അദ്ധ്യായം VII

കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതികളുടെ നടപ്പാക്കൽ

ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ തെരഞ്ഞെടുത്ത കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതികളുടെ നടപ്പാക്കൽ തൃപ്തികരമായിരുന്നില്ല. പ്രധാനമന്ത്രി ജൻ ആരോഗ്യയോജന (പിഎംജെഎവൈ)യുടെ കീഴിൽ ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് തുകകൾ നൽകുന്നതിൽ ക്രമാതീതമായ കാലതാമസം ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടു. പിഎംജെഎവൈ നടപ്പാക്കാനായി സഹായിക്കുന്ന ജില്ലാ നിർവ്വഹണ യൂണിറ്റും, ജില്ലാ ഉദ്യോഗസ്ഥരടങ്ങുന്ന സംസ്ഥാന തലത്തിൽ തട്ടിപ്പ് തടയുന്നതിനും മെഡിക്കൽ ഓഡിറ്റിനും വിജിലൻസിനുമായുള്ള ഒരു സംയോജിത യൂണിറ്റും രൂപീകരിച്ചിരുന്നില്ല. ജനനി സുരക്ഷായോജന, ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ പദ്ധതി എന്നിവയിൻ കീഴിൽ കൊണ്ടു വന്നിരുന്ന ഗുണഭോക്താക്കളുടെ എണ്ണം വളരെ കുറവായിരുന്നു.

ആരോഗ്യം ഒരു സംസ്ഥാനവിഷയമായതിനാൽ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുള്ള സംസ്ഥാനസർക്കാരുകളുടെ ശ്രമങ്ങൾക്ക് പ്രഥമ, ദ്വിതീയ, തൃതീയ പരിചരണതലങ്ങളിലെ വിവിധ പദ്ധതികളിലൂടെ കേന്ദ്ര സർക്കാർ അധിക സഹായം നൽകുന്നു. ഭരണ ഘടനയുടെ അനുഛേദം 282-നു കീഴിൽ കേന്ദ്രസർക്കാർ കേന്ദ്രമേഖല, കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതികളിലൂടെയും സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് സഹായം എത്തിക്കുന്നു. കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതികൾ കേന്ദ്രമേഖലയിലെ പദ്ധതികളിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തപ്പെടുന്നത് എങ്ങനെയെന്നാൽ, കേന്ദ്രമേഖലയിലെ പദ്ധതികൾ കേന്ദ്ര സർക്കാർ നേരിട്ട് നടപ്പാക്കുമ്പോൾ കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതികൾ സംസ്ഥാനങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കുന്നു. സംസ്ഥാനത്ത് നടപ്പാക്കുന്ന തിരഞ്ഞെടുത്ത കേന്ദ്രാവിഷ്കൃതപദ്ധതികളുടെ പരിശോധനയെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള നിരീക്ഷണങ്ങൾ തുടർന്നുള്ള ഖണ്ഡികകളിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്നു.

7.1 നാഷണൽ അർബൻ ഹെൽത്ത് മിഷൻ (എൻയുഎച്ച്എം)

നാഷണൽ ഹെൽത്ത് മിഷന്റെ (എൻഎച്ച്എം) ഉപദൗത്യമായ നാഷണൽ അർബൻ ഹെൽത്ത് മിഷന് (എൻയുഎച്ച്എം) 2013 മെയ് 1-ന് മന്ത്രിസഭ അംഗീകാരം നൽകി. നഗരങ്ങളിലെ ദരിദ്രർക്ക് പ്രാഥമികാവശ്യമായ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിലൂടെയും ചികിത്സയ്ക്കുള്ള ഔട്ട്-ഓഫ്-പോക്കറ്റ് ചെലവുകൾ കുറയ്ക്കുന്നതിലൂടെയും നഗരവാസികളുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റാനാണ് എൻയുഎച്ച്എം വിഭാവനം ചെയ്യുന്നത്.

നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ 'വൾനറബിലിറ്റി മാപ്പിംഗ് ആൻഡ് അസസ്മെന്റ് നടത്താൻ എൻയുഎച്ച്എം വിഭാവനം ചെയ്യുന്നു. അതുവഴി നഗരത്തിലെ പിഎച്ച്സികൾ/സിഎച്ച്സികൾ, ഔട്ട്റീച്ച് സേവനങ്ങൾക്കായുള്ള സൈറ്റുകൾ എന്നിവയുടെ സ്ഥാനം മികച്ച രീതിയിൽ ആസൂത്രണം ചെയ്യാനും ദുർബല ഗ്രൂപ്പുകളുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്കാനും കഴിയും.

7.1.1 മാപ്പിംഗും വൾനറബിലിറ്റി അസസ്മെന്റും

തെരഞ്ഞെടുത്ത നാല് ജില്ലകളിലും എൻയുഎച്ച്എം നടപ്പാക്കുകയും, സിറ്റി മാപ്പിംഗ്, വൾനറബിലിറ്റി അസസ്മെന്റ് എന്നിവ നടത്തുകയും ചെയ്തു. 2018-ൽ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ ജിഐഎസ് മാപ്പിംഗ് വഴിയാണ് സിറ്റി മാപ്പിംഗ് നടത്തിയത്.

7.1.2 എൻയുഎച്ച്എമ്മിന്റെ ഔട്ട്റീച്ച് സേവനങ്ങൾ

ഓഡിറ്റ് കാലയളവിൽ തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ നടന്ന ഔട്ട്റീച്ച് സെഷനുകളുടെ നില **പട്ടിക 7.1** -ൽ നൽകിയിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 7.1: തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ നടന്ന ഔട്ട്റീച്ച് സെഷനുകളുടെ നില

ജില്ലയുടെ പേര്	ലക്ഷ്യം	നേട്ടം	കുറവ്	കുറവ് (ശതമാനത്തിൽ)
തിരുവനന്തപുരം	3110	4543	0	0.00
ആലപ്പുഴ	932	1221	0	0.00
മലപ്പുറം	2456	4887	0	0.00
വയനാട്	234	77	157	67.09

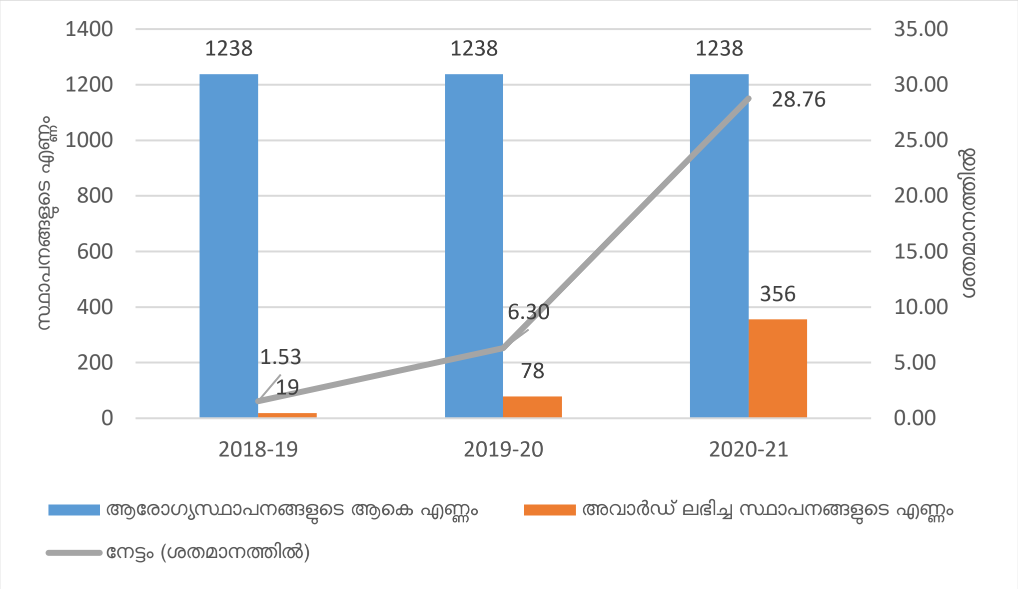
(ഉറവിടം : എൻഎച്ച്എമ്മിൽ നിന്നും ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ)

വയനാട് ജില്ലയിൽ ഔട്ട്റീച്ച് സെഷനുകൾ നടത്തുന്നതിൽ 67 ശതമാനം കുറവുണ്ടായതായി ഓഡിറ്റ് കണ്ടെത്തി.

7.2 കായകൽപ പദ്ധതി

പൊതുആരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാനങ്ങളിൽ ശുചിത്വവും ആരോഗ്യരക്ഷാപരമായ കാര്യങ്ങളും, രോഗസംക്രമണനിയന്ത്രണ നടപടികളും മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുടെ ഗുണനിലവാരം ഉയർത്തുന്നതിനും, മാതൃകാപരമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആരോഗ്യപരിപാലന സംവിധാനങ്ങൾക്ക് പ്രോത്സാഹനം നൽകുന്നതിനുമായി ഒരു ദേശീയ സംരംഭത്തിന് കേന്ദ്ര സർക്കാരിന്റെ ആരോഗ്യകുടുംബക്ഷേമ മന്ത്രാലയം (എംഒഎച്ച്എഫ്ഡബ്ല്യു) 2015 മേയ് 15-ന് ആരംഭം കുറിച്ചു. 2015-ൽ ഡിഎച്ചിൽ നിന്നും ആരംഭിച്ച പദ്ധതി പിഎച്ച്സി (2016) തലം വരെ വ്യാപിക്കുകയും, 2017 -ഓടെ എല്ലാ നഗര ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളിലും എത്തുകയും ചെയ്തു. ഉന്നതനിലവാരത്തിലുള്ള ശുചിത്വം, ശുചിത്വ പരിപാലനം, രോഗസംക്രമണനിയന്ത്രണം എന്നിവ പ്രദർശിപ്പിക്കുന്ന പൊതുജനാരോഗ്യസംവിധാനങ്ങൾക്ക് അവാർഡുകൾ നൽകുന്നതിലൂടെ സംവിധാനങ്ങളെ അഭിനന്ദിക്കുകയും ആരോഗ്യകരമായ ഒരു ചുറ്റുപാട് സൃഷ്ടിക്കുന്നതിനുള്ള അവരുടെ ശ്രമങ്ങളെ അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നതായിരുന്നു ഈ സംരംഭത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യം. എംഒഎച്ച്എഫ്ഡബ്ല്യു രൂപം നൽകിയ കായകൽപ നിർണ്ണയ ടൂൾ (ചെക്ക് ലിസ്റ്റ്) പ്രകാരം ഓരോ തലത്തിലുമുള്ള വിലയിരുത്തലിൽ 70 ശതമാനമോ അതിലധികമോ സ്കോർ ചെയ്യുന്ന സംവിധാനങ്ങൾക്ക് ക്യാഷ് അവാർഡുകൾ നൽകുന്നതാണ്. സംസ്ഥാനത്തിലെ കായകൽപ പരിപാടിയിലെ വിജയികളുടെ വിവരം **ചാർട്ട് 7.1**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

ചാർട്ട് 7.1: സംസ്ഥാനത്തിലെ കായകൽപ പരിപാടിയുടെ കീഴിലെ വിജയികളുടെ നില



അവാർഡിനർഹരായ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ശതമാനം 2018-ൽ 1.53 ശതമാനമായിരുന്നത് 2020-21-ൽ 28.76 ശതമാനമായി വർദ്ധിച്ചു എന്ന് കാണപ്പെട്ടു. എന്നാൽ, 70 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രികളിൽ വേണ്ട നിലവാരത്തിലുള്ള ആരോഗ്യകരമായ ചുറ്റുപാടുകൾ ഇനിയും നേടേണ്ടതായിട്ടുണ്ട് എന്ന വസ്തുത അവശേഷിക്കുന്നു.

സർക്കാർ ഇതിന് മറുപടി നൽകിയിട്ടില്ല (2023 നവംബർ).

7.3 ദേശീയ ഗുണനിലവാര ഉറപ്പാക്കൽ പദ്ധതിക്ക് കീഴിലുള്ള നേട്ടം

പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുടെയും ലോകമെമ്പാടുമുള്ള ഏറ്റവും മികച്ച മാതൃകകളുടെയും പ്രത്യേക ആവശ്യകതകൾ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചുകൊണ്ടാണ് ദേശീയ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ സ്റ്റാൻഡേർഡുകൾ (എൻക്യൂഎഎസ്) രൂപപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. ഡിഎച്ചുകൾ, സിഎച്ച്സികൾ, പിഎച്ച്സികൾ, യുപിഎച്ച്സികൾ എന്നിവയ്ക്ക് ഇപ്പോൾ എൻക്യൂഎഎസ് ലഭ്യമാണ്. ഈ സ്റ്റാൻഡേർഡുകളുടെ പ്രധാന ഉദ്ദേശ്യം ദാതാക്കൾക്ക് അവരുടെ ഗുണമേന്മ നേരത്തേ നിർവചിക്കപ്പെട്ട സ്റ്റാൻഡേർഡുകളിലൂടെ വിലയിരുത്തി, അവരുടെ സംവിധാനങ്ങൾ സർട്ടിഫിക്കേഷനായി കൊണ്ടുവരിക എന്നതാണ്. കേരളത്തിലെ 1,238 പൊതുജന ആരോഗ്യ പരിപാലന സ്ഥാപനങ്ങളിൽ, 140 ആശുപത്രികൾ (11.31 ശതമാനം) പ്രസ്തുത സ്റ്റാൻഡേർഡുകൾ ആർജ്ജിച്ചിരുന്നു. വിശദവിവരങ്ങൾ **പട്ടിക 7.2**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 7.2: സംസ്ഥാനത്ത് എൻക്യൂഎഎസ് സർട്ടിഫിക്കേഷൻ ഉള്ള ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുടെ എണ്ണം (വിഭാഗം തിരിച്ച്)

സംവിധാനത്തിന്റെ ഇനം	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	ആകെ
ഡിഎച്ച്/ജിഎച്ച്	0	0	2	1	0	1	4
റ്റിഎച്ച്/റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്	0	0	3	1	0	0	4
സിഎച്ച്സി	0	1	1	3	2	1	8
പിഎച്ച്സി	0	0	7	41	23	17	88
യുപിഎച്ച്സി	0	0	1	5	16	14	36
ആകെ		**1**	**14**	**51**	**41**	**33**	**140**

(ഉറവിടം: എൻഎച്ച്എം നൽകിയ വിവരങ്ങൾ)

പട്ടിക 7.3-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ പരിശോധന നടത്തിയ ജില്ലകളിൽ എൻക്യുഎഎസ് കൈവരിച്ച ആശുപത്രികൾ ശരാശരി ഏഴ് ശതമാനത്തിനു താഴെ ആയിരുന്നു.

പട്ടിക 7.3: പരിശോധന നടത്തിയ ജില്ലകളിൽ എൻക്യുഎഎസ് നേടിയ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ (എച്ച്ഐ) എണ്ണം

ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ തരം	തിരുവനന്തപുരം		ആലപ്പുഴ		മലപ്പുറം		വയനാട്	
	എച്ച് ഐ കളുടെ എണ്ണം	എൻക്യൂ എഎസ്സ് സർട്ടിഫൈഡ് ആയ എച്ച്ഐ കൾ	എച്ച് ഐ കളുടെ എണ്ണം	എൻക്യൂ എഎസ്സ് സർട്ടിഫൈഡ് ആയ എച്ച്ഐ കൾ	എച്ച് ഐ കളുടെ എണ്ണം	എൻക്യൂ എഎസ്സ് സർട്ടിഫൈഡ് ആയ എച്ച്ഐ കൾ	എച്ച് ഐ കളുടെ എണ്ണം	എൻക്യൂ എഎസ്സ് സർട്ടിഫൈഡ് ആയ എച്ച്ഐ കൾ
ഡിഎച്ച്/ജിഎച്ച്	4	0	3	0	4	0	2	0
റ്റിഎച്ച്/റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്	8	0	6	0	7	0	2	0
സിഎച്ച്സി	20	0	15	0	16	0	7	0
പിഎച്ച്സി	72	5	62	3	89	9	25	4
ആകെ	104	5	86	3	116	9	36	4

ഓഡിറ്റ് നിശ്ചയിച്ച കളർ കോഡ്: ചുവപ്പ് കളർ മോശം പ്രകടനത്തെ (അതായത് 50 ശതമാനത്തിൽ താഴെ) സൂചിപ്പിക്കുന്നു.
(ഉറവിടം: എൻഎച്ച്എം നൽകിയ വിവരങ്ങൾ)

7.4 പരിഷ്കരിച്ച ദേശീയ റ്റിബി നിയന്ത്രണ പദ്ധതി

പരിഷ്കരിച്ച ദേശീയ റ്റിബി നിയന്ത്രണ പദ്ധതി (ആർഎൻറ്റിസിപി) ഇന്ത്യയിൽ ആരംഭിച്ചത് 1997-ൽ ആയിരുന്നു. ഓഡിറ്റ് കാലയളവിൽ കേരളത്തിലെ ആർഎൻടിസിപിയുടെ വർഷം തിരിച്ചുള്ള പ്രകടനം **പട്ടിക 7.4**-ലും, തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ 2022-ലെ പ്രകടനം **പട്ടിക 7.5**-ലും കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 7.4: ആർഎൻറ്റിസിപിയുടെ പ്രകടനം - കേരള സംസ്ഥാനം - 2016 മുതൽ 2022 വരെ.

വർഷം	ആകെ വിജ്ഞാപനം ചെയ്ത കേസുകൾ	മൊത്തം വാർഷിക കേസ് കണ്ടെത്തൽ നിരക്ക്/ ഒരു ലക്ഷം ജനസംഖ്യ	മൈക്രോ-ബയോളജിയിലൂടെ സ്ഥിരീകരിച്ച റ്റിബി കേസുകൾ	മൊത്തം ശ്വാസകോശ റ്റിബി കേസുകൾ	രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ മൊത്തം പൾമണറി കേസുകളിൽ മൈക്രോ ബയോളജിക്കലായി സ്ഥിരീകരിച്ച പൾമണറി റ്റിബി കേസുകൾ	രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ മൊത്തം ശ്വാസകോശ കേസുകളിൽ മൈക്രോ ബയോളജിക്കലായി സ്ഥിരീകരിച്ച പൾമണറി റ്റിബി കേസുകൾ (ശതമാനത്തിൽ)	വിജയ നിരക്ക് (ശതമാനത്തിൽ)
2016	26324	77	13324	ലഭ്യമല്ല	ലഭ്യമല്ല	ലഭ്യമല്ല	88
2017	23259	68	13475	ലഭ്യമല്ല	ലഭ്യമല്ല	ലഭ്യമല്ല	84.49
2018	24647	72	15904	15753	12379	79	87
2019	25620	74	15719	16495	13802	84	89
2020	20892	61	13381	12487	10727	86	85
2021	21953	63	14323	12960	11310	87	81
2022	23389	67	14519	14588	12664	87	81

ചികിത്സ വിജയകരമായി പൂർത്തിയാക്കിയ ഒരു നിശ്ചിത വർഷത്തിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത പുതിയ സ്മിയർ പോസിറ്റീവ് റ്റിബി കേസുകളുടെ അനുപാതമായി കോഹോർട്ട് ഡാറ്റയിൽ (രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത രോഗികളിലെ ഫലങ്ങൾ) നിന്നാണ് ചികിത്സാ വിജയ നിരക്ക് കണക്കാക്കുന്നത്.
(ഉറവിടം: ഡിഎച്ച്എസിൽ നിന്നും ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ)

പട്ടിക 7.5: തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ 2022-ലെ ആർഎൻടിസിപിയുടെ പ്രകടനം

ജില്ലകൾ	ആകെ വിജ്ഞാപനം ചെയ്ത കേസുകൾ	മൊത്തം വാർഷിക കേസ് കണ്ടെത്തൽ നിരക്ക് / ഒരു ലക്ഷം ജനസംഖ്യ	മൈക്രോ-ബയോളജിയിലൂടെ സ്ഥിരീകരിച്ച ടിബി കേസുകൾ	മൊത്തം ശ്വാസകോശ ക്ഷയരോഗ കേസുകൾ	രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ മൊത്തം പൾമണറി കേസുകളിൽ മൈക്രോ ബയോളജിക്കലായി സ്ഥിരീകരിച്ച പൾമണറി ടിബി കേസുകൾ	രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ മൊത്തം ശ്വാസകോശ കേസുകളിൽ മൈക്രോ ബയോളജിക്കലായി സ്ഥിരീകരിച്ച പൾമണറി ടിബി കേസുകൾ (ശതമാനത്തിൽ)	വിജയ നിരക്ക് (ശതമാനത്തിൽ)
ആലപ്പുഴ	980	45	894	928	824	89	83
മലപ്പുറം	1,996	46	1322	1449	1172	81	87
തിരുവനന്തപുരം	2,904	85	1480	1497	1276	85	80
വയനാട്	479	53	365	355	324	91	85

(ഉറവിടം: ഡിഎച്ച്എസിൽ നിന്നും ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ)

സംസ്ഥാനത്തിന്റെ വിജയശതമാനം 2016-ലെ 88 ശതമാനത്തിൽ നിന്ന് 2022-ൽ 81 ശതമാനമായി കുറഞ്ഞതായും തിരുവനന്തപുരത്ത് കുറഞ്ഞ വിജയ ശതമാനമായിരുന്നെന്നും (80 ശതമാനം) ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടു.

7.5 ദേശീയ മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതി

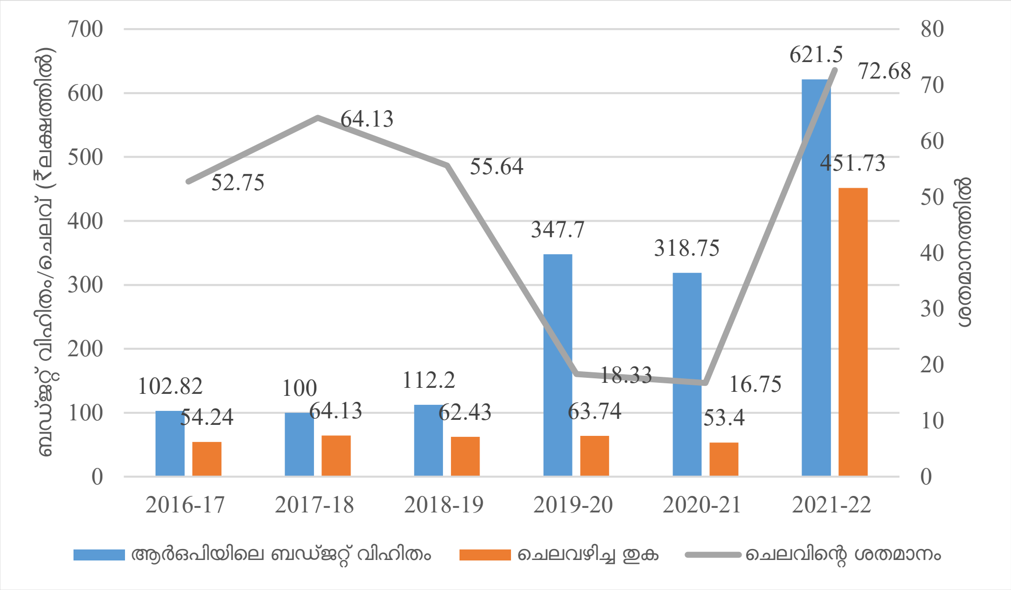
കേന്ദ്ര സർക്കാർ 1982-ൽ ആരംഭിച്ച ദേശീയ മാനസികാരോഗ്യ പരിപാടിയുടെ (എൻഎംഎച്ച്പി) ലക്ഷ്യങ്ങൾ ചുവടെ നല്കിയിരിക്കുന്നു.

- സമീപഭാവിയിൽ എല്ലാവർക്കും, പ്രത്യേകിച്ച് സമൂഹത്തിലെ ഏറ്റവും ദുർബലരും അധഃസ്ഥിതരുമായ വിഭാഗങ്ങൾക്ക് കുറഞ്ഞ അളവിലെങ്കിലുമുള്ള മാനസികാരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിന്റെ ലഭ്യതയും പ്രാപ്തിയും ഉറപ്പാക്കുക;
- പൊതു ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിലും സാമൂഹിക വികസനത്തിലും മാനസികാരോഗ്യ അറിവിന്റെ പ്രയോഗത്തെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക;
- മാനസികാരോഗ്യ സേവനത്തിൽ സാമൂഹിക പങ്കാളിത്തം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക, സമൂഹത്തിലെ സ്വയം സഹായ ശ്രമങ്ങളെ ഉത്തേജിപ്പിക്കുക.

7.5.1 ദേശീയ മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതിക്ക് കീഴിലുള്ള ഫണ്ടുകളുടെ വിനിയോഗത്തിലെ കുറവ്

കേരളത്തിലെ എൻഎംഎച്ച്പിയുടെ കീഴിലുള്ള ബഡ്ജറ്റ് വിഹിതവും ചെലവും ചുവടെയുള്ള **ചാർട്ട് 7.2-ൽ** വിശദീകരിച്ചിരിക്കുന്നു.

ചാർട്ട് 7.2: കേരളത്തിലെ എൻഎംഎച്ച്പിക്ക് കീഴിലുള്ള ബഡ്ജറ്റ് വിഹിതവും ചെലവും



(കടപ്പാട്: എൻഎച്ച്എമ്മിൽ നിന്നും ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ)

ഓഡിറ്റ് കാലയളവിൽ എൻഎംഎച്ച്പി പ്രകാരമുള്ള ഫണ്ടുകളുടെ വിനിയോഗം 16.75 ശതമാനം മുതൽ 72.68 ശതമാനം വരെയായിരുന്നു.

7.5.2 തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതിയുടെ നടപ്പാക്കൽ

പട്ടിക 7.6-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം തെരഞ്ഞെടുത്ത ആശുപത്രികളിലെ മാനസികാരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യത ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചു.

പട്ടിക 7.6: പരിശോധിച്ച ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ മാനസികാരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യത

ക്രമ നം.	വിശദാംശങ്ങൾ	ഡിഎച്ച്/ജിഎച്ച് (07)	റ്റിഎച്ച്/ റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് (07)	സിഎച്ച്സി (07)
1	വാക്ക്-ഇൻ-രോഗികൾക്കും പിഎച്ച്സികൾ റഫർ ചെയ്യു വരുന്ന രോഗികൾക്കും ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് സേവനങ്ങൾ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ നൽകുന്നത്.	5	5	4
2	സാധാരണയുള്ള മാനസിക അസ്വാസ്ഥ്യങ്ങളുടെ (ഉത്കണ്ഠ, വിഷാദം, സൈക്കോസിസ്, ചിത്തഭ്രമം, മാനിക് ഡിപ്രസീവ് സൈക്കോസിസ്) മുൻകൂട്ടിയുള്ള തിരിച്ചറിയൽ, രോഗനിർണ്ണയം, ചികിത്സ എന്നിവയുടെ ലഭ്യത.	5	4	3
3	അടിയന്തിര സൈക്യാട്രി രോഗങ്ങൾക്ക് ഇൻ-പേഷ്യന്റ് സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യത.	4	1	0
4	ക്ലിനിക്കൽ സൈക്കോളജിസ്റ്റ്/പരിശീലനം ലഭിച്ച സൈക്കോളജിസ്റ്റ് നൽകുന്ന കൗൺസിലിംഗ് സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യത.	3	2	4
5	കടുത്ത മാനസിക അസ്വാസ്ഥ്യമുള്ള (എസ്എംഡി) വ്യക്തികൾക്ക് തുടർച്ചയായ പരിചരണവും പിന്തുണയും നൽകുന്നു. (എസ്എംഡി രോഗികൾക്കായി ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലേക്കുള്ള റഫറലും ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലെ സൈക്യാട്രിസ്റ്റ് തയ്യാറാക്കിയ ചികിത്സാ പദ്ധതിയെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള തുടർനടപടികളും ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.)	5	4	3

ഓഡിറ്റ് നിർണ്ണയിക്കുന്ന സ്കെയിലുകൾ	ഉത്തമം (6–7)	മിതം (4–5)	മോശം (0–3)

(ഉറവിടം: പരിശോധിച്ച ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്ന് ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ)

7.5.3 പരിശോധന നടത്തിയ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത

പരിശോധന നടത്തിയ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതിയെ സംബന്ധിച്ച 45 മരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചു. മാനസികാരോഗ്യ മരുന്നുകളുടെ കുറവ് **പട്ടിക 7.7-ൽ** കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 7.7: പരിശോധന നടത്തിയ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ മാനസികാരോഗ്യ മരുന്നുകളുടെ കുറവ്

ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ഇനം	കുറവിന്റെ പരിധി (എണ്ണത്തിൽ)	കുറവിന്റെ പരിധി (ശതമാനത്തിൽ)
ഡിഎച്ച്/ജിഎച്ച്	19 മുതൽ 41 വരെ	42 മുതൽ 91 വരെ
ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ച്	16 മുതൽ 40 വരെ	36 മുതൽ 89 വരെ
സിഎച്ച്സി	14 മുതൽ 43 വരെ	31 മുതൽ 96 വരെ
പിഎച്ച്സി/എഫ്എച്ച്സി	14 മുതൽ 45 വരെ	31 മുതൽ 100 വരെ

(കടപ്പാട്: കെഎംഎസ്സിഎല്ലിൽ നിന്നു ലഭിച്ച ഡിഡിഎംഎസ് ഡാറ്റ)

പരപ്പനങ്ങാടി എഫ്എച്ച്സിയിലും പുന്നപ്ര നോർത്ത് എഫ്എച്ച്സിയിലും മാനസികാരോഗ്യ പദ്ധതിയിലെ 45 മരുന്നുകളിൽ ഒന്നുപോലും ലഭ്യമല്ലെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

7.6 ജനനി സുരക്ഷാ യോജന

ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിനു (എൻഎച്ച്എം) കീഴിൽ സുരക്ഷിതമാതൃത്വം പ്രദാനം ചെയ്യുന്ന നൂറു ശതമാനം കേന്ദ്രാവിഷ്കൃതമായൊരു പദ്ധതിയാണ് ജനനി സുരക്ഷാ യോജന (ജെഎസ്വൈ). ഇത് നടപ്പാക്കുന്നത് നിർദ്ധനരായ ഗർഭിണികൾക്കിടയിൽ ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക വഴി മാതൃ-നവജാത ശിശുക്കളുടെ മരണ നിരക്ക് കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുക എന്ന ഉദ്ദേശ്യത്തോടെയാണ്. 2005 ഏപ്രിൽ 12-ന് ആരംഭിച്ച പദ്ധതി എല്ലാ സംസ്ഥാനങ്ങളിലും കേന്ദ്രഭരണപ്രദേശങ്ങളിലും നടപ്പാക്കി വരുന്നു.

മാർഗ്ഗരേഖയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ, കേരളം ഉന്നതരീതിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സംസ്ഥാനമായതിനാൽ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള ബിപിഎൽ കുടുംബങ്ങളിലെ ധനസഹായമായി അമ്മമാർക്ക് ₹700-ഉം നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ നിന്നുള്ളവർക്ക് ₹600-ഉം അനുവദനീയമാണ്. എൻഎച്ച്എമ്മിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന മുൻകൂറിൽ നിന്നും ആശുപത്രികൾ ഈ തുക നൽകുന്നതാണ്. 2016-22 കാലയളവിൽ ബഡ്ജറ്റ് വിഹിതമായ ₹48.29 കോടിയിൽ നിന്നും, ഇതിനായി നൽകുവാൻ ചെലവഴിച്ചത് ₹45.87 കോടിയായിരുന്നു (95 ശതമാനം).

പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിൽ താഴെ പറയുന്ന ന്യൂനതകൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടു:

- പദ്ധതിയുടെ നടപ്പാക്കൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പ്രകാരം ഉന്നത രീതിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ ബിപിഎൽ/എസ്സി/എസ്റ്റി വിഭാഗങ്ങളിലെ ഗർഭിണികൾക്കു മാത്രമേ ധനസഹായത്തിന് അർഹതയുള്ളൂ. കേരളം ഉന്നത രീതിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സംസ്ഥാനം ആയിരുന്നിട്ടും സർക്കാർ ആശുപത്രികൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന പ്രസവങ്ങൾക്കെല്ലാം സ്ത്രീകൾക്ക് ധനസഹായം നൽകണമെന്ന് തീരുമാനിക്കുകയാണുണ്ടായത്, കേന്ദ്ര സർക്കാരിന്റെ അനുമതിയില്ലാതെ സംസ്ഥാനത്തെ എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും പദ്ധതിയുടെ പ്രയോജനം വ്യാപിപ്പിച്ചതിനെ കുറിച്ച് സിഎജി 2017 മാർച്ച് 31-ന് അവസാനിച്ച വർഷത്തെ റിപ്പോർട്ടിൽ[87] പരാമർശിച്ചിരുന്നു. ഇത് ഒരു 100

[87] സിഎജിയുടെ ജനറൽ ആന്റ് സോഷ്യൽ സെക്ടർ റിപ്പോർട്ടിൽ ഉൾപ്പെട്ട ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യം-പ്രത്യുൽപാദന, ശിശു ആരോഗ്യവും പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പം എന്ന പെർഫോർമൻസ് ഓഡിറ്റ്.

ശതമാനം സിഎസ്എസ് ആയതിനാൽ ഗുണഭോക്താക്കളെ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിനുള്ള മാനദണ്ഡം പരിഷ്കരിക്കുന്നതിന് മുൻപ്, പ്രത്യേകിച്ച്, ചെലവ് വർദ്ധിക്കുന്നതിനാൽ, കേന്ദ്ര സർക്കാരിന്റെ അനുമതി വാങ്ങേണ്ടതായിരുന്നു.

- പ്രസവത്തിനായി സർക്കാർ ആശുപത്രികളെ സമീപിക്കുന്ന എല്ലാ ഗർഭിണികളെയും ഉൾപ്പെടുത്തുവാനായി കേരള സർക്കാർ ഗുണഭോക്തൃവലയത്തിന്റെ വ്യാപ്തി വർദ്ധിപ്പിച്ചെങ്കിലും, **പട്ടിക 7.8**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വിധം, ഓഡിറ്റ് കാലയളവിൽ തെരഞ്ഞെടുത്ത ആശുപത്രികളിൽ ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് ധനസഹായം ലഭിച്ചിരുന്നില്ല എന്ന് കാണുകയുണ്ടായി.

പട്ടിക 7.8: ധനസഹായം നൽകിയതിന്റെ വിവരങ്ങൾ

വർഷം	തെരഞ്ഞെടുത്ത സ്ഥാപനങ്ങൾ		
	സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നടന്ന പ്രസവങ്ങളുടെ ആകെ എണ്ണം	ധനസഹായം ലഭിക്കാത്ത ഗുണഭോക്താക്കളുടെ ആകെ എണ്ണം	ധനസഹായം നൽകാതിരുന്നതിന്റെ ശതമാനം
2016-17	19651	5226	26.59
2017-18	22997	5982	26.01
2018-19	25348	6269	24.73
2019-20	29291	6714	22.92
2020-21	22569	7735	34.27
2021-22	26841	10371	38.64
ആകെ	**146697**	**42297**	**28.83**

(ഉറവിടം: തെരഞ്ഞെടുത്ത സ്ഥാപനങ്ങൾ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ)

തെരഞ്ഞെടുത്ത നാല് ജില്ലകളിലായി പരിശോധന നടത്തിയ 14 സ്ഥാപനങ്ങളിൽ 13[88] സ്ഥാപനങ്ങളിലെ 1,46,697 ഗുണഭോക്താക്കളിൽ 42,297 (28.83 ശതമാനം) പേർക്ക് നിർദ്ദിഷ്ട ധനസഹായം നൽകിയിരുന്നില്ല. ജെഎസ്സ്വൈ ആനുകൂല്യത്തിനുള്ള അപേക്ഷ, ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ എന്നിങ്ങനെയുള്ള രേഖകൾ ഗുണഭോക്താക്കൾ സമർപ്പിക്കാത്തത്, ആനുകൂല്യം ഗുണഭോക്താക്കൾ നിരസിച്ചത്, ഫണ്ടിന്റെ ലഭ്യതക്കുറവ് തുടങ്ങിയവയാണ് ജെഎസ്വൈ ധനസഹായം നൽകാതിരുന്നതിനുള്ള കാരണങ്ങളായി പറഞ്ഞത് (2022 നവംബർ/ഡിസംബർ). ഗുണഭോക്താക്കളെ സഹായിക്കുന്നതിനായി ആശാവർക്കർമാർക്ക് പ്രോത്സാഹന തുക നൽകിയിരുന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല. ആയതിനാൽ ആശാവർക്കർമാർ മുഖാന്തിരം രേഖകളുടെ ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കേണ്ടതായിരുന്നു.

സർക്കാർ മറുപടി ലഭ്യമാക്കിയില്ല (2023 നവംബർ)

7.7 ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് – പ്രധാൻ മന്ത്രി ജൻ ആരോഗ്യ യോജന

ദേശീയ ആരോഗ്യ നയം, 2017-ൽ ശിപാർശ ചെയ്തിരുന്ന പ്രകാരം സാർവത്രിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ കൈവരിക്കുന്നതിനുള്ള കേന്ദ്ര സർക്കാരിന്റെ 2018 സെപ്റ്റംബറിൽ ആരംഭിച്ച ഒരു ഫ്ലാഗ്ഷിപ്പ് ആരോഗ്യ പദ്ധതിയാണ് ആയുഷ്മാൻ ഭാരത്. ഇതിന് പരസ്പര ബന്ധമുള്ള രണ്ട് ഘടകങ്ങൾ ഉണ്ട്, അതായത് ഹെൽത്ത് ആൻഡ്

[88] ജിഎച്ച് കൽപ്പറ്റ, ഡി എച്ച് മാനന്തവാടി, റ്റിഎച്ച് വൈത്തിരി, റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി, ജിഎച്ച് നെയ്യാറ്റിൻകര, റ്റിഎച്ച് ഫോർട്ട്, ഡിഎച്ച് നെടുമങ്ങാട്, എസ്എറ്റി തിരുവനന്തപുരം, ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, ഡബ്ല്യൂആന്റ്സി പൊന്നാനി, റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം, ഡിഎച്ച് തിരൂർ, എംസിഎച്ച് മഞ്ചേരി. എംസിഎച്ച് ആലപ്പുഴ റെക്കോർഡുകൾ ഹാജരാക്കിയില്ല.

വെൽനെസ്സ് സെന്ററുകളും (എച്ച്ഡബ്ല്യുസി) പ്രധാൻമന്ത്രി ജൻ ആരോഗ്യ യോജനയും (പിഎംജെഎവൈ).

7.7.1 ഹെൽത്ത് ആന്റ് വെൽനെസ്സ് സെന്ററുകൾ

ഈ ഘടകത്തിനുകീഴിൽ സാർവ്വത്രികവും ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് സൗജന്യവുമായ സമഗ്രപ്രാഥമിക ആരോഗ്യപരിപാലനം നൽകുന്നതിനായി 2022 വർഷത്തോടെ 1,50,000 എച്ച്ഡബ്ല്യുസികൾ സൃഷ്ടിക്കേണ്ടതാണ്. ഇവയുടെ കേന്ദ്രശ്രദ്ധ ആരോഗ്യക്ഷേമത്തിലും രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധനാ സേവനങ്ങളും സൗജന്യമരുന്നുകളും ഉൾപ്പെടെ പകരാത്ത രോഗങ്ങളുള്ളവരുടെ പരിചരണം, സാന്ത്വന പുനരധിവാസപരിചരണം, വായ, കണ്ണ്, ഇഎൻറ്റി പരിചരണം, മാനസികാരോഗ്യം, എമർജൻസിയിലും ട്രോമയിലും ആദ്യതല പരിചരണം, എന്നിങ്ങനെ സമൂഹത്തിന് അവശ്യം വേണ്ട വിപുലമായ ശ്രേണിയിലുള്ള സേവനങ്ങൾ എത്തിക്കുന്നതിലാകണം. ഉപആരോഗ്യകേന്ദ്ര തലത്തിലുള്ള എച്ച്ഡബ്ല്യുസികളിൽ സംവിധാനങ്ങളും വിഭവശേഷിയും പ്രദാനം ചെയ്യാൻ സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യ ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ (സിഎച്ച്ഒ) നേതൃത്വത്തിലുള്ള അനുയോജ്യമായ പരിശീലനം നേടിയ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിപാലന സംഘം ഉണ്ടായിരിക്കും, ഇവയിൽ വിവിധോദ്ദേശ്യ വർക്കർമാരും (പുരുഷന്മാരും, സ്ത്രീകളും) അക്രഡിറ്റഡ് സോഷ്യൽ ഹെൽത്ത് ആക്ടിവിസ്റ്റുകളും (ആശാ) ഉൾപ്പെടും. സംസ്ഥാനത്ത് എച്ച്ഡബ്ല്യുസികളുടെ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ നില ഈ റിപ്പോർട്ടിന്റെ ഖണ്ഡിക 3.3-ൽ നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

7.7.2 പ്രധാൻ മന്ത്രി ജൻ ആരോഗ്യ യോജന

പാവപ്പെട്ടവരും ദുർബലരും ആയ ജനസംഖ്യയിലെ താഴെത്തട്ടിലുള്ള 40 ശതമാനത്തിന് ദ്വിതീയ തൃതീയ പരിചരണ ആശുപത്രി ചികിത്സയ്ക്ക് ഒരു കുടുംബത്തിന് പ്രതിവർഷം ₹അഞ്ച് ലക്ഷത്തിന്റെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകുക എന്നതായിരുന്നു പിഎംജെഎവൈയുടെ ഉദ്ദേശ്യലക്ഷ്യം. 2011-ലെ സാമൂഹിക-സാമ്പത്തിക ജാതിസെൻസസ്സിന്റെ (എസ്ഇസിസി) ഇല്ലായ്മയും തൊഴിലും സംബന്ധമായ മാനദണ്ഡം അടിസ്ഥാനമാക്കിയാണ് പദ്ധതി അവതരിപ്പിച്ചത്. കേരളത്തിൽ നിലവിലുണ്ടായിരുന്ന ആരോഗ്യസുരക്ഷാ പദ്ധതികളായ സിഎച്ച്ഐഎസ് പ്ലസ്, കാരുണ്യ ബെനവലന്റ് ഫണ്ട് എന്നിവയെ സംയോജിപ്പിച്ച് പൊതുവായ ഒരു പദ്ധതിയായി കാരുണ്യ ആരോഗ്യസുരക്ഷാ പദ്ധതി (കെഎഎസ്പി) ആക്കുവാൻ തീരുമാനം എടുത്തെങ്കിലും (2018 മെയ്), കേന്ദ്രപദ്ധതിയായ പിഎംജെഎവൈയുമായി കൂട്ടിച്ചേർക്കുകയും 2019 ഏപ്രിൽ 01 മുതൽ നടപ്പാക്കുകയും ചെയ്തു. പദ്ധതിയിൻ കീഴിൽ എസ്ഇസിസിയുടെ കീഴിലെ 1.17 ലക്ഷം കുടുംബങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ 41.60 ലക്ഷം ഗുണഭോക്തൃ കുടുംബങ്ങൾ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിരുന്നു. പദ്ധതി നടത്തിക്കൊണ്ടു പോകുവാൻ സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ ഏജൻസിയെ (എസ്എച്ച്എ) ചുമതലപ്പെടുത്തി (2020 മേയ്). പദ്ധതി നടപ്പാക്കുന്നത് ആകെ 742[89] എംപാനൽഡ് ആശുപത്രികൾ മുഖാന്തിരം ആയിരുന്നു.

7.7.2.1 സാമ്പത്തിക വകയിരുത്തൽ

പദ്ധതിയുടെ മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പ്രകാരം പിഎംജെഎവൈയുടെ കീഴിലെ ചെലവുകൾ കേന്ദ്ര സർക്കാരും സംസ്ഥാന സർക്കാരും 60:40 അനുപാതത്തിൽ വഹിക്കേണ്ടതാണ്. എന്നാൽ സംസ്ഥാനം എസ്ഇസിസി ഡാറ്റ പ്രകാരം നിർവ്വചിച്ചിരുന്നതിലും കൂടുതൽ എണ്ണം കുടുംബങ്ങളെ ഇതിനു കീഴിൽ കൊണ്ടു വരുന്നുവെങ്കിൽ ഈ കുടുംബങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി വരുന്ന അധിക ചെലവ് സംസ്ഥാനം വഹിക്കേണ്ടതാണ്. 2019-20 മുതൽ 2021-22 വരെയുള്ള കാലയളവിലെ വകയിരുത്തലും ചെലവും **പട്ടിക 7.9** -ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

---

[89] കേന്ദ്ര സർക്കാർ - 5, സർക്കാർ - 195, സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾ - 542

പട്ടിക 7.9: സാമ്പത്തിക വകയിരുത്തൽ

(₹ കോടിയിൽ)

വർഷം	കേരള സർക്കാർ വിഹിതം	കേന്ദ്ര സർക്കാർ വിഹിതം	ആകെ	ചെലവ്
2019-20	498.08	122.56	620.64	620.64
2020-21	356.57	138.11	494.68	494.68
2021-22	1002.50	138.89	1141.39	1141.39

(ഉറവിടം: എസ്ഹ്എച്ച്എ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ)

സെപ്റ്റംബർ 2018 മുതൽ ജൂലൈ 2021 വരെയുള്ള കാലയളവിലെ എസ്എച്ച്എയിലെ രേഖകളുടെ സൂക്ഷ്മ പരിശോധന ഇനിപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തി:

- പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ ഭരണപരമായ ചെലവുകൾക്കുള്ള തുക നൽകുന്നത് സംബന്ധിച്ച് ഭാരതസർക്കാരിന്റെ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നിഷ്കർഷിക്കുന്നത്, അർഹരായ ഉപഭോക്തൃകുടുംബങ്ങളുടെ ആകെ എണ്ണം നിശ്ചയിക്കുന്നതിന് സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് ഒന്നുകിൽ എസ്ഇസിസി ഡാറ്റാബേസോ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ ആർഎസ്ബിവൈയിൽ ചേർത്തിട്ടുള്ള ഗുണഭോക്തൃ കുടുംബങ്ങളെയോ സ്വീകരിക്കാമെന്നും, ഇതിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായ ഒരു ഡാറ്റാ ബേസ് ആണ് സ്വീകരിക്കുന്നതെങ്കിൽ അത് എസ്ഇസിസി ഡാറ്റാബേസുമായി മാപ്പ് ചെയ്യണമെന്നുമാണ്. കേരളത്തിലെ പദ്ധതിയുടെ കീഴിലുള്ള ഗുണഭോക്താക്കളിൽ മൂന്നു ഡാറ്റാ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നുള്ള ഗുണഭോക്താക്കൾ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു, അതായത് എസ്ഇസിസി, ആർഎസ്ബിവൈ, സിഎച്ച്ഐഎസ് ഡാറ്റാ. എന്നാൽ, മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളിൽ നിഷ്കർഷിച്ചിരുന്നപോലെ ഗുണഭോക്തൃ ഡാറ്റാ എസ്ഇസിസി ഡാറ്റാബേസുമായി മാപ്പ് ചെയ്തിരുന്നില്ല.

  ആർഎസ്ബിവൈ - സിഎച്ച്ഐഎസിനും എസ്ഇസിസിയ്ക്കും ഉള്ള മാനദണ്ഡങ്ങൾ മിക്കവാറും ഒന്നു തന്നെ ആയിരുന്നതിനാൽ നിലവിലെ ആർഎസ്ബിവൈ - സിഎച്ച്ഐഎസ് ഡാറ്റാസെറ്റിൽ എല്ലാ എസ്ഇസിസി കുടുംബങ്ങളും ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടാവും എന്നായിരുന്നു തങ്ങളുടെ അനുമാനം എന്ന് എസ്എച്ച്എ അറിയിച്ചു (2022 ജനുവരി). മാപ്പിംഗ് നടത്താത്തതു കാരണം എസ്ഇസിസി-2011 വിഭാഗം കുടുംബങ്ങളിലെ അർഹരായ കുടുംബങ്ങളുടെ ഡാറ്റാ ലഭ്യമല്ലായിരുന്നു എന്നും എസ്എച്ച്എ സമ്മതിക്കുകയുണ്ടായി (2022 നവംബർ). മാപ്പിംഗ് നടപടികൾക്ക് വിവിധ വകുപ്പുകളുടെ സഹായം ആവശ്യമാണെന്നും ദേശീയ ആരോഗ്യ അതോറിറ്റിയുടെ (എൻഎച്ച്എ) സഹായത്തോടെ എസ്ഇസിസി മാപ്പിംഗ് നടത്തുവാൻ നടപടികൾ എടുക്കുകയാണെന്നും പറയുകയുണ്ടായി (2022 മാർച്ച്).

- 2019-20 മുതൽ 2021-22 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ ആകെ ₹2,999.81 കോടി തുകയ്ക്കുള്ള 36.99 ലക്ഷം അപേക്ഷകൾക്ക് എതിരായി ₹2440.92 കോടി തുകയ്ക്കുള്ള 35.66 ലക്ഷം അപേക്ഷകൾക്ക് എസ്എച്ച്എ അനുമതി നൽകി. എന്നാൽ ₹339.27 കോടിയുടെ 3.43 ലക്ഷം അപേക്ഷകളിൽ പരിഹാരം ആകാതെ അവശേഷിച്ചിരുന്നു (2022 നവംബർ).

  ക്ലെയിംസ് അഡ്ജുഡിക്കേഷൻ മാന്വൽ 2019 നിർദ്ദേശിക്കുന്നതു പ്രകാരം അപേക്ഷകളിൽ തീർപ്പുകൽപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള സമയപരിധി ഒരു സംസ്ഥാനത്തുള്ളവയ്ക്കും മറ്റിടങ്ങളിൽനിന്നു വരുന്നവയ്ക്കും യഥാക്രമം 15 ദിവസവും 30 ദിവസവും ആയിരുന്നു. സംസ്ഥാനത്തെ തന്നെ അപേക്ഷകൾ തീർപ്പുകൽപ്പിക്കുന്നതിന് നിർദ്ദിഷ്ട സമയപരിധിക്കപ്പുറം 16 മുതൽ 400 ദിവസം വരെ എടുത്തിരുന്നു എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. 2021-22 കാലയളവിലെ ഡാറ്റാ വിശകലനം ചെയ്തപ്പോൾ വെളിപ്പെട്ടത് ₹1205.57 കോടി തുക വരുന്ന 13.45 ലക്ഷം

അപേക്ഷകൾക്ക് ഈ കാലയളവിൽ അനുമതി നൽകിയെങ്കിലും ₹1087.61 കോടി തുകയുള്ള 11.82 ലക്ഷം അപേക്ഷകൾ തീർപ്പാക്കുന്നതിന് 16 ദിവസം മുതൽ 400 ദിവസത്തിൽ[90] കൂടുതൽ എടുത്തിരുന്നു എന്നായിരുന്നു.

റ്റിഎംഎസ് പോർട്ടലിൽ നേരിട്ട പ്രവർത്തന പ്രശ്നങ്ങൾ ആയിരുന്നു കേസുകൾ തീർപ്പാക്കുന്നതിനുള്ള കാലതാമസത്തിന് കാരണമായി എസ്എച്ച്എ പറഞ്ഞത്.

- ആശുപത്രികൾക്കും, ആരോഗ്യ പരിപാലന ദാതാക്കൾക്കുമായുള്ള നാഷണൽ അക്രഡിറ്റേഷൻ ബോർഡിന്റെ (എൻ എ ബിഎച്ച്) പ്രീ ലെവൽ അക്രഡിറ്റേഷൻ നിർബന്ധമാക്കി ഗുണമേന്മാ മൈൽസ്റ്റോണുകൾ കൈവരിക്കാൻ എംപാനൽ ചെയ്ത ആശുപത്രികളെ[91] പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കണമെന്ന് മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ[92] നിഷ്കർഷിക്കുന്നു. എന്നാൽ 742 എംപാനൽ ചെയ്ത ആശുപത്രികളിൽ 112 എണ്ണത്തിന് മാത്രമെ (15 ശതമാനം) എൻഎബിഎച്ച് അക്രഡിറ്റേഷൻ ഉണ്ടായിരുന്നുള്ളൂ എന്ന് ഓഡിറ്റിൽ കണ്ടു.

  നാഷണൽ ഹെൽത്ത് അതോറിറ്റി-ക്വാളിറ്റി കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ (എൻഎച്ച്എ-ക്യൂസിഐ) സർട്ടിഫിക്കേഷനിൽ പങ്കെടുക്കാൻ എംപാനൽ ചെയ്ത ആശുപത്രികളെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നത് എൻഎച്ച്എ ആണെന്നും സർട്ടിഫിക്കേഷനുകൾക്ക് സൗകര്യം ഒരുക്കുന്നതിന്റെ മേൽനോട്ടം മാത്രമേ എസ് എച്ച് എ നിർവ്വഹിക്കുന്നുള്ളു എന്നും എസ് എച്ച് എ മറുപടി നൽകി (2022 മാർച്ച്).

- പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഓരോ ജില്ലയിലും പദ്ധതി നടത്തിപ്പിനെ സഹായിക്കാൻ ജില്ലാ നോഡൽ ഓഫീസർ, ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം കോ ഓർഡിനേറ്റർ (ഡിപിസി), ജില്ലാ ഇൻഫർമേഷൻ സിസ്റ്റം മാനേജർ, ജില്ലാ ഗ്രീവൻസ് മാനേജർ, ഒരു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ എന്നിവർ ഉൾപ്പെടുന്ന ഒരു ജില്ലാ നടപ്പാക്കൽ യൂണിറ്റ് (ഡിഐയു) സ്ഥാപിക്കേണ്ടതാണ്. കേരളത്തിൽ ഡിഐയുകൾ സ്ഥാപിച്ചിരുന്നില്ല, ജില്ലകളിൽ നിയമിച്ചിരുന്ന ഡിപിസികൾ ആയിരുന്നു ഡിഐയുകളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നിർവ്വഹിച്ചിരുന്നത്.

  ലോകാരോഗ്യസംഘടന എസ്എച്ച്എയുടെ മാനവശേഷി വിഭവങ്ങളുടെയും എൻഎച്ച്എ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളുടെയും ഒരു വിശദമായ പഠനം നടത്തി നൽകിയ നിർദ്ദേശങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ അധിക മാനവശേഷിയുടെ ആവശ്യകത കേരള സർക്കാരിന് സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്ന് എസ്എച്ച്എ മറുപടി പറഞ്ഞു (2022 മാർച്ച്).

- മാർഗ്ഗരേഖ നിർദ്ദേശിക്കുന്നത് എസ്എച്ച്എയ്ക്ക് ക്രമക്കേട് തടയുന്നതിനും, മെഡിക്കൽ ഓഡിറ്റിനും വിജിലൻസിനുമായി സംസ്ഥാന തലത്തിൽ ഒരു സംയോജിത യൂണിറ്റും, ജില്ലാ തലത്തിൽ വിജിലൻസും അന്വേഷണ ഉദ്യോഗസ്ഥരും ഉണ്ടായിരിക്കണം എന്നാണ്. എസ്എച്ച്എ അത്തരം യൂണിറ്റുകൾ ഒന്നും രൂപീകരിച്ചിരുന്നില്ല.

- ക്ലെയിംസ് റിവ്യൂ കമ്മിറ്റി മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പ്രകാരമുള്ള നിർദ്ദിഷ്ട ചുമതലകൾ നിർവ്വഹിച്ചിരുന്നില്ല. നിരസിച്ച കേസുകളിൽ 100 ശതമാനമോ മുൻകൂർ അനുമതി ലഭിച്ചതിൽ രണ്ടു ശതമാനമോ കമ്മിറ്റി അവലോകനം ചെയ്തില്ല.

---

[90] 16 മുതൽ 30 ദിവസം വരെ (അതേ സംസ്ഥാനത്തിനു മാത്രം) – 2.00 ലക്ഷം, 31 മുതൽ 100 ദിവസം വരെ – 4.55 ലക്ഷം, 101 മുതൽ 200 ദിവസം വരെ – 4.41 ലക്ഷം, 201 മുതൽ 300 ദിവസം വരെ – 0.64 ലക്ഷം, 301 മുതൽ 400 ദിവസം വരെ – 0.09 ലക്ഷം, 400 ദിവസത്തിന് മുകളിൽ – 0.12 ലക്ഷം

[91] ഒരു വർഷത്തിനകം കൈവരിക്കേണ്ടതാണ്, ഓരോ വർഷം വച്ച് രണ്ടു പ്രാവശ്യം ദീർഘിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്

[92] ആശുപത്രികൾ എംപാനൽ ചെയ്യുന്നതിനുള്ള നടപടി ക്രമം ഖണ്ഡിക 1.3 (vii)

- മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളിൽ പറഞ്ഞിരുന്ന പോലെ മെഡിക്കൽ ഓഡിറ്റുകൾ, ഗുണഭോക്തൃ ഓഡിറ്റ്, പ്രീഓതറൈസേഷൻ ഓഡിറ്റ്, ക്ലെയിംസ് ഓഡിറ്റ്, ഡെത്ത് ഓഡിറ്റുകൾ എന്നിവ എസ്എച്ച്എ നടത്തിയിരുന്നില്ല. ക്ലെയിംസ് (നിരാകരിച്ച ക്ലെയിമുകൾ) ഓഡിറ്റിന് കീഴിൽ ഒരു ഓഡിറ്റും എസ്എച്ച്എ നടത്തിയിരുന്നില്ല.

  ഓഡിറ്റിൽ ചൂണ്ടിക്കാണിച്ച ന്യൂനതകൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിന് നടപടികൾ ആരംഭിക്കുമെന്നും എസ് എച്ച് എ മറുപടി പറഞ്ഞു (2022 മാർച്ച്).

കേരള സർക്കാർ മറുപടി നൽകിയില്ല (2023 നവംബർ).

7.8 ജനനി ശിശുസുരക്ഷാ പദ്ധതി

ഭാരത സർക്കാർ 2011 ജൂൺ 01-ന് ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ പദ്ധതി (ജെഎസ്എസ്കെ) ആരംഭിച്ചു. ഗർഭിണികളുടെയും അസുഖബാധിത നവജാത ശിശുക്കളുടെയും അവകാശങ്ങൾക്കും കൈവശമുള്ള തുകയിൽ നിന്നുള്ള ചെലവുകൾ ഒഴിവാക്കുന്നതിനും അത്യന്തം പ്രാധാന്യം നൽകുന്നതാണ് പദ്ധതി. പൊതു ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ പ്രസവിക്കുന്ന എല്ലാ ഗർഭിണികൾക്കും സിസേറിയൻ ഓപ്പറേഷൻ ഉൾപ്പെടെ തികച്ചും സൗജന്യവും ചെലവുരഹിതവുമായ പ്രസവത്തിന് അവകാശം നൽകുന്നതാണ് സംരംഭം. സൗജന്യമരുന്നും സാമഗ്രികളും, പരിശോധനകൾ, ആവശ്യാനുസരണം രക്തം, രണ്ടു വഴിയ്ക്കുമുള്ള യാത്രാ ചെലവ്, ഭക്ഷണം എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നതാണ് അവകാശങ്ങൾ. ഫണ്ടുകൾ കേന്ദ്ര സർക്കാരും സംസ്ഥാന സർക്കാരും 60:40 അനുപാതത്തിൽ പങ്കുവയ്ക്കുന്നു. ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് അർഹതപ്പെട്ടതിനെല്ലാം ചെലവു ചെയ്യേണ്ട ചുമതല ആശുപത്രികൾക്കാണ്.

രോഗികളുടെ യാത്രയ്ക്ക് വേണ്ടിയുള്ള ആംബുലൻസ് സംവിധാനം നടപ്പാക്കാത്തതുമൂലം ഇക്കാര്യത്തിനായി കെഎംഎസ്സിഎല്ലിന് നൽകിയ ₹11.88 കോടി ചെലവാക്കാതെ അവശേഷിക്കുന്നു എന്ന് 2017 മാർച്ച് 31-ന് അവസാനിക്കുന്ന വർഷത്തെ ജനറൽ ആന്റ് സോഷ്യൽ സെക്ടർ റിപ്പോർട്ടിൽ ഇന്ത്യയുടെ സിഎജി നിരീക്ഷണം നടത്തിയിരുന്നു. പിഎസിയുടെ (2021-23) ആറാമത്തെ റിപ്പോർട്ടിൽ ഖണ്ഡിക ഉൾപ്പെടുത്തിയിരുന്നു. പദ്ധതി നടപ്പാക്കുവാൻ അനുവദിച്ചിരുന്ന തുക ഉപയോഗിക്കാതിരുന്നതു കാരണം 2013-ന്റെ അവസാനം തുക ധനകാര്യ വകുപ്പ് തിരിച്ചെടുത്തു എന്ന് സംസ്ഥാന സർക്കാർ പിഎസിയെ അറിയിച്ചു. പിഎസി പ്രത്യേക പരാമർശമൊന്നും നൽകിയില്ല.

സർക്കാർ ജെഎസ്എസ്കെയ്ക്ക് കീഴിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് യാത്രാ സംവിധാനം ഏർപ്പെടുത്തുന്നതുവരെ ഓരോ അമ്മമാർക്കും ₹500 ധനസഹായം വിതരണം ചെയ്യാൻ എൻഎച്ച്എം സ്റ്റേറ്റ് മിഷൻ ഡയറക്ടർ അനുമതി നൽകി (2012 ആഗസ്റ്റ്). തിരഞ്ഞെടുത്ത 14[93] സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നാല്[94] എണ്ണത്തിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് സൗജന്യമായി യാത്ര ചെയ്യുവാനുള്ള സംവിധാനം 2019-21 മുതൽ പ്രവർത്തനം തുടങ്ങിയിരുന്നു. പരിശോധന നടത്തിയ 14 സ്ഥാപനങ്ങളിൽ 12 എണ്ണത്തിൽ ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് ധനസഹായം നൽകിയതിന്റെ വിവരങ്ങൾ **പട്ടിക 7.10**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

---

[93] ജിഎച്ച് കൽപ്പറ്റ, ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, റ്റിഎച്ച് വൈത്തിരി, റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി, ജിഎച്ച് നെയ്യാറ്റിൻകര, റ്റിഎച്ച് ഫോർട്ട്, ഡിഎച്ച് നെടുമങ്ങാട്, എസ്എറ്റി തിരുവനന്തപുരം, ഡബ്ല്യൂ ആന്റ് സി പൊന്നാനി, റ്റിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം, ഡിഎച്ച് തിരൂർ, എംസിഎച്ച് മഞ്ചേരി, എന്നിവ. എംസിഎച്ച് ആലപ്പുഴ, ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, എന്നിവ റെക്കോർഡുകൾ നൽകിയില്ല. മാതൃയാനം എന്ന സൗജന്യയാത്രാസംവിധാനം നടപ്പിലാക്കിയത് കാരണം എംസിഎച്ച് മഞ്ചേരി, ജിഎച്ച് നെയ്യാറ്റിൻകര, ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, ജിഎച്ച് കൽപ്പറ്റ എന്നീ നാല് സ്ഥാപനങ്ങളുടെ 2019-20 മുതലുള്ള കാലയളവിലെ വിവരങ്ങൾ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

[94] എംസിഎച്ച് മഞ്ചേരി, ജിഎച്ച് നെയ്യാറ്റിൻകര, ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, ജിഎച്ച് കൽപ്പറ്റ

പട്ടിക 7.10: യാത്രാ ചെലവുകൾക്ക് പണം നൽകിയതിന്റെ വിശദവിവരങ്ങൾ

വർഷം	തെരഞ്ഞെടുത്ത സ്ഥാപനങ്ങൾ			
	സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നടന്ന ആകെ പ്രസവങ്ങൾ	ജെഎസ് വൈ ധനസഹായം ലഭിച്ച ആകെ അമ്മമാർ	ധനസഹായം ലഭിക്കാത്ത ഗുണഭോക്താക്കളുടെ എണ്ണം	വിതരണം ചെയ്യാത്തതിന്റെ ശതമാനം
2016-17	18166	2690	14456	79.57
2017-18	22651	12196	9568	42.24
2018-19	24902	15952	8950	35.94
2019-20	20042	8788	11254	56.15
2020-21	16045	5909	10136	63.17
2021-22	16966	5382	11584	68.28
ആകെ	**118772**	**50917**	**65948**	**55.52**

(ഉറവിടം: എൻഎച്ച്എമ്മും തെരഞ്ഞെടുത്ത സ്ഥാപനങ്ങളും നൽകിയ വിവരങ്ങൾ)

തെരഞ്ഞെടുത്ത സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ഓഡിറ്റ് കാലയളവിൽ ശരാശരി 55.52 ശതമാനം ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ യാത്രാച്ചെലവുകൾക്ക് തുക ലഭിച്ചിരുന്നില്ല എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. ഗുണഭോക്താക്കളിൽ നിന്ന് അപേക്ഷകൾ ലഭിക്കാത്തത്, രോഗികൾക്ക് സ്വന്തമായി യാത്രാസംവിധാനം ഇല്ലാത്തത്, തെരഞ്ഞെടുത്ത ആശുപത്രികളിൽ സൗജന്യമായ യാത്രാ സംവിധാനം ആരംഭിച്ചത് എന്നിവയായിരുന്നു ധനസഹായം നൽകാതിരുന്നതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ ആയി പറഞ്ഞിരുന്നത്. അങ്ങനെ, തെരഞ്ഞെടുത്ത ആശുപത്രികളിലെ വിവരങ്ങളിൽ നിന്ന് വ്യക്തമാകുന്നതുപോലെ ജെഎസ് എസ്കെയുടെ കീഴിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുവാൻ ഒരു സൗജന്യ യാത്രാസംവിധാനം സംസ്ഥാന സർക്കാർ/എൻഎച്ച്എം ഇതുവരെ എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും ഏർപ്പെടുത്തിയിരുന്നില്ലായെന്നും, സൗജന്യമായ യാത്രാസംവിധാനത്തിന്റെ അഭാവത്തിൽ എല്ലാ ഗുണഭോക്താക്കൾക്കും യാത്രാച്ചെലവുകൾ നൽകിയിരുന്നില്ലായെന്നും കാണാവുന്നതാണ്.

7.9 മറ്റ് കേന്ദ്ര പദ്ധതികളുടെ സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി

ദേശീയ വയോജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പരിചരണ പദ്ധതി (എൻപിഎച്ച്സിഇ), ദേശീയ പുകയില നിയന്ത്രണ പരിപാടി (എൻടിസിപി), ദേശീയ അന്ധതാ നിവാരണ പദ്ധതി (എൻപിസിബി) എന്നിവയ്ക്ക് കീഴിൽ ബജറ്റ് വിഹിതത്തിന്റെയും ചെലവിന്റെയും വിശദാംശങ്ങൾ **അനുബന്ധം 7.1**-ൽ നൽകിയിരിക്കുന്നു. എൻപിഎച്ച്സിഇ, എൻടിസിപി, എൻപിസിബി എന്നിവയ്ക്ക് കീഴിലുള്ള ബജറ്റ് വിഹിതത്തിനെതിരെ യഥാക്രമം ചെലവിന്റെ 65.81, 35.86, 53.82 ശതമാനം മാത്രമേ യഥാർത്ഥത്തിൽ ചെലവഴിക്കാൻ കഴിഞ്ഞുള്ളൂ എന്ന് അനുബന്ധത്തിൽ നിന്ന് കാണാൻ കഴിയും.

7.10 ശിപാർശ

- ജെഎസ്വൈ, ജെഎസ്എസ്കെ എന്നിവയ്ക്ക് കീഴിൽ വിഭാവനം ചെയ്യുന്ന പ്രയോജനങ്ങൾ അർഹരായ ഒരു ഗുണഭോക്താവിനും നിഷേധിക്കപ്പെടുന്നില്ല എന്ന് സർക്കാർ ഉറപ്പാക്കേണ്ടതാണ്. ഇത് അർഹരായ ഗുണഭോക്താക്കൾക്കിടയിൽ പദ്ധതിയെക്കുറിച്ചുള്ള അവബോധം സൃഷ്ടിച്ചും ആരോഗ്യ/ആശാ പ്രവർത്തകരെ നിയോഗിച്ചും സാദ്ധ്യമാക്കാവുന്നതാണ്.