

कार्यकारी सारांश

प्रतिवेदन के बारे में:

भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (नीति), 2017, में लक्ष्य के रूप में सभी विकासात्मक नीतियों में एक निवारक और संवर्धक स्वास्थ्य सुविधा के माध्यम से सभी के लिए स्वास्थ्य एवं आरोग्यता के उच्चतम संभावित स्तर की प्राप्ति और परिणामस्वरूप किसी को वित्तीय कठिनाई का सामना किए बिना गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुँच की परिकल्पना की गई है। तदनुसार, राज्य सरकार ने सार्वभौमिक, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करके नागरिकों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए ठोस प्रयासों की आवश्यकता को महसूस किया और महत्वपूर्ण कमियों, की जाने वाली कार्रवाई और मापने योग्य परिणामों को स्पष्ट करते हुए एक विज्ञान दस्तावेज़ तैयार किया (मार्च 2018)।

मौजूदा स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना, प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं की गुणवत्ता और अपूर्ण महत्वपूर्ण कमियों का आकलन करने के लिए, 'झारखण्ड में सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन' पर निष्पादन लेखापरीक्षा (पीए), वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 की अवधि को आच्छादित करते हुए, मार्च 2022 और सितम्बर 2022 के मध्य सम्पादित किया गया था।

हमने यह प्रतिवेदन अभी क्यों तैयार की है?

हमने पूर्व में स्वास्थ्य क्षेत्र के कई निष्पादन लेखापरीक्षा (पीए) किए थे और विभिन्न केंद्र और राज्य प्रतिवेदनों में अपने अवलोकनों को संसद और राज्य विधानमंडल को प्रस्तुत किए थे। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) पर अखिल भारतीय पीए 2009-10 का केंद्रीय प्रतिवेदन संख्या 8 तथा एनआरएचएम- प्रजनन और बाल स्वास्थ्य घटक - 2017 की केंद्रीय प्रतिवेदन संख्या 25, संसद में पेश किया गया था। 2010-15 की अवधि के लिए झारखण्ड में चिकित्सा शिक्षा पर पीए, 2011-16 की अवधि के लिए प्रजनन और बाल स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान देने के साथ एनआरएचएम पर पीए, 2008-13 की अवधि के लिए झारखण्ड में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के अवसंरचना और कामकाज पर पीए एवं 2014-19 की अवधि के लिए झारखण्ड में जिला अस्पताल के परिणामों पर पीए राज्य विधानमंडल में रखा गया है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति एवं सतत् विकास लक्ष्य 3 में निर्धारित लक्ष्यों के विरुद्ध अपेक्षित परिणामों, समय पर और व्यवस्थित सुधार के लिए परिणामों का मूल्यांकन करना महत्वपूर्ण हो गया है। इस संदर्भ में, हमने मौजूदा नीतिगत हस्तक्षेपों के

माध्यम से लोगों को प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता का पता लगाने के उद्देश्य से स्वास्थ्य अवसंरचना में महत्वपूर्ण कमियों का आकलन करने का प्रयास किया है। इस प्रतिवेदन का लक्ष्य उन प्रमुख क्षेत्रों की पहचान करना है जिनमें सुधार की आवश्यकता है।

इस लेखापरीक्षा में क्या शामिल किया गया है?

राज्य में स्वास्थ्य क्षेत्र के महत्व को देखते हुए, सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं में बुनियादी ढांचे की उपलब्धता और प्रबंधन तथा साथ ही साथ सरकारी एवं निजी स्वास्थ्य सुविधाओं में नियामक तंत्र का अनुपालन का आकलन करने हेतु "झारखण्ड में सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन" पर एक निष्पादन लेखापरीक्षा की गई।

हमने क्या पाया है और हम क्या अनुशंसा करते हैं?

हमने लोगों की स्वास्थ्य सेवा आवश्यकताओं में सुधार के महत्वपूर्ण क्षेत्र पाए हैं, जैसा कि नीचे प्रकाश डाला गया है:

2. मानव संसाधन

अस्पतालों में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करना काफी हद तक मानव बल विशेषकर चिकित्सा अधिकारियों (एमओ)/ विशेषज्ञ, स्टाफ नर्स और पैरा-मेडिकल स्टाफ के संवर्ग की पर्याप्त उपलब्धता पर निर्भर है। आगे, चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातक पाठ्यक्रमों के साथ ही स्नातकोत्तर (पीजी) पाठ्यक्रम चलाने के लिए एवं एमसीआई/ एनएमसी से मान्यता प्राप्त करने के लिए पर्याप्त संकाय की उपलब्धता सबसे महत्वपूर्ण मानदंडों में से एक है। राज्य सरकार ने आयुष औषधालयों के लिए एमओ और सहायक कर्मचारियों और आयुष शैक्षणिक संस्थानों के लिए संकाय की भी स्वीकृति दी थी। राज्य में एमओ/विशेषज्ञों, स्टाफ नर्सों और पैरामेडिक्स की कमी क्रमशः 21 से 80 प्रतिशत, 14 से 76 प्रतिशत और 50 से 100 प्रतिशत के बीच थी।

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों (डीएच) में 47 से 66 प्रतिशत तक एमओ/विशेषज्ञों और 39 से 74 प्रतिशत तक पैरामेडिक्स और स्टाफ नर्सों की भारी कमी थी, जबकि नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सीएचसी) में चिकित्सकों और पैरामेडिक्स की कमी 18 से 82 प्रतिशत के बीच थी। इसके अतिरिक्त, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) में भी एमओ, पैरामेडिक्स और स्टाफ नर्स की कमी देखी गई।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि नमूना-जाँचित डीएच में रेडियोलॉजिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन, एक्स-रे तकनीशियन, पैथोलॉजिस्ट की कमी थी। इसके अलावा, नमूना-जाँचित सीएचसी में लैब- तकनीशियन और एक्स-रे तकनीशियनों की कमी क्रमशः चार और 71 प्रतिशत थी। पीएचसी में लैब तकनीशियनों की कमी 92 प्रतिशत थी।

राज्य के छः चिकित्सा महाविद्यालयों में शैक्षणिक और गैर-शैक्षणिक कर्मचारियों की रिक्तियां क्रमशः 48 और 45 प्रतिशत थीं। नमूना-जाँचित चिकित्सा महाविद्यालयों और अस्पतालों में सभी संवर्गों में भी रिक्तियां देखी गईं।

एमसीआई अंडरग्रेजुएट वर्किंग ग्रुप, 2010 ने रिक्तियों को कम करने के लिए अपने "विज्ञान 2015 दस्तावेज़" में कई सिफारिशों की थीं। हालाँकि, राज्य ने कुछ सिफारिशों जैसे कि सेवानिवृत्ति की आयु 65 से बढ़ाकर 67 वर्ष करना (जनवरी 2018), अनुबंध के आधार पर संकाय की नियुक्ति (सितंबर 2021) और सरकारी सेवा विभागों में पद का उपभोग (दिसंबर 2021) पर देर से कार्रवाई की। राज्य सरकार को शैक्षणिक और गैर-शैक्षणिक कर्मचारियों की कमी को कम करने की अन्य सिफारिशों पर कार्रवाई करनी अभी बाकी थी।

आयुष महाविद्यालयों और अस्पतालों में 60 से 66 प्रतिशत शिक्षकों की कमी थी। राजकीय होम्योपैथिक महाविद्यालय में पैरामेडिक्स और नर्सों की कमी क्रमशः 71 और 87 प्रतिशत थी, जबकि राजकीय आयुर्वेदिक फार्मसी महाविद्यालय में कोई पैरामेडिक्स उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, आयुष औषधालयों में 71 से 98 प्रतिशत तक चिकित्सा अधिकारियों और कंपाउंडरों की कमी थी।

अनुशंसाएँ:

राज्य सरकार एमसीआई वर्किंग ग्रुप की सभी सिफारिशों को लागू करने के लिए कदम उठा सकती है, ताकि शैक्षणिक कर्मचारियों की कमी को कम किया जा सके।

राज्य सरकार सभी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में एमओ/विशेषज्ञों, स्टाफ नर्सों और पैरामेडिक्स की कमी को दूर कर सकती है।

3. स्वास्थ्य सेवाएँ

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) ऐसी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की परिकल्पना करती है जो गुणवत्ता उन्मुख और लोगों की जरूरतों के प्रति संवेदनशील हो। देखभाल की गुणवत्ता के स्वीकार्य मानक को प्राप्त करने और बनाए रखने हेतु जिला अस्पतालों (डीएच) से समुदाय को व्यापक माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की उम्मीद की जाती है। इसी प्रकार, व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, इष्टतम विशेषज्ञ सेवा और सभी "न्यूनतम सुनिश्चित सेवाएँ" या आवश्यक सेवाएँ, समुदाय को सी.एच.सी. और पी.एच.सी. के माध्यम से प्रदान की जानी हैं।

सार्वजनिक सुरक्षा और रोगी अधिकारों के साथ समझौता करने के अतिरिक्त बाह्य/आंतरिक रोगी सेवाओं, नैदानिक सेवाओं, मातृत्व सेवाओं, मोबाइल चिकित्सा सेवाओं और अन्य संबंधित सेवाओं के वितरण में कमियाँ देखी गयीं।

बाह्य रोगी सेवाएँ

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों (डीएच), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) में सभी निर्धारित बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी)

सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। उपलब्ध नहीं होने वाली ओपीडी सेवाओं में मुख्य रूप से डीएच में सामान्य सर्जरी, हड्डी रोग और मनोचिकित्सा, सीएचसी में सामान्य सर्जरी, स्त्री रोग, शिशु रोग, दंत चिकित्सा और नेत्र सेवा तथा पीएचसी में सामान्य चिकित्सा शामिल हैं। ओपीडी में मरीजों की संख्या अधिक थी, जिसके कारण परामर्श का समय कम था, जो सीधे तौर पर परामर्श प्रक्रिया के प्रति मरीज के असंतोष से जुड़ा हुआ था।

अनुशंसा: राज्य सरकार आईपीएचएस के प्रावधानों के अनुरूप डीएच/सीएचसी/पीएचसी में सभी ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित कर सकती है।

अंतःरोगी सेवाएँ

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों (डीएच), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) में सभी निर्धारित अंतः रोगी विभाग (आईपीडी) सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। उपलब्ध नहीं होने वाली आईपीडी सेवाओं में मुख्य रूप से डीएच में कान-नाक-गला, मनोचिकित्सा और हड्डी रोग, सीएचसी में शिशु रोग और सामान्य सर्जरी तथा पीएचसी में सामान्य मेडिसिन आईपीडी सेवाएँ शामिल हैं।

अनुशंसा: जनता को गुणवत्तापूर्ण चिकित्सा तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए, राज्य सरकार सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में विशेषीकृत रोगी सेवाओं की उपलब्धता में सक्रिय रूप से तालमेल बिठा सकती है।

ऑपरेशन थिएटर और इंटेंसिव केयर यूनिट

आईपीएचएस दिशानिर्देश डीएच हेतु वैकल्पिक प्रमुख सर्जरी, आपातकालीन सेवाओं और नेत्र विज्ञान/ईएनटी के लिए ओटी निर्धारित करती है। यह सीएचसी में ओटी की उपलब्धता भी निर्धारित करती है।

सभी नमूना-जाँचित डीएच में वैकल्पिक प्रमुख सर्जरी के लिए ओटी उपलब्ध थे। हालाँकि, चार डीएच में आपातकालीन सर्जरी और ईएनटी के लिए ओटी उपलब्ध नहीं थे और पाँच नमूना-जाँचित डीएच में से तीन में नेत्र विज्ञान के लिए ओटी उपलब्ध नहीं थे। आगे, नमूना-जाँचित 14 सीएचसी में से 13 में ओटी उपलब्ध थे अपवादस्वरूप सीएचसी, चांडिल को छोड़कर।

नमूना-जाँचित पाँच डीएच में से केवल दो में आईसीयू उपलब्ध था। शेष डीएच में आईसीयू सुविधा के अभाव में, आपातकालीन स्थिति में इन डीएच में आने वाले गंभीर रोगियों को निजी या अन्य उच्च सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों के लिए सुपूरुद किए जाने की संभावना थी।

नैदानिक सेवाएँ

नमूना-जाँचित डीएच/सीएचसी/पीएचसी में आवश्यक पैथोलॉजिकल जाँच की उपलब्धता में महत्वपूर्ण कमियाँ थीं और आन्तरिक पैथोलॉजी सेवाएँ, लैब तकनीशियनों और आवश्यक उपकरणों की कमी के कारण प्रभावित हुईं।

मातृत्व सेवाएँ

पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 18 प्रतिशत को एनसी का पूरा चक्र प्रदान नहीं किया गया, 29 प्रतिशत को दूसरा टीटी इंजेक्शन नहीं दिया गया और 22 प्रतिशत को आईएफए गोलिएँ प्रदान नहीं की गई। इसके अतिरिक्त, नमूना-जाँचित जिलों में 35 से 93 प्रतिशत माताओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर अस्पताल से छुट्टी दे दी गई और इस तरह प्रसवोत्तर जटिलताओं का तत्काल प्रबंधन सुनिश्चित नहीं किया जा सका। 2016-22 के दौरान नमूना-जाँचित 4,072 मामलों में से, 2,221 पात्र लाभार्थियों को प्रसव के एक महीने के बाद जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के तहत नकद सहायता का भुगतान किया गया था, जिसमें 956 जैसे लाभार्थी शामिल थे, जिन्हें छः महीने से अधिक समय के बाद भुगतान किया गया था। आगे, अगस्त 2022 तक 1,078 लाभार्थियों को भुगतान नहीं किया गया था।

अनुशंसा: गर्भावस्था के प्रतिकूल परिणामों को कम करने के लिए निर्धारित अंतर-प्रसव और प्रसवोत्तर देखभाल सुनिश्चित की जानी चाहिए। जेएसवाई के तहत नकद सहायता का भुगतान लाभार्थियों को संबंधित स्वास्थ्य की सुविधा केन्द्रों से छुट्टी देने से पहले सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

मोबिलिटी सेवाएँ

मार्च 2022 तक उपलब्ध 22 मोबाईल मेडिकल इकाई (एमएमयू) में से केवल 11 एमएमयू (50 प्रतिशत) क्रियाशील थे। एनसी और शिशु टीकाकरण प्रदान करने के लिए एमएमयू में महिला चिकित्सक और रेडियोग्राफर उपलब्ध नहीं थे। एमएमयू में 19 से 23 प्रतिशत आवश्यक उपकरणों की कमी थी। इसके अलावा, उपलब्ध उपकरणों में से 33 से 52 प्रतिशत अक्रियाशील थे।

संक्रमण नियंत्रण

स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों के कामकाज में संक्रमण नियंत्रण पद्धतियों को पर्याप्त रूप से शामिल नहीं किया गया था। नमूना-जाँचित पाँच डीएच में से तीन में एसओपी तैयार नहीं किए गए थे। उच्च स्तरीय कीटाणुशोधन प्रणाली केवल दो डीएच में उपलब्ध थी।

नमूना-जाँचित किसी भी डीएच/सीएचसी/पीएचसी में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण या उपचार नहीं किया जा रहा था।

आयुष

जिला संयुक्त आयुष औषधालयों को आयुर्वेदिक, यूनानी और होम्योपैथिक संकाय की ओपीडी सेवाएँ प्रदान करना आवश्यक है। लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी नमूना-जाँचित जिला संयुक्त आयुष औषधालयों में यूनानी ओपीडी उपलब्ध नहीं थे। छः में से पाँच औषधालयों में आयुर्वेदिक सेवाएँ उपलब्ध थीं। होम्योपैथिक सेवा केवल सरायकेला-खरसावां में उपलब्ध थी। दुमका में कोई ओपीडी सेवा उपलब्ध नहीं करायी गयी थी।

आपातकालीन प्रबंधन

सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को सुदृढ़ करने की प्राथमिक जिम्मेदारी राज्य सरकारों की है। हालाँकि, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को सुदृढ़ करने और सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौतियों के प्रबंधन के लिए समय-समय पर, राज्यों को तकनीकी और वित्तीय सहायता प्रदान करता है जैसे कि कोविड-19 महामारी के दौरान।

कोविड-19 प्रबंधन योजना

भारत सरकार ने कोविड-19 प्रबंधन के लिए ₹ 483.54 करोड़ विमुक्त किए थे (मार्च 2020 से मार्च 2022), जिसके विरुद्ध, झारखण्ड सरकार को अपने हिस्से के रूप में ₹ 272.88 करोड़ की राशि विमुक्त करनी थी। कुल प्रावधान ₹ 756.42 करोड़ के विरुद्ध, झारखण्ड सरकार ने जेआरएचएमएस को केवल ₹ 436.97 करोड़ (भारत सरकार का हिस्सा: ₹ 291.87 करोड़ और राज्य का हिस्सा: ₹ 145.10 करोड़) विमुक्त किया। इस प्रकार, अगस्त 2022 तक, झारखण्ड सरकार ने ₹ 191.67 करोड़ का भारत सरकार का पूरा हिस्सा भी जारी नहीं किया। जेआरएचएमएस ने निर्गत ₹ 436.97 करोड़ के विरुद्ध, केवल ₹ 137.65 करोड़ (32 प्रतिशत) का उपयोग वित्त वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान किया।

इसके अलावा, गृह, कारा और आपदा प्रबंधन विभाग, झारखण्ड सरकार ने (मार्च 2020 और दिसंबर 2021 के बीच) राज्य आपदा राहत कोष (एसडीआरएफ) की ₹ 754.61 करोड़ की राशि, विभिन्न विभागों/प्राधिकरणों को कोविड-19 प्रबंधन के लिए विमुक्त की, जिसके विरुद्ध केवल ₹ 539.56 करोड़ का उपयोग फरवरी 2022 तक किया गया था।

कोविड-19 प्रबंधन निधि के कम उपयोग के कारण जिला स्तर पर आरटी-पीसीआर प्रयोगशालाएं, राँची में शिशु चिकित्सा उत्कृष्टता केंद्र, सीएचसी/पीएचसी/एचएससी में पूर्व-निर्मित संरचनाएं और तरल चिकित्सा ऑक्सीजन संयंत्रों की स्थापना नहीं हो पाई।

कोविड अवधि के दौरान जिला प्रयोगशालाएं स्थापित नहीं होने के कारण, जिला अधिकारियों को एकत्र किए गए नमूनों को अन्य जिलों में भेजने के लिए मजबूर होना पड़ा जिसके परिणामस्वरूप परीक्षण परिणाम प्राप्त करने में पाँच दिन से लेकर दो महीने से अधिक की देरी हुई।

4. दवाइयों, औषधियों, उपकरणों और अन्य उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता

स्वास्थ्य सेवाओं में दवाएं एक महत्वपूर्ण आपूर्ति होती हैं। मरीजों के बीच विश्वास को बढ़ावा देने और स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को बढ़ाने के लिए कम लागत वाली, सुरक्षित और गुणवत्ता पूर्ण दवाओं तक पहुंच और उपलब्धता महत्वपूर्ण है।

दवाओं और उपकरणों की खरीद

कुल उपलब्ध धनराशि ₹ 1,395.67 करोड़ के विरुद्ध, झारखण्ड मेडिकल एंड हेल्थ इंफ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेंट एंड प्रोक्योरमेंट कॉर्पोरेशन लिमिटेड (जेएमएचआईडीपीसीएल) ने दवाओं और उपकरणों की खरीद पर 2016-22 के दौरान केवल ₹ 279.39 करोड़ (20 प्रतिशत) का उपयोग किया। शेष राशि ₹ 1,116.28 करोड़ या तो प्रत्यर्पित (₹ 255.27 करोड़) कर दी गई, वापस (₹ 18.90 करोड़) कर दी गई या व्यक्तिगत लेजर खाते (₹ 324.55 करोड़) और बैंक खातों (₹ 517.56 करोड़) में पड़ी रही। जेएमएचआईडीपीसीएल 77 से 88 प्रतिशत आवश्यक दवाएँ नहीं खरीद सका, जिससे नमूना-जाँचित केन्द्रों में 66 से 94 प्रतिशत दवाओं की कमी हो गई।

जेएमएचआईडीपीसीएल ने वित्तीय वर्ष 2018-19 से 2021-22 के दौरान एक प्रतिबंधित कंपनी से ₹ 9.55 करोड़ की दवाएँ खरीदीं।

ओटी, आईसीयू और मातृत्व आईपीडी में दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता

नमूना-जाँचित डीएच के ओटी में निर्धारित 23 दवाओं के विरुद्ध केवल दो से 17 (9 से 74 प्रतिशत) दवाएँ उपलब्ध थीं।

नमूना अवधि के दौरान आवश्यक 14 दवाओं के विरुद्ध डीएच, दुमका और गुमला के आईसीयू में केवल पाँच से आठ दवाएँ उपलब्ध थीं। इसी प्रकार, नमूना-जाँचित डीएच में आवश्यक आठ उपभोग्य सामग्रियों के विरुद्ध केवल तीन से छः उपभोग्य सामग्री उपलब्ध थीं।

मातृत्व आईपीडी में हाइड्रालाज़िन और मिथाइलडोपा जैसी आवश्यक दवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। माताओं और नवजात के लिए स्वच्छ और सुरक्षित वातावरण बनाए रखने के लिए आवश्यक उपभोग्य सामग्री डीएच में उपलब्ध नहीं थीं।

ओटी, आईसीयू, नेत्र विज्ञान और मातृत्व आईपीडी में उपकरणों की उपलब्धता

नमूना-जाँचित पाँच डीएच में ओटी उपकरणों की कमी 48 से 67 प्रतिशत के बीच थी, जबकि नमूना-जाँचित सीएचसी में यह 15 से 100 प्रतिशत के बीच था। इसके अलावा, दुमका और गुमला डीएच में नौ प्रकार के आईसीयू उपकरणों की पूरी श्रृंखला नहीं थी। नमूना-जाँचित केन्द्रों में नेत्र विज्ञान एवं मातृत्व आईपीडी में उपकरणों की कमी भी देखी गई।

रेडियोलॉजी की उपलब्धता

नमूना-जाँचित पाँच डीएच में से, केवल डीएच, सरायकेला-खरसावां में सभी निर्धारित एक्स-रे मशीनें (100 एमए और 300 एमए) थीं। डीएच, गुमला में 100 एमए और 300 एमए की आवश्यक एक्स-रे मशीनों के विरुद्ध उच्च विकिरण और प्रवेश वाली एक्स-रे मशीन (500 एमए) थी।

नमूना-जाँचित 14 सीएचसी में से केवल आठ में एक्स-रे मशीनें उपलब्ध थीं। तीन सीएचसी में रेडियोग्राफर की अनुपलब्धता के कारण प्राप्ति (दिसंबर, 2011 और अगस्त, 2013 के बीच) के बाद भी इसका उपयोग नहीं किया गया था। इसके अलावा, नमूना-जाँचित डीएच और सीएचसी में आठ प्रकार के आवश्यक एक्स-रे सहायक उपकरणों के विरुद्ध क्रमशः केवल दो से सात प्रकार और दो से छः प्रकार के एक्स-रे रूम सहायक उपकरण उपलब्ध थे।

डीएच, सरायकेला-खरसावां (अगस्त 2020 से) और सीएचसी, जलडेगा में उपलब्ध डेंटल एक्स-रे मशीनें क्रमशः डेंटल एक्स-रे फिल्म और डेंटल चेयर की अनुपलब्धता के कारण अक्रियाशील थीं।

नमूना-जाँचित पाँच डीएच (डीएच, सिमडेगा को छोड़कर) में से चार में अल्ट्रासाउंड (यूएसजी) मशीनें उपलब्ध थीं। लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि रेडियोलॉजिस्ट की अनुपलब्धता के कारण, दो डीएच (गढ़वा और गुमला) में उपलब्ध यूएसजी अक्रियाशील थे।

प्रयोगशाला उपकरण की उपलब्धता

पाँच नमूना-जाँचित डीएच में आवश्यक 50 प्रयोगशाला उपकरणों के विरुद्ध केवल नौ से 28 उपकरण उपलब्ध थे। नमूना-जाँचित सीएचसी में 10 प्रयोगशाला उपकरणों के विरुद्ध केवल तीन से सात उपकरण उपलब्ध थे।

चिकित्सा महाविद्यालयों में उपकरणों की उपलब्धता

पीजेएमसीएच, दुमका में चिकित्सा उपकरणों की कमी 15 से 94 प्रतिशत के बीच थी। एसएनएमएमसीएच, धनबाद में, यह तीन से 100 प्रतिशत के बीच थे, जबकि रिम्स, राँची में कमी पाँच से 100 प्रतिशत के बीच थी। उपकरणों की भारी कमी के बावजूद, पीजेएमसीएच, दुमका ने वित्तीय वर्ष 2020-21 से 2021-22 के दौरान ₹ 1.25 करोड़ प्रत्यर्पित किए और एसएनएमएमसीएच, धनबाद ने वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान ₹ 23.19 करोड़ प्रत्यर्पित किए।

अनुशंसा: राज्य सरकार मानदंडों के अनुसार स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में दवाओं, औषधियों, उपकरणों और अन्य उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता सुनिश्चित कर सकती है।

दंत चिकित्सा उपकरणों की खरीद

जेएमएचआईडीपीसीएल द्वारा डेंटल उपकरणों के माँग की खरीद को अंतिम रूप देने में चार से पाँच वर्ष से अधिक का समय लिया गया और डेंटल क्लिनिक स्थापित करने के लिए आवश्यक 10 प्रकार के उपकरणों में से केवल सात उपकरण की खरीद कर पाया (मार्च 2022 तक)।

गुणवत्ता आश्वासन और भंडार प्रबंधन

गुणवत्ता परीक्षण प्रतिवेदन मिलने से पहले या फिर दवाओं के निम्न-स्तरीय होने की पुष्टि होने के बाद भी, राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा परीक्षण प्रतिवेदन के बारे में संबंधित अधिकारी को समय पर सूचित न किए जाने के कारण, स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को निम्न-स्तरीय दवाएँ जारी की गईं या मरीजों को वितरित की गईं।

नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों, दवाओं के भंडारण के लिए निर्धारित मानदंडों का पालन नहीं कर रही थीं, जो सीधे दवाओं की प्रभावकारिता, शेल्फ लाइफ और सुरक्षा के नुकसान से जुड़े हुए हैं। इसके अलावा, नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में निम्न-स्तरीय दवाएं वितरित किए जाने के मामले भी देखे गए।

अनुशंसा: राज्य सरकार दवाओं की प्रभावकारिता, शेल्फ लाइफ और सुरक्षा को बनाए रखने के लिए औषधि और प्रसाधन सामग्री नियमावली, 1945 में निर्धारित उचित स्थिति में दवाओं का भंडारण सुनिश्चित कर सकती है।

कोविड-19 दवाओं का बफर भण्डार प्रबंधन

आठ दवाओं के आकलन के विरुद्ध दो दवाएं राज्य में उपलब्ध नहीं थीं और चार दवाएं भी 37 से 85 प्रतिशत तक कम थीं। वित्तीय वर्ष 2020-21 और 2021-22 के दौरान, नमूना-जाँचित जिलों में निर्धारित आठ दवाओं में से चार उपलब्ध नहीं थे।

रेमडेसिविर इंजेक्शन की उपलब्धता एवं उपयोगिता

केन्द्रीय भंडार, राँची में फरवरी 2022 तक रेमडेसिविर इंजेक्शन की प्राप्त 1,64,761 शीशियों के विरुद्ध 53,205 शीशियाँ, स्टॉक में पड़ी थीं। इसके अलावा, पाँच नमूना-जाँचित डीएच को रेमडेसिविर इंजेक्शन की 4,739 शीशियाँ प्राप्त हुईं (अप्रैल 2021 और फरवरी 2022 के बीच), जिनमें से अप्रैल 2022 तक केवल 696 शीशियाँ (15 प्रतिशत) उपयोग की जा चुकी थीं, 2,512 शीशियाँ कालातीत हो चुकी थीं और 1,531 शीशियाँ डीएच के भंडार में पड़ी थीं।

इसके अतिरिक्त, रेमडेसिविर इंजेक्शन की 6,990 शीशियाँ राज्य औषधि नियंत्रक, राँची को निर्गत(अप्रैल 2021) दिखाई गईं। हालाँकि, डिलीवरी चालान की जाँच से पता चला कि ये इंजेक्शन एमडी, एनएचएम और राज्य औषधि नियंत्रक, झारखण्ड के दूरभाषिक आदेशों पर दो निजी आपूर्तिकर्ताओं को जारी किए गए थे। आगे, यह भी देखा गया कि उनमें से एक उसी अवधि के दौरान केन्द्रीय भंडार को रेमडेसिविर इंजेक्शन का आपूर्तिकर्ता भी था।

जेएमएचआईडीपीसीएल को इंजेक्शन की आपूर्ति के लिए स्वास्थ्य संस्थानों के अलावा व्यक्तियों से चेक प्राप्त हुए थे और ₹ 39.66 लाख की राशि के 63 ऐसे चेक, जिनमें व्यक्तियों द्वारा दिए गए ₹ 29.14 लाख मूल्य के 58 चेक भी शामिल हैं, बैंकों द्वारा नकार दिए गए थे।

झारखण्ड ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन सोसाइटी (जेआरएचएमएस) और सीएस-सह-सीएमओ द्वारा निजी अस्पतालों से, जिन्हें वेंटिलेटर किराए पर दिए गए थे, से ₹ 69 लाख की सुरक्षा जमा राशि और कम से कम ₹ 3.16 करोड़ का किराया वसूलने में विफल रहे।

जिला संयुक्त आयुष औषधालयों में आवश्यक औषधियों की उपलब्धता

वित्तीय वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान, ईडीएल में शामिल दवाओं की तुलना में छः नमूना-जाँचित जिला संयुक्त आयुष औषधालयों में दवाओं की उपलब्धता बहुत कम थी।

स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्र में आवश्यक दवाओं, उपकरणों, उपभोग्य सामग्रियों और नैदानिक सेवाओं की उपलब्धता

25 नमूना-जाँचित स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्र (एचडब्लुसी) में केवल 14 से 44 आवश्यक दवाएं (15 से 48 प्रतिशत), 8 से 49 प्रकार के उपकरण (12 से 74 प्रतिशत), 7 से 28 प्रकार की उपभोग्य सामग्री (19 से 76 प्रतिशत) और दो से 10 नैदानिक सेवाएँ उपलब्ध थीं।

अनुशंसा: राज्य सरकार ग्रामीण क्षेत्रों में अनिवार्य स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए उपकरण, नैदानिक सेवाओं और आवश्यक दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करके, एचडब्लुसी को सुदृढ़ कर सकती है।

5. स्वास्थ्य सुविधा अवसंरचना

योजना

राज्य सरकार ने एक विजन डॉक्यूमेंट तैयार किया, जिसमें नए चिकित्सा महाविद्यालय खोलना, एमबीबीएस सीटें बढ़ाया जाना एवं मौजूदा स्वास्थ्य अवसंरचना के उन्नयन पर जोर दिया गया।

राज्य सरकार ने फरवरी 2018 में स्वीकृत दो चिकित्सा महाविद्यालयों (कोडरमा और चाईबासा) की स्थापना नवंबर 2022 तक नहीं कर सकी। मार्च 2022 तक, नियोजित 830 सीटों के विरुद्ध केवल 630 स्नातक (यूजी) सीटें ही बनाई जा सकीं।

राज्य सरकार ने मौजूदा तीन चिकित्सा महाविद्यालयों में आवश्यक अवसंरचनाओं का निर्माण करके, शैक्षणिक संकाय, नियुक्ति, नर्सिंग स्टाफ, पैरामेडिकल और अन्य सहायक कर्मचारियों की भर्ती करके, 200 यूजी सीटें बढ़ाने की योजना बनाई थी। हालाँकि, मानव बल और अवसंरचना की कमी के कारण इसे प्राप्त नहीं किया जा सका।

रिम्स, राँची में एमसीआई मानदंडों के अनुसार मानव संसाधनों की कमी को पूरा करने में विफलता और अवसंरचना का निर्माण न होने के कारण, यूजी सीटें 150 से 250 तक नहीं बढ़ाई जा सकीं, यद्यपि रिम्स प्रबंधन को ₹ 90.95 करोड़ का निधि उपलब्ध कराया गया था। शहीद निर्मल महतो चिकित्सा महाविद्यालय एवं अस्पताल

(एसएनएमएमसीएच), धनबाद में, संकाय की कमी और अवसंरचनात्मक सुविधाओं के अभाव के कारण, मौजूदा 100 सीटों में से 50 यूजी सीटें कम कर दी गईं (जून 2017)।

राज्य में चिकित्सक-जनसंख्या अनुपात डब्ल्यूएचओ द्वारा अनुशंसित मानदंडों से कम था। जिला अस्पतालों में आवश्यक बिस्तरों की कमी थी। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 के जनसंख्या मानदंडों के संबंध में प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की संख्या में कमी 58 से 82 प्रतिशत था। सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के एकीकरण के लिए जिला मानसिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित नहीं किए जा सके, जैसा कि परिकल्पित था।

अनुशंसा: राज्य सरकार नए चिकित्सा महाविद्यालयों की स्थापना और मौजूदा चिकित्सा महाविद्यालयों में यूजी/पीजी सीटें बढ़ाने के लिए कदम उठा सकती है। राज्य सरकार डीएच में बिस्तर क्षमता भी बढ़ा सकती है और प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की कमियों को न्यून कर सकती है।

स्वास्थ्य अवसंरचना स्वास्थ्य प्रणाली का एक आवश्यक स्तंभ है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए, पर्याप्त और उचित रूप से अनुरक्षित भवन अवसंरचना अत्यंत महत्वपूर्ण है।

लेखापरीक्षा ने देखा कि मार्च 2016 तक राज्य के 1,788 एचएससी और 145 पीएचसी गैर-सरकारी भवनों में चल रहे थे। इनमें से, केवल 252 एचएससी (14 प्रतिशत) और 49 पीएचसी (34 प्रतिशत) को 2016-22 के दौरान सरकारी भवनों में स्थानांतरित किया जा सका। इसके अलावा, नमूना-जाँचित 14 सीएचसी में से छः (43 प्रतिशत) पुराने पीएचसी भवनों में चल रहे थे, जिनकी बिस्तर क्षमता आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार आवश्यक 30 के विरुद्ध छः से 20 के बीच थी।

कोडरमा और चाईबासा में चिकित्सा महाविद्यालय और अस्पतालों का निर्माण ₹ 653.61 करोड़ की एकारारित राशि पर प्रारंभ किया गया था (जुलाई 2019), जिसके पूरा होने की निर्धारित तिथि जनवरी 2022 थी। हालाँकि, अगस्त 2022 तक आठ प्रतिशत (चाईबासा) और 12 प्रतिशत (कोडरमा) की भौतिक प्रगति के साथ कार्य अपूर्ण था।

खरसावां में 500 बिस्तर वाले अस्पताल भवन का निर्माण ₹ 142.88 करोड़ की एकारारित राशि पर प्रारंभ किया गया था (फरवरी 2012)। हालाँकि, विभाग द्वारा कार्य क्षेत्र में बार-बार बदलाव और उनकी मंजूरी में देरी के कारण अगस्त 2022 तक काम पूरा नहीं हो सका।

हंसडीहा, दुमका में 100 बिस्तर वाला अस्पताल, बिस्तरों और अन्य चिकित्सा उपकरणों के साथ, ₹ 30.18 करोड़ में पूरा हुआ (नवंबर 2020)। हालाँकि, मानव बल की मंजूरी न मिलने के कारण अस्पताल को क्रियाशील नहीं किया जा सका।

सीएचसी, खरौंधी के अस्पताल भवन का निर्माण जो कि ₹ 2.25 करोड़ में पूरा (जनवरी 2016) हुआ, विभाग के अभिलेखों के अनुसार क्रियाशील था। हालाँकि, मई 2022 में संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान, भवन अपूर्ण, खाली और जीर्ण-शीर्ण स्थिति में पायी गयी।

विभाग ने सात जिलों में पीसीआर आधारित परीक्षण प्रयोगशालाएं स्थापित करने के लिए एक एजेंसी को नामित (अप्रैल 2021) किया था। हालाँकि प्रयोगशालाएँ पाँच जिलों में तैयार थीं, लेकिन नैदानिक भागीदारों के पैनलबद्ध न होने के कारण उन्हें सितंबर 2022 तक क्रियाशील नहीं बनाया जा सका। शेष दो जिलों (गुमला और देवघर) में, जिला प्रशासन द्वारा एजेंसी को भवन सौंपने में विलंब के कारण, सितंबर 2022 तक प्रयोगशाला की स्थापना प्रगति पर थी।

इसके अलावा, भारत सरकार ने डीएच में 480 शिशु चिकित्सा आईसीयू बिस्तर, सीएचसी/पीएचसी/एचएससी में पूर्व निर्मित इकाइयां, मेडिकल गैस पाइपलाइन के साथ तरल चिकित्सा गैस आदि की वृद्धि को मंजूरी दी (अगस्त 2021)। हालाँकि, सितंबर 2022 तक इनकी स्थापना नहीं हुई थी।

अनुशंसा: राज्य सरकार सभी अधूरे स्वास्थ्य सुविधा भवनों की समीक्षा और उन बाधाओं को दूर कर सकती है जिनके कारण विलंब हो रहा है। निष्क्रिय भवनों को मानव बल और उपकरण उपलब्ध कराकर परिचालित किया जा सकता है।

6. वित्तीय प्रबंधन

राज्य सरकार राज्य के बजट के अंतर्गत स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए निधियाँ उपलब्ध कराती है। राज्य निधि के अलावा, विभिन्न केंद्रीय योजनाओं के तहत भारत सरकार द्वारा वित्तीय सहायता भी प्रदान की जाती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी), 2017 में अनुशंसा किया गया कि राज्यों को 2020 तक अपने स्वास्थ्य क्षेत्र के खर्च को राज्य के बजट का आठ प्रतिशत से अधिक तक बढ़ाना चाहिए। इसमें यह भी अनुशंसा की, कि राज्यों को 2025 तक अपने स्वास्थ्य व्यय को सकल राज्य घरेलू उत्पाद (जीएसडीपी) के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि स्वास्थ्य क्षेत्र पर राज्य का खर्च राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी), 2017 की 2.5 प्रतिशत की अनुशंसा के विरुद्ध जीएसडीपी का 0.97 प्रतिशत और 1.33 प्रतिशत के बीच था। राज्य के द्वारा एनएचएम के तहत उपलब्ध निधि का 33 से 49 प्रतिशत भी उपयोग नहीं कर सका। जेआरएचएमएस द्वारा प्रदान की गई सूचना और वित्तीय वर्ष 2020-21 के लिए जेआरएचएमएस के प्राप्ति एवं भुगतान लेखे के बीच 31 मार्च 2021 को अंत शेष में ₹ 553.17 करोड़ की विसंगति थी।

अनुशंसा: राज्य सरकार एनएचपी, 2017 के अनुसार, स्वास्थ्य व्यय बढ़ा सकती है और विभिन्न लेखा पुस्तकों में अंतर का मिलान सुनिश्चित कर सकती है।

7. केन्द्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन

सार्वजनिक स्वास्थ्य राज्य का विषय होने के कारण, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा प्रणाली को सुदृढ़ करने की प्राथमिक जिम्मेदारी राज्य सरकारों की है। हालाँकि, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने और सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौतियों का प्रबंधन करने के लिए समय-समय पर राज्यों को तकनीकी और वित्तीय सहायता प्रदान करता है।

स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्र

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में "स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्र (एचडब्लुसी)" की स्थापना के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं को सुदृढ़ करने की अनुशंसा की गई है यथा मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं से परे सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करने, जैसे, गैर-संचारी रोगों की देखभाल, उपशामक और पुनर्वास देखभाल, ओरल, नेत्र और ईएनटी देखभाल, मानसिक स्वास्थ्य और आपात एवं आघात स्थिति के लिए प्रथम स्तर की देखभाल और नैदानिक सेवाएँ प्रदान करना।

मार्च 2022 तक 2,891 एचडब्लुसी की स्थापना के लक्ष्य के विरुद्ध, केवल 1,755 (61 प्रतिशत) एचडब्लुसी को परिचलित किया जा सका। इसमें नमूना-जाँचित जिलों में 1,135 एचडब्लुसी के लक्ष्य के विरुद्ध 499 एचडब्लुसी (44 प्रतिशत) शामिल थे।

राष्ट्रीय आयुष मिशन

राष्ट्रीय आयुष मिशन (एनएएम) का उद्देश्य, किफायती आयुष सेवाओं और आयुष शैक्षणिक प्रणालियों को सुदृढ़ करने के माध्यम से, आयुष चिकित्सा प्रणालियों को बढ़ावा देना है।

झारखण्ड राज्य आयुष सोसायटी (एस.ए.एस.) की कार्यकारी निकाय, जो राज्य वार्षिक कार्य योजनाओं (एस.ए.ए.पी.) की तैयारी, अनुमोदित एसएपी के निष्पादन, कार्यान्वयन एजेंसियों को निधि विमुक्त करने और एसएपी की अनुश्रवण और मूल्यांकन के लिए जिम्मेदार है, की 2016-22 के दौरान केवल दो बार बैठक हुई। नमूना-जाँचित छः जिलों में जिला आयुष सोसायटी (डी.ए.एस) पंजीकृत नहीं किया गया था और इसलिए, जिला संयुक्त आयुष अधिकारी को आवंटित निधि अप्रयुक्त रह गई और उसे विभाग को वापस करना पड़ा। वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान ₹ 57.60 करोड़ के उपलब्ध निधि के विरुद्ध केवल ₹ 1.44 करोड़ (तीन प्रतिशत) आयुष निधि का उपयोग किया जा सका।

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई)

भारत सरकार ने 2006 में प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई) शुरू की। सुपर स्पेशियलिटी विभाग खोल कर और पीजी सीटें जोड़कर चिकित्सा महाविद्यालयों का उन्नयन, योजना के उद्देश्यों में से एक था।

भारत सरकार ने 16 अतिरिक्त पीजी सीटों के सृजन के लिए पीएमएसएसवाई के तहत एसएनएमएमसीएच, धनबाद के सुपर स्पेशलिटी विभागों के उन्नयन के लिए मंजूरी (जनवरी 2014) सूचित किया। हालाँकि भवन ₹ 78.92 करोड़ की लागत से पूरी हो गई थी, लेकिन मल प्रवाह पद्धति और अपशिष्ट उपचार संयंत्रों का निर्माण अभी बाकी था। ऐसे में, आवश्यक मानव बल की नियुक्ति नहीं होने के साथ ही निर्माण कार्य में देरी के कारण 16 अतिरिक्त पीजी सीटों के साथ सुपर स्पेशलिटी विभाग शुरू नहीं किया जा सका।

एसएनएमएमसीएच, धनबाद में सुपर स्पेशलिटी विभागों के लिए पीएमएसएसवाई (चरण-III) के तहत खरीदे गए चिकित्सा उपकरणों की 58 सामग्री सीलबंद बक्सों में बेकार पड़ी थी (अगस्त 2022 तक)।

अनुशंसा: राज्य सरकार लक्ष्य के अनुरूप स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्रों की स्थापना, राष्ट्रीय आयुष मिशन का उचित क्रियान्वयन और पीएमएसएसवाई योजना के तहत एसएनएमएमसीएच, धनबाद में स्नातकोत्तर सीटों का सृजन सुनिश्चित कर सकती है।

8. विनियामक तंत्र की पर्याप्तता और प्रभावशीलता

विनियमों का अनुपालन स्वास्थ्य देखभाल का मानकीकरण और पर्यवेक्षण करने हेतु आवश्यक है, जो कि यह सुनिश्चित करता है कि स्वास्थ्य सुविधा केंद्र सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों का अनुपालन करती हैं और वे स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में सभी रोगियों और आगंतुकों को सुरक्षित देखभाल प्रदान करती हैं। राज्य सरकार ने क्लिनिकल स्थापना अधिनियम, 2010 के तहत क्लिनिकल स्थापना के लिए झारखण्ड राज्य परिषद (जेएससी) का गठन (फरवरी 2012) किया।

जेएससी लगभग अक्रियाशील था क्योंकि अगस्त 2022 तक 52 स्वीकृत पदों के विरुद्ध केवल एक राज्य समन्वयक तैनात किया गया था। समय पर डीआरए का गठन न होने और नियमित बैठकें आयोजित करने में उनकी विफलता के कारण जिलों में निजी/सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की उचित अनुश्रवण की कमी हुई, जो आवश्यक प्राधिकार प्राप्त किए बिना चल रही थीं।

डीआरए राज्य में सभी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों को केवल एक वर्ष की अवधि के लिए अस्थायी पंजीकरण, मूल या नवीनीकरण दे रहे थे, जो कि नियमों के विरुद्ध था। विभागीय अधिकारियों ने 10 जिलों के 63 निजी अस्पतालों के निरीक्षण (अप्रैल 2019 से जनवरी 2021) के दौरान पाया कि 24 निजी अस्पताल झोलाछाप/अयोग्य डॉक्टरों, नर्सों और पैरामेडिक्स के साथ चल रहे थे; 31 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन प्रणाली के बिना परिचलित थे; सात के पास रेडियोलॉजी सेवाओं के लिए परमाणु ऊर्जा विनियमन बोर्ड (ईआईआरबी) की अनुज्ञप्ति धारण नहीं करते थे; 22 में गैर/अपर्याप्त अग्निशमन प्रणाली थी और 28 के पास आवश्यक पंजीकरण नहीं था। इसके अलावा, गुमला जिले में चिकित्सा लापरवाही से संबंधित नौ शिकायतों में

से पाँच का निपटारा 380 से 1,521 दिनों में किया गया, यानि 15 दिनों की निर्धारित अवधि से कहीं अधिक।

नमूना-जाँचित किसी भी डीएच/सीएचसी/पीएचसी द्वारा एसपीसीबी से जैव चिकित्सा अपशिष्ट के हथालन के लिए प्राधिकार प्राप्त नहीं किया गया था। राज्य औषधि नियंत्रक कार्यालय में शीर्ष स्तर के पद रिक्त थे। नमूना-जाँचित छः जिलों में से तीन में कोई औषधि निरीक्षक नहीं थे। नमूना-जाँचित चार जिलों में औषधि निरीक्षकों द्वारा फर्मा के निरीक्षण में 26 से 53 प्रतिशत की कमी थी। औषधि निरीक्षकों ने परीक्षण-जांच किये गये जिलों में आवश्यक 2,880 नमूनों के विरुद्ध केवल 439 नमूने (15 प्रतिशत) एकत्र किये। यह भी देखा गया कि नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में चार ब्लड बैंक बिना वैध अनुज्ञप्ति के चल रहे थे।

अनुशंसा: राज्य सरकार स्वास्थ्य सुविधाओं में सभी नियमों जैसे जैव-चिकित्सा अपशिष्ट नियमावली, परमाणु ऊर्जा विनियमन अनुज्ञप्ति, अग्निशमन सुरक्षा मानदंड, क्लिनिकल स्थापना अधिनियम, 2010 आदि का अनुपालन सुनिश्चित कर सकती है और इसका कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जा सकता है।

9. सतत् विकास लक्ष्य-3

स्वास्थ्य क्षेत्र से संबंधित सतत् विकास लक्ष्य (एसडीजी) 3 का उद्देश्य स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना और सभी उम्र के लोगों में कल्याण को बढ़ावा देना है। इसका लक्ष्य सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन हासिल करना भी है, जिसमें वित्तीय जोखिम संरक्षण, गुणवत्तापूर्ण आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच और सुरक्षित, प्रभावी, गुणवत्ता और सस्ती आवश्यक दवाओं तक पहुंच शामिल है। एसडीजी-3 प्रगति का आकलन करने के लिए मापनीय लक्ष्य और संकेतक निर्धारित करता है। नौ में से आठ संकेतकों के मामले में झारखण्ड राष्ट्रीय औसत की तुलना में बेहतर स्थिति में था। इसका प्रदर्शन चिकित्सकों/नर्सों और दाइयों की कुल संख्या में असंतोषजनक पाया गया (राष्ट्रीय औसत 37 की तुलना में प्रति 10 हजार जनसंख्या पर केवल चार)।

राज्य, जिला और स्थानीय सरकार के स्तर पर अनुवर्ती कार्रवाई और समीक्षा के लिए यथा एसडीजी को लागू करने में हुई प्रगति, लक्ष्य और उनकी उपलब्धियाँ, हेतु अपना स्वयं का राज्य संकेतक रूपरेखा (एसआईएफ) और जिला संकेतक रूपरेखा (डीआईएफ) विकसित करना था। राज्य सरकार ने सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय (एमओएसपीआई), भारत सरकार द्वारा विकसित राष्ट्रीय संकेतक रूपरेखा (एनआईएफ) के अनुरूप एसडीजी-3 के लिए 32 संकेतकों के साथ एक राज्य संकेतक रूपरेखा (एसआईएफ) तैयार किया। हालाँकि, अक्टूबर 2022 तक जिला संकेतक रूपरेखा (डीआईएफ) तैयार नहीं किया गया था। वास्तविक समय अनुश्रवण के लिए आवश्यकतानुसार मुख्यमंत्री डैशबोर्ड भी विकसित नहीं किया गया था।

अनुशंसा: राज्य सरकार एसडीजी-3 को सतत् शैली से प्राप्त करने के लिए विभागों के बीच उचित समन्वय सुनिश्चित कर सकती है, जिला संकेतक रूपरेखा तैयार कर सकती है और मुख्यमंत्री डैशबोर्ड विकसित कर सकती है।