

अध्याय VII

केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन

अध्याय VII

केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन

रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए चुने गए राज्यों में से एक था। एनएचएम की मुख्य कार्यनीतिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतराल को पाटना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेंद्रीकृत योजना की सुविधा प्रदान करना तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के मौजूदा कार्यक्रमों के लिए एक व्यापक छत्र प्रदान करना था।

यह पाया गया कि दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएस) द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजना की परियोजनाओं/कार्यक्रमों के लक्ष्यों और उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किए गए हैं क्योंकि एनएचएम के कार्यक्रमों के लिए अनुमोदित निधियों का पूरी तरह से उपयोग नहीं किया गया था और डीएसएचएस के बैंक खातों में बिना खर्च किए पड़ी हुई थीं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) सबसे महत्वपूर्ण घटक/कार्यक्रम है।

यह पाया गया कि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को मुफ्त आहार और अन्य सुविधाएं (मुफ्त निदान) प्रदान करने का कवरेज अपर्याप्त था। मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर) एक महत्वपूर्ण रणनीति है जो अपर्याप्त रूप से संचालित की गई थी।

यह देखा गया कि 2016-21 के दौरान अधिकांश मामलों में प्रसव के 14 दिनों के बाद प्रसवोत्तर जांच नहीं की गई थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि बच्चों के टीकाकरण का शत-प्रतिशत का लक्ष्य हासिल नहीं किया गया। स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस), जो स्वास्थ्य प्रणालियों के निष्पादन की निगरानी के लिए एक उपकरण के रूप में कार्य करती है, में असंगत और गलत डेटा पाया गया तथा इस प्रकार, कार्यक्रम

की उचित निगरानी के लिए कार्यान्वयन की वास्तविक स्थिति का निरूपण नहीं किया गया। डीएसएचएस ने आम लोगों की मदद के लिए तंबाकू सेवन छोड़ने के लिए परामर्श देने के उद्देश्य से स्वीकृत 44 तंबाकू मुक्ति केंद्रों की स्थापना नहीं की है। 2016-17 से 2020-21 के दौरान डीएसएचएस ने राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को लागू नहीं किया क्योंकि धनराशि की उपलब्धता के बावजूद कोई व्यय नहीं किया गया था।

7.1 परिचय

स्वास्थ्य, राज्य का विषय होने के कारण केंद्र सरकार स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल की विभिन्न योजनाओं के माध्यम से राज्य सरकारों के प्रयासों को पूरा करती है। संविधान के अनुच्छेद 282 के अंतर्गत केंद्र सरकार द्वारा केंद्रीय क्षेत्र और केंद्र प्रायोजित योजनाएं (सीएसएस) राज्यों तक विस्तारित की जाती हैं।

भारत सरकार (भा.स) ने अप्रैल 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) शुरू किया। मई 2013 में शुरू किए गए राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत एनआरएचएम के साथ एक प्रस्तुतिकरण के रूप में शामिल किया गया था। एनएचएम का मुख्य उद्देश्य जनसंख्या के गरीब और कमजोर वर्गों को न्यायसंगत, सस्ती, विश्वसनीय और प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना था। एनएचएम ने मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) और शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) में कटौती पर जोर दिया जबकि समुदाय की भागीदारी के साथ संक्रामक, गैर-संक्रामक और साथ ही स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के क्षेत्र में योजनाओं की योजना बनाने और निगरानी करने में सरकार के प्रयासों को आगे बढ़ाया। एनएचएम की मुख्य रणनीति स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतराल को पाटना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेंद्रीकृत योजना की सुविधा प्रदान करना तथा प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II और विभिन्न बीमारियों के नियंत्रण कार्यक्रम सहित राज्य के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के मौजूदा कार्यक्रमों के लिए एक व्यापक क्षेत्र प्रदान करना था।

7.2 संगठनात्मक ढांचा

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम) को राज्य स्तर पर 2006 में शुरू किया गया और यह दिल्ली के मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में, एनएचएम, भारत सरकार के दिशानिर्देशों का पालन करता है तथा दिल्ली में एनएचएम के विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों को लागू करता है। एनएचएम के अंतर्गत गतिविधियां दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (डीएसएचएस) के माध्यम से की जाती हैं, जो डीएसएचएम का एक स्वायत्त निकाय है और जो एनएचएम के समग्र तत्वावधान में स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए अतिरिक्त प्रबंधकीय और प्रौद्योगिकी क्षमता के रूप में कार्य करता है।

डीएसएचएस में एक शासी निकाय और एक कार्यकारी समिति होती है, जिसके अध्यक्ष विभाग के प्रधान सचिव और मिशन निदेशक, एनएचएम इसके सदस्य सचिव के रूप में होते हैं। राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई (एसपीएमयू) डीएसएचएस के सचिवालय के रूप में कार्य करती है और इसका नेतृत्व मिशन निदेशक करते हैं। दिल्ली में 11 एकीकृत जिला स्वास्थ्य समितियां (आईडीएचएस) हैं। जिला कलेक्टर इसके अध्यक्ष होते हैं और मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी (सीडीएमओ) प्रत्येक आईडीएचएस के सदस्य सचिव होते हैं।

7.3 निधीयन का पैटर्न

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्ल्यू), भारत सरकार रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा केंद्र को प्रस्तुत एक स्वीकृत दिल्ली राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के कार्यान्वयन का समर्थन करने के लिए एक संसाधन आवरण प्रदान करता है। दिल्ली राज्य पीआईपी राज्य स्तर पर की जाने वाली गतिविधियों सहित 11 जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाओं का एकीकरण है। 2018-19 से एनएचएम के अंतर्गत केंद्र प्रायोजित योजनाओं/कार्यक्रमों में केंद्र और राज्य की हिस्सेदारी 60:40 थी परंतु 2018-19 से पहले, एनएचएम को पूरी तरह से भारत सरकार द्वारा वित्त पोषित किया जाता था। सरकार द्वारा अनुमोदित परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार एनएचएम के अंतर्गत कार्यक्रमों के सुचारु कार्यान्वयन के लिए भारत सरकार

से प्राप्त सहायता अनुदान रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा डीएसएचएस के खाते में स्थानांतरित किया जाता है।

7.4 सहायता का पैटर्न

सहायता का पैटर्न सरकार से सहायता अनुदान और डीएसएचएस को किसी भी रूप में अन्य सहायता जिसका उपयोग मेमोरैंडम ऑफ एसोसिएशन (एमओए) और डीएसएचएस के नियमों में उल्लिखित विभिन्न कार्यों के लिए किया जाना है, को नियंत्रित करता है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग (विभाग), रा.रा.क्षे.दि.स. ने एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) पर हस्ताक्षर किए (मई 2019), जो समय-समय पर संशोधित किया गया तथा मई 2022 तक वैध था। समझौता ज्ञापन के अनुसार, दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम), मिशन के अंतर्गत परिकल्पित कार्यक्रम गतिविधियों के कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार है। डीएसएचएम को यह भी सुनिश्चित करना था कि इस समझौता ज्ञापन के अंतर्गत सहमत राज्य पीआईपी का समर्थन करने के लिए उपलब्ध कराई गई धनराशि का उपयोग राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना के वित्तपोषण और नियमित व्यय जो राज्य सरकार की जिम्मेदारी है, के लिए किया जाता है।

7.5 प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए)

एनएचएम के अंतर्गत मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) सबसे महत्वपूर्ण घटक/कार्यक्रम है। कार्यक्रम में मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाएं शामिल हैं। कार्यक्रम का उद्देश्य यह है कि प्रत्येक गर्भवती महिला (गर्भवती महिलाओं) को प्रसव के समय देखभाल मिले, प्रसव संस्थागत हों और अन्य परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान की जाएं।

7.5.1 आरसीएच फ्लेक्सिपूल के अंतर्गत प्राप्त धनराशि और व्यय

आरएमएनसीएच को आरसीएच फ्लेक्सिबल पूल के माध्यम से वित्त पोषित किया जाता है जो एनएचएम फंडिंग के घटकों में से एक है। 2016-17 से 2021-22 के दौरान, आरएमएनसीएच से रा.रा.क्षे.दि.स. के लिए उपलब्ध ₹ 164.35 करोड़ की कुल धनराशि में से ₹ 94.98 करोड़ (57.79 प्रतिशत)

अप्रयुक्त रह गए। निधियों का कम उपयोग 58.90 प्रतिशत (2016-17) से 93.03 प्रतिशत (2019-20) तक था जो दर्शाता है कि रा.रा.क्षे.दि.स. कार्यक्रम को पर्याप्त रूप से लागू नहीं कर रही थी। यह भी देखा गया कि डीएसएचएस के खातों में अंतिम शेष (2018-19) अगले वित्तीय वर्ष (2019-20) के प्रारंभिक शेष से मेल नहीं खाता।

2016-17 से 2017-18 के दौरान प्रशिक्षण घटक के अंतर्गत उपलब्ध धनराशि ₹ 403.92 लाख के प्रति केवल ₹ 40.67 लाख (10.07 प्रतिशत) का उपयोग किया गया।

विभाग ने उत्तर दिया (मार्च 2022) कि कोविड-19 के कारण कई अस्पतालों को कोविड अस्पतालों में बदल दिया गया था इसलिए नियमित और निवारक बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित हुईं। इसमें यह भी कहा गया कि मानव संसाधन महत्वपूर्ण है और कार्यक्रम चलाने में उनकी भर्ती एक मुद्दा थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि महामारी से पहले की अवधि के दौरान भी स्थिति ऐसी ही थी।

7.5.2 मातृ स्वास्थ्य देखभाल

गर्भावस्था प्रसवोत्तर प्रसव और महिलाओं के स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करने वाला मातृ स्वास्थ्य देखभाल पैकेज एनएचएम का एक महत्वपूर्ण घटक था, क्योंकि इसका महिलाओं के स्वास्थ्य, नवजात शिशु के तत्काल अस्तित्व और बच्चों के दीर्घकालिक कल्याण पर गहरा प्रभाव पड़ता है। मातृ स्वास्थ्य में सुधार के लिए प्रमुख रणनीतियों में सुविधा विकास के माध्यम से कुशल प्रसूति देखभाल तक बेहतर पहुंच, प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल की कवरेज और गुणवत्ता में वृद्धि, कुशल जन्म उपस्थिति, संस्थागत प्रसव आदि तक पहुंच में वृद्धि शामिल है। दिल्ली सरकार मातृ स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए विभिन्न कार्यक्रम अर्थात् जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), प्रधान मंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) और लक्ष्य¹ आदि कार्यान्वित कर रही है।

¹ लेबर रूम की गुणवत्ता में सुधार की पहल

7.5.3 मातृ स्वास्थ्य देखभाल के अन्तर्गत रणनीतिक हस्तक्षेप

मातृ स्वास्थ्य देखभाल के लिए कार्यनीतिक हस्तक्षेपों पर निम्नलिखित पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

(ए) प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी)

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी प्रसवपूर्व देखभाल और जन्म के समय कुशल परिचारिका के लिए दिशानिर्देश, 2010 का उद्देश्य सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को हीमोग्लोबिन, रक्त समूहन, मूत्र परीक्षण, टेटनस टॉक्सॉयड (टीटी) की दो खुराक के प्रबंधन जैसी उचित जांच सुनिश्चित करने के लिए चार एएनसी प्रदान करना तथा 100 आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) गोलियां उपलब्ध कराना है। प्रगति की निगरानी के लिए पहली एएनसी 12 सप्ताह के भीतर, दूसरी 14-26 सप्ताह के भीतर, तीसरी 28-34 सप्ताह के भीतर और चौथी जांच गर्भावस्था की अवधि तक 36 सप्ताह के भीतर प्रदान की जानी थी।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पोर्टल के अनुसार अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान दिल्ली में एएनसी पंजीकरण और प्रदान की गई सेवाओं की स्थिति तालिका 7.1 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.1: गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई प्रसवपूर्व सेवाएं

वर्ष	एएनसी के लिए पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाएं (पीडब्ल्यू)	पहली तिमाही के भीतर पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या (12 सप्ताह)	चार एएनसी जांचें प्राप्त गर्भवती महिलाओं की संख्या	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिसे चार एएनसी जांचें नहीं मिले	गर्भवती महिलाएँ जिन्हें टीटी1 प्राप्त हुआ	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टीटी2 प्राप्त हुआ	जिन गर्भवती महिलाओं को 100 आईएफए गोलियां मिलीं
2016-17	9,93,842	3,25,393	5,63,171	4,30,671	2,87,858	2,52,056	5,24,760
2017-18	9,82,022	3,25,818	3,61,594	6,20,428	2,86,564	2,28,339	4,41,010
2018-19	9,31,041	3,35,500	4,07,668	5,23,373	2,97,500	2,35,993	4,77,566
2019-20	7,21,322	3,27,469	4,07,582	3,13,740	2,32,814	1,85,663	4,68,981
2020-21	5,35,699	2,36,122	2,86,493	2,49,206	2,08,543	1,58,210	4,30,465
2021-22	462620	211345	319256	143364	248712	193422	378351
2022-23 (सितंबर 2022 तक)	270703	119879	184685	86018	146783	122289	204707
कुल	48,97,249	18,81,526	25,30,449	23,66,800	17,08,774	13,75,972	29,25,840
प्रतिशतता		38.42	51.67	48.33	34.89	28.10	59.74

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस)

तालिका 7.1 से यह देखा जा सकता है कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 48.97 लाख पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से, 23.67 लाख (48.33 प्रतिशत) को सभी चार एनसी प्रदान नहीं किए गए थे। इसके अलावा, ₹ 18.82 लाख (38.42 प्रतिशत) महिलाओं ने गर्भावस्था की पहली तिमाही के भीतर पंजीकरण कराया था। टेटनस टॉक्सॉइड (टीटी) शॉट प्राप्त करने वाली महिलाओं की प्रतिशतता में कमी थी जैसाकि 34.89 प्रतिशत और 28.10 प्रतिशत महिलाओं को क्रमशः टीटी-1 और टीटी-2 प्राप्त हुआ था। इसी प्रकार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 59.74 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड की 100 गोलियाँ मिली थीं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग एनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का पता लगाने और यह सुनिश्चित करने में सक्षम नहीं था कि क्या उन सभी को सही समय अंतराल पर निर्धारित मात्रा में एनसी जांच, टीटी और आईएफए टैबलेट प्राप्त हुए थे।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि कमी का कारण दो या अधिक सुविधाओं पर एनसी के लिए गर्भवती महिलाओं का एकाधिक पंजीकरण था। इसमें आगे कहा गया है कि सभी सुविधाओं को एचएमआईएस पोर्टल पर पंजीकृत एनसी गर्भवती महिलाओं की रिपोर्ट दर्ज करने का निर्देश दिया गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग को सिस्टम में एनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के अद्वितीय रिकॉर्ड की प्रविष्टि सुनिश्चित करनी चाहिए थी।

सिफारिश 7.1: सरकार को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संपूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल और प्रसवोत्तर जांच की जाए। साथ ही सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को टीटी का टीका एवं आईएफए गोलियाँ उपलब्ध करायी जाये।

(बी) एचआईवी और एसटीआई/आरटीआई संक्रमणों के लिए गर्भवती महिलाओं का परीक्षण

भारत सरकार द्वारा जारी आरएमएनसीएच+ए दिशानिर्देशों (जनवरी 2013) ने माता-पिता से बच्चे में ह्यूमन इम्यूनोडिफेन्सिअन्सी वायरस (एचआईवी) के

संचरण को बच्चों में नए और उभरते एचआईवी संक्रमण के प्रमुख मार्ग के रूप में पहचाना और पीडब्ल्यू की सार्वभौमिक गोपनीय एचआईवी स्क्रीनिंग को नियमित एएनसी जांच का एक अभिन्न अंग के रूप में शामिल करने का सुझाव दिया। यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई) और प्रजनन पथ संक्रमण (आरटीआई) गर्भपात, मृत जन्म, समय से पहले प्रसव, जन्म के समय कम वजन, प्रसवोत्तर सेप्सिस और जन्मजात संक्रमण सहित गर्भावस्था के कई प्रतिकूल परिणामों से जुड़े हैं। इसलिए, एसटीआई/आरटीआई प्रबंधन को गर्भावस्था देखभाल से जोड़ा जाना चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान एएनसी जांच के लिए पंजीकृत 48.97 लाख गर्भवती महिला में से 17.72 लाख (36.18 प्रतिशत) और 9.26 लाख (18.91 प्रतिशत) का अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान क्रमशः एचआईवी और एसटीआई/आरटीआई के लिए परीक्षण किया गया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि इस अवधि के दौरान एचआईवी से पीड़ित गर्भवती माताओं के 7,720 मामले सामने आए। गर्भवती महिला का परीक्षण न होने के कारण ऐसे और भी मामले पकड़ में आने से बच जाने की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि एचआईवी और आरटीआई परीक्षण में कमी का कारण यह है कि एक ही गर्भवती महिला का दो से तीन सुविधाओं पर पंजीकरण किया जा रहा था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग को सिस्टम में एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के अद्वितीय रिकॉर्ड की प्रविष्टि सुनिश्चित करनी चाहिए थी।

सिफारिश 7.2: सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एचआईवी और आरटीआई/एसटीआई परीक्षणों के लिए जांच की जानी चाहिए।

(सी) सिजेरियन सेक्शन प्रसव

डब्ल्यूएचओ के अनुसार सी-सेक्शन मातृ और शिशु जीवन को बचाने में प्रभावी है, परंतु केवल तभी जब चिकित्सकीय रूप से सांकेतिक कारणों से इसकी आवश्यकता हो। सी-सेक्शन के लिए आदर्श दर 10 से 15 प्रतिशत के बीच होनी चाहिए। एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, सी-सेक्शन प्रसव का राष्ट्रीय औसत 21.25 प्रतिशत था। इसके अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य

सुविधा केंद्रों (17.7 प्रतिशत) की तुलना में निजी संस्थानों में सी-सेक्शन प्रसव अधिक (42.8 प्रतिशत) थी।

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 15.94 लाख संस्थागत प्रसव के प्रति सी-सेक्शन प्रसव का प्रतिशत 31.67 प्रतिशत था। प्रतिशत में भिन्नता 29.19 प्रतिशत (2017-18) और 34.66 प्रतिशत (2021-22) के बीच थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि स्वास्थ्य सुविधाओं को अनावश्यक सीजेरियन सेक्शन से बचने का निर्देश दिया गया था। इसमें आगे कहा गया कि सभी सार्वजनिक और निजी सुविधाओं के साथ सीजेरियन सेक्शन संपरीक्षा दिशानिर्देश प्रसारित किए गए हैं ताकि वे हर महीने संपरीक्षा करके उसकी रिपोर्ट साझा कर सकें। तथापि विभाग ने उक्त दिशानिर्देशों की प्रति और उस तारीख को संलग्न नहीं किया था जिस दिन दिशानिर्देश जारी किए गए थे।

(डी) प्रसव के 48 घंटे के भीतर माताओं को छुट्टी देना और प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) के हिस्से के रूप में, एक महिला को प्रसव के बाद कम से कम 48 घंटे तक रुकना पड़ता है। एनआरएचएम दिशानिर्देश यह भी प्रावधान करता है कि प्रसवोत्तर² अवधि के पहले 48 घंटे और उसके बाद पहला एक सप्ताह माता और नवजात शिशु दोनों के स्वास्थ्य और अस्तित्व के लिए सबसे महत्वपूर्ण अवधि है। सभी मामलों में प्रसव/जन्म के छह सप्ताह के भीतर माता के लिये कम से कम तीन प्रसवोत्तर दौरें और नवजात शिशु के लिए छह प्रसवोत्तर दौरें किये जाने चाहिए। घर पर प्रसव के मामले में, पहला दौरा जन्म के चौबीस घंटे के भीतर होना चाहिए। संस्थागत प्रसव के मामले में, दूसरा और तीसरा दौरा प्रसव के बाद तीसरे और सातवें दिन होना चाहिए।

अप्रैल 2016 से सितम्बर 2022 के दौरान माता की प्रसवोत्तर जांच की स्थिति तालिका 7.2 में दर्शाई गई है।

² प्रसवोत्तर अवधि बच्चे के जन्म के तुरंत बाद शुरू होती है और लगभग छह सप्ताह तक चलती है, क्योंकि माता का शरीर, हार्मोन के स्तर और गर्भाशय के आकार सहित, उस समय तक गैर-गर्भवती अवस्था में वापस आ जाता है।

तालिका 7.2: माता की प्रसवोत्तर जांच की स्थिति

अवधि	कुल प्रसव (घर + संस्थागत)	किए गए संस्थागत प्रसवों की संख्या (सी-सेक्शन सहित)	कुल संस्थागत प्रसव में से प्रसव के 48 घंटे के भीतर छुट्टी पाने वाली महिलाओं की संख्या	घरेलू प्रसव के 48घण्टों से 14दिन के भीतर पहली जांच कराने वाली महिलायें	घरेलू प्रसव के 48घण्टों से 14 दिन के भीतर पहली जांच कराने वाली महिलायें (प्रतिशत में)
2016-17	271514	255017	99065	168874	62.20
2017-18	271991	260117	110520	171179	62.94
2018-19	283717	271485	110124	149479	52.69
2019-20	286281	275161	107041	142984	49.95
2020-21	206603	195481	82631	78265	37.88
2021-22	227936	217255	90350	78165	34.29
सितंबर 2022 तक	123602	119643	46609	37634	30.45
	1671644	1594159	646340	826580	

स्रोत: एचएमआईएस पोर्टल

तालिका 7.2 से यह देखा जा सकता है कि -

- अप्रैल 2017 से सितंबर 2022 के दौरान दर्ज किए गए संस्थागत प्रसवों के 15.94 लाख मामलों में से, 6.46 लाख मामलों (40.54 प्रतिशत) में माताओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी दे दी गई।
- 16.71 लाख प्रसवों में से केवल 8.27 लाख (49.45 प्रतिशत) माताओं को प्रसव के 48 घंटे से 14 दिन के बीच प्रसवोत्तर जांच प्राप्त हुई।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रसव के बाद पहले 48 घण्टे पूरे प्रसवोत्तर अवधि में सबसे महत्वपूर्ण होते हैं। प्रसवोत्तर अवधि की अधिकांश प्रमुख जटिलतायें जैसे प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव, एकलम्पसिया, जो मातृ मृत्यु का कारण बन सकती हैं, इसी अवधि के दौरान होती हैं। इस प्रकार, अपर्याप्त अस्पताल सुविधाओं के कारण, सभी मामलों में माता और नवजात शिशु की विशेष रूप से प्रसव के बाद 48 घंटे के दौरान चिकित्सा देखभाल सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि अस्पतालों में उच्च बिस्तर अधिभोग दर के कारण, एक बिस्तर पर अपने नवजात शिशु के साथ महिलाओं की संख्या दोगुनी हो गई थी और माताओं तथा नवजात शिशुओं के लिए संक्रमण के उच्च जोखिम को बढ़ने से रोकने के लिए गैर-उच्च जोखिम वाले प्रसव डिलिवरी में प्रसव के 48 घंटों के भीतर माताओं को छुट्टी दी जा रही थी।

इसमें यह भी कहा गया कि अस्पतालों को प्रसव के 48 घंटे के बाद महिलाओं को छुट्टी देने का निर्देश दिया गया है।

आरसीएच पोर्टल के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 के दौरान, पीएनसी के लिए पंजीकृत 18.88 लाख महिलाओं में से केवल 55,015 गर्भवती महिलाओं (2.92 प्रतिशत) ने सभी निर्धारित पीएनसी जांच प्राप्त की, जबकि 6.29 लाख (33.35 प्रतिशत) महिलाओं ने पीएनसी के लिए पंजीकरण कराया तथा कोई पीएनसी प्राप्त नहीं की। इस प्रकार, विभाग पीएनसी के लिए पंजीकृत महिलाओं का पता लगाने में सक्षम नहीं था और यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि उन सभी की निर्धारित समय अंतराल पर निर्धारित संख्या में पीएनसी जांच हुई थी।

(ई) घर पर होने वाले प्रसव में प्रशिक्षित स्वास्थ्य पेशेवर का उपस्थित नहीं होना

भारत सरकार एक कुशल जन्म परिचारक (एसबीए) को एक ऐसे व्यक्ति के रूप में मानती है जो सामान्य प्रसूति और नवजात की आपात स्थितियों को संभाल सकता है और जब कोई स्थिति उसकी क्षमता से परे एक बिंदु तक पहुंच जाती है तो उसे समय पर पता लगाने और पहचानने में सक्षम होता है, तथा महिला/नवजात शिशु को बिना किसी देरी के उचित सुविधा के लिए ले जाया जाता है। एसबीए को प्रसव कराने के लिए एक प्रशिक्षित स्वास्थ्य पेशेवर जैसे डॉक्टर/नर्स/सहायक नर्स और दाई (एएनएम) के रूप में परिभाषित किया गया है। जबकि गैर-एसबीए में प्रशिक्षित जन्म परिचारक, रिश्तेदार आदि शामिल होते हैं।

एनएफएचएस-5 रिपोर्ट में यह भी पाया गया है कि कुशल स्वास्थ्य कर्मियों³ द्वारा घर पर जन्म लेने वाले बच्चे का प्रतिशत 2015-16 में 3.6 प्रतिशत से घटकर 2019-21 के दौरान 2.3 प्रतिशत हो गया। इसके अलावा, घर में जन्में नवजात शिशु देखभाल (एचबीएनसी) में “आशा” द्वारा बीमारी का शीघ्र पता लगाने और स्वच्छता प्रथाओं को बढ़ावा देने के लिए घर का दौरा कराने की व्यवस्था है।

³ डॉक्टर/नर्स/एलएचवी/एएनएम/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मी

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान, 77,485 घर पर होने वाले प्रसवों में से 2,076 (2.68 प्रतिशत) एसबीए की देखरेख में हुए।

इस प्रकार, स्वच्छ परिस्थितियों में और कुशल जन्म परिचारक (एसबीए) की देखरेख में घर पर प्रसव सुनिश्चित नहीं किया जा रहा था।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि एसबीए प्रसव के समय क्षेत्र में उपलब्ध होते हैं, परंतु ज्यादातर मामलों में, दाईयां ऐसे ग्राहकों के लिए प्रसव करा रही थी, इसलिए इसे गैर-एसबीए के रूप में दर्ज किया गया है।

उत्तर इस तथ्य की पुष्टि करता है कि ज्यादातर मामलों में, प्रसव में दाई शामिल होती थी, जिनके पास प्रसव के दौरान उत्पन्न होने वाली विभिन्न जटिलताओं से निपटने के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण नहीं हो सकता है।

(एफ) जन्म के समय कम वजन वाले (एलबीडब्ल्यू) बच्चे

डब्ल्यूएचओ ने जन्म के समय कम वजन (एलबीडब्ल्यू) वाले शिशुओं को ऐसे शिशुओं के रूप में परिभाषित किया है जिनका जन्म के समय वजन 2,499 ग्राम या उससे कम है। राष्ट्रीय स्तर पर एलबीडब्ल्यू का औसत 12.4 प्रतिशत है। कार्यक्रम के दिशानिर्देशों के अनुसार, जन्म के समय कम वजन के कारण विकास में बाधा, उच्च मृत्यु दर और पुरानी वयस्क बीमारियों का खतरा अधिक होता है।

एनएचएम के अंतर्गत आरसीएच कार्यक्रम अन्य बातों के साथ-साथ गर्भावस्था के दौरान एनीमिया और आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) अनुपूरण, कैल्शियम अनुपूरण आदि के लिए गर्भवती महिलाओं की जांच करता है।

सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एएनसी की स्थिति पर पैरा 7.5.3 (ए) में चर्चा की गई है, जिसमें अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान केवल 59.74 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को 100 आयरन फोलिक एसिड की गोलियां मिली थीं।

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान, 16.06 लाख में से 3.55 लाख (22.10 प्रतिशत) का जन्म एलबीडब्ल्यू के

साथ हुआ था। उक्त अवधि के दौरान एलबीडब्ल्यू का प्रतिशत 19.60 प्रतिशत (2017-18) से 26.04 प्रतिशत (2021-22) के बीच था।

यह देखा जा सकता है कि एलबीडब्ल्यू 22 प्रतिशत के आसपास रहा जो कि 12.4 प्रतिशत के राष्ट्रीय औसत से अधिक था जो दर्शाता है कि गर्भवती महिलाओं को उचित देखभाल सुनिश्चित करने में रा.रा.क्षे.दि.स. के प्रयास अपर्याप्त थे।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि सभी पीडब्ल्यू को पोषण संबंधी परामर्श देने, हीमोग्लोबिन के स्तर का परीक्षण कराने की सभी सुविधाओं और कुपोषित गर्भवती महिलाओं को पोषण संबंधी सहायता/आहार अनुपूरक के लिए निकटतम आंगनबाड़ियों से जोड़ने के निर्देश जारी किए गए हैं।

(जी) मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर)

मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर) प्रसूति देखभाल की गुणवत्ता में सुधार और मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण रणनीति होती है। प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा को दी गई सुविधाओं में होने वाली सभी मौतों की समीक्षा करना और संबंधित जिले के सीएमओ को रिपोर्ट भेजना आवश्यक होता है। सीएमओ की एमडीआर समिति को सभी रिपोर्टों की समीक्षा करने और भविष्य में जहां भी संभव हो ऐसी मौतों को रोकने के लिए पर्याप्त कदम उठाने की आवश्यकता है। 2016-21 के दौरान मातृ मृत्यु समीक्षा की स्थिति तालिका 7.3 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.3: मातृ मृत्यु समीक्षा की स्थिति

अवधि	अवधि के दौरान दर्ज की गई मातृ मृत्यु की संख्या	सीएमओ की जिला एमडीआर समिति द्वारा मातृ मृत्यु की समीक्षा	समीक्षा की गई मातृ मृत्यु की प्रतिशतता
2016-17	508	262	51.57
2017-18	584	354	60.62
2018-19	610	230	37.70
2019-20	603	339	56.22
2020-21	517	216	41.78
2021-22	638	332	52.04
2022-23 (सितम्बर 22 तक)	317	250	78.86
कुल	3777	1983	52.50

स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध करायी गयी जानकारी

जैसा कि देखा जा सकता है, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान दिल्ली में हुई मातृ मृत्यु में से केवल 1,983 (52.50 प्रतिशत) की समीक्षा की गई। मातृ मृत्यु की व्यापक समीक्षा के अभाव में, सरकार भविष्य में इसी तरह के कारणों से होने वाली मातृ मृत्यु को रोकने के लिए उपाय करने की स्थिति में नहीं थी।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि सभी जिले अपनी अनुमेय सीमा के भीतर सीडीएमओ की अध्यक्षता में नियमित रूप से एमडीआर का संचालन करते हैं तथा वित्तीय वर्ष 2020-21 में जिले और सुविधा केन्द्रों में कार्यरत कर्मचारी कोविड से संबंधित गतिविधियों में शामिल थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि कोविड 19 से पहले एमडीआर समीक्षा की प्रतिशतता केवल 37.70 प्रतिशत (2018-19) से 60.62 प्रतिशत (2017-18) मामलों के बीच थी।

7.5.4 योजनाओं का कार्यान्वयन

एनएचएम के अंतर्गत विभिन्न कार्यक्रमों/योजनाओं की लेखापरीक्षा पर नीचे चर्चा की गई है:

7.5.4.1 जननी सुरक्षा योजना

एनएचएम के अंतर्गत जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) एक सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप है जिसे 2005 से गरीबी रेखा से नीचे वाले पीडब्ल्यू, एससी पीडब्ल्यू, एसटी पीडब्ल्यू इत्यादि के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से कार्यान्वित किया जा रहा है। इस योजना में प्रसव और प्रसव के बाद की देखभाल के साथ नकद सहायता समन्वित है। दिशानिर्देशों के अनुसार, जेएसवाई के अंतर्गत ₹ 700/- की नकद सहायता केवल ग्रामीण क्षेत्रों से आने वाले बीपीएल परिवारों की माताओं के लिए स्वीकार्य थी और उच्च निष्पादन वाले राज्य होने के कारण दिल्ली में शहरी क्षेत्रों की माताओं के लिए ₹ 600/- की नकद सहायता स्वीकार्य थी।

2016-21 की अवधि के दौरान, 94,000 के लक्ष्य के प्रति केवल 50,975 पीडब्ल्यू (54 प्रतिशत) जेएसवाई के अंतर्गत लाभ के लिए पंजीकृत थे। उक्त

अवधि के दौरान लक्ष्य के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू की प्रतिशतता 27 प्रतिशत (2020-21) से 72 प्रतिशत (2016-17) के बीच थी।

कुल मिलाकर, 2016-17 से 2020-21 के दौरान बजट का केवल 51 प्रतिशत उपयोग किया गया था। उक्त अवधि के दौरान निधियों की उपयोग प्रतिशतता 23 प्रतिशत (2020-21) से 70 प्रतिशत (2017-18) के बीच थी।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि योग्य लोग प्रवासी आबादी से थे और उनके पास बैंक खाता, आधार कार्ड आदि जैसे पूरे दस्तावेज नहीं थे। यह भी कहा गया कि डीबीटी मोड में भुगतान में बदलाव के कारण, खाता कर्मियों सहित जिला और सुविधा कर्मचारी पीएफएमएस पोर्टल के माध्यम से भुगतान करने में पारंगत नहीं थे और प्रोत्साहन की बहुत कम राशि को देखते हुए जेएसवाई पंजीकरण को ज्यादा बढ़ावा नहीं दिया जा सका।

लेखापरीक्षा ने चयनित तीन जिलों के आंकड़ों का भी विश्लेषण किया, जिससे पता चला कि-

- 2018-19 से 2020-21 के दौरान दक्षिण-पूर्व, उत्तर-पश्चिम और नई दिल्ली जिले में रिपोर्ट की गई 4772, 93,897 और 56405 प्रसव के प्रति क्रमशः केवल 254 (5.32 प्रतिशत), 5,372 (5.72 प्रतिशत) और 1821 (3.23 प्रतिशत) पीडब्ल्यू को प्रोत्साहन भुगतान के लिए लाभार्थियों के रूप में पहचाना गया था।
- 2018-19 से 2020-21 की अवधि के दौरान दक्षिण-पूर्व, उत्तर-पश्चिम और नई दिल्ली जिलों से संबंधित 254, 5372 और 1821 पीडब्ल्यू में से, क्रमशः 18, 773 और 72 पीडब्ल्यू को प्रोत्साहन मिला। योजना के अंतर्गत प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं करने का कारण रिपोर्ट में नहीं बताया गया।

इस प्रकार, उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग चिन्हित लाभार्थियों को भी वित्तीय सहायता प्रदान करने में विफल रहा। इसके अलावा, सुविधा केन्द्रों पर तैनात कर्मचारियों को पीएफएमएस के माध्यम से भुगतान को सुव्यवस्थित करने के लिए प्रशिक्षित नहीं किया गया था। यह वंचित लोगों के प्रति विभाग के उदासीन रवैये को दर्शाता है।

7.5.4.2 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

जून 2011 में शुरू किया गया जेएसएसके सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में सभी गर्भवती महिलाओं के लिए सामान्य प्रसव, सी-सेक्शन और बीमार नवजात शिशु (जन्म के 30 दिन बाद तक) के इलाज सहित कैशलेस सेवाओं को सुनिश्चित करने की एक पहल है। जेएसएसके के अंतर्गत पीडब्ल्यू की पात्रता में सी-सेक्शन सहित शून्य व्यय वितरण, मुफ्त दवाएं और उपभोग्य वस्तुएं, मुफ्त निदान, स्वास्थ्य संस्थानों में रहने के दौरान मुफ्त आहार, रक्त का मुफ्त प्रावधान, घर से स्वास्थ्य संस्थानों तक मुफ्त परिवहन सुविधाएं और स्वास्थ्य संस्थानों से वापस लाने की सुविधाएं शामिल हैं।

ए. जेएसएसके के अंतर्गत प्रति प्रसव जेब से खर्च

जेएसएसके योजना का उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुंचने वाले सभी गर्भवती महिलाओं और बीमार नवजात शिशुओं को मुफ्त और कैशलेस सेवाएं प्रदान करना था। 2019-21 की अवधि के लिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (एनएफएचएस-5) रिपोर्ट के अनुसार, दिल्ली में सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों (शहरी क्षेत्रों) में प्रति प्रसव जेब से खर्च ₹ 2,577 था।

विभाग ने कहा कि 2015-16 के दौरान प्रति प्रसव जेब से खर्च ₹ 8,518 था जो 2019-21 में घटकर ₹ 2,548 हो गया।

तथ्य यह है कि सिजेरियन सेक्शन के मामलों सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में पीडब्ल्यू को मुफ्त प्रसव कराने का उद्देश्य हासिल नहीं किया जा सका।

बी. गर्भवती महिलाओं को निःशुल्क आहार एवं अन्य सुविधाएं

योजना की सफलता सेवा चाहने वालों के अधिकारों के ज्ञान और सेवा प्रतिबद्धताओं को पूरा करने की राज्य की क्षमता पर निर्भर करती है। 2016-17 से 2020-21 की अवधि हेतु एएनसी के लिए एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार पंजीकृत पीडब्ल्यू की कुल संख्या 41.64 लाख थी, जिसमें से केवल

12.50 लाख लाभार्थी⁴ (30 प्रतिशत) आहार, परिवहन, दवा और उपभोज्य आदि जैसी मुफ्त सेवाओं का लाभ उठाकर लाभान्वित हुए थे।

कुल मिलाकर, केवल 22 प्रतिशत और 70 प्रतिशत लाभार्थियों ने क्रमशः मुफ्त परिवहन और मुफ्त आहार सुविधाओं का लाभ उठाया। उक्त अवधि के दौरान मुफ्त परिवहन का लाभ उठाने वाले लाभार्थियों का प्रतिशत 14 प्रतिशत (2019-20) से 28 प्रतिशत (2018-19) के बीच था और जिन्हें मुफ्त आहार मिला, उनका प्रतिशत 63 प्रतिशत (2018-19) से 80 प्रतिशत (2016-17) के बीच था।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि गर्भवती महिलाओं को उनकी प्रसवपूर्व सेवाओं के दौरान और प्रसव सेवाओं के दौरान कई सेवाएं प्रदान की जाती हैं, जैसे कि आहार, दवाइयां और उपभोग्य वस्तुएं, रक्त आधान, निदान और परिवहन। इसलिए प्रत्येक सेवा के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा प्रत्येक व्यक्तिगत गर्भवती महिलाओं और बीमार शिशु के लिए इतना रिकॉर्ड रखना व्यावहारिक रूप से संभव नहीं है। इस प्रकार, वे एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं और स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों द्वारा किए गए प्रसव के अनुपात में एक अनुमानित आंकड़ा प्रदान करते हैं।

सी. जेएसएसके योजना में डेटा की असंगति

वर्ष 2017-18 से 2020-21 की वार्षिक रिपोर्ट के अनुसार, 9.83 लाख लाभार्थियों को मुफ्त दवाइयां और उपभोग्य वस्तुएं तथा 6.62 लाख को मुफ्त आहार मिला। तथापि एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, केवल 7.59 लाख और 5.37 लाख लाभार्थियों ने क्रमशः मुफ्त दवाई एवं उपभोज्य और मुफ्त आहार का लाभ उठाया। निदान सेवाओं में भी यही डेटा असंगतता पाई गई।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि वह रिपोर्ट प्रस्तुत करने में एकरूपता के लिए प्रयास कर रहा है।

डी. जेएसएसके के अंतर्गत शिकायतों के मामले

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी शिकायत निवारण दिशानिर्देश अन्य बातों के साथ-साथ हेल्प डेस्क, कॉल सेंटर और वेब

⁴ जेएसएसके के वार्षिक प्रतिवेदन के अनुसार

पोर्टल के माध्यम से स्वास्थ्य हेल्पलाइन प्रणाली स्थापित करने का प्रावधान करते हैं। वार्षिक रिपोर्टों के अनुसार, 2016-21 के दौरान मुफ्त पात्रता से संबंधित कोई शिकायत/परिवाद मामले प्राप्त नहीं हुए। यह दर्शाता है कि या तो राज्य और जिला स्तर के जेएसएसके/आरसीएच नोडल अधिकारी शिकायतों के मामलों की रिपोर्ट नहीं कर रहे थे या विभाग ने निवारण तंत्र, यदि कोई है, के बारे में जानकारी नहीं बनाई और आम जनता के बीच प्रसारित नहीं की।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि दिल्ली सरकार जेएसएसके योजना के अंतर्गत मुफ्त सेवाएं प्रदान करने के लिए सभी प्रयास कर रही है। यदि किसी सुविधा पर गर्भवती महिलाओं या उसके रिश्तेदार से कोई शिकायत प्राप्त होती है तो उन्हें वहीं पर समाधान किया जाता है।

लेखापरीक्षा का विचार है कि भले ही शिकायतों का समाधान कर दिया गया हो, प्रणालीगत कमियों और सुधारात्मक कार्रवाई के लिए उनका विश्लेषण करने की आवश्यकता है और इसलिए, इस संबंध में उचित रिकॉर्ड बनाए रखने की आवश्यकता है।

7.5.4.3 प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान कार्यक्रम

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) जून, 2016 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा शुरू किया गया था। पीएमएसएमए हर महीने की 9 तारीख को सभी गर्भवती महिलाओं (दूसरी और तीसरी तिमाही में) को सार्वभौमिक रूप से निश्चित दिन सुनिश्चित, व्यापक और गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करता है। जबकि गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व देखभाल नियमित रूप से प्रदान की जाती है, पीएमएसएमए के अंतर्गत सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों पर ओबीजीवाई विशेषज्ञों/रेडियोलॉजिस्ट/चिकित्सकों द्वारा विशेष एएनसी सेवाएं प्रदान की जाती हैं। अभियान के महत्वपूर्ण घटकों में से एक उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं की पहचान और उस पर अनुवर्ती कार्रवाई तथा उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं के मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड में लाल स्टीकर जोड़ा जाता है।

ए. पीएमएसएमए कार्यक्रम के अंतर्गत राज्य एवं जिला स्तरीय बैठक नहीं की गयी

पीएमएसएमए के परिचालन ढांचे के अनुसार, प्रारंभिक गतिविधियों में राज्य और जिला स्तरीय समन्वय समितियों की स्थापना शामिल थी तथा कार्यक्रम को सही दिशा में आगे बढ़ाने के लिए नियमित बैठकें आयोजित की जानी आवश्यक थीं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि यद्यपि राज्य स्तरीय समिति का गठन मई 2016 में किया गया था, वर्ष 2017-18 से 2020-21 के दौरान केवल एक बैठक आयोजित की गई (मई 2016) और जिला स्तर पर कोई बैठक आयोजित नहीं की गई। इस प्रकार, योजना पर कोई राज्य और जिला स्तरीय समन्वय और निगरानी नहीं थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि सभी जिलों को जिला स्तरीय समिति के गठन के लिए जिला पीएमएसएमए नोडल की पहचान करने का निर्देश दिया गया था (जून 2016) और नाम सरकार के साथ साझा किए जाने थे। इसमें आगे कहा गया है कि जिला स्तरीय समिति का विवरण जिलों द्वारा साझा नहीं किया गया था।

यह विभाग द्वारा जारी निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु निगरानी की कमी को दर्शाता है।

बी. योजना के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं का कवरेज

विभाग द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार, पीएमएसएमए के अंतर्गत कुल 3.82 लाख गर्भवती महिलाएं पंजीकृत थीं। दिशानिर्देशों के अनुसार, गर्भावस्था के दूसरे/तीसरे तिमाही के दौरान सभी गर्भवती महिलाओं के लिए एक अल्ट्रासाउंड की सिफारिश की जाती है। 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान निश्चित दिन पर अल्ट्रासाउंड परीक्षण कराने वाली गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत 8.84 प्रतिशत (2019-20) से 16.56 प्रतिशत (2018-19) के बीच था।

2016-17 से 2020-21 के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि पीएमएसएमए के अंतर्गत पंजीकृत 3.82 लाख गर्भवती महिलाओं में से 16,557 (4.33 प्रतिशत) को उच्च जोखिम वाले गर्भवती महिलाओं के रूप में पहचाना

गया था। 2016-17 से 2020-21 के दौरान पहचाने गए उच्च जोखिम गर्भवती महिलाओं की प्रतिशत भिन्नता 1.61 प्रतिशत (2018-19) से 10.74 प्रतिशत (2020-21) के बीच थी। 16,557 पहचाने गए उच्च जोखिम वाले गर्भवती महिलाओं में से, केवल 7164 मामलों (44.75 प्रतिशत) का विवरण शहरी क्षेत्रों के विभिन्न ब्लॉक के संबंधित एएनएम और आशा के साथ अनुवर्ती कार्रवाई के लिए साझा किया गया था।

निर्धारित दिन पर अल्ट्रासाउंड प्राप्त करने वाली महिलाओं के प्रतिशत में कमी के संबंध में विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि यदि सुविधा केंद्रों द्वारा अल्ट्रासाउंड को नियमित प्रसवपूर्व क्लीनिकों में आयोजित किया जाता है, तो अल्ट्रासाउंड की संख्या स्वचालित रूप से कम हो जाएगी।

उत्तर ठोस नहीं है क्योंकि नियमित प्रसवपूर्व क्लीनिकों में अल्ट्रासाउंड कराने वाली गर्भवती महिलाओं की वास्तविक संख्या के बारे में कोई जानकारी उत्तर के समर्थन में प्रस्तुत नहीं की गई थी।

सी. गर्भवती महिलाओं को परामर्श सेवाएं

पीएमएसएमए दिशानिर्देश प्रावधान करते हैं कि अस्पताल/केंद्र छोड़ने से पहले, प्रत्येक गर्भवती महिलाओं को पोषण, प्रसवोत्तर परिवार नियोजन आदि से संबंधित जानकारी प्राप्त करने के लिए व्यक्तिगत रूप से या समूहों में परामर्श दिया जाना चाहिए।

विभाग ने गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई परामर्श सेवाओं का कोई डेटा नहीं रखा, जिसके अभाव में लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सका कि ये वास्तव में प्रदान की गई थीं।

डी. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार को मासिक रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की गई

पीएमएसएमए दिशानिर्देशों में निर्धारित है कि एएनएम को पीएमएसएमए के दौरान प्रदान की गई सेवाओं की जानकारी संकलित करनी है और केंद्र प्रभारी को जमा करनी है जो इसे बाद में जिला अधिकारियों को प्रस्तुत करेगा। राज्यों को जिलों द्वारा प्रस्तुत रिपोर्टों को संकलित करना होगा और इसे शिविरों के आयोजन के 15 दिनों के भीतर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

मंत्रालय को जमा करना होगा जैसाकि पीएमएसएमए के अंतर्गत आवश्यक था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को प्रस्तुत की जाने वाली जिला-वार रिपोर्ट संकलित नहीं की गई। पोर्टल पर 506 केंद्र पंजीकृत थे जिन्हें पोर्टल पर मासिक रिपोर्ट अपलोड करना आवश्यक था। 2018-19 से 2021-22 के दौरान, पोर्टल पर मासिक रिपोर्टें अपलोड करने वाले केंद्र 60 प्रतिशत (2019-20) और 25 प्रतिशत (2018-19) के बीच थे, जो योजना की अधूरी रिपोर्टिंग को दर्शाते हैं।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि पीएमएसएमए पोर्टल पीएमएसएमए कार्यक्रम के शुरू होने के बहुत बाद में शुरू किया गया था और पिछले दो वर्षों में, कई केंद्र ने पीएमएसएमए पोर्टल पर नामांकन किया है परंतु कुछ संगठन जैसे सीजीएचएस, निजी केंद्रों आदि पीएमएसएमए कार्यक्रम में सक्रिय रूप से भाग नहीं ले रहे थे और इसलिए, पीएमएसएमए पोर्टल पर लगातार रिपोर्ट जमा नहीं की जा रही है।

उत्तर भ्रामक है क्योंकि इसने सीधे अपनी देखरेख में केंद्रों के संबंध में रिपोर्टिंग की कमी पर कोई टिप्पणी नहीं की।

(ई) कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को विशिष्ट सेवाएं प्रदान नहीं की गईं

दिशानिर्देशों के अनुसार, एएनएम और स्टाफ नर्सों को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि ओबीजीवाई/चिकित्सा अधिकारी द्वारा लाभार्थी की जांच करने से पहले सभी बुनियादी प्रयोगशाला जांचें की गई हैं।

कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई विशिष्ट सेवाओं की स्थिति तालिका 7.4 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.4: पीएमएसएमए के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई सेवाओं की स्थिति

अवधि	पीएमएसएमए के अंतर्गत प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	ओबीजीवाईएन विशेषज्ञ द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	एमबीबीएस डॉक्टर द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	हीमोग्लोबिन जांच के लिए पीडब्ल्यू	रक्त समूह की जांच के लिए पीडब्ल्यू	मूत्र एल्बुमिन के परीक्षण के लिए पीडब्ल्यू	ओजीटी टी द्वारा जीडीएम का परीक्षण के लिए पीडब्ल्यू	पीएमएसएमए के अंतर्गत एचआईवी जांच के लिए पीडब्ल्यू
2016-17	40116	0	0	21208	0	0	8785	11661
2017-18	99063	0	36	54075	0	35	37637	24021
2018-19	95002	366	1275	46470	798	830	31496	24727
2019-20	86550	36683	57608	41245	25193	36711	22238	69516
2020-21	31077	14817	18158	10625	8188	11549	6532	19261
2021-22	44516	17807	26647	15760	11165	17201	8878	28194
2022-23 (सितंबर 2022 तक)	24571	10818	14279	7444	5626	8578	4521	16230
कुल	420895	80491	118003	196827	50970	74904	120087	193610
<i>प्रतिशत में</i>		19.12	28.04	46.76	12.11	17.80	28.53	46.00

स्रोत: पीएमएसएमए पोर्टल

हीमोग्लोबिन, रक्त समूह, मूत्र एल्बुमिन और एचआईवी के लिए बुनियादी प्रयोगशाला जांच से गुजरने वाली गर्भवती महिलाओं का कुल प्रतिशत क्रमशः 46 प्रतिशत, 12 प्रतिशत, 18 प्रतिशत और 46 प्रतिशत था।

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 की अवधि के दौरान पंजीकृत केवल 47.16 प्रतिशत (4,20,895 में से 1,98,494) पीडब्ल्यू को ओबीजीवाईएन विशेषज्ञ और एमबीबीएस डॉक्टरों द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त हुई थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि इसका कारण स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा डेटा को समझने में कुछ त्रुटि हो सकती है, इसलिए उचित डेटा प्रस्तुत नहीं किया गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि लेखापरीक्षा टिप्पणी केवल पीएमएसएमए कार्यक्रम के अंतर्गत पंजीकृत लाभार्थियों पर आधारित है और डेटा अखंडता भी विभाग की जिम्मेदारी थी।

7.5.4.4 एनएचएम के अंतर्गत 'लक्ष्य' कार्यक्रम

2017 में शुरू किए गए 'लक्ष्य' कार्यक्रम का उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में लेबर रूम और मैटरनिटी ऑपरेशन थिएटर (ओटी) में देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करना है, जिसका मूल्यांकन एनक्यूएस (राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक) के माध्यम से किया जाएगा। एनक्यूएस पर 70 प्रतिशत स्कोर प्राप्त करने वाले प्रत्येक केंद्र को 'लक्ष्य' प्रमाणित सुविधा के रूप में प्रमाणित किया जाना था।

दिशानिर्देशों के अनुसार, 'लक्ष्य' से संबंधित सभी डेटा को त्वरित रिपोर्ट तैयार करने के साथ-साथ प्रगति की निगरानी हेतु डैशबोर्ड के विजुअलाइज़ेशन के लिए पोर्टल पर अपलोड किया जाना आवश्यक था। विभाग ने कहा (दिसंबर 2021) कि 'लक्ष्य' पोर्टल 19 जुलाई 2019 से शुरू किया गया था और यह डीएसएचएम राज्य पोर्टल का उपयोग एनक्यूएस और 'लक्ष्य' के अंतर्गत अस्पतालों के आंतरिक मूल्यांकन प्रस्तुत करने के लिए कर रहा था।

कार्यक्रम के कार्यान्वयन की लेखापरीक्षा में जांच नहीं की जा सकी क्योंकि विभाग ने न तो 'लक्ष्य'/डीएसएचएम पोर्टल से डेटा उपलब्ध कराया और न ही इसने उपर्युक्त पोर्टल तक पहुंच प्रदान की।

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि 2020-21 में कार्यक्रम के अंतर्गत 18 केंद्रों के लक्ष्य के प्रति केवल तीन सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों को लक्ष्य प्रमाणित सुविधाओं के रूप में प्रमाणित किया गया था।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि तीन और अस्पताल प्रमाणन के लिए प्रक्रिया में हैं।

7.5.4.5 एमएए (मदर्स एब्सोल्यूट अफेक्शन) कार्यक्रम के माध्यम से बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने स्तनपान को बढ़ावा देने और स्वास्थ्य प्रणालियों के माध्यम से स्तनपान का समर्थन करने के लिए परामर्श सेवाओं के प्रावधान पर ध्यान केंद्रित करने के प्रयास में मदर्स एब्सोल्यूट अफेक्शन (एमएए) का शुभारंभ किया (अगस्त 2016)।

बाल आहार प्रथाओं पर एनएफएचएस-5 (2019-21) के संकेतकों के अनुसार, दिल्ली में 3 साल से कम उम्र के 51.2 प्रतिशत बच्चों को जन्म के एक घंटे के भीतर⁵ स्तनपान कराया गया, जबकि 6 महीने से कम उम्र के 64.3 प्रतिशत बच्चों को विशेष रूप से स्तनपान⁶ कराया गया।

ए. एमएए के लिए स्टाफ की कमी

स्टाफ नर्स, आरएमएनसीएच+ए परामर्शदाता और चिकित्सा अधिकारी शिशु एवं छोटे बच्चे के आहार (आईवाईसीएफ) पर माताओं/देखभाल करने वालों से संपर्क और परामर्श के लिए जिम्मेदार थे। एमएए कार्यक्रम की वार्षिक रिपोर्ट (2020-21) के अनुसार, लेखापरीक्षा ने चिकित्सा अधिकारी (32 प्रतिशत) और स्टाफ नर्स (58 प्रतिशत) के संबंध में स्टाफ की काफी कमी देखी। स्टाफ की कमी यह दर्शाती है कि विभाग द्वारा शिशु/बाल स्वास्थ्य सेवाओं को कम प्राथमिकता दी गई है।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि स्टाफ की कमी थी, परंतु कर्मचारियों की भर्ती परिवार कल्याण निदेशालय के अधीन नहीं आती थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि भारत सरकार ने कार्यवाही के रिकॉर्ड में हर वर्ष मानव संसाधन को मंजूरी दी थी और परिवार कल्याण निदेशालय/डीएसएचएम को यह सुनिश्चित करना चाहिए था कि रिक्त पद समय पर भरे जाएं।

सिफारिश 7.3: सरकार को एनएचएम के अंतर्गत आरओपी में अनुमोदित मानव संसाधन की उचित भर्ती सुनिश्चित करनी चाहिए ताकि एनएचएम के कार्यक्रम को ठीक से और सुचारु रूप से लागू किया जा सके।

बी. स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए समर्पित स्थान/कमरे की कमी

एमएए के दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए एक समर्पित स्थान/कक्ष होना चाहिए जो परामर्श के लिए आते हैं और स्तनपान के लिए एक निजी स्थान की इच्छा रखते हैं। यह देखा गया कि दिल्ली में एमएए कार्यक्रम के अंतर्गत 338 स्वास्थ्य सुविधाओं/केंद्रों में से केवल 205 में स्तनपान के लिए जगह/कमरा उपलब्ध था।

⁵ सर्वेक्षण से 3 वर्ष पहले अंतिम शिशु जन्म पर आधारित

⁶ माता के साथ रह रहे सबसे छोटे बच्चे पर आधारित

विभाग ने कहा (मई 2022) कि अधिकांश स्वास्थ्य सुविधाएं/केंद्र केवल दो कमरों में टीकाकरण/एएनसी सहित सभी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान कर रहे थे।

सी. एमएए समन्वय समिति का गठन नहीं किया जाना

एमएए के दिशानिर्देशों के अनुसार, राज्य स्तर पर गठित एक समन्वय समिति को दिशानिर्देशों में उल्लिखित सुझाई गई गतिविधियों के कार्यान्वयन की निगरानी करनी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा कोई एमएए समन्वय समिति गठित नहीं की गई थी।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि एमएए कार्यक्रम के अंतर्गत गतिविधियों की जिला और राज्य स्तर पर सुविधा के आधार पर निगरानी और समीक्षा की जा रही है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि समन्वय समिति के अभाव में गतिविधियों की पर्याप्त निगरानी नहीं की जा सकती है।

7.5.4.6 गृह आधारित नवजात देखभाल कार्यक्रम (एचबीएनसी)

एचबीएनसी के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, एचबीएनसी के अंतर्गत प्रमुख गतिविधियों में "आशा द्वारा जन्म के पहले छह हफ्तों में घर के कई दौरों के माध्यम से प्रत्येक नवजात शिशु की देखभाल, आशा या एएनएम द्वारा समय से पहले और कम वजन वाले शिशुओं के लिए अतिरिक्त घर का दौरा और केंद्र से छुट्टी मिलने के बाद बीमार नवजात शिशुओं की अनुवर्ती देखभाल" शामिल है।

2016-17 से 2020-21 के दौरान, पंजीकृत 47.89 प्रतिशत (13.08 लाख में से 6.26 लाख) शिशुओं को स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों से छुट्टी मिलने के बाद "गृह आधारित नवजात देखभाल" और "आशा" द्वारा अतिरिक्त घर के दौरे की सुविधा मिली। इसके अलावा, दिल्ली में एचबीएनसी के अंतर्गत 1.6 लाख नवजात शिशुओं का दौरा करने के लक्ष्य के मुकाबले, 2020-21 के दौरान उपलब्धि केवल 55,593 (33.17 प्रतिशत) थी।

7.5.4.7 गंभीर तीव्र कुपोषण (एसएएम) कार्यक्रम का कार्यान्वयन

गंभीर तीव्र कुपोषण को ऊंचाई/लंबाई के हिसाब से बहुत कम वजन, या मध्य-ऊपरी बांह की परिधि 115 मि.मी. से कम है, या पोषण संबंधी एडिमा की उपस्थिति के रूप में परिभाषित किया गया है। पूर्ण रूप से स्तनपान की कमी, पूरक आहार की देर से शुरुआत, कम मात्रा में पोषक तत्वों वाला पतला आहार खिलाना, बार-बार आंत्र और श्वसन पथ में संक्रमण, अज्ञानता और गरीबी एसएएम के लिए जिम्मेदार कुछ कारक हैं। एसएएम वाले बच्चों में सुपोषित बच्चों की तुलना में मरने का जोखिम नौ गुना अधिक होता है।

एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, पांच वर्ष से कम उम्र के 21.8 प्रतिशत बच्चे कम वजन वाले (उम्र के हिसाब से वजन), 30.9 प्रतिशत बच्चे बौने (उम्र के हिसाब से कम लंबाई) और 11.2 प्रतिशत कमजोर (उम्र के हिसाब से कम वजन) और 4.9 प्रतिशत बच्चे गंभीर रूप से कमजोर (ऊंचाई के अनुसार कम वजन) थे। इसके अलावा, एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, 6 महीने-59 महीने की आयु वर्ग के 69.2 प्रतिशत बच्चे एनीमिया से पीड़ित थे।

दिशानिर्देशों के अनुसार प्रत्येक जिले में एक पोषण पुनर्वास केंद्र (एनआरसी) होना चाहिए। 2017-18 से आठ एनआरसी (11 की आवश्यकता के मुकाबले) चालू थे। मार्च 2019 में, भारत सरकार ने निर्देश दिया कि एनआरसी 10 बिस्तरों वाला होना चाहिए। संशोधित मानदंडों के अनुसार, दिल्ली में केवल दो एनआरसी (अगस्त 2022) चालू थे और शेष छः एनआरसी इस मानदंड को पूरा नहीं करते थे, परंतु मानदंडों को पूरा करने वाली किसी अन्य सुविधा को विभाग द्वारा एनआरसी के रूप में नामित नहीं किया गया था। इस प्रकार, संशोधित मानदंडों के अनुसार दिल्ली के 11 जिलों में केवल दो एनआरसी थे।

इसके अलावा, इन दो कार्यात्मक एनआरसी में मेडिकल ऑफिसर, कुक कम केयरटेकर, अटेंडेंट और मेडिकल सोशल वर्कर के पद नहीं भरे गए, जैसा कि एसएएम के दिशानिर्देशों के अंतर्गत आवश्यक था।

7.5.4.8 एनएचएम के अंतर्गत राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का कार्यान्वयन

भारत सरकार ने राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके) का शुभारम्भ किया (फरवरी 2013) जिसमें जिला अस्पताल स्तर पर जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र (डीईआईसी) स्थापित करने की परिकल्पना की गई है। योजना के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक ब्लॉक में कम से कम तीन समर्पित मोबाइल स्वास्थ्य टीमों छः से 18 वर्ष की आयु के बच्चों की जांच करने के लिए लगाई जाएंगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि भारत सरकार ने व्यापक नवजात स्क्रीनिंग (सीएनएस) के माध्यम से आरबीएसके के कार्यान्वयन के लिए 2018-19 में आरओपी को मंजूरी दी थी, जिसमें विभाग ने तीन जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्रों के संचालन का लक्ष्य निर्धारित किया था (2020-21)। लेखापरीक्षा में पाया गया कि कोई डीईआईसी/मोबाइल स्वास्थ्य दल गठित नहीं किया गया था (मई 2022)।

इसके अलावा, दिल्ली सरकार ने नवजात प्रारंभिक मूल्यांकन दृष्टि (एनईईवी) कार्यक्रम का शुभारंभ किया (जनवरी 2020) जो दृश्यमान कार्यात्मक और चयापचय संबंधी दोषों के लिए दो वर्षों में लगभग 1.5 लाख नवजात शिशुओं की जांच के लिए है। तथापि एनईईवी मिशन नवंबर 2021 में ही क्रियाशील हुआ और केवल 21,237 बच्चों की जांच की गई (मार्च 2022)। मामलों को उचित अनुवर्ती कार्रवाई के लिए भेजा गया था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि वह पहचानी गई स्वास्थ्य स्थितियों का शीघ्र पता लगाने के लिए एलएनएच में एक उत्कृष्टता केंद्र - प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र और अन्य अस्पतालों में तीन डीईआईसी स्थापित करेगा।

सिफारिश 7.4: यह सुनिश्चित करने का प्रयास किया जाना चाहिए कि योजना के अंतर्गत नवजात शिशु के लिए परिकल्पित देखभाल समय पर प्रदान की जाती है।

7.5.5 बाल मृत्यु समीक्षा (सीडीआर) में विसंगतियां

बाल मृत्यु समीक्षा नवजात शिशुओं और बच्चों की मृत्यु के कारणों में भौगोलिक भिन्नता को समझने और इस प्रकार राज्य-विशिष्ट बाल स्वास्थ्य हस्तक्षेप शुरू करने की एक महत्वपूर्ण रणनीति होती है। बाल मृत्यु का विश्लेषण मृत्यु के चिकित्सीय कारणों के बारे में जानकारी प्रदान करता है, स्वास्थ्य सेवा वितरण में अंतराल और बाल मृत्यु में योगदान देने वाले सामाजिक कारकों की पहचान करने में मदद करता है।

बाल मृत्यु समीक्षा के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी बाल मृत्यु के लिए पहली संक्षिप्त जांच (एफबीआई) की जाएगी। एफबीआई मृत्यु की अधिसूचना के दो सप्ताह के भीतर की जानी चाहिए और मृत्यु की अधिसूचना के एक महीने के भीतर ब्लॉक मेडिकल ऑफिसर (बीएमओ) को रिपोर्ट प्रस्तुत की जानी चाहिए। इसके अलावा, जिला नोडल अधिकारी (डीएनओ) के कार्यालय द्वारा तैयार की गई रिपोर्टें हर महीने जिला बाल मृत्यु समीक्षा समिति⁷ (डीसीडीआरसी) की बैठक में साझा की जानी थी। डीसीडीआरसी बैठक के बाद, डीएम, डीएनओ/सीएमओ द्वारा उन्हें सौंपे गए मामलों के नमूने की समीक्षा करेंगे।

इसके अलावा, अप्रैल 2017 में सभी हितधारकों को कार्रवाई के लिए स्पष्ट समय सीमा के साथ प्रमुख निर्णयों के वितरण के लिए प्रमुख सचिव (गृह और परिवार कल्याण) की अध्यक्षता में एक राज्य स्तरीय टास्क फोर्स (एसएलटीएफ) का गठन किया गया था। एसएलटीएफ को हर छह महीने या उससे पहले बैठक करनी थी। राज्य नोडल अधिकारी (एसएनओ) राज्य स्तरीय रिपोर्टिंग फॉर्म (फॉर्म 5 डी) में राष्ट्रीय स्तर पर आगे के प्रसारण के लिए सभी जिलों से रिपोर्ट संकलित करेंगे।

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- i) 2017-18 से 2020-21 के दौरान रिपोर्ट की गई 21,870 बाल मृत्यु में से 798 मामलों (3.65 प्रतिशत) में पहली संक्षिप्त जांच की गई। इसके

⁷ मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन (अध्यक्ष), अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी, जिला नोडल अधिकारी (सदस्य सचिव) बाल रोग विशेषज्ञ, प्रसूति विशेषज्ञ/स्त्री रोग विशेषज्ञ आदि शामिल।

अलावा, डीएम द्वारा बाल मृत्यु की कोई समीक्षा नहीं की गई जैसाकि दिशानिर्देशों के अंतर्गत अपेक्षित था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि मृत बच्चे का परिवार बच्चे की मृत्यु के बाद अपने पैतृक गांव में चला जाता है। यह भी कहा गया कि डीएम द्वारा समीक्षा संभव नहीं थी क्योंकि कुछ जिलों में डीसीडीआर समिति का गठन नहीं किया गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि मृत्यु की अधिसूचना के दो सप्ताह के भीतर मृत्यु के चिकित्सीय कारणों को प्राप्त करना राज्य सरकार की जिम्मेदारी है।

ii) 2017-18 से 2020-21 के दौरान, मृत्यु मामलों के विश्लेषण के लिए आठ जिलों द्वारा केवल 17 डीसीडीआरसी⁸ की बैठकें आयोजित की गईं। विभाग ने कहा (मई 2022) कि कुछ जिलों में डीसीडीआर समितियों के गठन में देरी के कारण निर्धारित संख्या में बैठकें नहीं की जा सकीं।

iii) 2017-21 के दौरान एसएलटीएफ द्वारा केवल एक बैठक की गई थी जो इंगित करती है कि बाल मृत्यु समीक्षाओं से सीखे गए सबक आवश्यक सुधारात्मक कार्रवाई के लिए हितधारकों के बीच प्रसारित नहीं किए जा रहे थे।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि जिलों को कई मेल भेजे गए थे और राज्य रिपोर्टों का संकलन केवल अक्टूबर 2020 से शुरू किया जा सका।

उत्तर, बाल मृत्यु की समीक्षा में अपर्याप्तता और सुधारात्मक कार्रवाई करने में देरी की पुष्टि करता है।

iv) लेखापरीक्षा में पाया गया कि एसएनओ ने 2016-21 के दौरान सभी जिलों की सीडीआर रिपोर्ट संकलित नहीं की और इसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रबंधकों को नहीं भेजा गया। इसके अलावा, विभाग ने मार्च 2018 में निर्देश दिया कि सभी जिलों के आरसीएच नोडल अधिकारी के लिए सीडीआर पर रिपोर्ट हर

⁸ उत्तर पूर्व (4), दक्षिण पूर्ण (2), मध्य (1) दक्षिण (4), दक्षिण पश्चिम (2) पूर्व (1), नई दिल्ली (1) तथा पश्चिम (2)

महीने की 5 तारीख को राज्य मुख्यालय में जमा करना सुनिश्चित करना आवश्यक है परंतु जिलों ने अक्टूबर 2020 से ही सीडीआर रिपोर्ट साझा करना शुरू किया था, जिसे संकलन के बाद भारत सरकार को भेजा गया था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि अस्पतालों से रिपोर्ट आने में देरी हुई। उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग संकलन हेतु अस्पतालों से रिपोर्ट की समय पर प्राप्ति सुनिश्चित करने और भारत सरकार को प्रस्तुत करने के लिए जिम्मेदार था।

7.5.6 बाल टीकाकरण

बच्चों के जीवित रहने के लिए नियमित टीकाकरण एक महत्वपूर्ण रणनीति है, जो रोकथाम योग्य बीमारियों के प्रति रुग्णता को कम करने के लिए निवारक देखभाल पर ध्यान केंद्रित करती है। एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान एक वर्ष तक के बच्चों का कवरेज कुछ टीकों के संबंध में वांछित 100 प्रतिशत से बहुत कम था, जैसे बीसीजी (82.70 प्रतिशत), ओपीवी-0 (70.03 प्रतिशत), डीपीटी-1 (3.87 प्रतिशत), खसरा (89.48 प्रतिशत) और हेपेटाइटिस-बी (66.86 प्रतिशत)। अन्य आयु वर्ग (अर्थात् एक वर्ष से ऊपर) में टीकाकरण का कवरेज सुनिश्चित नहीं किया जा सका क्योंकि इस संबंध में डीएसएचएस द्वारा डेटा प्रस्तुत नहीं किया गया था। इसके अलावा, नौ महीने से पांच वर्ष की उम्र के सभी बच्चों को विटामिन 'ए' की नौ खुराक दी जानी आवश्यक थी। हालाँकि, 21.22 लाख बच्चों में से केवल 13.80 लाख (65.03 प्रतिशत) बच्चों को पहली खुराकें दी गई थी और जिन शिशुओं को विटामिन-ए की शेष खुराक (खुराक पांच और नौ को छोड़कर) दी गई थी, उनकी जानकारी राज्य स्तर पर दर्ज नहीं की गई थी।

विभाग का उत्तर प्रतीक्षित था।

7.5.7 व्यापक गर्भपात देखभाल

आरएमएनसीएच+ए के दिशानिर्देशों के अनुसार, भारत में आठ प्रतिशत मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती है। इसके अलावा, जो महिलाएं असुरक्षित गर्भपात से बच जाती हैं, उन्हें दीर्घकालिक स्वास्थ्य जटिलताओं का सामना करना पड़ सकता है। इसलिए, सुरक्षित और व्यापक गर्भपात देखभाल समग्र गर्भावस्था देखभाल का एक अनिवार्य घटक है। एनआरएचएम के

अंतर्गत, 24x7 पीएचसी को मैन्युअल वैक्यूम एस्पिरेशन (एमवीए) सुविधाओं और चिकित्सा विधियों द्वारा गर्भपात प्रदान करना था, जबकि सभी जिला अस्पतालों और उप-जिला स्तर के अस्पतालों में समुदायिक स्वास्थ्य केंद्र जैसे 'प्रसव प्वाइंट' को प्राथमिकता देते हुए व्यापक मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेगनेंसी (एमटीपी) सेवाएं उपलब्ध होनी थीं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 44 उप-जिला/जिला स्तरीय अस्पतालों में से सात (16 प्रतिशत) और 23 सीएचसी में से 20 (87 प्रतिशत) में एमटीपी सेवाएं प्रदान नहीं की गईं। इस प्रकार, सरकार सुरक्षित गर्भपात के लिए आरएमएनसीएच+ए के अंतर्गत परिकल्पित पर्याप्त सुविधाएं प्रदान करने में विफल रही।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि दिल्ली में व्यापक गर्भपात देखभाल (सीएसी) उन सभी जिला और उप-जिला अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जा रही है जो प्रसव पॉइंट के रूप में काम कर रहे थे। दिल्ली में मौजूदा प्रसूति गृहों के संबंध में, जिन्हें सीएचसी गैर-एफआरयू के रूप में नामित किया गया है, केवल तीन प्रसूति गृह सीएसी सेवाएं प्रदान कर रहे थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग को सीएसी सेवाओं की कमी के बारे में अच्छी तरह से पता था और इन सेवाओं को अधिक प्रसूति गृहों के माध्यम से प्रदान किया जाना चाहिए था।

7.5.8 नसबंदी और स्पेसिंग विधियों के लक्ष्यों की प्राप्ति

परिवार नियोजन में एक आदर्श बदलाव आया है और यह मातृ एवं शिशु मृत्यु दर और रुग्णता को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप के रूप में उभरा है। यह अच्छी तरह से स्थापित है कि उच्च गर्भनिरोधक प्रचलन दर वाले राज्यों में मातृ एवं शिशु मृत्यु दर कम है। इस प्रकार परिवार नियोजन में अधिक निवेश महिलाओं को वांछित परिवार आकार प्राप्त करने और अनपेक्षित और गलत समय पर गर्भधारण से बचने में मदद करके उच्च जनसंख्या वृद्धि के प्रभाव को कम करने में मदद कर सकता है। इसके अलावा, गर्भनिरोधक का उपयोग गर्भपात को प्रेरित करने वाली पुनरावृत्ति को रोक सकता है और इनमें से अधिकांश मौतों को समाप्त कर सकता है। रा.रा.क्षे.

दिल्ली में परिवार नियोजन सेवाओं के विभिन्न घटकों का लक्ष्य और उपलब्धि तालिका 7.5 में दी गई है।

तालिका 7.5: रा.रा.क्षे. दिल्ली राज्य में नसबंदी और स्पेसिंग विधियों के लक्ष्य एवं उपलब्धियां (2016-21)

परिवार नियोजन सेवाएं	लक्ष्य	उपलब्धि	उपलब्धि (%)
पुरुष नसबंदी	7,600	3,131	41
महिला नसबंदी	1,00,000	76,375	76
आईयूसीडी सम्मिलन	3,95,000	3,97,213	101

स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध करायी गयी जानकारी

उपरोक्त तालिकाएं दर्शाती हैं कि आईयूसीडी सम्मिलन में अधिकतम उपलब्धि (100 प्रतिशत से अधिक) थी; जबकि न्यूनतम उपलब्धि पुरुष नसबंदी सेवाओं में (41 प्रतिशत) थी। परिवार नियोजन कार्यक्रमों के विभिन्न पहलुओं के अंतर्गत लक्ष्य हासिल करने में दिल्ली पिछड़ रही थी, जो कार्यक्रम के कार्यान्वयन में अपर्याप्तता को उजागर करती है। कमी के कारण रिकार्ड में नहीं थे। इससे संकेत मिलता है कि राज्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम का कार्यान्वयन पर्याप्त और प्रभावी नहीं था।

7.6 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)

आशा घरेलू स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने के लिए समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच एक संयोजन के रूप में काम करती है। आशा कार्यकर्ता सार्वभौमिक टीकाकरण, सुरक्षित प्रसव, नवजात शिशु की देखभाल और जलजनित तथा अन्य संक्रामक रोगों की रोकथाम के लिए सामुदायिक कार्रवाई को सुदृढ़ करेंगी। दिशानिर्देशों के अनुसार, आशा को मुख्य रूप से 25 से 45 वर्ष की आयु का होना चाहिए और आठवीं कक्षा तक औपचारिक शिक्षा से साक्षर होना चाहिए। इसके अलावा, भारत सरकार ने आशाओं के लिए प्रशिक्षण के दो स्तर निर्धारित किए हैं अर्थात् प्रारंभिक प्रशिक्षण (मॉड्यूल I से V में, 12 महीनों में 23 दिनों का) और क्षमता निर्माण (मॉड्यूल VI से VII में, प्रत्येक पांच दिनों के चार राउंड में)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मार्च 2021 तक आशा की 5 प्रतिशत (6,345 में से 309) की मामूली कमी थी। 196 आशाओं के पास 8वीं कक्षा तक की वांछित शिक्षा नहीं थी। आशाओं का प्रशिक्षण भी अपर्याप्त था क्योंकि केवल

2,446 (40.52 प्रतिशत) आशा को प्रारंभिक प्रशिक्षण (मॉड्यूल I से V) प्रदान किया गया था।

इसके अलावा, 3,989 (66.08 प्रतिशत) आशा के लिए छोटे बच्चों की गृह आधारित देखभाल का प्रशिक्षण देय था और 2,165 (35.87 प्रतिशत) के लिए गैर-संक्रामक रोग (एनसीडी) प्रशिक्षण देय था। हालाँकि, 96 प्रतिशत आशा को क्षमता निर्माण प्रशिक्षण (मॉड्यूल 6 और 7) दिया गया था।

विभाग का उत्तर प्रतीक्षित था (दिसंबर 2022)।

7.7 एचएमआईएस के अंतर्गत डेटा संग्रहण और रिपोर्टिंग प्रणाली में कमियां

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) सरकार से सरकार (जी2जी) वेब-आधारित एक निगरानी सूचना प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा एनएचएम और अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों की निगरानी के लिए स्थापित किया गया है। एचएमआईएस का उपयोग स्वास्थ्य सुविधाओं की ग्रेडिंग, जरूरतमंद जिलों की पहचान, राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) की समीक्षा आदि में किया गया है। इसके अलावा, एचएमआईएस सुविधा-वार जानकारी जैसे मासिक आधार पर सेवा वितरण, त्रैमासिक आधार पर प्रशिक्षण डेटा और वार्षिक आधार पर अवसंरचना पर जानकारी एकत्र करता है।

एचएमआईएस रिपोर्ट के अनुसार, 2020-21⁹ के लिए स्वास्थ्य केंद्रों जैसे सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (50 प्रतिशत), उप-जिला अस्पतालों (28 प्रतिशत) और जिला अस्पताल (14 प्रतिशत) में पोर्टल पर रिपोर्टिंग में कमी देखी गई।

एचएमआईएस डेटा के लिए सामान्य सत्यापन नियम प्रावधान करते हैं कि लगाए गए टीके ओपीवी 1, ओपीवी 2 और ओपीवी 3 की खुराकों की संख्या क्रमशः डीपीटी1, डीपीटी2 और डीपीटी 3 के बराबर होनी चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान लगाए गए 14.86 लाख ओपीवी1 टीके के प्रति, डीपीटी1 की संख्या केवल 65,169 थी जो डेटा की सटीकता के संबंध में सवाल उठाती है।

⁹ 2016-17 से 2019-20 की अवधि की रिपोर्टें उपलब्ध नहीं थीं।

7.8 कैंसर, मधुमेह, हृद्वाहिका रोगों और स्ट्रोक की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस)

7.8.1 कैंसर रोगियों के लिए एनसीडी क्लिनिक, कार्डियक केयर यूनिट (सीसीयू) और डे केयर सुविधाएं स्थापित नहीं की गईं

डीजीएचएस, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी एनपीसीडीसीएस, 2013 के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी जिलों में स्क्रीनिंग, प्रबंधन और परामर्श तथा जागरूकता सृजन आदि के लिए नियमित गैर-संक्रामक रोग (एनसीडी) क्लिनिक होंगे। चिन्हित जिला अस्पतालों में चार बिस्तर वाली कार्डियक केयर यूनिट (सीसीयू) को स्थापित/सुदृढीकरण किया जाना था। चिन्हित जिला अस्पतालों को आवश्यक उपकरणों के साथ सरल कीमोथेरेपी नियमों पर कैंसर रोगियों के लिए डे केयर कीमोथेरेपी सुविधा प्रदान करनी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सरकार ने नौ वर्षों के बाद भी दिल्ली में उपर्युक्त किसी भी संस्थान/सुविधाओं की स्थापना नहीं की जिससे दिल्ली के लोग पर्याप्त उपचार सुविधाओं से वंचित रहे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा अनुमोदन के लिए पीआईपी में क्लिनिकों की स्थापना का प्रस्ताव नहीं दिया था।

विभाग ने स्वीकार किया (अगस्त 2022) कि एनसीडी क्लिनिक स्थापित नहीं किए जा सके। सीसीयू के संबंध में, विभाग ने कहा कि समर्पित निधि के अभाव के कारण सीसीयू की स्थापना नहीं की गई और कैंसर रोगियों के लिए डे-केयर कीमोथेरेपी सुविधाएं प्रदान नहीं की गईं क्योंकि प्रमुख अस्पताल ऐसी सुविधाएं प्रदान करते हैं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग द्वारा सीसीयू की स्थापना के प्रस्तावों को भारत सरकार के साथ पीआईपी में नहीं लिया गया था। इसके अलावा, डे-केयर कीमोथेरेपी सुविधाओं की परिकल्पना प्रमुख अस्पतालों में उपलब्ध सुविधाओं से कहीं अधिक थी।

7.8.2 मेडिकल एवं पैरा मेडिकल स्टाफ का प्रशिक्षण

एनपीसीडीसीएस 2013 के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, राज्य एनसीडी सैल क्षमता निर्माण के लिए राज्य और जिला स्तर पर प्रशिक्षण आयोजित करने के लिए जिम्मेदार है। चिकित्सा अधिकारियों, चिकित्सा विशेषज्ञों, एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, कार्यक्रम अधिकारी, कार्यक्रम समन्वयक, वित्त सह रसद अधिकारी, डीईओ आदि को प्रशिक्षण प्रदान किया जाना था।

2018-19 से 2020-21 के दौरान प्रशिक्षण के लिए ₹ 36 लाख स्वीकृत किए गए थे जिसके प्रति केवल ₹ 0.73 लाख खर्च किए गए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-21 के दौरान राज्य स्तर पर केवल छह और जिला स्तर पर 10 प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए थे। केवल 10 प्रतिशत (806 में से 84) चिकित्सा अधिकारियों और 16 प्रतिशत (1759 में से 281) एएनएम को प्रशिक्षण दिया गया था।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि समर्पित निधि की अनुपलब्धता, आरओपी की प्राप्ति में देरी और कोविड 19 के कारण प्रशिक्षण आयोजित नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि 2018 से 2021 के दौरान डीएसएचएस के पास पर्याप्त धनराशि उपलब्ध थी।

सिफारिश 7.5: डॉक्टरों और पैरा मेडिकल स्टाफ के लिए निर्धारित उचित प्रशिक्षण की व्यवस्था सुनिश्चित की जानी चाहिए।

7.8.3 जन जागरूकता गतिविधियां संचालित नहीं की गईं

राज्य एनसीडी सैल, स्वास्थ्य संवर्धन और एनसीडी की रोकथाम के संबंध में जन जागरूकता संचालित करने के लिए जिम्मेदार है। सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) गतिविधियों के लिए 2018-19 से 2020-21 तक प्रत्येक वर्ष ₹ 50 लाख स्वीकृत किए गए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2018-19 से 2020-21 की अवधि के दौरान केवल ₹ 5.46 लाख (3 प्रतिशत) खर्च किया गया था। इस प्रकार, आम जनता के बीच योजना के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किए गए।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि वर्ष 2018-19 और 2019-20 के लिए क्रमशः अगस्त और जून के अंतिम सप्ताह में कार्यवाही का रिकॉर्ड प्राप्त होने तथा 2020-21 में कोविड-19 के कारण, धन का उपयोग नहीं किया गया था। विभाग ने आगे कहा कि राज्य कार्यक्रम अधिकारी (एसपीओ) के बार-बार बदलाव के कारण और 2019-20 के दौरान जनसंख्या आधारित स्क्रीनिंग (पायलट प्रोजेक्ट) पर मुख्य ध्यान केंद्रित करने के कारण पर्याप्त बजट का उपयोग नहीं किया जा सका।

अनुमोदन देर से प्राप्त होने के बावजूद, विभाग अनुमोदन प्राप्त होने के बाद आईईसी गतिविधियों के लिए उपलब्ध धन का उपयोग करने का प्रयास कर सकता था।

7.8.4 समीक्षा बैठकें

राज्य एनसीडी सैल, भौतिक एवं वित्तीय प्रगति का आकलन करने और कार्यक्रम के कार्यान्वयन में आने वाली बाधाओं पर चर्चा करने के लिए त्रैमासिक आधार पर समीक्षा बैठकों के माध्यम से कार्यक्रम की निगरानी के लिए जिम्मेदार है। कार्यक्रम की निगरानी के लिए हर तिमाही में समीक्षा बैठकें आयोजित की जानी थीं।

2016-17 से 2020-21 के दौरान निर्धारित 20 बैठकों के प्रति केवल आठ समीक्षा बैठकें आयोजित की गईं।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि प्रशासनिक कारणों, एसपीओ के बार-बार बदलाव और कोविड-19 महामारी के कारण समीक्षा बैठकें आयोजित नहीं की जा सकीं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं हैं क्योंकि बताए गए कारण पूर्णतः प्रशासनिक प्रकृति के हैं।

7.8.5 एनपीसीडीसीएस के कार्यान्वयन के लिए स्टाफ की कमी

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा भारत सरकार द्वारा प्रत्येक वर्ष पीआईपी में प्रस्तावित और आरओपी में अनुमोदित सभी पद भरे जाते हैं।

डीएसएचएम द्वारा इन पदों के लिए पहली बार भर्ती नियमों को अंतिम रूप दिया जाना था, जिसे डीएसएचएम द्वारा नहीं दिया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य कार्यक्रम अधिकारी, राज्य कार्यक्रम समन्वयक और वित्त-सह-लॉजिस्टिक्स सलाहकार के पद रिक्त थे तथा अन्य कार्यालयों के अधिकारियों द्वारा अतिरिक्त प्रभार के रूप में काम देखा जा रहा था। जिला स्तर पर भी जिला कार्यक्रम पदाधिकारी, जिला कार्यक्रम समन्वयक एवं वित्त-सह-लॉजिस्टिक्स सलाहकार के पद भी रिक्त थे।

विभाग ने बताया (अगस्त 2022) कि कार्यक्रम के अंतर्गत स्वीकृत पद को भरने के लिए प्रस्ताव शुरू किया गया था, तथापि, स्वीकृत पदों के लिए भर्ती नियमों को अंतिम रूप देने के लंबित होने के कारण इसे मंजूरी नहीं दी गई थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग भर्ती नियमों को समय पर अंतिम रूप देने के लिए जिम्मेदार था।

7.9 दृष्टिहीनता नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम

राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी एंड वीआई) वर्ष 1976 में अंधेपन की व्यापकता को कम करने के लक्ष्य के साथ शुरू किया गया था। लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

7.9.1 नेत्र सर्जनों, नर्सों को प्रशिक्षण नहीं दिया गया

पैटर्न ऑफ असिस्टेंस, एनपीसीबी एंड वीआई के पैरा 3 में कर्मियों के प्रशिक्षण, उच्च तकनीक वाले नेत्र उपकरणों की आपूर्ति, अनुवर्ती सेवाओं को मजबूत करना और सेवाओं की नियमित निगरानी की परिकल्पना की गई थी जिसके द्वारा कार्यक्रम के उद्देश्यों को प्राप्त किया जाना था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-21 के दौरान नेत्र सर्जनों और नर्सों के लिए कोई प्रशिक्षण आयोजित नहीं किया गया था।

जिला कार्यक्रम अधिकारी (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि स्टॉफ की कमी और प्रशासनिक कारणों से प्रशिक्षण नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक प्रशिक्षण दिया जाएगा।

7.9.2 अपवर्तक त्रुटि का पता लगाने और चश्मे के निःशुल्क वितरण के लिए स्क्रीनिंग शिविर

पैटर्न ऑफ असिस्टेंस, एनपीसीबी एंड वीआई के पैरा 3 में नेत्रहीनों की पहचान और उपचार के माध्यम से दृष्टिहीनता के बैकलाग में कमी लाने और अपवर्तक त्रुटियों तथा अन्य आंखों की समस्याओं का पता लगाने के लिए स्कूली बच्चों की जांच करने और गरीब बच्चों को मुफ्त चश्मा प्रदान करने की परिकल्पना की गई है। स्कूल जाने वाले बच्चों की जाँच से शीघ्र पता लगाकर अंधेपन को नियंत्रित करने में काफी मदद मिलेगी

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान सभी तीन चयनित जिलों (नई दिल्ली, उत्तर पश्चिम और दक्षिण) द्वारा नियमित वार्षिक जाँच नहीं की गई थी। 2016-21 के दौरान स्कूली बच्चों की अपवर्तक त्रुटियों की जांच के लिए किसी भी शिक्षक को तीन आईडीएचएस में से किसी द्वारा प्रशिक्षित नहीं किया गया था।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि प्रशासनिक कारणों से शिक्षकों का प्रशिक्षण नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक प्रशिक्षण पूरा किया जाएगा।

जहां तक चश्मे के मुफ्त वितरण का संबंध है, विभाग ने 2016-22 के दौरान लक्षित बच्चों में से केवल 37 प्रतिशत (46,300 में से 17,106) को मुफ्त चश्मे वितरित किए थे।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि जीईएम पोर्टल पर चश्मे की अनुपलब्धता के कारण उसका वितरण नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग खरीद के लिए अन्य स्रोतों का पता लगा सकता था।

सिफारिश 7.6: राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाने चाहिए।

7.9.3 एमआईएस पोर्टल पर डेटा/सूचना अद्यतन नहीं की गई

भारत सरकार द्वारा एनपीसीबी एंड वीआई के लिए केंद्रीय स्तर, राज्य स्तर और जिला स्तर पर डेटा/सूचना दर्ज करने के लिए एक वेब पोर्टल डिज़ाइन किया गया है।

पोर्टल की लेखापरीक्षा जांच से पता चला कि आवश्यक डेटा/सूचना जैसे कि रोगियों की संख्या, अस्पतालों का विवरण, एनजीओ का विवरण, स्क्रीनिंग शिविरों का विवरण आदि पूरी तरह से दर्ज नहीं किया गया है। पोर्टल का राज्य स्तर/जिला स्तर पर अद्यतन नहीं किया गया है।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि एमआईएस पोर्टल को प्रशासनिक कारणों और स्टॉफ की कमी के कारण अद्यतन नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक कार्य किया जाएगा।

7.9.4 जिला नेत्र बोर्ड एवं निवारण समिति नहीं पाई गई

एनपीसीबी एंड वीआई के दिशानिर्देशों के अनुसार, अंध विद्यालयों में भर्ती बच्चों और किशोरों की जांच के लिए नेत्र विशेषज्ञों से युक्त एक जिला नेत्र बोर्ड का गठन किया जाना था। राज्य सरकार को एनजीओ की भागीदारी सहित कार्यक्रम कार्यान्वयन से संबंधित सभी विवादों के लिए एक निवारण समिति का गठन करने की भी आवश्यकता थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीएसएचएस द्वारा निवारण समिति का गठन नहीं किया गया था और चयनित तीन आईडीएचएस ने जिला नेत्र बोर्ड का गठन नहीं किया था।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि प्रशासनिक कारणों से नेत्र रोग बोर्ड का गठन नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक कार्य किया जाएगा।

सिफारिश 7.7: सरकार को एनएचएम के अंतर्गत रोग कार्यक्रम के परिचालन दिशानिर्देशों में निर्धारित प्रत्येक रोग कार्यक्रम के अंतर्गत डॉक्टरों, पैरा मेडिकल स्टाफ आदि के उचित प्रशिक्षण की व्यवस्था सुनिश्चित करनी चाहिए।

सिफारिश 7.8: एनपीसीबी के अंतर्गत निवारण समिति एवं जिला नेत्र बोर्ड का शीघ्र गठन सुनिश्चित करें।

7.10 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) का मुख्य उद्देश्य तंबाकू नियंत्रण अधिनियमों (सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम 2003) के बारे में

जागरूकता/संवेदीकरण/प्रशिक्षण और प्रवर्तन है। अन्य गतिविधियों में दिल्ली को तंबाकू मुक्त बनाने के लिए पुलिस, परिवहन, खाद्य सुरक्षा आदि जैसे विभिन्न विभागों के समन्वय से तंबाकू नियंत्रण लागू करना शामिल है।

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

➤ **राज्य स्तरीय समन्वय समिति और तंबाकू मुक्ति केंद्र (टीसीसी)**

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) 2015 के दिशानिर्देश के अनुसार, प्रत्येक राज्य को एक राज्य स्तरीय समन्वय समिति¹⁰ (एसएलसीसी) बनाना आवश्यक है। यह समिति राज्य में, राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम और सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम 2003 के प्रावधानों के समग्र कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार होगी। दिशानिर्देशों में कार्य की प्रगति की समीक्षा के लिए त्रैमासिक बैठकें करने का भी प्रावधान है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य स्तरीय समन्वय समिति का गठन नहीं किया गया था (मई 2022)।

डीएसएचएस को उन लोगों की मदद के लिए तंबाकू मुक्ति केंद्र (टीसीसी) स्थापित करना था जो किसी भी रूप में तंबाकू का सेवन छोड़ना चाहते हैं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि डीएसएचएस ने 2019-20 के दौरान 33 तंबाकू समाप्ति केंद्र (प्रत्येक जिले में तीन) और 2020-21 के दौरान 11 अतिरिक्त टीसीसी (प्रत्येक जिले में एक) स्थापित करने का लक्ष्य रखा है। तथापि, 44 टीसीसी (जुलाई 2022) के लक्ष्य के प्रति केवल एक तंबाकू समाप्ति केंद्र¹¹ स्थापित किया गया था।

विभाग ने कहा (नवंबर 2022) कि एसएलसीसी का गठन कर लिया गया है। टीसीसी के संबंध में बताया गया कि अन्य जिलों में टीसीसी की स्थापना का कार्य प्रक्रियाधीन है।

¹⁰ मुख्य सचिव या उनके नामित व्यक्ति और सदस्य सचिव के रूप में प्रधान सचिव/सचिव (स्वास्थ्य) की अध्यक्षता।

¹¹ आइडीएचएस, नई दिल्ली के अंतर्गत आरएमएल अस्पताल में टीसीसी।

➤ **प्रवर्तन दस्तों/टीमों का गठन नहीं होना**

एनटीसीपी दिशानिर्देश 2015 के अनुसार, प्रत्येक जिले को अपने अधिकार क्षेत्र में तंबाकू नियंत्रण कानूनों के अनुपालन की निगरानी और जिले में किसी भी उल्लंघन के खिलाफ कार्रवाई करने के लिए एक प्रवर्तन दस्ते का गठन करना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि तीन चयनित जिलों (दक्षिण, नई दिल्ली और उत्तर पश्चिम) में से किसी ने भी 2016-21 के दौरान प्रवर्तन दस्ते की टीम का गठन नहीं किया था (उत्तर पश्चिम जिले को छोड़कर जिसने केवल एक वर्ष 2016-17 के लिए दस्ते का गठन किया था)

विभाग ने कहा (नवंबर 2022) कि दिल्ली उन कुछ राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों में से एक है, जिनके पास 1997 से अपना तंबाकू कानून है और सभी जिलों में तंबाकू कानूनों को लागू करने के लिए टीमें हैं और उनका संविधान दिशानिर्देशों में निर्धारित संविधान से भिन्न हो सकता है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि उत्तर के समर्थन में कोई दस्तावेजी साक्ष्य संलग्न नहीं किया गया था।

➤ **चालान पुस्तकों के वितरण की निगरानी का अभाव**

एनटीसीपी 2015 परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम (सीओटीपीए) के उल्लंघन के खिलाफ जुर्माना लगाने और संग्रहण करने के लिए राज्य स्तर पर या राज्य द्वारा तय किए गए अनुसार चालान बुक मुद्रित की जानी चाहिए और राज्य के सभी संबंधित प्राधिकारियों¹² को वितरित की जानी चाहिए। एकत्र की गई राशि का उपयोग तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए किया जाना चाहिए। सीओपीटीए 2003 के प्रावधानों का प्रवर्तन और निगरानी राज्य तंबाकू नियंत्रण सेल (एसटीसीसी) द्वारा सुनिश्चित की जानी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य तंबाकू नियंत्रण कक्ष (एसटीसीसी) में आवंटित श्रृंखला के साथ मुद्रित चालान पुस्तकों की कुल संख्या रिकॉर्ड में नहीं

¹² अस्पतालों के निदेशक/चिकित्सा अधीक्षक, राज्य/केन्द्र सरकार के सभी राजपत्रित अधिकारी, कालेज/स्कूल/संस्थान के प्रमुख, पुलिस अधिकारी जो एसआई रैंक से नीचे नहीं है इत्यादि।

थी। इसके अलावा, 2016-21 की अवधि के दौरान राज्य में सभी संबंधित प्राधिकारियों को चालान पुस्तकों के वितरण की प्रणाली भी दोषपूर्ण थी, क्योंकि मुद्रित चालान पुस्तकें संबंधित एजेंसियों को क्रमिक रूप से वितरित नहीं की गई थीं और 231 चालान पुस्तकें गायब थीं। इसके अलावा एसटीसीसी द्वारा, जारी चालान पुस्तकें और वसूले गए कुल जुर्माने के मिलान के लिए कोई तंत्र स्थापित नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा को उपलब्ध कराए गए रिकॉर्डों के अनुसार, एसटीसीसी ने 2019-20 के दौरान ₹ 81.47 लाख का जुर्माना वसूला था, जबकि दिल्ली पुलिस ने आठ महीने की अवधि (मई 2019 से दिसंबर 2019) के दौरान ₹ 90.17 लाख का जुर्माना वसूल किया था। एसटीसीसी दिल्ली पुलिस को पर्याप्त संख्या में चालान पुस्तकें उपलब्ध कराने में भी विफल रही और दिल्ली पुलिस ने मई 2018 से जुलाई 2020 (लगभग दो वर्ष) तक चार हजार चालान बुक छपवाईं। रिकॉर्ड के अनुसार दिल्ली पुलिस द्वारा चालान पुस्तकों की छपाई के लिए राज्य तंबाकू नियंत्रण कक्ष से कोई सहमति नहीं ली गई थी।

इस प्रकार, चालान बुक और उल्लंघनकर्ताओं से वसूले गए जुर्माने के दुरुपयोग की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता है। इसके अलावा, चालान बुक से वास्तव में उत्पन्न राजस्व और तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए उपयोग की गई राशि के बारे में कोई रिकॉर्ड नहीं था।

➤ हुक्का बारों का अनियमित संचालन

अध्ययन रिपोर्ट¹³ के अनुसार, हुक्का कार्बन मोनोऑक्साइड, टार, धातु और अन्य कार्सिनोजेनिक रसायनों जैसे उच्च विषाक्त पदार्थों और गैस को उत्पन्न करता है जो कैंसर और हृदय की समस्याओं के खतरे को बढ़ा सकते हैं, जो सिगरेट पीने जितना ही हानिकारक है। सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम एसटीसीसी द्वारा कार्यान्वित किया जा रहा है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एसटीसीसी अप्रैल 2014 से दिल्ली पुलिस के साथ रेस्तरां में अवैध हुक्का बार के मामले को उठा रहा था। एसटीसीसी रिकॉर्डों की जांच से पता चला कि 20 रेस्तरां/ईटिंग हाउस (जून 2016) लाइसेंस के बिना हुक्का बार परोस रहे थे। एसटीसीसी (जुलाई 2017) ने जब्त

¹³ रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र

किए गए नमूनों में उल्लेखनीय मात्रा में निकोटीन की उपस्थिति पाई थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ऐसे हुक्का बारों के खिलाफ की गई कार्रवाई से संबंधित रिकॉर्ड राज्य तंबाकू नियंत्रण सेल के पास उपलब्ध नहीं थे। इसके अलावा, एसटीसीसी ने होटल/रेस्तरां में निरीक्षण/औचक जांच का कोई अनुरक्षण रजिस्टर नहीं था।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि एसटीसीसी/डीटीसीसी द्वारा दिल्ली पुलिस के समन्वय से हुक्का बार के खिलाफ कार्रवाई की जा रही है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि एसटीसीसी/डीटीसीसी द्वारा इन रेस्तरां/भोजनालयों/होटलों में चल रहे अवैध हुक्का बारों के खिलाफ की गई कार्रवाई से संबंधित दस्तावेज लेखापरीक्षा के दौरान रिकॉर्ड में नहीं पाए गए और न ही उत्तर दिया गया।

सिफारिश 7.9: आम लोगों को सुविधाएं प्रदान करने के लिए तंबाकू मुक्ति केंद्रों (टीसीसी) की समय पर स्थापना सुनिश्चित करें।

7.11 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के अनुसार, 2020 तक ग्रेड -2 विकलांगता को प्रति मिलियन एक से कम करने के वैश्विक लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए, नए मामलों में ग्रेड 2 मामलों का अनुपात कुष्ठ उन्मूलन करने के लिए सामुदायिक जागरूकता और स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता का पैमाना बन जाएगा। नीति में 2018 तक भारत से कुष्ठ रोग के उन्मूलन की दिशा में लक्षित सक्रिय उपायों की परिकल्पना की गई है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2019-20 के दौरान नए मामलों में ग्रेड-2 मामले प्रति मिलियन 10 से ऊपर रहे, परंतु 2020-21 में घटकर 4.50 प्रति मिलियन हो गए। तथापि यह एक महत्वपूर्ण सुधार दिखाता है, यह अभी भी प्रति मिलियन एक के वांछित स्तर से बहुत ऊपर थे। इसके बावजूद, रा.रा.क्षे.दि.स. ने 2018 तक कुष्ठ रोग के उन्मूलन के उद्देश्य से अगस्त 2016 में भारत सरकार द्वारा स्थापित कुष्ठ रोग का पता लगाने के अभियान (एलसीडीसी) को लागू नहीं किया। एलसीडीसी के अंतर्गत गतिविधियों में राज्य स्तरीय दो दिवसीय कार्यशाला, क्षेत्र स्तर के कार्यकर्ताओं के लिए नीति प्रशिक्षण आदि शामिल थे, जिससे कुष्ठ रोग के मामलों का

शीघ्र पता लगाने और ग्रेड-2 विकलांगताओं की रोकथाम में आसानी होती। भारत सरकार ने रा.रा.क्षे.दि.स. को यह भी लिखा था (मई 2018) कि पिछले तीन वर्षों के दौरान दिल्ली में ग्रेड-2 विकलांगता की घटनाएं लगातार अधिक थीं और एलसीडीसी गतिविधियों को आयोजित करने का अनुरोध किया था। तथापि, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार ने कोई कार्यक्रम आयोजित नहीं किया और कुष्ठ रोग नियंत्रण/उन्मूलन के लिए कोई वार्षिक लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया।

विभाग के उत्तर की प्रतीक्षा की जा रही थी।

7.12 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) का कार्यान्वयन न होना

मानसिक स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के पैरा 4.7 के अनुसार, मुख्य मोर्चों पर काम करना आवश्यक है जिसमें सार्वजनिक वित्त पोषण के माध्यम से विशेषज्ञों की वृद्धि/सृजन और सार्वजनिक प्रणालियों में काम करने के इच्छुक लोगों को प्राथमिकता देने के लिए विशेष नियम विकसित करना, प्राथमिक स्तर की सुविधाओं पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए मनोवैज्ञानिक सामाजिक सहायता प्रदान करने के लिए समुदाय के सदस्यों का नेटवर्क बनाना और ऐसे संदर्भ में डिजिटल प्रौद्योगिकी का लाभ उठाएं जहां योग्य भौतिक चिकित्सकों तक पहुंच मुश्किल है, शामिल है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के पैरा 13.4 में यह भी प्रावधान है कि देश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए मनोवैज्ञानिक सहायता प्रदान करने के लिए समुदाय के सदस्यों को प्रशिक्षित किया जाए। मानसिक स्वास्थ्य की दिशा में समुदाय/इलाके के लिए एक स्थायी नेटवर्क विकसित करने के लिए सरकार के साथ सहयोग एक महत्वपूर्ण मुद्दा होगा।

लेखापरीक्षा ने डीएसएचएस के खातों से पाया कि 1 अप्रैल 2016 को ₹ 92.20 लाख का प्रारंभिक शेष था। इसके अलावा, डीएसएचएस ने 2016-21 के दौरान ₹ 21.32 लाख का ब्याज अर्जित किया, परंतु शून्य व्यय किया गया और 31 मार्च 2021 तक ₹ 1.13 करोड़ की पूरी राशि अव्ययित रह गई। इससे स्पष्ट है कि सोसायटी द्वारा उपरोक्त कार्यक्रम क्रियान्वित नहीं किया गया है। कार्यक्रम के कार्यान्वयन न होने के कारणों की प्रतीक्षा की जा रही है।

7.13 बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) का कार्यान्वयन

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने बुजुर्ग लोगों की विभिन्न स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के समाधान के लिए 2010-11 के दौरान "बुजुर्गों के स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम" (एनपीएचसीई) शुरू किया था। बुजुर्गों के लिए स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) सरकार की अंतर्राष्ट्रीय और राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं की अभिव्यक्ति है, जैसा कि विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र कन्वेंशन (यूएनसीआरपीडी), 1999 में भारत सरकार द्वारा अपनाया गया वृद्ध व्यक्तियों पर राष्ट्रीय नीति (एनपीओपी) और वरिष्ठ नागरिकों की चिकित्सा देखभाल के प्रावधानों से संबंधित "माता-पिता और वरिष्ठ नागरिकों का भरण-पोषण और कल्याण अधिनियम, 2007" की धारा 20 के अंतर्गत परिकल्पित है। कार्यक्रम राज्य उन्मुख है और कार्यक्रम का मूल जोर प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों पर वरिष्ठ नागरिकों (>60 वर्ष की आयु) को समर्पित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना है।

पीआईपी, आरओपी और समेकित उपयोगिता प्रमाणपत्रों के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान एनएचएम, रा.रा.क्षे. दिल्ली द्वारा बुजुर्गों के स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) पर किए गए बजट प्रावधान और व्यय तालिका 7.6 में दिए गए हैं।

तालिका 7.6: रा.रा.क्षे. दिल्ली राज्य में एनपीएचसीई के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय

(₹ लाख में)

अवधि	पीआईपी में प्रस्तावित राशि	भारत सरकार द्वारा आरओपी में अनुमोदित राशि	तुलन पत्र के अनुसार प्रारंभिक शेष	भारत सरकार से प्राप्त निधि	ब्याज प्राप्ति	किया गया कुल व्यय	अव्ययित शेष
2016-17	352.75	259.34	0.00	34.50	0.08	0.00	34.58
2017-18	41.80	41.80	34.58	0.00	2.45	0.00	37.04
2018-19	90.80	49.80	37.04	0.00	1.31	0.17	38.18
2019-20	115.40	36.80	38.18	0.00	1.32	0.00	39.49
2020-21	21.90	21.90	39.49	0.00	1.21	0.00	40.71
2021-22	21.90	21.90	40.71	0.00	1.20	8.00	33.90
कुल	644.55	431.54	---	34.5	7.57	8.17	---

उपरोक्त तालिका से यह स्पष्ट है कि डीएचएमएस को स्वीकृत राशि ₹ 431.54 लाख के प्रति ₹ 34.50 लाख प्राप्त हुए। तथापि, डीएचएमएस ने 2016-22 की अवधि के दौरान स्वीकृत ₹ 431.54 लाख के प्रति केवल ₹ 8.17 लाख (1.89 प्रतिशत) व्यय किए हैं। 2020-21 की अवधि के लिए डीएसएचएस की कार्यवाही के रिकॉर्ड (आरओपी) के अनुसार, भारत सरकार ने एनपीएचसीई के अंतर्गत वृद्धावस्था देखभाल (22), फिजियोथेरेपिस्ट/व्यावसायिक चिकित्सक (04) और सलाहकार चिकित्सा (एमडी) (12) के लिए नर्सों के 38 पदों को मंजूरी दी परंतु मार्च 2021 तक सभी पद खाली रहे।