

## कार्यकारी सार

### 1. हमने यह निष्पादन लेखापरीक्षा क्यों की?

सशस्त्र सेना चिकित्सा सेवाएँ (एएफएमएस), युद्ध एवं शान्ति दोनों में रक्षा सेवाओं की संकटकालीन संभार-तंत्र शाखाओं में से एक है। एएफएमएस का उद्देश्य रोगों की रोकथाम व रोगियों और घायलों की देख-भाल तथा उपचार द्वारा सशस्त्र-बल कर्मियों तथा उनके परिवारों के स्वास्थ्य को बनाए रखना एवं उन्नत करना है।

सशस्त्र सेना चिकित्सा सेवाएँ (एएफएमएस) एक अंतर-सेवा संगठन है जिसका प्रधान महानिदेशक सशस्त्र सेना चिकित्सा सेवाएँ हैं (डीजीएएफएमएस), जो रक्षा मंत्रालय के अधीन प्रत्यक्ष रूप से कार्यरत है। डीजीएएफएमएस की शीर्ष स्तर पर थलसेना, नौसेना तथा वायुसेना के लिए चिकित्सा सेवा महानिदेशकों, जो संबंधित सेवाओं के अस्पतालों की कार्यप्रणाली की देखरेख हेतु उत्तरदायी हैं, द्वारा सहायता की जाती है।

एमएच किरकी



सैन्य क्षेत्रों में 90 सैन्य अस्पतालों के अतिरिक्त देश-भर में फैले विभिन्न बेड क्षमताओं के 133 (थलसेना-111, नौसेना-10 तथा वायुसेना-12) मिलिटरी अस्पताल हैं।

अप्रैल 2003 से, एएफएमएस द्वारा पूर्व-सैनिक अंशदायी स्वास्थ्य योजना पॉलीक्लीनिक्स द्वारा समय-समय पर संदर्भित किये गए पूर्व-सैनिकों एवं उनके परिवारों के उपचार का दायित्व लिया गया।

सशस्त्र सेना बल कर्मियों को स्वस्थ रखने की केन्द्रीय भूमिका को देखते हुए, संगठन, कितने उत्कृष्ट रूप से सुसज्जित है और किस सीमा तक कार्यकुशलता, प्रभावपूर्णता एवं मितव्ययता को मस्तिष्क में रखते हुए, सौंपी गई भूमिका का निर्वहन कर रहा था, का आकलन करने के लिए, हमने इस निष्पादन लेखापरीक्षा को हाथ में लिया है।

### 2. यह निष्पादन लेखापरीक्षा क्या समाहित करती है?

हमने यह उचित आश्वासन को प्राप्त करने के लिए निष्पादन लेखापरीक्षा की है। कि क्या:-

- ✚ सामान्य वित्तीय नियमों के अनुरूप सुगठित-बजटीय-रचना, नियंत्रण तथा व्यय प्रबंधन पद्धति विद्यमान थी;
- ✚ अस्पताल चिकित्सकों, नर्सों तथा पैरामेडिकल कर्मियों से पर्याप्ततः मानव-युक्त तथा आधुनिक चिकित्सा उपकरणों से सुसज्जित है;
- ✚ अधिप्राप्ति में मितव्ययता, निरीक्षण तथा अस्पतालों/रोगियों को औषधियों की समयोचित आपूर्ति को सुनिश्चित रखने के लिए सुगठित प्रचलन विद्यमान था;
- ✚ अस्पताल प्रशासन जैव-चिकित्सा-कचरा प्रबंधन सहित प्रभावी था; एवं
- ✚ ईसीएचएस के उदीयमान संगठन को आवश्यक आधारभूत संरचना, चिकित्सा उपकरण, औषधियां तथा मानव संसाधन प्रदान किये गए हैं।

### 3 हमारे लेखापरीक्षा निष्कर्ष

#### औषधियों की स्थानीय अधिप्राप्ति में बढ़ती हुई प्रवृत्ति

2006-07 से 2010-11 की अवधि के दौरान औषधियों की स्थानीय खरीद (एलपी) हेतु निधियों के आवंटन में ₹157.73 करोड़ से ₹371.34 करोड़ तक महत्वपूर्ण रूप से वृद्धि हुई, जो केन्द्रीय खरीद (सीपी) के लिए आवंटन में सीमान्त वृद्धि (11 प्रतिशत) के प्रति 135 प्रतिशत की वृद्धि थी। चूँकि, एलपी तदर्थ तथा अत्यावश्यक स्वरूप की आवश्यकताओं को पूरा करने से अभिप्रेरित है, एलपी के पक्ष में आवंटित बजट की प्रवृत्ति में अत्यधिक झुकाव, लागत एवं गुणवत्ता की दृष्टि से केन्द्रीयकृत अधिप्राप्ति के प्रत्यक्ष फायदों के प्रतिकूल था।

(पैराग्राफ 2.2)

#### वार्षिक अधिप्राप्ति योजना तथा बजट आवंटन के बीच असंबधता

वार्षिक अधिप्राप्ति योजनाएँ राजस्व तथा पूँजीगत मदें दोनों को समाहित करते हुए एएफएमएस के आधुनिकीकरण के लिए मदों की अधिप्राप्ति हेतु योजना को प्रतिबिंबित करती है। जहां तक पूँजीगत मदों की अधिप्राप्ति का संबंध है अनुमोदित वार्षिक अधिप्राप्ति योजना (एएपी) के प्रति मार्च 2011 तक, योजनाओं को वृहत् रूप से असंगत बनाते हुए, ₹ 943.41 करोड़ का विशाल बैकलॉग था। एएपी का वृहत् संचयी बैकलॉग यह दर्शाता है कि प्रक्रिया-संबंधी विलंबों के कारण से क्रियान्वयन वस्तुतः धीमा तथा सुस्त था।

(पैराग्राफ 2.4)

#### अस्पतालों में चिकित्सा अधिकारियों की गंभीर कमी



चिकित्सा सेवाओं में मानव-शक्ति, रोगी की देखभाल पर प्रत्यक्ष प्रभाव डालने वाला एक महत्वपूर्ण घटक है। अस्पतालों में चिकित्सा अधिकारियों (एमओ) की 12 प्रतिशत की कुल कमी थी। टर्शियरी केयर अस्पतालों को (सीएच तथा स्पेशल सेन्टर) छोड़कर, सेना के चिकित्सा देखभाल श्रृंखला के फील्ड अस्पतालों (36 प्रतिशत), पेरिफेरल (6 प्रतिशत), मिड जोनल (19 प्रतिशत) तथा जोनल अस्पतालों (9 प्रतिशत) में कमी विद्यमान थी। यहाँ तक कि, कमान तथा विशेषज्ञ अस्पतालों के मध्य पदस्थ संख्याबल में उधमपुर में (-) 25 प्रतिशत से आर एवं आर अस्पताल दिल्ली में (+) 93 प्रतिशत तक भिन्नता थी। टर्शियरी केयर अस्पतालों में अधिकता के साथ फील्ड अस्पतालों, पेरिफेरल, मिड जोनल, तथा जोनल अस्पतालों में संचयी अभाव प्राधिकृत के प्रति एमओस् की तैनाती में अव्यवहारिकता का सूचक है।

(पैराग्राफ 3.1)

#### सशस्त्र सेना चिकित्सा महाविद्यालय (एएफएमसी) के माध्यम से भर्ती

एएफएमसी से उत्तीर्ण चिकित्सा-कैडेट सेनाओं में सेवा देने के उत्तरदायी हैं। 2007 से 2010 तक के वर्षों के दौरान, 508 सफल कैडेट्स में से 73 ने सितम्बर 1998 में मंत्रालय द्वारा निर्धारित ₹ 15 लाख की बंधपत्र राशि भुगतान करते हुए सेवा दायित्व से बाहर रहने का विकल्प चुना। स्पष्टतः ₹ 15 लाख की बंधपत्र राशि पलायन को रोकने में पर्याप्त निवारक नहीं थी।

(पैराग्राफ 3.2)

### विशेषज्ञों की कमी

उचित अहर्ताएं अर्जित करने वाले एमबीबीएस चिकित्सकों को विशेषज्ञों/अतिविशेषज्ञों के रूप में श्रेणीबद्ध किया जाता है। मार्च 2011 को, 298 (14 प्रतिशत) की कमी को इंगित करते हुए प्राधिकृत 2217 (2295 में से 78 आरक्षित को घटा कर) के प्रति 1919 विशेषज्ञ/अतिविशेषज्ञ तैनात थे।

### विशेषज्ञों का पलायन

2006-10 के दौरान, 190 विशेषज्ञ चिकित्सक सेवा में अधिक्रमण के आधार पर सेवा त्याग चुके थे। विशेषज्ञों का अधिकतम पलायन उन विभागों में हुआ जहाँ पहले से ही अभाव विद्यमान था।

(पैराग्राफ 3.3)

### नर्सिंग कार्मिकों तथा पैरामेडिकल कार्मिकों की तैनाती

चिकित्सा अधिकारियों के मामले की तरह विभिन्न अस्पतालों में नर्सों तथा पैरामेडिकल कार्मिकों की तैनाती में विसंगति थी। नर्सिंग कर्मी सीएच एससी पुणे, सीएच डब्ल्यूसी चन्डीमन्दिर, एएच आरएण्डआर, बीएच दिल्ली कैंट तथा एमएच जयपुर में क्रमशः 39 प्रतिशत, 30 प्रतिशत, 21 प्रतिशत, 3 प्रतिशत तथा 25 प्रतिशत तक कम थे। पैरामेडिकल कर्मी सीएच डब्ल्यूसी चन्डीमन्दिर, बीएच दिल्ली कैंट तथा एमएच जयपुर में क्रमशः 4 प्रतिशत, 15 प्रतिशत तथा 8 प्रतिशत तक अधिक जबकि सीएच एससी पुणे तथा एएच आरएण्डआर में क्रमशः 15 प्रतिशत तथा 23 प्रतिशत तक कम थे।

(पैराग्राफ 3.4 एवं 3.5)

### मानक विद्युत-चिकित्सा उपकरणों की भारी कमी

दिसम्बर 2010 को प्राधिकृत मानकों के संदर्भ में विभिन्न अस्पतालों में कम से कम 22108 उपकरणों की कमी थी जिनके लिए परियोजित कमियों को पूरा करने हेतु कोई अधिप्राप्ति नहीं की गई थी।

### अतिमहत्वपूर्ण उपकरणों की गंभीर कमी



हमने 28 अस्पतालों में प्राधिकरण के प्रति 20 उपकरणों के धारण का परीक्षण किया। अधिसंख्य अस्पतालों में पोर्टेबल मल्टी चैनल ईसीजी, बैड-साइड मॉनिटर हॉर्ट रेट डिस्प्ले, डीसी डेफिब्रिलेलेटर, नेबुलाइजर इलेक्ट्रिक, पोर्टेबल अल्ट्रासाउण्ड यूनिट आदि जैसे उपकरणों की गंभीर कमी थी।

(पैराग्राफ 4.2)

### चिकित्सा उपकरणों का डाउन टाईम

10 अस्पतालों में ₹ 16.35 करोड़ मूल्य के 51 उपकरणों का डाउन टाईम कमान अनुसूक्षण कक्षों तथा एएफएमएसडी पुणे द्वारा अनुसूक्षण में विलंब के कारण से 01 माह से 12 माह तक की रेंज में था।

(पैराग्राफ 4.7)

## विक्रेता पंजीकरण

विक्रेता पंजीकरण की प्रणाली दूषित थी क्योंकि अस्पतालों ने उन फर्मों को भी पंजीकृत कर लिया जिन्होंने पंजीकरण के समय असत्य घोषणा अथवा/और राज्य या केन्द्रीय प्राधिकरणों द्वारा जारी अच्छी विनिर्माण प्रक्रिया (जीपीएम) का प्रमाण-पत्र, डीलर लाईसेंस, तथा वैद्य ड्रग लाईसेंस प्रस्तुत नहीं किया था।

(पैराग्राफ 5.4)

## दर-संविदा के माध्यम से अधिप्राप्तियाँ

सामान्यतः दर-संविदा (आरसी) अधिप्राप्ति अधिकारियों को मानकों की मितव्ययता के साथ मांग की गई मदों की अधिप्राप्ति में सक्षम बनाने हेतु निष्पादित की जाती हैं। तथापि, मार्च 2011 तक आरसीज् मात्र 44 मदों (कुल मदों का 6 प्रतिशत) के संबंध में प्रचलन में थी, जिससे उच्चतर लागत पर स्थानीय खरीद की गयी।

## आरसी अधीन विद्यमान मदों की स्थानीय खरीद



हमारी नमूना जाँच ने प्रकट किया कि जहाँ डीजीएफएमएस ने आरसीज् निष्पादित किये थे वहाँ भी छः अस्पतालों ने आरसी फर्मों से इतर उच्चतर दरों पर औषधियों की अधिप्राप्ति की। इसी प्रकार, कमान अस्पताल पुणे, दिल्ली, मुम्बई तथा लखनऊ के एएफएमएसडीज ने डीजीएस एण्ड डी आरसी दरों से उच्चतर दरों पर स्थानीय रूप से सामग्रियाँ अधिप्राप्त कीं।

(पैराग्राफ 5.5)

## बिना स्पष्टीकरण के विभिन्न दरों पर औषधियों की स्थानीय खरीद

सामान्य औषधियों के मामले में विभिन्न अस्पतालों द्वारा अधिप्राप्ति की दरों में बिना स्पष्टीकरण के बड़े विचलन व्याप्त थे। उदाहरणार्थ ओरल रिहाइड्रेशन पाउडर (पीवीएमएस-011688) की दर ₹ 1.58 [सीएच(एफ) बेंगलुरु] से ₹12.93 (आईएनएचएस अश्विनी) तक विचलित थी तथा वोवेशान जैल (पीवीएमएस-012920) की दर में ₹ 6.98 (एमएच, अंबाला) से ₹ 59.17 (आईएनएचएस जीवंती) तक विचलित थी। डाइजिन (170 मि.ली. बोतल) के मामले में स्थानीय खरीद दरें ₹ 9.50 (एच आर एण्ड आर) प्रति बोतल से ₹ 41.50 (178 एमएच) तक विचलित थी। इसी प्रकार इंजेक्शन डेक्सट्रोस की अधिप्राप्ति दरें ₹12.80 (सीएच डब्ल्यूसी) से ₹ 150 (एमएच किरकी) तक विचलित थीं।

विभिन्न अस्पतालों द्वारा औषधियों की स्थानीय अधिप्राप्ति में 100 गुणा तक की रेंज के भारी कीमत विचलन के तथ्य का निहितार्थ निम्न दो संभावनाओं में से एक है।

- औषधियाँ अत्यधिक कीमतों पर स्थानीय रूप से अधिप्राप्त की जा रही हैं, तथा
- अपनी गुणवत्ता पर प्रश्नचिन्ह लगाती हुई औषधियाँ, प्रदत्त तथ्य कि स्थानीय अधिप्राप्तियों में आपूर्तियाँ बोर्ड ऑफ आफिसर द्वारा मात्र दृष्टि-निरीक्षण के आधार पर अस्पतालों में स्वीकृत की जाती हैं, असामान्य रूप से कम कीमतों पर आपूर्ति की जा रही हैं।

(पैराग्राफ 5.7)

### औषधियों का अतिभंडारण

एएफएमएसडी दिल्ली के भंडार में ₹ 3.80 करोड़ मूल्य की 210 औषधियाँ आवश्यकता से अधिक थीं। 210 औषधियों की भंडारित मात्रा में से 96 औषधियाँ, 46 प्रतिशत अंश, दो वर्षों से अधिक के लिए काफी होतीं, उस समय तक उनका जीवन काल समाप्त हो चुका होगा। कुछ औषधियों के मामले में, ओवरस्टॉकिंग इतनी अधिक थी कि औसत मासिक अनुसंधान संख्या के आधार पर यह 6 से 109 वर्षों की आवश्यकता की पूर्ति करती। इसी प्रकार, एएफएमएसडी मुंबई 460 औषधियाँ अधिकता में रखे था जिनमें से 197 औषधियाँ, (43 प्रतिशत अंश) का भंडार दो वर्षों से अधिक की अवधि के लिए काफी होता, उस समय तक उनका जीवन काल समाप्त हो चुका होगा।

(पैराग्राफ 5.9)

### निर्धारित जीवन-काल से कम की औषधियों की अधिप्राप्ति

डीजीएएफएमएस द्वारा निर्धारित भंडारण नीति एएफएमएसडीज से सामान्य जीवन-काल के कम से कम 5/6 अवशेष जीवन-काल के व्यययोग्य भंडारों को स्वीकार करने की अपेक्षा करती है। एएफएमएसडी लखनऊ में 2008, 2009 तथा 2010 की दिसम्बर माह के लिए नमूना जाँच से प्रकट हुआ कि निर्धारित से कम जीवन-काल-युक्त ₹ 64.64 लाख मूल्य की 22 मर्दे स्वीकृत की गईं। एएफएमएसडी दिल्ली में स्थिति और भी बदतर थी जहाँ ₹ 2.00 करोड़ मूल्य की ऐसी 52 मर्दे स्वीकृत की गईं। एएफएमएसडी मुंबई ने ₹ 23.07 लाख मूल्य की ऐसी 20 मर्दे स्वीकृत की थीं।

(पैराग्राफ 5.10)

### गुणवत्ता निरीक्षण

महानिदेशक गुणवत्ता आश्वासन को आरसी एवं स्थानीय खरीद, जहाँ आर्डर ₹ 1.5 लाख से अधिक मूल्य का होता है, के प्रति सभी खरीद-दारियों का निरीक्षण किए जाने का शासनादेश है। तथापि, हमने पाया कि निरीक्षण हेतु पदनामित डीजीक्यूए प्राधिकारी ऐसे परीक्षणों के आयोजन हेतु अल्प-सज्जित थे, जिससे निरीक्षण की गुणवत्ता से समझौता करना पड़ा। हमने यह भी पाया कि एक बड़ी संख्या में मामलों में औषधियाँ सीएच डब्ल्यूसी, एएच (आएण्डआर), सीएच एससी, एएफएमएसडी मुंबई द्वारा निरीक्षण नोट बिना ही स्वीकृत की गईं। निरीक्षण नोट बिना औषधियों के स्वीकरण से अवमानक औषधियों के स्वीकरण का भय होता है।

(पैराग्राफ 5.14)

### भंडार सुविधा में कमी

अस्पतालों में शीत-गृह तथा शीत भंडारण सुविधा चिकित्सा भंडारों के जीवन के साथ-साथ गुणवत्ता बनाए रखने से अभिप्रेरित है। हमने देश भर के नमूना जाँच किये गये अस्पतालों में पाया कि शीतगृहों में 11 से 100 प्रतिशत, शीत भंडारगृहों की 10 से 100 प्रतिशत तथा समग्र चिकित्सीय भंडारगृहों में 5 से 100 प्रतिशत तक की रेंज में कमी थी।

### ऐंबुलेंसो की कमी

जुलाई 2008 से जुलाई 2011 के दौरान चार स्ट्रेचर ऐंबुलेंसो का अभाव 48 प्रतिशत से 57 प्रतिशत तक बढ़ गया। निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान समीक्षित 23 अस्पतालों, जहाँ प्राधिकृत के प्रति विद्यमान ऐंबुलेंसो का परीक्षण किया गया, में से मात्र नौ अस्पतालों में प्राधिकृत ऐंबुलेंस थीं, एक के पास

आधिक्य धारण था जबकि 13 अस्पतालों में कमी थी। सर्वाधिक कमी एमएच जयपुर (50 प्रतिशत) में तत्पश्चात् एमएच अंबाला (46 प्रतिशत), एमएच जबलपुर (40 प्रतिशत), एमएच जोधपुर (36 प्रतिशत), एमएच गया (33 प्रतिशत) तथा सीएच एससी (29 प्रतिशत) में थी।

(पैराग्राफ 6.2)

### जैव-औषधीय कचरा

जैव-औषधीय-कचरा (प्रबंधन एवं रखरखाव), अधिनियम 1998 के अधीन जैव-औषधीय-कचरा उत्पन्न करने वाली समस्त स्वास्थ्य उपचारी संस्थापनाओं (एचसीईज), से जैव-औषधीय-कचरे के प्रबंधन एवं रखरखाव के लिए प्राधिकार हेतु अधिकृत प्राधिकारी को आवेदन करने की अपेक्षा करता है। मार्च 2011 को थलसेना में 280 एचसीईज में से 241 (87 प्रतिशत) के पास वैध प्राधिकार नहीं थे। मार्च 2011 को, वायुसेना में 162 एचसीईज में से 99 (61 प्रतिशत), तथा नौसेना में 10 एचसीईज में से 2 (20 प्रतिशत) ने अपने प्राधिकार का नवीकरण नहीं करवाया।

क्योंकि नियमों के अधीन वैध प्राधिकार एक बड़ी संख्या में एचसीईज के पास उपलब्ध नहीं थे, इन नियमों के अनुरूप जैव-औषधीय कचरे के रखरखाव की उनकी क्षमता पर संदेह है।

(पैराग्राफ 6.4)

### आधारभूत संरचना का सृजन

दिसम्बर 2002 में संस्वीकृत योजना के अनुसार, आधारभूत संरचना सैन्य स्टेशनों पर 104 पॉलीक्लीनिक्स चार वर्षों के मध्य तथा गैर-सैन्य स्टेशनों पर 123 पॉलीक्लीनिक्स पाँच वर्षों के मध्य सृजित की जानी थी। जबकि, योजना सैन्य स्टेशनों पर आधारभूत संरचना सृजित करने का उद्देश्य पूरा कर चुकी थी, फरवरी 2011 तक गैर-सैन्य स्टेशनों पर आधारभूत संरचना के संबंध में मात्र 15 प्रतिशत पॉलीक्लीनिक्स में ही आधारभूत संरचना स्थापित हुई थी।

(पैराग्राफ 7.2)

### मानव-शक्ति में अभाव

मार्च 2011 तक ईसीएचएस में विशेषज्ञ चिकित्सकों तथा स्त्री-रोग विशेषज्ञों का अभाव क्रमशः 27 प्रतिशत तथा 31 प्रतिशत तक उच्च था। चिकित्सा अधिकारियों की सभी श्रेणियों के मामले में अभाव सैन्य स्टेशनों की तुलना में, मरीजों के उपचार को विपरीत रूप से प्रभावित करते हुए, गैर-सैन्य स्टेशनों पर स्थित पॉलीक्लीनिक्स में अधिक था।

(पैराग्राफ 7.3)

### उपकरण

यद्यपि, एक्स-रे मशीनों की सभी 227 पॉलीक्लीनिक्स में व्यवस्था की गई थी, उनके परिचालन हेतु रेडियोग्राफर 79 पॉलीक्लीनिक्स हेतु संस्वीकृत नहीं किए गए। परिणामस्वरूप, कई स्थानों पर एक्स-रे मशीनें उपयोग में नहीं लाई गईं, परिणामतः या तो सैन्य अस्पतालों को स्थानान्तरित कर दी गईं अथवा व्यर्थ पड़ी हुई थीं।

### चिकित्सा उपकरण का डाउन-टाईम एवं निष्क्रियता

2008-10 के दौरान 18 पॉलीक्लीनिक्स में, एक माह से 36 माह तक की रेंज की अवधि के लिए 36 उपकरण रह-रह कर अप्रयोज्य रहे। मार्च 2011 तक गैर-सैन्य स्टेशनों पर स्थित 17 पॉलीक्लीनिक्स में 18 उपकरण (07 एक्स-रे मशीनें, 09 डेंटल चेयर्स और 02 सेमी-ऑटोएनॉलाईजर्स) जनवरी 2010 से निष्क्रिय थे।

### चिकित्सीय भंडार की अल्प-उपलब्धता

ईसीएचएस पॉलीक्लीनिक्स चिकित्सीय भंडारों हेतु एएफएमएसडीस् के साथ-साथ निकटतम सेवा अस्पतालों पर निर्भर है।

एएफएमएसडी मुम्बई ने 35 अतिआवश्यक एवं महत्वपूर्ण औषधियों (52 प्रतिशत) का भंडारण नहीं किया, जबकि मासिक अनुरक्षण संख्या के अनुसार 09 औषधियों (13 प्रतिशत) का भंडारण आवश्यकता से कम था। एएफएमएसडी दिल्ली कैंट में 10 अत्यावश्यक औषधियों (15 प्रतिशत) का भंडारण नहीं किया गया और 24 औषधियों (36 प्रतिशत) का भंडारण मासिक अनुरक्षण संख्या से कम था। अतः डिपो ईसीएचएस पॉलीक्लीनिक्स को अत्यावश्यक एवं महत्वपूर्ण औषधियाँ उपलब्ध करवाने में असक्षम थे।

**(पैराग्राफ 7.4)**

### पैनलीकृत अस्पतालों की अपर्याप्तता

गैर-सैन्य स्टेशनों में लाभार्थियों को उपचार के लिए एकमात्र रूप से पैनलीकृत अस्पतालों पर आश्रित रहना पड़ता है। 15 गैर-सैन्य स्टेशनों (20 प्रतिशत) और सम-संख्यक सैन्य स्टेशनों (21 प्रतिशत) पर ईसीएचएस लाभार्थियों के लिए कोई भी पैनलीकृत अस्पताल उपलब्ध नहीं था। अतः उन गैर-सैन्य स्टेशनों में पैनलीकृत अस्पतालों के अभाव में लाभार्थी चिकित्सीय उपचार से वंचित थे।

**(पैराग्राफ 7.5)**

## अनुशंसायें

### हम क्या अनुशंसा करते हैं?

- 1) सभी अस्पताल और एएफएमएसडीस् कार्यभार एवं व्यय की पूर्व-प्रवृत्ति को ध्यान में रखते हुए बजट आंकलनों को तैयार कर सकते हैं, और डीजीएएफएमएस ऐसे आंकलनों के आधार पर निधियों का आवंटन कर सकता है। निधियाँ अस्पताल के उपकरणों के रखरखाव और मरम्मत हेतु पृथक रूप से आवंटित की जा सकती हैं।
- 2) मंत्रालय एवं डीजीएएफएमएस आवश्यकताओं की पुनःरीक्षा उपरांत वार्षिक अधिप्राप्ति योजना (एएपी) को युक्तिपूर्ण बनाकर तथा समयबद्ध तरीके से एएपी को कार्यान्वित करके अपने अस्पतालों को आधुनिक बना सकते हैं।
- 3) डीजीएएफएमएस कार्यभार संबंधी त्रुटियों को दूर करने के लिए यथोचित आंकलन के आधार पर अस्पतालों में सामान्य कार्य चिकित्सा अधिकारियों, विशषज्ञों, नर्सिंग, और पैरामेडिकल कर्मियों की तैनाती को नियमित कर सकता है।
- 4) एएफएमसी से उत्तीर्णोपरांत चिकित्सा कैंडिडेट्स के पलायन को प्रोत्साहन एवं निरूत्साहन की उचित योजना अपना कर हतोत्साहित किया जा सकता है।
- 5) सभी अस्पतालों में उपकरणों की उपलब्धता की व्यापक रूप से पुनःरीक्षा एवं विद्यमान अंतरालों, जो कि काफी अधिक हैं, को भरने हेतु तत्काल कार्यवाही की आवश्यकता है।
- 6) वार्षिक अधिप्राप्ति योजनाओं के अंतर्गत नियोजित अधिप्राप्तियों की गति को प्रासंगिक बनाए रखते हुए आधुनिकीकरण को गति प्रदान किए जाने की आवश्यकता होती है। यह तभी संभव होगा यदि बजटीय परिव्यय महत्वपूर्ण रूप से बढ़ाया जाए एवं अधिप्राप्ति प्रक्रिया को अधिक सक्षम बनाया जाए।
- 7) कीमती उपकरणों के रखरखाव एवं मरम्मत को सुगम बनाने हेतु प्रभावी कदम उठाए जा सकते हैं। कमान मरम्मत कक्षों एवं एएफएमएसडी पुणे में तकनीकी मानव-शक्ति में कमियों को आपातकालिक/छोटी मरम्मतें करने के लिए विद्यमान मानव-शक्ति की कारीगरी/कौशल में उन्नति के साथ उत्तम बनाया जा सकता है ताकि उपकरणों के डाउन-टाईम को कम किया जा सके।
- 8) डीजीएएफएमएस गुणवत्तायुक्त औषधियों की अधिप्राप्ति हेतु आंतरिक प्रक्रियाओं को निर्धारित पद्धतियों के कड़े क्रियान्वयन द्वारा मजबूत कर सकता है। विक्रेताओं के पंजीकरण की प्रक्रिया आवधिक रूप से जाँची जा सकती है और निर्धारित मानकों से कोई भी विचलन निरपवाद रूप से जाँचा जा सकता है।
- 9) डीजीएएफएमएस आरसीज् के प्रचालन की प्रणाली अधिक कुशल तथा प्रेषिती की आवश्यकताओं के अनुरूप बनाने हेतु पुनःसज्जित कर सकते हैं। आरसीज् के निष्पादन में बैकलॉग को हटाया जा सकता है। यह सुनिश्चित करने के लिए प्रभावी कदम उठाए जा सकते हैं, कि प्रत्यक्ष माँग अधिकारी प्रथम अवसर पर ही आरसी धारकों को आपूर्ति आदेश दिये बिना स्थानीय-अधिप्राप्ति पर आश्रित न हों।



- 10) एएफएमएसडी सभी आश्रित अस्पतालों में औषधियों की आपूर्ति को सुनिश्चित कर सकते हैं ताकि उनके द्वारा स्थानीय अधिप्राप्ति न्यूनतम हों ।
- 11) अस्पतालों में स्थानीय रूप से अधिप्राप्त पीवीएमएस/एनआईवी ड्रग्स/उपभोग्य वस्तुओं के ब्राँड्स तथा दरों में बड़े विचलनों के दृष्टिगत डीजीएएफएमएस औषधियों/दवाईयों की अधिप्राप्तियाँ नियमित करने एवं एएफएमएसडीज द्वारा आरसीज् और केन्द्रीय-खरीद माध्यम से अधिप्राप्ति में वृद्धि हेतु प्रभावी कदम उठा सकता है ।
- 12) उपभोग्य वस्तुओं और औषधियों के प्रेषणपूर्व परीक्षण एवं पोस्ट-लैब परीक्षण हेतु एएफएमएस में गुणवत्ता आश्वासन प्रणाली को अधिक कड़ा बनाने के लिए शीघ्र एवं प्रभावी कदम उठाए जा सकते हैं ।
- 13) औषधियों हेतु विद्यमान शीत भण्डारण सुविधा एवं ऐम्बुलेंसों के धारण में कमियों का यथोचित समय के भीतर सुधारात्मक उपचार किया जाना चाहिए ।
- 14) स्वास्थ्य उपचार संस्थापनाओं द्वारा जैव-चिकित्सा कचरा (प्रबंधन एवं संचालन) अधिनियम 1998 का कठोर अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए डीजीएएफएमएस द्वारा तत्काल कदम उठाए जाने की आवश्यकता है ।
- 15) औषधियों, आधारभूत संरचना तथा मानव-शक्ति की उपलब्धता में सुधार, विशेषकर गैर-सैन्य स्टेशनों पर उपकरणों हेतु मानव-शक्ति तैनाती सुनिश्चित करने के साथ-साथ ईसीएचएस माध्यम से पर्याप्त रोगी-उपचार का प्रावधान करने के लिए प्रभावी एवं शीघ्र कदम उठाए जा सकते हैं।