम के 2.1 के लक्ष्य की तुलना में 2.2 थी।



## कृषि विभाग

### 2.2 राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा मिशन के कार्यान्वयन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

#### 2.2.1 परिचय

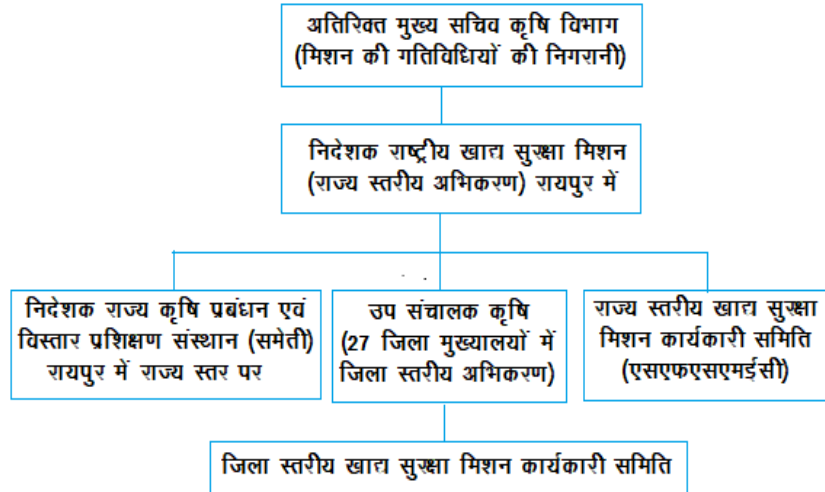
भारत सरकार द्वारा राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा मिशन (एनएफएसएम), एक केंद्रीय प्रायोजित फसल विकास योजना चावल, गेहूं और दलहन के उत्पादन में वृद्धि के लिए 11 वीं पंचवर्षीय योजना में लागू (अक्टूबर 2007) किया गया। 12वीं पंचवर्षीय योजना (2012–17) में दो और फसलों जैसे मोटे अनाज और वाणिज्यिक फसलों को एनएफएसएम में शामिल किया गया था।

क्षेत्र विस्तार द्वारा अनाज के उत्पादन में वृद्धि और सतत रीति से उत्पादकता वर्धन, मृदा उर्वरता और उत्पादकता का संरक्षण एवं प्रक्षेप स्तर पर उत्पादकता में वृद्धि करना था। एनएफएसएम दिशानिर्देश के प्रमुख घटक जैसे प्रदर्शन, आवश्यकता आधारित आदान अर्थात् बीज वितरण, एकीकृत पोषक तत्व प्रबंधन (आईएनएम), एकीकृत कीट प्रबंधन (आईपीएम) और पौध संरक्षण उपायों (पीपीएम), कृषि यंत्रिकरण और प्रशिक्षण तथा स्थानीय पहल उपलब्ध कराता है।

छत्तीसगढ़ में एनएफएसएम के अंतर्गत चावल के लिए 13 जिलों, मोटे अनाज के लिए नौ जिलों और दालों के लिए सभी 27 जिलों को चयनित (2012–17) किया गया था।

#### 2.2.2 संगठनात्मक संरचना

राज्य में मिशन कृषि विभाग द्वारा कार्यान्वित किया जाता है। प्रमुख कार्यकर्ताओं का संगठनात्मक चार्ट नीचे दर्शाया गया है।



#### 2.2.3 लेखापरीक्षा उद्देश्य

निष्पादन लेखापरीक्षा का उद्देश्य यह आंकलन करना था कि क्या:

- एनएफएसएम घटकों को योजना दिशानिर्देशों के अनुपालन में कुशलतापूर्वक और प्रभावी ढंग से व्यवस्थित और निष्पादित किया गया था;
- योजना के प्रावधानों के अनुसार विभाग द्वारा जारी निधियों का उपयोग मितव्ययता और कुशलतापूर्वक किया गया;

- व्यक्तिगत प्रक्षेत्र स्तर पर अनाज उत्पादन में वृद्धि, मिट्टी की उर्वरता और उत्पादकता की बहाली की गई; और
- एनएफएसएम के निर्धारित दिशानिर्देशों के अनुसार निगरानी और मूल्यांकन किया गया था।

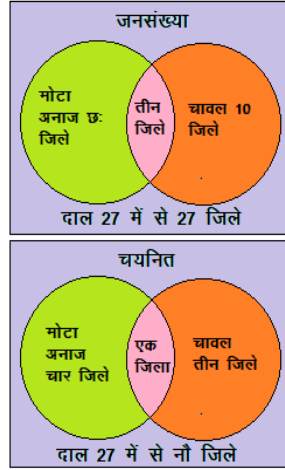
### 2.2.4 लेखापरीक्षा मानदंड

लेखापरीक्षा मानदंड निम्नलिखित स्रोतों से प्राप्त किए गए थे:

- एनएफएसएम दिशानिर्देश 2012
- छत्तीसगढ़ शासन के सामान्य वित्तीय नियम, राज्य वित्तीय संहिता, कोषालय संहिता और बजट मैनुअल के प्रावधान
- समय-समय पर शासकीय आदेशों के माध्यम से जारी निर्देश
- राज्य स्तरीय एजेंसियों द्वारा समवर्ती मूल्यांकन रिपोर्ट और मूल्यांकन अध्ययन
- एनएफएसएम के कार्यान्वयन के लिए राज्य कार्य योजना

### 2.2.5 लेखापरीक्षा क्षेत्र एवं पद्धति

निष्पादन लेखापरीक्षा में वर्ष 2012-13 से 2016-17 तक की अवधि को शामिल किया तथा राज्य के 27 जिलों में से सरल यादृच्छिक नमूनाकरण बिना प्रतिस्थापन विधि (एसआरएसडब्ल्यूओआर) द्वारा चुने गए नौ<sup>59</sup> जिलों के अभिलेखों की जाँच की गई। इन नौ जिलों में से चार एनएफएसएम-चावल, पाँच एनएफएसएम-मोटे अनाज और सभी नौ एनएफएसएम-दलहन थे। इसके अलावा, जिला स्तर पर संचालक, कृषि, संचालक, समेती और नौ उप संचालक, कृषि के कार्यालय में भी अभिलेखों की जाँच की गई। लेखापरीक्षा ने योजना से लाभान्वित 720 किसानों (प्रत्येक चयनित जिले के 80 किसान) के हितग्राही सर्वेक्षण भी आयोजित किया। इसके अलावा, 200 प्रदर्शन जिनमें से 120 प्रदर्शन (छत्तीसगढ़ मैदान, उत्तरी पहाड़ियों और बस्तर पठार प्रत्येक से 40) दलहन, 60 प्रदर्शन (छत्तीसगढ़ मैदान, उत्तरी पहाड़ियों और बस्तर पठार प्रत्येक से 20) चावल और 20 प्रदर्शन (उत्तरी पहाड़ियों और बस्तर पठार प्रत्येक से 10) मोटे अनाजों से संबंधित है को भी योजना के उद्देश्यों की उपलब्धि की सीमा के मूल्यांकन करने के लिए लेखापरीक्षा में समीक्षा की गई।



निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्य, कार्यक्षेत्र और पद्धति पर चर्चा करने के लिए कृषि विभाग के अतिरिक्त मुख्य सचिव (एसीएस) के साथ एक आगम बैठक आयोजित (जुलाई 2017) की गई थी। लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने के लिए विभाग के एसीएस के साथ एक निर्गम बैठक भी आयोजित (मार्च 2018) की गई थी। विभाग के विचार/उत्तर को प्रतिवेदन में यथोचित रूप से शामिल किया गया है।

### लेखापरीक्षा निष्कर्ष

#### 2.2.6 योजना

##### वार्षिक कार्य योजनाओं की तैयारी

एनएफएसएम दिशानिर्देश यह निर्धारित करता है कि कृषि और सहकारिता मंत्रालय, भारत शासन वार्षिक कार्य योजना (एएपी) के विकास के लिए प्रत्येक राज्य को घटक

<sup>59</sup> बलरामपुर, बेमेतरा, बिलासपुर, दन्तेवाड़ा, जगदलपुर, कांकर, कोरिया, रायपुर और सरगुजा।

के अनुसार अनुमानित वार्षिक परिव्यय प्रदान करेगी। जिला स्तर की खाद्य सुरक्षा मिशन कार्यकारी समिति (डीएफएसएमईसी) अपनी प्राथमिकता और क्षमता को ध्यान में रखते हुए जिला स्तर पर एएपी तैयार करेगी और राज्य मिशन संचालक (एसएमडी) को योजना प्रस्तुत करेगी। एसएमडी द्वारा राज्य कार्य योजना तैयार करने के लिए जिला कार्य योजनाओं को एकत्रित किया जाएगा। राज्य कार्य योजना को राज्य खाद्य सुरक्षा मिशन कार्यकारी (समितिएसएफएसएमईसी) द्वारा प्रस्तुत किया जाएगा और राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा मिशन कार्यकारी समिति (एनएफएसएमईसी) द्वारा विचार के लिए कृषि मंत्रालय, भारत सरकार को भेजा जाएगा। लेखापरीक्षा ने एएपी की तैयारी में निम्नलिखित कमियाँ पायीं:

### 2.2.6.1 परिप्रेक्ष्य योजना की तैयारी और आधारभूत सर्वेक्षण आयोजित करना

दिशानिर्देश यह निर्धारित करते हैं कि राज्य स्तरीय एजेंसी (एसएलए) को राज्य कृषि विश्वविद्यालयों (एसएयू) और भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद (आईसीएआर) के साथ परस्पर समन्वय कर मिशन के लक्ष्यों और उद्देश्यों के अनुरूप परिप्रेक्ष्य योजना तैयार करनी है। इसके अलावा एसएलए को फसल उत्पादन की स्थिति उसकी संभावना और माँग को निर्धारित करने के लिए संचालन क्षेत्र (जिलों, उप जिलों या जिलों के समूह) में आधारभूत सर्वेक्षण और व्यवहार्यता अध्ययन आयोजित/संचालित करना है।

एनएफएसएम के कार्यान्वयन के लिए संचालनालय ने परिप्रेक्ष्य योजना तैयार नहीं की एवं आधारभूत सर्वेक्षण को सुनिश्चित नहीं किया

संचालनालय, एनएफएसएम के अभिलेखों की जाँच में देखा गया कि संचालक ने उपसंचालक, कृषि को आधारभूत सर्वेक्षण करने के निर्देश (जनवरी 2008) दिए थे किन्तु वहाँ ऐसे सर्वेक्षणों का कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं है। परिणामस्वरूप परिप्रेक्ष्य योजना तैयार करने में संचालनालय भी असफल रहा।

परिप्रेक्ष्य योजना और आधारभूत सर्वेक्षण की अनुपस्थिति में फसल उत्पादन की स्थिति, क्षमता और माँग एएपी में प्रतिबिंबित नहीं हो सकती है और विशिष्ट क्षेत्रों में अधिकतम उपज के लिए उपयुक्त बीज/सही फसलों के सही उपभेदों का उपयोग जहाँ फसलों की खेती की जा रही है, सुनिश्चित नहीं किया जा सकता है। परिणामस्वरूप, विभिन्न हस्तक्षेपों के तहत निर्धारित लक्ष्य सुनिश्चित नहीं किया जा सका जिसकी चर्चा **कड़िकाओं 2.2.9.1** (क्षेत्र प्रदर्शन), **2.2.9.2 अ (i)** (बीज वितरण), **2.2.9.2 स** (आईएनएम और मृदा सुधारक), **2.2.9.2 द** (पीपीएम और आईपीएम), **2.2.9.2 य** (फार्म मशीनीकरण), **2.2.9.2 फ** (प्रशिक्षण) और **2.2.9.3** (स्थानीय पहल) में की गई है।

एसीएस द्वारा बताया गया (दिसंबर 2017) कि आधारभूत सर्वेक्षण आयोजित करने के लिए 12 जिला कार्यालयों (एनएफएसएम लागू जिलों) को निर्देश जारी (जनवरी 2008) किए गए थे। यह स्पष्ट है कि विभाग अपने आदेशों का अनुपालन सुनिश्चित करने में विफल रहा और जिसके परिणामस्वरूप ऊपर की गई चर्चा अनुसार कमियाँ थीं।

### 2.2.6.2 वार्षिक कार्ययोजना की तैयारी में पंचायती राज संस्थाओं की भागीदारी

योजना के दिशानिर्देशों के विरुद्ध एनएफएसएम के कार्यान्वयन में एएपी तैयार करने में पीआरआई शामिल नहीं किये गये

दिशानिर्देश यह निर्धारित करते हैं कि चयनित जिलों में पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई) को हितग्राहियों के चयन एवं स्थानीय हस्तक्षेपों में सक्रिय रूप से शामिल किया जाना चाहिए। दिशानिर्देश आगे बताते हैं कि 33 प्रतिशत निधि छोटे एवं सीमांत किसानों को और 30 प्रतिशत महिला किसानों को आबंटित किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने नौ चयनित जिलों के अभिलेखों के परीक्षण में पाया कि पीआरआई हितग्राहियों के चयन में शामिल नहीं थे हालांकि जिला कार्यालयों ने पिछले वर्ष विभिन्न श्रेणियों में हुई उपलब्धि में 10 प्रतिशत से 15 प्रतिशत जोड़कर एएपी तैयार किया था। इसके अलावा दिशानिर्देशों के तहत आवश्यक छोटे एवं सीमांत किसानों और महिला किसानों के लिए निधि चिन्हांकित नहीं किये गये थे।

एसीएस के उत्तर (दिसंबर 2017) में उपर की गई चर्चा अनुसार एएपी की तैयारी से संबंधी मुद्दों को संबोधित नहीं किया। पीआरआई की भागीदारी के संबंध में एसीएस ने बताया कि हितग्राहियों की सूची पीआरआई के तीनों स्तर द्वारा अनुमोदित की गई थी। यह इस तथ्य के समान नहीं है कि हितग्राहियों के चयन में पीआरआई को शामिल करना सुनिश्चित करना चाहिए। इसके अलावा छोटे एवं सीमांत किसानों और महिला किसानों के लिए निधि के निर्दिष्ट अनुपात में चिन्हांकित नहीं करने के लिए कोई तर्क नहीं दिया गया था।

### अनुशांसा

विभाग को आधारभूत सर्वेक्षण, परिप्रेक्ष्य योजना तैयार करना, लाभार्थियों के चयन में पीआरआई को शामिल करना और दिशानिर्देशों के संदर्भ में छोटे एवं मध्यम किसानों और महिला किसानों को निधि के निर्दिष्ट अनुपात में आवंटन को सुनिश्चित करना चाहिए।

### 2.2.7 वित्तीय प्रबंधन

दशानिर्देशों के अनुसार, भारत सरकार<sup>60</sup> अपने अंश को राज्य शासन को हस्तांतरित करती है, जो राज्य स्तर एजेंसी (एसएलए) को जारी करती है जैसे संचालनालय, एनएफएसएम को निधि जारी करती है, और जिला स्तर एजेंसियाँ उपसंचालक, कृषि को जिलों के अनुमोदित कार्यक्रम के अनुसार, प्रगति रिपोर्ट और उपयोगिता प्रमाण पत्र जमा करने (यूसी) के आधार पर आगे जारी करती है। वर्ष 2012-17 के दौरान जारी निधि और व्यय का विवरण तालिका 2.2.1 में दिया गया है:

तालिका 2.2.1: वर्ष 2012-17 के दौरान एनएफएसएम के लक्ष्य, जारी निधि और किये गये व्यय

(करोड़ ₹ में)

वर्ष	अनुमोदित कार्य योजना के अनुसार वित्तीय लक्ष्य	प्रारंभिक शेष	जारी राशि	अर्जित ब्याज और अन्य आय	कुल उपलब्ध राशि	व्यय	अंतिम शेष
2012-13	61.73	23.82	52.58	1.59	77.99	50.47	27.52
2013-14	82.79	27.52	79.46	1.64	108.62	67.57	41.05
2014-15	95.89	41.05	47.94	5.95	94.94	53.11	41.83
2015-16	133.46	41.83	81.09	2.35	125.27	97.32	27.95
2016-17	126.49	27.95	88.96	6.08	122.99	77.71	45.28
योग	500.36		350.03	17.61		346.18	

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

जैसा कि देखा जा सकता है कि ₹ 154.18 करोड़<sup>61</sup> (अनुमोदित एएपी का 31 प्रतिशत) के कार्य क्रियान्वित नहीं किये गये जिसके परिणामस्वरूप प्रदर्शन (76 प्रतिशत), बीज वितरण (48 प्रतिशत), आईएनएम और मिट्टी संवर्धन (54 प्रतिशत), आईपीएम और पीपीएम (58 प्रतिशत), और कृषियंत्र (51 प्रतिशत), प्रशिक्षण (74 प्रतिशत) और स्थानीय पहल (42 प्रतिशत) पर लक्ष्य की कम पूर्ति हुई, जैसा कि कंडिका 2.2.9 में चर्चा की गई है।

#### 2.2.7.1 चालू खातों में निधि जमा करने के कारण ब्याज का नुकसान

संचालनालय द्वारा एनएफएसएम योजना के कार्यान्वयन के लिए अलग बैंक खाता (बचत खाता) बनाया गया। हालांकि, तीन से छः जिलों के कार्यालयों ने चालू खातों में

<sup>60</sup> वर्ष 2012-15 तक योजना पूर्णतः केन्द्र पोषित थी, वर्ष 2015-16 और 2016-17 में केन्द्र और राज्य का हिस्सा क्रमशः 50:50 और 60:40 था।

<sup>61</sup> लक्ष्य ₹ 500.36 करोड़ - व्यय ₹ 346.18 करोड़ = ₹ 154.18 करोड़।

एनएफएसएम निधि जमा की जिसके परिणामस्वरूप ₹ 1.55 करोड़ के ब्याज की हानि हुई जैसा कि तालिका 2.2.2 में वर्णित है।

तालिका 2.2.2: वर्ष 2012-17 के दौरान एनएफएसएम निधि की पार्किंग

(करोड़ ₹ में)

वर्ष	राज्य में जिलों की संख्या	बचत खातों में जमा निधि के जिला संख्या	बचत खातों से अर्जित ब्याज	जिलों में चालू खातों संख्या	चालू खाते में राशि	प्रति वर्ष छः प्रतिशत पर ब्याज की हानि
2012-13	27	21	1.60	6	9.40	0.56
2013-14	27	22	1.64	5	4.20	0.25
2014-15	27	23	1.58	4	6.28	0.38
2015-16	27	24	2.35	3	6.05	0.36
2016-17	27	24	0.69	3	0.00	0.00
<b>योग</b>			<b>7.86</b>		<b>25.93</b>	<b>1.55</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

एसीएस द्वारा बताया (दिसंबर 2017) गया कि दिशानिर्देश अलग बैंक खाते खोलना प्रावधानित करता है किन्तु यह निर्दिष्ट नहीं करता कि यह बचत अथवा चालू खाता होगा।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि विभाग ने ब्याज वाले खातों में राशि रखने के लिए कोई नीति विकसित नहीं की गई विशेषकर जब यह ज्ञात था कि योजनाओं के कार्यान्वयन के लिए बैंक खातों में बहुतायत में राशि रखी जा रही है।

#### अनुशंसा

यह अनुशंसा की जाती है कि विभागीय कार्यालय एनएफएसएम के तहत अनुपयोगी शेष पर अधिकतम रिटर्न प्राप्त करने के लिए स्वीप सुविधा के साथ बचत खाता संधारित करें।

### 2.2.8 उत्पादन प्रदर्शन

छत्तीसगढ़ में दिसंबर 2014 तक 37.36 लाख किसान परिवारों के पास 47.75 लाख हेक्टेयर कृषि भूमि थी। वर्ष 2012-17 के दौरान 1.38 लाख (चार प्रतिशत) हितग्राहियों की मात्र 2.8 लाख हेक्टेयर (छः प्रतिशत) भूमि पर प्रदर्शन<sup>62</sup> किया गया था। किसानों को अन्य एनएफएसएम हस्तक्षेपों जैसे कि बीज वितरण-23.89 लाख किसानों (64 प्रतिशत), आईएनएम/मिट्टी सुधारक-2.11 लाख किसानों (छः प्रतिशत), पीपीएम और आईपीएम-1.26 लाख किसानों (तीन प्रतिशत), कृषि मशीनीकरण-2.27 लाख किसानों (छः प्रतिशत), प्रशिक्षण-0.16 लाख किसानों (0.4 प्रतिशत) और स्थानीय पहल-0.01 लाख किसानों (0.02 प्रतिशत) के माध्यम से भी लाभ हुआ।

राज्य और चयनित जिलों में फसल उत्पादन और एनएफएसएम के विभिन्न हस्तक्षेपों के कार्यान्वयन में कमियों की स्थिति नीचे उल्लिखित है:

#### 2.2.8 (i) राज्य की फसल उत्पादन की स्थिति

दशानिर्देशों के संदर्भ में एनएफएसएम का उद्देश्य क्षेत्र विस्तार और उत्पादकता वृद्धि के माध्यम से एक सतत तरीके से चावल, दलहन और मोटे अनाजों के उत्पादन में वृद्धि करना है। इसके अलावा एनएफएसएम दिशानिर्देश कम उत्पादकता किन्तु उच्च क्षमता वाले जिलों सहित कम बारिश वाले क्षेत्रों में ध्यान केंद्रित करते हैं। राज्य में चावल के

एनएफएसएम के कार्यान्वयन के बाद भी चावल एवं मोटे अनाज के उत्पादन में कोई वृद्धि नहीं हुई थी

<sup>62</sup> एक लगे हुए क्षेत्र को दो भाग में विभाजित कर एक में उन्नत विधि से और दूसरे में किसान के प्रचलित विधि से 100 हेक्टेयर या अधिक आकार के क्लस्टर में प्रदर्शन करना।

लिए 13 जिलों, दलहन के लिए सभी 27 जिलों और मोटा अनाज के लिए नौ जिलों को मिशन में लागू किया गया था ।

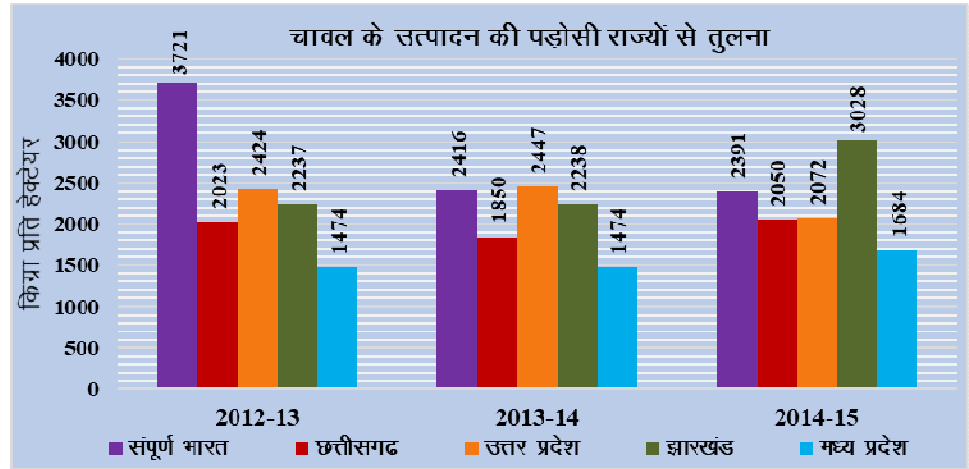
राज्य में वर्ष 2012-17 के दौरान चावल, दाल और मोटे अनाज की खेती के तहत इसके उत्पादन और उपज को तालिका 2.2.3 में दर्शाया गया है:

तालिका 2.2.3: चावल, दाल और मोटा अनाज का क्षेत्रफल, उत्पादन और उपज

वर्ष	क्षेत्रफल (000 हे में)			उत्पादन (000 मी. टन में)			उपज (किग्रा/हे)		
	चावल	दाल	मोटा अनाज	चावल	दाल	मोटा अनाज	चावल	दाल	मोटा अनाज
2012-13	3,901.13	1,211.60	331.70	7,893.43	823.52	485.95	2,023	680	1,465
2013-14	3,887.21	1,225.57	372.17	7,191.02	714.89	611.06	1,850	538	1,642
2014-15	3,990.24	1,170.36	380.79	8,176.67	809.51	583.22	2,050	691	1,532
2015-16	3,833.71	1,135.40	365.25	5,105.54	656.37	503.51	1,332	578	1,378
2016-17	3,923.98	1,211.23	352.74	6,425.03	839.46	480.90	1,637	693	1,363

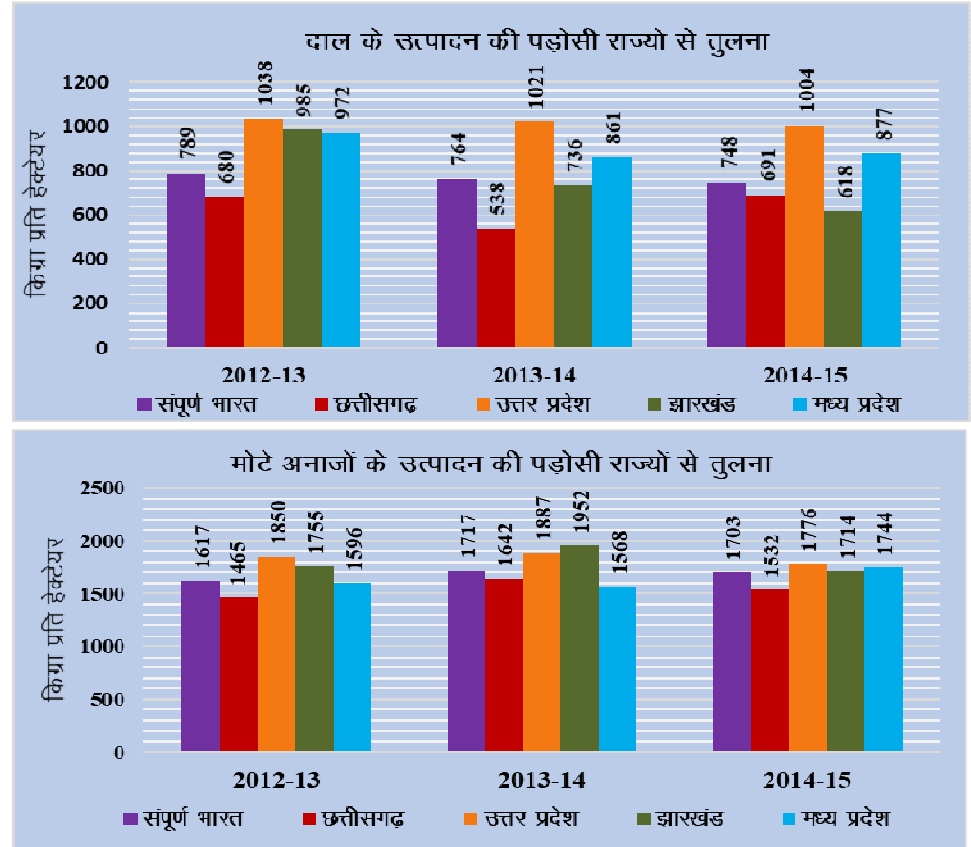
(स्रोत: संचालनालय, कृषि द्वारा दी गई जानकारी)

जैसा कि देखा जा सकता है कि वर्ष 2012-17 के दौरान खेती, उत्पादन और विभिन्न फसलों की पैदावार के तहत क्षेत्रफल सीमाबद्ध रहा और एनएफएसएम के प्रभाव से उत्पादकता में कोई विशेष वृद्धि नहीं पाई गई। चावल के संबंध में कम उत्पादन और उपज वर्षों में कमी के कारण माना जा सकता है जो कि पिछली अवधि में 1,317 मिमी औसत वर्षा की तुलना में इस अवधि के दौरान 1,009 मिमी से 1,250 मिमी वर्षा हुई। इसके अलावा वर्ष 2012-13 से 2014-15<sup>63</sup> के लिए छत्तीसगढ़ में चावल, दलहन और मोटे अनाज की उपज पड़ोसी राज्यों एवं राष्ट्रीय उपज की तुलना में कम<sup>64</sup> थी जिसे नीचे चार्टों में दर्शाया गया है:



<sup>63</sup> विभिन्न राज्यों की विभिन्न फसलों के पैदावार संबंधी आंकड़े कृषि मंत्रालय (भारत सरकार) की वेबसाइट पर केवल 2014-15 तक के उपलब्ध थे।

<sup>64</sup> वर्ष 2012-15 चावल के लिये और वर्ष 2013-14 मोटे अनाज के लिये मध्यप्रदेश में, और वर्ष 2014-15 में दलहन के लिये झारखण्ड को छोड़कर।



लेखापरीक्षा आपत्ति के उत्तर में एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि राज्य का उत्पादन मानसून पर निर्भर रहता है, किन्तु एनएफएसएम के तहत प्रदर्शन के माध्यम से उत्पादन 20 से 25 प्रतिशत तक बढ़ा।

प्रदर्शन द्वारा उत्पादन में वृद्धि के रूप में उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि प्रदर्शन (फसलों के उत्पादन को प्रभावित करने वाले सात हस्तक्षेपों में से एक) से फसलों के समग्र उत्पादन पर नगण्य प्रभाव पड़ा क्योंकि यह राज्य की कृषि भूमि (47.75 लाख हेक्टेयर) के छः प्रतिशत (2.76 लाख हेक्टेयर) तक ही सीमित था और दालों को छोड़कर जिसमें मात्र दो प्रतिशत की वृद्धि दिखती है, बढ़ती उत्पादकता की प्रवृत्ति की तुलना में एक घटती उत्पादकता की प्रवृत्ति (तालिका 2.2.3 में दर्शित) दर्शाती है।

### 2.2.8 (ii) एनएफएसएम और गैर-एनएफएसएम जिलों के प्रदर्शन की तुलना

वर्ष 2012-17 की अवधि के लिए एनएफएसएम और गैर-एनएफएसएम जिलों के चावल और मोटे अनाज की औसत उपज की तुलना नीचे तालिका 2.2.4 और तालिका 2.2.5 में दी गई है:

तालिका 2.2.4: चावल की औसत उपज की तुलना

वर्ष	राज्य	एनएफएसएम (13 जिले)	गैर-एनएफएसएम (14 जिले)
2012-13	2,023	1,957	2,055
2013-14	1,850	1,646	2,054
2014-15	2,050	1,815	2,285
2015-16	1,332	1,215	1,085
2016-17	1,637	1,455	1,750

(स्रोत: संचालनालय, कृषि द्वारा दी गई जानकारी)

तालिका 2.2.5: मोटे अनाज की औसत उपज की तुलना

वर्ष	राज्य	एनएफएसएम (नौ जिले)	गैर-एनएफएसएम (18 जिले)
2012-13	1,465	1,459	1,471
2013-14	1,642	1,620	1,664
2014-15	1,532	1,476	1,588
2015-16	1,378	1,407	1,349
2016-17	1,363	1,830	896

(स्रोत: संचालनालय, कृषि द्वारा दी गई जानकारी)

एनएफएसएम जिलों में चावल की उत्पादकता को विगत पाँच वर्षों में किसी भी समय गैर-एनएफएसएम जिलों के बराबर नहीं लाया जा सका, जिसके लक्ष्य को प्राप्त करने का प्रयास मिशन को करना था। संचालक, एनएफएसएम द्वारा बताया (सितंबर 2018) गया कि गैर-एनएफएसएम जिलों में सिंचाई सुविधा एनएफएसएम जिलों की तुलना में अधिक (राज्य में 33 में से 25 मध्यम सिंचाई परियोजनाएं) है और यह अपेक्षाकृत गैर-एनएफएसएम जिलों में बेहतर उपज के मुख्य कारणों में से एक थी। उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि इस बात का कोई अभिलेख नहीं है कि कृषि विभाग ने जल संसाधन विभाग के साथ मुख्य समस्या क्षेत्रों से अवगत होने के लिये समन्वय किया था जिससे मिशन के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए एनएफएसएम जिलों में सिंचाई की आवश्यक संरचना (जैसे चेक डेम, एनीकट आदि) उपलब्ध कराके इस मुद्दे को हल किया जा सके।

### अनुशंसा

विभाग को जल संसाधन विभाग के साथ समन्वय कर एनएफएसएम जिलों में सिंचाई सुविधाओं को बढ़ाकर अनाज की उत्पादकता में वृद्धि के लिए ठोस प्रयास किया जाना चाहिए।

### 2.2.9 एनएफएसएम का कार्यान्वयन

वर्ष 2012-17 के दौरान एनएफएसएम के तहत राज्य और लेखापरीक्षा के लिए चयनित जिलों में व्यय का विस्तृत विवरण तालिका 2.2.6 में दर्शाया गया है:

तालिका 2.2.6: वर्ष 2012-17 के दौरान हस्तक्षेपों के अनुसार व्यय

क्रमांक	हस्तक्षेप का नाम	राज्य		चयनित जिले	
		व्यय (करोड़ ₹ में)	व्यय का प्रतिशत	व्यय (करोड़ ₹ में)	व्यय का प्रतिशत
1	क्षेत्र प्रदर्शन	156.19	45	41.58	53
2	बीज वितरण	49.87	14	10.90	14
3	मृदा सुधारक एवं पौधा संरक्षण इकाई	20.29	6	9.66	12
4	फार्म यंत्रीकरण	45.46	13	12.26	16
5	फसल आधारित प्रशिक्षण कार्यक्रम	2.77	1	0.87	1
6	स्थानीय पहल	12.18	4	2.26	3
7	विविध व्यय	59.52	17	1.46	1
	<b>योग</b>	<b>346.18</b>	<b>100</b>	<b>78.99</b>	<b>100</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

#### 2.2.9.1 क्षेत्र प्रदर्शन

दिशानिर्देशों के संदर्भ में 100 हेक्टेयर या उससे अधिक के समूह में खेतों का प्रदर्शन, खेतों को दो ब्लॉक में एक उन्नत विधि (डेमोनस्ट्रेशन प्लॉट) के लिए और दूसरा किसानों के प्रचलित विधि (कंट्रोल प्लॉट) के लिए विभाजित करके किया जाता है। प्रदर्शन की निगरानी एनएफएसएम के जिला सलाहकार/तकनीकी सहायक करते हैं और जिला स्तर परियोजना प्रबंधन दल (पीएमटी) को निर्धारित प्रारूप में परिणाम



प्रतिवेदित करते हैं। विकासखण्ड, जिला और राज्य स्तर पर प्रदर्शन के परिणाम संकलित किए जाते हैं। सूचना पटल को प्रदर्शन भूखंडों पर किसानों की जानकारी और भूखंडों पर लागू महत्वपूर्ण आदानों की जानकारी सहित रखा जाता है। एक फील्ड डे<sup>65</sup> आयोजित किया जाना चाहिए और शामिल होने वाले किसानों को प्रासंगिक विस्तार साहित्य जैसे लीफलेट, पुस्तिकाएं आदि उपलब्ध कराए जाये।

वर्ष 2012-17 के दौरान राज्य और चयनित जिलों में प्रदर्शन के फसलवार लक्ष्य और प्रदर्शन की उपलब्धि **तालिका 2.2.7** में दर्शायी गई है:

**तालिका 2.2.7: चावल, दाल और मोटे अनाज के प्रदर्शनो का लक्ष्य और उपलब्धि**

फसल का नाम	राज्य					चयनित जिले				
	लक्ष्य (लाख हे मी)	पूर्ति (लाख हे मी)	प्रावधान (करोड़ ₹)	व्यय (करोड़ ₹)	अव्ययित राशि (करोड़ ₹ में)	लक्ष्य (लाख हे मी)	पूर्ति (लाख हे मी)	प्रावधान (करोड़ ₹)	व्यय (करोड़ ₹ में)	अव्ययित राशि (करोड़ ₹ में)
चावल	1.62	1.62 (100)	121.70	90.66	31.04 (26)	0.30	0.29 (97)	22.65	14.45 (64)	8.20 (36)
दाल	1.05	1.05 (100)	80.26	62.67	17.59 (22)	0.52	0.47 (90)	35.77	26.14 (73)	9.63 (27)
मोटा अनाज	0.09	0.09 (100)	4.60	2.86	1.74 (38)	0.05	0.04 (80)	2.38	0.99 (42)	1.39 (58)
<b>योग</b>	<b>2.76</b>	<b>2.76 (100)</b>	<b>206.56</b>	<b>156.19 (76)</b>	<b>50.37 (24)</b>	<b>0.87</b>	<b>0.80 (92)</b>	<b>60.80</b>	<b>41.58 (68)</b>	<b>19.22 (32)</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

(टीप: कोष्ठक में दिए गए आंकड़े प्रतिशत को इंगित करते हैं)

लेखापरीक्षा में निम्नानुसार पाया गया:

✓ उपर्युक्त तालिका में राज्य और चयनित जिलों के आंकड़ों के बीच भिन्नता राज्य में लक्ष्यों के विषम<sup>66</sup> निर्धारण और ऐसे लक्ष्यों के आधार पर लेखापरीक्षा में किए गये चयन के कारण थी।

✓ प्रदर्शन कार्य के दौरान 76 प्रतिशत वित्तीय परिव्यय के साथ राज्य में 100 प्रतिशत लक्ष्य की उपलब्धि इस तथ्य के कारण थी कि कार्यक्रम के घटक जैसे फील्ड डे/प्रचार सामग्री/वैज्ञानिक/कर्मचारियों के भ्रमण आंशिक रूप से क्रियान्वित किये गये थे (लेखापरीक्षा द्वारा जाँच किए गए 74 क्लस्टर्स में 34 प्रतिशत चिन्हांकित निधि व्यय की गई) जैसा कि **कंडिका 2.2.9.1 (iii)** में दर्शाया गया है।

✓ चयनित जिलों में लक्ष्य के विरुद्ध पूर्ति आठ प्रतिशत कम थी क्योंकि उत्तरी पहाड़ियों (सरगुजा, बलरामपुर और कोरिया जिले) और बस्तर का पठार (जगदलपुर, दंतेवाड़ा और कांकेर जिले) के किसान अपनी जमीन के साथ प्रदर्शन गतिविधियों में हिस्सा नहीं ले रहे थे जिसे इन जिलों के उपसंचालक, कृषि के अभिलेखों से देखा गया।

<sup>65</sup> अनाज भरने के चरण में एक क्षेत्र में अधिमानतः एक बैठक जहां उस क्षेत्र के किसानों से एसएयू/केवीके के वैज्ञानिक उनके द्वारा सामना की जाने वाली समस्याओं का समाधान खोजने के लिए चर्चा करते हैं।

<sup>66</sup> छत्तीसगढ़ के मैदानी इलाकों के 15 जिलों के विरुद्ध उत्तरी पहाड़ियों एवं बस्तर के पठार के 12 जिलों में कम लक्ष्य का निर्धारण पहाड़ी क्षेत्र एवं नक्सल समस्याओं के कारण था। लेखापरीक्षा में उत्तरी पहाड़ियों के तीन जिले बस्तर के पठार के तीन जिले और छत्तीसगढ़ के मैदान के तीन जिले चयनित किये गये थे परिणामतः राज्य और चयनित जिलों के आंकड़ों में भिन्नता आई थी।

लेखापरीक्षा ने प्रदर्शनों के वास्तविक लाभों का आंकलन करने के लिए चावल के 60 प्रदर्शन, दालों के 120 प्रदर्शन और मोटे अनाज के 20 प्रदर्शन सहित कुल 200 प्रदर्शन स्थलों का भ्रमण किया। निष्कर्षों पर नीचे चर्चा की गई है:

### 2.2.9.1 (i) प्रदर्शन के लिए क्लस्टर का क्षेत्र

दिशानिर्देशों के अनुसार हितग्राही किसानों के चयन में ग्राम पंचायत का शामिल होना आवश्यक है। इसके अलावा 100 हेक्टेयर या उससे अधिक के समूह में खेतों का प्रदर्शन, खेतों को दो ब्लॉक में एक उन्नत विधि के लिए और दूसरा किसानों की प्रचलित विधि के लिए विभाजित करके किया जाना चाहिये। दिशानिर्देश के अनुसार पहाड़ी क्षेत्रों के लिए क्लस्टर का आकार 10 हेक्टेयर होगा।

प्रदर्शन के लिये क्लस्टर के क्षेत्र (100 हेक्टेयर या अधिक) के मानदण्डों का पालन नहीं किया गया

अभिलेखों की जाँच से पता चला कि हितग्राहियों के चयन में ग्राम पंचायत शामिल थे। आगे चावल के लिए 60 प्रदर्शनों में से 44, दालों के लिए 120 प्रदर्शनों में से 75 और मोटे अनाज के लिए 20 प्रदर्शनों में से 10 में 100 हेक्टेयर और अधिक के क्लस्टर थे। इस प्रकार प्रदर्शन के 71 क्लस्टर (चावल के लिए 16 क्लस्टर, दाल के लिए 45 क्लस्टर और मोटे अनाज के लिए 10 क्लस्टर) क्षेत्र में 100 हेक्टेयर से कम<sup>67</sup> क्षेत्र के थे। इनमें से 36 क्लस्टर उत्तरी पहाड़ी क्षेत्र (सरगुजा, कोरिया और बलरामपुर) के चयनित जिलों से संबंधित थे जबकि शेष 35 क्लस्टर बस्तर के पठार (जगदलपुर, दंतेवाड़ा और कांकेर) के चयनित जिलों से संबंधित थे। छत्तीसगढ़ के मैदानों (रायपुर, बिलासपुर और बेमेतरा) के चयनित जिलों में प्रदर्शन के लिए कोई क्लस्टर 100 हेक्टेयर से कम नहीं पाया गया था।

राष्ट्रीय स्तर के निगरानी दल द्वारा प्रतिवेदित किया गया (2014) कि चयनित जिले में प्रदर्शन के लिए 100 हेक्टेयर से कम वाले क्लस्टर के चयन किसानों को नए प्रकार के बीजों पर उनके द्वारा व्यक्त आत्मविश्वास की कमी के कारण अपने खेतों के साथ प्रदर्शन कार्य में भाग लेने की अनिच्छा थी।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि उत्तरी पहाड़ियों और बस्तर के पठार में 100 हेक्टेयर का समूह बनाना संभव नहीं है। उत्तर मान्य नहीं है, क्योंकि विभाग ने इस संबंध में नीतिगत निर्णय लेने हेतु अभी तक इन क्षेत्रों में किसानों की भूमि की वास्तविक उपलब्धता को लेखांकित करने हेतु सर्वेक्षण नहीं किया।

### 2.2.9.1 (ii) मिट्टी विश्लेषण, प्रदर्शन प्रौद्योगिकियों की पहचान और प्रदर्शन के लिए नई किस्मों को शामिल करना

दिशानिर्देश निर्धारित करते हैं कि चयनित क्षेत्र की मिट्टी की उर्वरता स्थिति, उर्वरकों और मिट्टी सुधारकों के उपयोग को सुनिश्चित करने से पूर्व ज्ञात होना चाहिए। इसके अलावा प्रदर्शन भूखंडों के लिए उन्नत तकनीक को राज्य कृषि विश्वविद्यालय (एसएयू) के परामर्श से क्षेत्र में स्थित क्षेत्रीय शोध केंद्र/कृषि विकास केन्द्र (केवीके) के माध्यम से पहचाना जाना चाहिए और पैकेज में शामिल होने वाली बीज किस्म प्राथमिक रूप से नई किस्में होनी चाहिए। प्रदर्शन के परिणामों को भी विकासखण्ड, जिला और राज्य स्तर पर संकलित किए जाने चाहिए। क्लस्टर प्रदर्शनों के तहत लिए गये विभिन्न हस्तक्षेपों जैसे बीज वितरण, आईएनएम, आईपीएम आदि का योगदान और विशेष हस्तक्षेप के आकार बढ़ाये जाने का विश्लेषण अगामी वर्षों में किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने चयनित जिलों के उप संचालक, कृषि के अभिलेखों से पाया कि किसानों के भूखण्डवार मिट्टी स्वास्थ्य कार्ड संबंधित उपसंचालक, कृषि द्वारा तैयार नहीं किए गए

<sup>67</sup> चवल-75 हेक्टेयर (चार), 50 हेक्टेयर (12); दलहन-50 हेक्टेयर (30), 25 हेक्टेयर (दो), 20 हेक्टेयर (दो), 10 हेक्टेयर (एक), एक हेक्टेयर (एक) और मोटे अनाज 50 हेक्टेयर (तीन), 40 हेक्टेयर (एक), 35 हेक्टेयर (छः)।

थे क्योंकि विभाग द्वारा इस तरह के निर्देश नहीं दिए गये जिसके कारण अभिलेखों में दर्ज नहीं थे। परिणामस्वरूप विभाग ने प्रदर्शन कार्यों के क्रियान्वयन से पूर्व चयनित क्षेत्रों की उर्वरता स्थिति का परीक्षण नहीं किया था। इसके अलावा हालांकि आवश्यक एसएयू/केवीके के क्षेत्रीय शोध केंद्र बेहतर तरीकों के लिए शामिल नहीं थे। इसके अलावा क्षेत्रीय स्तर के कार्यकर्ता जैसे वरिष्ठ कृषि विकास अधिकारी (एसएडीओ)/ग्रामीण कृषि विस्तार अधिकारी (आरईओ) जो डोमेन विशेषज्ञ नहीं थे, प्रदर्शन कराने में सीधे शामिल थे।

लेखापरीक्षा ने चयनित जिलों में 200 प्रदर्शन प्लॉट एवं उनके कंट्रोल प्लॉट के उत्पादन प्रदर्शन का मूल्यांकन किया और पाया कि 13 प्रतिशत प्रदर्शन (200 में से 26) में 50 प्रतिशत से अधिक उत्पादन में सुधार दिखा जैसा कि तालिका 2.2.8 में दर्शाया गया है:

तालिका 2.2.8: प्रदर्शन में प्रयुक्त विविध बीजों के प्रयोग से प्रदर्शन प्लॉट एवं कंट्रोल प्लॉट का उत्पादन प्रदर्शन

प्रदर्शन में इस्तेमाल विभिन्न प्रकार के बीज	प्रदर्शन प्लॉटों की संख्या	कंट्रोल प्लॉट की तुलना में प्रदर्शन प्लॉट के उत्पादन में वृद्धि		
		25 प्रतिशत तक	26 से 50 प्रतिशत	50 प्रतिशत से अधिक
कंट्रोल प्लॉट (स्थानीय प्रकार) के विरुद्ध प्रदर्शन प्लॉट (एचवाईवी/संकर)	58	33	19	6
प्रतिशत वृद्धि	100	57	33	10
कंट्रोल प्लॉट (एचवाईवी/संकर) के विरुद्ध प्रदर्शन प्लॉट (एचवाईवी/संकर)	142	76	46	20
प्रतिशत वृद्धि	100	54	32	14
योग	200	109	65	26
प्रतिशत वृद्धि (योग)	100	55	32	13

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

यद्यपि प्रदर्शन प्लॉट के आकड़े में उत्पादन वृद्धि हुई है किन्तु तुलनात्मक वृद्धि लगभग समान ही बनी हुई है यहाँ तक कि किसानों ने कंट्रोल प्लॉट में स्थानीय बीज या हाइब्रिड/एचवाईवी बीज का उपयोग किया। संभवतः यही कारण है कि किसान हाइब्रिड/एचवाईवी बीजों का उपयोग करने के लिए बहुत उत्साहित नहीं हैं, जैसा कि राष्ट्रीय स्तर की निगरानी दल (एनएलएमटी) द्वारा प्रतिवेदित किया गया है एवं जैसा कि कडिका 2.2.9.2 अ (i) में टिप्पणी की गई है। हालांकि, विभाग द्वारा ऐसे किसानों का आरक्षण जो आवश्यक था को शिक्षित करके या जागरूकता अभियान द्वारा दूर नहीं किया गया जैसा कि कडिका 2.2.9.2 अ (ii) में टिप्पणी किया गया है। इसके अलावा जिला स्तर तक प्रदर्शन प्लॉट और कंट्रोल प्लॉट के उत्पादन पर आँकड़े राज्य स्तर पर संकलित नहीं किये गये थे। इसलिए प्रदर्शन के तहत विभिन्न हस्तक्षेपों के योगदान का विश्लेषण नहीं किया जा सका और विभाग दिशानिर्देश के प्रावधान अनुसार आगामी वर्षों में विशेष हस्तक्षेपों के आकार की वृद्धि को सुनिश्चित करने में विफल रहा।

एसीएस द्वारा उत्तर (दिसंबर 2017) में लेखापरीक्षा आपत्ति के अनुरूप संबोधित नहीं किया गया।

### 2.2.9.1 (iii) प्रदर्शनों के लागत मानदंड

प्रदर्शन के दौरान लागत मानदंडों का पालन नहीं किया

दिशानिर्देश दर्शाते हैं कि एक हेक्टेयर क्षेत्र के लिए प्रदर्शन की लागत ₹ 7,500 होनी चाहिए। तदनुसार संचालक, एनएफएसएम ने प्रदर्शनों के लागत मानदंड जारी किए जिनमें ₹ 6,700 में बीज, आईएनएम, खरपतवार नाशी, आईपीएम और ₹ 800 में फील्ड डे/प्रचार समाग्री/कर्मचारियों/वैज्ञानिकों का भ्रमण शामिल था।

चयनित जिलों में बीज, आईएनएम, खरपतवार नाशी, आईपीएम और अन्य व्यय की खरीद पर किये गये व्यय का विकासखण्ड वार विवरण बहीखाता में संधारित नहीं किया

गया। हालांकि क्लस्टर वार व्यय का विवरण जिला कार्यालयों द्वारा नहीं बनाया गया था, जिसकी अनुपस्थिति में प्रत्येक क्लस्टर वार प्रदर्शन के व्यय की गणना नहीं की जा सकी।

हालांकि नौ चयनित जिला कार्यालयों में से सात ने 74 क्लस्टरों के क्लस्टर वार व्यय (2016-17) का विवरण लेखापरीक्षा को प्रस्तुत किये। विवरण तालिका 2.2.9 में दिया गया है:

तालिका 2.2.9: क्लस्टर वार व्यय

जिला का नाम	क्लस्टर की संख्या (क्षेत्र हे. में)	एक हेक्टेयर के प्रदर्शनों के लागत मानदंड (₹ में)		बीज इत्यादि पर किया गया कुल व्यय (₹ लाख में)	बीज इत्यादि पर किया गया वास्तविक व्यय (₹ लाख में)	(+) अधिक व्यय / (-) अनुपयोगी (₹ लाख में)	कुल किये जाने वाले अन्य व्यय (₹ लाख में)	कुल किये गये अन्य व्यय (₹ लाख में)	(+) अधिक व्यय / (-) अनुपयोगी (₹ लाख में)
		बीज आईएनएम, खरपतवार,	अन्य व्यय						
रायपुर	4 (400)	6,700	800	26.80	23.83 (89)	-2.97 (11)	3.20	3.82 (119)	0.62 (निरंक)
बिलासपुर	7 (700)	6,700	800	46.90	39.57 (84)	-7.33 (16)	5.60	4.80 (86)	-0.80 (14)
बेमेतरा	1 (100)	6,700	800	6.79	5.32 (78)	-1.47 (22)	0.80	0.80 (100)	निरंक (निरंक)
कोरिया	13 (1,300)	6,700	800	87.10	65.37 (75)	-21.73 (25)	10.40	7.60 (73)	-2.80 (27)
सरगुजा	8 (800)	6,700	800	53.60	51.41 (96)	-2.19 (04)	6.40	0.10 (2)	-6.30 (98)
कांकेर	16 (1,600)	6,700	800	107.20	139.11 (130)	31.91 (निरंक)	12.80	निरंक (निरंक)	-12.80 (100)
जगदलपुर	25 (2,500)	6,700	800	167.50	140.92 (84)	-26.58 (16)	20.00	2.97 (15)	-17.03 (85)
<b>योग</b>	<b>74</b>			<b>495.89</b>	<b>465.53 (94)</b>	<b>-30.36 (06)</b>	<b>59.20</b>	<b>20.09 (34)</b>	<b>-39.11 (66)</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

नोट: कोष्ठक में आंकड़े प्रतिशत इंगित करते हैं

जैसा कि देखा जा सकता है कि चयनित जिलों के उपसंचालक, कृषि ने मिशन के उद्देश्यों को बढ़ावा देने के लिए फील्ड डे/प्रचार समाग्रियों का वितरण वैज्ञानिकों/कर्मचारियों के भ्रमण के लिए चिन्हांकित निधि व्यय नहीं किया जिसके कारण अभिलेखों में दर्ज नहीं थे। एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि बीज और अन्य आदानों की लागत में भिन्नता के कारण निर्दिष्ट राशि व्यय नहीं की जा सकी।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि एनएफएसएम को लागू हुए 10 से अधिक वर्ष से पूर्ण हो चुके हैं और विभाग द्वारा इस समय तक बीज/अन्य आदानों की लागत में भिन्नता के मामले को हल किया जाना चाहिए।

इस प्रकार विभाग ने फील्ड डे/प्रचार समाग्रियों का वितरण और वैज्ञानिक/भारत शासन तथा राज्य शासन के अधिकारियों के भ्रमण के माध्यम से फसलों के प्रदर्शन का प्रचार सुनिश्चित नहीं किया। हालांकि विभाग द्वारा उसके प्रभाव का मूल्यांकन नहीं किया गया एवं किसानों को नवीनतम किस्म के बीज, आईएनएम, पीपीएम इत्यादि के उपयोग से वंचित कर दिया जैसा कि **कंडिका 2.2.9.2 अ (ii)** में चर्चा की गई है। इस तथ्य से यह भी निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि हितग्राही सर्वेक्षण के दौरान 720 योजना हितग्राहियों ने लेखापरीक्षा की सूचना दी थी कि वे इन हस्तक्षेपों से अवगत नहीं थे, जैसा कि **कंडिका 2.2.9.2 ब** में दर्शाया गया है।

### अनुशांसा

विभाग द्वारा इस मद में उपलब्ध कराई गई राशि का व्यय करते हुए खेती के प्रदर्शन के प्रचार में वृद्धि तथा फील्ड डे, प्रचार समाग्रियों का वितरण एवं वैज्ञानिकों और राज्य शासन के अधिकारियों के भ्रमण पर करना चाहिए।

## 2.2.9.2 आवश्यकता आधारित आदान

### अ बीज वितरण

#### 2.2.9.2 अ (i) लक्ष्यों की पूर्ति न किया जाना

दिशानिर्देश में यह प्रावधानित है कि राज्य द्वारा अधिकृत बीज उत्पादन एजेंसियां चयनित जिलों में किसानों को बीज वितरित करेंगी। इसके अलावा डीएफएसएमईसी ग्राम पंचायतों के परामर्श से हितग्राहियों की सूची को अंतिम रूप देगी।

चयनित जिलों के उपसंचालक, कृषि के अभिलेखों की जाँच में पाया कि हितग्राहियों की सूची को अंतिम रूप देने में डीएफएसएमईसी द्वारा ग्राम पंचायत से परामर्श नहीं लिया गया। अपितु प्रत्येक जिले में बीजों के वितरण के लिए संचालनालय, एनएफएसएम द्वारा निर्धारित लक्ष्यों के आधार<sup>68</sup> पर उपसंचालक, कृषि ने विकासखण्ड स्तर पर एसएडीओ / वृहद आकार आदिवासी बहुउद्देशीय संस्थाओं (एलएएमपीएस) के विभिन्न कार्यालयों में बीज भंडारण के लिए बीज निगम को आदेश जारी किया जहाँ से संबंधित विकासखण्ड के किसान सब्सिडी दरों पर आवश्यक बीज क्रय करना चाहते थे। बीज निगम ने क्रय किए गए बीजों की मात्रा के आधार पर उपसंचालक, कृषि से अनुदान राशि की प्रतिपूर्ति का दावा किया।

राज्य तथा चयनित जिलों में वर्ष 2012-13 से 2016-17 के दौरान फसलवार बीज वितरण के लक्ष्य तथा पूर्ति का विवरण तालिका 2.2.10 में दिया हुआ है:

तालिका 2.2.10: बीज वितरण के लक्ष्य और पूर्ति

फसल का नाम	राज्य						चयनित जिले					
	लक्ष्य मी. टन में	पूर्ति मी. टन में	(-) अधिक/ (+) कम पूर्ति मी. टन में / (प्रतिशत)	प्रावधानित राशि ₹ करोड़ में	व्यय ₹ करोड़ में (प्रतिशत)	अव्ययित राशि ₹ करोड़ में (प्रतिशत)	लक्ष्य मी.टन में	पूर्ति मी. टन में	(-) अधिक/ (+) कम पूर्ति मी. टन में / (प्रतिशत)	प्रावधानित राशि ₹ करोड़ में	व्यय ₹ करोड़ में (प्रतिशत)	अव्ययित राशि ₹ करोड़ में (प्रतिशत)
चावल	80,891	56,520 (70)	24,371 (30)	58.54	28.08 (48)	30.46 (52)	14,544	11,122 (76)	3,422 (24)	12.23	5.92 (48)	6.31 (52)
दलहन	21,408	15,093 (71)	6,315 (29)	43.92	21.62 (49)	22.30 (51)	6,821	3,671 (54)	3,150 (46)	11.83	4.77 (40)	7.06 (60)
मोटा अनाज	319	58 (18)	261 (82)	1.80	0.17 (9)	1.63 (91)	232	44 (19)	188 (81)	0.91	0.21 (23)	0.70 (77)
	<b>योग</b>			<b>104.26</b>	<b>49.87 (48)</b>	<b>54.39 (52)</b>	<b>योग</b>			<b>24.97</b>	<b>10.90 (44)</b>	<b>14.07 (56)</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

नोट: कोष्ठक में आंकड़े प्रतिशत इंगित करते हैं

विभाग द्वारा बीज वितरण के लक्ष्य की पूर्ति नहीं की जा सकी जिसके कारण अभिलेखों में नहीं थे, बीज वितरण के मांगपत्र और अंतिम उपयोगकर्ताओं को वितरण के लिये डीएफएसएमईसी जिलों में बीज वितरण की निगरानी के लिए जिला स्तरीय बीज समिति (डीएलएससी) बनाने में विफल रही। इसके अलावा एनएलएमटी प्रतिवेदन (2014) में बताया गया कि किसान हाइब्रिड/एचवाईवी बीजों का उपयोग करने के इच्छुक नहीं थे जो कि लेखापरीक्षा के चयनित जिलों में 200 प्रदर्शन गतिविधियों की जाँच में पाया गया (कंडिका 2.2.9.1 (ii) में टिप्पणी की गई है) कि प्रदर्शन भूखंडों में उत्पादन में सुधार हुआ है जबकि प्रदर्शन भूखंडों में वृद्धि का प्रतिशत तब भी समान बना रहा जब स्थानीय बीजों को नियंत्रण भूखंडों में उपयोग किया गया था। इसके

<sup>68</sup> जिलों के प्राप्त मांग के आधार पर बीज का लक्ष्य निर्धारित किया गया।

अलावा विभाग ने उपसंचालक, कृषि से ऐसी व्यवस्था के तहत किसानों द्वारा बीजों के कम क्रय पर प्रतिक्रिया लेने का प्रयास नहीं किया।

किसानों के मध्य बीज वितरण के प्रबंधन में विभाग इन कारणों में कारक नहीं था और इससे वर्ष 2012-17 के दौरान इस हस्तक्षेप के लिये निर्धारित ₹ 54.39 करोड़ की निधि अनुपयोगी रही। यह प्रतिवेदन में अन्य आपत्तियों के साथ **कंडिका 2.2.8 (i)** में टिप्पणी के अनुसार पढ़े जाने पर राज्य में चावल, दलहन और मोटे अनाज की कम उत्पादकता के मूल कारणों में से एक हो सकता है।

एसीएस ने बताया (दिसम्बर 2017) कि जिले के लक्ष्य के अनुसार प्रत्येक जिले में बीज की मात्रा प्रदाय की गई थी। जहाँ कहीं भी किसी जिले को अतिरिक्त मात्रा में बीज की आवश्यकता होती है, उसे अन्य जिलों को आबंटित बीज से पूरा किया गया जहाँ उस वर्ष बीज वितरण में उपलब्धि कम थी।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि किसानों को शिक्षित करके बीज के कम क्रय को संबोधित करने के विपरीत विभाग ने केवल यह सुनिश्चित किया कि इच्छुक किसानों के लिये बीज एसडीओ/एलएएमपीएस के कार्यालय में भण्डारित हैं, विशेषकर जब विभाग को एनएलएमटी द्वारा 2014 में प्रतिवेदित किया गया था कि किसान ऐसे बीज का उपयोग करने के इच्छुक नहीं है।

### 2.2.9.2 अ (ii) हाईब्रिड और उच्च पैदावार बीज का अपर्याप्त उपयोग

दिशानिर्देश बेहतर गुणवत्ता के बीज के प्रचार और विस्तार प्रावधानित करता है। कृषि विभाग वर्ष 2010-11 के निष्पादन लेखापरीक्षा में स्थानीय बीजों के स्थान पर बीजों के नवीनतम किस्मों के प्रचार की अनुशंसा की और विभाग इसके अनुपालन हेतु सहमत था।

हालांकि विभाग ने अनुशंसा को नहीं माना और वर्ष 2012-17 के दौरान ₹ 9.03 करोड़ के 1,880 मी. टन हाईब्रिड बीज और ₹ 49.51 करोड़ के 79,011 मी. टन उच्च पैदावार किस्म (एचवाईवी) के विरुद्ध मात्र ₹ 1.13 करोड़ के 311 मी. टन हाईब्रिड बीज (16 प्रतिशत) और ₹ 26.95 करोड़ के 56,210 मी. टन उच्च पैदावार किस्म (71 प्रतिशत) वितरित किया। चयनित जिलों की स्थिति नीचे **तालिका 2.2.11** में दर्शायी गयी है।

**तालिका 2.2.11: हाईब्रिड बीज और एचवाईवी बीज वितरण के लक्ष्य एवं पूर्ति**

(विटल में)

जिले का नाम	हाईब्रिड बीज			उच्च उपज किस्म बीज		
	लक्ष्य	उपलब्धि	अनुपलब्धि	लक्ष्य	उपलब्धि	अनुपलब्धि
बलरामपुर	350	0 (निरंक)	350 (100)	3,350	2,222 (66)	1,128 (34)
सरगुजा	950	0 (निरंक)	950 (100)	15,000	10,727 (72)	4,273 (28)
जगदलपुर	2,500	751 (30)	1,749(70)	1,400	0 (निरंक)	1,400 (100)
दन्तेवाड़ा	415	7 (2)	408 (98)	6,000	1,652 (28)	4,348 (72)
कोरिया	1,600	872 (55)	728 (45)	40,200	18,524 (46)	21,616 (54)
रायपुर	1,250	122 (10)	1,128 (90)	73,750	72,703 (99)	1,047 (01)
बिलासपुर	50	0 (निरंक)	50 (100)	16,060	2,352 (15)	13,708 (85)
<b>योग</b>	<b>7,115</b>	<b>1,752 (25)</b>	<b>5,363 (75)</b>	<b>1,55,760</b>	<b>1,08,180 (69)</b>	<b>47,580 (31)</b>

(स्रोत : विभाग द्वारा प्रदायित एवं लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

टीप : कोष्ठक में दिये गये आंकड़े उपलब्धि/अनुपलब्धि का प्रतिशत दर्शाते हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग ने पर्याप्त रूप से जागरूकता/अभिरुचि और फील्ड डे, प्रचार सामग्री और वैज्ञानिक भ्रमण के माध्यम से किसानों को हाईब्रिड बीज/एचवाईवी बीजों के उपयोग के लिये शिक्षित नहीं किया (**कंडिका 2.2.9.1 (iii)** में टिप्पणी की गई है)। इसके अलावा, एनएलएमटी द्वारा विभाग को प्रतिवेदन में बताया गया कि किसान नवीनतम किस्मों के बीजों का उपयोग करने के इच्छुक नहीं थे।

विभाग प्रदर्शन के अधीन हस्तक्षेप के माध्यम से किसानों को शिक्षित करके बीज की नवीनतम किस्मों के उपयोग को बढ़ावा देने में असफल रहा



हालांकि, लेखापरीक्षा ने पाया कि विभाग ने किसानों को शिक्षित करने का प्रयास किया और नई किस्मों के बीज का वितरण भी बढ़ाया था।

उदाहरण स्वरूप विभाग ने इन बीजों के उपयोग के लिए किसानों को शिक्षित करने के लिए आबंटित निधि में से जगदलपुर जिले में 15 प्रतिशत, कोरिया जिले में 73 प्रतिशत और रायपुर जिले में 73 प्रतिशत व्यय किया। उपरोक्त तालिका (55 प्रतिशत तक हाइब्रिड बीज के लिए और 99 प्रतिशत एचवाईवी के लिए) से देखा जा सकता है कि इन जिलों में बीज का बेहतर वितरण किया गया है। इसके विपरीत सरगुजा जिले में निर्धारित निधि का मात्र दो प्रतिशत व्यय किया गया और किसी भी किसान ने हाइब्रिड बीज क्रय नहीं किया।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि हाइब्रिड बीज एचवाईवी बीज की तुलना में महंगा है और मात्र एक वर्ष के लिए उपयोग किया जा सकता है, इसलिए छोटे और सीमांत किसानों द्वारा कम मात्रा में हाइब्रिड बीज खरीदे/उपयोग किए गये थे।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि विभाग ने इन बीजों का उपयोग करने के लिए पर्याप्त जागरूकता उपायों (आबंटित निधि के दो और 73 प्रतिशत के मध्य व्यय किया) से किसानों को शिक्षित करने या अनुदान आदि जैसी कोई पहल नहीं की। परिणामस्वरूप विभाग बेहतर विविध बीजों के उपयोग विशेष रूप से हाइब्रिड बीज से उत्पादन बढ़ाने के लिए एनएफएसएम के उद्देश्य को बढ़ावा देने में विफल रहा।

### अनुशंसा

विभाग को मिशन के उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए जागरूकता पैदा करना चाहिए और किसानों को हाइब्रिड बीजों/एचवाईवी बीजों का उपयोग सुनिश्चित करने के लिए शिक्षित करना चाहिए।

#### 2.2.9.2 ब आईएनएम, मिट्टी सुधारक, आईपीएम और पीपीएम के उपयोग

दिशानिर्देश बेहतर प्रौद्योगिकी को बढ़ावा देने और विस्तारित करने के लिए नीतियों के विकास को निर्धारित करते हैं जिसमें बीज वितरण, एकीकृत पोषक प्रबंधन (आईएनएम), सूक्ष्म पोषक तत्व, मिट्टी सुधारक, एकीकृत कीट प्रबंधन (आईपीएम) और पौध संरक्षण उपाय (पीपीएम) शामिल हैं।

लेखापरीक्षा द्वारा चयनित जिलों में हितग्राही सर्वेक्षण में 23 से 92 प्रतिशत किसान आईएनएम, मिट्टी सुधारक, आईपीएम और पीपीएम के उपयोग में अनभिज्ञता जताई

चयनित जिलों में 720 हितग्राहियों<sup>69</sup> के सर्वेक्षण से पता चला कि बस्तर के पठार क्षेत्र (जगदलपुर, दंतेवाड़ा और कांकेर) के तीन जिलों में 240 हितग्राहियों में से 221 (92 प्रतिशत), उत्तरी पहाड़ियों के तीन जिलों (सरगुजा, कोरिया और बलरामपुर) में 240 हितग्राहियों में से 188 (78 प्रतिशत) तथा छत्तीसगढ़ मैदान क्षेत्र (रायपुर, बिलासपुर और बेमेतरा) के तीन जिलों में 240 हितग्राहियों में से 55 (23 प्रतिशत) आईएनएम, मिट्टी सुधारक, आईपीएम और पीपीएम के उपयोग से अनभिज्ञ थे। यह इस तथ्य के बावजूद है कि विभाग ने इस उद्देश्य के लिए आवंटित ₹ 18.24 करोड़ (लक्ष्य) में से ₹ 9.66 करोड़ व्यय किये। इस प्रकार विभाग आवश्यकता के आधार पर एनएफएसएम हस्तक्षेप के तहत इन उपायों के उपयोग पर किसानों को शिक्षित करने में विफल रहा।

एसीएस ने लेखापरीक्षा निष्कर्षों को स्वीकार किया और बताया (दिसंबर 2017) कि छत्तीसगढ़ एक जनजातीय राज्य है तथा रबी और खरीफ मौसम में दो प्रशिक्षण सत्र आयोजित किए गए थे ताकि आवश्यकताओं के आधार पर किसानों के मध्य जागरूकता पैदा किया जा सके।

उत्तर मान्य नहीं किया जा सकता है (i) ऐसे प्रशिक्षण में भाग लेने वाले किसानों की संख्या लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराई गई; और (ii) 23 से 92 प्रतिशत हितग्राहियों

<sup>69</sup> ग्राम/विकासखण्ड में पदस्थ आरईओ/एसएडीओ के परामर्श से यादृच्छिक रूप से चयनित।



ने हितग्राही सर्वेक्षण के दौरान लेखापरीक्षा को इन उपायों की अनभिज्ञता की जानकारी दी।

### 2.2.9.2 स एकीकृत पोषक प्रबंधन (आईएनएम)/मिट्टी सुधारक

दिशानिर्देशों के अंतर्गत कृषि विभाग को आईएनएम/मिट्टी सुधारक को लागू करना आवश्यक है। डीएफएसएमईसी को ग्राम पंचायतों के परामर्श से हितग्राहियों की सूची को अंतिम रूप देना आवश्यक है। सूक्ष्म पोषक तत्व/चूना जिप्सम या जिप्सम अथवा अन्य सल्फर युक्त उर्वरक जैसे फॉस्फोर-जिप्सम/बेटोनाइट सल्फर का उपयोग संबंधित आईसीएआर की अनुशंसाओं के आधार<sup>70</sup> पर उपयोग किए जाने है। किसानों को इन आदानों की लागत का 50 प्रतिशत वहन करना है और शेष राशि विभाग द्वारा वित्तीय सीमाओं<sup>71</sup> के अधीन वहन की जानी है।

चयनित जिलों में अभिलेखों की जाँच से पाया गया कि डीएफएसएमईसी ने ग्राम पंचायत के परामर्श से हितग्राहियों की सूची को अंतिम रूप नहीं दिया और न ही विभाग ने प्रक्रियाओं और आईसीएआर/यूएसए इत्यादि की अनुशंसाओं का पालन किया है। इसके विपरीत, आईएनएम पहल के तहत किसानों की मांग और संबंधित विकासखण्ड के एसएडीओ/आरईओ द्वारा इस पर प्रतिवेदन कि यह आवश्यक था, प्राप्त करके सहायता प्रदान की गई। इस प्रकार प्रक्रिया को बंद कर दिया गया। परिणामस्वरूप जैव उर्वरक के लिये लक्षित लक्ष्यों का केवल 63 प्रतिशत पूर्ति की जा सकी जबकि सूक्ष्म पोषक तत्व की पूर्ति 91 प्रतिशत थी। सूक्ष्म पोषक तत्व के बेहतर प्रदर्शन का मुख्य कारण यह है कि इसे पौधों में आवश्यक तत्वों के रूप में उपयोग किया जाता था और कम मात्रा की आवश्यकता होती थी।

राज्य और चयनित जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान सूक्ष्म पोषक तत्वों और मिट्टी सुधारक हस्तक्षेपों के तहत भौतिक और वित्तीय लक्ष्यों और पूर्तियों का विवरण तालिका 2.2.12 में दर्शाया गया है।

तालिका 2.2.12: आईएनएम के तहत लागू विभिन्न मदों के भौतिक और वित्तीय लक्ष्य और पूर्ति

मदो का नाम	राज्य						चयनित जिले					
	लक्ष्य (हेक्टेयर में)	उपलब्धि / प्रतिशत (हेक्टेयर में)	आधिव्य/बचत उपलब्धि	प्रावधान (करोड़ ₹ में)	व्यय (करोड़ ₹ में)	अनुपयोगित राशि (करोड़ ₹ में)	लक्ष्य (हेक्टेयर में)	उपलब्धि / प्रतिशत (हेक्टेयर में)	आधिव्य/बचत उपलब्धि	प्रावधान (करोड़ ₹ में)	व्यय (करोड़ ₹ में)	अनुपयोगित राशि (करोड़ ₹ में)
माईक्रोन्यूट्रेंट	1,00,009	91,439 (91)	8,571 (9)	5.00	3.65 (73)	1.35 (26)	80,255	57,605 (72)	22,650 (28)	4.05	2.41 (60)	1.63 (40)
चूना/जिप्सम	48,410	51,411 (106)	(-3,001 (-6)	3.83	1.02 (27)	2.81 (73)	24,495	7,635 (31)	16,860 (69)	1.87	0.50 (26)	1.38 (74)
राइजोबियम कल्चर/ फास्फेट सोलबिलिटी/ माईक्रोजियम/ बायोउर्वरक	4,41,596	2,80,293 (63)	1,61,303 (37)	6.05	3.41 (56)	2.64 (44)	1,25,725	1,05,723 (84)	20,002 (16)	1.52	0.81 (54)	0.70 (46)
<b>योग</b>	<b>5,90,015</b>	<b>4,23,143 (71)</b>	<b>1,66,872 (29)</b>	<b>14.88</b>	<b>8.08 (54)</b>	<b>6.80 (46)</b>	<b>2,30,475</b>	<b>1,70,963 (74)</b>	<b>59,512 (26)</b>	<b>7.44</b>	<b>3.72 (50)</b>	<b>3.72 (50)</b>

(स्रोत : विभाग द्वारा प्रदायित एवं लेखापरीक्षा द्वारा संकलित जानकारी)

टीप : कोष्ठक में दिये गये आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

<sup>70</sup> बेसल अनुप्रयोग का उपयोग बुवाई के समय या उससे पहले भूमि पर सीधे उपयोग किया जाता है एवं फलीयर का उपयोग स्थायी पौधे पर होता है।

<sup>71</sup> सूक्ष्मपोषक तत्व ₹ 500/हेक्टेयर, अम्लीय मिट्टी में चूना या पेपर मड ₹ 1000/हेक्टेयर, जिप्सम/अन्य सलफर स्रोत ₹ 750/हेक्टेयर, जैव उर्वरक जैसे की राइजोबियम, दालों में फॉस्फेट घुलन बैक्टेरिया ₹ 100/हेक्टेयर।

लक्ष्य प्राप्त करने में विफलता के मुख्य कारण हैं:

- ✓ जैसा कि उपसंचालक, कृषि के अभिलेखों में पाया गया कि छत्तीसगढ़ में 80 प्रतिशत किसान छोटे और सीमांत वर्ग से संबंधित हैं और शासन द्वारा 50 प्रतिशत अनुदान प्रदान करने के उपरांत भी आईएनएम, मिट्टी सुधारक आदि का उपयोग करने के इच्छुक नहीं हैं। हालांकि विभाग ने अभी तक इस मामले को संज्ञान में नहीं लिया है। इसलिए निर्धारित निधि का 46 प्रतिशत व्यय नहीं किया जा सका।
- ✓ विभाग ने हस्तक्षेपों के लिए निर्धारित प्रक्रिया का पालन नहीं किया जैसे आईसीएआर/एसएयू की अनुशंसा प्राप्त करना और किसानों को उत्पादन में सुधार के लिए इन उपायों के उपयोग के बारे में शिक्षित करना।
- ✓ हालांकि विभाग ने बताया कि इन हस्तक्षेपों के लिए किसानों के मध्य जागरूकता पैदा करने के प्रयास किए जा रहे हैं, तथा यह है कि विभाग ने अनुदान आदि जैसे संभावित उपायों के लिए इन आदानों के उपयोग करने के लिए किसानों की क्रय क्षमता का आंकलन नहीं किया है।

#### 2.2.9.2 द पौध संरक्षण उपाय और एकीकृत कीट प्रबंधन (आईपीएम)

दिशानिर्देश चिन्हाकित जिलों में पौध संरक्षण रसायनों, जैव-कीटनाशकों और खरपतवारों सहित आईपीएम के लिए किसानों को ₹ 500 प्रति हेक्टेयर या लागत का 50 प्रतिशत जो भी कम हो की वित्तीय सहायता निर्धारित करते हैं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2012-17 के दौरान लक्ष्य को प्राप्त करने में आईपीएम में 12 प्रतिशत, न्यूक्लियोपॉलिड्रो वायरस (एनपीवी) के वितरण में 41 प्रतिशत, पौध संरक्षण रसायनों और जैव उर्वरकों में 30 प्रतिशत, अम्लीय मिट्टी में 54 प्रतिशत और खरपतवार में 35 प्रतिशत की सीमा तक कमी आई है जैसा कि **परिशिष्ट 2.2.1** में वर्णित है। चयनित जिलों में बलरामपुर को छोड़कर जहाँ ऐसी कोई गतिविधि नहीं की गई के कारण अभिलेख में नहीं थे, लक्ष्य के विरुद्ध पूर्ति 41 और 100 प्रतिशत के मध्य थी।

लक्ष्य प्राप्त करने में विफलता का मुख्य कारण यह है कि छत्तीसगढ़ में 80 प्रतिशत किसान छोटे और सीमांत वर्ग से संबंधित हैं और किसान शासन से 50 फीसदी अनुदान के बावजूद भी आईपीएम उपायों के उपयोग करने के लिये तैयार नहीं हैं। हालांकि विभाग ने अभी तक अनुदान आदि जैसे संभावित उपायों के साथ किसानों की क्रय क्षमता में सुधार के मामले को संबोधित नहीं किया है।

एसीएस ने लेखापरीक्षा आपत्तियों को स्वीकार (दिसंबर 2017) किया।

#### 2.2.9.2 य कृषि यंत्रीकरण

दिशानिर्देश चयनित किसानों को खेती के उपकरण की लागत<sup>72</sup> का 50 प्रतिशत क्षेत्र परिचालनों की प्रभावकारिता में सुधार, फसल में वृद्धि और खेती की लागत का लाभ उठाने के लिये सहायता के लिए प्रदान करते हैं। हितग्राहियों की सूची जिला परिषद के परामर्श से उपसंचालक, कृषि द्वारा तैयार और डीएफएसएमईसी द्वारा अनुमोदित की जानी है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि किसी भी चयनित जिले में उपसंचालक, कृषि ने डीआईएफएमईसी द्वारा अनुमोदन के लिए जिला परिषद के परामर्श<sup>73</sup> से हितग्राहियों की सूची तैयार नहीं की थी। इसके विपरीत किसानों की मांग प्राप्त करके कृषि यंत्रीकरण

<sup>72</sup> इनके सीमा राशि के अधीन

<sup>73</sup> यद्यपि, प्रदर्शन गतिविधियों में जिला परिषद द्वारा हितग्राहियों के चयन के परिणामस्वरूप भौतिक लक्ष्य के 100 प्रतिशत उपलब्धि हुई, जहाँ जिला परिषद द्वारा हितग्राहियों का चयन नहीं किया गया था अन्य हस्तक्षेपों (बीज वितरण, मृदा संवर्धन, आईएनएम, पीपीएम, कृषि यंत्रीकरण, स्थानीय पहल) की तुलना में लक्ष्य 18 से 71 प्रतिशत रहा।

के तहत सहायता प्रदान की गई जो योजना के तहत हस्तक्षेप को बढ़ाने के लिए किए गए प्रावधानों से कम थी। इस प्रकार उपसंचालक, कृषि द्वारा जिला स्तर पर निर्धारित प्रक्रिया को हटा दिया गया था।

परिणामतः विभाग द्वारा 12.26 करोड़ 3.11 लाख मीटर (37 प्रतिशत) पाइप प्रदान करने के लिए और 0.44 लाख (63 प्रतिशत) उपकरणों पर वर्ष 2012-17 में मांग के आधार पर व्यय किया गया जबकि 8.40 लाख मीटर पाइप की आपूर्ति और 0.70 लाख के उपकरणों के लिए ₹ 23.93 करोड़ का प्रावधान एनएफएसएम के प्रक्षेत्र मशीनीकरण के तहत कार्यान्वयन के लिए था।

लेखापरीक्षा ने 720 योजना हितग्राहियों<sup>74</sup> का सर्वेक्षण भी किया और पाया कि मात्र 243 हितग्राहियों (34 प्रतिशत) के पास सिंचाई के लिए पंप और पाइप हैं 358 हितग्राहियों (50 प्रतिशत) के पास मात्र पंप है और 119 हितग्राहियों (16 प्रतिशत) के पास कोई पंप या पाइप नहीं थे। इन किसानों ने लेखापरीक्षा को बताया कि पंप और पाइप की अनुपस्थिति में उन्हें अपने खेतों को सिंचाई करने में कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है और पड़ोसी किसानों के पंपों पर निर्भर होना पड़ता है।

इस प्रकार, प्रक्षेत्र मशीनीकरण के माध्यम से क्षेत्र परिचालन की प्रभावकारिता में सुधार के लिए एनएफएसएम के उद्देश्य को प्राप्त नहीं किया गया था।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि विशेष किसानों द्वारा कृषि उपकरणों का उपयोग किया गया था और पाइप के उपयोग के माध्यम से किसानों को सिंचाई बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया जा रहा है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि (1) सुविधा बढ़ाने के लिए हितग्राहियों के चयन में दिशानिर्देश के प्रावधान का पालन नहीं किया गया था; (2) विभाग ने उन किसानों की संख्या का पता नहीं लगाया है जिनके पास हस्तक्षेप के तहत सहायता बढ़ाने के लिए स्वयं के पंप और पाइप नहीं है।

### 2.2.9.2 फ प्रशिक्षण

दिशानिर्देश निर्दिष्ट करता है कि किसानों का प्रशिक्षण बेहतर फसल उत्पादन प्रथाओं के त्वरित प्रसार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इसके अलावा दिशानिर्देश प्रत्येक प्रशिक्षण के चार सत्र आयोजित करना प्रस्तावित करता है अर्थात् एक खरीफ और रबी मौसम की शुरुआत में, एक प्रत्येक खरीफ और रबी मौसम के दौरान। प्रत्येक सत्र में 30 प्रतिभागियों/ किसानों का एक समूह होगा और सभी चार सत्रों में समान प्रतिभागी होंगे।

राज्य और चयनित जिलों में किसानों के प्रशिक्षण के लक्ष्य और पूर्ति उपलब्धि (भौतिक और वित्तीय दोनों) के वर्षवार विवरण तालिका 2.2.13 और 2.2.14 में दर्शाये गये हैं।

तालिका 2.2.13: वर्ष 2012-17 के दौरान राज्य में भौतिक और वित्तीय लक्ष्य और प्रशिक्षण की पूर्ति

वर्ष	भौतिक लक्ष्य (सत्रों की संख्या)	किसानों की संख्या प्रशिक्षण देने के लिए	भौतिक उपलब्धि (सत्रों की संख्या)	किसानों की संख्या जिन्हें प्रशिक्षण प्रदान किया गया	वित्तीय लक्ष्य (करोड़ ₹ में)	वित्तीय उपलब्धि (करोड़ ₹ में)
2012-13	460	3,450	380	2,850	0.64	0.44
2013-14	380	2,850	342	2,565	0.53	0.59
2014-15	250	1,875	196	1,470	0.35	0.32
2015-16	812	6,090	659	4,943	1.14	0.74
2016-17	754	5,655	631	4,732	1.06	0.68
<b>योग</b>	<b>2,656</b>	<b>19,920</b>	<b>2,208</b>	<b>16,560</b>	<b>3.72</b>	<b>2.77</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

<sup>74</sup> ग्राम/विकासखण्ड में पदस्थ आरएईओ/एसएडीओ के परामर्श से यादृच्छिक रूप से चयनित।

तालिका 2.3.14: चयनित जिलों में 2012-17 के दौरान प्रशिक्षण की पूर्ति के भौतिक और वित्तीय लक्ष्य

वर्ष	भौतिक लक्ष्य (सत्रों की संख्या)	किसानों की संख्या प्रशिक्षण देने के लिए	भौतिक उपलब्धि (सत्रों की संख्या)	किसानों की संख्या जिन्हें प्रशिक्षण प्रदान किया गया	वित्तीय लक्ष्य (करोड़ ₹ में)	वित्तीय उपलब्धि (करोड़ ₹ में)
2012-13	120	900	112	840	0.18	0.16
2013-14	120	900	108	810	0.16	0.14
2014-15	88	660	60	450	0.13	0.10
2015-16	248	1,860	200	1,500	0.34	0.21
2016-17	192	1,440	108	810	0.26	0.14
<b>योग</b>	<b>768</b>	<b>5,760</b>	<b>588</b>	<b>4,410</b>	<b>1.07</b>	<b>0.75</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

प्रशिक्षण के लक्ष्य प्राप्त नहीं किये गये।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य में कुल 37.36 लाख किसान परिवारों में से एनएफएसएम के तहत मात्र 16,560 किसानों (0.44 प्रतिशत) को प्रशिक्षण दिया गया और इसलिए राज्य स्तर पर उत्पादकता पर प्रशिक्षण का असर नहीं देखा जा सका। चयनित जिलों में भी उत्पादकता पर प्रशिक्षण के प्रभाव का आंकलन नहीं किया जा सका क्योंकि संचालनालय, एनएफएसएम द्वारा जिलेवार किसान परिवारों की संख्या संधारित नहीं की गई। हालांकि नौ चयनित जिलों में प्रशिक्षण के लक्ष्य के विरुद्ध दो जिलों<sup>75</sup> ने 100 प्रतिशत प्राप्त किया, पाँच<sup>76</sup> जिलों ने 60 और 91 प्रतिशत के बीच प्रतिशत प्राप्त किया जबकि दो<sup>77</sup> जिलों की उपलब्धि भौतिक लक्ष्य के आठ से 40 प्रतिशत के मध्य थी।

लेखापरीक्षा में संबंधित उपसंचालक, कृषि और विभाग की अभिलेखों में निधि की उपलब्धता के बावजूद प्रशिक्षण नहीं देने का कोई कारण नहीं मिला। विभाग द्वारा बताया गया (दिसंबर 2017) कि प्रशिक्षित किसानों ने अपने ज्ञान का अन्य किसानों के साथ साझा किया।

उत्तर मान्य नहीं है। किसानों के मध्य प्रशिक्षण अनुभव साझा करने के आधार पर विभाग निर्धारित लक्ष्य के अनुसार प्रशिक्षण प्रदान करने की अपनी जिम्मेदारी से मुक्त नहीं हो सकता।

### 2.2.9.3 स्थानीय पहल

दिशानिर्देश निर्दिष्ट करता है कि प्रत्येक कार्य की लागत का 50 प्रतिशत (अधिकतम ₹ 1.50 लाख) की वित्तीय सहायता राज्यों को चावल, गेहूँ, दाल और मोटे अनाज के उत्पादन को बढ़ावा देने के लिए स्थल विशिष्ट हस्तक्षेप (मिशन की सामान्य गतिविधियों के तहत शामिल नहीं) करने के लिए प्रदान की जानी थी। इस हस्तक्षेप के तहत जल संसाधनों का विस्तार, महत्वपूर्ण आदानों आदि के सुरक्षित भंडारण के लिए गोदामों के विकास आदि को किया जाना था। इन हस्तक्षेपों को जिला परिषद के परामर्श से चुना जाना था और राज्य स्तर पर विशेषज्ञों की एक टीम द्वारा मूल्यांकन किया जाना था। एसएफएसएमईसी द्वारा विशिष्ट हस्तक्षेपों की स्वीकृति मिलने पर जिला स्तर पर उपसंचालक, कृषि को निधि जारी किया जाना था।

राज्य और चयनित जिलों में वर्ष 2012-17 के दौरान स्थानीय पहल पर किए गए व्यय का विवरण तालिका 2.2.15 और 2.2.16 में वर्णित है:

<sup>75</sup> बेमेतरा और कोरिया।

<sup>76</sup> बिलासपुर, दन्तेवाड़ा, जगदलपुर, कांकेर और रायपुर।

<sup>77</sup> बलरामपुर और सरगुजा।

तालिका 2.2.15: वर्ष 2012-17 के दौरान राज्य में स्थानीय पहल का भौतिक और वित्तीय लक्ष्य एवं पूर्ति

वर्ष	भौतिक लक्ष्य	भौतिक उपलब्धि (प्रतिशत)	वित्तीय लक्ष्य (करोड़ ₹ में)	वित्तीय उपलब्धि (करोड़ ₹ में) (प्रतिशत)
2012-13	200	0 (01)	1.94	0.11 (06)
2013-14	166	76 (46)	2.67	0.53 (20)
2014-15	352	280 (80)	3.86	1.51 (53)
2015-16	1,078	784 (73)	11.00	6.06 (55)
2016-17	806	404 (50)	9.50	3.97 (41)
<b>योग</b>	<b>2,602</b>	<b>1,544 (59)</b>	<b>28.97</b>	<b>12.18 (42)</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

तालिका 2.3.16: वर्ष 2012-17 के दौरान चयनित जिलों में स्थानीय पहल का भौतिक और वित्तीय लक्ष्य एवं पूर्ति

वर्ष	भौतिक लक्ष्य	भौतिक उपलब्धि (प्रतिशत)	वित्तीय लक्ष्य (करोड़ ₹ में)	वित्तीय उपलब्धि (प्रतिशत) (करोड़ ₹ में)
2012-13	200	50 (25)	0.61	0 (0)*
2013-14	40	20 (50)	0.30	0 (0)*
2014-15	80	51 (64)	0.92	0.35 (38)
2015-16	116	103 (89)	1.74	0.58 (33)
2016-17	167	120 (72)	2.23	1.50 (67)
<b>योग</b>	<b>603</b>	<b>344 (57)</b>	<b>5.80</b>	<b>2.43 (42)</b>

(स्रोत: विभाग द्वारा दी गई जानकारी और लेखापरीक्षा द्वारा संकलित)

\*हालांकि वर्ष 2012-13 और 2013-14 के दौरान भौतिक प्रगति देखी गई है, लेकिन चयनित जिलों के उपसंचालक, कृषि द्वारा स्थानीय पहलों के लिए कोई भुगतान नहीं किया गया जिसके कारण अभिलेख में नहीं थे।

निधि के कम उपयोग का मुख्य कारण विभाग को उन कार्यों की पहचान करने में विफलता थी जो जिला परिषद के परामर्श से फसलों की उत्पादन और उपज बढ़ाने में किसानों को लाभ पहुंचाएंगे और दिशानिर्देश में निर्धारित एसएफएसएमईसी द्वारा राज्य स्तर पर विशेषज्ञों को शामिल करेंगे। यह विशेष रूप से स्थानीय पहलों में क्रियान्वित नहीं किया गया और यह विशेषकर जब चावल एवं मोटे अनाज के उत्पादन में कमी आई थी।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि किसानों को हस्तक्षेपों के लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन देने की आवश्यकता है और इसके बाद योजना का लाभ पहले आओ पहले पाओ आधार पर (प्रदर्शन को छोड़कर) दिया जाता है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि योजना दिशानिर्देश में कहीं भी उल्लेखित नहीं है कि किसानों को हस्तक्षेपों का लाभ उठाने के लिए आवेदन देना होगा। इसके बजाय, दिशानिर्देशों के अनुसार जिला परिषद के परामर्श से हस्तक्षेपों का चयन किया जाना था और राज्य स्तर पर विशेषज्ञों की एक टीम द्वारा मूल्यांकन किया जाना था, जो नहीं किया गया। मानदंडों का पालन नहीं करने के लिए कोई कारण लेखापरीक्षा दल को प्रस्तुत नहीं किया गया था।

#### अनुशंसा

विभाग को लक्ष्यों के विरुद्ध पूर्ति को अनुकूलित करने के लिए एनएफएसएम के विभिन्न हस्तक्षेपों (आवश्यकता आधारित आदानों, प्रशिक्षण और स्थानीय पहल) के तहत बाधाओं को दूर करना चाहिए।

## 2.2.10 निगरानी और मूल्यांकन

परियोजना प्रबंधन दल (पीएमटी) को फसल-कटाई के प्रयोगों और कार्यक्रम की सफलता समवर्ती मूल्यांकन के द्वारा प्रत्येक प्रदर्शन के कार्यान्वयन की निगरानी एवं प्रदर्शन में फसल के उपज के आंकड़े दर्ज करना था। कुछ सफल कहानियों के संदर्भ में प्रत्येक प्रदर्शन के परिणाम विकासखण्ड, जिला और राज्य स्तर पर पुस्तिका के रूप में संकलित किए जाने थे। हस्तक्षेपों के भौतिक और वित्तीय लक्ष्यों की पूर्ति की गहन निगरानी करना और जिला/राज्य स्तर पर तिमाही/वार्षिक रूप से प्रस्तुत किया जाना था। मिशन के समवर्ती मूल्यांकन को एएपी और उसके उद्देश्यों के अनुरूप मिशन के प्रदर्शन का आंकलन करने के लिए कृषि विभाग/अर्थशास्त्र और सांख्यिकी विभाग/एसएयू द्वारा किया जाना था।

हालांकि विभाग ने एक सलाहकार<sup>78</sup> के साथ पीएमटी गठित (अगस्त 2012) किया था, जिला स्तर पर 17 तकनीकी सहायकों के प्रावधान के विरुद्ध मात्र एक तकनीकी सहायक नियुक्त किया गया था। निगरानी स्तर पर कर्मचारियों की कमी के कारण दिशानिर्देशों के अनुसार प्रदर्शनों के परिणाम पुस्तिका के रूप में संकलित नहीं किए गए थे। इसके अलावा भारत शासन की राष्ट्रीय टीम द्वारा इस योजना के कार्यान्वयन के एक वार्षिक समवर्ती मूल्यांक (2014-15) को छोड़कर विभाग द्वारा प्रारम्भ से योजना का कोई मूल्यांकन नहीं किया गया। इस मूल्यांकन प्रतिवेदन में हितग्राहियों का सावधानीपूर्वक चुनाव, बेहतर पैदावार के लिए प्रदर्शन और प्रौद्योगिकी के उपयोग का विस्तार करने की आवश्यकता पर बल दिया। हालांकि विभाग ने इस प्रतिवेदन की विभिन्न कंडिकाओं में उल्लिखित क्षेत्रों में कोई भी कार्रवाई नहीं की।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि कृषि विश्वविद्यालय के एक वैज्ञानिक सहित एक निगरानी टीम राष्ट्रीय स्तर पर वर्ष में दो बार योजना के कार्यान्वयन की निगरानी और मूल्यांकन करने के लिए गठित की गई है। अगामी वर्ष से उनकी अनुशांसा के अनुसार वार्षिक कार्य योजना तैयार की जाएगी।

उत्तर संतोषप्रद नहीं है क्योंकि पीएमटी के जिला स्तर पर 17 तकनीकी सहायकों के प्रावधान के विरुद्ध मात्र एक तकनीकी सहायक था और इससे योजना की निगरानी पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। योजना का मात्र एक समवर्ती मूल्यांकन वर्ष 2014-15 में राष्ट्रीय टीम द्वारा किया गया था और राज्य में इस योजना के प्रारंभ से विभाग द्वारा कोई मूल्यांकन नहीं किया गया।

### 2.2.10.1 राज्य खाद्य सुरक्षा मिशन कार्यकारी समिति का क्रियाकलाप

कृषि विभाग, सिंचाई, ऊर्जा, पंचायती राज, जनजातीय मामलों और सामाजिक कल्याण विभाग के सदस्यों के रूप में विभिन्न शासकीय विभागों के सचिवों के साथ मुख्य सचिव की अध्यक्षता में राज्य खाद्य सुरक्षा मिशन कार्यकारी समिति (एसएफएसएमईसी) का गठन हेतु दिशानिर्देश निर्दिष्ट करता है। समिति का मुख्य कार्य राज्य में मिशन की गतिविधियों की निगरानी करना था।

राज्य शासन ने मिशन की गतिविधियों की निगरानी के लिए अक्टूबर 2007 में एसएफएसएमईसी का गठन किया।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि भारत शासन को एएपी भेजने से पूर्व एसएफएसएमईसी द्वारा स्वीकृति दी जाती है। समिति की बैठकों में लिये गए निर्णय के अनुसार एनएफएसएम योजना लागू की जा रही है।

<sup>78</sup> वर्ष 2012-15 के दौरान ₹ 5.70 लाख का भुगतान सलाहकार को किया गया।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि वर्ष 2015-16 में एक मात्र बैठक को छोड़कर विभाग वर्ष 2012-17 के दौरान समिति के बैठकों के कोई साक्ष्य प्रस्तुत करने में विफल रहा। बैठकों के अभाव में विभाग का दावा साक्ष्य द्वारा समर्थित नहीं थे।

### 2.2.10.2 जिला स्तर बीज समिति का गठन

परिचालन दिशानिर्देशों के अनुच्छेद 12.5 में निहित है कि डीएफएसएमईसी के अध्यक्ष द्वारा जिला स्तरीय बीज समिति (डीएलएससी) का गठन किया जाएगा, जिसे बीज की मांग और अंतिम उपयोगकर्ताओं तक इसके वितरण के लिए हितग्राहियों की सूची सत्यापित करने का कार्य सौंपा जाएगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि चयनित जिलों में बीज समितियों का गठन इस आधार पर नहीं किया गया कि बीज का आंकलन विभाग द्वारा किया गया था।

एसीएस ने बताया (दिसंबर 2017) कि बीज की विविधता का मूल्यांकन केवीके के वैज्ञानिक के मार्गदर्शन के अनुसार किया जाता है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि डीएलएससी बीजों के लिए हितग्राहियों की सूची, इनकी मांग और अंतिम उपयोगकर्ताओं की सूची आदि तैयार करने में विफल रहा।

#### अनुशंसा

विभाग को योजना के कार्यान्वयन के समवर्ती मूल्यांकन को सुनिश्चित करके निगरानी और पर्यवेक्षण को मजबूत बनाना चाहिये, डीएलएससी का गठन करना चाहिए और एनएफएसएमईसी को अपने कार्यों को प्रभावी रूप से निर्वहन करने के लिये बैठक आयोजित करने हेतु निर्देशित किया जाना चाहिये। राज्य और जिले स्तर पर मिशन के निगरानी गतिविधियों को सुव्यवस्थित करने के लिये परामर्शदाताओं, तकनीकी सहायकों की नियुक्ति सुनिश्चित किया जाना चाहिये।

### 2.2.11 निष्कर्ष

एनएफएसएम को 13 जिलों में चावल, नौ जिलों में मोटे अनाज और सभी 27 जिलों में दाल के लिए लागू किया गया था जबकि एनएफएसएम के तहत गेहूं और वाणिज्यिक फसलों को नहीं लिया गया था। एनएफएसएम के तहत हस्तक्षेप के कार्यान्वयन से पहले आधारभूत सर्वेक्षण नहीं किया गया था और कार्य योजना तैयार नहीं की गई थी।

चावल और मोटे अनाज का उत्पादन और पैदावार वर्ष 2012-13 से 2016-17 में कम हुआ जबकि दाल के उत्पादन में 1.94 प्रतिशत (15,940 मी. टन) और उपज में 1.91 प्रतिशत (13 किग्रा/हेक्टेयर) की मामूली वृद्धि हुई है। वर्ष 2012-17 के दौरान दलहन के क्षेत्र का विस्तार नहीं हुआ था, जबकि चावल 0.59 प्रतिशत (22,850 हेक्टेयर) और मोटे अनाज के 6.34 प्रतिशत (21,040 हेक्टेयर) क्षेत्र विस्तार था। इस प्रकार बढ़ते उत्पादन, पैदावार और क्षेत्र विस्तार के अभाव में मिशन के उद्देश्य की पूर्ति नहीं हुई।

वर्ष 2012-17 के दौरान एनएफएसएम का लाभ मात्र चार प्रतिशत किसानों (1.38 लाख) के लिए भूमि प्रदर्शन के माध्यम से कृषि भूमि के छः प्रतिशत (2.76 लाख हेक्टेयर), बीज वितरण के तहत 64 प्रतिशत किसानों (23.89 लाख) को, आईएनएम/मिट्टी के सुधार के तहत छः प्रतिशत किसान (2.11 लाख) को, पीपीएम और आईपीएम के तहत तीन प्रतिशत किसान (1.26 लाख) को, कृषि यंत्रीकरण के तहत छः प्रतिशत किसान (2.27 लाख) को, प्रशिक्षण में 0.4 प्रतिशत किसान (0.16 लाख) और स्थानीय पहलों के तहत 0.02 प्रतिशत किसान (0.01 लाख) को प्रदान किए गए थे। यह राज्य में एनएफएसएम के सीमित हस्तक्षेप का संकेत देते हैं।

एनएफएसएम महत्वपूर्ण घटकों के तहत कार्यान्वयन की कमी से ग्रस्त था। परिणामतः, चावल के लिए बीज वितरण के तहत उपलब्धियां 70 प्रतिशत, दाल के लिए 71



प्रतिशत और मोटे अनाज के लिए मात्र 18 प्रतिशत थी, जबकि आईएनएम और मिट्टी सुधारक के तहत 71 प्रतिशत एवं आईपीएम तथा पीपीएम के तहत 69 प्रतिशत थी। इसके अलावा वर्ष 2012-17 के दौरान प्रशिक्षण के तहत उपलब्धि 83 प्रतिशत और स्थानीय पहलों के तहत 59 प्रतिशत थी। परिणामस्वरूप, एनएफएसएम के तहत इन हस्तक्षेपों के लिए कुल निर्धारित निधि के 31 प्रतिशत (₹ 500.36 करोड़ में से ₹ 154.18 करोड़) अनुपयोगी रही।

चयनित जिलों में 75 प्रतिशत लक्षित हाइब्रिड बीज और 31 प्रतिशत उच्च पैदावार किस्म के बीज किसानों को वितरित नहीं किए जा सकते थे, जबकि एनएफएसएम हस्तक्षेपों के 760 लाभार्थियों में से 23 से 92 प्रतिशत आईएनएम, मिट्टी सुधारक, आईपीएम और पीपीएम के उपयोग की जानकारी की अनभिज्ञता की सूचना लेखापरीक्षा को दी। इसके अलावा प्रदर्शन गतिविधियां 200 प्रदर्शन प्लाटों के मात्र 10 से 14 प्रतिशत की उत्पादकता को स्थानीय और बेहतर प्रकार के बीजों का उपयोग करके कंट्रोल प्लाटों की तुलना में 50 प्रतिशत से अधिक की उत्पादकता बढ़ा सकती है। इसके अलावा विभाग द्वारा स्थानीय पहलों के तहत उपलब्ध निधि का 58 प्रतिशत व्यय नहीं किया जा सका जबकि निधि की उपलब्धता के बावजूद 17 प्रतिशत (19,920 में से 3,360 किसानों को कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया था।

मिशन की गतिविधियों की निगरानी के लिए अक्टूबर 2007 में गठित एसएफएसएमईसी, निगरानी और पर्यवेक्षण के रूप में प्रभावी नहीं था, इस दौरान वे वर्ष 2015-16 में एक<sup>79</sup> बार मिले थे, जबकि किसानों को बीज के वितरण की निगरानी करने के लिए जिला स्तर बीज समिति का गठन नहीं हुआ था। इसके अलावा निगरानी के लिए जिला स्तर पर तकनीकी सहायक नियुक्त नहीं किए गए थे। इसके अतिरिक्त विभाग द्वारा वार्षिक मूल्यांकन की आवश्यकता के विरुद्ध वर्ष 2014-15 में मात्र एक बार मिशन का समवर्ती मूल्यांकन कराया गया था।

---

<sup>79</sup> संचालक, एनएफएसएम की वर्ष 2015-16 में बैठक की केवल एक बैठक विवरण के अभिलेख प्रस्तुति के आधार पर निकाला गया निष्कर्ष।