सत्यमेव जयते

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
का
सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना एवं
स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन
पर
निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन

SUPREME AUDIT INSTITUTION OF INDIA
लोकहितार्थ सत्यनिष्ठा
Dedicated to Truth in Public Interest

सत्यमेव जयते
हिमाचल प्रदेश सरकार

हिमाचल प्रदेश सरकार

वर्ष 2024 का प्रतिवेदन संख्या 2

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक

का

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना एवं

स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन

पर

निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन

हिमाचल प्रदेश सरकार

वर्ष 2024 का प्रतिवेदन संख्या 2

अनुक्रमणिका

विवरण	संदर्भ	
	परिच्छेद	पृष्ठ
प्रस्तावना	-	v
कार्यकारी सारांश	-	vii
अध्याय I		
परिचय		
स्वास्थ्य सेवाएं	1.1	1
राज्य की स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं का विहंगावलोकन	1.2	3
संगठनात्मक ढांचा	1.3	4
राज्य में स्वास्थ्य संकेतकों की प्रास्थिति	1.4	5
राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुरूप राष्ट्रीय स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना में हिमाचल प्रदेश स्वास्थ्य संकेतक	1.5	6
लेखापरीक्षा उद्देश्य	1.6	7
लेखापरीक्षा कार्य-क्षेत्र एवं अपनाई गई कार्यपद्धति	1.7	8
लेखापरीक्षा मानदंड	1.8	11
इस प्रतिवेदन में आयुष्मान भारत पर विचार	1.9	12
लेखापरीक्षा निष्कर्ष	1.10	13
अध्याय II		
मानव संसाधन		
राज्य में चिकित्सकों, नर्सों, पैरामेडिकल एवं अन्य कर्मियों की उपलब्धता	2.1	15
स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सक, विशेषज्ञ, नर्स, पैरामेडिकल स्टाफ आदि की स्तर-वार उपलब्धता	2.2	20
स्वास्थ्य पेशेवरों का प्रशिक्षण	2.3	48
राज्य के मेडिकल कॉलेजों व नर्सिंग कॉलेजों में सीटें	2.4	51
जनशक्ति की भर्ती	2.5	52
निष्कर्ष	2.6	53
सिफारिशें	2.7	54

विवरण	संदर्भ	
	परिच्छेद	पृष्ठ
अध्याय III		
स्वास्थ्य-देखभाल सेवाएं		
लाइन सेवाएं	3.1	55
स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता-समर्थन सेवाएं	3.2	107
स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता-सहायक सेवाएं	3.3	130
आपातकाल प्रबंधन	3.4	138
निष्कर्ष	3.5	146
सिफारिशें	3.6	148
अध्याय IV		
औषधि, उपकरण एवं अन्य उपभोग्य सामग्री		
स्वास्थ्य संस्थानों (प्राथमिक व द्वितीयक) में औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता	4.1	149
मेडिकल कॉलेज अस्पतालों (तृतीयक स्तर) में औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता	4.2	157
चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (प्राथमिक व द्वितीयक) में अनिवार्य दवाओं का भण्डार समाप्त होने (स्टॉक आउट) की स्थिति	4.3	158
रोगियों का सर्वेक्षण- स्वास्थ्य संस्थानों (सभी स्तरों पर) में चिकित्सकों द्वारा निर्धारित अनिवार्य दवाओं का प्रावधान	4.4	160
औषधियों की खरीद	4.5	162
औषधि एवं टीका वितरण प्रबंधन प्रणाली (डीवीडीएमएस)	4.6	163
औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों के वितरण एवं भंडारण का प्रबंधन	4.7	169
औषधियों का भंडारण	4.8	172
चिकित्सा उपकरण	4.9	173
निष्कर्ष	4.10	179
सिफारिशें	4.11	180
अध्याय V		
स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना		
स्वास्थ्य सेवा संस्थानों की उपलब्धता	5.1	183
राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) में बिस्तरों की उपलब्धता	5.2	189

विवरण	संदर्भ	
	परिच्छेद	पृष्ठ
राज्य में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के कार्य निष्पादन की प्रास्थिति	5.3	194
चयनित स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में जल व विद्युत पूर्तिकर (बैकअप) की उपलब्धता	5.4	200
निष्कर्ष	5.5	203
सिफारिशें	5.6	204
अध्याय VI		
वित्तीय प्रबंधन		
व्यय की प्रवृत्ति (केंद्र एवं राज्य सरकार)	6.1	205
सकल राज्य घरेलू उत्पाद के संदर्भ में बजट एवं व्यय	6.2	205
राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के अनुसार स्वास्थ्य पर वित्तपोषण	6.3	206
आवंटन एवं व्यय की तुलना	6.4	207
निधियों का उपयोग	6.5	209
चयनित जिलों हेतु बजट एवं व्यय (भारत सरकार व राज्य)	6.6	212
लेखापरीक्षा निष्कर्ष	6.7	213
आतंरिक लेखापरीक्षा	6.8	220
निष्कर्ष	6.9	220
सिफारिशें	6.10	220
अध्याय VII		
केंद्र प्रायोजित योजनाएं		
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आवंटन एवं व्यय	7.1	221
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत चयनित योजनाएं	7.2	222
लेखापरीक्षा निष्कर्ष	7.3	223
शेष योजनाओं से सम्बंधित अन्य निष्कर्ष	7.4	243
निष्कर्ष	7.5	245
सिफारिशें	7.6	246
अध्याय VIII		
विनियामक तंत्र		
राज्य चिकित्सा परिषद	8.1	247
क्लिनिकल (नैदानिक) प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 के माध्यम से विनियमन	8.2	249

विवरण	संदर्भ	
	परिच्छेद	पृष्ठ
गर्भधारण-पूर्व एवं प्रसव-पूर्व निदान तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 2002 के माध्यम से विनियमन	8.3	252
औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 के द्वारा विनियमन	8.4	254
परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 के माध्यम से विनियमन	8.5	266
जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 के माध्यम से विनियमन	8.6	269
निष्कर्ष	8.7	269
सिफारिशें	8.8	270
अध्याय IX		
विशेषीकृत अस्पताल		
दंत महाविद्यालय, शिमला	9.1	271
कुष्ठ रोग अस्पताल	9.2	274
ट्यूबरक्लोसिस सेनेटोरियम (टीबीएस) धर्मपुर, सोलन	9.3	279
हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला	9.4	281
निष्कर्ष	9.5	291
सिफारिशें	9.6	292
अध्याय X		
सतत विकास लक्ष्य-3		
राज्य संकेतक ढांचे एवं जिला संकेतक ढांचे का निरूपण	10.1	294
सतत विकास लक्ष्य-3 हेतु योजना	10.2	295
कार्यदल का गठन	10.3	296
सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत निधियों का आवंटन	10.4	296
सतत विकास लक्ष्य-3 के अंतर्गत स्वास्थ्य संकेतकों के लक्ष्य	10.5	297
निष्कर्ष	10.6	300
सिफारिशें	10.7	300
परिशिष्ट		303-337

प्रस्तावना

यह प्रतिवेदन भारत के संविधान के अनुच्छेद 151 के तहत विधानमंडल के समक्ष रखे जाने हेतु हिमाचल प्रदेश राज्य के राज्यपाल को प्रस्तुत करने के लिए तैयार किया गया है। इस प्रतिवेदन को भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के निष्पादन लेखापरीक्षा दिशानिर्देश, 2014 एवं लेखापरीक्षा व लेखा पर विनियम, 2020 के अनुसार बनाया गया है।

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के इस प्रतिवेदन में वर्ष 2016-17 से 2020-21 की अवधि को लेते हुए सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना एवं स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा के परिणाम अंतर्विष्ट हैं। आंकड़े वर्ष 2021-22 तक तथा मानव संसाधन हेतु मार्च 2023 तक यथासंभव अद्यतित किए गए हैं।

लेखापरीक्षा भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा जारी लेखापरीक्षा मानकों के अनुरूप की गई है।

लेखापरीक्षा विभाग निष्पादन लेखापरीक्षा के संचालन में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, हिमाचल प्रदेश के क्षेत्रीय पदाधिकारियों के साथ-साथ लेखापरीक्षा प्रक्रिया के प्रत्येक चरण में उनसे प्राप्त सहयोग हेतु आभार व्यक्त करता है।

कार्यकारी सारांश

कार्यकारी सारांश

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण रिपोर्ट के अनुसार विगत पांच वर्षों में हिमाचल प्रदेश राज्य के स्वास्थ्य संकेतक[1] शिशु मृत्यु दर के राष्ट्रीय संकेतकों से तो बेहतर थे परन्तु बच्चों के जन्म पर लिंगानुपात एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रति प्रसव स्वयं के औसत व्यय (आउट-ऑफ-पॉकेट व्यय) के मामले में खराब थे। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में निर्धारित लक्ष्यों और कोविड-19 महामारी के अनुभव को ध्यान में रखते हुए राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों को आवंटित वित्तीय संसाधनों की पर्याप्तता, स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे, मानव संसाधन, औषधियों, दवाओं, उपकरणों एवं अन्य उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता, साथ ही स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन की दक्षता का आंकलन करने के लिए हिमाचल प्रदेश राज्य में "सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना एवं स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन" पर एक निष्पादन लेखापरीक्षा की गई।

इस निष्पादन लेखापरीक्षा में सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य क्षेत्र को विनियमित करने के लिए सरकार द्वारा लागू किए जा रहे विनियामक तंत्र की पर्याप्तता एवं दक्षता, राज्य सरकार के माध्यम से भारत सरकार द्वारा कार्यान्वित योजनाएं तथा सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी-3) के साथ उसके संयोजन को भी सम्मिलित किया गया है। यह लेखापरीक्षा वर्ष 2016-21 की अवधि हेतु की गई थी परन्तु वर्ष 2021-22 तक का विवरण एवं मानव संसाधन के मामले में मार्च 2023 तक विवरण जहां भी संभव है अद्यतित किया गया है।

देश में स्वास्थ्य सेवा वितरण की गुणवत्ता में सुधार लाने एवं स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली के प्रदर्शन के आंकलनार्थ स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने न्यूनतम मानदंड के रूप में एक समान मानकों का सेट जारी किया, जिसे भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक कहा जाता है। यह भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड जिला अस्पतालों, उप-मंडलीय अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों एवं स्वास्थ्य उप-केंद्रों के लिए सेवाओं, जनशक्ति, उपकरण, दवाओं, भवन व अन्य सुविधाओं हेतु मानक निर्धारित करते हैं। इसमें स्वास्थ्य संस्थानों को भविष्यगामी सुधार की गुंजाइश (वांछित के रूप में इंगित) सहित न्यूनतम स्वीकार्य परिचालन ग्रेड (अनिवार्य के रूप में इंगित) पर लाने हेतु मानक भी समाविष्ट है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अतिरिक्त भारत सरकार द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं पर जारी किए गए विभिन्न मानक व दिशानिर्देशों जैसे गुणवत्ता आश्वासन हेतु मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका; जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम; और औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम का भी संदर्भ लिया गया। यद्यपि राज्य ने भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों को अभी तक अंगीकार नहीं किया तथापि जिला अस्पतालों में स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं के मूल्यांकनार्थ भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक एवं भारत सरकार द्वारा

[1] हिमाचल प्रदेश के संबंध में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2019-2020 का उपलब्ध डेटा।

जारी अन्य मानकों व राज्य द्वारा निर्धारित मानदंड दोनों का उपयोग किया गया। जहां तक आयुष्मान भारत की बात है, इस प्रतिवेदन में हमने स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों से संबंधित निष्कर्षों को भी समाविष्ट किया है।

हिमाचल प्रदेश सरकार के अधीन सभी स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध चिकित्सा कर्मियों की सम्पूर्ण सूची संबंधित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध थी। रिक्त पदों के प्रतिशत के संदर्भ में मानव संसाधन के आंकड़ों का विश्लेषण करने पर मार्च 2023 तक राज्य में सभी श्रेणियों में मानव संसाधनों में 41.87 प्रतिशत की सकल कमी पाई गई जबकि स्वास्थ्य संस्थानों में तैनात मानव संसाधनों में 41.47 प्रतिशत की कमी थी। जब रिक्तियों का पद-वार विश्लेषण किया गया तो स्वास्थ्य संस्थानों में जनशक्ति का स्तर-वार वितरण असमान था। मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में चिकित्सकों की श्रेणी में कमी नौ प्रतिशत से 56 प्रतिशत तक एवं जिला अस्पतालों में यह शून्य से 22 प्रतिशत तक थी। सिविल अस्पतालों में चिकित्सकों की उपलब्धता में कमी हमीरपुर जिले में सबसे कम (सात प्रतिशत) जबकि किन्नौर जिले में सबसे अधिक (57 प्रतिशत) थी। कुल्लू जिले में कोई कमी नहीं थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की उपलब्धता में कमी ऊना जिले में सबसे कम (14 प्रतिशत) एवं चंबा व सिरमौर जिलों में सबसे अधिक (42 प्रतिशत) थी जबकि सोलन जिले में चिकित्सकों की उपलब्धता 13 प्रतिशत अधिक थी। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की उपलब्धता में कमी सोलन जिले में सबसे कम (पांच प्रतिशत) एवं सिरमौर जिले में सबसे अधिक (33 प्रतिशत) थी।

मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के मामले में विशेषज्ञों की कमी 15 प्रतिशत (इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय व अस्पताल, शिमला) से लेकर अधिकतम 49 प्रतिशत (अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान व अस्पताल, चमियाना) तक थी। जब राज्य के अधिसूचित पदों से तुलना की गई तो जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की उपलब्धता 33 प्रतिशत अधिक (जिला अस्पताल शिमला) से ले कर 89 प्रतिशत कम (जिला अस्पताल लाहौल-स्पीति) पाई गई। सिविल अस्पतालों में 12 जिलों में से दो (किन्नौर व लाहौल-स्पीति) में कमी 100 प्रतिशत की थी, नौ जिलों में कमी 69 प्रतिशत से अधिक थी एवं केवल एक जिले (शिमला) में विशेषज्ञों की कमी सात प्रतिशत थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों के साथ तुलना करने पर छ: जिलों में कमी 100 प्रतिशत, पांच जिलों में कमी 90 प्रतिशत या उससे अधिक एवं केवल एक जिले में कमी 70 प्रतिशत थी। नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्टाफ एवं उपकरणों की अनुपलब्धता के कारण कई स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान नहीं की जा सकीं तथा बुनियादी ढांचे का लाभप्रद उपयोग नहीं किया जा सका।

स्वास्थ्य संस्थान में सेवाओं को मोटे तौर पर (i) बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी), (ii) अंत:रोगी विभाग (आईपीडी), (iii) आपातकालीन सेवाएं, (iv) मातृत्व सेवाएं, (v) समर्थन एवं (vi) सहायक सेवाओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

सभी जिला अस्पतालों में ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। जिला अस्पताल हमीरपुर में सभी ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं एवं शेष जिला अस्पतालों में से जिला अस्पताल लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त, जहां केवल दो ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं, छः से 12 तक ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सिविल अस्पतालों में 12 में से केवल एक से नौ ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं, जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में छः में से चार से पांच ओपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।

नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों में चयनित एक जिला अस्पताल व चयनित दो सिविल अस्पतालों के अतिरिक्त शेष सभी में बिस्तर अधिग्रहण अनुपात 80 प्रतिशत से कम था। स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सीय परामर्श के विरुद्ध छुट्टी के मामले चार प्रतिशत से कम रहे। आपातकालीन सेवाएं सिविल अस्पताल चांगो व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन के अतिरिक्त सभी जिला अस्पतालों/चयनित सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध थीं। किसी भी चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में आपातकालीन सेवा उपलब्ध नहीं थी, जिसके कारण रोगियों को अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा। आईसीयू सेवा जिला अस्पताल चंबा, कांगड़ा, सोलन व लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त राज्य के सभी जिला अस्पतालों में उपलब्ध थी। चयनित सिविल अस्पतालों के किसी भी अस्पताल में आईसीयू सेवा नहीं थी।

मातृत्व सेवाओं में वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान स्वास्थ्य सुविधाओं में 90.61 प्रतिशत संस्थागत जन्म हुए। इसके अतिरिक्त वर्ष 2016-17 से वर्ष 2020-21 के दौरान मातृ मृत्यु व नवजात मृत्यु की समीक्षा नहीं की गई, हालांकि वर्ष 2016-21 के दौरान दो मातृ मृत्यु (जिला अस्पताल सोलन-एक, जिला अस्पताल कांगड़ा-एक) एवं 37 नवजात मृत्यु देखी गईं। वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में कुल पंजीकृत गर्भवती माताओं में से प्रथम तिमाही में पंजीयन नहीं कराने वाली गर्भवती माताओं की संख्या 13.69 प्रतिशत थी, तीन या अधिक बार प्रसव-पूर्व देखभाल जांच नहीं कराने वाली माताओं की संख्या 25.78 प्रतिशत थी एवं 20.39 प्रतिशत माताओं को पर्याप्त मात्रा में आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) की गोलियां नहीं दी गईं थीं।

चयनित एक सिविल अस्पताल, चयनित तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व चयनित 16 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में एक्स-रे सेवा; तीन जिला अस्पतालों, चयनित तीन सिविल अस्पतालों, चयनित तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में दंत एक्स-रे; तीन जिला अस्पतालों, चयनित एक सिविल अस्पताल एवं चयनित सभी सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में अल्ट्रासोनोग्राफी की अनुपलब्धता रेडियोलॉजी सेवाएं न मिलने के रूप में परिणत हुई, जिससे रोगियों को इन सेवाओं हेतु अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा।

जिला अस्पतालों में अपेक्षित 88 परीक्षणों के प्रति 11 से 47 परीक्षण उपलब्ध थे एवं चयनित पांच सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में, सिविल अस्पताल चांगो के अतिरिक्त, जहां केवल छः परीक्षण उपलब्ध थे, 48/33 परीक्षणों के मानक के सापेक्ष 17 से 30/15 से 27 परीक्षण उपलब्ध थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन में कोई परीक्षण उपलब्ध नहीं था।

परियोजना की पूर्णता की निर्धारित तिथि के 19 से 22 माह पश्चात भी फर्में राज्य में 69 सीवरेज प्रशोधन संयंत्र प्रारंभ करने में विफल रहीं। वर्ष 2019-22 हेतु राज्य सरकार ने कोविड-19 के अंतर्गत ₹ 114.74 करोड़ का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I तैयार किया एवं वर्ष 2020-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने ₹ 102.58 करोड़ व्यय किए। नमूना संवहन (34 प्रतिशत), उपकरणों (24 प्रतिशत) एवं सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों को प्रोत्साहन (21 प्रतिशत) सहित मानव संसाधन पर बड़ी राशि व्यय की गई। राज्य के 56 स्वास्थ्य संस्थानों में वेंटिलेटर की सुविधा उपलब्ध थी, जिसमें 773 में से 624 वेंटिलेटर कार्यात्मक थे, जबकि शेष 149 (19 प्रतिशत) वेंटिलेटर काम नहीं कर रहे थे।

लेखापरीक्षा में राज्य द्वारा जारी अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार दवाओं की उपलब्धता एवं भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों में सूचीबद्ध उपकरणों की उपलब्धता का आकलन किया गया। औषधियों की खरीद हेतु गठित राज्य खरीद प्रकोष्ठ निष्क्रिय रहा। अनिवार्य दवाओं की अनुपलब्धता/स्टॉक में न होना, विलंबित आपूर्ति, कम शेल्फ लाइफ वाली दवाओं की आपूर्ति इत्यादि जैसे मुद्दे देखे गए। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में 19 से 32 दवाओं का स्टॉक (यादृच्छिक रूप से चयनित 100 दवाओं में से) 11 से 1,422 दिनों की अवधि तक उपलब्ध नहीं था। औषधि एवं टीका वितरण प्रबंधन प्रणाली (डीवीडीएमएस) के आंकड़ों के अनुसार प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में वर्ष 2017 से 2021 के दौरान 341.59 लाख दवाएं व उपभोग्य सामग्रियां एक्सपायरी हो गईं।

नमूना-जांचित तीनों जिला अस्पतालों में विभिन्न प्रकार के उपकरणों की उपलब्धता 54 से 62 प्रतिशत तक थी। आउटसोर्स फर्म ने अनुबंध में निर्धारित सात दिनों के भीतर चिकित्सा उपकरणों की मरम्मत नहीं की थी एवं उपकरणों की मरम्मत में आठ से 292 दिनों के मध्य का विलम्ब देखा गया।

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के इष्टतम स्तर का प्रावधान सुनिश्चित करने हेतु अपेक्षित बुनियादी सुविधाओं का आकलन, योजना व निर्माण महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित संख्या से कम थी जबकि अन्य स्वास्थ्य संस्थान (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सिविल अस्पताल) निर्धारित संख्या से अधिक थे। वास्तव में उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या राज्य के मानदंडों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) से अधिक थी। राज्य ने वर्ष 2016-17 से

2021-22 तक बिस्तरों की स्वीकृत संख्या में 45.02 प्रतिशत की वृद्धि की परन्तु इस अवधि के दौरान बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में केवल 20.60 प्रतिशत की वृद्धि हुई। राज्य ने राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग के मानदंडों के अनुसार आईजीएमसी, शिमला में पर्याप्त बिस्तर उपलब्ध कराए। हालांकि आईजीएमसी के विभिन्न अंतःरोगी वार्डों में संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान एक ही बिस्तर पर दोगुना एवं तिगुना रोगी-भार देखा गया। मार्च 2022 तक राज्य द्वारा स्वीकृत बिस्तरों की तुलना में 12 जिला अस्पतालों में से नौ में बिस्तरों की आठ प्रतिशत से 71 प्रतिशत तक की उल्लेखनीय कमी थी। मौजूदा सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों में निर्धारित बिस्तरों की अपेक्षित संख्या नहीं थी।

नमूने में शामिल स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा भवन के बुनियादी ढांचे निर्माण के निष्पादन में कई कमियां थीं एवं आवासीय भवन पर्याप्त नहीं थे। वर्ष 2021 तक स्वीकृत ₹ 60.49 करोड़ लागत के 113 कार्य भूमि, अनुमान व डिजाइन उपलब्ध न होने एवं ठेकेदारों द्वारा कार्य निष्पादित न करने के कारण प्रारंभ नहीं किए गए। 16 में से 11 स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त जल टैंक क्षमता उपलब्ध नहीं थी। चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों व जिला अस्पतालों में 24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति उपलब्ध थी परन्तु चयनित सिविल अस्पतालों/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में यह उपलब्ध नहीं थी।

वर्ष 2021-22 के दौरान राज्य सरकार स्वास्थ्य सेवाओं पर उसके कुल व्यय का 6.35 प्रतिशत एवं सकल राज्य घरेलू उत्पाद का 1.70 प्रतिशत व्यय कर सकी, जो बजट के आठ प्रतिशत व राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के तहत सकल राज्य घरेलू उत्पाद के 2.5 प्रतिशत के लक्ष्य से कम था। राज्य ने स्वास्थ्य क्षेत्र हेतु बजट में निधियों की मांग तैयार करने से पहले यथार्थवादी आकलन तैयार नहीं किया।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत स्वास्थ्य पर 19.46 प्रतिशत का कुल व्यय किया गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजनाओं/कार्यक्रमों के तहत शामिल छः घटकों को लेखापरीक्षा हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत चुना गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत राज्य सरकार को जारी निधियों का प्रबंधन संतोषजनक नहीं था क्योंकि प्रत्येक वर्ष के अंत में निधियां लगातार अप्रयुक्त रही। जननी सुरक्षा योजना एवं निक्षय पोषण योजना के कार्यान्वयन में कमियां पाई गईं क्योंकि योजना के तहत परिकल्पित लाभ सभी लाभार्थियों को उपलब्ध नहीं कराए गए। टीकाकरण कार्यक्रम में भी लक्ष्य प्राप्ति में कमी देखी गई। मार्च 2023 तक 2,136 (563 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 1,573 स्वास्थ्य-उप केंद्र) अधिसूचित स्वास्थ्य कल्याण केंद्रों के सापेक्ष 1,468 (530 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 938 स्वास्थ्य-उप केंद्र) स्वास्थ्य कल्याण केंद्र प्रारंभ किए गए। स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र जनशक्ति की कमी, निधियों के व्यय में असमर्थता तथा आवश्यक बुनियादी ढांचे की कमी जैसी समस्याओं से जूझ रहे हैं। बद्दी में ट्रॉमा सेंटर, मातृ-शिशु अस्पताल, दवा परीक्षण प्रयोगशाला एवं कई अन्य सिविल कार्यों के निर्माण में विलम्ब हुआ, जो अब तक पूर्ण नहीं हुए, जिससे लाभार्थी अभीष्ट लाभ से वंचित रहे।

हिमाचल प्रदेश में कार्यरत चिकित्सक राज्य चिकित्सा परिषद में नियमित रूप से उनका पंजीयन/ नवीनीकरण नहीं करा रहे थे। राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा अपंजीकृत चिकित्सकों की सूची की जानकारी रखने व उनकी निगरानी करने हेतु कोई तंत्र नहीं अपनाया गया। राज्य क्लिनिकल प्रतिष्ठान परिषद शीर्ष स्तर पर प्रभावी ढंग से कार्य नहीं कर रही थी, जो क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 के ख़राब कार्यान्वयन के रूप में परिणत हुआ। सभी निजी स्वास्थ्य सेवा संस्थान अस्थायी पंजीयन पर चल रहे थे एवं स्थायी पंजीयन की प्रक्रिया प्रारंभ नहीं की गई। संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि कई निजी क्लिनिकल प्रतिष्ठान उनका अस्थायी पंजीयन नवीनीकृत किए बिना चल रहे थे।

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के तहत अपेक्षित निरीक्षण करने में कमी देखी गई। दवाओं एवं सौंदर्य प्रसाधनों के नमूने लेने के लक्ष्य में कमी पाई गई, नमूने लेने में विलम्ब था साथ ही नमूनों के विश्लेषण में भी विलम्ब हुआ। परिणामतः 'अमानक गुणवत्ता (एनएसक्यू)' घोषित की गई दवाएं पहले ही रोगियों को जारी कर दी गईं। विनिर्माता दवाओं के अधिसूचित मूल्य से अधिक मूल्य प्रभारित कर रहे थे। राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण ने दवाओं का अधिक मूल्य प्रभारित करने पर विभिन्न कंपनियों को कारण बताओ नोटिस जारी किया। कई दवा निर्माता नई दवाओं हेतु मूल्य अनुमोदन नहीं ले रहे थे। 25 में से 12 स्वास्थ्य संस्थान लाइसेंस नवीनीकृत किए बिना रक्त बैंक चला रहे थे एवं चयनित 18 स्वास्थ्य संस्थानों में से सात संस्थान बिना लाइसेंस के एक्स-रे सुविधा चला रहे थे। 85 सिविल अस्पतालों में से 61, 94 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 40 व 575 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 98 ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के उत्पादन पर राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से प्राधिकरण प्राप्त नहीं किया।

दंत महाविद्यालय, शिमला में राज्य कोष के अतिरिक्त रोगी कल्याण समिति कोष से भी स्टाइपेंड का भुगतान किया गया। वर्ष 2016-22 के दौरान स्टोर में अनिवार्य दवाएं नहीं रखी गई एवं उपभोग्य सामग्रियों की कमी देखी गई। कुष्ठ रोग अस्पतालों में स्टाफ की कमी पाई गई। ट्यूबरक्लोसिस सैनेटोरियम में बिस्तरों की संख्या में संशोधन के पश्चात कर्मियों की स्वीकृत संख्या की समीक्षा नहीं की गई। हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल में चिकित्सकों की कमी थी एवं अस्पताल में सभी प्रकार की अनिवार्य दवाएं उपलब्ध नहीं थीं। हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल के डीवीडीएमएस डेटा एवं अस्पताल के रजिस्टरों के आंकड़ों में भिन्नता थी तथा अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया गया।

राज्य ने सभी 13 वैश्विक लक्ष्यों को सम्मिलित करते हुए 28 संकेतकों को अंगीकार किया। जिला संकेतक फ्रेमवर्क तैयार नहीं किया गया एवं राष्ट्रीय संकेतकों को अंगीकृत करने से लगभग ढाई वर्ष के विलम्ब के पश्चात राज्य ने सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों को ग्रहण किया। सतत विकास लक्ष्य-3 के कार्यदल की केवल एक बैठक आयोजित की गई, जबकि अन्य विभागों के साथ समीक्षा बैठकें नियमित रूप से आयोजित नहीं की गईं। कर्मियों के कौशल विकास हेतु नियमित

कार्यशालाएं/सेमिनार एवं प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित नहीं किए गए। सतत विकास लक्ष्य-3 के कार्यान्वयन हेतु अलग से बजट आवंटित नहीं किया गया, इसके बजाय राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु प्राथमिक साधन माना गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से निधियों के आवंटन में वर्ष 2016-19 के मध्य 8.90 प्रतिशत से 31.38 प्रतिशत एवं वर्ष 2020-21 में 9.75 प्रतिशत की कमी पाई गई।

उपरोक्त निष्कर्षों के दृष्टिगत लेखापरीक्षा निम्नलिखित सिफारिशें करती है:

सरकार सम्पूर्ण राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधनों का आवंटन समान रूप से करें। जिलों एवं स्वास्थ्य संस्थानों में मौजूदा स्टाफ को अल्पावधि में पुनर्गठित किया जाए। पुनर्गठित करते समय सुनिश्चित किया जाए कि तैनाती इस तरह से हो कि प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान में अनुपूरक स्वास्थ्य पेशेवर अर्थात चिकित्सक, नर्स, पैरामेडिक्स, तकनीशियन व अन्य सहायक कर्मी उचित सेवाओं के साथ तैनात हो ताकि बुनियादी ढांचे व अन्य महत्वपूर्ण घटकों की उपलब्धता सुनिश्चित की जा सके, साथ ही चिकित्सकों को दूरस्थ व सुदूरवर्ती क्षेत्रों में सेवाएं देने के लिए प्रोत्साहित किया जा सके।

सरकार द्वितीयक/प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध करने हेतु सभी स्तरों पर स्वास्थ्य संस्थानों में सुविधाओं का समान वितरण सुनिश्चित करें जिससे तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी-भार कम किया जा सके। सरकार भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों में निर्धारित ओपीडी सेवाओं, आईपीडी सेवाओं, आपातकालीन सेवाओं, मातृत्व सेवाओं, नैदानिक सेवाओं की उपलब्धता भी सुनिश्चित करें। समग्र स्वास्थ्य सेवा अनुभव में सुधार लाने के लिए सहायक एवं समर्थन सेवाओं को बेहतर एवं सुदृढ़ बनाने के लिए कदम उठाएं।

सभी स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य दवाओं व उपकरणों की उपलब्धता और महत्वपूर्ण उपकरणों का समय पर रखरखाव सुनिश्चित किया जाएं। डीवीडीएमएस पोर्टल का उपयोग मांग/समस्या/उपलब्धता की स्थिति/शास्ति, इत्यादि को सटीक रूप से दर्शाने के लिए प्रभावी ढंग से किया जाएं। सरकार यह भी सुनिश्चित करें कि स्वास्थ्य संस्थान रोगियों को देने से पहले दवाओं की प्रभावोत्पादकता बनाए रखने के लिए निर्धारित प्रोटोकॉल के अनुसार दवाओं का भंडारण करते हैं।

सरकार भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों में निर्धारित न्यूनतम मानदंडानुसार अपेक्षित बुनियादी ढांचे (बिस्तर, आवास, भवन, जल/विद्युत आपूर्ति) की उपलब्धता सुनिश्चित करें। सरकार कार्यों को तेजी से पूर्ण करने की दृष्टि से निष्पादन/वित्तपोषण एजेंसियों के समन्वय से स्वास्थ्य संस्थानों से संबंधित कार्यों की उचित निगरानी सुनिश्चित करें।

सरकार राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के दिशानिर्देशों के अनुरूप स्वास्थ्य सेवाओं पर बजट आवंटन बढ़ाने पर विचार करें। क्षेत्रीय कार्यालयों से मांग आंकलन प्राप्त करके अंतिम स्तर पर/व्यवस्थित दृष्टिकोण को ध्यान में रखते हुए बजट प्राक्कलन तैयार करें।

सरकार अधिकतम लाभार्थियों को लाभान्वित करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आवंटित निधियों का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित करने का प्रयास करें। नकद प्रोत्साहन हेतु जननी सुरक्षा योजना के सभी लाभार्थियों को समय पर भुगतान/कवरेज सुनिश्चित करने के लिए प्रणाली विकसित करें। आयुष्मान भारत के तहत बनाए गए स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में बुनियादी ढांचा निर्माण, सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों की नियुक्ति एवं दिशा-निर्देशानुसार सुविधाएं प्रदान करने की प्रणाली विकसित करें। इसके अतिरिक्त कार्यों को समय पर पूर्ण करने के लिए स्वास्थ्य सुदृढ़ीकरण प्रणाली के तहत सिविल कार्यों की निगरानी हेतु प्रणाली विकसित करें।

सरकार राज्य चिकित्सा परिषद में पंजीकृत सभी मेडिकल प्रैक्टिशनर्स के डेटा का इलैक्ट्रॉनिक रूप से अनुरक्षण सुनिश्चित करें साथ ही चिकित्सकों के पंजीयन की स्थिति की जांच हेतु उनके/निजी स्वास्थ्य संस्थानों के साथ संचार तंत्र विकसित करें। क्लिनिकल प्रतिष्ठानों का स्थायी पंजीयन सुनिश्चित करें। बेची गई दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए लक्षित संख्या में निरीक्षण किए जाएं। दवाओं के अधिक से अधिक संख्या में नमूने लेना एवं परीक्षण के परिणामों की समय पर प्राप्ति सुनिश्चित करने के लिए प्रयोगशालाओं की परीक्षण क्षमताएं बढ़ाई जाएं। सुनिश्चित करें कि स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड, राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड, आदि से लाइसेंस प्राप्त करने हेतु समय पर कार्रवाई की जाए।

राज्य सरकार सतत विकास लक्ष्य-3 के कार्यदलों की बैठकें समयबद्ध ढंग से आयोजित करने का प्रयास करें। सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु नियमित कार्यशालाएं/सेमिनार व प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करें तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से पर्याप्त निधियां उपलब्ध कराएं।

अध्याय-I

परिचय



अध्याय I: परिचय

स्वास्थ्य मानव जीवन की गुणवत्ता का पता लगाने के सबसे महत्वपूर्ण मापदंडों में से एक है। लोगों को स्वस्थ रखने तथा उनके जीवन स्तर को उन्नत करने के लिए केंद्र व राज्य सरकार बुनियादी स्वास्थ्य ढांचे एवं चिकित्सा सेवाओं को सुदृढ़, आधुनिक व विस्तारित कर रही हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य का बुनियादी ढांचा समुदायों, राज्यों व राष्ट्र को रोगों से बचाव, स्वास्थ्य को बढ़ावा देने तथा स्वास्थ्य के लिए दोनों तीव्र (आपातकालीन) खतरों एवं दीर्घकालीन (जारी) चुनौतियों के लिए तैयार करने और प्रतिक्रिया देने की क्षमता प्रदान करता है। बुनियादी ढांचा सार्वजनिक स्वास्थ्य की योजना, वितरण, मूल्यांकन व सुधार की नींव है। सतत विकास हेतु स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना और हर उम्र में कल्याण को बढ़ावा देना आवश्यक है। स्वास्थ्य लक्ष्य-सतत विकास लक्ष्य 3 में "स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करने एवं हर उम्र में सभी के लिए कल्याण को बढ़ावा देने" की परिकल्पना की गई है। सतत विकास लक्ष्य घोषणा इस बात पर जोर देती है कि समग्र स्वास्थ्य लक्ष्य हेतु सार्वभौमिक स्वास्थ्य समाविष्ट करते हुए गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच प्राप्त की जानी चाहिए।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन रूपरेखा का कार्यान्वयन एवं भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड में स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला परिकल्पित की गई है, जिसमें सभी बुनियादी विशेषीकृत (स्पेशियलिटी) सेवाएं प्रदान की जा सकती हैं तथा धीरे-धीरे अति विशेषीकृत (सुपर-स्पेशियलिटी) सेवाओं का विकास किया जा सकता है। हालांकि स्वास्थ्य संस्थानों में सेवाओं की मांग को मानव संसाधनों, महत्वपूर्ण उपकरण, बुनियादी ढांचे आदि की अपर्याप्तता जैसे कारकों के कारण संतोषजनक रूप से पूरा नहीं किया जा सकता। परिणामतः प्राथमिक[1] व द्वितीयक[2] स्वास्थ्य सेवा संस्थानों/अस्पतालों में सक्रिय स्पेशियलिटी वांछित संख्या से कम होने के कारण तृतीयक[3] स्वास्थ्य सेवा अस्पतालों पर रोगियों का उच्च भार पड़ता है।

1.1 स्वास्थ्य सेवाएं

अस्पतालों द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाओं को मोटे तौर पर निम्नलिखित श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है यथा लाइन सेवाएं, समर्थन सेवाएं, सहायक सेवाएं एवं संसाधन प्रबंधन, जैसाकि **चार्ट 1.1** में दर्शाया गया है।

---

1 वे संस्थाएं जो लोगों को प्रारंभिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती हैं।

2 अधिक गंभीर स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता वाले मरीजों को निवारक, प्रोत्साहन व उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाएं देने के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवा के दूसरे स्तर पर भेजा जाता है।

3 ऐसे अस्पताल जहां आमतौर पर रेफरल आधार पर विशेष देखभाल प्रदान की जाती है।

चार्ट 1.1: अस्पताल सेवाएं



सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं मौजूदा बुनियादी ढांचे पर निर्भर करती हैं, जिसमें कुशल मानव संसाधनों की उपलब्धता भी शामिल है। प्रत्येक सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम जैसे टीकाकरण, संक्रामक रोग निगरानी, कैंसर व अस्थमा रोकथाम, पेयजल गुणवत्ता या चोट की रोकथाम के लिए स्वास्थ्य विशेषज्ञों (पेशेवरों) की आवश्यकता होती है, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य में उनकी विशेषज्ञता और तकनीकी कौशल को समन्वित करने में सक्षम हो तथा संगठनों को सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकतों का आकलन करने एवं प्रतिक्रिया करने की क्षमता प्रदान करें। सार्वजनिक स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे को "सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के तंत्रिका केंद्र" के रूप में संदर्भित किया गया है। यद्यपि एक मजबूत बुनियादी ढांचे का निर्माण कई संगठनों पर निर्भर करता है, तथापि सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंसियों (स्वास्थ्य विभागों) को प्राथमिक खिलाड़ी माना जाता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 का प्राथमिक उद्देश्य सभी क्षेत्रों में ठोस नीतिगत कार्रवाई के माध्यम से स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करना और सार्वजनिक क्षेत्र के माध्यम से प्रदान की जाने वाली निवारक, प्रोत्साहनात्मक, उपचारात्मक, उपशामक व पुनर्वास सेवाओं का विस्तार करना है। यह नीति हर आयु में स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करने एवं सभी के लिए कल्याण को बढ़ावा देने हेतु सतत विकास लक्ष्यों के केन्द्रीय महत्व को भी स्वीकार करती है। सतत विकास लक्ष्य-3 के अनुसार सतत विकास एजेंडा का उद्देश्य वैश्विक स्तर पर 2030 तक हर आयु में स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना तथा सभी के लिए कल्याण को बढ़ावा देना है।

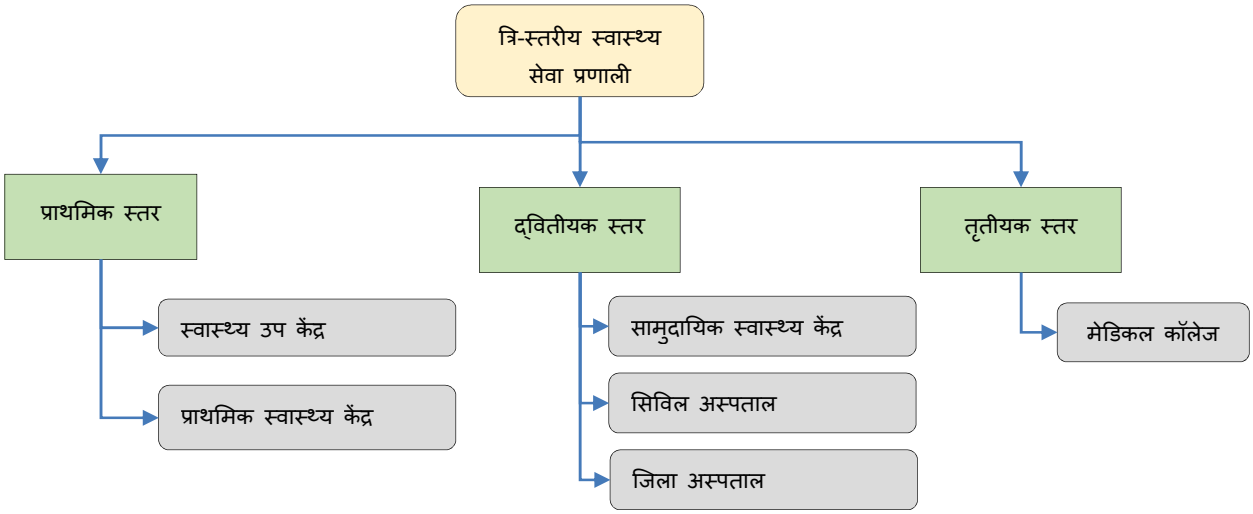
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड देश में स्वास्थ्य सेवा वितरण की गुणवत्ता में सुधार हेतु परिकल्पित समान मानकों का एक समूह है। वर्ष 2007 में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों को प्रस्तुत किया गया एवं मौजूदा कार्यक्रमों के बदलते प्रोटोकॉल व विशेष रूप से गैर-संचारी रोगों के लिए नए कार्यक्रमों की शुरूआत को ध्यान में रखते हुए इसे वर्ष 2012 में संशोधित किया गया। हालांकि राज्य ने भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों को नहीं अपनाया है; इसके बजाय राज्य के स्वास्थ्य सेवाओं के अपने मानदंड हैं।

विगत कुछ वर्षों में भारत की सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली एक त्रि-स्तरीय प्रणाली के रूप में विकसित हुई है, जिसमें प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सेवाएं शामिल हैं। स्वास्थ्य उप-केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र प्राथमिक स्तर की स्वास्थ्य सेवा इकाइयां हैं, जो लोगों को प्रारंभिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती हैं। अधिक गंभीर स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता वाले रोगियों को स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के दूसरे स्तर पर भेजा जाता है, जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, उप-जिला/उप-मंडलीय अस्पताल व जिला अस्पताल शामिल हैं, जिन्हें जनता को निवारक, प्रोत्साहनात्मक एवं उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रत्येक जिले में स्थापित किया गया है। तृतीयक रेफरल (संदर्भ) अस्पताल वह अस्पताल है जो तृतीयक देखभाल प्रदान करता है, जो प्राथमिक देखभाल व द्वितीयक देखभाल केंद्र से रेफरल के पश्चात किसी बड़े अस्पताल के विशेषज्ञों से प्राप्त स्वास्थ्य सेवा है। तृतीयक स्वास्थ्य सेवा राजकीय मेडिकल कॉलेजों (आयुर्विज्ञान महाविद्यालयों) से जुड़े अस्पतालों द्वारा प्रदान की जाती है।

1.2 राज्य की स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं का विहंगावलोकन

हिमाचल प्रदेश में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा एवं तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा को तीन स्तरों में संरचित किया गया है, जैसाकि **चार्ट 1.2** में दर्शाया गया है|

चार्ट 1.2: हिमाचल प्रदेश में स्वास्थ्य सेवा प्रणाली

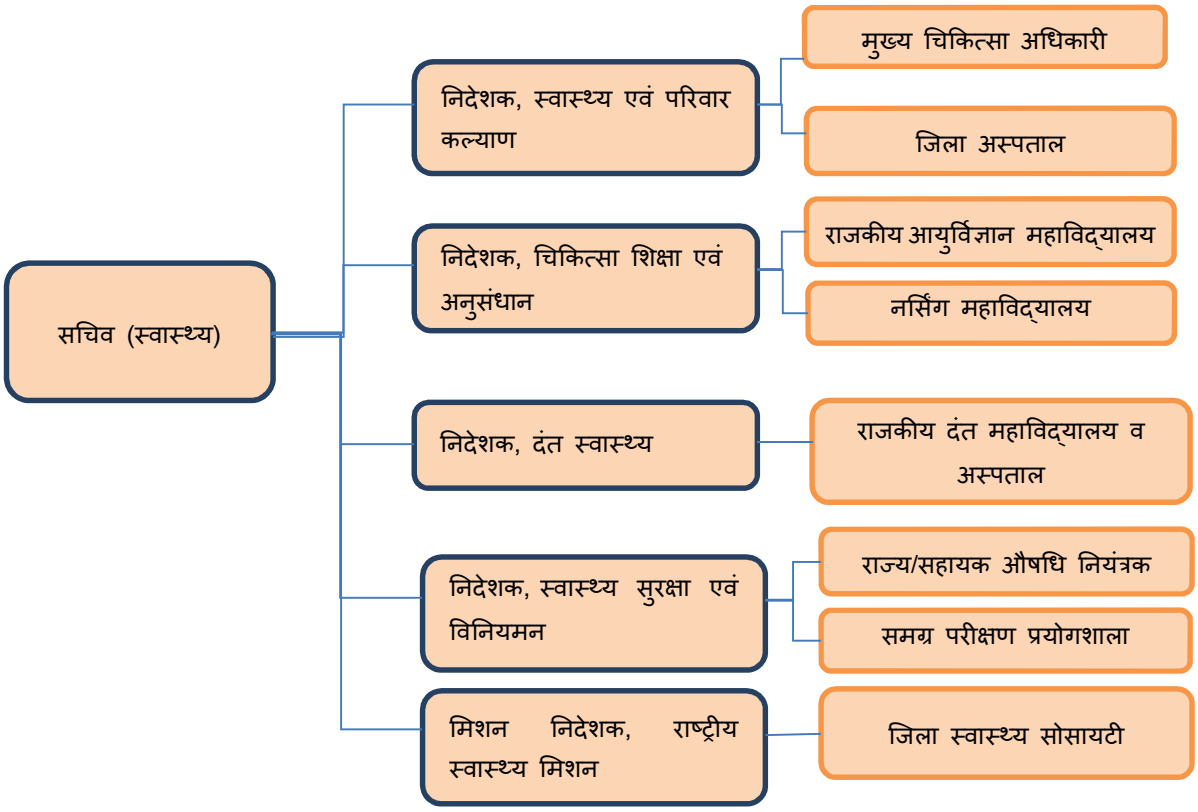


हिमाचल प्रदेश की जनसंख्या 68.65 लाख (जनगणना-2011) है। राज्य में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा एवं तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने हेतु स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग (प्राथमिक स्तर: 2114 स्वास्थ्य उप-केंद्र व 580 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र; द्वितीयक स्तर: 105 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, 89 उप-मंडल/सिविल अस्पताल एवं 12 जिला/जोनल/क्षेत्रीय अस्पताल; तृतीयक स्तर: छः मेडिकल कॉलेज अस्पताल व एक सुपर स्पेशियलिटी संस्थान/ दो नर्सिंग कॉलेज व उनके सम्बंधित अस्पताल) के तहत तीन स्तरों में संरचित किया गया है, जैसाकि **चार्ट 1.2** में दर्शाया गया है।

1.3 संगठनात्मक ढांचा

सचिव (स्वास्थ्य), स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग का प्रमुख होता है, जिनके अधीन पांच निदेशालय होते हैं, जैसाकि **चार्ट 1.3** में दर्शाया गया है।

चार्ट 1.3: स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग का संगठनात्मक ढांचा

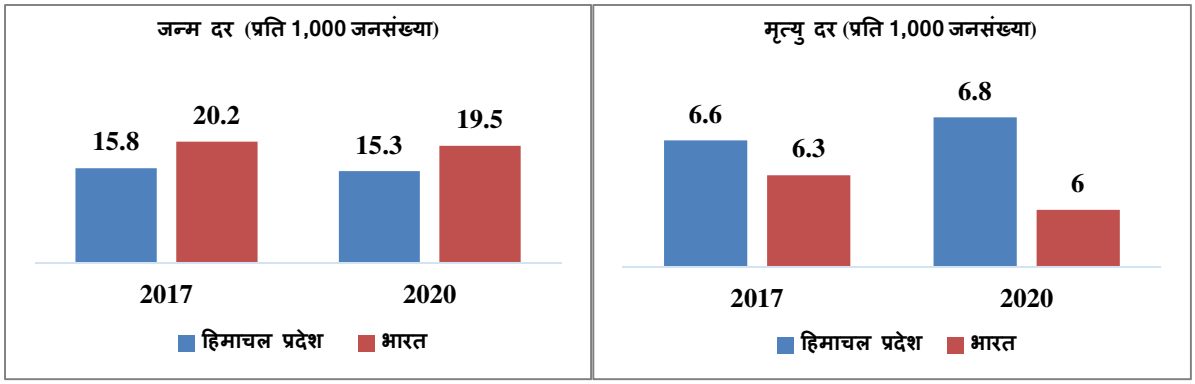


प्रत्येक जिले में एक मुख्य चिकित्सा अधिकारी, एक जिला अस्पताल व एक जिला स्वास्थ्य सोसायटी है। यहां केवल एक समग्र परीक्षण प्रयोगशाला है जो निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन के नियंत्रण में है।

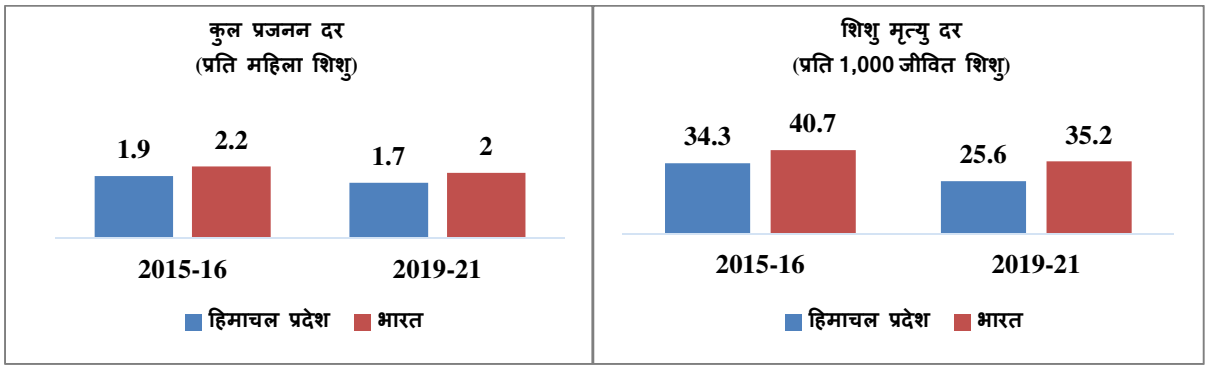
1.4 राज्य में स्वास्थ्य संकेतकों की प्रास्थिति

किसी राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन स्वास्थ्य संकेतकों के मापदंड (बेंचमार्क) के सापेक्ष उपलब्धि के आधार पर किया जा सकता है। राष्ट्रीय औसत की तुलना में हिमाचल प्रदेश के कुछ महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति **चार्ट 1.4** में दी गई है|

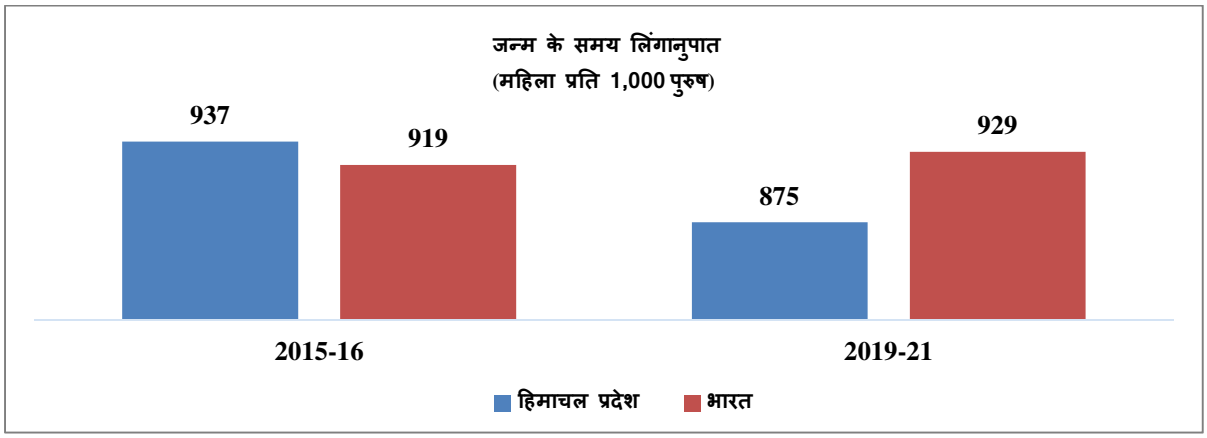
चार्ट 1.4: राज्य में स्वास्थ्य संकेतक



स्रोत: भारत की स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सांख्यिकी 2019-20 (2017 के आंकड़े) व नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन मई 2022 (2020 के आंकड़े)।



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16), राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (भारत हेतु 2019-21 व हिमाचल प्रदेश हेतु 2019-20 जिसे सर्वेक्षण के चरण-I में शामिल किया गया था)



स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16), राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (भारत हेतु 2019-21 व हिमाचल प्रदेश हेतु 2019-20 जिसे सर्वेक्षण के चरण-I में शामिल किया गया था)

यह पाया गया कि राज्य में जन्म दर (प्रति 1,000) 15.8 (2017) से घटकर 15.3 (2020) हो गई तथा राष्ट्रीय आंकड़ों से कम बनी हुई है। राज्य में मृत्यु दर (प्रति 1,000) 6.6 (2017) से बढ़कर 6.8 (2020) हो गई जो राष्ट्रीय आंकड़ों से अधिक है। कुल प्रजनन दर के मामले में राज्य के आंकड़े 1.9 (2015-16) से घटकर 1.7 (2019-20) हो गए, जो राष्ट्रीय आंकड़ों से कम थे। शिशु मृत्यु दर 34.3 से 25.6 तक कम हो गई तथा राष्ट्रीय आंकड़ों से कम रही। जन्म के समय लिंगानुपात 937 (2015-16) से घटकर 875 (2019-20) हो गया।

राज्य में जन्मों की संख्या एक लाख से कम होने के कारण मातृ मृत्यु दर की गणना नहीं की जा सकी। हालांकि स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली के आंकड़ों के अनुसार वर्ष 2020-21 में 71 मातृ मृत्यु हुई।

मृत्यु दर एवं जन्म के समय लिंगानुपात के संदर्भ में राष्ट्रीय संकेतकों की तुलना में राज्य का प्रदर्शन खराब रहा। राज्य संकेतक जन्म दर एवं कुल प्रजनन दर के संदर्भ में राष्ट्रीय संकेतकों से कम थे। हालांकि शिशु मृत्यु दर के मामले में राज्य का प्रदर्शन बेहतर रहा।

1.5 राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुरूप राष्ट्रीय स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना में हिमाचल प्रदेश स्वास्थ्य संकेतक

वर्ष 2015-16 में आयोजित राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4) एवं वर्ष 2019-21 में आयोजित राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 भारत एवं प्रत्येक राज्य/केंद्र शासित प्रदेश की जनसंख्या, स्वास्थ्य व पोषण के विषय में जानकारी प्रदान करता है। हिमाचल प्रदेश राज्य के कुछ महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक **तालिका 1.1** में निम्नानुसार हैं।

तालिका 1.1: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुसार हिमाचल प्रदेश स्वास्थ्य संकेतक

संकेतक	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-20)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21)
	हिमाचल प्रदेश	भारत	हिमाचल प्रदेश	भारत
कुल जनसंख्या का लिंगानुपात (प्रति 1,000 पुरुषों पर महिलाएं)	1,078	991	1,040	1,020
गत पांच वर्षों में जन्म लेने वाले बच्चों के लिए लिंग अनुपात (प्रति 1,000 पुरुषों पर महिलाएं)	937	919	875	929
कुल प्रजनन दर (बच्चे प्रति महिला)	1.9	2.2	1.7	2
नवजात मृत्यु दर	25.5	29.5	20.5	24.9
शिशु मृत्यु दर	34.3	40.7	25.6	35.2
पांच वर्ष से कम आयु की मृत्यु दर	37.6	49.7	28.9	41.9

संकेतक	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-20)	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21)
	हिमाचल प्रदेश	भारत	हिमाचल प्रदेश	भारत
जिन माताओं की पहली तिमाही में प्रसव पूर्व जांच की गई थी (प्रतिशत)	70.5	58.6	72.4	70
माताएँ जिन्होंने कम से कम चार प्रसव पूर्व देखभाल दौरे किये थे (प्रतिशत)	69.1	51.2	70.3	58.1
सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रति डिलीवरी औसत आउट-ऑफ-पॉकेट व्यय (₹)	3,329	3,197	3,760	2,916
संस्थागत जन्म (प्रतिशत)	76.4	78.9	88.2	88.6
सीजेरियन सेक्शन द्वारा दिया गया जन्म (प्रतिशत)	16.7	17.2	21	21.5

स्रोत: राज्य स्वास्थ्य संकेतक (i) हरा: बेहतर एवं (ii) लाल: ख़राब/कम

विगत पांच वर्षों में जन्मे बच्चों के लिंगानुपात व सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रति प्रसव औसत स्वयं के (आउट-ऑफ-पॉकेट) व्यय को छोड़ कर राज्य के स्वास्थ्य संकेतक (2019-20) राष्ट्रीय संकेतकों से बेहतर हैं। कुल जनसंख्या का लिंगानुपात 1,078 से घटकर 1,040 हो गया परन्तु यह राष्ट्रीय औसत 1,020 से ऊपर बना रहा। विगत पांच वर्षों में जन्मे बच्चों का जन्म के समय 875 का लिंगानुपात भी राष्ट्रीय औसत 929 से नीचे रहा।

हिमाचल प्रदेश में नवजात मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर, पांच वर्ष की आयु से कम मृत्यु दर, प्रसव पूर्व जांच एवं संस्थागत में जन्म में सुधार हुआ।

राज्य में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में सिजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव एवं प्रति प्रसव औसत स्वयं के व्यय में वृद्धि हुई है।

1.6 लेखापरीक्षा उद्देश्य

वर्ष 2017 में अपनाई गई नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 में अंतिम राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति आने के बाद के 14 वर्षों में हुई प्रगति पर आधारित है। संदर्भ चार प्रमुख तरीकों से बदला गया था। पहला, यद्यपि मातृ व बाल मृत्यु दर में तेजी से गिरावट आई है तथापि गैर-संचारी रोगों व कुछ संक्रामक रोगों के कारण बोझ बढ़ रहा है। दूसरा महत्वपूर्ण परिवर्तन एक मजबूत स्वास्थ्य सेवा उद्योग का उद्भव है जिसके दोहरे अंक में बढ़ने का अनुमान है। तीसरा परिवर्तन स्वास्थ्य सेवा लागत के कारण भयावह व्यय की बढ़ती घटनाएं हैं, जो वर्तमान में गरीबी बढ़ाने वाले कारकों में से एक मानी जाती है। चौथा, बढ़ती आर्थिक वृद्धि राजकोषीय क्षमता को बढ़ाने में सक्षम बनाती है। इसलिए इन प्रासंगिक परिवर्तनों पर प्रतिक्रियास्वरुप नई स्वास्थ्य नीति को अपनाया गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 का प्राथमिक

उद्देश्य स्वास्थ्य प्रणालियों को इसके सभी आयामों को आकार देने में सरकार की भूमिका सूचित, स्पष्ट, मजबूत करना व प्राथमिकता तय करना है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में निर्धारित लक्ष्यों एवं कोविड-19 महामारी के दौरान मिले अनुभव को ध्यान में रखते हुए वित्तीय संसाधनों की पर्याप्तता, स्वास्थ्य संस्थानों में बुनियादी स्वास्थ्य ढांचे, जनशक्ति, मशीनरी व उपकरणों की उपलब्धता के साथ-साथ मौजूदा नीतिगत हस्तक्षेपों के माध्यम से राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन में दक्षता और आगामी सुधार की गुंजाइश का आकलन करना महत्वपूर्ण हो गया है। इस प्रकार समय पर एवं व्यवस्थित सुधार सुनिश्चित करने के लिए हिमाचल प्रदेश राज्य में "सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना एवं स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन" पर एक निष्पादन लेखापरीक्षा की गई। निष्पादन लेखापरीक्षा का उद्देश्य राज्य में स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र का एक समग्र दृष्टिकोण प्रदान करना था अर्थात राज्य-स्तरीय सूचना व डेटा का उपयोग करके एक वृहद चित्र एवं बुनियादी ढांचे के रखरखाव व स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण पर विस्तृत लेखापरीक्षा विश्लेषण/निष्कर्षों से उत्पन्न एक सूक्ष्म चित्र प्रदान करना है।

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्य थे:

- सभी स्तरों पर आवश्यक मानव संसाधनों यथा चिकित्सक, नर्स, पैरामेडिक्स आदि की उपलब्धता का आकलन करना;
- औषधियों, दवाओं, उपकरणों व अन्य उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता का आकलन करना;
- स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे की उपलब्धता एवं प्रबंधन का आकलन करना;
- स्वास्थ्य सेवा हेतु वित्तपोषण की पर्याप्तता का आकलन करना;
- भारत सरकार की विभिन्न योजनाओं के वित्तपोषण एवं व्यय की जांच करना;
- सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य सेवा संस्थानों/चिकित्सकों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं यह सुनिश्चित करने के लिए नियामक तंत्र की पर्याप्तता एवं दक्षता की जांच करना; तथा
- यह आकलन करना कि क्या स्वास्थ्य पर राज्य व्यय ने सतत विकास लक्ष्य-3 के अनुसार लोगों के स्वास्थ्य व कल्याण में सुधार किया है।

1.7 लेखापरीक्षा कार्य-क्षेत्र एवं अपनाई गई कार्यपद्धति

वर्ष 2016-21 की अवधि हेतु लेखापरीक्षा की गई। डेटा को यथासंभव वर्ष 2021-22 तक और मानव संसाधन के मामले में मार्च 2023 तक अद्यतित किया गया है। जिलों को नमूना लेने की पहली इकाई माना गया एवं खण्डों को चयन के दूसरे स्तर के रूप में लिया गया। क्षेत्रीय इकाइयों का चयन आईडीईए सॉफ्टवेयर का उपयोग करके नमूना लेने की प्रतिस्थापन विधि के बिना सरल यादृच्छिक नमूनाकरण के आधार पर किया गया।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजनाओं/कार्यक्रमों के अंतर्गत शामिल निम्नलिखित घटकों का भी व्यय के आधार पर चयन किया गया।

(i) प्रजनन, मातृत्व, बाल स्वास्थ्य

उद्देश्य: मातृ व शिशु स्वास्थ्य और उनकी उत्तरजीविता (जीवित रहने की क्षमता) में सुधार के साथ-साथ मातृ, नवजात और बाल मृत्यु दर को कम करने पर ध्यान केंद्रित करना।

(ii) नियमित टीकाकरण

उद्देश्य: सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत रोकथाम योग्य 12 बीमारियों[4] के विरुद्ध बच्चों का टीकाकरण।

(iii) राष्ट्रीय तपेदिक (टीबी) नियंत्रण कार्यक्रम

उद्देश्य: 2025 तक भारत में तपेदिक का नियंत्रण व उन्मूलन।

(iv) स्वास्थ्य प्रणाली का सुदृढ़ीकरण

उद्देश्य: भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों को अपनाना, मौजूदा या नए बुनियादी ढांचे के निर्माण के उन्नयन और "स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों" की स्थापना के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण के सुदृढीकरण सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करना।

(v) बुनियादी ढांचे का रखरखाव

उद्देश्य: भारत सरकार द्वारा कुछ योजनाओं के तहत नियमित कर्मचारियों के वेतन की प्रतिपूर्ति।

(vi) कोविड-19

उद्देश्य: महामारी के कारण राज्य में स्वास्थ्य संस्थानों में वित्तीय संसाधनों की पर्याप्तता, स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे, जनशक्ति, मशीनरी व उपकरणों की उपलब्धता के साथ-साथ स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन में दक्षता का आकलन करना।

लेखापरीक्षा का नमूना नीचे विवर्णित है।

[4] डिप्थीरिया, पर्टुसिस, टेटनस, पोलियो, खसरा, रूबेला, बचपन के तपेदिक का गंभीर रूप, हेपेटाइटिस बी, मेनिनजाइटिस व हेमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी के कारण होने वाला निमोनिया, रोटावायरस डायरिया, न्यूमोकोकल निमोनिया व जापानी एन्सेफलाइटिस।

सभी पांच निदेशालय

- निदेशक, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण
- निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान
- निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन
- निदेशक, दंत स्वास्थ्य
- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

सरल यादृच्छिक नमूनाकरण विधि का उपयोग करके 12 जिलों में से क्षेत्रीय अध्ययन के लिए चयनित तीन जिले (किन्नौर, सोलन और कांगड़ा)

- चयनित जिलों के तीनों जिला अस्पताल/मुख्य चिकित्सा अधिकारी
- 20 में से आठ खंड चिकित्सा अधिकारी
- 10 सिविल अस्पतालों में से छः
- 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से सात का चयन किया गया क्योंकि एक खंड चिकित्सा कार्यालय के पास कोई सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र नहीं था
- 50 में से 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र*। एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की कमी की पूर्ति हेतु एक अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया गया
- 221 स्वास्थ्य उप-केंद्रों** में से 32
- छः मेडिकल कॉलेजों में से दो यानी आईजीएमसी, शिमला व आरपीजीएमसी, कांगड़ा
- दो नर्सिंग कॉलेज, शिमला व मंडी
- स्वास्थ्य कर्मियों के लिए चार में से दो प्रशिक्षण केंद्र शिमला व कांगड़ा में
- राज्य औषधि नियंत्रक, बद्दी, सोलन जिला एवं चार में से दो सहायक औषधि नियंत्रक, बद्दी व धर्मशाला
- समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट
- छः विशेषीकृत अस्पतालों में से पांच, जिसमें एक दंत महाविद्यालय शामिल है।

* *हिमाचल प्रदेश में 580 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र थे, जिनमें से 431 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र के रूप में नामित किया गया था।*

** *हिमाचल प्रदेश में 2,114 स्वास्थ्य उप-केंद्र थे, जिनमें से 1,321 स्वास्थ्य उप-केंद्रों को स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र के रूप में नामित किया गया था।*

सतत विकास लक्ष्यों का विश्लेषण किया गया एवं हिमाचल प्रदेश विजन 2030 दस्तावेज़ के साथ मैप किया गया। साथ ही कोविड-19 हेतु प्राप्त सहायता/अनुदान/उपकरणों से संबंधित अभिलेखों की संवीक्षा की गई। स्वास्थ्य सेवा पर स्थानीय निकायों एवं निजी क्षेत्र द्वारा किए गए वित्तपोषण को बाहर रखा गया। तथापि निष्पादन लेखापरीक्षा के दौरान स्वास्थ्य विभाग के पास उपलब्ध नियामक पहलुओं/जानकारी की समीक्षा की गई।

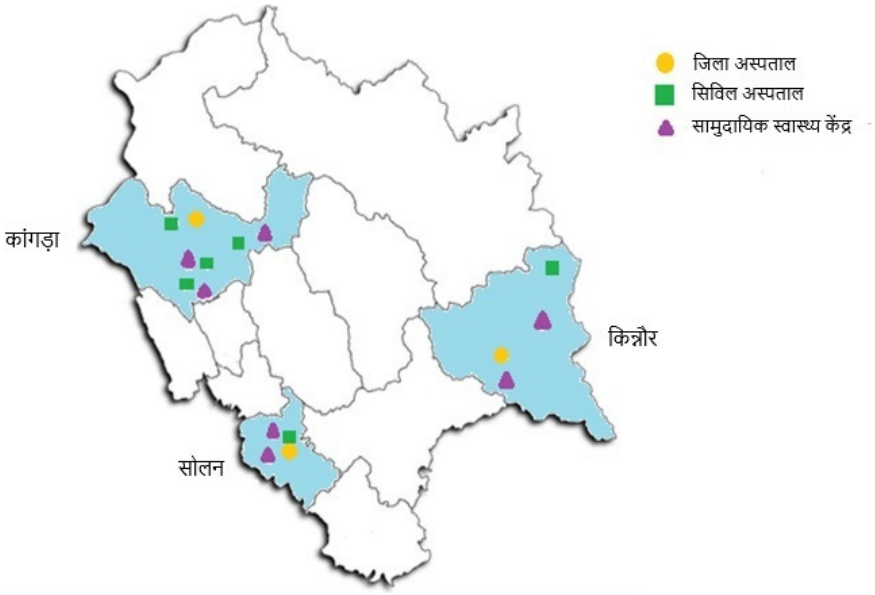
उपर्युक्त कार्यालयों में अभिलेखों की संवीक्षा के अतिरिक्त सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य संस्थानों में मौजूदा बुनियादी स्वास्थ्य सेवा ढांचे व सेवाओं को सत्यापित करने के लिए विभागीय अधिकारियों के साथ संयुक्त भौतिक सत्यापन, निर्माण कार्यों की प्रगति व औषधि नियंत्रक के माध्यम से दवा परीक्षण का संयुक्त भौतिक सत्यापन भी किया गया। चिकित्सा व अन्य सेवाओं के वितरण की दक्षता एवं अपेक्षित

बुनियादी ढांचे के मौजूदगी के आकलन हेतु लाभार्थियों/हितधारकों का साक्षात्कार/सर्वेक्षण किया गया। लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों के समर्थन में दस्तावेजी एवं फोटोग्राफिक साक्ष्य भी एकत्र किए गए।

7 दिसंबर 2021 को सचिव (स्वास्थ्य) के साथ आरंभिक बैठक आयोजित की गई, जिसमें लेखापरीक्षा उद्देश्य, लेखापरीक्षा मानदंड, लेखापरीक्षा कार्य-क्षेत्र इत्यादि पर चर्चा की गई।

19 जनवरी 2023 को आयोजित अंतिम बैठक में सचिव (स्वास्थ्य) के साथ लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा की गई एवं इस प्रतिवेदन में यथोचित स्थानों पर सरकार के विचारों को समाविष्ट किया गया है।

हिमाचल प्रदेश में क्षेत्रीय इकाइयों के चयनार्थ जिलों को नीचे दिए गए मानचित्र पर दर्शाया गया है।



1.8 लेखापरीक्षा मानदंड

निष्पादन लेखापरीक्षा हेतु अपनाए गए मानदंडों में सम्मिलित हैं।

i. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013
ii. भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012
iii. सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी) -3
iv. भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1956 जिसे 2019 में राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग द्वारा प्रतिस्थापित किया गया
v. क्लिनिकल स्थापना अधिनियम, 2010 (जो दिसंबर 2012 में हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाया गया)
vi. औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940
vii. औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945
viii. प्रसव-पूर्व निदान तकनीक (विनियमन व दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994
ix. जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016
x. परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 एवं परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004
xi. भारत सरकार/राज्य योजना दिशानिर्देश
xii. हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियम, 1971 व 2009 एवं राज्य सरकार द्वारा जारी अधिसूचनाएं/आदेश

1.9 इस प्रतिवेदन में आयुष्मान भारत पर विचार

आयुष्मान भारत, भारत सरकार की प्रमुख स्वास्थ्य योजना को राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 की संस्तुति के अनुसार सार्वभौमिक स्वास्थ्य का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए सितंबर 2018 में प्रारंभ किया गया। आयुष्मान भारत स्वास्थ्य-सेवा दृष्टिकोण की निरंतरता को अपनाता है, जिसमें दो अंतर-संबंधित घटक शामिल हैं, जो हैं:

स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र

- फरवरी 2018 में मौजूदा उप केंद्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को परिवर्तित करके 1,50,000 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों का निर्माण।
- मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं एवं गैर-संचारी रोगों को समाहित करने वाली व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने का लक्ष्य, जिसमें निःशुल्क अनिवार्य दवाएं व नैदानिक सेवाएं शामिल हैं।

प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना

- भारत में सार्वजनिक व निजी सूचीबद्ध अस्पतालों में द्वितीयक व तृतीयक देखभाल अस्पताल में भर्ती हेतु प्रति वर्ष प्रति परिवार ₹ पांच लाख का कवर प्रदान करने का लक्ष्य।
- 10.74 करोड़ से अधिक गरीब व कमजोर पात्र परिवार (लगभग 50 करोड़ लाभार्थी) इन लाभों के लिए पात्र हैं।
- लाभार्थी को सेवा स्थल यानी अस्पताल में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक बिना नकदी (कैशलेस) पहुंच प्रदान करता है।
- योजना के लाभ पूरे देश में पोर्टेबल हैं, यानी लाभार्थी कैशलेस उपचार का लाभ उठाने के लिए भारत में किसी भी सूचीबद्ध सार्वजनिक या निजी अस्पताल में जा सकता है।
- सेवाओं में लगभग 1,350 प्रक्रियाएं शामिल हैं जो उपचार से संबंधित सभी लागतों को कवर करती हैं, जिनमें दवाएं, आपूर्ति, नैदानिक सेवाएं, चिकित्सक की फीस, कमरे का शुल्क, सर्जन शुल्क, ओटी और आईसीयू शुल्क आदि शामिल हैं, परन्तु इन्हीं तक सीमित नहीं हैं।
- सार्वजनिक अस्पतालों को निजी अस्पतालों के बराबर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति की जाती है।

हिमाचल प्रदेश में 4,78,985 परिवार राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अनुसार प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना के अंतर्गत नामांकन के पात्र थे, जिन्हें प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना के तहत नामांकित करने का लक्ष्य रखा गया था। 31 मार्च 2022 तक इस योजना के तहत 4,32,182 परिवारों के लगभग 11,13,526 लाभार्थियों को सत्यापित कर उन्हें आयुष्मान कार्ड प्रदान किए गए तथा 46,803 पात्र परिवार अभी भी प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना में लिए जाने शेष है।

प्रत्येक परिवार को पहचान-दस्तावेज के आधार पर प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना कार्ड जारी किए जा रहे हैं। परिवार के आकार सहित जिले-वार परिवारों का उल्लेख **तालिका 1.2** में किया गया है।

तालिका 1.2: जिलों में प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना के तहत सम्मिलित किए गए परिवार व लाभार्थी

जिले का नाम	परिवार के आकार सहित परिवारों की संख्या			कुल
	1 से 10 सदस्य	11 से 20 सदस्य	21 व उससे अधिक सदस्य	
बिलासपुर	26,808	39	0	26,847
चंबा	35,983	11	0	35,994
हमीरपुर	31,991	10	0	32,001
कांगड़ा	90,418	15	0	90,433
किन्नौर	6,067	0	0	6,067
कुल्लू	27,858	21	0	27,879
लाहौल-स्पीति	2,154	0	0	2,154
मंडी	85,214	28	0	85,242
शिमला	40,394	24	0	40,418
सिरमौर	31,921	94	0	32,015
सोलन	25,800	29	0	25,829
ऊना	24,775	15	0	24,790
अन्य[#]	2,513	0	0	2,513
योग	**4,31,896**	**286**	**0**	**4,32,182**

वे परिवार जिनकी पहचान में जिले का उल्लेख नहीं है।

स्रोत: राज्य डेटा भंडार

मार्च 2021 तक की अवधि हेतु प्रधानमंत्री-जन आरोग्य योजना की अखिल भारतीय निष्पादन लेखापरीक्षा की गई, जिसमें हिमाचल प्रदेश नमूना राज्यों में से एक था। उक्त लेखापरीक्षा के परिणाम 2023 की प्रतिवेदन संख्या 11 (आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना की निष्पादन लेखापरीक्षा) में समाविष्ट किए गए हैं। वर्तमान प्रतिवेदन में स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों से संबंधित निष्कर्षों को एक अलग अध्याय में समाविष्ट किया है तथा स्वास्थ्य क्षेत्र के विभिन्न क्षेत्रों में सिफारिशें प्रस्तुत करते हुए आयुष्मान भारत के कार्यान्वयन पर भी विचार किया है।

1.10 लेखापरीक्षा निष्कर्ष

लेखापरीक्षा निष्कर्ष निम्नवत रूप से अनुवर्ती अध्यायों में दिए गए हैं।

अध्याय संख्या	विषय
II	मानव संसाधन
III	स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं
IV	औषधि, उपकरण एवं अन्य उपभोग्य सामग्री
V	स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना
VI	वित्तीय प्रबंधन
VII	केंद्र प्रायोजित योजनाएं
VIII	विनियामक तंत्र
IX	विशेषीकृत अस्पताल
X	सतत विकास लक्ष्य -3

अध्याय-II

मानव संसाधन



अध्याय II: मानव संसाधन

किसी स्वास्थ्य संस्थान की प्रभावी एवं कुशल कार्यप्रणाली हेतु पर्याप्त संख्या में प्रेरित, सशक्त, प्रशिक्षित एवं कुशल मानव संसाधन आवश्यक हैं। चिकित्सा अधिकारियों, विशेषज्ञों, नर्सों, संबद्ध दक्ष स्वास्थ्य-कर्मियों, प्रशासनिक एवं सहायक कर्मियों आदि के संदर्भ में कर्मियों की संख्या व प्रकार का निर्धारण लोगों की स्वास्थ्य सुविधा आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए किया जाना चाहिए जिन्हें स्वास्थ्य संस्थान द्वारा पूरा किया जाता है। किसी भी स्वास्थ्य सुविधा से वांछित परिणाम प्राप्त करने के लिए बिस्तरों की संख्या व रोगी भार के संदर्भ में पर्याप्त व उचित मानव संसाधन नियुक्त करना अत्यंत महत्वपूर्ण है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का लक्ष्य चिकित्सकों, विशेषज्ञों, पैरामेडिकल स्टाफ इत्यादि की उपलब्धता बढ़ाकर निर्बाध एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित करना है। हिमाचल प्रदेश राज्य में जनशक्ति की उपलब्धता व संबंधित मुद्दों पर अनुवर्ती परिच्छेदों में चर्चा की गई है।

2.1 राज्य में चिकित्सकों, नर्सों, पैरामेडिकल एवं अन्य कर्मियों की उपलब्धता

राज्य सरकार ने राज्य में विद्यमान विभिन्न श्रेणियों के स्वास्थ्य संस्थानों (मेडिकल कॉलेज अस्पताल, जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व स्वास्थ्य उप-केंद्र) में मानव संसाधनों के आवंटन हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 अंगीकृत नहीं किए। इसकी अपेक्षा राज्य मानदंड (2016) के अनुसार कर्मियों को स्वीकृत किया गया। राज्य में उपलब्ध जनशक्ति का विवरण निम्नलिखित **तालिका 2.1** एवं **चार्ट 2.1** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.1: राज्य में विभिन्न श्रेणियों में मानव संसाधन की प्रास्थिति

निदेशालय	मुख्य श्रेणी	31/03/2017 तक राज्य में विभिन्न श्रेणियों में मानव संसाधन की स्थिति				31/03/2023 तक राज्य में विभिन्न श्रेणियों में मानव संसाधन की स्थिति			
		स्वीकृत	पदस्थ	कमी	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत	पदस्थ	कमी	कमी (प्रतिशत)
निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं	खंड चिकित्सा अधिकारी	73	50	23	31.51	77	108	(+) 31	0
	चिकित्सा अधिकारी	2,081	1,647	434	20.86	2,802	2,678	124	4.43
	स्टाफ नर्स	3,141	2,541	600	19.10	3,848	3,201	647	16.81
	पुरुष स्वास्थ्य कर्मी	2,036	894	1,142	56.09	2,072	226	1,846	89.09
	महिला स्वास्थ्य कर्मी	2,242	1,831	411	18.33	2,301	1,210	1,091	47.41
	मुख्य फार्मासिस्ट/ फार्मासिस्ट	1,243	863	380	30.57	1,372	1,196	176	12.83
	प्रयोगशाला तकनीशियन	921	304	617	66.99	1,001	546	455	45.45
	अन्य*	8,542	4,110	4,432	51.88	11,420	5,002	6,418	56.20
	उप-कुल निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं	**20,279**	**12,240**	**8,039**	**39.64**	**24,893**	**14,167**	**10,757**	**43.21**
निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं	मुख्यालय	20	16	4	20.00	48	21	27	56.25
	प्राध्यापक	164	111	53	32.32	218	156	62	28.44
	सह - प्राध्यापक	179	102	77	43.02	234	130	104	44.44

निदेशालय	मुख्य श्रेणी	31/03/2017 तक राज्य में विभिन्न श्रेणियों में मानव संसाधन की स्थिति				31/03/2023 तक राज्य में विभिन्न श्रेणियों में मानव संसाधन की स्थिति			
		स्वीकृत	पदस्थ	कमी	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत	पदस्थ	कमी	कमी (प्रतिशत)
अनुसंधान (मुख्यालय, छः मेडिकल कॉलेज[1] व एक दंत चिकित्सा महविद्यालय	सहायक प्राध्यापक	298	220	78	26.17	426	418	8	1.88
	सीनियर रेजिडेंट	488	310	178	36.48	609	381	228	37.44
	अन्य#	111	22	89	80.18	326	71	255	78.22
	हिमाचल प्रदेश राजकीय दंत महाविद्यालय	56	44	12	21.43	55	51	4	7.27
	उप-कुल निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान	**1,316**	**825**	**491**	**37.31**	**1,916**	**1,228**	**688**	**35.91**
निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन	मुख्यालय	22	17	5	22.73	21	16	5	23.81
	समग्र परीक्षण प्रयोगशाला कंडाघाट में तकनीकी कर्मचारी	31	11	20	64.52	31	22	9	29.03
	समग्र परीक्षण प्रयोगशाला में अनुसचिवीय व सहायक कर्मचारी	22	19	3	13.64	20	14	6	30.00
	राज्य औषधि नियंत्रक कर्मचारी	4	4	0	0	11	12	(+)1	0
	औषधि निरीक्षक	22	17	5	22.73	44	40	4	9.09
	अन्य*	45	18	27	60.00	47	35	12	25.53
	उप-कुल निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन	**146**	**86**	**60**	**41.10**	**174**	**121****	**54**	**31.03**
निदेशक, दंत चिकित्सा सेवा	दंत चिकित्सा अधिकारी	345	330	15	4.35	345	332	13	3.77
	दंत यांत्रिकी/ स्वच्छता विशेषज्ञ/परिचारक	297	188	109	36.70	308	246	62	20.13
	अन्य*	19	17	2	10.53	18	13	5	27.78
	उप-कुल दंत सेवा	**661**	**535**	**126**	**19.06**	**671**	**591**	**80**	**11.92**
सकल योग		**22,402**	**13,686**	**8,716**	**38.91**	**27,654**	**16,125**	**11,579^**	**41.87**

* *अन्य में किसी भी संवर्ग में शेष श्रेणी/पद शामिल है जिसे स्पष्ट रूप से दर्शाया नहीं गया है।*

** *18 आउटसोर्स कर्मियों को छोड़कर, $ प्रधानाचार्यों सहित, # ट्यूटर व जूनियर रेजीडेंट शामिल हैं।*

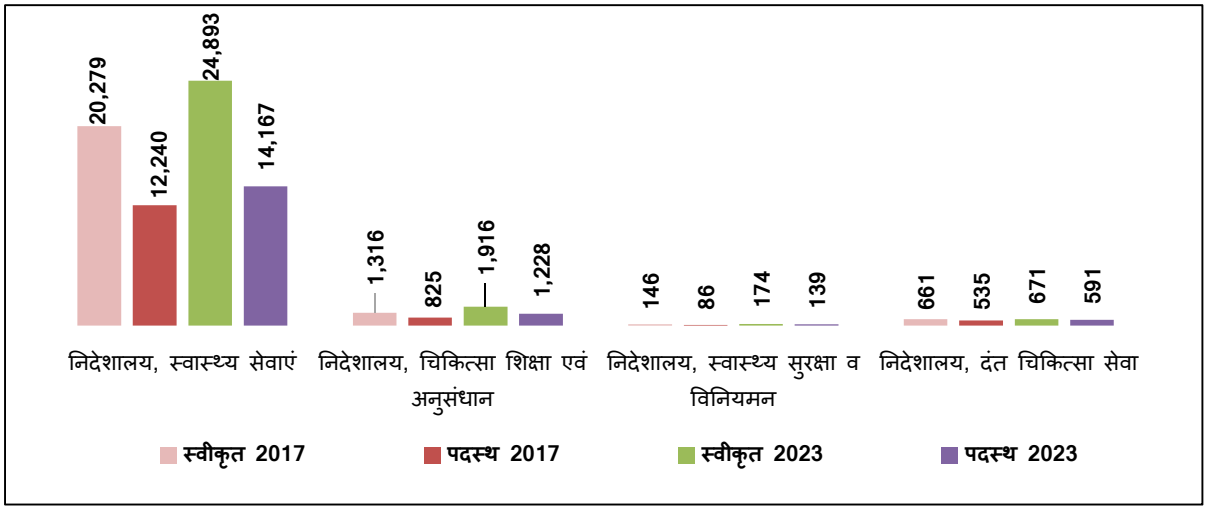
^ *रिक्तियों का निर्धारण करते समय अतिरिक्त पदों (मार्च 2023 में खंड चिकित्सा अधिकारी व राज्य औषधि नियंत्रक) पर विचार नहीं किया गया।*

स्रोतः निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

[1] आईजीएमसी शिमला, आरपीजीएमसी कांगड़ा, आरकेजीएमसी हमीरपुर, एसएलबीएसएमसी मंडी, वाईएसपीजीएमसी नाहन व पीजेएलएनएमसी चंबा। 31/03/2017 तक के आंकड़ों में आरकेजीएमसी हमीरपुर शामिल नहीं है क्योंकि इसकी स्थापना 2018 में हुई थी।

उपरोक्त के अतिरिक्त 31 मार्च 2023 तक राज्य में आउटसोर्स कर्मियों के संख्या 5,919[2] थी। इनमें से 2,929 आउटसोर्स कर्मी राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन में थे, जिनमें 969 सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी, 331 नर्स, 261 डेटा एंट्री ऑपरेटर व 1,368 अन्य कर्मी शामिल थे। शेष 2,990 आउटसोर्स कर्मियों को तीन निदेशालयों - निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं, निदेशालय चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान तथा निदेशालय स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन में तैनात किया गया। इन कर्मियों में आठ फार्मासिस्ट, 99 नर्स, 252 प्रयोगशाला तकनीशियन/पैरामेडिक्स एवं 2,631 अन्य कर्मी शामिल थे।

चार्ट 2.1: स्वीकृत पद के प्रति जनशक्ति (निदेशालय-वार) की उपलब्धता की प्रास्थिति



तालिका 2.1 से स्पष्ट है कि चारों निदेशालयों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में मार्च 2017 के दौरान कुल 38.91 प्रतिशत की कमी रही, जो मार्च 2023 के दौरान बढ़कर 41.87 प्रतिशत हो गई, जिसका जनता को मिलने वाली चिकित्सा सेवाओं के प्रावधान पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा, जैसाकि निम्नलिखित परिच्छेदों में दर्शाया गया है।

- मार्च 2017 के दौरान निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं में कुल 39.64 प्रतिशत की कमी थी, जो मार्च 2023 के दौरान बढ़कर 43.21 प्रतिशत हो गई, जिसमें से पुरुष स्वास्थ्यकर्मी (मार्च 2017: 56.09 प्रतिशत; मार्च 2023: 89.09 प्रतिशत), महिला स्वास्थ्यकर्मी (मार्च 2017: 18.33 प्रतिशत; मार्च 2023: 47.41 प्रतिशत), फार्मासिस्ट (मार्च 2017: 30.57 प्रतिशत; मार्च 2023: 12.83 प्रतिशत) व प्रयोगशाला तकनीशियन (मार्च 2017: 66.99 प्रतिशत, मार्च 2023: 45.45 प्रतिशत) के संवर्ग में बड़ी कमी देखी गई। स्वास्थ्य उप-केंद्रों की सेवाओं पर पुरुष स्वास्थ्यकर्मी/महिला स्वास्थ्यकर्मी की कमी ने प्रतिकूल प्रभाव डाला, क्योंकि लेखापरीक्षा में पाया गया कि मार्च 2023 तक चयनित जिलों में 46.10 प्रतिशत स्वास्थ्य उप-केंद्र बिना कर्मियों के संचालित थे, जैसाकि आगामी **परिच्छेद 2.2.7** में चर्चा की गई है। इस प्रकार बुनियादी स्वास्थ्य

[2] निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन: 221; राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन: 2,929; निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं: रोगी कल्याण समिति में 495 व 23 को आउटसोर्स किया गया और निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान: 2,251

सेवाएं जैसे मातृ स्वास्थ्य (प्रसव पूर्व देखभाल पंजीकरण, गर्भावस्था परामर्श आदि), परिवार नियोजन, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत कार्यक्रम आदि प्रभावित हुए।

- मार्च 2017 के दौरान निदेशालय, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान में कुल सकल 37.31 प्रतिशत की कमी थी, जो मार्च 2023 में घटकर 35.91 प्रतिशत हो गई, जिसमें से प्राध्यापक/सह प्राध्यापक के संवर्ग में भारी कमी देखी गई (मार्च 2017: 37.90 प्रतिशत; मार्च 2023: 36.73 प्रतिशत), जिसने तृतीयक स्तर पर विशेषज्ञों की सेवाओं को प्रभावित किया, जैसाकि अनुवर्ती **परिच्छेद 2.2.1** में टिप्पणी की गई है।
- निदेशालय, स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन में मार्च 2017 के दौरान कुल सकल 41.10 प्रतिशत की कमी थी, जो मार्च 2023 में घटकर 31.03 प्रतिशत हो गई, जिसमें से समग्र परीक्षण प्रयोगशाला के तकनीकी कर्मियों के संवर्ग में भारी कमी देखी गई (मार्च 2017: 64.52 प्रतिशत; मार्च 2023: 29.03 प्रतिशत), जिसके कारण दवा के नमूनों के विश्लेषण में विलम्ब हुआ, जैसाकि **अध्याय 8** के **परिच्छेद 8.4.5** में उल्लेख किया गया है।
- मार्च 2017 के दौरान निदेशालय, दंत चिकित्सा सेवाएं में सकल 19.06 प्रतिशत की कमी थी, जो मार्च 2023 में घटकर 11.92 प्रतिशत हो गई। दंत यांत्रिकी/हाइजीनिस्ट/अटेंडेंट में भारी कमी देखी गई (मार्च 2017: 36.70 प्रतिशत; मार्च 2023: 20.13 प्रतिशत)।

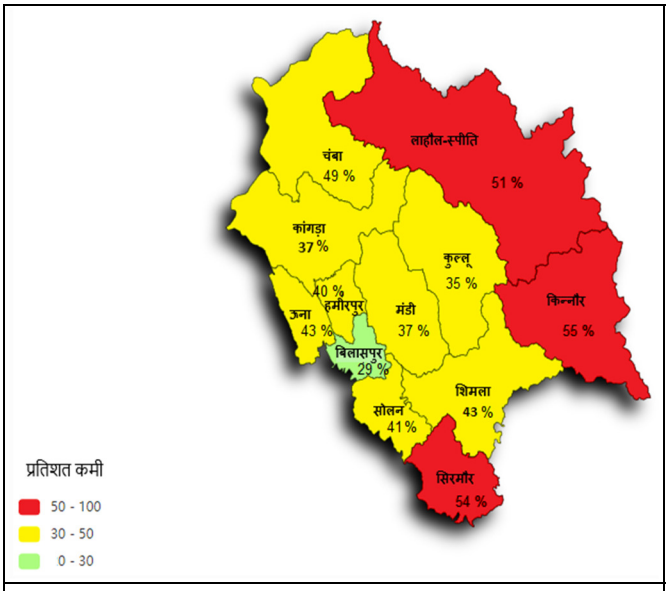
सचिव (स्वास्थ्य), हिमाचल प्रदेश सरकार ने अंतिम बैठक के दौरान स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधन एवं विशेषज्ञों की समग्र कमी को स्वीकार किया तथा इस मामले की जांच करने का आश्वासन दिया।

2.1.1 जिले-वार समग्र कर्मियों, चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित), नर्सिंग स्टाफ, पैरामेडिकल स्टाफ, स्वास्थ्य-कर्मी एवं अन्य कर्मियों की कमी

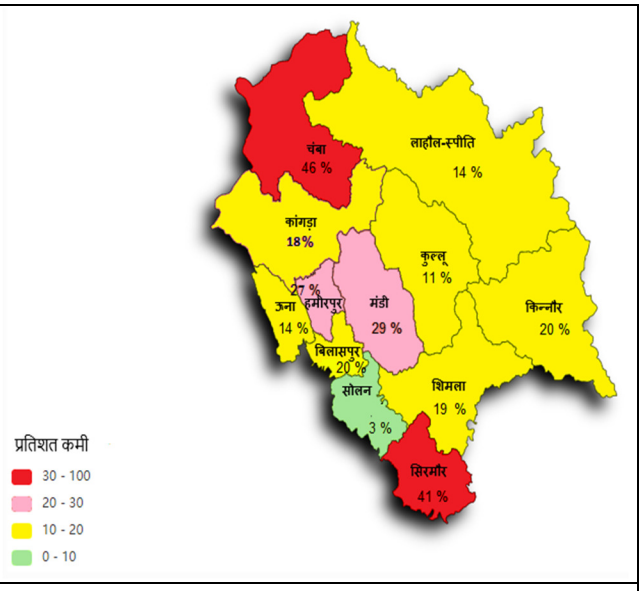
लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि स्वास्थ्य संस्थानों में तैनात समग्र कर्मियों, चिकित्सकों (विशेषज्ञ सहित), नर्सिंग स्टाफ, जन स्वास्थ्य कर्मी[3], पैरामेडिकल स्टाफ व अन्य कर्मियों[4] की कमी थी। मार्च 2023 तक राज्य में समग्र रुप से सभी श्रेणियों के मानव संसाधनों में 41.47 प्रतिशत की सकल कमी थी। राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में मार्च 2023 तक मानव संसाधन में पदस्थ कर्मियों की जिले-वार कमी का विवरण नीचे **मानचित्र 2.1** से **2.6** में दर्शाया गया है:

[3] पुरुष/महिला स्वास्थ्य कर्मी, पुरुष/महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षक, स्वास्थ्य शिक्षक, आदि

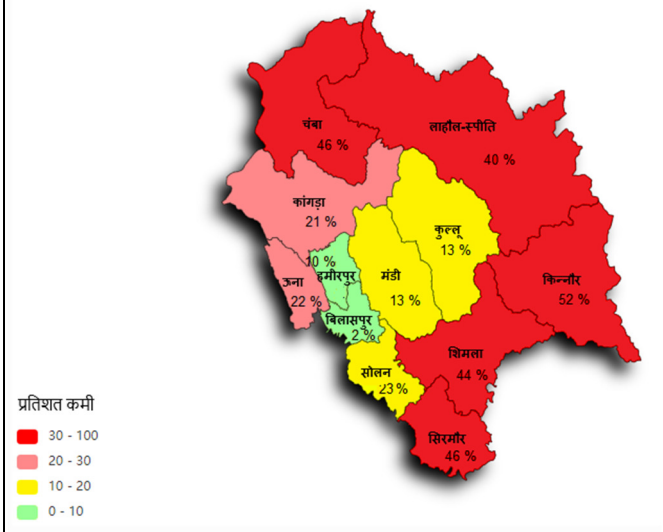
[4] अनुसचिवीय कर्मचारी, प्रशासनिक कर्मचारी, सहायक कर्मचारी, आदि।



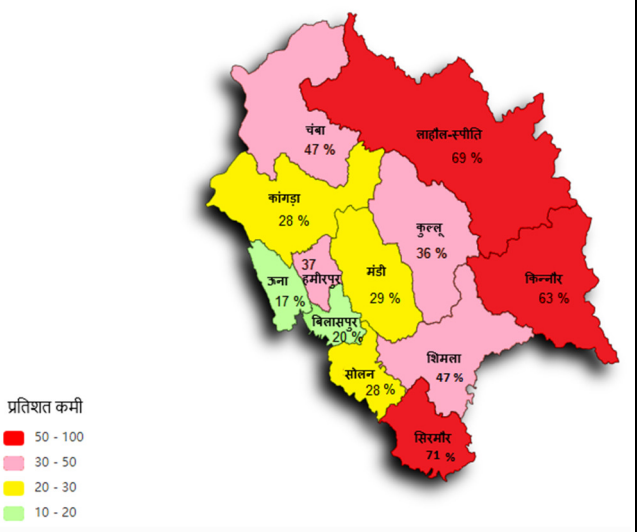
मानचित्र 2.1: जिले-वार समग्र जनशक्ति में कमी



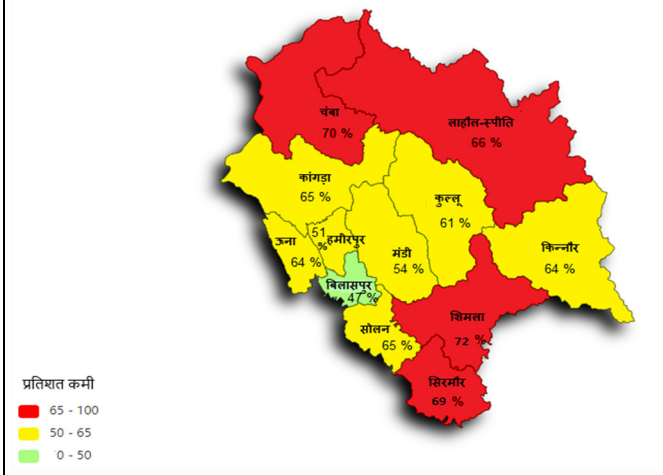
मानचित्र 2.2: जिले-वार चिकित्सकों की उपलब्धता में कमी



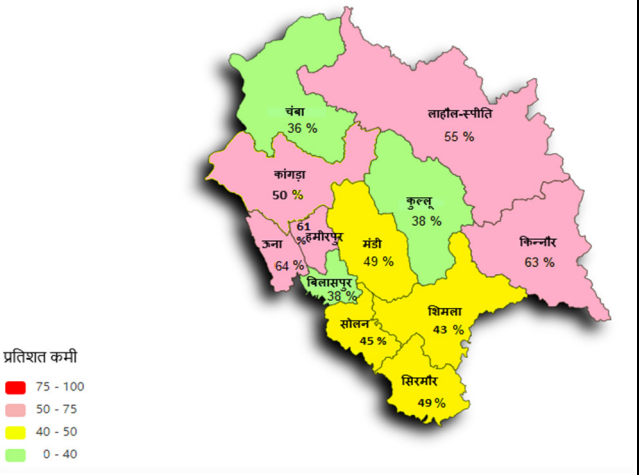
मानचित्र 2.3: जिले-वार नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता में कमी



मानचित्र 2.4: जिले-वार पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता में कमी



मानचित्र 2.5: जिले-वार सार्वजनिक स्वास्थ्य कर्मियों की उपलब्धता में कमी



मानचित्र 2.6: जिले-वार अन्य कर्मियों की उपलब्धता में कमी

मानचित्रों 2.1 से **2.6** से स्पष्ट है कि लेखापरीक्षा में जिलों में उपलब्ध जनशक्ति का वितरण एक समान नहीं पाया गया, जैसाकि नीचे विवर्णित है:

- जनशक्ति की सकल कमी बिलासपुर जिले में सबसे कम (29 प्रतिशत) व किन्नौर जिले में सबसे अधिक (55 प्रतिशत) थी।
- चिकित्सकों की श्रेणी में कमी सोलन जिले में सबसे कम (तीन प्रतिशत) व चंबा जिले में सबसे अधिक (46 प्रतिशत) थी।
- नर्सिंग स्टाफ की श्रेणी में कमी बिलासपुर में सबसे कम (दो प्रतिशत) व किन्नौर जिले में सबसे अधिक (52 प्रतिशत) थी।
- पैरामेडिकल स्टाफ की श्रेणी में कमी ऊना में सबसे कम (17 प्रतिशत) व सिरमौर में सबसे अधिक (71 प्रतिशत) थी।
- जन स्वास्थ्य कर्मियों की श्रेणी में कमी बिलासपुर में सबसे कम (47 प्रतिशत) व शिमला जिले में सबसे अधिक (72 प्रतिशत) थी।
- अन्य कर्मियों की श्रेणी में कमी चंबा में सबसे कम (36 प्रतिशत) व ऊना जिले में सबसे अधिक (64 प्रतिशत) थी।

2.2 स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सक, विशेषज्ञ, नर्स, पैरामेडिकल स्टाफ आदि की स्तर-वार उपलब्धता

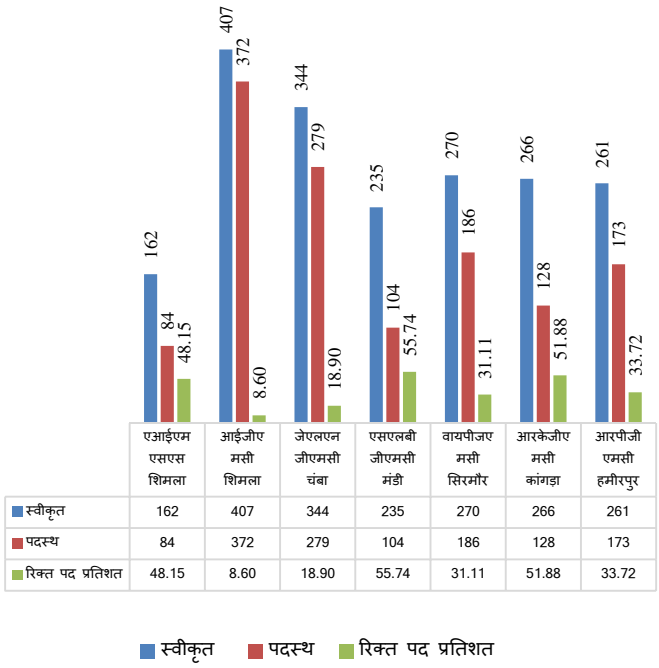
प्रदेश के लगभग सभी स्वास्थ्य संस्थानों में सभी स्तरों पर चिकित्सकों, विशेषज्ञों, नर्सों, पैरामेडिकल स्टाफ आदि की कमी देखी गई, जिससे अभीष्ट लाभार्थियों को दी जाने वाली स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता प्रभावित हुई।

2.2.1 तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्धता

लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि मार्च 2023 तक संपूर्ण राज्य में छः राजकीय मेडिकल कॉलेज अस्पतालों एवं एक अति विशेषीकृत (सुपर स्पेशियलिटी) संस्थान[5] में विभिन्न श्रेणियों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में जनशक्ति में कमी थी, जैसाकि **चार्ट 2.2** से **2.5** में विवर्णित है।

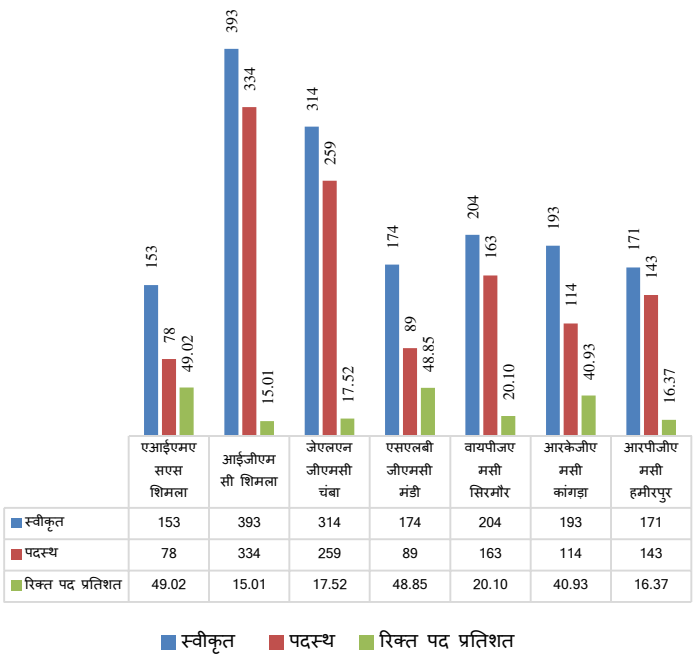
[5] एआईएमएसएस- अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान (शिमला), आईजीएमसी- इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (शिमला), आरपीजीएमसी-राजेन्द्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (कांगड़ा), जेएलएनजीएमसी- जवाहर लाल नेहरु राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (चंबा), एसएलबीएसजीएमसी- श्री लाल बहादुर शास्त्री राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (मंडी), वाईएसपीजीएमसी- यशवंत सिंह परमार राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (सिरमौर), आरकेजीएमसी- राधा कृष्णन राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (हमीरपुर)

चार्ट 2.2: चिकित्सकों की स्थिति (विशेषज्ञों सहित)



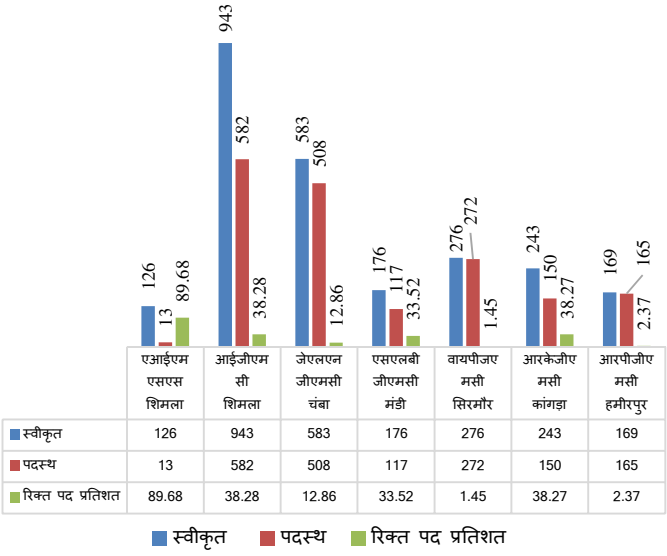
	एआईएम एसएस शिमला	आईजीए मसी शिमला	जेएलएन जीएमसी चंबा	एसएलबी जीएमसी मंडी	वायपीजए मसी सिरमौर	आरकेजीए मसी कांगड़ा	आरपीजी एमसी हमीरपुर
स्वीकृत	162	407	344	235	270	266	261
पदस्थ	84	372	279	104	186	128	173
रिक्त पद प्रतिशत	48.15	8.60	18.90	55.74	31.11	51.88	33.72

चार्ट 2.3: विशेषज्ञों की स्थिति



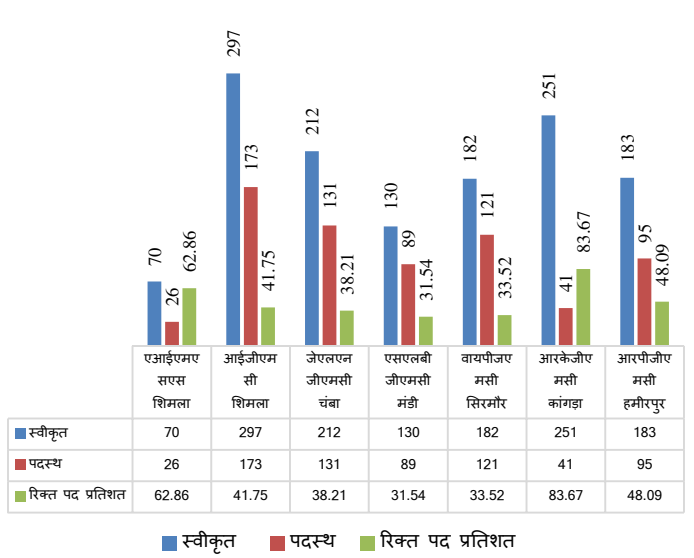
	एआईएमए सएस शिमला	आईजीएम सी शिमला	जेएलएन जीएमसी चंबा	एसएलबी जीएमसी मंडी	वायपीजए मसी सिरमौर	आरकेजीए मसी कांगड़ा	आरपीजीए मसी हमीरपुर
स्वीकृत	153	393	314	174	204	193	171
पदस्थ	78	334	259	89	163	114	143
रिक्त पद प्रतिशत	49.02	15.01	17.52	48.85	20.10	40.93	16.37

चार्ट 2.4: नर्सिंग स्टाफ की स्थिति



	एआईएम एसएस शिमला	आईजीएम सी शिमला	जेएलएन जीएमसी चंबा	एसएलबी जीएमसी मंडी	वायपीजए मसी सिरमौर	आरकेजीए मसी कांगड़ा	आरपीजीए मसी हमीरपुर
स्वीकृत	126	943	583	176	276	243	169
पदस्थ	13	582	508	117	272	150	165
रिक्त पद प्रतिशत	89.68	38.28	12.86	33.52	1.45	38.27	2.37

चार्ट 2.5: पैरामेडिकल स्टाफ की स्थिति



	एआईएमए सएस शिमला	आईजीएम सी शिमला	जेएलएन जीएमसी चंबा	एसएलबी जीएमसी मंडी	वायपीजए मसी सिरमौर	आरकेजीए मसी कांगड़ा	आरपीजीए मसी हमीरपुर
स्वीकृत	70	297	212	130	182	251	183
पदस्थ	26	173	131	89	121	41	95
रिक्त पद प्रतिशत	62.86	41.75	38.21	31.54	33.52	83.67	48.09

चार्ट 2.2 से **2.5** से स्पष्ट है कि लेखापरीक्षा में मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में उपलब्ध जनशक्ति का वितरण एक समान नहीं पाया गया, जैसाकि नीचे विवर्णित है।

- चिकित्सकों की श्रेणी में कमी आईजीएमसी अस्पताल, शिमला में सबसे कम (नौ प्रतिशत) थी, जबकि जवाहर लाल नेहरू राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय अस्पताल, चंबा में सबसे अधिक (56 प्रतिशत) थी।

- विशेषज्ञ श्रेणी में कमी आईजीएमसी अस्पताल, शिमला में सबसे कम (15 प्रतिशत) जबकि अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान अस्पताल, शिमला में सबसे अधिक (49 प्रतिशत) थी।
- नर्सिंग स्टाफ की श्रेणी में कमी श्री लाल बहादुर शास्त्री राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय अस्पताल, मंडी में सबसे कम (एक प्रतिशत) जबकि अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान अस्पताल, शिमला में सबसे अधिक (90 प्रतिशत) थी।
- पैरामेडिकल स्टाफ की श्रेणी में कमी जवाहर लाल नेहरू राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय अस्पताल, चंबा में सबसे कम (32 प्रतिशत) जबकि यशवंत सिंह परमार राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय अस्पताल, सिरमौर में सबसे अधिक (84 प्रतिशत) थी।

2.2.1.1 चयनित तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्धता

चयनित तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों की प्रमुख श्रेणियों में उपलब्ध जनशक्ति का विवरण नीचे **तालिका 2.2** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.2: 31 मार्च 2023 तक जनशक्ति की प्रास्थिति

संवर्ग	प्रमुख श्रेणी	आईजीएमसी, शिमला (एआईएमएसएस चमियाना, शिमला सहित)			आरपीजीएमसी, कांगड़ा		
		स्वीकृत पद	पदस्थ कर्मी	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत पद	पदस्थ कर्मी	कमी (प्रतिशत)
चिकित्सक	प्राध्यापक	77	70	7 (9)	40	31	9 (23)
	सह-प्राध्यापक	76	52	24 (32)	45	23	22 (49)
	सहायक प्राध्यापक	158	147	11 (7)	81	95	-
	सीनियर रेजिडेंट	227	136	91 (40)	146	97	49 (34)
	अन्य विशेषज्ञ	9	8	1 (11)	3	14	-
	चिकित्सा अधिकारी	22	43	-	29	19	10 (34)
	कुल	**569**	**456**	**134 (24)**	**344**	**279**	**90 (26)**
अन्य स्टाफ	नर्सिंग स्टाफ	1,069	595	474 (44)	583	508	75 (13)
	पैरामेडिकल स्टाफ	367	199	168 (46)	212	131	81 (38)
	कुल	**1,436**	**794**	**642 (45)**	**795**	**639**	**156 (20)**
सकल योग		**2,005**	**1,250**	**776 (39)**	**1,139**	**918**	**246^ (22)**

^ कमी की गणना करते समय आधिक्य पर विचार नहीं किया गया।

स्रोतः स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

तालिका 2.2 से स्पष्ट है कि जब राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना की गई तो उपरोक्त उल्लिखित श्रेणियों में कमी थी। आईजीएमसी, शिमला तथा आरपीजीएमसी, कांगड़ा में क्रमशः 39 व 22 प्रतिशत की समग्र कमी थी।

2.2.1.2 इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (आईजीएमसी), शिमला

- मार्च 2023 तक राज्य द्वारा स्वीकृत 569 पदों के प्रति आईजीएमसी, शिमला (एआईएमएसएस चमियाना, शिमला सहित) में कुल 134 चिकित्सकों की कमी थी (प्राध्यापक-नौ प्रतिशत, सह प्राध्यापक-32 प्रतिशत, सहायक प्राध्यापक-सात प्रतिशत व सीनियर रेजिडेंट-40 प्रतिशत)।
- मार्च 2023 तक मेडिकल कॉलेज में 22 चिकित्सा अधिकारियों के स्वीकृत पद के सापेक्ष 43 चिकित्सा अधिकारी तैनात थे।
- मार्च 2023 तक राज्य द्वारा स्टाफ नर्सों के स्वीकृत पदों की तुलना में कुल 44 प्रतिशत की कमी थी। इसी भांति पैरामेडिकल स्टाफ में भी 46 प्रतिशत की कमी देखी गई।
- आईजीएमसी, शिमला में सितंबर 2022 तक आपातकालीन चिकित्सा विभाग में प्राध्यापक, सह प्राध्यापक व सहायक प्राध्यापक श्रेणियों में क्रमशः एक, दो व चार स्वीकृत पदों के सापेक्ष कमी देखी गई, जहां कोई जनशक्ति तैनात नहीं थी, जबकि सीनियर रेजिडेंट श्रेणी में स्वीकृत 16 पदों के प्रति एक व्यक्ति तैनात था। कान, नाक, गला (ईएनटी) विभाग में प्राध्यापक व सह प्राध्यापक, दोनों श्रेणियों के स्वीकृत दो-दो पदों के प्रति एक-एक व्यक्ति की तैनाती की गई। इसी भांति एनेस्थीसिया विभाग में 11 की निर्धारित जनशक्ति के सापेक्ष चार सहायक प्राध्यापक के पद रिक्त थे।
- मेडिकल कॉलेज राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग के मानदंडों का पालन करते हैं जो मेडिकल कॉलेज चलाने के लिए न्यूनतम आवश्यकताएं निर्धारित करते हैं। मानव संसाधन के मामले में न्यूनतम निर्धारित पदों से अधिक जनशक्ति की उपलब्धता को एक अच्छा मापदंड माना जा सकता है। आईजीएमसी, शिमला की लेखापरीक्षा के दौरान देखा गया कि राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार सितंबर 2022 तक मेडिकल कॉलेज के कुछ विभागों में सात चिकित्सकों (प्राध्यापक, सह प्राध्यापक व सहायक प्राध्यापक) की कमी थी। जैव रसायन, सामुदायिक चिकित्सा, मनोचिकित्सा, सूक्ष्मजीव विज्ञान एवं आपातकालीन चिकित्सा विभागों में प्रत्येक में एक सह प्राध्यापक की कमी पाई गई। आपातकालीन चिकित्सा में प्राध्यापक एवं सहायक प्राध्यापक संवर्ग में प्रत्येक में एक-एक कर्मी की कमी पाई गई।

2.2.1.3 राजेंद्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (आरपीजीएमसी) कांगड़ा

- मार्च 2023 तक आरपीजीएमसी कांगड़ा में राज्य द्वारा स्वीकृत 344 पद के प्रति कुल 90 चिकित्सकों की कमी पाई गई (प्राध्यापक- 23 प्रतिशत, सह प्राध्यापक- 49 प्रतिशत व सीनियर रेजिडेंट- 34 प्रतिशत)।

- मार्च 2023 तक नर्स एवं पैरामेडिकल स्टाफ संवर्ग में क्रमशः 13 व 38 प्रतिशत की सकल कमी थी।
- जून 2022 तक एनाटॉमी (सह प्राध्यापक), ब्लड बैंक (प्राध्यापक व सह प्राध्यापक), नेफ्रोलॉजी (प्राध्यापक, सह प्राध्यापक व सहायक प्राध्यापक), छाती एवं टीबी (सह प्राध्यापक, सहायक प्राध्यापक व सीनियर रेजिडेंट आदि) विभाग में सौ प्रतिशत कमी देखी गई।
- न्यूनतम मानक निर्धारित करने वाले राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों से तुलना करने पर जून 2022 तक महाविद्यालय में 41 चिकित्सकों (प्राध्यापक, सह प्राध्यापक, सहायक प्राध्यापक व सीनियर रेजिडेंट) की कमी पाई गई। फिजियोलॉजी (प्राध्यापक-एक, सहायक प्राध्यापक-तीन व सीनियर रेजिडेंट-तीन), छाती एवं तपेदिक (प्रत्येक संवर्ग में एक-एक सह प्राध्यापक, सहायक प्राध्यापक व सीनियर रेजिडेंट), एनाटॉमी (सह प्राध्यापक व सहायक प्राध्यापक के संवर्ग में एक-एक एवं सीनियर रेजिडेंट में तीन), बायोकेमिस्ट्री (सह प्राध्यापक-एक व सीनियर रेजिडेंट-तीन) आदि विभाग में भारी कमी देखी गई।
- नेफ्रोलॉजी व आपातकालीन चिकित्सा विभागों में किसी भी कार्मिक की तैनाती न होने के कारण ये विभाग जून 2022 तक निष्क्रिय रहे, जिससे रोगी अभीष्ट सुविधाओं से वंचित रहे।

प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया कि सह प्राध्यापक एवं प्राध्यापक के पद पदोन्नति वाले पद हैं और पदधारियों के पात्र होने पर ये पद भरे जाएंगे।

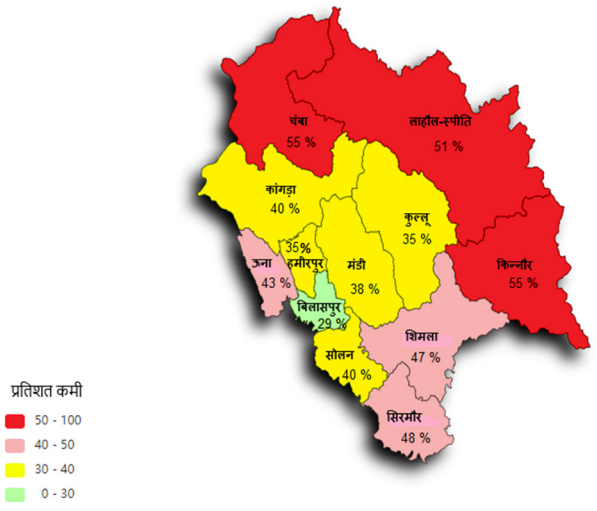
- **जनशक्ति की अनुपलब्धता के परिणामस्वरुप निष्क्रिय रखी मशीनरी व उपकरण**

  नवंबर 2016 में आरपीजीएमसी के कार्डियो-थोरेसिक व वैस्कुलर सर्जरी (सीटीवीएस) विभाग में ₹ 1.56 करोड़ की दो हार्ट लंग मशीनें खरीदी गईं, जिनमें से एक हार्ट लंग मशीन मार्च 2017 में आईजीएमसी, शिमला में स्थानांतरित कर दी गई व दूसरी हार्ट लंग मशीन नवंबर 2016 से जनशक्ति (परफ्यूज़निस्ट[6]) की अनुपलब्धता के कारण निष्क्रिय रखी थी। विभाग ने इस मामले को उच्चाधिकारियों के समक्ष रखा परन्तु लेखापरीक्षा की तिथि तक कोई मशीन ऑपरेटर तैनात नहीं किया गया एवं ₹ 0.78 करोड़ मूल्य की मशीन निष्क्रिय रही।

[6] वे हृदय शल्य-चिकित्सा के दौरान हार्ट लंग बाईपास यंत्र को परिचालित करते हैं।

2.2.2 द्वितीयक व प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्धता

सम्पूर्ण राज्य के प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधनों की समग्र उपलब्धता की प्रास्थिति पर नीचे चर्चा की गई। जिला अस्पताल चंबा, हमीरपुर व सिरमौर में मानव संसाधनों की समग्र उपलब्धता को शामिल नहीं किया गया है क्योंकि इन जिलों में जिला अस्पताल मेडिकल कॉलेज से जुड़े हैं।



मानचित्र 2.7: प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में समग्र जनशक्ति की उपलब्धता में जिले-वार कमी

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य में प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में मानव संसाधनों की समग्र उपलब्धता की प्रास्थिति **मानचित्र 2.7** में दर्शाई गई है।

मानचित्र 2.7 से स्पष्ट है, जनशक्ति की सकल कमी बिलासपुर जिले में सबसे कम (29 प्रतिशत) जबकि किन्नौर व चंबा जिलों में सबसे अधिक (55 प्रतिशत) थी।

2.2.2.1 चयनित जिलों में प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में समग्र मानव संसाधन की उपलब्धता

चयनित जिलों में प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधनों की उपलब्धता का विश्लेषण राज्य द्वारा स्वीकृत पद के अनुसार किया गया। चयनित जिलों में उपलब्ध जनशक्ति का विवरण नीचे **तालिका 2.3** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.3: 31 मार्च 2023 तक चयनित जिलों में प्रमुख श्रेणियों में मानव संसाधन की प्रास्थिति

स्वीकृत पद/पदस्थ कर्मी	स्वीकृत पद	तैनात कर्मी	स्वीकृत पद	तैनात कर्मी	स्वीकृत पद	तैनात कर्मी	स्वीकृत पद	तैनात कर्मी	कमी (प्रतिशत)
जिला / श्रेणी	किन्नौर		सोलन		कांगड़ा		कुल		
चिकित्सा अधिकारी व प्रशासनिक कर्मी	88	69	169	164	496	412	753	645	14.34
अनुसचिवीय कर्मी	46	14	65	45	159	88	270	147	45.56
पैरामेडिकल स्टाफ	87	32	165	121	510	388	762	541	29
जन स्वास्थ्य कर्मी	124	45	445	155	1,094	389	1,663	589	64.58
नर्सिंग स्टाफ	66	32	173	140	634	454	873	626	28.29
सहायक कर्मचारी/IV श्रेणी/अन्य	147	57	247	131	582	328	976	516	47.13
योग	**558**	**249**	**1,264**	**756**	**3,475**	**2,059**	**5,297**	**3,064**	**42.16**

स्रोतः स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

तालिका 2.3 से स्पष्ट है, चयनित जिलों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों के संबंध में सभी श्रेणियों में 42.16 प्रतिशत की कमी थी। निम्नलिखित संवर्गों में बड़ी कमी देखी गई:

- जन स्वास्थ्य कर्मी संवर्ग में 64.58 प्रतिशत की कमी देखी गई, जिसके कारण राज्य में 39 प्रतिशत स्वास्थ्य उप-केंद्र बिना कर्मियों के संचालित थे, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.7** में चर्चा की गई है।
- नर्सिंग स्टाफ संवर्ग में 28.29 प्रतिशत की कमी देखी गई, जिससे रोगियों को विशेष देखभाल से एवं चिकित्सकों को ऑपरेशन थिएटर एवं गहन चिकित्सा इकाई आदि जैसे क्षेत्रों में सहायता से वंचित होना पड़ा।
- पैरामेडिकल स्टाफ में भी 29 प्रतिशत की कमी देखी गई, जिसके कारण चयनित जिलों में एक्स-रे मशीनें अप्रयुक्त रहीं एवं रोगी अभीष्ट लाभ से वंचित रह गए, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.5.4** में चर्चा की गई है।
- चयनित तीनों जिलों में सभी संवर्गों में किन्नौर में जनशक्ति की उपलब्धता सबसे कम (44.62 प्रतिशत) रही जबकि सोलन में जनशक्ति की उपलब्धता सबसे अधिक (59.81 प्रतिशत) थी।

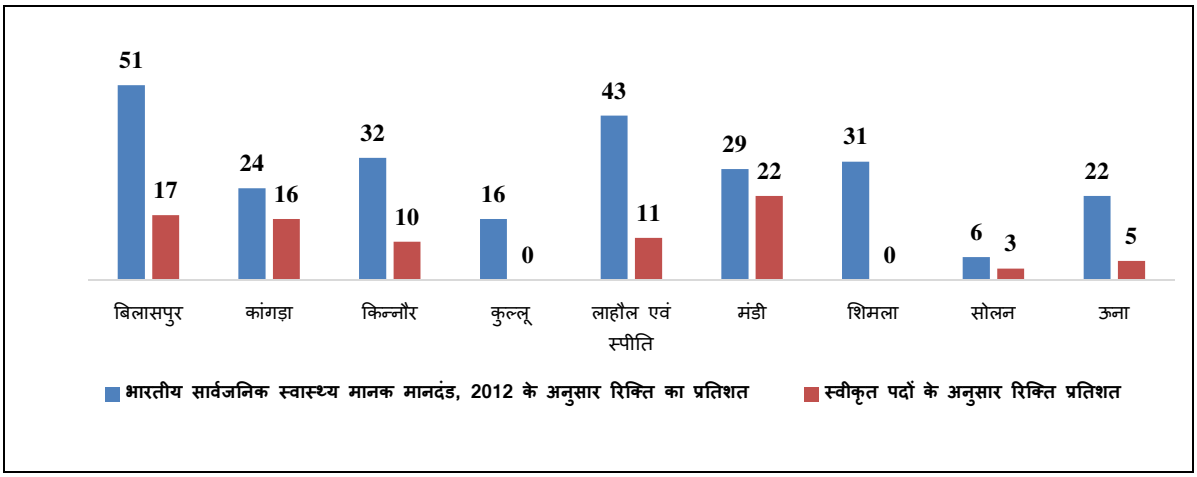
2.2.2.2 जिला अस्पतालों में चिकित्सकों की उपलब्धता

जिला अस्पतालों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता का विश्लेषण राज्य द्वारा स्वीकृत पद एवं भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार किया गया।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार 100, 200, 300, 400 बिस्तर क्षमता वाले एक जिला अस्पताल में क्रमशः 28, 33, 49 व 56 चिकित्सक होने चाहिए (आयुष चिकित्सक को छोड़कर)।

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य के जिला अस्पतालों में चिकित्सकों की उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण नीचे **चार्ट 2.6** में दर्शाया गया है।

चार्ट 2.6: चिकित्सकों की कमी (प्रतिशत)

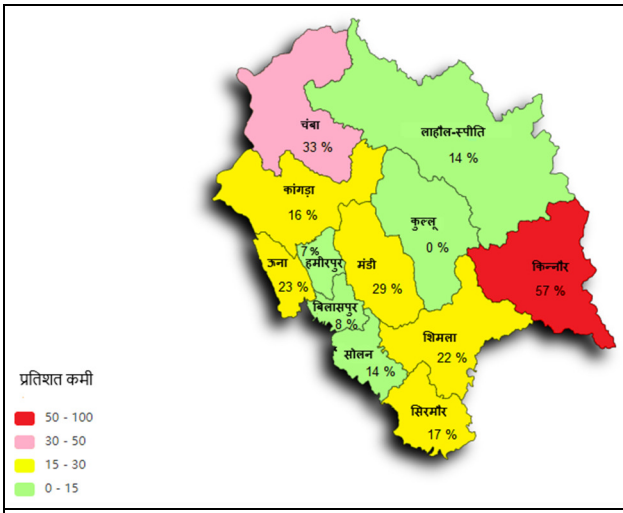


अतः **चार्ट 2.6** के अनुसार जिला अस्पतालों में चिकित्सक श्रेणी में कमी इस प्रकार थीं:

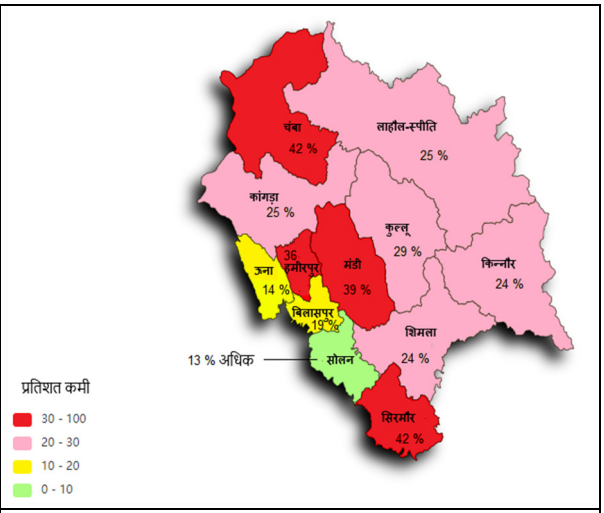
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मदनदंड, 2012 से तुलना करने पर यह सोलन में सबसे कम (छः प्रतिशत) व बिलासपुर जिले में उच्चतम (51 प्रतिशत) थी।
- राज्य के स्वीकृत पदों से तुलना करने पर यह सोलन जिले में सबसे कम (तीन प्रतिशत) व मंडी जिले में सबसे अधिक (22 प्रतिशत) थी। कुल्लू व शिमला जिलों में कोई कमी नहीं थी।

2.2.2.3 सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की जिले-वार उपलब्धता

राज्य द्वारा स्वीकृत पदानुसार सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की जिले-वार उपलब्धता का विश्लेषण किया गया। मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य में जिले-वार सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य द्वारा स्वीकृत पद की तुलना में चिकित्सकों की उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण क्रमशः **मानचित्र 2.8** व **मानचित्र 2.9** में नीचे दर्शाया गया है।



मानचित्र 2.8: सिविल अस्पतालों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता में जिले-वार कमी



मानचित्र 2.9: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता में जिले-वार कमी

मानचित्रों 2.8 व **2.9** से स्पष्ट है कि :

- राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में सिविल अस्पतालों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता में कमी हमीरपुर जिले में सबसे कम (सात प्रतिशत) व किन्नौर जिले में सबसे अधिक (57 प्रतिशत) थी। कुल्लू जिले में कोई पद रिक्त नहीं था।
- राज्य द्वारा स्वीकृत पदों की तुलना में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता में कमी ऊना जिले में सबसे कम (14 प्रतिशत) जबकि चंबा व सिरमौर जिलों में सबसे अधिक (42 प्रतिशत) थी। हालांकि सोलन जिले के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों से 13 प्रतिशत अधिक चिकित्सक थे।

2.2.2.4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सकों की जिले-वार उपलब्धता

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की जिले-वार उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण **मानचित्र 2.10** में दर्शाया गया है।



मानचित्र 2.10: राज्य द्वारा स्वीकृत पद की तुलना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की जिले-वार कमी

मानचित्र 2.10 से स्पष्ट है कि राज्य द्वारा स्वीकृत पद की तुलना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों (विशेषज्ञों सहित) की उपलब्धता में कमी सोलन जिले में सबसे कम (पांच प्रतिशत) एवं सिरमौर जिले में सबसे अधिक (33 प्रतिशत) थी।

निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं से एकत्र की गई जानकारी के अनुसार पाया गया कि मार्च 2023 तक 98 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र[7] बिना चिकित्सकों के चल रहे थे।

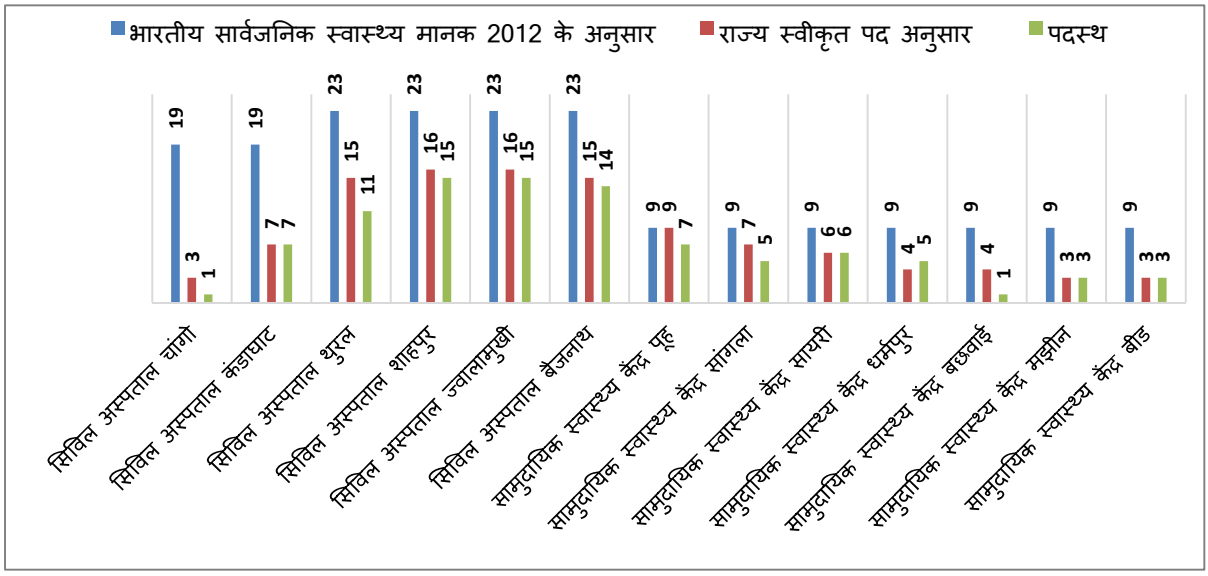
2.2.2.5 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों/ राज्य द्वारा स्वीकृत पदों से चिकित्सकों की तुलना

मार्च 2023 तक चयनित इकाइयों (छः सिविल अस्पताल व सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में भारतीय सिविल स्वास्थ्य मानक मानदंडों व राज्य के स्वीकृत पदों के संदर्भ में चिकित्सकों की कमी देखी गई। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार 31-50 बिस्तरों एवं 51-100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पतालों में क्रमशः 19 व 23 चिकित्सक होने चाहिए। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (30 बिस्तर) में नौ चिकित्सक निर्धारित हैं।

[7] बिलासपुर- छः, चंबा- सात, हमीरपुर- दो, कांगड़ा- नौ, किन्नौर- तीन, कुल्लू- सात, मंडी- 25, शिमला- 18, सिरमौर- 16, सोलन- तीन व ऊना- दो

मार्च 2023 तक भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 व राज्य की स्वीकृत क्षमता की तुलना में चयनित सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सकों की उपलब्धता की स्थिति नीचे **चार्ट 2.7** में दी गई है।

चार्ट 2.7: मार्च 2023 तक चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 व राज्य मानदंडों के अनुसार चिकित्सकों की उपलब्धता की स्थिति



चार्ट 2.7 से स्पष्ट है कि:

- चयनित सिविल अस्पतालों में सबसे कम चिकित्सक (एक) सिविल अस्पताल, चांगो में एवं सबसे अधिक (15) सिविल अस्पताल, शाहपुर व ज्वालामुखी में उपलब्ध थे।
- चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में सबसे कम चिकित्सक (एक) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में जबकि सबसे अधिक चिकित्सक (आठ) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह में उपलब्ध थे।

स्वास्थ्य सेवा के मानव संसाधन में पद रिक्त होने से रोगियों/लाभार्थियों को चिकित्सा सेवाओं के वितरण पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है। अतः राज्य को विभिन्न स्तरों पर स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त मानव संसाधनों की भर्ती/तैनाती हेतु तत्काल कदम उठाने की आवश्यकता है।

2.2.3 द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों में विशेषज्ञों की उपलब्धता

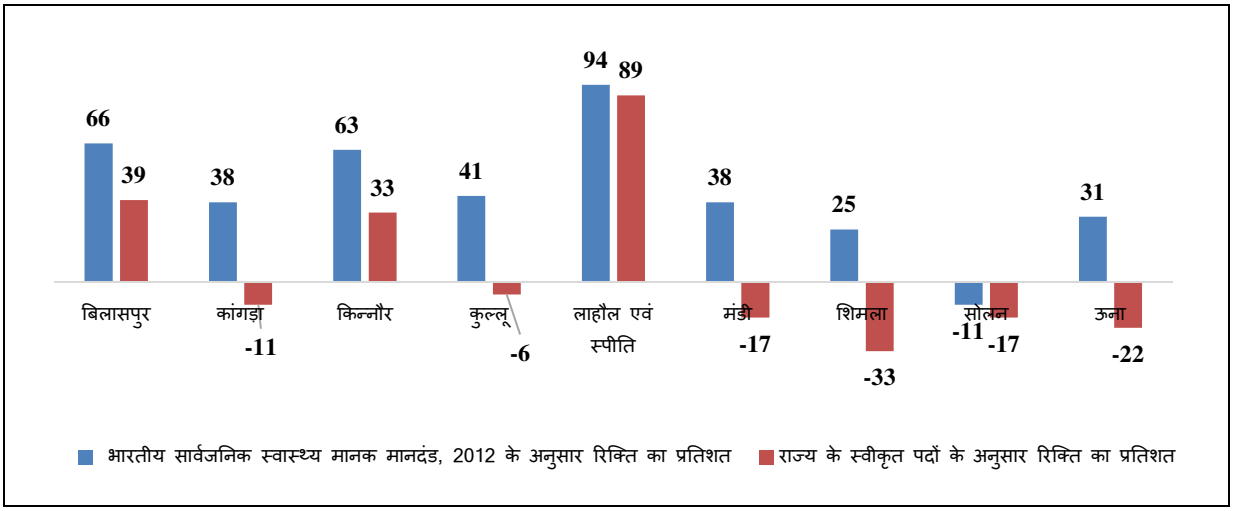
फरवरी 2016 के दौरान भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने सभी राज्यों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं (जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में विशेषज्ञ सहायता सुदृढ़ करने का निर्देश दिया। भारत सरकार के उपरोक्त निर्देश के विपरीत लेखापरीक्षा में द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों में विशेषज्ञों की भारी कमी पाई गई, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेदों में चर्चा की गई है।

2.2.3.1 राज्य के जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की अनुपलब्धता

हिमाचल प्रदेश सरकार ने मार्च 2013 की अधिसूचना के माध्यम से अधिसूचित किया था कि आंचलिक व क्षेत्रीय अस्पतालों (गैर-जनजातीय) एवं क्षेत्रीय अस्पतालों (जनजातीय) में क्रमशः 18 व नौ विशेषज्ञ आवश्यक होंगे। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार, 100, 200, 300, 400 बिस्तर क्षमता वाले जिला अस्पतालों में क्रमशः 16, 19, 32 व 34 विशेषज्ञ (डेंटिस्ट व आयुष को छोड़कर) होने चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि द्वितीयक स्तर के किसी भी स्वास्थ्य संस्थान हेतु विशेषज्ञों के पद स्वीकृत नहीं किए गए। मार्च 2023 तक जिला अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 एवं राज्य के अधिसूचित पदों के संदर्भ में जिले-वार विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की प्रास्थिति नीचे **चार्ट 2.8** में विवर्णित है।

चार्ट 2.8: जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की कमी (प्रतिशत)



टिप्पणी: सोलन जिला अस्पताल में विशेषज्ञों की उपलब्धता भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से अधिक थी (11 प्रतिशत)। राज्य के अधिसूचित पदों से तुलना करने पर पता चला कि नौ में से छः[8] जिला अस्पतालों में अधिसूचित पद से अधिक विशेषज्ञ थे।

चार्ट 2.8 से स्पष्ट है कि:

- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से तुलना करने पर जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की कमी शिमला में सबसे कम (25 प्रतिशत) एवं लाहौल-स्पीति जिले में सबसे अधिक (94 प्रतिशत) थी।
- राज्य के अधिसूचित पदों से तुलना करने पर जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की कमी किन्नौर में सबसे कम (33 प्रतिशत) एवं लाहौल-स्पीति जिले में सबसे अधिक (89 प्रतिशत) थी।

[8] कांगड़ा (11 प्रतिशत), कुल्लू (छः प्रतिशत), मंडी (17 प्रतिशत), शिमला (33 प्रतिशत), सोलन (17 प्रतिशत) व ऊना (22 प्रतिशत)

सोलन जिला अस्पताल में विशेषज्ञों की उपलब्धता भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से अधिक थी। जब राज्य के अधिसूचित पदों से तुलना की गई तो **चार्ट 2.8** में दिखाए गए नौ में से छः जिला अस्पतालों में अधिसूचित पद से अधिक विशेषज्ञ थे।

2.2.3.2 चयनित जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की अनुपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एक जिला अस्पताल द्वारा कान, नाक, गला (ईएनटी), सामान्य चिकित्सा (जनरल मेडिसिन), नेत्ररोग (ऑप्थेल्मोलॉजी), बालरोग (पेडियेट्रिक), त्वचा रोग (डर्मेटोलॉजी एवं वेनेरियोलॉजी), अस्थिरोग (आर्थोपेडिक्स), स्त्रीरोग (गाइनेकोलॉजी) इत्यादि से संबंधित विशेषज्ञ बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाएं उपलब्ध कराई जाए। वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान नमूना-जांचित जिला अस्पतालों में महत्वपूर्ण विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की प्रास्थिति नीचे **तालिका 2.4** में विवर्णित है।

तालिका 2.4: नमूना-जांचित जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की अवधि

जिला अस्पताल	विभाग	विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की अवधि		वर्षों की संख्या
		से	तक	
किन्नौर	ईएनटी	अप्रैल 2016	अक्टूबर 2021	5
	जनरल मेडिसिन	अप्रैल 2016	मार्च 2019	3
	पेडियेट्रिक	अप्रैल 2016	अक्टूबर 2021	5
	डर्मेटोलॉजी एवं वेनेरियोलॉजी	अप्रैल 2016	अक्टूबर 2021	5
	मनोचिकित्सा	अप्रैल 2016	अक्टूबर 2021	5
	आर्थोपेडिक्स	अप्रैल 2016	अक्टूबर 2021	5
	गाइनेकोलॉजी	अप्रैल 2016	मार्च 2018	2
सोलन	मनोचिकित्सा	जनवरी 2016	जून 2019	3
कांगड़ा	आर्थोपेडिक्स	अप्रैल 2016	दिसंबर 2021	5

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थाओं द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

तालिका 2.4 से पाया गया कि वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान:

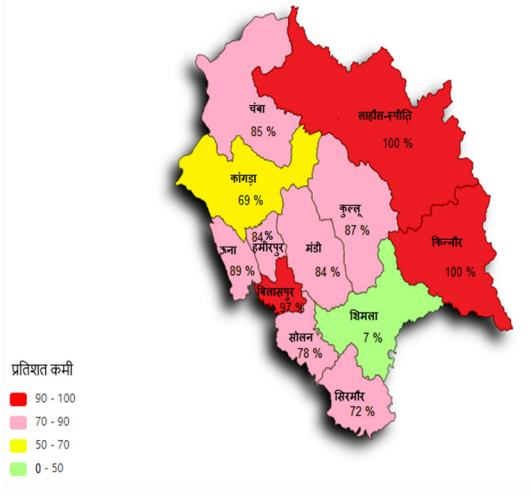
- जिला अस्पताल, किन्नौर में ईएनटी, जनरल मेडिसिन, पेडियेट्रिक, डर्मेटोलॉजी एवं वेनेरियोलॉजी, मनोचिकित्सा (साइकेट्री), आर्थोपेडिक्स एवं गाइनेकोलॉजी विभागों में दो से पांच वर्ष तक की अवधि हेतु विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं थे। वर्ष 2016-17 से 2017-18 के दौरान जिला अस्पताल, किन्नौर में स्त्री रोग विशेषज्ञ तैनात न होने के कारण 923 प्रसव बिना नियमित विशेषज्ञों के ही करवाए गए।
- जिला अस्पताल, सोलन में मनोचिकित्सक का पद तीन वर्ष से नहीं भरा गया।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में पूरे पांच वर्ष तक आर्थोपेडिक्स विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं था।

2.2.3.3 राज्य में सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञों की जिले-वार अनुपलब्धता

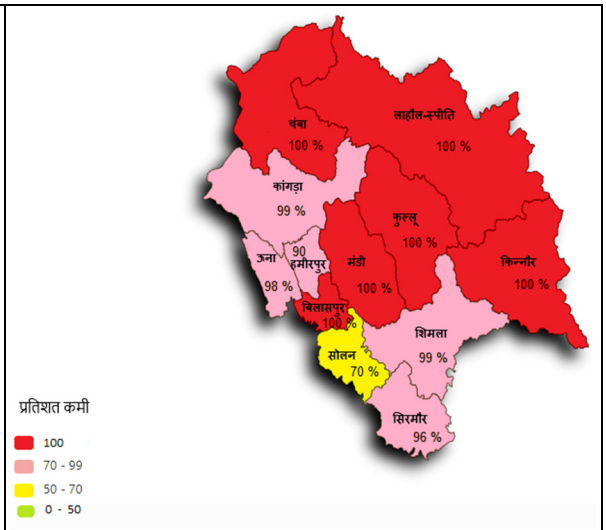
हिमाचल प्रदेश सरकार ने मार्च 2013 की अधिसूचना के माध्यम से सिविल अस्पतालों हेतु नौ विशेषज्ञों की आवश्यकता अधिसूचित की। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एक

सिविल अस्पताल में न्यूनतम नौ विशेषज्ञ होने चाहिए। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में पांच विशेषज्ञ होने चाहिए परन्तु राज्य सरकार ने इसकी उपलब्धता निर्दिष्ट नहीं की।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 तथा राज्य द्वारा अधिसूचित स्वीकृत पदों के संबंध में मार्च 2023 तक सिविल अस्पतालों में विशेषज्ञों की जिले-वार अनुपलब्धता की प्रास्थिति **मानचित्र 2.11** में विवर्णित है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के संबंध में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञों की जिले-वार अनुपलब्धता की प्रास्थिति नीचे **मानचित्र 2.12** में दर्शाई गई है।



मानचित्र 2.11: सिविल अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 व राज्य द्वारा अधिसूचित पद के अनुसार विशेषज्ञों की कमी (क्योंकि दोनों मानदंडों की अपेक्षाएं समान है)।



मानचित्र 2.12: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार विशेषज्ञों की कमी।

मानचित्रों 2.11 व **2.12** से स्पष्ट है कि:

- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 व राज्य द्वारा अधिसूचित स्वीकृत पदों से तुलना करने पर सिविल अस्पतालों में विशेषज्ञों की कमी शिमला जिले में सबसे कम (सात प्रतिशत) एवं लाहौल-स्पीति व किन्नौर जिलों में सबसे अधिक (100 प्रतिशत) थी।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से तुलना करने पर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञों की कमी सोलन में सबसे कम (70 प्रतिशत) एवं लाहौल-स्पीति, किन्नौर, चंबा, बिलासपुर, कुल्लु व मंडी जिलों में सबसे अधिक (100 प्रतिशत) थी।

2.2.3.4 चयनित सिविल अस्पतालों में विशेषज्ञों की अनुपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में सिविल अस्पतालों में जनरल आर्थोपेडिक्स, ऑब्सटेट्रिक्स व गाइनेकोलॉजी (प्रसूति व स्त्रीरोग), पेडियेट्रिक, एनेस्थीसिया, नेत्र-विज्ञान, ईएनटी, दंत चिकित्सा इत्यादि विभागों में विशेषज्ञ रखने की परिकल्पना की गई है। इसके अतिरिक्त राज्य सरकार

ने अप्रैल 2016 में 100 व 200 बिस्तर वाले अस्पतालों हेतु विशेषज्ञ रखने की अधिसूचना जारी की।

नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों में लेखापरीक्षा में सम्मिलित अवधि अर्थात वर्ष 2016-21 के दौरान महत्वपूर्ण विशेषज्ञों की अनुपलब्धता की प्रास्थिति नीचे **तालिका 2.5** में विवर्णित है।

तालिका 2.5: वर्ष 2016-21 के दौरान नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों में विशेषज्ञ की अनुपलब्धता की अवधि

विभाग	चांगो*	कंडाघाट	थुरल	ज्वालामुखी	शाहपुर	बैजनाथ
आर्थोपेडिक्स	5 वर्ष	5 वर्ष	5 वर्ष	5 वर्ष	4 वर्ष 5 माह	5 वर्ष
पेडियेट्रिक	5 वर्ष	3 वर्ष	उपलब्ध	3 वर्ष	3 वर्ष	उपलब्ध
गाइनेकोलॉजी	5 वर्ष	5 वर्ष	उपलब्ध	5 वर्ष	4 वर्ष 10 माह	5 वर्ष
ऑप्थल्मोलॉजी	5 वर्ष	5 वर्ष	5 वर्ष	4 वर्ष	5 वर्ष	उपलब्ध
ईएनटी	5 वर्ष	5 वर्ष	उपलब्ध	4 वर्ष	4 वर्ष 5 माह	उपलब्ध
दंत चिकित्सा	5 वर्ष	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध

** स्थापना के समय से*

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 2.5 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-21 के दौरान:

- सिविल अस्पताल, चांगो में छ: विशेषज्ञों में से एक भी तैनात नहीं था।
- सिविल अस्पताल, कंडाघाट में सम्पूर्ण अवधि में मात्र दंत विशेषज्ञ उपलब्ध था, जबकि अन्य पांच विशेषज्ञ तीन से पांच वर्ष की अवधि तक उपलब्ध नहीं थे।
- सिविल अस्पताल, थुरल में चार विशेषज्ञ अर्थात् पेडियेट्रिक, गाइनेकोलॉजी, ईएनटी व दंत चिकित्सा सम्पूर्ण अवधि में उपलब्ध थे परन्तु आर्थोपेडिक्स विशेषज्ञ व ऑप्थल्मोलॉजी विशेषज्ञ पूरी अवधि में उपलब्ध नहीं थे।
- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी व सिविल अस्पताल, शाहपुर में सम्पूर्ण अवधि में मात्र दंत विशेषज्ञ उपलब्ध थे, जबकि अन्य पांच विशेषज्ञ तीन से पांच वर्ष की अवधि तक उपलब्ध नहीं थे।
- सिविल अस्पताल, बैजनाथ में संपूर्ण अवधि के दौरान आर्थोपेडिक्स विशेषज्ञ व गाइनेकोलॉजी विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं थे।

चयनित जिलों के स्वास्थ्य संस्थानों में गाइनेकोलॉजी विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं थे। राज्य की सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में वर्ष 2015-16 से 2019-21 के दौरान प्रति प्रसव स्वयं का व्यय ₹ 3,329/- से बढ़कर ₹ 3,760/- हो गया, जो क्रमशः राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 एवं राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुसार राष्ट्रीय औसत (वर्ष 2015-16 में ₹ 3,197 व वर्ष 2019-21 में ₹ 2,916) से अधिक है। गाइनेकोलॉजी विशेषज्ञों की अनुपलब्धता के कारण राज्य में प्रति प्रसव स्वयं के व्यय में

वृद्धि होने से इनकार नहीं किया जा सकता।

2.2.3.5 एनेस्थेटिस्ट तैनात न होने से सर्जन एवं सर्जन तैनात न होने से एनेस्थेटिस्ट की सेवाओं का आंशिक उपयोग

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में परिकल्पित है कि एक ऑपरेशन थिएटर में रोगियों के ऑपरेशन एवं उनकी देखभाल हेतु आमतौर पर सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, नर्स और कभी-कभी पैथोलॉजिस्ट व रेडियोलॉजिस्ट की एक टीम होनी चाहिए।

चयनित नौ स्वास्थ्य संस्थानों (तीन जिला अस्पताल व छः सिविल अस्पताल) में देखा गया कि चार स्वास्थ्य संस्थानों (एक जिला अस्पताल व तीन सिविल अस्पताल) में सर्जन व एनेस्थेटिस्ट को एक समयावधि में तैनात नहीं किया गया, जैसाकि नीचे **तालिका 2.6** में विवर्णित है।

तालिका 2.6: एक समयावधि में तैनात नहीं किए गए सर्जन व एनेस्थेटिक को दर्शाता विवरण

स्वास्थ्य संस्थान	विवरण	प्रभाव
जिला अस्पताल, किन्नौर	अगस्त 2016 से अप्रैल 2018 तक सर्जन की तैनाती के दौरान कोई एनेस्थेटिस्ट तैनात नहीं किया गया। एनेस्थेटिस्ट को अप्रैल 2018 के दौरान तैनात किया गया एवं नवंबर 2020 में कार्यमुक्त कर दिया गया।	अगस्त 2016 से अप्रैल 2018 व नवंबर 2020 के बाद एनेस्थेटिस्ट के मार्गदर्शन के बिना बड़ी सर्जरियां की गई होंगी।
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	एनेस्थेटिस्ट को दिसंबर 2018 से जून 2019 तक व सर्जन को जुलाई 2020 से तैनात किया गया।	दिसंबर 2018 से जून 2019 के दौरान एनेस्थेटिस्ट की सेवाओं का उपयोग नहीं किया गया क्योंकि उस अवधि के दौरान सर्जन तैनात नहीं थे।
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	जुलाई 2020 से एनेस्थेटिस्ट तैनात किया गया परन्तु किसी सर्जन को तैनात नहीं किया गया।	सर्जन की अनुपलब्धता के कारण एनेस्थेटिस्ट की सेवा का उपयोग नहीं किया जा सका। उन्होंने चिकित्सा अधिकारी की सामान्य सेवाएं दी।
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	एनेस्थेटिस्ट तैनात किया गया परन्तु दिसंबर 2021 से मई 2022 तक किसी सर्जन को तैनात नहीं किया।	सर्जन की अनुपलब्धता के कारण एनेस्थेटिस्ट की सेवा का उपयोग नहीं किया जा सका।

सिविल अस्पताल, कंडाघाट ने प्रत्युत्तर दिया (जनवरी 2022) कि विशेषज्ञों की तैनाती निदेशालय स्तर पर हुई थी। सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी ने उसके उत्तर में बताया (जनवरी 2022) कि मामला निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के साथ उठाया जाएगा।

इस प्रकार, जिला अस्पताल एवं स्वास्थ्य केंद्र सभी आवश्यक विशेषज्ञों की अनुपलब्धता के कारण नागरिकों को व्यापक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में विफल रहे। जिला अस्पताल व सिविल अस्पताल में महत्वपूर्ण विशेषज्ञों की कमी परिलक्षित करती है कि रोगियों को या तो तृतीयक स्वास्थ्य संस्थानों में अथवा निजी अस्पतालों में रेफर करना पड़ा, जो रोगियों पर अतिरिक्त वित्तीय बोझ था।

वर्ष 2016-22 के दौरान उपरोक्त स्वास्थ्य संस्थानों के निकटवर्ती मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में उच्च औसत वार्षिक ओपीडी भार (आरपीजीएमसी- 4.67 लाख व आईजीएमसी/केएनएसएच- 7.25 लाख) देखा गया।

2.2.3.6 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में विशेषज्ञों की अनियमित तैनाती

- सरकार के आदेशानुसार सितंबर 2020 में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में तैनात एक दंत-चिकित्सक को जिला अस्पताल, कांगड़ा में प्रतिनियुक्त किया गया। वहां तीन स्वीकृत पदों के सापेक्ष पहले से ही तीन दंत चिकित्सक तैनात थे, जिससे अतिरिक्त तैनाती की स्थिति बन गई। अन्य स्वास्थ्य संस्थान में चिकित्सक की नियुक्ति से उस क्षेत्र के निवासी चिकित्सा सेवाओं से वंचित रह गए, जिससे उन्हें 30 किलोमीटर से अधिक की दूरी तय करके दूसरे स्वास्थ्य संस्थान (सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी) में जाना पड़ा।
- अगस्त 2021 में ईएनटी विशेषज्ञ व छाती व टीबी रोग विशेषज्ञ को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में एक साथ तैनात किया गया परन्तु उनका वेतन सिविल अस्पताल, अर्की के स्थापना अनुभाग से आहरित किया जा रहा था। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में ईएनटी उपचार हेतु अपेक्षित बुनियादी चिकित्सा उपकरण भी नहीं थे। अतः ईएनटी विशेषज्ञ की नियुक्ति उचित नहीं थी और अपेक्षित उपकरणों की उपलब्धता को ध्यान में रखते हुए तैनाती की जानी चाहिए थी। इसके अतिरिक्त छाती/ टीबी रोग विशेषज्ञ की तैनाती भी उचित नहीं थी क्योंकि अस्पताल परिसर में पहले से ही टीबी सेनेटोरियम (टीबी रोगियों का अस्पताल) था जहां टीबी रोग का सम्पूर्ण उपचार उपलब्ध है। इसके स्थान पर विशेषज्ञ को उस स्वास्थ्य संस्थान में तैनात किया जाना चाहिए था, जहां टीबी रोग विशेषज्ञ की सख्त आवश्यकता थी।

इसी भांति अलग-अलग स्वास्थ्य संस्थानों में तैनात परन्तु अन्य प्रतिष्ठानों से वेतन लेने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों के समान मामले भी देखे गए, जिन्हें **परिच्छेद 2.2.8** में इंगित किया गया है।

2.2.4 राज्य के द्वितीयक एवं प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थानों में नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता

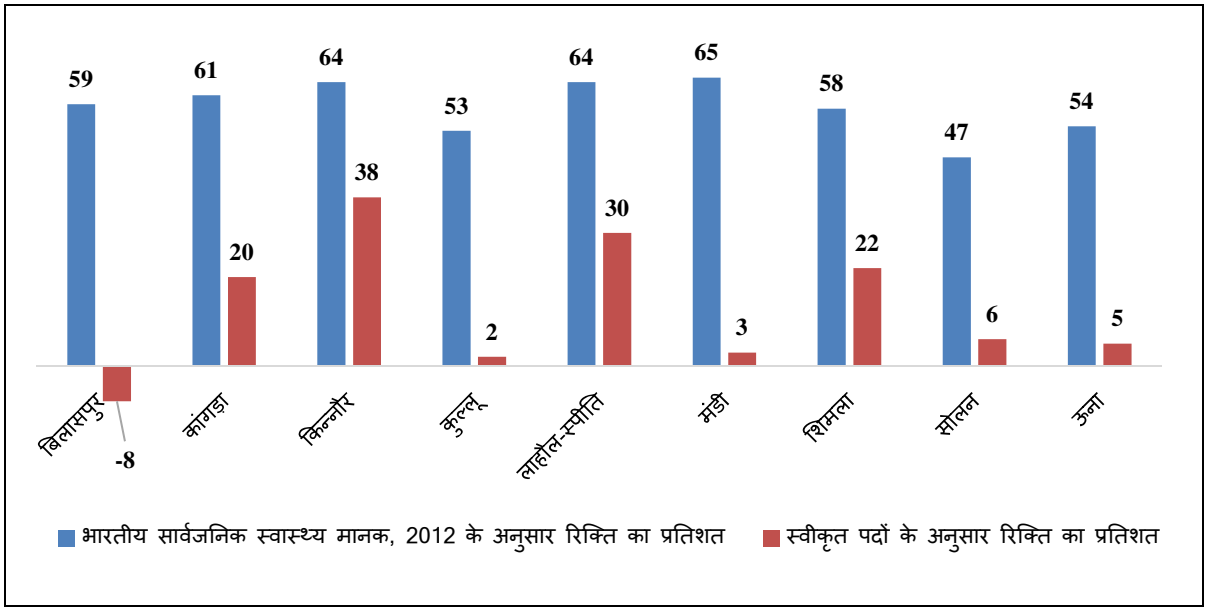
सम्पूर्ण राज्य में एवं द्वितीयक स्तर के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में राज्य के स्वीकृत पदों एवं भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों के सापेक्ष नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता एवं प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) में राज्य के स्वीकृत पदों के सापेक्ष नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता पर अनुवर्ती परिच्छेदों में चर्चा की गई है।

2.2.4.1 जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता की प्रास्थिति

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 में अस्पतालों के विभिन्न स्तरों में बिस्तर क्षमता के अनुसार नर्सों की संख्या की उपलब्धता को वर्गीकृत किया गया है। 100, 200, 300 व 400 बिस्तरों वाले जिला अस्पतालों में क्रमशः 45, 90, 135 व 180 नर्सें होनी चाहिए।

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य के जिला अस्पतालों में नर्सों की उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण नीचे **चार्ट 2.9** में दर्शाया गया है।

चार्ट 2.9: जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ की रिक्ति का प्रतिशत



**जिला अस्पताल चंबा, जिला अस्पताल सिरमौर तथा जिला अस्पताल चंबा को नहीं लिया गया क्योंकि वे मेडिकल कॉलेजों से संबद्ध हैं।*

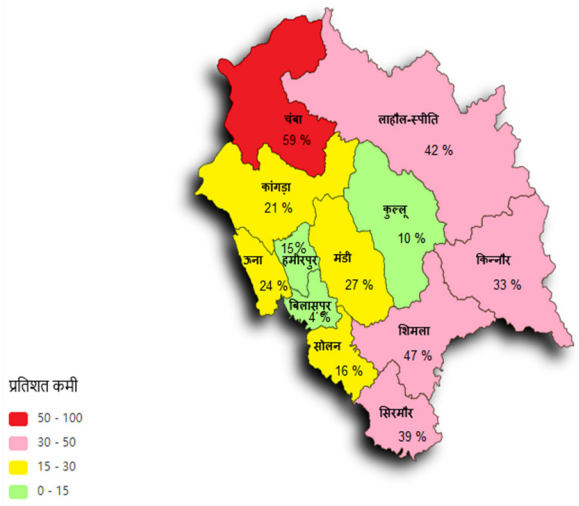
चार्ट 2.9 से स्पष्ट है कि जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ श्रेणी में कमी इस प्रकार है:

- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 से तुलना करने पर रिक्तियां सोलन में सबसे कम (47 प्रतिशत) व मंडी जिले में सबसे अधिक (65 प्रतिशत) थी।
- राज्य में स्वीकृत पदों की तुलना में रिक्तियां मंडी में सबसे कम (तीन प्रतिशत) व किन्नौर जिले में सबसे अधिक (38 प्रतिशत) थी।

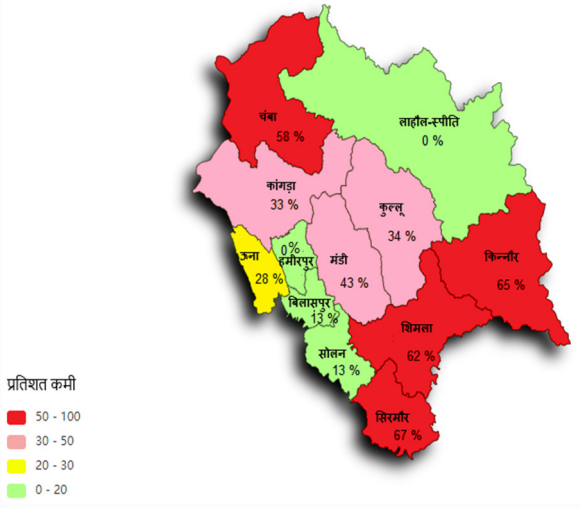
जिला अस्पताल बिलासपुर में नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता स्वीकृत पदों की तुलना में आठ प्रतिशत अधिक थी।

2.2.4.2 सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता की प्रास्थिति

सम्पूर्ण राज्य के सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य के स्वीकृत पद की तुलना में नर्सिंग स्टाफ की जिले-वार उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण नीचे **मानचित्र 2.13** व **2.14** में दर्शाया गया है।



मानचित्र 2.13: सिविल अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ की कमी



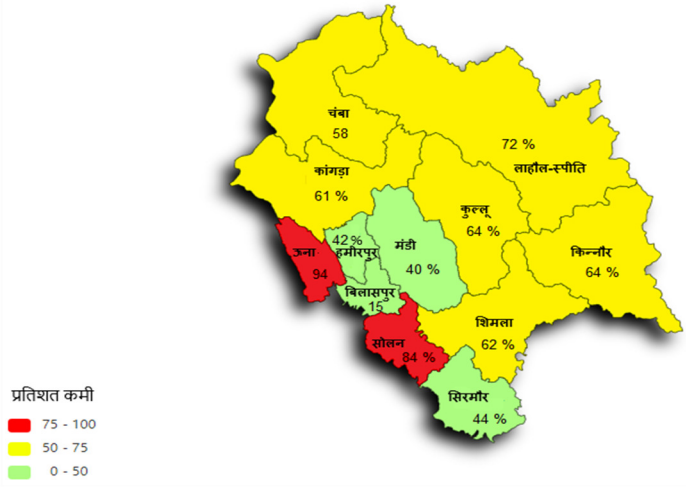
मानचित्र 2.14: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की कमी

मानचित्रों 2.13 व **2.14** से स्पष्ट है कि राज्य द्वारा स्वीकृत पदों से तुलना करने पर नर्सिंग स्टाफ श्रेणी में कमी :

- सिविल अस्पतालों में बिलासपुर में सबसे कम (चार प्रतिशत) व चंबा जिले में उच्चतम (59 प्रतिशत) थी।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में लाहौल-स्पीति व हमीरपुर जिले में सबसे कम (शून्य प्रतिशत) जबकि सिरमौर जिले में सबसे अधिक (67 प्रतिशत) थी।

2.2.4.3 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की जिले-वार उपलब्धता की प्रास्थिति

सम्पूर्ण राज्य के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों से तुलना करने पर नर्सिंग स्टाफ की जिले-वार उपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण **मानचित्र 2.15** में दर्शाया गया है।



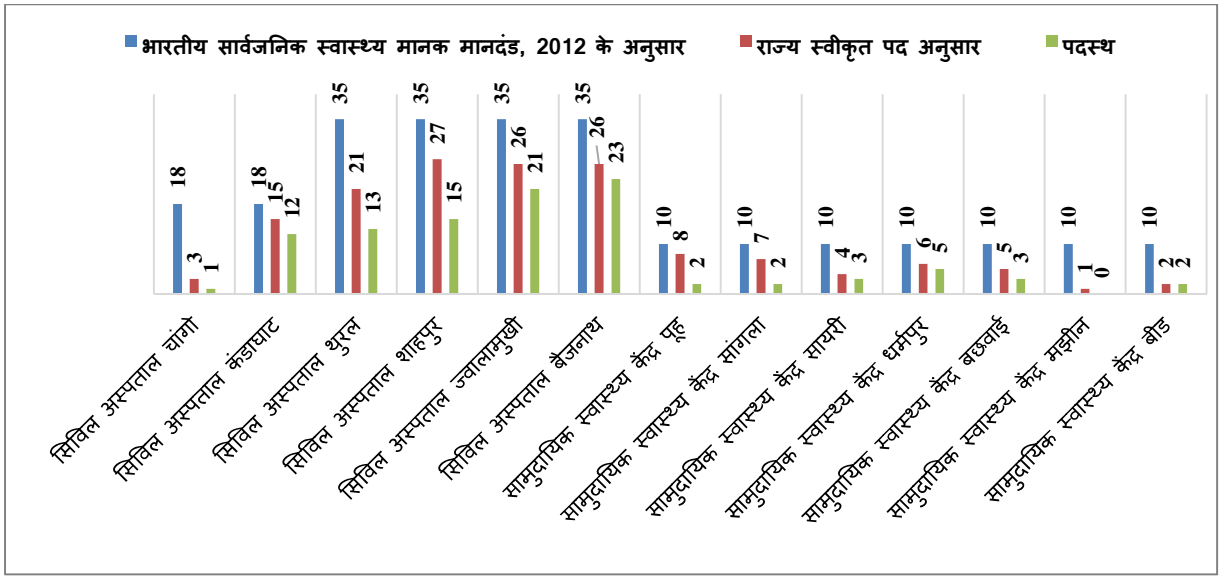
मानचित्र 2.15: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की कमी

मानचित्र 2.15 से स्पष्ट है कि राज्य के स्वीकृत पदों की तुलना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ श्रेणी में कमी बिलासपुर में सबसे कम (15 प्रतिशत) व ऊना जिले में सबसे अधिक (94 प्रतिशत) थी।

2.2.4.4 चयनित सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता की प्रास्थिति

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार 31-50 व 51-100 बिस्तर क्षमता वाले सिविल अस्पतालों में क्रमशः 18 व 35 नर्से होनी चाहिए। 30 बिस्तर क्षमता वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 10 नर्से होनी चाहिए। मार्च 2023 तक चयनित सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 एवं राज्य के स्वीकृत पद दोनों की तुलना में नर्सों की उपलब्धता नीचे **चार्ट 2.10** में दर्शाई गई है।

चार्ट 2.10: मार्च 2023 तक भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 व राज्य मानदंड दोनों के सापेक्ष नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता



चार्ट 2.10 से स्पष्ट है कि:

- चयनित सिविल अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ की सबसे कम संख्या (एक) सिविल अस्पताल, चांगो में व सबसे अधिक (23) सिविल अस्पताल, बैजनाथ में उपलब्ध थी।
- चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नर्सिंग स्टाफ की सबसे कम संख्या (शून्य) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में व सबसे अधिक (पांच) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में उपलब्ध थी।

स्टाफ नर्सों की कमी के कारण मौजूदा नर्सों पर काम का बोझ बढ़ जाता है, जिससे रोगी की प्रत्यक्ष देखभाल सहित स्वास्थ्य सेवाओं का वितरण प्रभावित होता है।

2.2.5 राज्य के द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता

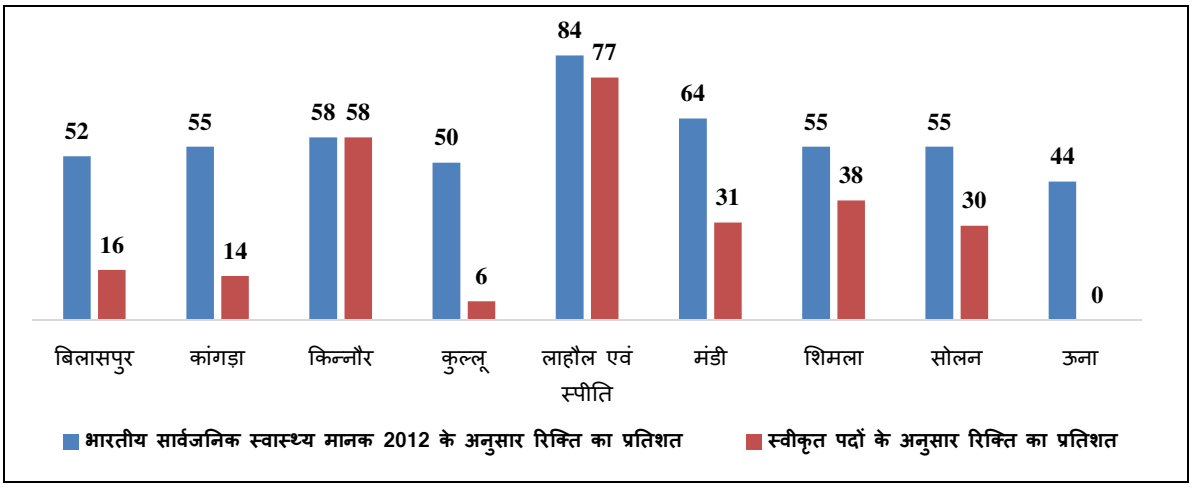
पैरामेडिकल स्टाफ निर्धारित उपचार योजना का कार्यान्वयन और प्रबंधन करते हैं साथ ही वे रोगियों की आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों का प्रबंधन भी करते हैं।

2.2.5.1 राज्य में जिला अस्पतालों में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में स्वीकृत बिस्तर क्षमता के अनुसार अस्पतालों के विभिन्न स्तरों पर पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता की संख्या का वर्गीकरण किया गया है। 100, 200, 300 व 400 बिस्तर वाले जिला अस्पतालों में क्रमशः 31, 42, 66 व 81 पैरामेडिकल स्टाफ होने चाहिए।

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 एवं राज्य के स्वीकृत पदों की तुलना में जिला अस्पतालों के पैरामेडिकल स्टाफ की स्थिति नीचे **चार्ट 2.11** में दर्शाई गई है।

चार्ट 2.11: जिला अस्पतालों में पैरामेडिकल स्टाफ की रिक्ति (प्रतिशत)



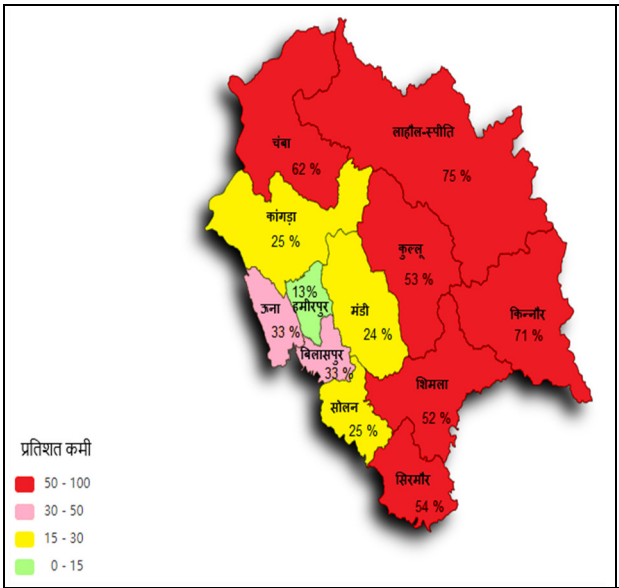
चार्ट 2.11 से स्पष्ट है कि जिला अस्पतालों में पैरामेडिकल स्टाफ श्रेणी में कमी इस प्रकार है:

- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से तुलना करने पर कमी ऊना में सबसे कम (44 प्रतिशत) व लाहौल-स्पीति जिले में उच्चतम (84 प्रतिशत) थी।
- राज्य के स्वीकृत पदों से तुलना करने पर कमी कुल्लू में सबसे कम (छः प्रतिशत) व लाहौल-स्पीति जिले में सबसे अधिक (77 प्रतिशत) थी। ऊना जिले में कोई कमी नहीं पाई गई।

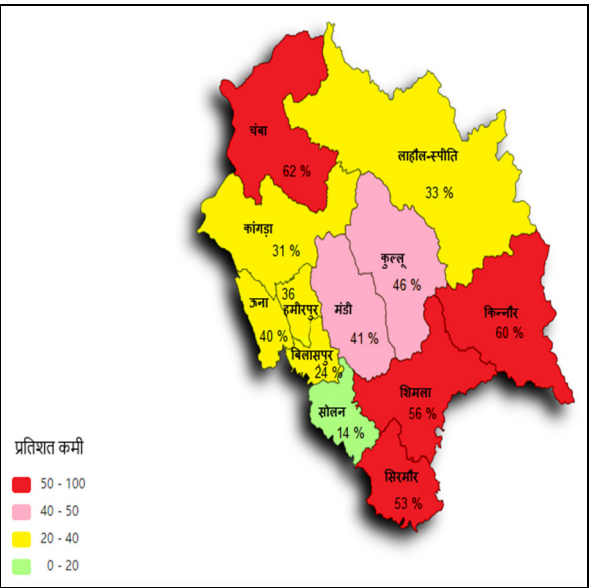
2.2.5.2 सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता

31-50 एवं 51-100 बिस्तर क्षमता वाले सिविल अस्पतालों में क्रमशः 27 व 38 पैरामेडिकल स्टाफ होना चाहिए। 30 बिस्तरों की क्षमता वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 11 पैरामेडिकल स्टाफ होने चाहिए।

मार्च 2023 तक राज्य के स्वीकृत पदों से तुलना करने पर सम्पूर्ण राज्य में सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के पैरामेडिकल स्टाफ की प्रास्थिति **मानचित्र 2.16** व **2.17** में दर्शाई गई है।



मानचित्र 2.16: सिविल अस्पतालों में पैरामेडिकल स्टाफ की कमी



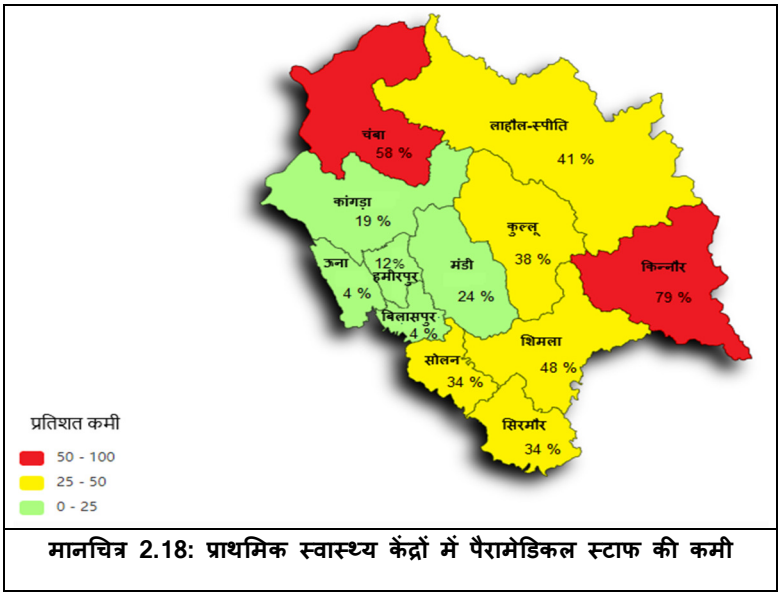
मानचित्र 2.17: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ की कमी

मानचित्रों 2.16 व **2.17** से स्पष्ट है कि राज्य के स्वीकृत पदों की तुलना में पैरामेडिकल स्टाफ श्रेणी में कमी :

- सिविल अस्पतालों में हमीरपुर में सबसे कम (13 प्रतिशत) एवं लाहौल-स्पीति जिले में उच्चतम (75 प्रतिशत) थी।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में सोलन में सबसे कम (14 प्रतिशत) तथा चंबा जिले में उच्चतम (62 प्रतिशत) थी।

2.2.5.3 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता

मार्च 2023 तक सम्पूर्ण राज्य में राज्य के स्वीकृत पद की तुलना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के पैरामेडिकल स्टाफ की प्रास्थिति **मानचित्र 2.18** में दर्शाई गई है।



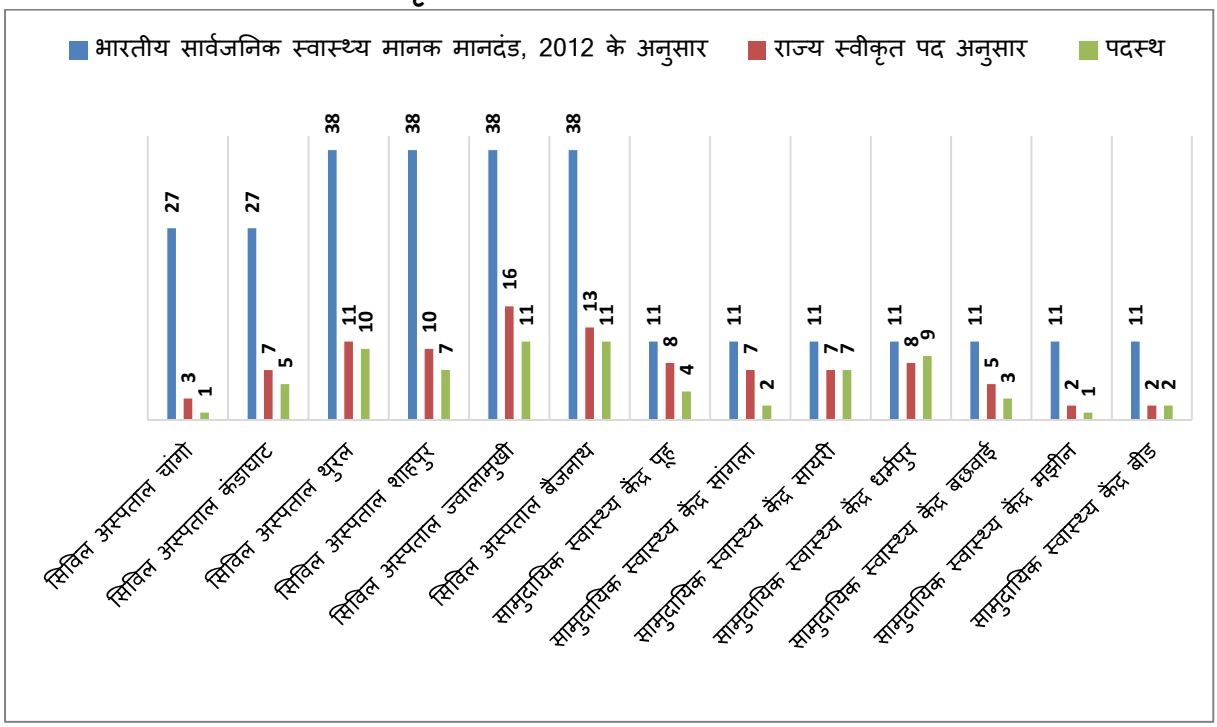
मानचित्र 2.18: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ की कमी

मानचित्र 2.18 से प्रमाणित है कि राज्य के स्वीकृत पद की तुलना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ श्रेणी में कमी बिलासपुर व ऊना में सबसे कम (चार प्रतिशत) एवं किन्नौर जिले में सबसे अधिक (79 प्रतिशत) रही।

2.2.5.4 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता की तुलना

मार्च 2023 तक भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 व राज्य के स्वीकृत पद, दोनों की तुलना में पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता नीचे **चार्ट 2.12** में दर्शाई गई है।

चार्ट 2.12: मार्च 2023 तक भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 एवं राज्य के स्वीकृत पदों के सापेक्ष पैरामेडिकल स्टाफ



चार्ट 2.12 से स्पष्ट है कि:

- चयनित सिविल अस्पतालों में पैरामेडिकल स्टाफ की सबसे कम संख्या (एक) सिविल अस्पताल, चांगो में तथा सबसे अधिक (11) सिविल अस्पताल, बैजनाथ एवं ज्वालामुखी में उपलब्ध थी।
- चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में पैरामेडिकल स्टाफ की सबसे कम संख्या (एक) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में एवं सबसे अधिक (नौ) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में उपलब्ध थी।

पैरामेडिकल स्टाफ कम होने से मौजूदा कर्मियों का कार्यभार बढ़ जाता है, जिससे रक्त के नमूने लेने, इंजेक्शन लगाने, घावों पर टांके लगाने आदि से जुड़ी स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित होती हैं। इससे रेडियोलॉजी/इमेजिंग सेवाएं जैसे एक्स-रे, अल्ट्रासाउंड, ईसीजी आदि एवं प्रयोगशाला सेवाओं पर भी प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है, जैसाकि नीचे चर्चा की गई है।

रेडियोग्राफरों की कमी के कारण जिन स्वास्थ्य संस्थानों में एक्स-रे मशीनें उपलब्ध थीं, वहां रेडियोग्राफरों को तैनात नहीं किया जा सका, जैसाकि चयनित तीन जिलों में से एक जिले (किन्नौर) में देखा गया। विवरण नीचे **तालिका 2.7** एवं **चित्र 2.1 से 2.3** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.7: जनशक्ति तैनात न होने के कारण एक्स-रे सेवाओं की अनुपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	सेवा का नाम	अनुपलब्धता की अवधि	
		से	तक
सिविल अस्पताल, चांगो	एक्स-रे	2016-17	लेखापरीक्षा की तिथि तक (अक्टूबर 2021)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	एक्स-रे	10/09/2015	10/10/2020
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, रिब्बा	एक्स-रे	2016-17	लेखापरीक्षा की तिथि तक (अक्टूबर 2021)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्पीलो	एक्स-रे	2016-17	लेखापरीक्षा की तिथि तक (अक्टूबर 2021)

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

चित्र 2.1 से 2.3: विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों में निष्क्रिय रखी मशीनें



चित्र 2.1: सिविल अस्पताल, चांगो में निष्क्रिय रखी एक्स-रे मशीन



चित्र 2.2: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्पीलो में निष्क्रिय रखी एक्स-रे मशीन



चित्र 2.3: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, रिब्बा में निष्क्रिय रखी एक्स-रे मशीन

किन्नौर जिले के उपरोक्त स्वास्थ्य संस्थानों में रेडियोग्राफर तैनात न होने के कारण इन क्षेत्रों के जिन रोगियों को एक्स-रे सेवाओं की आवश्यकता थीं, उन्हें जिला अस्पताल, किन्नौर या जिला मुख्यालय के अन्य निजी अस्पतालों में उपचार लेने हेतु बाध्य होना पड़ा एवं एक्स-रे सेवाएं लेने हेतु लगभग 25-50 किलोमीटर की लंबी दूरी तय करनी पड़ी।

- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में रेडियोलॉजिस्ट के स्थानांतरण के कारण नवंबर 2016 से सितंबर 2017 तक कोई अल्ट्रासाउंड परीक्षण नहीं किया गया तथा लगभग 11 माह तक रोगियों को सुविधा प्रदान करने हेतु कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं की गई। सितंबर 2017 से दिसंबर 2021 के मध्य रेडियोलॉजिस्ट को तैनात किया गया। इसके अतिरिक्त दिसंबर 2021 से रेडियोलॉजिस्ट को सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी से जिला अस्पताल, बिलासपुर में प्रतिनियुक्त कर दिया गया, जिससे रोगी अल्ट्रासाउंड सुविधा से वंचित हो गए और उन्हें निजी अस्पतालों में सेवा लेने के लिए स्वयं का व्यय करने को बाध्य होना पड़ा।

  खंड चिकित्सा अधिकारी, ज्वालामुखी ने प्रत्युत्तर में बताया कि कर्मचारियों की प्रतिनियुक्ति का निर्णय उच्च स्तर पर लिया जाता है।

- सिविल अस्पताल, शाहपुर में चार वर्षों से (अप्रैल 2016 से जुलाई 2020) कोई रेडियोलॉजिस्ट तैनात नहीं था एवं जिले के अन्य सिविल अस्पतालों से एक रेडियोलॉजिस्ट को तैनात करके एक माह में दो या तीन बार अल्ट्रासाउंड परीक्षण किए गए। अतः रोगियों को अल्ट्रासाउंड की सुविधा नियमित रूप से उपलब्ध नहीं कराई गई। साथ ही वर्ष 2019-21 के अल्ट्रासाउंड रजिस्टर के अनुसार पाया गया कि अल्ट्रासाउंड मशीन के काम न करने के कारण मार्च 2020 से अगस्त 2020 तक कोई अल्ट्रासाउंड परीक्षण नहीं किए गए।

- सिविल अस्पताल, जयसिंहपुर (खंड चिकित्सा कार्यालय, थुरल के अंतर्गत) में नवंबर 2018 में अल्ट्रासाउंड मशीन खरीद कर स्थापित की गई परन्तु रेडियोलॉजिस्ट की अनुपलब्धता के कारण वर्ष 2018-21 के दौरान इसका उपयोग बीच-बीच में ही किया गया। ये परीक्षण सिविल अस्पताल, थुरल (जयसिंहपुर से 32 किलोमीटर) से रेडियोलॉजिस्ट को प्रति सप्ताह दो दिन प्रतिनियुक्ति के आधार पर बुलाकर किए गए। इस प्रकार सिविल अस्पताल में सभी दिनों पर अल्ट्रासाउंड सुविधा उपलब्ध नहीं कराई गई, जिसके अभाव में रोगियों को इसकी वैकल्पिक व्यवस्था करनी पड़ी।

- सिविल अस्पताल, बैजनाथ में अप्रैल 2016 से लेखापरीक्षा की तिथि (मई 2022) तक कोई रेडियोलॉजिस्ट तैनात नहीं था एवं जिले के अन्य सिविल अस्पतालों से रेडियोलॉजिस्ट प्रतिनियुक्त करके गर्भवती महिलाओं के एक माह में दो से तीन बार अल्ट्रासाउंड परीक्षण किए गए। इसके अतिरिक्त अभिलेखों से पता चला कि अल्ट्रासाउंड का एक डिप्लोमा प्राप्त चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, कंडारी से गर्भवती महिलाओं के अल्ट्रासाउंड परीक्षण हेतु प्रत्येक मंगलवार

को तैनात किया गया परन्तु जुलाई 2021 के बाद परीक्षण हेतु किसी भी चिकित्सक को तैनात नहीं किया गया।

- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में फरवरी 2018 के दौरान मुख्य चिकित्सा कार्यालय, कांगड़ा से तीन ईसीजी मशीनें प्राप्त हुईं। इनमें से दो ईसीजी मशीनें प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, खुंडिया व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दरकाटा में स्थानांतरित कर दी गईं। सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में पहले से ही एक ईसीजी मशीन थी और तकनीशियनों की तैनाती न होने के कारण फरवरी 2018 से दोनों मशीनें अस्पताल में अप्रयुक्त रही, जैसाकि नीचे **चित्र 2.4** व **2.5** में दर्शाया गया है।




चित्र 2.4 व 2.5: सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में निष्क्रिय रखी नई व पुरानी ईसीजी मशीनें

- सिविल अस्पताल, शाहपुर में तैनात एकमात्र रेडियोलॉजिस्ट को फरवरी 2022 के दौरान जारी हिमाचल प्रदेश सरकार की अधिसूचना के माध्यम से जिला अस्पताल, चंबा में प्रतिनियुक्त कर दिया गया, जिसके बाद से सिविल अस्पताल में कोई परीक्षण नहीं किया गया।

  खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर ने प्रत्युत्तर में बताया (मार्च 2022) कि रेडियोलॉजिस्ट की तैनाती के आदेश सरकार द्वारा जारी किए गए थे, अत: उनके कार्यालय द्वारा इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की गई। यह भी बताया गया कि वैकल्पिक व्यवस्था हेतु सरकार से बात की जाएगी।

- मई 2018 में खंड चिकित्सा कार्यालय, ज्वालामुखी के अधीन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दरकाटा से एक प्रयोगशाला सहायक को सिविल अस्पताल, इंदौरा में प्रतिनियुक्त किया गया। इसके परिणामस्वरूप प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दरकाटा में कोई प्रयोगशाला परीक्षण नहीं किया गया, जिससे रोगी निर्दिष्ट स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रह गए।

विभाग ने उसके उत्तर में बताया (मई 2022) कि नियमित रेडियोलॉजिस्ट की तैनाती हेतु उच्च प्राधिकारी के समक्ष तत्संबंधी मामला उठाया जाएगा।

तथ्य यह है कि इस संबंध में समय पर कार्रवाई नहीं की गई, जिसके परिणामस्वरूप अस्पतालों में रोगियों को एक्स-रे एवं अल्ट्रासाउंड इत्यादि सुविधाएं नियमित रूप से उपलब्ध नहीं हो पाई।

सचिव (स्वास्थ्य), हिमाचल प्रदेश सरकार ने अंतिम बैठक के दौरान बताया कि जनजातीय क्षेत्रों में रेडियोग्राफरों की कमी के कारण, एक्स-रे मशीनें होने के बावजूद सेवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा सकीं।

2.2.6 नवोन्नत सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में अवसंरचना को उन्नत किए बिना कर्मियों की तैनाती

हिमाचल प्रदेश सरकार ने अगस्त 2019 की अधिसूचना में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई, जिला कांगड़ा को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर उन्नत किया। तीन चिकित्सा अधिकारी (अनुबंध के आधार पर) व अन्य सहायक कर्मियों के पद स्वीकृत किए गए।



चित्र 2.6: प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, बछवाई के पुराने भवन का सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उन्नयन

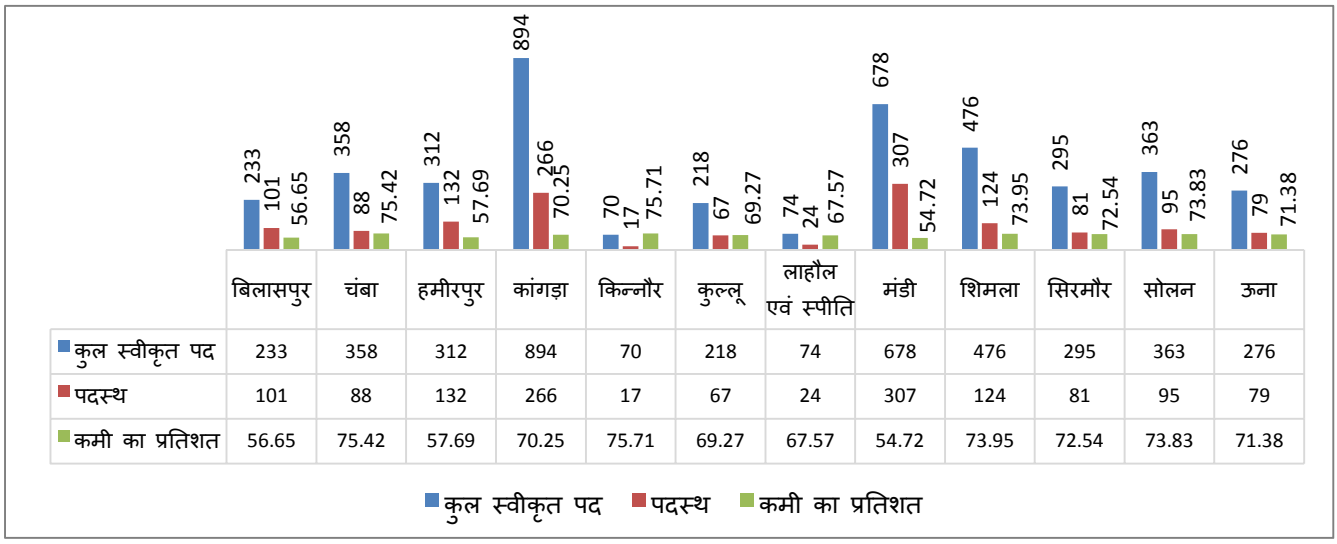
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की तुलना में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु आवश्यक अवसंरचना, मानव संसाधन, उपकरण इत्यादि अधिक है। यद्यपि वर्ष 2020 में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सा अधिकारी तैनात किए गए तथापि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के उन्नयन की अधिसूचना के साढ़े तीन वर्षोपरांत भी भवन जैसा कोई अतिरिक्त अवसंरचना नहीं बनाया गया और न ही कोई अतिरिक्त उपकरण खरीदा गया।

2.2.7 राज्य के स्वास्थ्य उप-केंद्र में जनशक्ति की जिले-वार उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार प्रत्येक स्वास्थ्य उप-केंद्र में एक सहायक नर्स व मिड-वाइफ (दाई)/स्वास्थ्यकर्मी (महिला) एवं एक स्वास्थ्यकर्मी (पुरुष) होना चाहिए।

स्वास्थ्य उप-केंद्र में पुरुष स्वास्थ्यकर्मी/महिला स्वास्थ्यकर्मी की तैनाती के संबंध में निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार पाया गया कि मार्च 2023 तक 4,247 पुरुष व महिला स्वास्थ्यकर्मियों के स्वीकृत पदों के सापेक्ष में 1,381 पुरुष व महिला कर्मी पदस्थ थे। इस प्रकार राज्य में समग्र रूप से 67 प्रतिशत तक जनशक्ति की कमी थी। इस कमी की जिले-वार प्रास्थिति नीचे **चार्ट 2.13** में दर्शाई गई है।

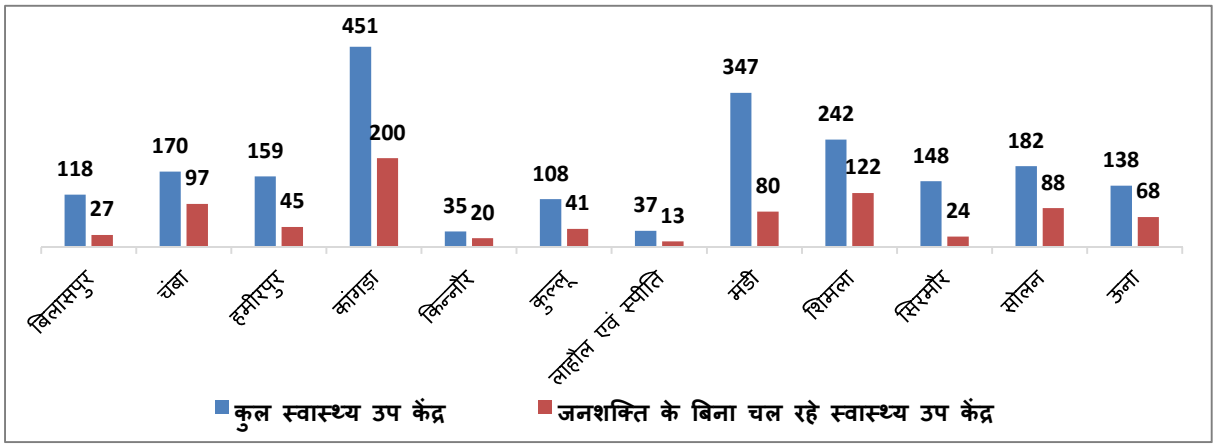
चार्ट 2.13: पुरुष एवं महिला स्वास्थ्यकर्मियों की कमी



	बिलासपुर	चंबा	हमीरपुर	कांगड़ा	किन्नौर	कुल्लू	लाहौल एवं स्पीति	मंडी	शिमला	सिरमौर	सोलन	ऊना
कुल स्वीकृत पद	233	358	312	894	70	218	74	678	476	295	363	276
पदस्थ	101	88	132	266	17	67	24	307	124	81	95	79
कमी का प्रतिशत	56.65	75.42	57.69	70.25	75.71	69.27	67.57	54.72	73.95	72.54	73.83	71.38

यह भी पाया गया कि मार्च 2023 तक राज्य में 825 (39 प्रतिशत) स्वास्थ्य उप-केंद्र (2,135 में से) बिना किसी स्वास्थ्यकर्मी के काम कर रहे थे। कर्मियों के बिना संचालित स्वास्थ्य उप-केंद्रों की जिला-वार संख्या नीचे **चार्ट 2.14** में दर्शाई गई है।

चार्ट 2.14: जनशक्ति के बिना चल रहे स्वास्थ्य उप-केंद्र



चार्ट 2.14 से स्पष्ट है कि कांगड़ा एवं लाहौल-स्पीति जिलों में पुरुष व महिला स्वास्थ्यकर्मियों के बिना चलने वाले स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या क्रमशः सर्वाधिक (200) व न्यूनतम (13) थी।

चयनित जिलों में देखा गया कि 46.10 प्रतिशत अर्थात 668 स्वास्थ्य उप-केंद्रों में से 308 (किन्नौर-57 प्रतिशत, सोलन-48 प्रतिशत व कांगड़ा-44 प्रतिशत) बिना किसी स्वास्थ्यकर्मी के संचालित थे।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी, सोलन ने प्रत्युत्तर में बताया कि टीकाकरण दिवस पर अन्य स्वास्थ्य संस्थानों से स्वास्थ्यकर्मियों को तैनात किया जाता है एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने बताया कि इन स्वास्थ्य उप-केंद्रों में टीकाकरण हेतु उन्हें माह में एक बार तैनात किया जाता है।

स्वास्थ्य उप-केंद्रों को व्यवहार में परिवर्तन लाने एवं मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, टीकाकरण, दस्त नियंत्रण व संचारी रोग कार्यक्रमों के नियंत्रण से सम्बंधित सेवाएं प्रदान करने के लिए पारस्परिक संचार से संबंधित कार्य सौंपे गए हैं। इस प्रकार स्वास्थ्य उप-केंद्रों में स्वास्थ्य कर्मियों की अनुपलब्धता के कारण स्वास्थ्य विभाग ग्रामीण क्षेत्रों के निवासियों को पूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में विफल रहा।

2.2.8 वेतन एवं भत्तों का अनधिकृत/अनियमित आहरण

जुलाई 2000 में हिमाचल प्रदेश सरकार ने निर्देश जारी किए कि एक सरकारी कर्मचारी का वेतन उसी स्थान/स्टेशन से आहरित किया जाए, जहां वह कार्यरत है। नियुक्ति/कार्य के वास्तविक स्थान के अतिरिक्त किसी अन्य स्थान से वेतन का आहरण सख्त वर्जित था।

सरकार के अनुदेशों का उल्लंघन करते हुए जून 2006 से जून 2022 के मध्य नमूना-जांचित नौ इकाइयों[9] ने विभिन्न श्रेणियों[10] के 47 कर्मियों के वेतन व भत्ते का आहरण वास्तविक नियुक्ति स्थान से न करते हुए किसी अन्य स्थान से किया, जिसके कारण कुछ स्वास्थ्य संस्थाओं में स्वास्थ्य सेवाएं बुरी तरह प्रभावित हुईं। कुछ दृष्टांत नीचे विवर्णित हैं।

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में नेफ्रोलॉजी विभाग नहीं चल रहा था क्योंकि नेफ्रोलॉजी के एक सह प्राध्यापक की प्रतिनियुक्ति फरवरी 2017 से नवंबर 2020 तक आईजीएमसी शिमला में कर दी गई, जिसके पश्चात उन्हें एआईआईएमएस (एम्स), बिलासपुर के लिए कार्यमुक्त कर दिया गया परन्तु उनका वेतन फरवरी 2017 से नवंबर 2020 तक आरपीजीएमसी, कांगड़ा के स्थापना/हकदारी से आहरित किया जाता रहा।
- कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच) शिमला में तैनात एकमात्र स्त्री रोग विशेषज्ञ को मई 2019 में जिला अस्पताल, मंडी में प्रतिनियुक्त किया गया एवं इस अभाव की क्षतिपूर्ति हेतु आईजीएमसी से विशेषज्ञ तैनात किए गए। वर्ष 2019-22 के दौरान नवजात शिशुओं की मृत्यु 60 (वर्ष 2018-19) से बढ़कर 120, 97 व 111 हो गई। मातृ-मृत्यु में भी वर्ष 2018-19 (सात मामले) से वर्ष 2019-22 के दौरान नौ, आठ व 13 तक वृद्धि देखी गई। उपरोक्त के प्राथमिक कारण के रूप में नियमित स्त्री-रोग विशेषज्ञ की अनुपस्थिति को नकारा नहीं जा सकता।
- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में तैनात एकमात्र रेडियोलॉजिस्ट को दिसंबर 2021 में जिला अस्पताल, बिलासपुर में प्रतिनियुक्त किया गया एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में तैनात एकमात्र दंत चिकित्सक को सितंबर 2020 के दौरान जिला अस्पताल, कांगड़ा में प्रतिनियुक्त किया गया।

---

[9] जिला अस्पताल कांगड़ा, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय कांगड़ा, राज्य प्रशिक्षण संस्थान परिमहल शिमला, आरपीजीएमसी कांगड़ा, आईजीएमसी शिमला, केएनएसएच शिमला, खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र धर्मपुर व खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय थुरल।

[10] चिकित्सा विशेषज्ञ (आठ), चिकित्सा अधिकारी (छः), पैरामेडिकल (25), अनुसचिवीय कर्मी (छः), छाती व टीबी (एक), एवं ईएनटी (एक)

- अगस्त 2021 में सिविल अस्पताल, अर्की से एक ईएनटी विशेषज्ञ को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में प्रतिनियुक्त किया गया, जहां ईएनटी उपचार से संबंधित कोई बुनियादी चिकित्सा उपकरण नहीं थे, जिससे विशेषज्ञों को सामान्य रोगियों का उपचार करने के लिए विवश होना पड़ा। अगस्त 2021 में सिविल अस्पताल, अर्की से एक अन्य छाती एवं टीबी रोग विशेषज्ञ को प्रतिनियुक्त किया गया जबकि उसी परिसर में एक विशेषीकृत टीबी अस्पताल मौजूद था।

विभाग ने उसके प्रत्युत्तर में बताया (फरवरी 2022) कि उपरोक्त विशेषज्ञों को उच्चाधिकारियों के आदेशानुसार तैनात किया गया है तथा उनकी सेवाओं का उपयोग सामान्य बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी) के रोगियों के उपचार हेतु किया जा रहा है।

विभाग का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि अधिकारी को उसी स्थान पर तैनात किया जाना चाहिए जहां से वह वेतन आहरित कर रहा/रही है। ऐसा न करने से रोगी विशेषज्ञ सेवाओं से वंचित रह जाते हैं।

2.3 स्वास्थ्य पेशेवरों का प्रशिक्षण

सार्वजनिक सुविधाओं पर स्वास्थ्यकर्मियों की गुणवत्ता व क्षमता को गहन मूल्यांकन के बाद निरंतर व्यावसायिक विकास एवं पुनश्चर्या पाठ्यक्रमों व सेवाकालीन प्रशिक्षण के माध्यम से बढ़ाया जाना चाहिए।

2.3.1 तीन संस्थानों-राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान शिमला, क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र कांगड़ा एवं राज्य टीबी रोग प्रशिक्षण व प्रदर्शन केंद्र सोलन द्वारा प्रशिक्षण

चयनित जिलों में चिकित्सकों, नर्सों एवं पैरामेडिकल स्टाफ को प्रशिक्षण देने के लिए राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला; क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा तथा राज्य टीबी प्रशिक्षण व प्रदर्शन केंद्र, सोलन[11] नामक तीन प्रशिक्षण संस्थान हैं।

2.3.1.1 प्रशिक्षण संस्थानों में जनशक्ति की उपलब्धता

मानव संसाधन एक संगठन के लिए संपत्ति के समान है जो किसी संगठन की सफलता में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। प्रशिक्षुओं के ज्ञान के विकास और सीखी गई विद्या को व्यवहार में लाने के लिए प्रशिक्षित संकाय महत्वपूर्ण हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- मार्च 2022 तक क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा में प्रशिक्षण संकाय के स्वीकृत छः पदों के सापेक्ष मात्र तीन ही तैनात थे।
- वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला में महामारी विशेषज्ञ (2016-21 के दौरान उपलब्ध नहीं), संचार अधिकारी, स्वास्थ्य शिक्षा प्रशिक्षक, वरिष्ठ स्वास्थ्य प्रशिक्षक व प्रयोगशाला तकनीशियन जैसे कई महत्वपूर्ण पद रिक्त थे।

[11] टीबी सेनेटोरियम, धर्मपुर, सोलन से संबद्ध प्रशिक्षण केंद्र

- राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र, सोलन में केंद्र के लिए कोई संकाय स्वीकृत नहीं था। हालांकि संकाय सदस्य टीबी सेनोटोरियम, धर्मपुर में इंटरमीडियरी रेफरेंस लैबोरेटरी, धर्मपुर में तैनात थे। मार्च 2022 तक राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र के मानदंडों के अनुसार आठ सदस्यों के स्वीकृत पदों के सापेक्ष इंटरमीडियरी रेफरेंस लैबोरेटरी में मात्र तीन कर्मी तैनात थे। कोई वरिष्ठ प्रयोगशाला तकनीशियन नहीं पाया गया (स्वीकृत दो पदों के प्रति) एवं संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम में प्रशिक्षित तीन प्रयोगशाला तकनीशियनों की कमी थी (स्वीकृत पांच पदों के प्रति)।

2.3.1.2 तीनों संस्थानों द्वारा दिया गया प्रशिक्षण

उपरोक्त तीनों संस्थानों द्वारा दिए गए वर्ष-वार प्रशिक्षण का विवरण नीचे **तालिका 2.8 क** में दिया गया हैं।

तालिका 2.8 क: स्वास्थ्य पेशेवरों हेतु आयोजित प्रशिक्षणों का लक्ष्य व प्राप्ति

वर्ष	स्वास्थ्य पेशेवरों को दिए गए प्रशिक्षणों की संख्या								
	राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला			क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा			राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र, सोलन		
	लक्ष्य	प्राप्ति	कमी (प्रतिशत में)	लक्ष्य	प्राप्ति	कमी (प्रतिशत में)	लक्ष्य	प्राप्ति	कमी (प्रतिशत में)
2016-17	135	129	4	21	11	48	परिभाषित नहीं	10	लागू नहीं
2017-18	158	144	9	29	39	कोई कमी नहीं	-तदैव-	4	लागू नहीं
2018-19	83	71	14	39	50	-तदैव-	-तदैव-	5	लागू नहीं
2019-20	141	127	10	75	53	29	-तदैव-	10	लागू नहीं
2020-21	103	84	18	38	5	87	-तदैव-	9	लागू नहीं
2021-22	79	66	16	26	37	कोई कमी नहीं	-तदैव-	8	लागू नहीं

स्रोत: संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

वर्ष 2016-21 की अवधि में तीनों संस्थानों द्वारा दिए गए प्रशिक्षण में सम्मिलित किए गए स्वास्थ्य पेशेवरों का विवरण **तालिका 2.8 ख** में नीचे दिया गया है।

तालिका 2.8 ख: वर्ष 2016-21 के दौरान प्रशिक्षण प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरों की संख्या

वर्ष	राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला						क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा					राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र, सोलन
	चिकित्सक	नर्स	पैरामेडिकल स्टाफ	स्वास्थ्य कर्मी	आशा कर्मी	अन्य	चिकित्सक	पैरामेडिकल स्टाफ	स्वास्थ्य कर्मी	आशा कर्मी	अन्य	पैरामेडिकल स्टाफ
2016-17	523	430	850	352	298	1102	101	89	56	0	61	203
2017-18	283	134	उपलब्ध नहीं	236	183	775	96	538	303	0	148	78
2018-19	270	279	157	221	141	981	183	393	419	119	189	148
2019-20	544	320	230	187	482	764	129	334	339	704	55	357
2020-21	263	174	198	312	147	336	17	21	3	69	5	106

स्रोत: संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

तालिका 2.8 क एवं **2.8 ख** से यह स्पष्ट है कि:

- वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला में निर्धारित लक्ष्य के प्रति दिए गए प्रशिक्षणों में चार से 18 प्रतिशत की कमी थी।
- वर्ष 2016-17 व 2019-21 के दौरान क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा में 29 से 87 प्रतिशत तक की कमी रही, जबकि तीन वर्षों (2017-19 व 2021-22) में आयोजित प्रशिक्षणों की संख्या लक्ष्य से अधिक रही।
- राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र, सोलन में आयोजित किए जाने वाले प्रशिक्षणों की संख्या का कोई लक्ष्य निर्दिष्ट नहीं किया गया था। यद्यपि जिन प्रतिभागियों को प्रशिक्षण दिया जाना था, वे सभी या तो सूचना के अभाव में या मूल कार्यालय द्वारा कार्यमुक्त न किए जाने के कारण प्रशिक्षण में शामिल नहीं हुए।

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, शिमला ने अपने प्रत्युत्तर (मई 2022) में बताया कि प्रतिभागियों को प्रशिक्षण हेतु राज्य मानदंडों के तहत कोई वाहन भत्ता (टीए)/ मंहगाई भत्ता (डीए) प्रदान नहीं किया गया था तथा स्वास्थ्य संस्थानों में कर्मियों की कमी के कारण प्रतिभागी प्रशिक्षण में नहीं आए।

राज्य टीबी प्रशिक्षण एवं प्रदर्शन केंद्र, सोलन ने बताया (फरवरी 2022) कि प्रतिभागियों को या तो स्टाफ की कमी के कारण या समय पर सूचित नहीं किए जाने के कारण उनके अधिकारियों ने कार्यमुक्त नहीं किया।

2.3.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के माध्यम से प्रशिक्षण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ढांचे में कार्यान्वयन दलों को, विशेष रूप से जिला व राज्य स्तर पर विशिष्ट कौशल विकास की आवश्यकता निर्धारित की गई है।

वर्ष 2016-22 के दौरान चिकित्सा व पैरामेडिकल स्टाफ को दिए गए प्रशिक्षण का विवरण नीचे **तालिका 2.9** में दर्शाया गया है।

तालिका 2.9: चिकित्सा व पैरामेडिकल स्टाफ को दिए गए प्रशिक्षण

वर्ष	कर्मियों का लक्ष्य	उपलब्धियां	कमी (प्रतिशत)
2016-17	703	465	238 (33.85)
2017-18	2,040	1,781	259 (12.70)
2018-19	2,167	1,118	1,049 (48.41)
2019-20	4,963	2,589	2,374 (47.83)
2020-21	1,337	986	351 (26.25)
2021-22	2,785	1,033	1,752 (62.91)
योग	**13,995**	**7,972**	**6,023 (43.04)**

स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान विभिन्न कार्यक्रमों के तहत राज्य में प्रशिक्षण हेतु 13,995 कर्मियों का लक्ष्य रखा गया था, जिसके प्रति केवल 7,972 कर्मियों को प्रशिक्षित किया गया, जो 6,023 (43 प्रतिशत) कर्मियों के प्रशिक्षण में कमी के रूप में परिणत हुआ। वर्ष 2016-22 के दौरान यह कमी 13 से 63 प्रतिशत के मध्य थी। इस प्रकार राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत स्वास्थ्य कर्मियों में कौशल एवं दक्षता बढ़ाने हेतु क्षमता निर्माण का उद्देश्य पूर्ण नहीं हुआ।

मिशन उप निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2023) कि जिला एवं राज्य स्तर पर कई प्रशिक्षण आयोजित किए जा रहे थे जिसमें प्रतिभागी एक ही थे इसलिए प्रशिक्षण हेतु नामांकन की कमी थी। प्रशिक्षण केंद्र में अधिकांश स्लॉट उपलब्ध नहीं थे। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि लक्ष्य निर्धारण के समय इस मामले पर विचार किया जाना चाहिए था।

- मार्च 2013 के दौरान क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण हेतु निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं से ₹ 10.04 लाख प्राप्त हुए। कम प्रशिक्षण आयोजित करने के कारण ₹ 10.04 लाख की राशि में से ₹ 2.69 लाख अभी भी बचत-बैंक खाते में अप्रयुक्त थे।

  प्रधानाचार्य, क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा ने उत्तर में बताया कि कोविड के कारण प्रशिक्षण आयोजित नहीं किए जा सके। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि कोविड मार्च 2020 से था परन्तु निधियां मार्च 2013 के दौरान प्राप्त हुई थी।

- वर्ष 2017-18 के दौरान प्रधानाचार्य, क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा को मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 75.06 लाख की निधियां प्राप्त हुई, जिसमें से ₹ 31.08 लाख मार्च 2018 के दौरान प्राप्त हुए। यह दर्शाता है कि मार्च, 2018 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने 41 प्रतिशत निधियां जारी की परन्तु निधियां जारी करने में विलम्ब के कारण मार्च 2018 के दौरान प्राप्त निधियां अव्ययित रह गई।

- वर्ष 2020-21 के दौरान कुल उपलब्ध ₹ 113.52 लाख राशि में से ₹ 61.84 लाख मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, शिमला को अभ्यर्पित कर दी गई एवं अव्ययित शेष ₹ 26.84 लाख था। इस प्रकार क्षेत्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र, कांगड़ा ने 54 प्रतिशत निधियों का उपयोग नहीं किया।

2.4 राज्य के मेडिकल कॉलेजों व नर्सिंग कॉलेजों में सीटें

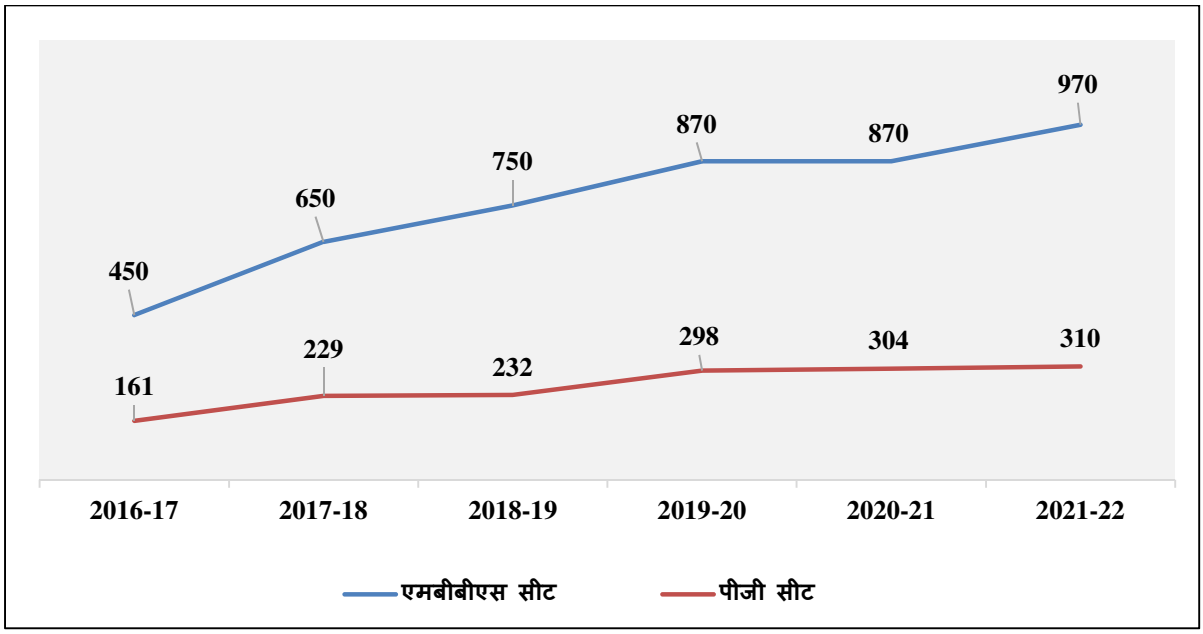
राज्य के मेडिकल कॉलेजों व नर्सिंग कॉलेजों में स्नातक एवं स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों के लिए सीटों की उपलब्धता की प्रास्थिति नीचे दी गई है।

2.4.1 मेडिकल कॉलेजों में सीटें

31 मार्च 2022 तक राज्य में 970 एमबीबीएस सीटें (एम्स बिलासपुर में 100 सीटें, छः राजकीय कॉलेजों में 120-120 व एक निजी कॉलेज में 150 सीटें) एवं 310 स्नातकोत्तर (पीजी) सीटें (तीन राजकीय कॉलेजों में 218 व एक निजी कॉलेज में 92) थीं।

वर्ष 2016-22 के दौरान एमबीबीएस व पीजी सीटों का विवरण **चार्ट 2.15** में दर्शाया गया है।

चार्ट 2.15: वर्ष 2016-22 के दौरान एमबीबीएस व पीजी सीटें



स्रोत: निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

2.4.2 नर्सिंग कॉलेजों में सीटें

राज्य में कुल 2,376 नर्सिंग सीटें उपलब्ध हैं। इनमें से स्नातक पाठ्यक्रम के लिए 2,195 सीटें (दो राजकीय नर्सिंग कॉलेजों में 150 सीटें व निजी नर्सिंग कॉलेजों में 2,045 सीटें) एवं स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम के लिए 181 सीटें (एक राजकीय नर्सिंग कॉलेज में 25 सीटें व चार निजी नर्सिंग कॉलेजों में 156 सीटें) हैं।

2.5 जनशक्ति की भर्ती

अप्रैल 2016 से मार्च 2022 की अवधि के दौरान कुल 5,448 कर्मियों की भर्ती की गई। वर्ष-वार भर्ती का विवरण नीचे **तालिका 2.10** में दिया गया है।

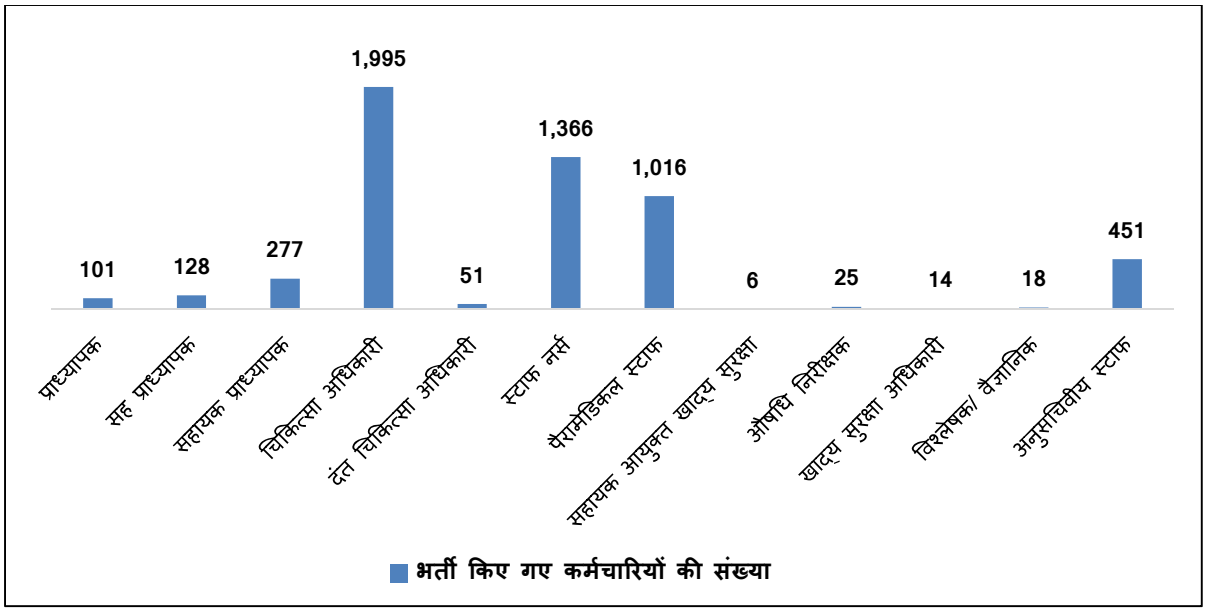
तालिका 2.10: वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान भर्ती की गई जनशक्ति

वित्त वर्ष	भर्ती किए गए कर्मियों की संख्या
2016-17	830
2017-18	770
2018-19	1,257
2019-20	855
2020-21	987
2021-22	749
योग	**5,448**

स्रोत: निदेशालय द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी।

विभिन्न संवर्गों में की गई भर्ती का विवरण **चार्ट 2.16** में दिया गया है।

चार्ट 2.16: भर्ती किए गए कर्मचारियों की श्रेणी-वार संख्या



स्रोत: चार निदेशालयों (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, दंत चिकित्सा, स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान) से प्राप्त जानकारी।

तालिका 2.10 से स्पष्ट है कि 5,448 कर्मियों की भर्ती की गई, जो वर्तमान उपलब्ध जनशक्ति का लगभग 34 प्रतिशत है। इसका अर्थ है कि वर्तमान कार्यबल का 34 प्रतिशत पिछले छः वर्षों के दौरान भर्ती किया गया। इसके अतिरिक्त वर्ष 2016-17 के स्वीकृत पदों की तुलना में वर्ष 2022-23 के दौरान स्वीकृत पदों में 23.44 प्रतिशत की वृद्धि हुई है। वर्ष 2016-17 के दौरान कर्मियों की कुल कमी 38.91 प्रतिशत रही, जो वर्ष 2022-23 के दौरान बढ़ कर 41.87 प्रतिशत हो गई। यह परिचायक है कि सरकार ने कर्मियों की आनुपातिक भर्ती नहीं की। लेखापरीक्षा में यद्यपि वर्ष-वार भर्ती योजनाएं/लक्ष्य मांगे गए थे परन्तु प्रस्तुत नहीं किए गए।

2.6 निष्कर्ष

मानव संसाधन, जो सुचारू एवं निर्बाध स्वास्थ्य प्रबंधन सेवाएं प्रदान करने का एक महत्वपूर्ण संसाधन है, उसके सभी महत्वपूर्ण संवर्गों में, जिसमें चयनित स्वास्थ्य संस्थान भी शामिल हैं, निरंतर कमी देखी गई। सरकार ने भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानदंडों को न्यूनतम मानदंड मानते हुए स्वास्थ्य क्षेत्र में स्वीकृत पदों का सृजन नहीं किया। इसके अतिरिक्त स्वीकृत पद के सापेक्ष उपलब्ध जनशक्ति में भी कमी रही, जिसने स्वास्थ्य सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव डाला। यह कमी लाभार्थियों को व्यापक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने वाले कई प्रमुख पदों जैसे चिकित्सक, स्टाफ नर्स आदि में काफी अधिक हैं। इसके अतिरिक्त उपलब्ध जनशक्ति को जिलों में एक समान रूप से वितरित नहीं किया गया और यह प्रवृत्ति सभी विभागों व अधिकांश महत्वपूर्ण पदों पर भी देखी गई है। साथ ही भर्ती की गति विभिन्न संवर्गों में बनी लगातार रिक्तियों के अनुरूप नहीं है।

- मार्च 2023 तक राज्य में सभी श्रेणियों के स्वास्थ्य संस्थानों में तैनात मानव संसाधनों में 41.47 प्रतिशत की समग्र कमी थी। चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में विशेष रूप से विशेषज्ञ चिकित्सकों, नर्सिंग सेवाओं, तकनीशियनों इत्यादि की गंभीर कमी भी देखी गई।
- चयनित जिलों में राज्य द्वारा स्वीकृत पदों के सापेक्ष चिकित्सा अधिकारियों की उपलब्धता में कमी पाई गई।
- चयनित दोनों राजकीय मेडिकल कॉलेजों में राज्य सरकार द्वारा स्वीकृत पदों के संदर्भ में अधिकांश विभागों में चिकित्सकों की कमी थी।

2.7 सिफारिशें

सरकार:

- *स्वास्थ्य विभागों के स्वीकृत पदों को भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों के अनुरूप संशोधित करने पर विचार करें।*
- *क्षेत्र में रिक्तियों को भरने के लिए भर्ती प्रक्रिया में तेजी लाने पर ध्यान केंद्रित करें।*
- *सम्पूर्ण राज्य में स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधनों का आवंटन समान रूप से करें। जिलों एवं स्वास्थ्य संस्थानों में मौजूदा स्टाफ को अल्पावधि में पुनर्गठित किया जाए। पुनर्गठित करते समय सुनिश्चित किया जाए कि तैनाती इस तरह से हो कि प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान में अनुपूरक स्वास्थ्य पेशेवर अर्थात चिकित्सक, नर्स, पैरामेडिक्स, तकनीशियन व अन्य सहायक कर्मी तैनात हों। ऐसे पुनर्गठन के दौरान बुनियादी ढांचे एवं अन्य महत्वपूर्ण घटकों की उपलब्धता पर विचार किया जाए।*
- *राज्य के दूरस्थ व सुदूरवर्ती क्षेत्रों में सेवा करने के लिए चिकित्सकों को प्रोत्साहित करें।*
- *ट्रेनिंग स्लॉट के समुचित उपयोगार्थ प्रशिक्षण को आवश्यकता के मूल्यांकन का सुदृढ़ीकरण।*
- *चिकित्सा कर्मियों के मूल्यांकन, स्वीकृत पद, चिकित्सकों, नर्सों एवं पैरामेडिकल स्टाफ की भर्ती व तैनाती के लिए राज्य नीति के माध्यम से योजना बनाएं।*

अध्याय-III

स्वास्थ्य-देखभाल सेवाएं

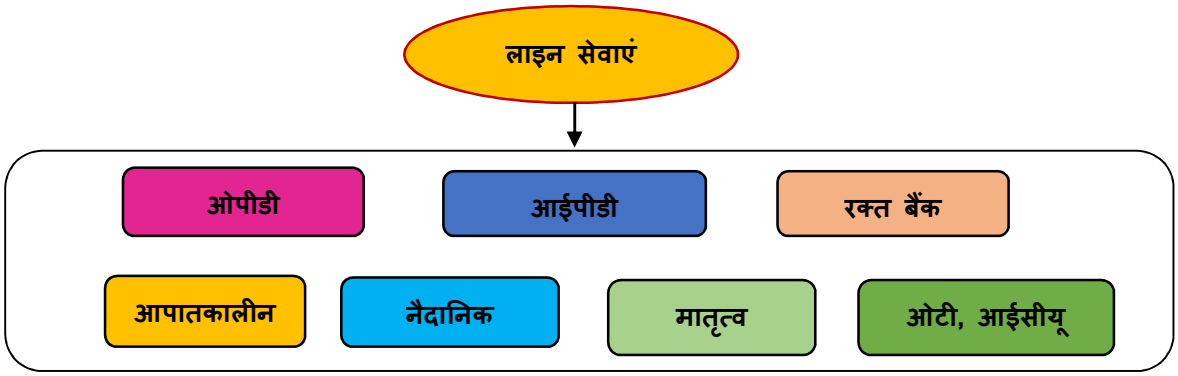


अध्याय III: स्वास्थ्य-देखभाल सेवाएं

उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं में संसाधनों की हानि व बर्बादी को कम करते हुए उपयोगकर्ताओं की आवश्यकताओं और प्राथमिकताओं पर उचित समय पर प्रतिक्रिया करते हुए सही सेवा देना समाविष्ट है। गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य-देखभाल सेवा से वांछित स्वास्थ्य परिणामों की संभावना बढ़ जाती है।

लेखापरीक्षा ने बाह्य-रोगी विभाग (ओपीडी), अंतःरोगी विभाग (आईपीडी), गहन चिकित्सा इकाई (आईसीयू), ऑपरेशन थिएटर (ओटी), आपातकालीन, मातृत्व सेवाएं, रक्त बैंक व नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाओं पर दी जा रही समयबद्ध एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं के वितरण पर चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के अभिलेखों की नमूना-जांच की। लाइन सेवाओं का विवरण **चार्ट 3.1** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.1: लाइन सेवा में सेवाएं



3.1 लाइन सेवाएं

3.1.1 बाह्य-रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाएं

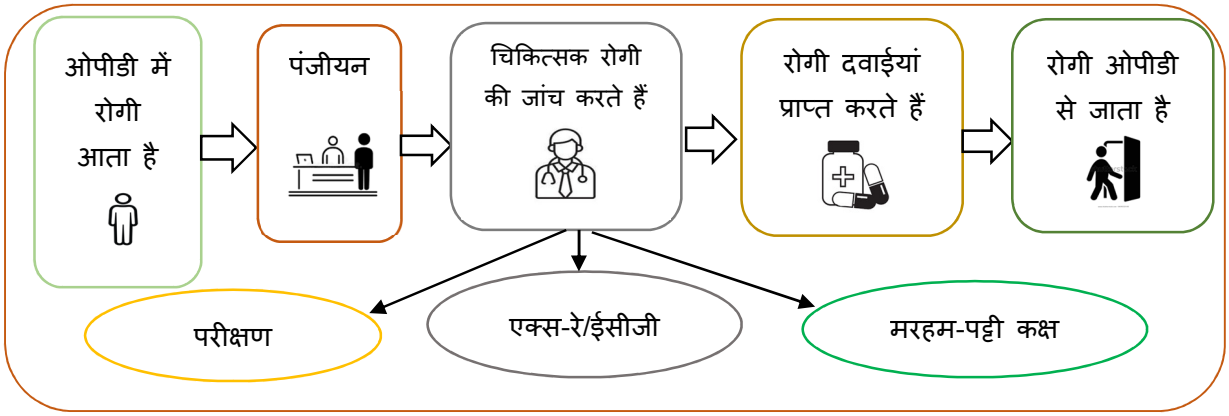
3.1.1.1 ओपीडी में रोगियों का पंजीयन (तृतीयक स्तर)

पंजीयन काउंटर किसी रोगी के लिए अस्पताल से संपर्क का पहला बिंदु तथा रोगियों व उनके परिजनों के लिए अस्पताल के अनुभव का एक महत्वपूर्ण घटक होता है।

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग के मानदंडों में ओपीडी में पंजीयन हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था, इसकी जांच जिला अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर की गई है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में पंजीयन प्रक्रिया कम्प्यूटरीकृत होना एवं रोगी की जानकारी जैसे आयु, लिंग, पता, रोग और पुराने प्रकरणों के मामलों में रोगी की पिछली जानकारी त्वरित तरीके से एकत्र करने में सक्षम

होना वांछनीय है ताकि अनावश्यक विलम्ब को टाला जा सके। रोगी की बीमारी की अवस्था के आधार पर चिकित्सक निर्णय लेता है कि रोगी को अंतःरोगी के रूप में भर्ती करने की आवश्यकता है या नहीं। ओपीडी का विस्तृत प्रक्रिया प्रवाह **चार्ट 3.2** में दर्शाया गया है:

चार्ट 3.2: ओपीडी में रोगी का प्रवाह



लेखापरीक्षा द्वारा अस्पताल प्राधिकारियों के साथ मिलकर किए गए ओपीडी पंजीयन क्षेत्र के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन निर्धारक निर्देशिका, 2013 की जांच-सूची के आधार पर जिला अस्पतालों का विश्लेषण किया गया क्योंकि राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग में मेडिकल कॉलेज व अस्पतालों में ओपीडी पंजीयन क्षेत्र के मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था। यह देखा गया कि:

- राजेन्द्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (आरपीजीएमसी), कांगड़ा में ओपीडी भार के प्रबंधन हेतु छः पंजीयन काउंटर (महिलाओं के लिए दो, पुरुषों के लिए दो एवं वरिष्ठ नागरिकों व दिव्यांग रोगियों के लिए एक-एक) उपलब्ध थे। हालांकि ओपीडी पंजीयन क्षेत्र में अत्यधिक भीड़ देखी गई, जैसाकि **चित्र 3.1** में दर्शाया गया है।
- इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (आईजीएमसी), शिमला में ओपीडी भार को पूरा करने के लिए मात्र चार पंजीयन काउंटर (महिलाओं के लिए एक, पुरुषों के लिए दो एवं वरिष्ठ नागरिकों व दिव्यांग रोगियों के लिए एक) उपलब्ध थे। ओपीडी के पंजीयन क्षेत्र में अत्यधिक भीड़ व उनके बैठने के लिए कुर्सियां अपर्याप्त थी, जैसाकि **चित्र 3.2** में दर्शाया गया है। इसके अतिरिक्त रोगी अपने परिजनों के साथ रैंप व भूमि पर बैठे पाए गए, जैसाकि **चित्र 3.3** में दर्शाया गया है।
- दोनों मेडिकल कॉलेज व अस्पतालों में ऑनलाइन पंजीयन का कोई प्रावधान नहीं था, जिसके होने से पंजीयन क्षेत्र की अत्यधिक भीड़ को कम किया जा सकता था। तृतीयक स्तर के संस्थान होने के नाते दोनों मेडिकल कॉलेज व अस्पतालों विशेषज्ञ सेवा उपलब्ध कराते है अतः ऑनलाइन पंजीयन का प्रावधान नितांत आवश्यक है।





चित्र 3.1 व 3.2: आरपीजीएमसी, कांगड़ा एवं आईजीएमसी, शिमला के ओपीडी पंजीयन क्षेत्र में क्रमशः रोगियों की भीड़



चित्र 3.3: आईजीएमसी, शिमला में रैंप पर बैठे परिजन

3.1.1.2 ओपीडी में रोगियों का पंजीयन (द्वितीयक एवं प्राथमिक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में पंजीयन प्रक्रिया कम्प्यूटरीकृत होना वांछनीय है। सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में पंजीयन काउंटर उपलब्ध होने चाहिए। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के मामलों में काउंटर हेतु विशिष्ट मानदंड उपलब्ध नहीं थे।

चयनित तीन जिलों की लेखापरीक्षा में यह देखा गया की केवल जिला अस्पतालों में कम्प्यूटरीकृत पंजीयन प्रणाली है जबकि सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में हस्तलिखित (मैनुअल) पंजीयन किया जा रहा था। दोनों पंजीयन प्रणालियों में केवल रोगी का नाम, आयु व लिंग जैसे विवरण प्रविष्ट किए गए थे। बीमारी का विवरण एवं क्या यह एक रेफरल मामला था, इत्यादि का विवरण नहीं रखा गया। क्यूँकि पंजीयन विवरण में रोगियों की संपूर्ण सूचना नहीं थी, विवरण किसी भी रोगी का विश्लेषण करने में सक्षम नहीं था।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि 56 स्वास्थ्य संस्थानों में ऑनलाइन पंजीयन हेतु लैटर ऑफ़ अवार्ड जारी किए गए हैं एवं भीड़ भरी पंजीयन प्रक्रिया को कम करने के लिए यह प्रक्रियाधीन था।

3.1.1.3 पंजीयन काउंटरों पर पंजीयन का प्रतीक्षा-समय (सभी स्तरों पर)

लेखापरीक्षा द्वारा प्राथमिक, द्वितीयक व तृतीयक स्तरों पर चयनित 35 स्वास्थ्य संस्थानों में किए गए 359 रोगियों के सर्वेक्षण के परिणामों के अनुसार काउंटरों पर पंजीयन का 'प्रतीक्षा-समय' **तालिका 3.1** में सारणीबद्ध किया गया है।

तालिका 3.1: पंजीयन का प्रतीक्षा-समय

जिले का नाम	अस्पताल का नाम	काउंटरों की संख्या	सर्वेक्षित रोगियों की संख्या	औसत प्रतीक्षा-समय मिनिट में (पूर्णांक में)
	आईजीएमसी, शिमला	4	15	22
	आरपीजीएमसी, कांगड़ा	6	15	15
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	2	16	12
	सिविल अस्पताल, चांगो	1	9	12

जिले का नाम	अस्पताल का नाम	काउंटरों की संख्या	सर्वेक्षित रोगियों की संख्या	औसत प्रतीक्षा-समय मिनिट में (पूर्णांक में)
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह व सांगला	प्रत्येक में एक	17	6
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (04)	प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में एक	40	6
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	3	15	16
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	1	11	3
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व धर्मपुर	1 व 2	20	4
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (04)	प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में एक	26	2
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	2	15	9
	सिविल अस्पताल, थुरल	1	10	5
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	1	10	10
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	1	11	5
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	4	10	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन, बीड़ व बछवाई	प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में एक	30	3
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (09)	प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में एक	89	4
योग			**359**	

तालिका 3.1 से पंजीयन का औसत प्रतीक्षा-समय दो मिनट से 22 मिनट के मध्य पाया गया। जिला अस्पताल सोलन में पंजीयन काउंटरों पर अत्यधिक भीड़ थी, जैसाकि **चित्र 3.4** में दर्शाया गया है। यद्यपि इसमें कम्प्यूटरीकृत पंजीयन प्रणाली है अत्यधिक भीड़ से स्पष्ट था कि रोगी-भार को संभालने के लिए ओपीडी में पर्याप्त सुविधाएं नहीं थीं अतः काउंटरों की संख्या बढ़ाने की आवश्यकता है।



चित्र 3.4: जिला अस्पताल, सोलन में ओपीडी पंजीयन कतार में भीड़

3.1.1.4 पंजीयन व चिकित्सक से परामर्श के मध्य प्रतीक्षा-समय (चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में)

प्राथमिक, द्वितीयक व तृतीयक स्तर के चयनित 35 स्वास्थ्य संस्थानों में 359 रोगियों पर लेखापरीक्षा द्वारा किए गए सर्वेक्षण के परिणामों के अनुसार पंजीयन एवं चिकित्सक से परामर्श के मध्य प्रतीक्षा समय (किन्नौर जिले का पंजीयन से दवा देने तक का समय) **तालिका 3.2 (क)** व **3.2 (ख)** में सारणीबद्ध किया गया है।

तालिका 3.2 (क): पंजीयन व चिकित्सक से परामर्श के मध्य का प्रतीक्षा-समय

जिले का नाम	अस्पताल का नाम	सर्वेक्षित रोगियों की संख्या	औसत प्रतीक्षा समय मिनट में
	आईजीएमसी, शिमला	15	43
	आरपीजीएमसी, कांगड़ा	15	28
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	15	22
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	11	7
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व धर्मपुर	20	7
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (04)	26	3
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	15	10
	सिविल अस्पताल, थुरल	10	5
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	10	10
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	11	10
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	10	2.5
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन, बीड़ व बछवाई	30	4
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (09)	89	6
योग		**277**	

तालिका 3.2 (क) से यह देखा जा सकता है कि पंजीयन से लेकर परामर्श तक औसत प्रतीक्षा-समय 2.5 मिनट से 43 मिनट के मध्य था।

किन्नौर जिले में जहां पंजीयन एवं दवा प्राप्ति के मध्य प्रतीक्षा समय पर विचार किया गया, औसत प्रतीक्षा-समय 14 से 102 मिनट था, जैसाकि **तालिका 3.2 (ख)** में दर्शाया गया है:

तालिका 3.2 (ख): पंजीयन व दवा प्राप्ति के मध्य का प्रतीक्षा-समय

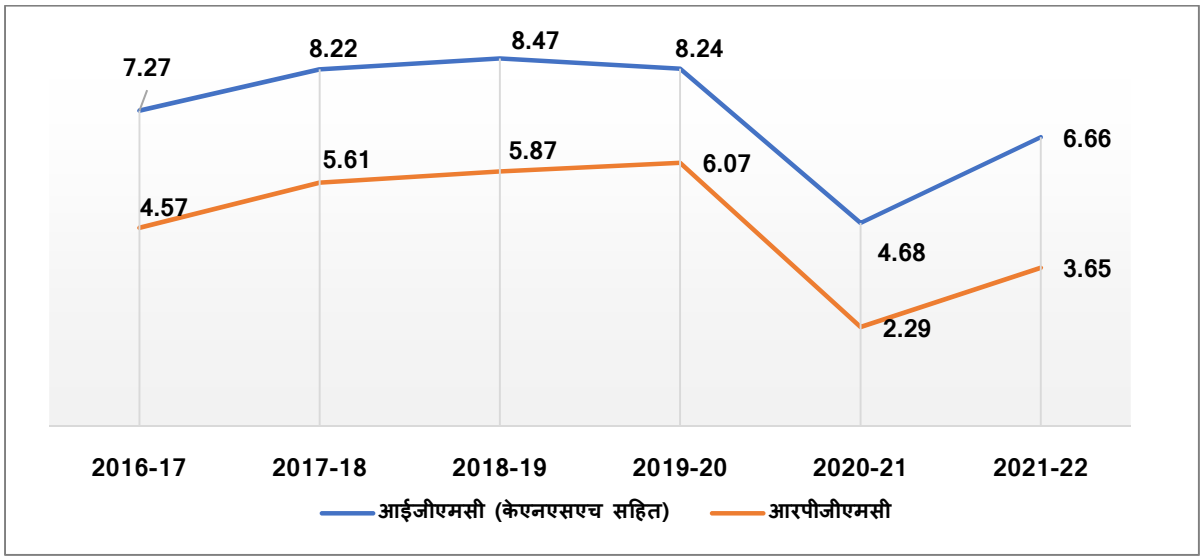
जिले का नाम	अस्पताल का नाम	सर्वेक्षित रोगियों की संख्या	औसत प्रतीक्षा समय मिनट में
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	16	102
	जिला अस्पताल, चांगो	9	38
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह व सांगला	17	29
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (04)	40	14
	योग	**82**	

3.1.1.5 ओपीडी में रोगी-भार (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के ओपीडी क्षेत्रों में पर्याप्त स्वागत व रोगी प्रतीक्षा कक्ष, परामर्श कक्ष, परीक्षण कक्ष एवं क्लिनिकल विशेषता विभागों के अनुरूप अन्य सहायक सुविधाएं होनी चाहिए।

अभिलेखों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि आईजीएमसी (केएनएसएच सहित), शिमला व आरपीजीएमसी, कांगड़ा में बहुत अधिक रोगी-भार था, जिसका विवरण **चार्ट 3.3** में दिया गया है।

चार्ट 3.3: वर्ष 2016-22 के आईजीएमसी (केएनएसएच सहित) व आरपीजीएमसी में वर्ष-वार ओपीडी रोगी-भार (लाख में)



स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

चार्ट 3.3 से यह देखा जा सकता है कि वर्ष 2016-17 से 2019-20 तक दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के ओपीडी में रोगियों की संख्या में वृद्धि हुई, जिसका कारण निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में उचित सुविधाओं एवं विशेषज्ञों की अनुपलब्धता हो सकता है, जिसकी चर्चा अध्याय II (मानव संसाधन) में की गई है।

कोविड महामारी अवधि अर्थात वर्ष 2020-21 के दौरान दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के ओपीडी में रोगियों की संख्या में गिरावट हुई एवं वर्ष 2021-22 में रोगी-भार में पुनः वृद्धि हुई।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक(जनवरी 2023) में बताया कि रोगियों की संख्या में वृद्धि इस तथ्य के कारण हुई कि रोगी जिला अस्पतालों या मेडिकल कॉलेज अस्पतालों से सीधा संपर्क करते थे।

3.1.1.6 ओपीडी में रोगी-भार एवं औसत परामर्श-समय (द्वितीयक स्तर)

जिला अस्पतालों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार ओपीडी में कार्यभार का अध्ययन किया जाए एवं पंजीयन, परामर्श, डायग्नोस्टिक व फार्मेसी (दवा लेने) के प्रतीक्षा-समय को घटाने हेतु उपाय किए जाएं। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों, 2012 में परामर्श-समय हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था। चयनित जिला अस्पतालों में देखे गए बाह्य रोगियों की संख्या **तालिका 3.3** में दर्शाई गई है:

तालिका 3.3: चयनित जिला अस्पतालों के ओपीडी में देखे गए रोगियों की संख्या

अस्पताल का नाम	वर्ष	वर्ष के दौरान ओपीडी रोगी	चिकित्सकों/परामर्शदाताओं की संख्या	औसत परामर्श-समय (मिनट में)*
जिला अस्पताल, किन्नौर	2016-17	67,818	6	9.55
	2017-18	66,103	5	8.17
	2018-19	66,863	6	9.69
	2019-20	62,109	6	10.43
	2020-21	16,819	6	38.53
	2021-22	72,413	10	14.91
जिला अस्पताल, सोलन	2016-17	3,22,476	13	4.35
	2017-18	3,09,902	15	5.23
	2018-19	3,39,919	16	5.08
	2019-20	3,00,820	17	6.10
	2020-21	2,36,769	20	9.12
	2021-22	2,57,306	31	13.01
जिला अस्पताल, कांगड़ा	2016-17	2,42,775	20	8.90
	2017-18	2,28,972	18	8.49
	2018-19	2,49,585	25	10.82
	2019-20	2,59,732	28	11.64
	2020-21	1,31,399	30	24.66
	2021-22	86,969	26	32.29

** औसत परामर्श समय=कार्य मिनट (360 मिनट (6 घंटे) के रूप में लिया गया)/(रोगियों की संख्या (300 दिन*चिकित्सको की संख्या))*

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित जिला अस्पतालों में परामर्श अवधि चार मिनट से 39 मिनट के मध्य थी।

इसके अतिरिक्त अन्य चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (विवरण **परिशिष्ट 1** के अनुसार) के मामलों में देखा गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान छः चयनित सिविल अस्पतालों में परामर्श का समय दो मिनट से 32 मिनट के मध्य था।

3.1.1.7 ओपीडी में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों में ओपीडी में मूलभूत सुविधाओं हेतु विशिष्ट मानदंड उल्लिखित नहीं थे, जिला अस्पतालों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर ओपीडी पंजीयन क्षेत्र में मूलभूत सुविधाओं की जांच की गई।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखी गई मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 3.4** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.4: चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (लेखापरीक्षा तिथि तक)

उपलब्ध सुविधाओं का नाम	आईजीएमसी, शिमला	आरपीजीएमसी, कांगड़ा
ओपीडी तक आसानी से पहुंचने के लिए व्हीलचेयर या स्ट्रेचर की उपलब्धता	हां	हां
बैठने की व्यवस्था	अपर्याप्त	अपर्याप्त
पेयजल	पंजीयन क्षेत्र में नहीं	हां
रेलिंग के साथ रैंप की उपलब्धता	हां	हां
दिव्यांग अनुकूल शौचालय की उपलब्धता	नहीं	नहीं

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

लेखापरीक्षा ने 30 रोगियों (प्रत्येक मेडिकल कॉलेज अस्पताल में 15) का सर्वेक्षण किया, जिसमें रोगियों की प्रतिक्रियाएं निम्नलिखित थीं:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के सर्वेक्षण में शामिल 30 में से 28 रोगियों ने पंजीयन काउंटरों की पर्याप्तता पर असंतोष व्यक्त किया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के 30 में से 29 रोगियों ने बताया कि दिव्यांग रोगियों हेतु उचित सुविधाओं का अभाव था।

आरपीजीएमसी, कांगड़ा व आईजीएमसी, शिमला तृतीयक स्तर के संस्थान होने एवं ओपीडी पर बढ़ते रोगी-भार की समस्या के कारण ओपीडी के रोगियों को पर्याप्त व समयबद्ध सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु उनकी सुविधाओं को उन्नत किया जाना वांछनीय है।

3.1.1.8 ओपीडी में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के ओपीडी में रोगियों हेतु कुछ मूलभूत सुविधाओं जैसे पेयजल, प्रचालित व

पानी की सुविधा के साथ स्वच्छ शौचालय, पंखे/ कूलर, रोगी भार के अनुसार बैठने की व्यवस्था, रैंप व व्हील चेयर की परिकल्पना की जाती है।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों) में उपलब्ध मूलभूत सुविधाएं क्रमशः **तालिका 3.5**, **3.6** एवं **3.7** में दर्शाई गई हैं।

तालिका 3.5: चयनित जिला अस्पतालों में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (लेखापरीक्षा तिथि तक)

मदें	जिला अस्पताल, किन्नौर	जिला अस्पताल, सोलन	जिला अस्पताल, कांगड़ा
वाटर प्यूरीफायर	2	1	1
पंखा	आवश्यकता नहीं	3	1
शौचालय (महिला)	2	1	8
शौचालय (पुरुष)	6	1	8
कुर्सी/बेंच	73	5	130
रैम्प की उपलब्धता	हां	हां	हां
व्हील चेयर की उपलब्धता	हां	हां	हां

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.5 से यह देखा जा सकता है कि, जिला अस्पताल, किन्नौर व जिला अस्पताल, कांगड़ा में पर्याप्त मूलभूत सुविधाएं उपलब्ध थीं परन्तु जिला अस्पताल, सोलन में एक ही प्रवेश द्वार वाले पुरुष एवं महिला रोगी शौचालय उपलब्ध थे तथा उपलब्ध वाटर-कूलर ख़राब था, जैसाकि क्रमशः **चित्र 3.5** व **3.6** में दर्शाया गया है।



चित्र 3.5: जिला अस्पताल, सोलन में पुरुष व महिलाओं के लिए एक ही प्रवेश द्वार वाले शौचालय



चित्र 3.6: जिला अस्पताल, सोलन में ख़राब वाटर-कूलर

तालिका 3.6: चयनित सिविल अस्पतालों में मूल सुविधाओं की उपलब्धता (लेखापरीक्षा तिथि तक)

मदें	चांगो	कंडाघाट	शाहपुर	थुरल	ज्वालामुखी	बैजनाथ
वाटर प्यूरीफायर	0	1	0	1	0	1
पंखा	आवश्यकता नहीं	4	7	5	1	5
शौचालय (महिला)	1	1	2	2	0	1
शौचालय (पुरुष)	1	1	2	2	0	1
कुर्सी	8	15	2	35	5	10

मदें	चांगो	कंडाघाट	शाहपुर	थुरल	ज्वालामुखी	बैजनाथ
रैंप की उपलब्धता	नहीं	हां	हां	हां	नहीं	हां
व्हील चेयर की उपलब्धता	नहीं	हां	हां	हां	हां	हां

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.6 से यह देखा जा सकता है कि सिविल अस्पताल, चांगो, शाहपुर व ज्वालामुखी में वाटर प्यूरीफायर उपलब्ध नहीं था। सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में पुरुष एवं महिला शौचालय की सुविधा भी उपलब्ध नहीं थी। सिविल अस्पताल, चांगो में रैंप व व्हील चेयर उपलब्ध नहीं थे। सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में रैंप उपलब्ध नहीं था।

तालिका 3.7: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में मूल सुविधाओं की उपलब्धता (लेखापरीक्षा तिथि तक)

मदें	पूह	सांगला	सायरी	धर्मपुर	मझीन	बीड़	बछवाई
वाटर प्यूरीफायर	1	3	0	1	1	2	1
पंखा	आवश्यकता नहीं		1	2	2	6	5
शौचालय (महिला)	1	5	1	1	1	2	1
शौचालय (पुरुष)	1	4	1	1	1	2	1
कुर्सी/बेंच	3	8	12	15	6	14	26
रैम्प की उपलब्धता	नहीं	नहीं	हां	हां	नहीं	हां	हां
व्हील चेयर की उपलब्धता	हां	हां	हां	हां	हां	हां	नहीं

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.7 से यह देखा जा सकता है कि चयनित सभी सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में मूलभूत सुविधाएं उपलब्ध थीं, केवल सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी के अतिरिक्त, जहां वाटर प्यूरीफायर उपलब्ध न होने से रोगियों को पेयजल व्यवस्था स्वयं करनी पड़ रही थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह, सांगला व मझीन में रैंप उपलब्ध नहीं थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में व्हील चेयर उपलब्ध नहीं थी।

3.1.1.9 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 36 विभाग (जून 2022) एवं आईजीएमसी, शिमला {कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच सहित)} में 25 विभाग (सितंबर 2022) थे। लेखापरीक्षा की तिथि तक उपरोक्त में से आरपीजीएमसी के 18 विभागों एवं आईजीएमसी (केएनएसएच सहित) के 25 विभागों में ओपीडी उपलब्ध था।

3.1.1.10 ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक एवं प्राथमिक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में 14[1], सिविल अस्पतालों में 12[2] व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में छः[3] ओपीडी सेवाएं होनी चाहिए। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु लेखापरीक्षा में विशेषज्ञ चिकित्सकों एवं आवश्यक बुनियादी ढांचे की उपलब्धता से संबंधित अभिलेखों की संवीक्षा की गई।

i. मार्च 2023 तक सभी जिला अस्पतालों में ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता/अनुपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 3.8** में दी गई है।

तालिका 3.8: राज्य के सभी जिला अस्पतालों में प्रमुख ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता (मार्च 2023 तक)

सेवा का नाम	बिलासपुर	चंबा	कांगड़ा	किन्नौर	कुल्लू	हमीरपुर	लाहौल-स्पीति	शिमला	सोलन	सिरमौर	ऊना	मंडी
जनरल मेडिसिन	×	✓	×	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
जनरल सर्जरी	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
पीडियाट्रिक्स	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
ऑप्थल्मिक	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
ईएनटी	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
स्किन	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	×
मानसिक रोग	×	✓	×	×	×	✓	×	×	×	✓	✓	✓
ऑर्थोपेडिक्स	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
दंत चिकित्सा	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
न्यूनेटोलॉजी	×	×	×	×	×	✓	×	×	×	✓	×	×
सोशल सर्विस	×	✓	×	✓	×	✓	×	×	×	×	✓	×

✓- सेवा उपलब्ध, ×- सेवा अनुपलब्ध

स्रोतः स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.8 से स्पष्ट है।

क. जिला अस्पताल, हमीरपुर में सभी ओपीडी सेवाएं उपलब्ध हैं जबकि जिला अस्पताल, लाहौल-स्पीति में केवल दो ओपीडी सेवाएं उपलब्ध हैं।

---

1 जनरल, मेडिकल, सर्जिकल, ऑप्थल्मिक, ईएनटी, दन्त चिकित्सा, ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी, पोस्ट-पार्टम यूनिट, पीडियाट्रिक्स, स्किन, मानसिक रोग, न्यूनेटोलॉजी, ऑर्थोपेडिक्स व सोशल सर्विस।

2 जनरल, ईएनटी, मेडिसिन, ऑप्थल्मिक, पीडियाट्रिक्स, सर्जिकल, दन्त चिकित्सा, ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी, ऑर्थोपेडिक्स, न्यूनेटोलॉजी, सोशल सर्विस, पोस्ट-पार्टम यूनिट।

3 जनरल मेडिसिन, पीडियाट्रिक्स, सर्जिकल, दन्त चिकित्सा, ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी व परिवार कल्याण।

ख. शेष जिला अस्पतालों में छः से 12 ओपीडी सेवाएं उपलब्ध हैं।

ग. सभी जिला अस्पतालों में दन्त चिकित्सा ओपीडी उपलब्ध है एवं नवजात-विज्ञान (नियोनेटोलॉजी) ओपीडी केवल जिला अस्पताल, हमीरपुर व सिरमौर में उपलब्ध है, जबकि बिलासपुर, कांगड़ा, किन्नौर व लाहौल-स्पीति में जनरल मेडिसिन की ओपीडी उपलब्ध नहीं थी।

ii. चयनित जिला अस्पतालों में ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता की प्रास्थिति का विवरण **तालिका 3.9** में दिया गया है।

तालिका 3.9: चयनित जिला अस्पतालों में ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता की अवधि

जिला अस्पताल (14 में से अनुपलब्ध सेवाएं)	ओपीडी सेवाओं का नाम	बाह्य-रोगी बिभाग सेवाओं की अनुपलब्धता की प्रास्थिति	वर्षों की संख्या	कारण
किन्नौर (12)	ईएनटी	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	विशेषज्ञ की तैनाती नहीं होने के कारण
	जनरल मेडिसिन	अप्रैल 2016 से मार्च 2019	3	
	ऑप्थल्मिक	अप्रैल 2016 से मार्च 2018	2	
	पीडियाट्रिक्स	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
	जनरल सर्जरी	अप्रैल 2016 से मार्च 2018	2	
	गायनिकोलॉजी	अप्रैल 2016 से मार्च 2018	2	
	पोस्ट-पार्टम	अप्रैल 2016 से मार्च 2018	2	
	डर्मेटोलॉजी(स्किन)	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
	मानसिक रोग	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
	न्यूनेटोलॉजी	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
	ऑर्थोपेडिक्स	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
	सोशल सर्विस	अप्रैल 2016 से अक्टूबर 2021	5.5	
सोलन (4)	ऑप्थल्मिक	जनवरी 2016 से जुलाई 2016	0.5	
	पोस्ट-पार्टम	अप्रैल 2016 से दिसम्बर 2021	5.8	
	मानसिक रोग	जनवरी 2016 से जून 2019, 19/11/2021 से 07/02/2021 व 16/05/2021 से दिसम्बर 2021 तक (उत्तर की तिथि)	3.5	
	सोशल सर्विस	अप्रैल 2016 से दिसम्बर 2021	5.8	
कांगड़ा (4)	मानसिक रोग	नवम्बर 2021 से दिसम्बर 2021	2 माह	विशेषज्ञ का कांगड़ा स्थानांतरण हो जाने के कारण
	न्यूनेटोलॉजी	अप्रैल 2016 से दिसम्बर 2021	5.8	ऐसा कोई पद जिला अस्पताल कांगड़ा में नहीं है
	ऑर्थोपेडिक्स	अप्रैल 2016 से दिसम्बर 2021	5.8	
	सोशल सर्विस	अप्रैल 2016 से दिसम्बर 2021	5.8	

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.9 से यह देखा जा सकता है कि चयनित जिला अस्पतालों में 14 में से चार से 12 ओपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। जिला स्तर पर इन ओपीडी सेवाओं के अभाव में रोगियों को तृतीयक स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा, जिससे ओपीडी में रोगी-भार व भीड़ बढ़ गई, जैसाकि **परिच्छेद 3.1.1.5** में चर्चा की गई है।

इसके अतिरिक्त देखा गया कि:

- मार्च 2023 तक चयनित सिविल अस्पतालों में, 12 ओपीडी सेवाओं में से एक से नौ ओपीडी सेवाएं सिविल अस्पतालों में उपलब्ध थीं, जैसाकि **परिशिष्ट 2** में विवरण दिया गया है।
- चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से किसी में भी मेडिसिन, पेडियाट्रिक्स, जनरल सर्जरी व आब्सटेट्रिक्स एवं गायनेकोलॉजी नामक चार ओपीडी सेवाएं नहीं थीं। मार्च, 2023 तक सात में से तीन[4] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में दन्त चिकित्सा ओपीडी उपलब्ध नहीं थी, जैसाकि **परिशिष्ट 2** में विवरण दिया गया है।
- सभी चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में केवल एक चिकित्सा अधिकारी उपलब्ध था।

स्वास्थ्य संस्थानों के प्रभारियों ने प्रत्युत्तर (अक्टूबर-दिसंबर 2021) में संबंधित स्वास्थ्य संस्थानों में मानव संसाधनों की कमी को सेवाओं की अनुपलब्धता का कारण बताया।

ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता के कारण रोगियों को या तो जिले से बाहर रेफर करना पड़ता था या तृतीयक/निजी अस्पतालों में भेजना पड़ता था, जिससे तृतीयक स्तर के संस्थानों पर रोगी-भार बढ़ गया। निजी उपचार पर मरिजों को अतिरिक्त वित्तीय बोझ वहन करना पड़ा, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.3.4** में टिप्पणी की गई है।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) के दौरान जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में ओपीडी सेवाओं में अंतर का कारण विशेषज्ञों की कमी को बताया।

3.1.1.11 आईजीएमसी, शिमला में नवीन ओपीडी खंड के परिचालन में देरी

दिसंबर 2019 के दौरान आईजीएमसी शिमला में नवीन ओपीडी खंड के निर्माणार्थ ₹ 103.18 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन स्वीकृत किया गया था। ₹ 90 करोड़ के व्ययोपरांत कार्य पूर्ण हुआ एवं जनवरी 2022 में नवीन ओपीडी खंड का उद्घाटन किया गया जैसाकि **चित्र 3.7** में दिखाया गया है। हालांकि लेखापरीक्षा में पाया गया कि राष्ट्रीय हरित अधिकरण (नेशनल ग्रीन ट्रिब्यूनल) से अनुमोदन प्रतीक्षित होने के कारण नवीन ओपीडी खंड का उपयोग नहीं किया गया था (सितंबर 2022)। इसके अतिरिक्त स्थल पर भूमि विवाद भी पाया गया, जैसाकि **चित्र 3.8** में दिखाया गया है, जिससे नवीन ओपीडी खंड को आरंभ करने में विलम्ब हुआ।

[4] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह, मझीन व बछवाई।

	
चित्र 3.7: आईजीएमसी, शिमला में नवनिर्मित ओपीडी खंड।	**चित्र 3.8: ओपीडी परिसर के भीतर विवादित निजी भूमि।**

विभाग ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) के दौरान बताया कि मामला न्यायालय में विचाराधीन है तथा न्यायालय के निर्णयोपरांत उचित कार्रवाई की जाएगी। उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि विभाग को कार्य निष्पादन के पूर्व भूमि की उपलब्धता व सभी मंजूरियां सुनिश्चित करनी थी।

सहायक नियंत्रक (एफ & ए), आईजीएमसी, शिमला ने बताया (जनवरी 2024) कि नवीन ओपीडी खंड 13 माह के विलम्ब के बाद मार्च 2023 से क्रियाशील बना दिया गया है।

3.1.1.12 आरपीजीएमसी, कांगड़ा में जराचिकित्सा (जेरिएट्रिक) ओपीडी का परिचालन न करना

नवंबर 2016 तथा फरवरी 2017 के मध्य सरकार ने आरपीजीएमसी, कांगड़ा में जराचिकित्सा ओपीडी क्लिनिक की स्थापना हेतु ₹ 5.86 करोड़ जारी किए। तथापि विभाग के अनिर्णय[5] एवं स्थल पर भूमि विवाद के कारण जून 2022 तक कार्य आरंभ नहीं किया जा सका, जिसकी विभाग ने पुष्टि की।

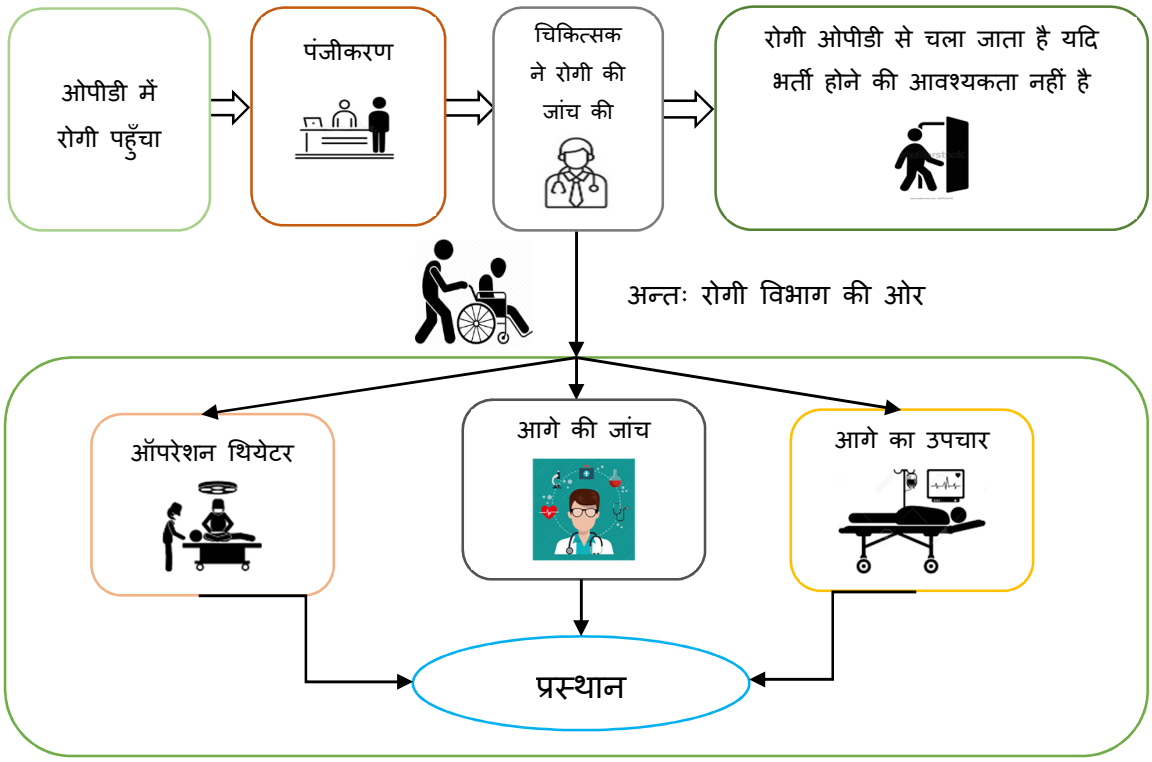
इस प्रकार भूमि की उपलब्धता सुनिश्चित न होने के कारण आरपीजीएमसी, कांगड़ा में वरिष्ठ नागरिक ओपीडी सेवाओं से वंचित रहे।

3.1.2 अंतःरोगी विभाग (आईपीडी) सेवाएं

अंतःरोगी विभाग (आईपीडी) अस्पताल के उन क्षेत्रों को संदर्भित करता है, जहां रोगियों को ओपीडी, आपातकालीन सेवाएं व चलित देखभाल केंद्र (एम्बुलेटरी) सेवा के पश्चात चिकित्सक/ विशेषज्ञ की अनुशंसा के आधार पर भर्ती होने के बाद रखा जाता है। अंतःरोगियों को नर्सिंग सेवाओं, दवाओं/डायग्नोस्टिक सुविधाओं की उपलब्धता, चिकित्सकों द्वारा अवलोकन आदि के माध्यम से उच्च स्तर की देखभाल की आवश्यकता होती है। **चार्ट 3.4** आईपीडी में रोगी प्रवाह की प्रक्रिया को दर्शाता है।

[5] प्रारंभिक अनुमोदन (नवंबर 2016) जराचिकित्सा केंद्र के निर्माण के लिए था। जून 2017 में एक बैठक के दौरान स्थान की कमी के कारण जराचिकित्सा केंद्र, कौशल केंद्र व अस्थि बैंक को संयोजित करने का सुझाव दिया गया था। अंततः जराचिकित्सा केंद्र के लिए कार्य आरंभ (अक्टूबर 2020) करने का प्रस्ताव रखा गया जो न्यायालयी प्रकरण के कारण आरंभ नहीं हो सका।

चार्ट 3.4: अन्तः रोगी विभाग में रोगी प्रवाह



3.1.2.1.1 आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों (अक्टूबर 2020) के अनुसार मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में 24 विभाग होने चाहिए। यह देखा गया कि आरपीजीएमसी, कांगड़ा में फिजिकल मेडिसिन एवं नशामुक्ति (रिहैबिलिटेशन) तथा आईजीएमसी, शिमला में दंत चिकित्सा, फिजिकल मेडिसिन एवं रिहैबिलिटेशन को छोड़कर, चयनित दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में अन्य सभी अपेक्षित विभाग उपलब्ध थे।

कुछ आईपीडी वार्डों का संयुक्त भौतिक सत्यापन किया गया, जिसमें निम्नलिखित बिंदु देखे गए:

- आईजीएमसी, शिमला में यूरोलॉजी एवं कार्डियोथोरेसिक वैस्कुलर सर्जिकल वार्डों में रोगियों की संख्या कार्यात्मक बिस्तरों से अधिक थी, जो दर्शाता है कि उपलब्ध बिस्तरों की संख्या पर्याप्त नहीं थी जैसाकि **परिच्छेद 5.2.1** में चर्चा की गई है। अलग-अलग वार्ड उपलब्ध न होने के कारण पुरुष व महिला रोगी एक ही वार्ड में रखे गए, जिससे रोगियों की निजता का हनन हुआ।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में मेडिसिन पुरुष वार्ड में 17 बिस्तरों पर दोगुना रोगी अधिग्रहण देखा गया, जो की उच्च रोगी अधिग्रहण दर परिलक्षित करता है।
- आईजीएमसी, शिमला के शिशु-वार्ड व मेडिसन महिला-वार्ड में उचित वायुसंचार (वेंटिलेशन) एवं प्रकाश व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी। आरपीजीएमसी, कांगड़ा में उचित वायुसंचार व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी क्योंकि पुरुष/महिला सर्जरी, शिशु-वार्ड, महिला आर्थोपेडिक, पुरुष मेडिसन-वार्ड में संस्थापित वातानुकूलन (एसी) इकाईयां पर्याप्त नहीं थीं, जिससे घुटन व सीलन भरा वातावरण बना हुआ था।

- आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि पुरुष आर्थोपेडिक एवं महिला मेडिसन वार्ड की ओर जाने वाले गलियारों में बिस्तर लगाए गए थे, जिससे स्ट्रेचर व कर्मियों के सुचारू आवागमन में बाधा उत्पन्न हो रही थी, जैसाकि **चित्र 3.9** व **3.10** में दर्शाया गया है।



चित्र 3.9: आईजीएमसी में पुरुष आर्थोपेडिक वार्ड

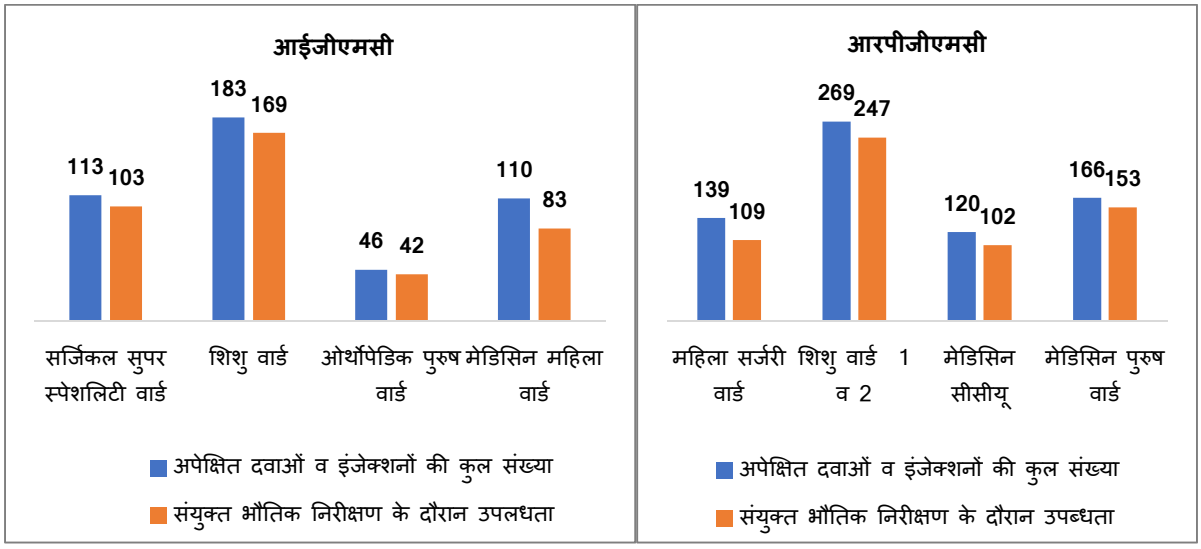


चित्र 3.10: आईजीएमसी में महिला मेडिसन वार्ड

3.1.2.2 आईपीडी वार्डों में अनिवार्य दवाओं एवं इंजेक्शनों की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

रोगियों का त्वरित उपचार सुनिश्चित करने हेतु वार्डों में अपेक्षित मूलभूत दवाएं व इंजेक्शन उपलब्ध होने चाहिए। वार्ड के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाई गई मूलभूत दवाओं व इंजेक्शनों की उपलब्धता की प्रास्थिति **चार्ट 3.5** में विवर्णित है:

चार्ट 3.5: मूलभूत दवाओं व इंजेक्शनों की उपलब्धता



यह देखा गया कि यद्यपि वार्डों में दवाओं व इंजेक्शनों की उपलब्धता में भारी कमी नहीं थी तथापि किसी भी वार्ड में अपेक्षानुसार सभी दवाएं व इंजेक्शन उपलब्ध नहीं थे।

3.1.2.3 आईपीडी रोगी-भार (तृतीयक स्तर)

वर्ष 2016-2022 के दौरान चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में चिकित्सा-देखभाल व सेवा प्राप्त अंतःरोगियों की संख्या **तालिका 3.10** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.10: चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में अंतःरोगियों की संख्या

वर्ष	(आईजीएमसी+ केएनएसएच) में आईपीडी भार	वृद्धि(+)/कमी (-) (प्रतिशत)	आरपीजीएमसी में आईपीडी भार	वृद्धि (+)/ कमी (-) (प्रतिशत)
2016-17	47,804	-	2,21,914	-
2017-18	41,531	(-)13.12	2,47,478	+11.52
2018-19	49,899	+20.15	2,38,443	(-)3.65
2019-20	52,032	+4.27	2,44,796	+2.66
2020-21	39,949	(-)23.22	1,58,132	(-)35.40
2021-22	74,541	+86.59	1,85,787	+17.49

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

वर्ष 2017-18 के दौरान आईजीएमसी, शिमला (कमला नेहरु राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच, मातृत्व विभाग)) में आईपीडी के रोगियों में लगभग 13.12 प्रतिशत की कुल कमी आई। वर्ष 2018-19 व 2019-20 के दौरान अंतःरोगियों की संख्या में क्रमशः 20.15 प्रतिशत व 4.27 प्रतिशत की वृद्धि हुई। हालांकि वर्ष 2020-21 की अवधि के दौरान अंतःरोगियों की संख्या में 23.22 प्रतिशत की कमी आई। वर्ष 2021-22 में आईजीएमसी में अंतःरोगियों की संख्या में पुनः 86.59 प्रतिशत की वृद्धि हुई।

वर्ष 2017-18, 2019-20 व 2021-22 के दौरान आरपीजीएमसी, कांगड़ा में अंतःरोगियों की संख्या में क्रमशः 11.52, 2.66 व 17.49 प्रतिशत की वृद्धि हुई। हालांकि वर्ष 2018-19 व 2020-21 के दौरान अंतःरोगियों की संख्या में क्रमशः 3.65 व 35.40 प्रतिशत गिरावट हुई। प्राथमिक एवं द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों में अपेक्षित सेवाओं व जनशक्ति की अनुपलब्धता के कारण मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में बहुत अधिक आईपीडी भार था, जैसाकि अनुवर्ती अध्यायों में चर्चा की गई है।

3.1.2.4 आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में आईपीडी बिस्तरों को जनरल मेडिसन-वार्ड, ईएनटी वार्ड, पेडियेट्रिक वार्ड, जनरल सर्जरी वार्ड, ओप्थाल्मोलॉजी वार्ड, दुर्घटना व ट्रॉमा-वार्ड आदि में वर्गीकृत किया जाना चाहिए।

चयनित जिला अस्पतालों एवं सिविल अस्पतालों में आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 3.11** में विवर्णित है।

तालिका 3.11: चयनित जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में महत्वपूर्ण आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता (मार्च 2023 तक)

सेवाएं	जिला अस्पताल किन्नौर	सिविल अस्पताल चांगो	जिला अस्पताल सोलन	सिविल अस्पताल कंडाघाट	जिला अस्पताल कांगड़ा	सिविल अस्पताल थुरल	सिविल अस्पताल ज्वालामुखी	सिविल अस्पताल शाहपुर	सिविल अस्पताल बैजनाथ
जनरल मेडिसन	×	×	✓	×	×	✓	✓	×	✓
ईएनटी	×	×	✓	×	✓	×	×	×	✓
जनरल सर्जरी	✓	×	✓	×	✓	×	×	✓	✓
ओप्थाल्मोलॉजी	×	×	✓	×	✓	×	×	✓	✓
ओर्थोपेडिक	✓	×	✓	×	×	×	×	×	×
दुर्घटना व ट्रॉमा	×	×	✓	×	✓	×	×	×	×
पेडियेट्रिक	×	×	✓	×	✓	×	×	✓	✓
आब्सटेट्रिक्स-गायनेकोलॉजी	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
बर्न वार्ड	×	लागू नहीं*	✓	लागू नहीं*	✓	लागू नहीं*	लागू नहीं*	लागू नहीं*	लागू नहीं*

*स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी, * भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानदण्ड 2012 के अनुसार लागू नहीं*

तालिका 3.11 देखा जा सकता है कि:

- जिला अस्पताल, सोलन में सभी आईपीडी सेवाएं उपलब्ध थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर में जनरल मेडिसन, ईएनटी, ओप्थाल्मोलॉजी, पेडियेट्रिक, दुर्घटना व ट्रॉमा एवं बर्न वार्ड सेवाएं उपलब्ध नहीं थी।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में जनरल मेडिसन व ओर्थोपेडिक आईपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थी।

सिविल अस्पताल, चांगो व सिविल अस्पताल, कंडाघाट में कोई आईपीडी सेवा उपलब्ध नहीं थी, जबकि अन्य चयनित सिविल अस्पतालों में दो से छः आईपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं।

इसी प्रकार मार्च 2023 तक चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से चार[6] में मात्र एक (जनरल मेडिसन) आईपीडी सेवा उपलब्ध थी जबकि शेष तीन[7] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में आईपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।

आईपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता के कारण स्वास्थ्य संस्थान लोगों को व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में विफल रहा।

(i) ओपीडी/आईपीडी सेवाओं/बिस्तर अधिग्रहण दर पर विशेषज्ञों/पैरामेडिकल स्टाफ की कमी का प्रभाव

स्वास्थ्य संस्थान-वार ओपीडी एवं आईपीडी सेवाओं पर विशेषज्ञों की कमी के प्रभाव पर नीचे चर्चा की गई है:

6 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला, पूह, सायरी व मझीन।

7 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई, मझीन व बीड़।

- अध्याय II के **परिच्छेद 2.2.3.1** में की गई चर्चानुसार भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से तुलना करने पर जिला अस्पताल, सोलन में 11 प्रतिशत की अधिकता के अतिरिक्त जिला अस्पतालों में विशेषज्ञों की उपलब्धता में कमी (मार्च 2023) 25 प्रतिशत (शिमला) से 94 प्रतिशत (लाहौल-स्पीति) के मध्य रही। इस कमी के कारण सभी जिला अस्पतालों में कुछ ओपीडी एवं चयनित जिला अस्पतालों में आईपीडी विभाग नहीं चल रहे थे, जैसाकि क्रमशः **परिच्छेद 3.1.1.10** व **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है। इसके अतिरिक्त विशेषज्ञों की कमी स्वास्थ्य संस्थानों में बिस्तर अधिग्रहण दर को प्रभावित कर सकती थी।
- अध्याय II - **परिच्छेद 2.2.3.3** (**मानचित्र 2.11**) में की गई चर्चानुसार, राज्य के सभी सिविल अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के सापेक्ष विशेषज्ञों की उपलब्धता में कमी (मार्च 2023) सात प्रतिशत (शिमला जिला) से लेकर 100 प्रतिशत (लाहौल-स्पीति व किन्नौर जिला) तक है। इस कमी के कारण कुछ ओपीडी विभाग व आईपीडी विभाग नहीं चल रहे थे, जैसाकि क्रमशः **परिच्छेद 3.1.1.10** व **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है।
- अध्याय II - **परिच्छेद 2.2.3.3** (**मानचित्र 2.12**) में की गई चर्चानुसार, राज्य के सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के सापेक्ष विशेषज्ञों की उपलब्धता में कमी (मार्च 2023) 70 प्रतिशत (सोलन जिला) से 100 प्रतिशत (लाहौल-स्पीति, किन्नौर, चंबा, बिलासपुर, कुल्लू व मंडी जिला) तक थी। इस कमी के कारण सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में कुछ ओपीडी विभाग एवं आईपीडी विभाग नहीं चल कर रहे थे, जैसाकि क्रमशः **परिच्छेद 3.1.1.10** व **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है।
- चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में रेडियोलॉजिस्ट (सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, शाहपुर, जयसिंहपुर व बैजनाथ) रेडियोग्राफर (सिविल अस्पताल चांगो, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्पीलो व रिब्बा) एवं परफ्यूजनिस्ट (आरपीजीएमसी, कांगड़ा) की अनुपलब्धता के कारण अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे एवं हार्ट-लंग मशीन निष्क्रिय थीं, जैसाकि क्रमशः **परिच्छेद 2.2.5.4** व **परिच्छेद 2.2.1.3** में चर्चा की गई है।

(ii) स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर उपकरणों की कमी का प्रभाव

स्वास्थ्य संस्थान-वार स्वास्थ्य सेवाओं पर उपकरणों की कमी के प्रभाव पर नीचे चर्चा की गई है:

- अध्याय IV के **परिच्छेद 4.9.1.1** में नमूना-जांचित जिला अस्पतालों के 14 विभागों में विभिन्न प्रकार के उपकरणों की कमी 38 से 46 प्रतिशत के मध्य थी, जिसके कारण चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित हुईं।
- अध्याय IV के **परिच्छेद 4.9.1.2** में नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों के 12 विभागों में विभिन्न प्रकार के उपकरणों की कमी 48 से 99 प्रतिशत के मध्य थी, जिसके कारण चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित हुईं।

इस प्रकार स्वास्थ्य संस्थानों के सभी स्तरों पर विशेषज्ञों एवं उपकरणों की कमी अनिवार्य ओपीडी व आईपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता में परिणत हुई, जिसके परिणामस्वरूप उपचार की आवश्यकता वाले रोगियों को या तो उच्च स्वास्थ्य संस्थानों में रेफर कर दिया गया या उन्हें निजी उपचार लेना पड़ा।

3.1.2.5 परिणाम संकेतकों के माध्यम से आईपीडी सेवाओं का मूल्यांकन (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)

आईपीडी में प्रदान की गई रोगी सेवाओं का मूल्यांकन कुछ निश्चित परिणाम संकेतकों जैसे बिस्तर अधिग्रहण दर, भर्ती रहने की औसत अवधि, चिकित्सकीय सलाह के विरूद्ध छुट्टी एवं रेफरल आउट दर इत्यादि के माध्यम से किया जा सकता है। इन अनुपातों का विवरण **तालिका 3.12** में दर्शाया गया है:

तालिका 3.12: गुणवत्ता संकेतकों की गणना

प्रकार	गुणवत्ता संकेतक	अंश	भाजक
अस्पताल की उत्पादकता	बिस्तर अधिग्रहण दर (प्रतिशत में)	एक माह में रोगी के भर्ती रहने वाले दिनों की कुल संख्या	कार्यात्मक बिस्तरों की कुल संख्या x एक माह में दिनों की संख्या
अस्पताल की दक्षता	रेफरल आउट दर (प्रतिशत में)	अन्य सुविधा (अस्पताल) में रेफर किए मामलों की कुल संख्या	प्रवेश (भर्ती किए रोगियों) की कुल संख्या
अस्पताल की क्लिनिकल देखभाल समर्थता	भर्ती रहने की औसत अवधि (दिनों में)	रोगी के भर्ती रहने के कुल दिन	प्रवेश (भर्ती किए रोगियों) की कुल संख्या
अस्पताल की सेवा गुणवत्ता	चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी (प्रतिशत में)	चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी व प्रपलायित (अब्स्कोंडिंग) मामलों की कुल संख्या	प्रवेश (भर्ती किए रोगियों) की कुल संख्या

लेखापरीक्षा ने चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में चार परिणाम-संकेतकों का मूल्यांकन किया, जिसके निष्कर्षों पर नीचे चर्चा की गई है:

(i) बिस्तर अधिग्रहण दर

बिस्तर अधिग्रहण दर का उपयोग यह जांचने के लिए किया जाता है कि अंतःरोगियों की देखभाल हेतु अस्पताल की अंतःरोगी क्षमता का उपयोग कितने प्रभावी ढंग से किया जा रहा है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में अस्पताल की बिस्तर अधिग्रहण दर कम से कम 80 प्रतिशत होनी चाहिए। सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के मामले में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में बिस्तर अधिग्रहण दर हेतु कोई मानदंड निर्धारित नहीं हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक चयनित स्वास्थ्य संस्थानों की बिस्तर अधिग्रहण दर **तालिका 3.13** में दी गई है:

तालिका 3.13: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों की आईपीडी सेवाओं में बिस्तर अधिग्रहण दर (प्रतिशत में)

जिला	स्वास्थ्य संस्थान	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	32.19	22.71	17.10	14.72	13.47	22.58
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	-	6.70	5.61	5.01	6.23	7.40
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	0.14	0.41	0.23	0.14	0.27	3.29
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	83.28	211.54	178.02	178.51	112.56	66.74
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	50.36	42.32	56.90	65.48	42.22	27.32
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	0.36	0.91	0.55	0.64	2.65	2.25
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	8.19	4.97	5.17	5.11	5.14	47.67
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	47.57	32.87	36.80	33.08	13.14	9.66
	सिविल अस्पताल, थुरल	41.76	42.76	45.82	23.29	11.95	30.56
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	66.59	81.40	101.77	81.33	25.97	45.86
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	81.04	90.90	69.29	72.38	44.68	24.04
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	69.86	57.84	46.60	46.79	21.79	10.82

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.13 से देखा जा सकता है कि:

- चयनित जिला अस्पतालों में, वर्ष 2017-21 के दौरान जिला अस्पताल, सोलन में बिस्तर अधिग्रहण दर 100 प्रतिशत से अधिक थी, जो बिस्तरों की कमी को परिलक्षित करता है।
- आईपीडी सेवाओं वाले चयनित सिविल अस्पतालों में बिस्तर अधिग्रहण दर 11 प्रतिशत से 102 प्रतिशत के मध्य थी।
- आईपीडी सेवाओं वाले चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में वर्ष 2021-22 में 48 प्रतिशत को छोड़कर, बिस्तर अधिग्रहण दर नौ प्रतिशत से कम थी।

जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में कम बिस्तर अधिग्रहण दर के कारणों में एक कारण चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अपेक्षित सेवाओं की अनुपलब्धता रही। विभाग सेवाओं के इष्टतम उपयोग हेतु स्वास्थ्य संस्थानों में बिस्तरों के मांग के सापेक्ष उसके वितरण पर पुनः विचार करें।

(ii) भर्ती रहने की औसत अवधि

क्लिनिकल सेवा क्षमता एवं उपचार की दक्षता के निर्धारण हेतु भर्ती रहने की औसत अवधि एक संकेतक है। भर्ती रहने की औसत अवधि रोगी के भर्ती होने व छुट्टी/मृत्यु के मध्य का समय है और इसे दिनों की संख्या में व्यक्त किया जाता है। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के संदर्भ में भर्ती रहने की औसत अवधि **तालिका 3.14** में दर्शाई गई हैं।

तालिका 3.14: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के संदर्भ में ठहरने की औसत अवधि (दिनों में)

जिला	वर्ष	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	3	3	3	3	3	3
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	अनुपलब्ध	1.5	1.5	1.5	1.5	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	1	1	1	1	1	1
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	3	3	3	3	3	3
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	1	1	2	2	2	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	1.33	2	2	2	2	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	0.26	0.15	0.16	0.13	0.24	2
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	4.59	3.93	3.97	3.68	5.33	2
	सिविल अस्पताल, थुरल	0.64	0.75	0.85	0.87	0.91	2
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	3	3	3	3	3	2
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	4.5	4.5	4.5	4	4	2

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

चयनित सभी स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों) में रोगियों को पूर्ण उपचार के बाद छुट्टी दे दी जाने या उन्हें उच्च-स्तरीय अस्पताल में रेफर किए जाने में भर्ती रहने की औसत अवधि एक दिन से पांच दिनों के मध्य रही।

(iii) चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी

स्वास्थ्य संस्थानों की सेवा गुणवत्ता मापने के लिए चिकित्सकीय सलाह के विरूद्ध छुट्टी दर एवं प्रपलायन (अब्स्कोंडिंग) दर का मूल्यांकन किया जाता है। चिकित्सकीय सलाह के विरूद्ध छुट्टी उस रोगी के लिए प्रयोग किया जाने वाला शब्द है जो चिकित्सक की सलाह के विरुद्ध अस्पताल छोड़ देता है एवं अब्स्कोंडिंग दर उन रोगियों को संदर्भित करता है जो अस्पताल प्राधिकारियों को सूचित किए बिना अस्पताल छोड़ देते हैं। समस्याओं के विभिन्न पहलुओं जैसे मामलों के प्रकार, रोगियों के चले जाने के कारण आदि पर अल्प डेटा उपलब्ध है। चयनित जिलों में चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी के मामले **तालिका 3.15** में दर्शाए गए हैं:

तालिका 3.15: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी (प्रतिशत में)

जिला	स्वास्थ्य संस्थान	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	0.05	0	0.18	0.26	0	0.40
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	0	0	0	0	0	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	0	0	0	0	0	0
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	0.63	0.22	0.37	0.36	0.39	0.92
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	0.22	0.65	0.82	1.05	1.23	1.47
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	0	0	0	0	0	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	0	0	0	0	0	0.38

जिला	स्वास्थ्य संस्थान	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	0.11	0.10	1.31	1.57	0.54	1.48
	सिविल अस्पताल, थुरल	0.14	0.08	0.13	0.03	0.06	0.05
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	0.97	0.50	0.61	0.39	0.24	0.30
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	0.47	0.45	0.08	0.45	0.43	1.37
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	2	3.34	3.97	1.37	1.09	2.11

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में से चार में चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी के मामलों की कोई घटना नहीं हुई। शेष चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी के मामले चार प्रतिशत से नीचे रहे, जो परिचायक है कि चिकित्सक की सलाह को रोगियों ने अच्छी तरह से स्वीकार किया।

(iv) रेफरल आउट दर

उच्च स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में रेफरल करना दर्शाता है कि स्वास्थ्य संस्थानों में उपचार की सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में रेफरल आउट दर **तालिका 3.16** के अनुसार है।

तालिका 3.16: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में रेफरल आउट दर (प्रतिशत में)

जिला	वर्ष	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	1.46	3.88	7.50	5.94	3.98	3.24
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	अनुपलब्ध	15.34	20.51	26.23	22.77	11.48
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	0	0	0	0	0	16.67
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	6.11	2.62	3.09	3.18	3.64	8.24
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	3.88	4.40	4.04	2.30	1.95	5.21
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	33.33	0	0	0	6.90	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	0.72	2.07	0.85	1.05	1.07	3.26
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	4.09	4.91	5.14	6.49	10.42	9.77
	सिविल अस्पताल, थुरल	2.27	2.40	3.47	1.87	4.41	2.05
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	7.86	7.54	4.78	4.64	6.37	4.90
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	7.03	7.75	8.86	7.83	7.30	8.05
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	4.79	4.94	6.17	4.22	11.32	16.62

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.16 से देखा जा सकता है कि:

- जिला अस्पताल स्तर पर सबसे अधिक रेफरल आउट दर जिला अस्पताल, कांगड़ा की थी, जो विशेषज्ञों की कमी, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.3.1** में चर्चा की गई है एवं पांच ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता, जैसाकि **परिच्छेद 3.1.1.10** में चर्चा की गई है, के कारण हो सकती है। साथ ही वर्ष 2021-22 में जिला अस्पताल, सोलन (8.24 प्रतिशत) में भी रेफरल आउट दर उच्च थी, जबकि जिला अस्पताल, किन्नौर (2016-22) व जिला अस्पताल, सोलन (2016-21) में रेफरल आउट दर अपेक्षाकृत कम थी।

- सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के मामलों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला में लगातार चार वर्षों तक रेफरल आउट दर उच्च थी, यह 11 प्रतिशत से 26 प्रतिशत के मध्य रही, जो कि चार ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता के कारण हो सकता है जैसाकि **परिच्छेद 3.1.1.10** में चर्चा की गई है। शेष सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में रेफरल आउट दर अपेक्षाकृत कम थी।

3.1.3 आपातकालीन सेवाएं



स्वास्थ्य संस्थानों में आपातकालीन सेवाएं आपातकालीन वार्ड या आपातकालीन कक्ष द्वारा प्रदान की जाती हैं, यह ऐसी चिकित्सा उपचार सुविधा है जो आपातकाल में आए हुए रोगियों की गहन देखभाल में विशेषज्ञता रखती है। रोगियों की उपस्थिति की अनियोजित प्रकृति के कारण विभाग व्यापक स्तर पर बीमारियों एवं चोटों का प्रारंभिक उपचार प्रदान करता है, उनमें से कुछ जीवन के लिए खतरनाक हो सकते हैं तथा उन पर तत्काल चिकित्सकीय ध्यान देना आवश्यक होता है। अतः भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक के प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान में कार्यात्मक आपातकाल के साथ 24x7 समर्पित आपातकालीन कक्ष की परिकल्पना करता है।

3.1.3.1 आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

वर्ष 2016-17 से 2020-21 के दौरान दो तृतीयक स्तर के चिकित्सा अस्पतालों द्वारा भर्ती किए गए, अन्य अस्पतालों से रेफर किए गए एवं आपातकालीन स्थिति में अन्य अस्पतालों को रेफर किए गए रोगियों की संख्या **तालिका 3.17** में दी गई है।

तालिका 3.17: भर्ती किए गए, अन्य अस्पतालों से रेफर एवं अन्य अस्पतालों में रेफर रोगी

वर्ष	संस्थान का नाम	सीधे भर्ती रोगी	अन्य स्वास्थ्य संस्थानों से रेफर रोगी	रोगी जिनकी मृत्यू हो गई	अन्य राज्य के उच्च स्वास्थ्य संस्थानों में रेफर रोगी
2016-17	आईजीएमसी	27,832	540	डेटा अनुपलब्ध	80
	आरपीजीएमसी	32,356	205	119	127
2017-18	आईजीएमसी	32,592	140	डेटा अनुपलब्ध	100
	आरपीजीएमसी	33,804	180	71	122
2018-19	आईजीएमसी	30,969	1,610	डेटा अनुपलब्ध	112
	आरपीजीएमसी	30,381	120	123	121
2019-20	आईजीएमसी	44,106	415	84	132
	आरपीजीएमसी	32,868	61	147	81
2020-21	आईजीएमसी	37,376	108	96	62
	आरपीजीएमसी	18,189	48	75	80

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.17 से देखा जा सकता है कि:

- वर्ष 2016-21 के दौरान दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आपातकालीन विभाग में भर्ती रोगियों की संख्या मिश्रित प्रवृत्ति दर्शाती है।

वर्ष 2016-20 के दौरान आईजीएमसी, शिमला में उच्च अस्पतालों में रेफर किए गए रोगियों की संख्या में वृद्धि देखी गई, जिसमें वर्ष 2020-21 में कमी आई तथा वर्ष 2019-20 से 2020-21 तक आपातकालीन विभाग में मृत्यु के मामलों की संख्या में वृद्धि हुई।

वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक, आईजीएमसी ने बताया (मई 2022) कि वेंटिलेटर की कम उपलब्धता, परिवार के मत या आगे के प्रबंधन के कारण रोगियों को उच्च अस्पतालों में रेफर किया गया।

- वर्ष 2016-21 की पूरी अवधि में आरपीजीएमसी में रेफरल के मामलों की प्रवृत्ति में मामूली कमी आई।

3.1.3.2 आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर व प्राथमिक स्तर)

मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में आपातकालीन सेवा उपलब्ध थी। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि सिविल अस्पताल, चांगो व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन के अतिरिक्त सभी जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में आपातकालीन सेवाएं उपलब्ध थीं। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के मामलों में किसी भी चयनित संस्थान में आपातकालीन सेवा उपलब्ध नहीं थी। स्वास्थ्य संस्थानों में आपातकालीन सेवाओं के अभाव के कारण रोगियों को आपातकालीन सेवा वाले अन्य किसी स्वास्थ्य संस्थान में जाना पड़ा।

- जिला अस्पतालों में आपातकालीन वार्ड में डेडिकेटेड ट्राइएज[8], पुनर्जीवन एवं देखभाल क्षेत्र होना चाहिए तथा निजता हेतु आवरण (स्क्रीन) उपलब्ध होना चाहिए। चयनित जिला अस्पतालों में से केवल जिला अस्पताल, किन्नौर व जिला अस्पताल, कांगड़ा में ही यह सुविधा है।
- यह भी परिकल्पना की गई थी कि जिला अस्पतालों के आपातकालीन विभाग में बलात्कार/यौन उत्पीड़न पीड़िताओं की जांच हेतु अलग प्रावधान उपलब्ध कराया जाए। केवल जिला अस्पताल, किन्नौर व जिला अस्पताल, कांगड़ा में अलग प्रावधान उपलब्ध था।

3.1.3.3 आपातकालीन मामले (द्वितीयक व प्राथमिक स्तर)

आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता (सिविल अस्पताल, चांगो व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन के अतिरिक्त) के बावजूद आपातकालीन मामलों को या तो उचित सुविधा की कमी के कारण या आगामी

[8] आपातकालीन विभाग में "ट्राइएज" उस पद्धति को संदर्भित करता है जिसका उपयोग रोगियों के आगमन के थोड़े समय के भीतर उनकी चोट या बीमारी की गंभीरता का आंकलन करने, प्राथमिकताएं निर्धारित करने तथा प्रत्येक रोगी को उपचार के लिए उचित स्थान पर स्थानांतरित करने के लिए किया जाता है।

जांच/विशेषज्ञ की राय के लिए उच्च स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में रेफर किया गया। उच्च स्वास्थ्य संस्थानों को भेजे गए आपातकालीन मामलों की संख्या **तालिका 3.18** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.18: वर्ष 2016-21 के दौरान उच्च स्वास्थ्य संस्थानों को रेफ़र आपातकालीन मामले

जिला	अस्पताल	भर्ती रोगी	रेफर किए गए रोगी	रेफर किए गए रोगियों का प्रतिशत
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	2,013	390	19.37
	सिविल अस्पताल, चांगो	सेवा अनुपलब्ध		
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	628	46	7.32
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	1,176 (वर्ष 2016-17 को छोड़कर)	29	2.47
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	1,38,889	1,750	1.26
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	8,863	323	3.64
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	5,546	283	5.10
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	63,881	2,598	4.07
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	1,86,455	4,463	2.39
	सिविल अस्पताल, थुरल	16,183	839	5.18
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	12,209	396	3.24
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	40,398	647	1.60
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	34,564	801	2.32
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	143	143	100
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	सेवा अनुपलब्ध		
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	401	73	18.20

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.18 से देखा जा सकता है कि:

- जिला अस्पताल, किन्नौर में 19.37 प्रतिशत आपातकालीन मामलों को उच्च स्वास्थ्य केंद्र में रेफर किया गया, जिसका कारण विशेषज्ञों की कमी हो सकती है, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.3.1** में चर्चा की गई है, साथ ही छः आईपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता हो सकती है, जैसाकि **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में 100 प्रतिशत आपातकालीन मामलों को उच्च स्वास्थ्य केंद्रों में रेफर किया गया, जो कि अतिरिक्त बुनियादी ढांचे एवं अतिरिक्त उपकरण प्रदान किए बिना पूर्ववर्ती प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में अपग्रेड करने के कारण हो सकता है, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.6** में चर्चा की गई है। इसके अतिरिक्त आईपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, जैसाकि **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है।

- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड में 18.20 प्रतिशत आपातकालीन मामलों को उच्च स्वास्थ्य संस्थानों में रेफर किया गया, जिसका कारण आईपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता हो सकती है, जैसाकि **परिच्छेद 3.1.2.4** में चर्चा की गई है।

3.1.3.4 राज्य में अभिघात केंद्र (ट्रॉमा सेंटर)

भारत सरकार ने राष्ट्रीय राजमार्गों पर दुर्घटनाओं के पीड़ितों को तत्काल आपातकालीन सेवा उपलब्ध कराने हेतु ट्रॉमा सेंटर के निर्माणार्थ हेतु केंद्र प्रायोजित योजना 'राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित सरकारी अस्पतालों में ट्रॉमा सेवा सुविधाएं विकसित करने के लिए क्षमता निर्माण' के अंतर्गत राज्य सरकारों को सहायता प्रदान की। भारत सरकार ने राज्य के कांगड़ा, चंबा, हमीरपुर, मंडी व रामपुर स्थित पांच अस्पतालों में ट्रॉमा सेवा सुविधाओं की स्थापना एवं सुदृढ़ीकरण हेतु ₹ 30.04 करोड़ (केंद्रीय अंश: ₹ 27.04 करोड़ व राज्यांश: ₹ तीन करोड़) की निधियां स्वीकृत (अक्टूबर 2015) की। इनमें से केवल नेरचौक, मंडी में ट्रॉमा सेंटर चल रहा था।

इसके अतिरिक्त दिसंबर 2019 के दौरान भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई व जिला अस्पताल, ऊना में ₹ 8.29 करोड़ लागत में लेवल III[9] ट्रॉमा सेंटर भी स्वीकृत किए। जैसाकि अध्याय VII में टिप्पणी की गई है इन ट्रॉमा सेंटरों को भी कार्यशील[10] (जुलाई 2022) नहीं किया गया।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि इन ट्रॉमा सेंटरों में से केवल एक (नेरचौक, मंडी) प्रारंभ किया गया एवं शेष का कार्यान्वयन प्रक्रियाधीन थे।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ट्रॉमा सेंटर लेवल-II का निर्माण कार्य पूर्ण हो चुका है एवं ₹ 4.09 करोड़ की मशीनरी व उपकरण खरीदे गए है। शेष उपकरणों की खरीद प्रक्रिया प्रगति पर है एवं रोगियों का उपचार कैजुअल्टी वार्ड में किया जा रहा था। आरकेजीएमसी, हमीरपुर में ट्रॉमा सेंटर का सिविल कार्य निर्माणाधीन है तथा कुछ उपकरण खरीदे जा चुके हैं और शेष खरीदे जा रहे हैं। पं.जेएलएनजीएमसी, चंबा में ट्रॉमा सेंटर हेतु मशीनरी व उपकरण खरीदे जा चुके हैं और रोगियों का उपचार कैजुअल्टी वार्ड में किया जा रहा है। आईजीएमसी, शिमला में ट्रॉमा सेंटर का निर्माण कार्य पूर्ण है, मशीनरी की खरीद की जा रही है तथा नेशनल ग्रीन ट्रिब्यूनल की मंजूरी प्राप्त होते ही ट्रॉमा सेंटर को प्रारंभ कर दिया जाएगा।

---

[9] इसमें विशेषज्ञों की पूरी उपलब्धता नहीं है, लेकिन ट्रॉमा के रोगियों के लिए आपातकालीन पुनर्जीवन, सर्जरी व गहन देखभाल के संसाधन हैं।

[10] वर्ष 31 मार्च 2020 को समाप्त के लिए सामाजिक, सामान्य एवं आर्थिक क्षेत्रों की अनुपालन लेखापरीक्षा पर भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के प्रतिवेदन के परिच्छेद 2.2 में भी राज्य के इन ट्रॉमा सेंटरों के अकार्यात्मक होने की सूचना दी गई थी।

3.1.3.5 ट्रॉमा सेंटर (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय राजमार्ग पर स्थित आईजीएमसी, शिमला में ट्रॉमा सेवा सुविधा विकसित करने के लिए सरकार ने विभिन्न चरणों में ₹ 30.90 करोड़ की निधियां स्वीकृत (अगस्त 2021) की थी। जून 2022 तक ₹ 28.00 करोड़ के व्ययोपरांत निर्माण कार्य काफी सीमा तक पूर्ण हो चुका था। यह भी देखा गया की राष्ट्रीय हरित अधिकरण (नेशनल ग्रीन ट्रिब्यूनल) का अनुमोदन प्रतीक्षित था। इसके अतिरिक्त मशीनों व उपकरणों की खरीद पर ₹ 3.01 करोड़ का व्यय किया गया, जो अप्रयुक्त रहे।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकन दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल)[11] की जांच-सूची के आधार पर लेखापरीक्षा द्वारा किए गए आपातकालीन सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- आईजीएमसी, शिमला में आपातकालीन वार्ड तक आसानी से नहीं पहुंचा जा सकता था क्योंकि प्रवेश द्वार को ओपीडी पंजीयन के साथ साझा किया गया था, जैसाकि **चित्र 3.11** में दर्शाया गया है। निजी वाहन आपातकालीन प्रवेश द्वार के पास पार्क किए गए, जिससे एम्बुलेंस एवं अपनी कारों में आने वाले रोगियों को बाधा उत्पन्न हुई।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में पुरुष व महिला रोगियों का एक ही वार्ड में एक साथ उपचार किया गया, जिससे रोगियों की निजता सुनिश्चित नहीं हुई, जैसाकि **चित्र 3.12** (आईजीएमसी) में दर्शाया गया है।
- आईजीएमसी, शिमला में बिस्तरों पर केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति नहीं थी, जैसाकि **चित्र 3.13** में दर्शाया गया है जबकि आरपीजीएमसी, कांगड़ा में केवल दो बिस्तरों पर केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति लगी हुई पाई गई, ।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में डेडिकेटेड ट्राइएज प्रणाली उपलब्ध नहीं थी।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में कोई परिभाषित आपातकालीन प्रोटोकॉल लागू नहीं था।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के आपातकालीन वार्ड में मल्टीपैरामीटर मॉनिटर व वेंटिलेटर उपलब्ध नहीं थे।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में नवनिर्मित ट्रॉमा सेंटर स्थापित/निर्मित किए जा रहे थे परन्तु कार्यात्मक नहीं थे। आरपीजीएमसी में कार्डियक मॉनिटर के साथ डिफाइब्रिलेटर, बिस्तर व वेंटिलेटर जैसे उपकरण नवनिर्मित ट्रॉमा सेंटर में स्थापित नहीं किए गए एवं निष्क्रिय पड़े थे, जैसाकि **चित्र 3.14** में दर्शाया गया है।

[11] क्योंकि मेडिकल कॉलेज अस्पतालों हेतु राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग दिशानिर्देशों में मानदंड उपलब्ध नहीं थे।



चित्र 3.11: आईजीएमसी, शिमला में ओपीडी खंड के समीप आपातकालीन सेवाएं



चित्र 3.12: आईजीएमसी, शिमला के आपातकालीन वार्ड में पुरुष व महिला रोगियों का एक साथ उपचार किया गया



चित्र 3.13: आईजीएमसी, शिमला में केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति के बिना आपातकालीन वार्ड के बिस्तर



चित्र 3.14: आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ट्रॉमा सेंटर के स्थापित नहीं किए गए निष्क्रिय उपकरण

3.1.3.6 ट्रॉमा सेवा केंद्र (द्वितीय स्तर)

सड़क यातायात में होने वाली मृत्यु व चोटें अप्रत्याशित हैं जिन्हें रोका जा सकता है। ट्रॉमा सेवा की यह एक स्वीकृत रणनीति है कि यदि चोट लगने के पहले एक घंटे (गोल्डन ऑवर) के भीतर बुनियादी जीवन रक्षक, प्राथमिक चिकित्सा एवं तरल पदार्थों के प्रतिस्थापन की व्यवस्था की जाये, तो दुर्घटना के कई पीड़ितों की जीवन रक्षा की जा सकती है। किन्नौर जिला, भूस्खलन के लिए अत्यधिक संवेदनशील है जहां सड़क दुर्घटनाएं अक्सर होती हैं, वहां गोल्डन ऑवर के भीतर आपातकालीन रोगियों की देखभाल हेतु ट्रॉमा सेवा सेंटर 24x7 उपलब्ध होना चाहिए।

यह देखा गया कि दिसंबर 2022 तक जिला अस्पताल, किन्नौर में ट्रॉमा सेवा सेंटर उपलब्ध नहीं था। कार्यात्मक ट्रॉमा सेवा सेंटर के अभाव में गंभीर रूप से घायल मरीजों को दूसरे जिलों में रेफर किया गया। वर्ष 2016-22 के दौरान अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा के अनुसार किन्नौर जिले में दुर्घटनाओं एवं जलने के 3926[12] मामले थे तथा रोगियों को उपचार हेतु शिमला/रामपुर (80-200 कि.मी.)/अन्य जिलों में ले जाना पड़ा। इसी प्रकार सोलन व कांगड़ा में पूर्ण विकसित ट्रॉमा सेंटर उपलब्ध नहीं था एवं इन रोगियों का उपचार अस्पतालों के आपातकालीन वार्डों में किया जा रहा था।

[12] वर्ष 2016-17 हेतु अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली में केवल दुर्घटना/आघात/जलने से संबंधित मृत्यु के मामले ही उपलब्ध थे और उसी पर विचार किया गया है।

3.1.4 सुपर स्पेशिएलिटी सेवाएं (ऑपरेशन थियेटर, गहन देखभाल इकाई)

3.1.4.1 गहन देखभाल इकाई (आईसीयू) सेवाएं (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आठ[13] आईसीयू वार्ड होने चाहिए। चयनित दोनों मेडिकल कालेज अस्पतालों में केवल पांच[14] आईसीयू वार्ड उपलब्ध थे। इसके अतिरिक्त जिला अस्पतालों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि आईसीयू में बिस्तरों की संख्या आरम्भ में कुल बिस्तर क्षमता के पांच प्रतिशत तक सीमित हो परन्तु धीरे-धीरे इसे 10 प्रतिशत तक बढ़ाया जाना चाहिए। आईजीएमसी, शिमला में कुल कार्यात्मक बिस्तर 873 व कुल आईसीयू बिस्तर 26 थे, जो कुल बिस्तर क्षमता का केवल 2.98 प्रतिशत है। आरपीजीएमसी, कांगड़ा में कुल कार्यात्मक बिस्तर 866 एवं कुल आईसीयू बिस्तर 66 थे, जो कुल बिस्तर क्षमता का 7.62 प्रतिशत है।

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए आईसीयू सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- आईजीएमसी, शिमला में जनरल आईसीयू में सभी आवश्यक यंत्रों व उपकरणों से सुसज्जित छः आईसीयू बिस्तर थे, जो ऑपरेशन थियेटर व रक्त बैंक के निकट थे। पोर्टेबल एक्स-रे एवं अल्ट्रा सोनोग्राफी यंत्र अन्य विभागों से जरुरत के आधार पर मंगवाएं जा सकने की स्थिति में उपलब्ध थे।
- कार्डियक केयर यूनिट (मेडिसन) में 2-डी इकोकार्डियोग्राम (इको) मशीन काम नहीं कर रही थी एवं 3-डी पोर्टेबल मशीन जरुरत के आधार पर उपलब्ध थी। कमरे का तापमान व आर्द्रता मापने के उपकरण उपलब्ध नहीं थे। दीवारों पर रिसाव एवं सीलन देखी गई, जिससे वार्ड की स्वच्छता प्रभावित हुई, जैसाकि **चित्र 3.15** में दर्शाया गया है।

---

[13] गहन देखभाल इकाई, गहन कोरोनरी देखभाल इकाई, गहन श्वसन देखभाल इकाई, बाल-रोग गहन देखभाल इकाई, नवजात गहन देखभाल इकाई, क्रिटिकल केयर बर्न्स (दहन) इकाई, शल्यक्रियोत्तर सर्जिकल क्रिटिकल देखभाल इकाई, प्रसूति उच्च निर्भरता इकाई/गहन देखभाल इकाई।

[14] निम्नलिखित यहां अनुपलब्ध थे, 1. आईजीएमसी-बाल-चिकित्सा गहन देखभाल इकाई, नवजात गहन देखभाल इकाई तथा क्रिटिकल देखभाल इकाई (बर्न्स) 2. आरपीजीएमसी-गहन श्वसन देखभाल इकाई, क्रिटिकल देखभाल इकाई (बर्न्स) व उच्च निर्भरता इकाई।



चित्र 3.15: आईजीएमसी, शिमला में कार्डियक केयर यूनिट की दीवार में रिसाव व सीलन।

3.1.4.2 आईसीयू सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में चार बिस्तरों वाला आईसीयू एक अनिवार्य सेवा है एवं सिविल अस्पताल के मामले में न्यूनतम चार बिस्तरों वाली आईसीयू सेवा वांछनीय है।

मार्च 2023 तक जिला अस्पताल चंबा, कांगड़ा, सोलन व लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त राज्य के सभी जिला अस्पतालों में आईसीयू सेवा उपलब्ध थी। चयनित सिविल अस्पतालों में किसी भी अस्पताल में आईसीयू नहीं था।

जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में आईसीयू सुविधा के अभाव के कारण गंभीर रोगियों को आईसीयू सुविधा युक्त अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में भेजे जाने की पूरी संभावना थी, जिससे गंभीर मामलों में देरी हो रही थी।

3.1.4.3 ऑपरेशन थियेटर (तृतीयक स्तर)

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए ऑपरेशन थियेटरों के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाया गया कि:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के ऑपरेशन थियेटर में प्रिपरेशन रूम, प्री-ऑपरेटिव रूम, पोस्ट-ऑपरेटिव रूम एवं नर्स ड्यूटी रूम थे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा के ऑपरेशन थियेटर में केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति उपलब्ध थी।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ऑपरेशन थियेटर, रक्त-बैंक, आईसीयू, रेडियोलॉजी विभाग के निकट स्थित थे, परन्तु पैथोलॉजी विभाग के निकट नहीं थे। आईजीएमसी, शिमला में ओपीडी, प्री व पोस्ट-ऑपरेटिव कक्ष ऑपरेशन थियेटर के निकट थे परन्तु आईसीयू, रेडियोलॉजी, पैथोलॉजी एवं रक्त-बैंक ऑपरेशन थियेटर के निकट नहीं थे।
- आईजीएमसी, शिमला (मुख्य ऑपेरशन थियेटर) के दवा स्टोर में 42 उपभोग्य सामग्रियों व 40 दवाओं की मांग की गई (जून 2022), जिनमें से छः उपभोग्य सामग्रियों व 18 दवाओं की

आपूर्ति मेडिकल कॉलेज अस्पताल के दवा स्टोर ने नहीं की। ऑपरेशन थियेटर के मुख्य दवा स्टोर की दीवार में सीलन देखी गई साथ ही दवाओं को सीधे धूप में भंडारित किया गया था, जैसाकि क्रमशः **चित्र 3.16** व **3.17** में दर्शाया गया है।

- आईजीएमसी, शिमला में मुख्य ऑपरेशन थियेटर के वस्त्र बदलने वाले कक्ष एवं रोगियों के प्रतीक्षा क्षेत्र में उचित वायुसंचार व प्रकाश नहीं था।



चित्र 3.16: आईजीएमसी, शिमला के ऑपरेशन थियेटर के मुख्य दवा स्टोर की दीवार पर सीलन



चित्र 3.17: आईजीएमसी, शिमला में सीधी धूप में रखी गई दवाएं

3.1.4.4 ऑपरेशन थियेटर (द्वितीयक स्तर)

ऑपरेशन थियेटर द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में दी जाने वाली अनिवार्य सेवाओं में से एक हैं। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 चुनिन्दा प्रमुख सर्जरी, आपातकालीन सेवाओं एवं ओप्थाल्मोलॉजी/ ईएनटी हेतु ऑपरेशन थियेटर जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों (आवश्यकतानुसार दो से चार) एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में एक ऑपरेशन थिएटर की उपलब्धता निर्धारित करता है। चयनित जिला अस्पतालों में किए गए बड़े एवं छोटे ऑपरेशनों का विवरण **तालिका 3.19** में दर्शाया गया है:

तालिका 3.19: चयनित जिला अस्पतालों में किए गए ऑपरेशनों की संख्या

वर्ष	जिला अस्पताल किन्नौर					जिला अस्पताल सोलन					जिला अस्पताल कांगड़ा				
	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	कुल	सर्जनों की संख्या	प्रति वर्ष प्रति सर्जन सर्जरी	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	कुल	सर्जनों की संख्या	प्रति वर्ष प्रति सर्जन सर्जरी	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	कुल	सर्जनों की संख्या	प्रति वर्ष प्रति सर्जन सर्जरी
2016-17	18	547	565	1	565	1,445	700	2,145	9	238	841	121	962	1	962
2017-18	1	591	592	1	592	975	1,061	2,036	10	204	619	32	651	1	651
2018-19	67	998	1,065	2	533	1,410	1,120	2,530	8	316	519	33	552	1	552
2019-20	291	992	1,283	2	642	1,023	806	1,829	9	203	261	21	282	1	282
2020-21	834	832	1,666	2	833	652	224	876	8	110	2	0	2	1	2
2021-22	1,039	920	1,959	3	653	511	316	827	11	75	30	2	32	1	32

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.19 में देखा जा सकता है:

- सभी चयनित जिला अस्पतालों में बड़े ऑपरेशन किए गए।
- वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिला अस्पतालों में प्रति वर्ष प्रति सर्जन की गई सर्जरी की संख्या जिला अस्पताल, किन्नौर में 533 से 833 के मध्य, जिला अस्पताल, सोलन में 75 से 316 के मध्य व जिला अस्पताल, कांगड़ा में दो से 962 के मध्य रही।

इसके अतिरिक्त पाया गया कि अगस्त 2016 से अप्रैल 2018 के दौरान जिला अस्पताल, किन्नौर में नियमित एनेस्थेटिस्ट की सेवाओं के बिना बड़े ऑपरेशन किए गए, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.3.5** में उल्लेख किया गया है।

तालिका 3.20: चयनित सिविल अस्पतालों में किए गए ऑपरेशन की संख्या

वर्ष	चांगो		कंडाघाट		शाहपुर		बैजनाथ		ज्वालामुखी		थुरल	
	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन	बड़ा ऑपरेशन	छोटा ऑपरेशन
2016-17	0	0	0	0	0	0	2	12	0	505	0	0
2017-18	0	0	0	0	0	0	3	30	0	437	0	0
2018-19	0	0	0	0	0	0	2	56	0	574	0	0
2019-20	0	0	0	0	0	0	10	37	0	634	0	0
2020-21	0	0	0	0	0	0	7	18	0	572	12	14
2021-22	0	0	0	8	0	0	7	0	0	0	18	0
योग	**0**	**0**	**0**	**8**	**0**	**0**	**31**	**153**	**0**	**2,722**	**30**	**14**

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित छः में से दो सिविल अस्पतालों (बैजनाथ व थुरल) में क्रमशः 31 व 30 बड़े ऑपरेशन किए गए एवं अन्य चार सिविल अस्पतालों में कोई बड़ा ऑपरेशन नहीं किया गया। वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित छः सिविल अस्पतालों में से चार[15] में 2,897 छोटे ऑपरेशन किए गए। अन्य दो सिविल अस्पतालों (शाहपुर, चांगो) में कोई ऑपरेशन नहीं किया गया।

चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी में ऑपरेशन थियेटर उपलब्ध था तथापि कार्मिकों की तैनाती न होने के कारण यह बंद था। ऑपेरशन थियेटर सेवाओं की आवश्यकता वाले रोगियों को जिला अस्पताल, सोलन रेफर किया गया था।

3.1.5 मातृत्व सेवाएं

मातृ स्वास्थ्य का तात्पर्य गर्भावस्था, प्रसव एवं प्रसवोत्तर अवधि के दौरान महिलाओं के स्वास्थ्य से है, जबकि प्रसवपूर्व स्वास्थ्य से तात्पर्य गर्भधारण के 22 सप्ताह पूर्ण होने से लेकर जन्म के सात दिन बाद तक महिला के स्वास्थ्य से है। नवजात शिशु का स्वास्थ्य, शिशु के जीवन का पहला माह होता

[15] सिविल अस्पताल कंडाघाट-आठ, सिविल अस्पताल बैजनाथ-153, सिविल अस्पताल थुरल-14, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी-2,722

है। प्रसवपूर्व अवधि के दौरान एक स्वस्थ शुरुआत शैशवावस्था, बाल्यावस्था एवं वयस्कता को प्रभावित करती है।

वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के शुभारंभ के समय से सामुदायिक प्रक्रियाएं मिशन के परिणामों के केंद्र में रही हैं। सामुदायिक प्रक्रियाओं के हस्तक्षेप (कम्युनिटी प्रोसेसेस इंटरवेंशन) के एक प्रमुख घटक के रूप में एक्रेडिटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता(आशा)) कार्यक्रम को प्रस्तुत किया गया। विगत वर्षों में आशा कार्यक्रम भारत में सबसे बड़े सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम के रूप में उभरा है तथा इसे स्वास्थ्य सेवाओं में लोगों की भागीदारी को सक्षम करने में महत्वपूर्ण योगदानकर्ता माना जाता है। मातृत्व सेवाएं स्वास्थ्य उप-केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, सिविल अस्पतालों व जिला अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जा रही हैं।

3.1.5.1 राज्य में आशा कार्यकर्ताओं की उपलब्धता

राज्य में आशा कार्यकर्ता के चयनार्थ आशा को शामिल करने वाले सामुदायिक प्रक्रिया दिशानिर्देश जनसंख्या को एक मापदंड[16] के रूप में शामिल करते हैं। वर्ष 2022 हेतु राज्य की जनसंख्या (31/03/2022 तक 78,53,169)[17] के अनुसार राज्य में 7,853 आशा कार्यकर्ता होनी चाहिए।

यह देखा गया कि मार्च 2022 तक राज्य में 7,848 आशाएं थीं, जो दर्शाता है कि 1,000 की जनसंख्या के लिए एक आशा उपलब्ध थी। दिनांक 31/03/2021 तक चयनित आठ खंड चिकित्सा कार्यालयों में 7,50,712 की जनसंख्या पर 794 आशाएं उपलब्ध थीं, जो दर्शाता है कि 946 की जनसंख्या पर एक आशा उपलब्ध थी।

3.1.5.2 राज्य एवं चयनित खंड चिकित्सा कार्यालय में प्रशिक्षण

आशा की दक्षता बढ़ाने के लिए उनका क्षमता निर्माण महत्वपूर्ण है। यह परिकल्पना की गई कि प्रशिक्षण से उन्हें आवश्यक ज्ञान व कौशल युक्त बनाने में मदद मिलेगी, जिसके परिणामस्वरूप योजना के उद्देश्यों को प्राप्त किया जा सकेगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य में 27,724 आशाओं के प्रशिक्षण के लक्ष्य के प्रति 26,414 आशाओं को प्रशिक्षित किया गया, जो लक्ष्य के 95 प्रतिशत से अधिक था। विवरण **तालिका 3.21** में दिया गया है।

---

[16] सामान्य मानदंड 'प्रति 1,000 जनसंख्या पर एक आशा' होगी। जनजातीय, पहाड़ी, मरुस्थली क्षेत्रों में, कार्य-भार आदि के आधार पर प्रति बस्ती एक आशा तक मानदंड में छूट दी जा सकती है।

[17] हिमाचल प्रदेश सरकार द्वारा हिमाचल प्रदेश की निर्देशिका (2022) के अनुसार 2022 में हिमाचल प्रदेश की अनुमानित जनसंख्या।

तालिका 3.21: आशाओं के प्रशिक्षण का विवरण

वर्ष	वर्ष के दौरान प्रशिक्षण हेतु लक्षित आशाओं की संख्या	वर्ष के दौरान प्रशिक्षित आशाओं की संख्या
2016-17	7,301	7,040
2017-18	6,258	5,967
2018-19	5,848	5,457
2019-20	4,712	4,379
2020-21	3,512	3,479
2021-22	93	92
योग	**27,724**	**26,414 (95.27 प्रतिशत)**

इसी भांति चयनित आठ खंड चिकित्सा कार्यालयों में 3,271 आशाओं को प्रशिक्षित करने के लक्ष्य के प्रति 19 (0.58 प्रतिशत) की मामूली कमी के साथ 3,252 (99.42) आशाओं को प्रशिक्षित किया गया। इस प्रकार राज्य में आशा कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण सराहनीय था।

3.1.5.3 आशा द्वारा संचालित गतिविधियां

आशा समुदाय की वह स्वास्थ्य कार्यकर्ता है जो स्वास्थ्य व उसके सामाजिक निर्धारकों के विषय में जागरूकता फैलाते हुए समुदाय को स्थानीय स्वास्थ्य योजना व मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग एवं जवाबदेही बढ़ाने के लिए प्रेरित करती है। वह अच्छी स्वास्थ्य प्रथाओं की प्रवर्तक होंगी।

वर्ष 2020-21 के दौरान चयनित आठ खंड चिकित्सा कार्यालयों में आशा द्वारा की गई मुख्य गतिविधियों का विवरण **तालिका 3.22** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.22: वर्ष 2020-21 के दौरान आशा द्वारा की गई मुख्य गतिविधियों का विवरण

आशा की गतिविधियां	खंड चिकित्सा कार्यालय का नाम							
गतिविधियों का नाम	धर्मपुर	सायरी	थुरल	महाकाल	ज्वालामुखी	शाहपुर	पूह	सांगला
आशा कार्यकर्ताओं की संख्या	141	47	91	110	180	162	31	40
प्रसवपूर्व देखभाल की संख्या	2,574	284	278	549	282	605	251	277
सूचित प्रसवों की संख्या (संस्थागत)	482	251	171	757	263	589	210	277
प्रथम वर्ष पूर्ण टीकाकरण की संख्या	1,949	484	903	1,167	1,902	1,580	310	136
द्वितीय वर्ष पूर्ण टीकाकरण की संख्या	1,825	514	749	1,147	1,871	1,627	352	130
एम.ए.ए.[18] के अंतर्गत लाभार्थियों की संख्या	0	36	154	229	32	599	96	44
ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस[19] के अंतर्गत लाभार्थियों की संख्या	883	374	1,068	995	0	613	297	300
योग	**7,854**	**1,990**	**3,414**	**4,954**	**4,530**	**5,775**	**1,547**	**1,204**

[18] एम.ए.ए.- मदर एब्सल्यूट अफेक्शन प्रोग्राम- स्तनपान और शिशु आहार प्रथाओं पर पुनः ध्यान केन्द्रित करके बच्चों के पोषण में सुधार करने का कार्यक्रम।

[19] ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस- महिलाओं को प्रसव-पूर्व देखभाल आदि व बच्चों को टीके आदि उपलब्ध कराने के लिए मासिक दिवस।।

जून 2019 तक हिमाचल प्रदेश में आशा कार्यकर्ता को ₹ 1,250 प्रति माह की दर से मानदेय दिया गया जिसे जुलाई 2019 में संशोधित करके ₹ 1,500, अप्रैल 2021 में ₹ 2,750 एवं अप्रैल 2022 में ₹ 4,700 कर दिया गया।

3.1.5.4 मातृत्व सेवाएं (तृतीयक स्तर)

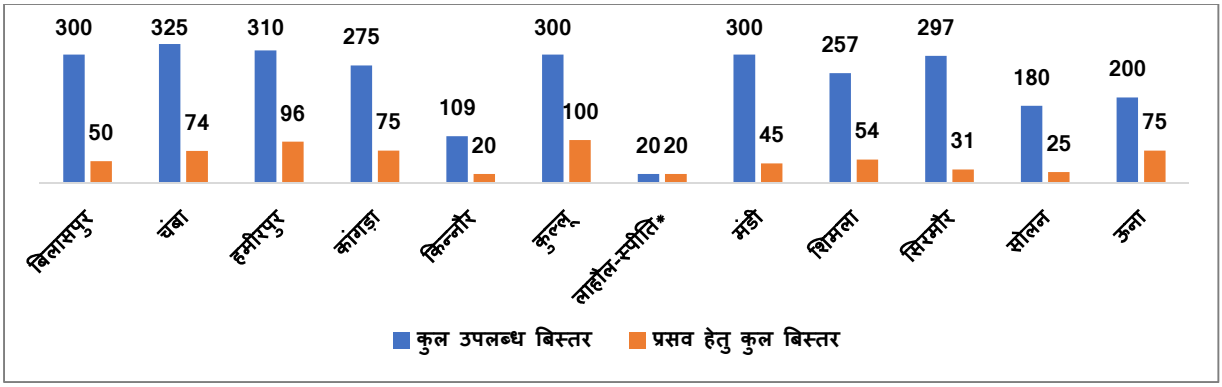
आईजीएमसी, शिमला के अंतर्गत कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच) में 247 बिस्तर थे एवं आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 102 बिस्तर थे एवं 200 बिस्तर वाले अन्य नए मातृ एवं शिशु अस्पताल ब्लॉक का निर्माण कार्य चल रहा था। केएनएसएच (आईजीएमसी) शिमला में तैनात एकमात्र स्त्री रोग विशेषज्ञ को मई 2019 के दौरान जिला अस्पताल मंडी में स्थानांतरित कर दिया गया। उपरोक्त अवधि के दौरान आईजीएमसी से स्त्री रोग विशेषज्ञ की सेवाएं ली गईं। आरपीजीएमसी, कांगड़ा में जनशक्ति की कोई कमी नहीं थी।

यह देखा गया कि वर्ष 2016-21 के दौरान 118 (शिमला-48, कांगड़ा-70) मातृ-मृत्यु व 396 नवजात-मृत्यु शिमला में हुई (कांगड़ा का डेटा उपलब्ध नहीं था)। दोनों अस्पतालों में मृत्यु के कारणों की समीक्षा की गई।

3.1.5.5 मातृत्व सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

1. राज्य के सभी जिला अस्पतालों में कुल उपलब्ध बिस्तरों के सापेक्ष प्रसूति बिस्तरों की उपलब्धता **चार्ट 3.6** में दर्शाई गई है।

चार्ट 3.6: मार्च 2022 तक सभी जिला अस्पतालों में कुल उपलब्ध बिस्तरों के सापेक्ष प्रसूति बिस्तरों की उपलब्धता



**जिला अस्पताल लाहौल-स्पीति में प्रसूति वार्ड के लिए कोई बिस्तर निर्धारित नहीं किया गया।*

चार्ट 3.6 से देखा जा सकता है कि:

- जिला अस्पतालों में कुल बिस्तरों के प्रति प्रसूति बिस्तरों की उपलब्धता 10 से 38 प्रतिशत के मध्य थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर में न्यूनतम 20 बिस्तर उपलब्ध थे जबकि जिला अस्पताल, कुल्लू में अधिकतम 100 बिस्तर उपलब्ध थे।

2. लेखापरीक्षा द्वारा पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में स्त्री-रोग विशेषज्ञों की कमी थी जैसाकि **तालिका 3.23** में विवर्णित है।

तालिका 3.23: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में स्त्री-रोग विशेषज्ञों की उपलब्धता

अस्पताल का नाम	स्वीकृत बिस्तरों की संख्या	कुल प्रसव (2016-21)	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार स्त्री-रोग विशेषज्ञ	उपलब्ध स्त्री-रोग विशेषज्ञ				
				2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
जिला अस्पताल, किन्नौर	125	1,684	2	0	0	1	1	1
जिला अस्पताल, सोलन	200	12,786	3	1	2	2	1	1
जिला अस्पताल, कांगड़ा	300	3,868	4	2	0	1	1	2
सिविल अस्पताल, चांगो	10	3	1	0	0	0	0	0
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	50	179	1	0	0	0	0	0
सिविल अस्पताल, थुरल	100	210	1	0	0	0	0	0
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	100	2,617	1	0	0	0	0	0
सिविल अस्पताल, शाहपुर	100	1,758	1	0	0	1	1	1
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	100	686	1	0	0	0	0	0

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी, स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा व अस्पताल के अभिलेख

तालिका 3.23 से देखा जा सकता है कि यद्यपि चयनित जिला अस्पतालों व छः सिविल अस्पताल में से एक सिविल अस्पताल (शाहपुर) में स्त्री-रोग विशेषज्ञ उपलब्ध थे परन्तु सभी वर्षों के दौरान उपलब्धता भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुरूप नहीं थी।

चयनित किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में स्त्री-रोग विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं थे।

अतः यह स्पष्ट था कि पांच सिविल अस्पतालों में नियमित स्त्री-रोग विशेषज्ञों की उपलब्धता के बिना प्रसव कराए जा रहे थे। यद्यपि वर्ष 2016-21 के दौरान दो मातृ-मृत्यु (जिला अस्पताल, सोलन-एक, जिला अस्पताल, कांगड़ा-एक) एवं 37[20] नवजात-मृत्यु देखी गई, मातृ व नवजात मृत्यु की कोई मृत्यु समीक्षा नहीं की गई। यह भी पता चला है कि गर्भावस्था के जटिल मामलों के उपचार हेतु या तो निजी अस्पतालों या अन्य जिलों में रेफर किया जाता था।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि किन्नौर जिले में स्त्री-रोग विशेषज्ञ की अनुपलब्धता कठिन भौगोलिक स्थिति के कारण थी। चिकित्सकों को इन क्षेत्रों का चुनाव करने के लिए क्षेत्र आधारित प्रोत्साहन की योजना बनाई गई है। इसके अतिरिक्त सिविल अस्पतालों में विशेषज्ञ उपलब्ध कराने के संबंध में बताया गया कि सरकार विशेषज्ञों की तैनाती के लिए खंडों की पहचान करने की योजना बना रही है।

[20] जिला अस्पताल सोलन-10, किन्नौर-नौ, कांगड़ा-11, सिविल अस्पताल बैजनाथ-तीन, सिविल अस्पताल शाहपुर-तीन, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी-एक

3.1.5.6 प्रसव कक्ष (लेबर रूम) सेवाएं (द्वितीयक व प्राथमिक)

स्वास्थ्य संस्थानों में लेबर रूम आमतौर पर एक सुसज्जित कमरा होता है जहां प्रसवपीड़ा एवं प्रसव दोनों कराए जाते हैं। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) के सभी स्तरों पर लेबर रूम की परिकल्पना की गई है। चयनित जिलों में लेबर रूम की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.24** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.24: लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित जिलों में लेबर रूम की उपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थानों की कुल संख्या	किन्नौर जिला				सोलन जिला				कांगड़ा जिला			
	जिला अस्पताल	सिविल अस्पताल	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	जिला अस्पताल	सिविल अस्पताल	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	जिला अस्पताल	सिविल अस्पताल	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
	1	1	4	23	1	5	7	38	1	21	23	89
स्वास्थ्य संस्थान जहां लेबर रूम उपलब्ध हैं	1	0	4	1	1	5	7	6	1	18	14	5

स्रोत: संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.24 से देखा जा सकता है कि चयनित सभी जिला अस्पतालों में, 27 सिविल अस्पतालों में से 23 में, 34 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 25 में एवं 150 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 12 में लेबर रूम उपलब्ध थे। किन्नौर जिले का सिविल अस्पताल, चांगो, जो जिले का एकमात्र सिविल अस्पताल था, में लेबर रूम नहीं था। इस प्रकार उन स्वास्थ्य संस्थानों में जहां लेबर रूम उपलब्ध नहीं थे वहां के रोगियों को लेबर रूम की सुविधा वाले अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा।

3.1.5.7 प्रसव-पूर्व देखभाल सुविधा

स्वास्थ्य एवं परिवार-कल्याण मंत्रालय के मातृ-स्वास्थ्य प्रभाग के अनुसार सभी गर्भवती महिलाओं को निकटतम स्वास्थ्य सेवा सुविधा में पंजीकृत होना अपेक्षित है एवं उनकी न्यूनतम चार प्रसव-पूर्व देखभाल जांच करनी आवश्यक है। सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड की गोलियां एवं कैल्शियम की गोलियां अनिवार्य रूप से दी जाएं। गर्भावस्था के छः माह के दौरान कुल 180 आयरन फोलिक एसिड गोलियां (शुरुआत में 100) निर्धारित की गई हैं जिसे प्रसव के बाद छः माह तक जारी रखना हैं।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में प्रसव-पूर्व देखभाल पंजीयन एवं प्रदत्त सेवाओं की प्रास्थिति **तालिका 3.25** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.25: राज्य में प्रसव-पूर्व देखभाल पंजीयन एवं प्रदत्त सेवाओं की प्राप्तिति

वर्ष	प्रसव-पूर्व देखभाल हेतु पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाएं	प्रथम तिमाही में अपंजीकृत	जिन्हें तीन* प्रसव-पूर्व जांच प्राप्त नहीं हुई	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टिटेनस टॉक्सॉइड 1 नहीं दिया	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टिटेनस टॉक्सॉइड 2 नहीं दिया	गर्भवती महिलाएं जिन्होंने 100/ 180** आयरन फोलिक एसिड गोलियां प्राप्त नहीं हुई
2016-17	1,21,493	20,096	21,028	41,438	16,968	15,868
2017-18	1,18,966	17,675	59,506	38,066	64,740	49,669
2018-19	1,12,553	14,327	23,998	33,763	39,640	22,627
2019-20	1,10,694	13,835	24,644	39,886	44,717	16,777
2020-21	1,11,417	13,524	25,538	30,511	37,372	16,574
2021-22	1,06,340	13,852	20,945	28,017	34,361	17,486
योग (प्रतिशत)	**6,81,463**	**93,309 (13.69)**	**1,75,659 (25.78)**	**2,11,681 (31.06)**	**2,37,798 (34.89)**	**1,39,001 (20.39)**

**2017-18 के बाद से गर्भवती महिलाओं को चार या अधिक प्रसव-पूर्व देखभाल जांच मिलनी चाहिए।*

***2017-18 से गर्भवती महिलाओं को 180 आयरन फोलिक एसिड प्राप्त होनी चाहिए।*

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

तालिका 3.25 से देखा जा सकता है कि:

- पहली तिमाही के भीतर पंजीकृत नहीं होने वाली गर्भवती माताओं की संख्या राज्य में कुल पंजीकृत गर्भवती माताओं का 13.69 प्रतिशत थी।
- राज्य में कुल पंजीकृत गर्भवती माताओं में से तीन या अधिक प्रसव-पूर्व देखभाल जांच प्राप्त नहीं करने वाली माताओं की संख्या 25.78 प्रतिशत थी।
- वर्ष 2020-21 के अतिरिक्त वर्ष 2016-17 के बाद से जिलों में पंजीकृत माताओं की कुल संख्या में कमी देखी गई।
- जिन गर्भवती महिलाओं को टिटेनस टॉक्सॉइड-1 नहीं मिला उनकी संख्या राज्य में कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का 31.06 प्रतिशत थी।
- जिन गर्भवती महिलाओं को टिटेनस टॉक्सॉइड-2 नहीं मिला उनकी संख्या राज्य में कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का 34.89 प्रतिशत थी।
- कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 20.39 प्रतिशत को 100/180 आयरन फोलिक एसिड गोलियां नहीं मिलीं।

वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान चयनित जिलों में प्रसव-पूर्व देखभाल पंजीयन एवं प्रदत्त सेवाओं की प्रास्थिति **तालिका 3.26** में दी गई है।

तालिका 3.26: चयनित जिलों में प्रसव-पूर्व देखभाल पंजीयन एवं प्रदत्त सेवाओं की प्रास्थिति

वर्ष	प्रसव-पूर्व देखभाल हेतु पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाएं	प्रथम तिमाही के भीतर अपंजीकृत	जिन्हें तीन* प्रसव-पूर्व जांच प्राप्त नहीं हुई	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टिटेनस टॉक्सॉइड 1 नहीं दिया	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टिटेनस टॉक्सॉइड 2 नहीं दिया	गर्भवती महिलाएं जिन्होंने 100/ 180** आयरन फोलिक एसिड गोलियां प्राप्त नहीं हुई
2016-17	38,961	5,579	5,674	12,040	4,515	4,643
2017-18	38,024	4,768	19,120	11,059	19,838	15,740
2018-19	36,793	5,112	8,177	10,036	11,879	8,969
2019-20	35,743	5,392	9,428	8,839	10,607	4,553
2020-21	35,969	5,659	9,369	8,702	10,996	6,833
2021-22	34,538	6,313	8,904	8,257	9,944	7,354
योग (प्रतिशत)	**2,20,028**	**32,823 (14.92)**	**60,672 (27.57)**	**58,933 (26.78)**	**67,779 (30.80)**	**48,092 (21.86)**

**2017-18 के बाद से गर्भवती महिलाओं को चार या अधिक प्रसव-पूर्व देखभाल जांच मिलनी चाहिए, **2017-18 से गर्भवती महिलाओं को 180 आयरन फोलिक एसिड प्राप्त होनी चाहिए, स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा*

तालिका 3.26 से देखा जा सकता है कि:

- चयनित जिलों में कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से पहली तिमाही में पंजीकृत नहीं होने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या 14.92 प्रतिशत थी।
- कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से तीन या अधिक प्रसव-पूर्व देखभाल जांच प्राप्त न करने वाली महिलाओं की संख्या 27.57 प्रतिशत थी।
- वर्ष 2020-21 में हुई मामूली वृद्धि को छोड़कर वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक जिलों में पंजीकृत माताओं की कुल संख्या में घटती प्रवृत्ति देखी गई।
- चयनित जिलों में टिटेनस टॉक्सॉइड 1 प्राप्त नहीं करने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का 26.78 प्रतिशत थी।
- चयनित जिलों में टिटेनस टॉक्सॉइड 2 प्राप्त नहीं करने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या कुल पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का 30.80 प्रतिशत थी।
- पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 21.86 प्रतिशत को 100/180 आयरन फोलिक एसिड गोलियां नहीं मिलीं।

उपरोक्त डेटा के आधार पर लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला स्वास्थ्य प्राधिकरण प्रसव-पूर्व देखभाल हेतु उन सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं पर नज़र रखने में सक्षम नहीं था, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी गर्भवती महिलाओं को निर्धारित मात्रा में प्रसव-पूर्व देखभाल, समय पर जांच एवं अपेक्षित अंतराल पर टिटेनस टॉक्सॉइड व आयरन फोलिक एसिड गोलियां प्राप्त हुईं।

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में प्रसव-पूर्व देखभाल जांच में कमी के संबंध में सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि स्थिति की जांच की जाएगी एवं विस्तृत उत्तर प्रस्तुत किया जाएगा। इसके अतिरिक्त

बताया गया कि आयरन फोलिक एसिड गोलियां अब प्रचुर मात्रा में उपलब्ध हैं और वितरित की जा रही हैं, जो पहले भंडार में अनुपलब्धता के कारण बाधित रही।

3.1.5.8 पार्टोग्राफ की तैयारी (मेडिकल कॉलेज अस्पताल, जिला अस्पताल)

पार्टोग्राफ में प्रसव की प्रक्रिया का ग्राफिक निरुपण होता है। यह जन्म परिचारिका को प्रसव की जटिलताओं को तुरंत पहचानने एवं प्रबंधन करने या यदि आवश्यक हो तो रोगी को उच्च चिकित्सा सुविधा में भेजने का निर्णय लेने में सक्षम बनाता है। प्रसव के दौरान स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा की समग्र गुणवत्ता की निगरानी भी पार्टोग्राफ के माध्यम से की जाती है।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में, वर्ष 2020-21 के दौरान आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 8,498 प्रसवों के प्रति 6,280 (73.90 प्रतिशत) पार्टोग्राफ आलेखित किए गए (वर्ष 2016-20 का डेटा उपलब्ध नहीं करवाया गया) एवं वर्ष 2016-21 के दौरान केएनएसएच, शिमला में 35,023 प्रसवों के प्रति 32,927 (94.01 प्रतिशत) पार्टोग्राफ आलेखित किए गए।

चयनित जिला अस्पतालों में पार्टोग्राफ के आलेखन की प्रास्थिति **तालिका 3.27** में उल्लिखित है:

तालिका 3.27: चयनित जिलों में आलेखित किए गए पार्टोग्राफ की प्रास्थिति

वर्ष	जिला अस्पताल, किन्नौर		जिला अस्पताल, सोलन		जिला अस्पताल, कांगड़ा	
	कुल प्रसव	आलेखित पार्टोग्राफ (संख्या/प्रतिशत)	कुल प्रसव	आलेखित पार्टोग्राफ (संख्या/प्रतिशत)	कुल प्रसव	आलेखित पार्टोग्राफ (संख्या/प्रतिशत)
2016-17	494	324 (65.59)	2,947	589 (19.98)	1,381	1,381 (100)
2017-18	429	363 (84.62)	2,694	805 (29.88)	937	937 (100)
2018-19	347	300 (86.46)	2,510	1,373 (54.70)	562	562 (100)
2019-20	328	313 (95.43)	3,430	1,238 (36.09)	746	746 (100)
2020-21	165	160 (96.97)	2,081	1,058 (50.84)	225	225 (100)
योग	**1,763**	**1,460 (82.81)**	**13,662**	**5,063 (37.05)**	**3,851**	**3,851 (100)**

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.27 से देखा जा सकता है कि जिला अस्पताल, कांगड़ा में 100 प्रतिशत पार्टोग्राफ आलेखित किए गए, जबकि जिला अस्पताल, सोलन व जिला अस्पताल, किन्नौर में आलेखित पार्टोग्राफ 37 प्रतिशत से 83 प्रतिशत तक थे।

3.1.5.9 सिजेरियन सेक्शन (सी-सेक्शन) के माध्यम से प्रसव

सिजेरियन या सी-सेक्शन प्रसव शिशुओं को जन्म देने के लिए सर्जरी का उपयोग करना है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन दिशानिर्देशों में "सिजेरियन सेक्शन करने एवं प्रसूति जटिलताओं के प्रबंधन में जनरल सर्जनों को शामिल करने" पर कहा गया है कि कुल प्रसव मामलों में से लगभग आठ से 10 प्रतिशत मामलों में सी-सेक्शन की आवश्यकता होती है।

हिमाचल प्रदेश राज्य में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुसार सी-सेक्शन प्रसव को दर्शाने वाला विवरण **तालिका 3.28** में दिया गया है:

तालिका 3.28: राज्य में सिजेरियन डिलीवरी (सी-सेक्शन) की प्रास्थिति

संकेतक	2015-16	2019-20
सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)	21	16.7
निजी स्वास्थ्य सुविधा में सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)	51.4	44.4
सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)	17.4	16.4

स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 5 का सर्वेक्षण की रिपोर्ट

जैसाकि **तालिका 3.28** में देखा गया, वर्ष 2015-16 में सी-सेक्शन डिलीवरी 21 प्रतिशत से घटकर वर्ष 2019-20 में 16.7 प्रतिशत हो गया जो एक सकारात्मक संकेत है। सी-सेक्शन प्रसव का प्रतिशत राज्य की सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं की तुलना में निजी स्वास्थ्य सुविधाओं में अधिक था।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में वर्ष 2016-21 के दौरान आरपीजीएमसी, कांगड़ा में कुल 45,511 प्रसवों के प्रति 13,760 (30.23 प्रतिशत) सी-सेक्शन प्रसव किए गए एवं वर्ष 2016-21 के दौरान केएनएसएच, शिमला में कुल 35,023 प्रसवों के प्रति 11,138 (31.80 प्रतिशत) सी-सेक्शन प्रसव किए गए।

चयनित जिला-अस्पतालों में सी-सेक्शन प्रसव की प्रास्थिति **तालिका 3.29** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.29: चयनित जिला अस्पतालों में कुल संस्थागत प्रसव के प्रति सी-सेक्शन प्रसव

वर्ष	जिला अस्पताल, किन्नौर		जिला अस्पताल, सोलन		जिला अस्पताल, कांगड़ा	
	संस्थागत प्रसव	सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)	संस्थागत प्रसव	सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)	संस्थागत प्रसव	सी-सेक्शन प्रसव (प्रतिशत)
2016-17	494	95 (19.23)	2,947	621 (21.07)	1,381	201 (14.55)
2017-18	429	39 (9.09)	2,694	422 (15.66)	937	141 (15.05)
2018-19	347	68 (19.60)	2,510	643 (25.62)	562	110 (19.57)
2019-20	328	59 (17.99)	3,430	509 (14.84)	746	131 (17.56)
2020-21	165	16 (9.70)	2,081	531 (25.52)	225	46 (20.44)

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

जैसाकि **तालिका 3.29** से देखा जा सकता है की चयनित जिला अस्पतालों में सी-सेक्शन प्रसव नौ प्रतिशत से 26 प्रतिशत के मध्य रहे। अगस्त 2016 से अप्रैल 2018 के दौरान जिला अस्पताल, किन्नौर में नियमित एनेस्थेसियोलॉजिस्ट की सेवाओं के बिना सी-सेक्शन प्रसव कराए गए। वर्ष 2017-18 में जिला अस्पताल, कांगड़ा एवं जिला अस्पताल, किन्नौर में बिना किसी स्त्री-रोग विशेषज्ञ के सी-सेक्शन प्रसव कराए गए।

विशेषज्ञों के बिना सी-सेक्शन प्रसव बहुत जोखिम भरा होता है क्योंकि इससे मां और बच्चे दोनों के जीवन के लिए खतरनाक जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं।

3.1.5.10 मृत-जन्म दर की स्थिति

मृत-जन्म दर गर्भावस्था एवं प्रसव के दौरान गुणवत्तापूर्ण देखभाल के अभाव का एक प्रमुख संकेतक है। मृत-जन्म यथासंभव कम होना चाहिए।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में वर्ष 2016-21 के दौरान आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 45,511 प्रसव के प्रति 711 (1.56 प्रतिशत) मृत-जन्म एवं वर्ष 2016-21 के दौरान केएनएसएच, शिमला में 35,023 प्रसव के प्रति 581 (1.66 प्रतिशत) मृत-जन्म दर्ज किए गए। चयनित जिलों में मृत-जन्म की प्रास्थिति **तालिका 3.30** में दी गई है:

तालिका 3.30: चयनित जिलों में मृत-जन्म की प्रास्थिति

वर्ष	जिला किन्नौर		जिला सोलन		जिला कांगड़ा	
	प्रसव की कुल संख्या	मृत-जन्म की कुल संख्या (प्रतिशत)	प्रसव की कुल संख्या	मृत-जन्म की कुल संख्या (प्रतिशत)	प्रसव की कुल संख्या	मृत-जन्म की कुल संख्या (प्रतिशत)
2016-17	614	14 (2.28)	6,473	78 (1.21)	17,337	342 (1.97)
2017-18	463	4 (0.86)	6,662	82 (1.23)	17,218	325 (1.89)
2018-19	420	11 (2.62)	7,324	90 (1.23)	17,155	244 (1.42)
2019-20	424	2 (0.47)	8,510	79 (0.93)	17,916	244 (1.36)
2020-21	291	9 (3.09)	8,730	121 (1.39)	18,184	248 (1.36)
2021-22	299	2 (0.66)	9,184	119 (1.29)	16,838	203 (1.20)

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

जैसाकि **तालिका 3.30** से देखा जा सकता है, चयनित जिलों में मृत-जन्म दर 0.47 प्रतिशत से 3.09 प्रतिशत के मध्य थी। किन्नौर व सोलन जिले में मृत-जन्म दर में मिश्रित प्रवृत्ति जबकि कांगड़ा जिले में घटती प्रवृत्ति प्रदर्शित हुई।

3.1.5.11 प्रसव के 48 घण्टों के भीतर अस्पताल से छुट्टी (डिस्चार्ज)

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम दिशानिर्देशों के अनुसार प्रसव के बाद के पहले 48 घंटे किसी भी जटिलता का पता लगाने और उसके तत्काल प्रबंधन हेतु महत्वपूर्ण हैं। प्रसव के तुरंत बाद एवं कम से कम 48 घंटे तक मां व बच्चे की देखभाल (टीकाकरण सहित) महत्वपूर्ण है। इस अवधि के दौरान मां को अतिरिक्त कैलोरी, तरल पदार्थ (फ्लुइड्स) एवं पर्याप्त आराम की सलाह दी जा सकती है जो बच्चे व उसके स्वयं के स्वास्थ्य के लिए आवश्यक है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक चयनित सभी स्वास्थ्य संस्थानों (प्रतिशत) में 48 घंटों के भीतर डिस्चार्ज की गई महिलाओं की संख्या की प्रास्थिति **तालिका 3.31** में दर्शाई गई है:

तालिका 3.31: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में 48 घंटों के भीतर डिस्चार्ज की गई गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत

जिला	अस्पताल	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	15.23	14.76	14	9.90	16.88
	सिविल अस्पताल, चांगो	0	0	0	100	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	44.44	11.11	60	66.67	100
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	0	12.50	50	44.44	4.17
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	72.82	84.15	73.45	72.93	73.22
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	76	72.22	100	85.29	53.13
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	100	100	100	0	22.22
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	85.96	80.95	91.18	64.18	100
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	14.64	0	0	0	0
	सिविल अस्पताल, थुरल	0	34.62	16	47.37	66.67
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	58.84	67.06	60.09	26.89	38.39
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	0	17.56	0	0	0
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	0	0	0	0	37.84
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	0	0	0	0	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	0	0	0	0	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	0	0	0	15	0

स्रोत: नमूना-जांचित अस्पतालों का स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

तालिका 3.31 से देखा जा सकता है कि सात दृष्टांतों में सभी महिलाओं को 48 घंटों के भीतर छुट्टी दे दी गई। यह प्रवृत्ति मुख्य रूप से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी (तीन दृष्टांत) में देखी गई, इसके बाद सिविल अस्पताल, चांगो व कंडाघाट, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर व पूह (प्रत्येक में एक) में देखी गई।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त बिस्तरों की अनुपलब्धता के कारण प्रसवोपरांत माताओं को अस्पताल से छुट्टी देनी पड़ती है।

3.1.6 रक्त-बैंक सेवाएं

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार रक्त-बैंक उन अनिवार्य सेवाओं में से एक है जो जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों में प्रदान की जानी है। रक्त-बैंक, पैथोलॉजी विभाग के निकट एवं ऑपरेशन-थियेटर, आईसीयू, आपातकालीन व दुर्घटना विभागों से सुलभ दूरी पर हो। रक्त-बैंकों को सभी मौजूदा दिशानिर्देशों का पालन करते हुए विभिन्न अधिनियमों के अनुसार रक्त-बैंक की स्थापना से संबंधित सभी आवश्यकताओं को पूरा करना चाहिए।

हिमाचल प्रदेश में 25 सार्वजनिक रक्त-बैंक उपलब्ध थे।

3.1.6.1 रक्त-बैंक सेवाएं (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार घटक चिकित्सा (कॉम्पोनेंट थैरपी) प्रदान करने में सक्षम एक सुसज्जित वातानुकूलित रक्त-बैंक होना चाहिए। रक्त-बैंक एवं रक्त-आधान (ट्रांसफ्यूजन) सेवाएं, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के दिशानिर्देशों के अनुरूप होनी चाहिए।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा रक्त बैंकों (आरपीजीएमसी कांगड़ा, आईजीएमसी शिमला व केएनएसएच शिमला) के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाया गया कि:

- तीनों रक्त-बैंक रक्त भंडारण हेतु प्राधिकरण प्राप्त थे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में रक्त-बैंक तक सड़क मार्ग से पहुंचा जा सकता था परन्तु अन्य दो रक्त-बैंकों तक सीधे सड़क मार्ग से नहीं पहुंचा जा सकता था। उन तक सीढ़ियों से ही पहुंचा जा सकता था।
- किसी भी रक्त-बैंक में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार अपेक्षित उपलब्ध रक्त यूनिट की संख्या के विषय में सूचना प्रदर्शित नहीं की गई थी।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में दो रेफ्रिजरेटर (-80 डिग्री), **चित्र 3.18** में दर्शाए एक अन्य सामान्य रेफ्रिजरेटर एवं **चित्र 3.19** में दर्शाए कुछ अनिवार्य उपकरण जैसे एलिसा मशीन, जून 2021 से बंद थे, जो एकत्रित रक्त की गुणवत्ता व अवस्था बनाए रखने के लिए आवश्यक थे।
- तीनों रक्त-बैंकों ने पुष्टि की कि वे राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन[21] दिशानिर्देशों का पालन कर रहे है।
- उपचारात्मक प्रभावोत्पादकता हेतु रक्त के विभिन्न घटकों को अलग-अलग भंडारण स्थितियों एवं तापमान की आवश्यकता होती है, हालांकि केएनएसएच, शिमला के रक्त-बैंक में घटक-वार भंडारण सुविधा उपलब्ध नहीं थी।



चित्र 3.18: आरपीजीएमसी, कांगड़ा का एक ख़राब रेफ्रिजरेटर



चित्र 3.19: आरपीजीएमसी, कांगड़ा में बंद एलिसा मशीन

[21] रक्त एवं उसके घटकों के संग्रहण, परीक्षण, भंडारण व वितरण के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के दिशानिर्देश।

3.1.6.2 रक्त-बैंक सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

मार्च 2023 तक जिला अस्पताल लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त, राज्य के सभी जिला अस्पतालों में ब्लड बैंक सेवा उपलब्ध थी। चयनित जिला अस्पतालों की लेखापरीक्षा के दौरान भी इसकी पुष्टि हुई।

3.1.7 नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं

रोगी के रोग का प्रभावी परीक्षण करने, उसे दी जाने वाली दवाओं की मात्रा को मापने, प्रभावोत्पादक उपचार की सीमा निर्धारित करने, गलत दवा के परिणामस्वरूप होने वाले प्रतिकूल प्रभावों से रोगी की चिकित्सा संवेदनशीलता को पहचानने एवं चिकित्सा प्रक्रिया के शोध व विकास क्षमताओं को विस्तारित करने के लिए डायग्नोस्टिक सेवा की आवश्यकता होती है।

3.1.7.1 रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार मेडिकल कॉलेज अस्पताल में पारंपरिक, स्थिर व सुवाह्य (पोर्टेबल) एक्स-रे, फ्लोरोस्कोपी, कंट्रास्ट अध्ययन, अल्ट्रा-सोनोग्राफी, कम्प्यूटरीकृत टोमोग्राफी एवं मैगनेटिक रेजोनेन्स इमेजिंग सुविधा होनी चाहिए।

लेखापरीक्षा द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष किए गए रेडियोलॉजी सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- आईजीएमसी, शिमला में विकिरण अनुप्रयोग प्रणाली दिशानिर्देश, 2016 की ई-लाइसेंसिंग में अपेक्षित विभिन्न एक्स-रे मशीनों का गुणवत्ता आश्वासन परीक्षण निर्धारित तिथि तक नहीं किया गया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में पाया गया कि एमआरआई सेवा हेतु ओपीडी रोगियों की प्रतीक्षा-अवधि लगभग 90 दिनों की थी। आरपीजीएमसी कांगड़ा में सीटी स्कैन हेतु प्रतीक्षा-अवधि 30 दिन एवं आईजीएमसी शिमला में 40 दिन थी, जो इन परीक्षणों के लिए उच्च रोगी भार को इंगित करता है। अंतःरोगियों व आपातकालीन रोगियों के लिए दोनों सेवाएं एक या दो दिनों के भीतर उपलब्ध थीं।
- आईजीएमसी शिमला के रेडियोलॉजी विभाग के पास पर्याप्त पॉवर बैकअप नहीं था क्योंकि विद्युत कटौती के दौरान चार में से दो अल्ट्रासोनोग्राफी मशीनें काम नहीं कर रही थीं।
- आईजीएमसी शिमला में एक 1000 एमए (**चित्र 3.20** में दर्शाए अनुसार) एवं आरपीजीएमसी कांगड़ा एक 800 एमए की स्थिर एक्स-रे मशीन ख़राब पाई गई।



चित्र 3.20: आईजीएमसी शिमला में ख़राब 1000 एमए एक्स-रे मशीन

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि एमआरआई व सीटी स्कैन सेवाओं में प्रतीक्षा समय को घटाने हेतु नई मशीनों की खरीद हेतु कार्यवाही की जाएगी।

सरकार ने उसके उत्तर (जनवरी 2024) में बताया कि आरपीजीएमसी, कांगड़ा में एक सीटी स्कैन मशीन स्थापित कर उसे प्रारंभ कर दिया गया है तथा एक एमआरआई मशीन स्थापित किए जाने की संभावना है। इसके अतिरिक्त एआईएमएसएस, चमियाना में सीटी स्कैन मशीन स्थापित की गई है जिससे प्रतीक्षा समय कम हो जाएगा। आईजीएमसी, शिमला में पुरानी एमआरआई मशीन को बदलने का प्रस्ताव दिया गया है।

3.1.7.2 रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों हेतु रेडियोलॉजी सेवाएं (एक्स-रे, दंत एक्स-रे व अल्ट्रासोनोग्राफी जैसी अनिवार्य सेवाएं) निर्धारित की गई हैं एवं जिला अस्पतालों हेतु सीटी स्कैन व मैमोग्राफी सेवाएं वांछनीय हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में एक्स-रे सेवा उपलब्ध होनी चाहिए। गुणवत्तापूर्ण रेडियोलॉजी सेवा प्रदान करने के लिए कार्यात्मक रेडियोलॉजी उपकरण, कुशल मानव संसाधन एवं उपभोग्य सामग्रियों की पर्याप्त उपलब्धता इसकी मुख्य आवश्यकताएं हैं।

1. मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.32** में दिया गया है।

तालिका 3.32: जिला अस्पतालों में रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता

परीक्षण/ डायग्नोस्टिक सेवा का नाम	जिला अस्पताल का नाम											
	बिलासपुर	चंबा	कांगड़ा	किन्नौर	कुल्लू	हमीरपुर	लाहौल-स्पीति	शिमला	सोलन	सिरमौर	ऊना	मंडी
एक्स-रे	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
दंत एक्स-रे	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓
अल्ट्रासोनोग्राफी	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓
सीटी स्कैन	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓

परीक्षण/ डायग्नोस्टिक सेवा का नाम	जिला अस्पताल का नाम											
	बिलासपुर	चंबा	कांगड़ा	किन्नौर	कुल्लू	हमीरपुर	लाहौल-स्पीति	शिमला	सोलन	सिरमौर	ऊना	मंडी
बेरियम स्वैलो, बेरियम मील, बेरियम एनीमा, आईवीपी	×	✓	×	×	×	×	×	×	×	✓	×	×
एमएमआर (छाती)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
हिस्टेरोसालपिंगोग्राफी (एचएसजी)	×	×	✓	×	✓	×	×	×	×	×	×	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानो द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.32 से देखा जा सकता है कि:

- राज्य के सभी जिला अस्पतालों में एक्स-रे सेवा उपलब्ध थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर, लाहौल-स्पीति एवं सोलन के अतिरिक्त राज्य के सभी जिला अस्पतालों में दंत एक्स-रे सेवा उपलब्ध थी।
- जिला अस्पताल बिलासपुर, किन्नौर व ऊना के अतिरिक्त राज्य के सभी जिला अस्पतालों में अल्ट्रासोनोग्राफी सेवा उपलब्ध थी।
- जिला अस्पताल किन्नौर व लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त राज्य के सभी जिला अस्पतालों में सीटी स्कैन सेवा उपलब्ध थी।
- केवल जिला अस्पताल चंबा व सिरमौर में बेरियम स्वैलो, बेरियम मील, बेरियम एनीमा एवं आईवीपी सेवा उपलब्ध थी।
- राज्य के किसी भी जिला अस्पताल में एमएमआर सेवा उपलब्ध नहीं थी।
- राज्य में केवल जिला अस्पताल कांगड़ा व कुल्लू में एचएसजी सेवा उपलब्ध थी।

जांची गई सेवाओं में से अधिकांश सेवाएं जिला अस्पताल, किन्नौर में उपलब्ध नहीं थीं (एक्स-रे उपलब्ध था), उसके बाद जिला अस्पताल, लाहौल-स्पीति (केवल दो सेवाएं उपलब्ध थीं) का स्थान था।

2. चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.33** में दिया गया है।

तालिका 3.33: लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थान	एक्स-रे (सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु अनिवार्य)	दन्त एक्स-रे (सिविल अस्पताल हेतु अनिवार्य)	अल्ट्रासोनोग्राफी (सिविल अस्पताल हेतु अनिवार्य)
सिविल अस्पताल, चांगो	×	×	×
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	✓	×	✓
सिविल अस्पताल, थुरल	✓	✓	✓
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	✓	×	✓

स्वास्थ्य संस्थान	एक्स-रे (सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु अनिवार्य)	दन्त एक्स-रे (सिविल अस्पताल हेतु अनिवार्य)	अल्ट्रासोनोग्राफी (सिविल अस्पताल हेतु अनिवार्य)
सिविल अस्पताल, शाहपुर	✓	✓	✓
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	✓	✓
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	✓	×	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	✓	✓	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	✓	✓	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	✓	✓	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	×	×	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	×	×	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	×	✓	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.33 से देखा जा सकता है कि:

- चयनित छः सिविल अस्पतालों में से सिविल अस्पताल, चांगो के अतिरिक्त सभी सिविल अस्पतालों में एक्स-रे सेवा उपलब्ध थी, तीन सिविल अस्पतालों में दन्त एक्स-रे सेवा उपलब्ध थी एवं पांच सिविल अस्पतालों में अल्ट्रासोनोग्राफी उपलब्ध थी। इसके अतिरिक्त नियमित रेडियोलॉजिस्ट की तैनाती न होने के कारण तीन सिविल अस्पतालों[22] में नियमित सेवा प्रदान नहीं की गई, जैसाकि **परिच्छेद 2.2.5.4** में टिप्पणी की गई है।
- सिविल अस्पताल, थुरल में एक नई अल्ट्रासाउंड मशीन मार्च 2021 में स्थापित की गई। पुरानी अल्ट्रासाउंड मशीन अप्रयुक्त रखी थी, जिसे अन्य अस्पतालों में स्थानांतरित करने के लिए कोई कार्रवाई नहीं की गई (जून 2022)।
- चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से किसी में भी अल्ट्रासोनोग्राफी उपलब्ध नहीं थी, सात में से चार में एक्स-रे उपलब्ध था एवं सात में से चार में दन्त एक्स-रे उपलब्ध था। अगस्त 2020 के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला में दन्त एक्स-रे की खरीद की गई परन्तु सेंसर, लैपटॉप व प्रिंटर की अनुपलब्धता के कारण इसका उपयोग नहीं किया जा सका।
- कांगड़ा जिले (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ में दन्त एक्स-रे के अतिरिक्त) में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई, मझीन व बीड़ में कोई भी सेवा उपलब्ध नहीं थी। एक्स-रे सेवा चयनित 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से केवल एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (सुल्तानपुर) में उपलब्ध थी।

इस प्रकार चयनित एक सिविल अस्पताल, चयनित तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों एवं चयनित 16 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में एक्स-रे सेवा; चयनित तीन जिला अस्पतालों, चयनित तीन सिविल अस्पतालों, चयनित तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में दन्त एक्स-रे; चयनित तीन जिला अस्पतालों, चयनित एक सिविल अस्पताल एवं चयनित सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में अल्ट्रासोनोग्राफी उपलब्ध

[22] बैजनाथ, शाहपुर, ज्वालामुखी

न होने के कारण रेडियोलॉजी सेवाएं नहीं दी जा सकी, जिससे रोगियों को इन सेवाओं के लिए अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा।

3.1.7.3 सार्वजनिक-निजी भागीदारी पद्धति में एक्स-रे लैब को बाह्य-स्रोत से लेना (आउटसोर्सिंग)

मई 2018 में सभी जिलों के लिए एक्स-रे छवि (इमेज) आधारित ट्रांसमिशन एवं रेडियोलॉजी इमेजों की रिपोर्टिंग की आउटसोर्सिंग हेतु मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एवं एक फर्म (मैसर्स कृष्णा डायग्नोस्टिक्स प्राइवेट लिमिटेड) के मध्य एक अनुबंध पर हस्ताक्षर किए गए। सम्पूर्ण राज्य में ये सेवाएं पांच वर्ष की अवधि अर्थात 17/05/2018 से 16/05/2023 तक आउटसोर्स की गईं।

लेखापरीक्षा के दौरान देखा गया कि मई 2018 से मार्च 2022 के दौरान चयनित सात स्वास्थ्य संस्थानों[23] में रेडियोग्राफर व एक्स-रे उपकरण उपलब्ध होने के बावजूद एक्स-रे सेवाओं की आउटसोर्सिंग की गई। सरकार को एक्स-रे शुल्क के भुगतानार्थ अतिरिक्त व्यय करना पड़ा, जिसे टाला जा सकता था। तथापि देखा गया कि जिन स्थानों पर एक्स-रे सेवाएं संस्थानों में सुनिश्चित नहीं की जा सकीं, वहां आउटसोर्सिंग सेवाएं प्रदान नहीं की गईं, जैसाकि नीचे चर्चा की गई है:

- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह में सितंबर 2015 से अक्टूबर 2020 तक रेडियोग्राफर तैनात नहीं होने से एक्स-रे उपकरण उपलब्ध होने पर भी अस्पताल में एक्स-रे सेवा प्रदान नहीं की गई तथा इस अवधि में कोई आउटसोर्सिंग नहीं की गई। इस क्षेत्र के रोगियों को एक्स-रे सेवाओं वाले अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में जाना पड़ा।
- सिविल अस्पताल, चांगो में एक्स-रे उपकरण तो उपलब्ध था परन्तु न तो कोई रेडियोग्राफर तैनात था एवं न ही कोई आउटसोर्सिंग की गई। परिणामतः कोई एक्स-रे सुविधा प्रदान नहीं की गई।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्पीलो व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, रिब्बा में एक्स-रे उपकरण उपलब्ध था परंतु वर्ष 2016-21 के दौरान न तो रेडियोग्राफर तैनात किए गए और न ही आउटसोर्सिंग की गई। फलस्वरूप रोगियों को एक्स-रे सुविधा सेवा उपलब्ध नहीं कराई गई।

इस प्रकार जहां उपकरण व जनशक्ति उपलब्ध थी, वहां एक्स-रे सेवाओं की आउटसोर्सिंग के परिणामस्वरूप राज्य कोषागार पर अतिरिक्त भार पड़ा। दूसरी ओर, ऐसे स्वास्थ्य संस्थानों में जहां उपकरण उपलब्ध थे, वहां जनशक्ति की अनुपलब्धता के कारण सुविधा प्रदान नहीं की गई। ऐसे मामलों में कोई आउटसोर्सिंग नहीं की गई, जिससे रोगियों को असुविधा हुई।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि रेडियोलॉजिस्ट व रेडियोग्राफर की कमी के कारण सार्वजनिक-निजी भागीदारी पद्धति में एक्स-रे लैब की आउटसोर्सिंग करनी पड़ी। उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि जहां संसाधन (उपकरण व ऑपरेटर) पहले से ही उपलब्ध थे वहां आउटसोर्सिंग

---

[23] जिला अस्पताल कांगड़ा, जिला अस्पताल सोलन, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी, सिविल अस्पताल कंडाघाट, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सिविल अस्पताल बैजनाथ, सिविल अस्पताल शाहपुर।

सेवाएं प्रदान की गईं, जबकि जिन स्वास्थ्य संस्थानों में ऑपरेटर नहीं थे, उन्हें इसमें शामिल नहीं किया गया।

3.1.7.4 पैथोलॉजी सेवाएं (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंड में हिस्टोपैथोलॉजी, साइटोपैथोलॉजी, हेमेटोलॉजी, इम्यून पैथोलॉजी, माइक्रोबायोलॉजी, बायोकैमिस्ट्री के सभी परीक्षणों एवं अन्य कोई विशेषीकृत कार्य को प्राथमिकता देते हुए उनके सामान्य संग्रह क्षेत्र सहित सर्व-सुविधायुक्त एवं अपडेटेड प्रयोगशाला निर्धारित की गई है। केंद्रीय प्रयोगशाला का समन्वय मेडिकल कॉलेज में से किसी एक सम्बंधित शिक्षण विभागों के द्वारा किया जाए।

आईजीएमसी, शिमला में सभी प्रयोगशालाएं एक भवन में न हो कर अलग-अलग स्थानों पर फैली हुई थीं। हालांकि आरपीजीएमसी, कांगड़ा में सभी प्रयोगशालाएं एक ही भवन में अलग-अलग तलों पर थीं। दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में एक सामान्य नमूना संग्रह केंद्र था।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष में लेखापरीक्षा द्वारा पैथोलॉजी सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- आईजीएमसी, शिमला में टाइफाइड का विडाल परीक्षण नहीं किया गया क्योंकि सितंबर 2021 से रिएजेंट व किट उपलब्ध नहीं थे।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में नमूना संग्रह केंद्र में अत्यधिक भीड़ पाई गई व प्रतीक्षा स्थल पर्याप्त नहीं था। रोगी/परिजन भूमितल पर विश्राम कर रहे थे। दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में नमूना संग्रह केंद्र के समीप पेयजल की सुविधा भी उपलब्ध नहीं थी।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में माप उपकरणों के अंशांकन से संबंधित अभिलेख नहीं पाए गए एवं उपकरणों का अंशांकन आंतरिक रूप से किया गया, किसी भी बाहरी एजेंसी से कोई प्रमाणन प्राप्त नहीं किया गया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों ने प्रयोगशाला परीक्षणों के सत्यापन हेतु कोई बाहरी आश्वासन प्रणाली स्थापित नहीं की। आरपीजीएमसी कांगड़ा में खसरा व रूबेला जैसे कुछ परीक्षणों को विश्व स्वास्थ्य संगठन से प्रमाणित किया गया।
- आईजीएमसी, शिमला में किसी भी प्रयोगशाला में पॉवर बैकअप प्रणाली नहीं थी। आरपीजीएमसी, कांगड़ा की प्रयोगशाला में केंद्रीयकृत पॉवर बैकअप प्रणाली थी।
- आईजीएमसी, शिमला में प्रयोगशालाओं के अंदर रिएजेंट व उपभोग्य सामग्रियों को सूर्य के सीधे प्रकाश से दूर नहीं रखा गया एवं भंडार-गृह में नमी व रिसाव था।

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में लेखापरीक्षा की अवधि (वर्ष 2016-17 से 2020-21) के दौरान प्रयोगशालाओं में काम करने वाले कार्मिकों की कोई आवधिक स्वास्थ्य जांच नहीं की गई।

3.1.7.5 पैथोलॉजी सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

जनता को साक्ष्य-आधारित स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने में पैथोलॉजी सेवाएं किसी भी अस्पताल की रीढ़ हैं। रेडियोलॉजी सेवाओं के मामले में आतंरिक प्रयोगशालाओं के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण पैथोलॉजी सेवाएं प्रदान करने हेतु आवश्यक उपकरण, रिएजेंट व मानव संसाधनों की उपलब्धता मुख्य आवश्यकताएं हैं।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में क्लिनिकल पैथोलॉजी, पैथोलॉजी, माइक्रोबायोलॉजी, सीरोलॉजी, बायोकैमिस्ट्री, कार्डियोलॉजी, ईएनटी, ओप्थाल्मोलॉजी, एंडोस्कोपी एवं रेस्पिरेटरी श्रेणियों में जिला अस्पतालों में 88, सिविल अस्पतालों में 48 व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 33 प्रकार के परीक्षण निर्धारित किए गए है।

मार्च 2023 तक राज्य के जिला अस्पतालों में पैथोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता **तालिका 3.34** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.34: राज्य के जिला अस्पतालों में पैथोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता (उपलब्ध परीक्षणों की संख्या) (मार्च 2023 तक)

पैथोलॉजी परीक्षण का नाम	बिलासपुर	चंबा	कांगड़ा	किन्नौर	कुल्लू	हमीरपुर	लाहौल-स्पीति	शिमला	सोलन	सिरमौर	ऊना	मंडी
क्लिनिकल पैथोलॉजी	4	5	3	3	12	4	4	4	2	5	7	2
पैथोलॉजी	2	3	1	2	2	11	2	0	0	4	4	1
माइक्रोबायोलॉजी	1	7	1	2	0	4	1	0	3	8	3	1
सीरोलॉजी	3	2	2	0	7	1	3	1	2	2	5	3
बायोकैमिस्ट्री	6	7	6	3	20	7	4	5	10	7	11	7
कार्डियक जांच	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1
ईएनटी	1	1	0	0	2	1	0	0	1	2	0	0
ओप्थाल्मोलॉजी	3	2	3	0	3	3	0	3	3	3	0	3
एंडोस्कोपी	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
रेस्पिरेटरी	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
योग	**22**	**29**	**17**	**11**	**47**	**40**	**15**	**14**	**22**	**32**	**31**	**18**

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.34 से देखा जा सकता है कि:

- राज्य के सभी जिला अस्पतालों में अपेक्षित 88 परीक्षणों के प्रति 11 से 47 पैथोलॉजी परीक्षण उपलब्ध थे।
- जिला अस्पताल शिमला, मंडी, किन्नौर, कांगड़ा एवं लाहौल-स्पीति में 11 से 18 के मध्य तक परीक्षण उपलब्ध थीं, जबकि जिला अस्पताल कुल्लू में अधिकतम संख्या में परीक्षण (47) उपलब्ध थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में पैथोलॉजी सेवाएं आंतरिक प्रयोगशालाओं के माध्यम से प्रदान की गईं।

चयनित पांच[24] सिविल अस्पतालों में 48 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 17 से 30 परीक्षण उपलब्ध थे एवं सिविल अस्पताल, चांगो में केवल छः परीक्षण उपलब्ध थे। चयनित पांच[25] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 33 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 15 से 27 परीक्षण ही उपलब्ध थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में केवल दो परीक्षण उपलब्ध थे एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में कोई परीक्षण उपलब्ध नहीं था।

इन पैथोलॉजी परीक्षणों के अभाव में रोगियों को इन परीक्षणों की उपलब्धता वाले निजी प्रयोगशालाओं या उच्च-स्तरीय अस्पतालों में जाने के लिए बाध्य होना पड़ा, जिससे उनके स्वयं के व्यय में वृद्धि हुई।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि सरकार सभी स्तरों पर पैथोलॉजी परीक्षण बढ़ाने की योजना बना रही है।

3.1.7.6 पैथोलॉजी सेवाओं का गुणवत्ता आश्वासन (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित था कि लैब रिपोर्टों का बाह्य-सत्यापन जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नियमित आधार पर किया जाए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि रोगियों को सटीक रिपोर्ट दी गई।

तीन जिलों के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में देखा गया कि जिला अस्पताल, कांगड़ा (वर्ष 2016-19 के दौरान आयोजित), जिला अस्पताल, किन्नौर व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह के अतिरिक्त जिन्होंने केवल वर्ष 2020-21 से परीक्षण करना शुरू किया था, वर्ष 2016-21 के दौरान कोई गुणवत्ता आश्वासन परीक्षण आयोजित नहीं किया गया।

अतः स्वास्थ्य संस्थानों के पैथोलॉजी परिणामों की गुणवत्ता सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

3.2 स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता - समर्थन सेवाएं

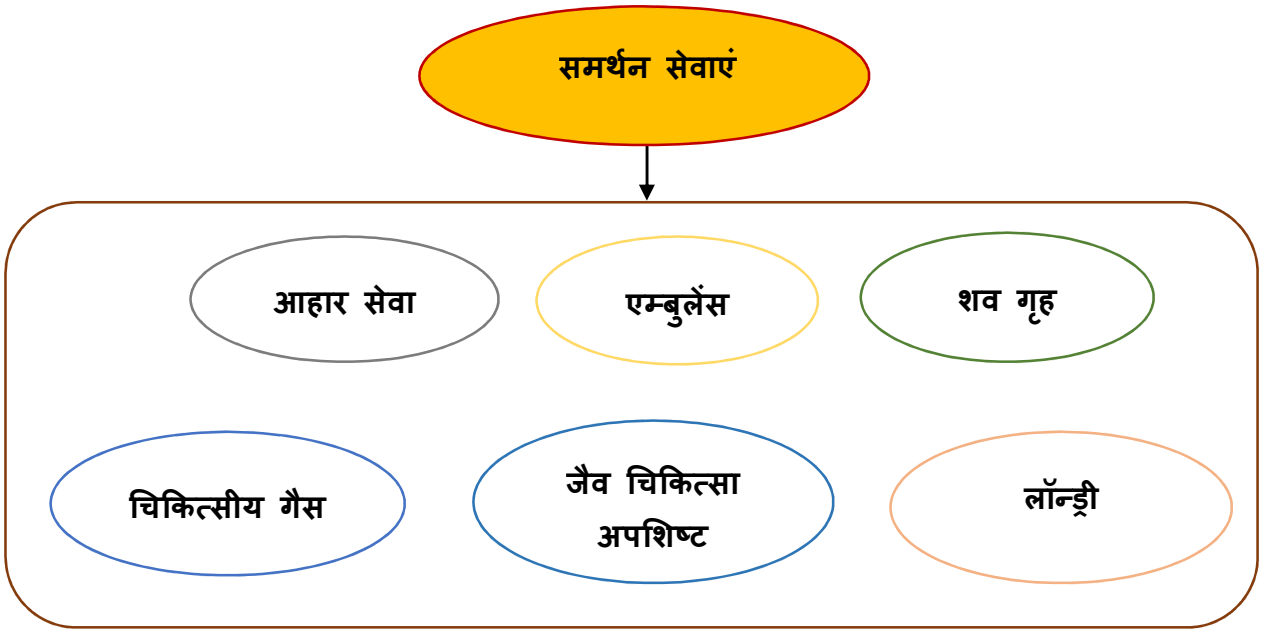
समर्थन सेवाएं वे सेवाएं हैं जो प्रत्यक्ष रुप से रोगी की देखभाल से संबंधित नहीं हैं परन्तु अप्रत्यक्ष रूप से स्तरीय सेवा प्रदान करने में योगदान करती हैं, जो अस्पताल को प्रभावी ढंग से चलाने में सहायता करती हैं।

---

[24] सिविल अस्पताल कंडाघाट-25, सिविल अस्पताल थुरल-25, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी-17, सिविल अस्पताल शाहपुर-26, सिविल अस्पताल बैजनाथ-30

[25] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह-26, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला-22, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी-27, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर-27, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड़-15

चार्ट 3.7: अस्पतालों में समर्थन सेवाएं



3.2.1 चिकित्सीय गैस (ऑक्सीजन)



ऑक्सीजन मूलभूत आपातकालीन सेवा का एक अनिवार्य तत्व है, जो पुराने व गहन दोनों प्रकार के कई श्वसन रोगों की सर्जरी एवं उपचार हेतु आवश्यक है। इसका उपयोग सर्जरी, ट्रॉमा, हृदय-आघात, अस्थमा, निमोनिया एवं मातृ व शिशु देखभाल सहित स्वास्थ्य-देखभाल प्रणाली के सभी स्तरों पर रोगियों की देखभाल हेतु किया जाता है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन ने ऑक्सीजन के प्रमाणिक जीवनरक्षक गुणों, सुरक्षा एवं लागत-प्रभावी गुणों के कारण इसे अनिवार्य औषधियों (अनिवार्य औषधि सूची) की विश्व स्वास्थ्य संगठन की आदर्श सूची में शामिल किया है।

3.2.1.1 चिकित्सा गैस सेवा (तृतीयक स्तर)

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए चिकित्सीय गैस सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाया गया कि:

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 208 टाइप-डी सिलेंडर की क्षमता वाले तीन ऑक्सीजन मैनिफोल्ड संस्थापित किए गए थे। इन मैनिफोल्ड के साथ 15,000 किलोलीटर क्षमता वाला एक तरल ऑक्सीजन टैंक भी था।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 866 बिस्तर उपलब्ध (जून 2022) थे, जिनमें से 624 बिस्तर (72 प्रतिशत) में केंद्रीकृत ऑक्सीजन कनेक्शन था।

- उपरोक्त के अतिरिक्त सरकार ने आरपीजीएमसी, कांगड़ा में एक दबावयुक्त स्विंग अवशोषण संयंत्र संस्थापित करने का प्रावधान किया, जो काम करने की स्थिति में नहीं था, जैसाकि **परिच्छेद 3.4.6.2** में टिप्पणी की गई है।
- आईजीएमसी, शिमला में अनुपयुक्त योजना के कारण दबावयुक्त स्विंग अवशोषण संस्थापित नहीं किया गया, जैसाकि **परिच्छेद 3.4.6.3** में टिप्पणी की गई है।

3.2.1.2 चिकित्सा गैस सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों/ सिविल अस्पतालों के ऑपरेशन-थियेटर/आईसीयू/विशेष नवजात-देखभाल इकाई (एसएनसीयू) आदि में चिकित्सीय गैसें होनी चाहिए। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में दो ऑक्सीजन आईपी सिलेंडर उपलब्ध होने चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में चिकित्सीय ऑक्सीजन सेवा उपलब्ध थी।
- किन्नौर जिले के किसी भी स्वास्थ्य संस्थानों में निर्बाध ऑक्सीजन आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति प्रणाली संस्थापित/कार्यात्मक नहीं थी। यद्यपि जिला अस्पताल, किन्नौर में केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति प्रणाली वर्ष 2021-22 (अक्टूबर 2021) के दौरान संस्थापित की गई तथापि स्वास्थ्य संस्थान जैसे सिविल अस्पताल चांगो, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला व जिला अस्पताल, किन्नौर सहित में संवाहक ऑक्सीजन सिलेंडर के माध्यम से चिकित्सा ऑक्सीजन की आपूर्ति का प्रबंधन किया जा रहा था।
- वर्ष 2018-19 के दौरान जिला अस्पताल, सोलन में केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति प्रणाली संस्थापित की गई। ऑक्सीजन सिलेंडर का सुरक्षित भंडार भी उपलब्ध था। हालांकि किसी भी चयनित सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में केंद्रीकृत ऑक्सीजन की आपूर्ति उपलब्ध नहीं थी तथा वे संवाहक ऑक्सीजन सिलेंडर के माध्यम से ऑक्सीजन आवश्यकता का प्रबंधन कर रहे थे।
- वर्ष 2020-21 के दौरान जिला अस्पताल, कांगड़ा में केंद्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति प्रणाली संस्थापित की गई। ऑक्सीजन सिलेंडरों की दैनिक एवं साप्ताहिक आधार पर जांच की गई एवं वर्ष 2016-21 के दौरान ऑक्सीजन का सुरक्षित भंडार भी उपलब्ध था। हालांकि चयनित चार सिविल अस्पतालों व तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में केन्द्रीकृत ऑक्सीजन आपूर्ति उपलब्ध नहीं थी तथा वे संवाहक ऑक्सीजन सिलेंडरों के माध्यम से ऑक्सीजन आवश्यकता का प्रबंधन कर रहे थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में ऑक्सीजन सिलेंडर भी उपलब्ध नहीं थे।

3.2.2 आहार सेवाएं



अस्पताल की आहार सेवा एक महत्वपूर्ण उपचारात्मक उपकरण है। जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि सामान्य आहार के अतिरिक्त दिया गया भोजन रोगी निर्दिष्ट होना चाहिए अर्थात मधुमेह रोगी आधारित, अर्ध ठोस व तरल व ढंके हुए पात्रों में वितरित किया जाए। आहार की गुणवत्ता की जांच किसी सक्षम व्यक्ति द्वारा नियमित रूप से की जाए।

कायाकल्प[26] दिशानिर्देशों के अनुसार रसोई में उचित स्वच्छता एवं संक्रमण-मुक्त वातावरण बनाए रखने के लिए न्यूनतम आवश्यकता है भोजन वितरण हेतु ढंकी हुई ट्रॉली, भंडारण के लिए अलग कक्ष, प्रशोधित पानी की पर्याप्त आपूर्ति एवं खाद्य पदार्थों के भंडारण हेतु रेफ्रिजरेटर। इसके अतिरिक्त राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका में परिकल्पित है कि स्वास्थ्य सुविधा में रोगियों की आहार आवश्यकता के अनुसार भोजन की तैयारी, प्रबंधन, भंडारण एवं वितरण हेतु मानक प्रक्रियाएं होनी चाहिए। अतः यह आवश्यक है कि प्रत्येक अस्पताल रोगियों की निर्दिष्ट आहार आवश्यकताओं के अनुसार भोजन तैयार करने व भोजन पकाने के दौरान स्वच्छता के रखरखाव को सुनिश्चित करने के लिए अपनी स्वयं की रसोई से युक्त हो।

3.2.2.1 आहार सेवाएं (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष आरपीजीएमसी, कांगड़ा व आईजीएमसी, शिमला में आहार सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- चयनित दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आहार सेवाएं आउटसोर्स आधार पर चल रही थीं।
- आईजीएमसी, शिमला में आहार सेवाओं की आउटसोर्सिंग के लिए अस्पताल अधिकारियों व ठेकेदार के मध्य कोई औपचारिक करार नहीं किया गया।
- आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि अनाज व खाद्य पदार्थों को ठीक से संग्रहित नहीं किया गया एवं उसे जमीन पर रखा गया, जैसाकि **चित्र 3.21** में दर्शाया गया है।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में खाद्य-निरीक्षकों ने भोजन की गुणवत्ता की कभी जांच नहीं की।

---

[26] भारत में स्वच्छता को बढ़ावा देने तथा स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए स्वच्छ भारत अभियान के अंतर्गत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा शुरू की गई एक पहल।

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में खाना पकाने वाले कर्मचारियों ने एप्रन, टोपी व दस्ताने जैसे सुरक्षात्मक उपकरण नहीं पहने थे, जैसाकि **चित्र 3.22** में दर्शाया गया है।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में रोगियों से आहार की गुणवत्ता हेतु कोई फीडबैक प्रणाली उपलब्ध नहीं थी।
- आईजीएमसी, शिमला की रसोई में सिंक टूटा हुआ पाया गया एवं सिंक से जुड़ी नाली अवरुद्ध स्थिति में थी, जैसाकि **चित्र 3.23** में दर्शाया गया है, जिससे दुर्गंध पैदा हो रही थी तथा रसोई का वातावरण अस्वच्छ हो गया था।
- साफ किए गए बर्तनों के साथ बासी खाना प्लास्टिक की थैलियों में रखा गया, जैसाकि **चित्र 3.24** में दर्शाया गया है।



चित्र 3.21: आईजीएमसी, शिमला में भूतल पर खाना पकाने का सामान रखा हुआ था



चित्र 3.22: आरपीजीएमसी, कांगड़ा में दस्ताने, एप्रन व टोपी के बिना खाना तैयार करते हुए



चित्र 3.23: आईजीएमसी शिमला में रसोई सिंक टूटा हुआ व अवरुद्ध स्थिति में पाया गया



चित्र 3.24: आईजीएमसी, शिमला की रसोई में साफ बर्तनों के पास बचा हुआ खाना मिला।

3.2.2.2 आहार सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में आउटसोर्सिंग के माध्यम से आहार सेवा उपलब्ध थी। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में आहार सेवाओं की उपलब्धता **तालिका 3.35** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.35: लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में आहार सेवाओं की उपलब्धता

जिला	अस्पताल	आहार सेवाएं उपलब्ध (हां/नहीं)	आउटसोर्स/ आंतरिक
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, चांगो	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	×	-
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	×	-
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, थुरल	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	✓	आउटसोर्स
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	आउटसोर्स
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	×	-
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	×	-

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सभी चयनित जिला अस्पतालों में आहार सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सिविल अस्पतालों में मात्र कांगड़ा जिले के सिविल अस्पताल में आहार सेवाएं थीं, जबकि अन्य चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। आहार सेवाओं की उपलब्धता वाले सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में इसे आउटसोर्स के आधार पर चलाया जा रहा था।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष जिन स्वास्थ्य संस्थानों में आहार सेवा उपलब्ध थी वहां लेखापरीक्षा द्वारा किए गए आहार सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- सिविल अस्पताल, बैजनाथ व सिविल अस्पताल, थुरल में एप्रन, टोपी व साफ प्लास्टिक दस्तानों के बिना भोजन तैयार एवं वितरित किया जा रहा था, जैसाकि **चित्र 3.25** व **चित्र 3.26** में दर्शाया गया है।
- जिला अस्पताल, किन्नौर व सिविल अस्पताल, शाहपुर के अतिरिक्त सभी स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी को निर्दिष्ट आहार प्रदान किया गया।
- खाद्य सुरक्षा व मानक अधिनियम, 2006 के अंतर्गत जारी भारतीय खाद्य सुरक्षा एवं मानक प्राधिकरण पंजीयन प्रमाणपत्र जिला अस्पताल, कांगड़ा, सिविल अस्पताल, थुरल, सिविल अस्पताल, बैजनाथ तथा सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में उपलब्ध नहीं थे।

- अलग भंडारण-कक्ष केवल जिला अस्पताल कांगड़ा, जिला अस्पताल सोलन व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में उपलब्ध था।
- किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में खाद्य निरीक्षक या जिला प्राधिकारी द्वारा भोजन की जांच नहीं की गई अपितु संबंधित स्वास्थ्य संस्थानों की वार्ड सिस्टर द्वारा इसकी जांच की गई।



चित्र 3.25: सिविल अस्पताल, बैजनाथ में बिना एप्रन के भोजन तैयार करते हुए



चित्र 3.26: सिविल अस्पताल, थुरल में बिना एप्रन के भोजन तैयार करते हुए

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि भोजन की जांच स्वास्थ्य संस्थानों की समिति द्वारा की जा रही थी और खाद्य-निरीक्षक द्वारा भोजन की गुणवत्ता की नियमित जांच हेतु विभाग में कोई व्यवस्था नहीं है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अस्पतालों में भोजन की गुणवत्ता बनाए रखने के लिए सक्षम अधिकारी द्वारा भोजन की नियमित जांच सुनिश्चित की जानी चाहिए थी।

3.2.3 लॉन्ड्री सेवाएं



रोगी की देखभाल हेतु स्वच्छ कपड़ों (लिनन) का प्रावधान एक मूलभूत आवश्यकता है। लिनन को संभालने या संसाधित करने की गलत प्रक्रिया से कर्मियों एवं बाद में इसका उपयोग करने वाले रोगियों, दोनों को संक्रमण का खतरा हो सकता है। अतः अस्पताल में होने वाले संक्रमण को रोकने एवं एक स्वच्छ अस्पताल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए लिनन का प्रबंधन महत्वपूर्ण है। जिला अस्पतालों हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 के अनुसार रोगी के बिस्तर की चादरें व रोगी गाउन सहित लिनन को दैनिक आधार पर परिवर्तित करना आवश्यक है। अस्पतालों को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि उनके पास अस्पताल के सभी क्षेत्रों के लिए लिनन का पर्याप्त स्टॉक सहज उपलब्ध है।

3.2.3.1 लॉन्ड्री सेवाएं (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए लॉन्ड्री सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पताल, शिमला व कांगड़ा में एक दिन छोड़कर लिनेन बदले गए एवं धोने के लिए भेजे गए।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में धुलाई क्षेत्र लिनेन भार की तुलना में बहुत छोटा था एवं मैले कपड़ों को ले जाने के लिए ठेला (ट्रॉली) भी पर्याप्त नहीं था, क्योंकि मैले कपड़े जमीन पर फैले हुए पाए गए, जैसाकि **चित्र 3.27** व **चित्र 3.28** में दर्शाया गया है।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में कपड़े को डिटर्जेंट का उपयोग करके धोया जाता था और धोने से पहले रक्त से सने कपड़े को प्रशोधित सिर्फ आरपीजीएमसी, कांगड़ा में किया जाता था। हालांकि कपड़ों का रख-रखाव करने वाले व्यक्ति दस्ताने व मास्क का उपयोग नहीं कर रहे थे।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में लॉन्ड्री पर्यवेक्षक के पास पीएच स्तर (किसी तरल पदार्थ की अम्लता या क्षारीयता का माप) की जांच का प्रावधान उपलब्ध नहीं था तथा उपयोग किया गया पानी सीधे नगरनिगम के नालों में बहा दिया जाता था, जैसाकि **चित्र 3.29** में दर्शाया गया है।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में साफ लिनेन को बंद अलमारियों में नहीं बल्कि खुले खानों में संग्रहित किया गया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में लिनन के रखरखाव, धुलाई व कीटाणुशोधन हेतु मानक संचालन प्रक्रिया तैयार व परिचालित नहीं की गई।





चित्र 3.27 व 3.28: आईजीएमसी व आरपीजीएमसी में धुलाई हेतु एक साथ रखे गए सभी प्रकार के लिनन।



चित्र 3.29: आईजीएमसी, शिमला में धुलाई के बाद अप्रशोधित पानी खुले नाले में बह रहा है।

3.2.3.2 लॉन्ड्री सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में जिला अस्पताल हेतु विभिन्न प्रकार की लिनन सुविधाएं निर्धारित की गई है जो अस्पतालों में ऑपरेशन-थियेटर की एब्डोमिनल शीट, बिस्तर की चादरें, बेडस्प्रेड, कंबल (लाल व नीला), चिकित्सकों के ओवरकोट, ड्रॉ शीटस, अस्पताल कर्मियों के ऑपरेशन-थियेटर कोट, लेगिंग्स, मैकिन्टोश चादरें, मैट (नायलॉन), वयस्कों के गद्दे (फोम), मुर्दाघर की चादरें, जूतों के जोड़े (ओवर-शूज), पीडियाट्रिक गद्दे, रोगी का कोट (महिला), रोगी का पायजामा, शर्ट (पुरुष), तौलिए, ऑपरेशन थियेटर की नित्य-प्रयोग (सार्वकालिक) चादरें, तकिए, तकिए के कवर, रसोइए के एप्रन, पर्दे, वर्दी/एप्रन एवं मेज पर बिछाने के कपड़े जैसी रोगी-देखभाल सेवाओं हेतु आवश्यक हैं।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में 24 विभिन्न प्रकार के लिनन निर्धारित किए गए हैं जिन्हें जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों में रोगी देखभाल सेवाओं हेतु प्रदान किए जाने अपेक्षित है, जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में विभिन्न प्रकार के लिनन की संख्या का उल्लेख नहीं किया गया है।

मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में लॉन्ड्री सेवा उपलब्ध थी। चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में लिनन की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.36** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.36: चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में लिनेन की उपलब्धता

अस्पताल	लॉन्ड्री सेवा उपलब्ध	24 विनिर्दिष्ट प्रकारों के प्रति उपलब्ध लिनेन के प्रकार
जिला अस्पताल, किन्नौर	हां	15
सिविल अस्पताल, चांगो	नहीं	5
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	नहीं	6
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	हां	4
जिला अस्पताल, सोलन	हां	15
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	हां	9
सामुदायकि स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	हां	7
सामुदायकि स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	हां	5
जिला अस्पताल, कांगड़ा	हां	19
सिविल अस्पताल, थुरल	हां	7
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	हां	14
सिविल अस्पताल, शाहपुर	हां	7
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	हां	14
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	नहीं	5
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	नहीं	6
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	नहीं	1

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.36 से देखा जा सकता है कि सिविल अस्पताल, चांगो, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ के अतिरिक्त सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में लॉन्ड्री सेवाएं आउटसोर्स के आधार पर उपलब्ध थीं। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के पास 24 में से एक से 19 प्रकार के लिनन उपलब्ध थे। इस प्रकार सभी चयनित जिला अस्पतालों/ सिविल अस्पतालों में लिनन की कमी पाई गई।

जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए लॉन्ड्री सेवाओं के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

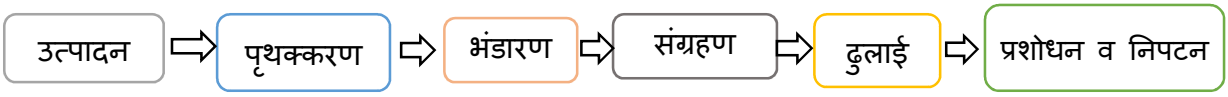
- सिविल अस्पताल, कंडाघाट व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी के अतिरिक्त सभी स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध लॉन्ड्री सेवा के साथ लॉन्ड्री रजिस्टर का अनुरक्षण किया गया।
- जिला अस्पताल सोलन, सिविल अस्पताल, कंडाघाट, सिविल अस्पताल, थुरल, सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी व सामुदायक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला के लॉन्ड्री रजिस्टर में बिस्तर लिनन को बदलने के विवरण की नियमित रूप से प्रविष्टि नहीं की गई।
- जिला अस्पताल, किन्नौर, सिविल अस्पताल, शाहपुर व सामुदायक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर के अतिरिक्त सभी स्वास्थ्य संस्थानों में साफ लिनेन को बंद अलमारियों व स्वच्छ स्थिति में रखा गया।

3.2.4 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

अस्पतालों में डायग्नोसिस, उपचार एवं टीकाकरण से संबंधित प्रक्रियाओं के दौरान जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न होते है तथा अस्पताल परिसर के भीतर इसका प्रबंधन, संक्रमण नियंत्रण का एक अभिन्न अंग है। प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान को उत्पन्न हुए सभी जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन/व्यवस्थापन इस तरह से करना है कि ऐसे अपशिष्ट के प्रबंधन के कारण होने वाले किसी भी प्रतिकूल प्रभाव से स्वास्थ्य एवं पर्यावरण की रक्षा की जा सके।

भारत सरकार ने पर्यावरण (संरक्षण) अधिनियम, 1986 के अंतर्गत जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन व संचालन) नियम, 1998 बनाए, जिन्हें जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 द्वारा प्रतिस्थापित किया गया। जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमावली अन्य बातों के साथ-साथ अपशिष्ट उत्पादक एवं सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रशोधन सुविधा की स्पष्ट भूमिकाओं के साथ जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के संग्रह, संचालन, ढुलाई, निपटान व निगरानी की प्रक्रियाएं निर्धारित करती हैं।

चार्ट 3.8: जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के चरण



जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमावली के अनुसार अस्पतालों को उत्पादन के स्रोत पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट की विभिन्न श्रेणियों को अलग-अलग रंगीन डब्बों में पृथक करना अपेक्षित है। अपशिष्ट को उत्पादन स्थल पर उचित रंग की कोडीकृत थैलियों में भंडारित किया जाए जिसे सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रशोधन सुविधा द्वारा एकत्र किया जाए।

3.2.4.1 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों ने अस्पताल स्थल से जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के संग्रहण व निपटान हेतु संचालनकर्ताओं (ऑपरेटरों) को नियुक्त किया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि वार्ड/विभाग में रंगकोडित डिब्बे के उपयोग से जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण करके उसे एक सार्वजनिक संग्रह केंद्र में फेंका गया। सार्वजनिक संग्रह केंद्र से जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को एकत्र करके आगामी निपटान हेतु सार्वजनिक निपटान संयंत्र में ले जाया गया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में देखा गया कि जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के मिश्रण को एक ही रंग के थैले में रखा गया।
- स्वास्थ्य संस्थानों को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन से संबंधित गतिविधियों की समीक्षा व निगरानी हेतु मौजूदा समिति के माध्यम से या एक नई समिति बनाकर एक प्रणाली स्थापित करने की आवश्यकता है। समिति हर छः माह में एक बार बैठक करे और इस समिति की बैठकों के कार्यवृत्त के अभिलेख वार्षिक प्रतिवेदन के साथ प्रस्तुत किए जाए। दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों की वेबसाइट पर वार्षिक प्रतिवेदन अपलोड नहीं किए गए। जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन की समीक्षा व निगरानी हेतु कोई जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन समिति का गठन नहीं किया गया।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में परिसर से बाहर भेजे जाने वाले जैव-चिकित्सा अपशिष्ट वाले थैलों के लिए बार कोड प्रणाली का पालन किया जा रहा था।



चित्र 3.30: आरपीजीएमसी, कांगड़ा में सार्वजनिक संग्रह केंद्र में भेजने से पूर्व जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को अलग किया जा रहा है।



चित्र 3.31: आईजीएमसी, शिमला में बिना ढक्कन वाला कूड़ेदान



चित्र 3.32: आईजीएमसी, शिमला में सार्वजनिक जैव-चिकित्सा अपशिष्ट संग्रहण केंद्र

3.2.4.2 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (द्वितीयक स्तर)

जिला अस्पतालों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के विभिन्न मापदंडों की जांच की गई, जिसके निष्कर्ष **तालिका 3.37** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 3.37: राज्य के सभी जिला अस्पतालों के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रशोधन (मार्च 2023 तक)

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन													
क्र. सं.	**जैव-चिकित्सा प्रबंधन मापदंड**	**बिलासपुर**	**चंबा**	**कांगड़ा**	**किन्नौर**	**कुल्लू**	**हमीरपुर**	**लाहौल-स्पीति***	**शिमला**	**सोलन**	**सिरमौर**	**ऊना**	**मंडी**
1.	रंग कोडित डिब्बे में उत्पादन स्थल पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	सामान्य बायोमेडिकल अपशिष्ट उपचार सुविधा द्वारा जिला अस्पतालों से जैव अपशिष्ट का संग्रहण	✓	✓	✓	गहराई में गाड़ कर निपटान	✓	✓	गहराई में गाड़ कर निपटान	✓	✓	✓	✓	✓
3.	मानव शारीरिक अपशिष्ट व अन्य ठोस जैव अपशिष्ट का निपटान	✓	✓	✓	गहराई में गाड़ कर निपटान	✓	✓	गहराई में गाड़ कर निपटान	✓	✓	✓	✓	✓
4.	धारदार व अन्य खतरनाक अपशिष्ट का निपटान	✓	✓	✓	शार्प पिट में डाल कर निपटान	✓	✓	शार्प पिट में डाल कर निपटान	✓	✓	✓	✓	✓
5.	तरल अपशिष्ट का निपटान	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियम 2016 की अनुसूची I में निर्धारित विभिन्न मापदंडों के अनुसार चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन की जांच की गई, जिसके निष्कर्ष **तालिका 3.38**, **3.39** व **3.40** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 3.38: जिला किन्नौर के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रशोधन

क्र.सं.	**जैव-चिकित्सा प्रबंधन के मापदंड**	**जिला अस्पताल किन्नौर**	**सिविल अस्पताल चांगो**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला**
1.	रंग कोडित डिब्बे में उत्पादन स्थल पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण	✓	✓	✓	✓
2.	सामान्य बायोमेडिकल अपशिष्ट प्रशोधन सुविधा द्वारा जिला अस्पतालों से जैव अपशिष्ट का संग्रहण	निपटान अस्पताल द्वारा स्वयं किया गया			
3.	मानव शारीरिक अपशिष्ट व अन्य ठोस जैव अपशिष्ट का निपटान	गहराई में गाड़ा गया			
4.	धारदार व अन्य खतरनाक अपशिष्ट का निपटान	गहरे गड्ढे में डाल कर निपटान			
5.	तरल अपशिष्ट का निपटान	प्रशोधनोपरांत सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य विभाग की सार्वजनिक सीवेज नाली में बहाया गया			

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.39: जिला सोलन के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रशोधन

क्र.सं.	जैव-चिकित्सा प्रबंधन के मापदंड	जिला अस्पताल सोलन	सिविल अस्पताल कंडाघाट	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर
1.	रंग कोडित डिब्बे में उत्पादन स्थल पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण	✓	✓	✓	✓
2.	सामान्य बायोमेडिकल अपशिष्ट प्रशोधन सुविधा द्वारा जिला अस्पतालों से जैव अपशिष्ट का संग्रहण	ऑपरेटर द्वारा	ऑपरेटर द्वारा	अस्पताल द्वारा	ऑपरेटर द्वारा
3.	मानव शारीरिक अपशिष्ट व अन्य ठोस जैव अपशिष्ट का निपटान	ऑपरेटर द्वारा	ऑपरेटर द्वारा	गहराई में गाड़ा गया	ऑपरेटर द्वारा
4.	धारदार व अन्य खतरनाक अपशिष्ट का निपटान	ऑपरेटर द्वारा	ऑपरेटर द्वारा	गहराई में गाड़ा गया	ऑपरेटर द्वारा
5.	तरल अपशिष्ट का निपटान	प्रशोधन के पश्चात नगरनिगम के नाले में बहा दिया गया			

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.40: जिला कांगड़ा के चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रशोधन

क्र. सं.	जैव-चिकित्सा प्रबंधन के मापदंड	जिला अस्पताल कांगड़ा	सिविल अस्पताल थुरल	सिविल अस्पताल ज्वालामुखी	सिविल अस्पताल शाहपुर	सिविल अस्पताल बैजनाथ	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड़
1.	रंग कोडित डिब्बे में उत्पादन स्थल पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	सामान्य बायोमेडिकल अपशिष्ट प्रशोधन सुविधा द्वारा जिला अस्पतालों से जैव अपशिष्ट का संग्रहण	ऑपरेटर द्वारा एक दिन छोड़कर	ऑपरेटर द्वारा एक सप्ताह में तीन बार	ऑपरेटर द्वारा एक दिन छोड़कर		ऑपरेटर द्वारा एक सप्ताह में तीन बार			
3.	मानव शारीरिक अपशिष्ट व अन्य ठोस जैव अपशिष्ट का निपटान।	ऑपरेटर द्वारा	ऑपरेटर द्वारा				गहराई में गाड़ा गया	ऑपरेटर द्वारा	
4.	धारदार व अन्य खतरनाक अपशिष्ट का निपटान	ऑपरेटर द्वारा					गहरा गड्ढ़ा	ऑपरेटर द्वारा	
5.	तरल अपशिष्ट का निपटान	प्रशोधन के पश्चात सिंचाई एवं जन स्वास्थ्य विभाग की सार्वजनिक सीवेज नाली में बहाया गया							

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमावली में स्रोत पर अपशिष्ट का पृथक्करण एवं स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से उत्पन्न अन्य अपशिष्ट के साथ मिलाने से पहले इसके पूर्व-प्रशोधन या निष्प्रभाव करने का अधिदेश है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सभी चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण अलग-अलग कोड के रंगीन डिब्बों में किया जा रहा था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जिला अस्पताल सोलन, सिविल अस्पताल, कंडाघाट व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट भंडारण कक्ष बुरी अवस्था में था, जिससे पशुओं के प्रवेश, जीवाणु/ विषाणु फैलने, पर्यावरण प्रदूषण आदि की संभावना बढ़ जाती है, जैसाकि **चित्र 3.33** से **3.35** में दर्शाया गया है। भंडारण अस्थायी शालिकाओं (शेड) में किया गया।

		
चित्र 3.33: कंडाघाट में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के लिए अस्थायी व्यवस्था	**चित्र 3.34: जिला अस्पताल, सोलन में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट भंडारण**	**चित्र 3.35: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट भंडारण**

जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में से किसी में भी तरल रासायनिक अपशिष्ट के पूर्व-प्रशोधन हेतु अपशिष्ट प्रशोधन संयंत्र स्थापित नहीं किए गए, जो सीधे सीवरेज प्रणाली में अपशिष्ट की निकासी के रूप में परिणत हुआ। यह न केवल जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमों का उल्लंघन था अपितु सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए भी घातक था।
- सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों) में स्वास्थ्य कर्मियों को सुरक्षात्मक सामग्री/उपकरण प्रदान किए गए।
- सभी चयनित जिला अस्पतालों में हर छः माह में स्वास्थ्य जांच की गई एवं जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन में शामिल कर्मियों का टीकाकरण भी सुनिश्चित किया गया। चयनित छः सिविल अस्पतालों में से दो[27] में वार्षिक रूप से स्वास्थ्य जांच की गई एवं जैव-चिकित्सा अपशिष्ट में शामिल कर्मियों का टीकाकरण भी सुनिश्चित किया गया।

[27] सिविल अस्पताल, शाहपुर व सिविल अस्पताल, बैजनाथ।

3.2.4.3 सीवेज प्रशोधन संयंत्र स्थापित न होना

मार्च 2020 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, हिमाचल प्रदेश एवं दो एजेंसियों[28] के मध्य हिमाचल प्रदेश के स्वास्थ्य संस्थानों में विभिन्न क्षमताओं के सीवेज प्रशोधन संयंत्र की डिज़ाइन इंजीनियरिंग, निर्माण, आपूर्ति, स्थापना, परीक्षण, परिनिर्माण, प्रवर्तन एवं रखरखाव (परिचालन के पांच वर्ष पश्चात) हेतु एक समझौता-ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए गए। परियोजना पूर्ण करने की निर्धारित अवधि परियोजना आरंभ होने की तिथि यानि 27/03/2020 से 12 माह (27/03/2021) थी।

राज्य में सीवेज प्रशोधन संयंत्र के संस्थापना की प्रास्थिति से सम्बंधित जानकारी **तालिका 3.41** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.41: सीवेज प्रशोधन संयंत्र के संस्थापना की प्रास्थिति

(₹ लाख में)

जिला	संस्थापित किए जाने वाले सीवेज प्रशोधन संयंत्र की संख्या	जारी भुगतान	संस्थापित सीवेज प्रशोधन संयंत्र की संख्या	संस्थापना की यथाविद्यमान प्रास्थिति
बिलासपुर	3	80.65	3	संयंत्र संस्थापित, नवंबर 2021 तक परिचालन प्रतीक्षित था।
चंबा	5	87.96	0	संस्थान में सीवेज प्रशोधन संयंत्र पहुंच गया एवं सिविल अस्पताल, डलहौजी व चौवारी में संस्थापना प्रक्रियाधीन है। सिविल अस्पताल तीसा व किलाड़, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र साहू के संयंत्र की आपूर्ति स्वास्थ्य संस्थान (नवंबर 2021) में नहीं की गई।
हमीरपुर	4	10.16	0	मात्र पांच प्रतिशत भुगतान जारी (दिसंबर 2021)
कांगड़ा	17	469.66	17	परिचालित नहीं किया गया (नवंबर 2021)
किन्नौर	5	43.50	0	संस्थापित नहीं, मशीन संयंत्र प्राप्त हुआ (नवंबर 2021)
कुल्लू	4	24.50	3	तीन स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थापित परन्तु अभी तक परिचालित नहीं हुआ (नवंबर 2021)
लाहौल-स्पीति	4	44.12	0	संस्थापनाधीन (नवंबर 2021)
मंडी	9	173.91	6	छः स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थापन हो चुका था एवं परिचालन लंबित था व तीन स्वास्थ्य संस्थानों अर्थात् सिविल अस्पताल बागसेड, कोटली व धर्मपुर में सीवेज प्रशोधन संयंत्र का स्थल चयन लंबित था (नवंबर 2021)
शिमला	9	165.21	9	परिचालित नहीं किया गया (नवंबर 2021)
सिरमौर	2	16.22	1	एक संस्थापना के चरण में व एक परिचालित होने के चरण में (नवंबर 2021)
सोलन	1	22.75	1	संस्थापित किंतु परिचालित नहीं (नवंबर 2021)
ऊना	6	70.85	4	फर्म द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बसदेहरा व संतोषगढ़ में आपूर्ति नहीं की गई व शेष चार स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थापित, परन्तु नवंबर 2021 तक प्रारंभ नही हुआ
योग	**69**	**1209.49**	**44**	

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के अभिलेख

[28] मेसर्स अनुष्का बिल्डर्स एंड कोलोनाइजर्स, अलीगंज, लखनऊ व मेसर्स बंसल कन्सट्रक्शन्स कंपनी।

इसके अतिरिक्त चयनित जिलों के अभिलेखों की नमूना-जांच में पाया गया कि 23 प्रस्तावित सीवेज प्रशोधन संयंत्र (परिचालन की निर्धारित तिथि मार्च 2021) में से कोई भी लेखापरीक्षा के क्षेत्र-दौरे की तिथि (अक्टूबर 2021 से अप्रैल 2022) तक परिचालित नहीं किए गए। सीवेज प्रशोधन संयंत्र का विवरण **तालिका 3.42** में दिया गया है।

तालिका 3.42: चयनित जिलों में सीवेज प्रशोधन संयंत्र का विवरण

जिले का नाम	फर्म का नाम	संस्थापित किए जाने वाले सीवेज प्रशोधन संयंत्रों की संख्या	अनुबंध तिथि	परियोजना लागत (₹ लाख)	पूर्णता की नियत तिथि	संस्थापना की प्रास्थिति	अभ्युक्ति
किन्नौर	मेसर्स बंसल कन्सट्रक्शन्स कंपनी	5	17/03/2020	145.00	27/03/2021	अक्टूबर 2021	परिचालन प्रारंभ नहीं किया
कांगड़ा		7	17/03/2020	239.00	27/03/2021	नवम्बर 2021	
कांगड़ा	मेसर्स अनुष्का बिल्डर्स एंड कोलोनाइजर	10	17/03/2020	600.78	27/03/2021	नवम्बर 2021	
सोलन		1	17/03/2020	35.00	27/03/2021	जनवरी 2022	
योग		**23**		**1019.78**			

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के अभिलेख

तालिका 3.42 से देखा जा सकता है कि परियोजना पूर्ण होने की निर्धारित तिथि के 19 से 22 माह के पश्चात भी फर्मे सीवेज प्रशोधन संयंत्र प्रारंभ करने में विफल रहीं। फर्मों ने सीवेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री की खरीद की एवं उसे स्थल पर पहुंचाया, जो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला व सिविल अस्पताल, चांगो (अक्टूबर 2021) में अप्रयुक्त रखी थी, जैसाकि **चित्र 3.36** व **3.37** दर्शाया गया है।





चित्र 3.36 व 3.37: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला व सिविल अस्पताल चांगो में अप्रयुक्त रखी सीवेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान ज्वालामुखी (फरवरी 2022), शाहपुर (मार्च 2022), सिविल अस्पताल थुरल (जनवरी 2022) में पाए गए अपूर्ण सीवेज प्रशोधन संयंत्र के चित्र नीचे दिए हैं।



चित्र 3.38: सिविल अस्पताल, थुरल में सीवेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री, जनवरी 2022



चित्र 3.39: सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में सीवेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री, फरवरी 2022



चित्र 3.40: सिविल अस्पताल, शाहपुर में सीवेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री, मार्च 2022

इस प्रकार नवंबर 2021 तक 69 में से 44 सीवेज प्रशोधन संयंत्र स्थापित किए गए, जैसाकि **तालिका 3.41** में इंगित किया गया है, परन्तु कोई भी सीवेज प्रशोधन संयंत्र परिचालित नहीं था, जो सीवेज प्रशोधन संयंत्रों के प्रारंभ न होने एवं प्रशोधित किए बिना ही सीवरेज के निपटान में परिणत हुआ।

3.2.4.4 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन का प्रशिक्षण

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमावली के अनुसार स्वास्थ्य-देखभाल सुविधाएं यह सुनिश्चित करेंगी कि जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन करने वाले सभी कार्मिकों को जैव-चिकित्सा प्रबंधन पर नियमित प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है। चयनित जिलों में दिया गया प्रशिक्षण **तालिका 3.43**, **3.44** व **3.45** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.43: जिला किन्नौर में अस्पतालों द्वारा दिए गए प्रशिक्षण (व्यक्तियों की संख्या)

वर्ष	जिला अस्पताल, किन्नौर	सिविल अस्पताल, चांगो	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला
2016-17	60	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	17	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया
2017-18	40	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	10	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया
2018-19	28	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	9	11
2019-20	66	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	8	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया
2020-21	25	1	9	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.44: जिला सोलन में अस्पतालों द्वारा दिए गए प्रशिक्षण (व्यक्तियों की संख्या)

वर्ष	जिला अस्पताल, सोलन	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर
2016-17	अभिलेख अनुपलब्ध	0	1	0
2017-18	अभिलेख अनुपलब्ध	0	3	5
2018-19	अभिलेख अनुपलब्ध	0	6	5
2019-20	अभिलेख अनुपलब्ध	0	6	6
2020-21	1	0	38	23

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.45: जिला कांगड़ा में अस्पतालों द्वारा दिए गए प्रशिक्षण (व्यक्तियों की संख्या)

वर्ष	जिला अस्पताल, कांगड़ा	सिविल अस्पताल थुरल	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	सिविल अस्पताल शाहपुर	सिविल अस्पताल बैजनाथ	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़
2016-17	21	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया		928	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया			
2017-18	78			338				
2018-19	50			1020	2	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया		
2019-20	48			127	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	10	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया	
2020-21	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया			240	कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया			

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

चयनित जिलों की लेखापरीक्षा में निम्नवत पाया गया:

- जिला अस्पताल, किन्नौर में कर्मियों को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन पर नियमित प्रशिक्षण दिया गया। वर्ष 2016-20 के दौरान सिविल अस्पताल, चांगो में कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के मामले में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह (वर्ष 2016-20) में प्रशिक्षण दिया गया, जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला में केवल वर्ष 2018-19 में प्रशिक्षण दिया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर चयनित 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से आठ[29] में प्रशिक्षण दिया गया।
- जिला अस्पताल सोलन में वर्ष 2016-20 के अभिलेख उपलब्ध नहीं थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर व सायरी में नियमित रूप से प्रशिक्षण दिया गया। सिविल अस्पताल, कंडाघाट में प्रशिक्षण नहीं दिया गया।
- कांगड़ा जिले में जिला अस्पताल, कांगड़ा व सिविल अस्पताल, शाहपुर में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन करने वाले कर्मियों को नियमित प्रशिक्षण दिया गया।

इस प्रकार प्रशिक्षण के अभाव में नमूना-जांचित अस्पतालों में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन करने वाले कर्मियों के स्वास्थ्य संबंधी खतरों एवं जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के अनुचित निपटान को नकारा नहीं जा सकता।

[29] चामियाँ, रिब्बा, स्पीलो, रक्षम, बंदियां खोपा, सियूँ, चडी व घल्लौर

3.2.5 एम्बुलेंस सेवाएं



भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में प्रत्येक अस्पताल हेतु बिस्तरों की संख्या के अनुसार एम्बुलेंस की अपेक्षित संख्या निर्दिष्ट की गई है। इसके अतिरिक्त भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में एम्बुलेंस में बुनियादी लाइफ सपोर्ट/ आधुनिक लाइफ सपोर्ट, उपकरण व संचार प्रणाली परिकल्पित है। आपातकाल सुविधा के निकट एम्बुलेंस हेतु अलग से एक समर्पित (डेडिकेटेड) पार्किंग स्थल हो। एम्बुलेंस में उपकरणों व दवाओं की सेवाक्षमता एवं उपलब्धता की दैनिक आधार पर जांच अपेक्षित है।

3.2.5.1 राज्य में एम्बुलेंस 108 की उपलब्धता

भौगोलिक परिस्थितियों एवं कठिन भूभाग के कारण हिमाचल प्रदेश देश के सर्वाधिक दुर्घटना दर वाले राज्यों में से एक है। गर्भवती महिलाओं, नवजात शिशुओं व गंभीर आपात स्थितियों वाले व्यक्तियों जैसे दौरा, हृदयाघात, विषाक्तन, जलन व सर्प-दंश समेत यथासमय चिकित्सा सेवा के अभाव में कई लोगों का जीवन चला जाता है और लोग विकलांगता का शिकार हो जाते हैं।

उपरोक्त के दृष्टिगत राज्य ने 2010 में सार्वजनिक-निजी भागीदारी पद्धति से एक आपातकालीन प्रतिक्रिया प्रणाली प्रारंभ की। वर्तमान में ये सेवाएं निविदा प्रक्रिया के माध्यम से चल रही हैं। एम्बुलेंस तत्काल चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता वाले व्यक्तियों एवं सभी गर्भवती महिलाओं व बीमार बच्चों को निःशुल्क परिवहन प्रदान करती हैं। इस सेवा का लाभ टोल-फ्री नंबर 108 के माध्यम से लिया जा सकता है एवं यह सभी व्यक्तियों के लिए चौबीसों घंटे एवं निःशुल्क उपलब्ध है। मार्च 2023 तक कुल 248 एम्बुलेंस (35 आधुनिक लाइफ सपोर्ट[30] व 213 बुनियादी लाइफ सपोर्ट[31]) सड़क पर हैं। इनमें से 35 एम्बुलेंस, अंतर सुविधा स्थानांतरण प्रदान करने के लिए समर्पित है, जो विशेष रूप से एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल में रेफ़र किए गए उन रोगियों को सेवा प्रदान करती है जिन्हें रणनीतिक रूप से स्थित अस्पतालों में रखा जाता है। हिमाचल प्रदेश के शहरी क्षेत्रों में प्रतिक्रिया समय बेहतर करने के लिए राज्य द्वारा प्रथम प्रतिक्रियाकर्ता के रूप में छः दोपहिया एम्बुलेंस[32] प्रारंभ की गई हैं। अप्रैल 2018 के दौरान शिमला शहर में दो दोपहिया (बाइक) एम्बुलेंस शुरू की गई तथा अक्टूबर 2020 के दौरान चार अतिरिक्त दोपहिया एम्बुलेंस, मंडी व धर्मशाला प्रत्येक के लिए दो-दो को हरी झंडी दिखाई गई। वर्ष 2016-23 के दौरान शहरी क्षेत्रों में औसत प्रतिक्रिया समय 10.49 से 15.50 मिनट व ग्रामीण क्षेत्रों में 30.35 से 38.23 मिनट के मध्य रहा। लेखापरीक्षा में यह पता नहीं लगाया जा सका कि क्या यह

---

30 आधुनिक लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस- कार्डियक लाइफ सपोर्ट, कार्डियक मॉनिटर्स के साथ-साथ ग्लूकोज-परीक्षण उपकरण से लैस है। आधुनिक लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस में औषधियाँ भी होती हैं।

31 बुनियादी लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस उन रोगियों के लिए है जिनके शरीर के निचले सिरे में अंगभंग हो, उन रोगियों को अत्यधिक से कम देखभाल सुविधाओं में स्थानांतरित किया गया हो या जिन्हें घरेलू देखभाल के लिए छुट्टी दे दी गई हो, मनोरोगी एवं अन्य गैर-आपातकालीन चिकित्सा परिवहन की आवश्यकता हो।

32 प्रथम उत्तरदाताओं को यथाशीघ्र आपातकालीन स्थल पर पहुंचना संभव करना।

समझौता-ज्ञापन[33] के अनुसार निर्धारित प्रतिक्रिया समय के भीतर था, क्योंकि समझौता-ज्ञापन में प्रतिक्रिया समय क्षेत्रवार, ग्रामीण व शहरी क्षेत्रवार (निम्न, मध्यम व ऊपरी पहाड़ी) निर्धारित किया गया है, जबकि विभाग द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े सम्पूर्ण राज्य के ग्रामीण व शहरी क्षेत्रवार हैं।

3.2.5.2 राज्य में जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (102) एम्बुलेंस सेवाएं

राज्य ने जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के अंतर्गत वापस छोड़ने (ड्रॉप बैक[34]) के लिए कुल 125 वाहनों के बेड़े के साथ (102) एम्बुलेंस सेवा आरंभ की। इस योजना के अंतर्गत 125 एम्बुलेंस गर्भवती महिलाओं को प्रसवोपरांत एवं एक वर्ष तक के बीमार बच्चों को सुविधा प्रदान करेंगी। हिमाचल प्रदेश की राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन वेबसाइट पर उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार दिसंबर 2021 तक 3.01 लाख लाभार्थियों ने राज्य में एम्बुलेंस सेवा का लाभ उठाया।

3.2.5.3 एम्बुलेंस सेवा (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि यदि बिस्तरों की संख्या 100 से अधिक है तो प्रत्येक जिला अस्पताल में तीन एम्बुलेंस होनी चाहिए। मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में एम्बुलेंस सेवा उपलब्ध थी। सिविल अस्पताल के मामले में 31-50 बिस्तरों हेतु एक एम्बुलेंस निर्धारित है। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के मामले में बुनियादी लाइफ सपोर्ट के साथ चौबीसों घंटे एम्बुलेंस सेवा उपलब्ध होनी चाहिए। आपातकालीन सेवाएं प्रदान करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में भी एक एम्बुलेंस का होना वांछनीय है।

चयनित जिलों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एम्बुलेंस की आवश्यकता व उपलब्धता **तालिका 3.46** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.46: लेखापरीक्षा की तिथि तक एम्बुलेंस की आवश्यकता एवं उपलब्धता

जिला	अस्पताल का नाम	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों के अनुसार आवश्यकता	उपलब्धता
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	3	6
	सिविल अस्पताल, चांगो	1	1
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	1	1
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	1	1
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	3	3
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	1	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	1	1
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	1	2

[33] जीवीके ईएमआरआई के साथ समझौता ज्ञापन - नवंबर 2016 - जनवरी 2022, मेडस्वान फाउंडेशन के साथ समझौता ज्ञापन - फरवरी 2022 से आगे

[34] स्वास्थ्य संस्थानों से घर तक निःशुल्क वापसी।

जिला	अस्पताल का नाम	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों के अनुसार आवश्यकता	उपलब्धता
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	3	2
	सिविल अस्पताल, थुरल	2	0
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	2	0
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	2	1
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	2	2
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	1	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	1	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	1	0

स्रोत: भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 एवं स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.46 से देखा जा सकता है कि सिविल अस्पताल थुरल, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन, बछवाई व बीड़ के अतिरिक्त सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त एम्बुलेंस थीं। आपात स्थिति के मामले में रोगियों को स्वयं वाहन की व्यवस्था करनी पड़ रही थी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए एम्बुलेंस सेवा के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध सभी एम्बुलेंस बुनियादी लाइफ सपोर्ट के साथ चल रही थीं, तथापि कोई भी आधुनिक लाइफ सपोर्ट से युक्त नहीं थी।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा के अतिरिक्त कोई भी एम्बुलेंस अनिवार्य उपकरणों[35] से युक्त नहीं थी। अनिवार्य दवाएं केवल जिला अस्पताल कांगड़ा व सिविल अस्पताल बैजनाथ की एम्बुलेंस में उपलब्ध थीं।
- 108 एंबुलेंस को छोड़कर सभी एंबुलेंस बिना तकनीशियन के चल रही थीं।
- सिविल अस्पताल, शाहपुर व सिविल अस्पताल, कंडाघाट के अतिरिक्त सभी एम्बुलेंस में ऑक्सीजन सिलेंडर उपलब्ध थे।
- उपकरणों व दवाओं की सेवाक्षमता एवं उपलब्धता की दैनिक आधार पर जांच नहीं की गई।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह में एक बुनियादी लाइफ सपोर्ट एम्बुलेन्स थी जो अगस्त 2014 से चलने की अवस्था में नहीं थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला में स्थायी वाहन चालक उपलब्ध नहीं था एवं आपातकाल की स्थिति में खण्ड चिकित्सा अधिकारी से सम्बंधित वाहन चालक को एम्बुलेंस ड्यूटी के लिए भेजा जा रहा था।

[35] सक्शन पंप, लैरिंगोस्कोप, थैली एवं मास्क वेंटिलेशन उपकरण, रक्तचाप यंत्र ऐनरॉयड, सरवाइकल कॉलर, पोर्टेबल हैंड-हेल्ड ग्लूकोमीटर, प्राथमिक चिकित्सा (फर्स्ट एड) बॉक्स आदि।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि लगभग सभी एम्बुलेंस को 108 एम्बुलेंस सेवा से बदल दिया गया था, जिसमें तकनीशियन उपलब्ध थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध विभागीय एम्बुलेंस तकनीशियन के बिना चल रही थीं।

3.2.6 शवगृह सेवाएं



शवगृह सेवाएं, शवों को रखने एवं शव परीक्षण करने की सुविधा प्रदान करती है। शवगृह भूतल पर पैथोलॉजी विभाग के पास एक अलग भवन में स्थित हो, जहां वार्डों, दुर्घटना एवं आपातकालीन विभाग व ऑपरेशन-थिएटर से आसानी से पहुंचा जा सके। यह जनता द्वारा उपयोग किए जाने वाले सामान्य यातायात मार्गों से दूर स्थित हो। पोस्टमार्टम-कक्ष में सिंक के साथ स्टेनलेस स्टील का शव-परीक्षण मेज, नमूनों को धोने व साफ करने के लिए बहते पानी के साथ एक सिंक एवं उपकरणों को रखने के लिए अलमारी होनी चाहिए।

पोस्टमार्टम कक्ष में उचित प्रकाश एवं वातानुकूलन की व्यवस्था की जाए। शव को सुरक्षित रखने के लिए कम से कम दो डीप-फ्रीजर के साथ शव-संग्रहण हेतु एक अलग कक्ष उपलब्ध किया जाए। संबंधियों के लिए एक प्रतीक्षा क्षेत्र एवं धार्मिक संस्कारों के लिए स्थान उपलब्ध हो।

3.2.6.1 शवगृह सेवाएं (तृतीयक स्तर)

मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में निम्नवत देखा गया:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में शवगृह कक्ष 24X7 उपलब्ध थे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में कुल 10 खानों वाले तीन डीप-फ्रीजर उपलब्ध थे। आईजीएमसी, शिमला में छः खानों वाला एक डीप-फ्रीजर उपलब्ध था।
- आईजीएमसी, शिमला में शवगृह कक्ष को साफ करने के लिए कोई मानक संचालन प्रक्रिया नहीं अपनाई गई क्योंकि उन्हें उसी विधि से साफ किया जा रहा था जिस तरह से अस्पताल के अन्य कक्षों को साफ किया जा रहा था।
- पोस्टमार्टम सेवाएं दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में उपलब्ध थीं एवं शवगृह कक्ष से जुड़ी हुई थीं।
- शवगृह वैन केवल आरपीजीएमसी कांगड़ा में उपलब्ध थी।

3.2.6.2 शवगृह सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में शवगृह सेवा उपलब्ध थी।

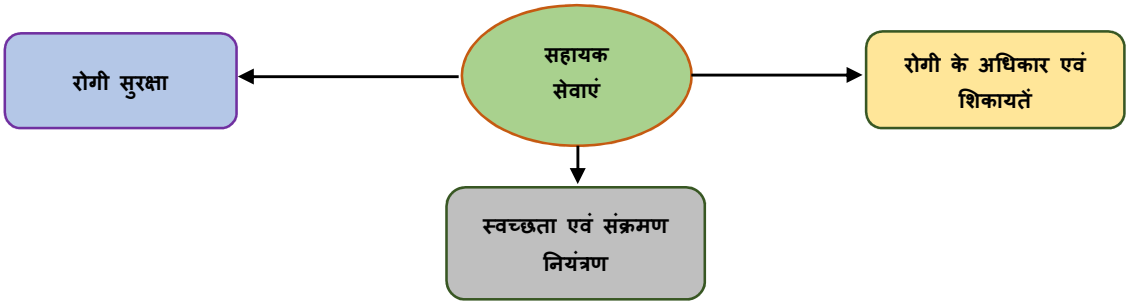
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए चयनित जिलों में शवगृह सेवाओं की संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- शवगृह सेवाएं केवल चयनित जिला अस्पतालों में उपलब्ध थीं, चयनित सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं।
- चयनित सभी जिला अस्पतालों में मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 के प्रावधानानुसार शवगृह सेवाएं 24x7 उपलब्ध थीं एवं उचित स्थान (अस्पताल की आपातकालीन, ओटी, आईपीडी आदि के साथ सक्रीय रूप से जुडी होने सहित) पर स्थित थीं ।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा, जहाँ वातानुकूलन की व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी, के अतिरिक्त सभी चयनित जिला अस्पतालों में शवगृह सुविधा में पोस्टमार्टम कक्षों में उचित प्रकाश व वातानुकूल व्यवस्था थी।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में पोस्टमार्टम कक्षों में सिंक सहित स्टेनलेस स्टील की शव परीक्षण टेबल, नमूनों की धुलाई व सफाई हेतु बहते पानी सहित सिंक एवं उपकरणों को रखने के लिए अलमारी उपलब्ध थी, जबकि जिला अस्पताल, सोलन में सिंक सहित संगमरमर की टेबल उपलब्ध थी, जबकि जिला अस्पताल, किन्नौर में टेबल उपलब्ध नहीं थी।
- शवों को सुरक्षित रखने के लिए डीप-फ्रीजर के साथ शव-संग्रहण हेतु अलग कक्ष उपलब्ध कराया गया था एवं संरक्षण से पहले शवों को वर्गीकृत करने की प्रणाली उपलब्ध थी। साथ ही सभी चयनित जिला अस्पतालों के शवगृह में लावारिस शवों को निश्चित अवधि के लिए रखने का प्रावधान था।
- जिला अस्पताल, किन्नौर में शवगृह वैन उपलब्ध थी परन्तु जिला अस्पताल सोलन व कांगड़ा में नहीं थी।
- किसी भी जिला अस्पताल में पैथोलॉजिकल पोस्टमार्टम की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त चयनित जिला अस्पताल में पर्याप्त अग्निशमन उपकरण उपलब्ध थे।
- चयनित जिला अस्पताल में शवगृह में भेजे गए सभी शवों के साथ अस्पताल द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र की प्रति भी शामिल थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त चयनित जिला अस्पताल में कार्मिकों हेतु डेडिकेटेड कक्ष उपलब्ध था।

3.3 स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता - सहायक सेवाएं

किसी अस्पताल में सहायक सेवाएं अत्यंत महत्वपूर्ण हैं क्योंकि उन्हें सभी के लिए एक ऐसा आरामदेह एवं पोषणपूर्ण वातावरण सुनिश्चित करना अपेक्षित है, जिससे वे रोगियों की प्रभावी देखभाल व उपचार में अपनी भागीदारी देते हैं। अस्पताल की सहायक सेवाओं में रोगियों की सुरक्षा, रोगियों के अधिकार एवं शिकायत निवारण और स्वच्छता व संक्रमण नियंत्रण शामिल हैं, जैसाकि **चार्ट 3.9** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.9: सहायक सेवाएं



3.3.1 रोगी सुरक्षा

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की आपदा प्रबंधन योजना का मुख्य उद्देश्य अस्पतालों पर विशेष ध्यान देने के साथ स्वास्थ्य क्षेत्र में आपदा रोकथाम, शमन, तैयारी एवं प्रतिक्रिया गतिविधियों को मुख्यधारा में लाना है; ताकि अस्पताल न केवल बेहतर ढंग से तैयार हों बल्कि आपदाओं के तुरंत बाद पूरी तरह सक्रिय हों कर प्रभावित समुदाय की चिकित्सा आवश्यकताओं को अविलम्ब पूरा करने में सक्षम हों।

3.3.1.1 अग्नि सुरक्षा (तृतीयक स्तर)

भारतीय राष्ट्रीय भवन संहिता 2016, भाग-4, अग्नि एवं जीवन सुरक्षा में अपेक्षित है कि प्रत्येक अस्पताल में अग्निशमन यंत्र अवश्य संस्थापित हों ताकि अस्पताल परिसर में आग लगने की किसी भी स्थिति में रोगियों/ परिजनों/ आगंतुकों एवं अस्पताल कर्मियों की सुरक्षा सुनिश्चित की जा सके।

- लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिसंबर 2021 के दौरान अग्निशमन स्टेशन अधिकारी, अग्निशमन स्टेशन, शिमला द्वारा आईजीएमसी, शिमला का अंतिम निरीक्षण किया गया। अग्निशमन विभाग ने उनकी रिपोर्ट के अनुपालन की सिफारिश की परन्तु मेडिकल कॉलेज अस्पताल प्रबंधन ने इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में स्मोक डिटेक्टर, अग्निसूचक अलार्म, अग्निशमन यंत्र व अग्निशमन हाईड्रेन्ट जैसे अग्निशमन उपकरण उपलब्ध थे। हालांकि अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र नहीं प्राप्त किया गया।

3.3.1.2 अग्नि सुरक्षा (द्वितीयक स्तर)

अस्पतालों में आग लगने की आपात स्थिति से उचित स्तर की सुरक्षा के लिए न्यूनतम आवश्यकताओं को इस तरह से पूर्ण किया जाएं कि आग के प्रभाव से चोट लगने एवं जीवन की हानि की संभावना कम हो। इस संबंध में पर्याप्त कर्मियों एवं परिचालन व रखरखाव प्रक्रियाओं के सावधानीपूर्वक विकास के माध्यम से अस्पताल के भीतर उचित व्यवस्था, जिसमें डिज़ाइन व विनिर्माण, अग्नि-संसूचक प्रावधान, अलार्म व अग्निशमन यंत्र, अग्नि रोकथाम, योजना एवं प्रशिक्षण कार्यक्रम तथा वहां फंसे लोगों को तुलनात्मक रूप से सुरक्षित स्थान पर स्थानांतरित करना या उन्हें अंततः सुरक्षित रखने के लिए बाहर निकलना शामिल है, आग के विकास एवं प्रसार को सीमित करने के उपाय किए जाए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में से किसी ने भी अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया।

वर्ष 2016-21 के दौरान चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन यंत्रों व अन्य मदों की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.47** से **3.49** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.47: जिला किन्नौर में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, किन्नौर	सिविल अस्पताल, चांगो	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(65)	×	✓ (2)	✓ (6)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	✓ (3)	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	×	×	×	×
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	×	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	✓	×
आपातकालीन द्वार	×	×	×	✓

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.48: जिला सोलन में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, सोलन	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(44)	✓ (10)	✓ (28)	✓ (5)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	×	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	✓	×	×	×
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	✓	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	×	✓
आपातकालीन द्वार	✓	×	✓	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.49: जिला कांगड़ा में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, कांगड़ा	सिविल अस्पताल, थुरल	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	सिविल अस्पताल, शाहपुर	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	✓(1)	×	×	×	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(36)	✓ (17)	✓ (11)	✓ (6)	✓(34)	✓(4)	✓(5)	✓(2)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	×	×	×	×	×	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	×	×	×	×	×	×	×	✓
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	×	✓	×	×	×	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	×	×	✓	×	×	✓
आपातकालीन द्वार	✓	×	×	×	✓	×	×	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.47 से **3.49** से देखा जा सकता है की, जिला अस्पताल, कांगड़ा के अतिरिक्त, जहां एक अग्निसूचक अलार्म उपलब्ध था, किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में स्मोक डिटेक्टर व अग्निसूचक अलार्म उपलब्ध नहीं थे। सिविल अस्पताल, चांगो के अतिरिक्त सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन यंत्र उपलब्ध थे। यद्यपि अग्निशमन यंत्र उपलब्ध थे तथापि कार्मिकों को अग्निशमन यंत्रों के संचालन का प्रशिक्षण नहीं दिया गया।

अस्पताल के सुरक्षा दिशानिर्देशों के अनुसार अग्निशमन हेतु किसी भी आकस्मिकता से निपटने के लिए भूमिगत स्थिर पानी की टंकी हर समय भरी रहनी चाहिए। हालांकि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व सिविल अस्पताल, शाहपुर के अतिरिक्त किसी ने आग की आकस्मिकता से निपटने के लिए भूमिगत स्थिर पानी की टंकी का निर्माण नहीं किया।

भवन से शीघ्र बाहर निकलने के लिए आपातकालीन द्वार केवल जिला अस्पताल, कांगड़ा, जिला अस्पताल सोलन, सिविल अस्पताल, बैजनाथ, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ में उपलब्ध थे। जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में अग्निशामकों को पानी उपलब्ध कराने के उद्देश्य से अग्निशमन हाईड्रेन्ट स्थापित नहीं किए।

3.3.1.3 आवधिक अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा (द्वितीयक स्तर)

हिमाचल प्रदेश अग्निशमन सेवा अधिनियम 1984, भवनों में आग से सुरक्षा के संबंध में मानक निर्धारित करता है।



- वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक, जिला अस्पताल, कांगड़ा ने अग्नि सुरक्षा के उद्देश्य से जिला अस्पताल के निरीक्षण हेतु अग्निशमन अधिकारी, धर्मशाला से अनुरोध (दिसंबर 2020) किया। अग्निशमन अधिकारी, (जनवरी 2021) धर्मशाला ने अस्पताल में अग्निशमन उपकरण स्थापित किए जाने की अनुशंसा की। लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि मामला निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के साथ उठाया गया (जनवरी 2021) एवं सूचित किया गया कि अग्नि सुरक्षा मानदंडों में कमी के कारण अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया गया। अग्निशमन विभाग द्वारा इंगित की गई कमियों की अनुपालना नहीं की गई, जिसके अभाव में अग्निशमन विभाग ने अनापत्ति प्रमाणपत्र नहीं दिया। वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान अग्नि-सुरक्षा लेखापरीक्षा नहीं करवाई गई। अतएव रोगियों/परिजनों/आगंतुकों एवं अस्पताल के कार्मिकों की सुरक्षा सुनिश्चित नहीं की गई।
- जनवरी 2016 के दौरान अग्निशमन सेवा निदेशालय ने जिला अस्पताल सोलन में अग्निशमन लेखापरीक्षा की और अग्निशमन विभाग ने अग्नि सुरक्षा उपकरण स्थापित करने का सुझाव दिया परन्तु निधियों का प्रावधान न होने के कारण अस्पताल में अग्नि सुरक्षा उपकरण स्थापित नहीं किए गए (जनवरी 2022)। वर्ष 2016-21 के दौरान कोई अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की गई, जिससे रोगियों/परिजनों/आगंतुकों व अस्पताल के कर्मियों की सुरक्षा से समझौता हुआ।
- वर्ष 2016-21 के दौरान अग्निशमन विभाग ने जिला अस्पताल किन्नौर में कोई अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की।

3.3.1.4 रोगी सुरक्षा उपाय (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल के पास एक समर्पित अस्पताल प्रबंधन नीति हो एवं भूकंपरोधी व अग्नि सुरक्षा विशेषताओं वाले अस्पताल भवन पर ज़ोर दिया जाएं। बुनियादी ढांचा पर्यावरण अनुकूल एवं दिव्यांग (अंग बाधित व दृष्टिबाधित) अनुकूल हो। स्थानीय एजेंसियों के दिशानिर्देशों एवं उपनियमों का कड़ाई से पालन किया जाए। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में भवन संरचना एवं आंतरिक संरचना को आपदारोधी, विशेष रूप से भूकंपरोधी, बाढ़रोधी व अग्नि सुरक्षा उपायों से सुसज्जित बनाया जाए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थान भवनों में से किसी का भी निर्माण भूकंप सुरक्षा को ध्यान में रखकर नहीं किया गया।

हिमाचल प्रदेश राज्य हेतु राज्य आपदा प्रबंधन कार्य-योजनानुसार आपदा की स्थिति में निवारक, शमन व प्रतिक्रिया योजना तैयार करने की राज्य योजना, समग्र स्वास्थ्य नीति एवं स्वास्थ्य योजना के साथ मेल करती हो।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों की लेखापरीक्षा एवं संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि वर्ष 2016-21 के दौरान आकस्मिक दुर्घटनाओं से बचने के लिए चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से सात[36] ने आपदा प्रबंधन हेतु न तो योजना तैयार की एवं न ही मानक संचालन प्रक्रिया बनाई। अत: अस्पताल जोखिम कम करने के लिए प्रत्याशित व अप्रत्याशित खतरों से स्वयं को पहले से तैयार करने में विफल रहे।

3.3.2 रोगी के अधिकार एवं शिकायत निवारण

ओपीडी एवं प्रवेश द्वार पर रोगी के अधिकारों एवं उत्तरदायित्वों सहित स्थानीय भाषा में नागरिक चार्टर प्रदर्शित किया जाए। यह अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली गुणवत्ता के मानकों एवं न्यूनतम सुनिश्चित सेवाओं को इंगित करता है। इसके अतिरिक्त रोगियों की शिकायतों के प्रभावी निवारण के लिए अस्पताल में शिकायत/सुझाव पेटी व शिकायतों की निगरानी हेतु एक शिकायत निवारण समिति का प्रावधान हो, ताकि वास्तविक शिकायतों का समयबद्ध तरीके से निपटारा किया जा सके।



भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार नागरिक चार्टर को अस्पतालों में उचित स्थान पर प्रदर्शित किया जाए ताकि रोगी अपने अधिकारों, उपलब्ध सेवाओं, यदि हो तो उपयोगकर्ता शुल्क एवं अस्पताल में रहने वालों की शिकायतों के निवारण हेतु बनाई गई शिकायत निवारण प्रणाली के बारे में पता हो। चयनित अस्पतालों में नागरिक चार्टर की उपलब्धता **तालिका 3.50** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.50: लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित अस्पताल में नागरिक चार्टर की उपलब्धता

जिला	अस्पताल	नागरिक चार्टर की उपलब्धता	स्थानीय भाषा में उपलब्ध
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	✓	×
	सिविल अस्पताल, चांगो	×	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	✓	✓
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	✓	✓
	सिविल अस्पताल, थुरल	✓	×
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	×	×
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	×	×
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	✓	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	✓	✓
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	✓	×
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	×	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	×	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

[36] सिविल अस्पताल चांगो, कंडाघाट, थुरल, ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, सायरी व बछवाई

तालिका 3.50 से स्पष्ट है कि चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11 में नागरिक चार्टर उपलब्ध थे।

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11 में नागरिक चार्टर उपलब्ध थे एवं इनमें से चयनित सात स्वास्थ्य संस्थानों में नागरिक चार्टर स्थानीय भाषा में थे।
- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से छः[37] में शिकायत पेटियां रखी या शिकायत पंजिकाएं बनाई गई।
- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व बछवाई के अतिरिक्त चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 में ओपीडी एवं अन्य सेवाओं का समय/कार्य-समय प्रदर्शित किया गया था।
- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 (सिविल अस्पताल शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह व सायरी के अतिरिक्त) में रोगी शिकायत निवारण समितियों का गठन नहीं किया गया।

स्थानीय भाषा में नागरिक चार्टर के अभाव से रोगी अपने अधिकारों एवं उत्तरदायित्वों से संबंधित जानकारी प्राप्त करने से वंचित हो जाते हैं। शिकायत पेटी एवं रोगी शिकायत निवारण समिति की अनुपलब्धता रोगियों की समस्याओं के प्रति लापरवाह मनोवृत्ति को परिलक्षित करती है।

3.3.3 स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण



भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देशों के अनुसार गंभीर रूप से तीक्ष्ण श्वसन सिंड्रोम एवं पुनः उभरने वाले संक्रामक रोगों जैसे जानलेवा संक्रमणों के उद्भव ने सभी स्वास्थ्य-देखभाल व्यवस्था में प्रभावी संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रमों की आवश्यकता पर प्रकाश डाला है।

3.3.3.1 तृतीयक स्तर के अस्पतालों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण

आईजीएमसी, शिमला में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति की स्थापना की गई एवं वर्तमान समिति का गठन मई 2020 में किया गया और इसका कोई निश्चित कार्यकाल नहीं है। आरपीजीएमसी, कांगड़ा में संक्रमण नियंत्रण हेतु माइक्रोबायोलॉजी प्रयोगशाला समय-समय पर (आवधिक आधार पर) पूरे अस्पताल से सतह और पर्यावरण के नमूने एकत्र करती है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

---

[37] जिला अस्पताल कांगड़ा, सिविल अस्पताल शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड़।

- आईजीएमसी, शिमला में संक्रमण नियंत्रण उपायों के बारे में जागरूकता उत्पन्न करने के लिए अस्पताल के वार्डों में विज्ञापन पूरी तरह से प्रदर्शित नहीं किए गए एवं केवल कुछ स्थानों पर ही पाए गए।

- आईजीएमसी, शिमला में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति द्वारा अस्पताल में नियमित निरीक्षण किया गया एवं विभिन्न श्रेणियों के कर्मियों को सुग्राही बनाने के लिए नियमित अंतराल पर शिक्षण-सत्र भी आयोजित किए गए। शौचालयों व हाथ धोने के स्थानों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि कोई तरल साबुन नहीं रखा गया।

- आईजीएमसी, शिमला में पेयजल सभी वार्डों में उपलब्ध न हो कर कुछ आइपीडी वार्डों में ही उपलब्ध था।

- आईजीएमसी, शिमला में जिला अस्पतालों में गुणवत्ता आश्वासन हेतु मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका द्वारा अपेक्षित प्रयोगशालाओं की सतह एवं पर्यावरण के कोई नमूने नहीं लिए गए। स्किन ओपीडी, मेडिसिन ओपीडी, सर्जरी ओपीडी, नेत्र ओपीडी व आपातकालीन वार्ड के भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि वायु की गुणवत्ता संतोषजनक नहीं थी तथा कमरों में उचित वायुसंचार का अभाव था। खिड़कियों में जाली नहीं थी एवं बंदरों के आतंक के कारण इन्हें खोला नहीं जा सकता था, जिससे वायु के आवागमन (क्रॉस-वेंटिलेशन) में बाधा उत्पन्न हो रही थी। विभिन्न वर्षों के कुछ वायु नमूनों की जांच में पाया गया कि दिनांक 16/06/2022 को आपातकालीन ऑपरेशन थियेटर कक्ष संख्या दो (सर्जरी) एवं मुख्य ऑपरेशन-थियेटर संख्या पांच (ईएनटी) की वायु गुणवत्ता असंतोषजनक थी। दिनांक 03/01/2019 को श्वसन गहन देखभाल इकाई में जीवाणु गुणनांक 524 था। सामान्यत: 180 कॉलोनी फॉर्मिंग यूनिट (सीएफयू) प्रति मीट्रिक घन से कम जीवाणु गुणनांक स्वीकार्य एवं संतोषजनक है।

- आईजीएमसी, शिमला में अस्पताल के अप्रशोधित अपशिष्ट को सार्वजनिक नगरपालिका नालों में छोड़ दिया गया, जैसाकि **चित्र 3.41** व **3.42** में दर्शाया गया है।





चित्र 3.41 व 3.42: आईजीएमसी में अप्रशोधित अपशिष्ट जल को सार्वजनिक नाली में बहा दिया गया।

- भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि अस्पताल परिसर में रखे गए अस्पताल अपशिष्ट को शिमला नगर निगम द्वारा एकत्र नहीं किया गया, जैसाकि **चित्र 3.43** व **3.44** में दर्शाया गया है।




चित्र 3.43 व 3.44: आईजीएमसी अस्पताल परिसर के अंदर फेंकी पाई गई सामग्री/अपशिष्ट जिसे शिमला नगरपालिका द्वारा एकत्र नहीं किया गया।

- अभिलेखों की संवीक्षा के दौरान पाया गया कि आईजीएमसी, शिमला के विभिन्न भवनों में अपशिष्ट प्रशोधन संयंत्रों के निर्माण का प्रस्ताव दिसंबर 2021 में रखा गया परन्तु सक्षम प्राधिकारी (जून 2022) ने प्रशासनिक अनुमोदन व व्यय संस्वीकृति नहीं दी गई।

प्राधिकारियों ने बताया कि माइक्रोबायोलॉजी विभाग ने आवधिक आधार पर गुणवत्ता परीक्षण हेतु दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के वायु के नमूने लिए थे।

3.3.3.2 स्वास्थ्य संस्थानों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण (द्वितीयक स्तर)

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी दिशानिर्देशों में निर्धारित है कि अस्पताल संक्रमण नियंत्रण दल एवं अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति को प्रत्येक अस्पताल में अस्पताल संक्रमण नियंत्रण नीतियां बनाना, इनका प्रयोग व निगरानी करना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 16[38] स्वास्थ्य संस्थानों में से 12 में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति का गठन किया गया। वर्ष 2016-17 व वर्ष 2020-21 के दौरान जिला अस्पताल किन्नौर को अस्पताल में स्वच्छता के लिए कायाकल्प पुरस्कार का प्रथम पुरस्कार मिला। इसी भांति वर्ष 2019-20 के दौरान जिला अस्पताल कांगड़ा को ₹ 25.00 लाख के कायाकल्प पुरस्कार से सम्मानित किया गया। वर्ष 2021-22 के दौरान जिला अस्पताल कांगड़ा को राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक (एनक्यूएएस) एवं लेबर रूम गुणवत्ता पहल (लक्ष्य) कार्यक्रम के तहत गुणवत्ता प्रमाणन से सम्मानित किया गया, जो राज्य में ऐसा पुरस्कार पाने वाला एकमात्र अस्पताल है।

स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति को आवधिक तौर पर स्वच्छता मानकों की निगरानी करनी व वायुजनित संक्रमण को कम करने की विभिन्न पद्धतियों को अपनाना है। नियमित रूप से हवा के नमूने लिए जाने हैं और इसकी सूक्ष्मजैविक (माइक्रोबायोलॉजिकल) निगरानी रिपोर्ट का विश्लेषण किया जाना है।

---

[38] सिविल अस्पताल कंडाघाट, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन व बछवाई के अतिरिक्त सभी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- जिला अस्पताल, सोलन के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में वायु के नमूने नहीं लिए गए। इसके अभाव में चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में वायु की गुणवत्ता सुनिश्चित नहीं की जा सकी।
- पानी का जैविक परीक्षण केवल जिला अस्पताल, कांगड़ा, जिला अस्पताल, सोलन व सिविल अस्पताल, चांगो में किया गया। शेष सिविल अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पानी का जैविक परीक्षण नहीं किया गया।
- दो[39] सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी में पानी की टंकियों की सफाई नहीं की गई।
- सिविल अस्पताल चांगो, सिविल अस्पताल, कंडाघाट व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी के अतिरिक्त 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 में संक्रमण नियंत्रण हेतु मानक संचालन प्रक्रिया उपलब्ध थी।
- सभी जिला अस्पतालों व तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सांगला, धर्मपुर व बीड़) में कृंतक (कुतरने वाले जानवर) नियंत्रण किया गया। सभी चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पताल शाहपुर व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ में कीट नियंत्रण संचालित किया गया।

3.4 आपातकाल प्रबंधन

कोरोना वायरस रोग 2019 (कोविड-19) एक संक्रामक रोग है जो गंभीर रूप से तीक्ष्ण श्वसन रोग कोरोना वायरस 2 (सार्स-सीओवी-2) विषाणु के कारण होता है। कोविड-19 वायरस किसी संक्रमित व्यक्ति के खांसने, छींकने, बोलने, गाने या सांस लेने पर उसके मुंह या नाक से छोटे तरल कणों से फैल सकता है। ये कण बड़ी श्वसन बूंदों से लेकर छोटे वायु विलयन तक होते हैं। सबसे आम लक्षणों में बुखार, खांसी, थकान एवं स्वाद या गंध का पता न चलना शामिल हैं। हिमाचल प्रदेश में 21 मार्च 2020 को कोविड-19 का पहला मामला दर्ज किया गया था।

3.4.1 राज्य में कोविड-19 हेतु वित्तपोषण

भारत सरकार ने कोविड-19 प्रकोप से निपटने की तैयारी व रोकथाम संबंधी गतिविधियों को सहयोग देने हेतु राज्य को आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज के अंतर्गत निधियां प्रदान की। आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज का उद्देश्य तैयारी व रोकथाम संबंधी कार्यों को सहयोग देने हेतु लचीली स्वास्थ्य प्रणालियां निर्मित करना था, जो न केवल वर्तमान कोविड-19 प्रकोप अपितु भविष्य में ऐसे प्रकोपों का भी समाधान करें।

3.4.2 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I

वर्ष 2019-20 हेतु राज्य सरकार ने ₹ 18.81 करोड़, वर्ष 2020-21 हेतु ₹ 52.77 करोड़ एवं वर्ष 2021-22 हेतु ₹ 43.16 करोड़ का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज तैयार किया। वर्ष 2020-21

[39] सिविल अस्पताल, थुरल व ज्वालामुखी।

व वर्ष 2021-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने कोविड-19 के अंतर्गत क्रमशः ₹ 59.41 करोड़ एवं ₹ 43.16 करोड़ का व्यय किया। यह राशि डायग्नोस्टिक्स (नमूना अपवाहन सहित), औषधि एवं आपूर्ति, मानव-संसाधन इत्यादि के लिए व्यय की गई। व्यय का विवरण **तालिका 3.51** में दर्शाया गया है।

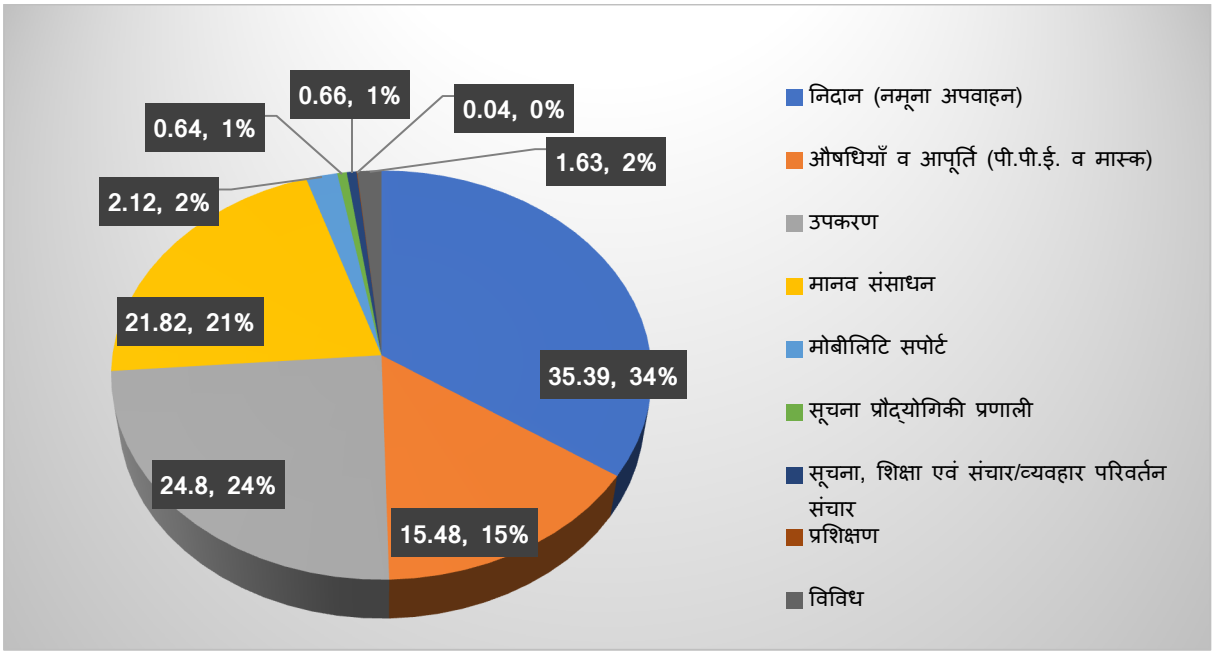
तालिका 3.51: आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I के अंतर्गत वर्ष 2020-22 के दौरान किए गए व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	व्यय का प्रकार	वर्ष 2020-21 में किया गया व्यय	वर्ष 2021-22 में किया गया व्यय	कुल
1.	नमूना अपवाहन सहित निदान	18.18	17.21	35.39
2.	पीपीई एवं मास्क सहित दवा व आपूर्ति	11.88	3.60	15.48
3.	रोगी देखभाल हेतु उपकरण/सुविधाएं वेंटिलेटर सहायता सहित आदि	10.77	14.03	24.8
4.	मानव संसाधन	14.06	7.76	21.82
5.	मोबीलिटी सपोर्ट	1.83	0.29	2.12
6.	हार्डवेयर व सॉफ्टवेयर आदि सहित सूचना प्रौद्योगिकी प्रणाली	0.64	0	0.64
7.	सूचना, शिक्षा एवं संचार/व्यवहार परिवर्तन संचार	0.64	0.02	0.66
8.	प्रशिक्षण	0.04	0	0.04
9.	विविध (जो व्यय की उपरोक्त मदों की गणना में नहीं दिया जा सका)	1.38	0.25	1.63
योग		**59.42**	**43.16**	**102.58**

स्रोत: विभागीय जानकारी

चार्ट 3.10: वर्ष 2020-22 के दौरान आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I के तहत व्यय का विवरण (₹ करोड़ में)



3.4.3 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II

- अगस्त 2021 में भारत सरकार ने वर्ष 2021-22 हेतु ₹ 240.56 करोड़ (₹ 216.51 करोड़ भारत सरकार का अंश एवं ₹ 24.06 करोड़ राज्यांश) का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II संस्वीकृत किया।
- सितंबर 2021 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं को ₹ 13.10 करोड़ जारी किए गए, जो अनिवार्य औषधियों (₹ 1.95 करोड़) की खरीद, कांगड़ा जिले के इंदौरा में 100 बिस्तरों वाले फील्ड अस्पताल की स्थापना (₹ 3.75 करोड़) एवं सात जिला अस्पतालों[40] व तीन सिविल अस्पतालों[41] में लिक्विड मेडिकल ऑक्सीजन संयंत्र (₹ 7.40 करोड़) की स्थापना के लिए थे।
- सितंबर 2021 में निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 22.95 करोड़ जारी किए गए, जो मेडिकल कॉलेजों में अनिवार्य औषधियों (₹ 10.05 करोड़), हमीरपुर व नाहन (₹ 7.50 करोड़) में 100 बिस्तर वाले फील्ड अस्पतालों की स्थापना व छः मेडिकल कॉलेजों[42] (₹ 5.40 करोड़) में लिक्विड मेडिकल ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना हेतु थे।
- निदेशालय, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान में पाया गया कि कोविड-19 के कारण वर्ष 2019-22 की अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 63.90 करोड़ की निधियां प्राप्त (अक्टूबर 2021) हुई, जिसमें से केवल ₹ 60.21 करोड़ मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित किए गए एवं ₹ 3.69 करोड़ की शेष निधियां मेडिकल कॉलेजों को संवितरित नहीं की गई। आगे यह भी देखा गया कि जहां कोविड-19 निधियां मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित की गई, वहां भी पांच से 149 दिनों के मध्य का विलंब हुआ।
- आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि वर्ष 2021-23 के दौरान निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान के माध्यम से डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट एवं मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 25.11 करोड़[43] की निधियां प्रदान की गई, जिसमें से केवल ₹ 19.74 करोड़ का उपयोग किया गया एवं दिसंबर 2022 तक ₹ 5.37 करोड़ अप्रयुक्त रहे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में मई 2020 - जून 2022 के दौरान डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट व मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 32.69 करोड़[44] की निधियां प्राप्त हुई, जिसमें से

---

40 ऊना, कुल्लु, कांगड़ा, बिलासपुर, सोलन, किन्नौर व लाहौल-स्पीति।

41 पालमपुर, रामपुर व सरकाघाट।

42 आईजीएमसी शिमला, एआईएमएसएस चमियाना, वाईएसपीजीएमसी नाहन, आरकेजीएमसी हमीरपुर, एसएलबीएसजीएमसी नेरचौक मंडी, जेएलएनजीएमसी चंबा।

43 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज I: ₹ 12.08 करोड़, आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II: ₹ 13.03 करोड़, 2022-23 ₹ 2.59 करोड़।

44 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज I- ₹ 16.98 करोड़, आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज II-₹ 15.71 करोड़।

₹ 23.79 करोड़ का उपयोग किया गया एवं ₹ 5.52 करोड़ निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान शिमला को वापस कर दिए गए जबकि ₹ 3.37 करोड़ अप्रयुक्त (जून 2022) रहे।

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा अस्पताल में पाया गया कि वर्ष 2019-22[45] के दौरान डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट व मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 2.33 करोड़ की निधियां प्राप्त हुई, जिसके प्रति ₹ 8.94 करोड़ का व्यय किया गया। ₹ 6.61 करोड़ की अतिरिक्त राशि उपलब्ध रोगी कल्याण समिति निधि से व्यय की गई। जून 2022 में किए गए व्यय आधिक्य के प्रति ₹ 2.30 करोड़ प्राप्त हुए एवं ₹ 4.31 करोड़ की शेष राशि जुलाई 2022 तक प्रतिपूर्ति हेतु लंबित थी।
- निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, शिमला में पाया गया कि जून व जुलाई 2020 के दौरान सात जिला अस्पतालों में मेडिकल ऑक्सीजन पाइपलाइन प्रणाली की स्थापना हेतु केंद्रीय लोक निर्माण विभाग शिमला को ₹ 6.59 करोड़ की निधियां जारी की गई। ₹ 5.82 करोड़ के व्ययोपरांत सितंबर 2020 में कार्य पूर्ण हुआ एवं ₹ 0.77 करोड़ की शेष निधियां अभी भी केंद्रीय लोक निर्माण विभाग, शिमला के पास अप्रयुक्त थी। जनवरी 2023 तक केंद्रीय लोक निर्माण विभाग ने शेष राशि नहीं लौटाई। इसे इंगित करने पर विभाग ने बताया कि केंद्रीय लोक निर्माण विभाग से ब्याज सहित राशि लौटाने का अनुरोध किया गया है।

3.4.4 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष

अप्रैल 2020 में हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण ने 'हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण कोविड-19 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष' हेतु नियम अधिसूचित किए। हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण कोविड-19 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष का उद्देश्य कोविड-19 महामारी से बुरी तरह प्रभावित व्यक्तियों को वित्तीय एवं अन्य सहायता/तत्काल राहत प्रदान करना, स्वास्थ्य-सेवा/ औषधीय सुविधाओं का उन्नयन/उपकरणों की खरीद इत्यादि था।

राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष के तहत निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं एवं निदेशालय, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को प्रदत्त निधियों का विवरण **तालिका 3.52** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.52: वर्ष 2019-22 के दौरान राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष व राज्य के अंतर्गत आवंटन व व्यय का विवरण (₹ करोड़ में)

वर्ष	अथ शेष	आवंटन	कुल उपलब्ध निधियां	व्यय	अप्रयुक्त
2019-20	--	15.00	15.00	0.01	14.99
2020-21	14.99	17.44	32.43	32.18	0.25
2021-22	0.25	69.37	69.62	68.17	1.45
योग		**101.81**		**100.36**	

स्रोत: विभागीय जानकारी

[45] वर्ष 2019-20 ₹ 0.80 करोड़, वर्ष 2020-21 ₹ 1.28 करोड़, वर्ष 2021-22 ₹ 0.25 करोड़।

तालिका 3.52 से स्पष्ट है कि वर्ष 2019-22 के दौरान पीपीई किट, सुरक्षा उपकरण, अस्थायी अस्पताल के निर्माण व नियोजित आउटसोर्स कार्मिकों के वेतन/मजदूरी हेतु निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं एवं चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 101.81 करोड़ आवंटित किए गए थे, जिसमें से ₹ 100.36 करोड़ को कोविड-19 पर व्यय के रूप में दर्शाया गया।

3.4.5 दबावयुक्त स्विंग अवशोषण (प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन), वेंटिलेटर, ऑक्सीजन कंसंट्रेटर की स्थिति

वर्ष 2021-22 के दौरान भारत सरकार ने हिमाचल प्रदेश के 28 शहरों के छः मेडिकल कॉलेजों, चमियाना स्थित एआईएमएसएस, आठ जिला अस्पतालों, 11 सिविल अस्पतालों, एक आयुर्वेदिक अस्पताल व एक क्षेत्रीय आयुर्वेदिक अस्पताल में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की संस्वीकृति दी। जनवरी 2023 तक सभी स्वीकृत 28 प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र परिचालन हेतु स्थापित एवं कार्यशील हैं।

चार स्थलों, सिविल अस्पताल, चौपाल (शिमला), सिविल अस्पताल, सराहन (सिरमौर), सिविल अस्पताल, देहरा (कांगड़ा) व सिविल अस्पताल, जोगिन्द्रनगर (मंडी) में सतलुज जल विद्युत निगम लिमिटेड (एसजेवीएनएल) द्वारा प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थापित किए जा रहे हैं।

- लेखापरीक्षा में पाई गई वेंटिलेटर व ऑक्सीजन कंसंट्रेटर (अगस्त 2021 तक) की स्थिति नीचे दी गई है।
  - अगस्त 2021 तक 12 जिलों के स्वास्थ्य संस्थानों में 500 वेंटिलेटर उपलब्ध थे, जिनमें से 461 वेंटिलेटर संस्थापित किए गए एवं शेष 39 असंस्थापित थे।
  - अगस्त 2021 तक राज्य के 56 स्वास्थ्य संस्थानों में 773 वेंटिलेटर संस्थापित किए गए, जिनमें से 149 वेंटिलेटर (19 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे।
  - जुलाई 2022 तक आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 142[46] वेंटिलेटर थे, जिनमें से 119 कार्यात्मक थे जबकि शेष 23 (16 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे। इसी भांति उपलब्ध 136 ऑक्सीजन कंसंट्रेटर्स में से 123 कार्यात्मक थे एवं शेष 13 (10 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे।

    चिकित्सा अधीक्षक आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया कि इन उपकरणों की मरम्मत की प्रक्रिया आरंभ (जुलाई 2022) कर दी गई थी।
  - आईजीएमसी, शिमला में 177 वेंटिलेटर में से 158 कार्यात्मक थे एवं शेष 19 (11 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे। इसी भांति 213 ऑक्सीजन कंसंट्रेटर्स उपलब्ध थे।
  - 56 स्वास्थ्य संस्थानों में से छः[47] (11 प्रतिशत) में वेटिलेटर के संचालनार्थ पर्याप्त कर्मी उपलब्ध नहीं थे।

---

[46] 164 वेंटिलेटर्स जिसमें से 22 वापस कर दिए गए।

[47] सिविल अस्पताल भोरंज, सिविल अस्पताल सुजानपुर, सिविल अस्पताल रोहड़ू, जिला अस्पताल सोलन, अस्थायी अस्पताल नालागढ़ व जिला अस्पताल ऊना।

3.4.6 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में कोविड-19 से संबंधित निष्कर्ष

3.4.6.1 सिविल अस्पताल थुरल में ऑक्सीजन संयंत्र संस्थापित न करना

राज्य सरकार (अक्टूबर 2021) ने सिविल अस्पताल, थुरल में ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना की सैद्धांतिक संस्वीकृति दी। ऑक्सीजन संयंत्र सिविल अस्पताल बैजनाथ (नवंबर 2021) से उठा लिया गया था एवं दिसंबर 2021 तक सिविल अस्पताल थुरल में असंस्थापित था, जैसाकि **चित्र 3.45** में देखा जा सकता है।



चित्र 3.45: सिविल अस्पताल, थुरल में बेकार रखा ऑक्सीजन संयंत्र

विभाग ने अपने उत्तर में बताया कि पाइपलाइन विनिर्माण एवं डीजल जनरेटर सेट की खरीद हेतु निधियां नहीं मिलने के कारण संयंत्र की संस्थापना व प्रारंभ नहीं किया जा सका।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि इस संबंध में कार्रवाई की जाएगी।

3.4.6.2 आरपीजीएमसी, कांगड़ा में राज्य आपदा राहत कोष के अंतर्गत निर्मित प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन संयंत्र का कार्यात्मक न होना

भारत सरकार ने हिमाचल प्रदेश को स्वास्थ्य संस्थानों के ऑक्सीजन की आवश्यकता की पूर्ति हेतु सात प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन उत्पादन संयंत्र आवंटन की सूचना दी (नबम्बर 2020)। निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा द्वारा प्रस्तावित (नवंबर 2020) 900 लीटर प्रति मिनट क्षमता वाले प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन उत्पादन संयंत्र की संस्थापना हेतु ₹ 28.56 लाख की व्यय संस्वीकृति (फरवरी 2021) दी।

यह देखा गया कि प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की स्थापना की तो गई (सितंबर 2021) परन्तु उसे प्रारंभ (जुलाई 2022) नहीं किया गया, जैसाकि **चित्र 3.46** व **3.47** में दर्शाया गया है। प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र को ऑक्सीजन की शुद्धता व दबाव, गलत फेर-बदल (चैंजओवर) एवं स्टेनलेस स्टील/एल्यूमीनियम/तांबे की पाइप के स्थान पर रबर पाइप के प्रयोग की समस्याओं के कारण प्रारंभ नहीं किया जा सका।




चित्र 3.46 व 3.47: आरपीजीएमसी कांगड़ा में अकार्यशील प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र

प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया (जुलाई 2022) कि तकनीकी विशेषज्ञ की अनुशंसा के अनुसार अलग पाइपलाइन की आवश्यकता थी जिसके लिए निविदा प्रक्रिया आरंभ (जुलाई 2022) की गई थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि यह समस्या संस्थापना के समय ही हल हो जानी चाहिए थी।

3.4.6.3 आईजीएमसी, शिमला में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थापित करने में विफलता एवं उसमें अनियमितताएं

भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण, शिमला ने 1000 लीटर प्रति मिनट की क्षमता वाले प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की स्थापना हेतु प्रधानाचार्य, आईजीएमसी से संपर्क किया (जुलाई 2021)। भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण ने प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थल को तैयार करने एवं प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र के संचालनार्थ कम से कम दो व्यक्तियों को नियुक्त करने के निर्देश दिए (जुलाई 2021), ताकि रक्षा अनुसंधान एवं विकास संगठन को प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन उपकरणों की आपूर्ति हेतु सूचित किया जा सके।

प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र के स्थल (**चित्र 3.48**, **3.49** व **3.50**) के संयुक्त भौतिक सत्यापन (जून 2022) के दौरान केवल सिविल कार्य एवं एक डीज़ल जनरेटर सेट पाया गया। वहां ढीले केबल तार थे जो ट्रांसफार्मर से जुड़े नहीं थे जबकि निर्मित संरचना में ऑक्सीजन सिलेंडर भरे हुए थे। पूछताछ करने पर अस्पताल प्राधिकारियों ने बताया कि स्थान की अगम्यता के कारण यंत्रों को चयनित स्थल तक पहुंचाया नहीं किया जा सका। परिणामस्वरुप अस्पताल प्राधिकारी निजी एजेंसी से ऑक्सीजन खरीद रहे हैं। यदि अस्पताल ने संयंत्र संस्थापित किया होता, तो ऑक्सीजन सिलेंडर की खरीद में होने वाले व्यय को कम किया जा सकता था एवं जैसाकि परिकल्पित था, प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र का उपयोग किया जा सकता था।

		
चित्र 3.48 डीजल जनरेटर सेट के साथ सिविल कार्य	**चित्र 3.49: पुरानी ऑक्सीजन पाइपलाइन**	**चित्र 3.50: ट्रांसफर्मर से कनेक्शन के लिए स्थापित केबल तार**

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र को मंडी के स्वास्थ्य संस्थानों में स्थानांतरित कर दिया गया था।

3.4.6.4 सिविल अस्पताल, कंडाघाट में वेंटिलेटर यंत्रों का उपयोग न होना

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जुलाई 2021 में सिविल अस्पताल, कंडाघाट में मुख्य चिकित्सा कार्यालय सोलन से सहायक उपकरणों के साथ दो पोर्टेबल वेंटिलेटर प्राप्त हुए। दोनों वेंटिलेटर संस्थापित नहीं किए जा सके और वो भंडार में बेकार रखे थे (जनवरी 2022) क्योंकि उन्हें संस्थापित करने के लिए कोई आधारभूत ढांचा नहीं था। स्वास्थ्य विभाग की ओर से अनुचित योजना/आंकलन के कारण वेंटिलेटर बेकार रखे रहे।

3.4.6.5 अवमानक (घटिया) हैंड सैनिटाइजर

वर्ष 2020-22 के दौरान समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में देखा गया कि राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा लिए गए हैंड सैनिटाइज़र के 36 नमूनों (26 प्रतिशत, 137 नमूनों में से) को प्रयोगशाला में अवमानक घोषित किया गया। जनता द्वारा इस खेप विशेष हैंड सैनिटाइज़र का उपयोग परीक्षण के परिणाम मिलने से पहले से ही कोविड-19 के दौरान कर लिया गया था।

3.4.6.6 उपयोगिता प्रमाणपत्र

राज्य सरकार ने जनहित में ₹ 3.44 करोड़ की लागत से कोविड-19 रोगियों के उपचारार्थ कांगड़ा में "अस्थायी अस्पताल" को खोलने की कार्योत्तर संस्वीकृति दी (दिसंबर 2020)। नवंबर 2020 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने इस निधि के 50 प्रतिशत अर्थात ₹ 1.72 करोड़ 'वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद'/केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान रूड़की को अग्रिम रूप से जारी किए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने अस्थायी अस्पताल के निर्माणार्थ निदेशक, वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद्-केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान, रूड़की को ₹ 1.48 करोड़ (अप्रैल 2022) की निधियां भी अंतरित की। ₹ 3.20 करोड़ के उपयोगिता-प्रमाणपत्र न तो मांगे गए और न ही निष्पादन एजेंसी द्वारा जारी की गई निधियों के प्रति उपयोगिता प्रस्तुत की गई।

स्वास्थ्य प्राधिकारियों ने प्रत्युत्तर में बताया कि ₹ 1.72 करोड़ के उपयोगिता-प्रमाणपत्र की निदेशालय स्तर पर जानकारी ली जानी है तथा ₹ 1.48 करोड़ की शेष राशि हेतु मामला निदेशक, वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद्-केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान, रूड़की के साथ उठाया जा रहा है।

3.5 निष्कर्ष

- जिला अस्पताल, हमीरपुर में सभी ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं, जबकि जिला अस्पताल, लाहौल-स्पीति में केवल दो ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। राज्य के शेष जिला अस्पतालों में छः से 12 तक ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सिविल अस्पतालों में 12 ओपीडी सेवाओं में से एक से नौ ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में छः में से चार ओपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। इन ओपीडी सेवाओं के अभाव में रोगियों को अन्य उच्च स्तरीय अस्पतालों में जाना पड़ा।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित किए अनुसार सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में 24*7 आपातकालीन सेवा उपलब्ध नहीं थी।
- वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में पहली तिमाही में पंजीकृत नहीं होने वाली गर्भवती माताओं की संख्या 13.69 प्रतिशत थी, जिन माताओं ने तीन या अधिक प्रसव-पूर्व जांच नहीं कराई, उनका प्रतिशत 25.78 था व 20.39 प्रतिशत माताओं को 100/180 आयरन फोलिक एसिड गोलियां नहीं दी गईं।
- जिला अस्पतालों में अपेक्षित 88 परीक्षणों के प्रति 11 से 47 परीक्षण उपलब्ध थे। चयनित पांच सिविल अस्पतालों में 48 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 17 से 30 परीक्षण उपलब्ध थे एवं सिविल अस्पताल, चांगो में केवल छः परीक्षण उपलब्ध थे। चयनित पांच सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 33 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 15 से 27 परीक्षण उपलब्ध थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में केवल दो परीक्षण उपलब्ध थे एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में कोई परीक्षण उपलब्ध नहीं थे।
- परियोजना की पूर्णता की निर्धारित तिथि के 19 से 22 माह पश्चात भी फर्में राज्य में 69 सीवरेज प्रशोधन संयंत्र प्रारंभ करने में विफल रहीं। फर्मों ने सीवरेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री खरीद कर स्थल पर पहुंचा दी, जो स्वास्थ्य संस्थानों के परिसर के अंदर जर्जर अवस्था में पड़ी हुई थी।
- जिला अस्पताल सोलन, जिला अस्पताल कांगड़ा व दोनों मेडिकल कोलेज अस्पतालों के अतिरिक्त किसी भी स्वास्थ्य संस्थान ने आवधिक अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की। जिन स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन लेखापरीक्षा की गई, वहां अग्निशमन विभाग ने कुछ उपायों की अनुशंसा की थी परन्तु किसी भी स्वास्थ्य संस्थान ने अनुशंसाओं का अनुपालन नहीं किया। चयनित स्वास्थ्य

संस्थानों में से किसी में भी भूकंप सुरक्षा को ध्यान में रखकर भवनों का निर्माण नहीं किया गया था।

- सिविल अस्पताल, शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में रोगी शिकायत निवारण समिति का गठन नहीं किया गया था।
- वर्ष 2019-22 हेतु राज्य सरकार ने ₹ 114.74 करोड़ का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I तैयार किया एवं वर्ष 2020-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने कोविड-19 के तहत ₹ 102.58 करोड़ व्यय किए। नमूना संवहन (34 प्रतिशत) एवं मानव संसाधन सहित डायग्नोस्टिक्स पर बड़ी राशि व्यय की गई, जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों (21 प्रतिशत) के लिए प्रोत्साहन शामिल है।
- अगस्त 2021 में भारत सरकार ने ₹ 240.56 करोड़ के आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II (₹ 216.51 करोड़ भारत सरकार का अंश व ₹ 24.06 करोड़ राज्यांश) को अनुमोदित किया। इसके अतिरिक्त इंदौरा, कांगड़ा जिले में क्षेत्र अस्पतालों की स्थापना एवं सात जिला अस्पतालों व तीन सिविल अस्पतालों में तरल चिकित्सा ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना पर ₹ 13.10 करोड़ खर्च किए गए। सितंबर 2021 में निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 22.95 करोड़ जारी किए गए, जो मेडिकल कॉलेजों में अनिवार्य औषधियों (₹ 10.05 करोड़), हमीरपुर व नाहन में 100 बिस्तरों वाले क्षेत्र अस्पतालों की स्थापना (₹ 7.50 करोड़) एवं छः मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में तरल चिकित्सा ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना (₹ 5.40 करोड़) हेतु थे।
- वर्ष 2019-22 के दौरान निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को कोविड -19 के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 63.90 करोड़ प्राप्त हुए, जिसमें से केवल ₹ 60.21 करोड़ मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित किए गए एवं ₹ 3.69 करोड़ की निधियां संवितरित नहीं की गई। इसके अतिरिक्त मेडिकल कॉलेजों को कोविड-19 की निधियों के हस्तांतरण में 5 से 149 दिनों के मध्य का विलंब हुआ।
- राज्य के 56 स्वास्थ्य संस्थानों में वेंटिलेटर की सुविधा उपलब्ध थी, जिसमें 773 में से 624 वेंटिलेटर कार्यात्मक थे जबकि शेष 149 (19 प्रतिशत) वेंटिलेटर काम नहीं कर रहे थे।
- नवंबर 2021 में सिविल अस्पताल, बैजनाथ से लिया गया ऑक्सीजन संयंत्र सिविल अस्पताल, थुरल में संस्थापित नहीं किया गया। इसी भांति दोनों मेडिकल कॉलेजों (आईजीएमसी, शिमला व आरपीजीएमसी, कांगड़ा) में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र प्रारंभ नहीं किया जा सका क्योंकि आईजीएमसी में स्थान की ऊंचाई अधिक होने व आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ऑक्सीजन दबाव इत्यादि समस्याओं के कारण मशीनरी को चयनित स्थल पर नहीं पहुंचाया जा सका।

3.6 सिफारिशें

सरकार विचार करें:

- *सुनिश्चित करें कि स्वास्थ्य संस्थानों के सभी स्तरों पर भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में परिकल्पित सभी अनिवार्य सेवाएं उपलब्ध हों।*
- *द्वितीयक/प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में संसाधनों की उपलब्धता एवं उच्चतर स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी-भार प्रबंधन को सक्षम बनाने के लिए मानदंडों के अनुसार संसाधनों की आवधिक समीक्षा एवं संवितरण।*
- *सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सा अधिकारियों की तैनाती सुनिश्चित करें ताकि 24x7 सेवाएं प्रदान की जा सकें।*
- *जिन स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त पेयजल या उपयुक्त शौचालय की सुविधा नहीं है, ऐसे संस्थानों को जल जीवन मिशन एवं स्वच्छ भारत मिशन के अंतर्गत शामिल करने पर विचार करें।*
- *आशा कार्यकर्ताओं के सहयोग से सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की उचित निगरानी एवं अनुवर्ती कार्रवाई करके प्रसव-पूर्व देखभाल सुदृढ़ करें एवं सुनिश्चित करें कि सभी गर्भवती महिलाएं पंजीकृत हो एवं उन्हें सभी प्रसव-पूर्व देखभाल प्रदान की जाएं ताकि माता मृत्यु अनुपात, शिशु मृत्यु दर, मृत जन्म आदि को घटाया जा सके।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी शिकायत निवारण समिति का गठन करें ताकि रोगियों के मतों पर ध्यान दिया जा सके।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में यथावश्यक सभी प्रयोगशाला परीक्षण उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।*
- *आपातकालीन मामलों के शीघ्र समाधान हेतु बाधाओं को दूर करने के लिए ख़राब आपातकालीन उपकरणों/सुविधाओं की यथाशीघ्र मरम्मत कराएं।*
- *उच्च रोगी-भार वाले स्वास्थ्य संस्थानों को उपकरण उपलब्ध कराएं।*
- *सीवेज प्रशोधन संयंत्र की संस्थापना/प्रचालन हेतु समय पर कार्रवाई सुनिश्चित करें ताकि सीवरेज प्रशोधन संयंत्रों को क्रियाशील बनाया जा सके।*
- *प्रदत्त सेवा के सही मूल्यांकन हेतु एम्बुलेंस प्रतिक्रिया समय की जानकारी निर्धारित प्रारूप में रखी जाएं।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में आपदा तैयारियों की समीक्षा करें एवं राज्य आपदा प्रबंधन अधिकारियों के साथ समन्वित हो कर उपचारात्मक/निवारक/प्रारंभिक क़दम उठाते हुए उनकी अनुशंसाओं की अनुपालना करें।*
- *अस्पताल में संक्रमण-मुक्त वातावरण उपलब्ध कराने हेतु जैव चिकित्सा अपशिष्ट नियमों का सख्ती से पालन करें एवं किसी भी विचलन से गंभीरता से निपटते हुए पर्याप्त निगरानी तंत्र विकसित करें।*

अध्याय-IV

औषधि, उपकरण एवं अन्य उपभोग्य सामग्री



अध्याय IV: औषधि, उपकरण एवं अन्य उपभोग्य सामग्री

व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए औषधियों, दवाओं, उपकरणों एवं अन्य उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता महत्वपूर्ण घटक हैं।

वर्ष 2016-22 के दौरान स्वास्थ्य विभाग (आयुष को छोड़कर) द्वारा किया गया कुल व्यय ₹ 12,422.85 करोड़ था एवं औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों पर किया गया व्यय ₹ 370.99 करोड़ था (प्राथमिक व द्वितीयक स्तर - ₹ 266.76 करोड़ व तृतीयक स्तर- ₹ 104.23 करोड़) जो राज्य में स्वास्थ्य देखभाल पर किए गए सकल व्यय का 2.99 प्रतिशत रहा, जैसाकि **परिच्छेद 6.5.2** में चर्चा की गई है।

4.1 स्वास्थ्य संस्थानों (प्राथमिक व द्वितीयक) में औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार अनिवार्य दवाएं वे हैं जो जनता की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करती हैं। उन्हें रोग के फैलाव व सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रासंगिकता, प्रभावोत्पादकता एवं सुरक्षा के साक्ष्य तथा तुलनात्मक लागत-प्रभाव को ध्यान में रखते हुए चुना जाता है। उनका उद्देश्य प्रचलित स्वास्थ्य प्रणालियों में हर समय, उचित खुराक के रूप में सुनिश्चित गुणवत्ता और उन कीमतों पर उपलब्ध होना है, जो व्यक्ति व स्वास्थ्य प्रणालियां वहन कर सकें।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानदंड, 2012 जिला अस्पतालों में 20 विभिन्न श्रेणियों के तहत 493 औषधियों/दवाओं, प्रयोगशाला अभिकर्मक (रिएजेंट्स), उपभोग्य व प्रयोज्य (डिस्पोजेबल) सामग्रियों की उपलब्धता निर्धारित करता है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, हिमाचल प्रदेश सरकार ने समय-समय पर अनिवार्य औषधि सूची जारी की [जनवरी 2016 (सभी स्वास्थ्य संस्थानों में 66), सितंबर 2017 (जिला अस्पताल-330, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/सिविल अस्पताल- 216, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-106 व स्वास्थ्य उप-केंद्र-43) व जून 2020 (जिला अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/सिविल अस्पताल-479, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-216 व स्वास्थ्य उप-केंद्र-42)], जिसमें कई अनिवार्य दवाएं एवं उपभोग्य वस्तुएं शामिल हैं। जिला अस्पतालों/मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों, सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों हेतु अनिवार्य औषधि सूची को 33 (2017-20 के दौरान) से 46 (2020-21 के बाद) श्रेणियों में वर्गीकृत किया गया है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में इसे 27 (2017-20 के दौरान) एवं 31 (2020-21 के बाद से) श्रेणियों में वर्गीकृत किया गया है। सभी स्वास्थ्य संस्थानों में ये अनिवार्य दवाएं रोगियों को नि:शुल्क उपलब्ध कराई जानी थी। जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी जिला अस्पताल के अतिरिक्त जिले के सभी स्वास्थ्य संस्थानों के लिए दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की खरीद स्वयं के स्तर पर करते है।

4.1.1 चयनित जिला अस्पतालों/मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में अनिवार्य औषधियों की उपलब्धता

चयनित जिला अस्पतालों एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार चुने गए महीनों[1] के दौरान दवाओं की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 4.1** में दर्शाई गई है।

तालिका 4.1: चयनित जिला अस्पतालों व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता

माह एवं वर्ष	अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार दी जाने वाली दवाओं की संख्या	दवाओं की वास्तविक उपलब्धता				
	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय /जिला अस्पताल	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय* किन्नौर	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय सोलन	जिला अस्पताल सोलन	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय कांगड़ा	जिला अस्पताल कांगड़ा
12/2018	330	172 (52)	144 (44)	224 (68)	50 (15)	107 (32)
03/2019	330	251 (76)	151 (46)	209 (63)	65 (20)	143 (43)
06/2020	479	267 (56)	142 (30)	231(48)	95 (20)	155 (32)
09/2021	479	254 (53)	201 (42)	281 (59)	110 (23)	232 (48)
औसत उपलब्धता (प्रतिशत)		**(58)**	**(39)**	**(58)**	**(20)**	**(39)**

टिप्पणी: 2016 व 2017 के महीनों को नहीं चुना गया क्योंकि अधिसूचित अनिवार्य औषधि सूची में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के सभी स्तरों हेतु केवल 66 प्रकार की दवाएं थीं।

** जिला अस्पताल, किन्नौर, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर से आपूर्ति प्राप्त करता है।*

स्रोत: चयनित जिला अस्पतालों व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों के अभिलेख। कोष्ठक में दिए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

तालिका 4.1 से स्पष्ट है कि निर्धारित राज्य अनिवार्य औषधि सूची के सापेक्ष चुने गए महीनों में जिला अस्पताल, किन्नौर, सोलन व कांगड़ा एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन व कांगड़ा में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की औसत उपलब्धता, मुख्य चिकित्सा कार्यालय, कांगड़ा में 20 प्रतिशत व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर व जिला अस्पताल, सोलन में 58 प्रतिशत के मध्य रही।

4.1.2 चयनित जिला अस्पताल/मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चुने गए सभी चार महीनों में तीन श्रेणियों (जिला अस्पताल/मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर व जिला अस्पताल, सोलन) से 12 श्रेणियों (मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा) में कोई औषधि उपलब्ध नहीं थीं, जैसाकि **तालिका 4.2** में विवर्णित है।

[1] स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं की उपलब्धता का पता लगाने के लिए लेखापरीक्षा द्वारा चयनित माह।

तालिका 4.2: चयनित जिला अस्पतालों व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	श्रेणी-वार दवाओं की अनुपलब्धता	श्रेणियों की संख्या
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर	एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, डायग्नोस्टिक रेडियो कंट्रास्ट एवं एंटी नियोप्लास्टिक व इम्यूनो सप्रेसेंट ड्रग्स + पैलिएटिव केयर	3
जिला अस्पताल, सोलन	एंटी-पार्किंसन दवाएं, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं व एंटीलीशमैनिएसिस दवाएं	3
जिला अस्पताल, कांगड़ा	एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, एंटी-लीशमेनियासिस दवाएं, कॉन्ट्रासेप्टिव, डायग्नोस्टिक रेडियो कंट्रास्ट, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटी-मलेरियल दवाएं, एंटी-न्यूप्लास्टिक व इम्यूनो सप्रेसेंट दवाएँ + पैलिएटिव केयर, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, नशामुक्ति की दवा।	9
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन	मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, नशामुक्ति के लिए उपयोग की जाने वाली दवाएं, एंटीरेट्रोवायरल मेडिसिन, एंटीलीशमैनियासिस मेडिसिन, कॉन्ट्रासेप्टिव, डायग्नोस्टिक रेडियो कंट्रास्ट, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटी नियोप्लास्टिक व इम्यूनो सप्रेसेंट ड्रग्स + पैलिएटिव केयर, कोगुलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं व बीपीएच की दवाएं, एंटी-पार्किंसन दवाएं	11
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	एंटी-पार्किंसन दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, एंटीलीशमैनिसिस दवाएं, कॉन्ट्रैसेप्टिव, डायग्नोस्टिक रेडियो कंट्रास्ट, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल दवाएं, एंटी नियोप्लास्टिक व इम्यूनो सप्रेसेंट ड्रग्स + पैलिएटिव केयर, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, बीपीएच की दवाएं व विविध	12

स्त्रोत: विभागीय आंकड़े।

तालिका 4.2 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित सभी चारों महीनों के दौरान चयनित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/जिला अस्पतालों में उपर्युक्त श्रेणियों से सम्बंधित दवाएं जैसे रक्तचाप एवं उच्च रक्तचाप की दवाएं, कॉन्ट्रासेप्टिव, सामान्य एनेस्थेटिक व ऑक्सीजन, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, एंटीलिशमैनियासिस दवाएं, डायग्नोस्टिक रेडियो कंट्रास्ट इत्यादि उपलब्ध नहीं थीं। दवा की अन्य श्रेणियों की कुछ या सभी दवाएं चुने गए महीनों में उपलब्ध थीं।

4.1.3 चयनित सिविल अस्पतालों में अनिवार्य औषधियों की उपलब्धता

नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों में चुने गए महीनों के दौरान अनिवार्य औषधि सूची की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 4.3** में दर्शाई गई है।

तालिका 4.3: चयनित सिविल अस्पतालों में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता

माह एवं वर्ष	अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार दी जाने वाली दवाओं की संख्या	दवाओं की वास्तविक उपलब्धता					
	सिविल अस्पताल	चांगो	कंडाघाट	थुरल	ज्वालामुखी	शाहपुर	बैजनाथ
12/2018	216	50(23)	150(69)	98(45)	9(4)	127(59)	67(31)
03/2019	216	42(19)	126(58)	135(63)	27(13)	150(69)	111(51)
06/2020	479	40(8)	139(29)	161(34)	40(8)	140(29)	101(21)
09/2021	479	38(8)	169(35)	234(49)	36(8)	130(27)	100(21)
औसत उपलब्धता (प्रतिशत)		**(12)**	**(42)**	**(45)**	**(8)**	**(39)**	**(27)**

टिप्पणी: 2016 व 2017 के महीनों को नहीं चुना गया क्योंकि अधिसूचित अनिवार्य औषधि सूची में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के सभी स्तरों हेतु केवल 66 प्रकार की दवाएं थीं।

स्रोत: नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों के अभिलेख। कोष्ठक में दिए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

तालिका 4.3 से यह स्पष्ट है कि निर्धारित राज्य अनिवार्य औषधि सूची के प्रति चयनित सिविल अस्पतालों में औसत उपलब्धता सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में आठ प्रतिशत व सिविल अस्पताल, थुरल में 45 प्रतिशत के मध्य थी।

4.1.4 चयनित सिविल अस्पतालों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चुने गए सभी चार महीनों में तीन श्रेणियों (सिविल अस्पताल, चांगो व सिविल अस्पताल, कंडाघाट) से 17 श्रेणियों (सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी) में कोई भी दवा उपलब्ध नहीं थीं, जैसाकि **तालिका 4.4** में विवर्णित है।

तालिका 4.4: चयनित सिविल अस्पतालों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	श्रेणी-वार दवाओं की अनुपलब्धता	श्रेणियों की संख्या
सिविल अस्पताल, चांगो	एंटीमलेरिया दवाएं, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं व मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स।	3
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	कॉन्ट्रासेप्टिव्स, एंटीमलेरिया दवाएं व मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स	3
सिविल अस्पताल, थुरल	माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, कॉन्ट्रैसेप्टिव, आरएनटीसीपी/एनएलईपी (संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम) एवं एंटीरेट्रोवायरल दवाएं	4
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	एंटीडोट्स व विषाक्तता में उपयोग किए जाने वाले अन्य पदार्थ, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, जनरल एनेस्थैटिक व ऑक्सीजन, लोकल एनेस्थैटिक्स, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, कोगुलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं, गठिया के इलाज के लिए इस्तेमाल की जाने वाली दवाएं और संधिशोथ विकार के लिए रोग संशोधित करने वाले एजेंट, डर्मेटोलॉजिकल दवाएं (टॉपिकल), नेत्र विज्ञान में उपयोग की जाने वाली दवाएं, श्वसन पथ पर कार्य करने वाली दवाएं, जल/इलेक्ट्रोलाइट की खराबी को ठीक करने वाले विलयन, वैक्सीन/इम्यूनोग्लोबुलिन, कीटाणुनाशक व एंटीसेप्टिक्स एवं विविध।	17

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	श्रेणी-वार दवाओं की अनुपलब्धता	श्रेणियों की संख्या
सिविल अस्पताल, शाहपुर	माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल मेडिसिन, एंटीरेट्रोवायरल मेडिसिन, जनरल एनेस्थेटिक व ऑक्सीजन, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, मनोचिकित्सीय दवाएं व विविध	10
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	एंटीडोट्स व विषाक्तता में उपयोग किए जाने वाले अन्य पदार्थ, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, एंटीमलेरियल दवाएं, लोकल एनेस्थेटिक्स, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, मनोचिकित्सीय दवाएं, कोगुलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं, स्कैबिसाइड्स व पेडीकुलाइसाइड्स एवं विविध	10

स्त्रोत: विभागीय आंकड़े।

तालिका 4.4 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित सभी चारों महीनों के दौरान चयनित सिविल अस्पतालों में उपर्युक्त श्रेणियों से संबंधित दवाएं जैसे कॉन्ट्रासेप्टिव्स, थायराइड व एंटीथायरॉइड दवा, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स एवं एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, इत्यादि उपलब्ध नहीं थीं। दवा की अन्य श्रेणियों की कुछ या सभी दवाएं चुने गए एक या एक से अधिक महीनों में उपलब्ध थीं।

4.1.5 चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता

चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चुने गए महीनों के दौरान अनिवार्य औषधि सूची की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 4.5** में दर्शाई गई है।

तालिका 4.5: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता

माह एवं वर्ष	अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार दी जाने वाली दवाओं की संख्या	दवाओं की वास्तविक उपलब्धता						
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	सांगला	पूह	बछवाई	मझीन	बीड	सायरी	धर्मपुर
12/2018	216	74 (34)	53 (25)	85 (39)	45 (21)	56 (26)	109 (50)	92 (43)
03/2019	216	77 (36)	51 (24)	84 (39)	49 (23)	97 (45)	125 (58)	102 (47)
06/2020	479	79 (16)	63 (13)	92 (19)	55 (11)	66 (14)	135 (28)	160 (33)
09/2021	479	84 (18)	115 (24)	105 (22)	66 (14)	75 (16)	123 (26)	206 (43)
औसत उपलब्धता (प्रतिशत)		**(23)**	**(20)**	**(26)**	**(15)**	**(21)**	**(35)**	**(40)**

टिप्पणी: 2016 व 2017 के महीनों को नहीं चुना गया क्योंकि अधिसूचित अनिवार्य औषधि सूची में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के सभी स्तरों हेतु केवल 66 प्रकार की दवाएं थीं।

स्रोत: सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा दी गई जानकारी। कोष्ठक में दिए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

तालिका 4.5 से स्पष्ट है कि अपेक्षित राज्य अनिवार्य औषधि सूची के सापेक्ष चयनित महीनों के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में औसत उपलब्धता 15 प्रतिशत (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन) से 40 प्रतिशत (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर) के मध्य थी।

4.1.6 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चुने गए सभी चार महीनों में दो (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर) से 12 (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड) श्रेणियों में कोई दवाएं उपलब्ध नहीं थीं, जैसाकि **तालिका 4.6** में विवर्णित है।

तालिका 4.6: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	श्रेणी-वार दवाओं की अनुपलब्धता	श्रेणियों की संख्या
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	जनरल एनेस्थैटिक व ऑक्सीजन, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल दवाएं व एंटीरेट्रोवायरल दवाएं।	8
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल दवाएं व एंटीरेट्रोवायरल दवाएं।	6
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	लोकल एनेस्थैटिक्स, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, कोगलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, मनोचिकित्सक दवाएं, एंटीमलेरियल दवाएं, स्कैबिसाइड्स व पेडीकुलिसाइड एवं एंटीडोट्स और विषाक्तता में उपयोग किए जाने वाले अन्य पदार्थ।	10
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	जनरल एनेस्थैटिक व ऑक्सीजन, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, थायराइड व एंटीथायराइड दवाएं, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, प्रसूति एवं स्त्री रोग में प्रयुक्त दवाएं, मनोचिकित्सक दवाएं, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल व एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, नेत्र विज्ञान में प्रयुक्त दवाएं, विविध।	12
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	जनरल एनेस्थैटिक व ऑक्सीजन, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, प्रसूति और स्त्री रोग में प्रयुक्त दवाएं, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल दवाएं, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं, गठिया के इलाज की दवाएं और रूमेटोइड विकार के लिए रोग संशोधित करने वाले एजेंट, वैक्सीन/इम्यूनोग्लोबुलिन एवं थायराइड व एंटीथायरॉइड दवाएं	11
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	मसल रेलेक्सेंट व कोलिनेस्टेरेस इन्हिबिटर्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरियल दवाएं व एंटीरेट्रोवायरल दवाएं।	4
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	जनरल एनेस्थैटिक व ऑक्सीजन एवं एंटीरेट्रोवायरल दवाएं।	2

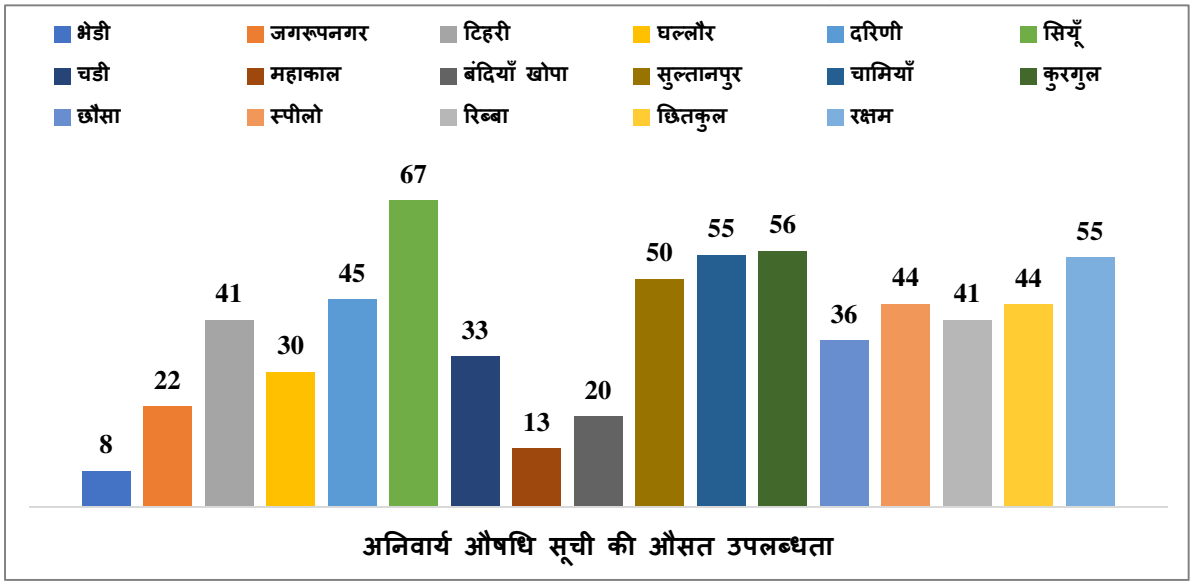
स्त्रोत: विभागीय आंकड़े।

तालिका 4.6 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित सभी चारों महीनों के दौरान चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपर्युक्त श्रेणियों से संबंधित दवाएं जैसे जनरल एनेस्थैटिक्स व ऑक्सीजन, एंटीरेट्रोवाइरल दवा, थायराइड व एंटीथायरॉइड दवा, माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम व कॉन्ट्रासेप्टिव्स, इत्यादि उपलब्ध नहीं थीं। दवा की अन्य श्रेणियों की कुछ या सभी दवाएं चुने गए एक या एक से अधिक महीनों में उपलब्ध थीं।

4.1.7 चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/स्वास्थ्य उप-केंद्रों में अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता

वर्ष 2018-21 के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर अपेक्षित अनिवार्य औषधि सूची के सापेक्ष सभी दवाएं व उपभोग्य सामग्रियां उपलब्ध नहीं थीं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 17 चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में यादृच्छिक रूप से चुने गए महीनों में अनिवार्य औषधि सूची की औसत उपलब्धता आठ प्रतिशत से 67 प्रतिशत के मध्य रही, जैसाकि **चार्ट 4.1** में दर्शाया गया है।

चार्ट 4.1: चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में अनिवार्य औषधि सूची की प्रतिशत उपलब्धता



स्रोत: चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चुने गए सभी चार महीनों में अपेक्षित श्रेणियों[2] में एक से सात श्रेणियों में निर्धारित अनिवार्य दवाएं उपलब्ध नहीं थीं, जैसाकि **तालिका 4.7** में विवर्णित है।

[2] I-लोकल एनेस्थेटिक व ऑक्सीजन, II-लोकल एनेस्थेटिक्स, III-एनाल्जेसिक, एंटीपीयरेटिक्स, नॉन-स्टेरायडल एंटी-इंफ्लेमेटरी दवाएं, IV-एंटी-एलर्जिक और एनाफिलेक्सिस में उपयोग की जाने वाली दवाएं, V-एंटीडोट्स और विषाक्तता में उपयोग किए जाने वाले अन्य पदार्थ, VI-एंटीकॉन्वेलेंट्स / एंटी-एपिलेप्टिक्स, VII-इंटेस्टाइनल एंटी-हेल्मिंथिक्स, VIII-एंटीबैक्टीरियल, IX-एंटिफंगल दवाएं X-एंटीवायरल दवाएं, XI-एंटीप्रोटोज़ोअल दवाएं, XII-एंटीएनीमिया दवाएं, XIII-कोगलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं, XIV-हृदय संबंधी दवाएं, XV-त्वचा संबंधी दवाएं (टोपिकल), XVI-स्कैबिसाइड्स व पेडीकुलिसाइड्स, XVII-गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल दवाएं, XVIII-इंसुलिन व अन्य एंटीडायबिटिक, XIX-नेत्र विज्ञान में एंटी-इंफेक्टिव एजेंट, XX-ईएनटी, XXI-कॉन्ट्रासेप्टिव्स, XXII-प्रसूति एवं स्त्री रोग में प्रयुक्त दवाएं, XXIII-मनोचिकित्सा दवाएं, XXIV-श्वसन पथ पर काम करने वाली दवाएं, XXV- पानी, इलेक्ट्रोलाइट गड़बड़ी को ठीक करने वाले विलयन, XXVI-विटामिन व खनिज, XXVII-वैक्सीन व इम्युनोग्लोबुलिन, XXVIII-विविध, XXIX-कीटाणुनाशक व एंटीसेप्टिक्स, XXX- संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम और XXXI-एंटीमलेरियल दवाएं।

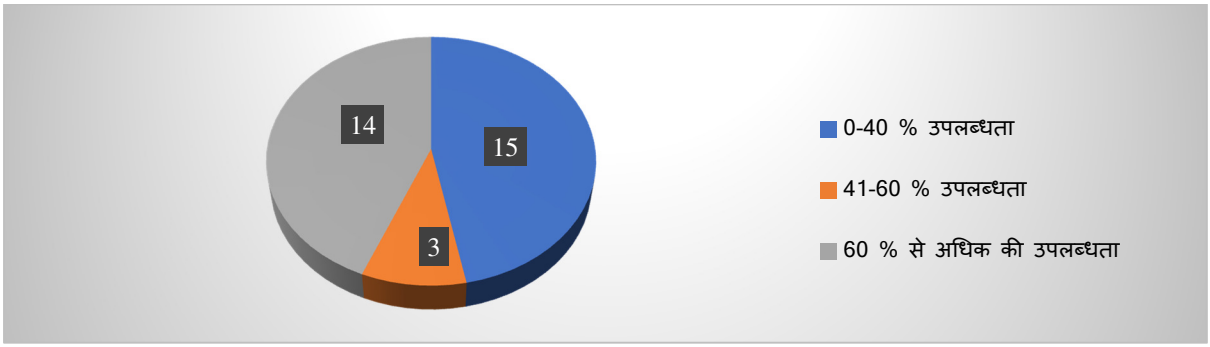
तालिका 4.7: चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में श्रेणी-वार (क्रमांक) दवाओं की अनुपलब्धता

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र का नाम	श्रेणी-वार दवाओं की अनुपलब्धता	श्रेणियों की संख्या
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, भेडी	V, VI, VII, XIII, XV, XXII, XXVII	7
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, जगरूपनगर	II, V, XXII, XXV, XXVII, XXVIII	6
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, टिहरी	II, XIII, XXII, XXVIII	4
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, घल्लौर	II, V, VI, XIII, XXII, XXV, XXVIII	7
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दरिणी	II, XIII, XXII	3
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सियूँ	II	1
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चडी	V, X, XIII, XIX, XX, XXII	6
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, महाकाल	II, V, IX, XIII, XXII, XXV, XXVIII	7
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, बंदियां खोपा	II, V, VI, XIX, XXII, XII, XXVIII	7
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सुल्तानपुर	XIII, XXII	2
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ	XIII	1
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, कुरगुल	XIII, XXII	2
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छौसा	VI, X	2
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्पीलो	XXII, XXV	2
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, रिब्बा	II, XIII, XXVIII	3
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छितकुल	XXII	1
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, रक्षम	XXII	1

तालिका 4.7 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित सभी चार महीनों के दौरान उपर्युक्त श्रेणियों से संबंधित दवाएं जैसे लोकल एनेस्थेटिक्स, एंटीडोट्स व विषाक्तता में उपयोग किए जाने वाले अन्य पदार्थ एवं कोगलेशन को प्रभावित करने वाली दवाएं चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध नहीं थीं। दवा की अन्य श्रेणियों की कुछ या सभी दवाएं चुने गए एक या एक से अधिक महीनों में उपलब्ध थीं।

लेखापरीक्षा किए जाने के समय 32 चयनित स्वास्थ्य उप-केंद्र में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार उपलब्ध होने के लिए अपेक्षित विभिन्न प्रकार की दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों के प्रति अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता का प्रतिशत शून्य (स्वास्थ्य उप-केंद्र, बोह) से 88 प्रतिशत के मध्य था। स्वास्थ्य उप-केंद्रों में अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार दवाओं की उपलब्धता तीन श्रेणियों में **चार्ट 4.2** में दर्शाई गई है।

चार्ट 4.2: चयनित स्वास्थ्य उप-केंद्रों में अनिवार्य औषधि सूची की उपलब्धता



स्रोत: चयनित स्वास्थ्य उप- केंद्रों द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।

संक्षेप में नमूना-जांचित महीनों के दौरान चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य औषधि सूची के प्रति दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की कमी निम्नानुसार थी:

मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/जिला अस्पताल : 24 प्रतिशत से 85 प्रतिशत, **सिविल अस्पताल**: 31 प्रतिशत से 96 प्रतिशत, **सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र:** 42 प्रतिशत से 89 प्रतिशत, **प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र:** 33 प्रतिशत से 92 प्रतिशत, **स्वास्थ्य उप-केंद्र:** 12 प्रतिशत से 100 प्रतिशत (लेखापरीक्षा के समय)।

इस प्रकार सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अपेक्षित दवाएं व उपभोग्य सामग्रियां उपलब्ध नहीं थीं। द्वितीयक स्तर व प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य औषधि सूची के सापेक्ष दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की कमी थी। इसके अतिरिक्त रोगी सर्वेक्षण से उजागर हुआ कि ओपीडी व आईपीडी दोनों में दवाएं उपलब्ध नहीं थीं। अनिवार्य दवाओं की अनुपलब्धता से रोगी अभीष्ट स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रहे, परिणामस्वरूप रोगियों को बाज़ार से दवाएं खरीदनी पड़ी, जिससे स्वास्थ्य देखभाल पर स्वयं का व्यय बढ़ गया।

4.2 मेडिकल कॉलेज अस्पतालों (तृतीयक स्तर) में औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता

राज्य सरकार ने मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में अनिवार्य औषधि सूची निर्धारित नहीं की थी। यद्यपि जिला अस्पतालों में प्रदान की जाने वाली अनिवार्य औषधि सूची की तुलना मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की वास्तविक उपलब्धता के साथ की गई।

आरपीजीएमसी, कांगड़ा में पाया गया कि जिला अस्पताल की संबंधित महीनों हेतु निर्धारित की गई अनिवार्य औषधि सूची की मांग के सापेक्ष चुने गए महीनों[3] में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता 120 (36 प्रतिशत) से 177 (37 प्रतिशत) के मध्य थी। आईजीएमसी में देखा गया कि 479 दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों में से 41 (नौ प्रतिशत) लेखापरीक्षा तिथि (जून 2022) तक उपलब्ध नहीं थीं।

[3] चुने गए माह- उपलब्ध दवाओं की संख्या: 12/2018- 120, 03/2019-173, 06/2020-171 व 09/2021-177

जब श्रेणी-वार उपलब्धता का विश्लेषण किया गया, तो लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में चुने गए सभी चार महीनों में छः श्रेणियों (माइग्रेन प्रोफिलैक्सिस, कॉन्ट्रासेप्टिव्स, संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम/राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, एंटीमलेरिया दवाएं, एंटीरेट्रोवायरल दवाएं व एंटीलिशमैनियासिस दवाएं) की सभी दवाएं उपलब्ध नहीं थीं।
- आईजीएमसी, शिमला में दवाओं का श्रेणी-वार रिकॉर्ड नहीं रखा गया था। अतएव लेखापरीक्षा में दवाओं की श्रेणी-वार अनुपलब्धता का पता नहीं लगाया जा सका।

4.3 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (प्राथमिक व द्वितीयक) में अनिवार्य दवाओं का भण्डार समाप्त होने (स्टॉक आउट) की स्थिति



स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य दवाओं की नियमित उपलब्धता स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच और उपयोग को बढ़ावा देने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। दूसरी ओर स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं का भण्डार (स्टॉक) बार-बार समाप्त होना स्वास्थ्य-सेवाप्रदाताओं में अविश्वास उत्पन्न करता है जिससे सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का कम उपयोग होता है, साथ ही रोगियों को स्वयं की जेब से खर्च करने के लिए मजबूर करता है।

चयनित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों व जिला अस्पतालों में 19 से 32 दवाओं का स्टॉक (100 दवाओं में से यादृच्छिक रूप से चयनित) 11 से 1,422 दिनों की अवधि में उपलब्ध नहीं था, जैसाकि **तालिका 4.8** में दर्शाया गया है।

देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक समाप्त होने की अवधि सबसे अधिक थी, वे ग्लूकोमा (777 दिन), फंगल रोग (986 दिन) और सूजन (1,422 दिन) के उपचार में उपयोग की जाती थीं।

तालिका 4.8: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के चयनित जिला स्टोर में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य दवाओं का स्टॉक आउट होने की स्थिति

स्टोर का नाम	दवाओं की संख्या	भंडार समाप्त होने (स्टॉक आउट) की अवधि
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय स्टोर, किन्नौर	20	40 से 335 दिन (777 दिनों के एक मामले को छोड़कर)
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय स्टोर, कांगड़ा	30	18 से 427 दिन (986 दिनों के एक मामले को छोड़कर)
कार्यालय चिकित्सा अधिकारी अधिकारी स्टोर, सोलन	32	61 से 560 दिन
जिला अस्पताल, कांगड़ा	19	11 से 193 दिन (1,422 दिनों के एक मामले को छोड़कर)

- चयनित छः सिविल अस्पतालों में से चार[4] में 10 से 12 दवाएं (यादृच्छिक रूप से चयनित 80 दवाओं में से) चार से 301 दिनों की अवधि तक स्टॉक में उपलब्ध नहीं थीं। कोई स्टॉक रजिस्टर अनुरक्षित न होने से सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी व शाहपुर की स्थिति का पता नहीं लगाया जा सका। देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक समाप्त होने की अवधि सबसे अधिक थी, वह वे दवाएं थीं जिनका उपयोग प्रसव के बाद रक्तस्राव को नियंत्रित करने (301 दिन), उच्च रक्तचाप के उपचार (239 दिन), बैक्टीरिया से होने वाले कुछ संक्रमणों के उपचार या रोकथाम, यौन संचारित रोग, टाइफाइड बुखार, संक्रामक दस्त (133 दिन) आदि के लिए किया जाता था।
- चयनित आठ खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (चार खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय व चार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में 10 से 29 दवाएं (यादृच्छिक रूप से चयनित 80 दवाओं में से) चार से 1,070 दिनों की अवधि तक स्टॉक में उपलब्ध नहीं थीं। देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक खत्म होने की अवधि सबसे अधिक थी, वह वे दवाएं थीं जिनका उपयोग मांसपेशियों की ऐंठन के उपचार (1,070 दिन), खराब कोलेस्ट्रॉल को कम करने (1,009 दिन), चिंता के उपचार (511 दिन) आदि में किया जाता था।
- चयनित 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 10 में 10 से 21 दवाएं (यादृच्छिक रूप से चयनित 50 दवाओं में से) दो से 1,481 दिनों की अवधि तक स्टॉक में उपलब्ध नहीं थीं। देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक समाप्त होने की अवधि सबसे अधिक थी, वे कुछ संक्रमणों के उपचार (957 दिन), मूत्र मार्ग के संक्रमण के निदान या उपचार, प्रजनन अंग विफलता, प्रोस्टेट संक्रमण, पेट के संक्रमण (895 दिन), कृमिनाशक (1,481 दिन) आदि के लिए उपयोग की जाने वाली दवाएं थीं।
- चयनित 32 स्वास्थ्य उप-केंद्रों में से 15 में पांच से 26 दवाएं (यादृच्छिक रूप से चयनित 50 दवाओं में से) सात से 2,481 दिनों की अवधि तक स्टॉक में उपलब्ध नहीं थीं। देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक समाप्त होने की अवधि सबसे अधिक थी, वे प्रोटोजोआ व बैक्टीरिया से होने वाले संक्रमण (2,481 दिन), त्वचा संक्रमण, संक्रमित मसूड़े और दंत फोड़े सहित रोसैसिया व मुंह के संक्रमण (595 दिन), इरिटेबल आंत्र सिंड्रोम (691 दिन) आदि के उपचार के लिए उपयोग की जाती थीं।

इस प्रकार उपरोक्त से यह स्पष्ट है कि सभी अनिवार्य दवाएं व उपभोग्य वस्तुएं सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध नहीं थीं तथा काफी संख्या में दवाएं लंबे समय तक स्टॉक में नहीं थीं।

इसके अतिरिक्त लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित तीन मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में से दो में निःशुल्क दवाओं की खरीद हेतु निधियों की उपलब्धता के बावजूद चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं की कमी थी क्योंकि वर्ष 2019-21 के दौरान मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा एवं

[4] सिविल अस्पताल, थुरल (चार से 301 दिनों के लिए 12 दवाएं), सिविल अस्पताल, बैजनाथ (53 से 158 दिनों के लिए 10 दवाएं), सिविल अस्पताल, कंडाघाट (चार से 80 दिनों के लिए 10 दवाएं), सिविल अस्पताल, चांगो (39 से 162 दिनों के लिए 10 दवाएं)।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को ₹ 1.54 करोड़[5] वापस कर दिए।

4.3.1 चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों (तृतीयक स्तर) में अनिवार्य दवाओं की स्टॉक आउट स्थिति

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में 21 से 744 दिनों के मध्य की अवधि तक 20 से 61 दवाएं स्टॉक में नहीं थीं, जैसाकि **तालिका 4.9** में दर्शाया गया है।

तालिका 4.9: चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य दवाओं का स्टॉक समाप्त होने की स्थिति

स्टोर का नाम	दवाओं की संख्या	स्टॉक समाप्ति की अवधि (दिनों में)
आईजीएमसी, शिमला[6]	61	21-744
आरपीजीएमसी, कांगड़ा	20	43-459

तालिका 4.9 से स्पष्ट है कि चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में 21 से 744 दिनों के मध्य की अवधि में 20 से 61 दवाएं स्टॉक में नहीं थीं। देखा गया कि जिन दवाओं का स्टॉक खत्म होने की अवधि सबसे अधिक थी, वे एनीमिया (744 दिन), उच्च रक्तचाप (596 दिन), भारी मासिक धर्म रक्तस्राव (630 दिन), टाइप II मधुमेह (459 दिन) आदि के उपचार के लिए उपयोग की जाती थीं। किसी भी कारण से यदि रोगी के लिए आवश्यकता के समय दवा उपलब्ध नहीं होगी, तो रोगी उपचार के बिना चले जाएंगे, वैकल्पिक उपचार का चयन करेंगे, उपचार में विलम्ब करेंगे अथवा स्वयं से व्यय करेंगे।

4.4 रोगियों का सर्वेक्षण- स्वास्थ्य संस्थानों (सभी स्तरों पर) में चिकित्सकों द्वारा निर्धारित अनिवार्य दवाओं का प्रावधान

4.4.1 बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी)

लेखापरीक्षा ने चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में नि:शुल्क अनिवार्य दवाओं के प्रावधान के संबंध में 357 ओपीडी रोगियों का रोगी सर्वेक्षण किया। पाया गया कि कुल 74 प्रतिशत रोगियों को नि:शुल्क दवाइयां प्राप्त हुईं, जैसाकि **तालिका 4.10** में विवर्णित है।

[5] मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा: 2019-20: ₹ 0.16 करोड़, 2020-21: ₹ 1.30 करोड़; मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर: 2020-21: ₹ 0.08 करोड़।

[6] जिसमें कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (आईजीएमसी का मैटरनिटी विंग) शामिल है।

तालिका 4.10: लेखापरीक्षा द्वारा सर्वेक्षण किए गए रोगियों को प्रदान की गई अनिवार्य औषधि सूची का विवरण

स्वास्थ्य संस्थान	सर्वेक्षण किए गए रोगियों की संख्या	उन रोगियों की संख्या जिन्हें सभी निःशुल्क दवाएं प्रदान की गई थीं (प्रतिशत)	उन रोगियों की संख्या जिन्हें कुछ या कोई निःशुल्क दवाएं प्रदान नहीं की गई थीं (प्रतिशत)
मेडिकल कॉलेज अस्पताल	30	20 (67)	10 (33)
जिला अस्पताल	45	20 (44)	25 (56)
सिविल अस्पताल	60	41 (68)	19 (32)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	67	59 (88)	8 (12)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	155	125 (81)	30 (19)
योग	**357**	**265 (74)**	**92 (26)**

तालिका 4.10 से स्पष्ट है कि अनुपलब्धता के कारण कुल 26 प्रतिशत रोगियों को सभी/कुछ निर्धारित दवाएं उपलब्ध नहीं कराई गई, जैसाकि **परिच्छेद 4.1** व **4.2** में विवर्णित है।

4.4.2 अंतःरोगी विभाग (आईपीडी)

लेखापरीक्षा ने चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (सिविल अस्पताल स्तर तक) में निःशुल्क अनिवार्य दवाओं के प्रावधान के संबंध में 95 आईपीडी रोगियों का रोगी सर्वेक्षण किया। पाया गया कि स्वास्थ्य संस्थानों में कुल 79 प्रतिशत रोगियों को निःशुल्क दवाएं प्राप्त हुईं, जैसाकि **तालिका 4.11** में विवर्णित है।

तालिका 4.11: लेखापरीक्षा द्वारा सर्वेक्षण किए गए रोगियों को प्रदान की गई अनिवार्य औषधि सूची का विवरण

स्वास्थ्य संस्थान	सर्वेक्षण किए गए रोगियों की संख्या	उन रोगियों की संख्या जिन्हें सभी निःशुल्क दवा प्रदान की गई थी (प्रतिशत)	उन रोगियों की संख्या जिन्हें कुछ या कोई निःशुल्क दवाएं प्रदान नहीं की गई (प्रतिशत)
मेडिकल कॉलेज अस्पताल	30	29 (97)	1 (3)
जिला अस्पताल	45	33 (73)	12 (27)
सिविल अस्पताल	20	13 (65)	7 (35)
योग	**95**	**75 (79)**	**20 (21)**

तालिका 4.11 से स्पष्ट है कि अनिवार्य औषधि सूची की अनुपलब्धता के कारण कुल 21 प्रतिशत रोगियों को सभी/कुछ निर्धारित दवाएं उपलब्ध नहीं कराई गई, जैसाकि **परिच्छेद 4.1** व **4.2** में विवर्णित है।

4.5 औषधियों की खरीद

विभाग ने जून 2017 तक हिमाचल प्रदेश राज्य नागरिक आपूर्ति निगम के माध्यम से अनिवार्य औषधि सूची में निर्धारित दवाओं की खरीद की।

राज्य सरकार ने एक नई खरीद नीति (मार्च 2017) अधिसूचित की, जिसमें कहा गया कि नवंबर 2016 में गठित राज्य खरीद प्रकोष्ठ अनुमोदित आपूर्तिकर्ताओं को अनुमोदित दर अनुबंधों के आधार पर आपूर्ति आदेश देगा। हालांकि राज्य खरीद प्रकोष्ठ निष्क्रिय ही रहा।

जुलाई 2017 से अक्तूबर 2017 तक स्वास्थ्य संस्थानों ने संहितागत औपचारिकताओं को पूर्ण करने के पश्चात स्थानीय स्तर पर दवाओं की खरीद की। तदोपरांत निर्देश जारी किए गए (नवंबर 2017) जिसमें मुख्य चिकित्सा अधिकारियों को केंद्रीय सार्वजनिक क्षेत्र के उद्यमों, जन औषधि स्टोरों, अन्य अनुमोदित फर्मों, जिनके साथ आईजीएमसी/कर्मचारी राज्य बीमा निगम जैसी संस्थाओं ने दर अनुबंध को अंतिम रूप दिया था, या उन मामलों में जहां इन स्रोतों के पास मदें उपलब्ध नहीं थीं, वहां खुली निविदा के माध्यम से सीधे खरीद करने के लिए अधिकृत किया।

4.5.1 औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों की मांग को अनुमोदित करने में मुख्य चिकित्सा अधिकारी स्तर पर विलंब

विभाग में जिला स्तर पर निचले स्वास्थ्य संस्थानों से मांग प्राप्त होने के बाद खरीद को अंतिम रूप देने हेतु जिला खरीद समिति की बैठक आयोजित करने की प्रथा है।

किन्नौर व कांगड़ा जिलों के विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों की दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की खरीद को अनुमोदित करने एवं आपूर्ति आदेश देने में लगने वाले समय का विवरण **तालिका 4.12** में दिया गया है:

तालिका 4.12: खरीद समिति द्वारा अनुमोदित करने एवं खरीद आदेश देने में लिया गया समय

जिला	स्वास्थ्य संस्थान/खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय का नाम	दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की मांग भेजने की तिथि	खरीद समिति के अनुमोदन की तिथि	लिया गया समय (दिन)	आपूर्ति आदेश भेजने की तिथि	खरीद समिति के अनुमोदन के बाद आपूर्ति आदेश हेतु लिया गया समय
किन्नौर	खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, निचार	28/04/2020	19/06/2020	51	02/07/2020, कुछ मामलों में, 22/07/2020 व 23/07/2020	13 से 33 दिन
	खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सांगला	29/04/2020		50		
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	06/11/2019		234		
	खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सांगला	27/08/2020	07/09/2020	11	23/09/2020 व 24/09/2020	16 से 17 दिन

जिला	स्वास्थ्य संस्थान/खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय का नाम	दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की मांग भेजने की तिथि	खरीद समिति के अनुमोदन की तिथि	लिया गया समय (दिन)	आपूर्ति आदेश भेजने की तिथि	खरीद समिति के अनुमोदन के बाद आपूर्ति आदेश हेतु लिया गया समय
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, भाबानगर	27/08/2020				
	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, पूह	21/08/2020		17		
कांगड़ा	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, टियरा	18/06/2016	16/07/2016	27	कोई अभिलेख उपलब्ध नहीं	
	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, थुरल	08/06/2016	16/07/2016	37	--तदैव--	
	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, गंगथ	21/06/2016	16/07/2016	24	--तदैव--	
	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, गोपालपुर	13/11/2017	22/11/2017	8	--तदैव--	
	खण्ड चिकित्सा कार्यालय, शाहपुर	10/11/2017	22/11/2017	11	--तदैव--	
	सिविल अस्पताल, कांगड़ा	07/07/2018	26/02/2019	232	--तदैव--	

तालिका 4.12 से स्पष्ट है कि:

- किन्नौर व कांगड़ा जिले के विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की खरीद की मांग अनुमोदित करने में आठ से 234 दिन लिए गए।
- किन्नौर जिले में खरीद समिति के अनुमोदनोपरांत आपूर्ति आदेश देने में 13 से 33 दिन लिए गए। कांगड़ा जिले में खरीद समिति के अनुमोदनोपरांत आपूर्ति आदेश देने के विवरण सम्बन्धी अभिलेख उपलब्ध नहीं थे।

इस प्रकार मांग अनुमोदित करने एवं आपूर्ति आदेश देने में मुख्य चिकित्सा अधिकारी/समिति की ओर से हुए विलम्ब के कारण स्वास्थ्य संस्थानों/खण्ड चिकित्सा कार्यालय स्टोर में दवाओं की कमी हुई एवं सुविधा का लाभ लेने वाले रोगियों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा, जैसाकि **परिच्छेद 4.1** से **4.3** में बताया गया है।

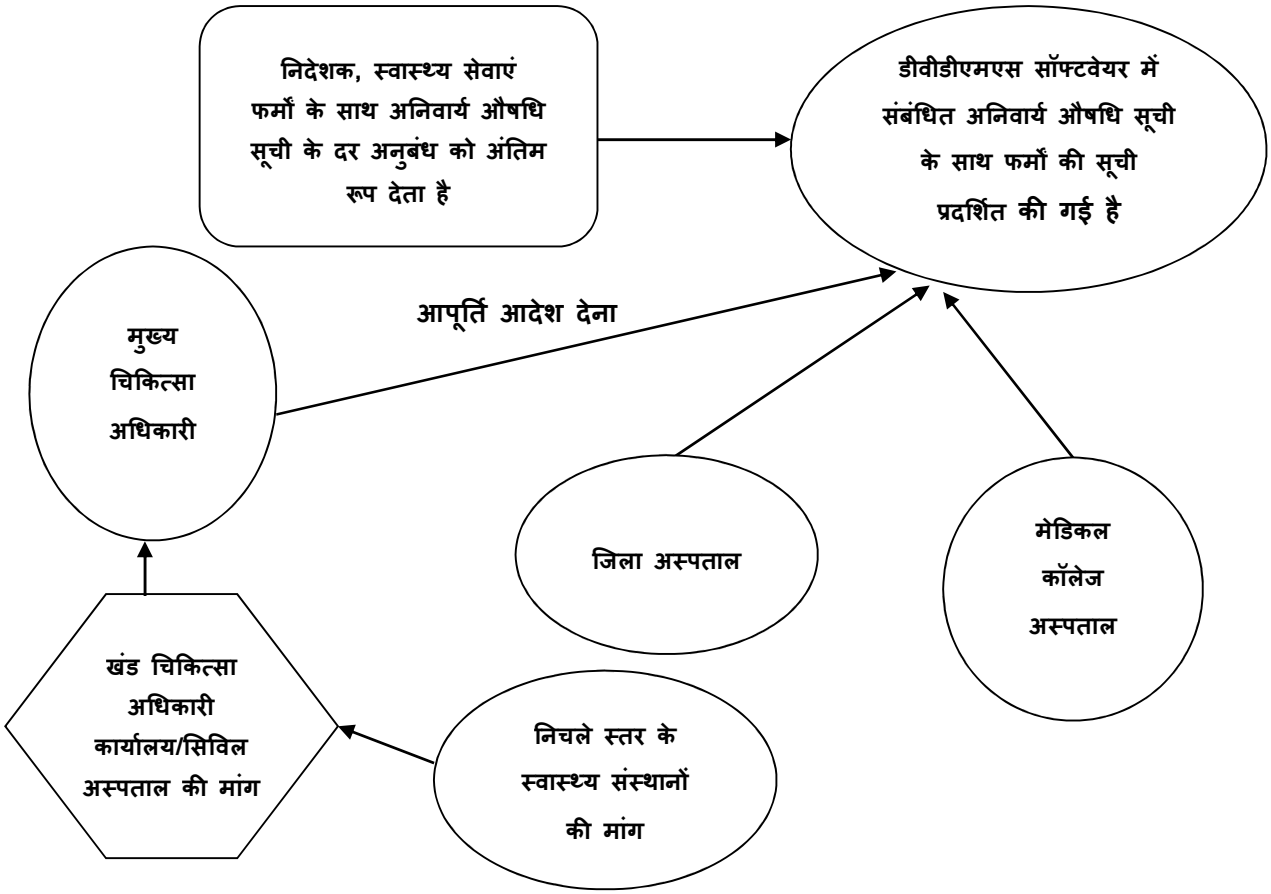
4.6 औषधि एवं टीका वितरण प्रबंधन प्रणाली (डीवीडीएमएस)

डीवीडीएमएस सॉफ्टवेयर स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में दवा आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन को बनाए रखने के कुशल तरीकों में से एक है, जो प्रभावी और मितव्ययी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का एक महत्वपूर्ण घटक है। डीवीडीएमएस में औषधि एवं टीका आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन शामिल है जो खरीद आदेश, इन्वेंट्री प्रबंधन व विभिन्न दवाओं के वितरण इत्यादि से संबंधित है। निदेशालय स्तर पर सम्पूर्ण राज्य के डीवीडीएमएस विवरण (डेटा) की निगरानी की जाती है। जिलों के सभी स्वास्थ्य संस्थानों के डेटा उनके

संबंधित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों पर अनुरक्षित किए जाते हैं, जबकि कुछ जिला अस्पताल स्वयं दवा आपूर्ति प्रबंधन करते हैं।

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा वार्षिक आधार पर निविदा प्रक्रिया के आधार पर दर अनुबंध फर्मों का निर्णय लिया गया। दर अनुबंध फर्मों को डीवीडीएमएस सॉफ्टवेयर में दर्ज किया जाता है। औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों की मांग/मांगपत्र खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय द्वारा निचले स्वास्थ्य संस्थानों से प्राप्त किया जाता है एवं जिला स्तर (मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय) पर समेकित किए जाते हैं। निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों के प्रभारी मुख्य चिकित्सा अधिकारी आवश्यकता के आधार पर सीधे डीवीडीएमएस पर आपूर्ति आदेश देते हैं। समेकित आपूर्ति आदेश खरीद समिति के अनुमोदनोपरांत पंजीकृत दर अनुबंध फर्मों को भेजे जाते हैं। डीवीडीएमएस के माध्यम से अनिवार्य औषधि सूची की खरीद की प्रक्रिया का प्रवाह **चार्ट 4.3** में दर्शाया गया है।

चार्ट 4.3: डीवीडीएमएस से औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों की खरीद की प्रक्रिया



राज्य के डीवीडीएमएस डाटा की संवीक्षा करने पर निम्नलिखित अभ्युक्तियां पाई गई:

4.6.1 452.64 लाख मात्रा की दवाओं एवं उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति में विलम्ब

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, हिमाचल प्रदेश द्वारा दिनांक 07/03/2019 को जारी निर्देशानुसार यदि कोई आपूर्तिकर्ता अनुबंध में निर्दिष्ट समयावधि (दवाओं के लिए 45 दिन एवं इंजेक्शन व शीशियों के लिए

60 दिन) के भीतर किसी भी या सभी सामग्री को वितरित करने में विफल रहता है, तो क्रेता परिसमापन क्षति के रूप में विलम्ब के प्रत्येक सप्ताह हेतु अनुबंध मूल्य से विलंबित माल के वितरित मूल्य के 0.5 प्रतिशत के बराबर एवं यदि विस्तार दिया गया है, तो अधिकतम 10 प्रतिशत के बराबर राशि की कटौती करेगा अन्यथा आपूर्ति आदेश 90 दिनों के बाद रद्द/समाप्त किया जा सकता है।

डीवीडीएमएस रिपोर्टों की संवीक्षा करने पर पाया गया कि वर्ष 2018-19 से 2021-22 के दौरान आपूर्तिकर्ताओं ने अनुमत समय के भीतर दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति नहीं की, जैसाकि **तालिका 4.13** में विवर्णित है:

तालिका 4.13: आपूर्तिकर्ता द्वारा अनुमत समय के भीतर आपूर्ति नहीं की गई दवाएं व उपभोग्य मदें

स्वास्थ्य संस्थान	औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों की मात्रा (लाख में)	आपूर्ति में विलम्ब
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, बिलासपुर	4.42	95 दिनों तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, चंबा	74.42	96 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, केलोंग	14.90	196 दिनों तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर	23.65	141 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	31.03	115 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कुल्लू	20.91	70 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, मंडी	24.54	48 दिनों तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, शिमला	21.37	49 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सिरमौर	30.88	104 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन	79.81	75 दिन तक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, ऊना	30.76	89 दिनों तक
आईजीएमसी, शिमला (केएनएसएच सहित)	49.71	93 दिन तक
आरपीजीएमसी, कांगड़ा	46.24	482 दिन तक
योग	**452.64**	

स्रोत: डीवीडीएमएस अभिलेख।

तालिका 4.13 से स्पष्ट है कि आपूर्तिकर्ताओं द्वारा दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति में निर्धारित अवधि के प्रति 48 दिनों से लेकर 482 दिनों तक का विलम्ब था।

आगे यह भी देखा गया कि चयनित तीन मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों[7] व दो मेडिकल कॉलेज अस्पतालों[8] ने आपूर्ति आदेशों के नियमों व शर्तों के अनुसार दवाओं की आपूर्ति में विलम्ब होने पर शास्ति अधिरोपित करने हेतु कोई कार्यवाही नहीं की।

[7] मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा

[8] आरपीजीएमसी कांगड़ा व आईजीएमसी शिमला

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने प्रत्युत्तर में बताया (अगस्त 2022) कि मुख्य चिकित्सा अधिकारियों/चिकित्सा अधीक्षक द्वारा शास्ति लगाई जा रही थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की गई, जैसाकि नमूना-जांचित तीन मुख्य चिकित्सा कार्यालयों व दो मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में पाया गया।

4.6.2 फर्मों द्वारा दवाओं एवं उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति न करना

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, हिमाचल प्रदेश द्वारा दिनांक 07/03/2019 को जारी निर्देशानुसार किसी भी कारण से आपूर्तिकर्ता द्वारा दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति न होने की स्थिति में सुरक्षा जमा को जब्त करने के अतिरिक्त आपूर्तिकर्ता पर शास्ति अधिरोपित की जाएगी। इसके अतिरिक्त खुले बाजार से दवाएं खरीदने पर विभाग द्वारा किए गए अनुबंध मूल्य से अधिक व्यय की वसूली फर्म से की जानी थी।

प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों के डीवीडीएमएस डेटा की संवीक्षा के दौरान देखा गया कि वर्ष 2018-21 के दौरान (नवंबर 2021 तक) ₹ 650.77 लाख मूल्य की 218.45 लाख मात्रा की दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति आपूर्तिकर्ताओं द्वारा नहीं की गई। उपरोक्त के अतिरिक्त वर्ष 2020-22 की अवधि हेतु तृतीयक स्तर पर फर्मों द्वारा ₹ 12.10 करोड़ मूल्य की 184.02 लाख दवाओं (आईजीएमसी, शिमला- 41.83 लाख व आरपीजीएमसी, कांगड़ा- 142.19 लाख) की आपूर्ति नहीं की गई। इस संबंध में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा फर्मों के विरुद्ध कोई कार्रवाई नहीं की गई।

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने उत्तर में बताया कि फर्मों ने 60 दिन पूर्ण होने के पश्चात आपूर्ति आदेश स्वतः रद्द हो जाने एवं दवाओं/उपभोग्य सामग्रियों की कम उपलब्धता जैसे कारणों से ऑर्डर (मांग) की आपूर्ति नहीं की।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि अन्य आपूर्तिकर्ताओं से दवाओं की खरीद हेतु अनुबंध मूल्य से अधिक व ऊपर यदि कोई व्यय आधिक्य किया गया, तो उसकी वसूली के लिए कोई कार्रवाई नहीं की गई। यद्यपि लेखापरीक्षा में अन्य फर्मों से दवाओं की खरीद पर हुए व्यय आधिक्य का पता नहीं लग सका।

4.6.3 कम शेल्फ लाइफ (उपयोग होने की अवधि) वाली दवाओं की खरीद

निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, हिमाचल प्रदेश द्वारा जारी निर्देश दिनांक 07/03/2019 के अनुसार दवाओं की शेल्फ लाइफ "औषधि व उपभोज्य पदार्थ अधिनियम, 1945" की अनुसूची पी के तहत निर्धारित अवधि से कम नहीं होनी चाहिए। दवाओं की प्राप्ति के समय दवा का जीवन निर्माण की तिथि से परिकलित दवा के प्रभावोत्पादक/उपयोगी जीवन के 1/6$^{वां}$ भाग या 60 दिन, जो भी अधिक हो, से अधिक नहीं होना चाहिए।

चयनित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों के अभिलेखों की नमूना-जांच के दौरान पाया गया कि जिला स्टोर में दवाओं की प्राप्ति के समय स्टॉक रजिस्टर में विनिर्माण तिथि, समाप्ति तिथि एवं बैच संख्या जैसे पूर्ण विवरण का उल्लेख नहीं किया गया, जिसके अभाव में ऊपर निर्धारित शेल्फ जीवन

की गणना नहीं की जा सकी। हालांकि लेखापरीक्षा द्वारा कुछ विवरण तैयार किए गए, जिससे पाया गया कि मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन में खरीदी गई 55 प्रकार की दवाएं (9.55 लाख मात्रा) दो से 17 माह[9] के मध्य की शेल्फ लाइफ वाली व खरीदी गईं 11 प्रकार की दवाएं (4.16 लाख मात्रा) 10 माह से कम की शेल्फ लाइफ वाली थीं। इस प्रकार रोगियों को दवाएं देने से पहले ही उनके एक्सपायर हो जाने या दवाएं वितरित करने में शीघ्रता की बहुत अधिक संभावना रही।

इस प्रकार गलत खरीद एवं आपूर्तिकर्ताओं से प्राप्त आपूर्ति का सत्यापन करने के अभाव में कम शेल्फ लाइफ वाली अनिवार्य दवाएं खरीदी ली गई। अतएव सीमित शेल्फ जीवन वाली दवाओं की खरीद के परिणामस्वरूप दवाओं की समय-सीमा समाप्त (एक्सपायर) हो गई, जैसाकि **परिच्छेद 4.6.4** में चर्चा की गई है।

4.6.4 दवाओं की समय-सीमा की समाप्ति (एक्सपायरी)

लेखापरीक्षा में डीवीडीएमएस पोर्टल डेटा से पाया कि:

- वर्ष 2017 से 2021 के दौरान प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में 341.59 लाख मात्रा में दवाएं व उपभोग्य सामग्रियां एक्सपायर हो गई।
- इसी अवधि के दौरान चयनित तीन जिलों व मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में दवाओं की 77.21 लाख मात्रा एक्सपायर हो गई, जैसाकि **तालिका 4.14** में विवर्णित है।

तालिका 4.14: स्वास्थ्य संस्थानों में एक्सपायरी दवाएं

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	एक्सपायरी दवाओं की मात्रा (लाख में)
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन	36.42
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	33.97
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर	6.80
केएनएसएच (आईजीएमसी का मातृत्व स्कंध) शिमला	0.02
योग	**77.21**

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

लेखापरीक्षा में चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के अभिलेखों की नमूना-जांच की गई तथा पाया कि यद्यपि डीवीडीएमएस ने दवा एक्सपायरी तिथि दर्शाई थी तथापि अभिलेखों में भौतिक रूप से इसे नहीं दर्शाया गया क्योंकि एक्सपायरी तिथि व बैच नंबर जैसी सभी आवश्यक प्रविष्टियां स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं की गई थीं। परिणामतः अभिलेखों के अनुचित अनुरक्षण के कारण लेखापरीक्षा में चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में एक्सपायरी हो चुकी दवाओं का विवरण भी नहीं निकाला जा सका। इसके अतिरिक्त नमूना-जांचित सभी स्वास्थ्य संस्थानों में से प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चड़ी की लेखापरीक्षा में पाया गया कि कुछ एक्सपायर दवाएं दवा-स्टोर में पड़ी थीं परन्तु इन एक्सपायर दवाओं को स्टॉक रजिस्टर में एक्सपायर के रूप में नहीं दिखाया गया, जैसाकि **चित्र 4.1** व **4.2** में दर्शाया गया है। यह रोगियों को एक्सपायर्ड या एक्सपायरी होने वाली दवाएं जारी करने का जोखिम उत्पन्न करता है। खण्ड चिकित्सा

[9] दवा का औसत जीवन 24 माह माना जाता है।

अधिकारी कार्यालय, महाकाल के अधीन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, महाकाल में देखा गया कि एक्सपायर्ड दवाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के बाहर जला दिया गया, जबकि स्टॉक रजिस्टर में इन एक्सपायर्ड दवाओं का कोई रिकॉर्ड नहीं था, जैसाकि **चित्र 4.3** में दर्शाया गया है। अत: स्टॉक रजिस्टर में दर्ज अभिलेख विश्वसनीय नहीं थे।



चित्र 4.1: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चड़ी में एक्सपायर्ड एकल उपयोग सीरिंज



चित्र 4.2: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चड़ी में एक्सपायर हो चुकी दवाएं



चित्र 4.3: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, महाकाल के बाहर एक्सपायर्ड दवा जलाते हुए

उप निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं निदेशालय, शिमला ने उत्तर में स्वीकार किया (अगस्त 2022) कि क्षेत्रीय इकाइयों में कुछ औषधियां/दवाएं एक्सपायरी हो गई थीं। इसके अतिरिक्त बताया गया कि दवाओं की एक्सपायरी के संबंध में डीवीडीएमएस में एक अलर्ट सिस्टम है।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि स्टॉक रजिस्टरों में अनुरक्षित एवं डीवीडीएमएस की जानकारी में भिन्नता थी। इसके अतिरिक्त डीवीडीएमएस पर अपडेट की गई जानकारी में विसंगतियां थीं, जैसाकि **परिच्छेद 4.6.5** में चर्चा की गई है।

4.6.5 डीवीडीएमएस डेटा एवं भौतिक स्टॉक रजिस्टर के मध्य भिन्नता

डीवीडीएमएस में उपलब्ध डेटा/सूचना की शुद्धता का पता लगाने के लिए लेखापरीक्षा में डीवीडीएमएस में दवाओं की स्टॉक स्थिति एवं चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों के स्टॉक रजिस्टरों की तुलना की गई। देखा गया कि डीवीडीएमएस में दर्शाया डेटा संबंधित स्वास्थ्य संस्थानों के स्टॉक रजिस्टरों में दर्ज वास्तविक डेटा से भिन्न था। विवरण **तालिका 4.15** में दर्शाया गया है।

तालिका 4.15: डीवीडीएमएस डेटा एवं भौतिक स्टॉक रजिस्टर में भिन्नता

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	नमूना-जांचित दवाओं की संख्या	मदों की संख्या जिनमें भिन्नता पाई गई	कारण
आरपीजीएमसी, कांगड़ा	20	20	मांग-पत्र डीवीडीएमएस के साथ स्टॉक रजिस्टरों में दर्ज न करना
आईजीएमसी (केएनएसएच सहित), शिमला	29	29	
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	10	6	
जिला अस्पताल, कांगड़ा	10	7	
खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल	10	8	
सिविल अस्पताल, थुरल	10	10	

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	नमूना-जांचित दवाओं की संख्या	मदों की संख्या जिनमें भिन्नता पाई गई	कारण
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	10	10	
सिविल अस्पताल, शाहपुर	12	11	
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	10	7	
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	10	10	
प्राथमिक चिकित्सा केंद्र बंदियाँ खोपा,	11	3	
प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, महाकाल	10	10	
प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, दरिणी	11	5	
प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, चडी	10	5	
प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, सियूँ	11	11	
स्वास्थ्य उप-केंद्र, तारा	9	9	
योग	**193**	**161 (83.42 प्रतिशत)**	

तालिका 4.15 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित 193 दवाओं के डीवीडीएमएस डेटा में कुल 83.42 प्रतिशत की भिन्नता थी।

उत्तर में चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के विभागाध्यक्षों ने बताया कि कार्य की अधिकता एवं कार्मिकों की कमी के कारण डेटा को नियमित रूप से अपडेट न करने के कारण भिन्नता आई।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि विभाग को डीवीडीएमएस में सही स्थिति दिखाने के लिए इस डेटा को नियमित रूप से अपडेट करना अपेक्षित था। ऐसा न करने से डीवीडीएमएस एप्लिकेशन का उद्देश्य ही विफल हो गया।

सचिव (स्वास्थ्य), हिमाचल प्रदेश सरकार ने अंतिम बैठक में बताया कि स्वास्थ्य संस्थानों में डीवीडीएमएस पर जारी दवाओं (रोगियों को) की जानकारी अपडेट करने के लिए पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित कर्मचारी उपलब्ध नहीं थे, जिसके कारण जारी दवाओं को भी एक्सपायरी दवाओं के रूप में ले लिया गया था। यह भी बताया गया कि अन्य स्वास्थ्य संस्थानों को दवा जारी करते समय डीवीडीएमएस में तत्काल डेटा प्रविष्टि के निर्देश जारी किए जाएंगे।

4.7 औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों के वितरण एवं भंडारण का प्रबंधन

4.7.1 निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों को मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय स्टोर से अनापूर्ति/कम आपूर्ति

लेखापरीक्षा ने खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक चिकित्सा केंद्रों द्वारा भेजे गए मांग सम्बन्धी मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के अभिलेखों की जांच की, जिसमें पाया गया कि खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक चिकित्सा केंद्रों को उनकी मांग के अनुसार दवाएं जारी नहीं की गई। निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों को दवाओं की अनापूर्ति व कम आपूर्ति के विवरण **परिशिष्ट 3** में दर्शाए गए हैं।

विवरण से यह ज्ञात हुआ कि:

- चयनित तीन मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों (किन्नौर, सोलन व कांगड़ा) में नमूना-जांचित 44 दवाओं की 19.22 लाख मात्रा की मांग के प्रति केवल 6.96 लाख (36.21 प्रतिशत) दवाओं की मात्रा जारी की गई, जिसके परिणामस्वरूप खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक चिकित्सा केंद्रों को दवाओं की 12.26 लाख (63.79 प्रतिशत) मात्रा की कम आपूर्ति हुई। इसी भांति जिला अस्पताल, कांगड़ा में नमूना-जांचित 10 दवाओं की 3,580 मात्रा की मांग के प्रति केवल 898 मात्रा में दवाएं जारी की गईं, जिसके परिणामस्वरूप जिला अस्पताल के विभिन्न वार्डों को 2,682 (74.92 प्रतिशत) दवाओं की मात्रा की कम आपूर्ति हुई। इसी प्रकार चयनित आठ खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में से दो[10] एवं चयनित छः सिविल अस्पतालों में से दो[11] में निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों/वार्डों को 0.96 लाख मात्रा की दवाओं की मांग के प्रति 0.78 लाख दवाएं जारी नहीं की गईं।

- मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर में 5.97 लाख मात्रा में तीन दवाओं (गोली डोम्पेरिडोन, गोली अंटासिड, कैप्सूल एमोक्सिसिलिन) की उपलब्धता के बावजूद निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों (खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, महाकाल, खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, पूह व प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, कल्पा) को दवाएं जारी नहीं की गई। इसी भांति खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल व सिविल अस्पताल, शाहपुर में निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा 0.05 लाख मात्रा में दवाओं की मांग की गई परन्तु स्टोर में इन दवाओं की 1.70 लाख मात्रा उपलब्ध होने के बावजूद इसे जारी नहीं किया गया।

  मुख्य चिकित्सा अधिकारियों/खण्ड चिकित्सा अधिकारियों ने बताया कि अन्य स्वास्थ्य संस्थानों की मांग एवं उनके रोगी भार को ध्यान में रखते हुए दवाओं का वितरण किया गया था।

- चयनित 17 मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/सिविल अस्पतालों में से पांच में निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों/वार्ड द्वारा 115 दवाओं की 2.82 लाख मात्रा की मांग की गई परन्तु संबंधित स्टोर में अनुपलब्धता के कारण इन दवाओं की आपूर्ति नहीं की गई।

4.7.2 स्टॉक रजिस्टर में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों का लेखांकन न करना

हिमाचल प्रदेश सरकार के हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियम, 2009 के परिच्छेद 164 के अनुसार खरीदे/प्राप्त किए गए सभी माल (वस्तुओं, सामग्रियों) को विभाग में रखे गए स्टॉक रजिस्टरों में दर्ज करना अपेक्षित है।

---

[10] खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल व खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, ज्वालामुखी

[11] सिविल अस्पताल, शाहपुर व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी

लेखापरीक्षा ने चयनित 62 स्वास्थ्य संस्थानों में से 16[12] के स्टॉक रजिस्टरों में देखा कि स्वास्थ्य संस्थानों के ओपीडी/आईपीडी को 42,437 दवाएं जारी की गई, जिनमें से स्टॉक रजिस्टरों में केवल 10,451 दवाओं का लेखांकन किया गया। इस प्रकार वर्ष 2016-21 के दौरान स्टॉक रजिस्टरों में 31,986 दवाओं की मात्रा का लेखांकन नहीं किया गया था।

स्टॉक रजिस्टरों में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों का लेखांकन न करने से दवाओं की चोरी का जोखिम बना रहता है, साथ ही समयबद्ध तरीके से आगामी खरीद हेतु मांग का अनुमान लगाने में असमर्थता होती है। कम्प्यूटरीकृत स्टॉक रजिस्टर के अनुरक्षण से प्राप्ति व जारी की गई दवाओं का लेखांकन करने के साथ-साथ दवाओं के जीवन की निगरानी भी की जा सकेगी। लेखापरीक्षा द्वारा जांचित दवाओं, जारी की गई मात्रा व स्टॉक रजिस्टर में दर्ज मात्रा का स्वास्थ्य संस्थान-वार विवरण **परिशिष्ट 4** में दर्शाया गया है।

स्वास्थ्य संस्थानों के प्रभारी ने प्रत्युत्तर में बताया (अक्तूबर 2021-जून 2022) कि स्टाफ की कमी के कारण प्रविष्टियां नहीं की जा सकी तथा भविष्य में प्रविष्टियां की जाएंगी। हालांकि तथ्य यह है कि दवाओं का लेखांकन सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

4.7.3 दवा-पर्चियों की लेखापरीक्षा

भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने अर्धशासकीय पत्र सं. 7(13)2014-राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-I, दिनांक 18/04/2017 के माध्यम से चिकित्सकों को जेनेरिक दवाएं लिखने के लिए अधिसूचना जारी की। इस अधिसूचना के माध्यम से भारतीय चिकित्सा परिषद (व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता) विनियम, 2002 के खंड 1.5 में संशोधन किया गया है, जो अब पढ़ा जाता है "प्रत्येक चिकित्सक को जेनेरिक नामों के साथ दवाओं को स्पष्ट रूप से एवं अधिमानतः बड़े अक्षरों में लिखना होगा तथा वह यह सुनिश्चित करेगा कि दवाओं का एक तर्कसंगत पर्चा हो जिसमें दवाओं के उपयोग से सम्बंधित जानकारी हो।"

लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा संचालित दवा-पर्चियों की लेखापरीक्षा[13] रिपोर्ट में चिकित्सक जेनेरिक दवाएं लिख रहे थे। यद्यपि लेखापरीक्षा के दौरान रोगियों को जारी 97 दवा-पर्चियों की यादृच्छिक रूप से जांच की गई जिससे उजागर हुआ कि चयनित सात स्वास्थ्य संस्थानों[14] में 47 दवा पर्चियों में गैर-जेनेरिक दवाएं लिखी गई थीं। इसके अतिरिक्त दवा-पर्चियों में कुछ दवाओं के नाम सुपाठ्य नहीं थे एवं अधिकांश दवा-पर्चियों में बड़े अक्षरों में नहीं लिखा गया था। इस प्रकार यह स्पष्ट है कि स्वास्थ्य संस्थान द्वारा दवा-पर्चियों की लेखापरीक्षा ठीक से नहीं की गई थीं।

---

[12] चार सिविल अस्पताल, दो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सात प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व तीन स्वास्थ्य उप-केंद्र।

[13] दवा-पर्ची लेखापरीक्षा समग्र क्लिनिकल लेखापरीक्षा का एक हिस्सा है और यह गुणवत्ता सुधार प्रक्रिया है जो स्पष्ट मानदंडों के प्रति दवा-पर्चियों की व्यवस्थित समीक्षा व परिवर्तन के कार्यान्वयन के माध्यम से रोगी की देखभाल व परिणामों में सुधार करता है। यह विभाग/स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा संचालित की जाती है।

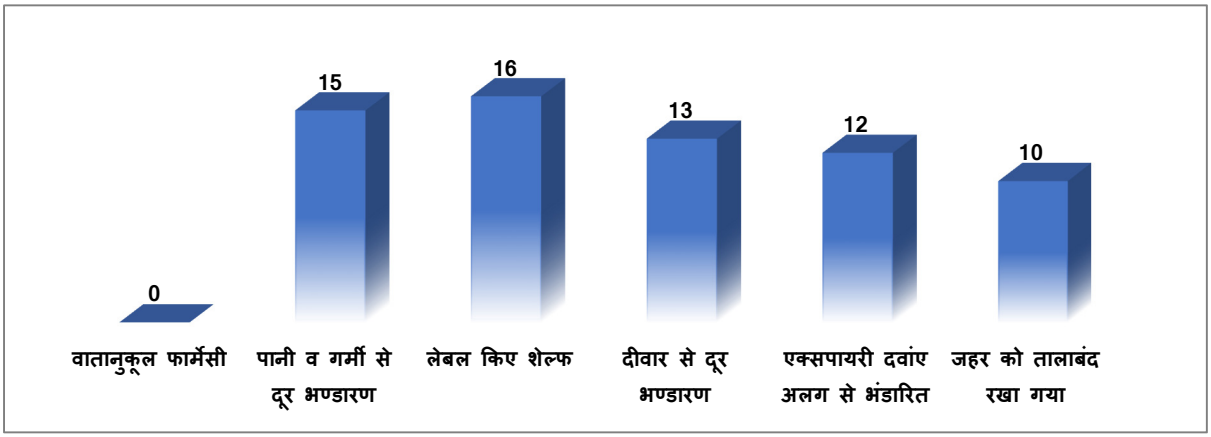
[14] जिला अस्पताल, सोलन (22 में से आठ), जिला अस्पताल, कांगड़ा (20 में से 16), सिविल अस्पताल, थुरल (10 में से चार), सिविल अस्पताल, शाहपुर (10 में से दो), सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी (10 में से चार), सिविल अस्पताल, बैजनाथ (10 में से एक) व मेडिकल कॉलेज अस्पताल, कांगड़ा (15 में से 12)।

4.8 औषधियों का भंडारण

औषधि और प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 में रोगियों को देने से पहले खरीदी गई दवाओं का प्रभाव (असर) बनाए रखने के लिए स्टोर में दवाओं के भंडारण हेतु मापदंड निर्धारित किए गए हैं। स्वास्थ्य संस्थान द्वारा प्राप्त दवाओं को निर्धारित शर्तों में भंडारित किया जाए ताकि दवा की गुणवत्ता खराब न होना सुनिश्चित किया जा सके।

हालांकि उक्त नियमों में निर्धारित नियमों व मापदंडों का पालन नहीं किया गया, जैसाकि संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (तीन जिला अस्पताल, छः सिविल अस्पताल व सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) की भंडारण सुविधाओं में पाई गई कमियों का विवरण **चार्ट 4.4** में दिया गया है।

चार्ट 4.4: नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों (16) में दवा भण्डारण में अपनाए गए मानदंड



चार्ट 4.4 से स्पष्ट है कि स्वास्थ्य संस्थानों में से किसी में भी वातानुकूलित फार्मेसी नहीं थी। 16 में से 13 स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं को दीवारों से दूर भंडारित किया गया, 12 स्वास्थ्य संस्थानों में एक्सपायर हो चुकी दवाओं को अलग से भंडारित किया गया एवं 10 स्वास्थ्य संस्थानों में जहर को तालाबंद रखा गया। संयुक्त भौतिक निरीक्षण से उजागर हुआ कि दवाओं को फर्श पर (**चित्र 4.4** व **4.5**) एवं सीढ़ियों पर रखा गया (**चित्र 4.6**)।

चित्र 4.4 से 4.8: चयनित अस्पतालों में दवाओं के भंडारण में कमियां







चित्र 4.4, 4.5 व 4.6: वेयरहाउस मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा, सिविल अस्पताल, बैजनाथ, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों का भंडारण

खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, महाकाल में स्थानाभाव के कारण औषधियां परित्यक्त भवन में रखी गई, जैसाकि नीचे **चित्र 4.7** व **4.8** में दर्शाया गया है:





चित्र 4.7 व 4.8: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा से प्राप्त दवाएं खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, महाकाल के कार्यालय में स्थानाभाव के कारण परित्यक्त भवन के कमरे में रखी गई।

4.9 चिकित्सा उपकरण

स्वास्थ्य संस्थानों के विभिन्न ग्रेडों के लिए अनुशंसित सुनिश्चित सेवा को ध्यान में रखते हुए, स्वास्थ्य संस्थानों के प्रत्येक स्तर हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में चिकित्सा उपकरणों की उपलब्धता निर्धारित की गई है। वर्ष 2016-22 के दौरान स्वास्थ्य विभाग द्वारा किया गया कुल व्यय (आयुष को छोड़कर) ₹ 12,422.85 करोड़ था एवं मशीनरी व उपकरणों की खरीद पर व्यय ₹ 366.66 करोड़ था, जो राज्य में स्वास्थ्य सेवा पर हुए कुल व्यय का 2.95 प्रतिशत रहा, जिसकी चर्चा **परिच्छेद 6.5.2** में की गई है।

अतिरिक्त मुख्य सचिव (स्वास्थ्य), हिमाचल प्रदेश सरकार ने जनवरी 2019 में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग में अनिवार्य उपकरणों व मशीनरी की खरीद हेतु "खरीद नीति" अधिसूचित की। हिमाचल प्रदेश स्वास्थ्य खरीद प्रकोष्ठ को केंद्रीकृत खरीद हेतु "खरीद एजेंसी" के रूप में अधिसूचित किया गया।

चिकित्सा उपकरणों की खरीद/उपलब्धता में कमियों के संबंध में निम्नलिखित अभ्युक्तियां दी गई।

4.9.1 चिकित्सा उपकरणों की उपलब्धता में कमी

4.9.1.1 जिला अस्पताल

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में 25 अलग-अलग श्रेणियों के तहत विभिन्न प्रकार के उपकरण अपेक्षित है। बिस्तर क्षमता के आधार पर कुछ उपकरणों को वांछनीय एवं शेष को अनिवार्य के रूप में नामांकित (लेबल) किया जाता है। लेखापरीक्षा ने नमूना-जांचित जिला अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के सापेक्ष 14 विभिन्न श्रेणियों के तहत अनिवार्य उपकरणों की उपलब्धता की जांच की, जिसके निष्कर्ष **तालिका 4.16** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 4.16: लेखापरीक्षा की तिथि (अक्तूबर-दिसंबर 2021) तक जिला अस्पतालों में अपेक्षित उपकरणों की उपलब्धता

क्र.सं.	विभाग	नमूना-जांचित जिला अस्पतालों में उपलब्धता				
		भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार अपेक्षित (100 से 200 बिस्तर)	किन्नौर (109 बिस्तर)	सोलन (180 बिस्तर)	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार अपेक्षित (200-300 बिस्तर)	कांगड़ा (225 बिस्तर)
1.	इमेजिंग उपकरण	**4**	1	1	**6**	2
2.	एक्स-रे रूम सहायक उपकरण	**7**	0	1	**7**	5
3.	कार्डियोप्युल्मोनरी	**13**	11	7	**14**	11
4.	लेबर वार्ड, नियो नेटल एंड स्पेशल न्यू-बोर्न केयर यूनिट (SNCU) उपकरण	**27**	18	17	**27**	21
5.	विशेष नवजात देखभाल इकाई के लिए सामान्य उपकरण	**11**	5	7	**11**	9
6.	विशेष नवजात देखभाल इकाई का कीटाणुशोधन	**11**	6	5	**11**	4
7.	टीकाकरण उपकरण	**13**	12	10	**13**	8
8.	ईएनटी	**16**	9	5	**17**	11
9.	आँख	**24**	20	15	**24**	15
10.	दंत चिकित्सा	**42**	29	28	**42**	27
11.	प्रयोगशाला	**51**	26	30	**51**	25
12.	एंडोस्कोपी	**3**	2	0	**7**	2
13.	एनेस्थेसिया	**15**	9	5	**16**	9
14.	पोस्टमार्टम	**8**	0	2	**8**	8
योग		**245**	**148 (60)**	**133 (54)**	**254**	**157 (62)**

स्रोत: विभागीय आंकड़े। कोष्ठक में दिए गए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

तालिका 4.16 से स्पष्ट है कि नमूना-जांचित तीन जिला अस्पतालों में उपकरणों की उपलब्धता 54 व 62 प्रतिशत के मध्य थी।

- जिला अस्पताल, किन्नौर में एक्स रे कक्ष के सहायक उपकरण एवं पोस्टमार्टम उपकरण उपलब्ध नहीं थे।
- जिला अस्पताल, सोलन में एंडोस्कोपी के उपकरण उपलब्ध नहीं थे। जिला अस्पताल, सोलन में एक्स-रे सहायक उपकरण में केवल एक उपकरण (सात में से), विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाई के कीटाणुशोधन में पांच उपकरण (11 में से) एवं पोस्टमार्टम श्रेणी में दो उपकरण (आठ में से) उपलब्ध थे।

4.9.1.2 सिविल अस्पताल

लेखापरीक्षा में चयनित सिविल अस्पतालों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार 12 विभिन्न श्रेणियों के तहत अपेक्षित उपकरणों की उपलब्धता की जांच की। नमूना-जांचित छः सिविल अस्पतालों में उपलब्ध अपेक्षित प्रकार के उपकरण **तालिका 4.17** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 4.17: लेखापरीक्षा की तिथि (अक्तूबर-दिसंबर 2021) तक सिविल अस्पतालों में अपेक्षित प्रकार के उपकरणों की उपलब्धता

क्र.सं.	विभाग	नमूना-जांचित सिविल अस्पतालों में उपलब्धता							
		अनिवार्य (भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार 31 से 50 बिस्तरों हेतु)	चांगो (6 बिस्तर)*	कंडाघाट (15 बिस्तर)*	थुरल (35 बिस्तर)	शाहपुर (30 बिस्तर)	ज्वालामुखी (40 बिस्तर)	अनिवार्य (भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार 51 से 100 बिस्तरों हेतु)	बैजनाथ (60 बिस्तर)
1.	इमेजिंग उपकरण	**3**	0	1	1	2	1	**5**	2
2.	एक्स-रे कक्ष सहायक उपकरण	**6**	1	1	3	5	4	**6**	5
3.	कार्डियोपल्मोनरी	**8**	0	4	5	7	4	**11**	5
4.	लेबर वार्ड और नवजात शिशु	**17**	0	9	6	15	11	**20**	14
5.	प्रतिरक्षा	**13**	0	6	6	13	7	**13**	10
6.	ईएनटी	**17**	0	1	0	1	0	**17**	1
7.	आँख	**22**	0	1	8	8	4	**9**	1
8.	दंत चिकित्सा	**4**	0	4	4	3	4	**4**	4
9.	प्रयोगशाला	**27**	0	12	11	21	8	**32**	18
10.	शल्य चिकित्सा	**27**	0	1	0	1	4	**29**	16
11.	बेहोशी	**15**	0	0	4	0	0	**14**	6
12.	पोस्टमार्टम उपकरण	**10**	0	0	0	0	0	**10**	6
योग		**169**	**1 (1)**	**40 (24)**	**48 (28)**	**76 (45)**	**47 (28)**	**170**	**88 (52)**

**सिविल अस्पतालों हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में 31-50 व 51-100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पतालों के लिए निर्धारित किए गए हैं। सिविल अस्पताल चांगो व कंडाघाट, जिनमें बिस्तरों की संख्या कम है, की तुलना 31-50 बिस्तरों हेतु लागू मानदंडों से की गई है क्योंकि उन्हें सिविल अस्पताल के रूप में नामित किया गया है।*
स्रोत: विभागीय आंकड़े। कोष्ठक में दिए गए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

इस प्रकार नमूना-जांचित छः सिविल अस्पतालों में उपकरणों की उपलब्धता एक से 52 प्रतिशत के मध्य थी।

उपरोक्त **तालिका 4.17** से स्पष्ट है, एक्स-रे उपकरणों के अतिरिक्त सिविल अस्पताल, चांगो में अन्य 11 उपकरणों में से कोई भी उपलब्ध नहीं था। इसके अतिरिक्त सिविल अस्पताल, थुरल एवं ज्वालामुखी में ईएनटी (नाक, कान, गला) उपकरण उपलब्ध नहीं था। सिविल अस्पताल, थुरल में सर्जिकल उपकरण उपलब्ध नहीं थे। सिविल अस्पताल, थुरल व सिविल अस्पताल, बैजनाथ के अतिरिक्त किसी भी सिविल अस्पताल में एनेस्थेसिया श्रेणी के उपकरण उपलब्ध नहीं थे। नमूना-जांचित छः सिविल अस्पतालों में में से केवल एक में ही पोस्टमार्टम उपकरण उपलब्ध था।

प्रमुख विभागों में उपकरणों की उपरोक्त इंगित कमी अभीष्ट लाभार्थियों को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने में भारी बाधाएं उत्पन्न करती है।

4.9.2 निधियों की उपलब्धता के बावजूद उपकरणों की खरीद न करना

- केएनएसएच (आईजीएमसी) शिमला में देखा गया कि चिकित्सा अधीक्षक ने नई मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग हेतु ₹ 7.10 करोड़ मूल्य की मशीनरी व उपकरणों की 88 श्रेणियों की खरीद हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत किया (फरवरी 2018), जिसमें से नवंबर 2018 में ₹ 3.25 करोड़ स्वीकृत किए गए। ₹ 2.52 करोड़ की 26 श्रेणियों की मशीनरी व उपकरण जैसे लेप्रोस्कोपी, डबल डोम ओटी लाइट, मल्टी पैरामीटर मॉनिटर, यूएसजी मशीन आदि की खरीद की गई तथा ₹ 0.73 करोड़ की शेष राशि निविदा पर अंतिम निर्णय न होने के कारण विभाग के पास अव्ययित (जून 2022) रही। शेष मशीनरी व उपकरणों हेतु अपेक्षित ₹ 3.85 करोड़ की निधि न तो चिकित्सा अधीक्षक द्वारा मांगी गई एवं न ही मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हिमाचल प्रदेश ने प्रदान की।

  चिकित्सा अधीक्षक, केएनएसएच ने प्रत्युत्तर में बताया कि कोविड-19 एवं निविदा पर अंतिम निर्णय न होने के कारण राशि खर्च नहीं की जा सकी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि निधियां कोविड-19 के पूर्व की अवधि के दौरान प्राप्त की गई थी। सभी मशीनरी व उपकरणों की खरीद न होने से मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग के संचालन में गंभीर बाधाएं उत्पन्न होंगी।

- आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि मार्च 2020 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 0.51 करोड़ (इको मशीन हेतु ₹ 0.25 करोड़ व बाल चिकित्सा विभाग में उपकरणों हेतु ₹ 0.26 करोड़) प्राप्त हुए। मार्च 2021 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को निधियां वापस कर दी गई। इस प्रकार विभाग वर्ष 2020-21 के दौरान निधि का उपयोग करने में विफल रहा।

  वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक, आईजीएमसी शिमला ने प्रत्युत्तर में बताया (जुलाई 2022) कि कोविड के कारण निविदा पर अंतिम निर्णय न होने से उपकरण नहीं खरीदे जा सके, जबकि निविदा तीन बार जारी की गई थी।

4.9.3 फर्मों द्वारा उपकरणों की आपूर्ति में विलम्ब हेतु शास्ति की वसूली न करना

मेडिकल कॉलेजों द्वारा दिए गए आपूर्ति आदेश के नियमों व शर्तों के अनुसार आपूर्ति आदेश देने की तिथि से सुपूर्दगी की अधिकतम अवधि 90 दिन थी एवं सीटी स्कैन मशीन के मामले में अधिकतम सुपूर्दगी अवधि 180 दिन थी। विलंबित आपूर्ति हेतु प्रति सप्ताह विलंबित माल के मूल्य का @ एक प्रतिशत या उसके किसी भाग की कीमत में कमी की जाएगी, जो कुल मांग-आदेश मूल्य का अधिकतम 10 प्रतिशत होगा।

आरपीजीएमसी, कांगड़ा में देखा गया कि चिकित्सा उपकरणों के 24 मांग-आदेश (जून 2015 व जुलाई 2021 के मध्य दिए गए) की आपूर्ति में 110 से 439 दिनों तक विलम्ब हुआ, जिस पर ₹ 27.43 लाख की शास्ति राशि की वसूली अपेक्षित थी। देखा गया कि तीन मामलों में उपकरणों[15] की

[15] 1. रिजिड नेज़ल एंडोस्कोप व फ़ेस उपकरण 2. इनडायरेक्ट ऑप्थाल्मोस्कोप 3. एलईडी लाइट स्रोत।

आपूर्ति में विलम्ब हेतु ₹ 0.62 लाख की शास्ति की वसूली की गई तथा शेष 21 मामलों में भुगतान करते समय 12 फर्मों से उपकरणों की आपूर्ति में विलम्ब हेतु कोई वसूली नहीं की गई।

प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने उत्तर में बताया (जुलाई 2022) कि कोविड के कारण शास्ति अधिरोपित नहीं की गई तथा भविष्य में उपकरणों की विलंबित आपूर्ति हेतु आपूर्तिकर्ताओं से शास्ति ली जाएगी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि 10 आपूर्ति आदेश वर्ष 2016 (कोविड पूर्व समय) के दौरान जारी किए गए थे।

इसी भांति आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि मशीनरी व उपकरणों के 39 आपूर्ति आदेशों (मार्च 2016 व नवंबर 2021 के मध्य दिए गए) हेतु सुपुर्दगी की निर्धारित तिथि के बाद एक से 35 सप्ताह के विलम्ब के साथ फर्मों द्वारा आपूर्ति की गई। उपकरणों व मशीनरी हेतु फर्मों द्वारा मांगा गया भुगतान फर्मों को किया गया परन्तु नियमों व शर्तों के अनुसार ₹ 49.76 लाख राशि की शास्ति अधिरोपित नहीं की गई, अतः फर्मों को अनुचित लाभ दिया गया।

प्रधानाचार्य, आईजीएमसी (जनवरी 2023) ने उत्तर में बताया कि मशीनरी व उपकरणों की खरीद में विभिन्न चरणों की आवश्यकता होती है एवं यह प्रक्रिया समय लेने वाली है। उन्होंने आगे बताया कि कोविड महामारी के दौरान आपूर्तिकर्ताओं को सामग्री की सुपुर्दगी के लिए समय बढ़ा दिया गया था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि इन आपूर्ति आदेशों में से 27 आदेश नवंबर 2019 (कोविड पूर्व समय) तक की अवधि से संबंधित हैं।

4.9.4 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अप्रयुक्त/ख़राब उपकरण

रोगियों को निर्बाध स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए चिकित्सा उपकरणों का सही ढंग से काम करना एवं उनका उपयोग अपेक्षित है। लेखापरीक्षा ने नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों में देखा कि उपकरण बिना उपयोग किए रखे थे एवं ख़राब थे, जैसाकि **तालिका 4.18** में विवर्णित है।

तालिका 4.18: अप्रयुक्त एवं ख़राब उपकरणों का विवरण

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान	उपकरण का नाम	राशि	अभ्युक्तियां
1.	आईजीएमसी, शिमला	फार्माकोलॉजी विभाग में उच्च प्रदर्शन वाली लिक्विड क्रोमैटोग्राफी मशीन एवं सात अन्य मशीनें	0.55	ये उपकरण सितंबर 2011 व दिसंबर 2012 के दौरान खरीदे गए, परन्तु कभी उपयोग में नहीं लाए गए।
2.	आईजीएमसी, शिमला	राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम के तहत न्यूक्लियर मेडिसिन सेंटर में गामा कैमरा मशीन	1.07	नवंबर 2017 में मशीन बंद हो गई। इसका उपयोगी जीवन समाप्त हो चुका था और इसे बदलने (या यदि संभव हो तो मरम्मत) की आवश्यकता थी, जो नहीं किया गया (जुलाई 2022)। फलस्वरूप मरीजों को इन परीक्षणों के लिए पीएमआईजीईआर चंडीगढ़ या दिल्ली रेफर करना पड़ा, जहां मरीजों को अपने स्कैन के लिए

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान	उपकरण का नाम	राशि	अभ्युक्तियां
				निर्धारित तिथियां पाने के लिए या तो दो से तीन महीने तक इंतजार करना पड़ता था या निजी अस्पतालों से सेवाएं लेकर भारी शुल्क चुकाना पड़ता है।
3.	आईजीएमसी, शिमला	10 उपकरण[16]	मूल्य का उल्लेख नहीं किया गया	उपकरण की मरम्मत का आपूर्ति आदेश (मई 2022) जारी करने में विलम्ब (109-433 दिन) था। जून 2022 तक ये उपकरण काम नहीं कर रहे थे। वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने प्रत्युत्तर में बताया (जुलाई 2022) कि सेवाओं का प्रबंधन विभाग के शेष कार्य कर रहे उपकरणों से किया गया था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि रोगियों को इष्टतम सेवाएं प्रदान करने के लिए ख़राब मशीनों की समय पर मरम्मत की जाए।
4.	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन से प्राप्त पूर्णतः स्वचालित बायोकैमिस्ट्री एनालाइजर ईआरबीए-ईएम200	0.06	मार्च 2021 के दौरान मशीन स्थापित की गई, परन्तु निष्क्रिय रही (जनवरी 2022) क्योंकि मशीन के उपयोग का कोई प्रदर्शन (डेमो) आयोजित नहीं किया गया।

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

4.9.5 उपकरणों का रखरखाव

अक्तूबर 2017 के दौरान सभी स्वास्थ्य संस्थानों के चिकित्सा उपकरणों के रखरखाव हेतु एक फर्म[17] को बाह्य स्त्रोत (आउटसोर्स) के रूप कार्य दिया गया। इससे पहले संबंधित स्वास्थ्य संस्थान अपने स्तर पर उपकरणों का रखरखाव करते थे। यह पाया गया कि फर्म ने समझौते में निर्धारित सात दिनों के भीतर उपकरण की मरम्मत नहीं की तथा उपकरण की मरम्मत में आठ से 292 दिनों के मध्य का विलम्ब हुआ, जैसाकि की **परिच्छेद 7.3.4.10** में टिप्पणी की गई है।

4.9.6 पुराने व अनुपयोगी उपकरणों के भण्डारण हेतु अपर्याप्त स्थान

आईजीएमसी अस्पताल में पुराने चिकित्सा उपकरणों को रखने के लिए अपर्याप्त स्थान देखा गया जैसाकि संयुक्त निरीक्षण इस दौरान आटोक्लेव मशीन, सी-आर्म मशीन **(चित्र 4.9)**, ख़राब (अकार्यशील) वेंटिलेटर **(चित्र 4.10)** इत्यादि गलियारों, अल्ट्रासाउंड कक्ष, आदि में पड़े हुए देखे गए। उपरोक्त मशीनों को उचित भंडार में रखा जाना था या मरम्मत नहीं होने पर नीलाम किया जाना था। इस प्रकार अस्पताल में दोनों सेवा योग्य व अनुपयोगी मशीनों को रखने (स्टोर) करने के लिए उचित स्थान का अभाव था।

[16] विभाग में प्रमुख उपकरण: मुख्य ओटी, आईसीयू, पल्मोनरी, कार्डियोलॉजी, बाल चिकित्सा।

[17] मैसर्स नेक्स्ट जेन मेडिकल डिवाइस।



चित्र 4.9: आईजीएमसी, शिमला में कॉरिडोर में रखी गई सी-आर्म मशीन



चित्र 4.10: आईजीएमसी शिमला के महिला मेडिसिन वार्ड के अल्ट्रासाउंड कक्ष में दवाएं और एक बंद वेंटिलेटर रखा गया।

4.10 निष्कर्ष

नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों में सभी अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता बनाई नहीं रखी गई। नमूना-जांचित स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य दवाएं लंबे समय तक स्टॉक में नहीं थीं। अनिवार्य दवाओं के अभाव में रोगियों के पास बाहर से इन दवाओं की व्यवस्था करने के अतिरिक्त अन्य कोई विकल्प नहीं बचता, जिससे उनका स्वयं का व्यय बढ़ जाता है। दवाओं की खरीद हेतु गठित राज्य खरीद प्रकोष्ठ निष्क्रिय रहा। दवाओं की खरीद में आपूर्ति न होना, विलंबित आपूर्ति, कम शेल्फ लाइफ वाली दवाओं की आपूर्ति इत्यादि जैसे मुद्दे देखे गए।

- चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में राज्य अनिवार्य औषधि सूची के सापेक्ष दवाओं में 12 से 100 प्रतिशत तक की कमी थी। इसके अतिरिक्त चयनित द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों में दो से 17 श्रेणियों में चुने गए सभी चार महीनों में कोई दवा उपलब्ध नहीं थीं। इस प्रकार सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अपेक्षित व श्रेणी-वार दवाएं उपलब्ध नहीं थीं।
- निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा मुख्य चिकित्सा अधिकारी को भेजी गई दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की मांग को मंजूरी देने के लिए जिला खरीद समिति हेतु कोई समयसीमा निर्धारित नहीं की गई।
- वर्ष 2018-22 के दौरान 4.53 करोड़ दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति में 48 दिनों से लेकर 482 दिनों तक का विलम्ब देखा गया। इसके अतिरिक्त वर्ष 2018-22 के दौरान कंपनियों ने ₹ 18.61 करोड़ मूल्य की 4.02 करोड़ दवाओं एवं उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति नहीं की, जिसके परिणामस्वरूप स्वास्थ्य संस्थानों में दवाओं का स्टॉक खत्म हो गया।
- डीवीडीएमएस के डेटा के अनुसार राज्य में प्राथमिक व द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में वर्ष 2017 से 2021 के दौरान 341.59 लाख दवाएं व उपभोग्य सामग्रियां एक्सपायरी हो गईं।

- किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में वातानुकूलित फार्मेसी नहीं थी। कुछ चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में एसेसर गाइडबुक में निर्धारित प्रोटोकॉल का पालन करते हुए दवाओं का भंडारण नहीं किया गया था।
- स्वास्थ्य संस्थानों के अधिकारियों द्वारा दवा-पर्चियों की लेखापरीक्षा की गई। हालांकि चयनित सात स्वास्थ्य संस्थानों में लेखापरीक्षा द्वारा जांची गई रोगियों की 97 पर्चियों से उजागर हुआ कि 47 पर्चियों में जेनेरिक दवाएं नहीं लिखी गई थीं।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड में उपकरणों की मांग के सापेक्ष निम्नानुसार कमी थी: जिला अस्पताल: 38 प्रतिशत से 46 प्रतिशत, सिविल अस्पताल: 48 प्रतिशत से 76 प्रतिशत, सिविल अस्पताल, चांगो (99 प्रतिशत) को छोड़कर।
- नेक्स्ट जेन मेडिकल डिवाइस (फर्म) ने समझौते में निर्धारित सात दिनों के भीतर उपकरण की मरम्मत नहीं की तथा उपकरण मरम्मत में आठ से 292 दिनों के मध्य का विलम्ब हुआ।

4.11 सिफारिशें

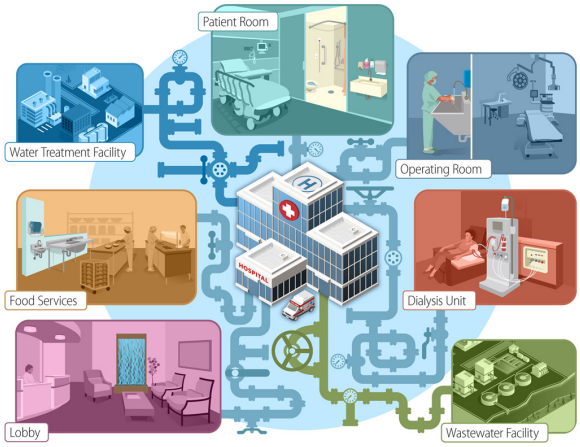
राज्य सरकार यह सुनिश्चित करने के लिए क़दम उठाएं कि:

- *समय पर उपलब्धता सुनिश्चित करने एवं दवाओं का स्टॉक खत्म होने से बचने के लिए दवाओं, उपभोग्य सामग्रियों, आदि की खरीद समय पर की जाती है।*
- *स्वास्थ्य संस्थानों की मांग के यथार्थवादी मूल्यांकन के आधार पर दवाओं की खरीद की जाती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी स्वास्थ्य संस्थानों में अधिकतम संख्या में रोगियों को निःशुल्क दवा सेवाएं मिलती हैं।*
- *निचले स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा मुख्य चिकित्सा कार्यालयों को भेजी गई दवाओं की मांग अनुमोदित करने के लिए खरीद समिति हेतु समय-सीमा निर्धारित की गई है एवं इसका पालन किया जाए।*
- *डीवीडीएमएस सॉफ्टवेयर सिस्टम में अनिवार्य औषधि सूची की उपलब्धता की वास्तविक स्थिति दिखाने के लिए प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान द्वारा अनिवार्य औषधि सूची की मांग प्रस्तुत करने एवं रोगी को दवा जारी करने हेतु डीवीडीएमएस सॉफ्टवेयर में प्रावधान किया गया है।*
- *दवाओं की आपूर्ति में विलम्ब एवं आपूर्ति न करने पर शास्ति की गणना करने हेतु डीवीडीएमएस पोर्टल में तंत्र मौजूद है।*
- *डीवीडीएमएस पर सटीक जानकारी अपलोड करने हेतु प्रशिक्षित पर्याप्त जनशक्ति तैनात की गई है।*
- *स्वास्थ्य संस्थान रोगियों को देने से पहले दवाओं की प्रभावोत्पादकता बनाए रखने के लिए निर्धारित प्रोटोकॉल के अनुसार दवाओं का भंडारण करते हैं।*

- *रोगियों के उपचार हेतु डायग्नोसिस पर विशेष रूप से बढ़ती निर्भरता को देखते हुए प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान में अनिवार्य उपकरणों की पूरी श्रृंखला उपलब्ध कराई जाती है।*
- *रोगों की पहचान (डायग्नोसिस) के महत्वपूर्ण उपकरणों के खराब होने के समय को कम करने के लिए उपकरणों का रखरखाव समय पर एवं नियमित रूप से किया जाता है ताकि रोगियों को बिना किसी बाधा के सेवाएं प्रदान की जा सकें।*

अध्याय-V

स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना

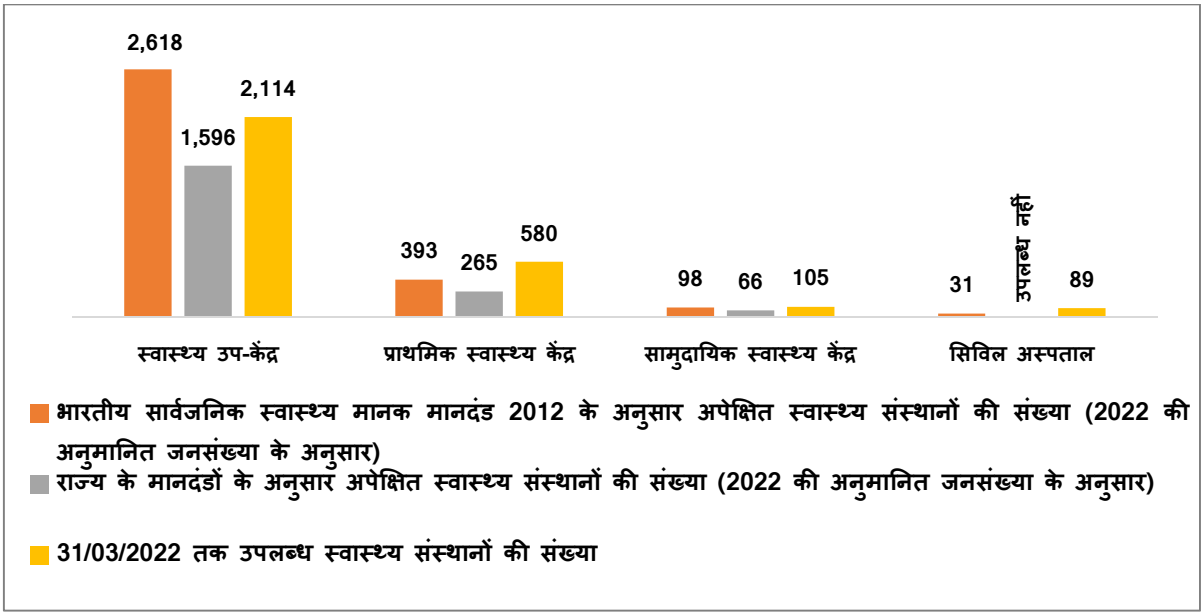


अध्याय V: स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना

5.1 स्वास्थ्य सेवा संस्थानों की उपलब्धता

स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के निर्माण हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 जनसंख्या एवं भौगोलिक क्षेत्रफल पर आधारित हैं। राज्य सरकार ने भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों को तो नहीं अपनाया परन्तु राज्य के सामान्य व जनजातीय क्षेत्रों[1] में जनसंख्या के आधार पर (अन्य मापदंडों हेतु कोई मानदंड अधिसूचित नहीं किया गया), सिविल अस्पतालों को छोड़कर राज्य में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एवं स्वास्थ्य उप-केंद्रों के निर्माणार्थ नए स्वास्थ्य संस्थानों को खोलने/उन्नयन करने के लिए स्टाफिंग/जनसंख्या के नए मानदंड[2] अधिसूचित (अप्रैल 2016) किए। मार्च 2022 तक राज्य में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व सिविल अस्पताल) की संख्या **चार्ट 5.1** में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.1: मार्च 2022 तक राज्य में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व सिविल अस्पताल) की संख्या



हिमाचल प्रदेश सरकार की स्वास्थ्य संस्थानों की निर्देशिका (2022) के अनुसार, 2022 में हिमाचल प्रदेश की अनुमानित जनसंख्या 78.53 लाख है। इस निर्देशिका के अनुसार चंबा जिले की अनुमानित जनसंख्या 5.92 लाख थी, जिसमें 2011 की जनगणना में 22.52 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी। 2022 के लिए पांगी व भरमौर विकास खंडों की अनुमानित जनसंख्या की गणना जिला चंबा की 2011 की जनसंख्या के संदर्भ में अनुमानित जनसंख्या में 22.52 प्रतिशत की वृद्धि के आधार पर की गई है क्योंकि 2022 की विकास खंड -वार अनुमानित जनसंख्या निर्देशिका 2022 में उपलब्ध नहीं थी।

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग से प्राप्त जानकारी के अनुसार।

---

1 किन्नौर जिला, लाहौल व स्पीति जिला एवं चंबा जिले के पांगी व भरमौर विकास खंड।

2 स्वास्थ्य उप-केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 3,000, सामान्य: 5,000), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 20,000, सामान्य: 30,000), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 80,000, सामान्य: 1,20,000)।

जैसाकि **चार्ट 5.1** से देखा जा सकता है कि हिमाचल प्रदेश में स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित संख्या से कम थी, जबकि अन्य स्वास्थ्य संस्थान (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सिविल अस्पताल) निर्धारित संख्या से अधिक थे। यह भी देखा गया कि वास्तव में उपलब्ध स्वास्थ्य (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) संस्थानों की संख्या, राज्य के मानदंडों से अधिक थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्वास्थ्य संस्थानों की अधिक संख्या पर्याप्त सुविधाओं एवं जनशक्ति में परिवर्तित नहीं हुई, जैसाकि अध्याय II व III में चर्चा की गई है। इसके अतिरिक्त मार्च 2023 तक 2,136 (563 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 1,573 स्वास्थ्य उप-केंद्र) अधिसूचित स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के सापेक्ष 1,468 (530 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 938 स्वास्थ्य उप-केंद्र) स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र संचालित किए गए, जैसाकि **परिच्छेद 7.3.4.1** में चर्चा की गई है।

उपरोक्त के अतिरिक्त राज्य में 12 जिला स्तरीय अस्पताल, छः मेडिकल कॉलेज अस्पताल (वर्ष 2016-17 से पहले शिमला व कांगड़ा में दो मेडिकल कॉलेज अस्पताल चल रहे थे एवं उसके पश्चात् वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान चार मेडिकल कॉलेज अस्पताल[3] स्थापित किए गए) तथा एक दंत महाविद्यालय प्रचालित था। 720 बिस्तरों की क्षमता वाला महर्षि मार्कंडेश्वर आयुर्विज्ञान महाविद्यालय व अस्पताल, सोलन नाम का एक निजी अस्पताल वर्ष 2013 में स्थापित किया गया था। इसके अतिरिक्त, राज्य सरकार ने सितंबर 2022 में चमियाना, शिमला में एक मेडिकल सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल की स्थापना की एवं मार्च 2023 के दौरान न्यूरोलॉजी, एंडोक्राइनोलॉजी, प्लास्टिक सर्जरी व रेडियोलॉजी नामक चार स्पेशियलिटी को प्रचालित किया गया। अक्टूबर 2022 में राज्य में 750 बिस्तरों की क्षमता के साथ अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), बिलासपुर का उद्घाटन किया गया।

5.1.1 वर्ष 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या में वृद्धि

वर्ष 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में नए स्वास्थ्य संस्थानों का जुड़ना **तालिका 5.1** में दर्शाया गया है:

तालिका 5.1: 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में नए स्वास्थ्य संस्थानों का जुड़ना

स्वास्थ्य संस्थान	2016-17 में संख्या	2021-22 में संख्या	वृद्धि (प्रतिशत)
जिला अस्पताल	12	12	-
सिविल अस्पताल	59	89	30 (50.85)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	89	105	16 (17.98)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	538	580	42 (7.81)
स्वास्थ्य उप-केंद्र	2,083	2,114	31 (1.49)

स्रोत: वर्ष 2016-17 की वार्षिक प्रशासनिक रिपोर्ट एवं वर्ष 2021-22 के विभाग के उत्तर के अनुसार।

[3] वाईपीजीएमसी, नाहन- 2016, आरकेजीएमसी, हमीरपुर- 2018, एसएलबीएसजीएमसी, मंडी- 2017 व पीजेएलएनजीएमसी, चंबा- 2017

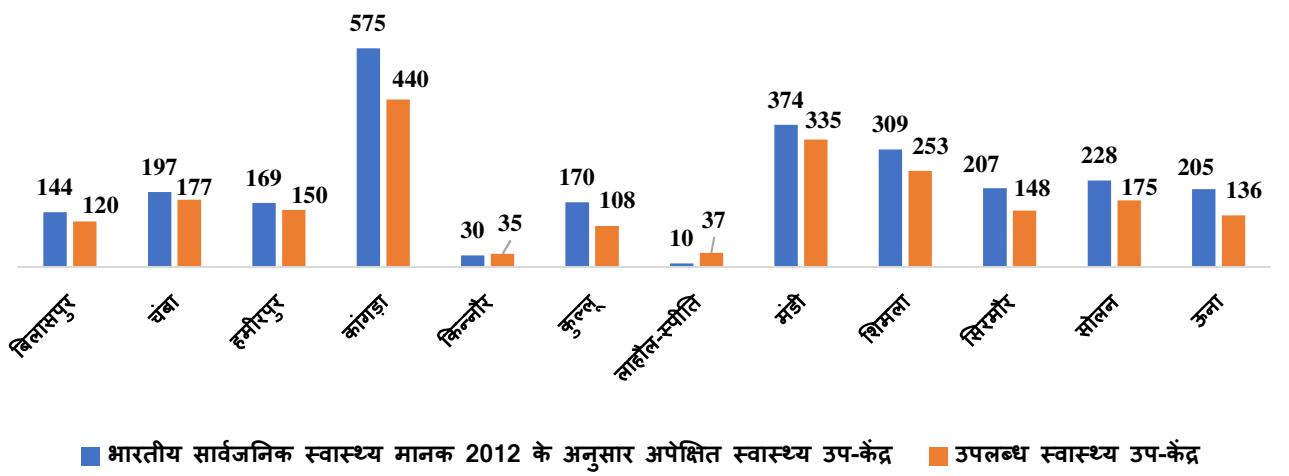
जैसाकि **तालिका 5.1** से देखा जा सकता है, राज्य में जिला अस्पतालों की संख्या स्थिर बनी रही, जबकि सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एवं स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या में क्रमशः 50.85 प्रतिशत, 17.98 प्रतिशत, 7.81 प्रतिशत व 1.49 प्रतिशत की वृद्धि हुई।

5.1.2 राज्य के सभी जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों की उपलब्धता

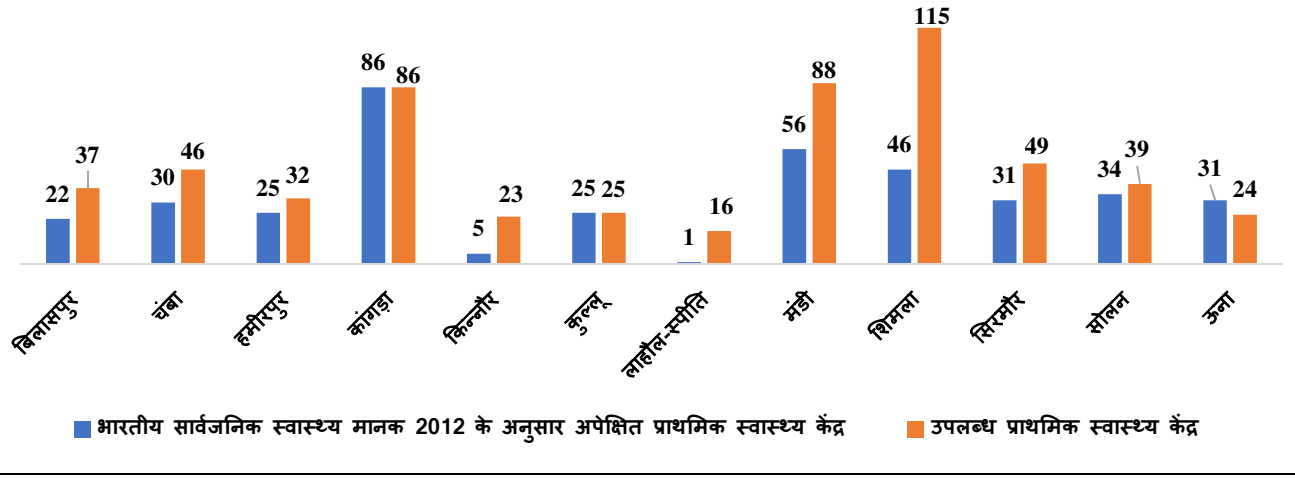
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के संदर्भ में सभी जिलों में उपलब्ध प्राथमिक व द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र एवं सिविल अस्पताल) की उपलब्धता **चार्ट 5.2** में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.2: मार्च 2022 तक सभी जिलों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या

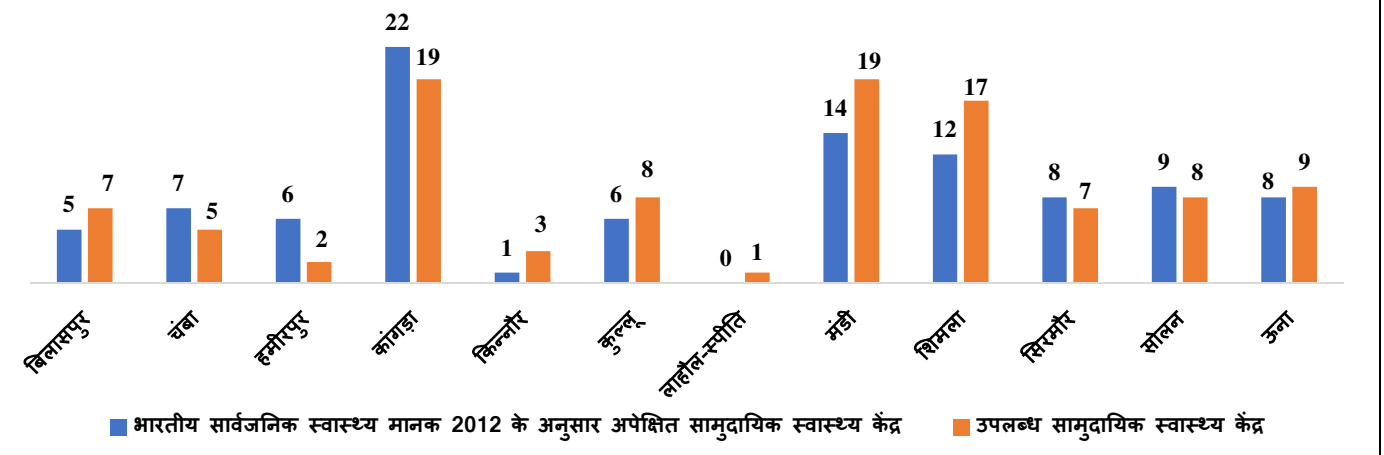
स्वास्थ्य संस्थान	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012
स्वास्थ्य उप-केंद्र	पहाड़ी/आदिवासी क्षेत्रों में प्रत्येक 3,000 लोगों के लिए एक स्वास्थ्य उप-केंद्र



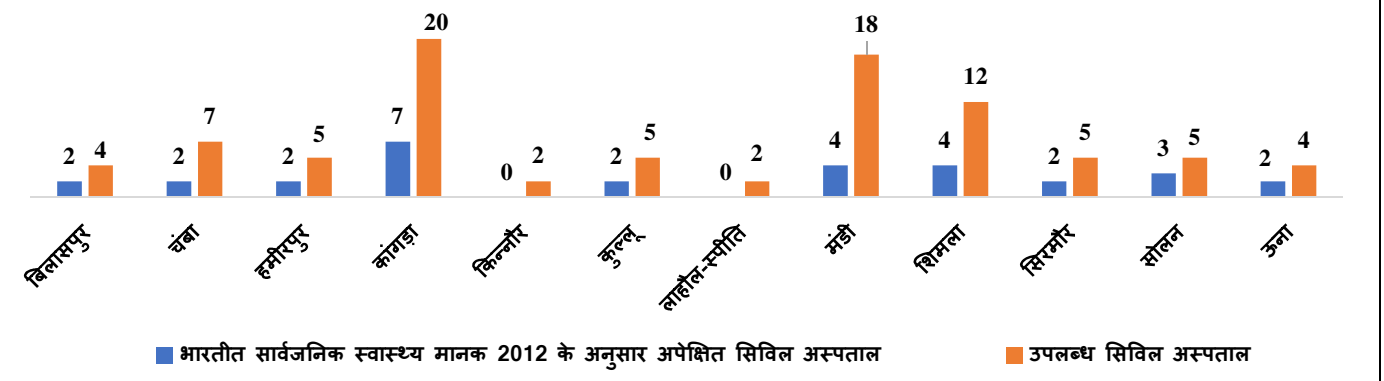
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	पहाड़ी/आदिवासी क्षेत्रों में प्रत्येक 20,000 लोगों पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र



सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	पहाड़ी/आदिवासी क्षेत्रों में प्रत्येक 80,000 लोगों पर एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र



सिविल अस्पताल	प्रत्येक 2.5 लाख लोगों पर एक सिविल अस्पताल



स्रोत: स्वास्थ्य विभाग की निर्देशिका 2021-22, हिमाचल प्रदेश।

चार्ट 5.2 से यह देखा जा सकता है:

i. किन्नौर एवं लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त सभी जिलों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में स्वास्थ्य उप-केंद्र कम थे।

ii. ऊना के अतिरिक्त सभी जिलों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से अधिक या उसके बराबर थे।

iii. भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पांच जिलों[4] में कम एवं सात जिलों[5] में अधिक थे।

iv. भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में सिविल अस्पताल सभी जिलों में अधिक थे।

यह देखा गया कि सभी जिलों में स्वास्थ्य उप-केंद्रों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के अतिरिक्त हर स्तर पर स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के संदर्भ में

[4] चंबा, हमीरपुर, कांगड़ा, सोलन व सिरमौर

[5] बिलासपुर, लाहौल-स्पीति, कुल्लू, किन्नौर, मंडी, शिमला व ऊना

अधिक थी, परन्तु उपलब्ध सुविधाएं एवं प्रदान की जाने वाली बुनियादी सेवाएं पर्याप्त नहीं थी, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेद में बताया गया है।

5.1.3 चयनित जिलों में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों का वितरण

मार्च 2022 तक चयनित जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों के वितरण का विवरण **परिशिष्ट 5** में दर्शाया गया है तथा आंकड़ों के आधार पर यह देखा गया कि:

- कांगड़ा जिले में स्वास्थ्य संस्थानों की अधिकतम संख्या (25.13 प्रतिशत) तीन[6] क्षेत्रों में थीं। न्यूनतम स्वास्थ्य संस्थानों वाले क्षेत्रों (तीन[7]) में कुल स्वास्थ्य संस्थानों के केवल 15.22 प्रतिशत संस्थान थे।
- सोलन जिले में दो[8] निर्वाचन क्षेत्रों में 49.78 प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थान थे जबकि पांच में से एक[9] निर्वाचन क्षेत्र में 15 प्रतिशत से कम स्वास्थ्य संस्थान थे।
- किन्नौर जिले में केवल एक निर्वाचन क्षेत्र है, जिसमें एक जिला अस्पताल, दो सिविल अस्पताल, तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, 23 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व 35 स्वास्थ्य उप-केंद्र हैं।

  इस प्रकार कांगड़ा एवं सोलन जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों का एकसमान वितरण नहीं था।

5.1.4 आवासीय भवनों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) की उपलब्धता

5.1.4.1 जिला अस्पताल

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सभी अनिवार्य मेडिकल व पैरामेडिकल स्टाफ को आवासीय भवन प्रदान किए जाए। यदि किसी कारणवश आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सकता, तो उन्हें आसपास ही रहना होगा, ताकि अनिवार्य कर्मचारी 24x7 उपलब्ध रहें।

चयनित तीन जिला अस्पतालों में देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 97 चिकित्सकों में से केवल 32 चिकित्सकों एवं 236 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 38 के लिए ही आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि **परिशिष्ट 6** में विवर्णित है।

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि चिकित्सकों व कर्मचारियों के आवास के मामले पर ध्यान दिया जाएगा तथा इस संबंध में आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

---

6 बैजनाथ (50), जयसिंहपुर (46) व सुल्लाह (46)

7 कांगड़ा (28), इंदौरा (29) व धर्मशाला (29)

8 अर्की (58) व नालागढ़ (55)

9 कसौली (34)

5.1.4.2 सिविल अस्पताल

चयनित छः सिविल अस्पतालों में यह देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 71 चिकित्सकों में से केवल 12 चिकित्सकों एवं 169 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 16 के लिए ही आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि **परिशिष्ट 6** में विवर्णित है।

5.1.4.3 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में यह देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 34 चिकित्सकों में से केवल नौ चिकित्सकों एवं 64 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 16 के लिए आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि **परिशिष्ट 6** में विवर्णित है।

5.1.4.4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार चिकित्सा अधिकारी, नर्सिंग स्टाफ, फार्मासिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन व अन्य कार्मिकों हेतु 24 घंटे पानी की आपूर्ति, विद्युत इत्यादि जैसी सभी सुविधाओं के साथ उचित आवास उपलब्ध होना चाहिए। यदि किसी कारणवश आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सकता, तो उन्हें प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के आसपास रहना होगा ताकि आवश्यकता पड़ने पर वे 24×7 उपलब्ध रहें।

चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में देखा गया कि लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से आठ[10] मामलों में आवासीय भवन उपलब्ध थे।

5.1.5 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/स्वास्थ्य उप-केंद्रों का संयुक्त भौतिक सत्यापन

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/ स्वास्थ्य उप-केंद्र के पास स्वयं का भवन होना चाहिए जो ऐसे क्षेत्र में स्थित हो जहां आसानी से पहुंचा जा सके।

अभिलेखों की नमूना-जांच के दौरान एवं चिकित्सा अधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ (सोलन जिला) द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार पाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पहले तीन कमरों में चल रहा था जो कि खराब हालत में थे, जैसाकि **चित्र 5.1** में देखा जा सकता है। अगस्त 2018 में भारी बारिश के कारण इमारत क्षतिग्रस्त हो गई तथा इमारत की छत का 2/3 हिस्सा गिर जाने से छत क्षतिग्रस्त हो गई। दिसंबर 2019 के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को केवल दो कमरों वाले पंचायत भवन में स्थानांतरित कर दिया गया, जैसाकि **चित्र 5.2** में देखा जा सकता है। इस प्रकार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के पास रोगियों को देखने के लिए अपना कोई स्थायी भवन नहीं था।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों व स्वास्थ्य उप-केंद्रों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान लेखापरीक्षा ने प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छौसा (सोलन जिला) में परित्यक्त भवन देखे, जैसाकि **चित्र 5.3** में देखा जा

[10] प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र- चडी, सियूँ, दरिणी, स्पीलो, रक्षम, छितकुल, भेडी व बंदियां खोपा

सकता है तथा स्वास्थ्य उप-केंद्र, बोह व बसनूर (कांगड़ा जिला) की जीर्ण-शीर्ण इमारतें देखी गईं, जैसाकि क्रमशः **चित्र 5.4** व **5.5** में देखा जा सकता है।

		
चित्र 5.1: मरम्मत की आवश्यकता वाला प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ का पुराना भवन	**चित्र 5.2: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ वर्तमान में ग्राम पंचायत भवन में दो कमरों में चलाया जा रहा है**	**चित्र 5.3: खंड चिकित्सा अधिकारी, सायरी के अधीन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छौसा में खाली भवन**
		
चित्र 5.4: स्वास्थ्य उप-केंद्र, बोह	**चित्र 5.5: खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर के अधीन स्वास्थ्य उप-केंद्र बसनूर**	**चित्र 5.6: खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर के अधीन स्वास्थ्य उप-केंद्र, भलेड़ ग्राम पंचायत भवन के एक कमरे में चल रहा है**

इसके अतिरिक्त लेखापरीक्षा ने संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाया कि चयनित 32 स्वास्थ्य उप-केंद्रों[11] में से नौ[12] के पास अपनी इमारतें नहीं थीं तथा वे निजी/अन्य विभागीय भवनों में चल रहे थे। स्वास्थ्य उप-केंद्र, भलेड़ (कांगड़ा जिला) पंचायत भवन के एक कमरे में चल रहा था, जैसाकि **चित्र 5.6** में देखा जा सकता है।

5.2 राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) में बिस्तरों की उपलब्धता

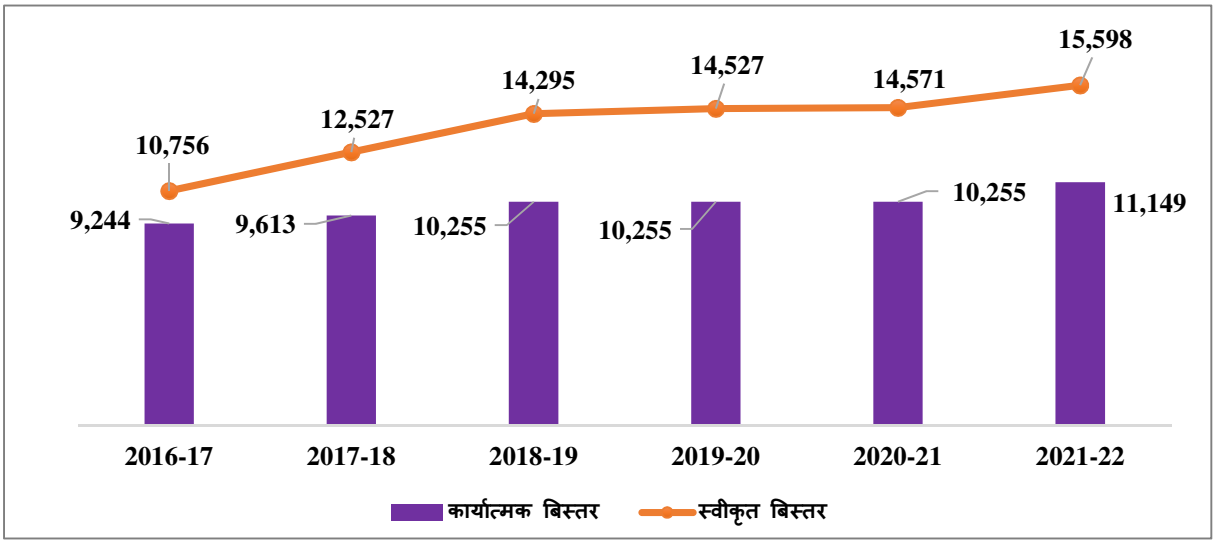
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल व सिविल अस्पताल) में अपेक्षित कुल बिस्तर स्थानीय जनसंख्या पर आधारित हो। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में 30 बिस्तर एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में 4-6 बिस्तर उपलब्ध हो। विभाग ने स्वास्थ्य संस्थानों में बिस्तर उपलब्ध करवाने हेतु न तो कोई मानक/मानदंड निर्धारित किये एवं न ही भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 को अपनाया था।

11 किन्नौर-आठ, सोलन-आठ व कांगड़ा-16

12 किन्नौर- पांगी, कांगड़ा- नौसेरा, सकोह, भारंता, बोह, भलेड़, सदून, पंजाला, घिरहोल

हिमाचल प्रदेश राज्य में वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वीकृत बिस्तरों के सापेक्ष उपलब्ध कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या नीचे **चार्ट 5.3** में दी गई है।

चार्ट 5.3: 2016-17 व 2021-22 के दौरान राज्य के स्वीकृत बिस्तरों के सापेक्ष राज्य में कार्यात्मक बिस्तरों की उपलब्धता



स्रोत: निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं

चार्ट 5.3 से यह देखा जा सकता है कि वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप नहीं थी। राज्य में वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक बिस्तरों की स्वीकृत संख्या में 45.02 प्रतिशत की वृद्धि हुई परन्तु इस अवधि के दौरान बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में केवल 20.60 प्रतिशत की वृद्धि हुई। इस प्रकार बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में आनुपातिक रूप से वृद्धि नहीं हुई। साथ ही वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान ₹ 1427.03 करोड़ की समग्र बचत हुई, जैसाकि **परिच्छेद 6.4** में टिप्पणी की गई है। इसमें से पूंजीगत व्यय के अंतर्गत ₹ 148.40 करोड़ की समग्र बचत हुई, जैसाकि **परिच्छेद 6.5.1** में टिप्पणी की गई है। इस बचत का उपयोग स्वीकृत संख्या में बिस्तरों की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए किया जा सकता था।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में स्वीकृत बिस्तरों के संदर्भ में बताया कि प्रक्रियाधीन सिविल कार्यों के कारण उपलब्ध कार्यात्मक बिस्तरों में कमी हुई।

5.2.1 मेडिकल कॉलेज अस्पतालों (तृतीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग ने 28 अक्टूबर 2020 की अधिसूचना के माध्यम से अधिसूचित किया कि प्रत्येक मेडिकल कॉलेज अस्पताल में कम से कम 300 बिस्तरों वाला एक संलग्न शिक्षण अस्पताल होना चाहिए और पहाड़ी और उत्तर पूर्वी राज्यों में 250 बिस्तरों वाला संलग्न शिक्षण अस्पताल होना चाहिए।

मार्च 2021 तक चयनित दो मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में स्वीकृत संख्या के संदर्भ में बिस्तरों की उपलब्धता **तालिका 5.2** में दर्शायी गई है।

तालिका 5.2: स्वीकृत बिस्तरों व कार्यात्मक बिस्तरों की प्रास्थिति

मेडिकल कॉलेज अस्पताल का नाम	स्वीकृत बिस्तर	उपलब्ध बिस्तर
कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच) सहित इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय एवं अस्पताल (आईजीएमसी), शिमला	1,124[13]	1,120[14]
डॉ. राजेंद्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय एवं अस्पताल (आरपीजीएमसी) (एसएसबी व कोविड बेड सहित), कांगड़ा	866	866

स्रोत: संबंधित मेडिकल कॉलेज

तालिका 5.2 से यह स्पष्ट था कि सरकार ने राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार अस्पतालों को पर्याप्त बिस्तर प्रदान किए थे। हालांकि आईजीएमसी के विभिन्न रोगी वार्डों में संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि एक ही बिस्तर पर दोगुने व तिगुने मरीज थे। यह परिचायक है कि राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार पर्याप्त बिस्तर उपलब्ध होने के बावजूद ये वास्तविक रोगी भार को संभालने के लिए अपर्याप्त थे।

द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य सेवा सुविधा/बिस्तर/मानव संसाधन की कमी के कारण मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में दोगुने व तिगुने रोगियों का भार हो सकता है, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेदों एवं अध्याय II - मानव संसाधन में चर्चा की गई है।

5.2.2 जिला अस्पतालों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एक जिला अस्पताल का आकार अस्पताल में बिस्तरों की मांग पर निर्भर करता है, जो अंतत: वहां की आबादी के आकार पर निर्भर करता है, जहां वह सेवाएं देता है। प्रवेश की वार्षिक दर प्रति 50 जनसंख्या पर एक और अस्पताल में रहने की औसत अवधि पांच दिन की धारणा के आधार पर, 10 लाख की आबादी वाले जिले के लिए आवश्यक बिस्तरों की संख्या लगभग 300 बिस्तर होगी। इसलिए जिला अस्पतालों को 100-500 बिस्तरों वाले पांच ग्रेडों में विभाजित किया गया।

i. सभी जिला अस्पतालों में बिस्तरों की उपलब्धता में कमी

जिला अस्पतालों में बिस्तरों की कमी को **मानचित्र 5.1** में दर्शाया गया है एवं विवरण **परिशिष्ट 7** में दिया गया है।

[13] आईजीएमसी-850, केएनएसएच-274

[14] आईजीएमसी-873, केएनएसएच-247



मानचित्र 5.1: सभी जिला अस्पतालों में बिस्तरों की कमी

सांख्यिकीय आंकड़ों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि जिला अस्पतालों में उपलब्ध बिस्तरों की संख्या राज्य द्वारा स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप नहीं थी क्योंकि बिलासपुर, मंडी, कुल्लू व ऊना के जिला अस्पतालों के अतिरिक्त अन्य सभी जिला अस्पतालों में बिस्तरों में उल्लेखनीय कमी थी, जो मार्च 2022 तक आठ प्रतिशत से 71 प्रतिशत के मध्य थी।

ii. लेखापरीक्षा में चयनित तीन जिला अस्पतालों में पाया गया कि कार्यात्मक बिस्तर स्वीकृत बिस्तरों से कम थे, जैसाकि **तालिका 5.3** में नीचे विवर्णित है।

तालिका 5.3: वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वीकृत बिस्तरों के प्रति कार्यात्मक बिस्तरों की प्रास्थिति

वर्ष	जिला अस्पताल, किन्नौर			जिला अस्पताल, सोलन			जिला अस्पताल, कांगड़ा		
	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)
2016-17	100	100	0 (0)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2017-18	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2018-19	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2019-20	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2020-21	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2021-22	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	275	25 (8)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में न्यूनतम 100 कार्यात्मक बिस्तर अपेक्षित है। लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- जिला अस्पताल, किन्नौर में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 (20-25 बिस्तर)[15] के अनुसार बिस्तर उपलब्ध थे परन्तु कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुसार न हो कर उनमें 13 प्रतिशत की कमी थी।

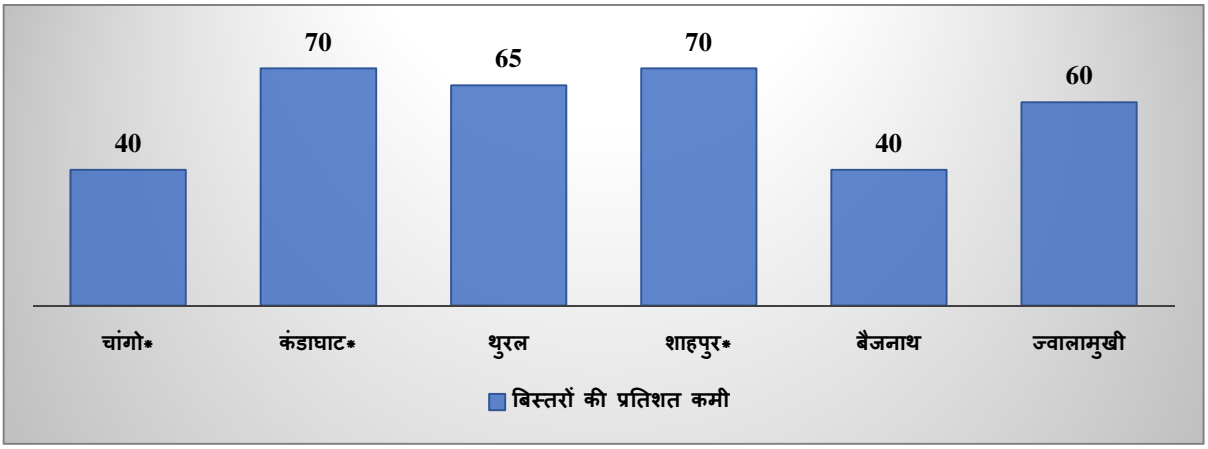
[15] 2022 में जिले की अनुमानित जनसंख्या के आधार पर गणना की गई जिसमें बिस्तर भार (अधिभोग) 80 प्रतिशत से 100 प्रतिशत है।

- जिला अस्पताल, सोलन में 80 प्रतिशत भार (150-187 बिस्तर) के साथ भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार बिस्तर उपलब्ध थे परन्तु स्वीकृत बिस्तरों से 10 प्रतिशत कम थे।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 (378-472 बिस्तर) के अनुसार बिस्तर उपलब्ध नहीं थे। इसके अतिरिक्त कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप न हो कर उनमें 2016-22 में आठ से 25 प्रतिशत की कमी थी।

5.2.3 चयनित सिविल अस्पतालों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सिविल अस्पतालों में बिस्तरों की उपलब्धता 31 से 100 या उससे अधिक होनी चाहिए। यह पाया गया कि 31 मार्च 2022 तक चयनित छः सिविल अस्पतालों में से तीन[16] में 31 से कम कार्यात्मक बिस्तर थे, जैसाकि **परिशिष्ट 7** में विवर्णित है। लेखापरीक्षा में आगे देखा गया कि मार्च 2022 तक चयनित सिविल अस्पतालों में राज्य द्वारा स्वीकृत बिस्तरों की तुलना में कार्यात्मक बिस्तरों में कमी 40 प्रतिशत से 70 प्रतिशत के मध्य थी, जैसाकि **चार्ट 5.4** में दर्शाया गया है।

चार्ट 5.4: राज्य द्वारा स्वीकृत संख्या के संदर्भ में चयनित सिविल अस्पतालों में बिस्तरों की कमी का प्रतिशत



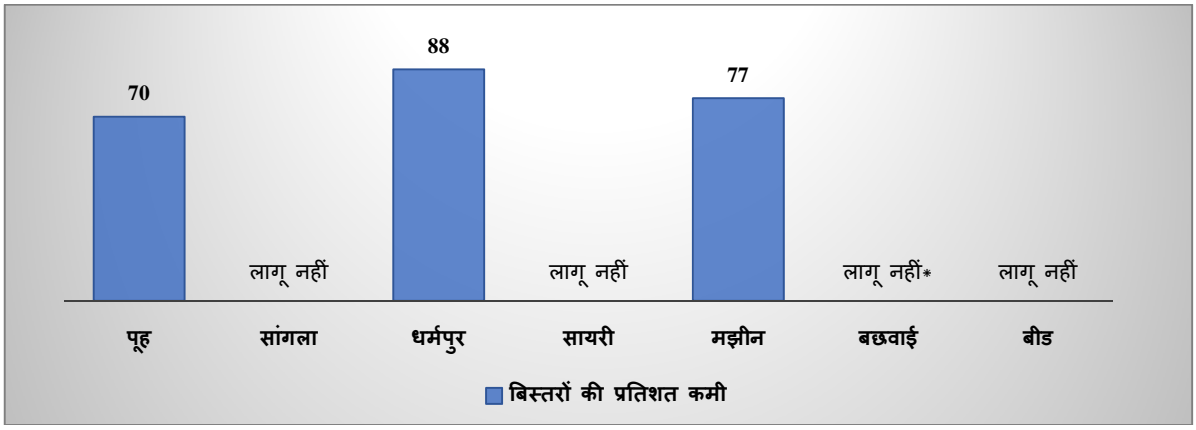
** 31 से कम कार्यात्मक बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल*

5.2.4 चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 30 बिस्तर होने चाहिए। स्वीकृत बिस्तरों वाले छः में से चार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्वीकृत बिस्तरों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के मानदंडों से कम थी तथा एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु कोई स्वीकृत संख्या निर्धारित नहीं की गई थी। 31 मार्च 2022 तक छः में से तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य द्वारा स्वीकृत क्षमता के सापेक्ष कार्यात्मक बिस्तरों में 70 प्रतिशत से 88 प्रतिशत तक की कमी थी, जैसाकि **परिशिष्ट 7** में विवर्णित है एवं **चार्ट 5.5** में दर्शाया गया है।

[16] चांगो (छः), कंडाघाट (15), शाहपुर (30)।

चार्ट 5.5: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में बिस्तरों की कमी का प्रतिशत



** कोई स्वीकृत बिस्तर नहीं। लागू नहीं= लागू नहीं क्योंकि सांगला, सायरी व बीड में कोई कमी नहीं है।*

5.2.5 बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (द्वितीयक स्तर) एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 30 बिस्तर एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चार से छः बिस्तर होने चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 31 मार्च 2022 तक चयनित जिलों में छः सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व 101 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बिना बिस्तरों के चलाए जा रहे थे, जैसाकि **तालिका 5.4** में विवर्णित है।

तालिका 5.4: मार्च 2022 तक बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

जिला	कुल सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	कुल प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	बिना बिस्तरों के प्रचालित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
सोलन	8	2	39	21
कांगड़ा	19	4	86	63
किन्नौर	3	0	23	17
योग	**30**	**6**	**148**	**101**

स्रोतः स्वास्थ्य विभाग निर्देशिका 2021-22, हिमाचल प्रदेश।

कार्यात्मक बिस्तरों की अनुपलब्धता स्वास्थ्य उपचार तक पहुंच को प्रतिबंधित करती है तथा स्वास्थ्य सेवा की खराब गुणवत्ता का कारण बनती है।

5.3 राज्य में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के कार्य निष्पादन की प्रास्थिति

राज्य में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के पूर्ण किए गए, प्रारंभ नहीं किए गए एवं प्रक्रियाधीन कार्यों का विवरण **तालिका 5.5** में दर्शाया गया है।

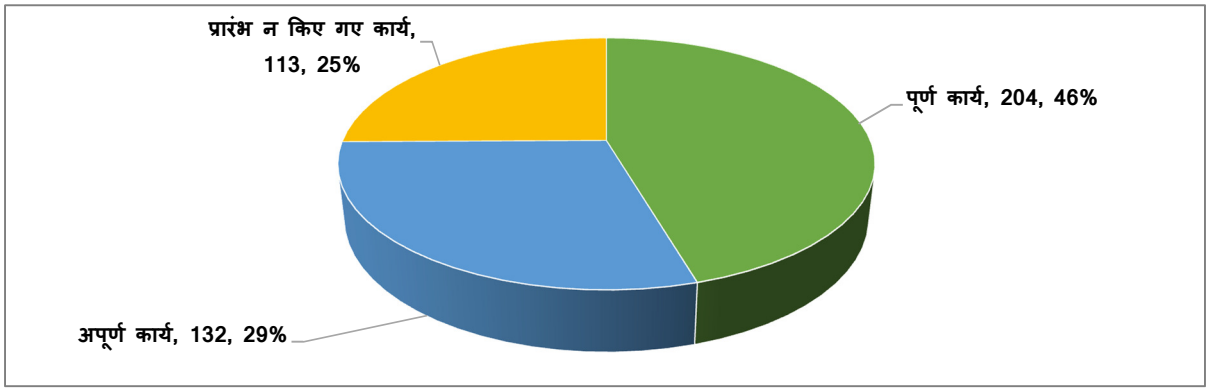
तालिका 5.5: पूर्ण किए गए, प्रक्रियाधीन एवं प्रारंभ नहीं किए गए कार्यों का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	स्वीकृत कार्य		पूर्ण किए कार्य		प्रारंभ नहीं किए गए कार्यों की संख्या		प्रक्रियाधीन कार्यों की संख्या	
	कार्यों की संख्या	जारी की गई राशि	कुल कार्य	प्रयुक्त राशि	कार्य	अंतर्निहित राशि	कार्य	अंतर्निहित राशि
2016 तक	191	246.68	125	130.18	23	11.10	43	105.40
2017	66	115.49	25	31.39	21	9.02	20	75.08
2018	81	146.40	37	53.52	22	17.61	22	75.27
2019	46	114.16	7	7.24	18	8.74	21	98.18
2020	29	37.90	5	1.76	10	2.61	14	33.53
2021	36	66.97	5	12.73	19	11.41	12	42.83
योग	**449**	**727.6**	**204**	**236.82**	**113**	**60.49**	**132**	**430.29**

जैसाकि **तालिका 5.5** से देखा जा सकता है कि वर्ष 2016 तक 191 कार्य स्वीकृत किए गए (1998 से 2016 के दौरान स्वीकृत) जिनमें से 66 कार्यों का निष्पादन किया जा रहा था/प्रारंभ नहीं हुए थे। तदोपरांत वर्ष 2017-21 के दौरान विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों के निर्माणार्थ राज्य सरकार द्वारा राज्य व भारत सरकार की योजनाओं के अंतर्गत 258 कार्य स्वीकृत किए गए। इन कार्यों में स्वास्थ्य संस्थानों का निर्माण और उन्नयन शामिल है। आगे यह देखा गया कि कुल 449 कार्यों में से 204 कार्य पूर्ण किए गए, 132[17] कार्य (1998-16 के दौरान 43 स्वीकृत, 2017-21 के दौरान 89 स्वीकृत) अपूर्ण थे तथा 113[18] कार्य (1998-2016 के दौरान 23 स्वीकृत, 2017-21 के दौरान 90 स्वीकृत) प्रारंभ नहीं किए गए, जैसाकि **चार्ट 5.6** में दर्शाया गया है।

चार्ट 5.6: समग्र रूप से राज्य में कार्यों की प्रास्थिति



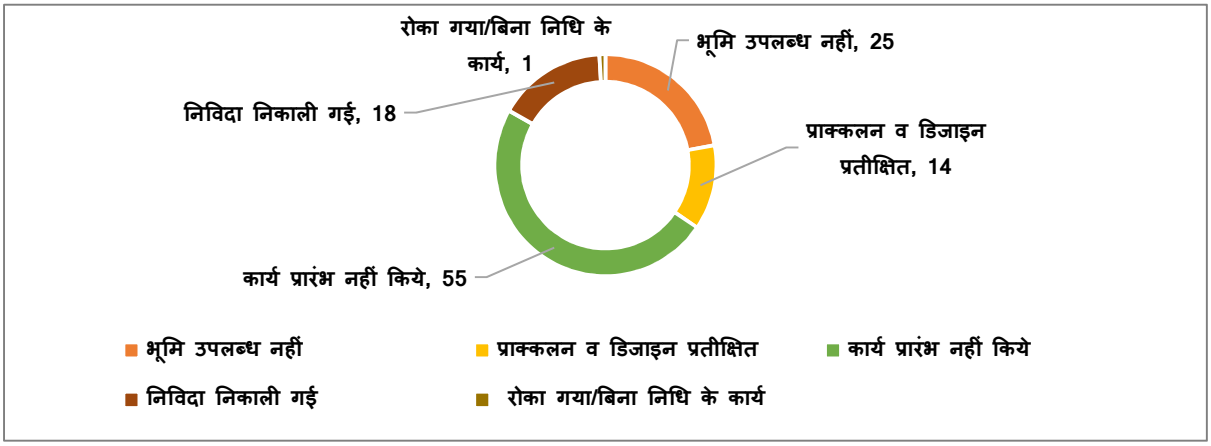
113 कार्यों को प्रारंभ न करने के कारणों में भूमि, प्राक्कलन एवं डिजाइन उपलब्ध न होना तथा ठेकेदारों द्वारा कार्यों का कार्यान्वयन न करना शामिल थे, जैसाकि नीचे **चार्ट 5.7** में दर्शाया गया है।

---

17 स्वास्थ्य उप-केंद्र-33, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-35, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र-18, सिविल अस्पताल-25, जिला अस्पताल-एक, कार्मिक आवास-16, अन्य-चार

18 स्वास्थ्य उप-केंद्र-46, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-31, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र-13, सिविल अस्पताल-सात, जिला अस्पताल-दो, कार्मिक आवास-11, अन्य-तीन

चार्ट 5.7: प्रारंभ नहीं किए कार्यों की संख्या

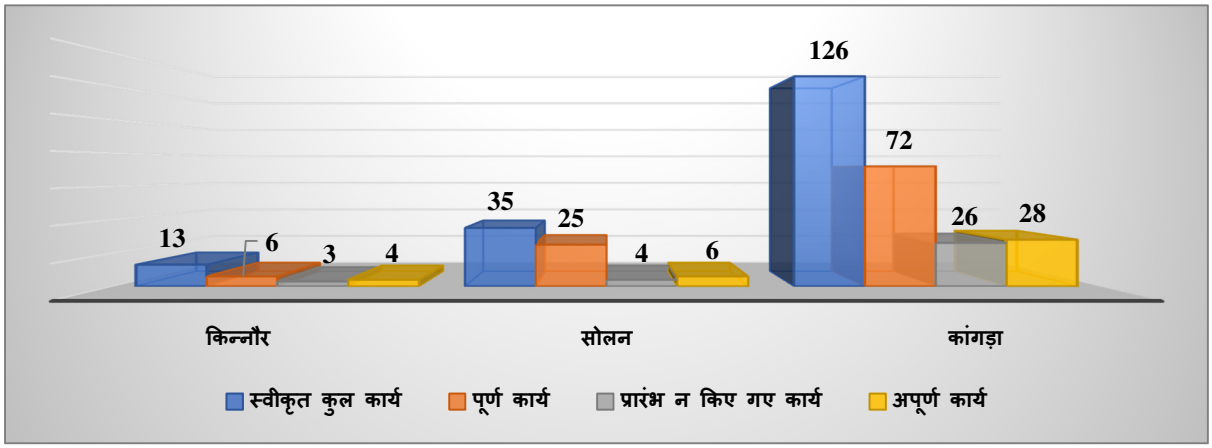


सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि प्रक्रियात्मक मुद्दों के कारण विलम्ब हुआ, जिसे भविष्य में समय पर पूरा करने के लिए त्वरित कार्रवाई की जाएगी।

5.3.1 चयनित जिलों में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के कार्य निष्पादन की प्रास्थिति

तीन चयनित जिलों में स्वीकृत कार्यों (वर्ष 1998 से 2020 के दौरान) की स्थिति नीचे **चार्ट 5.8** में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.8: चयनित जिलों में कार्य प्रास्थिति



चयनित जिलों में लेखापरीक्षा में पाया गया कि 33 कार्यों[19] (14 स्वास्थ्य उप-केंद्र, आठ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, तीन सिविल अस्पताल, पांच कार्मिक आवास व एक प्रयोगशाला) से अंतर्विष्ट ₹ 12.88 करोड़ लागत की निधियाँ कार्य प्रारंभ न होने के कारण किन्नौर (₹ 1.00 करोड़ के तीन कार्य), सोलन (₹ 1.45 करोड़ के चार कार्य) व कांगड़ा (₹ 10.43 करोड़ के 26 कार्य) में अवरुद्ध रही।

[19] भूमि उपलब्ध नहीं- आठ, ठेकेदार द्वारा कार्य, निविदा जारी नहीं करना -25

इस प्रकार मुख्य चिकित्सा अधिकारियों द्वारा निगरानी की कमी एवं बाधा रहित भूमि सुनिश्चित किए बिना कार्य स्वीकृत करने व ठेकेदारों द्वारा कार्य प्रारंभ न करने/विलम्ब से करने के परिणामस्वरूप चयनित जिलों में ₹ 12.88 करोड़ की निधियां अवरुद्ध रही।

5.3.2 चयनित तृतीयक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में कार्यों का निष्पादन

लेखापरीक्षा ने द्वितीयक व तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में कार्यों के निष्पादन से संबंधित अभिलेखों की जांच की। संवीक्षा के परिणाम **तालिका 5.6** में दिए गए हैं।

तालिका 5.6: चयनित तृतीयक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में कार्यों का निष्पादन

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थान			
1.	कांगड़ा में मानसिक स्वास्थ्य उत्कृष्टता केंद्र	35.39	अप्रैल 2017 के दौरान कांगड़ा में मानसिक स्वास्थ्य उत्कृष्टता केंद्र के लिए राज्य सरकार द्वारा ₹ 27.80 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति प्रदान की गई। इसके अतिरिक्त मार्च 2021 के दौरान विद्युत कार्यों के प्रावधानार्थ राज्य सरकार द्वारा ₹ 7.59 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन भी दिया गया। वर्ष 2016-22 के दौरान हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग मंडल, कांगड़ा में ₹ 35.39 करोड़ की राशि जमा की गई। सितंबर 2018 के दौरान ठेकेदार द्वारा निर्माण कार्य शुरू किया गया। मई 2023 तक ₹ 35.39 करोड़ की जमा राशि के सापेक्ष ₹ 35.39 करोड़ का व्यय किया गया। आगे यह देखा गया कि भारत सरकार द्वारा बार-बार राज्य सरकार से समय पर परियोजना पूर्ण करने के लिए कहा गया। मई 2023 तक 98 प्रतिशत सिविल कार्य पूर्ण हो चुका था। इस प्रकार विभाग के उदासीन दृष्टिकोण के साथ-साथ कार्य के निष्पादन की धीमी गति के कारण, परियोजना का निर्माण कार्य स्वीकृति की तिथि के पांच वर्ष बाद भी अपूर्ण था।
2.	आईजीएमसी, शिमला का उन्नयन	213.01	भारत सरकार ने प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना-III के अंतर्गत कॉलेज परिसर के भीतर ₹ 150.00 करोड़ (केंद्रीय अंशदान: ₹ 120.00 करोड़ व राज्यांश: ₹ 30.00 करोड़) की लागत से आईजीएमसी, शिमला का उन्नयन अनुमोदित किया (जनवरी 2014)। राज्य सरकार ने कॉलेज परिसर में अपर्याप्त भूमि के कारण सुपर स्पेशियलिटी खंड की प्रस्तावित साइट को चमियाना (शिमला जिला) में किसी अन्य साइट पर स्थानांतरित करने का निर्णय लिया (दिसंबर 2016)। वन अधिकार अधिनियम एवं वन संरक्षण अधिनियम के तहत क्रमशः दिसंबर 2016 व मार्च 2018 में वन मंजूरी प्राप्त की गई थी। इस बीच भारत सरकार ने परियोजना को विस्तारित करते हुए ₹ 213.01 करोड़ (जून 2017) की लागत से एक स्वतंत्र (स्टैंड-अलोन) अस्पताल बनाने की मंजूरी दी। इस परियोजना में मौजूदा विभागों का उन्नयन, चिकित्सा उपकरणों और सेवाओं की खरीद, ट्रॉमा सेंटर व् सुपर-स्पेशियलिटी खंड का निर्माण शामिल था। भारत सरकार ने अस्पताल सेवा परामर्श निगम को सिविल कार्यों के सलाहकार/निष्पादन एजेंसी के रूप में नियुक्त किया एवं एचएलएल इंफ्रा टेक सर्विसेज लिमिटेड (भारत सरकार का सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम) चिकित्सा उपकरणों की खरीद हेतु सहायक एजेंसी थी। अक्टूबर 2019 में कार्य प्रारंभ हुआ और सितंबर 2022 में पूर्ण

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
			हुआ परन्तु अभी तक प्रचालित नहीं किया गया। अस्पताल को जोड़ने वाली संपर्क सड़क (दो किमी) चौड़ी नहीं की गई हैं (मई 2023 तक) क्योंकि लोक निर्माण विभाग द्वारा अभी तक कार्य प्रारंभ नहीं किया गया है। अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान के प्रधानाचार्य ने प्रत्युत्तर में बताया (मई 2023) कि जैसाकि लोक निर्माण विभाग के अधिकारियों ने सूचित किया है, सड़क की मेटलिंग व चौड़ीकरण के लिए टेंडर दे दिया गया है तथा कार्य जल्द ही शुरू किया जाएगा। संकरी सड़क के साथ-साथ अत्यधिक यातायात (ट्रैफिक) को ध्यान में रखते हुए विभाग को उक्त सड़क का निर्माण शीघ्र प्रारंभ करना चाहिए ताकि मरीज समय पर अस्पताल पहुंच सकें।
3.	निगम-सामाजिक उत्तरदायित्व के तहत आरपीजीएमसी, कांगड़ा में सराय भवन	2.50	 कॉलेज अधिकारियों द्वारा आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ₹ 6.20 करोड़ की लागत से चार मंजिला सराय भवन (54 चिकित्सा परिचारकों हेतु गेस्ट हाउस) के निर्माण का प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया, जिसके लिए अगस्त 2017 में सरकार ने ₹ 2.50 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन दिया। ₹ 2.40 करोड़ (मैसर्स बीएचईएल से सीएसआर के तहत ₹ 1.57 करोड़ एवं एमपीएलएडीएस के तहत ₹ 0.83 करोड़) की निधियां प्राप्त हुई। जून 2018 में हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग द्वारा निर्माण-कार्य सौंपा गया। जून 2022 तक ₹ 2.40 करोड़ का व्यय होने के बावजूद भूतल व पहली मंजिल का निर्माण कार्य पूर्ण नहीं हुआ था तथा भूतल व पहली मंजिल को पूर्ण करने के लिए ₹ 40.00 लाख की निधियों की आवश्यकता थी। इस प्रकार धनाभाव के कारण भूतल व पहली मंजिल का निर्माण पूर्ण नहीं हो सका, जिसके परिणामस्वरूप दूसरी व तीसरी मंजिल का निर्माण प्रारंभ नहीं किया जा सका।
द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थान			
1.	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	16.90	 अगस्त 2016 में कंडाघाट में सिविल अस्पताल भवन के निर्माणार्थ ₹ 16.90 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन दिया गया। ₹ 4.00 करोड़ के व्ययोपरांत अगस्त 2018 से धनाभाव के कारण निर्माण-कार्य लंबित रहा। सितंबर 2021 के दौरान निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने राज्य सरकार से अतिरिक्त निधियां उपलब्ध कराने का अनुरोध किया परन्तु निधियां उपलब्ध नहीं कराई गई। चिकित्सा अधिकारी, सिविल अस्पताल, कंडाघाट ने बताया (मई 2023) कि कार्य अभी भी स्थगित है तथा आज तक कोई निधियाँ प्राप्त नहीं हुई।

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
2.	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	14.25	 मार्च 2009 के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ज्वालामुखी के निर्माणार्थ ₹ 2.49 करोड़ की प्रारंभिक प्रशासनिक मंजूरी दी गई (मौजूदा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को मातृ छाया यात्री भवन में स्थानांतरित कर दिया गया) तथा मार्च 2013 तक ₹ 1.08 करोड़ का व्यय किया गया। फरवरी 2014 में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ज्वालामुखी को 50 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड करने एवं उसके बाद मार्च 2017 में 100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड करने का निर्णय लिया गया, तदोपरांत जनवरी 2018 में साइट परिवर्तित करने का प्रस्ताव रखा गया। साइट बदलने, न्यायालयीन प्रकरणों व कार्यक्षेत्र में परिवर्तन के कारण निर्माण-कार्य में और विलम्ब हुआ। अगस्त 2020 में ₹ 14.25 करोड़ के कार्य का संशोधित प्राक्कलन स्वीकृत किया गया। जैसाकि लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया (मई 2023), ₹ 1.75 करोड़ के व्ययोपरांत 70 प्रतिशत कार्य पूर्ण हुआ तथा सिविल अस्पताल जर्जर भवन में प्रचालित किया जा रहा था। खंड चिकित्सा अधिकारी, ज्वालामुखी ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2022) कि अदालती मामले के कारण भी विलम्ब हुआ तथा सितंबर 2021 के दौरान कार्य फिर से प्रारंभ किया गया।
3.	सिविल अस्पताल, शाहपुर	12.09	फरवरी 2019 के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, शाहपुर को 100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड किया गया। फरवरी 2020 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, शिमला को ₹ 12.09 करोड़ का प्रारंभिक प्राक्कलन भेजा गया, जिसे मार्च 2020 के दौरान मंजूरी दे दी गई एवं ₹ 87.50 लाख का बजट आवंटित किया गया। इसके बाद वर्ष 2020-22 के दौरान ₹ 1.28 करोड़ जारी किए गए (अगस्त 2020 में ₹ 78 लाख व जुलाई 2021 में ₹ 50 लाख)। दिसंबर 2021 के दौरान निर्माण-कार्य प्रारंभ किया गया तथा दीवार के प्लास्टर तक का संरचनात्मक कार्य पूर्ण हुआ (मई 2023)। विभाग ने अपने उत्तर में बताया (मार्च 2022) कि प्रशासनिक कारणों से उच्च कार्यालयों द्वारा प्राक्कलन स्वीकृत करने में विलम्ब हुआ। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि कार्य पूर्णता में विलम्ब के कारण अस्पताल के उन्नयन के माध्यम से अभीष्ट लाभ लाभार्थियों तक नहीं पहुंचाया जा सका।
4.	सिविल अस्पताल, थुरल	18.42	सितंबर 2018 में सिविल अस्पताल, थुरल को 100 बिस्तरों में अपग्रेड किया गया। हालांकि नए उन्नत अस्पताल के लिए अतिरिक्त खंड के निर्माणार्थ मई 2021 के दौरान 32 माह की अवधि के बाद ₹ 18.42 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति दी गई। जून 2021 के दौरान निष्पादन प्राधिकारी के पास ₹ 2.30 करोड़ की राशि जमा की गई तथा नवंबर 2021 के दौरान निष्पादन एजेंसी (लोक निर्माण विभाग) द्वारा भवन का निर्माण-कार्य प्रारंभ किया गया। लेखापरीक्षा के समय (दिसंबर 2021) निर्माण-कार्य प्रारंभिक चरण में था। खंड चिकित्सा अधिकारी, थुरल ने उत्तर में बताया (फरवरी 2022) कि कोविड के कारण प्रशासनिक अनुमोदन प्राप्त करने में विलम्ब हुआ।

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
			उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि सितंबर 2018 के दौरान सिविल अस्पताल के उन्नयन की अधिसूचना जारी की गई थी तथा विभाग के पास कोविड-19 से पहले मार्च 2020 के दौरान प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति प्राप्त करने के लिए पर्याप्त समय था।
कार्मिक आवास			
1.	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में टाइप I, II, III व IV कार्मिक आवास	3.77	मई 2013 के दौरान सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में स्टाफ क्वार्टर के निर्माण हेतु ₹ 3.06 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति दी गई थी, जिसे मार्च 2018 के दौरान संशोधित करके ₹ 3.77 करोड़ कर दिया गया। सितंबर 2019 के दौरान निर्माण-कार्य पूर्ण कर (टाइप I, II व IV) स्वास्थ्य विभाग को सौंप दिया गया। मार्च 2020 व जून 2020 के दौरान ये आवास आवंटित कर दिए गए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि: यद्यपि आवासों का निर्माण एवं आवंटन किया गया, परन्तु उन्हें सीवरेज कनेक्शन उपलब्ध नहीं कराया गया जिसके परिणामस्वरूप: (i) सीवरेज कनेक्शन न होने के कारण अस्पताल के अधिकारियों द्वारा टाइप IV के चार आवासों का अधिग्रहण नहीं किया गया। अतः ये आवास खाली रहे। लगभग 3.5 वर्ष (मई 2023) बीत जाने के बाद अब 16/05/2023 को सीवरेज कनेक्शन प्रदान किया गया है और विभाग द्वारा अभी तक आवास आवंटित नहीं किये है। (ii) कर्मचारियों ने लगभग 3.5 वर्ष की अवधि तक बिना सीवरेज कनेक्शन के अपनी व्यवस्था करके टाइप I व टाइप II आवासों का अधिग्रहण किया। हालांकि अब मई 2023 में सीवरेज कनेक्शन प्रदान कर दिया गया। (iii) भवन निर्माण पूर्ण न होने से टाइप III आवासों का आवंटन नहीं किया जा सका। इस प्रकार सीवरेज कनेक्शन उपलब्ध न कराने के कारण टाइप IV आवास खाली रहे एवं टाइप I व II आवासों पर लगभग साढ़े तीन वर्षों तक निवासियों ने अपनी व्यवस्था करके अधिग्रहण किया।

5.4 चयनित स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में जल व विद्युत पूर्तिकर (बैकअप) की उपलब्धता

5.4.1 जल आपूर्ति की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों में पानी की उपलब्धता हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था, अतः जिला अस्पतालों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर पानी की उपलब्धता की जांच की गई, जिसमें 450 से 500 लीटर प्रति बिस्तर प्रतिदिन पानी अपेक्षित होने का प्रावधान है।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- जुलाई 2022 तक आईजीएमसी में पानी की ऊपरी टंकी (ओवरहेड टैंक) की जल क्षमता 3.8 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (873) के आनुपातिक (प्रतिदिन प्रति बिस्तर 450 से

500 लीटर पानी) नहीं थी जिसके कारण अस्पताल नगर निगम, शिमला की जलापूर्ति पर निर्भर था। इसके अतिरिक्त अस्पताल में पानी की आपूर्ति हेतु कोई बैकअप व्यवस्था नहीं थी।

- अगस्त 2022 तक केएनएसएच में ओवरहेड टैंक की जल क्षमता 1.74 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (247) के आनुपातिक थी। यह अस्पताल नगर निगम, शिमला की जलापूर्ति पर निर्भर था।
- जुलाई 2022 तक आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ओवरहेड टैंक की जल क्षमता 4.35 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (866) के आनुपातिक थी।

5.4.2 जल आपूर्ति की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में चौबीसों घंटे पाइप से पानी की आपूर्ति की व्यवस्था की जाए, साथ ही ओवरहेड जल भंडारण टैंक के साथ कम से कम तीन दिन हेतु अपेक्षित पानी को संग्रहित करने का प्रावधान हो, जिसमें पंपिंग एवं बूस्टिंग (पानी खींचना) की व्यवस्था हो। प्रतिदिन प्रति बिस्तर लगभग 450 से 500 लीटर पानी अपेक्षित है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए अग्निशमन को छोड़कर सभी आवश्यकताओं (कपड़े धोने सहित) की पूर्ति हेतु प्रति दिन 10,000 लीटर पीने योग्य पानी की आपूर्ति की व्यवस्था की जाए।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) के अभिलेखों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि मार्च 2021 तक चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11[20] में पर्याप्त क्षमता वाली पानी की टंकी उपलब्ध नहीं थी, जैसाकि **परिशिष्ट 8** में विवर्णित है।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि राज्य की टोपोलॉजी (भोगोलिक स्थिति) के कारण आपूर्ति बाधित है।

5.4.3 विद्युत एवं बैकअप की उपलब्धता (तृतीयक स्तर व द्वितीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों में विद्युत उपलब्धता हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था, अतः जिला अस्पताल के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर विद्युत उपलब्धता की जांच की गई।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में अतिरिक्त भार उठाने में सक्षम 25-50 केवीए की क्षमता युक्त तीन फेज़ वाली 24 घंटे की निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति हो। 25-50 केवीए क्षमता का जेनरेटर बैकअप अनिवार्य था। सिविल अस्पतालों में अस्पताल के सम्पूर्ण विद्युत भार की पूर्ति हेतु अतिरिक्त (स्टैंडबाय) जनरेटर उपलब्ध कराया जाए। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में जनरेटर बैकअप उपलब्ध होना चाहिए। जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में सभी उपकरण वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत कवर किए जाने चाहिए।

---

[20] जिला अस्पताल सोलन, जिला अस्पताल कांगड़ा, सिविल अस्पताल चांगो, सिविल अस्पताल शाहपुर, सिविल अस्पताल बैजनाथ, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में विद्युत उपलब्धता एवं बैकअप की प्रास्थिति **तालिका 5.7** में दर्शाई गई है।

तालिका 5.7: मार्च 2021 तक विद्युत उपलब्धता एवं बैकअप की प्रास्थिति

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति की उपलब्धता	अस्पताल में स्थापित जनरेटर व इन्वर्टर की उपलब्धता	जनरेटर व इन्वर्टर का वार्षिक रखरखाव अनुबंध किया गया
आईजीएमसी, शिमला	✓	10	✓
केएनएसएच, शिमला	✓	5	✓
आरपीजीएमसी, कांगड़ा	✓	18	हां, केवल डीजी सेट
जिला अस्पताल, किन्नौर	✓	2	✓
जिला अस्पताल, सोलन	✓	8	✓
जिला अस्पताल, कांगड़ा	✓	1	✓
सिविल अस्पताल, चांगो	×	1 (ठीक से कार्य नहीं कर रहा)	×
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	×	3	×
सिविल अस्पताल, थुरल	×	2	×
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	×	1	×
सिविल अस्पताल, शाहपुर	✓	1	×
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	3	×
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	×	2	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	✓	1	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	×	0	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	×	2	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	×	1	*
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	×	0	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	×	0	लागू नहीं

*स्रोत: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी। *हालांकि अनिवार्य नहीं था, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई में एएमसी थी।*

तालिका 5.7 से देखा जा सकता है कि:

- चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों एवं जिला अस्पतालों में 24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति, विद्युत बैकअप उपलब्ध था एवं जनरेटर/इन्वर्टर को वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत लिया गया था, आरपीजीएमसी, कांगड़ा को छोड़कर जहां केवल डीजी सेट का वार्षिक रखरखाव अनुबंध किया गया था।

- चयनित छः सिविल अस्पतालों में से चार में 24 घंटे निर्बाध विद्युत आपूर्ति उपलब्ध नहीं थी क्योंकि वे जनरेटर व इन्वर्टर पर निर्भर थे एवं दो[21] सिविल अस्पतालों में निर्बाध विद्युत आपूर्ति थी। चयनित सिविल अस्पतालों के सभी जनरेटर/इन्वर्टर वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत नहीं थे।
- चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से तीन[22] में निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति एवं विद्युत बैकअप दोनों उपलब्ध नहीं थे। एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सांगला) में 24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति उपलब्ध थी। सात में से तीन[23] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में केवल विद्युत बैकअप उपलब्ध था।

5.5 निष्कर्ष

राज्य का बुनियादी स्वास्थ्य ढांचा अच्छा नहीं था क्योंकि स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित संख्या से कम थी। साथ ही वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों की संख्या के अनुरूप नहीं थी। राज्य ने वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक बिस्तरों की स्वीकृत संख्या में 45.02 प्रतिशत की वृद्धि की परन्तु इस अवधि के दौरान बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में केवल 20.60 प्रतिशत की वृद्धि हुई। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के द्वितीयक स्तर पर चिकित्सकों[24] (67 प्रतिशत से 83 प्रतिशत) एवं नर्सिंग व पैरामेडिकल स्टाफ (75 प्रतिशत से 91 प्रतिशत) के आवासीय भवनों की कमी थी, जिससे स्वास्थ्य सेवाओं के निर्बाध एवं प्रभावी वितरण हेतु सभी स्तरों पर कर्मचारियों की उपलब्धता में बाधा उत्पन्न हुई। दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में कुछ वार्डों में बिस्तरों पर दोगुना/तिगुना रोगी-भार देखा गया। चयनित 32 स्वास्थ्य उप-केंद्रों में से नौ के पास अपने भवन नहीं थे एवं वे निजी/अन्य विभागीय भवनों में चल रहे थे। संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य उप-केंद्रों के भवन जर्जर अवस्था में पाए गए।

वर्ष 1998 से 2016 के दौरान 191 कार्य स्वीकृत किए गए थे, जो निष्पादनाधीन/प्रारंभ नहीं किए गए थे। इसके पश्चात वर्ष 2017-21 के दौरान राज्य एवं भारत सरकार की योजनाओं के तहत विभिन्न स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के निर्माणार्थ सरकार द्वारा 258 कार्यों को मंजूरी दी गई। इनमें से 113 कार्य विभिन्न कारणों जैसे भूमि उपलब्ध न होने, प्राक्कलन एवं डिज़ाइन प्रतीक्षित होने, ठेकेदारों द्वारा कार्य निष्पादित न करने आदि के कारण प्रारंभ नहीं किए गए। एक मेडिकल कॉलेज अस्पताल (आईजीएमसी, शिमला) में जल भंडारण क्षमता आनुपातिक नहीं थी, जबकि चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों

---

21 सिविल अस्पताल शाहपुर व बैजनाथ

22 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी, मझीन व बीड।

23 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, बछवाई व पूह।

24 चिकित्सक (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- 74 प्रतिशत, सिविल अस्पताल- 83 प्रतिशत, जिला अस्पताल- 67 प्रतिशत), पैरामेडिकल स्टाफ (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- 75 प्रतिशत, सिविल अस्पताल- 91 प्रतिशत, जिला अस्पताल- 84 प्रतिशत)।

(जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में से 11 में पर्याप्त जल टैंक क्षमता उपलब्ध नहीं थी। कुशल स्वास्थ्य सेवा वितरण हेतु आवश्यक निर्बाध विद्युत आपूर्ति छः में से चार सिविल अस्पतालों में उपलब्ध नहीं थी तथा सात में से तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में जनरेटर/इन्वर्टर उपलब्ध नहीं थे।

5.6 सिफारिशें

सरकार निम्नलिखित सुनिश्चित कर सकती है:

- *प्रत्येक जिले में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार स्वास्थ्य उप-केंद्रों की उपलब्धता।*
- *रोगी-भार को ध्यान में रखते हुए जिन स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त बिस्तर नहीं हैं वहां स्वीकृत बिस्तरों की संख्या के अनुसार बिस्तरों की उपलब्धता।*
- *चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ हेतु सभी स्तरों पर आवासीय भवनों की पर्याप्तता ताकि स्वास्थ्य सेवाओं का 24x7 वितरण प्राप्त किया जा सके।*
- *मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आईपीडी रोगी भार के अनुसार बिस्तर क्षमता पर विचार/संशोधन किया जाए ताकि बिस्तरों में दोहरे/तिहरे रोगी-भार से बचा जा सके।*
- *निष्पादन/वित्तपोषण एजेंसियों के साथ समन्वय से स्वास्थ्य संस्थानों से संबंधित कार्यों की उचित निगरानी करना तथा कार्य समय पर पूर्ण करने में तेजी लाने के लिए विसंगतियों पर काम करना।*
- *जल आपूर्ति की पर्याप्त व्यवस्था एवं निर्बाध विद्युत आपूर्ति ताकि गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराई जा सके।*

अध्याय-VI

वित्तीय प्रबंधन



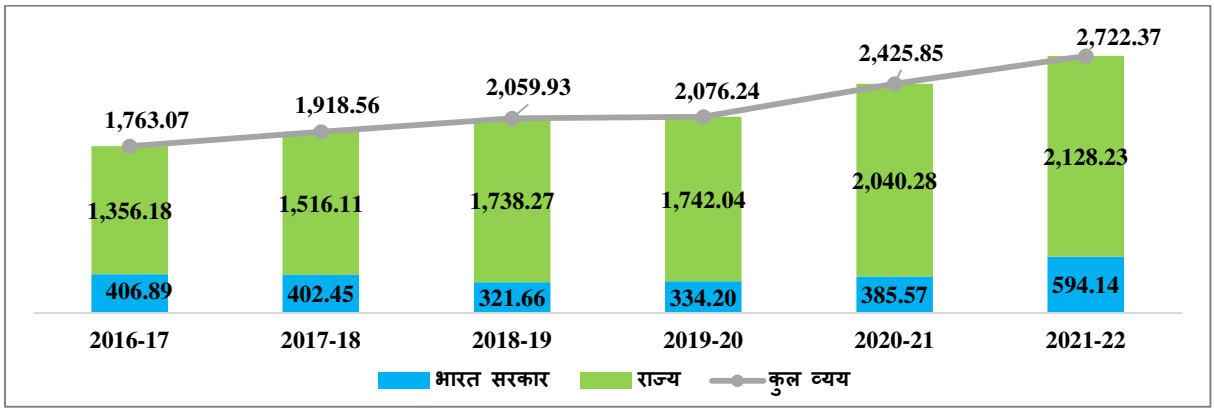
अध्याय VI: वित्तीय प्रबंधन

6.1 व्यय की प्रवृत्ति (केंद्र एवं राज्य सरकार)

राज्य में बुनियादी स्वास्थ्य ढांचे एवं स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन हेतु राज्य बजट, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एवं भारत सरकार की योजनाओं इत्यादि के माध्यम से वित्त प्राप्त किया जाता है। वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान स्वास्थ्य विभाग (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन तथा दंत स्वास्थ्य) में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा किए गए व्यय का विवरण **चार्ट 6.1** में दिया गया है:

चार्ट 6.1: व्यय की प्रवृत्ति

(₹ करोड़ में)



टिप्पणी:- इसमें आयुष शामिल नहीं है। आयुष के साथ समेकित आंकड़ा तालिका 6.1 में शामिल किया गया है।

6.2 सकल राज्य घरेलू उत्पाद के संदर्भ में बजट एवं व्यय

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में वर्ष 2025 तक स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च को सकल राज्य घरेलू उत्पाद के 1.15 प्रतिशत से बढ़ाकर 2.50 प्रतिशत करने का लक्ष्य रखा गया है। सकल राज्य घरेलू उत्पाद के संदर्भ में बजट एवं व्यय (भारत सरकार एवं राज्य दोनों) **तालिका 6.1** में दर्शाया गया है।

तालिका 6.1: वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य सरकार का बजट आवंटन व व्यय

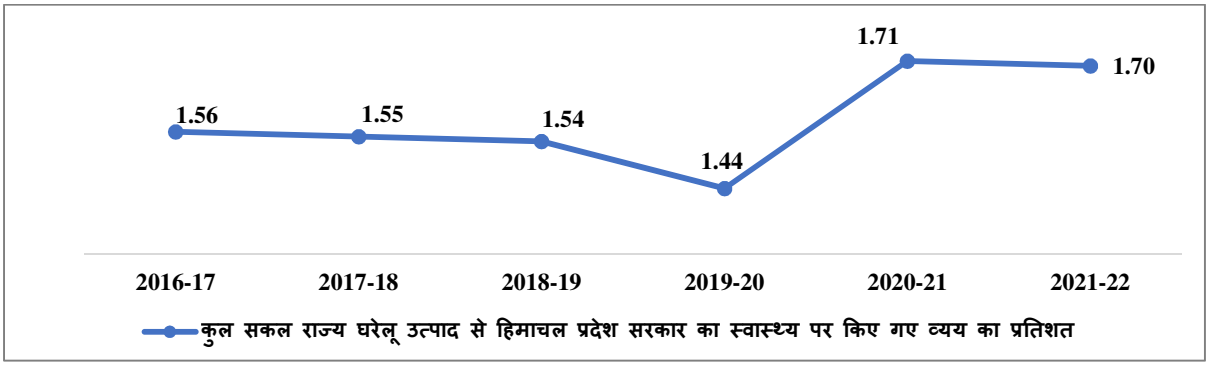
(₹ करोड़ में)

वर्ष	स्वास्थ्य हेतु आवंटित बजट	स्वास्थ्य पर हुआ व्यय	सकल राज्य घरेलू उत्पाद (चालू मूल्य पर)	सकल राज्य घरेलू उत्पाद के संदर्भ में व्यय का प्रतिशत
2016-17	2,081.91	1,962.81	1,25,634	1.56
2017-18	2,201.55	2,143.29	1,38,551	1.55
2018-19	2,625.51	2,295.80	1,49,442	1.54
2019-20	2,565.38	2,344.74	1,62,816	1.44
2020-21	3,228.59	2,671.62	1,56,522	1.71
2021-22	3,365.97	2,984.39	1,75,173	1.70

स्रोत: आर्थिक और सांख्यिकी विभाग से बजट व व्यय विभागीय आंकड़े (आयुष सहित) एवं सकल राज्य घरेलू उत्पाद

जैसाकि **तालिका 6.1** से स्पष्ट है, वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं पर बजटीय व्यय सकल राज्य घरेलू उत्पाद के 1.44 प्रतिशत से 1.71 प्रतिशत तक था। स्वास्थ्य पर व्यय की प्रवृत्ति **चार्ट 6.2** में दर्शाई गई है।

चार्ट 6.2: सकल राज्य घरेलू उत्पाद की तुलना में स्वास्थ्य पर हुए व्यय की प्रवृत्ति



उपरोक्त **चार्ट 6.2** से देखा गया कि वर्ष 2016-17 से 2019-20 की अवधि के दौरान राज्य के सकल राज्य घरेलू उत्पाद की तुलना में व्यय की प्रवृत्ति में गिरावट हुई। वर्ष 2020-21 में इसमें सुधार हुआ, इसका कारण स्वास्थ्य क्षेत्र में हुई व्यय वृद्धि एवं राज्य के सकल राज्य घरेलू उत्पाद में हुई गिरावट थी। वर्ष 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान सकल राज्य घरेलू उत्पाद में 39.43 प्रतिशत की वृद्धि की तुलना में स्वास्थ्य पर व्यय में 52.05 प्रतिशत की निवल वृद्धि हुई।

6.3 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के अनुसार स्वास्थ्य पर वित्तपोषण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 के अनुसार राज्य को वर्ष 2020 तक स्वास्थ्य पर व्यय में कुल बजट के आठ प्रतिशत से अधिक की वृद्धि करनी है। राज्य के कुल व्यय के संदर्भ में स्वास्थ्य सेवा पर व्यय **तालिका 6.2** में दर्शाया गया है।

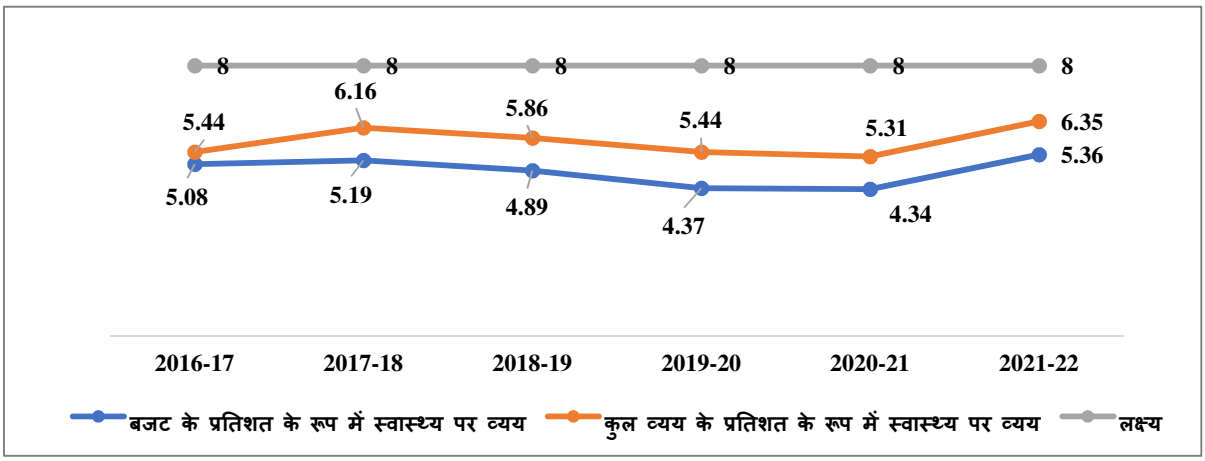
तालिका 6.2: राज्य में स्वास्थ्य पर बजट एवं व्यय के मध्य तुलना

(₹ करोड़ में)

वर्ष	आवंटित बजट	राज्य का कुल व्यय	स्वास्थ्य पर व्यय*	बजट के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर व्यय	कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर व्यय
2016-17	38,675.28	36,075.78	1,962.81	5.08	5.44
2017-18	41,267.45	34,811.21	2,143.29	5.19	6.16
2018-19	46,984.67	39,166.85	2,295.80	4.89	5.86
2019-20	53,707.68	43,063.30	2,344.74	4.37	5.44
2020-21	61,596.65	50,305.30	2,671.62	4.34	5.31
2021-22	55,714.72	46,989.18	2,984.39	5.36	6.35

*स्रोत- विनियोग लेखे, वित्त लेखे, *आयुष सहित राज्य व्यय (विभागीय आंकड़े)*

चार्ट 6.3: बजट एवं कुल व्यय की तुलना में स्वास्थ्य पर व्यय



उपरोक्त **चार्ट 6.3** से स्पष्ट है कि आठ प्रतिशत के लक्ष्य के सापेक्ष स्वास्थ्य क्षेत्र पर सरकारी खर्च वर्ष 2016-17 के ₹ 1,962.81 करोड़ (राज्य के कुल व्यय का 5.44 प्रतिशत) से बढ़कर वर्ष 2021-22 में ₹ 2,984.39 करोड़ (राज्य के कुल व्यय का 6.35 प्रतिशत) हो गया। यद्यपि आवंटित निधि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में परिकल्पित राशि से कम थी तथापि राज्य आवंटित निधियों का उपयोग नहीं कर सका, जैसाकि **तालिका 6.3** में दर्शाया गया है। आवंटित निधियों की अप्रयुक्ति राज्य के निधि अवशोषण क्षमता की कमी को परिलक्षित करती है। इस प्रकार सरकार को स्वास्थ्य क्षेत्र पर व्यय बढ़ाने का अभी भी अवसर है।

6.4 आवंटन एवं व्यय की तुलना

भारत सरकार से प्राप्त निधियों हेतु वर्ष 2016-22 का बजट एवं व्यय तथा राज्य सरकार के बजट से आवंटन एवं अव्ययित निधियों का प्रतिशत **तालिका 6.3** में दिया गया है|

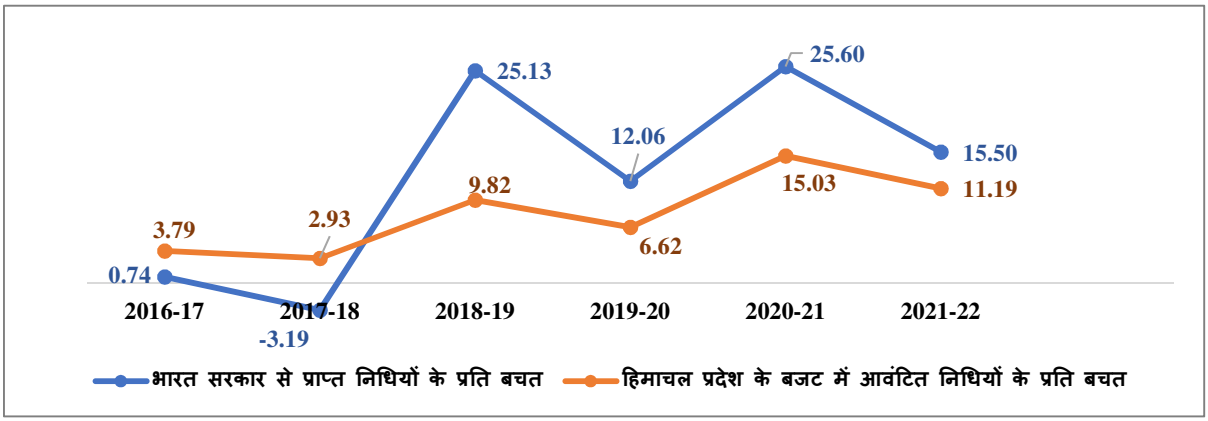
तालिका 6.3: समग्र बजट व व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	भारत सरकार			हिमाचल प्रदेश सरकार			कुल बचत
	बजट	व्यय	बचत (-)/ आधिक्य (+)	बजट	व्यय	बचत (-)/ आधिक्य (+)	
2016-17	409.94	406.89	-3.05 (0.74)	1,409.66	1,356.18	-53.48 (3.79)	-56.53 (3.11)
2017-18	390.02	402.45	+12.43 (3.19)	1,561.80	1,516.11	-45.69 (2.93)	-33.26 (1.70)
2018-19	429.63	321.66	-107.97 (25.13)	1,927.52	1,738.27	-189.25 (9.82)	-297.22 (12.60)
2019-20	380.03	334.20	-45.83 (12.06)	1,865.61	1,742.04	-123.57 (6.62)	-169.40 (7.54)
2020-21	518.24	385.57	-132.67 (25.60)	2,401.21	2,040.28	-360.93 (15.03)	-493.60 (16.91)
2021-22	703.13	594.14	-108.99 (15.50)	2,396.26	2,128.23	-268.03 (11.19)	-377.02 (12.16)
योग	**2,830.99**	**2,444.91**	**-386.08 (13.64)**	**11,562.06**	**10,521.11**	**1,040.95 (9.00)**	**-1,427.03 (9.91)**

स्रोत: विभागीय आंकड़े, कोष्ठक में दिए आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

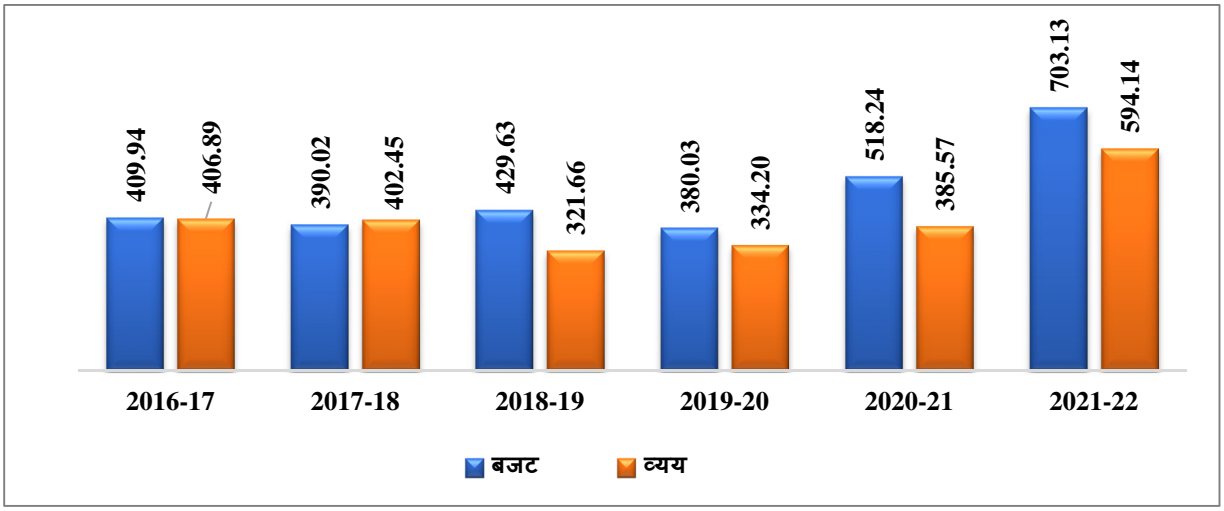
चार्ट 6.4: वर्ष 2016-22 के दौरान बचत प्रवृत्ति



वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान बजट के उपयोग का प्रतिशत मिश्रित प्रवृत्ति दर्शाता है जो वर्ष 2020-21 में सबसे कम था। यह परिलक्षित करता है कि राज्य ने स्वास्थ्य क्षेत्र हेतु बजट में निधियों की मांग तैयार करने से पहले यथार्थवादी आकलन नहीं किया।

चार्ट 6.5: भारत सरकार के अंश का बजट आवंटन एवं व्यय

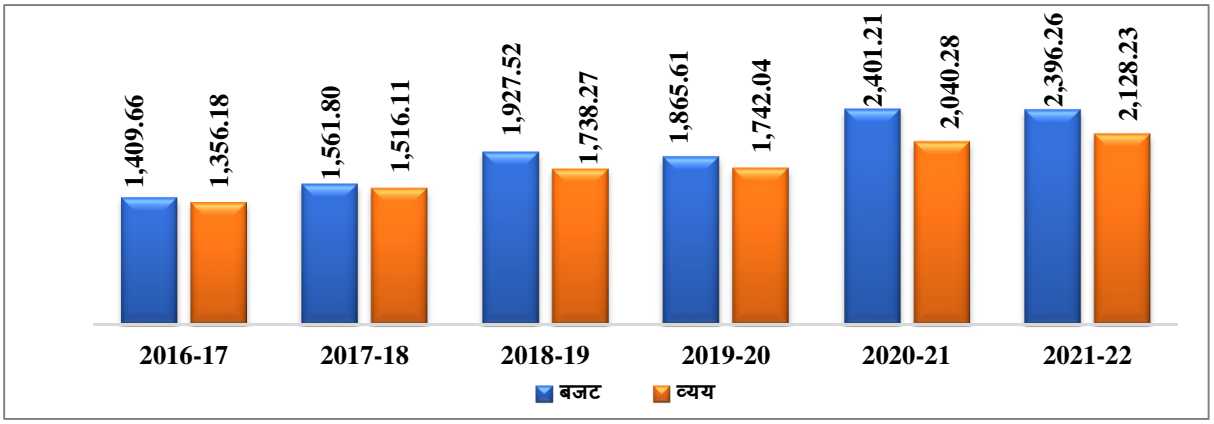
(₹ करोड़ में)



स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े

चार्ट 6.6: राज्यांश का बजट एवं व्यय

(₹ करोड़ में)



स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध कराया गया विवरण

- **तालिका 6.3** से पाया गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान कुल ₹ 1,427.03 करोड़ (9.91 प्रतिशत) (भारत सरकार[1] ₹ 386.08 करोड़ व राज्य ₹ 1,040.95 करोड़[2]) का बजट अप्रयुक्त रहा।
- निदेशक, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण द्वारा वर्ष 2017-18 के दौरान केंद्रांश के तहत ₹ 12.43 करोड़ का व्यय आधिक्य किया गया।
- निदेशालय एवं कोषागार व लेखा के ई-कोश (राज्य सरकार का ऑनलाइन कोषागार डाटा) द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ों के अनुसार बजट आवंटन (₹ 990.39 करोड़[3]) व व्यय (₹ 543.18 करोड़[4]) के आंकड़ों में भिन्नता पाई गई। यद्यपि निदेशालय से आंकड़ों की भिन्नता, बचत अभ्यर्पण व व्यय आधिक्य के कारण मांगे गए (सितंबर 2022) तथापि प्रस्तुत नहीं किए गए।
- बजट अनुमान के आधार के विषय में पूछने पर बताया गया (अगस्त 2022) कि स्वास्थ्य संस्थानों में विभिन्न पहलुओं पर अंतर की पहचान (गैप आइडेंटिफिकेशन) का आंकलन करने की कोई प्रथा नहीं है। आगे बताया गया कि बजट अनुमान बनाते समय संबंधित जिलों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों, चिकित्सा अधीक्षकों, क्षेत्रीय कुष्ठ रोग अधिकारियों एवं प्रशिक्षण केंद्रों के प्रधानाचार्यों से प्रस्ताव मांगे जाते हैं। जिन मामलों में प्रस्ताव प्राप्त नहीं होता, वहां गत वर्ष के व्यय से 10 प्रतिशत वृद्धि करके अनुमान बनाया जाता है। हालांकि विभाग वर्ष 2016-17 से 2019-20 हेतु जिलों से प्राप्त मांगों को प्रस्तुत करने में असमर्थ रहा।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि वर्ष 2016-19 के दौरान मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा, वर्ष 2016-20 के दौरान मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन एवं वर्ष 2016-21 के दौरान मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर द्वारा बजट की कोई मांग नहीं भेजी गई। इस प्रकार यह स्पष्ट है कि निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं ने आवश्यकताओं के सटीक अनुमान के बिना बजट तैयार किया था।

6.5 निधियों का उपयोग

6.5.1 राजस्व एवं पूंजीगत व्यय

राजस्व व्यय में स्थापना व्यय, विभिन्न संस्थानों को सहायता अनुदान, प्रशिक्षण कार्यक्रमों पर व्यय, टीकाकरण कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, राज्य/केंद्र सरकार की विभिन्न योजनाएं/कार्यक्रम, अन्य गैर-सरकारी संस्थानों को सहायता, दवाओं की खरीद, इत्यादि सम्मिलित होते हैं।

पूंजीगत व्यय में स्वास्थ्य संस्थानों के भवनों का निर्माण/बड़ी मरम्मत, भू-अधिग्रहण, इत्यादि सम्मिलित होते हैं।

---

1 निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं: ₹ 229.96 करोड़ एवं चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय: ₹ 156.12 करोड़।

2 निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं: ₹ 530.19 करोड़, निदेशालय दंत स्वास्थ्य: ₹ 19.76 करोड़, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय: ₹ 490.37 करोड़ एवं निदेशालय स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन: ₹ 0.63 करोड़।

3 सभी निदेशालयों (निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय, निदेशालय स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन और निदेशालय दंत स्वास्थ्य) में वर्ष 2016-22 हेतु आवंटन: ₹ 14,393.05 करोड़, ई-कोश के अनुसार ₹ 13,402.66 करोड़।

4 सभी निदेशालयों (निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय, निदेशालय स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन और निदेशालय दंत स्वास्थ्य) में वर्ष 2016-22 का व्यय- ₹ 12,966.02 करोड़, और ई-कोश के अनुसार ₹ 12,422.84 करोड़।

वर्ष 2016-22 के दौरान स्वास्थ्य पर किए गए ₹ 12,422.85 करोड़ (ई-कोष डेटा के अनुसार) के सकल व्यय में से राजस्व व्यय ₹ 10,779.72 करोड़ (87 प्रतिशत) जबकि पूंजीगत व्यय ₹ 1,643.13 करोड़ (13 प्रतिशत) था।

तालिका 6.4: राजस्व एवं पूंजीगत व्यय का विवरण

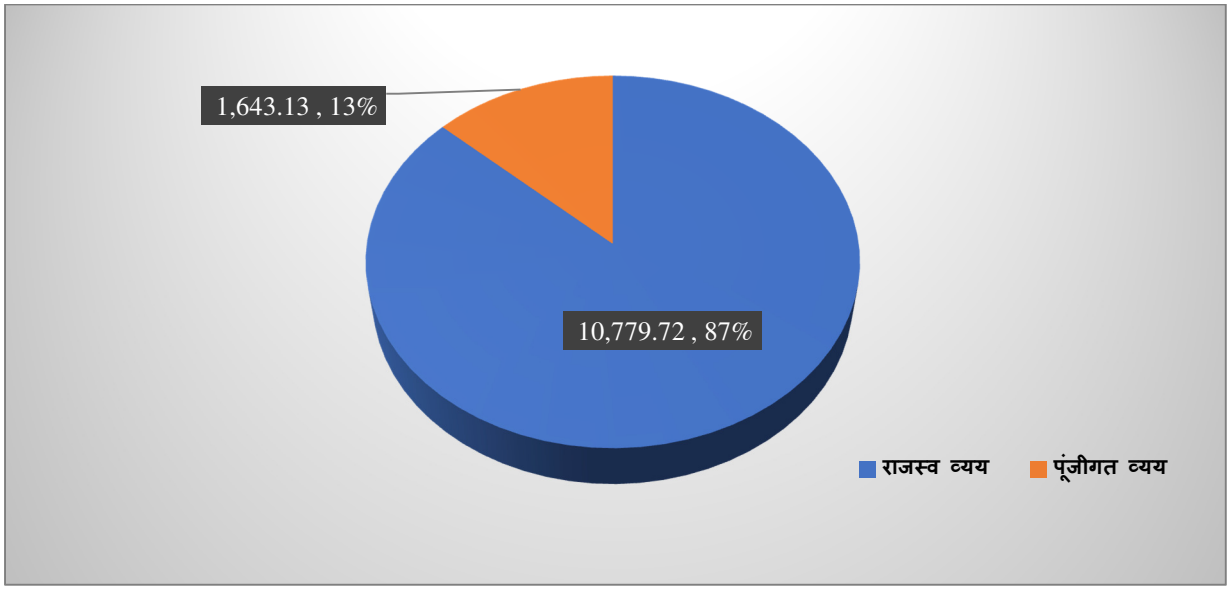
(₹ करोड़ में)

वर्ष	राजस्व			पूंजीगत		
	आवंटन	व्यय	(-) बचत/ (+) आधिक्य (प्रतिशत)	आवंटन	व्यय	(-) बचत/ (+) आधिक्य (प्रतिशत)
2016-17	1,325.70	1,321.99	-3.71 (-0.28)	273.36	270.84	-2.52(-0.92)
2017-18	1,540.90	1,542.11	+1.21(+0.08)	249.62	248.64	-0.98(-0.39)
2018-19	1,688.40	1,681.43	-6.97(-0.41)	335.64	334.89	-0.75(-0.22)
2019-20	1,850.05	1,850.05	0.00	221.29	221.29	0.00
2020-21	2,415.85	2,014.07	-401.78(-16.63)	401.30	287.68	-113.62(-28.31)
2021-22	2,790.23	2,370.07	-420.16(-15.06)	310.32	279.79	-30.53(9.84)
योग	**11,611.13**	**10,779.72**	**-831.41(-7.16)**	**1,791.53**	**1,643.13**	**-148.40(-8.28)**

स्रोत: संबंधित वर्ष का ई-कोष डेटा

चार्ट 6.7: राजस्व एवं पूंजीगत व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)



जैसाकि **तालिका 6.4** से स्पष्ट है, विगत वर्षों में राजस्व व्यय में वृद्धि हुई जबकि पूंजीगत व्यय में वर्ष 2018-19 तक वृद्धि हुई एवं उसके बाद गिरावट की प्रवृत्ति देखी गई। वर्ष 2016-22 की अवधि हेतु व्यय में राजस्व शीर्ष के तहत 87 प्रतिशत एवं पूंजीगत शीर्ष के तहत 13 प्रतिशत शामिल था। व्यय की घटक-वार चर्चा अनुवर्ती परिच्छेदों में की गई है।

6.5.2 निधियों का घटक-वार उपयोग

ई-कोष के अनुसार वर्ष 2016-22 के दौरान सभी निदेशालयों द्वारा स्वास्थ्य सेवा पर घटक-वार किया गया व्यय **तालिका 6.5** में दर्शाया गया है।

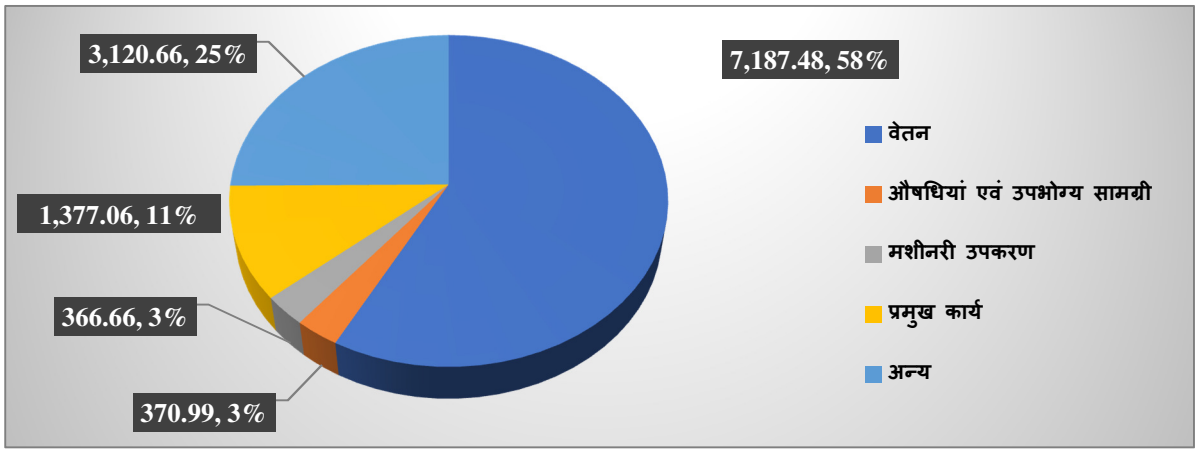
तालिका 6.5: राज्य की स्वास्थ्य सेवा पर समग्र रूप से घटक-वार व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	कुल व्यय	वेतन[5]	औषधि व उपभोग्य सामग्री	मशीनरी व उपकरण	प्रमुख कार्य	अन्य
2016-17	1,592.83	955.95(60.02)	39.89(2.50)	21.98(1.38)	270.84(17.00)	304.17(19.10)
2017-18	1,790.75	1,083.09(60.48)	49.68(2.77)	34.01(1.90)	245.68(13.72)	378.29(21.12)
2018-19	2,016.32	1,182.94(58.67)	79.94(3.96)	174.90(8.67)	176.19(8.74)	402.35(19.95)
2019-20	2,071.34	1,246.83(60.19)	77.05(3.72)	50.26(2.43)	184.03(8.88)	513.17(24.77)
2020-21	2,301.75	1,312.59(57.03)	48.65(2.11)	48.06(2.09)	245.41(10.66)	647.04(28.11)
2021-22	2,649.86	1,406.08(53.06)	75.78(2.86)	37.45(1.41)	254.91(9.62)	875.64(33.04)
योग	**12,422.85**	**7,187.48(57.86)**	**370.99(2.99)**	**366.66(2.95)**	**1,377.06 (11.08)**	**3,120.66(25.12)**

स्रोत: हिमाचल प्रदेश के राजकोष एवं लेखाओं के ई-कोष डेटा के अनुसार, कोष्ठक में आंकड़े प्रतिशत दर्शाते हैं।

चार्ट 6.8: राज्य की स्वास्थ्य सेवा पर 2016-22 के दौरान समग्र रूप से घटक-वार व्यय



तालिका 6.5 एवं **चार्ट 6.8** से स्पष्ट है कि:

- वर्ष 2016-22 के दौरान व्यय का एक बड़ा भाग वेतन एवं सामान्य स्थापना पर खर्च किया गया, जो कुल व्यय का 58 प्रतिशत था।
- मशीनरी व उपकरणों पर व्यय में वर्ष 2016-17 की तुलना में वृद्धि हुई, तथापि इसमें वर्ष 2017-18 के ₹ 34.01 करोड़ से वर्ष 2018-19 में ₹ 174.90 करोड़ की तीव्र वृद्धि हुई। यह वृद्धि मुख्य रूप से वर्ष 2016-18 की अवधि के दौरान चार[6] मेडिकल कॉलेजों की स्थापना के कारण हुई, जिनमें ₹ 174.90 करोड़ में से ₹ 150.99 करोड़ की निधियां वर्ष 2018-19 के दौरान तीन कॉलेजों (वाईएसपीजीएमसी, सिरमौर - ₹ 49.95 करोड़, जेएलएनजीएमसी चंबा - ₹ 49.84 करोड़ व आरकेजीएमसी हमीरपुर - ₹ 51.20 करोड़) को जारी की गई। वर्ष 2018-19 से घटती प्रवृत्ति प्रारंभ

5 वेतन, मजदूरी, यात्रा व्यय, पोशाक, चिकित्सा प्रतिपूर्ति, जीआईए वेतन, बाह्यस्त्रोत कर्मचारियों को पारिश्रमिक।

6 वाईएसपीजीएमसी सिरमौर (2016), जेएलएनजीएमसी चंबा (2017), एसएलबीजीएमसी मंडी (2017) व आरकेजीएमसी हमीरपुर (2018)।

हुई, जबकि पाया गया कि चयनित जिलों में जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में उपकरणों की उपलब्धता में कमी थी, जैसाकि अध्याय IV **(परिच्छेद 4.9.1)** में चर्चा की गई है।

- वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों पर व्यय में 89.97 प्रतिशत की सकल वृद्धि हुई। हालांकि वर्ष 2019-20 से 2020-21 के दौरान व्यय में 36.86 प्रतिशत की गिरावट देखी गई। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल/मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय- 42 से 80 प्रतिशत, सिविल अस्पताल- 55 से 92 प्रतिशत व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- 60 से 85 प्रतिशत) में दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता में औसत गिरावट भी देखी गई, जिसकी चर्चा अध्याय IV- औषधि, उपकरण एवं अन्य उपभोग्य सामग्री **(परिच्छेद 4.1.1** से **परिच्छेद 4.1.7)** में की गई है।

6.6 चयनित जिलों हेतु बजट एवं व्यय (भारत सरकार व राज्य)

वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिलों में चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग से संबंधित निधियों का वर्ष-वार आवंटन एवं व्यय **तालिका 6.6** में दर्शाया गया है।

तालिका 6.6: चयनित जिलों में बजट एवं व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	किन्नौर		सोलन		कांगड़ा		कुल		
	बजट	व्यय	बजट	व्यय	बजट	व्यय	बजट	व्यय	बचत (प्रतिशत)
2016-17	15.53	17.07	76.93	64.84	117.78	106.68	210.24	188.59	10.30
2017-18	15.17	16.64	67.46	64.01	107.71	103.57	190.34	184.22	3.22
2018-19	19.21	18.21	79.49	74.62	126.66	120.95	225.36	213.78	5.14
2019-20	20.24	20.89	85.50	78.98	171.45	164.60	277.19	264.47	4.59
2020-21	19.61	19.56	80.80	74.70	203.88	169.27	304.29	263.53	13.40
2021-22	24.99	24.52	78.92	72.49	213.32	195.92	317.23	292.93	7.66
योग	**114.75**	**116.89**	**469.10**	**429.64**	**940.80**	**860.99**	**1,524.65**	**1,407.52**	**7.68**

स्रोत: जिला अस्पताल सहित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण)

उपरोक्त **तालिका 6.6** से देखा गया कि :

- वर्ष 2016-17, 2017-18 व 2019-20 के दौरान तीनों जिलों में से किन्नौर में बजट से अधिक व्यय हुआ। व्यय की पूर्ति अन्य शीर्षों से निधियों के पुनर्विनियोजन द्वारा की गई।
- वर्ष 2016-17 की तुलना में वर्ष 2021-22 में तीन जिलों में व्यय 55.33 प्रतिशत (किन्नौर-43.64, सोलन - 11.80 व कांगड़ा - 83.65) बढ़ गया।
- वर्ष 2016-22 के दौरान बचत की मिश्रित प्रवृत्ति देखी गई, जो 3.22 प्रतिशत व 13.40 प्रतिशत के मध्य थी (वर्ष 2021-22 में किन्नौर 1.88 प्रतिशत, सोलन 5.11 प्रतिशत से 15.72 प्रतिशत के मध्य व कांगड़ा 3.84 प्रतिशत से 16.98 प्रतिशत के मध्य)।

6.6.1 सभी चयनित जिलों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं पर किया गया घटक-वार व्यय

चयनित जिलों में 79 प्रतिशत व्यय वेतन पर; दवाओं व उपभोग्य सामग्रियों की खरीद पर चार प्रतिशत, उपकरण पर एक प्रतिशत, प्रमुख कार्यों पर नौ प्रतिशत एवं 'अन्य' हेतु जिसमें कार्यालय व्यय, मोटर

वाहन, रेफरल सेवाएं, अनुदान सहायता, छोटे कार्य एवं मरम्मत व रखरखाव जैसी मदें शामिल थीं, पर सात प्रतिशत व्यय देखा गया, जैसाकि **तालिका 6.7** में दर्शाया गया है।

तालिका 6.7: वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिलों में घटक-वार व्यय

(₹ करोड़/प्रतिशत में)

वर्ष	कुल व्यय	वेतन (प्रतिशत)	औषधि व उपभोग्य सामग्री (प्रतिशत)	उपकरण (प्रतिशत)	प्रमुख कार्य (प्रतिशत)	अन्य (प्रतिशत)
2016-17	188.59	157.99 (84)	7.61 (4)	1.47 (1)	14.31 (8)	7.21 (4)
2017-18	184.22	156.40 (85)	8.16 (4)	1.96 (1)	10.86 (6)	6.84 (4)
2018-19	213.78	168.69 (79)	12.99 (6)	2.37 (1)	21.95 (10)	7.78 (4)
2019-20	264.47	209.03 (79)	12.86 (5)	6.68 (3)	26.24 (10)	9.66 (4)
2020-21	263.53	211.60 (80)	5.54 (2)	0.61 (0)	22.09 (8)	23.69 (9)
2021-22	292.93	204.21 (70)	6.10 (2)	2.14 (0)	28.34 (10)	52.14 (18)
योग	**1,407.52**	**1107.92 (79)**	**53.26 (4)**	**15.23(1)**	**123.79 (9)**	**107.32 (7)**

स्रोतः विभागीय आंकड़े

6.7 लेखापरीक्षा निष्कर्ष

6.7.1 बजट नियंत्रण

6.7.1.1 तत्काल आवश्यकता के बिना कोषागार से निधियों का अनियमित आहरण

हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियम, 1971 खंड I के नियम 2.10 (बी) 5 में प्रावधान है कि जब तक तत्काल संवितरण की आवश्यकता न हो, तब तक कोषागार से कोई आहरण न किया जाए तथा यह कि जिन कार्यों के पूर्ण होने में काफी समय लगने की संभावना हो, उनके निष्पादन हेतु कोषागार से अग्रिम आहरण न किया जाए।

लेखापरीक्षा में नमूना-जांचित स्वास्थ्य-संस्थानों के संदर्भ में पाया गया कि मार्च 2017 व मार्च 2020 के मध्य पांच आहरण एवं संवितरण अधिकारियों द्वारा ₹ 7.88 करोड़ आहरित किए गए परन्तु राशि तुरंत संवितरित न करके डिमांड ड्राफ्ट/बचत बैंक खातों के रूप में रखी गई, जैसाकि **तालिका 6.8** में दर्शाया गया है।

तालिका 6.8: तत्काल आवश्यकता के बिना कोषागार से आहरित निधि का विवरण दर्शाने वाली विवरणी

क्र. सं.	आहरण एवं संवितरण अधिकारी का नाम	कोषागार से आहरित राशि (लाख में)	आहरण का उद्देश्य	आहरण की तिथि	भुगतान जारी करने की अवधि	अभ्युक्तियां
1.	मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा	420.20	सीवरेज प्रशोधन संयंत्र की स्थापना	31/03/2020	6-15 माह	यह राशि कोषागार से आहरित की गई एवं इसे डिमांड ड्राफ्ट /बैंकर्स चेक के रूप में रखा गया, जिसे बाद में फर्मों को जारी किया गया।
2.	मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर	43.50	सीवरेज प्रशोधन संयंत्र की स्थापना	मार्च 2020	9-12 माह	कोषागार से आहरण के बाद राशि को डिमांड ड्राफ्ट के रूप में रखा गया।

क्र. सं.	आहरण एवं संवितरण अधिकारी का नाम	कोषागार से आहरित राशि (लाख में)	आहरण का उद्देश्य	आहरण की तिथि	भुगतान जारी करने की अवधि	अभ्युक्तियां
3.	टीबीएस, धर्मपुर	18.00	सीवरेज प्रशोधन संयंत्र की स्थापना	मार्च 2020	16 -17 माह	राशि बचत बैंक खाते में रखी गई।
4.	आरपीजीएमसी, कांगड़ा	155.00	इंट्रामुरल रिसर्च ग्रांट	मार्च 2017 से मार्च 2019	विभिन्न विभागों के पांच सहायक प्रोफेसरों को ₹ 13.41 लाख अग्रिम रूप से दिए गए।	मार्च 2017 से जून 2020 तक राशि बचत बैंक खाते में रखी गई, तदोपरांत ₹ 125.00 लाख की शेष राशि निदेशक, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय, शिमला को स्थानांतरित कर दी गई।
5.	प्रधानाचार्य, आईजीएमसी शिमला	151.00		मार्च 2017 से मार्च 2019	जनवरी 2023 तक अनुसंधान कार्य हेतु विभिन्न गतिविधियों व किट की खरीद हेतु ₹ 13.27 लाख व्यय किए गए।	जनवरी 2023 तक बचत बैंक खाते में ₹ 151.68 लाख (ब्याज ₹ 13.95 लाख सहित) अप्रयुक्त रहे। अव्ययित होने का कारण अपेक्षित स्टाफ की भर्ती न होना बताया गया।
योग		**787.70**				

स्रोतः संस्थानों द्वारा आपूरित जानकारी

इंगित किए जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर ने बताया (अक्टूबर 2021) कि कोविड-19 महामारी एवं सर्दियों के मौसम में सड़कें अवरुद्ध होने, इत्यादि के कारण सीवरेज प्रशोधन संयंत्र का कार्य पूर्ण नहीं हुआ, जबकि मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने बताया (दिसंबर 2021) कि बजट आवंटित होते ही निधियां आहरित की गई। उत्तर स्वीकार्य नहीं थे क्योंकि हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियम के नियमावली 2.10(बी) 5 की अवहेलना करते हुए कोषागार से तत्काल आवश्यकता के बिना निधियों का आहरण किया गया।

6.7.1.2 अव्ययित बजट अभ्यर्पित न करना

हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियमावली, 2009 के नियम 41 के अनुसार राज्य सरकार के विभागाध्यक्ष उनके प्रशासनिक विभाग के माध्यम से वित्तीय वर्ष की समाप्ति से पहले उनके द्वारा नियंत्रित अनुदान या विनियोजन में देखी गई सभी प्रत्याशित बचतें वित्त विभाग को वित्त विभाग द्वारा निर्धारित तिथियों तक अभ्यर्पित करें।

- लेखापरीक्षा में वर्ष 2016-22 के दौरान चार निदेशालयों (स्वास्थ्य सेवाएं, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान, दंत स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन) में राज्य व भारत सरकार के अंश के तहत ₹ 1,427.03 करोड़ का सकल अव्ययित बजट पाया गया। इसके अतिरिक्त वर्ष 2016-22 की

अवधि हेतु नमूना-जांचित दस[7] इकाइयों में मुख्य रूप से वेतन शीर्ष के तहत ₹ 193.91 करोड़ की बचत हुई, जिसे समय पर अभ्यर्पित नहीं किया गया। वित्तीय वर्ष की समाप्ति के बाद आधिक्य व अभ्यर्पण विवरणी भेजने का प्रचलन देखा गया, जो वित्तीय नियमों के विरूद्ध था। इस प्रकार निधियों का अभ्यर्पण नियमानुसार नहीं किया गया।

- राजकीय दंत महाविद्यालय, शिमला में पाया गया कि वर्ष 2016-17 के दौरान दंत महाविद्यालय के विद्यार्थियों एवं स्टाफ हेतु छात्रावास एवं अन्य बुनियादी ढांचे के निर्माणार्थ राज्य सरकार द्वारा ₹ 0.20 करोड़ का बजट प्रावधान किया गया। इसके बाद वर्ष 2017-18 के दौरान उक्त कार्य हेतु ₹ 2.00 करोड़ का बजट प्रावधान किया गया। भूमि की अनुपलब्धता के कारण परियोजना पर कोई व्यय नहीं हो सका। तथापि वर्ष 2016-17 व 2017-18 के दौरान कार्यालय ने बजट अभ्यर्पित नहीं किया।

प्रधानाचार्य, दंत महाविद्यालय (अगस्त 2022) द्वारा प्रत्युत्तर में बताया गया कि वित्तीय वर्ष की समाप्ति के बाद बजट अभ्यर्पित करने का प्रचलन था। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि वित्तीय नियमों के अनुसार बजट अभ्यर्पित करना अपेक्षित था तथा अपनाई गई प्रथा नियमों का उल्लंघन थी।

6.7.1.3 अप्रयुक्त निधियां

राजेंद्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय (आरपीजीएमसी), कांगड़ा में संसद सदस्य स्थानीय क्षेत्र विकास के तहत पांच कार्यों[8] हेतु उपायुक्त, कांगड़ा से प्राप्त ₹ 37.40 लाख की राशि निविदा को अंतिम रूप न देने एवं अन्य उद्देश्यों (उपकरणों की खरीद) हेतु उपयोग की अनुमति लंबित होने के कारण अप्रयुक्त रही। यह राशि बचत बैंक खाते में 24-34 माह (अगस्त 2019 से मई 2022) से अधिक समय तक रखी गई।

6.7.2 प्राप्ति नियंत्रण

6.7.2.1 राज्य कोषागार में सरकारी राजस्व जमा न करना

हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियमावली, 2009 के नियम 3 में प्रावधान है कि सरकार द्वारा या उसकी ओर से सरकार के बकाया के रूप में या अन्यथा जमा, प्रेषण एवं वहां से आहरण हेतु प्राप्त सभी धन तत्काल सरकारी खाते में लाया जाए।

---

[7] प्रशिक्षण संस्थान चेब कांगड़ा: ₹ 1.63 करोड़ (2016-22), खंड चिकित्सा कार्यालय, ज्वालामुखी; ₹ 2.13 करोड़ (2016-21), सिविल अस्पताल, बैजनाथ: ₹ 0.91 करोड़ (2016-21), खंड चिकित्सा कार्यालय, महाकाल: ₹ 6.05 करोड़ (2016-22), मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा: ₹ 2.94 करोड़ (2016-21), जिला अस्पताल, कांगड़ा: ₹ 10.03 करोड़ (2016-21), आरपीजीएमसी कांगड़ा: ₹ 23.12 करोड़ (2016-22) आईजीएमसी: ₹ 108.51 करोड़ (2016-22) व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन ₹ 23.39 करोड़ (2016-21) व दंत महाविद्यालय, शिमला ₹ 15.20 करोड़ (2016-22)।

[8] 25 सेवी फाउलर बेड की स्थापना (मई 2020) ₹ पांच लाख, 50 साधारण बेड की स्थापना (मई 2020) ₹ 2.40 लाख, एक वेंटिलेटर की खरीद (नवंबर 2019) ₹ 10.00 लाख एवं दो वेंटिलेटर की खरीद ₹ 20.00 लाख

लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन निदेशालय, आईजीएमसी, शिमला, आरपीजीएमसी, कांगड़ा व दंत महाविद्यालय ने वर्ष 2016-22 की अवधि हेतु ₹ 52.01 करोड़ (स्वास्थ्य सुरक्षा[9]: ₹ 5.69 करोड़, ट्यूशन शुल्क: आईजीएमसी, शिमला - ₹ 18.27 करोड़, आरपीजीएमसी, कांगड़ा - ₹ 22.01 करोड़ एवं दंत महाविद्यालय, शिमला - ₹ 6.04 करोड़) का संचित राजस्व सरकारी खाते में जमा नहीं किया। निदेशालय के अधिकारियों ने उपरोक्त राजस्व को रखने के लिए वित्त विभाग से कोई अनुमति/आदेश प्राप्त नहीं किया था।

दंत महाविद्यालय ने प्रत्युत्तर में बताया (अगस्त 2022) कि जनवरी 2007 के दौरान अतिरिक्त सचिव, स्वास्थ्य, हिमाचल प्रदेश सरकार द्वारा सोसाइटी खाते में ट्यूशन शुल्क जमा करने की अनुमति दी गई थी।

निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन ने बताया (नवंबर 2021) कि शासी निकाय के अनुमोदन/निर्णय के बाद स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन सोसाइटी शासी निकाय ने राशि को रखने का निर्णय लिया था।

अंतिम बैठक में सचिव (स्वास्थ्य), हिमाचल प्रदेश सरकार ने बताया कि ट्यूशन शुल्क रोगी कल्याण समिति कोष में जमा किया गया एवं दिन-प्रतिदिन के त्वरित व्यय की पूर्ति रोगी कल्याण समिति कोष से की गई। इसके अतिरिक्त वित्त विभाग की सहमति के बाद स्वास्थ्य विभाग से रोगी कल्याण समिति खाते में ट्यूशन शुल्क जमा करने सम्बन्धी अधिसूचना जारी की गई।

सरकार ने अपने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि जनवरी 2012 में सरकारी स्तर पर लिए गए निर्णयानुसार छात्र शुल्क को अलग खाते में रखा जाना था, जिसका उपयोग छात्र कल्याण संबंधी गतिविधियों हेतु किया जाना था। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि सरकारी राजस्व को सरकारी खाते से बाहर रखने की विधायी सहमति नहीं ली गई।

6.7.2.2 प्रयोक्ता शुल्क जमा करने में विलम्ब

वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत रोगी कल्याण समितियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं की कार्यपद्धति एवं सेवा प्रावधान में सुधार लाने, भागीदारी एवं जवाबदेही बढ़ाने के लिए एक मंच के रूप में प्रस्तुत किया गया। रोगी कल्याण समिति के दिशानिर्देशों में दिए गए प्रावधानानुसार रोगियों से विभिन्न परीक्षणों/उपचार आदि हेतु एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क उसी दिन या अगले कार्य दिवस पर बैंक में जमा करना अपेक्षित है।

- लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जांचित चार[10] स्वास्थ्य संस्थानों में ₹ 8.43 लाख का प्रयोक्ता शुल्क उक्त नियमों का उल्लंघन करते हुए दो से 317 दिनों के विलम्ब के साथ रोगी कल्याण समिति के बैंक खाते में देर से जमा किया गया।

---

[9] खाद्य/औषधि लाइसेंस, पंजीकरण शुल्क के लिए प्राप्त ब्याज, लाइसेंस/पंजीकरण शुल्क, शास्ति, अर्थ-दण्ड का संचित राजस्व

[10] किन्नौर: ₹ 3.86 लाख, सिविल अस्पताल, थुरल: ₹ 2.21 लाख, सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी: ₹ 0.83 लाख, सिविल अस्पताल, शाहपुर: ₹ 1.53 लाख

- सिविल अस्पताल, बैजनाथ में देखा गया कि वर्ष 2016-18 के दौरान रोगी कल्याण समिति के अधीन एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क की राशि बैंक खाते में जमा नहीं की गई। इसके बजाय हर माह शेष राशि को नकद रूप में वही रखा गया, जो रोगी कल्याण समिति के दिशानिर्देशों के विरुद्ध था।

6.7.2.3 प्रयोक्ता शुल्क के रूप में एकत्रित रोगी कल्याण समिति निधि का संदेहास्पद गबन

रोगी कल्याण समिति, सिविल अस्पताल शाहपुर, कांगड़ा के अभिलेखों में पाया गया कि एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क को शुरू में लगभग आठ-10 दिनों के लिए कैशियर/कलेक्टर द्वारा रखा गया और बाद में रोगी कल्याण समिति के सम्बंधित कर्मचारी (डीलिंग हैंड) को जमा कर दिया गया। डीलिंग हैंड संचित राशि को रोगी कल्याण समिति के बैंक खाते में जमा कराता था। अस्पताल में संपूर्ण प्राप्तियां अगले कार्य दिवस पर जमा न करने प्रचलन था, क्योंकि कुछ मामलों में देखा गया कि प्राप्तियों में से व्यय करने के पश्चात राशि जमा की गई थी। इसके अतिरिक्त प्रयोक्ता शुल्क बैंक खाते में जमा करने की कोई उचित व्यवस्था विद्यमान नहीं थी तथा दिसंबर 2021 माह की रोकड़ बही (कैश बुक) के अनुसार प्रयोक्ता शुल्क की ₹ 2.13 लाख की राशि नकद अर्थात "कैश इन हैंड" के रूप में रखी गई एवं इसे लंबे समय तक बैंक में जमा नहीं की गयी। जमा करने हेतु लंबित यह राशि किस अवधि से संबंधित है, इसे न तो रोकड़ बही (कैश बुक) में दर्शाया गया एवं न ही अभिलेखों में।

लेखापरीक्षा ने अप्रैल 2016 से फरवरी 2022 की अवधि हेतु कैशियर द्वारा उसके रजिस्टर के अनुसार एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क की तुलना बैंक विवरणी के साथ की, जिसमें पाया गया कि सम्पूर्ण राशि बैंक खाते में जमा नहीं की गई थी। बचत बैंक खाते एवं प्रयोक्ता शुल्क संग्रह रजिस्टर में जमा राशि के संदर्भ में लेखापरीक्षा द्वारा की गई तुलना के अनुसार ₹ 20.72 लाख राशि का कम प्रयोक्ता शुल्क जमा किया गया, जैसाकि तालिका 6.9 में विवर्णित है।

तालिका 6.9: कम जमा किए गए प्रयोक्ता शुल्क के विवरण

(₹ लाख में)

वर्ष	संग्रह रजिस्टर के अनुसार एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क	बचत बैंक खाते में जमा की गई राशि	प्राप्ति से किया गया व्यय	शेष
2016-17	7.10	1.55	0	5.55
2017-18	7.62	0.96	0	6.66
2018-19	8.27	1.79	1.94	4.54
2019-20	13.67	8.32	0	5.35
2020-21	10.00	11.38	0	-1.38 (गत वर्ष का प्रयोक्ता शुल्क जमा करने के कारण अतिरिक्त जमा)
2021-22 (फरवरी-22)	5.09	5.09	0	
योग	**51.75**	**29.09**	**1.94**	**20.72**

इस प्रकार ₹ 20.72 लाख की शेष राशि उपलब्ध होनी थी, जबकि कैश बुक में मात्र ₹ 2.13 लाख दर्शाए गए। शेष राशि का लेखांकन नहीं हुआ।

खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर ने उत्तर में बताया (सितंबर 2022) कि मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने संदेहास्पद गबन के लिए एक जांच प्रारंभ की थी।

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि इस मुद्दे पर ध्यान दिया जाएगा एवं आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

6.7.2.4 निष्पादन सुरक्षा व प्रतिभूति जमा की कटौती न करना

राज्य में सीवरेज प्रशोधन संयंत्र के स्थापन हेतु निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं एवं दो फार्मों[11] के मध्य किए गए समझौता-ज्ञापन के परिच्छेद संख्या 11 में प्रावधान है कि देय भुगतान से पांच प्रतिशत निष्पादन सुरक्षा व पांच प्रतिशत प्रतिभूति जमा काटा जाए, जिसे परियोजना पूर्ण होने के छः माह पश्चात जारी किया जाएगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा, मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर ने सीवरेज प्रशोधन संयंत्र की स्थापना व प्रचालन पर फार्मों को ₹ 5.27 करोड़[12] का भुगतान करते समय ₹ 0.53 करोड़[13] (पांच प्रतिशत निष्पादन सुरक्षा व पांच प्रतिशत प्रतिभूति जमा) की निष्पादन सुरक्षा व प्रतिभूति जमा राशि की कटौती नहीं की। यह समझौता-ज्ञापन के प्रावधानों के विरुद्ध था।

प्रत्युत्तर में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर ने भविष्य में प्रक्रिया का पालन करने का आश्वासन दिया (अक्टूबर 2021), मुख्य चिकित्सा अधिकारी, सोलन ने बताया (जनवरी 2022) कि असावधानीवश राशि की कटौती नहीं की गई हालांकि भविष्य में इसकी कटौती की जाएगी। मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने कोई उत्तर नहीं दिया।

प्रतिभूति जमा व निष्पादन सुरक्षा की कटौती न करना न केवल निष्पादन एजेंसियों को अपरिहार्य लाभ देता है अपितु कार्य के निष्पादन के दौरान एजेंसियों द्वारा की गई चूकों के विरुद्ध बचाव करने में विभागीय क्षमता को भी सीमित करता है।

6.7.3 व्यय नियंत्रण

6.7.3.1 व्यय का तीव्र प्रवाह

राज्य सरकार ने चरणबद्ध तरीके से व्यय को विनियमित करने के उद्देश्य से तिमाही-वार व्यय[14] लक्ष्य निर्धारित किए।

---

[11] मैसर्स बंसल कंस्ट्रक्शन कंपनी गुरुग्राम, अनुष्का बिल्डर लखनऊ

[12] कांगड़ा ₹ 46.04 लाख, सोलन ₹ 2.27 लाख व किन्नौर ₹ 4.35 लाख

[13] कांगड़ा ₹ 460.44 लाख, सोलन ₹ 22.75 लाख व किन्नौर ₹ 43.50 लाख

[14] प्रथम तिमाही-20 प्रतिशत; द्वितीय तिमाही-25 प्रतिशत; तृतीय तिमाही-30 प्रतिशत; चतुर्थ तिमाही- 25 प्रतिशत

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ई-कोष डेटा के अनुसार व्यय निम्नलिखित सीमा में था।

राज्य स्तर:

वर्ष 2016-22 की अवधि हेतु तिमाही-वार व्यय प्रतिशत की सीमा **तालिका 6.10** में उल्लिखित है।

तालिका 6.10: वर्ष 2016-22 हेतु तिमाही-वार व्यय प्रतिशत की सीमा

(प्रतिशत में)

तिमाही	सीमा	निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं	चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय	दंत स्वास्थ्य निदेशालय	स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन निदेशालय
प्रथम तिमाही	20	13 से 26	12 से 19	24 से 26	5 से 25
द्वितीय तिमाही	25	23 से 33	14 से 23	22 से 26	13 से 51
तृतीय तिमाही	30	20 से 31	15 से 24	24 से 27	5 से 49
चतुर्थ तिमाही	25	28 से 35	36 से 59	24 से 29	20 से 75
मार्च		14 से 23	20 से 49	8 से 11	4 से 19

स्रोत: विभागीय अभिलेख

उपरोक्त **तालिका 6.10** से देखा जा सकता है कि चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय में चौथी तिमाही के दौरान व्यय 36 प्रतिशत या उससे अधिक था, जिसमें से कुल व्यय का 20 प्रतिशत या उससे अधिक मार्च माह में हुआ था, जो व्यय के तीव्र प्रवाह को दर्शाता है।

चयनित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय[15]:

वर्ष 2016-22 के दौरान प्रथम तिमाही में व्यय की प्रतिशत सीमा पांच-31 थी, द्वितीय तिमाही की सीमा 20-35, तृतीय तिमाही की सीमा 17-30, चतुर्थ तिमाही की 22-37 एवं मार्च में सीमा तीन-26 प्रतिशत थी।

उपरोक्त **तालिका 6.10** से यह भी देखा जा सकता है कि वर्ष 2016-22 के दौरान चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान निदेशालय एवं निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं ने मार्च माह में 14 से 49 प्रतिशत की सीमा में व्यय किया, जो वित्तीय वर्ष के अंत में व्यय के तीव्र प्रवाह दर्शाता है।

6.7.3.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की निधियों को चालू बैंक खाते में अनियमित रूप से रखना

जून 2014 में जारी भारत सरकार के दिशानिर्देशों के अनुसार अनुसूचित वाणिज्यिक बैंकों के बचत खातों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की सभी निधियों हेतु बैंक खाते रखे जाए।

वर्ष 2016-21 के दौरान मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर व मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन ने इस अवधि के दौरान प्राप्त ₹ 94.79 लाख की निधियां (मार्च 2018 से जुलाई 2021

[15] मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय: किन्नौर, कांगड़ा, सोलन खंड चिकित्सा कार्यालय: ज्वालामुखी, महांकाल, शाहपुर, थुरल।

के दौरान किन्नौर जिले में पाया गया न्यूनतम शेष ₹ 49.22 लाख था एवं जून 2016 से सितंबर 2021 के दौरान सोलन में ₹ 45.57 लाख था) चालू बैंक खातों में अनियमित रूप से रखी।

6.7.3.3 कोषागार के साथ मिलान

वर्ष 2016-21 के दौरान कांगड़ा, सोलन व किन्नौर जिले के नमूना-जांचित किसी भी स्वास्थ्य संस्थान में हिमाचल प्रदेश वित्तीय नियम, 2009 के नियमानुसार अपेक्षित कोषागार के साथ मिलान नहीं किया गया।

6.8 आतंरिक लेखापरीक्षा

यह पाया गया कि स्वास्थ्य विभाग में निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं के अधीन 19 सहायक नियंत्रक एवं चार अनुभाग अधिकारी (वित्त व लेखा) होने के बावजूद आंतरिक लेखापरीक्षा की कोई प्रणाली नहीं थी।

निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं ने प्रत्युत्तर में बताया (नवंबर 2021) कि स्वास्थ्य विभाग में कोई आंतरिक लेखापरीक्षा तंत्र नहीं है, जिसे विभाग द्वारा अंतिम बैठक के दौरान भी स्वीकार किया गया।

6.9 निष्कर्ष

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के व्यय ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के तहत निर्धारित लक्ष्य को किसी भी वर्ष में पूर्ण नहीं किया। यद्यपि आवंटित निधि परिकल्पित से कम थी तथापि राज्य की उपयोग क्षमता पर्याप्त नहीं थी। राज्य बजट एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत भी निधियों की लगातार बचत हुई, जो दर्शाता है कि स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय बढ़ाने की अभी भी गुंजाइश है। रोगी कल्याण समिति कोष में प्रयोक्ता शुल्क एकत्र करने एवं जमा करने का तंत्र सुदृढ़ नहीं था।

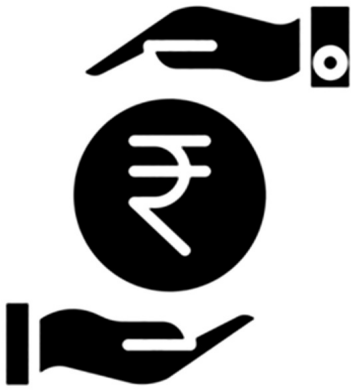
6.10 सिफारिशें

सरकार को कदम उठाना चाहिए:

- *राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के दिशानिर्देशों के अनुरूप स्वास्थ्य सेवाओं पर बजट आवंटन बढ़ाना।*
- *निधियों की उपयोग क्षमता पर प्रतिकूल प्रभाव डालने वाली बाधाओं/कारकों की पहचान करने एवं उनके समाधान हेतु ठोस प्रयास करने के लिए राज्य के स्वास्थ्य परितंत्र की समीक्षा करना।*
- *क्षेत्रीय कार्यालयों से मांग आंकलन प्राप्त करके अंतिम स्तर पर/व्यवस्थित दृष्टिकोण को ध्यान में रखते हुए बजट प्राक्कलन तैयार करना।*
- *सांविधिक व संहितागत औपचारिकताओं को पूर्ण करने के पश्चात ही पूंजीगत कार्यों के लिए निधियां जारी करना सुनिश्चित करना।*

अध्याय-VII

केंद्र प्रायोजित योजनाएं



अध्याय VII: केंद्र प्रायोजित योजनाएं

7.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आवंटन एवं व्यय

राज्य में स्वास्थ्य अवसंरचना एवं स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन हेतु राज्य बजट, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन व भारत सरकार की अन्य योजनाओं के माध्यम से वित्त प्राप्त किया गया।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत स्वास्थ्य पर किया व्यय कुल व्यय का 19.46 प्रतिशत था।

7.1.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत वित्तपोषण

वर्ष 2016-22 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत प्राप्त निधियां एवं किया गया व्यय **तालिका 7.1** में दिया गया है।

तालिका 7.1: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन में प्राप्ति व व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	अथ शेष	अर्जित ब्याज	केंद्र सरकार की प्राप्ति (प्रतिशत)	राज्य सरकार की प्राप्ति (प्रतिशत)	कुल निधियां	व्यय	अंत/ अव्ययित शेष (प्रतिशत)
	1	2	3	4	5=(1+2+3+4)	6	7 =5-6 (7/5x100)
2016-17	86.80	9.78	207.00 (89.91)	23.23 (10.09)	326.81	255.60	71.21 (21.79)
2017-18	71.21	3.83	329.48 (88.25)	43.86 (11.75)	448.38	347.85	100.53 (22.42)
2018-19	100.53	3.55	320.58 (85.65)	53.73 (14.35)	478.39	385.35	93.04 (19.45)
2019-20	93.04	3.96	493.71 (88.64)	63.25 (11.36)	653.96	545.97	107.99 (16.51)
2020-21	107.99	4.61	478.21 (84.87)	85.22 (15.13)	676.03	501.02	175.01 (25.89)
2021-22	175.01	4.02	881.93 (89.93)	98.79 (10.07)	1,159.75	767.03	392.72 (33.86)
योग		**29.75**	**2,710.91 (88.05)**	**368.08 (11.95)**		**2,802.82**	

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन।

वर्ष 2016-22 के दौरान 16.51 प्रतिशत से 33.86 प्रतिशत उपलब्ध निधियां अव्ययित रही।

7.1.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत चयनित जिलों में वित्त पोषण

चयनित जिलों (किन्नौर, सोलन व कांगड़ा) में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत प्राप्त निधियों व किए गए व्यय की स्थिति **तालिका 7.2** में दर्शाई गई है।

तालिका 7.2: चयनित जिलों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत प्राप्त निधियों व किए गए व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	अथ शेष	प्राप्ति	ब्याज	कुल निधियां	व्यय	अंत शेष	अव्ययित निधियां (प्रतिशत)
2016-17	8.6	31.5	0.39	40.49	28.63	11.86	29.29
2017-18	11.86	33.81	0.41	46.08	32.92	13.16	28.56
2018-19	13.16	40.19	0.44	53.79	40	13.79	25.64
2019-20	13.79	41.91	0.4	56.1	43.15	12.95	23.08
2020-21	12.95	43.85	0.9	57.7	54.1	3.6	6.24
2021-22	3.6	42.58	0.05	46.23	31.44	14.79	31.99
योग		**233.84**	**2.59**		**230.24**		

स्रोत: चयनित जिलों द्वारा दिए गए आंकड़े।

वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिलों में 6.24 प्रतिशत से 31.99 प्रतिशत उपलब्ध निधियां अव्ययित रही।

7.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत चयनित योजनाएं

लेखापरीक्षा हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन 23 योजनाओं में से छ: योजनाओं को वित्तपोषण व व्यय की जांच हेतु चुना गया, जैसाकि **तालिका 7.3** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.3: चयनित छ: योजनाओं में निधियों के आवंटन व व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	योजना का नाम**	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		2020-21		2021-22		कुल	
		आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय	आवंटन	व्यय
1.	आरसीएच	58.87	73.08	48.02	45.90	44.32	52.75	53.46	54.68	58.25	46.86	63.91	71.85	**326.83**	**345.12**
2.	आरआई/ आईपीपीआई	7.15	5.41	6.17	9.17	6.27	5.25	6.24	4.53	6.01	4.00	5.85	5.91	**37.69**	**34.27**
3.	एनटीसीपी (टीबी)	5.84	7.24	11.09	5.84	13.33	13.30	11.92	11.41	13.79	11.23	9.18	17.03	**65.15**	**66.05**
4.	एचएसएस	110.05	121.93	176.55	158.33	204.05	212.83	236.65	248.80	274.06	232.73	327.98	364.86	**1,329.34**	**1,339.48**
5.	कोविड-19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.75	0.00	66.11	59.49	358.95	96.93	**447.81**	**156.42**
6.	आईएम	42.99	42.99	124.13	124.13	97.06	97.06	221.71	221.71	143.57	143.57	201.89	201.89	**831.35**	**831.35**
योग		**224.90**	**250.65**	**365.96**	**343.37**	**365.03**	**381.19**	**552.73**	**541.13**	**561.79**	**497.88**	**967.76**	**758.47**	**3,038.17**	**2,772.69**

** आरसीएच- प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य, आरआई-नियमित टीकाकरण, आईपीपीआई-एकीकृत पल्स पोलियो टीकाकरण, एनटीसीपी- राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम, एचएसएस- स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण, आईएम- बुनियादी ढांचे का रखरखाव।

टिप्पणी: उपरोक्त चयनित योजनाओं के अतिरिक्त लेखापरीक्षा के दौरान देखे गए भारत सरकार की अन्य योजनाओं से संबंधित बिंदुओं को भी शामिल किया गया।

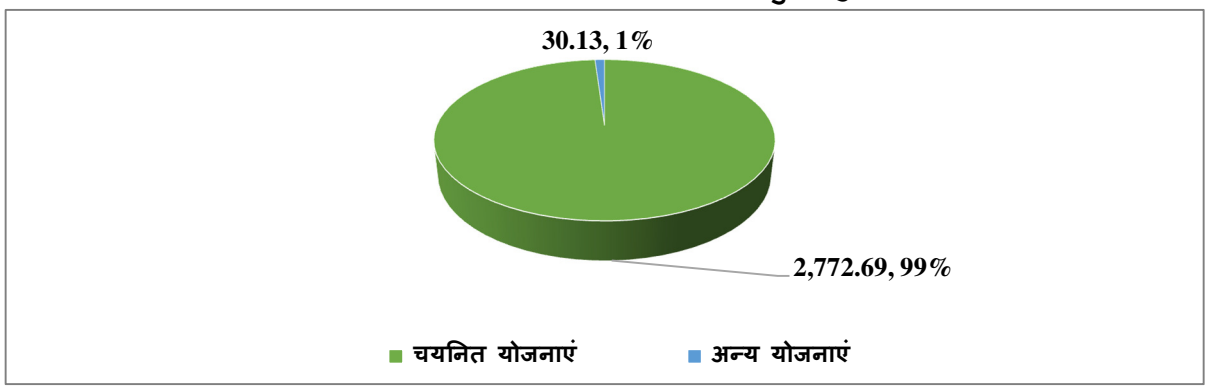
स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

उपरोक्त **तालिका 7.3** से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान तीन योजनाओं यथा प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (₹ 18.29 करोड़), राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम (₹ 0.90 करोड़) व स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण (₹ 10.14 करोड़) के तहत ₹ 29.33 करोड़ का व्यय आधिक्य हुआ, जबकि इसी अवधि के दौरान अन्य दो योजनाओं यथा नियमित टीकाकरण (₹ 3.42 करोड़) एवं कोविड-19 (₹ 291.39 करोड़) में बचत पाई गई।

7.2.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत किए गए कुल व्यय के सापेक्ष चयनित छः योजनाओं में हुए व्यय की तुलना

वर्ष 2016-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत किए गए कुल व्यय के सापेक्ष में चयनित छः योजनाओं में हुए व्यय की तुलना **चार्ट 7.1** में दर्शाई गई है।

चार्ट 7.1: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजनाओं के तहत हुआ कुल व्यय (₹ करोड़ में)



उपरोक्त **चार्ट 7.1** से स्पष्ट है कि इन चयनित छः योजनाओं ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत हुए व्यय में 99 प्रतिशत व्यय की भागीदारी की।

7.3 लेखापरीक्षा निष्कर्ष

7.3.1 प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य

भारत सरकार के राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तत्वावधान में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का उद्देश्य गुणवत्तापूर्ण प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल व किशोर स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच प्रदान करने में सामाजिक एवं भौगोलिक असमानताओं को कम करने के साथ-साथ मातृ, नवजात व बाल मृत्यु दर को कम करने पर ध्यान केंद्रित करना है।

7.3.1.1 जननी सुरक्षा योजना - राज्यवार स्थिति

महिलाओं को संस्थागत प्रसव तक पहुंचने में सक्षम बनाने एवं इस तरह राज्य में मातृ व नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने हेतु एक महत्वपूर्ण उपचार के रूप में अप्रैल 2005 में जननी सुरक्षा योजना प्रस्तुत की गई। वर्ष 2022 के सतत विकास लक्ष्य-3 के अनुसार 90 प्रतिशत प्रसव संस्थागत अथवा कुशल जन्म परिचारकों द्वारा होना सुनिश्चित किया जाना था।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में हुए संस्थागत प्रसव का विवरण **तालिका 7.4** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.4: राज्य में हुए संस्थागत प्रसव का विवरण

वर्ष	पंजीकृत गर्भवती महिला	सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	निजी स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	कुल संस्थागत प्रसव	घर पर प्रसव	कुल प्रसव	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	गर्भपात	एमटीपी (गर्भावस्था की चिकित्सीय समाप्ति)	जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत हुआ व्यय (₹ करोड़ में)
	क	ख	ग	घ=ख+ग	ङ	च=घ+ ङ	छ=घ/च* 100	ज	झ	ञ
2016-17	1,21,493	65,809 (84.72)	11,865 (15.28)	77,674	11,886	89,560	86.73	9,716	3,294	5.20
2017-18	1,18,966	66,284 (84.36)	12,292 (15.64)	78,576	9,031	87,607	89.69	5,700	4,145	5.56
2018-19	1,12,553	67,510 (85.43)	11,518 (14.57)	79,028	8,391	87,419	90.40	7,650	5,199	6.06
2019-20	1,10,694	68,036 (82.92)	14,012 (17.08)	82,048	6,657	88,705	92.49	6,467	4,476	4.63
2020-21	1,11,417	64,535 (77.90)	18,305 (22.10)	82,840	7,540	90,380	91.66	5,011	3,205	4.37
2021-22	1,06,340	82,267* (77.36)		82,267	6,497	88,764	92.68	4,705	4,144	6.26
योग	**6,81,463**	**-**	**-**	**4,82,433**	**50,002**	**5,32,435**	**90.61**	**39,249**	**24,463**	**32.08**

स्रोत: आंकड़े स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा के अनुसार, व्यय आंकड़े मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा आपूरित किए गए।

** सार्वजनिक व निजी संस्थागत प्रसव हेतु अलग-अलग डेटा उपलब्ध नहीं है।*

उपरोक्त **तालिका 7.4** से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में हुए कुल 5,32,435 प्रसव में से 90.61 प्रतिशत ने स्वास्थ्य संस्थानों में संस्थागत प्रसव का लाभ लिया। इस प्रकार वर्ष 2022 तक 90 प्रतिशत संस्थागत प्रसव का सकल विकास लक्ष्य प्राप्त किया गया।

वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान जननी सुरक्षा योजना पर ₹ 32.08 करोड़ का व्यय हुआ।

7.3.1.2 राज्य में घर पर हुए प्रसव, गर्भपात एवं गर्भस्राव की स्थिति

भारत सरकार "कुशल जन्म परिचारक" को एक ऐसे व्यक्ति के रूप में मानती है जो सामान्य प्रसूति एवं नवजात संबंधी आपात स्थितियों को संभाल सके, उसकी क्षमता से बाहर की स्थिति को पहचान ले तथा महिला या नवजात शिशु को अविलम्ब प्रथम रेफरल इकाई/उपयुक्त सुविधा में रेफर करे। भारत सरकार उसके राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन/प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II कार्यक्रम के तहत संस्थागत व सामुदायिक दोनों स्तरों पर कुशल परिचारक द्वारा सभी जन्मों का सार्वभौमिक कवरेज सुनिश्चित करने तथा महिलाओं व नवजात शिशुओं हेतु आपातकालीन प्रसूति व नवजात देखभाल सेवाओं तक पहुंच प्रदान करने एवं इस तरह देश में माँ और नवजात शिशुओं की मृत्यु की संख्या को सीमित करने के लिए प्रतिबद्ध है।

कुशल जन्म परिचारक द्वारा घर पर कराए गए प्रसव का विवरण **तालिका 7.5** में विवर्णित है।

तालिका 7.5: कुशल जन्म परिचारक द्वारा घर पर कराएं प्रसव का विवरण

वर्ष	घर पर हुए कुल प्रसव	कुशल जन्म परिचारक द्वारा घर पर कुल प्रसव (प्रतिशत)	घर पर हुए प्रसव जिन्हें कुशल जन्म परिचारक द्वारा नहीं कराया गया (प्रतिशत)
2016-17	11,886	1,755 (14.77)	10,131(85.23)
2017-18	9,031	1,456 (16.12)	7,575 (83.88)
2018-19	8,391	1,130 (13.47)	7,261 (86.53)
2019-20	6,657	1,317 (19.78)	5,340 (80.22)
2020-21	7,540	1,410 (18.70)	6,130 (81.30)
2021-22	6,497	1,398 (21.52)	5,099 (78.48)

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली

तालिका 7.5 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान घर पर हुए कुल प्रसवों में से केवल 13.47 प्रतिशत से 21.52 प्रतिशत कुशल जन्म परिचारकों द्वारा किए गए, जिससे माँ और बच्चे दोनों के स्वास्थ्य से समझौता हुआ।

तालिका 7.6: राज्य में हुए गर्भपात एवं गर्भस्राव का विवरण

वर्ष	पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाएं	गर्भपातों की संख्या	पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाओं की तुलना में गर्भपात का प्रतिशत	एमटीपी	पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाओं की तुलना में गर्भस्रावों का प्रतिशत
2016-17	1,21,493	9,716	8.00	3,294	2.71
2017-18	1,18,966	5,700	4.79	4,145	3.48
2018-19	1,12,553	7,650	6.80	5,199	4.62
2019-20	1,10,694	6,467	5.84	4,476	4.04
2020-21	1,11,417	5,011	4.50	3,205	2.88
2021-22	1,06,340	4,705	4.42	4,144	3.90

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

तालिका 7.6 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाओं की तुलना में गर्भपात एवं एमटीपी का प्रतिशत क्रमशः 4.42 से आठ व 2.71 से 4.62 तक रहा।

7.3.1.3 चयनित जिलों में संस्थागत प्रसव

वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित तीन जिलों में संस्थागत प्रसव (सार्वजनिक व निजी स्वास्थ्य संस्थानों दोनों) का विवरण **तालिका 7.7** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.7: वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिलों में संस्थागत प्रसव का विवरण

वर्ष	किन्नौर				कांगड़ा				सोलन				कुल			
	पंजीकृत गर्भवती महिलायें	कुल संस्थागत प्रसव	घर पर प्रसव	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	पंजीकृत गर्भवती महिलायें	कुल संस्थागत प्रसव	घर पर प्रसव	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	पंजीकृत गर्भवती महिलायें	कुल संस्थागत प्रसव	घर पर प्रसव	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	पंजीकृत गर्भवती महिलायें	कुल संस्थागत प्रसव	घर पर प्रसव	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत
2016-17	1,365	614	110	84.81	24,993	17,337	1,202	93.52	12,603	6,473	857	88.31	38,961	24,424	2,169	91.84
2017-18	1,265	463	64	87.86	23,495	17,218	716	96.01	13,264	6,662	579	92.00	38,024	24,343	1,359	94.71
2018-19	1,212	420	75	84.85	22,691	17,155	555	96.87	12,890	7,324	494	93.68	36,793	24,899	1,124	95.68
2019-20	1,154	424	77	84.63	21,820	17,916	365	98.04	12,769	8,510	308	96.51	35,743	26,850	750	97.32
2020-21	1,062	291	60	82.91	22,305	18,184	518	97.23	12,602	8,730	505	94.53	35,969	27,205	1,083	96.17
2021-22	1,173	299	72	80.59	20,487	16,838	362	97.90	12,878	9,184	445	95.38	34,538	26,321	879	96.77
योग	**7,231**	**2,511**	**458**	**84.57**	**1,35,791**	**1,04,648**	**3,718**	**96.57**	**77,006**	**46,883**	**3,188**	**93.63**	**2,20,028**	**1,54,042**	**7,364**	**95.44**

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

तालिका 7.7 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित तीन जिलों में 2,20,028 गर्भवती महिलाओं को पंजीकृत किया गया, जिसमें से इस अवधि के दौरान स्वास्थ्य संस्थानों में औसतन संस्थागत प्रसव 84.57 प्रतिशत से 96.57 प्रतिशत के मध्य हुए। देखा गया कि वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान किन्नौर जिले में औसत संस्थागत प्रसव अन्य दो जिलों की तुलना में कम (84.57 प्रतिशत) हुआ।

7.3.1.4 जननी सुरक्षा योजना के लाभ का भुगतान न करना एवं लाभार्थियों को लाभ के भुगतान में विलम्ब

जननी सुरक्षा योजना राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अधीन एक सुरक्षित मातृत्व उपचार है जिसे गरीब गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ व नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से लागू किया गया है। इस योजना में नकद सहायता को प्रसव एवं प्रसव पश्चात् देखभाल के साथ एकीकृत किया गया है। दिसम्बर 2019 से राज्य में संस्थागत प्रसव हेतु ₹ 1,100/- (पहले ग्रामीण क्षेत्र में ₹ 700 एवं शहरी क्षेत्र में ₹ 600) का नकद प्रोत्साहन दिया जा रहा है।

चयनित तीन जिलों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान जननी सुरक्षा योजना की 25,409 (51.40 प्रतिशत) पात्र लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन का भुगतान नहीं किया गया, जैसाकि **तालिका 7.8** में विवर्णित है।

तालिका 7.8: चयनित जिलों में जननी सुरक्षा योजना लाभार्थियों का विवरण

(संख्या में)

वर्ष	किन्नौर			कांगड़ा			सोलन			कुल		
	जननी सुरक्षा योजना लाभ के पात्र	चुकाया गया लाभ	न चुकाया गया लाभ	जननी सुरक्षा योजना लाभ के पात्र	चुकाया गया लाभ	न चुकाया गया लाभ	जननी सुरक्षा योजना लाभ के पात्र	चुकाया गया लाभ	न चुकाया गया लाभ	जननी सुरक्षा योजना लाभ के पात्र	चुकाया गया लाभ	न चुकाया गया लाभ
2016-17	614	538	76	4,581	2,557	2,024	2,747	1,449	1,298	7,942	4,544	3,398
2017-18	463	298	165	5,150	1,892	3,258	2,253	1,015	1,238	7,866	3,205	4,661
2018-19	420	214	206	5,605	2,844	2,761	2,274	1,006	1,268	8,299	4,064	4,235
2019-20	424	216	208	5,857	3,211	2,646	2,835	1,483	1,352	9,116	4,910	4,206
2020-21	291	428*	-137	5,731	2,353	3,378	3,036	1,553	1,483	9,058	4,334	4,724
2021-22	401	401	0	4,720	1,772	2,948	2,034	797	1,237	7,155	2,970	4,185
योग (प्रतिशत)	**2,613**	**2,095 (80.18)**	**518 (19.82)**	**31,644**	**14,629 (46.23)**	**17,015 (53.77)**	**15,179**	**7,303 (48.11)**	**7,876 (51.89)**	**49,436**	**24,027 (48.60)**	**25,409 (51.40)**

*स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों द्वारा दिए गए आंकड़े, *आधिक्य गत वर्ष के 137 लाभार्थियों को भुगतान के कारण हुआ।*

मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया (नवंबर 2021) कि लाभार्थियों को जननी सुरक्षा योजना के लाभों का भुगतान न करने का कारण उनका जननी सुरक्षा योजना लाभों के लिए पात्र न होना था। मुख्य चिकित्सा अधिकारी, सोलन ने बताया (दिसंबर 2021) कि सरकारी अस्पताल में प्रसव कराने वाले गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति वर्ग के लाभार्थियों को लाभ दिया जाना था। मुख्य चिकित्सा अधिकारी, किन्नौर (अक्टूबर 2021) ने बताया कि अगले वित्तीय वर्ष के भुगतान में विलम्ब हुआ अथवा नेपाल के प्रवासी परिवार होने के कारण नहीं दिया गया।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में लेखापरीक्षा में निम्नलिखित बिंदु देखे गए।

- खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सायरी में पंजीकृत 1,328 लाभार्थियों में से 331 को नकद सहायता का भुगतान नहीं किया गया। प्रत्युत्तर में बताया गया कि जननी सुरक्षा योजना लाभार्थियों के मामले समय पर प्राप्त नहीं हुए और कुछ प्रसव निजी संस्थानों में कराए गए, जबकि कुछ प्रसव गर्भपात एवं मृत शिशुओं में परिणत हुए। जबकि तथ्य यह है कि क्षेत्रीय पदाधिकारियों द्वारा जननी सुरक्षा योजना मामलों को समय पर अग्रेषित नहीं करने के कारण पात्र लाभार्थियों को लाभ प्रदान करने का उद्देश्य विफल रहा।
- वर्ष 2016-21 के दौरान खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल में कुल 65 पात्र लाभार्थियों में से 24 को नकद सहायता का भुगतान नहीं किया गया।
- वर्ष 2016-21 के दौरान चयनित आठ खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों में से तीन में, तीन जिला अस्पतालों में से एक में एवं तीन मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों[1] में से एक में लाभार्थियों को नकद प्रोत्साहन के भुगतान में 30 से 724 दिनों के मध्य का विलम्ब हुआ। खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल व ज्वालामुखी में विलंबित भुगतान के 186 मामले देखे गए।

स्वास्थ्य संस्थानों ने प्रत्युत्तर में बताया कि आशा या समकक्ष कार्यकर्ता, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्वास्थ्य उप-केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के पदेन कर्मचारियों यथा क्षेत्रीय पदाधिकारियों द्वारा मामलों को अग्रेषित न करने के कारण भुगतान में विलम्ब हुआ।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि संस्थान स्तर पर जननी सुरक्षा योजना लाभ के भुगतान हेतु भविष्य में विलम्ब से बचने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा नए दिशानिर्देश जारी किए जा रहे हैं।

7.3.1.5 प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के अंतर्गत सुदूर एवं वंचित क्षेत्रों में सेवा हेतु शिविरों का आयोजन

मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन हिमाचल प्रदेश, शिमला ने राज्य की ग्रामीण आबादी को द्वार पर स्वास्थ्य सेवा सुविधा उपलब्ध कराने के लिए प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य योजना के तहत मल्टी-स्पेशियलिटी सर्जिकल शिविर के आयोजनार्थ अक्टूबर 2019 के दौरान मैसर्स आकाश अस्पताल,

[1] खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल, ज्वालामुखी व सायरी; जिला अस्पताल सोलन; मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर।

दिल्ली के साथ एक समझौता-ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए। इसके अतिरिक्त मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने आठ मुख्य चिकित्सा अधिकारियों को दुर्गम व जनजातीय क्षेत्रों में यह शिविर आयोजित करने हेतु (दिसंबर 2019) सूचित किया।

वर्ष 2018-22 के दौरान राज्य में आयोजित चिकित्सा शिविरों का विवरण **तालिका 7.9** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.9: राज्य में आयोजित चिकित्सा शिविरों का विवरण

वर्ष	आयोजित शिविरों की संख्या		शिविरों में भाग लेने वाले रोगियों की संख्या	की गई सर्जरी की संख्या	किया गया व्यय (₹ करोड़ में)
	लक्ष्य	उपलब्धि			
2018-19	38	38	डेटा उपलब्ध नहीं कराया गया	5,277	3.52
2019-20	31	18	12,669	3,865	3.36
2020-21	16	10	4,791	1,967	1.44
2021-22	16	16	12,688	3,915	1.92
योग	**101**	**82 (81.19 प्रतिशत)**	**30,148**	**15,024**	**10.24**

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

उपरोक्त **तालिका 7.9** से स्पष्ट है कि वर्ष 2018-22 की अवधि के दौरान आयोजित किए जाने वाले शिविरों की संख्या के लक्ष्य के प्रति उपलब्धि 81.19 प्रतिशत थी।

नमूना-जांचित जिला कांगड़ा में देखा गया कि शिविर उन स्टेशनों पर आयोजित किए गए जहां सिविल अस्पताल (इंदौरा, ज्वालामुखी बैजनाथ, देहरा, थुरल व शाहपुर) उपलब्ध थे। कुछ शिविरों का आयोजन उन स्थानों पर किया गया जहां सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (रझून व गंगथ) मौजूद थे। ये स्टेशन जिले के दुर्गम एवं जनजातीय क्षेत्रों की श्रेणी में नहीं आते थे। ये शिविर दुर्गम व जनजातीय क्षेत्रों में आयोजित किए जाने थे, जैसाकि मिशन निदेशक ने (दिसंबर 2019) बताया था। आमतौर पर सिविल अस्पताल में विशेष सेवाएं होती हैं एवं उन क्षेत्रों में रहने वाले रोगी अस्पताल की इन सुविधाओं का लाभ उठा सकते हैं। अतएव इन शिविरों का आयोजन राज्य के सुदूर एवं वंचित क्षेत्रों में किया जाना चाहिए था, जो सरकार द्वारा परिभाषित कठिन व जनजातीय क्षेत्र हैं।

7.3.2 नियमित टीकाकरण

इस कार्यक्रम का उद्देश्य प्रत्येक व्यक्ति के जीवन-काल में टीके से रोकी जा सकने वाली बीमारियों से रुग्णता व मृत्यु दर में निरंतर कमी के लिए आधार के रूप में नियमित टीकाकरण को फिर से स्थापित करना है।

7.3.2.1 राज्य में टीकाकरण की स्थिति

रोकी जा सकने वाली बीमारियों के विरुद्ध बच्चों का टीकाकरण सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत नियमित टीकाकरण की आधारशिला रहा है।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में किए गए टीकाकरण का विवरण **तालिका 7.10** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.10: राज्य में किए गए टीकाकरण का विवरण

वर्ष	टीकाकरण का लक्ष्य	पेंटावेलेंट-1 (प्रतिशत)	विटामिन 'के' जन्म खुराक (प्रतिशत)	बीसीजी (प्रतिशत)	खसरा (प्रतिशत)	हेपेटाइटिस-बी (प्रतिशत)
2016-17	1,08,183	1,06,105 (98.08)	57,954 (53.57)	98,124 (90.70)	1,04,574 (96.66)	71,651 (66.23)
2017-18	1,12,000	1,04,316 (93.14)	54,075 (48.28)	93,294 (83.30)	50,886 (45.43)	72,320 (64.57)
2018-19	1,14,100	1,04,006 (91.15)	74,677 (65.45)	92,096 (80.72)	1,01,755 (89.18)	73,982 (64.84)
2019-20	1,15,000	1,01,319 (88.10)	75,526 (65.67)	90,906 (79.05)	99,982 (86.94)	74,583 (64.85)
2020-21	1,15,000	1,02,699 (89.30)	74,898 (65.13)	92,430 (80.37)	1,00,642 (87.51)	74,457 (64.75)
2021-22	1,14,210	1,00,237 (87.77)	73,942 (64.74)	89,210 (78.11)	98,987 (86.67)	73,215 (64.11)

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन।

टीकाकरण हेतु विभाग द्वारा निर्धारित लक्ष्य के सापेक्ष पेंटावेलेंट-1 (दो से 12 प्रतिशत), विटामिन के (35 से 52 प्रतिशत), बीसीजी (नौ से 22 प्रतिशत), खसरा (तीन से 55 प्रतिशत) एवं हेपेटाइटिस-बी (34 से 36 प्रतिशत) के मामले में गिरावट देखी गई।

7.3.2.2 चयनित जिलों में टीकाकरण की स्थिति

वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित जिलों (कांगड़ा, किन्नौर व सोलन) में हुए टीकाकरण का विवरण **तालिका 7.11** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.11: चयनित जिलों में टीकाकरण का विवरण

वर्ष	टीकाकरण के लक्ष्य	पेंटावेलेंट-1 (प्रतिशत)	विटामिन 'के' जन्म खुराक (प्रतिशत)	बीसीजी (प्रतिशत)	खसरा (प्रतिशत)	हेपेटाइटिस बी (प्रतिशत)
2016-17	32,902	33,403 (102)	डेटा अनुपलब्ध	31,919 (97)	34,244 (104)	22,919 (70)
2017-18	33,807	32,966 (98)	16,898 (50)	31,950 (95)	23,612 (70)	22,923 (68)
2018-19	32,074	32,774 (102)	23,591 (74)	30,683 (96)	33,122 (103)	23,742 (74)
2019-20	31,746	32,497 (102)	23,577 (74)	30,096 (95)	32,646 (103)	23,502 (74)
2020-21	31,515	32,592 (103)	23,537 (75)	31,331 (99)	32,217 (102)	23,545 (75)
2021-22	32,307	31,676 (98)	22,227 (69)	29,142 (90)	32,053 (99)	22,189 (69)

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

विभाग द्वारा टीकाकरण हेतु निर्धारित लक्ष्य के सापेक्ष चयनित जिलों में विटामिन के (25 से 50 प्रतिशत) एवं हेपेटाइटिस बी (25 से 32 प्रतिशत) में गिरावट देखी गई, जबकि पेंटावेलेंट-1, बीसीजी व खसरा टीकाकरण (वर्ष 2017-18 को छोड़कर) में यह प्रशंसनीय रहा।

7.3.3 राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी)

संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम, पूर्ववर्ती राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम, जो अंतरराष्ट्रीय स्तर पर अनुशंसित डायरेक्टली ऑब्जर्व्ड ट्रीटमेंट शॉर्ट-कोर्स रणनीति पर आधारित है, 1997 में प्रस्तुत किया गया तथा चरणबद्ध तरीके से पूरे देश में विस्तारित किया गया।

वर्ष 2016-22 हेतु हिमाचल प्रदेश में संशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम के प्रमुख घटकों पर हुए व्यय का विवरण **तालिका 7.12** में दिया गया है।

तालिका 7.12: संशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम के प्रमुख घटकों पर हुआ व्यय

(₹ लाख में)

क्र. सं.	घटकों का नाम	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	कुल	कुल व्यय का प्रतिशत
1.	निर्माण कार्य	29.51	34.76	27.85	285.51	11.17	66.59	455.39	6.89
2.	प्रयोगशाला सामग्री	35.48	32.27	48.11	32.80	101.33	343.35	593.34	8.98
3.	प्रशिक्षण	41.42	23.28	17.62	28.78	20.09	21.37	152.56	2.31
4.	दवाओं की खरीद	1.49	2.13	2.77	2.12	3.75	6.52	18.78	0.28
5.	उपकरणों की खरीद	4.66	0	3.72	2.77	46.47	69.36	126.98	1.92
6.	संविदात्मक सेवाएं	368.29	330.11	659.70	0	0	505.34	1,863.44	28.21
7.	वाहन की खरीद	35.76	0	0	0	0	0	35.76	0.54
8.	पर्यवेक्षण एवं निगरानी	30.04	3.44	15.61	25.64	21.15	27.58	123.46	1.87
9.	वाहन रखरखाव	36.52	35.10	43.82	33.90	40.22	41.83	231.39	3.50
10.	मानदेय	18.83	55.58	357.67	638.51	669.64	60.35	1,800.58	27.26
11.	अन्य	121.76	67.85	153.12	91.07	209.05	561.24	1,204.09	18.23
	योग	**723.76**	**584.52**	**1,329.99**	**1,141.10**	**1,122.87**	**1,703.53**	**6,605.77**	

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

उपरोक्त **तालिका 7.12** से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान संविदात्मक सेवाओं व मानदेय पर बड़ा व्यय किया गया।

वर्ष 2018-22 के दौरान चिह्नित टीबी रोगियों का विवरण **तालिका 7.13** में विवर्णित किया गया है।

तालिका 7.13: राज्य में चिह्नित टीबी रोगियों का विवरण

वर्ष	वर्ष के दौरान चिह्नित टीबी रोगियों की कुल संख्या
2018-19	16,820
2019-20	18,254
2020-21	14,214
2021-22	15,706
योग	**64,994**

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

जैसाकि **तालिका 7.13** से स्पष्ट है, वर्ष 2018-22 की अवधि के दौरान राज्य में चिह्नित टीबी मामलों की संख्या में मिश्रित प्रवृत्ति देखी गई।

वर्ष 2018 में भारत सरकार ने तपेदिक (टीबी) रोगियों को पोषण संबंधी सहायता हेतु प्रोत्साहन वितरित करने के लिए एक नई स्कीम निक्षय पोषण योजना प्रस्तुत की। इस योजना के तहत मिलने वाले लाभ लाभार्थी के बैंक खाते में प्रत्यक्ष लाभ हस्तांतरण के माध्यम से वितरित किए जाते हैं। सभी मौजूदा टीबी रोगियों सहित 1 अप्रैल 2018 या उसके बाद अधिसूचित सभी टीबी रोगी योजना के तहत सहायता

प्राप्त करने के पात्र हैं। इस योजना का उद्देश्य छः माह के उपचार हेतु प्रत्येक टीबी रोगी को ₹ 500 प्रति माह की दर से पोषण संबंधी सहायता प्रदान करना है।

राज्य में भुगतान किए गए प्रोत्साहन का विवरण दी गई **तालिका 7.14** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.14: राज्य में भुगतान की गई प्रोत्साहन राशि का विवरण

वर्ष	वर्ष के दौरान चिह्नित टीबी रोगियों की कुल संख्या	उन रोगियों की संख्या जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया	उन रोगियों की संख्या जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया	भुगतान न करने के कारण
2018-19	16,820	15,108	1,712	बैंक खाता संख्या उपलब्ध न होने के कारण, गलत बैंक खाता संख्या प्रस्तुत करना
2019-20	18,254	17,008	1,246	
2020-21	14,214	13,538	676	
2021-22	15,706	15,125	581	
योग	**64,994**	**60,779**	**4,215**	

स्रोत: विभाग द्वारा आपूरित आंकड़े।

उपरोक्त **तालिका 7.14** से स्पष्ट है कि 4,215 (6.49 प्रतिशत) रोगियों को योजना के तहत प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया।

चयनित तीन जिलों में 1,176 लाभार्थियों को पोषण सहायता हेतु वित्तीय प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया, जैसाकि **तालिका 7.15** में विवर्णित है।

तालिका 7.15: लाभार्थियों को भुगतान किए गए प्रोत्साहन का विवरण

वर्ष	किन्नौर			कांगड़ा			सोलन		
	टीबी रोगियों की कुल संख्या	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया	टीबी रोगियों की कुल संख्या	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया	टीबी रोगियों की कुल संख्या	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया गया	रोगी जिन्हें प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं किया गया
2018-19	210	191	19	3,200	2,992	208	1,927	1,657	270
2019-20	228	207	21	3,332	3,084	248	2,023	1,930	93
2020-21	187	186	1	2,523	2,423	100	1,622	1,584	38
2021-22	192	192	0	2,649	2,563	86	1,909	1,817	92
योग	**817**	**776**	**41**	**11,704**	**11,062**	**642**	**7,481**	**6,988**	**493**

स्रोत: विभाग द्वारा आपूरित आंकड़े।

मुख्य चिकित्सा अधिकारियों ने उत्तर में बताया कि रोगियों के बैंक खाते उपलब्ध नहीं थे; कुछ रोगियों की मृत्यु हो गई; कुछ रोगियों ने लाभ लेने से मना कर दिया। उत्तर स्वीकार्य नहीं थे क्योंकि रोगियों के उपचार के समय सभी आवश्यक औपचारिकताएं पूर्ण की जानी चाहिए थीं ताकि रोगियों को अभीष्ट लाभ प्रदान किया जा सके।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि राज्य टीबी रोगियों को लाभ का भुगतान न करने के स्तर घटाने हेतु व्यापक अनुवर्ती कार्रवाई करने का प्रयास कर रहा है।

7.3.4 स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण

स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण के घटकों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों, परिभाषित गुणवत्ता मानकों, कौशल अंतराल व मानक उपचार प्रोटोकॉल, अस्पताल प्रबंधन सोसायटी (रोगी कल्याण समिति) एवं गुणवत्ता सुधार कार्यक्रम का अंगीकरण शामिल है। स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण का लक्ष्य उपरोक्त घटकों द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को मजबूत करना है।

7.3.4.1 आयुष्मान भारत प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना के तहत स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों का निर्माण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में "स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों" की स्थापना के माध्यम से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा की परिकल्पना की गई है। भारत सरकार ने बजट 2018-19 में 1.50 लाख स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र बनाने की घोषणा की। स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र का उद्देश्य प्रयोक्ताओं के कल्याण व सेवाओं की विस्तृत श्रृंखला के वितरण पर केन्द्रित ऐसी व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना है जो प्रयोक्ताओं को उनके समुदाय के करीब सार्वभौमिक एवं निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाएं वितरित करें।

हिमाचल प्रदेश में भारत सरकार द्वारा स्वीकृत 1,752 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व स्वास्थ्य उप-केंद्र) के प्रति वर्ष 2018-21 के दौरान राज्य में 1,752 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों (431 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व 1,321 स्वास्थ्य उप-केंद्र) को स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र के रूप में निर्दिष्ट किया गया। मार्च 2023 तक 2,136 (563 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 1,573 स्वास्थ्य उप-केंद्र) अधिसूचित स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के प्रति 1,468 (530 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 938 स्वास्थ्य उप-केंद्र) स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र चल रहे थे। राज्य के स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों की प्रास्थिति पर निम्नलिखित अभ्युक्तियां दी गई।

(i) सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को प्रत्येक स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र में तैनात किया जाना था (केवल स्वास्थ्य उप-केंद्रों[2] से परिवर्तित स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में)। इन 1,321 में स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में केवल 758 (57 प्रतिशत) सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी ही पदस्थ पाए गए। सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों के अभाव में शेष 563 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में योजना के तहत गतिविधियां प्रारंभ नहीं की जा सकीं, जिसके परिणामस्वरूप समुदाय को सेवाएं प्रदान करने के लक्ष्य को प्राप्त करने में विलम्ब हुआ।

(ii) भारत सरकार की कार्यवाही के रिकॉर्ड (2020-21) की कार्यान्वयन रूपरेखा के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को बाहयस्त्रोत (आउटसोर्स) आधार पर भर्ती नहीं किया जाना था। तथापि देखा गया कि इन सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को एक कंपनी[3] के माध्यम से आउटसोर्स किया गया। अगस्त 2020 में भारत सरकार ने राज्य सरकार को मेसर्स एचएलएल लाइफ केयर

---

[2] चिकित्सा अधिकारी (एमबीबीएस) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र का प्रभारी है, सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी (बीएससी नर्सिंग) स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र का प्रभारी है।

[3] एचएलएल लाइफ केयर लिमिटेड तिरुवनंतपुरम (केरल)।

लिमिटेड के माध्यम से आउटसोर्स आधार पर पहले से भर्ती किए गए सभी 758 सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अनुबंध के तहत स्थानांतरित करने का निर्देश दिया। लेखापरीक्षा की तिथि तक तत्संबधी उचित कार्रवाई करनी शेष थी।

(iii) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अनुबंध पर नहीं अपितु आउटसोर्स आधार पर सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को नियुक्त करने पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत वस्तु व सेवा कर व प्रशासनिक प्रभारों के कारण ₹ 7.98 करोड़ (अप्रैल 2020-अप्रैल 2022) का अतिरिक्त व्यय हुआ।

- समझौता-ज्ञापन के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को ब्रिज कोर्स[4] में शामिल होने से पहले सभी नियमों व शर्तों को स्वीकार करते हुए अनुबंध पर हस्ताक्षर करना होगा तथा एचएलएल को एक वर्ष हेतु वैध ₹ एक लाख की बैंक गारंटी प्रदान की जाएगी। चयनित प्रत्याशी को तीन वर्षों तक स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में सेवा देनी होगी। यदि प्रत्याशी तीन वर्षों की सेवा दिए बिना (तीन माह की पूर्व सूचना के बिना) त्याग-पत्र देता है, तो जमा की गई बैंक गारंटी जब्त कर ली जाएगी।

यह पाया गया कि 62 सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों ने तीन वर्षों की सेवा पूरी होने से पहले त्याग-पत्र दे दिया एवं ₹ 62.00 लाख की प्राप्त बैंक गारंटी एचएलएल ने जब्त कर ली। जब्त की गई बैंक गारंटी की राशि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को वापस नहीं की गई, जिससे उसे सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को दिए गए ब्रिज कोर्स की लागत वहन करनी पड़ी।

विभाग ने तथ्यों व आंकड़ों की पुष्टि (जनवरी 2023) करते हुए आगे बताया कि जब्त की गई राशि की वापसी के संबंध में मामला कंपनी के साथ उठाया जाएगा।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों की भर्ती प्रक्रिया प्रारंभ कर दी गई है तथा नियत समय पर नियुक्ति की जाएगी।

7.3.4.2 राज्य में स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के अंतर्गत निधियों का उपयोग

वर्ष 2018-22 के दौरान सरकार द्वारा स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में आवंटित निधियां एवं उनके उपयोग की प्रास्थिति **तालिका 7.16** में दर्शाई गई है।

तालिका 7.16: स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों के तहत आवंटित निधियां

(₹ करोड़ में)

वर्ष	भारत सरकार द्वारा आवंटित निधियां	किया गया व्यय	कमी	कमी (प्रतिशत)
2018-19	14.72	3.22	11.50	78.13
2019-20	62.05	24.56	37.49	60.42
2020-21	128.73	31.47	97.26	75.55
2021-22	59.50	62.23	-	कोई कमी नहीं
योग	**265.00**	**121.48**		

स्रोत: विभाग द्वारा दिए गए आंकड़े।

[4] भावी सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों को व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा वितरण हेतु सक्षम बनाने के लिए पाठ्यक्रम

तालिका 7.16 से स्पष्ट है कि तीन वर्ष की अवधि (वर्ष 2018-21) के दौरान निधियों के उपयोग में 60 से 78 प्रतिशत के मध्य की कमी थी, जबकि वर्ष 2021-22 के दौरान कोई कमी नहीं देखी गई।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- वर्ष 2018-22 के दौरान भारत सरकार ने स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों को उप-केंद्रों के बुनियादी ढांचे सुदृढ़ करने के लिए ₹ 265.00 करोड़ में से ₹ 82.89 करोड़[5] आवंटित किए, जिसमें से वर्ष 2020-22 के दौरान मात्र ₹ 18.35 करोड़ का उपयोग किया गया।
- वर्ष 2020-22 के दौरान सूचना, शिक्षा व संचार गतिविधियों के तहत किए गए ₹ 2.86 करोड़ (2018-22) के आवंटन के प्रति केवल ₹ 1.36 करोड़ का व्यय किया गया, जो दर्शाता है कि पर्याप्त सूचना, शिक्षा व संचार गतिविधियां नहीं की गईं।

7.3.4.3 चयनित जिलों में स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के अंतर्गत निधियों का उपयोग

वर्ष 2018-22 के दौरान निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने नए खुले स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों में बुनियादी ढांचे के निर्माणार्थ मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों/जिला स्वास्थ्य सोसायटियों को निधियां जारी की परन्तु मुख्य चिकित्सा कार्यालय/जिला स्वास्थ्य समितियां आवंटित निधियों का उपयोग करने में विफल रही। आवंटन व उपयोग का विवरण **तालिका 7.17** में दिया गया है।

तालिका 7.17: आवंटन व उपयोग का विवरण

(₹ लाख में)

वर्ष	किन्नौर			कांगड़ा			सोलन		
	जारी निधियां	प्रयुक्त निधियां	अप्रयुक्त शेष	जारी निधियां	प्रयुक्त निधियां	अप्रयुक्त शेष	जारी निधियां	प्रयुक्त निधियां	अप्रयुक्त शेष
2018-19	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2019-20	12.54	0.50	12.04	39.84	13.37	26.47	20.90	1.50	19.40
2020-21	31.17	1.45	29.72	279.78	117.43	162.35	85.18	11.41	73.77
2021-22	11.93	4.52	7.41	448.01	132.54	315.47	140.26	33.15	107.11
योग	**55.64**	**6.47**	**49.17**	**767.63**	**263.34**	**504.29**	**246.34**	**46.06**	**200.28**

स्रोत: विभाग द्वारा दिए गए आंकड़े।

इस प्रकार वर्ष 2019-22 के दौरान आवंटित ₹ 10.70 करोड़ के प्रति मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/ जिला स्वास्थ्य समितियां केवल ₹ 3.16 करोड़ की मामूली राशि उपयोग कर सकी तथा ₹ 7.54 करोड़ की शेष राशि जिलों के पास अप्रयुक्त रही।

स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों के रूप में अपग्रेड चयनित स्वास्थ्य उप-केंद्रों में अपेक्षित सुविधाएं प्रदान नहीं की गई, जैसाकि **तालिका 7.18** में दिया गया है।

[5] 2018-19: ₹ 7.46 करोड़, 2019-20: ₹ 17.50 करोड़, 2020-21: ₹ 56 करोड़, 2021-22: ₹ 1.93 करोड़।

तालिका 7.18: चयनित जिलों के स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों (पूर्व में स्वास्थ्य उप-केंद्र) में उपलब्ध सुविधाओं का विवरण

अपेक्षित सुविधा का विवरण	किन्नौर (35 स्वास्थ्य उप-केंद्र)	सोलन (103 स्वास्थ्य उप-केंद्र)	कांगड़ा (449 स्वास्थ्य उप-केंद्र)
	सुविधा प्रदत्त स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों की संख्या		
पदस्थ सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी	2	66	163
की गई बाहरी ब्रांडिंग	2	103	220
किया गया मरम्मत एवं नवीनीकरण का कार्य	0	3	26
आईटी एप्लीकेशन हेतु उपलब्ध कराया गया टेबलेट/कंप्यूटर	3	83	227
इंटरनेट कनेक्टिविटी	3	61	357

तालिका 7.18 से स्पष्ट है कि अल्प सुविधाएं सृजित की गई।

- चयनित जिलों के कुल 587 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में से मात्र 231 में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी तैनात थे, 262 स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों में बाहरी ब्रांडिंग नहीं की गई, 558 स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों में मरम्मत व नवीनीकरण नहीं किया गया, 274 स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्रों में टैबलेट/व्यक्तिगत कंप्यूटर उपलब्ध नहीं कराया गया तथा किन्नौर, सोलन व कांगड़ा जिलों के 166 स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में इंटरनेट कनेक्टिविटी उपलब्ध नहीं कराई।

सेवाओं के सृजन/प्रावधान के बिना केवल स्वास्थ्य उप-केंद्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के रूप में नामित करने से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के वितरण का उद्देश्य पूर्ण नहीं होगा।

7.3.4.4 उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त किए बिना अंतिम व्यय का निपटान

वित्तीय प्रबंधन हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के परिचालन दिशानिर्देश (परिच्छेद 5.5.2) में प्रावधान हैं कि कार्यों के लिए जारी निधियों को "प्रक्रियाधीन पूंजीगत कार्य के तहत जमा माना जाएगा तथा जिला स्वास्थ्य सोसाइटियों/उप-जिला अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/चिकित्सा अधिकारी इत्यादि को जारी निधियों को तब तक व्यय नहीं माना जाएगा जब तक कि उन्हें इन संस्थानों/निकायों द्वारा व्यय (या तो एसओई/उपयोगिता प्रमाणपत्र, जो भी लागू हो) के रूप में सूचित नहीं किया जाता।

सिविल कार्यों हेतु जारी निधियों का वर्ष-वार विवरण **तालिका 7.19** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.19: जारी निधियों का वर्ष-वार विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	स्वास्थ्य सेवा निदेशालय	जिला अस्पताल	सिविल अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	कुल
2016-17	11.87	0.91	4.42	5.96	23.16
2017-18	0.00	0.97	4.03	3.13	8.13
2018-19	43.20	0.88	2.76	2.25	49.09
2019-20	0.00	0.55	2.75	2.90	6.20
2020-21	4.43	0.21	3.60	4.04	12.28
2021-22	0	0.40	3.21	3.76	7.37
योग	**59.50**	**3.92**	**20.77**	**22.04**	**106.23**

- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त किए बिना लेखाओं में अंतिम व्यय के रूप में ₹ 106.23 करोड़ की राशि दर्ज की। वर्ष 2016-22 के दौरान स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण के तहत निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं को सिविल कार्यों के निर्माणार्थ लोक निर्माण विभाग/ठेकेदार/निष्पादन एजेंसियों को आगे हस्तांतरित करने हेतु कुल निधियों में से ₹ 59.50 करोड़ जारी किए गए। इसके अतिरिक्त जिला अस्पतालों/सिविल अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को दिए गए वार्षिक रखरखाव अनुदान/अनबद्ध निधि/कॉर्पस से जिला स्वास्थ्य समितियों को ₹ 46.73 करोड़ (₹ 106.23 करोड़ - ₹ 59.50 करोड़) की राशि जारी की गई।
- निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं एवं जिला स्वास्थ्य समितियों को जारी निधियां लेखाओं में अंतिम व्यय के रूप में मानी गई, जबकि इसे संबंधित निष्पादन एजेंसियों से उपयोगिता प्रमाणपत्र पूर्ण होने/जमा होने तक जमा/अग्रिम के रूप में दर्शाया जाना था।

इस प्रकार उपरोक्त निधियां, जो निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं एवं जिला स्वास्थ्य समितियों को सिविल कार्यों के निर्माण/अनुदान हेतु जारी की गई थी, उसे वास्तविक उपयोग होने तक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के लेखाओं में अग्रिम के रूप में दर्शाने के बजाय व्यय के रूप में दर्ज किया गया, जिसके कारण न तो कार्यों के निष्पादन की स्थिति सुनिश्चित हो सकी एवं न ही उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त हुआ।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा में पाया गया कि वर्ष 2016-21 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत जारी अग्रिमों हेतु 1,413 ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता व पोषण समितियों से ₹ 0.22 करोड़ के उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किए गए। चयनित आठ खण्ड चिकित्सा कार्यालयों में से चार[6] में अप्रैल 2022 तक ₹ 28.17 लाख राशि के उपयोगिता प्रमाणपत्र लंबित पाए गए। खण्ड चिकित्सा अधिकारी ने प्रत्युत्तर में बताया कि उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त करने के लिए आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

[6] खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल: ₹ 9.37 लाख, वीएचएसएनसी: 91; खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, ज्वालामुखी: ₹ 4.71 लाख, वीएचएसएनसी:178; खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, शाहपुर: ₹ 2.73 लाख, वीएचएसएनसी: 153 व खण्ड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, महाकाल: ₹ 11.36 लाख, वीएचएसएनसी: 110

7.3.4.5 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से राज्य योजना में निधियों का अपवर्तन (डायवर्जन)

स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण के तहत अप्रैल 2021 में मुख्य कार्यकारी अधिकारी, हिमाचल प्रदेश स्वास्थ्य बीमा योजना को मुख्यमंत्री हिमाचल स्वास्थ्य सेवा योजना (हिमकेयर) के अंतर्गत लिए गए डायलिसिस लाभार्थियों की प्रतिपूर्ति हेतु मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, शिमला ने ₹ 1.02 करोड़ की राशि हस्तांतरित की। हिमकेयर योजना एक राज्य योजना है एवं भारत सरकार के अनुमोदन के बिना राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की निधियों का राज्य स्वास्थ्य योजना में हस्तांतरण अनियमित था।

7.3.4.6 निधियों का उपयोग न करना

वे मामले जहां मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, शिमला द्वारा जारी निधियां अप्रयुक्त रही, उनके विवरण **तालिका 7.20** में दर्शाए गए हैं।

तालिका 7.20: उन मामलों के विवरण जहां निधियां अप्रयुक्त रहीं

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	आवंटित निधियां	उद्देश्य	निधियां जारी होने की तिथि	एजेंसी जिसे निधियां जारी की गई	अप्रयुक्त रही राशि	अभ्युक्ति
1.	1.05	सिविल कार्य (7 स्वास्थ्य उप-केंद्र, 1 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र)	अगस्त 2016 से अप्रैल 2019	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा (अधिशासी अभियंता, हिमाचल प्रदेश, लोक निर्माण विभाग को जारी)	0.26	मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा ने उत्तर दिया कि ₹ 0.26 करोड़ (मई 2023) की राशि कार्यालय में अप्रयुक्त थी एवं डायवर्जन का प्रस्ताव आवश्यक अनुमोदन प्राप्त करने के लिए सक्षम अधिकारियों को भेजा गया है।
	1.78	15 स्वास्थ्य उप-केंद्रों, 2 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का निर्माण	जुलाई 2021		1.78	कार्य प्रारंभ न होने से राशि अप्रयुक्त रही। मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा (मई 2023) ने उत्तर में बताया कि निधियां संबंधित निष्पादन एजेंसियों को जारी कर दी गई है एवं निष्पादन एजेंसी के पास अप्रयुक्त रखी है।
2.	5.00	कैम्पस का कंप्यूटरीकरण	मार्च 2015	प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा	1.32	मार्च 2015 में ₹ पांच करोड़ प्राप्त हुए जिसमें से ₹ 3.68 करोड़ का उपयोग किया गया जबकि शेष ₹ 1.32 करोड़ अप्रयुक्त रहे। निधि प्राप्ति की तिथि से सात वर्ष बीत जाने के बाद भी न तो राशि के उपयोग के लिए कोई कार्रवाई की गई और न ही अव्ययित राशि की वापसी के लिए कोई कार्रवाई की गई। (जनवरी 2023)

क्र. सं.	आवंटित निधियां	उद्देश्य	निधियां जारी होने की तिथि	एजेंसी जिसे निधियां जारी की गई	अप्रयुक्त रही राशि	अभ्युक्ति
3.	3.77	नर्सिंग स्कूल का निर्माण	मार्च 2022	प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा	3.77	जून 2022 तक निधियां बचत बैंक खाते में अव्ययित रखी रही क्योंकि मशीनों व उपकरणों हेतु मार्च 2022 में निधियां अनुमोदित की गई।
4.	0.50	अस्थि क्लिनिक की स्थापना	अक्टूबर 2013	प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा	0.50	सम्पूर्ण राशि अक्टूबर 2022 के दौरान वापस कर दी गई। इस प्रकार रोगियों को अभीष्ट सुविधा से वंचित करते हुए विभाग नौ वर्षों तक ₹ 50.00 लाख की निधियां बचत बैंक खाते में रखने के बाद भी उनका उपयोग करने में विफल रहा।
5.	0.25	कायाकल्प पुरस्कार राशि	अगस्त 2020	जिला अस्पताल, कांगड़ा	0.09	जिला अस्पताल, कांगड़ा के उत्तर (मई 2023) के अनुसार 32 महीने से अधिक समयोपरांत भी ₹ 0.09 करोड़ अप्रयुक्त थे।
6.	19.37	टीसीसीसी (तृतीयक सेवा कैंसर इकाई) का निर्माण	2015-16	आईजीएमसी, शिमला	7.52	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा जारी ₹ 19.37 करोड़ में से ₹ 11.85 करोड़ हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग को जारी किए गए (मार्च 2019 के बाद) तथा ब्याज सहित ₹ 7.52 करोड़ की शेष राशि को सितम्बर 2021 में निदेशक, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान (नोडल कार्यालय) को हस्तांतरित कर दिया गया, जो अप्रयुक्त रहे। टीसीसीसी का अब तक 85 प्रतिशत निर्माण-कार्य पूर्ण हो गया था (सितंबर 2022)। तथापि निधियों के अनुमोदन की तिथि से सात वर्ष बीत जाने के बाद भी टीसीसीसी को कार्यात्मक नहीं बनाया जा सका।
योग					**15.24**	

जैसाकि **तालिका 7.20** वर्णित है, भूमि की अनुपलब्धता एवं कार्यों के विलंबित निष्पादन जैसे कारणों से कुल ₹ 15.24 करोड़ राशि अप्रयुक्त रही, जिससे प्रयोक्ता अभीष्ट लाभों से वंचित रह गए।

7.3.4.7 दूरचिकित्सा (टेलीमेडिसिन) सेवा

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत मैसर्स अपोलो अस्पताल, चेन्नई के माध्यम से लाहौल व स्पीति एवं चंबा जिले के जनजातीय क्षेत्रों में जिला अस्पताल, केलोंग व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, काजा में वर्ष 2015-16 के दौरान, सिविल अस्पताल, किलाड में अक्टूबर 2018 में और सिविल अस्पताल, भरमौर में अक्टूबर 2019 में टेलीमेडिसिन सुविधा प्रारंभ की गई।

वर्ष 2015-16 के दौरान शिमला, सिरमौर एवं चंबा जिले के 25 ग्रामीण इलाकों में भी टेलीमेडिसिन सेवाएं प्रारंभ की गईं। वर्ष 2015-16 के दौरान सोलन जिले में स्त्री रोग, सामान्य चिकित्सा एवं शिशु रोग में विशेषज्ञ चिकित्सकों के द्वारा टेली-परामर्श उपलब्ध कराने हेतु विशेषज्ञ केंद्र (हब) शुरू किया गया। आईजीएमसी शिमला, आरपीजीएमसी कांगड़ा एवं एलबीएसजीएमसी नेरचौक में चिकित्सा सुविधाओं के साथ विशेषज्ञ हब की सुविधा भी दी गई। प्रत्येक टेलीमेडिसिन केंद्र में रोगियों को परामर्श की सुविधा हेतु विशेषज्ञ डॉक्टरों के साथ एक जनरल नर्सिंग एवं मिडवाइफरी स्टाफ तैनात किया गया। अप्रैल 2019 से 50 सुदूर स्थित स्वास्थ्य उप-केंद्रों में भी टेलीमेडिसिन सेवाएं प्रारंभ की गई। इन 75 टेलीमेडिसिन केंद्रों का संचालन व प्रबंधन मेसर्स पीरामल स्वास्थ्य प्रबंधन एवं अनुसंधान संस्थान, हैदराबाद के माध्यम से किया गया। दोनों फार्मों से परामर्श लेने वाले रोगियों एवं हुए व्यय के विवरण **तालिका 7.21** में दिए गए है।

तालिका 7.21: टेलीमेडिसिन सेवा के माध्यम से परामर्श लेने वाले रोगियों का विवरण

वर्ष	किया गया व्यय (₹ लाख में)	4 टेलीमेडिसिन केंद्रों में अपोलो अस्पताल के माध्यम से परामर्श लेने वाले रोगियों की संख्या				75[7] टेलीमेडिसिन केंद्रों में पीरामल स्वास्थ्य के माध्यम से परामर्श लेने वाले रोगियों की संख्या
		सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, काजा	जिला अस्पताल, केलोंग	सिविल अस्पताल, किलर	सिविल अस्पताल, भरमौर	
2016-17	207.59	1,958	1,919	2018-19 के दौरान प्रारंभ		10,712
2017-18	222.30	1,988	1,830			10,500
2018-19	318.78	1,818	1,551	473	0	16,755
2019-20	478.28	1,691	1,400	1,525	444	35,491
2020-21	415.29	758	632	458	515	43,520
2021-22	421.14	1,046	621	565	591	71,026
योग	**2,063.38**	**9,259**	**7,953**	**3,021**	**1,550**	**1,88,004**

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

तालिका 7.21 से स्पष्ट है कि:

- वर्ष 2016-22 के दौरान रोगियों द्वारा अपोलो अस्पताल के माध्यम से टेलीमेडिसिन परामर्श लेने में जिला अस्पताल, केलोंग में घटती प्रवृत्ति, सिविल अस्पताल, भरमौर में बढ़ती प्रवृत्ति व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, काजा व सिविल अस्पताल, किलाड में मिश्रित प्रवृत्ति पाई गई।
- 75 टेलीमेडिसिन केंद्रों में पीरामल स्वास्थ्य के माध्यम से रोगियों के परामर्श लेने की संख्या में बढ़ती प्रवृत्ति थी।

7.3.4.8 लेवल III ट्रॉमा केंद्रों का निष्पादन

दिसंबर 2019 में भारत सरकार ने लेवल III ट्रॉमा केंद्रों के निर्माणार्थ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के माध्यम से सोलन में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़, शिमला में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई एवं जिला अस्पताल ऊना में उपकरण व संचार सहित तीन ट्रॉमा सेंटर सुविधाएं स्थापित करने हेतु

[7] चम्बा-20, कांगड़ा -पांच, किन्नौर-दो, कुल्लू- पांच, मंडी-20, शिमला-10 व सिरमौर-13

₹ 8.29 करोड़ की राशि जारी की। उपरोक्त के अतिरिक्त राज्य सरकार द्वारा सिविल कार्यों के लिए ₹ 4.50 करोड़, क्रमशः जनवरी 2022 व फरवरी 2021 में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई हेतु ₹ 4.21 करोड़ एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़ हेतु ₹ 0.29 करोड़ भी स्वीकृत व जारी किए गए। निष्पादन एजेंसी को जारी की गई निधियों का विवरण **तालिका 7.22** में विवर्णित है।

तालिका 7.22: निष्पादन एजेंसी को जारी निधियों का विवरण

(₹ लाख में)

वर्ष	लेवल III ट्रॉमा सेंटर का नाम	जारी/उपलब्ध निधियां		कुल
		सिविल कार्य	उपकरण व संचार	
दिसम्बर 2019	ट्रॉमा सेंटर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़	61.95	242.40	304.35
दिसम्बर 2019	ट्रॉमा सेंटर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई	454.41	242.40	696.81
दिसम्बर 2019	ट्रॉमा सेंटर जिला अस्पताल, ऊना	33.34	242.40	275.74
योग		**549.70**	**727.20**	**1,276.90**

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़ में ट्रॉमा सेंटर का निर्माण कार्य 95 प्रतिशत पूर्ण था (जून 2022)।
- जुलाई 2022 तक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई का निर्माण प्रारंभ नहीं हुआ।
- जिला अस्पताल, ऊना में ट्रॉमा सेंटर के निर्माणार्थ राज्य सरकार का अनुमोदन जुलाई 2022 तक प्रतीक्षित था, जिससे निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के पास ₹ 2.76 करोड़ की निधियां अप्रयुक्त रही।
- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से निधियां प्राप्त होने की तिथि से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, कोटखाई व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नालागढ़ को ₹ 5.51 करोड़ राशि जारी करने में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं को लगभग 13 से 24 माह का समय लगा तथा ₹ 2.76 करोड़ की शेष राशि (जिला अस्पताल, ऊना) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से निधियां प्राप्त होने की तिथि से 30 माह के बाद भी निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के पास अप्रयुक्त रही (जुलाई 2022)।
- ट्रॉमा केंद्रों हेतु अपेक्षित उपकरणों की खरीद की प्रक्रिया प्रारंभ नहीं की गई, जिससे इस उद्देश्यार्थ प्राप्त ₹ 4.80 करोड़ की निधियां संबंधित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में अप्रयुक्त रही।

कार्रवाई में विलम्ब के कारण ट्रॉमा सेंटर अभी भी अपूर्ण थे, जिससे उनकी स्थापना का उद्देश्य विफल हो गया।

7.3.4.9 मातृ-शिशु अस्पताल का निर्माण

वर्ष 2013-14 व 2017-18 के मध्य भारत सरकार ने ₹ 175.25 करोड़ की अनुमानित लागत से दस मातृ-शिशु अस्पतालों के निर्माण का अनुमोदन दिया, जो **तालिका 7.23** में विवर्णित है।

तालिका 7.23: राज्य में मातृ-शिशु अस्पतालों की प्रास्थिति

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति का वर्ष	बिस्तरों की संख्या	अनुमोदित लागत	भारत सरकार से प्राप्त निधियां	जून 2022 तक जिले में हस्तांतरित निधियां	पूर्ण किया गया सिविल कार्य (प्रतिशत)
1.	जिला अस्पताल, मंडी	2013-14	100	20.00	20.00	20.00	99
2.	जिला अस्पताल, कुल्लू	2017-18	100	20.00	20.00	13.61	99
3.	आरपीजीएमसी, कांगड़ा	2016-17	200	40.00	28.95	23.95	65
4.	सिविल अस्पताल, नूरपुर	2016-17	50	10.00	10.00	10.00	60
5.	जिला अस्पताल, बिलासपुर	2017-18	50	10.00	6.50	6.50	70
6.	जिला अस्पताल, उना	2016-17	100	20.00	13.57	13.57	60
7.	वायएसपीजीएमसी*, नाहन	2016-17	50	10.00	5.00	5.00	प्रारंभ नहीं किया
8.	जिला अस्पताल, सोलन	2016-17	50	10.00	2.00	2.00	भू-अनुपलब्धता के कारण प्रारंभ नहीं किया
9.	केएनएसएच, शिमला	2013-14	100	23.25	23.25	23.25	पूर्ण
10.	क्षेत्रीय अस्पताल, सुंदरनगर	2015-16	50	12.00	12.00	12.00	पूर्ण
योग				**175.25**	**141.27**	**129.88**	

*स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन * यशवंत सिंह परमार राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय*

भारत सरकार ने इन मातृ-शिशु अस्पतालों के निर्माणार्थ राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को ₹ 141.27 करोड़ जारी किए। वर्ष 2013-14 व 2017-18 के मध्य मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हिमाचल प्रदेश ने निष्पादन एजेंसियों को ₹ 129.88 करोड़ जारी किए। दस मातृ-शिशु अस्पतालों में से दो मातृ-शिशु अस्पतालों का निर्माण प्रारंभ नहीं हुआ, छः मातृ-शिशु अस्पताल प्रक्रियाधीन एवं दो पूर्ण हो चुके थे।

यह भी देखा गया कि:

- नाहन व सोलन स्थित दो मातृ-शिशु अस्पतालों का निर्माण प्रारंभ नहीं किया गया, जिससे ₹ सात करोड़ की निधियां संबंधित स्वास्थ्य संस्थानों के पास लगभग छः वर्षों तक अप्रयुक्त रही।
- तीन मातृ-शिशु अस्पतालों (आरपीजीएमसी कांगड़ा, सिविल अस्पताल, नूरपुर व जिला अस्पताल, ऊना) एवं एक मातृ-शिशु अस्पताल (जिला अस्पताल, बिलासपुर) का निर्माण उनकी स्वीकृति के क्रमशः छः वर्ष व पांच वर्ष उपरांत भी पूर्ण नहीं हुआ।
- जिला अस्पताल, मंडी एवं जिला अस्पताल, कुल्लू में दो मातृ-शिशु अस्पतालों के सिविल कार्य क्रमशः अप्रैल व जून 2022 के दौरान पूर्ण होने की बात कही गई थी परन्तु उपकरण स्थापित न होने के कारण उनका उपयोग नहीं किया गया।

7.3.4.10 चिकित्सा उपकरणों के रखरखाव हेतु तंत्र

राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों में चिकित्सा उपकरणों के रखरखाव हेतु अक्टूबर 2017 के दौरान मेसर्स नेक्स्ट जेन मेडिकल डिवाइसेज को आशय-पत्र (लेटर ऑफ इंटेंट) जारी किया गया। नियम व शर्तों के अनुसार फर्म को नवंबर 2017 में कार्य प्रारंभ कर देना था परन्तु आशय-पत्र जारी होने के 20 माह पश्चात अर्थात मई 2019 में अनुबंध पर हस्ताक्षर किए गए। जुलाई 2019 में मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने परियोजना के कार्यान्वयन हेतु मानक संचालन प्रोटोकॉल को अंतिम रूप दिया। सेवाप्रदाता को यह सुनिश्चित करना था कि उपयोगकर्ता द्वारा शिकायत दर्ज करने के सात दिनों के बाद से कोई भी उपकरण किसी भी समय खराब न रहे। यदि उपकरण सात दिनों के बाद खराब हो जाता है, तो घोषित परिसंपत्ति मूल्य के आधार पर सात दिनों के बाद के प्रत्येक अतिरिक्त दिन के लिए ₹ 300 से अधिकतम ₹ 3,000/- तक की शास्ति अधिरोपित की जाएगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि :

- फर्म द्वारा विकसित राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के पोर्टल के अनुसार उपकरणों की मरम्मत हेतु स्वास्थ्य संस्थानों ने कुल 7,597 शिकायतें (मई 2019 से जून 2022) दर्ज कराईं। 7,597 शिकायतों में से 1,207 शिकायतों के निपटान में आठ से 292 दिन का विलम्ब हुआ। मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हिमाचल प्रदेश ने अनुबंध की शर्तानुसार शास्ति लगाने की कोई कार्रवाई नहीं की। सात दिनों के भीतर न देखी गईं/निपटान न की गई जिले-वार कुल शिकायतें **तालिका 7.24** में दी गई हैं।

तालिका 7.24: विलम्ब से देखी गई शिकायतों का जिला-वार विवरण

क्र.सं.	जिले का नाम	विलम्ब से देखी गई शिकायतों की संख्या	विलम्ब की अवधि (दिनों में)
1.	बिलासपुर	76	8 से 233
2.	चम्बा	77	8 से 178
3.	हमीरपुर	107	8 से 280
4.	कांगड़ा	455	8 से 249
5.	किन्नौर	23	8 से 60
6.	कुल्लू	63	8 से 160
7.	लाहौल-स्पीती	8	8 से 86
8.	मंडी	125	8 से 292
9.	शिमला	101	8 से 181
10.	सिरमौर	59	8 से 245
11.	सोलन	59	8 से 187
12.	ऊना	54	8 से 97
	योग	**1,207**	

स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का पोर्टल।

- समझौते में निर्धारित उपकरणों की मरम्मत में विलम्ब हेतु फर्म पर ₹ 2.80 करोड़ की शास्ति (शास्ति की गणना पोर्टल में उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार की गई) अधिरोपित नहीं की गई। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की।

विभाग ने तथ्यों व आंकड़ों की पुष्टि (जनवरी 2023) करते हुए आगे बताया कि शास्ति से संबंधित मामला फर्म के साथ उठाया जाएगा।

- जिला कांगड़ा में चिकित्सा उपकरणों की मरम्मत फर्म ठीक से नहीं कर रही थी क्योंकि फर्म ने जिन कुछ उपकरणों के सुधारे न जा सकने की घोषणा की थी, उनकी स्वास्थ्य संस्थान (आरपीजीएमसी, कांगड़ा) ने बाद में किसी अन्य फर्म से मरम्मत कराई। इससे परिलक्षित होता है कि कंपनी ने अपनी जिम्मेदारी का निर्वहन उतनी कुशलता से नहीं किया, जितना उसे करना चाहिए था। इसके अतिरिक्त लेखापरीक्षा द्वारा किए गए भौतिक सत्यापन से फर्म की सेवाओं के प्रति असंतोष का पता चला।

7.4 शेष योजनाओं से सम्बंधित अन्य निष्कर्ष

7.4.1 निधियों का अनुपयोग

अप्रयुक्त निधियों का विवरण **तालिका 7.25** में दर्शाया गया है।

तालिका 7.25: भारत सरकार की योजनाओं की निधियों का अनुपयोग

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	जिनसे निधियां प्राप्त हुई	राशि	उद्देश्य	निधि जारी करने का माह	जिसे निधि जारी की गई	अप्रयुक्त निधियां	अभ्युक्ति
1.	भारत सरकार	0.99	राज्य सरकार के मेडिकल कॉलेजों के सुदृढ़ीकरण व उन्नयन हेतु स्नातकोत्तर (पीजी) सीटों में वृद्धि के लिए	सितम्बर 2018	प्रधानाचार्य, आईजीएमसी	0.99	प्रधानाचार्य, आईजीएमसी शिमला द्वारा राशि आहरित कर मार्च 2021 तक कॉलेज द्वारा रखी गई एवं उसके बाद निदेशक, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान, शिमला को हस्तांतरित कर दी गई। इस प्रकार मई 2023 तक राशि अप्रयुक्त रही।
2.	भारत सरकार	6.17	पैरामेडिकल शिक्षा महाविद्यालय की स्थापना	मार्च/मई 2019	एसएलबी एसजीएमसी, मंडी	6.17	मार्च 2021 में सम्पूर्ण राशि आहरित की गई एवं कॉलेज परिसर के पास उपयुक्त भूमि की पहचान न होने, कॉलेज चलाने के लिए अनिवार्यता प्रमाणपत्र की कमी एवं अतिरिक्त पदों का सृजन न होने के कारण मई 2023 तक अप्रयुक्त रही।

क्र.सं.	जिनसे निधियां प्राप्त हुई	राशि	उद्देश्य	निधि जारी करने का माह	जिसे निधि जारी की गई	अप्रयुक्त निधियां	अभ्युक्ति
3.	भारत सरकार	0.55	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम	अगस्त 2017	आईजी एमसी, शिमला	0.47	भारत सरकार के अनुमोदन के 19 माह बाद मार्च 2019 के दौरान निधियां आहरित की, जिसमें से 2019-20 के दौरान केवल ₹ 8.00 लाख का उपयोग किया गया। शेष राशि अप्रयुक्त रही (जून 2022)।
4.	भारत सरकार	5.86	क्षेत्रीय वृद्धावस्था केंद्र की स्थापना	नवम्बर 2016, फरवरी 2017 व नवम्बर 2017	प्रधानाचार्य, आरपीजी एमसी, कांगड़ा	3.00	भारत सरकार ने ₹ 5.86 करोड़ जारी किए परन्तु प्रधानाचार्य आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने मार्च 2021 के दौरान केवल ₹ 3.00 करोड़ आहरित किए। यह राशि निदेशक, चिकित्सा शिक्षा व अनुसंधान, शिमला को हस्तांतरित कर दी गई थी। मई 2023 तक यह राशि अप्रयुक्त रही। न्यायालयीन प्रकरणों के कारण रीजनल जिरियाट्रिक सेंटर की स्थापना को लेकर कार्य प्रारंभ नहीं हो सका।

7.4.2 राज्य औषधि विनियामक प्रणाली का सुदृढ़ीकरण

वर्ष 2015 में भारत सरकार द्वारा एक केंद्र प्रायोजित योजना यथा राज्य औषधि विनियामक प्रणाली सुदृढीकरण प्रारंभ की गई। इस योजना में विद्यमान राज्य दवा परीक्षण प्रयोगशालाओं का अपग्रेडेशन, नई दवा परीक्षण प्रयोगशालाओं की स्थापना एवं जनशक्ति को शामिल करना इत्यादि सम्मिलित है, जिसे मार्च 2021 के अंत तक पूर्ण किया जाएगा। राज्य के बद्दी में एक दवा परीक्षण प्रयोगशाला के निर्माण द्वारा राज्य औषधि नियामक संरचनाओं के सुदृढीकरण हेतु राज्य सरकार एवं भारत सरकार के मध्य एक समझौता-ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए गए (फरवरी 2015)। अप्रैल 2017 व नवंबर 2021 के मध्य भारत सरकार ने ₹ 40.50 करोड़[8] का सहायता-अनुदान जारी किया। साथ ही राज्य ने ₹ 5.11 करोड़ की राशि आवंटित की।

[8] अप्रैल 2017: ₹ 15.00 करोड़, फरवरी 2021: ₹ 0.81 करोड़, ₹ 5.13 करोड़, ₹ 1.56 करोड़ व नवंबर 2021: ₹ 12.44 करोड़, ₹ 4.53 करोड़ व ₹ 1.03 करोड़

लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया:

- भारत सरकार के अंश से जारी कुल ₹ 40.50 करोड़ राशि में से ₹ 20.94 करोड़ भारत सरकार के राशि जारी करने की तिथि से छः से आठ माह के पश्चात कोषागार से आहरित किए गए। फरवरी 2021 (₹ 1.56 करोड़) एवं नवंबर 2021 (₹ 12.44 करोड़, ₹ 4.53 करोड़ व ₹ 1.03 करोड़) के दौरान भारत सरकार से जारी ₹ 19.56 करोड़ की शेष राशि को अगस्त 2022 तक कोषागार से आहरित नहीं किया गया।
- ₹ 5.11 करोड़ के कुल राज्यांश में से ₹ 3.15 करोड़ राशि जारी होने की तिथि से छः से आठ माहोपरांत राजकोष से आहरित किए गए एवं अगस्त 2022 तक ₹ 1.96 करोड़ कोषागार से आहरित नहीं किए गए।

अभिलेखों की संवीक्षा से यह भी उजागर हुआ कि वर्ष 2016-17 के दौरान हिमाचल प्रदेश आवास एवं शहरी विकास प्राधिकरण (हिमुडा) से नई औषधि परीक्षण प्रयोगशाला की स्थापना हेतु ₹ 7.50 करोड़ में एक भवन खरीदा गया। मार्च 2019 में इस प्रयोगशाला हेतु आवश्यक मशीनरी व उपकरणों की स्थापना के लिए एक फर्म[9] के साथ पट्टा-विलेख (लीज डीड) पर हस्ताक्षर किए गए। जनवरी 2023 तक परियोजना के सिविल कार्य एवं उपकरण पर ₹ 19.17 करोड़ का व्यय किया गया तथा ₹ 4.09 करोड़ की शेष राशि बचत खाते में अप्रयुक्त रही। इस प्रकार भारत सरकार द्वारा निधियां उपलब्ध कराने के बावजूद प्रयोगशाला आज तक पूर्ण नहीं हुई।

विभाग ने तथ्यों की पुष्टि (जनवरी 2023) करते हुए आगे बताया कि प्रयोगशाला को पूर्ण करने के लिए फर्म के साथ नियमित रूप से बात की जा रही थी।

सरकार ने प्रत्युत्तर (जनवरी 2024) में बताया कि राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशाला से संबंधित सिविल कार्य पूर्ण हो चुका है एवं 95 प्रतिशत उपकरणों की खरीद प्रक्रिया पूर्ण है तथा अब प्रयोगशाला को प्रारंभ किया जा सकता है। विभाग ने प्रयोगशाला के संचालन व रखरखाव हेतु एजेंसी भी तय कर ली है तथा प्रयोगशाला को जल्द ही प्रारंभ कर दिया जाएगा।

7.5 निष्कर्ष

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत राज्य सरकार को जारी निधियों का प्रबंधन संतोषजनक नहीं था, क्योंकि प्रत्येक वर्ष के अंत में राज्य स्वास्थ्य समितियों के बैंक खातों में राशि लगातार अव्ययित रही। वर्ष 2022 तक राज्य में 90 प्रतिशत संस्थागत प्रसव का सतत विकास लक्ष्य प्राप्त कर लिया गया। जननी सुरक्षा योजना एवं निक्षय पोषण योजना के कार्यान्वयन में कमियां देखी गईं क्योंकि सभी लाभार्थियों को योजना के तहत परिकल्पित लाभ उपलब्ध नहीं कराए गए। टीकाकरण कार्यक्रम के लक्ष्य की प्राप्ति में भी कमी पाई गई। स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र जनशक्ति की कमी, निधियां व्यय करने में असमर्थता एवं आवश्यक बुनियादी ढांचे के अभाव की समस्याओं से जूझ रहे हैं। ट्रॉमा सेंटर, मातृ-शिशु

[9] एचएलएल इंफ्रा टेक सर्विसेज लिमिटेड

अस्पताल, दवा परीक्षण प्रयोगशाला एवं कई अन्य सिविल कार्यों के निर्माण में विलम्ब हुआ, जो अब तक पूर्ण नहीं हुए, जिससे लाभार्थी अभीष्ट लाभ से वंचित रहे। आउटसोर्स फर्मों द्वारा चिकित्सा उपकरणों के रखरखाव की सेवाएं समयबद्धता एवं दक्षता दोनों की दृष्टि से संतोषजनक नहीं थीं।

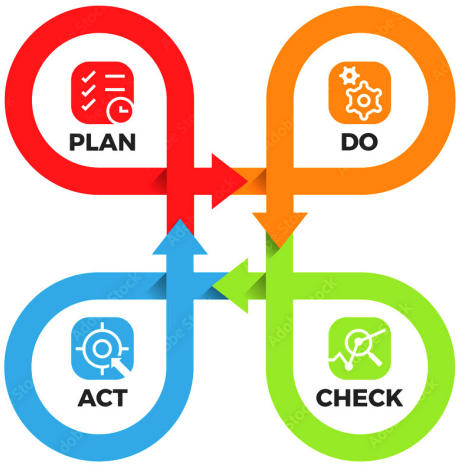
7.6 सिफारिशें

राज्य सरकार निम्नवत क़दम उठाए :

- *अधिकतम लाभार्थियों को योजना में लेने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आवंटित निधियों का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित करने का प्रयास करें।*
- *अधिकतम संस्थागत प्रसव एवं नकद प्रोत्साहन हेतु जननी सुरक्षा योजना के सभी लाभार्थियों को समय पर भुगतान/कवरेज सुनिश्चित करने के लिए प्रणाली विकसित करें।*
- *आयुष्मान भारत के तहत बनाए गए स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में बुनियादी ढांचा निर्माण, सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों की नियुक्ति एवं स्वास्थ्य सेवा केंद्रों का अपग्रेडेशन व संचालन सुनिश्चित करने हेतु दिशानिर्देशानुसार सुविधाएं प्रदान करने की प्रणाली विकसित करें।*
- *कार्यों को समय पर पूर्ण करने के लिए स्वास्थ्य सुदृढ़ीकरण प्रणाली के तहत सिविल कार्यों की निगरानी हेतु प्रणाली विकसित करें।*

अध्याय-VIII

विनियामक तंत्र



अध्याय VIII: विनियामक तंत्र

सम्पूर्ण देश में सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त स्तर की गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए विभिन्न अधिनियम/विनियम निर्धारित किए गए हैं। ये अधिनियम/विनियम स्वास्थ्य सेवा को मानकीकृत करने एवं पर्यवेक्षण करने तथा सुनिश्चित करने के लिए बनाए गए हैं कि स्वास्थ्य सेवा संस्थान सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों का अनुपालन करते हुए सभी रोगियों को सुरक्षित स्वास्थ्य सेवा प्रदान करें।

8.1 राज्य चिकित्सा परिषद

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग अधिनियम, 2019 के परिच्छेद 30 (1) के अनुसार यदि राज्य में कोई राज्य चिकित्सा परिषद मौजूद नहीं है तो राज्य सरकार को उस राज्य में ऐसी परिषद की स्थापना करनी होगी। हिमाचल प्रदेश में हिमाचल प्रदेश चिकित्सा परिषद अधिनियम, 2003 के तहत चिकित्सा परिषद का गठन किया गया, जो 2004 में लागू हुआ।

राज्य चिकित्सा परिषद से अपेक्षित है:

- लाइव रजिस्टर बनाना एवं उसमें चिकित्सकों (मेडिकल प्रैक्टिशनर) के पंजीयन की व्यवस्था करना।
- प्रैक्टिशनर के व्यावसायिक आचरण के विनियमन हेतु आचार संहिता निर्धारित करना।
- अनुशासनात्मक कार्रवाई के रूप में किसी प्रैक्टिशनर को फटकारना, निलंबित करना या उसका नाम रजिस्टर से हटाना अथवा ऐसी अन्य अनुशासनात्मक कार्रवाई करना।
- मेडिकल प्रैक्टिशनर द्वारा किए गए कदाचार या लापरवाही के विरुद्ध जनता (रोगियों या उनके रिश्तेदारों सहित) से शिकायतें प्राप्त करना।
- सुनिश्चित करना कि कोई भी अयोग्य व्यक्ति चिकित्सा की आधुनिक वैज्ञानिक प्रणाली का अभ्यास न करे।
- अपने सदस्यों को व्यावसायिक कर्तव्यों के निर्वहन में सुरक्षा प्रदान करना।

हिमाचल प्रदेश चिकित्सा परिषद अधिनियम, 2003 की धारा 3(3) के अनुसार राज्य चिकित्सा परिषद में (ए) भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1956 (1956 का 102) में निर्धारित अपेक्षित योग्यता रखने वाले चार सदस्य, जिन्हें सरकार द्वारा नामित किया हो; (बी) प्रत्येक राजकीय मेडिकल कॉलेज से एक सदस्य, जो उस कॉलेज के मेडिकल संकाय के सदस्यों द्वारा उसके शिक्षण संकाय के स्थायी सदस्यों में से चुना गया हो; (सी) हिमाचल प्रदेश मेडिकल ऑफिसर्स एसोसिएशन द्वारा चुने गए एक सदस्य सहित पंजीकृत चिकित्सकों द्वारा अपने बीच से चुने गए नौ सदस्य; (डी) निदेशक, चिकित्सा

शिक्षा; (ई) राज्य के राजकीय मेडिकल कॉलेजों के प्राचार्य; (एफ) निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं शामिल होंगे। इसके अतिरिक्त धारा 3 (9) के अनुसार सरकारी राजपत्र मे अधिसूचना द्वारा सदस्यों के नाम प्रकाशित करेगी। वर्तमान में परिषद अध्यक्ष एवं पदेन सदस्यों के साथ काम कर रही है, जिसमें कोई निर्वाचित/नामांकित सदस्य नहीं हैं (मार्च 2023)।

राज्य चिकित्सा परिषद के अभिलेखों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग अधिनियम, 2019 की धारा 31(6) यह निर्धारित करती है कि इस अधिनियम के प्रारंभ से तीन माह के भीतर प्रत्येक राज्य चिकित्सा परिषद निर्दिष्ट इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप में राज्य रजिस्टर का अनुरक्षण कर नियमित रूप से उसे अपडेट (अद्यतन) करेगी तथा इसकी एक भौतिक प्रति नैतिकता व चिकित्सा पंजीयन बोर्ड (एथिक्स एंड मेडिकल रजिस्ट्रेशन बोर्ड) को प्रदान करेगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य चिकित्सा परिषद ने सार्वजनिक डोमेन में सभी पंजीकृत चिकित्सकों की सूची वार्षिक रूप से प्रकाशित नहीं की; तथापि बताया गया कि इसने पंजीकृत मेडिकल प्रेक्टिशनर्स की एक सूची मैन्युअल रूप से बनाई थी तथा राष्ट्रीय चिकित्सा परिषद को त्रैमासिक रिपोर्ट भेजी गई थी।

- हिमाचल प्रदेश चिकित्सा परिषद अधिनियम, 2003 का नियम 15(7) कहता है कि कोई भी व्यक्ति, भले ही आधुनिक वैज्ञानिक चिकित्सा पद्धति में योग्य हो, पंजीयन का प्रमाणपत्र के बिना हिमाचल प्रदेश राज्य में प्रैक्टिस नहीं करेगा (चिकित्सा नहीं देगा)। इस अधिनियम के तहत हिमाचल प्रदेश में चिकित्सा की आधुनिक वैज्ञानिक प्रणाली में कार्यरत या प्रैक्टिस करने वाला कोई भी व्यक्ति परिषद के साथ पंजीकृत किया जाए।

  इस सम्बन्ध में पाया गया कि :

  - राज्य चिकित्सा परिषद में हिमाचल प्रदेश में सभी कार्यरत चिकित्सक पंजीकृत नहीं थे तथा अपंजीकृत कार्यरत/अकार्यरत चिकित्सकों पर नज़र रखने के लिए राज्य चिकित्सा परिषद ने कोई तंत्र नहीं अपनाया।
  - राज्य चिकित्सा परिषद ने ऐसे चिकित्सकों के नाम रजिस्टर से हटाने/रद्द करने की कोई प्रक्रिया विकसित नहीं की, जिनकी मृत्यु हो गई थी या जो दूसरे राज्यों में चले गए थे अथवा जिन्होंने राज्य में प्रैक्टिस करना बंद कर दिया था।
  - राज्य चिकित्सा परिषद ने 03/07/2015 को प्रमुख समाचारपत्रों में उन चिकित्सकों के पुन: पंजीयन हेतु एक सार्वजनिक सूचना प्रकाशित की, जिसमें उनके पंजीयन का नवीनीकरण अपेक्षित था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सितंबर 2022 तक 2,779 चिकित्सकों ने अपने

पंजीयन का नवीनीकरण नहीं किया था। राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा उन चिकित्सकों के विरुद्ध कोई कार्रवाई नहीं की, जो नवीनीकरण/पंजीयन के बिना प्रैक्टिस कर रहे थे।

8.2 क्लिनिकल (नैदानिक) प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 के माध्यम से विनियमन

क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम का उद्देश्य देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता में सुधार हेतु न्यूनतम मानकों के आधार पर क्लिनिकल प्रतिष्ठानों को पंजीकृत और विनियमित करना है। यह अधिनियम एकल चिकित्सक क्लिनिक सहित चिकित्सा की सभी मान्यता प्राप्त प्रणालियों से संबंधित सार्वजनिक एवं निजी क्षेत्रों के सभी प्रकार के (चिकित्सीय व नैदानिक दोनों प्रकार के) क्लिनिकल प्रतिष्ठानों पर लागू होता है।

क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) अधिनियम, 2010 की धारा 54 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए हिमाचल प्रदेश सरकार ने हिमाचल प्रदेश क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) नियम, 2012 बनाया।

क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 की धारा 8 के अनुसार वर्ष 2012 में क्लिनिकल प्रतिष्ठान हेतु राज्य परिषद का गठन हुआ, जिसे 2018 में पुनर्गठित किया गया। यह राज्य परिषद निम्नलिखित कार्य करेगी:

- क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के राज्य रजिस्टर का समेकन एवं अपडेशन (अद्यतन)।
- राष्ट्रीय रजिस्टर अपडेट करने हेतु त्रैमासिक विवरणी (रिटर्न) भेजना (डिजिटल प्रारूप सहित)।
- प्राधिकरण के आदेशों के विरुद्ध अपील की सुनवाई, राज्य में मानकों के कार्यान्वयन की स्थिति पर रिपोर्ट का वार्षिक आधार पर प्रकाशन।
- राज्य में अधिनियम व नियमों के प्रावधानों के कार्यान्वयन की निगरानी।

8.2.1 क्लिनिकल प्रतिष्ठानों की राज्य परिषद का कार्य न करना

क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन एवं विनियमन) अधिनियम, 2010 के धारा 8(1) में निर्धारित है कि राज्य सरकार क्लिनिकल प्रतिष्ठान हेतु एक राज्य परिषद का गठन करेगी। तदोपरांत नवंबर 2012 में क्लिनिकल प्रतिष्ठान की राज्य परिषद गठित की गई, जिसे दिसंबर 2018 में अध्यक्ष[1] एवं 18 अन्य पदेन सदस्यों (स्वास्थ्य निदेशालयों के सभी प्रमुख, राज्य चिकित्सा/दंत/नर्सिंग/फार्मेसी परिषद की कार्यकारी समिति द्वारा नामित प्रत्येक का एक प्रतिनिधि व अन्य सदस्य) के साथ पुनर्गठित किया गया। लेखापरीक्षा संवीक्षा में निम्नलिखित उजागर हुआ:

- परिषद ने हिमाचल प्रदेश क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) नियम, 2012 के परिच्छेद 4 (ए) के अधिदेशानुसार क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के राज्य रजिस्टरों को संकलित व अपडेट नहीं

[1] अध्यक्ष: अतिरिक्त मुख्य सचिव/प्रधान सचिव/सचिव (स्वास्थ्य)।

किया, जिससे राज्य में चल रहे क्लिनिकों की संख्या एवं क्लिनिकों की प्रकृति की स्थिति का पता नहीं लगाया जा सका।

- हिमाचल प्रदेश क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) नियम, 2012 के परिच्छेद 7 के अनुसार राज्य परिषद को हर छ: माह में बैठक आयोजित करनी है। यद्यपि पाया गया कि राज्य परिषद के गठन के बाद से केवल एक बैठक सितंबर 2017 में आयोजित की गई। नियमित आधार पर बैठकें आयोजित न करने के कारण क्लिनिकल प्रतिष्ठानों से संबंधित महत्वपूर्ण विनियामक मुद्दों पर चर्चा नहीं हुई।

  विभाग ने प्रत्युत्तर में बताया कि वरिष्ठ स्तर पर अधिकारियों के बार-बार बदलने एवं कोविड महामारी के कारण राज्य परिषद की बैठक नहीं हो सकी।

- हिमाचल प्रदेश क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) नियम, 2012 के परिच्छेद 11 के अनुसार परिषद को वार्षिक लेखे तैयार करने थे, जिसे एक चार्टर्ड अकाउंटेंट से वार्षिक रूप से लेखांकित कराना था। परिषद ने अपने गठन के बाद से वार्षिक लेखे तैयार नहीं किए।

इस प्रकार राज्य क्लिनिकल प्रतिष्ठान परिषद शीर्ष स्तर पर प्रभावी ढंग से कार्य नहीं कर रही थी, जो राज्य में क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम के खराब कार्यान्वयन का एक प्रमुख कारण हो सकता है, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेदों में चर्चा की गई है।

सरकार ने (जनवरी 2024) तथ्यों को स्वीकार करते हुए बताया कि भारत सरकार क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के रजिस्टर के अनुरक्षण हेतु एक पोर्टल विकसित कर रही है।

8.2.2 स्थायी पंजीयन आरंभ न करना

भारत सरकार ने अप्रैल 2016 में राज्य सरकार को सभी क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के स्थायी पंजीयन की प्रक्रिया प्रारंभ करने का निर्देश दिया। तदोपरांत मई 2016 के दौरान निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन, हिमाचल प्रदेश ने सभी जिला पंजीयन प्राधिकारियों को स्थायी पंजीयन प्रारंभ करने हेतु निर्देशित किया। अधिनियम में अस्थायी पंजीयन प्रदान करने से पहले कोई जांच नहीं करने का प्रावधान था तथा प्राधिकारियों द्वारा जारी अस्थायी पंजीयन केवल एक वर्ष की अवधि के लिए वैध है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2016 के भारत सरकार के निर्देश के बावजूद क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के स्थायी पंजीयन हेतु कोई तंत्र नहीं बनाया गया। स्थायी पंजीयन की प्रक्रिया अभी तक (जनवरी 2024 तक) प्रारंभ नहीं हुई।

इसके अतिरिक्त अधिनियम व हिमाचल प्रदेश क्लिनिकल प्रतिष्ठान (पंजीयन व विनियमन) नियम, 2012 में अस्थायी पंजीयन वाले प्रतिष्ठानों के नियमित निरीक्षण की निर्दिष्ट संख्या का प्रावधान नहीं किया गया था। अतएव उचित निगरानी प्रावधानों के अभाव में ये क्लिनिकल प्रतिष्ठान अस्थायी पंजीयन

के बिना या अस्थायी पंजीयन के नवीकरण के बिना चलाए जा रहे थे, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेदों में चर्चा की गई है।

विभाग ने प्रत्युत्तर में तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया कि अधिकांश क्लिनिकल प्रतिष्ठानों का निरीक्षण केवल शिकायत के आधार पर किया जा रहा था।

यह प्रावधानों के कार्यान्वयन में गंभीर त्रुटियों को इंगित करता है क्योंकि नियमानुसार प्रतिष्ठानों का संचालन सुनिश्चित करने के लिए नियमित निरीक्षण आवश्यक है।

अंतिम बैठक में सचिव (स्वास्थ्य) ने तथ्यों को स्वीकार किया तथा बताया कि स्थायी पंजीयन के संबंध में भारत सरकार से विस्तृत रूपरेखा प्राप्त नहीं हुई है।

सरकार ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि अधिनियम के तहत पंजीयन व नवीनीकरण प्रक्रिया भारत सरकार के पोर्टल के माध्यम से की जा रही है, जहां अब तक स्थायी पंजीयन का कोई प्रावधान नहीं है। अधिनियम के तहत स्थायी पंजीयन हेतु वे भारत सरकार पर निर्भर हैं तथा वे इसके लिए लगातार उनके संपर्क में हैं।

8.2.3 क्लिनिकल प्रतिष्ठानों द्वारा पंजीयन का नवीनीकरण न कराया जाना

क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 की धारा 17 के अनुसार पंजीयन प्रमाणपत्र जारी करने की तिथि से बारहवें माह के अंतिम दिन तक अस्थायी पंजीयन की वैधता होगी और फिर उस पंजीयन को नवीनीकृत करना होगा।

चयनित जिलों में अस्थायी रूप से पंजीकृत क्लिनिकों का विवरण **तालिका 8.1** में दिया गया है।

तालिका 8.1: अस्थायी रूप से पंजीकृत क्लिनिकल प्रतिष्ठानों का विवरण

वर्ष	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	कुल
2016-17	5	99	530	634
2017-18	9	34	547	590
2018-19	11	18	591	620
2019-20	7	10	679	696
2020-21	10	25	708	743
2021-22	8	113	206	327
योग	**50**	**299**	**3,261**	**3,610**

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

तालिका 8.1 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान तीन चयनित जिलों में 3,610 क्लिनिक अस्थायी रूप से पंजीकृत थे।

चयनित जिलों में 23 निजी क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि 11 क्लिनिक/अस्पताल अपने अस्थायी पंजीयन को नवीनीकृत किए बिना चल रहे थे एवं एक क्लिनिक पंजीकृत ही नहीं था।

स्वास्थ्य प्राधिकरण ने बिना पंजीयन चलने वाले क्लिनिकों, बंद क्लिनिकों, अयोग्य कर्मियों द्वारा चलाये जा रहे क्लिनिकों, आदि पर नज़र रखने एवं उनकी निगरानी करने के लिए कोई तंत्र विकसित नहीं किया, क्योंकि चयनित जिलों में जिला पंजीयन प्राधिकारियों द्वारा उन क्लिनिकों को कोई नोटिस जारी नहीं किया गया, जो अपने पंजीयन का नवीनीकरण नहीं कर रहे थे।

8.2.4 सरकार से परामर्श किए बिना निजी क्लिनिकों में दरें तय करना

निजी क्लिनिकल प्रतिष्ठानों हेतु परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार निजी क्लिनिकों/अस्पतालों की प्रभारित प्रक्रियाओं व सेवाओं की दरें राज्य सरकार के परामर्श से केंद्र सरकार द्वारा समय-समय पर निर्धारित की जानी थीं। जबकि लेखापरीक्षा में संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान पाया गया कि हिमाचल प्रदेश में सरकार ने निजी क्लिनिकों/अस्पतालों द्वारा प्रभारित कोई दरें निर्धारित नहीं की थीं, अतः दरें क्लिनिक के मालिक द्वारा ही तय की जाती थीं। अतएव निजी क्लिनिकों, नर्सिंग होम इत्यादि द्वारा अधिक शुल्क वसूलने की पूरी संभावना है, जो रोगियों पर अधिक वित्तीय बोझ बढ़ाएगा।

दिशानिर्देशों में यह भी कहा गया है कि निजी क्लिनिकों को शुल्क का विवरण किसी विशिष्ट स्थान पर प्रदर्शित करना चाहिए। 23 निजी क्लिनिकों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान पाया गया कि 18 क्लिनिकों में उपचार के शुल्क प्रदर्शित नहीं किए गए थे।

8.3 गर्भधारण-पूर्व एवं प्रसव-पूर्व निदान तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 2002 के माध्यम से विनियमन

प्रसव-पूर्व निदान तकनीक (विनियमन व दुरुपयोग की रोकथाम) अधिनियम, 1994 को संशोधित कर इसका नाम बदलकर गर्भधारण-पूर्व एवं प्रसव-पूर्व निदान तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 2002 कर दिया गया, वह अधिनियम है जो गर्भधारण से पहले या बाद में लिंग चयन पर रोक लगाने, आनुवंशिक असामान्यताओं या चयापचय विकारों या गुणसूत्रीय असामान्यताओं या कुछ जन्मजात विकृतियों अथवा लिंग से जुड़ी बीमारियों का पता लगाने के लिए प्रसव पूर्व निदान तकनीकों के विनियमन और लिंग निर्धारण हेतु उनके दुरुपयोग की रोकथाम, जिसके परिणामस्वरूप कन्या भ्रूण हत्या होती है, तथा उससे संबंधित या उसके आनुषंगिक मामलों का प्रावधान करता है।

स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन निदेशालय, हिमाचल प्रदेश द्वारा प्रकाशित वार्षिक प्रशासनिक रिपोर्ट 2016-17 के अनुसार मुख्य चिकित्सा अधिकारी व खण्ड चिकित्सा अधिकारी से तीन माह में कम से कम एक बार अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों का निरीक्षण अपेक्षित व अधिकृत किया गया।

राज्य में स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा अल्ट्रासाउंड सुविधा वाले निजी क्लिनिकों के निरीक्षण का विवरण नीचे **तालिका 8.2** में दर्शाया गया है।

तालिका 8.2: राज्य में अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों के निरीक्षण का विवरण

वर्ष	राज्य में पंजीकृत अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों की कुल संख्या	आयोजित किए जाने वाले अपेक्षित निरीक्षणों की संख्या (एक वर्ष में अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों की संख्या X 4)	वर्ष के दौरान आयोजित निरीक्षणों की कुल संख्या	कमी	प्रतिशत कमी
2016-17	357	1,428	843	585	40.97
2017-18	376	1,504	952	552	36.70
2018-19	401	1,604	1121	483	30.11
2019-20	417	1,668	1037	631	37.83
2020-21	439	1,756	591	1165	66.34
2021-22	353	1,412	716	696	49.29

स्रोत: निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा एवं विनियमन

तालिका 8.2 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों के निरीक्षण में 30.11 प्रतिशत से 66.34 प्रतिशत तक की कमी रही।

स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन निदेशालय के प्राधिकारियों ने बताया कि कार्मिकों की कमी एवं कोविड महामारी के कारण लक्षित निरीक्षण नहीं किए जा सके।

नमूना-जांचित जिलों में अल्ट्रासाउंड सुविधा वाले निजी क्लिनिकों में स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा किए गए निरीक्षण की प्रास्थिति नीचे **तालिका 8.3** में दर्शाई गई है।

तालिका 8.3: चयनित जिलों में अल्ट्रासाउंड सुविधाओं वाले क्लिनिकों के निरीक्षण का विवरण

वर्ष	नमूना-जांचित जिले में पंजीकृत अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों की कुल संख्या			किए जाने हेतु अपेक्षित निरीक्षणों की संख्या (एक वर्ष में अल्ट्रासाउंड क्लिनिक की संख्या X 4)			वर्ष के दौरान किए गए निरीक्षणों की कुल संख्या			कमी (प्रतिशत)		
	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा
2016-17	0	26	58	लागू नहीं	104	232	लागू नहीं	104	145	लागू नहीं	कोई कमी नहीं	87 (37.50)
2017-18	1	27	65	4	108	260	0	123	207	4 (100)	--तदैव--	53 (20.38)
2018-19	0	30	68	लागू नहीं	120	272	लागू नहीं	139	163	लागू नहीं	-- तदैव-	109 (40.07)
2019-20	1	31	73	4	124	292	0	104	198	4 (100)	20 (16.13)	94 (32.19)
2020-21	0	31	79	लागू नहीं	124	316	लागू नहीं	95	63	लागू नहीं	29 (23.39)	253 (80.06)
2021-22	0	33	80	लागू नहीं	132	320	लागू नहीं	92	62	लागू नहीं	40 (30.30)	258 (80.63)

स्रोत: संबंधित जिला मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय।

तालिका 8.3 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान चयनित तीन जिलों में अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों का निरीक्षण करने में हर वर्ष 16.13 प्रतिशत से लेकर 100 प्रतिशत तक की कमी रही, वर्ष 2016-19 में सोलन को छोड़ कर, जहां निरीक्षण निर्धारित लक्ष्य से अधिक किया गया।

इसके अतिरिक्त चयनित जिलों में अल्ट्रासाउंड सुविधा वाले छः निजी क्लिनिकों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा इनमें से केवल चार क्लिनिकों का निरीक्षण किया गया हालांकि लेखापरीक्षा को ऐसी कोई निरीक्षण रिपोर्ट उपलब्ध नहीं करवाई गई।

इस प्रकार क्रमशः राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 एवं राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के आंकड़ों के अनुसार अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों के निरीक्षण में कमी वर्ष 2015-16 (919) से 2019-21 (929) में हिमाचल प्रदेश में कम शिशु लिंगानुपात की एक बड़ी योगदानकर्ता हो सकती है, जिस पर ध्यान दिया जाना चाहिए।

सरकार ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि वर्ष 2020-21 व 2021-22 में केवल कोविड महामारी के कारण निरीक्षणों में उल्लेखनीय कमी आई थी परन्तु अब वर्ष 2022-23 में निरीक्षणों की संख्या में पर्याप्त सुधार हुआ है।

8.4 औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 के द्वारा विनियमन

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 भारत में औषधियों के आयात, विनिर्माण एवं वितरण को नियंत्रित करता है। केंद्र सरकार ने औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 (1940 का XXIII) की धारा 6(2), 12, 33 व 33एन द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 बनाए।

हिमाचल प्रदेश में राज्य औषधि नियंत्रक, बद्दी को राज्य में अधिनियम के कार्यान्वयन हेतु उप-औषधि नियंत्रक, सहायक औषधि नियंत्रक व औषधि निरीक्षकों द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। इस कार्यालय के प्राधिकारियों के पास औषधि व प्रसाधन सामग्रियों के विनिर्माण हेतु, लाइसेंस देना, नवीनीकृत करना, निलंबित, रद्द या बंद करने का अधिकार है। औषधि निरीक्षकों को औषध निर्माताओं, आपूर्तिकर्ताओं/थोक विक्रेताओं/खुदरा विक्रेताओं व सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों के विभिन्न दवा स्टोरों से दवा के नमूने एकत्र कर, दवाओं के मानक-स्तर के परीक्षण हेतु उन्हें सरकारी विश्लेषक (समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट) को भेजना अपेक्षित है। कंपोजिट टेस्टिंग लेबोरेटरी, कंडाघाट राज्य का एकमात्र सरकारी विश्लेषक है।

8.4.1 औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के तहत अपेक्षित निरीक्षण करने में कमी

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम 1945 के नियम 51 में निहित प्रावधानों के अनुसार निरीक्षक का कर्तव्य होगा कि वह दवाओं की बिक्री के लिए लाइसेंस प्राप्त परिसर का निरीक्षण करें, उसे सौंपे गए क्षेत्र के भीतर दवाओं की बिक्री के लिए लाइसेंस प्राप्त सभी प्रतिष्ठानों में वर्ष में कम से कम एक बार निरीक्षण करे ताकि वह स्वयं संतुष्ट हो कि लाइसेंस की शर्तों का पालन किया जा रहा है, यदि आवश्यक

हो तो आयातित पैकेजों को खरीद कर परीक्षण या विश्लेषण हेतु भेजे तथा सभी निरीक्षणों इत्यादि का रिकॉर्ड बनाए। इसके अतिरिक्त नियम 52 विनिर्माण पर लागू होने वाले समान प्रावधान निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में किए गए निरीक्षणों में 20 प्रतिशत से 35 प्रतिशत की कमी थी।

वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में किए गए निरीक्षणों का विवरण **तालिका 8.4** में दर्शाया गया है।

तालिका 8.4: राज्य में निरीक्षण करने में हुई कमी

वर्ष	राज्य में कुल थोक विक्रेता, खुदरा विक्रेता, विनिर्माता	किए गए निरीक्षण	कमी	कमी का प्रतिशत
2016-17	4,462	3,215	1,247	27.94
2017-18	4,731	3,776	955	20.18
2018-19	5,247	3,425	1,822	34.72
2019-20	6,019	4,596	1,423	23.64
2020-21	6,653	4,840	1,813	27.25
2021-22	7,550	5,941	1,609	21.31

स्रोत: राज्य औषधि नियंत्रक, बद्दी

चयनित क्षेत्रों (धर्मशाला व बद्दी) में लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- वर्ष 2016-21 के दौरान बद्दी क्षेत्र में निरीक्षण करने में 46 प्रतिशत से 74 प्रतिशत के मध्य की कमी थी।
- वर्ष 2016-21 के दौरान धर्मशाला क्षेत्र में निरीक्षण करने में 48 प्रतिशत से 72 प्रतिशत के मध्य की कमी थी।

राज्य औषधि नियंत्रक ने प्रत्युत्तर में बताया (मार्च 2022) कि कार्मिकों की कमी, विविध कर्तव्यों, भौगोलिक परिस्थितियों एवं सरकारी वाहनों की अनुपलब्धता के कारण निरीक्षण का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग द्वारा निरीक्षण में कमी के कारण नकली/मिलावटी/निम्न गुणवत्ता वाली दवाओं की अनिरीक्षित बिक्री हो सकती है, जिससे स्वास्थ्य संबंधी खतरे हो सकते हैं, जो मृत्यु में भी परिणत हो सकता है।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि सभी औषधि निरीक्षकों को लक्ष्य हासिल करने एवं यदि कोई बैकलॉग है तो उसे पूरा करने का निर्देश दिया गया है। इसके अतिरिक्त उन्हें आगामी वर्ष का रोस्टर तैयार करने हेतु भी निर्देशित किया गया है ताकि वर्ष के लिए निरीक्षण की योजना बनाई जा सके तथा यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रत्येक बिक्री व विनिर्माण प्रतिष्ठान का वर्ष में कम से कम एक बार निरीक्षण किया गया है।

8.4.2 थोक विक्रेताओं/खुदरा विक्रेताओं द्वारा निर्धारित मानदंडों व मापदंडों का पालन किए बिना दवाओं की बिक्री

औषधि निरीक्षकों द्वारा किए गए दवा थोक विक्रेताओं/खुदरा विक्रेताओं की छः यादृच्छिक रूप से चयनित निरीक्षण रिपोर्टों के निरीक्षण के दौरान देखा गया कि थोक विक्रेताओं/खुदरा विक्रेताओं द्वारा नियमों में निर्धारित मानदंडों व मापदंडों का पालन नहीं किया गया, जैसाकि **तालिका 8.5** में दर्शाया गया है।

तालिका 8.5: मानदंडों का पालन न करने का संभावित प्रभाव

मानदण्ड	बिक्री परिसरों की संख्या	संभावित प्रभाव
फार्मासिस्ट के बिना चल रहा है	2	गलत दवाओं का वितरण करने या गलत उपयोग के निर्देश देने से रोगियों के लिए गंभीर परिणाम हो सकते हैं।
दवा लाइसेंस प्रदर्शित नहीं	3	स्टोर की प्रामाणिकता का पता नहीं लगाया जा सका।
बिक्री बिल बुक/खरीद चालान प्रस्तुत नहीं कर सके	6	दवाओं के बिक्री रिकॉर्ड का आकलन नहीं किया जा सका।
थोक विक्रेता लाइसेंस पर खुदरा व्यवसाय चलाना	2	दवाओं की अनधिकृत बिक्री।

स्रोत: विभाग की निरीक्षण रिपोर्ट

तालिका 8.5 परिलक्षित करती है कि हिमाचल प्रदेश में दवा के खुदरा विक्रेता/थोक विक्रेता औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 व नियम, 1945 का पूर्णतः पालन नहीं कर रहे थे, जो एक ऐसा परिदृश्य है जिसके लिए और भी अधिक बार निरीक्षण आवश्यक है। सरकार को बिक्री परिसरों के निरीक्षण का प्रतिशत बढ़ाने के लिए प्रभावी कदम उठाने की आवश्यकता है।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि राज्य औषधि नियामक उसके औषधि निरीक्षकों के माध्यम से खुदरा विक्रेताओं/थोक विक्रेताओं का नियमित रूप से निरीक्षण कर रहा है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि वे औषधि और प्रसाधन सामग्री नियमों के नियम 65 के तहत निर्धारित लाइसेंस की शर्तों का अनुपालन करते हैं। जबकि तथ्य यह है कि दवाओं के खुदरा विक्रेता/थोक विक्रेता औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 व नियम, 1945 के प्रावधानों का पालन नहीं कर रहे थे, जो कि विभाग की निरीक्षण रिपोर्टों में पाए गए विचलनों से स्पष्ट है।

8.4.3 रद्द समझे गए लाइसेंस वाली फर्मों का निरीक्षण न करना

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के नियम 63 के अनुसार दवाओं की बिक्री व विनिर्माण हेतु मूल लाइसेंस पांच वर्ष की अवधि के लिए वैध होगा। यदि लाइसेंस की समाप्ति के छः माह के भीतर इसके नवीनीकरण हेतु आवेदन प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो लाइसेंस समाप्त माना जाएगा।

लेखापरीक्षा में मार्च 2022 तक एक्सटेंडेड लाइसेंसिंग, लेबोरेटरी एंड लीगल नोड (एक्सएलएन)[2] सॉफ्टवेयर के अनुसार 8,770 कंपनियां (खुदरा विक्रेता, थोक विक्रेता, खुदरा विक्रेता + थोक विक्रेता व प्रतिबंधित इकाइयां) पाई गईं। बद्दी क्षेत्र के अभिलेखों की नमूना-जांच के दौरान पाया गया कि 20/02/2022 तक एक्सएलएन सॉफ्टवेयर में 878 फर्मों के नाम दर्शाए गए थे, जिनमें से 221 फर्मों ने लाइसेंस का नवीनीकरण नहीं कराया था। पूर्वोक्त नियमों के अनुसार इन 221 फर्मों में से 205 फर्मों के लाइसेंस समाप्त माने गए लाइसेंस की श्रेणी में थे एवं शेष 16 फर्मों के लाइसेंस समाप्त हो चुके थे व 20/02/2022 तक उनके आवेदनों का प्रस्तुतीकरण शेष था। हालांकि जिन फर्मों के लाइसेंस समाप्त माने गए थे, उनके नाम वेबसाइट पर लाइसेंसधारकों की सूची से नहीं हटाए गए। विभाग ने इन फर्मों के कामकाज (गतिविधियों) की वर्तमान स्थिति देखने एवं यह सुनिश्चित करने के लिए कि इन फर्मों द्वारा औषधि/सौंदर्य प्रसाधनों की अनधिकृत बिक्री/निर्माण नहीं किया जा रहा है, कोई निरीक्षण नहीं किया। लाइसेंस का नवीनीकरण न करने पर संबंधित फर्मों को नोटिस भी जारी नहीं किए गए। इस प्रकार अनधिकृत बिक्री/विनिर्माण की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता है।

विभाग ने तथ्यों की पुष्टि करते हुए बताया कि लाइसेंस की वैधता अवधि समाप्त होने के बाद भी लाइसेंसधारकों ने नवीनीकरण हेतु आवेदन नहीं किया था, जिससे लाइसेंस समाप्त मान लिया गया था।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि इससे विभाग की निरीक्षण करने/नोटिस जारी करने एवं इन फर्मों को लाइसेंस प्राप्त फर्मों के डाटाबेस से हटाने की जिम्मेदारी समाप्त नहीं होती।

सरकार ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि सभी लाइसेंसिंग प्राधिकरणों को उन सभी फर्मों के नामों को सूचीबद्ध करने के निर्देश जारी किए गए हैं जिनके औषधि लाइसेंस (बिक्री/विनिर्माण) को रद्द/समाप्त माना गया है या समाप्ति के छः माह पश्चात भी नवीनीकृत नहीं किया गया। उन्होंने संबंधित औषधि निरीक्षकों को आगामी निर्देश दिए कि एक माह के भीतर इन फर्मों का निरीक्षण करके इन फर्मों के विरुद्ध कानून के अनुसार आवश्यक कार्रवाई करें।

8.4.4 औषधि एवं प्रसाधन सामग्री के नमूने लेने में कमी

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 की धारा 22(1)(बी) में निहित प्रावधानानुसार औषधि निरीक्षक ऐसी किसी भी दवा व प्रसाधन सामग्री के नमूने लेगा जो निर्मित या बेची जा रही है या स्टॉक की गई है या प्रदर्शित की गई है अथवा बिक्री हेतु प्रस्तुत की गई है या जो वितरित की जा रही है। अक्टूबर 2019 में जारी राज्य सरकार के निर्देशानुसार प्रत्येक औषधि निरीक्षक द्वारा हर माह दवाओं व सौंदर्य प्रसाधनों के 10 नमूने एकत्र किए जाने अपेक्षित थे। राज्य के लिए एकत्र किए जाने वाले अपेक्षित नमूनों के सापेक्ष एकत्र किए गए नमूनों की संख्या **तालिका 8.6** में दर्शाई गई है।

[2] एक्सएलएन सॉफ्टवेयर का उपयोग लाइसेंस विवरण की सूची, खुदरा विक्रेता/थोक विक्रेताओं के आवेदन की स्थिति, पंजीकृत फार्मासिस्ट विवरण, रद्द/निलंबित लाइसेंस विवरण और खुदरा विक्रेता/थोक विक्रेता विवरण दिखाने के लिए किया जाता है।

तालिका 8.6: एकत्र किए जाने को अपेक्षित नमूनों के सापेक्ष एकत्र किए गए नमूने

वर्ष	पदस्थ औषधि निरीक्षकों की संख्या	एकत्र करने हेतु अपेक्षित नमूने	एकत्रित नमूने	कमी	कमी का प्रतिशत
2016-17	17	ऐसा कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया	2,020	-	-
2017-18	20	-तदैव-	1,902	-	-
2018-19	26	-तदैव-	1,622	-	-
2019-20	26	3,120	2,344	776	24.87
2020-21	26	3,120	2,839	281	9.01
2021-22	39	4,680	4,012	668	14.27
योग	**91***	**10,920**	**9,195***	**1,725**	**15.79**

**कुल की गणना 2019-20 से की गई है क्योंकि पहले नमूने उठाने के लिए कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया था।*
स्रोत: राज्य औषधि नियंत्रक, बद्दी।

तालिका 8.6 से यह स्पष्ट है कि राज्य औषधि नियंत्रक, हिमाचल प्रदेश के अधिकारी नमूने लेने में सरकार द्वारा निर्धारित लक्ष्य को पूरा करने में सक्षम नहीं थे क्योंकि वर्ष 2019-22 के दौरान कुल 15.79 प्रतिशत की कमी देखी गई। दवाओं एवं सौंदर्य प्रसाधनों के नमूनों के संग्रह में कमी विनियामक प्रक्रिया में ढिलाई का परिचायक है, जिससे उपभोक्ताओं को घटिया/नकली/गलत दवाओं की आपूर्ति/बिक्री का जोखिम जुड़ा है।

सरकार ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि राज्य के औषधि निरीक्षकों को नमूना संग्रहण के लक्ष्य प्राप्त करने के निर्देश दिए गए हैं।

8.4.5 नमूनों के विश्लेषण में विलम्ब

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 की धारा 23 में प्रावधान है कि औषधि निरीक्षक को विश्लेषण के लिए दवा के नमूने सरकारी विश्लेषक को सौंपना अपेक्षित है। इसके अतिरिक्त धारा 25 में कहा गया है कि धारा 23 की उपधारा (4) के तहत जिस सरकारी विश्लेषक को किसी दवा या प्रसाधन (कॉस्मेटिक) का नमूना परीक्षण या विश्लेषण हेतु प्रस्तुत किया गया है, उसे निरीक्षक को निर्धारित प्रपत्र की तीन प्रतियों में हस्ताक्षरित रिपोर्ट देनी होगी।

लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि वर्ष 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में दवा के नमूनों का विश्लेषण 55.10 प्रतिशत से 66.65 प्रतिशत तक लंबित था। प्राप्त एवं विश्लेषित नमूनों की संख्या नीचे **तालिका 8.7** में दर्शाई गई है।

तालिका 8.7: प्राप्त एवं विश्लेषित दवा के नमूने

वर्ष	दवा नमूनों का आरंभिक शेष	वर्ष के दौरान प्राप्त नमूने	कुल नमूने	वर्ष के दौरान विश्लेषित नमूने	शेष	वर्ष के अंत में अविश्लेषित नमूनों का प्रतिशत
2016-17	1,009	1,885	2,894	1,023	1,871	64.65
2017-18	1,871	1,832	3,703	1,235	2,468	66.65
2018-19	2,468	1,689	4,157	1,628	2,529	60.84
2019-20	2,529	1,899	4,428	1,829	2,599	58.69
2020-21	2,599	2,777	5,376	2,414	2,962	55.10
2021-22	2,962	3,426	6,388	2,303	4,085	63.95

स्रोत: समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट

सरकार ने उसके उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि बद्दी में नई औषधि परीक्षण प्रयोगशाला शीघ्र ही प्रारंभ कर दी जाएगी जिससे परीक्षण की क्षमता बढ़ जाएगी।

8.4.5.1 निर्धारित अवधि के भीतर नमूनों का विश्लेषण न करना एवं अमानक गुणवत्ता (एनएसक्यू) दवाओं का होना

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 की धारा 45 में निर्धारित है कि सरकारी विश्लेषक नमूने की प्राप्ति से साठ दिनों की अवधि के भीतर विश्लेषण रिपोर्ट प्रस्तुत करेगा।

इसके अतिरिक्त औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 के नियम 18 में कहा गया है कि कोई भी व्यक्ति स्वयं या अपनी ओर से किसी अन्य व्यक्ति द्वारा बिक्री के लिए या वितरण या स्टॉक या प्रदर्शन या बांटने के लिए ऐसी दवाओं का निर्माण नहीं करेगा, जो मानक गुणवत्ता की नहीं है या फर्जी ब्रांड की, मिलावटी या नकली है।

राज्य के सरकारी विश्लेषक द्वारा नमूनों का विश्लेषण करने में लगने वाले समय की प्रास्थिति नीचे **तालिका 8.8** में विवर्णित की गई है।

तालिका 8.8: सरकारी विश्लेषक द्वारा नमूने का विश्लेषण करने में लिया गया समय

वर्ष	विश्लेषण हेतु प्राप्त नमूनों की संख्या	नमूने जो मानक गुणवत्ता के नहीं पाए गए	नमूनों का विश्लेषण करने में समय लगा			कुल नमूनों का प्रतिशत जिनके विश्लेषण में निर्धारित समय से अधिक समय लगा
			60 दिनों के भीतर	60 दिन से 1 वर्ष तक	1 वर्ष से अधिक	
2016-17	1,885	35	1	267	1,617	99.95
2017-18	1,832	25	10	156	1,666	99.45
2018-19	1,689	27	1	118	1,570	99.94
2019-20	1,899	42	निरंक	117	1,782	100
2020-21	2,777	59	7	249	2,521	99.75
2021-22	3,426	33	निरंक	193	3,233	100

स्रोत: समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट

तालिका 8.8 से स्पष्ट है कि सरकारी विश्लेषक द्वारा नमूनों का विश्लेषण करने में उल्लेखनीय विलम्ब हुआ। उस अवधि के दौरान बाजारों में वे दवाएं पहले से ही उपलब्ध थीं तथा उपभोक्ताओं ने पहले ही उन दवाओं का सेवन कर लिया होगा, जो "अमानक गुणवत्ता वाली" (एनएसक्यू) थीं।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि निर्धारित समय-सीमा में नमूनों का विश्लेषण नहीं किया जा सका एवं मौजूदा दवा परीक्षण प्रयोगशाला की क्षमता से अधिक नमूने प्राप्त होने के कारण नमूनों के विश्लेषण में उल्लेखनीय विलम्ब हुआ।

8.4.5.2 सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों से ली गई दवाओं के विश्लेषण में विलम्ब

चयनित जिलों के दवा स्टोरों वाले स्वास्थ्य संस्थानों की लेखापरीक्षा में पाया गया कि औषधि निरीक्षकों ने 13 सरकारी अस्पताल मेडिकल स्टोरों (मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/जिला अस्पताल/खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय) में से पांच से दवा के नमूने नहीं लिए।

सरकारी विश्लेषक द्वारा चयनित जिला स्टोरों के नमूनों का विश्लेषण करने में लगने वाले समय का विवरण **तालिका 8.9** में दिया गया है।

तालिका 8.9: सरकारी विश्लेषक द्वारा नमूने का विश्लेषण करने में लगा समय

वर्ष	लिए गए नमूनों की संख्या			नमूने लिए जाने के दौरान दवाओं का स्टॉक (लाख में)			परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने में लगा समय (माह में)			रिपोर्ट प्राप्ति के समय दवा का स्टॉक (लाख में)		
	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा	किन्नौर	सोलन	कांगड़ा
2016-17	0	4	27	लागू नहीं	6.28	88.47	लागू नहीं	10- 22	1-35	लागू नहीं	0	0.01
2017-18	0	4	26	लागू नहीं	1.72	108.31	लागू नहीं	5- 26	3-39	लागू नहीं	0	0
2018-19	0	4	0	लागू नहीं	0.48	लागू नहीं	लागू नहीं	15-19	लागू नहीं	लागू नहीं	0	लागू नहीं
2019-20	4	5	22	0.55	0.65	77.12	3-25	9-16	1-23	0	0	0.30
2020-21	6	5	18	5.82	1.08	34.48	10[@]	--[$]	14-17[*]	5.11	0	0
योग	**10**	**22**	**93**	**6.37**	**10.21**	**308.38**				**5.11**	**0**	**0.31**

लागू नहीं- लागू नहीं क्योंकि कोई नमूना नहीं उठाया गया। $रिपोर्ट प्राप्त नहीं हुई।
@अक्टूबर 2021 तक तीन नमूनों की परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होना बाकी है।
**नवंबर 2021 तक सोलह नमूनों की परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होना बाकी है।*
स्रोत : संबंधित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालयों द्वारा प्रस्तुत जानकारी

तालिका 8.9 से स्पष्ट है कि कुल 125 नमूने लिए गए थे तथा नमूना लेते समय चयनित जिलों के स्टोर में दवाओं की 3.25 करोड़ मात्रा थीं। 125 नमूनों में से 101 नमूनों की रिपोर्ट एक से 39 माह की अवधि के बाद प्राप्त हुई तथा उस समय तक 3.19 करोड़ मात्रा की दवाएं पहले ही जारी/ वितरित की जा चुकी थीं। इस प्रकार दवाओं के नमूनों के परीक्षण का उद्देश्य बड़े पैमाने पर विफल हो गया, क्योंकि रिपोर्ट प्राप्त होने तक लगभग सभी दवाएं पहले ही जारी की जा चुकी थीं।

इसके अतिरिक्त चयनित तीन जिलों में से एक (कांगड़ा) में देखा गया कि जुलाई 2018 से फरवरी 2020 के दौरान दो दवाओं (बी कॉम्प्लेक्स व पैरासिटामोल सस्पेंशन) के नमूने को औषधि निरीक्षक, केंद्रीय औषधि मानक नियंत्रण संगठन द्वारा घटिया घोषित किया गया था एवं एक दवा (टैबलेट टेल्मिसर्टन) को समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट द्वारा घटिया घोषित किया गया था। तथापि इन दवाओं की 11.08 लाख मात्रा सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा वितरित की गईं, जैसाकि नीचे **तालिका 8.10** में विवर्णित है।

तालिका 8.10: कांगड़ा जिले में घटिया घोषित की गई दवाओं का विवरण

क्र.सं.	दवा का नाम	नमूना घटिया पाए जाने की तिथि	खरीद प्राधिकारी का नाम	खरीदी गई मात्रा (लाख में)	रिपोर्ट प्राप्ति के समय उपलब्ध स्टॉक (लाख में)	अभ्युक्ति
1.	बी कॉम्प्लेक्स	जुलाई 2018	मुख्य चिकित्सा अधिकारी, कांगड़ा	8.00	1.97	6.03 लाख मात्रा की खपत हो चुकी है व शेष अभी भी स्टॉक में है
2.	पैरासिटामोल सस्पेंशन	मार्च 2019	--तदैव--	0.25	0.01	0.24 लाख मात्रा की खपत पहले ही हो चुकी है व शेष को फर्म द्वारा बदल दिया गया।
3.	टैब टेल्मिसर्टन 40 मि.ग्रा.	फरवरी 2020	--तदैव--	5.00	0.19 (निचले स्तर के स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के स्टॉक में उपलब्ध)	4.81 लाख मात्रा की खपत पहले ही हो चुकी है व शेष स्टॉक में है।
योग				**13.25**	**2.17**	

स्रोत: विभागीय आंकड़े

दवाओं की खराब गुणवत्ता स्वास्थ्य के लिए खतरा है क्योंकि वे अनजाने में स्वास्थ्य संबंधी विफलताओं, जैसे एंटीबायोटिक प्रतिरोध एवं एक समुदाय के भीतर बीमारी का प्रसार, साथ ही व्यक्ति की मृत्यु या अतिरिक्त बीमारी का कारण बन सकती हैं। यह सुनिश्चित करने के लिए कि दवाओं का परीक्षण अविलम्ब किया जाए, नियामकों, दवा निर्माताओं व स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं सहित सरकार की ओर से ठोस प्रयास करने की आवश्यकता है ताकि केवल स्वीकार्य गुणवत्ता वाली दवाएं ही रोगियों तक पहुंच सकें।

8.4.5.3 दवाओं की खराब गुणवत्ता पर राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा की गई कार्रवाई

खराब गुणवत्ता वाली दवाओं के विनिर्माण/बिक्री के विरुद्ध राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा की गई कार्रवाई का विवरण नीचे **तालिका 8.11** में दर्शाया गया है।

तालिका 8.11: खराब गुणवत्ता वाली दवाओं के निर्माण/बिक्री के विरुद्ध राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा की गई कार्रवाई

वित्तीय वर्ष	दवा विनिर्माता के मामलों से सम्बंधित अमानक गुणवत्ता/ नकली/मिलावटी नमूनों की संख्या	प्रशासनिक कार्रवाई	कानूनी कार्रवाई	चुनौती दिए गए एवं केंद्रीय औषधि प्रयोगशाला, कोलकाता द्वारा आगे बढ़ाए गए नमूने
2016-17	25	20	5	-
2017-18	23*	13	8	1
2018-19	19	16	3	-
2019-20	27	22	4	1
2020-21	48**	37	6	1
2021-22	44	36	8	-
योग	**186**	**144**	**34**	**3**

**2017-18 में एक ही बैच के दो नमूनों को अमानक गुणवता वाला (नाहन व पांवटा साहिब) घोषित किया गया व एक निरीक्षक द्वारा कानूनी कार्रवाई की गई, **चार मामलों की जांच चल रही है।*
स्रोत: राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा दी गई जानकारी।

तालिका 8.11 से स्पष्ट है कि 144 मामलों में प्रशासनिक कार्रवाई एवं 34 मामलों में कानूनी कार्रवाई की गई, तीन नमूनों को चुनौती दी गई जिसे केन्द्रीय औषधि प्रयोगशाला, कोलकाता ने पारित कर दिया तथा शेष चार मामलों की जांच की जा रही हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मार्च 2022 तक कुल 542 अभियोजन मामले न्यायालयों में लंबित थे। यह भी देखा गया कि वर्ष 2016-22 के दौरान 106 निर्माताओं एवं 630 बिक्री परिसरों के लाइसेंस औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 व नियम, 1945 के उल्लंघन एवं स्वयं के अनुरोध के कारण रद्द कर दिए गए।

विभाग को अधिनियम के उल्लंघन पर निर्माता/खुदरा विक्रेताओं के विरुद्ध कार्रवाई में तेजी लानी चाहिए ताकि यह किसी भी आगामी उल्लंघन के लिए प्रतिरोधक के रूप में कार्य कर सके।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि खराब गुणवत्ता वाली दवाओं के विनिर्माण/बिक्री के विरुद्ध राज्य औषधि नियंत्रक प्रशासन दिशानिर्देशानुसार नियमित रूप से कार्रवाई कर रहा है।

8.4.6 बद्दी स्थित औषधि परीक्षण प्रयोगशाला का निर्माण-कार्य पूर्ण न होना

दवाओं के घरेलू उपयोग और निर्यात दोनों के लिए उनकी गुणवत्ता, सुरक्षा एवं प्रभावोत्पादकता सुनिश्चित करने हेतु राज्य नियामक प्रणाली का सुदृढीकरण आवश्यक है।

राज्य औषधि नियामक प्रणाली को मजबूत बनाने के लिए राज्य सरकार और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के मध्य फरवरी 2015 को एक समझौता-ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए गए। इस समझौता-ज्ञापन के तहत बद्दी में औषधि परीक्षण प्रयोगशाला का निर्माण किया जाना था।

इस प्रतिवेदन के **परिच्छेद 7.4.2** में की गई चर्चानुसार लेखापरीक्षा में पाया गया कि सरकार द्वारा स्वीकृत निधियों की उपलब्धता के बावजूद बद्दी में निर्मित परीक्षण प्रयोगशाला को आज तक (जनवरी 2023) प्रारंभ नहीं किया गया। वर्तमान में दवाओं का परीक्षण केवल समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में किया जा रहा था, जहां स्टाफ की कमी थी।

सरकार ने राज्य में औषधि निरीक्षकों की स्वीकृत संख्या 22 (2017-18) से बढ़ाकर 44 (2018-19) कर दी थी। औषधि निरीक्षकों को प्रति माह कम से कम 10 नमूने लेने अपेक्षित थे। इस तरह औषधि निरीक्षक कर्मियों की संख्या सुदृढ़ होने से अधिक नमूने लिए जा सकेंगे। हालांकि समग्र परीक्षण प्रयोगशाला की परीक्षण क्षमता में वृद्धि नहीं की गई तथा बद्दी में नई प्रयोगशाला को अभी तक प्रारंभ नहीं किया गया। मार्च 2023 तक समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में समग्र 29.41 प्रतिशत स्टाफ की कमी थी। सार्वजनिक विश्लेषक-सह-रासायनिक परीक्षक (100 प्रतिशत), उप-सार्वजनिक विश्लेषक (100 प्रतिशत), वरिष्ठ वैज्ञानिक (60 प्रतिशत), वरिष्ठ विश्लेषक (28.57 प्रतिशत) एवं वरिष्ठ प्रयोगशाला तकनीशियन (50 प्रतिशत) के संवर्ग में बड़ी कमी देखी गई। औषधि निरीक्षकों की विद्यमान पद क्षमता के अनुसार उपलब्ध जनशक्ति एवं बुनियादी ढांचे के साथ समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में औषधि परीक्षण की मासिक क्षमता न्यूनतम 440 नमूने लेने के सापेक्ष प्रति माह औसतन 20-25 नमूने थी।

इस प्रकार बद्दी में औषधि परीक्षण प्रयोगशाला स्थापित होने में विलम्ब के साथ ही अपर्याप्त जनशक्ति के कारण निर्धारित समय के भीतर नमूनों की परीक्षण रिपोर्ट का विश्लेषण नहीं किया गया जिससे हर वर्ष की समाप्ति में बड़ी संख्या में नमूने विश्लेषण किए बिना रह गए। परिणामस्वरूप बीच की अवधि में खराब गुणवत्ता वाली औषधि की बिक्री की उच्च संभावना है जिससे स्वास्थ्य संबंधी खतरे/मृत्यु हो सकती हैं।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि कार्य पूर्ण नहीं हुआ है एवं आवश्यक कार्रवाई की जा रही है।

सरकार ने अपने उत्तर में तथ्यों को स्वीकार करते हुए बताया (जनवरी 2024) कि बद्दी में औषधि परीक्षण प्रयोगशाला का निर्माण कार्य पूर्ण हो चुका है एवं 95 प्रतिशत उपकरण खरीद लिए गए हैं।

8.4.7 परीक्षण सुविधा उपलब्ध न होने के कारण ऑक्सीजन इंडियन फार्माकोपिया (आईपी) के नमूनों का परीक्षण न होना

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 की धारा 22(1)(बी) में निहित प्रावधानानुसार औषधि निरीक्षक को विनिर्मित की जा रही या बेची जा रही या स्टॉक की गई या प्रदर्शित की गई या बिक्री हेतु प्रस्तुत अथवा वितरित की जा रही किसी भी दवा एवं सौंदर्य प्रसाधन के नमूने लेने होंगे। इंडियन फार्माकोपिया, 2018 में दिए गए मानकों के संदर्भ में ऑक्सीजन को ऑक्सीजन आईपी के रूप में एक औषधि माना जाता है, अतः इसके नमूने लिए जाने थे। ऑक्सीजन (आईपी) हेतु औषधि एवं प्रसाधन

सामग्री नियम, 1945 के तहत लाइसेंस अपेक्षित है। औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियमावली का नियम 71 में फॉर्म 25 में लाइसेंस को देने एवं नवीनीकरण की शर्त प्रदान करता है, जिसमें औषधीय गैसें शामिल हैं।

राज्य औषधि नियंत्रक की लेखापरीक्षा के दौरान पाया गया कि वर्ष 1996 से 2021 तक लाइसेंस प्राधिकारी ने राज्य में ऑक्सीजन आईपी के विनिर्माण हेतु 14 ऑक्सीजन (आईपी) विनिर्माताओं को लाइसेंस जारी/नवीनीकृत किए। ऑक्सीजन (आईपी) के नमूने लेने एवं परीक्षण व विश्लेषण हेतु सरकारी प्रयोगशाला में भेजना अपेक्षित था। हालांकि समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में ऑक्सीजन (आईपी) नमूनों के परीक्षण की सुविधा उपलब्ध नहीं थी और इस प्रकार राज्य में ऑक्सीजन (आईपी) के परीक्षण की क्षमता का अभाव था। अतः लेखापरीक्षा की तिथि (फरवरी 2022) तक औषधि निरीक्षकों ने इन सभी 14 विनिर्माण इकाइयों के ऑक्सीजन (आईपी) का कोई नमूना नहीं लिया। इसके अभाव में इन इकाइयों द्वारा उत्पादित ऑक्सीजन की गुणवत्ता का मानक सुनिश्चित नहीं किया जा सका।

विभाग ने बताया (मार्च 2022) कि यह सुनिश्चित करने के लिए कि ऑक्सीजन सभी मानकों के अनुरूप है औषधि निरीक्षक विनिर्माण इकाइयों का निरीक्षण करते हैं तथा नई प्रयोगशाला के प्रारंभ होते ही विश्लेषण किया जाएगा। इसके अतिरिक्त सहायक औषधि नियंत्रक, धर्मशाला ने बताया (अगस्त 2022) कि सरकारी प्रयोगशाला में ऑक्सीजन की गुणवत्ता जांच की कोई सुविधा नहीं थी।

हालांकि तथ्य यह है कि गुणवत्ता परीक्षण हेतु ऑक्सीजन (आईपी) नमूने लिए बिना ही ऑक्सीजन (आईपी) विनिर्माताओं को लाइसेंस जारी/नवीनीकृत कर दिए गए।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि सभी औषधि निरीक्षकों को पहले ही यह सुनिश्चित करने के निर्देश दिए जा चुके हैं कि चिकित्सीय ऑक्सीजन औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम के तहत निर्धारित मानकों के अनुरूप हो।

8.4.8 लाइसेंस के नवीनीकृत किए बिना रक्त (ब्लड) बैंकों का संचालन

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम 1945 के नियम 122एफ में स्वास्थ्य संस्थानों को ब्लड बैंक चलाने के लिए लाइसेंस की समाप्ति से पूर्व उसके नवीनीकरण का प्रावधान है। हिमाचल प्रदेश में 25 स्वास्थ्य संस्थान (सार्वजनिक व निजी) ब्लड बैंक संचालित कर रहे थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि लेखापरीक्षा की तिथि (मार्च 2022) तक 25 स्वास्थ्य संस्थानों में से 12 (11 सरकारी व एक धर्मार्थ ट्रस्ट) ने ब्लड बैंक के चलाने हेतु उनके लाइसेंस नवीनीकृत नहीं किए।

विभाग ने प्रत्युत्तर में बताया (मार्च 2022) कि नवीनीकरण की प्रक्रिया लंबित होने के कारण उन स्वास्थ्य संस्थानों के लाइसेंस नवीनीकृत नहीं किए गए।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि लाइसेंस की समयसीमा समाप्त होने से पूर्व समयबद्ध कार्रवाई अपेक्षित थी। इन ब्लड बैंकों के लाइसेंस के नवीनीकरण के अभाव में रोगी के उपयोगार्थ जारी रक्त की गुणवत्ता

सुनिश्चित नहीं की जा सकती तथा रक्त के दूषित होने के कारण बीमारियों के फैलने/मृत्यु के जोखिम से इंकार नहीं किया जा सकता।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि सभी लाइसेंसिंग प्राधिकरणों को उनके क्षेत्राधिकार में स्थित ब्लड बैंकों के लाइसेंसों के नवीनीकरण के मामले का यथाशीघ्र निपटान करने के निर्देश दिए गए हैं।

8.4.9 विनिर्माताओं द्वारा औषधि का अधिक मूल्य प्रभारित करना

औषधि के मूल्य निर्धारण हेतु एक स्वतंत्र विनियामक के रूप में एवं सस्ती कीमतों पर दवाओं की उपलब्धता व पहुंच सुनिश्चित करने के लिए भारत सरकार के संकल्प दिनांक 29 अगस्त, 1997 के तहत फार्मास्यूटिकल्स विभाग, रसायन व उर्वरक मंत्रालय के एक संबद्ध कार्यालय के रूप में राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण का गठन किया गया।

औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश, 2013 के परिच्छेद 14(1) की शर्तानुसार सरकार अनुसूचित फॉर्मूलेशन का अधिकतम मूल्य निर्धारित एवं अधिसूचित करेगी और कोई भी विनिर्माता निर्धारित मूल्य से अधिक मूल्य पर अनुसूचित फॉर्मूलेशन नहीं बेचेगा। इसके अतिरिक्त परिच्छेद 14(2) में निर्धारित है कि यदि कोई विनिर्माता अनुसूचित फॉर्मूलेशन को निर्धारित अधिकतम मूल्य से अधिक मूल्य पर बेचता है, तो वह विनिर्माता अधिक शुल्क प्रभारित करने की तिथि से अधिक प्रभारित राशि को ब्याज सहित जमा करेगा।

हिमाचल प्रदेश सरकार ने मई 2015 की अधिसूचना के माध्यम से सभी मुख्य चिकित्सा अधिकारियों, सहायक औषधि नियंत्रकों व औषधि निरीक्षकों को उनके अधिकार क्षेत्र के भीतर उनके कर्तव्यों के अतिरिक्त औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश, 2013 में निर्दिष्ट आदेश की अनुपालना एवं कार्य निष्पादन हेतु अधिकृत किया।

राज्य औषधि नियंत्रक की लेखापरीक्षा के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि विनिर्माता दवाओं के अधिसूचित मूल्य से अधिक मूल्य प्रभारित कर रहे थे तथा वर्ष 2016-22 के दौरान राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण ने विभिन्न फर्मों को अधिक मूल्य प्रभारित करने के लिए कारण बताओ नोटिस जारी किया था। राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण द्वारा फर्मों को जारी किए गए आठ नोटिसों की यादृच्छिक जांच में पाया गया कि विनिर्माताओं ने उपभोक्ताओं/रोगियों से ₹112.87 करोड़ अधिक प्रभारित किए, जैसाकि **परिशिष्ट 9** में विवर्णित है। कुछ अन्य मामलों में केवल अधिकतम खुदरा मूल्य (एमआरपी) एवं राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण द्वारा निर्धारित मूल्य उपलब्ध था परन्तु बेची गई मात्रा उपलब्ध नहीं थी, जिसके कारण अधिक प्रभारित राशि का पता नहीं लगाया जा सका, जैसाकि **परिशिष्ट 10** में विवर्णित है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विनिर्माताओं से अधिक प्रभारित राशि की वसूली के विवरण न तो अभिलेखों में उपलब्ध थे न ही राज्य औषधि नियंत्रक ने अधिक प्रभारित राशि की वसूली हेतु कोई अनुवर्ती कार्रवाई की। इस प्रकार राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण एवं राज्य औषधि नियंत्रक के मध्य समन्वय की कमी के कारण विनिर्माता द्वारा दवाओं का अधिक मूल्य प्रभारित करने पर कोई कार्रवाई नहीं हुई।

सरकार ने अपने उत्तर (जनवरी 2024) में कहा कि दवाओं की कीमतों का निर्धारण और निर्माताओं द्वारा अधिक वसूली गई राशि की वसूली राज्य सरकार के अधिकार क्षेत्र/क्षेत्र में नहीं है। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि मई 2015 की अधिसूचना के संदर्भ में राज्य सरकार द्वारा कोई कार्रवाई नहीं की गई थी।

8.4.10 नई दवा के विनिर्माता द्वारा मूल्य अनुमोदन के बिना खुदरा मूल्य का निर्धारण

औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश, 2013 के परिच्छेद 15(2) की शर्तानुसार जहां कोई मौजूदा दवा-निर्माता अनिवार्य दवाओं की राष्ट्रीय सूची में निर्दिष्ट खुराक व प्रबलता वाली कोई नई दवा प्रस्तुत (लॉन्च) करता है, तो वह मौजूदा विनिर्माता ऐसी नई दवा हेतु सरकार से पूर्व मूल्य अनुमोदन का आवेदन करेगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि हिमाचल प्रदेश में कई दवा निर्माता कंपनियों ने नई दवाएं लॉन्च की, जिनके लिए राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त नहीं किया गया। राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण द्वारा फर्मों को जारी किए गए सात कारण बताओ नोटिसों की यादृच्छिक जांच से उजागर हुआ कि वर्ष 2016-22 के दौरान विभिन्न कंपनियां पूर्व मूल्य अनुमोदन के बिना अनुसूचित फॉर्मूलेशन का निर्माण/विपणन (मार्केटिंग) कर रही थीं **(परिशिष्ट 11)**। लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि राज्य औषधि नियंत्रक ने राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण को अधिक मूल्य प्रभारित करने का एक भी मामला सूचित नहीं किया।

8.5 परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 के माध्यम से विनियमन

परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 के तहत 1983 में परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड का गठन कुछ निश्चित नियामक एवं सुरक्षा कार्यों को पूर्ण करने के लिए किया गया था। परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड का मिशन यह सुनिश्चित करना है कि देश में आयनीकृत विकिरण एवं परमाणु ऊर्जा के उपयोग से लोगों के स्वास्थ्य व पर्यावरण को अनुचित खतरा न हो।

परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड के कार्यों में अन्य बातों के साथ-साथ ये भी शामिल हैं।

- विभिन्न प्रकार की परमाणु एवं विकिरण सुविधाओं हेतु स्थल-चयन, डिजाइन, निर्माण, परिचालन, संचालन व प्रचालन बंद करने के लिए सुरक्षा नीतियां, सुरक्षा कोड, दिग्दर्शिका व मानक विकसित करना।

- उचित सुरक्षा समीक्षा व मूल्यांकन के पश्चात परमाणु एवं विकिरण सुविधाओं की स्थापना के लिए स्थल-चयन, निर्माण, परिचालन, संचालन व प्रचालन बंद करने के लिए सहमति प्रदान करना।
- समीक्षा व मूल्यांकन, विनियामक निरीक्षण एवं प्रवर्तन की प्रणाली के माध्यम से परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड द्वारा निर्धारित विनियामक आवश्यकताओं का अनुपालन सुनिश्चित करना।
- व्यावसायिक श्रमिकों एवं जन सदस्यों हेतु विकिरण जोखिम की स्वीकार्य सीमाएं और रेडियोधर्मी पदार्थों के पर्यावरणीय उत्सर्जन की स्वीकार्य सीमाएं निर्धारित करना।

परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004 के नियम 30 के अनुसार इस अधिनियम की धारा 17 की उप-धारा (4) के तहत विधिवत अधिकृत कोई भी व्यक्ति, किसी भी परिसर, या विकिरण स्थापना, या संवहन का निरीक्षण कर सकता है।

8.5.1 बिना लाइसेंस के एक्स-रे मशीन का संचालन

परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004 के नियम 3 के अनुसार कोई भी व्यक्ति बिना लाइसेंस के- (ए) स्थल-चयन, डिज़ाइन, निर्माण, परिचालन व संचालन हेतु विकिरण स्थापना स्थापित करेगा; तथा (बी) एक विकिरण स्थापना के प्रचालन को बंद नहीं करेगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एक्स-रे सुविधा वाले चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में 18 में से सात[3] स्वास्थ्य सेवा संस्थान परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड के लाइसेंस के बिना चल रहे थे।

संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि एक्स-रे सुविधा वाले आठ निजी क्लिनिकल प्रतिष्ठानों में से पांच परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड के लाइसेंस के बिना चल रहे थे।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड मानदंडों के अनुसार रेडियोलॉजिकल सुरक्षा अधिकारी व तकनीकी सहायक (विकिरण सुरक्षा) कर्मियों की अनुपलब्धता के कारण विभाग निरीक्षण करने में असमर्थ है। यद्यपि सहायक निदेशक (विकिरण सुरक्षा) नियमित रूप से निरीक्षण कर रहे हैं तथा निरीक्षण के दौरान पाई गई विसंगतियों से संबंधितों को अवगत कराया जाता है।

8.5.2 विकिरण सुरक्षा के लिए थर्मोल्यूमिनसेंट डोसीमीटर (टीएलडी) बैज

थर्मोल्यूमिनसेंट डोसीमीटर बैज का उपयोग उन स्तरों पर विकिरण का पता लगाने के लिए किया जाता है जो मनुष्यों के लिए हानिकारक हो सकते हैं। परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004 एवं परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड सुरक्षा कोड के अनुसार एक्स-रे कक्ष में काम करने वाले सभी कर्मी को टीएलडी बैज एवं पॉकेट डोसीमीटर[4] पहनना होगा।

---

[3] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी, सिविल अस्पताल चांगो, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्पीलो, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र रिब्बा, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सुल्तानपुर व सिविल अस्पताल ज्वालामुखी व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला।

[4] टीएलडी बैज व पॉकेट डोसीमीटर का उपयोग श्रमिकों में विकिरण की बीटा व गामा मात्रा की निगरानी के लिए किया जाता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- एक्स-रे सुविधा वाले 18 चयनित स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में से केवल छः (आईजीएमसी शिमला, आरपीजीएमसी कांगड़ा व सिविल अस्पताल शाहपुर, सिविल अस्पताल कंडाघाट, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर) में एक्स-रे कक्ष के तकनीशियनों को टीएलडी बैज उपलब्ध कराए गए।
- एक्स-रे सुविधा वाले 18 चयनित स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में से केवल दो (आईजीएमसी व आरपीजीएमसी) में एक्स-रे कक्ष के तकनीशियनों को पॉकेट डोसीमीटर उपलब्ध कराए गए।

सरकार ने उसके उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि सभी मेडिकल कॉलेजों एवं स्वास्थ्य संस्थानों के एक्स-रे रूम तकनीशियनों को टीएलडी बैज प्रदान किए जाते हैं। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि उपरोक्त वर्णित चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में टीएलडी बैज जारी नहीं किए गए थे।

8.5.3 विकिरण सुरक्षा निदेशालय

वर्ष 2001 में सर्वोच्च न्यायालय ने मेडिकल एक्स-रे के विनियमन हेतु प्रत्येक राज्य में विकिरण सुरक्षा निदेशालय (डीआरएस) स्थापित करने का निर्देश दिया। फरवरी 2013 के दौरान विकिरण सुरक्षा निदेशालय के गठन हेतु परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड एवं हिमाचल प्रदेश सरकार के मध्य एक समझौता-ज्ञापन पर हस्ताक्षर होने के बावजूद हिमाचल प्रदेश में इसका गठन नहीं किया गया। राज्य में जो कार्य विकिरण सुरक्षा निदेशालय द्वारा किए जाने थे, उन्हें निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन द्वारा किया जा रहा है।

परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड को परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 की धारा 17 के तहत दो वर्ष में एक बार एक्स-रे इकाइयों के गुणवत्ता आश्वासन प्रदर्शन परीक्षण करने एवं अधिकृत कर्मियों द्वारा समय-समय पर निरीक्षण करने का अधिदेश दिया गया। हालांकि वर्ष 2016-17 से 2018-19 के दौरान कोई निरीक्षण नहीं किया गया। इसके अतिरिक्त वर्ष 2019-21 के दौरान यद्यपि सरकारी और निजी दोनों स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में एक्स-रे प्रतिष्ठानों के निरीक्षण का कोई लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया तथापि 86 निरीक्षण किए गए।

सरकार ने उसके उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि हिमाचल प्रदेश में इस तिथि तक कोई विकिरण सुरक्षा एजेंसी नहीं है परन्तु परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004 के प्रावधानों के तहत निरीक्षण सहायक निदेशक (विकिरण सुरक्षा), निदेशक, स्वास्थ्य सुरक्षा व विनियमन कार्यालय, शिमला द्वारा किया जा रहा है। वर्ष 2018-19 से पहले प्रशिक्षित कार्मिकों की अनुपलब्धता के कारण परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड मानदंडों के अनुसार कोई निरीक्षण नहीं किया गया।

8.6 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 के माध्यम से विनियमन

हिमाचल प्रदेश राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड पर्यावरण कार्यक्रमों के नियोजन, प्रचार, समन्वय व कार्यान्वयन की देखरेख हेतु राज्य सरकार के प्रशासनिक ढांचे में एक नोडल एजेंसी है।

जैव चिकित्सा अपशिष्ट नियम, 2016 के नियम 10 की शर्तानुसार हिमाचल प्रदेश में जैव-चिकित्सा अपशिष्टों के उत्पादन, भंडारण, प्रशोधन/निपटान एवं प्रबंधन हेतु राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से एक मुश्त (वन टाइम) अनुज्ञा प्राप्त करना होगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नवंबर 2021 तक 85 सिविल अस्पतालों में से 61, 94 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 40 एवं 575 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 98 ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने पर राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से अनुज्ञा प्राप्त नहीं की। इस प्रकार 754 स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में से 199 ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने पर राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से अनुज्ञा प्राप्त नहीं की थी। नवंबर 2021 तक चयनित जिलों में 204 स्वास्थ्य संस्थानों में से 47 (25 सिविल अस्पतालों में से 15, 30 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 12 व 149 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 20) ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने पर राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड अनुज्ञा प्राप्त नहीं की।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि वर्तमान में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा स्वास्थ्य संस्थानों के जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के तहत अनुज्ञा की निगरानी की जा रही है।

8.7 निष्कर्ष

हिमाचल प्रदेश में कार्यरत/प्रेक्टिस करने वाले चिकित्सक राज्य चिकित्सा परिषद में नियमित रूप से उनका पंजीयन नवीनीकृत नहीं करा रहे थे। राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा अपंजीकृत चिकित्सकों की सूची की जानकारी रखने व उनकी निगरानी करने हेतु कोई तंत्र नहीं अपनाया गया। राज्य क्लिनिकल प्रतिष्ठान परिषद प्रभावी ढंग से कार्य नहीं कर रही थी, जो क्लिनिकल प्रतिष्ठान अधिनियम, 2010 के ख़राब कार्यान्वयन के रूप में परिणत हुआ। सभी निजी स्वास्थ्य सेवा संस्थान अस्थायी पंजीयन पर चल रहे थे एवं स्थायी पंजीयन की प्रक्रिया प्रारंभ नहीं की गई। परिणामस्वरूप कोई निरीक्षण नहीं किया जा सका। यहां तक कि कई स्वास्थ्य सेवा संस्थानों का अस्थायी पंजीयन भी समाप्त हो गया था। औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के तहत अपेक्षित निरीक्षण करने में कमी देखी गई। औषधि एवं सौंदर्य प्रसाधनों के नमूने लेने के लक्ष्य में कमी पाई गई, नमूने लेने में विलम्ब था साथ ही नमूनों के विश्लेषण में भी विलम्ब हुआ। परिणामतः 'अमानक गुणवत्ता (एनएसक्यू)' घोषित की गई औषधि पहले ही रोगियों को जारी कर दी गईं, जिससे उनका स्वास्थ्य खतरे में पड़ गया। बद्दी स्थित नई औषधि परीक्षण प्रयोगशाला अभी तक पूर्ण नहीं हुई एवं कंडाघाट स्थित राज्य की एकमात्र औषधि परीक्षण प्रयोगशाला में कार्मिकों की कमी थी। हिमाचल प्रदेश में कुछ विनिर्माता दवाओं के अधिसूचित मूल्य से अधिक मूल्य प्रभारित कर रहे थे। राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण ने दवाओं का अधिक मूल्य प्रभारित करने पर विभिन्न कंपनियों को कारण बताओ नोटिस जारी किया। निर्माताओं

द्वारा नई दवा हेतु मूल्य अनुमोदन नहीं लिया जा रहा था। ब्लड बैंक, एक्स-रे मशीन आदि बिना लाइसेंस के चल रहे थे। स्वास्थ्य संस्थानों ने जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने पर राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड अनुज्ञा प्राप्त नहीं किया।

8.8 सिफारिशें

सरकार सुनिश्चित करें कि :

- *राज्य चिकित्सा परिषद राज्य में सभी पंजीकृत मेडिकल प्रेक्टिशनर्स का डेटा इलेक्ट्रॉनिक रूप में अनुरक्षित करें।*
- *राज्य चिकित्सा परिषद चिकित्सकों के पंजीयन की विद्यमानता/अपडेशन की जांच हेतु सरकारी एवं निजी स्वास्थ्य संस्थानों के साथ संचार हेतु तंत्र विकसित करें।*
- *क्लिनिकल प्रतिष्ठानों के स्थायी पंजीयन की प्रक्रिया प्रारंभ की जाएं एवं नियमित निरीक्षण किए जाएं।*
- *औषधि के अधिक से अधिक संख्या में नमूने लिए जाएं एवं प्रयोगशालाओं की परीक्षण क्षमताएं बढ़ाई जाएं ताकि परीक्षण के परिणाम निर्धारित समयसीमा के भीतर प्राप्त हो सकें।*
- *विनिर्माताओं द्वारा औषधि का अधिक मूल्य प्रभारित करने की जांच की जाएं।*
- *विभिन्न सुविधाओं को चलने हेतु संबंधित प्राधिकारियों से लाइसेंस प्राप्त करने की कार्यवाही समयबद्ध रूप से की जाएं।*
- *यह सुनिश्चित करने हेतु एक तंत्र स्थापित करें कि सभी स्वास्थ्य संस्थानों को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के उत्पादन, भंडारण, उपचार/निपटान एवं प्रबंधन के लिए राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से उचित अनुज्ञा प्राप्त हो।*

अध्याय-IX

विशेषीकृत अस्पताल

अध्याय IX: विशेषीकृत अस्पताल

विशेषीकृत (स्पेशलाइज़्ड) अस्पताल वे चिकित्सा केंद्र हैं जो चिकित्सा एवं देख-रेख के किसी एक क्षेत्र या रोगियों के किसी समूह विशेष को लक्षित करते हैं।

हिमाचल प्रदेश में छः विशेषीकृत अस्पताल हैं, यथा दंत महाविद्यालय, शिमला, तीन कुष्ठ रोग अस्पताल, तपेदिक (ट्यूबरकुलोसिस) सेनेटोरियम, सोलन व हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला। इन छः अस्पतालों में से पांच को लेखापरीक्षा में सम्मिलित किया गया। यह लेखापरीक्षा वित्तपोषण की पर्याप्तता, स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे की उपलब्धता एवं प्रबंधन, मानव संसाधन की उपलब्धता तथा औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता की पर्याप्तता का पता लगाने एवं जांच हेतु की गई हैं। लेखापरीक्षा अभ्युक्तियां आगामी परिच्छेदों में विस्तार से दी गई हैं।

9.1 दंत महाविद्यालय, शिमला

वर्ष 1994 में प्रति वर्ष 20 छात्रों की प्रवेश क्षमता के साथ बैचलर ऑफ डेंटल सर्जरी (बीडीएस) पाठ्यक्रम वाला हिमाचल प्रदेश राजकीय दंत महाविद्यालय व अस्पताल अस्तित्व में आया। प्रवेश क्षमता को वर्ष 2007-08 से बढ़ाकर 60 एडमिशन (प्रवेश) तथा वर्ष 2019-20 से 75 कर दिया गया। वर्ष 2006-07 से चार स्पेशलिटी यथा ओरल सर्जरी, पेरियोडॉन्टिक्स, ऑर्थोडॉन्टिक्स व कम्युनिटी डेंटिस्ट्री में मास्टर ऑफ डेंटल सर्जरी (एमडीएस) का पाठ्यक्रम भी शुरू किया गया, जिनकी प्रवेश क्षमता प्रत्येक विभाग में दो छात्रों की थी। वर्ष 2020-21 से मास्टर ऑफ डेंटल सर्जरी की सीटें बढ़ाकर 19 कर दी गईं।

9.1.1 वित्तीय प्रबंधन

वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान अस्पताल द्वारा आवंटित वर्ष-वार बजट व किया गया व्यय इस प्रकार है।

तालिका 9.1: वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान बजट व व्यय का सारांश

(₹ करोड़ में)

वर्ष	बजट	व्यय	वेतन पर व्यय
2016-17	15.59	14.52	11.10
2017-18	17.87	16.17	12.60
2018-19	20.38	17.38	12.86
2019-20	23.09	19.69	14.12
2020-21	24.91	20.14	14.43
2021-22	26.32	22.47	15.00
योग	**128.16**	**110.37**	**80.11**

स्रोत: विभागीय आंकड़े

वर्ष 2016-22 के दौरान, राज्य- बजट से ₹ 110.37 करोड़ का व्यय किया गया, जिसमें से 73 प्रतिशत (₹ 80.11 करोड़) वेतन व भत्तों में खर्च हुए।

अस्पताल एवं प्रयोगशाला शुल्क के रूप में रोगियों से एकत्रित प्रयोक्ता शुल्क रोगी कल्याण समिति हेतु बनाए गए खाते में जमा किए जाते हैं। अस्पताल के दिन-प्रतिदिन के व्यय की पूर्ति रोगी कल्याण

समिति की निधियों से की जाती है। वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान इस निधि से ₹ 13.82 करोड़ का व्यय किया गया। लेखापरीक्षा में निम्नलिखित मामले देखे गए।

- दंत महाविद्यालय, शिमला में छात्रों की वृत्ति (स्टाईपेंड) का भुगतान राज्य कोषागार से करना अपेक्षित था। यह पाया गया कि मार्च 2021[1] तक छात्रों के छात्रवृत्ति एवं स्टाईपेंड हेतु राज्य कोष के अतिरिक्त ₹ 34.04 लाख की राशि का भुगतान रोगी कल्याण समिति कोष से किया गया, जो अनियमित था।

  प्रधानाचार्य, दंत महाविद्यालय शिमला (अगस्त 2022) ने अपने प्रत्युत्तर में बताया कि नए राजकोष नियमों के अनुसार स्टाईपेंड का भुगतान सीधे लाभार्थी के खातों में होने के कारण राशि समायोजित नहीं की जा सकी।

  उत्तर तर्कसंगत नहीं था क्योंकि रोगी कल्याण समिति कोष से स्टाईपेंड संवितरित नहीं किया जाना था। इसके अतिरिक्त यह राशि वर्ष 2018-19 से असमायोजित थी जिससे मार्च 2021 तक असमायोजित अग्रिम राशि ₹ 34.04 लाख हो गयी।

- रोगी कल्याण समिति खाते में ₹ 4.18 लाख का प्रयोक्ता शुल्क जमा करने में 3-25 दिनों के मध्य का विलम्ब हुआ।

9.1.2 संसाधन प्रबंधन

अस्पताल के संसाधनों जैसे कर्मियों की उपलब्धता, रोगी सेवाओं एवं उपभोग्य सामग्रियों व औषधियों के प्रबंधन की समीक्षा से निम्नलिखित उजागर हुआ।

- **मानव संसाधन**: मई 2022 को, यद्यपि स्वीकृत संख्या के सापेक्ष चिकित्सकों एवं विशेषज्ञों की संख्या में कोई कमी[2] नहीं थी तथापि नर्सों एवं पैरामेडिकल स्टाफ की उपलब्धता में 22.22 प्रतिशत की कमी थी।
- **रोगी सेवाएं**: वर्ष 2016-17 से 2021-22 के मध्य रोगियों के अवाई, सर्जरी व एक्स-रे की प्रवृत्ति **तालिका 9.2** में दर्शाई गई है।

तालिका 9.2: ओपीडी व आईपीडी भार का विवरण

वर्ष	अंतः रोगी	ओपीडी रोगी	बड़ी सर्जरी की संख्या	छोटी सर्जरी की संख्या	लिए गए एक्स-रे की संख्या
2016-17	169	63,715	102	285	32,218
2017-18	215	57,856	102	255	32,889
2018-19	197	60,854	97	893	41,173
2019-20	350	79,656	280	70	23,666
2020-21	350	18,094	75	122	10,111
2021-22	76	68,033	59	255	21,464

स्रोत: दंत महाविद्यालय की वार्षिक प्रशासनिक रिपोर्ट

[1] अगस्त 2022 तक, रोगी कल्याण समिति की वर्ष 2021-22 की बैलेंस शीट को अंतिम रूप नहीं दिया गया।

[2] चिकित्सक व विशेषज्ञ: स्वीकृत: 62, उपलब्ध: 62, नर्स व पैरामेडिकल स्टाफ: स्वीकृत: 36, उपलब्ध: 28

- ओपीडी वार्ड में देखा गया कि प्रतीक्षा क्षेत्र में बैठने की पर्याप्त सुविधा उपलब्ध नहीं थी, कुछ कुर्सियां टूटी हुई थीं तथा दिव्यांगजनों हेतु शौचालय की कोई अलग सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- वर्ष 2021-22 में शिकायत निवारण समिति का गठन किया गया तथा कोई रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं किया गया।
- पंजीकरण काउंटरों व ओपीडी के बाहर, ओपीडी का समय प्रदर्शित नहीं किया गया था। नागरिक चार्टर प्रदर्शित नहीं किया गया एवं महत्वपूर्ण संपर्क नंबर (आपातकाल चिकित्सा अधिकारी, अस्पताल प्रबंधक, आदि) पंजीकरण क्षेत्र में प्रदर्शित नहीं किए गए।

- **औषधियां, उपभोग्य सामग्रियां व अभिकर्मक (रिएजेंट) प्रबंधन**: वर्ष 2016-22 के दौरान स्टोर में औषधियां नहीं रखने के कारण रोगियों को बाजार से दवाएं खरीदनी पड़ीं। उपभोग्य सामग्रियों का गुणवत्ता परीक्षण औषधि निरीक्षक द्वारा न करके विभागाध्यक्ष एवं तकनीकी समिति द्वारा किया गया। केवल वर्ष 2018-19 व 2020-21 के दौरान ही स्टोर का भौतिक सत्यापन किया गया। यह भी पाया गया कि:
  - फरवरी 2017 व मई 2022 के दौरान, पांच से 1020 दिनों के मध्य की अवधि में उपभोग्य सामग्रियां स्टॉक में नहीं थीं। विभिन्न विभागों को इस कमी ने प्रभावित किया, जो निम्नलिखित तथ्यों से स्पष्ट थे।
    - **अल्पावधि आपूर्ति:** जनवरी 2018 व जनवरी 2022 के मध्य आठ विभागों द्वारा मांगी गई उपभोग्य सामग्रियों की 19 मदों की कम आपूर्ति हुई।
    - **अनापूर्ति:** जुलाई 2016 से अक्टूबर 2021 के दौरान कॉलेज के नौ विभागों द्वारा मांगी गई 28 उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति स्टोर में वस्तुओं की अनुपलब्धता के कारण नहीं की गई।

विभाग ने अपने उत्तर (अगस्त 2022) में बताया कि मार्च 2020 के बाद लॉकडाउन के कारण उपभोग्य सामग्रियों की कमी हुई थी तथा कमी की पूर्ति करने के लिए, खरीद आदेश दिए गये थे। इसके अतिरिक्त कोविड-19 के कारण भौतिक सत्यापन नहीं किया जा सका।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि भौतिक सत्यापन न होना एवं उपभोग्य सामग्रियों की कमी कोविड-19 महामारी से पहले की अवधि में भी देखी गई।

9.1.3 संयुक्त भौतिक सत्यापन की अभ्युक्तियां

अस्पताल परिसर के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान निम्नलिखित देखा गया:

- लंबित कार्यों (ट्रांसफार्मरों के स्थानांतरण) एवं प्रकाशित निकास संकेतों (इल्युमिनाटेड एग्जिट साईन) की स्थापना नहीं होने के कारण अग्नि सुरक्षा प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किए जा सके (अगस्त 2022)।
- ओपीडी (ओरल व मैक्सिलोफेशियल सर्जरी) की दीवारों में रिसाव था, जो अस्पताल की स्वच्छता को प्रभावित कर रहा था, जैसाकि निम्नवत चित्रों में दर्शाया गया है।




चित्र 9.1 व **9.2**: दीवारों में रिसाव दर्शाते हुए

- लाभार्थी सर्वेक्षण हेतु चुने गए सभी दस रोगी जल-सेवाओं की उपलब्धता एवं अस्पताल की सफाई से संतुष्ट थे। इसके अतिरिक्त उन्होंने ओपीडी में शिकायत रजिस्टर के न होने की पुष्टि की। रोगियों ने अस्पतालों में औषधियों की कमी का भी उल्लेख किया।

9.2 कुष्ठ रोग अस्पताल

कुष्ठ रोग, जिसे हैनसेन रोग के नाम से भी जाना जाता है, माइकोबैक्टीरियम लेप्राई या माइकोबैक्टीरियम लेप्रोमैटोसिस बैक्टीरिया द्वारा उत्पन्न दीर्घकालिक संक्रमण है। संक्रमण से तंत्रिकाओं, श्वसन तंत्र, त्वचा एवं आंखों को नुकसान पहुंचा सकता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तत्त्वावधान में राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम एक केंद्र प्रायोजित योजना है। भारत ने सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या के रूप में कुष्ठ रोग का उन्मूलन प्राप्त कर लिया है (राष्ट्रीय स्तर पर प्रति 10,000 जनसंख्या पर एक से कम मामले के रूप में परिभाषित)। हिमाचल प्रदेश में तीन क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल हैं जो सोलन, कांगड़ा व चंबा प्रत्येक में एक है। क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा व क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन लेखापरीक्षा में सम्मिलित किए गए थे।

9.2.1 वित्तीय प्रबंधन

वर्ष 2016-22 के दौरान दोनों क्षेत्रीय अस्पतालों में किए गए व्यय का विवरण नीचे **तालिका 9.3** में विवर्णित है।

तालिका 9.3: क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल के बजट एवं व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा का बजट व व्यय			क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन का बजट व व्यय		
	बजट	कुल व्यय	वेतन पर व्यय	बजट	कुल व्यय	वेतन पर व्यय (ई-कोष डेटा)
2016-17	0.91	0.72	0.67	1.80	1.44	1.14
2017-18	0.84	0.74	0.71	1.76	1.43	1.09
2018-19	0.85	0.72	0.68	1.79	1.52	0.91
2019-20	0.87	0.62	0.56	1.43	1.17	1.06
2020-21	0.89	0.75	0.66	1.55	1.29	1.16
2021-22	0.74	0.68	0.54	1.36	1.35	1.25
योग	**5.10**	**4.23**	**3.82**	**9.69**	**8.20**	**6.61**

स्रोत: विभागीय आंकड़े व ई-कोष।

वर्ष 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान, क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा हेतु ₹ 5.10 करोड़ के बजट आवंटन की तुलना में किया गया व्यय ₹ 4.23 करोड़ था। इसी अवधि में क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन हेतु आवंटित बजट ₹ 9.69 करोड़ था जिसके सापेक्ष ₹ 8.20 करोड़ उपयोग किया गया। इस प्रकार क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पतालों में बजट के क्रमशः 82.94 प्रतिशत व 84.62 प्रतिशत का उपयोग किया गया।

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा एवं क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन में व्यय का प्रमुख घटक वेतन पर क्रमशः 90.31 व 80.60 प्रतिशत रहा।

9.2.2 बाह्य रोगी एवं अंतःरोगी सेवा

लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2016-22 के दौरान ओपीडी में 26,776 रोगियों का उपचार किया गया, जिसका विवरण **तालिका 9.4** में दिया गया है।

तालिका 9.4: ओपीडी क्षमता एवं चिकित्सक उपलब्धता

वर्ष	ओपीडी रोगियों की संख्या		कुल	बिस्तरों की संख्या		चिकित्सकों की संख्या	
	सोलन	कांगड़ा		सोलन	कांगड़ा	सोलन	कांगड़ा
2016-17	2,821	1,380	4,201	20	10	1	1
2017-18	1973	2,069	4,042	20	10	1	1
2018-19	847	3,931	4,778	20	10	1	1
2019-20	1,135	5,520	6,655	20	10	1	1
2020-21	687	2,708	3,395	20	10	1	1
2021-22	919	2,786	3,705	20	10	1	2
योग	**8,382**	**18,394**	**26,776**				

स्रोत: विभागीय आंकड़े।

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन में ओपीडी रोगियों के भार में मिश्रित प्रवृत्ति दिखाई दी। रोगियों की संख्या वर्ष 2016-17 के 2,821 से घटकर वर्ष 2018-19 में 847 हो गई, जो वर्ष 2019-20 में बढ़कर 1,135 हो गई, वर्ष 2020-21 में घटकर 687 हो गई और फिर वर्ष 2021-22 में 919 रोगियों तक बढ़ गई। क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में ओपीडी रोगियों के भार में बढ़ती प्रवृत्ति पाई गई जो वर्ष 2016-17 के 1380 से बढ़कर वर्ष 2019-20 में 5,520 हो गई परन्तु वर्ष 2020-21 में घटकर 2,708 हो गई तथा फिर से वर्ष 2021-22 में बढ़कर 2,786 हो गई।

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में यद्यपि ओपीडी में रोगी भार में बढ़ती प्रवृत्ति देखी गई (कोविड-19 के दौरान वर्ष 2020-21 को छोड़कर) तथापि स्वीकृत संख्या की तुलना में नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ सहित कर्मियों में उल्लेखनीय कमी (65 से 81 प्रतिशत के मध्य) थी। स्वीकृत पदों की तुलना में नर्सों, पैरामेडिकल एवं अन्य कर्मियों की उपलब्धता की प्रास्थिति **तालिका 9.5** में दर्शाई गई है।

तालिका 9.5: क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन व क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में नर्सों, पैरामेडिकल एवं अन्य कर्मियों की स्थिति

वर्ष	क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन						क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा					
	नर्स व पैरामेडिकल स्टाफ			अन्य स्टाफ			नर्स व पैरामेडिकल स्टाफ			अन्य स्टाफ		
	संस्वीकृत पद	पदस्थ	कमी (प्रतिशत)	संस्वीकृत पद	पदस्थ	कमी (प्रतिशत)	संस्वीकृत पद	पदस्थ	कमी (प्रतिशत)	संस्वीकृत पद	पदस्थ	कमी (प्रतिशत)
2016-17	9	6	33	12	6	50	20	4	80	21	4	81
2017-18	9	6	33	12	6	50	20	5	75	21	4	81
2018-19	9	7	22	12	6	50	20	5	75	21	5	76
2019-20	9	7	22	11	6	45	20	6	70	21	5	76
2020-21	9	6	33	12	6	50	20	6	70	21	5	76
2021-22	9	7	22	12	8	33	20	6	70	23	8	65

स्रोत: विभागीय आंकड़े

यह भी देखा गया कि:

- दोनों कुष्ठ अस्पतालों में आईपीडी सुविधा उपलब्ध थी।
- सोलन व कांगड़ा जिलों के आईपीडी में चार से 19 रोगी[3] ऐसे थे, जिन्हें वर्ष-दर-वर्ष देखभाल की आवश्यकता थी।

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) के दौरान सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि कर्मियों को आईपीडी में तैनात नहीं किया गया, क्योंकि भर्ती किए गए रोगियों को सामान्य कार्य घंटों के उपरांत सेवा की आवश्यकता नहीं होती। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि कुष्ठ अस्पतालों में चिकित्सा अधिकारियों की तैनाती के मानदंड निर्धारित नहीं किए गए जैसाकि निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा सूचित किया गया तथा तथ्य यह है कि इन अस्पतालों में चौबीसों घंटे सेवाएं प्रदान नहीं की गई।

9.2.3 औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों का प्रबंधन

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में 10 सामान्य दवाएं 57 से 778 दिनों की अवधि तथा तीन कुष्ठ दवाएं 17 से 96 दिनों की अवधि के लिए स्टॉक में नहीं थीं।
- वर्ष 2016-22 के दौरान क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा की नमूना-जांच में स्टोर से ओपीडी/आईपीडी रजिस्टर में जारी दवाओं के संदर्भ में 11 दवाओं की 755 यूनिट का लेखांकन न होना पाया गया, जो संभावित चोरी या अनियमित विचलन को परिलक्षित करता है।
- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत निःशुल्क दवाओं की खरीद हेतु प्राप्त कुल राशि ₹ 17.00 लाख (जुलाई 2016 ₹ 10.00 लाख, नवंबर 2016 ₹ पांच लाख व फरवरी 2018 ₹ दो लाख) में से बचत बैंक खाते में ₹ 4.24 लाख की राशि मार्च 2022 तक अप्रयुक्त पड़ी रही।

[3] सोलन: सात से 19 व कांगड़ा: चार से 10

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में दवा स्टोर में दवाओं को रखने के लिए पर्याप्त जगह नहीं थी। दवाओं के गत्ते फर्श पर पड़े थे, जैसाकि नीचे **चित्र 9.3** व **9.4** में दर्शाया गया है।





चित्र 9.3 व 9.4: फर्श पर पड़े दवाओं के डिब्बे दर्शाए गए है

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर (जून 2022) में बताया कि इस मामले को उच्च प्राधिकारी के साथ उठाया जाएगा।

9.2.4 बुनियादी ढांचे का प्रबंधन व उपलब्धता

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन में 19 रोगियों का उपचार मंडोधर के आश्रय गृह में किया जा रहा था। बाद में क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल के इन रोगियों को सितंबर 2014 में राष्ट्रीय राजमार्ग के पास सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर के एक भवन में स्थानांतरित कर दिया गया तथा आश्रय-गृह शिक्षा विभाग को हस्तांतरित कर दिया गया। राजमार्ग के चार लेन में उन्नयन (अपग्रेड) करने के साथ मौजूदा संरचना सहित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की भूमि भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण (एनएचएआई) को हस्तांतरित कर दी गई एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र भवन को ध्वस्त कर दिया गया। नवंबर 2017 के दौरान, क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल को 17 रोगियों सहित चंबाघाट, सोलन में विभिन्न भवनों में आईपीडी व ओपीडी वार्डों के साथ अस्थायी रूप से स्थानांतरित कर दिया गया क्योंकि कुमारहट्टी (लोहानजी) में एक स्थायी क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल का निर्माण प्रस्तावित था, जिसकी आधारशिला 20/09/2017 को रखी गई थी। फरवरी 2022 तक ₹ 3.12 करोड़ के व्ययोपरांत भी भवन संरचना पूर्ण नहीं हुई, जिससे पांच वर्ष से अधिक समय से रोगियों का उपचार अस्थायी शिविर में किया जा रहा था।

क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल सोलन ने प्रत्युत्तर में (फरवरी 2022) में बताया कि अस्पताल का उद्घाटन 30 जनवरी 2022 को होना था, लेकिन ओमिक्रॉन वेरिएंट के मामलों के कारण इसे स्थगित कर दिया गया। जैसे ही स्थिति स्थिर होती है, अस्पताल को मरीजों सहित स्थानांतरित कर दिया जाएगा।"

		
चित्र 9.5: पूर्ववर्ती कुष्ठ केंद्र जहां कॉलेज का निर्माण किया जा रहा है	**चित्र 9.6: राजमार्ग के बगल में ध्वस्त किया गया सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र**	**चित्र 9.7: लोहानजी में नया अपूर्ण कुष्ठ अस्पताल**

कुष्ठ रोगियों के अस्थायी उपचार शिविर के भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि वार्ड अपर्याप्त स्थान में दो कमरों में चल रहा था, जैसाकि **चित्र 9.8** से प्रमाणित है। वार्ड की दीवारों में रिसाव था एवं धूप का अभाव था। दोनों वार्डों के शौचालयों व स्नानघरों की ठीक से सफाई नहीं की गई थी।

		
चित्र 9.8: पुरुष आईपीडी वार्ड	**चित्र 9.9: पुरुष एवं महिला वार्ड के लिए एक ही प्रवेश द्वार।**	**चित्र 9.10: पुरुष रोगियों के लिए संयुक्त शौचालय एवं स्नानघर**

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन की ओपीडी के भौतिक सत्यापन के दौरान यह देखा गया कि अस्पताल दो किराये के कमरों में चल रहा था। वहां औषधियों को रखने का कोई स्थान नहीं था, जिसे अलमारियों में रखा गया था। केवल एक ही शौचालय था, जिसका उपयोग अस्पताल के कर्मचारी एवं ओपीडी मरीज (पुरुष व महिला दोनों) दोनों कर रहे थे।

  क्षेत्रीय कुष्ठ अधिकारी, सोलन (फरवरी 2022) ने जवाब में बताया गया कि मरीजों को एक छोटे स्थान में रखा गया था जो कि एक अस्थायी व्यवस्था थी, और दीवारों का पुनर्निर्माण नहीं किया गया था और सतह और हवा की माइक्रोबायोलॉजिकल सैंपलिंग नहीं किया गया था। इसके अलावा यह भी कहा गया था कि ओपीडी स्थान बहुत कम है और दवाएं प्रोटोकॉल के अनुसार स्टोर नहीं की जा रही हैं क्योंकि यह अस्पताल अस्थायी रूप से स्थानांतरित किया गया है।

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा सहित क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन के भौतिक सत्यापन के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि अस्पताल में तैनात चिकित्सकों एवं कर्मचारियों को सरकारी आवास आवंटित नहीं किया गया।

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन में दो वाहन थे जिनके लिए केवल एक ही चालक तैनात था, जिसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत जिला कुष्ठ सोसायटी द्वारा तैनात किया गया एवं जिसका वेतन मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन के अंतर्गत राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के हकदारी से

आहरित किया जा रहा था। क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा में भी दो वाहन थे जो ड्राइवरों की तैनाती न होने के कारण परिसर में बेकार पड़े थे।





चित्र 9.11 व 9.12: चालकों की तैनाती नहीं होने से जोनल अस्पताल की एंबुलेंस व बस परिसर में बेकार ही खड़ी हैं।

- क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, कांगड़ा की संपर्क सड़क को मरम्मत की आवश्यकता थी, जिसके लिए सितंबर 2020 के दौरान क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल ने निदेशक स्वास्थ्य सेवाएं, शिमला से निधियां (₹ 10.74 लाख) प्रदान करने का अनुरोध किया था। हालांकि निधियां प्राप्त नहीं हुई और सड़क की मरम्मत नहीं की गई (मई 2022)।

9.3 ट्यूबरक्लोसिस सेनेटोरियम (टीबीएस) धर्मपुर, सोलन

इस सेनेटोरियम का उद्घाटन 3 अक्टूबर 1911 को वायसरॉय लॉर्ड चार्ल्स हार्डिंग द्वारा किया गया था। मार्च 2022 को सेनेटोरियम में 100 बिस्तरों की सुविधा है जिसमें पांच चिकित्सकों एवं 45 कार्यात्मक बिस्तर हैं।

9.3.1 वित्तीय प्रबंधन

वर्ष 2016-22 के दौरान टीबीएस, धर्मपुर से संबंधित निधियों का वर्ष-वार आवंटन एवं व्यय **तालिका 9.6** में दिखाया गया है।

तालिका 9.6: वर्ष 2016-22 के दौरान बजट प्रावधान व व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	बजट आवंटन	व्यय	अभ्यर्पण (प्रतिशत)
2016-17	5.61	5.27	0.34 (6.06)
2017-18	6.44	5.90	0.54 (8.38)
2018-19	6.50	5.88	0.62 (9.53)
2019-20	7.20	6.36	0.84 (11.66)
2020-21	6.77	5.85	0.92 (13.59)
2021-22	6.82	6.49	0.33 (4.84)
योग	**39.34**	**35.75**	**3.59 (9.13)**

स्रोत: विभाग द्वारा दिए गए आंकड़े।

टीबीएस, धर्मपुर, सोलन पर किए गए व्यय में वर्ष 2016-17 की तुलना में वर्ष 2021-22 में 23.15 प्रतिशत की वृद्धि हुई। हालांकि वर्ष 2016-22 के दौरान विभाग ने बजट निधियों के 9.13 प्रतिशत का अभ्यर्पण किया। वर्ष 2016-22 की अवधि के दौरान प्रत्येक वर्ष के अंत में अव्ययित निधि 4.84 से 13.59 प्रतिशत के मध्य थी, जैसाकि **तालिका 9.6** में विवर्णित है।

वर्ष 2016-22 हेतु टीबीएस धर्मपुर, सोलन द्वारा निधियों का एसओई-वार उपयोग **तालिका 9.7** में दर्शाया गया है।

तालिका 9.7: निधियों का एसओई-वार उपयोग

(₹ करोड़ में)

वर्ष	कुल व्यय	वेतन	औषधि व उपभोग्य सामग्रियां	मशीनें व उपकरण	प्रमुख कार्य	अन्य
2016-17	5.27	4.52	0.33	0.00	0.00	0.42
2017-18	5.90	4.98	0.29	0.00	0.00	0.63
2018-19	5.88	5.06	0.34	0.00	0.00	0.48
2019-20	6.36	5.40	0.15	0.18	0.00	0.63
2020-21	5.85	5.24	0.12	0.00	0.00	0.49
2021-22	6.49	5.54	0.13	0.00	0.00	0.82
योग	**35.75**	**30.74**	**1.36**	**0.18**	**0.00**	**3.47**

स्रोत: विभाग द्वारा दिए गए आंकड़े।

तालिका 9.7 से स्पष्ट है, वर्ष 2016-22 के दौरान 85.99 प्रतिशत व्यय वेतन पर, औषधियों व उपभोग्य सामग्रियों पर 3.80 प्रतिशत, मशीनरी व उपकरणों पर 0.50 प्रतिशत, 'अन्य' पर 9.71 प्रतिशत एवं 'प्रमुख कार्यों' पर शून्य व्यय हुआ। पाया गया कि, 'वेतन' के तहत व्यय वर्ष 2016-17 के ₹ 4.52 करोड़ से 22.57 प्रतिशत बढ़कर वर्ष 2021-22 में ₹ 5.54 करोड़ हो गया। विगत कुछ वर्षों में व्यय में वृद्धि के बावजूद इस अवधि के दौरान औषधि व उपभोग्य सामग्रियों पर व्यय 60.60 प्रतिशत घटकर ₹ 0.33 करोड़ से ₹ 0.13 करोड़ हो गया।

9.3.2 मानव संसाधन प्रबंधन

टीबीएस, धर्मपुर के संसाधनों की लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि नर्सिंग, पैरामेडिकल एवं अन्य स्टाफ में 20 से 86 प्रतिशत तक की कमी थी, जैसाकि **तालिका 9.8** में दर्शाया गया है।

तालिका 9.8: 31/03/2022 को विभिन्न चिकित्सा संवर्गों हेतु स्वीकृत पदों का विवरण

क्र.सं.	श्रेणी	संस्वीकृत पद	पदस्थ कर्मी	रिक्त	रिक्ति का प्रतिशत
1.	चिकित्सा अधीक्षक	01	01	0	0
2.	चिकित्सा अधिकारी	05	05	0	0
3.	पैरामेडिकल स्टाफ	10	06	4	40
4.	अन्य स्टाफ	07	01	6	86
5.	अनुसचिवीय स्टाफ	05	04	1	20
6.	नर्सिंग स्टाफ	56	31	25	45
7.	श्रेणी IV/चालक	35	13	22	63
	योग	**119**	**61**	**58**	**49**

स्रोत: विभाग द्वारा दिए गए आंकड़े।

वर्ष 2018-19 से 2020-21 तक प्रति दिन औसत ओपीडी एवं आईपीडी भार में घटती प्रवृत्ति देखी गई, जैसाकि **तालिका 9.9** में दर्शाया गया है।

तालिका 9.9: आईपीडी/ओपीडी में नियुक्त जनशक्ति का विवरण

वर्ष	स्वीकृत बिस्तरों की संख्या	कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या	प्रवेश रजिस्टर के अनुसार आईपीडी में प्रतिदिन के रोगियों की औसत संख्या	वर्ष के दौरान ओपीडी रोगियों की संख्या	प्रति दिन औसत ओपीडी रोगी (ओपीडी की संख्या/365)	प्रतिदिन प्रति चिकित्सक ओपीडी रोगी	स्टाफ नर्सों व वार्ड सिस्टर्स की संख्या
2016-17	100	67	34	9,988	27	27/2= 14	28
2017-18	100	67	30	10,203	28	28/2= 14	29
2018-19	100	67	23	10,537	29	29/4= 7	27
2019-20	100	45	15	9,522	26	26/4= 7	29
2020-21	100	45	12	4,707	13	13/4= 3	31
2021-22	100	45	12	5,104	14	14/5=3	31

स्रोत: विभागीय आंकड़े

तालिका 9.9 से देखा जा सकता है कि मार्च 2022 की समाप्ति तक प्रति चिकित्सक रोगियों की संख्या पांच से कम थी जबकि स्टाफ नर्सों व वार्ड सिस्टर्स की संख्या प्रति दिन रोगियों की औसत संख्या (आईपीडी+ओपीडी) से अधिक थी।

वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने प्रत्युत्तर में बताया कि कर्मचारियों की तैनाती सरकार द्वारा की जाती है। विभाग के उत्तर को इस तथ्य के आलोक में देखा जाना चाहिए कि वर्ष 2006 में अस्पताल के बिस्तरों की संख्या 300 से घटाकर 100 कर दी गई। यद्यपि 2006 के बाद से संशोधित बिस्तर क्षमता के अनुसार मानव संसाधनों के पुनर्गठन के लिए विभाग द्वारा कोई प्रयास नहीं किया गया।

9.4 हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला

मानसिक बीमारी से पीड़ित व्यक्तियों की सुरक्षा, संवर्धन एवं उनके अधिकारों की पूर्ति हेतु मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 को निरस्त कर इसके स्थान पर एक अधिक व्यापक मानसिक स्वास्थ्य सेवा अधिनियम-2017, अप्रैल 2017 को प्रभाव में आया।

9.4.1 राज्य में मानसिक स्वास्थ्य सुविधाएं

राज्य में निम्नलिखित मानसिक स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध हैं।

- 62 बिस्तरों की क्षमता वाला एक राज्य स्तरीय मानसिक अस्पताल (हिमाचल मानसिक अस्पताल एवं पुनर्वास, शिमला)।
- आईजीएमसी, शिमला में 30 बिस्तरों वाला मनोरोग वार्ड।
- आरपीजीएमसी, टांडा में 10 बिस्तरों वाला मनोरोग वार्ड।
- हाल ही में खुले चार मेडिकल कॉलेज, जिनमें मनोचिकित्सा विभाग हैं जो मनोरोग व नशामुक्ति सेवाएं प्रदान करता है।

- जिला स्तर पर जिला अस्पताल में सामान्य अस्पताल मनोचिकित्सा इकाई (जीएचपीयू) का गठन, जहां मनोचिकित्सक तैनात हैं तथा मनोरोग व नशामुक्ति सेवाएं प्रदान करते हैं।
- हिमाचल प्रदेश के सभी जिलों में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम चल रहा है परन्तु मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों की कमी होने के कारण सेवाओं का स्तर मानसिक बीमारियों की पहचान करने एवं रोगियों को उचित मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं तक रेफर करने तक ही सीमित है।
- उप-जिला स्तर पर 16 सिविल अस्पताल व पांच सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में मनोरोग सेवा व नशामुक्ति सेवाएं प्रदान की जाती हैं।

9.4.2 वित्तीय प्रबंधन

हिमाचल के मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला हेतु बजट आवंटन व व्यय **तालिका 9.10** में दर्शाया गया है।

तालिका 9.10: वर्ष 2016-22 के दौरान बजट प्रावधान व व्यय

(₹ लाख में)

वर्ष	बजट प्रावधान	व्यय	अभ्यर्पण/आधिक्य (प्रतिशत)
2016-17	210.26	195.03	-15.23 (7.24)
2017-18	215.05	229.58	+14.53 (6.76)
2018-19	418.90	393.66	-25.24 (6.03)
2019-20	322.76	305.62	-17.14 (5.31)
2020-21	375.52	355.08	-20.44 (5.44)
2021-22	425.31	402.98	-22.33 (5.25)
योग	**1,967.80**	**1881.95**	**-85.85 (4.36)**

स्रोत: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला, द्वारा दिए गए आंकड़े।

हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला पर हुए व्यय में वर्ष 2016-17 की तुलना में वर्ष 2021-22 में 106.62 प्रतिशत की वृद्धि हुई। हालांकि विभाग ने वर्ष 2016-22 के दौरान बजटीय निधि का 4.36 प्रतिशत अभ्यर्पित कर दिया। यह बचत मुख्यतः रिक्तियों के कारण वेतन शीर्ष में हुई थी।

तालिका 9.11: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला द्वारा निधियों का घटक-वार उपयोग

(₹ लाख में)

वर्ष	कुल व्यय	वेतन[4]	औषधि व उपभोग्य सामग्री	मशीनरी व उपकरण	प्रमुख कार्य	अन्य
2016-17	195.03	94.36	24.07	4.91	0.00	71.69
2017-18	229.58	104.70	42.98	26.52	0.00	55.38
2018-19	393.66	160.96	54.08	4.88	100.00	73.74
2019-20	305.62	191.78	39.04	6.54	0.00	68.26
2020-21	355.08	210.57	47.23	6.24	0.00	91.04
2021-22	402.98	238.51	24.03	25.00	0.00	115.44
योग	**1,881.95**	**1,000.88**	**231.43**	**74.09**	**100.00**	**475.55**

स्रोत: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला द्वारा दिए गए आंकड़े।

[4] वेतन = वेतन + जीआईए वेतन + आउटसोर्स कर्मियों पर व्यय

तालिका 9.11 से स्पष्ट है कि वर्ष 2016-22 के दौरान व्यय का 53.18 प्रतिशत मानव संसाधन (वेतन), 12.30 प्रतिशत औषधि व उपभोग्य सामग्रियां, 3.94 प्रतिशत मशीनरी व उपकरणों, 5.31 प्रतिशत प्रमुख कार्यों एवं 25.27 प्रतिशत 'अन्य' पर किया गया। पाया गया कि 'अन्य' के तहत हुए व्यय में मुख्य रूप से कार्यालय व्यय, पीओएल, मोटर वाहन आदि व्यय शामिल थे, जो वर्ष 2016-22 के दौरान ₹ 71.69 लाख से बढ़कर ₹ 115.44 लाख हो गए।

वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने प्रत्युत्तर में बताया (मार्च 2023) कि विभिन्न शीर्षों में हुई व्यय वृद्धि मांग बढ़ने एवं बेहतर सेवाओं के कारण तथा विभिन्न मदों व उपभोग्य सामग्रियों के मूल्य सूचकांक में वृद्धि के कारण हुई।

9.4.3 मानव संसाधन

हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, राज्य का एकमात्र विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवा अस्पताल होने के नाते, अस्पताल में पर्याप्त विशेषज्ञों एवं कर्मियों की आवश्यकता महत्वपूर्ण थी। हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में 62 बिस्तर थे जिनमें 12 बिस्तर विशेष रूप से भर्ती रोगियों के पुनर्वास के लिए निर्धारित किए गए थे। स्वीकृत संख्या की तुलना में उपलब्ध विशेषज्ञों/कर्मियों की स्थिति **तालिका 9.12** में दी गई है।

तालिका 9.12 : स्वीकृत पदों की तुलना में पदस्थ कर्मियों की संख्या

पद	मनोचिकित्सक		चिकित्सा अधिकारी		नैदानिक मनोविज्ञानी		स्टाफ नर्स		अन्य	
वर्ष	स्वीकृत पद	उपलब्ध	स्वीकृत पद	उपलब्ध	स्वीकृत पद	उपलब्ध	स्वीकृत पद	उपलब्ध	स्वीकृत पद	उपलब्ध
2016-17	1	1	1	1	1	0	4	6	18	16
2017-18	1	1	1	1	1	0	4	6	18	16
2018-19	2	1	5	5	1	0	4	6	19	17
2019-20	2	1	5	5	1	0	4	6	27	25
2020-21	2	1	5	5	1	0	4	6	27	25
2021-22	2	1	5	4	1	0	4	6	27	20

स्रोत: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला द्वारा दिए गए आंकड़े।

- दिनांक 02/05/2020 से 17/01/2021 की अवधि को छोड़कर, जिस दौरान कोई भी पदस्थ नहीं था, वर्ष 2018-19 से 2021-22 के दौरान मनोचिकित्सक के दो स्वीकृत पदों के सापेक्ष केवल एक ही पदस्थ था। मनोचिकित्सक का पद 16/03/2022 से मई 2023 तक रिक्त था। लेखापरीक्षा की तिथि तक (मई 2022) चिकित्सा अधिकारी के पांच पदों के सापेक्ष केवल चार चिकित्सा अधिकारी उपलब्ध थे।
- अस्पताल में क्लिनिकल मनोवैज्ञानिक/मनोरोग सामाजिक कार्यकर्ता/द्वारपाल के पद स्वीकृति के बाद से ही नहीं भरे गए। मनोचिकित्सक, क्लिनिकल मनोवैज्ञानिक, मनोरोग सामाजिक कार्यकर्ता व पंजीकृत मनोचिकित्सक नर्स की भर्ती न होने के परिणामस्वरूप आईपीडी एवं ओपीडी रोगी मूल मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रह गए। वर्ष 2016-22 के दौरान आईपीडी एवं ओपीडी रोगियों की कुल संख्या क्रमशः 701 व 10,755 थी।

- वर्ष 2016-22 के दौरान स्वीकृत चार पदों के सापेक्ष छः स्टाफ नर्सों की तैनाती की गई। इसी भांति चतुर्थ श्रेणी के कर्मचारियों के चार स्वीकृत पदों के प्रति छः[5] व्यक्ति तैनात किए गए।
- फरवरी 2013 के दौरान हिमाचल प्रदेश सरकार ने दंत चिकित्सा अधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, तपरी (किन्नौर) के पद को हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में स्थानांतरित कर दिया। दंत चिकित्सा अधिकारी की नियुक्ति उचित नहीं थी क्योंकि यह मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास की पूर्ति करने वाला एक विशेषीकृत अस्पताल है।
- इसके अतिरिक्त अस्पताल में मनोचिकित्सक की तैनाती न होने के कारण 20,800 मानसिक स्वास्थ्य दवाएं, जिनके नवंबर, 2020 में एक्सपायर होने की संभावना थी, सितंबर 2020 में अन्य जिला अस्पतालों एवं मेडिकल कॉलेजों को भेज दी गईं।

लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों के प्रत्युत्तर में वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने बताया कि आईजीएमसी, शिमला से दौरे पर आए (विजिटिंग) मनोचिकित्सक द्वारा मनोरोग सेवाएं प्रदान की जा रही थीं। चतुर्थ श्रेणी के कर्मियों को बाह्यस्त्रोत (आउटसोर्स) आधार पर एवं प्रतिनियुक्ति आधार पर नियुक्त किया गया था।

हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, मानसिक स्वास्थ्य व पुनर्वास की पूर्ति हेतु राज्य का एकमात्र विशेषीकृत अस्पताल है, अतः सरकार को मानसिक स्वास्थ्य संबंधी रोगों का समय पर एवं बेहतर उपचार सुनिश्चित करने हेतु स्वीकृत पदों के सापेक्ष कर्मियों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।

9.4.4 औषधियों एवं उपभोग्य सामग्रियों का प्रबंधन

9.4.4.1 अनिवार्य औषधियों/ दवाओं/ उपभोग्य सामग्रियों की अनुपलब्धता

अभिलेखों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि रोगियों के उपचार के लिए वार्डों एवं ओपीडी में वितरित करने हेतु दवाएं अस्पताल में उपलब्ध नहीं थीं। अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अनिवार्य मदों व अनुपलब्ध मदों का वर्ष-वार विवरण **तालिका 9.13** में दिया गया है।

तालिका 9.13: अनुपलब्ध अनिवार्य मदों के विवरण

वर्ष	अनिवार्य औषधि सूची के अनुसार अपेक्षित दवा	उपलब्ध अनिवार्य दवाओं की वास्तविक संख्या	कमी
2016-17	29	14	15
2017-18	29	11	18
2018-19	29	11	18
2019-20	28	10	18
2020-21	43	21	22
2021-22	43	27	16

स्रोत: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला द्वारा दिए गए आंकड़े।

[5] चार चतुर्थ श्रेणी राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा आउटसोर्स पर व दो चतुर्थ श्रेणी प्रतिनियुक्ति आधार पर तैनात किए गए।

इस प्रकार वर्ष 2016-22 के दौरान हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में मानदंडों के अनुसार सभी अनिवार्य मद उपलब्ध नहीं थीं।

लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों का उत्तर देते हुए वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने बताया कि सभी मनोदैहिक दवाओं को खरीदना अपेक्षित नहीं है परन्तु प्रत्येक श्रेणी की दवाएं रोगियों को मुफ्त वितरित करने के लिए अस्पताल के स्टोर में उपलब्ध होनी चाहिए। आईजीएमसी/डीडीयू/केएनएसएच से उपचार प्राप्त करने के दौरान रोगियों को लिखी गई दवाएं बिना इस बात पर विचार किए खरीदी गईं कि दवा अनिवार्य औषधि सूची में है या नहीं।

यद्यपि यह कहा गया था कि प्रत्येक श्रेणी की दवाएं अस्पताल में उपलब्ध होनी चाहिए तथापि वर्ष 2016-22 के दौरान 15 से 22 प्रकार की दवाओं की कमी देखी गई।

9.4.4.2 डीवीडीएमएस[6] एवं स्टॉक रजिस्टर डेटा में भिन्नता

डीवीडीएमएस में उपलब्ध डेटा/सूचना की शुद्धता का पता लगाने के लिए लेखापरीक्षा ने डीवीडीएमएस डेटा एवं दवाओं के स्टॉक रजिस्टर में दर्शाई गई 10 दवाओं के स्टॉक की जांच की। पाया गया कि डीवीडीएमएस में दर्शाया गया स्टॉक, स्टॉक रजिस्टर में दर्ज वास्तविक स्टॉक से भिन्न था। मई 2022 के अनुसार नमूना-जांचित दवाओं के स्टॉक में पाई गई भिन्नता का विवरण **तालिका 9.14** में दिया गया है।

तालिका 9.14: डीवीडीएमएस एवं स्टॉक रजिस्टर की भिन्नता

क्र.सं.	दवा का नाम	डीवीडीएमएस में दर्शाई गई मात्रा	स्टॉक रजिस्टर में दर्शाई गई मात्रा	भिन्नता (-/+)
1.	एसीक्लोफेनैक टैबलेट 100 मि.ग्रा.	2,500	1,100	-1,400
2.	कैल्शियम कार्बोनेट टैबलेट 500 मि.ग्रा. एलिमेंटल कैल्शियम + विटामिन डी 3 250 आईयू	5,000	2,680	-2,320
3.	क्लोनाजेपाम टैबलेट 0.5 मि.ग्रा.	60,000	45,900	-14,100
4.	एसिटालोप्रम टैबलेट 10 मि.ग्रा.	30,000	23,800	-6,200
5.	फ्लूऑक्सीटाइन कैप्सूल 20 मि.ग्रा.	20,000	17,500	-2,500
6	हैलोपेरिडोल टैबलेट 5 मि.ग्रा.	1,10,200	1,02,200	-8,000
7	रिसपेरिडोन टैबलेट 2 मि.ग्रा.	1,00,000	73,170	-26,830
8	ट्राइहेक्साइफेनिडिल हाइड्रोक्लोराइड टैबलेट 2 मि.ग्रा.	40,000	19,400	-20,600
9.	एसिटालोप्रम टैबलेट 10 मि.ग्रा.	9,500	23,800	+14,300
10.	इमिप्रमाइन टैबलेट 25 मि.ग्रा.	7,000	6,500	-500

स्रोत: डीवीडीएमएस पोर्टल व विभागीय आंकड़े।

[6] डीवीडीएमएस (ड्रग्स एंड वैक्सीन डिस्ट्रीब्यूशन मैनेजमेंट सिस्टम) निदेशालय सामान्य चिकित्सा स्वास्थ्य, हिमाचल प्रदेश सरकार की विभिन्न गतिविधियों को स्वचालित करने के लिए एक सॉफ्टवेयर प्लेटफॉर्म है। इसमें दवा और वैक्सीन आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन शामिल है जो खरीद आदेश, इन्वेंटरी प्रबंधन व विभिन्न दवाओं के वितरण आदि से संबंधित है।

यह भिन्नता इंगित किए जाने पर वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने बताया कि विसंगति दवाएं जारी करने के कारण है जो डीवीडीएमएस में परिलक्षित नहीं हुई, क्योंकि फार्मासिस्ट कंप्यूटर साक्षर नहीं है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि डीवीडीएमएस पोर्टल का डेटा स्टोर में दवाओं की उपलब्धता की सही स्थिति प्रदर्शित नहीं कर रहा था।

औषधि प्रबंधन से सम्बंधित अन्य निष्कर्ष

- डीवीडीएमएस रिपोर्ट की संवीक्षा करने पर पाया गया कि वर्ष 2021-22 के दौरान आपूर्तिकर्ता ने अस्पताल को ₹ 5.91 लाख लागत की दवाइयों की आपूर्ति नहीं की। हालांकि आपूर्ति आदेश में उल्लेखित शास्ति लगाने के लिए फर्म के विरुद्ध कोई कार्रवाई नहीं की गई।
- हिमाचल प्रदेश डीवीडीएमएस रिपोर्ट की संवीक्षा करने पर पाया गया कि वर्ष 2018-19 से 2021-22 के दौरान आपूर्तिकर्ता ने अनुमत समय (45 दिन, इंजेक्शन के लिए 60 दिन) के भीतर दवाओं की आपूर्ति नहीं की एवं 48 से 77 दिनों तक विलम्ब पाया गया। आपूर्तिकर्ता पर अधिरोपित शास्ति का कोई रिकॉर्ड नहीं मिला।

विभाग ने प्रत्युत्तर में बताया कि मनोदैहिक दवाओं के चिन्हित आपूर्तिकर्ता स्रोत हैं और तदनुसार आपूर्ति में विलम्ब के बावजूद उन्हीं से दवाओं की खरीद की जाती है। यह भी उल्लेख किया गया कि चूंकि दवाओं की निःशुल्क आपूर्ति की जाती है इसलिए शास्ति प्रावधानों को लागू नहीं किया जाता।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि आपूर्ति में विलम्ब के परिणामस्वरूप मानसिक बीमारी के रोगियों को दवाएं उपलब्ध नहीं हो पाती।

- स्थानीय खरीद के माध्यम से खरीदी गई दवाओं की कोई गुणवत्ता जांच नहीं की गई। यह बताया गया कि खरीद की तत्काल आवश्यकता के कारण गुणवत्ता परीक्षण नहीं किया गया।

  उत्तर को इस तथ्य के आलोक में देखा जाना चाहिए कि एक ओर अस्पताल आपूर्ति में विलम्ब के लिए आपूर्तिकर्ता को दंडित नहीं कर रहा, वही दूसरी ओर अत्यावश्यकता के कारण गुणवत्ता परीक्षण नहीं किए गए।
- लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान औषधि नियंत्रक/निरीक्षकों द्वारा कोई निरीक्षण नहीं किया गया एवं परीक्षण हेतु दवाओं को नहीं लिया गया।

9.4.5 बुनियादी ढांचा प्रबंधन

9.4.5.1 अपूर्ण कार्यों के कारण ₹ 212.50 लाख की निधियों का अवरोधन

जून, 2018 में हिमाचल प्रदेश सरकार ने हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ आवास हेतु आवासीय भवन के निर्माणार्थ ₹ 634.36 लाख राशि स्वीकृत की।

वर्ष 2018-19 से 2021-22 के दौरान निष्पादन एजेंसी (हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग) को ₹ 212.50 लाख राशि जमा की गई। फरवरी 2020 के दौरान हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग ने ठेकेदार को कार्य पूर्ण करने के लिए 18 माह की समय सीमा के साथ निर्माण-कार्य सौंपा गया। मई 2023 तक भी आवासीय भवन का निर्माण-कार्य अपूर्ण पाया गया।



चित्र 9.13: टाइप IV आवास



चित्र 9.14: टाइप III आवास



चित्र 9.15: टाइप II आवास

लेखापरीक्षा अभ्युक्ति का उत्तर देते हुए वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने बताया कि अपेक्षित वन मंजूरी एवं बहुमंजिला संरचनाओं पर एनजीटी प्रतिबंध के कारण कार्य प्रारंभ होने में विलम्ब हुआ। कोविड-19 महामारी से भी परियोजना में बाधा हुई।

इस प्रकार कार्यों के निष्पादन की निगरानी न होने के कारण आवासीय भवनों का निर्माण अपूर्ण रहा, जिससे ₹ 212.50 लाख की निधियों के अवरोधन, साथ ही चिकित्सकों व पैरामेडिकल कर्मियों को आवासीय भवन का प्रावधान न होने के रूप में परिणत हुआ।

9.4.5.2 एम्बुलेंस सेवाओं की अनुपलब्धता

हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल के पास, हिमाचल प्रदेश राज्य रेड क्रॉस सोसाइटी, शिमला द्वारा अस्पताल को जनवरी 2021 में एक एम्बुलेंस दान करने से पहले कोई एम्बुलेंस सेवा नहीं थी। आईपीडी रोगियों को जांच हेतु अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में ले जाने के लिए अस्पताल को निजी एम्बुलेंस किराए पर लेनी पड़ती थी।



चित्र 9.16: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में बेकार खड़ी एम्बुलेंस

जनवरी 2021 में वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने स्वास्थ्य सेवा निदेशक को ड्राइवर के पद की पूर्ति हेतु मांग/अनुमति भेजी। हालांकि ड्राइवर का पद रिक्त पाया गया, जिसके परिणामस्वरूप एम्बुलेंस का उपयोग नहीं किया गया, जिससे अस्पताल को निजी एम्बुलेंस किराए पर लेनी पड़ी।

तथ्यों की पुष्टि करते हुए वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक ने बताया कि निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के साथ नियमित आधार पर ड्राइवर नियुक्त करने का मामला उठाया गया है।

9.4.5.3 मानसिक स्वास्थ्य सेवा अधिनियम, 2017 एवं मानसिक स्वास्थ्य सेवा (राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण) नियम, 2018 के कार्यान्वयन में अपर्याप्त कार्रवाई

नवंबर 2018 में मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 2017 की धारा 45 के तहत अतिरिक्त मुख्य सचिव/प्रधान सचिव (स्वास्थ्य) की अध्यक्षता में हिमाचल प्रदेश राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का पुनर्गठन किया गया। धारा 52(1) के तहत हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला के चिकित्सा अधीक्षक को हिमाचल प्रदेश राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के मुख्य कार्यकारी अधिकारी के रूप में नामित किया गया। धारा 73 (1) के तहत हिमाचल प्रदेश राज्य में छः मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्ड गठित किए गए (अप्रैल 2019)। इसके अतिरिक्त धारा 77 (1) के तहत, मानसिक बीमारी से ग्रस्त कोई भी व्यक्ति या उसका नामांकित प्रतिनिधि या किसी पंजीकृत गैर-सरकारी संगठन का प्रतिनिधि, ऐसे व्यक्ति की सहमति से, मानसिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में से किसी के निर्णय से व्यथित होने या जिसके अधिकारों का उल्लंघन किया गया हो, इस अधिनियम के तहत निवारण या उचित राहत के लिए बोर्ड को आवेदन कर सकते हैं।

तालिका 9.15: अधिनियम/नियमों के तहत की जाने वाली कार्रवाई की स्थिति

क्र.सं.	धारा संख्या	अधिनियम व नियम के प्रावधानों के तहत की जाने वाली कार्रवाई	हिमाचल प्रदेश राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के मुख्य कार्यकारी अधिकारी का उत्तर
मानसिक स्वास्थ्य सेवा अधिनियम, 2017			
1.	31	सरकार शैक्षिक व प्रशिक्षण कार्यक्रमों की योजना, विकास व कार्यान्वयन द्वारा देश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की मानव संसाधन आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु उपाय करेगी।	मानसिक स्वास्थ्य पर चिकित्सा अधिकारी का एक दिवसीय प्रशिक्षण आयोजित किया गया।
2.	55डी	राज्य प्राधिकरण राज्य में क्लिनिकल मनोवैज्ञानिकों, मानसिक स्वास्थ्य नर्सों व मनोरोग सामाजिक कार्यकर्ताओं को मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के रूप में काम करने के लिए पंजीकृत करेगा व ऐसे पंजीकृत मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों की सूची प्रकाशित करेगा।	मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों का नामांकन किया जा रहा है।
3.	63	राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण लेखाओं का अनुरक्षण एवं वार्षिक लेखाओं को तैयार करेगा एवं भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा लेखाओं की लेखापरीक्षा आयोजित करेगा।	कोविड महामारी के कारण नहीं किया जा सका।

क्र.सं.	धारा संख्या	अधिनियम व नियम के प्रावधानों के तहत की जाने वाली कार्रवाई	हिमाचल प्रदेश राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के मुख्य कार्यकारी अधिकारी का उत्तर
मानसिक स्वास्थ्य सेवा (राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण) नियम, 2018			
4.	15	राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण द्वारा लेखाओं की वार्षिक विवरणी 30 जून से पूर्व लेखापरीक्षा हेतु प्रस्तुत की जानी है।	कोविड महामारी के कारण नहीं किया जा सका।
5.	17	राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण को राज्य में पंजीकृत मानसिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों की लेखापरीक्षा करनी है।	कोई लेखापरीक्षा नहीं की गई।

तालिका 9.15 से देखा जा सकता है।

- नवंबर 2018 के बाद मानसिक स्वास्थ्य पर चिकित्सा अधिकारियों के लिए केवल एक एकदिवसीय प्रशिक्षण (अक्टूबर 2020) आयोजित किया गया।
- मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों का नामांकन नहीं किया गया। न तो राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के लेखाओं का अनुरक्षण किया गया एवं न ही अब तक लेखापरीक्षा करवाई गई है।
- राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण ने मानसिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों द्वारा निर्दिष्ट न्यूनतम मानक की अनुपालना सुनिश्चित करने के लिए राज्य के पंजीकृत मानसिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों की लेखापरीक्षा नहीं की।

हिमाचल प्रदेश राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के मुख्य कार्यकारी अधिकारी ने प्रत्युत्तर में बताया कि राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के लेखाओं का अनुरक्षण एवं लेखापरीक्षा कोविड-19 महामारी के कारण नहीं की जा सकी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का गठन नवंबर 2018 के दौरान किया गया परन्तु एक एकदिवसीय प्रशिक्षण के आयोजन के अतिरिक्त अधिनियम के तहत कोई गतिविधि नहीं की गई।

9.4.6 सहायक सेवाओं से संबंधित निष्कर्ष

अस्पताल की सहायक सेवाओं में निम्नलिखित कमियां पाई गईं।

- **आहार सेवाएं**: डायबिटिक, अर्ध ठोस व तरल जैसा रोगी-विशेष आहार प्रदान नहीं किया गया। भोजन ढकी हुई ट्रॉलियों में वितरित नहीं किया गया एवं रोगियों को फर्श पर एवं खुले बर्तनों के माध्यम से परोसा गया।



चित्र 9.17: भोजन फर्श पर परोसा गया



चित्र 9.18: भोजन खुले बर्तनों में परोसा गया

- **लॉन्ड्री सेवाएं:** बेड लिनन को दैनिक आधार पर न करके सप्ताह में दो बार ही बदला गया। कीटनाशकों की विषाक्तता को रोकने के लिए जैविक संकेतकों का उपयोग नहीं किया गया। लॉन्ड्री क्षेत्र एक खुली जगह में था और धुले हुए लिनन फर्श पर रखे पाये गये।



चित्र 9.19: खुले स्थान में कपड़ों की धुलाई (लॉन्ड्री)



चित्र 9.20: धुले लिनन फर्श पर रखे गए

- **जैव चिकित्सा अपशिष्ट (बायो मेडिकल वेस्ट):** तरल अपशिष्ट को उसे प्रशोधित किए बिना नालों में बहने दिए गया। जैव चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन हेतु प्रशिक्षण केवल वर्ष 2019-20 में 24 व्यक्तियों को दिया गया।
- **रोगी सुरक्षा**: रोगी सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए किसी मानक संचालन प्रक्रिया का पालन नहीं किया जा रहा था। आपदा प्रबंधन समिति व आपदा प्रबंधन योजना निरुपित नहीं की गई। आपातकालीन निकास हेतु कोई संकेत नहीं था। आग से बचाव, उसकी तैयारी एवं आग से घिरे लोगों को सुरक्षित स्थान पर ले जाने के प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित नहीं किए गए। सबसे महत्वपूर्ण, अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया गया।



चित्र 9.21: हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल, शिमला में अपूर्ण अग्नि हाईड्रेन्ट

- **अन्य विविध निष्कर्ष** :
  - वर्ष 2016-21 के दौरान पानी का जैविक परीक्षण एवं पानी की टंकियों की सफाई नहीं की गई।
  - विशेषज्ञ की अनुपलब्धता के कारण मई 2020 से जनवरी 2021 एवं मार्च 2022 से मई 2023 के दौरान मनोरोग ओपीडी उपलब्ध नहीं रही।
  - वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान शिकायत निवारण समिति मौजूद नहीं थी।
  - वर्ष 2016-21 के दौरान कोई रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं किया गया।
  - संक्रमण नियंत्रण के लिए कोई मानक संचालन प्रक्रिया उपलब्ध नहीं था। अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति का गठन नहीं किया गया।
  - लेखापरीक्षा द्वारा सात ओपीडी रोगियों का सर्वेक्षण किया गया। वे सभी अस्पताल की सेवाओं से संतुष्ट थे। हालांकि उन्होंने सार्वजनिक परिवहन की अनुपलब्धता के संबंध में अपनी शिकायतों को सामने रखा क्योंकि अस्पताल राष्ट्रीय राजमार्ग (एनएच)-7 से एक किलोमीटर दूर है। रोगियों ने यह भी सुझाव दिया कि दरवाजे पर ही पीने के पानी की सुविधा उपलब्ध कराई जानी चाहिए।

9.5 निष्कर्ष

दंत महाविद्यालय, शिमला में राज्य कोषागार के अतिरिक्त रोगी कल्याण समिति कोष से भी स्टाइपेंड का भुगतान किया गया। स्टोर में अनिवार्य औषधियां नहीं रखी गई एवं उपभोग्य सामग्रियों की कमी देखी गई। कुष्ठ रोग अस्पतालों में कर्मियों की कमी पाई गई। क्षेत्रीय कुष्ठ अस्पताल, सोलन में बुनियादी ढांचा अपर्याप्त था क्योंकि अस्पताल किराए के परिसर में दवाओं के उचित भंडारण के पर्याप्त स्थान के बिना चल रहा था। ट्यूबरक्लोसिस सैनेटोरियम में बिस्तरों की संख्या में संशोधन के पश्चात कर्मियों की स्वीकृत संख्या की समीक्षा नहीं की गई।

हिमाचल मानसिक स्वास्थ्य एवं पुनर्वास अस्पताल में चिकित्सकों की कमी थी एवं अस्पताल में सभी प्रकार की अनिवार्य औषधियां उपलब्ध नहीं थीं। डीवीडीएमएस डेटा एवं अस्पताल के रजिस्टरों के आंकड़ों में भिन्नता थी। अस्पताल के लिए अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया गया।

9.6 सिफारिशें

राज्य सरकार:

- *अस्पतालों में विभिन्न कर्मियों की आवश्यकता एवं उपलब्धता की समीक्षा करें तथा रिक्त पदों को भरें।*
- *अस्पतालों में अनिवार्य दवाओं एवं पर्याप्त बुनियादी ढांचे की उपलब्धता सुनिश्चित करें; तथा*
- *सुनिश्चित करें कि डीवीडीएम प्रणाली में सही जानकारी अपलोड की गई है एवं आपूर्तिकर्ता आदेशों की सुपुर्दगी हेतु समयसीमा का पालन करते हैं।*

अध्याय-X

सतत विकास लक्ष्य-3



अध्याय X: सतत विकास लक्ष्य-3

सतत विकास लक्ष्य सहस्राब्दि विकास लक्ष्य से व्युत्पन्न हुए हैं। सहस्राब्दि विकास लक्ष्य वर्ष 2000 में संयुक्त राष्ट्र के मिलेनियम शिखर सम्मेलन द्वारा वर्ष 2015 हेतु निर्धारित 18 मात्रात्मक लक्ष्यों सहित आठ अंतरराष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का एक सेट था। सहस्राब्दि विकास लक्ष्य एक ही ढांचे के भीतर दुनिया के सामने आने वाली प्रमुख चुनौतियों को मापने वाले उद्देश्य एवं लक्ष्य स्थापित करने तथा देशों व समुदायों को सक्रिय करने का पहला वैश्विक प्रयास था।

गरीबी, भुखमरी, बीमारी और अभाव मुक्त दुनिया हेतु दूरदृष्टि स्थापित करने के उद्देश्य से सितंबर 2015 में संयुक्त राष्ट्र महासभा द्वारा सतत विकास लक्ष्य 2030 एजेंडा अंगीकृत किया गया एवं यह एक जनवरी 2016 से लागू किया गया, जिसे 2030 तक प्राप्त किया जाना है। सतत विकास के लिए 17 सतत विकास लक्ष्य (सतत विकास लक्ष्य-1 से सतत विकास लक्ष्य-17) एवं 169 लक्ष्य रखे गए हैं। भारत 2030 एजेंडा के लिए प्रतिबद्ध है तथा सतत विकास लक्ष्य को स्थानीय स्तर तक के विकास की कल्पना के प्रमुख ढांचे के रूप में लिया जाना चाहिए।

सतत विकास लक्ष्य-3 का उद्देश्य है सभी के लिए जीवन के हर चरण में स्वास्थ्य एवं कल्याण सुनिश्चित करना। यह लक्ष्य सभी प्रमुख स्वास्थ्य प्राथमिकताओं को संबोधित करता है, जिसमें प्रजनन, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य; संचारी, गैर-संचारी व पर्यावरणीय रोग; सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज; तथा सुरक्षित, प्रभावी, गुणवत्तापूर्ण एवं सस्ती दवाओं व टीकों तक पहुंच शामिल हैं।

भारत में नीति आयोग सतत विकास लक्ष्य के समग्र समन्वय हेतु जिम्मेदार है एवं सांख्यिकी व कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय सतत विकास लक्ष्य की निगरानी के लिए राष्ट्रीय संकेतक ढांचे (फ्रेमवर्क) के निर्माण हेतु जिम्मेदार है।

राज्य सरकार द्वारा सतत विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए 'दृष्टि हिमाचल प्रदेश-2030' प्रस्तुत किया गया (मार्च 2019)। सतत विकास एजेंडा-2030 के आलोक में, जिसका उद्देश्य है विकास के लाभ को साझा करने में कोई भी पीछे न छूटे, राज्य सरकार "सबका साथ-सबका विकास" के सूत्र वाक्य के साथ समावेशी विकास को आगे बढ़ा रही है।

राज्य सरकार राज्य की जनता के लिए समग्र समृद्धि एवं जीवन की बेहतर गुणवत्ता को सुविधाजनक बनाने हेतु हिमाचल प्रदेश में तेज व समावेशी आर्थिक विकास, सामाजिक समरसता एवं पर्यावरणीय स्थिरता के बीच तालमेल स्थापित करने के लिए निजी क्षेत्र, नागरिक समाज संस्थानों, ज्ञान समुदायों, पंचायतों, स्थानीय निकायों, डोमेन विशेषज्ञों एवं राज्य के नागरिकों के साथ साझेदारी करने के लिए प्रतिबद्ध है।

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग को सतत विकास लक्ष्य-3, अच्छा स्वास्थ्य व कल्याण की योजना बनाने, रोड मैप तैयार करने, कार्यान्वयन एवं निगरानी हेतु नोडल विभाग के रूप में नामित

किया गया था, जो स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करने एवं सभी उम्र के सभी लोगों के लिए कल्याण को बढ़ावा देने का देशों से आह्वान करता है।

10.1 राज्य संकेतक ढांचे एवं जिला संकेतक ढांचे का निरूपण

सतत विकास लक्ष्य की प्रगति की निगरानी एवं मापने के लिए राज्य सरकारों को नीति आयोग के परामर्श से राज्य संकेतक फ्रेमवर्क एवं जिला संकेतक फ्रेमवर्क तैयार करना था। सतत विकास लक्ष्य की निगरानी के लिए राज्य सरकारों को स्थानीय प्राथमिकताओं को ध्यान में रखते हुए अपने स्वयं के संकेतक विकसित करने की छूट दी गई जिसके लिए राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क एक आधार के रूप में काम करेगा। सतत विकास लक्ष्य-3 के अंतर्गत 13 वैश्विक लक्ष्यों का संक्षिप्त विवरण **तालिका 10.1** में दिया गया है।

तालिका 10.1: वैश्विक लक्ष्यों के विवरण

लक्ष्य संख्या	संक्षिप्त विवरण
3.1	2030 तक मातृ मृत्यु अनुपात[1] को प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 70 से कम करना।
3.2	2030 तक नवजात शिशु मृत्यु दर को कम से कम 12 प्रति 1,000 जीवित जन्म पर एवं पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर को कम से कम 25 प्रति 1,000 जीवित जन्म पर लाने के लक्ष्य के साथ नवजात शिशुओं एवं पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की रोकी जा सकने वाली मृत्यु को समाप्त करना।
3.3	2030 तक एड्स, तपेदिक, मलेरिया एवं उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों की महामारी को समाप्त करना एवं हेपेटाइटिस, जल-जनित रोगों व अन्य संचारी रोगों से निपटना।
3.4	2030 तक गैर-संचारी रोग के कारण होने वाली असामयिक मृत्यु दर को 1/3 तक कम करना (गैर-संचारी रोग के प्रसार को कम करना एवं उपचार के अनुपालन को बढ़ाना तथा मानसिक स्वास्थ्य व कल्याण को बढ़ावा देना)।
3.5	नशीली दवाओं के दुरुपयोग एवं शराब के हानिकारक उपयोग सहित मादक द्रव्यों के सेवन की रोकथाम व उपचार मजबूत करना।
3.6	2020 तक सड़क यातायात दुर्घटनाओं से होने वाली मृत्यु व दुर्घटनाओं की संख्या आधी करना।
3.7	2030 तक परिवार नियोजन, सूचना व शिक्षा तथा राष्ट्रीय रणनीतियों व कार्यक्रमों में प्रजनन स्वास्थ्य के एकीकरण सहित यौन और प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना।
3.8	सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना, जिसमें वित्तीय जोखिम संरक्षण, गुणवत्तापूर्ण अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच एवं सभी के लिए सुरक्षित, प्रभावी, गुणवत्तापूर्ण व सस्ती अनिवार्य दवाओं एवं टीकों तक पहुंच शामिल है।
3.9	2030 तक खतरनाक रासायनिक और वायु, जल व मिट्टी प्रदूषण एवं संदूषण से होने वाली मौतों व बीमारियों की संख्या पर्याप्त रूप से घटाना।

[1] हिमाचल प्रदेश में प्रति वर्ष एक लाख से कम जन्म होने के कारण मातृ मृत्यु अनुपात की गणना नहीं की जा सकती अतः मातृ मृत्यु पूर्णांक में परिलक्षित की गई।

लक्ष्य संख्या	संक्षिप्त विवरण
3.ए	सभी देशों में यथोचित रूप से तंबाकू नियंत्रण पर विश्व स्वास्थ्य संगठन फ्रेमवर्क कन्वेंशन के कार्यान्वयन को सुदृढ़ करना।
3.बी	संचारी एवं गैर-संचारी रोगों के लिए टीकों व दवाओं के शोध व विकास का समर्थन करना।
3.सी	स्वास्थ्य वित्तपोषण एवं स्वास्थ्य कार्यबल (स्वास्थ्य+आयुर्वेद) की भर्ती, विकास, प्रशिक्षण व प्रतिधारण में पर्याप्त रूप से वृद्धि करना।
3.डी	पूर्व चेतावनी, जोखिम घटाने एवं स्थानीय, राष्ट्रीय व वैश्विक स्वास्थ्य जोखिमों की क्षमता को मजबूत करना।

वैश्विक संकेतक फ्रेमवर्क, राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क एवं राज्य संकेतक फ्रेमवर्क की जांच करके सतत विकास लक्ष्य-3 हेतु संकेतकों की उपलब्धता के आंकलनार्थ लेखापरीक्षा ने 13 वैश्विक लक्ष्यों के लिए संकेतकों का तुलनात्मक विश्लेषण **(परिशिष्ट 12)** किया। अभिलेखों/रिपोर्टों की संवीक्षा से उजागर हुआ।

1. सतत विकास लक्ष्य-3 के अंतर्गत सभी 13 वैश्विक लक्ष्यों को सम्मिलित करने वाले 28 वैश्विक संकेतक एवं 41 राष्ट्रीय संकेतक हैं। 'दृष्टि हिमाचल प्रदेश-2030' के अनुसार हिमाचल प्रदेश में 28 राज्य संकेतक हैं जो सभी 13 वैश्विक लक्ष्यों को सम्मिलित करते हैं।
2. अक्टूबर 2022 तक जिला संकेतक फ्रेमवर्क तैयार नहीं किया गया।
3. राज्य सरकार ने राष्ट्रीय संकेतकों को अपनाने से लगभग ढाई वर्ष के विलम्ब के बाद सतत विकास लक्ष्य-3 लक्ष्यों को अंगीकृत किया। यह दर्शाता है कि हिमाचल प्रदेश सरकार ने राष्ट्रीय संकेतकों को ग्रहण करने के लिए समय पर कार्रवाई नहीं की।

10.2 सतत विकास लक्ष्य-3 हेतु योजना

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग को सतत विकास लक्ष्य-3 की योजना बनाने, रोड-मैप तैयार करने, कार्यान्वयन एवं निगरानी हेतु नोडल विभाग के रूप में नामित किया गया।

नोडल विभाग को सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु रोड मैप, तीन-वर्षीय व सात-वर्षीय कार्ययोजना बनाना, कार्यान्वयन, मूल्यांकन, समीक्षा सुनिश्चित करना एवं अन्य संबंधित विभागों के साथ नियमित समीक्षा बैठकें आयोजित करना अपेक्षित था।

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- दिसंबर 2016 में नोडल विभाग ने रोड मैप, तीन वर्षीय व सात वर्षीय कार्ययोजना तैयार की।
- विभाग ने बनाई गई कार्ययोजना के संदर्भ में संकेतकों की प्रगति की निगरानी हेतु अन्य विभागों के साथ नियमित समीक्षा बैठकें नहीं कीं।

- कर्मियों के कौशल विकास के लिए न तो कार्यशाला/सेमिनार एवं न ही प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए।

10.3 कार्यदल का गठन

जुलाई 2016 के दौरान हिमाचल प्रदेश सरकार (योजना विभाग) ने सतत विकास लक्ष्य-3 प्राप्त करने के लिए दूरदृष्टि/रणनीति/कार्यवाही दस्तावेज़ तैयार करने हेतु अन्य संबंधित प्रमुख विभागों के साथ नोडल विभाग द्वारा एक कार्यदल गठित करने के निर्देश जारी किए। स्वास्थ्य विभाग ने एक कार्यदल का गठन किया हालांकि दल की केवल एक बैठक जुलाई 2016 के दौरान आयोजित की गई थी एवं तदोपरांत अक्टूबर 2022 तक कोई बैठक आयोजित नहीं की गई।

10.4 सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत निधियों का आवंटन

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने सतत विकास लक्ष्य-3 लक्ष्यों की प्राप्ति का प्राथमिक माध्यम राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को बताया है। राज्य में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत विभिन्न योजनाएं एवं कार्यक्रम क्रियान्वित किए गए हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की सभी योजनाएं संकेतकों व लक्ष्यों को प्रभावित करती हैं, अतः राज्य में स्वास्थ्य एवं कल्याण में सुधार की दिशा में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत जारी निधियां महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। सतत विकास लक्ष्य-3 हेतु विशेष रूप से कोई निधियां अलग से आवंटित नहीं की गई।

वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन हेतु किया गया बजट प्राक्कलन एवं आवंटन **तालिका 10.2** में दर्शाया गया है।

तालिका 10.2: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत बजट आवंटन

(₹ करोड़ में)

वर्ष	प्राक्कलित राशि	कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना में स्वीकृत राशि	आवंटन	कमी(-)/आधिक्य(+)	
				राशि	प्रतिशत
2016-17	365.74	335.56	230.23	-105.33	-31.38
2017-18	444.27	409.82	373.34	-36.48	-8.90
2018-19	478.46	431.72	374.31	-57.41	-13.29
2019-20	587.1	517.31	556.96	39.65	7.66
2020-21	674.68	624.33	563.43	-60.9	-9.75
2021-22	655.23	627.00	980.72	353.72	56.41
योग	**3,205.48**	**2,945.74**	**3,079.07**	**133.33**	**4.53**

स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़े।

जैसाकि **तालिका 10.2** से स्पष्ट है, स्वीकृत निधियों की तुलना में निधियों के आवंटन में वर्ष 2016-19 के दौरान 8.90 प्रतिशत से 31.38 प्रतिशत व वर्ष 2020-21 में 9.75 प्रतिशत की कमी रही। वर्ष 2019-20 व 2021-22 के दौरान क्रमशः 7.66 प्रतिशत व 56.41 प्रतिशत का आधिक्य हुआ। वर्ष 2016-22 के दौरान निधियों के आवंटन में 4.53 प्रतिशत का सकल आधिक्य पाया गया। विभाग ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2024) कि वर्ष 2021-22 के दौरान किया गया आवंटन आधिक्य कोविड महामारी के दौरान आपातकालीन प्रतिक्रिया हेतु बुनियादी ढांचे के रखरखाव एवं आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज I व II में आवंटन के कारण हुआ।

10.5 सतत विकास लक्ष्य-3 के अंतर्गत स्वास्थ्य संकेतकों के लक्ष्य

स्वास्थ्य सेवा पर सतत विकास लक्ष्य गरीबों एवं कमजोर वर्ग पर विशेष बल देने के साथ सम्पूर्ण आबादी को अनिवार्य सेवाएं प्रदान करने पर केंद्रित हैं। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 व राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना **परिशिष्ट 13** में दी गई है। हिमाचल प्रदेश के लिए 10 स्वास्थ्य संकेतकों[2] के लक्ष्य, जिन्हें वर्ष 2022 तक प्राप्त किया जाना था, **तालिका 10.3** में दिए गए हैं।

तालिका 10.3: महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक व उसके सतत विकास लक्ष्य-3 लक्ष्य

क्र. सं.	संकेतक का नाम	2022 हेतु सतत विकास लक्ष्य /दृष्टि लक्ष्य	2022 की उपलब्धियां (मई 2022)	टिप्पणी	2030 का लक्ष्य
1.	मातृ मृत्यु अनुपात	<45/1,00,000 जीवित जन्म	मातृ मृत्यु अनुपात की गणना नहीं की गई, हालांकि एचएमआईएस डेटा के अनुसार 2020-21 में 89,963 जीवित जन्मों के प्रति 71 मातृ मृत्यु हुई।	अप्राप्त	<25/ 1,00,000 जीवित जन्म
2.	संस्थागत प्रसव	90 प्रतिशत	92.68* प्रतिशत	प्राप्त	100 प्रतिशत
3.	पांच वर्ष से कम आयु में मृत्यु दर	30/1,000	23	प्राप्त	<5/1,000
4.	नवजात मृत्यु दर	15/1,000	13	प्राप्त	5-10/1,000

[2] दृष्टि हिमाचल प्रदेश-2030 के अनुसार

क्र. सं.	संकेतक का नाम	2022 हेतु सतत विकास लक्ष्य /दृष्टि लक्ष्य	2022 की उपलब्धियां (मई 2022)	टिप्पणी	2030 का लक्ष्य
5.	शिशु मृत्यु दर	22/1,000	19	प्राप्त	5-10/1,000
6.	टीबी (तपेदिक)	<100 / लाख	<20 / लाख	प्राप्त	20/ लाख
7.	एक निश्चित समय अवधि में जीवित बच्चे को जन्म देने वाली 15-49 वर्ष की आयु की महिलाओं का प्रतिशत, जिन्हें सभी प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी) प्राप्त हुई।	100 प्रतिशत प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करना	चार प्रसवपूर्व देखभाल - 80.30 प्रतिशत**	सतत विकास लक्ष्य-3 के अनुसार 100 प्रतिशत प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने के मार्ग पर नहीं है।	2022 तक 100 प्रतिशत
8.	15+ वर्ष की आयु के व्यक्तियों में वर्तमान तम्बाकू उपयोग की आयु मानकीकृत व्यापकता (15 वर्ष व उससे अधिक आयु के तम्बाकू उपयोग की व्यापकता: भारत 38 प्रतिशत, हिमाचल प्रदेश 22 प्रतिशत)।	15 वर्ष और उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों में तम्बाकू का उपयोग वर्तमान स्तर (22 प्रतिशत) से घटाकर 17 प्रतिशत करना।	12 प्रतिशत	प्राप्त	15 वर्ष और उससे अधिक उम्र के लोगों में तम्बाकू का उपयोग घटाकर पांच प्रतिशत से कम करना
9.	सम्मिलित किए गए लाभार्थियों की संख्या (हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण, स्वच्छ ऊर्जा, अस्पताल मैनुअल, सार्वजनिक जागरूकता, जोखिम घटाना, योग, स्वास्थ्य पेशेवरों व अन्य का प्रशिक्षण)।	जागरूकता/प्रशिक्षण/ संवेदीकरण के लिए सभी उप मंडलीय/ ब्लॉक टीमों को शामिल करना।	स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में योग सेवाएं संचालित करने हेतु योग शिक्षकों को वित्तीय प्रोत्साहन के लिए केवल अधिसूचना। चयनित जिलों में पाया गया कि स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों में कोई योग सेवाएं प्रदान नहीं की गईं।	राज्य लक्ष्य के अनुरूप लक्ष्य प्राप्त करने के मार्ग पर नहीं है।	2024 तक जागरूकता/ प्रशिक्षण/ संवेदनशीलता के लिए राज्य के सभी गांवों को कवर करना। जागरूकता/ प्रशिक्षण/ संवेदीकरण के लिए 10+2 स्तर तक के सभी स्कूलों को कवर करना।

क्र. सं.	संकेतक का नाम	2022 हेतु सतत विकास लक्ष्य /दृष्टि लक्ष्य	2022 की उपलब्धियां (मई 2022)	टिप्पणी	2030 का लक्ष्य
10.	सड़क यातायात चोटों के कारण मृत्यु दर (प्रति वर्ष 1,000 मृत्यु/प्रति दिन लगभग 3-4 मृत्यु)।	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक डेडिकेटेड ट्रॉमा देखभाल सेवाएं व सभी केंद्रों में गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सुनिश्चित करना।	पूरे प्रदेश में अभी तक डेडिकेटेड ट्रॉमा सेंटर स्थापित नहीं किए गए हैं (सोलन, नालागढ़, कोटखाई, ऊना में ट्रॉमा सेंटर-निधियां प्राप्त)।	राज्य लक्ष्य के अनुरूप लक्ष्य प्राप्त करने के मार्ग पर नहीं है।	2024 तक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक डेडिकेटेड ट्रॉमा देखभाल सेवाएं व सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सुनिश्चित करना।

** राज्य में प्रसव की कुल संख्या के सापेक्ष गणना की गई।*

*** एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार 1,06,340 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के सापेक्ष 85,395 को चार प्रसवपूर्व देखभाल की गई।*

टिप्पणी: विभाग ने बताया कि शेष 18 संकेतकों के लिए भारत सरकार/हिमाचल प्रदेश सरकार द्वारा मूल्यांकन किया जाना शेष है एवं सतत विकास लक्ष्य-3 संकेतकों की आवधिक समीक्षा की जा रही है।

स्रोत: मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, हिमाचल प्रदेश द्वारा उपलब्ध कराए गए आंकड़ें।

तालिका 10.3 से स्पष्ट है कि वर्तमान उपलब्धि को देखते हुए राज्य को कुछ संकेतकों के 2030 के लक्ष्य प्राप्त करने के लिए गतिविधियों की समीक्षा करने की आवश्यकता है, जैसाकि नीचे चर्चा की गई है।

- वर्ष 2022 में संस्थागत प्रसव का लक्ष्य 90 प्रतिशत और वर्ष 2030 तक 100 प्रतिशत था। मार्च 2022 तक राज्य की उपलब्धि 92.68 प्रतिशत थी।
- नवजात मृत्यु दर हेतु वर्ष 2022 का लक्ष्य 15/1,000 था एवं वर्ष 2019-20 के दौरान राज्य की उपलब्धि 13/1,000 थी। वर्ष 2030 का लक्ष्य प्राप्त करने के राज्य को कड़ी मेहनत करने की आवश्यकता है।
- शिशु मृत्यु दर हेतु वर्ष 2022 का लक्ष्य 22/1,000 था। मई 2022 तक राज्य की उपलब्धि 19/1,000 थी।
- सभी चार प्रसव पूर्व देखभाल देने हेतु वर्ष 2022 का लक्ष्य 100 प्रतिशत था परन्तु मार्च 2022 तक राज्य की उपलब्धि 80.30 प्रतिशत थी।

- जागरूकता/प्रशिक्षण/संवेदीकरण/योग हेतु वर्ष 2022 का लक्ष्य सभी उप मंडलों/ब्लॉक टीमों को कवर करना था परन्तु सितंबर 2021 तक सरकार ने स्वास्थ्य कल्याण केंद्रों में योग शिक्षकों को मात्र वित्तीय प्रोत्साहन प्रदान करने के लिए अधिसूचना जारी की थी। विभाग द्वारा जागरूकता/प्रशिक्षण/संवेदीकरण का कोई विवरण उपलब्ध नहीं कराया गया। इसके अतिरिक्त चयनित जिलों में देखा गया कि स्वास्थ्य कल्याण केंद्रों में कोई योग सेवाएं प्रदान नहीं की गईं।

- सड़क यातायात दुर्घटनाओं से हुई मृत्यु दर को कम करने के लिए राज्य ने वर्ष 2022 तक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक डेडिकेटेड ट्रॉमा देखभाल सेवाएं एवं सभी केंद्रों में गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सुनिश्चित करने का लक्ष्य रखा था। परन्तु जून 2022 तक सम्पूर्ण राज्य में कोई डेडिकेटेड ट्रॉमा सेंटर स्थापित नहीं किया गया। नालागढ़, कोटखाई व ऊना में निधियां प्राप्त होने के बावजूद ट्रॉमा सेंटर अभी तक स्थापित नहीं किए गए।

10.6 निष्कर्ष

राज्य ने सभी 13 वैश्विक लक्ष्यों को सम्मिलित करते हुए 28 संकेतकों को अंगीकार किया। अक्टूबर 2022 तक जिला संकेतक फ्रेमवर्क तैयार नहीं किया गया। राष्ट्रीय संकेतकों को अंगीकृत करने से ढाई वर्ष के विलम्ब के पश्चात राज्य ने सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों को ग्रहण किया। सतत विकास लक्ष्य-3 के कार्यान्वयन हेतु अलग से बजट प्रावधान आवंटित नहीं किया गया, इसके बजाय राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु प्राथमिक साधन माना गया। हालांकि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से निधियों के आवंटन में वर्ष 2016-17 से 2018-19 के मध्य 8.90 प्रतिशत से 31.38 प्रतिशत एवं वर्ष 2020-21 में 9.75 प्रतिशत की कमी आई। मई 2022 तक मातृ मृत्यु अनुपात का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया जा सका। कर्मियों के कौशल विकास हेतु कार्यशालाएं/सेमिनार एवं प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित नहीं किए गए।

10.7 सिफारिशें

सतत विकास लक्ष्य-3 के विभिन्न पहलुओं के कार्यान्वयन में शामिल सभी विभिन्न राज्य एजेंसियों का एकीकरण आवश्यक है। तदनुसार सरकार प्रयास करें:

- *सतत विकास लक्ष्य-3 के कार्यदलों की बैठकें समयबद्ध ढंग से आयोजित करें ताकि विचारों व सुझावों पर चर्चा एवं कार्यान्वयन किया जा सके।*
- *सतत विकास लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु जिले की प्रगति की निगरानी करने में सक्षम बनाने के लिए जिला संकेतक फ्रेमवर्क तैयार करें।*

- *सतत विकास लक्ष्य के लक्ष्यों के प्रभावी कार्यान्वयन हेतु कर्मचारियों के कौशल विकास के लिए नियमित कार्यशालाएं/संगोष्ठियां एवं प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करें।*
- *सतत विकास लक्ष्य के लक्ष्यों को समय पर प्राप्त करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से पर्याप्त निधियां उपलब्ध कराएं।*

(चंदा मधुकर पंडित)
प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा)
हिमाचल प्रदेश

शिमला
दिनांक: 13 सितम्बर 2024

प्रतिहस्ताक्षरित

(गिरीश चंद्र मुर्मू)
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक

नई दिल्ली
दिनांक: 20 सितम्बर 2024

परिशिष्ट

परिशिष्ट

परिशिष्ट 1

(संदर्भ परिच्छेद 3.1.1.6)

सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र का औसत परामर्श समय

अस्पताल का नाम	वर्ष	वर्ष के दौरान ओपीडी	चिकित्सकों/परामर्शदाताओं की संख्या	*औसत परामर्श समय (मिनट में)
सिविल अस्पताल, चांगो	2016-17	4,540	1	23.79
	2017-18	4,237	1	25.49
	2018-19	5,621	1	19.21
	2019-20	7,137	1	15.13
	2020-21	6,027	1	17.92
	2021-22	5,414	1	20
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	2016-17	26,043	3	12.44
	2017-18	32,360	3	10.01
	2018-19	28,745	4	15.03
	2019-20	29,532	4	14.63
	2020-21	13,561	4	31.86
	2021-22	32,524	7	23.24
सिविल अस्पताल, थुरल	2016-17	64,708	2	3.34
	2017-18	68,336	2	3.16
	2018-19	77,929	9	12.47
	2019-20	96,660	7	7.82
	2020-21	49,524	10	21.81
	2021-22	52,269	14	28.93
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	2016-17	1,15,311	3	2.81
	2017-18	1,01,133	8	8.54
	2018-19	1,08,938	8	7.93
	2019-20	1,32,726	10	8.14
	2020-21	1,03,516	10	10.43
	2021-22	90,858	12	14.26
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	2016-17	68,943	8	12.53
	2017-18	68,693	8	12.58
	2018-19	74,519	8	11.59
	2019-20	86,269	12	15.02
	2020-21	54,183	12	23.92
	2021-22	70,437	15	23
सिविल अस्पताल, शाहपुर	2016-17	1,04,254	2	2.07
	2017-18	1,12,513	4	3.84
	2018-19	1,35,705	4	3.18
	2019-20	1,29,013	12	10.05
	2020-21	83,929	12	15.44
	2021-22	1,02,415	14	14.76

अस्पताल का नाम	वर्ष	वर्ष के दौरान ओपीडी	चिकित्सकों/परामर्शदाताओं की संख्या	*औसत परामर्श समय (मिनट में)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	2016-17	14,552	2	14.84
	2017-18	16,185	2	13.35
	2018-19	13,799	2	15.65
	2019-20	13,776	3	23.52
	2020-21	9,551	3	33.92
	2021-22	8,674	5	62.26
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	2016-17	6,430	2	33.59
	2017-18	6,982	3	46.41
	2018-19	7,150	3	45.31
	2019-20	8,003	3	40.48
	2020-21	6,248	5	86.43
	2021-22	6,560	4	65.85
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	2016-17	16,574	2	13.03
	2017-18	14,643	1	7.38
	2018-19	18,364	2	11.76
	2019-20	19,423	2	11.12
	2020-21	11,431	2	18.90
	2021-22	10,417	5	51.84
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	2016-17	49,988	1	2.16
	2017-18	53,004	1	2.04
	2018-19	47,453	1	2.28
	2019-20	47,249	1	2.29
	2020-21	26,832	2	8.05
	2021-22	33,161	3	9.77
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	2016-17	7,363	1	14.67
	2017-18	8,406	1	12.85
	2018-19	8,607	1	12.55
	2019-20	8,622	1	12.53
	2020-21	6,225	3	52.05
	2021-22	8,310	3	38.99
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	2016-17	12,514	1	8.63
	2017-18	8,981	2	24.05
	2018-19	5,301	1	20.37
	2019-20	6,429	2	33.60
	2020-21	5,337	2	40.47
	2021-22	6,862	2	31.48
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	2016-17	25,126	2	8.60
	2017-18	34,406	2	6.28
	2018-19	27,729	2	7.79
	2019-20	27,611	2	7.82
	2020-21	15,622	2	13.83
	2021-22	9,132	2	23.65

** औसत परामर्श समय= कार्य मिनट (360 मिनट (छः घंटे) के रूप में लिया गया)/ (मरीज़ों की संख्या/ (300 दिन* चिकित्सकों की संख्या))*

परिशिष्ट 2

(संदर्भ परिच्छेद 3.1.1.10)

मार्च 2023 तक सिविल अस्पताल में ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता

ओपीडी सेवा का नाम	चांगो*	कंडाघाट*	थुरल	शाहपुर*	बैजनाथ	ज्वालामुखी
ईएनटी	×	×	✓	×	✓	×
जनरल मेडिसिन	×	×	✓	×	✓	✓
ऑप्थल्मिक	×	×	✓	✓	✓	×
पीडियाट्रिक्स	×	✓	×	✓	✓	×
जनरल सर्जिकल	×	×	✓	✓	✓	×
दंत चिकित्सा	×	✓	✓	✓	✓	✓
ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी	×	×	✓	✓	✓	✓
आर्थोपेडिक	×	×	×	×	×	×
न्यूनैटॉलॉजी	×	×	×	×	×	×
सोशल सर्विस	×	×	✓	×	✓	✓
जनरल	✓	✓	✓	✓	✓	✓

मार्च 2023 तक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में ओपीडी सेवाओं की अनुपलब्धता

ओपीडी सेवा का नाम	पूह	सांगला	सायरी	धर्मपुर	मझीन	बछवाई	बीड
जनरल	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓
जनरल मेडिसिन	×	×	×	×	×	×	×
पीडियाट्रिक्स	×	×	×	×	×	×	×
जनरल सर्जरी	×	×	×	×	×	×	×
दंत चिकित्सा	×	✓	✓	✓	×	×	✓
ऑब्स्टेट्रिक्स व गायनिकोलॉजी	×	×	×	×	×	×	×

** स्वास्थ्य संस्थानों ने उत्तर दिया कि उनके पास सामान्य चिकित्सा ओपीडी उपलब्ध है, हालांकि, मार्च 2023 तक की स्वास्थ्य निर्देशिका (निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा जरी) के अनुसार कोई विशिष्ट विशेषज्ञ तैनात नहीं किया गया था, इसके बजाय एक चिकित्सा अधिकारी उपलब्ध होने की सूचना दी गई थी, इसलिए केवल सामान्य ओपीडी को उपलब्ध माना गया था।*

परिशिष्ट 3

(संदर्भ परिच्छेद 4.7.1)

स्टॉक रजिस्टर से जारी न की गई दवाओं का विवरण

(संख्या में मात्रा)

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	जांची गई दवाओं की संख्या	मांग की गई मात्रा	जारी मात्रा	जारी की गई मात्रा	अभ्युक्ति
दवाओं की कम आपूर्ति					
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	24	1,75,640	66,990	1,08,650	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, (जिला स्टोर) स्टोर से खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/ सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ प्राथमिक स्वाथ्य केंद्र को कम जारी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, सोलन	10	16,44,000	6,08,100	10,35,900	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, (जिला स्टोर) स्टोर से खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय/सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को कम जारी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर	10	1,03,000	20,700	82,300	मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, (जिला स्टोर) स्टोर से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को कम जारी
उप-जोड़	**44**	**19,22,640**	**6,95,790**	**12,26,850**	
जिला अस्पताल, कांगड़ा	10	3,580	898	2,682	जिला अस्पताल स्टोर से अस्पतालों के विभिन्न वार्डों को कम जारी
उप-जोड़	**10**	**3,580**	**898**	**2,682**	
खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल	31	53,712	16,466	37,246	खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, मेडिसिन स्टोर से सिविल अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, स्वास्थ्य उप-केंद्र को कम जारी
खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, ज्वालामुखी	26	39,404	200	39,204	खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, दवा स्टोर से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को कम जारी
सिविल अस्पताल, शाहपुर	9	2,054	672	1,382	अस्पताल की आईपीडी/ओपीडी को कम जारी
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	4	1,000	600	400	सिविल अस्पताल, स्टोर से ओपीडी को कम जारी
उप-जोड़	**70**	**96,170**	**17,938**	**78,232**	

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	जांची गई दवाओं की संख्या	मांग की गई मात्रा	जारी मात्रा	जारी की गई मात्रा	अभ्युक्ति
अनापूर्ति					
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	1	50,000	0	50,000	5.90 लाख मात्रा स्टोर में उपलब्ध होने के बावजूद खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, महाकाल को जारी न करना
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, किन्नौर	2	3,000	0	3,000	6,500 दवाएं उपलब्ध, प्राथमिक स्वाथ्य केंद्र, कल्पा व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह को जारी नहीं की गई
उप-जोड़	**3**	**53,000**	**0**	**53,000**	
खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल	17	4,797	0	4,797	उस तिथि तक स्टोर में 1.36 लाख मात्रा में दवाओं की उपलब्धता के बावजूद सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/ स्वास्थ्य उप-केंद्र को जारी न करना।
सिविल अस्पताल, शाहपुर	1	200	0	200	उस तिथि तक स्टोर में 0.34 लाख मात्रा में दवाएँ उपलब्ध होने के बावजूद सिविल अस्पताल की इमरजेंसी में जारी न करना
उप-जोड़	**18**	**4,997**	**0**	**4,997**	
मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, कांगड़ा	20	2,45,300	0	2,45,300	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को जारी न करना
खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, थुरल	10	2,331	0	2,331	सिविल अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को जारी न करना
खंड चिकित्सा अधिकारी कार्यालय, ज्वालामुखी	13	10,250	0	10,250	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को जारी न करना
सिविल अस्पताल, शाहपुर	32	6,530	0	6,530	आईपीडी व ओपीडी को जारी न करना
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	40	18,078	0	18,078	आईपीडी व ओपीडी को जारी न करना
उप-जोड़	**115**	**2,82,489**	**0**	**2,82,489**	

परिशिष्ट 4

(संदर्भ परिच्छेद 4.7.2)

स्टॉक रजिस्टर में अलेखांकित दवाओं का विवरण

(संख्या में मात्रा)

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	जांची गई दवाओं की संख्या	जारी मात्रा	स्टॉक रजिस्टर में लेखांकित मात्रा	अलेखांकित मात्रा	अभ्युक्ति
सिविल अस्पताल, थुरल	6	830	0	830	ओपीडी/आईपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
सिविल अस्पताल, शाहपुर	3	252	46	206	लेबर रूम के स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं है
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	6	9,900	9,700	200	ओपीडी व आईपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	5	580	0	580	आईपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	4	4,710	0	4,710	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	10	2,150	600	1,550	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, दवा स्टोर से ओपीडी को जारी
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, जगरूपनगर	15	11,250	0	11,250	आईपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, भेडी	13	2,720	0	2,720	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, घलौर	9	658	0	658	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चडी	3	2,050	49	2,001	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दरिनी	2	1,030	0	1,030	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सीयूँ	3	540	0	540	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, बंदियाँ खोपा	7	2,435	0	2,435	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
स्वास्थ्य उप-केंद्र, तारा	7	707	0	707	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
स्वास्थ्य उप-केंद्र, गिरथोली	4	562	56	506	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
स्वास्थ्य उप-केंद्र, बही	7	2,063	0	2,063	ओपीडी स्टॉक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया
योग	**104**	**42,437**	**10,451**	**31,986**	

परिशिष्ट 5

(संदर्भ परिच्छेद 5.1.3)

मार्च 2022 तक चयनित जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों की निर्वाचन क्षेत्र-वार उपलब्धता

जिला कांगड़ा					
निर्वाचन क्षेत्र	**सिविल अस्पतालों की संख्या**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या**	**कुल**
धर्मशाला	0	0	6	23	**29**
कांगड़ा	1	1	4	22	**28**
शाहपुर	1	1	5	29	**36**
नगरोटा	1	1	5	33	**40**
पालमपुर	2	1	4	27	**34**
बैजनाथ	2	1	10	37	**50**
सुल्लाह	1	3	6	36	**46**
जयसिंगपुर	1	2	11	32	**46**
देहरा	1	1	6	32	**40**
ज्वालामुखी	2	1	6	28	**37**
जसवान-प्रागपुर	2	3	2	34	**41**
नूरपुर	1	1	9	19	**30**
इंदौरा	2	0	3	24	**29**
ज्वाली	1	2	5	34	**42**
फतेहपुर	2	1	4	30	**37**
योग	**20**	**19**	**86**	**440**	**565**

जिला किन्नौर					
निर्वाचन क्षेत्र	**सिविल अस्पतालों की संख्या**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या**	**कुल**
किन्नौर	2	3	23	35	63

जिला सोलन					
निर्वाचन क्षेत्र	**सिविल अस्पतालों की संख्या**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या**	**स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या**	**कुल**
सोलन	2	1	6	33	42
अर्की	2	1	14	41	58
दून	0	2	6	30	38
कसौली	0	2	5	27	34
नालागढ़	1	2	8	44	55
योग	**5**	**8**	**39**	**175**	**227**

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग, हिमाचल प्रदेश, सरकार की निर्देशिका के अनुसार

प्रत्येक जिले में धर्मशाला (कांगड़ा), किन्नौर और सोलन में एक जिला अस्पताल है।

परिशिष्ट 6

(संदर्भ परिच्छेद 5.1.4.1 से 5.1.4.3)

31/03/2023 तक उपलब्ध आवास

क्र.सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृत चिकित्सक	उपलब्ध आवास	स्वीकृत नर्स व पैरामेडिकल स्टाफ	उपलब्ध आवास
जिला अस्पताल					
1	जिला अस्पताल किन्नौर	21	12	57	8
2	जिला अस्पताल सोलन	32	8	78	12
3	जिला अस्पताल कांगड़ा	44	12	101	18
	योग	**97**	**32**	**236**	**38**
सिविल अस्पताल					
1	सिविल अस्पताल चांगो	2	0	6	2
2	सिविल अस्पताल कंडाघाट	7	2	20	0
3	सिविल अस्पताल थुरल	15	2	30	4
4	सिविल अस्पताल शाहपुर	16	2	36	4
5	सिविल अस्पताल ज्वालामुखी	16	4	39	4
6	सिविल अस्पताल बैजनाथ	15	2	38	2
	योग	**71**	**12**	**169**	**16**
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र					
1	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह	9	2	15	6
2	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला	6	5	13	6
3	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी	6	2	9	4
4	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर	4	0	11	0
5	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन	2	0	3	0
6	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई	4	0	9	0
7	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड	3	0	4	0
योग		**34**	**9**	**64**	**16**

परिशिष्ट 7

(संदर्भ परिच्छेद 5.2.2 से 5.2.4)

31 मार्च 2022 तक जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में स्वीकृत बिस्तरों के सापेक्ष कार्यात्मक बिस्तर

ज़िला	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	कुल स्वीकृत बिस्तर	कुल कार्यात्मक बिस्तर	बिस्तरों की कमी का प्रतिशत
जिला अस्पताल				
बिलासपुर	जिला अस्पताल, बिलासपुर	300	300	0
चंबा	जिला अस्पताल, चंबा	500	325	35
हमीरपुर	जिला अस्पताल, हमीरपुर	550	310	44
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा स्थित धर्मशाला	300	275	8
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर स्थित रिकांग-पिओ	125	109	13
कुल्लू	जिला अस्पताल, कुल्लू	300	300	0
लाहौल-स्पीती	जिला अस्पताल, लाहौल-स्पीति स्थित केलोंग	70	20	71
मंडी	जिला अस्पताल, मंडी	300	300	0
शिमला	जिला अस्पताल, शिमला	300	257	14
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	200	180	10
सिरमौर	जिला अस्पताल, सिरमौर स्थित नाहन	430	297	31
ऊना	जिला अस्पताल, ऊना	300	200	33
सिविल अस्पताल				
किन्नौर	सिविल अस्पताल चांगो	10	6	40
सोलन	सिविल अस्पताल कंडाघाट	50	15	70
कांगड़ा	सिविल अस्पताल थुरल	100	35	65
	सिविल अस्पताल शाहपुर	100	30	70
	सिविल अस्पताल बैजनाथ	100	60	40
	सिविल अस्पताल ज्वालामुखी	100	40	60
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र				
किन्नौर	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह	20	6	70
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला	20	20	0
सोलन	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर	50	6	88
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी	6	27	-
कांगड़ा	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन	30	7	77
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई	0	0	0
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड	6	6	0

परिशिष्ट 8

(संदर्भ परिच्छेद 5.4.2)

लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में पानी की उपलब्धता की स्थिति

अस्पताल का नाम	कार्यात्मक बिस्तर क्षमता	प्रति दिन अपेक्षित पानी की मात्रा (जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल हेतु प्रति बिस्तर प्रति दिन 450 लीटर व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु न्यूनतम 10000 लीटर)	उपलब्ध टैंकों की क्षमता (लीटर)	अभ्युक्ति
जिला अस्पताल, किन्नौर	109	49,050	50,000	टैंकों की क्षमता मानदंडों के अनुसार
जिला अस्पताल, सोलन	180	81,000	50,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
जिला अस्पताल, कांगड़ा*	225	1,01,250	80,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सिविल अस्पताल, चांगो	6	2,700	1,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सिविल अस्पताल, कंडाघाट*	20	9,000	10,000	टैंकों की क्षमता मानदंडों के अनुसार
सिविल अस्पताल, थुरल	35	15,750	20,000	टैंकों की क्षमता मानदंडों के अनुसार
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	40	18,000	10,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सिविल अस्पताल, शाहपुर	30	13,500	5,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	60	27,000	11,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	6	10,000	4,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	20	10,000	3,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी*	6	10,000	40,000	टैंकों की क्षमता मानदंडों के अनुसार
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	6	10,000	8,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	0	10,000	250	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त

अस्पताल का नाम	कार्यात्मक बिस्तर क्षमता	प्रति दिन अपेक्षित पानी की मात्रा (जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल हेतु प्रति बिस्तर प्रति दिन 450 लीटर व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु न्यूनतम 10000 लीटर)	उपलब्ध टैंकों की क्षमता (लीटर)	अभ्युक्ति
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	7	10,000	2,000	टैंकों की क्षमता अपर्याप्त
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	6	10,000	20,000	टैंकों की क्षमता मानदंडों के अनुसार

**लेखापरीक्षा की तारीख के अनुसार कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या पर विचार किया गया, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी के लिए स्वीकृत संख्या पर विचार किया गया, क्योंकि रिपोर्ट किये गये वास्तविक बिस्तर स्वीकृत संख्या से अधिक थे।*

परिशिष्ट 9

(संदर्भ परिच्छेद 8.4.9)

विनिर्माण फर्म द्वारा अधिसूचित शुल्क के प्रति अधिक प्रभारित राशि को दर्शाने वाला विवरण

क्र. सं.	फर्म का नाम	फॉर्मूलेशन का नाम	अवधि	मात्रा व बिक्री	कंपनी का एमआरपी	उत्पाद शुल्क व स्थानीय कर सहित अधिसूचित एमआरपी (₹)	प्रति पैक अधिक शुल्क	अधिक प्रभारित राशि (₹)
1	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	पियोग्लर 30 टैबलेट जिसमें पियोग्लिटाज़ोन 30 मि.ग्रा. होता है	07/2014 से 10/2016	4,06,651	130	68.8	61.2	**2,48,87,041**
2	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	स्टोरवास 20 टैबलेट (अटोरवास्टिन 20 मि.ग्रा.)	07/2014 से 04/2015	18,14,221	197	139.5	57.5	**10,43,17,708**
3	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	स्टोरवास 20 टैबलेट 15 स्ट्रिप्स की टैबलेट	03/2015 से 03/2016	16,02,283	295.5	209.25	86.25	**13,81,96,909**
			04/2016 से 10/2016	10,71,278	295.5	194.36	101.14	**10,83,49,057**
4	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	रोसुवास 20 टैबलेट (रोसुवास 20 मि.ग्रा.)	07/2014 से 02/2015	14,66,734	265.4	231.7	33.7	**4,94,28,936**
			03/2015 से 10/2016	45,98,926	289.5	231.7	57.8	**26,58,17,923**
5	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	पियोग्लर 15 टैबलेट जिसमें पियोग्लिटाज़ोन 15 मि.ग्रा. होता है	07/2014 से 10/2016	11,73,001	83.5	41.1	42.4	**4,97,35,242**
6	मेसर्स सोलरेक्स फार्मास्यूटिकल लिमिटेड, बद्दी, सोलन	रोसुवास 20 टैबलेट X 15	07/2014 से 09/2016	81,78,519	221	173.7	47.3	**38,68,43,949**
7	एम/एस मेडवोर फार्मा, बद्दी, सोलन	मेकोसिया प्लस	01/2010 से 12/2010	10,259	84.62	13.28	71.34	**7,31,877**
8	एम/एस एबॉट हेल्थ केयर प्रा. लिमिटेड	नोए मर्काज़ोल	06/2013 से 08/2013	1,48,166	345.4	343	2.4	**3,55,598**
योग								**1,12,86,64,240**

परिशिष्ट 10

(संदर्भ परिच्छेद 8.4.9)

विनिर्माण फर्म द्वारा अधिसूचित शुल्क के प्रति अधिक प्रभारित राशि को दर्शाने वाला विवरण

(जिसकी मात्रा उपलब्ध नहीं थी)

क्र.सं.	फर्म का नाम	उत्पाद का नाम	कंपनी का एमआरपी	उत्पाद शुल्क व स्थानीय कर सहित अधिसूचित एमआरपी (₹)	अधिक प्रभारित राशि (₹)
1	इ.जी फार्मा, सोलन, हिमाचल प्रदेश	सफ्जोन-आईसीएक्स - 0015 (01 ग्राम का इंजेक्शन पैक)	58.16	47.95	10.21
2	वॉकहार्ट लिमिटेड हिमाचल प्रदेश	अज़िवोक- 250 टेबलेट (6 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	71.38	54.36	17.02
3	सिपला लिमिटेड सोलन, हिमाचल प्रदेश	अज़िमैक्स- 250 टेबलेट (6 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	71.23	54.36	16.87
4	समर्थ लाइफ साइंसेज लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	वेंटोक्स - सी पी इंजेक्शन (01 ग्राम का वायल पैक)	505.15	423.38	81.77
5	अष्टम हेल्थ केयर प्राइवेट लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	फ्लुकन - 200 टेबलेट (1 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक))	27.94	17.43	10.51
6	लेबोरेट फार्मा इंडिया लिमिटेड, साहिब हिमाचल प्रदेश	सेफट्रोक्स इंजेक्शन (01 ग्राम इंजेक्शन पैक)	64.25	47.95	16.3
7	स्कॉट- एडिल फार्मा लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	ज़िथ्रोलेक्ट 500 टेबलेट (3 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	69.36	53.49	15.87
8	सिपला लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	अज़ी- 500 टेबलेट (3 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	69.26	53.49	15.77
9	स्कॉट- एडिल एडवांस रिसर्च लेबोरेटरी & एज्युकेसन लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	सी-वन 1000 टेबलेट (1 ग्राम इंजेक्शन पैक)	62.48	47.95	14.53
10	पिनेकल लाइफ साइंसेज प्राइवेट लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	अज़िदस - 500 टेबलेट (3 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	69.31	53.49	15.82
11	सिपला लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	ओकसेट टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	20.33	15.30	5.03
12	समर्थ लाइफ साइंसेज प्रा. लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	मुकोमिक्स इंजेक्शन (2 एल. एल अम्प्युल पैक)	50.46	41.58	8.88

क्र.सं.	फर्म का नाम	उत्पाद का नाम	कंपनी का एमआरपी	उत्पाद शुल्क व स्थानीय कर सहित अधिसूचित एमआरपी (₹)	अधिक प्रभारित राशि (₹)
13	प्रोस्पेरिटी 6 फार्मा, सोलन, हिमाचल प्रदेश	जोंसेफ्फ़ आई.जी इंजेक्शन (1 ग्राम वायल पैक)	61.50	47.95	13.55
14	टेबलेट्स (इंडिया) लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	तिल्सिम्मिन टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	52.05	43.20	8.85
15	लेबोरेट फार्मा इंडिया लिमिटेड, साहिब हिमाचल प्रदेश	सिपदेक 250 टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	34.50	16.20	18.30
16	ज़ी लेबोरेटरी लिमिटेड, साहिब, हिमाचल प्रदेश	वेमोक्स - 250 कैप्सूल (10 कैप्सूल का ब्लिस्टर पैक)	32.30	20.50	11.80
17	पिनेकल लाइफ साइंसेज प्राइवेट लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	अज़िमेंड-500 टेबलेट (3 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	69.31	53.49	15.82
18	इ.जी फार्मा, हिमाचल प्रदेश	सेफ्त्रिकोन - 1000 इंजेक्शन (1 ग्राम वायल पैक)	64.20	47.95	16.25
19	ज़ी लेबोरेटरी लिमिटेड, साहिब, हिमाचल प्रदेश	सेतिमेद टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	21.20	15.30	5.90
20	ज़ी लेबोरेटरी लिमिटेड, साहिब, हिमाचल प्रदेश	फ्लुक्सिजोल-150 टेबलेट (1 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	16.35	10.99	5.36
21	नितिन लाइफ साइंसेज लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	स्तेकोर्तो-100 इंजेक्शन (100 मी.ग्रा वायल पैक)	42.96	34.63	8.33
22	टोर्क फार्मा प्राइवेट लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	सेत्रामेक टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	20	15.30	4.70
23	लेबोरेट फार्मा इंडिया लिमिटेड, हिमाचल प्रदेश	सिपदेक-250 टेबलेट (10 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	23.80	16.20	7.60
24	अबोट इंडिया लिमिटेड हिमाचल प्रदेश	ब्रुफेन 400 टेबलेट (15 टेबलेट का ब्लिस्टर पैक)	11.32	9.75	1.57

परिशिष्ट 11

(संदर्भ परिच्छेद 8.4.10)

राष्ट्रीय फार्मास्यूटिकल मूल्य निर्धारण प्राधिकरण से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा के लॉन्च का विवरण

क्र.सं.	विनिर्माण फर्म का नाम	दवा का नाम	एनपीपीए से राज्य औषधि नियंत्रक को पत्र भेजेने की तिथि	अभ्युक्ति
1	मैसर्स पोलस्टार पावर इंडस्ट्रीज, बद्दी, हिमाचाल प्रदेश	लार्जक्लाव - डुओ ओरल सस्पेंशन 30 मि.ली. (एमोक्सिसिलिन) 400 मि.ग्रा. + क्लैवुलैनीक एसिड 57 मि.ग्रा. प्रति 5 मि.ली.	24/06/2021	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
2	मैसर्स एसोसिएटेड बायोटेक, सोलन, हिमाचाल प्रदेश	क्लेवेरा डीएस डुओ ओरल सस्पेंशन 30 मि.ली. (एमोक्सिसिलिन 400 मि.ग्रा. + क्लैवुलैनीक एसिड 57 मि.ग्रा. प्रति 5 मि.ली.)	07/07/2021	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
3	मैसर्स मैग्ब्रो हेल्थकेयर सोलन, हिमाचाल प्रदेश	ट्राइडर्म लोशन	31/03/2021	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
4	मैसर्स क्विक्सोटिक हेल्थकेयर सोलन, हिमाचाल प्रदेश	ऑफकोल-डी/इ ड्रॉप्स	20/02/2017	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
5	मेसर्स वॉकहार्ट लिमिटेड सोलन, हिमाचाल प्रदेश	अज़िवोक-250 टैब	13/09/2017	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
6	मेसर्स वीज़ा ड्रग एंड फार्मास्यूटिकल्स प्राइवेट लिमिटेड बद्दी, हिमाचाल प्रदेश	कॉनज़ोन 1 ग्रा. इंजेक्शन	13/09/2017	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च
7	मैसर्स ई.जी फार्मास्यूटिकल्स सोलन, हिमाचाल प्रदेश	सिप्रोलैक-डी आँख/कान की ड्रॉप	21/01/2016	एनपीपीए से पूर्व मूल्य अनुमोदन प्राप्त किए बिना दवा का लॉन्च

परिशिष्ट 12

(संदर्भ परिच्छेद 10.1)

सतत विकास लक्ष्य-3 की उपलब्धि सुनिश्चित करने वाले संकेतकों का विवरण

(स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना व सभी उम्र के लोगों के कल्याण को बढ़ावा देना)

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
3.1	2030 तक वैश्विक मातृ मृत्यु अनुपात को प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 70 से कम करना	I	3.1.1 मातृ मृत्यु अनुपात	1. मातृ मृत्यु अनुपात	अपनाया गया	1. मातृ मृत्यु दर	मातृ मृत्यु को पूर्णांक में कम करना <45	मातृ मृत्यु को पूर्णांक में घटाकर 25 तक लाना
		I	3.1.2 कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा कराएं जन्मों का अनुपात	2. कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा कराएं जन्मों का प्रतिशत (अवधि पांच वर्ष)		2. कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा कराए जन्मों का प्रतिशत (अवधि पांच वर्ष)	90 प्रतिशत जन्म कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा या संस्थागत प्रसव सुनिश्चित करना	100 प्रतिशत संस्थागत प्रसव
				3. कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा कराएं जन्मों का प्रतिशत (अवधि एक वर्ष)				
				4. जीवित बच्चे को जन्म देने वाली 15-49 वर्ष की आयु की महिलाओं का प्रतिशत, जिन्हें पिछले जन्म के लिए प्रसवपूर्व		3. जीवित बच्चे को जन्म देने वाली 15-49 वर्ष की आयु की महिलाओं का प्रतिशत, जिन्हें पिछले जन्म के लिए प्रसवपूर्व		

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
				देखभाल चार गुना या अधिक प्राप्त हुई (अवधि पांच वर्ष/एक वर्ष)		देखभाल चार गुना या अधिक प्राप्त हुई (अवधि पांच वर्ष/ एक वर्ष)		
3.2	2030 तक नवजात शिशुओं व पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की बचा सकने योग्य मृत्यु को रोकने सहित सभी देशों का लक्ष्य है नवजात मृत्यु दर को कम से कम प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर 12 और पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर को प्रति 1,000 जीवित	I	3.2.1 पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर	1. पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर	अपनाया गया	4. प्रति 1000 जीवित जन्म पर पांच से कम मृत्यु दर	5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर को 42 से घटाकर 30 करना	5 साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर में कमी <10
		I	3.2.2 नवजात मृत्यु दर	2. नवजात मृत्यु दर		5.नवजात मृत्यु दर	• नवजात मृत्यु दर को 25 से घटाकर 15 करना • शिशु मृत्यु दर को 22 से घटाकर 28 करना	• नवजात शिशु मृत्यु दर में 5-10 तक की कमी • शिशु मृत्यु दर में पांच से 10 तक की कमी

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
	जन्मों पर कम से कम 25 तक कम करना							
3.3	2030 तक एड्स, तपेदिक, मलेरिया व उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों की महामारी को समाप्त करना और हेपेटाइटिस, जल-जनित रोगों व अन्य संचारी रोगों से लड़ना	I	3.3.1 लिंग, आयु व प्रमुख आबादी के आधार पर प्रति 1,000 असंक्रमित जनसंख्या पर नए एचआईवी संक्रमणों की संख्या	1. प्रति 1,000 असंक्रमित जनसंख्या पर नए एचआईवी संक्रमणों की संख्या	अपनाया गया	6. प्रति 1000 असंक्रमित जनसंख्या पर एचआईवी भार	एआरटी का 90% कवरेज	एआरटी का 100% कवरेज
							माँ से बच्चे में एचआईवी का शून्य संचरण	माँ से बच्चे में एचआईवी का शून्य संचरण
							एचआईवी रोकथाम गतिविधियों को बनाए रखना	एचआईवी रोकथाम गतिविधियों को बनाए रखना
		I	3.3.2 प्रति 1,00,000 जनसंख्या पर तपेदिक भार	2. प्रति 1,00,000 जनसंख्या पर तपेदिक भार	अपनाया गया	7. प्रति एक लाख जनसंख्या पर तपेदिक के कुल मामले की अधिसूचना	टीबी भार घटाना <100/लाख	टीबी भार घटाना <20/लाख
		I	3.3.3 प्रति 1,000 जनसंख्या पर मलेरिया भार	3. प्रति 1,000 जनसंख्या पर मलेरिया भार		8. प्रति 1,000 जनसंख्या पर मलेरिया भार	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना
		I	3.3.4 प्रति 1,00,000	4. प्रति 1,00,000 जनसंख्या पर		9. प्रति 1,00,000 जनसंख्या पर	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
			जनसंख्या पर हेपेटाइटिस बी भार	हेपेटाइटिस "बी" का प्रसार		हेपेटाइटिस "बी" का प्रसार		
		I	3.3.5 उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों के विरुद्ध उपचार की आवश्यकता वाले लोगों की संख्या				प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना
				5. डेंगू: मामले में मृत्यु दर (सीएफआर)		10. डेंगू: मामले में मृत्यु दर (सीएफआर)	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना
				6.कुष्ठ रोग के नए मामलों में ग्रेड-2 मामलों का अनुपात		11. कुष्ठ रोग के नए मामलों में ग्रेड-2 के मामलों का अनुपात	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना
				7. कुल स्थानिक ब्लॉकों में से प्रति 10,000 जनसंख्या पर < 1 काला अजार मामले की रिपोर्ट करने वाले ब्लॉकों का प्रतिशत		12. कुल स्थानिक ब्लॉकों में से प्रति 10,000 जनसंख्या पर < 1 काला अजार मामले की रिपोर्ट करने वाले ब्लॉकों का प्रतिशत	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना
				8. लक्षित स्थानिक जिलों में से <1%		13. लक्षित स्थानिक जिलों में	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना	प्रयास जारी रखना व एपीआई का शून्य प्रसारण सुनिश्चित करना

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
				माइक्रोफ़ाइलेरिया दर (एमएफ) रिपोर्ट करने वाले जिलों का प्रतिशत		से <1% माइक्रोफ़ाइलेरिया दर (एमएफ) रिपोर्ट करने वाले जिलों का प्रतिशत		
3.4	2030 तक, रोकथाम व उपचार के माध्यम से गैर-संचारी रोगों से असामयिक मृत्यु दर को एक तिहाई कम करना और मानसिक स्वास्थ्य व कल्याण को बढ़ावा देना	I	3.4.1 हृदय रोग, कैंसर, मधुमेह या पुराने श्वसन रोग के कारण मृत्यु दर	1. कैंसर से हुई मृत्यु की संख्या		14. हृदय रोग, कैंसर, मधुमेह या पुराने श्वसन रोग के कारण मृत्यु दर	• भारत सरकार के दिशानिर्देशों के अनुसार राज्य में कंप्रेसिव एनसीडी रोकथाम कार्यक्रम का कार्यान्वयन। • गैर-संचारी रोगों के जोखिम कारकों के प्रसार को एक तिहाई कम करना	• गैर-संचारी रोगों के जोखिम कारकों के प्रसार को एक तिहाई कम करना • गैर-संचारी रोगों से मृत्यु दर में एक तिहाई की आनुपातिक कमी प्राप्त करना
		I	3.4.2 आत्महत्या मृत्यु दर	2. आत्महत्या मृत्यु दर	अपनाया गया	15. आत्महत्या दर (प्रति 1,00,000 जनसंख्या)	कोई लक्ष्य नहीं	कोई लक्ष्य नहीं

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
3.5	नशीली दवाओं के दुरुपयोग व शराब के हानिकारक उपयोग सहित मादक द्रव्यों के सेवन की रोकथाम व उपचार का सुदृढ़ीकरण	II	3.5.1 मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकारों हेतु उपचार हस्तक्षेपों (औषधीय, मनोसामाजिक और पुनर्वास व पश्चातवर्ती देखभाल सेवाओं) का कवरेज	1. नशामुक्ति केंद्रों में उपचाररत व्यक्तियों की संख्या		16. मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकारों हेतु उपचार हस्तक्षेपों (औषधीय, मनोसामाजिक और पुनर्वास व पश्चातवर्ती देखभाल सेवाओं) का कवरेज	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक नशा मुक्ति सुविधा सुनिश्चित करना व सभी स्तरों पर सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करना	मौजूदा नियमों के बारे में जागरूकता/क्रियान्वयन सुनिश्चित करना • नवाचारों के प्रभाव तक पहुंच • हानिकारक शराब के उपयोग को कम करने के लिए उत्पाद शुल्क, पुलिस विभाग और गैर सरकारी संगठनों के साथ रोड मैप का संचालन
		I	3.5.2 शुद्ध अल्कोहल के लीटर में एक कैलेंडर वर्ष के भीतर प्रति व्यक्ति शराब की खपत (15 वर्ष व उससे अधिक आयु)	2. शराब पीने वाली कुल जनसंख्या (पुरुष 15-49 वर्ष) और महिलाओं (15-49 वर्ष) में से सप्ताह में एक बार शराब पीने वाली जनसंख्या (पुरुष 15-49 वर्ष) और महिलाओं (15-49 वर्ष) का प्रतिशत 3. शराब पीने वाली जनसंख्या का प्रतिशत (पुरुष (15-54 वर्ष) और		17. शुद्ध अल्कोहल के लीटर में एक कैलेंडर वर्ष के भीतर प्रति व्यक्ति शराब की खपत (15 वर्ष व उससे अधिक आयु)	-तदैव-	-तदैव-

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
				महिलाएं (15-49 वर्ष))				
3.6	2020 तक सड़क यातायात दुर्घटनाओं से होने वाली वैश्विक मृत्यु व चोटों की संख्या आधी करना	I	3.6.1 सड़क यातायात चोटों के कारण मृत्यु दर	1. सड़क दुर्घटनाओं में मारे गये/घायल लोग	अपनाया गया	18. सड़क यातायात दुर्घटनाओं के कारण मृत्यु दर (प्रति 1,00,000 जनसंख्या)	सभी केंद्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक समर्पित ट्रॉमा देखभाल सेवाएं व गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सुनिश्चित करना	2024 तक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर तक समर्पित ट्रॉमा देखभाल सेवाएं व सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सुनिश्चित करना
3.7	2030 तक परिवार नियोजन, सूचना व शिक्षा और राष्ट्रीय रणनीतियों व कार्यक्रमों में प्रजनन स्वास्थ्य के एकीकरण सहित यौन और प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक	I	3.7.1 प्रजनन आयु (15-49 वर्ष की आयु) की महिलाओं का अनुपात, जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से संतुष्ट है	1. वर्तमान में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष) का प्रतिशत जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से संतुष्ट है		19. प्रजनन आयु (15-49 वर्ष की आयु) की महिलाओं का अनुपात, जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से संतुष्ट है	• अपूर्ण आवश्यकता में 10% की कमी, • दो बच्चों के जन्म के बीच तीन साल का अंतर सुनिश्चित करना (भाई-बहन की प्रतिद्वंद्विता को कम करना) • मौजूदा एआरएसएच क्लिनिक को मजबूत करना	• 2025 तक अपूर्ण आवश्यकता में 5% की कमी • 2024 तक सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर एआरएसएच क्लिनिक का विस्तार करना • गुणवत्तापूर्ण सेवाओं के साथ क्लीनिकों का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित करना
				2. वर्तमान में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष) का प्रतिशत जो कोई भी आधुनिक परिवार नियोजन				

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
	सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना			विधि का उपयोग करती हैं				
		I	3.7.2 किशोर आयु वर्ग में प्रति 1,000 महिलाओं पर किशोर जन्म दर (10-14 वर्ष की आयु; 15-19 वर्ष की आयु)	3. 15-19 वर्ष की आयु की महिलाओं का प्रतिशत जो पहले से ही माँ थीं या गर्भवती थीं		20. किशोर आयु वर्ग में प्रति 1,000 महिलाओं पर किशोर जन्म दर (10-14 वर्ष की आयु; 15-19 वर्ष की आयु)	100% टीकाकरण प्राप्त कर उसे बनाए रखना	
				4. किशोर आयु वर्ग में प्रति 1000 महिलाओं पर किशोर जन्म दर (15-19 वर्ष)।	अपनाया गया	21. कुल सूचित प्रसवों में से संस्थागत प्रसवों का प्रतिशत		
				5. संस्थागत जन्म का प्रतिशत (पांच वर्ष/एक वर्ष)				
3.8	वित्तीय जोखिम सुरक्षा, गुणवत्तापूर्ण अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं	I	3.8.1 अनिवार्य स्वास्थ्य सेवाओं का कवरेज	अपनाया नहीं गया			17. आयुष्मान भारत (सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज) के तहत उपचार का लाभ उठाने वाले परिवारों का प्रतिशत	

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
	तक पहुंच और सभी के लिए सुरक्षित, प्रभावी, गुणवत्तापूर्ण व मितव्ययी अनिवार्य दवाओं व टीकों तक पहुंच सहित सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना							
		I	3.8.2 कुल घरेलू व्यय या आय के हिस्से को स्वास्थ्य पर बड़े घरेलू व्यय के रूप में करने वाली जनसंख्या का अनुपात	1. कुल घरेलू व्यय या आय के हिस्से को स्वास्थ्य पर बड़े घरेलू व्यय के रूप में करने वाली जनसंख्या का अनुपात	प्रति व्यक्ति हुए मासिक व्यय (एमपीसीई) के अंश के रूप में स्वास्थ्य पर हुआ मासिक प्रति व्यक्ति स्वयं का व्यय		• 100% टीकाकरण प्राप्त कर उसे बनाए रखना • स्वास्थ्य बीमा योजना में पूरी आबादी का 100% कवरेज तथा इसे बनाए रखना। • सर्वाइकल कैंसर सहित सभी गैर-संचारी रोगों की जनसंख्या आधारित स्क्रीनिंग।	स्वास्थ्य पर विपत्तिजनक व्यय के विरुद्ध 100% सुरक्षा प्राप्त करना

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
				2. वर्तमान में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष) का प्रतिशत जो किसी भी आधुनिक परिवार नियोजन विधि का उपयोग करती हैं।		22. वर्तमान में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष) का प्रतिशत जो किसी भी आधुनिक परिवार नियोजन विधि का उपयोग करती हैं।		
				3. एचआईवी के साथ जी रहे वयस्कों व बच्चों की ज्ञात संख्या के बीच वर्तमान में एआरटी प्राप्त करने वाले एचआईवी के साथ जी रहे लोगों का प्रतिशत				
				4. 2015-16 में 15-49 वर्ष की आयु के पुरुषों व महिलाओं में उच्च रक्तचाप का प्रसार (प्रतिशत में)।				

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
				5. 15-49 आयु वर्ग की कुल जनसंख्या में से मधुमेह से पीड़ित होने की सूचना देने वाली जनसंख्या का प्रतिशत।				
				6. 15-49 वर्ष की आयु की महिलाओं का प्रतिशत जिन्होंने कभी गर्भाशय ग्रीवा की जांच कराई है				
				7. एक निर्दिष्ट अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य अधिकारियों को अधिसूचित टीबी मामलों में से 21 सफलतापूर्वक इलाज किए गए टीबी मामलों का प्रतिशत (ठीक हो				

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
				गया और उपचार पूरा हो गया)				
3.9	2030 तक खतरनाक रसायनों एवं वायु, जल व मिट्टी के प्रदूषण और संदूषण से होने वाली मौतों व रोगों की संख्या में काफी कमी लाना।	I	3.9.1 घरेलू व परिवेशीय वायु प्रदूषण के कारण मृत्यु दर	मृत्यु दर का कारण घरेलू और परिवेशीय वायु प्रदूषण है		23. खाना पकाने के लिए प्रदूषणकारी ईंधन/गैर-प्रदूषणकारी ईंधन का उपयोग करने वाले परिवार	खतरनाक रसायन और वायु, जल और मृदा प्रदूषण और संदूषण से होने वाली मौतों और बीमारी का कोई विशिष्ट डेटा नहीं है, इसलिए लक्ष्य निर्धारित नहीं किया जा सकता है। राज्य तदनुसार लक्ष्य निर्धारित करने के लिए डेटा पुनः प्राप्त करने के लिए एक सर्वेक्षण/अध्ययन करने की योजना बना सकता है।	
		I	3.9.2 असुरक्षित पानी, असुरक्षित स्वच्छता व स्वच्छता की कमी के कारण मृत्यु दर (असुरक्षित जल, स्वच्छता एवं सभी के लिए स्वच्छता (धुलाई) सेवाओं के संपर्क में आना है।	असुरक्षित पानी, असुरक्षित स्वच्छता और स्वच्छता की कमी के कारण मृत्यु दर		24. जिन घरों में पीने योग्य पानी उपलब्ध है		

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
		I	3.9.3 अज्ञानता में जहरीले पदार्थ के कारण मृत्यु दर	1. अज्ञानता में जहरीले पदार्थ के कारण मृत्यु दर				
				2. अस्थमा की सूचना देने वाले पुरुषों व महिलाओं का अनुपात 15-49 वर्ष				
3.a	सभी देशों में यथा उचित तंबाकू नियंत्रण पर विश्व स्वास्थ्य संगठन फ्रेमवर्क कन्वेंशन के कार्यान्वयन को मजबूत करना	I	3.ए.1 15 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्तियों के बीच वर्तमान तम्बाकू उपयोग का आयु-मानकीकृत प्रचलन	1. किसी भी प्रकार के तंबाकू (धूम्रपान व धुआं रहित) का उपयोग करने वाले 15 वर्ष व उससे अधिक उम्र के वयस्कों का प्रतिशत		25. किसी भी प्रकार के तंबाकू (धूम्रपान व धुआं रहित) का उपयोग करने वाले 15 वर्ष व उससे अधिक उम्र के वयस्कों का प्रतिशत	15 वर्ष व उससे अधिक उम्र के लोगों में तम्बाकू का उपयोग मौजूदा स्तर (22%) से घटाकर 17% करना	15 वर्ष व उससे अधिक उम्र के लोगों में तम्बाकू का सेवन घटाकर <5% करना
3.b	विकासशील देशों को मुख्य रूप से प्रभावित करने वाले संचारी व गैर-संक्रामक रोगों के लिए टीकों और	I	3.बी.1 उनके राष्ट्रीय कार्यक्रम में शामिल सभी टीकों में सम्मिलित की गई लक्षित आबादी का अनुपात।	1. उनके राष्ट्रीय कार्यक्रम में शामिल सभी टीकों में सम्मिलित की गई लक्षित आबादी का अनुपात		26. उनके राष्ट्रीय कार्यक्रम में शामिल सभी टीकों में सम्मिलित की गई लक्षित आबादी का अनुपात	सतत विकास लक्ष्य 3 संकेतक की समय-समय पर समीक्षा की जाए	सतत विकास लक्ष्य 3 संकेतक की समय-समय पर समीक्षा की जाए

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
	दवाओं के अनुसंधान एवं विकास का समर्थन करना, ट्रिप्स समझौते एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य पर दोहा घोषणा के अनुसार सस्ती अनिवार्य दवाओं व टीकों तक पहुंच प्रदान करना, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य की रक्षा के लचीलेपन के संबंध में बौद्धिक संपदा अधिकारों के व्यापार-संबंधित पहलुओं पर समझौते के प्रावधानों का पूरा उपयोग							

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य	2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण		31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)	भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक	हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक	2022 तक लक्ष्य	2030 तक लक्ष्य
		टीयर	संकेतक					
	करने के विकासशील देशों के अधिकार की पुष्टि करता है और विशेष रूप से सभी के लिए दवाओं तक पहुंच प्रदान करता है।							
		I	3.बी.2 चिकित्सा अनुसंधान और बुनियादी स्वास्थ्य क्षेत्रों को कुल शुद्ध आधिकारिक विकास सहायता	1. स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग हेतु बजटीय आवंटन				
		II	3.बी.3 स्वास्थ्य सुविधाओं का अनुपात जिसमें स्थायी आधार पर प्रासंगिक अनिवार्य दवाओं का एक मुख्य समूह उपलब्ध है व सस्ता है	अपनाया नहीं गया				

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
3.c	विकासशील देशों, विशेष रूप से कम विकसित देशों एवं छोटे द्वीप विकासशील राज्यों में स्वास्थ्य वित्तपोषण व स्वास्थ्य कार्यबल की भर्ती, विकास, प्रशिक्षण व प्रतिधारण में पर्याप्त वृद्धि करना	I	3.सी.1 स्वास्थ्य कर्मी घनत्व व वितरण	1. प्रति 10,000 जनसंख्या पर कुल चिकित्सक, नर्स व दाइयां	अपनाया गया	27. प्रति 10,000 जनसंख्या पर कुल चिकित्सक, नर्स व दाइयां	उभरती आवश्यकताओं के अनुसार जनशक्ति के कौशल को बढ़ाया जाए	
				2. स्वास्थ्य क्षेत्र में डीजीपी में सरकारी खर्च का प्रतिशत				

लक्ष्य		संकेतक						
वैश्विक लक्ष्य	**सतत विकास लक्ष्य-3 के लक्ष्य**	**2030 एजेंडा के सतत विकास लक्ष्य का वैश्विक संकेतक ढांचा व उनका स्तर-वार वर्गीकरण**		**31/03/2021 तक एमओएसपीआई द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0)**	**भारत सतत विकास लक्ष्य सूचकांक 20-21 में अपनाए गए संकेतक**	**हिमाचल प्रदेश द्वारा अपनाए गए संकेतक**	**2022 तक लक्ष्य**	**2030 तक लक्ष्य**
		टीयर	**संकेतक**					
3.डी	राष्ट्रीय व वैश्विक स्वास्थ्य जोखिमों की पूर्व चेतावनी, जोखिम में कमी और प्रबंधन हेतु सभी देशों, विशेषकर विकासशील देशों की क्षमता को मजबूत करना	I	3.डी.1 अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमन क्षमता व स्वास्थ्य आपातकालीन तैयारी	3.डी.1 अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमन क्षमता व स्वास्थ्य आपातकालीन तैयारी		28. अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य विनियमन क्षमता व स्वास्थ्य आपातकालीन तैयारी	जागरूकता/प्रशिक्षण/संवेदीकरण के लिए सभी उपमंडलों/ब्लॉक टीमों को शामिल करना	2024 तक जागरूकता/प्रशिक्षण/ संवेदीकरण के लिए राज्य के सभी गांवों को कवर करना, •जागरूकता/ प्रशिक्षण/ संवेदीकरण के लिए 10+2 स्तर तक के सभी स्कूलों को कवर करना
		II	3.डी.2 चयनित रोगाणुरोधी-प्रतिरोधी जीवों के कारण रक्तप्रवाह संक्रमण का प्रतिशत	अपनाया नहीं गया				
योग	**13**	**टियर I-25 टियर II-3**	**28**	**41**	**9 + 1* एनआईएफ@ से भिन्न**	**28**		

@ एनआईएफ: सांख्यिकी कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क।

स्रोत: वैश्विक संकेतक फ्रेमवर्क, राष्ट्रीय संकेतक फ्रेमवर्क (संस्करण-3.0), भारत एसडीजी सूचकांक 20-21, दृष्टि हिमाचल/हिमाचल प्रदेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा आपूरित जानकारी।

परिशिष्ट 13

(संदर्भ परिच्छेद 10.5)

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे-4 व राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे-5 के अनुसार महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक

संकेतक	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-20)		
	भारत						हिमाचल प्रदेश					
	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल
वे माताएँ जिनकी अंतिम प्रसूति में नवजात टेटनस[1] से बचाव किया गया (प्रतिशत)	89.9	88.6	89.0	92.7	91.7	92.0	83.1	86.5	86.2	86.7	90.5	90.0
वे माताएँ जिन्होंने गर्भवती होने पर 100 दिन या उससे अधिक समय तक आयरन फोलिक एसिड का सेवन किया (प्रतिशत)	40.8	25.9	30.3	54.0	40.2	44.1	54.0	49.0	49.4	72.9	66.4	67.2
वे माताएं जिन्होंने गर्भावस्था के दौरान 180 दिनों या उससे अधिक समय तक आयरन फोलिक एसिड का सेवन किया (प्रतिशत)	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	34.4	22.7	26.0	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	44.4	42.8	43.0
पंजीकृत गर्भावस्थाएँ जिनके लिए माँ को मातृ एवं शिशु संरक्षण कार्ड प्राप्त हुआ (प्रतिशत)	87.7	90.0	89.3	94.9	96.3	95.9	97.0	95.2	95.4	97.8	98.8	98.7
वे माताएँ जिन्हें प्रसव के 2 दिनों के भीतर चिकित्सक/नर्स/ लेडी हेल्थ विजिटर/ सहायक नर्स मिडवाइफरी/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मियों से प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त हुई हो (प्रतिशत)	71.7	58.5	62.4	84.6	74.4	78.0	83.8	69.0	70.2	88.8	86.0	86.3

[1] इसमें वे माताएँ शामिल हैं जिन्हें गर्भावस्था के दौरान उनकी अंतिम प्रसूति के लिए दो इंजेक्शन, या दो या अधिक इंजेक्शन (अंतिम जीवित जन्म के तीन वर्ष के भीतर अंतिम), या तीन या अधिक इंजेक्शन (अंतिम जन्म के पांच वर्ष के भीतर अंतिम), या चार या अधिक इंजेक्शन (अंतिम जीवित जन्म के 10 वर्षों के भीतर अंतिम), या अंतिम जन्म से पहले किसी भी समय पांच या अधिक इंजेक्शन लगवाए हैं।

संकेतक	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-20)		
	भारत						हिमाचल प्रदेश					
	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल
घर पर जन्मे बच्चे जिन्हें जन्म के 24 घंटे के भीतर जांच के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में ले जाया गया (प्रतिशत)	3.2	2.4	2.5	3.8	4.3	4.2	अनुपलब्ध	1.6	1.5	अनुपलब्ध	8.2	7.6
वे बच्चे जिन्हें को प्रसव के दो दिनों के भीतर चिकित्सक/नर्स/एलएचवी/एएनएम/ दाई/ अन्य स्वास्थ्य कर्मियों से प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त हुई (प्रतिशत)	27.2	23.0	24.3	85.7	76.5	79.1	36.0	28.4	29.0	89.5	85.5	86.0
सार्वजनिक सुविधा में संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	46.2	54.4	52.1	52.6	65.3	61.9	69.3	61.0	61.6	64.2	72.7	71.7
कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा घर पर कराया गया प्रसव (प्रतिशत)	3.0	4.9	4.3	2.1	3.7	3.2	0.4	3.6	3.4	0.8	1.8	1.7
कुशल स्वास्थ्य कर्मियों[2] द्वारा कराया गया प्रसव (प्रतिशत)	90.0	78.0	81.4	94.0	87.8	89.4	90.6	77.9	78.9	90.3	86.6	87.1
निजी स्वास्थ्य सुविधा में सीज़ेरियन सेक्शन द्वारा कराए गए प्रसव (प्रतिशत)	44.8	37.7	40.9	49.3	46.0	47.4	53.4	43.3	44.4	46.7	52.6	51.4
सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में सीज़ेरियन सेक्शन द्वारा कराए गए प्रसव (प्रतिशत)	19.9	9.3	11.9	22.7	11.9	14.3	26.3	15.5	16.4	19.8	17.2	17.4
6-59 महीने की आयु के एनीमिया से पीड़ित बच्चे (<11.0 ग्राम/डेसीलीटर) (प्रतिशत)	56.0	59.5	58.6	64.2	68.3	67.1	58.7	53.3	53.7	58.2	55.0	55.4

[2] चिकित्सक/नर्स/लेडी हेल्थ विजिटर/सहायक नर्स मिडवाइफरी/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मी

संकेतक	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-21)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16)			राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (2019-20)		
	भारत						हिमाचल प्रदेश					
	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल	शहरी	ग्रामीण	कुल
वे पुरुष जिन्हें एचआईवी/एड्स के बारे में व्यापक जानकारी[3] है (प्रतिशत)	37.8	29.2	32.5	37.5	27.1	30.7	44.7	44.5	44.5	46.9	39.8	40.8

- राष्ट्रीय स्तर पर एवं हिमाचल प्रदेश में सार्वजनिक सुविधा में संस्थागत प्रसव व कुशल स्वास्थ्य कर्मियों की उपस्थिति में जन्म का प्रतिशत बढ़ा है। ग्रामीण क्षेत्र में वृद्धि की प्रवृत्ति तथा शहरी क्षेत्र में घटती प्रवृत्ति रही।
- राज्य में कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा घर पर प्रसव कराने का प्रतिशत 3.4 से घटकर 1.7 हो गया है। ग्रामीण क्षेत्रों में दो सर्वेक्षणों के मध्य यह घटाव 50 प्रतिशत था।
- राष्ट्रीय स्तर पर निजी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में सिजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव का प्रतिशत 40.9 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4) से बढ़कर 47.4 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5) हो गया तथा हिमाचल प्रदेश में यह 44.4 से बढ़कर 51.4 हो गया। राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में निजी स्वास्थ्य सुविधाओं पर सिजेरियन प्रसव 43.3 से बढ़कर 52.6 हो गया जबकि शहरी क्षेत्रों में यह 53.4 से घटकर 46.7 प्रतिशत हो गया।
- राष्ट्रीय स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में सिजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव का प्रतिशत 11.9 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4) से बढ़कर 14.3 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5) हो गया तथा राज्य स्तर पर 16.4 से बढ़कर 17.4 हो गया। हिमाचल प्रदेश में ग्रामीण क्षेत्र में वृद्धि 15.5 से 17.2 तक वृद्धि तथा शहरी क्षेत्र में 26.3 से 19.8 तक की गिरावट हुई।
- यद्यपि राज्य में 6-59 माह की आयु के एनीमिक बच्चों का प्रतिशत राष्ट्रीय स्तर की तुलना में कम था तथापि 53.7 से 55.4 प्रतिशत की वृद्धि हुई। ग्रामीण क्षेत्र में 53.3 से 55.0 प्रतिशत की वृद्धि हुई परन्तु शहरी क्षेत्र में 58.7 से 58.2 प्रतिशत की कमी आयी।

  राष्ट्रीय स्तर पर एचआईवी/एड्स की जानकारी रखने वाले पुरुषों का प्रतिशत 32.5 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4) से घटकर 30.7 प्रतिशत (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5) हो गया तथा राज्य में 44.5 से घटकर 40.8 प्रतिशत हो गया। ग्रामीण क्षेत्रों में जागरूकता का प्रतिशत 44.5 से घटकर 39.8 हो गया तथापि शहरी क्षेत्रों में 44.7 से 46.9 प्रतिशत की वृद्धि हुई।

[3] व्यापक ज्ञान का अर्थ है यह जानना कि हर बार यौन संबंध बनाते समय कंडोम का लगातार उपयोग करना और केवल एक असंक्रमित वफादार यौन साथी होने से एचआईवी/एड्स होने की संभावना कम हो सकती है, यह जानना कि एक स्वस्थ दिखने वाले व्यक्ति को एचआईवी/एड्स हो सकता है और एचआईवी/एड्स के संचरण या रोकथाम के बारे में दो आम गलत धारणाओं को खारिज करना।

© भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक
https://cag.gov.in