# अध्याय-7

## केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन

स्वास्थ्य राज्य का विषय होने के कारण केंद्र सरकार प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल की विभिन्न योजनाओं के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में राज्य सरकारों के प्रयासों में सहायता करती है। राज्य में केंद्र प्रायोजित योजनाओं के कार्यान्वयन की लेखापरीक्षा के संबंध में परिणामों पर अनुवर्ती अनुच्छेदों में चर्चा की गई है:

## 7.1 राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन भारत सरकार की प्रमुख स्वास्थ्य सेक्टर योजना है जिसमें दो उप-मिशन, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, 2005 और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, 2013 शामिल हैं। मुख्य कार्यक्रम संबंधी घटकों में स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत बनाना, प्रजनन-मातृ-नवजात-बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) और संक्रामक एवं गैर-संक्रामक रोग शामिल हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन में समान, किफायती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच की प्राप्ति की परिकल्पना की गई है जो लोगों की आवश्यकताओं के प्रति जवाबदेह और उत्तरदायी हो।

शहरी जनसंख्या, विशेष रूप से शहरी गरीबों की स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने स्लम और समाज के कमजोर वर्गों पर विशेष ध्यान देते हुए शहरी जनसंख्या को समान और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत उप-मिशन के रूप में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को तैयार किया है। राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को तीन चयनित जिलों में से केवल पानीपत और हिसार जिलों में कार्यान्वित किया गया था।

### 7.1.1 मैपिंग और जोखिम मूल्यांकन

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के दिशा-निर्देश, 2017 में कमजोर समूहों की विशेष आवश्यकताओं पर ध्यान देने के साथ उपलब्ध संसाधनों, सेवा गैप और शहरी निवासियों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को समझने के लिए "मैपिंग और जोखिम मूल्यांकन" के संचालन की आवश्यकता है। भौगोलिक सूचना प्रणाली या मैनुअल परामर्श प्रक्रिया के माध्यम से सिटी मैपिंग करने की सिफारिश की गई थी। किसी विशेष स्लम और स्लम में प्रत्येक घर की जोखिम स्थिति को समझने के लिए शहर में वार्डों, स्लम और स्लम परिवारों की जोखिम स्थिति का आकलन करने के लिए जोखिम मूल्यांकन किया गया था। 'मैपिंग और जोखिम मूल्यांकन' आवधिक आधार पर किया जाना अपेक्षित था। यह एक विस्तृत कार्रवाई नहीं हो सकती है और इसे वार्षिक कार्रवाई के रूप में नमूना तरीके से संचालित किया जा सकता है जिसे वार्षिक योजना और बजट प्रक्रिया से जोड़ा जा सकता है।

शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को प्रत्येक 2.5 लाख जनसंख्या के लिए कार्यात्मक किया जाना था, शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को लगभग 50,000-60,000 की जनसंख्या के साथ कार्यात्मक किया जाना था और अधिमानतः एक स्लम के भीतर या आधे किलोमीटर के दायरे

में स्लम क्षेत्र के पास स्थित होना था, जो लगभग 25,000-30,000 की स्लम जनसंख्या की आवश्यकताओं को पूरा करते।

नमूना-जांच किए गए तीन जिलों में से, जिला नूंह में मुख्य रूप से ग्रामीण जनसंख्या होने और बड़े शहर न होने के कारण राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को लागू नहीं किया गया था। जिला पानीपत और हिसार में सिटी मैपिंग की गई थी।

पानीपत शहर में, स्लम क्षेत्रों से दूरी को ध्यान में रखते हुए छः शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित किए गए थे। तथापि, हिसार शहर में, स्लम क्षेत्रों के आधे किलोमीटर के दायरे में शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने के राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन दिशानिर्देशों के विरूद्ध चिह्नित स्लम क्षेत्रों से एक से छः किलोमीटर के दायरे के भीतर चार शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना की गई थी। इस प्रकार, इसने जिला हिसार में स्लम और समाज के कमजोर वर्गों पर विशेष ध्यान देने के साथ शहरी जनसंख्या के लिए समान और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के प्रयोजन को विफल कर दिया। आगे, दोनों जिलों में सिटी मैपिंग 2016-17 में की गई थी और उसके बाद नमूना-जांच किए गए किसी भी जिले में शहरी स्वास्थ्य केंद्रों/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की आवश्यकता के लिए मूल्यांकन नहीं किया गया था।

अपने उत्तर में विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि प्रत्येक वर्ष अधिक संख्या में शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को भारत सरकार द्वारा अनुमोदित किया जाता है और कार्यात्मक किया जाता है। उत्तर तर्कसंगत नहीं है, क्योंकि विभाग राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन दिशा-निर्देशों के अनुसार निर्धारित दूरी सीमा के भीतर शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने में विफल रहा।

### 7.1.2 राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन की आउटरीच सेवाएं और ओरिएंटेशन वर्कशॉप

शहरी क्षेत्रों में आउटरीच सत्र आयोजित करने के लिए परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, आउटरीच सेवाओं को दो प्रकारों में वर्गीकृत किया जा सकता है - मासिक आउटरीच सत्र/शहरी स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस और विशिष्ट जनसंख्या उप-समूहों की स्थानीय आवश्यकताओं के अनुसार विशेष आउटरीच सत्र समय-समय पर आयोजित किए जाने चाहिए। आगे, कार्यवाहियों के रिकॉर्ड के अनुसार, सभी शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में सभी जिलों (नूंह और महेंद्रगढ़ को छोड़कर) में प्रति माह एक बैठक (ओरिएंटेशन वर्कशॉप) आयोजित की जानी थी। वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान नमूना-जांच किए गए जिलों में आयोजित आउटरीच सत्र का विवरण ***तालिका 7.1*** में दिया गया है:

**तालिका 7.1: 2016-21 के दौरान आउटरीच सत्र और ओरिएंटेशन वर्कशॉप की स्थिति**

| जिले का नाम | लक्ष्य | प्राप्ति | कमी | कमी (प्रतिशत) |
|---|---|---|---|---|
| **आउटरीच सत्र** | | | | |
| **हिसार** | 480 | 232 | 248 | 51.67 |
| **पानीपत** | 720 | 35 | 685 | 95.14 |
| **ओरिएंटेशन वर्कशॉप** | | | | |
| **हिसार** | 40 | 32 | 8 | 20.00 |
| **पानीपत** | 60 | 32 | 28 | 46.67 |

**स्रोतः नमूना-जांच किए गए जिलों में जिला अस्पतालों द्वारा प्रस्तुत सूचना।**

उपर्युक्त तालिका से स्पष्ट है कि हिसार में 51.67 प्रतिशत और पानीपत में 95.14 प्रतिशत

की कमी के साथ आउटरीच कैंप आयोजित किए गए थे। पानीपत में लक्ष्य पूरा न होने का मुख्य कारण विशेषज्ञ डॉक्टरों की अनुपलब्धता थी। आगे, वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान चयनित जिलों में वर्कशॉप के आयोजन में 20 प्रतिशत से 47 प्रतिशत तक की कमी थी। आउटरीच सत्रों और ओरिएंटेशन वर्कशॉप के अंतर्गत लक्ष्यों की प्राप्ति में कमी के लिए कोई कारण नहीं बताया गया।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि जिला पानीपत में विशेषज्ञ डॉक्टरों की अनुपलब्धता के कारण लक्ष्य प्राप्त नहीं किया गया था। इसके अलावा, वर्ष 2019-20 और 2020-21 के दौरान, लॉकडाउन और कोविड महामारी प्रतिबंधों के कारण आउटरीच गतिविधियां अत्यधिक प्रभावित हुई। तथ्य यह है कि 2016-20 अर्थात कोविड से पहले की अवधि के दौरान पानीपत जिले में आउटरीच सत्र और ओरिएंटेशन वर्कशॉप के आयोजन में क्रमशः 95.48[1] और 47.92[2] प्रतिशत की कमी आई थी। इसके अलावा, विभाग द्वारा उपलब्ध डॉक्टरों को शामिल करके आउटरीच कैंप का आयोजन किया जा सकता था ताकि इस कमी को यथासंभव कम किया जा सके।

## 7.2 परिवार कल्याण योजना

परिवार नियोजन के लिए 1952[3] में एक राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रारंभ करने वाला भारत दुनिया का पहला देश था। अपनी ऐतिहासिक पहल के बाद, परिवार नियोजन कार्यक्रम नीति और वास्तविक कार्यक्रम कार्यान्वयन के मामले में कई परिवर्तनों से गुजरा है। काहिरा में आयोजित इंटरनेशनल कॉन्फ्रेंस ऑन पॉपुलेशन एंड डेवलपमेंट (आईसीपीडी) 1994 के बाद, विश्व स्तर पर परिवार नियोजन पर कम जोर दिया गया था, जिसमें दानदाताओं ने परिवार नियोजन (एफपी) कार्यक्रमों के लिए वित्तपोषण को काफी कम कर दिया था। तथापि, बाद में यह महसूस किया गया था कि गर्भ निरोधकों के उपयोग और पहुंच में वृद्धि के बिना उच्च मातृ, शिशु और बाल मृत्यु दर को प्रभावित करना मुश्किल होगा। इसके बाद नैदानिक दृष्टिकोण से प्रजनन बाल स्वास्थ्य दृष्टिकोण में एक क्रमिक बदलाव आया। 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) एक समग्र और लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण लेकर आई जिसने प्रजनन क्षमता में कमी को गति दी। परिवार नियोजन के मौजूदा प्रयासों में गर्भनिरोधक सेवाएं, अंतराल के तरीके, स्थायी तरीके, आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां तथा गर्भावस्था परीक्षण किट शामिल हैं। उपर्युक्त वर्णित परिवार नियोजन विधियों में से अंतराल विधियों और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों पर अनुवर्ती अनुच्छेदों में चर्चा की गई है:

### 7.2.1 नसबंदी स्वीकार करने वालों (पुरुष/महिला) को मुआवजे का भुगतान न करना

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा नसबंदी स्वीकार करने वालों को मुआवजे के पैकेज के लिए जारी दिशा-निर्देशों (सितंबर 2007) के अनुसार, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के मिशन संचालन समूह ने उच्च वरीयता प्राप्त राज्यों में सभी श्रेणियों और

[1] 2016-20 अवधि के दौरान आउटरीच सत्र: लक्ष्य-576, प्राप्ति-26

[2] 2016-20 अवधि के दौरान ओरिएंटेशन वर्कशॉप: लक्ष्य-48, प्राप्ति-25

[3] स्रोत: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वार्षिक रिपोर्ट 2015-16

गैर-उच्च वरीयता प्राप्त राज्यों में गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल)/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति को जन स्वास्थ्य सुविधाओं तथा मान्यता प्राप्त प्राइवेट स्वास्थ्य सुविधाओं में परिवार नियोजन में पुरुष भागीदारी अर्थात पुरुष नसबंदी और ट्यूबेक्टॉमी को विशेष बढ़ावा देने के साथ नसबंदी स्वीकार करने वालों के लिए मुआवजा पैकेज में और संशोधन पर विचार किया तथा उसे मंजूरी दी गयी। इसके अलावा, नसबंदी सेवा के लिए वृद्धित मुआवजा योजना 2014 के अनुसार, हरियाणा राज्य को उच्च वरीयता प्राप्त राज्यों में शामिल किया गया था।

नसबंदी स्वीकार करने वालों के लिए मुआवजा योजना में लाभार्थी को श्रम के नुकसान के लिए और नसबंदी करने वाली सेवा प्रदाता टीम को भी मुआवजे का प्रावधान है। इस योजना के अंतर्गत, भारत सरकार नसबंदी स्वीकार करने वाली महिला और पुरुष दोनों के लिए मुआवजा जारी करती है। सरकारी अस्पताल में ऑपरेशन (ट्यूबेक्टोमी) कराने वाली महिला को ₹ 1,400 और ऑपरेशन (नसबंदी) कराने वाले पुरुष को ₹ 2,000 मिलते हैं। आगे, मान्यता प्राप्त प्राइवेट/गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) सुविधाओं में नसबंदी ऑपरेशन कराने वाले पुरुषों और महिलाओं को ₹ 1,000 मिलते हैं।

चयनित जिलों में नसबंदी कराने के कुल 15,376 मामलों में से 1,961 मामलों[4] में लेखापरीक्षा अवधि में मुआवजे का भुगतान नहीं किया गया था। आगे, जिला पानीपत में पीएफएमएस पोर्टल से जनरेट रिपोर्ट की जांच से पता चला कि जनवरी 2022 तक 445 मामले अनुमोदन के लिए लंबित थे। इन 445 मामलों में से 115 मामलों में आधार सीडिंग भी की गई थी परन्तु वे अभी भी अनुमोदन हेतु लंबित थे। आगे, वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान नमूना-जांच किए गए तीन जिलों में नसबंदी स्वीकार करने वालों का विवरण ***तालिका 7.2*** में दिया गया है:

**तालिका 7.2: नसबंदी (ट्यूबेक्टोमी/नसबंदी) स्वीकार करने वालों की संख्या**

| वर्ष | महिला नसबंदी | | | पुरुष नसबंदी | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | नूंह | हिसार | पानीपत | नूंह | हिसार | पानीपत |
| **2016-17** | 400 | 450 | 1,861 | 2 | 16 | 89 |
| **2017-18** | 488 | 840 | 1,821 | 3 | 26 | 62 |
| **2018-19** | 629 | 958 | 1,818 | 2 | 35 | 63 |
| **2019-20** | 570 | 840 | 1,878 | 1 | 28 | 73 |
| **2020-21** | 474 | 594 | 1,307 | 14 | 16 | 18 |

**स्रोत: नमूना-जांच किए गए जिलों में जिला परिवार कल्याण अधिकारियों द्वारा प्रस्तुत जानकारी।**

मुआवजा योजना का मुख्य प्रयोजन परिवार नियोजन में पुरुषों और महिलाओं की भागीदारी को बढ़ावा देना है। इस प्रकार, नमूना-जांच किए गए जिलों में नसबंदी करवाने वाले इन 1,961 मामलों को भुगतान न करने से भविष्य में नसबंदी करवाने के लिए प्रोत्साहन नहीं मिलेगा। इसकी पुष्टि हिसार और नूंह जिलों द्वारा प्रस्तुत आंकड़ों से भी होती है, क्योंकि 2016-19 की अवधि के दौरान नसबंदी स्वीकार करने वालों की संख्या में वृद्धि हुई, जबकि 2019-20 की अवधि के दौरान इसमें कमी आई। इसके अलावा, 2020-21 के दौरान तीनों जिलों में कमी आई।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि नसबंदी स्वीकार करने वालों को मुआवजे का भुगतान नहीं होने का कारण लाभार्थियों के आधार आधारित प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) बैंक खाते और संबंधित दस्तावेज उपलब्ध नहीं होना था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि जिला पानीपत

[4] नूंह: 1,117 मामले, हिसार: 399 मामले और पानीपत: 445 मामले।

में नसबंदी कराने वालों के बैंक खातों को आधार कार्ड से जोड़ने के बाद भी भुगतान नहीं किया गया था।

### 7.2.2 परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत दावों के निपटान में देरी

विशेष रूप से शिविर सुविधाओं में दी जा रही नसबंदी सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में चिंता बढ़ रही है। नसबंदी के बाद जटिलताओं, विफलताओं और मौतों की निरंतर उच्च संख्या भी प्रदाताओं द्वारा सामना किए जा रहे वाद में वृद्धि का कारण बनती है, जो नसबंदी सेवाओं को बढ़ाने में एक और बाधा है। इस मुद्दे को हल करने के लिए, भारत सरकार ने "परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना, 2013" शुरू की थी। परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत उपलब्ध वित्तीय लाभ नसबंदी के बाद मृत्यु, विफलता और जटिलता के मामले में अधिकतम ₹ दो लाख तक है। योजना के सेक्शन-I के अंतर्गत दावों के निपटान के लिए निर्धारित समय-सीमा सभी अपेक्षित दस्तावेजों को प्रस्तुत करने के बाद विफलता के मामलों में 21 दिन है। नसबंदी विफल होने के मामले में दावा सीमा ₹ 30,000 है।

नमूना-जांच किए गए जिलों में परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत निर्धारित समय-सीमा के भीतर और विलंब से निपटाए गए विफलता के मामलों[5] की संख्या ***तालिका 7.3*** में दी गई है:

**तालिका 7.3: 2016-21 के दौरान विलंब से निपटाए गए नसबंदी के विफल मामलों की संख्या**

| विलंब की सीमा (दिनों में) | पानीपत | नूंह | हिसार |
|---|---|---|---|
| | कुल मामले: 17 | कुल मामले: 06 | कुल मामले: 40 |
| 1-120 दिन | 7 | 0 | 20 |
| 121-240 दिन | 4 | 3 | 4 |
| 241-360 दिन | 2 | 1 | 5 |
| 361-480 दिन | 1 | 0 | 4 |
| 481-600 दिन | 0 | 0 | 3 |
| 601-617 दिन | 1 | 0 | 2 |

**स्रोत: नमूना-जांच किए गए जिलों में उप-सिविल सर्जन (परिवार कल्याण) द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**
**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-21 की अवधि में नमूना-जांच किए गए जिलों में नसबंदी की विफलता के कुल 63 मामले प्राप्त हुए थे। इन 63 मामलों में से केवल छः मामलों का 21 दिनों की समय-सीमा के भीतर निपटान किया गया था। शेष 57 मामलों में, दावों के निपटान में लिया गया वास्तविक समय एक दिन से 617 दिनों[6] के बीच था। इस बात से इनकार नहीं किया जा सकता है कि मामलों के निपटान में देरी से इन परिवार नियोजन उपायों के प्रति जनता का और अधिक मोहभंग हो सकता है।

[5] विभाग द्वारा यह बताया गया था कि नमूना-जांच किए गए किसी भी जिले में नसबंदी के बाद विफलता को छोड़कर जटिलता और मृत्यु का कोई मामला नहीं था।

[6] दावा 16 मई 2016 को प्रस्तुत किया गया लेकिन वास्तविक भुगतान 13 फरवरी 2018 को (617 दिनों की देरी से) पानीपत में किया गया।

आगे, दिशानिर्देशों के अनुसार, विफलता के मामले में दावा सीमा ₹ 30,000 प्रति मामला है। लेकिन, जिला नूंह में, परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अंतर्गत चार मामलों में भुगतान देय ₹ 1.2 लाख (₹ 30,000 प्रति मामला) की राशि के विरुद्ध ₹ 2.4 लाख (₹ 0.60 लाख x 4 मामले) किया गया था। इस प्रकार ₹ 1.2 लाख का अधिक भुगतान किया गया। अतिरिक्त भुगतान उप-सिविल सर्जन (परिवार कल्याण), नूंह द्वारा जारी निर्देश (जनवरी 2020) के आधार पर किया गया था। इसके अलावा, इन चार दावेदारों ने जनवरी 2020 से पहले अपने दावे प्रस्तुत किए। नमूना-जांच किए गए अन्य दो जिलों हिसार और पानीपत में अधिक भुगतान का ऐसा कोई मामला नहीं पाया गया था।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अनुसार 21 दिनों की कोई निर्धारित समय-सीमा नहीं थी। लाभार्थियों द्वारा नसबंदी प्रमाण-पत्र सहित अपेक्षित दस्तावेज प्रस्तुत करने के बाद परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के तहत सभी दावों का जल्द से जल्द निपटान किया गया। उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के सेक्शन-I के अनुच्छेद 8.1.8 में स्पष्ट उल्लेख है कि दावों के निपटान के लिए निर्धारित समय-सीमा सभी आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत करने के बाद 21 दिन होगी।

### 7.2.3 नसबंदी और अंतराल विधियों के लक्ष्यों की प्राप्ति

परिवार नियोजन में आमूल-चूल परिवर्तन आया है और यह मातृ एवं शिशु मृत्यु दर और अस्वस्थता को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप के रूप में उभरा है। यह अच्छी तरह से स्थापित है कि उच्च गर्भनिरोधक प्रसार दर वाले राज्यों में मातृ और शिशु मृत्यु दर कम है। परिवार नियोजन में अधिक निवेश इस प्रकार, महिलाओं को वांछित परिवार का आकार प्राप्त करने और अनपेक्षित एवं गलत गर्भधारण से बचने में मदद करके उच्च जनसंख्या वृद्धि के प्रभाव को कम करने में मदद कर सकता है। आगे, गर्भनिरोधक का उपयोग गर्भपात और इनके कारण होने वाली अधिकांश मौतों को रोकने के लिए सहारा बन सकता है। हरियाणा राज्य में परिवार नियोजन सेवाओं के विभिन्न घटकों का लक्ष्य और प्राप्ति नीचे दी गई है:

**तालिका 7.4: वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान हरियाणा में नसबंदी और अंतराल विधियों के लक्ष्य और प्राप्तियां**

**(आंकड़े हजार में)**

| परिवार नियोजन सेवाएं | लक्ष्य | प्राप्ति | प्राप्ति (प्रतिशत) |
|---|---|---|---|
| पुरुष नसबंदी | 25 | 9 | 36 |
| महिला नसबंदी | 360 | 272 | 76 |
| आईयूसीडी प्रविष्टि | 1,044 | 1,036 | 99 |
| कंडोम उपयोगकर्ता | 1,00,000 | 89,101 | 89 |
| ओरल पिल्स यूजर | 3,750 | 4,575 | 122 |

**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

इस प्रकार, ओरल पिल्स के उपयोग में अधिकतम प्राप्ति थी; जबकि न्यूनतम प्राप्ति पुरुष नसबंदी सेवाओं में थी। मिशन ने ओरल पिल्स और अंतर्गर्भाशयी गर्भनिरोधक उपकरण प्रविष्टि के उपयोग में सुधार करने में अच्छा निष्पादन किया क्योंकि वास्तविक उपयोगकर्ता लक्ष्य/प्राप्तियों की तुलना में क्रमशः 22 प्रतिशत अधिक और एक प्रतिशत कम थे।

नमूना-जांच किए गए जिलों में परिवार नियोजन सेवाओं के विभिन्न घटकों के लक्ष्य एवं प्राप्ति नीचे दी गई है:

**तालिका 7.5: 2016-21 के दौरान नमूना-जांच किए गए जिलों में नसबंदी और अंतराल विधियों के लक्ष्य और प्राप्तियां**

| परिवार नियोजन सेवाएं | लक्ष्य | प्राप्ति | प्राप्ति (प्रतिशत) |
|---|---|---|---|
| पुरुष नसबंदी | 3,040 | 522 | 17 |
| महिला नसबंदी | 64,690 | 50,916 | 79 |
| आईयूसीडी प्रविष्टि | 1,86,650 | 1,46,586 | 79 |
| कंडोम उपयोगकर्ता | 1,45,80,000 | 1,07,24,598 | 74 |
| ओरल पिल्स यूजर | 5,00,500 | 5,57,083 | 111 |

**स्रोतः नमूना-जांच किए गए जिलों में जिला परिवार कल्याण अधिकारी (डीएफडब्ल्यूओ) द्वारा प्रदान की गई सूचना।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

नमूना-जांच किए गए जिलों में, यह देखा गया था कि 2016-21 के दौरान नसबंदी के मामलों में प्राप्ति 17 प्रतिशत से 111 प्रतिशत के बीच थी; जो दर्शाता है कि ओरल पिल्स के उपयोग के अलावा अन्य मामलों में लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया गया था।

विभाग ने उत्तर दिया (जनवरी 2023) कि हरियाणा की कुल प्रजनन दर 2.1 से घटकर 1.9 हो गई है। यह भी उल्लेख किया गया था कि परिवार कल्याण कार्यक्रम एक स्वैच्छिक कार्यक्रम है और राज्य में परिवार कल्याण कार्यक्रम में लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए पात्र जोड़ों को किसी विशेष गर्भनिरोधक विधि का उपयोग करने के लिए मजबूर नहीं किया जा सकता है।

हालांकि यह सत्य है कि कार्यक्रम को स्वैच्छिक रूप से अपनाया जाना है, लेकिन बच्चे और मां के स्वास्थ्य पर इसके सकारात्मक प्रभाव को देखते हुए, जागरूकता फैलाकर और समय पर भुगतान सुनिश्चित करके इसे उचित रूप से प्रोत्साहित करने की आवश्यकता है, जो कि अनुच्छेद **7.2.1** और **7.2.2** में चर्चा के अनुसार नहीं किया गया।

## 7.3 संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी)

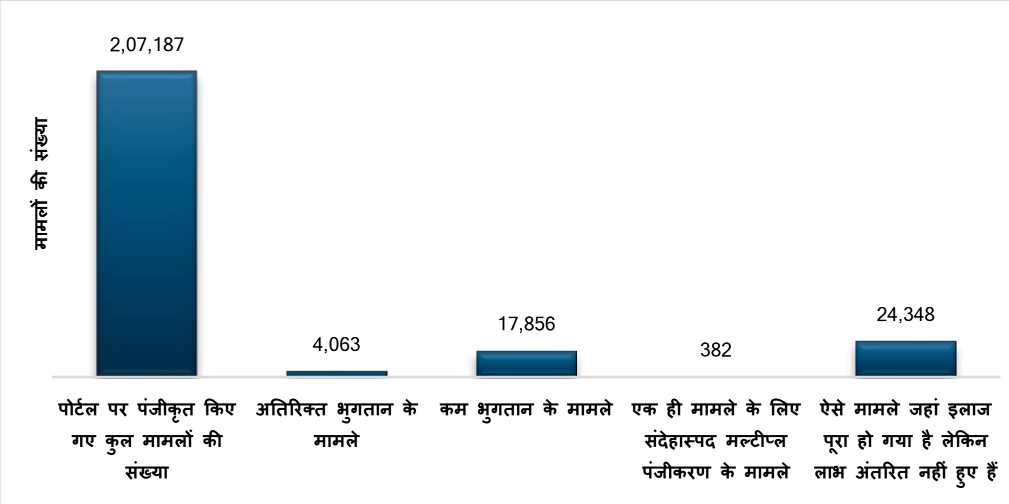
निक्षय पोषण योजना (एनपीवाई), 2018 राष्ट्रीय क्षय रोग उन्मूलन कार्यक्रम (एनटीईपी) की एक प्रोत्साहन योजना है जिसका प्रयोजन क्षय रोग (टीबी) के रोगियों को उनके पोषण के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करना है। जब किसी रोगी में क्षय रोग का पता चलता है, तो उसे निक्षय पोर्टल पर नामांकित किया जाता है तथा उसे निक्षय पोषण योजना (एनपीवाई) के अंतर्गत और बाद में उसके इलाज के दौरान भुगतान किया जाता है। पोर्टल पर क्षय रोगी की सूचना के समय, अग्रिम के रूप में ₹ 1,000 का लाभ सृजित किया जाता है। दूसरा लाभ क्षय रोग का उपचार शुरू होने की तारीख से 56 दिनों के पूरा होने पर सृजित होता है, फिर पिछले प्रोत्साहन के लिए लाभ सृजन की तारीख से प्रत्येक 28 दिनों के अंत में उपचार के प्रत्येक महीने के लिए ₹ 500 की दर से अनुवर्ती लाभ सृजित किया जाता है। अप्रैल 2018 से प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) के माध्यम से क्षय रोगियों को भुगतान का वितरण ऑनलाइन शुरू किया गया।

निक्षय पोषण योजना (एनपीवाई) पर अप्रैल 2018 से मार्च 2021 तक पंजीकृत रोगी का डेटा राज्य क्षय रोग परियोजना अधिकारी, पंचकुला के कार्यालय से प्राप्त किया गया था और डेटा का विश्लेषण करने के बाद, निम्नलिखित अनियमितताएं देखी गई थी:

### 7.3.1 निक्षय पोषण योजना के कार्यान्वयन में अनियमितताएं

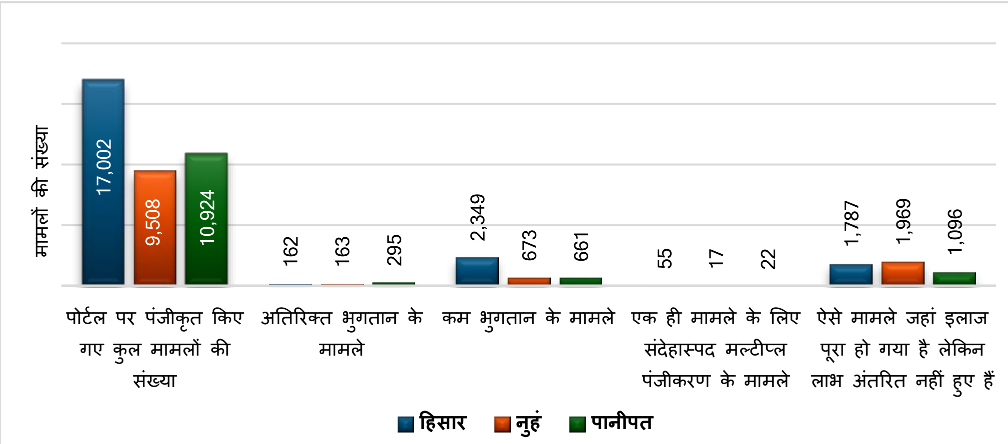
हरियाणा राज्य और नमूना-जांच किए गए तीन जिलों में निक्षय पोषण योजना पोर्टल पर पंजीकृत रोगी का विवरण निम्नानुसार है:

**चार्ट 7.1: हरियाणा राज्य में निक्षय पोषण योजना का कार्यान्वयन**




**स्रोतः राज्य क्षय रोग परियोजना कार्यालय द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।**

**चार्ट 7.2: नमूना-जांच किए गए जिलों में निक्षय पोषण योजना का कार्यान्वयन**




**स्रोतः राज्य क्षय रोग परियोजना कार्यालय द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।**

यह देखा गया था कि:

i. हरियाणा राज्य में कुल 2,07,187 रोगी पंजीकृत थे और इनमें से 24,348 रोगियों को इस तथ्य के बावजूद निक्षय पोषण योजना का कोई लाभ नहीं दिया गया था कि 24,348 मामलों में से 8,054 मामलों का बैंक खाता नंबर पोर्टल पर पहले ही अपलोड किया जा चुका था। आगे, चयनित जिलों में, क्षय रोग के कुल 37,434 पंजीकृत रोगियों में से, 4,852 रोगियों को लाभ नहीं दिया गया था, जबकि इन जिलों में 1,573 क्षय रोगियों (4,852 रोगियों में से) के बैंक खाते पहले ही निक्षय पोर्टल पर अपलोड किए जा चुके थे। इन रोगियों का क्षय रोग का पूरा इलाज हुआ है और पोर्टल पर इनकी स्थिति 'ठीक' के रूप में दिखाई गई थी। इन रोगियों ने निक्षय पोषण योजना के लाभों को छोड़ने का विकल्प नहीं चुना है।

ii. आगे, डेटा के विश्लेषण के दौरान, यह भी देखा गया था कि कुछ मामलों में उपचार छः महीने, या एक वर्ष या दो वर्ष या उससे अधिक समय तक जारी रहा। तथापि, इन मामलों का भुगतान उनके उपचार की अवधि के अनुसार नहीं किया गया था। कुछ मामलों में, निदान की तारीख, नामांकन और उपचार शुरू करने की तारीख में कालक्रम नहीं था यानी ऐसे मामले थे जहां नामांकन की तारीख और/या इलाज शुरू करने की तारीख निदान की तारीख से पहले की थी।

iii. रोगियों के इलाज की शुरुआत और समापन की तारीखों की प्रविष्टियों के आधार पर, लेखापरीक्षा ने निक्षय पोषण योजना के अंतर्गत उपचार की अवधि और उन्हें देय राशि की गणना की। देय राशि की गणना इस धारणा पर की गई थी कि 56 दिनों की प्रारंभिक अवधि के लिए ₹ 1,000 का अग्रिम भुगतान उपचार शुरू होने के दिन किया गया था, और बाद में ₹ 500 का भुगतान प्रत्येक 28 दिनों के अंत में किया गया था। यह पाया गया था कि डेटाबेस में कुल पंजीकृत रोगियों में से 4,063 रोगियों के मामले में, भुगतान की गई राशि, जैसा कि डेटाबेस में दर्शाया गया है, उपर्युक्त गणना के माध्यम से प्राप्त राशि से अधिक थी। इन 4,063 रोगियों के मामले में, उपचार की अवधि 691 दिनों तक थी, और इसलिए विभाग द्वारा इन मामलों में देय राशि ₹ 103.69 लाख थी। तथापि, डेटाबेस के अनुसार इन मामलों में ₹ 143.53 लाख की राशि का भुगतान किया गया था। इस प्रकार, यह सुनिश्चित करने योग्य नहीं है कि क्या ये मामले डेटा प्रविष्टि त्रुटियों का परिणाम हैं या निक्षय पोषण योजना में सरकार द्वारा तय की गई निर्धारित सीमा के उल्लंघन में ₹ 39.83 लाख का वास्तविक अधिक भुगतान किया गया है। इसी तरह, 17,856 रोगियों के मामले में, जिनकी उपचार अवधि 56 और 1,075 दिनों के बीच दिखाई गई थी, विभाग द्वारा देय राशि ₹ 656.88 लाख थी। तथापि, भुगतान की गई राशि, जैसा कि डेटाबेस में दर्शाया गया है, ₹ 396.33 लाख थी, जो ₹ 260.54 लाख की कम राशि के भुगतान का संकेत देती है। उपर्युक्त मामलों में से, तीन चयनित जिलों में ₹ 6.39 लाख के संभावित अधिक भुगतान के 620 मामले[7] और ₹ 64.21 लाख के संभावित कम भुगतान के 3,683 मामले[8] थे।

iv. आगे, तीन चयनित जिलों से संबंधित 94 मामलों के साथ डेटाबेस में 382 रोगियों के मामले में पंजीकरण के संदिग्ध मामले भी देखे गए जहां क्षय रोग के एक ही मामले के लिए दो बार पंजीकरण किया गया था। इन मामलों में, संदिग्ध पंजीकरणों में, एक ही बैंक खाता नंबर, निदान का वर्ष एवं महीना, और मामले के नाम के पहले चार अक्षर डुप्लिकेट थे।

इन सभी मामलों से पता चलता है कि इस डेटा की सत्यता की पुष्टि नहीं की जा सकती। इसके अलावा, इस डेटा के आधार पर अधिक भुगतान के मामले और ऊपर उल्लिखित संदिग्ध

7 620 लाभार्थियों को ₹ 13.42 लाख का भुगतान किया जाना था। वास्तविक भुगतान ₹ 19.81 लाख हुआ।

8 3,683 लाभार्थियों को ₹ 132.84 लाख का भुगतान किया जाना था। वास्तविक भुगतान ₹ 68.63 लाख हुआ।

एकाधिक पंजीकरण का पता नहीं लगाया जा सका। इस प्रकार, विभाग को पंजीकरण प्रक्रिया की समीक्षा करने और ऐसे किसी भी मामले को अलग करने के लिए पोर्टल की जांच करने की आवश्यकता है।

विभाग ने टिप्पणी को स्वीकार करते हुए स्पष्ट किया (जनवरी 2023) कि निक्षय पोर्टल में त्रुटियों जिनके कारण बैचों की अस्वीकृति हुई; सार्वजनिक वित्तीय प्रबंधन प्रणाली के माध्यम से किया गया बाहरी भुगतान निक्षय पोर्टल द्वारा कैप्चर नहीं किया गया; उपचार के प्रारंभिक महीनों के दौरान कुछ रोगियों की मृत्यु; एकाधिक पंजीकरण के कुछ मामलों के कारण विसंगतियां हुई। कम भुगतान के लिए, यह कहा गया कि त्रुटियां अन्य जिलों में स्थानांतरित रोगियों की देरी से स्वीकृति और गलत खाता जानकारी प्रदान करने के कारण थी। संभावित अधिक भुगतान के संबंध में कोई उत्तर नहीं दिया गया।

### 7.3.2 क्षय रोगियों को निक्षय पोषण योजना के भुगतान में विलंब

अप्रैल 2018 से मार्च 2021 की अवधि के लिए हरियाणा के निक्षय पोर्टल के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि चयनित जिलों में, पोर्टल पर पंजीकृत कुल 2,07,187 रोगियों में से 1,33,094 रोगियों, जिनका पूर्ण उपचार हुआ था और जिनके उपचार का परिणाम "ठीक हो चुके" था, को निक्षय पोषण योजना के अंतर्गत 36 दिनों के औसत विलंब (1 से 1,248 दिनों तक) के साथ पहला भुगतान किया गया था। हरियाणा राज्य और नमूना-जांच किए गए जिलों में क्षय रोग के इन मामलों में पहला भुगतान करने में विलंब का विवरण ***तालिका 7.6*** में दिया गया है:

**तालिका 7.6: हरियाणा राज्य और नमूना-जांच किए गए तीन जिलों में विलंब से लाभ प्राप्त करने वाले रोगियों की संख्या**

| विलंब (उपचार शुरू करने की तारीख और किए गए पहले भुगतान के बीच के दिन) | रोगियों की संख्या | | | |
|---|---|---|---|---|
| | हरियाणा | हिसार | नूंह | पानीपत |
| 01-15 दिन | 76,544 | 6,230 | 3,144 | 4,701 |
| 16-30 दिन | 12,770 | 1,107 | 619 | 865 |
| 31-60 दिन | 15,110 | 1,199 | 715 | 902 |
| 61-90 दिन | 8,205 | 765 | 383 | 361 |
| 91-120 दिन | 5,629 | 539 | 167 | 299 |
| 121-150 दिन | 4,231 | 402 | 104 | 176 |
| 151-180 दिन | 3,568 | 320 | 67 | 164 |
| 180 दिन से अधिक (181-1248 दिन) | 7,037 | 763 | 274 | 195 |
| कुल | 1,33,094 | 11,325 | 5,473 | 7,663 |

**स्रोतः राज्य क्षय रोग परियोजना कार्यालय द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

आगे, नमूना-जांच किए गए जिलों में, 1,232 क्षय रोग के मामलों में उपचार पूरा होने के बाद 180 दिनों से अधिक के विलंब से पहला भुगतान किया गया था। भुगतान में विलंब के परिणामस्वरूप योजना का प्रयोजन समाप्त हो गया है और लाभार्थियों को इसके इच्छित लाभ से वंचित होना पड़ा है।

विभाग ने अभ्युक्तियों को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (जनवरी 2023) कि भुगतान में देरी मुख्य रूप से निम्न कारणों से हुई: प्रत्यक्ष लाभ अंतरण पोर्टल में लगातार त्रुटियां; बैंक खाते के विवरण की अस्वीकृति और पुनर्प्रसंस्करण; कर्मचारियों को समय पर बैंक विवरण उपलब्ध न होना; निक्षय पोर्टल में लगातार अपडेट के कारण भुगतान प्रक्रिया में देरी हुई।

### 7.3.3 क्षय रोगियों को पूरा इलाज प्रदान न करना

जब किसी रोगी में क्षय रोग का पता चलता है, तो उसे निक्षय पोर्टल पर नामांकित किया जाता है और अधिसूचना के समय और बाद में उनके उपचार के दौरान पोषण संबंधी सहायता प्रदान करने के लिए निक्षय पोषण योजना (एनपीवाई) प्रत्यक्ष लाभ अंतरण योजना के अंतर्गत भुगतान किया जाता है। राष्ट्रीय क्षय रोग उन्मूलन कार्यक्रम (एनटीईपी) के लिए प्रत्यक्ष लाभ अंतरण मैनुअल के अनुसार, चूंकि एक रोगी का इलाज शुरू हो गया है, निक्षय (अस्थायी रूप से) उपचार की समाप्ति तिथि की गणना उपचार के शुरुआत की तारीख + 167 दिनों के रूप में करता है। जब रोगी के उपचार की समाप्ति तिथि पार हो जाती है तो लाभ जनरेट होना बंद हो जाता है। उन रोगियों के लिए जहां उपचार को 167 दिनों से अधिक बढ़ाया जाना चाहिए, उपयोगकर्ता को "उपचार समाप्ति तिथि" को अपडेट और विस्तारित करने की आवश्यकता है।

अप्रैल 2018 से मार्च 2021 की अवधि के लिए हरियाणा के निक्षय पोर्टल के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि इस अवधि के दौरान निक्षय पोर्टल पर पंजीकृत कुल 2,07,187 रोगियों में से 6,602 रोगियों को 167 दिनों से कम समय के लिए उपचार प्रदान किया गया जैसा कि नीचे दी गई तालिका में दर्शाया गया है। हरियाणा और नमूना-जांच किए गए जिलों में रोगियों को प्रदान किए गए उपचार की अवधि (परिणाम यह है कि ठीक हो गया है या उपचार पूरा हो गया है) का विवरण ***तालिका 7.7*** में दिया गया है:

**तालिका 7.7: 167 दिनों से कम समय में उपचार प्राप्त करने वाले रोगियों की संख्या**

| उपचार की अवधि (दिनों में) | रोगियों की संख्या | | | |
|---|---|---|---|---|
| | हरियाणा | हिसार | नुहं | पानीपत |
| 1-30 दिन | 283 | 16 | 4 | 10 |
| 31-60 दिन | 173 | 14 | 1 | 10 |
| 61-90 दिन | 169 | 18 | 2 | 5 |
| 91-120 दिन | 338 | 33 | 9 | 24 |
| 121-150 दिन | 961 | 62 | 25 | 66 |
| 151-166 दिन | 4,678 | 249 | 198 | 362 |
| **कुल** | **6,602** | **392** | **239** | **477** |

**स्रोतः राज्य क्षय रोग परियोजना कार्यालय द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें उपचार अवधि के संतोषजनक कवरेज को दर्शाते हुए हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

आगे, नमूना-जांच किए गए तीनों जिलों में पोर्टल पर पंजीकृत कुल रोगियों में से 1,108 रोगियों को पूरे 167 दिनों तक उपचार प्रदान नहीं किया गया था। इन सभी मामलों में उपचार का परिणाम "ठीक हो गया है" या "उपचार पूरा हो गया है" होता है। यह इंगित करता है कि इन रोगियों को पूर्ण उपचार प्रदान नहीं किया गया था, लेकिन उनके उपचार के परिणाम को पोर्टल पर "ठीक हो गए" या "उपचार पूर्ण" में अपडेट किया गया था। इससे आंकड़ों की विश्वसनीयता पर प्रश्नचिह्न खड़ा होता है।

विभाग ने उत्तर दिया (जनवरी 2023) कि निक्षय में प्रासंगिक विवरण अपडेट किए बिना उपचार अवधि के दौरान रोगियों को स्वास्थ्य संस्थानों को स्थानांतरित करने के कारण उपचार निर्धारित 167 दिनों से कम दिखाया गया था और कुछ रोगियों ने अनुवर्ती कार्रवाई जारी नहीं रखी थी और परिणाम को गलत तरीके से उपचार पूर्ण के रूप में दर्ज किया गया था। उत्तर पोर्टल में उपलब्ध डेटा की सत्यता के संबंध में लेखापरीक्षा के तर्क की पुष्टि करता है।

### 7.3.4 प्रबंधन सूचना प्रणाली पर क्षय रोग डायग्नोस्टिक टेस्ट रिपोर्ट अपडेट करना

संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम दिशा-निर्देश, 2017 के अनुसार, सभी क्षय रोगियों को उनके प्रमाणित प्रदाताओं द्वारा लाभार्थियों के रूप में ई-निक्षय पोर्टल पर पंजीकृत किया जाना होता है और उनका विवरण जैसे मोबाइल नंबर और बैंक खाता संख्या दर्ज की जानी है। रोगियों के लिए एक अल्फा-न्यूमेरिक लाभार्थी आईडी बनाई जाती है, जिसका उपयोग वे हर बिंदु पर सेवाओं का लाभ उठाने के लिए करते हैं। क्षय रोग डायग्नोस्टिक टेस्ट रिपोर्ट (डिजिटल एक्स-रे और जीनएक्सपर्ट टेस्ट) और मासिक परामर्श इस प्रबंधन सूचना प्रणाली में अपडेट किए जाएंगे, जो रोगी के एंड-टू-एंड डायग्नोस्टिक और उपचार ट्रेल को बनाए रखने में क्षय रोग केस मैनेजमेंट सिस्टम की सहायता करेंगे। तथापि, यह पाया गया था कि क्षय रोग अस्पताल, हिसार द्वारा डायग्नोस्टिक रिपोर्ट को प्रबंधन सूचना प्रणाली पर अपडेट नहीं किया गया था।

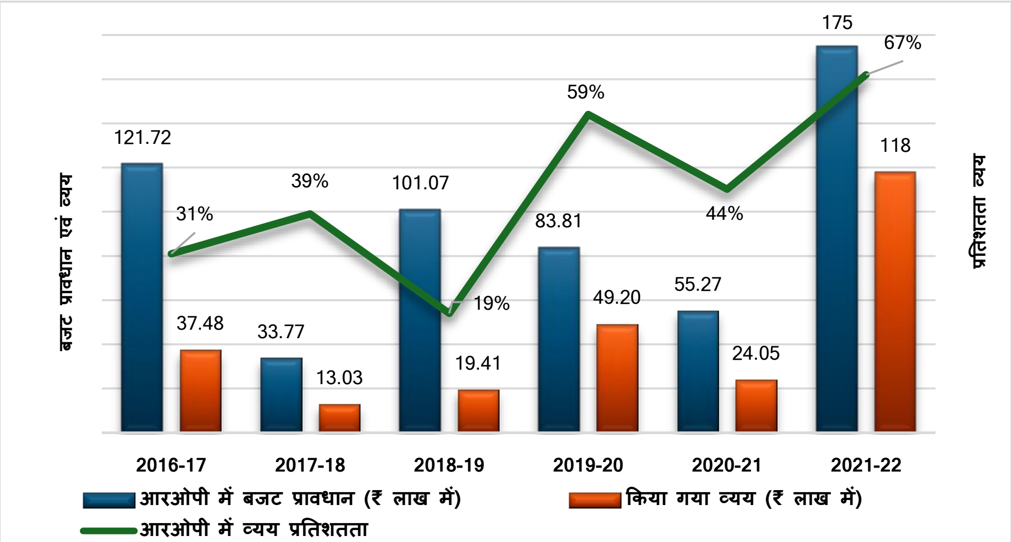
## 7.4 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का प्रयोजन जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर निवारक, उन्नत और दीर्घकालिक निरंतर देखभाल सहित मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना है। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कार्यान्वयन में देखे गए लेखापरीक्षा परिणामों पर अनुवर्ती अनुच्छेदों में चर्चा की गई है:

### 7.4.1 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत निधियों का उपयोग न करना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा बनाई गई वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट (एफएमआर) के अनुसार, 2016-22 की अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम पर बजट प्रावधान और किए गए व्यय को ***चार्ट 7.3*** में दर्शाया गया है।

**चार्ट 7.3: हरियाणा राज्य में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय**




**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

उपर्युक्त आंकड़ों से यह स्पष्ट है कि भारत सरकार नियमित रूप से राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए बजट प्रावधान करती रही है लेकिन राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने बजट का केवल 19 प्रतिशत से 67 प्रतिशत ही उपयोग किया है।

राज्य कार्यक्रम अधिकारी (मानसिक स्वास्थ्य और नशामुक्ति), महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं हरियाणा ने बताया (नवंबर 2021) कि जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम जिला स्तर पर नया था, जिसके लिए भर्ती नहीं की जा सकी जिसके कारण अव्ययित शेष रह गया। इसके अलावा, प्रशिक्षण के लिए डॉक्टरों के कार्यमुक्त न होने के कारण प्रशिक्षण नहीं हो सका और उपकरणों की खरीद को भी अंतिम रूप नहीं दिया जा सका। तथ्य यह है कि वर्ष 2016-22 के दौरान निधियां उपलब्ध थी लेकिन उनका समुचित उपयोग नहीं किया गया जिसके कारण जिलों में मैनपावर, प्रशिक्षित मैनपावर और उपकरण आदि की कमी हुई। मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत बजट का समुचित उपयोग न होने के कारण सेवाओं की अनुपलब्धता की चर्चा अनुवर्ती अनुच्छेदों में की गई है।

### 7.4.2 चयनित जिलों में मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का कार्यान्वयन

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम, 2015 (भाग 2 (ई)) के अनुसार, जिला अस्पतालों में सेवाओं में बाह्य रोगी सेवाएं, परामर्श सेवाएं और इन-पेशेंट सेवाएं शामिल हैं। आगे, बाह्य रोगी सेवाओं में, देश में मानसिक स्वास्थ्य विशिष्टताओं में कुशल मैनपावर की कमी को देखते हुए, मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्सा सेवाओं में ओपीडी सेवाएं उन डॉक्टरों द्वारा प्रदान की जाएंगी जो प्रशिक्षित जनरल ड्यूटी मेडिकल ऑफिसर हो सकते हैं। तथापि, जिन जिलों में प्रशिक्षित मेडिकल ऑफिसर उपलब्ध नहीं है, वहां प्राइवेट मनोचिकित्सक की सेवाएं ली जा सकती हैं। परामर्श सेवाओं में, प्रशिक्षित चिकित्सक द्वारा मूल्यांकन किए गए सभी रोगियों (और उनके परिचारक, यदि उपलब्ध हैं और केवल यदि रोगी उन्हें शामिल करने के लिए सहमत हैं) को नैदानिक आवश्यकताओं के अनुसार परामर्श/मनो-सामाजिक अंतःक्षेप/मनो-शिक्षा प्राप्त करनी चाहिए। इन-पेशेंट सेवाओं में मानसिक विकारों के रोगी शामिल हैं, जिन्हें इन-पेशेंट प्रबंधन की आवश्यकता होती है और उन्हें एक समर्पित वार्ड में भर्ती किया जाना चाहिए जो विशेष रूप से इस प्रयोजन के लिए है।

आगे, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम, 2015 (भाग 2 (एफ)) के अनुसार, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की सेवाओं में शामिल होंगे: (i) वॉक-इन पेशेंट और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र द्वारा रेफर किए गए रोगियों के लिए आउट पेशेंट सेवाएं, जो प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रदान की जाएंगी। इसके अलावा, आपातकालीन मनोरोग संबंधी बीमारियों के लिए इन-पेशेंट सेवाएं भी प्रदान की जाएंगी। (ii) नैदानिक मनोवैज्ञानिक/प्रशिक्षित मनोवैज्ञानिक द्वारा परामर्श सेवाएं प्रदान की जाएंगी। (iii) गंभीर मानसिक विकार वाले व्यक्तियों की निरंतर देखभाल और सहायता।

नमूना-जांच किए गए 16 स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पतालों/उप-मंडलीय सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों) में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत सेवाओं की उपलब्धता ***तालिका 7.8*** में दी गई है:

**तालिका 7.8: नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य संस्थानों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता**

| क्र. सं. | विवरण | जिला अस्पताल (03) | उप-मंडलीय सिविल अस्पताल (03) | सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (10) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | वॉक-इन-पेशेंट और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र द्वारा रेफर किए गए रोगियों के लिए आउट पेशेंट सेवाओं का प्रावधान | 3 | 3 | 6 |
| 2 | सामान्य मानसिक विकारों (चिंता, अवसाद, मनोविकार, सिज़ोफ्रेनिया, मैनिक डिप्रेसिव साइकोसिस) की शीघ्र पहचान, निदान और उपचार | 3 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं |
| 3 | आपातकालीन मनोरोग संबंधी बीमारियों के लिए इनडोर पेशेंट सेवाएं | 3 | 0 | 1 |
| 4 | नैदानिक मनोवैज्ञानिक/प्रशिक्षित मनोवैज्ञानिक द्वारा परामर्श सेवाएं | 3 | 0 | 1 |
| 5 | गंभीर मानसिक विकार (एसएमडी) से पीड़ित व्यक्तियों को निरंतर देखभाल और सहायता (इसमें गंभीर मानसिक विकार से पीड़ित रोगियों को जिला अस्पताल में रेफर करना और जिला अस्पताल में मनोचिकित्सक द्वारा तैयार की गई उपचार योजना के आधार पर अनुवर्ती कार्रवाई शामिल है।) | 3 | 0 | 2 |

**स्रोत: नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी (पानीपत: अप्रैल 2022, नूंह: जून 2022 और हिसार: जून-जुलाई 2022)।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग खराब निष्पादन दर्शाता है।**

यह देखा गया था कि:

i. चार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सोरखी, नारायणा, नौल्था एवं मडलौडा) में वाक-इन-पेशेंट एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा रेफर किए गए रोगियों के लिए आउट पेशेंट सेवाओं के प्रावधान उपलब्ध नहीं थे।

ii. तीन उप-मंडलीय सिविल अस्पतालों (आदमपुर, नारनौंद एवं समालखा) और नौ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (फिरोजपुर झिरखा, पुन्हाना, सोरखी, मंगली, उकलाना, बपोली, नारायणा, मडलौडा एवं नौल्था) में आपातकालीन मनोरोग संबंधी बीमारियों के लिए इनडोर पेशेंट सेवाएं उपलब्ध नहीं थी।

iii. तीन उप-मंडलीय सिविल अस्पतालों (आदमपुर, नारनौंद एवं समालखा) और नौ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (फिरोजपुर झिरखा, पुन्हाना, सोरखी, मंगली, उकलाना, बपोली, नारायणा, मडलौडा एवं नौल्था) में परामर्श सेवाएं उपलब्ध नहीं थी।

iv. तीन उप-मंडलीय सिविल अस्पतालों (आदमपुर, नारनौंद एवं समालखा) और आठ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (पुन्हाना, उकलाना, सोरखी, मंगली, बपोली, नारायणा, मडलौडा एवं नौल्था) में गंभीर मानसिक विकार (एसएमडी) वाले व्यक्तियों को निरंतर देखभाल एवं सहायता प्रदान नहीं की गई थी।

विभाग ने उत्तर दिया (जनवरी 2023) कि स्वास्थ्य विभाग में मनोचिकित्सकों की कमी है। आगे, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने पूरे भारत में डिजिटल मानसिक स्वास्थ्य नेटवर्क विकसित करने के लिए केंद्रीय बजट 2022-23 में राष्ट्रीय टेली मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया। यह मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के लिए परामर्श और उपचार सेवाएं प्रदान करेगा।

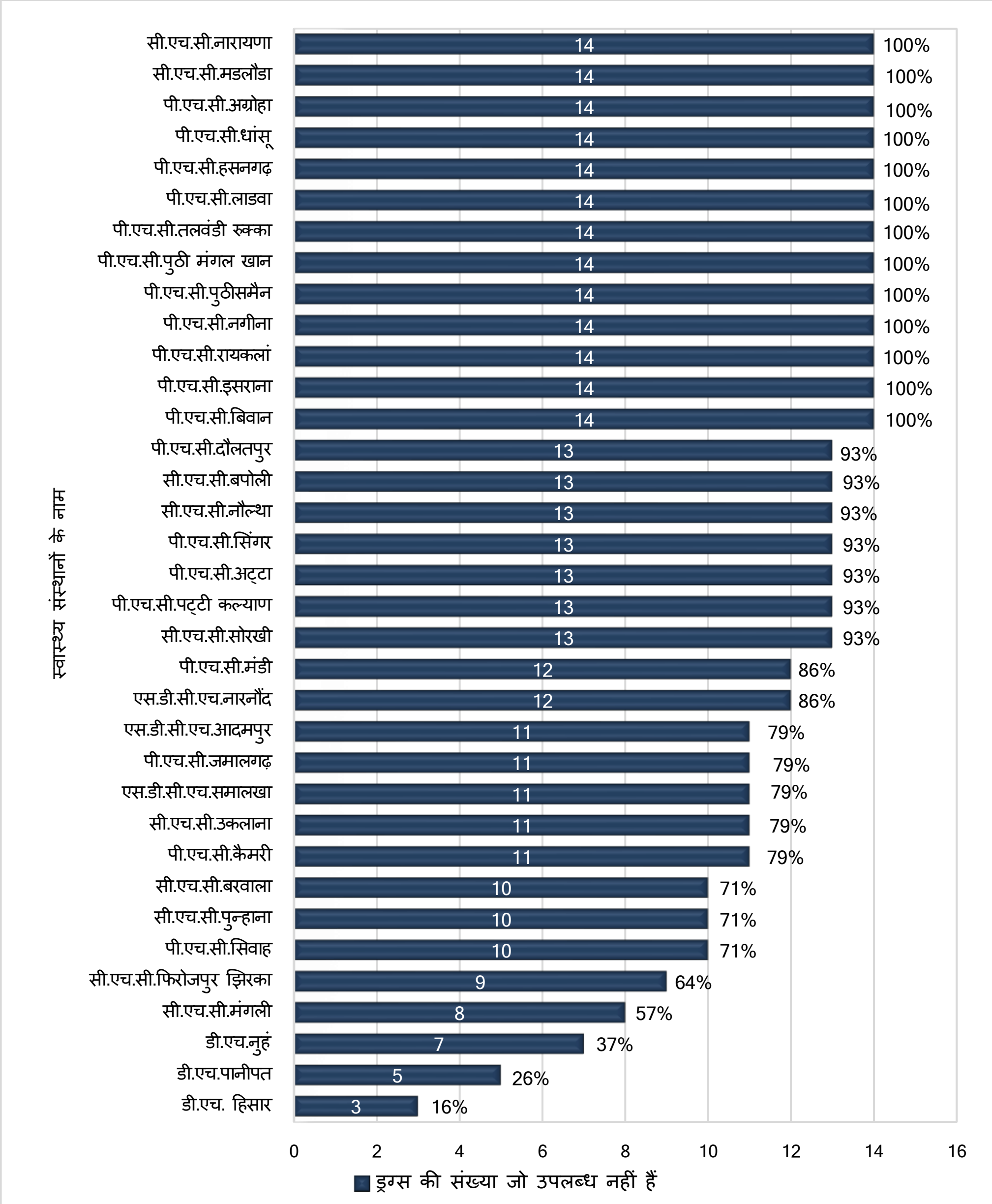
तथ्य यह है कि राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत बजट की उपलब्धता के बावजूद परिकल्पित सेवाएं सभी नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य केंद्रों पर उपलब्ध नहीं थी।

### 7.4.3 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम ड्रग्स की उपलब्धता

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी निर्देश दिनांक 08 मई 2018

के अनुसार, सात प्रकार की मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों के लिए 19 प्रकार की मनोचिकित्सीय ड्रग्स/दवाएं जिला अस्पतालों में उपलब्ध होनी चाहिए और उप-मंडलीय सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में 14 प्रकार की ड्रग्स उपलब्ध होनी चाहिए। नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल: 03, उप-मंडलीय सिविल अस्पताल: 03, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र: 10 और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र: 19) द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ों के अनुसार, मानसिक स्वास्थ्य ड्रग्स की उपलब्धता में कमी (प्रतिशत) इस प्रकार है:

**चार्ट 7.4: नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य संस्थानों में मानसिक स्वास्थ्य ड्रग्स की कमी (प्रतिशत)**




**स्रोतः नमूना-जांच किए गए स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा प्रदान की गई जानकारी (पानीपत: अप्रैल 2022, नूंह: जून 2022 और हिसार: जून-जुलाई 2022)**

यह देखा गया था कि:

i. जिला अस्पताल, हिसार में कमी 16 प्रतिशत थी; जिला अस्पताल, पानीपत में 26 प्रतिशत थी; और जिला अस्पताल, नूंह में 37 प्रतिशत थी।

ii. 14 स्वास्थ्य संस्थानों में ड्रग्स की कमी 100 प्रतिशत थी।

iii. 13 स्वास्थ्य संस्थानों में 75 प्रतिशत से 99 प्रतिशत तक की कमी देखी गई थी।

iv. पांच स्वास्थ्य संस्थानों में 75 प्रतिशत तक की कमी देखी गई थी।

## 7.5 राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम

राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम, सरकार की अंतर्राष्ट्रीय और राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं की अभिव्यक्ति है जैसा कि दिव्यांग व्यक्तियों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र सम्मेलन (यूएनसीआरपीडी), 1999 में भारत सरकार द्वारा अपनाई गई राष्ट्रीय वृद्धजन नीति (एनपीओपी) और वरिष्ठ नागरिकों की चिकित्सा देखभाल के प्रावधानों से संबद्ध "माता-पिता और वरिष्ठ नागरिकों के रखरखाव एवं कल्याण अधिनियम, 2007" की धारा 20 के अंतर्गत परिकल्पित है।

वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम हेतु किए गए बजट प्रावधान और व्यय निम्नानुसार हैं:

**तालिका 7.9: हरियाणा राज्य में राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय**

**(₹ लाख में)**

| वर्ष | बजट | व्यय | व्यय (प्रतिशत में) |
|---|---|---|---|
| **2016-17** | 175.38 | 102.18 | 58 |
| **2017-18** | 14.91 | 9.48 | 64 |
| **2018-19** | 48.08 | 3.81 | 8 |
| **2019-20** | 61.82 | 34.84 | 56 |
| **2020-21** | 70.29 | 33.40 | 48 |
| **2021-22** | 91.00 | 59.00 | 65 |
| **कुल** | **461.48** | **242.71** | **53** |

**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

**नोट: कलर ग्रेडिंग कलर स्केल पर की गई है जिसमें पीला रंग औसत प्रतिशत दर्शाता है और लाल रंग बहुत कम प्रतिशत व्यय दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से स्पष्ट है कि भारत सरकार राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम (एनपीएचसीई) के लिए नियमित रूप से बजट प्रावधान कर रही है। हालांकि, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा वर्ष 2018-19 में केवल 8 प्रतिशत और वर्ष 2021-22 में अधिकतम 65 प्रतिशत का ही उपयोग कर सका।

उप-निदेशक (एसएस) एनसीडी, महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं हरियाणा, पंचकुला के कार्यालय ने बताया (नवंबर 2021) कि अधिकांश अव्ययित राशि मानव संसाधन, प्रशिक्षण, मशीनरी और उपकरण से सम्बन्धित थी। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा जिला कार्यवाहियों के रिकॉर्ड (आरओपी) के अनुसार भर्ती की अनुमति नहीं थी, इसलिए पद नहीं भरा जा सका और बजट अव्ययित रहा। इसके अलावा, गैर-आवर्ती निधियों का उपयोग नहीं किया जा सका क्योंकि पुनर्वास श्रमिकों के पद भारत सरकार द्वारा कार्यवाहियों के रिकॉर्ड में अनुमोदित नहीं थे। तथ्य यह है कि 2016-22 की अवधि के दौरान बजट का उपयोग केवल 53 प्रतिशत ही हुआ।

## 7.6 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम

भारत सरकार ने राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) शुरू किया (2007-08), जिसका प्रयोजन (i) तंबाकू सेवन के हानिकारक प्रभावों के बारे में जागरूकता पैदा करना, (ii) तंबाकू उत्पादों के उत्पादन और आपूर्ति को कम करना, (iii) "सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद (विज्ञापन का निषेध और व्यापार एवं वाणिज्य, उत्पादन, आपूर्ति और वितरण का विनियमन) अधिनियम, 2003" (सीओटीपीए) के अंतर्गत प्रावधानों का प्रभावी कार्यान्वयन सुनिश्चित करना, (iv) लोगों को तंबाकू का उपयोग छोड़ने में मदद करना, और (v) तंबाकू नियंत्रण के विश्व स्वास्थ्य संगठन फ्रेमवर्क कन्वेंशन द्वारा समर्थित तंबाकू की रोकथाम और नियंत्रण के लिए कार्यनीतियों के कार्यान्वयन की सुविधा प्रदान करना था।

वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट के अनुसार, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम पर किए गए बजट प्रावधान और व्यय निम्नानुसार हैं:

**तालिका 7.10: हरियाणा राज्य में राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय**

**(₹ लाख में)**

| वर्ष | बजट | व्यय | व्यय (प्रतिशत में) |
|---|---|---|---|
| 2016-17 | 73.28 | 0 | 0 |
| 2017-18 | 41.71 | 5.78 | 14 |
| 2018-19 | 232.30 | 0 | 0 |
| 2019-20 | 70.86 | 0 | 0 |
| 2020-21 | 171.50 | 42.12 | 25 |
| 2021-22 | 215.00 | 107.00 | 50 |
| कुल | 804.65 | 154.90 | 19 |

**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है; जबकि लाल रंग खराब निष्पादन को दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से यह स्पष्ट है कि भारत सरकार नियमित रूप से राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के लिए बजट प्रावधान कर रही थी लेकिन राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने वर्ष 2016-17, 2018-19 एवं 2019-20 के दौरान शून्य व्यय किया और 2017-18 एवं 2021-22 में क्रमशः 14 प्रतिशत एवं 50 प्रतिशत का उपयोग किया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वन के लिए मैनपावर उपलब्ध नहीं थी, दो जिलों अर्थात् अंबाला और कुरुक्षेत्र ने सलाहकारों को नियुक्त किया था और अन्य सभी 20 जिलों में कोई स्टाफ नहीं था। विभाग ने राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए कोई कर्मचारी नियुक्त नहीं किया था, जिसके कारण कार्यक्रम प्रभावी ढंग से क्रियान्वित नहीं हो पाया, जो विभाग की ओर से कमजोर योजना को दर्शाता है। राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम मुख्य रूप से सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) कार्यक्रम है। राज्य सरकार को राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के सफल कार्यान्वयन के लिए निधियों को अवशोषित करने की अपनी क्षमता बढ़ानी चाहिए थी क्योंकि राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम की सफलता सूचना, शिक्षा और संचार से संबंधित गतिविधियों की सफलता पर निर्भर करती है।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम एक नया कार्यक्रम है और इसके लिए विशेषज्ञ मैनपावर उपलब्ध नहीं है। हालांकि, तथ्य यह है कि छः साल से अधिक समय बीत जाने के बाद भी राज्य में कार्यक्रम को लागू करने के लिए आवश्यक मैनपावर की तैनाती नहीं की जा सकी।

### 7.6.1 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत स्कूल जागरूकता कार्यक्रम

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के परिचालन दिशानिर्देश (2015) के बिंदु 2 के अनुसार- स्कूल जागरूकता कार्यक्रम आयोजित किए जाने चाहिए ताकि युवाओं और किशोरों को ज्ञान, दृष्टिकोण और कौशल प्राप्त करने में मदद मिल सके जो तंबाकू के उपयोग के सूचित निर्णय लेने और परिणामों को समझने के लिए आवश्यक हैं। स्कूलों का चयन सरकारी और प्राइवेट स्कूलों के संयोजन के साथ सावधानी से किया जाना चाहिए। प्रतिवर्ष एक जिले में 70 स्कूलों को अपनाया जाना चाहिए और स्कूल जागरूकता कार्यक्रम में शामिल किया जाना चाहिए। नमूना-जांच किए गए जिलों में स्कूल जागरूकता कार्यक्रम के अंतर्गत लक्ष्य एवं प्राप्ति ***तालिका 7.11*** में दर्शाई गई है:

**तालिका 7.11: राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत स्कूल जागरूकता कार्यक्रम में लक्ष्य/प्राप्ति**

| वर्ष | लक्ष्य | | | प्राप्ति | | | प्राप्ति (प्रतिशत) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | पब्लिक स्कूल | प्राइवेट स्कूल | कोचिंग संस्थान | पब्लिक स्कूल | प्राइवेट स्कूल | कोचिंग संस्थान | पब्लिक स्कूल | प्राइवेट स्कूल | कोचिंग संस्थान |
| **2016-17** | 881 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं | 784 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं | 89 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं |
| **2017-18** | 882 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं | 655 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं | 74 | उपलब्ध नहीं | उपलब्ध नहीं |
| **2018-19** | 1,290 | 353 | 18 | 1,075 | 304 | 8 | 83 | 86 | 44 |
| **2019-20** | 1,281 | 353 | 18 | 1,098 | 292 | 6 | 86 | 83 | 33 |
| **2020-21** | 586 | 378 | 22 | 365 | 229 | 13 | 62 | 61 | 59 |

**स्रोतः नमूना-जांच किए गए जिलों की राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम इकाई द्वारा प्रदान की गई सूचना।**

**उपलब्ध नहीं: नमूना-जांच किए गए किसी भी जिले द्वारा लक्ष्य निर्धारित नहीं किए गए थे।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग सबसे अधिक प्राप्ति दर्शाता है; पीला रंग औसत प्राप्ति दर्शाता है और लाल रंग सबसे कम प्राप्ति दर्शाता है।**

यह देखा गया था कि वर्ष 2016-21 के दौरान स्कूल जागरूकता कार्यक्रमों में प्राप्ति पब्लिक स्कूलों के लिए 62 प्रतिशत से 89 प्रतिशत के बीच थी, जबकि वर्ष 2018-21 के दौरान, प्राइवेट स्कूलों के लिए 61 प्रतिशत से 86 प्रतिशत और कोचिंग संस्थानों के लिए 33 प्रतिशत से 59 प्रतिशत के बीच थी। आगे, यह भी देखा गया कि वर्ष 2016-20 के दौरान जिला नूंह में और वर्ष 2016-18 के दौरान जिला पानीपत में स्कूल जागरूकता कार्यक्रम आयोजित नहीं किया गया था। वर्ष 2020-21 के दौरान जिला नूंह में स्कूल जागरूकता कार्यक्रम के अंतर्गत 54 शिक्षण संस्थानों (पब्लिक एवं प्राइवेट) का लक्ष्य निर्धारित किया गया था जो कि पर्याप्त नहीं था क्योंकि दिशानिर्देशों के अनुसार प्रतिवर्ष एक जिले में कम से कम 70 स्कूलों का चयन किया जाना था। इसके अलावा, 2016-21 की अवधि के दौरान स्कूल जागरूकता कार्यक्रम के लिए जिला हिसार में किसी भी प्राइवेट स्कूल/संस्थान का चयन नहीं किया गया था।

## 7.7 राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी) को वर्ष 1976 में 100 प्रतिशत केंद्र प्रायोजित कार्यक्रम के रूप में शुरू किया गया था, जिसका लक्ष्य 2020 तक जनसंख्या में 0.3 प्रतिशत की व्यापकता दर प्राप्त करना था। इस कार्यक्रम में चार-आयामी कार्यनीति

शामिल थी जिसमें सेवा वितरण को मजबूत करना, आंखों की देखभाल के लिए मानव संसाधन विकसित करना, आउटरीच गतिविधियों और जन जागरूकता को बढ़ावा देना तथा संस्थागत क्षमता विकसित करना शामिल था।

वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम पर बजट प्रावधान और किया गया व्यय ***तालिका 7.12*** में दिए गए विवरण के अनुसार था।

**तालिका 7.12: हरियाणा राज्य में राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय**

**(₹ लाख में)**

| वर्ष | कार्यवाहियों के रिकॉर्ड में बजट प्रावधान | किया गया व्यय | व्यय (प्रतिशत में) |
|---|---|---|---|
| **2016-17** | 365.00 | 220.05 | 60 |
| **2017-18** | 209.00 | 88.73 | 42 |
| **2018-19** | 496.75 | 105.03 | 21 |
| **2019-20** | 458.13 | 183.41 | 40 |
| **2020-21** | 728.45 | 312.52 | 43 |
| **2021-22** | 871.00 | 333.00 | 38 |
| **कुल** | **3,128.33** | **1,242.74** | **40** |

**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

**नोट: कलर ग्रेडिंग कलर स्केल पर की गई है जिसमें पीला रंग औसत प्रतिशत दर्शाता है और लाल रंग बहुत कम प्रतिशत व्यय दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से यह स्पष्ट है कि भारत सरकार वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के लिए नियमित रूप से बजट प्रावधान करती रही है, लेकिन राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने वर्ष 2018-19 में न्यूनतम 21 प्रतिशत और वर्ष 2016-17 में अधिकतम 60 प्रतिशत का उपयोग किया था।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि आगामी वित्तीय वर्ष में व्यय बढ़ने की उम्मीद थी, लेकिन उक्त वित्तीय वर्ष में मोतियाबिंद सर्जरी की संख्या में वृद्धि नहीं हुई, जिसके कारण कम व्यय हुआ। उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि पिछले चार वर्षों के दौरान अधिकतम व्यय बजट प्रावधान का 43 प्रतिशत था, जो मिशन की कमजोर योजना को दर्शाता है।

## 7.8 जननी सुरक्षा योजना

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), 2005 गरीब गर्भवती महिलाओं के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के प्रयोजन से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत एक सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप है। गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) और अनुसूचित जाति (एससी)/अनुसूचित जनजाति (एसटी) की गर्भवती महिलाओं को प्रसव के लिए जन स्वास्थ्य संस्थान में जाने के लिए, ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के लिए क्रमशः ₹ 700 और ₹ 600 की राशि स्वास्थ्य संस्थान में एकमुश्त लाभार्थी को वितरित की जानी थी। इसके अतिरिक्त, गरीबी रेखा से नीचे की महिलाओं को घर पर प्रसव के लिए ₹ 500 दिए जाने थे। प्रसव के पांच कार्य दिवसों के भीतर मां और आशा (जहां भी लागू हो) को उनका पैसा मिल जाना चाहिए। आगे, अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति श्रेणी की गर्भवती महिलाओं द्वारा प्रसव पर राज्य के बजट से ₹ 1,500 की अतिरिक्त राशि दी जानी थी।

नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों में वर्ष 2016-17 से 2020-21 के दौरान गरीबी रेखा से नीचे एवं अनुसूचित जाति श्रेणी के अंतर्गत प्रसवों की संख्या एवं दिए गए प्रोत्साहनों की संख्या ***तालिका 7.13*** में दी गई है:

**तालिका 7.13: नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों में जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत भुगतान की गई प्रोत्साहन राशि (2016-21)**

| जिले का नाम | गरीबी रेखा से नीचे की श्रेणी | | अनुसूचित जाति श्रेणी | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | प्रसवों की संख्या | उन प्रसवों की संख्या जिनमें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया | प्रसवों की संख्या | उन प्रसवों की संख्या जिनमें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया | |
| | | राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन | | राज्य का बजट | राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन |
| पानीपत | 687 | 12 | 1,642 | 117 | 54 |
| हिसार | 41 | 38 | 204 | 61 | 125 |
| नूंह | 2,864 | 93 | 443 | 111 | 81 |
| **कुल** | **3,592** | **143** | **2,289** | **289** | **260** |

**स्रोतः नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों द्वारा प्रदान की गई सूचना**

इस प्रकार, चयनित उप-केंद्रों में कुल 3,592 (गरीबी रेखा से नीचे) एवं 2,289 (अनुसूचित जाति) प्रसव हुए। गरीबी रेखा से नीचे की श्रेणी के 3,592 लाभार्थियों में से मात्र 143 लाभार्थियों को भुगतान किया गया। अनुसूचित जाति श्रेणी के कुल 2,289 प्रसवों में से केवल 289 (राज्य बजट) एवं 260 (राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन) लाभार्थियों को भुगतान किया गया था।

आगे, यह भी पाया गया था कि नमूना-जांच किए गए कुल 31 उप-केंद्रों[9] में से जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत नौ उप-केंद्रों[10] में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन या राज्य के बजट से नकद सहायता प्रदान नहीं की गई थी। इसके अतिरिक्त, उप-केंद्र बीवान एवं हथनगांव (वर्ष 2016-18, जिला नूंह), उप-केंद्र बिठमाड़ा, बुडाखेड़ा, लिटाणी, संदलाणा, तलवंडी रुक्का, जुगलाण, भकलाणा, सुलखणी, धासूं तथा दया (वर्ष 2016-21, जिला हिसार) में प्रदान की गई नकद सहायता का अभिलेखों की अनुपलब्धता के कारण पता नहीं लगाया जा सका।

विभाग ने बताया (जनवरी 2023) कि लाभार्थियों के बैंक खाते उपलब्ध न होने के कारण 2016-18 के दौरान नूंह जिले में जननी सुरक्षा योजना का भुगतान नहीं किया जा रहा था और अब जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत वित्तीय सहायता का भुगतान किया जा रहा है। जैसा कि ऊपर बताया गया है, अभिलेख उपलब्ध न होने के कारण विभाग के दावे की पुष्टि नहीं की जा सकी।

## 7.9 बच्चों का टीकाकरण

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के दिशानिर्देशों के अनुसार, बच्चे को सभी बुनियादी टीकाकरणों से पूरी तरह से प्रतिरक्षित किया जाना चाहिए। ये बुनियादी टीके बैसिल कैलमेट-गुएरिन (बीसीजी), हेपेटाइटिस बी, ओरल पोलियो वैक्सीन (ओपीवी), डिप्थीरिया पर्टुसिस टेटनस (डीपीटी), खसरा, टेटनस टॉक्साइड (टीटी) आदि हैं।

---

[9] हिसार: 13 उप-केंद्र, पानीपत: 10 उप-केंद्र और नूंह: 08 उप-केंद्र।

[10] उप-केंद्र, नोहड़ा, बाल जाट्टान, बलाणा, गवालड़ा, बांध, सहर मालपुर (जिला पानीपत) उप-केंद्र गोकलपुर (2020-21 में एक प्रकरण को छोड़कर), खंकर खेड़ी, भादसों (वर्ष 2016-17 को छोड़कर) (जिला नूंह)।

### 7.9.1 हरियाणा राज्य में टीकाकरण कार्यक्रम का कार्यान्वयन

विभाग द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार, यह देखा गया था कि हरियाणा में शिशुओं (0-1 वर्ष) के पूर्ण टीकाकरण की प्राप्ति 2016-21 की अवधि के दौरान 79 प्रतिशत से 90 प्रतिशत के बीच रही और कवरेज प्रतिशतता भी प्रत्येक वर्ष बढ़ रही थी। आगे, राज्य में डीपीटी, ओपीवी और खसरा के लिए बच्चों (1-2 वर्ष) के टीकाकरण की प्राप्ति 74 प्रतिशत से 90 प्रतिशत के बीच रही। पांच वर्ष से 16 वर्ष की आयु के बच्चों के डीपीटी, टीटी10 और टीटी16 के टीकाकरण में लक्ष्य/प्राप्ति नीचे दी गई है:

**तालिका 7.14: 5 वर्ष से 16 वर्ष की आयु के बच्चों के टीकाकरण में लक्ष्य/प्राप्ति**

| वर्ष | डीपीटी | | टीटी 10 | | टीटी 16 | | प्राप्ति (प्रतिशत में) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | लक्ष्य | प्राप्ति | लक्ष्य | प्राप्ति | लक्ष्य | प्राप्ति | डीपीटी | टीटी 10 | टीटी 16 |
| **2016-17** | 5,11,000 | 3,50,410 | 5,23,000 | 2,61,963 | 5,59,000 | 2,21,708 | 69 | 50 | 40 |
| **2017-18** | 5,18,000 | 3,05,441 | 5,30,000 | 2,36,943 | 5,67,000 | 2,08,658 | 59 | 45 | 37 |
| **2018-19** | 5,32,500 | 2,97,159 | 5,25,000 | 2,24,052 | 6,19,900 | 2,07,446 | 56 | 43 | 33 |
| **2019-20** | 5,39,500 | 3,98,955 | 5,31,900 | 2,52,561 | 6,28,100 | 2,07,043 | 74 | 47 | 33 |
| **2020-21** | 5,49,950 | 4,18,585 | 5,42,190 | 2,88,892 | 6,40,280 | 1,98,098 | 76 | 53 | 31 |

**स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हरियाणा द्वारा प्रदान की गई जानकारी।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग सबसे खराब निष्पादन दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से, यह स्पष्ट है कि 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान पांच वर्ष तक के बच्चों के लिए डिप्थीरिया पर्टुसिस टेटनस (डीपीटी) बूस्टर II के लक्ष्यों के विरुद्ध प्राप्ति 56 प्रतिशत से 76 प्रतिशत, 10 वर्ष के बच्चों के लिए टेटनस टॉक्साइड 10 (टीटी 10) के लक्ष्यों के विरुद्ध प्राप्ति 43 प्रतिशत से 53 प्रतिशत और 16 वर्ष के बच्चों के लिए टीटी 16 के लक्ष्यों के विरुद्ध प्राप्ति 31 प्रतिशत से 40 प्रतिशत के बीच रही। यह डीपीटी टीकाकरण की तुलना में राज्य में टीटी10 और टीटी16 टीकाकरण के निराशाजनक निष्पादन को दर्शाता है।

विभाग ने उत्तर दिया (जनवरी 2023) कि उसने 5-16 वर्ष आयु वर्ग के कवरेज को बढ़ाने के लिए प्रत्येक तिमाही में 2022 मार्च से विशेष टीकाकरण सप्ताह की पहल शुरू की थी। आगे, सरकारी (राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम) टीमों ने भी चरणबद्ध तरीके से टीकाकरण के लिए निजी स्कूलों को शामिल करना शुरू कर दिया था और धीरे-धीरे ड्रॉप आउट बच्चों को भी डीपीटी बूस्टर II, टीटी10 और टीटी 16 के लिए इस पहल के अंतर्गत शामिल किया जाएगा।

### 7.9.2 चयनित जिलों के चयनित उप-केंद्रों में टीकाकरण कार्यक्रम का कार्यान्वयन

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक 2012 मानदंडों के अनुसार, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल आवश्यक सेवाओं के लिए भारत सरकार के दिशा-निर्देशों के अनुसार सभी शिशुओं और बच्चों को टीके से रोकी जा सकने वाली बीमारियों से पूर्ण प्रतिरक्षण की आवश्यकता होती है। शिशुओं को दिए जाने वाले विभिन्न टीकों का टीकाकरण कार्यक्रम नीचे दिया गया है:

i. **बीसीजी:** जन्म के समय (संस्थागत प्रसव के लिए) या डीपीटी-1 के साथ (यदि पहले नहीं दिया गया हो तो एक वर्ष तक),

ii. **हेपेटाइटिस बी-0:** संस्थागत प्रसव के लिए जन्म के समय, अधिमानतः प्रसव के 24 घंटे के भीतर,

iii. **ओपीवी-0:** 15 दिनों के भीतर संस्थागत प्रसव के लिए जन्म के समय,

iv. **ओपीवी 1, 2 और 3:** छः सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में,

v. **डीपीटी 1, 2 और 3:** छः सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में,

vi. **हेपेटाइटिस बी-1, बी-2 और बी-3:** छः सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में,

vii. **खसरा 1 और 2:** 9-12 महीने और 16-24 महीने में,

viii. **विटामिन-ए (पहली खुराक):** नौ महीने में खसरे की खुराक के साथ।

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक मानदंडों के टीकाकरण कार्यक्रम के अनुसार, एक पूर्ण प्रतिरक्षित शिशु वह है जिसे एक वर्ष की आयु से पहले बीसीजी, डीपीटी की तीन खुराक, ओपीवी की तीन खुराक, हेपेटाइटिस बी की तीन खुराक और खसरा की खुराक प्राप्त हुई हो। 2016-21 की अवधि के दौरान, नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों में शिशुओं (जीवित जन्म) को दिए गए टीकाकरण में प्राप्ति नीचे दी गई है:

**तालिका 7.15: वर्ष 2016-21 के दौरान नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों (कुल 31 उप-केंद्र[11]) में टीकाकरण कार्यक्रम की प्राप्ति**

(प्रतिशत में)

| वैक्सीन का नाम | नूहं | पानीपत | हिसार |
|---|---|---|---|
| बीसीजी | 63 | 68 | 96 |
| हेपेटाइटिस बी - 0 | 14 | 24 | 66 |
| ओपीवी- 0 | 29 | 56 | 95 |
| ओपीवी 1 | 78 | 99 | 94 |
| ओपीवी 2 | 64 | 95 | 92 |
| ओपीवी 3 | 52 | 92 | 91 |
| डीपीटी 1, पेंटा 1 | 34 | 49 | 80 |
| डीपीटी 2, पेंटा 2 | 24 | 47 | 78 |
| डीपीटी 3, पेंटा 3 | 19 | 46 | 77 |
| हेपेटाइटिस बी - 1 | 33 | 19 | 14 |
| हेपेटाइटिस बी - 2 | 31 | 19 | 14 |
| हेपेटाइटिस बी - 3 | 25 | 28 | 13 |
| खसरा 1 | 85 | 87 | 91 |
| खसरा 2 | 58 | 83 | 89 |
| विटामिन-ए (पहली खुराक) | 84 | 79 | 89 |

**स्रोतः नमूना-जांच किए गए उप-केंद्रों द्वारा प्रदान की गई सूचना।**

**नोट: कलर स्केल पर कलर ग्रेडिंग की गई है जिसमें हरा रंग संतोषजनक निष्पादन दर्शाता है; पीला रंग औसत निष्पादन दर्शाता है और लाल रंग सबसे खराब निष्पादन दर्शाता है।**

उपर्युक्त तालिका से स्पष्ट है कि:

- जिला नूंह में प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत शिशुओं/बच्चों के टीकाकरण में निष्पादन जिला हिसार और पानीपत की तुलना में खराब है।
- आगे, यह देखा गया था कि चयनित जिलों के नमूना-जांच किए गए सभी उप-केंद्रों में हेपेटाइटिस बी-1, बी-2 और बी-3 के टीकाकरण में प्राप्ति खराब थी।
- बीसीजी, हेपेटाइटिस बी-0 और ओपीवी-0 के टीके जन्म के समय शिशुओं को लगाए जाते हैं। हालांकि, यह देखा गया कि 2016-21 की अवधि के दौरान शिशुओं का पूर्ण टीकाकरण नहीं हो सका।

[11] उप-केंद्र, भकलाना एवं खेड़ी गगन (हिसार) में 2016-21 की अवधि तथा उप-केंद्र, गोकलपुर एवं खंकर खेड़ी (नूंह) में 2016-18 की अवधि के अभिलेखों का रखरखाव नहीं किया गया था।

## 7.10 निष्कर्ष

हरियाणा राज्य में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, परिवार कल्याण, निक्षय पोषण योजना आदि जैसी नमूना-जांच की गई केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन संबंधित योजनाओं के लिए निर्धारित लक्ष्यों के अनुरूप नहीं था। आबंटित निधियों के उपयोग में कमी थी। परिवार कल्याण योजना, जननी सुरक्षा योजना एवं निक्षय पोषण योजना के अंतर्गत वित्तीय सहायता/प्रोत्साहन के भुगतान में विलंब थे। आगे, विभिन्न लाभार्थियों के बीच जागरूकता बढ़ाने का प्रयास, जिसके परिणामस्वरूप विभिन्न कार्यक्रमों के प्रति अधिक भागीदारी और उत्साह हो सकता है, भी अपर्याप्त पाया गया था।

## 7.11 सिफारिशें

1. **यह सुनिश्चित करने के लिए विभिन्न कार्यक्रमों की निगरानी और कार्यान्वयन तंत्र की समीक्षा की जानी चाहिए कि कमी या अधिकता के मामलों से बचने के लिए संसाधनों (मानव और वित्तीय दोनों) का वितरण वास्तविक आवश्यकताओं के अनुसार किया जाता है।**

2. **विश्वसनीय निगरानी तंत्र की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए सरकार डेटा संग्रह तंत्र की समीक्षा करे।**

3. **सरकार आशंकाओं और/या गलत धारणा को दूर करने और भागीदारी बढ़ाने के साथ-साथ लक्षित जनसंख्या को लाभों के बारे में जागरूक करने के लिए विभिन्न गतिविधियों के माध्यम से जागरूकता और पहुंच बढ़ाने का प्रयास करे।**