अध्याय

3 स्वास्थ्य सेवाएँ

परिचय

झारखण्ड में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को त्रि-स्तरीय प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्तर प्रणाली के रूप में विकसित किया गया है। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ, स्वास्थ्य उप-केंद्रों (एचएससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) के माध्यम से प्रदान की जाती हैं। जिला अस्पतालों (डीएच) से अपेक्षा की जाती है कि वे देखभाल की गुणवत्ता के स्वीकार्य मानक को प्राप्त करने और बनाए रखने के लिए समुदाय को माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल (विशेषज्ञ और रेफरल) सेवाएँ प्रदान करें। तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के रूप में चिकित्सा महाविद्यालयों और अस्पतालों (एमसीएच) दोनों उद्देश्यों को पूरा करते हैं जैसे कि स्नातक (यूजी) और स्नात्तकोत्तर (पीजी) संकाय के लिए चिकित्सा शिक्षा प्रदान करना तथा लोगों को विशेष स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ प्रदान करना।

आयुष आयुर्वेद, योग व प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा और होमियोपैथी का संक्षिप्त रूप है, जो भारत में प्रचलित चिकित्सा की छः प्रणालियाँ हैं।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) पूरे देश में समान मानकों का एक समूह है, जो प्राथमिक और माध्यमिक स्वास्थ्य सेवाओं जैसे एचएससी, पीएचसी, सीएचसी और जिला अस्पतालों के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए परिकल्पित है। इसके अलावा, एमसीआई/ एनएमसी चिकित्सा महाविद्यालयों और अस्पतालों के लिए दिशानिर्देश, विनियम तैयार करने और न्यूनतम मानक निर्धारित करने के लिए जिम्मेदार है।

नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों (डीएच), 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सी.एच.सी.) एवं 12[16] प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी), 3 एमसीएच, 2 आयुष महाविद्यालयों और छः जिला संयुक्त आयुष औषधालय द्वारा सेवाओं के प्रदान करने के संबंध में लेखापरीक्षा के परिणामों की चर्चा आगामी कंडिकाओं में की गई है। इस अध्याय में आपात प्रबंधन की भी चर्चा की गई है।

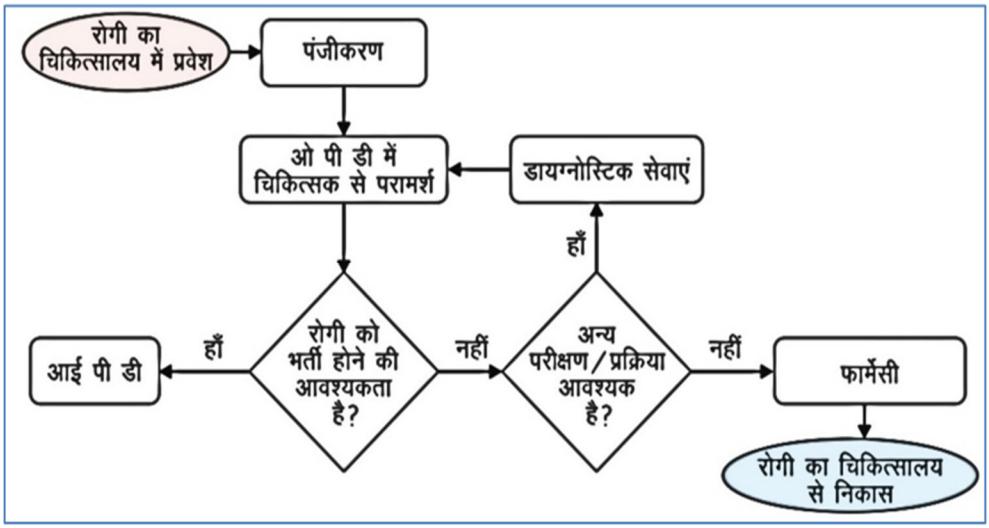
3.1 बाह्य रोगी सेवाएँ

बाह्य रोगी सेवाओं का लाभ उठाने के लिए रोगी पहले बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी) में पंजीकरण कराते हैं। पंजीकरण के बाद संबंधित चिकित्सक मरीजों की जाँच करते हैं

[16] चयनित 13 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से गुमला जिले में पीएचसी, बिलिंगबेड़ा क्रियाशील नहीं था|

और जरूरत के मुताबिक नैदानिक जाँच या दवाइयां की सलाह देते हैं। बाह्य रोगी सेवाओं के प्रवाह को **चार्ट 3.1** में दर्शाया गया है:

चार्ट 3.1 वाह्य रोगी सेवाओं का प्रवाह



बाह्य रोगी सेवाओं के संबंध में लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर अनुवर्ती कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

3.1.1 बाह्य रोगी विभाग में पंजीकरण सुविधा

अस्पताल में रोगी के संपर्क का पहला स्थान पंजीकरण काउंटर है। पंजीकरण अभिलेखों में जनसांख्यिकीय विवरण दर्ज किए जाते हैं और पंजीकरण की प्रक्रिया के दौरान प्रत्येक रोगी को विशिष्ट पहचान संख्या दी जाती है। गुणवत्ता आश्वासन के लिए एनएचएम आकलनकर्ता की मार्गदर्शिका यह निर्धारित करती है कि पंजीकरण के लिए लिया गया औसत समय 3-5 मिनट होगा और इस प्रकार, प्रति घंटा प्रति काउंटर 12-20 रोगी के पैमाने पर आवश्यक काउंटर की संख्या का आकलन किया जाएगा। इस प्रकार, प्रति दिन प्रत्येक 120 मरीज के लिए एक पंजीकरण काउंटर की आवश्यकता होगी।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में ओपीडी का समय छः घंटे था। वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित पाँच डीएच, 14 सीएचसी और नौ[17] पीएचसी में औसत दैनिक रोगी भार[18] प्रति क्रियाशील पंजीकरण काउंटर **तालिका 3.1** और **चार्ट 3.2 से 3.4** तक में दर्शाया गया है।

---

[17] पीएचसी चुटियारो में चिकित्सक नहीं; प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, जुरा ने अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया; और पीएचसी, कोंडरा सेवाएं प्रदान नहीं कर रहा था, क्योंकि इसके भवन पर 2013 से झारखण्ड सशस्त्र पुलिस का कब्जा था|

[18] वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान रोगियों की कुल संख्या/ वर्ष में कार्य दिवसों की संख्या (280 दिन) x वर्षों की संख्या (6 वर्ष) x क्रियाशील काउंटर की संख्या

तालिका 3.1: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में औसत दैनिक रोगी भार

अस्पताल	2016-17 से 2021-22 के दौरान वाह्य रोगियों की संख्या	औसत दैनिक रोगी भार	प्रति कार्यशील पंजीकरण काउंटर पर औसत दैनिक रोगी भार	रोगी भार के अनुसार आवश्यक पंजीकरण काउंटर की संख्या	कार्यशील पंजीकरण काउंटर की संख्या	पंजीकरण काउंटर की कमी
जिला अस्पताल (05)						
दुमका[19]	4,70,663	280	140	3	2	1
गढ़वा	5,43,522	318	162	3	2	1
गुमला	8,86,553	528	264	5	2	3
सरायकेला-खरसावां	2,93,742	159	175	2	1	1
सिमडेगा	3,38,091	201	201	2	1	1
उप-योग	25,32,571	--	--	15	8	7
सीमा	--	159-528	140-264	--	--	--
सी एच सी (14)						
गोविंदपुर	1,28,297	76	76	1	1	0
झरिया	1,34,695	80	80	1	1	0
शिकारीपाडा	1,07,107	64	64	1	1	0
जरमुंडी	1,07,143	64	64	1	1	0
सरैयाहाट	1,54,964	92	92	1	1	0
भवनाथपुर	1,32,504	79	79	1	0	1
मझिआंव	1,47,298	88	88	1	1	0
भरनो	1,87,831	112	112	1	1	0
पालकोट	2,07,758	124	124	2	1	1
रायडीह	2,34,239	139	139	2	1	1
चांडिल	1,22,776	73	73	1	0	1
नीमडीह	1,37,700	82	82	1	1	0
बोल्बा[20]	26,392	16	16	1	1	0
जलडेगा[21]	52,598	31	31	1	1	0
उप-योग	18,81,302	--	--	16	12	4
सीमा	--	16-139	16-139	--	--	--
पी एच सी (9)						
भागा	14,704	9	9	1	0	1
मलूटी	26,785	16	16	1	0	1
रायकिनारी	16,041	10	10	1	0	1
दिघे	18,805	11	11	1	1	0
कांदी	59,057	35	35	1	0	1
अरंगी	8,298	5	5	1	0	1
चाउलीबासा	59,085	35	35	1	0	1
हंटर पाथरडीह	19,629	12	12	1	0	1
बांसजोर	11,977	7	7	1	1	0
उप-योग	**2,34,381**	**--**	**--**	**9**	**2**	**7**
सीमा	**--**	**5-35**	**5-35**	**--**	**--**	**--**

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सी.एच.सी./पी.एच.सी)

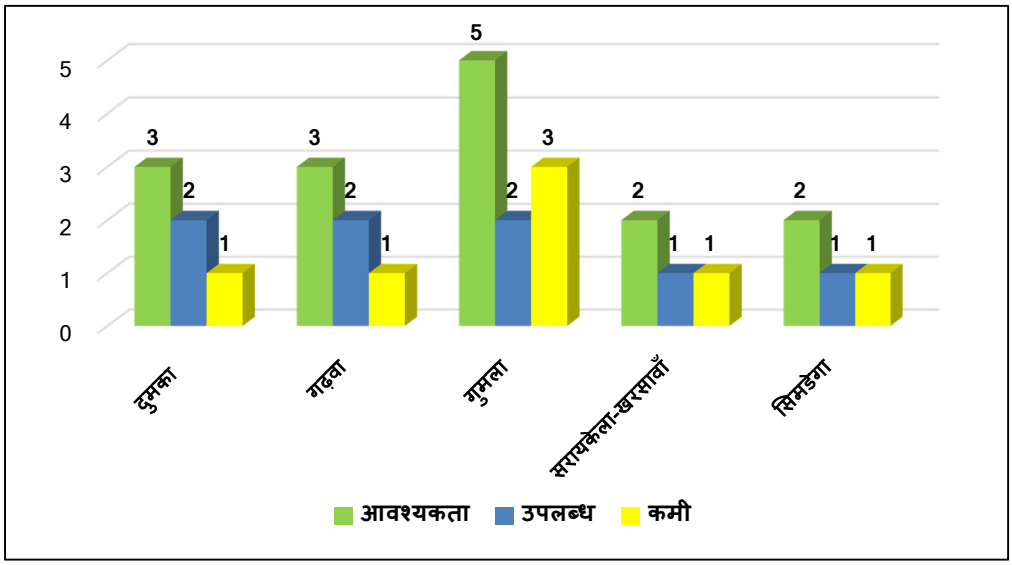
<u>रंग कोड :</u> लाल= घटिया (कमी>50%), पीला= संतोषजनक (कमी ≤50%), हरा= अच्छा (कमी= 0%)

[19] डीएच, दुमका के विरुद्ध 2016 से 2021 तक कैलेंडर वर्ष के लिए उपलब्ध रोगी की संख्या

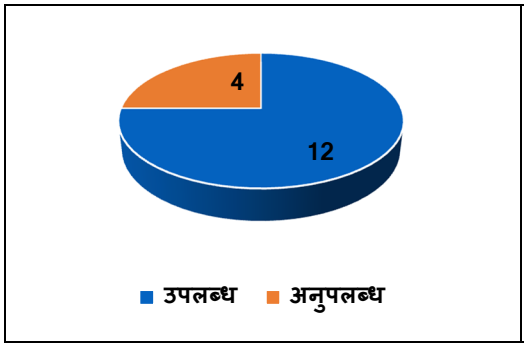
[20] कलेंडर वर्ष 2016 से 2021 में उपलब्ध रोगियों की संख्या

[21] कलेंडर वर्ष 2016 से 2021 में उपलब्ध रोगियों की संख्या

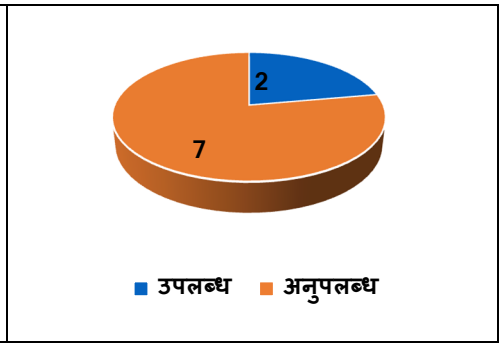
चार्ट 3.2: मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में पंजीकरण काउंटरों की उपलब्धता



चार्ट 3.3: नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में पंजीकरण काउंटर की उपलब्धता



चार्ट 3.4: नमूना-जाँचित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पंजीकरण काउंटर की उपलब्धता



तालिका 3.1 और **चार्ट 3.2** से **3.4** तक से यह देखा जा सकता है कि:

- नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में 2016-17 से 2021-22 के दौरान प्रति पंजीकरण काउंटर औसत दैनिक रोगी भार 140 और 264 के बीच था और इसलिए इन जिला अस्पतालों में एक से तीन काउंटरों की कमी थी।
- दो सीएचसी व सात पीएचसी में पंजीकरण काउंटर नहीं थे। पंजीकरण काउंटर के अभाव में सेवारत चिकित्सक या एएनएम बाह्य रोगियों का जनसांख्यिकीय विवरण ओपीडी रजिस्टर में दर्ज कर रहे थे।

इस प्रकार, पंजीकरण काउंटरों की कमी के कारण, पंजीकरण के लिए लिया गया औसत समय निर्धारित अधिकतम पाँच मिनट के बजाय एक घंटे तक लग गया, जैसा कि नमूना जाँचित जिला अस्पतालों के 65 ओपीडी रोगियों में से 35 में और सीएचसी के 112 ओपीडी रोगियों में से 39 लाभुकों के सर्वेक्षण में देखा गया था।

3.1.2 वाह्य रोगी सेवा की उपलब्धता

आईपीएचएस के अनुसार, एक जिला अस्पताल से अपेक्षा की जाती है कि वह दो समूहों में अर्थात् आवश्यक और वांछनीय सेवाओं[22] में ओपीडी सेवाएँ प्रदान करे। आवश्यक सेवाओं में, अन्य सेवाओं के अलावा स्त्री रोग, शिशु रोग, मनोरोग, कान-नाक-गला (ईएनटी), दंत चिकित्सा, सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, नेत्र सेवाएँ और हड्डी रोग सेवाएँ शामिल हैं। आगे, आईपीएचएस में परिकल्पना की गई है कि सीएचसी में सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, प्रसूति एवं स्त्री रोग, शिशु चिकित्सा और दंत चिकित्सा सेवाओं की ओपीडी सेवाएँ होनी चाहिए। पीएचसी के माध्यम से सुधारात्मक, निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जानी है।

राज्य के जिला अस्पतालों में 10 ओपीडी सेवाओं[23] की उपलब्धता का लेखापरीक्षा विश्लेषण में पाया गया कि 23 जिला अस्पतालों में से छः में 10 ओपीडी सेवाएँ, चार अस्पतालों में नौ सेवाएँ, पाँच जिला अस्पतालों में आठ सेवाएँ, एक जिला अस्पताल में छः सेवाएँ, चार जिला अस्पतालों में चार सेवाएँ, एक जिला अस्पताल में पाँच, एक जिला अस्पताल में तीन और एक जिला अस्पताल में दो सेवाएँ उपलब्ध थीं (***परिशिष्ट 3.1)***। इस प्रकार, 23 जिला अस्पतालों में से 17 में सभी आवश्यक ओपीडी सेवाएँ नहीं थीं।

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मार्च 2022 तक ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता **तालिका 3.2** में दर्शायी गयी है।

तालिका 3.2: वाह्य रोगी सेवाओं के उपलब्धता की स्थिति

जिला अस्पताल में वाह्य रोगी सेवाओं के उपलब्धता						
जिला अस्पताल	**सामान्य सर्जरी**	**नेत्र विज्ञान**	**हड्डी रोग**	**शिशु रोग**	**मनोरोग**	**ई.एन.टी**
दुमका	हां	हां	हां	हां	हां	हां
गढ़वा	हां	हां	हां	हां	नहीं	हां
गुमला	हां	हां	हां	हां	हां	नहीं
सरायकेला-खरसावां	नहीं	हां	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
सिमडेगा	नहीं	नहीं	नहीं	हां	नहीं	नहीं
सी एच सी में वाह्य रोगी सेवाओं के उपलब्धता की स्थिति						
जिला	सी एच सी का नाम	सामान्य सर्जरी	स्त्री रोग	शिशु रोग	दन्त चिकित्सा	नेत्र
गढ़वा	भवनाथपुर	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हां
	मझिआंव	नहीं	नहीं	हां	नहीं	हां

[22] डर्मेटोलॉजी और वेनेरोलॉजी (त्वचा और वीडी), रेडियोथेरेपी, एलर्जी, नशामुक्ति केंद्र, शारीरिक चिकित्सा और पुनर्वास सेवाएं, तंबाकू समाप्ति सेवाएं, डायलिसिस सेवाएं और पोस्ट-पार्टम यूनिट के साथ पोस्ट नेटल और सभी परिवार नियोजन सेवाएँ।

[23] स्त्री रोग, शिशु चिकित्सा, मनोचिकित्सा, कान-नाक-गला (ईएनटी), दंत चिकित्सा, सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, नेत्र विज्ञान, हड्डी रोग और त्वचा विज्ञान

जिला अस्पताल में वाह्य रोगी सेवाओं के उपलब्धता						
जिला अस्पताल	**सामान्य सर्जरी**	**नेत्र विज्ञान**	**हड्डी रोग**	**शिशु रोग**	**मनोरोग**	**ई.एन.टी**
गुमला	भरनो	नहीं	हां	नहीं	हां	नहीं
	पालकोट	नहीं	हां	नहीं	नहीं	नहीं
	रायडीह	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
सरायकेला-खरसावां	चांडिल	नहीं	नहीं	नहीं	हां	नहीं
	नीमडीह	नहीं	नहीं	नहीं	हां	हां
सिमडेगा	बोलबा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
	जलडेगा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
दुमका	शिकारीपाडा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
	जरमुंडी	नहीं	हां	नहीं	नहीं	नहीं
	सरैयाहाट	हां	नहीं	नहीं	हां	नहीं
धनबाद	गोविंदपुर	नहीं	हां	नहीं	हां	हां
	झरिया	नहीं	हां	नहीं	हां	नहीं

रंग कोडः लाल = अनुपलब्ध; हरा = उपलब्ध

तालिका 3.2 द्वारा यह देखा जा सकता है कि:

- नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से दो में सामान्य सर्जरी एवं हड्डी रोग सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं जबकि तीन जिला अस्पतालों में मनोचिकित्सा एवं ईएनटी सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं।
- नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 13 में सामान्य शल्य चिकित्सा एवं शिशु चिकित्सा सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं, जबकि आठ से 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्त्री रोग, दंत चिकित्सा एवं नेत्र सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं।
- चार नमूना-जाँचित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में सामान्य चिकित्सा सेवा भी उपलब्ध नहीं थी।

इस प्रकार, जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी में निर्धारित ओपीडी सेवाओं के अभाव के कारण रोगियों को या तो अन्य सरकारी अस्पतालों में भेजा जाता था या इन सेवाओं के लिए निजी अस्पतालों पर निर्भर रहना पड़ता था। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि चिकित्सकों और सहायक पदों के कमी के कारण ओपीडी और आईपीडी सेवाएँ बाधित हुई। आगे, यह भी कहा कि विभाग मानव संसाधन की कमी को दूर करने के लिए चिकित्सकों और सहायक पदों की भर्ती की प्रक्रिया शुरू कर दी है, तथा भर्ती के बाद सभी अस्पतालों में बाह्य रोगी सेवाओं में सुधार होगा।

3.1.3 ओपीडी में रोगी भार

स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में बाह्य रोगी सेवाएँ, दैनिक आधार पर, ओपीडी क्लीनिकों के माध्यम से प्रदान की गईं थी। नमूना-जाँचित जिला अस्पताल और सीएचसी में वितीय

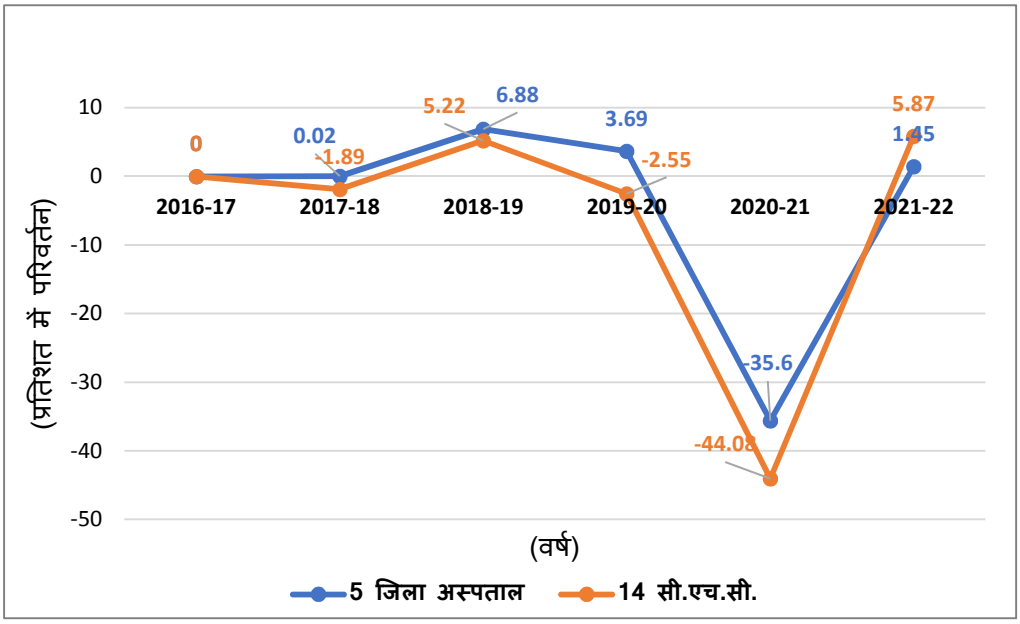
वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान ओपीडी में बाह्य रोगियों का प्रवाह (विवरण ***परिशिष्ट 3.2*** में) **तालिका 3.3** में संक्षेपित किया गया है।

तालिका 3.3: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी में बाह्य रोगियों की संख्या

वित्तीय वर्ष	नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों की संख्या	जिला अस्पतालों में वाह्य रोगियों की संख्या	वृद्धि (वर्ष दर वर्ष) (प्रतिशत)	नमूना जाँचित सीएचसी की संख्या	सीएचसी में वाह्य रोगियों की संख्या	वृद्धि (वर्ष दर वर्ष) (प्रतिशत)
2016-17	5	4,50,997	--	14	3,63,358	--
2017-18	5	4,51,066	0.02	14	3,56,503	-1.89
2018-19	5	4,82,092	6.88	14	3,75,100	5.22
2019-20	5	4,99,880	3.69	14	3,65,540	-2.55
2020-21	5	3,21,935	-35.60	14	2,04,403	-44.08
2021-22	5	3,26,601	1.45	14	2,16,398	5.87

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल एवं सीएचसी के अभिलेख)

चार्ट 3.5: वर्ष दर वर्ष नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में वाह्य रोगियों की संख्या में परिवर्तन



तालिका 3.3 एवं चार्ट 3.5 से देखा जा सकता है कि नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में बाह्य रोगियों की संख्या वितीय वर्ष 2016-17 में 4,50,997 से बढ़कर वितीय वर्ष 2019-20 में 4,99,880 हो गई, जो कि 48,883 (11 प्रतिशत) की वृद्धि को दर्शाता है। इसी प्रकार, उसी समय में नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में बाह्य रोगियों की संख्या में 2,182 (0.6 प्रतिशत) की वृद्धि हुई। वितीय वर्ष 2020-21 और 2021-22 के दौरान ओपीडी रोगियों में उल्लेखनीय कमी, कोविड 19 महामारी के कारण हुई थी।

हालांकि, ओपीडी में रोगियों की संख्या में वृद्धि के बावजूद, प्रत्येक ओपीडी को एक ही चिकित्सक द्वारा चलाया जा रहा था, जिससे मुख्य रूप से जिला अस्पतालों में प्रति चिकित्सक प्रति दिन रोगी भार में वृद्धि हुई। इसके कारण नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में प्रति मरीज परामर्श समय कम हुआ जिसकी चर्चा अगले कंडिका में की गई है। हालांकि, सीएचसी और पीएचसी में मरीजों का आना कम था। विभाग ने कोई जवाब नहीं दिया।

3.1.4 ओपीडी में रोगी परामर्श समय

राष्ट्रीय लोक वित्त एवं नीति संस्थान ने राय दी थी कि मरीजों के बीच संतुष्टि के स्तर को निर्धारित करने के लिए चिकित्सक के साथ बिताया गया परामर्श समय एक महत्त्वपूर्ण गुण है। लंबा परामर्श समय महत्त्वपूर्ण रूप से बेहतर पहचान और शारीरिक समस्याओं से निपटने और रोगी सशक्तिकरण से जुड़ा हुआ है। स्वास्थ्य कर्मियों के साथ कम समय का परामर्श, रोगी का परामर्श प्रक्रिया से असंतोष का एक सामान्य कारण होता है।

हालांकि, नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में प्रतिदिन छः घंटे ओपीडी का संचालन किया जा रहा था लेकिन विभाग ने ओपीडी में प्रत्येक रोगी के परामर्श का मानक समय निर्धारित नहीं किया गया था। चयनित महीनों[24] के अभिलेखों की लेखापरीक्षा संवीक्षा से प्रति चिकित्सक प्रति दिन अधिक रोगी भार का पता चला, विशेष रूप से सामान्य चिकित्सा ओपीडी में जो प्रति चिकित्सक प्रति दिन 78 और 491 रोगियों के बीच था। अधिक रोगी भार ने परामर्श समय पर प्रतिकूल प्रभाव डाला, जो प्रति रोगी एक से पाँच मिनट के बीच था। इसी तरह, स्त्री रोग ओपीडी में भी रोगी भार अधिक था जो कि 75 और 245 के बीच था जबकि परामर्श समय दो से पाँच मिनट के बीच था जैसा कि ***परिशिष्ट 3.3*** में विस्तारित है।

अधिक रोगी भार और कम परामर्श समय के बावजूद, संबंधित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों ने इन ओपीडी में एक से अधिक चिकित्सक की तैनाती करने के लिए कोई कारवाई नहीं की। लेखापरीक्षा अवलोकनों पर विभाग ने कोई जबाव नहीं दिया।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/ सीएचसी में प्रति चिकित्सक रोगी की संख्या में बड़ा अंतर था, जैसा कि **तालिका 3.4** में दर्शाया गया है।

[24] मई 2016, अगस्त 2017, नवंबर 2018, मई 2019, अगस्त 2020 और नवंबर 2021

तालिका 3.4: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/ सीएचसी में प्रति चिकित्सक औसत ओपीडी रोगी भार

अस्पताल का नाम	वर्ष						वाह्य रोगियों की कुल संख्या	प्रतिदिन ओपीडी चिकित्सकों की संख्या	प्रति चिकित्सक प्रति दिन[25] औसत रोगी भार
	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22			
जिला अस्पताल									
दुमका	92,823	89,804	93,576	1,02,240	51,949	40,271	4,70,664	9	31
गढ़वा	89,568	93,491	95,871	92,980	94,662	76,950	5,43,522	8	40
गुमला	1,50,693	1,47,867	1,71,591	1,85,522	1,10,577	1,20,303	8,86,553	8	66
सरायकेला-खरसावां	61,218	61,838	56,302	55,859	24,501	34,024	2,93,742	4	44
सिमडेगा	56,695	58,066	64,752	63,279	40,246	55,053	3,38,091	4	50
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र									
गोविंदपुर	11,504	24,385	30,427	35,134	11,980	14,867	1,28,297	3	25
झरिया	30,732	27,001	25,630	24,594	12,212	14,526	1,34,695	3	27
शिकरीपारा	18,801	23,142	24,509	21,106	10,356	9,193	1,07,107	1	64
जरमुंडी	20,314	15,768	16,401	22,570	16,319	15,771	1,07,143	1	64
सरैयाहाट	32,260	30,642	31,408	28,548	16,979	15,127	1,54,964	1	92
भवनाथपुर	34,274	22,600	21,979	22,730	13,000	17,921	1,32,504	2	39
मझिआंव	39,236	32,193	36,021	14,142	9,692	16,014	1,47,298	1	88
भरनो	35,930	36,690	33,757	33,266	27,968	20,220	1,87,831	3	37
पालकोट	35,727	34,870	39,544	42,138	29,277	26,202	2,07,758	2	62
रायडीह	36,897	43,068	43,635	49,351	31,844	29,444	2,34,239	1	139
चांडिल	24,199	22,426	26,370	24,155	7,935	17,691	1,22,776	1	73
नीमडीह	27,415	28,478	28,234	30,556	9,686	13,331	1,37,700	1	82
बोलबा	5,222	4,970	5,932	6,012	2,429	1,827	26,392	1	16
जलडेगा	10,847	10,270	11,253	11,238	4,726	4,264	52,598	1	31
कुल	**3,63,358**	**3,56,503**	**3,75,100**	**3,65,540**	**2,04,403**	**2,16,398**	**18,81,302**		

(स्रोत: एच.एम.आई.एस के आँकड़े)

जैसा कि **तालिका 3.4** से स्पष्ट है कि डीएच और सीएचसी में प्रति दिन प्रति चिकित्सक औसत रोगी भार क्रमशः 31 और 66 रोगियों तथा 16 और 139 रोगियों के बीच था। उच्च रोगी भार, जैसा कि ऊपर चर्चा की गई है और ***परिशिष्ट 3.3*** में दर्शाया गया है, परामर्श समय पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है।

3.1.5 ओपीडी में आधारभूत सुविधाओं की कमी

आईपीएचएस के मार्गदर्शिका के अनुसार, जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी को ओपीडी में मरीजों के लिए बैठने की व्यवस्था, पेयजल, स्वच्छ शौचालय और कार्यशील पंखा/ कूलर जैसी सुविधाएं प्रदान करनी चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल, 14 सीएचसी और 12 पीएचसी में ओपीडी क्षेत्रों में आधारभूत सुविधाओं का अभाव था, जैसा कि **तालिका 3.5** और **चार्ट 3.6** से **3.7** में दर्शाया गया है।

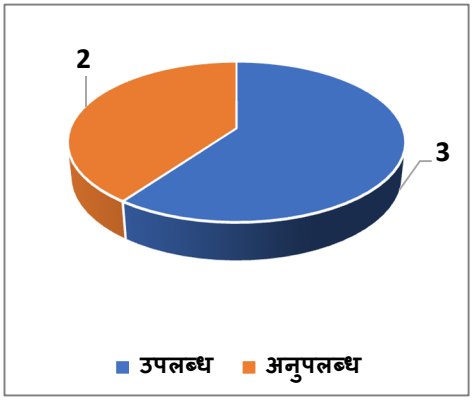
[25] 280 दिनों पर गणना की गयी (365 दिन में से 52 रविवार और 33 राज्य अवकाश घटाकर)

तालिका 3.5: जुलाई 2022 में ओपीडी परिसर में आधारभूत सुविधाओं की अनुपलब्धता

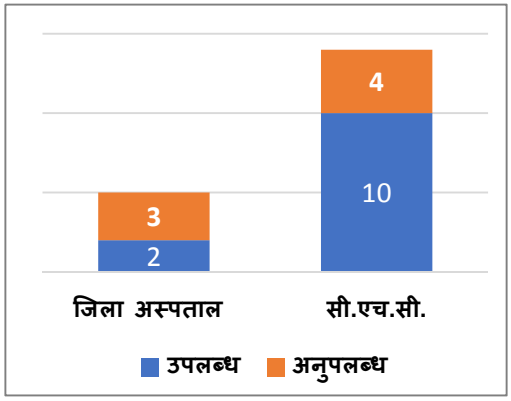
पंजीकरण/ ओपीडी क्षेत्र में मूलभूत सेवाओं की स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रवार उपलब्धता					
स्वास्थ्य सुविधा का प्रकार	**स्वास्थ्य सुविधा का नाम**	**जल शुद्धिकारक**	**पंखा**	**महिला शौचालय**	**पुरुष शौचालय**
जिला अस्पताल	गढ़वा	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
	गुमला	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
	सरायकेला-खरसावां	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	सिमडेगा	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	दुमका	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
सीएचसी	भवनाथपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	मझिआंव	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	भरनो	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	रायडीह	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	पालकोट	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	चांडिल	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं
	नीमडीह	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	बोलबा	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	जलडेगा	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
	जरमुंडी	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
	सरैयाहाट	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
	शिकारीपाडा	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ
	गोविंदपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
	झरिया	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
पीएचसी	अरंगी	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	कांदी	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ
	जूरा	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं
	कोंद्रा	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ
	चाउलीबासा	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
	हंटर पाथरडीह	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	बांसजोर	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	रायकिनारी	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	दिघे	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	मलूटी	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
	चुटियारो	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ
	भागा	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ
रंग कोड : लाल= अनुपलब्ध हरा= उपलब्ध					

(स्रोत: नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों का संयुक्त भौतिक सत्यापन)

चार्ट 3.6: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में पुरुष शौचालयों की उपलब्धता



चार्ट 3.7: नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में महिला शौचालयों की उपलब्धता



इस प्रकार, आईपीएचएस में परिकल्पित आधारभूत सुविधाएं ओपीडी रोगियों को प्रदान नहीं की जा सकी थी। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन पर कोई जवाब नहीं दिया।

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

3.2 अंत:रोगी सेवाएँ

सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए, पर्याप्त और उचित रूप से अनुरक्षित आंतरिक रोगी विभागों (आईपीडी) अत्यंत महत्त्वपूर्ण हैं। आईपीडी, अस्पताल के उन क्षेत्रों को संदर्भित करता है जहां ओपीडी, आपातकालीन सेवाओं और एम्बुलेंस सेवा से चिकित्सक/ विशेषज्ञ की सलाह के आधार पर भर्ती होने के बाद रोगियों को रखा जाता है। नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों, सीएचसी और पीएचसी में अंत:रोगी सेवाओं से संबंधित लेखापरीक्षा अवलोकनों को आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

3.2.1 अंत:रोगी (आइपीडी) सेवाओं की उपलब्धता

एनएचएम आकलनकर्ता की मार्गदर्शिका और आईपीएचएस मार्गदर्शिका के अनुसार एक जिला अस्पताल को आपातकालीन, बर्न, कान-नाक-गला, स्त्री रोग, सामान्य चिकित्सा, सामान्य सर्जरी, नेत्र विज्ञान, हड्डी रोग, शिशु रोग और मनोरोग से संबंधित विशेषज्ञ अंत:रोगी सेवाएँ प्रदान करनी चाहिए। इसके अलावा, आईपीएचएस सीएचसी में सामान्य चिकित्सा, सामान्य शल्य चिकित्सा, प्रसूति एवं स्त्री रोग और शिशु रोग विशेषज्ञ सेवाएँ प्रदान करने की परिकल्पना करता है। आईपीएचएस पीएचसी में सामान्य चिकित्सा और मातृत्व सेवाओं की उपलब्धता को भी अनिवार्य करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य में 23 जिला अस्पतालों में से केवल दो में 10 अंत:रोगी सेवाएँ उपलब्ध थीं। दो जिला अस्पतालों में नौ सेवाएँ, एक जिला अस्पताल में आठ सेवाएँ, पाँच जिला अस्पतालों में सात सेवाएँ, पाँच जिला अस्पतालों में छः सेवाएँ, एक जिला अस्पताल में पाँच सेवाएँ, दो जिला अस्पतालों में चार सेवाएँ, तीन जिला अस्पतालों में तीन सेवाएँ और दो जिला अस्पतालों में दो सेवाएँ उपलब्ध थी ***(परिशिष्ट 3.4)***।

मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में अंतःरोगी सेवाओं की उपलब्धता **तालिका 3.6** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.6: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में अंतःरोगी सेवाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल का नाम	आपातकाल	बर्न	ई.एम.टी	स्त्री रोग	सामान्य चिकित्सा	सामान्य सर्जरी	नेत्र विज्ञान	हड्डी रोग	मनोरोग चिकित्सा
दुमका	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
गढ़वा	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
गुमला	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
सरायकेला-खरसावां	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
सिमडेगा	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल के अभिलेख)

रंग कोड: लाल=अनुपलब्ध, हरा= उपलब्ध

- **तालिका 3.6** से यह देखा जा सकता है कि नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से किसी में बर्न सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। पाँच में से चार जिला अस्पतालों में ई.एन.टी और मनोरोग चिकित्सा सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। हड्डी रोग सेवाएँ, सामान्य शल्य चिकित्सा और नेत्र विज्ञान सेवाएँ, प्रत्येक, दो जिला अस्पतालों में उपलब्ध नहीं थीं।

- नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से किसी में भी शिशु रोग चिकित्सा सेवा उपलब्ध नहीं थीं। बारह सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (भरनो एवं जरमुंडी को छोड़कर) में सामान्य शल्य चिकित्सा सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं तथा नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से दो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (गोविंदपुर एवं चांडिल) में सामान्य चिकित्सा आईपीडी सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। दो सीएचसी (गोविंदपुर और चांडिल) में निर्धारित चार सेवाओं के विरुद्ध केवल प्रसूति एवं स्त्री रोग आईपीडी सेवाएँ थीं।

- नमूना-जाँचित 12 पीएचसी में से कोई भी सामान्य चिकित्सा अंतःरोगी सेवाएँ प्रदान नहीं कर रहा था, जबकि नमूना-जाँचित 12 पीएचसी में से केवल 10 पीएचसी[26] ही मातृत्व सेवाएँ प्रदान कर रहे थे। यह भी देखा गया कि शेष दो पीएचसी मातृत्व सेवाएँ प्रदान नहीं कर रहे थे चूंकि कोई चिकित्सक पदस्थापित नहीं था।

नमूना-जाँचित जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी में सभी निर्धारित अंतःरोगी सेवाएँ उपलब्ध नहीं होने के कारण, रोगी इन सेवाओं का लाभ उठाने के लिए अन्य उच्च सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों पर निर्भर थे, या निजी अस्पतालों में इलाज कराने के लिए मजबूर थे। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि चिकित्सक और सहायक पदों के कमी के कारण अंतःरोगी सेवाएँ बाधित हुई। आगे

[26] अरंगी, कांदी, मलूटी, दिघे,रायकिनारी, जूरा, कोंद्रा, चाउलीबासा,हंटर पाथरडीह और बांसजोर

यह भी कहा गया कि विभाग ने चिकित्सक और सहायक पदों की भर्ती की प्रक्रिया शुरू कर दी है।

अनुशंसा: राज्य सरकार गुणवत्तापूर्ण चिकित्सा सेवा पर जनता की पहुंच सुनिश्चित करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में विशेष अंतःरोगी सेवाओं की उपलब्धता को सक्रिय रूप से तालमेल बिठा सकती है।

3.2.2 शल्य कक्ष

शल्य कक्ष (ओटी) एक आवश्यक सेवा है जो रोगियों को प्रदान किया जाना है। शल्य कक्षों में आमतौर पर शल्य चिकित्सक, निश्चेतक, नर्स आदि की एक दल होती है, जो मरीजों का शल्य चिकित्सा या देखभाल करती है।

3.2.2.1 शल्य कक्ष (ओटी) की उपलब्धता

आईपीएचएस मार्गदर्शिका जिला अस्पताल के लिए वैकल्पिक प्रमुख सर्जरी, आपातकालीन सेवाओं और नेत्र विज्ञान/ईएनटी के लिए ओटी निर्धारित करते हैं। आईपीएचएस मार्गदर्शिका सीएचसी में ओटी की उपलब्धता भी निर्धारित करते है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी चार ओटी 23 जिला अस्पतालों में से केवल दो में उपलब्ध थे। सात जिला अस्पताल में तीन ओटी, छः जिला अस्पताल में दो ओटी और आठ जिला अस्पताल में एक ओटी उपलब्ध थे (***परिशिष्ट-3.5***)।

तालिका 3.7: जिला अस्पतालों में मार्च 2022 तक ओटी की उपलब्धता

जिला अस्पताल का नाम	शैय्या क्षमता	ओटी की उपलब्धता			
		वैकल्पिक प्रमुख सर्जरी	आकस्मिक सर्जरी	नेत्र विज्ञान	ई.एन.टी
दुमका	300	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
गढ़वा	100	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
गुमला	100	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
सरायकेला-खरसावां	100	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
सिमडेगा	100	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल)

रंग कोड: लाल=अनुपलब्ध, हरा= उपलब्ध

जैसा कि **तालिका 3.7** में देखा जा सकता है, वैकल्पिक प्रमुख शल्य चिकित्सा के लिए ओटी सभी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में उपलब्ध थे। हालांकि, चार जिला अस्पतालों में आपातकालीन शल्य चिकित्सा एवं ईएनटी, प्रत्येक, के लिए शल्य-कक्ष उपलब्ध नहीं थे और पाँच में से तीन जिला अस्पतालों में नेत्र विज्ञान के लिए शल्य-कक्ष उपलब्ध नहीं थे। आगे, सीएचसी, चांडिल को छोड़कर नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 13 में शल्य-कक्ष उपलब्ध थे।

लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि नमूना-जाँचित डीएच/सीएचसी में ओटी उपकरण और दवाओं की कमी क्रमशः 15 से 100 प्रतिशत और नौ से 74 प्रतिशत के बीच थी, जैसा कि **अध्याय 4** में चर्चा की गई है।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि निदेशक-प्रमुख (स्वास्थ्य सेवाएँ) को सुधारात्मक कार्रवाई करने का निर्देश दिया गया है।

3.2.2.2 शल्य-कक्ष प्रक्रियाओं का दस्तावेज़ीकरण

एनएचएम आकलनकर्ता की मार्गदर्शिका निर्धारित करती है कि प्रत्येक मामले के लिए शल्य-कक्ष के लिए एक सर्जिकल सुरक्षा चेकलिस्ट, प्री-सर्जरी मूल्यांकन अभिलेख और पोस्ट-ऑपरेटिव मूल्यांकन अभिलेख तैयार किया जाना चाहिए। छः नमूना-जाँचित महीनों के दौरान, पाँच नमूना-जाँचित डीएच में शल्य-कक्ष प्रक्रियाओं के दस्तावेज़ीकरण की स्थिति **तालिका 3.8** में दी गई है।

तालिका 3.8: शल्य-कक्ष प्रक्रियाओं का दस्तावेज़ीकरण

जिला अस्पताल का नाम	अभिलेखों का दस्तावेज़ीकरण (हाँ/नहीं)		
	सर्जिकल सुरक्षा चेकलिस्ट	प्री-सर्जरी मूल्यांकन अभिलेख	पोस्ट-ऑपरेटिव मूल्यांकन अभिलेख
दुमका	अनुरक्षित नहीं	अनुरक्षित नहीं	अनुरक्षित नहीं
गढ़वा	अनुरक्षित नहीं	अनुरक्षित नहीं	अनुरक्षित नहीं
गुमला	आंशिक अनुरक्षित	आंशिक अनुरक्षित	आंशिक अनुरक्षित
सरायकेला-खरसावां	अनुरक्षित	अनुरक्षित नहीं	अनुरक्षित नहीं
सिमडेगा	आंशिक अनुरक्षित	आंशिक अनुरक्षित	अनुरक्षित नहीं

रंग कोड: लाल= अनुरक्षित नहीं, पीला= आंशिक अनुरक्षित, हरा= अनुरक्षित

जैसा कि **तालिका 3.8** में दर्शाया गया है, केवल जिला अस्पताल, सरायकेला-खरसावां ने सर्जिकल सुरक्षा जाँच सूची संधारित की थी, जबकि जिला अस्पताल, गुमला ने सभी तीन दस्तावेजों को आंशिक रूप से संधारित किया था। इस प्रकार, नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल ने शल्य-कक्ष के लिए सर्जिकल सुरक्षा और सर्जरी से प्री/ पोस्ट-सर्जरी मूल्यांकन के संबंध में पूर्ण अभिलेख संधारित नहीं किये। इसलिए, यह सुनिश्चित नहीं किया जा सका कि नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में शल्य-कक्ष में सुरक्षा प्रक्रियाओं का पालन किया गया था या नहीं। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर नहीं दिया।

आगे, नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में चयनित सर्जरी प्रक्रियाओं की उपलब्धता **तालिका 3.9** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.9: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में मार्च 2022 तक सर्जिकल प्रक्रियाओं की उपलब्धता

क्रम संख्या	जिला अस्पताल का नाम	सर्जिकल प्रक्रियाओं की उपलब्धता											
		हर्निया	हाइड्रोसील	अपेंडीसाइटिस	हेमोरोइड्स	फिस्चुला	इनटेस्टैनल अवरोध	हेमोरेज	नेसल पैकिंग	ट्राकियोस्टोमी	फोरेन बॉडी रिमूवल	फ्रैक्चर रिडक्शन	पुटिंग स्पलिंट्स/ प्लास्टर कास्ट
1.	दुमका	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
2.	गढ़वा	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
3.	सिमडेगा	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ
4.	गुमला	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ
5.	सरायकेला-खरसावां	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं

रंग कोड: हरा = उपलब्ध, लाल = उपलब्ध नहीं।

तालिका 3.9 से देखा जा सकता है कि 12 चयनित सर्जिकल प्रक्रियाओं के मुकाबले नमूना-जाँचित डीएच में दो से लेकर नौ तक सर्जिकल प्रक्रियाएं उपलब्ध नहीं थीं। लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि नमूना-जाँचित डीएच में प्रति चिकित्सक प्रति वर्ष सर्जरी की औसत संख्या 179 से 530 रोगियों तक थी, जैसा कि **तालिका 3.10** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.10: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में प्रति सर्जन औसत सर्जरी

क्रम संख्या	जिला अस्पताल का नाम	2016-22 के दौरान शामिल सर्जनों की संख्या	2016-22 में की गई सर्जरी की कुल संख्या (छः वर्ष)	प्रति सर्जन प्रति वर्ष औसत सर्जरी (लगभग)
1.	दुमका	26	13,777	530
2.	गढ़वा	12	5,887	491
3.	गुमला	20	4,834	242
4.	सरायकेला-खरसावां	05	1,768	354
5.	सिमडेगा	12	2,150	179

(स्रोत: जिला अस्पताल द्वारा उपलब्ध कराये आंकड़े)

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि, यद्यपि नमूना-जाँचित 14 सीएचसी में से 13 में शल्य-कक्ष उपलब्ध थे, लेकिन उनका उपयोग सामान्य सर्जरी के लिए नहीं किया जा रहा था, क्योंकि सीएचसी के लिए शल्य चिकित्सक का कोई पद स्वीकृत नहीं किया गया था। आईपीएचएस मानदंड, पीएचसी में सर्जरी सेवाओं के प्रावधान को परिकल्पित नहीं करता है।

3.2.3 गहन देखभाल इकाइयों की उपलब्धता

आईपीएचएस 2012 के अनुसार, गंभीर रूप से बीमार रोगियों को अत्यधिक कुशल जीवन रक्षक चिकित्सा सहायता और नर्सिंग देखभाल प्रदान करने के लिए जिला अस्पताल में गहन देखभाल इकाई (आईसीयू) सुविधा आवश्यक है। लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य में 23 जिला अस्पताल में से 17[27] में आईसीयू उपलब्ध थे।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि:

- मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से केवल दो[28] में आईसीयू उपलब्ध थे। जिला अस्पताल, गढ़वा में एक और आईसीयू मई 2022 में चालू कर दिया गया था।
- डीआईसी, स्वास्थ्य सेवाओं की प्रतिवेदन के अनुसार, ₹ 35.56 लाख मूल्य के नौ प्रकार के आईसीयू उपकरणों के साथ जिला अस्पताल, सिमडेगा में पाँच बिस्तरों वाला आईसीयू स्थापित किया गया था (मार्च 2017)। चिकित्सकों और नर्सों को प्रशिक्षण भी दिया गया था (मार्च 2017)। हालांकि, संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान ऐसा कोई आईसीयू नहीं पाया गया (मई 2022) और उपकरण भंडार में बेकार पड़ी पाई गईं। उपाधीक्षक, जिला अस्पताल, सिमडेगा ने भी आईसीयू के न होने की पुष्टि की (जून 2022)।

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों के आईसीयू में उपकरण, दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की कमी भी देखी गई, जैसा कि **अध्याय 4** में चर्चा की गई है।

इस प्रकार, पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पताओं में से तीन में अक्रियाशील आईसीयू के कारण गंभीर रोगियों की निजी या अन्य उच्च सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों पर निर्भरता हो गई। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि निदेशक-प्रमुख (स्वास्थ्य सेवाएँ) को सुधारात्मक कार्रवाई करने का निर्देश दिया गया है।

3.2.4 आपातकालीन सेवाएँ

आईपीएचएस 2012 के अनुसार, मरीजों को चौबीसों घंटे (24 x 7) आपातकालीन सेवाएँ प्रदान करने के लिए प्रत्येक जिला अस्पताल में एक समर्पित आपातकालीन कक्ष उपलब्ध होना चाहिए। इसके अलावा, प्रत्येक सीएचसी से भी चौबीसों घंटे आपातकालीन सेवाएँ प्रदान करना अपेक्षित है। यद्धपि राज्य के सभी जिला अस्पतालों में आपातकालीन प्रभाग उपलब्ध थीं, कुछ कमियाँ नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में देखी गयी जैसा कि आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

---

[27] जिला अस्पताल-बोकारो, देवघर, दुमका, पूर्वी सिंहभूम, गढ़वा, गिरिडीह, गोड्डा, गुमला, हज़ारीबाग, कोडरमा, खूंटी, लातेहार, लोहरदगा, पाकुड़, पलामू, राँची और पश्चिमी सिंहभूम।

[28] दुमका और गुमला

3.2.4.1 आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता

आईपीएचएस के अनुसार, जिला अस्पतालों में दुर्घटना एवं ट्रॉमा वार्ड की उपलब्धता सुनिश्चित की जानी थी। चोटों के उचित प्रबंधन, प्राथमिक चिकित्सा, घावों की सिलाई, चीरा लगाने और फोड़े की निकासी और रेफरल से पहले रोगी की स्थिति को स्थिर करने के लिए आपातकालीन सेवाएँ प्रदान की जानी थीं। इसके अलावा, एस डी जी-3 के अनुसार, सड़क दुर्घटना मृत्यु दर को 2030 तक आधा किया जाना था।

राज्य सरकार ने राजमार्गों पर स्थित मौजूदा स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों[29] में 49 ट्रॉमा सेंटर (टीसी) की आवश्यकता का आकलन किया (दिसंबर 2020)। इनमें से 28 टीसी को मौजूदा स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में शुरू किया जाना था, आठ पहले से निर्मित भवनों[30] में और शेष 13 टीसी के लिए नए भवनों का निर्माण किया जाना था।

- जेएमएचआईडीपीसीएल ने नौ टीसी के लिए मशीन और उपकरण की खरीद के लिए कार्रवाई शुरू की (अगस्त 2021), जिसमें आठ टीसी शामिल हैं, जिनके लिए भवन उपलब्ध थे। हालांकि, आवश्यक कार्यबल की तैनाती नहीं होने के कारण इन टीसी का संचालन नहीं किया जा सका। आगे यह भी देखा गया कि ज्यादातर मामलों में कार्यबल की तैनाती के प्रस्ताव मई 2022 में ही शुरू किए गए थे।
- लेखापरीक्षा ने आगे देखा कि नमूना-जाँचित दो एमसीएच[31], पाँच जिला अस्पतालों[32] और चार सीएचसी[33] में 11 टीसी स्थापित किए जाने थे। हालांकि, अगस्त 2022 तक किसी भी नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में से किसी में भी टीसी चालू नहीं था।
- भारत सरकार ने 11वीं पंचवर्षीय योजना में नेशनल प्रोग्राम फॉर प्रिवेंशन एंड मैनेजमेंट ऑफ ट्रॉमा एंड बर्न इंजरीज़ (एनपीपीएमटीबीआई) के तहत पीएमसीएच, धनबाद में एक टीसी स्वीकृत की थी। भारत सरकार ने ₹ 6.16 करोड़ के कुल प्रावधान के विरूद्ध पीएमसीएच, धनबाद को ₹ 80 लाख विमुक्त किया था (मार्च 2012)। राज्य सरकार ने टीसी के लिए चिकित्सकों, पैरामेडिक्स, नर्सों और अन्य कर्मचारियों के 101 पद[34] भी स्वीकृत (सितंबर 2016) किए थे। हालाँकि, भारत सरकार ने शेष निधि विमुक्त नहीं की, क्योंकि पीएमसीएच, धनबाद, विमुक्त की गई धनराशि का उपयोग नहीं कर सका। यह देखा गया कि निधियों का उपयोग नहीं किया जा सका क्योंकि प्राक्कलन स्वीकृत नहीं किए गए थे और प्रशासनिक

---

29 चिकित्सा महाविद्यालय और अस्पताल, जिला अस्पताल, एसडीएच, सीएचसी और पीएचसी

30 रिम्स, रांची; नगरउंटारी; एसबीएमसीएच हजारीबाग; बरही, कुडू, रामगढ़, घाटशिला और बहरागोड़ा

31 एसएनएमएमसीएच, धनबाद और रिम्स, रांची

32 जिला अस्पताल: दुमका, गढ़वा, गुमला, सरायकेला-खरसाँवा और सिमडेगा

33 सीएचसी: चांडिल(सरायकेला-खरसाँवा); रायडीह(गुमला), जरमुंडी(दुमका); शिकारीपाड़ा(दुमका)

34 जनरल सर्जन: 3; आर्थोपेडिक्स: 3; निश्चेतक: 3; चिकित्सा अधिकारी: 8; नर्स ए ग्रेड: 40; नर्सिंग सहायक: 16; ओटी सहायक: 5; लैब तकनीशियन: 2; एक्स-रे तकनीशियन: 4; क्लर्क: 2 और सफाई कर्मचारी: 15

स्वीकृति प्राप्त नहीं हुई थी। इस प्रकार, परिकल्पित टीसी को मार्च 2022 तक पीएमसीएच, धनबाद में क्रियाशील नहीं किया गया था।

- लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों द्वारा अपने आपातकालीन प्रभागों में ट्रॉमा रोगियों को प्राथमिक आपातकालीन सेवाएँ प्रदान किये जा रहे थे, या रोगियों को प्राथमिक उपचार प्रदान करने के बाद निकटतम उच्च सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को संदर्भित कर रहे थे।
- लेखापरीक्षा ने आगे देखा कि मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से तीन[35] में आपातकालीन सेवाएँ प्रदान नहीं की जा रही थीं।

इस प्रकार, जिला अस्पताल में दुर्घटना और ट्रॉमा वार्ड/ केंद्रों की अनुपलब्धता के कारण, आपातकालीन सेवाएँ केवल प्राथमिक सेवा तक ही सीमित थीं, और रोगियों को विशेष सेवा प्रदान नहीं की जा रही थी। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि 24 ट्रॉमा केंद्रों के लिए उपकरणों की खरीद के लिए निविदा आमंत्रित की गई थी और उन्हें जल्द ही क्रियाशील किया जाएगा।

3.2.4.2 रोगियों का ट्राइएजिंग और औसत टर्न-अराउंड समय

एनएचएम आकलनकर्ता मार्गदर्शिका में आपातकालीन वार्ड में भर्ती होने वाले रोगियों की ट्राइएजिंग[36] के लिए मानक उपचार प्रोटोकॉल निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-2022 के दौरान नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल में से किसी में ट्राइएजिंग के अभिलेख का संधारण नहीं किया जा रहा था। ट्राइएजिंग और अन्य संबंधित उपचार अभिलेखों के अभाव में लेखापरीक्षा आपातकालीन वार्ड में भर्ती रोगियों के औसत टर्न-अराउंड समय का पता नहीं लगा सका।

इस प्रकार, मरीजों की गंभीरता और टर्न-अराउंड समय के आधार पर उनके वर्गीकरण के अनुसार सेवाएँ प्रदान करने के संदर्भ में आपातकालीन सेवाओं की प्रभावशीलता का आश्वासन नहीं दिया जा सका। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब नहीं दिया।

3.2.5 बर्न वार्ड

आईपीएचएस 2012 के अनुसार, जिला अस्पताल में बर्न प्रबंधन और पुनर्वास के लिए बर्न वार्ड की उपलब्धता सुनिश्चित की जानी थी। राज्य के 23 जिला अस्पतालों में से पाँच[37] में बर्न वार्ड उपलब्ध था।

---

35 सीएचसी, जरमुंडी; सीएचसी, बोलबा और सीएचसी जलडेगा

36 'ट्राएजिंग' रोगियों की स्थिति की गंभीरता या ठीक होने की संभावना के अनुसार उनके उपचार के लिए प्राथमिकता निर्धारित करने की प्रक्रिया है

37 देवघर, गिरिडीह, गोड्डा, पलामू और साहेबगंज

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित पाँच में से चार जिला अस्पतालों[38] के बर्न यूनिट के लिये निर्मित भवनों (सितम्बर 2015 से जनवरी 2017 के मध्य) को संबंधित सिविल सर्जनों को सौंप दिया गया था (मार्च 2016 से मई 2017)। हालांकि, इन जिला अस्पतालों में बर्न यूनिट के लिए बनाए गए भवनों का उपयोग निर्दिष्ट उद्देश्य के लिए नहीं किया जा रहा था। इसके बजाय, इन भवनों का उपयोग टीबी केंद्र, वेक्टर जनित रोग केंद्र, डायलिसिस केंद्र और शिशु चिकित्सा आईसीयू के रूप में किया गया था। नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में बर्न यूनिट को चालू नहीं किया जा सका था इसलिए जले हुए मरीजों को नजदीकी सरकारी उच्च स्वास्थ्य केन्द्र में संदर्भित किया जा रहा था अथवा निजी अस्पतालों में इलाज कराना पड़ रहा था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब नहीं दिया।

3.2.6 नेत्र संबंधी सेवाएँ

आईपीएचएस 2012 के अनुसार, नेत्र विज्ञान सेवा जिला अस्पताल में प्रदान की जाने वाली आवश्यक सेवाओं में से एक है। आगे, सीएचसी से भी अपेक्षा की जाती है कि वे दृष्टि दोष का शीघ्र पता लगाने के लिए दृष्टि परीक्षण और अपवर्तन जैसी नेत्र सेवाएँ प्रदान करें।

लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया:

• नेत्र विज्ञान नैदानिक सेवाओं/ परीक्षणों की उपलब्धता

आईपीएचएस, सीएचसी में दृष्टि दोष का शीघ्र पता लगाने के लिए, जिला अस्पतालों में तीन प्रकार की नेत्र रोग निदान सेवाओं/परीक्षणों[39] की उपलब्धता और दृष्टि परीक्षण और अपवर्तन निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सभी तीन निर्धारित नेत्र रोग निदान सेवाएँ तीन जिला अस्पतालों (दुमका, सरायकेला-खरसावां और सिमडेगा) में उपलब्ध थीं। जिला अस्पताल, गुमला में उपकरण के अभाव में रेटिनोस्कोपी जाँच उपलब्ध नहीं थी। आगे, हालांकि जिला अस्पताल, गढ़वा में अपेक्षित उपकरण और एक नेत्र सहायक होने के बावजूद नेत्र विज्ञान सेवाएँ प्रदान नहीं की जा रही थीं जिसका कारण अभिलेखों में उपलब्ध नहीं था।

तीन प्रकार की नेत्र जाँच सेवाओं में से एक प्रकार की (स्नेलेन चार्ट का उपयोग कर अपवर्तन) सेवा आठ[40] सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध करायी जा रही थी और दूसरी प्रकार की (ओपथाल्मोस्कोपी) नमूना-जाँचित 14 में से केवल एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (रायडीह) में उपलब्ध करायी जा रही थी। मार्च 2022 तक, नमूना-जाँचित किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में रेटिनोस्कोपी उपलब्ध नहीं कराई जा रही थी।

---

38 जिला अस्पताल सरायकेला खरसाँवा को छोड़कर

39 स्नेलेन चार्ट का उपयोग करके अपवर्तन, रेटिनोस्कोपी और ओफ्थाल्मोस्कोपी

40 भवनाथपुर, बोलबा, चांडिल, जलडेगा, झरिया, मंझियांव, नीमडीह और रायडीह

लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि नमूना-जाँचित किसी भी डीएच में नेत्र विज्ञान के लिए सभी उपकरण नहीं थे और कमी 13 से 50 प्रतिशत के बीच थी, जैसा कि **अध्याय 4** में चर्चा की गई है। इसके अलावा, नमूना-जाँचित डीएच/ सी.एच.सी. में आवश्यक मानव बल की कमी भी देखी गई थी जैसा कि **अध्याय 2** में चर्चा की गई है।

विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.2.7 आहार सेवाएँ

आईपीएचएस जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी में सभी आईपीडी रोगियों को पौष्टिक और संतुलित आहार प्रदान करने की परिकल्पना करता है। आहार की गुणवत्ता और मात्रा की भी नियमित रूप से जाँच की जानी चाहिए। आईपीएचएस अनिवार्य रूप से जिला अस्पताल में एक आहार विशेषज्ञ की भी परिकल्पना करता है, जबकि सीएचसी में एक आहार विशेषज्ञ अपेक्षित है। स्वास्थ्य, चिकित्सा शिक्षा एवं परिवार कल्याण विभाग, झारखण्ड सरकार ने 'सामाग्री और आपूर्ति योजना' के तहत राज्य निधि से सभी भर्ती मरीजों को मुफ्त में पौष्टिक और संतुलित आहार उपलब्ध कराने का संकल्प लिया (अक्टूबर 2013 और मार्च 2021)। इसके अलावा, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के तहत प्रसूति रोगियों को मुफ्त आहार दिया जाना था। राज्य के सभी 23 जिला अस्पतालों में आहार सेवाएँ उपलब्ध थीं।

नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों, 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों एवं 12 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के अभिलेखों की लेखापरीक्षा में निम्नलिखित उद्घटित हुआ:

- प्रसूति एवं अन्य अंतः रोगियों को आहार सेवाएँ आउटसोर्स एजेंसियों के माध्यम से नमूना-जाँचित चार जिला अस्पतालों में प्रदान की जाती थी, जबकि इन-हाउस रसोई के माध्यम से जिला अस्पताल, गुमला में प्रदान की जा रही थी।
- नमूना-जाँचित 14[41] सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से नौ[42] सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र होटलों द्वारा तैयार पका हुआ भोजन प्रदान कर रहे थे तथा एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (मंझिआंव) प्रसूति रोगियों को डिब्बाबंद भोजन[43] उपलब्ध करा रहा था। नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से केवल तीन[44] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र आउटसोर्सिंग के माध्यम से अन्य भर्ती मरीजों को आहार प्रदान कर रहे थे। सीएचसी, बोलबा प्रसूति रोगियों सहित किसी भी अंतः रोगी को भोजन उपलब्ध नहीं करा रहा था।

---

41 वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान सीएचसी, बोलबा और सीएचसी, रायडीह ने आहार सेवाएं प्रदान नहीं कीं। इसके अलावा, दो सीएचसी (गोविंदपुर और झरिया) ने कोविड-19 के आधार पर अप्रैल 2020 से भर्ती मरीजों को आहार सेवा प्रदान नहीं की।

42 जरमुंडी, सरैयाहाट, शिकारीपाड़ा, भरनो, पालकोट, भवनाथपुर, चांडिल, नीमडीह और जलडेगा

43 सूखे मेवे, बिस्कुट, हॉर्लिक्स, मिक्चर आदि।

44 शिकारीपाड़ा, जरमुंडी और सरैयाहाट

- 12 पीएचसी में से 10 पीएचसी में प्रसूति सेवाएँ उपलब्ध थीं। हालांकि, इन 10 पीएचसी में से केवल चार[45] ही प्रसूति रोगियों को भोजन उपलब्ध करा रहे थे।
- नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से आहार विशेषज्ञ केवल जिला अस्पताल, गुमला में उपलब्ध था।
- नमूना-जाँचित चार जिला अस्पताल (सिमडेगा को छोड़कर) और नमूना-जाँचित किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और पीएचसी में अंतः रोगियों को दिए जाने वाले आहार की गुणवत्ता परीक्षण के लिए कोई तंत्र नहीं था।
- लेखापरीक्षा ने जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में भर्ती 153 रोगियों का लाभार्थी सर्वेक्षण किया। इनमें से 126 भर्ती मरीजों (82 प्रतिशत) ने उन्हें भोजन वितरण की पुष्टि की। हालांकि, 12 लाभार्थियों (10 प्रतिशत) ने कहा कि प्रदान किए गए भोजन की मात्रा पर्याप्त नहीं थी और 37 लाभार्थियों (29 प्रतिशत) ने कहा कि चिकित्सक द्वारा निर्धारित आहार के अनुसार भोजन नहीं दिया जा रहा था।

इस प्रकार, नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 11 में प्रसूति रोगियों के अलावा अन्य अंतः रोगियों को आहार सेवाएँ प्रदान नहीं की गई थी। राज्य निधि से आहार के लिए सीएचसी को निधि का प्रावधान न करना, अंतः रोगियों को आहार की आपूर्ति न करने का मुख्य कारण था। इसके अलावा, जेएसएसके के तहत धन की उपलब्धता के बावजूद 10 में से छः पीएचसी ने प्रसूति रोगियों को आहार उपलब्ध नहीं कराया। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.2.8 परिणाम संकेतकों का मूल्यांकन

आईपीएचएस परिणाम संकेतकों जैसे बिस्तर अधिभोग दर (बीओआर), चिकित्सा सलाह के खिलाफ छोड़ने की (लामा) दर, रेफरल आउट रेट (आरओआर) आदि का प्रत्येक जिला अस्पताल द्वारा तैयार करना निर्धारित करता है।

नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों को वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान आईपीडी सेवाएँ प्रदान किए जाने के विरुद्ध उपर्युक्त परिणाम संकेतकों के संबंध में लेखापरीक्षा अवलोकनों को आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

- ***बिस्तर अधिभोग दर***

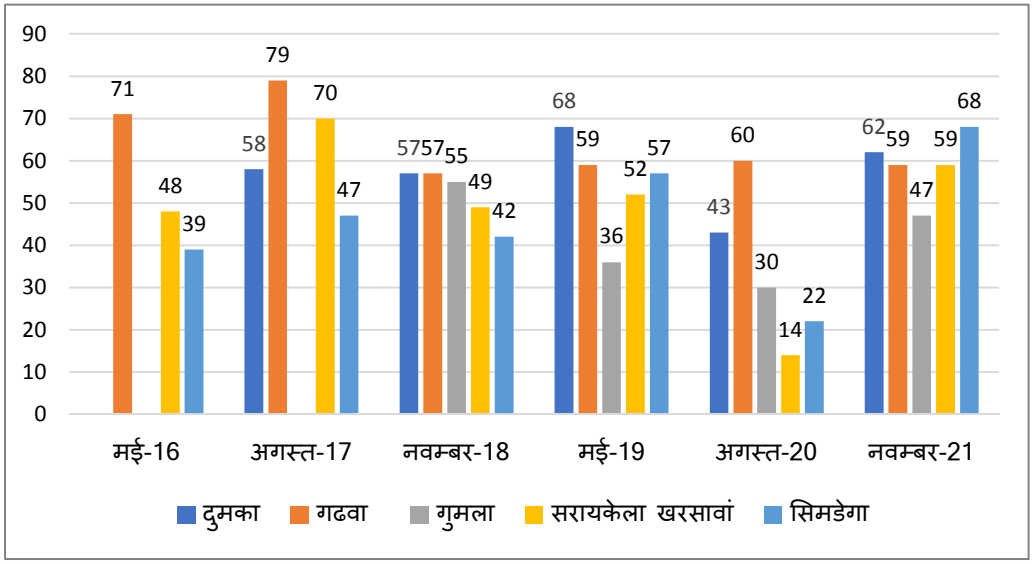
बिस्तर अधिभोग दर (बीओआर) अस्पताल सेवाओं की उत्पादकता का एक संकेतक है और यह सत्यापित करने का एक उपाय है कि क्या उपलब्ध अवसंरचना और प्रक्रियाएँ स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए पर्याप्त हैं। आईपीएचएस के अनुसार, अस्पतालों का बीओआर कम से कम 80 प्रतिशत होना चाहिए।

---

[45] प्रसूतियों को पीएचसी, चाउलीबासा एवं हंटर पाथरडीह (होटलों से पका हुआ भोजन उपलब्ध कराया जा रहा था) तथा दो पीएचसी (अरंगी एवं कंडी) में डिब्बाबंद भोजन, जिसमें सूखे मेवे, बिस्किट, हॉर्लिक्स, मिक्सचर इत्यादि शामिल थे, उपलब्ध कराया जा रहा था।

जिला अस्पताल, दुमका के माह मई 2016 एवं डीएच, गुमला के माह मई, 2016 एवं अगस्त, 2017 के लिए मरीजों के रात्रि प्रवास से संबंधित आँकड़े उपलब्ध नहीं कराया गया था। इस प्रकार, इन महीनों के बीओआर की गणना नहीं की जा सकी। हालाँकि, उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार, बीओआर, छः नमूना महीनों[46] के संबंध में, के लिए लेखापरीक्षा द्वारा गणना[47] के अनुसार सभी पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों को **चार्ट 3.8** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.8: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों के लिए चयनित महीनों में बीओआर



(स्रोतः नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों के अभिलेख)

चार्ट 3.8 से यह देखा जा सकता है कि नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल ने नमूना महीनों में कम से कम 80 प्रतिशत का वांछित बीओआर हासिल नहीं किया था। हालांकि, जिला अस्पताल, गढ़वा जहां यह मई, 2016 के 71 प्रतिशत से घटकर नवंबर, 2021 में 61 प्रतिशत हो गया को छोड़कर सभी जिला अस्पताल में मई, 2016 की तुलना में नवंबर, 2021 में बीओआर में सुधार देखा गया। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जायेगी।

- ***रेफरल आउट रेट***

आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार, एक उच्च सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र के लिए रेफ़रल, यह दर्शाता है कि रेफ़र करने वाले अस्पताल में उपचार की सुविधाएँ उपलब्ध नहीं थीं। नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में लेखापरीक्षा द्वारा परिकलित अंतः रोगियों के लिए नमूने के महीनों के दौरान रेफरल आउट रेट (आरओआर) **तालिका 3.11** में दिया गया है।

---

[46] मई 2016, अगस्त 2017, नवंबर 2018, मई 2019, अगस्त 2020 और नवंबर 2021. हालाँकि, जिला अस्पताल, दुमका के संबंध में आँकड़ा (मई 2016 के महीने के लिए) और जिला अस्पताल, गुमला के संबंध में (मई 2016 और अगस्त 2017 के महीनों के लिए) उपलब्ध नहीं कराये गये थे।

[47] बीओआर = कुल रोगी बिस्तर दिवस/ (डीएच में क्रियाशील बिस्तरxमहीने में कैलेंडर दिन)x100

तालिका 3.11: अंतः रोगियों के लिए नमूना महीनों का औसत आरओआर

जिला अस्पताल	औसत रेफरल आउट रेट (आर ओ आर) (प्रतिशत)
दुमका	अभिलेख अनुरक्षित नहीं किया गया
गढ़वा	1
गुमला	11
सरायकेला-खरसावां	7
सिमडेगा	24

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल के अभिलेख)
आर ओ आर=महीने में रेफर किये गए मरीजों की संख्या X100/ कुल भर्ती
नोट: नमूना माह (मई, 2016) के लिए जिला अस्पताल, गुमला का आंकड़ा उपलब्ध नहीं था। जिला अस्पताल, सिमडेगा का आंकड़ा केवल पुरुष वार्ड से संबंधित है।

तालिका 3.11 से देखा जा सकता है कि दो (गुमला और सिमडेगा) जिला अस्पताल के औसत आरओआर जिला अस्पताल, गढ़वा और सरायकेला-खरसावां के आरओआर की तुलना में अधिक थे, जो जिला अस्पताल, गुमला और सिमडेगा में अपर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को दर्शाता है। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जायेगी।

- **चिकित्सीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी**

अस्पताल की सेवा की गुणवत्ता को मापने के लिए, चिकित्सा सलाह के विरुद्ध छुट्टी (लामा) दर[48] का मूल्यांकन किया जाता है। लामा एक ऐसे मरीज के लिए इस्तेमाल किया जाने वाला शब्द है जो चिकित्सक की सलाह के बिना/ अस्पताल के अधिकारियों को सूचित किए बिना अस्पताल छोड़ देता है।

इस दर का आकलन करने के लिए, लेखापरीक्षा ने नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल में छः नमूना महीनों के आईपीडी रजिस्टरों की जाँच की। नमूना-जाँचित जिला अस्पताल के प्रति हजार भर्ती पर लामा दरें, नमूनाकृत महीनों में **तालिका 3.12** में दर्शायी गई हैं।

तालिका 3.12: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में लामा दरें

जिला अस्पताल	लामा दर
दुमका	124 से 266
गढ़वा	43 से 243
गुमला	54 से 145
सरायकेला-खरसावां	117 से 160
सिमडेगा	10 से 89

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों के अभिलेख)
रंग कोड: लाल=बहुत खराब, पीला=खराब

तालिका 3.12 से पता चलता है कि तीन जिला अस्पताल (दुमका, गढ़वा और सरायकेला-खरसावां) में लामा दर खतरनाक रूप से उच्च थी जबकि जिला अस्पताल, सिमडेगा में यह सबसे कम थी। उच्च लामा दरें संबंधित जिला अस्पतालों में सेवाओं

[48] लामा दर = लामा मामलों की कुल संख्या x 1000/भर्ती की कुल संख्या

की खराब गुणवत्ता का संकेत दे सकती हैं। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी।

3.2.9 रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण

आईपीएचएस के अनुसार, रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण (पीएसएस) आयोजित किए जाने थे और सर्वेक्षणों के परिणामों के विश्लेषण के बाद, रोगियों को प्रदान की जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता और निगरानी के लिए कार्य योजना शुरू की जानी थी।

लेखापरीक्षा संवीक्षा से उद्घटित हआ कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से चार (गढ़वा को छोड़कर) में तथा नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से एक (रायडीह) में बाह्य रोगियों/ अंतः रोगियों के पीएसएस आयोजित किए गए थे। नमूना-जाँचित 12 पीएचसी में से सात[49] ने 2016-17 से 2021-22 के दौरान पीएसएस आयोजित नहीं किए थे, जबकि शेष पाँच पीएचसी ने इस संबंध में अभिलेख प्रस्तुत नहीं किया था।

चार जिला अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, रायडीह में आयोजित पीएसएस का विवरण **तालिका 3.13** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.13: आयोजित पीएसएस का विवरण

नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	आयोजित पीएसएस की संख्या	अवधि जिसमें पीएसएस आयोजित किया गया
जिला अस्पताल		
दुमका	22	नवम्बर 2021
गुमला	3,600	2016-17 से 2021-22
सरायकेला-खरसावां	508	मार्च 2019 से अगस्त 2019
सिमडेगा	1,612	2019-20 से 2021-22
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र		
रायडीह	393	2018-19 से 2021-22

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)

चूंकि नमूना-जाँचित[50] 26 स्वास्थ्य केन्द्रों में से 21 में सर्वेक्षण नहीं किए गए थे, ओपीडी/आईपीडी सेवाओं का लाभ उठाने के दौरान रोगियों द्वारा सामना करने वाली कठिनाइयों का आकलन और सुधार नहीं किया जा सका। इसके अलावा, जिला अस्पताल/ सीएचसी/ पीएचसी ने रोगियों द्वारा फीडबैक के आधार पर कमियों की पहचान करने और उनके संबंधित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में गुणवत्ता सुधार के लिए प्रभावी कार्य योजना विकसित करने का अवसर भी गंवा दिया।

इसके अलावा, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने "मेरा अस्पताल" वेब पोर्टल, जो अस्पतालों में प्राप्त सेवाओं के लिए रोगी प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए

[49] अरंगी, बांसजोर, चाउलीबासा, हंटर पाथरडीह, जूरा, कांडी और कोंदरा

[50] पाँच पीएचसी ने अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया

उपयोगकर्ता के अनुकूल कई चैनलों, जैसे- लघु संदेश सेवा, आउटबाउंड डायलिंग मोबाइल एप्लिकेशन और वेब पोर्टल शुरु (2018) किया था। रोगियों द्वारा प्रदान की गई प्रतिक्रिया के आधार पर, विभिन्न सेवाओं और अन्य पहलुओं के साथ उनकी संतुष्टि का स्तर "मेरा अस्पताल" वेब पोर्टल पर प्रदर्शित किया जाता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि "मेरा अस्पताल" वेब पोर्टल पर जिला अस्पताल, दुमका और गढ़वा के लिए कोई सर्वेक्षण आँकड़ा उपलब्ध नहीं था। वर्ष 2016-22 की अवधि के लिए शेष तीन नमूना-जाँचित जिला अस्पताल के लिए "मेरा अस्पताल" का आंकड़ा **तालिका 3.14** में दिया गया है।

तालिका 3.14: "मेरा अस्पताल" के माध्यम रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण का परिणाम

जिला अस्पताल का नाम	2016-22 के दौरान सर्वेक्षण किये गए रोगियों की संख्या	बहुत संतुष्ट/ संतुष्ट (प्रति शत में)	संतुष्ट नहीं	असंतोष का प्रतिशत
गुमला	919	673 (73)	246	27
सरायकेला-खरसावां	91	67 (74)	24	26
सिमडेगा	806	590 (73)	216	27
कुल	**1,816**	**1,330 (73)**	**486**	**27**

(स्रोत: "मेरा अस्पताल" निष्पादन प्रतिवेदन)

तालिका 3.14 से देखा जा सकता है कि उपरोक्त तीन जिला अस्पतालों के संबंध में असंतोष का स्तर लगभग 27 प्रतिशत था। मरीजों के बीच असंतोष का मुख्य क्षेत्र कर्मचारियों का व्यवहार, साफ-सफाई और इलाज का खर्च था। इससे यह संकेत मिला कि जिला अस्पतालों में मरीजों को पर्याप्त और सस्ती स्वास्थ्य देखभाल नहीं मिल रही थी।

आगे, "मेरा अस्पताल" वेब पोर्टल पर मरीजों की प्रतिक्रिया के परिणामों से संबंधित अभिलेख नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए उपलब्ध नहीं थे, जिसके कारण सेवाओं के संबंध में असंतोष के क्षेत्रों का पता नहीं लगाया जा सका। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.3 नैदानिक सेवाएँ

सटीक निदान के आधार पर, जनता को गुणवत्तापूर्ण उपचार प्रदान करने के लिए रेडियोलॉजिकल और पैथोलॉजिकल दोनों तरह की कुशल और प्रभावी नैदानिक जाँच सेवाएँ सबसे आवश्यक सेवाओं में से एक हैं। रोगों का पता लगाने, स्तर और उपचार के लिए रेडियोलॉजी की भूमिका रोग प्रबंधन के लिए अहम है। गुणवत्तापूर्ण रेडियोलॉजी सेवाएँ प्रदान करने के लिए क्रियाशील रेडियोलॉजी उपकरण, कुशल कार्यबल और उपभोग्य सामग्रियों की पर्याप्त उपलब्धता प्रमुख आवश्यकताएं हैं। जनता के लिए साक्ष्य-आधारित स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए प्रयोगशाला सेवाएँ किसी भी अस्पताल की रीढ़ हैं। जैसा कि रेडियोलॉजी सेवाओं के मामले में, आवश्यक उपकरणों और मानव संसाधनों की उपलब्धता, आतंरिक प्रयोगशालाओं के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण

प्रयोगशाला सेवाएँ प्रदान करने के लिए मुख्य संचालक हैं। राज्य के सभी 23 जिला अस्पतालों में नैदानिक जाँच सेवाएँ उपलब्ध थीं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी में आवश्यक उपकरण और कुशल कार्यबल की कमी के कारण कई आवश्यक रेडियोलॉजी और प्रयोगशाला परीक्षण नहीं किए जा रहे थे। इस संबंध में महत्त्वपूर्ण लेखापरीक्षा अवलोकनों की चर्चा **अध्याय 4** में की गई है।

3.3.1 प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता

आईपीएचएस पाँच श्रेणियों[51] के तहत जिला अस्पताल और सीएचसी में क्रमश: 70 और 29 प्रकार के प्रयोगशाला परीक्षण निर्धारित करता है। इसके अलावा, पीएचसी के लिए 11 प्रकार[52] की आवश्यक प्रयोगशाला सेवाएँ निर्धारित हैं। राज्य के सभी 23 जिला अस्पतालों में प्रयोगशाला सेवाएँ उपलब्ध थीं।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों और सीएचसी में प्रयोगशाला सेवाओं की पूरी श्रृंखला का अभाव था जैसा कि ***परिशिष्ट 3.6*** में वर्णित है। इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने आगे पाया किः

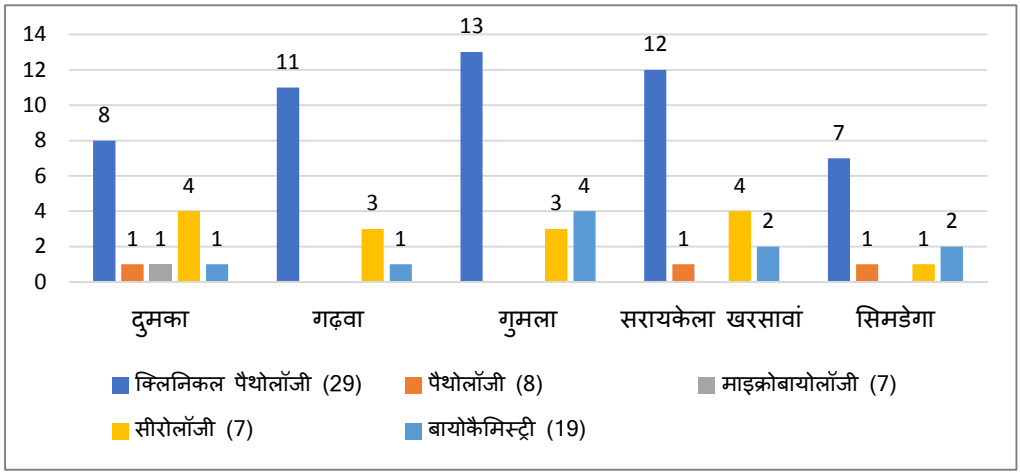
- नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में पाँच श्रेणियों के तहत निर्धारित 70 प्रकार के प्रयोगशाला परीक्षणों के विरुद्ध केवल 11 से 20 प्रकार के प्रयोगशाला परीक्षण उपलब्ध थे, जैसा कि **चार्ट 3.9** में दर्शाया गया है।

---

51 क्लिनिकल पैथोलॉजी: (जिला अस्पताल: 29 परीक्षण, सीएचसी: 18 परीक्षण); पैथोलॉजी: (जिला अस्पताल: 08 परीक्षण, सीएचसी: 01 परीक्षण); माइक्रोबायोलॉजी: (जिला अस्पताल: 07 परीक्षण, सीएचसी: 02 परीक्षण); सीरोलॉजी: (जिला अस्पताल: 07 परीक्षण, सीएचसी: 03 परीक्षण) और जैव रसायन: (जिला अस्पताल: 19 परीक्षण, सीएचसी: 05 परीक्षण)

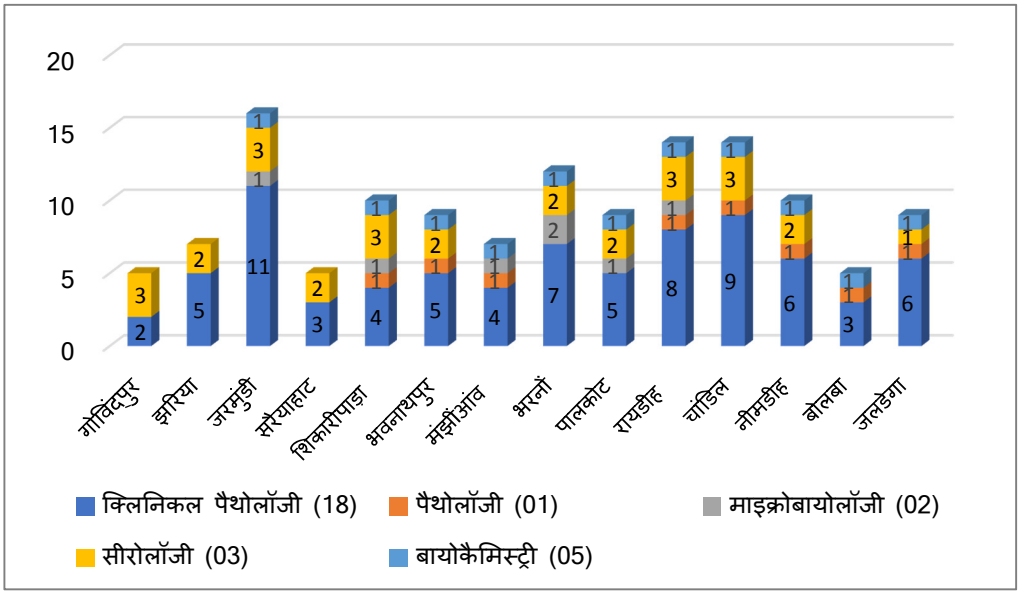
52 (i) रुटीन मूत्र, मल और रक्त जाँच (एचबी%, प्लेटलेट्स काउंट, कुल आरबीसी, डब्ल्यूबीसी, रक्तस्राव और थक्के का समय) (ii) आरटीआई/ एसटीडी का वेट मांउटिंग, ग्राम स्टेन्स आदि के साथ निदान (iii) माइकोबैक्टीरियम के लिए थूक जाँच (iv) रक्त स्मीयर जाँच मलेरिया (v) समूहीकरण और आरएच टाइपिंग के लिए रक्त (vi) स्थानिक जिलों में पीएफ मलेरिया के लिए आरडीके (vii) गर्भावस्था के लिए त्वरित परीक्षण (viii) सिफलिस/ वाईएडब्ल्यूएस निगरानी के लिए आरपीआर जाँच (ix) पानी के मल संदूषण के लिए रैपिड टेस्ट किट (x) ऑर्थो-टोलुडीन अभिकर्मक का उपयोग करके पानी के क्लोरीन स्तर का अनुमान और (xi) रक्त शर्करा।

चार्ट 3.9: मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता



- **चार्ट 3.9** से देखा जा सकता है कि पैथोलॉजी और माइक्रोबायोलॉजी उप-श्रेणियों के तहत कोई भी परीक्षण क्रमशः दो और चार जिला अस्पतालों में उपलब्ध नहीं था।
- नमूना-जाँचित 14 सीएचसी में पाँच श्रेणियों के तहत निर्धारित 29 प्रकारों में से केवल पाँच से 16 प्रकार के प्रयोगशाला परीक्षण उपलब्ध थे, जैसा कि **चार्ट 3.10** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.10: मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता



चार्ट 3.10 से देखा जा सकता है कि पैथोलॉजी और माइक्रोबायोलॉजी उप-श्रेणियों के तहत कोई भी परीक्षण क्रमशः छः और आठ सीएचसी में उपलब्ध नहीं था। दो सीएचसी[53]

[53] मझियाँव और बोलबा

में सीरोलॉजी के तहत तीन जाँच और तीन सीएचसी[54] में बायोकैमिस्ट्री के तहत पाँच जाँच उपलब्ध नहीं थीं।

12 क्रियाशील नमूना-जाँचित पीएचसी में से केवल पाँच[55] में प्रयोगशाला सेवाएँ उपलब्ध थीं। आगे, पीएचसी में निर्धारित 11 प्रकार की प्रयोगशाला सेवाओं में से इन पाँच पीएचसी में केवल दो से सात प्रकार की प्रयोगशाला सेवाएँ उपलब्ध थीं। शेष सात पीएचसी[56] में प्रयोगशाला/ प्रयोगशाला तकनीशियन (एलटी)/ उपकरण के अभाव में मरीजों को प्रयोगशाला सेवाएँ प्रदान नहीं की जा सकी थी। नमूना-जाँचित डीएच/ सीएचसी/ पीएचसी में उपकरणों की कमी 30 से 100 प्रतिशत के बीच थी, जैसा कि **अध्याय 4** में चर्चा की गई है।

प्रयोगशाला सेवाओं की पूरी श्रृंखला की अनुपलब्धता के कारण, विभाग ने चिकित्सा महाविद्यालय अस्पतालों (एमसीएच) और जिला अस्पतालों में प्रयोगशाला सेवाएँ प्रदान करने के लिए पीपीपी मोड पर दो निजी वेंडरों[57] को लगाया (अप्रैल और मई 2015)। हालांकि, सीएचसी और पीएचसी में प्रयोगशाला सेवाओं की पूरी श्रृंखला उपलब्ध कराने के लिए ऐसी कोई व्यवस्था नहीं की गई थी।

इस प्रकार, नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल, सीएचसी और पीएचसी में आतंरिक प्रयोगशाला सेवाओं की पूरी श्रृंखला उपलब्ध नहीं थी। कुशल मानव संसाधन की कमी के अलावा नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/ सीएचसी/ पीएचसी में आवश्यक उपकरणों की अनुपलब्धता, प्रयोगशाला सेवाओं की अनुपलब्धता के कारणों में से एक था, जैसा कि आगामी कंडिका में चर्चा की गई है।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि रेडियोलॉजी और पैथोलॉजी सेवाओं को सुदृढ़ करने के लिए उपकरण, उपभोग्य सामग्रियों आदि की खरीद के लिए निधि उपलब्ध कराया जाएगा।

3.3.2 प्रयोगशाला सेवाओं की गुणवत्ता आश्वासन

आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार, प्रयोगशाला सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन के लिए, जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी द्वारा नियमित आधार पर बाह्य एजेंसियों के साथ प्रयोगशाला रिपोर्ट का बाह्य सत्यापन किया जाना है। इसके अलावा, एनएचएम फ्री डायग्नोस्टिक्स सर्विसेज इनिशिएटिव्स, 2015 के प्रावधानों के अनुसार, जिला अस्पतालों में सभी प्रयोगशालाओं को परीक्षण और अंशांकन प्रयोगशालाओं के लिए राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) की मान्यता प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित किया जाना है। पहचान की गई संदर्भ प्रयोगशालाओं, जैसे कि अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स) या क्रिश्चियन चिकित्सा महाविद्यालय (सीएमसी), वेल्लोर आदि के साथ नैदानिक परिणामों

---

54 गोविंदपुर, झरिया और सरैयाहाट

55 पीएचसी, भागा (दो प्रकार), पीएचसी, कंडी (दो प्रकार), पीएचसी, अरंगी (दो प्रकार), पीएचसी, चाउलीबासा (दो प्रकार) और पीएचसी, बांसजोर (सात प्रकार)।

56 चुतियारो, रायकिनारी, दिघे, मलूटी, जुरा, कोंद्रा और हंटर पाथरडीह

57 मेसर्स मेडाल और मेसर्स एसआरएल लिमिटेड।

के नियमित नमूना क्रॉस-चेक की एक प्रणाली भी स्थापित की जानी थी, ताकि बाह्य गुणवत्ता आश्वासन (ईक्युए) सुनिश्चित किया जा सके।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिला अस्पताल ने अपनी प्रयोगशालाओं के लिए एनएबीएल मान्यता प्राप्त नहीं की थी। वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान कोई भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल, सीएचसी एवं पीएचसी, जहाँ प्रयोगशाला सेवाएँ उपलब्ध थीं, ने अपने परीक्षण परिणामों के नमूने बाह्य मूल्यांकन और सत्यापन के लिए बाहरी एजेंसियों को नहीं भेजा था, जिनके कारणों का उल्लेख अभिलेख में उपलब्ध नहीं था। इस प्रकार, नमूना-जाँचित इन स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रयोगशाला सेवाओं में न्यूनतम गुणवत्ता मानकों को सुनिश्चित नहीं किया गया था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.3.3 प्रतीक्षा समय और टर्न-अराउंड समय

चिकित्सकों द्वारा निर्धारित जाँच के बाद मरीजों से नमूने प्राप्त करने में लगने वाला समय, यानि वेटिंग टाइम (डब्ल्यूटी) और जाँच करवाने और मरीजों को जाँच रिपोर्ट बताने में लगने वाला समय यानि टर्न-अराउंड टाइम (टीएटी), रोगी संतुष्टि के मामले में प्रयोगशाला सेवाओं की समग्र दक्षता को दर्शाता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित सभी जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी की आतंरिक प्रयोगशाला इकाइयों ने, जहां भी उपलब्ध[58] थे, मरीजों के नाम, उनकी पंजीकरण संख्या और निर्धारित पैथोलॉजिकल जाँचों को इंगित करते हुए मैन्युअल रूप से पंजियों का रखरखाव किया था। हालाँकि, नमूना संग्रह का समय, नमूनों को प्रयोगशाला में भेजे जाने की तारीख, जाँच रिपोर्ट की प्राप्ति की तारीख और रोगियों को सौंपी गई जाँच रिपोर्ट की तारीख, इन पंजियों में दर्ज नहीं की गई थी। इस प्रकार, लेखापरीक्षा, प्रदान की गई प्रयोगशाला सेवाओं की दक्षता का आकलन करने के लिए प्रतीक्षा समय (डब्ल्यूटी) और टर्न-अराउंड टाइम (टीएटी) का पता नहीं लगा सका। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.4 मातृत्व सेवाएँ

मातृत्व मृत्यु अनुपात (एमएमआर)[59], शिशु मृत्यु दर (एनएमआर)[60], 5 से कम मृत्यु दर (यू 5 एमआर)[61] एवं नवजात मृत्यु दर (आई एम आर)[62] उपलब्ध मातृत्व सेवाओं के गुणवत्ता के महत्त्वपूर्ण संकेतक हैं। प्रसव पूर्व देखभाल (एएनसी), इंट्रा-पार्टम केयर या डिलीवरी केयर (आईपीसी) और पोस्ट-पार्टम केयर (पीपीसी) सुविधा-आधारित मातृत्व सेवाओं के प्रमुख घटक हैं। चूंकि कोई भी गर्भावस्था किसी भी स्तर पर जटिलताओं

---

58 नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल, 14 सीएचसी व पाँच पीएचसी

59 मातृत्व कारणों से प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर मातृ मृत्यु की संख्या।

60 प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर जीवन के पहले 28 पूर्ण दिनों के दौरान होने वाली मौतों की संख्या

61 प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर शिशुओं (पाँच वर्ष से कम) की मृत्यु की संख्या

62 प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर शिशुओं (एक वर्ष से कम) की मृत्यु की संख्या

का विकास कर सकती है, ऐसे मामलों के प्रबंधन के लिए प्रसूति देखभाल सेवाओं का समय पर प्रावधान अत्यंत महत्त्वपूर्ण है और इस प्रकार, प्रत्येक गर्भावस्था, प्रसव और प्रसव के बाद की देखभाल कुशल जन्म परिचारक (एसबीए)[63] द्वारा की जानी चाहिए। मार्च 2022 तक राज्य के सभी 23 जिला अस्पतालों में 21 से 200 बिस्तरों की क्षमता वाली मातृत्व और शिशु देखभाल सेवाएँ उपलब्ध थीं (***परिशिष्ट 3.7***)।

अभिलेखों की लेखापरीक्षा जाँच से संसाधन प्रबंधन और नैदानिक दक्षता में कमियां सामने आईं, जैसा कि आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है।

3.4.1 प्रसव पूर्व देखभाल

एएनसी गर्भावस्था के दौरान भ्रूण के विकास की प्रगति की निगरानी करने और मां और भ्रूण की कुशलता का पता लगाने के लिए गर्भवती महिलाओं की व्यवस्थित पर्यवेक्षण है।

प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी) और स्कील्ड अटेंडेन्स एट बर्थ, 2010 के मार्गदर्शिका के अनुसार, एएनसी से जुड़ी सेवाओं में गर्भवती महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) टैबलेट और टेटनस टॉक्साइड (टीटी) इंजेक्शन का प्रावधान अनिवार्य है। एएनसी के पूर्ण चक्र[64] के लिए अस्पताल में गर्भवती महिलाओं के प्रारंभिक पंजीकरण की आवश्यकता होती है।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) के अनुसार, वितीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान 13.63 लाख गर्भवती महिलाएं पंजीकृत किए गए थे, जो नमूना-जाँचित छः जिलों में थे। इन पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 2.43 लाख (18 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं को एएनसी की पूर्ण चक्र नहीं दी गई, 2.64 लाख (19 प्रतिशत) को पहला टीटी इंजेक्शन नहीं दिया गया, 3.93 लाख (29 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं को दूसरा टीटी इंजेक्शन नहीं दी गयी और 2.98 लाख (22 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं को आईएफए टैबलेट नहीं दिया गया था। इस प्रकार, नमूना-जाँचित जिलों के अस्पतालों में गर्भवती महिलाओं को पर्याप्त एएनसी सेवाएँ उपलब्ध नहीं कराई गई थी।

इस प्रकार, गर्भावस्था के दौरान एक महिला की प्रणालीगत देखरेख, भ्रूण के विकास की प्रगति की निगरानी और मां और भ्रूण की कुशलता का पता लगाने की कमी से इंकार नहीं किया जा सकता है। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया (मार्च 2023)।

3.4.2 अंतर्गर्भाशयी देखभाल

अंतर्गर्भाशयी देखभाल (आईपीसी) में इंट्रा-पार्टम अवधि (प्रसव की शुरुआत से बच्चे के जन्म तक की समय अवधि) के दौरान गर्भवती महिला की देखभाल शामिल है। प्रसव के दौरान उचित देखभाल मृत जन्म, नवजात मृत्यु और अन्य जटिलताओं को रोकती है।

---

63 एसबीए एएनएम, स्टाफ नर्स आदि जैसे स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं, जो गर्भावस्था और बच्चे के जन्म के दौरान उत्पन्न होने वाली जटिलताओं की पहचान और प्रबंधन कर सकते हैं

64 वित्तीय वर्ष 2016-17 तक तीन एएनसी। वितीय वर्ष 2017-18 से चार एएनसी की आवश्यकता है।

प्रसव के प्रबंधन में मां और बच्चे के लिए एक सफल परिणाम सुनिश्चित करने के लिए, अंतर्गर्भाशयी देखभाल की आवश्यकता होती है। इस अवधि के दौरान, महिला और बच्चा शारीरिक के साथ-साथ मानसिक आघात से भी गुजरते हैं और एसबीए की जिम्मेदारी होती है कि वे मां और बच्चे की आवश्यक देखभाल करें।

मातृत्व और नवजात स्वास्थ्य (एमएनएच) टूलकिट वर्णित करता है कि उपकरण, आपूर्ति, मानव संसाधन आदि के लिए विशिष्ट आवश्यकताओं सहित एमएनएच सेवाओं का प्रबंधन कैसे किया जाए। एमएनएच टूलकिट/आईपीएचएस जिला अस्पताल में मातृत्व सेवाओं के लिए औसत मासिक प्रसव के आधार पर दवाओं, उपभोग्य सामग्रियों, उपकरणों और मानव संसाधन (चिकित्सक और सहायक कर्मियों) की उपलब्धता निर्धारित करता है। लेखापरीक्षा के दौरान नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में दवाओं, उपकरणों और उपभोग्य सामग्रियों की 26 से 70 प्रतिशत की कमी का पता चला, जैसा कि **अध्याय 4** में चर्चा की गई है।

आवश्यक दवाओं, उपकरणों और उपभोग्य सामग्रियों की कमी के कारण अस्पतालों की आपातकालीन और गंभीर देखभाल प्रदान करने की क्षमता प्रभावित हुई।

3.4.3 प्रसवोत्तर और नवजात शिशु की देखभाल

- ***प्रसवोत्तर देखभाल***

प्रसव के बाद की किसी भी जटिलता, जैसे, प्रसवोत्तर रक्तस्राव और एक्लम्पसिया[65], जो मातृ मृत्यु का कारण बन सकता है, के शुरुआती पता लगाने और प्रबंधन के लिए शीघ्र प्रसवोत्तर देखभाल महत्त्वपूर्ण है। एमएनएच टूलकिट मां और शिशु की स्वास्थ्य जाँच और देखभाल की निगरानी करना एवं इसे प्रसवोत्तर देखभाल पंजी (पीएनसी) में दर्ज करना, को निर्दिष्ट करती है

यह पाया गया कि नमूना-जाँचित तीन जिला अस्पतालों[66] ने वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान पीएनसी रजिस्टरों का संधारण नहीं किया। जिला अस्पताल, दुमका और गुमला ने संबंधित अभिलेख उपलब्ध नहीं कराए। इस प्रकार, लेखापरीक्षा यह निर्धारित नहीं कर सका कि इन जिला अस्पतालों द्वारा माताओं और नवजात शिशुओं की निर्धारित प्रसवोत्तर स्वास्थ्य जाँच की गई थी या नहीं।

- ***नवजात शिशु की देखभाल***

आईपीएचएस के अनुसार, जीवन के पहले 28 दिनों के भीतर बीमार बच्चों के बीच घातक मामलों को कम करने के लिए विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाइयों (एसएनसीयू) की प्राथमिक रूप से आवश्यकता होती है। इसके अलावा, जिला अस्पताल में एसएनसीयू में कम से कम 12 बिस्तर होने चाहिए।

---

65 एक महिला की गर्भावस्था के दौरान या जन्म देने के तुरंत बाद होने वाले दौरे

66 गढ़वा, सरायकेला-खरसावां और सिमडेगा

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में से चार में आवश्यक बारह बिस्तर वाले एसएनसीयू थे, जबकि जिला अस्पताल, दुमका में 15 बिस्तर थे। नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान भर्ती नवजात, रेफर किए गए, लामा और नवजात मृत्यु का विवरण **तालिका 3.15** में विस्तारित है।

तालिका 3.15: नवजात शिशु जो भर्ती हुए, रेफर किया गया, लामा और जिनकी मृत्यु हुई

जिला अस्पताल का नाम	अवधि	भर्ती नवजात शिशुओं की कुल संख्या	रेफर किये गए नवजात शिशुओं की कुल संख्या	लामा केसों की कुल संख्या	एसएनसीयू में मृत्यु की कुल संख्या
दुमका	अप्रैल 2018 से मार्च 2022	2,489	388	363	225
गढ़वा	अप्रैल 2021 से मार्च 2022	411	89	63	46
गुमला	अप्रैल 2016 से मार्च 2022	1,675	387	98	152
सरायकेला-खरसावां	मार्च 2021 से मार्च 2022	44	06	01	00
सिमडेगा	अप्रैल 2018 से मार्च 2022	1,627	342	56	79
कुल		**6,246**	**1,212**	**581**	**502**

रंग कोड: लाल= बहुत खराब, पीला= खराब, हरा= अच्छा

तालिका 3.15 से यह देखा जा सकता है कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान एसएनसीयू में भर्ती 6,246 नवजात शिशुओं में से 1,212 नवजात शिशुओं (19 प्रतिशत) को उच्च स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए भेजा गया था, 581 नवजात शिशुओं (नौ प्रतिशत) ने चिकित्सा सलाह (लामा) के विरुद्ध अस्पताल छोड़ दिया और 502 नवजात शिशु (आठ प्रतिशत) जीवित नहीं रहे थे।

3.4.4 प्रसव के 48 घंटे के भीतर माताओं को छुट्टी

एंटीनेटाल केयर और स्कील्ड अटेंडेन्स एट बर्थ तथा जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)[67] के लिए मार्गदर्शिका के अनुसार, प्रसव के बाद पहले 48 घंटे किसी भी जटिलता का पता लगाने और उनके तत्काल प्रबंधन, मां और नवजात शिशु की देखभाल के लिए महत्त्वपूर्ण होते हैं (टीकाकरण के साथ)। इस अवधि के दौरान, मां को स्तनपान शुरू करने के लिए निर्देशित किया जाता है, पर्याप्त आराम के अलावा अतिरिक्त कैलोरी और तरल पदार्थ लेने की सलाह दी जाती है, जो बच्चे और मां के स्वास्थ्य के लिए आवश्यक है।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) के आंकड़ों के अनुसार, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान झारखण्ड में संस्थागत प्रसव की कुल संख्या 34.29 लाख थी, जिसमें से 27.55 लाख (80 प्रतिशत) माताओं को प्रसव के 48 घंटे

[67] भारत सरकार द्वारा शुरू की गई योजना (जून 2011) जो सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव कराने वाली सभी गर्भवती महिलाओं को सिजेरियन सेक्शन सहित बिल्कुल मुफ्त और बिना किसी खर्च के प्रसव का अधिकार देती है।

के भीतर अस्पताल से छुट्टी दे दी गई। नमूना-जाँचित सभी छः जिलों में वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान 76 से 88 प्रतिशत माताओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर अस्पताल से छुट्टी मिल गई, जैसा कि **तालिका 3.16** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.16: प्रसव के 48 घंटों के भीतर माताओं को छुट्टी दे दी गई

वर्ष	प्रसव की कुल संख्या	प्रसव के 48 घंटे के भीतर छुट्टी दी गई माताओं की संख्या	प्रसव के 48 घंटे के भीतर दी गई छुट्टी का प्रतिशत
2016-17	1,00,945	85,854	85
2017-18	1,19,096	1,04,946	88
2018-19	1,11,136	93,549	84
2019-20	1,11,539	93,783	84
2020-21	1,58,842	1,20,170	76
2021-22	1,63,492	1,24,394	76
कुल	**7,65,050**	**6,22,696**	**81**

(स्रोतः एचएमआईएस डेटाबेस)

रंग कोड: लाल = बहुत खराब >75%

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि छः नमूना-जाँचित जिलों में प्रसव के 48 घंटे के भीतर अस्पताल से छुट्टी का अनुपात बहुत अधिक था और यह 35 से 93 प्रतिशत के बीच था, जैसा कि ***परिशिष्ट 3.8*** में वर्णित है। इस प्रकार, किसी भी प्रसवोत्तर जटिलताओं का पता लगाना और माँ और नवजात शिशु की कुशलता के लिए आवश्यक देखभाल के तत्काल प्रबंधन को सुनिश्चित नहीं किया जा सका था। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि प्रसव के बाद मरीज अस्पतालों में रुकने में रुचि नहीं रखते थे। आगे कहा गया कि प्रसव के बाद प्रसूतों को अस्पतालों में रहने के लिए प्रेरित करने के निर्देश जारी किए गए हैं।

3.4.5 मातृ मृत्यु और मातृ मृत्यु समीक्षा

आईपीएचएस के अनुसार, इस उद्देश्य के लिए गठित चिकित्सा मृत्यु समीक्षा समिति द्वारा अस्पताल में होने वाली सभी मातृ मृत्यु की समीक्षा पाक्षिक आधार पर की जानी है।

वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित स्वास्थ्य केन्द्रों में संस्थागत प्रसव एवं मातृ मृत्यु का विवरण **तालिका 3.17** में दिया गया है।

तालिका 3.17: नमूना-जाँचित अस्पतालों में मातृ मृत्यु

स्वास्थ्य संस्थानों की प्रकृति	प्रसव की संख्या	मातृ मृत्यु की संख्या	समीक्षा की गई मातृ मृत्यु की संख्या (प्रतिशत)
डीच (05)	90,337	177	69 (39)
सीएचसी (14)	74,102	2	2 (100)
पीएचसी[68] (09)	10,300	0	0 (0)

(स्रोत: नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी)

रंग कोड: लाल = खराब <50%, हरा = संतोषजनक

[68] पीएचसी, भागा, चुटियारो और कोंड्रा का विवरण उपलब्ध नहीं कराया गया था|

तालिका 3.17 से देखा जा सकता है कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में 177 मातृ मृत्यु हुई थी, लेकिन केवल 69 (39 प्रतिशत) मौतों की समीक्षा की गई थी। जिला अस्पताल, गुमला ने सभी 59 मातृ मृत्यु की समीक्षा की थी। हालांकि, जिला अस्पताल, दुमका और गढ़वा ने क्रमश: 50 और 46 मातृ मृत्यु की समीक्षा नहीं की थी।

इस प्रकार, मातृ मृत्यु समीक्षा करने में कमियों के कारण, अधिकारी मातृ मृत्यु के कारणों से अनभिज्ञ रहे, जिसके आधार पर भविष्य में ऐसी घटनाओं को कम करने के उद्देश्य से सुधारात्मक कार्रवाई की जा सकती थी। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया (मार्च 2023)।

3.4.6 संस्थागत प्रसव हेतु नकद सहायता के भुगतान में विलम्ब

भारत सरकार ने गरीब गर्भवती महिलाओं के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) शुरू की (2005)। यह योजना प्रसव और प्रसव के बाद की देखभाल के लिए माताओं को नकद सहायता प्रदान करती है। योजना के तहत, ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के लाभार्थियों को प्रसव की लागत को पूरा करने के लिए क्रमशः ₹ 1,400 और ₹ 1,000 की नकद सहायता प्रदान की जानी थी। प्रसव के बाद संस्था में ही प्रभावी रूप से सहायता का वितरण किया जाना था।

नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों और 14 सीएचसी में, लेखापरीक्षा ने पाया कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 ***(परिशिष्ट 3.9)*** के दौरान 1,86,258 लाभार्थियों को ₹ 23.49 करोड़ की नकद सहायता का भुगतान किया गया था, जैसा कि **तालिका 3.18** में वर्णित है।

तालिका 3.18 : वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान लाभार्थियों को भुगतान की गई नकद सहायता

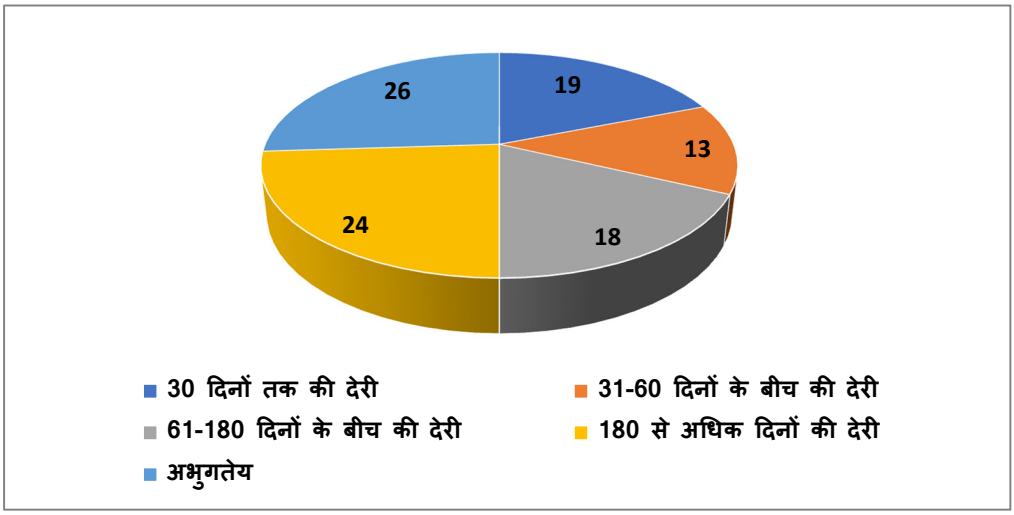
वित्तीय वर्ष	लाभार्थियों की संख्या	लाभार्थियों को भुगतान की गई नकद सहायता (₹ में)
नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल		
2016-17	10,644	1,48,02,750
2017-18	10,995	1,49,15,500
2018-19	11,845	1,64,02,000
2019-20	13,622	1,88,70,875
2020-21	10,820	1,43,62,950
2021-22	7,631	1,04,23,900
योग (I)	**65,557**	**8,97,77,975**
नमूना-जाँचित 14 सीएचसी		
2016-17	17,867	2,11,99,300
2017-18	19,817	2,33,47,000
2018-19	21,626	2,60,41,600
2019-20	23,246	2,92,43,600

वित्तीय वर्ष	लाभार्थियों की संख्या	लाभार्थियों को भुगतान की गई नकद सहायता (₹ में)
2020-21	21,489	2,64,91,000
2021-22	16,656	1,88,48,517
योग (II)	**1,20,701**	**14,51,71,017**
कुल योग (I+II)	**1,86,258**	**23,49,48,992**

(स्रोतः नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी)

लेखापरीक्षा ने नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों/चार सीएचसी[69] में वित्तीय वर्ष 2016-17 से वित्तीय वर्ष 2021-22 की अवधि के ऐसे 4,072 लाभार्थियों से संबंधित अभिलेखों की जाँच की और लाभार्थियों को देरी से भुगतान या नकद सहायता का भुगतान न करना पाया, जैसा कि **चार्ट 3.11** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.11: लाभार्थियों को नकद सहायता के भुगतान में विलंब (प्रतिशत में)



चार्ट 3.11 से देखा जा सकता है कि अगस्त 2022 तक 26 प्रतिशत लाभार्थियों (1,078) को नकद सहायता का भुगतान नहीं किया गया था, जबकि 55 प्रतिशत लाभार्थियों (2,221) को प्रसव के एक महीने के बाद भुगतान किया गया था, जिसमें 24 प्रतिशत (956) लाभार्थी शामिल थे जिन्हें छः महीने से अधिक के बाद भुगतान किया गया था ***(परिशिष्ट 3.9)***। नकद सहायता में देरी/भुगतान न करने से योजना के उद्देश्य विफल हो गए। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और बताया (मार्च 2023) कि जेएसवाई के तहत नकद सहायता के समय पर भुगतान में तेजी लाने के निर्देश जारी किए गए हैं।

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

[69] दस सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लाभार्थियों को नकद सहायता भुगतान की तिथि संबंधी अभिलेख उपलब्ध नहीं कराया गया।

3.5 ऑक्सीजन सेवाएँ

ऑक्सीजन एक आवश्यक दवा है, जिसे तब दिया जाता है जब सांस लेने की समस्या वाले लोगों को स्वाभाविक रूप से पर्याप्त ऑक्सीजन नहीं मिल पाती है। एनएचएम मुल्यांकनकर्त्ता की गाइडबुक के अनुसार, ओटी और आईसीयू जैसे महत्त्वपूर्ण क्षेत्रों में केंद्रीय ऑक्सीजन आपूर्ति और वैक्यूम आपूर्ति की उपलब्धता का आकलन करना है। चिकित्सा ऑक्सीजन मुख्य रूप से ऑक्सीजन सिलेंडर, ऑक्सीजन कंसंट्रेटर्स और केंद्रीय स्रोतों (तरल टैंक और ऑक्सीजन जनरेटर) के माध्यम से आपूर्ति की जाती है।

नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में ऑक्सीजन सिलेंडर और ऑक्सीजन कंसंट्रेटर की उपलब्धता **तालिका 3.19 और चार्ट 3.12** में दर्शाई गई है।

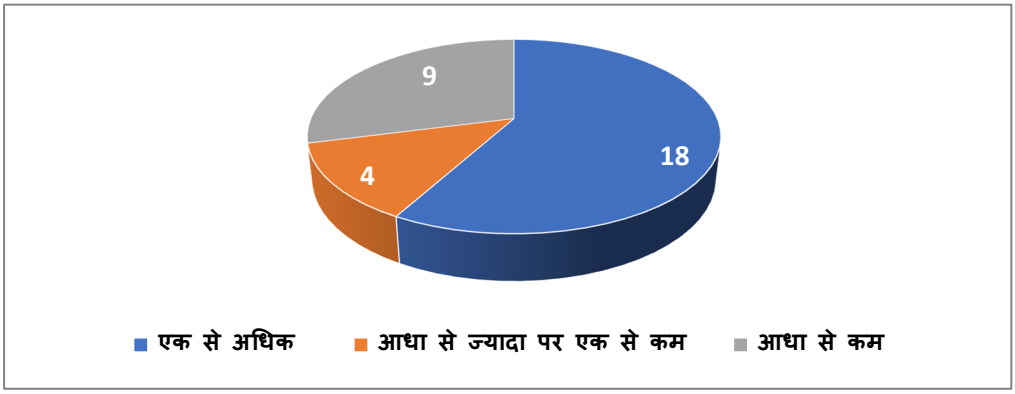
तालिका 3.19: ऑक्सीजन सिलेंडरों और कंसेंट्रेटर की उपलब्धता

अस्पताल	2016-17 से 2019-20		2020-21		2021-22	
	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर
पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पताल						
दुमका	26	उपलब्ध नहीं	60	07	495	64
गढ़वा	30	16	30	43	30	43
गुमला	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	36	17	95	152
सरायकेला-खरसावां	उपलब्ध नहीं	03	40	14	171	45
सिमडेगा	30	02	30	02	80	94
14 नमूना-जाँचित सीएचसी						
गोविंदपुर	05	उपलब्ध नहीं	05	उपलब्ध नहीं	05	23
झरिया	06	उपलब्ध नहीं	06	उपलब्ध नहीं	06	37
शिकारीपाड़ा	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं	100	71
जरमुंडी	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं	122	86
सरैयाहाट	02	उपलब्ध नहीं	02	उपलब्ध नहीं	132	80
भवनाथपुर	06	01	16	01	26	35
मझिआंव	20	02	20	37	20	37
भरनो	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	03	37	37
पालकोट	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	32	31
रायडीह	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	05	04	35	58
चांडिल	05	00	05	02	25	29
नीमडीह	07	00	07	03	07	31
बोलबा	02	00	06	00	115	21
जलडेगा	16	00	42	12	133	25
12 कार्यरत नमूना-जाँचित पीएचसी						
चुटियारो	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	00	01
भागा	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	00	00
मलूटी	00	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं
रायकिनारी	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं
दिघे	00	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं	00	उपलब्ध नहीं

अस्पताल	2016-17 से 2019-20		2020-21		2021-22	
	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर	आक्सीजन सिलेंडर	आक्सीजन कंसेंट्रेटर
कांडी	02	00	02	03	02	03
अरंगी	00	00	01	00	01	01
जूरा	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं
कोंदरा	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं	01	उपलब्ध नहीं
चाउलीबासा	01	00	01	00	01	00
हंटरपाथरडीह	00	00	04	00	04	01
बांसजोर	04	00	06	00	26	06

<u>रंग कोड:</u> हरा - बहुत अच्छा, पीला - अच्छा, लाल - पर्याप्त नहीं

चार्ट 3.12: नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में प्रति बिस्तर ऑक्सीजन की उपलब्धता



तालिका 3.19 एवं **चार्ट 3.12** से देखा जा सकता है कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2019-20 के दौरान तीन नमूना जाँच किए गए जिला अस्पताल, नौ सीएचसी और छः पीएचसी में ऑक्सीजन सिलेंडर उपलब्ध थे। इसी अवधि के दौरान नमूना-जाँचित तीन जिला अस्पताल और दो सीएचसी में ही ऑक्सीजन कंसंट्रेटर उपलब्ध थे। लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित सभी पाँच जिला अस्पताल, 14 सीएचसी और चार पीएचसी में ऑक्सीजन सिलेंडर और ऑक्सीजन कंसंट्रेटर दोनों उपलब्ध थे। मार्च 2022 तक आठ पीएचसी में ऑक्सीजन सिलेंडर और पाँच पीएचसी में ऑक्सीजन कंसंट्रेटर थे।

यह भी देखा गया कि वित्तीय वर्ष 2021-22 के दौरान सभी नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में प्रेशर स्विंग एब्जॉर्प्शन (पीएसए) ऑक्सीजन उत्पादन संयंत्र स्थापित किए गए थे, लेकिन वे क्रियाशील नहीं थे, जैसा कि स्वास्थ्य अवसंरचना पर **अध्याय 5** में चर्चा की गई है। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.6 मोबिलिटी सेवाएँ

3.6.1 मोबाइल चिकित्सा यूनिट

मोबाइल चिकित्सा यूनिट (एमएमयू) का उद्देश्य दूरदराज, दुर्गम, असेवित और अल्पसेवित क्षेत्रों में रहने वाली आबादी के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की एक श्रृंखला का प्रावधान करना है, जिसका मुख्य उद्देश्य इन आबादी के घरों तक स्वास्थ्य

देखभाल सेवा पहुँचाना है। राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) के प्रारंभ के साथ, एमएमयू सेवाओं का उद्देश्य शहरी गरीब और कमजोर आबादी की जरुरतों को पूरा करना और उन क्षेत्रों में निश्चित सेवाएँ प्रदान करना है जहां अवसंरचना नहीं है। अभिलेखों की जाँच में पाया गया कि मार्च 2022 तक राज्य में 98 एमएमयू कार्यरत थे। नमूना-जाँचित जिलों में एमएमयू की स्थिति **तालिका 3.20** में दर्शायी गई है।

तालिका 3.20: मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिलों में एमएमयू की स्थिति

जिला का नाम	उपलब्ध एमएमयू	कार्यरत एमएमयू	अकार्यरत एमएमयू
धनबाद	5	3	2
दुमका	3	1	2
गढ़वा	3	0	3
गुमला	4	2	2
सरायकेला-खरसावां	5	5	0
सिमडेगा	2	0	2
योग	**22**	**11**	**11**

रंग कोड: लाल= खराब, पीला= संतोषजनक, हरा = अच्छा

तालिका 3.20 से देखा जा सकता है कि मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिलों में उपलब्ध 22 एमएमयू में से केवल 11 एमएमयू (50 प्रतिशत) कार्यरत थे। तीन जिलों (गुमला, सिमडेगा और गढ़वा) में अक्रियाशील एमएमयू, साथ ही सरायकेला-खरसावां में क्रियाशील एमएमयू की खराब स्थिति को नीचे **चित्र 3.1** से **3.4** में दर्शाया गया है:

चित्र 3.1

गुमला जिले में अक्रियाशील एमएमयू (05.10.2022)

चित्र 3.2

सिमडेगा में अक्रियाशील एमएमयू (12.06.2022)

चित्र 3.3

गढ़वा जिले में अक्रियाशील एमएमयू (21.04.2022)

चित्र 3.4

सरायकेला खरसाँवा में एमएमयू की जर्जर स्थिति (02.06.2022)

दो जिलों[70] के चार एमएमयू के अभिलेखों की नमूना जाँच के दौरान लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- इन एमएमयू में महिला चिकित्सक और रेडियोग्राफर उपलब्ध नहीं थे। इस प्रकार, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान एएनसी और बाल टीकाकरण प्रदान नहीं किया जा सका था।
- सरायकेला-खरसावां के दो एमएमयू में आवश्यक उपकरणों की कमी 19 प्रतिशत से 23 प्रतिशत के बीच थी। इसके अलावा, उपलब्ध उपकरण का 33 से 52 प्रतिशत कार्यशील नहीं था।

इस प्रकार, एमएमयू के माध्यम से दूरस्थ, दुर्गम, असेवित और अल्पसेवित क्षेत्रों में रहने वाली आबादी को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ प्रदान करने का उद्देश्य अप्राप्त रहा। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि 75 नए एमएमयू स्वीकृत किए गए हैं और अक्रियाशील एमएमयू को क्रियाशील बनाया जाएगा।

3.6.2 एम्बुलेंस सेवाएँ

आईपीएचएस के अनुसार, जिला अस्पताल को बेसिक लाइफ सपोर्ट (बीएलएस) और वांछनीय रूप से एक एडवांस्ड लाइफ सपोर्ट (एएलएस) एम्बुलेंस से सुसज्जित होना चाहिए। एम्बुलेंस में आवश्यक कार्यबल के साथ-साथ एक संचार प्रणाली प्रदान की जानी हैं। सीएचसी में, आधारभूत लाइफ सपोर्ट के साथ चौबीसों घंटे एंबुलेंस सेवाएँ उपलब्ध होनी चाहिए। इसके अलावा, यह वांछनीय है कि गर्भावस्था और प्रसव के दौरान जटिलताओं के मामले में, प्राथमिक रेफरल इकाइयों (एफआरयु) को समय पर और सुनिश्चित रेफरल के लिए, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में रोगियों के परिवहन के लिए एम्बुलेंस की सुविधा हो। एंबुलेंस को उनके वर्गीकरण के अनुसार दवाओं और उपकरणों से लैस किया जाना है।

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों/सीएचसी में एंबुलेंस और कार्यबल[71] की आवश्यकता और उपलब्धता **तालिका 3.21** में दी गई है।

तालिका 3.21: मार्च 2022 तक एंबुलेंस और कार्यबल की आवश्यकता और उपलब्धता

स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्र	आवश्यक एंबुलेंस की संख्या	उपलब्ध एंबुलेंस की संख्या	एंबुलेंस की कमी	उपलब्ध चालकों की संख्या
पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पताल				
दुमका	3	4	-	5
गढ़वा	3	2	1	2
गुमला	3	3	-	5
सरायकेला-खरसावां	3	4	-	3
सिमडेगा	3	4	-	3

[70] गुमला (दो एमएमयू) और सरायकेला-खरसावां (दो एमएमयू)
[71] हर एंबुलेंस में एक चालक और दो टेक्नीशियन होने चाहिए।

स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्र	आवश्यक एंबुलेंस की संख्या	उपलब्ध एंबुलेंस की संख्या	एंबुलेंस की कमी	उपलब्ध चालकों की संख्या
14 नमूना-जाँचित सीएचसी				
गोविंदपुर	1	0	1	0
झरिया	1	0	1	0
शिकारीपाड़ा	1	1	0	1
जरमुंडी	1	1	0	1
सरैयाहाट	1	3	-	2
भवनाथपुर	1	2	-	1
मझिआंव	1	2	0	2
भरनो	1	1	0	1
पालकोट	1	2	-	2
रायडीह	1	2	-	2
चांडिल	1	2	-	1
नीमडीह	1	0	1	0
बोलबा	1	2	-	1
जलडेगा	1	2	-	1

रंग कोड: लाल= खराब, पीला= संतोषजनक, हरा= अच्छा

तालिका 3.21 से देखा जा सकता है कि नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से तीन में आवश्यकता से अधिक एंबुलेंस उपलब्ध थी, जबकि जिला अस्पताल, गढ़वा में उपलब्ध एंबुलेंस की संख्या कम थी। नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से तीन में एंबुलेंस उपलब्ध नहीं थे, जबकि आठ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में एंबुलेंस की संख्या अधिक थी। नमूना-जाँचित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एंबुलेंस केवल प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, बांसजोर में उपलब्ध थी। लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि दो जिला अस्पतालों में उपलब्ध एंबुलेंस की तुलना में चालकों की संख्या अधिक थी, जबकि दो जिला अस्पताल में चालकों की उपलब्धता उपलब्ध एंबुलेंस से कम थी। इसके अलावा, नमूना-जाँचित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में किसी भी एंबुलेंस के साथ आवश्यक तकनीशियन उपलब्ध नहीं थे।

विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि एम्बुलेंस की खरीद प्रक्रिया में है। यह भी कहा गया कि कुछ स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में उपलब्ध अतिरिक्त एम्बुलेंस को उन अस्पतालों में आवंटित किया जाएगा जहां कोई एम्बुलेंस उपलब्ध नहीं है।

3.6.2.1 108 एंबुलेंस सेवाएँ

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि झारखण्ड ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन सोसायटी (जेआरएचएमएस) ने अनुबंध के आधार पर राज्य में एम्बुलेंस सेवाएँ प्रदान करने के लिए एक निजी एजेंसी के साथ एक समझौते पर हस्ताक्षर किया था (अक्टूबर 2015)। हालांकि, 108 वाहन के निर्माण में देरी के कारण सेवा "108 एम्बुलेंस सेवा" नवंबर 2017 में ही शुरू की जा सकी। एजेंसी 337 एम्बुलेंस चला रही थी, जिनमें से 50 एम्बुलेंस एडवांस लाइफ सपोर्ट (एएलएस) और 287 बेसिक लाइफ सपोर्ट (बीएलएस)

से लैस थीं। एकरारनामा के अनुसार, एजेंसी 80 प्रतिशत मामलों में प्रमुख प्रदर्शन पैरामीटर के रूप में शहरी के लिए 25 मिनट और ग्रामीण और कठिन क्षेत्रों के लिए 55 मिनट का औसत प्रतिक्रिया समय बनाए रखने के लिए जिम्मेदार है। एजेंसी द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार, मार्च 2022 तक 8.52 लाख मरीजों को 108 एम्बुलेंस सेवाएँ प्रदान की गई थीं। प्रतिक्रिया समय में देरी का विवरण **तालिका 3.22** में दिया गया है।

तालिका 3.22: नवंबर 2017 से मार्च 2022 के दौरान प्रतिक्रिया समय में देरी

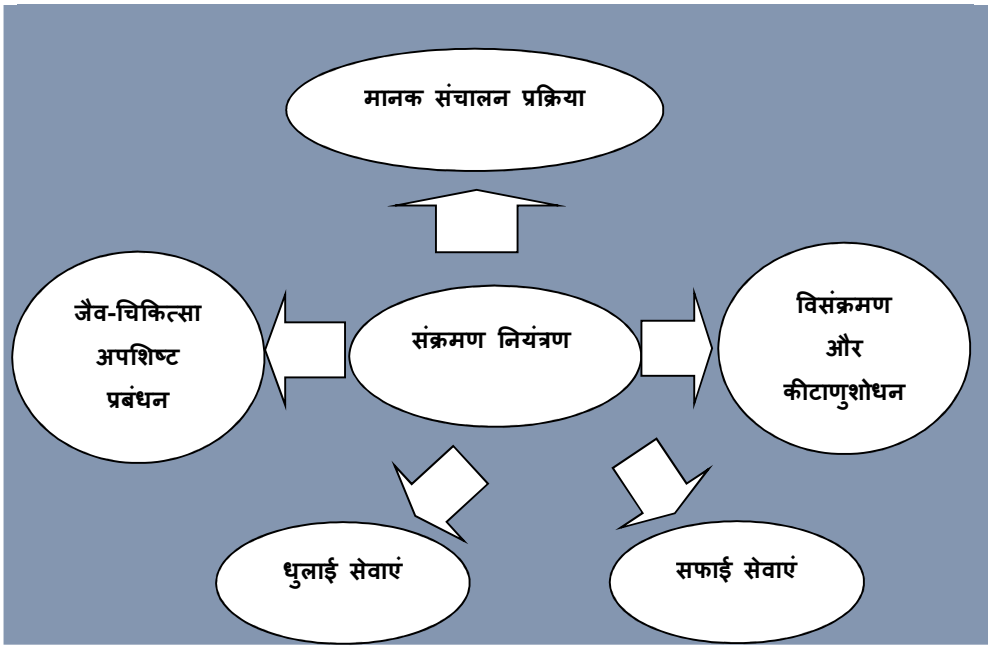
अटेंड की गई कॉलों की कुल संख्या	औसत प्रतिक्रिया समय के विरुद्ध विलंब							
	1-5 मिनट	6-10 मिनट	11-15 मिनट	16-20 मिनट	21-25 मिनट	26-30 मिनट	>30 मिनट	विलंबित मामलों की कुल संख्या (प्रतिशत)
2,15,088 (शहरी)	13,358	8,554	5,351	3,191	2,013	1,305	2,735	36,507 (17)
6,36,821 (ग्रामीण)	5,993	4,195	2,854	1,940	1,308	965	3,235	20,490 (3)

तालिका 3.22 से देखा जा सकता है कि शहरी क्षेत्रों में 36,507 मामलों (17 प्रतिशत) और ग्रामीण क्षेत्रों में 20,490 मामलों (3 प्रतिशत) में निर्धारित औसत प्रतिक्रिया समय के मुकाबले देरी हुई थी। निर्धारित औसत प्रतिक्रिया समय के मुकाबले देरी से गंभीर रोगियों की स्वास्थ्य सेवा पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है। हालाँकि, समझौते की शर्तों के अनुसार, देरी स्वीकार्य सीमा के अंतर्गत थी।

3.7 संक्रमण नियंत्रण

अस्पताल से संबंधित संक्रमण के संभावित प्रसार के जोखिम को कम करके, अस्पतालों में रोगियों और कर्मचारियों दोनों के लिए एक सुरक्षित वातावरण बनाए रखने में संक्रमण नियंत्रण क्रियाएं महत्त्वपूर्ण हैं। संक्रमण नियंत्रण के विभिन्न पहलुओं को **चार्ट 3.13** में दिखाया गया है।

चार्ट 3.13: संक्रमण नियंत्रण तंत्र



3.7.1 मानक संचालन प्रक्रियाएं

मरीजों, आगंतुकों और कर्मचारियों में अस्पताल से होने वाले संक्रमण को रोकने के लिए, जिला अस्पताल के लिए एनएचएम मूल्यांकनकर्त्ता गाइडबुक एक संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रम और प्रक्रियाओं को तैयार करने की सिफारिश करती है, जिन्हें अस्पताल से जुड़े संक्रमणों की रोकथाम और आकलन के लिए लागू किया जाना है। इसके साथ-साथ प्रत्येक अस्पताल में स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के लिए एक चेकलिस्ट बनाकर रोगी देखभाल क्षेत्रों की सफाई और कीटाणुशोधन होना है। इसके अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में सफाई, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण क्रियाओं को बढ़ावा देने के लिए, प्रत्येक अस्पताल में एक अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति (एचआईसीसी) का गठन करना है, जैसा कि भारत सरकार द्वारा शुरू किए गए (मई 2015) कार्यक्रम "कायाकल्प"[72] के तहत परिकल्पित है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि विभाग ने सभी सिविल सर्जनों को संक्रमण नियंत्रण के लिए नीतियां बनाने और उनके कार्यान्वयन की निगरानी के लिए एचआईसीसी के समान जिला संक्रमण नियंत्रण समितियों (डीआईसीसी) का गठन करने का निर्देश (सितंबर 2015) दिया था। हालाँकि, डीआईसीसी का गठन केवल गुमला और सिमडेगा जिलों में क्रमशः मार्च 2018 और मई 2019 में किया गया था।

इसके अलावा, राज्य गुणवत्ता आश्वासन समिति (एसक्यूएसी) ने विभिन्न सेवाओं[73] से संबंधित संक्रमण नियंत्रण के लिए मानक संचालन प्रक्रिया (एसओपी) तैयार की थी और उन्हें सभी सिविल सर्जनों (सीएस) को संप्रेषित (जून 2016) किया था, साथ ही एसओपी को जिला की जरुरतों के अनुसार संशोधित करने के निर्देश के साथ, और परिवर्तन, यदि कोई हो, एसक्यूएसी को रिपोर्ट करना था। हालांकि, मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पताल में से तीन[74] ने स्वयं के एसओपी तैयार नहीं किए थे, या एसक्यूएसी द्वारा तैयार एसओपी को नहीं अपनाया था। एसओपी के अभाव में स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण गतिविधियों का संचालन तीन जिला अस्पतालों में एड-हॉक तरीके से किया जा रहा था।

व्यवस्थित संक्रमण नियंत्रण गतिविधियों के अभाव में, लेखापरीक्षा यह आश्वासन प्राप्त नहीं कर सका कि नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण की निर्धारित प्रक्रियाओं का पालन किया जा रहा था। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी।

---

[72] भारत में स्वच्छता को बढ़ावा देने और स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए स्वच्छ भारत अभियान के तहत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा शुरू की गई एक राष्ट्रीय पहल

[73] दुर्घटना और आपात स्थिति, ब्लड बैंक, आईपीडी, प्रयोगशाला, लेबर रूम, प्रसूति, ओटी, ओपीडी, फार्मेसी एवं स्टोर, रेडियोलॉजी, एसएनसीयू, सामान्य प्रशासन और मुर्दाघर।

[74] दुमका, गढ़वा और गुमला

3.7.2 कीट और कृंतक नियंत्रण

एनएचएम मूल्यांकनकर्त्ता गाइडबुक के अनुसार, अस्पतालों में चूहों और कीटों के माध्यम से संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करना संक्रमण नियंत्रण क्रियाओं का एक महत्त्वपूर्ण घटक है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से दो जिला अस्पताल (दुमका और गढ़वा) द्वारा कीट और कृंतक नियंत्रण कार्य नहीं किया गया था। जिला अस्पताल, गुमला ने वित्तीय वर्ष 2019-20 में कीट और कृंतक नियंत्रण कार्य शुरू किया था और इसे केवल वित्तीय वर्ष 2020-21 तक जारी रखा। जिला अस्पताल, सिमडेगा ने छः में से केवल तीन वर्षों[75] में कीट नियंत्रण किया था। जिला अस्पताल, सरायकेला-खरसावां ने मई 2019 और दिसंबर 2020 में ही कीट और कृंतक नियंत्रण कार्य किया था। आगे, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान केवल एक नमूना-जाँचित सीएचसी (रायडीह) ने कीट और कृंतक नियंत्रण सुनिश्चित किया था। नमूना-जाँचित किसी भी पीएचसी में कीट नियंत्रण नहीं किया गया था। इस प्रकार, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान किसी भी नमूना जाँच किए गए जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी द्वारा कीट और कृंतक नियंत्रण का मानकीकरण अस्पताल अधिग्रहीत संक्रमण को कम करने के लिए सुनिश्चित नहीं किया गया था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.7.3 कीटाणुशोधन और विसंक्रमण

भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आइसीएमआर) के अस्पताल संक्रमण नियंत्रण मार्गदर्शिका के अनुसार, कीटाणुशोधन और विसंक्रमण, चिकित्सा उपकरणों, लिनेन और उपभोग्य सामग्रियों पर बैक्टीरिया/वायरस आदि के प्रसार को रोकने में मदद करती है और अस्पताल के रोगियों और कर्मचारियों के बीच संक्रमण फैलने की संभावना को कम करती है। इसके अलावा, एनएचएम मूल्यांकनकर्त्ता गाइडबुक जिला अस्पतालों में कीटाणुशोधन के लिए उबालना, ऑटोक्लेविंग, उच्च स्तरीय कीटाणुशोधन (एचएलडी) और रासायनिक विसंक्रमण प्रकिया की अनुशंसा करती है। मार्च 2022 तक नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में किए गए कीटाणुशोधन और विसंक्रमण के तरीके **तालिका 3.23** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.23: कीटाणुशोधन और विसंक्रमण प्रक्रियाओं की उपलब्धता

जिला अस्पताल का नाम	उबालना	रासायनिक विसंक्रमण	ऑटोक्लेविंग	उच्च स्तरीय कीटाणुशोधन (एच एल डी)
दुमका	हाँ	हाँ	हाँ	उपलब्ध नहीं
गढ़वा	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
गुमला	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
सरायकेला-खरसावां	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
सिमडेगा	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं

रंग कोड: लाल= उपलब्ध नहीं, हरा= उपलब्ध

[75] वित्तीय वर्ष 2017-18, 2018-19 और 2020-21

तालिका 3.23 से यह देखा जा सकता है कि तीन जिला अस्पतालों में एचएलडी[76] प्रणाली उपलब्ध नहीं थी, यद्यपि यह विशिष्ट यंत्रों और उपकरणों के कीटाणुशोधन के लिए अनिवार्य रूप से आवश्यक था।

आगे नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से 11, छः और 13 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में क्रमशः उबालना, रासायनिक विसंक्रमण और आटोक्लेविंग उपलब्ध थे। मार्च 2022 की तक किसी भी नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उच्च स्तरीय कीटाणुशोधन उपलब्ध नहीं था। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी।

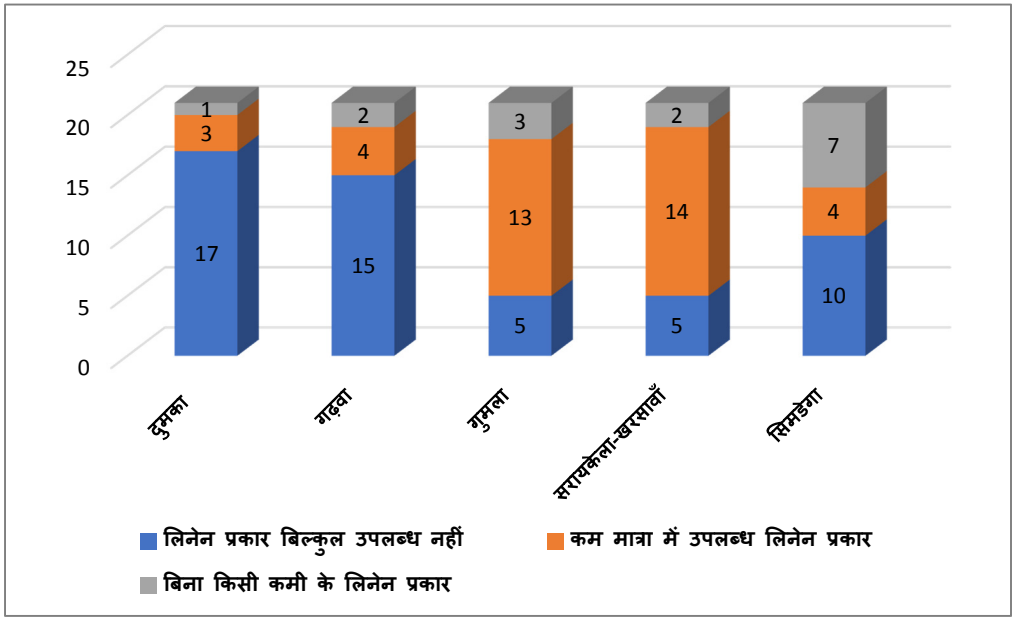
3.7.4 लॉन्ड्री सेवाएँ

3.7.4.1 लिनेन की उपलब्धता

आईपीएचएस मानदंड अस्पताल की बिस्तर क्षमता के अनुसार रोगी देखभाल सेवाओं के लिए 21 प्रकार के लिनेन निर्धारित करता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि वित्तीय वर्ष 2021-2022 के दौरान नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में चार से 16 प्रकार के लिनेन उपलब्ध नहीं थे (***परिशिष्ट 3.10***)। नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में लिनेन की उपलब्धता एवं कमी **चार्ट 3.14** में दर्शायी गयी है।

चार्ट 3.14: वित्तीय वर्ष 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में लिनेन आइटम के प्रकार की कमी



चार्ट 3.14 एवं ***परिशिष्ट 3.10*** से देखा जा सकता है कि नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में एक से तीन प्रकार के लिनेन, जिसमें मुख्य रूप से कंबल, ओवर-शूज जोड़े और

[76] जीवाणु बीजाणुओं की एक छोटी संख्या के अपवाद के साथ या डिवाइस पर सभी सूक्ष्म जीवों के पूर्ण उन्मूलन की प्रक्रिया।

तकिए के कवर शामिल हैं, आवश्यकता से अधिक उपलब्ध थे। सभी पाँच जिला अस्पतालों में 94 से 444 प्रतिशत तक आवश्यकता से अधिक कंबल उपलब्ध थे; दो जिला अस्पताल[77] में ओवर-शूज़ जोड़े 116 से 6,150 प्रतिशत की आवश्यकता से अधिक उपलब्ध थे; और तकिए के कवर दो जिला अस्पतालों[78] में आवश्यकता से 17 से 42 प्रतिशत अधिक उपलब्ध थे। जिला अस्पताल, सिमडेगा में आवश्यकता से अधिक (105 प्रतिशत) चादरें पाई गई थी (***परिशिष्ट 3.10***)।

नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में 14 से 20 प्रकार के लिनेन की कमी थी, जो तीन से 100 प्रतिशत के बीच थी, जिसमें मुख्य रूप से चादरें, बेड-स्प्रेड्स, तकिए, टेबल क्लॉथ, ओटी कोट और रोगी के हाउस कोट की कमी शामिल थी, पुरुष रोगियों के पजामा/शर्ट नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल में उपलब्ध नहीं थे (***परिशिष्ट 3.10***)।

लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि वित्तीय वर्ष 2021-22 के दौरान नमूना जाँच किए गए 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में दो से 17 प्रकार के लिनेन उपलब्ध थे, जैसा कि ***परिशिष्ट 3.10*** में विस्तारित है। आगे, नमूना-जाँचित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में केवल 3 से 8 प्रकार के लिनेन उपलब्ध थे।

इस प्रकार, कंबल, ओवरशूज जोड़ी, तकिए के कवर और चादरें अधिक मात्रा में खरीदी गई थी, जबकि अन्य प्रकार के लिनेन की खरीद पर ध्यान नहीं दिया गया था। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी।

3.7.4.2 लॉन्ड्री सेवाओं में अन्य कमियां

नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों और 14 सीएचसी में अभिलेखों की जाँच से पता चला कि:

- नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से केवल तीन[79] तथा नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से दो[80] में ही धुलाई पंजी संधारित किए गए थे।
- वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान किसी भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी द्वारा लिनेन का भौतिक सत्यापन नहीं किया गया था। नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से चोरी/कपड़े के नुकसान की जाँच के लिए एक प्रणाली केवल जिला अस्पताल, दुमका में उपलब्ध थी।
- दो जिला अस्पतालों[81] और छः सीएचसी[82] में बंद अलमारी में साफ-सुथरे लिनेन का भंडार स्वच्छ स्थिति में पाया गया था। शेष तीन जिला अस्पतालों एवं आठ

---

77 गुमला और सरायकेला-खरसावां

78 गढ़वा और सिमडेगा

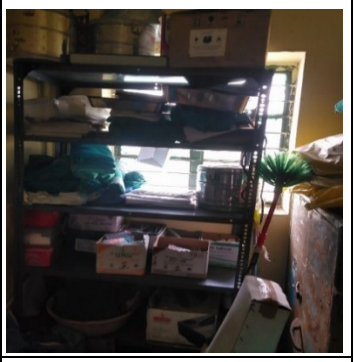
79 दुमका, गुमला और सिमडेगा

80 भरनो व रायडीह

81 दुमका और सिमडेगा

82 गोविंदपुर, झरिया, जरमुंडी, भरनो, रायडीह और जलडेगा

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में साफ लिनेन खुले में रखा हुआ पाया गया था, जैसा कि नीचे **चित्र 3.5 से 3.7** में देखा जा सकता है:

चित्र 3.5	चित्र 3.6	चित्र 3.7
		
जिला अस्पताल, गढ़वा में धुले हुए लिनेन फर्श पर रखे हुए (27.04.2022)	**जिला अस्पताल, सरायकेला-खरसावां में धुले हुए लिनेन को खुले में रखा हुआ (16.07.2022)**	**चांडिल सीएचसी में धुले हुए लिनेन खुले में रखा हुआ (25.04.2022)**

- नमूना-जाँचित पाँच जिला अस्पतालों में से केवल तीन (गढ़वा, गुमला और सिमडेगा) में प्रतिदिन चादरें बदली जा रही थीं। केवल दो जिला अस्पताल (गुमला एवं सिमडेगा) में भारत सरकार के निर्देशों के अनुसार अलग-अलग दिनों में अलग-अलग रंग की चादरें उपलब्ध कराई जा रही थीं।
- केवल जिला अस्पताल, गुमला, सीएचसी, झरिया व सीएचसी गोविंदपुर में ही साफ लिनेन बांटने व गंदा लिनेन जमा करने के लिए अलग-अलग ट्रॉलियों का उपयोग किया जाना पाया गया था।
- केवल दो जिला अस्पतालों (दुमका एवं गुमला) तथा दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (झरिया एवं गोविन्दपुर) में संक्रमित एवं असंक्रमित लिनेन सामग्री को अलग-अलग कन्टेनरों/बैगों में अलग-अलग रखा एवं परिवहन किया जा रहा था।
- सिर्फ जिला अस्पताल, गुमला के अस्पताल प्रबंधन द्वारा प्रतिदिन बेड लिनेन की जाँच की जा रही थी. इस प्रकार, शेष चार जिला अस्पतालों में लिनेन की सफाई एवं कीटाणुशोधन की निगरानी सुनिश्चित नहीं की गयी थी।
- नमूना-जाँचित छः जिलों में से केवल दो (सरायकेला-खरसावाँ एवं सिमडेगा) के सिविल सर्जनों ने क्रमशः लिनेन के अनुपयोगी घोषित करने हेतु नीतियाँ बनायी एवं अपनायी थी। हालांकि, जिला अस्पताल, सरायकेला-खरसावां में अनुपयोगी घोषित करने की प्रक्रिया शुरू नहीं की गई थी, जबकि जिला अस्पताल, सिमडेगा द्वारा कोई सूचना नहीं दी गई थी। शेष तीन नमूना-जाँचित जिलों ने वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान न तो अनुपयोगी घोषित करने के लिए कोई नीति तैयार की थी और न ही उन्होंने लिनेन की अनुपयोगी घोषित की थी। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी।

3.7.5 जैव चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन

जैव चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन और हथालन) नियमावली, 1998 के अनुसार, जैव चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करने वाली संस्था[83] के प्रत्येक अधिभोगी[84] का यह कर्तव्य है कि वह यह सुनिश्चित करने के लिए सभी कदम उठाए ताकि मानव स्वास्थ्य और पर्यावरण पर बिना किसी प्रतिकूल प्रभाव के ऐसे कचरे का निस्तारण किए जाए। इसके अलावा, किसी भी अनुपचारित जैव चिकित्सा अपशिष्ट को 48 घंटे की अवधि से अधिक संग्रहित नहीं किया जाना चाहिए। यद्यपि राज्य के सभी 23 जिला अस्पतालों में जैव चिकित्सा अपशिष्ट (बीएमडब्ल्यू) प्रबंधन की व्यवस्था उपलब्ध थी, लेखापरीक्षा ने नमूना-जाँच की गई स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में कई कमियाँ पाईं जैसा कि नीचे चर्चा की गई है:

- जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियमावली, 2016 और आईपीएचएस के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को संभालने[85] के लिए राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (एसपीसीबी) से प्राधिकार प्राप्त करना है। लेखापरीक्षा ने पाया कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में से जिला अस्पताल, गुमला को छोड़कर किसी ने भी एसपीसीबी से प्राधिकार प्राप्त नहीं किया था, जिसने जून 2018 से जून 2019 तक की अवधि के लिए संचालन करने हेतु सहमति (सीटीओ) प्राप्त की थी।
- नमूना-जाँचित सभी जिला अस्पताल, ऑपरेटर[86] के माध्यम से जैव चिकित्सा अपशिष्ट का निस्तारण कर रहे थे और उनके पास इसके लिए समझौता[87] ज्ञापन था। इन जिला अस्पतालों को अक्टूबर 2018 से अगस्त 2021 के बीच आपरेटरों के साथ संलग्न कर दिया गया था। किसी भी जिला अस्पताल के अभिलेख में बीएमडब्ल्यू के संग्रह, पृथक्करण, परिवहन और प्रबंधन का तरीका उपलब्ध नहीं पाया गया।
- लेखापरीक्षा ने पाया कि किसी भी नमूना-जाँचित सीएचसी और पीएचसी में जैव चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण नहीं किया जा रहा था। आगे यह भी पाया गया कि किसी भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में बायो-मेडिकल तरल अपशिष्ट पृथक्करण या उपचार अलग से नहीं किया जा रहा था। आगे, किसी

---

83 एक अस्पताल, नर्सिंग होम, क्लिनिक, डिस्पेंसरी, पशु चिकित्सा संस्थान, पशु घर, पैथोलॉजिकल प्रयोगशाला और ब्लड बैंक शामिल हैं।

84 एक व्यक्ति जिसका संस्था और/या उसके परिसर पर नियंत्रण है।

85 उत्पादन, छँटाई, पृथक्करण, संग्रह, उपयोग, भंडारण, पैकेजिंग, लोडिंग, परिवहन, उतराई, प्रसंस्करण, उपचार, विनाश, रूपांतरण, या ऐसे कचरे की बिक्री, स्थानांतरण, निपटान के लिए प्रस्ताव शामिल है।

86 (1) मेसर्स मेडिकेयर एनवायरनमेंटल मैनेजमेंट प्राइवेट लिमिटेड, लोहरदगा, (2) मेसर्स ग्रीनलैंड वेस्ट मैनेजमेंट सिस्टम, पाकुड़ और (3) मेसर्स आदित्यपुर वेस्ट मैनेजमेंट प्राइवेट लिमिटेड, आदित्यपुर।

87 दुमका (06.08.2021), गढ़वा (01.04.2019), गुमला (13.10.2018), सरायकेला-खरसावां (08.06.2020) और सिमडेगा (13.02.2019)।

भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल में तरल रासायनिक अपशिष्ट के पूर्व-उपचार के लिए एफ्लुएंट ट्रीटमेंट प्लांट्स (ईटीपी) स्थापित नहीं किए गए थे, जिसके परिणामस्वरूप अनुपचारित अपशिष्ट को सीधे जल निकासी प्रणाली में छोड़ दिया जा रहा था, जो बीएमडब्ल्यू नियमों का उल्लंघन था, जिससे जन स्वास्थ्य से समझौता हो रहा था।

- नमूना-जाँचित पाँच में से चार[88] जिला अस्पतालों में जैव चिकित्सा अपशिष्ट को प्रत्येक दूसरे दिन और जिला अस्पताल, गुमला में साप्ताहिक आधार पर निपटारा किया जा रहा था। इसी प्रकार नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, भरनो एवं पालकोट में प्रतिदिन कूड़ा निस्तारण किया जा रहा था; सीएचसी, रायडीह में प्रत्येक दूसरे दिन; नमूना-जाँचित तीन[89] सीएचसी में सप्ताह में दो बार और सीएचसी बोलबा में साप्ताहिक आधार पर। यद्यपि दुमका जिले के तीन सीएचसी[90] से बीएमडब्ल्यू एकत्र करने के लिए एक ऑपरेटर[91] को लगाया गया था, लेकिन बीएमडब्ल्यू के संग्रह की आवधिकता और निपटान की विधि अभिलेखों में उपलब्ध नहीं थी। शेष चार[92] नमूना-जाँचित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बीएमडब्ल्यू का निस्तारण गहरे गड्ढों में किया जा रहा था।
- जिला अस्पताल, गढ़वा में ₹ 8.79 लाख की लागत से स्थापित (मई 2021) इंसीनीरेटर जून 2022 तक उपयोग में नहीं लाया गया था। इसके बजाय, कचरे के निपटान के लिए एक एजेंसी को आउटसोर्स (अप्रैल 2019) किया गया था। इसके अलावा, जैव चिकित्सा अपशिष्ट को उचित सुरक्षा सावधानियों के बिना हथालन किया जा रहा था, क्योंकि अस्पताल परिसर में सीरिंज, सुई, डिस्पोजेबल दस्ताने, प्लास्टिक बैग, दवा की बोतलें आदि खुले में जलाई जा रही थीं, जैसा कि **चित्र 3.8** और **3.9** में देखा जा सकता है:

चित्र 3.8	चित्र 3.9
जिला अस्पताल, गढ़वा में अस्पताल परिसर में जलाई जा रही बीएमडब्ल्यू (26.07.2022)	

88 जिला अस्पताल, दुमका, गढ़वा, सरायकेला-खरसावां और सिमडेगा

89 सीएचसी, चांडिल, जलडेगा, नीमडीह

90 सीएचसी, जरमुंडी, सरैयाहाट और शिकारीपाड़ा

91 मेसर्स ग्रीनलैंड वेस्ट मैनेजमेंट सिस्टम, पाकुड़

92 सीएचसी भवानीपुर, गोविंदपुर, झरिया और मंझिआंव

उपरोक्त से, यह स्पष्ट है कि जैव चिकित्सा अपशिष्ट का उचित प्रबंधन नहीं किया गया था। पर्यावरण को प्रभावित करने के अलावा, यह उन लोगों को भी जो कचरे को संभाल रहे थे, साथ ही साथ अस्पताल और उसके आसपास के लोगों को भी प्रभावित करेगा। विभाग ने कहा (मार्च 2023) कि मामले की जाँच की जाएगी।

- एक अस्पताल में उत्पन्न होने वाले सीवरेज की मात्रा का प्रबंधन करने के लिए एक सीवेज ट्रीटमेंट प्लांट (एसटीपी) आवश्यक है, ताकि यह अस्पताल के आस-पास के क्षेत्रों को प्रदूषित न करे। नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में एसटीपी स्थापित नहीं किये गये थे।
- सरकार के आदेशानुसार, जैव चिकित्सा अपशिष्ट के निस्तारण के लिए संचालकों को ₹ सात प्रतिदिन प्रति बिस्तर की दर से भुगतान किया जाना था। लेखापरीक्षा ने देखा कि सीएचसी, पालकोट, जिसकी क्षमता छः बिस्तरों की थी, ने वित्तीय वर्ष 2020-21 के लिए ₹ 15,330[93] की स्वीकार्य राशि के विरुद्ध ₹ 51,240 की राशि का भुगतान किया था। इसके परिणामस्वरूप ₹ 35,910 का अधिक भुगतान हुआ

3.8 सार्वजनिक सुरक्षा और रोगी अधिकार

आईपीएचएस के अनुसार, एक सिटीजन चार्टर, जिसमें मरीजों के अधिकार और उत्तरदायित्व, उपलब्ध सेवाएँ, चार्ज किए गए उपयोगकर्ता शुल्क (यदि कोई हो) और एक शिकायत निवारण प्रणाली दर्शाया गया हो, को प्रमुखता से प्रदर्शित किया जाना चाहिए। आईपीएचएस इस बात पर जोर देता है कि अस्पतालों में सुरक्षा और संरक्षा प्रबंधन होना चाहिए। इसके अलावा, आईपीएचएस के तहत गेट के साथ चाहरदीवारी/बाड़ भी एक आवश्यकता थी।

पाँच जिला अस्पताल, 14 सीएचसी और 12 पीएचसी के अभिलेखों की नमूना जाँच के दौरान लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया:

- नमूना-जाँचित सभी जिला अस्पतालों में सिटीजन चार्टर प्रदर्शित किए गए थे। हालांकि, नौ सीएचसी और आठ पीएचसी में उन्हें प्रदर्शित नहीं किया गया था। इसके अलावा, नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल/ सीएचसी/ पीएचसी में कोई शिकायत निवारण तंत्र उपलब्ध नहीं था।
- आईपीएचएस निर्धारित करता है कि अस्पताल भवनों को अग्नि सुरक्षा सुविधाओं से लैस किया जाना चाहिए। नेशनल बिल्डिंग कोड ऑफ इंडिया, 2005 (2016 में अद्यतन किया गया) यह भी निर्धारित करता है कि अस्पताल परिसर में आग लगने की स्थिति में मरीजों, परिचारकों, आगंतुकों और अस्पताल के कर्मचारियों की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए हर अस्पताल में अग्निशामक यंत्र (एफई)/ फायर हाइड्रेंट स्थापित किया जाना चाहिए।

[93] 6 बिस्तर X ₹ 7 x 365 दिन = 15,330

लेखापरीक्षा ने पाया कि किसी भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में फायर हाइड्रेंट[94] स्थापित नहीं किए गए थे। हालांकि, नमूना-जाँचित सभी जिला अस्पतालों और 13 सीएचसी में एफई उपलब्ध थे, लेकिन एफई की उपलब्धता केवल चार पीएचसी तक ही सीमित थी। किसी भी निर्धारित मानदंड के अभाव में एफई[95] की पर्याप्तता या अन्यथा का पता नहीं लगाया जा सका। इसके अलावा, प्रत्येक 100 बिस्तरों की क्षमता वाले नमूना-जाँचित चार जिला अस्पतालों में, उपलब्ध एफई की संख्या एक समान नहीं थी और ये नौ से 28 के बीच थी। नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों/सीएचसी/पीएचसी में एफई की उपलब्धता प्रति एफई[96] एक से 15 बेड के बीच थी। आगे, नमूना जाँच किए गए जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी में से स्मोक डिटेक्टर केवल जिला अस्पताल, दुमका और सीएचसी, जरमुंडी में उपलब्ध थे। यह भी पाया गया कि अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा 23 जिला अस्पतालों में से केवल नौ[97] में संचालित किया गया था।

- जिला अस्पताल सिमडेगा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, भरनो को छोड़कर किसी भी नमूना-जाँचित जिला अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र द्वारा कोई आपदा प्रबंधन योजना तैयार नहीं की गयी थी और न ही कोई आपदा प्रबंधन समिति का गठन किया गया था। आईपीएचएस के अनुसार, अस्पतालों में आपातकाल के लिए दिशात्मक संकेत प्रदर्शित किए जाने चाहिए। लेखापरीक्षा ने पाया कि पाँच नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों में से तीन[98], नमूना-जाँचित 14 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से चार[99] और नमूना-जाँचित 12 क्रियाशील पीएचसी में से चार[100] में आपातकालीन निकास के संकेतक उपलब्ध थे। इसके अलावा, नमूना-जाँचित किसी भी जिला अस्पताल/ सीएचसी/ पीएचसी द्वारा राज्य अग्निशमन प्राधिकरण से 'अनापत्ति प्रमाण पत्र', नहीं लिया गया था। यह इंगित करता है कि जिला अस्पताल/ सीएचसी/ पीएचसी के पास पर्याप्त सुरक्षा एवं संरक्षा प्रबंधन नहीं था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।
- आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार, अस्पतालों के अंदर और बाहर के क्षेत्रों में स्वच्छता बनाए रखी जानी चाहिए। नमूना-जाँचित अस्पतालों में स्वच्छता और साफ़-सफ़ाई की स्थिति के **चित्र 3.10** से **3.15** में नीचे दर्शाए गए हैं:

---

94 एक अलग जल कनेक्शन बिंदु जहाँ से अग्नि दुर्घटना की स्थिति में पानी का दोहन किया जा सके

95 किसी बेंचमार्क या अग्नि सुरक्षा ऑडिट के अभाव में, उपलब्ध अग्निशामक यंत्रों की संख्या की तुलना कुल बिस्तरों की संख्या से की गई।

96 डीएच: प्रति एफई 4 से 11 बिस्तर, सीएचसी: प्रति एफई 3 से 15 बिस्तर और पीएचसी: प्रति एफई 1 से 6 बिस्तर

97 डीएच;-दुमका, पूर्वी सिंहभूम, गिरिडीह, गुमला, हज़ारीबाग, लातेहार, लोहरदगा, पाकुड़ और रामगढ़,

98 डीएच, दुमका; डीएच, सरायकेला-खरसावां और डीएच, सिमडेगा.

99 जरमुंडी, सरैयाहाट, शिकारीपाड़ा और मंझिआंव

100 मलूटी, रायकिनारी, कांडी और बांसजोर

चित्र 3.10

सीएचसी-जलडेगा (गंदा शौचालय)
(14.06.2022)

चित्र 3.11

सीएचसी-पालकोट (जर्जर स्थिति)
(11.05.2022)

चित्र 3.12

सीएचसी-पालकोट (वैक्सीन कैरियर बॉक्स बाहर रखा गया)
(03.06.2022)

चित्र 3.13

सीएचसी-चांडिल (शौचालय के पास स्टोर में रखी दवाएं)
(30.07.2022)

चित्र 3.14

सीएचसी-झरिया (फर्श पर रखी दवाएं)
(23.08.2022)

चित्र 3.14

जिला अस्पताल गढ़वा (अस्पताल परिसर में बिखरा हुआ जैव-चिकित्सा अपशिष्ट
(26.07.2022)

3.9 शवगृह सेवाएँ

शवगृह, शवों का शवदाह या दफनाने से पहले रखने और शव परीक्षण करने की सुविधाएं प्रदान करता है। शवगृह अलग भवन में होगा, जहां वार्डों, दुर्घटना एवं आपातकालीन विभाग और ऑपरेशन थिएटर से आसानी से पहुंचा जा सकता है। यह जनता द्वारा उपयोग किए जाने वाले सामान्य यातायात मार्गों से दूर स्थित होगा। आईपीएचएस के अनुसार, जिला अस्पताल को शवगृह सेवाएँ प्रदान करना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मार्च 2022 तक 23 जिला अस्पतालों में से 18[101] (सभी नमूना-जाँचित जिला अस्पतालों सहित) में शवगृह सेवाएँ उपलब्ध थीं।

3.10 शैक्षणिक अस्पताल

चिकित्सा महाविद्यालय और अस्पताल (एमसीएच) मरीजों को या तो बाह्य रोगी विभागों (ओपीडी) के माध्यम से या उन्हें इनडोर मरीजों (आईपीडी) के रूप में भर्ती करके चिकित्सा देखभाल प्रदान करते हैं। मरीजों को सेवा प्रदान से संबंधित गतिविधियों की लेखापरीक्षा जाँच से निम्नलिखित कमियां पायी गयी:

3.10.1 वाह्य रोगी विभाग

वाह्य रोगी विभाग (ओपीडी) उन रोगियों को चिकित्सा सेवाएँ प्रदान करते हैं जिन्हें अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है। विभाग के आदेश (मई 2013) के अनुसार, क्लिनिकल विभाग में प्रत्येक ओपीडी को एक विशेषज्ञ चिकित्सक के साथ प्रतिदिन छः घंटे चलाना आवश्यक था। चूंकि एमसीएच एक बड़े आवाह क्षेत्र को सेवाएँ प्रदान करते हैं, इसलिए रोगियों की भारी संख्या के अनुरूप कुशल और सक्षम ओपीडी, रोगियों को गुणवत्तापूर्ण सेवाएँ प्रदान करने के लिए आवश्यक हैं, विशेष रूप से गरीब लोगों को जो निजी अस्पतालों में महंगा इलाज नहीं करा सकते हैं।

विभाग द्वारा औसत परामर्श समय के संबंध में कोई मानदंड तय नहीं किया गया था। हालाँकि, नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ पब्लिक फाइनेंस एंड पॉलिसी ने राय दी थी कि मरीजों के बीच संतुष्टि के स्तर को आकलित करने के लिए चिकित्सक के साथ बिताया गया परामर्श समय एक महत्त्वपूर्ण लक्षण है। स्वास्थ्य कर्मियों के साथ कम संपर्क समय परामर्श प्रक्रिया के प्रति रोगी के असंतोष का एक सामान्य स्रोत है।

नमूना-जाँचित तीन एमसीएच में छः[102] नमूना महीनों में से पाँच (अगस्त 2020 को छोड़कर) के अभिलेख की लेखापरीक्षा जाँच से पता चला कि क्लिनिकल विभागों, विशेष रूप से सामान्य चिकित्सा, स्त्री रोग, शिशु रोग और शल्य चिकित्सा में रोगियों का भार अधिक था, जिसके कारण रोगियों के लिए परामर्श का कम समय उपलब्ध हो रहा था, जैसा कि **तालिका 3.24** में बताया गया है।

---

[101] देवघर, दुमका, गढ़वा, गिरिडीह, गोड्डा, गुमला, हजारीबाग, कोडरमा, खूंटी, लोहरदगा, लातेहार, पलामू, रामगढ़, रांची, साहिबगंज, सरायकेला-खरसावां, सिमडेगा, पश्चिम-सिंहभूम

[102] मई 2016, अगस्त 2017, नवंबर 2018, मई 2019, अगस्त 2020 और नवंबर 2021

तालिका 3.24 विभागों में औसत परामर्श समय

एम सी एच का नाम	विभागों का औसत परामर्श समय (सीमा में)			
	सामान्य दवा	शल्य	स्त्री रोग	शिशु रोग
एसएनएमएमसीएच, धनबाद (2016-22)	0.94 से 1.73 मिनट	2.99 से 3.96 मिनट	3.27 से 4.82 मिनट	3.88 से 4.56 मिनट
पीजीएमसीएच दुमका (2019-22)	2.73 से 5.61 मिनट	9.26 से 11.31 मिनट	5.23 से 5.67 मिनट	7.78 से 8.61 मिनट
रिम्स, रांची (2016-22)	0.85 से 1.39 मिनट	2.64 से 3.74 मिनट	3.01 से 3.79 मिनट	2.21 से 4.26 मिनट

तालिका 3.24 से देखा जा सकता है कि अधिक रोगी भार के कारण एसएनएमएमसीएच, धनबाद और रिम्स, रांची में औसत परामर्श समय एक से पाँच मिनट के बीच था ***(परिशिष्ट 3.11)***।

उच्च रोगी भार और कम परामर्श समय के बावजूद, संबंधित एमसीएच ने इन ओपीडी में एक से अधिक चिकित्सकों को तैनात करने के लिए कार्रवाई नहीं की थी। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.10.2 अंत: रोगी विभागों में बिस्तर अधिभोग

एमसीआई मानदंडों के अनुसार, इनडोर बिस्तरों की औसत अधिभोग न्यूनतम 75 प्रतिशत प्रति वर्ष होनी चाहिए।

तीन नमूना-जाँचित एमसीएच द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार, वर्षवार बिस्तर अधिभोग **तालिका 3.25** और **चार्ट 3.15 से 3.17** में दर्शाया गया है।

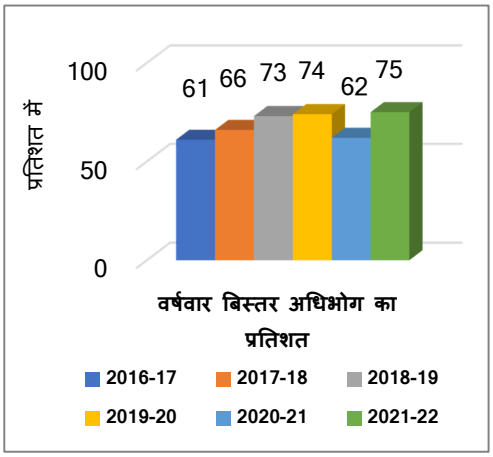
तालिका 3.25 वर्षवार बिस्तर उपयोग/अधिभोग

वर्ष	कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या	100 प्रतिशत बिस्तर अधिभोग (कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या x प्रति वर्ष दिनों की संख्या)	वास्तविक अधिभोग	अधिभोग का प्रतिशत
एसएनएमएमसीएच, धनबाद				
2016-17	560	2,04,400	1,25,251	61
2017-18	560	2,04,400	1,35,455	66
2018-19	560	2,04,400	1,48,736	73
2019-20	560	2,04,960	1,52,006	74
2020-21	560	2,04,400	1,26,880	62
2021-22	560	2,04,400	1,52,673	75
पीजीएमसीएच दुमका				
2019-20	264	96,360	41,485	43
2020-21	264	96,360	45,391	47
2021-22	264	96,360	52,570	55
रिम्स, रांची				
2016-17	1835	6,69,775	4,97,090	74
2017-18	1851	6,75,615	5,05,035	75
2018-19	1986	7,24,890	5,29,390	73

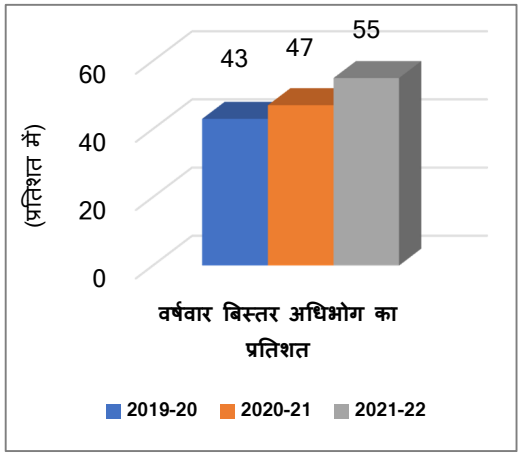
वर्ष	कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या	100 प्रतिशत बिस्तर अधिभोग (कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या x प्रति वर्ष दिनों की संख्या)	वास्तविक अधिभोग	अधिभोग का प्रतिशत
2019-20	2106	7,68,690	5,82,480	76
2020-21	2132	7,78,180	3,90,456	50
2021-22	2171	7,92,415	4,81,450	61

(स्रोत: नमूना-जाँचित इकाइयों द्वारा प्रदान किए गए आँकड़े/जानकारी)

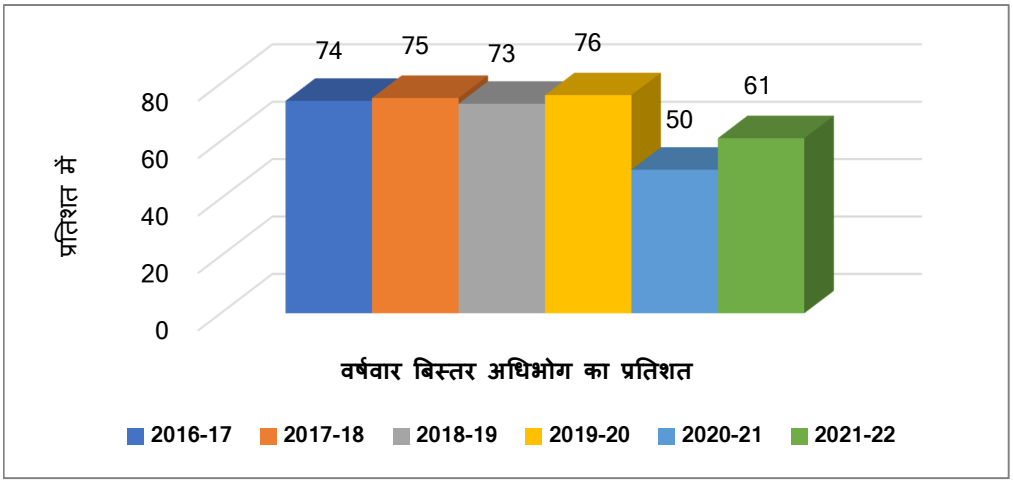
चार्ट3.15: एसएनएमएमसीएच, धनबाद



चार्ट 3.16: पीजेएमसीएच, दुमका



चार्ट 3.17: रिम्स, रांची



तालिका 3.25 से देखा जा सकता है कि वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान एसएनएमएमसीएच, धनबाद में प्रति वर्ष औसत बिस्तर अधिभोग 61 से 75 प्रतिशत के बीच था। हालाँकि, वित्तीय वर्ष 2018-19 के दौरान बिस्तर अधिभोग में वृद्धि हुई थी, लेकिन वित्तीय वर्ष 2020-21 में, कोविड-19 महामारी अवधि के दौरान, यह फिर से कम हो गई थी। इसी तरह, वित्तीय वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान पीजेएमसीएच, दुमका में प्रति वर्ष औसत बिस्तर अधिभोग 43 से 55 प्रतिशत के बीच था और आवश्यक न्यूनतम तक नहीं आया था। इसके अलावा, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2019-20 के दौरान रिम्स, रांची में बिस्तर अधिभोग दर लगभग 75 प्रतिशत थी।

हालाँकि, कोविड-19 महामारी के कारण, वित्तीय वर्ष 2020-21 और 2021-22 के दौरान यह गिरकर 50 से 61 प्रतिशत हो गया था।

कम बिस्तर अधिभोग एनएमसी द्वारा शैक्षणिक अस्पतालों के नवीनीकरण और पहचान पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.11 ब्लड बैंक

ब्लड बैंक एक शैक्षणिक अस्पताल का अभिन्न अंग हैं। उन्हें सर्जरी या किसी आपातकालीन स्थिति के दौरान जरूरतमंद मरीजों को रक्त की आपूर्ति करना होता है। वे दाताओं से रक्त इकाइयाँ एकत्र करते हैं और आवश्यकता पड़ने पर रोगियों को आपूर्ति के लिए उन्हें संग्रहित करते हैं।

नमूना-जाँचित तीन एमसीएच में ब्लड बैंक जुड़े हुए थे। एसएनएमएमसीएच, धनबाद का ब्लड बैंक लाइसेंस जुलाई 2023 तक वैध था। पीजेएमसीएच, दुमका में ब्लड बैंक का लाइसेंस मई 2018 में समाप्त हो गया था। इसी तरह, रिम्स, रांची में ब्लड बैंक का लाइसेंस मार्च 2021 में समाप्त हो गया था।

लाइसेंस की समाप्ति के बाद, दो औषधि निरीक्षकों ने जून 2019 और जुलाई 2021 के दौरान पीजेएमसीएच, दुमका में ब्लड बैंक का निरीक्षण किया था और गंभीर कमियां पायी, जिसके कारण लाइसेंस का नवीनीकरण नहीं किया जा सका। लाइसेंस के नवीनीकरण नहीं होने के बावजूद, ब्लड बैंक जून, 2022 तक जरूरतमंद मरीजों को रक्त यूनिट जारी कर रहा था। रिम्स, रांची में ब्लड बैंक के मामले में, हालांकि नवीनीकरण की प्रक्रिया मार्च 2021 में शुरू की गई थी, लेकिन मार्च 2022 तक लाइसेंस का नवीनीकरण नहीं किया गया था। 2016-17 से 2021-22 के दौरान तीन नमूना-जाँचित एमसीएच में एकत्र और हटा दी गई कुल रक्त इकाइयों का विवरण **तालिका 3.26** में दिया गया है।

तालिका 3.26: एकत्र की गईं और हटा दी गईं रक्त इकाईयाँ

वर्ष	जमा किये गये कुल रक्त इकाई	हटा दिये गये इकाई की संख्या	हटा दिये जाने का कारण (इकाई की संख्या)						
			हेमोलाइज्ड रक्त	एक्स्पायर्ड रक्त	वीडीआरल पोजिटिव	एंटीजन मलेरिया	एचसीवी पॉजिटिव	एचआईवी पॉजिटिव	एचबीएस एजी
एसएनएमएमसीएच, धनबाद									
2016-17	9,116	155	64	3	20	9	1	4	54
2017-18	9,349	100	41	03	04	11	00	07	34
2018-19	13,222	114	44	00	08	11	02	02	47
2019-20	15,040	184	58	00	28	05	02	05	86
2020-21	13,290	141	15	02	19	01	02	09	93
2021-22	14,795	152	25	03	03	02	25	23	71
कुल	**74,812**	**846**	**247**	**11**	**82**	**39**	**32**	**50**	**385**
पीजीएमसीएच दुमका									
2016-17	575	22	01	18	00	00	00	00	03
2017-18	743	18	00	15	00	00	01	00	02

वर्ष	जमा किये गये कुल रक्त इकाई	हटा दिये गये इकाई की संख्या	हटा दिये जाने का कारण (इकाई की संख्या)						
			हेमोलाइज्ड रक्त	एक्स्पायर्ड रक्त	वीडीआरल पोजिटिव	एंटीजन मलेरिया	एचसीवी पॉजिटिव	एचआईवी पॉजिटिव	एचबीएस एजी
2018-19	1,528	30	02	21	00	00	00	00	07
2019-20	1,783	23	00	12	02	00	02	00	07
2020-21	2,501	85	00	18	43	00	04	03	17
2021-22	2,866	72	00	10	47	00	01	03	11
कुल	**9,996**	**250**	**03**	**94**	**92**	**00**	**08**	**06**	**47**
रिम्स, रांची									
2016-17	27,996	575	66	00	00	11	194	45	259
2017-18	28,103	527	40	00	03	08	186	27	263
2018-19	29,393	475	10	00	00	04	175	31	255
2019-20	32,566	542	05	00	01	01	231	48	256
2020-21	20,573	407	15	00	00	02	200	36	154
2021-22	22,254	459	06	00	00	01	150	49	253
कुल	**1,60,885**	**2,985**	**142**	**00**	**04**	**27**	**1,136**	**236**	**1,440**

(स्रोत: नमूना-जाँचित इकाइयों द्वारा उपलब्ध कराये गये आंकडे)

तालिका 3.26 से यह देखा जा सकता है कि:

- एसएनएमएमसीएच, धनबाद में, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान एकत्र किए गए कुल 74,812 यूनिट रक्त में से 846 यूनिट को, हेमोलाइज्ड[103] रक्त (247) के कारण, 35 दिनों के भीतर उपयोग नहीं किए जाने के कारण रक्त के खराब हो जाने के कारण (11), रक्त परीक्षण वीडीआरएल पॉजिटिव पाये जाने के कारण (82), एंटीजन मलेरिया के लिए रक्त परीक्षण पॉजिटिव पाये जाने के कारण (39), साथ ही रक्त परीक्षण एचसीवी पॉजिटिव पाये जाने के कारण (32) और एचआईवी पॉजिटिव (50) और एचबीएसएजी पॉजिटिव पाये जाने के कारण (385) हटा दिया गया था।
- पीजेएमसीएच, दुमका में, वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान एकत्र किए गए 9,996 यूनिट रक्त में से 250 यूनिट को हेमोलाइज्ड रक्त (03) के कारण, 35 दिनों के भीतर उपयोग नहीं किए जाने के कारण एक्सपायर्ड रक्त हो जाने के कारण (94) , साथ ही रक्त परीक्षण वीडीआरएल पॉजिटिव पाये जाने के कारण (92), एचसीवी पॉजिटिव (08), एचआईवी पॉजिटिव (06) और एचबीएसएजी पॉजिटिव पाये जाने के कारण (47) हटा दिया गया था।
- वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान रिम्स, रांची में एकत्र किए गए 1,60,885 यूनिट रक्त में से 2,985 यूनिट को हेमोलाइज्ड रक्त (142) के साथ-साथ रक्त परीक्षण वीडीआरएल पॉजिटिव पाये जाने के कारण (04), एंटीजन मलेरिया पॉजिटिव (27), एचसीवी पॉजिटिव (1,136), एचआईवी पॉजिटिव (236) और एचबीएसएजी पॉजिटिव (1,440) पाये जाने के कारण हटा दिया गया था।

[103] रक्त में लाल रक्त कोशिकाओं के टूटने की रोग प्रक्रिया

इस प्रकार, ऊपर बताए गए कारणों से रक्त इकाइयों को हटा दिया गया था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.12 आयुष

आयुष, आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा[104] और होम्योपैथी का संक्षिप्त रूप है, जो भारत में प्रचलित चिकित्सा की छः प्रणालियाँ हैं। झारखण्ड वनस्पतियों और जीवों में समृद्ध है, और ऐसे में, आयुष प्रणालियों के विकास से वैकल्पिक चिकित्सा प्रणाली के रूप में अतिरिक्त लाभ होने की उम्मीद है।

झारखण्ड में, स्वास्थ्य, चिकित्सा शिक्षा और परिवार कल्याण विभाग, झारखण्ड के अंतर्गत आयुर्वेद, यूनानी, होम्योपैथी, योग और प्राकृतिक चिकित्सा और सिद्धा के समन्वय, नियंत्रण और कार्यान्वयन के लिए एक आयुष निदेशालय है। आयुष निदेशक को एक अपर निदेशक और तीन उप निदेशक (आयुर्वेद, यूनानी और होम्योपैथी के लिए एक-एक) द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। आयुष निदेशालय आयुष स्वास्थ्य सेवाओं, आयुष चिकित्सा शिक्षा, चिकित्सकों के पंजीकरण और अन्य संबंधित कार्यों का प्रबंधन करता है।

मार्च 2022 तक, राज्य में 24 जिला संयुक्त औषधालयों, 163 आयुर्वेदिक, 72 होम्योपैथिक और 32 यूनानी औषधालयों के माध्यम से आयुष सेवाएँ प्रदान की गईं। इसके अतिरिक्त, राज्य सरकार ने (नवंबर 2001 और अक्टूबर 2004) आयुष स्ट्रीम के पाँच महाविद्यालयों और अस्पतालों को अधिसूचित किया था, जिनमें से दो महाविद्यालय अर्थात् सरकारी होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय व अस्पताल, गोड्डा तथा सरकारी आयुर्वेदिक फार्मेसी महाविद्यालय, साहेबगंज मार्च 2022 तक कार्यशील थे।

3.12.1 वाह्य रोगी सेवाओं की उपलब्धता

जिला संयुक्त आयुष औषधालयों को आयुर्वेदिक, यूनानी और होम्योपैथिक की ओपीडी सेवाएँ प्रदान करना अनिवार्य है। लेखापरीक्षा ने पाया कि नमूना-जाँचित किसी भी जिला संयुक्त आयुष औषधालय में यूनानी ओपीडी उपलब्ध नहीं थी। छः में से पाँच औषधालयों में आयुर्वेदिक सेवाएँ उपलब्ध थीं। होम्योपैथिक सेवा केवल सरायकेला-खरसावां में ही उपलब्ध थी। दुमका में कोई ओपीडी सेवा उपलब्ध नहीं करायी गयी थी। नमूना-जाँचित जिला संयुक्त आयुष औषधालयों[105] में ओपीडी रोगियों का विवरण **तालिका 3.27** में दर्शाया गया है।

[104] सिद्धा दक्षिण भारत में प्रचलित चिकित्सा की एक पारंपरिक प्रणाली है।

[105] गढ़वा और सिमडेगा के संबंध में आँकड़ा कैलेंडर वर्ष 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 और 2021 के लिए है।

तालिका 3.27: नमूना-जाँचित जिला संयुक्त आयुष औषधालयों में वाह्य रोगियों की संख्या

जिला का नाम	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
धनबाद	3,852	3,467	4,907	6,404	3,121	2,095
दुमका	वाह्य रोगी सेवा उपलब्ध नहीं थी					
गढ़वा	3,131	4,004	4,764	5,748	4,623	5,074
गुमला	3,228	3,134	4,567	3,703	1,956	2,035
सरायकेला - खरसावां	5,682	7,154	6,750	6,679	4,436	4,406
सिमडेगा	1,372	481	750	1,184	761	516
कुल	**17,265**	**18,240**	**21,738**	**23,718**	**14,897**	**14,126**

तालिका 3.27 से देखा जा सकता है वित्तीय वर्ष 2016-17 की तुलना में वित्तीय वर्ष 2017-18 से वित्तीय वर्ष 2019-20 के दौरान नमूना-जाँचित जिला संयुक्त आयुष औषधालयों में बाह्य रोगियों की संख्या में वृद्धि हुई तथा वित्तीय वर्ष 2020-21 और 2021-22 में कोविड-19 महामारी के कारण मामूली कमी हुई। लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि किसी भी आयुष चिकित्सा अधिकारी की अनुपलब्धता के कारण, दुमका में ओपीडी सेवाएँ उपलब्ध नहीं थीं। ओपीडी रोगियों के निरंतर प्रवाह के बावजूद, आवश्यक दवाओं की सूची (ईडीएल) की तुलना में, औषधालयों में दवाओं की उपलब्धता सीमित थी। आयुष सुविधा केन्द्रों में मानव संसाधनों से संबंधित मुद्दों पर **अध्याय 2** में चर्चा की गई है जबकि दवाओं, उपकरणों आदि से संबंधित मुद्दों पर **अध्याय 4** में चर्चा की गई है।

3.13 आपातकालीन प्रबंधन

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने और कोविड-19 महामारी जैसी सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौतियों का प्रबंधन करने के लिए समय-समय पर राज्यों को तकनीकी और वित्तीय सहायता प्रदान करता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) मार्दर्शिका नोट के अनुसार, "इंडिया कोविड-19 इमरजेंसी रिस्पोन्स एन्ड हेल्थ सिस्टम पिरिपियर्डनेस पैकेज" (इसके बाद कोविड पैकेज के रूप में संदर्भित) एक केंद्रीय क्षेत्र की योजना थी और इसका उद्देश्य लचीली स्वास्थ्य प्रणालियों का निर्माण, तैयारी और रोकथाम संबंधी कार्यों का समर्थन करना था, जो न केवल वर्तमान कोविड-19 के प्रकोप को कम करेंगे, बल्कि भविष्य में देश में इस तरह के अन्य प्रकोपों को भी कम करेंगे। इस पैकेज में हस्तक्षेपों को एनएचएम के तहत लागू किया जाना था, जिससे स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूत करने और पूरकता सुनिश्चित करने के लिए उपलब्ध संसाधनों को अनुपूरक बनाया जा सके।

कोविड पैकेज को 1 जनवरी 2020 से 31 मार्च 2024 तक तीन[106] चरणों में लागू किया जाना था। पैकेज में कोविड-19 के प्रबंधन के लिए चार[107] घटक शामिल थे। मार्गदर्शिका नोट एक प्रभावी आपातकालीन प्रतिक्रिया के लिए आवश्यक गतिविधियों के विवरण के साथ, आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया योजना (ईसीआरपी) की तैयारी और कार्यान्वयन के लिए रूपरेखा प्रदान करता है। प्रारंभ में, ईसीआरपी को पहले चरण के तहत 30 जून 2020 तक लागू किया जाना था, लेकिन बाद में इसकी कार्यान्वयन अवधि को 31 मार्च 2021 तक बढ़ा दिया गया था।

इसके अलावा, मार्गदर्शिका नोट के अनुसार, "इंडिया कोविड -19 इमरजेंसी रिस्पोन्स एन्ड हेल्थ सिस्टम प्रिपियर्डनेस पैकेज फेज-।।" (ईसीआरपी-चरण-II) की संकल्पना स्वास्थ्य प्रणालियों को और सुदृढ़ करने और राज्यों को दूसरी लहर और भविष्य में किसी भी स्थिति का प्रबंधन करने में सहायता करने के लिए की गई थी।

3.13.1 उद्देश्य

कोविड-19 पैकेज (ईसीआरपी I) और ईसीआरपी II के उद्देश्य इस प्रकार थे:

कोविड पैकेज (ईसीआरपी I)

(i) भारत में कोविड-19 के प्रसार को यथासंभव धीमा और सीमित करना

(ii) रोकथाम और तैयारियों का समर्थन करने के लिए राष्ट्रीय और राज्य स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करना

(iii) प्रयोगशालाओं की स्थापना सहित निगरानी गतिविधियों को मजबूत करना।

ईसीआरपी II

- शिशु चिकित्सा कोविड-19 प्रबंधन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सभी जिलों में समर्पित शिशु चिकित्सा देखभाल इकाईयों की स्थापना करना और जिला शिशु चिकित्सा इकाई को टेली-आईसीयू सेवाएँ, मार्गदर्शन और तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए राज्य स्तर पर शिशु चिकित्सा उत्कृष्टता केन्द्र की स्थापना
- स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में बिस्तर क्षमता बढ़ाकर, कोविड-19 रोगियों का समय पर और गुणवत्तापूर्ण प्रबंधन
- शिशु चिकित्सा आईसीयू बिस्तरों सहित गहन देखभाल इकाई (आईसीयू) बिस्तरों की उपलब्धता बढ़ाना
- सभी जिलों में चिकित्सा गैस पाइपलाइन सिस्टम (एमजीपीएस) के साथ कम से कम एक तरल चिकित्सा ऑक्सीजन (एलएमओ) भंडारण टैंक होना

---

[106] चरण-1 जनवरी 2020 से जून 2020 तक; चरण-2 जुलाई 2020 से मार्च 2021 तक और चरण-3 अप्रैल 2021 से मार्च 2024 तक।

[107] (क) आपातकालीन कोविड-19 प्रतिक्रिया (ख) राष्ट्रीय और राज्य स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करना (ग) सामुदायिक जुड़ाव और जोखिम संचार और (घ) कार्यान्वयन, प्रबंधन, क्षमता निर्माण, निगरानी और मूल्यांकन।

- यूजी और पीजी इंटर्न, अंतिम वर्ष एमबीबीएस, बीएससी और जनरल नर्सिंग मिडवाइफ़ (जीएनएम) नर्सिंग छात्रों का कोविड-19 प्रबंधन के लिए उपयोग
- एम्बुलेंस सेवाओं तक पहुंच बढ़ाना
- कोविड-19 रोगियों की पहचान और नैदानिक प्रबंधन के लिए परीक्षण क्षमता बढ़ाना
- सभी जिला अस्पतालों में अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली लागू करना; और
- टेली-परामर्श प्लेटफार्मों को सुदृढ़ करना।

3.13.2 कोविड स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की स्थापना

ईसीआरपी पर एनएचएम के मार्गदर्शिका नोट के अनुसार, समर्पित कोविड-अस्पताल[108] (डीसीएच), समर्पित कोविड स्वास्थ्य केंद्र[109] (डीसीएचसी), समर्पित कोविड देखभाल केंद्र[110] (डीसीसीसी), निदान एवं उपचार सुविधाएं और मानव संसाधन इत्यादि को स्थापित एवं विकसित, सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय अस्पतालों, जिला अस्पतालों और अन्य नामित अस्पतालों को सुदृढ़ करके किया जाना था। पहली, दूसरी और तीसरी कोविड-19 लहर के दौरान अस्पतालों और केंद्रों में बिस्तरों की उपलब्धता का विवरण, तथा राज्य में कोविड मरीजों की स्थिति **तालिका 3.28** में दी गई है।

तालिका 3.28: कोविड-19 लहरों के दौरान बिस्तरों की उपलब्धता

	पहली लहर (31.03.2020 से 21.01.2021)	दूसरी लहर (15.03.21 से 03.7.2021)					तीसरी लहर (25.12.2021 से 31.01.2022)
पोजिटिव मामलों की कुल संख्या	1,18,629	2,11,417					78,105
चरम पर सक्रिय मामलों की सर्वाधिक संख्या	15,447 (09.09.2020)	61,195 (09.05.2021)					33,189 (15.01.2022)
बिस्तरों के प्रकार	**30-04-2020**	**30-03-2021**	**30-04-2021**	**30-05-2021**	**30-06-2021**	**27-07-2021**	**31-12-2021**
बिना ऑक्सीजन सपोर्ट वाले बिस्तरों की संख्या	10,091	7,201	12,012	12,534	12,702	13,931	8,738
ऑक्सीजन सपोर्ट वाले बिस्तरों की संख्या	1,760	1,459	5,947	10,297	12,289	10,323	14,863
आई सी यू बिस्तर	310	481	679	854	903	1,240	3,204
वेंटीलेटर वाले बिस्तर	381	502	634	821	865	1,178	1,456
कुल	**12,542**	**9,643**	**19,272**	**24,506**	**26,759**	**26,672**	**28,261**
सक्रिय मामलों की कुल संख्या	87	2,825	57,716	8,907	914	247	1,371
माह के दौरान परिवर्धन	110	4,252	1,09,210	1,04,363	7,836	1,412	1,742

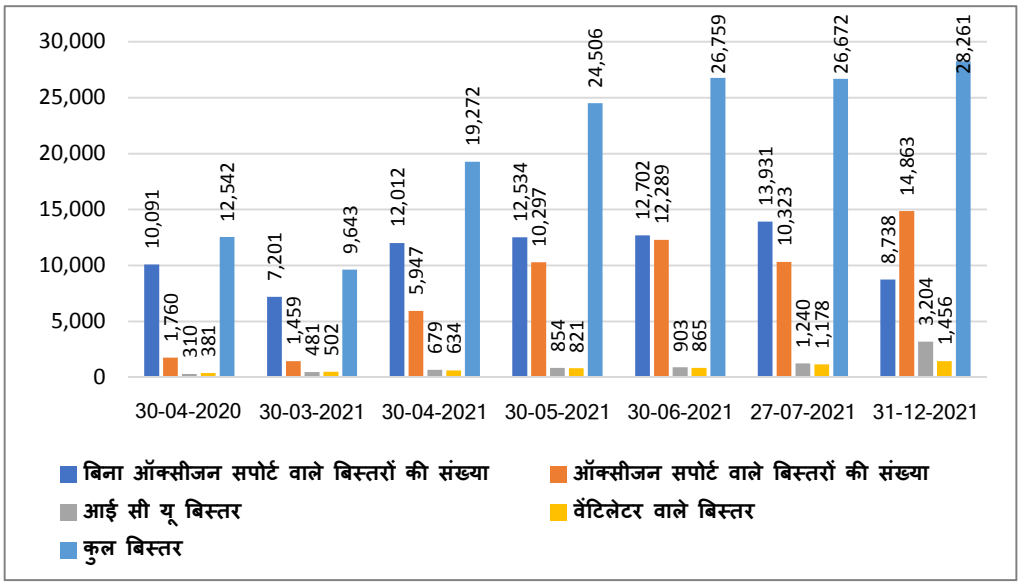
[108] पूरी तरह से सुसज्जित आईसीयू, वेंटिलेटर और बेड वाले अस्पताल, सुनिश्चित ऑक्सीजन सहायता के साथ, व्यापक देखभाल प्रदान करना, मुख्य रूप से उन रोगियों को जिन्हें चिकित्सकीय रूप से 'गंभीर' के रूप में निर्दिष्ट किया गया था।

[109] ऐसे सभी मामलों की देखभाल करने वाले केंद्र जिन्हें चिकित्सकीय रूप से 'मध्यम' श्रेणी में रखा गया था।

[110] केंद्र केवल उन मामलों की देखभाल करते हैं जिन्हें चिकित्सकीय रूप से 'हल्के' या 'बहुत हल्के' या कोविड संदिग्ध के रुप में निर्दिष्ट किया गया था।

तालिका 3.28 से देखा जा सकता है कि अप्रैल 2020 से मार्च 2021 के दौरान आईसीयू बिस्तरों में 55 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी, दूसरी लहर के दौरान 88 प्रतिशत और दूसरी से तीसरी लहर तक 254 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी। वेंटिलेटर बेड में अप्रैल 2020 से मार्च 2021 के दौरान 32 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी, दूसरी लहर के दौरान 72 प्रतिशत और दूसरी से तीसरी लहर तक 68 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी। ऑक्सीजन सपोर्ट वाले बेड अप्रैल 2020 से मार्च 2021 के दौरान 17 प्रतिशत कम हो गए, दूसरी लहर के दौरान 742 प्रतिशत की वृद्धि और दूसरी से तीसरी लहर के दौरान 21 प्रतिशत की वृद्धि हुई। राज्य में कोविड-19 के तीन लहरों के दौरान बिस्तरों की उपलब्धता का एक सचित्र प्रतिरुपण **चार्ट 3.18** में दी गई है। जवाब में (मार्च 2023) विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन स्वीकार कर लिया।

चार्ट 3.18 पहली, दूसरी और तीसरी कोविड-19 लहर के दौरान बिस्तरों की उपलब्धता



3.13.3 कोविड-19 का वित्तीय प्रबंधन

कोविड-19 प्रबंधन के लिए धन का प्रावधान विभिन्न स्रोतों से किया गया था, जैसे राज्य आपदा राहत कोष (एसडीआरएफ), आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज (ईसीआरपी), प्रधान मंत्री नागरिक सहायता और आपातकालीन स्थिति में राहत (पीएम केयर्स) फंड आदि। वित्तीय वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान प्रदान की गई, जारी की गई और उपयोग की गई निधियाँ **तालिका 3.29** में दी गई है।

तालिका 3.29: कोविड-19 प्रबंधन के लिए निधि की प्राप्ति, निर्गत और उपयोगिता

(₹ करोड़ में)

स्रोत	प्रावधान	झारखण्ड सरकार द्वारा निर्गत निधि	उपयोगिता
एन एच एम (भारत सरकार) के तहत, कोविड -19	25.98	25.98	25.98
एन एच एम (झारखण्ड सरकार) के तहत, कोविड -19	17.32	17.32	17.32
ईसीआरपी -I (भारत सरकार)	70.84	70.84	70.84
ईसीआरपी -I (भारत सरकार)[111] (अतिरिक्त निधि)	3.38	3.38	अनुपलब्ध
ईसीआरपी -II- केंद्रांश	383.34	191.67	23.52
ईसीआरपी -II- राज्यांश	255.56	127.78	
पी एम केयर्स	17.97	14.15	8.18
एस डी आर एफ	754.61	754.61	539.56
कुल	**1,529.00**	**1,205.73**	**685.40**

(स्रोत: एचएमई और एफडब्ल्यू विभाग, एवं गृह, कारा और आपदा प्रबंधन विभाग द्वारा प्रस्तुत आंकड़े)

कोविड-19 प्रबंधन के लिए जारी किए गए सभी निधियों के उपयोग का विवरण एचएमई और एफडब्ल्यू विभाग के पास उपलब्ध नहीं था। हालाँकि, लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया:

3.13.3.1 कोविड-19 निधि की कम विमुक्ति एवं उपयोगिता

भारत सरकार ने एनएचएम और ईसीआरपी चरण I और II के तहत, कोविड-19 प्रबंधन के लिए (मार्च 2020 से मार्च 2022) ₹ 483.54[112] करोड़ जारी किए थे। इसके विरुद्ध, झारखण्ड सरकार को अपने हिस्से के रूप में ₹ 272.88[113] करोड़ जारी करना था। ₹ 756.42 करोड़ के कुल प्रावधान 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) जारी किया (जून 2020 और मार्च 2022 के बीच)। अगस्त 2022 तक शेष राशि ₹ 319.45 करोड़ (भारत सरकार का हिस्सा: ₹ 191.67 करोड़ और राज्य का हिस्सा: ₹ 127.78 करोड़) जारी नहीं की गई थी।

इसके अलावा, ₹ 436.97 करोड़ की उपलब्ध धनराशि के विरुद्ध, जेआरएचएमएस वित्तीय वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान केवल ₹ 137.65 करोड़ (32 प्रतिशत) का उपयोग कर सका और ₹ 299.32 करोड़ की शेष राशि जेआरएचएमएस और जिला ग्रामीण स्वास्थ्य समितियों (डीआरएचएस) के पास अप्रयुक्त पड़ी हुई थी। इसके अलावा,

---

111 जनवरी 2022 में उपलब्ध और जारी किया जाएगा, जिसका उपयोग 31.03.2022 तक किया जाएगा।

112 कोविड-19 के लिये ₹ 25.98 करोड़ एनएचएम के तहत, ₹ 457.56 करोड़ (पूरा हिस्सा: ₹ 70.84 करोड़ ईसीआरपी-I के तहत और ₹ 3.38 करोड़ एवं ₹ 383.34 करोड़ ईसीआरपी-II के तहत), अप्रैल 2020 एवं मार्च 2022 के मध्य जारी

113 एनएचएम के तहत कोविड-19 के लिए ₹ 17.32 करोड़ एवं ईसीआरपी II के तहत ₹ 255.56 करोड़।

जेआरएचएमएस ने ईसीआरपी-I के तहत वित्तीय वर्ष 2020-21 के दौरान ₹ 70.84 करोड़ जारी की गई निधि के विरुद्ध ₹ 141.47 करोड़ का उपयोग किया। एनएचएम के पास उपलब्ध अन्य निधियों से ₹ 70.63 करोड़ की अधिक राशि का उपयोग किया गया था, जिसे अभी तक नियमित नहीं किया गया था (अगस्त 2022)।

कोविड 19 प्रबंधन निधियों का कम जारी होने और कम उपयोग के कारण (i) जिला स्तर पर आरटी-पीसीआर प्रयोगशालाएं (ii) रांची में शिशु चिकित्सा आईसीयू उत्कृष्टता केंद्र और (iii) सीएचसी/पीएचसी एचएससी पर पूर्व-निर्मित संरचनाएं, तरल चिकित्सा ऑक्सीजन प्लांट आदि, जैसा कि ईसीआरपी के तहत योजना बनाई गई थीं, स्थापित नहीं हो पाईं, जैसा कि आगामी कंडिकाओं में चर्चा की गई है। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और कहा (मार्च 2023) कि निधियों के शीघ्र उपयोग के लिए आवश्यक कदम उठाए जाएंगे।

3.13.3.2 निधि विमुक्त करने में विलंब

ईसीआरपी पर एनएचएम मार्गदर्शिका नोट के अनुसार, स्थिति की तात्कालिकता को देखते हुए, कोविड -19 प्रबंधन के लिए भारत सरकार द्वारा एनएचएम और ईसीआरपी के तहत जारी निधियां, राज्य द्वारा राज्य स्वास्थ्य सोसायटी को भारत सरकार द्वारा निधि जारी होने की तारीख से सात कार्य दिवसों के भीतर, संबंधित राज्य के हिस्से के साथ, जारी की जानी थी।

हालाँकि, लेखापरीक्षा ने पाया कि झारखण्ड सरकार ने जेआरएचएमएस को भारत सरकार द्वारा निधि जारी करने की तारीख से 14 से 135 दिनों के बीच के विलंब से निधि जारी की थी, (***परिशिष्ट 3.12***)। विभाग ने तथ्यों की पुष्टि करते हुए कहा (मार्च 2023) कि निधि नहीं निकाली जा सकी क्योंकि भारत सरकार ने उचित शीर्ष में निधि जारी नहीं की थी। राज्य सरकार ने इस मामले को भारत सरकार के समक्ष उठाया था और 2022-23 में उचित शीर्ष के तहत निधि जारी की गई है। कार्यान्वयन एजेंसियों को निधि भी जारी कर दी गई है।

3.13.3.3 एसडीआरएफ निधि का अल्प उपयोग

गृह, कारा और आपदा प्रबंधन विभाग, झारखण्ड सरकार ने कोविड-19 प्रबंधन के लिए विभिन्न विभागों/प्राधिकरणों[114] को ₹ 754.61 करोड़ की एसडीआरएफ निधि राज्य कार्यकारी परिषद[115] की सिफारिश पर, जारी की (मार्च 2020 और दिसंबर 2021 के बीच)। इसके विरुद्ध, फरवरी 2022 तक ₹ 539.56 करोड़ का उपयोग किया गया था तथा सूचना और जनसंपर्क निदेशालय (₹11.37 लाख) और उपायुक्तों (₹ 5.56 करोड़)

[114] डीआईसी, स्वास्थ्य सेवाएँ, झारखण्ड सरकार: ₹ 597.85 करोड़, नगर विकास एवं आवास विभाग: ₹ 5.22 करोड़, महानिदेशक-सह-पुलिस महानिरीक्षक, झारखण्ड: ₹ 2.83 करोड़, सूचना एवं जन संपर्क निदेशालय: ₹ 3 करोड़ तथा जिला उपायुक्त: ₹ 145.71 करोड़

[115] मुख्य सचिव: अध्यक्ष; अपर मुख्य सचिव, योजना-सह-वित्त विभाग: सदस्य; प्रधान सचिव, स्वास्थ्य, चिकित्सा शिक्षा एवं परिवार कल्याण विभाग: सदस्य; सचिव, गृह, करा एवं आपदा प्रबंधन विभाग: सदस्य सचिव

द्वारा ₹ 5.67 करोड़ का समर्पण किया गया था। ₹ 209.38 करोड़ की शेष राशि विभागों/प्राधिकरणों के पास पड़ी हुई थी।

छः नमूना-जाँचित जिलों में, उपायुक्तों को ₹ 28.33 करोड़ जारी किए गए थे (मार्च 2020 से दिसंबर 2021)। इसके विरूद्ध ₹ 23.19 करोड़ का उपयोग किया गया तथा ₹ 1.47 करोड़ समर्पण किया गया था। ₹ 3.67 करोड़ की शेष राशि के लिए उपयोगिता प्रमाण पत्र/व्यय का विवरण, जुलाई 2022 तक उपायुक्तों द्वारा प्रस्तुत नहीं किया गया था। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का उत्तर प्रस्तुत नहीं किया।

3.13.3.4 पीएम केयर निधि का उपयोग

भारत सरकार ने झारखण्ड सरकार को दो किस्तों[116] में ₹ 17.97 करोड़, प्रवासी श्रमिकों के कल्याण के लिए यथा आवास सुविधाएं, भोजन व्यवस्था, चिकित्सा उपचार और परिवहन व्यवस्था हेतु जारी किए। गृह, कारा और आपदा प्रबंधन विभाग, झारखण्ड सरकार ने उपायुक्तों को तीन किश्तों[117] में ₹ 14.15 करोड़ जारी किए और ₹ 8.18 करोड़ का उपयोग किया। ₹ 5.97 करोड़ की शेष राशि से संबंधित उपयोगिता प्रमाण पत्र, फरवरी 2022 तक उपायुक्तों द्वारा गृह, कारा और आपदा प्रबंधन विभाग, झारखण्ड सरकार को प्रस्तुत नहीं किए गए थे।

छः नमूना-जाँचित जिलों में, उपायुक्तों को ₹ 3.58 करोड़ जारी किए गए थे (अगस्त 2020 से नवंबर 2021)। इसमें से जून 2022 तक, ₹ 2.75 करोड़ का उपयोग किया गया था और ₹ 0.83 करोड़ उपायुक्त के पास अप्रयुक्त रह गए थे। विभाग ने लेखापरीक्षा अवलोकन का जवाब प्रस्तुत नहीं किया।

3.14 संदिग्ध कोविड-19 रोगियों का आरटी-पीसीआर परीक्षण

कोविड-19 के लक्षण पाये जाने वाले व्यक्तियों से स्वाब एकत्र करना, उनका समय पर जाँच (आरटी-पीसीआर जाँच) करना और संबंधित व्यक्तियों को तुरंत परिणाम की सूचना देना, कोविड-19 के प्रसार से बचने के लिए आवश्यक है।

अप्रैल 2021 से मई 2022 की अवधि के लिए एसएनएमएमसीएच, धनबाद की दैनिक रिपोर्ट और अन्य संबंधित अभिलेख/आँकड़ा की नमूना जाँच से पता चला कि माइक्रोबायोलॉजी विभाग को देवघर, धनबाद, गिरिडीह, गोड्डा और जामताड़ा जिले से 45,954 स्वाब नमूने, आरटी-पीसीआर जाँच करने हेतु प्राप्त हुए थे। इनमें से 11 मई 2022 तक 33,399 स्वाब नमूनों का जाँच किया जा चुका था और 12,555 नमूने (27 प्रतिशत) जाँच के लिए लंबित थे (***परिशिष्ट 3.13***)।

आगे रोगी के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि एकत्र किए गए नमूनों को संग्रह बिंदुओं से एमसीएच, धनबाद तक परिवहन करने में और नमूनों की प्राप्ति के बाद

---

[116] प्रथम किस्त (जून 2020): ₹ 8.67 करोड़ तथा द्वितीय किस्त (जून 2020): ₹ 9.30 करोड़

[117] प्रथम किस्त (अगस्त 2020): ₹ 8.64 करोड़, द्वितीय किस्त (अप्रैल 2021): ₹ 3.59 करोड़ तथा तृतीय किस्त (नवम्बर 2021): ₹ 1.92 करोड़

एमसीएच, धनबाद द्वारा नमूनों के जाँच में काफी समय लगा, जैसा कि **तालिका 3.30** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.30: एकत्र किये गये नमूने और उनके परीक्षण

क्रम संख्या	जिला	विश्लेषण किए गए मरीजों के आँकड़ों की कुल संख्या	नमूने एकत्र करने से लेकर जाँच परिणाम तक विलंब की सीमा				विलंबित जाँच परिणामों वाले रोगियों के आँकड़ों/रिकॉर्ड की कुल संख्या
			5 से 15 दिन	16 से 30 दिन	31 से 60 दिन	दो माह से ज्यादा	
1	2	3	4	5	6	7	8 (4+5+6+7)
अप्रैल 2021 से नवंबर 2021 के दौरान एकत्र किए गए नमूने							
1.	बोकारो	1,50,168	69,164	1,072	334	01	70,571
2.	धनबाद	1,59,435	7,061	273	152	169	7,655
3.	दुमका	6,710	5,583	758	--	--	6,341
4.	गिरिडीह	39,716	7,457	419	01	--	7,877
5.	गोड्डा	4,245	3,207	1,038	--	--	4,245
6.	हजारीबाग	3,794	3,514	03	--	--	3,517
7.	जामताडा	44,428	16,913	265	--	--	17,178
	कुल	**4,08,496**	**1,12,899**	**3,828**	**487**	**170**	**1,17,384**
दिसंबर 2021 से मई 2022 के दौरान एकत्र किए गए नमूने							
1.	बोकारो	31,200	19,450	81	50	--	19,581
2.	देवघर	7,095	1,302	3,669	1,754	295	7,020
3.	धनबाद	83,010	4,863	622	04	--	5,489
4.	गिरिडीह	4,501	3,024	319	--	--	3,343
5.	गोड्डा	7,107	2,177	2,656	1,943	315	7,091
6.	जामताडा	12,355	10,709	--	47	--	10,756
	कुल	**1,45,268**	**41,525**	**7,347**	**3,798**	**610**	**53,280**

तालिका 3.30 से देखा जा सकता है कि नमूनों के जाँच में पाँच दिन से लेकर दो महीने से अधिक का समय लगा। कोविड नमूनों के जाँच में देरी का कारण जिलों में पीसीआर आधारित प्रयोगशालाओं की स्थापना न करना हो सकता है, जैसा कि **अध्याय 5** में चर्चा की गई है। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया और आरटी-पीसीआर जाँच में देरी के लिए अधिक रोगी भार को जिम्मेदार ठहराया (मार्च 2023)।