

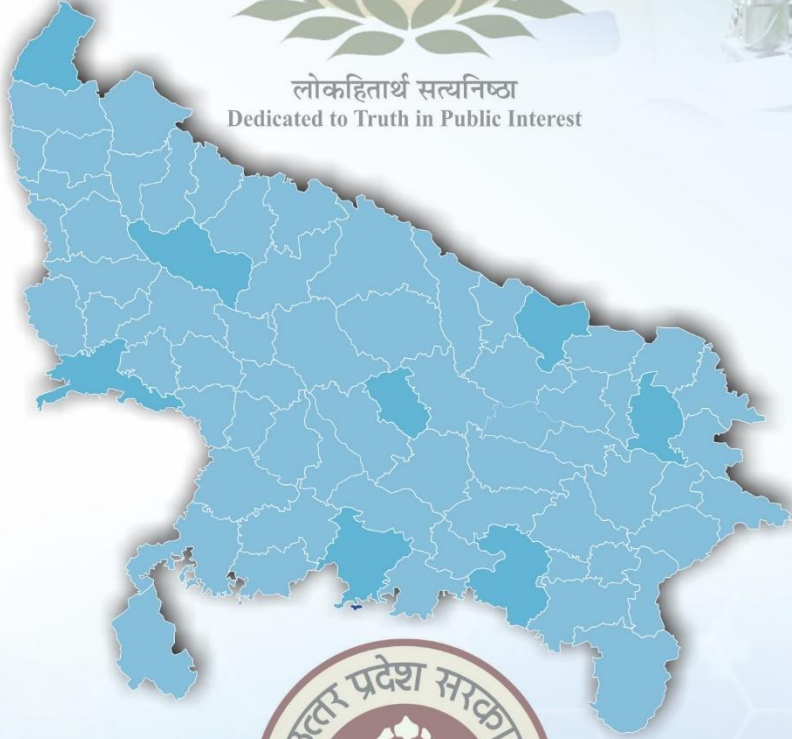


भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक
का प्रतिवेदन

उत्तर प्रदेश में चिकित्सालय प्रबन्धन



लोकहितार्थं सत्यनिष्ठा
Dedicated to Truth in Public Interest



उत्तर प्रदेश शासन
प्रतिवेदन संख्या 02, वर्ष 2019
(निष्पादन लेखापरीक्षा)

अनुक्रमणिका	i
प्राक्कथन	vii
कार्यकारी सार	ix
1. परिचय	1
1.1 राज्य में जन-स्वास्थ्य सुविधाएं.....	1
1.1.1 चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का वित्तपोषण	2
1.2 निष्पादन लेखापरीक्षा का नियोजन एवं क्रियान्वयन.....	3
1.2.1 लेखापरीक्षा उद्देश्य	3
1.2.2 लेखापरीक्षा मापदण्ड	4
1.2.3 लेखापरीक्षा क्षेत्र एवं क्रियाविधि.....	4
1.2.4 आभार	7
1.2.5 प्रतिवेदन की रूप रेखा	7
1.3 स्वास्थ्य सेवाओं के लिए नीतिगत ढाँचा.....	8
1.3.1 सेवाओं एवं संसाधनों का मानकीकरण	8
1.3.2 संसाधनों के अधिग्रहण की नीतियाँ.....	10
2. वाह्य रोगी सेवाएं.....	13
2.1 ओ पी डी में रोगियों की संख्या.....	13
2.2 ओ पी डी में पंजीकरण सुविधा	14
2.3 ओ पी डी में अन्य मूलभूत सुविधाएं	15
2.4 रोगी के अधिकार एवं शिकायतों का निवारण	15
2.5 प्रतिफल संकेतक आधारित वाह्य रोगी सेवा का मूल्यांकन.....	16
2.5.1 प्रति चिकित्सक ओ पी डी रोगी	16
2.5.2 प्रतिरोगी परामर्श समय	17
2.5.3 वाह्य रोगियों का संतुष्टि सर्वे.....	18
3. नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं.....	19
3.1 रेडियोलॉजी सेवाएं	19
3.1.1 रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता	19
3.1.2 रेडियोलॉजी मशीनों हेतु ए ई आर बी की अनुज्ञप्ति	21
3.2 पैथालॉजी सेवाएं.....	21
3.2.1 पैथालॉजी सेवाओं के लिए संस्थागत व्यवस्था.....	21
3.2.2 पैथालॉजी सेवाओं की उपलब्धता	22
3.2.3 आवश्यक संसाधन- उपकरण व मानव संसाधन.....	23
3.2.4 पैथालॉजी सेवाओं की गुणवत्ता आश्वासन.....	24
3.2.5 प्रतीक्षा अवधि एवं टर्न-एराउण्ड टाइम.....	25
4. अन्तः रोगी सेवाएं.....	27
4.1 अन्तः रोगी सेवाओं की उपलब्धता	27

4.2	मानव संसाधनों की उपलब्धता	29
4.2.1	चिकित्सक एवं नर्स	29
4.2.2	चिकित्सकों एवं नर्सों के रोस्टर.....	30
4.2.3	पैरा-मेडिकल स्टाफ	31
4.3	आवश्यक औषधियों एवं उपकरणों की उपलब्धता.....	32
4.4	शल्यक्रिया कक्ष सेवाएं	33
4.4.1	शल्यक्रिया कक्षों के लिए उपकरणों और औषधियों की उपलब्धता	35
4.4.2	शल्यक्रिया कक्ष की प्रक्रियाओं का अभिलेखीकरण	36
4.5	गहन देखभाल इकाई सेवाएं	37
4.5.1	गहन देखभाल इकाई सेवाओं की उपलब्धता.....	37
4.6	आकस्मिक सेवाएं.....	38
4.6.1	आकस्मिक सेवाओं की उपलब्धता.....	38
4.6.2	दुर्घटना एवं ट्रॉमा देखभाल सेवाएं	39
4.6.3	रोगियों का वर्गीकरण (ट्राईएजिंग) एवं औसत टर्नअराउंड टाइम	39
4.6.4	आकस्मिकता के दौरान देखभाल की निरंतरता	40
4.7	आहार सेवाएं.....	40
4.8	रोगी सुरक्षा.....	41
4.8.1	चिकित्सालयों की आपदा प्रबंधन क्षमता.....	41
4.8.2	आग से सुरक्षा.....	42
4.9	प्रतिफल संकेतकों के माध्यम से अन्तः रोगी सेवाओं का मूल्यांकन	44
4.9.1	चिकित्सालयों की उत्पादकता का मूल्यांकन.....	44
4.9.2	चिकित्सालयों की दक्षता का मूल्यांकन.....	45
4.9.3	चिकित्सालयों की चिकित्सकीय देखभाल की क्षमता का मूल्यांकन	47
4.9.4	चिकित्सालयों की सेवा की गुणवत्ता का मूल्यांकन	49
4.9.5	संसाधनों की उपलब्धता के सापेक्ष प्रतिफल	51
5.	मातृत्व सेवाएं.....	55
5.1	प्रसवपूर्व देखभाल.....	55
5.1.1	गर्भवती महिलाओं का प्रसवपूर्व परीक्षण	56
5.1.2	आर टी आई/एस टी आई का प्रबन्धन	58
5.1.3	सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल.....	59
5.2	प्रसवकाल देखभाल.....	60
5.2.1	संसाधनों की उपलब्धता.....	60
5.2.2	चिकित्सकीय दक्षता.....	64
5.2.3	शल्यक्रिया द्वारा प्रसव	65
5.3	प्रसवोत्तर मातृ और नवजात शिशु देखभाल	68
5.4	गर्भावस्था के प्रतिफल	69
5.4.1	स्टिल बर्थ.....	69

5.4.2	नवजात मृत्यु.....	70
5.5	संसाधनों की उपलब्धता के सापेक्ष प्रतिफल संकेतकों की स्थिति.....	71
6.	संक्रमण नियंत्रण	73
6.1	मानक संचालन प्रक्रियायें.....	73
6.2	जीवाणु-नाशन एवं विसंक्रमण	76
6.2.1	उबालना एवं ऑटोक्लेविंग	77
6.2.2	रासायनिक जीवाणु-नाशन.....	79
6.2.3	उच्च स्तरीय विसंक्रमण	79
6.3	स्वच्छता सेवाएं	79
6.3.1	हाउसकीपिंग हेतु मानक संचालन प्रक्रियायें	79
6.3.2	स्वच्छता प्रणाली.....	80
6.3.3	स्वच्छता सेवाओं की आउटसोर्सिंग.....	80
6.4	लांड्री सेवाएं.....	81
6.4.1	लिनेन की उपलब्धता.....	81
6.4.2	लांड्री सेवाओं में कमियाँ.....	83
6.4.3	लिनेन की धुलाई.....	84
6.4.4	लिनेन की धुलाई में देखी गयी वैयक्तिक विसंगतियां.....	85
6.5	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन	86
6.5.1	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का सृजन.....	86
6.5.2	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण.....	88
6.5.3	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का संकलन.....	89
6.5.4	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन के लिए प्रशिक्षण	90
7.	औषधि प्रबन्धन	91
7.1	आवश्यक औषधियों की उपलब्धता.....	91
7.2	औषधियों का भण्डारण.....	93
7.3	रोगियों को औषधियों का वितरण	94
7.4	रोगियों की शिकायतों का निवारण.....	95
7.5	औषधि क्रय प्रबंधन प्रक्रिया.....	95
7.5.1	दर अनुबंध के अन्तर्गत औषधियों का अपर्याप्त आच्छादन.....	97
7.5.2	निविदादाता की सक्षमता का विश्लेषण न किया जाना	98
7.5.3	औषधियों का अनियमित स्थानीय क्रय	98
7.5.4	औषधियों की विलम्ब से आपूर्ति/अनापूर्ति.....	99
7.6	औषधियों की गुणवत्ता का आश्वासन	100
8.	भवन अवसंरचना.....	103
8.1	चिकित्सालयों में बेड की उपलब्धता	103
8.1.1	जिला चिकित्सालय	103
8.1.2	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	104
8.1.3	चिकित्सालय हेतु स्थान की आवश्यकताएं.....	105

8.1.4	चिकित्सालयों तक व्यवधान मुक्त पहुँच.....	105
8.2	अवसंरचना का सृजन.....	106
8.2.1	कार्यों की भौतिक उपलब्धि	106
8.2.2	कार्यों के तकनीकी स्वीकृतियों में अनियमितता.....	107
8.2.3	कार्यों के क्रियान्वयन में विलम्ब	108
8.2.4	नये चिकित्सालय भवनों का परिचालन.....	109
8.2.5	चिकित्सालय भवनों का अनुरक्षण एवं मरम्मत.....	110
9.	निष्कर्ष एवं संस्तुतियाँ	113
	परिशिष्ट-1: लेखापरीक्षा मापदण्ड के स्रोत	117
	परिशिष्ट-2: आंशिक/पूर्ण रूप से संधारित नहीं किये गये अभिलेख.....	118
	परिशिष्ट-3: अप्रयुक्त रोडियोलोजी उपकरण.....	126
	परिशिष्ट-4: अप्रयुक्त पैथोलॉजी उपकरण.....	127
	परिशिष्ट-5: 31 मार्च 2018 को चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मानव संसाधन	128
	परिशिष्ट-6: प्रतिफल संकेतकों का मूल्यांकन	130
	परिशिष्ट-7: औषधियों का स्थानीय क्रय	131
	परिशिष्ट-8: पूर्ण हुए कार्यों का हस्तान्तरण	132
	परिशिष्ट-9: चिकित्सालय भवनों का अनुरक्षण एवं मरम्मत.....	133
	संक्षिप्तकृत शब्दों की सूची	134

रकfydkvka dh l iph

तालिका 1: स्वास्थ्य संकेतक.....	1
तालिका 2: वर्ष 2013-18 की अवधि में बजट प्रावधान एवं व्यय.....	2
तालिका 3: वर्ष 2013-18 की अवधि में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत प्राप्ति एवं व्यय	3
तालिका 4: चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की सूची.....	6
तालिका 5: चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सेवाओं एवं संसाधनों का मानकीकरण.....	8
तालिका 6: नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में वाह्य रोगियों की संख्या.....	13
तालिका 7: ओ पी डी परिसर में मूलभूत सुविधाओं की अनुपलब्धता.....	15
तालिका 8: ओ पी डी में प्रति रोगी परामर्श समय.....	17
तालिका 9: विभिन्न प्रकार की रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता.....	19
तालिका 10: रेडियोलॉजी सेवाओं की अनुपलब्धता के कारण	20
तालिका 11: मार्च 2018 तक पैथालॉजी सेवाओं की उपलब्धता.....	22
तालिका 12: जिला चिकित्सालयों में अन्तः रोगी सेवाएं.....	27
तालिका 13: सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अन्तः रोगी सेवाएं.....	28
तालिका 14: जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में अन्तः रोगी विभाग में नर्सों के रोस्टर की पालीवार अनुपलब्धता.....	30
तालिका 15: जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में अन्तः रोगी विभाग में एक नर्स के सापेक्ष बेड (2017-18)	31
तालिका 16: पैरा मेडिकल स्टाफ की उपलब्धता का विवरण.....	32
तालिका 17: जिला चिकित्सालयों में आवश्यक औषधियों की उपलब्धता.....	32
तालिका 18: जिला चिकित्सालयों में शल्यक्रिया कक्षों की उपलब्धता (2017-18).....	34
तालिका 19: प्रति शल्यचिकित्सक मेजर एवं माइनर शल्यचिकित्सा.....	35
तालिका 20: शल्यक्रिया कक्ष में आवश्यक उपकरणों और औषधियों की उपलब्धता.....	36
तालिका 21: शल्यक्रिया कक्ष की प्रक्रियाओं का अभिलेखीकरण.....	36
तालिका 22: जिला चिकित्सालयों में बेड हेड टिकट की पूर्णता की स्थिति (2017-18).....	50
तालिका 23: जिला चिकित्सालयों में संसाधनों की उपलब्धता के सापेक्ष प्रतिफल.....	51
तालिका 24: सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर 2013-18 में असम्पादित पैथोलॉजी जाँचें.....	57
तालिका 25: वर्ष 2013-18 की अवधि में आवश्यक संसाधनों की उपलब्धता.....	60
तालिका 26: एक नर्स की उपचर्या में प्रतिदिन प्रतिपाली औसत प्रसवों की संख्या	63
तालिका 27: समय-पूर्व प्रसव मामलों में कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन का उपयोग (2013-18).....	65
तालिका 28: 2013-18 के दौरान स्टिल बर्थ.....	69
तालिका 29: जिला महिला चिकित्सालयों में संसाधनों की उपलब्धता के सापेक्ष प्रतिफल	71
तालिका 30: संक्रमण नियंत्रण हेतु एस ओ पी की उपलब्धता.....	73
तालिका 31: एच आई सी सी और संक्रमण नियंत्रण के लिये चेकलिस्ट की उपलब्धता.....	74
तालिका 32: कीट एवं कृंतक नियंत्रण के अभिलेखों की उपलब्धता	75
तालिका 33: विसंक्रमण एवं जीवाणु-नाशन प्रणालियों की उपलब्धता.....	76
तालिका 34: ऑटोक्लेव का उपयोग करके जीवाणु-नाशन के अभिलेखों की उपलब्धता.....	78
तालिका 35: हाउसकीपिंग हेतु एस ओ पी की उपलब्धता.....	80
तालिका 36: 2017-18 के मध्य लिनेन सामग्रियों का बिल्कुल भी उपलब्ध न होना.....	82

तालिका 37: चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लांज़ी सेवाओं में कमियाँ	83
तालिका 38: जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के सृजन हेतु आंशिक प्राधिकार	87
तालिका 39: एस पी सी बी को वार्षिक प्रतिवेदन प्रस्तुत न करना	87
तालिका 40: दैनिक आधार पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का संग्रहण न किया जाना	89
तालिका 41: नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों में औषधियों की उपलब्धता	92
तालिका 42: औषधि भण्डारण में कमियाँ	93
तालिका 43: औषधियों के वितरण सम्बन्धी लेखांकन	94
तालिका 44: वर्ष 2013-18 के दौरान लागू दर अनुबन्ध	97
तालिका 45: चिकित्सालयों में क्रियाशील चिकित्सालय बेड की उपलब्धता	103
तालिका 46: परिचालन क्षेत्रों में स्थल की पर्याप्तता	105
तालिका 47: वर्ष 2013-18 के दौरान स्वीकृत किए गए कार्यों का विवरण	106
तालिका 48: नमूना-जाँच किये गये जिलों में वर्ष 2013-18 के दौरान किये गये कार्य	107

çkDdFku

31 मार्च 2018 को समाप्त हुये वर्ष के लिये भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक का यह प्रतिवेदन, भारत के संविधान के अनुच्छेद 151 के अन्तर्गत, उत्तर प्रदेश के राज्यपाल को प्रस्तुत किये जाने हेतु तैयार किया गया है।

इस प्रतिवेदन में वर्ष 2013–18 की अवधि में 'उत्तर प्रदेश में चिकित्सालय प्रबन्धन' पर निष्पादन लेखापरीक्षा के परिणामों को सम्मिलित किया गया है।

लेखापरीक्षा का निष्पादन भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा निर्गत लेखापरीक्षा मानकों के अनुरूप किया गया है।

çfronu ds ckjs e

प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर के सार्वजनिक चिकित्सालयों में प्रदान की जा रही रोगी देखभाल सुविधा एवं इस सम्बन्ध में लक्षित प्रतिफलों के मध्य विद्यमान अंतर को कम करने के लिए संधारणीय एवं दृढ़ कार्यवाही किये जाने की आवश्यकता है। राष्ट्रीय औसत की तुलना में खराब स्वास्थ्य संकेतकों के साथ भारत में सबसे अधिक आबादी वाले राज्य के रूप में, उत्तर प्रदेश का देश में जन-स्वास्थ्य की अनुपलब्ध जरूरतों में एक महत्वपूर्ण भागीदारी है।

इसी पृष्ठभूमि में, वर्ष 2013-18 की अवधि के लिये उत्तर प्रदेश में चिकित्सालय प्रबन्धन विषयक निष्पादन लेखापरीक्षा वर्ष 2018-19 में सम्पादित की गयी। इस प्रतिवेदन में जिला एवं विकास खंड स्तर के चिकित्सालयों द्वारा प्रदान की जा रही चिकित्सा सेवाओं एवं रोगी देखभाल की गुणवत्ता का ऑकलन करने का प्रयास किया गया है।

; g çfronu geus vHkh D; k rS kj fd; k\

पिछले दशक में हमने स्वास्थ्य क्षेत्र की लेखापरीक्षा की तथा इनके निष्कर्षों को संघ एवं राज्यों के विभिन्न प्रतिवेदनों में सम्मिलित कर संसद एवं विभिन्न राज्यों की विधायिकाओं में प्रस्तुत किया है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन आर एच एम) की निष्पादन लेखापरीक्षा अखिल भारतीय स्तर पर की गयी एवं इनके निष्कर्षों को संघ के 2009-10 के लेखापरीक्षा प्रतिवेदन संख्या 8 में सम्मिलित किया गया। अभी हाल ही में, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन-रिप्रोडक्टिव एंड चाइल्ड हेल्थ कम्पोनेंट पर संघ का वर्ष 2017 का लेखापरीक्षा प्रतिवेदन संख्या-25 संसद में रखा गया है। उत्तर प्रदेश में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की लेखापरीक्षा वर्ष 2005-11 की अवधि के लिए की गयी थी एवं इसका प्रतिवेदन 30 मई 2012 को राज्य विधानमण्डल में प्रस्तुत किया गया था।

पूर्व के ये सभी प्रतिवेदन, अनुपालन सम्बन्धी मुद्दों, इनपुट एवं आउटपुट की अपर्याप्तता एवं असंगतता, गुणवत्ता आश्वासन तंत्र की दक्षता एवं अनुश्रवण की प्रभावशीलता आदि पर केन्द्रित थे। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तथा वैश्विक स्तर पर सतत विकास लक्ष्य-3 में विहित लक्ष्यों के दृष्टिगत समय से प्रणालीगत सुधार हेतु प्रतिफलों का मूल्यांकन करना अतिमहत्वपूर्ण हो गया है। इसी प्रसंग में, प्रचलित नीतिगत कार्यक्रमों एवं विद्यमान ढांचे के अन्तर्गत जनसामान्य को दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं को अभिनिश्चित करने के लिए हमने इस लेखापरीक्षा में प्रतिफलों का मूल्यांकन करने का प्रयास किया है ताकि उनमें और सुधार किया जा सके। इस प्रतिवेदन का उद्देश्य उन क्षेत्रों की पहचान करना है जिनमें प्रणालीगत सुधार एवं विकास की आवश्यकता है।

bl ys[kki jh{kk e D; k vkPNkfnr fd; k x; k\

çfrQy vkëkkfjr bl ys[kki jh{kk e हमने राज्य में प्राथमिक और द्वितीयक स्तर के सार्वजनिक चिकित्सालयों में रोगियों को उपलब्ध सेवाओं पर ध्यान केन्द्रित किया है। चयनित जिला स्तरीय एवं विकास खंड स्तरीय (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) चिकित्सालयों में विभिन्न सेवाओं यथा- वाह्य रोगी एवं अन्तः रोगी सेवाएं, मातृत्व सेवाएं, आकस्मिक सेवाएं, डायग्नोस्टिक सेवाएं, संक्रमण नियंत्रण एवं औषधि प्रबंधन का eW; kdu iD&fuëkkfjr çfrQy l drdk@ekun.Mk ij fd; k x; k gA

geus D; k i k; k gs vkf ge D; k vuq kd k dj jgs gA

हमने जनता की स्वास्थ्य सेवा आवश्यकता में सुधार के महत्वपूर्ण क्षेत्रों को चिन्हित किया, जैसा नीचे उल्लिखित है:

LokLF; l okvka ds fy, uhfrxr <kjpk

राज्य में चिकित्सालय प्रबंधन सम्बन्धी नीतियों के ढाँचे में कमियां थी जिन्हे दूर किये जाने की आवश्यकता है: हमने पाया कि वाह्य रोगी तथा अन्तः रोगी सेवाओं, पैथोलॉजी जांच तथा मानव संसाधन के सम्बन्ध में विभाग ने न तो स्वयं के मानदंड/मानक तय किए तथा न ही इस सम्बन्ध में भारत सरकार द्वारा निर्धारित मानदंडों/मानकों को अंगीकृत किया। इसके परिणामस्वरूप, चिकित्सालयों में कमियों का विधिवत विश्लेषण, न ही किया गया तथा न ही किया जा सकता था। इससे चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में संसाधनों और सेवाओं की उपलब्धता विपरीत रूप से प्रभावित होनी थी एवं प्रभावित हुयी भी।

पुनरीक्षित औषधि क्रय नीति 2012 एवं पुनरीक्षित उपकरण क्रय नीति 2012 में कमियां थीं जैसे कि आपात स्थितियों में औषधि एवं कंज्यूमेबिल्स को स्थानीय स्तर पर ही क्रय करने की क्रियाविधि, औषधियों की गुणवत्ता जांच हेतु नमूना लेने सम्बन्धी मानक, मानदण्ड एवं आवधिकता, एवं जिला स्तरीय चिकित्सालयों हेतु आवश्यक उपकरणों के प्रकार तथा उनके मरम्मत एवं रखरखाव की प्रक्रिया।

vuq kd k, j

इस तथ्य के दृष्टिगत कि स्वास्थ्य राज्य का विषय है, यह आवश्यक है कि राज्य सरकार विभिन्न स्तरों के चिकित्सालयों के लिए सेवाओं और संसाधनों की उपलब्धता से सम्बन्धित मानक और मानदंड निर्धारित करें। औषधि क्रय नीति एवं उपकरण क्रय नीति में कमियों को दूर करने के लिए ठोस नीतिगत कार्यवाही करने की आवश्यकता है।

okā jksxh l ok, a

हमने पाया कि नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के वाह्य-रोगी विभागों में रोगियों की संख्या 2013-18 की अवधि में एक तिहाई बढ़ी थी परन्तु चिकित्सकों की उपलब्धता में वृद्धि नगण्य थी। परिणामस्वरूप, जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में प्रति चिकित्सक रोगियों की संख्या में 24 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालयों में 20 प्रतिशत तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 प्रतिशत की वृद्धि से यहां भीड़ की समस्या थी। इसका परिणामी प्रभाव यह था कि जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में 86 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालयों में 69 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 50 प्रतिशत रोगियों को i k p fe u V l s de dk i j k e ' k l e e; f n; k t k j g k j g k F k k t k s o k ā & j k s x h f o t k k x e s f u n k u j i j h { k . k v k j m i p k j e s d e h d k | k r d F k k A

इसके विपरीत, दैनिक रोगियों की संख्या में वृद्धि के अनुपात में पंजीकरण पटलों की संख्या न होने से रोगियों के प्रतीक्षा समय पर विपरीत प्रभाव पड़ा था। कुछ चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रोगियों के बैठने की सुविधा एवं शौचालयों की संख्या में उपयुक्त व संगत वृद्धि न होने तथा शिकायत निवारण प्रणाली शिथिल रहने के कारण उपरोक्त स्थिति और अधिक खराब थी।

Vuq'kd k, j

राज्य स्तर पर महानिदेशक, चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवाएं के द्वारा जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रति रोगी परामर्श समय के सम्बन्ध में विशेषज्ञ समीक्षा की जानी चाहिए ताकि प्रत्येक रोगी को दिये जा रहे अत्यंत कम परामर्श समय के सम्बन्ध में सुधारात्मक कदम उठाए जा सकें। रोगियों की बढ़ती हुई संख्या के सापेक्ष पंजीकरण पटलों की संख्या में असमता पर अविलम्ब ध्यान दिया जाना चाहिए जिससे रोगियों की प्रतीक्षा अवधि कम हो एवं बैठने/शौचालय की सुविधा में वृद्धि, रोगियों की संख्या में बढ़ोत्तरी के अनुरूप की जानी चाहिए।

ufnkfud (Mk; XukfLVd) / dk, a

साक्ष्य आधारित आधुनिक उपचार प्रक्रिया में नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाओं की अतिमहत्वपूर्ण भूमिका के बावजूद भी क्रियाशील उपकरणों, कन्ज्यूमेबिल्स तथा मानव संसाधन की अनुपलब्धता के कारण नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रेडियोलॉजिकल और पैथोलॉजिकल, दोनों डायग्नोस्टिक सेवाओं में कमियां थीं।

अधिकांश जिला महिला चिकित्सालयों तथा बड़ी संख्या में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आधारभूत एक्स-रे सुविधा नहीं थी; आधे से अधिक जिला चिकित्सालयों में एक्स-रे मशीनों की अपेक्षित श्रृंखला उपलब्ध नहीं थी; अधिकांश सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अल्ट्रासोनोग्राफी की सुविधा नहीं थी तथा कम्प्यूटेड टोमोग्राफी (सी टी) स्कैन की सुविधा पात्र चिकित्सालयों में से एक तिहाई में ही उपलब्ध थी।

लगभग सभी चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक पैथोलॉजिकल जांच सुविधा में गंभीर कमियां थी; जबकि चिकित्सालयों की स्थानिक पैथोलॉजी सेवाएं, लैब तकनीशियनों की कमी तथा असंतोषजनक गुणवत्ता आश्वासन के कारण कमजोर थी। उपरोक्त कमियों को दूर करने के लिए निजी सेवा प्रदाताओं के नियोजन से भी स्थिति में उल्लेखनीय सुधार हुआ नहीं दिख रहा था।

अग्रेतर, नमूना संग्रहण के उपरान्त जाँच में लगने वाले समय के साथ-साथ सम्पादित जाँच के परिणामों को रोगी को प्रतिवेदित करने में लगने वाले समय का अनुश्रवण नहीं किया जा रहा था जिसके कारण डायग्नोस्टिक सेवाओं में दक्षता का एक न्यूनतम मानक प्राप्त करना चुनौतीपूर्ण था।

Vuq'kd k, j

रोगियों के उपचार के लिए नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवा पर बढ़ती हुई निर्भरता के दृष्टिगत प्रत्येक चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) के अनुरूप आवश्यक रेडियोलॉजी सेवाएं जैसे एक्स-रे एवं अल्ट्रासोनोग्राफी तथा पैथालॉजी जांचों एवं आवश्यक मानव संसाधन की उपलब्धता सुनिश्चित की जानी चाहिए। रेडियोलॉजिकल और पैथालॉजिकल, दोनों जांचों के संबंध में प्रतीक्षा-अवधि और टर्नएराउण्ड टाइम से सम्बन्धित अभिलेखों का रखरखाव किया जाना चाहिए जिससे डायग्नोस्टिक सेवाओं में समयबद्धता के साथ-साथ उपचार हेतु जांचों के परिणामों की रिपोर्टिंग एवं व्याख्या तथा परामर्श हेतु उच्चतर केन्द्रों को सन्दर्भित करने की कार्यवाही का अनुश्रवण किया जा सके।

VUR% kxh / Ok, a

आधे से अधिक चिकित्सालयों में बर्न वार्ड, दुर्घटना और ट्रॉमा वार्ड के साथ-साथ डायलिसिस, फिजियोथेरेपी और मनोचिकित्सा के लिए अन्तःरोगी सेवाओं की उपलब्धता में काफी कमियां थीं जबकि बाल चिकित्सा सेवाएं, आधे से भी कम सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध थीं।

संसाधनों की उपलब्धता के संदर्भ में भी अन्तःरोगी सेवाओं के स्तर में विभिन्न चिकित्सालयों में भिन्नता थी।

- स्वीकृत पदों के सापेक्ष मानव संसाधन की तैनाती में विषमता थी क्योंकि नमूना-जाँच किये गए संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में स्वीकृत पदों के सापेक्ष चिकित्सकों की तैनाती 54 प्रतिशत अधिक थी एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 74 प्रतिशत की कमी थी; संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ में नर्सों की तैनाती में 210 प्रतिशत की अधिकता थी एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 67 प्रतिशत की कमी थी; एवं जिला चिकित्सालय बाँदा में पैरा-मेडिकल स्टाफ की 45 प्रतिशत की कमी थी तथा संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में 356 प्रतिशत की अधिकता थी। चूंकि इसी प्रकार की विषमता सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में भी पाई गयी थी इसलिए मानव संसाधन की संख्या में कमी को चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में तर्कसंगत रूप से समायोजित करने की तत्काल आवश्यकता है ताकि चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर कौशलयुक्त मानव संसाधन का उचित मिश्रण तैनात किया जा सके। लखनऊ एवं आगरा जैसे बड़े शहरों में चिकित्सकों एवं पैरा-मेडिकल स्टाफ की अधिक संख्या में की गयी तैनातियों को तत्काल वापस लिए जाने की आवश्यकता है तथा इस सम्बन्ध में एक व्यवस्था बनायी जानी चाहिए ताकि इस प्रकार की अतिशय तैनाती/प्रतिनियुक्ति (आकस्मिक स्थिति एवं एक निश्चित अवधि के लिए की गयी तैनातियों के अतिरिक्त) किसी भी प्राधिकारी के स्तर पर किया जाना सम्भव न हो सके।
- किसी भी चयनित चिकित्सालय में अन्तः रोगी विभाग में ड्यूटी नियत करने वाले रोस्टर के अभाव में चिकित्सकों की उपलब्धता नहीं देखी जा सकी। इसके अलावा, प्रति छः बेड पर एक नर्स की आवश्यकता के सापेक्ष, आठ चिकित्सालयों, जिनमें नर्स की ड्यूटी नियत करने वाले रोस्टर संधारित किये गये थे, में से जिला चिकित्सालय, बाँदा में शिफ्ट-I में की गयी तैनाती को छोड़कर अन्य चिकित्सालयों में एक नर्स के द्वारा 10 से 43 बेड तक की उपचर्या की जा रही थी। यह अन्तःरोगी विभाग में प्रदान की गई नर्सिंग देखभाल सेवा की खराब गुणवत्ता का प्रतिबिंब था।
- नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों में 2017-18 की अवधि में निर्धारित 14 प्रकार की आवश्यक औषधियों के सापेक्ष अन्तः रोगी विभाग में केवल 07 से 12 प्रकार की औषधियाँ ही उपलब्ध रही थीं। अस्तु, या तो उपचार की गुणवत्ता से समझौता किया गया था अथवा महत्वपूर्ण औषधियों—जैसे एड्रेनालाईन (आपात स्थिति में दिल को उत्तेजित करने के लिए इस्तेमाल होने वाली), डाइक्लोफेनाक सोडियम (सूजन को कम करने में उपयोग होने वाली) तथा सल्बुटामोल (दमा के इलाज में उपयोग होने वाली) को रोगियों द्वारा स्वयं के व्यय पर बाहर से क्रय करना पड़ा।
- इसी तरह महत्वपूर्ण उपकरण जैसे डॉपलर (रक्त प्रवाह के ऑकलन के लिए), जिला चिकित्सालयों आगरा, इलाहाबाद, बाँदा, बलरामपुर, बदायूँ, सहारनपुर एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद में; ग्लूकोमीटर (रक्त शर्करा के ऑकलन के लिए), जिला चिकित्सालय बलरामपुर में; तथा डिफाइब्रिलेटर (जीवन के प्रति जोखिम वाले

हृदय रोग मामलों में उपयोग के लिए), जिला चिकित्सालयों आगरा, बलरामपुर तथा बदायूँ में, 2017-18 के दौरान उपलब्ध नहीं थे। अग्रेतर, किसी भी जिला चिकित्सालय ने अन्तःरोगी विभाग के उपकरणों की मरम्मत के लिए वार्षिक अनुरक्षण अनुबंध निष्पादित नहीं किये थे।

शल्यक्रिया सेवाएं अन्य जिला चिकित्सालयों की तुलना में जिला चिकित्सालय तथा संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय बाँदा तथा जिला चिकित्सालय बदायूँ में उपयुक्त नहीं थीं जहां अन्य चिकित्सालयों की तुलना में मेजर शल्यचिकित्सा बहुत कम की जा सकी थी। इसके अलावा शल्यचिकित्सकों की अनुपलब्धता के कारण जिला चिकित्सालय तथा संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में ई एन टी शल्यचिकित्सा, तथा जिला चिकित्सालय बाँदा में आर्थोपेडिक शल्यचिकित्सा नहीं की गई थी। इसके अतिरिक्त, शल्यक्रिया सेवाओं हेतु विहित औषधियों एवं उपकरणों की उपलब्धता में क्रमशः पाँच तथा आठ जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में न्यूनतम 50 प्रतिशत की कमी रही थी। इस प्रकार शल्यक्रिया कक्ष के लिए संसाधन अपर्याप्त थे तथा सम्बन्धित चिकित्सालयों में प्रभावी उपचार मिलने की संभावना कम थी।

नमूना जांच किये गए 11 जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में से मात्र जिला चिकित्सालय लखनऊ तथा गोरखपुर में ही सघन देखभाल इकाई सेवाएं (आई सी यू) उपलब्ध थीं। शेष जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में सघन देखभाल इकाई सुविधा उपलब्ध न होने से इन चिकित्सालयों में आकस्मिक स्थिति में आने वाले रोगी उच्चतर सुविधा वाले सार्वजनिक या निजी चिकित्सालयों में संदर्भित एवं/अथवा भेजे गये होंगे।

- जिला चिकित्सालय लखनऊ तथा गोरखपुर में सघन देखभाल इकाई में वेंटिलेटर, इन्फ्यूजन पम्पस, अल्ट्रासाउंड तथा आर्टेरियल ब्लड गैस विश्लेषण मशीन जैसे आवश्यक उपकरणों की कमी थी। नर्सिंग सेवा से समझौता किया गया था क्योंकि सघन देखभाल इकाई में प्रत्येक बेड के लिए एक नर्स की आवश्यकता के सापेक्ष जिला चिकित्सालय लखनऊ में एक नर्स को तीन से सात बेड नियत किये गये थे।

आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाओं में गम्भीर कमियां थी क्योंकि नमूना-जांच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों में से पाँच में आकस्मिक शल्यक्रिया कक्ष उपलब्ध नहीं था तथा दुर्घटना और ट्रॉमा सेवाएं मात्र जिला चिकित्सालय बाँदा और सहारनपुर में ही उपलब्ध थीं। तथापि, बाँदा का ट्रॉमा केन्द्र भी शल्यचिकित्सक की अनुपलब्धता के कारण दिसंबर 2017 से अक्रियाशील था तथा उपरोक्त दोनों ट्रॉमा केन्द्रों में आवश्यक उपकरणों की काफी कमी थी। अग्रेतर, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आकस्मिक सेवाएं सांप के काटने एवं अन्य ऐसे मामलों तक ही सीमित रही थीं जिनमें डायग्नोस्टिक सेवाओं की आवश्यकता नहीं रहती है। हृदय-घात एवं घातक निमोनिया जैसी आकस्मिक स्थितियों के सम्बन्ध में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मात्र रेफरल केंद्रों के रूप में कार्य कर रहे थे।

आहार सम्बन्धी सेवाएं जो कि उपचार का एक महत्वपूर्ण साधन है, उपयुक्त नहीं थीं क्योंकि अन्तः रोगियों के लिए छः प्रकार के निर्धारित आहार मात्र जिला चिकित्सालय लखनऊ और सहारनपुर में ही दिये जा रहे थे; आहार सेवा पर प्रति दिन प्रति रोगी व्यय 29 रुपये से 102 रुपये के मध्य रहा था जो यह दर्शाता है कि प्रदान किये गये आहार की गुणवत्ता तथा विभिन्न जिलों में इस मद पर व्यय में भिन्नता थी। आहार की गुणवत्ता की जाँच की व्यवस्था भी नमूना-जांच हेतु चयनित अधिकांश चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विद्यमान नहीं थी।

रोगी-सुरक्षा गंभीर चिंता का विषय था क्योंकि मात्र दो चिकित्सालयों में आपदा प्रबंधन योजना तैयार की गयी थी तथा किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में आपदा प्रबंधन योजना तैयार नहीं की गई थी। इसके अलावा 2013-18 के दौरान किसी भी चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा नहीं की गयी थी।

10 जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालयों में अन्तःरोगी विभाग की सेवाओं की पारस्परिक तुलना, विश्लेषित प्रतिफल संकेतकों एवं इन चिकित्सालयों में संसाधनों की उपलब्धता के आधार पर की गयी।

- प्रत्येक चिकित्सालय का प्रदर्शन कम से कम एक प्रतिफल संकेतक पर नमूना-जांच हेतु चयनित अन्य जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों के सापेक्ष खराब रहा था। इस सम्बन्ध में विशेषतः जिला चिकित्सालय बाँदा, बदायूँ, गोरखपुर तथा सहारनपुर का प्रदर्शन अधिक खराब था।
- लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइस तथा एब्सकोडिंग रेट की संयुक्त दर का उच्च स्तर जिला चिकित्सालय बदायूँ में 78 प्रतिशत एवं जिला चिकित्सालय गोरखपुर में 50 प्रतिशत था जो रोगियों को दी गयी सेवाओं की गुणवत्ता के खराब रहने का संकेतक था। यद्यपि, उपरोक्त दोनों चिकित्सालयों में स्वीकृत पद के सापेक्ष चिकित्सकों एवं नर्सों की उपलब्धता अन्य चिकित्सालयों की तुलना में अधिक थी तथा अन्य संसाधन भी औसत से अधिक उपलब्ध रहे थे। यह स्थिति संसाधनों के अप्रभावी प्रबंधन का द्योतक थी।
- जिला चिकित्सालय बाँदा एवं सहारनपुर में उच्च बेड आक्युपेंसी रेट तथा उच्च रेफरल रेट के साथ-साथ डिस्चार्ज रेट कम था जो इंगित करता है कि इन चिकित्सालयों द्वारा गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने में परेशानी थी।

VUq kd k, j

शासन को सक्रियता के साथ जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विशेषज्ञ अन्तःरोगी सेवाओं तथा आवश्यक औषधियों, उपकरणों एवं मानव संसाधनों की उपलब्धता के मध्य तालमेल बनाना चाहिए ताकि रोगियों को चिकित्सा संसाधनों की कमी का सामना न करना पड़े एवं गुणवत्तापूर्ण चिकित्सकीय उपचार की उपलब्धता बढ़ायी जा सके। जिला चिकित्सालयों में दुर्घटना एवं ट्रॉमा सेवाओं तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आकस्मिक सेवाओं की अनवरत उपलब्धता सुनिश्चित की जानी चाहिए। जटिलताओं को कम करने तथा शीघ्र स्वास्थ्य लाभ हेतु अन्तः रोगियों की पोषण सम्बन्धी आवश्यकता की पूर्ति, चिकित्सालयों में छः प्रकार के अनुशंसित आहारों की उपलब्धता के द्वारा की जानी चाहिए।

चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को उत्तर प्रदेश फायर सेफ्टी मानक 2005 के मैनुअल का कड़ाई से पालन करना चाहिए। अनुश्रवण प्रणाली, जो चिकित्सालयों की जवाबदेही एवं उत्तरदायित्व को निर्धारित करने का एक साधन है, में चिकित्सालयों की उत्पादकता, दक्षता, सेवा-गुणवत्ता एवं नैदानिक देखभाल क्षमता से सम्बन्धित प्रतिफल संकेतकों का विश्लेषण सम्मिलित करते हुए इसे सुदृढ़ करना चाहिए।

ekrRo / dk, i

चिकित्सालय स्तर पर मातृत्व सेवाओं के सभी तीन प्रमुख घटकों-प्रसवपूर्व, प्रसवकाल एवं प्रसवोत्तर देखभाल में महत्वपूर्ण कमियां संज्ञान में आयीं :

- प्रसवपूर्व देखभाल सेवा निम्न गुणवत्ता स्तर की थी क्योंकि 2013-18 की अवधि में मातृत्व सेवाओं के लिए प्रथम संदर्भित इकाई (एफ आर यू) के रूप में उच्चिकृत किये गये 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से नौ में स्त्रीरोग विशेषज्ञ या तो उपलब्ध ही नहीं रही थी या उनकी उपलब्धता में अनिरंतरता थी; 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से मात्र छः में ही सभी छः प्रकार की विहित पैथोलॉजिकल जांचों को करने की सुविधा उपलब्ध थी; प्रजनन मार्ग संक्रमण एवं यौन संचारित संक्रमण के मामलों के प्रबंधन के लिए चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, दोनों में औषधियों की अत्याधिक कमी थी; तथा नमूना जांच किये गए 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 19 में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।
- प्रसवकाल सेवाओं के सम्बन्ध में 10 में से आठ चिकित्सालयों में आवश्यक औषधियों की कमी 50 प्रतिशत से अधिक की थी; सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं चिकित्सालयों, दोनों में बेबी रैपिंग शीट सहित आधारभूत कंज्यूमेबिल्स की कमी के साथ ही साथ अतिमहत्वपूर्ण मानव संसाधनों की कमी बनी हुई थी। दृष्टान्ततः, जिला महिला चिकित्सालय आगरा, लखनऊ एवं सहारनपुर की स्थिति गंभीर थी जहां एक नर्स के द्वारा प्रति दिन 31 से 61 प्रसवों की उपचर्या की गयी थी।
 - पार्टोग्राफ, जो प्रसव की जटिलता को शीघ्रता से चिन्हित करने एवं उन्हे प्रबन्धित करने में प्रसूति परिचारक की सहायता हेतु बनाया जाना चाहिए, जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैपियरगंज, गोरखपुर के अतिरिक्त किसी भी चिकित्सालय और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में नहीं बनाया गया था।
 - समय-पूर्व प्रसवों के मामलों का प्रबन्धन अपर्याप्त था क्योंकि ऐसी स्थिति में गर्भवती महिला को आवश्यक कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन या तो दिया नहीं गया था या इसके दिये जाने से सम्बन्धित अभिलेख चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में नहीं बनाये गये थे। इसके अतिरिक्त बड़ी संख्या में समय-पूर्व प्रसव के मामलों में, विहित कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन स्टॉक में ही नहीं थे। अतः, समय से पूर्व जन्म लेने वाले नवजात शिशु, गंभीर प्रसवोत्तर जटिलताओं एवं नवजात मृत्यु के जोखिम पर रहे।
 - राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के दिशा-निर्देशों के अनुसार कुल प्रसवों की संख्या के 8 से 10 प्रतिशत प्रकरणों में, शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव कराये जाने की आवश्यकता होती है। यद्यपि, शल्य क्रिया द्वारा कराये गये प्रसवों की संख्या चिकित्सालयों में 21 प्रतिशत थी तथा एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों¹ में यह आंकड़ा मात्र एक प्रतिशत का था। एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विशेष रूप से यह स्थिति स्त्री-रोग विशेषज्ञ एवं/अथवा एनेस्थेतिस्ट की कमी के कारण थी तथा साथ ही साथ यहां प्रासंगिक औषधियों एवं कन्ज्यूमेबिल्स की पर्याप्त कमी भी थी। इस प्रकार, ग्रामीण क्षेत्रों में शल्यक्रिया सेवाओं के लिए गर्भवती महिलाओं के पास जिला महिला चिकित्सालयों में जाने के अतिरिक्त कोई अन्य विकल्प नहीं था, जबकि जिला महिला चिकित्सालय स्वयं ही संसाधनों की अपर्याप्तता का सामना कर रहे थे तथा इस अतिरिक्त भार से उन पर और अधिक दबाव पड़ रहा था।

¹ जटिलताओं वाले प्रकरणों में गर्भवती महिलाओं को आकस्मिक प्रसूति देखभाल सेवा प्रदान करने में सक्षम बनाते हुए कुछ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को प्रथम संदर्भित इकाई (एफ आर यू) के रूप में उच्चिकृत किया गया था।

- प्रसवोत्तर देखभाल सेवा के अन्तर्गत माताओं एवं नवजात शिशुओं की प्रसवोत्तर स्वास्थ्य जांच के अभिलेखीकरण में कमी थी। इसके अतिरिक्त, चिकित्सालयों में 69 प्रतिशत एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कम से कम 13 प्रतिशत नवजात शिशुओं के टीकाकरण सम्बन्धी अभिलेख उपलब्ध नहीं थे जो नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य के खराब अनुश्रवण का द्योतक थी। प्रसवोत्तर देखभाल सेवा में उक्त कमियां इस तथ्य की द्योतक थीं कि गर्भावस्था में गर्भवती महिला का बार बार स्वास्थ्य परीक्षण करने पर तो बल दिया गया परन्तु प्रसव के बाद ऐसा नहीं किया गया।
- स्टिल बर्थ के सम्बन्ध में उत्तर प्रदेश में 1.6 प्रतिशत के राज्य औसत के सापेक्ष, नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्टिल बर्थ की 2 से 2.4 प्रतिशत के मध्य की उच्च दर थी। तथापि, स्टिल बर्थ के कारकों से सम्बन्धित अभिलेख उपलब्ध नहीं थे। स्टिल बर्थ की उच्च दर, प्रसवपूर्व देखभाल एवं प्रसव प्रक्रिया के खराब प्रबंधन की संकेतक थी।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं अधिकांश चिकित्सालयों में नवजात-मृत्यु के प्रकरण विहित अभिलेख में अंकित नहीं किये गये थे। अस्तु, नवजात स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता में निरंतर सुधार करते रहने की क्षमता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ रहा था।

प्रतिफल संकेतकों के मूल्यांकन के आधार पर, जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, बाँदा और गोरखपुर का प्रदर्शन नमूना-जांच हेतु चयनित अन्य चिकित्सालयों की तुलना में अत्यधिक कम था।

- जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा में, लीव अगेन्स्ट मेडिकल एडवाइज तथा एक्सकांडिंग की संयुक्त दर 82 प्रतिशत के उच्च स्तर पर थी जबकि यहाँ एवरेज लेन्थ आफ स्टे सबसे कम, एक दिन से थोड़ा अधिक था। यह दर्शाता है कि रोगियों की चिकित्सकीय देखभाल संतोषजनक नहीं थी। प्रासंगिक रूप से, इस चिकित्सालय में संसाधनों की उपलब्धता, औसत से कम थी।
- जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर में बेड ऑक्यूपेंसी रेट कम रहने के साथ-साथ लीव अगेन्स्ट मेडिकल एडवाइज तथा एक्सकांडिंग रेट (95 प्रतिशत) उच्चतम था, जो रोगी भार कम रहने के बावजूद भी सेवा की गुणवत्ता में कमी का संकेतक था। मानव संसाधनों एवं उपकरणों की उपलब्धता औसत से अधिक होने के बावजूद भी प्रतिफल संकेतकों पर जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद का प्रदर्शन कमजोर था जो संसाधनों के अप्रभावी प्रबंधन का द्योतक था।

Vuq kd k, j

शिशु एवं मातृ मृत्यु की उच्च दर को कम करने के लिए उच्च स्तर की निरंतरता एवं उपलब्धि प्राप्त करने हेतु ठोस प्रयास किया जाना चाहिए। इस हेतु – सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं की समयबद्धता, पर्याप्तता एवं गुणवत्ता को सशक्त बनाया जाना चाहिए; सभी जिला महिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गर्भपात देखभाल, आर टी आई/एस टी आई प्रबन्धन की सुविधा, शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव की सुविधा एवं आवश्यक संसाधनों में वृद्धि के साथ-साथ सुरक्षित चिकित्सकीय वातावरण प्रदान करके प्रसवकाल सेवा को प्रभावकारी बनाया जाना चाहिए; एवं प्रसव के प्रतिकूल प्रतिफलों को कम करने हेतु प्रसवोत्तर देखभाल सेवा का गहन अनुश्रवण करने की कार्यवाही की जानी चाहिए ताकि महिलायें एवं नवजात शिशु पूर्ण स्वास्थ्य लाभ प्राप्त कर सकें।

1 De. k fu; z. k

संक्रमण नियंत्रण की विधाओं को अधिकांश चिकित्सालयों एवं सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के क्रियाकलापों में पर्याप्त रूप से सन्निहित नहीं किया गया था क्योंकि उनके पास स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के लिए मानक संचालन प्रक्रियाओं (एस ओ पी) / चेकलिस्ट का अभाव था; चिकित्सालयों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सा औजारों, उपकरणों, यंत्रों एवं उपकरणों को विसंक्रमित एवं जीवाणुरहित करने की विधियां, उबालने और ऑटोक्लेविंग तक ही सीमित थी। बड़ी संख्या में चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रसायनों के द्वारा जीवाणु-नाशन तथा उच्च स्तरीय विसंक्रमण की सुविधा नहीं थी।

अधिकांश चिकित्सालयों तथा सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में हाउसकीपिंग के लिए एस ओ पी उपलब्ध नहीं थीं; आउटसोर्सिंग के बावजूद भी अनेक चिकित्सालयों में साफ-सफाई सेवाओं का स्तर संतोषजनक नहीं था; सभी चिकित्सालयों / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सतह/वायु/हाथ की स्वच्छता से सम्बंधित परीक्षणों के प्रतिवेदन तैयार नहीं किये गये थे, जो चिकित्सालय में सेवा प्रदान करने के स्थानों को पर्याप्त रूप से कीटाणु रहित करने में चिकित्सालय प्रशासन की दूरदर्शिता में कमी का द्योतक था।

लांड़ी सेवाएं भी अपर्याप्त थीं क्योंकि चिकित्सालयों में 13 से 19 प्रकार के लीनेन की कमी/अनुपलब्धता थी; कई चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मैली चादरें न ही दैनिक आधार पर एकत्र की जा रही थीं एवं न ही बदली जा रही थीं; धुलाई करने हेतु वांछित उपकरण देने, मैले लीनेन को ढकी हुई ट्रॉलियों में संग्रह करके उन्हें प्रारंभिक रूप से विसंक्रमित करने, तथा मैले एवं गन्दे लीनेन को अलग-अलग रखने हेतु विभिन्न रंग के थैलों को देने सम्बन्धी अनुबन्ध की शर्तों का अनुपालन, आउटसोर्स सेवा प्रदाताओं ने नहीं किया था जिसके कारण रोगियों में चिकित्सालय जनित संक्रमणों से ग्रसित हो जाने का जोखिम बढ़ा था।

इसके अलावा, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के निस्तारण कार्य का अनुश्रवण बहुत कमजोर था क्योंकि अधिकांश चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड को वांछित वार्षिक रिपोर्ट प्रस्तुत करने की जिम्मेदारी नहीं निभाई थी; 2017-18 के दौरान कम से कम 13 चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अपशिष्ट का दैनिक संग्रह नहीं किया गया था जबकि वर्ष 2013-14 में ऐसे चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या सात थी; सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के साथ-साथ अधिकांश चिकित्सालयों में अपशिष्ट के प्रबन्धन के लिए कर्मचारियों को प्रशिक्षित नहीं किया गया था जिससे उनमें संक्रमण हो जाने का खतरा था; एवं किसी भी चिकित्सालय में एप्लुएंट ट्रीटमेंट प्लांट नहीं था जो अपशिष्ट के खराब निस्तारण से होने वाले जोखिमों को बढ़ाता है।

VUq kd k, j

संक्रमण नियंत्रण प्रबन्धन की संस्कृति को चिकित्सालयों में निम्नलिखित उपायों के द्वारा सन्निहित करना चाहिए— राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानकों का कड़ाई से अनुपालन; कीट/कृतक नियंत्रण एवं विसंक्रमण की प्रक्रियाओं के प्रभावी कार्यान्वयन के साथ-साथ इनका अभिलेखीकरण; चिकित्सालय जनित संक्रमण फैलने से रोकने हेतु स्वच्छ लीनेन की पर्याप्त उपलब्धता; वायु/स्थलीय संक्रमणों के अनुश्रवण हेतु सूक्ष्म जीवविज्ञानी सर्वेक्षण; तथा संक्रामक रोगों के प्रसार को कम करने सम्बन्धी किसी भी सम्भावित बिन्दु को चिन्हित करने हेतु जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबन्धन नियम, 2016 के प्रावधानों के अनुपालन पर सक्रिय निगरानी।

VKS'kfek ÇC@ku

विभाग ने अपनी इसेन्शियल ड्रग लिस्ट (ई डी एल), जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, जिला चिकित्सालयों एवं जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों हेतु क्रमशः 498, 809 एवं 859 प्रकार की औषधियाँ विहित हैं, के अनुसार औषधियों की निर्बाधित आपूर्ति नहीं की थी।

वर्ष 2016-17 एवं 2017-18 में, ई डी एल में विहित औषधियों का एक भाग ही, जिसकी संख्या जिला चिकित्सालयों, जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में क्रमशः 06 से 34 प्रतिशत, 03 से 24 प्रतिशत तथा 07 से 42 प्रतिशत के मध्य थी, क्रय किया गया।

वर्ष 2017-18 में जिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय बलरामपुर और जिला चिकित्सालय गोरखपुर में क्रय की गयी औषधियों में से 50 प्रतिशत से अधिक की औषधियों में कम से कम 30 दिनों का स्टॉक-आउट रहा था। ई डी एल के अनुसार औषधियों की पूरी रेंज क्रय न करने के कारण अन्तःरोगी विभाग, शल्यक्रिया कक्ष, सघन देखभाल इकाई, आकस्मिक तथा प्रसूति सेवाओं की महत्वपूर्ण औषधियाँ चिकित्सालयों में उपलब्ध नहीं थीं।

अग्रेतर, मुख्य चिकित्सा अधिकारियों तथा मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने, न तो ई डी एल के अनुरूप औषधियों की आवश्यकता का ऑकलन किया तथा न ही रोग के प्रकार तथा रोगियों की आवक पर आधारित औषधि सूची तैयार की जिससे क्रय की गयी कुछ चयनित औषधियों के चयन को समर्थित किया जा सके। यद्यपि, उन्होंने औषधियों के क्रय मूल्य की तर्कसंगतता, गुणवत्ता सुनिश्चित किये बिना तथा ऐसी आकस्मिक स्थितियों, जिनके कारण स्थानीय क्रय की आवश्यकता बनी, की न्यायसंगतता को अभिलेखों में लाये बिना, प्रचुर मात्रा में औषधियों का क्रय स्थानीय क्रय के माध्यम से किया।

निविदा आमंत्रण सूचना (एन आई टी) का प्रचार कम किया गया था जिस कारण से वर्ष 2013-18 में ई डी एल की मात्रा 83 (2016-17) से 371 औषधियों (2014-15) के लिए ही दर अनुबंध गठित किये जा सके। निविदा में भाग लेने वाली फर्मों की क्षमता का ऑकलन नहीं किया गया था और न ही निविदा सूचना में फर्मों से आपूर्ति ली जाने वाली औषधियों की मात्रा का उल्लेख किया गया था। इन महत्वपूर्ण मानदण्डों के अभाव में फर्मों की उत्पादन क्षमता का मूल्यांकन नहीं किया गया जिससे कई मामलों में औषधियों की आपूर्ति विलम्बित रही या उनकी आपूर्ति नहीं हो सकी।

विभाग द्वारा असुरक्षित या अप्रभावी उत्पादों को प्रतिबंधित नहीं किया गया जबकि ऐसा किया जाना रोगियों की सुरक्षा के लिए महत्वपूर्ण था। नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में औषधि भंडारण की व्यवस्था में बड़ी विसंगतियाँ थीं। क्रय की गई औषधियों की गुणवत्ता आश्वासन की उपेक्षा की गयी थी क्योंकि नेशनल एक्जिटेशन बोर्ड फार टेस्टिंग एंड कौलिव्रेशन लेबोरेटरी द्वारा जारी गुणवत्ता परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त किये बिना ही बड़ी संख्या में औषधियों की आपूर्ति स्वीकार की गयी थी जबकि औषधि नियंत्रक के माध्यम से औषधि गुणवत्ता की जांच बहुत कम की गयी थी।

समग्रतः, आवश्यक औषधियों के क्रय से सम्बन्धित आपूर्ति प्रक्रियाओं में शिथिलता तथा सुरक्षित एवं प्रभावकारी औषधियों के वितरण में विश्वसनीयता की कमी रही जिससे रोगियों को वित्तीय कठिनाइयाँ हुई तथा स्वास्थ्य प्रणाली पर जनता का विश्वास कम हुआ।

Vuq'ka' k, j

प्रत्येक चिकित्सालय द्वारा औषधियों की, रोग के प्रकार एवं रोगियों की आवक आधारित एक सूची तैयार किया जाना चाहिए जिससे तदनुरूप ई डी एल को अद्यतन किया जा सके तथा आवश्यक औषधियों के स्टॉक-आउट की सम्भावना की स्थिति से बचा जा सके। मूल्यों में सुसंगतता एवं आपूर्ति की गयी औषधियों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए विभाग द्वारा ई डी एल की सभी औषधियों का दर अनुबंध किया जाना चाहिए। रोगियों को औषधि वितरित करने के पूर्व तक, औषधियों की प्रभावोत्पादकता बनाए रखने हेतु औषधि एवं कॉस्मेटिक्स नियमावली 1945 में विहित प्रावधानों के अनुसार इनका भण्डारण सुनिश्चित किया जाना चाहिए। प्रत्येक चिकित्सालय में वार्ड-वार औषधि भंडार पंजिका, औषधियों के दैनिक वितरण के अभिलेख तथा ओ पी डी औषधि पर्ची का सावधानीपूर्वक रखरखाव करके, राज्य सरकार के निःशुल्क औषधि वितरण पहल के प्रभावकारी क्रियान्वयन हेतु आलम्बन प्रदान करना चाहिए।

Hkou vol j'puk

स्वास्थ्य सेवाओं की अवसंरचना में वृद्धि एवं सुधार करके सकारात्मक स्वास्थ्य प्रतिफल प्राप्त करना, निम्न कारणों से बाधित रहा:

- जिला चिकित्सालयों में बेड की 38 प्रतिशत एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की 47 प्रतिशत की कमी के बावजूद राज्य में चिकित्सालय भवनों के निर्माण की गति धीमी थी जिसके कारण 2013-18 के दौरान स्वीकृत किये गये 361 कार्य अभी भी अपूर्ण थे।
- नव-निर्मित चिकित्सालय भवन क्रियाशील नहीं हो पाये। दृष्टान्ततः, नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 पूर्ण कार्यों में से आठ कार्य, मानव संसाधन एवं उपकरणों की कमी के कारण क्रियाशील नहीं हो सके थे जबकि इन भवनों के हस्तांतरण के बाद एक माह से 32 माह का समय बीत चुका था; तथा
- मुख्य चिकित्सा अधिकारियों तथा मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों द्वारा चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के रखरखाव के लिए निर्धारित मानदंडों और इस सम्बन्ध में विहित आवधिकता के साथ रखरखाव की कार्ययोजना न बनाये जाने, वार्षिक रखरखाव के सम्बन्ध में भवन-वार अभिलेख नहीं बनाए जाने एवं भवनों के रखरखाव के मुद्दों के प्रबन्धन पर पर्याप्त नियंत्रण का अभाव होने के कारण, विद्यमान भवनों का रखरखाव खराब था।

Vuq'ka' k, j

भवनों हेतु आवश्यक मानव संसाधन एवं उपकरणों की व्यवस्था नियोजन स्तर पर ही करके, विभाग को प्रत्येक नवनिर्मित चिकित्सालय अथवा उसके परिसर में चिकित्सा सुविधा यथाशीघ्र क्रियाशील करना चाहिए। इसके अतिरिक्त, चिकित्सालयों में अनुकूल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए, चिकित्सालय भवनों के रखरखाव के प्रबंधन का कड़ाई से अनुश्रवण करना चाहिए।

'kkl u dh çrfø; k D; k jgha

शासन ने अपने स्तर पर किए जा रहे प्रयासों के संबंध में सामान्य प्रतिक्रिया देते हुए अनुशासकों पर सहमति व्यक्त की और व्यवस्थाओं में सुधार लाने के लिए आवश्यक कार्यवाही करने का आश्वासन दिया।

v/; k; -1

परिचय

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 rkfydk 1 में प्रदर्शित किया गया है:

rkfydk 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

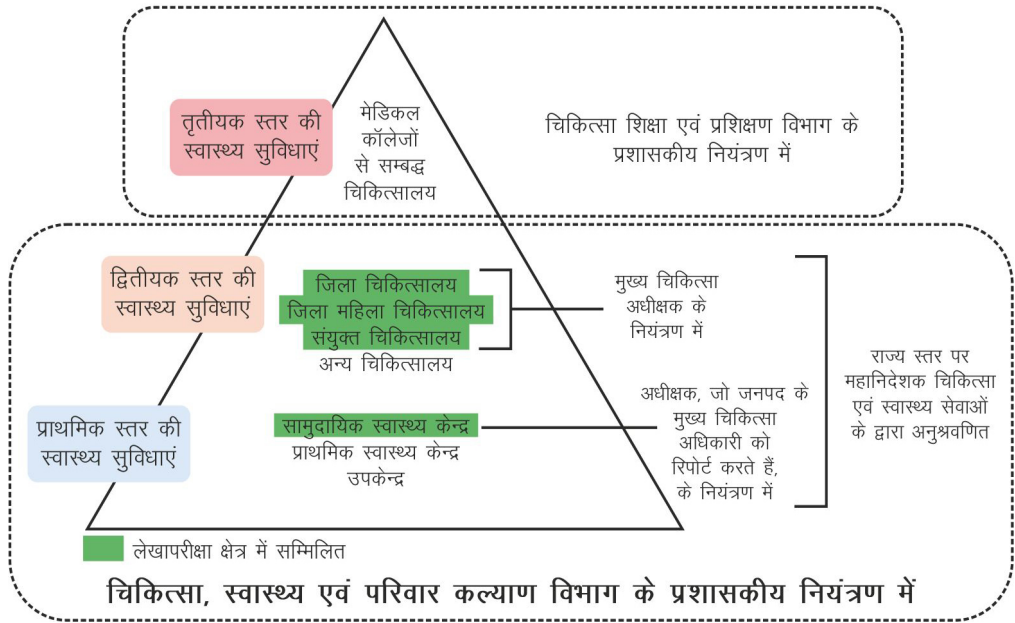
प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराये जाने हेतु, उत्तर प्रदेश में जन-स्वास्थ्य सुविधाओं का ढांचा तीन स्तरों पर संरचित है। तृतीयक

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:

जिसके तहत चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग के प्रशासकीय नियंत्रण में



1-1-1 जिसके तहत चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग के प्रशासकीय नियंत्रण में

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 तहत चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग से सम्बन्धित

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

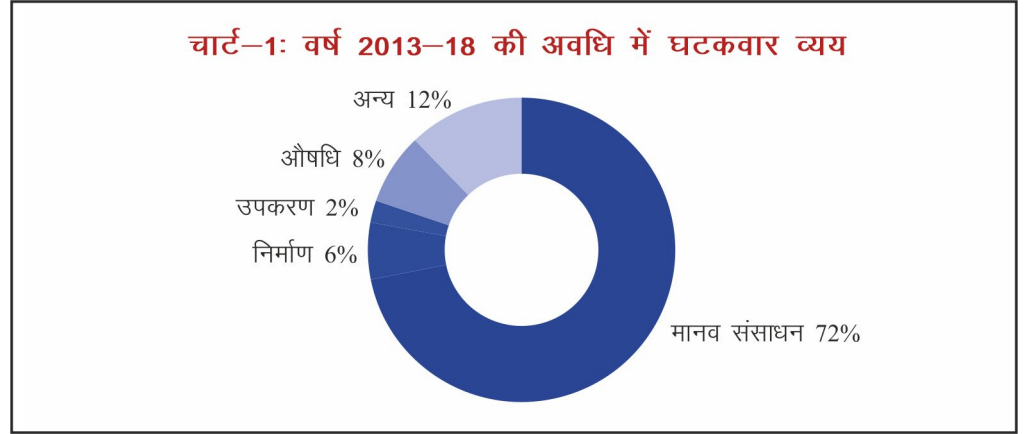
तालिका 2 वर्ष 2013-18 के दौरान चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग से प्राप्त आवंटन एवं व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटन	व्यय	अंतर
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
कुल	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 तालिका 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 य[क्कि जह{क्कि एकि न.म

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 य[क्कि जह{क्कि {क्कि= , 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।

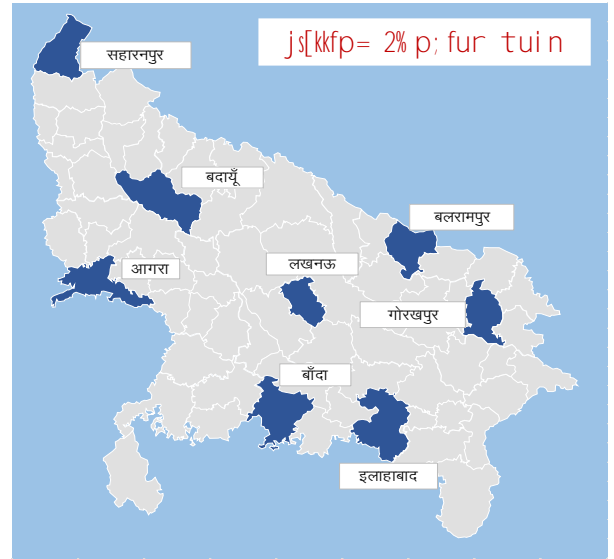
एवं प्रश्नावली, लेखापरीक्षा टिप्पणियाँ जारी करना एवं उत्तर प्राप्त किया जाना समाहित था।

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@l kenkf; d LokLF; dlnka dh l ph

tuin	fpfdRI ky;		l kenkf; d LokLF; dlnz
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	गेंसडी
	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, लाण्ड्री 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 vkhkkj

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 cfrounu 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; LokLF ds fy, uhrxr <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 LokLF, oal d k/kuk 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 rkydk 5 एवं आगामी अध्यायों में विस्तृत रूप में चर्चा की गयी है।

rkydk 5% fpfdRI ky; k@l kepkf; d LokLF; dlnka ea LokLF, oal d k/kuk dk ekudhdj .k

Lok, @ l d k/ku	jkT; l 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 पैथोलॉजी 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 पैथोलॉजी 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 dli mi yC/krk	vUj; 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 रुग्णता 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।

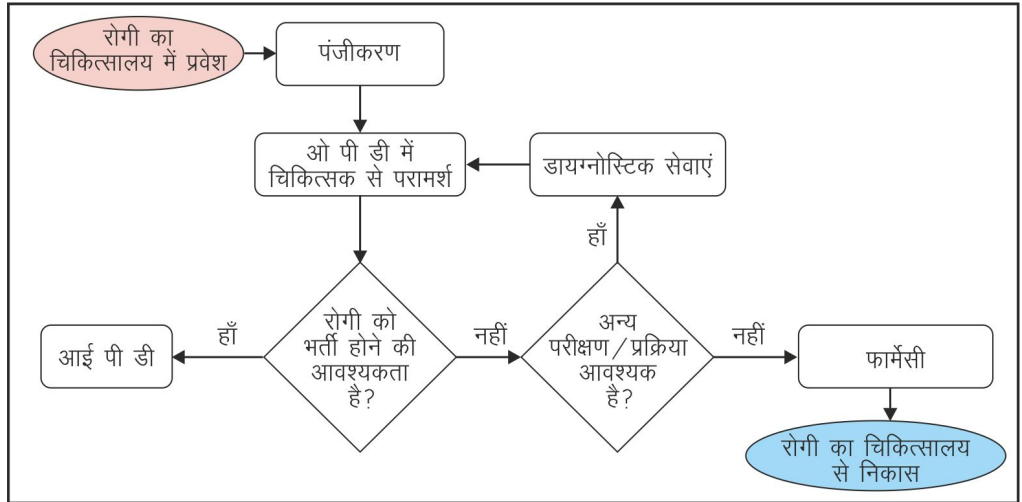
v/; k; -2

वाह्य रोगी सेवाएं

2 वाह्य रोगी सेवाएं

चिकित्सालयों में वाह्य रोगी सेवाओं का लाभ लेने के लिए वाह्य रोगी सर्वप्रथम वाह्य रोगी विभाग (ओ पी डी) में पंजीकरण कराते हैं। पंजीकरण के पश्चात्, सम्बन्धित चिकित्सक रोगियों की जाँच करते हैं तथा परामर्श प्रक्रिया के दौरान साक्ष्य आधारित रोग की पहचान हेतु या तो नैदानिक परीक्षण या औषधि निर्धारित करते हैं।

js[kkfp= 3% oká jkxh | okvka dk çokg



डायग्नोस्टिक सेवाओं, आई पी डी एवं फार्मसी से सम्बन्धित लेखापरीक्षा निष्कर्षों की चर्चा क्रमशः अध्याय 3, 4 एवं 7 में की गयी है। इस अध्याय में ओ पी डी में रोगियों की संख्या, संकेतक प्रणाली, पंजीकरण सुविधाओं, शिकायत निवारण एवं ओ पी डी सुविधाओं के मूल्यांकन पर चर्चा की गयी है।

2-1 vks i h Mh ea jkfx; ka dh | a[; k

नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों¹⁵ में उपचारित वाह्य रोगियों की संख्या rkfydk 6 में प्रदर्शित है:

rkfydk 6% ueuk&tkip grq p; fur fpfdRI ky; ka ea oká jkfx; ka dh | a[; k
(संख्या लाख में)

o"kl	ftyk fpfdRI ky; ka@ l a ðr fpfdRI ky; ka ea oká jkfx; ka dh l a[; k	of) çfr o"kl	ftyk efgyk fpfdRI ky; ka ea oká jkfx; ka dh l a[; k	of) çfr o"kl	l kenkf; d LokLF; dlnka ea oká jkfx; ka dh l a[; k	of) çfr o"kl
2013-14	46.35	—	7.85	—	12.68	—
2014-15	51.83	12%	8.67	10%	13.32	5%
2015-16	55.72	8%	8.98	4%	14.63	10%
2016-17	58.16	4%	9.67	8%	15.82	8%
2017-18	61.79	6%	10.42	8%	16.80	6%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

¹⁵ जिला चिकित्सालय, बदायूँ द्वारा वर्ष 2013-14 की वांछित सूचना उपलब्ध नहीं करायी गयी और संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर वर्ष 2013-14 में स्थापित हुआ था अतः दोनों चिकित्सालयों को तालिका में सम्मिलित नहीं किया गया है।

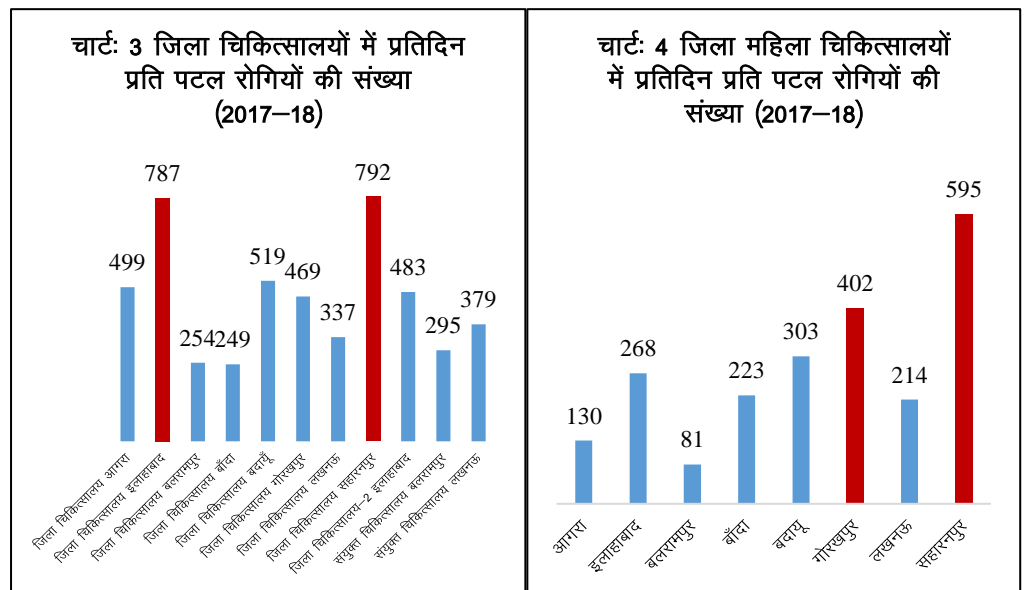
इस प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में वर्ष 2013-14 के सापेक्ष वर्ष 2017-18 में वाह्य रोगियों की संख्या में 33 प्रतिशत की महत्वपूर्ण वृद्धि हुई। अग्रेतर, वर्ष 2013-18 की अवधि में, जिला/संयुक्त चिकित्सालयों की ओ पी डी में उपलब्ध चिकित्सकों की औसत संख्या 22 से बढ़कर 23 हो गयी थी, वहीं आलोच्य अवधि में जिला महिला चिकित्सालय तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ओ पी डी में उपलब्ध चिकित्सकों की संख्या में लगभग कोई वृद्धि नहीं हुयी थी। इस प्रकार, चिकित्सालयों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में वाह्य रोगियों की वृद्धि के सापेक्ष चिकित्सकों की संख्या में आनुपातिक वृद्धि नहीं हुई। परिणामस्वरूप, प्रति चिकित्सक रोगियों की संख्या में वृद्धि हुई तथा प्रति रोगी परामर्श समय में प्रतिकूलतः कमी आयी, जैसा कि प्रस्तर 2.5 में चर्चा की गयी है।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया (मई 2019) कि कम चिकित्सकों द्वारा व्यवसाय के रूप में सरकारी सेवा का चयन किए जाने के कारण स्वीकृत पदों के सापेक्ष अधिकांश पद रिक्त हैं, यद्यपि इस परिस्थिति से निपटने के लिए प्रवेश साक्षात्कार, पुनर्नियोजन, आन काल परामर्श एवं चिकित्सकों की अधिवर्षता आयु में वृद्धि जैसे उपाय किए गए हैं।

शासन के उत्तर से यह स्पष्ट है कि इस परिस्थिति में सुधार हेतु, किए गये प्रयासों के बाद भी रोगियों की बढ़ती मांग व्यवस्था पर भारी दबाव बनाएगी जिसके कारण रोगी की सुरक्षा और देखभाल की गुणवत्ता प्रभावित होगी। अतः चिकित्सकों की कमी को दूर करने एवं उनको व्यवस्था में बनाए रखने हेतु स्थायी आधार व अपेक्षाकृत दीर्घकालिक उपायों की आवश्यकता है।

2.2 ओ पी डी में पंजीकरण सुविधा

पंजीकरण पटल, रोगियों का चिकित्सालय से सम्पर्क का प्रथम बिन्दु है। यह रोगियों एवं उनके सहायक हेतु चिकित्सालय के अनुभव का एक महत्वपूर्ण घटक है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2017-18 में चयनित चिकित्सालयों के पंजीकरण पटल पर प्रतिदिन रोगियों की औसत संख्या चार्ट 3 एवं 4 के अनुसार थी:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

इस प्रकार, वर्ष 2017-18 की अवधि में चयनित 11 जिला/संयुक्त चिकित्सालयों के पंजीकरण पटल पर प्रतिदिन औसत रोगियों की संख्या (460) की तुलना में, जिला चिकित्सालय, सहारनपुर (792) एवं इलाहाबाद (787) में रोगियों की संख्या अधिक थी।

इसी प्रकार, नमूना-जाँच किए गए 8 जिला महिला चिकित्सालयों की प्रतिदिन औसत रोगी संख्या (277) की तुलना में, जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर (595) एवं गोरखपुर (402) में रोगियों की संख्या अधिक थी। अग्रेतर, जाँच किए गये 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के पंजीकरण पटल पर प्रतिदिन रोगियों की औसत संख्या 87 से 428 के मध्य थी। इलाहाबाद के

I dkjRed igy

प्रत्येक चिकित्सालय में उचित संकेतक प्रणाली की आवश्यकता है जिससे रोगी व उसके अटेन्डेंट बिना किसी समस्या के चिकित्सालय परिसर में एक भाग से दूसरे भाग में जा सकें। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित सभी चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ओ पी डी समय/कार्य-अवधि एवं अन्य सेवाओं के सम्बन्ध में संकेतक प्रणाली उपलब्ध थी। साथ ही, सभी चयनित चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पीने योग्य पानी एवं विद्युत की सुविधा उपलब्ध थी।

बहरिया, हण्डिया एवं मेजा, बदायूँ के सहसवान, गोरखपुर के पिपराईच, लखनऊ के माल एवं गोसाईगंज तथा सहारनपुर के देवबन्द सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के पंजीकरण पटल पर प्रतिदिन रोगियों की संख्या औसत से अधिक थी। चिकित्सालयों के पंजीकरण पटलों पर रोगियों की संख्या अधिक होने के कारण लम्बी कतारें देखी गईं।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रतीक्षा समय को कम करने के लिए पंजीकरण पटलों की संख्या में वृद्धि की जायेगी।

2-3 vks i h Mh ea vU; emyHkir I fo/kk, a

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 41 चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के ओ पी डी परिसर में बैठने की उपयुक्त सुविधा एवं शौचालय जैसी मूलभूत सुविधाओं में निम्नलिखित कमियाँ पायी गयीं जैसा कि rkfydk 7 में प्रदर्शित है:

rkfydk 7% vks i h Mh i f j l j ea emyHkir I fo/kk vka dh vuq yC/krk

I fo/kk, a	fpfdRI ky; ftues emyHkir I fo/kk, a mi yC/k ugha Fkha
बैठने की उपयुक्त सुविधा	जिला चिकित्सालय सहारनपुर, जिला महिला चिकित्सालय, सहारनपुर, बाँदा में कमासिन व नरैनी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
शौचालय	जिला चिकित्सालय सहारनपुर एवं जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर
पुरुष एवं महिला के लिए पृथक शौचालय	जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय, बलरामपुर, बदायूँ, सहारनपुर, जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, पचपेड़वा एवं गँसडी (बलरामपुर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, आसफपुर, सहसवान व समरेर (बदायूँ)

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि सभी चिकित्सालयों में बुनियादी सुविधाओं के प्रावधान हेतु, निर्देश निर्गत किए गये थे। यद्यपि तथ्य यह है कि चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में संतोषजनक स्तर की मूलभूत सुविधाओं को तत्काल सुनिश्चित किया जाना अपेक्षित है।

2-4 jksxh ds vf/kdkj , oa f' kdk; rka dk fuokj .k

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गाईड बुक के अनुसार रोगियों की सुविधा के लिए उनको प्राप्त अधिकारों को अवगत कराने वाले सिटीजन चार्टर को चिकित्सालयों के उपयुक्त स्थानों पर प्रदर्शित किया जाना आवश्यक है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि

नमूना-जाँच किए गए सभी चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सिटीजन चार्टर को प्रदर्शित किया गया था।

अग्रेतर, रोगियों की शिकायतों के प्रभावी निराकरण के लिए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गार्ड बुक में शिकायतों की प्राप्ति, शिकायतों के पंजीकरण एवं प्रथम आगत-प्रथम स्वागत के आधार पर शिकायतों के निराकरण की प्रणाली की परिकल्पना की गयी है तथा, वरिष्ठ अधिकारियों द्वारा एक पंजिका में प्राप्त शिकायतों के सापेक्ष कृत कार्यवाही की प्रविष्टि, निवारण की व्यवस्था का आवधिक अनुश्रवण एवं अनुवर्ती कार्यवाही किया जाना आवश्यक है।

तथापि, वर्ष 2017-18 की अवधि में, मात्र जिला चिकित्सालय, आगरा व संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में शिकायत निवारण के अभिलेख बनाए गये थे। इस प्रकार आवश्यक अभिलेखों के अभाव में, रोगियों की शिकायतों का चिकित्सालय द्वारा उचित निवारण किया गया अथवा नहीं, लेखापरीक्षा में सत्यापित नहीं किया जा सका।

शासन ने उत्तर में अवगत कराया कि विभाग द्वारा निर्दिष्ट संयुक्त निदेशक स्तर के एक अधिकारी द्वारा उन्हें प्रदत्त चिकित्सालय के परिचालन एवं उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाओं पर फीडबैक प्राप्त करने हेतु माह में एक बार भ्रमण किया जाता है तथा इस आशय हेतु निर्मित पोर्टल पर प्रतिवेदन उपलब्ध कराया जाता है। इस प्रकार प्राप्त किये गये प्रतिवेदनों की समीक्षा स्वास्थ्य मंत्री उत्तर प्रदेश शासन सहित उच्च पदस्थ भागीदारों द्वारा सामान्यतः मासिक आधार पर की जाती है। यह भी अवगत कराया गया कि सेवाओं में किसी प्रकार की कमी को दूर करने के आशय से विभाग द्वारा एक टोल फ्री नम्बर 1800-180-5145 का संचालन भी किया जा रहा है।

तथापि, चिकित्सालयों में मरीजों की शिकायतों का निवारण किया गया, इस तथ्य को सुनिश्चित करने के लिए, जिला चिकित्सालय आगरा एवं संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ के अतिरिक्त, अन्य चयनित चिकित्सालयों में कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं था। इस सन्दर्भ में, शासन द्वारा समापन गोष्ठी में उत्तर दिया गया कि शिकायत निवारण हेतु आवश्यक अभिलेख बनाये जाने के लिए चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को निर्देश निर्गत किये जायेंगे।

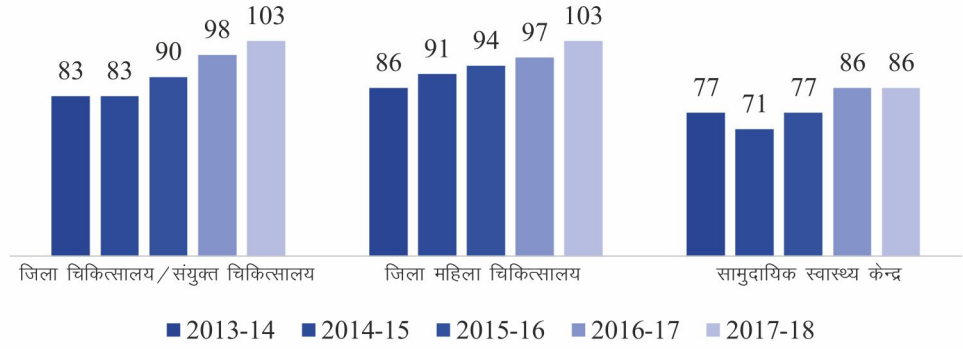
2-5 चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में निम्नलिखित प्रतिफल संकेतकों का उपयोग करते हुए वाह्य रोगी सेवाओं का मूल्यांकन किया गया है:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गार्डबुक में गुणवत्ता आश्वासन के लिए ओ पी डी सेवाओं के मूल्यांकन हेतु कतिपय प्रतिफल संकेतक निश्चित किए गये हैं। लेखापरीक्षा में चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में निम्नलिखित प्रतिफल संकेतकों का उपयोग करते हुए वाह्य रोगी सेवाओं का मूल्यांकन किया गया है:

2-5-1 चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रति चिकित्सक ओ पी डी रोगियों की संख्या एक संकेतक है।

किसी चिकित्सालय में ओ पी डी सेवाओं की दक्षता मापने के लिए प्रति चिकित्सक ओ पी डी रोगियों की संख्या एक संकेतक है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2013-18 की अवधि में, ओ पी डी रोगियों की संख्या में पर्याप्त वृद्धि के कारण, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रति चिकित्सक ओ पी डी रोगियों की संख्या में महत्वपूर्ण वृद्धि हुई, जैसा कि निम्नवत् पृष्ठ 5 में उल्लिखित है:

चार्ट 5: प्रति चिकित्सक प्रतिदिन ओ पी डी रोगियों की औसत संख्या



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

इस प्रकार, वर्ष 2013-18 की अवधि में प्रति चिकित्सक प्रतिदिन ओ पी डी रोगियों की औसत संख्या में, नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला/संयुक्त चिकित्सालयों में 24 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालयों में 20 प्रतिशत तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 प्रतिशत की वृद्धि हुई। प्रति रोगी कम परामर्श समय दिया जाना इस तथ्य का प्रमाण है कि रोगियों का परीक्षण पर्याप्त नहीं था जो कि ओ पी डी में चिकित्सकीय देखभाल को मापने का एक संकेतक है।

2-5-2 चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों¹⁶ में वर्ष 2013-18 की अवधि में रोगियों को दिया गया औसत परामर्श समय का विवरण तालिका 8 में प्रदर्शित है:

तालिका 8: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में

वर्ष	2013-18 की अवधि में		
	जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय	जिला महिला चिकित्सालय	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
2 मिनट का समय	30.0 (11%)	5.6 (12%)	3.7 (05%)
2.1 से 5 मिनट	203.8 (75%)	26.0 (57%)	33.0 (45%)
5.1 से 10 मिनट	27.2	12.3	29.1
10 मिनट से अधिक	9.3	1.7	7.5

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

उपरोक्त से स्पष्ट है कि नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला/संयुक्त चिकित्सालयों में 86 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालय में 69 प्रतिशत एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 50 प्रतिशत रोगियों को पाँच मिनट से कम का परामर्श समय दिया गया।

शासन द्वारा उत्तर में लेखापरीक्षा के निष्कर्षों को स्वीकार किया गया और बताया गया कि विशेषज्ञ चिकित्सकों की पर्याप्त कमी के कारण ओ पी डी में रोगी को पाँच मिनट से कम समय दिया गया। यह भी अवगत कराया गया कि प्रत्येक चिकित्सक द्वारा आने वाले रोगियों को प्रभावी एवं कुशल स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने का यथासम्भव प्रयत्न किया जाता है।

¹⁶ संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर का संचालन दिसम्बर 2014 में प्रारंभ होने के कारण इस चिकित्सालय के वर्ष 2013-14 के ओ पी डी आकड़ों तथा ओ पी डी हेतु औसत चिकित्सकों की संख्या उपलब्ध न होने के कारण तथा जिला चिकित्सालय आगरा व बदायूँ के वर्ष 2013-15 के ओ पी डी आकड़ों के अतिरिक्त।

¹⁷ किसी चिकित्सक के किसी एक वर्ष में अनवरत 308 कार्यदिवसों में नियमित 6 घण्टे ओ पी डी में बैठने की दशा में।

तथ्य यह है कि चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की ओ पी डी में पाँच मिनट से कम दिया गया परामर्श समय अपर्याप्त निदान/जाँच तथा असंतोषजनक चिकित्सकीय देखभाल का परिचायक था।

2-5-3 ओ पी डी में परामर्श समय

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एसेसर की गार्डबुक के अनुसार, चिकित्सालयों में ओ पी डी रोगियों का संतुष्टि सर्वे मासिक आधार पर सम्पादित किया जाना चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि मात्र जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा में वर्ष 2016-18 की अवधि में ओ पी डी रोगियों का संतुष्टि सर्वे सम्पादित किया गया था। इस प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित अन्य चिकित्सालयों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के निर्देश का अनुपालन नहीं किया गया एवं सम्बन्धित चिकित्सालय की ओ पी डी सेवाओं के सम्बन्ध में रोगियों के विचार नहीं प्राप्त किये जा सके।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि कुछ चिकित्सालयों में ओ पी डी सेवाओं के सापेक्ष संतुष्टि सर्वेक्षण किया गया है। विभाग द्वारा नियमित आधार पर सर्वे कार्य कराये जाने की योजना बनायी जाएगी।

चयनित जिला चिकित्सालयों में ओ पी डी में रोगियों की संख्या में वृद्धि के सापेक्ष चिकित्सकों की संख्या में तुलनात्मक वृद्धि नहीं हुयी थी, परिणामतः ओ पी डी में प्रति चिकित्सक रोगियों की संख्या अधिक थी। फलस्वरूप, चिकित्सालय के ओ पी डी में अधिकतर रोगियों को पाँच मिनट से कम परामर्श समय प्राप्त हुआ। समुचित शिकायत निवारण तंत्र एवं रोगी संतुष्टि सर्वे के अभाव में स्थिति और गम्भीर थी जो ओ पी डी में अपर्याप्त चिकित्सकीय देखभाल के साथ सुधार की क्षीण सम्भावना को भी प्रदर्शित करता है।

v/; k; -3

नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं

3 नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं

रोग की सटीक पहचान के आधार पर जनता को गुणवत्तापरक उपचार प्रदान करने के लिए रेडियोलॉजी एवं पैथालॉजी की कुशल और प्रभावी डायग्नोस्टिक सेवाएं सर्वाधिक आवश्यक स्वास्थ्य सुविधाओं में से एक हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों¹⁸ और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक उपकरणों एवं कुशल मानवशक्ति के अभाव में कई महत्वपूर्ण रेडियोलॉजी एवं पैथालॉजी जाँचें नहीं की गयीं। महत्वपूर्ण लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर आगामी प्रस्तारों में चर्चा की गयी है:

3-1 j fM; ksykllth l ok, a

रोग प्रबन्धन में रेडियोलॉजी की भूमिका, रोगों की पहचान करने, स्तर परखने एवं उपचार के लिए अत्यन्त महत्वपूर्ण है। गुणवत्तापरक रेडियोलॉजी सेवाएं प्रदान करने के लिए क्रियाशील रेडियोलॉजी उपकरणों, कुशल मानव संसाधन व कंज्यूमेबिल्स की पर्याप्त उपलब्धता आवश्यक है।

I dkj kRed i gyll
 जिला चिकित्सालय गोरखपुर
 एवं लखनऊ में सभी प्रकार की
 रेडियोलॉजी सेवाएं उपलब्ध थीं।

3-1-1 j fM; ksykllth l okvka dh mi yC/krk

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) 2012 के अनुसार चिकित्सालयों के लिए (एक्स-रे, अल्ट्रासोनोग्राफी एवं सी टी स्कैन¹⁹) और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए (एक्स-रे एवं अल्ट्रासोनोग्राफी) नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं निर्धारित की गयी हैं। विभाग द्वारा (जनवरी 2014 और सितम्बर 2015) चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एक्स-रे व अल्ट्रासोनोग्राफी (यू एस जी) की सुविधाएं निःशुल्क प्रदान किए जाने का निर्णय किया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2013-18 की अवधि में, जिला चिकित्सालय गोरखपुर एवं लखनऊ के अतिरिक्त, निर्धारित रेडियोलॉजी सेवाओं की पूरी श्रृंखला किसी भी चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपलब्ध नहीं थी। रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता की स्थिति rkfydk 9 में प्रदर्शित है।

rkfydk 9% fofHkuu cdkj dh j fM; ksykllth l okvka dh mi yC/krk

j fM; ksykllth l ok, a	ftyk fpdRI ky; ka @l a Dr fpdRI ky; ka dh l a[; k		ftyk efgyk fpdRI ky; ka dh l a[; k		l kenkf; d LokLF; dlnka dh l a[; k	
	vi f{kr l ok, a	mi yC/k l ok, a	vi f{kr l ok, a	mi yC/k l ok, a	vi f{kr l ok, a	mi yC/k l ok, a
एक्स-रे	11	11	08	02	22	14
डेन्टल एक्स-रे	11	04	08	00	22	01
अल्ट्रासोनोग्राफी	11	10	08	05	22	04
सी टी स्कैन	08	04	05	00	00	00

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

¹⁸ जिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय।

¹⁹ 100 से अधिक बेड क्षमता वाले चिकित्सालयों के लिए अपेक्षित।

अतः आगरा एवं लखनऊ के अतिरिक्त अन्य किसी जिला महिला चिकित्सालय में एक्स-रे सुविधा एवं अधिकांश सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अल्ट्रासोनोग्राफी की सुविधा उपलब्ध नहीं थी। इसी प्रकार, सी टी स्कैन की सुविधा 13 पात्र चिकित्सालयों²⁰ के सापेक्ष मात्र 4 चिकित्सालयों में उपलब्ध थी। इसके विश्लेषण में यह भी पाया गया कि यदि सम्बन्धित जिला महिला चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक एक्स-रे मशीनें उपलब्ध करायी गयीं होती तो वर्ष 2013-18 की अवधि में लगभग 2.50 लाख अन्तः रोगियों एवं बाह्य रोगियों²¹ को एक्स-रे की सुविधा उपलब्ध हुई होती।

उपर्युक्त चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रेडियोलॉजी सेवाओं की प्रतिकूल स्थिति का मुख्य कारण, आवश्यक रेडियोलॉजी उपकरणों और/या कुशल मानव संसाधनों की अनुपलब्धता थी, जैसा कि निम्नवत् rkfydk 10 में उद्धृत है:

rkfydk 10% jfM; ksykltt h l okvka dh vuq yC/krk ds dkj .k

jfM; ksykltt h l ok, a	fpfdRI ky; dk çdkj	l okvka es deh okys fpfdRI ky; k@ l kenkf; d LokLF; dltkka dh l a[; k		
		fpfdRI ky; dh l a[; k	mi dj .k dh vuq yC/krk	rduhf k; u dh vuq yC/krk
एक्स-रे	जिला महिला चिकित्सालय	06	06	00
	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	08	08	00
डेंटल एक्स-रे	जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय	07	07	00
	जिला महिला चिकित्सालय	08	08	00
	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	21	21	00
अल्ट्रासोनोग्राफी	जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय	01	01	00
	जिला महिला चिकित्सालय	03	02	01
	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	18	18	00
सी टी स्कैन	जिला चिकित्सालय	04	02	02
	जिला महिला चिकित्सालय	05	05	00

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

जिला चिकित्सालय, बाँदा एवं सहारनपुर में सी टी स्कैन मशीन और जिला महिला चिकित्सालय बाँदा में अल्ट्रासोनोग्राफी मशीन तकनीशियन के अभाव में अक्रियाशील थी।

अग्रेतर, आई पी एच एस द्वारा विभिन्न रेडियोजाली जाँचों हेतु अलग-अलग बेधन एवं विकिरण स्तरों²² की दो या तीन प्रकार की एक्स-रे मशीनों की आवश्यकता निर्धारित की गयी है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एक्स-रे सुविधा युक्त 13 चिकित्सालयों में से मात्र जिला चिकित्सालयों आगरा, बलरामपुर, गोरखपुर व जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद में ही सभी निर्धारित एक्स-रे मशीनें उपलब्ध थीं।

साथ ही, चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध रेडियोलॉजी उपकरणों में से 15 उपकरण, मरम्मत, मानव-शक्ति व सहायक उपकरण के अभाव में

²⁰ जिला चिकित्सालय आगरा, गोरखपुर, लखनऊ एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद।

²¹ चयनित 13 चिकित्सालयों एवं 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एक्स-रे सुविधा पाने वाले रोगियों की आनुपातिक संख्या पर आधारित।

²² 200 से अधिक बेड क्षमता के चिकित्सालयों हेतु, 100 एम ए एक्स-रे मशीन, 300 एम ए एक्स-रे मशीन एवं 500 एम ए एक्स-रे मशीन, 200 बेड क्षमता से कम के चिकित्सालयों हेतु, 100 एम ए एक्स-रे मशीन व 300 एम ए एक्स-रे मशीन।

अप्रयुक्त थे (ifff'k"V&3)। एक्स-रे उपकरणों की पूरी श्रृंखला की अनुपलब्धता और उपलब्ध रेडियोलॉजी उपकरणों की अक्रियाशीलता के कारण विभिन्न प्रकार के चिकित्सालयों में प्रदान की जाने वाली देखभाल के स्तर की दक्षता और उपयुक्तता प्रभावित हुयी थी।

शासन द्वारा उत्तर में बताया गया (मई 2019) कि रेडियोलाजी सेवाएं सुनिश्चित किए जाने हेतु, राज्य योजना के साथ-साथ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अर्न्तगत प्रयास किए गये हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अर्न्तगत बायो-मेडिकल उपकरणों का रख-रखाव आउटसोर्स किया गया था तथा जिला चिकित्सालय सहारनपुर एवं बाँदा में सी टी स्कैन मशीनें क्रियाशील की जायेंगी।

सरकार द्वारा किए गये उपायों के बाद भी तथ्य यह है कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, रेडियोलाजी सेवाओं यथा एक्स-रे, अल्ट्रासोनोग्राफी इत्यादि के मूलभूत प्रावधानों में गम्भीर कमी के कारण रोगियों को साक्ष्य आधारित उपचार सुविधाएं एवं गुणवत्तापरक देखभाल सीमित रूप में उपलब्ध हुई थीं।

3-1-2 j fM; ksykkt h e' khuka grq , bl vkj ch dh vuqkflr

परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम 2004 के अनुसार, एक्स-रे एवं सीटी स्कैन इकाई की स्थापना के लिए परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (ए ई आर बी) से अनुज्ञप्ति प्राप्त किया जाना आवश्यक है।

उक्त नियमों के प्रावधानों के विपरीत, 13 में से 09 चिकित्सालयों में जहाँ एक्स-रे और/या सी टी स्कैन सुविधाएँ उपलब्ध थीं, और 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों जहाँ एक्स-रे सेवाएं प्रदान की जा रही थीं, ए ई आर बी से अपेक्षित अनुज्ञप्ति नहीं प्राप्त की गयी थी।

शासन द्वारा अवगत कराया गया कि सम्बन्धित चयनित चिकित्सालयों में अनुज्ञप्ति प्राप्त किए जाने की कार्यवाही प्रक्रियाधीन थी परन्तु नियमों का अनुपालन न किए जाने का कारण स्पष्ट नहीं किया गया जिसके कारण, अतिरिक्त विकिरण के सम्भावित जोखिम के साथ-साथ रोगियों एवं कर्मचारियों की सुरक्षा को खतरा निहित था।

3-2 i Fkkykkt h l ok, a

किसी भी चिकित्सालय की पैथालॉजी सेवाएं जन सामान्य को साक्ष्य आधारित स्वास्थ्य देखभाल सुविधा प्रदान किए जाने हेतु आधारभूत आवश्यकता है। रेडियोलॉजी सेवाओं की भांति, चिकित्सालयों की प्रयोगशालाओं के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण पैथालॉजी सेवाएं उपलब्ध कराये जाने के लिए, आवश्यक उपकरण, अभिकर्मक एवं मानव संसाधन की उपलब्धता मुख्य अंग हैं। सम्बन्धित लेखापरीक्षा निष्कर्षों की आगामी प्रस्तारों में चर्चा की गयी है:

3-2-1 i Fkkykkt h l okvka ds fy, l lFkkr 0; oLFkk

अक्टूबर 2015 तक पैथालॉजी सेवाएं चिकित्सालयों के साथ-साथ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की प्रयोगशालाओं के माध्यम से प्रदान की गयीं। चिकित्सालयों में सुविधाएं उपलब्ध नहीं होने के कारण, विभाग द्वारा (नवम्बर 2015), चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, उच्च स्तर की डायग्नोस्टिक सेवाओं की पूर्ण श्रृंखला उपलब्ध कराने के लिए, निजी सेवा प्रदाताओं की सेवाएं ली जानी प्रारम्भ की गयीं। इस व्यवस्था के अधीन, नवम्बर 2015 से अक्टूबर 2016 की अवधि में, 52 चिकित्सालयों

में कतिपय उच्च-स्तरीय पैथालॉजिकल सेवाओं को आउटसोर्स²³ किया गया। अग्रेतर, फरवरी 2017 में, 95 चिकित्सालयों एवं 822 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में तीन वर्ष के लिए पैथालॉजी सेवाएं आउटसोर्स²⁴ की गयीं।

3-2-2 i Fkkykllth l okvka dh mi yC/krk

आई पी एच एस द्वारा जिला स्तरीय चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में परीक्षण किए जाने हेतु पाँच श्रेणियों के अन्तर्गत 29 से 70 प्रकार की पैथालॉजी जाँचें यथा—क्लीनिकल पैथालॉजी (18 से 29 परीक्षण), पैथालॉजी (01 से 08 परीक्षण), माइक्रोबायलॉजी (02 से 07 परीक्षण), सेरोलॉजी (03 से 07 परीक्षण) और बायोकेमिस्ट्री (05 से 19 परीक्षण) निर्धारित की गयी हैं।

अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित किसी भी चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में वांछित पैथालॉजिकल जाँचों की पुरी श्रृंखला उपलब्ध नहीं थी। चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जाँच सुविधा की उपलब्धता की स्थिति rkydk 11 में संक्षेपित है:

rkydk 11% epl 2018 rd i Fkkykllth l okvka dh mi yC/krk

i Fkkykllth l okvka ds çdkj %tkpka dh l a[; k½	mi yC/k i jh Jafkyk okys fpfdRI ky; ka dh l a[; k	deh okys fpfdRI ky; %çfr'kr e½					100
		1 l s	26 l s	51 l s	76 l s		
f tyk@l a Dr fpfdRI ky;							
क्लीनिकल पैथालॉजी (24 से 29)	00	05	04	02	00	00	
पैथालॉजी (01 से 08)	02	01	00	02	02	04	
माइक्रोबायलॉजी (04 से 07)	00	01	02	03	00	05	
सेरोलॉजी (04 से 07)	02	02	05	02	00	00	
बायोकेमिस्ट्री (06 से 19)	00	04	05	02	00	00	
f tyk efgyk fpfdRI ky;							
क्लीनिकल पैथालॉजी (24 से 29)	00	00	06	02	00	00	
पैथालॉजी (01 से 08)	00	00	00	02	01	05	
माइक्रोबायलॉजी (04 से 07)	00	00	00	01	01	06	
सेरोलॉजी (04 से 07)	02	01	04	01	00	00	
बायोकेमिस्ट्री (06 से 19)	00	00	05	02	01	00	
l kepkf; d LokLF; dlnz							
क्लीनिकल पैथालॉजी (18)	00	00	12	09	01	00	
पैथालॉजी (01)	08	00	00	00	00	14	
माइक्रोबायलॉजी (02)	03	00	19	00	00	00	
सेरोलॉजी (03)	16	00	04	01	00	01	
बायोकेमिस्ट्री (05)	01	01	01	01	15	03	

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

उपर्युक्त rkydk 11 से स्पष्ट है कि नमूना-जाँच हेतु चयनित प्रत्येक चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में एक या अधिक उपवर्गों में जाँच की सुविधा का आभाव था। अग्रेतर, 11 और 09 चिकित्सालयों में क्रमशः माइक्रोबायलॉजी और पैथालॉजी उपवर्ग की वांछित जाँच में से कोई भी जाँच नहीं की जा रही थी।

इस प्रकार, निजी सेवा प्रदाताओं को योजित करने के बाद भी, आई पी एच एस में निर्धारित पैथालॉजी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, जिससे जन सामान्य को साक्ष्य आधारित

²³ उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना के अन्तर्गत।

²⁴ निजी सेवा प्रदाता द्वारा वर्ष 2017-18 की अवधि में 822 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सापेक्ष मात्र 210 केन्द्रों में सुविधाएं उपलब्ध करायी गयीं और किसी भी चिन्हित चिकित्सालय में सेवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।

स्वास्थ्य सुविधा का लाभ नहीं प्राप्त हुआ। चयनित चिकित्सालयों में आवश्यक उपकरणों की अनुपलब्धता और कुशल मानव संसाधन की कम तैनाती के कारण अपेक्षित स्तर की जाँच सुविधाएँ नहीं प्राप्त हुईं।

शासन ने उत्तर में अवगत कराया कि चिकित्सालयों में सभी प्रकार की पैथालॉजी सेवाएं सुनिश्चित किए जाने हेतु प्रयास किए गये थे और चिकित्सालयों की स्थानिक प्रयोगशालाओं को भी सुदृढ़ किया जा रहा था।

इसके बावजूद, वर्ष 2013–18 की अवधि में विशेषतया उन रोगों के सम्बन्ध में जिनमें क्लीनिकल, सेरोलॉजी व बायोकेमिस्ट्री की जाँचों की आवश्यकता थी, साक्ष्य आधारित उपचार का प्रयोजन पूर्ण नहीं हुआ।

3-2-3 *eko l d k/ku & mi dj .k o ekuo l d k/ku*

mi dj .k% आई पी एच एस द्वारा चिकित्सालयों²⁵ के लिए उनकी बेड क्षमता के अनुसार 21 से 51 प्रकार के पैथालॉजी उपकरण निर्धारित किए गये हैं। इसके अतिरिक्त, विभाग द्वारा प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के लिए 06 प्रकार के उपकरण निर्धारित किए गये हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित चिकित्सालयों (कमी: 19 से 77 प्रतिशत) और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (कमी: 17 से 83 प्रतिशत) में निर्धारित पैथालॉजी उपकरणों की पूरी श्रृंखला उपलब्ध नहीं थी। उपकरणों की संख्या में 60 प्रतिशत से अधिक की कमी जिला चिकित्सालय आगरा, बलरामपुर, बाँदा, बदायूँ, लखनऊ, सहारनपुर, जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद एवं जिला महिला चिकित्सालय आगरा, बाँदा एवं लखनऊ में पायी गयी। इसी प्रकार, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नागल, सहारनपुर (100 प्रतिशत), बरोली अहीर, आगरा (83 प्रतिशत) आसफपुर, बदायूँ (67 प्रतिशत) और कैम्पियरगंज, गोरखपुर (67 प्रतिशत) में उपकरणों की भारी कमी पायी गयी।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि 05 चयनित चिकित्सालयों में, 09 पैथालॉजी उपकरण, मरम्मत (06 उपकरण) और अभिकर्मकों (03 हेमेटालॉजी विश्लेषक) के अभाव में, 12 से 30 महीनों की अवधि से अप्रयुक्त पड़े हुए थे। इस कारण, चिकित्सालयों में क्रियाशील उपकरणों की संख्या में कमी और बढ़ गयी (*ifj'k"V&4*)।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि विभाग द्वारा चिकित्सालयों की पैथालॉजी सेवाओं की क्षमता सुदृढ़ की गयी थी एवं इस हेतु बजट आवंटन किया गया था। तथ्य यह था कि चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में निर्धारित पैथालॉजिकल उपकरण उपलब्ध नहीं थे जिसके कारण इन चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रोगियों को प्रदान की गयी देख-भाल की गुणवत्ता प्रभावित हुई।

eko l d k/ku% लैब तकनीशियन (एल टी) चिकित्सालयों की प्रयोगशालाओं में नमूने लेने एवं रोग सम्बन्धी सभी निर्धारित पैथालॉजिकल जाँच करने के लिए उत्तरदायी हैं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 19 चिकित्सालयों में से 10 चिकित्सालयों में एलटी संवर्ग में कोई कमी नहीं थी, यद्यपि 5 चिकित्सालयों²⁶ में एलटी संवर्ग में स्वीकृत पदों के सापेक्ष 11 से 43 प्रतिशत के मध्य कमी थी। अवशेष 04 चिकित्सालयों²⁷ में स्वीकृत संख्या से अधिक लैब तकनीशियन तैनात थे।

²⁵ विभाग द्वारा जिला चिकित्सालयों के लिए कोई मानक निर्धारित नहीं किए गये हैं।

²⁶ जिला चिकित्सालय, आगरा (43 प्रतिशत), जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद (11 प्रतिशत), जिला चिकित्सालय, बाँदा (25 प्रतिशत) जिला चिकित्सालय लखनऊ (11 प्रतिशत) एवं जिला चिकित्सालय सहारनपुर (40 प्रतिशत)

²⁷ जिला चिकित्सालय बदायूँ, गोरखपुर, जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ व संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ।

आई पी एच एस मानकों से तुलना किए जाने पर पाया गया कि, 15 चयनित चिकित्सालयों में लैब तकनीशियनों की संख्या में कमी 11 से 89 प्रतिशत के मध्य थी जबकि शेष 04 चिकित्सालयों²⁸ में लैब तकनीशियनों की तैनाती अधिक थी।

इसी प्रकार, 22 चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 03 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में²⁹ किसी लैब तकनीशियन की तैनाती नहीं थी। 18 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लैब तकनीशियन की तैनाती स्वीकृत संख्या के अनुसार थी, एवं गोसाईगंज सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, लखनऊ में दो स्वीकृत पदों के सापेक्ष एक लैब तकनीशियन की तैनाती थी। इसके अतिरिक्त, आई पी एच एस मानकों के सापेक्ष, जिला चिकित्सालयों की भाँति सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लैब तकनीशियनों की संख्या में अधिक कमी पायी गयी।

इस प्रकार, चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जहाँ लैब तकनीशियन की तैनाती स्वीकृत पद और/या आई पी एच एस मानक के अनुसार नहीं थी, पैथालॉजिकल जाँचें बाधित हुईं।

शासन ने उत्तर में बताया कि वर्ष 2016 से यूपीएसएसएससी³⁰ के पास 729 लैब तकनीशियनों का चयन लम्बित होने के कारण, स्वीकृत पदों के सापेक्ष मात्र 56 प्रतिशत लैब तकनीशियन ही उपलब्ध थे। यह भी अवगत कराया गया कि पैथालॉजी सेवाओं के निर्बाध संचालन के लिए, सम्पूर्ण राज्य में विभाग द्वारा 403 लैब तकनीशियनों को संविदा के आधार पर योजित किया गया है।

शासन के उत्तर से स्पष्ट है कि शासन द्वारा लैब तकनीशियन संवर्ग में रिक्त पदों पर नियुक्ति हेतु समय से प्रभावी कार्यवाही नहीं की गयी। अग्रेतर, चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लैब तकनीशियनों की औचित्यपूर्ण पदस्थापना हेतु अपेक्षाकृत अधिक सक्रिय प्रयास किये जाने की आवश्यकता है।

3-2-4 i FkkyklIt h | okvka dh xq koRrk vk' okl u

आई पी एच एस मानक के विपरीत, वर्ष 2013-18 की अवधि में किसी भी चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की स्थानिक पैथालॉजिकल सेवाओं का गुणवत्ता-परीक्षण नहीं कराया गया।

अग्रेतर, प्रस्तर 3.2.1 में की गयी चर्चा के अनुसार, 52 जिला चिकित्सालयों में उच्च स्तर की पैथालॉजिकल सेवाएं प्रदान करने के लिए निजी सेवा प्रदाताओं को योजित किया गया था (नवम्बर 2015 से अक्टूबर 2016)। अनुबन्ध की शर्तों के अनुसार, सेवा प्रदाताओं द्वारा किए गये पैथालॉजिकल परीक्षण के परिणामों के सापेक्ष एक प्रतिशत परीक्षण परिणामों को एक बाहरी गुणवत्ता एजेंसी (ई क्यू ए) द्वारा पुष्ट किया जाना था।

अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि दिसम्बर 2015 से मार्च 2018 के मध्य राज्य के 52 चिकित्सालयों (12 चयनित चिकित्सालयों सहित) में सेवा प्रदाताओं द्वारा की गयी 31.14 लाख पैथालॉजिकल जाँचों में से, 59,511 जाँच परिणामों (1.91 प्रतिशत) की ई क्यू ए के माध्यम से पुष्टि करायी गयी। इनमें से, 3861 परिणाम (6 प्रतिशत) असंतोषजनक पाये गये और 5792 जाँच परिणामों (10 प्रतिशत) को ई क्यू ए द्वारा अस्वीकार किया गया। ई क्यू ए सत्यापन सम्बन्धी चिकित्सालय वार विवरण लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराये गये। ई क्यू ए सत्यापन के आधार पर अधोमानक परीक्षणों के सापेक्ष, सेवा प्रदाताओं पर ₹ 5.41 करोड़ का अर्थदण्ड अधिरोपित एवं वसूल किया गया।

²⁸ जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, लखनऊ एवं जिला चिकित्सालय गोरखपुर।

²⁹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र जैतपुर कला, खेरागढ़, आगरा एवं समरेर, बदायूँ।

³⁰ उत्तर प्रदेश अधीनस्थ सेवा चयन आयोग।

शासन द्वारा उत्तर में अवगत कराया गया कि ई क्यू ए के माध्यम से जाँच परिणामों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए निर्देश निर्गत किये गये थे, सभी चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आन्तरिक प्रयोगशाला सुदृढ़ की गयी थीं एवं सभी परिधीय कार्यालयों को मानक संचालन प्रक्रियायें (एस ओ पी) निर्गत की गयी थीं।

उत्तर मान्य नहीं था क्योंकि चिकित्सालयों की प्रयोगशाला सेवाओं के ई क्यू ए सत्यापन हेतु राज्य सरकार द्वारा मानक संचालन प्रक्रियायें या सम्बन्धित निर्देश नहीं निर्गत किये गये थे। परिणामस्वरूप, वर्ष 2013-18 की अवधि में किसी भी चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की स्थानिक प्रयोगशाला के नमूना परीक्षण परिणामों को वाह्य ऑकलन एवं सत्यापन हेतु प्रेषित नहीं किया गया। अतः स्वास्थ्य प्रणाली में न्यूनतम गुणवत्ता मानदण्ड स्थापित किया जाना एक चुनौती थी।

3-2-5 चिकित्सकों द्वारा निर्धारित किए जाने के पश्चात, जाँच के लिए मरीजों से नमूने प्राप्त करने में लगने वाला समय, प्रतीक्षा अवधि एवं जाँच किए जाने तथा जाँच के परिणामों को रोगियों को सूचित करने में लिया गया समय टर्न-एराउण्ड टाइम है, जिनसे रोगी की संतुष्टि के सन्दर्भ में, डायग्नोस्टिक सेवाओं की दक्षता परिलक्षित होती है। चिकित्सक, रेडियोलॉजी और पैथालॉजी परीक्षण निर्धारित करते हुये रोगियों को टेस्ट इन्डेंट फार्म जारी करते हैं इसके पश्चात, मरीज आवश्यक नमूने देने के लिए सम्बन्धित विभाग में अपना पंजीकरण कराते हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में न तो परीक्षण इन्डेंट फार्म संरक्षित किए गये थे, न ही वर्ष 2013-18 की अवधि में, पंजीकरण रजिस्टर में परीक्षण इन्डेंट जारी करने की तिथि ही अंकित की गयी। इस कारण, चिकित्सक द्वारा जाँच की सिफारिश किए जाने और सैंपल लेने का अन्तराल लेखापरीक्षा द्वारा सुनिश्चित किया जाना सम्भव नहीं था। इसके अतिरिक्त, परीक्षण इन्डेंट फार्मों के अभाव में यह भी पता नहीं लगाया जा सका कि सभी परीक्षण, चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा किए गये थे अथवा नहीं।

साथ ही, वर्ष 2013-18 की अवधि में किए गये रेडियोलॉजिकल और पैथालॉजिकल परीक्षणों के विषय में, चयनित किसी भी चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में टर्न-एराउण्ड टाइम के विषय में किसी भी अभिलेख का रख-रखाव नहीं किया गया था।

शासन ने उत्तर में आश्वासन दिया गया कि चिकित्सालयों व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को निर्धारित अभिलेख में प्रतीक्षा समय एवं टर्न-एराउण्ड टाइम अंकित किए जाने हेतु आवश्यक निर्देश निर्गत किए जायेंगे।

शासन ने उत्तर में आश्वासन दिया गया कि चिकित्सालयों व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को निर्धारित अभिलेख में प्रतीक्षा समय एवं टर्न-एराउण्ड टाइम अंकित किए जाने हेतु आवश्यक निर्देश निर्गत किए जायेंगे।

चयनित चिकित्सालयों में निर्धारित उपकरणों एवं मानव संसाधन की अपर्याप्तता के कारण, डायग्नोस्टिक सेवाएं अपेक्षित स्तर तक उपलब्ध नहीं थीं, इस प्रकार रोगियों को साक्ष्य आधारित उपचार प्रक्रियायें उपलब्ध नहीं हुयीं। अग्रेतर, प्रतीक्षा समय एवं टर्न-एराउण्ड टाइम के अनुश्रवण में कमी के कारण, चिकित्सालयों में डायग्नोस्टिक सेवाओं की दक्षता को मापने एवं सुधार किए जाने पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

v/; k; -4

अन्तः रोगी सेवाएं

4 अन्तः रोगी सेवाएं

अन्तः रोगी विभाग, चिकित्सालय का वह क्षेत्र होता है जहाँ चिकित्सकों/विशेषज्ञों की राय के आधार पर बाह्य रोगी विभाग, आकस्मिक सेवाओं एवं एम्बुलेंस सेवाओं से रोगियों को भर्ती किया जाता है। अन्तः रोगियों को नर्सिंग सेवाओं, औषधियों/नैदानिक सुविधाओं की उपलब्धता एवं चिकित्सकीय परीक्षण आदि के माध्यम से उच्च स्तर की देखभाल की आवश्यकता होती है।

जिस [क्कफ= 4% फपfdRI ky; ds vUr% j kxh foHkkx dh I ok, a



अन्तः रोगी विभाग के प्रदर्शन का समग्र मूल्यांकन कतिपय प्रतिफल संकेतकों द्वारा किया गया है। जैसे

- बेड आवक्यूपेन्सी रेट
- बेड टर्नओवर रेट
- लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइज
- एक्सकांडिंग रेट
- डिस्चार्ज रेट
- एवरेज लेंथ ऑफ स्टे

यद्यपि, चिकित्सकों, नर्सों, आवश्यक औषधियों/उपकरणों, आहार सम्बन्धी सेवाओं एवं रोगी सुरक्षा की उपलब्धता के साथ-साथ कार्य निष्पादन मूल्यांकन इस अध्याय में सम्मिलित किये गये हैं, नैदानिक सेवाओं और औषधि प्रबंधन पर क्रमशः अध्याय 3 और 7 में चर्चा की गई है। इसी प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में संक्रमण नियंत्रण प्रणाली की लेखापरीक्षा जाँच के परिणामों पर अध्याय 6 में चर्चा की गई है। इसके अलावा अध्याय 5 में जिला महिला चिकित्सालयों में मातृत्व सेवाओं पर टिप्पणी की गई है। निम्नलिखित प्रस्तारों में नमूना-जाँच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों (02 संयुक्त चिकित्सालयों सहित) एवं 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की अन्तः रोगी सेवाओं पर चर्चा की गई है।

4-1 vUr% j kxh I okvka dh mi yCekrk

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, एक जिला चिकित्सालय को जनरल मेडिसिन, जनरल शल्यचिकित्सा, नेत्ररोग एवं हड्डी रोग इत्यादि से सम्बन्धित विशेषज्ञ अन्तः रोगी सेवाएं प्रदान करनी चाहिए। तथापि नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला चिकित्सालयों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि आवश्यक सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, जैसा कि rkfydk 12 में दर्शाया गया है।

rkfydk 12% ftyk fpdfRI ky; ka ea vUr% j kxh I ok, a

fpfdRI ky;	nPKMuk ,oa Vkkk okMZ	cul okMZ	Mk; fyfl I	tujy efMfl u	tujy 'kY; fpdfRI k	us= j kx	gMMh j kx	fOf t; ks fFkj si h	ekufI d j kx
जिला चिकित्सालय आगरा	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं

जिला चिकित्सालय	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
जिला चिकित्सालय बाँदा	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय बदरौं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
जिला चिकित्सालय लखनऊ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय, 2017-18)

अतः, जहाँ जनरल मेडिसिन, जनरल शल्यचिकित्सा, नेत्ररोग एवं हड्डीरोग अन्तः सेवाएं नमूना-जाँच किए गए समस्त जिला चिकित्सालयों में उपलब्ध थीं वहीं, दुर्घटना एवं ट्रॉमा वार्ड, बर्न वार्ड, डायलिसिस, फिजियोथेरेपी और मानसिक रोग अन्तः रोगी सेवायें, नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में से आधे से कम में ही उपलब्ध थीं।

शासन ने बताया (मई 2019) कि विभाग द्वारा आवश्यक विशेषज्ञ चिकित्सा देख-भाल की उपलब्धता सुनिश्चित किये जाने हेतु बेसिक न्यूनतम माड्यूल लागू किया जा रहा था। अग्रेतर, जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम 45 जिलों में चल रहा था एवं इन जिलों में मानसिक अन्तः रोगी सुविधा उपलब्ध है, जबकि 31 ट्रॉमा केंद्र, 29 प्लास्टिक एवं बर्न इकाई एवं 30 डायलिसिस इकाइयाँ राज्य में क्रियाशील थीं।

यद्यपि, तथ्य यथावत रहा कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में लेखापरीक्षा टिप्पणी में इंगित अन्तः रोगी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।

रकfydk 13% | kenkf; d LokLF; dWæka
ea vUr% jkxh | ok, a

Ø0 I 0	vUr% jkxh I ok, a	I kenkf; d LokLF; dWæka dh I a[; k t gk I ok mi yC/k Fkh %ueiuk&tkp grq dgy p; fur 22 I kenkf; d LokLF; dWæka ds I ki gkz
1	जनरल मेडिसिन	18
2	बाल सेवाएं	10
3	मातृत्व सेवाएं	22

इसी प्रकार, जैसा कि तालिका 13 में दर्शाया गया है, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 12 में बाल स्वास्थ्य सम्बन्धी विशेषज्ञ सेवाएं प्रदान करने के लिए बालरोग विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं थे, जो कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक द्वारा निर्धारित मानदण्डों से असंगत था।

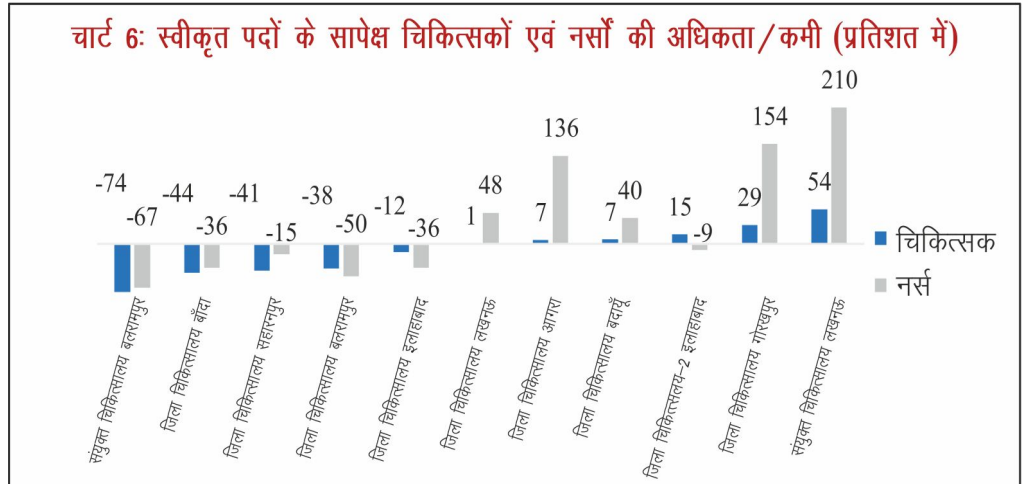
(स्रोत: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, 2017-18)

शासन द्वारा स्वीकार किया गया कि विशेषज्ञों की कमी के कारण सभी विशेषज्ञ सेवाएं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर सुनिश्चित नहीं की जा सकी हैं।

4-2 स्वीकृत पदों के सापेक्ष चिकित्सकों एवं नर्सों की अधिकता/कमी

4-2-1 चयनित चिकित्सालयों में

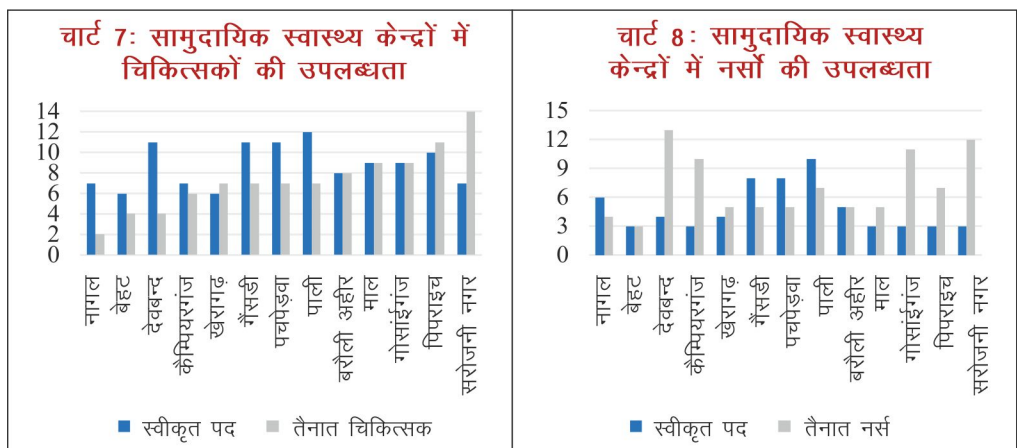
भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) के अनुसार अन्तः रोगियों की चिकित्सकीय देखभाल हेतु चिकित्सकों एवं नर्सों को अन्तः रोगी विभाग में दिन-रात लगातार उपलब्ध रहना चाहिए। नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सकों एवं नर्सों की उपलब्धता का विवरण *ifjfk'V-V* में दिया गया है। नर्सों के प्रकरण में भी वर्ष 2017-18 की अवधि में जिला चिकित्सालयों में चिकित्सकों एवं नर्सों की कमी/अधिक उपलब्धता थी, जैसा कि चार्ट-7 में दर्शाया गया है:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय, 2017-18)

अतः, संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में चिकित्सकों के स्वीकृत पदों के सापेक्ष 54 प्रतिशत अधिक तैनाती एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 74 प्रतिशत कमी से नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में चिकित्सकों की तैनाती में असमानता भी प्रकाश में आयी। इसी प्रकार, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 67 प्रतिशत की अधिकतम कमी एवं संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ में 210 प्रतिशत की अधिक तैनाती से चिकित्सालयों में स्वीकृत पदों के सापेक्ष नर्सों की तैनाती में असमानता थी।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सम्बन्ध में भी स्वीकृत पदों के सापेक्ष चिकित्सकों एवं नर्सों की तैनाती में उल्लेखनीय भिन्नता थी जैसा कि नमूना-जाँच के 12 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, जिनमें प्रत्येक में 30 बेड स्वीकृत एवं क्रियाशील थे, के सम्बन्ध में नीचे दिखाया गया है।



(स्रोत: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र 2017-18)

शासन द्वारा उत्तर में बताया गया कि चिकित्सकों की तैनाती कार्य के भार के अनुसार की जाती थी एवं लेखापरीक्षा टिप्पणी के परिप्रेक्ष्य में चिकित्सकों की तैनाती को और अधिक युक्तिसंगत बनाया जाएगा। हालाँकि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में कार्य के भार के अनुसार चिकित्सकों की तैनाती से सम्बन्धित अभिलेख आधिकारिक रूप से उपलब्ध नहीं थे। अग्रेतर, विभाग द्वारा कार्य भार के सापेक्ष चिकित्सकों की स्वीकृत संख्या में संशोधन भी नहीं किया गया था। नर्सों के सम्बन्ध में बताया गया कि रिक्तिता को कम करने के लिए संविदा के आधार पर विभाग द्वारा नर्सों की नियुक्ति की गयी है तथा आवश्यक होने पर नर्सों की तैनाती पर फिर से कार्य करके इसे युक्तिसंगत बनाया जाएगा।

4-2-2 फुल टाइम, ओवर टाइम डॉक्टर

अन्तः रोगी विभाग में विभिन्न अन्तः रोगी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए चिकित्सकों की उपलब्धता का पता लगाने के लिए लेखापरीक्षा ने चिकित्सकों के रोस्टर की माँग की परन्तु किसी भी चिकित्सालय ने उसे प्रस्तुत नहीं किया। चिकित्सकों के रोस्टर के अभाव में, लेखापरीक्षा अन्तः रोगी विभाग की विभिन्न स्वास्थ्य सेवाओं के लिए चिकित्सकों की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं कर सका।

शासन ने उत्तर में बताया कि अन्तः रोगी विभाग के लिए चिकित्सक हमेशा 'ऑन कॉल' उपलब्ध थे एवं अन्तः रोगी विभाग में आवश्यकतानुसार चिकित्सकों की उपलब्धता हेतु निर्देश जारी किये जाएंगे।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि, अन्तः रोगी विभाग में पूर्णकालिक³¹ सामान्य ड्यूटी चिकित्सक की उपलब्धता आवश्यक थी।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा ने पाया कि निम्नलिखित के अतिरिक्त, जिला चिकित्सालयों ने अन्तः रोगी विभाग में नर्सों के लिए ड्यूटी का रोस्टर बनाया था जैसाकि रकॉर्ड 14 में दर्शाया गया है:

रकॉर्ड 14 फुल टाइम डॉक्टर; ओवर टाइम डॉक्टर; एमबीबीएस डॉक्टरों की संख्या

ड्यूटी	2013&14 एप्रैल 2013%	2014&15 अप्रैल 2014%	2015&16 अप्रैल 2015%	2016&17 अप्रैल 2017%	2017&18 एप्रैल 2017%
पाली -1 (प्रातः 8 बजे से अपराह्न 2 बजे)	5 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)
पाली -2 (अपराह्न 2 बजे से रात्रि 8 बजे)	5 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)
पाली -3 (रात्रि 8 बजे से प्रातः 8 बजे)	5 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	4 (बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)	3 (बदायूँ, गोरखपुर, सहारनपुर)

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अतः, अन्तः रोगी विभाग में नर्सों की ड्यूटी का रोस्टर अनुरक्षित न होना नमूना-जाँच हेतु चयनित सम्बन्धित चिकित्सालयों में रोगी देखभाल की व्यवस्था में तदर्थता का संकेतक था।

³¹ जिला चिकित्सालयों में गुणवत्ता आश्वासन के लिए एसेसर की गाइडबुक के अनुसार

अग्रेतर, नर्सिंग काउंसिल ऑफ इंडिया, जिला चिकित्सालय के जनरल वार्ड में एक नर्स प्रति छः बेड की अनुशंसा करता है। नमूना-जाँच किये गए आठ जिला चिकित्सालयों में, जहाँ अन्तः रोगी विभाग में नर्सों की ड्यूटी के लिए वर्ष 2017-18 में रोस्टर बनाए गए थे, नर्सों की तैनाती का विवरण rkydk 15 में दिया गया है:

rkydk 15% ftyk fpdfRI ky; kx@l a Dr fpdfRI ky; ka ea vUr% jkxh foHkkx ea , d ul l ds l ki s k cM %2017&18%

i kyh	ftyk fpdfRI ky; vxj k	ftyk fpdfRI ky; bykgkckn	ftyk fpdfRI ky; &2 bykgkckn	ftyk fpdfRI ky; cyjkei j	l a Dr fpdfRI ky; cyjkei j	ftyk fpdfRI ky; ckpk	ftyk fpdfRI ky; y[kuA	l a Dr fpdfRI ky; y[kuA
प्रथम पाली	21	13	12	25	25	6	15	20
द्वितीय पाली	43	38	20	37	25	10	15	25
तृतीय पाली	43	25	20	37	25	10	15	25

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अतः, जिला चिकित्सालय बाँदा में प्रथम पाली के अलावा, नमूना-जाँच हेतु चयनित किसी अन्य चिकित्सालय द्वारा नर्सिंग देख-भाल से सम्बन्धित नर्सिंग काउंसिल ऑफ इंडिया के मानदण्डों का पालन नहीं किया गया था।

अग्रेतर, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, द्वितीय एवं तृतीय पाली में नर्सों की संख्या पूरे अन्तः रोगी विभाग के लिए एक या दो थी, अतः सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन-बाँदा (04 बेड), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मेजा, हंडिया एवं बहरिया, इलाहाबाद (क्रियाशील बेड की संख्या 11 से 20) एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र समरेर एवं आसफपुर, बदायूँ (प्रत्येक में क्रियाशील बेड की संख्या 10) को छोड़कर अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 15 से 30 बेड पर एक नर्स उपलब्ध थीं।

शासन द्वारा उत्तर में बताया गया कि नर्सों की तैनाती संविदा पर भी की गयी थी एवं नर्सों की तैनाती पुनःनिर्धारित करके इसे युक्तिसंगत बनाया जाएगा।

तथ्य यथावत रहा कि नमूना-जाँच हेतु चयनित समस्त जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में नर्स एवं बेड का आदर्श अनुपात न होने से इनमें नर्सिंग देख-भाल सेवा की गुणवत्ता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा होगा।

4-2-3 i j k & e f M d y L V k Q

निर्धारित उपचार योजना के कार्यान्वयन एवं प्रबंधन तथा आकस्मिक चिकित्सा परिस्थितियों में रोगियों को सम्भालने दायित्व पैरा-मेडिकल स्टाफ का था। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों³² में पैरा-मेडिकल स्टाफ की कमी/अधिकता थी, जैसा कि rkydk 16 में दर्शाया गया है।

³² जिला चिकित्सालय, बदायूँ एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, आसफपुर, समरेर एवं सहसवान, बदायूँ, एवं बेहट, सहारनपुर ने पैरा-मेडिकल स्टाफ के स्वीकृत पदों की सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

रक्यदक 16% िक ंमदु LVक धु मी यकैरक दक फूज .क

Loh'dr i nka ds l ki s'k i s'k efmDy LVkQ dh de mi yC/krk okys ftyk fpfdRI ky; %qfr'kr e%h	Loh'kr i nka ds l ki s'k i s'k efmDy LVkQ dh v'fed mi yC'krk okys ftyk fpfdRI ky; %qfr'kr e%h
इलाहाबाद (7), बलरामपुर (20), संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (26) एवं बाँदा (45)	सहारनपुर (9), लखनऊ (41), जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद (64), गोरखपुर (75), आगरा (184) एवं संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ (356)
Loh'dr i nka ds l ki s'k i s'k efmDy LVkQ dh de mi yC/krk i k, tkus okys Lk'epkf; d LokLF; d'lnz %qfr'kr e%h	Loh'kr i nka ds l ki s'k i s'k efmDy LVkQ dh v'fed mi yC'krk okys l k'epkf; d LokLF; d'lnz %qfr'kr e%h
गँसडी एवं पचपेड़वा, बलरामपुर; नरैनी, बाँदा; कैम्पियरगंज, पाली एवं पिपराइच, गोरखपुर; गोसाईगंज एवं सरोजिनी नगर, लखनऊ; नागल, सहारनपुर; मेजा एवं बहरिया, इलाहाबाद में 11 से 22 प्रतिशत के मध्य तथा जैतपुर कलाँ, आगरा में 60 प्रतिशत	माल (14), लखनऊ; देवबन्द (38), सहारनपुर एवं बरौली अहीर (100), आगरा

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)

अस्तु, स्वीकृत पदों के सापेक्ष पैरा-मेडिकल स्टाफ की तैनाती में जिला चिकित्सालय बाँदा एवं संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ में अधिकतम क्रमशः 45 प्रतिशत की कमी एवं 356 प्रतिशत की अधिकता थी। पैरा-मेडिकल स्टाफ, जो रोगियों के देखभाल का सीधा उत्तरदायित्व चिकित्सकों के साथ साझा करते, की तैनाती में असमानता को रेखांकित करते हैं।

शासन ने उत्तर में बताया कि पैरा मेडिकल स्टाफ की रिक्तियों को नियमित भर्ती एवं संविदा के आधार पर भरा जा रहा है एवं उनकी भर्ती एवं तैनाती को फिर से निर्धारित किया जायेगा तथा इसे युक्ति संगत बनाया जाएगा।

4-3 vko' ; d vS'kfek; ka , oa mi dj .kka dh mi yC'krk

अन्तः रोगी विभाग में आवश्यक औषधियों की उपलब्धता को सुनिश्चित करने के लिए लेखापरीक्षा द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक में विहित 14 प्रकार की आवश्यक औषधियों³³ की उपलब्धता की जाँच की गई, जैसा कि रक्यदक 17 में दर्शाया गया है:

रक्यदक 17% ftyk fpfdRI ky; ka ea vko' ; d vS'kfek; ka dh mi yC'krk

fpfdRI ky; ³⁴	ueuk&tkp graq p; fur 14 vS'kf/k; ka ea l s mi yC/k vS'kf/k; ka dh l af; k				
	eb/ 2013	vxLr 2014	uoEj 2015	Qjoj h 2017	eb/ 2017
जिला चिकित्सालय आगरा	9	9	9	9	9
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	10	10	10	10	10
जिला चिकित्सालय बदायूँ	10	10	10	10	10
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	5	4	7	9	7
जिला चिकित्सालय बाँदा	11	8	10	11	11
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	7	10	8	8	8
जिला चिकित्सालय लखनऊ	12	12	12	12	12
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	6	3	7	11	11
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	10	12	11	11	12
जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद	11	11	11	11	11

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

³³ एक्टिवेटेड चारकोल, एड्रेनालाईन, एमिनोफाईलिन, एंटी सीरम पोलिवेलेट स्नेक वेनम, एट्रोपाईन सल्फेट, डेक्सट्रो, डेक्सट्रो ज विथ नार्मल सलाईन, डिक्लोफेनाक सोडियम, डार्गोक्सिन, मेटोक्लोप्रामाईड, रिंगर लैक्टेट, सालबूटामाल, सोडियम क्लोराइड एवं विटामिन 'के' (फाइटोमेनाडियोन)।

³⁴ संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर द्वारा अभिलेखों का रखरखाव नहीं किया गया था।

अतः, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों के अन्तः रोगी विभाग में एड्रेनालाईन (बहुत गंभीर एलर्जी प्रतिक्रियाओं के प्रकरणों में श्वसन प्रक्रिया में सुधार, हृदय को उद्दीप्त करने, गिरते हुए रक्तचाप को बढ़ाने इत्यादि वाली आकस्मिकताओं में प्रयोग की जाने वाली), डिक्लोफेनाक सोडियम (दर्द, सूजन और जोड़ों की जकड़न से राहत के लिए उपयोग की जाने वाली), सालबूटामोल (अस्थमा, पुरानी ब्रोंकाइटिस का इलाज एवं व्यायाम सम्बन्धी अस्थमा से बचाव में प्रयोग की जाने वाली) इत्यादि आवश्यक औषधियों की अनुपलब्धता यह इंगित करती है कि या तो उपचार की गुणवत्ता से समझौता किया गया था या रोगियों को इन औषधियों को बाहर से खरीदने के लिए बाध्य किया गया था।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, जिला चिकित्सालयों को सुनिश्चित करना था कि रोगियों की जाँच और निगरानी के लिए यंत्र एवं उपकरणों की उपलब्धता रहे। यद्यपि, लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2017-18 के दौरान नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 आवश्यक उपकरणों³⁵ में से जिला चिकित्सालय बलरामपुर में नौ उपकरण उपलब्ध थे जबकि जिला चिकित्सालय आगरा एवं इलाहाबाद प्रत्येक में 11 उपकरण उपलब्ध थे। शेष आठ जिला चिकित्सालयों में 14 से 17 उपकरण उपलब्ध थे। अग्रतर नमूना-जाँच हेतु चयनित किसी भी जिला चिकित्सालय द्वारा अन्तःरोगी विभाग के उपकरणों के लिये वार्षिक अनुरक्षण अनुबंध निष्पादित नहीं किया गया था।

अतः महत्वपूर्ण उपकरण जैसे कि क्रैशकार्ट (स्थल पर औषधियों और उपयोगी वस्तुओं के परिवहन एवं प्रदान करने हेतु उपयोगी); जिला चिकित्सालय आगरा, इलाहाबाद बलरामपुर एवं जिला चिकित्सालय, इलाहाबाद-2, में; डीफिब्रिलेटर (हृदयघात में प्रयोगार्थ) जिला चिकित्सालय आगरा, बलरामपुर एवं बदायूँ में; डॉप्लर (रक्त के प्रवाह के ऑकलन हेतु सात जिला चिकित्सालयों में एवं ग्लुकोमीटर (रक्त शर्करा के ऑकलन हेतु) जिला चिकित्सालय बलरामपुर में उपलब्ध नहीं थे।

शासन ने उत्तर में बताया कि निर्धारित मानदंडों के अनुसार अन्तः रोगी विभाग में आवश्यक औषधियों और उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी।

4-4 'kY; fØ; k d{k l Øk, a

शल्यक्रिया कक्ष एक आवश्यक सेवा है जिसे रोगियों को प्रदान किया जाना है। आई पी एच एस दिशानिर्देशों में 101 से 500 बेड वाले जिला चिकित्सालयों में ऐच्छिक मेजर शल्यचिकित्सा, आपातकालीन सेवाओं एवं नेत्र शल्यचिकित्सा/ई एन टी (कान, नाक, गला) के लिए शल्यक्रिया कक्षों का मानक निर्धारित किया गया है। विभिन्न सेवाओं के लिए आवश्यक शल्यक्रिया कक्षों की उपलब्धता तालिका 18 में दर्शायी गयी है:

³⁵ एडल्ट बैग एवं मास्क, ए ई डी, बेबी बैग एवं मास्क, बीपी उपकरण, क्रैश कार्ट, डीफिब्रिलेटर, डॉप्लर, ड्रेसिंग किट, ड्रेसिंग सामग्री, ड्रेसिंग ट्रायी, ईटी ट्यूब, फीटोस्कोप, ग्लुकोमीटर, लैरिन्जोस्कोप, ऑक्सीजन फ्लोमीटर, सक्शन मशीन, थर्मामीटर, वयस्कों हेतु भारमापक एवं शिशुओं हेतु भारमापक।

rkfydk 18% ftyk fpfdRI ky; kka ea 'kY; fØ; k d{kka dh mi yCekrk 2017&18½

fpfdRI ky; ³⁶	'fPNd estj 'kY; fpfdRI k ds fy, 'kY; fØ; k d{k	vkdfLed 'kY; fpfdRI k ds fy, 'kY; fØ; k d{k	us= foKku@b, uVh 'kY; fpfdRI k ds fy, 'kY; fØ; k d{k
जिला चिकित्सालय आगरा	हाँ	नहीं	हाँ
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	हाँ	नहीं	हाँ
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	हाँ	नहीं ³⁷	हाँ
जिला चिकित्सालय बाँदा	हाँ ³⁸	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय बदायूँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद	हाँ	नहीं	हाँ
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	हाँ	नहीं	हाँ
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 09 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों³⁹ में माइनर शल्यक्रिया कक्ष उपलब्ध नहीं थे जिसके परिणामस्वरूप रोगी उपचार की प्रक्रिया में माइनर शल्यक्रिया तक से भी वंचित रहे तथा उन्हें या तो निजी क्लिनिकों में जाना पड़ा या वे जिला चिकित्सालयों को संदर्भित किये गये। इससे जिला चिकित्सालयों के संसाधनों पर अतिरिक्त बोझ पड़ा।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जायेगी एवं जिला चिकित्सालयों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आकस्मिक शल्यचिकित्सा सेवाओं को क्रियाशील करने के लिए आवश्यक दिशानिर्देश जारी किए जाएंगे।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, प्रति शल्यचिकित्सक की गयी शल्यचिकित्सा संख्या, चिकित्सालय की दक्षता का मापक है। नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला चिकित्सालयों में 2017-18 के अंतिम त्रैमास के शल्यचिकित्सा के अभिलेखों के विश्लेषण में चिकित्सालयों में प्रति शल्यचिकित्सक द्वारा की गयी मेजर एवं माइनर शल्यचिकित्सा की संख्या में पर्याप्त भिन्नता पायी गयी, जैसा कि rkfydk 19 में दर्शाया गया है :

³⁶ जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 100 से कम बेड थे।

³⁷ यद्यपि माइनर शल्यक्रिया कक्ष उपलब्ध है।

³⁸ सर्जन की अनुपलब्धता के कारण दिसम्बर 2017 से शल्यक्रिया कक्ष की सेवाएं क्रियाशील नहीं थी।

³⁹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: बरौली अहीर, जैतपुर कलां एवं खेरागढ़ आगरा; आसफपुर, सहसवान एवं समरेर बदायूँ; कैम्पियरगंज, पाली एवं पिपराइच गोरखपुर।

रक्तचक्र 19% रोगी; फेफड़े की रक्त, आंखों की रक्त; फेफड़े की

फेफड़े की रक्त:	रक्तचक्र 19% रोगी; फेफड़े की रक्त			रक्तचक्र 19% रोगी; फेफड़े की रक्त			रक्तचक्र 19% रोगी; फेफड़े की रक्त ⁴⁰
	रक्तचक्र 19% रोगी	रक्तचक्र 19% रोगी	रक्तचक्र 19% रोगी	रक्तचक्र 19% रोगी	रक्तचक्र 19% रोगी	रक्तचक्र 19% रोगी	
जिला चिकित्सालय आगरा	43	29	9	56	57	53	717
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	95	5	29	25	9	9	234
जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद	151	28	64	19	5	13	247
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	8	अनुपलब्ध	0	19	अनुपलब्ध	5	8
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	14	अनुपलब्ध	0	37	अनुपलब्ध	2	217
जिला चिकित्सालय बाँदा	6	17	अनुपलब्ध	0	11	अनुपलब्ध	72
जिला चिकित्सालय बदायूँ	8	4	33	2	30	8	201
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	95	13	37	23	8	82	177
जिला चिकित्सालय लखनऊ	64	43	35	17	9	13	264
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	54	30	57	14	23	11	13
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	74	17	39	36	22	20	310

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय में चतुर्थ त्रैमास, 2017-18)

जैसा कि उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है, जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय बाँदा एवं जिला चिकित्सालय बदायूँ में अन्य जिला चिकित्सालयों की तुलना में प्रति शल्यचिकित्सक, मेजर एवं जनरल शल्यचिकित्सा की संख्या अत्यंत कम थी। जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में हड्डी रोग की मेजर शल्यचिकित्सा नहीं की गयी थी। अग्रेतर, शल्यचिकित्सकों के अभाव में जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में नाक, कान एवं गले की शल्यचिकित्सा एवं जिला चिकित्सालय बाँदा में हड्डी रोग शल्यचिकित्सा की सेवा उपलब्ध नहीं थी।

अतः, शल्यचिकित्सक की अनुपलब्धता एवं/अथवा मेजर शल्यचिकित्सा कम संख्या में किया जाना यह इंगित करता है कि जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय बाँदा एवं जिला चिकित्सालय बदायूँ में रोगी, उपचार से वंचित हो सकते थे।

4-4-1 रक्तचक्र 19% रोगी; फेफड़े की रक्त, आंखों की रक्त; फेफड़े की

लेखापरीक्षा द्वारा नमूना-जाँच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों में शल्यक्रिया कक्ष हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक द्वारा निर्धारित 23 प्रकार

⁴⁰ मोतियाबिन्द सर्जरी की संख्या

की औषधियों⁴¹ एवं 29 आवश्यक उपकरणों की वर्ष 2017-18 में उपलब्धता की जाँच की गयी एवं उल्लेखनीय कमी पायी गयी, जैसा कि rkfydk 20 में दिखाया गया है:

rkfydk 20% 'kY; fØ; k d{k eā vko'; d mi dj .kka
vkš vkš'kfek; ka dh mi yčekrk

fpfdRI ky;	vko' ; d vkš'kf/k; k; %çfr' kr eš	vko' ; d mi dj .k %çfr' kr eš
जिला चिकित्सालय आगरा	43	45
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	52	41
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	39	66
जिला चिकित्सालय बाँदा	74	42
जिला चिकित्सालय बदायूँ	39	48
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	26	45
जिला चिकित्सालय लखनऊ	61	27
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	70	59
जिला चिकित्सालय-2, इलाहाबाद	35	45
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	अनुपलब्ध	52
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	57	45

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

जैसा कि ऊपर दी गई तालिका से स्पष्ट है कि सभी चिकित्सालयों के शल्यक्रिया कक्षों में आवश्यक औषधियाँ और उपकरण कम थे। उपकरणों एवं औषधियों की उल्लेखनीय कमी क्रमशः 8 एवं 5 चिकित्सालयों में पायी गई थी। अतः नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों के शल्यक्रिया कक्षों में उपलब्ध संसाधन अपर्याप्त थे, जिसका अर्थ है कि इन नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में शल्यचिकित्सा की गुणवत्ता प्रतिकूल रूप से प्रभावित हुई होगी।

शासन ने उत्तर में बताया कि औषधियों एवं उपकरणों की मानक के अनुसार उपलब्धता सुनिश्चित की जायेगी।

4-4-2 'kY; fØ; k d{k dh çfØ; kvka dk vfHkys[khdj .k

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार प्रत्येक प्रकरण के लिए शल्य-सुरक्षा चेकलिस्ट, शल्यपूर्व चिकित्सा मूल्यांकन अभिलेख एवं पोस्ट-ऑपरेटिव मूल्यांकन अभिलेख तैयार किए जाने चाहिए। नमूना-जाँच हेतु चयनित 11 चिकित्सालयों में 2013-18 के दौरान आवश्यक अभिलेखों की उपलब्धता का विवरण rkfydk 21 के अनुसार था:

rkfydk 21% 'kY; fØ; k d{k dh çfØ; kvka dk vfHkys[khdj .k

fpfdRI ky;	l ftdy l j {kk pdfyLV	ch&' kY; fpfdRI k eM; kdu vfHkys[k	i kLV&vkll j fVo eM; kdu vfHkys[k
जिला चिकित्सालय, इलाहाबाद	2015-18 में आंशिक रख-रखाव किया गया था		
अन्य 10 नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालय	अभिलेखों का रख-रखाव नहीं किया गया था		

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

⁴¹ इंजेक्शन ऑक्सिटोसिन, इंजेक्शन एम्पीसिलीन, इंजेक्शन मेट्रोनिडाजोल, जेंटामाइसिन, इंजेक्शन डायक्लोफेनैक सोडियम, आई वी फ्लूडस, रिंगर लैक्टेट, प्लाज्मा एक्सपेंडर, नार्मल सलाईन, इंजेक्शन मैगसल्फ, इंजेक्शन कैल्शियम ग्लूकोनेट, इंजेक्शन डेक्सामेथासोन, इंजेक्शन हाइड्रोकोर्टिसोन सक्सिनेट, डायजेपाम, फेनरामाइन मैलियेट, इंजेक्शन कोरबोप्रोस्ट, फोर्टविन, इंजेक्शन फेनेरगन, बीटामीथाजान, इंजेक्शन हाईड्राजलाईन, मेथाइलडोपा, नेफीडेपिन, सेफिट्रयाक्सोन।

शल्य-सुरक्षा चेकलिस्ट, शल्य-पूर्व मूल्यांकन एवं पोस्ट-ऑपरेटिव मूल्यांकन अभिलेखों के अभाव में यह सुनिश्चित करना सम्भव नहीं था कि नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला चिकित्सालयों के शल्यक्रिया कक्षों में, सुरक्षा प्रक्रियाओं का पालन किया गया था अथवा नहीं।

शासन ने बताया कि शल्यक्रिया कक्षों में आवश्यक अभिलेखों को तैयार करने और सभी सुरक्षा प्रक्रियाओं का पालन करने के लिए सभी चिकित्सालयों को निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-5 xgu ns[kHkky bdkÅ | ok, a

गंभीर रूप से बीमार रोगियों को अत्यधिक कुशल जीवन रक्षक चिकित्सकीय सहायता एवं नर्सिंग देखभाल के लिए सघन देखभाल इकाई आवश्यक है। इनमें बड़े सर्जिकल और चिकित्सकीय प्रकरण जैसे कि सिर की चोट, तीव्र रक्तस्राव, विषाक्तता आदि शामिल हैं।

4-5-1 xgu ns[kHkky bdkÅ | okvka dh mi yCekrk

100 से अधिक बेड वाले जिला चिकित्सालयों के लिए आई पी एच एस के अनुसार जिला अस्पताल में न्यूनतम सुनिश्चित सेवाएं प्रदान करने के लिए गहन देखभाल इकाई सेवाएं आवश्यक हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मात्र जिला चिकित्सालय लखनऊ और गोरखपुर में सघन देखभाल इकाई थी। अतः, गहन देखभाल इकाई की सुविधा के अभाव में जिला चिकित्सालयों में पहुंचने वाले रोगियों को आकस्मिक स्थिति में होने के बावजूद, उच्च सुविधा युक्त सरकारी अथवा निजी चिकित्सालयों को संदर्भित करने और/या भेजे जाने की सम्भावना थी।

शासन ने उत्तर में बताया कि अंतर विश्लेषण करने के पश्चात् गहन देखभाल इकाई सेवाएं उपलब्ध करायीं जायेंगी।

mi yCek | ?ku ns[kHkky | okvka ea fol xfr; kj

- आई पी एच एस के अनुसार चिकित्सालयों में उपलब्ध कुल बेड का 5 से 10 प्रतिशत बेड गहन देखभाल इकाई के निमित्त होनी चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ⁴² में मात्र दो प्रतिशत बेड एवं जिला चिकित्सालय गोरखपुर में तीन प्रतिशत बेड गहन देखभाल इकाई के लिए निर्धारित किए गए थे।
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार एक गहन देखभाल इकाई को आवश्यक उपकरणों जैसे कि उच्च स्तर मॉनीटर, वेंटिलेटर, डिफिब्रिलेटर, इनवेसिव प्रक्रियाओं के लिए अल्ट्रासाउंड आदि से सुसज्जित किया जाना आवश्यक है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ में 14 हाई-एंड मॉनीटर की आवश्यकता के सापेक्ष मात्र छह हाई-एंड मॉनीटर, 14 इन्फ्यूजन पम्प के सापेक्ष मात्र सात इन्फ्यूजन पम्प उपलब्ध थे, जबकि कोई भी वेंटिलेटर, इनवेसिव प्रक्रियाओं के लिए अल्ट्रासाउंड और आर्टेरियल ब्लड गैस विश्लेषण मशीन उपलब्ध नहीं थी। इसी प्रकार, जिला चिकित्सालय गोरखपुर में कोई भी वेंटिलेटर, इन्फ्यूजन पम्प, इनवेसिव प्रक्रियाओं के लिए अल्ट्रासाउंड एवं आर्टेरियल ब्लड गैस विश्लेषण मशीन नहीं थी।

⁴² जिला चिकित्सालय लखनऊ में सघन देखभाल इकाई मात्र हृदय रोगियों हेतु थी।

- लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2017-18 में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर गाइडबुक में गहन देखभाल इकाई के लिए निर्दिष्ट 14 आवश्यक औषधियों में से दो औषधियाँ (एक्टिवेटेड चारकोल एवं एंटीसेरम पॉलीवलेट स्नेकवेनम) जिला चिकित्सालय लखनऊ में उपलब्ध नहीं थीं जबकि जिला चिकित्सालय गोरखपुर में छः⁴³ औषधियाँ उपलब्ध नहीं थीं ।
- भारतीय नर्सिंग परिषद के मानदंडों के अनुसार, गहन देखभाल इकाई में प्रत्येक बेड हेतु एक नर्स आवश्यक है। यह पाया गया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ में प्रथम पाली में बेड एवं नर्स का अनुपात 3.5:1 था, एवं द्वितीय तथा तृतीय पाली में यह अनुपात 7:1 था। यह गहन देखभाल इकाई में देखभाल के अपेक्षित स्तर में महत्वपूर्ण कमी का संकेत देता है। जिला चिकित्सालय गोरखपुर ने इस सम्बन्ध में स्पष्ट सूचना उपलब्ध नहीं कराई।
- आई पी एच एस के अनुसार रोगियों/परिचारकों/आगंतुकों एवं चिकित्सालय के कर्मचारियों के बीच संक्रमण को रोकने के लिए चिकित्सालय के भवन का उचित रख-रखाव होना चाहिए एवं गहन देख-भाल इकाई की दीवारों में कोई सीलन या दरार नहीं होना चाहिए। जिला चिकित्सालय लखनऊ में, संयुक्त भौतिक निरीक्षण में गहन देख-भाल इकाई की दीवारों में बहुत सीलन पायी गयी, जैसा कि पार्श्व में चित्र में दर्शाया गया है।



जिला चिकित्सालय लखनऊ के गहन देखभाल इकाई में अत्यधिक सीलन (25.09.2018)

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं चिकित्सालयों को आवश्यक सुधारात्मक कार्यवाही करने के लिए निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-6 vkdfLed l ok, a

4-6-1 vkdfLed l okvka dhi mi yCekrk

आई पी एच एस के अनुसार, प्रत्येक जिला चिकित्सालय में आपातकालीन शल्यक्रिया कक्ष उपलब्ध होना आवश्यक है परन्तु जैसा कि पूर्व में चर्चा की गयी है, कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों में से जिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में आपातकालीन शल्यक्रिया कक्ष उपलब्ध नहीं था। लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि दुर्घटना एवं ट्रॉमा देखभाल सेवाएं मात्र जिला चिकित्सालय बाँदा एवं सहारनपुर में उपलब्ध थीं।

अग्रेतर, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से किसी में भी आपातकालीन देखभाल सेवा, साँप के काटने एवं अन्य ऐसे प्रकरणों, जिनमें नैदानिक सेवाओं की आवश्यकता नहीं होती है, उपलब्ध नहीं थी। अन्य आपात स्थितियों जैसे कि हृदय-घात एवं गंभीर निमोनिया इत्यादि के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र प्रभावी रूप से मात्र संदर्भन केंद्रों के रूप में कार्य कर रहे थे ।

⁴³ एक्टिवेटेड चारकोल, साल्बुटामोल, रिंगर लैक्टेट, डाइक्सिन, विटामिन के (फाइटोमेनडायोन), एवं एंटीसेरम पॉलीवलेट स्नेकवेनम

शासन ने उत्तर में बताया कि सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में समुचित आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी।

4-6-2 नए/वृद्ध, या वृद्ध नए/वृद्ध। एक, अ

जिला चिकित्सालयों में ट्रॉमा सेंटर्स को क्रियाशील करने हेतु जुलाई 2015 में निर्धारित मानदण्डों के अनुसार उत्तर प्रदेश शासन द्वारा उपकरण एवं मानव संसाधन स्वीकृत किए गये थे।

जिला चिकित्सालय, बाँदा एवं सहारनपुर, जहाँ ट्रॉमा सेंटर क्रियाशील थे, की लेखापरीक्षा में निम्नलिखित तथ्य प्रकाश में आए:

- जिला चिकित्सालय, बाँदा के ट्रॉमा सेंटर में शल्य चिकित्सा सेवा, दिसंबर 2017 से शल्य चिकित्सक की अनुपलब्धता के कारण उपलब्ध नहीं थी एवं मरीजों को प्राथमिक उपचार देने के बाद उच्च श्रेणी के चिकित्सालयों हेतु संदर्भित किया गया था।
- जिला चिकित्सालय बाँदा एवं सहारनपुर में क्रमशः 52 प्रतिशत एवं 43 प्रतिशत ट्रॉमा सेंटर से सम्बंधित उपकरण यथा एक्स-रे मशीन, पोर्टेबल अल्ट्रासाउंड, एनेस्थेसिया मशीन, ए बी जी विश्लेषण मशीन एवं डिफिब्रिलेटर उपलब्ध नहीं थे तथा आवश्यक मानव-संसाधन भी तैनात नहीं किये गये थे।

अतः महत्वपूर्ण उपकरणों की अनुपलब्धता के कारण जिला चिकित्सालय, बाँदा और जिला चिकित्सालय, सहारनपुर के ट्रॉमा सेंटर में रोगियों को प्रदान की जाने वाली चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता में जोखिम विद्यमान था।

शासन ने उत्तर में बताया कि शल्यचिकित्सक की तैनाती तत्काल की जाएगी एवं उपलब्ध संसाधनों के अनुसार सम्बंधित जिला चिकित्सालयों को आवश्यक उपकरण उपलब्ध कराए जाएंगे।

4-6-3 जखम; कटका/छेदक। क/वृद्ध, छेदक, या कटका/छेदक। क/वृद्ध

आकस्मिकता में सीमित संख्या में वे रोगी भर्ती होते हैं जिनके जीवन पर खतरा होता है ऐसे रोगियों की चिकित्सकीय आवश्यकता अविलम्ब चिन्हित करके प्राथमिकता के आधार पर उपचार प्रदान किये जाने की आवश्यकता होती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक द्वारा आकस्मिक विभाग में भर्ती होने वाले रोगियों के वर्गीकरण⁴⁴ (ट्राईएजिंग) के लिए मानक उपचार प्रोटोकॉल निर्दिष्ट किये गए हैं। हालांकि, नमूना-जाँच हेतु चयनित किसी भी चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 2013-18 के दौरान ऐसी वर्गीकरण का प्रमाण नहीं था। अग्रेतर, सम्बंधित अभिलेखों का रख-रखाव न किये जाने के कारण लेखापरीक्षा द्वारा आकस्मिक विभाग में भर्ती रोगियों के औसत टर्नअराउंड टाइम सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

अतः, रोगियों को उनकी गंभीरता के आधार पर वर्गीकृत किये जाने एवं टर्नअराउंड टाइम के आधार पर आकस्मिक सेवाओं की प्रभावकारिता के बारे में आश्वासन प्राप्त नहीं किया जा सका।

शासन ने उत्तर में बताया कि आकस्मिक विभाग में वर्गीकरण किया जाता है एवं प्रक्रिया को अभिलेखित किये जाने हेतु निर्देश जारी किये जायेंगे। तथापि, उचित अभिलेखों का अभाव, इस सम्बन्ध में न केवल लेखापरीक्षा द्वारा आश्वासन देने की

⁴⁴ व्यक्तियों को उनको तत्काल चिकित्सकीय उपचार की आवश्यकता के आधार पर उससे होने वाले लाभ की तुलना में छँटने की प्रक्रिया।

योग्यता को सीमित करता है बल्कि चिकित्सालयों की आकस्मिक सेवाओं का अनुश्रवण एवं सुधारने की क्षमता को भी कम करता है।

4-6-4 vkdfLedrk ds nkj ku ns[kkky dh fujrjrk

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, चिकित्सालयों को रोगियों की देखभाल की निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए आकस्मिक स्थिति के दौरान, अन्य/उच्च स्वास्थ्य सुविधाओं में स्थानांतरण के लिए रेफरल सेवाएं सुनिश्चित करने की आवश्यकता थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 11 जिला चिकित्सालयों में से जिला चिकित्सालय इलाहाबाद के अतिरिक्त अन्य किसी चिकित्सालय में संदर्भित किये जाने वाले रोगियों के लिए संदर्भन कार्ड बनाये जाने की व्यवस्था नहीं थी।

शासन ने उत्तर में बताया कि सभी जिला चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को संदर्भन लिंक सुनिश्चित करने और संदर्भन कार्ड तैयार करने के लिए आवश्यक निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-7 vkgkj | dk, a

आई पी एच एस, आहार सेवा को एक महत्वपूर्ण चिकित्सकीय साधन के रूप में परिकल्पित करता है। अतः, यह आवश्यक है कि आहार की गुणवत्ता एवं उसकी मात्रा का निर्धारण मानक के अनुसार हो। शासनादेश (2011) द्वारा अन्तः रोगियों को चिकित्सक के परामर्श के अनुसार निःशुल्क आहार प्रदान किए जाने हेतु छः प्रकार के आहार⁴⁵ निर्धारित किए गए हैं।

हालांकि, अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि वर्ष 2017-18 के दौरान जिला चिकित्सालय लखनऊ एवं सहारनपुर में रोगियों को छः प्रकार के आहार प्रदान किए गए, जिला चिकित्सालय बाँदा और जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ में चार प्रकार के, जिला चिकित्सालय आगरा में तीन प्रकार के एवं जिला चिकित्सालय बदायूँ तथा जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद में दो प्रकार के जबकि शेष 12 चिकित्सालयों एवं नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁴⁶ में, मरीजों को अलग-अलग प्रकार के आहार नहीं दिए गए थे। छः प्रकार के आहार का प्रावधान न होना इंगित करता था कि नमूना-जाँच हेतु चयनित सम्बन्धित चिकित्सालयों में विभिन्न श्रेणियों के रोगियों की विशिष्ट आहार आवश्यकताओं की अनदेखी की गई थी।

l dkjkRed i gy#
जिला चिकित्सालय लखनऊ एवं सहारनपुर में अन्तःरोगियों को निर्धारित सभी छः प्रकार के आहार दिये जा रहे थे।

प्रदान की गयी आहार सेवाओं का अभिलेखीकरण आहार पंजिका के माध्यम से किया जाता है जिसमें चिकित्सालय में मरीजों को वितरित किए गए आहार से सम्बन्धित विवरण को दर्ज किया जाता है। हालाँकि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों में से जिला चिकित्सालय बाँदा में 2013-16 के लिए, जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर में 2013-17 के लिए एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में 2013-18 के लिए आहार पंजिकाओं का रखरखाव नहीं किया गया था। इसी प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 07 से 09

⁴⁵ सम्पूर्ण दुग्ध आहार, अर्द्ध दुग्ध आहार, सम्पूर्ण आटा आहार, अर्द्ध आटा आहार, सम्पूर्ण खिचड़ी आहार एवं अर्द्ध खिचड़ी आहार।

⁴⁶ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बहरिया, हंडिया एवं मेजा, इलाहाबाद ने लेखापरीक्षा को अभिलेख उपलब्ध नहीं कराये।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁴⁷ में 2013-18 के दौरान आहार पंजिका का रखरखाव नहीं किया गया था।

अतः, आहार पंजिका के अभाव में, लेखापरीक्षा यह निश्चित नहीं कर सका कि क्या उपर्युक्त चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 2013-18 के दौरान अन्तःरोगियों को आहार प्रदान किया गया था।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2017-18 के दौरान, नमूना-जाँच किये गये 12 चिकित्सालयों में इन-हाउस व्यवस्था के माध्यम से एवं 07 चिकित्सालयों⁴⁸ में आउटसोर्स व्यवस्था से आहार सेवाएं प्रदान की गयी थीं।

लेखापरीक्षा द्वारा नमूना-जाँच किये गये पाँच चिकित्सालयों में इन हाउस आहार सेवा पर व्यय की तुलना की गयी जिसमें प्रतिदिन प्रति रोगी ₹ 29 से ₹ 102 की अत्यधिक भिन्नता पायी गयी। इसी प्रकार, नमूना-जाँच किये गये पाँच चिकित्सालयों में आउटसोर्स आहार सेवा पर व्यय की भिन्नता ₹ 71 से ₹ 100 प्रति रोगी प्रतिदिन थी। शेष 08 चिकित्सालयों⁴⁹ ने सम्बन्धित सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

जिला चिकित्सालय, गोरखपुर एवं संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में 2013-18, जिला चिकित्सालय, बाँदा में 2017-18 एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पिपराइच, गोरखपुर में 2016-18 को छोड़कर, 2013-18 के मध्य नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से किसी में भी अन्तः रोगियों को प्रदान किये जाने वाले आहार की गुणवत्ता के परीक्षण की प्रणाली नहीं थी। परिणामस्वरूप लेखापरीक्षा, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में प्रदान किए गए आहार की गुणवत्ता के बारे में आश्वस्त नहीं हो सका।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी और तदनुसार चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को आवश्यक दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-8 jksxh l g {kk

4-8-1 fpfdRI ky; ka dh vki nk çcæku {kerk

उत्तर प्रदेश शासन⁵⁰ के इमरजेंसी सपोर्ट फंक्शन-पब्लिक हेल्थ एंड सेनिटेशन, 2010 की मानक संचालन प्रक्रियाओं के अनुसार चिकित्सालय में आपदा का संकेत होने पर तैयारियों के तंत्र को शुरू (ट्रिगर) करने के लिए प्रत्येक चिकित्सालय के लिए एक आपदा प्रबंधन योजना विकसित की जाए एवं साथ ही चिकित्सालय के कर्मचारियों के लिए आपदा प्रबंधन प्रशिक्षण का आयोजन एवं चिकित्सालय में समय-समय पर मॉक ड्रिल का आयोजन किया जाए। अग्रेतर, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार प्रत्येक चिकित्सालय में मानक संचालन प्रक्रियायें उपलब्ध होनी चाहिए एवं एक आपदा प्रबंधन समिति का गठन होना चाहिए।

⁴⁷ आगरा में जैतपुर कलां: 2013-18; बदायूँ में आसफपुर: 2013-18; बलरामपुर में गैसडी : 2013-18 एवं पचपेड़वा : 2013-17; बाँदा में नरैनी: 2013-16 एवं कमासिन: 2013-15; गोरखपुर में कैपियरगंज, पाली एवं पिपराइच : 2013-18।

⁴⁸ संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला महिला चिकित्सालय आगरा, बाँदा, बदायूँ एवं गोरखपुर। जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर में सेवाएं आउटसोर्स के द्वारा ली गई थी परन्तु इन हाउस किचन में तैयारी की गई थी।

⁴⁹ जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय बाँदा तथा जिला चिकित्सालय बदायूँ।

⁵⁰ उत्तर प्रदेश शासन की आपदा प्रबंधन पर उच्चाधिकार प्राप्त समिति 2001 ने 14 इमरजेंसी सपोर्ट फंक्शन को चिन्हित किया था।

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों में से केवल जिला चिकित्सालय गोरखपुर एवं जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद⁵¹ ने आपदा प्रबंधन योजना तैयार की थी। जिला चिकित्सालय गोरखपुर⁵² एवं जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, दोनों ने एक आपदा प्रबंधन समिति का गठन भी किया था। जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय बाँदा एवं जिला चिकित्सालय गोरखपुर में आपदा एवं व्यापक जनहानि प्रबंधन के लिए मानक संचालन प्रक्रिया उपलब्ध थी। दूसरी ओर, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से किसी ने भी आपदा प्रबंधन के लिए आपदा प्रबंधन योजना या मानक संचालन प्रक्रिया तैयार नहीं की थी। अग्रेतर, जाँच में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से मात्र जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला चिकित्सालय गोरखपुर, जिला चिकित्सालय लखनऊ, जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर ने आपदा प्रबंधन पर कर्मचारियों को प्रशिक्षण प्रदान किया था एवं मॉक ड्रिल⁵³ का आयोजन किया था।

। dkjRed igy

जिला चिकित्सालय इलाहाबाद एवं गोरखपुर में आपदा प्रबंधन समिति थी एवं आपदा प्रबंधन योजना भी बनाई गई थी।

शासन ने लेखापरीक्षा द्वारा आपदा प्रबंधन पर मानक संचालन प्रक्रिया का पालन न करने को इंगित करने पर एवं इस विषय में प्रस्तावित सुधारात्मक कारवाई किये जाने के सन्दर्भ में कोई विशिष्ट उत्तर नहीं दिया।

4-8-2 vkX | s | g {kk

उत्तर प्रदेश अग्नि सुरक्षा मानक संहिता 2005 ने चिकित्सालय के भवनों के लिए आग से सुरक्षा के संबंध में मानकों को निर्धारित किया है। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों और 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, 2013-18 के दौरान फायर सेफ्टी लेखापरीक्षा नहीं की गयी थी।

अग्रेतर, भारत की राष्ट्रीय भवन संहिता 2016-भाग 4, अग्नि एवं जीवन सुरक्षा, के अनुसार प्रत्येक चिकित्सालय में अग्निशमन यंत्र स्थापित किया जाना आवश्यक है ताकि चिकित्सालय परिसर में आग लगने की स्थिति में रोगियों/परिचारकों/आगंतुकों एवं चिकित्सालय के कर्मचारियों की सुरक्षा को सुनिश्चित किया जा सके।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2017-18 के दौरान नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 में से 07 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁵⁴ में रोगियों, परिचारकों, आगंतुकों एवं चिकित्सालय के कर्मचारियों की आग से सुरक्षा के साथ समझौता किया गया था, क्योंकि इन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अग्निशमन यंत्र उपलब्ध नहीं थे। चिकित्सालयों के सम्बन्ध में, यद्यपि 2017-18 में प्रत्येक चिकित्सालय में अग्निशमन यंत्र⁵⁵ उपलब्ध थे, उनकी संख्या में व्यापक भिन्नता थी, जैसा कि pKVI 10 में दिखाया गया है:

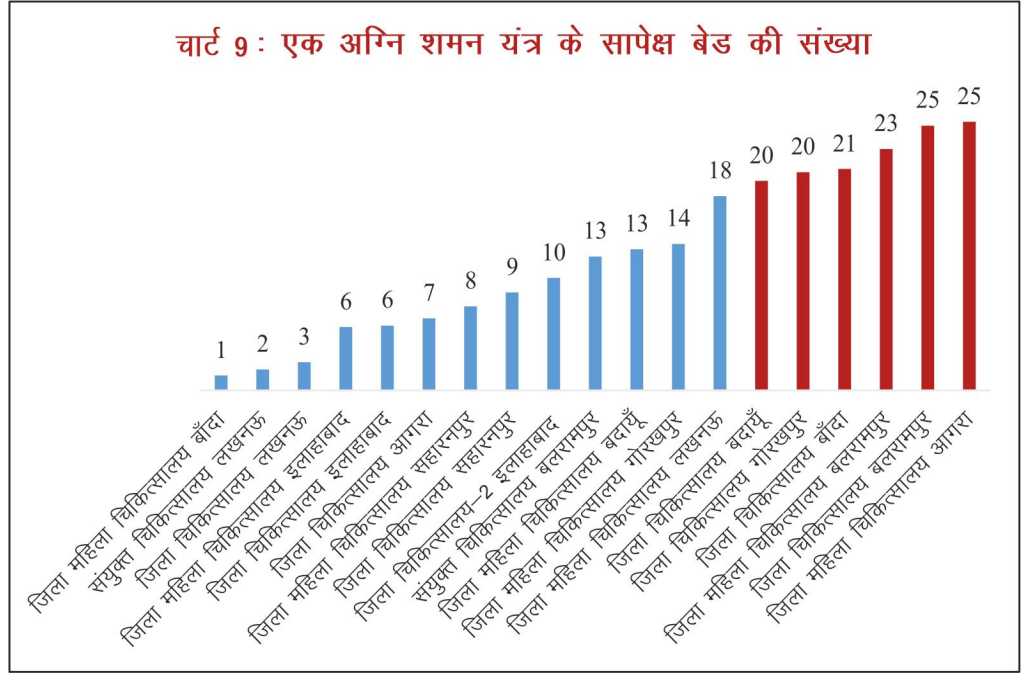
⁵¹ इसकी सूचना जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद ने लेखापरीक्षा को दी थी, लेकिन कोई सम्बन्धित अभिलेख उपलब्ध नहीं थे।

⁵² जिला चिकित्सालय गोरखपुर ने जनवरी 2018 में समिति का गठन किया।

⁵³ जिला चिकित्सालय गोरखपुर और जिला चिकित्सालय लखनऊ में, दिसम्बर 2017 एवं फरवरी 2018 में मॉक ड्रिल का आयोजन किया गया, जबकि जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर ने लेखापरीक्षा को मॉक ड्रिल से सम्बन्धित कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं कराये।

⁵⁴ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र-आगरा में बरौली अहीर, जैतपुर कलां एवं खैरागढ़; इलाहाबाद में बहरिया, हडिया एवं मेजा तथा गोरखपुर में कैम्पियरगंज।

⁵⁵ किसी भी मानदंड या फायर सेफ्टी लेखापरीक्षा के अभाव में, मौजूद अग्निशमन यंत्र की संख्या की तुलना कुल शैथ्याओं की संख्या से की गई थी।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अतः, जिला महिला चिकित्सालय बाँदा, संयुक्त चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय लखनऊ में पाँच बेड से कम के लिए एक अग्निशमन यंत्र उपलब्ध था, जबकि जिला चिकित्सालय बलरामपुर और जिला महिला चिकित्सालय आगरा में 25 बेड के सापेक्ष एक अग्निशमन यंत्र उपलब्ध था।

उत्तर प्रदेश अग्नि सुरक्षा मानक आपातकालीन (आपदा घटनाओं) परिस्थितियों के समय रोगियों एवं कर्मचारियों को निकालने के लिए निकासी मार्गों एवं सीढ़ियों की तस्वीरों के साथ एक निकासी योजना का भी प्रावधान करता है। नमूना-जाँच हेतु चयनित 19

बलरामपुर चिकित्सालय, लखनऊ (जिला चिकित्सालय)
BALRAMPUR HOSPITAL, LUCKNOW

BED HEAD TICKET / बीय्या पत्रक (Medicine/मिडिसिन)

Sub. IC Surgeon Name: _____ Sign: _____
Name: _____ Sign: _____

DOCTOR / SURGEON I/C Name: _____ Ward: _____ Bed No. _____

Name of the Patient: _____ Religion: _____ M/F: _____ Marital Status: _____ Age: _____

Name of Father/Husband: _____
Permanent Address: Name: _____ Village/Mohalla: _____
Home let: _____ P.O. _____ Post: _____
District: _____ Telephone No. _____
Local Address: _____

DIET: _____
FAD/HAD/MD

Date & time of admission: _____
Provisional Diagnosis: _____
Final Diagnosis: _____
Operative Procedure: _____

Date & time of discharge: _____ Signature: _____
Result on Discharge - Cured / Relieved / LAMA / Abandoned / Expired / Referred to: _____

No. of Days of stay: _____ days Bed Charges = Rs. _____ Procedure Charges Rs. _____

Deposit Receipt No.	Date	Amount	Remarks
1.			
2.			
3.			
4.			
Total			

Signature of Record Keeper Name: _____ Sig. of Sister I/C Ward Name: _____ Signature of Case Incharge Name: _____

नोट: बीय्या/केस टिकट प्रथा बनाने का दायित्व चयनित चिकित्सक/सिस्टर I/C का है।

चिकित्सालयों में से, मात्र जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, संयुक्त चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ में निकासी की योजना तथा निकासी मार्गों एवं सीढ़ियों की तस्वीरें उपलब्ध थीं, जबकि जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद में भी निकासी मार्गों एवं सीढ़ियों की तस्वीरें उपलब्ध थीं। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सम्बन्ध में, निकासी योजना मात्र सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गोसाईगंज, लखनऊ में उपलब्ध थी, जबकि निकासी मार्गों एवं सीढ़ियों की तस्वीरें सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गोसाईगंज, लखनऊ एवं पिपराइच, गोरखपुर में मौजूद थीं।

शासन ने उत्तर में बताया कि 2017-18 से राज्य के बजट के माध्यम से अग्नि सुरक्षा व्यवस्था प्रारम्भ की जा चुकी है, जिसके अन्तर्गत वर्तमान में 28 चिकित्सालयों एवं 232 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को चरणबद्ध तरीके से आच्छादित किया जा रहा है।

4.9 प्रतिफल संकेतकों के माध्यम से अन्तः रोगी सेवाओं का मूल्यांकन

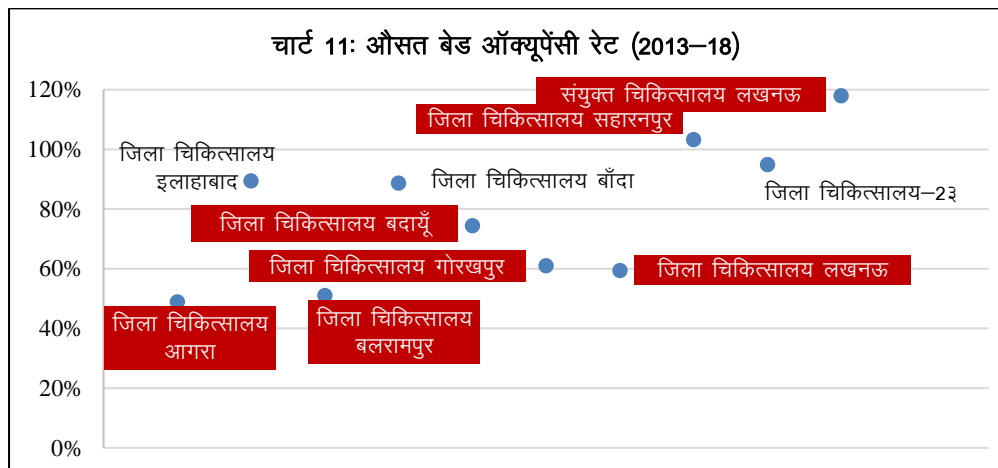
नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 जिला चिकित्सालयों⁵⁶ में 2013-18 के दौरान प्रदान की गई अन्तः रोगी सेवाओं का मूल्यांकन कुछ प्रतिफल संकेतकों यथा-बेड ऑक्यूपेंसी रेट, लीव अगेन्स्ट मेडिकल एडवाइस रेट, पेशेंट सैटिसफ़ेक्शन स्कोर, एवरेज लेंथ आफ स्टे, एडवर्स ईवेंट रेट, चिकित्सकीय अभिलेखों की पूर्णता, एक्सकॉडिंग रेट, रेफरल आउट रेट, डिस्चार्ज रेट एवं बेड टर्नओवर रेट के माध्यम से किया गया था। इन प्रतिफल संकेतकों के मूल्यांकन के वर्गीकरण और कार्यप्रणाली पर **परिशिष्ट-6** में चर्चा की गई है। कतिपय चिकित्सालयों में अन्तः रोगी पंजिका में सूचनाओं जैसे कि डिस्चार्ज की तिथि, रोगी की स्थिति आदि को दर्ज किए जाने के अभाव में, उपरिलिखित प्रतिफल संकेतकों के लिए औसत प्रतिफल की गणना के लिए बेड हेड टिकट⁵⁷ का मूल्यांकन किया गया।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 08, बदायूँ में आसफपुर, सहसवान एवं समरेर, बलरामपुर में गैसड़ी एवं पचपेड़वा एवं गोरखपुर में कैपियरगंज, पाली एवं पिपराइच में बेड हेड टिकट का रखरखाव नहीं किया गया था। अतः, इन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के प्रदर्शन के सम्बन्ध में लेखापरीक्षा किसी निष्कर्ष पर नहीं पहुँच सका। इसके अतिरिक्त, जिन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा बेड हेड टिकट बनाये गये थे उनमें 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों से सम्बन्धित नमूना-जाँच किये गये बेड हेड टिकट⁵⁸ के 59 प्रतिशत पर रोगी की स्थिति दर्ज नहीं की गई थी। इस प्रकार, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए बेड टर्नओवर रेट, डिस्चार्ज रेट एवं रेफरल आउट रेट का मूल्यांकन नहीं किया जा सका।

4.9.1 चिकित्सालयों की उत्पादकता का मूल्यांकन

बेड ऑक्यूपेंसी रेट

बेड ऑक्यूपेंसी रेट चिकित्सालय सेवाओं की उत्पादकता का एक सूचक है एवं यह सत्यापित करने का एक साधन है कि क्या उपलब्ध बुनियादी ढाँचे और प्रक्रियाएँ स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करने के लिए पर्याप्त हैं। आई पी एच एस के अनुसार, चिकित्सालयों का बेड ऑक्यूपेंसी रेट कम से कम 80 प्रतिशत होना चाहिए।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

मानदण्ड⁵⁹: 80 प्रतिशत

⁵⁶ संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर को अन्तः रोगी विभाग के असंगत आँकड़ों के कारण प्रतिफल संकेतकों के निष्कर्षों में शामिल नहीं किया गया है।

⁵⁷ उपचार योजना के सभी परामर्श/आदेश रोगी के अभिलेखों में दर्ज किये जाते हैं जिसे बेड हेड टिकट कहा जाता है।

⁵⁸ 1579 बेड हेड टिकट का नमूना लिया गया।

⁵⁹ आई पी एच एस के अनुसार।

अतः, जिला चिकित्सालय आगरा, बदायूँ, बलरामपुर, गोरखपुर एवं लखनऊ की उत्पादकता नमूना-जाँच हेतु चयनित माहों में 80 प्रतिशत से कम थी। अग्रेतर, जिला चिकित्सालय सहारनपुर एवं संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में बेड ऑक्यूपेंसी रेट 100 प्रतिशत से अधिक था जो कि चिकित्सालय के संसाधनों पर दबाव, तदनुसार देखभाल की गुणवत्ता पर विपरीत प्रभाव को इंगित करता है।

बेड ऑक्यूपेंसी रेट की बढ़ाकर

लेखापरीक्षा ने पाया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ ने 2013-18 के दौरान उपलब्ध 756 बेड के स्थान पर 603 बेड के आधार पर बेड ऑक्यूपेंसी रेट की गणना की, जिसके परिणामस्वरूप 2013-18 के दौरान बेड ऑक्यूपेंसी रेट की 12 से 20 प्रतिशत की बढ़ी हुई रिपोर्टिंग हुई। अग्रेतर, जिला चिकित्सालय आगरा में 2013-18 के दौरान, चिकित्सालय के प्राधिकारियों द्वारा 80 प्रतिशत से अधिक औसत बेड ऑक्यूपेंसी रेट रिपोर्ट की गई थी परन्तु लेखापरीक्षा में अभिलेखों की नमूना-जाँच में यह आंकड़ा लगभग 50 प्रतिशत पाया गया था, अतः यह बहुत अधिक अतिरंजना का संकेत देता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के मामले में, बेड ऑक्यूपेंसी रेट से सम्बन्धित अभिलेखों का रखरखाव बहुत खराब था क्योंकि नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से मात्र चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-सहारनपुर में बेहट, देवबंद एवं नागल तथा बाँदा में नरैनी ने बेड ऑक्यूपेंसी रेट की वर्षवार सूचना प्रदान की थी। सहारनपुर में नमूना-जाँच किये गये 02 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बेड ऑक्यूपेंसी रेट 40 से 50 प्रतिशत के बीच था एवं बलरामपुर में 02 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बेड ऑक्यूपेंसी रेट के मात्र 2013-14 के अभिलेख उपलब्ध थे।

अतः, बेड ऑक्यूपेंसी रेट से सम्बन्धित अभिलेखों के अभाव में, लेखापरीक्षा के द्वारा नमूना-जाँच हेतु चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की उत्पादकता के बारे में पुष्टि किया जाना सम्भव नहीं था।

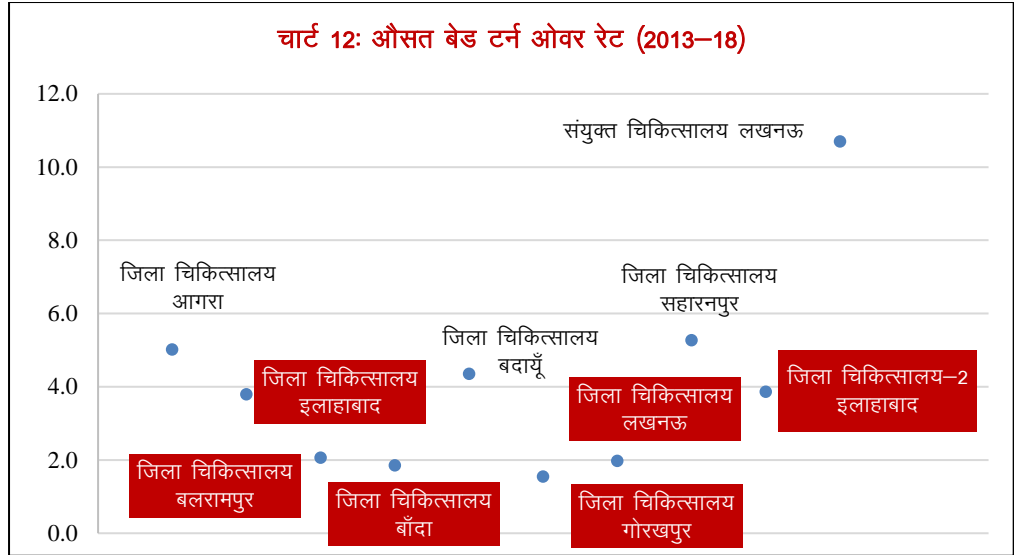
शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-9-2

4-9-2

4-9-2

बेड टर्नओवर रेट किसी निश्चित समय में एक अन्तः रोगी विभाग में बेड के उपयोग की दर है एवं उपलब्ध बेड क्षमता के उपयोग का एक मापक है एवं चिकित्सालय की दक्षता के सूचक के रूप में कार्य करता है। किसी विभाग में उच्च बेड टर्नओवर रेट रोगी बेड के अधिक उपयोग को इंगित करता है, जबकि कम बेड टर्नओवर रेट का कारण कम रोगियों की भर्ती या विभागों में लम्बे समय तक भर्ती रहना हो सकता है।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

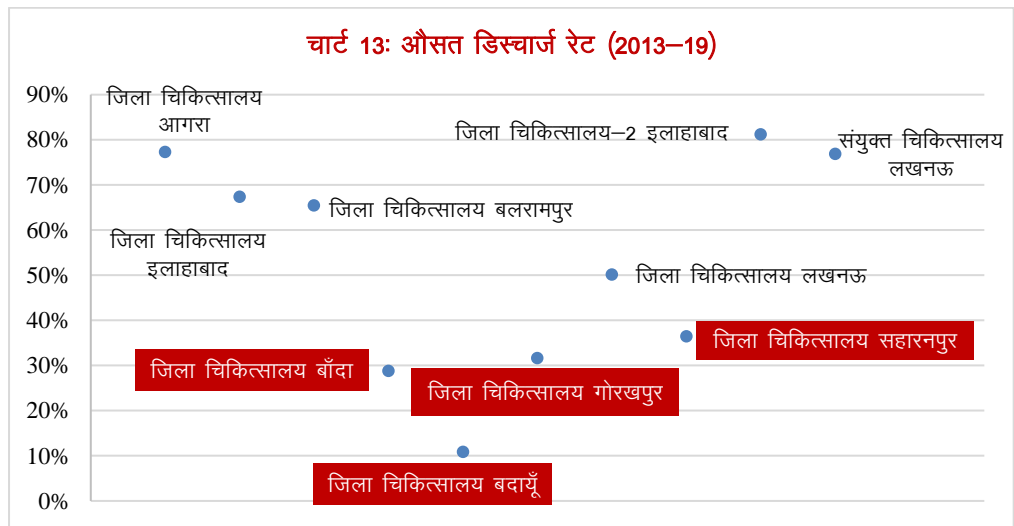
मानदण्ड⁶⁰: 4.1 प्रतिशत

अतः, जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर और लखनऊ में बेड टर्नओवर रेट द्वारा इंगित चिकित्सालय की दक्षता कमतर पायी गयी ।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे ।

डिस्चार्ज रेट

डिस्चार्ज रेट, यथोचित स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के बाद चिकित्सालय छोड़ने वाले रोगियों की संख्या का मापक है। उच्च डिस्चार्ज रेट यह दर्शाता है कि चिकित्सालय दक्षतापूर्वक रोगियों को स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा प्रदान कर रहा है, दूसरी तरफ डिस्चार्ज की कम दर का अर्थ है कि स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा पर्याप्त नहीं थी। नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों के बेड हेड टिकट की जाँच में पायी गयी डिस्चार्ज रेट नीचे दिए गए चार्ट 13 के अनुसार थी:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

मानदण्ड⁶¹ : 46 प्रतिशत

⁶⁰ औसत वार्षिक अन्तःरोगी संख्या का भारत औसत, भार है।

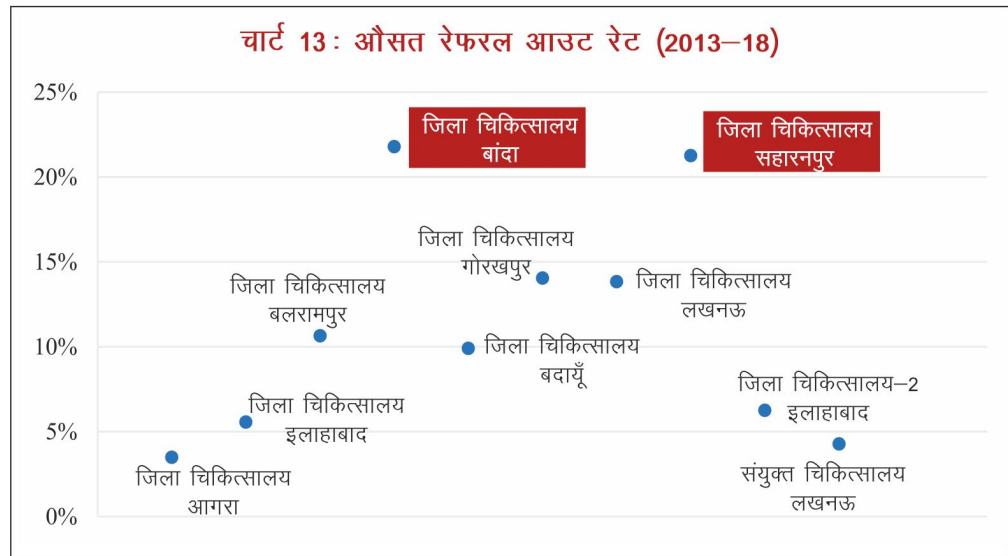
⁶¹ औसत वार्षिक अन्तःरोगी संख्या का भारत औसत, भार है।

जैसा कि ऊपर दिए गए pkVI 13 में दर्शाया गया है, जिला चिकित्सालय बदायूँ में डिस्चार्ज रेट सभी से कम थी जो यह दर्शाता है कि यह चिकित्सालय नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों में सबसे निम्न प्रदर्शन करने वाला चिकित्सालय था। इसके अलावा, जिला चिकित्सालय बाँदा, गोरखपुर एवं सहारनपुर ने भी डिस्चार्ज रेट के सन्दर्भ में अच्छा प्रदर्शन नहीं किया था।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

ज.ओ.य. व.क.म.व. ज.व.

आई पी एच एस के मानदंडों के अनुसार, उच्च केन्द्रों के लिए रेफर किया जाना यह दर्शाता है कि चिकित्सालयों में उपचार की सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। लेखापरीक्षा द्वारा नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों में रेफरल आउट रेट नीचे दिए गए pkVI 14 के अनुसार था:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

मानदण्ड⁶² : 14 प्रतिशत

अतः, जिला चिकित्सालय बाँदा एवं सहारनपुर में रेफरल आउट रेट उच्चतम थी जो यह दर्शाती थी कि इन चिकित्सालयों में स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा पर्याप्त नहीं थी।

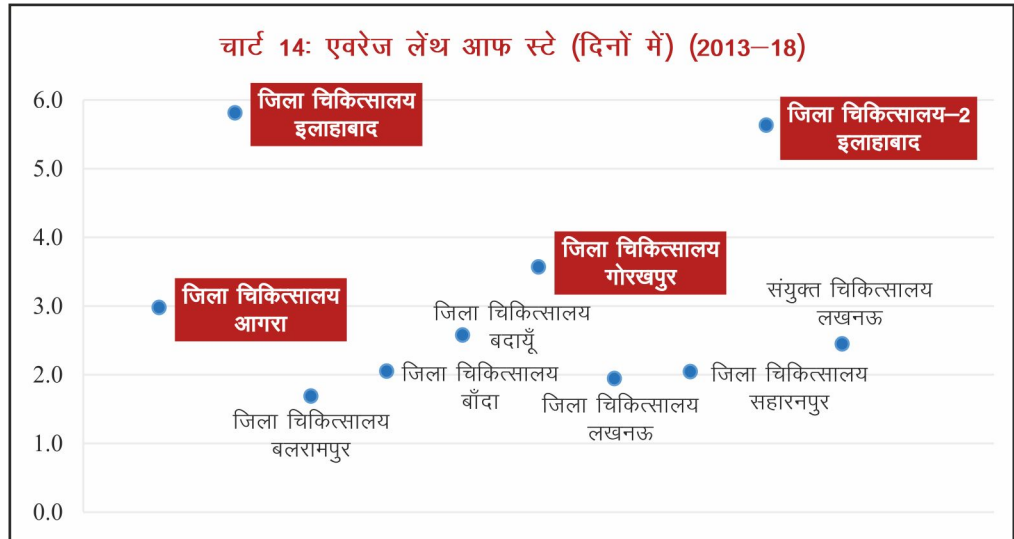
शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

4-9-3 *fpfdRI ky; ka dh fpfdRI dh; ns[kHKky dh {kerk dk eW; ka du*

, ojst yfk vkQ LVs

एवरेज लेंथ आफ स्टे चिकित्सकीय देखभाल की क्षमता एवं उपचार की प्रभावशीलता के निर्धारण का एक संकेतक है। एवरेज लेंथ आफ स्टे रोगी के भर्ती होने एवं डिस्चार्ज/मृत्यु के बीच का समय है। नमूना-जाँच किए गए चिकित्सालयों में एवरेज लेंथ आफ स्टे (दिनों में) नीचे दिए गए pkVI 15 के अनुसार था:

⁶² औसत वार्षिक अन्तःरोगी संख्या का भारत औसत, भार है।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

मानदण्ड⁶³ : 2.6

चार्ट 15 दर्शाता है कि जिला चिकित्सालय और जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, आगरा एवं गोरखपुर के लिए एवरेज लेंथ आफ स्टे, अत्यधिक था। अग्रेतर लेखापरीक्षा द्वारा चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के एवरेज लेंथ आफ स्टे की गणना केवल बेड हेड टिकट के आधार पर की जा सकी। जिससे कि स्पष्ट हो रहा था कि एवरेज लेंथ आफ स्टे आगरा के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र जैतपुर कँला, खेरागढ़ तथा बरौली अहीर में लगभग एक दिन तथा बाँदा के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन में दो दिन था। अतः, चिकित्सालयों के अन्दर एवरेज लेंथ आफ स्टे जैसे प्रतिफल मानकों की नियमित निगरानी की प्रणाली के अभाव में चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रदत्त सेवा की गुणवत्ता का मूल्यांकन करना एवं प्रतिफल को बेहतर बनाना प्रभावित हुआ।

शासन ने उत्तर में बताया कि चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे।

, Mol / bbw / jsv

प्राप्त की गयी स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में एडवर्स इवेंट्स (जैसे गलत औषधि देना, नीडल स्टिक की चोट आदि) को प्रतिकूल घटना (एडवर्स इवेंट) के रूप में जाना जाता है, जिसे शीघ्रता से पहचान कर रोगियों/कर्मचारियों पर उनके हानिकारक प्रभावों को सीमित करने का प्रबंधन किया जाना चाहिए। प्रतिकूल घटनाओं का वर्गीकरण प्रणाली में विशिष्ट समस्याओं का संकेत भी दे सकती है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय बलरामपुर के अलावा नमूना-जाँच किये गये किसी अन्य चिकित्सालय ने एडवर्स इवेंट रेट से सम्बन्धित अभिलेखों का रख-रखाव नहीं किया था, जहाँ 2013-18 के दौरान नमूना माहों के लिए एडवर्स इवेंट के मामले 13 से 26 के बीच थे। अतः, एडवर्स इवेंट रेट के अभाव में चिकित्सालयों की एडवर्स इवेंट को शीघ्रता से पहचानने एवं उनके हानिकारक प्रभावों का प्रबंधन किये जाने की क्षमता को प्रभावित किया।

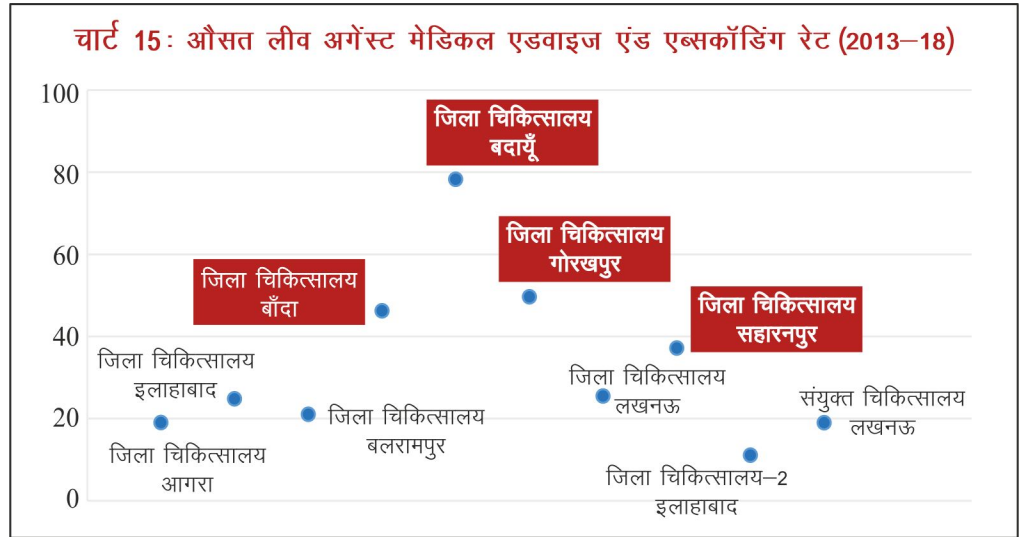
शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

⁶³ औसत वार्षिक अन्तःरोगी संख्या का भारत औसत, भार है।

4-9-4 fpfdRI ky; kã dh l ðk dh xq koUkk dk eM; kãdu

ftyk fpfdRI ky; kã eã yho , xLV efMdy , Mokbt , oa , CI dkfIMax jSV

किसी चिकित्सालय की सेवा की गुणवत्ता को मापने के लिए, लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज रेट एवं एक्सकॉडिंग रेट का मूल्यांकन किया जाता है। लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज रेट ऐसे रोगी के लिए प्रयुक्त किया जाने वाला शब्द है जो चिकित्सक की सलाह के विरुद्ध चिकित्सालय छोड़ता है एवं एक्सकॉडिंग रेट उन रोगियों को इंगित करता है जो चिकित्सालय के प्राधिकारियों को बताए बिना चिकित्सालय छोड़ देते हैं। चूंकि यह पाया गया था कि नमूना-जाँच किए गए चिकित्सालयों में दोनों पदों का परस्पर उपयोग किया गया था, इसलिए लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज रेट और एक्सकॉडिंग रेट दोनों का एक संयुक्त विश्लेषण pKVI 16 में प्रस्तुत किया गया है:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

मानदण्ड⁶⁴ : 36 प्रतिशत

अतः, जिला चिकित्सालय बदायूँ, में लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज रेट और एक्सकॉडिंग रेट खतरनाक रूप से अधिक थी जबकि जिला चिकित्सालय बदायूँ, गोरखपुर एवं सहारनपुर में लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज रेट और एक्सकॉडिंग रेट नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों के औसत मान से पर्याप्त अधिक थी जो इन चिकित्सालयों में सेवा की खराब गुणवत्ता एवं सुरक्षा व्यवस्था में कमी का संकेतक था ।

l kepkf; d LokLF; dWlãkã eã yho , xLV efMdy , Mokbt jSV , oa , CI dkfIMax jSV

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जहाँ बेड हेड टिकट उपलब्ध थे, बेड हेड टिकट के अनुचित रख-रखाव/रख-रखाव न किये जाने के कारण, लेखापरीक्षा द्वारा नमूना अवधि के दौरान मात्र एक से पाँच सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज और एक्सकॉडिंग रेट सुनिश्चित की जा सकी। यह पाया गया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मॉल, लखनऊ में लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज और एक्सकॉडिंग रेट खतरनाक रूप से अधिक (80 प्रतिशत से अधिक) थीं, जो कि चिकित्सालय की सेवा की खराब गुणवत्ता को इंगित करता है।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

⁶⁴ औसत वार्षिक अन्तःरोगी संख्या का भारित औसत, भार है।

fpfdRI dh; vfhkys[kk dh i kirk

भारतीय चिकित्सा परिषद, स्नातक चिकित्सा विनियम 2012, विधिक एवं प्रशासनिक रूप रेखा के अनुरूप रोगी के सटीक, स्पष्ट एवं उपयुक्त अभिलेख को बनाये रखना निर्धारित करता है। भारतीय चिकित्सा परिषद (व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता) विनियम 2002 में चिकित्सकों हेतु रोगियों के चिकित्सकीय अभिलेखों का अनुरक्षण करने के लिए प्रारूप दिया गया था जिसमें रोगियों के विवरण को भरना आवश्यक था। ये अभिलेख रोगी को मिलने वाली देखभाल की प्रभावशीलता को मापने, कानूनी उद्देश्यों के साथ-साथ फालोअप उपचार इत्यादि के लिए आवश्यक हैं।

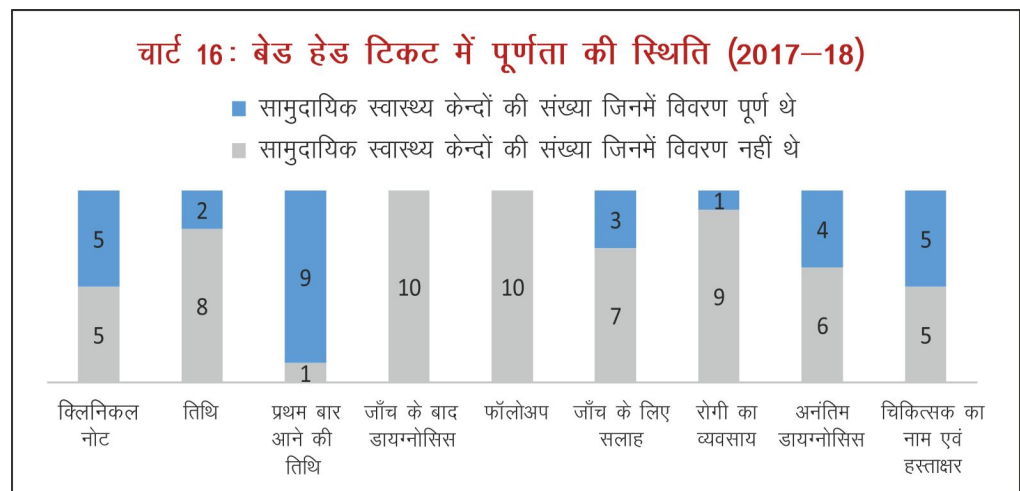
वर्ष 2017-18 की अवधि के लिए 11 जिला चिकित्सालयों के नमूना-जाँच किये गये 1100 बेड हेड टिकट एवं 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁶⁵ के नमूना-जाँच किये गये 356 बेड हेड टिकट की जाँच में पाया गया कि आवश्यक विवरण पूरी तरह से नहीं भरे गए थे, जैसा कि rkfydk 22 में चर्चा की गई है:

rkfydk 22% ftyk fpfdRI ky; k es cM gM fVdV
dh i kirk dh fLFkfr 2017&18%

fooj .k	ftyk fpfdRI ky; ftues foj .k i kZ ugha Fks
जाँच के बाद निदान	जिला चिकित्सालय इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय बाँदा एवं जिला चिकित्सालय सहारनपुर
फालोअप	जिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय बदायूँ, जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर एवं जिला चिकित्सालय बाँदा
सलाह दी गयी जाँच	जिला चिकित्सालय बलरामपुर
रोगी का व्यवसाय	जिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला चिकित्सालय बदायूँ, जिला चिकित्सालय गोरखपुर, जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ एवं जिला चिकित्सालय सहारनपुर

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

इसी प्रकार, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के मामले में बेड हेड टिकट की पूर्णता की स्थिति निम्नानुसार थी:



(स्रोत: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

⁶⁵ बरौली अहीर, जैतपुरकलां एवं खैरागढ़ (आगरा), कामासिन एवं नरैनी (बाँदा), गोसाईगंज एवं सरोजनी नगर (लखनऊ), बेहट, देवबंद एवं नागल (सहारनपुर)।

बेड हेड टिकट में प्रविष्टियाँ ठीक से न भरे जाने से रोगी को प्रदान की जाने वाली चिकित्सा देखभाल की निरंतरता एवं दक्षता पर प्रभाव पड़ता है, विशेष रूप से फालोअप या उच्च सुविधाओं के लिए रेफर किये जाने के प्रकरणों में।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं सम्बन्धित चिकित्सालयों को आवश्यक दिशा-निर्देश जारी किए जाएंगे।

1 s'kV / fVLOD'ku Ldkj

पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर, रोगी की संतुष्टि का एक संकेतक है एवं अन्तः रोगी विभाग के लिए एक महत्वपूर्ण अनुश्रवण एवं फीडबैक तंत्र के रूप में कार्य करता है। यह पाया गया कि 2016-18 की अवधि में नमूना-जाँच किये गये 11 जिला चिकित्सालयों में से मात्र दो जिला चिकित्सालयों (जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद एवं लखनऊ) द्वारा पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर का मूल्यांकन करने के लिए सर्वे किया गया। जिला चिकित्सालय लखनऊ के पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर आकड़ों⁶⁶ के विश्लेषण से प्रकाश में आया कि 18 से 27 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने सेवाओं को खराब या औसत माना था।

अतः, जहाँ पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर नहीं करने वाले 08 जिला चिकित्सालयों एवं 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने रोगियों के फीडबैक के आधार पर कमी की पहचान करने एवं अपने सम्बन्धित चिकित्सालयों में गुणवत्ता में सुधार के लिए एक प्रभावी कार्य योजना विकसित करने का अवसर खो दिया, वहीं जिला चिकित्सालय लखनऊ ने पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर आयोजित करने के बावजूद सर्वेक्षण के परिणामों के आधार पर कार्रवाई के बिंदु तैयार नहीं किए थे।

शासन ने उत्तर में बताया कि प्रकरण की जाँच की जाएगी एवं तदनुसार कार्रवाई की जायेगी।

4-9-5 I d k/kuk dh mi yC/krk ds I ki f k çfrQy

लेखापरीक्षा द्वारा नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों का विभिन्न प्रतिफल संकेतकों पर निकाला गया तुलनात्मक निष्पादन एवं संसाधनों की सम्बन्धित उपलब्धता को rkfydk 23 में दर्शाया गया था:

rkfydk 23% ftyk fpdfRI ky; ka ea I d k/kuk dh mi yC/krk ds I ki f k çfrQy

fpdfRI ky;	mRI knrkr	n{krk			I ok dh xq koRrk	fDyfudy ns[kHky	I d k/kuk dh mi yC/krk			
	cM vkD: i d h jV %çfr'kr e%	cM VuZ vkqj jV %çfr'kr e%	fMLpkT jV %çfr'kr e%	jQjy vkmV jV %çfr'kr e%	yho , xLV efMdy , Mokbt vj , CI dkfMax jV %çfr'kr e%	, ojt yfK vkO LVs %fnuka e%	fpdfRI d %çfr'kr e%	ul d %çfr'kr e%	vko' : d vks'kf/k; kll %çfr'kr e%	fDyfudy i fksy/kllt h I ok %çfr'kr e%
जिला चिकित्सालय आगरा	49	5.0	77	3	19	3.0	107	236	64	45
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	89	3.8	67	6	25	5.8	88	64	71	59
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	51	2.1	65	11	21	1.7	63	50	46	58
जिला चिकित्सालय बाँदा	89	1.9	29	22	46	2.1	56	64	73	86
जिला चिकित्सालय बदायूँ	75	4.4	11	10	78	2.6	107	140	71	90

⁶⁶ जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद द्वारा पेशेंट सैटिस्फैक्शन स्कोर आँकड़े प्रदान नहीं किये गये।

फ़ॉर्म नंबर:	मरीजों की संख्या	रोगियों की संख्या			एडमिशन	डिस्चार्ज	एडमिशन दर			
	कुल	महिला	पुरुष	बच्चे	कुल	कुल	एडमिशन दर	एडमिशन दर	एडमिशन दर	एडमिशन दर
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	61	1.5	32	14	50	3.6	129	254	59	93
जिला चिकित्सालय लखनऊ	59	2.0	50	14	25	1.9	101	148	86	97
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	103	5.3	36	21	37	2.0	59	85	80	59
जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद	95	3.9	81	6	11	5.6	115	91	79	48
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	118	10.7	77	4	19	2.4	154	310	54	79
मानदण्ड ⁶⁷	80-100%	4.1	46%	14%	36%	2.6	100%	100%	68%	71%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

जैसा कि तालिका 23 में देखा गया है, अन्य नमूना-जाँच किए गए जिला चिकित्सालयों के सापेक्ष प्रत्येक चिकित्सालय ने कम से कम एक प्रतिफल संकेतक पर खराब प्रदर्शन किया था, जिनमें से विशेष रूप से जिला चिकित्सालय, बाँदा, बदायूँ, गोरखपुर एवं सहारनपुर खराब प्रदर्शक रहे। इस संदर्भ में विवरण निम्नवत् है:

लीव एगेंस्ट मेडिकल एडवाइज एवं एक्सकॉडिंग रेट संयुक्त रूप से जिला चिकित्सालय बदायूँ में सर्वाधिक 78 प्रतिशत थी, जो रोगियों द्वारा अनुभव की गयी सेवा की गुणवत्ता से खराब संतुष्टि का संकेत देती थी। यद्यपि, चिकित्सालय में चिकित्सकों एवं नर्सों दोनों की उपलब्धता स्वीकृत संख्या से अधिक थी जो कि चिन्ता का विषय है एवं जिसकी अग्रेतर जाँच की आवश्यकता थी।

जिला चिकित्सालय बाँदा एवं सहारनपुर में उच्च बेड आक्यूपेंसी रेट होना परन्तु 20 प्रतिशत से अधिक उच्च रिफरल रेट होना एवं 40 प्रतिशत से कम डिस्चार्ज रेट होना ये संकेत देता है कि इन चिकित्सालयों ने गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए संघर्ष किया था।

जिला चिकित्सालय गोरखपुर में कम बेड आक्यूपेंसी के साथ मानव संसाधन की अधिकता होने के बाद भी खराब डिस्चार्ज रेट थी।

शासन ने कहा कि संसाधनों का अप्रभावी प्रबंधन, प्रशिक्षित मानव संसाधन एवं विशेषज्ञ चिकित्सकों की कमी के कारण था, जो निकट भविष्य में दूर हो सकते हैं जब राज्य की सेवाओं में नए चिकित्सक एवं विशेषज्ञ शामिल हो जायेंगे जिसके लिए राज्य सरकार चरणबद्ध रूप से नए मेडिकल कालेज खोल रही थी। शासन ने यह भी बताया कि जिला चिकित्सालय गोरखपुर एवं बदायूँ में खराब प्रदर्शन का सर्वाधिक संभावित कारण मानव संसाधन की कमी थी।

शासन का उत्तर संतोषजनक नहीं था क्योंकि जिला चिकित्सालय गोरखपुर एवं बदायूँ में मानव संसाधन स्वीकृत संख्या से अधिक उपलब्ध थे। अग्रेतर, महानिदेशक, चिकित्सा

⁶⁷ बेंचमार्क: बेड आक्यूपेंसी दर-आई पी एच एस के अनुसार, प्रत्येक चिकित्सालय के लिए शेष प्रतिफल संकेतकों का भारित औसत सम्बंधित भार के रूप में औसत वार्षिक अंतःरोगी विभाग के रोगी के साथ एवं चिकित्सकों, नर्सों, औषधियों एवं क्लिनिकल पैथोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता के लिए साधारण औसत।

एवं स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा 2013–18 के दौरान प्रतिफल संकेतकों का अनुश्रवण मात्र बेड ऑक्यूपेंसी रेट तक ही सीमित था एवं चिकित्सालयों की दक्षता, सेवा की गुणवत्ता एवं क्लिनिकल देखभाल क्षमता से सम्बन्धित अन्य महत्वपूर्ण संकेतकों को नजरअंदाज किया गया था, जो कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइड बुक के अनुरूप नहीं था।

शासन को एक एकीकृत दृष्टिकोण अपनाने, संसाधनों को रोगी की प्राथमिकताओं एवं आवश्यकताओं के अनुरूप आवंटित करने, जिला चिकित्सालयों को धन के उच्च मूल्य के लिए स्वास्थ्य प्रतिफल में महत्वपूर्ण परिवर्तन हेतु अनुश्रवण एवं संचालन में सुधार की आवश्यकता है।

। क्जि र्श अन्तः रोगी विभाग की सेवाओं की लेखापरीक्षा ने मानव संसाधन के वितरण में विषमता को उद्घाटित किया। लखनऊ एवं आगरा जैसे बड़े शहरों में चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ की अधिक तैनाती को प्राथमिकता से वापस लिया जाना चाहिए तथा एक प्रणाली स्थापित की जानी चाहिए जहाँ इस प्रकार की अधिक तैनाती/प्रति नियुक्ति (आपात स्थिति में वह भी निर्धारित अवधि के लिए को छोड़कर) किसी भी स्तर के प्राधिकारी द्वारा किया जाना सम्भव न हो। अग्रेतर, औषधियों एवं उपकरणों की उल्लेखनीय कमी थी, शल्यक्रिया कक्ष सेवाओं में कमियाँ थीं एवं दुर्घटना एवं ट्रॉमा सेवाओं की उपलब्धता में अत्यधिक कमी थी। रोगियों को प्रदत्त आहार पोषण में चिकित्सालय-दर- चिकित्सालय भिन्नता थी, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में आपदा प्रबन्धन दिशानिर्देशों का पालन नहीं करने एवं उचित अग्नि सुरक्षा व्यवस्था की कमी के कारण चिकित्सालय परिसर में रोगी सुरक्षा के साथ समझौता किया गया था। जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अभिलेखों के खराब रख-रखाव ने अन्तः रोगी विभाग की सेवाओं के मूल्यांकन को बाधित किया, नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों का मूल्यांकन छः प्रतिफल संकेतकों पर किया गया, जिनमें से चार चिकित्सालयों-जिला चिकित्सालय बाँदा, बदायूँ, गोरखपुर एवं सहारनपुर ने अन्य चिकित्सालयों की तुलना में कमतर प्रदर्शन किया था।

v/; k; -5

मातृत्व सेवाएं

5 मातृत्व सेवाएं

मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर⁶⁸ मातृत्व सेवाओं की गुणवत्ता के महत्वपूर्ण संकेतक हैं। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2015-16) के अनुसार राष्ट्रीय औसत की तुलना में उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर दोनों संकेतक अधिक थे। रक्त की कमी, अत्यधिक रक्तस्राव (प्रसवपूर्व एवं प्रसवकाल दोनों अवधियों में), टॉक्सिमिया (गर्भावस्था के दौरान उच्च रक्तचाप), बाधित प्रसव, प्यूरपरल सेप्सिस (प्रसवोत्तर संक्रमण) और असुरक्षित गर्भपात जैसे कारक, मातृ मृत्यु के प्रमुख कारणों के रूप में चिन्हित किये गये हैं।

चिकित्सालयों के स्तर पर प्रसवपूर्व, प्रसवकाल तथा प्रसवोत्तर देखभाल गतिविधियाँ मातृत्व सेवाओं के प्रमुख घटक हैं। प्रसवपूर्व देखभाल, गर्भावस्था के दौरान भ्रूण के विकास एवं माँ तथा भ्रूण के स्वास्थ्य पर निगरानी रखने की एक प्रणाली है। प्रसवकाल देखभाल के अन्तर्गत प्रसवकक्ष एवं शल्यकक्ष में सुरक्षित प्रसव के लिए विभिन्न गतिविधियाँ सम्पादित की जाती हैं। प्रसवोत्तर देखभाल में प्रसव के बाद माँ और नवजात शिशु की चिकित्सकीय देखभाल, विशेष रूप से प्रसव के बाद के उन 48 घंटे की अवधि में, जो कि ऐसी अवस्था में नाजुक अवधि मानी जाती है, सम्मिलित है।

गुणवत्तापरक मातृत्व सेवाएं प्रदान किये जाने हेतु भारत सरकार द्वारा प्रतिपादित मातृ और नवजात स्वास्थ्य टूलकिट-2013 (एम एन एच टूलकिट) एवं जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के दिशा निर्देशों में विभिन्न स्तरों के चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर विभिन्न प्रकार की मातृ स्वास्थ्य सेवाओं और संसाधनों जैसे-मानव संसाधन, औषधियाँ, कंज्यूमेबिल्स और उपकरणों की उपलब्धता के मानक विहित किए गये हैं। जटिलताओं वाले प्रसव के सम्बन्ध में गर्भवती महिलाओं को आकस्मिक प्रसूति देखभाल सुविधा प्रदान करने हेतु प्रथम संदर्भित इकाईयों (एफ आर यू) के रूप में उच्चिकृत किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए अलग से मानक निर्धारित किये गए हैं।

यद्यपि, निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान नमूना-जाँच हेतु चयनित दस जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों⁶⁹ और दस एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁷⁰ सहित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के अभिलेखों की जाँच में संसाधन प्रबंधन और नैदानिक (डायग्नोस्टिक) दक्षता में गंभीर कमियाँ पाई गईं, जिनकी चर्चा अनुवर्ती प्रस्तारों में की गई है:

5-1 चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों

प्रसवपूर्व देखभाल के अन्तर्गत गर्भावस्था के दौरान गर्भवती महिला के स्वास्थ्य की निगरानी एवं जटिलताओं जैसे कि प्रजनन मार्ग संक्रमण (आर टी आई)/यौन संचारित संक्रमण (एस टी आई) और गर्भपात जैसी जटिलताओं के प्रबन्धन हेतु गर्भवती महिला का सामान्य एवं उदर सम्बन्धी परीक्षण⁷¹ तथा प्रयोगशाला आधारित जाँच किया जाना सम्मिलित है।

⁶⁸ मातृ मृत्यु दर प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों में से मातृत्व कारणों से हुई मृत्यु तथा शिशु मृत्यु दर प्रति 1000 जीवित जन्मों में से एक वर्ष से कम आयु के शिशु मृत्युओं की संख्या है।

⁶⁹ जिला महिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मातृत्व सेवा प्रदान करते हैं।

⁷⁰ खेरागढ़, आगरा; हण्डिया, इलाहाबाद; पचपेड़ा, बलरामपुर; कैम्पियरगंज, पाली और पिपराईच, गोरखपुर; माल और सरोजनी नगर, गोसाईगंज, लखनऊ; एवं देवबन्द, सहारनपुर।

⁷¹ वजन मापन, रक्तचाप मापन, श्वसन दर मापन, पैलोर और इडिमा की जाँच, फोयेटल ग्रोथ, फोयेटल लाई तथा फोयेटल हार्ट साउन्ड को सुनने आदि के लिए गर्भवती के उदर की जाँच

5-1-1 xHkbrh efgykvk dk çl oiDZ ijH{k.k

प्रसवपूर्व देखभाल सम्बन्धी दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रसवपूर्व देखभाल हेतु गर्भवती महिला के चिकित्सालय में आने पर उनका सामान्य तथा उदर-सम्बन्धी परीक्षण किया जाना चाहिए। गर्भवती महिलाओं का प्रसवपूर्व परीक्षण प्रथमतः सहायक नर्स मिडवाईफ (ए एन एम) के द्वारा किया जाता है और जटिलताओं की स्थिति में गर्भ की अवधि और जटिलता के स्तर के आधार पर गर्भवती महिलाओं को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र अथवा एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में क्रमशः चिकित्सा अधिकारी और स्त्री रोग विशेषज्ञ द्वारा उपचार के लिए भेजा जाना चाहिए।

यद्यपि, लेखापरीक्षा में प्रकाश में आया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 में से 09 एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁷² में एम एन एच टूलकिट के प्रावधान के विपरीत नमूना-जाँच अवधि के 20 से 100 प्रतिशत अवधि में एक स्त्रीरोग विशेषज्ञ की तैनाती नहीं रही थी। इसमें तीन एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र⁷³ ऐसे थे जिनमें नमूना-जाँच की सम्पूर्ण अवधि में स्त्रीरोग विशेषज्ञ तैनात नहीं रही थीं। इन एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्त्री रोग विशेषज्ञ की अनुपस्थिति/अनिरंतर उपलब्धता के कारण गर्भवती महिलायें प्रसवपूर्व देखभाल की विशेषज्ञ सेवा से वंचित रहीं। गर्भावस्था की जटिलताओं जैसे कि अत्यधिक रक्तस्राव, उच्च रक्तचाप, मिर्गी और असुरक्षित गर्भपात के प्रकरणों के उच्च प्रतिशतता के दृष्टिगत, सटीक डायग्नोसिस और समुचित उपचार के लिए विशेषज्ञ चिकित्सकों द्वारा प्रसवपूर्व परीक्षण किया जाना महत्वपूर्ण था।

शासन ने उत्तर दिया (मई 2019) कि गुणवत्तापरक प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएं प्रदान करना विभाग की पहली प्राथमिकता है। एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्त्रीरोग विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की समस्या को दूर करने के लिए विभिन्न उपाय जैसे-विशेषज्ञ चिकित्सकों की संविदा भर्ती के लिए प्रवेश साक्षात्कार, बिड-मॉडल चयन प्रक्रिया आदि अपनाए जा रहे हैं।

यद्यपि, सरकार के इन कथित प्रयासों के बावजूद भी, चयनित एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्त्री रोग विशेषज्ञों की प्रतिकूल/गैर-तैनाती से विपरीत रूप से प्रभावित रहे जबकि स्त्री रोग विशेषज्ञ गुणवत्तापरक प्रसवपूर्व देखभाल सेवा प्रदान किये जाने के आधार-स्तम्भ है।

पैथोलॉजी tkjD

प्रसवपूर्व देखभाल सम्बन्धी दिशा-निर्देशों के अनुसार, प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर छः प्रकार की पैथोलॉजी जाँच की सुविधा प्रदान की जानी थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान गर्भवती महिला की गर्भावस्था की स्थिति के आधार पर ये जाँचें करायी जानी थी जिससे गर्भावस्था की जटिलताओं को चिन्हित किया जा सके।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2013-18 की अवधि में सभी छः प्रकार की जाँचों की सुविधा चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से मात्र 06⁷⁴ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर ही उपलब्ध थी परन्तु वहाँ भी ऐसी सुविधा की उपलब्धता में निरंतरता नहीं

⁷² एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, हण्डिया, इलाहाबाद में नमूना-जाँच की अवधि के दौरान स्त्रीरोग विशेषज्ञ उपलब्ध थी।

⁷³ खेरागढ़, आगरा, पचपेड़वा बलरामपुर और पाली, गोरखपुर।

⁷⁴ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र खेरागढ़, आगरा (60 प्रतिशत), गैसडी, बलरामपुर (20 प्रतिशत) पाली गोरखपुर (40 प्रतिशत) गोसाईगंज, लखनऊ (60 प्रतिशत) और माल, लखनऊ (60 प्रतिशत); प्रतिशत में दिये गये आँकड़ें नमूना-जाँच अवधि की प्रतिशत अवधि है जिसमें पैथोलॉजी जाँच की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।

रही थी। चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर सम्पादित नहीं की गयी जाँचों एवं इसके दुष्प्रभावों का सार rkydk 24 में दिया गया है।

rkydk 24% | kpnkf; d LokLF; dlnka ij 2013&18
es vl Eikfnr i Fkkykltth tkpa

i Fkkykltth tkp dk uke	I kpnkf; d LokLF; dlnka dh l a[; k ftuea tkp l fo/kk mi yC/k ugh Fkh %dy p; fur% 22%	vof/k %cfr' kr e% ftl es tkp l fo/kk mi yC/k ugha Fkh	I Ekkfor çHkko
रक्त समूह टेस्ट (आर एच फैक्टर सहित)	03	80 से 100 %	अत्यधिक रक्तस्राव की स्थिति में रक्ताधान में देरी होने और आर एच नकारात्मक गर्भावस्था के मामले में उपयुक्त प्रबन्धन न होने का कारक हो सकता है।
वी डी आर एल ⁷⁵ /आर पी आर ⁷⁶ टेस्ट	09	20 से 100 %	सिफलिस का पता न लग पाना जो कि गर्भपात, स्टिल बर्थ और नवजात-मृत्यु का कारण बन सकता है।
एच आई वी ⁷⁷ टेस्ट	13	20 से 100 %	प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान माता में एच आई वी संक्रमण होने की स्थिति का पता न लग पाने से भ्रूण में भी संक्रमण फैल जाने का कारक हो सकता है।
रैपिड मलेरिया टेस्ट	11	40 से 100 %	मातृ-एनीमिया, भ्रूण हानि, समय से पहले प्रसव, अंतर्गर्भाशयी विकास में अवरोध और अल्पभार वाले शिशु जन्म जैसे परिणाम हो सकते हैं।
रक्त शर्करा टेस्ट	06	20 से 100 %	गर्भावस्था-मधुमेह का पता न लग पाने पर गर्भावस्था के प्रतिकूल प्रतिफल का कारण बन सकता है।
एचबीएसएजी ⁷⁸ टेस्ट	15	20 से 100 %	हेपेटाइटिस बी संक्रमण से बचाव हेतु नवजात शिशु की जीवन रक्षा के लिए जन्म से 7 घंटे के भीतर उसे विहित वैक्सीन न दिये जा सकने का कारण हो सकता है।

(स्रोत: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

इस प्रकार, प्रसवपूर्व देखभाल के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर आने वाली गर्भवती महिलाएं त्वरित डायग्नोसिस और पैथोलॉजी जाँच आधारित उपचार से वंचित रहीं।

शासन ने उत्तर दिया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर विहित पैथोलॉजी जाँच की सुविधा उपलब्ध कराने के लिए कदम उठाए गए हैं। यद्यपि, बड़ी संख्या में चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर विहित पैथोलॉजी जाँच सुविधा की न्यून उपलब्धता का स्थितिपरक विश्लेषण, ऐसे उपायों की प्रभावशीलता पर प्रश्नचिन्ह लगाता है और मातृ तथा नवजात स्वास्थ्य के लिए अतिमहत्वपूर्ण पैथोलॉजी सेवा में सुधार लाने हेतु,

⁷⁵ यौन रोग अनुसंधान प्रयोगशाला परीक्षण।

⁷⁶ रैपिड प्लाज्मा रेसिन।

⁷⁷ ह्यूमन इम्यूनो डिफेंसिवीटी वायरस।

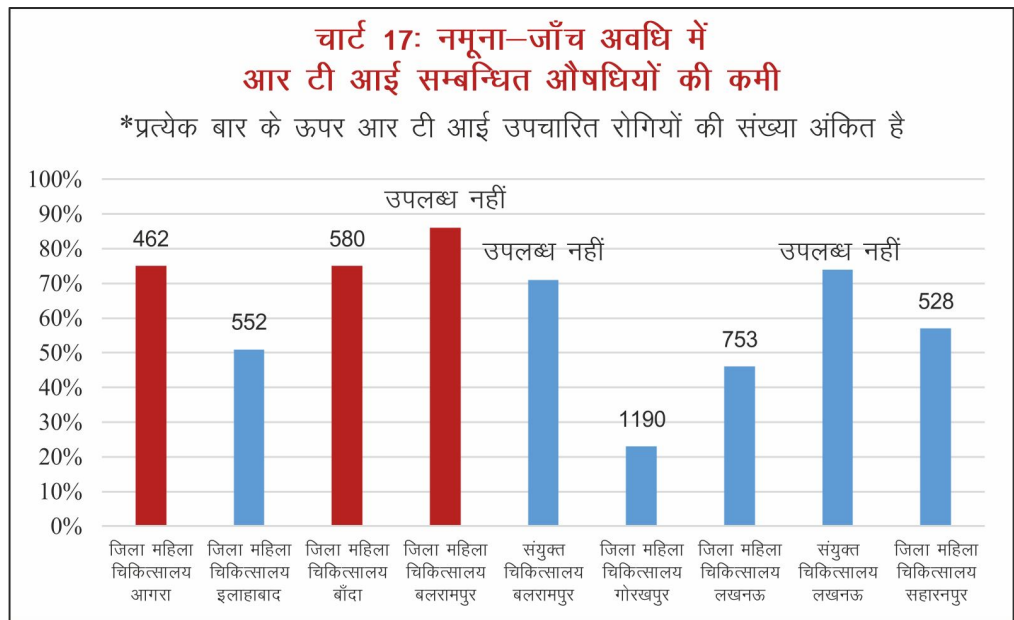
⁷⁸ हेपेटाइटिस बी सरफेस एंटीजन।

तात्कालिकता की अनुभूति के साथ उच्च-स्तरीय कार्यवाही किये जाने की आवश्यकता को रेखांकित करता है।

5-1-2 vkj Vh vkbz@, l Vh vkbz dk çcU/ku

ऐसे चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जहाँ प्रजनन मार्ग संक्रमण (आर टी आई)/(एस टी आई) की पहचान हेतु वी डी आर एल/आर पी आर जाँच की सुविधाएं उपलब्ध थीं, आर टी आई/एस टी आई मामलों के उपचार के लिए 13 प्रकार की औषधियों की विहित आवश्यकता के सापेक्ष औषधियों की उपलब्धता में कमी रही थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 10 चिकित्सालयों में से 09⁷⁹ में, नमूना-जाँच अवधि में 4,065 आर टी आई रोगियों का उपचार किया गया था, जबकि इन चिकित्सालयों में आर टी आई/एस टी आई औषधियों की अनुपलब्धता की स्थिति 18 के अनुसार थी:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अग्रेतर, नमूना-जाँच अवधि में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विहित औषधियों की सबसे अधिक कमी गैसड़ी, बलरामपुर (97 प्रतिशत), नागल, सहारनपुर (92 प्रतिशत), पचपेड़वा, बलरामपुर (86 प्रतिशत), खेरागढ़, आगरा (85 प्रतिशत), कमासिन, बाँदा (78 प्रतिशत) और बेहट, सहारनपुर (75 प्रतिशत) में पायी गई थी। लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि गोरखपुर के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पिपराईच में नमूना-जाँच अवधि में 768 आर टी आई रोगियों का उपचार किया गया था, जबकि वहाँ उसी अवधि में आर टी आई के उपचार हेतु विहित औषधियों की औसत कमी 18 प्रतिशत की रही थी। अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने आर टी आई/एस टी आई प्रकरणों के अभिलेख नहीं बनाये थे, जिसके फलस्वरूप आर टी आई औषधियों की अनुपलब्धता से प्रभावित रोगियों की संख्या का लेखापरीक्षा में पता नहीं चल सका।

चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आर टी आई/एस टी आई के प्रबंधन के लिए आवश्यक औषधियों की कमी आर टी आई मामलों के खराब प्रबंधन का सूचक थी जिसका सशक्त प्रतिकूल प्रभाव गर्भावस्था के परिणामों पर पड़ता है और जो गर्भपात, स्टिल बर्थ और नवजात मृत्यु का कारक भी बनता है।

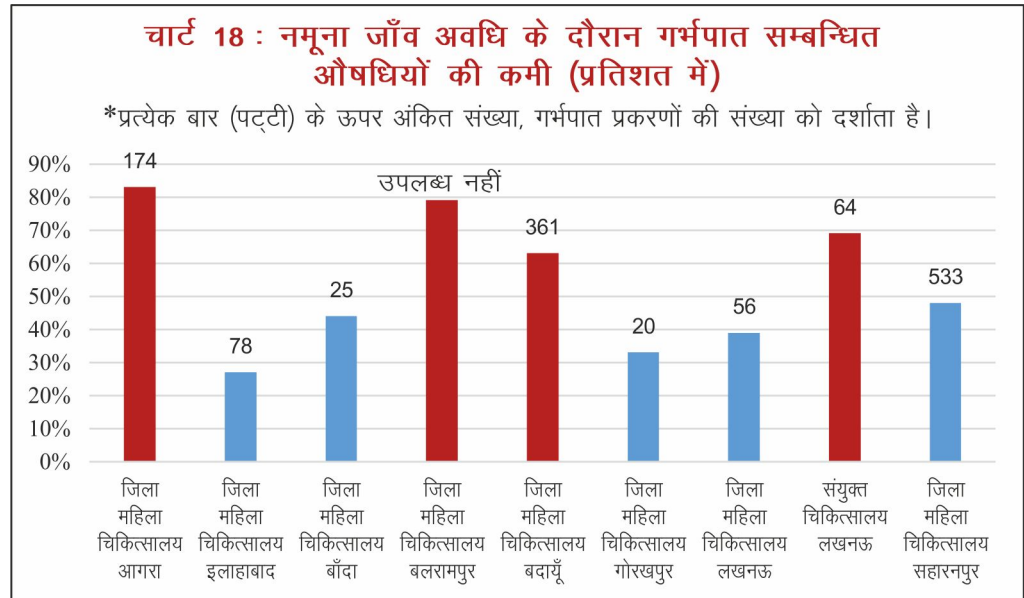
⁷⁹ जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ ने सूचना नहीं दी।

शासन ने इस सम्बन्ध में कोई उत्तर नहीं दिया।

5-1-3 | ईवक खकई क नस[कक्य

गर्भावस्था की जटिलताओं के कारण असुरक्षित गर्भपात भी मातृ रुग्णता और मृत्यु में योगदान करता है। एम एन एच टूलकिट, प्रत्येक चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाओं की उपलब्धता के साथ गर्भावस्था की चिकित्सकीय समाप्ति⁸⁰ हेतु प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी की तैनाती और आवश्यक औषधियों की उपलब्धता को विहित करता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 10 चिकित्सालयों और 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर और 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विशेषज्ञ चिकित्सा अधिकारियों की कमी के कारण सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सुविधा उपलब्ध नहीं थी। 09 चिकित्सालयों⁸¹ और 03 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, जहाँ सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल की सुविधा उपलब्ध थी, 15 प्रकार की आवश्यक औषधियों की सम्पूर्ण श्रृंखला उपलब्ध नहीं थी तथा औषधियों की संख्या में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁸² में 07 से 71 प्रतिशत और चिकित्सालयों में 27 से 83 प्रतिशत तक की कमी रही थी। लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि 03 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में निष्पादित गर्भपात के प्रकरणों की संख्या के सम्बन्ध में अभिलेखों का रख-रखाव नहीं किया गया था। चिकित्सालयों के मामलों में सम्बन्धित विवरण pKVI 19 में दिया गया है:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अस्तु, चयनित 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवा की अनुपलब्धता यह इंगित करती है कि उक्त महत्वपूर्ण मातृत्व सेवा ग्रामीण जनता के लिए उपलब्ध नहीं थी। चिकित्सालयों के सम्बन्ध में, जैसा कि ऊपर प्रदर्शित किया गया है, कम से कम 1,311 गर्भपात, आवश्यक औषधियों की सम्पूर्ण उपलब्धता के बिना किये गये थे जो इस तथ्य का द्योतक था कि या तो सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता से समझौता किया गया या सम्बन्धित रोगी, आवश्यक औषधियों को बाहर से क्रय करने के लिए बाध्य रहे।

⁸⁰ एम टी पी—गर्भावस्था की चिकित्सकीय समाप्ति

⁸¹ संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ में मई 2013 और नवम्बर 2015 के दौरान सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सुविधा उपलब्ध नहीं थी।

⁸² खेरागढ़, आगरा (71 प्रतिशत), इण्डिया, इलाहाबाद (07 प्रतिशत) और देवबन्द, सहारनपुर (64 प्रतिशत)

शासन ने उत्तर दिया कि चिकित्सा अधिकारियों को आवश्यक प्रशिक्षण प्रदान करके सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाओं में सुधार किया जा रहा है और जिला महिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाओं को सक्रिय करने के लिए उसके विशेषज्ञ चिकित्सकों को तैनात किये जाने का प्रयास किया जा रहा है। बड़ी संख्या में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 में से 19) में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवाओं की अनुपलब्धता, इस सम्बन्ध में और अधिक उद्देश्यपूर्ण दृष्टिकोण अपनाये जाने की आवश्यकता को इंगित करता है ताकि सभी चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सम्पूर्ण गर्भपात देखभाल सेवायें उपलब्ध हो सकें।

5-2 ङl odky ns[kHkky

प्रसवकाल देखभाल के अन्तर्गत प्रसवकाल (प्रसव प्रक्रिया के प्रारम्भ होने से शिशु जन्म तक की अवधि) में गर्भवती महिला की देखभाल सम्मिलित है। प्रसवकाल में यथोचित देखभाल न केवल माताओं और उनके नवजात शिशुओं को सुरक्षित रखता है, बल्कि स्टिल बर्थ, नवजात-मृत्यु एवं अन्य जटिलताओं से भी उन्हें बचाता है।

प्रसवकाल देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता, आवश्यक संसाधनों की उपलब्धता और चिकित्सा एवं पैरामेडिकल कर्मचारियों की चिकित्सकीय दक्षता पर काफी हद तक निर्भर करती है। प्रसवकाल देखभाल सेवाओं पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा अनुवर्ती प्रस्तारों में की गई है:

5-2-1 l d kékuka dh mi yCèkrk

एम एन एच टूलकिट में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और चिकित्सालयों में प्रसूति सेवाओं के लिए 23 प्रकार की औषधियों, 20 प्रकार के कन्जूमिबिल्स, 15 प्रकार के कुशल मानव संसाधन⁸³ और 28 प्रकार के उपकरणों⁸⁴ की आवश्यकता विहित की गयी है। उपरोक्त वर्णित आवश्यक संसाधनों की कमी का सार rkyfydk 25 में दर्शाया गया है:

l dkjkRed igy#
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र माल, लखनऊ एवं नागल, सहारनपुर में क्रमशः सभी सात प्रकार के विहित मानव संसाधन और 20 प्रकार के आवश्यक उपकरण उपलब्ध थे।

rkyfydk 25% o"kl 2013&18 dh vof/k ea vko' ; d l d kékuka dh mi yCèkrk

fpfdRI ky; @ l kepkf; d LokLF; dlnz dh Js kh	vko' ; d l d k/ku %l a[; k/2	deh dh çfr' krrk ds l ki s[fpfdRI ky; ka@l kepkf; d LokLF; dlnka dh l a[; k					p; fur fpfdRI ky; ka e@ l s l puk ugh nus okys fpfdRI ky; ka dh l a[; k
		dkbz deh ugha	1 l s 25%	26 l s 50%	51 l s 75%	76 l s 100%	
ekuo l d k/ku							
चिकित्सालय	15	0	3	7	0	0	0
एफ आर यू- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	15	0	0	5	5	0	0
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	7	1	4	6	1	0	0

⁸³ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए सात प्रकार के मानव संसाधन विहित किये गये हैं।

⁸⁴ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए 21 प्रकार के उपकरण विहित किये गये हैं।

vks'kf/k; k _j							
चिकित्सालय	23	0	2	0	7	1	0
एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	23	0	0	8	2	0	0
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	23	0	1	4	6	0	1
dāī; efcYI ⁸⁵							
चिकित्सालय	20	0	6	3	0	0	1
एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	20	1	0	5	4	0	0
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	20	0	3	7	2	0	0
mi dj .k							
चिकित्सालय	28	0	2	5	3	0	0
एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	28	0	0	5	5	0	0
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	21	0	1	10	0	0	1

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

5-2-1-1 vko'; d vks'kf/k; k_j

लेखापरीक्षा जाँच में ज्ञात हुआ कि नमूना-जाँच अवधि में आवश्यक औषधियों की औसत अनुपलब्धता, चिकित्सालयों में 21 से 88 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 20 और 69 प्रतिशत के मध्य रही थी। औषधियों में कमी प्रमुख रूप से (50 प्रतिशत से अधिक) जिला महिला चिकित्सालय-आगरा, इलाहाबाद, बलरामपुर, बाँदा, बदायूँ, सहारनपुर और संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर और लखनऊ में तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सम्बन्ध में बरौली अहीर, जैतपुर कलाँ और खेरागढ़, आगरा; नरैनी और कमासिन, बाँदा; पाली, गोरखपुर; और सहसवान तथा समरेर, बदायूँ में रही थी।

यहाँ तक कि प्रसूति देखभाल के लिये आवश्यक अतिमहत्वपूर्ण औषधियाँ जैसे रिंगर लैक्टेट, कैल्शियम ग्लूकोनेट, ऑक्सीटोसिन और मिसोप्रोस्टोल भी 04 से 10 चिकित्सालयों और 09 से 20 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के स्टॉक में नमूना-जाँच अवधि के 20 से 100 प्रतिशत की अवधि में नहीं रही थीं। यह उल्लेखनीय है कि ऑक्सीटोसिन और मिसोप्रोस्टोल जैसी औषधियों का उपयोग प्रसव प्रक्रिया के दौरान गर्भाशय के संकुचन को प्रेरित करने/बढ़ाने के अतिरिक्त प्रसवोत्तर अत्यधिक रक्तस्राव जो कि मातृ-मृत्यु के प्रमुख कारणों में से एक है, को रोकने और नियंत्रित करने के लिए किया जाता है। अग्रेतर, रिंगर लैक्टेट घोल का प्रयोग रक्त हानि के पश्चात द्रव की पुनःपूर्ति के लिए तथा कैल्शियम ग्लूकोनेट का उपयोग गर्भावस्था में कैल्शियम की कमी से उत्पन्न परिस्थितियों के उपचार के लिए किया जाता है।

इस प्रकार, नमूना-जाँच की अधिकांश अवधि में महत्वपूर्ण औषधियों की कमी के कारण प्रसूति देखभाल से सम्बन्धित आपातकालीन और अतिमहत्वपूर्ण सेवाएं प्रदान करने की चिकित्सालयों की क्षमता प्रभावित रही।

शासन ने उत्तर दिया कि यूटरोटोनिक औषधियों सहित अन्य सभी आवश्यक औषधियों की उपलब्धता हेतु सभी सम्बन्धित स्वास्थ्य केन्द्रों को उनकी मांगों के अनुसार धन उपलब्ध कराया गया था। शासन का उत्तर त्रुटिपूर्ण था और यथार्थ प्रमाणों के विपरीत था, जो यह दर्शाता है कि किसी भी चयनित चिकित्सालय ने धनराशि निर्गत करने हेतु औषधियों की खपत और मांग का विवरण महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाओं

⁸⁵ केवल वर्ष 2017-18 से सम्बन्धित।

को नहीं भेजा था, के विपरीत था। यद्यपि ऐसा किया जाना अक्टूबर 2006 के सरकारी आदेश⁸⁶ के अनुसार आवश्यक था।

5-2-1-2 vko'; d dāt; #efcYI

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रसव और अन्य मातृत्व सेवाओं के लिए आवश्यक कंज्यूमेबिल्स—जैसे ड्रॉ—शीट (04 चिकित्सालय और 16 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में), कॉर्ड क्लैप (03 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में), बेबी रैपिंग शीट (05 चिकित्सालय और 18 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में), नैसोगैस्ट्रिक ट्यूब (06 चिकित्सालय और 17 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में) और क्रोमिक कैटगट "0" (03 चिकित्सालय और 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में) उपलब्ध नहीं थे। इससे माँ तथा नवजात शिशु की देखभाल के लिए प्रसव कक्ष और वार्ड में स्वच्छ और सुरक्षित वातावरण प्रदान करने के उद्देश्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

शासन ने उत्तर दिया कि सभी जनपदों को आवश्यक कंज्यूमेबिल्स की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए राज्य बजट और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत धन उपलब्ध कराया गया था। शासन का उत्तर युक्तियुक्त नहीं था क्योंकि चयनित चिकित्सालयों में से किसी ने भी न ही इस सम्बन्ध में कमियों का कोई ऑकलन किया था और न ही वास्तविक जरूरतों के अनुसार धनावंटन की मांग की थी।

5-2-1-3 vko'; d ekuo / d kēku

आवश्यक मानव संसाधनों की उपलब्धता के विश्लेषण में उद्घटित हुआ कि:

- नमूना—जाँच अवधि में मातृत्व सेवाएँ प्रदान करने के लिए आवश्यक मानव संसाधन की औसत अनुपलब्धता चयनित चिकित्सालयों में 13 और 47 प्रतिशत के मध्य, एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 35 और 64 प्रतिशत के मध्य तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁸⁷ में 14 और 51 प्रतिशत के मध्य रही थी।
- आवश्यक मानव संसाधन की कमी प्रमुख रूप से बलरामपुर (44 प्रतिशत) और बाँदा (40 प्रतिशत) के जिला महिला चिकित्सालयों, बलरामपुर के संयुक्त चिकित्सालय (40 प्रतिशत), एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पाली, गोरखपुर (64 प्रतिशत) खेरागढ़, आगरा (60 प्रतिशत) और पचपेड़वा, बलरामपुर (59 प्रतिशत), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों कमासिन, बाँदा (51 प्रतिशत) और समरेर, बदायूँ (49 प्रतिशत) में रही थी।
- प्रसूति देखभाल सेवाओं के लिए स्त्रीरोग विशेषज्ञों की तैनाती संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर और जिला महिला चिकित्सालय बाँदा में नमूना—जाँच अवधि के 20 से 80 प्रतिशत अवधि में और एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र खेरागढ़, आगरा; पचपेड़वा, बलरामपुर; कैम्पियरगंज पिपराईच और पाली, गोरखपुर; गोसाईगंज, सरोजनी नगर और माल, लखनऊ; और देवबंद, सहारनपुर में 20 से 100 प्रतिशत की अवधि में नहीं रही थी।
- ए एन एम, जिनकी सेवाएं प्रसूति देखभाल सेवाओं के लिए महत्वपूर्ण हैं, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी, बाँदा; समरेर, बदायूँ; और बेहट, सहारनपुर में नमूना—जाँच अवधि में तैनात नहीं रही थीं।

⁸⁶ वर्ष 2006 के आदेश के अनुसार मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक द्वारा औषधियों के उपभोग का विवरण महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं को भेजा जाना था जिसके आधार पर महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं को धनावंटन करना था।

⁸⁷ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, नागल में सभी प्रकार के विहित मानव संसाधन उपलब्ध थे।

- प्रसव के प्रकरणों की उपचर्या हेतु 2013–18 की नमूना-जाँच अवधि में 09 चिकित्सालयों⁸⁸ में नर्सों की तैनाती rkydk 26 के अनुसार रही थी:

rkydk 26% , d ul l dh mi p; k l e a ç frfnu ç fr i kyh
vks r ç l oka dh l a[; k

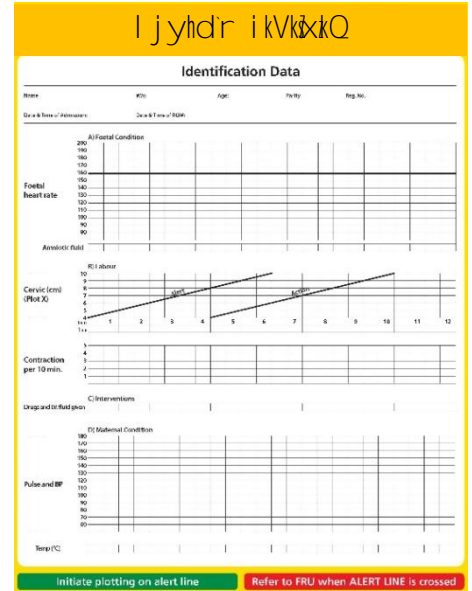
ç frfnu ç fr ul l dh mi p; k l e a ç l oka dh l a[; k	ç frfnu ç fr i kyh		
	ç fr i kyh % i oka 8 l s v i j k a 2 c t %	f } r h; i kyh % v i j k a 2 c t s l s j k f = 10 c t %	r r h; i kyh % j k f = 10 c t s l s i n o k a 8 c t %
जिला महिला चिकित्सालय, आगरा	31	61	61
जिला महिला चिकित्सालय, इलाहाबाद	3	6	6
जिला महिला चिकित्सालय, बलरामपुर	7	9	9
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	6	6	6
जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा	16	16	16
जिला महिला चिकित्सालय, गोरखपुर	21	21	21
जिला महिला चिकित्सालय, लखनऊ	15	35	34
संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ	7	9	9
जिला महिला चिकित्सालय, सहारनपुर	12	12	41

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

इस प्रकार, प्रसव मामलों की उपचर्या हेतु नर्सों की उपलब्धता की स्थिति आगरा और लखनऊ के जिला महिला चिकित्सालयों में विशेष रूप से खराब रही थी। एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एक नर्स द्वारा एक दिन में 03 (सरोजनी नगर, लखनऊ) से 12 (कैंपियरगंज, गोरखपुर) प्रसव और शेष सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁸⁹ के सम्बन्ध में औसतन 04 (बेहट, सहारनपुर) से 15 (नरैनी, बाँदा) प्रसव के प्रकरण एक नर्स की उपचर्या में रहे थे। यह भी पाया गया कि नर्स तथा प्रसूति प्रकरणों का अनुपात प्रथम पाली की तुलना में द्वितीय एवं तृतीय पाली में अधिक था।

इस प्रकार, चिकित्सालयों में प्रमुख संसाधनों की कमी गर्भावस्था से सम्बन्धित जटिलताओं के प्रबंधन, नवजातों की संतोषजनक देखभाल और अन्य मातृ स्वास्थ्य सम्बन्धी आपात स्थितियों के प्रबंधन में चिकित्सालयों की क्षमता में कमी इंगित करती थी।

शासन ने उत्तर दिया कि चिकित्सा और पैरामेडिकल कर्मचारियों की संविदा पर भर्ती करके और/अथवा उपलब्ध कर्मचारियों को विशेष प्रशिक्षण प्रदान करके मानव संसाधनों में बढ़ोत्तरी के प्रयास किए जा रहे थे। यद्यपि, निर्दिष्ट प्रयासों से मानव संसाधन की उपलब्धता में पर्याप्त सुधार नहीं हुआ था, जिसके परिणामस्वरूप वर्ष 2013–18 की



⁸⁸ जिला महिला चिकित्सालय, बदायूँ ने सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

⁸⁹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर, सहसवान और समरौर, बदायूँ ने सूचना प्रदान नहीं किया।

अवधि में चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मातृत्व सेवाओं से सम्बन्धित कई महत्वपूर्ण क्रियाकलापों के क्रियान्वयन में कमियाँ रही थी।

5-2-2 फ़र्क़ी धः नःक्र

5-2-2-1 िकःकुक; कःकुक

पार्टोग्राफ⁹⁰, प्रसूति परिचारक को प्रसव की जटिलता को शीघ्रता से चिन्हित करके उन्हें सम्भालने तथा यदि आवश्यक हो तो रोगी को किसी उच्च स्तर के चिकित्सालय में जटिलताओं के आगे के उपचार हेतु संदर्भित करने का निर्णय लेने में सहायक होता है। पार्टोग्राफ के माध्यम से स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रसव के दौरान प्रदान की गई सेवाओं की गुणवत्ता का अनुश्रवण भी किया जाता है।

यद्यपि, अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि 2013-18 के दौरान चयनित 10 में से 09 चिकित्सालयों और 19 में से 18 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁹¹ में पार्टोग्राफ नहीं बनाये गये थे। जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कौम्पियरगंज, गोरखपुर में वर्ष 2016-18 में आंशिक अवधि में पार्टोग्राफ तैयार किए गए थे। पार्टोग्राफ न बनाये जाने से प्रसव कक्ष की सेवाओं की गुणवत्ता का मूल्यांकन एवं उनमें सुधार करने, ताकि गर्भावस्था के परिणामों की संभावित प्रतिकूलता को कम किया जा सके, में चिकित्सालयों की क्षमता प्रभावित रही।

शासन ने संगत उत्तर नहीं दिया तथा कहा कि कुशल प्रसव परिचारिकों को पार्टोग्राफ बनाने के लिए प्रशिक्षण दिया गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि लगभग सभी चयनित चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पार्टोग्राफ नहीं बनाये जा रहे थे।

5-2-2-2 िे; िःकःकुक

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के दिशा-निर्देशों के अनुसार, गर्भ के 34 सप्ताह पूर्ण होने से पूर्व ही जन्म ले लेने वाले शिशु, समय-पूर्व जन्म लेने वाले शिशु कहे जाते हैं। समय से पूर्व जन्मे शिशुओं में आहार लेने, शरीर के तापमान को उचित स्तर पर बनाए रखने और संक्रमण के प्रति सुग्राही होने सहित कई अन्य चुनौतियाँ होती हैं। ऐसी जटिलताओं के कारण नवजात शिशु की मृत्यु भी हो सकती है। दिशानिर्देशों में यह भी कहा गया है कि समय-पूर्व प्रसव की सम्भावना संज्ञान में आते ही यदि सम्बन्धित महिला को कॉर्टिकोस्टेरोइड (बीटा मेथासोन फॉस्फेट/डेक्सामेथासोन)⁹² का इंजेक्शन दे दिया जाये तो ऐसी जटिलताओं से काफी सीमा तक बचा जा सकता है।

लेखापरीक्षा संवीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच अवधि में हुए 35,515 प्रसवों में से 36 प्रतिशत प्रकरणों में प्रसव के समय तक व्यतीत हुई गर्भ की अवधि (गर्भावधि), प्रसव कक्ष के अभिलेखों में अंकित नहीं की गयी थी। अवशेष प्रकरणों में से 348 प्रकरण समय-पूर्व प्रसव के अंकित थे जिनमें गर्भवती महिला को कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन की खुराक दिया जाना आवश्यक था। परन्तु उक्त इंजेक्शन इनमें से 138 प्रकरणों में नहीं दिया गया तथा अवशेष 210 समय-पूर्व प्रसव के प्रकरणों में इस इंजेक्शन को दिये जाने से सम्बन्धित कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं था जिसके कारण लेखापरीक्षा में उक्त बिन्दु की संवीक्षा नहीं की जा सकी। विवरण रक़्त 27 में दिया गया है।

⁹⁰ पार्टोग्राफ में प्रसव प्रक्रिया की एक ग्राफिक प्रस्तुति सम्मिलित होती है जिसे सरविकस, गर्भाशय संकुचन और भ्रूण की स्थिति का समय के साथ विश्लेषण करने के लिए बनाया जाता है।

⁹¹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हंडिया एवं मेजा ने सूचना प्रदान नहीं किया।

⁹² प्रत्येक एकल कोर्स में चार मिली ग्राम की चार खुराकें होती हैं।

rkfydk 27: समय-पूर्व प्रसव मामलों में कॉर्टिकोस्टेरोइड
bat'D'ku dk mi ; kx %2013&18%

fpfdRI ky; @ l kepkf; d LokLF; dlnz	çl oka dh l a[: k ftuds vfHkys[k tkps x; s	lkl oka dh Lka[: k ftuea xHkZ dh vof/k vfHkys[kka ea ntZ ugh Fkh ⁹³	çl oka dh l a[: k ftuea dklVbkl.Vj klBM- bat'D'ku fn; k tkuk vko'; d Fkk		
			l e; & inZ çl oka dh l a[: k	çl oka dk çfr'kr ftuea dklVbkl.Vj klBM- bat'D'ku ugha fn; k x; k	lkl oka dk çfr'kr ftul s l ECKFU/kr vfHkys[k mi yC/k ugha Fks
चिकित्सालय (10)	20,172	32%	282	30%	70%
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (22)	15,343	42%	66	80%	20%
; kx	35,515	36%	348	40%	60%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

अग्रेतर, यह भी पाया गया कि उपरिलिखित 348 समय-पूर्व प्रसवों के मामलों में से चिकित्सालयों के 183 एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के 50 प्रकरणों में कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन स्टॉक में उपलब्ध नहीं था।

अतः माताओं को कॉर्टिकोस्टेरोइड का इंजेक्शन न दिए जाने से समय-पूर्व जन्म लिए शिशु गंभीर प्रसवोत्तर जटिलताओं और नवजात मृत्यु के जोखिम पर रहे।

शासन ने उत्तर दिया कि सभी सम्बन्धित स्वास्थ्य इकाइयों को कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन के उपयोग के बारे में निर्देश जारी किए गए थे। यद्यपि, शासन के उक्त निर्देशों का पालन नहीं हुआ था क्योंकि कम से कम 36 प्रतिशत प्रसव के प्रकरणों में जन्म के समय तक की गर्भावधि तक दर्ज नहीं की गई थी और समय-पूर्व प्रसव के 40 प्रतिशत प्रकरणों में माताओं को आवश्यक कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन नहीं दिये गये थे जिससे नवजात शिशुओं का जीवन गंभीर प्रसवोत्तर जटिलताओं के जोखिम पर रहा।

5-2-3 'KY; fØ; k }kjk çl o

गर्भवती महिलाओं हेतु आपातकालीन प्रसूति सेवा के अन्तर्गत शल्य क्रिया के द्वारा प्रसव की सुविधा प्रदान करने हेतु एम एन एच टूलकिट में समस्त एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और चिकित्सालयों को प्रमुख केन्द्र के रूप में निर्दिष्ट किया गया है। इसमें विशेषज्ञ मानव संसाधन (स्त्री रोग विशेषज्ञ/प्रसूति रोग विशेषज्ञ और एनेस्थेतिस्ट) और साज-सामान की उपलब्धता के साथ शल्य कक्षा की उपलब्धता का प्रावधान भी किया गया है। इस सम्बन्ध में सभी गर्भवती महिलाओं को शल्यक्रिया द्वारा प्रसव कराने हेतु जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम⁹⁴ के अन्तर्गत मुफ्त औषधि, कंज्यूमेबिल्स, जाँच सुविधा आदि का प्रावधान है।

नमूना-जाँच हेतु चयनित एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और चिकित्सालयों के अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि इनमें या तो शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव कराने की सुविधा उपलब्ध नहीं थी अथवा जिनमें यह सुविधा उपलब्ध थी वहाँ आवश्यक संसाधनों की कमी के कारण शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव सेवा प्रदान किये जाने में गतिरोध रहा था। इससे सम्बन्धित लेखापरीक्षा बिन्दुओं पर आगे के प्रस्तरो में चर्चा की गई है।

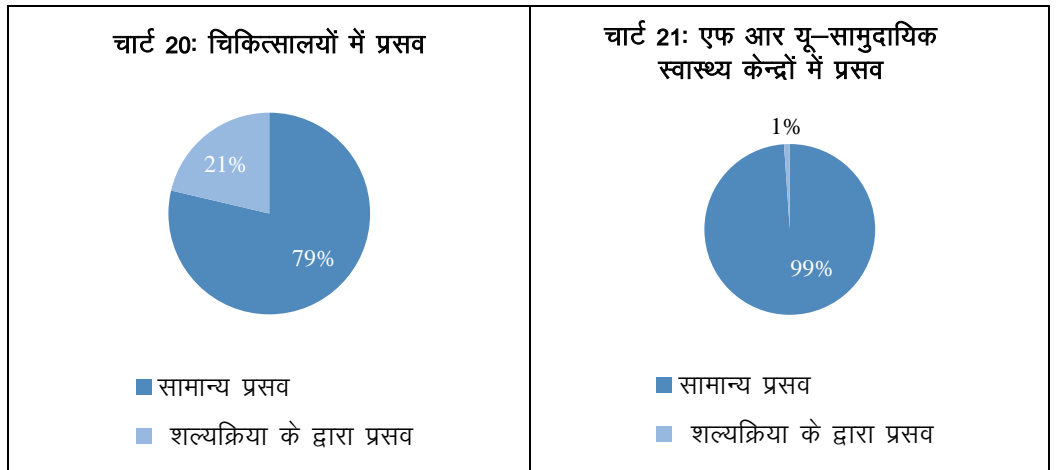
⁹³ इनमें 3,368 ऐसे प्रसव के प्रकरण भी सम्मिलित हैं जिनके सम्बन्ध में चिकित्सालयों द्वारा अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।

⁹⁴ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत भारत सरकार के द्वारा प्रायोजित मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल के निमित्त एक कार्यक्रम।

5.2.3.1 शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव सेवा की अपर्याप्त उपलब्धता

नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और 10 चिकित्सालयों में वर्ष 2013-18 की नमूना-जाँच अवधि में शल्यक्रिया द्वारा प्रसव सेवा की उपलब्धता की स्थिति लेखापरीक्षा द्वारा जाँच की गयी। लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि शल्यक्रिया द्वारा प्रसव की सुविधा एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हंडिया, इलाहाबाद में नमूना-जाँच की सम्पूर्ण अवधि में उपलब्ध थी जबकि 04 एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁹⁵ में यह सेवा नमूना-जाँच अवधि के 40 से 80 प्रतिशत अवधि के दौरान ही उपलब्ध रही थी। अवशेष 05 एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों⁹⁶ में यह सेवा नमूना-जाँच की अवधि में पूर्णतया अनुपलब्ध रही थी। 09 एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में शल्यक्रिया द्वारा प्रसव सेवा की अनुपलब्धता/आंशिक उपलब्धता स्त्री रोग विशेषज्ञ और/या एनेस्थेतिस्ट की तैनाती न होने के कारण थी। चिकित्सालयों के सन्दर्भ में भी उपरोक्त कारणों से ही जिला महिला चिकित्सालय बाँदा और संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में शल्यक्रिया द्वारा प्रसव की सुविधा नमूना-जाँच अवधि की क्रमशः 20 और 80 प्रतिशत अवधि में उपलब्ध नहीं रही थी।

“इन्गेजिंग जनरल सर्जन्स फार परफारमिंग सीजेरियन सेक्शन एण्ड मैनेजिंग आब्स्टेट्रिक काम्प्लीकेशन” विषयक एन एच एम दिशानिर्देशों के अनुसार कुल प्रसव प्रकरणों के लगभग 8 से 10 प्रतिशत प्रकरणों में शल्यक्रिया की आवश्यकता होती है। यद्यपि, नमूना-जाँच में चिकित्सालयों के 20,172 एवं एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के 7,551 प्रसव के प्रकरणों में शल्यक्रिया के द्वारा हुए प्रसवों का अनुपात चिकित्सालयों की तुलना में एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बहुत कम था, जैसा कि चार्ट 20 एवं 21 में दर्शाया गया है।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

अग्रेतर, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में शल्यक्रिया द्वारा प्रसव हेतु 39 प्रकार की औषधियों और 26 प्रकार के कन्जूमिबिल्स का प्रावधान किया गया है जिन्हें गर्भवती महिलाओं को मुफ्त में उपलब्ध कराया जाना है।

यद्यपि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों जिनमें शल्यक्रिया द्वारा प्रसव सेवा उपलब्ध थी, वहाँ सभी 39 प्रकार की आवश्यक औषधियाँ उपलब्ध नहीं रही थीं। औषधियों की उपलब्धता में कमी प्रमुखतः जिला

⁹⁵ पिपराईच, गोरखपुर (80 प्रतिशत), माल (40 प्रतिशत) और गोसाईगंज (40 प्रतिशत), लखनऊ तथा देवबन्द, सहारनपुर (60 प्रतिशत)।

⁹⁶ खैरागढ़, आगरा, पचपेड़वा, बलरामपुर, सरोजनी नगर, लखनऊ तथा कैम्पियरगंज और पाली, गोरखपुर।

महिला चिकित्सालय बलरामपुर (67 प्रतिशत), आगरा (56 प्रतिशत), बाँदा (54 प्रतिशत), सहारनपुर (52 प्रतिशत) एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (62 प्रतिशत) और लखनऊ (58 प्रतिशत) में रही थी। एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सम्बन्ध में प्रमुख कमी पिपराईच, गोरखपुर (67 प्रतिशत), देवबंद, सहारनपुर (50 प्रतिशत) और माल, लखनऊ (47 प्रतिशत) में रही थी।

इसी प्रकार, शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव के लिए 26 आवश्यक कंज्यूमेबिल्स की सम्पूर्ण उपलब्धता नमूना—जाँच हेतु चयनित किसी भी चिकित्सालय⁹⁷ एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में नहीं रही थी। कंज्यूमेबिल्स में कमी प्रमुखतः जिला महिला चिकित्सालय बाँदा (52 प्रतिशत) गोरखपुर (46 प्रतिशत) संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (37 प्रतिशत) में थी। एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के सम्बन्ध में यह कमी नमूना—जाँच अवधि में 18 से 52 प्रतिशत के मध्य रही थी।

इस प्रकार एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में शल्यक्रिया द्वारा प्रसव सेवा की अनुपलब्धता/आंशिक उपलब्धता से ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाली गर्भवती महिलायें, गर्भावस्था की जटिलताओं के जोखिम पर रही थीं एवं आवश्यकता पड़ने पर शल्यक्रिया हेतु जिला महिला चिकित्सालयों में जाने के लिए बाध्य थीं। अतः, अपेक्षित सेवाओं तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के अतिरिक्त रोगी भार को प्रबन्धित करने हेतु आवश्यक संसाधनों की कमी के कारण जिला महिला चिकित्सालयों पर अत्यधिक दबाव था।

शासन ने लेखापरीक्षा टिप्पणियों पर कोई संगत उत्तर नहीं दिया। शासन ने मात्र यह कहा कि एफ आर यू में प्रशिक्षित चिकित्सकों की कमी दूर करने हेतु राज्य स्वास्थ्य परिवार कल्याण प्रशिक्षण संस्थान, लखनऊ द्वारा नियमित रूप से एम बी बी एस चिकित्सकों को शल्यक्रिया से सम्बन्धित आवश्यक प्रशिक्षण दिया जा रहा है। आवश्यक औषधियों और कंज्यूमेबिल्स की अनुपलब्धता के सम्बन्ध में शासन ने कहा कि चिकित्सालयों को इस हेतु धन उपलब्ध कराया गया था। तथ्य यथावत रहा कि अधिकांश एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर शल्यक्रिया द्वारा प्रसव सेवा में पर्याप्त कमी थी।

5-2-3-2 'KY; fØ; k fpfdrI dli; vfhkys[k

जिला चिकित्सालयों के लिए प्रतिपादित एन एच एम एसेसर की गाईडबुक में यह प्राविधानित है कि शल्यक्रिया से पूर्व रोगी की स्थिति का मूल्यांकन⁹⁸ शल्यक्रिया के सुरक्षित सम्पादन से सम्बन्धित सुरक्षा चेक—लिस्ट⁹⁹ का उपयोग और शल्यक्रिया के दौरान पोस्ट—ऑपरेटिव नोट्स बनाने तथा रोगी को वार्ड में स्थानान्तरित करने से पहले शल्यक्रिया द्वारा बाद की मॉनिटरिंग¹⁰⁰ की जानी चाहिए। यह, गुणवत्तापरक शल्यक्रिया सम्पादित करने हेतु आवश्यक सभी प्रक्रियाओं एवं सावधानियों के अनुपालन का आश्वासन प्रदान करता है।

लेखापरीक्षा में नमूना—जाँच हेतु चयनित 09 चिकित्सालयों¹⁰¹ और 04 एफआरयू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों¹⁰², जहाँ शल्यक्रिया द्वारा प्रसव की सेवाएं उपलब्ध थीं, में शल्यक्रिया से प्रसव से सम्बन्धित 412 बेड हेड टिकट (बी एच टी) की जाँच की गयी।

⁹⁷ जिला महिला चिकित्सालय, इलाहाबाद ने कंज्यूमेबिल्स स्टॉक पंजिका उपलब्ध नहीं कराया।

⁹⁸ शल्यक्रिया से पूर्व रोगी की स्थिति के मूल्यांकन का अभिलेख यह आश्वस्त होने के लिए बनाया जाता है कि रोगी शल्यक्रिया हेतु उपयुक्त स्थिति में है और उसमें शल्यक्रिया हेतु कोई प्रतिकूल संकेत नहीं है।

⁹⁹ इसे प्रत्येक शल्यक्रिया के पूर्व यह आश्वस्त होने के लिए बनाया जाता है कि शल्यक्रिया के दौरान कोई त्रुटि न हो जाए।

¹⁰⁰ शल्यक्रिया के पश्चात रोगी के मूल्यांकन का अभिलेख, शल्यक्रिया के पश्चात रोगी के स्वास्थ्य की स्थिति को अभिलेखित करने एवं उस पर निगरानी रखने हेतु बनाया जाता है।

¹⁰¹ जिला महिला चिकित्सालय, बदायूँ ने बी एच टी नहीं उपलब्ध कराया।

¹⁰² एफ आर यू—सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, हण्डिया ने बी एच टी नहीं उपलब्ध कराया।

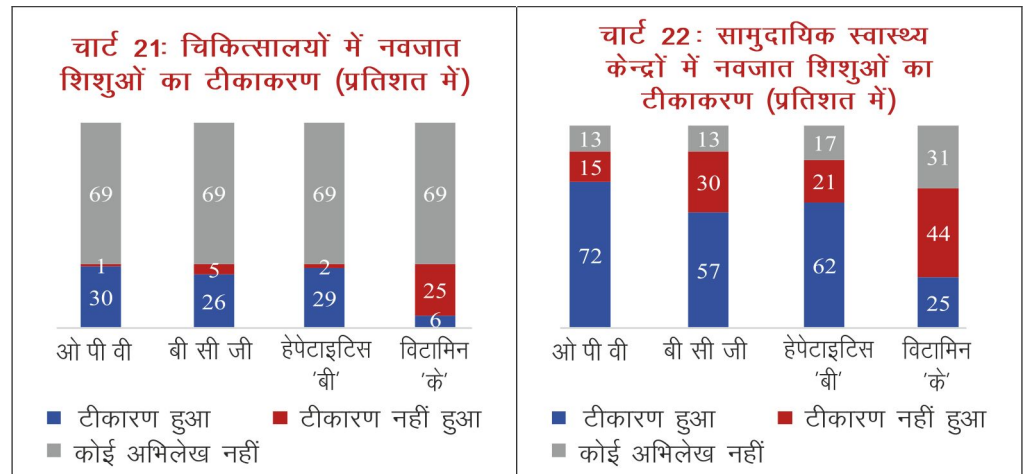
लेखापरीक्षा में पाया गया कि शल्यक्रिया से पूर्व रोगी की स्थिति का मूल्यांकन, शल्यक्रिया के सुरक्षित सम्पादन से सम्बन्धित सुरक्षा चेक-लिस्ट और पोस्ट-ऑपरेटिव नोट्स से सम्बन्धित अभिलेख क्रमशः 02, 17 और 17 प्रतिशत बी एच टी में ही उपलब्ध था। अभिलेखों के अभाव में, इसका आश्वासन नहीं प्राप्त किया जा सका कि शल्यक्रिया से प्रसव की गुणवत्तापूर्ण सेवा प्रदान करने में चिकित्सकों और अन्य सहायक कर्मचारियों के द्वारा पर्याप्त सावधानियां बरती गयी थी।

शासन ने उत्तर दिया कि सभी इकाइयों को शल्यक्रिया के पूर्व और पश्चात् की प्रक्रियाओं के उचित अभिलेखीकरण के लिए बी एच टी का विस्तृत प्रारूप प्रदान कर दिया गया था तथा कर्मचारियों को इसे भरने के लिए प्रशिक्षित भी किया जा रहा था। यद्यपि, साक्ष्य इस ओर इंगित करते थे कि नमूना-जाँच हेतु चयनित अधिकांश चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बी एच टी में निर्धारित प्रक्रियाओं का अभिलेखीकरण नगण्य था।

5-3 ङल okRrj ekr` vk\$ uotkr f' k' kq ns[kHkky

प्रसवोत्तर जटिलताएं जैसे-प्रसवोत्तर अत्यधिक रक्तस्राव और एकलेम्पसिया, जो मातृ-मृत्यु का कारण बन सकती हैं, का जल्द पता लगाने और उनके उपचार के लिए त्वरित प्रसवोत्तर देखभाल महत्वपूर्ण है। एम एन एच टूलकिट में माँ और शिशु के स्वास्थ्य जाँच पर निगरानी रखने और उसे प्रसवोत्तर देखभाल पंजिका में दर्ज करने की व्यवस्था दी गयी है। लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि:

- नमूना-अवधि में किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और चिकित्सालय में प्रसवोत्तर देखभाल पंजिका नहीं बनायी गयी थी। इसलिए, लेखापरीक्षा में यह आश्वासन प्राप्त नहीं किया जा सका कि चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा माँ और नवजात शिशु की निर्धारित प्रसवोत्तर स्वास्थ्य जाँच की गई थी अथवा नहीं, तथा
- नवजात शिशुओं को चार प्रकार के टीके यथा-ओ पी वी¹⁰³, बी सी जी¹⁰⁴, हेपेटाइटिस 'बी' और विटामिन 'के' की खुराकें जन्म के दिन ही दी जाती हैं। प्रसव कक्ष के अभिलेखों की नमूना-जाँच में 2013-18 की अवधि में चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में शिशु जन्म के क्रमशः 19,634 और 14,821 प्रकरणों में टीकाकरण के सापेक्ष अभिलेखों के रखरखाव में उल्लेखनीय कमियाँ प्रकाश में आयीं जिनका विवरण *pKVI 22, or 23* में दिया गया है:



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

¹⁰³ ओरल पोलियो वैक्सिन।

¹⁰⁴ बैसिलस कैलमेट गुयेरिन वैक्सिन जिसका प्रयोग क्षय रोग के विरुद्ध किया जाता है।

नवजात शिशुओं के टीकाकरण की स्थिति से सम्बन्धित अभिलेखीय साक्ष्यों में उल्लेखनीय कमियों से नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य की देखभाल करने में चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की क्षमता विपरीत रूप से प्रभावित हुई।

शासन द्वारा उत्तर दिया गया कि सभी जनपदों को निर्देश दिया गया है कि वे जन्म से 24 घंटे के भीतर ही नवजातों के टीकाकरण हेतु आवश्यक टीकों के साथ एक वैक्सीन कैरियर प्रसव कक्ष में प्रतिदिन रखें।

यद्यपि, टीकाकरण न करने से उत्पन्न होने वाली जटिलताओं के प्रति नवजात शिशुओं की अति-संवेदनशीलता तथा नवजात शिशु मृत्यु में कमी करने के उद्देश्य को प्राप्त करने के दृष्टिगत शासन को टीकाकरण से सम्बन्धित अतिमहत्वपूर्ण अभिलेखीकरण में रही कमियों पर गम्भीरता से ध्यान देना चाहिए तथा इस हेतु जवाबदेही सुनिश्चित करनी चाहिए।

5-4 xHkkbLFkk ds çfrQy

नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों द्वारा प्रदत्त मातृत्व देखभाल सेवा की गुणवत्ता के आँकलन हेतु, लेखापरीक्षा द्वारा 2013-18 की अवधि में जीवित जन्म, स्टिल बर्थ¹⁰⁵ और नवजात मृत्यु के सन्दर्भ में गर्भावस्था के प्रतिफलों की नमूना-जाँच की गयी, जिसकी चर्चा आगे की गई है:

5-4-1 fLVy cFkZ

स्टिल बर्थ दर, गर्भावस्था और प्रसव काल में प्रदान की गई सेवाओं की गुणवत्ता का एक महत्वपूर्ण मापक है। स्टिल बर्थ और/या अंतर्गर्भाशयी भ्रूण मृत्यु एक नकारात्मक गर्भावस्था परिणाम है और इसे जीवन के लक्षण के बिना, बच्चे के अपनी माँ से पूर्ण निष्कासन या अलग होने के रूप में परिभाषित किया गया है। एन एफ एच एस-4 (2015-16) के अनुसार, गर्भावस्था के प्रति 100 परिणामों में से उत्तर प्रदेश का औसत स्टिल बर्थ दर 1.63 था।

लेखापरीक्षा में प्रकाश में आया कि कि नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्टिल बर्थ की दर 2.0 से 2.4 प्रतिशत के मध्य थी, जैसा कि rkydk&28 में दिया गया है।

rkfydk 28% 2013&18 ds nkjku fLVy cFkZ

fpfdRI ky; @ l kenkf; d LokLF; dInz	dIy tkps x; s çl oka dh l a[; k	dIy tIfor tUeka dh l a[; k	dIy fLVy cFkZ dh l a[; k	çfrQy dk fooj .k vfdr ugha fd; k x; k
चिकित्सालय	20,172	19,634 (97.3%)	475 (2.4%)	0.3% ¹⁰⁶
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	15,343	14,821 (96.6%)	308 (2.0%)	1.40% ¹⁰⁷
; kX	35,515	34,455 (97.0%)	783 (2.2%)	0.8%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

जिला महिला चिकित्सालय, बलरामपुर (6.9 प्रतिशत), सहारनपुर (4 प्रतिशत), बाँदा (2.5 प्रतिशत) और संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (3.6 प्रतिशत) में उच्च स्टिल बर्थ दर पाया गया। इसी प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से

¹⁰⁵ प्रसवपूर्व देखभाल एवं प्रसव कराने की प्रक्रिया में कुप्रबन्धन, सामान्य प्रसव को स्टिल बर्थ में परिवर्तित कर देता है।

¹⁰⁶ जिला महिला चिकित्सालय, बदायूँ ने फरवरी 2017 के दौरान 13 प्रसवों के सम्बन्ध में प्रसव प्रतिफल अभिलिखित नहीं किया था।

¹⁰⁷ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हण्डिया और बहरिया ने प्रसव प्रतिफल प्रसवकक्ष पंजिका में अंकित नहीं किया था।

13 में स्टिल बर्थ दर, राज्य की औसत दर 1.63 प्रतिशत से अधिक रही थी। इलाहाबाद में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हंडिया और मेजा, बलरामपुर में गैसड़ी, बाँदा में कामासिन और नरैनी, और बदायूँ में आसफपुर, सहसवान और समरेश खराब प्रदर्शन करने वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से थे जिनमें 2013-18 की अवधि में औसतन 2.0 प्रतिशत से अधिक स्टिल बर्थ दर रही थी। जनपद बलरामपुर में जिला महिला चिकित्सालय, जिसे प्रतिकूल स्वास्थ्य संकेतकों के आधार पर भारत सरकार द्वारा वर्ष 2015 में "उच्च प्राथमिकता" वाले जिले के रूप में वर्गीकृत किया गया था, स्टिल बर्थ दर के मामले में सबसे खराब था। अभिलेखों में यद्यपि, स्टिल बर्थ के कारण उपलब्ध नहीं थे।

उच्च स्टिल बर्थ दर, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवपूर्व देखभाल और प्रसव प्रक्रिया के खराब प्रबन्धन की संकेतक थी।

शासन ने उत्तर दिया कि गर्भवती महिलाओं को शीघ्रता से पंजीकृत करने एवं सभी आवश्यक चार प्रसवपूर्व जाँच करने पर जोर दिया जा रहा था ताकि उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था के प्रकरणों को चिन्हित किया जा सके। शासन ने अग्रेतर उत्तर दिया कि स्टिल बर्थ के जोखिम को कम करने के लिए विशिष्ट कार्यक्रम जैसे प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान, एनीमिया मुक्त भारत अभियान, जननी सुरक्षा योजना आदि के कार्यान्वयन के माध्यम से आवश्यक उपाय किए जा रहे थे। यद्यपि, तथ्य यथावत रहा कि चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उच्च स्टिल बर्थ दर, उपरोक्त वर्णित योजनाओं/कार्यक्रमों के खराब कार्यान्वयन का संकेतक था।

5-4-2 नवजात मृत्यु दर; ¶

नवजात मृत्यु दर भी मातृत्व और नवजात शिशु देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता का एक संकेतक है। एम एन एच टूलकिट के अनुसार, चिकित्सालयों को प्रति माह नवजात मृत्यु की संख्या, मृत्यु के कारणों सहित प्रसव कक्ष पंजिका में अंकित करनी चाहिए।

लेखापरीक्षा में प्रकाश में आया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों¹⁰⁸ में से किसी में भी 2013-18 की अवधि में निर्धारित प्रसव कक्ष पंजिका में नवजात मृत्यु के प्रकरण दर्ज नहीं किए गए थे। नमूना-जाँच हेतु चयनित 10 चिकित्सालयों में से 04 में नमूना-जाँच अवधि में 143 नवजात मृत्यु¹⁰⁹ हुई थीं।

नवजात मृत्यु के अभिलेखीकरण में कमी से नवजात स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता में निरंतर सुधार करते रहने की क्षमता विपरीत रूप से प्रभावित रही जिससे नवजातों में रूग्णता और मृत्यु दर भी प्रभावित हुई।

शासन ने उत्तर दिया कि स्टिल बर्थ और नवजात मृत्यु की स्थिति पर निगरानी रखने हेतु सम्बन्धित इकाइयों से आवधिक प्रतिवेदन प्राप्त किये जा रहे हैं। यद्यपि, लेखापरीक्षा संवीक्षा में प्रकाश में आया कि चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नवजात मृत्यु की सूचना देने की स्थिति में नहीं थे क्योंकि वे आवश्यक अभिलेख बनाने में उदासीन थे। यह, नवजात शिशु स्वास्थ्य से सम्बन्धित विश्वसनीय सूचना तथा कार्यवाही योग्य फीडबैक प्राप्त करने की व्यवस्था सुनिश्चित करने हेतु ठोस प्रयास करने की आवश्यकता को रेखांकित करता था।

¹⁰⁸ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, पचपेड़ा, बलरामपुर के अलावा जहाँ मई 2017 में एक नवजात मृत्यु अभिलिखित किया गया था।

¹⁰⁹ जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा (11), जिला महिला चिकित्सालय, बदायूँ (13), जिला महिला चिकित्सालय, लखनऊ (72) और जिला महिला चिकित्सालय, सहारनपुर (47)।

5-5 लड़कियों की मातृत्व सेवाओं की प्रतिक्रिया में लड़कियों की प्रतिक्रिया

विभिन्न प्रतिफल संकेतकों (IFFIK"V&6) के सापेक्ष नमूना-जाँच हेतु चयनित जिला महिला चिकित्सालयों¹¹⁰ के प्रदर्शनों का लेखापरीक्षा द्वारा ऑकलन एवं उनमें संसाधनों की उपलब्धता का विवरण रक्यदक 29 के अनुसार था:

रक्यदक 29% फत्यक एग्यक फपदरि क्य; का एा लड़कियों की मातृत्व सेवाओं की प्रतिक्रिया

फत्यक एग्यक फपदरि क्य;	मरि क्दरक	नक्रक	उन्कफुद न्स[कक्य	लकक धि खकक	'क्य; फ0; क }कक क्लो न्ज %%	लड़कियों की मातृत्व सेवाओं की प्रतिक्रिया		
	कम वकड; िडल ह न्ज %%	फम्लपक्ति न्ज %%	ोजस्त यडफक वकड लव्स (फनु ए)	यो वखडलव एफमड्य, मकबक रकफक, कलकफमख न्ज %%		एककुओ लड़कियों ¹¹¹ %%	वकसकफ/क; का %%	मि द्ज . क %%
आगरा	98	96	2.4	4	14	69	13	69
इलाहाबाद	94	58	4.7	36	34	80	46	81
बलरामपुर	114	83	1.2	12	10	56	30	26
बाँदा	94	14	1.1	82	0	60	44	46
गोरखपुर	57	2	2.4	95	20	61	78	33
लखनऊ	97	78	2.5	21	25	87	79	64
सहारनपुर	129	86	2.6	13	30	73	41	55
बेन्चमार्क ¹¹²	80-100%	67%	2.6	31%	21%	69%	47%	53%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

जैसा कि उक्त तालिका में दर्शाया गया है जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, बाँदा और गोरखपुर का प्रदर्शन नमूना-जाँच हेतु चयनित अन्य चिकित्सालयों की तुलना में बहुत कम रहा था।

- जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद का प्रदर्शन संकेतकों के सापेक्ष खराब रहा था जबकि यहाँ मानव संसाधनों और उपकरणों की औसत उपलब्धता अन्य जिला महिला चिकित्सालयों की तुलना में अधिक थी। यह, अप्रभावी प्रबन्धन को दर्शाता है।
- जिला महिला चिकित्सालय, गोरखपुर में लीव अगेन्स्ट मेडिकल एडवाइज तथा एक्सकांडिंग रेट की संयुक्त दर (95 प्रतिशत) अधिक थी जबकि यहाँ बेड आक्यूपेन्सी दर (57 प्रतिशत) सबसे कम थी। यह सेवा की खराब गुणवत्ता का संकेतक था।
- जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा में, लीव अगेन्स्ट मेडिकल एडवाइज तथा एक्सकांडिंग दर 82 प्रतिशत के उच्च स्तर पर थी जबकि यहाँ एवरेज लेन्थ आफ स्टे सबसे कम, एक दिन से थोड़ा अधिक था, जो यह दर्शाता है कि रोगियों की नैदानिक देखभाल संतोषजनक नहीं रही थी। उल्लेखनीय है कि इस चिकित्सालय

¹¹⁰ जिला महिला चिकित्सालय, बदायूँ में बी एच टी का रख-रखाव न होने के कारण इसमें प्रतिफल संकेतकों का मूल्यांकन नहीं किया जा सका।

¹¹¹ यह एम एन एच टूलकिट में विहित 15 प्रकार के कुशल कर्मचारियों की चिकित्सालयों में प्रतिशत उपलब्धता दर्शाता है।

¹¹² बेन्चमार्क: बेड आक्यूपेन्सी दर-आई पी एच एस के अनुसार; अन्य प्रतिफल संकेतकों का भारित औसत लिया गया है जिसकी गणना प्रत्येक चिकित्सालय में अन्तःरोगियों की संख्या के वार्षिक औसत का भार दे कर की गयी है। जबकि शल्यक्रिया से प्रसव के मामलों में शल्यक्रिया की संख्या प्रसवों की संख्या के औसत का भार दे कर प्राप्त की गयी है। मानव संसाधन, औषधि एवं उपकरण की उपलब्धता का सामान्य औसत लिया गया है।

में केवल सामान्य प्रसव ही कराये जा रहे थे। अस्तु, एक जिला महिला चिकित्सालय से अपेक्षित प्रसूति देखभाल सेवा इस चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं थी।

शासन ने लेखापरीक्षा के निष्कर्ष का उत्तर नहीं दिया।

। 17% गर्भावस्था, शिशु जन्म और प्रसवोत्तर देखभाल की जटिलताओं को जल्दी चिन्हित करके उनका प्रबन्ध करने में विभिन्न स्तरों पर कमियाँ प्रकाश में आयी। मानव संसाधन एवं जाँच सुविधाओं में अत्यधिक कमी के कारण प्रसवपूर्व देखभाल सेवा प्रदान करने में स्वास्थ्य केन्द्र, विशेष रूप से एफ आर यू सहित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सक्षम नहीं थे। प्रसवकाल देखभाल सेवा भी महत्वपूर्ण औषधियों एवं उपकरणों की कमी के कारण, विशेष कर सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर, प्रभावित रही थी। चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवकाल की जटिलताओं के प्रबन्धन में तदर्थता थी क्योंकि पार्टोग्राफ नहीं बनाये गये थे, तथा जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा और एफ आर यू-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव की सुविधा तक उपलब्ध नहीं थी। प्रसवोत्तर देखभाल के सम्बन्ध में, देखभाल के प्रक्रियाओं के अपर्याप्त अभिलेखन से, माताओं और नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य की निगरानी हेतु चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की क्षमता प्रभावित रही जिसके कारण मातृ और शिशु मृत्यु दर पर गहरा प्रभाव पड़ा।

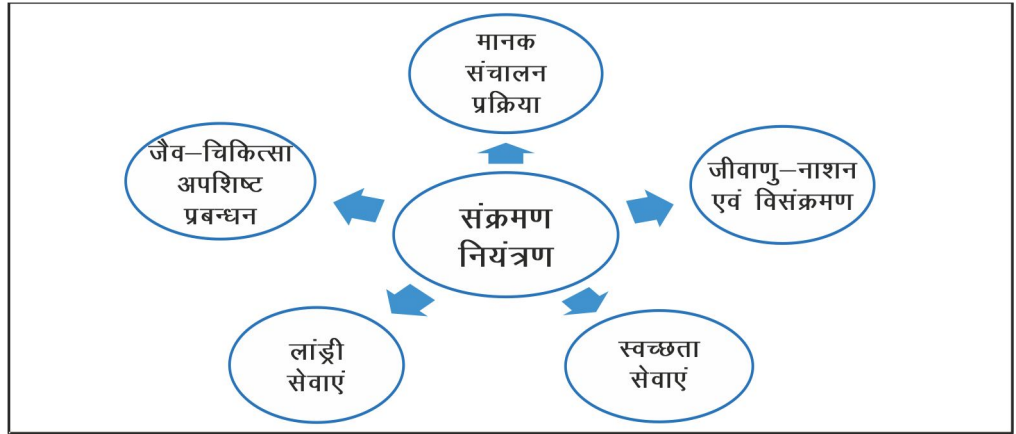
v/; k; -6

संक्रमण नियंत्रण

6 संक्रमण नियन्त्रण

संक्रमण नियंत्रण क्रियाकलाप, चिकित्सालयों से सम्बन्धित संक्रमणों के संभावित प्रसार के जोखिम को कम करके चिकित्सालयों में रोगियों और कर्मचारियों दोनों के लिए एक सुरक्षित वातावरण बनाये रखने हेतु आवश्यक हैं। इस अध्याय में संक्रमण नियंत्रण के विभिन्न पहलुओं, जैसा कि js[kkfp= 4 में प्रदर्शित है सम्बन्धित लेखापरीक्षा निष्कर्षों की चर्चा की गयी है :

js[kkfp= 4% | Øe.k fu; æ.k ds foHkUu i gy



6-1 ekud I pkyu cfØ; k; ३

I dkj kRed i gy

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक में जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से यह अपेक्षित है कि वे रोगियों, आगंतुकों और कर्मचारियों में चिकित्सालय जनित संक्रमणों को रोकने हेतु संक्रमण नियन्त्रण क्रियाकलापों की प्रक्रियाओं को सूचीबद्ध करें जो मानक संचालन प्रक्रियाओं (एस ओ पी) के नाम से जानी जाए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि यद्यपि 2013-16 में संक्रमण नियंत्रण क्रियाकलापों की एस ओ पी नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में से मात्र जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद एवं जिला महिला चिकित्सालय आगरा में ही उपलब्ध थी परन्तु 2016-18 की अवधि में इनकी उपलब्धता की स्थिति में बहुत सुधार हुआ, जैसा कि rkfydk 30 में दर्शाया गया है:

नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में मानक संचालन प्रक्रियाओं, संक्रमण नियंत्रण से सम्बन्धित प्रलेखन की उपलब्धता में सुधार और चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण समिति का गठन, चिकित्सालय प्रबन्धकों के कार्यों के अनुरूप हुआ।

rkfydk 30% | Øe.k fu; æ.k grq , I vks i h dh mi yCekrk

वर्ष	संक्रमण नियंत्रण प्रक्रियाओं की उपलब्धता		नमूना-जाँच हेतु चयनित किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध नहीं थी।
	मानक संचालन प्रक्रिया	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबन्धन	
2013-14	2	17	
2014-15	2	17	
2015-16	2	17	
2016-17	9	10	
2017-18	11	08	

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

एस ओ पी की अनुपलब्धता के परिणामस्वरूप स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण में, विशेष रूप से सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में संरचनात्मक कमियां थी, जिसकी चर्चा अग्रेतर प्रस्तारों में की गई है।

शासन ने बताया (मई 2019) कि संक्रमण नियंत्रण के लिये एस ओ पी तैयार करने के लिये दिशानिर्देश जारी किये जा चुके हैं और उन पर प्रभावी कार्यवाही वर्ष 2018-19 के दौरान प्रारम्भ की गयी है।

LoPNrk vkj / Øe.k fu; æ.k grrj.pdfyLV

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक में अपेक्षित है कि रोगी चिकित्सा क्षेत्रों की सफाई एवं इसे विसंक्रमित करने हेतु प्रत्येक चिकित्सालय में स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण क्रियाकलापों के क्रियान्वयन के निमित्त चेकलिस्ट के माध्यम से, मानक प्रचालन प्रक्रियाओं का पालन किया जाये। इसके अतिरिक्त, चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण समिति (एच आई सी सी) द्वारा संक्रमण नियंत्रण नीतियों को तैयार, अभ्यास और अनुश्रवण करने की आवश्यकता है। एच आई सी सी की भूमिका संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रम और नीतियों को लागू करना है।

नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण के लिये चेकलिस्ट और संक्रमण नियंत्रण समिति की उपलब्धता rkfydk 31 के अनुसार थी:

rkfydk 31% , p vkÅ l h l h vkj / Øe.k fu; æ.k ds fy; s pdfyLV dh mi yÇekrk

वर्ष	उपलब्धता	अवधि
2013-14	0	0
2014-15	0	0
2015-16	1	2
2016-17	5	8
2017-18	6	10

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

नमूना-जाँच हेतु चयनित सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, 2013-18 की अवधि में न तो चेकलिस्ट ही तैयार की गयी थी और न ही एच आई सी सी का गठन किया गया था। इनकी अनुपलब्धता के कारण लेखापरीक्षा यह आश्वासन प्राप्त नहीं कर सका कि नमूना-जाँच किये गये संबंधित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण की आवश्यक प्रक्रियाओं का पालन किया गया था अथवा नहीं।

शासन ने उत्तर दिया कि इस संबंध में चिकित्सालयों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

dhV , oa krd fu; æ.k

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार चिकित्सालयों में कृन्तकों (चूहा, गिलहरी आदि) एवं कीटों के माध्यम से फैलने वाले संक्रमणों का प्रसार नियंत्रित करना, संक्रमण नियंत्रण क्रियाकलापों का एक महत्वपूर्ण घटक है। नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में कीट एवं कृन्तक नियंत्रण क्रियाकलापों से सम्बन्धित अभिलेखों की उपलब्धता rkfydk 32 के अनुसार थी:

रकfydk 32% dhV , oa कूrd fu; ः.k ds vfHkys[kkka dh mi yCekrk

0"z	fpfdRI ky; ka ea vfHkys[k %19 ueuk&tkp fd; s x; s fpfdRI ky; ka ea l ½		l kepkf; d LokLF; dltæka ea vfHkys[k %22 ueuk&tkp fd; s x; s l kepkf; d LokLF; dltæka ea l ½	
	dhV fu; ः.k	कूrd fu; ः.k	dhV fu; ः.k	कूrd fu; ः.k
2013-14	01	01	01	01
2014-15	01	01	02	01
2015-16	03	03	02	01
2016-17	06	06	03	02
2017-18	11	08	03	02

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

अभिलेखों की अनुपलब्धता के कारण, लेखापरीक्षा यह आश्वासन प्राप्त नहीं कर सका कि नमूना-जाँच किये गये संबंधित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कीट एवं कृतक नियंत्रण की प्रक्रियाओं का वास्तव में पालन किया गया था अथवा नहीं।

यद्यपि, शासन ने उत्तर में कीट और कृतक नियंत्रण प्रणालियों के वास्तविक क्रियान्वयन का विवरण नहीं दिया एवं मात्र यह कहा कि प्रत्येक चिकित्सालय में कीट और कृतक नियंत्रण के अभिलेखों को बनाने के लिये आदेश निर्गत किये जायेंगे।

लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि 2016-18 के मध्य नमूना-जाँच किये गये कुछ चिकित्सालयों में संक्रमण नियंत्रण एवं चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण समिति के गठन से संबंधित अभिलेखों की उपलब्धता में सुधार होने का सीधा सम्बन्ध, इन चिकित्सालयों में चिकित्सालय प्रबंधकों की नियुक्ति के साथ था। अतः, चिकित्सालय जनित संक्रमणों से ग्रसित हो जाने की घटनाओं को प्रभावी रूप से कम करने और सार्वजनिक चिकित्सालयों में संक्रमण नियंत्रण की संस्कृति विकसित करने में संक्रमण नियंत्रण की प्रक्रियाओं का मानकीकरण करना, एक प्रमुख कारक होगा।

fpfdRI ky; ifl j ea tkuojka dh mi fLFkfr

उत्तर प्रदेश शासन के (2011) आदेश के अनुसार, चिकित्सालय प्राधिकारियों को चिकित्सालय परिसर में जानवरों का प्रवेश अवरुद्ध करना चाहिए ताकि रोगियों एवं कर्मचारियों में संक्रमण फैलने को नियंत्रित किया जा सके। लेखापरीक्षा ने यद्यपि, नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों के परिसरों में आवारा कुत्तों और अन्य आवारा जानवरों के घूमते रहने की कई घटनाओं को देखा, जैसा कि नीचे दर्शाया गया है:



अतः चिकित्सालय के अधिकारियों ने चिकित्सालय परिसर में आवारा जानवरों के प्रवेश को रोकने के लिए पर्याप्त कदम नहीं उठाये, जिससे रोगियों, उनके परिचारकों और

चिकित्सालय के कर्मचारियों पर, जानवरों के हमलों और संभावित संक्रमण का खतरा बना रहा।

शासन ने उत्तर में कहा कि चिकित्सालयों में काऊ कैचर्स को स्थापित किया गया है और चिकित्सालयों में जानवरों के प्रवेश को रोकने के लिए बाड़ लगाई गई है।

शासन का उत्तर संतोषजनक नहीं है, क्योंकि वास्तविक साक्ष्य चिकित्सालयों के परिसर में जानवरों की मौजूदगी को दर्शाते हैं, तथा रोगियों और कर्मचारियों को संक्रमण से होने वाले नुकसान को कम करने की दिशा में अधिक प्रभावी कदम की आवश्यकता को रेखांकित करते हैं।

6-2 थोक कैंचर्स को, आ फो डीके

आई सी एम आर¹¹³ के चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देशों के अनुसार विसंक्रमण एवं जीवाणु-नाशन से चिकित्सा उपकरणों, लिनेन एवं कंज्यूमेबल सामग्रियों पर बैक्टीरिया/वायरस आदि के प्रसार को रोकने में मदद मिलती है और चिकित्सालयों के रोगियों और कर्मचारियों में संक्रमण फैलने की सम्भावना कम हो जाती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक, जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जीवाणुनाशन/विसंक्रमण हेतु उबालना, आटोकलेविंग, उच्च स्तरीय विसंक्रमण (एच एल डी) और रासायनिक जीवाणुनाशन की संस्तुति करता है।

33% फो डीके, आ थोक कैंचर्स को धो फोहकलु चिकित्सालय

फो डीके@थोक कैंचर्स को

- उबालना
- आटोकलेविंग
- रासायनिक जीवाणु-नाशन
- उच्च स्तरीय विसंक्रमण

सामान्यतः महत्वपूर्ण उपकरणों (जो त्वचा या श्लेष्मा झिल्ली को भेदते हैं) को उपयोग से पहले और बाद में जीवाणु-नाशन किया जाना चाहिये, जैसे कि शल्य चिकित्सा सम्बन्धी उपकरण। अन्तः श्वांसनली जैसे उपकरणों जिनका सम्पर्क बिना भेदे ही श्लेष्मा झिल्ली से होता है, को उपयोग में लाने से पूर्व उन्हे उच्च स्तरीय विसंक्रमण और उपयोग के पश्चात द्वितीयक स्तर के विसंक्रमण विधियों से गुजारना चाहिये। नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में विसंक्रमण और जीवाणु-नाशन की प्रणालियों की उपलब्धता रकफेड 33 के अनुसार थीं:

1 dkjRed igy#

जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय लखनऊ, जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद, लखनऊ और संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ में सभी प्रकार के निर्धारित जीवाणु नाशन प्रक्रियायें उपलब्ध थीं।

रकफेड 33% फो डीके, आ थोक कैंचर्स को चिकित्सालय धो मि यकेरक

फो डीके	मक्युक	थोक कैंचर्स को	विकलेविंग	मपे लरजे फो डीके
जिला चिकित्सालय आगरा	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय आगरा	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय 2 इलाहाबाद	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ

¹¹³ आई सी एम आर-भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद

fpfdRI ky;	mckyuk	jkl k; fud thok. k&uk' ku	vklwkyfox	mPp Lrjh; fol Øe.k
जिला चिकित्सालय बदायूँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय बलरामपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय बाँदा	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय बाँदा	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
जिला चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय, वर्ष 2017-18 हेतु)

6-2-1 उबालना एवं ऑटोक्लेविंग

10-15 मिनट तक उबालने से जीवाणु मर जाते हैं, परन्तु विषाणु और बीजाणु नहीं मरते हैं। यह सीरिंज, सुई, बाउल, ट्रे एवं धातु के उपकरणों आदि के जीवाणु-नाशन के लिए उपयोग किये जाते हैं। दूसरी ओर, ऑटोक्लेविंग में, 121°सेंटीग्रेड पर 45 मिनट के लिए 15 पाउंड दबाव पर बीजाणु और विषाणु¹¹⁴ भी मर जाते हैं। यह बिना धार वाले धातु के उपकरणों, रबर और कांच के सामानों, लिनेन एवं पट्टियों और अवशोषित न होने वाले वाले टाँके से सम्बंधित सामग्रियों के लिए प्रयोग किया जाता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि उबालने से जीवाणु-नाशन की सुविधा नमूना-जाँच हेतु चयनित सभी चिकित्सालयों में उपलब्ध थी। चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-इलाहाबाद की बहरिया एवं मेजा तथा बलरामपुर की गैंसड़ी एवं पचपेड़वा को छोड़कर, ऑटोक्लेविंग की सुविधा भी नमूना-जाँच हेतु चयनित सभी चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध थी। इन चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ऑटोक्लेविंग की अनुपलब्धता ने विभिन्न प्रकार के संक्रमणों के फैलने की संभावना को बढ़ाया क्योंकि उबालने मात्र से बाउल, ट्रे एवं अन्य धातु के उपकरणों से बीजाणु और विषाणु नहीं नष्ट किये जा सकते हैं।

शासन ने उत्तर दिया कि कीटाणुशोधन एवं जीवाणु-नाशन के समुचित तरीकों के उपयोग हेतु चिकित्सालयों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे और अनुपालन न किये जाने पर उपयुक्त कार्यवाही की जायेगी।

6-2-1-1- ऑटोक्लेविंग यंत्र का रख-रखाव

आई पी एच एस के अनुसार, उन सभी उपकरणों के लिए एक वार्षिक रखरखाव अनुबंध (ए एम सी) होना चाहिये, जिन्हें अक्रियाशील होने से बचाने और संचालन में व्यवधान को कम करने के लिए विशेष देखभाल और निवारक रखरखाव की आवश्यकता हो।

¹¹⁴ लेब्रोटेरी तकनीक के मैनुअल, नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ कम्प्यूनिकेबल डिजिजेज, महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं, भारत सरकार में निहित प्रावधान के अनुसार।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ऑटोक्लेविंग यंत्र के लिये ए एम सी 22 नमूना-जाँच किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से किसी में नहीं की गयी थी और 19 नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में से, केवल जिला चिकित्सालय लखनऊ में ही 2013-18 की अवधि में, जिला चिकित्सालय- इलाहाबाद 2 में 2014-18 की अवधि में और जिला संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ में 2017-18 की अवधि में अपेक्षित ए एम सी की गयी थी। नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में आटोक्लेव इत्यादि जैसे उपकरणों के लिये ए एम सी न होने से, जीवाणु-नाशन उपकरणों के समुचित रखरखाव के प्रति लेखापरीक्षा में आश्वासन प्राप्त नहीं किया जा सका। इसी प्रसंग में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि महिला चिकित्सालय बांदा और इलाहाबाद के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया और मेजा में ऑटोक्लेविंग यंत्र मरम्मत के अभाव में अक्रियाशील थे।

शासन ने बताया कि विसंक्रमण उपकरणों के नियमित रख-रखाव हेतु आवश्यक निर्देश निर्गत किये जाएंगे।

6-2-1-2- ऑटोक्लेविंग प्रक्रिया की पुष्टि

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार झिल्ली के साथ संपर्क के कारण, कीटनाशकों की विषाक्तता को रोकने हेतु सभी चिकित्सालयों में जैविक संकेतकों का उपयोग किया जाना चाहिये। ऐसे जैविक संकेतक, ऑटोक्लेविंग यंत्र में भाप आधारित जीवाणु-नाशन प्रक्रिया को मान्य करने का एक साधन है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2013-18 के मध्य इस संकेतक का उपयोग केवल जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद में किया गया था। नमूना-जाँच किये गये अन्य किसी चिकित्सालय में इस संकेतक का उपयोग न किए जाने के परिणामस्वरूप ऑटोक्लेविंग यंत्र द्वारा किये गये जीवाणु-नाशन प्रक्रिया का सत्यापन नहीं किया गया था।

शासन ने उत्तर दिया कि प्रकरण की जाँचोपरान्त उपरांत संबंधित चिकित्सालयों को आवश्यक दिशा-निर्देश निर्गत किये जायेंगे।

6-2-1-3- ऑटोक्लेव का उपयोग करके जीवाणु-नाशन के अभिलेख

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ऑटोक्लेव का उपयोग कर जीवाणु-नाशन के अभिलेखों के रख-रखाव में निम्नलिखित विसंगतियां थी, जैसा कि rkfydk 34 में वर्णित है:

rkfydk 34: ऑटोक्लेव का उपयोग करके जीवाणु-नाशन के vfHkys[kka dh mi yCkrk

vfHkys[k ds uke	vfHkys[kka dh mi yCkrk %19 fpdfRl ky: ka ea l ½					vfHkys[kka ds j [k&j [kko u fd; s tkus dk çHkko
	2013&14	2014&15	2015&16	2016&17	2017&18	
जीवाणु-नाशन की तिथि अभिलिखित करने का अभिलेख	2	3	4	4	8	जीवाणु-नाशन कि आवश्यकता सुनिश्चित नहीं की जा सकी
जीवाणु-नाशन के उपरान्त उपकरण के वापस होने की तिथि अभिलिखित करने का अभिलेख	1	2	3	3	6	उपरोक्तानुसार
प्रति पैक प्राप्त होने वाले उपकरणों की संख्या का अभिलेख	1	1	2	2	3	अपेक्षित उपकरणों के अनुश्रवण में कमी
प्रति पैक जीवाणु-नाशित किये गये उपकरणों की संख्या का अभिलेख	1	1	2	2	4	उपरोक्तानुसार

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

अतः अपेक्षित अभिलेखों का रखरखाव न किया जाना न केवल जीवाणु-नाशन उपकरणों की अनुश्रवण में कमी को दर्शाता है बल्कि इससे लेखापरीक्षा में पुर्नजीवाणु-नाशन उपकरणों की आवधिकता का भी पता नहीं लगाया जा सका।

शासन ने उत्तर दिया कि इस संबंध में जिलों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

6-2-2 jkl k; fud thok. k&uk' ku

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, अम्बु-बैग, सक्शन कैनुला, सर्जिकल उपकरण जैसे उपकरणों हेतु रासायनिक जीवाणु-नाशन जैसे कि 0.5 प्रतिशत क्लोरीन घोल में भिगोना, 0.5 प्रतिशत क्लोरीन घोल या 70 प्रतिशत अल्कोहल से पोछना, जैसा की आवश्यक हो, किया जाना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि रासायनिक जीवाणु-नाशन प्रणाली, नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से केवल 14 में और नमूना-जाँच किये गये 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 13 में उपलब्ध थी, शेष 05 चिकित्सालयों और 09 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रोगियों को द्वितीयक संक्रमणों के होने का खतरा बना रहा।

शासन ने उत्तर में बताया कि संबंधित चिकित्सालयों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे और अनुपालन न करने के मामलों में उचित कार्यवाही की जायेगी।

6-2-3 mPp Lrjh; fol Øe.k

आई सी एम आर के चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण के दिशानिर्देशों के अनुसार, उच्च स्तरीय विसंक्रमण (एच एल डी), जीवाणु बीजाणुकों की छोटी संख्या को छोड़कर, किसी उपकरण में या उस पर सभी सूक्ष्म जीवों के पूर्ण उन्मूलन की प्रक्रिया है।

जबकि एच एल डी प्रक्रिया, नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से पांच में उपलब्ध थी, विसंक्रमण प्रक्रिया का प्रयोग नमूना-जाँच किये गये 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रयुक्त नहीं किया गया। चूंकि एच एल डी अर्द्ध महत्वपूर्ण उपकरणों जैसे कि लैरिन्गोस्कोप ब्लेड और श्वसन चिकित्सा उपकरणों के विसंक्रमण के लिए प्रयोग किया जाता है जो अक्षुण्ण श्लेष्मा झिल्ली के साथ संपर्क में आते हैं लेकिन जीवाणु रहित ऊतकों को सामान्यतः नहीं भेदते हैं। अतः एच एल डी प्रक्रिया का प्रत्येक चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपलब्ध होना आवश्यक है।

शासन ने उत्तर दिया कि सम्बन्धित चिकित्सालयों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे और अनुपालन न करने के मामलों में उचित कार्यवाही की जायेगी।

6-3 LoPNrk l ok, a

6-3-1 gkml dhçi x grq ekud l pkyu çfØ; k; 8

आई पी एच एस के अनुसार, रोगियों, आगन्तुकों और कर्मचारियों को स्वच्छ वातावरण प्रदान करने हेतु यह आवश्यक है कि हाउसकीपिंग हेतु एक मानक प्रचालन प्रक्रिया (एस ओ पी) तैयार की जाये, जिसके माध्यम से चिकित्सालय प्राधिकारियों द्वारा चिकित्सालय परिसरों की साफ-सफाई सुनिश्चित की जा सके। लेखा परीक्षा में यह पाया गया कि नमूना-जाँच किये गये अधिकांश चिकित्सालयों में हाउसकीपिंग के लिए एस ओ पी उपलब्ध नहीं थी, जैसा कि rkfydk 35 में वर्णित है:

रकfydk 35% gkml dhçi x grq , l vks ih dh mi yÇekrk

वर्ष	वर्ष 2013-14 से 2017-18 तक का औसत	वर्ष 2018-19 के लिए
2013-14	01	नमूना-जाँच किये गये किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 2013-18 के मध्य उपलब्ध नहीं थी।
2014-15	02	
2015-16	02	
2016-17	05	
2017-18	08	

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

2016-18 के मध्य चिकित्सालयों में, चिकित्सालय प्रबंधकों की उपलब्धता के अनुरूप एस ओ पी की उपलब्धता में सुधार हुआ।

शासन ने बताया कि एस ओ पी तैयार हो चुकी है और 2018-19 से क्रियान्वयन कर दिया गया है।

6-3-2 LoPNrk ç.kkyh

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक में यह निर्दिष्ट किया गया है कि चिकित्सालय में, संक्रमण नियंत्रण हेतु सूक्ष्म जैविक सर्वेक्षण द्वारा हवा एवं सतह के नमूने लेने की प्रणाली होनी चाहिये।

वर्ष 2013-18 हेतु नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों के अभिलेखों की लेखापरीक्षा में यह ज्ञात हुआ कि केवल जिला चिकित्सालय बांदा ने 2017-18 के लिए गहन चिकित्सा क्षेत्रों (शल्य चिकित्सा कक्ष, बाल चिकित्सा वार्ड) में सूक्ष्म जैविक सर्वेक्षण की रिपोर्ट तैयार की थी। इसके अतिरिक्त, 2013-18 के मध्य नमूना-जाँच किये गये किसी भी चिकित्सालय में सतह/वायु/हाथ की स्वच्छता की कोई भी जाँच रिपोर्ट तैयार नहीं की थी। अतः लेखापरीक्षा, नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में सतहों की सफाई और चिकित्सालयों के कर्मचारियों की हाथों की स्वच्छता की प्रभावशीलता के बारे में आश्वासन प्राप्त नहीं कर सका।

शासन ने उत्तर दिया कि इस प्रकरण की जाँच करने के बाद इस संबंध में आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

6-3-3 LoPNrk l okvks dh vkmVI kf l x

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक में यह अपेक्षित है कि चिकित्सालयों में कार्य के क्षेत्रों को कीटाणुरहित रखना चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से 16 चिकित्सालयों में 2017-18 के मध्य, साफ-सफाई का कार्य निजी फर्मों से आउटसोर्स की गई थी। लेखा परीक्षा में नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में, स्वच्छता सेवाओं में निम्नलिखित विसंगतियां देखी गयी:

- जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर एवं बदायूँ में स्वास्थ्य सुविधाओं के अन्तर्गत शल्य चिकित्सा कक्षों की उचित सफाई नहीं की गई थी।
- जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर, जिला चिकित्सालय और जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ एवं जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर में प्रसाधनों की समुचित सफाई नहीं की गयी थी।
- आठ चिकित्सालयों में, आउटसोर्स फर्मों के साथ किये गये अनुबन्ध में यह नहीं उल्लेखित किया गया था कि सतह, मेजों के ऊपरी भागों, शय्याओं इत्यादि की सफाई हेतु किन कीटाणु-नाशकों/अपमार्जकों का प्रयोग किया जायेगा।

- 10 चिकित्सालयों में, सफाई हेतु प्रयुक्त कंज्यूमेबल सामग्रियों के अभिलेख उपलब्ध नहीं थे।
- रोगियों में संक्रमण को रोकने हेतु, चिकित्सालय के सम्पूर्ण क्षेत्र को साफ करना आवश्यक है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ में 2014–18 की अवधि के मध्य, सफाई के लिए अनुबंधित क्षेत्र, चिकित्सालय के कुल क्षेत्रफल का 56 प्रतिशत और 66 प्रतिशत के बीच था, जबकि कुछ क्षेत्र, चिकित्सालय के नियमित कर्मचारियों द्वारा साफ किया जा रहा था। यद्यपि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नये वाह्य रोगी विभाग के परिसर, नर्सिंग विद्यालयों इत्यादि में नियमित रूप से सफाई नहीं की गयी थी।

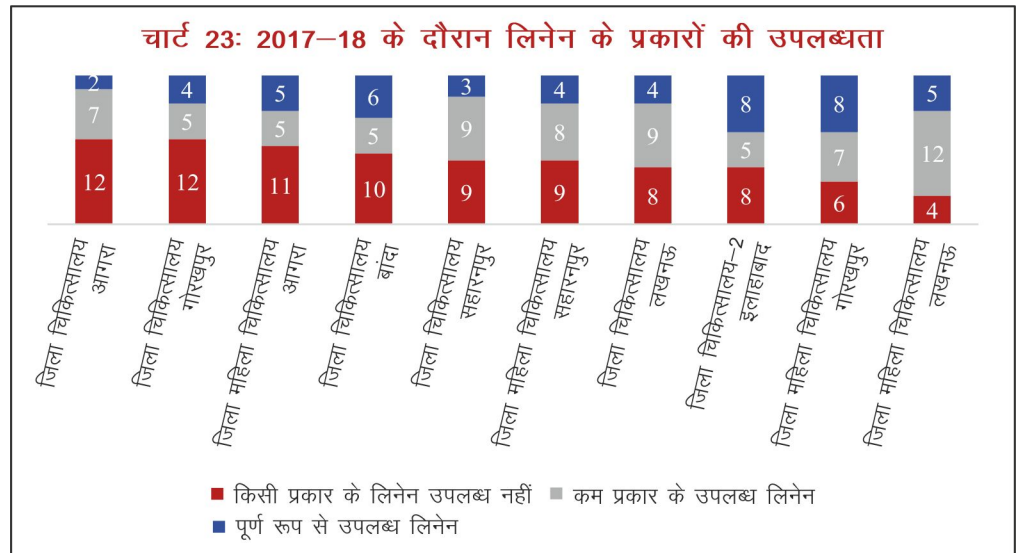
शासन ने उत्तर में बताया कि इस संबंध में प्रत्येक चिकित्सालय को आदेश जारी किए जायेंगे ताकि रोगियों को संक्रमण मुक्त वातावरण उपलब्ध कराया जा सके और अनुपालन न करने के मामलों में उचित कार्यवाही की जायेगी।

6-4 यकमि लोका

6-4-1 फ्युव धि मि यलेकरक

आई पी एच एस विभिन्न प्रकार के लिनेन¹¹⁵ की संख्या निर्धारित करता है, जो रोगी स्वास्थ्य सेवाओं के लिये 101 बेड और अधिक के चिकित्सालयों में आवश्यक है।

10 नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों¹¹⁶ में, लेखा परीक्षा में विभिन्न प्रकार के लिनेन की कमी देखी गई जैसे कि बेडस्प्रेड, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, बाल चिकित्सा गद्दे, मेज की चादरें इत्यादि। 2017–18 की अवधि में लिनेन के 21 विभिन्न प्रकारों की आवश्यकता की तुलना में 13 से 19 के बीच लिनेन की कमी थी जैसा कि पकव 24 में दर्शाया गया है: उपलब्धता



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

¹¹⁵ शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु एब्जॉमिनल शीट्स, चादरें, बेडस्प्रेड, कम्बल (लाल एवं नीला), चिकित्सकों के ओवरकोट, ड्रा शीट्स, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, लेगिंग्स, लबादा चादरें, चटाई (नायलॉन), वयस्कों हेतु गद्दे (फोम), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े, बाल चिकित्सा गद्दे, रोगियों के कोट (महिला), रोगियों का पायजामा, कुर्ता (पुरुष), पटना तौलिये, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरें, तकिया, तकिये का आवरण एवं मेज की चादरें।

¹¹⁶ 19 नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में, मात्र 13 चिकित्सालयों में बेड की संख्या 101 और उससे ज्यादा थी। जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद ने सूचना नहीं प्रदान की, जबकि जिला चिकित्सालय इलाहाबाद एवं बदायूँ ने अपूर्ण सूचना प्रदान की।

अग्रेतर, जिला चिकित्सालय इलाहाबाद और बदायूँ, जिन्होंने अपूर्ण सूचना प्रदान की, में कम से कम 12 प्रकार के लिनेन थे, जो कम मात्रा में उपलब्ध थे, जबकि जिला चिकित्सालय बदायूँ में कम से कम दो प्रकार के लिनेन बिल्कुल भी उपलब्ध नहीं थे।

rkfydk 36, नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में 2017-18 के मध्य विभिन्न प्रकार के लिनेन की अनुपलब्धता को दर्शाता है:

rkfydk 36% 2017&18 ds eë; fyuu l kefxz; kã dk
fcYdyg Hkh mi yÇek u gkuk

fpfdRI ky;	fyuu l kefxz; kã dk
जिला चिकित्सालय आगरा	बेडस्प्रेड, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, रोगियों के कोट (महिला), रोगियों का पायजामा (पुरुषों के लिये) एवं कुर्ते, ओवर-शू जोड़े, गद्दे (फोम), बाल चिकित्सा गद्दे, शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु एड्जॉमिनल शीट्स, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे, लेगिंग्स, मुर्दाघर की चादर एवं चटाई (नायलॉन)।
जिला चिकित्सालय बाँदा	बेडस्प्रेड, लेगिंग्स, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े, बाल चिकित्सा गद्दे, रोगियों के कोट (महिला), रोगियों का पायजामा (पुरुषों के लिये) एवं कुर्ते, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे एवं मेज की चादरें।
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	बेडस्प्रेड, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, लबादा चादरे, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े, बाल चिकित्सा गद्दे, रोगियों के कोट (महिला), पटना तौलिये, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे, तकिये एवं मेज की चादरें।
जिला चिकित्सालय लखनऊ	बेडस्प्रेड, लेगिंग्स, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, बाल चिकित्सा गद्दे, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर एवं मेज की चादरें।
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	बेडस्प्रेड, लेगिंग्स, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, बाल चिकित्सा गद्दे, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, मेज की चादरें एवं ओवर-शू जोड़े।
जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद	बेडस्प्रेड, चिकित्सकों के ओवरकोट, लेगिंग्स, लबादा चादरे, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े एवं शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे।
जिला महिला चिकित्सालय आगरा	बेडस्प्रेड, चिकित्सकों के ओवरकोट, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, लेगिंग्स, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े, बाल चिकित्सा गद्दे, रोगियों का पायजामा (पुरुषों के लिये) एवं कुर्ते, शल्य चिकित्सा कक्षों हेतु सार्वकालिक चादरे एवं मेज की चादरें।
जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर	बेडस्प्रेड, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, ओवर-शू जोड़े, रोगियों का पायजामा (पुरुषों के लिये) एवं कुर्ते, पटना तौलिये एवं मेज की चादरें।
जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ	बेडस्प्रेड, चिकित्सालय कर्मचारियों के लिये शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, मुर्दाघर की चादर एवं मेज की चादरें।
जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर	बेडस्प्रेड, लेगिंग्स, चटाई (नायलॉन), मुर्दाघर की चादर, ओवर-शू जोड़े, बाल चिकित्सा गद्दे, रोगियों का पायजामा (पुरुषों के लिये) एवं कुर्ते, तकिये एवं मेज की चादरें।

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

दूसरी ओर, यह भी देखा गया कि 09 चिकित्सालयों¹¹⁷ में चादरें 12.50 प्रतिशत से 321.55 प्रतिशत तक अधिक मात्रा में उपलब्ध थीं और 10 चिकित्सालयों¹¹⁸ में कंबल 52

¹¹⁷ जिला चिकित्सालय- इलाहाबाद (02), बाँदा, गोरखपुर, लखनऊ, सहारनपुर एवं जिला महिला चिकित्सालय- आगरा, लखनऊ, सहारनपुर।

¹¹⁸ जिला चिकित्सालय-आगरा, इलाहाबाद (जिला चिकित्सालय-2), बाँदा, बदायूँ, गोरखपुर, लखनऊ, सहारनपुर, एवं जिला महिला चिकित्सालय- आगरा, लखनऊ, सहारनपुर।

प्रतिशत से 1100 प्रतिशत तक अधिक मात्रा में थे, जो यह दर्शाते हैं कि ये चिकित्सालय लिनेन के अन्य प्रकार की आवश्यकताओं को अनदेखा कर अधिक मात्रा में चादरें और कंबल क्रय कर रहे थे।

शासन ने उत्तर दिया कि प्रकरण की जाँच के उपरान्त इस सम्बन्ध में आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

6-4-2 यकमथ | षक्वका एा द्फे; क्

राज्य सरकार के आदेश (2011) के अनुसार, एक चिकित्सालय को रोगियों और चिकित्सालय के कर्मचारियों के बीच संक्रमण को रोकने के लिए रोगियों को साफ़ एवं स्वच्छ लिनेन प्रदान करना चाहिये। लिनेन सेवाओं की लेखापरीक्षा जाँच में नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों एवं 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पायी गयी कमियाँ रकfydk 37 में वर्णित है:

rkyfydk 37% fpfdRI ky; ka , oa | kenkf; d LokLF; d|baeka ea
यकमथ | षक्वका एा द्फे; क्

fooj .k	2013&14		2014&15		2015&16		2016&17		2017&18	
	ftyk fpfdRI ky;	I kenkf; d LokLF; d linz	ftyk fpfdRI ky;	I kenkf; d LokLF; d linz	ftyk fpfdRI ky;	I kenkf; d LokLF; d linz	ftyk fpfdRI ky;	I kenkf; d LokLF; d linz	ftyk fpfdRI ky;	I kenkf; d LokLF; d linz
दैनिक आधार पर चादरें नहीं बदली गयी। (रंग कोड के साथ)	12	15	12	15	11	15	9	14	5	12
गंदे लिनेन का संग्रह प्रतिदिन नहीं किया गया। ¹¹⁹	11	16	11	16	11	16	10	16	6	16
साफ लिनेन प्रतिदिन नहीं उपलब्ध कराया गया। ¹²⁰	12	16	12	16	12	16	11	16	5	16
लिनेन के रख-रखाव की पंजिका नहीं उपलब्ध थी। ¹²¹	14	16	14	16	14	16	14	17	11	17
लांड़ी से प्राप्त लिनेन की संख्या के अभिलेख नहीं उपलब्ध पाये गये। ¹²²	11	13	11	13	11	13	10	13	5	13

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

जैसा कि उपरोक्त तालिका 37 से स्पष्ट है, 2013-18 के मध्य 05 से 12 चिकित्सालयों और 12 से 15 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चादरें दैनिक आधार पर नहीं बदली गयी एवं 06 से 11 चिकित्सालयों और 16 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गंदे लिनेन का दैनिक संग्रह नहीं किया गया। इस प्रकार, रोगियों को इन चिकित्सालयों में स्वच्छ एवं साफ़ बेड़ लिनेन प्रदान नहीं किया गया था, जिससे उन्हें अग्रेतर संक्रमण का खतरा था।

शासन ने उत्तर दिया कि प्रकरण की जाँच के उपरान्त आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

¹¹⁹ 2013-17 हेतु जिला चिकित्सालय आगरा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-बरौली अहीर और खेरागढ़, आगरा और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पिपराईच, गोरखपुर ने 2013-18 के लिए सूचना नहीं प्रदान की।

¹²⁰ 2013-17 हेतु जिला चिकित्सालय आगरा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-बरौली अहीर और खेरागढ़, आगरा और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पिपराईच, गोरखपुर ने 2013-18 के लिए सूचना नहीं प्रदान की।

¹²¹ 2013-17 हेतु जिला चिकित्सालय और जिला महिला चिकित्सालय आगरा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-बरौली अहीर और खेरागढ़, आगरा और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पिपराईच, गोरखपुर ने 2013-18 के लिए सूचना नहीं प्रदान की।

¹²² जिला चिकित्सालय आगरा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों-बरौली अहीर और खेरागढ़, आगरा और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पिपराईच, गोरखपुर ने 2013-18 के लिए सूचना नहीं प्रदान की।

6-4-3 fyuu dh /kqykbz

आई पी एच एस के अनुसार, रोगियों को अच्छी तरह से धुला और संक्रमण मुक्त लिनेन प्रदान करने हेतु चिकित्सालयों में लांड्री सेवा उपलब्ध होनी चाहिये। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 14 चिकित्सालयों एवं सात सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लिनेन की धुलाई को आउटसोर्स किया गया था।

आउटसोर्स सेवा प्रदाताओं के साथ किये गये अनुबन्ध के अनुसार, लिनेन की संक्रमण-मुक्त धुलाई प्रदान करने हेतु धुलाई के उपकरण जैसे कि वाशिंग मशीनें, हाइड्रो एक्सट्रेक्टर और ड्राईंग टम्बलर को चिकित्सालय की लांड्री में स्थापित करना आवश्यक था। इस संबंध में, केवल 08 चिकित्सालयों ने, सेवा प्रदाता द्वारा अनुरक्षण किये गये धुलाई उपकरण से संबंधित जानकारी प्रदान की जिससे निम्नलिखित तथ्य प्रकाश में आये:

- 06 चिकित्सालयों (जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ, जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर) में, वाशिंग मशीनों की कमी, आवश्यकता की एक तिहाई से दो-तिहाई के मध्य थी।
- 04 चिकित्सालयों (जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ) में, हाइड्रो एक्सट्रेक्टर की कमी 33 से 50 प्रतिशत के मध्य थी और तीन चिकित्सालयों (जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर) में ये उपलब्ध नहीं थे।
- 06 चिकित्सालयों (जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय आगरा, जिला चिकित्सालय बाँदा, जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ, जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर) में, ड्राईंग टम्बलर्स की कमी, आवश्यकता की एक तिहाई और दो-तिहाई के मध्य थी।

अतः नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में लिनेन की संक्रमण-मुक्त धुलाई की उचित सुविधा, सेवा प्रदाताओं द्वारा उपलब्ध नहीं कराई गई थी।

अग्रतर, अनुबन्ध में यह कहा गया था कि लिनेन को विभिन्न रंगों के थैलों में अलग करके, ढकी हुई ट्रालियों में भरकर वार्डों से लांड्री में ले जाया जाये और प्रारंभिक रूप से विसंक्रमित किया जायेगा। धुलाई के बाद, लांड्री द्वारा इसे इस्त्री करके लांड्री के कमरे में आलमारी/रैक्स में रख दिया जाये, जहाँ से यह कागज के लिफाफे में रख कर वार्ड में वापस भेज दिया जायेगा। लेखा परीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच किये गये 14 चिकित्सालयों में आउटसोर्सिंग के माध्यम से लिनेन की धुलाई में निम्नलिखित कमियां पायी गयी:

- 02 चिकित्सालयों¹²³ में, रंगीन थैलियों में अलग करने से पहले गंदे लिनेन (रक्त और शरीर के तरल पदार्थों से संदूषित) का प्री-ट्रीटमेन्ट नहीं किया गया था।
- 11 चिकित्सालयों के वार्डों में गंदे चादर को अलग करने के लिए रंगीन थैले उपलब्ध नहीं थे।

¹²³ दो नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों ने इस सन्दर्भ में सूचना प्रदान नहीं की।

- 11 चिकित्सालयों में वार्डों से लांड्री तक लिनेन ले जाने हेतु ढकी हुयी ट्रॉलियां उपलब्ध नहीं थीं।
- 10 चिकित्सालयों में इस्त्री की हुई चादर, कागज के लिफाफे में नहीं भरी गई थी।
- 07 चिकित्सालयों में धुले गये चादर को रखने के लिए लांड्री में आलमारी और रैक उपलब्ध नहीं थे।

अतः गंदे लिनेन के पूर्व-उपचार की कमी, रंगीन थैलों तथा वार्डों से लांड्री तक गंदी चादर को ले जाने के लिए ढकी हुयी ट्रॉलियों की अनुपलब्धता से अस्पतालों में संक्रमण फैलने की संभावना बढ़ गयी थी।

शासन ने उत्तर दिया कि प्रकरण की जाँच के उपरांत सम्बन्धित चिकित्सालयों को आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

6-4-4 fyuu dh êkqykÃ ea ns[kh x; h o\$ fäd fol æfr; ka

जिला चिकित्सालय बदायूँ में वार्डों के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान, लेखापरीक्षा ने देखा कि धुली हुई चादरें इस तथ्य के बावजूद भी गंदी थीं कि लिनेन की धुलाई को आउटसोर्स किया गया था, जैसा कि तस्वीर में दिखाया गया है।



जिला चिकित्सालय बदायूँ के सामान्य वार्ड में प्रयुक्त गंदी चादर (17.10.2018)

अग्रेतर, लेखापरीक्षा ने देखा कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मॉल, लखनऊ¹²⁴ की लिनेन सामग्रियों को अस्वच्छ परिस्थितियों में धोया जा रहा था, जैसा कि नीचे दर्शाया गया है:



सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मॉल, लखनऊ की लिनेन सामग्रियों को अस्वच्छ परिस्थितियों में धोया और सुखाया जाना (17.11.2018)

अस्वच्छ परिस्थितियों में गंदे लिनेन सामग्रियों को धोने और सुखाने से रोगियों में संक्रमण फैलने की संभावना बढ़ जाती है। इसके अतिरिक्त, बहती हुई नदियों और जलाशयों में लिनेन के सामग्रियों की सफाई करने से, समुदाय, जो उसी पानी का उपयोग पीने, खाना बनाने और नहाने के लिए करते हैं, में संक्रमण फैलने की प्रबल संभावना होती है।

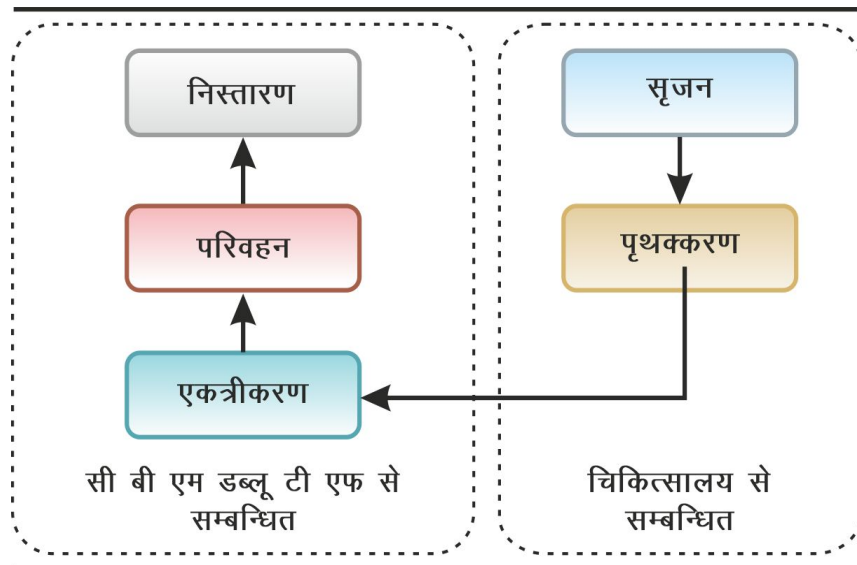
¹²⁴ लखनऊ में, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लिनेन की धुलाई आउटसोर्स नहीं की गयी थी।

शासन ने उत्तर दिया कि प्रकरण की जाँच के उपरांत इस संबंध में आवश्यक निर्देश जारी किये जायेंगे।

6-5 तब&fpfdRI k vi f'k"V ङकु

चिकित्सालयों में नैदानिक (डायग्नोस्टिक), उपचार और टीकाकरण से सम्बन्धित प्रक्रियाओं के दौरान जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (बी एम अपशिष्ट) उत्पन्न होता है और इसका प्रबंधन चिकित्सालय परिसर के भीतर संक्रमण नियंत्रण का एक अभिन्न अंग है। भारत सरकार द्वारा पर्यावरण (संरक्षण) अधिनियम, 1986 के अंतर्गत जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन और हैंडलिंग) नियम 1998, बनाया गया, जिसे जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 (बी एम डब्ल्यू नियम) द्वारा प्रतिस्थापित किया गया। बी एम डब्ल्यू नियमावली में अन्य बातों के साथ-साथ बी एम अपशिष्ट के एकत्रीकरण, हैंडलिंग, ढुलाई, निपटान और अनुश्रवण की प्रक्रियाओं के साथ अपशिष्ट उत्पादकों एवं इस सम्बन्ध में सी बी एम डब्ल्यू टी एफ¹²⁵ की भूमिका स्पष्ट रूप से निर्धारित की गयी है।

js[kkfp= 6% तब&fpfdRI k vi f'k"V ङकु ds pj .k



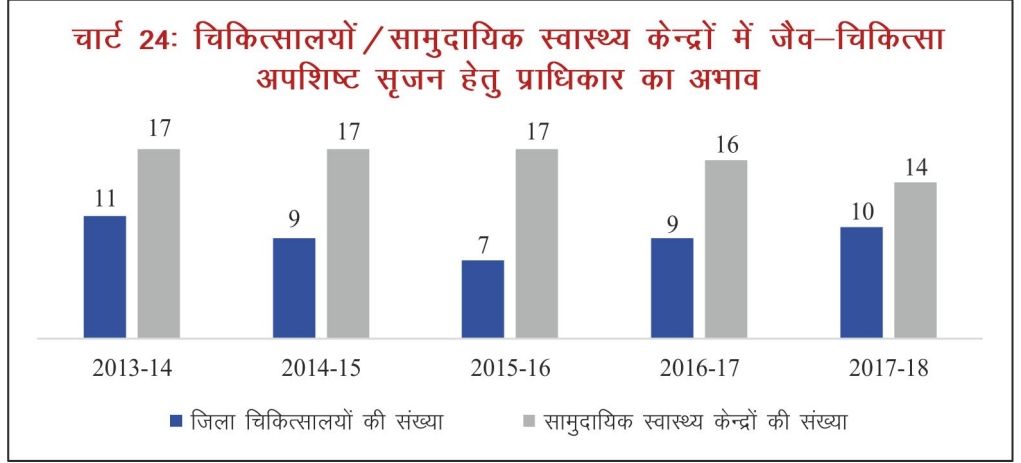
6-5-1 तब&fpfdRI k vi f'k"V dk l`tu तब&fpfdRI k vi f'k"V ds l`tu grq ङकु

बी एम डब्ल्यू नियमों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने वाले चिकित्सालयों को राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (एस पी सी बी) से प्राधिकार प्राप्त करने की आवश्यकता थी। जैव-चिकित्सा अपशिष्टों की श्रेणीवार मात्रा और उनके निपटान के विवरण को प्रतिवर्ष एक निर्धारित प्रारूप में एस पी सी बी को अग्रेसित किया जाना था।

नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों के अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि अधिकांश चिकित्सालयों¹²⁶ में एस पी सी बी से अपेक्षित प्राधिकार उपलब्ध नहीं था, जैसा कि पकVI 25 दर्शाया गया है:

¹²⁵ सी बी एम डब्ल्यू टी एफ-सामान्य जैव चिकित्सकीय अपशिष्ट उपचार सुविधादाता।

¹²⁶ नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से 2013-15 के लिये पाँच चिकित्सालयों ने एवं 2015-18 के लिये दो चिकित्सालयों ने सूचना उपलब्ध नहीं करायी। नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से 05 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (इलाहाबाद के बहरिया, हण्डिया, मेजा और गोरखपुर के कैम्पियरगंज और पिपराईच) ने 2013-18 के लिये सूचना उपलब्ध नहीं करायी।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

अग्रेतर, यह पाया गया कि कुछ नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में वर्ष के केवल कुछ दिनों के लिए प्राधिकार था जैसा कि रक्यडक 38 में दर्शाया गया है-

रक्यडक 38% तब&fपदRI क वि f'k"V ds l`tu grq vkf' kd çkfkdkj

वर्ष	उपलब्ध नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों की संख्या	उपलब्ध नमूना-जाँच किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या
2013-14	3	39 से 250
2014-15	5	73 से 293
2015-16	7	44 से 275
2016-17	5	71 से 275
2017-18	7	08 से 253

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि, अपशिष्ट के सृजन और निपटान से सम्बन्धित वार्षिक सूचना भी, जैसा कि बी एम डब्ल्यू नियमों में आवश्यक था, को एस पी सी बी को नहीं भेजा गया, जैसा कि रक्यडक&39 में वर्णित है:

रक्यडक 39% , l ih l h ch dks okf"kd çfronu çLrř u djuk

वर्ष	उपलब्ध नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों की संख्या	उपलब्ध नमूना-जाँच किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या
2013-14	14	17
2014-15	14	17
2015-16	16	17
2016-17 ¹²⁹	15	16
2017-18 ¹³⁰	12	16

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

¹²⁷ नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से 2013-15 हेतु पांच चिकित्सालयों ने और 2015-18 हेतु तीन चिकित्सालयों ने सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

¹²⁸ नमूना-जाँच किये गये 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से पांच सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (इलाहाबाद के बहरिया, हण्डिया, मेजा और गोरखपुर के कैम्पियरगंज और पिपराईच) ने 2013-18 के लिये सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

¹²⁹ संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ ने 2016-17 में, जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, गोसाईगंज, लखनऊ ने 2016-18 के दौरान एस पी सी बी को सूचना प्रेषित की।

¹³⁰ 2017-18 में चार चिकित्सालयों (संयुक्त चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ एवं जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर) ने एस पी सी बी को सूचना प्रेषित की।

तालिका 39 इंगित करता है कि जिला चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा बी एम डब्ल्यू नियमावली का उल्लंघन करते हुए एस पी सी बी को अपेक्षित सूचना नहीं भेजी जा रही थी जो इन चिकित्सालयों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के निस्तारण के कमजोर अनुश्रवण को प्रदर्शित करता है।

शासन ने चिकित्सालयों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के सृजन से पूर्व एस पी सी बी से प्राधिकार प्राप्त करने की आवश्यकता का अनुपालन न किये जाने के सम्बन्ध में कोई उत्तर नहीं दिया, परन्तु यह कहा कि सभी जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने अपशिष्ट के सृजन और निपटान से सम्बन्धित वार्षिक प्रतिवेदन प्रस्तुत कर दिया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि 2017-18 के दौरान 12 जिला चिकित्सालयों और 16 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने एस पी सी बी को वार्षिक प्रतिवेदन प्रस्तुत नहीं किया था।

6-5-2 तैव-चिकित्सा अपशिष्ट के सृजन के स्थान पर अपशिष्ट को उपयुक्त रंग के रेखांकित डिब्बों में भंडारित करना था तथा सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधादाता द्वारा संकलित किया जाना था।

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमों के अनुसार, चिकित्सालयों को अपशिष्ट के विभिन्न श्रेणियों को सृजन के स्रोत पर अलग रंग के डिब्बे में पृथक करने की आवश्यकता थी। सृजन के स्थान पर अपशिष्ट को उपयुक्त रंग के रेखांकित डिब्बों में भंडारित करना था तथा सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधादाता द्वारा संकलित किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2013-14 में मात्र 16 चिकित्सालयों एवं 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की तुलना में 2017-18 में जैव-चिकित्सा अपशिष्टों का पृथक्करण नमूना-जाँच किये गये सभी 19 चिकित्सालयों एवं 22 में से 15 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों¹³¹ में किया गया था।

शासन ने उत्तर दिया कि जैव-चिकित्सा अपशिष्टों को सृजन के स्थान पर ही पृथक् करने के लिये तीन चेक लिस्ट तैयार की गई हैं। परन्तु शासन ने 2017-18 की अवधि में 07 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जैव-चिकित्सा अपशिष्टों को पृथक् न किये जाने का कारण स्पष्ट नहीं किया।

अग्रेतर, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से उत्सर्जित तरल रासायनिक अपशिष्ट के संबंध में, बी एम डब्ल्यू नियम, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से उत्पन्न अपशिष्ट को अन्य वहिःस्राव के साथ मिलने से पहले, स्रोत पर अलग करने एवं इसके पूर्व-उपचार अथवा निष्क्रिय करने का अधिदेश देते हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच किये गये किसी भी चिकित्सालय में तरल रासायनिक अपशिष्ट के पूर्व उपचार के लिए वहिःस्राव शोधन संयंत्र (ई टी पी) स्थापित नहीं किया गया था जिसके परिणामस्वरूप अपशिष्ट को सीधे मैला-निकास प्रणाली में प्रवाहित किया गया। यह न केवल बी एम डब्ल्यू नियम का उल्लंघन था बल्कि बड़े पैमाने पर जनता के स्वास्थ्य के लिये हानिकारक भी था।

शासन ने उत्तर दिया कि 50 जिला चिकित्सालयों को प्रथम चरण में ई टी पी की स्थापना के लिए चुना गया है।

¹³¹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जिनमें पृथक्करण नहीं किया गया- आगरा में बरौली अहीर, जैतपुर कलां और खेरागढ़, इलाहाबाद में बहरिया एवं हण्डिया तथा बदायूँ में आसफपुर और समरर।

6-5-3 तब&fpfdRI k vif'k"V dk l dyu

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के नियमानुसार, चिकित्सालयों से जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को एकत्र करने और उसके उचित निस्तारण के लिए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधादाता उत्तरदायी है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2013-14 में जिला महिला चिकित्सालय बाँदा और 2014-15 में जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ और जिला महिला चिकित्सालय बाँदा, में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधादाता ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को पूरे वर्ष एकत्र नहीं किया था। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के प्रकरण में 2013-15 के मध्य आगरा के सभी नमूना-जाँच किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (बरौली अहीर, जैतपुर कलाँ और खेरागढ़) और 2013-16 के मध्य बदायूँ के सभी परीक्षण किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (आसफपुर, सहसवान और समरेर) में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को पूरे वर्ष एकत्र नहीं किया था। अग्रेतर, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधादाता ने नमूना-जाँच किये गये अस्पतालों¹³² में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को दैनिक आधार पर एकत्र नहीं किया rkydk 40 में वर्णित है:

rkydk 40% nřud vkëkj ij tब&fpfdRI k vif'k"V dk
l xg.k u fd; k tkuk

o"kl	fpfdRI ky; k; vkš l kenkf; d LokLF; dtlæka dh l a[; k ftl es tब&fpfdRI k vif'k"V dk nřud vkëkj ij l dyu ugē fd; k x; k	ftl es tब&fpfdRI k vif'k"V dks nřud vkëkj ij l dyu ugē fd; k x; k
2013-14	7	56 से 221
2014-15	7	52 से 249
2015-16	11	58 से 312
2016-17	14	19 से 351
2017-18	13	52 से 275

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

जैसा कि उपरोक्त से स्पष्ट है, दैनिक आधार पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के संकलन में 2013-14 की तुलना में 2017-18 में लगभग दोगुने ऐसे चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या के साथ एक बिगड़ती हुयी प्रवृत्ति देखी गयी। दैनिक आधार पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के गैर-संग्रहण ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमों का उल्लंघन किया और सम्बन्धित चिकित्सालयों में रोगियों और कर्मचारियों के लिए स्वास्थ्य का खतरा भी बढ़ाया।

शासन ने बताया कि जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के सुरक्षित और सुदृढ़ संकलन हेतु कदम उठाये गये हैं। शासन ने आगे बताया कि प्रकरण की जाँच की जायेगी और आवश्यक निर्देश जारी किये जाएंगे।

वास्तविकता यह है कि, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के दैनिक संकलन में गंभीर कमी, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रथाओं के कड़े और निरंतर अनुश्रवण करने की आवश्यकता की ओर संकेत करते हैं।

¹³² नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों में से 06 जिला चिकित्सालयों ने 2013-16 के लिये और 04 जिला चिकित्सालयों ने 2016-18 के लिये सूचना उपलब्ध नहीं करायी। अग्रेतर, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 11 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने 2013-14 के लिये नौ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने 2014-17 के लिये एवं आठ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने 2017-18 के लिये सूचना उपलब्ध नहीं करायी।

6-5-4 तैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमों के अनुसार, स्वास्थ्य चिकित्सा सुविधा प्रदाता का

कर्त्तव्य यह सुनिश्चित करना है कि सभी कर्मचारियों को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट संचालन पर नियमित प्रशिक्षण प्रदान किया जाये।

यद्यपि लेखापरीक्षा, में पाया गया कि किसी भी नमूना-जाँच किये गये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 2013-18 के मध्य इस प्रकार का कोई भी प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया था एवं चिकित्सालयों के प्रकरण में, केवल संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (2014-18), जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ (2015-18), जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद (2016-18), जिला महिला चिकित्सालय बांदा (2016-18) और जिला चिकित्सालय लखनऊ (2016-18) में प्रशिक्षण प्रदान किया गया। प्रशिक्षण की कमी ने नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों में संबंधित कर्मचारियों में उनके कार्यस्थल पर खतरे को बढ़ा दिया।

शासन ने कहा कि जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के संचालन हेतु, सभी जिला चिकित्सालयों के प्रबंधकों, गुणवत्ता प्रबंधकों, नोडल अधिकारियों और मैट्रन के लिए प्रशिक्षण आयोजित किया गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था, क्योंकि नमूना-जाँच किये गये 14 जिला चिकित्सालयों और नमूना-जाँच किये गये सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया था।

नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में संक्रमण नियंत्रण के वातावरण का अभाव था। अधिकांश चिकित्सालयों एवं सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के लिए एस ओ पी/चेकलिस्ट तक की अनुपलब्धता, संक्रमण नियंत्रण विधियों को लागू करने के प्रति उदासीनता का संकेतक थी। चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जीवाणु-नाशन और विसंक्रमण, अधिकतर उबालने और आटोक्लेविंग तक ही सीमित था। चिंताजनक रूप से, चार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ऑटोक्लेविंग तक उपलब्ध नहीं था, जबकि चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बहुत अधिक संख्या में रासायनिक जीवाणु-नाशन और उच्च स्तरीय विसंक्रमण सुविधा का अभाव था। आउटसोर्सिंग के उपरांत भी, सफाई और लांड्री सेवाएं, कई चिकित्सालयों में संतोषजनक स्तर की नहीं थीं, जो कि चिकित्सालय प्रशासन की ओर से निरीक्षण में कमी का संकेत था। इसी तरह, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन अपर्याप्त था। जबकि, अधिकांश नमूना-जाँच किये गये चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जैव-चिकित्सा अपशिष्टों का पृथक्करण किया जा रहा था, तथापि, 2013-18 के मध्य दैनिक आधार पर अपशिष्ट के संकलन में एक बिगड़ती हुयी प्रवृत्ति देखी गयी।

v/; k: -7

औषधि प्रबन्धन

स्वास्थ्य सुविधाओं की बढ़ती हुई लागत से जनता को बचाने हेतु न्यूनतम व्यय भार पर अच्छी गुणवत्तापरक औषधियों तक पहुँच, उपलब्धता एवं क्रय सामर्थ्य ही जन स्वास्थ्य प्रणाली के प्रमुख कार्य हैं।

औषधि प्रबन्धन के विभिन्न घटकों यथा औषधियों की उपलब्धता, उनका भण्डारण, रोगियों को उनका संवितरण तथा चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों हेतु किये गये क्रय से सम्बन्धित लेखापरीक्षा टिप्पणियाँ आगामी प्रस्तारों में वर्णित की गयी हैं।

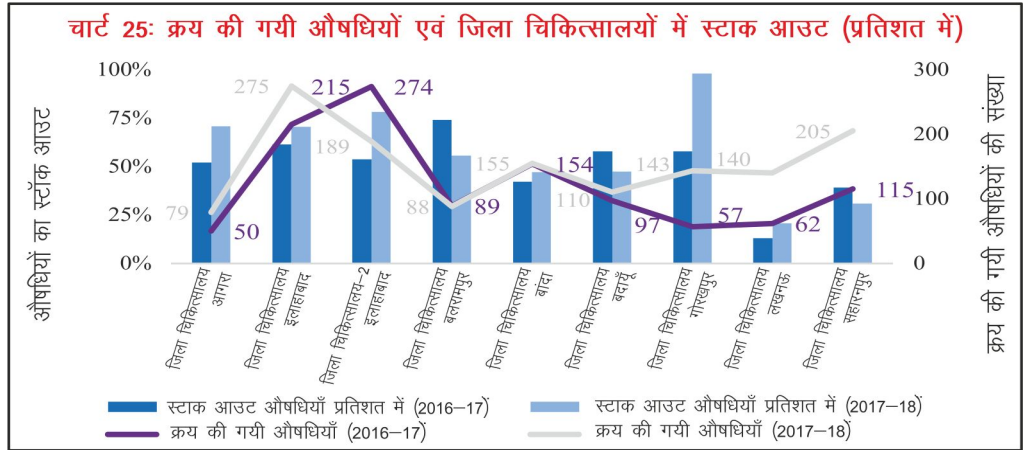
7-1 vko' ; d vks'kfek; ka dh mi yCekrk

विभाग ने सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों हेतु 498 औषधियाँ तथा जिला चिकित्सालयों¹³³ एवं जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों हेतु क्रमशः 809 एवं 859 औषधियों की इसेन्शियल ड्रग लिस्ट (ई डी एल) तैयार की थी। विभाग द्वारा औषधियों के क्रय हेतु जनपदों को धनराशि अवमुक्त करने हेतु (अक्टूबर 2006) प्रक्रिया भी निर्धारित की थी, जिसके अनुसार महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य (महानिदेशक) को विगत वर्ष के दौरान औषधियों की खपत के आधार पर मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों से धनावंटन हेतु मांग-पत्र प्राप्त करना था। तदनुसार, चिकित्सालयों में आवश्यक औषधियों की निर्बाध उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों को औषधि क्रय हेतु महानिदेशक द्वारा धनराशि अवमुक्त किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित आठ जनपदों में से किसी भी मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक ने ई डी एल के अनुसार औषधियों की आवश्यकता का ऑकलन नहीं किया और धनराशि के आवंटन हेतु महानिदेशक से कोई मांग नहीं की। मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक स्तर से ऐसी मांगों की प्राप्ति सुनिश्चित करने हेतु महानिदेशक द्वारा कोई अनुश्रवण नहीं किया गया। इस प्रकार, महानिदेशक द्वारा चिकित्सालयों को धनावंटन में विवेक पूर्ण आधार नहीं अपनाया गया था।

लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने ई डी एल की आंशिक औषधियों का ही क्रय किया, जो वर्ष 2016-18 के अवधि में चयनित जिला चिकित्सालयों, जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में क्रमशः 6 से 34 प्रतिशत, 3 से 24 प्रतिशत, 7 से 42 प्रतिशत के मध्य था। यह भी पाया गया कि वर्ष 2016-18 के अवधि में प्रश्नगत औषधियाँ अपर्याप्त मात्रा में क्रय किये जाने के कारण कई औषधियाँ वर्ष में 30 दिन से अधिक समय तक स्टॉक आउट थीं, जिसका विवरण pKVI 26 में दिया गया है :

¹³³ जिला चिकित्सालय, लखनऊ हेतु 1036 औषधियाँ।



(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

इस प्रकार, नमूना-जाँच किये गए विभिन्न जिला चिकित्सालयों में क्रय की गयी औषधियों की संख्या में काफी हद तक भिन्नता थी जो ईडीएल के अनुसार क्रय की जाने वाली आवश्यक औषधियों की संख्या से भी काफी कम थीं। अग्रेतर, संवीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय आगरा, इलाहाबाद, बलरामपुर, जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद और जिला चिकित्सालय गोरखपुर में क्रय की गयी 50 प्रतिशत से अधिक औषधियाँ वर्ष 2017-18 के दौरान कम से कम 30 दिनों तक स्टॉक आउट थीं।

इसी प्रकार जिला महिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में औषधियों की उपलब्धता एवं अनुपलब्धता rkfydk 41 के अनुसार थी।

rkfydk 41% ueuk&tkp fd; s x, fpfdRI ky; ka ea vks'kfek; ka dh mi yCekrk

eki n.M	ftyk efgyk fpfdRI ky; @ l a Dr fpfdRI ky; %ueuk tkp dh x; h% 10%		Lkkekf; d LokLF; d'lnz %ueuk tkp dh x; h% 22%	
	2016-17	2017-18	2016-17	2017-18
ई डी एल में औषधियों की संख्या	859	859	498	498
अनुपलब्ध औषधियों की संख्या (प्रतिशत में)	660-835 (77-97)	652-826 (76-96)	350-460 (70-92)	289-464 (58-93)
Ø; dh x; h औषधियों का स्टॉक आउट				
एक से दो माह तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या	1-24	1-27	1-20	1-18
दो से चार माह तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या	5-36	2-38	3-25	1-22
चार माह से अधिक समय तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या	8-47	11-69	2-78	11-92

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

यह भी पाया गया कि मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक द्वारा औषधियों के चयनित क्रय के समर्थन में रोग पैटर्न एवं चिकित्सालय में रोगियों की आवक के आधार पर कोई फार्मुलरी भी तैयार नहीं की गयी थी।

ई डी एल के अनुसार सभी औषधियों का क्रय न किये जाने के कारण चिकित्सालयों में सुनिश्चित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने हेतु अन्तःरोगी कक्ष, शल्य चिकित्सा कक्ष, गहन देखभाल इकाई, आकस्मिक एवं मातृत्व सेवा हेतु अत्यावश्यक औषधियाँ भी उपलब्ध नहीं थीं, जैसा कि अध्याय 4 एवं 5 में वर्णित है।

शासन ने उत्तर में बताया (मई 2019) कि चिकित्सालय में आने वाले रोगियों की आवश्यकता के आधार पर औषधियों का चयन किया गया था। शासन ने यह भी बताया कि शासन की निःशुल्क औषधि वितरण नीति के अनुक्रम में इन चिकित्सालयों की मांग पर धनावंटन किया गया।

शासन का उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि किसी भी चयनित जनपदों/चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक ने ई डी एल के अनुसार औषधियों की आवश्यकता का न तो ऑकलन किया था और न ही तदनुसार महानिदेशक से धनावंटन की मांग ही की थी। आवश्यक औषधियों की कम आपूर्ति ने न केवल रोगियों के लिए वित्तीय कठिनाई उत्पन्न किया, अपितु, स्वास्थ्य प्रणाली के प्रति जनता के विश्वास में कमी को भी उत्पन्न किया।

7-2 वृद्धि के लिए कृ. मं. मं. मं.

ड्रग एवं कास्मेटिक एक्ट 1945 में रोगियों को औषधियाँ निर्गत करने से पूर्व क्रय की गयी औषधियों की प्रभावोत्पादकता बनाये रखने हेतु भंडार गृह में औषधियों के भण्डारण हेतु कुछ मापदंड निर्धारित किये गए हैं। जबकि, नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि रकम 42 में दिये गये विवरण के अनुसार उक्त नियमावली में निहित मानदंड एवं मापदंडों का अनुपालन नहीं किया जा रहा था।

रकम 42% वृद्धि के लिए कृ. मं. मं. मं.

क्र. सं.	विवरण	19% वृद्धि के लिए कृ. मं. मं. मं.	22% वृद्धि के लिए कृ. मं. मं. मं.	विवरण
1	वातानुकूलित फार्मसी	14	22	औषधियों के जीवन काल एवं प्रभावकारिता में ह्रास
2	लेबिल लगी हुई शेल्फ/रैक	5	9	औषधियों के संवितरण में अधिक समय लगना
3	पानी एवं ताप से दूर	0	0	औषधियों के जीवन काल एवं प्रभावकारिता में ह्रास
4	फर्श के ऊपर भण्डारण की गयी औषधियाँ	0	3	तदैव
5	दीवारों से दूर भण्डारण की गयी औषधियाँ	1	4	तदैव
6	शीत भण्डारण क्षेत्र का 24 घण्टे तापमान रिकार्ड करना	10	8	तदैव
7	वैक्सीन के भण्डारण हेतु निर्देश प्रदर्शित करना	10	7	तदैव
8	फ्रीज़रों में क्रियाशील तापमान अनुश्रवण उपकरण	1	0	तदैव
9	डीप फ्रीज़रों के तापमान चार्ट का रख रखाव	9	5	तदैव
10	सुरक्षित अभिरक्षा में रखी जाने वाली औषधियाँ	0	2	कीमती औषधियों का दुरुपयोग
11	ताला बन्द अलमारी में रखे गए जहर	1	2	खतरनाक औषधियों तक अनधिकृत पहुँच
12	कालातीत औषधियों का अलग भण्डारण	7	11	कालातीत औषधियों का उपयोगी औषधियों के साथ मिल जाना

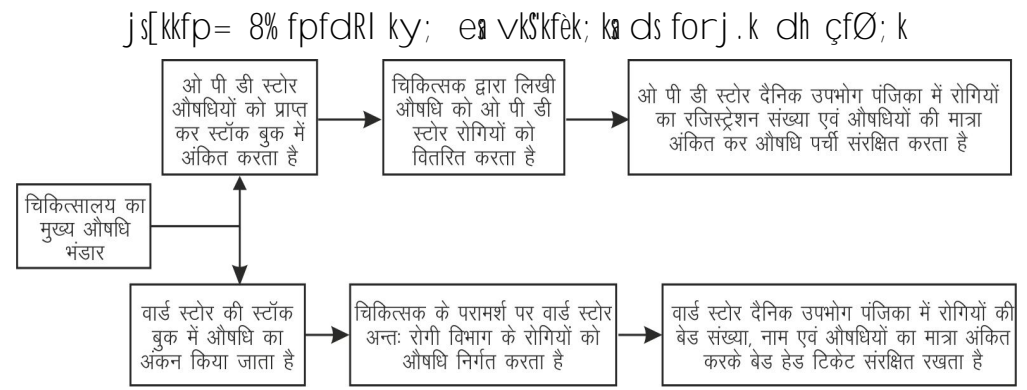
(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

उपरोक्त विवरण से यह स्पष्ट है कि नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों में औषधि भण्डारण में कई बड़ी कमियाँ थीं, जिससे रोगियों को वितरित औषधियों की प्रभावोत्पादकता सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

शासन ने उत्तर दिया कि वर्ष 2013-18 के दौरान संस्थानों के प्रमुखों द्वारा क्रय की गयी औषधियाँ उपलब्ध संसाधनों का उपयोग करते हुए भंडार में रखी गयी थी। समापन गोष्ठी में भी उक्त बिन्दु पर विचार विमर्श किया गया, जिस पर शासन ने कहा कि लेखापरीक्षा द्वारा औषधियों के भंडारण में इंगित कमियों का परीक्षण कर आवश्यक सुधारात्मक कार्यवाही की जाएगी।

7-3 jkfx; ka dks vks'kfek; ka dk forj .k

उत्तर प्रदेश शासन की वित्तीय नियमावली में यह निर्दिष्ट है कि भंडार में प्राप्त अथवा निर्गत समस्त सामग्रियों को लेनदेन के दिन ही भंडार लेखे में प्रविष्ट किया जाना चाहिए।



लेखापरीक्षा में निम्नलिखित विवरण के अनुसार भंडार में औषधियों के प्राप्ति एवं निर्गमन सम्बन्धी लेखांकन एवं साक्षीकरण में गंभीर विसंगतियां पाई गयीं, जिसका विवरण rkfydk 43 में दिया गया है:

rkfydk 43% vks'kfek; ka ds forj .k | Eclèkh ys[kkadu

Ø0 0	vfhkys[kh; fooj .k	fpfdRI ky; ka dh l a[; k %ueiuk tkib dh x; h% 19% ftuea vfhkys[kh; fooj .k ugha Fkk	l kepkf; d LokLF; dthnka dhz l a[; k %ueiuk tkp dh x; h% 22% ftuea vfhkys[kh; fooj .k ugha Fkk
1	अनुभाग/वार्ड वार औषधि भण्डार पंजिका	05	21
2	दैनिक संवितरण के अभिलेख	03	14
3	वाह्य रोगी विभाग औषधि पर्ची ¹³⁴	05	22

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

तालिका 43 में दिए गए विवरण से यह स्पष्ट है कि:

- सेक्शन/वार्ड-वार भंडार पंजिका उपलब्ध न होने के कारण नमूना-जाँच किये गए 19 में से 5 चिकित्सालयों एवं नमूना-जाँच किये गए 21 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में केन्द्रीय औषधि भंडार से प्राप्ति का सत्यापन नहीं किया जा सका।
- नमूना-जाँच किये गए 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 14 एवं 19 चिकित्सालयों में से 03 में वाह्य रोगी विभाग से औषधियों का रोगीवार वितरण लेखांकित नहीं किया

¹³⁴ वाह्य रोगी विभाग औषधि पर्ची में चिकित्सक द्वारा रोगी को संस्तुत की गयी औषधियों के नाम के साथ मात्रा अंकित रहती है, जिसका वितरण चिकित्सालय फार्मसी को करना होता है।

गया था, जबकि 19 में से 5 चिकित्सालयों एवं किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में चिकित्सकों द्वारा लिखी गयी ओ पी डी औषधि पर्ची वाह्य रोगी विभाग में उपलब्ध नहीं थी। ओ पी डी औषधि पर्ची उपलब्ध नहीं होने के परिणामस्वरूप सम्बन्धित चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सकों द्वारा अनुशंसित औषधि के रोगियों को वितरण का सत्यापन लेखापरीक्षा द्वारा नहीं किया जा सका। जिसके कारण औषधियों के दुरुपयोग की संभावना से भी इंकार नहीं किया जा सकता।

शासन ने उत्तर दिया कि चिकित्सालय के केन्द्रीय औषधि भंडार में दैनिक खपत पंजिका का रखरखाव किया गया है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि केन्द्रीय औषधि भण्डार में अभिरक्षित दैनिक खपत पंजिका में रोगीवार औषधियों के वितरण का लेखांकन नहीं था, उक्त का लेखांकन वार्ड/अनुभाग स्तर पर किया जाना था।

वाह्य रोगी विभाग के भंडार में वाह्य रोगी विभाग की औषधि पर्ची न रखे जाने के बारे में शासन ने कहा कि पर्ची के आधार पर ही रोगियों को औषधियाँ वितरित की गयी हैं। यह भी सूचित किया गया कि चूँकि चिकित्सक द्वारा लिखी पर्ची स्टोर से दवा वितरण उपरांत रोगी की अभिरक्षा में रहती है, इसलिए औषधि का वितरण मिलान योग्य नहीं था।

इस प्रकार, इस बात पर विशेष ध्यान दिए जाने की जरूरत है कि औषधि वितरण प्रणाली तंत्र को मजबूत किया जाये, जिससे लिखी गयी पर्ची पर दवा की संख्या एवं रोगियों को वास्तविक संवितरण में अंतर न हो।

7-4 jkfx; k dh f' kdk; rk dk fuokj .k

जून 2012 की ड्रग परचेज पॉलिसी में रोगियों को मुफ्त औषधि वितरण सम्बन्धी शिकायतों के निवारण एवं शिकायत पर की जाने वाली समयबद्ध कार्यवाही की संस्तुति को समाहित करने वाली प्रणाली—तंत्र का प्रावधान नहीं किया गया था। जिसके कारण, चिकित्सालयों में औषधियों के वितरण के सम्बन्ध में रोगियों के शिकायतों की प्राप्ति हेतु किसी प्रकार की कोई प्रणाली नहीं थी। अपितु, जैसा कि प्रस्तर 4.9.4.3 में वर्णित है, नमूना—जाँच किये गए 11 जिला स्तरीय चिकित्सालयों में से मात्र दो जिला चिकित्सालय (इलाहाबाद—2 एवं लखनऊ) ने 2016—18 की अवधि में औषधि उपलब्धता के प्रत्युत्तर को समाहित करते हुए अन्तः रोगी सेवाओं पर मरीज संतुष्टि सर्वे कराये थे।

शासन ने उत्तर में बताया कि जन शिकायतों के लिए चिकित्सालयों में एक शिकायत पेटिका उपलब्ध है। जबकि नमूना—जाँच किये गए चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से जिला चिकित्सालय आगरा एवं संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ को छोड़कर किसी भी चिकित्सालय में शिकायतों के लेखांकन एवं उन पर की गयी कार्यवाही के अनुश्रवण की कोई प्रणाली विद्यमान ही नहीं थी।

7-5 vk'kfek Ø; çcaku çfØ; k

विभाग ने औषधि क्रय की प्रक्रिया को समाहित करते हुए जून 2012 में संशोधित ड्रग परचेज पॉलिसी¹³⁵ जारी की। इसके अतिरिक्त विभाग ने क्रय प्रक्रिया के विनियमितीकरण हेतु समय—समय पर प्रशासनिक आदेश निर्गत किये।

ड्रग परचेज पॉलिसी के अनुसार राज्य स्तर पर जिला एवं उसके नीचे के चिकित्सालयों में आवश्यक औषधियों की आपूर्ति सुनिश्चित किये जाने हेतु महानिदेशक केंद्रीय क्रय प्राधिकारी हैं। महानिदेशक को औषधियों की निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित किये जाने हेतु

¹³⁵ संख्या—835/पॉच—1—2012—3(14)/04 दिनांक 14 जून 2012।

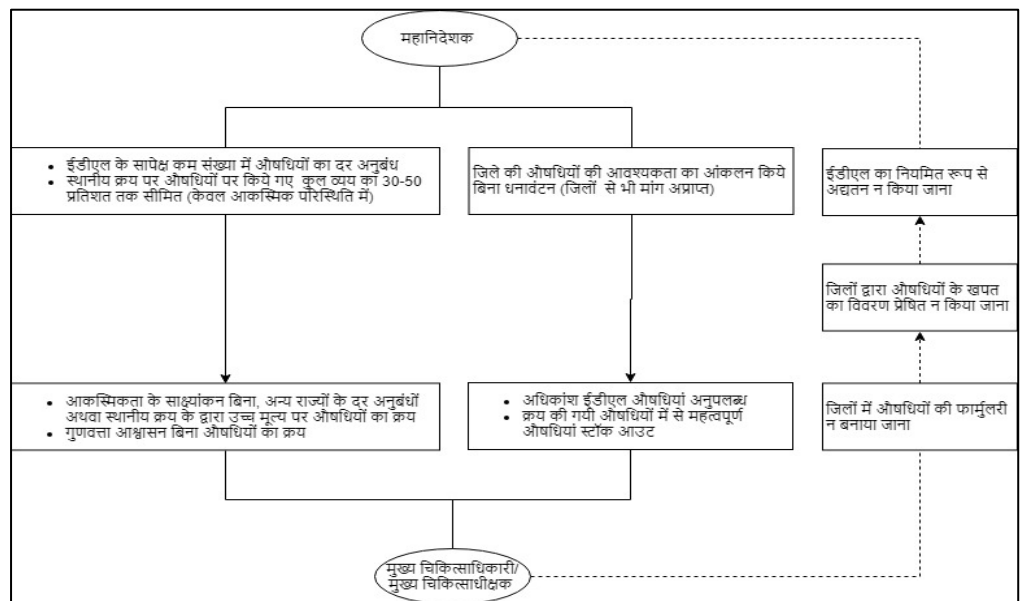
आवश्यक औषधियों की सूची तैयार करने एवं निर्माता फर्म के साथ दर अनुबंध¹³⁶ करने का अधिदेश प्राप्त है। मुख्य चिकित्साधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को आवश्यकतानुसार औषधियों की आपूर्ति हेतु अनुबंधित फर्मों को आपूर्ति आदेश/ मांग-पत्र निर्गत करना था।

यह भी प्रावधानित किया गया कि जब किसी औषधि हेतु विभाग की दर अनुबन्ध उपलब्ध न हो तो वह औषधि भारत सरकार द्वारा संविदा की गयी फर्मों (डी जी एस एंड डी/ई एस आई सी¹³⁷) से क्रय की जा सकती है अथवा अन्य राज्य सरकारों से उनके सम्बंधित राज्यों में दर अनुबंध के आधार पर औषधियों की आपूर्ति ली जा सकती है। अग्रेतर, ड्रग परचेज पॉलिसी के अनुसार, यदि किसी औषधि हेतु दर अनुबन्ध न किया गया हो एवं आकस्मिक परिस्थिति में क्रय की आवश्यकता हो तो इसे स्थानीय आपूर्तिकर्ता से क्रय किया जा सकता है। जिला चिकित्सालय के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को कुल धनावंटन का 30 से 50 प्रतिशत तक स्थानीय क्रय द्वारा औषधियों के क्रय की सीमा निर्धारित की गयी है। जबकि, मुख्य चिकित्सा अधिकारियों के लिए ऐसी कोई प्रतिनिधायन की सीमा निर्धारित नहीं है।

अग्रेतर, विभाग ने वर्ष 2015-16 में आपूर्तिकर्ताओं को ऑनलाइन मांग-पत्र निर्गत करने हेतु एक ऑनलाइन पोर्टल ड्रग प्रोक्योरमेंट एंड इन्वेंटरी कण्ट्रोल सिस्टम बनाया। तदोपरान्त, चिकित्सालयों की आवश्यकता के ऑकलन, मांग तैयार करने, आपूर्तिकर्ताओं को इंडेंट निर्गत करने, औषधियाँ प्राप्त करने एवं रोगियों को वितरित करने, स्टॉक प्रबंधन एवं गुणवत्ता नियंत्रण के माड्यूल को समाहित करते हुए 2017-18 में आई टी की सक्षमता के साथ ड्रग एंड वैक्सीन डिस्ट्रीब्यूशन मैनेजमेन्ट सिस्टम लागू किया गया। किन्तु, मार्च 2018 तक आपूर्तिकर्ताओं (दर अनुबन्ध के तहत) को इंडेंट निर्गत करने मात्र का एक मोड्यूल ही परिचालन में था। इस प्रकार, औषधियों की आपूर्ति के प्रणाली प्रबंधन सम्बन्धी गम्भीर बिन्दुओं पर कोई कार्यवाही नहीं की गयी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि निम्नलिखित विवरण के अनुसार अनुबद्ध प्रक्रिया के अननुपालन के साथ-साथ प्रणाली सम्बन्धी दोष के कारण औषधि वितरण प्रक्रिया पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा, जिसका विवरण रेखाचित्र 8 में दर्शाया गया है:

रेखाचित्र 8: औषधि क्रय प्रक्रिया की अक्रियाशील प्रणाली



¹³⁶ दर अनुबन्ध औषधियों के क्रय मूल्य को मानकीकृत करता है।

¹³⁷ डायरेक्टर जनरल आफ सप्लाईज एण्ड डिस्पोजल एवं इम्प्लाइस स्टेट इन्सोरेन्स कारपोरेशन

औषधि क्रय पर प्रमुख लेखापरीक्षा निष्कर्षों का वर्णन निम्नवत दिया गया है।

7-5-1 nj vuϕk ds vUrxr vks'kfek; ka dk vi ; klr vkPNknu

दर अनुबन्ध का उद्देश्य आपूर्ति की प्रक्रिया में लगने वाले समय एवं माल दुलाई लागत को कम करते हुए एक निश्चित समयावधि में एक निश्चित दर पर औषधि क्रय करना है। सर्वप्रथम, महानिदेशक स्तर पर औषधि समीक्षा समिति को जिलों की औषधियों की आपूर्ति करने हेतु उनकी विशिष्टियों एवं आवश्यक मात्रा सुनिश्चित करने हेतु चिकित्सालयों एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारियों से औषधियों की खपत का विवरण एकत्र करना था। सभी औषधियों के सन्दर्भ में महानिदेशक को अगले वित्तीय वर्ष हेतु वर्तमान वित्तीय वर्ष के अंत तक दर अनुबन्ध की प्रक्रिया पूर्ण करना आवश्यक था।

जबकि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि दर अनुबन्ध में औषधियों का आच्छादन निराशाजनक था क्योंकि rkfydk 44 के विवरण के अनुसार महानिदेशक द्वारा वर्ष 2013—18 के दौरान ई डी एल औषधियों (1036 औषधि) के सापेक्ष मात्र 08 से 36 प्रतिशत औषधियों ही दर अनुबंध से आच्छादित की जा सकी थीं।

rkfydk 44% o"kl 2013&18 ds nkj ku ykx nj vuϕk

o"kl	bZ Mh , y ea vks'kf/k; ka dh dy l a[; k	fufonk vke=.k l ipukvka ³⁸ dh l a[; k	fufonk vke=.k l ipukvka ea l fEefyr vks'kf/k; ka dh l a[; k	nj vuϕk l s vkPNkfnr vks'kf/k; ka dh l a[; k	deh %fir' kr ea
2013&14	1036	आँकड़े अनुपलब्ध		119	917 (89)
2014&15	1036	06	446	371	665 (64)
2015&16	1036	14	1032	333	703 (68)
2016&17	1036	23	958	83	953 (92)
2017&18	1036	36	1020	187	849 (82)

(स्रोत: कार्यालय महानिदेशक)

बार—बार अनुरोध करने के बाद भी महानिदेशक ने तकनीकी एवं वित्तीय निविदा एवं अन्य सम्बंधित अभिलेख लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराये, जिसके कारण ई डी एल के सापेक्ष कम संख्या में हुए औषधियों के दर अनुबंध का विश्लेषण लेखापरीक्षा में नहीं किया जा सका। जबकि लेखापरीक्षा ने वर्ष 2013—18 की 16 निविदा आमंत्रण सूचना की नमूना—जाँच में पाया कि ड्रग परचेज पॉलिसी के प्राविधानों के अनुसार कोई भी निविदा आमंत्रण सूचना औषधि विनिर्माता संगठनों एवं सभी राज्यों के औषधि नियंत्रकों को अग्रेषित नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, चार प्रकरणों में निविदा जमा करने हेतु 30 दिन की न्यूनतम अवधि के सापेक्ष निविदा आमंत्रण सूचना में मात्र 12 से 28 दिन का ही समय दिया गया; इस प्रकार, निविदा जमा करने हेतु पर्याप्त समय न दिए जाने से संभावित निविदादाता निविदा प्रक्रिया से वंचित रहे।

इस प्रकार, वर्ष 2013—18 के मध्य मात्र 83 औषधियों (2016—17) से 371 औषधियों (2014—15) पर ही दर अनुबंध किया जा सका जिसका विवरण rkfydk 44 में प्रदर्शित है।

शासन ने कहा कि अनेक कारणों से विलम्ब संभावित था। ड्रग परचेज पॉलिसी के प्रावधानों के अनुसार औषधि विनिर्माता संगठनों एवं राज्यों के औषधि नियंत्रकों को निविदा आमंत्रण न अग्रेषित करने के बारे में भी सुसंगत उत्तर न देकर बताया कि एन आई सी¹³⁹ के माध्यम से वेबसाइट पर निविदा आमंत्रण सूचना अपलोड की गयी थी,

¹³⁸ नोटिस इनवाइटिंग टेण्डर।

¹³⁹ नेशनल इनफार्मेटिक्स सेंटर।

तथा निविदा के प्रकाशन हेतु अनुबद्ध नियमों का पालन किया गया था। अग्रेतर शासन ने प्रतिवाद किया कि साक्ष्य के तौर पर लेखापरीक्षा को दर अनुबन्ध सम्बन्धी वांछित अभिलेख एवं पत्रावलियाँ उपलब्ध करायी गयी थीं।

शासन का उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि प्रमुख सचिव स्तर तक अनुरोध के बावजूद भी दर अनुबन्ध के गठन के तकनीकी एवं वित्तीय निविदा के अभिलेख लेखापरीक्षा को नहीं उपलब्ध कराये गये। अग्रेतर, महानिदेशक निविदा आमन्त्रण सूचना के प्रतिफल में निविदा जमा करने हेतु निर्धारित 30 दिन के न्यूनतम समय प्रदान करने में विफल रहे। परिणामस्वरूप, निविदा आमन्त्रण सूचना के कम प्रसार, एवं निविदा जमा करने हेतु कम समय दिये जाने के कारण सम्भावित निविदादाता निविदा प्रक्रिया से विरत रहे, जिसके कारण दर अनुबन्ध में कम औषधियों को आच्छादित किया जा सका।

7-5-2 fufonknkrk dh l {kerk dk fo'y'sk.k u fd; k tkuk

ड्रग परचेज पॉलिसी में निहित है कि दर अनुबन्ध को कार्यान्वित करते समय विगत तीन वर्षों के दौरान विनिर्माता फर्म की उत्पादक सक्षमता का ऑकलन किया जाना चाहिए।

वर्ष 2014-18 के दौरान महानिदेशक द्वारा औषधियों के दर अनुबन्धों हेतु कुल 79 निविदा आमन्त्रण सूचनाएं जारी की गयी थीं। अभिलेखों की संवीक्षा में पाया गया कि निविदा आमन्त्रण सूचना में न तो निविदादाता की सक्षमता का विवरण था एवं न ही निविदादाता के द्वारा आपूर्ति की जाने वाली औषधियों की मात्रा का ही उल्लेख किया गया था। इन आवश्यक मानदंडों के अभाव में फर्मों की उत्पादक क्षमता का मूल्यांकन नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा से प्रकाश में आया कि प्रस्तर 7.5.4 के अनुसार अनेक प्रकरणों में अनुबद्ध फर्म जिलों को औषधियों की आपूर्ति करने में विफल रहीं। यह निविदा प्रक्रिया के विकृति का द्योतक था एवं ऐसी फर्म जिनके पास आवश्यक उत्पादक क्षमता नहीं थी, उनको निविदा प्रक्रिया से विरत रखने में विभाग की असमर्थता दर्शाती थी।

शासन ने उत्तर दिया कि निविदा के साथ निविदादाता से वांछित वास्तविक टर्न ओवर प्रमाण-पत्र एवं औषधि नियंत्रक द्वारा निर्गत उत्पादन सक्षमता प्रमाण-पत्र प्राप्त किया गया था। शासन का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि लेखापरीक्षा में नमूना-जाँच की गयी 16 निविदा आमन्त्रण सूचनाओं में निविदा दाता की उत्पादन सक्षमता का साक्ष्य नहीं पाया गया। निविदा आमन्त्रण सूचना में निविदादाता द्वारा आपूर्ति की जाने वाली औषधि के रक्षित भंडार के बारे में शासन ने कोई उत्तर नहीं दिया।

7-5-3 vk'sk'fek; k dk vfu; fer LFkkuh; Ø;

ड्रग परचेज पॉलिसी में नियत किया गया है कि यदि औषधियाँ किसी भी दर अनुबन्ध में उपलब्ध न हों एवं क्रय आकस्मिक परिस्थिति में आवश्यक हो तो माँगकर्ता अधिकारी वित्तीय प्रतिनिधायन की सीमा के अर्न्तगत स्थानीय आपूर्तिकर्ता से औषधियों का क्रय कर सकता है। स्थानीय क्रय के बेंचमार्क प्राइस निर्धारण हेतु (उत्तर प्रदेश शासनादेश 2000) मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को कम से कम 5 निर्माता फर्मों से थोक दरें प्राप्त करना था। इन बेंचमार्क मूल्य के आधार पर ही स्थानीय क्रय किया जाना था।

जबकि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2013-18 के दौरान चयनित जनपदों में औषधियों के क्रय पर किये गए कुल व्यय ₹ 424.81 करोड़ में से उक्त अवधि में ₹ 133.02 करोड़ (31 प्रतिशत) के मूल्य की औषधियाँ मुख्य चिकित्सा अधिकारी (संख्या: 1790 औषधियाँ: लागत ₹ 36.77 करोड़) एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक (संख्या: 4996 औषधियाँ: लागत ₹ 96.25 करोड़) द्वारा स्थानीय आपूर्तिकर्ताओं से क्रय (ifff'k"V&7) की गयीं। औषधियों का स्थानीय क्रय मात्र आकस्मिक परिस्थितियों में ही किया जाना

था। जबकि, नमूना-जाँच किये गए जनपदों की लेखापरीक्षा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के अभिलेखों में कोई ऐसा साक्ष्य नहीं प्राप्त हुआ जिससे आकस्मिक आवश्यकता के आधार पर इस प्रकार का बृहद् स्थानीय क्रय किये जाने की पुष्टि होती हो।

अग्रेतर, मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने शासनादेश (अप्रैल 2000) में निहित प्रावधानों के अनुसार पाँच विनिर्माता फर्मों से दरें भी प्राप्त नहीं की थी। अपितु, उन्होंने बेंचमार्क मूल्य के आधार पर मूल्य की युक्तियुक्तता सुनिश्चित किये बिना ही स्थानीय आपूर्तिकर्ताओं से निविदा/कोटेशन के आधार पर औषधियों का क्रय किया था। इसके अतिरिक्त चयनित आठ जनपदों में से पाँच के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने 2014-18 के दौरान ₹ 2.00 करोड़ के मूल्य की 364 औषधियाँ क्रय की जबकि उत्तर प्रदेश के दर अनुबन्ध या अन्य राज्य सरकार के दर अनुबन्ध में उससे सस्ते मूल्य (₹ 1.17 करोड़) पर औषधियाँ उपलब्ध थीं।

इस प्रकार, मूल्य की युक्तिसंगतता सुनिश्चित किये बिना ही अनियमित रूप से स्थानीय स्तर पर औषधियाँ क्रय की जाती रहीं।

शासन ने उत्तर दिया कि उत्तर प्रदेश के भंडार क्रय के नियम के अन्तर्गत ही स्थानीय क्रय किया गया है। उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि भंडार क्रय नियमों के अनुसार संदर्भित दरों की युक्तियुक्तता सुनिश्चित करने का दायित्व सक्षम अधिकारी का था। जबकि, नमूना चयनित जनपदों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने अप्रैल 2000 के शासनादेश के अनुसार बेंचमार्क मूल्य प्राप्त करने हेतु तौर तरीकों का पालन नहीं किया था। अग्रेतर, शासन ने स्थानीय क्रय की बृहद आवश्यकता के प्रलेखन के सम्बन्ध में तर्कसंगत उत्तर नहीं दिया।

7-5-4 vkskfek; k dh foyEc | s vki r@vuki r

ड्रग परचेज पॉलिसी एवं अनुबंध की शर्तों में निहित था कि अनुबंधित आपूर्तिकर्ता सम्बन्धित मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को आपूर्ति आदेश निर्गत होने के 30 दिन (15 तक बढ़ाये जाने योग्य) के अन्दर ही औषधियों की आपूर्ति करेगा तथा ऐसा न करने पर आपूर्तिकर्ता निर्धारित दर¹⁴⁰ पर महानिदेशक द्वारा अधिरोपित दण्ड हेतु उत्तरदायी होगा।

नमूना-जाँच हेतु चयनित आठ जनपदों¹⁴¹ में सम्बंधित जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों द्वारा दर अनुबन्धित फर्मों को निर्गत किये गए 11,913 आपूर्ति आदेशों के सापेक्ष फर्मों ने मात्र 6,689 आपूर्ति आदेशों के सापेक्ष ही औषधियाँ आपूर्ति की। इसके अतिरिक्त 1,261 आपूर्ति आदेशों के सापेक्ष फर्मों ने 15 से 30 दिनों तक के विलम्ब से औषधियाँ आपूर्ति की।

अग्रेतर, मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने अनापूर्ति/विलंबित आपूर्ति के किसी भी प्रकरण में संविदा की शर्तों के अनुसार दंड अधिरोपित करने एवं दण्डात्मक कार्यवाही करने हेतु महानिदेशक को सूचित नहीं किया।

¹⁴⁰ यदि आपूर्ति आदेश जारी होने के 30वें दिन सायं 5 बजे से 60 वें दिन के मध्य निर्दिष्ट स्थानों तक आपूर्ति पहुँचती है तो विलम्बित आपूर्ति हेतु लागत का प्रतिदिन 0.5 प्रतिशत तथा अधिकतम 15 प्रतिशत तक लिक्विडिटी डेमेज देय होगा।

¹⁴¹ आपूर्तिकर्ताओं को निर्गत आपूर्ति आदेश के अभिलेख जिला चिकित्सालय आगरा (2013-14), जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद (2013-18), जिला चिकित्सालय एवं महिला चिकित्सालय बदायूँ (2013-18), जिला चिकित्सालय गोरखपुर (2016-17), जिला चिकित्सालय लखनऊ (2013-18) द्वारा नहीं बनाये गये एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी इलाहाबाद (2013-15), जिला चिकित्सालय व जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद (2013-15), मुख्य चिकित्सा अधिकारी, जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय व संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर (2013-18) एवं जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर (2013-2017) द्वारा अभिलेख उपलब्ध नहीं कराये गये।

अनेक औषधियाँ जीवन रक्षक मद में शामिल थीं, अतः प्रत्येक समय उनके लिए वैकल्पिक आपूर्तिकर्ता उपलब्ध होना आवश्यक था। इसलिए, प्रत्येक औषधि हेतु दो या तीन फर्मों को अनुबंधित करना चाहिए था, जिससे किसी फर्म से चूक होने पर दूसरी फर्म से आपूर्ति जारी रखी जा सके। लेखापरीक्षा में पाया गया कि अधिकांश औषधियों हेतु मात्र एक ही फर्म से अनुबंध गठित किया गया था तथा इस फर्म द्वारा चूक होने पर आपूर्ति जारी रखने हेतु कोई वैकल्पिक फर्म उपलब्ध ही नहीं थी।

शासन ने उत्तर दिया कि आपूर्ति आदेश के सापेक्ष विलंबित आपूर्ति/अनापूर्ति हेतु दर अनुबन्ध की शर्तों के अनुसार कार्यवाही की जाती है। यह भी बताया गया कि कुछ इकाईयों से निर्धारित शर्तों के अनुपालन न किये जाने का प्रकरण संज्ञान में आया है, जिसके लिए मण्डलीय अपर निदेशक से जाँच करने एवं दायित्व निर्धारित करने हेतु निर्देशित किया गया है।

7-6 vk'kf/k; kã dh xq koRrk dk vk' okl u

मरीजों को उच्च गुणवत्ता की औषधियाँ उपलब्ध कराने में गुणवत्ता नियंत्रण की मुख्य भूमिका है। ड्रग परचेज पॉलिसी के अनुसार ऐसे प्रकरणों में जब आपूर्तिकर्ता नेशनल एक्रेडिटेशन बोर्ड फार टेस्टिंग एंड केलिब्रेशन लेबोरेटरीज (एन ए बी एल) द्वारा निर्गत गुणवत्ता जाँच रिपोर्ट आपूर्ति के साथ प्रदत्त करते हैं तो उन्हें स्वीकृत कर लिया जाता है। इसके अतिरिक्त औषधि नियंत्रक द्वारा भी चयनित औषधियों की गुणवत्ता की जाँच की जा सकती थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एन ए बी एल प्रमाण-पत्रों के अभाव में औषधियों की गुणवत्ता की जाँच करने के लिए चयनित मानकों, मापदण्डों एवं आवधिकता के लिए ड्रग परचेज पॉलिसी में कोई भी प्रावधान निर्धारित नहीं था। गुणवत्ता आश्वासन सुनिश्चित करने के लिए विशेष प्रावधानों के अभाव में लेखापरीक्षा में औषधियों की जाँच बहुत कम पाई गयी। चयनित आठ जनपदों में महानिदेशक की अनुबंधित फर्मों से 853 औषधियों के क्रय पर व्यय हुए ₹ 18.44 करोड़ की लागत की औषधियों की लेखापरीक्षा में यह तथ्य प्रकाश में आया कि ₹ 1.58 करोड़ के लागत की मात्र 111 औषधियों (13 प्रतिशत) के सन्दर्भ में ही आपूर्तिकर्ताओं से एन ए बी एल प्रमाण-पत्र प्राप्त किये गए थे। आपूर्तिकर्ताओं से बिना गुणवत्ता जाँच रिपोर्ट प्राप्त किये औषधियों को स्वीकार करना रोगियों के लिए जोखिम भरा था एवं ड्रग परचेज पॉलिसी के प्रावधानों के विपरीत था।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि आठ जनपदों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के कार्यालयों में वर्ष 2013-18 के दौरान गुणवत्ता जाँच के लिए नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों के सम्बन्धित औषधि केन्द्रों से औषधि नियंत्रक ने 429 औषधियों के नमूने लिए। किन्तु, यह पाया गया कि 429 नमूना-जाँच हेतु ली गयी औषधियों में से औषधि नियंत्रक ने मात्र 27 औषधियों¹⁴² के सन्दर्भ में ही जाँच रिपोर्ट प्रस्तुत की। साथ ही औषधि नियंत्रक की जाँच रिपोर्ट की संवीक्षा से प्रकाश में आया कि मुख्य चिकित्सा अधिकारी सहारनपुर में चार¹⁴³ औषधियाँ, जिला चिकित्सालय गोरखपुर में दो¹⁴⁴ औषधियाँ, मुख्य चिकित्सा अधिकारी इलाहाबाद में दो¹⁴⁵ औषधियाँ एवं जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद में दो¹⁴⁶ औषधियों ने उन लेवलिंग मानदंडों को पूर्ण नहीं किया जो उन्हें खपत हेतु अयोग्य सिद्ध करते हैं। जबकि, औषधि

¹⁴² जिला चिकित्सालय आगरा-10, मुख्य चिकित्सा अधिकारी इलाहाबाद-03, जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद-02, जिला चिकित्सालय गोरखपुर-02, मुख्य चिकित्सा अधिकारी लखनऊ-03 एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी सहारनपुर-07।

¹⁴³ टेबलेट सल्बुटामाल, क्लोरफेनीरामाइन मलीएट, कैप्सूल विटामिन ए व डी (2014-15) विटामिन ए व डी (2015-16)।

¹⁴⁴ इन्जेक्शन अमीकासिन, टेबलेट फ्लूकोनाजोल (2015-16)।

¹⁴⁵ टेबलेट मेट्रानिडाजोल, टेबलेट ओमेपराजोल 20 एमजी।

¹⁴⁶ टेबलेट सिप्रोफ्लाक्सेसिन (2016-17) इन्जेक्शन जेन्टामाइसिन (2017-18)।

नियंत्रक की रिपोर्ट प्राप्त करने से पूर्व ही ये औषधियाँ रोगियों को वितरित कर दी गयीं।

मात्र 13 प्रतिशत औषधियों के सन्दर्भ में एनएबीएल गुणवत्ता जाँच रिपोर्ट प्राप्त करना एवं औषधि नियंत्रकों द्वारा न्यूनतम चयन प्रदर्शित करता है कि मरीजों को बिना गुणवत्ता जाँच सुनिश्चित किये ही औषधियाँ वितरित की जाती रहीं।

अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्थानीय रूप से क्रय की गयी औषधियों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने हेतु ड्रग परचेज पॉलिसी में कोई भी प्रावधान नहीं थे। अतः 2013-18 के दौरान ₹ 133.02 करोड़ की लागत की औषधियाँ चयनित जिलों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं नमूना-जाँच किये गए चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों द्वारा बिना गुणवत्ता सुनिश्चित किये ही स्थानीय रूप से क्रय की गयी।

शासन ने उत्तर दिया कि उत्तर प्रदेश मेडिकल सप्लाईज कारपोरेशन लिमिटेड (कारपोरेशन) प्रत्येक जनपद में औषधि भंडार स्थापित करने एवं गुणवत्ता जाँच हेतु 11 एन ए बी एल लेबोरेटरी सूचीबद्ध करने के प्रक्रियाधीन है। इस पहल के बाद कारपोरेशन प्रभावी रूप से औषधि गुणवत्ता नीति लागू कर सकेगी। अग्रेतर, शासन ने कहा कि लेखापरीक्षा में उठाये गये बिन्दुओं का परीक्षण कर चिकित्सालयों में औषधि प्रबन्धन में सुधार हेतु आवश्यक कार्यवाही की जायेगी।

/ k j r / शासन अपने द्वारा ही बनाई गयी इसेन्सियल ड्रग लिस्ट के अनुसार रोगियों को स्वास्थ्य सेवा के अन्तर्गत निर्बाध औषधि आपूर्ति में विफल रहा। इससे रोगियों, विशेष रूप से गरीब रोगियों, पर व्यय भार पड़ा। औषधि क्रय प्रक्रिया प्रणाली दोष पूर्ण थी तथा औषधि क्रय नीति/शासनादेश के अनुपालन न करने के अनेक प्रकरण समय-समय पर प्रकाश में आये, परिणामस्वरूप, गुणवत्तापूर्ण औषधि की उपलब्धता पर प्रभाव पड़ा।

v/; k; -8

भवन अवसंरचना

सार्वजनिक चिकित्सालयों में गुणावत्तापरक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने हेतु पर्याप्त एवं समुचित रूप से अनुरक्षित भवन अवसंरचना का बहुत महत्व है। निष्पादन लेखापरीक्षा में अभिलेखों के परीक्षण में चिकित्सालय भवन अवसंरचना के निर्माण एवं उनकी उपलब्धता में अपर्याप्तता एवं कमियां पायी गयी जैसा कि आगामी प्रस्तारों में वर्णित किया गया है:

8-1 fpfdRI ky; k; ea cM dh mi yC/krk

8-1-1 ftyk fpfdRI ky;

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) के अनुसार जिला स्तर पर जनता की द्वितीयक स्तर की स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को पूरा करने हेतु प्रत्येक जनपद में एक जिला चिकित्सालय सृजित किया जाना चाहिए। आई पी एच एस में यह भी निर्धारित है कि किसी जिला चिकित्सालय में कुल बेड की आवश्यकता का निर्धारण जनपद की जनसंख्या, प्रतिवर्ष बेड दिवसों एवं आक्यूपेंसी रेट पर आधारित होनी चाहिए।

जैसा कि प्रस्तर 1.3.1 में बताया गया है, विभाग ने जिला चिकित्सालयों में बेड के सृजन के लिए कोई मानक/मापदण्ड निर्धारित नहीं किया था। विभाग ने द्वितीयक स्तर की गुणावत्तापरक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक जनता की आसान पहुँच बनाने के लिए जिला चिकित्सालयों में पर्याप्त संख्या में चिकित्सालय बेड सृजित करने के सन्दर्भ में आई पी एच एस मापदण्डों को भी अंगीकृत नहीं किया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि उत्तर प्रदेश के सभी 75 जिलों में मार्च 2018 तक जिला चिकित्सालय स्थापित किये जा चुके थे। हालांकि, जिला चिकित्सालयों में चिकित्सालयों के क्रियाशील बेडों की संख्या सात¹⁴⁷ चयनित जिलों में मापदण्डों के अनुरूप नहीं थी क्योंकि मार्च 2018 तक 3,692 चिकित्सालय बेड की आवश्यकता के सापेक्ष मात्र 2,299 चिकित्सालय बेड (62 प्रतिशत)¹⁴⁸ ही क्रियाशील थे। जनपदवार स्थिति rkfydk 45 में दर्शायी गयी है।

rkfydk 45% fpfdRI ky; k; ea fØ; k'khy fpfdRI ky; cM dh mi yC/krk

tuin	tul a[; k kyk[k e½	fpfdRI ky; ea okfNr ¹⁴⁹ cM dh l a[; k	ftyk Lrjh; fpfdRI ky;	2013&14	2017&18	fpfdRI ky; cM dh deh
				cM dh l a[; k	cM dh l a[; k	
आगरा	44.19	630	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	328	328	48%
इलाहाबाद	59.54	848	जिला चिकित्सालय, जिला चिकित्सालय-2, जिला महिला चिकित्सालय	493	493	42%
बलरामपुर	21.49	306	जिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	154	154	50%
बाँदा	17.99	256	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	135	135	47%
बदायूँ	36.82	525	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	313	313	40%
गोरखपुर	44.41	633	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	446	446	30%
सहारनपुर	34.66	494	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	406	430	13%
; kx	259-1	3 692	16 चिकित्सालय	2 275	2 299	38%

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

¹⁴⁷ जनपद लखनऊ में 11 जिला स्तरीय चिकित्सालय हैं, जिसमें तीन की लेखापरीक्षा की गयी। इस प्रकार लेखापरीक्षा में बेड की आवश्यकता का मूल्यांकन नहीं किया जा सका।

¹⁴⁸ विशेष श्रेणी के चिकित्सालयों यथा- क्षय रोग चिकित्सालय, मनोरोग चिकित्सालय आदि में उपलब्ध बेड को शामिल नहीं किया गया है क्योंकि इनका सृजन रोग विशेष के लिए किया गया है एवं इनका सृजन जनपद के आधार पर नहीं किया गया है।

¹⁴⁹ 100 प्रतिशत ऑक्यूपेंसी लेते हुए एवरेज लेन्थ आफ स्टे तालिका 23 के अनुसार थी (2.6 दिन) तथा आई पी एच एस मानक के अनुसार यह माना गया है कि प्रति 50 व्यक्तियों पर एक व्यक्ति रोगी था।

जैसा कि ऊपर दिए गए विवरण से देखा जा सकता है कि 2013-18 के दौरान, नमूना-जाँच हेतु चयनित सात जनपदों के चिकित्सालयों में क्रियाशील बेड की क्षमता में थोड़ा या न के बराबर वृद्धि हुई थी। प्रासंगिक रूप से नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों में से 14 में अन्तःरोगी विभाग रोगियों की संख्या में वर्ष 2013-18 के दौरान वृद्धि हुई, जिसमें जिला चिकित्सालय, आगरा (67 प्रतिशत), जिला चिकित्सालय, बाँदा (56 प्रतिशत), जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद (49 प्रतिशत) एवं जिला चिकित्सालय, सहारनपुर (46 प्रतिशत) में अधिक वृद्धि हुई।

शासन द्वारा उत्तर दिया गया (मई 2019) कि चिकित्सालय बेड की उपलब्धता उपरोक्त वर्णित संख्या से अधिक थी परन्तु शासन का यह तथ्य सम्बन्धित चिकित्सालय में लेखापरीक्षा द्वारा जाँचे गये अभिलेखों से समर्थित नहीं था। शासन द्वारा आगे यह भी कहा गया कि चूँकि 2013-18 के दौरान बड़ी संख्या में परियोजनायें या तो शुरू की गयीं थी या पूर्ण की जा चुकी थीं एवं 07 नमूना-जाँच हेतु चयनित जनपदों में से पांच में 100 बेड का मातृत्व देखभाल चिकित्सालय क्रियाशील किया जा रहा था। इनके माध्यम से जिला स्तरीय चिकित्सालयों की बेड क्षमता में वृद्धि हो जायेगी।

8.1.2 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

विभाग द्वारा निर्धारित मानक के अनुसार प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के अन्तर्गत प्रत्येक एक लाख की जनसंख्या हेतु एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (30 बेड) का सृजन किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2011 की जनगणना के अनुसार राज्य में 1,555 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र¹⁵⁰ की आवश्यकता के सापेक्ष मार्च 2018 तक 821 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र ही उपलब्ध थे जिसके कारण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या में 47 प्रतिशत की कमी थी। यह कमी इस सम्बन्ध में 30 प्रतिशत के राष्ट्रीय औसत के सापेक्ष बहुत अधिक थी। यदि वर्तमान जनसंख्या आँकलन का आधार लिया जाय तो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या में बहुत अधिक कमी परिलक्षित होगी। प्रासंगिक रूप से, वर्ष 2013-18 के दौरान नमूना-जाँच¹⁵¹ हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 8 में अन्तः रोगियों की संख्या में 25 प्रतिशत वृद्धि हुयी थी।

अन्तःरोगी विभाग में क्रियाशील बेड की कमी

आई पी एच एस में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हेतु न्यूनतम 30 बेड का प्रावधान है। जबकि, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 9¹⁵² में वर्ष 2017-18 के दौरान क्रियाशील बेड की संख्या मानक से कम थी। लेखापरीक्षा में आगे यह भी पाया गया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन, बाँदा में रोगियों का इलाज प्रदर्शित चित्र के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के खुले प्रतीक्षा क्षेत्र में किया जा रहा था। यहां यह प्रासंगिक है कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन, बाँदा को मात्र 4 स्वीकृत बेड के बावजूद सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र घोषित किया गया था।



सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन, बाँदा
(25.08.2018)

¹⁵⁰ उत्तर प्रदेश की ग्रामीण जनसंख्या : 15.53 करोड़ (2011 की जनगणना) हेतु।

¹⁵¹ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र माल, लखनऊ एवं पचपेड़ा, बलरामपुर ने 2013-14 के पेसेन्ट लोड रिकार्ड नहीं प्रस्तुत किया।

¹⁵² बहरिया-18 बेड, हंडिया-20 बेड एवं मेजा-11 बेड इलाहाबाद; आसफपुर-10 बेड, समरेर-10 बेड एवं सहसवान-20 बेड, बदार्य, जैतपुर कलां-23 बेड, आगरा; एवं कमासिन-04 बेड, नरैनी-25 बेड, बाँदा।

शासन ने उत्तर दिया (मई 2019) कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का निर्माण एक सतत प्रक्रिया है तथा वर्तमान में 853 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र क्रियाशील किये जा चुके हैं एवं 118 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र निर्माणाधीन थे। यह भी बताया गया कि चिकित्सकों सहित मानव संसाधन की कमी के दृष्टिगत शासन ने केवल निर्मित एवं निर्माणाधीन चिकित्सालयों के निर्बाध परिचालन को प्राथमिकता दिया है। 30 से कम बेड वाले कुछ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के बारे में शासन ने उत्तर दिया कि मामले की जाँच की जायेगी।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अवसंरचनात्मक कमी का ब्लाक स्तर पर प्राथमिक सुविधाओं की उपलब्धता एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधा तक पहुँच पर सहवर्ती प्रभाव पड़ा।

8-1-3 fpfdRI ky; grq LFkku dh vko' ; drk, a

आई पी एच एस 2012 एवं ब्यूरो ऑफ इण्डियन स्टैण्डर्ड 2001 में जिला चिकित्सालयों के लिए स्थलीय आवश्यकता का प्रावधान किया गया है। जबकि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में से किसी में भी स्थलीय आवश्यकता पूर्ण नहीं थी, जिसका विवरण rkfydk 46 में है:

rkfydk 46% i fj pkyu {ks=ka ea LFky dh lk; k|rrk

lfj pkyu {ks=	vko' ; drk %oxL eh0% cfr cM	fcuk deh okys vLi rky dh l a[; k	deh ds l kFk vLi rkyka dh l a[; k %cfr'kr e% 01-25% 26-50% 51-75% 76-100%				vkdM# mi yC/k dj kus okys vLi rkyka ⁵³ dh l a[; k
			01-25%	26-50%	51-75%	76-100%	
प्रवेश क्षेत्र (मुख्य, वाह्य रोगी विभाग)	4.2	6	2	2	4	1	15
एम्बुलेटरी देखभाल क्लीनिक क्षेत्र	9.31	2	2	1	3	2	10
चिकित्सकीय देखभाल क्षेत्र	5.95	1	1	1	2	9	14
मध्यवर्ती देखभाल क्षेत्र (वार्डस)	15.75	.	3	8	3	1	15
गहन चिकित्सा देखभाल क्षेत्र	1.96	3	1	1	5	.	10
गम्भी देखभाल क्षेत्र	4.69	1	.	3	3	5	12
थिरेपेटिक सेवाएं	8.75	6	6
चिकित्सालय सेवाएं	7	1	.	1	2	6	10
अभियांत्रिकी सेवाएं	3.92	1	.	1	.	3	5
प्रशासन क्षेत्र	4.48	.	1	2	5	6	14
प्रसार क्षेत्र	कुल क्षेत्र का 40%	4	1	2	2	.	9

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय)

शासन ने उत्तर दिया कि मार्च 2015 से आई पी एच एस एवं ब्यूरो आफ इण्डियन स्टैण्डर्ड 2001 में निर्धारित मानकों का पालन करते हुए भवन मानचित्रों को तैयार किया जा रहा था। जबकि, अवस्थित चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के क्षेत्रफल में आवश्यक बृद्धि हेतु प्रस्तावित कार्यवाही के बारे में कोई उत्तर नहीं दिया।

8-1-4 fpfdRI ky; k rd 0; o/kku eDr i gp

रोगियों एवं चिकित्सालय स्टाफ दोनों की स्वास्थ्य सुविधा तक निर्बाध पहुँच सुनिश्चित करना एक महत्वपूर्ण पहलू है।

⁵³ नमूना-जाँच किये गये 19 चिकित्सालयों से ।

नमूना-जाँच हेतु चयनित 19 चिकित्सालयों में से वाह्य रोगी विभाग तक पहुँचने हेतु रैम्प मात्र 12 चिकित्सालयों¹⁵⁴ में ही उपलब्ध था। इसी प्रकार, नमूना-जाँच हेतु चयनित चिकित्सालयों में से मात्र 11 चिकित्सालयों¹⁵⁵ में ही आकस्मिक वार्ड में पहुँचने हेतु रैम्प उपलब्ध था। अग्रेतर, नमूना-जाँच हेतु चयनित 22 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से मात्र 16 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुँचने हेतु रैम्प उपलब्ध था। यह स्थिति त्वरित देखभाल की आवश्यकता वाले आकस्मिक रोगियों हेतु विशेष रूप से चिन्ताजनक थी क्योंकि नमूना-जाँच हेतु चयनित अवशेष 06 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में समय से पहुँचने में विलम्ब, रोगियों को प्रतिकूल परिणामों तक ले जा सकते थे।

शासन ने कहा कि चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रैम्प की कमी को दूर किया जायेगा।

8-2 vol j puk dk l tu

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के प्रमुख सचिव, की अध्यक्षता में नामित समिति द्वारा चिकित्सालय भवनों के निर्माण एवं नवीनीकरण का कार्य सरकारी निर्माण एजेंसियों को दिया जाता है। जिले के चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवधिक रख-रखाव एवं मरम्मत विभागीय अभियांत्रिकी स्टाफ के माध्यम से सम्बन्धित मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा कराया जाता है। राज्य में निर्माण एवं अनुरक्षण की गतिविधियों के पर्यवेक्षण के लिए राज्य स्तर पर महानिदेशक उत्तरदायी हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पर्याप्त कमी के बावजूद चिकित्सालय अवसंरचना में वृद्धि की गति अत्यन्त धीमी थी जैसा कि आगामी प्रस्तरो में वर्णित है;

8-2-1 dk; kb dh Hkkfrd mi yf/k

वर्ष 2013-18 के दौरान ₹ 2215.79 करोड़ की लागत से 590 कार्य स्वीकृत किए गए। इसके अतिरिक्त वर्ष 2013-14 के पूर्व स्वीकृत किए गए 966 कार्य मार्च 2013 में प्रगति पर थे। इनके सापेक्ष, मार्च 2018 तक 990 कार्य (64 प्रतिशत) पूर्ण किए गए थे एवं 566 कार्य प्रगति पर थे। rkydk 47 में वर्षवार विवरण दिया हुआ है।

rkydk 47% o"z 2013&18 ds nkj ku Lohdr fd, x, dk; kb dk foj .k

₹ dj km+e

Ok"z	o"z ds ckjEHk e; tkj h dk; kb dh l a[; k	Ok"z ds nkj ku Lohdr dk; l		dy dk; l	Ok"z ds nkj ku i w kz dk; l %çfr'kr e	o"kkUr e; çxfr ij dk; l
		dk; kb dh l a[; k	Lohdr jk'k			
2013-14	966	201	320.63	1167	225 (19)	942
2014-15	942	205	404.69	1147	142 (12)	1005
2015-16	1005	71	847.54	1076	212 (20)	864
2016-17	864	107	556.16	971	226 (23)	745
2017-18	745	6	86.77	751	185 (25)	566
; ksx		590	2 215-79		990	

(स्रोत: कार्यालय महानिदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य)

¹⁵⁴ जिला चिकित्सालय- आगरा, इलाहाबाद (जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2) बांदा एवं गोरखपुर, जिला महिला चिकित्सालय- आगरा, इलाहाबाद, बाँदा, बलरामपुर, लखनऊ, संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर एवं लखनऊ

¹⁵⁵ जिला चिकित्सालय- आगरा, बाँदा, इलाहाबाद (जिला चिकित्सालय एवं जिला चिकित्सालय-2), गोरखपुर एवं सहारनपुर, जिला महिला चिकित्सालय- आगरा, इलाहाबाद एवं लखनऊ, संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ।

उपर्युक्त 566 अपूर्ण कार्यों में वर्ष 2013 के पूर्व स्वीकृत एवं कार्यदायी संस्था को सौंपे गये 205 कार्य (36 प्रतिशत) शामिल थे। अग्रेतर, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जाँच किये गये 8 जिलों में 61 कार्यों¹⁵⁶ (स्वीकृत लागत ₹ 510.44 करोड़) का क्रियान्वयन¹⁵⁷ वर्ष 2013-18 के दौरान किया गया। इन 61 कार्यों¹⁵⁸ का विवरण rkydk 48 में वर्णित है।

**rkydk 48% ueuk&tkip fd; s x; s ftyka ea
o"z 2013&18 ds nkj ku fd; s x; s dk; l**

(₹ करोड़ में)

Ok"z	Ok"z ds nkj ku dk; kflor dk; l				ekpl 2018 rd i wkl fd, x, dk; l			
	oraku o"z l s i wkl Lohdr fd, x,		Ok"z ds nkj ku Lohdr fd, x,		i j kus dk; l %2013&14 ds i wkl Lohdr½		u; s dk; l	
	Lka[; k	ykxr (#i; s dj kM+e)	Lka[; k	ykxr (#i; s dj kM+e)	Lka[; k	ykxr (#i; s dj kM+e)	Lka[; k); ; (#i; s dj kM+e)	(#i; s dj kM+e)
2013-14	25	280.93	09	92.67	19	160.27	08	81.33
2014-15	07	113.75	10	41.69	00	00	06	24.87
2015-16	11	130.32	09	41.86	00	00	05	19.68
2016-17	15	152.17	08	53.29	00	00	01	0.19
2017-18	22	205.26	00	00	00	00	00	00

(स्रोत: कार्यालय महानिदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य तथा कार्यदायी संस्थायें)

उपर्युक्त तालिका 48 से यह स्पष्ट है कि 2013-18 के दौरान 61 कार्यों में से मात्र 39 कार्य पूर्ण हुए एवं ₹ 205.26 करोड़ की स्वीकृत लागत के शेष 22 कार्य अब तक अपूर्ण थे।

शासन ने उत्तर दिया कि परियोजनाओं का समयान्तर्गत पूर्ण किया जाना सुनिश्चित करने हेतु निर्माणाधीन कार्यों की प्रगति की सतत समीक्षा की जा रही थी। यह भी बताया गया है कि निर्माण कार्यों की भौतिक एवं वित्तीय प्रगति पर निगरानी हेतु आनलाइन निर्माण निगरानी प्रणाली का विकास किया गया है। जबकि, नमूना लेखापरीक्षा में अनेक प्रकरणों में कार्यपूर्ति में अत्याधिक विलम्ब के दृष्टांत पाये गये जिसका विवरण प्रस्तर 8.2.3 में दिया गया है।

निष्पादन लेखापरीक्षा में उपरोक्त वर्णित 61 कार्यों में से ₹ 249.58 करोड़ के व्यय के 16 कार्यों के अभिलेखों का परीक्षण किया गया। लेखापरीक्षा निष्कर्षों की चर्चा उत्तरवर्ती प्रस्तरों में की गई है:

8-2-2 dk; k ds rdudh Lohdr; k ea vfu; ferrk

8-2-2-1 rdudh Lohdr ds fcuk dk; l

उत्तर प्रदेश सरकार के वित्तीय नियमों में यह प्राविधानित है कि कार्य प्रारम्भ होने से पूर्व ही विस्तृत आगणनों पर सक्षम अधिकारी¹⁵⁹ से तकनीकी स्वीकृति प्राप्त करनी चाहिए।

¹⁵⁶ 30 से 200 बेड के मातृत्व एवं शिशु चिकित्सालय (एम सी एच) भवन के 21 कार्य, ट्रॉमा केन्द्र के 4 कार्य, जिला चिकित्सालय/विशेष चिकित्सालय के 10 कार्य एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के 26 कार्य

¹⁵⁷ उन कार्यों को शामिल करके जो वर्ष 2013-14 के पूर्व स्वीकृत किए गए थे।

¹⁵⁸ 30 कार्य वर्ष 2013-18 के दौरान स्वीकृत किए गए तथा 31 कार्य जो अप्रैल 2013 को प्रगति पर रहे।

¹⁵⁹ शासनादेश (फरवरी 2013) के अनुसार, वे प्रकरण जिनमें कार्य सरकारी निर्माण एजेंसियों से किया जाना है विस्तृत आगणन की तकनीकी स्वीकृति मुख्य अभियन्ता के स्तर से कम के अधिकारी द्वारा नहीं दिया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला चिकित्सालय लखनऊ में नए वाह्य रोगी विभाग ब्लॉक (विद्युत कार्यों) के निर्माण कार्य में कार्यदायी संस्था¹⁶⁰ की तकनीकी स्वीकृति नहीं प्रदान की गयी, यद्यपि कार्य ₹ 11.31 करोड़ के व्यय से दिसम्बर 2016 में पूरा किया जा चुका था। इसके अतिरिक्त, क्षय रोग सह सामान्य चिकित्सालय गोरखपुर का कार्य प्रगति पर था एवं मार्च 2018 तक ₹ 17.90 करोड़ (स्वीकृत लागत ₹ 20.41 करोड़) के व्यय से कार्य का 70 प्रतिशत तक पूर्ण किया जा चुका था, किन्तु तकनीकी स्वीकृति नहीं प्राप्त की गयी थी।

तकनीकी स्वीकृति प्राप्त किए बिना कार्य का निष्पादन वित्तीय नियमों के विरुद्ध था एवं इसमें भवनों की वास्तुशिल्प ड्राईंग और डिजाइन सुदृढ़ होने का कोई आश्वासन भी नहीं था। इसके अतिरिक्त, कार्य की दरें/लागत का औचित्य भी सुनिश्चित नहीं था क्योंकि ये भी सक्षम अधिकारी द्वारा अनुमोदित नहीं किए गए थे।

शासन द्वारा उत्तर दिया गया कि वित्त विभाग द्वारा निर्माण एजेंसी के युक्तियुक्त अधिकारी को (तकनीकी स्वीकृति जारी करने के लिए) प्राधिकार प्रदान किया गया है एवं निर्माण एजेंसी के उपर्युक्त अधिकारी द्वारा नियमानुसार तकनीकी स्वीकृति निर्गत किया जा रही थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि निर्माण एजेंसी के सक्षम प्राधिकारी द्वारा उपरोक्त कार्यों की तकनीकी स्वीकृति नहीं प्रदान की गयी थी।

8-2-2- rduhdh Lohdfr; k e dfe; kll

100 बेड वाले संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ का उच्चिकरण 300 बेड वाले चिकित्सालय में करने का कार्य ₹ 32.21 करोड़ के व्यय से मार्च 2016 में पूर्ण किया गया था। किन्तु यह पाया गया कि आई पी एच एस के अनुसार 24,000 वर्ग मीटर¹⁶¹ की आवश्यकता के सापेक्ष चार तल वाले चिकित्सालय का कुर्सी क्षेत्र मात्र 13,488.58 वर्ग मीटर ही था। अतः आई पी एच एस के अनुसार आवश्यक कुर्सी क्षेत्र (80 से 85 वर्ग मीटर) के सापेक्ष प्रति शैया उपलब्ध कुर्सी क्षेत्र 44.96 वर्ग मीटर ही था। तकनीकी स्वीकृति प्रदान करते समय इस पहलू पर विचार नहीं किया गया।

शासन ने इस सम्बन्ध में कोई सुसंगत उत्तर नहीं दिया। जबकि समापन गोष्ठी में बताया गया कि भविष्य में यदि आवश्यक हुआ तो आई पी एच एस में वर्णित मानक एवं मापदण्ड का अनुपालन करते हुए क्षेत्रफल सम्बन्धी आवश्यकता की प्रतिपूर्ति के उपरान्त ही आगणन अनुमोदित किया जायेगा।

8-2-3 dk; k ds fØ; kll; u e foyEc

चयनित 16 कार्यों के अभिलेखों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि जैसा कि आगामी प्रस्तारों में वर्णित है, दो कार्य जो अभी भी अपूर्ण थे, असामान्य रूप से 49 माह तक विलम्बित थे:

- विभाग ने सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र चरगवाँ गोरखपुर के निर्माण का कार्य मार्च 2013 में निर्माण एजेंसी को प्रदान किया परन्तु निर्माण एजेंसी के साथ एम ओ यू निष्पादित नहीं किया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग ने सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के निर्माण के लिए निर्माण एजेंसी को जरूरी निर्माण स्थल कार्य आवंटन के समय उपलब्ध नहीं करा कर जून 2014 में उपलब्ध कराया। कार्यदायी संस्था ने मार्च 2018 तक 94 प्रतिशत कार्य का पूर्ण कर लिया था।

¹⁶⁰ उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम।

¹⁶¹ 80 से 85 वर्ग मीटर प्रति बेड।

चूँकि विभाग ने कार्यदायी संस्था के साथ एम ओ यू निष्पादित नहीं किया था अतः कार्यदायी संस्था के साथ कार्य पूर्ण करने की अनुबद्ध तिथि, नियम एवं शर्तों पर सहमति नहीं थी। परिणामस्वरूप विभाग द्वारा निर्माण स्थल हस्तांतरित करने की तिथि से 45 माह बीत जाने के बावजूद भी निर्माण में विलम्ब सुनिश्चित किया जाना सम्भव नहीं था।

- बाँदा में 300 बेड के चिकित्सालय का निर्माण कार्य ₹ 56.92 करोड़ की लागत पर कार्यदायी संस्था को फरवरी 2014 तक पूर्ण करने की शर्त के साथ नवम्बर 2011 सौंपा गया। कार्यदायी संस्था ने अप्रैल 2012 में निर्माण कार्य प्रारम्भ किया किन्तु कार्य पूर्ण करने की अनुबद्ध तिथि तक कार्य पूर्ण नहीं किया। अभिलेखों से ज्ञात हुआ कि मई 2017 में कार्यदायी संस्था ने विभाग को अनुमोदन हेतु एक पुनरीक्षित प्राक्कलन (₹ 68.63 करोड़) प्रेषित किया जिसमें कि तीन नई मर्दें जोड़ी गयी तथा वर्तमान तीन मर्दें हटा दी गयी थीं। पुनरीक्षित ऑकलन का अनुमोदन विभागीय स्तर पर लम्बित था, यद्यपि मार्च 2018 तक ₹ 48.64 करोड़ का व्यय हो चुका था, एवं कार्य अपूर्ण था। कार्य पूर्ण करने की निर्धारित तिथि से 49 माह का विलम्ब हो चुका था।

शासन ने उपरोक्त कार्यों के सन्दर्भ में सुसंगत उत्तर नहीं दिया।

8-2-4 u; s fpfdRI ky; Hkouk dk i fj pkyu

महानिदेशक ने प्रावधानित किया कि सिविल कार्य के 50 प्रतिशत पूर्ण हो जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी उत्तर प्रदेश सरकार को मानव संसाधन एवं उपकरणों की प्रतिस्थापन के लिए एक प्रस्ताव प्रेषित करेंगे जिससे कि भवन के उपयोग में विलम्ब न हो।

महानिदेशक के अभिलेखों की संवीक्षा से प्रकाश में आया कि मार्च 2018 तक कार्यदायी संस्थाओं द्वारा 601 अस्पताल भवन परिचालन हेतु विभाग को हस्तगत किये गये थे। बार बार अनुरोध करने के बाद भी इन अस्पताल भवनों के परिचालन की स्थिति का विवरण महानिदेशक द्वारा उपलब्ध नहीं कराया गया। अभिलेखों की नमूना-जाँच हेतु पाया गया कि 114 मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य शाखा (एम सी एच शाखा) भवन अक्टूबर 2016 में पूर्ण हुए थे। इन 114 एम सी एच शाखाओं में से 90 एम सी एच शाखाओं को अक्टूबर 2016 में मानव संसाधन स्वीकृत किया गया किन्तु इन 114 एम सी एच शाखाओं में से किसी को भी मार्च 2018 तक उपकरण उपलब्ध नहीं कराए गए थे। परिणामस्वरूप मार्च 2018 तक सभी 114 एम सी एच परिचालित नहीं किये जा सके थे।

नमूना-जाँच किये गये 16 कार्यों¹⁶² में से 12 को वर्ष 2013-18 के दौरान पूर्णकर सम्बन्धित मुख्य चिकित्सा अधिकारियों को हस्तांतरित किया गया था। यद्यपि इन 12 पूर्ण भवनों¹⁶³ में से आठ भवन कार्यदायी संस्था के द्वारा इन भवनों को हस्तांतरित करने की तिथि (i f j f' k"V&8) से एक माह से 32 माह (मार्च 2018 तक) के विलम्ब के उपरान्त भी मानव संसाधन एवं उपकरणों की कमी के कारण परिचालित नहीं किए जा सके थे।

¹⁶² सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: 04; 30 बेड एम सी एच: 03; 50 बेड एम सी एच: 01; 100 बेड एम सी एच: 02; 200 बेड एम सी एच: 01; ट्रॉमा सेन्टर: 01; वाह्य रोगी विभाग ब्लॉक: 01; क्षय रोग सह सामान्य चिकित्सालय: 01 एवं 300 बेड चिकित्सालय: 02।

¹⁶³ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: 02; 30 बेड एम सी सच: 03; 50 बेड एम सी एच: 01; 100 बेड एम सी एच: 01 एवं 300 बेड चिकित्सालय: 01।

इस प्रकार एक तरफ जहाँ चिकित्सालय भवन कार्य पूर्ण नहीं किये गये थे वहीं दूसरी तरफ तैयार भवनों को परिचालित नहीं किया जा सका था।

शासन द्वारा पूर्ण चिकित्सालय भवनों में मानव संसाधन एवं उकरणों को उपलब्ध न कराने के कारण को स्पष्ट नहीं किया गया। जबकि प्रकरण पर समापन गोष्ठी में चर्चा की गयी जिसमें सूचित किया गया कि चिकित्सालय भवनों को क्रियाशील बनाने के लिए मानव संसाधन एवं उपकरण उपलब्ध कराये जायेंगे।

8.2.5 चिकित्सालय भवनों का अनुरक्षण एवं मरम्मत

निर्मित अवसंरचना के बेहतर उपयोग एवं जनसमुदाय तथा चिकित्सालय स्टाफ को सुरक्षित, साफ एवं अनुकूल वातावरण की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए चिकित्सालय भवनों की अवधिक रख-रखाव के माध्यम से देख-भाल किया जाना महत्वपूर्ण है। महानिदेशक द्वारा निर्गत दिशा निर्देशों (जुलाई 2007) में चिकित्सालय भवन के बरसात के बाद भी मरम्मत को सम्मिलित करते हुए¹⁶⁴ वार्षिक एवं विशिष्ट रख-रखाव को करने के लिए प्रक्रिया निर्धारित की है। दिशानिर्देशों के अनुसार मुख्य चिकित्सा अधिकारियों के अभियांत्रिकीय स्टाफ दिन प्रतिदिन एवं निर्धारित चक्र के अनुसार वार्षिक मरम्मत तथा विस्तृत सर्वे के माध्यम से आकलित आवश्यकता के अनुसार विशेष मरम्मतों के लिए उत्तरदायी हैं।

वर्ष 2013-18 के दौरान ₹ 566.74 करोड़ के आवंटन के सापेक्ष राज्य में चिकित्सालय भवनों के अनुरक्षण पर ₹ 532.03 करोड़ व्यय किया गया था। नमूना-जाँच किए गए आठ जिलों में वर्ष 2013-18 के दौरान आठ जिलों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं 19 चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के द्वारा क्रमशः ₹ 42.21 करोड़ एवं ₹ 53.87 करोड़ के बीच के आवंटन के सापेक्ष क्रमशः ₹ 11.09 करोड़ एवं ₹ 0.45 करोड़ के बीच व्यय किया गया।

लेखापरीक्षा के दौरान निम्नलिखित बिन्दु प्रकाश में आये:

- चिकित्सालय भवन के रख-रखाव के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के विरुद्ध नमूना-जाँच किए गए जिलों में मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों ने दिशा निर्देशों में निर्धारित मानकों एवं चक्रों पर आधारित न तो भवन रख-रखाव योजना तैयार की और न ही भवन वार वार्षिक अनुरक्षण के अभिलेख ही रखे थे। इस कारण निर्धारित चक्र के अनुसार वार्षिक मरम्मतों के निष्पादन का सत्यापन किया जाना सम्भव नहीं था।
- नमूना-जाँच किए गए आठ जिलों में से किसी में भी मुख्य चिकित्सा अधिकारी के अभियांत्रिकी स्टाफ द्वारा भवन के रख-रखाव पर नियमित निगरानी रखने एवं मरम्मत की आवश्यकता का ऑकलन करने हेतु निर्धारित 10 गतिविधियों (परिशिष्ट-9) का पालन नहीं किया गया। अतः इन जिलों में चिकित्सालय भवनों के रख-रखाव एवं मरम्मत पर किया गया व्यय किसी आवश्यकता के ऑकलन के आधार पर न होकर तदर्थ आधार पर किया गया था।
- संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि बहुत से चिकित्सालय भवन खराब ढंग से अनुरक्षित थे, परिसर के अन्दर सेवा मार्ग क्षतिग्रस्त थे एवं चिकित्सकों के आवासीय भवन जीर्ण-शीर्ण स्थिति में थे, आदि।

¹⁶⁴ दैनिक मरम्मतें/सेवाएं (नालियों की रूकावटें, जल आपूर्ति को जारी करना, पौधों एवं अन्य परिवेश आदि को पानी देना), वार्षिक मरम्मत (प्लास्टर की पैच मरम्मत, फर्श की मरम्मत, सफेद, रंग रोगन, लघु मरम्मत/टाइल्स बदलना, विद्युत तारों की मरम्मत निवारक रख-रखाव कार्य, मानसून के बाद का कार्य आदि) एवं विशेष मरम्मतों (वृहद बदलाव कार्य एवं प्रमुख रख-रखाव कार्य)।



जिला चिकित्सालय आगरा का वार्ड (03.10.2018)

अतः चिकित्सालय भवनों के रख-रखाव हेतु निर्धारित दिशा निर्देशों का पालन न करने एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारियों एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों द्वारा खराब निगरानी किए जाने के कारण सृजित भवन अवसंरचना का अनुरक्षण वांछना के अनुरूप नहीं था।

शासन ने उत्तर दिया कि सभी सम्बन्धितों को दिशानिर्देशों के अनुपालन हेतु सख्त निर्देश दिये जायेंगे एवं विचलन के प्रत्येक मामले का अलग-अलग परीक्षण कर कार्यवाही की जायेगी।

/ kjr/ पर्याप्त संख्या में चिकित्सालय बेड/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के अभाव में प्राथमिक एवं माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच को सुनिश्चित करने का उद्देश्य अप्राप्त था। कार्यपूर्ति में विलम्ब एवं तैयार चिकित्सालय भवनों को परिचालन योग्य बनाने में विभागीय विफलता से गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक अपर्याप्त पहुँच ने समस्या को और बढ़ा दिया।

v/; k; -9

निष्कर्ष एवं संस्तुतियाँ

9 निष्कर्ष एवं संस्तुतियाँ

जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र उत्तर प्रदेश में जन-स्वास्थ्य प्रणाली के केन्द्रीय घटक हैं। अतएव, सम्पूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली के निष्पादन पर इन चिकित्सालयों का गहरा प्रभाव है।

वर्ष 2013-18 की अवधि में उत्तर प्रदेश में जन-स्वास्थ्य पर व्यय में पर्याप्त वृद्धि के बाद भी नमूना-जांच हेतु चयनित प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों ने उत्पादकता, दक्षता, सेवा-गुणवत्ता एवं चिकित्सकीय देखभाल क्षमता सम्बन्धी प्रतिफल संकेतकों, जैसा कि लेखापरीक्षा द्वारा मूल्यांकित किया गया, के सापेक्ष असंतोषजनक प्रदर्शन किया।

जिला एवं ब्लाक स्तर पर यथोचित देखभाल यथोचित स्थान पर यथोचित समय पर उपलब्ध कराने के लिए, विद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार हेतु राज्य सरकार, निम्न संस्तुतियाँ, व्यवहारिकता के आधार पर यथाशीघ्र कार्यान्वित कर सकती है:

स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं हेतु नीतिगत ढाँचा

- इस तथ्य के दृष्टिगत कि स्वास्थ्य राज्य का विषय है, यह आवश्यक है कि राज्य सरकार विभिन्न स्तरों के चिकित्सालयों के लिए सेवाओं और संसाधनों की उपलब्धता से सम्बन्धित मानक और मानदंड निर्धारित करे।
- राजकीय चिकित्सालयों में मानव संसाधनों में कमी एवं इनके असमान वितरण को दूर करने के लिए चिकित्सालयों में रोगियों की वर्तमान आवक/मांग के आधार पर स्वीकृत पदों की संख्या को पुनर्निर्धारित किया जाना चाहिए।
- निम्न कमियों को दूर करने के लिए गम्भीर नीतिगत परिवर्तन की आवश्यकता है:
 - आपात स्थितियों में औषधि एवं कन्ज्यूमेबिल्स को स्थानीय स्तर पर ही क्रय करने की क्रियाविधि, औषधियों की गुणवत्ता जांच हेतु नमूना लेने सम्बन्धी मानक, मानदण्ड एवं आवधिकता, औषधि क्रय नीति में सम्मिलित किया जाना चाहिए, एवं
 - जिला स्तरीय चिकित्सालयों में सभी प्रकार के आवश्यक उपकरणों को मानकीकृत किया जाना चाहिए एवं चिकित्सालयों में उपकरणों के क्रय किये जाने के पूर्व उनकी आवश्यकताओं का आँकलन एवं उनके रखरखाव के पहलू को उपकरण क्रय नीति में सम्मिलित किया जाना चाहिए।

वाह्य रोगी सेवाएं

- राज्य स्तर पर महानिदेशक, चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवाएं के द्वारा जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रति रोगी परामर्श समय के सम्बन्ध में विशेषज्ञ समीक्षा की जानी चाहिए ताकि प्रत्येक रोगी को दिये जा रहे अत्यंत कम परामर्श समय के सम्बन्ध में सुधारात्मक कदम उठाए जा सकें।
- रोगियों की बढ़ती हुई संख्या के सापेक्ष पंजीकरण पटलों की संख्या में असमता पर अविलम्ब ध्यान दिया जाना चाहिए जिससे रोगियों की प्रतीक्षा अवधि कम हो एवं बैठने/शौचालय की सुविधा में वृद्धि, रोगियों की संख्या में बढ़ोत्तरी के अनुरूप की जानी चाहिए।
- शिकायत निवारण तंत्र सक्रिय बनाया जाना चाहिए, जिससे चिकित्सालय, रोगियों की संतुष्टि से सम्बन्धित मामलों को सुलझाने में प्रभावी रूप से प्रयास करते हुए, अपने निष्पादन में सुधार ले आयें।

नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं

- रोगियों के उपचार के लिए डायग्नोस्टिक सेवा पर बढ़ती हुई निर्भरता के दृष्टिगत प्रत्येक चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) के अनुरूप आवश्यक रेडियोलॉजी सेवाओं जैसे एक्स-रे एवं

अल्ट्रासोनोग्राफी तथा पैथालॉजी जांचों एवं आवश्यक मानव संसाधन की उपलब्धता सुनिश्चित की जानी चाहिए।

- रेडियोलॉजिकल और पैथालॉजिकल, दोनों जांचों के संबंध में प्रतीक्षा-अवधि और टर्नएराउण्ड टाइम से सम्बन्धित अभिलेखों का रखरखाव किया जाना चाहिए जिससे डायग्नोस्टिक सेवाओं में समयबद्धता के साथ-साथ उपचार हेतु जांचों के परिणामों की रिपोर्टिंग एवं व्याख्या तथा परामर्श हेतु उच्चतर केंद्रों को संन्दर्भित करने की कार्यवाही का अनुश्रवण किया जा सके।

अन्तःरोगी सेवाएं

- शासन को सक्रियता के साथ जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विशेषज्ञ अन्तःरोगी सेवाओं तथा आवश्यक औषधियों, उपकरणों एवं मानव संसाधनों की उपलब्धता के मध्य तालमेल बनाना चाहिए ताकि रोगियों को चिकित्सा संसाधनों की कमी का सामना न करना पड़े एवं गुणवत्तापूर्ण चिकित्सकीय उपचार की उपलब्धता बढ़ायी जा सके।
- जिला चिकित्सालयों में दुर्घटना एवं ट्रॉमा सेवाओं तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आकस्मिक सेवाओं की अनवरत उपलब्धता सुनिश्चित की जानी चाहिए।
- जटिलताओं को कम करने तथा शीघ्र स्वास्थ्य लाभ हेतु अन्तः रोगियों की पोषण सम्बन्धी आवश्यकता की पूर्ति, चिकित्सालयों में छः प्रकार के अनुशसित आहारों की उपलब्धता के द्वारा की जानी चाहिए।
- चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को उत्तर प्रदेश फायर सेफ्टी मानक 2005 के मैनुअल का कड़ाई से पालन करना चाहिए।
- अनुश्रवण प्रणाली, जो चिकित्सालयों की जवाबदेही एवं उत्तरदायित्व को निर्धारित करने का एक साधन है, में चिकित्सालयों की उत्पादकता, दक्षता, सेवा-गुणवत्ता एवं चिकित्सकीय देखभाल क्षमता से सम्बन्धित प्रतिफल संकेतकों का विश्लेषण सम्मिलित करते हुए, इसे सुदृढ़ करना चाहिए।

मातृत्व सेवाएं

शिशु एवं मातृ मृत्यु की उच्च दर को कम करने के लिए उच्च स्तर की निरंतरता एवं उपलब्धि प्राप्त करने हेतु ठोस प्रयास किया जाना चाहिए। इस हेतु:

- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं की समयबद्धता, पर्याप्तता एवं गुणवत्ता को सशक्त बनाया जाना चाहिए;
- सभी जिला महिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गर्भपात देखभाल, आर टी आई/एस टी आई प्रबन्धन की सुविधा, शल्यक्रिया के द्वारा प्रसव की सुविधा एवं आवश्यक संसाधनों में वृद्धि के साथ-साथ सुरक्षित चिकित्सकीय वातावरण प्रदान करके प्रसवकाल सेवा को प्रभावकारी बनाया जाना चाहिए; एवं
- प्रसव के प्रतिकूल प्रतिफलों को कम करने हेतु प्रसवोत्तर देखभाल सेवा का गहन अनुश्रवण करने की कार्यवाही की जानी चाहिए ताकि महिलायें एवं नवजात शिशु पूर्ण स्वास्थ्य लाभ प्राप्त कर सकें।

संक्रमण नियंत्रण

निम्न उपायों के द्वारा संक्रमण नियंत्रण प्रबंधन की संस्कृति को चिकित्सालयों में सन्निहित करना चाहिए:

- राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानकों का कड़ाई से अनुपालन;
- कीट/कृतक नियंत्रण एवं विसंक्रमण की प्रक्रियाओं के प्रभावी कार्यान्वयन के साथ-साथ इनका अभिलेखीकरण;
- चिकित्सालय जनित संक्रमण फैलने से रोकने हेतु स्वच्छ लिनेन की पर्याप्त उपलब्धता,
- वायु/स्थलीय संक्रमणों के अनुश्रवण हेतु सूक्ष्म जीवविज्ञानी सर्वेक्षण; एवं
- संक्रामक रोगों के प्रसार को कम करने सम्बन्धी किसी भी सम्भावित बिन्दु को चिन्हित करने हेतु बायो-मेडिकल वेस्ट नियम 2016 के प्रावधानों के अनुपालन पर सक्रिय निगरानी।

VK%k/k CCL/ku

- प्रत्येक चिकित्सालय द्वारा रोग के प्रकार एवं रोगियों की आवक आधारित औषधियों की एक सूची तैयार की जानी चाहिए जिससे ई डी एल को तदनु रूप अद्यतन किया जा सके तथा आवश्यक औषधियों के स्टॉक-आउट की सम्भावना की स्थिति से बचा जा सके।
- औषधियों की प्रभावोत्पादकता बनाए रखने हेतु रोगियों को औषधि वितरित करने के पूर्व तक, औषधि एवं कॉस्मेटिक्स नियमावली 1945 में विहित प्रावधानों के अनुसार औषधियों का भण्डारण सुनिश्चित किया जाना चाहिए।
- वार्ड-वार औषधि भंडार पंजिका, औषधियों के दैनिक वितरण के अभिलेखों तथा ओ पी डी औषधि पर्ची का प्रत्येक चिकित्सालय में सावधानीपूर्वक रखरखाव करके उत्तर प्रदेश सरकार के निःशुल्क औषधि वितरण पहल के प्रभावकारी क्रियान्वयन हेतु आलम्बन प्रदान करना चाहिए।
- मूल्यों में सुसंगतता एवं आपूर्ति की गयी औषधियों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए विभाग द्वारा ई डी एल की सभी औषधियों का दर अनुबंध किया जाना चाहिए।

Hkou vol j'puk

- चिकित्सालय भवनों हेतु आवश्यक मानव संसाधन एवं उपकरणों की व्यवस्था नियोजन स्तर पर ही करके, विभाग को प्रत्येक नवनिर्मित चिकित्सालय अथवा उसके परिसर में चिकित्सा सुविधा यथाशीघ्र क्रियाशील करना चाहिए।
- चिकित्सालय में अनुकूल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए चिकित्सालय भवनों के रखरखाव के प्रबंधन का कड़ाई से अनुश्रवण करना चाहिए।

शासन ने उत्तर में बताया कि सभी संस्तुतियाँ उपयोगी हैं तथा इस सम्बन्ध में कई बिन्दुओं पर कार्यवाही की गयी है या प्रस्तावित हैं। शासन ने आगे बताया कि लेखापरीक्षा संस्तुतियों के आलोक में, प्रणाली में सुधार हेतु आवश्यक कार्यवाही की जायेगी।

स जफा


(सरित जफा)

प्रधान महालेखाकार (जी0 एण्ड एस0एस0ए0)
उत्तर प्रदेश

इलाहाबाद
दिनांक

02 अगस्त 2019

प्रतिहस्ताक्षरित



(राजीव महर्षि)

भारत के नियन्त्रक—महालेखापरीक्षक

नई दिल्ली
दिनांक

7th August, 2019

परिशिष्ट

i f j f' k"V&1%
 ys[kki j h{kk eki n. M ds l kr
 (सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 1.2.2)

- परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम 2004
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबन्धन एवं रख-रखाव) नियम 1998 एवं जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबन्धन नियम, 2016
- औषधि एवं कास्मेटिक नियम, 1945
- उत्तर प्रदेश शासन के वित्तीय नियम (वित्तीय हस्त-पुस्तिका खण्ड V एवं VI),
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन 2012-17 के लागू होने की रूपरेखा (फ्रेमवर्क),
- प्रसवोत्तर हेमरेज से बचाव एवं प्रबन्धन पर भारत सरकार की दिशानिर्देश टिप्पणी,
- प्रसव के दौरान दर्द को बढ़ाने वाली औषधियों के उपयोग पर भारत सरकार की दिशानिर्देश टिप्पणी 2015,
- प्रसव पूर्व देखभाल एवं दक्ष परिचारिका की निगरानी में जन्म 2010 पर भारत सरकार के दिशानिर्देश,
- आपरेशन द्वारा प्रसव एवं प्रासविक जटिलताओं के प्रबन्धन हेतु जनरल शल्यचिकित्सक योजित किए जाने पर 2014 में निर्गत भारत सरकार के दिशानिर्देश,
- भारत सरकार द्वारा 2013 से संचालित *जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम* दिशानिर्देश,
- भारत सरकार द्वारा 2016 में निर्गत गर्भपात की चिकित्सकीय विधियों की हस्तपुस्तिका,
- जिला चिकित्सालयों हेतु भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) के दिशानिर्देश एवं आई पी एच एस द्वारा 2012 में निर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र दिशानिर्देश,
- संचारी रोगों का राष्ट्रीय संस्थान, भारत सरकार द्वारा प्रयोगशाला तकनीकी की संहिता,
- मातृत्व एवं नवजात स्वास्थ्य टूलकिट (एम एन एच टूलकिट) 2013,
- राष्ट्रीय आपदा प्रबन्धन दिशानिर्देश 2014 एवं चिकित्सालय सुरक्षा हेतु, राष्ट्रीय आपदा प्रबन्धन दिशानिर्देश, 2016
- राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे-4 (2014-16), भारत सरकार
- जिला चिकित्सालयों में गुणवत्ता आश्वासन हेतु, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एसेसर की गाइडबुक (खण्ड I एवं II) 2013 एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्ता आश्वासन के लिए एसेसर की गाइडबुक, 2014
- भारत सरकार द्वारा निर्गत सावर्जनिक स्वास्थ्य ईकाइयों हेतु राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक, 2017
- नर्सिंग काउन्सिल ऑफ इण्डिया के निर्धारित मानक,
- भारत सरकार द्वारा निर्गत एसटीआई/आरटीआई सेवाओं के सशक्तीकरण हेतु कार्यक्रम प्रबन्धकों एवं सेवा प्रदाताओं हेतु 2011 में प्रवर्तित दिशानिर्देश,
- भारत सरकार द्वारा निर्गत समय पूर्व प्रसव में प्रसव पूर्व कार्टिकोस्टेरायड्स का उपयोग 2014, के प्रवर्तित दिशानिर्देश,
- मेडिकल काउन्सिल ऑफ इण्डिया द्वारा निर्गत पेशेवर आचरण, शिष्टाचार एवं नैतिकता विनियम, 2002
- मेडिकल काउन्सिल ऑफ इण्डिया द्वारा निर्गत स्नातक चिकित्सा शिक्षा विनियम, 2012
- शासकीय/विभागीय नीतियाँ, नियम, आदेश, संहिताएं, एवं विनियम।

i f j f' k"V&2
v k f' k d @ i w k z : i l s l a k k f j r u g h a f d ; s x ; s v f h k y s [k
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 1.2.3)

00 10	v/; k;	çLrj l a[; k	vfhkys[k	fpfdRI ky;		
				जिला	चिकित्सालय	
1.	2: ओ पी डी सेवाएं	2.4 रोगी के अधिकार एवं शिकायत निवारण	शिकायत निवारण के अभिलेख	सभी चयनित जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय (वर्ष 2017-18 में जिला चिकित्सालय, आगरा व संयुक्त चिकित्सालय, लखनऊ के अतिरिक्त)		
2.	3: डायग्नोस्टिक सेवाएं	3.2.5 प्रतीक्षा समय एवं टर्न-एराउन्ड समय	पैथोलॉजी एवं रेडियोलॉजी सेवाओं के प्रतीक्षा समय व टर्न-एराउन्ड समय से सम्बन्धित टेस्ट इंडेंट फार्म एवं अन्य अभिलेख	सभी चयनित जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रख रखाव नहीं किया गया था		
3.	4: अन्तः रोगी सेवाएं	4.2.2 चिकित्सकों एवं नर्सों के रोस्टर	चिकित्सकों के ड्यूटी रोस्टर	सभी चयनित चिकित्सालयों में रख-रखाव नहीं किया गया		
			नर्सों के ड्यूटी रोस्टर	अध्याय 4 में तालिका 15 के अनुसार		
		4.4.2 ओटी प्रक्रियाओं का उल्लेख	सर्जिकल सेफ्टी चेक-लिस्ट, ओटी हेतु प्री शल्यचिकित्सा एवं पोस्ट शल्यचिकित्सा मूल्यांकन अभिलेख	वर्ष 2015-18 के मध्य जिला चिकित्सालय इलाहाबाद द्वारा आंशिक रखरखाव के अतिरिक्त, सभी चयनित चिकित्सालयों द्वारा वर्ष 2013-18 की अवधि में रखरखाव नहीं किया गया,		
		4.6.3 मरीजों की ट्राएजिंग एवं औसत टर्न-एराउन्ड समय	आपातकालीन विभाग में ट्राएजिंग अभिलेख	सभी चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रख-रखाव नहीं किया गया		
		4.7 आहार सेवाएं	आहार सेवाएं	आगरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जैतपुर कलां (2013-18)	
				बलरामपुर	2013-18 में संयुक्त चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गैंसड़ी (2013-18) एवं पचपेड़वा (2013-17)	
बाँदा	जिला चिकित्सालय (2013-16), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी (2013-16) एवं कमासिन (2013-15)					
बदायूँ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर (2013-18)					
गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय (2013-17), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज, पाली एवं पिपराईच (2013-18)					
4.8.1 चिकित्सालयों की आपदा प्रबन्धन क्षमता	आपदा प्रबंधन योजना	आपदा एवं बृहद आपात प्रबन्धन हेतु एस ओ पी	जिला चिकित्सालय, गोरखपुर एवं जिला महिला चिकित्सालय, इलाहाबाद के अतिरिक्त, अन्य सभी चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र			
		आपदा एवं बृहद आपात प्रबन्धन हेतु एस ओ पी	जिला चिकित्सालय, गोरखपुर, जिला महिला चिकित्सालय, इलाहाबाद एवं जिला चिकित्सालय तथा जिला महिला चिकित्सालय, बाँदा के अतिरिक्त अन्य सभी चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र			

00 10	v/; k;	çLrj l a[; k	vfHkys[k	fpfdRI ky;	
				जिला	चिकित्सालय
		4.8.2 अग्नि से सुरक्षा	निकासी रास्तों एवं सीढ़ियों के छायाचित्र सहित निकासी योजना	जिला चिकित्सालय-2 इलाहाबाद, संयुक्त चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ के अतिरिक्त अन्य सभी चयनित चिकित्सालय, यद्यपि जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद के निकासी रास्तों एवं सीढ़ियों के छायाचित्र उपलब्ध हैं	
		4.9 परिणाम संकेतकों के आधार पर आई पी डी सेवा का मूल्यांकन	जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बी एच टी ¹⁶⁵	जिला चिकित्सालय, आगरा, इलाहाबाद, इलाहाबाद-2, बौदा, बलरामपुर, बदायूँ, गोरखपुर, लखनऊ, सहारनपुर एवं संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर में आंशिक रूप से रखरखाव किया गया	
		4.9.1.1 बेड आक्यूपेंसी रेट के अभिलेख	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के बेड आक्यूपेंसी के अभिलेख	सहारनपुर में बेहट, नागल एवं देवबंद तथा बौदा में नरैनी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के अतिरिक्त अन्य सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रख-रखाव नहीं किया गया	
				बदायूँ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर, सहसवान एवं समरेर
				बलरामपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गैसड़ी एवं पचपेड़वा
				गोरखपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज, पाली एवं पिपराइच
				आगरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बरौली अहीर, जैतपुर कलां एवं खेरागढ़
				इलाहाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा
				बलरामपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पचपेड़वा एवं गैसड़ी (2013-14 के अतिरिक्त)
				बौदा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन
				बदायूँ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सहसवान एवं समरेर
				गोरखपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पाली एवं पिपराइच
		आई पी डी पंजिका	लखनऊ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सरोजिनी नगर, गोसाईगंज एवं माल	
				सभी चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आंशिक रूप में रखरखाव किया गया था।	

¹⁶⁵ शैथ्या-पत्रक (बेड हेड टिकट)

00 10	v/; k;	çLrj l a[; k	vfHkys[k	fpfdRI ky;	
				जिला	चिकित्सालय
4.	5: मातृत्व सेवाएं	5.1.2 आर टी आई/एस टी आई का प्रबंधन ¹⁶⁶	चिकित्सालय द्वारा उपचारित आर टी आई/एस टी आई मरीजों का विवरण	आगरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बरोली अहीर, जैतपुर कलां
				इलाहाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा
				बाँदा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी
				बदायूँ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर, सहसवान एवं समरेर
				गोरखपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पाली, कैम्पियरगंज
				लखनऊ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सरोजिनी नगर, गोसाईगंज एवं माल
				सहारनपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र देवबंद
				5.1.3 समग्र गर्भपात देखभाल	एमटीपी ¹⁶⁷ पंजिका
	इलाहाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हण्डिया			
	बलरामपुर	जिला महिला चिकित्सालय			
	सहारनपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र देवबंद			
	5.2.2.1 पॉर्टोग्राफ बनाया जाना	पॉर्टोग्राफ	जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज गोरखपुर में फरवरी एवं मई 2017 में आंशिक रखरखाव किया गया, इसके अतिरिक्त, सभी चयनित जिला महिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रखरखाव नहीं किया गया था तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा द्वारा अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।		
	5.3 प्रसवोत्तर मातृत्व (पी एन सी) एवं नवजात देखभाल	पी एन सी पंजिका	सभी चयनित जिला महिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र		
			जिला महिला चिकित्सालय बाँदा, बदायूँ, लखनऊ एवं सहारनपुर के अतिरिक्त अन्य सभी चयनित जिला महिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रख-रखाव नहीं किया गया।		
	5.4.1.2 नवजात मृत्यु	प्रसव कक्ष पंजिका (नवजात मृत्यु)	जिला महिला चिकित्सालय बाँदा, बदायूँ, लखनऊ एवं सहारनपुर के अतिरिक्त अन्य सभी चयनित जिला महिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रख-रखाव नहीं किया गया।		

¹⁶⁶ आर टी आई—प्रजनन प्रणाली संक्रमण, एस टी आई—यौन संचारित संक्रमण

¹⁶⁷ एम टी पी—चिकित्सकीय गर्भपात

क्र० सं०	अध्याय	प्रस्तर संख्या	अभिलेख	चिकित्सालय		
				जिला	चिकित्सालय	
5.	6: संक्रमण नियंत्रण	6.1 संक्रमण नियंत्रण हेतु मानक संचालन प्रक्रिया (एस ओ पी)	जिला चिकित्सालय / संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एस ओ पी	जिला	जिला चिकित्सालय / जिला महिला चिकित्सालय / संयुक्त चिकित्सालय (2017-18) में रख-रखाव नहीं किया गया	किसी चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में एस ओ पी का रख-रखाव नहीं किया गया।
				बलरामपुर	चिकित्सालय / जिला महिला चिकित्सालय / संयुक्त चिकित्सालय	
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय	
				गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय	
				सहारनपुर	चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय	
	संक्रमण नियंत्रण एवं स्वच्छता की चेकलिस्ट	चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण की चेकलिस्ट	जिला	2017-18 में निम्न चिकित्सालयों में रखरखाव नहीं किया गया	किसी चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण की चेकलिस्ट का रख-रखाव नहीं किया गया।	
			इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय-2		
			बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय		
			बाँदा	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय		
			बदायूँ	जिला चिकित्सालय,		

क्र० सं०	अध्याय	प्रस्तर संख्या	अभिलेख	चिकित्सालय	
				जिला	चिकित्सालय
					जिला महिला चिकित्सालय
				गोरखपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय
				लखनऊ	जिला महिला चिकित्सालय
				सहारनपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय
	कीट एवं कृतंक नियंत्रण		चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने कीट नियंत्रण अभिलेख	जिला	2017-18 में निम्न चिकित्सालयों में रख-रखाव नहीं किया गया
				आगरा	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बरौली अहीर, जैतपुर कलाँ एवं खेरागढ़
				इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पचपेड़वा एवं गैसड़ी
				बाँदा	जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी एवं कमासिन
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर सहसवान एवं समरेर
				गोरखपुर	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, पाली
				लखनऊ	जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र माल, गोसाईगंज
				सहारनपुर	जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बेहट, नागल एवं देवबंद
	कीट एवं कृतंक नियंत्रण		चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों ने कृतंक नियंत्रण अभिलेख	जिला	2017-18 में निम्न चिकित्सालयों में रखरखाव नहीं किया गया
				आगरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बरौली अहीर, जैतपुर कलाँ एवं खेरागढ़

क्र० सं०	अध्याय	प्रस्तर संख्या	अभिलेख	चिकित्सालय	
				जिला	चिकित्सालय
				इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पचपेड़वा एवं गैसड़ी
				बाँदा	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी एवं कमासिन
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर, सहसवान एवं समरेर
				गोरखपुर	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज, पाली
				लखनऊ	जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र माल, गोसाईंगंज
				सहारनपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बेहट, नागल एवं देवबंद
		6.2.1.3 ऑटोक्लेव के माध्यम से विसंक्रमित किये जाने के अभिलेख	विसंक्रमण अभिलेख	जिला	आंशिक रख-रखाव किया गया था
				आगरा	जिला चिकित्सालय
				इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय, जिला चिकित्सालय-2 एवं जिला महिला चिकित्सालय
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय
				बाँदा	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय
				गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय
				लखनऊ	जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय
				सहारनपुर	जिला चिकित्सालय एवं जिला महिला चिकित्सालय
		6.3.1 आन्तरिक रख-रखाव हेतु मानक संचालन प्रक्रिया (एस ओ पी)	जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आन्तरिक रख-रखाव हेतु एसओपी	जिला	रख-रखाव नहीं किया गया (2017-18)
				आगरा	जिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बरौली अहीर, जैतपुर कलाँ एवं खेरागढ़

क्र० सं०	अध्याय	प्रस्तर संख्या	अभिलेख	चिकित्सालय		
				जिला	चिकित्सालय	
				इलाहाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बहरिया, हण्डिया एवं मेजा	
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय, संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पचपेड़ा एवं गैसड़ी	
				बाँदा	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी एवं कमासिन	
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर सहसवान एवं समरेर	
				गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज, पाली, पिपराइच	
				लखनऊ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र माल, गोसाईंगंज एवं सरोजिनी नगर	
				सहारनपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बेहट, नागल, देवबंद	
		6.3.2 स्वच्छता प्रबंधन	माइक्रो बायलाजिकल सर्वे (किसी स्थलीय/हवाई/हैण्डस्वैब परीक्षण की रिपोर्ट)	क्रिटिकल केयर एरिया (ओटी, बच्चा वार्ड) में 2017-18 में जि चि बाँदा द्वारा कराये गये माइक्रो बायलाजिकल सर्वे के अतिरिक्त सभी चयनित जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा 2013-18 की अवधि में रिपोर्ट तैयार नहीं की गयी थी।		
		6.3.3 साफ सफाई सेवाओं की आउटसोर्सिंग	कंज्यूमेबिल्स के अभिलेख	आगरा	जिला चिकित्सालय	
				इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय	
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	
				बाँदा	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	
				बदायूँ	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	
				गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय	
				लखनऊ	जिला चिकित्सालय	
6.	7: औषधि प्रबंधन	7.3 रोगियों को औषधियों का संवितरण	सेक्शन/वार्ड-वार स्टॉक पंजिका	बलरामपुर	जिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नरैनी, बाँदा के अतिरिक्त किसी भी अन्य चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में रखरखाव नहीं किया गया
				बाँदा	जिला महिला चिकित्सालय	

क्र० सं०	अध्याय	प्रस्तर संख्या	अभिलेख	चिकित्सालय		
				जिला	चिकित्सालय	
				गोरखपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	
			ओपीडी औषधि स्लिप/ पर्ची ¹⁶⁸	बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं संयुक्त चिकित्सालय	किसी भी चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में रख-रखाव नहीं किया गया।
				गोरखपुर	जिला चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय	
			औषधियों के प्रतिदिन वितरण के अभिलेख	आगरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र जैतपुर कलां	
				इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय-2	
				बाँदा	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन	
				बलरामपुर	जिला चिकित्सालय, एवं संयुक्त चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गँसड़ी एवं पचपेड़वा	
				बदायूँ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आसफपुर, सहसवान एवं समरेर	
				गोरखपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कैम्पियरगंज, पाली, पिपराइच	
				लखनऊ	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सरोजिनी नगर	
		7.5.3 स्थानीय क्रय के द्वारा औषधियों का अनियमित क्रय	आपात स्थितियों के अभिलेख जिनमें औषधियों का स्थानीय क्रय किया गया	सभी चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र		
7.	8: भवन अवसंरचना	8.2.5 चिकित्सालय भवनों का रखरखाव व मरम्मत	मानक एवं आवधिकता पर आधारित भवनों के मरम्मत प्लान के अभिलेख तथा भवनवार वार्षिक मरम्मत के अभिलेख	सभी चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र		

¹⁶⁸ ओ पी डी औषधि पर्ची में चिकित्सक द्वारा रोगी को परामर्श की गयी दवाओं एवं उनकी मात्रा का विवरण अंकित होता है जिन्हें ओ पी डी रोगियों को फार्मसी द्वारा वितरित किया जाना है।

परिशिष्ट-3
अप्रयुक्त रोडियोलोजी उपकरण
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 3.1.1.)

(31 मार्च 2018 के अनुसार)

चिकित्सालय	उपकरण	मात्रा	लागत (₹ लाख में)	निष्क्रिय रहने की अवधि	कारण	
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	एक्स-रे मशीन 60 एम ए	01	0.78	03 माह	मरम्मत के अभाव में	
जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	8.19	01 वर्ष		
	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	14.10	01 वर्ष		
जिला महिला चिकित्सालय बाँदा	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	एन आर जी ¹⁶⁹	एन आर जी	मानवशक्ति के अभाव में	
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र देवबन्द, सहारनपुर	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	एन आर जी	06 वर्ष		
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	17.10	09 माह		
	सी टी स्कैन	01	342.65	09 माह		
जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	एन आर जी	02 वर्ष		
जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर	अल्ट्रासाउण्ड मशीन	01	एन आर जी	05 वर्ष		
जिला चिकित्सालय बाँदा	सी टी स्कैन	01	342.65	09 माह		
जिला महिला चिकित्सालय बाँदा	कलर डायलर सिस्टम	01	एन आर जी	04 वर्ष		
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	श्री डी अल्ट्रासोनोग्राफी	01	13.91	09 माह		
जिला चिकित्सालय आगरा	आर्थो अल्ट्रासाउण्ड	02	1.58	08 वर्ष		
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	पोर्टेबल डिजिटल एक्स-रे मशीन	01	मुफ्त	11 माह		सहायक उपकरण के अभाव में

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

¹⁶⁹ एनआरजी-अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया गया

परिशिष्ट-4
अप्रयुक्त पैथोलॉजी उपकरण
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 3.2.3.)

(31 मार्च 2018 के अनुसार)

चिकित्सालय	उपकरण	मात्रा	लागत (₹ लाख में)	निष्क्रिय रहने की अवधि	कारण
संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	सेमी आटो एनालाइजर	01	0.90	30 माह	मरम्मत के अभाव में
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	पूर्ण स्वचालित कम्प्यूटरीकृत हेमेटोलॉजी सेल काउन्टर	01	27.25	12 माह	
	पूर्ण स्वचालित हारमोनल एनालाइजर	01	अभिलेख अप्रस्तुत	12 माह	
	पूर्ण स्वचालित कम्प्यूटरीकृत ब्लड गैस एनालाइजर	01	10.25	12 माह	
	सेमी आटोमैटिक एनालाइजर	01	1.08	अभिलेख अप्रस्तुत	
	पूर्ण स्वचालित कम्प्यूटरीकृत बायो केमिस्ट्री एनालाइजर (टी ई आर जी ए)	01	25.19	12 माह	
जिला चिकित्सालय लखनऊ	हेमेटालाजी एनालाइजर पाँच भाग 22 पैरामीटर के साथ	01	9.15	15 माह	उपकरण के क्रियाशील होने के लिए अभिकर्मक के अभाव में, चूंकि यू पी एच एस एस पी द्वारा अभिकर्मक हेतु दर अनुबन्ध नहीं किया गया और उपकरण क्रय कर लिया गया।
जिला चिकित्सालय सहारनपुर	हेमेटालाजी एनालाइजर पाँच भाग 22 पैरामीटर के साथ	01	9.15	15 माह	
जिला चिकित्सालय गोरखपुर	हेमेटालाजी एनालाइजर पाँच भाग 22 पैरामीटर के साथ	01	9.15	15 माह	

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

परिशिष्ट-5
31 मार्च 2018 को चिकित्सालयों/सामुदायिक
स्वास्थ्य केन्द्रों में मानव संसाधन
 (सन्दर्भ : प्रस्तर संख्या 4.2.1.)

जिला	चिकित्सालय	स्वीकृत बेड	चिकित्सक		नर्स	
			स्वीकृत पद	कार्यरत पद	स्वीकृत पद	कार्यरत पद
जिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय						
आगरा	जिला चिकित्सालय आगरा	128	46	49	25	59
इलाहाबाद	जिला चिकित्सालय इलाहाबाद	156	43	38	36	23
	जिला चिकित्सालय 2 इलाहाबाद	199	27	31	32	29
बलरामपुर	संयुक्त चिकित्सालय बलरामपुर	50	34	9	33	11
बलरामपुर	जिला चिकित्सालय बलरामपुर	100	24	15	12	6
बाँदा	जिला चिकित्सालय बाँदा	103	27	15	28	18
बदायूँ	जिला चिकित्सालय बदायूँ	234	28	30	30	42
गोरखपुर	जिला चिकित्सालय गोरखपुर	305	34	44	39	99
लखनऊ	जिला चिकित्सालय लखनऊ	756	100	101	130	193
	संयुक्त चिकित्सालय लखनऊ	100	28	43	20	62
सहारनपुर	जिला चिकित्सालय सहारनपुर	326	61	36	92	78
जिला महिला चिकित्सालय						
आगरा	जिला महिला चिकित्सालय आगरा	200	23	36	53	53
इलाहाबाद	जिला महिला चिकित्सालय इलाहाबाद	146	20	18	20	30
बलरामपुर	जिला महिला चिकित्सालय बलरामपुर	45	7	5	4	14
बाँदा	जिला महिला चिकित्सालय बाँदा	32	8	6	5	16
बदायूँ	जिला महिला चिकित्सालय बदायूँ	79	11	16	12	9
गोरखपुर	जिला महिला चिकित्सालय गोरखपुर	205	15	28	26	50
लखनऊ	जिला महिला चिकित्सालय लखनऊ	326	27	39	50	116

जिला	चिकित्सालय	स्वीकृत बेड	चिकित्सक		नर्स	
			स्वीकृत पद	कार्यरत पद	स्वीकृत पद	कार्यरत पद
सहारनपुर	जिला महिला चिकित्सालय सहारनपुर	110	34	20	67	47
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र						
आगरा	बरोली अहीर	30	8	8	5	5
	जैतपुर कँला	23	5	3	4	2
	खेरागढ़	30	6	7	4	5
इलाहाबाद	बहरिया	30	5	2	2	5
	हण्डिया	30	8	6	4	6
	मेजा	30	8	4	4	4
बलरामपुर	गँसड़ी	30	11	7	8	5
	पचपेड़वा	30	11	7	8	5
बाँदा	कमासिन	04	2	5	0	3
	नरैनी	30	8	6	3	8
बदायूँ	आसफपुर	30	14	9	3	5
	सहसवान	30	7	5	3	6
	समरेर	30	9	8	3	5
गोरखपुर	कैम्पियरगंज	30	7	6	3	10
	पाली	30	12	7	10	7
	पिपराईच	30	10	11	3	7
लखनऊ	गोसाई गंज	30	9	9	3	11
	माल	30	9	9	3	5
	सरोजनी नगर	30	7	14	3	12
सहारनपुर	बेहट	30	6	4	3	3
	देवबन्द	30	11	4	4	13
	नागल	30	7	2	6	4

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

परिशिष्ट-6
प्रतिफल संकेतकों का मूल्यांकन
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 4.9 एवं 5.5)

प्रकार	गुणवत्ता सूचक	अंश	हर
चिकित्सालय की उत्पादकता	बेड आक्यूपेंसी रेट (प्रतिशत में)	एक माह में कुल रोगी शैय्या दिन	कुल क्रियाशील बेड की संख्या X माह में दिनों की संख्या
	सी-सेक्सन दर (प्रतिशत में)	कुल सम्पादित सी-सेक्सन की संख्या	प्रसवों की कुल संख्या
चिकित्सालय की दक्षता	बेड टर्नओवर रेट	कुल डिस्चार्ज की संख्या	क्रियाशील बेड की संख्या
	मृत्यु दर (प्रतिशत में)	कुल डिस्चार्ज की संख्या	कुल भर्ती की संख्या
	रेफरल आउट रेट (प्रतिशत में)	उच्च सुविधाओं हेतु रेफर किये गए केसों की संख्या	कुल भर्ती की संख्या
चिकित्सालय की चिकित्सकीय देखभाल क्षमता	चिकित्सालय में रुकने की औसत अवधि (दिन में)	कुल रोगी शैय्या दिन	कुल भर्ती की संख्या
	प्रतिकूल घटना दर (प्रतिशत में)	प्रतिकूल घटनाओं की कुल संख्या	कुल भर्ती की संख्या
चिकित्सालय की सेवा गुणवत्ता	लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइज (प्रतिशत में)	लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइज एवं एब्सकांडिंग केसों की कुल संख्या	कुल भर्ती की संख्या
	रोगी संतुष्टि अंक	प्रत्येक उत्तरदाता के औसत संतुष्टि अंक का योग	उत्तरदाताओं की कुल संख्या

(स्रोत: एन एच एम एसेसर गाईड बुक)

परिशिष्ट-7
औषधियों का स्थानीय क्रय
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 7.5.3)

(₹ लाख में)

क्र० सं०	जनपद	चिकित्सालय/मुख्य चिकित्सा अधिकारी	अवधि	औषधियों की संख्या	लागत
1	आगरा	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	102	17.29
		जिला चिकित्सालय	2013-18	691	68.08
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	583	65.49
2	इलाहाबाद	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2014-18	69	226.18
		जिला चिकित्सालय	2016-18	160	83.8
		जिला महिला चिकित्सालय	2015-18	223	67.59
		जिला चिकित्सालय 2	2013-18	666	4178.04
3	बलरामपुर	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	अभिलेख अप्रस्तुत	1652.49
		जिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख अप्रस्तुत	33.72
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख अप्रस्तुत	95.79
		संयुक्त चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख अप्रस्तुत	670.37
4	बाँदा	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	622	542.28
		जिला चिकित्सालय	2013-18	1187	66.73
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	409	83.61
5	बदायूँ	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	165	338
		जिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	294.08
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	18.09
6	गोरखपुर	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	137.71
		जिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	305.48
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	127.98
7	लखनऊ	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2017-18	202	0.68
		जिला चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	3104.43
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	149	34.62
		संयुक्त चिकित्सालय	2013-18	अभिलेख नहीं बनाए गये	50.75
8	सहारनपुर	मुख्य चिकित्सा अधिकारी	2013-18	630	762.33
		जिला चिकित्सालय	2013-18	388	153.25
		जिला महिला चिकित्सालय	2013-18	540	122.66
		योग		6786	13302.32
		योग मुख्य चिकित्सा अधिकारी		1790	3676.96
		योग जिला चिकित्सालय/जिला महिला चिकित्सालय		4996	9625.36

(स्रोत: चयनित चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

परिशिष्ट-8
पूर्ण हुए कार्यों का हस्तान्तरण
(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 8.2.4)

क्र० सं०	कार्य का नाम	जिला का नाम	कार्यदायी संस्था के अभिलेखों के अनुसार पूर्णता की तिथि	कार्यदायी संस्था से सुविधाओं के अधिग्रहण की तिथि
1	50 शैय्या एम सी एच चिनहट	लखनऊ	02 / 2016	02 / 2018
2	30 शैय्या एम सी एच मोहनलाल गंज	लखनऊ	01 / 2016	05 / 2017
3	300 शैय्या चिकित्सालय कानपुर रोड	लखनऊ	06 / 2016	06 / 2016
4	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सड़ौली, कदीम	सहारनपुर	01 / 2017	02 / 2017
5	30 शैय्या एम सी एच फथेपुर, सहारनपुर	सहारनपुर	09 / 2017	11 / 2017
6	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कमासिन, बाँदा	बाँदा	03 / 2013	07 / 2015
7	30 शैय्या एम सी एच फूलपुर	इलाहाबाद	03 / 2015	01 / 2016
8	100 शैय्या एम सी एच बदायूँ	बदायूँ	03 / 2016	09 / 2017

(स्रोत: कार्यदायी संस्थाएं)

परिशिष्ट-9

चिकित्सालय भवनों का अनुरक्षण एवं मरम्मत

(सन्दर्भ: प्रस्तर संख्या 8.2.5)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी के अभियान्त्रिकी कर्मचारियों द्वारा प्रत्येक जिले में निम्नलिखित क्रिया-कलाप निष्पादित किए जाने थे:

- (i) जिला मुख्यालय पर समस्त भवनों का माह में एक बार एवं उनके प्रभार में अन्य भवनों का त्रैमास में कम से कम एक बार निरीक्षण;
- (ii) शिकायत पंजिका में दर्ज शिकायतों की जिला चिकित्सालय के मामले में दिन-प्रतिदिन, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में सप्ताह में कम से कम एक बार एवं अन्य चिकित्सालयों के मामले में पखवारे में एक बार समीक्षा;
- (iii) शिकायत की प्रकृति के अनुसार, शिकायतों का सारांशीकरण करना एवं उनकी दिन-प्रतिदिन मरम्मत, समय-समय पर मरम्मत एवं विशेष मरम्मत में विभक्त करना;
- (iv) प्राथमिकता के क्रम में शिकायतों को देखना;
- (v) समस्त प्रकार की मरम्मत के लिए पृथक आगणन तैयार करना एवं उनको सहायक अभियन्ता के पास भेजना;
- (vi) प्रस्तावित कार्यों के लिए निविदा सूचना एवं बिल ऑफ क्वांटिटी तैयार करना;
- (vii) प्राप्त निविदाओं का परीक्षण करना, अभियांत्रिकी मूल्यांकन तैयार करना एवं सहायक अभियन्ता को स्वीकृति के लिए वैध निविदा के लिए अनुशंसा करना;
- (viii) अपने प्रभार के समस्त प्रकार के मरम्मत कार्यों का नियमित अन्तराल पर पर्यवेक्षण करना एवं उसके लिए बिल तैयार करना;
- (ix) जिला चिकित्सालयों में जल एवं विद्युत की आपूर्ति एवं सेवाओं के सुचारु संचालन सुनिश्चित करना;
- (x) भ्रमण के दौरान भवन के सामान्य अनुरक्षण का परीक्षण करना एवं उचित अनुरक्षण का परामर्श देना।

संक्षिप्तकृत शब्दों की सूची

ए एम सी	वार्षिक रखरखाव अनुबन्ध
ए एन एम	सहायक नर्स मिडवाइफ
ए ई आर बी	परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड
एम एम आर	मातृत्व मृत्यु दर
एम एन एच टूलकिट	मातृ एवं नवजात स्वास्थ्य टूलकिट
एम सी एच	मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य
एस पी एम यू	राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई
एस पी सी बी	राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड
एस डी जी	सतत विकास लक्ष्य
एस टी आई	यौन संचारित संक्रमण
एस ओ पी	मानक संचालन प्रक्रिया
एच एल डी	उच्च स्तरीय विसंक्रमण
एच बी एस ए जी	हेपेटाइटिस बी सरफेस एंटीजन
एच आई सी सी	चिकित्सालय संक्रमण नियंत्रण समिति
एच आई वी	ह्यूमन इम्यूनोडेफीशिएन्सी वायरस
एफ आर यू	प्रथम संदर्भन इकाई
एन ए बी एल	नेशनल एक्रेडिटेशन बोर्ड फार टेस्टिंग एण्ड कैलिब्रेशन लैबोरेट्री
एन एच एम	नेशनल हेल्थ मिशन
एन एफ एच आर	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण
एन आई सी	नेशनल इन्फार्मेटिक सेन्टर
एन आई टी	निविदा आमंत्रण सूचना
एन आई टी	नोटिस इन्वाइटिंग टेण्डर
एन आर एच एम	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
एल टी	लैब तकनीशियन
यू एस जी	अल्ट्रा सोनोग्राफी
यू पी एस एस एस सी	उत्तर प्रदेश अधीनस्थ सेवा चयन आयोग
ई एस आई सी	इम्पलाईज स्टेट इंश्योरेंस कारपोरेशन
ई एन टी	कान, नाक, गला
ई क्यू ए	बाहरी गुणवत्ता एजेंसी
ई पी पी	उपकरण क्रय नीति
ई डी एल	एसेन्शियल ड्रग लिस्ट

ई टी पी	वहिःस्राव शोधन संयंत्र
बी एम डब्ल्यू	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट
बी एच टी	शैय्या पत्रक
बी सी जी	बैसिलस कैलमेट गुयेरिन
सी बी एच डब्ल्यू टी एफ	सामान्य जैव चिकित्सीय अपशिष्ट उपचार सुविधादाता
सी टी	कम्प्यूटेड टोमोग्राफी
डी जी एस एण्ड डी	डायरेक्टर जनरल आफ सप्लाई एण्ड डिस्पोजल
वी डी आर एल	यौन रोग अनुसंधान प्रयोगशाला परीक्षण
आई एम आर	शिशु मृत्यु दर
आई पी एच एस	भारतीय जन स्वास्थ्य मानक
आई पी डी	अन्तः रोगी विभाग
आई सी एम आर	भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद
आई सी यू	गहन देखभाल इकाई
आई टी	इन्फारमेशन टेक्नोलाजी
आर एच फैक्टर	रक्त समूह टेस्ट
आर पी आर	रैपिड प्लाज्मा रेसिन
आर टी आई	प्रजनन मार्ग संक्रमण
ओ पी डी	वाह्य रोगी विभाग
ओ पी वी	ओरल पोलियो वैक्सिन

सर्वाधिकार सुरक्षित
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू.सीएजी.जीओवी.इन

डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू.एजीयूपी.एनआईसी.इन