

v/; k; -1

परिचय

भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति— 2017, जन स्वास्थ्य प्रणाली को आशानुरूप, कुशल, रोगी-केन्द्रित, सस्ती एवं प्रभावी बनाने के साथ-साथ अधिक से अधिक व्यक्तियों की स्वास्थ्य सम्बन्धी तात्कालिक आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु सेवाओं और सुविधाओं की एक समेकित व्यवस्था प्रदान करने पर सकेंद्रित है ताकि आम व्यक्ति का विश्वास जन-स्वास्थ्य प्रणाली पर बढ़े। वैश्विक स्तर पर, सतत् विकास एजेन्डा (सस्टेनेबिल डेवलपमेन्ट एजेन्डा) का उद्देश्य सतत् विकास लक्ष्य (सस्टेनेबिल डेवलपमेन्ट गोल)—3 के अन्तर्गत वर्ष 2030 तक सभी आयु-वर्ग के व्यक्तियों हेतु स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना एवं उनकी सेहत में वृद्धि करना है।

इस सन्दर्भ में, पूरे देश में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति एवं सतत् विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए भारत के सबसे अधिक जनसंख्या वाले राज्य उत्तर प्रदेश जिसकी आबादी 20 करोड़ से अधिक है, में जन स्वास्थ्य प्रणाली का निष्पादन एक सबसे महत्वपूर्ण कारक है। यह तब और भी महत्वपूर्ण हो जाता है जब उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य संकेतकों का स्तर, राष्ट्रीय औसत की तुलना में बहुत नीचे है जैसा कि rkydk 1 में प्रदर्शित किया गया है:

rkydk 1% LokLF; l d r d

Ø0 l Ø	LokLF; l d r d	mRrj çnš k		Hkkj r	
		2011	2016	2011	2016
1	जन्म दर (प्रतिशत में)	27.8	26.2	21.8	20.4
2	मृत्यु दर (प्रतिशत में)	7.9	6.9	7.1	6.4
3	सकल प्रजनन दर (प्रति महिला जन्म दर)	3.4	3.1	2.4	2.3
4	संस्थागत प्रसव (कुल प्रसव के प्रतिशत में) ²	56.7	67.8	67.0	78.9
5	मातृ मृत्यु दर (एम एम आर) (जीवित जन्म प्रति लाख) ³	292	201	178	130
6	शिशु मृत्यु दर (आई एम आर) (जीवित जन्म प्रति हजार)	57	43	44	34

(स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4, प्रतिदर्श पंजीकरण प्रणाली, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3, भारत सरकार)

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4, (एन एफ एच एस-4) 2015-16 के प्रतिवेदन के अनुसार 45 प्रतिशत के राष्ट्रीय औसत के सापेक्ष, उत्तर प्रदेश में सामान्यतः मात्र 20 प्रतिशत (भारत के सभी राज्यों में सबसे कम) परिवार ही सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग करते हैं। सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग न किए जाने का कारण, कुल सर्वेक्षित परिवारों में प्रत्येक 5 में 3 परिवारों ने 'देखभाल की खराब गुणवत्ता' बताया जबकि 48 एवं 36 प्रतिशत सर्वेक्षित परिवारों ने क्रमशः 'समीप में स्वास्थ्य सुविधा न होना' तथा 'लम्बी प्रतीक्षा अवधि' का कारण बताया।

1-1 jkT; eš tu&LokLF; l fo/kk, a

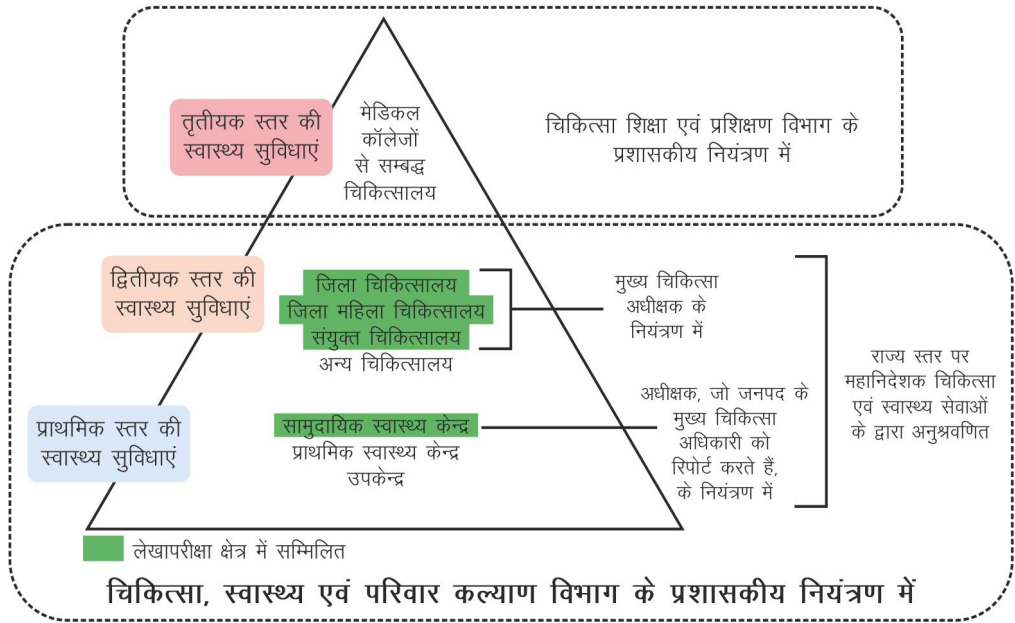
प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराये जाने हेतु, उत्तर प्रदेश में जन-स्वास्थ्य सुविधाओं का ढांचा तीन स्तरों पर संरचित है। तृतीयक

² संस्थागत प्रसव के आंकड़े 2012-13 एवं 2015-16 से सम्बन्धित हैं।

³ उत्तर प्रदेश एवं उत्तराखण्ड की सम्मिलित संख्या।

स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं की व्यवस्था, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग द्वारा प्रशासित है जबकि प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं की व्यवस्था, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा प्रशासित की जाती है जैसा कि निम्नवत् प्रदर्शित है:

जिस [kkfp=&1% mRrj çns'k ea tu LokLF; I fo/kk, a



1-1-1 जिसके लिए [kkfp=&1% mRrj çns'k ea tu LokLF; d'Inka dk foRri k's'k

जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (जनपद के मुख्य चिकित्सा अधिकारी के माध्यम से) राज्य के बजट से निधि प्राप्त करते हैं। राज्य बजट के अतिरिक्त, राज्य सरकार के समरूप अंश के सापेक्ष, भारत सरकार से भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है।

1.1.1.1 जिसके लिए [kkfp=&1% mRrj çns'k ea tu LokLF; d'Inka dk foRri k's'k

वर्ष 2013-18 की अवधि में चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग से सम्बन्धित वर्षवार प्राप्त आवंटन एवं व्यय का विवरण रकम 2 में प्रदर्शित है:

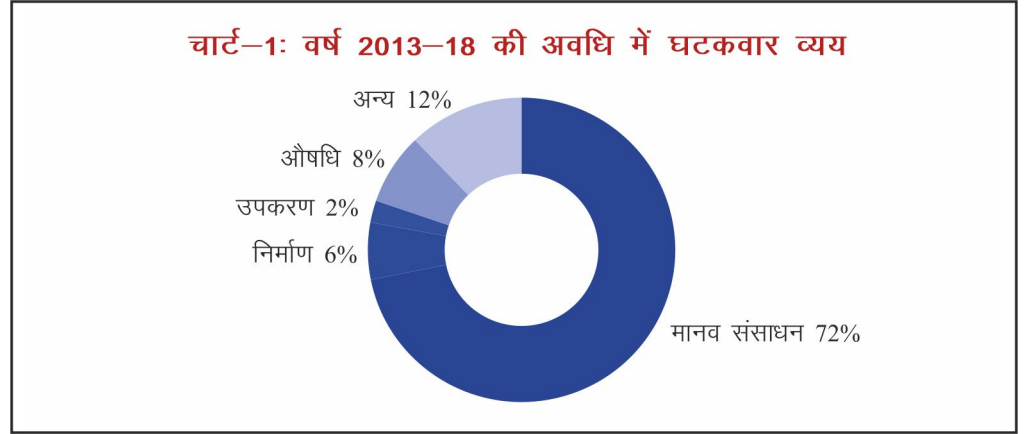
रकम 2% 0'k 2013&18 dh vof/k ea ctV çko/kku , oa 0; ;

(₹ करोड़ में)

0'k	ctV çko/kku	0; ;	cpr
2013-14	6,095.00	5,080.03	1,014.97
2014-15	6,710.63	6,036.24	674.39
2015-16	7,456.89	6,423.27	1,033.62
2016-17	8,080.13	6,938.01	1,142.12
2017-18	8,726.82	7,782.89	943.93
; kx	37 069-47	32 260-44	4 809-03

(स्रोत: बजट अभिलेख)

तालिका-2 से यह स्पष्ट है कि वर्ष 2013-14 से 2017-18 की अवधि में राज्य सरकार द्वारा चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर किये गये व्यय में 53 प्रतिशत की वृद्धि हुई। वर्ष 2013-18 की अवधि में किये गये व्ययों का घटकवार विवरण रकम 1 में प्रदर्शित है:



(स्रोत: बजट अभिलेख)

अग्रेतर, बचत के सम्बन्ध में, कुल हुई बचत में से मानव संसाधन मद में 58 प्रतिशत की बचत हुई थी जिसके सम्बन्ध में शासन द्वारा बताया गया कि बचत का मुख्य कारण एक से अधिक कारणों से बहुतायत संख्या में पदों का रिक्त रहना था। उपकरण एवं निर्माण मद में अग्रेतर 20 प्रतिशत की बचत हुई थी जबकि अवशेष 22 प्रतिशत की बचत अन्य मदों में हुई थी।

1.1.1.2. jk"Vh; LokLF; fe'ku ds vllrxr fuf/k

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन निधि के सन्दर्भ में वर्ष 2013-15 की अवधि में भारत सरकार एवं राज्य सरकार के अंश का अनुपात 75:25 का था जो वर्ष 2015-18 की अवधि में परिवर्तित होकर 60:40 हो गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत प्राप्त धनराशि rkydk 3 में प्रदर्शित है:

rkydk 3 o"z 2013&18 dh vof/k ea jk"Vh; LokLF; fe'ku ds vllrxr çkflr , oa 0; ;

(₹ करोड़ में)

o"z	çkj fEhk vo'k'k	vftir ç; kt	o"z ds nkj ku çkflr	0; ;	vflre vo'k'k
2013-14	2139.48	96.49	2654.28	1796.32	3093.93
2014-15	3093.93	76.12	2277.19	2363.03	3084.21
2015-16	3084.21	33.15	2979.20	2903.36	3193.20
2016-17	3193.20	34.65	3453.85	3184.99	3496.71
2017-18	3496.71	27.64	3769.28	4402.21	2891.42
; kx		268.05	15133.80	14649.91	

(स्रोत: राज्य परियोजना प्रबन्धन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश)

इस प्रकार, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत वर्ष 2013-18 की अवधि में उपलब्ध निधि के 84 प्रतिशत का उपयोग कर लिया गया था।

1-2 fu"i knu ys[kki jh{kk dk fu; kstu , oa fØ; kko; u

1-2-1 ys[kki jh{kk mnfn's ;

उत्तर प्रदेश में चिकित्सालय प्रबन्धन की निष्पादन लेखापरीक्षा यह आंकलित करने लिए की गयी कि:

- 1) स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए नीतिगत ढाँचा पर्याप्त सुदृढ़ था।

- 2) लाइन सेवाओं यथा वाह्य रोगी सेवाएं, अन्तः रोगी सेवाएं, आपातकालीन सेवाएं, मातृत्व सेवाएं आदि के लिए समुचित प्रावधान किए गए थे और इन सेवाओं को कुशल एवं प्रभावी ढंग से उपलब्ध कराया गया था।
- 3) नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं, उपकरणों का रख-रखाव, औषधियों का भण्डारण, आहार सेवाएं, लॉण्ड्री सेवाएं, उपलब्ध सुविधाओं का रख-रखाव इत्यादि से सम्बन्धित दक्ष सहायक सेवाएं चिकित्सालयों में उपलब्ध थीं।
- 4) चिकित्सालयों के पास निर्धारित मापदण्डों के अनुरूप, पर्याप्त मानव संसाधन, आधारभूत संरचना, औषधि, कंज्यूमेबिल्स, उपकरण आदि उपलब्ध थे और उन्होने इन संसाधनों का उपयोग कुशलतापूर्वक एवं प्रभावी ढंग से किया था।
- 5) चिकित्सालय परिसर में स्वच्छता, संक्रमण नियंत्रण, कार्मिक एवं रोगी सुरक्षा के सम्बन्ध में मापदण्डों एवं प्रक्रियाओं का पालन किया गया था।

1-2-2 ys[kki j h{kk eki n.M

उपर्युक्त लेखापरीक्षा उद्देश्यों के अनुसरण में विषय-वस्तु का मूल्यांकन करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर भारत सरकार एवं उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा निर्गत विभिन्न दिशा-निर्देश, भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस), विधिक अधिनियमों एवं नियमों तथा उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा निर्गत नीतियों, आदेशों एवं मैनुअल को मापदण्ड बनाया गया है। मापदण्ड के स्रोतों की सूची *ifff'k"V&1* में उल्लिखित है।

1-2-3 ys[kki j h{kk {ks= , oa fØ; kfof/k

सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग एवं अन्य अधिकारियों के साथ दिनांक 09 जुलाई 2018 को प्रारम्भिक बैठक का आयोजन किया गया, जिसमें लेखापरीक्षा के उद्देश्यों, कार्यक्षेत्र एवं मानदण्डों पर चर्चा की गयी तथा विभाग की टिप्पणी प्राप्त की गयी। तत्पश्चात, लेखापरीक्षा प्रारम्भ की गयी।

लेखापरीक्षा में द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों (जिला स्तरीय चिकित्सालय) और प्राथमिक स्तर के चिकित्सालयों (सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र) को आच्छादित किया गया जिनमें वर्ष 2013-18 की अवधि के अभिलेखों की जाँच की गयी।

लेखापरीक्षा में प्रमुख सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं, महानिदेशक, परिवार कल्याण⁴, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की राज्य कार्यक्रम प्रबन्धन इकाई (एस पी एम यू), राज्य के चार भौगोलिक क्षेत्रों⁵ के आठ जनपदों के मुख्य चिकित्साधिकारियों, 19 जिला स्तरीय चिकित्सालयों एवं 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के कार्यालयों के लेखा अभिलेखों की जाँच की गयी।

लेखापरीक्षा पद्धति, नियंत्रक-महालेखापरीक्षक के लेखापरीक्षा मानक 2017 के अनुसार थी। इसमें लेखापरीक्षा उद्देश्यों, कार्यक्षेत्र एवं मापदण्ड के अनुसार अभिलेखों/आंकड़ों की जाँच एवं विश्लेषण, अभिलेखों को स्कैन करके साक्ष्य एकत्रित करना, नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों की विभिन्न सुविधाओं का संयुक्त भौतिक निरीक्षण, फोटोग्राफ

⁴ महानिदेशक, परिवार कल्याण राज्य में मातृत्व सेवाओं सहित परिवार कल्याण की योजनाओं के क्रियान्वयन हेतु उत्तरदायी हैं।

⁵ बुन्देलखण्ड क्षेत्र-बाँदा, मध्य क्षेत्र-बलरामपुर एवं लखनऊ, पूर्वी क्षेत्र-इलाहाबाद (प्रयागराज) एवं गोरखपुर, पश्चिम क्षेत्र-आगरा, बदायूँ एवं सहारनपुर।

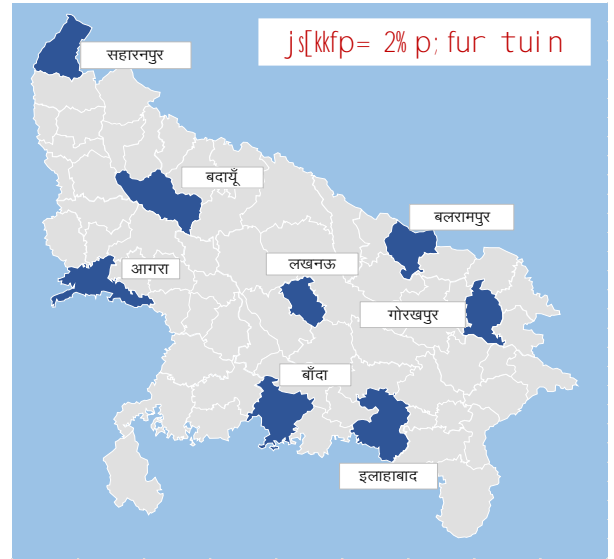
एवं प्रश्नावली, लेखापरीक्षा टिप्पणियाँ जारी करना एवं उत्तर प्राप्त किया जाना समाहित था।

अग्रेतर, चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के कुशल एवं प्रभावी प्रबन्धन हेतु महत्वपूर्ण कई अभिलेख, जैसा कि 1997 में उल्लेख किया गया है, नहीं बनाए गये/आंशिक रूप में बनाये गये थे। आवश्यक अभिलेखों का आंशिक रख-रखाव करना/रख-रखाव न करना एक ऐसी समस्या के विद्यमान होने का सूचक है जिसमें व्यवस्था खराब हो तथा उसमें सुधार लाने हेतु जिम्मेदार प्राधिकारियों के द्वारा अत्यन्त अल्प कार्यवाही की जा रही हो। इसने लेखापरीक्षा आच्छादन एवं लेखापरीक्षा निष्कर्षों को सीमित किया।

राज्य सरकार की टिप्पणी हेतु निष्पादन लेखापरीक्षा का ड्राफ्ट प्रतिवेदन 09 अप्रैल, 2019 को राज्य सरकार को प्रेषित किया गया था। इसके पश्चात् प्रमुख सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के साथ 03 मई, 2019 को समापन बैठक की गयी। दिनांक 23 मई 2019 को राज्य सरकार से उत्तर/टिप्पणी प्राप्त हुई जिन पर यथोचित संज्ञान लिया गया तथा इन्हे प्रतिवेदन में सम्मिलित कर लिया गया।

1-2-3-1 चयनित जनपदों का चयन

सैम्पलिंग दो चरणों में की गयी। प्रथम चरण में आठ जनपदों के एक सैम्पल को उत्तर प्रदेश के चार क्षेत्रों को, प्रत्येक क्षेत्र में अवस्थित जनपदों की संख्या के अनुपात में आवंटित किया गया। प्रत्येक क्षेत्र से जनपदों का चयन बिना प्रतिस्थापन के सरल रैन्डम सैम्पलिंग विधि के माध्यम से किया गया। इस प्रकार, सैम्पल चयन में भौगोलिक क्षेत्रों के प्रतिनिधित्व को संज्ञान में लिया गया। दूसरे चरण में, प्रत्येक चयनित जनपद के अन्तर्गत जिला स्तरीय चिकित्सालयों⁶ का चयन किया गया।



चयनित जनपद में चिकित्सालयों के चयन हेतु, जोखिम के आधार पर चिकित्सालयों के वर्गीकरण के अनुरूप क्षेत्रों के सम्बन्ध में लिए गये सैम्पल को पुनः वितरित किया गया। सभी क्षेत्रों में सैम्पल के वितरण के पश्चात्, सभी चयनित आठ जनपदों में चिकित्सालयों का चयन, बिना प्रतिस्थापन के सरल रैन्डम सैम्पलिंग विधि से किया गया। प्रत्येक चयनित जनपद के लिए दो या तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁷ को भी बिना प्रतिस्थापन के सरल रैन्डम सैम्पलिंग विधि से चुना गया जैसा कि rkydk 04 में प्रदर्शित है:

⁶ इसके अन्तर्गत जिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय सम्मिलित हैं।

⁷ चयनित जनपद में 10 से अधिक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की दशा में तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (आगरा, इलाहाबाद, बदायूँ, गोरखपुर, लखनऊ एवं सहारनपुर) अन्यथा की दशा में दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (बलरामपुर एवं बाँदा) का चयन बिना प्रतिस्थापन के सरल रैन्डम सैम्पलिंग विधि से किया गया।

rkfydk 4% p; fur fpfdRI ky; k@I kenkf; d LokLF; dlnk dh l ph

tuin	fpfdRI ky;		I kenkf; d LokLF; dlnk
आगरा	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय आगरा	बरौली अहीर
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय आगरा	जैतपुर कलॉ खेरागढ़
इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	बहरिया
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद	हण्डिया
	टी बी सप्रू चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय 2 इलाहाबाद	मेजा
बलरामपुर	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय बलरामपुर	गेंसड़ी
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर	पचपेड़वा
	संयुक्त चिकित्सालय	संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	
बाँदा	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय बाँदा	कमासिन
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय बाँदा	नरैनी
बदायूँ	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय बदायूँ	आसफपुर
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ	सहसवान समरेर
गोरखपुर	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय गोरखपुर	कैम्पियरगंज
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर	पाली पिपराईच
लखनऊ	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय लखनऊ	गोसाईगंज
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ	माल
	एल बी आर एन चिकित्सालय	संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	सरोजनी नगर
सहारनपुर	जिला चिकित्सालय	जिला चिकित्सालय सहारनपुर	बेहट
	जिला महिला चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर	देवबंद नागल

संसाधनों की सीमा को ध्यान में रखते हुए, निष्पक्ष आंकड़ों की उचित मात्रा लिए जाने एवं मूल्यांकित किए जाने हेतु, सैम्पलिंग रणनीति इस प्रकार तैयार की गयी कि पूरे लेखापरीक्षा अवधि में निष्पादन लेखापरीक्षा के आंकड़ों में विविधता बनी रहे। इसलिए, लेखापरीक्षा हेतु तैयार की गयी सभी प्रश्नावलियों में आंकड़े साप्ताहिक, मासिक व वार्षिक आधार पर एकत्रित किये गये।

मासिक आधार पर लिए गये आंकड़ों में विविधता/आच्छादन सुनिश्चित करने के लिए लेखापरीक्षा अवधि के पाँच वर्षों के विभिन्न माहों को समाहित किया गया। इस हेतु, आंकड़ों को मासिक आवृत्ति पर प्रतिवेदित संकेतकों के आधार पर, प्रत्येक वर्ष को चार तिमाही और प्रत्येक तिमाही के मध्य के महीने को चयनित किया गया। तत्पश्चात, निरन्तरता बनाए रखने के लिए, साप्ताहिक आँकड़ों के सन्दर्भ में, चयनित माहों के प्रथम सप्ताह के आंकड़ों का चयन किया गया।

उदाहरणार्थ, प्रतिफल संकेतकों के मूल्यांकन हेतु रोगियों की संख्या, चिकित्सालय बेड की उपलब्धता के आंकड़े वार्षिक आधार पर, आवश्यक औषधि, उपकरण, मानव संसाधन, डायग्नोस्टिक सेवाएं, प्रसव कक्ष सहित मातृत्व सेवाएं, लाण्डी एवं विसंक्रमण सेवाओं के आंकड़े मासिक आधार पर एवं शैथ्या-पत्रकों (बी एच टी) के आंकड़े साप्ताहिक आधार पर एकत्रित किये गये।

1-2-4 √kHkkj

निष्पादन लेखापरीक्षा सम्पादित किए जाने में चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग एवं चयनित जिला स्तरीय चिकित्सालयों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा दिए गये सहयोग के लिए लेखापरीक्षा विभाग आभार व्यक्त करता है।

1-2-5 çfronu dh : lk js[kk

निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन की संरचना चिकित्सालय में उपलब्ध विभिन्न सुविधाओं एवं संसाधनों के आधार पर की गयी है। इसमें सात विषय यथा, वाह्य रोगी सेवाएं, नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं, अन्तःरोगी सेवाएं, मातृत्व सेवाएं, संक्रमण नियंत्रण, औषधि प्रबन्धन एवं भवन अवसंरचना सम्मिलित हैं।

जहाँ उपरोक्त विषयों में सम्बन्धित चिकित्सालय सेवाओं के सम्बन्ध में लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा विस्तार से की गयी है, वही संसाधनों यथा— मानव संसाधन, औषधि, कंज्यूमेबिल्स, चिकित्सालयों के उपकरणों तथा रोगियों को प्रदान की जाने वाली सेवाओं से सम्बन्धित नीतिगत ढाँचों के बारे में चर्चा, प्रतिवेदन के इसी भाग में की गयी है।

1-3 LokLF; I okvka ds fy, uhfrxr <kjpk

जनता को प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवा से सम्बन्धित संकेतकों को सुदृढ़ करने में सार्वजनिक चिकित्सालयों द्वारा प्रदान की जा रही गुणवत्तापरक एवं दक्ष स्वास्थ्य सेवाओं की महत्वपूर्ण भूमिका है। इसलिए, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश सरकार जो उत्तर प्रदेश में प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं को उपलब्ध कराने एवं प्रबन्धन हेतु उत्तरदायी है, को व्यापक एवं परिणाम आधारित नियोजन करना चाहिए जिससे सार्वजनिक चिकित्सालयों को आवश्यक संसाधन उपलब्ध हों तथा उनका लघु, मध्यम एवं दीर्घ अवधि में अधिकतम उपयोग हो सके।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नीतिगत ढाँचा जिसके अधीन नियोजन किया जाना था, अत्यधिक अपर्याप्त था, जैसा कि आगामी प्रस्तारों में चर्चा की गयी है:

1-3-1 I okvka , oa l d k/kuka dk ekudhdj . k

सार्वजनिक क्षेत्र के चिकित्सालयों का कुशल संचालन सुनिश्चित करने हेतु चिकित्सालयों में विभिन्न संसाधनों को उपलब्ध कराये जाने के लिए मापदण्डों/मानकों का निर्धारण आवश्यक है। इन्हीं मापदण्डों/मानकों के आधार पर संसाधनों की आवश्यकता का आंकलन किया जाना चाहिए एवं तदनुसार प्रावधान किए जाने चाहिए।

तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा चिकित्सालयों में सेवाओं एवं संसाधनों की मात्रा एवं प्रकार के सन्दर्भ में मापदण्ड/मानक निर्धारित नहीं किए गये जैसा कि rkfydk 5 एवं आगामी अध्यायों में विस्तृत रूप में चर्चा की गयी है।

rkfydk 5% fpfdRI ky; ka@I kenkf; d LokLF; dlnka ea I okvka , oa l d k/kuka dk ekudhdj . k

I ok, @ l d k/ku	jkT; I jdkj ds ekudka dhi mi yC/krk	vll; ekud@eki n. M	fVli . kh
ओ पी डी एवं आई पी डी सेवाएं	नहीं	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाईडबुक, आई पी एच एस	विविध ओ पी डी एवं आई पी डी सेवाओं के सम्बन्ध में भारत सरकार द्वारा निर्धारित दिशानिर्देशों/आई पी एच एस मानकों को राज्य सरकार द्वारा अंगीकार नहीं किया गया।
नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं	जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए एक्स-रे एवं अल्ट्रासोनोग्राफी सेवाओं के मानक उपलब्ध हैं परन्तु पैथोलाजी सेवाओं के लिए मानक नहीं है	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत निःशुल्क डायग्नोस्टिक सेवा पहल, आई पी एच एस	राज्य सरकार द्वारा चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पैथालॉजी जाँच हेतु भारत सरकार के दिशानिर्देश/आई पी एच एस के मानकों/मापदण्डों को अंगीकृत नहीं किया गया।
मानव संसाधन	नहीं	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाईडबुक, आई पी एच एस	भारत सरकार के दिशानिर्देशों/आई पी एच एस मानकों को राज्य सरकार द्वारा अंगीकृत नहीं किया गया। पुनः चिकित्सालयों में मानव संसाधन की स्वीकृत क्षमता का आधार अभिलेखों में नहीं पाया गया।
औषधि एवं कन्स्यूमेबिल्स	इसेन्शियल ड्रग लिस्ट औषधि क्रय नीति	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाईड बुक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन टूलकिट, भारत सरकार की निःशुल्क औषधि वितरण पहल, आई पी एच एस	चिकित्सालयों द्वारा कोई औषधि संहिता न बनाये जाने के कारण चिकित्सालयों में आवश्यक औषधि सूची नियमित रूप में अद्यतन नहीं थी।

l ok, i@ l d k/ku	jkT; l jdkj ds ekudks dhi mi yC/krk	vU; ekud@eki n. M	fVli .kh
उपकरण	उपकरण क्रय नीति, यद्यपि, चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए वॉछित उपकरणों के प्रकार एवं उनकी संख्या का मानकीकरण नहीं था।	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाइडबुक, आई पी एच एस	राज्य सरकार द्वारा चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों हेतु उपकरणों के लिए भारत सरकार के दिशानिर्देश/ आई पी एच एस मानकों को अंगीकार नहीं किया गया था।
चिकित्सालय बेड	नहीं	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाइडबुक, आई पी एच एस	राज्य सरकार द्वारा चिकित्सालय बेड से सम्बन्धित भारत सरकार के दिशानिर्देश/आई पी एच एस मानकों को अंगीकृत नहीं किया गया।

अग्रेतर, प्रत्येक चिकित्सालय⁸ हेतु, अवस्थापना, उपकरण, मानव संसाधन, औषधि एवं आपूर्ति, गुणवत्ता आश्वासन प्रणाली एवं सेवाएं उपलब्ध कराये जाने वाले घटकों को सम्मिलित करते हुए, इकाई आधारित विकास योजना बनायी जानी चाहिए थी। यह योजना मापदण्डों/मानकों के सापेक्ष, स्वास्थ्य इकाई में उपलब्ध सुविधाओं में अन्तर के विश्लेषण के आधार पर बनायी जानी चाहिए।

तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि मापदण्डों/मानकों के अभाव में, जैसा कि उपरोक्त तालिका 5 में उल्लिखित है, चिकित्सालयों में संसाधनों एवं सेवाओं की आवश्यकता के प्रावधान सुनिश्चित करने हेतु अन्तर-विश्लेषण नहीं किया गया था। फलस्वरूप, संसाधनों की आवश्यकता/माँग सुनिश्चित करने हेतु बजट आवंटन के सम्बन्ध में सार्थक कार्यवाही नहीं की गयी और मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों की मांगों को राज्य स्तर पर समेकित नहीं किया जा सका। अतएव, नियोजन सम्बन्धी कार्यवाही, मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों को तदर्थता के आधार पर बजट आवंटन करने तक ही सीमित रही।

pkV2: fpdfRI ky; k e s cfr cM
vkI r okf"kd 0; ; %2013&18%



pkVI 2 में प्रदर्शित है कि वर्ष 2013-18 की अवधि में, नमूना-जांच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों में वित्तीय संसाधनों⁹ की उपलब्धता में असमानता होने से स्पष्ट था कि नियोजन प्रक्रिया शिथिल थी।

चयनित चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में इस असमानता के कारण अन्तःरोगी, वाह्य रोगी सेवाओं एवं अन्य सहयोगी सेवाओं की उपलब्धता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा जैसा कि प्रतिवेदन के आगामी अध्यायों में चर्चा की गयी है।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया (मई, 2019) कि राज्य सरकार द्वारा संसाधनों और सेवाओं की उपलब्धता के मानकीकरण उपलब्ध कराये गये हैं और सर्वप्रथम राज्य के अपने मानकों को पूरा को किये जाने का प्रयास किया जा रहा है तथा आई पी एच एस मानकों को, वित्तीय संसाधनों की उपलब्धता के आधार पर अंगीकृत किया जाएगा।

⁸ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन फ्रेमवर्क 2012-17 के अनुसार।

⁹ चिकित्सालयों में सेवाओं एवं संसाधनों के प्रावधान बेड संख्या के आधार पर किए जाते हैं।

उत्तर सामान्य प्रकृति का है जो अन्तःरोगी और वाह्य रोगी सेवाओं, पैथोलाजी सेवाओं, मानव संसाधन एवं चिकित्सालय बेड के सम्बन्ध में राज्य के अपने मानक अथवा आई पी एच एस मापदण्डों/मानकों को मानकीकृत नहीं किये जाने के मुद्दे के सम्बन्ध में नहीं है।

1-3-2 I d k/kuk ds vf/kxg.k dh uhfr; k;

1-3-2-1- ekuo I d k/ku

चूँकि वर्ष 2013-18¹⁰ की अवधि में राज्य के सरकारी चिकित्सालय, चिकित्सकों की 30 से 40 प्रतिशत तक की निरंतर कमी का सामना कर रहे थे, अतएव इस कमी को दूर किए जाने हेतु संरचनात्मक नीतिगत पहल¹¹, जैसा कि 2012-17 के राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन फ्रेमवर्क में सुझाया गया है, किये जाने की आवश्यकता थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रदेश में चिकित्सकों की कमी दूर करने के लिए उत्तर प्रदेश लोक सेवा आयोग द्वारा नियुक्ति की सामान्य प्रक्रिया के साथ-साथ, विभाग ने जून 2017 में राज्य में एक वर्ष के लिए¹² विभिन्न क्षेत्रों में पृथक वेतन ढाँचे के साथ साक्षात्कार के माध्यम से 1000 चिकित्सकों की सेवाएं संविदा के आधार पर लिए जाने का निर्णय लिया। इस नीति के अन्तर्गत, मार्च 2018 तक 247 चिकित्सक योजित किये जा सके थे। मई-जून 2017 में चिकित्सकों की सेवानिवृत्ति आयु 60 वर्ष से बढ़ाकर 62 वर्ष भी की गयी एवं 1000 सेवानिवृत्त चिकित्सकों को 65 वर्ष की आयु तक पुनर्योजित भी किया गया।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सकों की स्वीकृत संख्या, स्वीकृत बेड/रोगियों की संख्या के अनुरूप नहीं थी जैसा कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन फ्रेमवर्क 2012-17 में सुझाव दिया गया था। विभाग द्वारा चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जनता की माँग/उपयोग के वर्तमान स्तर के आधार पर चिकित्सकों की स्वीकृत संख्या को पुनः परिभाषित नहीं किया गया था।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि मानव संसाधन की उपलब्धता में सुधार हेतु कई प्रयास किए गये हैं जिसमें वर्तमान चिकित्सकों की अधिवर्षता आयु बढ़ाया जाना, संविदा पर चिकित्सकों एवं स्टाफ नर्सों को योजित किया जाना, स्वास्थ्य कार्मिकों को विशिष्ट प्रशिक्षण दिया जाना इत्यादि, एवं दूरस्थ स्थानों पर कार्यरत चिकित्सकों को पांच प्रतिशत प्रोत्साहन राशि दिये जाने का प्रस्ताव अभी प्रक्रियाधीन था। यह भी अवगत कराया गया कि बढ़ती जनसंख्या एवं रूग्णता पैटर्न के आधार पर चिकित्सालयों की बेड क्षमता के सापेक्ष स्वीकृत पदों को पुनरीक्षित किया जायेगा।

यद्यपि, शासन द्वारा लिए गये इन नीतिगत निर्णयों से चिकित्सकों की अनुपलब्धता में अल्पावधि में कमी हो जाने की सम्भावना तो है परन्तु इस सम्बन्ध में अपेक्षाकृत अधिक प्रभावी एवं संधारणीय समाधान खोजे जाने की आवश्यकता है ताकि कुशलता के समुचित मिश्रण के साथ उच्च गुणवत्ता वाले मानव संसाधन उपलब्ध कराये जा सकें।

¹⁰ चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में चिकित्सकों के स्वीकृत 18,382 पदों के सापेक्ष मार्च 2018 तक 6,021 पद रिक्त थे।

¹¹ त्वरित चयन (यथा चिकित्सकों की भर्ती राज्य लोक सेवा आयोग के कार्यक्षेत्र से बाहर निकालना), मानव संसाधन की आवश्यकताओं के अनुरूप नियुक्ति के नियमों को संगत बनाना, स्तरोन्नयन एवं व्यावसायिक विकास के अवसर देना, प्रभावी कौशल उपयोग करना, कार्यावधि में स्थिरता लाना, इत्यादि।

¹² अच्छे प्रदर्शन के आधार पर दो वर्ष तक बढ़ाये जाने योग्य (उत्तर प्रदेश शासनादेश, जून, 2017)

1-3-2-2- *vks'kf/k , oa dāt; iefCYI*

राज्य में राजकीय चिकित्सालयों में रोगियों को निःशुल्क औषधि¹³ उपलब्ध करायी जानी थी। विभाग द्वारा चिकित्सालयों में औषधियों के क्रय हेतु औषधि प्रबन्धन के बिन्दुओं को 2012 में संशोधित औषधि क्रय नीति सहित, विभिन्न शासकीय आदेशों के माध्यम से निर्धारित किया गया था। परन्तु, इन शासकीय आदेशों/औषधि क्रय नीति में निम्नलिखित महत्वपूर्ण बिन्दुओं का निराकरण नहीं हुआ:

- औषधि क्रय नीति द्वारा उत्तर प्रदेश सरकार के दर अनुबन्ध की औषधियों की अनुपलब्धता की दशा में, अन्य राज्यों एवं भारत सरकार के दर अनुबन्ध में सूचीबद्ध फर्मा से औषधियों एवं कन्ज्यूमेबिल्स के क्रय हेतु, मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को अधिकृत किया गया था, परन्तु विफलता की दशा में, इन फर्मा के विरुद्ध किसी कार्यवाही की अनुशंसा हेतु इन्हें अधिकृत नहीं किया गया।
- औषधि क्रय नीति में मात्र यह प्रावधानित किया गया है कि नमूना-गुणवत्ता जाँच किसी भी समय की जा सकती है परन्तु गुणवत्ता जाँच की समयवधि, मानदण्ड व सैम्पलिंग मानकों का उल्लेख नहीं किया गया। अग्रेतर, मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ मुख्य चिकित्सा अधीक्षक द्वारा औषधि व कन्ज्यूमेबिल्स के ऐसे स्थानीय क्रय के सम्बन्ध में गुणवत्ता सुनिश्चित किये जाने हेतु प्रक्रियाएं नहीं निर्धारित की गयीं।
- विभाग द्वारा प्रेसक्रिप्शन लेखापरीक्षा¹⁴ विहित नहीं की गयी।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि भारत सरकार एवं अन्य राज्य सरकारों द्वारा दर अनुबन्ध के अन्तर्गत सूचीबद्ध फर्मा से अनुबन्ध के अभाव में, फर्म की विफलता की दशा में कोई कार्यवाही किया जाना सम्भव नहीं था। औषधियों का स्थानीय क्रय, वर्ष 1986 एवं 2003 में निर्गत शासकीय आदेशों के अन्तर्गत किया जा रहा था एवं संसाधनों की कमी के कारण प्रेसक्रिप्शन लेखापरीक्षा प्रारम्भ नहीं की जा सकी थी।

शासन द्वारा उक्त कमियों को स्वीकार किए जाने के बाद भी, इस सन्दर्भ में प्रस्तावित सुधारात्मक उपायों का विवरण नहीं उपलब्ध कराया गया। अग्रेतर, वर्ष 1986 एवं 2003 में स्थानीय क्रय सम्बन्धी निर्गत शासकीय आदेशों में स्थानीय क्रय में गुणवत्ता सुनिश्चित करने के महत्वपूर्ण पक्ष को ध्यान में नहीं रखा गया।

1-3-2-3- *mi dj. k*

समस्त चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक क्रियाशील उपकरणों की उपलब्धता, नियमित आवश्यकता ऑकलन, समय से मांग एवं क्रय, अप्रयुक्त/अनुपयोगी उपकरणों की पहचान, नियमित मरम्मत, प्रतिस्पर्धात्मक एवं पारदर्शी निविदा प्रक्रिया, उपकरण प्रबन्धन के महत्वपूर्ण घटक हैं। राज्य सरकार ने उपकरणों के क्रय हेतु 2012 में पुनरीक्षित उपकरण क्रय नीति (ई पी पी) घोषित किया जिसमें उपकरणों के क्रय हेतु प्रक्रियाओं का निर्धारण किया गया था परन्तु, निम्नलिखित महत्वपूर्ण बिन्दुओं को समाहित नहीं किया गया था:

- ई पी पी में जिला स्तरीय चिकित्सालयों में विभिन्न प्रकार के आवश्यक सर्जिकल एवं चिकित्सकीय हस्तक्षेपों हेतु आवश्यक उपकरणों को मानकीकृत नहीं किया गया।

¹³ अप्रैल 2012 में निर्गत उत्तर प्रदेश सरकार का आदेश।

¹⁴ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन फ्रेमवर्क के अन्तर्गत अपेक्षित प्रत्येक चिकित्सालय द्वारा प्रेसक्रिप्शन लेखापरीक्षा, जो औषधियों की वास्तविक विशिष्टि एवं उपभोग पैटर्न को आकलित करने की एक प्रणाली है।

- ई पी पी में उपकरणों के रख-रखाव के सम्बन्ध में कोई विचार नहीं किया गया।

शासन द्वारा आश्वस्त किया गया कि विभिन्न बेड क्षमता के चिकित्सालयों की आवश्यकता हेतु आवश्यक उपकरणों की सूची मानकीकृत की जाएगी। यह भी अवगत कराया गया कि विभाग द्वारा उपकरणों के क्रय हेतु वर्ष 2019-20 में बजट प्रावधान में वृद्धि प्रस्तावित थी, जबकि वर्ष 2018-19 में राज्य के समस्त चिकित्सालयों में, उपकरणों के कैलीब्रेशन एवं मरम्मत हेतु एक प्राइवेट एजेन्सी को योजित (जून 2018) किया गया है।

वास्तव में, ई पी पी में ही उपकरणों की मरम्मत हेतु निर्धारित प्रक्रिया का प्रावधान किया जाना चाहिए था जिससे चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में इसका निरन्तर क्रियान्वयन सुनिश्चित होता।

/kjr/ राज्य में चिकित्सालय प्रबन्धन हेतु नीतिगत ढाँचे में महत्वपूर्ण कमियां थीं। विभाग द्वारा चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की सेवाओं एवं संसाधनों हेतु अधिकांशतः न तो कोई मापदण्ड/मानक निर्धारित किए गए थे, न ही भारत सरकार द्वारा निर्धारित या सुझाए गये मापदण्ड/मानक ही अंगीकृत किए गए थे। नियोजन प्रक्रिया में आवश्यकता-आंकलन एवं अंतर-विश्लेषण के अभाव के कारण स्थिति और विकट हो गयी थी, परिणामस्वरूप उपलब्ध संसाधन व सेवाएं प्रतिकूलतः प्रभावित हुई थीं, जिसकी चर्चा आगामी अध्यायों में की गयी है।