പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റ്

അദ്ധ്യായം II
ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ്

ദേശീയ ആരോഗ്യദൗത്യം - പ്രത്യുൽപാദനവും ശിശുആരോഗ്യവും രോഗപ്രതിരോധവും

മുഖ്യസംഗ്രഹം

മാതൃശിശു ആരോഗ്യം, കുടുംബാസൂത്രണം, രോഗപ്രതിരോധം എന്നീ മേഖലകളിൽ 2012-17 വർഷങ്ങളിൽ ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ ഇടപെടൽ, സംസ്ഥാനത്തെ സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടേയും ആരോഗ്യനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് ഫലപ്രദമായിരുന്നോ എന്ന് വിലയിരുത്തുന്നതിനാണ് ഈ പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റ് നടത്തിയത്. ഭൗതികവും, മാനവശേഷി വിഭവങ്ങളും പര്യാപ്തമായിരുന്നോ, മരുന്നുകളും ഉപകരണങ്ങളും വാങ്ങിയത് കാര്യക്ഷമവും മിതവ്യയവുമായിട്ടായിരുന്നോ, പൊതുവായ സാമ്പത്തികനിർവ്വഹണം കാര്യക്ഷമവും ഫലപ്രദവുമായിരുന്നോ എന്ന് വിലയിരുത്തുന്നതിന് പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റ് ശ്രമിച്ചിരുന്നു.

സ്ത്രീകൾക്ക് നൽകുന്ന പ്രസവ സംബന്ധമായ സേവനങ്ങൾ, പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നവജാത ശിശുക്കൾക്കുള്ള സൗകര്യങ്ങൾ, അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയിലുള്ള അപര്യാപ്തതകൾ താഴെപറയുംവിധം പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റിൽ വെളിപ്പെട്ടു.

2012-17 കാലയളവിൽ കേരളസർക്കാർ ആനുപാതിക വിഹിതമായ ₹323.22 കോടി ലഭ്യമാക്കിയിട്ടില്ല.

(ഖണ്ഡിക 2.7)

പ്രസവപൂർവ്വ ശുശ്രൂഷയ്ക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത 24.95 ലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ 12 ശതമാനത്തിലധികം പേർക്ക് അയേൺ ഫോളിക് ആസിഡ് ഗുളിക ലഭിച്ചിട്ടില്ല. കൂടാതെ ടെറ്റനസ് ടോക്സോയ്ഡ് ഷോട്ട്സ് ലഭിച്ച ഗർഭിണികളുടെ ശതമാനത്തിലും കുറവ് നേരിട്ടിട്ടുണ്ട്.

(ഖണ്ഡിക 2.8.1)

24.95 ലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ 37 ശതമാനം പേരിലും എച്ച്.ഐ.വി പരിശോധന നടത്തിയിട്ടില്ല.

(ഖണ്ഡിക 2.8.2)

ഓഡിറ്റിനായി തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ (വയനാട്, മലപ്പുറം, തൃശ്ശൂർ, ആലപ്പുഴ) ലാക്ഷണിക പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയമാക്കിയ 65 ആരോഗ്യസേവന കേന്ദ്രങ്ങളിൽ 15 എണ്ണത്തിൽ മാത്രമേ പ്രസവസംബന്ധമായ സേവനത്തിനുള്ള സൗകര്യങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നുള്ളൂ.

(ഖണ്ഡിക 2.8.4)

ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ കാര്യക്രമത്തിനു കീഴിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് ലഭ്യമാക്കേണ്ടിയിരുന്ന സൗജന്യ ഭക്ഷണവും മറ്റു സേവനങ്ങളും നൽകുന്നതിൽ പോരായ്മകൾ ഉണ്ടായിരുന്നു.

(ഖണ്ഡിക 2.8.8.1)

ന്യൂബോൺ കെയർ കോർണർ, ന്യൂബോൺ സ്റ്റെബിലൈസേഷൻ യൂണിറ്റുകൾ തുടങ്ങിയ സൗകര്യങ്ങൾ എല്ലാ പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിലും സജ്ജീകരിച്ചിട്ടില്ലായിരുന്നു.

(ഖണ്ഡിക 2.9.1)

ആരോഗ്യവൈകല്യങ്ങൾ ഉള്ള കുട്ടികളെ നേരത്തെ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് സൗജന്യ ചികിത്സയും പരിപാലനവും എന്ന ജില്ലാ പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ കേന്ദ്രത്തിന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ, 2016-17 കാലയളവിൽ മലപ്പുറം, വയനാട്, തൃശ്ശൂർ, ആലപ്പുഴ എന്നീ ജില്ലകളിൽ കണ്ടെത്തിയ 9,588 കുട്ടികളിൽ 83 ശതമാനം പേരും ഈ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ തുടർ ചികിത്സയ്ക്ക് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യാത്തതുകാരണം കൈവരിക്കാനായില്ല.

(ഖണ്ഡിക 2.9.3.1)

മലപ്പുറം, വയനാട് ജില്ലകളിൽ രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ വേണ്ടത്ര പുരോഗതി കൈവരിച്ചില്ല.

(ഖണ്ഡിക 2.11.1)

ആരോഗ്യസംരക്ഷണ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങളുടെ കുറവ് ഉണ്ടായിരുന്നു.

(ഖണ്ഡിക 2.12.2)

2013-2017 കാലയളവിൽ കേന്ദ്രസർക്കാരിന്റെ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് വിരുദ്ധമായി അധിക ധനസഹായം ലഭിയ്ക്കേണ്ടിയിരുന്ന ഉയർന്ന മുൻഗണനാ ജില്ലകളായ കാസർഗോഡ്, മലപ്പുറം, പാലക്കാട് എന്നിവയ്ക്ക് അധികധനസഹായമായ ₹86.40 കോടി നിഷേധിക്കപ്പെട്ടു.

(ഖണ്ഡിക 2.13.1)

2.1 അവതാരിക

ആരോഗ്യസംവിധാനങ്ങളും, സ്ഥാപനങ്ങളും, ശേഷിയും ശക്തിപ്പെടുത്തി ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ ഉചിതവും, ചെലവു കുറഞ്ഞതും ഗുണനിലവാരവുമുള്ള ആരോഗ്യസുരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി 2005 ഏപ്രിൽ മാസം ഭാരതസർക്കാർ ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം (എൻ.ആർ.എച്ച്.എം) ആരംഭിക്കുകയും 2013ൽ ഈ പദ്ധതിയെ ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യം (എൻ.എച്ച്.എം) എന്ന് പുനർനാമകരണം ചെയ്യുകയും ചെയ്തു. കേന്ദ്ര, സംസ്ഥാന തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും പൊതുജനങ്ങളുടെയും പങ്കാളിത്തത്തോടുകൂടി എൻഎച്ച്എം പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിപാടികളുടെയും അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെയും നിർവ്വഹണത്തിലൂടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യപരിപാലനസുരക്ഷാസേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുവാൻ വിഭാവനം ചെയ്തിരുന്നു. 2017 മാർച്ച് 31 ലെ സ്ഥിതിവിവരമനുസരിച്ച് 18 ജനറൽ ആശുപത്രികൾ, 99 ജില്ലാ/താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ[4], 22 വിദഗ്ധ ആശുപത്രികൾ, 14 ജില്ലാ ക്ഷയരോഗ കേന്ദ്രങ്ങൾ (ഡി.റ്റി.ബി.സികൾ), 232 സാമൂഹിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ (സി.എച്ച്.സികൾ), 848 പ്രാഥമിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ (പി.എച്ച്.സികൾ), 5,408 സബ്സെന്ററുകൾ, 47 മറ്റ് ആരോഗ്യ സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയാണ് കേരളത്തിൽ പ്രവർത്തിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്.

---

[4] 18 ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ, 41 താലൂക്ക് ഹെഡ്ക്വാർട്ടേഴ്സ് ആശുപത്രികൾ, 40 താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ.

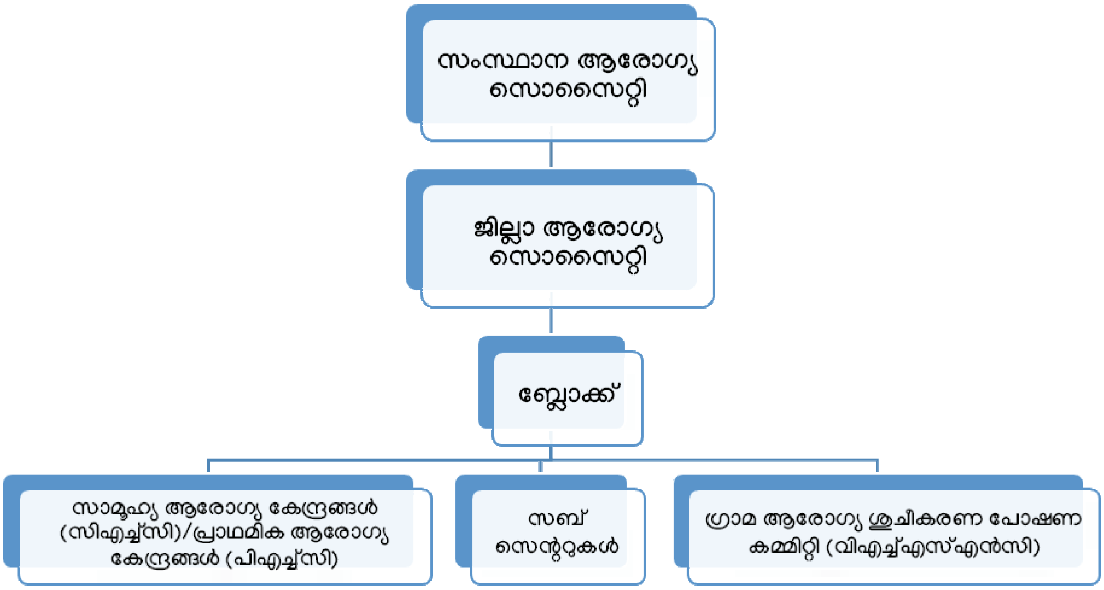
എൻഎച്ച്എം നു കീഴിലെ പ്രത്യുൽപാദനവും ശിശുസംരക്ഷണവും (ആർ.സി.എച്ച്) എന്ന പരിപാടി സ്ത്രീകൾക്കും കുട്ടികൾക്കും ആരോഗ്യസുരക്ഷ ഏർപ്പെടുത്തുക വഴി മാതൃശിശുമരണ നിരക്ക്, മൊത്തത്തിലുള്ള പ്രത്യുൽപ്പാദനശേഷി നിരക്ക്, ഇവ കുറയ്ക്കുകയും അതോടൊപ്പം തന്നെ സാമൂഹികവും ഭൂമിശാസ്ത്രപരവുമായ അസമാനതകൾ ലഘൂകരിച്ച് ഗുണനിലവാരമുള്ള പ്രത്യുൽപാദന ശിശുആരോഗ്യസേവനങ്ങൾ നൽകാൻ ഉദ്ദേശിച്ചിരുന്നു. എൻ.എച്ച്.എം സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ള പുതിയ നയരൂപീകരണം, പുതിയ വാക്സിനുകൾ, അവ നൽകുന്നതിന് ഉപയോഗിക്കുന്ന നൂതനസാങ്കേതിക വിദ്യകൾ എന്നിവ വഴി ഈ അടുത്തകാലങ്ങളിൽ ഇന്ത്യയിലെ രോഗപ്രതിരോധ പരിപാടി എടുത്തുപറയത്തക്ക മാറ്റങ്ങൾക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ട്.

2.2 ഘടനാ നില

സംസ്ഥാനതലത്തിൽ എൻ.എച്ച്.എം. പ്രവർത്തിക്കുന്നത് മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ അദ്ധ്യക്ഷതയിലുള്ള സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ (എസ്.എച്ച്.എം) മൊത്തത്തിലുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശത്തിലാണ്. ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമവകുപ്പ് പ്രിൻസിപ്പൽ സെക്രട്ടറി തലവനായുള്ള സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റി മുഖേനയാണ് ദൗത്യം അതിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നിർവ്വഹിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. ജില്ലാതലങ്ങളിൽ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ തലവൻ, ജില്ല മുഖ്യമായും ഗ്രാമീണമാണോ നാഗരികമാണോ എന്നതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ സർക്കാർ തീരുമാനിക്കുന്നതനുസരിച്ച്, പ്രസിഡന്റ്, ചെയർപേഴ്സൺ/മേയർ തലവനായി ജില്ലാ ആരോഗ്യദൗത്യം പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഓരോ ജില്ലയിലെയും ജില്ലാ ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റികളുടെ തലവൻ ജില്ലാ കളക്ടർമാരാണ്.

സംസ്ഥാനത്ത് എൻഎച്ച്എമ്മിന്റെ പദ്ധതി നിർവ്വഹണ ഘടന ചുവടെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന ചാർട്ടിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

ചാർട്ട് 2.1: എൻഎച്ച്എമ്മിന്റെ പദ്ധതി നിർവ്വഹണ ഘടന



2.3 ഓഡിറ്റിന്റെ വ്യാപ്തിയും പ്രവർത്തനസമ്പ്രദായവും

ഗവൺമെന്റ് സെക്രട്ടറിയേറ്റ്, സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റി, ജില്ലാ ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റി, ഹെൽത്ത് സർവ്വീസ് ഡയറക്ടറേറ്റ് (ഡി.എച്ച്.എസ്) ആലപ്പുഴ, തൃശ്ശൂർ, മലപ്പുറം, വയനാട് എന്നിവിടങ്ങളിലെ നാല് ജില്ലാ ആരോഗ്യക്ഷേമ സൊസൈറ്റികൾ, തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ 65 ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ[5] എന്നിവയിലെ 2012-17 കാലയളവിലെ രേഖകളും ഫയലുകളും, 2017 മെയ് മുതൽ 2017 സെപ്റ്റംബർ വരെയുള്ള മാസങ്ങളിൽ ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടത്തിക്കൊണ്ട് പ്രവർത്തനക്ഷമതാ അവലോകനം നടത്തി. കൂടാതെ 32 ഉപകേന്ദ്രങ്ങളിലെ രേഖകളും ഓഡിറ്റ് അവലോകനം ചെയ്തു. ജില്ലകളെ തെരഞ്ഞെടുത്തത് സിമ്പിൾ റാൻഡം സാംപ്ളിംഗ് വിത്തൗട്ട് റീപ്ലേയ്സ്മെന്റ് എന്ന പ്രക്രിയയിലൂടെയായിരുന്നു.

സംസ്ഥാനത്ത് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യദൗത്യം (എൻ.ആർ.എച്ച്.എം) നടപ്പാക്കിയതിനെക്കുറിച്ച് കംപ്ട്രോളർ ആന്റ് ഓഡിറ്റർ ജനറൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ (സിവിൽ)യുടെ മാർച്ച് 2009-ന് അവസാനിക്കുന്ന വർഷത്തെ ഓഡിറ്റ് റിപ്പോർട്ടിൽ പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്. പബ്ലിക് അക്കൗണ്ട്സ് കമ്മിറ്റി (പി.എ.സി)യുടെ 56-ാമത് റിപ്പോർട്ടിൽ, ഈ റിപ്പോർട്ടിനെക്കുറിച്ച് ശുപാർശകൾ നടത്തിയിരുന്നു. ഈ ശുപാർശകളിൻമേൽ വിവിധ വകുപ്പുകൾ സ്വീകരിച്ച തുടർനടപടികളും ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചു.

രേഖകളുടെ സൂക്ഷ്മപരിശോധന, ഓഡിറ്റ് അന്വേഷണ സ്ലിപ്പുകൾ കൊടുക്കുകവഴി തെളിവുകളുടെ ശേഖരണം, വകുപ്പുതല ഉദ്യോഗസ്ഥരോടൊപ്പം സംയുക്തപരിശോധന നടത്തുക എന്നിവ ആയിരുന്നു ഓഡിറ്റിന്റെ രീതി. 2017 മെയ് മാസം 11-ാം തീയതി ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ് അഡീഷണൽ ചീഫ് സെക്രട്ടറി (എ.സി.എസ്)യുമായി നടത്തിയ പ്രഥമ കൂടിക്കാഴ്ചയോടെയാണ് പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റ് ആരംഭിച്ചത്. അവിടെ ഓഡിറ്റിന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങളും വ്യാപ്തിയും, രീതിയും വിശദമായി ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടു. 2017 നവംബർ മാസം 21-ാം തീയതി അഡീഷണൽ ചീഫ് സെക്രട്ടറിയുമായി നടത്തിയ അന്തിമ കൂടിക്കാഴ്ചയിൽ ഓഡിറ്റിന്റെ കണ്ടെത്തലുകൾ ചർച്ചചെയ്യുകയും സർക്കാരിന്റെ പ്രതികരണങ്ങൾ വാങ്ങുകയും ചെയ്തു.

2.4 ഓഡിറ്റിന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ

പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റിന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്നവ നിർണ്ണയിക്കലായിരുന്നു:

- മാതൃശിശു ആരോഗ്യം, കുടുംബാസൂത്രണം, രോഗപ്രതിരോധം എന്നി മേഖലകളിൽ എൻ.എച്ച്.എം-ന്റെ ഇടപെടൽ സംസ്ഥാനത്തെ സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ആരോഗ്യനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് ഫലപ്രദമായിരുന്നോ എന്നും, കേന്ദ്രസർക്കാർ സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ള ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയുടെ സുസ്ഥിരവികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിലെ 'നല്ല ആരോഗ്യവും ക്ഷേമവും' കൈവരിക്കുന്നതിന് ലക്ഷ്യമിട്ടായിരുന്നോ എന്നും;
- മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യസുരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിന്, ഭൗതിക-മനുഷ്യശേഷി വിഭവങ്ങൾ പര്യാപ്തമായിരുന്നോ എന്നും,

[5] 32 പി.എച്ച്.എസ്.സികൾ, 16 സി.എച്ച്.സികൾ, 8 താലൂക്ക്/താലൂക്ക് ഹെഡ്ക്വാർട്ടേഴ്സ് ആശുപത്രികൾ, 4 ജനറൽ ആശുപത്രികൾ, ഒരു സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ആശുപത്രി, 4 ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ.

ഔഷധങ്ങളുടെയും ഉപകരണങ്ങളുടെയും വാങ്ങൽ ചെലവ് ചുരുക്കിയും കാര്യക്ഷമവുമായിരുന്നോ എന്നും;

- വിവിധ പദ്ധതികൾക്കു കീഴിൽ ഫണ്ടുകളുടെ വിടുതലും വിനിയോഗവും ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഫണ്ടുകളുടെ പരിപാലനം കാര്യക്ഷമവും ഫലപ്രദവുമായിരുന്നോ.

2.5 ഓഡിറ്റിന്റെ മാനദണ്ഡങ്ങൾ

താഴെപ്പറയുന്ന രേഖകളിൽ നിന്നും ഉരുത്തിരിഞ്ഞ മാനദണ്ഡങ്ങൾ അടിസ്ഥാനമാക്കിയാണ് ഓഡിറ്റ് കണ്ടെത്തലുകൾക്ക് രൂപം നൽകിയത്:

- എൻ.ആർ.എച്ച്.എം പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കാനുള്ള ഭാരതസർക്കാരിന്റെ രൂപരേഖ, 2005-12 ഉം 2012-17 ഉം;
- സാമ്പത്തിക നിർവ്വഹണത്തിനായി ഭാരതസർക്കാർ പുറപ്പെടുവിച്ചിട്ടുള്ള പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ;
- ഉപകേന്ദ്രങ്ങൾ, പ്രാഥമിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ, സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ, സബ്ഡിവിഷണൽ ആശുപത്രികൾ, ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾക്കുള്ള ഇന്ത്യൻ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് സ്റ്റാൻഡേർഡ്സ് (ഐ.പി.എച്ച്.എസ്) 2012;
- പൊതുജനാരോഗ്യ സൗകര്യങ്ങളുടെ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിലേക്ക് 2013-ൽ പുറപ്പെടുവിച്ചിട്ടുള്ള പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ;
- സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റിയുടെ (എസ്.എച്ച്.എസ്) ഓഡിറ്റ് ചെയ്ത വാർഷിക ധനകാര്യ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റുകൾ;
- എൻ.എച്ച്.എം-ന്റെ കീഴിലുള്ള വിവിധ പദ്ധതികളുടെ നിർവ്വഹണാർത്ഥം ഭാരതസർക്കാർ പുറപ്പെടുവിച്ച മാർഗ്ഗരേഖകൾ;
- ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ (ഡബ്ല്യു.എച്ച്.ഒ) മാനദണ്ഡങ്ങൾ;
- കേന്ദ്ര/സംസ്ഥാന പൊതുമരാമത്ത് വകുപ്പുകളുടെ മാന്വലുകൾ.

ഓഡിറ്റ് കണ്ടെത്തലുകൾ

2.6 ജനസംഖ്യാപരമായ ലക്ഷ്യങ്ങൾ കൈവരിക്കൽ

ദേശീയ ആരോഗ്യ ലക്ഷ്യങ്ങൾ കൈവരിക്കുന്നതിന് സുപ്രധാന നേട്ടമാണ് മാതൃശിശു ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തലും അവരുടെ നിലനില്പും. ശിശുമരണനിരക്കും മാതൃമരണനിരക്കും അതുപോലെ മൊത്തം ഗർഭധാരണ നിരക്കും കുറയ്ക്കുക എന്നതാണ് ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ പ്രധാന ലക്ഷ്യങ്ങൾ. ഈ പ്രക്രിയയിൽ ഐക്യരാഷ്ട്രസഭ മുന്നോട്ടു വച്ചിട്ടുള്ള സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിലെ സമാന ലക്ഷ്യങ്ങളും 2030-ാംമാണ്ടോടുകൂടി പ്രാപ്തമാക്കാൻ സഹായിക്കുക എന്നതും എൻഎച്ച്എം വിഭാവനം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. സംസ്ഥാനത്തിന്റെ പ്രകടനം ശ്രദ്ധേയമായിരുന്നതും, യുഎൻ സുസ്ഥിര വികസനലക്ഷ്യത്തിൽ നിർദ്ദേശിച്ച ലക്ഷ്യം മറികടക്കുകയും ചെയ്തത് **പട്ടിക 2.1**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.1: ഐഎംആർ, എംഎംആർ, റ്റിഎഫ്ആർ ലക്ഷ്യങ്ങളും നേട്ടങ്ങളും

സൂചിക	നടപ്പാക്കലിന് ദേശീയ ആരോഗ്യദൗത്യരൂപരേഖ (2012-17)		യുഎൻ സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ (2030)	
	ലക്ഷ്യം	നേട്ടം 31.03.2017-ൽ	ലക്ഷ്യം	നേട്ടം 31.03.2017-ൽ
ഐഎംആർ (ശിശുമരണനിരക്ക്)	ഓരോ 1000 ജനനത്തിലും 25	6	ഓരോ 1000 ജനനത്തിലും 12	6
എംഎംആർ (മാതൃമരണനിരക്ക്)	ഓരോ 100000 ജനനത്തിലും 100	29	ഓരോ 100000 ജനനത്തിലും 70	29
റ്റിഎഫ്ആർ (മൊത്തം ഗർഭധാരണ നിരക്ക്)	2.1 ആയി കുറയ്ക്കുക	1.6[6]	ലക്ഷ്യമില്ല	

(ഉറവിടം: ഹെൽത്ത് സർവ്വീസസ് ഡയറക്ടറേറ്റ്)

2.7 ഫണ്ടുകളുടെ സംസ്ഥാന വിഹിതം അനുവദിക്കാതിരിക്കൽ

2013-14 വരെ ഈ പദ്ധതിക്ക് ഭാരതസർക്കാരിന്റെ (ജിഓഐ) ആരോഗ്യകുടുംബക്ഷേമ മന്ത്രാലയത്തിൽ നിന്നും സംസ്ഥാന എൻഎച്ച്എം-ന് നേരിട്ടു ധനസഹായം ലഭിക്കുകയായിരുന്നു. 2014-15 മുതൽ ജിഐഐ കേരളസർക്കാരിന് ഫണ്ടുകൾ നൽകുകയും ആരോഗ്യവകുപ്പു ഡയറക്ടർ മുഖേന സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റിയും കൈമാറുകയും ആണ്. 2012-13 മുതൽ 2014-15 വരെ കേന്ദ്രസംസ്ഥാന ഫണ്ടുകൾ തമ്മിലുള്ള അനുപാതം 75:25 ആയിരുന്നു. 2015-16 മുതൽ അത് 60:40 ആയി മാറി. 2012-17 കാലയളവിലെ കേരള സംസ്ഥാന ആരോഗ്യമിഷന്റെ വർഷം തിരിച്ചുള്ള വരവ് ചെലവ് വിവരങ്ങൾ **പട്ടിക 2.2**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.2: എൻഎച്ച്എം-ന് കീഴിൽ 2012-17 കാലയളവിൽ ലഭിച്ച തുകയും വിനിയോഗവും

(₹ കോടിയിൽ)

വർഷം	നീക്കിയിരിപ്പ്	കേന്ദ്രഫണ്ട്	സംസ്ഥാന വിഹിതം	വർഷ പലിശ	ആകെ	ചെലവ്	ബാക്കി[7]
1	2	3	4	5	6 = 2+3+4+5	7	8 = 6-7
2012-13	46.56	490.55	30.00	5.14	572.25	626.98	-54.73
2013-14	-54.73	360.98	76.94	5.08	388.27	632.30	-244.03
2014-15	-244.03	521.99	112.24	5.89	396.09	628.71	-232.62
2015-16	-232.62	315.35	70.00	4.62	157.35	682.64	-525.29
2016-17	-525.29	455.25	302.80	1.15	233.91	744.78	-510.87
ആകെ		**2144.12**	**591.98**	**21.88**	**1747.87**	**3315.41**	

(ഉറവിടം: ജിഓഐ കത്തുകളും എൻഎച്ച്എം/ഹെൽത്ത് സർവ്വീസസ് ഡയറക്ടറിൽ നിന്നും ലഭിച്ച വിവരവും)

ദേശീയ ആരോഗ്യദൗത്യത്തിന്റെ നടത്തിപ്പുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രൂപരേഖ 2005-12 (മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ)-ൽ ദൗത്യത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക കാര്യങ്ങളെ കുറിച്ച് പരാമർശിക്കുന്നതിൽ വ്യക്തമായി പറഞ്ഞിരുന്നത്, എൻഎച്ച്എം-ന്റെ ലക്ഷ്യം ആരോഗ്യരംഗത്ത് കേന്ദ്രസംസ്ഥാന ധനവിഹിതം വർദ്ധിപ്പിക്കുക എന്നതായിരുന്നു. സംസ്ഥാനങ്ങൾ അവയുടെ ആരോഗ്യരംഗത്തിന് തുക അധികം

---

[6] ദേശീയ കുടുംബആരോഗ്യസർവ്വേ അനുസരിച്ചുള്ള ഡേറ്റ - 04/2015-16.

[7] ആകെ ലഭ്യമായ ഫണ്ടിനെക്കാൾ കൂടുതലുള്ള അധിക ചെലവ് സംസ്ഥാന പ്ലാൻ ഫണ്ടിൽ നിന്നും കണ്ടെത്തി.

നീക്കിവയ്ക്കേണ്ടതാണെന്നും സംസ്ഥാന ഫണ്ടിന്റെ കുറവ് കേന്ദ്രഫണ്ടുപയോഗിച്ച് പരിഹരിക്കാൻ പാടില്ലെന്നും മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളിൽ പ്രത്യേകം നിഷ്കർഷിച്ചിട്ടുണ്ടായിരുന്നു.

ജിഒഐയിൽ നിന്നും എൻഎച്ച്എം-ന് അയച്ച കത്ത് (2017 ഏപ്രിൽ) പ്രകാരം 2012-17 കാലയളവിൽ കേന്ദ്രഫണ്ടായ ₹2,144.12 കോടിക്ക് സംസ്ഥാന വിഹിതമായി ₹915.20 കോടി കേരള സർക്കാർ നീക്കിവയ്ക്കേണ്ടതായിരുന്നു എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. പക്ഷേ ₹591.98 കോടി മാത്രമാണ് യഥാർത്ഥത്തിൽ നൽകിയത്. ഇത് ₹323.22 കോടിയുടെ കുറവിന് ഇടയാക്കി. കേരള സർക്കാരിന്റെ വിഹിതം 2012-17-ൽ ₹323.22 കോടി കണ്ട് കുറവായിരുന്നെങ്കിലും, കേരളസർക്കാർ അതിന്റെ വിഹിതം ₹901.74 കോടി നൽകിയതായി ജിഒഐയ്ക്ക് റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തതായി കണ്ടു. കേരള സർക്കാരിന്റെയും എൻഎച്ച്എംന്റെയും 2012-17-ലെ കണക്കുകൾ ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചതിൽ 2012-13 ൽ ₹249.01 കോടിയും 2014-15-ൽ ₹60.73 കോടിയും സംസ്ഥാനം അതിന്റെ പദ്ധതി വിഹിതത്തിൽ നിന്നും വിവിധ പ്ലാൻ പദ്ധതികൾ നടപ്പാക്കുന്നതിനായി എൻഎച്ച്എം-ന് കൊടുത്തതായാണ് കാണാൻ കഴിഞ്ഞത്. അങ്ങനെ സംസ്ഥാനപദ്ധതി വിഹിതത്തിൽ നിന്നുമെടുത്ത ₹309.74 കോടി ദേശീയ ആരോഗ്യദൗത്യത്തിന് സംസ്ഥാനവിഹിതമായി നൽകിയതായി കേന്ദ്ര ഗവൺമെന്റിനെ ധരിപ്പിച്ചു. ദേശീയ ആരോഗ്യപദ്ധതിയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഭാഗമേയല്ലാത്ത വിവിധ സംസ്ഥാന പദ്ധതികൾക്കുപയോഗിക്കേണ്ടുന്ന ധനം, ദേശീയ ആരോഗ്യപദ്ധതിയുടെ സംസ്ഥാനവിഹിതമായി തെറ്റായ ശീർഷകത്തിൽ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചത്, സംസ്ഥാനം ആരോഗ്യരംഗത്തെ ധനവിനിയോഗം യഥാർത്ഥത്തിൽ വർദ്ധിപ്പിക്കണം എന്ന മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശത്തിന് വിരുദ്ധമാണ്. കേന്ദ്രസർക്കാരുമായി ചർച്ച ചെയ്ത് ഇതു പരിഹരിച്ചുവെന്ന അന്തിമ കൂടിക്കാഴ്ചയിലെ (2017 നവംബർ) സർക്കാരിന്റെ പ്രസ്താവന, സാധൂകരിക്കാൻ വേണ്ട രേഖകളുടെ അഭാവത്തിൽ ഓഡിറ്റിന് സ്വീകാര്യമല്ല.

2.8 സ്ത്രീകൾക്കുള്ള ആരോഗ്യസുരക്ഷ

സ്ത്രീകളുടെയും നവജാതശിശുവിന്റെയും കുട്ടികളുടെയും പിന്നീടുള്ള ആരോഗ്യത്തെ ആഴത്തിൽ സ്വാധീനിക്കുന്നതിനാൽ ഗർഭകാലത്തും പ്രസവസമയത്തും പ്രസവാനന്തര കാലത്തും സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യത്തിന് ഊന്നൽ നൽകി കൊണ്ടുള്ള മാതൃശിശുആരോഗ്യസംരക്ഷണ പാക്കേജ് ദേശീയ ആരോഗ്യപദ്ധതിയുടെ നിർണ്ണായക ഘടകമാണ്. തുടർന്നുമുള്ള ശുശ്രൂഷ. നിലവാരമുള്ള പ്രസവചികിത്സയും, വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടർമാരുടെ സേവനവും ഉറപ്പുവരുത്തുക, ഗർഭകാലത്തും പ്രസവശേഷവുമുള്ള സുരക്ഷ വ്യാപകവും ഗുണനിലവാരമുള്ളതുമാക്കുക, ആശുപത്രിയിൽ വച്ചുള്ള പ്രസവം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക, മുതലായ നടപടിക്രമങ്ങളിലൂടെ മാതൃസംരക്ഷണം മെച്ചപ്പെടുത്തുക എന്നതാണ് വിഭാവനം ചെയ്യുന്നത്. മാതൃആരോഗ്യ സംരക്ഷണം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനുള്ള പ്രധാനപ്പെട്ട സേവനങ്ങളിൽ ഗർഭകാലശുശ്രൂഷ, പ്രസവശുശ്രൂഷ, പ്രസവാനന്തരശുശ്രൂഷ എന്നിവ ഉൾകൊള്ളുന്നു. ഇന്ത്യൻ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് സ്റ്റാൻഡേഡ്സ് (ഐപിഎച്ച്എസ്) 2012 പ്രകാരം, പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും അതിനുമുകളിലുമുള്ള എല്ലാ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും ഗർഭകാലശുശ്രൂഷ (എഎൻസി) പ്രസവശുശ്രൂഷ (ഐഎൻസി) പ്രസവാനന്തര ശുശ്രൂഷ (പിഎൻസി), എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ, ഉറപ്പായ സേവനങ്ങളാൽ സജ്ജമായിരിക്കണം. ഗർഭിണികളായ സ്ത്രീകൾക്ക് സേവനം നൽകാൻ പര്യാപ്തമായ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഉണ്ടോ എന്നും, ഗർഭിണികളായ അമ്മമാർക്ക് പ്രസവസേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുവേണ്ട വിദഗ്ദ്ധമാനവശേഷിയും ഉപകരണങ്ങളാലും ഈ സ്ഥാപനങ്ങൾ സജ്ജീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്നും ഓഡിറ്റ്

പരിശോധിക്കുകയുണ്ടായി. പോരായ്മകൾ കണ്ടെത്തിയത് താഴെ ഖണ്ഡികകളിൽ വിവരിക്കുന്നു.

2.8.1 ഗർഭകാല പരിചരണം

ഗർഭിണി, മാതൃ, ശിശു ആരോഗ്യം ഇവ വേർതിരിച്ച് കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടതല്ലെന്നും, കൗമാരപ്രായത്തിലുള്ള പെൺകുട്ടികളുടെയും ഗർഭിണിയായ സ്ത്രീകളുടെയും ആരോഗ്യം നവജാത ശിശുവിന്റെയും കുട്ടികളുടെയും ആരോഗ്യത്തെ നിർണ്ണയിക്കും എന്നുള്ള തിരിച്ചറിവാണ് മാതൃശിശു സംരക്ഷണ പദ്ധതിയുടെ തലം വികസിപ്പിച്ച് ഗർഭിണി, മാതാവ്, നവജാതശിശു, കുട്ടി അധികം കുമാരിമാരുടെ ആരോഗ്യം (ആർഎംഎൻസിഎച്ച് പ്ലസ് എ) പദ്ധതി ജിഒഐ ആവിഷ്കരിച്ചത് (2013 ജനുവരി). ജീവിതത്തിന്റെ എല്ലാ ഘട്ടങ്ങളിലും ഇടപെടുകയും പരസ്പരം ബന്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണെന്നും മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ വ്യവസ്ഥ ചെയ്യുന്നു.

ഭ്രൂണവളർച്ചയുടെ പുരോഗതി നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും മാതാവിന്റെ ആരോഗ്യം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനും ഗർഭകാലശുശ്രൂഷ പാക്കേജ് നൽകുന്നതും സങ്കീർണമായ ഗർഭം തിരിച്ചറിഞ്ഞ് നിരീക്ഷിക്കുന്നതും മുൻഗണനാ ഇടപെടലുകളായി ആർഎംഎൻസിഎച്ച് പ്ലസ് എ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ കണ്ടെത്തിയിരുന്നു. പ്രസവസമയത്ത് മാത്രം ആദ്യമായി ആരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിൽ എത്തുന്ന സ്ത്രീക്ക് കുട്ടിയുടെ ജനനസമയത്ത് കുഴപ്പങ്ങൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള അപകടസാദ്ധ്യത കൂടുതലാണ്. ഗവൺമെന്റ് നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ള എൻആർഎച്ച്എം മാർഗ്ഗരേഖയും ഐപിഎച്ച്എസ് സ്റ്റാൻഡേഡ്സും പറയുന്നത് ഗർഭത്തിന്റെ ആദ്യത്തെ 12 ആഴ്ചക്കുള്ളിൽതന്നെ ഗർഭകാലശുശ്രൂഷ ആരംഭിക്കണമെന്നും. തുടർന്ന് മൂന്നു ചെക്കപ്പുകളും ആവശ്യമാണെന്നുമാണ്. ഗർഭകാലത്തും പ്രസവശേഷവും 100 ദിവസം വീതംഫോളിക് ആസിഡ് (ഐഎഫ്എ) (ദിവസേന 100 മില്ലിഗ്രാം അയൺ + 500 മൈക്രോഗ്രാം ഫോളിക് ആസിഡ്) കഴിക്കേണ്ടതുമാണ് എന്ന് മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നിഷ്കർഷിക്കുന്നു. സംസ്ഥാനത്ത് 2012-17 കാലയളവിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഗർഭിണികളുടെ നിലയും നൽകിയ സേവനവും ചുവടെ **പട്ടിക 2.3**-ൽ ചേർക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.3: എഎൻസിയ്ക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തതും നൽകിയ സേവനവും

വർഷം	രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഗർഭിണികൾ	ആദ്യ മൂന്ന് മാസത്തിനകം	മൂന്ന് ചെക്കപ്പ് ലഭിച്ചവർ	മൂന്ന് ചെക്കപ്പ് ലഭിക്കാത്തവർ	റ്റിറ്റി1 കിട്ടിയത്	റ്റിറ്റി2 കിട്ടിയത്	100 ഐഎഫ്എ ലഭിച്ചവർ
2012-13	515226	396933	461253	53973	438339	415089	441235
2013-14	518811	412737	486203	32608	452769	435913	511134
2014-15	495640	401565	456179	39461	417985	399293	497822
2015-16	477820	385274	434759	43061	411064	388412	404900
2016-17	488095	403137	440375	47720	415964	388420	326231
ആകെ	**2495592**	**1999646**	**2278769**	**216823**	**2136121**	**2027127**	**2181322**
ശതമാനം		**80.13**	**91.31**		**85.60**	**81.23**	**87.41**

(ഉറവിടം: ഹെൽത്ത് മാനേജ്മെന്റ് ഇൻഫർമേഷൻ സിസ്റ്റം (എച്ച്എംഐഎസ്) ഡേറ്റ)

അങ്ങനെ 2012-17 കാലയളവിൽ 24.95 ലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ 80 ശതമാനം പേരാണ് ഗർഭകാലത്തെ ആദ്യ മൂന്നു മാസത്തിനകം രജിസ്റ്റർ ചെയ്തത്. ഇതിനു പുറമെ 2.17 ലക്ഷം പേർക്ക് (9 ശതമാനം) മൂന്ന് എഎൻസി ചെക്കപ്പ് ലഭിച്ചിട്ടില്ല. ടെറ്റനസ് ടോക്സോയിഡ് ഷോട്ടുകൾ ലഭിച്ച സ്ത്രീകളുടെ ശതമാനത്തിലും കുറവുണ്ടായിരുന്നു. 85.60 ശതമാനം പേർക്ക് റ്റിറ്റി1 ലഭിച്ചപ്പോൾ 81.23 ശതമാനം പേർക്ക് മാത്രമാണ് റ്റിറ്റി2 ലഭിച്ചത്.

എഎൻസിയ്ക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത എല്ലാ ഗർഭിണികളെയും നിരീക്ഷിക്കാനും അവർക്ക് എല്ലാപേർക്കും നിർദ്ദിഷ്ട അളവിലുള്ള എഎൻസി ചെക്കപ്പും കൃത്യമായ ഡോസ് റ്റിറ്റിയും ഐഎഫ്എ ഗുളികകളും കൃത്യസമയത്ത് ലഭിക്കുന്നുണ്ടോയെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്താനും ഗവൺമെന്റിനായിട്ടില്ല എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നത് ഫലപ്രദമല്ലാത്തതിനാൽ നല്ലൊരു വിഭാഗം ഗർഭിണികൾ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലേക്കു പോകുന്നത് രേഖപ്പെടുത്താതെപൊയെന്നും, ഇത് പിൻതുടരാൻ ആയില്ലെന്നുമായിരുന്നു അന്തിമകൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (നവംബർ 2017) സർക്കാരിന്റെ വിശദീകരണം. എഎൻസിക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത സ്ത്രീകളുടെ തുടർപരിചരണം ഉറപ്പാക്കാനായില്ലെങ്കിൽ രജിസ്ട്രേഷന്റെ ഉദ്ദേശ്യത്തെ തന്നെ പരാജയപ്പെടുത്തുമെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുന്നു.

എഎൻസിയ്ക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത 24.95 ലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ 12 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതൽ പേർക്ക് 100 ഐഎഫ്എ ഗുളികകൾ ലഭിച്ചിട്ടില്ല എന്നും ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. മാതൃമരണനിരക്ക് ഉയരുന്നതിന്റെ പ്രധാനകാരണം വിളർച്ചയാണ്. വിളർച്ചയെ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനായി ഗർഭിണികൾക്ക് ദിവസേന എന്നോണം 100 ദിവസത്തെ ഐഎഫ്എ ഗുളികകൾ നിർബന്ധമാണ്[8]. മലപ്പുറം, വയനാട്, ആലപ്പുഴ, തൃശ്ശൂർ ജില്ലകളിലെ 65 ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ പരിശോധിച്ചതിൽ 44 എണ്ണത്തിലും ഐഎഫ്എ ഗുളികകൾ 2012-17-ലെ പലസമയത്തും സ്റ്റോക്കിൽ ഇല്ലായിരുന്നു. എന്നാൽ ഈ ജില്ലകളിൽ 2012-17-ൽ യഥാക്രമം 3,774, 1,215, 363, 1,104 സ്ത്രീകൾക്ക് കടുത്ത വിളർച്ച ബാധിച്ചതായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടിരുന്നു. പരിശോധന നടത്തിയ 65 കേന്ദ്രങ്ങളിൽ 2,31,587 ഗർഭിണികൾ എഎൻസിയ്ക്ക് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തതിൽ 45,678 (19.72 ശതമാനം) പേർക്കും നിഷ്കർഷിച്ചിരുന്ന 100 ഐഎഫ്എ ഗുളികകൾ കൊടുത്തിരുന്നില്ല. ഇതിനുപുറമെ, ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടത്തിയ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ 1,931 ഗർഭിണികൾക്ക് കടുത്ത വിളർച്ച[9] ഉള്ളതായി കണ്ടെത്തിയിട്ടുമുണ്ട്.

2.8.2 എച്ച്ഐവി, എസ്ടിഐ എന്നിവയ്ക്കായി ഗർഭിണികളായ സ്ത്രീകളുടെ പരിശോധന

കുട്ടികളിൽ പുതിയതായി കണ്ടുവരുന്ന എച്ച്ഐവി ബാധയുടെ പ്രധാന മാർഗ്ഗം അമ്മയിൽ നിന്നു കുട്ടിയിലേക്കുള്ള എച്ച്ഐവി വൈറസ് സംക്രണമാണെന്ന് തിരിച്ചറിഞ്ഞ്, ജിഐഐ പുറപ്പെടുവിച്ച (2013 ജനുവരി) ആർഎംഎൻസിഎച്ച്+എ മാർഗ്ഗരേഖ, ഗർഭിണികളുടെ സാർവ്വത്രിക രഹസ്യ എച്ച്ഐവി പരിശോധനയെ പതിവ് എഎൻസി പരിശോധനയുടെ ഒഴിച്ചുകൂടാനാകാത്ത ഘടകമാക്കണമെന്ന് നിർദ്ദേശിച്ചു. എല്ലാ സിഎച്ച്സികളിലും ആദ്യ റഫറൽ യൂണിറ്റുകളിലും, 24X7 പിഎച്ച്സികളിലും ലൈംഗിക സംക്രമണരോഗങ്ങൾക്കും (എസ്ടിഐ), പ്രത്യുൽപാദന നാളരോഗങ്ങൾക്കു (ആർടിഐ)മുള്ള ഡയഗനോസ്റ്റിക് ലബോറട്ടറി സൗകര്യങ്ങൾ ഒരുക്കണം. കൂടാതെ, സംയോജിത കൗൺസലിംഗ് പരിശോധനാ കേന്ദ്രങ്ങളു (ഐസിടിസി)മായി ബന്ധിപ്പിച്ച് എച്ച്ഐവി പരിശോധനയ്ക്ക് ആർടിഐ/എസ്ടിഐ എന്നിവയ്ക്കായും ഉചിതമായ റഫറൽ സംവിധാനം നടപ്പിലാക്കാനും പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ നൽകേണ്ടതുണ്ട്.

പട്ടിക 2.4-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ 2012-13 മുതൽ 2016-17 വരെ എഎൻസി ചെക്കപ്പിനായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത 24.95 ലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ 36.88 ശതമാനം

8 ഇരുമ്പിന്റെ കുറവുമൂലമുണ്ടാകുന്ന വിളർച്ചയുടെ നിയന്ത്രണത്തിനുള്ള മാർഗ്ഗരേഖയുടെ ഖണ്ഡിക 4.1 (സപ്ലിമെന്റേഷൻ ഇന്റർവെൻഷൻസ് ബൈ മിനിസ്ട്രി ഓഫ് ഹെൽത്ത് ആന്റ് ഫാമിലി വെൽഫെയർ) അനുസരിച്ച് ഗർഭിണികൾക്ക് 100 എം.ജി എലമെന്റൽ ഇരുമ്പിന്റെയും 500 എംസിജി ഫോളിക് ആസിഡിന്റെയും ദിവസേനയുള്ള ഡോസ് 100 ദിവസങ്ങൾ കഴിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

9 കടുത്ത വിളർച്ചയുടെ കേസുകൾ-ഹീമോഗ്ലോബിന്റെ അളവ് ഏഴിൽ താഴെയുള്ള കേസുകൾ.

പേർക്കും എച്ച്ഐവി പരിശോധനയും 55.86 ശതമാനം പേർക്ക് എസ്ടിഐ പരിശോധനയും 2012-17 കാലയളവിൽ നടത്തിയിട്ടില്ല എന്ന് ഓഡിറ്റ് കണ്ടെത്തി.

പട്ടിക 2.4: ഗർഭിണികളായ സ്ത്രീകളിൽ എച്ച്ഐവി/എസ്ടിഐ പരിശോധനകൾ നടത്തിയതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

വർഷം	എഎൻസിക്കു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഗർഭിണികൾ	എച്ച്ഐവി പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരായ ഗർഭിണികൾ	എച്ച്ഐവി പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരാകാത്ത ഗർഭിണികൾ	പരിശോധന നടക്കാത്തത് *(ശതമാനം)*	എച്ച്ഐവി പരിശോധിച്ച കേസുകളിൽ എച്ച്ഐവി ബാധയുള്ളവ	എസ്ടിഐ പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരായ ഗർഭിണികൾ	എസ്ടിഐ പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരാകാത്ത ഗർഭിണികൾ	പരിശോധന നടക്കാത്തത് *(ശതമാനം)*
2012-13	515226	260027	255199	49.53	413	182058	333168	64.66
2013-14	518811	303909	214902	41.42	60	214545	304266	58.65
2014-15	495640	318140	177500	35.81	94	223502	272138	54.91
2015-16	477820	329310	148510	31.08	67	223242	254578	53.28
2016-17	488095	363758	124337	25.47	376	258118	229977	47.12
ആകെ	**2495592**	**1575144**	**920448**		**1010**	**1101465**	**1394127**	
ശതമാനം				**36.88**				**55.86**

(ഉറവിടം: എച്ച്എംഐഎസ് ഡേറ്റ)

പരിശോധന നടത്തിയ നാല് തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ നിന്നു ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കിയത് 2012-17 കാലയളവിൽ ആർടിഐ/എസ്ടിഐ ഉള്ളതായി സംശയിക്കുന്ന 1.53 ലക്ഷം കേസുകൾ പരിശോധനയിലൂടെ കണ്ടെത്തിയെന്നാണ്. ഇതിനുപുറമെ, എച്ച്ഐവി ബാധിതരായ ഗർഭിണികളുടെ 69 കേസുകളും തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ ഈ കാലയളവിൽ കണ്ടെത്തുകയുണ്ടായി. ഗർഭിണികളെ പരിശോധനയ്ക്കു വിധേയരാകാത്തതു കാരണം ഇത്തരത്തിലുള്ള കൂടുതൽ കേസുകൾ കണ്ടുപിടിക്കാതെ പോകാനുള്ള സാദ്ധ്യത തള്ളിക്കളയാനാവില്ല.

ഫെസിലിറ്റി ഇന്റഗ്രേറ്റഡ് കൗൺസലിംഗ് ആന്റ് ടെസ്റ്റിംഗ് സെന്ററുകളിൽ (എഫ്ഐസിടിസി) നിന്നുള്ള റിപ്പോർട്ടുകളിൽ നിന്നും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചതിനാൽ ഗർഭിണികളിലെ എച്ച്ഐവി പരിശോധനയെ സംബന്ധിച്ച് കുറച്ചു വിവരങ്ങൾ മാത്രമേ ലഭ്യമായുള്ളൂ എന്ന് ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). ജനസംഖ്യയുടെ 60 ശതമാനവും തങ്ങളുടെ ആരോഗ്യരക്ഷയ്ക്കായി സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെയാണ് ആശ്രയിക്കുന്നതെന്നും, സിഎച്ച്സികളിലും പിഎച്ച്സികളിലും സ്ഥാപിച്ച എഫ്ഐസിടിസികളിൽ 50 ശതമാനം മാത്രമാണ് പ്രവർത്തിച്ചിരുന്നതെന്നും ജിഒകെ വ്യക്തമാക്കി. എഎൻസിക്കുവേണ്ടി രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിരുന്ന, എച്ച്ഐവി/ആർടിഐ/എസ്ടിഐ പരിശോധനകൾ നടത്താത്ത ഗർഭിണികളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ എച്ച്എംഐഎസിൽ നിന്നു ലഭിച്ചതായതുകൊണ്ടും, എച്ച്എംഐഎസ് വിവിധ ആരോഗ്യപരിപാടികളുടെ അനേകം വിവരസംവിധാനങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ ഉൾപ്പെട്ട, പൂർണ്ണമായും പ്രവർത്തനക്ഷമമായ ഒരു ആരോഗ്യവിവരസംവിധാനമായതിനാൽ, മറുപടി ന്യായീകരിക്കത്തക്കതല്ല.

ശുപാർശ 2.1: ഗർഭകാല ശുശ്രൂഷക്കായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്ന എല്ലാ സ്ത്രീകളും എച്ച്ഐവി/എസ്ടിഐ പരിശോധനയ്ക്കു വിധേയരാകുന്നുവെന്നും, അവർക്ക് ആവശ്യമായ അളവിലുള്ള ഐഎഫ്എ ഗുളികകളും/ടിടി വാക്സിനും ലഭിക്കുന്നുവെന്നും സർക്കാർ ഉറപ്പുവരുത്തണം.

2.8.3 ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളുടെയും മനുഷ്യവിഭവശേഷിയുടെയും പര്യാപ്തത

ജനസംഖ്യാടിസ്ഥാനത്തിൽ സബ്സെന്ററുകളും പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും (പിഎച്ച്സി) സാമൂഹികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളും (സിഎച്ച്സി) സ്ഥാപിക്കുവാനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ എൻഎച്ച്എം, അതിന്റെ ഫ്രെയിംവർക്ക് ഫോർ ഇംപ്ലിമേന്റേഷൻ 2005-12-ൽ നിഷ്കർഷിച്ചു. ജനസംഖ്യ 5,000-ത്തിന് (മലയോര ആദിവാസി മേഖലകളിൽ 3,000) ഒരു സബ്സെന്ററും ജനസംഖ്യ 30,000 ത്തിന് (മലയോര ആദിവാസി മേഖലകളിൽ 20,000) ഒരു പിഎച്ച്സിയും ജനസംഖ്യ 1,20,000-ന് (മലയോര ആദിവാസി മേഖലകളിൽ 80,000) ഒരു സിഎച്ച്സിയും നിഷ്കർഷിക്കുകയുണ്ടായി.

സംസ്ഥാനത്തൊട്ടാകെയും, തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലും ജനസംഖ്യാ മാനദണ്ഡങ്ങളനുസരിച്ച് (2011 സെൻസസ്) സബ്സെന്ററുകൾ, പിഎച്ച്സികൾ, സിഎച്ച്സികൾ എന്നിവ സ്ഥാപിക്കുന്നതിൽ കുറവുണ്ടായതായി ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. എൻഎച്ച്എമ്മിനു കീഴിൽ സിഎച്ച്സികളെ, ബാഹ്യചികിത്സാസേവനങ്ങളോ ആശുപത്രിയിലെ ചികിത്സയോ ആവശ്യമായ അസുഖങ്ങളിൽ 80 ശതമാനത്തിനും പരിഹാരം കണ്ടെത്താൻ ഉതകുന്ന ആരോഗ്യ സേവനദാതാക്കളായാണ് വിഭാവനം ചെയ്തത്. ആരോഗ്യരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിൽ അവയ്ക്കുള്ള പ്രാധാന്യം പരിഗണിച്ച്, നിലവിലുള്ള സിഎച്ച്സികളെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനും, പുതിയ സിഎച്ച്സികൾ സ്ഥാപിച്ച് 1,20,000 ആളുകൾക്ക് ഒന്ന് എന്ന അനുപാതത്തിന് അനുസൃതമാക്കുന്നതിനും എൻഎച്ച്എം വലിയ പ്രാധാന്യമാണ് നൽകിയത്. സിഎച്ച്സികൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിലുണ്ടായ കുറവ് **പട്ടിക 2.5**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ മലപ്പുറത്തും (54 ശതമാനം) തൃശ്ശൂരിലും (62 ശതമാനം) വളരെ ഗണ്യമായിരുന്നു:

പട്ടിക 2.5: സബ്സെന്ററുകളും, പിഎച്ച്സികളും, സിഎച്ച്സികളും സ്ഥാപിക്കുന്നതിലുള്ള കുറവ്

സംസ്ഥാനം/ ജില്ല	മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരമുള്ള								
	ഉപകേന്ദ്രങ്ങൾ			പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ			സാമൂഹികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ		
	ആവശ്യകത	നിലവിലുള്ളത്	കുറവ് (ശതമാനം)	ആവശ്യകത	നിലവിലുള്ളത്	കുറവ് (ശതമാനം)	ആവശ്യകത	നിലവിലുള്ളത്	കുറവ് (ശതമാനം)
കേരള	**9263**	**5408**	**3855 (42)**	**1293**	**848**	**445 (34)**	**366**	**232**	**134 (37)**
വയനാട്	278	204	74 (27)	32	23	9 (28)	9	9	0 (00)
മലപ്പുറം	959	589	370 (39)	160	84	76 (48)	48	22	26 (54)
തൃശ്ശൂർ	636	472	164 (26)	106	79	27 (25)	63	24	39 (62)
ആലപ്പുഴ	467	366	101 (22)	78	59	19 (24)	16	16	0 (00)

(ഉറവിടം: ഡിഎച്ച്എസ്/ഡി.പി.എമ്മിൽ നിന്നുള്ള വിവരങ്ങൾ)

ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന സ്ഥാപനങ്ങളിൽ, ജിഒകെ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട എണ്ണം സിഎച്ച്സികൾ സ്ഥാപിക്കുകയുണ്ടായില്ലെന്നും ഡോക്ടർമാരുടെയും പാരാമെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും യഥാക്രമം 48 ശതമാനവും 35 ശതമാനവും വരെ കുറവ് ഒഴിവുകൾ നികത്തിയില്ലെന്നും ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. ഇത് വിഭാവനം ചെയ്യപ്പെട്ട ആനുകൂല്യങ്ങൾ രോഗികൾക്ക് ലഭിക്കാതെ പോയതിനു വഴിതെളിച്ചു.

ഐപിഎച്ച്എസ് അനുശാസിക്കുന്ന വിധത്തിൽ പിഎച്ച്സികളിലും സിഎച്ച്സികളിലും ഡോക്ടർമാരുടെയും പാരാമെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും തസ്തികകളിലുണ്ടാകുന്ന ഒഴിവുകൾ നികത്തേണ്ട ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് പബ്ലിക് അക്കൗണ്ട്സ് കമ്മിറ്റി അതിന്റെ 56-ാം റിപ്പോർട്ടിൽ എടുത്തുപറയുന്നുണ്ട്. ജി.ഒ.കെ നടപടി എടുക്കൽ റിപ്പോർട്ടിൽ പിഎച്ച്സികളിലും സിഎച്ച്സികളിലും 564 തസ്തികകൾ സൃഷ്ടിച്ചുവെന്ന് പ്രസ്താവിച്ചെങ്കിലും (2015 ഒക്ടോബർ) സിഎച്ച്സികളിലെ ഡോക്ടർമാരുടെയും പാരാമെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും കുറവ് ഇപ്പോഴും നിലനിൽക്കുന്നു.

ശുപാർശ 2.2: സർക്കാർ ഡോക്ടർമാരുടെയും നഴ്സുമാരുടെയും പാരാമെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും കുറവ് ഫലപ്രദമായി പരിഹരിച്ചതിനുശേഷം ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളുടെ കുറവും പരിഹരിക്കണം.

2.8.4 പ്രസവസൗകര്യങ്ങളുടെ ലഭ്യത

കേന്ദ്രസർക്കാർ 2005 ഏപ്രിലിനുശേഷം എൻഎച്ച്എമ്മിന്റെ ആകമാനമായ കുടക്കീഴിൽ[10] 100 ശതമാനം കേന്ദ്രാവിഷ്കൃത പദ്ധതി (സിഎസ്എസ്) ആയ (ജെഎസ്വൈ), ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കു താഴെയുള്ള (ബിപിഎൽ) കുടുംബങ്ങളിൽ ആശുപത്രിയിൽ വച്ചുള്ള പ്രസവങ്ങൾ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുപുറമെ, മൊത്തത്തിലുള്ള മാതൃശിശുമരണനിരക്കുകൾ കുറയ്ക്കുന്നതിനും ലക്ഷ്യമിട്ടു. പിഎച്ച്സി തലത്തിലും ആദ്യ റഫറൽ യൂണിറ്റു (എഫ്ആർയു) കളിലും 24x7 പ്രസവസേവനങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനക്ഷമതയിലൂടെ അത്യാഹിത പ്രസവരക്ഷ എന്നിവ പ്രദാനം ചെയ്യുക എന്നതും പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു. അതുപോലെ, എൻഎച്ച്എം-നു കീഴിൽ ജിഒഐ നടപ്പാക്കിയ (2011 ജൂൺ) ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ പദ്ധതി (ജെഎസ്എസ്കെ) സംസ്ഥാനത്തൊട്ടാകെയുള്ള ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ, ഗർഭിണികളുടെയും അസുഖങ്ങളുള്ള നവജാത ശിശുക്കളുടെയും അർഹതകൾക്കു വേണ്ടി സ്വന്തം കീശയിൽ നിന്നും ചെലവു ചെയ്യുന്നത് നിർത്തലാക്കുന്നതിനും, ആശുപത്രിയിൽ വച്ചുള്ള പ്രസവങ്ങൾ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനും നവജാതർക്ക് ഉചിതമായ പരിപാലനത്തിനും ഊന്നൽ നൽകി. തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളായ വയനാട്, മലപ്പുറം, തൃശ്ശൂർ, ആലപ്പുഴ എന്നിവിടങ്ങളിൽ ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന 65 ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ 50 ഇടങ്ങളിൽ പ്രസവസൗകര്യം ലഭ്യമല്ലായിരുന്നു എന്ന് ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. ഇവയിൽ ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റിന്റെ തസ്തിക സൃഷ്ടിക്കാത്ത 32 പിഎച്ച്സികളും, 15 സിഎച്ച്സികളും ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു. അവശേഷിക്കുന്ന മൂന്ന് കേന്ദ്രങ്ങളിൽ, ആലപ്പുഴ ജില്ലയിൽ നേരത്തെ തന്നെ ഒരു സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ആശുപത്രി ഉണ്ടായിരുന്നു എന്ന കാരണത്താൽ ആലപ്പുഴ ജനറൽ ആശുപത്രിയിൽ (ജിഎച്ച്) പ്രസവസേവനം നൽകിയിരുന്നില്ല. അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങളുടെയും മനുഷ്യവിഭവശേഷിയുടെയും അഭാവത്തിൽ തുറവൂർ താലൂക്ക് ആശുപത്രിയിൽ (ടിഎച്ച്) പ്രസവം നടത്തിയിരുന്നില്ല. പുതുക്കാട് ടിഎച്ചിൽ ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ ലഭ്യതയുണ്ടായിരുന്നിട്ടും പ്രസവസൗകര്യം നൽകാത്തതിനു കാരണമായി പറഞ്ഞത് അപര്യാപ്തമായ പശ്ചാത്തലസൗകര്യങ്ങളായിരുന്നു. സിഎച്ച്സികളിലും പിഎച്ച്സികളിലും ഐപിഎച്ച്എസ് പ്രകാരമുള്ള സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ് തസ്തികകളില്ലായിരുന്നുവെന്ന് സർക്കാർ മറുപടി നൽകി (2017 നവംബർ). ചില ടിഎച്ചുകളിൽ പര്യാപ്തമായ സൗകര്യങ്ങളില്ലായിരുന്നുവെന്ന് സമാപനകൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (2017 നവംബർ) അഡീഷണൽ ചീഫ് സെക്രട്ടറി, ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമവകുപ്പ് സമ്മതിക്കുകയുണ്ടായി.

മാതൃശിശു ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിന്റെ ഭാഗമായി പിഎച്ച്സികളും സിഎച്ച്സികളും ഗർഭകാല, പ്രസവസമയ[11], പ്രസവാനന്തര, നവജാതശിശു പരിപാലനങ്ങൾ എന്നീ പ്രസവസേവനങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യണമെന്നും ഐപിഎച്ച്എസ് നിഷ്കർഷിച്ചു. പരിശോധന നടന്ന ജില്ലകളിലെ 245 പിഎച്ച്സികളും പ്രസവസേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കിയില്ലെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. വാസ്തവത്തിൽ, നാല് തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ പ്രസവസംബന്ധ സേവനങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ സിഎച്ച്സികൾ പര്യാപ്തമായിരുന്നില്ല. 71 സിഎച്ച്സികളിൽ

---

[10] ജെഎസ്വൈയുടെ കീഴിലുള്ള ധനസഹായം എൻഎച്ച്എം-ന്റെ ആകെ ഫണ്ട് റിലീസിന്റെ ഭാഗമാണ്. ജെഎസ്വൈയുടെ നടപ്പാക്കൽ ജെഎസ്വൈ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന ഘടകങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായിരിക്കണം.

[11] സാധാരണ പ്രസവത്തിനും സഹായത്തോടുകൂടിയുള്ള പ്രസവത്തിനും ഉള്ള 24 മണിക്കൂർ സേവനം.

രണ്ടെണ്ണം[12] മാത്രമാണ് പ്രസവസേവനങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്തത്. തെരഞ്ഞെടുത്ത നാല് ജില്ലകളിലെ 20 ടിഎച്ച്/താലൂക്ക് ആസ്ഥാന ആശുപത്രികളിൽ (ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്), 16 ആശുപത്രികളിൽ പ്രസവസൗകര്യം നൽകിയിരുന്നു. ജില്ല തിരിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ **പട്ടിക 2.6**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.6: പ്രസവസൗകര്യം നൽകുന്ന പിഎച്ച്സി/സിഎച്ച്സി/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്/ ടിഎച്ചുകളിലുള്ള കുറവ്

ജില്ല	പിഎച്ച്സികളുടെ എണ്ണം	പ്രസവ സൗകര്യമുള്ള പിഎച്ച്സികളുടെ എണ്ണം	സിഎച്ച്സികളുടെ ആകെ എണ്ണം	പ്രസവ സൗകര്യമുള്ള സിഎച്ച്സികളുടെ എണ്ണം	ടിഎച്ച്/ ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകളുടെ ആകെ എണ്ണം	പ്രസവ സൗകര്യമുള്ള ടിഎച്ച്/ ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകളുടെ എണ്ണം
ആലപ്പുഴ	59	0	16	0	6	3
തൃശ്ശൂർ	79	0	24	0	6	5
മലപ്പുറം	84	0	22	1	6	6
വയനാട്	23	0	9	1	2	2
ആകെ	245	0	71	2	20	16

(ഉറവിടം: ഡിഎച്ച്എസിൽ നിന്നു ലഭിച്ച ഡേറ്റ)

ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന 16 സിഎച്ച്സികളിൽ നാലെണ്ണത്തിൽ ജിഒകെ ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ തസ്തികകൾ അനുവദിച്ചിട്ടും, വയനാട് ജില്ലയിലെ മീനങ്ങാടി സിഎച്ച്സിയിൽ മാത്രമേ ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റിനെ നിയമിച്ചിരുന്നുള്ളൂ എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. മറ്റൊരു ആശുപത്രി, അതായത്, വയനാട് ജില്ലയിലെ സിഎച്ച്സി പുൽപ്പള്ളിയിൽ ആറ് ബെഡ്ഡുകളുള്ള പ്രസവവാർഡും നന്നായി സജ്ജീകരിക്കപ്പെട്ട ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററും, പര്യാപ്തമായ സൗകര്യങ്ങളുള്ള ലേബർറൂമും ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റ് ഇല്ലാത്തതിനാൽ ആശുപത്രി പൊതുവായി ഗർഭകാല പരിചരണം മാത്രമാണ് നൽകിയിരുന്നത്. എന്നിരുന്നാലും രോഗികളെ മറ്റ് ആശുപത്രികളിലേക്ക് മാറ്റാൻ കഴിയാതിരുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ ഈ ആശുപത്രിയിൽ പ്രസവസേവനങ്ങൾ നൽകിയിരുന്നു. ഗൈനക്കോളജിസറ്റ്, അനസ്തറ്റിസ്റ്റ്, പീഡിയാട്രീഷ്യൻ എന്നിവരുടെ സേവനങ്ങളോ, രക്തസംഭരണയൂണിറ്റ്, നവജാത പരിപാലനസ്ഥലം എന്നീ അവശ്യസൗകര്യങ്ങളോ ഇല്ലാതിരുന്നിട്ടും 2012-17 കാലയളവിൽ സിഎച്ച്സി പുൽപ്പള്ളി 35 ഗർഭിണികൾക്ക് സുഖപ്രസവത്തിനായി സൗകര്യമൊരുക്കി എന്ന വസ്തുത അഭിനന്ദനാർഹമാണെങ്കിലും അമ്മയും കുഞ്ഞും ഒഴിവാക്കാനാകുമായിരുന്ന ആപത്തുകൾക്ക് വിധേയരാകാനുള്ള സാദ്ധ്യതയുണ്ടായിരുന്നു എന്നത് എടുത്തുപറയേണ്ടതാണ്.

2.8.5 മാതൃസംരക്ഷണത്തിൽ അപര്യാപ്തമായ മനുഷ്യവിഭവശേഷിക്കും അടിസ്ഥാനസൗകര്യത്തിനുമുള്ള സ്വാധീനം.

ഐപിഎച്ച്എസ് പ്രകാരം ജില്ലാതലത്തിനു താഴെയായും ബ്ലോക്ക് തലത്തിനു (സിഎച്ച്എസി) മുകളിലായും സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന സബ്-ഡിവിഷണൽ ആശുപത്രികൾ (കേരളത്തിൽ താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ) തെഹ്സിൽ/താലൂക്ക്/ ബ്ലോക്ക് എന്നിവ സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ഭൂപ്രദേശങ്ങളിൽ അവിടത്തെ ജനങ്ങളുടെ ആദ്യ റഫറൽ യൂണിറ്റുക (എഫ്ആർയു)ളായി പ്രവർത്തിക്കണം. ടിഎച്ചുകൾക്ക് അത്യാഹിത പ്രസവ നവജാതശിശു പരിപാലനത്തിൽ എഫ്ആർയുകൾ എന്ന നിലയിൽ ഒരു പ്രധാന പങ്ക് വഹിക്കേണ്ടതാണെന്ന് ഈ മാർഗ്ഗരേഖകൾ പ്രതിപാദിക്കുന്നു. അവ എംഎംആറും ഐഎംആറും കുറച്ചുകൊണ്ടുവരാനും സഹായിച്ചു. ഐപിഎച്ച്എസ്പ്രകാരം ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകളിലെ കിടക്കകളുടെ എണ്ണം 31 മുതൽ 100 വരെയായിരുന്നു. തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ 20 ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകളിൽ എട്ടെണ്ണത്തിലെ ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ

[12] വയനാട് ജില്ലയിലെ സിഎച്ച്സി മീനങ്ങാടി, മലപ്പുറം ജില്ലയിലെ സിഎച്ച്സി എടപ്പാൾ.

ലഭ്യത ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചു. ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന എട്ട് ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ചുകളിൽ ഒരിടത്ത് ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകൾ ഇല്ലായിരുന്നുവെന്നു കണ്ടു. **പട്ടിക 2.7**-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ ഒരാശുപത്രിയിൽ ഒരു ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റിന്റെ കുറവുണ്ടായിരുന്നു.

പട്ടിക 2.7: ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ കുറവ്

ആശുപത്രിയുടെ പേര്	കിടക്കകളുടെ എണ്ണം	അനുവദിച്ച തസ്തികകൾ	ഇപ്പോൾ ജോലിയിലുള്ള ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ എണ്ണം	ഐപിഎച്ച്എസ് പ്രകാരം ആവശ്യകത	കുറവ്
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം	125	2	2	2	ഇല്ല
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ	176	2	2	2	ഇല്ല
ടിഎച്ച് പുതുക്കാട്	75	2	2	1	ഇല്ല
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് പൊന്നാനി	125	2	2	2	ഇല്ല
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി	157	3	2	2	ഇല്ല
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് സുൽത്താൻ ബത്തേരി	127	2	1	2	1
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് വൈത്തിരി	129	3	3	2	ഇല്ല
ടിഎച്ച് തുറവൂർ	24	1	0	1	1

(ഉറവിടം: ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നും ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ)

- ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ കുറവുമൂലം പ്രസവങ്ങളുടെ എണ്ണം 15 ആശുപത്രികളിൽ 10[13] എണ്ണത്തിൽ കഴിഞ്ഞ മൂന്നു വർഷങ്ങളിൽ കുറഞ്ഞുവരുന്നതായി ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. ഇതു കാരണം ഈ ആശുപത്രികൾ രോഗികളെ മടക്കി അയക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യത തള്ളിക്കളയാനാവില്ല. ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടിയിൽ പ്രസവങ്ങളുടെ എണ്ണം 2012-13 ൽ 574-ൽ നിന്ന് 2016-17-ൽ 284 ലേക്ക് കുത്തനെ കുറഞ്ഞതായി ഓഡിറ്റ് കണ്ടു. ആശുപത്രിയിൽ സൂക്ഷിച്ചിരുന്ന പ്രസവരജിസ്റ്ററുടെ പരിശോധനയിൽ 2015-17 കാലയളവിൽ ആശുപത്രിയിൽ നടന്ന 635 പ്രസവങ്ങളിൽ ഏഴ് ആദ്യപ്രസവകേസുകൾ[14] മാത്രമാണുണ്ടായിരുന്നതെന്ന് വെളിപ്പെട്ടു. ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ വിളിപ്പുറത്തില്ലാതിരിക്കുക, അത്യാഹിതസമയത്തെ ഇടപെടൽ, സൗകര്യങ്ങളുടെ അഭാവം എന്നിങ്ങനെയുള്ള ആപത്സാദ്ധ്യതകൾ മനസ്സിലാക്കി രോഗികൾ ഗർഭകാലചെക്കപ്പിനിടയ്ക്കുതന്നെ ഉയർന്ന കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് റഫർ ചെയ്യാൻ അപേക്ഷിക്കുന്നതായി ആശുപത്രി അധികൃതർ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 ആഗസ്റ്റ്). അതുപോലെ ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് വൈത്തിരിയിൽ ഉണ്ടായിരുന്ന ഏക ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റിനെ മറ്റൊരു ആശുപത്രിയിലേക്ക് സ്ഥലം മാറ്റിയതിനാൽ 2015 ആഗസ്റ്റ് മുതൽ 2017 ജൂൺ വരെ രോഗികൾക്ക് പ്രസവസൗകര്യങ്ങൾ നൽകിയില്ല. സംസ്ഥാനത്തെ വിവിധ ആശുപത്രികളിൽ അനുവദിക്കപ്പെട്ട ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളുടെ എല്ലാ തസ്തികകളും നികത്താൻ നടപടികൾ കൈക്കൊണ്ടുവരികയാണെന്ന് സർക്കാർ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). എന്നിരുന്നാലും, ആപത്ഘടകങ്ങൾ കുറച്ചുകൊണ്ടുവന്നിരുന്നെങ്കിൽ, ഈ ഗർഭകാല പരിചരണം തേടിയ സ്ത്രീകൾ ഉയർന്ന കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് അയക്കാൻ അപേക്ഷിക്കാതെ പിഎച്ച്സി/സിഎച്ച്സികളിൽ നിന്നു

---

[13] ജിഎച്ച് തൃശ്ശൂർ, ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ച് വൈത്തിരി, സിഎച്ച്സി മീനങ്ങാടി, ഡിഎച്ച് തിരൂർ, ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി, ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ, ഡബ്ല്യു&സി ആലപ്പുഴ, ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, ടിഎച്ച്ക്യുഎച്ച് കായംകുളം.

[14] ആദ്യമായി ഗർഭിണിയാകുന്ന സ്ത്രീകളുടെ കേസുകൾ.

പ്രസവസേവനം തേടിയേനേ എന്ന വസ്തുത നിലനില്ക്കുന്നു. അങ്ങനെ, എല്ലാവർക്കും തുല്യ അളവിൽ ആരോഗ്യം പ്രദാനം ചെയ്യുക എന്ന എൻഎച്ച്എമ്മിന്റെ ലക്ഷ്യം നിറവേറ്റാനായില്ല.

- ജില്ലാ ആശുപത്രി (ഡിഎച്ച്) മാനന്തവാടിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സ ആവശ്യമായി വരുന്ന രോഗി (ഇൻപേഷ്യന്റ്)കളുടെ ശരാശരി എണ്ണം ദിവസേന 475-നും 500-നും മദ്ധ്യേ ആയതിനാൽ, കിടക്കകളുടെ എണ്ണം 274-ൽ നിന്ന് 500 ആക്കി വർദ്ധിപ്പിക്കുവാൻ ജിഒകെ അനുമതി നൽകിയതായി (2005 നവംബർ) ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. അതുപോലെ, ജിഎച്ച് കൽപ്പറ്റയുടെ കാര്യത്തിൽ കിടക്കകളുടെ എണ്ണം 43-ൽ നിന്ന് 250 ആക്കി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ജിഒകെ അനുമതി നൽകി (2005 നവംബർ). എന്നാൽ ഫണ്ടുകളുടെ ദൗർലഭ്യം കാരണമാക്കിക്കൊണ്ട് ആവശ്യത്തിനനുസൃതമായി കിടക്കകളുടെ എണ്ണം കൂട്ടുകയോ പശ്ചാത്തലസൗകര്യം വികസിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്തില്ല. സ്ഥലത്തിന്റെയും കിടക്കകളുടെയും പരിമിതി **ചിത്രം 2.1**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ രോഗികൾ കിടക്ക പങ്കിടുകയും നിലത്തു വിശ്രമിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടി വരുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിലേക്ക് നയിച്ചതായി ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

ചിത്രം 2.1: വയനാട് ജില്ലയിലെ ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടിയിൽ രോഗികൾ കിടക്ക പങ്കിടുന്നു (2017 ജൂൺ 28)

ചിത്രം 2.2: മലപ്പുറം ജില്ലയിലെ ജിഎച്ച് മഞ്ചേരിയിൽ പ്രസവം കഴിഞ്ഞവർ ഇടനാഴികളിലും നിലത്തും വിശ്രമിക്കുന്നു (2017 മെയ് 24)

- ജിഒകെ ജനറൽ ആശുപത്രി (ജിഎച്ച്) മഞ്ചേരിയെ, അതിന്റെ ജീവനക്കാരോടും ഉപകരണങ്ങളോടുമൊപ്പം മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി സർക്കാർ മെഡിക്കൽ (ജിഎം) കോളേജ് മഞ്ചേരിയോടൊപ്പം ബന്ധിപ്പിച്ചു (2014 ജനുവരി). ജിഒകെ, ജിഎച്ച് മഞ്ചേരിയെ ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരിയാക്കി പുനർനാമകരണവും ചെയ്തു (2014 ജൂൺ). സൂപ്രണ്ട് ജിഎച്ചിനെ സൂപ്രണ്ട് (ഭരണകാര്യം) ആക്കി നിയമിച്ചപ്പോൾ, ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരിയുടെ പ്രിൻസിപ്പലിന് മെഡിക്കൽ കോളേജ് നടത്തേണ്ട ഉദ്ദേശ്യത്തോടെ ആശുപത്രിയുടെ മൊത്തത്തിലുള്ള നിയന്ത്രണച്ചുമതല നൽകി.

  ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരിയിലെ ഗർഭകാല, പ്രസവാനന്തര വാർഡുകളുടെ സംയുക്ത ഭൗതിക പരിശോധനയിൽ (2017 മെയ് 24) വെളിപ്പെട്ടത്, അനുവദിക്കപ്പെട്ട കിടക്കകളുടെ എണ്ണം 78 ആയിരിക്കെ, 88 രോഗികളെ പ്രവേശിപ്പിക്കാൻ അനുമതി നൽകിയെന്നാണ്. രോഗികൾ വെറും

നിലത്തുകിടക്കുകയും മറ്റു രോഗികളുമായി കിടക്ക പങ്കിടുകയും ചെയ്തു. **ചിത്രം 2.2**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ സുഖപ്രസവം കഴിഞ്ഞ സ്ത്രീകളെ നവജാതശിശുക്കളോടൊപ്പം ഇടനാഴിയിൽ വെറും നിലത്ത് കിടത്തിയിരുന്നു. ഗർഭിണികൾ എഎൻസി വാർഡിലെ ശൗചാലയത്തിൽ കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് ജന്മം നൽകിയ രണ്ട് ദൃഷ്ടാന്തങ്ങൾ 2016-ലും 2017-ലും ഉണ്ടായി. ലേബർ റൂമിലെ കിടക്കകളുടെ ദൗർലഭ്യം മൂലം ഗർഭിണികളെ എഎൻസി വാർഡുകളിൽ തന്നെ കിടത്താൻ നിർബന്ധിതരാകുന്നുവെന്ന് ആശുപത്രി അധികൃതർ വ്യക്തമാക്കി (2017 ആഗസ്റ്റ്). മേല്പറഞ്ഞ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന രോഗികളുടെ എണ്ണം ഉൾക്കൊള്ളാനായി കിടക്കകളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിക്കേണ്ട ആവശ്യമുള്ളതായി കാണുന്നു.

നിലവിലുള്ള ആശുപത്രി കെട്ടിടങ്ങളെ അക്കാദമിക് ബ്ലോക്കുകളും ക്ലിനിക്കൽ അക്കാദമിക് ഏരിയകളുമുള്ള മെഡിക്കൽ കോളേജ് വിദ്യാഭ്യാസ യൂണിറ്റാക്കി മാറ്റിയെന്ന് ജിഎംകോളേജ് മഞ്ചേരിയുടെ സൂപ്രണ്ട് (ഭരണകാര്യം) പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). പ്രാരംഭത്തിൽ സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ബ്ലോക്ക് ആയി നിർമ്മിച്ച ഒരു കെട്ടിടത്തെ ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരിയുടെ അക്കാദമിക് ബ്ലോക്കാക്കി മാറ്റിയെന്നും അദ്ദേഹം സ്ഥിരീകരിച്ചു. കൂടുതൽ കിടക്കകളുടെ ആവശ്യമുണ്ടായിരുന്നിട്ടും പുതിയ കെട്ടിടങ്ങൾ നിർമ്മിക്കുവാനുള്ള സ്ഥലദൗർലഭ്യം മൂലം കിടക്കകളുടെ എണ്ണം കൂട്ടാനുള്ള നിർദ്ദേശമൊന്നും ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരിയിൽ നിന്നു ലഭിച്ചില്ലെന്ന് സർക്കാർ മറുപടിയിലൂടെ ഓഡിറ്റിനെ അറിയിച്ചു.

ജിഎം കോളേജ് മഞ്ചേരി, കിടക്കകളുടെ ദൗർലഭ്യമുണ്ടായിരുന്നിട്ടും സ്ത്രീകൾക്കും കുട്ടികൾക്കും വേണ്ടി പണിത കെട്ടിടത്തെ അക്കാദമിക് ബ്ലോക്കാക്കി മാറ്റിയതിനാൽ സൂപ്രണ്ടി (ഭരണകാര്യം)ന്റെ വാദം ന്യായീകരിക്കത്തക്കതല്ല. നിലവിലുള്ള പരിമിതമായ സൗകര്യങ്ങൾ വർദ്ധിപ്പിക്കാതെ ജിഎച്ച് മഞ്ചേരിയെ ജിഎം കോളേജാക്കി നിലവാരമുയർത്തിയത് മാതൃപരിചരണത്തിനുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനെ പ്രതികൂലമായി ബാധിച്ചു.

2.8.6 പ്രസവാനന്തര യൂണിറ്റുകളിലെ മരുന്നുകളുടെയും സാമഗ്രികളുടെയും കുറവ്

പ്രത്യുൽപാദന ശിശു ആരോഗ്യപരിപാടി, രോഗപ്രതിരോധ യോഗങ്ങൾ, മാസക്ലീനിക്കുകൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സേവങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നത് പ്രസവാനന്തരയൂണിറ്റുകളിലൂടെയാണ് (പിപിയു). ഇരുമ്പിന്റെ കുറവുമൂലമുണ്ടാകുന്ന വിളർച്ചയുടെ നിയന്ത്രണത്തിനുള്ള മാർഗ്ഗരേഖ ഗർഭിണികൾക്കും മുലയൂട്ടുന്ന അമ്മമാർക്കും അയൺ ഫോളിക് ആസിഡ് (ഐഎഫ്എ) പൂരകപോഷണം നിഷ്കർഷിക്കുന്നു. പരിശോധന നടത്തിയ 65 സ്ഥാപനങ്ങളിൽ 47 എണ്ണത്തിലും **അനുബന്ധം 2.1**-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്നതു പോലെ, രണ്ടു മുതൽ 74 മാസങ്ങൾ വരെ നീണ്ട, മരുന്നുകളുടെയും ഉപഭോക്തൃവസ്തുക്കളുടെയും 'സ്റ്റോക്ക് ഔട്ട്' കാലാവധി ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടു. ദേശീയ ആരോഗ്യദൗത്യം-നടപ്പാക്കലിനുള്ള ചട്ടക്കൂട് 2012-17 ൽ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്ന ആശുപത്രികൾ കേസുകളുടെ ബാഹുല്യത്തിന് സാനുപാതികമായി മരുന്നുകളുടെയും സാമഗ്രികളുടെയും ഉചിതമായ വർദ്ധനവ് പ്രദാനം ചെയ്യണമെന്ന വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കപ്പെട്ടില്ല.

2.8.7 സിസേറിയൻ സെക്ഷനുകളിലൂടെയുള്ള പ്രസവങ്ങൾ

കേരളസർക്കാർ, സംസ്ഥാനത്തെ ആകെ പ്രസവങ്ങളിൽ സിസേറിയൻ സെക്ഷനു (സി-സെക്ഷൻ) കളുടെ ശതമാനം വർദ്ധിക്കുകയാണെന്നു തിരിച്ചറിഞ്ഞ്, സി സെക്ഷനുകൾ കുറയ്ക്കുവാനും സുരക്ഷിതമായ സാധാരണ പ്രസവത്തെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുവാനും വേണ്ടി മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിച്ചു (2011 മെയ്). ആദ്യ പ്രസവങ്ങളിലെ സി-സെക്ഷൻ 15 ശതമാനത്തിൽ താഴെയായി പരിമിതപ്പെടുത്തണമെന്ന ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ ശുപാർശയ്ക്ക് ഊന്നൽ കൊടുത്തുകൊണ്ട് ജിഒകെ, കേരളത്തിലെ സി-സെക്ഷനുകളുടെ ശരാശരി അനുപാതം ദേശീയ ശരാശരിയെക്കാൾ ഉയർന്നതാണെന്നും, രണ്ടാമത്തെ സി-സെക്ഷൻ പ്രസവത്തിലെ സങ്കീർണ്ണതകളുടെ ഉയർന്ന അപകടസാദ്ധ്യത ആദ്യപ്രസവത്തിലെ സി-സെക്ഷൻ പരമാവധി കുറയ്ക്കേണ്ട ആവശ്യത്തെ നീതികരിക്കുന്നു എന്നും നിരീക്ഷിച്ചു. ദേശീയ ശരാശരിയായ 17.20 ശതമാനം[15] സി-സെക്ഷനുകൾക്കെതിരെ, 2012-17 കാലയളവിലെ സംസ്ഥാനത്തു നടന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ 40 മുതൽ 42 ശതമാനം വരെ സി-സെക്ഷനുകളായിരുന്നുവെന്ന് ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിൽ നിന്ന് ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. **അനുബന്ധം 2.2**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നപോലെ പരിശോധന നടന്ന 15 സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ഒൻപതെണ്ണത്തിലും 2016-17-ൽ നടന്ന സി-സെക്ഷൻ പ്രസവങ്ങളുടെ ശതമാനത്തിൽ 2012-13-നെ അപേക്ഷിച്ച് വർദ്ധനവുണ്ടായതായി ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. ശേഷിക്കുന്ന ആറ് സ്ഥാപനങ്ങളിൽ 2016-17-ൽ സമാനമായ ഒരു വർദ്ധനവ് കണ്ടില്ലെങ്കിലും, സി-സെക്ഷൻ പ്രസവങ്ങളുടെ ശതമാനം ഉയർന്നുതന്നെ നിൽക്കുകയായിരുന്നുവെന്നും അത് 20.58-നും 49.01-നുമിടെ ആയിരുന്നുവെന്നും നിരീക്ഷിക്കപ്പെട്ടു. സി-സെക്ഷൻ പ്രസവങ്ങളുടെ സംസ്ഥാന ശരാശരി ദേശീയ ശരാശരിയെ അപേക്ഷിച്ച് കൂടുതലായിരുന്നുവെന്നും അത് ഒരു അപമാനകരമായ അവസ്ഥയാണെന്നും സർക്കാർ സമാപനകൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (2017 നവംബർ) അംഗീകരിക്കുകയുണ്ടായി. സംയോജിത ശ്രമങ്ങൾ നടത്തിയിട്ടും സി-സെക്ഷന്റെ ശതമാനം കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുന്നതിൽ പരാജയപ്പെട്ടതായി സർക്കാർ സമ്മതിച്ചു.

2.8.8 ജനനി ശിശു സുരക്ഷ പദ്ധതി (ജെഎസ്എസ്കെ)

2011 ജൂൺ 1-ന് അവതരിപ്പിച്ച ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ പദ്ധതി (ജെഎസ്എസ്കെ) സംസ്ഥാനത്താകെയുള്ള എല്ലാ സർക്കാർ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലും ഗർഭിണികൾക്ക് സാധാരണ പ്രസവം, സി-സെക്ഷനുകൾ, അസുഖമുള്ള നവജാതശിശുവിന്റെ (ജനനത്തിനുശേഷം 30 ദിവസങ്ങൾ വരെ) ചികിത്സ എന്നിവയ്ക്ക് സൗജന്യസേവനം ഉറപ്പാക്കാനുള്ള ഒരു സംരംഭമായിരുന്നു. എൻഎച്ച്എം ന്റെ കീഴിലുള്ള ജെഎസ്എസ്കെ, എംഎംആറും ഐഎംആറും കുറയ്ക്കുവാനായി ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവങ്ങളും നവജാതർക്കു വേണ്ട പരിചരണവും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിന് പ്രാധാന്യം നൽകി. ജെഎസ്എസ്കെയുടെ കീഴിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് അർഹതപ്പെട്ട സേവനങ്ങളിൽ പൂർണ്ണമായും സൗജന്യമായ സാധാരണ പ്രസവവും സി-സെക്ഷനും, സൗജന്യമായ മരുന്നുകളും മറ്റു ഉപഭോഗങ്ങളും, സൗജന്യപരിശോധന (രക്തം, മൂത്രപരിശോധന, അൾട്രാസോണോഗ്രാഫി, എന്നിവ) ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്ന സമയത്തുള്ള സൗജന്യആഹാരം (സാധാരണ പ്രസവത്തിന് മൂന്ന് ദിവസങ്ങൾ വരെയും, സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങൾക്ക് ഏഴ് ദിവസങ്ങൾ വരെയും) സൗജന്യമായി രക്തം ലഭിക്കുക, വീട്ടിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലേക്കും

[15] ദേശീയ കുടുംബആരോഗ്യ സർവ്വേ-4 ൽ നിന്നു ലഭിച്ച വിവരം; 2015-16-നു മുൻപുള്ള കഴിഞ്ഞ അഞ്ചു വർഷങ്ങളുടെ ശരാശരി.

റഫറലുകളുടെ കാര്യത്തിൽ കേന്ദ്രങ്ങൾക്കിടയിലും കേന്ദ്രത്തിൽ നിന്നും തിരിച്ചുവീട്ടിലേക്കുമുള്ള സൗജന്യയാത്രാസൗകര്യം, എന്നിവ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു.

2.8.8.1 ജനനി ശിശു സുരക്ഷാപദ്ധതി (ജെഎസ്എസ്കെ)യുടെ കീഴിൽ ഗർഭിണികൾക്ക് സൗജന്യആഹാരവും മറ്റു സൗകര്യങ്ങളും പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിലെ പോരായ്മകൾ

- ***ആഹാര വിതരണം***

ജെഎസ്എസ്കെ മാർഗ്ഗരേഖ സാധാരണ പ്രസവങ്ങൾക്ക് മൂന്നു ദിവസങ്ങൾ വരെയും സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങൾക്ക് ഏഴ് ദിവസങ്ങൾ വരെയും അമ്മമാർക്ക് അധിക കലോറിമൂല്യമുള്ള ആഹാരക്രമം വ്യവസ്ഥ ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ, ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ ആഹാരം നൽകാതിരിക്കുന്നത്, പ്രസവം കഴിഞ്ഞ അമ്മമാരെ അവിടെ തുടരുന്നതിൽനിന്ന് നിരുത്സാഹപ്പെടുത്തുമെന്നും തത്ഫലമായി മിക്ക അമ്മമാരും പ്രസവം കഴിഞ്ഞാൽ ഏറ്റവും നേരത്തെ വീട്ടിലേക്കു മടങ്ങാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെന്നും പദ്ധതി ആരംഭിച്ചുകൊണ്ട് ജിഒഐ പ്രസ്താവിച്ചു.

ജെഎസ്എസ്കെ മാർഗ്ഗരേഖ, പാകം ചെയ്ത ആഹാരവും തദ്ദേശവും കാലികവുമായ പഴങ്ങളും പച്ചക്കറികളും പാലും മുട്ടയും നൽകാൻ വിഭാവനം ചെയ്തു. എൻഎച്ച്എം അതിന്റെ സർക്കുലറിൽ (2012 ആഗസ്റ്റ്) പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് ബെഡ്കോഫി, പ്രാതൽ, കാലികമായ പഴങ്ങൾ, ഊണ്, ചായ, പലഹാരങ്ങൾ, അത്താഴം ഇവ വിതരണം ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിച്ചു. പരിശോധന നടത്തിയ 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ (ഒരു സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും (ഡബ്ല്യു ആന്റ് സി) ആശുപത്രി, മൂന്ന് ജിഎച്ചുകൾ, നാല് ഡിഎച്ചുകൾ, ആറ് ടിഎച്ചുകൾ, ഒരു സിഎച്ച്സി) ആറെണ്ണത്തിൽ[16] മാത്രമേ ജെഎസ്എസ്കെ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ നിഷ്കർഷിച്ച രീതിയിലുള്ള ആഹാരക്രമം നൽകിയുള്ളൂ എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ആഹാരക്രമം അമ്മമാർക്ക് കൊടുക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെട്ട രണ്ടു സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും മാർഗ്ഗരേഖയ്ക്ക് അനുസൃതമല്ലാത്ത ആഹാരക്രമം ഏർപ്പാടാക്കിയ ബാക്കിയുള്ള ഏഴ് സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും വിശദാംശങ്ങൾ **അനുബന്ധം 2.3-ൽ** കൊടുത്തിരിക്കുന്നു. നാല്[17] കേന്ദ്രങ്ങളിൽ അമ്മമാരെ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട സാധാരണ പ്രസവത്തിന് മൂന്ന് ദിവസങ്ങൾക്കും എൽഎസ്സിഎസിന്[18] ഏഴ് ദിവസങ്ങൾക്കും മുൻപായി കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നും വിട്ടയച്ചത് അവർക്ക് വ്യവസ്ഥ ചെയ്യപ്പെട്ട ആഹാരം ലഭിക്കാതെ വന്നതിനിടയാക്കിയെന്ന് നിരീക്ഷിക്കപ്പെട്ടു.

പ്രസവാനന്തര ഘട്ടത്തിൽ അമ്മമാർക്ക് കലോറിമൂല്യമുള്ള ആഹാരം പര്യാപ്തമായ അളവിൽ ലഭിക്കാതിരിക്കുന്നത് അമ്മമാർക്കും നവജാതശിശുക്കൾക്കും ആവശ്യമായ പരിചരണത്തെ തടസ്സപ്പെടുത്തും. എല്ലാ കേന്ദ്രങ്ങളിലും ഗർഭിണികൾക്ക് സൗജന്യ ആഹാരം ഉറപ്പുവരുത്തണമെന്ന് ജില്ലകൾക്ക് കർശനനിർദ്ദേശം നൽകിയതായി ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). പ്രസവാനന്തര ഘട്ടത്തിലെ ആശുപത്രിവാസത്തിന്റെ ദൈർഘ്യം വ്യക്തികൾക്കിടയിൽ വ്യത്യസ്തമായിരിക്കുമെന്നും അത് രോഗിയുടെ താത്പര്യത്തെ കൂടി

[16] സിഎച്ച്സി മീനങ്ങാടി, ഡബ്ല്യു&സി ആലപ്പുഴ, ജിഎച്ച് മഞ്ചേരി, ജിഎച്ച് തൃശ്ശൂർ, ഡിഎച്ച് വടക്കാഞ്ചേരി, ടിഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ.
[17] ടിഎച്ച് സുൽത്താൻ ബത്തേരി, ഡിഎച്ച് തിരൂർ, ടിഎച്ച് പൊന്നാനി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി.
[18] ലോവർ സെഗ്മെന്റ് സിസേറിയൻ സെക്ഷൻ

ആശ്രയിച്ചിരിക്കുമെന്നും, എന്നിരുന്നാലും ശാരീരികാസ്വാസ്ഥ്യം നേടുന്നതിനു മുൻപായി അമ്മമാരെ വിട്ടയയ്ക്കരുതെന്ന് കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് നിർദ്ദേശം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്നും സർക്കാർ കൂട്ടിച്ചേർത്തു.

- ***ജെഎസ്എസ്കെയുടെ കീഴിൽ രോഗിയുടെ യാത്രാസൗകര്യത്തിനുള്ള ആംബുലൻസ് പദ്ധതി നടപ്പാക്കാത്തതും തന്മൂലമായി ₹11.88 കോടി കെഎംഎസ്സിഎല്ലിൽ ചെലവാക്കാതെയിട്ടതും***

ഭാരതസർക്കാർ ആരംഭിച്ച (2011 ജൂൺ) ജെഎസ്എസ്കെ പദ്ധതി, സംസ്ഥാനം/യുടി എന്നിവിടങ്ങളിലെ എല്ലാ സർക്കാർ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലും ഗർഭിണികൾക്ക് സാധാരണപ്രസവം, സി-സെക്ഷനുകൾ, അസുഖമുള്ള നവജാതശിശുവിന്റെ (ജനനം മുതൽ 30 ദിവസങ്ങൾ വരെ) ചികിത്സ എന്നിവയ്ക്ക് സൗജന്യസേവനം ഉറപ്പാക്കുവാൻ വിഭാവനംചെയ്തു. ഈ സംരംഭത്തിലൂടെ എല്ലാ ഗർഭിണികൾക്കും വീട്ടിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിലേക്കും അവിടെനിന്ന് റഫറൽ പോയിന്റുകളിലേക്കും ആവശ്യമെങ്കിൽ തിരിച്ചു വീട്ടിലേക്കും സൗജന്യയാത്രാസൗകര്യം നൽകണമായിരുന്നു. ജെഎസ്എസ്കെയുടെ കീഴിൽ രോഗിക്കുള്ള യാത്ര ആംബുലൻസ് (102) സൗകര്യം പ്രധാനമായും ഗർഭിണികളുടെയും അസുഖമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെയും ആവശ്യങ്ങൾക്കുപകരിക്കാൻ വേണ്ടിയുള്ള രോഗിക്കുള്ള അടിസ്ഥാനയാത്രാസൗകര്യം ഉൾപ്പെട്ടതായിരുന്നു. രോഗിക്കുള്ള യാത്രാ ആംബുലൻസ് സംവിധാനം തുടങ്ങിയില്ലെന്നും (2017 നവംബർ), പകരമായി, സംസ്ഥാന മിഷൻ ഡയറക്ടർ എൻഎച്ച്എം, ജെഎസ്എസ്കെയുടെ കീഴിൽ ജിഒകെ ഗർഭിണികൾക്ക് യാത്രാസൗകര്യം ഏർപ്പാടാക്കുന്നതുവരെ അമ്മമാർക്ക് ഓരോരുത്തർക്കും ₹500 ധനസഹായമായി വിതരണം ചെയ്യാൻ അനുമതി നൽകിയതായും (2012 ആഗസ്റ്റ്) ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

ജെഎസ്എസ്കെ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ വ്യവസ്ഥ ചെയ്തിരുന്നതു പോലെ രോഗിക്കുള്ള യാത്രാ ആംബുലൻസ് സംവിധാനം ആരംഭിക്കാതിരുന്നതിന്റെ കാരണങ്ങൾ ഓഡിറ്റ് പരിശോധിച്ചു. ആംബുലൻസ് സംവിധാനത്തിന്റെ വാങ്ങലിനും പ്രവർത്തനത്തിനും വേണ്ടി 2012-13 ലെ അംഗീകരിച്ച പദ്ധതി നടപ്പാക്കൽ രേഖ (പിഐപി)യിൽ ₹27.45 കോടി (283 യാത്രാ ആംബുലൻസുകൾ വാങ്ങാൻ ₹15.57 കോടി, കൺട്രോൾ റൂം സ്ഥാപിക്കാൻ ₹5.09 കോടി, അതിന്റെ പ്രവർത്തനച്ചെലവ് ₹6.79 കോടി) വകമാറ്റിയതായി നിരീക്ഷിച്ചു. എൻഎച്ച്എം കൺട്രോൾറൂം സ്ഥാപിക്കുവാനുള്ള ₹5.09 കോടിയും പ്രവർത്തനച്ചെലവുകൾക്കു വേണ്ടിയുള്ള ₹6.79 കോടിയും ഉൾപ്പെടെ ₹11.88 കോടി മെസ്സേഴ്സ് കേരള മെഡിക്കൽ സർവ്വീസസ് കോർപ്പറേഷൻ ലിമിറ്റഡിന് (കെഎംഎസ്സിഎൽ) കൈമാറി (2013 മാർച്ച്). എന്നാൽ, ആംബുലൻസ് വാങ്ങാനുള്ള തുക (₹15.57 കോടി) കെഎംഎസ്സിഎല്ലിന് കൈമാറിയില്ല. ആംബുലൻസുകളുടെ തുക നൽകാത്തതിനാൽ കെഎംഎസ്സിഎൽ കാൾ സെന്റർ സ്ഥാപിക്കുകയോ ആംബുലൻസുകൾ വാങ്ങുകയോ ചെയ്തില്ലെന്ന് ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. അങ്ങനെ 2013 മാർച്ച് മുതൽ ₹11.88 കോടി കെഎംഎസ്സിഎല്ലിന്റെ കൈവശമുണ്ട്. എൻഎച്ച്എം 2012-13 ൽ ലഭിച്ച എല്ലാതുകയും വിനിയോഗിച്ചു എന്നു സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വിനിയോഗ സാക്ഷ്യപത്രം (യുസി) ജിഒഐക്ക് സമർപ്പിക്കുകയും ചെയ്തതായി കണ്ടു.

കെഎംഎസ്‌സിഎല്ലിന്റെ കൈവശം 2013 മാർച്ച് മുതൽ ഉണ്ടായിരുന്ന ₹11.88 കോടിക്ക് പുറമെ, പദ്ധതി മാർഗ്ഗരേഖ ലംഘിച്ചുകൊണ്ട് പരിശോധന നടന്ന കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ₹3.23 കോടി[19] ധനസഹായമായി ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് നൽകിയതായും ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

രോഗികൾക്കുള്ള യാത്രാ ആംബുലൻസിനുവേണ്ടി ₹11.88 കോടി കെഎംഎസ്‌സിഎല്ലിന് നൽകിയെങ്കിലും വാഹനങ്ങൾ വാങ്ങാനും പദ്ധതി നടപ്പാക്കാനുമുള്ള ഔപചാരിക നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകാത്തത് ഫണ്ടുകൾ നിഷ്ക്രിയമായതിലേക്ക് നയിച്ചുവെന്ന് ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). എൻഎച്ച്എമ്മും ജിഒകെയും ജെഎസ്എസ്കെയുടെ കീഴിൽ രോഗിക്കുള്ള യാത്രാ ആംബുലൻസ് സംവിധാനം തുടങ്ങുവാനായി ജിഒഐ അനുവദിച്ച ഫണ്ടുകൾ വിനിയോഗിക്കാൻ ബാദ്ധ്യസ്ഥരായിരുന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല. കെഎംഎസ്‌സിഎല്ലിന്റെ കൈവശം ₹11.88 കോടി ചെലവാകാതെ ശേഷിക്കവേ, 2012-13 ൽ ലഭ്യമായ എല്ലാ തുകയും ചെലവാക്കിയതായി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ യുസി അയച്ചുകൊടുത്തതുവഴി എൻഎച്ച്എം ജിഒഐ-യെ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിച്ചതിന്റെ കാരണം വിശദമാക്കുന്നതിലും മറുപടി പരാജയപ്പെട്ടു. വസ്തുത പരിശോധിക്കുമെന്ന് സർക്കാർ സമാപന കൂടിക്കാഴ്ചയിൽ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). ഉദ്ദേശ്യകാര്യത്തിന് ഫണ്ടുകൾ വിനിയോഗിക്കുന്നതിലുണ്ടായ പരാജയത്തിനും തെറ്റായ യു.സി സമർപ്പിച്ചതിനും ഉത്തരവാദിത്തം ഉറപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

- ***മരുന്നുകളും സാമഗ്രികളും/പരിശോധനകൾ/രക്തം എന്നിവയുടെ സൗജന്യലഭ്യത***

പദ്ധതി സ്ത്രീകൾക്ക് മരുന്നുകളുടെയും സാമഗ്രികളുടെയും വിതരണം, പരിശോധനകൾ, രക്തദാനം എന്നിവയിൽ സൗജന്യസേവനം നൽകാൻ വിഭാവനം ചെയ്യുന്നു. ഓഡിറ്റിനിടെ ആശുപത്രികൾ സന്ദർശിച്ചപ്പോൾ 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ മൂന്നിടങ്ങളിൽ ഗർഭിണികൾ മരുന്നുകളും രക്തവും പുറത്തുനിന്നും വാങ്ങാൻ നിർബന്ധിതരായതായി വെളിപ്പെട്ടു (**അനുബന്ധം 2.4**). എല്ലാ അമ്മമാർക്കും പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ വ്യവസ്ഥ ചെയ്ത ആനുകൂല്യങ്ങളുടെ ലഭ്യത ഉറപ്പുവരുത്തുവാൻ നടപടികൾ സ്വീകരിച്ചുവെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷണങ്ങളെ തുടർന്ന് ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). എന്നാൽ വീണ്ടും അന്വേഷിച്ചെങ്കിലും സ്വീകരിച്ച നടപടികൾ ഓഡിറ്റിനെ അറിയിക്കുകയുണ്ടായില്ല.

2.9 കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യപരിപാലനം

2.9.1 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നവജാതശിശുക്കൾക്കുള്ള സൗകര്യങ്ങളൊരുക്കൽ

ഐപിഎച്ച്എസ് 2012-ഉം ഫെസിലിറ്റി ബേസ്ഡ് ന്യൂബോൺ കെയറിന്റെ പ്രവർത്തനമാർഗ്ഗരേഖയും പ്രസവങ്ങൾ നടക്കുന്ന എല്ലാ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലും ന്യൂബോൺ കെയർ കോർണർ (എൻബിസിസി)[20] സ്ഥാപിക്കുവാൻ വ്യവസ്ഥ ചെയ്തു. അതുപോലെ, എല്ലാ എഫ്ആർയു/സിഎച്ച്സികളിലും എൻബിസിസിക്കു പുറമെ ഒരു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ ചുമതലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ന്യൂബോൺ

[19] ഓരോ ഗുണഭോക്താവിനും ₹500 വീതം.

[20] ന്യൂബോൺ കെയർകോർണർ (എൻബിസിസി): ഏതൊരു ആരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിലും ജനനസമയത്ത് നവജാത ശിശുക്കൾക്ക് അടിയന്തിര പരിചരണം നൽകുന്ന പ്രസവമുറിയുടെ അകത്തുള്ള സ്ഥലം. ഇത് പ്രസവം നടക്കുന്ന എല്ലാ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾക്കും നിർബന്ധമാണ്.

സ്റ്റെബിലൈസേഷൻ യൂണിറ്റ് (എൻബിഎസ്യു)[21] ആവശ്യമാണ്. പ്രതിവർഷം 3,000 പ്രസവങ്ങളിൽ കൂടുതൽ നടക്കുന്ന ഏതു കേന്ദ്രത്തിലും അസുഖങ്ങളുള്ള നവജാതിശിശുക്കൾക്ക് പ്രത്യേക പരിചരണം (സഹായത്തോടെയുള്ള വെന്റിലേഷനും പ്രധാന ശസ്ത്രക്രിയയും ഒഴികെ എല്ലാ പരിചരണവും) പ്രദാനം ചെയ്യാനായി ഒരു ന്യൂബോൺ-സ്പെഷ്യൽ പരിചരണവിഭാഗം (എസ്എൻസിയു) വേണമെന്നും നിഷ്കർഷിക്കുന്നു.

ഡിഎച്ച്എസിൽനിന്നു ലഭിച്ച വിവരമനുസരിച്ച് സംസ്ഥാനത്ത് 107 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളുണ്ട് (2017 മാർച്ച്). എല്ലാ പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിലും എൻബിസിസി ഉണ്ടെന്ന് ഡിഎച്ച്എസ് പ്രസ്താവിച്ചെങ്കിലും (2017 ഒക്ടോബർ), ഓഡിറ്റ് പരിശോധനയിൽ 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ മൂന്നിടത്ത്[22] ഈ സൗകര്യമില്ലെന്ന് കണ്ടു. എൻബിഎസ്യു സ്ഥാപിക്കുന്നതിലും കുറവുണ്ടായിരുന്നു. സംസ്ഥാനത്തൊട്ടാകെയുള്ള 107 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ 41 ഇടങ്ങളിൽ എൻബിഎസ്യുകൾ ലഭ്യമല്ലായിരുന്നു. ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടത്തിയ 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ അഞ്ചിടത്ത്[23] എൻബിഎസ്യുകൾ ഇല്ലായിരുന്നു. രണ്ടു പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ, ഡിഎച്ച് വടക്കാഞ്ചേരിയിലും ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടിയിലും എൻബിസിസി സൗകര്യമോ എൻബിഎസ്യു സൗകര്യമോ ഇല്ലായിരുന്നു. അങ്ങനെ, പരിശോധന നടത്തിയ 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ 10-ലും നവജാതശിശുക്കൾക്ക് വ്യവസ്ഥ ചെയ്യപ്പെട്ട സൗകര്യങ്ങൾ സ്ഥാപിച്ചിട്ടില്ലായിരുന്നു.

എൻബിസിസി/എൻബിഎസ്യു ഇവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് അല്ലെങ്കിൽ രണ്ടും ഇല്ലാതിരുന്ന 10 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നാലിടത്ത് അനുവദിക്കപ്പെട്ട ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ തസ്തിക നികത്തിയതിലും കുറവുണ്ടായി എന്ന് ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂരിലും ടിഎച്ച് കായംകുളത്തും അനുവദിക്കപ്പെട്ട രണ്ടു തസ്തികകൾക്കെതിരെ ഒരു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ കുറവുണ്ടായപ്പോൾ ജിഎച്ച് തൃശ്ശൂരിൽ മൂന്ന് തസ്തികകൾക്കെതിരെ ഒരു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ കുറവാണുണ്ടായത്. സിഎച്ച് മാനന്തവാടിയിൽ അനുവദിക്കപ്പെട്ട നാല് തസ്തികകൾക്കെതിരെ രണ്ടു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്മാരുടെ കുറവുള്ളതായി കണ്ടു.

ജിഒകെ ആവശ്യമായ എണ്ണം എൻബിസിസികളും എൻബിഎസ്യുകളും സ്ഥാപിക്കുകയോ ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്മാരുടെ കുറവ് ഫലപ്രദമായി പരിഹരിക്കുകയോ ചെയ്യാത്തതിനാൽ, നവജാത ശിശുക്കൾക്കായി വിഭാവനം ചെയ്യപ്പെട്ട പ്രത്യേക പരിചരണം നിരസിക്കപ്പെടാനിടയായി. എൻബിസിസികളുടെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ വളരെ ഗുരുതരമായ പ്രശ്നമാണെന്ന് സമാപന കൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (2017 നവംബർ) സർക്കാർ സമ്മതിച്ചു. എൻബിഎസ്യുകൾ 66 കേന്ദ്രങ്ങളിൽ സ്ഥാപിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ബാക്കിയുള്ളിടങ്ങളിലെ എൻബിഎസ്യു എൻഎച്ച്എം-ന്റെ അടുത്ത പദ്ധതി നടപ്പാക്കൽ രേഖയിൽ നിർദ്ദേശിക്കുമെന്നും സർക്കാർ കൂട്ടിച്ചേർത്തു.

2.9.2 കുറഞ്ഞ ജനനഭാരമുള്ള ശിശുക്കൾ

ലോകാരോഗ്യസംഘടന (ഡബ്ല്യുഎച്ച്ഒ) ജനനഭാരം 2,499 ഗ്രാമോ അതിലും കുറവോ ഉള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളെ കുറഞ്ഞ ജനനഭാരമുള്ള (എൽബിഡബ്ല്യു)

[21] ന്യൂബോൺ സ്റ്റെബിലൈസേഷൻ യൂണിറ്റ് (എൻബിഎസ്യു): അസുഖമുള്ളതും കുറഞ്ഞ ജനനഭാരമുള്ളതുമായ നവജാതശിശുക്കൾക്ക് ചെറിയ കാലയളവിൽ പരിചരണം നൽകാൻ ഉദ്ദേശിച്ച് മാതൃവാർഡിന്റെ വളരെ അടുത്തായോ അകത്തായോ ഉള്ള സൗകര്യം. എല്ലാ എഫ്ആർയുകളിലും/സിഎച്ച്സികളിലും ന്യൂബോൺ കെയർ കോർണറിനു പുറമേ ഒരു ന്യൂബോൺ സ്റ്റെബിലൈസേഷൻ യൂണിറ്റ് ആവശ്യമാണ്.

[22] ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ, ടിഎച്ച് കായംകുളം, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് പൊന്നാനി.

[23] ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് വൈത്തിരി, ജിഎച്ച്കൽപ്പറ്റ, ഡബ്ല്യൂ & സി ആശുപത്രി, ആലപ്പുഴ, ജിഎച്ച് തൃശ്ശൂർ, സിഎച്ച്സി മീനങ്ങാടി.

കുഞ്ഞുങ്ങൾ എന്ന് നിർവചിച്ചു. നവജാതശിശുമരണങ്ങളിൽ 60 മുതൽ 80 ശതമാനം വരെ എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടേതാണെന്ന് ഡബ്ല്യുഎച്ച്ഒ വിലയിരുത്തി. സംസ്ഥാനത്തും തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലും എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ശതമാനം 2012-13-നെ അപേക്ഷിച്ച് 2016-17-ൽ വർദ്ധിച്ചതായി ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചത് **പട്ടിക 2.8**-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.8: സംസ്ഥാനത്തും തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലുമുള്ള എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ശതമാനം

സംസ്ഥാനം/ജില്ല	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17
കേരളം	**10.90**	**11.21**	**10.83**	**11.72**	**12.36**
ആലപ്പുഴ	9.57	9.80	10.81	12.24	12.15
തൃശ്ശൂർ	8.01	8.10	8.20	10.38	9.39
മലപ്പുറം	11.71	11.82	12.23	10.99	14.31
വയനാട്	15.04	14.75	15.41	15.38	16.39

(ഉറവിടം: എച്ച്എംഐഎസ് ഡേറ്റ)

ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന 15 പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ശതമാനത്തിന്റെ നിരക്ക് 2012-17 കാലയളവിൽ 2.60 മുതൽ 30.61 വരെയായിരുന്നു എന്ന് **അനുബന്ധം 2.5**-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്നു. 2011-ലെ സൗകര്യാധിഷ്ഠിത നവജാത ശിശുപരിചരണത്തിന്റെ പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗരേഖ എല്ലാ എഫ്ആർയുകളിലും സിഎച്ച്സികളിലും എൻബിഎസ്‌യുകൾ സ്ഥാപിക്കുവാൻ നിഷ്കർഷിച്ചു. എൻബിഎസ്‌യുകളിൽ നിന്നു പ്രദാനം ചെയ്യപ്പെടേണ്ട സേവനങ്ങളിൽ 1.8 കി.ഗ്രാമിൽ[24] താഴെ ഭാരമുള്ള മറ്റ് അസുഖങ്ങളൊന്നുമില്ലാത്ത എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ പരിപാലനവും ഉൾപ്പെടുന്നു. പരിശോധന നടത്തിയ 15 കേന്ദ്രങ്ങളിൽ 10 ഇടങ്ങളിൽ നിന്നു മാത്രമാണ് ജനനസമയത്ത് 1.8 കി.ഗ്രാമിൽ താഴെ ഭാരമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉള്ള രേഖകൾ ലഭ്യമായത്. ഭാരം കുറഞ്ഞ കുഞ്ഞുങ്ങളിൽ 7.82 ശതമാനത്തോളവും 1.8 കി.ഗ്രാമിൽ താഴെയായിരുന്നുവെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, ഡബ്ല്യുആന്റ്സി ആലപ്പുഴ, ജിഎച്ച് കല്പറ്റ-ഇവിടങ്ങളിൽ 2012-17 കാലയളവിൽ നടന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ ജനിച്ച ഭാരം കുറഞ്ഞ കുഞ്ഞുങ്ങളിൽ യഥാക്രമം എട്ട്, 38, 10 ശതമാനവും ജനനസമയത്ത് 1.8 കി.ഗ്രാമിൽ കുറഞ്ഞ ഭാരമുള്ളവരായിരുന്നു എന്ന് ഓഡിറ്റ് മനസ്സിലാക്കി. സംസ്ഥാനത്ത് എൽബിഡബ്ല്യു കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ശതമാനം കൂടുന്നുണ്ടായിരുന്നെങ്കിലും, ഇത്തരം കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ സുസ്ഥിതിയ്ക്കാവശ്യമായ എൻബിഎസ്‌യുകളും എൻബിസിസികളും പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിൽ സ്ഥാപിതമായിരുന്നില്ല.

2.9.3 എൻഎച്ച്എം നു കീഴിലെ കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യപരിശോധനയും പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ സേവനങ്ങളും

2.9.3.1 ജില്ലാ ഏർലി ഇന്റർവെൻഷൻ സെന്ററുകൾ (ഡിഐസി)

എൻ.എച്ച്.എം-നു കീഴിൽ, കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യപരിശോധനയും പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ സേവനങ്ങളും ലക്ഷ്യമിട്ട് ജിഒകെ രാഷ്ട്രീയ ബാൽ സ്വാസ്ഥ്യപരിപാടി (ആർബിഎസ്കെ) അവതരിപ്പിച്ചു (2013 ഫെബ്രുവരി). രാജ്യത്തിന്റെ ഓരോ ബ്ലോക്കിലും രൂപീകരിച്ച നാല് സന്നദ്ധ മൊബൈൽ ഹെൽത്ത് ടീമുകളി (എംഎച്ച്ടി)ലൂടെ 30 ആരോഗ്യസ്ഥിതികളുടെ നേരത്തേയുള്ള തിരിച്ചറിയൽ, സൗജന്യ ചികിത്സയും പരിപാലനവും എന്നിവയാണ് പദ്ധതി ലക്ഷ്യമിട്ടത്. എല്ലാ പ്രസവകേന്ദ്രങ്ങളിലും നിലവിലുള്ള മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ, സ്റ്റാഫ് നഴ്സുകൾ,

[24] ജനനഭാരം 1.2 കി.ഗ്രാമിൽ കൂടുതലും 1.8 കി.ഗ്രാമിൽ കുറവുമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് നവജാത ഘട്ടത്തിൽ സാരമായ പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടാകാം.

ഓക്സിലിയറി നഴ്സ് മിഡ്വൈഫുമാർ (എഎൻഎം) എന്നിവരിലൂടെ പരിശോധനയുടെ[25] ആദ്യഘട്ടം നടത്തണമെന്ന് പദ്ധതിയുടെ പ്രവർത്തനമാർഗ്ഗരേഖ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. ജനനം കഴിഞ്ഞ് 48 മണിക്കൂറുകൾ മുതൽ ആറ് ആഴ്ചകൾ വരെ ആശമാർ[26] നവജാതശിശുക്കളുടെ പരിശോധന വീടുകളിൽ, ഗൃഹാധിഷ്ഠിത നവജാതശിശുപരിപാലന (എച്ച്ബിഎൻസി) പാക്കേജിന്റെ ഭാഗമായി നടത്തണം.

സന്നദ്ധ എംഎച്ച്ടികൾ രൂപീകരിച്ച് ആറാഴ്ച മുതൽ ആറ് വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് അംഗനവാടികളിലും ആറിനും 18 വയസ്സിനുമിടെയുള്ളവർക്ക് സ്കൂളുകളിലും പരിശോധനകൾ നടത്തണം. പദ്ധതി വിഭാവനം ചെയ്തത് കുട്ടികളുടെ പരിശോധനകൾ നടത്താൻ ഓരോ ബ്ലോക്കിലും മൂന്ന് എംഎച്ച്ടികളെയെങ്കിലും ഏർപ്പെടുത്തണമെന്നാണ്. ഓരോ എംഎച്ച്ടിയിലും നാല് അംഗങ്ങൾ, രണ്ട് ഡോക്ടർമാർ (ആയുഷ്), ഒരു സ്ത്രീയും ഒരു പുരുഷനും, ഒരു എഎൻഎം/സ്റ്റാഫ് നഴ്സ്, ഒരു ഫാർമസിസ്റ്റ്-ഉണ്ടായിരിക്കണം. തുടക്കത്തിൽ കുട്ടികളുടെ പരിശോധന അംഗനവാടി കേന്ദ്രങ്ങളിൽ വർഷത്തിൽ രണ്ടു തവണയെങ്കിലും സ്കൂൾ കുട്ടികളിൽ വർഷത്തിൽ ഒരു തവണയെങ്കിലും നടത്തേണ്ടതാണ്.

രാജ്യത്തുടനീളം ജില്ലാ ആശുപത്രിതലത്തിൽ ഡിഇഐസികൾ സ്ഥാപിക്കാനും ആർബിഎസ്കെ പദ്ധതി ലക്ഷ്യമിട്ടു. ആരോഗ്യപരിശോധനയുടെ സമയത്ത് കുട്ടികളിലെ അസുഖാവസ്ഥകൾ തിരിച്ചറിഞ്ഞ്, ആവശ്യമായ തുടർപരിശോധനകൾക്കും, ചികിത്സക്കും പരിപാലനത്തിനുമുള്ള ആദ്യ റഫറൽ പോയിന്റുകളായി ഡിഇഐസികൾ വർത്തിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഒരു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ, ഒരു മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ, ഒരു ദന്തഡോക്ടർ, രണ്ട് സ്റ്റാഫ് നഴ്സുകൾ, പാരാമെഡിക്കുകൾ, സന്ദർശക സെപ്ഷ്യലിസ്റ്റുകൾ എന്നിവരടങ്ങുന്ന സംഘത്തെ സേവനങ്ങൾ നൽകാനായി ഏർപ്പാടാക്കണം.

താഴെ ചർച്ച ചെയ്തിരിക്കുന്നതുപോലെ പദ്ധതിനടപ്പാക്കലിൽ അലംഭാവമുണ്ടായതായി ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

- സംസ്ഥാനം ഡിഇഐസികൾ രൂപീകരിക്കുകയും അവ 2013-14 മുതൽ പ്രവർത്തനക്ഷമമാകുകയും ചെയ്തെങ്കിലും, മാർഗ്ഗരേഖയിൽ നിഷ്കർഷിച്ചതുപോലെ സന്നദ്ധ എംഎച്ച്ടികൾ ഉണ്ടാക്കുകയോ അവ രൂപീകരിക്കാനുള്ള മൂലധനത്തെക്കുറിച്ചു നിർദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്തില്ല. എംഎച്ച്ടി നടപ്പാക്കേണ്ട പരിശോധനാ സംബന്ധമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തിയിരുന്നത് ആ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി പരിശീലിപ്പിക്കുകയും നിയമിക്കുകയും ചെയ്ത ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നഴ്സുക (ജെപിഎച്ച്എൻ)ളായിരുന്നു. ഈ നഴ്സുകളെ അംഗൻവാടികളിലും സ്കൂളുകളിലും പരിശോധനയ്ക്കായി വിന്യസിക്കുകയും, അതിനായി നിർദ്ദേശങ്ങൾ രൂപീകരിക്കുകയും തുകകൾ വകയിരുത്തുകയും ചെയ്തതായി ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം മാനേജർമാരും (ഡിപിഎം) സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റിയും സ്ഥിരീകരിച്ചു. അങ്ങനെ, ഡോക്ടർമാർക്കു പകരമായി ജെപിഎച്ച്എന്നുകളെ വിന്യസിച്ച എൻഎച്ച്എം-ന്റെ നടപടി ശരിയായിരുന്നില്ല. കുട്ടികളിലെ അസുഖാവസ്ഥകൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിൽ ജെപിഎച്ച്എൻ പരാജയപ്പെടുന്നതിനുള്ള സാദ്ധ്യത തള്ളിക്കളയാനാവില്ല.

  പദ്ധതി മാർഗ്ഗരേഖ ഡോക്ടർമാർ എംഎച്ച്ടിയുടെ ഭാഗമാകണമെന്നു നിർദ്ദേശിച്ചിരുന്നുവെന്നും, ഒരു ജെപിഎച്ച്എന്നിന്, പരിശീലനം സിദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ കൂടി, ന്യൂറൽ ട്യൂബ് ഡിഫക്റ്റുകൾ, ഡൗൺസ്

[25] മുച്ചുണ്ട്, വളഞ്ഞ കാലുകൾ തുടങ്ങിയ കാണപ്പെടുന്ന ന്യൂനതകൾക്കുള്ള പരിശോധന.
[26] അക്രഡിറ്റഡ് സോഷ്യൽ ഹെൽത്ത് ആക്ടിവിസ്റ്റ്

സിൻഡ്രോം, കോൺജനിറ്റൽ കാറ്ററാക്ട്, കോൺജനിറ്റൽ ഡഫ്നസ്, കോൺജനിറ്റൽ ഹാർട്ട് ഡിസീസസ്, തലസ്സീമിയ എന്നിങ്ങനെയുള്ള രോഗങ്ങൾ തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയാതെവരാമെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. അങ്ങനെ, ഓരോ ടീമിലും രണ്ടു ഡോക്ടർമാർ എഎൻഎം/ സ്റ്റാഫ് നഴ്സിന്റെ സഹായത്തോടെ കുട്ടികളുടെ പരിശോധന നടത്താൻ ഉണ്ടായിരിക്കണം എന്ന് ആർബിഎസ്കെ മാർഗ്ഗരേഖ വ്യക്തമായി നിഷ്കർഷിച്ചിരുന്നതിനാൽ, ജെപിഎച്ച്എന്നുകൾ പരിശോധനകൾ നടത്തുന്നത് മാർഗ്ഗരേഖയുമായി അനുവർത്തിത്വത്തിൽ ആയിരുന്നില്ല.

- എല്ലാ തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലും ഡിഇഐസികൾ ഉണ്ടാക്കിയിരുന്നെങ്കിലും വയനാട്, മലപ്പുറം ജില്ലകളിൽ ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ സേവനമില്ലാതെയാണ് അവ പ്രവർത്തിച്ചിരുന്നതെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. രണ്ടു ജില്ലകളിലൂടെയും ഡിപിഎമ്മുകൾ തസ്തിക നികത്താൻ ഇന്റർവ്യൂകൾ സംഘടിപ്പിക്കുവാനുള്ള തയ്യാറെടുപ്പിലാണെന്ന് മറുപടി നൽകി.

- ആലപ്പുഴ, മലപ്പുറം, വയനാട്, തൃശ്ശൂർ ജില്ലകളിലെ ഡിഇഐസികൾ സൂക്ഷിച്ചിരുന്ന 2016-17 ലെ രേഖകളുടെ പരിശോധനയിൽ, സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രോഗ്രാമിനു കീഴിൽ ഡിഇഐസികളിലേക്ക് റഫർ ചെയ്യപ്പെട്ട 9,588 കുട്ടികളിൽ 1,616 കുട്ടികൾ മാത്രമാണ് തുടർ ചികിത്സയ്ക്കായി ഡിഇഐസികളിൽ എത്തിച്ചേർന്നതെന്ന് വെളിപ്പെട്ടു. അങ്ങനെ, ഏതാണ്ട് 83 ശതമാനം കുട്ടികളും തുടർചികിത്സയ്ക്കെത്തിയില്ല. വിവിധ ഉപരിതല സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും റഫർ ചെയ്ത എല്ലാ കേസുകളും തുടർ പരിശോധനയ്ക്കും ചികിത്സയ്ക്കുമായി ഡിഇഐസികളിൽ എത്തിയെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുവാനുള്ള സംവിധാനമൊന്നും ഉണ്ടായിരുന്നില്ല.

അങ്ങനെ, കുട്ടിയുടെ ആരോഗ്യത്തിന്റെ പ്രാരംഭദശകളിൽ ഇടപെടലുകൾ നടത്തുക എന്ന ഡിഇഐസിയുടെ ലക്ഷ്യം തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ നിറവേറ്റപ്പെട്ടില്ല. ഈ കുട്ടികളുടെ തുടർനിരീക്ഷണം ഇല്ലാതെ പോകുന്നത് ഗുരുതരമായ പ്രശ്നമാണെന്ന് സമാപനകൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (2017 നവംബർ) സർക്കാർ അഭിപ്രായപ്പെടുകയും, ഡിഇഐസിയിലേക്ക് റഫർ ചെയ്യപ്പെട്ട ഓരോ കുട്ടിയെയും പിൻതുടരാനുള്ള അടിയന്തിര നടപടി സ്വീകരിക്കുവാൻ എൻഎച്ച്എമ്മിനും ഡിഎച്ച്എസിനും നിർദ്ദേശം നൽകുകയും ചെയ്തു.

ശുപാർശ 2.3: വിവിധ ഉപതരിതല സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും റഫർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന എല്ലാ കുട്ടികളും ഡിഇഐസിയിൽ എത്തിയെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്താനായി റഫർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന കുട്ടികളുടെയും തുടർ നിരീക്ഷണപ്രവർത്തനങ്ങളുടെയും ഡേറ്റാബേസ് സൂക്ഷിക്കാൻ ജില്ലകളെ ഡിഇഐസികൾക്ക് നിർദ്ദേശം നൽകണം.

2.10 കുടുംബാസൂത്രണം

2.10.1 കുടുംബാസൂത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ

ഐപിഎച്ച്എസ് 2012 അനുസരിച്ച് എല്ലാ പിഎച്ച്സികളും ഉചിതമായ കുടുംബാസൂത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുവാനുള്ള വിദ്യാഭ്യാസം, പ്രചോദനം, കൗൺസലിംഗ് എന്നിവ പ്രദാനം ചെയ്യുകയും, കോണ്ടം, ഓറൽ ഗുളികകൾ, എമർജൻസി കോൺട്രാസെപ്റ്റീവുകൾ, ഇൻട്രായൂട്രൈൻ കോൺട്രാസെപ്റ്റീവ് ഡിവൈസ് (ഐയുസിഡി) ഇൻഫർമേഷനുകൾ എന്നിവ നൽകുകയും വേണം. വിവര, വിദ്യാഭ്യാസ, വിനിമയം (ഐഇസി), കൗൺസലിംഗ്, കോൺട്രാസെപ്റ്റീവുകളുടെ വിതരണം, നോൺ-സ്കാൽപൽ വാസക്ടമി

(എൻഎസ്‌വി), ലാപറോസ്കോപിക് സ്റ്റെറിലൈസേഷൻ സർവ്വീസുകളും അവയുടെ തുടർനടപടികളും എന്നിങ്ങനെ കുടുംബാസൂത്രണ സേവനങ്ങളുടെ ഒരു പൂർണ്ണനിര തന്നെ സിഎച്ച്സികൾ പ്രദാനം ചെയ്യണമെന്നും വ്യവസ്ഥകൾ നിഷ്കർഷിച്ചിരുന്നു.

ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന 32 പിഎച്ച്സികളും, ഐപിഎച്ച്എസ് നിഷ്കർഷിച്ച കുടുംബാസൂത്രണമാർഗ്ഗങ്ങളിൽ, ഐയുസിഡി ഇൻസർഷൻ ഒഴികെയുള്ളവയെല്ലാം നൽകിയിരുന്നതായി നിരീക്ഷിച്ചു. പരിശോധന നടന്ന 16 സിഎച്ച്സികളിൽ മൂന്നെണ്ണം[27] മാത്രമാണ് എല്ലാ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട കുടുംബാസൂത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങളും നൽകിയത്. അവശേഷിച്ച 13 സിഎച്ച്സികളിൽ ഒരിടത്തും ട്യൂബെക്ടമിയും, വാസക്ടമിയും, ലാപ്പറോസ്കോപ്പിയും ലഭ്യമാക്കിയില്ല. ടിഎച്ച് തുറവൂർ[28] ഒഴികെയുള്ള എല്ലാ ടിഎച്ച്/ ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകളിലും എല്ലാ കുടുംബാസൂത്രണസേവനങ്ങളും ലഭ്യമായിരുന്നു. വിശദാംശങ്ങൾ **പട്ടിക 2.9**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.9: കുടുംബാസൂത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കിയ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ

സേവനം	ആലപ്പുഴ		തൃശ്ശൂർ		മലപ്പുറം		വയനാട്	
	പിഎച്ച്സി	സിഎച്ച്സി	പിഎച്ച്സി	സിഎച്ച്സി	പിഎച്ച്സി	സിഎച്ച്സി	പിഎച്ച്സി	സിഎച്ച്സി
വാസക്ടമി	ആവശ്യമില്ല	1	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	2
ട്യൂബക്ടമി	ആവശ്യമില്ല	1	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	2
ലാപ്പറോസ്കോപ്പി	ആവശ്യമില്ല	1	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	ഇല്ല	ആവശ്യമില്ല	2
ഐയുസിഡി ഇൻസർഷൻ	ഇല്ല	4	Nil	4	ഇല്ല	4	ഇല്ല	4
ഓറൽ ഗുളികകൾ/മിനിലാപ്പ് സ്റ്റെറിലൈസേഷൻ/ കോണ്ടം വിതരണം	8	4	8	4	8	4	8	4

(ഉറവിടം: പരിശോധന നടത്തിയ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

ഒട്ടുമിക്ക സ്റ്റെറിലൈസേഷൻ രീതികളും നടത്തുന്നത് ഗൈനക്കോളജിസ്റ്റുകളും ശസ്ത്രക്രിയാവിദഗ്ദ്ധരും ആയതിനാൽ കുടുംബാസൂത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങൾ. താലൂക്ക്/ ജില്ലാ/ജനറൽ/ഡബ്ല്യൂ ആന്റ് സി ആശുപത്രികൾ എന്നിവിടങ്ങളിലൂടെയാണ് ലഭ്യമാക്കുന്നതെന്ന് സർക്കാർ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). ഐപിഎച്ച്എസ് വ്യവസ്ഥകളനുസരിച്ച് സംസ്ഥാനം സിഎച്ച്സികളെ കുടുംബാസൂത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങളുടെ പൂർണ്ണനിര കൊണ്ട് സജ്ജീകരിക്കേണ്ടിയിരുന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല.

2.11 രോഗപ്രതിരോധം

2.11.1 രോഗപ്രതിരോധത്തിലുള്ള മന്ദഗതി

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കുള്ള എൻഎച്ച്എം ഇമ്മ്യൂണൈസേഷൻ ഹാൻഡ്ബുക്ക് അനുസരിച്ച്, ജനനസമയത്ത് ട്യൂബർക്കുലോസിസിനെതിരെയുള്ള ബാസില്ലെ കാൽമിറ്റെ ഗ്യൂറിൻ (ബിസിജി) കുത്തിവയ്പ്, 6, 10, 14 ആഴ്ചകളിലായി പോളിയോ പെന്റാവാലന്റ് (ഡിഫ്തീരിയ, ടെറ്റനസ്, പെർടുസിസ്സ്, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി (ഹെപ്പ്), ഹീമോഫീലസ് ഇൻഫ്ളുവൻസ ടൈപ്പ് ബി (ഹെബ്) ഈ വാക്സിനുകളുടെ മൂന്ന് ഡോസുകൾ വീതം, ഒൻപതാം മാസത്തിൽ

27 സിഎച്ച്സികൾ മീനങ്ങാടി, പുൽപ്പള്ളി, അമ്പലപ്പുഴ.
28 വാസക്ടമിയും ട്യൂബക്ടമിയും ലഭ്യമല്ലായിരുന്നു.

മീസിൽസിനെതിരെയുള്ള കുത്തിവയ്പ് എന്നിവ ലഭിച്ചിട്ടുള്ള കുട്ടി എല്ലാ അടിസ്ഥാന കുത്തിവയ്പുകളും ലഭിച്ച് പൂർണ്ണരോഗപ്രതിരോധശേഷി ആർജ്ജിച്ചതായി കണക്കാക്കാം. സമയബന്ധിതമായി വാക്സിനുകൾ നൽകുന്നതിന് ശൈശവരോഗപ്രതിരോധ പരിപാടികളുടെ വിജയവുമായി ബന്ധമുണ്ട്.

തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ 2012–13 മുതൽ 2016–17 കാലയളവിലെ രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ **പട്ടിക 2.10**–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.10: രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

ജില്ല	ലക്ഷ്യം	പൂർണ്ണമായി പ്രതിരോധശേഷി നൽകിയത്	പൂർണ്ണമായി പ്രതിരോധശേഷി നൽകിയത് (ശതമാനത്തിൽ)	ഭാഗികമായി പ്രതിരോധശേഷി നൽകിയത്	പ്രതിരോധശേഷി ലഭിക്കാത്തത്
വയനാട്[29]	72635	67669	93.16	5839	316
മലപ്പുറം	1275326	1148923	90.09	113604	12799
തൃശ്ശൂർ	458992	454829	99.09	3908	255
ആലപ്പുഴ	113745	112212	98.65	1440	93

(ഉറവിടം: ഡിപിഎമ്മുകളിൽ നിന്നുള്ള വിവരം)

മലപ്പുറം, വയനാട് എന്നീ ജില്ലകളിലെ രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ മന്ദഗതിക്കു കാരണമായി ഡിപിഎമ്മുകൾ ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയത്, ചില സമൂഹങ്ങൾ കുത്തിവയ്പിനെ മതവിരുദ്ധമായി കണക്കാക്കിയത, കുത്തിവയ്പിനെതിരായ പ്രകൃതിചികിത്സ പോലെയുള്ള പ്രചാരണത്തിന്റെ സ്വാധീനം, സമൂഹമാദ്ധ്യമങ്ങളിലൂടെയുള്ള രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കെതിരെയുള്ള പ്രചാരണം, കുത്തിവയ്പിനെക്കുറിച്ചുള്ള ഭയം, എന്നിവയാണ്. കുത്തിവയ്പിനെതിരെയുള്ള പൊതുസമൂഹത്തിന്റെ എതിർപ്പ് വിജയകരമായി മറികടക്കുന്നതിൽ ജിഒകെയ്ക്കുണ്ടായ പരാജയം, എൻഎച്ച്എം വിഭാവനം ചെയ്ത രീതിയിലുള്ള ശൈശവ രോഗപ്രതിരോധ പരിപാടികളുടെ വിജയത്തിനു വിഘാതമായി ഭവിച്ചു എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുകയുണ്ടായി.

ശുപാർശ 2.4: ജിഒകെ സമൂഹങ്ങളുടെയിടയിൽ രോഗപ്രതിരോധത്തിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ചുള്ള അവബോധം പരത്തുവാനുള്ള പ്രചാരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തണം.

2.12 അടിസ്ഥാന സൗകര്യവും മനുഷ്യവിഭവശേഷിയും

ഇന്ത്യൻ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് സ്റ്റാൻഡാർഡ്സ്, 2012 (ഐപിഎച്ച്എസ്) പ്രകാരം പൊതുസമൂഹത്തിന് ഏകീകൃത നിലവാരത്തിലുള്ള സേവനങ്ങളുടെയും അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെയും ലഭ്യത ഉറപ്പുവരുത്താൻ സബ്സെന്ററുകൾ/ പിഎച്ച്സികൾ/സിഎച്ച്സികൾ/ടിഎച്ചുകൾ/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകൾ/ഡിഎച്ചുകൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ ചില അവിഭാജ്യ/അഭികാമ്യ സേവനങ്ങൾ നൽകേണ്ടതുണ്ട്. ഈ റിപ്പോർട്ടിന്റെ ഖണ്ഡിക 2.8.3–ൽ മനുഷ്യവിഭവത്തിന്റെ പോരായ്മകളെക്കുറിച്ച് പരാമർശിച്ചിട്ടുണ്ട്. അക്രഡിറ്റഡ് സോഷ്യൽ ഹെൽത്ത് ആക്ടിവിസ്റ്റുകളുടെ (ആശ) സേവനവിതരണത്തിലുണ്ടായ ന്യൂനതകൾ ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചത് താഴെ ചർച്ചചെയ്തിരിക്കുന്നു.

[29] വയനാടിന്റെ കാര്യത്തിൽ ഡിഎംഒ വയനാട് സംഖ്യകൾ സ്ഥിരീകരിക്കവേ, സമീപത്തുള്ള രണ്ടു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽനിന്നും ജില്ലകളിൽ നിന്നുമുള്ള കുട്ടികൾ ആ ജില്ലയിൽ നിന്നുതന്നെ രോഗപ്രതിരോധ സേവനങ്ങൾ തേടിയതിനാൽ നേട്ടം ലക്ഷ്യത്തെ മറികടന്നു എന്ന് പ്രസ്താവിച്ചു.

2.12.1 അക്രഡിറ്റഡ് സോഷ്യൽ ഹെൽത്ത് ആക്ടിവിസ്റ്റിന്റെ പ്രവർത്തനം

'ആശ'കൾ ആഗോളരോഗപ്രതിരോധം, സുരക്ഷിതപ്രസവം, നവജാത ശിശുപരിപാലനം, ജലജന്യരോഗങ്ങളും മറ്റു പകർച്ചവ്യാധികളും തടയുക, പോഷകാഹാരം, ശുചിത്വം എന്നിവ ലക്ഷ്യമാക്കി സമൂഹപ്രവർത്തനങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്താൻ എൻഎച്ച്എം ചട്ടക്കൂട് ആവശ്യപ്പെടുന്നു. ഓരോ ആശയുടെയും കൈവശം ഗ്രാമീണജനതയ്ക്ക് അവശ്യആരോഗ്യസാമഗ്രികളായ ഓറൽ റീഹൈഡ്രേഷൻ സാൾട്ട്സ് (ഒആർഎസ്) കോൺട്രാസെപ്റ്റീവ്സ്, 10 അടിസ്ഥാന മരുന്നുകൾ എന്നിവയുടെ അടിയന്തിരവും സുഗമവുമായ ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കുന്ന കിറ്റിനു പുറമെ, ഒരു ഹെൽത്ത് കമ്മ്യൂണിക്കേഷൻ കിറ്റും മറ്റു ഐഇസി വസ്തുക്കളും ഉണ്ടാവണം.

അംഗീകൃത മാനദണ്ഡങ്ങളനുസരിച്ച് ഗ്രാമതലത്തിൽ ഓരോ 1,000 ജനങ്ങൾക്കും ഒരു ആശയെ നൽകണം. എല്ലാ ആശകളും അവർക്കായി തീരുമാനിക്കപ്പെട്ട പങ്ക് നിർവ്വഹിക്കാനാവശ്യമായ അറിവും നൈപുണ്യവും ആത്മവിശ്വാസവും ആർജ്ജിക്കുവാനായി പരിശീലനങ്ങളുടെ ഒരു പരമ്പരയ്ക്ക് വിധേയമാകേണ്ടതുണ്ട്.

- സംസ്ഥാനത്ത് 32,854 ആശകളുടെ ആവശ്യകതയ്ക്കെതിരെ 25,680 ആശകളാണ് ലഭ്യമായിരുന്നത്. ഇത് 7,174 ആശകളുടെ കുറവിനിടയാക്കി. ഓഡിറ്റ് പരിശോധന നടന്ന ജില്ലകളിൽ 9,924 ആശകളുടെ ലക്ഷ്യത്തിനെതിരെ 1,683 ആശകളുടെ കുറവുണ്ടായിരുന്നു. ലക്ഷ്യത്തിനെതിരെയുള്ള കുറവ് തൃശ്ശൂരിൽ ഏറ്റവും കൂടുതലും (24 ശതമാനം), വയനാട്, മലപ്പുറം, ആലപ്പുഴ എന്നിവിടങ്ങളിൽ യഥാക്രമം 20, 17, 7 ശതമാനവുമായിരുന്നു.

പട്ടിക 2.11: ആശകളുടെ ലഭ്യതയും തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിൽ നൽകിയ പരിശീലനത്തിന്റെ വിവരങ്ങളും

ജില്ല	ആശകളുടെ എണ്ണം			പരിശീലനം നൽകിയത്		
	ലക്ഷ്യം	ലഭ്യത	കുറവ്	ലഭ്യത	പരിശീലനം നൽകിയത്	കുറവ്
വയനാട്	835	669	166	669	666	3
മലപ്പുറം	3900	3228	672	3228	2478	750
തൃശ്ശൂർ	2889	2209	680	2209	1800	409
ആലപ്പുഴ	2300	2135	165	2135	2035	100

(ഉറവിടം: സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റിയിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

ആശകളുടെ വാർഡ് തിരിച്ചുള്ള പുനർവിതരണത്തിലൂടെ പദ്ധതി പുനരുജ്ജീവിപ്പിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുകയാണെന്നും പ്രക്രിയ പൂർത്തിയായാലുടൻ പുതിയ ആശകളെ തെരഞ്ഞെടുക്കുമെന്നും എൻഎച്ച്എം മറുപടി നൽകി (2017 സെപ്തംബർ). ആശകളുടെ ദൗർലഭ്യത്തെക്കുറിച്ച് വകുപ്പിന് വ്യക്തമായ ധാരണയുണ്ടായിരുന്നതിനാൽ കൂടുതൽ താമസം ഒഴിവാക്കാനായി പുതിയ ആശകളെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്ന നടപടി നേരത്തെ തന്നെ തുടങ്ങാമായിരുന്നു എന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല.

- ആശ കിറ്റുകൾ വിതരണം ചെയ്യുന്ന പദ്ധതി എൻഎച്ച്എം നടപ്പിലാക്കിയത് 2008-09-ലും 2013-14-ലും മാത്രമായിരുന്നുവെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് സൗജന്യമായി വിതരണം ചെയ്യേണ്ട അവശ്യ മരുന്നുകളും സാമഗ്രികളും അടങ്ങിയ ആശ കിറ്റുകൾ സമയാസമയം നിറച്ചുകൊടുത്തില്ല. നാല് ജില്ലകളിലെ പരിശോധന നടത്തിയ 32

സബ്സെന്ററുകളിൽ 2013-14-നു ശേഷം ആശകിറ്റുകൾ നിറച്ചുകൊടുത്തിട്ടില്ല.

അന്വേഷണത്തിനു മറുപടിയായി എസ്എച്ച്എസ് പറഞ്ഞത് (2017 സെപ്തംബർ) 2013-നു ശേഷം ആശ കിറ്റുകൾ നിറയ്ക്കുവാൻ ജിഒഐയിൽ നിന്നു അനുമതി ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും, 2016-17-ലെ റിക്കോർഡ് ഓഫ് പ്രൊസീഡിംഗ്സിൽ (ആർഒപി) നിലവിലുള്ള ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്ന് അവ നിറയ്ക്കുവാൻ ജിഒഐ നിർദ്ദേശിച്ചുവെന്നുമാണ്.

2.12.2 ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെ അപര്യാപ്തത

2.12.2.1 ബേസ് ലൈൻ സർവ്വേ നടത്താതിരുന്നത്

എൻഎച്ച്എം ചട്ടക്കൂടിന്റെ 81-ാം ഖണ്ഡിക അനുസരിച്ച് ജില്ലാ ആരോഗ്യമിഷന് സമഗ്രജില്ലാ ആസൂത്രണ പ്രക്രിയ ഏറ്റെടുത്തു നടത്താനായി സബ്സെന്റർ/ പിഎച്ച്സി/സിഎച്ച്സി/സബ്ഡിവിഷണൽ ആശുപത്രി/ഡിഎച്ച് എന്നിവയുടെ ഗൃഹാധിഷ്ഠിത സർവ്വേയും സൗകര്യങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള സർവ്വേയും നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. ഇത് ദൗത്യത്തിന്റെ ബേസ് ലൈൻ ആയി വർത്തിക്കണം. ദൗത്യത്തിന്റെ കീഴിലുള്ള പുരോഗതി നിർണ്ണയിക്കാൻ ഈ പ്രക്രിയ കൃത്യമായ ഇടവേളകളിൽ നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. കംപ്ട്രോളർ ആന്റ് ഓഡിറ്റർ ജനറൽ ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ 2009-ലെ ഓഡിറ്റ് റിപ്പോർട്ടിൽ, എല്ലാ സിഎച്ച്സികളിലും 2006 സെപ്തംബർ മുതൽ ഡിസംബർ വരെയുള്ള കാലയളവിൽ സൗകര്യങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള സർവ്വേ നടത്തിയെങ്കിലും സംസ്ഥാനത്തെ പിഎച്ച്സികളിലോ സബ്സെന്ററുകളിലോ ഇത്തരത്തിലുള്ള ഒരു സർവ്വേയും നടത്തിയിട്ടില്ലെന്ന് പരാമർശിച്ചിട്ടുണ്ട്.

2006-നുശേഷം ബേസ്ലൈൻ സർവ്വേ നടത്തിയിട്ടില്ലെന്ന് എൻഎച്ച്എം സ്ഥിരീകരിച്ചു (2017 ഒക്ടോബർ). ബേസ്ലൈൻ സർവ്വേയുടെ അഭാവത്തിൽ എൻഎച്ച്എമ്മിന് ആരോഗ്യപരിപാലനം നൽകിയതിലെ പുരോഗതി നിരീക്ഷിക്കുവാനുള്ള വിവരങ്ങൾ സ്വായത്തമാക്കുവാനോ, പദ്ധതിയുടെ കീഴിൽ നടത്തിയ മുതൽമുടക്കിൽ നിന്നുരുത്തിരിഞ്ഞ പുരോഗതിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ലഭ്യമാകാനുള്ള അവസ്ഥയിലെത്താനോ കഴിഞ്ഞില്ലെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

2.12.2.2 നിർമ്മാണ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ സ്ഥിതിവിവരം

2012-15 കാലയളവിൽ അനുമതി ലഭിച്ച ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ, പരിശീലന കേന്ദ്രങ്ങൾ, സ്റ്റാഫ് ക്വാർട്ടറുകൾ എന്നിവയുടെ നിർമ്മാണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട 212 ജോലികളുടെ 2017 മാർച്ച് 31 ലെ ഭൗതികസ്ഥിതി **പട്ടിക 2.12**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.12: സിവിൽ ജോലികളുടെ സ്ഥിതിവിവരം

വർഷം	അനുമതി ലഭിച്ച ജോലികളുടെ എണ്ണം	പൂർത്തിയായ ജോലികളുടെ എണ്ണം	പുരോഗമിക്കുന്ന ജോലികളുടെ എണ്ണം	സ്ഥലത്തിന്റെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ കാരണം തുടങ്ങാനാകാത്ത ജോലികളുടെ എണ്ണം	മറ്റു കാരണങ്ങളാൽ തുടങ്ങാനാകാത്ത ജോലികളുടെ എണ്ണം
2012	84	83	ഇല്ല	ഇല്ല	1
2013	117	106	ഇല്ല	7	4
2014	4	ഇല്ല	3	ഇല്ല	1
2015	7	4	1	ഇല്ല	2
ആകെ	212	193	4	7	8

(ഉറവിടം: എസ്എച്ച്എസിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

നിർമ്മാണം ഏറ്റെടുക്കാൻ സാധിക്കാത്ത 15 ജോലികളിൽ ഏഴെണ്ണം സ്ഥലത്തിന്റെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ കൊണ്ടും, എട്ടെണ്ണം മറ്റു കാരണങ്ങൾ കൊണ്ടുമായിരുന്നുവെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

സബ്സെന്ററുകളും പിഎച്ച്സികളും, സിഎച്ച്സികളും സ്ഥാപിക്കുന്നതിലുണ്ടായ കുറവിനെക്കുറിച്ച് ഈ റിപ്പോർട്ടിന്റെ ഖണ്ഡിക 2.8.3-ൽ പരാമർശിക്കുന്നുണ്ട്. ലാക്ഷണിക പരിശോധന നടന്ന പല സ്ഥാപനങ്ങളിലും അവശ്യസൗകര്യങ്ങളായ വിദ്യുച്ഛക്തി, കുടിവെള്ളം, ശൗചാലയം, റോഡിലേക്കുള്ള പ്രവേശനം, കാർഡിയോഗ്രാം, എക്സ്-റേ മുതലായ ഉപകരണങ്ങൾ, ലബോറട്ടറി സേവനം എന്നിവയുടെ അഭാവമുണ്ടായിരുന്നു (**അനുബന്ധം 2.6**).

പൂർത്തീകരിച്ചതിനു ശേഷം നിഷ്ക്രിയമായിരിക്കുന്ന കെട്ടിടങ്ങൾ/ പൂർത്തീകരിക്കാത്ത ജോലികൾ എന്നിവയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ താഴെ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നവയാണ്.

- **ടിബി ആശുപത്രി, മഞ്ചേരിയുടെ പരിസരത്തുള്ള പരിശീലനകേന്ദ്രം**

  കേന്ദ്രം എൻഎച്ച്എം-ന് കൈമാറിയിട്ട് (2013 ആഗസ്റ്റ്) 48 മാസങ്ങൾക്കുശേഷവും മനുഷ്യവിഭവത്തിന്റെയും അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെയും കുറവുമൂലം നിഷ്ക്രിയമായിത്തുടരുന്നു. പരിശീലന പ്രവർത്തനങ്ങൾ വാടകകെട്ടിടങ്ങളിൽ നടത്തുകയും, 2013-14 മുതൽ 2016-17 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ മാത്രം ₹1.86 ലക്ഷം വാടകയിനത്തിൽ ചെലവാക്കുകയും ചെയ്തു. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ, മലപ്പുറം 2017 ഏപ്രിലിൽ ഭരണകാര്യ ജീവനക്കാരെ ആവശ്യപ്പെടാതെ ഒരു വാച്ച്മാന്റെ അധിക തസ്തികയ്ക്കുവേണ്ടി നിർദ്ദേശം സമർപ്പിച്ചുവെങ്കിലും ജിഒകെ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിച്ചില്ല (2017 സെപ്തംബർ).

- **സിഎച്ച്സി എടപ്പാളിലെ പ്രസവബ്ലോക്ക്**

  പര്യാപ്തമായ ഉപകരണങ്ങളും ഫർണീച്ചറും ഇല്ലാതെയും ഇലക്ട്രിക്കൽ, ക്ലീനിംഗ് ജീവനക്കാരെ നിയമിക്കാതെയും രണ്ടു വർഷത്തിലേറെയായി പ്രസവ ബ്ലോക്ക് കെട്ടിടം ഉപയോഗശൂന്യമായി കിടക്കുന്നു. 2017-18 ന്റെ സപ്ലിമെന്ററി പിഐപിയിൽ ഉപകരണങ്ങൾ വിതരണം ചെയ്യുവാനുള്ള നിർദ്ദേശം ഉൾപ്പെടുത്തുമെന്ന് ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ).

- **സിഎച്ച്സി ഫോർട്ട് തിരുവനന്തപുരത്തെ മാതൃശിശു ആരോഗ്യ (എംസിഎച്ച്) ബ്ലോക്ക്**

  കെട്ടിടത്തിന്റെ ഉയർന്ന ഭാഗങ്ങൾ പൈതൃക പ്രദേശത്തിന്റെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കാതെ നിർമ്മിച്ചതിനാൽ മുഖ്യനഗരാസൂത്രകൻ, തിരുവനന്തപുരം തടസ്സവാദം ഉന്നയിച്ചതിനെ (2016 ജൂൺ) തുടർന്ന് കെട്ടിടം ഉപയോഗിക്കുവാൻ സാധിച്ചില്ല. കൂടാതെ, ജോലി ആരംഭിക്കുന്നതിനുമുൻപ് ബിൽഡിംഗ് പ്ലാനിന് അനുമതി ലഭിച്ചതുമില്ല.

- **ജില്ലാ ആശുപത്രി തിരൂരിലെ ഡബ്ല്യു ആന്റ് സി ബ്ലോക്ക്**

  സ്ഥലത്തിന്റെ സ്ഥിതി കാരണം സിവിൽ ജോലികളിൽ വ്യതിയാനമുണ്ടായി. കേന്ദ്രപൊതുമരാമത്തു വകുപ്പ് (സിപിഡബ്ല്യുഡി) വ്യവസ്ഥകളനുസരിച്ചുള്ള ഉചിതമായ ആസൂത്രണത്തിന്റെ കുറവുകൊണ്ടും സൈറ്റിന്റെ സ്ഥിതി പഠിക്കാതെ പ്രോജക്ട് എസ്റ്റിമേറ്റ് തയ്യാറാക്കിയതുകൊണ്ടും, പ്രോജക്ട് തുകയിൽ 20 ശതമാനത്തിന്റെ വർദ്ധനവുണ്ടായി. 2016 നവംബറിൽ, ₹അഞ്ച് കോടിയുടെ പ്രോജക്ട് തുകയിൽ പൂർത്തീകരിക്കാനിരുന്ന ജോലി 2017 സെപ്തംബറിലും പൂർത്തീകരിച്ചിട്ടില്ല.

- **ടിഎച്ച്ക്യൂ ആശുപത്രി ചെങ്ങന്നൂരിലെ എംസിഎച്ച് ബ്ലോക്കിന്റെ നിർമ്മാണം**

  ജോലി മന്ദഗതിയിലായതിനാൽ ₹40.42 ലക്ഷത്തിന്റെ പെർഫോർമൻസ് ഗ്യാരന്റി കണ്ടുകെട്ടുകയും കൺസൾട്ടന്റ് 2015 മെയ് 27-ന് കരാർ നിർത്തലാക്കുകയും ചെയ്തു. ജോലി റീ-ടെൻഡർ ചെയ്യുകയും മറ്റൊരു കോൺട്രാക്ടർ സമർപ്പിച്ച ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ തുകയായ ₹1030.52 ലക്ഷത്തിന്റെ ടെണ്ടർ ടെക്നിക്കൽ കമ്മിറ്റി 2016 ജനുവരിയിൽ അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തു. പൂർത്തീകരണ കാലാവധി ഒരു വർഷമായിരുന്നു. ജോലി നിർത്തലാക്കേണ്ട സാഹചര്യത്തിൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന നഷ്ടം ഇല്ലാതാക്കാൻ ഒരു സോപാധിക റിസ്ക് ആന്റ് കോസ്റ്റ് കരാറിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിരുന്നുവെങ്കിൽ, ആദ്യ കോൺട്രാക്ടർ ജോലി നിർത്തിപ്പോയതുകാരണം എസ്റ്റിമേറ്റ് പുതുക്കിയപ്പോൾ ഉണ്ടായ അധികനഷ്ടം ഒഴിവാക്കാമായിരുന്നു.

- **ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടിയിലെ സ്റ്റാഫ് ക്വാർട്ടറുകളുടെ നിർമ്മാണം**

  ജോലി നടക്കുന്നതിനിടെ, സ്ഥലത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗം തങ്ങളുടെ വകുപ്പിന്റേതാണെന്നു കാട്ടി കേരള പോലീസ് തടസ്സവാദമുന്നയിച്ചു. തർക്കം ഇനിയും പരിഹരിച്ചിട്ടില്ല (2017 സെപ്തംബർ). ഉചിതമായ ആസൂത്രണത്തിലും തടസ്സമില്ലാത്ത ഭൂമി ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിലും എസ്എച്ച്എം നുണ്ടായ പരാജയം, സ്റ്റാഫ് ക്വാർട്ടർ പൂർത്തീകരിക്കാൻ സാധിക്കാത്തതിനും കൺസൾട്ടന്റിന് ₹36.89 ലക്ഷത്തിന്റെ നിഷ്ഫലമായ ചെലവിനും വഴിതെളിച്ചു.

2.12.3 രക്തബാങ്ക്/രക്തസംഭരണത്തിലെ അപര്യാപ്തത

ഐപിഎച്ച്എസും കേരളത്തിലെ മെഡിക്കൽ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ക്രമവൽക്കരണത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള റിപ്പോർട്ടും അനുസരിച്ച് രക്തസംഭരണം സിഎച്ച്സി/ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് എന്നിവിടങ്ങളിലെയും, രക്തബാങ്കുകൾ ജില്ലാ ആശുപത്രികളിലെയും അവിഭാജ്യഘടകമാണ്. മുപ്പത്തിമൂന്ന് മെഡിക്കൽ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ (സിഎച്ച്സി/ടിഎച്ച്/ഡിഎച്ച്/ജിഎച്ച്/ഡബ്ല്യുസി) 11 എണ്ണം രക്തസംഭരണം. രക്തബാങ്ക് ഇല്ലാതിരിക്കുക, ലൈസൻസ് ലഭിക്കാത്തതിനാൽ നിലവിലുള്ള രക്തസംഭരണ സൗകര്യങ്ങൾ പ്രവർത്തിക്കാതിരിക്കുക, ഡ്രഗ്സ് കൺട്രോളർ ആന്റ് ലൈസൻസിംഗ് അതോറിറ്റിയിൽ നിന്നുള്ള ലൈസൻസ് ഇല്ലാതെ രക്തബാങ്കുകൾ പ്രവർത്തിക്കുക, വ്യവസ്ഥ ചെയ്യപ്പെട്ട പൂർണ്ണമായി സജ്ജീകരിച്ച രക്തബാങ്കിന്റെ സ്ഥാനത്ത് സ്ഥാപനങ്ങൾ രക്തസംഭരണ സൗകര്യങ്ങൾ നൽകുക എന്നിങ്ങനെയുള്ള അപര്യാപ്തകളോടെയാണ് പ്രവർത്തിച്ചത് (**അനുബന്ധം 2.7**).

രക്തസംഭരണയൂണിറ്റുകൾ ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകൾ കൊടുങ്ങല്ലൂരിലും വൈത്തിരിയിലും ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ). നാല് ആശുപത്രികളിൽ[30] ലൈസൻസ് ലഭിക്കുവാനുള്ള നടപടികൾ തുടങ്ങിക്കഴിഞ്ഞുവെന്ന് ഓഡിറ്റിനെ അറിയിച്ചു. രണ്ട് ആശുപത്രികളിൽ[31] രക്തബാങ്കിന്റെ സ്ഥാനത്ത് രക്തസംഭരണയൂണിറ്റുകൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നതായി അറിയിച്ചു. ജിഎച്ച് ആലപ്പുഴയുടെ കാര്യത്തിൽ സമീപത്തുള്ള എംസിഎച്ചിൽ രക്തബാങ്ക് സൗകര്യമുണ്ടെന്ന് പ്രസ്താവിക്കപ്പെട്ടു. ഡിഎച്ചിനും അതിനു

30 ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ചുകൾ തിരൂരങ്ങാടിയും സുൽത്താൻ ബത്തേരിയും ഡബ്ല്യു&സി ആലപ്പുഴ, സിഎച്ച്സി മീനങ്ങാടി.

31 ജിഎച്ച് കല്പറ്റ, ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര.

മുകളിലുള്ള വിഭാഗത്തിലും പെടുന്ന ആശുപത്രികൾ രക്തബാങ്കുകളാൽ സജ്ജീകരിക്കപ്പെട്ടിരിക്കണം എന്ന് ഐപിഎച്ച്എസ് നിഷ്കർഷിക്കുന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല. മറ്റു രണ്ട് ആശുപത്രികളുടെയും[32] കാര്യത്തിൽ അവർക്ക് പ്രസവസൗകര്യം ഇല്ലെന്നും അതിനാൽ രക്തസംഭരണയൂണിറ്റുകൾ പ്രവർത്തിച്ചില്ലെന്നും പ്രസ്താവിക്കപ്പെട്ടു. രക്തസംഭരണം സ്ഥാപനത്തിലെ പ്രസവസൗകര്യങ്ങളുടെ ലഭ്യതയിൽ മാത്രം അധിഷ്ഠിതമല്ലാത്തതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല.

2.12.4 ആംബുലൻസ് സേവനം

ഓരോ പിഎച്ച്സിയിലും റഫറൽ ഗതാഗത സൗകര്യം ലഭ്യമാകണമെന്ന് ഐപിഎച്ച്എസ് മാർഗ്ഗരേഖ വ്യവസ്ഥ ചെയ്യുന്നു. എന്നാൽ സംസ്ഥാനത്തൊട്ടാകെ, 848 പിഎച്ച്സികളിൽ 54 എണ്ണത്തിലും 232 സിഎച്ച്സികളിൽ 58 എണ്ണത്തിലും മാത്രമേ ആംബുലൻസുകൾ ലഭ്യമായിരുന്നുള്ളൂ. അങ്ങനെ 94 ശതമാനം പിഎച്ച്സികൾക്കും 75 ശതമാനം സിഎച്ച്സികൾക്കും ആംബുലൻസുകൾ ഇല്ലായിരുന്നു. പരിശോധന നടന്ന നാല് ജില്ലകളിൽ റഫറൽ കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് രോഗികളെ എത്തിക്കുവാനുള്ള ആംബുലൻസുകളുടെ ലഭ്യതയുടെ സ്ഥിതിവിവരം **പട്ടിക 2.13**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.13: ആംബുലൻസുകളുടെ ലഭ്യത

ജില്ലയുടെ പേര്	പിഎച്ച്സികളുടെ ആകെ എണ്ണം	ആംബുലൻസുകൾ ലഭിച്ച പിഎച്ച്സികളുടെ എണ്ണം	സിഎച്ച്സികളുടെ ആകെ എണ്ണം	ആംബുലൻസ് ലഭിച്ച സിഎച്ച്സികളുടെ എണ്ണം
ആലപ്പുഴ	59	1	16	2
മലപ്പുറം	84	0	22	1
വയനാട്	23	3	9	5
തൃശ്ശൂർ	79	3	24	5

(ഉറവിടം: ഡിഎച്ച്എസിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

'108 ആംബുലൻസുകളായി' പ്രവർത്തിക്കാൻ വേണ്ടി 50 ആംബുലൻസുകൾ കരസ്ഥമാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സർക്കാർ മറുപടി നൽകി (2017 നവംബർ). 108 ആംബുലൻസുകൾ റോഡപകടങ്ങൾ, ആരോഗ്യസംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ എന്നിങ്ങനെയുള്ള ഗുരുതരമായ അത്യാഹിതങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ വിനിയോഗിക്കുന്നതിനാലും പിഎച്ച്സികൾ/സിഎച്ച്സികളുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുവാൻ ഉദ്ദേശിച്ചുള്ളതല്ലാത്തതിനാലും മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല.

2.12.5 ഉപകരണങ്ങൾ നിഷ്ക്രിയമാകുന്നത്

തെരഞ്ഞെടുത്ത ജില്ലകളിലെ 19 സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ₹0.98 കോടി വിലമതിക്കുന്ന വിവിധ ഉപകരണങ്ങൾ, അടിസ്ഥാന സൗകര്യം/സ്ഥലം/മനുഷ്യവിഭവശേഷി/ആവശ്യമില്ലായ്മ, എന്നീ കാരണങ്ങളാൽ പ്രവർത്തന രഹിതമായിരുന്നു എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചത് **അനുബന്ധം 2.8**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

ഉപകരണങ്ങൾ പ്രവർത്തനക്ഷമമാക്കാൻ വേണ്ട നടപടി കൈക്കൊള്ളുമെന്ന് സർക്കാർ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ).

2.12.6 ലാബോറട്ടറി സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ

പരിശോധന നടന്ന ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലെ ലാബോറട്ടറികളുടെ ലഭ്യതയുടെയും, അവർ നൽകിയ സേവനങ്ങളുടെയും സ്ഥിതി (2017 മാർച്ച്) **പട്ടിക 2.14**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

[32] ടിഎച്ചുകൾ പുതുക്കാട്, തുറവൂർ.

പട്ടിക 2.14: ലബോറട്ടറികളുടെ ലഭ്യത

ആരോഗ്യകേന്ദ്രം	പരിശോധന നടന്ന കേന്ദ്രങ്ങളുടെ എണ്ണം	ലാബറട്ടറിയുടെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ	ലബോറട്ടറി പരിശോധനകളുടെ ആവശ്യമായ എണ്ണം	പരിശോധനകളുടെ ലഭ്യതയില്ലായ്മ
പിഎച്ചിസി	32	17	11	2 - 9
സിഎച്ച്സി	16	ഇല്ല	36	9 - 27
ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്	8	ഇല്ല	51	11 - 34
ഡിഎച്ച്	4	ഇല്ല	97	51 - 66

(ഉറവിടം: പരിശോധന നടന്ന കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നു ശേഖരിച്ച ഡേറ്റ)

പരിശോധന നടന്ന നാല് ജില്ലകളിലെ ടിഎച്ച്/ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച്/സിഎച്ച്സി/ഡിഎച്ച് എന്നിവ പ്രദാനം ചെയ്ത ലബോറട്ടറി സേവനങ്ങളുടെ കടുത്ത അഭാവമുണ്ടായിരുന്നു (**അനുബന്ധം 2.9**).

അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങളുടെ അപര്യാപ്തത, സ്ഥലം, മനുഷ്യവിഭവശേഷി, പരീക്ഷകവസ്തുക്കൾ എന്നിവയുടെ കുറവ് മുതലായവയാണ് ലബോറട്ടറിയുടെയും ലബോറട്ടറി സേവനങ്ങളുടെയും ലഭ്യതയില്ലായ്മക്ക് കാരണങ്ങളായി കേന്ദ്രങ്ങൾ നിരത്തിയത്. രോഗനിർണ്ണയ പ്രക്രിയയിൽ ലബോറട്ടറി സേവനങ്ങൾ അത്യന്താപേക്ഷിതമായതിനാൽ, സ്ഥലം, അടിസ്ഥാന സൗകര്യം, ഉപകരണം എന്നിവയുടെ ദൗർലഭ്യം മറികടക്കാൻ പിഐപികളിൽ ആവശ്യമായ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടിയിരുന്നു എന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല.

2.12.7 എക്സ്-റേ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ സുരക്ഷാമാർഗ്ഗങ്ങൾ

എക്സ്-റേ യൂണിറ്റുകൾക്ക് ലൈസൻസ് നൽകുന്നതിനെക്കുറിച്ചുള്ള അറ്റോമിക് എനർജി റഗുലേറ്ററി ബോർഡ് (എഈആർബി) മാർഗ്ഗരേഖ (2004 ആഗസ്റ്റ്), അനുവർത്തിക്കുന്ന പ്രവർത്തനരീതികൾ പരിശോധിച്ചതിനുശേഷം റേഡിയേഷൻ ഇൻസ്റ്റലേഷനുകൾ പ്രവർത്തിപ്പിക്കാനുള്ള ലൈസൻസ് നൽകുക, നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട സുരക്ഷാ മാനദണ്ഡങ്ങളോട് അനുവർത്തിത്വവും റേഡിയേഷൻ പര്യവേക്ഷണത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനുള്ള ഉചിതമായ റേഡിയേഷൻ മോണിറ്ററുകളുടെയും ഡോസിമെട്രി ഉപകരണങ്ങളുടെയും ലഭ്യതയും ഉറപ്പാക്കുക എന്നിവ വ്യവസ്ഥ ചെയ്തു. കേരളത്തിൽ എഈആർബിക്കു വേണ്ടി ലൈസൻസുകൾ നൽകാൻ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട ഏജൻസി, റേഡിയേഷൻ സേഫ്റ്റിയുടെ ഡയറക്ടർ (ഡിആർഎസ്) ആണ്.

പരിശോധന നടന്ന 32 ആശുപത്രികളിൽ 15 എണ്ണം എക്സ്-റേ സേവനങ്ങൾ നൽകിയിരുന്നതായി ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. എന്നാൽ 15 ആശുപത്രികളിൽ പത്തെണ്ണത്തിൽ[33], എക്സ്-റേ യന്ത്രങ്ങൾ ഡിആർഎസിൽ നിന്ന് സുരക്ഷാ സാക്ഷ്യപത്രം ലഭിക്കാതെ പ്രവർത്തിക്കുകയും ഏഴ്[34] ആശുപത്രികളിലെ 10 ഉപകരണങ്ങൾ ഗുണനിലവാര പരിശോധനകൾ നടത്താതെ ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്തതായി **അനുബന്ധം 2.10**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

അഞ്ച്[35] ആശുപത്രികളിൽ എക്സ്-റേ യൂണിറ്റുകൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന ടെക്നീഷ്യൻമാർക്ക് അണുപ്രസരണത്തിന് വിധേയമാകുന്ന തോത് സൂചിപ്പിക്കുന്ന

---

[33] ജിഎച്ച് കല്പറ്റ, ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, ഡിഎച്ച് വടക്കാഞ്ചേരി, ഡിഎച്ച് തിരൂർ, ഡിഎച്ച് മാനന്തവാടി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് പൊന്നാനി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് സുൽത്താൻബത്തേരി, സിഎച്ച്സി മുതുകുളം.

[34] ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, ഡിഎച്ച് വടക്കാഞ്ചേരി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് സുൽത്താൻബത്തേരി, സിഎച്ച്സി മുതുകുളം.

[35] ഡിഎച്ച് മാവേലിക്കര, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കായംകുളം, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് കൊടുങ്ങല്ലൂർ, സിഎച്ച്സി മുതുകുളം, ടിഎച്ച്ക്യൂഎച്ച് തിരൂരങ്ങാടി.

തെർമോലൂമിനെസെന്റ് ഡോസിമീറ്റർ (റ്റിഎൽഡി) ബാഡ്ജുകൾ നൽകിയിരുന്നില്ലെന്ന് ഓഡിറ്റ് കാണുകയുണ്ടായി. റ്റിഎൽഡി ബാഡ്ജുകളുടെയും ഡിആർഎസിൽ നിന്നുള്ള സുരക്ഷാ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലിന്റെയും അഭാവത്തിൽ രോഗികളും ടെക്നീഷ്യൻമാരും അനുവദനീയമായതിൽ കൂടിയ അളവിലുള്ള അണുപ്രസരണത്തിന് വിധേയമാകുന്നില്ല എന്ന് ന്യായമായ ഉറപ്പ് ലഭിക്കുവാൻ ഓഡിറ്റിന് സാധിച്ചില്ല.

തൃശ്ശൂർ, മലപ്പുറം, വയനാട് ജില്ലകളിലെ ഡിപിഎമ്മുകൾ പറഞ്ഞത് (2017 ആഗസ്റ്റ്) എഈആർബി ലൈസൻസുകൾ ലഭിക്കാൻ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുന്നുണ്ടെന്നും ഗുണനിലവാര നിർണ്ണയ പരിശോധനകൾ നടത്താൻ ആവശ്യമായ ഒരുക്കങ്ങൾ നടത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നുമാണ്. എഈആർബി രജിസ്ട്രേഷൻ ലഭിക്കുവാൻ ആവശ്യമായ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഉപരിതല കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് അയച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് തൃശ്ശൂർ മറുപടി നൽകി (2017 ആഗസ്റ്റ്).

എഈആർബി രജിസ്ട്രേഷനും റ്റിഎൽഡി ബാഡ്ജുകൾ വാങ്ങുന്നതും ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രി അധികൃതർ ചെയ്യേണ്ട കാര്യങ്ങളാണെന്നും റേഡിയോളജിക്കൽ ഉപകരണത്തിന്റെ ഗുണനിലവാരപരിശോധനകൾ ആശുപത്രികളുടെ ആവശ്യപ്രകാരം എൻഎച്ച്എം നിർവ്വഹിക്കുന്നുണ്ടെന്നും മറുപടിയിൽ എൻഎച്ച്എം വ്യക്തമാക്കി (2017 സെപ്തംബർ). രോഗികളും ടെക്നീഷ്യൻമാരും അനുവദനീയമായതിൽ കൂടുതൽ അളവുകളിലുള്ള അണുപ്രസരണത്തിന് നിയന്ത്രണമില്ലാതെ വിധേയമാകുന്നത് ഗുരുതരമായ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടാക്കും. എല്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലുമുള്ള ഏല്ലാ റേഡിയോളജിക്കൽ ഉപകരണങ്ങൾക്കും എഈആർബി ലൈസൻസ് എടുക്കുവാനുള്ള ഫണ്ടുകൾ ലഭിക്കാനുള്ള നിർദ്ദേശം 2017-18 ലെ സപ്ലിമെന്ററി പിഐപിയിൽ എൻഎച്ച്എം തയ്യാറാക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയാണെന്ന് സർക്കാർ പ്രസ്താവിച്ചു.

2.12.8 ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ മാർഗ്ഗരേഖയോടുള്ള അനുവർത്തിത്വം

ദേശീയ ആരോഗ്യപരിപാടികളുടെ ഭാഗമായി ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ സേവനങ്ങളുടെ പൂർണ്ണനിര പ്രദാനം ചെയ്യുക മാത്രമല്ല, സേവനങ്ങൾ തെളിയിക്കാവുന്നതും നിഷ്പക്ഷവുമായ ഗുണനിലവാര മാനദണ്ഡങ്ങൾ അനുവർത്തിക്കുന്നുവെന്നും ഉറപ്പുവരുത്തണമെന്ന് ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കലിനുള്ള പൊതു ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനമാർഗ്ഗരേഖ 2013 (ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ മാർഗ്ഗരേഖ) അനുശാസിക്കുന്നു. വിവിധ തലങ്ങളിൽ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്താൻ സംസ്ഥാന ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ കമ്മിറ്റി (എസ്ക്യൂഎസി), ജില്ലാ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ കമ്മിറ്റി (ഡിക്യൂഎസി), ജില്ലാ ആശുപത്രികളിൽ ജില്ലാ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ ടീമുകളും (ഡിക്യൂഎറ്റി), ആരോഗ്യ കേന്ദ്രതല ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ ടീമുകളും രൂപീകരിക്കാൻ ഗുണനിലവാര നിർണ്ണയ മാർഗ്ഗരേഖ ശുപാർശ ചെയ്തു.

എസ്ക്യൂഎസികളും ഡിക്യൂഎസികളും രൂപീകരിച്ചുവെങ്കിലും, എല്ലാ കേന്ദ്രങ്ങളിലും ഡിക്യൂഎറ്റികളും ആരോഗ്യ കേന്ദ്രതല ഗുണമേന്മ ഉറപ്പാക്കൽ ടീമുകളും രൂപീകരിച്ചിരുന്നില്ല എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. പരിശോധന നടന്ന എട്ട് ജനറൽ/ജില്ലാ ആശുപത്രികളിൽ മൂന്നെണ്ണത്തിലും, താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലും നാലെണ്ണത്തിലും ക്യൂഎറ്റി രൂപീകരിച്ചിരുന്നില്ല. കൂടാതെ 11 സിഎച്ച്സികളിലും 24 പിഎച്ച്സികളിലും ആരോഗ്യകേന്ദ്രതല ക്യൂഎറ്റികൾ രൂപീകരിച്ചില്ല. ഇത്തരം ക്യൂഎറ്റികളുടെ അഭാവത്തിൽ, ഗുണനിലവാര പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ആന്തരികനിർണ്ണയം, പ്രധാന പ്രവർത്തന സൂചികകൾ തയ്യാറാക്കുക, രോഗികളുടെ അഭിപ്രായ സർവ്വേകൾ, വിടവുകളും പുരോഗതിയും തിരിച്ചറിയുക, തുടർനടപടി ക്രമങ്ങൾ എന്നിവയൊന്നും നടത്തിയിരുന്നില്ല.

2.13 ധനകാര്യനിർവ്വഹണം

2.13.1 ഉയർന്ന പരിഗണന വേണ്ട ജില്ലകൾക്ക് കുറഞ്ഞ അളവിൽ ഫണ്ട് ലഭ്യമായത്

തുല്യ അളവിൽ ആരോഗ്യ പരിചരണം ഉറപ്പാക്കാനും ആരോഗ്യപരമായ അനന്തരഫലങ്ങളിൽ പ്രകടമായ പുരോഗതിയുളവാക്കാനും ഉദ്ദേശിച്ച് മാതൃ-ശിശു ആരോഗ്യം കുടുംബാസൂത്രണം എന്നീ മേഖലകളിലെ ഫലസൂചികകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഓരോ സംസ്ഥാനത്തിലെയും താഴെയ്ക്കിടെയുള്ള 25 ശതമാനം ജില്ലകളെ ഉയർന്ന പരിഗണനയുള്ള ജില്ലകളായി (എച്ച്പിഡി) വേർതിരിച്ചു. ജിഐെ കാസർഗോഡ്, മലപ്പുറം, പാലക്കാട് എന്നീ മൂന്ന് ജില്ലകളെ സംസ്ഥാനത്തെ എച്ച്പിഡികളായി തരംതിരിച്ചു (2013 ജൂലൈ). എൻഎച്ച്എം ന്റെ ആകെ സ്റ്റേറ്റ് റിസോഴ്സ് എൻവെലപ്പിനു[36] കീഴിൽ മറ്റു ജില്ലകളെ അപേക്ഷിച്ച് എച്ച്പിഡികൾക്ക് കുറഞ്ഞത് 30 ശതമാനം ബജറ്റ് തുക കൂടുതലായി ലഭിക്കണമെന്നും സംസ്ഥാനങ്ങളെ അറിയിച്ചിരുന്നു. ഈ ആനുകൂല്യം മറ്റു ജില്ലകളിലേക്ക് വകമാറ്റുന്നത് അനുവദനീയമല്ലെന്നും വ്യക്തമാക്കിയിരുന്നു.

2013–17 കാലയളവിൽ 11 നോൺ-എച്ച്പിഡികൾക്ക് ലഭിച്ച ശരാശരി വാർഷിക ധനസഹായം ഓഡിറ്റ് സൂക്ഷ്മപരിശോധന നടത്തുകയുണ്ടായി. 2013–17 കാലയളവിൽ മൂന്ന് എച്ച്പിഡികൾക്കുമായി ₹86.40 കോടിയുടെ കുറഞ്ഞ ഫണ്ട് ലഭ്യത ഉണ്ടായതായി ഓഡിറ്റിന്റെ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടത് **പട്ടിക 2.15**-ൽ വിവരിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.15: എച്ച്പിഡികൾക്ക് ലഭ്യമായ ഫണ്ടിന്റെ കുറവ്

(₹ കോടിയിൽ)

വർഷം	2013–14	2014–15	2015–16	2016–17	ആകെ
11 നോൺ എച്ച്പിഡികൾക്ക് ആകെ ലഭിച്ച ഫണ്ട്	181.59	181.53	305.50	209.59	
ഇത്തരം ജില്ലകളുടെ ശരാശരി	16.51	16.50	27.77	19.05	
ഓരോ എച്ച്പിഡിക്കും അവകാശപ്പെട്ട ശരാശരിയുടെ 30 ശതമാനം കൂട്ടിയ തുക	21.46	21.45	36.10	24.77	
കാസർഗോഡിന് ലഭ്യമായ തുക	16.39	12.22	12.19	10.72	
മലപ്പുറത്തിന് ലഭ്യമായ തുക	24.44	20.98	21.99	25.77	
പാലക്കാടിന് ലഭ്യമായ തുക	20.06	19.92	18.34	21.92	
കാസർഗോഡിനു ലഭിച്ച ഫണ്ടിന്റെ കുറവ്	5.07	9.23	23.91	14.05	52.26
മലപ്പുറത്തിന് ലഭിച്ച ഫണ്ടിന്റെ കുറവ്	-2.98	0.47	14.11	-1.00	10.60
പാലക്കാടിന് ലഭിച്ച ഫണ്ടിന്റെ കുറവ്	1.40	1.53	17.76	2.85	23.54
ആകെ ഫണ്ടുകളുടെ കുറഞ്ഞ ലഭ്യത					**86.40**

(ഉറവിടം: സംസ്ഥാന ആരോഗ്യസൊസൈറ്റിയിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

ആർഒപിയിൽ അംഗീകരിച്ച പ്രവർത്തികൾ ജില്ലകൾ അയച്ചുതന്ന നിർദ്ദേശങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആയിരുന്നുവെന്നും, അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട നിർദ്ദേശങ്ങളാണ് ജില്ലകൾ നടപ്പാക്കിയതെന്നും എൻഎച്ച്എം പ്രസ്താവിച്ചു (2017 ഒക്ടോബർ). ജില്ലകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഫണ്ടുകൾ സാധാരണയായി നൽകാറുള്ളതിനാൽ, അവരുടെ സാധാരണ ആവശ്യകതയെക്കവിഞ്ഞ് അധിക ഫണ്ടുകളുടെ ചോദ്യം ഉദിക്കുന്നില്ലെന്നും പ്രസ്താവിക്കപ്പെട്ടു. ജിഒകെ അയച്ച പിഐപികളിൽ 67 ശതമാനത്തിനു മാത്രമാണ് 2012–17 കാലയളവിൽ ജിഐെ അംഗീകാരം നൽകിയത് എന്നതിനാൽ മറുപടി ശരിയല്ല. അങ്ങനെ, ₹4014.75 കോടിയുടെ[37] പിഐപിക്കെതിരെ ₹2673.07 കോടിക്ക് മാത്രമാണ് ജിഐെ അംഗീകാരം ലഭിച്ചത്.

[36] വിവിധ ഘടകങ്ങളുടെ കീഴിൽ ലഭ്യമാക്കേണ്ടിയിരുന്ന ധനകാര്യവിഭവങ്ങൾ.

[37] ₹546.94 കോടിയുടെ സപ്ലിമെന്ററി പ്രൊപ്പോസൽ ഉൾപ്പെടെ.

അതിനാൽ, ജില്ലകൾക്ക് അവരുടെ പ്ലാൻ നിർദ്ദേശങ്ങളിൽ ആവശ്യപ്പെട്ട തുക ലഭിച്ചില്ലെന്നുള്ളത് ഇതിൽ നിന്ന് വ്യക്തമാണ്. ജിഒഐ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിച്ച് ജിഒകെ മൂന്ന് എച്ച്പിഡികൾക്കും അധിക വിഭവങ്ങൾ നിയമാനുസൃതമായി വകയിരുത്തേണ്ടതുണ്ട്.

2.13.2 ജനനി സുരക്ഷാ പദ്ധതി (ജെഎസ്വൈ)

ദരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കു താഴെയുള്ള ഗർഭിണികളായ സ്ത്രീകളിൽ ആശുപത്രിയിലുള്ള പ്രസവം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതുവഴി മാതൃ-ശിശുമരണനിരക്ക് കുറയ്ക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യം കൈവരിക്കുവാനായി എൻഎച്ച്എം-ന് കീഴിൽ നടപ്പാക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്ന (2005 മുതൽ) ഒരു മാതൃസുരക്ഷാസംരംഭമാണ് ജനനി സുരക്ഷാ പദ്ധതി (ജെഎസ്വൈ). ഈ പദ്ധതി പ്രസവ-പ്രസവാനന്തര പരിചരണത്തെ ധനസഹായവുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചു. കേരളം ഒരു ഉയർന്ന പ്രകടനം കാഴ്ചവയ്ക്കുന്ന സംസ്ഥാനമായതിനാൽ മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരം, ഗ്രാമങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള ബിപിഎൽ കുടുംബങ്ങളിലെ അമ്മമാർക്കു മാത്രം ₹700-ന്റെ ധനസഹായവും നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ ഉള്ളവർക്ക് ₹600-ഉം ജെഎസ്വൈയുടെ കീഴിൽ അനുവദനീയമായിരുന്നു. ആശുപത്രി/ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൽ നിന്നും വിട്ടയയ്ക്കുന്ന സമയത്ത്, പ്രസവം നിറുത്തുന്നതിനുള്ള നഷ്ടപരിഹാരത്തുക ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ തുകകളും ഒറ്റ ഗഡുവായി നൽകുവാനാണ് ജെഎസ്വൈ മാർഗ്ഗരേഖ നിഷ്കർഷിച്ചത്. ഓക്സിലിയറി നഴ്സ് മിഡ്വൈഫുകളും (എഎൻഎം) ആശ വർക്കർമാരും ജെഎസ്വൈ ധനസഹായം സമയബന്ധിതമായി വിതരണം ചെയ്യുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തണം.

ജെഎസ്വൈ പദ്ധതിയുടെ ഫലപ്രദമായ നടപ്പാക്കലിന്റെ ഉത്തരവാദിത്തം മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരം ജില്ലാതല നോഡൽ ഓഫീസർക്കായിരുന്നു.

- 2012-17 കാലയളവിൽ സംസ്ഥാനത്തുടനീളം 11.44 ലക്ഷം (47 ശതമാനം) ഗുണഭോക്താക്കൾക്കും നാല് ജില്ലകളിലെ തെരഞ്ഞെടുത്ത 15 കേന്ദ്രങ്ങളിലെ 1.01 ലക്ഷം ഗുണഭോക്താക്കളിൽ 33,782 (33 ശതമാനം) പേർക്കും **പട്ടിക 2.16**-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നതുപോലെ നിഷ്കർഷിക്കപ്പെട്ട ധനസഹായം നൽകിയില്ല എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

പട്ടിക 2.16: ധനസഹായ വിതരണത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

വർഷം	സംസ്ഥാനം			തെരഞ്ഞെടുത്ത കേന്ദ്രങ്ങൾ		
	ആശുപത്രിയിൽ നടന്ന പ്രസവങ്ങളുടെ ആകെ എണ്ണം	ധനസഹായം നൽകാത്ത ഗുണഭോക്താക്കളുടെ എണ്ണം	വിതരണം ചെയ്യാതിരുന്നതിന്റെ ശതമാനം	ആശുപത്രിയിൽ നടന്ന പ്രസവങ്ങളുടെ ആകെ എണ്ണം	ധനസഹായം നൽകാത്ത ഗുണഭോക്താക്കളുടെ എണ്ണം	വിതരണം ചെയ്യാതിരുന്നതിന്റെ ശതമാനം
2012-13	494504	236541	47.83	20601	11111	53.93
2013-14	496257	229922	46.33	23445	8572	36.56
2014-15	493636	231071	46.81	21959	4106	18.70
2015-16	480656	245295	51.03	18973	4696	24.75
2016-17	446123	201654	45.20	15937	5297	33.24
ആകെ	**2411176**	**1144483**	**47.46**	**100915**	**33782**	**33.47**

(ഉറവിടം: സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൊസൈറ്റിയിൽ നിന്നുള്ള ഡേറ്റ)

ജെഎസ്വൈ ധനസഹായം നൽകാതിരുന്നതിന്റെ കാരണങ്ങളായി പറഞ്ഞത് ആശുപത്രി വിടുന്ന സമയത്ത് രോഗികൾ തുക വാങ്ങാതിരുന്നത്, ജെഎസ്വൈ കാർഡ്, ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ കോപ്പി, ഐഡി പ്രൂഫ്, ഡിസ്ചാർജ് സമ്മറിയുടെ കോപ്പി എന്നീ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കാത്തത് എന്നിവയായിരുന്നു. ഗുണഭോക്താക്കളെ സഹായിക്കുവാൻ വേണ്ടി ആശകൾക്ക് പ്രോത്സാഹനത്തുക

നൽകിയിരുന്നു എന്ന കാരണത്താൽ മറുപടി സ്വീകരിക്കാനാവില്ല. രേഖകളുടെ ലഭ്യത ആശകളിലൂടെ ഉറപ്പ് വരുത്തണമായിരുന്നു.

- ഭാരതസർക്കാർ നിർദ്ദേശിച്ചതനുസരിച്ച് (2013 മെയ്) കുറഞ്ഞ പ്രകടനം കാഴ്ചവയ്ക്കുന്ന സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ, സർക്കാർ/സ്വകാര്യ അംഗീകൃത ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ നടക്കുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ ജെഎസ്‌വൈയുടെ കീഴിലുള്ള സാമ്പത്തികസഹായം, പ്രായം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ എണ്ണം എന്നീ വ്യത്യാസങ്ങളില്ലാതെ എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും നൽകേണ്ടതാണ്. കേരളം ഉയർന്ന പ്രകടനം കാഴ്ചവയ്ക്കുന്ന സംസ്ഥാനങ്ങളുടെ വിഭാഗത്തിലുൾപ്പെട്ടിരുന്നതിനാൽ പദ്ധതി ബിപിഎൽ/എസ്‌സി/എസ്‌ടി വിഭാഗങ്ങളിലെ സ്ത്രീകൾക്കുമാത്രം ബാധകമായിരുന്നെങ്കിലും എൻഎച്ച്എം-ന്റെ സംസ്ഥാന മിഷൻ ഡയറക്ടർ ഈ സൗകര്യം പ്രായം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ എണ്ണം എന്നീ ഭേദങ്ങളന്യേ എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും തെറ്റായി നൽകി (2013 സെപ്തംബർ). പരിശോധന നടന്ന ജില്ലകളിൽ സ്ഥാപനങ്ങൾ എപിഎൽ, ബിപിഎൽ സ്ത്രീകൾക്കായി പ്രത്യേക രേഖകൾ സൂക്ഷിച്ചിരുന്നില്ലെന്നും വരുമാന ഘടകം പരിഗണിക്കാതെയാണ് ജെഎസ്‌വൈ ധനസഹായം നൽകിയിരുന്നതെന്നും ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു.

  സി ആന്റ് എജിയുടെ 2016-ലെ എൻഎച്ച്എം-നെക്കുറിച്ചുള്ള ആൾ ഇന്ത്യാ റിവ്യു റിപ്പോർട്ടിലെ ബിപിഎൽ/എസ്‌സി/എസ്‌ടി വ്യത്യാസമില്ലാതെ എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും ജെഎസ്‌വൈ സഹായം നൽകിയതിന്റെ സാധൂകരണത്തെക്കുറിച്ചുള്ള നിരീക്ഷണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ, പേവാർഡ് സൗകര്യങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നവരൊഴികെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ പ്രസവിക്കുന്ന എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും ജെഎസ്‌വൈ ധനസഹായം തുടരുവാൻ ജിഒകെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകിയതായി (2017 മെയ്) സർക്കാർ മറുപടി നൽകി (2017 നവംബർ). കേന്ദ്രസർക്കാരിന്റെയും സംസ്ഥാനസർക്കാരിന്റെയും സാധൂകരണമില്ലാതെ നൂറുശതമാനം കേന്ദ്രാവിഷ്കൃതപദ്ധതിയായ ജെഎസ്‌വൈയുടെ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ നിന്നും വ്യതിചലിക്കുന്നതിന്റെ ക്രമരാഹിത്യമാണ് സി ആന്റ് എജിയുടെ റിപ്പോർട്ട് വെളിപ്പെടുത്തിയത് എന്നതിനാൽ മറുപടി സ്വീകാര്യമല്ല. സർക്കാർ സമാപന കൂടിക്കാഴ്ചയിൽ (2017 നവംബർ) വസ്തുതകൾ അംഗീകരിച്ചു. അങ്ങനെ, ആശ വർക്കർമാരുടെ അലംഭാവം, അർഹരായ ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് നിഷ്കർഷിക്കപ്പെട്ട ധനസഹായം ലഭിച്ചുവെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിലുള്ള പരാജയത്തിലേക്ക് നയിച്ചു. ബിപിഎൽ/എസ്‌സി/എസ്‌ടി വിഭാഗങ്ങളിലെ സ്ത്രീകളെ ഉദ്ദേശിച്ചുള്ള ജെഎസ്‌വൈ ധനസഹായം എപിഎൽ സ്ത്രീകൾക്കും തെറ്റായി നൽകിയതിലൂടെ ജിഒഐ ഉത്തരവുകളും ലംഘിക്കപ്പെട്ടു.

2.13.3 പിഎച്ച്സി ചിതലയത്തിൽ രേഖകൾ സൂക്ഷിക്കാതിരുന്നത്

ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യ (എൻഎച്ച്എം)ത്തിന്റെ ധനകാര്യ മാനേജ്മെന്റിന്റെ പ്രവർത്തനമാർഗ്ഗരേഖ, കാഷ്ബുക്ക്, ചെക്ക് ഇഷ്യൂരജിസ്റ്റർ, അലോട്ട്മെന്റ്/ഫണ്ട് രജിസ്റ്റർ, ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക്, റീകൺസിലിയേഷൻ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് വൗച്ചറുകൾ എന്നിവ സൂക്ഷിക്കണമെന്ന് വ്യവസ്ഥ[38] ചെയ്യുന്നു. പിഎച്ച്സി/സിഎച്ച്സി എന്നിവിടങ്ങളിൽ കാഷ്ബുക്ക് ദിവസേന എഴുതുകയും ഡ്രോയിംഗ് ആന്റ് ഡിസ്ബേഴ്സിങ്ങ് ഓഫീസറോ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട ഉത്തരവാദപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഓഫീസറോ ആധികാരികമായി വിശ്വാസ്യത പരിശോധിക്കുകയും

[38] ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യ (എൻഎച്ച്എം)ത്തിന്റെ ധനകാര്യ മാനേജ്മെന്റിന്റെ പ്രവർത്തനമാർഗ്ഗരേഖയിലെ അദ്ധ്യായം ആറ് (ആന്തരിക നിയന്ത്രണം).

വേണം. പെറ്റി ചെലവുകൾക്കു മാത്രമേ പണമിടപാട് പാടുള്ളൂ എന്ന് നിഷ്കർഷിക്കുകയും ചെയ്തു.

എല്ലാ വരവുകളും ചെലവുകളും/വിതരണവും പണമിടപാടിന്റെ ദിവസത്തിൽ തന്നെ കാഷ്ബുക്കിൽ എഴുതണം. ഓരോ ചെക്കിന്റെയും നൽകലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ചെക്ക് ഇഷ്യു രജിസ്റ്റർ ശരിയായ വിധത്തിൽ സൂക്ഷിക്കണം. വയനാട് ജില്ലയിലെ പിഎച്ച്സി ചിതലയത്തിൽ മാർഗ്ഗരേഖയുടെ ലംഘനം ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുകയുണ്ടായി.

എൻഎച്ച്എം ന്റെ ഇടപാടുകൾ നടത്താൻ പിഎച്ച്സി സ്റ്റേറ്റ് ബാങ്ക് ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ സുൽത്താൻ ബത്തേരി ശാഖയിൽ രണ്ട് അക്കൗണ്ടുകൾ സൂക്ഷിച്ചിരുന്നതായി ഓഡിറ്റ് വീക്ഷിച്ചു. ഒരെണ്ണം അൺടൈഡ് ഫണ്ട്, മെയിന്റനൻസ് ഗ്രാന്റ്, വാർഡ് ഹെൽത്ത് സാനിറ്റേഷൻ ഫണ്ട് എന്നിവയുടെ ഇടപാടുകൾക്കായുള്ള മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെയും ബ്ലോക്ക് പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ടിന്റെയും സംയുക്ത അക്കൗണ്ടായിരുന്നു. രണ്ടാമത്തെ അക്കൗണ്ട് മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ പേരിൽ എൻഎച്ച്എം-ന്റെ മറ്റെല്ലാ പദ്ധതികളും ഉദ്ദേശിച്ചുള്ളതായിരുന്നു.

ജില്ലാ പ്രോജക്ട് മാനേജർ (ഡിപിഎം) 2012 ഏപ്രിൽ 1 മുതൽ 2014 നവംബർ 29 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ ₹19.59 ലക്ഷം പിഎച്ച്സിക്കു കൈമാറി. എന്നാൽ, പിഎച്ച്സിയിൽ ₹37,685 പ്രാരംഭ നീക്കിയിരിപ്പോടെ 2014 നവംബർ 30 മുതൽ മാത്രമാണ് കാഷ്ബുക്ക് ഉണ്ടായിരുന്നത്. മറ്റ് അത്യാവശ്യ രേഖകളായ ഫണ്ട് രജിസ്റ്റർ, ചെക്ക് ഇഷ്യു രജിസ്റ്റർ, സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്സ് ഓഫ് എക്സ്പെൻഡിച്ചർ, സപ്പോർട്ടിംഗ് വൗച്ചറുകൾ, എന്നിവയൊന്നും പിഎച്ച്സി സൂക്ഷിച്ചിരുന്നില്ല. മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് വിരുദ്ധമായി, പിഎച്ച്സിയുടെ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വലിയ തുകകൾക്ക് കാഷ് ചെക്കുകൾ[39] നൽകി. ഈ ചെക്കുകളെല്ലാം മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ തന്റെ സ്വന്തം പേരിലുള്ള അക്കൗണ്ടിൽ നിന്നാണ് ഇഷ്യൂ ചെയ്തത്.

കാഷ്ബുക്കും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളും സൂക്ഷിക്കാത്തതിനാലും മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ കാഷ് ചെക്കുകൾ വഴി ഗണ്യമായ തുകകൾ വലിച്ചതിനാലും സർക്കാർ പണത്തിന്റെ തിരിമറിക്കുള്ള സാദ്ധ്യത തള്ളിക്കളയാനാവില്ല.

ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷണങ്ങളെ തുടർന്ന് അക്കൗണ്ട് ബുക്കുകൾ തയ്യാറാക്കാനും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഹാജരാക്കാനും പിഎച്ച്സിക്ക് നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകിയതായി (2017 സെപ്തംബർ) എൻഎച്ച്എം പ്രസ്താവിച്ചു (2017 ഒക്ടോബർ). ഈ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കപ്പെടാത്തതിനാൽ, എൻഎച്ച്എം ഈ വിഷയം ഡിഎംഒയുടെയും ജില്ലാ ഹെൽത്ത് ആന്റ് വെൽഫയർ സൊസൈറ്റിയുടെ എക്സിക്യൂട്ടീവ് കമ്മിറ്റിയുടെ ചെയർമാനായ ജില്ലാകളക്ടറുടെയും ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുത്തി. ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ആവശ്യമായ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കാൻ ഡിഎച്ച്എസിനോട് നിർദ്ദേശിച്ചതായി ജിഒകെ പ്രസ്താവിച്ചു (2017 നവംബർ).

2.13.4 തീർപ്പാകാതെ ശേഷിക്കുന്ന മുൻകൂറുകൾ

ധനകാര്യ മാനേജ്മെന്റിന്റെ പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗരേഖയുടെ അദ്ധ്യായം 6.9.1 പ്രകാരം എല്ലാ മുൻകൂറുകളും തീർപ്പാക്കേണ്ട പരമാവധി കാലാവധി 90 ദിവസങ്ങളാണ്. മേല്പറഞ്ഞ മാർഗ്ഗരേഖയ്ക്കു വിരുദ്ധമായി, 2010-11 മുതൽ 2016-17 വരെയുള്ള കാലയളവിൽ നൽകിയ ഒൻപത് കേസുകൾ ഉൾപ്പെട്ട ₹83.74 ലക്ഷം ഇപ്പോഴും തീർപ്പാകാതെ ശേഷിക്കുകയാണെന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. മുൻകൂറുകൾ 2010

[39] ₹87,040 നുള്ള 04-10-2013 ലെ കാഷ്ചെക്ക് നമ്പർ 578486, ₹29,100 നുള്ള 03.03.2015-ലെ കാഷ്ചെക്ക് നമ്പർ 350698, ₹25,000 നുള്ള 10.03.2015 ലെ കാഷ്ചെക്ക് നമ്പർ 350699.

മുതൽ തീർപ്പാകാതെ കിടക്കുന്നതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ **അനുബന്ധം 2.11**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു. കൂടുതൽ താമസം കൂടാതെ ഈ മുൻകൂറുകൾ തീർപ്പാക്കാൻ എസ്എച്ച്എം നടപടി സ്വീകരിക്കേണ്ടതും ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പ്രവൃത്തിരാഹിത്യത്തിന് ഉത്തരവാദിത്തം ഉറപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്.

2.14 നിയമാനുസൃതമായ വെളിപ്പെടുത്തലുകൾ നടത്താതിരുന്നത്

ഭാരതസർക്കാർ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ പിഐപിക്ക് വാർഷികാനുമതി നൽകിയത്, സംസ്ഥാനം നിർബന്ധമായും പാലിക്കേണ്ടതും വ്യതിയാനം അനുവദിക്കാനാവാത്തതുമായ ചില നിബന്ധനകളോടെയാണ്. ജിഐഐ ആവശ്യപ്പെട്ട ഒൻപത് നിയമാനുസൃതമായ വ്യവസ്ഥകളിൽ നാലെണ്ണത്തിന്റെ വെളിപ്പെടുത്തൽ സംസ്ഥാന എൻഎച്ച്എം അതിന്റെ വെബ്സൈറ്റ് *www.arogyakeralam.gov.in*-ൽ നടത്തിയില്ല (2017 ഒക്ടോബർ) എന്ന് ഓഡിറ്റ് നിരീക്ഷിച്ചു. വിശദാംശങ്ങൾ **പട്ടിക 2.17**-ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.17: നിയമാനുസൃതമായ വെളിപ്പെടുത്തലുകൾ

ക്രമ നമ്പർ	ആർഒപി പ്രകാരമുള്ള നിയമാനുസൃതമായ വ്യവസ്ഥ	2017 ഒക്ടോബർ 7-ലെ സ്ഥിതിവിവരം
1.	ഹെൽത്ത് മാനേജ്മെന്റ് ഇൻഫോർമേഷൻ സിസ്റ്റ(എച്ച്എംഐഎസ്)ത്തിൽ കൊടുക്കേണ്ട ആരോഗ്യകേന്ദ്രം തിരിച്ചുള്ള സേവനദാനത്തിന്റെ വിവരം, പ്രധാനമായും ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് വിഭാഗം (ഒപിഡി), ഇൻപേഷ്യന്റ് വിഭാഗം (ഐപിഡി), ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവം, സി-സെക്ഷൻ, വലുതും ചെറുതുമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവ	2015 നവംബർ വരെയുള്ള ഒപിഡി ഡേറ്റ വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമായിരുന്നുവെങ്കിലും യൂസർനെയിമും പാസ്സ്‌വേർഡും ഉപയോഗിച്ച് എച്ച്എംഐഎസ് സംരക്ഷിച്ചിരുന്നതിനാൽ വിവരം പൊതുവായി ലഭ്യമായിരുന്നില്ല.
2.	രോഗിയുടെ ഗതാഗതത്തിനുള്ള ആംബുലൻസ്, അത്യാഹിത റെസ്പോൺസ് ആംബുലൻസുകൾ, വാഹനങ്ങളുടെ ആകെ എണ്ണം, വാഹനങ്ങളുടെ തരം, രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ, സേവനം ലഭിച്ച ആളുകളും, മാസംതോറും ലോഗ് ചെയ്ത കിലോമീറ്ററുകളും ഉൾപ്പെടെയുള്ള നൽകിയ സേവനത്തിന്റെ വിവരം.	രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പരും വിഭാഗവും ഉൾപ്പെടെ വാഹനങ്ങളുടെ ലിസ്റ്റിന്റെ കോപ്പി ലഭ്യമായിരുന്നു. എന്നാൽ സേവനം ലഭിച്ച ആളുകളും മാസം തോറും ലോഗ് ചെയ്ത കിലോമീറ്ററുകളും ഉൾപ്പെടെ നൽകിയ സേവനത്തിന്റെ വിവരം ഡേറ്റയിൽ ഇല്ലായിരുന്നു.
3.	നിർദ്ദിഷ്ട ഫോർമാറ്റിൽ ഉപകരണങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ എല്ലാ വാങ്ങലുകളും	ഉപകരണത്തിന്റെ ലഭ്യതയുടെ വിവരങ്ങൾ മാത്രമാണ് വെബ്സൈറ്റിലുണ്ടായിരുന്നത്. വാങ്ങിയതിന്റെ വിവരങ്ങൾ ഇല്ലായിരുന്നു
4.	സപ്പോർട്ടീവ് സൂപ്പർവിഷൻ പ്ലാനും റിപ്പോർട്ടുകളും നിയമാനുസൃതമായ വെളിപ്പെടുത്തലുകളുടെ ഭാഗമായിരിക്കണം. ബ്ലോക്ക് തിരിച്ചുള്ള മേൽനിരീക്ഷണത്തിന്റെ പ്ലാനും റിപ്പോർട്ടുകളും വെബ്സൈറ്റിൽ പ്രദർശിപ്പിക്കണം	12 സ്ഥാപനങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മാത്രം ലഭ്യമായിരുന്നു

(ഉറവിടം: എൻഎച്ച്എം-ന്റെ വെബ്സൈറ്റ്)

2016 വരെയുള്ള ഡേറ്റ അപ്‌ലോഡ് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പുതുക്കിയ ഡേറ്റ പോർട്ടലിൽ പ്രദർശിപ്പിക്കുന്ന പ്രക്രിയ പുരോഗമിക്കുകയാണെന്നും എൻഎച്ച്എം പ്രസ്താവിച്ചു (2017 ഒക്ടോബർ). ഓഡിറ്റ് 2017 ഒക്ടോബർ 17-ന്റെ വെബ്പേജ് പരിശോധിച്ചപ്പോൾ ക്രമനമ്പർ 1 ന്റെ ഡേറ്റ മാത്രമാണ് 2016 നവംബർ വരെ സമകാലികമാക്കിയിട്ടുള്ളതെന്നും മറ്റു ആവശ്യകതകൾ എൻഎച്ച്എം പാലിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്നും മനസ്സിലാക്കി. ആരോഗ്യകേന്ദ്രം തിരിച്ചുള്ള ഒപിഡി, ഐപിഡി, ആശുപത്രിയിലെ പ്രസവം, സി-സെക്ഷൻ, വലുതും/ചെറുതുമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവയുടെ സേവനദാനഡേറ്റ 2017 മാർച്ച് വരെ പുതുക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ബാക്കിയുള്ള ഡേറ്റ ഉടനെ തന്നെ പുതുക്കുമെന്നും സർക്കാർ അറിയിച്ചു. (2017 നവംബർ).

2.15 ഉപസംഗ്രഹം

പ്രവർത്തനക്ഷമതാ ഓഡിറ്റ് ഗർഭകാലപരിചരണത്തിലെ പോരായ്മകൾ, എല്ലാ ഗർഭിണികളെയും എച്ച്ഐവി പരിശോധനയ്ക്കു വിധേയമാക്കുന്നതിലെ പരാജയം, അപര്യാപ്തമായ ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ, എല്ലാ സ്ഥാപനങ്ങളിലും പ്രസവസൗകര്യങ്ങൾ ഇല്ലാതിരുന്നത്, അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളിലെ പോരായ്മ, എന്നിവ വെളിപ്പെടുത്തി. മനഷ്യവിഭവശേഷിയുടെ കുറവും ആശങ്കയ്ക്കു വക നൽകുന്ന വിധത്തിൽ സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങൾ വർദ്ധിക്കുന്ന പ്രവണതയും ഉണ്ടായി. ജനനി ശിശു സുരക്ഷാ പദ്ധതിയിലും, ജനനി സുരക്ഷാ പദ്ധതിയിലും പ്രസവസേവനങ്ങൾ നൽകിയതിൽ പോരായ്മകളുണ്ടായിരുന്നു. പരിശോധന നടന്ന പല കേന്ദ്രങ്ങളിലും നവജാതശിശുക്കൾക്കുവേണ്ട സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമല്ലായിരുന്നു. കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യപരിശോധനയിലും, പ്രാരംഭ ഇടപെടൽ സേവനങ്ങളിലും ന്യൂനതകളുണ്ടായി. സംസ്ഥാനം 2013-17 കാലയളവിൽ ഉയർന്ന പരിഗണന വേണ്ട ജില്ലകളായി തരംതിരിച്ച കാസർഗോഡിനും മലപ്പുറത്തിനും, പാലക്കാടിനും വ്യവസ്ഥ ചെയ്യപ്പെട്ട ₹86.40 കോടിയുടെ അധികധനസഹായം നൽകിയില്ല. മേല്പറഞ്ഞ ന്യൂനതകൾ നിരീക്ഷിക്കപ്പെട്ടെങ്കിലും ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയുടെ സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളായ ശിശുമരണനിരക്കും മാതൃമരണനിരക്കും കുറയ്ക്കുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി നിർദ്ദേശിച്ച ലക്ഷ്യം മറികടന്ന സംസ്ഥാനത്തിന്റെ പ്രകടനം മികച്ചതായിരുന്നു.