

अध्याय-5

मुख्य नियंत्रक अधिकारी आधारित लेखापरीक्षा

5.1 स्वास्थ्य सेवा निदेशालय की मुख्य नियंत्रक अधिकारी आधारित लेखापरीक्षा

कार्यकारी सारांश

2007-08 से 2011-12 की अवधि को सम्मिलित करते हुए 50 औषधालयों सहित 12 आहरण एवं संवितरण अधिकारियों अभिलेखों की जाँच के द्वारा स्वास्थ्य सेवा (निदेशालय) की एक मुख्य नियंत्रक अधिकारी (सीसीओ) आधारित लेखापरीक्षा संचालित की गई थी। लेखापरीक्षा में निदेशालय में अपनाये जाने वाले वित्तीय प्रबंधन, मानव संसाधन प्रबंधन, दिल्ली की औषधि नीति, क्रय नीति, प्रक्रिया एवं प्रविधियों को सम्मिलित किया।

वर्ष 1997 और 2008 के मध्य ₹ 13.13 करोड़ की लागत पर प्रस्तावित 60 से 700 की सीमा के बिस्तर क्षमता वाले दस अस्पतालों का निर्माण कार्य किसी भी स्थल पर प्रारंभ नहीं हुआ था (अगस्त 2012)।

निदेशालय ने सामग्री एवं आपूर्ति की खरीद प्रक्रिया तथा क्रिया विधि को अभिलेखित नहीं किया था। आवश्यकताओं का निर्धारण पूर्वानुमानों पर आधारित था। क्योंकि आपूर्तिकर्ताओं द्वारा उद्धरित दरें सीधे तौर पर आपूर्ति की जाने वाली अनुमानित प्रमात्रा से संबंधित थी, केन्द्रीय क्रय एजेन्सी (सीपीए) औषधि नीति में उल्लिखित मितव्ययता का माप प्राप्त करने के लिए थोक मात्राओं में औषधियों एवं सर्जिकल वस्तुओं के लिए प्रतिस्पर्धात्मक दरों का लाभ नहीं ले सकी। दवाओं/औषधियों की खरीद वास्तविक आवश्यकताओं से बहुत पहले कर ली गई थी, परिणामस्वरूप वर्ष के अन्त में महत्वपूर्ण अनुपयोगित शेष थे।

दर अनुबंधों की बढ़ाई हुई अवधि के दौरान औषधियों के बाजार भावों का विश्लेषण करने की कोई विधि क्रिया नहीं थी। परिणामतः आपूर्तिकर्ता को वित्तीय लाभ हुआ क्योंकि इस अवधि में औषधियों की कीमतों में कमी आई थी, परिणामस्वरूप अकेले केन्द्रीय भण्डार द्वारा औषधि खरीद पर ₹ 1.28 करोड़ की परिहार्य हानि हुई।

औषधियों तथा सर्जिकल वस्तुओं की जाँच नित्य क्रम के अनुसार की गई और सीपीए तथा केन्द्रीय भण्डार स्तर पर आपूर्ति के सभी बच्चों की जाँच सुनिश्चित करने का कोई रास्ता नहीं था। इसके अतिरिक्त, गैर सीपीए खरीद के सम्बंध में, मांग करने वाली इकाईयाँ आपूर्तिकर्ता द्वारा प्रस्तुत औषधियों की केवल इन-हाउस जाँच रिपोर्ट पर ही भरोसा कर रहे थे जो कि एक विसंगति है।

निदेशालय, सी.पी.ए. और केन्द्रीय भण्डार स्तर पर योजना बनाने और आपूर्ति और खरीद के लिए प्रबंधन के लिए कोई मैनुअल या कम्प्यूटरीकृत प्रबंधन सूचना तन्त्र नहीं था।

निदेशक के अधिकार क्षेत्र के अन्तर्गत देखे गए रोगियों की संख्या की तुलना में औषधियों के उपभोग में अप्रत्याशित अन्तरऔषधालयों द्वारा उपलब्ध कराई गई स्वास्थ्य सुविधाओं की निम्न गुणवत्ता कि ओर इंगित करती है।

बहु एजेन्सियों द्वारा उपलब्ध कराई जानी वाली बिषम प्राथमिक उपचार सुविधाओं के कारण उत्पन्न कठनाईयों को हल करने के लिए दिल्ली कैबिनेट द्वारा वर्ष 2010 में अनुमोदित जन स्वास्थ्य मानक अभी तक लागू नहीं किए गए।

विभाग द्वारा 39 में से किसी भी मदर लैब हेतु रोग विज्ञानी/प्रयोगशाला तकनीशियन पद की स्वीकृति नहीं की गई। इसके अतिरिक्त सभी प्रमुख प्रयोगशाला में संदर्भित मामलों की प्रतिशतता कुल मामलों का 8.43 प्रतिशत कम थी।

चल औषधालियों चलाने हेतु 34 से 48 प्रतिशत तक गैर सरकारी संगठनों की सेवाओं का उपभोग करने के अतिरिक्त 18 से 24 प्रतिशत कर्मचारियों का प्रबंध सरकारी अस्पतालों तथा औषधालियों से किया गया। इसके अतिरिक्त, विभागीय चिकित्सकों की अनुपस्थिति में उनके स्थान पर कोई वैकल्पिक प्रबंध नहीं था। अपर्याप्त निगरानी तथा चल चिकित्सालयों का विपथन भी पाया गया।

5.1 प्रस्तावना

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार का स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण निदेशालय (विभाग) दिल्ली तथा पड़ोसी राज्यों की जनता की स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूर्ति करता है। इस विभाग के साथ दिल्ली सरकार का स्वास्थ्य सेवाओं का निदेशालय एक प्रमुख एजेन्सी है जो कि बेसिक तथा माध्यमिक स्तर पर दिल्ली में फैले हुए विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य आउटलेटों जैसे औषधालय एवं स्वास्थ्य केन्द्र, स्कूल स्वास्थ्य चिकित्सालय तथा चल स्वास्थ्य चिकित्सालय के माध्यम से उपचार सुविधाओं के लिए उत्तरदायी है।

5.1.1 संगठनात्मक ढाँचा एवं गतिविधियाँ

निदेशालय का प्रमुख निदेशक (स्वास्थ्य सेवाएं) दिल्ली सरकार होता है जिनकी सहायता के लिए एक अतिरिक्त निदेशक (प्रशासन), एक अतिरिक्त निदेशक (चिकित्सा) तथा एक प्रोग्राम अधिकारी होता है। निदेशालय का संगठनात्मक ढाँचा **अनुलग्नक- 5.1** पर दिया गया है। निदेशालय के अधीन चलाए जा रहे औषधालयों तथा अन्य लोक स्वास्थ्य गतिविधियों को सरल एवं कारगर बनाने के उद्देश्य से दिल्ली को 8 जिलों में बांटा गया है, जिनके प्रमुख मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी (सीडीएमओ) है। केन्द्रीय क्रय एजेन्सी (सीपीए) दिल्ली सरकार के सभी संस्थाओं/अस्पतालों के लिए अतिआवश्यक औषधियाँ तथा शल्य वस्तुएं निविदा के माध्यम से खरीदने के लिए उत्तरदायी है। निदेशालय (मुख्यालय) की केन्द्रीय भण्डार एवं क्रय शाखा (केन्द्रीय भण्डार) दवाईओं की खरीद करती है जो सीपीए की दर संवीदा के अन्तर्गत नहीं आती है तथा अधीनस्थ कार्यालय, स्वास्थ्य केन्द्र एवं औषधालयों के लिए उपकरणों और उपभोग वस्तुओं के भण्डारण एवं वितरण हेतु उत्तरदायी है।

5.2 लेखापरीक्षा की कार्यविधि और क्षेत्र

निदेशालय 247 औषधालयों के तन्त्र के माध्यम से विभिन्न राष्ट्रीय तथा राज्य स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में संबंध करता है और पंजीकृत निजी नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराई जा रही स्वास्थ्य सेवाओं को नियंत्रित करता है। सीसीओ आधारित लेखापरीक्षा में वर्ष 2007-08 से 2011-12 की अवधि के लिए निदेशालय और इसके अधिनस्थ कार्यालयों जैसे सीपीए और केन्द्रीय भण्डार में अपनाई जा रही दिल्ली सरकार की औषधि नीति 1994 की क्रय नीतियाँ, क्रिया विधि एवं प्रैक्टिस को शामिल किया गया। सभी 12 आहरण एवं संवितरण अधिकारी नमूना जाँच हेतु चुने गये थे। इसके अतिरिक्त, रैन्डम सैम्पलिंग के आधार पर 247 में से 50 औषधालयों को भी नमूना जाँच हेतु चुना गया था। निदेशक, दि.स्वा.से. को लेखापरीक्षा उद्देश्य एवं मापदण्ड को विस्तृत विवरण एवं स्पष्ट करने हेतु एक प्रवेश सम्मेलन का आयोजन किया गया (22मई 2012)। लेखापरीक्षा उपलब्धियाँ, निष्कर्ष

और सिफारिशों से विभाग को अवगत कराया गया तथा समाप्ति सम्मेलन (28-02-2013) में चर्चा भी की गई।

5.2.1 लेखापरीक्षा कसौटी

निदेशालय की निष्पादन क्षमता का मूल्यांकन करने हेतु लेखापरीक्षा कसौटी को बेंचमार्क के तौर पर अपनाया गया जो निम्न में से लिए गए हैं:

- जैव चिकित्साकीय अवशिष्ट प्रबन्धन (बी.एम.डब्ल्यू) अधिनियम, 1998,
- सिगरेट एवं तम्बाकू उत्पाद-निषेध का विज्ञापन और नियमन अधिनियम 2003,
- उपचार गृह पंजीकरण अधिनियम, 1953,
- दिल्ली में स्वास्थ्य पर सरकारी नीतियाँ, निर्देश, आदेश और गाइड लाइन्स, और
- विभिन्न योजनागत योजनाओं के लिए मार्ग निर्देशिका, नितिगत लक्ष्य, उद्देश्य तथा प्राप्त किए जाने हेतु निर्धारित लक्ष्य ।

5.2.2 निदेशालय का मानव संसाधन प्रबन्धन

स्वास्थ्य ऐसा क्षेत्र है जहाँ समुचित योग्य कर्मचारी उपलब्धता की सर्वोच्च महत्ता है । निदेशालय के कर्मचारियों की 31 मार्च 2012 की स्थिति निम्नलिखित तालिका 5.1 में दी गई है ।

तालिका 5.1: निदेशालय के कर्मचारियों की 31 मार्च 2012 की स्थिति

क्र.सं.	श्रेणी	स्वीकृत पद	भरे गये पद	रिक्त पद	प्रतिशतता
1.	चिकित्सा कर्मचारी	718	522	196	27.30
2.	उपचार कर्मचारी	569	471	98	17.22
3.	परिचिकित्साकीय कर्मचारी	933	849	84	9.00
4.	प्रशासनिक कर्मचारी	307	224	83	27.04
5.	श्रेणी घ कर्मचारी	1477	1171	306	20.72
	कुल	4004	3237	767	19.16

स्रोत: निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराई गई सूचना

जैसा की उपरोक्त तालिका से देखा जा सकता है कि प्रत्येक संवर्ग के कर्मचारियों में 9 से 27.30 प्रतिशत तक कमी थी । चिकित्सा एवं उपचार संवर्ग में कमी विशेषकर चिन्ता का विषय है क्योंकि यह विभाग की कार्यप्रणाली को उसको सौंपे गये उत्तरदायित्व का निर्वाहन करने को प्रभावित करती है ।

5.2.3 निदेशालय की समग्र आन्तरिक नियन्त्रण प्रणाली

5.2.3.1 आन्तरिक नियन्त्रण क्रियाविधि की प्रणाली और आन्तरिक लेखापरीक्षा तन्त्र

उद्देश्यों की प्राप्ति हेतु निदेशालय को, माँग करने वाली इकाईयों से विवरणी/प्रतिवेदन प्राप्त करने, आपूर्ति आदेशों की स्थिति पर नजर रखने, उपकरणों की कार्यक्षमता, सामान सूची, अत्यावश्यक भेषण की अनुपलब्धता, आपूर्तिकताओं की कार्यक्षमता जाँच प्रयोगशालाओं द्वारा गुणवत्ता आश्वासन और किसी भी स्तर पर दर सांविदा के सम्बन्ध में अक्षमता पर दण्ड की धारा को लागू करने के लिए मैनुअल या कम्प्यूटरीकृत वातावरण में प्रबन्धन सूचना पद्धति (एमआईएस) को लागू करने की आवश्यकता है। तथापि, यह भी पाया गया कि प्रभावी आन्तरिक नियंत्रण तन्त्र की कमी के कारण अपेक्षित उद्देश्य प्राप्त नहीं किए जा सके जैसा कि अनुवर्ती कंडिकाओं में वर्णित है।

इसके अतिरिक्त, आन्तरिक लेखापरीक्षा आन्तरिक नियंत्रण तन्त्र का एक अभिन्न अंग है। निदेशालय को उसके कार्य निर्वहन में समुचित आश्वासन प्राप्त करने हेतु एक मुक्त एवं स्वतन्त्र आन्तरिक लेखापरीक्षा स्थापित किए जाने की आवश्यकता है। निदेशालय के पास अपना एक आन्तरिक लेखापरीक्षा खण्ड नहीं है, परन्तु दिल्ली सरकार का लेखापरीक्षा निदेशालय विभाग की आन्तरिक लेखापरीक्षा करता है। यह पाया गया कि मार्च 2012 को 44 निरीक्षण प्रतिवेदन जिनके 449 लेखापरीक्षा पैरे लंबित थे।

5.2.3.2 आन्तरिक नियंत्रण के अन्तर्गत अन्य मुद्दे

निदेशालय में बेसिक स्वास्थ्य के संबंध में अपने उत्तरदायित्व के निर्वाहन में पदानुक्रम के प्रत्येक स्तर पर विभिन्न गतिविधियों का शुरु करने का बीड़ा उठाया है जिसमें इन बातों जैसे भण्डारण, दवाओं एवं औषधियों का वितरण, उपकरण आदि के साथ-साथ प्रत्येक स्तर पर प्रचालन ज्ञान आवश्यक है। लेखापरीक्षा के ध्यान में आया कि निर्धारित क्रय क्रियाविधि, दिशा निर्देशिक अपनाए नहीं जा रहे थे।

5.2.3.3 उत्तरदायी तन्त्र

निदेशालय में बेसिक स्वास्थ्य की देख रेख से सम्बन्धित गतिविधियों को लागू करने तथा उन पर निगरानी रखने के तीन श्रेणी पद्धति अर्थात् मुख्य कार्यालय, मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी तथा औषधालय विद्यमान है। इस प्रकार उपरोक्त वर्णित तीनों स्तरों पर समन्वय की कमी पायी गयी जो कि प्रतिवेदन के अनुवर्ती पैरों में विस्तृत रूप से वर्णित है।

5.2.3.4 सांविधिक लेखापरीक्षा पर प्रतिक्रिया

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक, निदेशालय (मुख्यालय) के आहरण एवं संवितरण अधिकारी (डीडीओं) के साथ-साथ इनके अधिकार क्षेत्र के अन्तर्गत आने वाले 11 अन्य डीडीओं की भी लेखापरीक्षा करता है। निदेशालय द्वारा लेखापरीक्षा आपत्तियों की अनुपालना की निगरानी हेतु कोई तन्त्र विकसित नहीं किया गया था। यह पाया गया कि दिसम्बर 2012 को वर्ष 1999-2000 से 2011-12 की अवधि के 37 निरीक्षण प्रतिवेदन जिनमें 145 पैराग्राफ लम्बित थे।

मार्च 2008 को समाप्त वर्ष के लिए भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक की प्रतिवेदन में निदेशालय की एक निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन प्रकाशित हुई थी। तथापि नवम्बर 2012 को कार्यवाही टिप्पणी प्रतीक्षित थी।

5.2.3.5 धोखाधड़ी और भ्रष्टाचार पर लचीलापन

निदेशालय अपने 247 औषधालयों के तन्त्र और विभिन्न योजनाएँ जैसे चल स्वास्थ्य योजना, स्कूल स्वास्थ्य चिकित्सालय आदि के माध्यम से दिल्ली के जनता के लिए बेसिक स्तर पर स्वास्थ्य गतिविधियाँ लागू करने के लिए उत्तरदायी है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि बड़ी मात्रा में दवाइयों/शल्य वस्तुओं की खरीद, खरीद के लिए लिखित क्रियाविद्धि की अनुपस्थिति निदेशालय को आपूर्तिकर्ताओं को अनुचित लाभ के जोखिम के साथ उच्च दरों पर खरीद तथा वितरण पद्धति में दवाइयों/औषधियों की चोरी धोखाधड़ी एवं भ्रष्टाचार के प्रति लचीला बनाता है।

5.2.4 समग्र निगरानी तन्त्र

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- काल्पनिक बजट प्रेक्षेपण के संदर्भ में खराब बजट नियंत्रण, मार्च माह में व्यय की बहुतायत, अब्सट्रैक्ट कान्टिन्जेन्ट अग्रिमों का निपटान न करना और अन्य ऐजेन्सियों/अस्पतालों आदि को प्रदान किए गये अनुदानों का उचित उपयोग, करने के लिए कोई प्रभावी तन्त्र नहीं था; और
- आवश्यक औषधियों/ शल्य वस्तुओं की नियमित एवं समय से आपूर्ति सुनिश्चित करने एवं इनकी अनुपलब्धता की स्थिति की आवधिक विवरणी सीपीए/केन्द्रीय भण्डार को प्रस्तुत नहीं की गयी थी। आपूर्तिकर्ताओं की कार्य क्षमता की निगरानी, आवश्यक औषधियों/शल्य वस्तुओं एवं कार्यस्त उपकरणों की स्थिति के लिए कोई कम्प्यूटरीकृत पद्धति नहीं थी।

लेखापरीक्षा उपलब्धियाँ

5.3. वित्तीय प्रबन्धन

निदेशालय द्वारा वर्ष 2007-08 से 2011-12 की अवधि में वर्ष-वार आवंटन तथा व्यय नीचे की गई तालिका-5.2: में दिया गया है ।

तालिका 5.2: बजट प्रावधान तथा वास्तविक व्यय

(₹करोड़ में)

वर्ष	योजना		गैर योजना		कुल	
	बजट आवंटन	वास्तविक व्यय	बजट आवंटन	वास्तविक व्यय	बजट आवंटन	वास्तविक व्यय
2007-08	48.82	46.44	77.69	67.45	126.51	113.89
2008-09	58.87	53.90	98.23	93.35	157.10	147.25
2009-10	68.19	64.92	130.28	125.58	198.47	190.50
2010-11	100.50	91.50	150.88	147.25	251.38	238.75
2011-12	203.65	186.24	174.20	151.86	377.85	338.10

स्रोत: निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराये गये आँकड़े

उपरोक्त तालिका से यह प्रमाणित होता है कि मूल बजट आवंटन से व्यय कम हुआ, परिणामतः बचत हुई ।

निदेशालय ने (जनवरी 2013) में कहा कि बचत का कारण एमसीडी चुनाव के कारण विज्ञापनों को बीच में डालने के लिए सक्षम अधिकारी का अनुमोदन प्राप्त न होना और सामान्य वस्तुओं की खरीद हेतु निविदाओं को केवल मार्च 2012 में अन्तिम रूम से दिया जाना था । यह दवाइयों एवं अन्य वस्तुओं की समय से खरीद की उचित योजना की अनुपस्थिति दर्शाता है ।

5.3.1 व्यय की अधिकता

सामान्य वित्तीय नियमावली के नियम 56 (3) के अनुसार व्यय की अधिकता को विशेषतः वित्त वर्ष के अंतिम माह में वित्तीय औचित्य का उल्लंघन माना जायेगा तथा इसे रोका जाना चाहिए। जाँच से पता चला कि निदेशालय का अधिकांश व्यय “सामान एवं आपूर्ति” मद में तथा स्कीमों के व्यय पर भी था। पिछले पाँच वर्षों का मार्च माह के व्यय का विस्तृत विवरण तालिका 5.3 में दिया गया है ।

तालिका 5.3: मार्च माह में व्यय का विस्तृत विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	कुल व्यय	मार्च माह में व्यय	मार्च माह में व्यय का प्रतिशतता
2007-08	10.74	1.56	14.53
2008-09	12.75	2.61	20.47
2009-10	20.00	5.00	25.00
2010-11	25.98	11.00	42.34
2011-12	19.67	2.45	12.46

स्रोत: स्वास्थ्य सेवा निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराये गये आंकड़े

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि सामान्य व आपूर्ति मद में मार्च माह में व्यय की प्रतिशतता 12.46 और 42.34 प्रतिशत के बीच थी ।

विभाग ने अपने उत्तर (मार्च 2013), में कहा कि वर्ष 2007-08 से 2011-12 की अवधि के लिये अनुमोदन के साथ-साथ स्वीकृति मार्च माह में ही प्राप्त हुई, इस कारण से उक्त अवधि में बिल 31 मार्च को आहरित किए गये । तथ्य यह है कि सामान्य वित्तीय नियमावली के प्रावधानों का अनुसरण नहीं किया गया ।

5.4 स्वास्थ्य सेवा निदेशालय (मुख्यालय)

5.4.1 सूचना का अधिकार अधिनियम 2005 (आरटीआई एक्ट) के अनुसार वेबसाइट पर अनिवार्य प्रावधानों की अवहेलना

संगठनात्मक विवरण, कार्य प्रणाली कर्तव्य तथा कुछ योजनाओं के लागू करने के साथ औषधालयों के विवरण के अतिरिक्त नीतियों, बजट, खरीद, दवाइयों की उपलब्धता, अनुदान कार्यक्रम आदि निदेशालय के वेबसाइट पर उपलब्ध नहीं थे, जो कि सूचना के अधिकार अधिनियम 2005 की धारा 4 के अन्तर्गत अनिवार्य है । अतः इस प्रकार की बेसिक सूचना की निदेशालय की वेबसाइट पर अनुपलब्धता के कारण दिल्ली की जनता को उसके सूचना की अधिकार से वंचित रखा गया है ।

विभाग ने अपने उत्तर (मार्च 2013) में तथ्यों को स्वीकार किया तथा अनुपालना हेतु नोट किया ।

5.4.2 दण्ड का अनुचित लेखाकरण

सामान्य वित्तीय नियमावली (जीएफआर) 2005 के नियम 9 के अनुसार संबन्धित विभाग का यह कर्तव्य है कि वह सरकारी प्राप्ति तथा देय का ठीक तथा तुरंत

मूल्यांकन, संग्रहीत करे तथा समेकित निधि या लोक लेखे जैसा भी मामला हो में जमा करवाये।

लेखापरीक्षा जाँच में ज्ञात हुआ कि निदेशालय ने वर्ष 2007-12 की अवधि में आपूर्ति कर्ताओं पर आपूर्ति में विलम्ब के लिए ₹ 96.46 लाख का जुर्माना लगाया। आपूर्ति कर्ताओं को भुगतान करते समय जुर्माने की राशि को सरकारी खाते में जमा कराने की बजाय उनके बिल की कुल राशियों से घटा दिया।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया (मार्च 2013) और आश्वस्त किया कि वर्ष 2012-13 से जुर्माने की राशि को विभागीय प्राप्ति के रूप में बुक किया जायेगा।

5.4.3 चिकित्सा अधिकारियों को ₹ 3.79 करोड़ के वाहन भत्ते का अनियमित भुगतान

लेखापरीक्षा जाँच से ज्ञात हुआ कि सभी डाक्टरों ने (i) सामान्य ड्यूटी समय के बाद अस्पताल आना (ii) मरीजों को देखने के लिए उनके घर पर जाना तथा (iii) अन्य कार्यालय ड्यूटी हेतु निर्धारित पदों के अनुसार वाहन भत्ते का दावा किया। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा दी गयी सफाई के अनुसार यह पर्यवेक्षण अधिकारी का उत्तरदायित्व है, जो की गयी यात्रा प्रमाण पत्रों को प्रतिहस्ताक्षरित करता है, यह सुनिश्चित करे कि किए गये दावे सत्यता पर आधारित है। यह नोट किया गया कि ₹ 3.79 करोड़ के दावे बिना किसी पर्यवेक्षण अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर के डाक्टरों द्वारा स्वप्रमाणन पर भुगतान हेतु पास कर दिए गए थे। परिणामतः ₹ 3.79 करोड़ का अनियमित भुगतान किया गया।

विभाग ने इसे कार्य विधि में चूक के रूप में माना (मार्च 2013) और आश्वासन दिया की बिल पर्यवेक्षण अधिकारी द्वारा सत्यापन के बाद ही पास किए जाएंगे।

5.4.4 ₹ 1.90 करोड़ के सार आकस्मिक अग्रिमों (ए.सी) का असमायोजन

प्राप्ति एवं भुगतान नियमावली के नियम 118 के अनुसार आपूर्तिकर्ताओं को भुगतान हेतु सार आकस्मिक पर आहरित की गई राशि आहरण के एक माह के भीतर समायोजित की जानी चाहिए। अभिलेखों की जाँच के दौरान पता चला कि ₹ 1.90 करोड़ (अनुलग्नक 5.2) की राशि के सार आकस्मिक अग्रिम विभिन्न अधिकारियों आपूर्तिकर्ताओं को वर्ष 2010-11 और 2011-12 की अवधि में दिये गये अक्टूबर 2012 तक समायोजित नहीं किये गये थे।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि ₹ 1.90 करोड़ में से ₹ 1.31 करोड़ के सार आकस्मिक अग्रिमों का निपटान कर दिया गया था, शेष राशि के लिए, शीघ्र कार्य वाही हेतु अनुस्मारक जारी कर दिए गए थे। निदेशालय को सार आकस्मिक अग्रिम की लम्बित राशि के समायोजन के लिए समय से कार्यवाही करनी चाहिए।

5.4.5 उपयोग प्रमाण पत्रों की प्राप्ति की अपर्याप्त निगरानी

अभिलेखों की जाँच से ज्ञात हुआ कि मार्च 2012 को वर्ष 2010-11 तक भुगतान की गयी अनुदान से संबंधित ₹ 447.40 करोड़ राशि के 78 देय उपयोग प्रमाण पत्र लंबित थे । वर्ष वार लम्बित उपयोग प्रमाण पत्रों की स्थिति तालिका 5.4 में दी गई है:

तालिका 5.4: लम्बित उपयोग प्रमाण पत्र

(₹ करोड़ में)

वर्ष	देय उपयोग प्रमाण पत्र		लम्बित उपयोग प्रमाण पत्र	
	संख्या	राशि	संख्या	राशि
2008-09 तक	50	8.28	50	8.28
2009-10	1	13.01	1	13.01
2010-11	27	426.11	27	426.11
कुल	78	447.40	78	447.40

स्रोत: स्वास्थ्य सेवा निदेशालय द्वारा दिए गये आँकड़े

उपरोक्त तालिका दर्शाती है कि ₹ 447.40 करोड़ राशि के उपयोग प्रमाण पत्र अब तक लम्बित थे ।

₹ 447.40 करोड़ राशि के उपयोग प्रमाण पत्रों का लम्बित शेष दर्शाता है कि निदेशालय में अनुदानों के उपयोग प्रमाणपत्रों की निगरानी का आन्तरिक नियंत्रण तन्त्र अपर्याप्त था ।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि ₹ 201.44 करोड़ राशि के उपयोग प्रमाण पत्रों का निपटान कर दिया गया था और शेष उपयोग प्रमाण पत्रों के लिए अनुस्मारक जारी कर दिए गये थे । अतः उपयोग प्रमाण पत्र समय से प्राप्त करने की निगरानी प्रणाली में सुधार करना चाहिए ।

5.4.6 ₹ 13.13 करोड़ राशि की निधि का अवरोध

निदेशालय दिल्ली में नये अस्पताल व औषधालय स्थापित करने के लिए उत्तरदायी है । नये अस्पतालों व औषधालयों के निर्माण से संबंधित अभिलेखों की जाँच से पता चला कि 60 से 700 प्रस्तावित विस्तर क्षमता वाले 10 अस्पतालों के निर्माण हेतु वर्ष 1997 और 2008 के बीच भूमि का आवंटन किया गया था। भूमि खरीदने तथा बाहरी दीवार बनाने पर ₹ 13.13 करोड़ की राशि खर्च की गई। कार्य विभिन्न एजेंसियों का सौंपा गया था तथा डीएचएस के पास उपलब्ध अभिलेखों से पता चला कि कुछ मामलों में बाहरी दीवार बनाने के अतिरिक्त किसी भी स्थल पर निर्माण कार्य प्रारम्भ नहीं हुआ था (अगस्त 2012)। फलस्वरूप, ₹ 13.13 करोड़

राशि का अवरोध हुआ और दिल्ली की जनता अभीष्ट स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रही।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि तथ्य और आंकड़े सही थे। बहु एजेंसियों की सहभागिता के कारण निर्माण कार्य में देरी हुई। आगे, समय के साथ, भूमि की कीमतों में बढ़ती वास्तव में सरकार द्वारा पूंजीगत सम्पत्तियों में लाभकारी निवेश था। उत्तर स्वीकार नहीं था क्योंकि सरकार का मुख्य उद्देश्य निवेश कर पूंजीगत लाभ प्राप्त करना नहीं बल्कि दिल्ली की लक्षित जनता को स्वास्थ्य सुविधायें उपलब्ध कराना था।

5.4.7 निदेशालय (मुख्यालय) की अप्रभावी निगरानी

निदेशालय द्वारा मांग करने वाली इकाइयों से विवरणी प्रतिवेदन प्राप्त करने आपूर्ति आदेशों की स्थिति पर नजर रखने, उपकरणों की कार्य क्षमता, सामान सूची, आवश्यक दवाईयों की अनुपलब्धता, आपूर्तिकर्ताओं की कार्यक्षमता, जॉच प्रयोगशालाओं द्वारा गुणवत्ता आश्वासन और किसी भी स्तर पर दर संविदा के सम्बन्ध में अक्षमता पर दण्ड की धारा की लागू करने के लिए मैनुअल या कम्प्यूटरीकृत वातावरण में प्रबंधन सूचना पद्धति (एमआईएस) को लागू नहीं किया गया था। यह पाया गया कि औषधालय ओपीडी उपस्थिति, कर्मचारियों की संख्या, अनुपलब्धता, प्रयोगशाला उपकरण आदि हस्तलिखित प्रतिवेदन और विवरणी सीडीएमओं के मध्यम से निदेशालय को भेजते थे। निदेशालय (मुख्यालय) में इन विवरणियों का न तो विश्लेषण किया और न ही इन्हें केन्द्रीय भण्डार और सीपीए को भेजा गया, जो जोकि औषधियाँ खरीदने तथा औषधालयों में प्रयोगशाला उपकरणों के रखरखाव के लिए संविदा देने के लिए उत्तरदायी है। अतः वे आवश्यक औषधियों की अनुपलब्धता तथा प्रयोगशाला उपकरणों की स्थिति के बारे में अनभिज्ञ थे। लेखापरीक्षा ने पाया कि औषधियों और उपकरणों के लिए प्रभावी निगरानी तत्व के अनुपस्थिति के परिणामस्वरूप केन्द्रीय भण्डार में आवश्यक औषधियों की अनुपलब्धता 58 से 390 दिनों तक रही (अनुलग्नक 5.3)।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि एमआईएस संभवतः अप्रैल 2013 तक स्थापित किया जाना था, जो विभिन्न स्तरों पर आपूर्ति की समुचित निगरानी कर सकेगा। आगे सभी सीडीएमओ को भी सलाह दी गई है कि वे अनुपलब्ध औषधियों प्रयोगशाला उपकरणों के संचालन आदि पर निगरानी रखें।

5.5. केन्द्रीय क्रय एजेंसी

दिल्ली सरकार की औषधि नीति (सीपीए) के अनुपालन में सभी दिल्ली सरकार अस्पतालों व स्वास्थ्य केन्द्रों में साझा क्रय कार्यक्रम के माध्यम से उच्च गुणवत्ता की औषधियाँ और अन्य चिकित्सा भण्डार वस्तुएँ उचित मूल्यों पर खरीदने के उद्देश्य से केन्द्रीय कृत एंजेंसी की स्थापना 1994 में की गई थी।

5.5.1 कम निष्पादन के कारण लक्ष्य की अप्राप्ति

साझा कार्यक्रम सीपीए द्वारा तीन चरणों में लागू किया जाना था। प्रथम चरण में विभिन्न औषधियों के खरीद के लिए दर संविदा तैयार की जानी थी। द्वितीय चरण में विभिन्न अस्पतालों में आवश्यक औषधियाँ के लिए केन्द्रीयकृत खरीद, आदेश, दिये जाने थे परन्तु सुर्पुदगी सीधे अस्पतालों को दी जानी थी। तृतीय चरण में, राज्य में केवल सीपीए के द्वारा विभिन्न अस्पतालों को औषधियों के आदेश, खरीद, भण्डारण व वितरण किया जाना था। आगे कार्यक्रमानुसार औषधि भण्डारण तथा सामान सूची नियंत्रण की आधुनिक तकनीकी आरम्भ की जानी थी जिससे कि किसी भी समय विभिन्न अस्पतालों एवं स्वास्थ्य देखरेख सुविधाओं पर विभिन्न औषधियों की उपलब्धता के बारे में केन्द्रीय ईकाई को मालूम हो।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सीपीए आजकल कार्यन्वयन के दूसरे चरण में है। परिणामतः किसी भी प्रकार का असन्तुलन जैसे कि किसी अस्पताल में विशेष प्रकार की औषधि की कमी और अन्य अस्पताल में अप्रयुक्त भण्डार की उपलब्धता को चिन्हित नहीं किया जा सकता। आगे कोई सुधारक उपाय नहीं किए गये और औषधियों की बहु बिन्दु खरीद के फंदे में पड़ने की संभावना से इन्कार नहीं किया जा सकता।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2013) कि अब "निरन्तर" नाम के सॉफ्टवेयर कार्यक्रम के माध्यम से आपूर्तियों का कम्प्यूट्रीकरण किया जा रहा है। जो कि माँग एवं आपूर्ति की स्थिति की निगरानी करने में प्रभावी है। विभाग ने आश्वासन दिया कि "निरन्तर" वर्ष 2013-14 से पूर्ण रूप से कार्यरत हो जायेगा।

5.5.2 अत्यावश्यक औषधि सूची (ईडीएल)

औषधि नीति के अनुसार ईडीएल एक विशेष समिति द्वारा वार्षिक तैयार की जानी थी, जिसमें दवाओं के समुचित और विवेकपूर्ण उपयोग को सुनिश्चित करने, अनावश्यक व्यय को कम करने के लिए राज्य के विभिन्न अस्पतालों से उच्च निपुण तथा अन्य अग्रणी विशेषज्ञ सम्मिलित होते हैं। ईडीएल स्वास्थ्य देखरेख पद्धति के लिए आवश्यक औषधि की सूची है, जोकि अति प्रभावी दवाओं को सूचीबद्ध करना, अधिकाधिक रोगियों को सुरक्षित, मितव्ययी औषधियाँ प्राथमिकता के आधार पर उपलब्ध कराने के उद्देश्य से प्रतिनिधित्व करती है। अभिलेखों की लेखापरीक्षा जाँच से ज्ञात हुआ की ईडीएल प्रत्येक वर्ष के बजाय वर्ष 2007 में तैयार की गई थी तथा चार वर्ष पश्चात् दोबारा वर्ष 2011 में बनाई गई थी। अभिलेख जैसे की समिति की बैठको के कार्यवृत्त, दवाइयों के बढ़ाने या घटाने का तक ईडीएल को अंतिम रूप देने का मापदण्ड और सक्षम अधिकारी का अनुमोदन लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराए गये ।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) के ईडीएल समिति अब औषधिय तथा विकित्सा प्रथा में विकास के भण्डार को लेने तथा ईडीएल में संशोधन के लिए प्रत्येक जनवरी में आवश्यक बैठक करती है।

5.5.3 क्रय मैनुअल और मार्ग निर्देशिका लिपिबद्ध/तैयार नहीं किए गये

सामान्य वित्तीय नियमावली के नियम 135 के अनुसार, सभी विभागों और संगठनों को संहिताबद्ध क्रय मैनुअल और विस्तृत क्रय क्रियाविधि सहित निर्देश, दिशानिर्देशिका और वित्तीय शक्तियों को समुचित तौर पर सौंपना जिससे कि पारदर्शी, व्यवस्थित निर्णय लेने की समझ बनाई जानी थी। लेखापरीक्षा ने पाया कि निदेशालय ने सामान एवं आपूर्ति की खरीद पर लिखित कार्य विधि एवं प्रथा को लिपिबद्ध नहीं किया था। आपातकालीन कार्य की अनुमानित आवश्यकताएँ तैयार करने के लिए कोई मार्गनिर्देशिकाएँ नहीं थी। मार्गनिर्देशिकाओं की अनुपस्थिति में गैर सी.पी.ए. औषधियों के लिए आपूर्ति आदेश दर संविदा आपूर्तिकर्ताओं को सीधे दे दिए गये थे, जिनको अस्पतालों तथा केन्द्रीय भण्डार द्वारा अन्तिम रूम दिया गया था। यह सुनिश्चित करने के लिए कि केन्द्रीय भण्डार द्वारा सभी अस्पतालों के दर संविदाओं का पता कर एवं मिलान कर उन औषधियों की खरीद मितव्ययी तरीके से की गई है, का तन्त्र नहीं था। अतः निदेशालय की दो एजेन्सियों द्वारा तदर्थ क्रय पद्धति अपनाई जा रही थी।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि क्रय मैनुअल और मार्ग निर्देशिकाओं की तैयारी तीन वर्ष पूर्व शुरू की गयी थी परन्तु आपूर्ति श्रृंखला में विभिन्न विकल्पें उपलब्ध थी, “निरंतर” का प्रबंधन मापदण्ड अभी तक चुना नहीं गया था।

5.5.4 गैर-सी.पी.ए. खरीद में निर्धारित सीमा से अधिक व्यय

दिल्ली सरकार की भेषज नीति के अनुसार कुल बजट का 10 प्रतिशत गैर-सी.पी.ए. औषधियों पर ‘सामान एवं आपूर्तियों’ के लिए खर्च किया जा सकता है। तथापि, केन्द्रीय भण्डार के अभिलेखों की लेखा परीक्षा जांच में पता चला कि गैर-सी.पी.ए. औषधियों पर किया गया व्यय 23.09 से 37.12 प्रतिशत था जो कि तालिका 5.5 में दिया गया है:

तालिका 5.5: गैर-सी.पी.ए. औषधियों की खरीद पर व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	सामान एवं आपूर्तियों का कुल बजट	कुल व्यय	गैर-सी.पी.ए. खरीद पर व्यय	कुल व्यय के विरुद्ध गैर-सी.पी.ए. खरीद का प्रतिशत
2007-08	10.74	10.74	2.48	23.09
2008-09	13.80	12.75	4.34	31.45
2009-10	20.00	20.00	5.54	27.70
2010-11	26.00	25.98	9.65	37.12
2011-12	25.00	19.67	2.47	9.88

स्रोत: केन्द्रीय भण्डार के भण्डार पंजिका से लिए गये आँकड़े

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2013) कि अब दर संविदा में औषधियों के विस्तार को बढ़ाने और गैर-सी.पी.ए. खरीद को 10 प्रतिशत तक सीमित रखने के प्रयास किये जा रहे हैं।

5.5.5 अनुमत्य से शेल्फ लाइफ औषधियों की खरीद

दवाइयों की अवसान की वास्तविक तिथि से पहले उनकी शक्ति हानि पर सावधानी रखने के लिए दवाइयों की खरीद के नियम एवं शर्तों में प्रावधान है कि आपूर्तिकर्ता को यह सुनिश्चित करना होगा कि आपूर्ति के समय उत्पादन की तिथि से 1/6 शेल्फ लाइफ से अधिक व्यतीत नहीं हुई हो, जो कि अनुमत्य शेल्फ लाइफ मानी गयी है। लेखा परीक्षा ने पाया कि केन्द्रीय भण्डार इस प्रावधान को लागू करने में विफल रहा, क्योंकि यह स्वीकार किया गया कि पिछले पाँच वर्षों में विभिन्न दवाइयों/ टीकों की 64 आपूर्तियों में शेल्फ लाइफ अनुमत्य सीमा से अधिक बीत चुकी थी (अनुलग्नक-5.4)।

विभाग ने कहा (फरवरी 2013) कि आपात स्थितियों में कभी-कभी केन्द्रीय भण्डार को सुचारु रूप से चलाने के लिए, भेषज/दवाईयां गैर अनुमत्य शेल्फ लाइफ की प्राप्त हुई। आगे, ऐसी स्थिति से बचने के लिए भविष्य में सावधानी बरती जा रही है। उत्तर स्वीकार्य नहीं था। भेषज/दवाइयों की खरीद में समय से कार्यवाही की कमी थी।

5.5.6 मात्राओं का अपर्याप्त अनुमान

सामान्य वित्तीय नियमावली के नियम 137 में व्यवस्था है कि खरीदों को लोक सेवा की निर्धारित माँग के अनुसार बहुत मितव्ययी तरीके से किया जाना चाहिए तथा इस बात का ध्यान रखना चाहिए कि वास्तविक माँग की खरीद से पहले से एकत्र नहीं की जानी चाहिए। पैमाने की मितव्ययित हासिल करने के लिए, सभी माँग पत्र भेजने वाली इकाइयों से प्रतिक्रिया प्राप्त करने के पश्चात आवश्यकताओं के समुचित रूप से आकलन करने की आवश्यकता थी।

- औषधियों की खरीद के लिए वर्ष 2007, 2008 और 2011 की निविदा आमंत्रण सूचना का लेखापरीक्षा विश्लेषण दर्शाता है कि आवश्यकताओं का आकलन कल्पनाओं पर आधारित था क्योंकि सी.पी.ए औषधियों और शल्य वस्तुओं की खरीदी गई मात्रा तथा वास्तविक उपयोग का कोई डाटाबेस विवरण नहीं बना रहे थे। औषधि निविदा दस्तावेजों की जाँच से पता चला कि 2007 और 2008 के लिए क्रमशः कुल 622 में से केवल 426 एवं 709 में से केवल 377 दवाओं की मात्रा दर्शाई गई थी। चूँकि आपूर्ति

कर्ता फर्म द्वारा उद्धत की गई दरें मात्राओं से सीधे तौर पर जुड़ी हुई थी, भेषज नीति में निर्धारित पैमाने की मितव्ययिता को प्राप्त करने के लिए, सी.पी.ए. औषधियों और शल्य वस्तुओं की भारी मात्रा के लिए प्रतिस्पर्द्धात्मक दरों का लाभ प्राप्त नहीं कर सका।

- केन्द्रीय भण्डार के अभिलेखों की नमूना जाँच से पता चला कि दवाइयों/ औषधियों की खरीद वास्तविक आवश्यकता से बहुत पूर्व कर ली गयी थी, परिणामस्वरूप वर्ष के अन्त में भारी शेष था ।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि निदेशालय ने वर्ष 2011 में पहले ही निविदा प्रक्रिया में सुधार की शुरुआत कर दी है। विभाग का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि निविदा प्रक्रिया में शुरू किये गये सुधार इसके समर्थन में दरतावेजी साक्ष्य न तो लेखा परीक्षा को दिए गये और न ही उत्तर के साथ संलग्न किए गये ।

5.5.7 देखे गये रोगियों की संख्या के संदर्भ में दवाइयों के उपयोग के अन्तर

भेषज नीति के अनुसार सी.पी.ए. का यह उद्देश्य है कि यह सुनिश्चित करने के लिए कि तर्क विरुद्ध गतिविधियों के कारण हानियाँ न्यूनतम रखी गयी है सभी आवश्यक जाँच, पुनः जाँच (कम्प्यूट्रीकृत सामान सूची पद्धति, आधुनिक लेखाकंन कार्यविधि के माध्यम से) तथा औचक निरीक्षण किया जाय । यह देखने के लिए कि क्या इस उद्देश्य की पूर्ति हुई है, लेखा परीक्षा ने दवाइयों के चार वर्गों* के उपयोग नमूने का विश्लेषण किया और वर्ष 2007-08 से 2011-12 की अवधि में औषधलयों में देखे गये रोगियों की संख्या के साथ मिलान किया । चूँकि चुने गये चारों वर्गों में बहुत ही सामान्य स्वभाव की दवाइयाँ शामिल थी, जिनका आम बीमारियों में इस्तेमाल होता है, उनका उपयोग औषधालयों में देखे गये मरीजों की कुल संख्या के साथ मिलान में किया जा सकता है (अनुलग्नक-5.5)। लेखापरीक्षा विश्लेषण से पता चला कि :-

- रोगियों के इलाज में वर्ष 2008-09 से 2009-10 में 3.34 प्रतिशत की कमी आई, परन्तु वर्ग-I की दवाइयों के उपयोग में 22.38 प्रतिशत की कमी आई। परन्तु दवाइयों के वर्ग-II, III और IV के उपयोग का रूझान उल्टी दिशा में था, क्योंकि इसमें क्रमशः 67.11 प्रतिशत, 31.90 प्रतिशत तथा 24.80 प्रतिशत की वृद्धि हुई।
- यद्यपि मरीजों के इलाज में 2009-10 की अपेक्षा 2010-11 में फिर 0.01 प्रतिशत की कमी आई, दवाइयों के उपयोग में वर्ग-I, II, III, तथा IV के

*1. अनालजेसिक्स, ऐन्टीपाइरेटिक्स एण्ड ड्रग्स फॉर गोट 2. ऐन्टीप्रोटोजोल ड्रग्स 3. ऐन्टिबायोटिक्स, तथा 4. ऐन्टासिड एंड अदर ऐन्टी अल्सर ड्रग्स

लिए क्रमशः 19.48 प्रतिशत, 10.74 प्रतिशत, 38.64 प्रतिशत तथा 21.94 प्रतिशत की तुलनात्मक दृष्टि से भारी कमी आई।

- वर्ष 2010-11 की तुलना में वर्ष 2011-12 में रोगियों के निदान में फिर 7.22 प्रतिशत की कमी आयी, फिर भी औषधियों के उपयोग में मिश्रित रुझान दिखा। वर्ग- I और IV की दवाईयाँ क्रमशः 13.29 प्रतिशत और 20.38 प्रतिशत कम उपयोग की गयी जबकि वर्ग- II और III की दवाईयाँ क्रमशः 11.78 प्रतिशत और 25.69 प्रतिशत अधिक की गई।

इस प्रकार रोगियों की संख्या में कमी की तुलना में दवाओं के उपभोग में आकस्मिक अन्तर था ।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि विभिन्न रोगों का रूग्णता पैटर्न वर्ष-वर्ष में तथा ऋतु-ऋतु में भिन्न-भिन्न होता है, इसलिए रोग पार्श्वचित्र की दवाओं के उपयोग से सांख्यिकीय तुलना नहीं की जा सकती। यह उत्तर स्वीकार्य नहीं था, क्योंकि दवाईयों के उपयोग में अंतर काफी आकस्मिक था तथा विभाग ड्रग्स के असामान्य उपभोग को उपचार के या किसी बिमारी के फैलने के साथ संबंधित करते हुये, औचित्य को बताने में असफल रहा।

5.5.8 दर संविदा प्रबंधन में दोष

5.5.8.1 औषधियों प्रतियोगी बोलिया प्राप्त किए बिना के दर से संविदा सौंपा जाना

लेखापरीक्षा की जाँच में पता चला कि दर संविदाओं को एक बोली पर ही अंतिम कर दिया गया जैसा कि तालिका 5.6 में वर्णित है:

तालिका 5.6: दर संविदा के अंतर्गत दवाओं का वितरण

विवरण	दर संविदाएँ		
	2007	2008	2011
औषधियों की कुल संख्या जिसके लिए निविदाएँ आमंत्रित की गई	622	709	735
औषधियों की कुल संख्या जिसके लिए वर्ष के दौरान दर संविदाएँ प्रदान की गई	431	422	175
औषधियों की कुल संख्या जिनकी दर संविदाओं को अंतिम रूप नहीं दिया जा पाया	191	287	560
औषधियों की कुल संख्या जिनके लिए दर संविदाएँ एक बोली के आधार पर प्रदान की गई	98	162	शून्य
जिन औषधियों की दर संविदा एक मूल्य बोली के आधार पर प्रदान की गई, उनका प्रतिशत	23	38	
निविदा प्रस्तुत करने हेतु फर्म की अर्हता हेतु टर्न-ओवर का मापदण्ड (₹ करोड में)	35	35	40 से 80

स्रोत: आंकड़े केंद्रीय प्रापण अभिकरण द्वारा प्रदत्त है:

दर संविदाएँ 2007 में 98 औषधियों के संबंध में तथा 2008 में 162 औषधियों के संबंध में एक बोली आधार पर सौंपी गई। वर्ष 2011 हेतु औषधि निविदा प्रक्रियाधीन थी (अक्टूबर 2012)। निदेशालय द्वारा इस विषय में कोई अध्ययन नहीं किया गया कि सीपीए के पास इन औषधियों की आपूर्ति हेतु अधिक निर्माताओं से प्रस्ताव क्यों नहीं आ रहे।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि सीपीए की निविदाओं में कम प्रतिभागिता को अध्ययन करने के लिए जुलाई 2012 और जनवरी 2013 में प्रमुख निर्माताओं और विशेष खरीद समितिके बीच इस विषय को बताने के लिए बैठक बुलाई गई तथापि इस बैठक के स्रोत लेखापरीक्षा के लिए नहीं दिया गया।

5.5.8.2 समय पर अगली निविदा की प्रक्रिया आरंभ करने में सीपीए की असफलता से ₹ 1.28 करोड़ की हानि

सामान की खरीद हेतु नीतियाँ तथा प्रक्रियाएँ पर नियमावली के अध्याय 14 का अनुच्छेद 14.16 यह निर्धारित करता है कि यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि नई दर संविदाएँ वर्तमान दर संविदाओं की समाप्ति के ठीक बाद बिना किसी समयान्तराल के संचालित की जाए। परन्तु यदि किन्हीं विशेष कारणों से नई दर संविदा को अंतिम रूप देना संभव न हो तब एक उचित अविधि के लिए जो तीन माह से अधिक न हो, वर्तमान दर संविदाओं को समान नियम व शर्तों, इत्यादि के साथ विस्तारित करने हेतु कदम उठाए जाने चाहिए। यह भी कि वर्तमान दर संविदा को विस्तारित करते समय यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मूल्य प्रवृत्ति नीचे की ओर न हो। लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि सीपीए ने औषधियों के प्रापण तीन निविदाओं (2007,2008 तथा 2011) को अंतिम रूप दिया और इन निविदाओं का अंतिम रूप देने की अवधि 5 से 21 माह तक थी। चूंकि सीपीए वर्तमान संविदा की वैधता की समाप्ति से पहले समय पर नई निविदाओं का आरंभ करने की प्रक्रिया आरंभ नहीं कर सका, वर्तमान दर निविदाओं को बार-बार विस्तारित किया गया। चूंकि निदेशालय में औषधियों के बाजार मूल्य विश्लेषण की कोई प्रणाली नहीं थी, अतः सीपीए द्वारा दर संविदाओं के विस्तार से आपूर्तिकर्ताओं को वित्तीय लाभ हुआ, क्योंकि बीच की अवधि (अर्थात् फरवरी 2007 से सितम्बर 2007 तथा मई 2011 से सितम्बर 2011) में औषधियों की दरों में कमी आ गई। परिणामस्वरूप संविदा के विस्तार की अवधि के दौरान निदेशालय को केवल सेंट्रल स्टोर द्वारा किए गए औषधियों के क्रय से ₹ 1.28 करोड़ की अनावश्यक घाटा हुआ, जैसा कि तालिका 5.7 में विवरण दिया गया है:

तालिका 5.7 बाजार मूल्य से अधिक मूल्य पर प्राप्त की गई औषधियाँ

वर्ष	प्राप्त की गई औषधियों की संख्या	बाजार मूल्य से अधिक मूल्य पर प्राप्त की गई औषधियों की संख्या	बाजार मूल्य से कम मूल्य पर प्राप्त की गई औषधियों की संख्या	किया गया शुद्ध व्यय (₹.में)
2005-07	91	60	31	6257765
2008-11	88	56	32	6534740
कुल	179	116	63	12792505

इसके आगे, चूँकि दिल्ली के सभी स्वास्थ्य संस्थान सीपीए द्वारा अंतिम की गई दर संविदाओं पर औषधियों को प्राप्त करने हेतु बाध्य है, अतः वास्तविक घाटा और अधिक होगा जिसके सुनिश्चित नहीं किया जा सकता।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि निविदा 2010 में समय पर खोली गई, परन्तु कुछ शिकायतों के कारण निरस्त कर दी गई। इसके बाद की निविदा में कई औषधियों का मूल्य बढ़ा/घटा है और इसलिए यह कहना कि सरकार को निविदा को बढ़ाने के कारण हानि हुई, मुश्किल है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि लेखापरीक्षा में इस अवधि के दौरान हानि का हिसाब करने हेतु दरें प्राप्त की गई सभी औषधियों को सम्मिलित कर एक शुद्ध आंकड़ा लिया गया।

5.5.8.3 संविदा के विस्तार के उपबन्ध को लागू न किया जाना

समझौते की मानक नियम तथा शर्तों का उपबन्ध-8 यह निर्धारित करता है कि निविदा को आवश्यकता के अनुसार आगे की तिथि या अगली निविदा को अंतिम रूप देने तक जो भी बाद में हो, के लिए बढ़ाया जा सकता है। औषधियों की आपूर्ति हेतु निदेशालय तथा आपूर्तिकर्ताओं के मध्य हुए समझौतों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2007-08 से 2011-12 के दौरान जब भी वर्तमान संविदा को बढ़ाया गया औषधि की आपूर्ति करने या न करने का निर्णय आपूर्तिकर्ता के ऊपर छोड़ दिया गया। बीच की अवधि में आपूर्तिकर्ताओं ने केवल उन्हीं औषधियों की आपूर्ति की जिसके लिए उन्होंने हामी दी और शेष औषधियों की आपूर्ति अगली निविदा को अंतिम रूप दिए जाने तक रोक दिया गया।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि समझौते के नियम तथा शर्तों में स्पष्ट नहीं था कि क्या क्रेता एक तरफा ढंग से संविदा को बढ़ा सकता है। इस प्रकार केन्द्र सरकार की क्रय नियमावली के अनुसार विस्तार करने से पहले सहमति माँगी गई। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि समझौते में स्पष्ट उल्लेख था कि निविदा को आवश्यकतानुसार अथवा अगली निविदा को अंतिम रूप देने तक, जो भी बाद में हो, आगे की तिथि तक बढ़ाया जा सकता है।

5.5.8.4 योग्य फर्मों को दर संविदा जारी न करने से ₹ 41.13 लाख का अनावश्यक व्यय समझौते

लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि चार प्रतिभागी फर्मों में से, मैसर्स एम.जे. बायोफार्मा को एल-1 घोषित कर दिए जाने के बाद भी मेरोपेनम इंजे. हेतु दर संविदा 28 अप्रैल 2006 को मैसर्स एस्ट्रा जेनेका को जारी की गई। मैसर्स एम.जे.

बायोफार्मा के अभ्यावेदन पर मैसर्स एस्ट्रा जेनेका की दर संविदा को दर किनार कर दिया गया तथा यह मामला निदेशालय द्वारा निर्मित पूछताछ समिति को भेजी गई जिसने भी मैसर्स एम.जे. फर्मा को एल-1 घोषित किया। यद्यपि विशेष क्रम समिति ने निर्णय किया कि सभी प्रतिभागी फर्मों से औषधि की क्लीनिकल ट्रायल रिपोर्ट माँगी जाए। किसी भी फर्म ने क्लीनिकल ट्रायल रिपोर्ट नहीं भेजी क्योंकि यह निविदा की पूर्व शर्त नहीं थी। सितम्बर 2006 में की गई विशेष क्रय समिति की बैठक में यह सुझाव दिया गया कि औषधि के नमूने खुले बाजार से प्राप्त किए जाएँ। शीशियों को कोडीकृत कर, काली पट्टी से ढँककर इनकी जाँच के लिए भेजे जाएँ। (i) सरकार द्वारा अनुमोदित प्रयोगशालाओं से प्रयोगशाला विश्लेषण विधियों से शीशियों में मेरोपेनम मि.ली. तथा इसकी शुद्धता तथा (ii) जीवाणु वृद्धि हेतु औषधि की जाँच के संबंध में सूक्ष्मजैविकीय मूल्यांकन निदेशालय ऐसी कोई जाँच नहीं करा पाई क्योंकि न तो फर्मों ने नमूनों प्रदान किए न इन्होंने इसे बाजार से उठाया। इस अवधि के दौरान इंजेक्शन दर संविदा के माध्यम से आदेश देने के बजाय खुले बाजार से उठाए गए। लेखापरीक्षा ने अप्रैल 2006 से सितम्बर 2007 के दौरान तीन हास्पिटलों से मेरोपेनम इंजेक्शन के क्रय से संबंधित सूचना एकत्र की तथा यह पाया कि मैसर्स एम.जे. बायो फार्मा को दर संविदा जारी न किए जाने के कारण निदेशालय को ₹ 37.13 लाख की अनावश्यक हानि वहन करनी पड़ी।

इसी प्रकार इंजेक्शन-एनोक्जाप्रेरिन (20 मि.ग्रा. तथा 40 मि.ग्रा.) की दर संविदा के एक अन्य मामले में एक शिकायत के आधार पर जो बाद में असत्य पाई गई, एल-1 फर्म को ठेका प्रदान नहीं किया गया। परिणामस्वरूप क्रय पिछले आपूर्तिकर्ता से किए गए जिससे ₹ 4.00 लाख का अनावश्यक व्यय हुआ।

इस प्रकार उपरोक्त दो योग्य फर्मों को संविदा जारी न किए जाने से ₹ 41.13 लाख का अनावश्यक व्यय हुआ। सबसे कम बोली दर संविदा देने वाले को जारी न करने के कारण लेखापरीक्षा में उपलब्ध नहीं कराए गए।

5.5.8.5 समझौते के उपबन्ध का अनुपालन न होना

सीपीए निविदा शर्तों के अनुसार बोलीकर्ता को अपनी निविदा में यह घोषणा करनी चाहिए कि बोली गई दरें अन्य सरकारी/अर्धसरकारी/स्वायत्त/सार्वजनिक क्षेत्र के हास्पिटल/संस्थान/संगठन को बोली गई दरों से उँची नहीं है तथा यह कि यदि संविदा के क्रियान्वयन के दौरान किसी समय नियंत्रित मूल्य कम हो जाता है या ठेकेदार बिक्री मूल्य को कम कर देता है या संविदा में सम्मिलित किए गए ऐसे भण्डारों को बेचना या बेचने का प्रस्ताव करता है किसी व्यक्ति/संगठन जिसमें क्रेता सम्मिलित हो या किसी संगठन जिसमें केन्द्र सरकार का विभाग या रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार का कोई विभाग सम्मिलित है, संविदा में बोली गई कीमत से दर से कम मूल्य पर बेचना था। अभिलेखों की नमूना जाँच के दौरान निगरानी सीपीए द्वारा नहीं

की जा रही थी। एक उद्धरण के रूप में, मैसर्स बायोडील लैबोटेरीज प्रा.लि., सालब्यूटेमॉल सॉल्यूशन फॉर नेब्यूलाइजर (5 मि.ग्रा./मि.ली.) की आपूर्ति नेशनल फार्मास्यूटिकल प्राइसिंग अथॉरिटी, जो औषधि (नियंत्रण) आदेश, 1995 के अंतर्गत देश में औषधियों के मूल्यों को लागू करने हेतु भारत सरकार का एक संगठन है, द्वारा निर्धारित ₹. 6.76 की दर के विपरीत ₹ 13.80 की दर से कर रहा था।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और बताया (मार्च 2013) कि मैसर्स बायोडील ने अतिरिक्त धनराशि जमा कर दी है।

5.5.8.6 सुरक्षा जमा उपबन्ध का लागू न किया जाना

निविदा समझौते के नियम तथा शर्तों के अनुसार सीपीए के साथ समझौते के समय ठेकेदार को निर्दिष्ट दर पर निष्पादन सुरक्षा जमा प्रस्तुत करना चाहिए। लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि सीपीए में सुरक्षा जमा की निगरानी हेतु कोई केन्द्रित डाटाबेस नहीं है। लेखापरीक्षा में वर्ष 2008 में औषधियों के छः थोक आपूर्तिकर्ताओं से दर संविदा हेतु आपूर्ति आदेशों की नमूना जाँच की और यह पाया गया कि सीपीए इस उपबन्ध को लागू नहीं कर रहा था तथा ₹ 22.08 लाख के जमा प्राप्त करने में असफल रहा (अनुलग्नक-5.6)।

निदेशालय ने तथ्यों को स्वीकार किया और बताया (अगस्त 2012) कि वर्तमान में सीपीए आपूर्ति आदेश प्रदान करते समय सुरक्षा जमा ले रहा है।

5.5.9 नमूना जाँच के अभिलेखों का अनुचित ढंग से रखरखाव

अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि सीपीए ने हास्पिटलों तथा सेंट्रल स्टोर को आपूर्ति की गई औषधियों/चिकित्सा मदों की जाँच सुनिश्चित करने हेतु 2005 (दिसम्बर 2008 तक बढ़ाया गया) तथा 2008 (मार्च 2012 तक बढ़ाया गया) प्रत्येक वर्ष के लिए पाँच एनएबीएल अनुमोदित प्रयोगशालाओं के साथ दर संविदाओं को अंतिम रूप प्रदान किया। हालांकि सीपीए द्वारा आपूर्ति की प्रत्येक खेप के नमूनों का मरीजों में वितरण से पूर्व जाँच सुनिश्चित करने हेतु कोई प्रणाली/तंत्र विकसित नहीं किया गया। सेंट्रल स्टोर, हास्पिटलों तथा संस्थानों पर उनके स्टोरों में प्राप्त औषधियों की खेपों की आपूर्ति के नमूने भेजने का कार्य छोड़ दिया गया।

निदेशालय ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया (मार्च 2013) कि अब आपूर्ति की प्रत्येक खेप की जाँच की जा रही है। यद्यपि निदेशालय ने यह प्रमाणित करने हेतु कोई अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया कि आपूर्ति की प्रत्येक खेप की रोगियों में वितरण के पूर्व जाँच की गई।

5.5.9.1 त्रुटिपूर्ण रिपोर्ट प्रदान करने हेतु प्रयोगशालाओं हेतु अर्थदण्ड का प्रावधान न होना

अभिलेखों की नमूना जाँच के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि दो औषधियाँ, पैरासीटामॉल आई.पी.सिरप, तथा प्रोमेथाजीन सिरप को एक ही खेप के अनुवर्ती जाँच में अनुत्तीर्ण किया गया। विवरण निम्न तालिका 5.8 में दिया गया है:

तालिका 5.8 जाँच प्रयोगशाला रिपोर्टों का विवरण

क्र.सं.	औषधियों का नाम	प्रथम जाँच करने वाली प्रयोगशाला का नाम	जाँच के परिणाम तथा रिपोर्ट की तिथि	अनुवर्ती जाँच हेतु प्रयोगशाला का नाम	जाँच का परिणाम तथा रिपोर्ट की तिथि
1.	125 मि.ग्रा. 5 मि.ली. बैच नं.डब्ल्यूएमएस-1002	मैसर्स एआरबी-आरओ फार्मास्यूटिकल लि.	मानक गुणवत्ता 28.7.2006	मैसर्स सोफिस्टिकेस्ड इंडस्ट्रियल मैटिरियल एनालिटिकल लैब्स प्रा.लि.	मानक गुणवत्ता वाला नहीं 4.12.2006
2.	प्रोमेथाजीन सि. आईपी बैच सं. पीजेडएस-1017	मैसर्स ऐशको एनालिटिकल सर्विसेज	मानक गुणवत्ता 19.5.2007	-वही-	मानक गुणवत्ता वाला नहीं 9.9.2007

स्रोत: केन्द्रीय प्रापण एजेन्सी द्वारा प्रदत्त सूचना

पैरासीटामॉल सि. के संबंध में निदेशालय ने फर्म से संपूर्ण खेप के भुगतान की वापसी करने को कहा, जबकि प्रोमेथाजीन सि. के मामले में फर्म को औषधि को प्रतिस्थापित करने अथवा खेप की कुल धनराशि का भुगतान करने एक औषधि के अनुत्तीर्ण होने पर अनुत्तीर्ण औषधि के प्रतिस्थापन अथवा आपूर्तिकर्ताओं से उसकी लागत वसूलने को कहा गया। इस प्रकार कोई समान मानक नहीं था। इस निष्कर्ष प्राप्त करने का कोई औचित्य नहीं था क्योंकि दोनों में से एक जाँच का त्रुटिपूर्ण होना अवश्यंभावी है। त्रुटिपूर्ण जाँच के आधार पर जारी की गई ऐसी औषधियों को रोगियों के स्वास्थ्य पर प्रभाव की महत्ता का अनुमान नहीं लगाया जा सकता।

इसके अतिरिक्त प्रयोगशालाओं के साथ किए गए समझौतों में त्रुटिपूर्ण जाँच रिपोर्ट प्रस्तुत करने पर कोई अर्थदण्ड उपबन्ध भी नहीं रखा गया है। यदि कोई अर्थदण्ड उपबन्ध होता तो निदेशालय कुछ सीमा तक गुणवत्तापूर्ण जाँच रिपोर्ट की प्राप्ति सुनिश्चित कर सकता था तथा जाँच में अस्पष्टता के मामलों से बचा जा सकता था।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया (मार्च 2013) कि भविष्य की निविदाओं में अर्थदण्ड का उपबन्ध रखा जाएगा।

5.5.10 औषधि/उपभोग योग्य चिकित्सा मर्दों के नमूनों की जाँच पर ₹ 1.62 करोड़ का अनियमिततापूर्ण व्यय

वित्तीय शक्तियों के प्रत्यायोजन के अनुसार विभागाध्यक्षों को ₹ 2.00 लाख प्रतिवर्ष तक आवर्ती व्यय (विनिर्दिष्ट श्रेणी के अन्तर्गत सम्मिलित नहीं) करने की शक्ति प्रदान की गई है। औषधियों/दवाओं/चिकित्सा मर्दों के नमूनों की जाँच शीर्ष के अंतर्गत व्यय आवर्ती प्रकृति का होता है तथा विनिर्दिष्ट श्रेणी के अंतर्गत सम्मिलित नहीं किया जाता। अभिलेखों की लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि पिछले पाँच वर्षों के दौरान प्रयोगशाला जाँच प्रभारों हेतु ₹ 176.13 लाख का व्यय हुआ। यद्यपि वित्त विभाग से दिसम्बर 2010 से मार्च 2011 की अवधि हेतु ₹ 14.57 लाख के व्यय की स्वीकृति प्राप्त हुई। इस प्रकार सीपीए द्वारा विभागाध्यक्ष की शक्ति से परे किया गया अनियमिततापूर्ण था।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया (मार्च 2013) कि इसे वित्त विभाग द्वारा नियमित किए जाने हेतु प्रक्रिया चल रही थी।

5.6. मुख्य जिला चिकित्सा कार्यालय

निदेशालय के अंतर्गत डिस्पेंसरियों के कार्य तथा अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों को धारारेखित करने हेतु दिल्ली को आठ जिलों में बाँटा गया है जो सभी स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों का मुख्य केन्द्र है।

5.6.1 प्राथमिक शहरी स्वास्थ्य केन्द्र (पीयूएचसी) में सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों का क्रियान्वयन न होना

2010 में, दिल्ली मंत्रिमण्डल द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों का अनुमोदन किया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने वाली अनेक एजेन्सियों का उनके सम्बन्धित इकाइयों, जो संरचना तथा सेवाओं में विविधतापूर्ण है। मानकों के संबंध में अभिलेखों की जाँच से निम्न तथ्य ज्ञात हुए:

(i) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल इकाइयों का सुविधा सर्वेक्षण

विभिन्न एजेन्सियों से संबंधित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का सुविधा सर्वेक्षण वर्ष 2010 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत पीयूएचसी स्तर को बढ़ाने वाली विद्यमान सुविधाओं की पहचान करने के लिए किया गया। निदेशालय ने 217 तथा 211 एलोपैथिक औषधालयों का सर्वेक्षण क्रमशः अवसंरचना तथा सेवाओं के लिए किया। विस्तृत सर्वेक्षण ने दर्शाया कि यहाँ तक कि आधारभूत सेवाएँ तथा अवसंरचना औषधालयों में उपलब्ध नहीं थी (अनुलग्नक 5.7) लेखापरीक्षा में यह देखा गया कि निदेशालय द्वारा सर्वेक्षण में प्रदर्शित कमी को दूर करने के लिए कोई कार्रवाई नहीं की गई।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि सुविधा सर्वेक्षण अंतरों का वैकल्पिक निर्धारण करने हेतु किया गया था और अंतरों को सुधारने के लिए कई कार्रवाईयों की गई थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि प्राधिकारियों द्वारा की गई कार्रवाई के विवरण उत्तर में सम्मिलित नहीं थे।

(ii) निर्धारित मानकों के अनुसार निर्दिष्ट इकाइयों के स्तर को बढ़ाना

एक बार पीयूएचसी निर्दिष्ट हो जाने पर इसे निर्धारित मानकों के स्तर तक बढ़ाना चाहिए और संबंधित 50,000 जनसंख्या के लिए पीयूएचसी के रूप में मान्यता देकर सामान्य प्रतीक/बोर्ड द्वारा ऐसे ही स्वीकृत करना चाहिए। तथापि लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि फरवरी 2013 तक यहाँ कि एक अकेले औषधालय के स्तर को भी नहीं बढ़ाना गया था।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि पीयूएचसी मानको को उन्नत करने की प्रक्रिया एक बार का कार्य नहीं थी और इसलिए एक बार में कार्यान्वित नहीं की जा सकती थी परन्तु यह एक निरंतर प्रक्रिया थी जिसमें अंतरों को व्यवहार्यता के अनुसार चरणों में पूरा किया गया। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि निदेशालय द्वारा औषधालय के उन्नयन के समर्थन में तैयार कोई भी दस्तावेज उनके विचार को उचित ठहराने हेतु प्रदान नहीं किया गया।

(iii) सुविधा के अनुसार जनसंख्या संयोजन

मानकों के अनुसार उन्नयन इकाई को चित्रित किया जाना परिवार स्वास्थ्य कार्डों के जरिए निर्धारित जनसंख्या का संयोजन किया जाना है जो नहीं किया गया (नवंबर 2012)। ये गतिविधियाँ अवसररचना/जनशक्ति के संबंध में सभी निर्दिष्ट इकाइयों को सुदृढ़ करने हेतु की जानी थी। लेखापरीक्षा के समय के दौरान यह देखा गया कि निदेशालय द्वारा इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की गई।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि कार्य निकट भविष्य में दिल्ली नगर निगम के सहयोग से पूरा किया जायेगा।

(iv) संदर्भित सेवाएँ

मानकों के अनुसार प्रसूति सेवाओं/द्वितीयक/तृतीयक देखभाल केन्द्रों के लिए प्रसूति गृह/अपताल आपस में संबंधित होने चाहिए ताकि औषधालय के साथ-साथ संबंधित केन्द्र में ऐसे प्रदर्शित किये जाने चाहिए जिससे निर्दिष्ट मामलों के तदंतर अनुपालन को सुनिश्चित किया जा सके तथा सलाहाकार द्वारा सारांश कार्रवाई की योजना के अनुसार देखभाल संभव हो सके। लेखापरीक्षा के दौरान यह देखा गया कि औषधालयों में कोई सुस्पष्ट दिशानिर्देश/संलेख उपलब्ध नहीं थे।

विभाग ने कहा (मार्च 2013) कि संबंधित संयोजन माता तथा बच्चे के स्वास्थ्य की पर्याप्त देखभाल के प्रावधान हेतु अपनाए गए थे जबकि औषधालय मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान हेतु उच्च केंद्र से संबंधित थे। उत्तर की समर्थित प्रलेखों के साथ पुष्टि नहीं हो पाई थी।

(v) सामुदायिक प्रतिभागिता

(क) रोगी कल्याण समिति

डिस्पेन्सरियों में योजना की गतिविधियों की क्रियान्वयन तथा निगरानी में इसे सामुदायिक आवश्यकता के प्रति अधिक संवेदनशील तथा क्रियाशील बनाने हेतु सामुदायिक प्रतिभागिता सुनिश्चित करने हेतु तथा केन्द्र की इष्टतक स्तर से कारगर बनाने हेतु आवश्यक स्थानीय स्तरीय गतिविधियों के क्रियान्वयन हेतु रोगी कल्याण समितियों का गठन किया जाना था। लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि यह उद्देश्य अभी पूर्ण नहीं किया गया है।

विभाग ने बताया कि (मार्च 2013) कि यह गतिविधि मात्र दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा निपटाई जा रही थी तथा यह सूचित किया गया कि आगे के स्तर पर विभिन्न डिस्पेन्सरियों में जन स्वास्थ्य समिति की स्थापना अग्रवर्ती स्तर पर पहुँच गई है।

(ख) नागरिक घोषणापत्र

एक स्वास्थ्य संगठन के नागरिक घोषणापत्र में स्वास्थ्य सुविधा, इसकी संरचना, इसके अधिदेश, केन्द्र में उपलब्ध सेवाओं, लाभार्थियों की पात्रता तथा उनके उत्तरदायित्व के बारे में लाभार्थियों को सूचना देने हेतु विवरण होना चाहिए। यद्यपि निदेशालय के नागरिक घोषणापत्र में ये सूचनाएँ नहीं थीं।

विभाग ने अपने उत्तर (मार्च 2013) में बताया कि यह डिस्पेन्सरियों में सभी लोगों के अवलोकनार्थ उपलब्ध है तथा वेबसाइट पर भी उपलब्ध है। यद्यपि लेखापरीक्षा में यह तर्क दिया गया कि इसमें महत्वपूर्ण सूचनाओं का अभाव था जिसका उत्तर विभाग ने नहीं दिया।

5.6.2 प्राथमिक शहरी स्वास्थ्य केन्द्र के मानकों के अनुसार कर्मचारी वर्ग की आवश्यकता

अप्रैल 2010 में मंत्रिमंडल द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक अनुमोदित किए गए थे। इन मानकों के अनुसार स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने, प्रयोगशाला सेवाएँ, सम्बन्धित क्षेत्रों से अभिमुखन, संदर्भ सम्बद्धताएँ, बचाव, इत्यादि प्रदान करने हेतु कर्मचारी वर्ग की आवश्यकता को परिभाषित किया गया है। तदनुसार प्राथमिक शहरी स्वास्थ्य केन्द्र (पीयूएचसी) में विभिन्न श्रेणियों के 6768 अधिकारियों की आवश्यकता थी, जिसके विपरीत मात्र 2858 अधिकारी उपलब्ध थे **(अनुलग्नक-5.8)** 3910 अधिकारियों (58 प्रतिशत) की कमी थी जिससे अपने अधिदेशाधीन उत्तरदायित्वों के निर्वाह में निदेशालय की कार्यक्षमता प्रभावित हुई थी।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि मामला विभिन्न पदों के सृजन हेतु प्रशासकीय सुधार विभाग के विचाराधीन था।

5.6.3 ओ.पी.डी. पंजिका का अनुचित ढंग से अनुरक्षण

निदेशालय द्वारा जारी दिशानिर्देशों के अनुसार डिस्पेंसरी/मोबाईल हेल्थ प्रभागी चिकित्साअधिकारी को ओपीडी पंजिका का अनुरक्षण करना चाहिए और रोगी का नाम, आयु तथा पता स्पष्ट उल्लेख करने चाहिए।

50 चयनित डिस्पेंसरियों से सम्बद्ध अभिलेखों की लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि किसी भी डिस्पेंसरी में रोगी का पते की प्रविष्टि नहीं की गई है जिसके कारण पंजिका में की गई प्रविष्टियों की सत्यता की जाँच लेखापरीक्षा में नहीं की जा सकी। ऐसे विवरणों के अभाव में आवश्यकता पड़ने पर मामले पर अनुवर्ती कार्य करने तथा रोग के प्रसार को नियंत्रित करने हेतु भविष्य में अन्वेषण कठिन हो जाएगा।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और बताया (मार्च 2013) कि दिशानिर्देशों के अनुसार ओपीडी पंजिका तथा अन्य आंकड़ों के अनुरक्षण हेतु निर्देश जारी कर दिए गए थे।

5.6.4 स्टॉक रजिस्ट्रों में विसंगतियाँ

- (i) 50 चयनित डिस्पेंसरियों के अभिलेखों की लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि स्टॉक रजिस्टर में सेन्ट्रल स्टोर से प्राप्ति दवाओं का बैच नं./लॉट नं. नहीं थे। इसी प्रकार निर्माण तथा समाप्ति की तिथि भी स्टॉक रजिस्टर में उल्लिखित नहीं थे। यद्यपि स्टोरों का प्रत्यक्ष निरीक्षण नियमित रूप से किया गया, यह स्पष्ट नहीं था कि ये सभी इन आधारभूत सूचनाओं के अनुपलब्ध होने पर भी किस प्रकार किया गया।

निदेशालय ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया (फरवरी 2013) कि इसने इस सम्बन्ध में आवश्यक निर्देश दे दिए थे।

- (ii) बलजीत नगर डिस्पेंसरी की लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया कि दवाओं हेतु माँगपत्र ओपीडी फार्मासिस्ट द्वारा दिए गए तथा इन्हें अधिशेष पंजिका में नोट भी किया गया। डिस्पेंसरी स्टोर से प्राप्त विभिन्न दवाओं का अधिशेष का दैनिक उपभोग तथा अधिशेष को अधिशेष पंजिका में दर्ज किया गया जो डिस्पेंसरी द्वारा पिछले 10 वर्षों से अनुरक्षित नहीं किया जा रहा है। चूँकि डिस्पेंसरी में वास्तविक उपभोग के अभिलेख का रखरखाव नहीं किया जा रहा था, दवाओं के उपभोग का सत्यापन लेखापरीक्षा में नहीं किया जा सका।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा यह बताया कि जनवरी 2007 से मार्च 2012 की अवधि की (मार्च 2013) माँग पुस्तिकाएँ तथा उपभोग रजिस्टर तैयार किए गये हैं।

(iii) सागरपुर डिस्पेंसरी के अभिलेखों की नमूना जाँच में पता चल कि दवाओं के दैनिक उपभोग का हिसाब लगाने के बजाय स्टॉक रजिस्टर में केवल अप्रैल 2007 से जनवरी 2009 की अवधि के दौरान दवाओं के साप्ताहिक कुल का उल्लेख था। इसके अतिरिक्त स्टॉक रजिस्टर में उपभोग की गई दवाओं को दैनिक उपभोग रजिस्टर के आधार पर निकाले गए वास्तविक उपभोग का 119 से 420 प्रतिशत दर्शाया गया था।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि यह फार्मासिस्ट द्वारा की गई अंकगणित की भूल के परिणामस्वरूप हुआ तथा सभी सम्बन्धित जनों को भविष्य में सतर्क रहने की सलाह दी गई है। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि ये गलतियाँ भौतिक निरीक्षण रिपोर्ट में भी इंगित नहीं की गईं।

5.6.5 सरकारी अभिलेखों का अनाधिकारपूर्ण ढंग से नष्ट किया जाना

भोलानाथ नगर की डिस्पेंसरी की लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया कि अप्रैल 2005 से मार्च 2010 के अभिलेख, अर्थात् स्टॉक रजिस्टर, आधारपत्र माँग पुस्तकाएँ, अधिशेष पंजिका तथा वितरण/उपभोग रजिस्टर को दीमक उत्पीड़न के कारण नष्ट कर दिया गया। यद्यपि दीमक उत्पीड़न तथा तत्पश्चात दरतावेजों का नष्ट किये जाने की सूचना सीडीएमओ (पूर.) के कार्यालय को नहीं दी गई। इस प्रकार डिस्पेंसरी के कार्य से सम्बन्धित सभी अभिलेख सक्षम प्राधिकारी को पूर्व अनुमोदन/उचित ढंग से प्राधिकरण के बिना किया गया। इस कारण लेखापरीक्षा में इस अवधि के दौरान दवाओं की प्राप्ति तथा उपभोग का सत्यापन नहीं किया जा सका।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा यह बताया (मार्च 2013) कि आवश्यक निर्देश जारी कर दिए गए हैं।

5.6.6 एन्टी क्वैकरी स्कीम

निदेशालय ने एक बैठक (मार्च 2012) में सभी सीडीएमओ को अपने सम्बन्धित जिलों में नीमहकीमों की पहचान हेतु गहन दौरे करने हेतु दलों का गठन करने का निर्देश दिया जिससे सम्बन्धित परिषद तथा पुलिस को भी मामला भेजकर शीघ्र आवश्यक कार्यवाही की जा सके। स्लम क्षेत्रों में लोगों को नीमहकीमों से खतरों तथा उनसे उपचार कराने से होने वाले प्रभावों के बारे में शिक्षित करने हेतु एक जागरूकता अभियान चलाया। लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया कि नीमहकीमों की पहचान हेतु कोई दल गठित नहीं किया गया तथा कोई जागरूकता अभियान नहीं चलाया गया।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि एन्टीक्वैकरी सेल को ऐसी किसी बैठक की जानकारी नहीं थी तथा इस सम्बन्ध में बैठक का कोई कार्यवृत्त न तो इस प्रकोष्ठ में, न ही डीएचएस कार्यालय में पाया गया। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि चूंकि बैठक 22 मार्च 2012 को विभाग के प्र.सचिव की अध्यक्षता में हुई जिसमें सभी सीडीएमओ को अपने सम्बन्धित जिले में नीमहकीमों की पहचान तथा तत्पश्चात आवश्यक कार्यवाही करने गहन दौरे करने हेतु दल गठित करने का निर्देश दिया गया।

5.6.7 आवश्यक विशेषज्ञ कर्मचारीवर्ग के बिना मातृ प्रयोगशालाओं का आरंभ करना

सभी प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं को निदानात्मक सुविधाएँ विशेषतः वे जिनकी डिस्पेंसरी स्तर पर व्यवस्था हो सके प्रदान करने में सक्षम होना चाहिए। निदेशालय द्वारा वर्ष 2006 में प्रयोगशालाएँ (प्रयो.) तथा मदर लैब की स्थापना की गई। 24 मदर लैब की लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि इन प्रयोगशालाओं के संचालन करने हेतु आधारभूत आवश्यकताओं की कमी थी। विवरण है:

(i) निदेशालय द्वारा इन 39 प्रयोगशालाओं में से किसी के लिए भी पैथोलॉजिस्ट/प्रयोगशाला तकनीशियन के किसी पद का अनुमोदन नहीं किया गया। इन मदर लैब में प्रयोगशाला सहायक द्वारा की गई निदानात्मक जाँचों की सत्यता की जाँच लेखापरीक्षा में नहीं की जा सकी। पैथोलॉजिस्ट/प्रयोगशाला तकनीशियनों का अनुमोदन/को उपलब्ध कराए बिना मदर लैब का आरंभ करने से लोगों को वांछित निदानात्मक सेवाएँ प्रदान करने का प्रयोजन निरर्थक सद्द हो जाता है।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि डीएचएस के अन्तर्गत विभिन्न पदों जिसमें मदर लैब हेतु पद सम्मिलित है, के सृजन हेतु एक समेकित प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया है तथा प्रशासकीय सुधार विभाग के विचाराधीन था।

(ii) 2007-08 से 2011-12 की अवधि के दौरान मदर लैब में आधारभूत किटें चार से 60 माह की अवधि तक अनुपलब्ध थे क्योंकि ये सेन्ट्रल स्टोर में उपलब्ध नहीं थे।

विभाग ने इन तथ्यों को स्वीकार किया और बताया (मार्च 2013) कि किटों की अनियमिततापूर्ण आपूर्ति का समाधान निदेशालय द्वारा कर दिया गया है।

5.6.8 मातृ प्रयोगशालाओं की सुविधाओं का कम उपयोग

पीयूएचसी मानक के अनुसार सभी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को निदानात्मक सेवाएँ, विशेषतः वे जिनका पीयूएचसी स्तर पर प्रबंध किया जा सके, प्रदान करने में सक्षम होना चाहिए जिससे रोगियों को उच्चतर स्तर के सुविधा केन्द्रों में भेजने से रोका जा सके। मदर लैब को जनसामान्य को विशेष जाँचों के लिए प्रयोगशाला सुविधाओं को घर पर पुँचाने के प्रयोजन से स्थापित की गई थी जिससे उनके द्वारा विभिन्न सरकारी हॉस्पिटलों में जाने को कम किया जा सके। ये मदर लैब विभिन्न निदानात्मक जाँच जैसे हीमोग्लोबिन (एचबी) टोटल ल्यूकोसाईट काउण्ट (टीएलसी), डिफरेंशियल ल्यूकोसाईटस काउण्ट (डीएलसी), एस्त्रोसाईट सेडिमेण्टेशन रेट (ईएसआर) सीरम विडाल, यूरीन प्रेग्नेन्सी टेस्ट (यूपीटी), ब्लडग्लूसेज, ब्लड शुगर, एचआईवी टेस्ट्रॉम, इत्यादि प्रदान करते हैं।

2011-12 के दौरान प्रयोगशाला जाँच के आंकड़ों की लेखापरीक्षा विश्लेषण में पाया गया कि चिकित्सकों द्वारा प्रत्येक जिले की मदर लैब के अधिकार क्षेत्र में आने वाली डिस्पेंसरियों को भेजे गए मामलों की संख्या 0.80 से 17.63 प्रतिशत के मध्य थी। सभी मदर लैब में संदर्भित मामलों का प्रतिशत कुल मामलों का 8.43 प्रतिशत था। संदर्भित मामलों के खराब प्रतिशत को देखते हुए निदेशालय को यह सुनिश्चित करना चाहिए था कि सभी जाँच मामलों को प्रत्येक मदर लैब के अधिकारक्षेत्र में आने वाली डिस्पेंसरियों द्वारा मदर लैब को भेजा जाए।

इस प्रकार, अधिक व्यस्त अस्पतालों की भीड़-भाड़ में कमी सुनिश्चित करने के लिए मदर लैब स्थापित करने का उद्देश्य पूरा नहीं किया जा सका।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि निदानात्मक सेवाओं के बेहतर उपयोग हेतु माले पर चर्चा की गई थी तथा यह आशा है कि रोगी इन सेवाओं का प्रयोग करने हेतु अभिप्रेरित होंगे।

5.7. मोबाईल स्वास्थ्य सेवाएँ (एमएचएस)

निवासियों को उनके घरों पर आधारभूत स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने हेतु वर्ष 1989 में मोबाईल हेल्थ स्कीम आरंभ करने का निर्णय लिया गया जिसमें साप्ताहिक आधार पर दिल्ली भर में झुग्गीझोपड़ी समूहों को सम्मिलित करने हेतु 20 मोबाईल डिस्पेंसरियों का एक समूह का आरंभ किया गया। संसाधनों के अभाव तथा कुछ एनजीओ द्वारा गहन रूचि दर्शाने के कारण, एमएचएस द्वारा कुछ एनजीओ को योजना में प्रतिभाग करने हेतु आमंत्रित किया गया तथा परिणामस्वरूप 89 मोबाईल डिस्पेंसरियों ने झुग्गी झोपड़ी समूहों/निर्माण साईटों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना आरंभ किया। एक मोबाईल डिस्पेंसरी एक दिन में दो समूहों का दौरा करती है।

5.7.1 मोबाईल स्वास्थ्य योजना में मानवशक्ति का प्रबंधन

स्वास्थ्य सेवाएँ निदेशालय ने योजना के संचालन हेतु बाह्य अभिकरणों से वाहनों को किराए पर लिया। एनजीओ में उनके प्रतिनियोजन के विवरण के साथ किराए पर लिए गए वाहनों का विवरण तथा एनजीओ में उनके प्रतिनियोजन का विवरण तथा मोबाईल हेल्थ स्कीम में विभागीय क्षेत्र (चार क्षेत्र) तालिका 5.9 में दिए गए हैं:

तालिका 5.9: एमएचएस द्वारा किराए पर लिए गए वाहनों का विवरण

वर्ष	किराए पर लिए गए वाहन	एनजीओ द्वारा संचालित किए जा रहे मोबाईल वैन	सरकारी हॉस्पिटलों तथा डिस्पेंसरियों द्वारा संचालित किए जा रहे मोबाईल वैन	एनजीओ द्वारा संचालित वैनो का %	सरकारी हॉस्पिटलों तथा डिस्पेंसरियों के वैनो का प्रतिशत	सरकारी हस्पतालों तथा डिस्पेंसरियों द्वारा चलाये गये वैनो का %
2007-08	68	29	23	16	34	24
2008-09	74	29	29	16	39	22
2009-10	87	29	42	16	48	18
2010-11	86	29	41	16	48	19
2011-12	89	28	43	16	48	18

स्रोत: मोबाईल हेल्थ स्कीम द्वारा प्रदत्त सूचना

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एमएचएस अन्य सरकारी हास्पिटलों तथा डिस्पेंसरियों के कर्मचारी वर्ग की सेवाओं का प्रयोग अपनी मोबाईल वैनो (18 से 24 प्रतिशत) के संचालन हेतु इन हास्पिटलों तथा डिस्पेंसरियों में प्रदत्त सेवाओं की लागत पर कर रहा था। इससे यह भी स्पष्ट होता है कि इसी सीमा तक इन हास्पिटलों तथा डिस्पेंसरियों में इन सेवाओं से समझौता किया गया।

वर्ष 2007-12 के दौरान एमएचएस में 35 की अनुमोदित संख्या के विपरीत डॉक्टरों की उपलब्धता तालिका 10 में दी गई है:

तालिका-10 - अनुमत पदों के विपरीत डॉक्टरों की उपलब्धता

वर्ष	अनुमत पद	भरे हुए	रिक्त	मुख्यालय में तैनात (प्रभार)	क्षेत्र में (मोबाईल वैन में) तैनात	क्षेत्र में नियोजित मोबाईल वैन
2007-08	35	27	8	1	26	29
2008-09	35	24	11	1	23	29
2009-10	35	23	12	1	22	29
2010-11	35	23	12	1	22	29
2011-12	35	29	6	1	28	28

स्रोत: मोबाईल हेल्थ स्कीम द्वारा प्रदत्त सूचना

क्षेत्र में तैनात किए गए डॉक्टरों की संख्याक तुलना इन क्षेत्रों में विनियोजित वैनो की संख्या से तुलना से स्पष्ट है कि वर्ष 2007-11 के दौरान क्रमशः तीन, छः, सात, वाहन क्षेत्र में डॉक्टरों के बिना थे।

इसके अतिरिक्त, 19 डॉक्टरों की सेवा पुस्तकाओं की जाँच से पता चला कि वर्ष 2007-12 के दौरान छुट्टी के कारण 366, 279, 338, 248 तथा 239 दिनों के लिए डॉक्टर अनुपस्थित थे।

एमएचएस में डॉक्टरों की अनुपस्थिति की पूर्ति करने हेतु कोई उपयुक्त वैकल्पिक व्यवस्था नहीं थी जिससे रोगी सीधे तौर पर प्रभावित होते थे।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया (मार्च 2013) कि नित्यक्रम की सेवाओं के अलावा मोबाईल वैन बचाव सेवाएँ, परिवार नियोजन सेवाएँ तथा स्वास्थ्य शिक्षा और प्रोत्साहन डॉक्टरों की कमी होते हुये भी होती है।

5.7.2 मोबाईल वैनों का मार्ग परिवर्तन

सम्पूर्ण चिकित्सा दल के साथ मोबाईल हेल्थ क्लिनिक/वैनों की सेवाओं का भारी मात्रा में तथा नियमित रूप से मार्ग परिवर्तन कर अन्य स्थानों/कार्यक्रमों जैसे संत निरंकारी समागम, कांवर कैम्प, इत्यादि की ओर किया गया जिसके लिए दिल्ली सरकार की ओर से एमएचएस को कोई वित्तीय अनुमोदन जारी नहीं किए गए। मोबाईल वैनों के अक्सर होने वाले मार्ग परिवर्तन से न केवल एमएचएस की निधियों का विचलन हुआ बल्कि इससे झुग्गी झोंपड़ी जैसे समूह मोबाईल वैनों की सेवाओं से वंचित रह गए।

5.7.3 विभिन्न घटनाओं के दौरान उपयोग न की गई दवाओं का 43 से 78 प्रतिशत का हिसाब न दिया जाना

पश्चिमी जिले में लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया कि प्रत्येक जन समारोह के लिए जिसमें मोबाईल वैन की सेवाओं का प्रयोग किया गया दवाओं, चिकित्सकीय तथा गैर चिकित्सकीय उपभोग योग्य वस्तुओं (जिले के अधिकार क्षेत्र के अधीन क्षेत्र में) की प्राप्ति तथा वितरण हेतु पृथक अभिलेखों की अनुसंधान किया गया। अखिल भारतीय कांग्रेस समिति सम्मेलन 15 दिसम्बर 2010 से 20 दिसम्बर 2010 तक बुरारी ग्राउण्ड, दिल्ली में आयोजित हुआ। ओपीडी वितरण रजिस्टर की जाँच में पता चला कि मुख्य स्टोर से प्राप्त 400 क्रेप बैंडेज में से 33 घटना के दौरान बांटे गए। 367 बैंडेजों का अधिशेष स्टॉक न तो अगली घटना हेतु रखे जा रहे स्टॉक रजिस्टर में ले जाए गए, न ही अगले और उसके बाद की दवाओं/गैर-चिकित्सकीय उपभोग योग्य वस्तुओं के माँगपत्रों में अधिशेष उपलब्ध स्टॉक के रूप में दर्शाए नहीं गए।

इसी प्रकार नवम्बर 2010 में बुरारी ग्राउण्ड, दिल्ली में आयोजित हुए निरंकारी सत्संग हेतु रखे गए अभिलेखों की जाँच में पता चला कि दवाओं की कार्यक्रम के बाद उपयोग न हुई अधिशेष दवाओं की भारी मात्रा का वाद के कार्यक्रमों में हिसाब नहीं दिया गया। इसके आगे भी, माँग की गई दवाओं का 43 से 78 प्रतिशत उपयोग नहीं किया गया जो जिले द्वारा दवाओं की बढ़ी हुई आवश्यकता का प्रक्षेपण करने की ओर संकेत करता है।

इसके अतिरिक्त, ऐसे कार्यक्रमों घटनाओं के लिए दवाओं/चिकित्सा मदों पर व्यय एमएचएस हेतु आबंटित बजट से निधियों का विचलन करने के समान था क्योंकि इस योजना का उद्देश्य झुग्गी-झोंपड़ी समूहों तथा निर्माण कार्यस्थलों पर चिकित्सा सुविधाएँ प्रदान करना है।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि क्रेप बेंडेज के संबंध में अधिशेष को डब्ल्यू जेड-1 तथा डब्ल्यू जेड-III दलों में वितरित कर दी गई तथा यह आबंटित क्षेत्र में भी उपयुक्त हुआ। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि इस प्रभाव से कोई दस्तावेजी साक्ष्य उत्तर के साथ प्रस्तुत नहीं किया गया। निरंकारी सत्संग समारोह में उपयोग न हुई दवाओं के सम्बन्ध में कोई उत्तर प्रस्तुत नहीं किया गया।

5.7.4 जारी की ओपीडी पर्चियों की संख्या तथा मोबाईल स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत देखे गए रोगियों की संख्या में अंतर

निदेशालय द्वारा जारी किए गए दिशानिर्देश बताते हैं कि रोगियों के परीक्षण तथा निदान के बाद डॉक्टरों को नुस्खे पर आवश्यक चिकित्सा सलाह देनी चाहिए। लेखापरीक्षा में उपलब्ध कराई गई सूचना के अनुसार योजना के अंतर्गत 121.01 लाख रोगी देखे गए, जबकि 2007-08 से 2011-12 की अवधि के दौरान स्टोर द्वारा मोबाईल वैनों को केवल 27.12 लाख खाली ओपीडी पर्चे जारी किए गए। यह स्पष्ट है कि या तो 93.88 लाख रोगियों (77.6 प्रतिशत) को ओपीडी पर्चे जारी नहीं हुए या रोगी उपस्थिति हेतु आंकड़े बढ़े हुए हैं।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि ओपीडी पर्चों में अन्तर इस कारण था कि ओपीडी पर्चे पहली बार प्रयोग किए जा रहे थे तथा उसके बाद नुस्खे पुराने ओपीडी पर्चे में ही चलते रहते थे। इसमें आगे बताया गया कि बड़े जनसमूह में उनके द्वारा प्रत्येक व्यक्ति को ओपीडी पर्चे जारी संभव नहीं था। इसके अतिरिक्त, अन्य बचाव/प्रोत्साहक स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधियों को ध्यान में रखते हुए नुस्खे की पर्ची की आवश्यकता नहीं थी। यह भी बताया गया कि ओपीडी पर्चों के न होने पर विकल्प रूप में साइक्लोस्टाइल पर्चे जारी किए गए। उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि दिशानिर्देशों में निर्धारित बाध्यता का निर्वाह नहीं किया गया जिससे नुस्खे के पर्चे जारी करने का वांछित प्रयोजन ही निष्फल सिद्ध हो जाता है इसके अतिरिक्त स्टॉक रजिस्टर के अनुसार ओपीडी पर्चों का स्टॉक किसी समय शून्य नहीं रहा है।

5.7.5 मोबाईल हेल्थ वैनों के संचालन हेतु एनजीओ के चयन में अनियमितता

सा.वि.नि. का नियम 206(ख) यह बताता है कि सरकार की जन-कल्याण योजनाओं तथा कार्यक्रमों का प्रचार-प्रसार करने वाली गतिविधियों का संचालन करने वाले स्वैच्छिक संगठनों या गैर-सरकारी संगठनों को वित्तीय तथा अन्य संसाधन, विश्वसनीयता तथा किए गए क्रियाकलापों संबंधी स्पष्ट मानदण्डों के आधार पर किया जाना चाहिए। एमएसएस द्वारा दिल्ली भर में झुग्गी झोपड़ी समूहों तथा निर्माण कार्यस्थलों के निवासियों को टीकाकरण तथा परिवार नियोजन सेवाओं सहित आधारभूत स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने हेतु एमएचएस में प्रतिभागिता करने हेतु पंजीकृत स्वैच्छिक संगठन/एनजीओ/निजी हास्पिटलों से निर्दिष्ट प्रोफार्मा पर

आवेदन आमंत्रित करता है। लेखापरीक्षा जाँच में पता चला कि 2011-13 की अवधि के लिए मोबाईल डिस्पेंसरियों के संचालन हेतु तीन एन.जी.ओ. को चुना गया जबकि तीनों एनजीओ को उपयुक्त नहीं पाया गया था परन्तु उसके बाद भौतिक सत्यापन में उन्हें उपयुक्त घोषित कर दिया गया तथा उन्हें मोबाईल ईकार्डियाँ आबंटित कर दी गईं। इसके अतिरिक्त एक एनजीओ का चयन स्टॉफ को वेतन संवितरित करने में उसकी अक्षमता दर्शाने पर भी कर लिया गया।

उपरोक्त से यह स्पष्ट है कि एमएचएस ने एन.जी.ओ. गैर स.सं. के चयन हेतु स्पष्टतः परिभाषित मानदण्ड निर्धारित नहीं किए जिससे मनमाने निर्णय होने की संभावना उत्पन्न होती है।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि लेखापरीक्षा में पाई गई कमियों को भविष्य में एन.जी.ओं. के चयन के नियम तथा शर्तों में सम्मिलित किया जाएगा।

5.7.6 कम अनुमत जीवनकाल वाली दवाओं का क्रय

मोबाईल स्वास्थ्य योजना संबंधी अभिलेखों की जाँच में पता चला कि औषधि/दवा के निर्माण संबंधी प्रविष्टि पंजिका में नहीं की गई थी। अतः यह सुनिश्चित करना कठिन है कि क्या अनुमत जीवनकाल वाली दवाओं का क्रय किया गया।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि अब ये प्रविष्टियाँ आनलाईन कार्यक्रम “निरन्तर” में की जा रही हैं।

5.7.7 निगरानी

मोबाईल स्वास्थ्य योजना के सभी चार क्षेत्रों के क्षेत्रीय प्रभारियों द्वारा उनके सम्बन्धित क्षेत्रों में प्रतिनियोजित मोबाईल वैनो का निरीक्षण करने तथा एमएचएस (मुख्या.) में निरीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत करना अपेक्षित है। यद्यपि, क्षेत्रीय प्रभारियों द्वारा मोबाईल क्लीनिकों के निरीक्षण हेतु कोई बेंचमार्क निर्देशचिन्हीत निर्धारित नहीं किया गया था। यह पाया गया कि अप्रैल 2009 से मार्च 2012 के दौरान चार क्षेत्रों में मात्र 138 निरीक्षण किए गए। निरीक्षण प्रतिवेदनों की लेखापरीक्षा जाँच में पाया गया कि:

- निरीक्षण हेतु लक्ष्य निर्धारित नहीं किए गए,
- निगरानी रिपोर्ट के अनुसार छः मामलों में निरीक्षित वाहनों की पंजीकरण संख्या उन संख्याओं से भिन्न थे जिसके लिए सेवा प्रदाताओं ने दावे किए,
- तीन मामलों में क्षेत्र प्रभारी द्वारा निरीक्षित दर्शाए गए झुग्गी झोंपड़ी समूह वाहन कार्यपंजिका में दर्ज तथा नियंत्रण अधिकारी द्वारा सत्यापित मोबाईल वैन डिस्पेंसरी द्वारा सम्मिलित किए गए समूहों से भिन्न थे, था

- छः मामलों में मोबाईल वैन डिस्पेंसरी (एन.जी.ऑ.) अनुपस्थित पाए गए तथा सात मामलों (गै.स.सं.) में मोबाईल वैन डिस्पेंसरी में टीम/डॉक्टर अनुपलब्ध थे। कुछ मामलों में निदेशालय द्वारा ज्ञापन जारी किए गए परंतु कोई ठोस कार्यवाही नहीं की गई।

यद्यपि कोई बेंचमार्क निर्देशचिह्न नहीं था, परंतु 4576[†] उपलब्ध कार्यस्थलों के लिए औसत 3.6 निरीक्षण प्रतिमाह इन मोबाईल वैन डिस्पेंसरी द्वारा जनसामान्य को वांछित सेवाएँ सुनिश्चित करने हेतु अपर्याप्त निगरानी ही कही जाएगी।

विभाग ने बताया (फरवरी 2013) कि कभी-कभी मोबाईल वैन खराब थे, इसलिए निगरानी रिपोर्ट में उल्लिखित वाहन संख्या बिल में उल्लिखित संख्या से मिलती नहीं थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि बिलों का सत्यापन सक्षम प्राधिकारी द्वारा वाहन विशेष की कार्यपंजिका के आधार पर किया गया।

5.8. विद्यालय स्वास्थ्य योजना (वि.स्वा.यो)

विद्यालय स्वास्थ्य योजना विद्यालयी बालकों का व्यापक सम्बन्धित स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ प्रदान करती हैं। विद्यालयी बच्चों को प्रदत्त सेवाओं में नित्यक्रम स्वास्थ्य जाँच, टेटनस से बचाव हेतु टीका, स्वास्थ्य शिक्षा परामर्श तथा स्वास्थ्यपूर्ण तथा सुरक्षित वातावरण के रखरखाव हेतु विद्यालय प्राधिकारियों को सलाह देना सम्मिलित है।

5.8.1 लक्ष्यों को प्राप्त न किया जाना

अभिलेखों के अनुसार विद्यालय तथा छात्रों की संख्या में सतत वृद्धि हुई, परंतु तदनुसार विद्यालय स्वास्थ्य क्लिनिकों की संख्या में वृद्धि नहीं हुई। योजना के अन्तर्गत लक्ष्य तथा उपलब्धियाँ तालिका 5.11 में दी गई है:

तालिका 5.11: एस.एच.एस. के लक्ष्य तथा उपलब्धियाँ

आंकड़े	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12
एस.एच.एस.क्लीनिकों की संख्या	15	23	28	30	48
दलों की संख्या	14	23	28	-	93
आवण्टित विद्यालयों की संख्या	140	190	208	-	939
प्रविष्ट छात्रों की संख्या	148574	225539	258434	-	1408500
सम्मिलित किए गए छात्रों की संख्या	75869	119918	148824	-	196800
सम्मिलित छात्रों का प्रतिशत	51.06	53.16	57.58	-	13.97
टीकाकरण (टी.टी.)	7413	36877	27046	-	0
मैजिक शो	0	0	122	-	0

स्रोत: एस.एच.एस. द्वारा प्रदत्त सूचना

[†] (88 वैन x 2 कार्यस्थल प्रतिदिन x एक माह में 26 दिन = 4576)

लेखापरीक्षा विश्लेषण में बताया गया कि उपरोक्त तालिका के अनुसार विद्यालय स्वास्थ्य योजना अपने लक्ष्यों को प्राप्त नहीं कर रहा था। 2007-08 में एस.एच.एस. के अन्तर्गत सम्मिलित किए गए छात्रों का प्रतिशत 51.06 प्रतिशत था परंतु 2011-12 में यह घटकर 13.97 प्रतिशत हो गया जबकि 2007-08 से 2011-12 वर्षों में दलों की संख्या में 14 से 93 की पर्याप्त वृद्धि हुई थी। टेटनस से बचाव हेतु टीकाकरण 2009-10 में 26.65 प्रतिशत घटा, जबकि 2010-11 तथा 2011-12 में यह शून्य प्रतिशत हो गया।

विभाग ने बताया (मार्च 2013) कि पहले लक्ष्य विद्यालयों में प्रविष्ट छात्रों की संख्या थी जिनका प्रबन्ध विद्यालय स्वास्थ्य क्लीनिकों द्वारा किया जा रहा था। 2011-12 में लक्ष्य सभी दिल्ली सरकार के विद्यालयों में प्रविष्ट छात्रों की कुल संख्या थी। अतः वास्तविक रूप से सम्मिलित किए गए छात्रों के प्रतिशत में भारी परिवर्तन हुआ। विभाग का उत्तर संतोषजनक नहीं है क्योंकि प्रत्येक दल द्वारा सम्मिलित किए गए छात्रों की औसत संख्या भी 2007-08 से 2011-12 के दौरान 5419 से घटकर 2116 छात्र हो गई।

5.9 जैव-चिकित्सकीय अपशिष्ट योजना

दिल्ली में प्रतिदिन लगभग 7000 मेट्रिक टन कूड़ा-कचरा उत्पन्न होता है जिसमें से 70 टन विभिन्न अस्पतालों, क्लीनिकों तथा क्लीनिकल लैबोरेटरीज से उत्पन्न जैव-चिकित्सकीय कूड़ा है। जैव चिकित्सकीय कूड़े की अभिक्रिया तथा उसका निस्तारण पर्यावरणीय प्रदूषण तथा इन पदार्थों से होने वाली खतरनाक बीमारियों को रोकना सर्वाधिक महत्व का विषय है। सरकारी अस्पताल तथा कुछ निजी अस्पताल की जैव-चिकित्सकीय कूड़े की अभिक्रिया हेतु अपनी व्यवस्था है, परंतु छोटी सरकारी डिस्पेंसरियों, निजी नर्सिंग होम/क्लीनिक इत्यादि सम्बन्धित उँची लागत के कारण स्वयं जैव-चिकित्सकीय संस्थानों द्वारा झेली जा रही मुश्किलों को ध्यान में रखते हुए सरकार ने दिल्ली में ओखला तथा निलोठी में दो जैव-चिकित्सकीय अपशिष्ट अभिक्रिया सुविधाएँ स्थापित कीं। अभिक्रिया संयंत्र का ठेका प्रदान करने हेतु चयन प्रक्रिया की सत्यता का सत्यापन लेखापरीक्षा में नहीं किया जा पाया क्योंकि निदेशालय ने अभिलेख ढूँढ़ पाने में असमर्थता दर्शाई।

5.9.1 निजी ठेकेदार से मासिक किराए के रूप में ₹1.41 करोड़ वसूल न किया जाना

निदेशालय द्वारा जून 2005 में एक कन्द्रित जैवचिकित्सकीय अपशिष्ट अभिक्रिया संगत हेतु गाजीपुर में भूमि का अधिकार प्राप्त किया। निदेशालय ने सबसे अधिक बोली लगाने वाले मैसर्स एसएमएस सल-वॉटर ग्रेस प्रोडक्ट्स के साथ केन्द्रिय जैव-चिकित्सकीय अपशिष्ट अभिक्रिया संयंत्र के अधिष्ठापन हेतु 21 जूलाई 2006 तथा 7 अगस्त 2006 (पहले समझौते का अंश) को दो समझौते किए दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (डीपीसीसी) ने कार्यस्थल का निरीक्षण तथा मामला जैव

चिकित्सकीय अवशिष्ट समिति को प्रस्तुत किया। समिति ने 31 मई, 2007 को आयोजित अपनी बैठक में इस सुविधा की स्थापना हेतु अपनी स्वीकृति वापस लेने का निर्णय किया गया तथा ठेकेयथदानुसार 25 जून 2007 को सूचित कर दिया गया। तत्पश्चात् निदेशालय ने नीलोठी में एक अन्य कार्यस्थल प्रदान किया तथा इसी ठेकेदार से 4 नवम्बर 2009 में पिछले समझौते के नियम तथा शर्तों के साथ अनुपूरक समझौते पर हस्ताक्षर किए। लेखापरीक्षा विश्लेषण में पाया गया कि:

(क) नई परियोजना के अधिष्ठापन से पूर्व प्रयोग की जाने वाली तकनीकी, निस्तारण किए जाने वाले कुल अपशिष्ट तथा परियोजना की अवधि के दौरान अपशिष्ट की प्रमात्रा में वृद्धि इत्यादि के संबंध में कोई प्रारंभिक व्यवहार्यता अध्ययन नहीं किया।

(ख) अनुपूरक समझौते की शर्त 13 के अनुसार दिनांक 21 जुलाई 2006 तथा 7 अगस्त 2006 के समझौतों के सभी नियम, तथा शर्तों, उन नियम तथा शर्तों को छोड़कर जिनका दस अनुपूरक समझौते में संशोधन किया गया है, जिसके अधीन दोनों पक्षों के अधिकारों तथा बाध्यताओं सहित, पूर्ण रूप से प्रभावी रहेंगी पहले की तरह तथा दोनों पक्षों हेतु बाध्यपूर्ण होंगी। अनुपूरक समझौते में यह उल्लेख नहीं किया गया कि समझौते की अवधि अनुपूरक समझौते की तिथि अर्थात् 4 नवम्बर 2009 से प्रारंभ होती है तथा मैसर्स एसएमएस वॉटर ग्रेस (प्रा.लि.) मासिक किराये का भुगतान नहीं करेंगे क्योंकि गाजीपुर की भूमि को केन्द्रीत जैव-चिकित्सकीय अपशिष्ट अभिक्रिया संयंत्र अधिष्ठापित करने हेतु उपयुक्त नहीं पाया गया,

(ग) ठेकेदार को सुविधा के प्रारंभ की तिथि अथवा जीएनसीटीडी को ₹ 4.32 लाख के मासिक प्रभारों का भुगतान करना था। ठेकेदार को गाजीपुर में भूमि 7 अगस्त 2006 को सौंपी गई और मासिक प्रभारों का भुगतान छ: महीने अर्थात् 7 फरवरी 2007 से बकाया थी और अक्टूबर 2009 जिस महीने नीलोठी में भूमि आवंटित की गई थी, तक भुगतान किया जाना था यद्यपि, निदेशालय ने ठेकेदार से मासिक प्रभारों के प्रति बकाया ₹ 1.41[‡] करोड़ की राशि नहीं वसूली थी।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकारा तथा कहा (मार्च 2013) कि तत्कालीन प्रधान सचिव (स्वा.एवं.प.क.) ने ठेकेदार से बकाया राशि की वसूली करने का निर्देश दिया था।

5.9.2 ₹62.92 लाख के बायोस्टर की अनियमित खरीद

डिस्पेंसरियो/अस्पतालों द्वारा उत्सर्जित बीएमडब्ल्यू मैसर्स सिनर्जी वेस्ट मैनेजमेंट तथा मैसर्स एसएमडब्ल्यू वॉटर ग्रेस प्रोडक्ट्स द्वारा एकत्रित किए जाते हैं। बीएमडब्ल्यू को संशोधित करने के बाद इनके एकत्रण, परिवहन तथा निस्तारण की जिम्मेदारी ठेकेदार की थी। लेखापरीक्षा संवीक्षा से ज्ञात हुआ कि निदेशालय ने ₹ 62.92 लाख की राशि के बायोस्टर खरीदे इस तर्क के साथ कि डिस्पेंसरियो/अस्पतालों में उत्सर्जित बीएमडब्ल्यू को विसंक्रमित किया जाए ताकि इनके परिवहन के दौरान संक्रमण की संभावना ना हो, जबकि समझौते में एंजेसियों द्वारा ऐसे कार्य करना

[‡] (432000x32= 1,3824000 तथा पहले 90 दिन के लिए दण्ड राशि ₹ @ 1000=90,000 तथा उसके बाद अगले 90 दिन के लिए @ ₹2000=180000)

अनिवार्य किया गया था। इसलिए, बायोस्टर की खरीद पर 69.92 लाख रुपये व्यय किया जाना अप्राधिकृत तथा असंगत था क्योंकि दिल्ली की डिस्पेंसरियो तथा सरकारी अस्पतालों द्वारा उत्सर्जित बीएमडब्ल्यू एजेंसियो द्वारा मुफ्त में संशोधित मात्रा से कम ही था।

विभाग ने कहा (फरवरी 2013) कि विश्व में सभी जगह गैर ज्वलन तकनीक की प्राथमिकता दी जाती है, बायोस्टर की खरीदारी इसलिए की गई थी क्योंकि यह गैर ज्वलन तकनीक (उच्च आवृत्त सूक्ष्म तरंग विसंग्रमण) पर आधारित है जिससे कम प्रदूषण होता है, इस्तेमाल करने में आसान है तथा किफायती है इत्यादि । उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि समझौते के अनुसार कूड़े को जमा करने परिवहन तथा निस्तारण की जिम्मेदारी ठेकेदार की थी और इस प्रकार विभाग ने अप्राधिकृत व्यय किया ।

निष्कर्ष

अभिलेखित खरीद प्रक्रियाओं एवं निर्देशों की अनुपस्थिति में निदेशालय ने तदर्थ आधार औषधियों तथा चिकित्सीय उपकरणों की खरीद की । वास्तविक आवश्यकता अनुचित आंकलन से आवश्यक जीवनरक्षक औषधियों का भंडारण हुआ तथा कुछ अन्य दवाओं का अतिभंडारण हुआ। इससे दिल्ली में स्वास्थ्य सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

अस्पतालो तथा डिस्पेंसरियो को आपूर्ति की गयी औषधि की गुणवत्ता की निगरानी की कोई प्रणाली नहीं थी। सीपीए औषधि/सर्जिकल मदों का परीक्षण नियमित आधार पर किया जा रहा था। सीपीए अथवा केंद्रीय भंडार स्तर पर सभी बैंच का परीक्षण किया जाना सुनिश्चित करने का कोई रारता नहीं था। आगे गैर-सीपीए खरीद के मामले में, इंडेंटिंग यूनिट आपूर्तिकर्ता द्वारा प्रस्तुत केवल इनहाउस परीक्षण रिपोर्टों पर आधारित थी, जो कि एक विसंगति थी, क्योंकि सीपीए द्वारा औषधियो का परीक्षण रिपोर्ट नहीं था।

सीपीए तथा केंद्रीय भंडार स्तर निदेशालय ने खरीद एवं आपूर्ति की योजना बनाने तथा प्रबंध करने के लिए मैनुअल अथवा कम्प्यूटरीकृत किसी भी प्रकार की प्रबंधन सूचना प्रणाली तैयार नहीं की थी।

शहर की जनसंख्या को सर्वात्म हेल्थ केयर सुविधाएँ प्रदान करने के लिए निदेशालय द्वारा आधार संरचना तैयार करने के बावजूद, वंचितों के हेल्थकेयर का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया गया।

सिफारिशें

- सभी स्तरों पर प्रबंधन सूचना तंत्र तथा निगरानी प्रणाली को मजबूत किए जाने की आवश्यकता है ताकि वास्तविक आवश्यकताओं के आकलन, आपूर्ति की निगरानी तथा पुष्ट करने के लिए प्रभावी निर्णय लिए जा सके ।
- अच्छी खरीद प्रक्रिया सुनिश्चित किए जाने के लिए, यह आवश्यक है कि विभाग, निदेशालय, सीपीए, केंद्रीय भंडार तथा सभी अनुबंधित अस्पताल/संस्थाएँ मानक प्रपत्रों पर विस्तृत दिशानिर्देश प्रक्रियाएँ तैयार करे । ऐसे अभिलेखन से खरीद प्रक्रिया में पारदर्शिता को बढ़ावा मिलेगा ।

- मुक्त बाजार में दवाओं/औषधियों के मूल्य में अस्थिरता की प्रवृत्ति को नियंत्रित करने के लिए एक प्रभावी तंत्र विकसित किया जाना चाहिए था ताकि दवाओं की खरीद में अधिकतम लाभ प्राप्त हो सके ।
- निदेशालय को मानक बिडिंग दस्तावेजों एवं समझौते की धाराओं को प्रमाणिक बनाए जाने की आवश्यकता है ताकि औषधि तथा सौंदर्य प्रसाधन अधिनियम, 1940 की अनुपालना सुनिश्चित की जा सके ।
- सभी अनुबंधित अस्पतालों/संस्थाओं की खरीद आवश्यकताओं का आकलन करने के बाद उचित रूप से योजना बनाने समेकन एवं समन्वय की आवश्यकता थी ताकि एकमुश्त खरीद पर छूट का लाभ उठाया जाए तथा अत्यावश्यक एवं जीवनरक्षक औषधियों का भंडारण नहीं हो पाए ।
- सभी अस्पतालों की संविदा दर को निदेशालय के वेबसाईट पर दर्शाना चाहिए ताकि पारदर्शिता बनाए रखी जाए एवं मितव्यतापूर्वक दवाओं की खरीद सुनिश्चित की जाए ।
- प्रणाली को पारदर्शी बनाने के लिए अस्पतालों तथा डिस्पेंसरियों को रोगियों की सुविधा हेतु दैनिक आधार पर दवाओं एवं सर्जिकल मदों की उलब्धता दर्शानी चाहिए ।

नई दिल्ली
दिनांक: 30 मार्च 2013

डौली चक्रवर्ती
(डौली चक्रवर्ती)

प्र.महालेखाकार (लेखापरीक्षा), दिल्ली

प्रतिहस्ताक्षरित

नई दिल्ली
दिनांक: 30 मार्च 2013

विनोद राय
(विनोद राय)

भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक