

## अध्याय XI : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

परिवार कल्याण प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केन्द्र, मुम्बई

### 11.1 खराब निधि प्रबंधन के कारण परिहार्य समय एवं लागत का अतिरेक

परिवार कल्याण प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केन्द्र, मुम्बई के निर्माण हेतु समयबद्ध ढंग में निधियां जारी करने में मंत्रालय की विफलता के कारण ₹12.44 करोड़ की परिहार्य लागत वृद्धि हुई, ग्यारह वर्ष के पश्चात भी कार्य पूरे नहीं हुए तथा ₹30.91 लाख का परिहार्य अतिरिक्त भुगतान हुआ तथा पट्टा प्रीमियम में वृद्धि हुई।

परिवार कल्याण प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केन्द्र (एफडब्ल्यूटीआरसी), मुम्बई, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (मंत्रालय) के अधीन एवं प्रमुख केन्द्रीय प्रशिक्षण संस्थान ने सांस्थानिक परिसर (कार्यालय एवं छात्रावास) तथा अवासीय क्वार्टरों के निर्माण हेतु ₹1.04 करोड़ की लागत पर जनवरी तथा दिसम्बर 2005 में सिडकों<sup>1</sup> से पट्टे पर कुल 6749.80 वर्ग मी. माप के तीन भूखण्ड खरीदे।

मंत्रालय ने सांस्थानिक परिसर के लिए ₹9.69 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन फरवरी 2007 (भूमि की खरीद के एक वर्ष से भी अधिक के पश्चात) में जारी किया, परन्तु कोई निधियां जारी नहीं की। परियोजना मार्च 2009 तक पूरी की जानी निर्धारित थी। यद्यपि केन्द्रीय लोक निर्माण विभाग (सीपीडब्ल्यूडी), जो कर्यान्वयन एजेंसी थी, ने अप्रैल 2007 में निधियों की मांग की थी, तथापि, मंत्रालय ने 25 मार्च 2008 को एक वर्ष के पश्चात् केवल ₹ एक करोड़ जारी किए थे, जो व्ययगत हो गए क्योंकि वे वित्तीय वर्ष के एकदम अन्त में प्राप्त हुए थे। पुनः एक वर्ष के पश्चात् मंत्रालय ने 25 मार्च 2009 को ₹2.50 करोड़ जारी किए और वह भी व्ययगत हो गए। तत्पश्चात् मंत्रालय में जुलाई 2009 में ₹3.00 करोड़ जारी किए। इस समय तक सीपीडब्ल्यूडी द्वारा ₹3.39 करोड़ की अनुमानित लागत पर जुलाई 2007 (मंत्रालय द्वारा

<sup>1</sup> शहर तथा औद्योगिक विकास निगम महाराष्ट्र, महाराष्ट्र सरकार द्वारा सृजित एक शहर योजना संगठन है।

निधियां जारी होने की प्रत्याशा में) में, आमंत्रित निविदाओं की वैधता भी व्यपगत हो गई, तथा सीपीडब्ल्यूडी ने नई निविदाएं आमंत्रित की जो ₹7.39 करोड़ (निधियां जारी करने में मंत्रालय द्वारा तीन वर्ष से अधिक के विलम्ब के कारण ₹4.00 करोड़ की बढ़ी हुई लागत) के लिए अगस्त 2009 में सौंपी गई थी।

चूंकि मंत्रालय ने निधियां वित्तीय वर्ष की दूसरी तिमाही (जुलाई 2009) तक जारी की थी, अतः ठेकेदार ने अगस्त 2009 तथा मार्च 2010 के बीच ₹1.59 करोड़ की राशि का कार्य समाप्त कर दिया, तथा ₹1.41 करोड़ का शेष वित्तीय वर्ष के अन्त में अभ्यर्पित कर दिया गया था। उसके पश्चात् मंत्रालय समस्त वर्ष 2010-11 के दौरान निधियां जारी करने में विफल रहा, तथा केवल अगस्त 2011 में ₹1.1 करोड़ जारी किए और उसके पश्चात् 31 मार्च 2012 (अर्थात् वित्तीय वर्ष के अन्तिम दिन) ₹ एक करोड़ और जारी किए, जिसमें से, लम्बित बिलों के भुगतान के पश्चात् ₹0.91 करोड़ तत्काल अभ्यर्पित कर दिए गए थे। तब तक मंत्रालय ने पुनः सितम्बर 2012 में ₹0.91 करोड़ जारी किए, ठेकेदार, जिसने निधियों के निरन्तर देर से जारी होने के कारण मई 2011 से ही कार्य धीमा कर दिया था, ने अनुबंध को समय से पूर्व बन्द करने का अनुरोध किया। कार्य समय से पूर्व (30 नवम्बर 2012) बन्द कर दिया गया था तथा लम्बित बिलों का भुगतान करने के पश्चात् ₹0.79 करोड़ अभ्यर्पित कर दिए गए थे।

यद्यपि अनुबंध के समय से पूर्व बन्द होने के कारण तत्काल नए अनुमान प्रस्तुत करना अनिवार्य हो गया था, तथापि सीपीडब्ल्यूडी ने मंत्रालय को प्रस्तुत डीपीएआर<sup>2</sup> 2012 की शर्तों के अनुसार ₹13.72 करोड़ के नए अनुमान प्रस्तुत करने (नवम्बर 2013) में एक वर्ष से अधिक का समय लिया। मंत्रालय, योजना आयुक्त तथा व्यय विभाग में जांच की प्रक्रिया के दौरान, यह देखा गया (मई 2014) कि डीपीएआर 2014 के अधिसूचित होने के मदेनजर अनुमानों को अद्यतन किए जाने की आवश्यकता थी। सीपीडब्ल्यूडी ने जनवरी 2015 में संशोधित अनुमान भेजे। अतः मंत्रालय ने फरवरी, 2016 में ₹22.13 करोड़ के संशोधित अनुमान संस्वीकृत किए तथा 28 मार्च 2016 को

---

<sup>2</sup> विभागीय प्लैथ क्षेत्र दरें

₹0.99 करोड़ जारी किए, और वे भी वित्तीय वर्ष की समाप्ति के साथ व्यपगत हो गए।

इस प्रकार, निधियां जारी करने में मंत्रालय की निरन्तर निष्क्रियता के कारण मार्च 2009 में पूरी किए जाने के लिए निर्धारित परियोजना में विलम्ब हुआ और वह अधूरी रह गई जिसके परिणामस्वरूप सांस्थानिक परिसर के लिए अनुमानित लागतों में वृद्धि हुई और वे ₹9.69 करोड़ से बढ़कर ₹22.13 करोड़ हो गईं। आवासीय क्वार्टरों का निर्माण कार्य अभी शुरू नहीं हुआ है और इस उद्देश्य के लिए अधिग्रहीत भूमि अप्रयुक्त पड़ी हुई है। इसके अतिरिक्त, सिडको ने जनवरी 2018 तक निर्माण अवधि के विस्तार हेतु ₹30.91 लाख (सांस्थानिक परिसर के लिए ₹22.51 लाख + ₹8.40 लाख) के अतिरिक्त पट्टा प्रीमियम का भुगतान कर दिया है। निर्माण पूरा न होने के मद्देनजर उक्त अतिरिक्त पट्टा प्रीमियम के भुगतान को भविष्य में अदा करते रहने की संभावना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि यद्यपि एकीकृत वित्त प्रभाग (आईएफडी) ने पाया था (दिसम्बर 2012) कि प्रशिक्षण विभाग द्वारा जारी की गई राशियों से पूर्व सीपीडब्ल्यूडी के साथ एमओयू/अनुबंध पर हस्ताक्षर करवाना सुनिश्चित करने के आदेशों के बावजूद इन आदेशों का अनुसरण नहीं किया गया था, जिसके लिए जिम्मेदारी निर्धारित की जानी थी। उनके उत्तरों में, प्रशिक्षण प्रभाग ने स्वयं को सारी जिम्मेदारी से मुक्त कर लिया था और सीपीडब्ल्यूडी को एमओयू पर हस्ताक्षर न करने के लिए, आईएफडी को स्पष्टीकरणों की आवश्यकता के लिए निधियों के निर्गम के साथ मेल न खाने के लिए, और एफडब्ल्यूटीआरसी को लेखापरीक्षित यूसी प्रस्तुत न करने और कमजोर मॉनीटरिंग के लिए जिम्मेदार ठहराया। इस परिप्रेक्ष्य के प्रति, जिम्मेदारी निर्धारित करने के लिए कोई कार्रवाई नहीं की गई थी। लेखापरीक्षा का मत है कि एमओयू पर हस्ताक्षर न करना विलम्ब का मुख्य कारण नहीं हो सकता, क्योंकि एमओयू के अभाव में भी निधियां जारी होती रहीं और कार्य जारी रहा (यद्यपि अनियमित रूप से) और डीपीएआर 2014 अनुमोदित कर दिया गया था। यह प्रशिक्षण प्रभाग का उत्तर दायित्व है कि वह अपेक्षानुसार आईएफडी को स्पष्टीकरण प्रस्तुत करे तथा लेखापरीक्षित यूसी प्रस्तुत न करने की जांच करे तथा प्रभावी मॉनीटरिंग सुनिश्चित करे। यह भी स्पष्ट है कि मंत्रालय उत्तरदायित्व नियत करने के लिए इस व्यर्थ प्रयोग से कोई पाठ सीखने में

विफल रहा, क्योंकि संशोधित डीपीएआर 2016 के आधार पर उसके अनुमोदन के परिणामस्वरूप भी, ₹0.99 करोड़ की राशि 28 मार्च 2016 को जारी की गई थी, जब वित्तीय वर्ष के समाप्ति से पूर्व उसका प्रयोग किए जाने की कोई संभावना नहीं थी, तथा अब तक (नवम्बर 2016) और कोई राशि जारी नहीं की गई है।

ड्राफ्ट पैराग्राफ मंत्रालय को अक्टूबर 2015 तथा सितम्बर 2016 में जारी किया गया था। अपने उत्तर (फरवरी 2016) में, मंत्रालय सीपीडब्ल्यूडी पर ही आरोप लगाता रहा और स्वयं कोई जिम्मेवारी नहीं ली। मंत्रालय ने आगे बताया (अक्टूबर 2016) कि जनवरी 2018 तक निर्माण अवधि के विस्तार हेतु ₹22.51 लाख के अतिरिक्त पट्टा प्रीमियम का भुगतान सितंबर 2016 में कर दिया गया है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि प्रशिक्षण प्रभाग ने सीपीडब्ल्यूडी के साथ एमओयू पर हस्ताक्षर नहीं किया तथा आईएफडी के आदेश के बावजूद विलंब के लिए जिम्मेदारी तय कर रही है।

इस प्रकार, समय पर निधियां जारी करने में मंत्रालय की विफलता तथा ग्यारह वर्षों से अधिक का परियोजना के विलंब की जिम्मेदारी तय न करने का परिणाम ₹30.91 लाख (₹8.40 लाख + ₹22.51 लाख) के कुल पट्टा प्रीमियम, जिसके और भी बढ़ने की संभावना है, के अतिरिक्त सांस्थानिक परिसर हेतु अनुमानित लागत की ₹9.69 करोड़ से ₹22.13 करोड़ तक वृद्धि में हुआ। इसके अतिरिक्त, आवासीय क्वार्टरों के निर्माण का कार्य अभी डिजाईन अवस्था में भी नहीं पहुंचा।

## राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको)

### 11.2 जेडएलएन टेबलेट्स की खरीद पर अतिरिक्त व्यय

जेडएलएन टेबलेट्स की अधिप्राप्ति में वित्तीय नियमों का अनुसरण करने में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) की विफलता के कारण ₹2.06 करोड़ का अतिरिक्त व्यय।

नियमों<sup>3</sup> में प्रावधान है कि समस्त सरकारी खरीद पारदर्शी, प्रतिस्पर्धा तथा सही ढंग में की जानी चाहिए ताकि धन का सर्वोत्तम मूल्य प्राप्त किया सके। उसके अतिरिक्त, निविदा पूछताछ दस्तावेज में सम्मिलित मांग की प्रत्येक

<sup>3</sup> जीएफआर 2005 का नियम 160 तथा माल की खरीद के लिए नीति एवं पद्धति नियमपुस्तिका का पैरा 11.7.5 (2006 में वित्त मंत्रालय द्वारा जारी)।

अनुसूची उसे विभक्त किए बिना उस अनुसूची के लिए निम्नतम बोलीदाता निविदाकर्ता पर आवृत्त होना चाहिए। तथापि, माल की बहुत बड़ी मात्रा में खरीद के ऐसे बड़े विशेष अवसर हो सकते हैं जहाँ एकल निविदाकर्ता समस्त निविदागत मात्रा की आपूर्ति करने में सक्षम न हो। ऐसे मामलों में, शेष मात्रा का आदेश जहां तक सम्भव हो निम्नतम बोलीदाता निविदाकर्ता (एल-1) द्वारा प्रस्तुत दरों पर दूसरे निम्नतम बोलीदाता निविदाकर्ता (एल-2) को दिया जा सकता है और इस उद्देश्य के लिए उपर्युक्त निविदाकर्ता (अर्थात एल-2) के साथ मोलभाव किया जा सकता है। ऐसे मामलों में, यह आवश्यक है कि दो से अधिक बोलीदाता निविदाकर्ताओं को आंतरिक मात्राओं के लिए बहुविध अनुबंध देकर एक अनुसूची की मांग को विभाजित कर दिया जाए। ऐसी सम्भावनाओं का सामान्यतः पहले ही अनुमान लगा लिया जाना चाहिए तथा निविदा आमंत्रण सूचना में उसका प्रावधान किया जाना चाहिए।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको ने 16,84,80,900 टेबलेट्स प्रत्येक को दो समान अनुसूचियों (अर्थात अनुसूची-I तथा अनुसूची-II ) में जेडएलएन टेबलेट्स<sup>4</sup> की अधिप्राप्ति हेतु निविदाएं आमंत्रित की (जून 2013)<sup>5</sup>। निविदा के मूल्यांकन के पश्चात् दोनों अनुसूचियों के लिए जेडएलएन टेबलेट्स के आपूर्ति आदेश संबंधित एल1 को जारी किए गए थे (सितम्बर 2013) जिनका विवरण नीचे दिया गया है:-

अनुसूची	एल 1 घोषित एजेंसी	मात्रा	यूनिट कीमत <sup>6</sup> (₹)	कुल मूल्य (₹ करोड़ में)
अनुसूची-I	मै. मॉयलन लेब्स लि.	16,84,80,900	7.90	133.10
अनुसूची-II	मै. हीटरो लेब्स लि.	16,84,80,900	8.01	134.95

लेखापरीक्षा ने देखा कि चूंकि बोली आमंत्रित करने, बोली मूल्यांकन समिति (बी ई सी) की सिफारिश तथा अनुबंध देने सहित दोनों अधिप्राप्ति आदेशों के लिए सभी प्रक्रियाएं एक ही समय सीमा में हुईं, अतः मांग को दो अनुसूचियों में बांटने की कोई आवश्यकता नहीं थी। ऐसा करके, तथा मै. मॉयलन लेब्स

<sup>4</sup> जिडोव्यूडाईन+लेमिव्यूडाईन+नेवीरेपाईन (300+150+200) एमजी

<sup>5</sup> राईटस, रेल मंत्रालय के अधीन एक सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम, के माध्यम से जो मुख्यतः परिवहन, अवसंरचना तथा सम्बद्ध प्रौद्योगिकियों के क्षेत्रों में परामर्श के कार्य में कार्यरत है।

<sup>6</sup> सभी कीमतों में केन्द्रीय बिक्री कर शामिल नहीं है।

की कीमतों के अनुरूप अपनी कीमतें कम करने के लिए मै. हीटरो लेब्स के साथ बातचीत न करके, नाँको ने अनावश्यक रूप से ₹ 1.86 करोड़ का अतिरिक्त व्यय किया।

दूसरी ओर, 2014-15 में एक बाद के अवसर पर, हालांकि नाको उसी ड्रग (जेड एल एन टेबलेट्स) की अपेक्षित मात्रा को दो अनुसूचियों में बांटती रही, तथापि उन्होंने दूसरी अनुसूची के अन्तर्गत कीमतें कम करने के लिए एल1 के साथ बातचीत की। तथापि, नाको उसके पश्चात् दूसरी अनुसूची के अन्तर्गत एल-1 द्वारा उद्धृत नई कीमतों को मिलाने के लिए पहली अनुसूची के अन्तर्गत उनकी कीमतें कम करवाने के लिए एल-1 के साथ बातचीत करने में विफल रही। परिणामत, नाको ने अनुसूची-1 के अन्तर्गत अधिप्राप्ति पर ₹20.38 लाख का अतिरिक्त व्यय किया, जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

अनुसूची	एल 1 षोषित एजेंसी	मात्रा	उद्धृत यूनिट (₹)	बातचीत के बाद यूनिट कीमत (₹)
अनुसूची-I	मै. मॉयलन लेब्स लि.	20,37,91,860	8.25	8.25
अनुसूची -II	मै. हीटरो लेब्स लि.	20,37,91,860	8.42	8.24

मंत्रालय ने लेखापरीक्षा को निम्नलिखित उत्तर दिया (नवम्बर 2016):

- क अधिप्राप्तियां विश्व बैंक दिशानिर्देशों के अनुसार अधिशासित की गई थी;
- ख व्यय घरेलू निधियों से पूरा नहीं किया गया था;
- ग विश्व बैंक ने 2010 में सूचित किया था कि बातचीत की अनुमति केवल तभी दी जा सकती है जब दिशानिर्देशों में दी गई शर्तें पूरी होती हों (सिक पूरी नहीं होनी चाहिए) अर्थात या तो गुंजाईश कम हो अथवा जोखिम तथा उत्तरदायित्व पुनः आबंटित किया जाए;
- घ सीवीसी ने पुष्टि की थी कि यदि निधिकरता एजेंसियों के लागू अधिप्राप्ति नियमों में कोई विरोधाभास पाया गया तो अन्तर्राष्ट्रीय

एजेंसियों द्वारा निधिगत परियोजनाओं में उनके दिशानिर्देश लागू नहीं होंगे;

- ड. सभी बोलियों को रद्द करने से संबंधित विश्व बैंक के दिशानिर्देशा केवल कुछ विशेष परिस्थितियों में ही लागू होते हैं जो यहां लागू नहीं हैं;
- च. राष्ट्रीय प्रतिस्पर्धी बोली पद्धति तथा विश्व बैंक निषेध कीमत बातचीत की तुलना करने वाली जांच सूची केवल कुछ विशेष परिस्थितियों में ही लागू होती है जो यहां लागू नहीं है।

मंत्रालय के उत्तर गुमराह करने वाले तथा/अथवा असंगत हैं जिसके निम्नलिखित कारण हैं:

- क विश्व बैंक के दिशानिर्देशों, जीएफआर के विरोधाभासी नहीं है: परिणामतः सीवीसी दिशानिर्देश भी विरोधाभासी नहीं है;
- ख विश्व बैंक के दिशानिर्देशों के खण्ड 1.2 में परियोजना को लागू करने का प्रावधान है और इसलिए परियोजना के अन्तर्गत अनुबंध देना तथा अनुबंधों के प्रशासन का उत्तरदायित्व कर्जदार का है। एक तर्क जो आमतौर पर विश्व बैंक की आवश्यकता का मार्गदर्शक है, वह माल की अधिप्राप्ति सहित, परियोजना के कार्यान्वयन में मितव्ययिता तथा कार्यक्षमता की आवश्यकता है;
- ग यह नगण्य है कि व्यय विश्व बैंक निधियों /उधारों से किया जाता है या भारत की समेकित निधि से मंत्रालय का यह न्यासीय कर्तव्य है कि वह सुनिश्चित करे कि उसे सौंपी गई निधियां व्यर्थ व्यय न हों अथवा उनका गलत इस्तेमाल न हो;
- घ 2010 का विश्व बैंक का स्पष्टीकरण उस समय एलिसा किटों से संबंधित अधिप्राप्ति से उद्भूत विशिष्ट परिस्थिति के संदर्भ में था और वह इस मामले में लागू नहीं होता;
- ड. इसी प्रकार, बोलियां रद्द करने से संबंधित दिशा निर्देशों के लिए मंत्रालय का संदर्भ वर्तमान मामले में संगत नहीं हैं जिसमें बोलियों को

रद्द न करने का बल्कि निम्नतम बोलीदाता से बातचीत करने का संदर्भ है;

- च मंत्रालय द्वारा उल्लिखित जांच सूची एल-1, जो उसकी परिभाषा के अनुसार, एक बोली प्रस्ताव का निम्नतम प्रतिक्रियाशील निविदाकर्ता होता है, के साथ पश्च-निविदा बातचीत को प्रतिबंधित करने से संबंधित है। यह प्रतिबंध सीवीसी के मार्च 2007 के दिशानिर्देशों के अनुरूप है। यह लेखापरीक्षा का तर्क है कि मंत्रालय को एक ही ड्रग की मांग को उसी बोली के अन्दर पृथक अनुसूचियों में विखण्डित नहीं करना चाहिए था, जिसके परिणामस्वरूप, एल-1 का स्वयं का निश्चय ही संदिग्ध हो जाता है।
- छ कुल मात्रा को बांटने वाली पृथक अनुसूचियां, विश्व बैंक के दिशानिर्देशों तथा जांच सूची के विपरीत हैं जो अन्य बातों के साथ-साथ दोनों छोटी फर्मों के हितों को आकर्षित करने तथा प्रतिस्पर्धा को प्रोत्साहित करने के संदर्भ में है। मांग की बड़ी मात्रा (33.70 करोड़ जेडएलएन टेबलेट्स) को ध्यान में रखते हुए, यदि मंत्रालय ने कुल मात्रा के अन्दर उनकी व्यक्तिगत क्षमता के अनुसार प्रस्तुत बोली के लिए पात्र निर्माताओं को आमंत्रित किया होता, तो छोटी और बड़ी दोनों फर्मों बोली में भाग ले सकती थी, जिसके परिणामस्वरूप बेहतर कीमतें आती।
- ज जैसा कि ऊपर संदर्भित दूसरे मामले में उल्लेख किया गया है, नाको ने दूसरी अनुसूची के अन्तर्गत एल-1 के साथ बातचीत की थी। अतः यह तर्क कि बातचीत अनुमत नहीं है, वैद्य नहीं है।

इस प्रकार, एल-1 (पहले मामले में अनुसूची- II के संबंध में तथा दूसरे मामले में अनुसूची-I के संबंध में) के साथ बातचीत में विफल रहने के कारण, नाको ने ₹2.06 करोड़ की राशि का अतिरिक्त व्यय किया।

### केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजनाएं (मु.)

#### 11.3 नियमों का उल्लंघन करते हुए एक वाणिज्यिक उपक्रम को किराया मुक्त स्थान



हिन्दुस्तान लेटेक्स लिमिटेड (एचएलएल), आर.के.पुरम, नई दिल्ली में केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) के स्वामित्व वाले भवन में सरकारी तथा निजी रोगियों को नैदानिक सुविधाएं प्रदान करती हैं। सीजीएचएस लाभभोगियों को 10 प्रतिशत की अपर्याप्त छूट के अतिरिक्त, एचएलएल वर्तमान आदेशों के अनुसार कोई किराया नहीं देती जिसके परिणामस्वरूप 2008-09 से दिसम्बर 2016 के दौरान ₹1.72 करोड़ की हानि हुई।

केन्द्रीय कर्मचारी स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) ने सीजीएचएस औषधालय, आर.के.पुरम में आधुनिक नैदानिक केन्द्र (कारपेट एरिया: 280.81 वर्ग मीटर) स्थापित करने के लिए हिन्दुस्तान लेटेक्स लिमिटेड (एचएलएल) के साथ एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) निष्पादित किया (दिसम्बर 2007)। एम ओ यू की शर्तों के अनुसार, एचएलएल सीजीएचएस लाभभोगियों को सीजीएचएस दरों (अप्रैल 2012 से 10 प्रतिशत की छूट के साथ) पर नैदानिक सेवाएं प्रदान करती थी, तथा उसे एचएलएल द्वारा नियत प्रभारों पर निजी रोगियों (गैर सीजीएचएस लाभभोगियों) को सेवाएं प्रदान करने स्वतन्त्रता थी।

शहरी विकास मंत्रालय (एमओयूडी) के अधीन सम्पदा निदेशक, भारत सरकार के विभिन्न संगठनों के कार्यालय भवनों के प्रशासन एवं प्रबंधन हेतु उत्तरदायी है। सम्पदा निदेशक ने विभिन्न अपात्र निकायों (अपात्र वाणिज्यिक संगठनों सहित) को ₹65 प्रति वर्ग मीटर मासिक के कारपेट एरिया पर दिल्ली में जनरल पूल कार्यालय स्थान आबंटित करने के लिए लाइसेंस शुल्क की बाजार दर नियत<sup>7</sup> की थी। बाद में, सम्पदा निदेशक ने सूचित<sup>8</sup> किया कि उन मामलों मामलों में जहां उक्त स्थान दिया जाना है, वहां बाजार दर को वार्षिक आधार पर संयोजित 8 प्रतिशत प्रति वर्ष की वृद्धि के साथ 13 जून 1985<sup>9</sup> के दिशानिर्देशों की शर्तों जिनके अनुसार लाइसेंस शुल्क को प्रति तीन वर्षों में संशोधित किया जाना था, के अनुसार नियत की जाएगी। यद्यपि दिनांक 13 जून 1985 के आदेश निजी स्थान के पट्टे से संबंधित है, तथापि उनमें इलाके में तुलनीय परिसरों के लिए प्रचलित बाजार दर जैसे कारकों के आधार पर किराए के औचित्य की शर्तों के अनुसार संबंधित केन्द्रीय लोक निर्माण विभाग

<sup>7</sup> सम्पदा निदेशक का.जा.सं. 18015(1)/80-पूल IV दिनांक 29 जनवरी 1982

<sup>8</sup> सम्पदा निदेशक का.जा.सं. 18015-1/92-पूल III दिनांक 16 मार्च 1999

<sup>9</sup> सीपीडब्ल्यूडी का.जा.सं. 21/8/85 डब्ल्यूआई (डी-जी) दिनांक 13 जून 1985

(सीपीडब्ल्यूडी) अधिकारियों/किराया समिति द्वारा जारी किए जाने वाले किराए के औचित्य के प्रमाणपत्र की अपेक्षा सहित अपात्र श्रेणियों को सरकारी स्थान पट्टे पर देने के लिए लागू अन्तर्निष्ठ सिद्धान्त निहित है।

सीजीएचएस, सीपीडब्ल्यूडी/सम्पदा निदेशक द्वारा वर्णित पद्धति का अनुसरण नहीं करती तथा परिसर के लिए सही किराया (13 जून 1985 तथा 16 मार्च 1999 के आदेशों की शर्तों के अनुसार) निर्धारित करती है, और लेखापरीक्षा में उनका आकलन करना सम्भव नहीं था। इसके बावजूद, लेखापरीक्षा ने ₹1.72 करोड़ का लाइसेंस शुल्क निर्धारित किया है (29 जनवरी 1982 के पहले आदेशों के अनुसार ₹65 प्रति वर्ग मीटर की दर पर नियत करते हुए तथा 8 प्रतिशत के वार्षिक संयोजन पर किराया बढ़ाने के लिए 1999 के आदेशों के अनुसार)। एक प्रमुख स्थान पर एच एल एल को किराया मुक्त स्थान देकर सीजीएचएस ने 2008-09 से अब तक (दिसम्बर 2016) ₹1.72 करोड़ की हानि उठाई।

सीजीएचएस ने उत्तर दिया (जून 2016) कि एचएलएल एक सरकारी संगठन था तथा दिसम्बर 2007 में हस्ताक्षरित एमओयू में किराए का कोई प्रावधान नहीं था। इसके अतिरिक्त, एचएलएल अप्रैल 2012 से सीजीएचएस दरों पर 10 प्रतिशत की छूट दे रहा था, तथा किराए के बदले छूट की वही व्यवस्थाएं एमओयू में जारी रखने का प्रस्ताव किया गया था जो विचाराधीन था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है। उद्धृत आदेशों के अनुसार, सीजीएचएस द्वारा जनरल पूल कार्यालय स्थान आबंटित करते समय एमओयूडी के दिशानिर्देशों का अनुसरण किया जाना अपेक्षित है। आर के पुरम का एचएलएल केन्द्र, दिल्ली में एक प्रमुख स्थान पर स्थित होने के कारण सीजीएचएस लाभभोगियों (जो एक आश्वस्त व्यापार है) तथा निजी रोगियों से पर्याप्त राजस्व प्राप्त करता है। किसी भी मामले में, एमओयू में अपेक्षित प्रावधानों तथा एमओयूडी के अनुमोदन के अभाव में एचएलएल द्वारा अनुमत छूट के बदले किराए की राशि न लेने का सुझाव वैध नहीं है।

मामला मंत्रालय को अगस्त 2016 में सूचित किया गया था; उनका उत्तर जनवरी 2017 तक प्रतीक्षित था।

जवाहरलाल स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान, पुडुचेरी (जेआईपीएमईआर)

#### 11.4 जेआईपीएमईआर में अधिप्राप्ति प्रथाओं एवं तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की पर्याप्तता

विशेषज्ञ सलाहकार की नियुक्ति के बावजूद, उपकरण की स्थापना में विलम्ब हुआ तथा प्रयोगशालाएं शुरू नहीं हुईं। जेआईपीएमईआर में दी जाने वाली तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में अवसरंचना, मानव संसाधन तथा सेवाओं का अभाव था। अत्यधिक भीड़-भाड़ वाली ओपीडी, ओपीडी में स्क्रीनिंग ओपीडी का अभाव, सुपर स्पेशियलिटी सेवाओं में डॉक्टर-रोगी का घटता अनुपात, नर्सिंग कार्मिकों की अपर्याप्त उपलब्धता, विशेषज्ञता-प्राप्त हस्तक्षेपीय दर्द प्रबंधन केन्द्र, ओटी की अपर्याप्तताएं, पोस्ट ऑपरेटिव रिकवरी यूनिट, उन्नत इमेजिंग एवं प्रयोगशाला सेवाओं की अपर्याप्तताएं, निजी प्रयोगशालाओं एवं स्केन केन्द्रों पर निर्भरता पाई गई थी

जवाहरलाल स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान (जेआईपीएमईआर) जिसकी स्थापना 1823 में फ्रांस सरकार द्वारा की गई थी, ईकोल डी मेडिसिन डी पांडिचेरी के रूप में शुरू हुआ था जिसे बाद में धनवन्तरी मेडिकल कॉलेज<sup>10</sup> के रूप में बदल दिया गया था। 1964 के दौरान जेआईपीएमईआर के रूप में अपग्रेडेड तथा बाद में 14 जुलाई 2008 के संसद के एक अधिनियम द्वारा राष्ट्रीय महत्व के एक संस्थान के रूप में घोषित, यह संस्थान चयनित क्षेत्रों में अनुसंधान के अतिरिक्त पूर्व-स्नातक, स्नातकोत्तर तथा सुपर स्पेशियलिटी चिकित्सा पाठ्यक्रम चलाता है। संस्थान में 45<sup>11</sup> विभाग हैं जो अंतरंग तथा बाह्य रोगी सेवाएं प्रदान करते हैं।

लेखापरीक्षा, जेआईपीएमईआर द्वारा प्रदत्त तृतीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तथा अधिप्राप्ति प्रथाओं की पर्याप्तता की जांच करने के लिए की गई थी (जुलाई 2016) जिसमें 2012-13 से 2015-16 की अवधि शामिल थी। महत्वपूर्ण निष्कर्ष आगामी पैराग्राफों में दिए गए हैं:

<sup>10</sup> कार्योत्तर के समय पुडुचेरी का भारत सरकार में स्थानांतरण

<sup>11</sup> 2013-14 - 43 विभाग, 2014-15 एवं 2015-16 - 45 विभाग

## 11.4.2 लेखापरीक्षा निष्कर्ष

### 11.4.2.1 चिकित्सा उपकरण की अधिप्राप्ति, स्थापना और उपयोग

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने चरण II विकास परियोजना<sup>12</sup> के अन्तर्गत जेआईएमईआर को महिला एवं बाल हस्पताल (डब्ल्यूसीएच), शैक्षिक केन्द्र, नए छात्रावास परिसर के निर्माण तथा चिकित्सा उपकरण की समय पर अधिप्राप्ति, स्थापना तथा चालू करने के लिए इन-हाऊस सलाहकार के रूप में एचएलएल लाईफ केयर लिमिटेड (एलएलएल) को नियुक्त करने का अनुदेश दिया (मार्च 2009)।

₹334 करोड़<sup>13</sup> की लागत पर चिकित्सा उपकरण की 622 मदों के निर्माण तथा अधिप्राप्ति, आपूर्ति, स्थापना तथा चालू करने दोनों का अनुबंध मै. लार्सन एण्ड टुबरो लिमिटेड (एलएण्डटी) को दिया गया था जिसके समापन की अवधि टर्नकी आधार पर स्वीकृति पत्र (एलओए) (मार्च 2010) के पत्र की तिथि से 24 महीने की थी। जेआईपीएमईआर को एलओए<sup>14</sup> से 9 महीने की अवधि के अन्दर (दिसम्बर 2010) विनिर्देशनों को अन्तिम रूप देना था तथा जेआईपीएमईआर ने चिकित्सा उपकरण के विस्तृत विनिर्देशनों को बदलने का अधिकार अपने पास रखा। विद्युत आपूर्ति स्थापना<sup>15</sup> के लिए स्थान, जेआईपीएमईआर द्वारा मार्च 2012 तक मेसर्स एलएण्डटी को दिए जाने थे।

लेखापरीक्षा ने देखा (जुलाई 2016) कि यद्यपि भवन अप्रैल 2013 तक सौंप दिए गए थे, तथापि कई मामलों में नए/पुराने भवनों में जेआईपीएमईआर के अन्दर उपकरण 1 से 59 महीनों के विलम्ब से स्थापित किए गए थे। लेखापरीक्षा में देखे गए कुछ मामले निम्नलिखित हैं:

<sup>12</sup> परियोजना प्रस्ताव में शिक्षक ब्लॉक का गठन, 400 बिस्तर वाला महिला एवं बाल हस्पताल, छात्रावास परिसर तथा डॉक्टरों के क्वार्टर शामिल थे। अनुबंध करार के अनुसार, एचएलएल अन्य बातों के साथ-साथ समस्त चिकित्सा उपकरण को चालू करने तथा ईपीसी डेवेलपर के माध्यम के निर्धारित तिथि के अन्दर ग्राहक की समस्त सन्तुष्टि पर सौंपनी शामिल था।

<sup>13</sup> चरण II परियोजना के अन्तर्गत ₹125.25 करोड़ की चिकित्सा उपकरण की लागत तथा ₹208.75 करोड़ की निर्माण लागत।

<sup>14</sup> जेआईपीएमईआर ने रेडियो निदान, एनेस्थोसियोलॉजी तथा साइकेट्री विभागों के उपकरणों को छोड़कर अन्ततः जनवरी 2011 में विनिर्देशन अनुमोदित किए।

<sup>15</sup> डब्ल्यूसीएच तथा शैक्षिक केन्द्र के अतिरिक्त।

- जेआईपीएमईआर द्वारा अपेक्षित स्थान का प्रावधान न किए जाने के कारण ₹9.49 करोड़ लागत के 15 उपकरणों की स्थापना देर हुई। विलम्ब 15 तथा 34 महीनों के बीच थे।
- जेआईपीएमईआर द्वारा सिविल नवीनीकरण/इलेक्ट्रिकल आशोधन पूरा करने में विलम्ब के परिणामस्वरूप ₹2.28 करोड़<sup>16</sup> लागत के 5 कम्प्यूटेड रेडियोग्राफी उपकरण की स्थापना में 12 और 37 महीनों के बीच की अवधि का विलम्ब हुआ। मंत्रालय के उत्तर (नवम्बर 2016) में नवीनीकरण कार्य के विलम्ब के कारण उपकरण की स्थापना में विलम्ब का भी उल्लेख किया गया।
- मई 2010 से जनवरी 2013 के दौरान प्राप्त ₹38.91 करोड़ मूल्य के 199 चिकित्सा उपकरणों की 4 तथा 39 महीने के बीच के विलम्ब से जुलाई 2012 तथा अक्टूबर 2015 के बीच महिला एवं बाल हस्पताल तथा शैक्षिक केन्द्र में स्थापना हुई थी, यद्यपि स्थापना हेतु भवन जून 2012 में तैयार थे। मंत्रालय का उत्तर (नवम्बर 2016) कि विलम्ब, विद्युत आपूर्ति लेने में विलम्ब के कारण था, स्वीकार्य नहीं है क्योंकि मार्च 2013 में विद्युत आपूर्ति के प्राप्त होने के पश्चात् उपकरण की स्थापना में 1 से 30 महीने का और भी विलम्ब हुआ था।
- ₹1.10 करोड़ की लागत पर खरीदे गए दो उपकरण<sup>17</sup> स्थान की रूकावट के कारण अभी तक नहीं लगाए गए हैं। मंत्रालय ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति स्वीकार कर ली।
- ₹2.74 करोड़ की लागत पर जुलाई 2011 से जनवरी 2013 तक आपूर्ति किए गए 17 उपकरण स्थापित नहीं किए गए (नवम्बर 2016) क्योंकि उपकरण अनुमोदित विनिर्देशन के नहीं थे हालांकि 90 प्रतिशत लागत अर्थात् ₹2.46 करोड़ का भुगतान कर दिया गया था। यद्यपि मंत्रालय का उत्तर (नवम्बर 2016) दर्शाता है कि उपकरण प्रयोग में लाए जा रहे थे,

<sup>16</sup> प्रत्येक यूनिट की लागत ₹45.50 लाख थी।

<sup>17</sup> ₹64.71 लाख राशि का मईक्रोस्कोप सहित ईनएनटी डायग्नोस्टिक कम थरेपी यूनिट की आपूर्ति दिसम्बर 2011 में हुई तथा ₹45.07 लाख राशि का डिजिटल पेनोरेमिक एवं सेफालमीट्रिक एक्स-रे इमेजिंग यूनिट जनवरी 2014 में प्राप्त हुआ।

तथापि विभागों ने सूचित किया कि उपकरण अभी लगाए जाने थे (नवम्बर 2016)।

- ₹5.69 करोड़ की लागत पर जुलाई 2012 में रेडियो नैदनिक विभाग को आपूर्ति टेलीरेडियोलॉजी सॉफ्टवेयर सहित चित्र संग्रह एवं संचार प्रणाली (पीएसीएस), विनिर्देशनों के पूरा न होने तथा सॉफ्टवेयर के निचले रूपान्तर की आपूर्ति के कारण रोगी देखभाल तथा हस्पताल डॉटा प्रबंधन प्रणाली के डिजिटिकरण के अभिप्रेत उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किए जा सके। मंत्रालय के उत्तर (नवम्बर 2016), कि स्टेट-ऑफ-आर्ट पीएसीएस की स्थापना कर ली गई है, में अभिप्रेत उद्देश्य (हस्पताल की प्रबंधन प्रणाली के डिजिटलाइजेशन सहित) के अब प्राप्त होने का कोई वर्णन नहीं है।

अतः उपकरण के विलम्ब/स्थापना न होने के कारण रोगी देखभाल सुविधाओं को नुकसान हुआ था।

#### 11.4.2.2 अनुचित अधिप्राप्ति

एलएण्डटी द्वारा निर्मित एनेस्थिसिया मॉनीटरों की अनुचित अधिप्राप्ति के परिणामस्वरूप ₹0.60 करोड़<sup>18</sup> का अपरिहार्य व्यय हुआ क्योंकि यह जानते हुए कि जीई हेल्थकेयर एनेस्थिसिया मशीन एवं एलएण्डटी मेक के एनेस्थिसिया मॉनीटर, सुरक्षित एनेस्थिसिया के लिए अनुकूल नहीं है। मंत्रालय ने बताया (नवम्बर 2016) कि एलएण्डटी द्वारा निर्मित मॉनीटर, चरण । परियोजना में अधिप्राप्त एलएण्डटी मशीनों के साथ प्रयोग किए गए थे। उत्तर लेखापरीक्षा तर्क का समर्थन करता है।

#### 11.4.2.3 निष्क्रिय प्रयोगशाला सेवाएं

लेखापरीक्षा ने देखा कि सैल आधारित थेरेपी प्रोटोकॉल का प्रयोग करने वाले रोगियों के उपचार हेतु ₹55.74 लाख<sup>19</sup> की लागत पर स्थापित इम्यूनोथेरेपी/साईरोथेरेपी यूनिट प्रयोगशाला फंगस फार्मेशन तथा पानी के रिसाव के कारण अक्रियाशील थी। मंत्रालय ने उत्तर दिया (नवम्बर 2016) कि पानी के रिसाव

<sup>18</sup> ₹5.04 लाख की दर पर खरीदे गए 12 अतिरिक्त मॉनीटरों की लागत

<sup>19</sup> उपकरण लागत-कार्यो फ्रीजर ₹18.26 लाख तथा स्टैम सेल सेपरेटर ₹37.48 लाख।

तथा फंगस फार्मेशन को ठीक करने के पश्चात यूनिट अब क्रियाशील है। तथापि, विभाग ने कहा (नवम्बर 2016) कि मरम्मत तथा नवीनीकरण कार्यों के लिए यूनिट बन्द है।

एक अन्य मामले में आईवीएफ प्रयोगशाला के लिए ₹1.03 करोड़<sup>20</sup> की लागत पर सृजित अवसरचना बेकार पड़ी रही क्योंकि सिविल निर्माण कार्य, आईवीएफ प्रयोगशाला स्थापित करने के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के अनुसार, नहीं किए गए थे। मंत्रालय ने उत्तर दिया (नवम्बर 2016) कि प्रयोगशाला शीघ्र ही स्थापित कर ली जाएगी।

### 11.4.3 तृतीय स्तर पर रोगी देखभाल

45 विभागों के साथ यह संस्थान रोगियों को ओपीडी के माध्यम से तथा निजी/सामान्य वार्डों में चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है। संस्थान अपने ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों, शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों तथा सुदूर केन्द्रों के अतिरिक्त व्यापक सुपर स्पेशियलिटी तृतीय स्वास्थ्य देखभाल के रूप में 2131 बिस्तर के हस्पताल का प्रबंधन भी करता है। लेखापरीक्षा निष्कर्ष निम्नलिखित है:

### 11.4.4 आपरेशन थियेटर सेवाएं

#### 11.4.4.1 अपर्याप्त ओटी कार्यक्रम

प्रत्येक सर्जिकल विभाग को आबंटित ऑपरेशन थियेटर (ओटी) कार्यक्रम, विभाग द्वारा ओटी सेवाओं/रोगियों के प्रतीक्षा समय, निपटान का समय बढ़ाने के लिए बार-बार किए गए अनुरोधों के बावजूद, नर्सिंग स्टाफ तथा आपरेशन पश्चात् रिकवरी यूनिट की कमी के कारण, 2014 से अपरिवर्तित रही। मंत्रालय का उत्तर (नवम्बर 2016) कि सभी ओटी का सप्ताह में छः दिन प्रातः 8.00 बजे से सायं 6.00 बजे तक प्रयोग किया जाता है स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अतिरिक्त ओटी दिन तथा ओटी समय आबंटित करने के लिए कोई आदेश जारी नहीं किया गया था।

डब्ल्यूसीएच ब्लॉक में स्थापित (अप्रैल, 2013) पूर्णतः सज्जित लेपरोस्कोपिक ओटी तथा ईएमएस ब्लॉक एक ट्रामा ओटी (अक्टूबर, 2014) एनेस्थेतिस्ट की

<sup>20</sup> सिविल कार्य ₹27.60 लाख तथा उपकरण लागत ₹75.84 लाख।

कमी के कारण चालू नहीं थे। मंत्रालय का उत्तर (नवम्बर 2016) कि रिक्तियों को भरने के लिए प्रयासों के बावजूद 14 संकाय पद नहीं भरे जा सकते, यह सुनिश्चित करने के लिए तत्काल पुनः प्रयासों की आवश्यकता को दर्शाता है कि रोगियों को उपलब्ध सुविधाओं के लाभ सुनिश्चित करने के लिए यथाशीघ्र अवसंरचना का प्रयोग किया जाए।



### अक्रियाशील लेप्रोस्कोपिक ओटी

दुर्घटना आकस्मिक चिकित्सा सेवा (ईएमएस) ब्लॉक में डब्ल्यूसीएच ब्लॉक में आकस्मिता यूनिट में प्रत्येक सर्जिकल विभाग के लिए एक लघु ओटी के मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया (एमसीआई) के प्रतिमान आकस्मिक चिकित्सा सेवा (ईएमएस) ब्लॉक में तथा डब्ल्यूसीएच ब्लॉक में ट्रामा क्रिटिकल केयर ओटी में उपलब्ध नहीं थे। मंत्रालय का यह उत्तर (नवम्बर 2016) कि प्रत्येक ओटी यूनिट में उपलब्ध दो ओटी मेजों में से एक का लघु ओटी के रूप में इस्तेमाल किया जा रहा है स्वीकार्य नहीं है क्योंकि सृजित अवसंरचना बड़े ऑपरेशनों के लिए थी।

एमसीआई प्रतिमान, कि एक ओटी यूनिट में न्यूनतम 10 बिस्तर वाला ऑपरेशन पश्चात् रिकवरी यूनिट होना चाहिए, का पालन नहीं किया गया था। सर्जरी के पश्चात् रोगियों को सीधे वार्ड/आईसीयू में ट्रांसफर कर दिया जाता है (डब्ल्यूसीएच-ओजी विभाग के अतिरिक्त जिसमें 5 विस्तर के पोस्ट ऑपरेटिव यूनिट का प्रावधान था)। मंत्रालय ने उत्तर दिया (नवम्बर 2016) कि ऑपरेशन पश्चात् रिकवरी रूम नर्सिंग कार्मिक की नियुक्ति के पश्चात् कार्य करेगा जो प्रक्रियाधीन है।



#### 11.4.4.2 नर्सिंग कार्मिकों की नियुक्ति

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के स्टाफ निरीक्षण यूनिट (एसआईयू)<sup>21</sup> प्रतिमानों के अनुसार 2131 बिस्तर<sup>22</sup> के लिए नर्सिंग कार्मिकों<sup>23</sup> की आवश्यकता 2344<sup>24</sup> है जबकि वर्तमान संस्वीकृत पद संख्या तथा तैनाती की संख्या क्रमशः 1450 तथा 1320 थी। परिणामतः जून 2016 को जेआईपीएमईआर में 1024 (2344-1320) की कमी थी। जेआईपीएमईआर ने 815<sup>25</sup> अतिरिक्त नर्सिंग कार्मिक पदों के सृजन की सिफारिश<sup>26</sup> की। नव निर्मित/पूर्णतः सज्जित वार्डों तथा आईसीयू के बंद होने का कारण नर्सिंग कार्मिकों की उक्त कमी थी जिसकी चर्चा नीचे की गई है:

➤ ₹1.61 करोड़ की निर्माण लागत के साथ 18 सामान्य बिस्तरों, 6 अलगाव बिस्तरों तथा 10 आईसीयू बिस्तरों तथा 2 वीआईपी स्यूट स्थापित (अप्रैल 2013) के साथ डब्लूसीएच ब्लॉक में बाल-चिकित्सा आईसीयू परिसर में तीन वार्ड (270,271,272)। अप्रैल 2013 से रोगी देखभाल सुविधाओं के लिए नहीं खोले गए थे जिसके परिणामस्वरूप फर्श पर बिस्तर<sup>27</sup> लगाने पड़े तथा उन फर्श बिस्तरों पर नवजात शिशुओं को रखना पड़ा।

<sup>21</sup> एसआईयू में एक बिस्तर के लिए 1:1:1 के नर्स अनुपात का प्रावधान है।

<sup>22</sup> 2012-13 तथा 2013-14 के दौरान बिस्तर संख्या 2059 है, 2014-15 में 2114 है तथा 2015-16 में 2131 है।

<sup>23</sup> नर्सिंग कार्मिकों में स्टाफ नर्स, नर्सिंग सिस्टर, सहायक नर्सिंग अधीक्षक, उप नर्सिंग अधीक्षक नर्सिंग अधीक्षक तथा मुख्य नर्सिंग अधिकारी का प्रावधान है।

<sup>24</sup> बिस्तर संख्या 2131 \* 1.1 = 2344

<sup>25</sup> एसआईयू, प्रतिमान (1:1.1) द्वारा गुणा की गई संस्वीकृत बिस्तर संख्या (2059) अर्थात् 2059 \* 1.1=2265, 2265-1450=815

<sup>26</sup> मंत्रालय को भेजी गई संवर्ग पुनर्गठन रिपोर्ट (2014-15) में 2059 की पद संख्या पर विचार किया गया था।

<sup>27</sup> एक सौ फर्श बिस्तर उपलब्ध



फर्श बिस्तरों पर रखे गए नवजात शिशु

पीआईसीयू परिसर में बन्द वार्ड

➤ ₹23.75 लाख (लगभग) की लागत पर निर्मित एसएसबी में दो वार्ड 2009 से चालू नहीं थे।

मंत्रालय ने कहा (नवम्बर 2016) कि नर्सों की भारी कमी के बावजूद, आईसीयू रिकवरी रूम उपलब्ध स्टाफ के साथ खोले जाते हैं। उसने यह भी कहा कि वार्डों को जनवरी 2017 तक शुरू करने के समस्त प्रयास किए जा रहे हैं।

#### 11.4.4.3 इंटरवेंशनल दर्द प्रबंधन केन्द्र की स्थापना न करना

स्थायी वित्त समिति (एसएफसी) ने एक इंटरवेंशनल दर्द प्रबंधन केन्द्र<sup>28</sup> स्थापित करने के एक प्रस्ताव का अनुमोदन किया (नवम्बर 2013) परंतु वह अभी भी स्थापित किया जाना है (जुलाई 2016)। टर्मिनल कैंसर से ग्रस्त रोगी जो हड्डियों के भयंकर दर्द से काफी कमजोर हो जाते हैं उन्हें दर्द प्रबंधन के निरन्तर मल्टीमॉडल दर्द प्रबंधन की आवश्यकता होती है, परंतु वर्तमान में उन्हें केवल सप्ताह में एक बार इंटरवेंशन ब्लॉक दिए जाते हैं और उन्हें एनेस्थिसिओलोजी एवं क्रिटिकल केयर विभाग में दाखिल नहीं किया जाता। मंत्रालय ने लेखापरीक्षा टिप्पणी स्वीकार की (नवम्बर 2016)।

<sup>28</sup> ₹2.79 करोड़ की अनुमानित लागत

### 11.4.5 ओपीडी सेवाएं

#### 11.4.5.1 विशिष्टिकृत स्क्रीनिंग ओपीडी की स्थापना

सामान्य/साधारण, स्पेशियलिटी एवं सुपर स्पेशियलिटी उपचार सहित लगभग 7500 रोगी रोज जेआईपीएमईआर में आते हैं। अत्याधिक ज़रूरतमन्द रोगियों को स्पेशियलिटीज/सुपर स्पेशियलिटीज की सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए 2012<sup>29</sup> में अनुमोदित स्क्रीनिंग ओपीडी<sup>30</sup> अभी चालू की जानी है और ओपीडी में अत्याधिक भीड़ रहती है (नवम्बर 2016)। मंत्रालय ने कहा कि कार्य नवम्बर 2016 के दौरान पूरा किया जाएगा। तथापि, जेआईपीएमईआर ने सूचित किया था कि निधि की कमी के कारण, केवल सितम्बर 2017 तक पूरा कर लिया जाएगा।

#### 11.4.5.2 ओपीडी सुविधाएं उपलब्ध न होना

लेखापरीक्षा ने ओपीडी सेवाओं में रोगियों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानदण्डों के अन्तर्गत निर्धारित विभिन्न प्रतिमानों का अनुपालन देखा जैसे विभिन्न विभागों में एक्स-रे देखने वाले बाक्स की अनुपलब्धता, शिकायत बाँक्स की अनुपलब्धता, रोगियों को बुलाने की प्रणाली की अनुपलब्धता, पेयजल, प्रसाधनों की अनुपलब्धता, अपर्याप्त बैठने की व्यवस्था आदि। इस प्रकार, जेआईपीएमईआर, एक तृतीय देखभाल अस्पताल में ओपीडी में रोगियों के लिए सुविधाओं का अभाव था।

मंत्रालय ने कहा (नवम्बर 2016) कि आधुनिकीकरण कार्यक्रम के दौरान इन मामलों का ध्यान रखा जा रहा है। तथ्य यह है कि जेआईपीएमईआर प्रतिमानों के अनुसार अपेक्षित सुविधाएं प्रदान करने में विफल रहा।

<sup>29</sup> कार्य एलओए की तिथि से 24 महीने के अन्दर पूरा करना होता है। एलओए 30 अक्टूबर 2013 को जारी किया गया था।

<sup>30</sup> स्क्रीनिंग ओपीडी प्रयोगशालाओं तथा रेडिओलोजिकल सेवाओं (एक्स-रे, ईसीजी, इको एवं अल्ट्रासाउंड आदि) सहित सर्जरी, औषधी, ईएनटी, नेत्र चिकित्सा, हड्डी संबंधी तथा दन्त चिकित्सा के लिए परामर्श प्रदान करती है।



नेत्र चिकित्सा संबंधी ओपीडी में बैठने की व्यवस्था के बिना अत्याधिक भीड़ वाला प्रतीक्षा क्षेत्र

### 11.4.5.3 सुपर स्पेशियलिटी ओपीडी में डॉक्टर-रोगी अनुपात में गिरावट

चिकित्सा सेवा में पर्याप्त मानवशक्ति एक गम्भीर मामला है जिसका सीधा असर रोगी की देखभाल पर पड़ता है। लेखापरीक्षा ने देखा कि 2013-14 से 2015-16 की अवधि के दौरान विभिन्न सुपर स्पेशियलिस्ट विभागों में हर वर्ष प्रति विशेषज्ञ रोगियों के आने की संख्या बढ़ रही थी (6 प्रतिशत से 585 प्रतिशत) (अनुबंध-1)। यह देखा गया था कि पांच<sup>31</sup> विभागों में यह वृद्धि 100 प्रतिशत से अधिक तथा दो<sup>32</sup> विभागों में 200 प्रतिशत से अधिक थी। जबकि रोगियों की उपस्थिति हर वर्ष बढ़ रही थी। डॉक्टर रोगी अनुपात जो 2013-14 में 1:5998 था 2015-16 में बिगड़ कर 1:12094 हो गया। चार सुपर स्पेशियलिस्ट विभाग जैसे एण्डोक्रिनोलॉजी, चिकित्सा ऑनकोलॉजी, नेत्र चिकित्सा तथा चिकित्सा गैस्ट्रोएण्टोलॉजी 2013-14 से नियमित प्रोफेसर के बिना कार्य कर रहे थे। संस्थान द्वारा अभी तक कराए गए एकमात्र रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण (2015-16 में कार्डियोलॉजी विभाग) से पता चला कि अत्याधिक रोगी भार के कारण, रोगी ओपीडी में डॉक्टरों से पर्याप्त समय लेने में असमर्थ थे। इसके अतिरिक्त, जेआईपीएमईआर को ओपीडी में रोगियों द्वारा प्राप्त देखभाल की गुणवत्ता का पता लगाने के लिए किसी भी ओपीडी की अधिकतम संचालन क्षमता पर अभी अध्ययन करना है।

उत्तर में, मंत्रालय ने कहा (नवम्बर 2016) कि 100 और संकाय पदों के सृजन का प्रस्ताव है, परंतु संस्वीकृति पदों को भरने के लिए बार-बार किए

<sup>31</sup> कार्डियोलॉजी, सीटीवीएस, न्यूरो सर्जरी, एण्डोक्रिनोलॉजी एवं चिकित्सा ऑनकोलॉजी।

<sup>32</sup> सर्जिकल, गैस्ट्रोएण्टोलॉजी एवं सर्जिकल ऑनकोलॉजी

गए प्रयास भी कार्परेट क्षेत्र के अस्पतालों के कारण निष्फल सिद्ध हुए उत्तर सुपर स्पेशियलिस्ट में डॉक्टरों की कमी के लेखापरीक्षा तर्क का समर्थन करता है।

#### 11.4.6 आईपीडी सेवाएं

##### 11.4.6.1 क्रियाशील बिस्तरों का ईष्टतम उपयोग नहीं हुआ

2012-13 से 2015-16 की अवधि के लिए संस्वीकृत बिस्तरों तथा क्रियाशील बिस्तरों<sup>33</sup> के विवरण दर्शाते हैं कि यद्यपि क्रियाशील बिस्तर संख्या<sup>34</sup> हर वर्ष बढ़ी फिर भी यह वर्ष 2012-13 के लिए संस्वीकृति बिस्तर संख्या (2059) तक नहीं पहुँची। इसके अतिरिक्त, 285020 बिस्तर दिवस अप्रयुक्त रहे थे (अनुबंध-II) जिसके परिणामस्वरूप सर्जरी के लिए प्रतीक्षारत रोगियों को अन्य स्वास्थ्य केन्द्रों में भेजना पड़ा। यह स्वीकार करते हुए कि कुछ बिस्तर अक्रियाशील हैं, मंत्रालय ने सूचित किया कि तथापि, अन्तः रोगियों की संख्या संस्वीकृत पद संख्या से काफी अधिक है। उत्तर में अप्रयुक्त पड़ी रही क्रियाशील बिस्तरों के कारणों का कोई जिक्र नहीं किया गया।

##### 11.4.6.2 सर्जरी के लिए प्रतीक्षारत रोगी

जेआईपीएमईआर में ओटी में सामान्यतः आधे दिन का कार्यक्रम होता है। सर्जरी हेतु प्रतीक्षागत रोगियों के लिए प्रतीक्षा समय, अल्ट्रा साउंड स्केन (दो महीने तक), सीटी स्केन (20 दिन तक), एमआरआई स्केन (5 महीने तक) के लिए सम्भावित प्रतीक्षा समय को छोड़कर 2 सप्ताह से 36 महीने के बीच था (अनुबंध III)। कार्डियोथोरेसिस एवं वैसक्यूलर सर्जरी (सीटीवीएस) विभाग ने कहा कि प्रतीक्षा अवधि का रोगियों की स्थिति पर सीधा प्रभाव पड़ता है तथा उसका उपचार के समग्र प्रभाव पर भी प्रभाव पड़ता है तथा प्रतीक्षा सूची में से लगभग 200 रोगी समय पर उपचार के अभाव के कारण मर जाते हैं। विभागों ने कहा कि प्रतीक्षा सूची ओटीज़ बिस्तर की अनुपलब्धता तथा घंटों को बढ़ाना तभी सम्भव हो सकता है जब स्टाफ की संख्या दुगुनी

<sup>33</sup> एक बिस्तर को क्रियाशील तभी माना जाता है जब बिस्तर वास्तव में स्थापित हो, उसके लिए स्टॉफ हो, सुसज्जित हो और रोगी देखभाल के लिए उपलब्ध हो।

<sup>34</sup> 2012-13 में 1618 से 2015-16 में 2044

कर दी जाए। मंत्रालय ने कहा (नवम्बर 2016) कि प्रतीक्षा अवधि को कम करने के गहन प्रयास किए जा रहे हैं।

#### 11.4.7 जेआईपीएमईआर में बहु अंग प्रतिरोपण कार्यक्रम

आर्गन फेल्योर की अन्तिम अवस्था से ग्रस्त लोगों के जीवन को बचाने के लिए अंग प्रतिरोपण को एक प्रभावी विधि के रूप में माना जाता है।

##### 11.4.7.1 ट्रांसप्लांट समन्वयक की अनुपलब्धता

मानव अंग प्रत्यारोपण (संशोधन) अधिनियम (टीएचओए) 2011 की धारा 11 में अंग प्रत्यारोपण में अन्तर्ग्रस्त अस्पतालों द्वारा प्रत्यारोपण समन्वयक<sup>35</sup> की नियुक्ति का प्रावधान है। राष्ट्रीय अंग प्रत्यारोपण कार्यक्रम (एनओटीपी) अंगों के सौदे से असुरक्षित निर्धन को बचाने के लिए मृतक के अंग प्रतिरोपण को प्रोत्साहित करता है तथा प्रत्यारोपण समन्वयकों की नियुक्ति के लिए वित्तीय सहायता करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि जेआईपीएमईआर ने एक समर्पित प्रत्यारोपण समन्वयक की नियुक्ति किए बिना, दिसम्बर 2013 में मृतक (शव) अंग जमा करने का कार्यक्रम शुरू किया तथा ईएमएस/ट्रामा देखभाल केन्द्र में 2013-14 से 2015-16 के दौरान 559 मौतों में से केवल 20 शव जमा किए। अंग/टिश्यू प्रतिरोपण क्रियाकलापों के सभी पहलुओं को आयोजित करने तथा बातचीत के उद्देश्य से 06.11.2015 को नियुक्त नोडल अधिकारी ने कहा कि 559 मामलों में से, अंग जमा करने के लिए 56 से 84 (10 प्रतिशत से 15 प्रतिशत) मामले संभावित मृतक दाता हो सकते हैं। इस प्रकार, समर्पित प्रतिरोपण समन्वयक की अनुपलब्धता के कारण उपर्युक्त अवधि के दौरान कम अंग जमा हुए। मंत्रालय ने लेखापरीक्षा टिप्पणी स्वीकार कर ली (नवम्बर 2016)।

---

<sup>35</sup> प्रतिरोपण समन्वयक (टीएचओए 2011 की धारा 5)-मानव अंगों अथवा उनके प्रतिरोपण से संबंधित समस्त मामलों के समन्वय तथा उपचार दल तथा प्रतिरोपण दल के बीच सहायक/समन्वय तथा उपचार दल तथा प्रतिरोपण के बीच सहायता/समन्वय के लिए, औषधि कानूनी मामलों की देखभाल करने, मृत/दानकर्ता के परिवार के सदस्यों को समझाने के लिए अस्पताल द्वारा नियुक्त एक व्यक्ति।

### 11.4.7.2 अंग जमा करने में अपर्याप्त प्रगति

एक मृतक अंगदाता अंग<sup>36</sup> एवं टिश्यू<sup>37</sup> दान कर सकता है बशर्ते वे चिकित्सीय रूप से सही स्थिति में हों। डीजीएसएस द्वारा जारी एनओटीपीके मार्ग दर्शक सिद्धांतों के अनुसार, सभी अंगों का प्रयोग किया जाना चाहिए तथा वेस्टेज से बचना चाहिए क्योंकि अंग बहुत दुर्लभ होते हैं और जीवन बचा सकते हैं। लेखापरीक्षा ने देखा कि राष्ट्रीय महत्व के अन्य संस्थानों की असमानता में, जेआईपीएमईआर<sup>38</sup> ने केवल तीन अंगों अर्थात् किडनी, लीवर तथा कॉर्निया के प्रत्यारोपण हेतु सुविधा स्थापित की थी तथा उसने एक वर्ष (2012-15) में औसत 20 किडनी प्रत्यारोपण किए जो पीजीआईएमईआर चण्डीगढ़ तथा एम्स नई दिल्ली द्वारा किए गए क्रमशः 200 तथा 150 की औसत से काफी कम हैं।

लेखापरीक्षा ने देखा कि जुलाई 2016 को किडनी प्रत्यारोपण हेतु प्रतीक्षारत रोगियों की संख्या 82 है। जेआईपीएमईआर ने लम्बी प्रतीक्षा के जो कारण बताए वे थे संकाय एवं वरिष्ठ रेजिडेण्ट्स की अत्यधिक कमी, बिस्तरों/स्थान का अभाव तथा किडनी प्रत्यारोपण के लिए समर्पित ऑपरेशन थिएटर का अभाव।

इसके अतिरिक्त, लेखापरीक्षा ने देखा कि हलांकि जेआईपीएमईआर ने अंग शेयरिंग के लिए एक नीति बनाई थी, परंतु उसने किसी भी अस्पताल के साथ अंग शेयरिंग नहीं की थी। उक्त अंग शेयरिंग प्रबंध के अभाव में, जेआईपीएमईआर अंग इष्टतम रूप से जमा नहीं कर सकी। मंत्रालय ने लेखापरीक्षा टिप्पणी स्वीकार कर ली (नवम्बर 2016)।

### 11.4.8 कैंसर उपचार सुविधा

कैंसर, भारत में एक प्रमुख जन स्वास्थ्य चुनौती के रूप में उभरा है। मृत्यु का यह एक प्रमुख कारण है।

<sup>36</sup> अंग-किडनी, लीवर, हॉट, फेफड़े अंतडियां, पैनक्रियास

<sup>37</sup> टिश्यू -दो कॉर्निया, स्किन, हॉट वाल्व, उपास्थि/स्नायु, हड्डियां/नसें, नलिका

<sup>38</sup> पीजीआईएमईआर, चण्डीगढ़ ने 7 अंग प्रतिरोपण की तथा एम्स, नई दिल्ली ने पांच अंगों के प्रतिरोपण की सुविधा स्थापित की है।

#### 11.4.8.1 क्षेत्रीय कैंसर केन्द्र का एक पृथक यूनिट के रूप में कार्य न करना

रेडियोथेरेपी विभाग को एक छत<sup>39</sup> के नीचे तृतीय स्तर पर एक व्यापक कैंसर उपचार प्रदान करने के लिए क्षेत्रीय कैंसर केन्द्र (आरसीसी) का दर्जा दिया गया था और 2008 के दौरान एक पृथक ब्लॉक का निर्माण किया गया था। वर्तमान में, आरसीसी की ऑनकोलोजी की तीन मुख्य शाखाएं हैं अर्थात् रेडिएशन ऑनकोलोजी, चिकित्सा ऑनकोलोजी एवं सर्जिकल ऑनकोलोजी।

जेआईपीएमईआर ने सूचित किया कि एक आदर्श कैंसर केन्द्र में सभी प्रमुख रूपात्मकताएं होनी चाहिए जैसे एक छत के नीचे सर्जरी, रेडियोथेरेपी, चिकित्सा ऑनकोलोजी, एनेस्थिसिया, रेडियो निदान, न्यूक्लियर औषधि, प्रशामक देखभाल, पैथोलाजी, मनोवैज्ञानिक सहायता केन्द्र आदि। लेखापरीक्षा ने देखा कि हालांकि आरसीसी के लिए एक पृथक ब्लॉक है, फिर भी उपर्युक्त अनुभागों में से केवल दो अर्थात् रेडियोथेरेपी तथा चिकित्सा ऑनकोलोजी वहां कार्य कर रहे हैं और अन्य सभी अनुभाग अलग-अलग स्थानों में अलग-अलग ब्लॉकों में कार्य कर रहे हैं जिसके कारण रोगियों को कठिनाई हो रही है।

इसके अतिरिक्त, आरसीसी को एक पृथक संस्थान के रूप में चलाने के लिए तथा आरसीसी के उद्देश्य प्राप्त करने के लिए भी जैसे कैंसर के उपचार, शीघ्र निदान तथा निवारण, जेआईपीएमईआर ने निदेशक, आरसीसी के पद का सृजन किया था। तथापि, आरसीसी विगत दो वर्षों (2014-15 तथा 2015-16) से निदेशक के बिना ही कार्य कर रही है। यद्यपि, मंत्रालय ने कहा (नवम्बर, 2016) कि यूनिट जेआईपीएमईआर का भाग है न कि क्षेत्रीय कैंसर केन्द्र, तथापि, लेखापरीक्षा ने देखा कि भारत सरकार ने जेआईपीएमईआर के रेडियोथेरेपी विभाग को ही क्षेत्रीय कैंसर केन्द्र के रूप में विकसित करने का निर्णय लिया था (जनवरी 2002)।

#### 11.4.8.2 व्यापक कैंसर उपचार सुविधा

एनपीसीडीएस<sup>40</sup> के दिशानिर्देशों के अनुसार, एक तृतीय कैंसर केन्द्र व्यापक कैंसर देखभाल प्रदान करेगा जिसमें देखभाल कैंसर निवारक, शीघ्र पहचान, निदान, थेरेपी का प्रावधान, पश्च देखभाल, प्रशासक देखभाल तथा पुनर्वास

<sup>39</sup> जेएपीएमईआर की वेबसाइट

<sup>40</sup> कैंसर, मधुमेह, कॉडियोवेस्कुलर रोगों तथा स्ट्रोक की रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम



शामिल हैं। उक्त व्यापक कैंसर उपचार सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी जिनका विवरण नीचे दिया गया है:

➤ **निवारक ऑनकोलोजी**

बचाव ऑनकोलोजी, जो कैंसर की शीघ्र पहचान तथा रोकथाम का मार्ग बनाती है, जेआईपीएमईआर में उपलब्ध नहीं है, हालांकि आरसीसी ने आने वाले 65 से 75 प्रतिशत रोगी उन्नत अवस्था (III एवं IV ) में होते हैं।

मंत्रालय ने बताया (नवम्बर 2016) कि आरसीसी के चरण-3 विस्तार में व्यापक रोकथाम ऑनकोलोजी यूनिट की स्थापना के लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किया है।

➤ **व्यापक प्रशामक देखभाल केन्द्र का अभाव**

आरसीसी में आने वाले लगभग 70 प्रतिशत कैंसर रोगी, रोग की उन्नत अवस्था में होते हैं, जिनके लिए प्रशामक देखभाल, उपचार की प्रमुख प्रकृति होगी। लेखापरीक्षा ने देखा कि ऐसा व्यापक प्रशामक देखभाल केन्द्र जेआईपीएमईआर में उपलब्ध नहीं है। मंत्रालय ने उत्तर दिया (नवम्बर 2016) कि उस पर आरआरसीसी के चरण-3 विस्तार में विचार किया गया है।

➤ **कैंसर उपचार में थेरेपेटिक न्यूक्लियर औषधि का अभाव**

थेरेपेटिक न्यूक्लियर औषधि विभिन्न प्रकार की थेरेपियां<sup>41</sup> दे कर कैंसर उपचार में बड़ी भूमिका निभाती है। यह देखा गया था कि अलगाव वार्ड की अनुपलब्धता के कारण थेरेपियां नहीं की जा रही, हालांकि मार्च 2010 से विशेषज्ञ संकाय उपलब्ध हैं। मंत्रालय ने बताया (नवम्बर 2016) कि विद्यमान वार्ड में बदलने की कार्रवाई की जा रही है।

**11.4.8.3 श्वेतरक्तता अलगाव वार्ड की अनुपलब्धता**

श्वेतरक्तता रोगियों/ज्वरविषयक न्यूट्रोपीनिया रोगियों को अलगाव की जरूरत होती है क्योंकि उन्हें गम्भीर संक्रमण होने का अत्यधिक जोखिम होता है। श्वेतरक्तता आगमन अलगाव वार्ड की अनुपलब्धता के कारण, इन रोगियों का

<sup>41</sup> 1311 थेरेपी, 1311 एमआईबीजी थेरेपी, 177 एलयूडीओटीए थेरेपी, 177 एलयूडीटीएमपी थेरेपी।

खुले सामान्य वार्डों में उपचार होता है जिसके कारण उक्त रोगियों की मृत्यु का अत्याधिक जोखिम होता है। मंत्रालय ने कहा (नवम्बर 2016) कि इस पर आरसीसी के चरण-3 विस्तार में विचार किया जा रहा है।

#### 11.4.9 उन्नत जांच एवं इमेजिंग सेवाएं

तृतीय देखभाल एक विशेषज्ञ परामर्शी स्वास्थ्य देखभाल है जो प्राथमिक अथवा गौण व्यवसाइयों से रेफरल द्वारा ऐसे संस्थानों में भेजे गए अन्तरंग रोगियों को प्रदान की जाती है जिनमें उन्नत प्रयोगशाला एवं इमेजिंग जांच तथा अत्याधिक निपुण क्लिनिकल प्रबंधन<sup>42</sup> की सुविधाएं उपलब्ध होती हैं।

##### 11.4.9.1 उन्नत प्रयोगशाला जांच की अनुपलब्धता

लेखापरीक्षा ने देखा कि बायोकेमिस्ट्री, क्लिनिकल, इम्यूनोलॉजी, माइक्रोबायोलॉजी, पैथोलॉजी एवं एनोटॉमी विभागों में कई उन्नत प्रयोगशाला जांचें, उपभोज्य पदार्थों तथा तकनीशियनों की कमी के कारण उपलब्ध नहीं थीं। सुसज्जित विभागों तथा प्रयोगशालाओं की उपलब्धता के बावजूद अनुपलब्धता प्रमाणपत्र जारी किए जा रहे हैं। इसलिए रोगी निजी प्रयोगशालाओं में जाने को मजबूर हैं। मंत्रालय का उत्तर (नवम्बर 2016) कि निधि स्थिति में अब सुधार हो गया है तथा उन्नत जांच जो की जा रही हैं विभागाध्यक्षों के उत्तर (नवम्बर 2016) के अनुरूप नहीं थी कि वे जांच वर्तमान में नहीं की जा रही थी।

##### 11.4.9.2 उन्नत इमेजिंग सेवाओं का अभाव

###### (i) पीईटी/सीटी स्केन

जबकि एक्स-रे एवं अल्ट्रासाउंड स्केनर, रोगियों को बढ़िया चिकित्सा देखभाल प्रदान करने के लिए अनिवार्य नैदानिक उपकरण हैं, पीईटी/सीटी स्केन कैंसर रोगियों की पहचान करने में और अधिक उन्नत विधि है। राष्ट्रीय महत्व<sup>43</sup> के अन्य संस्थानों के असमान, जनवरी 2012 में उसकी स्थापना के लिए

<sup>42</sup> 12वीं पंचवर्षीय योजना के लिए तृतीय देखभाल संस्थानों पर योजना आयोग के वर्किंग ग्रुप की रिपोर्ट।

<sup>43</sup> एम्स नई दिल्ली तथा पीजीआईएमईआर चण्डीगढ़

₹16.53 करोड़ की संस्वीकृति के बावजूद जेआईपीएमईआर के पास पीईटी/सीटी स्केन नहीं था। इसलिए जेआईपीएमईआर, पीईटी/सीटी स्केन लेने के लिए रोगियों को निजी प्रयोगशाला केन्द्रों में भेज रहे थे जहाँ रोगियों को समान स्केन्स<sup>44</sup> के लिए अलग दरें देनी पड़ती थी। लेखापरीक्षा ने देखा कि यह जेआईपीएमईआर की दूरदर्शिता के विरुद्ध है और मिशन को भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के लिए एक आदर्श बनना चाहिए। मंत्रालय ने इसका कारण, निविदा अपेक्षाओं का पालन करने में अनुभव की जा रही कठिनाईयों का अभाव बताया।

#### (ii) ओपीजी एक्स-रे

नए खरीदे गए उपकरण के चालू न होने के कारण सुविधा प्रदान नहीं की गई थी। मंत्रालय ने इसका कारण भूमि तल के आधुनिकीकरण में प्रतिष्ठापन में विलम्ब बताया।

#### (iii) टेसला एमआरआई

इमेजिंग एवं इंटरवेंशनल पद्धतियों के निष्पादन हेतु अनिवार्य उपकरण नहीं है, यद्यपि वह राष्ट्रीय महत्व<sup>45</sup> के अन्य संस्थानों में उपलब्ध था। मंत्रालय ने सूचित किया कि उसे अप्रैल 2017 से पूर्व स्थापित कर दिया जाएगा।

### 11.4.10 सहायता सेवाएं

#### 11.4.10.1 अस्वास्थ्यकर स्थिति में आहार की तैयारी

1966 में स्थापित आहार-विज्ञान विभाग, आहार आवश्यकता के अनुसार समस्त अन्तः रोगियों को आहार<sup>46</sup> उपलब्ध करता है। प्रति भोजन 860 रोगियों की आवश्यकता को पूरा करने लिए मुख्य रसोई का निर्माण 1964 में

<sup>44</sup> एक ही मामले में एक निजी प्रयोगशाला ने ₹9,000 प्रभावित किए। दूसरे मामले में निजी प्रयोगशाला ने ₹25,000 प्रभारित किए और बाद में ₹9000 की छूट की अनुमति प्रदान थी और इसी प्रयोगशाला ने एक अन्य रोगी से ₹15,000 प्रभारित किए।

<sup>45</sup> एम्स, पीजीआईएमईआर, निमहन्स एवं छ: नव स्थापित एम्स

<sup>46</sup> आहार में वयस्कों तथा बच्चों के लिए सामान्य आहार, तरल आहार, अन्य प्रोटीन आहार, उच्च प्रोटीन तरल आहार, आहार (दूध एवं ब्रेड), कम प्रोटीन आहार, मधुमेह आहार, नरम आहार (कम अवशेष आहार) एवं उच्च कार्बोहाइड्रेट आहार शामिल है।

हुआ था। अब बिस्तर संख्या में वृद्धि के कारण, आपूर्ति किए जाने वाले आहारों की संख्या भी प्रति भोजन 1750 आहार तक बढ़ गई है। विभाग ने सूचित किया कि वर्तमान स्थिति को पूरा करने के लिए रसोई तथा अन्य सुविधाओं के लिए स्थान अपर्याप्त है। इसके अतिरिक्त, संस्थान के पास रोगियों को आपूर्ति से पूर्व खाद्य पदार्थ हेतु सुविधाएं नहीं थी। चूंकि रसोई पुनः मॉडलिंग के लिए उपयुक्त नहीं पाई गई थी, अतः विभाग ने आधुनिकीकरण के लिए एक प्रस्ताव प्रस्तुत किया (अक्टूबर 2013)। परंतु एक नई मॉड्युलर रसोई बनाने अथवा विद्यमान रसोई के नवीकरण हेतु कोई कार्रवाई नहीं की गई थी (जुलाई 2016)। अतः रसोई, पुरानी, दूषित तथा अस्वास्थ्यकर स्थितियों में काम कर रही है।



रसोई परिसर का दृश्य

मंत्रालय ने बताया (नवम्बर 2016) कि रसोई के आधुनिकीकरण का कार्य पहले से ही चल रहा है तथा दिसम्बर 2017 तक पूरा कर लिया जाएगा।

#### 11.4.11 निष्कर्ष

जेआईपीएमईआर में तृतीय स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अवसंरचना, मानव संसाधनों तथा प्रदान की जा रही सेवाओं की कमी थी। उपकरण की स्थापना में विलम्ब हुआ था। अत्याधिक भीड़ भाड़ वाली ओपीडी, स्क्रीनिंग ओपीडी का अभाव, सुपर स्पेशियलिटी सेवाओं में डॉक्टर-रोगी का घटता हुआ अनुपात, नर्सिंग कार्मिकों की अपर्याप्त उपलब्धता, विशिष्ट इंटरवेंशनल दर्द प्रबंधन केन्द्र का अभाव, ओटी, लघु ओटी, पश्च-ऑपरेशन रिकवरी यूनिट में अपर्याप्तताएं, उन्नत इमेजिंग एवं प्रयोगशालाओं की अपर्याप्तताएं, निजी प्रयोगशालाओं एवं स्केन केन्द्रों पर निर्भरता पाई गई थीं।

## भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद

### 11.5 वैज्ञानिकों को अनियमित लाभ देना

लचीली अनुपूरक योजना के अन्तर्गत वैज्ञानिकों को पूर्व कालिक प्रभाव से अनियमित पदोन्नति देने के कारण 101 मामलों में ₹2.35 करोड़ की राशि का अनियमित भुगतान किया गया।

कार्मिक एवं प्रशिक्षण विभाग (डीओपीटी) ने भारत सरकार के विभिन्न वैज्ञानिक विभागों में कार्यरत वैज्ञानिकों को स्वस्थाने पदोन्नति के लिए विद्यमान लचीली अनुपूरक योजना (एफसीएस) के आशोधन पर अनुदेश जारी किए (नवम्बर 1998)। पांचवें वेतन आयोग की सिफारिशों पर जारी इन अनुदेशों में वैज्ञानिकों तथा तकनीकी स्टाफ को स्वस्थाने पदोन्नति के लिए न्यूनतम रेजिडेंसी अवधि तथा मूल्यांकन पद्धति निर्धारित की गई थी। एफसीएस सभी वैज्ञानिक तथा प्रौद्योगिकी विभागों पर लागू था।

इसके अतिरिक्त, उस तिथि जिससे ये पदोन्नतियां दी जानी थी, पर स्पष्टीकरण मांगने के संदर्भ के उत्तर में डीओपीटी ने सम्प्रेषित किया (जुलाई 2002) कि एफसीएस के अन्तर्गत स्वस्थाने पदोन्नतियां सक्षम प्राधिकारी द्वारा उसके अनुमोदन के पश्चात् आगामी तिथि से प्रभावी होनी चाहिए। बाद में, छठे वेतन आयोग की सिफारिशों के आधार पर, डीओपीटी ने एफसीएस को और आशोधित किया (सितम्बर 2010) तथा संशोधित वेतनमान तथा निर्धारण पद्धतियां शुरू की। तथापि, डीओपीटी ने यह लागू नहीं करते हुए कि पदोन्नति पूर्वव्यापी प्रभाव से लागू नहीं की जा सकती। डीओपीटी ने एफसीएस के अंतर्गत पदोन्नति देने की तिथि से संबंधित अपनी पिछली स्थिति दोहराई (सितम्बर 2012)। अतः एफसीएस के अंतर्गत कोई पदोन्नति पूर्वकालिक प्रभाव से नहीं दी जा सकती।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन एक स्वायत्त निकाय, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर), जिसका भारत सरकार से भारी मात्रा में वित्तपोषण होता है, ने समय-समय पर यथा संशोधित अपने निर्धारण एवं पदोन्नति नियम, 2007 बनाए तथा डीओपीटी का.जा. दिनांक 9 नवम्बर 1998 के द्वारा सरकार द्वारा उक्त पदोन्नति के लिए निर्धारण

मानदण्ड के अनुसार, एफसीएस के आधार पर वैज्ञानिकों की पदोन्नति का प्रावधान किया।

आईसीएमआर मुख्यालय सहित आईसीएमआर के 33 संस्थानों/केन्द्रों में से, लेखापरीक्षा ने आईसीएमआर (मुख्यालय) तथा दिल्ली/एनसीआर में स्थित में उसके तीन केन्द्रों<sup>47</sup> में एफसीएस के अंतर्गत वैज्ञानिकों की पदोन्नति के मामलों की नमूना जांच की तथा यह देखा गया कि 466 मामलों में से, पदोन्नति आदेशों की तारीख से छः से 41 महीनों तक पदोन्नति की प्रभावी तिथि को पूर्व तिथि द्वारा जून 2013 से फरवरी 2016 के दौरान, आईसीएमआर द्वारा सभी केन्द्रों में तैनात वैज्ञानिकों की उच्चतर ग्रेड में पदोन्नति दी गई थी। इसलिए विद्यमान नीति प्रपत्रों का उल्लंघन करते हुए वेतन तथा भत्तों का भुगतान किया गया था। आईसीएमआर मुख्यालय तथा तीन केन्द्रों में तैनात वैज्ञानिकों से संबंधित ऐसे 101 मामलों में वित्तीय निहितार्थ ₹2.35 करोड़ था।

मामला जुलाई 2016 में मंत्रालय को सूचित किया गया था; उनका उत्तर जनवरी 2017 तक प्रतीक्षित था।

### क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केन्द्र, डिब्रूगढ़

#### 11.6 खराब निधि प्रबंधन

क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केन्द्र, डिब्रूगढ़ के अधिशेष निधि के निवेश हेतु भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद की निवेश पद्धति का पालन न करने के परिणामस्वरूप 2011-15 के दौरान ₹1.04 करोड़ का अतिरिक्त ब्याज कमाने का अवसर खो गया।

क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केन्द्र (आरएमआरसी), डिब्रूगढ़, भारत के आठ पूर्वोत्तर राज्यों में जैव-चिकित्सा अनुसंधान करने के लिए भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) के क्षेत्रीय केन्द्रों में से एक है तथा उसका सम्पूर्ण निधिकरण आईसीएमआर द्वारा किया जाता है।

<sup>47</sup> राष्ट्रीय चिकित्सा सांशिकीय संस्थान (एनआईएमएस) दिल्ली, राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान (एनआईएमआर) दिल्ली तथा कोशिका-विज्ञान एवं निरोधी आनकॉलोजी संस्थान (आईसीपीओ), नोएडा, यूपी

आईसीएमआर की वित्त एवं लेखाओं पर हस्तपुस्तिका (हस्तपुस्तिका) में प्रावधान है कि आरएमआरसी, निधियों की तत्काल आवश्यकता के निर्धारण के आधार पर अधिशेष निधियों को अधिकृत बैंक में 91 दिनों/31 दिनों के लघु अवधि जमाओं (एसटीडी) में रख सकता है। इसके अतिरिक्त, पिछले वर्ष के अप्रैल से नवम्बर तक की अवधि के दौरान औसत मासिक व्यय जमा 10 प्रतिशत के बराबर निधियां चालू खाते में रखी जानी चाहिए।

आरएमआरसी, डिब्रूगढ़ ने आईसीएमआर से प्राप्त निधि चालू खाते (खाते) में रखी तथा समय-समय पर एसटीडी में धन निवेश करने के अतिरिक्त दैनिक व्यय के लिए भुगतान किया। लेखापरीक्षा ने देखा (मार्च 2016) कि आरएमआरसी डिब्रूगढ़ ने निधि की आवश्यकता को ध्यान में रखने के पश्चात् हस्तपुस्तिका में निर्धारित निवेश पद्धति का अनुसरण नहीं किया था। न्यूनतम निधि<sup>48</sup> को अलग करने के पश्चात् आगे निवेश हेतु उपलब्ध ₹0.46 करोड़ तथा ₹13.58 करोड़ के बीच की अधिशेष निधियां थीं। यदि आरएमआरसी ने हस्तपुस्तिका में निर्धारित निवेश पद्धति को ध्यान में रख कर हर महीने अधिशेष निधि का परिकलन किया होता और अधिशेष निधि कम से कम 31 दिन के लिए भी निवेश की होती तो वे 2011-15 के दौरान ₹1.04 करोड़ का अतिरिक्त ब्याज कमा सकती थीं।

इस प्रकार, अधिशेष निधियों के निवेश हेतु आईसीएमआर की निवेश पद्धति का पालन करने में आरएमआरसी डिब्रूगढ़ की विफलता के परिणामस्वरूप 2011-15 की अवधि में ₹1.04 करोड़ के अतिरिक्त ब्याज की कमाई का अवसर खो दिया गया।

आरएमआरसी, डिब्रूगढ़ ने कहा (अगस्त 2016) कि सितम्बर 2016 से लेखापरीक्षा द्वारा बताई गई निवेश की प्रणाली अपनाई जाएगी।

मामला जुलाई 2016 में मंत्रालय को सूचित किया गया था; उनका उत्तर जनवरी 2017 तक प्रतीक्षित था।

---

<sup>48</sup> ₹2.15 करोड़ तथा ₹7.36 करोड़ के मध्य