

çfronu ds ckjs eā

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

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

; g çfronu geus vHkh D; kā r\$ kj fd; k\

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

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

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

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

geus D; k ik; k gS vkj ge D; k vuq ka k dj jgs gA

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

LokLF; I vkvka ds fy, uhfrxr <kpk

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

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

vuq ka k, j

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

oká jksxh I vk, a

हमने पाया कि नमूना-जांच हेतु चयनित चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के वाह्य-रोगी विभागों में रोगियों की संख्या 2013-18 की अवधि में एक तिहाई बढ़ी थी परन्तु चिकित्सकों की उपलब्धता में वृद्धि नगण्य थी। परिणामस्वरूप, जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में प्रति चिकित्सक रोगियों की संख्या में 24 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालयों में 20 प्रतिशत तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 12 प्रतिशत की वृद्धि से यहां भीड़ की समस्या थी। इसका परिणामी प्रभाव यह था कि जिला चिकित्सालयों/संयुक्त चिकित्सालयों में 86 प्रतिशत, जिला महिला चिकित्सालयों में 69 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 50 प्रतिशत रोगियों को *i kp feuV I s de dk ijke'kz I e; fn; k tk jgk jgk Fkk tks oká&jksxh foHkkx es funku] ijh{k.k vkj mi pkj es deh dk |kr'd FkkA*

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

vudka k, j

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

ufnkfud (Mk; XukfLVd) / dk, a

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

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

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

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

vudka k, j

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

vllr-ijksch / Ok, a

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

वृद्धि का, j

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

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

ekrRo / Dk, a

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

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

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

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

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

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

Vuq ka k, j

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

I De.k fu; &.k

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

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

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

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

Vuq ka k, j

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

वर्षिक चर्चा

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

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

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

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

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

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

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

vud ka k, j

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

kkou vol j puk

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

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

vud ka k, j

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

'kkI u dh çrfø; k D; k jgha

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