अध्याय III : भौतिक अवसंरचना की उपलब्धता

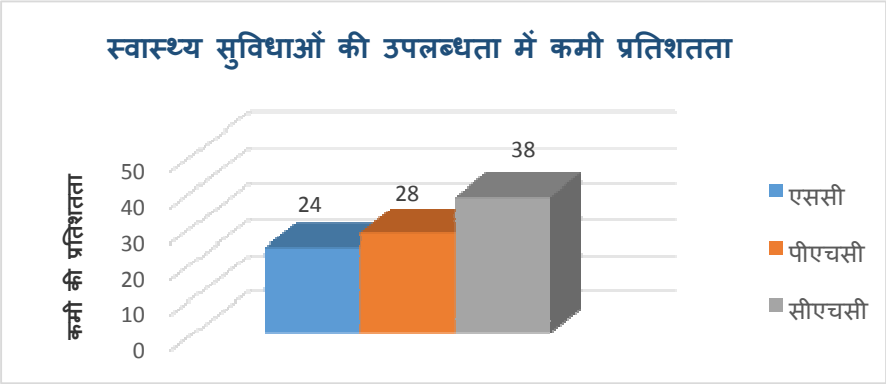
एनएचआरएम मौजूदा अवसंरचना के पुर्नोउद्वार तथा नए निर्माण अथवा सुधार जो भी अपेक्षित हो के माध्यम से क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थापना की अभिकल्पना करता है। मिशन ने स्वास्थ्य सुविधाओं के विभिन्न स्तरों हेतु अवसंरचनात्मक मानकों को परिभाषित करते हुए व्यापक भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) विकसित किए।

3.1 आवश्यकता के प्रति स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता

आईपीएचएस के अनुसार, एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) तथा एक उप केन्द्र (एससी) की क्रमशः 1,20,000, 30,000 तथा 5,000 की जनसंख्या[1] के लिए स्थापना की जानी थी।

सभी 28 राज्यों (राज्य-वार विवरण **अनुबंध-3.1** में) हेतु आवश्यकता के प्रति स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता की स्थिति नीचे दिए गए **चार्ट-3.1** में दर्शाई गई है:

चार्ट-3.1



तथापि, एससी, पीएचसी, तथा सीएचसी की उपलब्धता में कमी की प्रतिशतता **बिहार** (एससी-53, पीएचसी-85, सीएचसी-92), **झारखण्ड** (एससी-55, पीएचसी-

[1] पहाडी/जनजातीय क्षेत्रों के लिए, जनसंख्या का मानदंड सीएचसी के लिए 80,000, पीएचसी के लिए 20,000 तथा एससी के लिए 3,000 था।

76) **सिक्किम** (सीएचसी-71), **उत्तराखण्ड** (सीएचसी-53) तथा **पश्चिम बंगाल** (पीएचसी-70, सीएचसी-63) पांच राज्यों में 50 प्रतिशत से अधिक थी।

छत्तीसगढ़, हरियाणा, मणिपुर, तमिलनाडु और **पश्चिम बंगाल** के पांच राज्यों में, स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता में कमी का कारण निर्धारित मानदंडों की तुलना में अधिक जनसंख्या की आवृति थी, जैसा कि 237 चयनित स्वास्थ्य सुविधाओं में से 155 में पाया गया है।

मामला अध्ययन : जनजातिय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी

राजस्थान में, सुविधाओं की उपलब्धता गैर-जनजातीय क्षेत्रों में आईपीएचएस मानदंडों की अधिकता में थी लेकिन जनजातीय क्षेत्रों में कमी थी। गैर-जनजातीय क्षेत्रों में चिकित्सकीय सुविधाओं की अधिकता 130 सीएचसी (34.03 प्रतिशत), 369 पीएचसी (24.12 प्रतिशत) तथा 3,787 एससी (41.23 प्रतिशत) थी जबकि जनजातीय क्षेत्रों में कमी 9 (13.24 प्रतिशत), 89 (32.96 प्रतिशत) तथा 374 (20.65 प्रतिशत) थी। चयनित जिलों में, सभी पांच जनजातिय जिलों में एससी तथा पीएचसी की कमी क्रमशः 13.62 से 32.25 प्रतिशत तथा 15.38 से 71.43 प्रतिशत के बीच थी। तीन जनजातिय जिलों में सीएचसी की कमी निर्धारित आवश्यकता के प्रति 6.25 से 33.33 प्रतिशत के बीच थी।

निर्गम सम्मेलन के दौरान, मंत्रालय ने स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी को बड़े पैमाने पर निधियों की कमी को आरोपित किया क्योंकि 12वीं पंचवर्षीय योजना में ₹1,93,405/- करोड़ की आवश्यकता के प्रति केवल ₹91,022/- करोड़ ही उपलब्ध कराए गए थे। तथापि, उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि राज्यों के पास पर्याप्त अव्ययित निधियां थी जो संसाधनों के कम उपयोग को दर्शाता है जैसा पैराग्राफ सं. 2.2 में इंगित किया गया है। इसके अतिरिक्त, उत्तर यह नहीं बताता कि निधियों की कमी के बावजूद सुविधाएं गैर-जनजातीय क्षेत्रों में आईपीएचएस मानदंड के अधिकता में थी जबकि जनजातीय क्षेत्रों में कमी थी।

3.2 स्वास्थ्य सुविधाओं की अवस्थिति

आईपीएचएस मानदंड के अनुसार, एससी को लोगो को आसान पहुंच प्रदान करने तथा सहायक नर्स एवं दाई (एएनएम) की सुरक्षा हेतु ग्राम के भीतर स्थित होना चाहिए। इसके अतिरिक्त, यह इस प्रकार स्थित होना चाहिए कि एक व्यक्ति को वहां पंहुचने हेतु 3 किलोमीटर से अधिक जाने की आवश्यकता न पड़े। एससी के पास कुछ संचार नेटवर्क (सड़क संचार/लोक परिवहन/दूरभाष) भी होने चाहिए। इसी प्रकार पीएचसी तथा सीएचसी आसानी से पंहुचे जाने वाले क्षेत्र में केन्द्रीय रूप से स्थित होना चाहिए। प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा कचरा सग्रंहण, पशुशाला आदि के क्षेत्रों से दूर होनी चाहिए।

1,443 एससी, 514 पीएचसी, 300 सीएचसी, 134 जिला अस्पतालों (डीएच) के सर्वेक्षण ने प्रकट किया कि इनमें से कुछ अस्वस्थ वातावरण में कार्य कर रहे थे कुछ सार्वजनिक परिवहन द्वारा दुर्गम थे अथवा दूरस्थ ग्राम से तीन किलोमीटर से अधिक की दूरी पर स्थित थे। ब्यौरों को **तालिका-3.1** में तालिकाबद्ध किया गया है।

तालिका-3.1: स्वास्थ्य सुविधाओं की अवस्थिति के राज्य वार विवरण

क्र.सं.	त्रूटिपूर्ण पाए गए संघटक	एस सी			पीएचसी			सीएचसी			डीएच		
		संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी	संख्या	प्रतिशत	शामिल राज्य/यूटी
1.	दूरस्थ ग्राम से तीन किलोमीटर से अधिक की दूरी	1031	73	29	एन ए	एन ए	एनए	एनए	एन ए	एनए	एन ए	एन ए	एनए
2.	सार्वजनिक परिवहन द्वारा भी दुर्गम	404	28	28	104	20	24	-	-	-	-	-	-
3.	अस्वच्छ वातावरण	236	17	27	96	19	27	78	26	19	40	30	24

एनए - लागू नहीं

3.3 स्वास्थ्य सुविधाओं में अवसंरचना

आरसीएच सेवाओं की प्रभावी सुपुर्दगी हेतु आईपीएचएस मूल आवश्यकताओं जैसे बिल्डिंग, बिजली, जल आपूर्ति, रेफरल सेवाओं आदि के प्रावधान से अलग एससी[2], पीएचसी[3] तथा सीएचसी[4] में अवसंरचना हेतु मानदण्ड निर्धारित करते हैं।

29 राज्यों/यूटी में 1,443 एससी (123 टाईप 'बी' एससी सहित), 514 पीएचसी, 300 सीएचसी, डीएच के सर्वेक्षण ने निम्नलिखित अवसंरचनात्मक कमियों को उजागर किया जैसा **तालिका-3.2** में ब्यौरा दिया गया है।

तालिका-3.2: स्वास्थ्य सुविधाओं में अवसंरचनात्मक कमियां

क्र.सं.	अवसंरचनात्मक सुविधा उपलब्ध नहीं	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	सर्वेक्षण की गई कुल स्वास्थ्य सुविधाओं की प्रतिशतता	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
	एससी			
1.	**स्वंय की नामित सरकारी बिल्डिंग**	401	28	27
2.	**परिसरों की सफाई**	171	12	26
3.	**विद्युत आपूर्ति**	507	36	25
4.	**जल आपूर्ति**	516	36	29
5.	**शौचालय**	482	34	27
6.	**टाईप 'बी' एस सी हेतु प्रसव कक्ष**	24	20	8

[2] टाईप 'बी' एससी (अर्थात प्रसव सुविधाओं वाले एससी) के लिए एक प्रसव टेबल तथा नवजात कोर्नर सहित एक प्रसव कक्ष

[3] 4-6 बैड, पुरूष एवं महिलाओं हेतु अलग वार्ड, पुरूष एवं महिलाओं हेतु अलग साफ शौचालय, एक नवजात देखभाल कार्नर सहित प्रसव कक्ष

[4] पुरूष एवं महिलाओं हेतु अलग वार्ड के साथ 30 बैड, अपातकालिन प्रसूति देखभाल हेतु सभी सुविधाओं सहित एफआरयू के रूप में क्रियात्मक होना चाहिए, ऑपरेशन थियेटर, नवजात देखभाल सुविधाएं जैसे कि नवजात हेतु पुनरूज्जीवन स्थान एवं आउटलेट आदि।

क्र.सं.	अवसंरचनात्मक सुविधा उपलब्ध नहीं	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या	सर्वेक्षण की गई कुल स्वास्थ्य सुविधाओं की प्रतिशतता	शामिल राज्यों/यूटी की संख्या
	पीएचसी			
1.	स्वंय की नामित सरकारी भवन	43	8	18
2.	दीवारों पर प्लस्तर की स्थिति (प्लस्तर उतरना/प्लस्तर न होना)	235	46	28
3.	उचित फ्लोरिगं	168	33	27
4.	विद्युत आपूर्ति	30	6	12
5.	अतिरिक्त जनरेटर/उपलब्ध परंतु चालू नहीं	347	68	27
6.	जल आपूर्ति	60	12	19
7.	चार बैड	199	39	25
8.	प्रसव कक्ष/उपलब्ध परंतु क्रियात्मक नहीं	174	34	23
9.	नवजात देखभाल कार्नर	253	50	27
10.	अलग पुरूष एवं महिला वार्ड	324	64	25
11.	रेफरल हेतु परिवहन सुविधा	219	43	23
	सीएचसी			
1.	दीवारों पर प्लस्तर की स्थिति (प्लस्तर उतरना/प्लस्तरन होना)	111	37	26
2.	उचित फ्लोरिगं	84	28	19
3.	ऑपरेशन थियेटर/उपलब्ध परंतु उपयोग में नहीं	100	33	26
4.	अलग पुरूष एवं महिला वार्ड	57	19	20
5.	नवजात देखभाल सुविधाएं/उपलब्ध परंतु उपयोग में नहीं	78	26	23
	डीएच			
1.	दीवारों पर प्लस्तर की स्थिति (प्लस्तर उतरना/प्लस्तर न होना)	52	39	23
2.	उचित फ्लोरिगं	45	34	19

कुछ एससी की खराब स्थिति में कुछ फोटो नीचे दी गई हैं:

एसएचसी, गालोंदा, जशपुर, छत्तीसगढ़ के छत की स्थिति

एससी, उत्तर बोर्बिल, कार्बी आंगलौंग जिला, असम में शौचालय की जीर्ण-शीर्ण स्थिति

प्रजनन एवं बाल देखभाल हेतु अनिवार्य सुविधाओं की अनुपलब्धता तथा स्वास्थ्य सेवाओं की सुपुर्दगी पर उनके प्रभाव के कुछ राज्य-वार उदाहरणों पर नीचे चर्चा की गई है:

गुजरात में, तीन चयनित सामान्य अस्पतालों[5] (जीएच) में, जहाँ ओटी क्रियाशील थे, पूर्व-आपरेशन तथा पश्च-ऑपरेशन कक्ष जीएच, नदियाद में उपलब्ध नहीं थे। स्थान की कमी के कारण प्रयोगशाला जीएच, नाडियाड में प्रवेश में प्रतीक्षा कक्ष में कार्य कर रही थी (फोटो नीचे दी गई है)। सामान्य अस्पताल, गोधरा में, 440 बिस्तरों की आवश्यकता के प्रति केवल 210 बिस्तर उपलब्ध थे, जिसके कारण मरीजों की जमीन पर व्यवस्था की गई थी।

जीएच, नाडियाड, गुजरात के प्रवेश में प्रतीक्षा कक्ष में कार्य कर रही प्रयोगशाला

झारखंड में, 17 चयनित पीएचसी में, बिस्तर की कमी गैर-उपलब्धता या पीएचसी भवनों के गैर-अस्तित्व के कारण, आवश्यक सेवाएं अर्थात रोगियों को बाह्य-रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाएं, 24 घंटे की आपातकालीन सेवाएं, रेफरल सेवाएं और रोगी विभाग (आईपीडी) प्रदान नहीं की जा रही थीं। पांच चयनित डीएचएस में, आईपीएचएस के अनुसार विशेष उपचार सुविधाओं के 32 श्रेणियों के प्रति केवल 6 से 14 सुविधाएं कार्यात्मक थीं।

केरल में, 1,158 स्वास्थ्य सुविधाओं (सीएचसी-234 तथा पीएचसी-924) में से केवल 23 सीएचसी ने प्रसव सेवाएं प्रदान की। शेष 1,135 सुविधाएं प्रसव केन्द्रों के रूप में कार्य नहीं कर नहीं थी क्योंकि उनके पास मूलभूत संरचना, मानव शक्ति, उपकरण आदि नहीं थे। प्रवेश बैठक के दौरान, सचिव, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग ने बताया कि 75 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं

[5] एक डीएच के बराबर

प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं का उपयोग सरकारी संस्थानों में करती हैं, लेकिन जब प्रसव की बात आती है, तो वे निजी अस्पतालों को पसंद करते हैं। उन्होंने मुख्य कारणों का हवाला दिया कि लोगों की सामान्य धारणा थी कि निजी अस्पताल में प्रसव सुरक्षित और दर्द रहित तथा निजी संस्थानों में बेहतर बाल चिकित्सा सेवाओं की उपलब्धता थी।

सीएचसी बरखेड में, मुल्ताई ब्लॉक, बेतुल जिला, **मध्य प्रदेश** में, लाभार्थियों को गंभीर जोखिम को उजागर करते हुए चिकित्सा और पैराचिकित्सा स्टाफ के कर्तव्यों का निष्पादन एक वार्ड बॉय को करते हुए देखा गया।

महाराष्ट्र में, डीएच भंदारा के फील्ड दौरे के दौरान यह पाया गया था कि अपर्याप्त प्रतीक्षा क्षेत्र के कारण ओपीडी कांउटर में भीड़ थी तथा रोगियों के लिए बैठने की जगह नहीं थी। रैम्प में रैलिंग नहीं लगाई गई थी। अस्पताल परिसर में उपयुक्त सुरक्षा प्रबंध नहीं था तथा आवारा जानवर अस्पताल के गलियारे में धूम रहे थे। इसी प्रकार, डीएच बुलधाना में अस्पताल के पिछली तरफ परिसर दीवार जीर्ण-शीर्ण स्थिति में थी जिसके परिणामस्वरूप आवारा जानवर (सुअर) विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाई वार्ड तक पहुंच के साथ इस क्षेत्र में घूम रहे थे।

मेघालय में, सीएचसी बोइरिमबांग में खराब जल निकासी प्रणाली के कारण सीएचसी में लगभग सभी कमरों से वर्षा तथा बाढ़ के दौरान नालियों से पानी बाहर बहता है। डीएच नौंगपोह में, लीक करते पाईप तथा अतिप्रवाह सेपटिक टैंक रसाईघर क्षेत्र के साथ स्थित थे (फोटो नीचे दिया गया है) तथा सामान्य बेकार को अस्पताल के पास रखा/फेका जा रहा था:

लीक हो रहे पाईप तथा अतिप्रवाह
सेपटिक टैंक-डीएच, नोंगपोह मेघालय

राजस्थान में, सात चयनित जिलों में चार नए निर्मित भवनों[6] में कई कमियां (जैसे कि दीवारों में दरारें, छतों में रिसाव, जल निकासी बंद होना, भूमिगत फिटींग में पानी का रिसाव, टूटा हुआ रसाईघर प्लेटफार्म तथा टूटी हुई सिढ़ियों की रेलिंग आदि) पाई गई थी, जो इन भवनों के निर्माण की घटिया गुणवत्ता को दर्शाती हैं।

सिक्किम में, सीएचसी, जोरथांग, पुरानी बिल्डिंग में कार्य कर रहा था जो जीर्ण- शीर्ण स्थिति में थी। 30 बिस्तर की आवश्यकता के प्रति केवल 12 बिस्तर उपलब्ध थे।

त्रिपुरा में, तीन पीएचसी में प्रसव कक्षों को स्टाफ की अनुपलब्धता तथा उपकरण अर्थात् रेडिंट वार्मर, सक्शन मशीन, स्टरीलाईजर, नार्मल डिलिवरी किट आदि की कमी के कारण चालू नहीं किया गया था। खराब अवसंरचना के कारण गर्भवती महिलाओं को चार पीएचसी में प्रसव की सुविधा प्राप्त नहीं थी तथा उन्हे एसडीएच/सीएचसी को भेजा गया था। चयनित सीएचसी/एसडीएच में, आपातकालिन सेवाएं, सर्जरी, आबट्रेटिक्स तथा गायनेकालॉजी, सुरक्षित गर्भपात सेवाएं, एमटीपी[7] सेवाएं, ट्यूबेक्टॉमी तथा वेस्कटॉमी ऑपरेशन आदि के लिए सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं।

पश्चिम बंगाल में, ग्रामीण अस्पताल, कृष्णापुर में अधिक भीड़-भाड़ देखी गयी थी (फोटो नीचे दी गई है)।

अधिक भीड-भाड़ वाला ग्रामीण अस्पताल कृष्णापुर, मुर्शिदाबाद, पश्चिम बंगाल (अगस्त 2016)

[6] इन बिल्डिंगों का निर्माण ₹1.44 करोड़ की लागत पर मार्च 2012 और दिसम्बर 2013 के बीच किया गया था।

[7] गर्भावस्था की चिकित्सा समाप्ति

3.4 एनआरएचएम के अंतर्गत सिविल निर्माण कार्यों की स्थिति

मंत्रालय राज्यों[8] को स्वास्थ्य सुविधाओं के सृजन तथा उन्नयन हेतु निधियां आबंटित करता है। 2011-16 के दौरान स्वास्थ्य सुविधाओं का निर्माण तथा उनके प्रति उपलब्धि नीचे **तालिका-3.3** में दी गई हैं (राज्य-वार ब्यौरे **अनुबंध-3.2** में)।

तालिका-3.3: स्वास्थ्य सुविधाओं के निर्माण तथा उपलब्धि के लक्ष्य

क्र.सं.	स्वास्थ्य देखभाल सुविधा का प्रकार	लक्ष्य	उपलब्धि	कमी (*प्रतिशत*)
1.	एससी (25 राज्य)	9,563	6,089	3,474 (36)
2.	पीएचसी (25 राज्य)	1,830	1,024	806 (44)
3.	सीएचसी (17 राज्य)	733	495	238 (32)

इस कमी को भूमि के अंतिम रूप देने/आवंटन, निविदा में प्रशासकीय विलम्ब, संशोधित लागत आदि के अनुमोदन के लिए जिम्मेदार ठहराया गया।

3.4.1 निर्माण कार्यों का निष्पादन

सरकार अथवा सरकारी अभिकरणों द्वारा किए गए सभी निर्माण कार्यों को सामान्य वित्तीय नियमावली, केन्द्रीय सतर्कता आयोग द्वारा जारी दिशानिर्देशों तथा पीडब्ल्यूडी नियमपुस्तिका द्वारा नियंत्रित किया जाता है। अभिलेखों की संवीक्षा ने एनएचआरएम के अंतर्गत निर्माण कार्यों के निष्पादन में नियमावली के उल्लघंन के कुछ अवसरों को उजागर किया जैसा अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई है:

(क) नामांकन आधार पर निर्माण कार्यों को सौंपना

चार राज्यों में, ₹2207.67 करोड़ की लागत के 400 निर्माण कार्यों को वर्तमान नियमावली[9] के प्रावधानों के उल्लंघन में नामाकंन आधार पर सौंपा गया था जैसा नीचे **तालिका-3.4** में ब्यौरा दिया गया है:

---

[8] उप शीर्ष 'अस्पताल सुदृढ़ीकरण' तथा नव निर्माण/सुधार तथा स्थापना के अतंर्गत

[9] केन्द्रीय सतर्कता आयोग के परिपत्र दिनांक 5 जुलाई 2007 के अनुसार निविदा प्रक्रिया किसी भी सरकारी अभिकरण द्वारा किसी भी अन्य पद्धति के रूप में संविदा को सौपने की एक मूल आवश्यकता है, विशेष रूप से नामांकन आधार पर संविदा को सौंपना सविंधान के अनुच्छेद 14 जो समानता के अधिकार की गांरटी प्रदान करता है के उल्लंघन के बराबर है, जो सभी हितबद्ध दलों को समानता का अधिकार लागू करता है।

तालिका-3.4: नामांकन आधार पर निर्माण कार्यों को सौंपना

क्र.सं.	राज्य	सौंपे गए निर्माण कार्यों की संख्या	लागत (₹करोड़ में)	वर्ष	**अभिकरण जिसकों निर्माण कार्य सौंपा गया था**
1.	केरल	15	50.32	2014-16	एचएलएल लाईफ केयर लिमिटेड, भारत संचार निगम लिमिटेड, केरल राज्य निर्मिती केन्द्र आदि
2.	मणिपुर	158	72.92	2011-16	मणिपुर विकास समिति (16), मणिपुर जनजातिय विकास निगम (96), मणिपुर औद्योगिक विकास निगम (46)
3.	मिजोरम	7	1.06	2012-14	विभिन्न स्थानीय ठेकेदार
4.	उत्तर प्रदेश	220	2083.37	2012-14 & 2015-16	राज्य सरकार तथा संघ सरकार के 10 निर्माण अभिकरण
	कुल	**400**	**2207.67**		

उत्तर प्रदेश में, निर्माण कार्यों को मनमाने एवं गैर-पारदर्शी प्रकार से तथा कार्य का निष्पादन करने हेतु अभिकरण की क्षमता का निर्धारण किए बिना निर्माण अभिकरणों को सौंपा गया था जिसका परिणाम एनआरएचएम निर्माण कार्यों के निष्पादन में विलम्ब हुआ। उदहारणार्थ, 2012-13 में नामांकन आधार पर यूपीआरएनएन[10] को सौपें गए ₹685 करोड़ की लागत के 34 निर्माण कार्यों के प्रति अभिकरण मार्च 2016 तक ₹244.80 करोड़ की लागत पर केवल तीन निर्माण कार्यों को पूरा करने में समर्थ था। इसी प्रकार, एचएससीसी[11] नोएडा को 2012-13 में ₹120 करोड़ की लागत के छः निर्माण कार्य सौपें गए थे। परंतु अभिकरण मार्च 2016 तक एक भी निर्माण कार्य को पूरा करने में समर्थ नहीं था।

[10] उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम लिमिटेड

[11] अस्पताल सर्विसिस कसलटेंसि कार्पोरेशन

(ख) संदिग्ध दुरूपयोग के मामले

चित्रदुर्ग, कर्नाटक में नवजात शिशु गहन देखभाल इकाई के निर्माण तथा कामजोंग, मणिपुर में संस्थानिक बिल्डिंग के नवीकरण में कुल ₹32.98 लाख की निधियों के संदिग्ध दुरूपयोग के मामले पाए गए थे। **कर्नाटक** में, वर्ष 2010-11 में अनुमानित राशि ₹31.60 लाख से जिला अस्पताल, चित्रदुर्ग के परिसर में एमसीएच भवन की पहली मंजिल पर नवजात गहन देखभाल इकाई (आईएनसीयू) वार्ड के निर्माण कार्य का अनुमोदन किया गया था (फरवरी 2011)। मार्च 2013 से मार्च 2014 तक डीएच को ₹65.00 लाख[12] की राशि जारी की गई थी और धनराशि एनआरएचएम के तहत अन्य योजना निधियों के साथ एक ही बैंक खाते में रखी गई थी। संबंधित खातों के लिए रोकड़ बही, चेक जारी रजिस्टरों, वाउचर, बैंक स्टेटमेंट आदि उचित रूप से अनुरक्षित नहीं थी। यह देखा गया कि परिवार नियोजन योजना, जेएसवाई योजना आदि के तहत लाभार्थियों के चेकों में परिवर्तन करके जिला स्वास्थ्य अस्पताल के अधिकारियों द्वारा इस बैंक खाते से (अप्रैल 13 से मार्च 14) ₹25.62 लाख के एनआरएचएम निधि का दुर्विनियोजन किया गया था। **मणिपुर** में, सीएचसी, कमजोंग, एसएचएस, मणिपुर में संस्थागत भवन के नवीनीकरण के लिए अनुमोदित ₹10 लाख के प्रति ठेकेदार को ₹7.36 लाख का भुगतान किया गया (अक्टूबर 2014)। हालांकि, संयुक्त प्रत्यक्ष सत्यापन के दौरान, चिकित्सा अधिकारी ने स्पष्ट किया कि अगस्त 2016 तक कोई नवीकरण कार्य नहीं किया गया था।

(ग) विविध अभ्युक्तियां

निर्माण कार्यों के निष्पादन के संबंध में विसंगतियां नौ राज्यों में पाई गई थीं जैसा नीचे ब्यौरो दिया गया हैः

छः राज्यों में, ₹306.96 करोड़ के लागत विवक्षा सहित असमायोजित अग्रिमों, अधिक भुगतान, आदि के उदाहरण पाए गए थे जैसा नीचे **तालिका-3.5** में तालिकाबद्ध किया गया हैः

[12] भवन के निर्माण एवं उपकरणों और दवाओं की खरीद के लिए

तालिका-3.5: अधिक लागत, असमायोजित अग्रिमों, अधिक भुगतान आदि के उदाहरण

क्र.सं.	राज्य	अभ्युक्ति की प्रवृत्ति	राशि(रु करोड़ में)
1.	असम	परिसमापन क्षतियों तथा अन्य प्रभारों को आरोपित न करना अधिक लागत	0.99
2.	हिमाचल प्रदेश	निधियों का अवरोधन	19.97
3.	जम्मू एवं कश्मीर	निष्फल व्यय	0.91
4.	कर्नाटक	अधिक भुगतान	0.54
5.	मणिपुर	असमायोजित अग्रिम	30.56
6.	उत्तर प्रदेश	असमायोजित अग्रिम तथा ब्याज आय की वापसी न करना	250.34
		परिसमापन क्षतियों को आरोपित न करना	3.65
		कुल	**306.96**

केरल में, निर्माण कार्यों के अनुबंधों में कार्य की सामयिक समाप्ति, गुणवत्ता जांच हेतु निरीक्षण आदि की अनिवार्य शर्तें शामिल नहीं थी।

मणिपुर में, 2009-10 के दौरान पीएचसी, मारम, जिला सेनापति, मणिपुर के परिसर दीवार के निर्माण के लिए ₹4.94 लाख (₹9.88 लाख की स्वीकृत लागत के अन्तर्गत) जारी किया गया था। हालांकि, संयुक्त प्रत्यक्ष सत्यापन (मई 2016) के दौरान, यह पाया गया कि पीएचसी के आसपास कोई परिसर दीवार नहीं बनाई गई थी। राज्य मिशन सोसाइटी ने उत्तर दिया (नवंबर 2016) कि सीमा मुद्दे के कारण काम शुरू नहीं किया जा सका था और यह मार्च 2017 तक पूरा करने के लिए लक्षित था।

उत्तर प्रदेश में ₹247.20 करोड़ की वित्तीय विवक्षा वाले 28 निर्माण कार्यों में विभाग तथा कार्यान्वयन अभिकरणों द्वारा गलत लागत अनुमान तथा स्वीकृतियों, विस्तृत अनुमानों को तैयार करते राज्य सरकार के पीडब्ल्यूडी के मापदण्डों को न अपनाने के कारण ठेकेदारों के अनुचित पक्ष, गुणवत्ता आश्वासन की कमी के उदहारण पाए गए थे।

3.4.2 कार्य प्रारम्भ न करना

9 राज्यों (**असम, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रेदश, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम** तथा **त्रिपुरा**) में, 1514 निर्माण कार्यों को भूमि की

अनुपलब्धता, कोडल औपचारिकताओं के गैर-समापन, निर्माण अभिकरणों की ओर से विलम्ब आदि के कारण प्रारम्भ नहीं किए गए/रद्द किए गए थे। नौ राज्यों में से **हिमाचल प्रदेश, केरल, ओडिशा, सिक्किम** और **त्रिपुरा** में 538 कार्यों के लिए ₹134.91 करोड़ की राशि जारी की गई थी, यद्यपि अप्रयुक्त राशि को, कार्यकारी एजेन्सियों/ठेकेदारों द्वारा वापस नहीं किया गया था।

हरियाणा में, मौजूदा बिल्डिंग में एक नया तल जोड़ कर सीएचसी मुलाना के निर्माण हेतु ₹171.18 लाख की प्रशासनिक स्वीकृति नवम्बर 2009 में प्रदान की गई थी। बाद में, विभाग को अनुभूति हुई कि मौजूदा भवन में तल को जोड़ने का कोई प्रावधान नहीं था तथा मार्च 2015 में नई भवन के निर्माण हेतु प्रशासनिक स्वीकृति तथा ₹657.81 लाख की संशोधित संस्वीकृति प्रदान की। कार्य को अप्रैल 2016 तक आरम्भ नहीं किया गया था तथा कार्य निविदा स्तर पर था। इस प्रकार खराब योजना असाधारण विलम्ब का कारण बनी।

इसी प्रकार, पीएचसी बार्ना (कुरूक्षेत्र), पीएचसी गुडियाना (रेवाड़ी) तथा पीएचसी पक्षमा (रोहतक) के निर्माण के मामले में प्रशासनिक स्वीकृतियां 2008-09 तथा 2009-10 में प्रदान की गई थीं परंतु निर्माण विवाद/भूमि की अनुपलब्धता के कारण आरम्भ नहीं किया जा सका था।

भवनों में काम कर रहे 32 मामलों में भूमि की अनुपलब्धता के कारण, 2007-09 के बीच ₹782.92 लाख लागत के 37 उप-केन्द्रों के निर्माण के लिए प्रशासनिक अनुमोदन को, पहले से ही सरकारी मई 2013 से सितम्बर 2014 के बीच वापस ले लिया गया था। चार साल की अवधि समाप्त होने के बाद विभाग को योजना में अपनी गलती की अनुभूति हुई। यह भी पाया गया कि इन सुविधाओं का निर्माण जुलाई 2016 तक पूरा नहीं हुआ था।

3.4.3 निर्माण कार्यों के समापन में विलम्ब

नौ राज्यों (**छत्तीसगढ़, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मणिपुर, राजस्थान, तेलंगाना** तथा **पश्चिम बंगाल**) में, ₹186.55 करोड़ के 199 निर्माण कार्य समापन की निर्धारित तिथि के परे एक वर्ष से 3 वर्ष से अधिक अवधियों के लिए विलम्बित थे, जैसा **तालिका-3.6** में दर्शाया गया है:

तालिका-3.6: विलम्बित कार्यों की राज्य-वार विवरणी

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	राज्य का नाम	विलम्बित निर्माण कार्यों की कुल संख्या तथा उनकी लागत	निर्माण कार्यों के साथ संख्या		
			1-2 वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत	2-3 वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत	तीन वर्षों से अधिक का विलम्ब तथा उनकी लागत
1.	छत्तीसगढ़	74 (22.37)	7 (0.76)	20 (4.24)	47 (17.37)
2.	हरियाणा	10 (2.11)	1 (0.21)	3 (0.63)	1 (0.21)
3.	हिमाचल प्रदेश	48 (18.25)	23 (5.30)*	3 (0.48)	22 (12.47)
4.	कर्नाटक	76 (47.75)	4 (0.83)	शून्य	1 (0.21)
5.	केरल	23 (75.33)	8 (43.27)	5 (24.72)	1 (0.39)
6.	मणिपुर	1 (0.35)	1 (0.35)	शून्य	शून्य
7.	राजस्थान	34 (52.44)	6 (3.78)	1 (2.06)	शून्य
8.	तेलंगाना	3 (35.45)	शून्य	1 (16.23)	2 (19.22)
9.	पश्चिम बंगाल	42 (33.82)	शून्य	9 (6.87)	33 (26.95)
	कुल	**311 (287.87)**	**50 (54.50)**	**42 (55.23)**	**107 (76.82)**

* *नौ महिनों से दो वर्षों से अधिक का विलम्ब*

विलम्ब स्थल तथा भूमि विवादों, निधियों की कमी, स्थल अनापत्तियां प्राप्त करने में विलम्ब आदि को आरोपित थे।

3.4.4 परित्यक्त/छोड़े गए निर्माण कार्य

पांच राज्यों (**असम, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक** तथा **मणिपुर**) में, 22 निर्माण कार्यों को विभिन्न कारणों जैसे कि भूमि के स्पष्ट शीर्षक का अभाव, स्थल मामले आदि के कारण परिव्यक्त/छोड़ दिया गया था (राज्य-वार विवरण **अनुबंध-3.3** में), जिनमें से ₹5.23 करोड़ की लागत के 19 निर्माण कार्यों को ₹1.37 करोड़ का व्यय करने के पश्चात परिव्यक्त/छोड़ा गया था।

3.4.5 पूर्ण परंतु चालू/क्रियात्मक बनाया/सूपूर्द न किए गए निर्माण कार्य

20 राज्यों (**आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर झारखण्ड, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, महाराष्ट्र, मिजोरम, ओड़िशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड** तथा **पश्चिम बंगाल**) में, 1285 निर्माण कार्य जबकि पूर्ण थे फिर भी चालू अथवा क्रियात्मक

नहीं किए गए थे। यह मानव संसाधनों की कमी, बिल्डिंग की अनुपयुक्त अवस्थिति, खराब सड़क संयोजकता, आदि को आरोपित था। 20 राज्यों में 1285 निर्माण कार्यों में से, 15 राज्यों में 166 कार्यों के निर्माण पर ₹81.96 करोड़ का व्यय किया गया था।

तीन राज्यों (**बिहार, केरल तथा राजस्थान**) में, खाली परिसरों के बिजली के बिल तथा किराए के प्रति ₹1.21 करोड़ का व्यय 36 पूर्ण बिल्डिंगों के चालू न किए जाने के कारण किया गया था। तीन राज्यों में से, **बिहार** और **राजस्थान** में तीन कार्यों के गैर-कार्यान्वयन की अवधि 12 से 18 महीने के बीच थी। कारण मानव संसाधन की कमी और निर्माण भवनों का अनुचित स्थान था।

बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखण्ड, मणिपुर, राजस्थान, तेलंगाना तथा **उत्तराखण्ड** में अप्रयुक्त भवनों की कुछ फोटोग्राफ नीचे दिए गए हैं:

सुपौल जिला, बिहार में एसडीएच, निर्मली की अप्रयुक्त भवन

पीएचसी कोमाखन, छत्तीसगढ में 10 बैड वाले एमसीएच का इसके समापन के बावजूद भी उपयोग नहीं किया जा रहा।

पीएचसी बोदसारा के आस-पास में निर्माणाधीन एसएचसी, बोदसारा छत्तीसगढ़ में अपूर्ण पड़ा रहा

उपयोग न की जा रही एससी, महालेल-2 गुजरात की बिल्डिंग

अगस्त 2014 में सूपूर्द गुमला जिला, झारखण्ड में सीएचसी, भरनी के गैर-उपयोग को दर्शाने वाला फोटोग्राफ

अप्रयुक्त संस्थानिक बिल्डिंग, पीएचएससी, सादीम, मणिपुर

पीएचएसी, माकुई, मणिपुर की अप्रयुक्त बिल्डिंग

जिला राजसामंद, राजस्थान में अप्रयुक्त एएनएम प्रशिक्षु छात्रावास बिल्डिंग

पीएचसी, वेलवर्थी, तेलगांना की अप्रयुक्त बिल्डिंग

पीएचसी, चन्द्रपुरी, हरिद्वार जिला, उत्तराखण्ड की अप्रयुक्त बिल्डिंग

छः राज्यों (**असम, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, त्रिपुरा** तथा **पश्चिम बंगाल**) में, पूर्ण की गई स्वास्थ्य सुविधाओं के दुरूपयोग के अर्थात् ग्राम पंचायतों, असामाजिक तत्वों, निजी व्यक्तियों आदि द्वारा अनाधिकृत कब्जे के 14 उदाहरण पाए गए थे।

3.4.6 अवसंरचना का उन्नयन

एनआरएचएम ढांचे ने आईपीएचएस के बराबर मौजूदा स्वास्थ्य अवसंरचना के उन्नयन की अभिकल्पना की थी। निम्न राज्यों के चयनित जिलों में

सुविधाओं के उन्नयन हेतु लक्ष्यों तथा प्राप्ति जैसा नीचे **तालिका-3.7** में दी गई के अनुसार थीः

तालिका-3.7: सुविधाओं के उन्नयन हेतु लक्ष्य तथा प्राप्ति

क्र.सं.	लक्ष्य	प्राप्ति
1.	2010 तक स्वास्थ्य सुविधाओं का आईपीएचएस तक उन्नयन	15 राज्यों (**अरूणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़ गुजरात, मध्य प्रदेश महाराष्ट्र, मेघालय, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश** तथा **उत्तराखण्ड**) के 79 चयनित जिलों में 4,868 एससी, 1,150 पीएचसी तथा 404 सीएचसी में से केवल क्रमशः 1,096 (23 प्रतिशत), 607 (53 प्रतिशत) तथा 204 (50 प्रतिशत) का आईपीएचएस तक उन्नयन किया गया था।
2.	एससी जहां प्रसव भार अधिक था, का टाईप 'बी' एससी तक उन्नयन किया जाना	नौ राज्यों (**अरूणाचल प्रदेश, असम,बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र राजस्थान, त्रिपुरा** तथा **उत्तर प्रदेश**) के 60 चयनित जिलों में 2011-16 के दौरान टाईप 'ए' से टाईप 'बी' तक उन्नयन किए जाने वाले लक्षित 4,970 एससी में से केवल 1,933 एससी (39 प्रतिशत) को टाईप 'बी' में परिवर्तित किया जा सका था। इसके अतिरिक्त 1,933 उन्नयन किए गए टाईप 'बी' एससी में से 785 श्रमशाक्ति, उपकरण आदि की कमी के कारण कोई प्रसव नहीं कर सके थे।
3.	पीएचसी जहां सीएचसी दूर है तथा एक घण्टे से अधिक की यात्रा करनी है, को 24x7 सेवा में उन्नयन किया जाना चाहिए	15 राज्यों (**आन्ध्र प्रदेश, अरूणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, हरियाणा, झारखण्ड, मध्य प्रेदश, महाराष्ट्र मणिपुर, मेघालय, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड** तथा **पश्चिम बंगाल**) के 67 जिलों में 2011-16 के दौरान 24x7 प्रसव सुविधा तक उन्नयन हेतु लक्षित 2,512 पीएचसी में से केवल 1,537 (61 प्रतिशत) का उन्नयन किया गया था।
4.	एफआरयू[13] के रूप में उन्नयन किए जाने वाले सीएचसी	14 राज्यों (**अरूणाचल प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रेदश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना उत्तर प्रदेश**

[13] एक मौजूदा सुविधा (डीएच, उप-प्रभागीय अस्पताल, सीएचसी आदि) को एक पूर्णतः क्रियात्मक प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) के रूप में केवल तभी घोषित किया जा सकता है जब वह सभी आपातकालिनों, जिसे किसी भी अस्पताल को प्रदान करना अपेक्षित है, के अतिरिक्त आपातकालिन प्रसूति तथा नवजात देखभाल हेतु रात-दिन सेवाएं प्रदान करने के लिए सज्जित है।

		तथा **पश्चिम बंगाल**) के 77 चयनित जिलों में, 2011-16 के दौरान एफआरयू के लिए उन्नयन हेतु लक्षित 618 सीएचसी में से केवल 249 (40 प्रतिशत) का एफआरयू के लिए उन्नयन किया गया था।

केरल में, 2011-16 के दौरान, राज्य में 24×7 घंटे की आपातकालीन सेवा प्रदान करने के लिए 175 पीएचसी की पहचान की गई थी लेकिन कोई भी पीएचसी का उन्नयन नहीं किया गया था।

छः राज्यों में, उन्नयन की गई 345 स्वास्थ्य सुविधाओं में से 301 ने श्रमशक्ति की कमी, अवसरंचना की कमी, आदि के कारण अपेक्षित सेवाएं प्रदान नहीं की थी जैसा **तालिका-3.8** में नीचे ब्यौरा दिया गया है।

तालिका-3.8: उन्नयन की गई परंतु गैर क्रियात्मक स्वास्थ्य सुविधाओं के ब्यौरे

क्र.सं.	राज्य	स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या तथा उन्नयन का प्रकार	उन्नयन की गई स्वास्थ्य सेवाओ की संख्या जो क्रियात्मक नहीं है	गैर-क्रियात्मकता के कारण
1.	असम	24x7 तक उन्नत 40 पीएचसी	12	श्रमशक्ति, उपकरण, इत्यादि की कमी
2.	हिमाचल प्रदेश	एफआरयू घोषित 6 सीएचसी	3	अवसंरचना की कमी तथा अपेक्षित श्रमशक्ति की कमी।
3.	जम्मू एवं कश्मीर	एनटीपीएचसी[14] के रूप में उन्नयन 46 पीएचसी	46	मानव संसाधन तथा अवसरंचनात्मक सुविधाओं की कमी।
4.	महाराष्ट्र	24x7 सुविधा तक उन्नत 55 पीएचसी	55	श्रमशक्ति, उपकरण आदि की कमी।
5.	मणिपुर	24x7 सुविधा तक उन्नत 15 पीएचसी	2	अपेक्षित श्रमशक्ति की कमी, अपातकालिन सेवाओं की कमी तथा सुविधा रोज केवल पांच घण्टों के लिए खुलती है
6.	ओडिशा	24x7 सुविधा तक उन्नत 183 पीएचसी	183	श्रमशक्ति उपकरण आदि की कमी।
	कुल		**301**	

[14] नए प्रकार के प्रथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

3.5 स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टरों की स्थिति

आईपीएचएस अनुबंध करता है कि स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टर प्रदान किए जाए। एससी (टाईप 'बी') में न्यूनतम दो स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं हेतु आवासीय सुविधा प्रदान की जानी चाहिए। पीएचसी में चिकित्सा अधिकारी, नर्सिंग स्टाफ, फार्मिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन तथा अन्य स्टाफ हेतु आवास स्थान प्रदान किया जाना चाहिए। सीएचसी में, डाक्टरों हेतु न्यूनतम आठ क्वार्टर, स्टाफ नर्सों/परा-चिकित्सा स्टाफ हेतु न्यूनतम आठ क्वार्टर, बार्ड बॉयों हेतु न्यूनतम दो क्वार्टर तथा वाहन चालक हेतु न्यूनतम एक क्वार्टर होने चाहिए। मार्च 2016 तक कुछ राज्यों में चयनित जिलों में स्वास्थ्य सुविधाओं में स्टाफ क्वार्टरों की कमी को **अनुबंध-3.4** में दिया गया है।

स्टाफ क्वार्टरों के कम/गैर-अधिग्रहण के कारण राज्यों[15] द्वारा बुनियादी सुविधाएं जैसे शौचालयों, बिजली, और पानी की आपूर्ति, क्वार्टरों की जीर्ण-शीर्ण स्थिति, कर्मचारियों की अनिच्छा के कारण उनकी असुविधाजनक स्थान की वजह से क्वार्टर लेने की संभावना नहीं तथा डॉक्टरों की गैर-पोस्टिंग, आदि थे। स्टाफ क्वार्टर की जीर्ण-शीर्ण हालत निम्न तस्वीरों में दर्शायी गई है:

पीएचसी, बारवी, जिला बेतुल, मध्य प्रदेश में जीर्ण-शीर्ण स्थिति में स्टाफ क्वार्टर

निष्कर्ष

अवसंरचनात्मक सुविधाओं की कमी और गैर-उपलब्धता स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वितरण में बाधा जारी रखी है। स्वास्थ्य संबंधी और दुर्गम स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के उदाहरण चिंता के कारण हैं। सिविल कार्य विलंब से

[15] अंडमान और निकोबार द्वीपसमूह, असम, बिहार, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा तथा पश्चिम बंगाल।

ग्रस्त थे तथा विलंबित कार्यों, कार्यों का प्रारंभ न होना, परित्यक्त कार्यों के उदाहरण सामान्य थे। भवनों की खराब स्थिति और अपर्याप्त सुविधाओं के कारण स्टाफ क्वार्टरों का अधिग्रहण खराब रहा।

अनुशंसाएं

- मंत्रालय सुनिश्चित करे कि विलंब/बाधाओं को दूर करने के लिए मौजूदा नियमों की ध्यान में रखते हुए सभी राज्यों में संबंधित सिविल कार्यों की समीक्षा की जाती है तथा उसकी शीघ्र समाप्ति तथा संपूर्ण भवनों को काम में लाना सुनिश्चित किया जाए।
- मंत्रालय सुनिश्चित करे कि स्टाफ क्वार्टर की कमी को दूर करने और सभी आवश्यक सुविधाओं को पूरा करने के लिए राज्यों द्वारा कदम उठाए जाते हैं।