अध्याय-II
निष्पादन लेखापरीक्षा

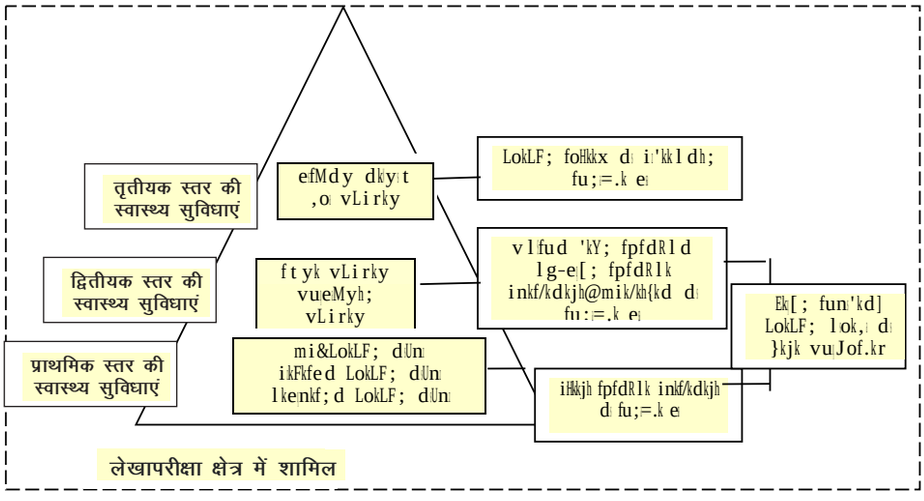
अध्याय–II
निष्पादन लेखापरीक्षा
स्वास्थ्य विभाग
जिला अस्पतालों की कार्यप्रणाली

2.1 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, सतत विकास एजेन्डा (सस्टेनेबल डेवलपमेन्ट एजेन्डा) का उद्देश्य सतत विकास लक्ष्य (सस्टेनेबल डेवलपमेन्ट गोल)–3 के अन्तर्गत वर्ष 2030 तक सभी लोगो के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना एवं उनकी सेहत में वृद्धि करना है।

राज्य के लोगों को गुणवत्तापूर्ण चिकित्सीय सुविधाएं प्रदान करने के लिए बिहार में, एक त्रिस्तरीय स्वास्थ्य सेवा अर्थात प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक प्रणाली है जैसा कि नीचे **रेखा–चित्र–2.1** में दर्शाया गया है।

रेखा–चित्र–2.1
बिहार में जन–स्वास्थ्य सुविधाएं



जिन रोगियों को अधिक गंभीर स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है, उन्हें द्वितीयक स्तर की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में रेफर किया जाता है। तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में, प्राथमिक या द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल इकाइयों से रेफरल पर मेडिकल कॉलेजों और उन्नत चिकित्सा अनुसंधान संस्थानों द्वारा विशेष परामर्शी देखभाल प्रदान की जाती है।

इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टैंडर्ड (आई.पी.एच.एस.) के अनुसार, प्रत्येक जिले में एक जिला अस्पताल (जि.अ.), जो नीचे के स्वास्थ्य देखभाल इकाइयों से जुड़ा हुआ हो, होना अपेक्षित है। जिला अस्पतालों का मुख्य उद्देश्य जिले में लोगों को गुणवत्ता के स्वीकार्य स्तर पर व्यापक माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करना है। जि.अ. को सभी बुनियादी विशेष्य सेवाएं प्रदान करनी चाहिए और क्रमशः सुपर–स्पेशियलिटी सेवाओं को विकसित करने का लक्ष्य रखना चाहिए। जि.अ. को हर समय महामारी और आपदा प्रबंधन के लिए तैयार रहने की भी जरूरत है।

बिहार के 38 जिलों में 36 जिला अस्पताल हैं, दो जिलों यथा पश्चिम चंपारण और दरभंगा में जि.अ. नहीं है।

2.1.1 अस्पतालों में स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए मानदंड

2.1.1.1 इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टैंडर्ड

इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टैंडर्ड देश में स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने की गुणवत्ता में सुधार हेतु परिकल्पित समान मानकों का एक समूह है। जिला अस्पतालों के लिए आई.पी.एच.एस. जनवरी/फरवरी 2007 में प्रकाशित किया गया था जिसे बाद में 2012 में मौजूदा स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बदलते नयाचार और विशेष रूप से गैर–संचारी रोगों के लिए नए स्वास्थ्य कार्यक्रमों की शुरूआत को ध्यान में रखते हुए संशोधित किया गया था। इन मानकों को राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे के संदर्भ बिंदु के रूप में इस्तेमाल किया गया था। आई.पी.एच.एस. स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता में निरंतर सुधार के लिए मुख्य चालक के रूप में कार्य करता है और उनकी कार्यात्मक स्थिति का आकलन करने के लिए मानक प्रस्तुत करता है।

2.1.1.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन.एच.एम.) का उद्देश्य राज्य सरकार को स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों, संस्थानों और क्षमताओं को मजबूत करने के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल के लिए सार्वभौमिक पहुंच की उपलब्धि सुनिश्चित करने हेतु मार्गदर्शन करना है। एन.एच.एम. के प्रमुख घटक स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण, प्रजनन, मातृ, नवजात और किशोर स्वास्थ्य तथा राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम आदि हैं। यह सम्पूर्ण राज्य में जननी सुरक्षा योजना (ज.सु.यो.), आदि सहित सभी प्रमुख कार्यक्रमों के प्रभावी कार्यान्वयन में गति प्रदान कर रहा है।

2.1.2 संगठनात्मक ढाँचा

प्रधान सचिव की अध्यक्षता में स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार (बि.स.) राज्य में स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के प्रबंधन के लिए उत्तरदायी है।

इसके अलावा, बि.स. ने 2005 में राज्य स्वास्थ्य समिति (रा.स्वा.स.) और जुलाई 2010 में बिहार मेडिकल सर्विसेज एंड इंफ्रास्ट्रक्चर कॉर्पोरेशन लिमिटेड (बी.एम.एस.आई.सी.एल.) का गठन किया। रा.स्वा.स. को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.), अब एन.एच.एम. के कार्यान्वयन के लिए स्वास्थ्य विभाग के अतिरिक्त प्रबंधकीय और तकनीकी क्षमता के रूप में कार्य करने हेतु अधिदेशित किया गया है। बी.एम.एस.आई.सी.एल. स्वास्थ्य विभाग, बि.स. के अधीन सभी प्रतिष्ठानों के लिए दवाओं और उपकरणों की एकमात्र अधिप्राप्ति और वितरण एजेंसी है। यह राज्य में स्वास्थ्य सुविधाओं और संबंधित बुनियादी ढांचों/भवनों के निर्माण के लिए भी जिम्मेदार है।

जिला स्तर पर, असैनिक शल्य चिकित्सक (अ.श.चि.)–सह–मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी (मु.चि.पदा.) जिले में विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं के कार्यशीलता के लिए जिम्मेदार हैं। अधीक्षक/उप अधीक्षक जिला अस्पताल के समग्र प्रभारी हैं।

2.1.3 विषय के चयन का औचित्य

''जिला अस्पतालों की कार्यपद्धति'' को निष्पादन लेखापरीक्षा के लिए चयनित किया गया क्योंकि एक जिले की आबादी विशिष्ट और व्यापक स्वास्थ्य देखभाल के लिए मुख्य रूप

से जिला अस्पतालों पर निर्भर है। जिला अस्पताल के पास रोग के प्रकोप का निदान करने के लिए प्रयोगशालाओं और कौशल के मामले में तकनीकी संसाधन होने चाहिए और जि.अ. जिला स्तर की योजना, डेटा विश्लेषण और प्रबंधन आदि के लिए इनपुट प्रदान करते हैं तथा रोगी सुविधाओं, रोगी सुरक्षा और अस्पताल प्रबंधन आचरणों के संबंध में गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक मॉडल के रूप में कार्य करते हैं।

यह निष्पादन लेखापरीक्षा जिला अस्पताल द्वारा प्रदान की जा रही समग्र स्वास्थ्य सेवाओं के आकलन का प्रयास करती है।

2.1.4 लेखापरीक्षा उद्देश्य

''जिला अस्पतालों की कार्यपद्धति'' पर निष्पादन लेखापरीक्षा यह आकलन करने के लिए किया गया था कि:

- क्या सुलभ, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जिला अस्पतालों के संबंध में व्यापक योजनाएँ और रणनीतियाँ विकसित और प्रभावी ढंग से लागू की गई हैं;
- क्या वित्तीय प्रबंधन कुशल था; जिला अस्पतालों में निर्धारित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करने के लिए पर्याप्त धनराशि ससमय उपलब्ध कराई गई थी और आवंटित राशि का इष्टतम उपयोग किया गया था;
- क्या बाह्य रोगी विभाग (ओ.पी.डी.), अंतः रोगी विभाग (आई.पी.डी.), सघन चिकित्सा ईकाई (आई.सी.यू.), शल्य क्रिया कक्ष (ओ.टी.), मातृत्व, संक्रमण नियंत्रण आदि जैसी लाइन सेवाओं के लिए पर्याप्त प्रावधान है और पंजीकरण, डायग्नोस्टिक/रेडियोलॉजी, आहार प्रबंधन, एम्बुलेंस सेवा, जैव–चिकित्सा अपशिष्ट, कोल्ड चेन, पावर बैकअप आदि जैसी कुशल सहायक सेवाएं जिला अस्पतालों में मौजूद हैं और इन सेवाओं को एक कुशल और प्रभावी तरीके से प्रदान किया जा रहा है;
- क्या जिला अस्पतालों के पास निर्धारित मापदंडो के अनुरूप, पर्याप्त संसाधनों यथाः आधारभूत संरचना, औषधि, उपभोग्य वस्तुएं, उपकरण आदि उपलब्ध हैं और इन संसाधनों का उपयोग कुशलतापूर्वक एवं प्रभावी ढंग से किया जा रहा है और क्या आपदाओं/बड़े पैमाने पर हताहतों के प्रबंधन के लिए कोई व्यवस्था है; तथा
- क्या जनता को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधाएं सुनिश्चित करने के लिए प्रभावी निगरानी और नियामक प्रणाली स्थापित की गई है।

2.1.5 लेखापरीक्षा मापदंड

लेखापरीक्षा मापदंड के स्रोत इस प्रकार हैं:

- इंडियन पब्लिक हेल्थ स्टैंडर्ड (आई.पी.एच.एस.), 2012;
- मातृत्व एवं नवजात स्वास्थ्य टूलकिट (एम.एन.एच.), 2013;
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन.एच.एम.) 2012–2017 के लागू होने की रूपरेखा;
- गुणवत्ता आश्वासन हेतु संक्रियात्मक दिशानिर्देश, 2013 और भारत सरकार– 2013 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन.एच.एम.) एसेसर गाइडबुक डीएच (खंड । एवं ।।);
- राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन दिशानिर्देश, 2014 एवं चिकित्सालय सुरक्षा हेतु राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन दिशानिर्देश, 2016;

- राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार के उप–नियम और एन.एच.एम. के कार्यान्वयन के लिए भारत सरकार और राज्य के बीच समझौता ज्ञापन;
- भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता) विनियम 2002;
- बिहार वित्तीय नियम (बि.वि.नि.);
- स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली; और विभागीय/शासकीय नीतियां, नियम, आदेश, संहिता, एवं विनियम।

स्वास्थ्य विभाग ने जिला अस्पताल में सेवा प्रदान करने के संबंध में कोई विशिष्ट मानक निर्धारित नहीं किया। इसलिए, लेखापरीक्षा उद्देश्यों का मूल्यांकन करने के लिए मानदंड, अन्य बातों के साथ, भारत सरकार (भा.स.) द्वारा जारी आई.पी.एच.एस. सहित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर विभिन्न दिशानिर्देशों से प्राप्त किए गए थे। चूंकि, बिहार सरकार ने जिला अस्पतालों में डॉक्टरों, नर्सों और अन्य कर्मचारियों के पदों को आई.पी.एच.एस. के अनुसार स्वीकृत (जून 2009) किया था, इसलिए लेखापरीक्षा ने स्वीकृत बेडों की संख्या के साथ जिला अस्पतालों में विभिन्न सेवाओं का मूल्यांकन आई.पी.एच.एस. मानदंडों के अनुसार करने का प्रयास किया है।

2.1.6 लेखापरीक्षा का क्षेत्र एवं प्रणाली

निष्पादन लेखापरीक्षा का आयोजन 2014–15 से 2019–20 की अवधि के लिए नवंबर 2019 से मार्च 2020 और पुनः जून, अक्टूबर तथा दिसंबर 2020 एवं जुलाई और अगस्त 2021 में राज्य स्तर पर प्रधान सचिव (स्वास्थ्य विभाग), रा.स्वा.स., बी.एम.एस.आई.सी.एल. के कार्यालयों के अभिलेखों की नमूना जांच द्वारा की गई, जबकि, जिला स्तर पर, पांच नमूना[1] जिलों के जिला अस्पतालों, मु.चि.पदा. कार्यालयों और जिला स्वास्थ्य समिति (जि.स्वा.स.) के अभिलेखों की जांच की गई।

लेखापरीक्षा प्रणाली में दस्तावेज/डेटाबेस विश्लेषण, लेखापरीक्षा प्रश्नों के जवाब, प्रश्नावली/प्रोफार्मा के माध्यम से सूचना का संग्रहण और संयुक्त भौतिक सत्यापन शामिल थे।

संसाधनों की सीमा को ध्यान में रखते हुए और संपूर्ण लेखापरीक्षा अवधि में भिन्नताओं को देखने के लिए, प्रश्नावली को विभिन्न आवृत्तियों– वार्षिक, मासिक[2] और साप्ताहिक[3] पर डेटा प्राप्त करने के लिए अभिकल्पित किया गया था।

स्वास्थ्य विभाग के प्रधान सचिव और अन्य अधिकारियों के साथ अक्टूबर 2019 में एक अंतरगमन सम्मेलन आयोजित किया गया था जिसमें लेखापरीक्षा के उद्देश्यों, लेखापरीक्षा मापदंड और कार्यप्रणाली पर चर्चा की गई।

अगस्त 2021 में विभाग के अतिरिक्त मुख्य सचिव और राज्य स्वास्थ्य समिति के कार्यकारी निदेशक के साथ एक बर्हिगमन सम्मेलन आयोजित की गई, जिसमें लेखापरीक्षा टिप्पणियों पर चर्चा की गई। राज्य स्वास्थ्य समिति के कार्यकारी निदेशक ने कहा कि प्रतिवेदन के

---

[1] *इस निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु 10 जिला अस्पतालों का चुनाव किया गया था। हालांकि, यह प्रतिवेदन कोविड–19 महामारी के कारण पांच जिलों यानी बिहारशरीफ, हाजीपुर, जहानाबाद, मधेपुरा और पटना में लेखा परीक्षित संस्थाओं (जिला अस्पताल, सिविल सर्जन, जिला स्वास्थ्य समिति) के जांच परिणामों के आधार पर तैयार की गई है।*

[2] *मई 2014, अगस्त 2015, नवंबर 2016, फरवरी 2018, मई 2018 तथा अगस्त 2019।*

[3] *प्रथम सप्ताह को चयनित माह में से चुना गया था।*

किसी भी निष्कर्ष से इनकार नहीं किया जा सकता है और ये निष्कर्ष कमियों को दूर करने में बहुत मददगार होंगे। इसके अलावा, अतिरिक्त मुख्य सचिव ने भी मामलों की स्थिति को स्वीकार किया और सहमति व्यक्त की कि यह प्रतिवेदन विभाग के लिए अत्यंत उपयोगी होगा।

रा.स्वा.स. द्वारा समर्पित विस्तृत जवाबों (सितंबर 2021) को प्रतिवेदन में उपयुक्त रूप से शामिल किया गया है।

2.1.7 योजना

स्वास्थ्य संकेतक के मामले में बिहार की स्थिति राष्ट्रीय औसत के समतुल्य नहीं है, जैसा कि **तालिका 2.1** से स्पष्ट है–

तालिका 2.1
भारत के तुलना में बिहार के स्वास्थ्य संकेतक

क्रम सं0	स्वास्थ्य संकेतक	बिहार		भारत	
		2013	2018	2013	2018
1	जन्म दर *(प्रतिशत में)*	27.6	26.2	21.4	20
2	मृत्यु दर *(प्रतिशत में)*	6.6	5.8	7	6.2
3	मातृ मृत्यु दर (एम.एम.आर) (जीवित जन्म प्रति लाख)	208	149	167	113
4	शिशु मृत्यु दर (आई.एम.आर) (जीवित जन्म प्रति हजार)	42	32	40	32
5	नवजात मृत्यु दर	28	25	28	23
6	पॉच वर्ष के नीचे मृत्यु दर (जीवित जन्म प्रति हजार)	54	37	49	36
7	सकल प्रजनन दर (टी.एफ.आर.)	3.4	3.2	2.3	2.2

(स्रोतः भारत के महारजिस्ट्रार)

इसके अलावा, आई.पी.एच.एस. के अनुसार प्रत्येक जिले में एक जिला अस्पताल (जि.अ.) बनाया जाना चाहिए जिसमें कुल बेड जिले की आबादी, प्रति वर्ष बेड–दिन और बेड अधिभोग दर पर आधारित होना चाहिए। आई.पी.एच.एस. मानदंड की तुलना में बेड की कमी 52 से 92 प्रतिशत के बीच थी, जैसा कि **तालिका 2.2** में दिखाया गया है, जिसका अर्थ है कि जि.अ. की बेड क्षमता जनसंख्या के अनुरूप नहीं थी। जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–पटना को छोड़कर, यहां तक कि उपलब्ध बेड भी बिहार सरकार द्वारा स्वीकृत (जून 2009) संख्या के केवल 24 से 32 प्रतिशत थे। बिहार सरकार ने वर्ष 2009 में इन अस्पतालों में बेड क्षमता स्वीकृत किया था और 10 वर्ष से अधिक बीत जाने के बावजूद वास्तविक बेड क्षमता को स्वीकृत स्तर तक नहीं बढ़ाया गया था (मार्च 2020) ।

तालिका 2.2
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में चिकीत्सीय बेडों की उपलब्धता

जिला अस्पताल	जनगणना 2011 के अनुसार जनसंख्या (लाख में)	जिला स्तरीय अस्पताल में बेडों की स्थिति				आई.पी.एच.एस. मानक के तुलना में चिकीत्सीय बेडों (2019–20) की कमी (प्रतिशत में)
		आई.पी.एच.एस. के अनुसार आवश्यकता	बि.स. द्वारा स्वीकृत	उपलब्धता		
				2014–15	2019–20	
बिहारशरीफ	28.80	630	300	300	300	330 (52)
हाजीपुर	35.00	765	500	120	120	645 (84)
जहानाबाद	11.30	250	300	97	97	153 (61)
मधेपुरा	20.00	440	300	91	91	349 (79)
पटना	58.40	1,280	100	100	100	1,180 (92)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ. एवं बि.स. का आर्थिक सर्वेक्षण)

**** आई.पी.एच.एस. के अनुसार, भर्ती की वार्षिक दर प्रति 50 जनसंख्या में से एक और ठहरने की औसत अवधि 5 दिन मानी जाती है। बिस्तर अधिभोग को 80% माना गया है, जैसा कि आई.पी.एच.एस. में उल्लेख किया गया है।***

इसने जिले की जनसंख्या की आवश्यकता को पूरा करने के लिए राज्य सरकार की ओर से एक बेहतर योजना बनाने का आह्वान किया। लेकिन, लेखापरीक्षा ने योजना में कमियों को देखा जैसा कि उत्तरवर्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

2.1.7.1 मानव बल योजना

अस्पतालों में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं का प्रतिपादन काफी हद तक मानव बल विशेष रूप से डॉक्टरों, स्टाफ नर्सों, पैरा–मेडिकल और अन्य सहायक कर्मचारियों की पर्याप्त उपलब्धता पर निर्भर करती है। लेखापरीक्षा ने पाया कि डॉक्टरों और नर्सों की कमी एक राज्यव्यापी परिघटना थी, जो पूरे लेखापरीक्षा अवधि अर्थात 2014–15 से 2019–20 तक बनी रही। बि.स. डॉक्टरों और नर्सों की भर्ती नहीं कर सका। यहां तक कि उन्हें भरने के लिए कुल रिक्तियों को भी प्रकाशित नहीं किया गया था।

सामान्य प्रशासन विभाग (जीएडी), बि.स. ने निर्देश दिया (जनवरी 2006) कि प्रत्येक विभाग अपनी रिक्ति का आकलन करेगा और उन्हें भरने का प्रस्ताव हर साल 30 अप्रैल तक नियोक्ता एजेंसी को भेजेगा। लेखापरीक्षा ने पाया कि रिक्ति का वार्षिक मूल्यांकन और उन्हें भरने के लिए भर्ती एजेंसी को प्रस्ताव भेजने का पालन नहीं किया गया था। स्वास्थ्य विभाग के अभिलेखों की नमूना जांच (फरवरी 2021) से उदधृत हुआ कि विभाग ने नवंबर 2011 से मार्च 2014 के दौरान बिहार लोक सेवा आयोग (बी.पी.एस.सी.) को 2,597 विशेषज्ञ डॉक्टरों की भर्ती के लिए एक प्रस्ताव भेजा था, जिसमें से केवल 635 (24 *प्रतिशत*) नियुक्त किए गए थे (जून 2016)। इसके अलावा, विभाग ने मई 2019 में जीएडी को तीन साल के अंतराल के बाद 2,297 रिक्तियों का एक नया प्रस्ताव भेजा। यह डॉक्टरों की नियुक्ति के प्रति विभाग के उदासीन रवैये का परिचायक था।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नवंबर 2015 के बाद ग्रेड–'ए' नर्स (जी.एन.एम.) के 9,130 पदों की भर्ती का प्रस्ताव मार्च 2019 में सामान्य प्रशासन विभाग (जीएडी), बि.स. को भेजा गया था। आगे, इसे बिहार तकनीकी सेवा आयोग (बी.टी.एस.सी.) को मई 2019 में भेजा गया था तथा भर्ती के लिए विज्ञापन जुलाई 2019 में बी.टी.एस.सी. द्वारा प्रकाशित किया गया था। हालाँकि, भर्ती प्रक्रियाधीन थी (जुलाई 2020)।

इसके अलावा, 2014–19 के दौरान विभाग ने बिहार कर्मचारी चयन आयोग को ई.सी.जी. तकनीशियन के 72 स्वीकृत पदों के विरुद्ध 67 पदों के लिए रिक्ति भेजी (मार्च 2015)। हालांकि, आयु छूट कारक और योग्य डिप्लोमा पाठ्यक्रमों को अंतिम रूप न देने के कारण, भर्ती प्रक्रिया में विलंब हुआ और अंत में मई 2019 में केवल दस आवेदकों का चयन किया गया।

साथ ही, फार्मासिस्ट (844 पद) की भर्ती वर्ष 2015 में शुरू की गई थी, लेकिन पदों की संख्या में उतार–चढ़ाव (अंततः 1,152), अपूर्ण संलग्नकों, प्रक्रियात्मक कमियों आदि के कारण वर्ष 2019 तक इसे अंतिम रूप नहीं दिया जा सका।

चिकित्सा अधिकारियों की कमी, विशेष रूप से जिला अस्पतालों में विशेषज्ञ डॉक्टरों, नर्सों और पैरा–मेडिकल स्टाफ की कमी चिंता का विषय थी, क्योंकि उनकी अनुपस्थिति में मरीज गुणवत्तापूर्ण उपचार से वंचित थे। प्रशासनिक कर्मचारियों की कमी ने जिला अस्पतालों में दिन–प्रतिदिन के काम में बाधा जैसे कि जे.बी.एस.वाई. के तहत भुगतान में विलंब आदि उत्पन्न की।

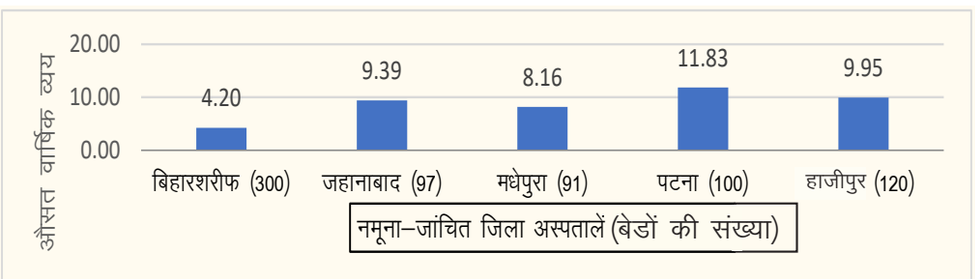
2.1.7.2 सेवाओं का मानकीकरण

एन.एच.एम. फ्रेमवर्क 2012–17 के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल के लिए अंतर विश्लेषण, मानक/बेंचमार्क के आधार पर संस्थान विकास योजना जिसमें बुनियादी ढांचे, उपकरण, मानव संसाधन, दवाएं और आपूर्ति, गुणवत्ता आश्वासन प्रणाली और सेवा प्रावधान आदि शामिल हैं, तैयार किया जाना था।

लेखापरीक्षा ने पाया कि विभाग ने जिला अस्पताल में सेवा प्रदान करने के संबंध में कोई विशिष्ट मानक/बेंचमार्क निर्धारित नहीं किया था। मानकों/मानदंडों के अभाव में जिला अस्पतालों में अंतर विश्लेषण नहीं किया जा सका। इस प्रकार, जिला अस्पतालों के लिए संसाधनों और निधियों की आवश्यकता सुनिश्चित करने के लिए सार्थक बजटीय कवायद अनुपस्थित पाई गई। यह जिला अस्पतालों को बिना किसी प्रत्यक्ष आधार के बजटीय निधि आवंटित करने तक सीमित रहा, जिसकी पुष्टि 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में प्रति बिस्तर औसत वार्षिक व्यय में असमानता से भी हुई, जैसा कि **रेखा–चित्र 2.2** में दिखाया गया है।

रेखा–चित्र 2.2

नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों में प्रति बेड (2014–20) औसत वार्षिक व्यय (₹ लाख में)



(स्रोतः नमूना–जाँचित जि.अ.)

अंतर विश्लेषण की अनुपस्थिति ने नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों में विभिन्न ओ.पी.डी., आई.पी.डी. और अन्य सहायता सेवाओं की उपलब्धता पर भी प्रतिकूल प्रभाव डाला जिसकी चर्चा आगे की गई है। विभाग ने अंतर को पाटने के लिए आवधिक अंतर मूल्यांकन और तंत्र की अनुपस्थिति को स्वीकार किया (जून 2020)।

जि.अ. में सेवा वितरण के लिए विशिष्ट मानक अपनाने के संबंध में रा.स्वा.स. द्वारा कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया। तथापि, यह (सितम्बर 2021) बताया गया कि जिला अस्पतालों में अंतर का आंकलन किया गया था। मौजूदा भवन की स्थिति, सुविधाओं और जनसांख्यिकीय प्रोफाइल के आधार पर एन.एच.एम. के अन्तर्गत 22 मॉडल जिला अस्पतालों को मंजूरी दी गई थी। जवाब ने लेखापरीक्षा अवलोकन की पुष्टि की।

2.1.7.3 नैदानिक स्थापना अधिनियम के तहत पंजीकरण

बिहार नैदानिक स्थापना (पंजीकरण और विनियमन) नियम 2013 के साथ पठित नैदानिक स्थापना (पंजीकरण और विनियमन) अधिनियम 2010 के अनुसार, कोई भी व्यक्ति (सरकार के स्वामित्व, नियंत्रित या प्रबंधित नैदानिक प्रतिष्ठान सहित) तब तक नैदानिक प्रतिष्ठान नहीं चलाएगा जब तक कि इसे अधिनियम के तहत पंजीकृत नहीं किया गया हो। पंजीकरण और इसे जारी रखने के लिए, प्रत्येक नैदानिक प्रतिष्ठान कुछ शर्तों जैसे कि सुविधाओं और सेवाओं के न्यूनतम मानकों, कर्मियों की न्यूनतम आवश्यकता आदि को पूरा करेगा। विभाग ने विशेष रूप से सभी अ.श.चि.–सह–मु.चि.

पदा. को 2013 में और तत्पश्चात हर साल स्वास्थ्य इकाइयों के पंजीकरण के संबंध में निर्देश जारी किए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि पांच नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में से केवल दो जिला अस्पतालों यानी जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–हाजीपुर को जनवरी 2016 और मई 2016 में अनंतिम रूप से पंजीकृत किया गया था और ये पंजीकरण भी क्रमशः जनवरी 2017 और मई 2017 में व्यपगत हो गये थे। इस प्रकार, उपयुक्त अधिनियम से उचित संबद्धता/पंजीकरण के अभाव में, ये अस्पताल नैदानिक प्रतिष्ठान चलाने के लिए अनिवार्य शर्तों/न्यूनतम मानकों की आवश्यकताओं से बच रहे हैं। इसके लिए संबंधित जिलों के अ.श.चि.–सह.–मु.चि.पदा. की ओर से गलती को जिम्मेदार ठहराया जा सकता है क्योंकि विभाग के बार–बार निर्देशित किये जाने के बावजूद उन्होंने सुधारात्मक कार्रवाई नहीं की। इसके अलावा, यह विभाग द्वारा अप्रभावी निगरानी का भी संकेत था। विभाग इन अस्पतालों को अधिनियम के तहत पंजीकृत न करने का कोई कारण नहीं बता सका।

2.1.7.3 (i) जिला अस्पताल का गुणवत्ता आश्वासन मूल्यांकन

सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्ता आश्वासन के लिए परिचालन दिशानिर्देश–2013 के अनुसार, समीक्षा बैठकें आयोजित करके, प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों के संकलन और मिलान आदि के माध्यम से गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों को मजबूत करने के लिए राज्य स्तर पर राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति (एस.क्यू.ए.सी.), राज्य गुणवत्ता आश्वासन इकाई (एस.क्यू.ए.यू.) और जिला स्तर पर जिला गुणवत्ता आश्वासन समिति (डी.क्यू.ए.सी.) जिला गुणवत्ता आश्वासन इकाई (डी.क्यू.ए.यू.) तथा जिला अस्पताल स्तर पर जिला गुणवत्ता दल (डी.क्यू.टी.) का गठन किया जाना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि यद्यपि एस.क्यू.ए.सी. और एस.क्यू.ए.यू. का गठन किया गया था, वे 2014–20 के दौरान समीक्षा बैठकें आयोजित करने और प्रमुख निष्पादन संकेतकों (उत्पादकता, दक्षता, नैदानिक देखभाल/सुरक्षा और सेवा गुणवत्ता से संबंधित) की निगरानी जैसी अनिवार्य गतिविधियों को करने में विफल रहे। डी.क्यू.ए.सी. का गठन केवल तीन जिलों[4] में किया गया था। तथापि, 2014–20 के दौरान डी.क्यू.ए.सी. द्वारा गुणवत्ता आश्वासन गतिविधि की प्रगति की आवश्यक तिमाही समीक्षा बैठक[5] आयोजित नहीं की गई थी। डी.क्यू.ए.सी. की कार्यकारी शाखा अर्थात डी.क्यू.ए.यू. का गठन तीन जिलों में से किसी में भी नहीं किया गया था। पांच नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में से, डी.क्यू.टी. का गठन केवल जि.अ.–बिहारशरीफ (फरवरी 2015) में किया गया था, हालांकि, यह परिचालन में नहीं था जैसा कि नियमित आंतरिक मूल्यांकन, लेखापरीक्षा, समीक्षा आदि के अभाव से स्पष्ट है।

इस प्रकार, जिला अस्पतालों में गुणवत्ता नियंत्रण के लिए आवश्यक निगरानी एजेंसियां अपर्याप्त थीं और सुधारात्मक कार्रवाई और बेहतरी के लिए उनमें स्वास्थ्य सुविधाओं का मूल्यांकन नहीं किया गया था। इसका कोई कारण अभिलेखित नहीं पाया गया।

अपने जवाब में, रा.स्वा.स. ने बताया कि 2014–20 के दौरान केवल एक एस.क्यू.ए.सी. बैठक (फरवरी 2015) हुई थी। डी.क्यू.ए.सी. का गठन शेष दो जिलों – मधेपुरा और पटना में किया गया था। सभी नमूना जाँचित जिलों में डी.क्यू.ए.सी. की बैठकें आयोजित की गई थीं। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि जवाब के साथ डी.क्यू.ए.सी. का गठन कब हुआ था, बैठकों के कार्यवृत्त आदि जैसे विवरण नहीं थे। इसके अलावा, डी.क्यू.ए.सी. की बैठकों के संबंध में, 2014–20 के दौरान 24 बैठकों (हर तिमाही में होने वाली) की आवश्यकता के विपरीत जहानाबाद, हाजीपुर

[4] *बिहारशरीफ (मार्च 2015), हाजीपुर (फरवरी 2012) और जहानाबाद (दिसंबर 2015)*

[5] *बिहारशरीफ– शून्य, हाजीपुर– 1 और जहानाबाद– 12*

और बिहारशरीफ में क्रमशः केवल 12, एक और कोई बैठक नहीं आयोजित की गयी। इसके अलावा, 2014–20 के दौरान 12 बैठकों (हर छह महीने में एक बार) की आवश्यकता के विरूद्ध एस.क्यू.ए.सी. की केवल एक बैठक आयोजित की गई थी।

रा.स्वा.स. ने स्वीकार किया कि 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिलों में कोई डी.क्यू.ए.यू. गठित नहीं किया गया था।

2.1.7.3 (ii) जिला अस्पतालों को प्रत्यायन

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, जिला अस्पतालों को खुद को तैयार करते हुए आई.एस.ओ., एन.ए.बी.एच., एन.ए.बी.एल., जे.सी.आई. आदि जैसे प्रमाणीकरण/प्रत्यायन प्राप्त करने का प्रयास करना चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि जिला अस्पतालों का उपरोक्त प्रत्यायन के लिए मूल्यांकन नहीं किया गया था क्योंकि उन्होंने 2014–20 के दौरान इसके लिए आवेदन नहीं किया था। हालांकि, जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–जहानाबाद ने आई. एस.ओ. प्रमाणीकरण प्राप्त किया था और मान्यता 2016 तक वैध थी, लेकिन प्रत्यायन की समाप्ति के बाद उन्होंने नवीनीकरण के लिए आवेदन नहीं किया।

2.1.7.4 जिला अस्पतालों में विशिष्ट रोग का प्रबंधन

भारत सरकार (भा.स.) के दिशा–निर्देशों के अनुसार, जिला अस्पतालों को विशिष्ट रोगों जैसे एक्यूट इंसेफेलाइटिस सिंड्रोम (ए.ई.एस.)/जापानी इन्सेफलाइटिस (जे.ई.) आदि के लिए तैयार रहना चाहिए।

भारत सरकार ने राज्य के 15 जिलों को एईएस/जेई प्रभावित जिलों के रूप में चिन्हित किया और नमूना जाँचित पांच जिलों में से चार जिले– बिहारशरीफ, पटना, जहानाबाद और हाजीपुर सूची में शामिल थे। लेकिन, नमूना जाँचित किसी भी प्रभावित जिला अस्पतालों में जे.ई./ए.ई.एस. के लिए आवश्यक प्रयोगशाला निदान सुविधा उपलब्ध नहीं थी। इस प्रकार, विभाग ने जिला विशिष्ट रोग के लिए जिला अस्पतालों में उपचार सुविधा की योजना नहीं बनाई। विभाग ने इसका कोई कारण नहीं बताया। इस प्रकार, विभाग के उदासीन रवैये ने इन बीमारियों से प्रभावित रोगियों को अन्य स्वास्थ्य इकाइयों में जाने के लिए मजबूर किया।

2.1.7.5 प्रशिक्षण स्थल के रूप में जिला अस्पतालों का सुदृढ़ीकरण

जिला अस्पताल को 'मल्टी–स्पेशियलिटी केयर हेतु सुदृढ़ करना और प्रशिक्षण 2017' के लिए एन.एच.एम. के दिशानिर्देश के विपरीत, नमूना जाँचित जिला अस्पतालों को नर्सो, पैरामेडिक्स और नेशनल बोर्ड के डिप्लोमेट (डी.एन.बी.) पाठ्यक्रमों के प्रशिक्षण के लिए एक प्रशिक्षण स्थल के रूप में विकसित नहीं किया गया था। जि.अ.–बिहारशरीफ ने डीएनबी पाठ्यक्रम शुरू करने हेतु मान्यता के लिए राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड को आवेदन (सितंबर 2019) किया था। लेकिन इसकी मंजूरी अभी तक प्रतीक्षित है। इसके अलावा, किसी भी जिला अस्पतालों ने उप–जिला स्तरीय अस्पतालों के प्रशिक्षण और कौशल विकास की योजना नहीं बनाई थी।

रा.स्वा.स. ने बताया कि जि.अ.–बिहारशरीफ में डी.एन.बी. कोर्स की मंजूरी अभी प्रतीक्षित है।

2.1.8 वित्तीय प्रबंधन

राज्य, अनुदान संख्या 20 जिसमें चार मुख्य लेखा शीर्ष 2210 (चिकित्सा और जन स्वास्थ्य), 4210 (चिकित्सा और जन स्वास्थ्य पर पूंजीगत परिव्यय), 2211 (परिवार कल्याण) और 2251 (सचिवालय– सामाजिक सेवाएं) शामिल है, के तहत स्वास्थ्य सुविधाओं के

लिए निधि उपलब्ध कराता है। हालांकि, जिला अस्पतालों को मुख्य शीर्ष 2210 के तहत निधि प्राप्त होती है। राज्य के बजट के अलावा, जिला अस्पतालों को एन.एच.एम. के तहत भी वित्तीय सहायता मिलती है। चूंकि राज्य के बजट में केवल जिला अस्पतालों के लिए अलग से निधि पृथक नहीं किया गया था, लेखापरीक्षा जिला अस्पतालों को आवंटित निधि और उसके सापेक्ष व्यय को सुनिश्चित नहीं कर सका।

सम्पूर्ण भारत एवं पड़ोसी राज्यों की अपेक्षा बिहार द्वारा राज्य के सकल व्यय की तुलना में चिकित्सा, जनस्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर किये गये व्यय की तुलनात्मक स्थिति निम्नवत् है–

तालिका 2.3

पड़ोसी राज्यों की अपेक्षा बिहार द्वारा किए गए चिकित्सा, जन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर व्यय की तुलना

वर्ष	सकल व्यय की अपेक्षा चिकित्सा, जनस्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर व्यय (*प्रतिशत* में)				
	सम्पूर्ण भारत	बिहार	झारखण्ड	उत्तर प्रदेश	पश्चिम बंगाल
2014–15	4.8	3.8	4.0	5.1	5.2
2015–16	4.7	4.1	4.0	4.5	5.6
2016–17	4.6	4.3	4.2	4.9	5.2
2017–18	5.0	4.5	4.2	5.3	4.9
2018–19	5.0	4.7	5.2	4.6	4.8
2019–20	4.9	4.7	4.3	5.0	4.7
सीमा	4.6 से 5.0	3.8 से 4.7	4.0 से 5.2	4.5 से 5.3	4.7 से 5.6

(स्रोतः राज्य वित्तः विवरण 27 (भारतीय रिजर्व बैंक द्वारा प्रकाशित बजट का अध्ययन)

तुलनात्मक विवरणी दर्शाता है कि स्वास्थ्य पर बिहार का व्यय सम्पूर्ण भारत के औसत से सदैव कम रहा है।

नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में राज्य बजट एवं एन.एच.एम. के तहत निधियों की उपलब्धता एवं व्यय नीचे **तालिका 2.4** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.4

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में उपलब्ध निधि की उपलब्धता एवं व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटन/उपलब्ध निधि		व्यय		अंतशेष/बचत	
	एन.एच.एम.	राज्य बजट	एन.एच.एम.	राज्य बजट	एन.एच.एम.	राज्य बजट
2014–15	10.63	23.88	10.04(94.45)	22.40(93.80)	0.59	1.48
2015–16	11.78	28.51	11.08(94.06)	25.12(88.11)	0.70	3.39
2016–17	10.60	44.77	10.02(94.53)	38.84(86.75)	0.58	5.93
2017–18	12.43	61.21	12.00(96.54)	50.77(82.94)	0.43	10.44
2018–19	15.39	62.25	14.27(92.72)	56.83(91.29)	1.12	5.42
2019–20	14.23	64.14	13.22(92.90)	52.82(82.35)	1.01	11.32
कुल		**284.76**	**70.63**	**246.78**	**4.43**	**37.98 (13.33%)**

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

राज्य बजट निधि का उपयोग 71 प्रतिशत तक हुआ। बचत राशि को दवा, मशीन एवं उपकरण की खरीद आधारभूत संरचना के विकास में पायी गयी कमियों जैसा कि अन्य अध्यायों में चर्चा किया गया है, पर उपयोग किया जा सकता था।

नमूना जांच किये गये जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान ₹284.76 करोड़ के कुल आवंटन (राज्य बजट) के विरूद्ध बचत 13 प्रतिशत थी। यह देखा गया कि वर्ष 2014–20 के दौरान वर्ष के अंत में (अर्थात 20 मार्च से 31 मार्च) जिला अस्पतालों को ₹2.94 करोड़ की राशि आवंटित की गई थी, जो निधि के कम उपयोग के कारणों में से एक थी। इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान एन.एच.एम. के तहत उपलब्ध निधि का 94 प्रतिशत उपयोग किया गया था। 2014–20 के दौरान राज्य बजट निधियों और एन.एच.एम. निधियों के उपयोग की सीमा क्रमशः 82 से 94 और 93 से 97 प्रतिशत के बीच थी। राज्य के बजट से राशि मुख्य रूप से वेतन (88 प्रतिशत), दवा (पांच प्रतिशत) और उपकरण (एक प्रतिशत) पर खर्च की गई थी। एन.एच.एम. निधि से उपलब्ध कराई गई राशि मुख्य रूप से स्वास्थ्य सेवाओं जैसे मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, टीकाकरण आदि पर खर्च की गई थी।

2.1.8.1 बैंक समाशोधन विवरणी

वित्त विभाग, बिहार सरकार ने निर्देश दिया (मई 2018) कि प्रत्येक आहरण एवं संवितरण अधिकारी (डी.डी.ओ.) को मासिक आधार पर बैंक समाशोधन विवरणी (बी.आर.एस.) तैयार करना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2019–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 28 बैंक खाते संचालित हो रहे थे। नमूना–जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों में लेखाकारों के पदस्थापन के बावजूद 2019–20 के दौरान 28 बैंक खातों में से 13 खातों के लिए बीआरएस तैयार नहीं किए गए थे। नमूना–जांच किए गए किसी भी जि.अ. में प्रत्येक माह के अंत में रोकड़ बही में शेष राशि अर्थात बैंक में नकद, रोक्रड़ शेष, अस्थायी अग्रिम आदि का विवरण तैयार नहीं किया गया था। इसके कारण उपलब्ध नहीं थे।

इसके अलावा, वर्ष 2014–20 के दौरान, नमूना–जांच किए गए चार[6] जिला अस्पतालों से संबंधित पांच निरीक्षण प्रतिवेदन में भी बी.आर.एस. तैयार न करने की ओर ध्यान आकृष्ट किया था। बार–बार ध्यान आकृष्ट करने के बाद भी बी.आर.एस. तैयार नहीं होने का सिलसिला जारी रहा। यह दुर्विनियोजन सहित वित्तीय अनियमितताओं के जोखिम से भरा हो सकता है।

अन्य अनियमितताओं में जि.अ.–हाजीपुर में 2019–20 के दौरान एक विशेष योजना के संचालन में एक से अधिक बैंक खाते का संचालन, रोगी कल्याण समिति (आर.के.एस.)[7] द्वारा वार्षिक वित्तीय योजना तैयार न करना और आर.के.एस. द्वारा किए गए व्यय का वैधानिक लेखा परीक्षा नहीं करना आदि शामिल हैं।

2.2 बाह्य रोगी सेवाएं

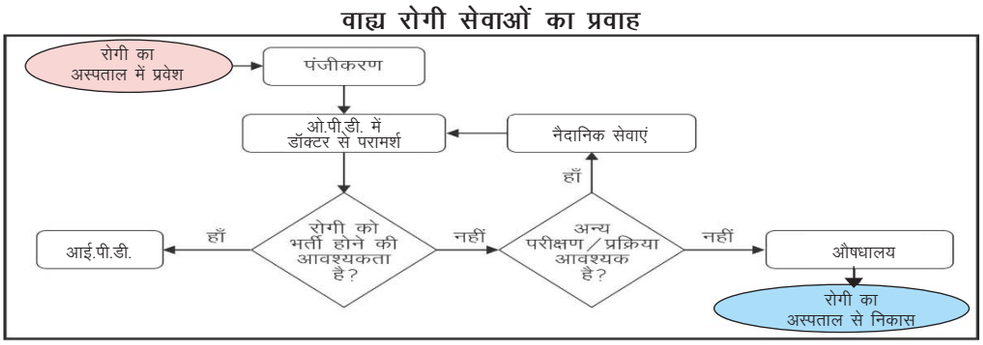
जिला अस्पताल में बाह्य रोगी सेवाओं का लाभ लेने के लिए एक मरीज को सर्वप्रथम बाह्य रोगी विभाग के पंजीकरण काउंटर पर पंजीकरण कराना पड़ता है, उसके बाद डॉक्टर द्वारा जांच और आगे के नैदानिक परीक्षण और औषधियां निर्धारित किये जाते हैं। इसके बाद, डॉक्टर रोगी का अनुश्रवण करता है या यदि आवश्यक हो तो रोगी को अस्पताल में भर्ती करवाता है, जैसा कि **रेखा–चित्र 2.3** में दिखाया गया है।

---

[6] जि.अ.–*बिहारशरीफ,* जि.अ.–*मधेपुरा,* जि.अ.–*हाजीपुर तथा* जि.अ.–*पटना*

[7] *आर.के.एस. अस्पताल प्रशासन को सार्वभौमिक, समान और उच्च गुणवत्ता वाली सेवाओं के प्रावधान को सुनिश्चित करने और रोगी कल्याण की केंद्रीयता को ध्यान में रखते हुए प्रशासन को जवाबदेह ठहराने के अलावा सहायक सेवाएं सुनिश्चित करने में सहायक और पूरक भूमिका निभाता है।*

रेखा–चित्र 2.3
वाह्य रोगी सेवाओं का प्रवाह



2.2.1 बाह्य रोगी सेवाओं की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर की गाईडबुक जिला अस्पतालों में 24 प्रकार की उपचारात्मक बाह्य रोगी सेवाओं को निर्धारित करती है। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों ने महत्वपूर्ण बाह्य रोगी उपचारात्मक सेवाएं प्रदान नहीं की, जैसा कि **तालिका–2.5** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.5
नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों में ओ.पी.डी. उपचारात्मक सेवाएं

जिला अस्पताल	24 में से उपलब्ध सेवाओं का नाम (उपलब्ध सेवाओं की संख्या)	24 में से अनुपलब्ध सेवाओं का नाम (अनुपलब्ध सेवाओं की संख्या)
बिहारशरीफ	सामान्य चिकित्सा, स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, नेत्र विज्ञान, ई.एन.टी. क्लिनिक, हड्डी रोग प्रक्रिया, दंत चिकित्सा, दंत प्रक्रिया, फिजियोथेरेपी इकाई, ड्रेसिंग सुविधा, इंजेक्शन कक्ष सुविधाएं (11)	जनरल सर्जरी क्लिनिक, ई.एन.टी. प्रक्रिया, हड्डी रोग क्लिनिक, त्वचा और वीडी क्लिनिक, मनोचिकित्सा क्लिनिक, आयुष क्लिनिक तथा अतिविशिष्ट सेवाओं* के तहत क्लीनिक (13)
हाजीपुर	सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, नेत्र विज्ञान, ई.एन.टी. क्लिनिक, त्वचा और वीडी, मनोचिकित्सक क्लिनिक, दंत चिकित्सा, दंत चिकित्सा प्रक्रिया, फिजियोथेरेपी इकाई, ड्रेसिंग सुविधा (12)	ई.एन.टी. प्रक्रिया, हड्डी रोग क्लिनिक, हड्डी रोग प्रक्रिया, आयुष क्लिनिक, इंजेक्शन कक्ष सुविधा तथा अतिविशिष्ट सेवाओं* के तहत क्लीनिक (12)
जहानाबाद	सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, आयुष क्लिनिक, नेत्र विज्ञान, ई.एन.टी. क्लिनिक, हड्डी रोग क्लिनिक, दंत चिकित्सा, फिजियोथेरेपी इकाई, ड्रेसिंग सुविधा (11)	आर्थोपेडिक प्रक्रिया, त्वचा और वीडी क्लिनिक, मनोरोग क्लिनिक, ई.एन.टी. प्रक्रिया, दंत प्रक्रिया, इंजेक्शन कक्ष की सुविधा तथा अतिविशिष्ट सेवाओं* के तहत क्लीनिक (13)
मधेपुरा	सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, नेत्र विज्ञान, हड्डी रोग क्लिनिक, दंत चिकित्सा, दंत प्रक्रिया, फिजियोथेरेपी इकाई (9)	ई.एन.टी. क्लिनिक, ई.एन.टी. प्रक्रिया, हड्डी रोग प्रक्रिया, त्वचा और वी.डी. क्लिनिक, आयुष क्लिनिक, मनोचिकित्सक क्लिनिक, ड्रेसिंग सुविधा, इंजेक्शन कक्ष सुविधा तथा अतिविशिष्ट सेवाओं* के तहत क्लीनिक (15)
पटना	सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, नेत्र विज्ञान, हड्डी रोग क्लिनिक, त्वचा और वीडी क्लिनिक, दंत चिकित्सा, आयुष क्लिनिक, फिजियोथेरेपी इकाई (10)	ई.एन.टी. क्लिनिक, ई.एन.टी. प्रक्रिया, हड्डी रोग प्रक्रिया, मनोचिकित्सा क्लिनिक, दंत चिकित्सा प्रक्रिया, ड्रेसिंग सुविधा, इंजेक्शन कक्ष सुविधा तथा अतिविशिष्ट सेवाओं* के तहत क्लीनिक (14)

*(स्रोतः नमूना–जाँचित जिला अस्पताल) *'कार्डियोलॉजी, गैस्ट्रो एंटोमोलॉजी, नेफ्रोलॉजी, न्यूरोलॉजी, एंडोक्रिनोलॉजी, ऑन्कोलॉजी और न्यूक्लियर मेडिसिन*

तालिका–2.5 से यह देखा जा सकता है कि नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों ने कार्डियोलॉजी, गैस्ट्रो एंटोमोलॉजी, नेफ्रोलॉजी, एंडोक्रिनोलॉजी, ऑन्कोलॉजी, त्वचा और वेनेरियल रोग, मनोरोग, कान, नाक और गले (ई.एन.टी.) जैसी 12 से 15 महत्वपूर्ण बाह्य रोगी उपचारात्मक सेवाएं विशेषज्ञ डॉक्टरों और आधारभूत संरचना जैसे भवन, उपकरण तथा फर्नीचर तथा फिक्सचर की कमी के कारण प्रदान नहीं की।

रा.स्वा.स. ने अपने जवाब में स्वीकार किया कि कार्डियक केयर यूनिट, यद्यपि जिला अस्पताल–हाजीपुर में स्थापित था, परन्तु विशेषज्ञ चिकित्सक की अनुपलब्धता के कारण वर्तमान में गैर–कार्यात्मक था। इसने आगे बताया कि एन.एच.एम. के तहत 2016–20 के दौरान 806 विशेषज्ञों की भर्ती की गई थी, लेकिन उच्च क्षयण दर के कारण जिला अस्पतालों में केवल 47 विशेषज्ञ ही काम कर रहे थे। स्वास्थ्य विभाग ने 7,031 चिकित्सा अधिकारियों और 1,626 विशेषज्ञों की भी भर्ती की। तथापि, इन प्रयासों के बावजूद तथ्य यह रहा कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में विशेषज्ञ चिकित्सकों एवं आधारभूत संरचना की कमी के कारण महत्वपूर्ण बाह्य रोगी सेवाएं प्रदान नहीं की जा रही थीं।

2.2.2 ओ.पी.डी. में रोगियों का भार

जिला अस्पतालों में बाह्य रोगी सेवाओं को दैनिक आधार पर बाह्य रोगी विभाग क्लीनिक के माध्यम से पूरा किया जाता था। नमूना जाँचित जिला अस्पतालों द्वारा उपचारित रोगियों की संख्या **तालिका–2.6** में दर्शाई गई है।

तालिका–2.6
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में बाह्य रोगियों की संख्या

(लाख में)

वर्ष	बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना	बाह्य रोगियों की कुल सं0	वृद्धि (व.द.व)* (*प्रतिशत* में)
2014–15	3.33	3.84	1.88	1.64	1.41	12.10	–
2015–16	3.42	3.92	1.84	1.42	1.01	11.61	–4
2016–17	3.48	4.15	2.04	1.91	1.00	12.58	4
2017–18	2.74	4.19	2.11	2.36	1.47	12.87	6
2018–19	2.68	6.67	2.46	2.09	1.72	15.62	29
2019–20	2.30	2.11	2.20	2.00	1.42	10.03	–17

*(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) * व.द.व– वर्ष दर वर्ष*

तालिका 2.6 दर्शाती है कि 2016–19 के दौरान नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में चार से 29 *प्रतिशत* के बीच बाह्य रोगियों की वृद्धि हुई। 2014–15 की तुलना में 2019–20 के दौरान जि.अ.–जहानाबाद (17 प्रतिशत), जि.अ.–मधेपुरा (22 प्रतिशत) तथा ज़ि.अ.–पटना (1 प्रतिशत) में बाह्य रोगियों का भार बढ़ा। आगे, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित इन तीन जिला अस्पतालों में बाह्य रोगी विभाग में रोगियों की संख्या में वृद्धि के बावजूद बाह्य रोगी विभाग में उपलब्ध डॉक्टरों की औसत संख्या लगभग स्थिर[8] रही। बाह्य रोगी विभाग में उपलब्ध डॉक्टरों की संख्या में वृद्धि या कमी बाह्य रोगी भार में वृद्धि या कमी के अनुपात में नहीं थी, जिसके परिणामस्वरूप कुछ अस्पतालों में प्रति डॉक्टर ओ.पी.डी. के मामले दूसरे अस्पतालों की तुलना में बहुत अधिक हुआ, जैसा कि **कंडिका 2.2.3.1** में चर्चा किया गया है तथा प्रति रोगी कम परामर्श समय रहा जैसा कि **कंडिका 2.2.3.2** में चर्चा किया गया है।

2.2.3 परिणाम संकेतकों के माध्यम से बाह्य रोगी सेवाओं का मूल्यांकन

गुणवत्ता आश्वासन के लिए एन.एच.एम. एसेसर की गाईडबुक में ओ.पी.डी. सेवाओं का मूल्यांकन कतिपय प्रतिफल संकेतक यथा प्रति डॉक्टर ओ.पी.डी. मामला, प्रति मरीज

[8] *जहानाबाद (2016–17=9, 2017–18=11, 2018–19=10 और 2019–20=10), मधेपुरा (2016–17=10, 2017–18=10, 2018–19=10 और 2019–20 = 9), पटना (2014–20 के दौरान ओ.पी.डी. में तीन डॉक्टर उपलब्ध थे), डॉक्टर का रोस्टर या ओ.पी.डी. के लिए डॉक्टर की वर्षवार पोस्टिंग की संख्या जि.अ.–हाजीपुर (2019–20 = 10 को छोड़कर) और बिहारशरीफ (2019–20=7 को छोड़कर) में लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराई गई थी*

परामर्श समय द्वारा प्रावधानित किए गये हैं, जिसकी लेखापरीक्षा ने भी जांच की।

2.2.3.1 प्रति चिकित्सक ओ.पी.डी. रोगी

प्रति डॉक्टर ओ.पी.डी रोगियों की संख्या किसी अस्पताल में ओ.पी.डी. सेवाओं की दक्षता मापने के लिए एक संकेतक है। प्रति डॉक्टर प्रति दिन ओ.पी.डी. के मामले नीचे **तालिका 2.7** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 2.7
2019–20 के दौरान प्रति डॉक्टर प्रति दिन औसत ओ.पी.डी. मामले

जिला अस्पताल	प्रति डॉक्टर प्रति दिन औसत रोगियों की संख्या[9]
बिहारशरीफ	106
हाजीपुर	68
जहानाबाद	71
मधेपुरा	71
पटना	152

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में 2019–20 में प्रति डॉक्टर प्रति दिन औसत ओ.पी.डी. मामले 68 से 152 थे। जि.अ. हाजीपुर, जहानाबाद तथा मधेपुरा में प्रति डॉक्टर प्रति दिन औसत ओ.पी.डी. मामले क्रमशः 68, 71 और 71 थे, जबकि जि.अ.–पटना (152) और जि.अ.–बिहारशरीफ (106) में प्रति डॉक्टर प्रति दिन औसत ओ.पी.डी. मामले काफी अधिक थे।

लेखापरीक्षा ने सामान्य चिकित्सा विभाग के लिए 2019–20 के नमूना माह (अगस्त 2019) में ओ.पी.डी. रोगियों के भार की भी जांच की और पाया कि इस विभाग में प्रति डॉक्टर प्रति दिन ओ.पी.डी. के मामले प्रति डॉक्टर प्रति दिन कुल औसत ओ.पी.डी. मामलों की तुलना में बहुत अधिक थे, जैसा कि **तालिका 2.8** में दिखाया गया है ।

तालिका 2.8
ओ.पी.डी. में रोगी भार

जिला अस्पताल	बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना
प्रति डॉक्टर प्रति दिन कुल औसत ओ.पी.डी. मामलें	106	68	71	71	152
सामान्य चिकित्सा विभाग में प्रति डॉक्टर औसत ओ.पी.डी. मामले	195	205	–	116	108

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

नमूना जाँचित चार जिला अस्पतालों में सामान्य चिकित्सा विभाग में रोगी भार अधिक था क्योंकि रोगी भार के अनुसार डॉक्टरों की तैनाती नहीं की गई थी। इसके परिणामस्वरूप ओ.पी.डी. में प्रति रोगी परामर्श समय, जो ओ.पी.डी. में नैदानिक देखभाल को मापने के लिए एक संकेतक है, भी कम हुआ, जैसा कि नीचे चर्चा की गई है।

2.2.3.2 प्रतिरोगी परामर्श समय

जिला अस्पताल में गुणवत्ता आश्वासन के लिए एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में मासिक आधार पर नैदानिक देखभाल और सुरक्षा संकेतकों को मापने के लिए परामर्श समय के मूल्यांकन का प्रावधान किया गया है।

[9] *रविवार और छुट्टियों को छोड़कर वर्ष के ओ.पी.डी. दिन (उपलब्ध ओ.पी.डी. दिन 2019–20=311) फॉर्मूला = (ओ.पी.डी. रोगी की संख्या) ÷ (रोस्टर के अनुसार 311 x कुल डॉक्टर)*

ब्रिटिश मेडिकल जर्नल (नवंबर 2017) द्वारा चिकित्सा परामर्श समय पर एक अंतरराष्ट्रीय अध्ययन के अनुसार, दुनिया की 50 प्रतिशत आबादी वाले 18 देशों में परामर्श की औसत अवधि पांच मिनट या उससे कम है। परामर्श की इतनी कम अवधि रोगी देखभाल और परामर्श चिकित्सक के कार्यभार और तनाव पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है। कम परामर्श अवधि पॉलीफार्मेसी चलाने, एंटीबायोटिक दवाओं के आवश्यकता से अधिक उपभोग तथा रोगियों के साथ खराब संचार के लिए जिम्मेदार थी, यह इस तर्क का समर्थन करता है कि नियमित मुलाकातों के लिए परामर्श कितना छोटा हो सकता है, इसकी एक व्यावहारिक सीमा है। पांच मिनट से भी कम समय में बहुत कम हासिल किया जा सकता है जब तक कि मुख्य रूप से सकल रोग का पता लगाने और प्रबंधन पर ध्यान केंद्रित न किया जाए। औसतन पांच मिनट की वह सीमा हो सकती है जिसके नीचे परामर्श की अवधि ट्राइएज और परामर्श पर्ची के निर्गत करने से थोड़ी अधिक हो।

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में नमूना माह (अगस्त 2019) के उपलब्ध अभिलेखों की जांच करके सामान्य चिकित्सा और स्त्री रोग विभागों में प्रति रोगी औसत परामर्श समय की गणना की गई थी।

तालिका 2.9
नमूना जाँचित माह (अगस्त 2019) में ओ.पी.डी.[10] में प्रति केस लिया गया परामर्श का समय

जिला अस्पताल	सामान्य चिकित्सा				स्त्री एवं प्रसूति रोग			
	रोगियों की संख्या जिनको परामर्श समय दिया गया (प्रतिशत में)							
	नमूना जाँचित माह में कुल ओ.पी.डी. रोगी	3 मिनट से कम	3 से 5 मिनट	5 मिनट से अधिक	नमूना जाँचित माह में कुल ओ.पी.डी. रोगी	3 मिनट से कम	3 से 5 मिनट	5 मिनट से अधिक
बिहारशरीफ	11871	11494 (97)	377 (3)	0	2254	0	761 (34)	1493 (66)
हाजीपुर	5125	5125 (100)	0	0	4301	3321(77)	980 (23)	0
मधेपुरा	9530	6230 (65)	2617 (28)	683 (7)	1409	0	348 (25)	1061 (75)
पटना	5729	2009(35)	3465(60)	255 (4)	1506	0	498 (33)	1008 (67)
कुल (प्रतिशत)	**32255**	**24858(77)**	**6459(20)**	**938 (3)**	**9470**	**3321(35)**	**2587(27)**	**3562(38)**

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.9** से स्पष्ट है कि नमूना जाँचित अस्पतालों में 2019–20 के दौरान नमूना जाँचित महीने में सामान्य चिकित्सा ओ.पी.डी. में 97 प्रतिशत रोगी और स्त्री रोग ओ.पी.डी. में 62 प्रतिशत रोगी औसतन पांच मिनट अथवा उससे कम के परामर्श समय का लाभ ले पाए। उच्च रोगी भार तथा कम परामर्श समय के बावजूद जैसा कि **कंडिका 2.2.3** में उल्लेख किया गया है, संबंधित जिला अस्पतालों ने बेहतर स्वास्थ्य देखभाल सेवा देने के लिए इन ओ.पी.डी. में अतिरिक्त डॉक्टरों को तैनात नहीं किया।

2.2.4 ओ.पी.डी. परामर्श पर्ची और ओ.पी.डी. रोगियों को दवाएं जारी करना

(i) स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार के संकल्प (मई 2006 और अगस्त 2014) के अनुसार, सरकार जिला अस्पताल में मरीजों को मुफ्त दवा उपलब्ध कराने के लिए प्रतिबद्ध है।

एन.एच.एम.एसेसर की गाइडबुक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में ओ.पी.डी. परामर्श पर्ची की एक प्रति रखने की कोई प्रणाली नहीं थी। लेखापरीक्षा ने रोगियों से 500 ओ.पी.डी. परामर्श पर्ची प्राप्त किए और जुलाई–अगस्त 2021 के महीने के दौरान जिला अस्पतालों द्वारा रोगियों को प्रदान की गई

[10] *यह मानकर कि ओ.पी.डी. में एक डॉक्टर पूरी अवधि के लिए यानी छह घंटे लगातार काम करता है।*

दवाओं का परामर्श पर्ची के साथ तुलना की। लेखापरीक्षा ने पाया कि जिला अस्पतालों में केवल 41 प्रतिशत रोगियों[11] को ही निर्धारित दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हो सकी थीं। नमूना–जांच किए गए अधिकांश रोगियों (500 में से 463) को दो से पांच दवाएं निर्धारित की गईं। 106, 145, 148 और 64 रोगियों को क्रमशः दो, तीन, चार और पांच दवाएं निर्धारित की गईं। हालांकि, इसके विपरीत वहां–केवल 71 (67 *प्रतिशत*), 74 (51 *प्रतिशत*), 35 (24 *प्रतिशत*) और 13 (20 *प्रतिशत*) मरीजों को निर्धारित संख्या में दवाएं अर्थात क्रमशः दो, तीन, चार तथा पांच, मिल पाईं जैसा कि **तालिका 2.10** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.10
ओ.पी.डी. रोगियों को वितरित की गयी दवाएं

पॉच जिला अस्पतालों में निर्धारित दवाओं की सं0	उन रोगियों की संख्या जिन्हें दवा निर्धारित की गयी	वितरित की गयी दवाओं की संख्या									कुल मरीज
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	13	1	12	–	–	–	–	–	–	–	13
2	106	5	30	71	–	–	–	–	–	–	106
3	145	2	15	54	74	–	–	–	–	–	145
4	148	–	21	35	57	35	–	–	–	–	148
5	64	–	4	7	19	21	13	–	–	–	64
6	13	–	–	–	5	3	4	1	–	–	13
7	8	–	–	2	–	2	4	–	–	–	8
8	3	–	1	1	–	1	–	–	–	–	3
कुल	**500**	**8**	**83**	**170**	**155**	**62**	**21**	**1**	–	–	**500**

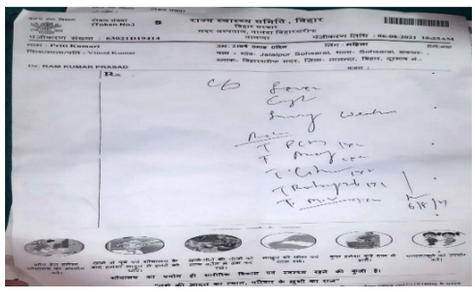
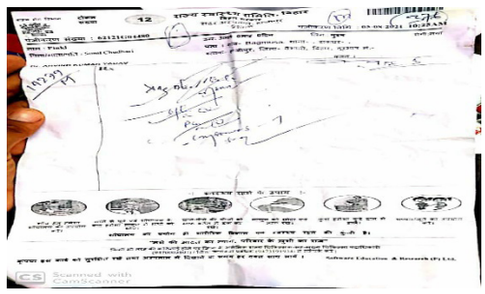
(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

इस प्रकार रोगियों को निःशुल्क दवा उपलब्ध कराने का उद्देश्य सुनिश्चित नहीं किया जा सका क्योंकि 59 प्रतिशत ओ.पी.डी. रोगियों ने अपने खर्च पर दवा खरीदी।

(ii) इंडियन मेडिकल काउंसिल रेगुलेशन 2002 के अनुसार, प्रत्येक चिकित्सक को जेनेरिक नामों के साथ, सुपाठ्य और अधिमानतः बड़े अक्षरों में दवाएं लिखनी चाहिए। अस्पष्ट लिखावट या पर्ची के अधूरे लेखन से गलत व्याख्या हो सकती है, जिससे दवा के वितरण और प्रबंधन में त्रुटियां हो सकती हैं। एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक अभिदेशित करता है कि डॉक्टरों को ओ.पी.डी. स्लिप में मरीज का इतिहास, मुख्य शिकायत और जांच निदान लिखना अनिवार्य है।

उपर्युक्त 500 ओ.पी.डी. परामर्श पर्चियों की जांच के दौरान लेखापरीक्षा ने बीमारी (0 से 32 *प्रतिशत*), रोगियों द्वारा दवा लेने की अवधि (0 से 55 *प्रतिशत*) और परामर्श पर्ची पर स्पष्ट सुपाठ्य लेखन के विवरण में कमी पायी।

[11] *जि.अ.–बिहारशरीफ : नमूना जाँचित 100 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 23 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई; जि.अ.–हाजीपुर : नमूना जाँचित 100 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 39 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई; जि.अ.–जहानाबाद : नमूना जाँचित 100 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 45 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई; जि.अ.–मधेपुरा : नमूना–जाँचित 100 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 67 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई; जि.अ.–पटना : नमूना जाँचित 100 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 32 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई। इस प्रकार, नमूना–जांच किए गए 500 रोगियों/परामर्श पर्चियों में से 206 को दवाएं पूर्ण रूप से प्राप्त हुई।*

जि.अ. बिहारशरीफ एवं जि.अ. हाजीपुर की परामर्श पर्ची का नमूना

2.2.5 एंटीबायोटिक नीति

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, जि.अ. एंटीबायोटिक दवाओं के अविवेकपूर्ण उपयोग की जांच करने और प्रतिरोधी उपभेदों के उद्भव को कम करने के लिए अपनी स्वयं की एंटीबायोटिक नीति विकसित करेगा। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों ने 2014–20 के दौरान एंटीबायोटिक नीति विकसित करने के लिए कोई कदम नहीं उठाया। यहां तक कि विशेषज्ञ डॉक्टरों की किसी समिति का गठन करने जैसी कोई पहल भी नहीं की गई। साथ ही इस संबंध में उच्चाधिकारी अथवा विभागीय स्तर से कोई निर्देश प्राप्त नहीं हुआ था। एंटीबायोटिक नीति के अभाव में, जिला अस्पतालों ने एंटीबायोटिक दवाओं के अविवेकपूर्ण उपयोग की जाँच और प्रतिरोधी उपभेदों के उद्भव को कम नहीं किया होगा।

2.2.6 ओ.पी.डी. के लिए पंजीकरण सुविधा

एन.एच.एम. एसेसर गाइडबुक के अनुमानतः पंजीकरण के लिए आवश्यक औसत समय प्रति मरीज 3–5 मिनट होना चाहिए, जो मोटे तौर पर प्रति काउंटर प्रति घंटे लगभग 20 रोगियों के लिए अनुमानित होता है। लेखापरीक्षा ने प्रत्येक नमूना–जांच किए गए जि.अ. में पंजीकरण काउंटरों की उपलब्धता के साथ 2019–20 के दौरान पंजीकृत रोगियों की संख्या की जांच की और यह पाया कि उपलब्ध पंजीकरण काउंटर सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में अपर्याप्त थे जैसा कि **तालिका 2.11** में दिखाया गया है।

तालिका 2.11

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में 2019–20 के दौरान प्रतिदिन औसतन रोगी भार

जिला अस्पताल	जिला अस्पतालों में बाह्य रोगियों की संख्या	प्रतिदिन औसतन रोगी भार (स्तंभ–2 / 311[12])	आवश्यक पंजीयन काउंटर की संख्या (स्तंभ–3 / 120[13])	उपलब्ध पंजीयन काउंटर की संख्या	कमी (स्तंभ 5–स्तंभ 4	मानक के अनुसार प्रति काउंटर रोगी भार	वर्तमान में प्रति काउंटर रोगी भार
1	2	3	4	5	6	7	8
बिहारशरीफ	2,29,737	739	6	2	4	120	370
हाजीपुर	2,10,839	678	6	5	1	120	136
जहानाबाद	2,20,036	708	6	3	3	120	236
मधेपुरा	1,99,677	642	5	3	2	120	214
पटना	1,41,727	456	4	2	2	120	228

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

[12] *2019–20 में ओ.पी.डी. के दिन (रविवार और छुट्टियों को छोड़कर)*

[13] *पंजीकरण काउंटर के दिन में 6 कार्य घंटे और एक घंटे में 20 पंजीकरण को ध्यान में रखते हुए*

परिणामस्वरूप, सभी नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में पंजीकरण काउंटरों पर रोगी भार मानक से 13 प्रतिशत (जि.अ.–हाजीपुर) से 208 प्रतिशत (जि.अ.–बिहारशरीफ) अधिक था।

2.2.7 ओ.पी.डी. में मूलभूत सुविधाएं

आई.पी.एच.एस. मानदंडों के अनुसार, ओ.पी.डी. क्षेत्रों में पीने योग्य पेयजल, शौचालय, पंखे और रोगी भार के अनुसार बैठने की व्यवस्था जैसी सुविधाएं होनी चाहिए।

नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में मूलभूत सार्वजनिक सुविधाएं जैसे पीने का पानी, पंखा, पुरुष और महिला के लिए अलग–अलग शौचालय/बाथरूम, कुर्सियों आदि की ओ.पी.डी. और पंजीकरण क्षेत्र में कमी थी जैसा कि **तालिका 2.12** में दिखाया गया है।

तालिका 2.12
पंजीयन क्षेत्र व ओ.पी.डी. में जन सुविधाओं की कमी

<table>
<tr><th colspan="2">पंजीकरण क्षेत्र</th><th colspan="2">ओ.पी.डी. क्षेत्र</th></tr>
<tr><th>वस्तु</th><th>कमी वाले जि.अ.</th><th>वस्तु</th><th>कमी वाले जि.अ.</th></tr>
<tr><td>वाटर प्यूरीफायर</td><td>बिहारशरीफ, हाजीपुर, जहानाबाद, मधेपुरा एवं पटना</td><td>पानी पीने की सुविधा</td><td>हाजीपुर, जहानाबाद, मधेपुरा एवं पटना</td></tr>
<tr><td>पंखा</td><td>हाजीपुर</td><td>शौचालय</td><td>पटना</td></tr>
<tr><td>स्नानघर (महिला)</td><td>बिहारशरीफ, जहानाबाद, पटना, मधेपुरा एवं हाजीपुर</td><td>बैठने की उपयुक्त सुविधाएं</td><td>हाजीपुर</td></tr>
<tr><td>स्नानघर (पुरूष)</td><td>जहानाबाद, पटना, मधेपुरा एवं हाजीपुर</td><td colspan="2" rowspan="5">
जि.अ.–हाजीपुर में ओ.पी.डी. में बैठने की अपर्याप्त सुविधा</td></tr>
<tr><td>शौचालय (महिला)</td><td>बिहारशरीफ, पटना, मधेपुरा एवं हाजीपुर</td></tr>
<tr><td>शौचालय (पुरूष)</td><td>पटना, मधेपुरा एवं हाजीपुर</td></tr>
<tr><td>कुर्सी</td><td>हाजीपुर, मधेपुरा एवं पटना</td></tr>
</table>

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ. द्वारा उपलब्ध करायी गयी सूचना)

लेखापरीक्षा ने पाया कि पंजीकरण क्षेत्र में सार्वजनिक सुविधाओं की कमी इस संबंध में किसी मानदंड के अभाव के कारण थी, जबकि ओ.पी.डी. क्षेत्र में सार्वजनिक सुविधाओं की कमी जिला अस्पतालों द्वारा अंतर विश्लेषण न करना और संबंधित सुधारात्मक उपायों की अनुपस्थिति के कारण थी।

2.2.8 रोगी की देखभाल की निरंतरता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार अस्पताल में विभागीय स्थानांतरण के दौरान मरीजों को सौंपने की प्रक्रिया और अस्पताल में रोगी को अन्य विशेषज्ञ के परामर्श के लिए एक स्थापित प्रक्रिया होनी चाहिए। इसके अलावा, जि.अ. ओ.पी.डी. परामर्श के लिए अन्य उच्च सुविधाओं में स्थानांतरण के लिए उपयुक्त रेफरल लिंकेज भी प्रदान करता है। ओ.पी.डी. उपचार के दौरान अन्य विभागीय उपचार की आवश्यकता होने पर ओ.पी.

डी. रोगियों की देखभाल की निरंतरता के लिए इन प्रणालियों की आवश्यकता होती है। हालाँकि, लेखापरीक्षा ने 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ओ.पी.डी. रोगियों की देखभाल की निरंतरता के लिए स्थापित प्रक्रिया का अभाव पाया।

2.2.9 चल चिकित्सा इकाई और टेलीमेडिसिन सुविधा

12वीं पंचवर्षीय योजना के अनुसार, जनता तक स्वास्थ्य देखभाल की पहुंच सुनिश्चित करने के लिए मौजूदा चल चिकित्सा इकाइयों का विस्तार किया जाएगा ताकि प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में इसकी उपस्थिति हो।

12वीं पंचवर्षीय योजना के दस्तावेज के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए किसी भी जिला अस्पताल में चल चिकित्सा इकाई नहीं थी। फलस्वरूप, 12वीं पंचवर्षीय योजना का लक्ष्य प्राप्त नहीं हो सका।

रा.स्वा.स. द्वारा कोई विशिष्ट जवाब प्रस्तुत नहीं किया गया।

2.2.10 शिकायत निवारण

रोगियों की शिकायतों के प्रभावी निवारण के लिए एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में शिकायतों की प्राप्ति, शिकायतों के पंजीकरण और पहले आगमन–पहले सेवा के आधार पर शिकायतों के निपटान, एक रजिस्टर में शिकायतों के संबंध में की गई कार्रवाई का टिप्पण, निपटान प्रणाली की आवधिक निगरानी और आवश्यकतानुसार वरिष्ठ अधिकारियों द्वारा अनुवर्ती कार्रवाई की एक तंत्र की परिकल्पना की गई है।

नमूना जांच किए गए किसी भी जिला अस्पतालों ने शिकायत पंजी के रख–रखाव और शिकायत पेटी के प्रावधान सहित शिकायत मामले के पंजीकरण और निपटान के लिए किसी तंत्र का प्रबंध नहीं किया था। हालांकि, जि.अ.–बिहारशरीफ ने केवल 2017–18 की अवधि के लिए एक शिकायत पंजी का संधारण और सभी 20 शिकायतों का निपटारा किया। शिकायत निवारण एवं शिकायत पंजी के अभिलेखों के अभाव में यह सत्यापित नहीं किया जा सका कि क्या इन अस्पतालों ने रोगियों की शिकायतों पर उचित रूप से ध्यान दिया।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि 30 मार्च 2016 से केंद्रीकृत शिकायत निवारण प्रणाली 104 कॉल सेंटर कार्यरत थी और 30 जून 2021 तक 10,510 शिकायतें प्राप्त हुई थीं। जवाब विशिष्टतः जिला अस्पताल से संबंधित नहीं था। इसके अलावा, शिकायतों के निवारण के बारे में भी विवरण प्रस्तुत नहीं किया गया था।

2.3 नैदानिक सेवाएं

2.3.1 नैदानिक सेवाएं (रेडियोलॉजी, पैथोलॉजी और प्रयोगशाला)

बिहार सरकार (अगस्त 2010) ने सरकारी अस्पतालों में पैथोलॉजिकल और रेडियोलॉजिकल परीक्षण सेवाएं निःशुल्क प्रदान करने के लिए वचनबद्ध हुई। इसके अलावा, आई.पी.एच.एस. के अनुसार, जिला अस्पताल की प्रयोगशाला को सभी आवश्यक परीक्षण करने में सक्षम होना चाहिए।

2.3.1.1 नैदानिक सेवा की उपलब्धता

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में से किसी ने भी सभी आवश्यक नैदानिक सुविधाएं प्रदान नहीं की, जैसा कि **तालिका 2.13, *परिशिष्ट 2.1 और 2.2*** में वर्णित है।

तालिका 2.13

2014–20 के दौरान उपलब्ध कराए गए अस्पताल–वार नैदानिक परीक्षण के श्रेणियों और प्रकार का विवरण

जि.अ. का नाम	आवश्यक 14 श्रेणियों और 121 नैदानिक परीक्षणों की संख्या में से			
	उपलब्ध परीक्षणों की श्रेणियां	उपलब्ध परीक्षणों की संख्या (प्रतिशत)	अनुपलब्ध परीक्षणों की श्रेणियां	अनुपलब्ध परीक्षणों की संख्या (प्रतिशत)
बिहारशरीफ	8	39 (32)	6	82 (68)
हाजीपुर	9	40 (33)	5	81 (67)
जहानाबाद	8	37 (31)	6	84 (69)
मधेपुरा	8	31 (26)	6	90 (74)
पटना	7	36 (30)	7	85 (70)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ. द्वारा उपलब्ध करायी गयी सूचना)

आवश्यक 121 नैदानिक सुविधाओं में से अधिकतम उपलब्धता जि.अ.–हाजीपुर में थी जो केवल 33 प्रतिशत थी जबकि जि.अ.–मधेपुरा ने न्यूनतम नैदानिक सेवाएं प्रदान की जो 26 प्रतिशत थी। नैदानिक सेवाओं की अनुपलब्धता 67 से 74 प्रतिशत के मध्य थी। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में नैदानिक सेवाओं की 14 श्रेणियों में से पांच से सात पूरी तरह से अनुपलब्ध थीं। इसके अलावा, जि.अ.–मधेपुरा में यद्यपि अल्ट्रासोनोग्राफी मशीन स्थापित की गई थी (मार्च 2019), तकनीशियन और रेडियोलॉजिस्ट की कमी के कारण यूएसजी सेवा सुनिश्चित नहीं की गई थी।

इसके अलावा, जि.अ.–पटना में ओ.पी.डी. अवधि के बाद और आपातकालीन मामलों के लिए रेडियोलॉजी सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। साथ ही जि.अ.–जहानाबाद, जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–हाजीपुर में रक्त अधिकोश के माध्यम से प्रसव रोगियों के लिए सीमित रक्त परीक्षण सुनिश्चित किया गया। जि.अ.–बिहारशरीफ में कॉल आधारित पैथोलॉजी सेवा उपलब्ध थी। ओ.पी.डी. अवधि के बाद और आपात स्थिति में नैदानिक सेवाओं की अनुपलब्धता मुख्य रूप से मानव–शक्ति की कमी के कारण थी।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि 121 परीक्षणों में से 41 को पूरा करने वाले सेमी–ऑटो–एनालाइजर और 3–पार्ट ब्लड सेल काउंटर मशीनों के माध्यम से पैथोलॉजी सेवाएं इन–हाउस मोड के रूप में प्रदान की जा रही थीं। जिला अस्पतालों में ओ.पी.डी. अवधि के बाद रेडियोलॉजी सेवाएं उपलब्ध कराने के संबंध में कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया। जवाब ने लेखापरीक्षा अवलोकन की पुष्टि की।

2.3.2 नैदानिक सेवाओं के लिए आधारभूत संरचना

2.3.2.1 नैदानिक सेवाओं के लिए उपकरण

आई.पी.एच.एस. अवधारित करता है कि जि.अ. के पास अस्पताल की बेड–संख्या के अनुसार नैदानिक सेवाओं के लिए आवश्यक और वांछनीय उपकरण[14] होने चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित किसी भी अस्पतालों में नैदानिक सेवाओं के लिए सभी आवश्यक उपकरण/मशीन नहीं थे और कमी 62 से 82 *प्रतिशत* के बीच थी। नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में से किसी के पास वांछनीय उपकरण उपलब्ध नहीं

[14] *200 बेड वाले जिला अस्पतालों में 69 और 12 प्रकार के उपकरण, 201 से 300 बेड़ों वाले जिला अस्पतालों के लिए 74 और 8 प्रकार के उपकरण जबकि 301 से 500 बेड़ों वाले जिला अस्पतालों के लिए 83 और 7 प्रकार के उपकरण क्रमशः आवश्यक और वांछनीय हैं।*

थे सिवाय जि.अ.–जहानाबाद के, जहां ऐसे उपकरण पांच में से केवल दो[15] श्रेणियों में उपलब्ध थे। निदान सेवाओं की पांच श्रेणियों[16] में उपकरणों की उपलब्धता में कुल मिलाकर कमी 66 से 84 *प्रतिशत* के बीच थी। नमूना–जांच किए गए पांच अस्पतालों में से किसी में भी एंडोस्कोपी के लिए नैदानिक सुविधा नहीं थी। जि.अ.–जहानाबाद में कार्डियोपल्मोनरी विभाग नहीं था। जि.अ.–जहानाबाद में आठ उपकरण काम नहीं कर रहे थे। नमूना जाँचित जि.अ. में उपकरणों की आवश्यकता और उपलब्धता का विवरण ***परिशिष्ट–2.3*** में दिया गया है।

इसके अतिरिक्त, नमूना जांच किए गए किसी भी जिला अस्पतालों ने नैदानिक उपकरणों को कार्यशील स्थिति में रखने के लिए वार्षिक रख–रखाव अनुबंध (ए.एम.सी.) निष्पादित नहीं किया था। साथ ही, नमूना जाँचित किसी भी जिला अस्पतालों ने नैदानिक उपकरण के डाउन टाइम से संबंधित अभिलेख संधारित नहीं किये थे।

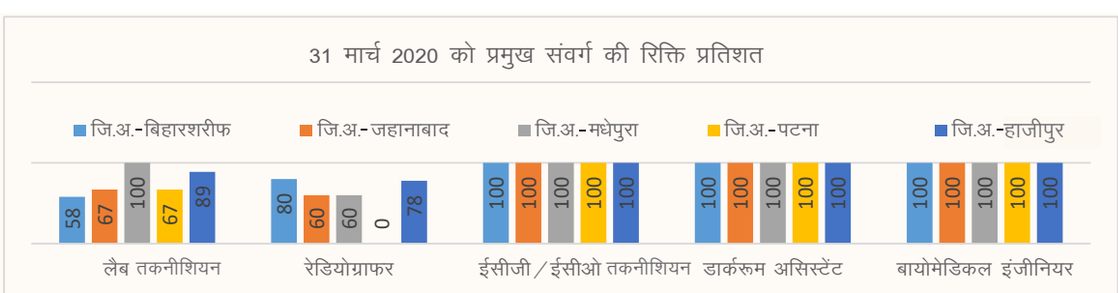
रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि पीपीपी मोड के तहत अनुबंध समझौते में एएमसी और साथ ही रोग संबंधी सेवाएं प्रदान करने के लिए नई 300 एम.ए. एक्स–रे मशीनों और प्रयोगशाला उपकरणों के लिए भी प्रावधान को शामिल किया गया था। रा. स्वा.स. का जवाब स्वयं इस तथ्य की स्वीकृति है कि ए.एम.सी. केवल नए उपकरण/आउटसोर्स सेवाओं के उपकरण के लिए थी।

2.3.2.2 तकनीशियनों की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, अस्पताल की बेड क्षमता के अनुसार तकनीशियन उपलब्ध होने चाहिए ***(परिशिष्ट 2.4)***।

नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में लेखापरीक्षा ने पाया कि लैब तकनीशियनों (एल टी) की कमी 58 से 100 *प्रतिशत* के बीच थी। रेडियोग्राफर, ईसीजी/ईसीओ तकनीशियन, डार्क रूम असिस्टेंट और बायो–मेडिकल इंजीनियर जैसे अन्य तकनीशियनों की कमी 60 से 100 *प्रतिशत* तक थी। हालांकि जि.अ.–पटना में आवश्यकता से अधिक रेडियोग्राफर तैनात थे। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों (जि.अ.–पटना[17] को छोड़कर) में एक भी ईईजी और साइटो तकनीशियन नहीं था। विवरण नीचे **रेखा–चित्र 2.4** में दर्शाया गया है।

रेखा–चित्र 2.4



(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

इस प्रकार, संबंधित डायग्नोस्टिक सेवाएं संबंधित जिला अस्पतालों में अनुपलब्ध थीं और परिणामस्वरूप, गुणवत्ता प्रयोगशाला और रेडियोलॉजी सेवाओं की अनुपलब्धता रोग

[15] *प्रयोगशाला और इमेजिंग*

[16] *इमेजिंग, एक्स–रे, कार्डियो पल्मोनरी, प्रयोगशाला और एंडोस्कोपी*

[17] *जि.अ.–पटना में, मानक के अनुसार यह आवश्यक नहीं था।*

नियंत्रण और रोगी प्रबंधन में विलंब या अनुपयुक्त प्रतिक्रियाओं में योगदान दे सकती है। इसका परिणाम तर्कहीन नैदानिक परामर्श पर्चियों पर निरंतर निर्भरता, दुर्लभ संसाधनों को बर्बाद करने वाले प्रचलन और निर्धन लोग जो सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों पर इलाज के लिए आते हैं, के खर्च को कम करने के भारत सरकार के निर्णय के विपरीत बाहर से नैदानिक सेवाओं को सुनिश्चित करने के लिए मजबूर होना हो सकता है, जिससे उनका जेब खर्च भी बढ़ जाता है।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि पांच नमूना जाँचित जिलों सहित पीएचसी से जिला अस्पताल स्तर तक स्वास्थ्य सुविधा पर प्रतिनियुक्त लैब–तकनीशियनों द्वारा पैथोलॉजी सेवाएं इन–हाउस मोड के रूप में प्रदान की जा रही थीं। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि कर्मचारियों को प्रतिनियुक्ति पर पदस्थापन के बावजूद भी कमी थी।

2.3.2.3 सुरक्षा मानदंडों का पालन

अस्पताल द्वारा रेडियोलॉजिकल डायग्नोस्टिक सेवाएं प्रदान करते समय, स्वास्थ्य पेशेवरों और रोगियों को विकिरण के हानिकारक प्रभावों से बचाने के लिए सुरक्षा और नियामक मानदंडों का पालन करना चाहिए।

(क) एक्स–रे यूनिट का आकारः परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (ए.ई.आर.बी.) सुरक्षा कोड के अनुसार, एक्स–रे यूनिट के कमरे का आकार 18 वर्ग मीटर से कम नहीं होना चाहिए और कोई भी आयाम 4 मीटर से कम नहीं होना चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में मानदंडों के अनुसार निर्धारित आयाम वाले कमरे में एक्स–रे प्रदान किया जा रहा था। हालांकि, जि.अ.–जहानाबाद में, एक्स–रे इकाई 2014–20 के दौरान एक जर्जर भवन में चल रही थी और संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान यह देखा गया कि उसे नशामुक्ति केंद्र में स्थानांतरित कर दिया गया है तथा कोई समर्पित एक्स–रे कक्ष नहीं था। परिणामस्वरुप, नशामुक्ति केंद्र गैर–कार्यात्मक हो गया।

(ख) रेडियोलॉजी सेवाओं के संचालन के लिए सुरक्षा उपायः एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और आई.पी.एच.एस. में रेडियोलॉजी सेवाओं के संचालन के लिए स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों के सुरक्षा उपायों और नियमित प्रशिक्षण का प्रावधान किया गया हैं। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित किसी भी जिला अस्पतालों ने सुरक्षा मानकों को सुनिश्चित नहीं किया था। हालाँकि, जि.अ.–बिहारशरीफ में थर्मो–ल्यूमिनिसेंट डोसीमीटर (टी.एल.डी.) बैज और लिड एप्रन का उपयोग किया जा रहा था और शेष नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में फेस शील्ड और एप्रन का उपयोग किया जा रहा था। इसके अलावा, नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में रेडियोलॉजी मशीन को संभालने वाले कर्मचारियों को विकिरण सुरक्षा पर प्रशिक्षण भी नहीं दिया गया था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि पीपीपी मोड और इन–हाउस मोड के तहत प्रदान की जाने वाली एक्स–रे सेवाओं में सुरक्षा उपायों के पालन का प्रावधान किया गया है। उपयुक्त एईआरबी अनुमोदन लिया जाता है और सेवा प्रदाता एक्स–रे मशीनों की अधिप्राप्ति से लेकर एक्स–रे सेवाएं प्रदान करने तक एईआरबी दिशानिर्देशों का पालन कर रहे हैं।

2.3.2.4 हेमोडायलिसिस सेवाएं

आई.पी.एच.एस. के अनुसार हेमोडायलिसिस सेवा एक आवश्यक सेवा है और सभी जिला अस्पतालों में उपलब्ध होनी चाहिए। रा.स्वा.स. (मार्च 2014) ने 16 जिला अस्पतालों[18] के लिए हेमोडायलिसिस सेवाएं प्रदान करने के लिए एक एजेंसी[19] के साथ समझौता किया।

[18] *मधुबनी, शेखपुरा, गोपालगंज, बक्सर, समस्तीपुर, अरवल, मोतिहारी, लखीसराय, सुपौल, जमुई, अररिया, बांका, भोजपुर, औरंगाबाद, सीवान और शिवहर*

[19] *बी ब्रौन मेडिकल (इंडिया) प्रा. लि. मुंबई*

लेकिन जून 2015 तक 16 जिला अस्पतालों में से केवल 12[20] में डायलिसिस सेवाएं शुरू की जा सकीं और चार[21] जिला अस्पतालों में जगह की अनुपलब्धता के कारण सेवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा सकीं। शेष 19 जिला अस्पतालों (53 प्रतिशत) में सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए अनुबंध का निष्पादन न करने का कारण उपलब्ध नहीं था। इस प्रकार, शेष 23 (19+4) जिलों के लोग हेमोडायलिसिस सुविधाओं के इच्छित लाभों से वंचित थे।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि डायलिसिस इकाइयां अब 12 अस्पतालों के साथ शेष चार जिला अस्पतालों अर्थात भोजपुर, औरंगाबाद, सीवान और शिवहर में भी काम कर रही हैं, जो लेखापरीक्षा के समय पहले से ही काम कर रहे थे। वर्तमान में पीपीपी मोड के तहत 35 जिलों (30 जिला अस्पतालों और 5 मेडिकल कॉलेज और अस्पताल) में डायलिसिस इकाइयां स्थापित और कार्यात्मक हैं। शेष तीन जिलों अर्थात जहानाबाद, सहरसा और कटिहार में मौजूदा भवन में जगह की अनुपलब्धता के कारण डायलिसिस इकाइयां स्थापित नहीं की जा सकीं। अभी तक जि.अ.–सहरसा और जि.अ.–कटिहार में नए भवनों का निर्माण किया जा रहा है और जहानाबाद में वैकल्पिक स्थान/भवन की तलाश की जा रही है। नए भवन एवं उपयुक्त वैकल्पिक स्थान/भवन के निर्माण के बाद इन जिला अस्पतालों में डायलिसिस इकाई स्थापित करना संभव होगा।

2.3.3 गुणवत्ता आश्वासन

एन.एच.एम.– फ्री डायग्नोस्टिक सर्विस इनिशिएटिव के विपरीत लेखापरीक्षा ने पाया कि :–

(क) नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों के पास सभी नैदानिक उपकरणों के नैदानिक और आवधिक अंशांकन के संबंध में गुणवत्ता आश्वासन के लिए कोई मानक संचालन प्रक्रिया (एसओपी) नहीं थी। उन्होंने उपलब्ध नैदानिक परीक्षणों और प्रयोगशाला उपकरणों के अंशांकन के लिए बाह्य गुणवत्ता आश्वासन भी नहीं किया।

(ख) पहचान की गई संदर्भ प्रयोगशालाओं के साथ नैदानिक परिणामों की क्रॉस–चेकिंग के लिए कोई प्रणाली नहीं थी और 2014–20 के दौरान किसी भी जिला अस्पतालों ने प्रयोगशाला प्रतिवेदन को बाह्य अभिप्रमाणन नहीं करवाया था। हालांकि, जि.अ. –जहानाबाद ने बताया कि एक बार एक्स–रे सेवा को उक्त अवधि के दौरान अभिप्रमाणित किया गया था, लेकिन इसका कोई विवरण प्रदान करने में विफल रहा।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि राज्य के सभी 38 जिलों को एसओपी जारी (मार्च 2016) किया गया था। इसके अलावा, रा.स्वा.स. ने एम्स, नई दिल्ली के माध्यम से बाह्य गुणवत्ता आश्वासन में जिला अस्पताल प्रयोगशालाओं की भागीदारी सुनिश्चित करने का निर्देश (नवंबर 2015) दिया। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि जिला अस्पताल के पास एसओपी नहीं था। साथ ही नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में बाहरी गुणवत्ता आश्वासन के संबंध में निर्देश व्यवहार में नहीं थे।

2.3.4 अन्य महत्वपूर्ण कमियां

(क) आई.पी.एच.एस. मानदंड और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत नमूना जाँचित जिला अस्पतालों ने नमूना के संग्रह के समय/किए गए जांच/नमूना हफ्तों[22] के दौरान नैदानिक सेवाओं के लिए तैयार की गई रिपोर्ट, प्रयोगशाला परीक्षण के

[20] *मधुबनी, शेखपुरा, गोपालगंज, बक्सर, समस्तीपुर, अरवल, मोतिहारी, लखीसराय, सुपौल, जमुई, अररिया और बांका। नालंदा में, जो चयनित अस्पताल में नहीं था, लेकिन वीआईएमएस, पावापुरी के स्थान पर सेवा शुरू की गई थी*

[21] *जि.अ.–भोजपुर, औरंगाबाद, सीवान और शिवहर में*

[22] *1–7 मई 2014/अगस्त 2015/नवंबर 2016/फरवरी 2018/मई 2018/अगस्त 2019*

लिए नमूना संग्रह क्षेत्र में औसत प्रतीक्षा समय तथा रेडियोलॉजिकल निदान से संबंधित रिकॉर्ड नहीं संधारित किया था। परिणामस्वरूप, टर्नअराउंड समय और प्रतीक्षा समय सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

(ख) कमियों के बावजूद नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों ने नैदानिक सेवाओं को चलाने के लिए निधियों की कोई विशेष मांग नहीं की थी। जि.अ.–जहानाबाद में यह देखा गया कि एन.एच.एम. के तहत निधि की कमी के कारण रेडियोलॉजी सेवाएं अप्रैल 2017 से जून 2018[23] के दौरान प्रदान नहीं की गईं।

2.4 अन्तः रोगी सेवाएं

अन्तः रोगी विभाग (आई.पी.डी.) अस्पताल के उन क्षेत्रों को संदर्भित करता है जहां मरीजों को भर्ती होने के बाद डॉक्टर/विशेषज्ञ के आकलन के आधार पर स्थान दिया जाता है।

2.4.1 अन्तः रोगी सेवाओं की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार एक जिला अस्पतालों को जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, नेत्र रोग, हड्डी रोग आदि से संबंधित अन्तः रोगी सेवाएं प्रदान करनी चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में मार्च 2020 तक आवश्यक सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं जैसा कि **तालिका 2.14** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.14
जिला अस्पतालों में अन्तः रोगी सेवाएं (मार्च 2020)

जिला अस्पताल	दुर्घटना एवं अभिघात	बर्न	डायलिसिस	जनरल मेडिसिन	जनरल शल्य चिकित्सा	नेत्र रोग	हड्डी रोग	फिजियो थिरेपी	मनो चिकित्सा
बिहारशरीफ	नहीं	नहीं	हॉ	हॉ	नहीं	हॉ	नहीं	हॉ	नहीं
हाजीपुर	नहीं	हॉ	नहीं	नहीं	हॉ	हॉ	नहीं	नहीं	नहीं
जहानाबाद	नहीं	नहीं	नहीं	हॉ	नहीं	नहीं	नहीं	हॉ	नहीं
मधेपुरा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हॉ	हॉ	नहीं	नहीं	नहीं
पटना	नहीं	नहीं	नहीं	हॉ	हॉ	नहीं	हॉ	नहीं	नहीं

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

दुर्घटना और अभिघात (सभी नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों), बर्न केयर (जि.अ. –हाजीपुर को छोड़कर), डायलिसिस (जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर), हड्डी रोग (जि.अ. –पटना को छोड़कर) और मनोरोग (सभी नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों) जैसी आई.पी.डी. सुविधाएं मानव संसाधन और बुनियादी ढांचे की कमी के कारण उपलब्ध नहीं थीं। आवश्यक आई.पी.डी. सुविधाओं के अभाव में मरीज़ निजी अस्पतालों या तृतीयक देखभाल अस्पतालों में अपना इलाज कराने के लिए बाध्य थे, जहाँ ये सेवाएँ उपलब्ध थीं।

इसके अलावा, जि.अ.–जहानाबाद में 10 बिस्तरों वाले नशामुक्ति केंद्र और छह बिस्तरों वाले जरा चिकित्सा वार्ड (अगस्त 2019 से स्थापना के बाद से) क्रमशः एक्स–रे सेवा को खाली कमरे से स्थानांतरित करने और डॉक्टर की कमी के कारण क्रियाशील नहीं थे। इसके अलावा, संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान यह पाया गया कि नेत्र

[23] *अप्रैल 2017 से मार्च 2018 तक एक्स–रे और यूएसजी 26/4/2018 से 8/6/2018*

विभाग के 40 बेडों को बरामदे में एक के ऊपर एक रखा गया था और बुनियादी ढांचे की कमी के कारण संबंधित कमरों का उपयोग कार्यालय के उद्देश्यों के लिए किया गया था।

जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–जहानाबाद के अधीक्षक/उप अधीक्षक ने लेखापरीक्षा निष्कर्षों को स्वीकार किया और आश्वासन दिया (जनवरी–फरवरी 2020) कि सुविधाओं को प्रदान करने के प्रयास किए जाएंगें और उच्च अधिकारियों के साथ पत्राचार किया जाएगा। जवाब संतोषजनक नहीं था क्योंकि एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक 2013 में प्रकाशित हुई थी और ये जिला अस्पताल 2013[24] से बहुत पहले अस्तित्व में आए थे, लेकिन लेखापरीक्षा को मानक के अनुसार आई.पी.डी. सेवाओं को सुनिश्चित करने के लिए कोई अंतर विश्लेषण अभिलिखित नहीं मिला।

2.4.2 जिला अस्पतालों में मानव संसाधनों की उपलब्धता

2.4.2.1 डॉक्टरों की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. की प्रावधान के अनुसार रोगियों को उचित चिकित्सा देखभाल प्रदान करने के लिए डॉक्टर और नर्स आई.पी.डी. में चौबीस घंटे उपलब्ध रहने चाहिए। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में डॉक्टरों/विशेषज्ञों की स्थिति (पी.आई.पी.) और आई.पी.एच.एस. मानदंडों के संबंध में कमी **तालिका 2.15** में दी गई है।

तालिका 2.15
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में डॉक्टर/विशेषज्ञों की कमी

जिला अस्पताल	स्वीकृत बेडें	आई.पी.एच.एस. के अनुसार आवश्यक डॉक्टर की सं0	मार्च 2020 में कार्यरत बल	आई.पी.एच.एस. की तुलना में कमी	आई.पी.एच.एस. की तुलना में कमी का *प्रतिशत*
बिहारशरीफ	300	50	22	28	56
हाजीपुर	500	68	29	39	57
जहानाबाद	300	50	32	18	36
मधेपुरा	300	50	20	30	60
पटना	100	32	20	12	37
कुल	**1500**	**250**	**123**	**127**	**51**

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

इस प्रकार, नमूना–जांच किए गए सभी पांच जिला अस्पतालों में डॉक्टरों की कमी 36 से 60 *प्रतिशत* के बीच थी। इसके अलावा, आई.पी.एच.एस. एक जि.अ. की बेड क्षमता के आधार पर विभिन्न विभागों के लिए विशेषज्ञों के पदों को निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने मार्च 2020 तक नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में आई.पी.एच.एस. मानदंडों की तुलना में विशेषज्ञों की 48 से 80 प्रतिशत तक की कमी पाई, जैसा कि **तालिका 2.16** में दिखाया गया है।

[24] *बिहारशरीफ– 2009 से पहले, हाजीपुर– 1973, जहानाबाद– 1989, मधेपुरा– 2009 से पहले और पटना– जुलाई 2018*

तालिका 2.16
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की आवश्यकता एवं कमी

जिला अस्पताल (स्वीकृत बेडों की सं0)	आई.पी.एच. एस. के अनुसार आवश्यक विशेषज्ञों की सं0	विभिन्न विशेषज्ञों की कमी का विवरण
बिहारशरीफ (300)	35	मेडिसिन (3), शल्य चिकित्सा (3), पीडियाट्रिक्स (3), एनेस्थेसिया (2), हड्डीरोग (1), रेडियोलोजी (2), पैथोलोजी (2), ई.एन.टी (1)., डेन्टल (1), डर्माटोलोजी (1), मनोचिकित्सा (1), माइक्रोबायोलोजी (1), फोरेंसिक विशेषज्ञ (1), आयुष (1) **कुल कमी–23 (66 *प्रतिशत*)**
हाजीपुर (500)	45	मेडिसिन (3), शल्य चिकित्सा (2), स्त्री एवं प्रसूति रोग (2), पीडियाट्रिक्स (4), एनेस्थेसिया (4), ऑप्थामोलोजी (1), हड्डीरोग(1), रेडियोलोजी (1), पैथोलोजी (3), डेन्टल (1), फोरेंसिक विशेषज्ञ (1), आयुष(1) **कुल कमी–24 (53 *प्रतिशत*)**
जहानाबाद (300)	35	मेडिसिन (2), शल्य चिकित्सा (2), स्त्री एवं प्रसूति रोग (2), पीडियाट्रिक्स (3), एनेस्थेसिया (2), हड्डीरोग (1), रेडियोलोजी (2), पैथोलोजी (3), ई.एन.टी (1)., डेन्टल (2), डर्माटोलोजी (1), माइक्रोबायोलोजी (1), फोरेंसिक विशेषज्ञ (1), आयुष (1) **कुल कमी–24 (69 *प्रतिशत*)**
मधेपुरा (300)	35	मेडिसिन (3), शल्य चिकित्सा (2), स्त्री एवं प्रसूति रोग (4), पीडियाट्रिक्स (3), एनेस्थेसिया (2), हड्डीरोग (2), रेडियोलोजी (2), पैथोलोजी (3), ई.एन.टी (1)., डेन्टल (1), डर्माटोलोजी (1), मनःचिकित्सा (1), माइक्रोबायोलोजी (1), फोरेंसिक विशेषज्ञ (1), आयुष (1) **कुल कमी–28 (80 *प्रतिशत*)**
पटना (100)	21	मेडिसिन (1), पीडियाट्रिक्स (1), एनेस्थेसिया (1), ऑप्थामोलोजी (1), पैथोलोजी (1), ई.एन.टी (1). मनोचिकित्सा (1), माइक्रोबायोलोजी (1), फोरेंसिक विशेषज्ञ (1), आयुष (1) **कुल कमी–10 (48 *प्रतिशत*)**

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

नमूना जांच किए गए किसी भी जिला अस्पतालों में आयुष, माइक्रोबायोलोजी (जि.अ. –हाजीपुर को छोड़कर) और फोरेंसिक के विशेषज्ञ नहीं थे। इसके अलावा, डॉक्टरों की कमी ने बदले में आई.पी.डी. में डॉक्टरों की बेडवार उपलब्धता को प्रभावित किया जैसा कि नीचे के पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

2.4.2.2 डॉक्टरों के लिए रोस्टर

आई.पी.डी. में डॉक्टरों की उपलब्धता का आकलन करने के लिए लेखापरीक्षा ने डॉक्टरों के रोस्टर की मांग की। जि.अ.–बिहारशरीफ, जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–पटना ने 2019–20 की अवधि के लिए डॉक्टरों का रोस्टर प्रदान नहीं किया, किन्तु बताया कि जि.अ. बिहारशरीफ और जि.अ.–हाजीपुर में 300 और 120 बेड वाले आई.पी.डी. में क्रमशः तीन से चार डॉक्टर उपलब्ध थे और 100 बिस्तरों वाले जि.अ.–पटना में प्रत्येक पाली में दो डॉक्टर उपलब्ध थे। डॉक्टरों के रोस्टर के अभाव में इन नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में आई.पी.डी. के लिए डॉक्टरों की वास्तविक उपलब्धता सुनिश्चित नहीं की जा सकी। इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने पाया कि रोस्टर के अनुसार, जि.अ.–जहानाबाद में 97 बेडों वाले आई.पी.डी. में तीन से चार डॉक्टर उपलब्ध थे, जबकि 2019–20 के दौरान जि.अ. मधेपुरा में 91 बिस्तरों वाले आई.पी.डी. में केवल एक से दो चिकित्सक उपलब्ध थे। यह देखा गया कि रात की पाली में दिन की पाली की तुलना में आई.पी. डी. में कम चिकित्सक तैनात थे। दिन के समय ओ.पी.डी. सेवाओं के लिए अन्य डॉक्टर भी अस्पतालों में उपलब्ध रहते थे। यदि आवश्यक हो तो इन डॉक्टरों को नियुक्त करके आई.पी.डी. सेवाओं का प्रबंधन किया जा सकता है। लेकिन, डॉक्टरों की उपलब्धता के मामले में विशेष रूप से रात्रि देखभाल आई.पी.डी. सुविधाओं में कमी थी।

2.4.2.3 नर्स और पैरामेडिक्स

आई.पी.एच.एस. एक जि.अ. में स्टाफ नर्स और पैरामेडिक्स के विभिन्न पदों की संख्या उनकी बेड क्षमता के अनुसार निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में मार्च 2020 तक आई.पी.एच.एस. मानदंडों की तुलना में पैरामेडिक्स और स्टाफ नर्सों की कमी पाई, जैसा कि **तालिका 2.17** में दिया गया है।

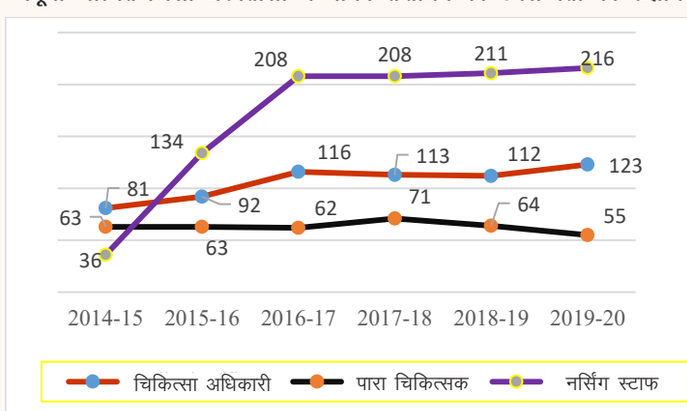
तालिका 2.17
स्टाफ नर्स तथा पैरामेडिक्स की स्वीकृत बल, कार्यरत बल एवं कमी

जि.अ.	स्वीकृत बेड	आई.पी.एच.एस. मानक के अनुसार आवश्यक बल		कार्यरत बल		आई.पी.एच.एस. मानक के अनुसार कमी (प्रतिशत)	
		पैरामेडिक्स	स्टाफ नर्स / एएनएम	पैरामेडिक्स	स्टाफ नर्स / एएनएम	पैरामेडिक्स	स्टाफ नर्स / एएनएम
बिहारशरीफ	300	66	135	14	50	52 (79)	85 (63)
हाजीपुर	500	100	225	8	36	92 (92)	189 (84)
जहानाबाद	300	66	135	13	54	53 (80)	81(60)
मधेपुरा	300	66	135	12	34	54 (82)	101 (75)
पटना	100	31	45	8	41	23 (74)	4 (09)
कुल	**1500**	**329**	**675**	**55**	**215**	**274(83)**	**460(68)**

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

तालिका 2.17 से स्पष्ट है कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में सहायक चिकित्सकों की कमी 74 से 92 प्रतिशत के बीच थी जबकि नर्सों की कमी नौ से 84 प्रतिशत के बीच थी। पैरामेडिक्स की श्रेणीवार कमी का विवरण ***परिशिष्ट 2.5*** में दिया गया है। इस प्रकार, जिला अस्पतालों के पास पैरामेडिक्स और नर्सों की अत्यधिक कमी थी जो जि.अ. के संबंधित विभागों के सुचारू कामकाज के लिए बहुत आवश्यक थे। इसके अलावा, नर्सों की कमी बदले में जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ की बेडवार उपलब्धता को प्रभावित करती है जैसा कि अनुवर्ती **कंडिका 2.4.2.4** में चर्चा की गई है।

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में मानव संसाधन की उपलब्धता का रूझान



2016–20 के दौरान डॉक्टरों (छः प्रतिशत) और नर्सों (चार प्रतिशत) की कार्यरत बल में मामूली वृद्धि हुई थी, जबकि 2016–20 के दौरान नमूना जाँचित जि.अ. में पैरामेडिक्स की कार्यरत बल 62 से घटकर 55 हो गई थी।

रा.स्वा.स. ने अपने जवाब में दावा किया कि स्वास्थ्य विभाग द्वारा 9,586 नर्सिंग स्टाफ की भर्ती की गई थी, लेकिन रा.स्वा.स. के जवाब में भर्ती के वर्ष और जिला अस्पतालों में उनकी पदस्थापन के विवरण जैसी जानकारी नहीं थी। बिहार सरकार के आर्थिक सर्वेक्षण के अनुसार, बिहार में 57,849 की स्वीकृत शक्ति के विरुद्ध केवल 30,455 (53 प्रतिशत) नर्सें ही पदस्थापित थीं।

2.4.2.4 बेड–नर्स अनुपात

आई.पी.एच.एस. एक जि.अ. के सामान्य वार्ड में प्रति छह बेडों पर एक नर्स का प्रावधान करती है। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों[25] में एक नर्स के सापेक्ष बेड का विवरण, जहां 2019–20 में आई.पी.डी. में नर्सों की ड्यूटी के लिए रोस्टर बनाए गए थे, को **तालिका 2.18** में दिखाया गया है।

तालिका 2.18

आई.पी.डी. में एक नर्स के सापेक्ष बेड

शिफ्ट	बिहारशरीफ	हाजीपुर	मधेपुरा	जहानाबाद
शिफ्ट–I (8 पूर्वा. से 2 अप.)	27	9	9	7
शिफ्ट–II (2 अप. से 8 अप.)	33	13	18	11
शिफ्ट–III (8 अप. से 8 पूर्वा.)	30	19	18	11

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

इस प्रकार, जि.अ.–जहानाबाद में शिफ्ट–। को छोड़कर, नमूना–जांच किए गए किसी भी जिला अस्पतालों ने नर्सिंग देखभाल के संबंध में आई.पी.एच.एस. मानदंडों का अनुपालन नहीं किया। जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–मधेपुरा में बेड के सापेक्ष नर्स अनुपात बहुत अधिक था जो जि.अ. के बीच नर्सिंग संसाधनों के अपर्याप्त और असमान वितरण को दर्शाता है।

2.4.3 आवश्यक दवा एवं उपकरणों की अपलब्धता

2.4.3.1 आई.पी.डी. के लिए दवाओं की उपलब्धता

आई.पी.डी. में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता का पता लगाने के लिए लेखापरीक्षा ने 2014–20 के नमूना महीनों के दौरान एन.एच.एम. एसेसर गाइडबुक में निर्धारित 14 प्रकार की आवश्यक दवाओं ***(परिशिष्ट 2.6)*** की उपलब्धता की जांच की। इसके विपरीत, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में दवाओं की कमी थी जैसा कि **तालिका 2.19** में दर्शाया गया है:

तालिका 2.19

आई.पी.डी. में आवश्यक दवाओं (14 प्रकारों में से) की उपलब्धता

जिला अस्पताल	मई 2014	अगस्त 2015	नवंबर 2016	फरवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019	आवश्यक दवाओं की औसत उपलब्धता	आवश्यक दवाओं में कमी (*प्रतिशत में*)
बिहारशरीफ	11	10	9	10	10	10	10	4 (29)
हाजीपुर	7	8	6	7	4	9	7	7 (50)
जहानाबाद	5	5	7	7	7	9	7	7 (50)
मधेपुरा	11	10	9	11	11	9	10	4 (29)
पटना	अ.उ.न.*	अ.उ.न.	अ.उ.न.	8	6	10	8	6 (43)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) * अ.उ.न.– अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।

जैसा कि **तालिका 2.19** में दर्शाया गयाहै, नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में आई.पी.डी. में आवश्यक दवाओं की औसत कमी 29 से 50 प्रतिशत के बीच थी। नमूना

[25] *जि.अ.–पटना ने मांगे जाने पर भी 2019–20 की अवधि के लिए नर्सों का रोस्टर उपलब्ध नहीं कराया।*

जाँचित जिला अस्पतालों के नमूना जाँचित माह में आई.पी.डी. में कुछ आवश्यक दवाओं जैसे एड्रेनालाईन और सालबुटामोल (अस्थमा रोधी और पुरानी प्रतिरोधी फुफ्फुसीय रोग में प्रयुक्त), एक्टिवेटेड चारकोल (विषाक्तता में इस्तेमाल होने वाले एंटीडोट्स और अन्य पदार्थ) और एंटी स्नेक वेनम आदि की अनुपलब्धता ने रोगियों द्वारा बाहर से आवश्यक दवाओं की खरीद की संभावना का संकेत दिया।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि आई.पी.डी. में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए, बि.स. ने बीएमएसआईसीएल की स्थापना की (मई 2010) और पूरे राज्य में स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए दवाओं और उपभोग्य वस्तुओं की निर्बाध और समय पर आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए बीएमएसआईसीएल को दवाओं की खरीद के लिए बिहार सरकार के बजट का 80 प्रतिशत आवंटित किया गया था। 'एन.एच.एम. मुफ्त दवा पहल' के विजन को साकार करने के लिए जिलों को उनकी आवश्यकता के अनुसार और आवंटित बजट के 20 प्रतिशत की सीमा के भीतर स्थानीय स्तर पर जेनेरिक और आवश्यक दवाओं की सूची (ईडीएल) दवाओं को खरीदने का अधिकार दिया गया था।

यद्यपि, रा.स्वा.स. का जवाब तथ्यात्मक रूप से सही था, परन्तु तथ्य अभी भी बना हुआ है कि नमूना जांच किये गये जिला अस्पतालें दवाओं की कमी से जूझ रहे थे।

2.4.3.2 आई.पी.डी. के लिए उपकरण की कमी

लेखापरीक्षा ने देखा कि 2019–20 के दौरान एन.एच.एम. एसेसर गाइडबुक में निर्धारित आवश्यक उपकरणों के 15 प्रकार ***(परिशिष्ट–2.6)*** के नमूने में से सात से 14 प्रकार के कार्यशील उपकरण नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में उपलब्ध थे जैसा कि **तालिका– 2.20** में दिखाया गया है।

तालिका 2.20
2019–20 के दौरान आई.पी.डी. में आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता

जिला अस्पताल	15 मे से आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता	अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों के नाम (प्रतिशत)
बिहारशरीफ	13	ड्रेसिंग ट्रॉली और ईटी ट्यूब –2 (13)
हाजीपुर	13	ड्रेसिंग ट्रॉली और फोएटोस्कोप–2 (13)
जहानाबाद	7	बेबी बैग और मास्क, डॉपलर, ड्रेसिंग ट्रॉली, ईटी ट्यूब, ग्लूकोमीटर, लैरींगोस्कोप, ऑक्सीजन फ्लो मीटर और वयस्कों के लिए वजन माप–8 (53)
मधेपुरा	9	ईटी ट्यूब, फोएटोस्कोप, डॉपलर, लैरींगोस्कोप, वयस्क के लिए वजन का पैमाना और बच्चे के लिए वजन माप–6 (40)
पटना	14	डॉपलर –1(7)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.20** से स्पष्ट है, जि.अ.–जहानाबाद (53 प्रतिशत) और जि.अ. –मधेपुरा (40 प्रतिशत) में उपकरणों की मुख्य कमी पाई गई थी। तीन नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में ड्रेसिंग ट्रॉली, ईटी ट्यूब (पुनर्वसन में प्रयुक्त) और डॉपलर (मरीजों की जांच और निगरानी में प्रयुक्त) उपलब्ध नहीं थे। इसके अलावा, नमूना जाँचित किसी भी जि.अ. ने आई.पी.डी. उपकरण के लिए एएमसी निष्पादित नहीं किया, हालांकि जि.अ. –जहानाबाद, मधेपुरा और पटना में सक्शन मशीन, बीपी उपकरण, ऑक्सीजन फ्लो मीटर और ई.टी. ट्यूब जैसे 10 उपकरण अकार्यशील स्थिति में थे।

रा.स्वा.स. ने बताया कि आई.पी.एच.एस. मानदंडों और एम.सी.आई. मानक के अनुसार आवश्यक उपकरणों की सुविधावार और आवश्यकता–आधारित सूची की पहचान करने

और तैयार करने के लिए एक तकनीकी कोर समिति का गठन किया गया था। बी.एम. एस.आई.सी.एल. को स्वास्थ्य सुविधाओं पर पड़े उपकरणों के रखरखाव के लिए वार्षिक अनुबंध को बनाए रखने का निर्देश दिया गया था।

2.4.4 जेनेरिक दवा

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और बि.स. (जनवरी 2007) केवल जेनेरिक नाम में दवाओं के परामर्श पर्ची निर्धारित करते हैं। इंडियन मेडिकल काउंसिल रेगुलेशन, 2002 सुपाठ्य और अधिमानतः बड़े अक्षरों में लिखे गये जेनेरिक नाम वाले दवाओं की परामर्श पर्ची अवधारित करती है।

नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2016–20 के नमूना[26] जाँचित सप्ताह के दौरान 380[27] बेड हेड टिकटों (बी.एच.टी.) की जांच से पता चला कि कुल 1,374 दवाएं अन्तः रोगियों को निर्धारित की गई थीं, जिनमें से केवल 647 (47 प्रतिशत) दवाओं के नाम ही सुपाठ्य थे। यह देखा गया कि कुल सुपाठय 647 दवाओं में से 560 दवाएं ईडीएल से थीं और जेनेरिक नाम के साथ निर्धारित की गई थीं। इसके अलावा, इंडियन मेडिकल काउंसिल रेगुलेशन के मानदंडों के खिलाफ बड़े अक्षरों में कोई दवा नहीं लिखी गई थी।

यद्यपि, रा.स्वा.स. ने अपने जवाबों में दावा किया कि स्वास्थ्य विभाग तथा राज्य स्वास्थ्य समिति ने राज्य के सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों के डॉक्टरों को जेनेरिक नाम से दवाएँ लिखने का निर्देश पहले ही जारी कर दिया था, परन्तु लेखापरीक्षा ने नमूना जाँच किए गए जिला अस्पतालों में इस निर्देश के उल्लंघन के मामले पाये।

2.4.5 पॉजिटिव और नेगेटिव आइसोलेशन वार्ड

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में निर्धारित किया गया है कि जिला अस्पतालों में पॉजिटिव[28] और नेगेटिव[29] आइसोलेशन वार्ड होने चाहिए। प्रतिरक्षा समझौता रोगी जैसे एड्स, कैंसर, टाइप–। मधुमेह, ल्यूकेमिया, अस्थमा, रयूमेटाइड अर्थराइटिस और आनुवांशिक विकार को पॉजिटिव आइसोलेशन कक्ष की आवश्यकता होती है। इसके अलावा, तपेदिक, खसरा और अन्य संक्रामक रोगों (फ्लू) से प्रभावित रोगी को नेगेटिव आइसोलेशन की आवश्यकता होती है। लेखापरीक्षा ने देखा कि नमूना–जांच किए गए किसी भी जिला अस्पताल में पॉजिटिव और नेगेटिव आइसोलेशन वार्ड उपलब्ध नहीं थे। जिला अस्पतालों में भर्ती मरीजों का विवरण जिन्हें पॉजिटिव और नेगेटिव आइसोलेशन की सुविधा की आवश्यकता थी, का संधारण नहीं किया गया था। इस प्रकार, जिला अस्पतालों ने सार्वजनिक और रोगी सुरक्षा के लिए संक्रामक रोगी का पृथक्करण सुनिश्चित नहीं किया।

रा.स्वा.स. ने अपने जवाब में बताया कि वह पॉजिटिव और नेगेटिव वायु दाब को बनाए रखने के लिए जिला अस्पतालों में एयर हैंडलिंग यूनिट स्थापित करने की योजना बना रहा है। जवाब ने लेखापरीक्षा अवलोकन की पुष्टि की। रा.स्वा.स.ने आगे बताया कि सार्वजनिक सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए कोविड–19 महामारी के दौरान कई आइसोलेशन वार्ड चिन्हित किए गए थे।

---

[26] *जि.अ.– पटना में 2016–19 के दौरान नमूना सप्ताह के बी.एच.टी. उपलब्ध नहीं थे, 2018–19 के नमूना सप्ताह के बी.एच.टी. जि.अ.– जहानाबाद में उपलब्ध नहीं थे और 2016–17 के नमूना सप्ताह के बी.एच.टी. को जि.अ.– हाजीपुर द्वारा उपलब्ध नहीं कराया गया था।*

[27] *जि.अ.– बिहारशरीफः 105, जि.अ.– हाजीपुरः 87, जि.अ.– जहानाबादः 45, जि.अ.– मधेपुराः 119 और जि.अ.–पटनाः 24।*

[28] *पॉजिटिव कक्ष वायु दाब, जहां एक प्रतिरक्षा–समझौता रोगी किसी भी संक्रमण के वायु–जनित संचरण से सुरक्षित है।*

[29] *नेगेटिव कक्ष का वायु दाब, जहां अन्य लोग, किसी रोगी जो एक संक्रमण जोखिम हो सकता है, से किसी भी वायु–जनित संचरण से सुरक्षित होते हैं।*

2.4.6 शल्यक्रिया कक्ष सेवाएं

आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देश 101 से 500 बिस्तरों की क्षमता वाले जिला अस्पतालों में एच्छिक प्रमुख सर्जरी, आपातकालीन सेवाओं और ऑथ्यामोलोजी/ई.एन.टी. के लिए ऑपरेशन थियेटर (ओ.टी.) निर्धारित करते हैं। विभिन्न प्रकार की ओ.टी. सेवाओं की उपलब्धता **तालिका–2.21** में दिखाई गई है।

तालिका 2.21
2019–20 के दौरान ओ.टी. की उपलब्धता

जिला अस्पताल	ऐच्छिक मेजर सर्जरी के लिए ओ.टी.	आपातकालीन सर्जरी के लिए ओ.टी.	ऑथ्यामोलोजी/ई.एन.टी. के लिए ओ.टी.
बिहारशरीफ	हॉ	नहीं	हॉ
हाजीपुर	हॉ	नहीं	हॉ
जहानाबाद	नहीं	नहीं	नहीं
मधेपुरा	नहीं	नहीं	हॉ
पटना	नहीं	नहीं	नहीं

(स्रोतः नमूना जॉचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.21** से स्पष्ट है, नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से तीन जिला अस्पतालों में ऐच्छिक प्रमुख सर्जरी के लिए ओ.टी. उपलब्ध नहीं था। किसी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में आपातकालीन सर्जरी के लिए ओ.टी. उपलब्ध नहीं था और दो नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ऑथ्यामोलोजी/ई.एन.टी. के लिए ओ.टी. उपलब्ध नहीं था। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में सर्जिकल सुविधाओं की खराब उपलब्धता उपकरणों और आवश्यक जनशक्ति की अनुपलब्धता के कारण थी। विभिन्न प्रकार के ओ.टी. की अनुपलब्धता से रोगियों को उपचार प्रक्रिया के हिस्से के रूप में सर्जिकल ऑपरेशन प्राप्त करने से वंचित करने का प्रभाव पड़ा होगा जिससे उन्हें निजी क्लीनिकों में जाना पड़ा होगा या उच्च सरकारी अस्पतालों में रेफर किया गया होगा।

इस लेखापरीक्षा अवलोकन का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

2.4.7 प्रति सर्जन सर्जरी

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार, प्रति सर्जन की जाने वाली सर्जरी अस्पतालों की दक्षता को मापने का एक संकेतक है। लेखापरीक्षा ने देखभाल की निरंतरता में कमी पायी जो सामान्य सर्जरी के लिए ओ.पी.डी. से रेफर किए गए रोगियों के विवरण हासिल करने के लिए किसी प्रणाली के अभाव से स्पष्ट थी। इसलिए, जिला अस्पतालों में किए जाने वाले आवश्यक सर्जरी की संख्या के बारे में विवरण उपलब्ध नहीं थे और इसलिए इनका निगरानी करना भी मुश्किल था।

नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2019–20 की अंतिम तिमाही के नमूने के आधार पर किए गए सर्जरी के रिकॉर्ड का विश्लेषण करने पर पाया गया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में प्रति सर्जन की गई सर्जरी की संख्या में भिन्नता थी, जैसा कि **तालिका 2.22** में दिखाया गया है।

तालिका 2.22
प्रति सर्जन सर्जरी

जिला अस्पताल	जि.अ. में सर्जन की सं0 (2019–20 की अंतिम तिमाही)	प्रति सर्जन द्वारा किया गया सर्जरी				प्रति सर्जन किया गया नेत्र सर्जरी (मोतियाबिंद की सर्जरी)
		जनरल		ईएनटी	ऑर्थोपेडिक्स	
		मेजर	माइनर			
बिहारशरीफ	1	1	3	सुविधा उपलब्ध नहीं था		71
हाजीपुर	2	0	49	सुविधा उपलब्ध नहीं था		42
जहानाबाद	1	17	25	सुविधा उपलब्ध नहीं था		0
मधेपुरा	1	20	24	सुविधा उपलब्ध नहीं था		55 (2 चिकित्सक)
पटना	2	42	77	सुविधा उपलब्ध नहीं था	37 (माइनर) (2 चिकित्सक)	सुविधा उपलब्ध नहीं था

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.22** से स्पष्ट है, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ई.एन.टी. और हड्डी रोग (जि.अ.–पटना को छोड़कर) सर्जरी के लिए सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। जि.अ.–बिहारशरीफ में प्रति सर्जन केवल एक बड़ी और तीन छोटी सामान्य सर्जरी की गई और दो सर्जन होने के बावजूद जि.अ.–हाजीपुर में कोई बड़ी सामान्य सर्जरी नहीं की गई। जि.अ.–जहानाबाद में मोतियाबिंद की सर्जरी नहीं की गई थी और इसकी सुविधा जि.अ.–पटना में उपलब्ध नहीं थी। इस प्रकार, निष्पादित मुख्य सर्जरी की कम संख्या से संकेत मिलता है कि जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–हाजीपुर में मरीज इलाज से वंचित हुए होंगें। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में खराब स्थिति के लिए ओ.टी. हेतु मानवबल, दवाओं, उपभोग्य वस्तुओं और उपकरणों की कमी को जिम्मेदार ठहराया जा सकता है।

इस लेखापरीक्षा अवलोकन का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

2.4.8 ओ.टी. के लिए दवाओं एवं उपकरणों की उपलब्धता

2.4.8.1 ओ.टी. के लिए दवाओं की उपलब्धता

लेखापरीक्षा ने नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ओ.टी. के लिए 2014–20 के दौरान एन.एच.एम. निर्धारक गाइडबुक में निर्धारित 22 प्रकार के ***(परिशिष्ट–2.6)*** दवाओं की उपलब्धता की जांच की और आवश्यक दवाओं की महत्वपूर्ण कमी पाई, जैसा कि **तालिका 2.23** में दिखाया गया है।

तालिका 2.23
ओ.टी. मे आवश्यक दवाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल	मई 2014	अगस्त 2015	नवंबर 2016	फरवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019	औसत उपलब्ध आवश्यक दवाओं की सं0	आवश्यक दवाओं की सं0 में कमी
बिहारशरीफ	5	5	5	7	7	12	7	15 (68)
हाजीपुर	अ.उ.न.*	अ.उ.न.	6	7	6	2	5	17 (77)
जहानाबाद	7	6	7	9	9	9	8	14 (64)
मधेपुरा	8	5	8	9	9	10	8	14 (64)
पटना	0	0	0	0	0	13	2	20 (91)

*(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)** अ.उ.न.– अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।

जैसा कि **तालिका 2.23** में दिखाया गया है, नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में ओ.टी. में आवश्यक दवाओं की कमी 64 से 91 प्रतिशत के बीच थी। इस प्रकार, ओ.टी. में दवाओं की कम उपलब्धता ने रोगियों द्वारा आवश्यक दवाओं की बाहर से खरीद की संभावना को इंगित किया। इसके अलावा, जि.अ.–बिहारशरीफ के मांगपत्रों की जांच से पता चला कि नमूना माह (अगस्त 2019) के दौरान 10 दवाओं की कमी में से 9 दवाओं के लिए मांग नहीं किया गया था और केवल एक दवा (इंजे. मेट्रोनिडाजोल) के लिए मांग किया गया था, लेकिन ओ.टी. को आपूर्ति नहीं की गई थी। जि.अ.–जहानाबाद में, अगस्त 2019 के दौरान 13 दवाओं की कमी में से, 12 दवाओं के लिए मांग नहीं किया गया था जबकि केवल एक (इंजे. जेंटामाइसिन) दवा के लिए मांग की गई थी लेकिन ओ.टी. को आपूर्ति नहीं की गई थी। जि.अ.–हाजीपुर द्वारा कोई मांगपत्र उपलब्ध नहीं कराया गया था। इस प्रकार, अनुपलब्ध दवाओं की मांग तक नहीं की गई।

2.4.8.2 ओ.टी. में उपकरण की आवश्यकता

आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देश 300 बेड तक की क्षमता वाले जि.अ. के ओ.टी. के लिए 25 प्रकार के उपकरण ***(परिशिष्ट 2.6)*** निर्धारित करता है। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2019–20 के दौरान इन उपकरणों की उपलब्धता **तालिका 2.24** में दर्शाई गई है।

तालिका 2.24
2019–20 के दौरान ओ.टी. में आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता

जिला अस्पताल	आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता	अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों के नाम (*प्रतिशत*)
बिहारशरीफ	10	ऑटो क्लेव एचपी हॉरिजॉन्टल, ऑपरेशन टेबल ऑर्डिनरी पीडियाट्रिक, ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक मेजर, ऑपरेटिंग टेबल ऑर्थोपेडिक, दो बिन बर्नर के साथ आटोक्लेव, शैडोलेस लैंप सीलिंग टाइप माइनर, स्टेरलाइजर (छोटे उपकरण), बाउल स्टेरलाइजर बिग, बाउल स्टेरलाइजर मीडियम, डायथर्मी मशीन (इलेक्ट्रिक कैटरी), सक्शन उपकरण – पैर संचालित, डीह्यूमिडिफायर, अल्ट्रा वायलेट लैंप फिलिप्स मॉडल चार फीट, एथिलीन ऑक्साइड स्टेरलाइजर और माइक्रोवेव स्टेरलाइजर–15 (60)
हाजीपुर	13	ऑपरेशन टेबल साधारण बाल चिकित्सा, ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक माइनर, 2 बिन बर्नर के साथ आटोक्लेव, फोकस लैंप साधारण, स्टेरलाइज़र (बड़े उपकरण), स्टेरलाइज़र (मध्यम उपकरण), स्टेरलाइज़र (छोटे उपकरण), सक्शन उपकरण – पैर संचालित, डीह्यूमिडिफ़ायर, अल्ट्रा वायलेट लैंप फिलिप्स मॉडल चार फीट, एथिलीन ऑक्साइड स्टेरलाइजर और माइक्रोवेव स्टेरलाइजर–12 (48)
जहानाबाद	7	ऑटो क्लेव एचपी हॉरिजॉन्टल, ऑपरेशन टेबल ऑर्डिनरी पीडियाट्रिक, ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक माइनर, ऑपरेटिंग टेबल नॉन–हाइड्रोलिक फील्ड टाइप, ऑपरेटिंग टेबल ऑर्थोपेडिक, 2 बिन बर्नर के साथ आटोक्लेव, आटोक्लेव वर्टिकल सिंगल, शैडोलेस लैंप सीलिंग टाइप मेजर, फोकस लैंप ऑर्डिनरी, स्टेरलाइजर (बड़े यंत्र), स्टेरलाइजर (मध्यम यंत्र), स्टेरलाइजर (छोटे यंत्र), बाउल स्टेरलाइजर बिग, बाउल स्टेरलाइजर मीडियम, डीह्यूमिडिफायर, अल्ट्रा वायलेट लैंप फिलिप्स मॉडल चार फीट, एथिलीन ऑक्साइड स्टेरलाइजर और माइक्रोवेव स्टेरलाइजर–18 (72)
मधेपुरा	8	ऑपरेशन टेबल साधारण बाल चिकित्सा, ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक माइनर, ऑपरेटिंग टेबल नॉन–हाइड्रोलिक फील्ड टाइप, ऑपरेटिंग टेबल ऑर्थोपेडिक, बर्नर 2 बिन के साथ आटोक्लेव, आटोक्लेव वर्टिकल सिंगल, शैडोलेस लैंप सीलिंग टाइप माइनर, फोकस लैंप ऑर्डिनरी, स्टेरलाइजर (बिग इंस्ट्रूमेंट्स), स्टेरलाइजर (मीडियम इंस्ट्रूमेंट्स), बाउल स्टेरलाइजर बिग, बाउल स्टेरलाइजर मीडियम, सक्शन अप्लायन्सेज – फुट ऑपरेटेड, डीह्यूमिडिफायर, अल्ट्रा वायलेट लैंप फिलिप्स मॉडल चार फीट, एथिलीन ऑक्साइड स्टेरलाइजर और माइक्रोवेव स्टेरलाइजर– 17 (68)

जिला अस्पताल	आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता	अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों के नाम (*प्रतिशत*)
पटना	12	ऑटो क्लेव एचपी हॉरिजॉन्टल, ऑपरेशन टेबल साधारण बाल चिकित्सा, ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक माइनर, ऑपरेटिंग टेबल नॉन–हाइड्रोलिक फील्ड टाइप, बर्नर 2 बिन के साथ आटोक्लेव, शैडोलेस लैंप सीलिंग टाइप मेजर, शैडोलेस लैंप सीलिंग टाइप माइनर, फोकस लैंप साधारण, बाउल स्टेरलाइजर बिग, डीह्यूमिडिफायर, अल्ट्रा वायलेट लैंप फिलिप्स मॉडल चार फीट, एथिलीन ऑक्साइड स्टेरलाइजर और माइक्रोवेव स्टेरलाइजर–13 (52)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.24** से स्पष्ट है, नमूना जाँचित जिला अस्पतालों के ओ.टी. में 25 प्रकार के आवश्यक उपकरणों के विरूद्ध केवल सात से 13 प्रकार के उपकरण उपलब्ध थे। इस प्रकार, ओ.टी. में उपलब्ध उपकरण अपर्याप्त थे, जिसका अर्थ है कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में शल्य चिकित्सा उपचार प्रभावित हुआ था। इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए किसी भी जिला अस्पतालों ने ओ.टी. उपकरण के लिए एएमसी निष्पादित नहीं किया, हालांकि 10 उपकरण/यंत्र जैसे ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक माइनर (1), ऑपरेशन टेबल हाइड्रोलिक मेजर (2), ऑटो क्लेव एचपी वर्टिकल (2), डायथर्मी मशीन (2), सक्शन उपकरण–इलेक्ट्रिकल (1), शैडोलेस लैम्प सीलिंग टाइप माइनर (1) और शैडोलेस लैम्प स्टैंड मॉडल (1) जि.अ.–पटना को छोड़कर, चार नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में अकार्यशील स्थिति में थे। इसके अलावा, उपकरण अनुरक्षण पंजी के अभाव में उपकरण की डाउन टाइम दर का निर्धारण नहीं किया जा सका।

2.4.9 सहायक कर्मचारियों की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में निर्धारित किया गया है कि ओ.टी. में पर्याप्त सहायक कर्मचारी की सुविधा होनी चाहिए। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से ओ.टी. सहायक को जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–पटना में तैनात किया गया था, जैसा कि **तालिका 2.25** में दिखाया गया है। शल्य चिकित्सकों की सहायता करने वाले ओ.टी. तकनीशियन/ओ.टी. सहायक की कमी से ऑपरेशनों की संख्या प्रतिकूल रूप से प्रभावित हो सकती थी।

तालिका 2.25
ओ.टी. तकनीशियन/ओ.टी. असिस्टेंट की उपलब्धता (मार्च 2020)

जिला अस्पताल	स्वीकृत पद	कार्यरत बल	कमी
बिहारशरीफ	10	0	10
हाजीपुर	11	1	10
जहानाबाद	10	0	10
मधेपुरा	10	0	10
पटना	3	1	2

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

2.4.10 ओ.टी. प्रक्रियाओं का प्रलेखीकरण

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक यह निर्धारित करती है कि ओ.टी. के प्रत्येक मामले के लिए सर्जिकल सेफ्टी चेकलिस्ट, प्री–सर्जरी मूल्यांकन रिकॉर्ड और पोस्ट–ऑपरेटिव मूल्यांकन रिकॉर्ड तैयार किए जाने चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि जि.अ.–जहानाबाद को छोड़कर जहां केवल पूर्व–सर्जरी मूल्यांकन और पोस्ट–ऑपरेटिव मूल्यांकन दर्ज किए गए थे, नमूना–जाँचित किसी भी जिला अस्पतालों में इन अभिलेखों का अनुरक्षण नहीं किया

गया था। इसलिए, सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ओ.टी. में सुरक्षा प्रक्रियाओं का पालन सुनिश्चित नहीं किया गया था।

2.4.11 ओ.टी. में लिनेन की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक निर्धारित करती है कि अस्पताल में सर्जिकल स्टाफ और मरीज के लिए चार प्रकार के साफ लिनन[30] के पर्याप्त सेट होने चाहिए। इन लिनेन का उपयोग रोगी की सर्जरी के दौरान किया जाता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि सर्जरी के दौरान उपयोग किए जाने वाले लिनेन जिला अस्पतालों (जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर) में उपलब्ध नहीं थे। जि.अ.–बिहारशरीफ में चार प्रकार के लिनेन में से केवल एक[31] ही उपलब्ध था। लिनेन की अनुपलब्धता जैसा कि **तालिका 2.26** में दिखाया गया है, स्वच्छता और सर्जिकल सुरक्षा बनाए रखने में अपर्याप्तता को दर्शाता है।

तलिका 2.26
2019–20 के दौरान ओ.टी. में आवश्यक लिनेन की उपलब्धता

जिला अस्पताल	उपलब्ध आवश्यक लिनेन की सं0	आवश्यक उपभोग्य वस्तुओं की संख्या में कमी (प्रतिशत)
बिहारशरीफ	1 (80 टुकड़े)	3 (75)
हाजीपुर	0	4 (100)
जहानाबाद	0	4 (100)
मधेपुरा	0	4 (100)
पटना	0	4 (100)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

2.4.12 गहन देखभाल इकाई (आई.सी.यू.) सेवाएं

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, गंभीर रूप से बीमार रोगियों, जिन्हें अत्यधिक कुशल जीवन रक्षक चिकित्सा सहायता और नर्सिंग देखभाल की आवश्यकता होती है के लिए गहन देखभाल इकाई (आई.सी.यू.) आवश्यक है। जिला अस्पतालों में आई.सी.यू. के लिए बेड, कुल बेडो की संख्या का पांच से 10 प्रतिशत होना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से, कार्यशील आई.सी.यू. (पांच बेड वाला) केवल जि.अ.–जहानाबाद में उपलब्ध था। इसके अलावा, जि. अ.–जहानाबाद के उपलब्ध आई.सी.यू. में निम्नलिखित विसंगतियां पायी गयी।

i. आई.पी.एच.एस. मानदंड के विपरीत, नर्सों के रोस्टर की जांच (मार्च 2020) से पता चला कि आई.सी.यू. में प्रत्येक बेड के लिए एक नर्स की आवश्यकता के स्थान पर पहली पाली में केवल तीन नर्सों को तैनात किया गया था तथा दूसरी और तीसरी पाली में केवल एक को तैनात किया गया था। यह देखा गया कि एक से दो मरीज प्रति दिन आई.सी.यू. में भर्ती थे और मार्च 2020 में कुल 41 मरीज भर्ती पाए गए। इसके अलावा, एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार आई.सी.यू. में आवश्यक एक पैरामेडिक के विरूद्ध कोई भी पैरामेडिक तैनात नहीं था। यह स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को प्रभावित कर सकता है।

ii. लेखापरीक्षा ने पाया कि आई.सी.यू. के लिए एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में निर्धारित 14 प्रकार ***(परिशिष्ट–2.6)*** दवाओं की तुलना में जि.अ. में नमूना महीने (अगस्त 2019) के दौरान पांच[32] प्रकार की आवश्यक दवाएं उपलब्ध नहीं थीं। हालांकि, आई. सी.यू. में अलग से दवा भंडार पंजी का संधारण नहीं किया गया था।

---

[30] *ड्रा शीट, अस्पताल कर्मचारी ओ.टी. कोट, ओ.टी. के लिए ऐबडोमिनल शीट और ओ.टी. के लिए पेरेनियल शीट*

[31] *ओ.टी. के लिए ऐबडोमिनल शीट (80 टुकड़े)*

[32] *एक्टिवेटेड चारकोल, सालबुटामोल, एमिनोफिललाइन, डिगॉक्सिन और मेटोक्लोप्रमाइड*

iii. लेखापरीक्षा ने पाया कि आई.सी.यू. के लिए एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में निर्धारित आठ प्रकार ***(परिशिष्ट–2.6)*** उपभोग्य वस्तुओं के तुलना में चार[33] प्रकार के आवश्यक उपभोग्य वस्तुएं नमूना माह (अगस्त 2019) के दौरान जि.अ. में उपलब्ध नहीं थीं। हालांकि, आई.सी.यू. में अलग से उपभोग्य वस्तुएं स्टॉक रजिस्टर का संधारण नहीं किया गया था।

iv. आई.पी.एच.एस. के अनुसार नौ प्रकार के उपकरणों ***(परिशिष्ट 2.6)*** की आवश्यकता के तुलना में आई.सी.यू. में केवल तीन[34] प्रकार के उपकरण क्रियाशील स्थिति में उपलब्ध थे। जि.अ. में वेंटिलेटर और डिफिब्रिलेटर संचालित करने के लिए प्रशिक्षित व्यक्ति उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, इन मशीनों और उपकरणों का एएमसी नहीं था तथा उपकरण संधारण पंजी के अभाव में उपकरण के डाउनटाइम का पता नहीं लगाया जा सका।

v. एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, अस्पताल में संक्रमण नियंत्रण आचरणों की नियमित निगरानी जैसे बुखार और सर्जिकल साइट से पीव डिस्चार्ज, अधिग्रहित संक्रमण के मामलों की रिपोर्टिंग और समय–समय पर चिकित्सा जांच तथा आई. सी.यू. के कर्मचारियों का हेपेटाइटिस बी और टेटनस टॉक्साइड के लिए टीकाकरण का जि.अ. में पालन नहीं किया गया था।

vi. एन.एच.एम. एसेसर की गाइडबुक के विपरीत, आई.सी.यू. में तांकझांक से बचाव के लिए पर्याप्त परिसंचरण क्षेत्र और बुनियादी ढांचा भी उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, केंद्रीय नर्सिंग स्टेशन के लिए सीमांकित क्षेत्र, आइसोलेशन कक्ष, सहायक क्षेत्र, स्टाफ के लिए चेंजिंग कक्ष और परामर्श कक्ष भी आई.सी.यू. में सीमांकित नहीं था।

vii. संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2020 और अगस्त 2021) के दौरान यह देखा गया कि गार्ड की अनुपलब्धता के कारण परिचर भी आई.सी.यू. के अंदर बैठे थे।

अ.श.चि.–सह–मु.चि.पदा., जहानाबाद (फरवरी 2020) ने अनुचित आई.सी.यू. सेवाओं के लिए प्रशिक्षित कार्यबल की कमी को जिम्मेदार ठहराया।

2.4.13 आपातकालीन सेवाएं

2.4.13.1 आपातकालीन बेड की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में जि.अ. को कुल बेड का पांच प्रतिशत या रोगी भार के अनुसार आपातकालीन बेड होना चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों[35] में 2014–20 के दौरान औसत रोगी भार प्रति दिन तीन से 26 के बीच था। जि.अ.–हाजीपुर में औसत प्रति दिन रोगी भार 26 था और उपलब्ध बेड 16 थे। जि.अ.–बिहारशरीफ, जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–पटना में, प्रति दिन औसत रोगी भार क्रमशः तीन, 11 और चार था और आपातकालीन बेड की उपलब्धता अधिक[36] थी।

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक जि.अ. में 11 आपातकालीन उपचारात्मक सेवाओं ***(परिशिष्ट–2.7)*** की उपलब्धता निर्धारित करती है। आई.पी.एच.एस. प्रत्येक जि.अ. में एक आपातकालीन ओ.टी. की परिकल्पणा करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना

[33] *रायल्स ट्यूब, कैथेटर, चेस्ट ट्यूब और ई.टी. ट्यूब*

[34] *हाई एंड मॉनिटर, वेंटिलेटर और डीफिब्रिलेटर*

[35] *जि.अ. जहानाबाद को छोड़कर अभिलेखों का संधारण न होने के कारण*

[36] *उपलब्ध बेड (बिहारशरीफ–20, मधेपुरा–20 और पटना–16)*

जांच किए गए जिला अस्पतालों में आपातकालीन ओ.टी. उपलब्ध नहीं था, जिससे रोगियों को बेडो की उपलब्धता के बावजूद आवश्यक आपातकालीन सर्जरी एव सेवाओं से वंचित होना पड़ा था।

2.4.13.2 रोगियों का वर्गीकरण

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक आपात स्थिति में भर्ती मरीजों के वर्गीकरण[37] (ट्राइएजिंग) के लिए मानक उपचार प्रोटोकॉल निर्धारित करती है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में वर्गीकरण नहीं की गई थी। जि.अ. –बिहारशरीफ और जि.अ.–जहानाबाद के अधीक्षक/उप अधीक्षक ने इस कमी के लिए मानवबल की कमीको जिम्मेदार ठहराया (जनवरी–फरवरी 2020)।

2.4.14 आपातकालीन सेवाओं के लिए दवाओं एवं उपकरणों की उपलब्धता

2.4.14.1 आपातकालीन सेवाओं के लिए दवाओं की उपलब्धता

लेखापरीक्षा ने पाया कि एन.एच.एम. एसेसर गाइडबुक में आपातकाल हेतु निर्धारित 25 प्रकार की दवाओं ***(परिशिष्ट–2.6)*** के प्रति आवश्यक दवाओं की कमी थी, जैसा कि **तालिका–2.27** में दिखाया गया है।

तालिका 2.27
आपातकालीन विभाग में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल	मई 2014	अगस्त 2015	नवंबर 2016	फरवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019	औसत उपलब्ध आवश्यक दवाओं की संख्या	आवश्यक दवाओं की सं0 में कमी (प्रतिशत)
बिहारशरीफ	अ.उ.न.*	12	9	8	8	6	9	16 (64)
हाजीपुर	अ.उ.न.	अ.उ.न.	11	12	12	16	13	12 (48)
जहानाबाद	अ.उ.न.	अ.उ.न.	6	7	8	10	8	17 (68)
मधेपुरा	8	11	12	13	14	17	13	12 (48)
पटना	5	0	0	5	6	15	5	20 (80)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) (* अ.उ.न.– अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।)

जैसा कि **तालिका–2.27** से स्पष्ट है, नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान दवाओं की कमी 48 से 80 प्रतिशत के बीच थी।

2.4.14.2 आपातकालीन सेवाओं के लिए उपकरणों की उपलब्धता

लेखापरीक्षा ने नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में आपातकालीन सेवाओं के लिए 2019–20 के दौरान एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में निर्धारित आवश्यक यंत्रों और उपकरणों के 14 प्रकारों ***(परिशिष्ट–2.6)*** की उपलब्धता की जांच की और **तालिका–2.28** में दर्शाए अनुसार महत्वपूर्ण कमी देखी गई।

[37] *देखभाल से लाभान्वित होने की संभावना की तुलना में तत्काल चिकित्सा उपचार की आवश्यकता के आधार पर लोगों को छाँटने की प्रक्रिया*

तालिका 2.28
आपातकालीन विभाग में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल	आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता	अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों के नाम (*प्रतिशत*)
बिहारशरीफ	7	अंबु बैग(एस), डिफिब्रिलेटर, ई.सी.जी., ग्लूकोमीटर, एच.आई.वी. किट, लैरींगोस्कोप और लेरिंजियल मास्क एयरवे (एल.एम.ए.)–7 (50)
हाजीपुर	7	ड्रेसिंग ट्रॉली, ड्रग ट्रॉली, डिफिब्रिलेटर, एच.आई.वी. किट, इंस्ट्रूमेंट ट्रॉली, लेरिंजियल मास्क एयरवे (एल.एम.ए.), और मल्टीपारा टॉर्च –7 (50)
जहानाबाद	5	क्रैश कार्ट, डिफिब्रिलेटर, ड्रेसिंग ट्रॉली, ई.सी.जी., एच.आई.वी. किट, इंस्ट्रूमेंट ट्रॉली, लैरींगोस्कोप, लेरिंजियल मास्क एयरवे (एल.एम.ए.) और मल्टीपारा टॉर्च–9 (64)
मधेपुरा	5	डिफिब्रिलेटर, ड्रग ट्रॉली, ई.सी.जी., एच.आई.वी. किट, इंस्ट्रूमेंट ट्रॉली, लैरींगोस्कोप, लेरिंजियल मास्क एयरवे (एल.एम.ए.), ड्रेसिंग ट्रॉली और मल्टीपारा टॉर्च –9 (64)
पटना	13	डिफाइब्रिलेटर–1 (7)

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जैसा कि **तालिका 2.28** में दिखाया गया है, 14 प्रकार के आवश्यक उपकरणों में से पांच से 13 उपकरण उपलब्ध थे और आपातकालीन विभाग में आवश्यक उपकरणों की कमी सात से 64 प्रतिशत के बीच थी। जि.अ.–पटना को छोड़कर सभी नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में उपकरणों की महत्वपूर्ण कमी देखी गई। डिफिब्रिलेटर (पुनर्वसन में प्रयुक्त) किसी भी नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में उपलब्ध नहीं था।

दवाओं और उपकरणों की अपर्याप्त उपलब्धता के कारण उपचार की गुणवत्ता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा होगा।

2.4.15 ब्लड बैंक

2.4.15.1 ब्लड बैंक सेवाओं की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, एक जि.अ. में अनिवार्य रूप से चौबीसों घंटे वाला ब्लड बैंक (बीबी) होना चाहिए भले ही बेड की संख्या कितनी भी हो, लेकिन नौ[38] जिला अस्पतालों (नमूना जाँचित जि.अ.–पटना सहित) में ब्लड बैंक नहीं था। इन नौ स्थानों पर ब्लड बैंक की स्थापना प्रक्रियाधीन थी (मार्च 2021)।

इसके अलावा, आई.पी.एच.एस., एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और नेशनल वेक्टर बोर्न डिजीज कंट्रोल प्रोग्राम (एनवीबीडीसीपी) दिशानिर्देशों के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि यद्यपि जिला अस्पतालों में ब्लड बैंकों में संपूर्ण रक्त संग्रह और भंडारण की सुविधा थी, किसी भी जिला अस्पतालों[39] की ब्लड बैंक में प्लेटलेट्स जैसी रक्त घटकों की सुविधा नहीं थी जो डेंगू के मामलों और अन्य बीमारियों के प्रबंधन के लिए भी आवश्यक थी।

रा.स्वा.स. ने जवाब (सितंबर 2021) में बताया कि जि.अ.–मुंगेर और जि.अ.–पूर्णिया के लिए रक्त घटक पृथक्करण इकाई (बीसीएसयू) को अनुमोदित किया गया है तथा अन्य जिला अस्पतालों के लिए यह प्रक्रियाधीन था। जवाब लेखापरीक्षा आपत्ति की स्वीकृति थी।

[38] *जि.अ. अरवल, अररिया, बांका, भागलपुर, पूर्वी चम्पारण, गया, पटना (पांच नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में से एक), शिवहर तथा सुपौल*

[39] *27 जि.अ. क्योंकि 36 जि.अ. में से नौ में ब्लड बैंक नहीं था।*

2.4.15.2 ब्लड बैंक के लिए लाइसेंस

औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 में लाइसेंस के लिए निर्धारित सामान्य शर्त के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि (दिसंबर 2020) जिला अस्पतालों में सभी ब्लड बैंक (दो[40] को छोड़कर) 2014–20 के दौरान बिना वैध लाइसेंस के चल रहे थे क्योंकि उनका लाइसेंस समाप्त हो गया था और वे सी.डी.एस.सी.ओ. की निरीक्षण के दौरान की गयी टिप्पणियों के गैर–अनुपालन और उपकरणों सहित आवश्यक बुनियादी ढांचे की कमी के कारण नवीनीकृत नहीं हो सके। उदाहरण के लिए, राज्य में 11[41] जिला अस्पतालों के ब्लड बैंकों का क्षेत्रफल निर्धारित 100 वर्ग मीटर से कम था, यह कमी पांच से 531 वर्ग फुट के बीच थी ***(परिशिष्ट–2.8 और 2.9)***। हालांकि, प्रति ब्लड बैंक ₹9.5 लाख स्वीकृत किया गया था (2020–21) तथा यह रा.स्वा.स. द्वारा नवीनीकरण, वायरिंग, अर्थिंग और फर्नीचर के लिए 27[42] ब्लड बैंकों को भेजा गया था (मार्च 2021)।

रा.स्वा.स. ने सूचित किया (मार्च 2021) कि नवीनीकरण के लिए आवश्यक दस्तावेज 28 ब्लड बैंकों[43] द्वारा राज्य औषधि नियंत्रक, बिहार को प्रस्तुत किए गए थे और सी.डी.एस.सी.ओ., पूर्वी क्षेत्र द्वारा 14 ब्लड बैंकों[44] के लाइसेंस के नवीनीकरण के लिए निरीक्षण किया गया था और शेष का प्रक्रियाधीन था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम के अनुसार सभी ब्लड केंद्रों का नवीनीकरण प्रक्रियाधीन[45] था। छह[46] जिला अस्पतालों में ब्लड केंद्र के लाइसेंस का नवीनीकरण किया गया था। अन्य के लिए लाइसेंस का नवीनीकरण प्रक्रियाधीन था। जवाब ने लेखापरीक्षा अवलोकन की पुष्टि की।

2.4.15.3 दान की गयी रक्त की जांच

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) मानक के अनुसार, रक्त परीक्षण के लिए एक स्थापित प्रक्रिया होनी चाहिए। हेपेटाइटिस–ए के परीक्षण सहित सभी अनिवार्य परीक्षण रक्त के नमूनों पर किए जाने चाहिए लेकिन लेखापरीक्षा ने पाया कि चार नमूना–जांच किए गए ब्लड बैंकों में से किसी ने भी हेपेटाइटिस–ए परीक्षण नहीं किया था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 के अनुसार, ब्लड बैंकों के लिए हेपेटाइटिस–ए परीक्षण अनिवार्य नहीं था। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि तथ्य यह है कि जिला अस्पतालों के ब्लड बैंक में हेपेटाइटिस–ए के लिए परीक्षण नहीं किया जा रहा था जैसा कि एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और नाको स्टैंडर्ड में परिकल्पित है।

---

[40] *जि.अ. लखीसराय और शेखपुरा*

[41] *आरा, औरंगाबाद, छपरा, गोपालगंज, जहानाबाद, मधुबनी, मुजफ्फरपुर, नालंदा, नवादा, सासाराम और वैशाली (लखीसराय और शेखपुरा के संबंध में सूचना रा.स्वा.स. में उपलब्ध नहीं थी)*

[42] *24 जिला अस्पतालों में ब्लड बैंक सहित।*

[43] *जिसमें से 25 ब्लड बैंक जिला अस्पतालों मे स्थापित थे।*

[44] *जिसमें से 13 ब्लड बैंक जिला अस्पतालों मे स्थापित थे।*

[45] *जि.अ. जमुई, भभुआ, किशनगंज, अररिया, भागलपुर, मुंगेर, पूर्णिया, मधेपुरा, अरवल, बांका, सहरसा, कटिहार, जीजीएसएच पटना सिटी और समस्तीपुर में नवीनीकरण का काम पूर्ण हो चुका है। जि.अ. शिवहर, सासाराम, बेगूसराय, बिहारशरीफ, नवादा, सीवान, औरंगाबाद, गोपालगंज, छपरा, हाजीपुर, खगड़िया, मोतिहारी और गया में नवीनीकरण किया जा रहा है। कुछ अपरिहार्य परिस्थितियों (स्थान की समस्या) के कारण, जहानाबाद, आरा, मधुबनी, सीतामढ़ी और सुपौल में नवीनीकरण शुरू नहीं हुआ है।*

[46] *जि.अ. लखीसराय, शेखपुरा, मुजफ्फरपुर, जमुई, भभुआ और किशनगंज*

2.4.15.4 रक्त और उसके उपज की लेबलिंग और पहचान

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और नाको मानक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित किसी भी ब्लड बैंक द्वारा वांछित उन्नत पद्धति जैसे कि रक्त की पहचान के लिए बारकोड प्रणाली को समाविष्ट नहीं किया गया था। कमी का कोई कारण उपलब्ध नहीं था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (मार्च 2021) कि ई–रक्तकोश सभी ब्लड बैंकों में लागू किया जा रहा है जिसमें बारकोड प्रणाली का भी प्रावधान है।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि सभी ब्लड केन्द्र ई–रक्तकोश के तहत डिजिटलीकरण की प्रक्रिया से गुजर रहे हैं और सभी ब्लड केंद्रों को बार कोड रीडर और प्रिंटर भी उपलब्ध कराया गया है। जवाब ने लेखापरीक्षा अवलोकन की पुष्टि की।

2.4.15.5 रक्त भंडारण

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और नाको मानक के अनुसार, रक्त भंडारण के लिए उपयोग किए जाने वाले रेफ्रिजरेटर को अनुशंसित तापमान यानी $4^{0c} \pm 2^{0c}$ पर रखा जाना चाहिए और हर चार घंटे में इसकी अनुवीक्षण की जानी चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि यद्यपि चार नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों के ब्लड बैंकों में रक्त और अभिकर्मक के लिए अलग रेफ्रिजरेटर था, हर चार घंटे में भंडारण तापमान की अनुवीक्षण नहीं की गई थी। जि.अ.–जहानाबाद में सुबह आठ बजे और रात आठ बजे दो बार तापमान की अनुवीक्षण की गई जबकि जि.अ.–बिहारशरीफ, जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–मधेपुरा में सुबह आठ बजे, दोपहर दो बजे और रात आठ बजे तीन बार तापमान की अनुवीक्षण की गयी थी। अनियमित निगरानी का कोई कारण उपलब्ध नहीं था। हालांकि, रा.स्वा.स. ने सूचित किया (मार्च 2021) कि राज्य मुख्यालय से ब्लड बैंक के सभी भंडारण उपकरणों के तापमान की रिमोट मॉनिटरिंग प्रस्तावित है और आगे बताया गया (सितंबर 2021) कि सभी ब्लड सेंटर को हर चार घंटे में ब्लड बैंक रेफ्रिजरेटर के तापमान का रिकॉर्ड बनाने के लिए निर्देश दिया गया था। लेकिन, लेखापरीक्षा ने देखा (अगस्त 2021) कि तापमान की अनुवीक्षण दुरस्थ रूप से नहीं की गई थी और तापमान की अनुवीक्षण की प्रणाली अपरिवर्तित रही।

2.4.15.6 ब्लड बैंक के संसाधन

क. ब्लड बैंक हेतु मानव बल

आई.पी.एच.एस., रा.स्वा.स. मूल्यांकन (मई 2019 और जुलाई 2019) और नाको मानक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि जिला अस्पतालों में स्थित ब्लड बैंक मानव–बल की कमी से जूझ रहे थे ***(परिशिष्ट –2.10)***। यद्यपि, प्रत्येक ब्लड बैंक में औसतन एक चिकित्सा अधिकारी पदस्थापित किए गए थे, जिला अस्पतालों के किसी भी ब्लड बैंक में काउंसलर और लैब असिस्टेंट पदस्थापित नहीं किए गए थे। प्रशिक्षित सहायक की अनुपस्थिति में प्रयोगशाला तकनीशियनों द्वारा रक्त संग्रहण और प्रसंस्करण किया गया था जिन्हें इस कार्य के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया था।

रा.स्वा.स. ने स्वीकार किया (मार्च 2021) कि आई.पी.एच.एस. मानदंडों का पालन नहीं किया गया था। इसके अलावा, उन्होनें जवाब दिया (मार्च 2021 और सितंबर 2021) कि लैब तकनीशियनों और काउंसलर का चयन प्रक्रियाधीन है और चतुर्थ वर्गीय कर्मचारी आउटसोर्सिंग एजेंसी के माध्यम से सभी ब्लड बैंकों में उपलब्ध है। हालांकि, लेखापरीक्षा ने पाया कि (अगस्त 2021) नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों के ब्लड बैंक में जि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–मधेपुरा को छोड़कर किसी भी ब्लड बैंक में चतुर्थ वर्गीय

कर्मचारी नहीं था। इसके अलावा, रा.स्वा.स. भी जिला अस्पतालों में स्थित सभी ब्लड बैंकों की स्वीकृत संख्या से अनभिज्ञ था।

ख. ब्लड बैंक हेतु उपकरण

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार ब्लड बैंक के लिए 19 प्रकार के मशीन और उपकरण तथा 10 प्रकार के फर्नीचर और फिक्स्चर की आवश्यकता होती है। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों के ब्लड बैंकों में आवश्यक मशीन और उपकरण तथा फर्नीचर और फिक्स्चर की कमी थी। इसके अलावा, उपलब्ध 219 मशीनों और उपकरणों तथा 59 फर्नीचर और फिक्स्चर में से क्रमशः 80 और 5 अकार्यशील थे, जिनमें से क्रमशः 38 और 3 मरम्मत योग्य थे ***(परिशिष्ट–2.11 और परिशिष्ट –2.12)***।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि अंतर विश्लेषण के बाद, सभी उपकरण और फर्नीचर को एन.एच.एम. निधि और राज्य रक्ताधान परिषद (एस.बी.टी.सी.) से बदल दिया गया था। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि अंतर विश्लेषण के विवरण, अंतर विश्लेषण के लिए चुने गए मानक और बदले गए उपकरण के विवरण उपलब्ध नहीं कराए गए थे और लेखापरीक्षा ने पाया (अगस्त 2021) कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ब्लड बैंक में कमियां (एलिसा रीडर को छोड़कर) बनी रहीं।

उपकरणों का रखरखाव

आई.पी.एच.एस. मानदंड और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए ब्लड बैंकों के उपकरण (ए.एम.सी.) के तहत नहीं थे (जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–मधेपुरा को छोड़कर जहां नए खरीदे गए उपकरण ए.एम.सी. /व्यापक रख–रखाव अनुबंध (सी.एम.सी.) के अंतर्गत थे)। नमूना–जांच किए गए ब्लड बैंकों में, कुछ महत्वपूर्ण उपकरण अकार्यशील और अप्रयुक्त पड़े थे, जैसा कि **तालिका 2.29** में दिखाया गया है।

तालिका– 2.29
ब्लड बैंक में अकार्यशील उपकरण

क्रम सं0	जि.अ.	गैर–क्रियाशील उपकरण
1	बिहारशरीफ	दो रेफ्रिजरेटर (मरम्मत योग्य), एक ब्लड कलेक्शन मॉनिटर (मरम्मत योग्य) तथा एक डोनर काउच (मरम्मत योग्य)।
2	हाजीपुर	दो रेफ्रिजरेटर (मरम्मत योग्य), एक डीप फ्रीजर– माइनस 80 डिग्री (गैर–मरम्मत योग्य)
3	जहानाबाद*	दो रेफ्रिजरेटर (मरम्मत योग्य), एक वाटर बाथ – 37 डिग्री (गैर–मरम्मत योग्य), एक वाटर बाथ 56 डिग्री (गैर–मरम्मत योग्य) तथा एक माइक्रोस्कोप (खराब)। इसके अलावा, एक रेफ्रिजरेटर अप्रयुक्त पड़ा था।
4	मधेपुरा*	तीन ब्लड बैंक रेफ्रिजरेटर (मरम्मत योग्य), एक टेबल टॉप सेन्ट्रीफ्यूज (गैर–मरम्मत योग्य), एक कंपाउड माइकोस्कोप (गैर–मरम्मत योग्य)।

*(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) *ये ए.एम.सी./सी.एम.सी. के अन्तर्गत नहीं थे।*

इसके अलावा जिला अस्पतालों के शेष ब्लड बैंकों में अकार्यशील उपकरण भी पाए गए थे जैसा कि ***परिशिष्ट–2.12*** में वर्णित है।

उपरोक्त तथ्यों ने उपकरण/यंत्रों के सुचारू संचालन और सुरक्षा के लिए ए.एम.सी. की आवश्यकता को इंगित किया। ए.एम.सी. के अभाव या मरम्मत और रखरखाव के अभाव में गैर–क्रियाशील उपकरण/यंत्र गैर–मरम्मत योग्य हो सकते हैं। इस प्रकार, संबंधित ब्लड बैंकों में आवश्यक सुविधाएं सुनिश्चित नहीं की जा सकीं। इसके अलावा, समय पर मरम्मत और रखरखाव के अभाव में नई खरीद पर अतिरिक्त खर्च करना पड़ सकता है। क्रियाशील उपकरणों की कमी के कारण ब्लड बैंक को लाइसेंस के नवीनीकरण से वंचित रहना पड़ सकता है।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (मार्च 2021 और सितंबर 2021) कि बी.एम.एस.आइ.सी.एल. के माध्यम से आपूर्ति किए गए सभी नए उपकरणों में ए.एम.सी. और सी.एम.सी.के प्रावधान हैं। जवाब इस तथ्य की स्वीकृति है कि ए.एम.सी. और सी.एम.सी. केवल नए उपकरणों के लिए थे।

2.4.15.7 ब्लड बैंक की गुणवत्ता आश्वासन

आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देशों के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों के ब्लड बैंकों ने एस.ओ.पी.[47] का पालन नहीं किया था। लेखापरीक्षा ने पाया कि (मार्च 2021) जि.अ. में स्थित ब्लड बैंकों में 2014–19 के दौरान 4,591 संपूर्ण रक्त इकाइयों को नष्ट कर दिया गया था। जिसमें से 1,337 रक्त इकाइंयां (29 फीसदी) वैधता समाप्त होने के कारण नष्ट किये गये थे ***(परिशिष्ट–2.13)***। इसके अलावा, नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों के ब्लड बैंक में 2014–20 के दौरान वैधता समाप्त होने के कारण 228 संपूर्ण रक्त इकाइयां (26 प्रतिशत) को नष्ट किया गया था, जैसा कि **तालिका 2.30** में दिखाया गया है।

तालिका–2.30

नमूना जाँचित जिला अस्पतालों के ब्लड बैंक में नष्ट किए गए संपूर्ण रक्त इकाइयों का विवरण

जिला अस्पतालों के ब्लड बैंक का नाम	नष्ट किए गए रक्त इकाइंयों का विवरण	2014–15	2015–16	2016–17	2017–18	2018–19	2019–20	2014–20
जहानाबाद	वैधता समाप्त होने के कारण	23	9	7	16	12	25	92
	अन्य कारणों से	29	13	16	30	34	31	153
	कुल	52	22	23	46	46	56	245
बिहारशरीफ	वैधता समाप्त होने के कारण	15	2	3	6	3	1	30
	अन्य कारणों से	61	46	62	54	53	61	337
	कुल	76	48	65	60	56	62	367
मधेपुरा	वैधता समाप्त होने के कारण	23	13	26	6	23	15	106
	अन्य कारणों से	05	2	18	19	28	47	119
	कुल	28	15	44	25	51	62	225
हाजीपुर	वैधता समाप्त होने के कारण	0	0	0	0	0	0	0
	अन्य कारणों से	1	1	0	3	9	10	24
	कुल	1	1	0	3	9	10	24
कुल योग	वैधता समाप्त होने के कारण	61	24	36	28	38	41	228
	अन्य कारणों से	96	62	96	106	124	149	633
	कुल	**157**	**86**	**132**	**134**	**162**	**190**	**861**

(स्रोतः रा.स्वा.स. एवं नमूना जाँचित जि.अ.)

लेखापरीक्षा में पाया गया कि रक्त की बर्बादी को रोकने के लिए भारत सरकार के निर्देश (अक्टूबर 2015) के बावजूद ब्लड बैंक द्वारा उन रक्त इकाइयों को नष्ट होने से बचाने के लिए किसी भी प्रकार का कदम नहीं उठाया गया था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि सभी ब्लड बैंक नाको की गुणवत्ता आश्वासन योजना का पालन कर रहे थे और रक्त को वैधता समाप्त होने से बचाने के लिए फर्स्ट इन फर्स्ट आउट का पालन किया गया था। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि बिहार राज्य एड्स नियंत्रण समिति के निर्देश (दिसंबर 2013) के बावजूद कि वैधता समाप्त तिथि के अंतिम सात दिनों के भीतर बिना प्रतिस्थापन के आपातकालीन रोगियों को रक्त जारी किया जाए और महावीर कैंसर संस्थान पटना के ब्लड बैंक को आवश्यकता के अनुसार, अतिरिक्त रक्त प्राप्त करने के निर्देश दिए गए हैं, यह पाया गया कि 2014–19 के दौरान ब्लड बैंकों में 1,337 रक्त ईकाइ की वैधता समाप्त हो गई।

[47] *नाको मानक तथा औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम*

2.4.16 आहार सेवाएं

आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देश और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में जि.अ. में रोगियों की आवश्यकता के अनुसार आहार सेवाओं के लिए मानक अवधारित की गई है अर्थात आहार की मांग, तैयारी, संचालन, भंडारण और वितरण तथा आहार रजिस्टर, आहार सेवाओं की आउटसोर्सिंग, पोषण मूल्यांकन, साफ–सफाई और स्वच्छता, गुणवत्ता आश्वासन और गुणवत्ता नियंत्रण तथा कर्मचारियों की नियमित जांच जैसे अभिलेखों का रखरखाव मानव बल और आउटसोर्सिंग का काम स्थानीय निविदा तंत्र के माध्यम से किया जा सकता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना–जांच किए गए जि.अ. में आउटसोर्स एजेंसी द्वारा आहार सेवाएं प्रदान की गई थीं और उनमें कमियां निम्नानुसार थीं:

- जि.अ.–मधेपुरा में आउटसोर्स एजेंसियों द्वारा वैधानिक लाइसेंस प्राप्त नहीं किया गया था जबकि इससे संबंधित रिकॉर्ड जि.अ.–जहानाबाद में उपलब्ध नहीं थे। जि.अ. –पटना में एजेंसी के साथ कोई औपचारिक अनुबंध नहीं किया गया था।
- एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, दो नमूना–जांच किए गए जि.अ. अर्थात जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–मधेपुरा में आहार पंजी का संधारण नहीं किया गया था, जबकि जि.अ.–बिहारशरीफ में, इसे संधारित किया गया था, हालांकि इसे सक्षम प्राधिकारी द्वारा सत्यापित नहीं किया गया था।
- जि.अ.–पटना में आहार सेवा को आउटसोर्स किया गया था। लेकिन, एजेंसी के साथ न तो निविदा और न ही औपचारिक अनुबंध किया गया था। इसके अलावा, रोगी कल्याण समिति (आर.के.एस.) की स्वीकृति भी नहीं ली गई थी। जि.अ.–हाजीपुर में, आउटसोर्स एजेंसी को बदल दिया गया (जनवरी 2019) और एजेंसी "भविष्य दीदी की रसोई" (जीविका पहल) को चुना गया (मार्च 2019) और निविदा प्रक्रिया का पालन किए बिना ही जि.स्वा.स. द्वारा अनुबंध किया गया था।

➢ आई.पी.एच.एस. के विपरीत, जि.अ.–जहानाबाद में स्थानीय[48] एजेंसी को न तो वरीयता दी गई थी और न ही निविदा आमंत्रण सूचना (एनआईटी) में इस तरह के खंड का उल्लेख किया गया था। निविदा प्रक्रिया में स्थानीय एजेंसी के योग्य होने के बावजूद, लॉटरी के माध्यम से निर्णय लिया गया क्योंकि एजेंसियों द्वारा उद्धृत बोली समान थी।

➢ आहार सेवा प्रदान करने के लिए वैधानिक लाइसेंस की आवश्यकता का अनुबंधों में उल्लेख नहीं किया गया था।

➢ जि.अ.–जहानाबाद में, निष्पादित अनुबंध[49] (सितंबर 2011) में अनुबंध की अवधि का उल्लेख नहीं किया गया था।

- ***पोषाहार मूल्यांकन***

➢ लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जि.अ. (जि.अ.–पटना को छोड़कर) में आहार विशेषज्ञ के स्वीकृत पद के बावजूद, रोगियों के पोषण मूल्यांकन के लिए वहां कोई आहार विशेषज्ञ पदस्थापित नहीं किया गया था। परिणामस्वरूप, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान रोगियों के लिए पोषण मूल्यांकन, आहार परामर्श और कैलोरी आवश्यकता का सूत्रीकरण नहीं किया गया था।

---

[48] *जहानाबाद में समता ग्रामीण विकास, कटिहार*

[49] *विक्की स्टोर, जहानाबाद के साथ (25.09.2011 को अनुबंध संपादित)*

➢ नमूना जाँचित किसी भी जि.अ.[50] द्वारा भिन्न–भिन्न रोगियों को विभिन्न आहार सुनिश्चित नहीं किया गया अर्थात शिशुओं के लिए नियमित, कम वसा युक्त आहार, छह साल से कम उम्र के कुपोषित बच्चों के लिए कम चीनी, कम वसा, उच्च प्रोटीन, उच्च कार्बोहाइड्रेट युक्त आहार, गंभीर बीमारी से ग्रसित रोगियों के लिए विशेष आहार। सभी मरीजों को एक जैसा आहार दिया गया था।

- ***आहार की तैयारी, संचालन, भंडारण और वितरण***

➢ ***आहार की मांग:*** लेखापरीक्षा में पाया गया कि जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–जहानाबाद में आहार के लिए आउटसोर्स की गई एजेंसी को मांगपत्र रखने की कोई उचित व्यवस्था नहीं थी, जबकि शेष तीन जि.अ. में, हालांकि अस्पताल ने कहा कि उनके पास आहार प्रणाली मांगपत्र की व्यवस्था है, वे 2014–19 अवधि के मांगपत्रों की प्रतियां प्रस्तुत करने में विफल रहे। जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर 2019–20 में, नमूना जाँचित किसी भी जि.अ. द्वारा मांग पत्र पंजी का सधारण नहीं किया गया। जि.अ.–जहानाबाद में आहार के गलत वितरण के उदाहरण पाए गए थे, जहां नमूना जाँचित माह[51] में से एक के प्रासंगिक अभिलेखों[52] की जांच में अस्पताल छोड़ने वाले रोगियों[53] को आहार के वितरण का पता चला था।

➢ ***खाद्य सामग्री का भंडारण:*** लेखापरीक्षा ने पाया कि उचित भंडारण प्रक्रिया एजेंसियों के भंडारण प्रणाली/रसोई की बारंबार जाँच या सत्यापन द्वारा सुनिश्चित की जानी चाहिए थी लेकिन नमूना जाँचित जि.अ. द्वारा ऐसा सत्यापन नहीं किया गया था। इससे आहार की गुणवत्ता प्रभावित हुई होगी।

➢ ***रसोई में साफ–सफाई और स्वच्छता:*** लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जि.अ. में न तो रसोई में बर्तनों की सफाई और स्वच्छता के लिए मानक प्रक्रिया थी और न ही इसे सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल प्राधिकरण द्वारा निरीक्षण किया गया था। जि.अ.–मधेपुरा में संयुक्त भौतिक सत्यापन से पता चला कि आहार सेवा दयनीय स्थिति में थी अर्थात रसोई गंदी, गैर–हवादार और छोटी थी, लिनन और बर्तन एक ही स्थान पर अस्वच्छ स्थिति में, धोए जा रहे थे और बिजली के तार रसोई के प्रवेश द्वार पर बेतरतीब ढंग से लगाए गए थे। इसके अलावा, जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–बिहारशरीफ की रसोई में घरेलू एलपीजी का उपयोग किया गया था।

जि.अ.– मधेपुरा में रसोई

जि.अ.– मधेपुरा में बर्तन और लिनन धोने का क्षेत्र

[50] *जि.अ.–पटना को छोड़कर जहां यह सुनिश्चित नहीं किया जा सका क्योंकि अभिलेख उपलब्ध नहीं थे*

[51] *अगस्त 2015 (अन्य चार नमूना–जांच महीनों से संबंधित एम्बुलेंस की लॉग बुक अर्थात मई 2014, नवंबर 2016, फरवरी 2018 और मई 2018 को लेखापरीक्षा के समक्ष प्रस्तुत नहीं किया गया था इसलिए इन महीनों के लिए क्रॉस–चेकिंग का पता नहीं लगाया जा सका)*

[52] *एम्बुलेंस की लॉग बुक, लेबर रजिस्टर, इनडोर रजिस्टर तथा आहार रजिस्टर*

[53] *कुल 19 मरीज प्रत्येक 1–3 दिन हेतु, कुल 36 दिन*

जि.अ.–बिहारशरीफ में हेड मास्क के बिना और फर्श पर खाना बनाते देखा गया, जबकि जि.अ.–जहानाबाद में रसोई का संचालन एक परित्यक्त भवन में किया जा रहा था।

जि.अ.– जहानाबाद में परित्यक्त भवन में रसोई

- ***स्वच्छ और स्वास्थ्यकर आहार का वितरण :*** समय पर और स्वास्थ्यकर आहार दिन में तीन बार ढके हुए पात्र में देना चाहिए। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में, न तो आहार सूची के पालन, समयबद्धता, स्वच्छता बनाए रखने और ढके हुए कंटेनर में वितरण के संबंध में कोई निरीक्षण/जांच की गई थी और न ही उनके पास इसकी जांच करने के लिए कोई उपकरण था।

- ***गुणवत्ता आश्वासन और गुणवत्ता नियंत्रण:*** लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में न तो गुणवत्ता परीक्षण की मानक प्रक्रिया थी और न ही आहार सेवाओं के लिए आवधिक गुणवत्ता परीक्षण की प्रणाली थी। 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए किसी भी जि.अ. में आहार की गुणवत्ता का परीक्षण नहीं किया गया था। जि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर, लेखापरीक्षा ने पाया कि आउटसोर्स एजेंसी के साथ अनुबंध में ऐसा कोई खंड नहीं था कि अस्पताल प्राधिकरण द्वारा गुणवत्ता की जांच की जाएगी। हालांकि, जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–जहानाबाद में अनुबंध में क्रमशः जुलाई 2016 और जुलाई 2018 का जिक्र किया गया था। 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जि.अ. में आहार सेवाओं का कोई मूल्यांकन या आंतरिक मूल्यांकन नहीं किया गया। गुणवत्ता परीक्षणों की अनुपस्थिति ने गुणवत्तापूर्ण आहार की आपूर्ति के प्रति आउटसोर्स एजेंसियों पर कमजोर नियंत्रण को इंगित किया।

- ***स्टाफ की नियमित जांच:*** लेखापरीक्षा ने पाया कि न तो ऐसी प्रक्रिया का दस्तावेजीकरण किया गया था और न ही रसोई के कर्मचारियों की जांच सुनिश्चित[54] की गई थी। हालांकि, जि.अ.–हाजीपुर ने दिसंबर 2018[55] से यह किया था। लेकिन, आउटसोर्स एजेंसियों के साथ किए गए अनुबंध में इस आशय का कोई खंड नहीं था।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

2.4.17 एम्बुलेंस सेवा

आई.पी.एच.एस. और एन.एच.एम. एसेसर गाईडबुक के अनुसार, जिला अस्पताल को वैध लाइसेंस और बेसिक लाइफ सपोर्ट (बीएलएस) से लैस, अधिमानतः एडवांस लाइफ सपोर्ट

[54] हाजीपुर में 2018 से मार्च 2019 की छोटी अवधि को छोड़कर।

[55] 2019–20 में ऐसी कोई स्वास्थ्य जांच नहीं हुई थी।

(एएलएस), संचार प्रणाली और ऑनलाइन चिकित्सा सहायता सुविधा सहित पर्याप्त, ससमय और चौबिस घंटे उपलब्धता वाले एंबुलेंस की सुविधा सुनिश्चित करनी चाहिए। 100–300 बिस्तरों वाले और 301–500 बिस्तरों वाले अस्पताल के लिए क्रमशः तीन और चार एम्बुलेंस होनी चाहिए। एम्बुलेंस के लिए निर्धारित पार्किंग क्षेत्र होना चाहिए।

उक्त प्रावधानों के विपरीत, लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित कमियाँ पाईः

- राज्य में सभी प्रकार के एंबुलेंस सेवा (ए.एल.एस., बी.एल.एस. एवं शव वाहन) का संचालन एवं प्रबंधन केन्द्रीकृत कॉल सेंटर 102 के द्वारा किया जाता है।
- जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–पटना में एंबुलेंस की संख्या में कमी पायी गई। जि. अ.–पटना में न तो ए.एल.एस. एम्बुलेंस (ए.एल.एस.ए.) और न ही बी.एल.एस. एम्बुलेंस (बी.एल.एस.ए.) थी। हालांकि, सामान्य प्रकार की दो एम्बुलेंस उपलब्ध थीं।
- जि.अ.–मधेपुरा में एम्बुलेंस में कोई जी.पी.एस. लिंकेज और ऑनलाइन चिकित्सा सहायता सुविधा नहीं थी।
- जि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–पटना को छोड़कर एम्बुलेंस की पार्किंग के लिए कहीं कोई सीमांकित क्षेत्र नहीं था। संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान यह देखा गया कि जि.अ.–जहानाबाद में एम्बुलेंस के लिए पार्किंग क्षेत्र का निर्धारण[56] किया गया था। लेकिन, अस्पताल परिसर में परित्यक्त की गई कई एम्बुलेंसो की पार्किंग के कारण छह एम्बुलेंसों और एक शव वाहन के लिए जगह अपर्याप्त थी। इन एम्बुलेंसों को परित्यक्त घोषित कर दिया गया था और संबंधित एजेंसी ने उन्हें अस्पताल परिसर में ही छोड़ दिया था।

जि.अ.–जहानाबाद के परिसर में परित्यक्त एंबुलेंस

- नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में अधिकांश उपलब्ध एम्बुलेंसों में आवश्यक उपकरणों जैसे–आपातकालीन प्राथमिक चिकित्सा किट, मैनोमीटर, वेनोकलिसिस उपकरण, पुनर्जीवन मनोवेर्स के लिए न्यूनतम उपकरण, दैनिक जाँच सूची, कम्बल, सक्शन उपकरण, अस्थिभंग (फ्रैक्चर) को स्थिर करने के लिए आपूर्ति और उपस्थिति अभिलेख की कमी भी पायी गई।

[56] *एक एम्बुलेंस के लिए एक शेड उपलब्ध था लेकिन शेड की छत क्षतिग्रस्त हो गई थी और इमरजेंसी वार्ड के सामने एक अतिरिक्त शेड उपलब्ध था।*

एम्बुलेंस सेवाओं में कमियों का विवरण **तालिका–2.31** में दिया गया है।

तालिका– 2.31
नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में एम्बुलेंस की पर्याप्तता

क्रम सं	जिला अस्पताल	अस्पताल में बेडों की क्षमता	एम्बुलेंसो की संख्या		अभियुक्ति
			आवश्यक + वांछनीय#	उपलब्ध (आवश्यक + वांछनीय)	
1	बिहारशरीफ	300	3+1	1+1	बीएलएस वाली एम्बुलेंस की संख्या आवश्यकता से कम थी।
2	हाजीपुर	500	4+1	7+2	–
3	जहानाबाद	300	3+1	4+2	–
4	मधेपुरा	300	3+1	2+1+1*	*एक एम्बुलेंस सामान्य प्रकार का था। एक बी.एल.एस. एम्बुलेंस कम था। एम्बुलेंस में कोई जी.पी.एस. लिंकेज (एक को छोड़कर) और ऑनलाइन चिकित्सा सहायता की सुविधा नहीं थी। एक एंबुलेंस बिना पंजीकरण के थी।
5	पटना	100	3+1	2**	**एल.एस.एम्बुलेंस / बी.एल.एस. एम्बुलेंस–शून्य, हालाँकि, सामान्य प्रकृति की दो एम्बुलेंस हैं

(स्रोतः नमूना–जाँच किये गए जिला अस्पताल), #ए.एल.एस. के साथ वांछनीय एम्बुलेंस को इंगित करता है।

तालिका–2.32
संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान एम्बुलेंसों में पायी गई आवश्यक उपकरणों की कमी

	नमूना–जाँचित जिला अस्पताल				
	बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना
सत्यापित एम्बुलेंसों की संख्या	1	3	6	4	2
उपकरणों की उपलब्धता					
आपातकालीन प्राथमिक चिकित्सा किट	हाँ	नहीं (2)	हाँ	नहीं (1)	हाँ
ऑक्सीजन मास्क	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
मैनोमीटर	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (3)	हाँ
वेनोकलिसिस उपकरण	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (3)	नहीं
पुनर्जीवन मनोवेर्स के लिए न्यूनतम उपकरण	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (3)	नहीं
दैनिक जाँच सूची	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं (3)	नहीं
कंबल	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (2)	नहीं
सक्शन उपकरण	हाँ	नहीं (2)	हाँ	नहीं (2)	हाँ
अस्थिभंग (फ्रैक्चर) को स्थिर करने के लिए आपूर्ति	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (3)	हाँ
उपस्थिति अभिलेख	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं (3)	नहीं (1)

(स्रोतः नमूना–जाँच किये गए जिला अस्पताल)

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि सभी अ.श.चि.–सह–मु.चि.पदा. और जि. स्वा.स. को अपने संबंधित जि.अ. में एम्बुलेंसों के लिए पार्किंग क्षेत्र का निर्धारण करने का निर्देश दिया गया था। अनुबंध के अनुसार, एम्बुलेंस सेवा प्रदाताओं को आवश्यक दवाएं, उपभोग्य वस्तुएं और उपकरण उपलब्ध कराने थे। अन्य लेखापरीक्षा आपत्तियों का विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया। जिला अस्पतालों में एम्बुलेंस के लिए पार्किंग क्षेत्र के सीमांकन के संबंध में रा.स्वा.स. के निर्देशों का पालन नहीं किया जा रहा था। एम्बुलेंसों में उपलब्ध दवाएं, उपभोग्य वस्तुएं और उपकरण आई.पी.एच.एस. की आवश्यकता के अनुसार नहीं थे।

2.4.18 कोल्ड चेन

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में टीकों और अन्य दवाओं जिन्हें नियंत्रित तापमान की आवश्यकता होती है, के भंडारण के लिए कोल्ड चेन रूम का प्रावधान है। भारत सरकार ने कोल्ड चेन उपकरण की मरम्मत एवं रखरखाव तथा कोल्ड चेन प्रबंधन हेतु कोल्ड चेन तकनीशियनों को तकनीकी प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए संस्थान[57] की स्थापना की है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में टीकों के संबंध में तापमान चार्ट/लॉग बनाया गया था। जि. अ.–बिहारशरीफ[58], में कोल्ड चेन[59] नहीं था। 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों (जि.अ.–जहानाबाद को छोड़कर) में उपकरणों के रखरखाव के लिए कोई नामित कोल्ड चेन संचालक पदस्थापित नहीं किया गया था, लेकिन इसे नर्सों[60] द्वारा संचालित किया जा रहा था। हालांकि, जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–पटना में कोल्ड चेन संचालित करने वाली नर्सों को प्रशिक्षण[61] दिया गया था। ज़ि.अ.–जहानाबाद में कोल्ड चेन संचालक की पदस्थापना की गई थी और नियमित[62] प्रशिक्षण दिया गया था। आगे, ज़ि.अ. –जहानाबाद में कोल्ड चेन के संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान यह पाया गया कि आठ फ्रीजर रखने के लिए कोल्ड चेन रूम बहुत छोटा था। इसके अलावा, कोल्ड चेन का भवन नाजुक स्थिति में था अर्थात कमरे में सीलन था और रिसाव वाले दीवार पर विद्युत सर्किट स्थापित किया गया था।

जि.अ.–जहानाबाद में कोल्ड चेन कक्ष में जगह की कमी

जि.अ.–जहानाबाद में कोल्ड चेन कक्ष की स्थिति

इस लेखापरीक्षा अवलोकन का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया था।

2.4.19 शवगृह सेवाएं

आई.पी.एच.एस. के अनुसार, शवों को रखने और शव परीक्षण करने के लिए अस्पताल परिसर में एक अलग इमारत में शवगृह होना चाहिए और ज़ि.अ. में एक शववाहन होना चाहिए। शवगृह में सिंक के साथ स्टेनलेस स्टील शव परीक्षण टेबल वाला पोस्टमार्टम कमरा, नमूना धोने एवं सफाई के लिए सिंक में बहता पानी और उपकरण रखने के लिए अलमारी होना चाहिए। उचित रोशनी और वातानुकूलन भी वहाँ होना चाहिए। इसके अलावा, शरीर को संरक्षित रखने के लिए कम से कम दो डीप फ्रीजर के साथ शरीर के

---

[57] *नेशनल कोल्ड चेन ट्रेनिंग सेंटर (एन.सी.सी.टी.सी.), पुणे और नेशनल कोल्ड चेन – वैक्सीन मैनेजमेंट रिसोर्स सेंटर (एन.सी.सी.वी.एम.आर.सी.) – एन.आई.एच.एफ.डब्लू., नई दिल्ली।*

[58] *वैक्सीन सुबह में एकत्र किये गए थे और अप्रयुक्त रह गई मात्रा को उसी दिन शाम में प्रा.स्वा.के., सदर में लौटा दिया गया था।*

[59] *जि.अ.–बिहारशरीफ के परिसर में स्थित प्रा.स्वा.के. सदर के पास कोल्ड चेन है।*

[60] *ज़ि.अ.–मधेपुरा में 2019–20 में प्रशिक्षण संबंधी अभिलेखों का संधारण नहीं किया गया था*

[61] *जि.अ.– हाजीपुर में कोल्ड चेन हैंडलर (ई–वी.आई.एन.) प्रशिक्षण, 2014–19 के दौरान हर साल दो दिन और 2019–20 में एक दिन और जि.अ.–पटना में 2014–20 के दौरान हर साल एक दिन*

[62] *ज़ि.अ.–जहानबाद में कोल्ड चेन हैंडलर (ई–वी.आई.एन.) प्रशिक्षण दो दिनों के लिए प्रत्येक वर्ष 2014–19 के दौरान और वर्ष 2019–20 में आठ दिन*

भंडारण के लिए एक अलग कमरा होना चाहिए। साथ ही, रिश्तेदारों के लिए प्रतीक्षालय और धार्मिक क्रिया के लिए भी जगह होनी चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना–जांच किए गए तीन[63] ज़ि.अ. में शवगृह की सुविधा नहीं थी। यद्यपि शवगृह ज़ि.अ.–जहानाबाद में उपलब्ध था, यह अस्पताल परिसर के बाहर स्थित था और शव को संरक्षित करने और शव परीक्षण की कोई व्यवस्था नहीं थी।

अग्रेतर, जि.अ.–बिहारशरीफ (नवम्बर 2015) और जि.अ.–हाजीपुर (मई 2015) के पास शवगृह के लिए नया भवन था, लेकिन उपकरण और सहायक उपकरणों की कमी के कारण अक्रियाशील था। जि.अ.–पटना को छोड़कर इन जिला अस्पतालों में शव वाहन उपलब्ध थे। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ज़ि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर धार्मिक क्रिया के लिए स्थान उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, ज़ि.अ.–पटना में पोस्टमार्टम कमरा उपलब्ध नहीं था। तथापि, नमूना–जांच किए गए शेष चार जिला अस्पतालों में पोस्टमार्टम रूम[64] था, लेकिन शव परीक्षण टेबल, बहते पानी के साथ सिंक और आलमारी जैसी विशिष्ट वस्तुएं उपलब्ध नहीं थीं। इसके अलावा, ज़ि.अ.–जहानाबाद में पोस्टमार्टम कक्ष में उचित रोशनी की कमी थी जबकि दो[65] ज़ि.अ. में पोस्टमार्टम कक्ष में वातानुकूलक उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. में शव के भंडारण/संरक्षण के लिए दो डीप फ्रीजर के साथ अलग कमरा नहीं था। इस प्रकार, सरकार मृत्यु के बाद मानवाधिकारों की रक्षा करने में विफल रही क्योंकि कानून[66] में यह उसका दायित्व है कि वह मानवीय गरिमा और सम्मान के अनुसार इसके संरक्षण और निपटान के लिए आवश्यक सुविधाएं प्रदान करें।

जि.अ.–जहानाबाद में पोस्टमार्टम कक्ष घनी आबादी वाले इलाके में है।

जि.अ.–जहानाबाद में पोस्टमार्टम कक्ष की खराब हालत

संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान, यह पाया गया कि पोस्टमार्टम रूम[67] अस्पताल परिसर के बाहर घनी आबादी वाले क्षेत्र में स्थित था, जिससे मोहल्ले में बीमारियां फैल सकती हैं।

2.4.20 जल आपूर्ति

ज़ि.अ. के लिए आई.पी.एच.एस. गाइडलाइन के अनुसार 24 घंटे पानी की निर्बाध आपूर्ति होनी चाहिए। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में, जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर, 2014–20 के दौरान पानी की निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए न तो योजना बनाई और न ही कोई पहल की गई।

---

[63] *जि.अ.–हाजीपुर, जि.अ.–मधेपुरा तथा जि.अ.–पटना*

[64] *ज़ि.अ.–जहानाबाद में पोस्टमार्टम रूम जिला अस्पताल परिसर के बाहर था।*

[65] *जि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–मधेपुरा*

[66] *भारत के संविधान के अनुच्छेद 21 (इलाहाबाद उच्च न्यायालय ने अपने निर्णय 2004 की जनहित याचिका संख्या 38985) में 'व्यक्ति' के अर्थ को विस्तारित किया और एक सीमित अर्थ में एक मृत व्यक्ति और उसके जीवन के अधिकारों को शामिल किया जिसमें मानवीय गरिमा के साथ जीने का उसका अधिकार शामिल है।*

[67] *भवन की स्थिति ख़राब थी*

दो[68] ज़ि.अ. ने अस्पताल के सभी क्रियाशील क्षेत्रों जैसे आपातकालीन, आई.सी.यू., प्रसूति आदि में पानी के लिए पर्याप्त भंडारण और आपूर्ति सुनिश्चित नहीं की। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर, में पानी के भंडारण या पानी की बाहरी आपूर्ति की व्यवस्था नहीं थी। नमूना जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. ने पानी के नमूनों का जैविक परीक्षण नहीं किया था।

2.4.21 आपदा प्रबंधन

आई.पी.एच.एस. मानदंडों के अनुसार, अस्पताल की भवन संरचना और आंतरिक संरचना को आपदा रोधी, विशेषकर भूकंप रोधी, बाढ़ रोधी और अग्नि सुरक्षा उपायों से लैस बनाया जाना चाहिए। जिला अस्पतालों को प्रत्येक स्थिति में आपदा के लिए तैयार रहना आवश्यक है अर्थात प्रत्येक जिला अस्पताल में राज्य आपदा प्रबंधन योजना के अनुरूप एक समर्पित आपदा प्रबंधन योजना होनी चाहिए। आपदा योजना कर्मचारियों के सभी संवर्गों के अधिकार और उत्तरदायित्व तथा संसाधन जुटाने के तंत्र को स्पष्ट रूप से परिभाषित करती है। सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों को आपदा रोकथाम तथा प्रबंधन पहलुओं से अच्छी तरह प्रशिक्षित और वाकिफ होना चाहिए। नियमित मॉक ड्रिल कराई जानी चाहिए। प्रत्येक ड्रिल के बाद आपदा योजना की प्रभावशीलता, अस्पताल की तैयारी और कर्मचारियों की क्षमता का मूल्यांकन किया जाना चाहिए एवं योजना को और अधिक मजबूत बनाने के लिए उसके बाद उपयुक्त परिवर्तन किए जाने चाहिए।

इसके अलावा, एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार, अस्पताल को आपदा प्रबंधन समिति गठित करनी चाहिए और मानक संचालक प्रक्रिया तैयार करनी चाहिए। बड़े पैमाने पर हताहतों से निपटने के लिए अस्पताल को बफर बेड (कुल बेड का पांच प्रतिशत) का रख–रखाव करना चाहिए।

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक और आई.पी.एच.एस. के विपरीत, लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया

- नमूना जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. ने आपदा और बड़े पैमाने पर हताहतों के लिए अतिरिक्त बिस्तरों को चिह्नित नहीं किया था।
- नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में न तो आपदा प्रबंधन योजना थी और न ही आपदा प्रबंधन समिति का गठन किया गया था।
- नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. के पास विनाशकारी स्थितियों का प्रबंधन करने के लिए मानक संचालक प्रक्रियाएं नहीं थी।
- नमूना–जांच किए गए पांच में से तीन[69] ज़ि.अ. में कोई प्रशिक्षण/मॉक ड्रिल आयोजित नहीं किया गया था।
- ज़ि.अ.–जहानाबाद में संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान, यह देखा गया कि अस्पताल जर्जर भवन में चल रहा था और यह कभी भी गिर सकता है।

[68] *जि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–पटना*

[69] *जि.अ.–बिहारशरीफ, जि.अ.–जहानाबाद तथा जि.अ.–मधेपुरा*

ज़ि.अ.–जहानाबाद में जर्जर अवस्था में अस्पताल की इमारत

इस प्रकार, आपदा योजना की प्रभावोत्पादकता एवं अस्पताल की तैयारी तथा कर्मचारियों की क्षमता का मूल्यांकन नहीं किया गया था। जिला अस्पताल आपदाओं के समय स्थिति को संभालने में सक्षम नहीं हो सकते है।

2.4.22 अग्नि सुरक्षा

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. के पास अग्नि सुरक्षा योजना एवं निकास योजना नहीं था। इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में फ्लोरोसेंट फायर एग्जिट साइनेज/योजना, फायर हाइड्रेंट और फायर सेफ्टी अलार्म भी उपलब्ध नहीं थे। सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पताल में केवल अग्निशामक यंत्र लगाए गए थे। नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में किसी भी निर्धारित मानदंड के अभाव में अग्निशामकों की पर्याप्तता सुनिश्चित नहीं की जा सकी। हालांकि, समान बिस्तर क्षमता वाले अस्पतालों[70] में भी उपलब्ध अग्निशामकों की संख्या एक समान नहीं थी। नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में अग्निशामक की उपलब्धता का विवरण **तालिका–2.33** में दिया गया है।

तालिका –2.33
नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में अग्निशामक की उपलब्धता

जिला अस्पताल	स्वीकृत बिस्तर (क्रियाशील बिस्तर)	उपलब्ध अग्निशामकों की संख्या	स्वीकृत बिस्तरों की अनुपात में एक अग्निशामक यंत्र की उपलब्धता (कार्यात्मक बिस्तर)	समाप्त वैधता वाले अग्निशामकों की कुल संख्या
बिहारशरीफ	300 (300)	16	19 (19)	10
हाजीपुर	500 (120)	22	23 (5)	शून्य
जहानाबाद	300 (97)	5*	60 (19)	5
मधेपुरा	300 (91)	22	14 (4)	शून्य
पटना	100 (100)	39	3 (3)	शून्य

*(स्रोतः नमूना–जाँचित जिला अस्पताल) * एस.एन.सी.यू. को छोड़कर*

नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में तीन से 19 बेडों के लिए एक अग्निशामक यंत्र उपलब्ध था। ज़ि.अ.–पटना में स्थिति बेहतर है और ज़ि.अ.–जहानाबाद एवं ज़ि.अ. –बिहारशरीफ में निराशाजनक है। इसके अलावा, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–जहानाबाद में क्रमशः 10 (63 प्रतिशत) और पांच (100 प्रतिशत) अग्निशामकों की वैधता समाप्त हो गई थी। नमूना जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. ने अग्नि सुरक्षा प्राधिकरण से "अनापत्ति प्रमाण पत्र (एनओसी)" प्राप्त नहीं किया था। इस प्रकार अस्पताल, रोगियों, कर्मचारियों, परिचारकों की अग्नि के जोखिमों के प्रति संवेदनशीलता को पर्याप्त रूप से संबोधित नहीं किया गया था। उपरोक्त वर्णित कमियों का कोई कारण अभिलिखित नहीं था।

[70] *300 बिस्तरों वाला जि.अ.–जहानाबाद, जि.अ.–मधेपुरा और जि.अ.–बिहारशरीफ*

2.4.23 परिणाम संकेतकों के माध्यम से अन्तः रोगी सेवाओं का मूल्यांकन

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार, ज़ि.अ. में प्रदान की जाने वाली आई.पी.डी. सेवाओं का मूल्यांकन कुछ परिणाम संकेतकों जैसेः बेड ऑक्यूपेंसी रेट (बी.ओ.आर.), लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइस (एल.ए.एम.ए.) रेट, पेशेंट सैटिसफेक्शन स्कोर (पी.एस.एस.), एवरेज लेंग्थ ऑफ़ स्टे (एएल.ओ.एस.), एडवर्स इवेंट रेट (ए.इ.आर.), चिकित्सकीय अभिलेखों की पूर्णता, एब्स्कौन्डिंग रेट, डिस्चार्ज रेट (डी.आर.) और बेड टर्नओवर रेट (बी.टी.आर.) आदि के माध्यम से मासिक आधार पर किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों द्वारा आई.पी.डी. सेवाओं के परिणाम संकेतकों का आकलन नहीं किया गया था। प्रत्येक रोगी के विरुद्ध आई.पी.डी. पंजी में सूचना/आकड़ों जैसे डिस्चार्ज की तिथि, रोगी की स्थिति (डिस्चार्ज, एल.ए.एम.ए. और एब्स्कौन्डिंग) आदि, अलग डिस्चार्ज पंजी और प्रतिकूल घटना से संबंधित अभिलेख के अभाव में लेखापरीक्षा भी परिणाम संकेतकों जैसे एल.ए.एम.ए. रेट, एडवर्स इवेंट रेट, एब्स्कौन्डिंग रेट, डिस्चार्ज रेट और बेड टर्नओवर रेट का आकलन नहीं कर सका।

अधीक्षकों/उप अधीक्षकों ने जवाब दिया (जनवरी–फरवरी 2020) कि मानव संसाधन की कमी के कारण परिणाम संकेतक तैयार और संधारित नहीं किए गए थे।

हालांकि, बी.ओ.आर. और ए.एल.ओ.एस. की गणना स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच.एम.आई.एस.) आकड़ों के आधार पर लेखापरीक्षा द्वारा की गई थी, जैसा कि नीचे उल्लेख किया गया हैः

बेड ऑक्यूपेंसी रेटः आई.पी.एच.एस. के अनुसार, अस्पतालों का बी.ओ.आर. (अस्पताल सेवाओं की उत्पादकता का एक सूचक) कम से कम 80 प्रतिशत होना चाहिए। नमूना–जांच किए गए ज़िला अस्पतालों का बी.ओ.आर. **तालिका 2.34** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.34
औसत बेड ऑक्यूपेंसी रेट (2014–20)

जिला अस्पताल	बेड ऑक्यूपेंसी रेट[71] (बी.ओ.आर.)						औसत बीओआर	फ़ॉर्मूला
	मई 2014	अगस्त 2015	नवम्बर 2016	फ़रवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019		एक महीने में कुल रोगी बेड दिन X 100/ (अस्पताल में कुल क्रियाशील बेड की संख्या X एक महीने में कैलेंडर दिन)
बिहारशरीफ	97	91	84	85	85	84	88	
हाजीपुर[72]	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	70	99	100	80	87	
जहानाबाद	55	41	81	22	24	19	40	
मधेपुरा	95	110	117	116	107	112	110	
पटना	अनुपलब्ध	8	5	12	8	11	9	

(स्रोतः नमूना–जाँचित जिला अस्पताल)

नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में बी.ओ.आर. नौ से 110 प्रतिशत के बीच था। इसके अलावा, ज़ि.अ.–जहानाबाद (40 फीसदी) और ज़ि.अ.–पटना (नौ फीसदी) की उत्पादकता काफी नीचे थी जबकि ज़ि.अ.–मधेपुरा में औसत बीओआर बेंचमार्क/मानक के मुकाबले ज्यादा था। ज़ि.अ.–जहानाबाद के मामले को छोड़कर इसका कोई कारण कहीं उपलब्ध नहीं था, जहां अधीक्षक (प्रभारी) ने कहा (अगस्त 2021) कि मानव संसाधन और बुनियादी सुविधाओं की कमी के कारण त्रुटियाँ थी।

---

[71] *आतंरिक अभिलेख के उचित रखरखाव के अभाव में, ज़ि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर बी.ओ.आर. की गणना स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच.एम.आई.एस.) डेटा के आधार पर की गयी है।*

[72] *ज़ि.अ.–हाजीपुर में जनगणना पंजी का रखरखाव किया गया था इस प्रकार बी.ओ.आर. की गणना जनगणना रजिस्टर के आधार पर की गई थी। आगे, मई 2014 तथा अगस्त 2015 के लिए कोई जनगणना पंजी संधारित नहीं की गई थी।*

एवरेज लेंथ ऑफ़ स्टे: एवरेज लेंथ ऑफ़ स्टे (ए.एल.ओ.एस.) रोगियों द्वारा अस्पताल में बिताए गए औसत दिनों की संख्या है। जैसा कि **तालिका–2.35** से स्पष्ट है, ज़ि.अ. –मधेपुरा और ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में ए.एल.ओ.एस. अपेक्षाकृत अधिक था। इसका कोई कारण उपलब्ध नहीं था।

तालिका–2.35
एवरेज लेंथ ऑफ़ स्टे (2014–20)

जिला अस्पताल	एवरेज लेंथ ऑफ़ स्टे दिन में						औसत ए.एल.ओ. एस.	फार्मूला
	मई 2014	अगस्त 2015	नवम्बर 2016	फ़रवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019		
बिहारशरीफ	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	2.70	2.96	1.72	2.46	कुल रोगी बिस्तर दिन / दाखिलों की कुल संख्या
हाजीपुर	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	0.45	0.62	0.49	अनुपलब्ध	0.52	
जहानाबाद	अनुपलब्ध	0.82	1.04	अनुपलब्ध	1.04	1.04	0.98	
मधेपुरा	4.44	3.53	2.58	2.51	3.12	2.11	3.05	
पटना	अनुपलब्ध	0.37	0.34	0.41	0.21	0.30	0.33	

(स्रोत: नमूना–जाँचित जिला अस्पताल)

रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण: लेखापरीक्षा में पाया गया कि ज़ि.अ.–जहानाबाद को छोड़कर नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. ने 2014–20 के दौरान सेवाओं की गुणवत्ता पर फीडबैक लेने के लिए रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं किया था। ज़ि.अ.–जहानाबाद में हुए इस सर्वे में अधिकांश मामलों में रोगियों ने "औसत" ग्रेड दिया था। हालांकि, ज़ि.अ. द्वारा रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण का विश्लेषण नहीं किया गया था और इसलिए कोई सुधारात्मक कार्रवाई नहीं की गई थी।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि "मेरा हॉस्पिटल प्रोग्राम" के तहत तृतीय पक्ष रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण किया जा रहा था। जवाब मान्य नहीं है क्योंकि रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण के संबंध में विवरण (जैसे कि यह सर्वेक्षण कहाँ और कब किया गया था, रोगियों की प्रतिक्रिया, सर्वेक्षण पर की गई कार्रवाई आदि) प्रस्तुत नहीं किया गया।

2.4.23.1 चिकित्सकीय अभिलेखों की पूर्णता

भारतीय चिकित्सा परिषद विनियमन के अनुसार यह आवश्यक है कि प्रत्येक चिकित्सक एक मानक प्रोफार्मा में उपचार शुरू होने की तारीख से तीन साल की अवधि तक अपने अन्तः रोगियों से संबंधित मेडिकल रिकॉर्ड बनाए रखेंगें।

नमूनाकृत महीनों अर्थात फरवरी 2018, मई 2018 और अगस्त 2019 से संबंधित पांच जिला अस्पतालों के 374[73] नमूना–जांच किए गए हेड बी.एच.टी. की जांच से पता चला कि आवश्यक विवरण पूरी तरह से नहीं भरे गए थे। रोगी का व्यवसाय (100 प्रतिशत), जांच की सलाह (80 प्रतिशत), जांच के बाद निदान (89 प्रतिशत), फालोअप (89 प्रतिशत) और तारीख (73 प्रतिशत) प्रमुख विवरण थे जो बी.एच.टी. में दर्ज नहीं किए गए थे। आगे, नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में बी.एच.टी. का व्यवस्थित संरक्षण और अभिलेखों का संधारण उपलब्ध नहीं था। गलत तरीके से भरे गए बी.एच.टी. रोगी को प्रदान की जाने वाली चिकित्सा, विशेष रूप से फालोअप या उच्च सुविधाओं के लिए रेफरल के मामले में देखभाल की निरंतरता और दक्षता को प्रभावित कर सकता है।

[73] *ज़ि.अ.– बिहारशरीफ (70), ज़ि.अ.–हाजीपुर (95), ज़ि.अ.–जहानाबाद (30), ज़ि.अ.–मधेपुरा (116) और ज़ि.अ.–पटना (63)*

2.4.24 कैंसर, मधुमेह, हृदय रोगों और स्ट्रोक की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस)

एन.पी.सी.डी.सी.एस. और एन.आर.एच.एम. फ्रेमवर्क 2012–17 के परिचालन दिशानिर्देशों के विपरीत, लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

i. नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. में हृदय रोग के मामलों, स्ट्रोक एवं कैंसर, मायोकार्डियल इंफार्क्शन और स्ट्रोक के निदान और प्रबंधन की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।

ii. नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. में इस्केमिक हृदय रोग, स्ट्रोक और अन्य हृदय संबंधी आपात स्थितियों के उपचार के लिए कार्डिएक केयर यूनिट (सी.सी.यू.) नहीं था।

iii. ज़ि.अ.–हाजीपुर को सरकार ने सी.सी.यू. की स्थापना, प्रयोगशाला और गैर संचारी रोग (एनसीडी) क्लिनिक का सुदृढ़ीकरण के लिए ₹1.61 करोड़[74] स्वीकृत (सितंबर 2012) किया और 2011–12 में ज़ि.स्वा.स. वैशाली (हाजीपुर) को ₹0.94 करोड़ जारी किए गए। लेकिन, उपकरण (जैसे सी.सी.यू. वेंटिलेटर, डिफिब्रिलेटर, कार्डिएक मॉनिटर, ई.सी.जी. मशीन आदि) की उपलब्धता के बावजूद सी.सी.यू. इकाई वहाँ कार्य नहीं कर रही थी। संयुक्त भौतिक सत्यापन (दिसंबर 2019) ने सी.सी.यू. और उसमें निष्क्रिय उपकरणों की अक्रियाशील स्थिति की पुष्टि की। सी.सी.यू. 2014 से बंद था. अस्पताल में कोई हृदय रोग विशेषज्ञ तैनात नहीं था (जुलाई 2021)।

iv. नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. में सामान्य कैंसर (मुख, स्तन और गर्भाशय) सहित एनसीडी क्लीनिकों की जांच की सुविधा और कैंसर के मामलों में कीमोथेरेपी सेवा का फॉलोअप नहीं था।

v. नमूना–जांच किए गए जि.अ. में जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर किसी में भी पुरानी किडनी रोगों के उपचार की सुविधा नहीं थी।

2.4.25 दृष्टीहीनता के नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम

दृष्टिहीनता और दृष्टिबाधा नियंत्रण[75] (एन.पी.सी.बी.–वी.आई.) के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम का 2015–18 के दौरान दृष्टीहीनता की व्यापकता को 0.45 प्रतिशत से कम करके 2020 तक 0.3 प्रतिशत करने का लक्ष्य है। मोतियाबिंद, कुल मामलों में से 63 प्रतिशत को आच्छादित करने वाले अंधेपन के मुख्य कारणों में से एक है।

कार्यक्रम के तहत नेत्र देखभाल सेवाओं को देश के कोने–कोने तक प्रदान करने के लिए, एक नई पहल के रूप में जिला अस्पतालों में बहुउद्देशीय जिला मोबाइल नेत्र रोग इकाइयों की स्थापना के प्रावधान का निर्णय लिया गया। सरकार हर सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में मोतियाबिंद का ऑपरेशन नि:शुल्क कराने के लिए प्रतिबद्ध है और एन.एच.एम. के तहत उपभोग्य वस्तुओं और दवाओं के खर्च के लिए नकद सहायता भी प्रदान करता है।

2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों और संबंधित जिलों में की गई मोतियाबिंद ऑपरेशन की संख्या **तालिका–2.36** में दर्शाई गई है।

---

[74] *सी.सी.यू. के लिए ₹1.50 करोड़, प्रयोगशाला के लिए ₹0.1 करोड़ और एन.सी.डी. क्लिनिक के लिए ₹0.01 करोड़*

[75] *1976 में शुरू की गई एक केंद्र प्रायोजित योजना और बिहार के लिए केंद्र और राज्य के बीच फंडिंग पैटर्न 60:40 है।*

तालिका–2.36
जिला एवं ज़ि.अ. में मोतियाबिंद के ऑपरेशन की संख्या

जिला	जिले में ऑपरेशन की संख्या	जिला अस्पतालों में ऑपरेशन की संख्या
बिहारशरीफ	52,465	298 (0.56)
जहानाबाद	4,031	0 (0.00)
हाजीपुर[76]	71,033	294 (0.41)
मधेपुरा	8,941	354 (4.00)
पटना	अनुपलब्ध	0 (अनुपलब्ध)

(स्रोतः संबंधित जिलों के अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी)

लेखापरीक्षा ने देखा कि इस कार्यक्रम में जिला अस्पताल का योगदान नगण्य था और पाया कि 2014–20 की अवधि के दौरान दो[77] नमूना जांच किए गए जि.अ. में, की गई ऑपरेशन की संख्या संबंधित जिलों में की गई कुल ऑपरेशन का लगभग आधा प्रतिशत थी, जबकि ज़ि.अ.–मधेपुरा में यह चार प्रतिशत था और ज़ि.अ.–पटना और ज़ि.अ. –जहानाबाद में 2014–20 के दौरान कोई ऑपरेशन नहीं की गई थी। ज़ि.अ.–मधेपुरा में नेत्र सर्जन की अनुपलब्धता के कारण 2014–17 के दौरान ऑपरेशन नहीं की गई थी। ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–हाजीपुर में सर्जरी की कम संख्या विशेषज्ञ चिकित्सक और बुनियादी ढांचे की कमी के कारण थी। ज़ि.अ.–पटना में सर्जन की अनुपलब्धता के कारण 2014–20 के दौरान अस्पताल द्वारा कोई सर्जरी नहीं की गई थी, हालांकि, जिला अस्पताल में गैर सरकारी संगठनों द्वारा 4,031 सर्जरी की गईं, जिसके लिए उन्हें 2014–20 की अवधि के दौरान एन.एच.एम. के तहत ज़ि.स्वा.स. द्वारा ₹0.29 करोड़ का भुगतान किया गया है।

इस प्रकार, हालांकि राज्य इस कार्यक्रम के अंतर्गत 2016–19 के दौरान मोतियाबिंद सर्जरी के लक्ष्य के मुकाबले 74 से 94 प्रतिशत ही हासिल[78] कर सका, जिला अस्पतालों ने महत्वपूर्ण योगदान नहीं दिया।

2.4.25.1 जिला अस्पताल में नेत्र ओ.पी.डी. का सुदृढ़ीकरण

दृष्टिहीनता के नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत पांच चिन्हित जिला अस्पतालों के सुदृढ़ीकरण के लिए 2017–18 में दो करोड़ रुपये की अनावर्ती सहायता अनुदान का प्रस्ताव किया गया था, लेकिन स्वीकृत नहीं किया गया था। 2018–19 में राज्य ने जहानाबाद और वैशाली सहित आठ चिन्हित जिलों के लिए पुनः ₹3.20 करोड़[79] का प्रस्ताव दिया और तदनुसार अनुमोदित किया। इस मसौदे के तहत बी.एम.एस.आई.सी.एल. के माध्यम से नेत्र ओ.पी.डी. के लिए निर्दिष्ट[80] उपकरण खरीदे जाने थे। वर्ष 2018–19 के लिए राज्य के वित्तीय दिशा–निर्देशों और निधि आवंटन की जांच से पता चला कि बी.एम. एस.आई.सी.एल. को कुल स्वीकृत राशि ₹3.20 करोड़ आवंटित की गई थी।. नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में लेखापरीक्षा ने पाया कि उपकरण दोनों जिला अस्पतालों अर्थात ज़ि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–हाजीपुर (वैशाली) को आपूर्ति नहीं की जा सकी और इस प्रकार योजना का उद्देश्य अधूरा रह गया। इसका कारण उपलब्ध नहीं था।

---

[76] *केवल 2014–19 के आंकड़े*

[77] *जि.अ.– बिहारशरीफ और जि.अ.– हाजीपुर*

[78] *2016–17 में 74 प्रतिशत, 2017–18 में 76 प्रतिशत और 2018–19 में 94 प्रतिशत*

[79] *प्रत्येक जिले के लिए ₹40.00 लाख*

[80] *ऑपरेटिंग माइक्रोस्कोप, ए–स्कैन बायोमीटर, केराटोमीटर, स्लिट लैंप, रिफ्रैक्शन यूनिट, ऑटो रेफ्रेक्टोमीटर, फ्लैश आटोक्लेव, स्ट्रीक रेटिनोस्कोप, टोनोमीटर, डायरेक्ट ऑथाल्मोस्कोप एनडी–याग लेजर आदि।*

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि नेत्र ओ.पी.डी. के लिए उपकरण बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा ज़ि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–जहानाबाद में आपूर्ति और स्थापित (जुलाई 2021) किया गया है। जवाब मान्य नहीं था क्योंकि आवश्यक 23 प्रकार की मशीन/उपकरणों में से केवल चार और दो उपकरण क्रमशः ज़ि.अ.–जहानाबाद और ज़ि.अ.–हाजीपुर को आपूर्ति किए गए थे।

2.4.26 राष्ट्रीय वैक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में परिकल्पना की गई है कि जिला अस्पतालों में राष्ट्रीय वैक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम के तहत मलेरिया (स्मीयर और आर.डी.टी.के.), कालाजार, डेंगू, जापानी इंसेफेलाइटिस (जे.ई.) और चिकनगुनिया के लिए जाँच की सुविधा होनी चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों के पास जेई और चिकनगुनिया के परीक्षण हेतु नैदानिक सेवाएं प्रदान करने की सुविधा नहीं थी, यद्यपि चार[81] नमूना–जांच किए गए जिले जेई स्थानिक जिले थे।

इसके अलावा, डेंगू और चिकनगुनिया के नैदानिक प्रबंधन के लिए सभी नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में एलिसा[82] रीडर की स्थापना प्रक्रियाधीन थी। इस प्रकार, सभी नमूना जांच किए गए जिला अस्पताल डेंगू और चिकनगुनिया के परीक्षण सुविधा से वंचित थे।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा निष्कर्षों को स्वीकार किया।

2.4.27 रेफरल सिस्टम

जिला अस्पताल के लिए एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार यह आवश्यक है कि अस्पताल देखभाल की निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए रोगियों/सेवाओं को अन्य/उच्च सुविधाओं में स्थानांतरण के लिए उपयुक्त रेफरल लिंकेज प्रदान करे। यह सुनिश्चित करने के लिए जाँच–सूची में शामिल हैं – रोगियों की रेफरल पर्ची, उच्च केंद्र के साथ अग्रिम संचार, रेफरल इन और रेफरल आउट पंजी को संधारित करना, कम सुविधाओं के लिए कार्यात्मक रेफरल लिंकेज, लीव अगेंस्ट मेडिकल एडवाइस (एलएएमए)/रेफेरल रोगी के लिए डिस्चार्ज सारांश, रेफर किए गए मरीजों आदि के फॉलो–अप की प्रणाली आदि।

लेखापरीक्षा ने देखा कि–

- नमूना–जांच किए गए चार[83] जि.अ. ने रेफरल–इन मरीजों, जिनका इलाज किया गया, ठीक किया गया, एलएएमए बन गए, फरार हो गए और जिनकी मृत्यु हो गई की संख्या से संबंधित अभिलेखों का संधारण नहीं किया। परिणामस्वरूप, लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि ऐसे रोगियों को क्यों रेफर किया गया और क्या उन्हें वांछित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की गईं। हालाँकि, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में प्रसूति वार्ड के संबंध में जून 2016 से मार्च 2019 की अवधि की जानकारी उपलब्ध थी।
- तीन जि.अ. के प्रसूति वार्ड में आंशिक[84] अवधि को छोड़ किसी भी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में विवरण से संबंधित अभिलेख जैसे रेफर किए गए मरीजों की संख्या, रेफरल का कारण, जिस अस्पताल में रेफर किया गया था आदि का संधारण नहीं किया गया था। ज़ि.अ.–जहानाबाद में लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–19 के

---

[81] *ज़ि.अ.–मधेपुरा को छोड़कर*

[82] *एंजाइम लिंक्ड इम्यूनो सोर्बेंट एस्से*

[83] *ज़ि.अ.–हाजीपुर, ज़ि.अ.–जहानाबाद, ज़ि.अ.–मधेपुरा एवं ज़ि.अ.–पटना*

[84] *ज़ि.अ.–बिहारशरीफ –18/6/2016 से मार्च 2019, ज़ि.अ.–हाजीपुर –2016–19, ज़ि.अ.–जहानाबाद –1/4/2014 से 24/2/2015, 30/8/2016 से 3/10/2016, 18/7/2018 एवं 16/1/2019 को छोड़कर*

दौरान रेफर किए गए रोगियों की संख्या में क्रमिक वृद्धि हुई, जो ज़ि.अ. में अपर्याप्त सेवाओं का संकेतक था।

ज़ि.अ. में विशेषज्ञ डॉक्टरों और बुनियादी ढांचे की कमी के कारण गंभीर रोगियों को उच्च केंद्रों में रेफर किया गया था। हालांकि, नमूना–जांच किए गए ज़िला अस्पतालों में एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार कोई विशिष्ट रेफरल लिंकेज नहीं था।

2.5 मातृत्व सेवाएं

2.5.1 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल

एक उचित प्रसव पूर्व जांच मां को आवश्यक देखभाल प्रदान करती है और गर्भावस्था की किसी भी जटिलता जैसे एनीमिया, प्री–एक्लेमप्सिया और उच्च रक्तचाप आदि और भ्रूण की धीमी/अपर्याप्त वृद्धि की पहचान करने में मदद करती है।

2.5.1.1 गर्भवती महिलाओं की निर्धारित जांच

प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी) के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक गर्भवती महिला को पहली उपस्थिति/पंजीकरण सहित कम से कम चार प्रसव पूर्व जांच प्रदान की जानी चाहिए। अस्पताल को गर्भवती महिला को एक माँ और बाल सुरक्षा कार्ड प्रदान करना होता है जिसे वह बाद की सभी जाँचों/उपस्थिति के लिए ले जाएगी और इसे प्रसवपूर्व पंजी में दर्ज किया जाना चाहिए। यह प्रसवपूर्व जांच और प्रसव के बाद की देखभाल की निगरानी में मदद करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या 99,868[85] थी। हालांकि, एएनसी परीक्षण वार (पहली एएनसी– 12 सप्ताह के भीतर– विशेषतः जैसे ही गर्भावस्था का संदेह होता है, दूसरी एएनसी– 14 और 26 सप्ताह के बीच, तीसरी एएनसी– 28 और 34 सप्ताह के बीच और चौथी एएनसी– 36 सप्ताह और प्रसव के बीच) विवरण सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का विवरण या तो दर्ज[86] नहीं किया गया था (ज़ि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर जहां 2019–20 से एएनसी पंजी ठीक से रखा गया था) या 2014–20 के दौरान एएनसी पंजी का संधारण[87] नहीं किया गया था। इस प्रकार, प्रसव पूर्व जांच की निगरानी में कमी थी।

ज़ि.अ.–हाजीपुर में 2019–20 के नमूना माह (अगस्त 2019) के एएनसी पंजी की जांच से पता चला कि एएनसी के लिए कुल 243 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से पहली एएनसी 243 (100 प्रतिशत) और बाद में उनमें से दूसरी एएनसी 91 (37 प्रतिशत) को प्रदान की गई थी, तीसरी एएनसी 49 (20 प्रतिशत) और चौथी एएनसी 10 (चार प्रतिशत) महिलाओं को ही प्रदान किया गया। इस प्रकार, केवल चार प्रतिशत मामलों में सभी चार एएनसी परीक्षण सुनिश्चित किए गए थे।

---

[85] *2014–15 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–1,263, ज़ि.अ.–हाजीपुर–1,920, ज़ि.अ.–जहानाबाद–696, ज़ि.अ.–मधेपुरा–825 और ज़ि.अ.–पटना–7,302=कुल–12,006), 2015–16 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–872, ज़ि.अ.–हाजीपुर–2,920, ज़ि.अ.–जहानाबाद–1,565, ज़ि.अ.–मधेपुरा–1,872 और ज़ि.अ.–पटना–6,727 = कुल–13,956), 2016–17 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–604, ज़ि.अ.–हाजीपुर–3,417, ज़ि.अ.–जहानाबाद–1,017, ज़ि.अ.–मधेपुरा–3,029 और ज़ि.अ.–पटना– आकड़े अनुपलब्ध = कुल–8,067), 2017–18 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–827, ज़ि.अ.–हाजीपुर–3,972, ज़ि.अ.–जहानाबाद–5,735, ज़ि.अ.–मधेपुरा–947 और ज़ि.अ.–पटना–7,950=कुल–19,431), 2018–19 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–872, ज़ि.अ.–हाजीपुर–5,931, ज़ि.अ.–जहानाबाद–6,539, ज़ि.अ.–मधेपुरा–897 और ज़ि.अ.–पटना–8,876=कुल–23,115) और 2019–20 (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–2,099, ज़ि.अ.–हाजीपुर–10,463, ज़ि.अ.–जहानाबाद–2,561, ज़ि.अ.–मधेपुरा–914 और ज़ि.अ.–पटना–7,256 = कुल–23,293)*

[86] *ज़ि.अ.–जहानाबाद, ज़ि.अ.–मधेपुरा और ज़ि.अ.–हाजीपुर (2019–20 के दौरान अनुरक्षित)*

[87] *ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–पटना*

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को जहानाबाद और वैशाली (हाजीपुर) जिले में एएनसी क्लिनिक में दर्ज किया गया था। यद्यपि, जवाब तथ्यात्मक रूप से सही हो सकता है, जि.अ.–जहानाबाद में एएनसी परीक्षणवार सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का विवरण दर्ज नहीं किया गया।

जांच के दौरान विशेष देखभाल के लिए गर्भवती महिलाओं की पहचान

एएनसी के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा से गर्भवती महिलाओं का बेहतर मामला प्रबंधन और फॉलो–अप के लिए उचित अभिलेख संधारण की अपेक्षा की जाती है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि गर्भवती महिलाओं को विशेष ध्यान[88] देने की आवश्यकता का पता लगने के बावजूद, ज़ि.अ.–पटना ने अभिलेखों का संधारण नहीं किया था। यद्यपि अन्य नमूना–जांच किए गए ज़िला अस्पतालों में अभिलेख संधारित किए गए थे, उन्हें विशेष देखभाल प्रदान नहीं की गई थी। विशेष देखभाल की कमी आईएफए (आयरन और फोलिक एसिड) गोलियों के अपर्याप्त वितरण, एक्लम्पसिया के मामले को प्रबंधन करने के लिए आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता आदि से स्पष्ट थी।

2.5.1.2 विशेष रक्त परीक्षण के लिए जांच

भारत सरकार के निर्देश के अनुसार प्रत्येक गर्भवती महिला का सिकल सेल ट्रेट, बी–थैलेसीमिया और हीमोग्लोबिन वेरिएंट के लिए परीक्षण किया जाना चाहिए। इन रोगों की जांच के लिए रिएजेंट नेस्ट्रोफ्ट सॉल्यूशन की जरूरत थी और इस रिएजेंट के लिए एन.एच.एम. निधि भी अलग से मंजूर किया गया था। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए किसी भी ज़ि.अ. में इन परीक्षणों और रिएजेंट नेस्ट्रोफ्ट सॉल्यूशन की सुविधा नहीं थी। इसका कारण उपलब्ध नहीं था।

रा.स्वा.स. ने बताया कि यह सुविधा सभी मेडिकल कॉलेजों में उपलब्ध थी। हालांकि जवाब तथ्यात्मक रूप से सही हो सकता है, सरकारी मेडिकल कॉलेज बिहार के केवल आठ जिलों में उपलब्ध हैं।

2.5.1.3 गर्भवती महिलाओं के लिए आयरन और फोलिक एसिड पूरक

एएनसी की दिशानिर्देश के अनुसार, सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को पहली तिमाही शुरू होने के बाद रक्ताल्पता के नियंत्रण के लिए निवारक उपाय के रूप में कम से कम 100 दिनों[89] तक हर दिन आईएफए (100 मि.ग्रा. एलिमेंटल आयरन और 0.5 मि.ग्रा. फोलिक एसिड) और उपचारात्मक खुराक के रूप में तीन महीने के लिए प्रतिदिन दो आईएफए गोलियां दिया जाना चाहिए। इस खुराक को प्रसवोत्तर तीन महीने के लिए दोहराया जाना चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2014–20 के दौरान किसी भी नमूना–जांच किए गए जि.अ. में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं और रक्ताल्पता वाली गर्भवती महिलाओं को आईएफए गोलियों का पूरक सभी मामलों में सुनिश्चित नहीं किया गया था। ज़ि.अ.–बिहारशरीफ, ज़ि.अ.–हाजीपुर, ज़ि.अ.–जहानाबाद और ज़ि.अ.–पटना[90] में केवल 53, 46, 61 और 39 प्रतिशत पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को 2014–20 के दौरान आईएफए सप्लीमेंट दिया गया था जबकि जि.अ.–मधेपुरा में 2014–20[91] के दौरान यह 87 प्रतिशत था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि अधिकांश मामलों में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं और रक्ताल्पता वाली गर्भवती महिलाओं को आई.एफ.ए. गोलियों का पूरक सुनिश्चित किया गया था। रा.

---

[88] *उच्च रक्तचाप (140/90 से अधिक रक्तचाप), एक्लम्पसिया (प्रोटीन यूरिया और ऐंठन के साथ उच्च रक्तचाप) और हीमोग्लोबिन का 11 ग्राम / डीएल से कम होना*

[89] *2017–18 से बढ़ाकर 180 दिन कर दिया गया, जैसा कि एचएम.आई.एस. आकड़ो से स्पष्ट है।*

[90] *2016–17 को छोड़कर, क्योंकि ज़ि.अ.–पटना में 2016–17 के आकड़े उपलब्ध नहीं थे*

[91] *2017–18 को छोड़कर, क्योंकि वर्ष 2017–18 के आकड़े सहज उपलब्ध नहीं थे*

स्वा.स. का जवाब मान्य नहीं था क्योंकि यह लेखापरीक्षा के दौरान जिला अस्पताल में देखी गई वास्तविक स्थिति के अनुरूप नहीं था, जैसा कि कंडिका में वर्णित है।

2.5.1.4 टिटेनस इंजेक्शन का व्यवस्थापन

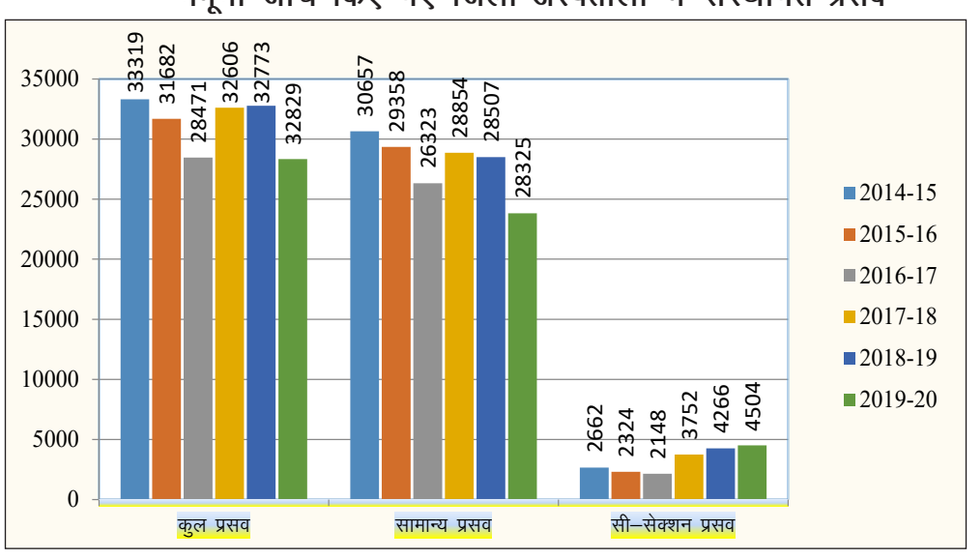
माता और नवजात को टेटनस की रोकथाम के लिए सभी गर्भवती महिलाओं को टेटनस टॉक्साइड (टीटी) इंजेक्शन[92] आवश्यक है। पहली खुराक तुरंत दी जानी चाहिए और विशेषतः जब महिलाएं एएनसी के लिए पंजीकरण कराती हैं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2014–20 के दौरान नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर भंडार में उपलब्धता के बावजूद सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी इंजेक्शन नहीं दिया गया था। ज़ि.अ.–जहानाबाद और ज़ि.अ.–पटना में टीटी इंजेक्शन न लगाने के मामले ज्यादा थे। यह मां और नवजात शिशुओं की देखभाल के प्रति डॉक्टरों के ध्यान की कमी को दर्शाता है ।

अपने जवाब में रा.स्वा.स. ने दावा किया कि ज़ि.अ.–हाजीपुर (वैशाली) और ज़ि.अ. –जहानाबाद में सभी गर्भवती महिलाओं को टीटी इंजेक्शन दिया गया था। हालांकि, रा.स्वा.स. का दावा सही नहीं था क्योंकि ज़ि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–जहानाबाद में 2014–20 के दौरान कुल 45,375 गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण किया गया था, जबकि टीटी इंजेक्शन केवल 33,996 महिलाओं को दिया गया था।

2.5.2 संस्थागत प्रसव

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के दिशानिर्देश में यह परिकल्पित है कि बिना स्वयं के खर्च के, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में आवश्यक और आपातकालीन दोनों तरह की गुणवत्ता सेवाओं तक समय पर पहुंच सुनिश्चित करके मातृ और शिशु मृत्यु दोनों को कम किया जा सकता है। नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों के संस्थागत प्रसव का विवरण **रेखा–चित्र– 2.5** में दिखाया गया है।

रेखा–चित्र– 2.5
नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में संस्थागत प्रसव



(स्रोतः नमूना–जाँचित ज़ि.अ.)

रेखा–चित्र– 2.5 से यह देखा जा सकता है कि वर्ष 2014–15 की तुलना में 2019–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में संस्थागत प्रसव में एक प्रतिशत की कमी आई

[92] *एक या दो खुराक जैसा भी मामला हो।*

है। सामान्य प्रसव के प्रदर्शन में एक नकारात्मक प्रवृत्ति भी देखी गई जो 2014–15 की तुलना में 2019–20 में आठ प्रतिशत कम हो गई। संस्थागत प्रसव में घटती प्रवृत्ति नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों के प्रसूति विभाग में उपलब्ध संसाधनों (दवाओं, उपभोग्य वस्तुओं, उपकरण और मानव संसाधन) की कमी के कारण थी, जैसा कि उत्तरवर्त्ती कंडिकाओं मे विस्तारित किया गया है।

इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–15 की तुलना में 2019–20 के दौरान शल्य क्रिया के द्वारा प्रसव के निष्पादन में वृद्धि हुई। यह इस तथ्य के कारण था कि नमूना जांच किए गए 14[93] उप–जिला अस्पतालों (उ.जि.अ.) में से केवल एक[94] अस्पताल में शल्य क्रिया द्वारा प्रसव की सुविधा थी अन्यथा शल्य क्रिया द्वारा प्रसव की आवश्यकता वाले प्रसूति मामलों को जिला अस्पतालों को रेफर किया गया था। अन्य नमूना–जांच किए गए उप–जिला अस्पतालों में शल्य क्रिया द्वारा प्रसव निष्पादित नहीं करने का कारण विशेषज्ञ डॉक्टरों (प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ) की कमी थी।

उप–जिला अस्पतालों से जिला अस्पतालों में शल्य क्रिया द्वारा प्रसव के मामलों को स्थानांतरित करने के बावजूद, जिला अस्पतालों में शल्य क्रिया द्वारा कुल प्रसव 10 प्रतिशत (एन.एच.एम. दिशानिर्देशों[95] में उल्लिखित) के मानक से कम थी।

तालिका–2.37

2014–20 के दौरान शल्य क्रिया द्वारा प्रसव का प्रतिशत

जिला अस्पताल	शल्य क्रिया द्वारा प्रसव के प्रतिशत की सीमा
बिहारशरीफ	15 से 25
हाजीपुर[96]	4 से 16
जहानाबाद	3 से 4
मधेपुरा	1 से 5
पटना	3 से 16

(स्रोतः नमूना–जाँचित जिला अस्पताल)

जैसा कि **तालिका 2.37** में दिखाया गया है, नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से चार में शल्य क्रिया द्वारा प्रसव 10 प्रतिशत से कम थी। इस प्रकार, जटिल गर्भावस्था के मामलों, जिसमें शल्य क्रिया द्वारा प्रसव की आवश्यकता हो, को निजी क्लिनिक में बाध्य करने की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता है, जिसमें जे.एस.एस.के.[97] में निर्धारित शर्तों के विपरीत स्वयं का खर्च हो। यह स्थिति भी नमूना–जांच किए गए ज़ि.अ. में अपर्याप्त संसाधनों जैसे दवाओं, उपभोग्य वस्तुओं, उपकरण और मानव संसाधन के कारण थी, जैसा कि उत्तरवर्त्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

रा.स्वा.स. ने संस्थागत प्रसव में कमी के लिए 2018–19 के दौरान आशा हड़ताल को जिम्मेदार ठहराया। हालांकि, रा.स्वा.स. द्वारा 2018–19 के अलावा अन्य वर्षों के दौरान स्थिति के संबंध में कोई टिप्पणी नहीं की गई थी।

---

[93] *बिहारशरीफ (रे.अ. कल्याणबीघा, प्रा.स्वा.के. कटरीसराय और प्रा.स्वा.के. नूरसराय), हाजीपुर (रे.अ. लालगंज, प्रा.स्वा.के. बिदुपुर और प्रा.स्वा.के. राजापाकर), जहानाबाद (प्रा.स्वा.के. काको, प्रा.स्वा. के. घोसी और रे.अ. मखदुमपुर), मधेपुरा (प्रा.स्वा.के. गम्हार्या, प्रा.स्वा.के. कुमारखंड और प्रा.स्वा.के. ग्वालपारा) और पटना (अनुमंडल अस्पताल (अनु.अ.)–दानापुर, और रे.अ. मोकामा), रे.अ. रेफेरल अस्पताल, प्रा.स्वा.के : प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र.*

[94] *अनु.अ., दानापुर*

[95] *"इन्गोजिंग जनरल सर्जन्स फार परफारमिंग सीजेरियन सेक्शन एण्ड मैनेजिंग आब्सटेट्रिक काम्पलीकेशन" पर एन.एच.एम. दिशानिर्देश बताता है कि कुल प्रसव के लगभग 10 प्रतिशत मामलों में सी–सेक्शन शल्य क्रिया द्वारा प्रसव की आवश्यकता हो सकती है।*

[96] *केवल 2016–20 के नमूना चयनित माह के आंकड़े।*

[97] *जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), सभी गर्भवती महिलाओं को मुफ्त दवाओं, उपभोग्य वस्तुओं, निदान आदि के प्रावधान के साथ शल्य क्रिया द्वारा प्रसव सेवाओं का अधिकार देता है।*

2.5.3 संसाधनों की उपलब्धता

2.5.3.1 मातृत्व सेवाओं में दवाएं

मातृ एवं नवजात स्वास्थ्य (एम.एन.एच.) टूलकिट अस्पतालों में प्रसूति सेवाओं के लिए 21 प्रकार की दवाएं निर्धारित करता है। नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान छह नमूना चयनित महीनों (छह नमूना चयनित महीनों में कुल 182 दिन) में दवा की उपलब्धता **तालिका–2.38** में दर्शाई गई है।

तालिका–2.38

2014–20 के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में दवाओं की उपलब्धता

क्र. स.	दवाओं के नाम	नमूना चयनित माह में दवाओं की उपलब्धता (182 दिन में से)				
		बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना
1	इंजेक्शन ऑक्सीटोसिन	163 (90)	182 (100)	151 (83)	182 (100)	121 (66)
2	टैब. मेट्रोनिडाजोले 400 मि.ग्रा.	120 (66)	57 (31)	30 (16)	0	31 (17)
3	टैब. पैरासिटामोल	182 (100)	31 (17)	30 (16)	29 (16)	0
4	टैब. आईबुप्रोफेन	45 (25)	0	0	0	0
5	टैब. बी कॉम्प्लेक्स	107 (59)	120 (66)	31 (17)	61 (34)	0
6	इंजेक्शन ऑक्सीटोसिन 10 आईयू	0	0	0	0	0
7	टैब. मिसोप्रोसटोल 200 एम सी ज़ी	110 (60)	182 (100)	121 (66)	123 (68)	25 (14)
8	इंजेक्शन जेंटामायसिन	113 (62)	123 (68)	151 (83)	84 (46)	31 (17)
9	इंजेक्शन बेटामेथासोन	182 (100)	0	0	0	0
10	रिंगर लैकटेट	128 (70)	182 (100)	182 (100)	176 (97)	151 (83)
11	नार्मल सैलाइन	176 (97)	182 (100)	182 (100)	175 (96)	121 (66)
12	इंजेक्शन हाईड्रालेजिन	0	0	0	0	0
13	मिथाइलडोपा	99 (54)	0	0	0	0
14	इंजेक्शन कैल्शियम ग्लूकोनेट–10%	59 (32)	20 (11)	31 (17)	31 (17)	90 (49)
15	इंजेक्शन एम्पीसिलीन	182 (100)	31 (17)	0	0	35 (19)
16	इंजेक्शन मेट्रोनिडाज़ोल	138 (76)	61 (34)	59 (32)	87 (48)	31 (17)
17	इंजेक्शन लिग्नोकेन – 2%	117 (64)	30 (16)	31 (17)	151 (83)	31 (17)
18	इंजेक्शन एड्रीनलीन	27 (15)	31 (17)	92 (51)	146 (80)	31 (17)
19	इंजेक्शन हाइड्रोकार्टीसोन सक्सीनेट	86 (47)	124 (68)	92 (51)	58 (32)	31 (17)
20	इंजेक्शन डायजेपाम	31 (17)	31 (17)	61 (34)	145 (80)	31 (17)
21	इंजेक्शन कार्बोप्रोस्ट	0	0	0	0	26 (14)
कुल मिलाकर दवाओं की औसत उपलब्धता		**98 (54)**	**66 (36)**	**59 (33)**	**69 (38)**	**37 (21)**

(स्रोतः नमूना जंचित ज़ि.अ.) नोटः कोष्ठक में संख्या, प्रतिशत का सूचक है

नमूना–जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों में 21 दवाओं में से कोई भी दवा संपूर्ण अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं थी। हालांकि, सभी नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में पूरी अवधि के दौरान केवल चार दवाओं (इंजेक्शन ऑक्सीटोसिन, टैब. मिसोप्रोस्टोल 200 एमसीजी, रिंगर लैक्टेट और नॉर्मल सेलाइन) की उपलब्धता संतोषजनक पाई गई। इसके अलावा, सभी नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में दो दवाएं (इंजे. हाईड्रालेजिन और इंजे. कार्बोप्रोस्ट) पूरी अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं थीं, नमूना जांच किए गए तीन ज़ि.अ. में तीन दवाएं (टैब आईबुप्रोफेन, इंजेक्शन बेटामेथासोन और मिथाइलडोपा) पूरी अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं थीं, दो नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में इंजेक्शन एम्पीसिलीन पूरी अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं था और टैब. मेट्रोनिडाजोल 400 मि.ग्रा. ज़ि.अ.–मधेपुरा में पूरी अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं था।

स्वास्थ्य विभाग के कार्यालय आदेश (मई 2014) के अनुसार जि.अ. में दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए संबंधित ज़ि.अ. के उपाधीक्षक, स्वास्थ्य प्रबंधक और

जिला कार्यक्रम प्रबंधक सीधे तौर पर जिम्मेदार थे। हालांकि, संबंधित जिले के अं.श. चि.–सह–मु.चि.पदा. जिले में चिकित्सा व्यवस्था के प्रमुख होने के नाते, जिले में राज्य सरकार की स्वास्थ्य सुविधाओं में दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए भी जिम्मेदार हो सकते हैं। इसके अलावा, एकमात्र खरीद एजेंसी के रूप में बी.एम.एस.आई.सी.एल. राज्य सरकार की सभी स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए दवाओं की निर्बाध आपूर्ति के लिए जिम्मेदार था। दवाओं की अनुपलब्धता/कमी मुख्य रूप से इस तथ्य के कारण थी कि बी.एम.एस.आई.सी.एल. के पास सभी दवाओं का संविदा–दर उपलब्ध नहीं था। दवाओं की अनुपलब्धता/कमी का प्रसूति मामलों में अस्पतालों की आपातकालीन और गंभीर देखभाल प्रदान करने की क्षमता पर व्यापक प्रभाव पड़ा जो इस तथ्य से स्पष्ट था कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतलों में मृत जन्म दर राज्य की औसत मृत जन्म दर से काफी अधिक था।

रा.स्वा.स. ने दावा किया कि नालंदा (बिहारशरीफ) जिले में पर्याप्त दवाएं उपलब्ध थीं। लेकिन, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ के प्रसूति विभाग में दवाओं की कमी के संबंध में विशिष्ट जवाब प्रस्तुत नहीं किया गया। जि.अ.–बिहारशरीफ में निर्धारित 21 दवाओं में से दो दवाएं (इंजेक्शन कॉर्बोप्रोस्ट और इंजेक्शन हाइड्रैलाज़िन) पूरे नमूना–जांच महीनों में उपलब्ध नहीं थीं, 15 दवाएं आंशिक रूप से उपलब्ध थीं जैसा कि **तालिका –2.38** में दर्शाया गया है।

2.5.3.2 मातृत्व सेवाओं में आवश्यक उपभोग्य वस्तुएं

एम.एन.एच. टूलकिट अस्पतालों में प्रसूति सेवाओं के लिए 20 प्रकार के उपभोग्य वस्तुओं को निर्धारित करता है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना अवधि के दौरान आवश्यक उपभोग्य वस्तुओं की औसत कमी 30 से 65 प्रतिशत के बीच थी। नमूना–जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों में, जि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–पटना को छोड़कर, मातृत्व सेवाओं के लिए आवश्यक उपभोग्य वस्तुओं की भारी कमी (50 प्रतिशत से अधिक) थी जैसा कि **तालिका–2.39** में दिखाया गया है।

तालिका–2.39
2014–20 के दौरान नमूना जांच किए गए ज़िला अस्पतालों में उपभोग्य वस्तुओं की कमी

जिला अस्पताल	उपलब्ध उपभोग्य वस्तुओं के प्रकार						औसत उपलब्धता	कमी (प्रतिशत)
	मई 2014	अगस्त 2015	नवम्बर 2016	फ़रवरी 2018	मई 2018	अगस्त 2019		
बिहारशरीफ	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	12	12	13	11	12	8 (40)
हाजीपुर	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	4	6	9	8	7	13 (65)
जहानाबाद	3	10	9	9	7	14	9	11 (55)
मधेपुरा	6	11	9	12	12	14	11	9 (45)
पटना	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	12	15	14	6 (30)

(स्रोतः नमूना जंचित जिला अस्पताल)

अभिलेखों की जांच से पता चला कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में नमूना जाँचित महीनों के दौरान आवश्यक उपभोग्य वस्तुएं जैसे ड्रॉ शीट, बेबी रैपिंग शीट, टांका के लिए धागा, प्रसव पीड़ित महिला के लिए गाउन, प्लास्टिक एप्रन (डिस्पोजेबल) और पहचान टैग मुख्य रूप से उपलब्ध नहीं थे, जो प्रसव और अन्य मातृत्व सेवाओं के लिए आवश्यक थे। इससे प्रसव कक्ष और वार्ड में मां और नवजात शिशु की देखभाल के लिए स्वच्छ और सुरक्षित वातावरण प्रदान करने पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा निष्कर्षों को स्वीकार किया और बताया कि नालंदा (बिहारशरीफ) जिले में आवश्यक उपभोग्य वस्तुएं उपलब्ध थीं, लेकिन ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में उपभोग्य

वस्तुओं की अनुपलब्धता के लिए विशिष्ट जवाब और जवाब के समर्थन में दस्तावेज प्रदान नहीं किए गए थे। हालांकि, रा.स्वा.स. द्वारा दिया गया जवाब इस तथ्य के कारण स्वीकार्य नहीं था कि नमूना–जांच की गई 40 प्रतिशत उपभोग्य वस्तुएं 2016–20 के नमूना–जाँचित महीनों के दौरान उपलब्ध नहीं थीं। इसके अलावा, आवश्यक उपभोग्य वस्तुएं जैसे ड्रॉ शीट, बेबी रैपिंग शीट, टांका के लिए धागा, प्रसव पीड़ित महिला के लिए गाउन, प्लास्टिक एप्रन (डिस्पोजेबल) और पहचान टैग मुख्य रूप से पूरे नमूना महीनों के दौरान जिला अस्पतालों में उपलब्ध नहीं थे।

2.5.3.3 मातृत्व सेवाओं में आवश्यक उपकरण की उपलब्धता

आई.पी.एच.एस. प्रसूति विभाग के तहत मरीजों की जांच और निगरानी के लिए 28 प्रकार के उपकरण ***(परिशिष्ट–2.6)*** निर्धारित करता है।

तालिका 2.40
प्रसूति वार्ड में अनुपलब्ध उपकरण (मार्च 2020)

जिला अस्पताल	अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों की संख्या व नाम
बिहारशरीफ	बेबी इन्क्यूबेटर, नवजात शिशु देखभाल उपकरण, कार्डियो टोको ग्राफी मॉनिटर, क्रैनोटॉमी, वैक्यूम एक्सट्रैक्टर मेटल, सिलास्टिक वैक्यूम एक्सट्रैक्टर, कार्डिएक मॉनिटर बेबी एंड एडल्ट, हीमोग्लोबिनोमीटर और पब्लिक एड्रेस सिस्टम – नौ (32 प्रतिशत)।
हाजीपुर	बेबी इन्क्यूबेटर्स, इमरजेंसी रिससिटेशन किट – बेबी, स्टैंडर्ड वेगिंग स्केल, न्यूबॉर्न केयर इक्विपमेंट, रूम वार्मर, कार्डियो टोको ग्राफी मॉनिटर, फोर्सप्स डिलीवरी किट, क्रैनोटॉमी, वैक्यूम एक्सट्रैक्टर मेटल, सिलास्टिक वैक्यूम एक्सट्रैक्टर, कार्डिएक मॉनिटर बेबी एंड एडल्ट, ऑक्सीजन के लिए हेड बॉक्स, पब्लिक एड्रेस सिस्टम और दीवार घड़ी – 14 (50 प्रतिशत)।
जहानाबाद	बेबी इन्क्यूबेटर्स, इमरजेंसी रिससिटेशन किट – बेबी, स्टैंडर्ड वेगिंग स्केल, न्यूबॉर्न केयर इक्विपमेंट, डबल–आउटलेट ऑक्सीजन कंसंटेटर, रूम वार्मर, कार्डियो टोको ग्राफी मॉनिटर, फोर्सप्स डिलीवरी किट, क्रैनोटॉमी, वैक्यूम एक्सट्रैक्टर मेटल, सिलैस्टिक वैक्यूम एक्सट्रैक्टर, कार्डिएक मॉनिटर बेबी एंड एडल्ट, सीपीएपी मशीन, ऑक्सीजन के लिए हेड बॉक्स, हीमोग्लोबिनोमीटर और पब्लिक एड्रेस सिस्टम –16 (57 प्रतिशत)।
मधेपुरा	बेबी इन्क्यूबेटर, फोटोथेरेपी यूनिट, कार्डियो टोको ग्राफी मॉनिटर, क्रैनोटॉमी, सिलास्टिक वैक्यूम एक्सट्रैक्टर, कार्डिएक मॉनिटर बेबी एंड एडल्ट, नेबुलाइजर बेबी, सीपीएपी मशीन और पब्लिक एड्रेस सिस्टम–नौ (32 प्रतिशत)।
पटना	बेबी इनक्यूबेटर, फोटोथेरेपी यूनिट, इमरजेंसी रिससिटेशन किट – बेबी, न्यूबॉर्न केयर इक्विपमेंट, डबल–आउटलेट ऑक्सीजन कंसंटेटर, कार्डियो टोको ग्राफी मॉनिटर, फोर्सप्स डिलीवरी किट, क्रैनोटॉमी, वैक्यूम एक्सट्रैक्टर मेटल, सिलास्टिक वैक्यूम एक्सट्रैक्टर, कार्डिएक मॉनिटर बेबी एंड एडल्ट, नेबुलाइजर बेबी, सीपीएपी मशीन, ऑक्सीजन के लिए हेड बॉक्स और पब्लिक एड्रेस सिस्टम–15 (54 प्रतिशत)।

(स्रोतः नमूना जंचित ज़ि.अ.)

जैसा कि **तालिका–2.40** से स्पष्ट है कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में 28 आवश्यक उपकरणों में से नौ से 16 प्रकार के आवश्यक उपकरण उपलब्ध नहीं थे (मार्च 2020)। ज़ि.अ.–जहानाबाद (57 प्रतिशत), जि.अ.–पटना (54 प्रतिशत) और ज़ि.अ. –हाजीपुर (50 प्रतिशत) में उपकरणों की काफी कमी देखी गई। आवश्यक उपकरणों की कमी ने प्रसूति मामलों में आपातकालीन और महत्वपूर्ण देखभाल प्रदान करने की अस्पतालों की क्षमता से समझौता किया, जिसके कारण नमूना–जांच किए गए तीन ज़ि.अ.

(ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–9, जि.अ.–जहानाबाद–7, और जि.अ.–हाजीपुर–5) में 2014–20[98] की अवधि के दौरान 21 मातृ मृत्यु हुई। इसके अलावा, आवश्यक संसाधनों की अनुपलब्धता की स्थिति में 2019–20 के दौरान तीन[99] नमूना जांच किए गए जि.अ. से 718 प्रसव रोगियों को तृतीयक देखभाल अस्पतालों में भेजा गया था। प्रसूति विभाग का रेफर–आउट पंजी ज़ि.अ.–मधेपुरा में संधारित नहीं किया गया था जबकि प्रसूति विभाग से रेफर–आउट रोगी से संबंधित कोई अभिलेख ज़ि.अ.–जहानाबाद में उपलब्ध नहीं कराया गया था।

इसके अलावा, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में से किसी ने भी उपकरण के लिए एएमसी/सीएमसी निष्पादित नहीं किया, हालांकि ज़ि.अ.–बिहारशरीफ, ज़ि.अ. –जहानाबाद और ज़ि.अ.–हाजीपुर में चार प्रकार के 14 उपकरण जैसे पल्स औक्सिमीटर – बेबी और एडल्ट, ऑक्सीजन के लिए हेड बॉक्स, डबल आउटलेट ऑक्सीजन कंसंट्रेटर और ऑक्सीजन कंसंट्रेटर अक्रियाशील स्थिति में थे।

2.5.3.4 मानव संसाधन (मा.सं.)

एम.एन.एच. टूलकिट, गुणवत्ता सेवा वितरण के लिए और रोगियों को गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर के दौरान सर्वोत्तम संभव देखभाल प्रदान करने के लिए अस्पताल में प्रति माह औसतन 100 से 200, 200 से 500 और 500 और उससे अधिक प्रसव के आधार पर मातृत्व सेवाओं के लिए कुशल कर्मियों को निर्धारित करता है जैसा कि **तालिका 2.41** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.41
एम.एन.एच. टूलकिट के अनुसार मातृत्व सेवाओं के तहत मा.सं. की आवश्यकता

प्रति माह औसत प्रसव	डॉक्टर्स (डा.)	सहायक कार्मिक (स.)	कुल
100–200	4	19	23
200–500	15	26	41
500 और उससे अधिक	17	30	47

तालिका 2.42
2019–20 के दौरान मातृत्व सेवाओं के लिए आवश्यकता के विरुद्ध मा.सं. की उपलब्धता

विवरण	बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना
वर्ष 2019–20 के लिए औसत मासिक प्रसव	636	1075	392	492	141
मा.सं. की उपलब्धता (डा.+स.)	17 +30	17+30	15+26	15+26	4+19
उपलब्ध मानवबल					
डॉक्टर्स	7	7	8	7	7
सहायक कर्मी	32	20	13	8	13
कुल	39	27	21	15	20

(स्रोतः नमूना–जंचित ज़ि.अ.)

जैसा कि **तालिका–2.42** से स्पष्ट है कि 2019–20 के दौरान प्रसूति वार्ड में मानव संसाधन की उपलब्धता एम.एन.एच. टूलकिट के अनुसार नहीं थी। नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से चार जि.अ. में प्रसूति विभाग में डॉक्टरों और सहायक कर्मचारियों की भारी कमी थी, जो क्रमशः 47 से 59 प्रतिशत तथा 32 से 69 प्रतिशत तक थी।

[98] *जि.अ.–जहानाबाद में केवल 2017–20 का डाटा उपलब्ध कराया जा सका जबकि ज़ि.अ.–मधेपुरा में मातृ मृत्यु का रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं कराया गया*

[99] *जि.अ.–बिहारशरीफ (240), ज़ि.अ.–हाजीपुर (397) और ज़ि.अ.–पटना (81)*

नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों के प्रसूति वार्ड में मानवबल की कम पदस्थापना ने इंगित किया कि प्रसव संबंधी जटिलताओं के प्रबंधन, संतोषजनक नवजात देखभाल सुनिश्चित करने और अन्य मातृ स्वास्थ्य आपात स्थितियों का प्रबंधन करने के लिए उचित देखभाल नहीं की गई थी।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि स्वास्थ्य विभाग द्वारा एन.एच.एम. के तहत 2021–22 के दौरान भर्ती की गई है। लेकिन, लेखापरीक्षा को कोई विवरण प्रदान नहीं किया गया था, जिससे कि दावे की सत्यता का पता लगाया जा सके।

2.5.3.5 भौतिक आधारभूत संरचना

एम.एन.एच. टूलकिट के विपरीत, लेखापरीक्षा में पाया गया कि ज़ि.अ.–बिहारशरीफ के भवन में भूतल सहित तीन मंजिल शामिल थे और प्रसूति विभाग भूतल के साथ–साथ ज़ि.अ. में पहली मंजिल पर संचालित था। हालांकि, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में भूतल से ऊपरी मंजिल तक रैंप उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, ज़ि.अ. में लिफ्ट की सुविधा भी उपलब्ध नहीं थी। रैंप या लिफ्ट के अभाव में, मरीजों को सीढ़ियों के माध्यम से ऊपरी मंजिल पर ले जाया जाता था और इस प्रकार गंभीर रोगियों को जोखिम में डाला जा रहा था।

2.5.4 चिकित्सकीय दक्षता

2.5.4.1 पार्टोग्राफ तैयार करना

प्रसव पूर्व देखभाल और जन्म के समय एएनएम और महिला स्वास्थ्य आगंतुकों द्वारा कुशल उपस्थिति के लिए दिशानिर्देशों के अनुसार, पार्टोग्राफ प्रसव की प्रगति तथा मां और भ्रूण की प्रमुख स्थितियों की एक ग्राफिक रिकॉर्डिंग है। यह आगे के प्रबंधन के लिए समय पर कार्रवाई, यदि आवश्यक हो, उच्च चिकित्सा सुविधा के लिए रेफरल, की आवश्यकता का आकलन करता है। पार्टोग्राफ को तब रिकॉर्ड किया जाता है जब एक महिला सक्रिय प्रसव तक पहुंचती है।

अभिलेखों की जांच में पाया गया कि वर्ष 2014–20 के दौरान ज़ि.अ.–हाजीपुर में पार्टोग्राफ प्लॉट नहीं किए गए थे जबकि 2014–19 के दौरान नमूना–जांच किए गए दो[100] ज़ि.अ. में इसे प्लॉट नहीं किया गया था। हालांकि, 2019–20 के दौरान ज़ि.अ.–जहानाबाद (नमूना जांच किए गए 65 बी.एच.टी. में से 22 मामलों में पार्टोग्राफ प्लॉट किए गए थे) और जि.अ.–पटना (नमूना जांच किए गए 25 बी.एच.टी. में से 19 मामलों में पार्टोग्राफ प्लॉट किए गए थे) में पार्टोग्राफ आंशिक रूप से संधारित किया गया था। 2017–20 और 2018–20 के दौरान क्रमशः ज़ि.अ.–मधेपुरा (110 नमूना जांच किए गए बी.एच.टी. में से पार्टोग्राफ केवल 16 मामलों में प्लॉट किए गए थे) और ज़ि.अ.–बिहारशरीफ (62 नमूना जांच किए गए बी.एच.टी. में से केवल 30 मामलों में पार्टोग्राफ प्लॉट किए गए थे) में आंशिक रूप से पार्टोग्राफ संधारित किया गया था।

ज़ि.अ.–हाजीपुर में जनवरी 2019 में मातृ मृत्यु ऑडिट रिपोर्ट में मातृ मृत्यु के कारणों में से एक के रूप में पार्टोग्राफ का संधारण न करने का उल्लेख किया गया था। इस प्रकार, पार्टोग्राफ तैयार न करने से रोगियों को गर्भावस्था के प्रतिकूल परिणामों के जोखिम का सामना करना पड़ा।

रा.स्वा.स.ने जवाब दिया कि ज़ि.अ.–जहानाबाद, ज़ि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में पार्टोग्राफ रिकॉर्ड किया जा रहा था। जवाब केवल आंशिक रूप से सही था, क्योंकि नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से तीन (2014–20 के दौरान ज़ि.अ.–हाजीपुर में, 2014–19 के दौरान ज़ि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–पटना में) में पार्टोग्राफ तैयार नहीं किया गया था।

[100] *जि.अ.–जहानाबाद और जि.अ.–पटना*

2.5.4.2 समय–पूर्व प्रसव का प्रबंधन

भारत सरकार द्वारा जारी किए गए समय–पूर्व प्रसव में एंटेनेटल कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स के उपयोग के लिए परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी नवजात मौतों में से कम से कम 50 प्रतिशत में समय–पूर्व जन्म एक जोखिम कारक है। 34 सप्ताह से कम समय के समय–पूर्व शिशुओं में मृत्यु का सबसे आम कारण रेस्पिरेटरी डिस्ट्रेस सिंड्रोम (आर.डी. एस.) है। समय से पहले प्रसव का पता चलने पर गर्भवती महिला को कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स (जैसे डेक्सामेथासोन या बीटामेथासोन) का इंजेक्शन देकर आर.डी.एस. को काफी हद तक रोका जा सकता है।

नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों के चयनित प्रसव कक्ष पंजी से यह पता चला कि नमूना अवधि (मई 2018 और अगस्त 2019) के दौरान कुल 5,505 प्रसव मामलों में से 1,159 (21 प्रतिशत) मामलों में प्रसव के समय गर्भावस्था की उम्र (गर्भावस्था की अवधि) को प्रसव कक्ष रिकॉर्ड में दर्ज नहीं किया गया था। शेष में से, 75 प्रसव समय–पूर्व प्रसव के रूप में दर्ज किए गए थे, जिन्हें कॉर्टिकोस्टेरॉइड इंजेक्शन दिए जाने की आवश्यकता थी। तथापि, इंजेक्शन को 43 प्रसवों में नहीं दिया गया था, जबकि 28 समय–पूर्व प्रसव के लिए इंजेक्शन दिए जाने के संबंध में कोई रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं था, इस प्रकार लेखापरीक्षा में बाधा उत्पन्न हुई जो **तालिका 2.43** में वर्णित है।

तालिका 2.43
समय–पूर्व प्रसव में कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स इंजेक्शन का उपयोग

जिला अस्पताल	नमूना–जांच किए गए प्रसव मामलों की संख्या 2018–20	प्रसव जिसमें गर्भावस्था की उम्र दर्ज नहीं की गई	समय–पूर्व प्रसव के मामले जिनमें कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स इंजेक्शन दिये जाने की आवश्यकता थी।		
			समय–पूर्व प्रसवों की संख्या	प्रसव जिसमें कॉर्टिकोस्टेरॉइड नहीं दिया गया	अभिलेख के बिना प्रसव
बिहारशरीफ	1,238	250	10	*अनु.	10
हाजीपुर	2,246	238	35	31	0
जहानाबाद	782	268	8	अनु.	8
मधेपुरा	1,047	379	10	अनु.	10
पटना	192	24	12	12	0
कुल	**5,505**	**1,159**	**75**	**43**	**28**

*(स्रोतः नमूना–जांचित जि.अ.) *अनु.–आंकड़ें अनुपलब्ध*

प्रसव के मामले जिनमें नमूना जाँच महीनों के दौरान गर्भावस्था की उम्र दर्ज नहीं की गई थी मुख्य रूप से ज़ि.अ.–मधेपुरा (36 प्रतिशत), जिअ.–जहानाबाद (34 प्रतिशत) और ज़ि.अ.–बिहारशरीफ (20 प्रतिशत) थी।

43 मामलों जिसमें कॉर्टिकोस्टेरॉइड को समय–पूर्व प्रसव में नहीं दिया गया था में से 13[101] मामलों में, कॉर्टिकोस्टेरॉइड को इस तथ्य के कारण नहीं दिया गया था कि यह इंजेक्शन (डेक्सामेथासोन या बीटामेथासोन) भंडार में नहीं था। हालाँकि, 30[102] मामलों में प्रभारी चिकित्सकों की लापरवाही के कारण भंडार में इंजेक्शन उपलब्ध होने के बाद भी कॉर्टिकोस्टेरॉइड नहीं दिया गया। इसके अलावा, ज़ि.अ.–हाजीपुर के प्रसव कक्ष पंजी और एस.एन.सी.यू. प्रवेश पंजी की क्रॉस–चेक से पता चला कि नवजात शिशुओं के सात[103] गंभीर मामलों को प्रसूति वार्ड से एस.एन.सी.यू. में भेजा गया था। लेकिन, केवल चार

[101] *ज़ि.अ.– हाजीपुर*

[102] *ज़ि.अ.– हाजीपुर (18) तथा ज़ि.अ.– पटना (12)*

[103] *ज़ि.अ.–हाजीपुर (मई–2018–2 मामले और अगस्त 2019– 5 मामले)*

मामले जिनमें कॉर्टिकोस्टेरॉइड नहीं दिया गया था, एस.एन.सी.यू. में भर्ती पाए गए थे। एस.एन.सी.यू. में भर्ती इन चार मामलों में से दो नवजात नहीं बचे। इसके अलावा, एक मामला जिसमें कॉर्टिकोस्टेरॉइड इंजेक्शन नहीं दिया गया था, मृत जन्म के रूप में पैदा हुआ था।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा अवलोकन को स्वीकार किया और बताया कि ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में कॉर्टिकोस्टेरॉइड इंजेक्शन दिया जा रहा था। अन्य जिलों को समय–पूर्व प्रसव के लिए कॉर्टिकोस्टेरॉइड इंजेक्शन दिए जाने का रिकॉर्ड रखने के लिए निर्देशित किया गया है। उचित दस्तावेज़ीकरण के अभाव में रा.स्वा.स. का जवाब सत्यापन योग्य नहीं था।

2.5.4.3 शल्य–क्रिया द्वारा प्रसव का अभिलेख

लेखापरीक्षा ने ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में 2016–20 की अवधि से संबंधित शल्य–क्रिया द्वारा प्रसव मामलों के 51 बी.एच.टी. की जांच की और देखा कि एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, शल्य–क्रिया से पहले रोगी के मूल्यांकन का रिकॉर्ड, सर्जिकल सुरक्षा जांच–सूची और शल्य–क्रिया पश्चात टिप्पणी किसी भी बी.एच.टी. के साथ दर्ज नहीं किया गया था। अन्य नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में लेखापरीक्षा को शल्य–क्रिया द्वारा प्रसव मामलों के बी.एच.टी. उपलब्ध नहीं कराए गए थे। ज़ि.अ. द्वारा यह सूचित किया गया कि सर्जरी से पहले रोगी के मूल्यांकन रिकॉर्ड, सर्जिकल सुरक्षा जांच–सूची के उपयोग और शल्य–क्रिया पश्चात टिप्पणी दर्ज नहीं किए गए थे। दस्तावेजों के अभाव में इस बात का कोई आश्वासन नहीं था कि डॉक्टरों और अन्य सहायक कर्मचारियों ने गुणवत्तापूर्ण शल्य–क्रिया द्वारा प्रसव सेवाएं प्रदान करने के लिए पर्याप्त उपाय किए।

अपने जवाब में, रा.स्वा.स. ने दावा किया कि उपरोक्त दस्तावेज के लिए प्रारूप[104] मुद्रित किया गया था और राज्य द्वारा सभी जिलों को भेजा गया था। जवाब, यद्यपि तथ्यात्मक रूप से सही हो सकता है, लेखापरीक्षा में पाया गया (अभिलेखों की जांच के दौरान) कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ये प्रारूप नहीं भरे गए थे।

2.5.5 प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसवपूर्व देखभाल और जन्म के समय कुशल उपस्थिति के दिशा–निर्देशों के अनुसार, प्रसव के छह सप्ताह बाद प्रसवोत्तर अवधि मानी जाती है और प्रसव के बाद के 48 घंटे पूरे प्रसवोत्तर अवधि में सबसे महत्वपूर्ण होते हैं। इसलिए, प्रसव के बाद कम से कम 48 घंटे के लिए मां को स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में रहने की आवश्यकता होती है और उसके बाद सामान्य स्थिति में उसे छुट्टी दे दी जानी चाहिए।

नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2014–20 के दौरान 89 प्रतिशत मामलों में प्रसव के बाद 48 घंटे तक माता का रहना सुनिश्चित नहीं किया जा सका। ज़ि.अ.–हाजीपुर, ज़ि.अ.–जहानाबाद और ज़ि.अ.–मधेपुरा में मरीजों ने या तो खुद अस्पताल छोड़ दिया या अस्पताल में बेड की कमी के कारण छुट्टी दे दी गई। ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–पटना में मरीजों ने अपने जोखिम पर और डॉक्टर की सलाह के विरुद्ध प्रसव के बाद छह से आठ घंटे के भीतर अस्पताल छोड़ दिया। अस्पताल की ओर से इसका कोई कारण नहीं बताया गया। इन तथ्यों ने पुष्टि की कि प्रसव के बाद, प्रसवोत्तर अवधि में मां और बच्चे की निगरानी नहीं की गई थी।

वर्ष के दौरान नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में कुल प्रसव के प्रतिशत के विरूद्ध प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी की वर्ष–वार प्रवृत्ति **तालिका–2.44** में दी गई है।

---

[104] *एल–3 केस शीट*

तालिका– 2.44
प्रसव के 48 घंटे के भीतर महिलाओं को छुट्टी प्रतिशत में

जि.अ. का नाम	48 घंटे के भीतर छुट्टी प्रतिशत					
	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
बिहारशरीफ	79	83	86	81	78	75
हाजीपुर	96	94	92	86	84	85
जहानाबाद	90	90	86	88	96	95
मधेपुरा	96	99	98	96	98	98
पटना	96	90	अनु.*	94	86	86

(स्रोतः नमूना–जंचित ज़ि.अ. से प्राप्त सूचना) *अनु.– अनुपलब्ध

सभी अस्पतालों में 75 से 99 प्रतिशत माताओं को 48 घंटे से पहले या तो छुट्टी दे दी गई या उनके द्वारा अस्पताल छोड़ दिया गया जो माताओं के साथ–साथ नवजात शिशुओं के जीवन के लिए भी जोखिम भरा है।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा अवलोकन को स्वीकार किया और कहा कि अत्यधिक मामलों के भार और माताओं की अनिच्छा के कारण अस्पताल में 48 घंटे के प्रसवोत्तर अवधि में रहने को सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

2.5.5.1 जन्म के समय नियमित टीकाकरण

राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम के अनुसार, बैसिलस कैलमेट गुएरिन (बी.सी.जी.), ओरल पोलियो वैक्सीन (ओ.पी.वी.)–शून्य खुराक और हेपेटाइटिस–बी का टीका जन्म के समय अनिवार्य रूप से दिया जाना चाहिए और अस्पताल को उनकी पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।

ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में अभिलेखों[105] की जांच से पता चला कि सभी नवजात बच्चों को जन्म के समय अनिवार्य टीकाकरण यानी बी.सी.जी., ओ.पी.वी. और हेपेटाइटिस–बी सुनिश्चित नहीं किया गया था और न्यूनतम 11 से 16 प्रतिशत बच्चे इन अनिवार्य टीकों से वंचित थे, जैसा कि **तालिका 2.45** में दिखाया गया है।

तालिका 2.45
टीकाकरण न किए गए बच्चों का विवरण

जि.अ. का नाम	अवधि	जन्म लेने वाले बच्चों की कुल संख्या	बी.सी.ज़ी.	ओ.पी.वी.	हेपेटाइटिस–बी
			टीकाकरण नहीं किए बच्चे (नवजात बच्चों की तलना में प्रतिशत*)		
बिहारशरीफ	2018-20	15,312	2,413 (16)	1,681 (11)	1,859 (12)

(स्रोतः नमूना–जंचित ज़ि.अ. से प्राप्त सूचना)

नवजात बच्चों को अनिवार्य टीके नहीं देना संबंधित अस्पताल प्राधिकरण की लापरवाही की ओर इंगित किया क्योंकि इस अवधि के दौरान अस्पतालों में टीके उपलब्ध थे।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा निष्कर्षों को स्वीकार किया और कहा कि 2020–21 के दौरान बीसीजी, ओपीवी और हेपेटाइटिस–बी के कवरेज में सुधार की सूचना मिली है।

2.5.6 जननी सुरक्षा योजना

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए एक केंद्र प्रायोजित योजना है। यह योजना प्रसव और प्रसव के बाद देखभाल के साथ नकद सहायता[106] को एकीकृत करती है। इस योजना का उद्देश्य संस्थागत देखभाल के माध्यम से मातृ एवं नवजात मृत्यु दर को कम करना है।

[105] *ज़ि.अ.–हाजीपुर, ज़ि.अ.–जहानाबाद, ज़ि.अ.–मधेपुरा और ज़ि.अ.–पटना में 2014–20 की अवधि के लिए तथा ज़ि.अ.– बिहारशरीफ में 2014–18 की अवधि के लिए अस्पताल में पैदा हुए बच्चों के टीकाकरण से संबंधित अभिलेखों का संधारण नहीं किया गया था।*

[106] *ग्रामीण क्षेत्र के लिए ₹1400/– और शहरी क्षेत्र के लिए ₹1000/– की सहायता।*

तालिका –2.46
जेएसवाई के तहत भुगतान प्राप्त करने वाले लाभार्थियों का प्रतिशत

वर्ष	जिला अस्पताल				
	बिहारशरीफ	हाजीपुर	जहानाबाद	मधेपुरा	पटना
2014-15	98.14	101.44	96.23	100.84	68.28
2015-16	99.63	86.62	102.81	96.50	64.43
2016-17	97.63	56.92	100.74	68.18	60.71
2017-18	95.52	61.13	97.38	86.08	78.68
2018-19	94.88	57.45	93.93	106.25	66.80
2019-20	84.97	63.26	100.51	79.98	31.91
कुल प्रतिशत	**95.07**	**70.53**	**98.53**	**89.10**	**62.78**

(स्रोतः नमूना–जंचित जिला अस्पताल)

लेखापरीक्षा ने ज़ि.अ.–हाजीपुर, ज़ि.अ.–मधेपुरा और ज़ि.अ.–पटना में लाभार्थियों को हकदारी के भुगतान में कमियां पायीं। जि.अ.–हाजीपुर में, 57 से 87 प्रतिशत लाभार्थी ने 2015–20 के दौरान भुगतान पाया, जि.अ.–मधेपुरा में 68 से 86 प्रतिशत लाभार्थी ने 2016–18 और 2019–20 के दौरान भुगतान पाया और जि.अ.–पटना में 32 से 79 प्रतिशत लाभार्थी ने 2014–20 के दौरान भुगतान पाया।

ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–जहानाबाद द्वारा भुगतान न करने का कारण बैंक खाता संख्या जमा न करना/विलंब से करना बताया गया था। हालाँकि, जिला अस्पतालों द्वारा बताया गया कारण स्वीकार्य नहीं था क्योंकि प्रसव के तुरंत बाद लाभार्थी को भुगतान किया जाना था। जि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–पटना द्वारा कोई विशेष कारण नहीं बताया गया जबकि जि.अ.–मधेपुरा द्वारा कोई जवाब नहीं दिया गया।

इसके अलावा, ज़ि.अ.–हाजीपुर में 2014–15 के दौरान, ज़ि.अ.–जहानाबाद में 2015–17 और 2019–20 के दौरान और ज़ि.अ.–मधेपुरा में 2014–15 और 2018–19 के दौरान 100 प्रतिशत से अधिक भुगतान किया गया था, जो इस तथ्य का संकेतक था कि पिछले वर्ष से संबंधित भुगतान बाद के वर्ष में किया गया था।

इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने 2014–20 के दौरान तीन[107] नमूना–जाँचित जिला अस्पतालों में 2,171 नमूना लाभार्थियों के विवरण की जांच की और लाभार्थियों को भुगतान में देरी देखा। नमूना–जांच किए गए मामलों में विलंब की सीमा 19 प्रतिशत में 31–60 दिन, 17 प्रतिशत में 61 से 180 दिन और तीन प्रतिशत मामलों में 180 दिनों से अधिक थी। 13 प्रतिशत मामलों में भुगतान नहीं किया गया था। इस प्रकार, बच्चे के जन्म के बाद बेहतर स्वास्थ्य देखभाल के लिए माताओं को तत्काल आर्थिक सहायता देने का उद्देश्य विफल हो गया।

संस्थागत प्रसव के मामले में बिहार कम प्रदर्शन करने वाले राज्यों में से होने के बावजूद, मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) की सक्रिय भागीदारी और सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं की देखभाल के कारण बिहार में संस्थागत प्रसव की संख्या में पर्याप्त वृद्धि हुई है। संस्थागत प्रसव में 2014–15 और 2018–19 के बीच में 7.2 प्रतिशत की वृद्धि दर्ज की गई है। हालाँकि, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों (ज़ि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर) में संस्थागत प्रसव के आंकड़ों की जांच से पता चला कि

[107] *ज़ि.अ.–बिहारशरीफ (904), ज़ि.अ.–जहानाबाद (568) और ज़ि.अ.–मधेपुरा (699); शेष दो जि.अ. में, उचित विवरण की अनुपलब्धता के कारण इसकी जांच नहीं की जा सकी*

2014–15 से 2019–20 के दौरान ज़ि.अ. के योगदान में कमी आई है। जे.एस.वाई. का खराब क्रियान्वयन इस गिरावट का एक कारण हो सकता है।

रा.स्वा.स. ने लेखापरीक्षा अवलोकन को स्वीकार किया।

2.5.7 मातृ मृत्यु[108] समीक्षा

मातृ मृत्यु समीक्षा (एम.डी.आर.) स्वास्थ्य प्रणाली में कमियों का पता लगाकर मातृ मृत्यु दर को कम करने की एक प्रक्रिया है। एन.एच.एम. की मातृ मृत्यु समीक्षा गाइडबुक के अनुसार, सभी मातृ मृत्यु की जांच 24 घंटे के भीतर निर्धारित सुविधा आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा (एफ.बी.एम.डी.आर.) प्रारूप का उपयोग करके की जानी चाहिए और समीक्षा प्रारूप की एक प्रतिकेस शीट के साथ जिला नोडल अधिकारी (डी.एन.ओ.) को और अस्पताल की सुविधा मातृ मृत्यु समीक्षा (एफ.एम.डी.आर.) समिति को भेजी जानी चाहिए। अस्पताल सभी मातृ मृत्यु का रिकॉर्ड एक पंजी में रखेगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20[109] की अवधि के दौरान तीन नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों (ज़ि.अ.–बिहारशरीफ–नौ, ज़ि.अ.–जहानाबाद–सात, और जि.अ.–हाजीपुर–पांच) में मातृ मृत्यु के कुल 21 मामले सामने आए, जिसके विरुद्ध मातृ मृत्यु समीक्षा केवल सात[110] मामले में की गई। ज़ि.अ.–मधेपुरा में न तो मातृ मृत्यु का रिकॉर्ड संधारित किया गया था और न ही कोई मृत्यु समीक्षा की गई। लेखापरीक्षा ने आगे निम्नलिखित पायाः

i. नमूना–जांच किए गए तीन[111] जिला अस्पताल में मातृ मृत्यु पंजी का संधारण नहीं किया गया था।

ii. सात में से कुल चार[112] एफ.बी.एम.डी.आर. प्रपत्र लेखापरीक्षा को प्रस्तुत किए गए थे और जिनकी जांच से पता चला कि ये पूरी तरह से नहीं भरे गए थे और मृत्यु का कारण और कारक खाली छोड़ दिया गया था। इस प्रकार, मृत्यु के कारण का विश्लेषण नहीं किया गया था और इसलिए सुधारात्मक उपाय करने का प्रश्न ही नहीं उठता था।

iii. नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में अस्पताल अधीक्षक की अध्यक्षता में अस्पताल स्तर पर मातृ मृत्यु समीक्षा समिति का गठन नहीं किया गया था सिवाय ज़ि.अ.–जहानाबाद के, जहां नवंबर 2017 में समिति का गठन किया गया था।

iv. तीन में से दो[113] अस्पतालों में, जहां मृत्यु की समीक्षा की गई थी, डी.एन.ओ. द्वारा जिला स्तरीय बैठक बुलाने, सुधारात्मक उपायों की सिफारिश करने और उन समीक्षा के परिणाम के रूप में अस्पतालों द्वारा की गई कार्रवाई के संबंध में कुछ भी रिकॉर्ड में नहीं था।

v. राज्य स्वास्थ्य समिति ने भी मातृ मृत्यु पर एक मासिक रिपोर्ट और जि.स्वा.स. के माध्यम से उसकी समीक्षा की मांग की थी, लेकिन वह प्रस्तुत नहीं की गई, जिसने विभाग की अपर्याप्त निगरानी को भी इंगित किया।

---

[108] *गर्भावस्था के दौरान या गर्भावस्था की समाप्ति के 42 दिनों के भीतर एक महिला की मृत्यु, गर्भावस्था की अवधि और साइट के निरपेक्ष, गर्भावस्था या उसके प्रबंधन से संबंधित किसी भी कारण से, लेकिन आकस्मिक या आकस्मिक कारणों से नहीं।*

[109] *जि.अ.–जहानाबाद में सिर्फ 2017–20 का डाटा उपलब्ध कराया जा सका*

[110] *जि.अ.–बिहारशरीफ में एक, ज़ि.अ.–जहानाबाद में तीन और ज़ि.अ.–हाजीपुर में तीन*

[111] *जि.अ.–बिहारशरीफ (जनवरी 2015 के बाद संधारण नहीं किया गया), ज़ि.अ.–हाजीपुर (जनवरी 2019 से जनवरी 2020 तक संधारित किया गया), और ज़ि.अ.–मधेपुरा (27/9/2020 से संधारण किया गया)*

[112] *जि.अ.–बिहारशरीफ में एक, ज़ि.अ.–हाजीपुर में दो और ज़ि.अ.–जहानाबाद में तीन में से एक*

[113] *ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–हाजीपुर*

इस प्रकार, अधिकांश मामलों में मातृ मृत्यु की समीक्षा नहीं की गई थी और जिन मामलों में इसे किए जाने का दावा किया गया था, वे केवल औपचारिकता मात्र थे।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि ज़ि.अ. स्तर पर एम.डी.आर. समिति का गठन ज़ि.अ.–हाजीपुर (वैशाली) और ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में किया गया था। दोनों जिलों में मातृ मृत्यु पंजी का संधारण किया गया था।

लेखापरीक्षा ने जि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–हाजीपुर में एम.डी.आर. समिति अनुपस्थित पाया। इसके अलावा, रा.स्वा.स. का दावा दस्तावेज साक्ष्य के साथ नहीं था। हालांकि, लेखापरीक्षा ने पाया कि केवल जनवरी 2019 से जनवरी 2020 तक की अवधि के लिए मातृ मृत्यु पंजी जि.अ.–हाजीपुर में संधारित किया गया था और जनवरी 2020 के बाद पंजी को अद्यतन नहीं किया गया था। जनवरी 2015 के बाद ज़ि.अ.–बिहारशरीफ में भी मातृ मृत्यु पंजी का संधारण नहीं किया गया था। ज़ि.अ.–बिहारशरीफ और ज़ि.अ.–हाजीपुर में एम.डी.आर. समिति का गठन तथ्य के विपरीत था।

2.5.8 नवजात और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधा

2.5.8.1 एस.एन.सी.यू. सेवाओं की उपलब्धता

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के अनुसार, सिक न्यूबॉर्न केयर यूनिट (एस.एन.सी.यू.) जन्म के समय कम वजन और समय पूर्व जन्म लिए शिशुओं को चिकित्सा उपचार प्रदान करने के लिए है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में ज़ि.अ.–पटना को छोड़कर एस.एन.सी.यू. सेवाएं थीं। इन एस.एन.सी.यू. में उपलब्ध संसाधनों और प्रशिक्षण के माध्यम से क्षमता निर्माण की चर्चा आगामी कंडिकाओं में की गई है।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि ज़ि.अ.–पटना में मदर न्यूबॉर्न केयर यूनिट (एम.एन.सी.यू.) की स्थापना प्रक्रियाधीन है।

(क) उपकरण

एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक में एस.एन.सी.यू. के लिए 17 प्रकार ***(परिशिष्ट –2.6)*** के यन्त्र और उपकरण निर्धारित किए गए हैं। लेखापरीक्षा ने नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में आवश्यक यंत्रों और उपकरणों की कमी देखी, जैसा कि **तालिका–2.47** में दिखाया गया है।

तालिका–2.47

नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. के एस.एन.सी.यू. में 2019–20 के दौरान उपकरणों की कमी और 2018–20 के दौरान नमूना महीनों में नवजात मृत्यु

जिला अस्पताल	अनुपलब्ध उपकरणों का प्रकार (प्रतिशत)	नवजात मृत्यु (प्रतिशत)	ज़ि.अ. में अनुपलब्ध आवश्यक उपकरणों के नाम
बिहारशरीफ	5 (29)	8(4)	मल्टीपैरा मॉनिटर, थर्मामीटर, बिलरुबिनोमीटर, डेक्सट्रोमीटर और ईटी ट्यूब।
हाजीपुर	8 (47)	29(12)	मल्टीपैरा मॉनिटर, बिलरुबिनोमीटर, डेक्सट्रोमीटर, फोटोथेरेपी मशीन, इन्फ्यूजन पंप्स, ऑक्सीजन हुड, बैग और मास्क और ईटी ट्यूब
जहानाबाद	4 (24)	7 (4)	मल्टीपैरा मॉनिटर, बिलरुबिनोमीटर, डेक्सट्रोमीटर और ईटी ट्यूब।
मधेपुरा	4 (24)	6 (5)	मल्टीपैरा मॉनिटर, बिलरुबिनोमीटर, डेक्सट्रोमीटर और ईटी ट्यूब।

(स्रोतः नमूना–जंचित जिला अस्पताल)

जैसा कि **तालिका–2.47** से स्पष्ट है, 2019–20 के दौरान नमूना जांच किए गए ज़ि.अ. में एस.एन.सी.यू. में आवश्यक क्रियाशील उपकरणों की कमी 24 से 47 प्रतिशत के बीच थी।

इस प्रकार, एस.एन.सी.यू. के लिए उपलब्ध उपकरण पर्याप्त नहीं थे, जिसका अर्थ है कि उपचार की गुणवत्ता प्रभावित हुई होगी। लेखापरीक्षा ने जिला अस्पतालों में एस.एन.सी.यू. में उपकरणों की अनुपलब्धता और नवजात मृत्यु के बीच एक सकारात्मक सहसंबंध भी देखा।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि ज़ि.अ. में एस.एन.सी.यू. की स्थापना के समय आवश्यक उपकरणों की एक बार में आपूर्ति सुनिश्चित की गई थी। बाद में संबंधित एस.एन.सी.यू. की मांग के आधार पर उपकरणों की आपूर्ति सुनिश्चित की गई थी। हालांकि, आवश्यक उपकरणों का अंतर विश्लेषण नहीं किया गया था और तथ्य यह था कि 2019–20 के दौरान नमूना जांच किए गए जि.अ. में एस.एन.सी.यू. में आवश्यक कार्यात्मक उपकरणों की कमी 24 से 47 प्रतिशत के बीच थी।

(ख) मानव संसाधन

एन.एच.एम.एसेसर्स गाइडबुक में एस.एन.सी.यू. में पूर्णकालिक बाल रोग विशेषज्ञ, प्रति पाली एक चिकित्सा अधिकारी, प्रति पाली तीन नर्सिंग स्टाफ और साइड लैब के लिए एक तकनीशियन की उपलब्धता निर्धारित करती है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में एस.एन.सी.यू. के लिए लैब तकनीशियन को पदस्थापित नहीं किया गया था। अगस्त 2019 के ड्यूटी रोस्टर के अनुसार, ज़ि.अ.–बिहारशरीफ, ज़ि.अ.–मधेपुरा और ज़ि.अ.–हाजीपुर में एस.एन.सी.यू. में तीन प्रति पाली के मानदंडों के विपरीत प्रत्येक पाली में क्रमशः केवल दो नर्सिंग स्टाफ, एक से दो नर्सिंग स्टाफ और दो से तीन नर्सिंग स्टाफ पदस्थापित थे। इस प्रकार, जि.अ.–जहानाबाद के एस.एन.सी.यू. की तुलना में, जहां पर्याप्त नर्सिंग स्टाफ तैनात था, इन ज़ि.अ. के एस.एन.सी.यू. में नर्सिंग देखभाल की कमी थी जिसकी पुष्टि कम डिस्चार्ज दर, उच्च रेफरल आउट रेट और उच्च एलएएमए दर (उत्तरवर्ती **कंडिका 2.5.8.2** में चर्चा की गई) द्वारा भी की गई।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि एस.एन.सी.यू. की प्रयोगशाला सेवाएं एस.एन.सी.यू. से सम्बद्ध ज़ि.अ. के माध्यम से प्रदान की गई थीं। ज़ि.अ. में स्टाफ नर्स की उपलब्धता के आधार पर एस.एन.सी.यू. में नर्सिंग स्टाफ की नियुक्ति को सुनिश्चित किया गया था। अब नई भर्ती से नर्सिंग के मानवबल को भी बढ़ा दी गई है। जवाब मान्य नहीं था क्योंकि नमूना जांच किए गए तीन जिला अस्पतालों में मानकों के विपरीत एस.एन.सी.यू. में नर्सिंग स्टाफ की पदस्थापना अभी भी कम थी।

(ग) विशेष नवजात शिशु देखभाल वार्ड

आई.पी.एच.एस. नवजात शिशुओं के लिए अतिरिक्त 10 बिस्तरों की अवधारण करता है, जहां मां और नवजात दोनों एक साथ रह सकते हैं, जिन्हें एस.एन.सी.यू. में अवलोकन के लिए फोटोथेरेपी और जन्म के समय कम वजन जैसे न्यूनतम समर्थन की आवश्यकता होती है। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में, जि.अ.–हाजीपुर (केवल छह बिस्तरों वाले) को छोड़कर जहां एस.एन.सी.यू. सुविधा उपलब्ध थी, विशेष नवजात देखभाल वार्ड (एस.एन.सी.डब्ल्यू.) उपलब्ध नहीं था। इस प्रकार, एस.एन.सी.यू. में न्यूनतम समर्थन के लिए नवजातों को माँ के साथ रहने के लिए एसएनसीडब्लू की सुविधा को सुनिश्चित नही किया गया था। हालांकि, ज़ि.अ. –बिहारशरीफ को छोड़कर, नमूना–जांच किए गए प्रत्येक ज़ि.अ. में न्यूबॉर्न केयर कॉर्नर (एनबीसीसी) उपलब्ध था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि भारत सरकार के मानदण्डों के अनुसार, एस.एन.सी.यू. इकाई में माँ और नवजात के एक साथ रहने के लिए एम.एन.सी.यू. की स्थापना का प्रावधान है। वर्तमान वित्तीय वर्ष में ज़ि.अ./उ.ज़ि.अ. स्तर पर 17 एम.एन.सी.यू. की स्थापना का प्रावधान किया गया है। वर्तमान में जिला स्तर पर एस.एन.सी.डब्ल्यू. का कोई प्रावधान नहीं है।

2.5.8.2 परिणाम संकेतकों के आधार पर एस.एन.सी.यू. का मूल्यांकन

नमूना जांच किए गए चार जिला अस्पतालों के एस.एन.सी.यू. से संबंधित अभिलेखों की नमूना जांच से पता चला कि 2018–20 के नमूना महीनों के दौरान औसत डिस्चार्ज दर, रेफरल आउट दर, एलएएमए दर, नवजात मृत्यु दर आदि **तालिका–2.48** के अनुसार थी।

तालिका–2.48

नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2018–20 के दौरान औसत दर

जिला अस्पताल (कुल प्रवेश)→ / आधार और संकेतक ↓	बिहारशरीफ (184)	हाजीपुर (247)	जहानाबाद (157)	मधेपुरा (132)
डिस्चार्ज दर (डिस्चार्ज मामले)	56(104)	57 (141)	82 (128)	58 (77)
रेफरल आउट दर (आर.ओ.आर.)[114] (संदर्भित मामले)	30(56)	25(59)	14 (22)	29(39)
एलएएमए दर[115] (एल.ए.एम.ए. मामले)	1.10(2)	5.20(14)	0	4.55 (6)
प्रतिशत में नवजात मृत्यु दर (नवजात मृत्यु के मामले)	4.35 (8)	11.74 (29)	4.46 (7)	4.55 (6)
बेड अधिभोग दर (बी.ओ.आर.)[116]	71	67	77	104

(स्रोतः नमूना जाँचित ज़ि.अ.)

तालिका 2.48 के विश्लेषण से निम्नलिखित पता चलाः

- डिस्चार्ज रेट (डी.आर.) उचित स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के बाद अस्पताल छोड़ने वाले रोगियों की संख्या को मापता है। उच्च डी.आर. दर्शाता है कि अस्पताल रोगियों को कुशलता से स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान कर रहा है। नमूना–जांच किए गए तीन ज़ि.अ. में डी.आर. ज़ि.अ.–जहानाबाद की तुलना में कम था। इससे पता चलता है कि अन्य जिला अस्पताल का एस.एन.सी.यू. खराब प्रदर्शन कर रहा था।
- उच्च केन्द्रों को रेफर करना दर्शाता है कि अस्पतालों में उपचार की सुविधा उपलब्ध नहीं थी। 2018–20 के दौरान ज़ि.अ.–बिहारशरीफ, ज़ि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–मधेपुरा में एस.एन.सी.यू. से नवजात शिशुओं की रेफरल आउट दर जि.अ. –जहानाबाद की तुलना में बहुत अधिक थी।
- 2018–20 की अवधि के दौरान ज़ि.अ.–हाजीपुर और ज़ि.अ.–मधेपुरा के एस.एन.सी. यू. में नवजात शिशुओं की एलएएमए दर ज़ि.अ.–जहानाबाद की तुलना में अधिक थी, जो दर्शाता है कि इन अस्पतालों की सेवा गुणवत्ता वांछित स्तर से काफी नीचे थी।
- 2018–20 की अवधि के दौरान ज़ि.अ.–हाजीपुर में नवजात मृत्यु दर अन्य नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों की तुलना में अधिक थी।
- आई.पी.एच.एस. के अनुसार, अस्पताल का बी.ओ.आर. कम से कम 80 प्रतिशत होना अपेक्षित है। उच्च बी.ओ.आर. अस्पताल की अच्छी उत्पादकता का संकेत है। चार में से तीन नमूना जाँचित जि.अ. के एस.एन.सी.यू. में औसत बी.ओ.आर. 80 प्रतिशत के मानक के मुकाबले कम था।

2.5.8.3 एस.एन.सी.यू. में पारिवारिक भागीदारी देखभाल (एफ.पी.सी.)

चूंकि एस.एन.सी.यू. में बच्चे या तो बीमार होते हैं या जन्म के समय कम वजन के साथ पैदा होते हैं, इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि लंबे समय तक घर पर आवश्यक देखभाल प्रदान की जाए। एन.एच.एम. के तहत यह हस्तक्षेप देखभाल की निरंतरता प्रदान करने

[114] *आर.ओ.आर. = उच्च सुविधा के लिए संदर्भित रोगियों की कुल संख्या × 100/प्रवेश की कुल संख्या।*

[115] *एल.ए.एम.ए. = एल.ए.एम.ए. मामलों की कुल संख्या × 100/प्रवेशों की कुल संख्या*

[116] *बी.ओ.आर. = नमूना महीनों के दौरान कुल बेड दिवस × 100/(एस.एन.सी.यू. में कार्यात्मक बेडों की कुल संख्या × नमूना महीनों में दिनों की संख्या)*

के लिए है जिसके लिए माता–पिता को अस्पताल में रहने के दौरान अपने बीमार और छोटे नवजात शिशुओं को आवश्यक देखभाल प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है और समझाया जाता है कि संकट के समय क्या करना है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2018–19 में चार[117] नमूना–जांच किए गए जि.अ. में से दो[118] में जहां एस.एन.सी.यू. कार्य कर रहा था, निधियों[119] के आवंटन के बावजूद एफ.पी.सी. प्रदान नहीं किया गया था। इसके कारण एन.एच.एम. के तहत एफ.पी.सी. का कार्यान्वयन नहीं हुआ और निधियों का उपयोग नहीं हुआ।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि सभी एस.एन.सी.यू. में कम से कम 2 के.एम.सी. कुर्सियां, स्टेप डाउन यूनिट में 4 बेड, लॉकर, शू रैक, आई.ई.सी. आदि हैं, जिन्हें वार्षिक परिचालन लागत के माध्यम से अधिप्राप्त किया गया है। यही कारण है कि एफ.पी.सी. के निधि का उपयोग नहीं किया गया था। तथापि, यूनिट की आवश्यकता के अनुसार उपभोग्य सामग्रियों की पुनःपूर्ति के साथ–साथ देखभाल करने वालों के क्षमता निर्माण की योजना बनाने के लिए एफ.पी.सी. की आवश्यकता है। चालू वित्तीय वर्ष में भी बजट का पुनः आवंटन किया गया है और राज्य उसी के उपयोग के लिए अनुसरण कर रहा है।

2.5.8.4 बाल चिकित्सा वार्ड

एन.एच.एम.एसेसर्स गाइडबुक ज़ि.अ. में समर्पित बाल चिकित्सा वार्ड की उपलब्धता निर्धारित करती है। बाल चिकित्सा वार्ड में 24*7 नर्सिंग देखभाल सेवाएं, पर्याप्त विशेषज्ञ चिकित्सक आदि सुविधा को सुनिश्चित करना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से केवल जि.अ.–बिहारशरीफ में क्रियाशील बाल चिकित्सा वार्ड उपलब्ध था (अक्टूबर 2015 से)। यह देखा गया कि जि.अ.–जहानाबाद में बाल चिकित्सा वार्ड का बुनियादी ढांचा उपलब्ध था लेकिन विशेषज्ञ चिकित्सक एवं नर्स की कमी के कारण यह कार्यरत नहीं था। ज़ि. अ.–मधेपुरा में, बाल चिकित्सा वार्ड शुरू करने के लिए संलग्न शौचालय और हैंड वॉश बेसिन के साथ एक कमरे को उत्क्रमित किया गया था, लेकिन डॉक्टर और कर्मचारियों की कमी के कारण इसे प्रारंभ नहीं किया जा सका। इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में बाल चिकित्सा गहन चिकित्सा इकाई (पी.आई.सी.यू.) उपलब्ध नहीं था। हालांकि, ज़ि.अ.–हाजीपुर में, पी. आई.सी.यू. जून 2019 में स्थापित किया गया था और क्रियाशील हो गया था। इस प्रकार, नमूना जाँचित ज़ि.अ. में उचित बाल चिकित्सा देखभाल उपलब्ध नहीं थी।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया कि 38 में से 9 जिलों में बाल चिकित्सा वार्ड है। अब तक 11 जिलों में स्थापित और संचालित पी.आई.सी.यू. है। शेष 27 जिलों में पी.आई.सी.यू. की स्थापना प्रक्रियाधीन है।

2.5.8.5 मातृत्व के प्रतिफल

(क) मृत जन्मः मृत जन्म दर[120] गर्भावस्था और प्रसव काल में प्रदान की गयी सेवाओं की गुणवत्ता का एक महत्वपूर्ण मापक है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.) –4 (2015–16) के अनुसार, गर्भावस्था के प्रति 100 परिणामों में से बिहार का औसत मृत जन्म दर 0.96 था। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में औसत मृत जन्म दर और भी अधिक थी, जैसा कि **तालिका 2.49** में दिखाया गया है–

---

[117] *जि.अ.– पटना को छोड़कर क्योंकि वहाँ एस.एन.सी.यू. नहीं था, इसलिए उसके लिए निधि अनुमोदित नहीं की गयी।*

[118] *जि.अ.– हाजीपुर एवं जि.अ.– जहानाबाद*

[119] *प्रत्येक जिले को 0.75 लाख।*

[120] *मृत जन्म सात या अधिक महीनों वाले गर्भधारण में भ्रूण की मृत्यु है।*

तालिका–2.49
2014–20 के नमूना जाँचित माह के दौरान मृत जन्म दर

जिला अस्पताल	प्रसवों की संख्या	मृत जन्म	मृत जन्म का *प्रतिशत*	मातृत्व वार्ड में संसाधनों (*प्रतिशत*) की औसत कमी		
				दवा (2014–20 का नमूना चयनित माह)	उपकरण (31 मार्च 2020)	मानव बल (31 मार्च 2020)
बिहारशरीफ	3980	65	1.63	46	32	17
हाजीपुर[121]	5283	64	1.21	64	50	43
जहानाबाद	2510	36	1.43	68	57	49
मधेपुरा	2905	63	2.17	62	32	71
पटना	1030	10	0.97	79	54	13

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

जि.अ.–मधेपुरा (2.17 फीसदी) और जि.अ.–बिहारशरीफ (1.63 फीसदी) में उच्च मृत जन्म दर देखी गई। जि.अ. में दवाओं, उपकरणों और मानवबल की कमी को उच्च मृत जन्म दर हेतु जिम्मेदार ठहराया जा सकता है। यह नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में अपर्याप्त प्रसवपूर्व देखभाल और संसाधनों का संकेतक था।

(ख) नवजात मृत्युः नवजात मृत्यु दर को विशेष रूप से प्रति 1,000 जीवित जन्मों के प्रारंभ के 28 दिनों में नवजात मृत्यु की संख्या के रूप में मापा जाता है। यह प्रसवपूर्व, अंतर्गर्भाशयी और नवजात देखभाल सेवाओं की उपलब्धता और गुणवत्ता को दर्शाता है। राज्य (बिहार) की नवजात मृत्यु दर 25 थी जबकि राष्ट्रीय नवजात मृत्यु दर 2018 में प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर 23 थी। नमूना पंजीकरण प्रणाली रिपोर्ट 2018 के अनुसार, बिहार 22 बड़े राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में 17 वें स्थान पर है। 22 बड़े राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में, केरल, तमिलनाडु और दिल्ली पहले ही नवजात मृत्यु दर के लिए 2030 एसडीजी लक्ष्य तक पहुंच चुके हैं, जो कि प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 12 है। इसके अलावा, हिमाचल प्रदेश (13), महाराष्ट्र (13) और पंजाब (13) एसडीजी लक्ष्य तक पहुंचने वाले थे। इस प्रकार, बिहार उच्च नवजात मृत्यु दर के समूह में था।

लेखापरीक्षा में जि.अ. में जीवित जन्मों की तुलना में नवजात मृत्यु दर का पता नहीं लगाया जा सका, क्योंकि लेखापरीक्षा केवल जि.अ. में नवजात मृत्यु के बारे में जानकारी प्राप्त कर सकी न कि अन्य अस्पतालों/स्थानों में होने वाली नवजात मृत्यु के बारे में। हालांकि, लेखापरीक्षा को उपलब्ध कराए गए अभिलेखों के अनुसार, यह पाया गया कि अन्य नमूना जाँचित जि.अ. की तुलना में जि.अ.–हाजीपुर में नवजात मृत्यु उच्चतर थी जैसा कि **तालिका 2.50** में वर्णित है। यह भी पाया गया कि नमूना जाँचित जि.अ. में नवजात मृत्यु के मुख्य कारण प्रसवकालीन श्वासावरोध, समय से पहले जन्म और कम वजन (एल.बी.डब्ल्यू.) थे।

तालिका–2.50
2014–20 में नमूना जाँचित माह में नवजात मृत्यु

जिला अस्पताल	जीवित जन्म की संख्या	नवजात मृत्यु
बिहारशरीफ	3,980	7
हाजीपुर	6,124	31
जहानाबाद	2,510	9
मधेपुरा[122]	1,999	2
पटना	1,030	अभिलेख संधारित नहीं

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

[121] 2014–15 के नमूना जाँचित महीने के लिए मृत जन्म का आकंड़ा उपलब्ध नहीं था।
[122] केवल 2016–20 का नवजात मृत्यु अभिलेख उपलब्ध

रा.स्वा.स. ने बताया कि 5,612 चिकित्सा और पैरा मेडिकल व्यक्तियों को नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम में श्वासावरोध के प्रबंधन के लिए प्रशिक्षित किया गया था और एल.बी. डब्ल्यू. शिशुओं को विशेष देखभाल के लिए फील्ड लेवल वर्कर (एफ.एल.डब्ल्यू.) के माध्यम से घर जाने की सुविधा प्रदान की गई थी।

उपकरणों की कम उपलब्धता का कारण मुख्य रूप से अस्पतालों के कामकाज के लिए आवश्यक चिकित्सा उपकरणों की पहचान न होना, दर अनुबंध के तहत चिकित्सा उपकरणों की अपर्याप्त कवरेज, खरीद आदेश देने में देरी, आपूर्तिकर्ताओं द्वारा चिकित्सा उपकरणों की डिलीवरी में देरी थी। दवाओं की अनुपलब्धता/कमी मुख्य रूप से इस कारण थी कि बी.एम.एस.आई.सी.एल. की क्रय नीति तैयार करने में देरी, दर अनुबंध के तहत ई.डी.एल. दवाओं का अपर्याप्त कवरेज (केवल शून्य से 63 प्रतिशत), आपूर्तिकर्ताओं द्वारा दवाओं की आपूर्ति में देरी के कारण बिहार मेडिकल सर्विसेज एंड इंफ्रास्ट्रक्चर कॉरपोरेशन लिमिटेड (बी.एम.एस.आई.सी.एल.) द्वारा जिला अस्पतालों को दवाओं की आपूर्ति नहीं की गई थी। परिणामस्वरूप, नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में पूरे वर्ष दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

उपरोक्त विवरण से यह स्पष्ट होता है कि राज्य के जिला अस्पताल संसाधनों, बुनियादी ढांचे, नैदानिक दक्षता और सेवाओं की पर्याप्तता की कमी से जूझ रहे थे। इन कमियों के कारण, ओ.पी.डी. सेवाओं, आई.पी.डी. सेवाओं, मातृत्व सेवाओं, सर्जरी और आपातकालीन स्थितियों में उपचार के लिए जिला अस्पतालों में आने वाले रोगियों को रेफर किया जाता था और/या उच्च सुविधाओं, सार्वजनिक या निजी अस्पतालों में स्थानांतरित किया जाता था। इसके अलावा मरीजों को बाहर से दवाएं खरीदनी पड़ रही थी।

2.6 संक्रमण और नियंत्रण

2.6.1 संक्रमण नियंत्रण प्रबंधन

2.6.1.1 मानक संचालन प्रक्रियाएं: आई.पी.एच.एस. और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए किसी भी जि.अ. ने संक्रमण नियंत्रण के लिए एस.ओ.पी. तैयार नहीं किया था। एस.ओ.पी. की अनुपलब्धता के परिणामस्वरूप स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के मुद्दों पर ढांचागत और मानक प्रतिक्रिया की कमी हुई।

2.6.1.2 स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण: भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आई.सी.एम.आर.) द्वारा जारी अस्पताल संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देश के अनुसार प्रत्येक अस्पताल को एक अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति (एच.आई.सी.सी.[123]) का गठन करना चाहिए जो प्रकोप की जांच और नियंत्रण में भूमिका निभाए, प्रवेश के लिए उचित दिशा–निर्देश तैयार करें, संक्रामक रोगियों की नर्सिंग और उपचार, विसंक्रमण और कीटाणुनाशक प्रथाओं पर निगरानी, एंटीबायोटिक नीतियों और टीकाकरण कार्यक्रम तथा रोगियों और अस्पताल कर्मियों को संक्रमण नियंत्रण पर शिक्षित कर सके। अस्पताल में संक्रमण के उपाय अस्पताल में संक्रमण की घटनाओं को कम करने में मदद करते हैं। आई.सी.एम.आर. गाइडलाइन और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान संक्रमण नियंत्रण और अस्पताल से जुड़े संक्रमण की रोकथाम और आकलन का पालन नहीं किया गया था, जैसा कि **तालिका 2.51** में दिखाया गया है।

---

[123] *अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति जिसमें संक्रामक रोग चिकित्सक, सूक्ष्म जीवविज्ञानी, चिकित्सा और नर्सिंग स्टाफ तथा अस्पताल प्रशासक शामिल हैं।*

तालिका 2.51

नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में संक्रमण की रोकथाम और आकलन के लिए विभिन्न प्रक्रियाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल	एच.आई.सी.सी. स्थापित	अस्पताल जनित संक्रमण दर का मापन	कर्मचारियों का समय–समय पर चिकित्सा जांच और टीकाकरण	संक्रमण नियंत्रण व्यवहार की नियमित निगरानी के लिए तंत्र	अस्पताल जनित संक्रमण की निगरानी के लिए प्रणाली
बिहारशरीफ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
हाजीपुर	हॉ[124]	नहीं	हॉ[125]	हॉ	हॉ
जहानाबाद	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
मधेपुरा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
पटना	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

इस प्रकार, निर्धारित संरचना और संस्था के अभाव के कारण, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण सुनिश्चित नहीं किया जा सकता।

जि.अ.–मधेपुरा में संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान बिखरा कूड़ा और खुला नाला देखा गया। इमरजेंसी के सामने खुले नाले में तरल कचरा डाला गया था। ये संक्रामक हो सकते हैं।

जि.अ.–मधेपुरा में बिखरा कूड़ा व खुला नाला

जि.अ.–मधेपुरा में इमरजेंसी के सामने नाले में अस्पताल का तरल कचरा डाला जा रहा था

जि.अ.–जहानाबाद में बिखरा कूड़ा

इसके अलावा, जि.अ.–जहानाबाद में नाले का पानी, कचरा, मल और अस्पताल का कचरा बिखरा हुआ मिला। नए स्थापित पी.आई.सी.यू. के पीछे की जगह का इस्तेमाल खुले में शौच के लिए किया जाता था। शहर का एक खुला नाला जि.अ. के बीच से होकर गुजरता था जो इलाके के लिए खतरनाक हो सकता है।

---

[124] *जनवरी 2019 में स्थापित*

[125] *कुल 76 कर्मचारियों को हेपेटाइटिस–बी का टीका लगाया गया और इनमें से 18 को जुलाई 2019 में टिटनेस का टीका भी लगाया गया।*

जि.अ.–जहानाबाद में खुला नाला, बिखरा मलमूत्र

2.6.1.3 कीट, कृंतक और पशु नियंत्रण: एन.एच.एम. एसेसर की गाइडबुक के विपरीत, नमूना–जांच किए गए किसी भी जि.अ. ने कीट, कृंतक और पशु नियंत्रण के लिए प्रक्रिया स्थापित नहीं की थी। नतीजतन, उनके पास इसके लिए कोई प्रावधान नहीं था। नमूना–जांच किए गए सभी अस्पतालों में लकड़ी के फर्नीचर का दीमक–रोधी उपचार भी नहीं किया गया था। संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान जि.अ.–जहानाबाद के परिसर में आवारा कुत्ते देखे गए। जि.अ.–मधेपुरा में आवारा सूअरों का झुंड देखा गया। यह अस्पताल के कर्मचारियों, परिचारकों और मरीजों (विशेषकर बच्चों) के लिए खतरनाक हो सकता है।

जि.अ.–जहानाबाद में आवारा कुत्ता | *जि.अ.–मधेपुरा में आवारा सुअर*

2.6.2 स्वच्छता और लांड्री

2.6.2.1 स्वच्छता सेवाएं

(क) हाउसकीपिंग हेतु मानक संचालन प्रक्रियायें: आई.पी.एच.एस. के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में 2014–20 के दौरान हाउसकीपिंग के लिए एस.ओ.पी. तैयार नहीं किया गया था। यह अपर्याप्त हाउसकीपिंग का कारण बन सकता है।

(ख) स्वच्छता प्रणाली: एन.एच.एम. एसेसर गाइडबुक के विपरीत, नमूना जाँचित जिला अस्पतालों (जि.अ.–हाजीपुर को छोड़कर) में 2014–20 के दौरान गहन चिकित्सा क्षेत्रों (शल्य चिकित्सा कक्ष, बाल चिकित्सा वार्ड) में सूक्ष्म जैविक सर्वेक्षण के लिए वातावरण और सतह के नमूने नहीं लिए गए थे। जि.अ.–हाजीपुर ने 2019–20 के दौरान शल्य चिकित्सा कक्ष और लेबर रूम से 31 नमूने[126] एकत्र किए और लैब टेस्टिंग के लिए पी.एम.सी.एच., पटना के सूक्ष्म जीव विज्ञान विभाग को भेजा गया था, लेकिन इसका प्रतिवेदन जि.अ. –हाजीपुर को उपलब्ध नहीं कराया गया था।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का विशिष्ट जवाब प्रस्तुत नहीं किया गया।

[126] छः और 25 नमूने डीएस पत्र संख्या 260/28.6.2019 और 49/27.1.2020 द्वारा।

2.6.2.2 लांड्री सेवाएं

(क) लिनेन की उपलब्धता: आई.पी.एच.एस. द्वारा 24 प्रकार के लिनन[127] निर्धारित किया गया है जो 101 बेड और उससे अधिक वाले अस्पतालों में रोगी देखभाल सेवाओं के लिए आवश्यक हैं। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में, रोगी देखभाल के लिए आवश्यक 24 प्रकारों के विरुद्ध दो से 12 प्रकार के लिनन उपलब्ध थे, जैसा कि **तालिका 2.52** में दिखाया गया है।

तालिका 2.52
जिला अस्पतालों में 2019–20 के दौरान लिनेन की उपलब्धता

जिला अस्पताल	उपलब्ध लिनेन के प्रकार	मानक के अनुसार पूरी मात्रा में उपलब्ध लिनेन के प्रकार	कमी के साथ उपलब्ध लिनेन के प्रकार	किसी प्रकार के लिनेन उपलब्ध नहीं
बिहारशरीफ	12	6	6	12
हाजीपुर	4	0	4	20
ज्हानाबाद	3	1	2	21
मधेपुरा	4	0	4	20
पटना	2	0	2	22

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.)

रोगी देखभाल के लिए विभिन्न प्रकार के लिनन की अनुपलब्धता और कमी के परिणामस्वरूप अस्पतालों में स्वच्छता और सफाई में कमी हो सकती है। ***(परिशिष्ट–2.14)***

(ख) लॉन्ड्री सेवाओं में कमियां: एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया–

- नमूना–जांच किए गए किसी भी जि.अ. में लिनेन सूची का आवधिक भौतिक सत्यापन नहीं किया गया था।
- नमूना जांच किए गए सभी पांच जिला अस्पतालों में साफ लिनेन के वितरण एवं गंदे लिनेन के संग्रहण के लिए अलग से ट्राली का प्रावधान उपलब्ध नहीं था।
- नमूना–जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों में संक्रमण के प्रसार से बचने के लिए संक्रामक और गैर–संक्रामक लिनेन को न तो अलग किया गया और न ही बंद लीक प्रूफ कंटेनर/बैग में ले जाया गया।
- नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में गंदे, संक्रमित और खराब लिनेन को हटाने और विभिन्न श्रेणियों के लिनेन को वॉशिंग मशीन/वॉश टब में डालने की प्रक्रिया नहीं की गई थी जिससे स्वच्छता और विभिन्न प्रकार के लिनेन की एक समान सफाई की संभावना कम हो गई थी। इसके अलावा, संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान जि.अ.–बिहारशरीफ में यह पाया गया कि लिनेन की धुलाई दूषित वातावरण में मैन्युअल[128] रूप से की जाती थी।
- नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में गंदे लिनेन (रक्त और शरीर के तरल पदार्थ से दूषित) का पूर्व उपचार नहीं किया गया था।

---

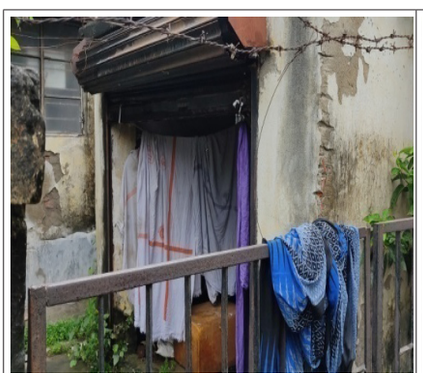
[127] *बेडशीट, बेडस्प्रेड, कंबल लाल और नीला, पटना तौलिये, टेबल क्लॉथ, ड्रॉ शीट, डॉक्टर का ओवरकोट, अस्पताल कर्मचारी के लिए शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु कोट, मरीजों के कोट (महिला के लिए), मरीजों का पायजामा (पुरुष के लिए) शर्ट, ओवर–शू जोड़े, तकिए, तकिए के कवर, वयस्कों हेतु गद्दे (फोम), बाल चिकित्सा गद्दे, शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु एब्डॉमिनल शीट्स, शल्य चिकित्सा कक्ष हेतु सर्वकालिक चादरें, लेगिंग्स, खिड़कियां और दरवाजे हेतु पर्दे के कपड़े, वर्दी/एप्रन, मुर्दाघर की चादर, मैट (नायलॉन), मैकिन तोश चादर (मीटर में) और रसोइया के लिए एप्रन।*

[128] *पैरों से छोटी बाल्टी में*

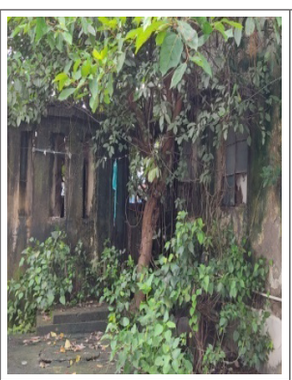
- नमूना जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों (जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–जहानाबाद को छोड़कर) में गंदे लिनेन के संग्रहण और साफ लिनेन की आपूर्ति के लिए समय निर्धारित नहीं किया गया था, जिसके कारण समय पर गंदे लिनेन को बदलने में देरी हो सकती है या गंदे लिनेन को बदला नहीं जा सकता है जिससे आगे रोगियों को संक्रमण हो सकता है।
- नमूना–जांच किए गए चार[129] जि.अ. में लिनेन की परित्यक्त करने की प्रक्रिया मौजूद नहीं थी। साथ ही, नमूना–जांच किए गए जि.अ. में लिनेन की चोरी की जांच की व्यवस्था मौजूद नहीं थी।
- नमूना–जांच किए गए सभी जिला अस्पतालों में मरीजों को लिनेन की संक्रमण मुक्त आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए साफ लिनेन को कागज के लिफाफों में पैक नहीं किया गया था।
- नमूना–जांच किए गए किसी भी जिला अस्पताल (जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर) में धुले हुए लिनेन की गुणवत्ता की जांच करने के लिए व्यक्ति को नामित नहीं किया गया था।
- जि.अ.–जहानाबाद में संयुक्त भौतिक सत्यापन (अगस्त 2021) के दौरान यह पाया गया कि पानी से भरे परिसर, अस्वच्छ वातावरण वाले नम कमरे में कपड़े धोने का काम चल रहा था।

जि.अ.–बिहारशरीफ में दूषित वातावरण में लिनेन को मैन्युअल रूप से धोया जाता था

जि.अ.–मधेपुरा में संक्रामक और गैर–संक्रामक लिनेन को अलग नहीं किया गया था



जि.अ.–जहानाबाद में कपड़े धोने के लिए गैरेज प्रकार के कमरे का इस्तेमाल



जि.अ.–जहानाबाद में कपड़े धोने के कमरे के सामने गंदे स्थान (सेप्टिक टैंक) जहां लिनेन सूखते थे

इस प्रकार, रोगियों को इन अस्पतालों में स्वच्छ और साफ बेड लिनेन उपलब्ध नहीं कराया गया, जिससे उन्हें संक्रमण का खतरा हो सकता था।

[129] *बिहारशरीफ, मधेपुरा, पटना तथा हाजीपुर*

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का विशिष्ट जवाब प्रस्तुत नहीं किया गया।

2.6.3 जैव–चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

जैव–चिकित्सा अपशिष्ट (बी.एम.डब्ल्यू.[130]) खतरनाक, जहरीला, संक्रामक और यहां तक कि घातक भी हो सकता है। इसलिए, इसे अन्य म्युनिसिपल कचरे के साथ मिश्रित नहीं होने देना चाहिए तथा इसकी उचित हैंडलिंग की आवश्यकता है। नियम के अनुसार[131] अस्पताल को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि बी.एम.डब्ल्यू. को मानव स्वास्थ्य और पर्यावरण पर बिना किसी प्रतिकूल प्रभाव के संभाला जाए। हैंडलिंग में उत्पादन, एकत्रीकरण, पृथक्करण, उपचार, भंडारण, पैकेजिंग, परिवहन, अनुश्रवण आदि शामिल हैं। राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (एस.पी.सी.बी.) बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन नियम, 2016 के प्रावधानों को लागू करने के लिए निर्धारित प्राधिकरण है। आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देश और बी.एम.डब्ल्यू. नियम, 2016 जैव चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन के लिए मानक निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन नियम, 2016 के पालन में निम्नलिखित कमियाँ पाई।

- ***जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन योजना***

आई.पी.एच.एस. में निर्धारित किया गया है कि अस्पताल के कचरे के पृथक्करण, एकत्रीकरण, उपचार, परिवहन और अनुश्रवण के संदर्भ में प्रत्येक अस्पताल को बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन के लिए व्यापक योजना विकसित करनी चाहिए। इसे अस्पताल से दैनिक आधार पर एकत्र किया जाना चाहिए और बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन नियम 2016 के अनुसार, यह किसी भी स्थिति में 48 घंटे के बाद नहीं होना चाहिए। सभी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों जैव–चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के लिए एक विशेष ऑपरेटर[132] के साथ जुड़े हुए थे। लेखापरीक्षा ने देखा कि ऑपरेटर ने जि.अ.–बिहारशरीफ और जि.अ.–मधेपुरा से प्रतिदिन या 48 घंटों के भीतर जैव–चिकित्सीय अपशिष्ट एकत्र नहीं किया। अस्पताल ने ऑपरेटर के खिलाफ कोई कार्रवाई नहीं की।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि जिलों को जैव–चिकित्सीय अपशिष्ट एकत्र करने के लिए सुविधा–स्थान पर पहुंचने वाले वाहनों के विवरण दर्ज करने हेतु लॉगबुक संधारित करने के लिए निर्देशित किया गया है। लॉगबुक में विवरण के आधार पर भुगतान किया जाता है (अर्थात, एकत्र किए गए कचरे की मात्रा, संग्रह की तारीख आदि) और अनुबंध समझौते में परिभाषित के.पी.आई. के अनुसार दंड की कटौती की जाती है। जवाब के बावजूद, तथ्य बना रहा कि जैव–चिकित्सीय अपशिष्ट आई.पी.एच.एस. के अनुसार दैनिक या 48 घंटों के भीतर एकत्र नहीं किया गया था।

- ***अपशिष्ट के सृजन हेतु प्राधिकार***

बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन नियम, 2016 और आई.पी.एच.एस. के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल को जैव–चिकित्सा अपशिष्ट के संचालन[133] के लिए एस.पी.सी.बी. से प्राधिकार प्राप्त करना होगा।

---

[130] *चिकित्सा गतिविधियों से उत्पन्न अपशिष्ट*

[131] *पर्यावरण (संरक्षण) अधिनियम 1986 के तहत भारत सरकार द्वारा बनाए गए जैव–चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन और हैंडलिंग) नियम, 1998 को जैव–चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 के तहत अधिक्रमणित और संशोधित किया गया।*

[132] *बिहारशरीफ (मैसर्स एसएस मेडिकल सिस्टम (1) प्राइवेट लिमिटेड और मेसर्स संगम मेडिसर्व प्राइवेट लिमिटेड), जहानाबाद (सिनर्जी वेस्ट मैनेजमेंट), मधेपुरा (सेम्बरामकी / मेडिकेयर एनवायरनमेंटल मैंने. प्राइवेट लिमिटेड), पटना (मैसर्स संगम मेडिसर्व प्राइवेट लिमिटेड) और हाजीपुर (मैसर्स मेडिकेयर एनवायरनमेंट मैंने. प्राइवेट लिमिटेड) के जि.अ.।*

[133] *इस तरह के अपशिष्ट का उत्पादन, छँटाई, पृथक्करण, संग्रह, उपयोग, भंडारण, पैकेजिंग, लोडिंग, परिवहन, उतराई, प्रसंस्करण, उपचार, विनाश, रूपांतरण, या बिक्री, हस्तांतरण, निपटान की पेशकश शामिल है।*

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए जि.अ. 2014–20 के दौरान या तो पूरी तरह से या मुख्य अवधि के लिए जैव–चिकित्सा अपशिष्ट संचालन हेतु प्राधिकृत नहीं थे। दो जि.अ. अर्थात जि.अ.– हाजीपुर और जि.अ.– पटना प्राधिकृत नहीं थे जबकि तीन[134] जि.अ. को 2018–19 के उत्तरार्ध में प्राधिकार मिला था। गैर/विलंबित प्राधिकार एस.पी.सी.बी. को प्राधिकार प्रदान करने के लिए आवेदन प्रस्तुत न करने के कारण था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितंबर 2021) कि दोनों जि.अ. अर्थात जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–पटना ने बिहार राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से प्राधिकार ले लिया है। रा.स्वा.स. द्वारा किए गए दावे के समर्थन में दस्तावेजी साक्ष्य प्रस्तुत नहीं किए गए थे। लेखापरीक्षा ने पाया (अगस्त 2021) कि दोनों जि.अ. अपशिष्ट के प्रबंधन के लिए एसपीसीबी द्वारा प्राधिकृत नहीं थे।

- ***खतरनाक, विषाक्त और संक्रामक अपशिष्ट का पृथक्करण***

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित किसी भी जि.अ.[135] में बी.एम.डब्ल्यू. के पृथक्करण की प्रणाली नहीं थी। जि.अ.–बिहारशरीफ में, सभी चिकित्सा अपशिष्ट को ऑपरेटर द्वारा केवल पीले रंग के बैग में संग्रहीत और एकत्र किया गया था, जो दर्शाता है कि जैव–चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण और निपटान प्रोटोकॉल के अनुसार नहीं किया गया था।

जि.अ.–हाजीपुर में, केवल एक श्रेणी (पीला) के अपशिष्ट, यानी मानव और शारीरिक अपशिष्ट, को ऑपरेटर द्वारा एकत्र किया गया था, जो या तो पृथक्करण का अभाव या अन्य श्रेणियों के कचरे के अनुचित निपटान का संकेत था। जि.अ.–जहानाबाद में संयुक्त भौतिक सत्यापन (जनवरी 2020 और अगस्त 2021) के दौरान, जैव–चिकित्सा अपशिष्ट बिना पृथक्करण के खुले स्थान में बिखरा हुआ पाया गया।

जि.अ.– हाजीपुर में बीएमडब्ल्यू संग्रहण स्थल

जि.अ.– जहानाबाद में खुले आकाश के नीचे बीएमडब्ल्यू

जि.अ.– हाजीपुर के परिसर में बीएमडब्ल्यू को भी सेप्टिक टैंक में फेंका जा रहा है।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

- ***कचरे का पृथक्करण, पूर्व–उपचार और विसंक्रमण***

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए किसी भी जि.अ. ने विसंक्रमण या जीवाणु –नाशन के माध्यम से प्रयोगशाला अपशिष्ट, सूक्ष्म जैविक अपशिष्ट, रक्त के नमूने और रक्त

[134] फरवरी 2019 में जि.अ.– बिहारशरीफ तथा जि.अ.– मधेपुरा एवं अक्टूबर 2018 में जि.अ.– जहानाबाद।

[135] जि.अ.– हाजीपुर में केवल 2019–20 के दौरान लेबर रूम में सेग्रीगेशन किया गया था।

बैग का पूर्व–उपचार नहीं किया। साथ ही, किसी भी नमूना–जांच किए गए जि.अ. ने स्रोत पर/मूल रूप से तरल रासायनिक अपशिष्ट को अलग नहीं किया और अन्य अपशिष्टों के साथ मिलाने से पहले उन्हें पूर्व–उपचार या बेअसर नहीं किया। हालांकि, जि.अ.–मधेपुरा में, सभी प्रकार के तरल कचरे को पांच प्रतिशत क्लोरीन के साथ विसंक्रमण के बाद नाले में छोड़ा गया था।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

- ***बी.एम.डब्ल्यू. के प्लास्टिक बैग/कंटेनर की लेबलिंग***

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से किसी में भी बी.एम.डब्ल्यू. के बैग/कंटेनरों की लेबलिंग नहीं थी।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

- ***स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों के लिए पेशेवर सुरक्षा और प्रशिक्षण कार्यक्रम***

➢ ***पेशेवर सुरक्षा:***

लेखापरीक्षा ने पाया कि जि.अ.–बिहारशरीफ को छोड़कर किसी भी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों ने जैव–चिकित्सा अपशिष्ट संचालन में शामिल व्यक्तियों के लिए व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (पी.पी.ई.) की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं की, जबकि जि.अ. –बिहारशरीफ में दस्ताने, हेड कैप, मास्क, एप्रन और जूते प्रदान किए गए। इसके अलावा, जि.अ.–पटना[136] को छोड़कर किसी भी नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों ने बी.एम. डब्ल्यू. संचालन में शामिल स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों और अन्य लोगों को प्रतिरक्षित नहीं किया था, हालांकि जि.अ.–मधेपुरा में इसे 2019 से शुरू किया गया था।

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि पीपीई हर जिले में उपलब्ध था। जिलों को स्वास्थ्य जांच और स्वास्थ्य कर्मियों का टीकाकरण करने के निर्देश दिए गए हैं। जवाब लेखापरीक्षा अवलोकन की स्वीकृति है।

➢ ***प्रशिक्षण कार्यक्रम:*** लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में चिकित्सा अधिकारियों और कर्मचारियों को अस्पताल अपशिष्ट प्रबंधन अभ्यासों पर कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया था।

इस लेखापरीक्षा आपत्ति का कोई विशिष्ट जवाब नहीं दिया गया।

- ***अपशिष्ट प्रबंधन की निगरानी और अभिलेखों का संधारण***

लेखापरीक्षा ने देखा कि बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन नियम 2016 के विपरीत नमूना जांच किए गए किसी भी अस्पताल ने अपशिष्ट प्रबंधन समिति का गठन नहीं किया।

आगे, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों के पास न तो स्वयं की वेबसाइट थी और न ही स्वास्थ्य विभाग की वेबसाइट पर वार्षिक प्रतिवेदन प्रदर्शित की गई थी।

इसके अतिरिक्त, तीन नमूना–जांच किए गए जि.अ.[137] ने बी.एम.डब्ल्यू. प्रबंधन पंजी का संधारण नहीं किया था। जि.अ.–मधेपुरा में, इसे मार्च 2019 से संधारित किया गया था। हालांकि, जि.अ.–जहानाबाद ने दावा किया कि उन्होंने पंजी का संधारण किया है लेकिन यह पूरी अवधि[138] के लिए प्रस्तुत नहीं किया गया।

---

[136] *2019–20 के दौरान, ऐसा कोई टीकाकरण सुनिश्चित नहीं किया गया था*

[137] *पटना, हाजीपुर और बिहारशरीफ के जि.अ. (2019–20)*

[138] *जनवरी 2016 से मार्च 2019 की अवधि का बी.एम.डब्ल्यू. पंजी प्रस्तुत नहीं किया गया।*

रा.स्वा.स. ने जवाब दिया (सितम्बर 2021) कि सभी जिलों को अभिलेख संधारित करने का निर्देश दिया गया है। अन्य लेखापरीक्षा आपत्तियों के संबंध में, विशिष्ट जवाब प्रस्तुत नहीं किया गया।

इस प्रकार, बी.एम.डब्ल्यू. के व्यवस्थित निपटान के दिशा–निर्देशों की अनदेखी की गई थी और मानव स्वास्थ्य और पर्यावरण को खतरे में डाला गया था।

2.6.4 आन्तरिक निगरानी

2.6.4.1 प्रबंध सूचना प्रणाली

लेखापरीक्षा ने पाया कि जि.अ. द्वारा प्रबंध सूचना प्रणाली (एम.आई.एस.) के लिए आंकड़ें, मानक प्रारूप (आई.पी.एच.एस. के अनुसार) में नहीं लिए गए थे तथा प्रमुख प्रदर्शन संकेतक जैसे कि बी.टी.आर., एल.ए.एम.ए., रद्द की गई सर्जरी का प्रतिशत, ऑपरेशन टेबल पर मौतों की संख्या, ऑपरेशन के बाद मौत आदि की सूचना नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से किसी भी जि.अ. द्वारा उच्च अधिकारियों को नहीं दी गई थी। इसके अलावा, आर.के.एस./अस्पताल निगरानी समिति एम.आई.एस. और अस्पताल के प्रदर्शन संकेतकों के रखरखाव की निगरानी और उस पर चर्चा करने में विफल रहा। इसलिए, सुधार के लिए कोई सुधारात्मक और निवारक उपाय नहीं किया गया था।

2.6.4.2 आन्तरिक लेखापरीक्षा

आई.पी.एच.एस. मानदंडों के अनुसार अस्पताल में उपलब्ध सेवाओं की आंतरिक लेखापरीक्षा नियमित आधार पर (अधिमानतः त्रैमासिक) की जानी चाहिए और अस्पताल निगरानी समिति[139] (एच.एम.सी.) के माध्यम से की जानी चाहिए। एच.एम.सी. की बैठकों में लेखापरीक्षा के निष्कर्षों पर चर्चा की जानी चाहिए और सुधारात्मक और निवारक कार्रवाई की जानी चाहिए। आंतरिक लेखापरीक्षा अस्पताल निगरानी समिति के माध्यम से की जानी चाहिए। इसके विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि अस्पताल में उपलब्ध सेवाओं के लिए आंतरिक लेखापरीक्षा नमूना जांच किए गए किसी भी जि.अ. में अस्पताल निगरानी समिति द्वारा नहीं की गई थी क्योंकि उक्त समिति का गठन नहीं किया गया था। इसलिए, 2014–20 के दौरान अस्पताल में उपलब्ध सेवाओं में कमी का आकलन नहीं किया जा सका।

2.6.4.3 चिकित्सीय लेखापरीक्षा

आई.पी.एच.एस. मानदंडों के अनुसार, अस्पताल में चिकित्सीय लेखापरीक्षा समिति का गठन किया जाना चाहिए। लेखापरीक्षा नियमित आधार पर (अधिमानतः मासिक) की जानी चाहिए। लेखापरीक्षा के लिए नमूना आकार तय किया जाना चाहिए और रोगियों के रिकॉर्ड यादृच्छिक रूप से चुने जाने चाहिए। किसी विशेष मामले के नैदानिक प्रबंधन, मानक विषय सूची प्रारूप के विरुद्ध अभिलेखों की पूर्णता का मूल्यांकन किया जाना चाहिए। इसके विपरीत नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में चिकित्सीय लेखापरीक्षा एवं चिकित्सीय लेखापरीक्षा समिति का गठन नहीं किया गया था। परिणामस्वरूप, किसी विशेष मामले के मानक प्रारूप और नैदानिक प्रबंधन के विरुद्ध अभिलेखों की पूर्णता का मूल्यांकन सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

2.6.4.4 मृत्यु की समीक्षा

जि.अ. के लिए आई.पी.एच.एस. दिशानिर्देश बताता है कि अस्पताल में सभी मृत्यु की पाक्षिक आधार पर समीक्षा की जानी चाहिए। अस्पताल में होने वाली सभी मातृ मृत्यु इसी के दायरे में आएगी। मातृ मृत्यु के मामले में सुविधा आधारित मानक रूप में समीक्षा की जानी चाहिए।

---

[139] *अस्पताल निगरानी समिति में सिविल सर्जन/मु.चि.पदा., चिकित्सा अधीक्षक, उप चिकित्सा अधीक्षक, विभागीय प्रभारी, नर्सिंग प्रशासक और अस्पताल प्रबंधक शामिल होना चाहिए।*

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 के दौरान नमूना जांच किए गए जिला अस्पतालों में मृत्यु के कुल 3,080[140] मामलों में से मातृ मृत्यु के केवल सात और नवजात मृत्यु के केवल 33 मामलों की समीक्षा की गई थी ***(परिशिष्ट–2.15)***।

इसके अलावा, आर.के.एस./एच.एम.सी. ने नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों में से किसी में भी मृत्यु के मामलों पर चर्चा और विश्लेषण नहीं किया।

2.6.5 बाह्य निगरानी

2.6.5.1 रोगी कल्याण समिति के माध्यम से निगरानी

आई.पी.एच.एस. यह प्रावधान करता है कि प्रत्येक जिला अस्पताल में रोगी कल्याण समिति[141] का गठन किया जाना चाहिए। आर.के.एस.[142] को प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों, रोगी संतुष्टि स्कोर और गुणवत्ता आश्वासन समिति द्वारा तैयार किए गए कार्य योजना की समीक्षा करनी चाहिए और त्रुटियों में कमी की निगरानी करनी चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी पांच नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में आर.के.एस. का गठन किया गया था। हालांकि, आर.के.एस. ने प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों, रोगी संतुष्टि स्कोर और गुणवत्ता आश्वासन समिति द्वारा तैयार किए गए कार्य योजना की निगरानी नहीं की। इस प्रकार, आर.के.एस. द्वारा निगरानी में कमी थी और समिति द्वारा आर.के.एस. गतिविधियों के कार्यान्वयन की जिम्मेदारी का निर्वहन नहीं किया गया था।

इसके अलावा, एस.क्यू.ए.यू., एस.क्यू.ए.सी. के माध्यम से राज्य स्तरीय निगरानी और डी.क्यू.ए.सी., डी.क्यू.ए.यू. और डी.क्यू.टी. के माध्यम से जिला स्तर की निगरानी में कमी थी जैसा कि चर्चा की गई है।

2.7 संसाधन प्रबंधन

2.7.1 दवा प्रबंधन

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

दवा प्रबंधन के विभिन्न घटकों और अस्पतालों में उनकी उपलब्धता, खरीद और भंडारण से संबंधित लेखापरीक्षा टिप्पणियों पर चर्चा आगामी कंडिकाओं में की गई है।

2.7.1.1 जिला अस्पताल में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता

विभाग की आवश्यक दवा सूची (ई.डी.एल.) में मई 2011 में अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (ए.पी.एच.सी.) से जि.अ. स्तर के लिए ओ.पी.डी. के लिए 33 और आई.पी.डी. के लिए 112 दवाएं निर्धारित की गयी। इसके बाद (मार्च 2018) सूची में संशोधन किया गया और इसमें ओ.पी.डी. के लिए 71 दवाएं और आई.पी.डी. के लिए 96 दवाएं थी।

---

[140] मातृ मृत्यु–21, नवजात मृत्यु–821 और अन्य मृत्यु–2,238।

[141] सिविल सर्जन (अध्यक्ष), नगर निकायों के अध्यक्ष, जिला परिषद द्वारा एक मनोनीत व्यक्ति, लाभार्थियों से नामित दो महिला एवं तीन पुरुष सदस्य, उप. अधीक्षक, जिला भारतीय चिकित्सा संघ के अध्यक्ष, क्षेत्र के स्वास्थ्य क्षेत्र में लगे एनजीओ का एक प्रतिनिधि और जिला आयुष चिकित्सा अधिकारी।

[142] आर.के.एस. का कार्यान्वयन, आर.के.एस. के तहत सभी गतिविधियों का कार्यान्वयन अध्यक्ष, सदस्य–सचिव और आर.के.एस. के सभी सदस्यों द्वारा किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने चार नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों (जि.अ.–मधेपुरा को छोड़कर जहां इसके लिए रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं कराया गया) में दवाओं की अनुपलब्धता पाई। चार नमूना जांच किए गए जि.अ. में ईडीएल के तहत दवाओं की अनुपलब्धता (चार महीने से अधिक) 2018–19 के दौरान 69 और 83 प्रतिशत और 2019–20 के दौरान 15 और 37 प्रतिशत के बीच थी, जैसा कि **तालिका 2.53** में दिखाया गया है।

तालिका 2.53
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता

मापदण्ड	**2018—19**				**2019-20**			
जि.अ. हेतु ई.डी.एल. में औषधियो ं की संख्या	167				167			
क्रय की गयी दवाओं का स्टॉक आउट								
नमूना जाँचित जिला का नाम	**पटना**	**बिहारशरीफ**	**जहानाबाद**	**हाजीपुर**	**पटना**	**बिहारशरीफ**	**जहानाबाद**	**हाजीपुर**
एक से दो माह तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या	3	4	3	1	10	2	11	17
दो से चार माह तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या	4	13	2	3	12	38	21	22
चार माह से अधिक समय तक अनुपलब्ध औषधियों की संख्या(%*)	125 (75)	115 (69)	122 (73)	138 (83)	25 (15)	28 (17)	62 (37)	30 (18)

*(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) *कोष्ठक में दिए गए आंकड़ें कुल ई.डी.एल. के मुकाबले प्रतिशत दर्शाते है।*

2.7.1.2 स्थानीय क्रय द्वारा दवाओं/ उपभोग्य वस्तुओं की अनियमित/ अनावश्यक क्रय

विभाग ने अनुबंधित किया (सितंबर 2013 और दिसंबर 2015) कि यदि बी.एम.एस.आई.सी. एल. द्वारा तय किए गए दर अनुबंधों के तहत दवाएं उपलब्ध नहीं हैं और आपातकालीन स्थिति में खरीद की आवश्यकता है, तो इसे मांगकर्ता अधिकारी के वित्तीय प्रत्यायोजन के भीतर स्थानीय विक्रेताओं से खरीदा जा सकता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–19 के दौरान जि.अ.–पटना में अधीक्षक द्वारा स्थानीय विक्रेताओं से ₹77.14 लाख मूल्य की दवाओं का अधिप्राप्ति किया गया था, जिसमें से अधिप्राप्ति की गयी ₹38.67 लाख की दवाओं के संबंध में अनियमितताएं देखी गईं, जैसा कि **तालिका–2.54** में वर्णित है।

तालिका 2.54
अनावश्यक क्रय की गयी दवाओं का विवरण

क्रम सं0	**विवरण**	**राशि (₹ लाख में)**
1.	**भंडार पंजी में दर्ज न होने वाली दवाओं का मौद्रिक मूल्य**	**33.37**
	(i) वर्ष 2016–17 में खरीदी गई दवाएं लेकिन भंडार पंजी में दर्ज नहीं की गई	3.19
	(ii) वर्ष 2016–17 में खरीदी गई दवाओं को भंडार पंजी में दर्ज किया गया, लेकिन अगले वर्ष अर्थात 2017–18 में अग्रेषित नहीं किया गया।	30.18
2.	**इंट्रावेनस सेट (IV सेट) मार्च 2017 में बिना तत्काल उपयोग के खरीदा गया**	**4.48**
	(i) इंट्रावेनस सेट (IV सेट) सिविल सर्जन, पटना को स्थानांतरित – 55,000	2.79

क्रम सं0	विवरण	राशि (₹ लाख में)
	(ii) इंट्रावेनस सेट (IV सेट) अस्पताल के भंडार में अप्रयुक्त पड़े थे और फरवरी 2020 में व्यपगत हो गए थे–33,257	1.69
3.	**मार्च 2017 में तत्काल उपयोग के बिना खरीदे गए सर्जिकल दस्ताने**	**0.82**
	(i) सर्जिकल दस्ताने सिविल सर्जन, पटना को स्थानांतरित– 3000	0.38
	(ii) अस्पताल के भंडार में अनुपयोगी पड़े सर्जिकल ग्लव्स –3500	0.44
	अनियमितताओं का कुल मौद्रिक मूल्य (1+2+3)	**38.67**

₹33.37 लाख मूल्य की दवाओं को भंडार पंजी में दर्ज नहीं किया गया था। इसमें वर्ष 2016–17 में क्रय की गई ₹3.19 लाख की दवाएं जो भंडार पंजी में दर्ज ही नहीं की गयी थी और वर्ष 2016–17 में क्रय की गई ₹30.18 लाख की दवाएं जो वर्ष के अंत तक भंडार में थीं, लेकिन इसे अगले वर्ष अग्रेषित नहीं किया गया था, शामिल थीं। इस प्रकार, न तो प्राप्ति और वितरण की सत्यता और न ही स्थानीय खरीद के लिए उसकी आकस्मिक आवश्यकता का पता लगाया जा सका।

इसके अलावा, मार्च 2017 में ₹11.40 लाख मूल्य के एक लाख इंट्रावेनस सेट (IV सेट) और 50,000 सर्जिकल दस्ताने बिना तत्कालिक उपयोग के क्रय किए गए थे, जैसा कि इस तथ्य से स्पष्ट था कि केवल 11,743 IV सेट और 43,500 सर्जिकल दस्ताने अस्पताल के विभिन्न वार्डों में वितरित किए गए थे। इसके अलावा, 55,000 IV सेट (₹2.79 लाख) और 3000 सर्जिकल दस्ताने (₹0.38 लाख) सिविल सर्जन, पटना को स्थानांतरित कर दिया गया था। शेष 33257 IV सेट (₹1.69 लाख) और 3,500 सर्जिकल दस्ताने (₹0.44 लाख) अस्पताल के भंडार में अप्रयुक्त पड़े थे। इन IV सेट की वैधता फरवरी 2020 में समाप्त हो गई। इस प्रकार, आकस्मिक आवश्यकता की मात्रा का आकलन किए बिना ही ₹5.30 लाख के उपभोग्य वस्तुओं को खरीदा गया था।

जि.अ. में दवाओं और उपभोग्य वस्तुएँ से संबंधित अन्य अवलोकन

- जिला अस्पताल दवाओं और उपभोग्य वस्तुओं के लिए उपलब्ध निधि खर्च नहीं कर सके। इसका मुख्य कारण कारण बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा जि.अ. को दवाओं की आपूर्ति नहीं किया जाना था। ***(परिशिष्ट–2.16)***।
- औषधि और प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 और एन.एच.एम. एसेसर्स गाइडबुक के विपरीत, लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में दवाओं को फर्श पर रखने के अलावा कई प्रमुख कमियां (जैसे वातानुकूलित औषधालय की अनुपस्थिति, सभी नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में व्यपगत दवाएं अलग नहीं रखी गयी थी आदि) पायी गयी, जिसके परिणामस्वरूप दवाओं की प्रभावशीलता, शेल्फ लाइफ का नुकसान और प्रयोग करने योग्य दवाओं के साथ व्यपगत दवाओं का मिश्रण आदि हो सकता है ***(परिशिष्ट–2.16)***।
- औषधि निरीक्षकों (डी.आई.) ने दो जिला अस्पतालों में चार बार (हाजीपुर–एक और जहानाबाद–तीन) दौरा किया और गुणवत्ता परीक्षण के लिए दस दवाओं (हाजीपुर–नौ और जहानाबाद–एक) के नमूने लिए, जिनमें से केवल चार दवाओं (हाजीपुर–चार और जहानाबाद–0) की सूचना दी गई थी वो भी पांच से दस माह के विलंब से। इसके अलावा, यह दौरा 2014–20 में से केवल एक वर्ष (2019–20) के दौरान किया गया था। शेष जिला अस्पतालों में, डी.आई. ने गुणवत्ता परीक्षण के लिए 2014–20 के दौरान संबंधित दवा भंडार से दवाओं के नमूने कभी नहीं लिए।

- नमूना–जांच किए गए पांच जिला अस्पतालों के अ.श.चि.–सह–मु.चि.पदा. दवा भंडार (अर्थात जिला के केंद्रीय भंडार) में, डीआई ने 79 बार दौरा किया और नमूना जाँचित 439 दवाओं में से केवल 86 दवाओं के लिए दो से 31 माह की देरी से प्रतिवेदित किया।

लेखापरीक्षा ने पाया कि इन दवाओं को डीआई द्वारा एन.ए.बी.एल. गुणवत्ता परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त किए बिना तथा इस प्रकार उनकी गुणवत्ता सुनिश्चित किए बिना रोगियों को वितरित किया गया था। इस प्रकार, दवाओं के गुणवत्ता परीक्षण का उद्देश्य विफल हो गया।

2.7.2 उपकरण प्रबंधन

2.7.2.1 जिला अस्पतालों में यंत्र और उपकरण

जिला अस्पतालों के लिए उपकरणों की खरीद और आपूर्ति बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा की गई थी।

अभिलेखों की जांच में नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में उपकरणों की कमी का पता चला, जैसा कि **तालिका–2.55** में दर्शाया गया है।

तालिका–2.55
नमूना जाँचित जिला अस्पतालों में उपकरणों की उपलब्धता

विभाग का नाम	आवश्यक उपकरण की संख्या	बिहारशरीफ		जहानाबाद		मधेपुरा		पटना		हाजीपुर	
		उप.*	अनु.# (%)	उप.	अनु. (%)	उप.	अनु. (%)	उप.	अनु. (%)	उप.	अनु. (%)
इम्युनाईजेशन	16	13	19	7	56	7	56	13	19	7	56
ई.एन.टी.	23	0	100	0	100	0	100	0	100	5	78
नेत्र	27	17	37	14	48	16	41	0	100	19	30
दंत	34	17	50	16	53	18	47	22	35	13	62
शल्य	53	4	92	13	75	5	91	11	79	5	91

(स्रोतः नमूना जाँचित जि.अ.) ***** *उप.– उपलब्ध,* **#** *अनु.– अनुपलब्ध*

टीकाकरण संबंधी उपकरण की अनुपलब्धता 19 प्रतिशत (जि.अ.–पटना और जि.अ. –बिहारशरीफ) से 56 प्रतिशत (जि.अ.–जहानाबाद, जि.अ.–हाजीपुर और जि.अ.–मधेपुरा) तक थी। नमूना–जांच किए गए चार जिला अस्पतालों के ई.एन.टी. विभागों में कोई उपकरण नहीं था। केवल जि.अ.–हाजीपुर में 22 फीसदी उपकरण थे। नेत्र, दंत और शल्य चिकित्सा विभागों में 30 से 100 प्रतिशत उपकरण उपलब्ध नहीं थे। जिला अस्पतालों में उपकरणों की आवश्यकता के बारे में कोई सर्वेक्षण नहीं किया गया था। इस प्रकार, आवश्यक उपकरणों के अभाव में, रोगों का पूर्ण निदान नहीं किया जा सकता है। जि.अ. में उपकरणों की अनुपलब्धता इस कारण थी कि बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा खरीद प्रक्रिया प्रणालीगत अनियमितताओं से भरी हुई थी, अर्थात खरीद नीति का अभाव, दर अनुबंधों का अपर्याप्त कवरेज और खरीद आदेश देने में विलंब, जैसा कि आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

2.7.2.2 अप्रयुक्त उपकरण

बी.एफ.आर. के नियम 126 में अनुबंधित किया गया था कि अधिप्राप्ति संगठनों की विशिष्ट आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए अधिप्राप्त किये जाने वाले सामान की विशिष्टता और मात्रा स्पष्ट रूप से बताई जानी चाहिए। इसके विपरीत, लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पायाः

(i) जि.अ.–बिहारशरीफ में आई.सी.यू. के संचालन के लिए 37 प्रकार के उपकरणों (जैसे आई.सी.यू. बेड, वेंटिलेटर, पल्स ऑक्सीमीटर, सक्शन मशीन आदि) के लिए बी.एम.आई. एस.सी.एल. को ₹60 लाख की राशि दी गई थी (अप्रैल 2013)। बी.एम.आई.एस.सी.एल. ने

अगस्त 2013 और जुलाई 2014 के बीच सात उपकरण (केवल तीन प्रकार) भेजे और जि.अ. द्वारा मांगे गए पूर्ण सेट (37 प्रकार) की आपूर्ति नहीं की गई (जनवरी 2020) ***(परिशिष्ट– 2.17)***। आगे यह देखा गया कि आपूर्ति किए गए सात उपकरण जि.अ. में अप्रयुक्त पड़े थे।

(ii) जि.अ.–हाजीपुर में कार्डिएक केयर यूनिट (सी.सी.यू.) और अन्य विभागों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान 16 उपकरण अप्रयुक्त पड़े हुए पाए गये।

(iii) जि.अ.–पटना और जि.अ.–मधेपुरा में, बीएम.आई.एस.सीएल द्वारा सितंबर 2018 और जनवरी 2019 में क्रमशः ₹10.39 लाख और ₹6.88 लाख मूल्य की दो अल्ट्रा साउंड मशीनों की आपूर्ति की गई थी। हालांकि, रेडियोलॉजिस्ट की अनुपलब्धता के कारण मशीनें अक्रियाशील थीं। जि.अ.–पटना में आपूर्ति की गई मशीन नौ महीने की अवधि के लिए भंडार में रखी गई थी। इसके अलावा, बी.एम.आई.एस.सी.एल. ने अस्पताल के अधीक्षक को बिना कोई कारण बताए मशीन को मेडिकल कॉलेज और अस्पताल (एस.के.एम.सी.एच.), मुजफ्फरपुर में स्थानांतरित करने का आदेश दिया (जून 2019)।

इसके अलावा, जि.अ.–मधेपुरा द्वारा मार्च 2019 में उपकरण स्थापित किया गया लेकिन तकनीशियन और रेडियोलॉजिस्ट की अनुपलब्धता के कारण वह आज तक संचालन में नहीं था।

जि.अ. में दवाओं और उपकरणों की गैर/कम उपलब्धता और उनके संबंध में अन्य अनियमितताएं, जैसा कि पिछले कंडिकाओं में बताया गया है, इस तथ्य के कारण था कि बी.एम.एस.आई.सी.एल., जिसे बि.स. द्वारा स्वास्थ्य विभाग, बि.स. के सभी प्रतिष्ठानों/संस्थानों के लिए दवाओं और उपकरणों की आपूर्ति के लिए एकमात्र क्रय एजेंसी के रूप में नामित किया गया था, स्वयं व्यवस्थागत खामियों अर्थात क्रय नीति तैयार करने में अत्यधिक देरी, क्रय आदेश देने में देरी और दर अनुबंधों के तहत दवाओं की अपर्याप्त कवरेज से जूझ रहा था जैसा कि अनुवर्ती कंडिकाओं में बताया गया है।

2.7.3 बिहार मेडिकल सर्विसेज एवं इंफ्रास्ट्रक्चर लिमिटेड (बी.एम.एस.आई.सी.एल.) की कार्यप्रणाली

बिहार सरकार ने स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में मौजूदा बुनियादी ढांचे और सेवाओं के निर्माण में तेजी लाने और उन्हें सुव्यवस्थित करने के उद्देश्य से बी.एम.एस.आई.सी.एल. की स्थापना की (जुलाई 2010)। प्रबंध निदेशक बी.एम.एस.आई.सी.एल. के कार्यकारी अधिकारी हैं और मुख्य महाप्रबंधक (सी.जी.एम.) (आपूर्ति श्रृंखला) और सी.जी.एम. (परियोजनाएं) और महाप्रबंधक (वित्त) द्वारा इनको दैनिक कामकाज में सहायता की जाती है।

2.7.3.1 क्रय प्रक्रिया में अनियमितता

अस्पतालों में दवाओं और उपभोग्य वस्तुओं के क्रय के लिए राज्य सरकार बजटीय प्रावधान करती है। इसके अलावा, रा.स्वा.मि. के तहत वित्तीय सहायता भी प्रदान की जाती है। जिला अस्पताल बी.एम.एस.आई.सी.एल. को दवाओं और उपभोग्य वस्तुओं के लिए भुगतान करते हैं। बी.एम.एस.आई.सी.एल. में पाई गई कमियों की चर्चा नीचे की गई है।

(क) क्रय नीति तैयार करने में अत्यधिक देरी

बी.एम.एस.आई.सी.एल. को राज्य के 38 जिलों के सभी अस्पतालों में दवाओं और चिकित्सा उपकरणों की निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी सौंपी गयी थी (मार्च 2014)। हालांकि, बी.एम.एस.आई.सी.एल. के गठन के आठ साल बाद, बिहार सरकार अक्टूबर 2018 में बी.एम.एस.आई.सी.एल. की क्रय नीति को अंतिम रूप दे पायी। एक मजबूत क्रय

योजना ढांचे की अनुपस्थिति के परिणामस्वरूप बी.एम.एस.आई.सी.एल. स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं (एच.सी.एफ.) की दवाओं की मांग पूरा करने में विफल रही।

(ख) दर अनुबंधों के तहत दवाओं का अपर्याप्त कवरेज

बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार, आवश्यक दवा सूची (ई.डी.एल.) (2015) में 250 दवाओं और चिकित्सा उपकरणों, यंत्रों आदि से युक्त 100 मदों को निर्धारित किया गया था। उक्त ई.डी.एल. को 310 दवाओं की संख्या हेतु अपग्रेड किया गया था (मार्च 2018)।

2014–15 से 2019–20 की अवधि के दौरान बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा किए गए दर अनुबंधों (आर.सी.) का विवरण **तालिका 2.56** में दिखाया गया है।

तालिका 2.56
2014–20 के दौरान लागू दर अनुबंध

वर्ष	ईडीएल में दवाओं की कुल सं0	आर.सी. के तहत कवर किए गए दवाओं की सं0 (प्रतिशत)
2014–2015	250	0 (0)
2015–2016	250	111 (44)
2016–2017	250	36 (14)
2017–2018	250	38 (15)
2018–2019	310	195 (63)
2019–2020	355	218 (61)

(स्रोतः बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा उपलब्ध करायी गई सूचना)

बी.एम.एस.आई.सी.एल. 2014–15 से 2019–20 की अवधि के दौरान ई.डी.एल. में सूचीबद्ध कई दवाओं के लिए आरसी निष्पादित नहीं कर सका और उक्त अवधि के दौरान निष्पादित आरसी का प्रतिशत केवल 0 से 63 प्रतिशत के बीच था। आरसी के तहत ई.डी.एल. दवाओं का अपर्याप्त कवरेज का कारण बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा अपने गठन के प्रारंभिक वर्षों में एक ठोस क्रय नीति और उचित योजना ढांचे की अनुपस्थिति थी, जिसके परिणामस्वरूप कम अधिप्राप्त गतिविधि हुई। इस प्रकार, विभिन्न अस्पतालों से प्राप्त कुल मांग के सापेक्ष कई दवाओं की कम आपूर्ति के उदाहरण देखे गए। नमूना–जांच किए गए जिलों में 2017–18 से 2019–20 की अवधि के दौरान दवाओं की गैर–आपूर्ति/कम आपूर्ति को **तालिका 2.57** में संक्षेपित किया गया है।

तालिका 2.57
मांगी गयी दवाओं का सारांश और निर्गत नहीं किए गए दवाओं का *प्रतिशत*

जिला का नाम	वित्तीय वर्ष	संस्था का नाम	मांगी गई कुल दवाओं का प्रकार	100% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	75% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	50% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	25% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0
जहानाबाद	2017–18	संबंधित जिलें के अ.श.चि.–सह–मु.चि.पदा.	69	4	4	5	2
	2018–19		138	16	3	5	5
	2019–20		272	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
मधेपुरा	2017–18		68	1	2	1	शून्य
	2018–19		124	12	1	3	1
	2019–20		275	17	5	8	19
नालंदा	2017–18		38	3	4	1	शून्य
	2018–19		122	11	5	6	3
	2019–20		219	18	9	7	7

जिला का नाम	वित्तीय वर्ष	संस्था का नाम	मांगी गई कुल दवाओं का प्रकार	100% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	75% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	50% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0	25% जारी नहीं किए गए दवाओं की सं0
पटना	2017–18		166	70	6	5	10
	2018–19		221	66	4	3	7
	2019–20		235	12	13	6	21
वैशाली	2017–18		39	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2018–19		108	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य
	2019–20		240	28	1	5	13

(स्रोतः बी.एम.एस.आई.सी.एल.)

उपरोक्त **तालिका–2.57** से निम्नलिखित स्पष्ट हैः

- 2017–18 से 2019–20 के दौरान विभिन्न अस्पतालों से प्राप्त मांगपत्रों के विपरीत, बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा उपरोक्त पांच जिलों को आपूर्ति नहीं की गई ई.डी.एल. दवाओं की सीमा शून्य से 70 के बीच थी। अकेले पटना जिले में, वित्तीय वर्ष 2017–18 और 2018–19 के दौरान क्रमशः 70 ई.डी.एल. दवाएं (42 प्रतिशत) और 66 ई.डी.एल. दवाएं (30 प्रतिशत) की आपूर्ति नहीं की गई थी।
- कुल मांगपत्र मात्रा का 25 *प्रतिशत* और उससे अधिक की सीमा तक की तुलना में कम आपूर्ति की गई ई.डी.एल. की सीमा शून्य से 21 के बीच थी।
- नमूना–जांच किए गए पांच जिलों में 2017–18 से 2019–20 के दौरान व्यक्तिगत रूप से मांगी गई दवाएं, जो आपूर्ति नहीं की गई थी की कुल मात्रा चार इकाईयों (पटना में घुलनशील इंसुलिन इंजेक्शन) से लेकर पटना में आयरन फोलिक एसिड की 17.65 लाख टैबलेट तक थी। .

बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने जवाब दिया (अगस्त 2021) कि चयनित पांच जि.अ. में आपूर्ति न होने का मुख्य कारण यह था कि उस समय दर अनुबंध लागू नहीं थे और मांग की गई मात्रा भंडार में नहीं थी।

जवाब स्वयं इस तथ्य का एक स्वाग्रह है कि क्रय नीति तैयार करने में देरी के कारण ई.डी.एल. दवाओं की गैर–आपूर्ति/कम आपूर्ति के उदाहरण सामने आए, जिसके परिणामस्वरूप, उपचार की गुणवत्ता अवमानक हुई जिससे परिणामतः जिला अस्पतालों में आने वाले रोगियों की स्वास्थ्य देखभाल प्रभावित हुई।

(ग) बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा चिकित्सा उपकरणों के लिए निम्न अधिप्राप्ति आदेश

2014–15 से 2019–20 की अवधि के दौरान बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा चिकित्सा उपकरणों के लिए अधिप्राप्ति आदेश **तालिका– 2.58** में दर्शाए गए हैं।

तालिका–2.58

बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा चिकित्सा उपकरणों के लिए अधिप्राप्ति आदेश

वर्ष	2014–15	2015–16	2016–17	2017–18	2018–19	2019–20
अधिप्राप्ति मूल्य *(₹ करोड़ में)*	शून्य	3.73	शून्य	0.70	77.72	109.84
मदें	शून्य	स्वचालित रक्त कोशिका काउंटर[143]	शून्य	अमिट मार्कर इंक–पेन[144]	स्वचालित रक्त कोशिका काउंटर, डाइलेक्ट्रिक ट्यूब सीलर्स[145] आदि	स्वचालित रक्त कोशिका काउंटर, सिरिंज पंप, रेडिएंट वार्मर आदि

(स्रोतः बी.एम.एस.आई.सी.एल.)

बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा चिकित्सा उपकरणों के लिए कम मूल्य के अधिप्राप्ति आदेश अस्पतालों के सुचारू कामकाज के पंगु होने के जोखिम से भरा था।

बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने जवाब दिया (अगस्त 2021) कि 2014–15 से 2017–18 के दौरान, इंडेंट किए गए चिकित्सा उपकरणों के संबंध में दर अनुबंध करने के लिए निविदाएं मंगाई गई थीं लेकिन तकनीकी बोलियों की अयोग्यता के कारण निविदाओं को अंतिम रूप नहीं दिया गया था।

जवाब स्वयं लेखापरीक्षा द्वारा इंगित किए गए तथ्य का स्वाग्रह है।

(घ) दर अनुबंधों के तहत चिकित्सा उपकरणों का अपर्याप्त कवरेज

आवश्यक दवा सूची के विपरीत, स्वास्थ्य विभाग ने अस्पतालों के कामकाज के लिए आवश्यक अनिवार्य चिकित्सा उपकरणों की पहचान नहीं की। 2014–15 से 2018–19 की अवधि के दौरान चिकित्सा उपकरणों के लिए बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा किए गए दर अनुबंधों[146] की संख्या शून्य से 64 तक थी। हालांकि, बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने 2019–20 के दौरान 73 दर अनुबंध समझौते किए। 2014–15 से 2017–18 के दौरान अपर्याप्त दर अनुबंध बी.एम.एस.आई.सी.एल. की ओर से चिकित्सा उपकरणों के संबंध में कम अधिप्राप्ति गतिविधि के मुख्य कारणों में से एक था।

(ङ) अधिप्राप्ति आदेश देने में देरी

अभिलेखों की जांच में पाया गया कि राज्य स्वास्थ्य समिति एवं/अथवा जिला असैनिक शल्य चिकित्सक कार्यालय से प्राप्त मांगपत्रों की तुलना में नमूना जांच किये गये पांच जिलों में बी.एम.एस.आई.सी.एल. की ओर से अधिप्राप्ति आदेश देने में विलम्ब 15 दिन से 872 दिनों के बीच था। 2014–15 से 2019–20 की अवधि के दौरान पांच जिलों में एचसीएफ से आउटोमेटेड ब्लड शेल काउंटर, ब्लड कलेक्शन मॉनिटर, डाईइलेक्ट्रिक ट्यूब सीलर्स, डोनर काउच, अल्ट्रा साउंड मशीन, आई.सी.यू. बेड, रेडिएंट वार्मर, ब्लड बैंक रेफ्रिजरेटर आदि जैसे चिकित्सा उपकरणों के संबंध में प्राप्त मांगपत्रों के विरूद्ध आपूर्ति आदेश देने में देरी की सीमा 15 से 872[147] दिनों के बीच था।

---

[143] *स्वचालित रक्त कोशिका काउंटर ऐसी मशीनें हैं जो रक्त विश्लेषण के लिए स्वचालित रूप से कोशिकाओं की गणना करती हैं।*

[144] *अमिट मार्कर स्याही पेन एक तेजी से सूखने वाली स्याही है और इसलिए टीकाकरण उद्देश्य के लिए इंडेक्स फिंगर क्यूटिकल और ऊपरी हिस्से पर एक बार लगाने के बाद इसे मिटाया नहीं जा सकता है।*

[145] *रेडियो फ्रीक्वेंसी सीलिंग सिस्टम के माध्यम से रक्त बैग पायलट ट्यूब को सील करने के लिए डाईइलेक्ट्रिक ब्लड ट्यूब सीलर्स का उपयोग किया जाता है।*

[146] *2014–15–सात, 2015–16 –सात, 2016–17–सात, 2017–18–शून्य और 2018–19–64*

[147] *पटना 15–34 दिन, जहानाबाद 29–40 दिन, नालंदा 29–40 दिन, मधेपुरा 29–40 दिन और वैशाली 29–872 दिन*

आपूर्ति आदेश देने में इस तरह के अत्यधिक विलम्ब के परिणामस्वरूप नमूना–जांच किए गए जिलों में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में जाने वाले रोगियों को चिकित्सा उपकरणों के दूरारंभ लाभ से वंचित कर दिया गया। अधिप्राप्ति आदेश देने में देरी का मुख्य कारण जैसा कि प्रबंधन द्वारा बताया गया, एच.सी.एफ. द्वारा मांगे गए चिकित्सा उपकरणों के संबंध में दर अनुबंधों (आरसी) का न होना और बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा चिकित्सा उपकरणों के संबंध में अपनाए गए निविदा तंत्र के माध्यम से आरसी को अंतिम रूप देने में लिया गया परिणामी समय था।

(च) चिकित्सा उपकरणों के वितरण में विलंब

नमूना–जांच किए गए पांच जिलों के लिए 2014–15 से 2019–20 के दौरान चिकित्सा उपकरणों की खरीद से संबंधित बी.एम.एस.आई.सी.एल. के अभिलेखों की जांच में चिकित्सा उपकरणों के वितरण में दो से 163 दिनों का विलंब पाया गया।

तालिका–2.59

नमूना जाँचित जिलों में चिकित्सा उपकरणों के वितरण में विलंब

क्रम सं0	नमूना जाँचित पॉच जिलों के अस्पतालों में वितरण हेतु मद / उपकरण	अनुबंध का खंड	वितरण अवधि (दिन)	वितरण में विलंब (दिन)	अभ्युक्ति
1.	11 ऑटोमेटेड ब्लड सेल काउंटर	दर अनुबंध का खंड 4.5	30	23 से 136	
2.	80 ऑटोमेटेड ब्लड सेल काउंटर	आपूर्ति आदेश का खंड 4.5[148]	120	दो से 163 दिन	चयनित पांच जिलों में 80 ऑटोमेटेड ब्लड सेल काउंटर भेजे गए। 58 मशीनों को दो से 163 दिनों के विलम्ब से मांगकर्ता संस्थाओं को सुपुर्द किया गया।
3.	चिकित्सा उपकरण अर्थात वेंटिलेटर मशीन, ब्लड कलेक्शन मॉनिटर, डाईइलेक्ट्रिक ट्यूब सीलर, डोनर काउच, अल्ट्रा साउंड मशीन, आई. सी.यू. बेड, रेडिएंट वार्मर, ब्लड बैंक रेफ्रिजरेटर आदि।	दर अनुबंध का खंड 4.5	30	सात से 131	

(स्रोतः बी.एम.एस.आई.सी.एल.)

इसके अलावा 2019–20 में चयनित पांच जिलों (अर्थात पटना, जहानाबाद, नालंदा, वैशाली और मधेपुरा) में 42 ऑटोमेटेड ब्लड सेल काउंटर मशीनें 126 दिनों से लेकर 337 दिनों तक के असामान्य विलंब के साथ स्थापित की गईं। इसके अलावा, न तो वितरण में देरी का कारण और न ही असामान्य देरी को कम करने के लिए विक्रेताओं के साथ अनुवर्ती कार्रवाई, यदि कोई हो, (विक्रेता को प्रभावी भुगतान करने के समय दर अनुबंध समझौते के खंड 20 के अनुसार नकदी क्षतियों के आह्वान के अलावा) अभिलिखित था।

[148] जी.एम. (प्रोक्योरमेंट) के पत्र दिनांक 5/9/2018 द्वारा संशोधित 30 दिनों की निर्धारित डिलीवरी अवधि

(छ) चिकित्सा उपकरणों का गैर–अधिष्ठापन

बी.एम.एस.आई.सी.एल. के अभिलेखों की जांच से पता चला कि तीन चिकित्सा उपकरण यथा, (i) ब्लड कलेक्शन मॉनिटर, (ii) डाईइलेक्ट्रिक ट्यूब सीलर और (iii) डोनर–काउच जि.अ.–पटना में आपूर्ति आदेश देने की तिथि से 23 महीने से अधिक समय बीत जाने के बाद भी अधिष्ठापित नहीं किए गए थे। लगभग दो वर्षों तक इन चिकित्सा उपकरणों की गैर–अधिष्ठापन का मुख्य कारण साइट का तैयार न होना था। यह स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार की दोषपूर्ण योजना का संकेतक था।

2019–20 के दौरान, अधिप्राप्ति आदेश देने की तारीख से 17 से 26 महीने की अवधि बीत जानेके बावजूद, पटना जिले के एच.सी.एफ. में ऑटोमेटेड ब्लड काउंटर मशीनों की छह इकाइयां अधिष्ठापित नहीं की गईं। इसके अलावा, जहानाबाद जिले में ऑटोमेटेड ब्लड काउंटर मशीन की एक इकाई और ई.सी.जी. मशीन की एक इकाई का क्रय आदेश देने की तारीख से क्रमशः 17 महीने और 27 महीने की अवधि बीत जाने के बावजूद अधिष्ठापित नहीं की गई थी।

उक्त चिकित्सा उपकरणों की गैर–अधिष्ठापन के परिणामस्वरूप, जि.अ.– पटना के लाभार्थी इन चिकित्सा उपकरणों के लाभों से वंचित रहे, यद्यपि इसके लिए जि.अ.– पटना की ओर से आकस्मिक आवश्यकता/मांग की गयी थी।

बी.एम.एस.आई.सी.एल. में पाई गई अन्य अनियमितताएं

- बी.एम.एस.आई.सी.एल. की अधिप्राप्ति नीति के साथ–साथ मानक बोली दस्तावेज (एस.बी.डी.) त्रुटिपूर्ण था क्योंकि इसमें अमानक गुणवत्ता वाली (एन.एस.क्यू.) दवाओं की पुनःपूर्ति के लिए समय सीमा निर्धारित नहीं की गई थी। सूची में शामिल प्रयोगशालाओं को गुणवत्ता परीक्षण के लिए भेजी गई दवाओं को 203 बार एन.एस.क्यू. घोषित किया गया। इन दवाओं में कैल्शियम टैबलेट, विटामिन टैबलेट, आयरन फोलिक टैबलेट, ओरल रिहाइड्रेशन साल्ट आदि शामिल थे। इन एन.एस.क्यू. दवाओं को इंडेंटिंग अस्पतालों में पुनःपूर्ति का समय अभिलिखित नहीं था। साथ ही, बी.एम.एस.आई.सी.एल. को इन एन.एस.क्यू. दवाओं को अपने गोदामों में पुनःपूर्ति के समय के बारे में कोई जानकारी नहीं थी। इस प्रकार, बी.एम.एस.आई.सी.एल. में चालू आंतरिक नियंत्रण तंत्र दोषपूर्ण था क्योंकि यह एन.एस.क्यू. दवाओं की पुनःपूर्ति के समय को पता करने और आपूर्तिकर्ता की ओर से देरी, यदि कोई हो, की जांच करने में विफल रहा।
- बी.एम.एस.आई.सी.एल. के गोदामों और/या अस्पतालों में वैधता समाप्त दवाओं की मात्रा और उनकी बाद में आपूर्तिकर्ता द्वारा पुनःपूर्ति तथा पुनःपूर्ति के समय के बारे में सूचना अभिलिखित नहीं थी। यह बी.एम.एस.आई.सी.एल. की ओर से अपने ड्रग्स एंड वैक्सीन डिस्ट्रीब्यूशन मैनेजमेंट सिस्टम (डी.वी.डी.एम.एस.) पोर्टल यानी ई–औषधी को प्रभावी ढंग से लागू करने में विफलता का संकेतक था क्योंकि इस जानकारी को संग्रहित नहीं किया जा रहा था और इस प्रकार स्वनिर्धारित रिपोर्ट तैयार करने में असमर्थता हुई। इसके अलावा, बी.एम.एस.आई.सी.एल. की अधिप्राप्ति नीति भी इस हद तक दोषपूर्ण थी कि इसने आपूर्तिकर्ताओं की ओर से वैधता समाप्त दवाओं की पुनःपूर्ति के लिए समय निर्धारित नहीं किया था।
- डी.वी.डी.एम.एस. पोर्टल में महत्वपूर्ण जानकारी (जैसे गुणवत्ता परीक्षण विफल दवाओं या व्यपगत दवाओं और उनकी पुनःपूर्ति) को कैप्चर न करने के

परिणामस्वरूप स्वनिर्धारित रिपोर्ट तैयार करने में बी.एम.एस.आई.सी.एल. अयोग्य रहा।

बी.एम.एस.आई.सी.एल. की ओर से अधिप्राप्ति योजना में कमी और खरीदे गए चिकित्सा उपकरणों के संबंध में व्यापक रखरखाव अनुबंध (सी.एम.सी.) में अनियमितता जैसे प्रणालीगत मुद्दे पहले भी बी.एम.एस.आई.सी.एल. की लेखापरीक्षा के दौरान पाए गए थे। बी.एम.एस.आई.सी.एल. की ओर से उत्पन्न इन मुद्दों का जिला अस्पतालों को दवाओं और उपकरणों की आपूर्ति, जि.अ. में उनकी इष्टतम उपलब्धता, जिला अस्पतालों में आने वाले रोगियों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के गुणवत्ता प्रावधान और अंततः लोगों के स्वास्थ्य पर व्यापक प्रभाव पड़ा। इस प्रकार, इस तथ्य के बावजूद कि बिहार के अधिकांश गरीब लोग आमतौर पर अपनी निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सार्वजनिक/सरकारी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली पर निर्भर हैं, बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने उन उद्देश्यों को पूरी तरह नहीं किया जिसके लिए इसे बि.स. द्वारा स्थापित किया गया था।

2.8 भवन अवसंरचना

सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापरक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु पर्याप्त एवं समुचित रूप से अनुरक्षित भवन अवसंरचना का बहुत महत्व है। निष्पादन लेखापरीक्षा में अभिलेखों की जांच में अस्पताल भवन के अवसंरचना के निर्माण एवं उनकी उपलब्धता में अपर्याप्तता एवं कमियां पायी गयी जैसा कि आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है:

विभिन्न निर्माण कार्यों के लिए भूमि और धन उपलब्ध कराने का दायित्व प्रशासनिक विभाग पर था, जबकि बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने प्राक्कलन तैयार किया, तकनीकी स्वीकृतियां दीं और कार्यों को निष्पादित किया। कार्य पूर्ण होने के बाद बी.एम.एस.आई.सी.एल. ने संबंधित प्रशासनिक विभाग को भवन सौंप दिया।

2.8.1 आपदा अभेद्य अस्पताल भवन

राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन प्राधिकरण दिशानिर्देश 2016 के विपरीत, नमूना जाँचित जिला अस्पताल भवन न तो भूकंपीय स्थिति के लिए सुरक्षित थे और न ही उनका कोई वार्षिक या विशेष रखरखाव किया गया था। इस प्रकार, अस्पताल भवन विनाशकारी परिस्थितियों के लिए तैयार नहीं थे।

2.8.1.1 जि.अ. जहानाबाद के भवन की जर्जर स्थिति व नए भवन के शुरू होने में हो रही देरी

भवन प्रमंडल, जहानाबाद[149] ने जि.अ.– जहानाबाद के ब्लॉक सी, डी और ई को रहने के लिए अनुपयुक्त प्रमाणित किया (जुलाई 2017) और तीन दिनों के भीतर इन ब्लॉकों को खाली करने के लिए जिला प्रशासन को सूचित किया। लेकिन, लेखापरीक्षा के समय तक (अगस्त 2021) जि.अ. द्वारा उनका लगातार उपयोग किया जा रहा था, जिससे मरीजों[150] और अस्पताल के कर्मचारियों[151] की सुरक्षा के साथ गंभीर समझौता हुआ। वैकल्पिक स्थान/नए भवन की अनुपलब्धता के कारण उक्त ब्लॉकों का उपयोग जारी रहा।

---

149 *भवन खण्ड, जहानाबाद के अभियंता*

150 *रोगी और परिचारक*

151 *अस्पताल के कर्मचारी जिनमें डॉक्टर, नर्स, पैरामेडिकल स्टाफ, आधिकारिक कर्मचारी, सहायक सेवाओं में लगे कर्मचारी और अस्पतालों में आने वाले या प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष रूप से अस्पतालों की अन्य सेवाओं को सुनिश्चित करने के लिए शामिल सभी लोग शामिल हैं।*

परिणामस्वरूप, अस्पताल भवन की छत से प्लास्टर गिरने से दो बच्चे घायल हो गए (सितंबर 2019)।

जनवरी 2020 *अगस्त 2021*

जि.अ.–जहानाबाद के ब्लॉक सी एवं डी के कॉरिडोर की स्थिति

जनवरी 2020 *अगस्त 2021*

जि.अ.–जहानाबाद के लेबर वार्ड भवन (ब्लॉक डी) की स्थिति

जनवरी 2020 *अगस्त 2021*

जि.अ.–जहानाबाद के भवन के अंदर एवं बाहर की स्थिति

अभिलेखों की जांच में आगे पता चला कि यद्यपि बिहार सरकार ने जि.अ.– जहानाबाद में 300 बेड रखने का विचार किया (अप्रैल 2007), यह 97 बेडों के साथ जारी रहा। इसके बाद (मार्च 2019) बिहार सरकार ने जहानाबाद जिला प्रशासन के साथ पत्राचार (अप्रैल 2018 और जुलाई 2018) के आलोक में जहानाबाद में केवल 191 बिस्तरों वाले जिला अस्पताल के निर्माण के लिए ₹93.53 करोड़ स्वीकृत किए। कार्य के निष्पादन हेतु, संवेदक के साथ अनुबंध (₹77.35 करोड़ की अनुबंध लागत) निष्पादित किया गया था (दिसंबर 2020)।

इस प्रकार भवन प्रमंडल, जहानाबाद की अनुशंसा (जुलाई 2017) एवं दो बच्चों के घायल होने (सितम्बर 2019) के बावजूद भी जि.अ.–जहानाबाद को जर्जर भवन में चलाया जा रहा है। जि.अ.–जहानाबाद के संयुक्त भौतिक सत्यापन (दिसंबर 2019) के दौरान भी इसकी

पुष्टि की गई, जहां ब्लॉक सी और डी (लेबर वार्ड) जर्जर स्थिति में थे। निविदा प्रक्रिया को अंतिम रूप देने में लगभग तीन वर्षों का विलम्ब इस मामले के प्रति स्वास्थ्य विभाग के गैर–गंभीर रवैये का द्योतक था।

बुनियादी ढांचे के निर्माण से संबंधित अन्य अवलोकन

- 2014–20 के दौरान कुल उपलब्ध निधियों (₹10,742.64 करोड़) में से ढांचागत परियोजनाओं पर बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा किया गया व्यय केवल ₹3,103.17 करोड़ (29 प्रतिशत) था। ढांचागत कार्यों के निष्पादन की धीमी गति के परिणामस्वरूप निधियों का अवरोधन हुआ। 2014–20 के दौरान बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा शुरू की गई कुल 1,097 परियोजनाओं में से केवल 187 ही पूरी हो सकीं जबकि 523 अभी भी प्रगति पर थीं और 387 (35 प्रतिशत) अभी शुरू होनी बाकी थीं। 387 परियोजनाओं में से 45 भूमि की अनुपलब्धता के कारण शुरू नहीं की जा सकी जबकि अन्य परियोजनाएं निविदा या भूमि अधिग्रहण के प्रक्रिया में थीं ***(परिशिष्ट–2.18)***।

  नमूना–जांच किए गए जिलों में लेखापरीक्षा ने पाया कि 2014–20 की अवधि के दौरान ₹13,434.63 करोड़ की स्वीकृत लागत वाले कुल 495 कार्य स्वीकृत किए गए थे, उनमें से कुल ₹301.27 करोड़ के व्यय के साथ केवल 113 कार्य (23 प्रतिशत) पूर्ण किए जा सके।

- भवन निर्माण विभाग द्वारा भवनों की मरम्मत, अनुरक्षण एवं रख–रखाव के संबंध में मूल्यांकन नहीं किया गया था, जैसा कि जि.अ. द्वारा सूचित किया गया था। आर.के.एस. द्वारा 2014–20 के दौरान भवनों की मरम्मत एवं अनुरक्षण पर व्यय की गई निधि के संबंध में कोई सूचना उपलब्ध नहीं थी। अ.श.चि.–सह–मु.चि.पदा. ने मरम्मत एवं अनुरक्षण से संबंधित कोई अभिलेख संधारित नहीं किया था।

2.9 निष्कर्ष

विभाग ने जिला अस्पताल में सेवा प्रदान करने के संबंध में कोई विशिष्ट मानक/बेंचमार्क निर्धारित नहीं किया। मानकों/मानदंडों के अभाव में उनमें अंतर विश्लेषण नहीं किया जा सका। परिणामतः जिला अस्पतालों के लिए संसाधनों और निधियों की आवश्यकता सुनिश्चित करने के लिए एक सार्थक बजटीय कार्य नहीं किया जा सका। योजना की कवायद जिला अस्पतालों को बिना किसी प्रत्यक्ष आधार के बजटीय निधि आवंटित करने तक ही सीमित रही।

इसके अलावा, नैदानिक स्थापना अधिनियम के तहत जिला अस्पतालों के पंजीकरण के अभाव में अधिनियम में उल्लिखित मानकों के न्यूनतम स्तर की प्राप्ति का पता नहीं लगाया जा सका।

आई.एस.ओ., एन.ए.बी.एच., एन.ए.बी.एल., जे.सी.आई. आदि मान्यता के लिए जिला अस्पतालों का मूल्यांकन नहीं किया गया था क्योंकि 2014–19 के दौरान इसके लिए उन्होंने आवेदन नहीं किया था।

आई.पी.एच.एस. और अन्य दिशानिर्देशों के संबंध में, नमूना–जांच किए गए जिला अस्पतालों में प्रदान की गयी सेवाओं, लाइन सेवाएं जैसे ओ.पी.डी. सेवाएं, आई.पी.डी. सेवाएं, आई.सी.यू. सेवाएं, ओ.टी. सेवाएं, मातृत्व सेवाएं इत्यादि और सहायता सेवाएं जैसे डायग्नोस्टिक/रेडियोलॉजी, ब्लड बैंक, आहार प्रबंधन एवं एम्बुलेंस सेवा आदि में कमी थी। कमी के रूप में ओ.पी.डी. में अपर्याप्त बुनियादी सुविधाएं, विशेषज्ञ डॉक्टरों और अन्य सहायक कर्मचारियों की कमी, दुर्घटना और अभिघात के मामलों में आपातकालीन देखभाल सुविधाओं की अनुपलब्धता तथा अन्य रोगी सेवाओं की कमी, दवाओं, उपभोग्य वस्तुओं और

उपकरणों की कमी, आपातकालीन सर्जरी या वैकल्पिक सर्जरी के लिए ओ.टी. सेवाओं की अनुपलब्धता, आवश्यक नैदानिक सेवाओं की अनुपलब्धता, लाईफ सपोर्ट और अन्य उपकरणों आदि से लैस एम्बुलेंस की कमी आदि थी। इन अपर्याप्तताओं के कारण, ओ.पी.डी. सेवाओं, आई.पी.डी. सेवाओं, सर्जरी, आपातकालीन स्थितियों में उपचार के लिए जिला अस्पतालों में आने वाले रोगियों को संभवतः रेफर किया गया और/या उच्च सुविधा वाले सार्वजनिक या निजी अस्पतालों में भेजा गया था। इसके अलावा, मरीजों को बाहर से आपातकालीन दवाएं खरीदनी पड़ीं।

बिहार सरकार द्वारा अपर्याप्त भर्ती और चयन के कारण डॉक्टरों और अन्य कर्मचारियों के संवर्ग में रिक्तियां थीं। दवाओं और उपकरणों की कमी मुख्य रूप से बी.एम.एस.आई.सी.एल. द्वारा दर अनुबंधों के तहत दवाओं और चिकित्सा उपकरणों की अपर्याप्त कवरेज तथा अधिप्राप्ति और वितरण में देरी के कारण थी।

जिला अस्पताल बिहार में जन स्वास्थ्य प्रणाली के महत्वपूर्ण घटक हैं। 2014–20 के दौरान बिहार में कुल जन स्वास्थ्य व्यय और जिला अस्पतालों द्वारा किए गए व्यय में वृद्धि के बावजूद, नमूना–जांच किए गए अस्पतालों ने उत्पादकता, दक्षता, सेवा गुणवत्ता और अस्पतालों की नैदानिक देखभाल क्षमता से संबंधित परिणाम संकेतकों पर निराशाजनक प्रदर्शन किया, जैसा कि लेखापरीक्षा में अवलोकन किया गया।

2.10 अनुशंसाएँ

लेखापरीक्षा निष्कर्षों के आलोक में, राज्य सरकार निम्नलिखित संस्तुतियों को लागू करने पर विचार कर सकती है।

- राज्य सरकार को नैदानिक स्थापना (पंजीकरण और विनियमन) अधिनियम 2010 और बिहार नैदानिक स्थापना (पंजीकरण और विनियमन) नियम 2013 में अवधारित जिला अस्पतालों के लिए सेवाओं और संसाधनों के प्रावधान के लिए मानकों और मानदंडों को निर्धारित करना/अपनाना चाहिए।
- जि.अ. द्वारा सेवाओं के मानकीकरण के लिए आई.एस.ओ., एन.ए.बी.एच., एन.ए.बी.एल., जे.सी.आई. आदि से मान्यता/प्रमाणन प्राप्त करने के प्रयास किए जाने चाहिए।
- निर्धारित मानकों और मौजूदा सेवाओं के वितरण के बीच के अंतराल की समीक्षा की जानी चाहिए और अंतराल को दूर करने के प्रयास किए जाने चाहिए।
- स्वास्थ्य विभाग की दीर्घकालिक योजना अंतराल विश्लेषण के आधार पर हो सकती है और तदनुसार लाईन एवं सहयोग सेवाओं में सुधार का प्रयास किया जा सकता है।
- स्वास्थ्य विभाग की बजट प्रक्रिया में जिला अस्पतालों के इनपुट को ध्यान में रखा जाना चाहिए ताकि सेवा में सुधार के लिए आवश्यकता के अनुसार निधि आवंटित किया जा सके।
- विभाग को अनिवार्य चिकित्सा सेवाओं के संचालन के लिए आवश्यक संख्या में डॉक्टरों, नर्सों, पैरामेडिकल और अन्य सहायक कर्मचारियों की भर्ती सुनिश्चित करना चाहिए।
- जिला अस्पतालों में पर्याप्त मानव–बल, दवाओं और उपकरणों की उपलब्धता विभाग के शीर्ष प्रबंधन द्वारा बारीकी से निगरानी की जा सकती है।
- बी.एम.एस.आई.सी.एल./स्वास्थ्य विभाग को दवाओं और चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति श्रृंखला में अंतराल की समीक्षा करनी चाहिए और आपूर्ति में विलंब और कमी को दूर करना चाहिए।

- अस्पतालों की उत्पादकता, दक्षता, सेवा की गुणवत्ता और नैदानिक देखभाल क्षमता से संबंधित परिणाम संकेतकों के आकलन को शामिल करके निगरानी तंत्र को नया रूप दिया जाना चाहिए।
- संक्रामक रोगों के प्रसार को कम करने के लिए किसी भी संभावित मुद्दों की पहचान करने के लिए विभाग को जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 के पालन के संबंध में सक्रिय निगरानी सुनिश्चित करना चाहिए।
- अस्पतालों में अनुकूल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल भवनों के रखरखाव प्रबंधन की कड़ाई से निगरानी की जानी चाहिए।