अध्याय-III

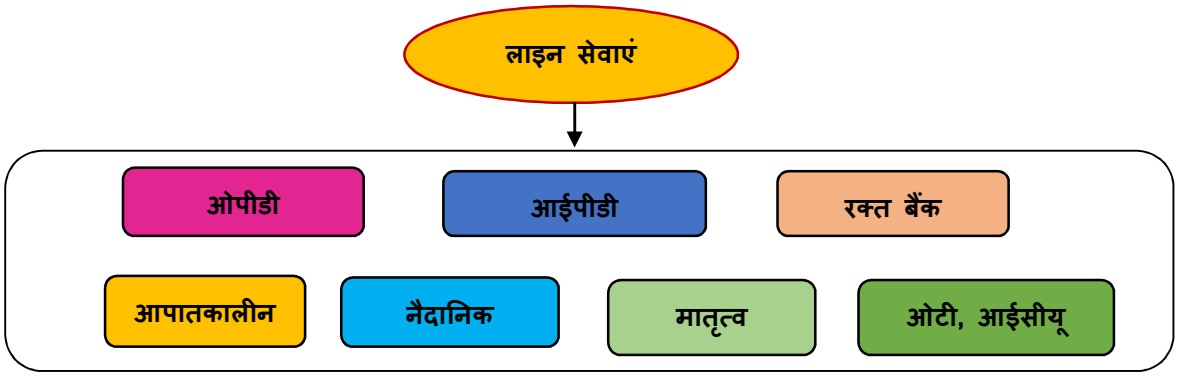
स्वास्थ्य-देखभाल सेवाएं

अध्याय III: स्वास्थ्य-देखभाल सेवाएं

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

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

चार्ट 3.1: लाइन सेवा में सेवाएं



3.1 लाइन सेवाएं

3.1.1 बाह्य-रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाएं

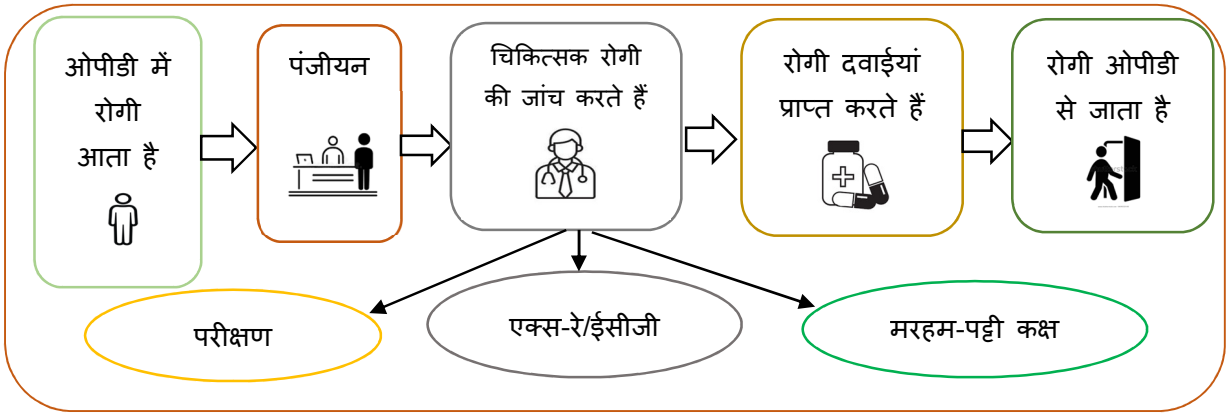
3.1.1.1 ओपीडी में रोगियों का पंजीयन (तृतीयक स्तर)

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

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

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

चार्ट 3.2: ओपीडी में रोगी का प्रवाह



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

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

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

चित्र 3.3: आईजीएमसी, शिमला में रैंप पर बैठे परिजन

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

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

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

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

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

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

तालिका 3.1: पंजीयन का प्रतीक्षा-समय

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

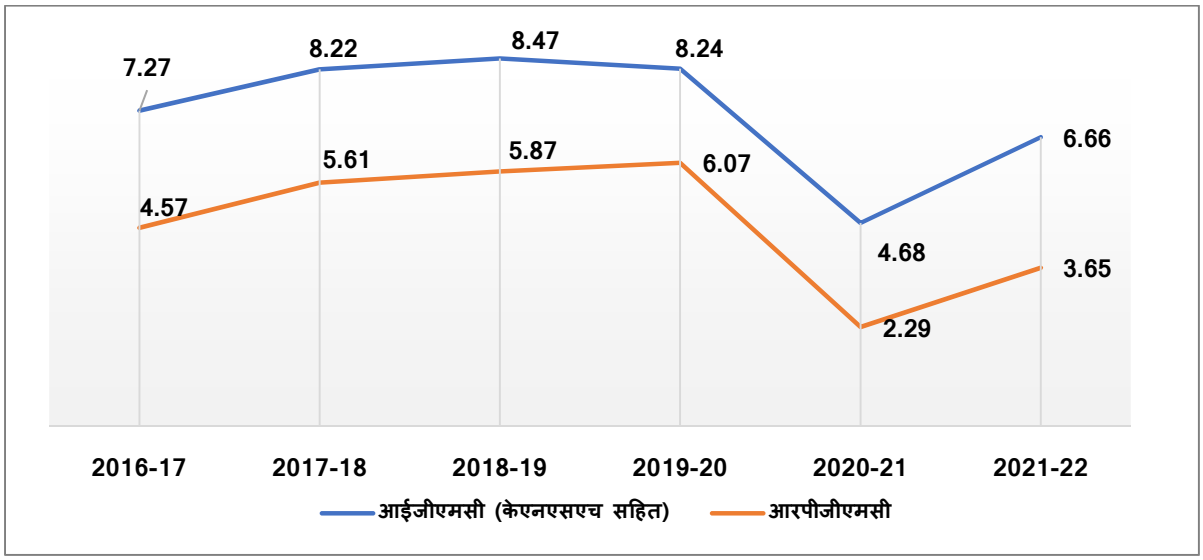
जिले का नाम	अस्पताल का नाम	सर्वेक्षित रोगियों की संख्या	औसत प्रतीक्षा समय मिनट में
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	16	102
	जिला अस्पताल, चांगो	9	38
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह व सांगला	17	29
	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (04)	40	14
	योग	**82**	

3.1.1.5 ओपीडी में रोगी-भार (तृतीयक स्तर)

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

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

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



स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.7 ओपीडी में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

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

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

3.1.1.8 ओपीडी में मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

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

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

3.1.1.10 ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक एवं प्राथमिक स्तर)

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

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

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

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

✓- सेवा उपलब्ध, ×- सेवा अनुपलब्ध

स्रोतः स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

तालिका 3.8 से स्पष्ट है।

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

इसके अतिरिक्त देखा गया कि:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

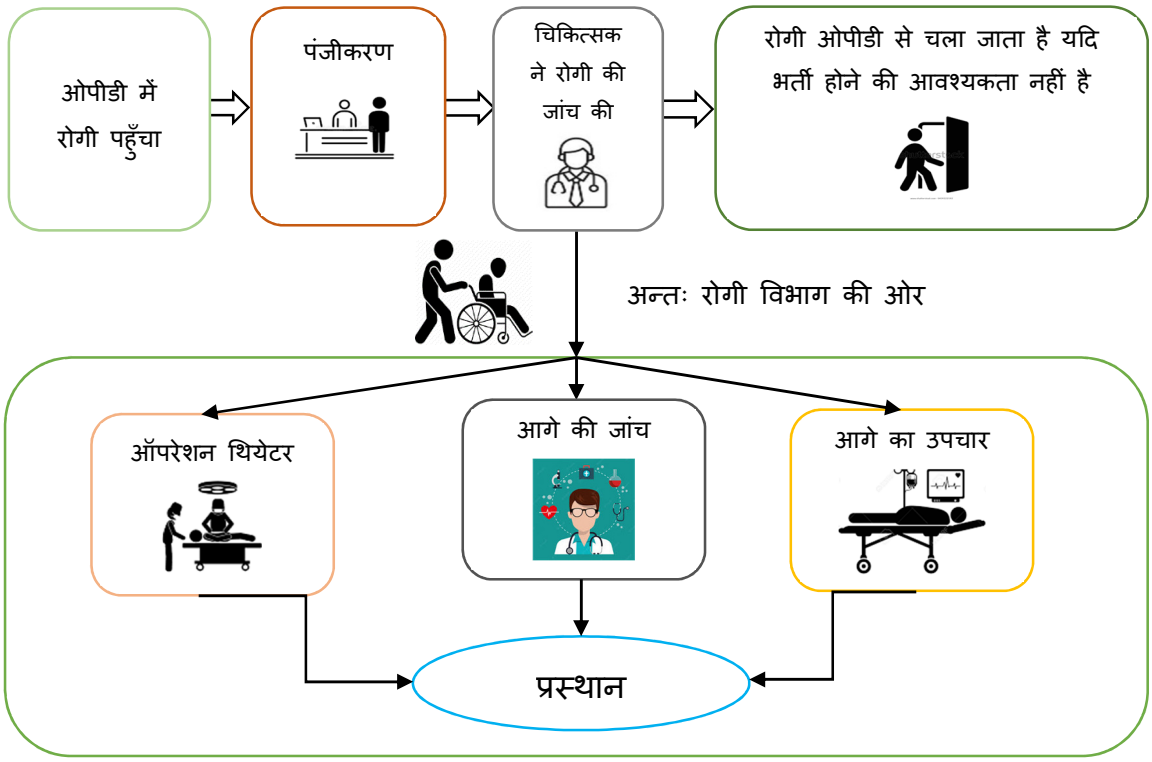
इस प्रकार भूमि की उपलब्धता सुनिश्चित न होने के कारण आरपीजीएमसी, कांगड़ा में वरिष्ठ नागरिक ओपीडी सेवाओं से वंचित रहे।

3.1.2 अंतःरोगी विभाग (आईपीडी) सेवाएं

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

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

चार्ट 3.4: अन्तः रोगी विभाग में रोगी प्रवाह



3.1.2.1.1 आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

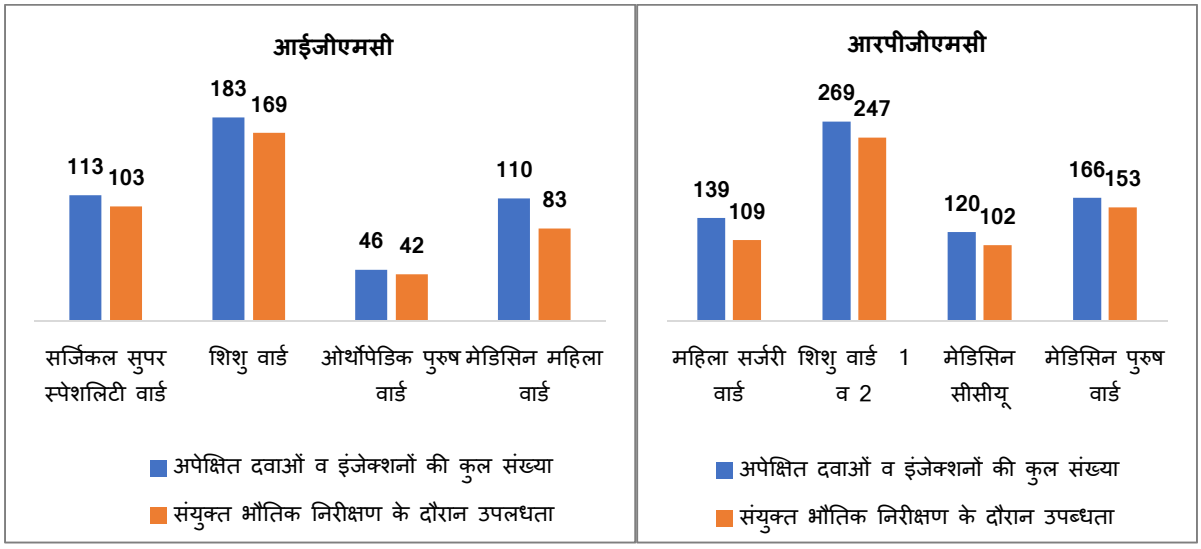
चित्र 3.9: आईजीएमसी में पुरुष आर्थोपेडिक वार्ड

चित्र 3.10: आईजीएमसी में महिला मेडिसन वार्ड

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

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

चार्ट 3.5: मूलभूत दवाओं व इंजेक्शनों की उपलब्धता



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

3.1.2.3 आईपीडी रोगी-भार (तृतीयक स्तर)

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

तालिका 3.10: चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में अंतःरोगियों की संख्या

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

3.1.2.4 आईपीडी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

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

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

तालिका 3.11 देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

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

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

7 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई, मझीन व बीड़।

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

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

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

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

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

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

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

तालिका 3.12: गुणवत्ता संकेतकों की गणना

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

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

(i) बिस्तर अधिग्रहण दर

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.13 से देखा जा सकता है कि:

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

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

(ii) भर्ती रहने की औसत अवधि

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

(iii) चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

(iv) रेफरल आउट दर

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.16 से देखा जा सकता है कि:

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

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

3.1.3 आपातकालीन सेवाएं

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

3.1.3.1 आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.17 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3.3 आपातकालीन मामले (द्वितीयक व प्राथमिक स्तर)

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.18 से देखा जा सकता है कि:

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

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

3.1.3.4 राज्य में अभिघात केंद्र (ट्रॉमा सेंटर)

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

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

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

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

---

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

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

3.1.3.5 ट्रॉमा सेंटर (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3.6 ट्रॉमा सेवा केंद्र (द्वितीय स्तर)

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

3.1.4.2 आईसीयू सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

3.1.4.3 ऑपरेशन थियेटर (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

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

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

3.1.4.4 ऑपरेशन थियेटर (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.19 में देखा जा सकता है:

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

3.1.5 मातृत्व सेवाएं

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

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

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

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

3.1.5.1 राज्य में आशा कार्यकर्ताओं की उपलब्धता

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

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

3.1.5.2 राज्य एवं चयनित खंड चिकित्सा कार्यालय में प्रशिक्षण

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

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

---

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

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

तालिका 3.21: आशाओं के प्रशिक्षण का विवरण

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

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

3.1.5.3 आशा द्वारा संचालित गतिविधियां

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

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

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

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

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

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

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

3.1.5.4 मातृत्व सेवाएं (तृतीयक स्तर)

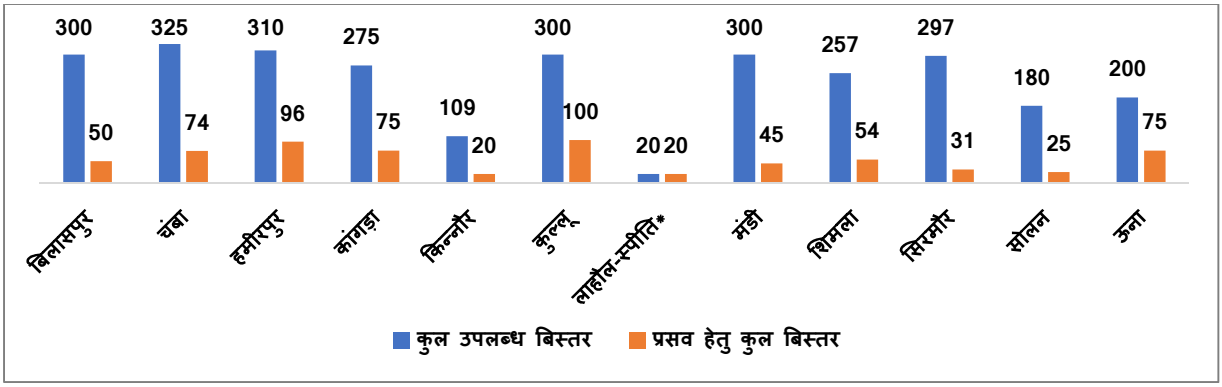
आईजीएमसी, शिमला के अंतर्गत कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच) में 247 बिस्तर थे एवं आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 102 बिस्तर थे एवं 200 बिस्तर वाले अन्य नए मातृ एवं शिशु अस्पताल ब्लॉक का निर्माण कार्य चल रहा था। केएनएसएच (आईजीएमसी) शिमला में तैनात एकमात्र स्त्री रोग विशेषज्ञ को मई 2019 के दौरान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

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

3.1.5.5 मातृत्व सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

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



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

चार्ट 3.6 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

स्रोत: संस्थानों द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी

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

3.1.5.7 प्रसव-पूर्व देखभाल सुविधा

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

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

तालिका 3.25 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

तालिका 3.26 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

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

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

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

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

स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 5 का सर्वेक्षण की रिपोर्ट

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

3.1.5.10 मृत-जन्म दर की स्थिति

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

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

तालिका 3.30: चयनित जिलों में मृत-जन्म की प्रास्थिति

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

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली डेटा

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.6 रक्त-बैंक सेवाएं

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

हिमाचल प्रदेश में 25 सार्वजनिक रक्त-बैंक उपलब्ध थे।

3.1.6.1 रक्त-बैंक सेवाएं (तृतीयक स्तर)

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

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

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

चित्र 3.18: आरपीजीएमसी, कांगड़ा का एक ख़राब रेफ्रिजरेटर

चित्र 3.19: आरपीजीएमसी, कांगड़ा में बंद एलिसा मशीन

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

3.1.6.2 रक्त-बैंक सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

3.1.7 नैदानिक (डायग्नोस्टिक) सेवाएं

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

3.1.7.1 रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

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

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

3.1.7.2 रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

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

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

तालिका 3.32: जिला अस्पतालों में रेडियोलॉजी सेवाओं की उपलब्धता

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानो द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.32 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.33 से देखा जा सकता है कि:

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

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

[22] बैजनाथ, शाहपुर, ज्वालामुखी

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

3.1.7.4 पैथोलॉजी सेवाएं (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

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

3.1.7.5 पैथोलॉजी सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.34 से देखा जा सकता है कि:

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

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

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

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

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

3.1.7.6 पैथोलॉजी सेवाओं का गुणवत्ता आश्वासन (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

3.2 स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता - समर्थन सेवाएं

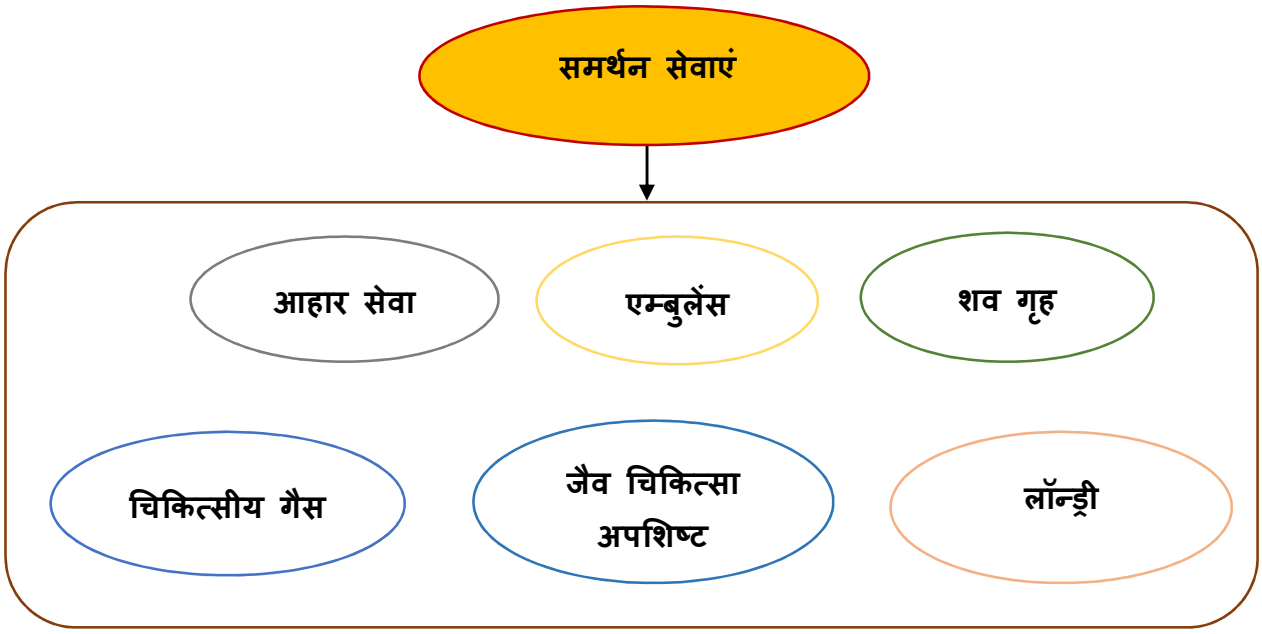
समर्थन सेवाएं वे सेवाएं हैं जो प्रत्यक्ष रुप से रोगी की देखभाल से संबंधित नहीं हैं परन्तु अप्रत्यक्ष रूप से स्तरीय सेवा प्रदान करने में योगदान करती हैं, जो अस्पताल को प्रभावी ढंग से चलाने में सहायता करती हैं।

---

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

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

चार्ट 3.7: अस्पतालों में समर्थन सेवाएं



3.2.1 चिकित्सीय गैस (ऑक्सीजन)

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

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

3.2.1.1 चिकित्सा गैस सेवा (तृतीयक स्तर)

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

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

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

3.2.1.2 चिकित्सा गैस सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

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

3.2.2 आहार सेवाएं

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

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

3.2.2.1 आहार सेवाएं (तृतीयक स्तर)

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

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

---

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

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

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

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

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

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

3.2.2.2 आहार सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3 लॉन्ड्री सेवाएं

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

3.2.3.1 लॉन्ड्री सेवाएं (तृतीयक स्तर)

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

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

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

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

3.2.3.2 लॉन्ड्री सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

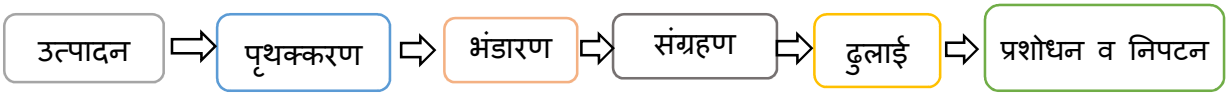
- सिविल अस्पताल, कंडाघाट व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी के अतिरिक्त सभी स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध लॉन्ड्री सेवा के साथ लॉन्ड्री रजिस्टर का अनुरक्षण किया गया।
- जिला अस्पताल सोलन, सिविल अस्पताल, कंडाघाट, सिविल अस्पताल, थुरल, सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी व सामुदायक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला के लॉन्ड्री रजिस्टर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

3.2.4 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

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

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

चार्ट 3.8: जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के चरण



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

3.2.4.1 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (तृतीयक स्तर)

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

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

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

चित्र 3.31: आईजीएमसी, शिमला में बिना ढक्कन वाला कूड़ेदान

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

3.2.4.2 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

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

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

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

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

3.2.4.3 सीवेज प्रशोधन संयंत्र स्थापित न होना

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

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

तालिका 3.41: सीवेज प्रशोधन संयंत्र के संस्थापना की प्रास्थिति

(₹ लाख में)

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

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के अभिलेख

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

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

तालिका 3.42: चयनित जिलों में सीवेज प्रशोधन संयंत्र का विवरण

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

स्रोत: मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय के अभिलेख

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

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

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

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

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

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

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

3.2.4.4 जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन का प्रशिक्षण

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

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

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

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

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

चयनित जिलों की लेखापरीक्षा में निम्नवत पाया गया:

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

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

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

3.2.5 एम्बुलेंस सेवाएं

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

3.2.5.1 राज्य में एम्बुलेंस 108 की उपलब्धता

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

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

---

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

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

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

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

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

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

3.2.5.3 एम्बुलेंस सेवा (द्वितीयक स्तर)

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

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

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

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

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

[34] स्वास्थ्य संस्थानों से घर तक निःशुल्क वापसी।

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

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

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

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

- चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध सभी एम्बुलेंस बुनियादी लाइफ सपोर्ट के साथ चल रही थीं, तथापि कोई भी आधुनिक लाइफ सपोर्ट से युक्त नहीं थी।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा के अतिरिक्त कोई भी एम्बुलेंस अनिवार्य उपकरणों[35] से युक्त नहीं थी। अनिवार्य दवाएं केवल जिला अस्पताल कांगड़ा व सिविल अस्पताल बैजनाथ की एम्बुलेंस में उपलब्ध थीं।
- 108 एंबुलेंस को छोड़कर सभी एंबुलेंस बिना तकनीशियन के चल रही थीं।
- सिविल अस्पताल, शाहपुर व सिविल अस्पताल, कंडाघाट के अतिरिक्त सभी एम्बुलेंस में ऑक्सीजन सिलेंडर उपलब्ध थे।
- उपकरणों व दवाओं की सेवाक्षमता एवं उपलब्धता की दैनिक आधार पर जांच नहीं की गई।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह में एक बुनियादी लाइफ सपोर्ट एम्बुलेन्स थी जो अगस्त 2014 से चलने की अवस्था में नहीं थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला में स्थायी वाहन चालक उपलब्ध नहीं था एवं आपातकाल की स्थिति में खण्ड चिकित्सा अधिकारी से सम्बंधित वाहन चालक को एम्बुलेंस ड्यूटी के लिए भेजा जा रहा था।

[35] सक्शन पंप, लैरिंगोस्कोप, थैली एवं मास्क वेंटिलेशन उपकरण, रक्तचाप यंत्र ऐनरॉयड, सरवाइकल कॉलर, पोर्टेबल हैंड-हेल्ड ग्लूकोमीटर, प्राथमिक चिकित्सा (फर्स्ट एड) बॉक्स आदि।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि लगभग सभी एम्बुलेंस को 108 एम्बुलेंस सेवा से बदल दिया गया था, जिसमें तकनीशियन उपलब्ध थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध विभागीय एम्बुलेंस तकनीशियन के बिना चल रही थीं।

3.2.6 शवगृह सेवाएं

शवगृह सेवाएं, शवों को रखने एवं शव परीक्षण करने की सुविधा प्रदान करती है। शवगृह भूतल पर पैथोलॉजी विभाग के पास एक अलग भवन में स्थित हो, जहां वार्डों, दुर्घटना एवं आपातकालीन विभाग व ऑपरेशन-थिएटर से आसानी से पहुंचा जा सके। यह जनता द्वारा उपयोग किए जाने वाले सामान्य यातायात मार्गों से दूर स्थित हो। पोस्टमार्टम-कक्ष में सिंक के साथ स्टेनलेस स्टील का शव-परीक्षण मेज, नमूनों को धोने व साफ करने के लिए बहते पानी के साथ एक सिंक एवं उपकरणों को रखने के लिए अलमारी होनी चाहिए।

पोस्टमार्टम कक्ष में उचित प्रकाश एवं वातानुकूलन की व्यवस्था की जाए। शव को सुरक्षित रखने के लिए कम से कम दो डीप-फ्रीजर के साथ शव-संग्रहण हेतु एक अलग कक्ष उपलब्ध किया जाए। संबंधियों के लिए एक प्रतीक्षा क्षेत्र एवं धार्मिक संस्कारों के लिए स्थान उपलब्ध हो।

3.2.6.1 शवगृह सेवाएं (तृतीयक स्तर)

मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में निम्नवत देखा गया:

- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में शवगृह कक्ष 24X7 उपलब्ध थे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में कुल 10 खानों वाले तीन डीप-फ्रीजर उपलब्ध थे। आईजीएमसी, शिमला में छः खानों वाला एक डीप-फ्रीजर उपलब्ध था।
- आईजीएमसी, शिमला में शवगृह कक्ष को साफ करने के लिए कोई मानक संचालन प्रक्रिया नहीं अपनाई गई क्योंकि उन्हें उसी विधि से साफ किया जा रहा था जिस तरह से अस्पताल के अन्य कक्षों को साफ किया जा रहा था।
- पोस्टमार्टम सेवाएं दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में उपलब्ध थीं एवं शवगृह कक्ष से जुड़ी हुई थीं।
- शवगृह वैन केवल आरपीजीएमसी कांगड़ा में उपलब्ध थी।

3.2.6.2 शवगृह सेवाएं (द्वितीयक स्तर)

मार्च 2023 तक राज्य के सभी जिला अस्पतालों में शवगृह सेवा उपलब्ध थी।

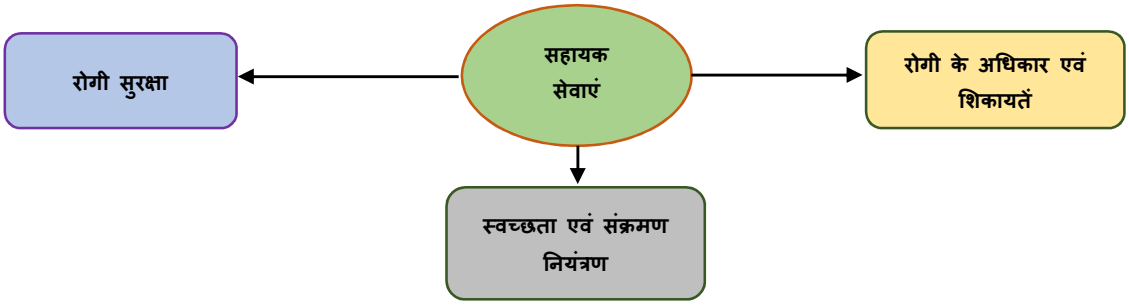
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए चयनित जिलों में शवगृह सेवाओं की संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- शवगृह सेवाएं केवल चयनित जिला अस्पतालों में उपलब्ध थीं, चयनित सिविल अस्पतालों व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं।
- चयनित सभी जिला अस्पतालों में मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 के प्रावधानानुसार शवगृह सेवाएं 24x7 उपलब्ध थीं एवं उचित स्थान (अस्पताल की आपातकालीन, ओटी, आईपीडी आदि के साथ सक्रीय रूप से जुडी होने सहित) पर स्थित थीं ।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा, जहाँ वातानुकूलन की व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी, के अतिरिक्त सभी चयनित जिला अस्पतालों में शवगृह सुविधा में पोस्टमार्टम कक्षों में उचित प्रकाश व वातानुकूल व्यवस्था थी।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में पोस्टमार्टम कक्षों में सिंक सहित स्टेनलेस स्टील की शव परीक्षण टेबल, नमूनों की धुलाई व सफाई हेतु बहते पानी सहित सिंक एवं उपकरणों को रखने के लिए अलमारी उपलब्ध थी, जबकि जिला अस्पताल, सोलन में सिंक सहित संगमरमर की टेबल उपलब्ध थी, जबकि जिला अस्पताल, किन्नौर में टेबल उपलब्ध नहीं थी।
- शवों को सुरक्षित रखने के लिए डीप-फ्रीजर के साथ शव-संग्रहण हेतु अलग कक्ष उपलब्ध कराया गया था एवं संरक्षण से पहले शवों को वर्गीकृत करने की प्रणाली उपलब्ध थी। साथ ही सभी चयनित जिला अस्पतालों के शवगृह में लावारिस शवों को निश्चित अवधि के लिए रखने का प्रावधान था।
- जिला अस्पताल, किन्नौर में शवगृह वैन उपलब्ध थी परन्तु जिला अस्पताल सोलन व कांगड़ा में नहीं थी।
- किसी भी जिला अस्पताल में पैथोलॉजिकल पोस्टमार्टम की सुविधा उपलब्ध नहीं थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त चयनित जिला अस्पताल में पर्याप्त अग्निशमन उपकरण उपलब्ध थे।
- चयनित जिला अस्पताल में शवगृह में भेजे गए सभी शवों के साथ अस्पताल द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र की प्रति भी शामिल थी।
- जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त चयनित जिला अस्पताल में कार्मिकों हेतु डेडिकेटेड कक्ष उपलब्ध था।

3.3 स्वास्थ्य-देखभाल सेवाओं की उपलब्धता - सहायक सेवाएं

किसी अस्पताल में सहायक सेवाएं अत्यंत महत्वपूर्ण हैं क्योंकि उन्हें सभी के लिए एक ऐसा आरामदेह एवं पोषणपूर्ण वातावरण सुनिश्चित करना अपेक्षित है, जिससे वे रोगियों की प्रभावी देखभाल व उपचार में अपनी भागीदारी देते हैं। अस्पताल की सहायक सेवाओं में रोगियों की सुरक्षा, रोगियों के अधिकार एवं शिकायत निवारण और स्वच्छता व संक्रमण नियंत्रण शामिल हैं, जैसाकि **चार्ट 3.9** में दर्शाया गया है।

चार्ट 3.9: सहायक सेवाएं



3.3.1 रोगी सुरक्षा

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की आपदा प्रबंधन योजना का मुख्य उद्देश्य अस्पतालों पर विशेष ध्यान देने के साथ स्वास्थ्य क्षेत्र में आपदा रोकथाम, शमन, तैयारी एवं प्रतिक्रिया गतिविधियों को मुख्यधारा में लाना है; ताकि अस्पताल न केवल बेहतर ढंग से तैयार हों बल्कि आपदाओं के तुरंत बाद पूरी तरह सक्रिय हों कर प्रभावित समुदाय की चिकित्सा आवश्यकताओं को अविलम्ब पूरा करने में सक्षम हों।

3.3.1.1 अग्नि सुरक्षा (तृतीयक स्तर)

भारतीय राष्ट्रीय भवन संहिता 2016, भाग-4, अग्नि एवं जीवन सुरक्षा में अपेक्षित है कि प्रत्येक अस्पताल में अग्निशमन यंत्र अवश्य संस्थापित हों ताकि अस्पताल परिसर में आग लगने की किसी भी स्थिति में रोगियों/ परिजनों/ आगंतुकों एवं अस्पताल कर्मियों की सुरक्षा सुनिश्चित की जा सके।

- लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिसंबर 2021 के दौरान अग्निशमन स्टेशन अधिकारी, अग्निशमन स्टेशन, शिमला द्वारा आईजीएमसी, शिमला का अंतिम निरीक्षण किया गया। अग्निशमन विभाग ने उनकी रिपोर्ट के अनुपालन की सिफारिश की परन्तु मेडिकल कॉलेज अस्पताल प्रबंधन ने इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की।
- दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में स्मोक डिटेक्टर, अग्निसूचक अलार्म, अग्निशमन यंत्र व अग्निशमन हाईड्रेन्ट जैसे अग्निशमन उपकरण उपलब्ध थे। हालांकि अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र नहीं प्राप्त किया गया।

3.3.1.2 अग्नि सुरक्षा (द्वितीयक स्तर)

अस्पतालों में आग लगने की आपात स्थिति से उचित स्तर की सुरक्षा के लिए न्यूनतम आवश्यकताओं को इस तरह से पूर्ण किया जाएं कि आग के प्रभाव से चोट लगने एवं जीवन की हानि की संभावना कम हो। इस संबंध में पर्याप्त कर्मियों एवं परिचालन व रखरखाव प्रक्रियाओं के सावधानीपूर्वक विकास के माध्यम से अस्पताल के भीतर उचित व्यवस्था, जिसमें डिज़ाइन व विनिर्माण, अग्नि-संसूचक प्रावधान, अलार्म व अग्निशमन यंत्र, अग्नि रोकथाम, योजना एवं प्रशिक्षण कार्यक्रम तथा वहां फंसे लोगों को तुलनात्मक रूप से सुरक्षित स्थान पर स्थानांतरित करना या उन्हें अंततः सुरक्षित रखने के लिए बाहर निकलना शामिल है, आग के विकास एवं प्रसार को सीमित करने के उपाय किए जाए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में से किसी ने भी अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया।

वर्ष 2016-21 के दौरान चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन यंत्रों व अन्य मदों की उपलब्धता का विवरण **तालिका 3.47** से **3.49** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.47: जिला किन्नौर में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, किन्नौर	सिविल अस्पताल, चांगो	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(65)	×	✓ (2)	✓ (6)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	✓ (3)	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	×	×	×	×
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	×	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	✓	×
आपातकालीन द्वार	×	×	×	✓

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.48: जिला सोलन में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, सोलन	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(44)	✓ (10)	✓ (28)	✓ (5)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	×	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	✓	×	×	×
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	✓	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	×	✓
आपातकालीन द्वार	✓	×	✓	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.49: जिला कांगड़ा में अग्निशमन उपकरणों की उपलब्धता का विवरण

उपकरण	जिला अस्पताल, कांगड़ा	सिविल अस्पताल, थुरल	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	सिविल अस्पताल, शाहपुर	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़
स्मोक डिटेक्टर	×	×	×	×	×	×	×	×
अग्निसूचक अलार्म	✓(1)	×	×	×	×	×	×	×
अग्निशमन यंत्र	✓(36)	✓ (17)	✓ (11)	✓ (6)	✓(34)	✓(4)	✓(5)	✓(2)
अग्निशमन हाईड्रेन्ट	×	×	×	×	×	×	×	×
रेत से भरी बाल्टी	×	×	×	×	×	×	×	✓
भूमिगत पूर्तिकर जल	×	×	×	✓	×	×	×	×
अग्नि निकास हेतु संकेतक	✓	×	×	×	✓	×	×	✓
आपातकालीन द्वार	✓	×	×	×	✓	×	×	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

तालिका 3.47 से **3.49** से देखा जा सकता है की, जिला अस्पताल, कांगड़ा के अतिरिक्त, जहां एक अग्निसूचक अलार्म उपलब्ध था, किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में स्मोक डिटेक्टर व अग्निसूचक अलार्म उपलब्ध नहीं थे। सिविल अस्पताल, चांगो के अतिरिक्त सभी चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन यंत्र उपलब्ध थे। यद्यपि अग्निशमन यंत्र उपलब्ध थे तथापि कार्मिकों को अग्निशमन यंत्रों के संचालन का प्रशिक्षण नहीं दिया गया।

अस्पताल के सुरक्षा दिशानिर्देशों के अनुसार अग्निशमन हेतु किसी भी आकस्मिकता से निपटने के लिए भूमिगत स्थिर पानी की टंकी हर समय भरी रहनी चाहिए। हालांकि चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व सिविल अस्पताल, शाहपुर के अतिरिक्त किसी ने आग की आकस्मिकता से निपटने के लिए भूमिगत स्थिर पानी की टंकी का निर्माण नहीं किया।

भवन से शीघ्र बाहर निकलने के लिए आपातकालीन द्वार केवल जिला अस्पताल, कांगड़ा, जिला अस्पताल सोलन, सिविल अस्पताल, बैजनाथ, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ में उपलब्ध थे। जिला अस्पताल, किन्नौर के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में अग्निशामकों को पानी उपलब्ध कराने के उद्देश्य से अग्निशमन हाईड्रेन्ट स्थापित नहीं किए।

3.3.1.3 आवधिक अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा (द्वितीयक स्तर)

हिमाचल प्रदेश अग्निशमन सेवा अधिनियम 1984, भवनों में आग से सुरक्षा के संबंध में मानक निर्धारित करता है।

- वरिष्ठ चिकित्सा अधीक्षक, जिला अस्पताल, कांगड़ा ने अग्नि सुरक्षा के उद्देश्य से जिला अस्पताल के निरीक्षण हेतु अग्निशमन अधिकारी, धर्मशाला से अनुरोध (दिसंबर 2020) किया। अग्निशमन अधिकारी, (जनवरी 2021) धर्मशाला ने अस्पताल में अग्निशमन उपकरण स्थापित किए जाने की अनुशंसा की। लेखापरीक्षा संवीक्षा से उजागर हुआ कि मामला निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं के साथ उठाया गया (जनवरी 2021) एवं सूचित किया गया कि अग्नि सुरक्षा मानदंडों में कमी के कारण अग्निशमन विभाग से अनापत्ति प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किया गया। अग्निशमन विभाग द्वारा इंगित की गई कमियों की अनुपालना नहीं की गई, जिसके अभाव में अग्निशमन विभाग ने अनापत्ति प्रमाणपत्र नहीं दिया। वर्ष 2016-21 की अवधि के दौरान अग्नि-सुरक्षा लेखापरीक्षा नहीं करवाई गई। अतएव रोगियों/परिजनों/आगंतुकों एवं अस्पताल के कार्मिकों की सुरक्षा सुनिश्चित नहीं की गई।
- जनवरी 2016 के दौरान अग्निशमन सेवा निदेशालय ने जिला अस्पताल सोलन में अग्निशमन लेखापरीक्षा की और अग्निशमन विभाग ने अग्नि सुरक्षा उपकरण स्थापित करने का सुझाव दिया परन्तु निधियों का प्रावधान न होने के कारण अस्पताल में अग्नि सुरक्षा उपकरण स्थापित नहीं किए गए (जनवरी 2022)। वर्ष 2016-21 के दौरान कोई अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की गई, जिससे रोगियों/परिजनों/आगंतुकों व अस्पताल के कर्मियों की सुरक्षा से समझौता हुआ।
- वर्ष 2016-21 के दौरान अग्निशमन विभाग ने जिला अस्पताल किन्नौर में कोई अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की।

3.3.1.4 रोगी सुरक्षा उपाय (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल के पास एक समर्पित अस्पताल प्रबंधन नीति हो एवं भूकंपरोधी व अग्नि सुरक्षा विशेषताओं वाले अस्पताल भवन पर ज़ोर दिया जाएं। बुनियादी ढांचा पर्यावरण अनुकूल एवं दिव्यांग (अंग बाधित व दृष्टिबाधित) अनुकूल हो। स्थानीय एजेंसियों के दिशानिर्देशों एवं उपनियमों का कड़ाई से पालन किया जाए। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में भवन संरचना एवं आंतरिक संरचना को आपदारोधी, विशेष रूप से भूकंपरोधी, बाढ़रोधी व अग्नि सुरक्षा उपायों से सुसज्जित बनाया जाए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित स्वास्थ्य संस्थान भवनों में से किसी का भी निर्माण भूकंप सुरक्षा को ध्यान में रखकर नहीं किया गया।

हिमाचल प्रदेश राज्य हेतु राज्य आपदा प्रबंधन कार्य-योजनानुसार आपदा की स्थिति में निवारक, शमन व प्रतिक्रिया योजना तैयार करने की राज्य योजना, समग्र स्वास्थ्य नीति एवं स्वास्थ्य योजना के साथ मेल करती हो।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों की लेखापरीक्षा एवं संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि वर्ष 2016-21 के दौरान आकस्मिक दुर्घटनाओं से बचने के लिए चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से सात[36] ने आपदा प्रबंधन हेतु न तो योजना तैयार की एवं न ही मानक संचालन प्रक्रिया बनाई। अत: अस्पताल जोखिम कम करने के लिए प्रत्याशित व अप्रत्याशित खतरों से स्वयं को पहले से तैयार करने में विफल रहे।

3.3.2 रोगी के अधिकार एवं शिकायत निवारण

ओपीडी एवं प्रवेश द्वार पर रोगी के अधिकारों एवं उत्तरदायित्वों सहित स्थानीय भाषा में नागरिक चार्टर प्रदर्शित किया जाए। यह अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली गुणवत्ता के मानकों एवं न्यूनतम सुनिश्चित सेवाओं को इंगित करता है। इसके अतिरिक्त रोगियों की शिकायतों के प्रभावी निवारण के लिए अस्पताल में शिकायत/सुझाव पेटी व शिकायतों की निगरानी हेतु एक शिकायत निवारण समिति का प्रावधान हो, ताकि वास्तविक शिकायतों का समयबद्ध तरीके से निपटारा किया जा सके।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार नागरिक चार्टर को अस्पतालों में उचित स्थान पर प्रदर्शित किया जाए ताकि रोगी अपने अधिकारों, उपलब्ध सेवाओं, यदि हो तो उपयोगकर्ता शुल्क एवं अस्पताल में रहने वालों की शिकायतों के निवारण हेतु बनाई गई शिकायत निवारण प्रणाली के बारे में पता हो। चयनित अस्पतालों में नागरिक चार्टर की उपलब्धता **तालिका 3.50** में दर्शाई गई है।

तालिका 3.50: लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित अस्पताल में नागरिक चार्टर की उपलब्धता

जिला	अस्पताल	नागरिक चार्टर की उपलब्धता	स्थानीय भाषा में उपलब्ध
किन्नौर	जिला अस्पताल, किन्नौर	✓	×
	सिविल अस्पताल, चांगो	×	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	✓	✓
कांगड़ा	जिला अस्पताल, कांगड़ा	✓	✓
	सिविल अस्पताल, थुरल	✓	×
	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	×	×
	सिविल अस्पताल, शाहपुर	×	×
	सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	✓	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़	✓	✓
सोलन	जिला अस्पताल, सोलन	✓	×
	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	×	×
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	✓	✓
	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	×	×

स्रोत: स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी

[36] सिविल अस्पताल चांगो, कंडाघाट, थुरल, ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, सायरी व बछवाई

तालिका 3.50 से स्पष्ट है कि चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11 में नागरिक चार्टर उपलब्ध थे।

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

- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11 में नागरिक चार्टर उपलब्ध थे एवं इनमें से चयनित सात स्वास्थ्य संस्थानों में नागरिक चार्टर स्थानीय भाषा में थे।
- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से छः[37] में शिकायत पेटियां रखी या शिकायत पंजिकाएं बनाई गई।
- सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी व बछवाई के अतिरिक्त चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 में ओपीडी एवं अन्य सेवाओं का समय/कार्य-समय प्रदर्शित किया गया था।
- चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 (सिविल अस्पताल शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह व सायरी के अतिरिक्त) में रोगी शिकायत निवारण समितियों का गठन नहीं किया गया।

स्थानीय भाषा में नागरिक चार्टर के अभाव से रोगी अपने अधिकारों एवं उत्तरदायित्वों से संबंधित जानकारी प्राप्त करने से वंचित हो जाते हैं। शिकायत पेटी एवं रोगी शिकायत निवारण समिति की अनुपलब्धता रोगियों की समस्याओं के प्रति लापरवाह मनोवृत्ति को परिलक्षित करती है।

3.3.3 स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देशों के अनुसार गंभीर रूप से तीक्ष्ण श्वसन सिंड्रोम एवं पुनः उभरने वाले संक्रामक रोगों जैसे जानलेवा संक्रमणों के उद्भव ने सभी स्वास्थ्य-देखभाल व्यवस्था में प्रभावी संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रमों की आवश्यकता पर प्रकाश डाला है।

3.3.3.1 तृतीयक स्तर के अस्पतालों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण

आईजीएमसी, शिमला में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति की स्थापना की गई एवं वर्तमान समिति का गठन मई 2020 में किया गया और इसका कोई निश्चित कार्यकाल नहीं है। आरपीजीएमसी, कांगड़ा में संक्रमण नियंत्रण हेतु माइक्रोबायोलॉजी प्रयोगशाला समय-समय पर (आवधिक आधार पर) पूरे अस्पताल से सतह और पर्यावरण के नमूने एकत्र करती है।

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

---

[37] जिला अस्पताल कांगड़ा, सिविल अस्पताल शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बीड़।

- आईजीएमसी, शिमला में संक्रमण नियंत्रण उपायों के बारे में जागरूकता उत्पन्न करने के लिए अस्पताल के वार्डों में विज्ञापन पूरी तरह से प्रदर्शित नहीं किए गए एवं केवल कुछ स्थानों पर ही पाए गए।

- आईजीएमसी, शिमला में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति द्वारा अस्पताल में नियमित निरीक्षण किया गया एवं विभिन्न श्रेणियों के कर्मियों को सुग्राही बनाने के लिए नियमित अंतराल पर शिक्षण-सत्र भी आयोजित किए गए। शौचालयों व हाथ धोने के स्थानों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि कोई तरल साबुन नहीं रखा गया।

- आईजीएमसी, शिमला में पेयजल सभी वार्डों में उपलब्ध न हो कर कुछ आइपीडी वार्डों में ही उपलब्ध था।

- आईजीएमसी, शिमला में जिला अस्पतालों में गुणवत्ता आश्वासन हेतु मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका द्वारा अपेक्षित प्रयोगशालाओं की सतह एवं पर्यावरण के कोई नमूने नहीं लिए गए। स्किन ओपीडी, मेडिसिन ओपीडी, सर्जरी ओपीडी, नेत्र ओपीडी व आपातकालीन वार्ड के भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि वायु की गुणवत्ता संतोषजनक नहीं थी तथा कमरों में उचित वायुसंचार का अभाव था। खिड़कियों में जाली नहीं थी एवं बंदरों के आतंक के कारण इन्हें खोला नहीं जा सकता था, जिससे वायु के आवागमन (क्रॉस-वेंटिलेशन) में बाधा उत्पन्न हो रही थी। विभिन्न वर्षों के कुछ वायु नमूनों की जांच में पाया गया कि दिनांक 16/06/2022 को आपातकालीन ऑपरेशन थियेटर कक्ष संख्या दो (सर्जरी) एवं मुख्य ऑपरेशन-थियेटर संख्या पांच (ईएनटी) की वायु गुणवत्ता असंतोषजनक थी। दिनांक 03/01/2019 को श्वसन गहन देखभाल इकाई में जीवाणु गुणनांक 524 था। सामान्यत: 180 कॉलोनी फॉर्मिंग यूनिट (सीएफयू) प्रति मीट्रिक घन से कम जीवाणु गुणनांक स्वीकार्य एवं संतोषजनक है।

- आईजीएमसी, शिमला में अस्पताल के अप्रशोधित अपशिष्ट को सार्वजनिक नगरपालिका नालों में छोड़ दिया गया, जैसाकि **चित्र 3.41** व **3.42** में दर्शाया गया है।

चित्र 3.41 व 3.42: आईजीएमसी में अप्रशोधित अपशिष्ट जल को सार्वजनिक नाली में बहा दिया गया।

- भौतिक सत्यापन के दौरान देखा गया कि अस्पताल परिसर में रखे गए अस्पताल अपशिष्ट को शिमला नगर निगम द्वारा एकत्र नहीं किया गया, जैसाकि **चित्र 3.43** व **3.44** में दर्शाया गया है।

चित्र 3.43 व 3.44: आईजीएमसी अस्पताल परिसर के अंदर फेंकी पाई गई सामग्री/अपशिष्ट जिसे शिमला नगरपालिका द्वारा एकत्र नहीं किया गया।

- अभिलेखों की संवीक्षा के दौरान पाया गया कि आईजीएमसी, शिमला के विभिन्न भवनों में अपशिष्ट प्रशोधन संयंत्रों के निर्माण का प्रस्ताव दिसंबर 2021 में रखा गया परन्तु सक्षम प्राधिकारी (जून 2022) ने प्रशासनिक अनुमोदन व व्यय संस्वीकृति नहीं दी गई।

प्राधिकारियों ने बताया कि माइक्रोबायोलॉजी विभाग ने आवधिक आधार पर गुणवत्ता परीक्षण हेतु दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के वायु के नमूने लिए थे।

3.3.3.2 स्वास्थ्य संस्थानों में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण (द्वितीयक स्तर)

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी दिशानिर्देशों में निर्धारित है कि अस्पताल संक्रमण नियंत्रण दल एवं अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति को प्रत्येक अस्पताल में अस्पताल संक्रमण नियंत्रण नीतियां बनाना, इनका प्रयोग व निगरानी करना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित 16[38] स्वास्थ्य संस्थानों में से 12 में स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति का गठन किया गया। वर्ष 2016-17 व वर्ष 2020-21 के दौरान जिला अस्पताल किन्नौर को अस्पताल में स्वच्छता के लिए कायाकल्प पुरस्कार का प्रथम पुरस्कार मिला। इसी भांति वर्ष 2019-20 के दौरान जिला अस्पताल कांगड़ा को ₹ 25.00 लाख के कायाकल्प पुरस्कार से सम्मानित किया गया। वर्ष 2021-22 के दौरान जिला अस्पताल कांगड़ा को राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक (एनक्यूएएस) एवं लेबर रूम गुणवत्ता पहल (लक्ष्य) कार्यक्रम के तहत गुणवत्ता प्रमाणन से सम्मानित किया गया, जो राज्य में ऐसा पुरस्कार पाने वाला एकमात्र अस्पताल है।

स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति को आवधिक तौर पर स्वच्छता मानकों की निगरानी करनी व वायुजनित संक्रमण को कम करने की विभिन्न पद्धतियों को अपनाना है। नियमित रूप से हवा के नमूने लिए जाने हैं और इसकी सूक्ष्मजैविक (माइक्रोबायोलॉजिकल) निगरानी रिपोर्ट का विश्लेषण किया जाना है।

---

[38] सिविल अस्पताल कंडाघाट, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन व बछवाई के अतिरिक्त सभी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मूल्यांकनकर्ता दिग्दर्शिका, 2013 (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) की जांच-सूची के सापेक्ष लेखापरीक्षा द्वारा किए गए स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण के संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि:

- जिला अस्पताल, सोलन के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में वायु के नमूने नहीं लिए गए। इसके अभाव में चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में वायु की गुणवत्ता सुनिश्चित नहीं की जा सकी।
- पानी का जैविक परीक्षण केवल जिला अस्पताल, कांगड़ा, जिला अस्पताल, सोलन व सिविल अस्पताल, चांगो में किया गया। शेष सिविल अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पानी का जैविक परीक्षण नहीं किया गया।
- दो[39] सिविल अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी में पानी की टंकियों की सफाई नहीं की गई।
- सिविल अस्पताल चांगो, सिविल अस्पताल, कंडाघाट व सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी के अतिरिक्त 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 13 में संक्रमण नियंत्रण हेतु मानक संचालन प्रक्रिया उपलब्ध थी।
- सभी जिला अस्पतालों व तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सांगला, धर्मपुर व बीड़) में कृंतक (कुतरने वाले जानवर) नियंत्रण किया गया। सभी चयनित जिला अस्पतालों, सिविल अस्पताल शाहपुर व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड़ में कीट नियंत्रण संचालित किया गया।

3.4 आपातकाल प्रबंधन

कोरोना वायरस रोग 2019 (कोविड-19) एक संक्रामक रोग है जो गंभीर रूप से तीक्ष्ण श्वसन रोग कोरोना वायरस 2 (सार्स-सीओवी-2) विषाणु के कारण होता है। कोविड-19 वायरस किसी संक्रमित व्यक्ति के खांसने, छींकने, बोलने, गाने या सांस लेने पर उसके मुंह या नाक से छोटे तरल कणों से फैल सकता है। ये कण बड़ी श्वसन बूंदों से लेकर छोटे वायु विलयन तक होते हैं। सबसे आम लक्षणों में बुखार, खांसी, थकान एवं स्वाद या गंध का पता न चलना शामिल हैं। हिमाचल प्रदेश में 21 मार्च 2020 को कोविड-19 का पहला मामला दर्ज किया गया था।

3.4.1 राज्य में कोविड-19 हेतु वित्तपोषण

भारत सरकार ने कोविड-19 प्रकोप से निपटने की तैयारी व रोकथाम संबंधी गतिविधियों को सहयोग देने हेतु राज्य को आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज के अंतर्गत निधियां प्रदान की। आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज का उद्देश्य तैयारी व रोकथाम संबंधी कार्यों को सहयोग देने हेतु लचीली स्वास्थ्य प्रणालियां निर्मित करना था, जो न केवल वर्तमान कोविड-19 प्रकोप अपितु भविष्य में ऐसे प्रकोपों का भी समाधान करें।

3.4.2 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I

वर्ष 2019-20 हेतु राज्य सरकार ने ₹ 18.81 करोड़, वर्ष 2020-21 हेतु ₹ 52.77 करोड़ एवं वर्ष 2021-22 हेतु ₹ 43.16 करोड़ का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज तैयार किया। वर्ष 2020-21

[39] सिविल अस्पताल, थुरल व ज्वालामुखी।

व वर्ष 2021-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने कोविड-19 के अंतर्गत क्रमशः ₹ 59.41 करोड़ एवं ₹ 43.16 करोड़ का व्यय किया। यह राशि डायग्नोस्टिक्स (नमूना अपवाहन सहित), औषधि एवं आपूर्ति, मानव-संसाधन इत्यादि के लिए व्यय की गई। व्यय का विवरण **तालिका 3.51** में दर्शाया गया है।

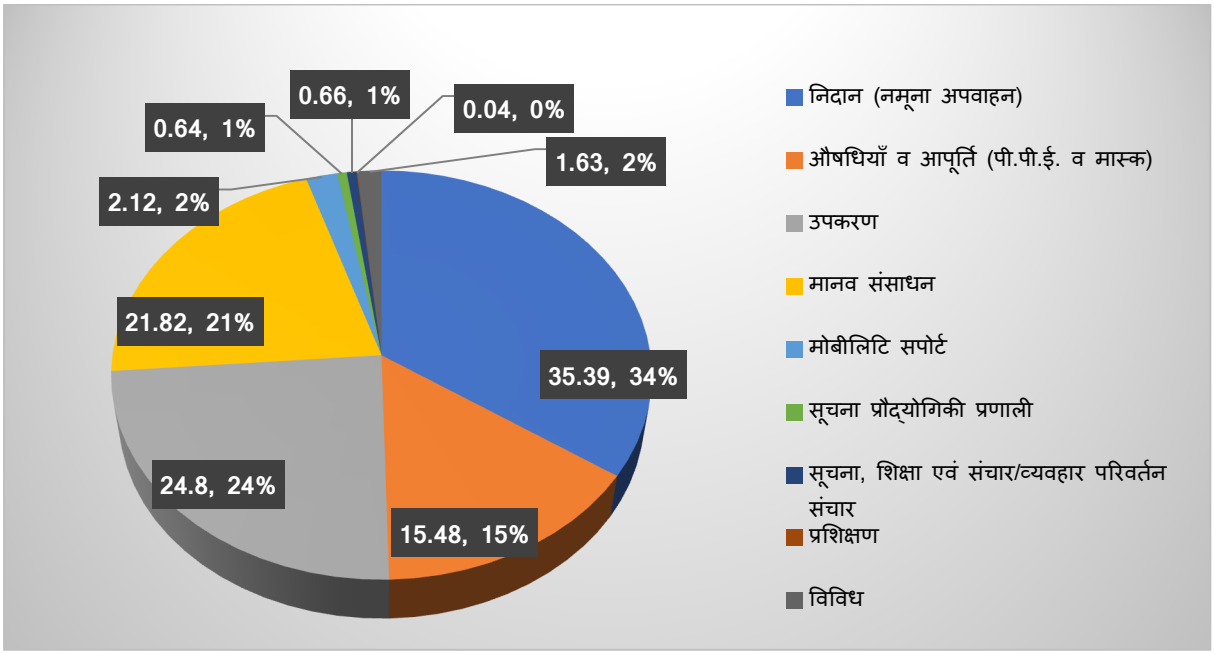
तालिका 3.51: आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I के अंतर्गत वर्ष 2020-22 के दौरान किए गए व्यय का विवरण

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	व्यय का प्रकार	वर्ष 2020-21 में किया गया व्यय	वर्ष 2021-22 में किया गया व्यय	कुल
1.	नमूना अपवाहन सहित निदान	18.18	17.21	35.39
2.	पीपीई एवं मास्क सहित दवा व आपूर्ति	11.88	3.60	15.48
3.	रोगी देखभाल हेतु उपकरण/सुविधाएं वेंटिलेटर सहायता सहित आदि	10.77	14.03	24.8
4.	मानव संसाधन	14.06	7.76	21.82
5.	मोबीलिटी सपोर्ट	1.83	0.29	2.12
6.	हार्डवेयर व सॉफ्टवेयर आदि सहित सूचना प्रौद्योगिकी प्रणाली	0.64	0	0.64
7.	सूचना, शिक्षा एवं संचार/व्यवहार परिवर्तन संचार	0.64	0.02	0.66
8.	प्रशिक्षण	0.04	0	0.04
9.	विविध (जो व्यय की उपरोक्त मदों की गणना में नहीं दिया जा सका)	1.38	0.25	1.63
योग		**59.42**	**43.16**	**102.58**

स्रोत: विभागीय जानकारी

चार्ट 3.10: वर्ष 2020-22 के दौरान आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I के तहत व्यय का विवरण (₹ करोड़ में)



3.4.3 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II

- अगस्त 2021 में भारत सरकार ने वर्ष 2021-22 हेतु ₹ 240.56 करोड़ (₹ 216.51 करोड़ भारत सरकार का अंश एवं ₹ 24.06 करोड़ राज्यांश) का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II संस्वीकृत किया।
- सितंबर 2021 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं को ₹ 13.10 करोड़ जारी किए गए, जो अनिवार्य औषधियों (₹ 1.95 करोड़) की खरीद, कांगड़ा जिले के इंदौरा में 100 बिस्तरों वाले फील्ड अस्पताल की स्थापना (₹ 3.75 करोड़) एवं सात जिला अस्पतालों[40] व तीन सिविल अस्पतालों[41] में लिक्विड मेडिकल ऑक्सीजन संयंत्र (₹ 7.40 करोड़) की स्थापना के लिए थे।
- सितंबर 2021 में निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 22.95 करोड़ जारी किए गए, जो मेडिकल कॉलेजों में अनिवार्य औषधियों (₹ 10.05 करोड़), हमीरपुर व नाहन (₹ 7.50 करोड़) में 100 बिस्तर वाले फील्ड अस्पतालों की स्थापना व छः मेडिकल कॉलेजों[42] (₹ 5.40 करोड़) में लिक्विड मेडिकल ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना हेतु थे।
- निदेशालय, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान में पाया गया कि कोविड-19 के कारण वर्ष 2019-22 की अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 63.90 करोड़ की निधियां प्राप्त (अक्टूबर 2021) हुई, जिसमें से केवल ₹ 60.21 करोड़ मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित किए गए एवं ₹ 3.69 करोड़ की शेष निधियां मेडिकल कॉलेजों को संवितरित नहीं की गई। आगे यह भी देखा गया कि जहां कोविड-19 निधियां मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित की गई, वहां भी पांच से 149 दिनों के मध्य का विलंब हुआ।
- आईजीएमसी, शिमला में देखा गया कि वर्ष 2021-23 के दौरान निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान के माध्यम से डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट एवं मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 25.11 करोड़[43] की निधियां प्रदान की गई, जिसमें से केवल ₹ 19.74 करोड़ का उपयोग किया गया एवं दिसंबर 2022 तक ₹ 5.37 करोड़ अप्रयुक्त रहे।
- आरपीजीएमसी, कांगड़ा में मई 2020 - जून 2022 के दौरान डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट व मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 32.69 करोड़[44] की निधियां प्राप्त हुई, जिसमें से

---

40 ऊना, कुल्लु, कांगड़ा, बिलासपुर, सोलन, किन्नौर व लाहौल-स्पीति।

41 पालमपुर, रामपुर व सरकाघाट।

42 आईजीएमसी शिमला, एआईएमएसएस चमियाना, वाईएसपीजीएमसी नाहन, आरकेजीएमसी हमीरपुर, एसएलबीएसजीएमसी नेरचौक मंडी, जेएलएनजीएमसी चंबा।

43 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज I: ₹ 12.08 करोड़, आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II: ₹ 13.03 करोड़, 2022-23 ₹ 2.59 करोड़।

44 आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज I- ₹ 16.98 करोड़, आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज II-₹ 15.71 करोड़।

₹ 23.79 करोड़ का उपयोग किया गया एवं ₹ 5.52 करोड़ निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान शिमला को वापस कर दिए गए जबकि ₹ 3.37 करोड़ अप्रयुक्त (जून 2022) रहे।

- आरपीजीएमसी, कांगड़ा अस्पताल में पाया गया कि वर्ष 2019-22[45] के दौरान डायग्नोस्टिक्स, औषधियों, उपकरणों, पीपीई किट व मास्क आदि की खरीद हेतु ₹ 2.33 करोड़ की निधियां प्राप्त हुई, जिसके प्रति ₹ 8.94 करोड़ का व्यय किया गया। ₹ 6.61 करोड़ की अतिरिक्त राशि उपलब्ध रोगी कल्याण समिति निधि से व्यय की गई। जून 2022 में किए गए व्यय आधिक्य के प्रति ₹ 2.30 करोड़ प्राप्त हुए एवं ₹ 4.31 करोड़ की शेष राशि जुलाई 2022 तक प्रतिपूर्ति हेतु लंबित थी।
- निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, शिमला में पाया गया कि जून व जुलाई 2020 के दौरान सात जिला अस्पतालों में मेडिकल ऑक्सीजन पाइपलाइन प्रणाली की स्थापना हेतु केंद्रीय लोक निर्माण विभाग शिमला को ₹ 6.59 करोड़ की निधियां जारी की गई। ₹ 5.82 करोड़ के व्ययोपरांत सितंबर 2020 में कार्य पूर्ण हुआ एवं ₹ 0.77 करोड़ की शेष निधियां अभी भी केंद्रीय लोक निर्माण विभाग, शिमला के पास अप्रयुक्त थी। जनवरी 2023 तक केंद्रीय लोक निर्माण विभाग ने शेष राशि नहीं लौटाई। इसे इंगित करने पर विभाग ने बताया कि केंद्रीय लोक निर्माण विभाग से ब्याज सहित राशि लौटाने का अनुरोध किया गया है।

3.4.4 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष

अप्रैल 2020 में हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण ने 'हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण कोविड-19 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष' हेतु नियम अधिसूचित किए। हिमाचल प्रदेश राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण कोविड-19 राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष का उद्देश्य कोविड-19 महामारी से बुरी तरह प्रभावित व्यक्तियों को वित्तीय एवं अन्य सहायता/तत्काल राहत प्रदान करना, स्वास्थ्य-सेवा/ औषधीय सुविधाओं का उन्नयन/उपकरणों की खरीद इत्यादि था।

राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष के तहत निदेशालय, स्वास्थ्य सेवाएं एवं निदेशालय, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को प्रदत्त निधियों का विवरण **तालिका 3.52** में दर्शाया गया है।

तालिका 3.52: वर्ष 2019-22 के दौरान राज्य आपदा प्रतिक्रिया कोष व राज्य के अंतर्गत आवंटन व व्यय का विवरण (₹ करोड़ में)

वर्ष	अथ शेष	आवंटन	कुल उपलब्ध निधियां	व्यय	अप्रयुक्त
2019-20	--	15.00	15.00	0.01	14.99
2020-21	14.99	17.44	32.43	32.18	0.25
2021-22	0.25	69.37	69.62	68.17	1.45
योग		**101.81**		**100.36**	

स्रोत: विभागीय जानकारी

[45] वर्ष 2019-20 ₹ 0.80 करोड़, वर्ष 2020-21 ₹ 1.28 करोड़, वर्ष 2021-22 ₹ 0.25 करोड़।

तालिका 3.52 से स्पष्ट है कि वर्ष 2019-22 के दौरान पीपीई किट, सुरक्षा उपकरण, अस्थायी अस्पताल के निर्माण व नियोजित आउटसोर्स कार्मिकों के वेतन/मजदूरी हेतु निदेशालय स्वास्थ्य सेवाएं एवं चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 101.81 करोड़ आवंटित किए गए थे, जिसमें से ₹ 100.36 करोड़ को कोविड-19 पर व्यय के रूप में दर्शाया गया।

3.4.5 दबावयुक्त स्विंग अवशोषण (प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन), वेंटिलेटर, ऑक्सीजन कंसंट्रेटर की स्थिति

वर्ष 2021-22 के दौरान भारत सरकार ने हिमाचल प्रदेश के 28 शहरों के छः मेडिकल कॉलेजों, चमियाना स्थित एआईएमएसएस, आठ जिला अस्पतालों, 11 सिविल अस्पतालों, एक आयुर्वेदिक अस्पताल व एक क्षेत्रीय आयुर्वेदिक अस्पताल में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की संस्वीकृति दी। जनवरी 2023 तक सभी स्वीकृत 28 प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र परिचालन हेतु स्थापित एवं कार्यशील हैं।

चार स्थलों, सिविल अस्पताल, चौपाल (शिमला), सिविल अस्पताल, सराहन (सिरमौर), सिविल अस्पताल, देहरा (कांगड़ा) व सिविल अस्पताल, जोगिन्द्रनगर (मंडी) में सतलुज जल विद्युत निगम लिमिटेड (एसजेवीएनएल) द्वारा प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थापित किए जा रहे हैं।

- लेखापरीक्षा में पाई गई वेंटिलेटर व ऑक्सीजन कंसंट्रेटर (अगस्त 2021 तक) की स्थिति नीचे दी गई है।
  - अगस्त 2021 तक 12 जिलों के स्वास्थ्य संस्थानों में 500 वेंटिलेटर उपलब्ध थे, जिनमें से 461 वेंटिलेटर संस्थापित किए गए एवं शेष 39 असंस्थापित थे।
  - अगस्त 2021 तक राज्य के 56 स्वास्थ्य संस्थानों में 773 वेंटिलेटर संस्थापित किए गए, जिनमें से 149 वेंटिलेटर (19 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे।
  - जुलाई 2022 तक आरपीजीएमसी, कांगड़ा में 142[46] वेंटिलेटर थे, जिनमें से 119 कार्यात्मक थे जबकि शेष 23 (16 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे। इसी भांति उपलब्ध 136 ऑक्सीजन कंसंट्रेटर्स में से 123 कार्यात्मक थे एवं शेष 13 (10 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे।

    चिकित्सा अधीक्षक आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया कि इन उपकरणों की मरम्मत की प्रक्रिया आरंभ (जुलाई 2022) कर दी गई थी।
  - आईजीएमसी, शिमला में 177 वेंटिलेटर में से 158 कार्यात्मक थे एवं शेष 19 (11 प्रतिशत) काम नहीं कर रहे थे। इसी भांति 213 ऑक्सीजन कंसंट्रेटर्स उपलब्ध थे।
  - 56 स्वास्थ्य संस्थानों में से छः[47] (11 प्रतिशत) में वेटिलेटर के संचालनार्थ पर्याप्त कर्मी उपलब्ध नहीं थे।

---

[46] 164 वेंटिलेटर्स जिसमें से 22 वापस कर दिए गए।

[47] सिविल अस्पताल भोरंज, सिविल अस्पताल सुजानपुर, सिविल अस्पताल रोहड़ू, जिला अस्पताल सोलन, अस्थायी अस्पताल नालागढ़ व जिला अस्पताल ऊना।

3.4.6 चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में कोविड-19 से संबंधित निष्कर्ष

3.4.6.1 सिविल अस्पताल थुरल में ऑक्सीजन संयंत्र संस्थापित न करना

राज्य सरकार (अक्टूबर 2021) ने सिविल अस्पताल, थुरल में ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना की सैद्धांतिक संस्वीकृति दी। ऑक्सीजन संयंत्र सिविल अस्पताल बैजनाथ (नवंबर 2021) से उठा लिया गया था एवं दिसंबर 2021 तक सिविल अस्पताल थुरल में असंस्थापित था, जैसाकि **चित्र 3.45** में देखा जा सकता है।

चित्र 3.45: सिविल अस्पताल, थुरल में बेकार रखा ऑक्सीजन संयंत्र

विभाग ने अपने उत्तर में बताया कि पाइपलाइन विनिर्माण एवं डीजल जनरेटर सेट की खरीद हेतु निधियां नहीं मिलने के कारण संयंत्र की संस्थापना व प्रारंभ नहीं किया जा सका।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि इस संबंध में कार्रवाई की जाएगी।

3.4.6.2 आरपीजीएमसी, कांगड़ा में राज्य आपदा राहत कोष के अंतर्गत निर्मित प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन संयंत्र का कार्यात्मक न होना

भारत सरकार ने हिमाचल प्रदेश को स्वास्थ्य संस्थानों के ऑक्सीजन की आवश्यकता की पूर्ति हेतु सात प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन उत्पादन संयंत्र आवंटन की सूचना दी (नबम्बर 2020)। निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी कांगड़ा द्वारा प्रस्तावित (नवंबर 2020) 900 लीटर प्रति मिनट क्षमता वाले प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन ऑक्सीजन उत्पादन संयंत्र की संस्थापना हेतु ₹ 28.56 लाख की व्यय संस्वीकृति (फरवरी 2021) दी।

यह देखा गया कि प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की स्थापना की तो गई (सितंबर 2021) परन्तु उसे प्रारंभ (जुलाई 2022) नहीं किया गया, जैसाकि **चित्र 3.46** व **3.47** में दर्शाया गया है। प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र को ऑक्सीजन की शुद्धता व दबाव, गलत फेर-बदल (चैंजओवर) एवं स्टेनलेस स्टील/एल्यूमीनियम/तांबे की पाइप के स्थान पर रबर पाइप के प्रयोग की समस्याओं के कारण प्रारंभ नहीं किया जा सका।

चित्र 3.46 व 3.47: आरपीजीएमसी कांगड़ा में अकार्यशील प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र

प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने प्रत्युत्तर में बताया (जुलाई 2022) कि तकनीकी विशेषज्ञ की अनुशंसा के अनुसार अलग पाइपलाइन की आवश्यकता थी जिसके लिए निविदा प्रक्रिया आरंभ (जुलाई 2022) की गई थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि यह समस्या संस्थापना के समय ही हल हो जानी चाहिए थी।

3.4.6.3 आईजीएमसी, शिमला में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थापित करने में विफलता एवं उसमें अनियमितताएं

भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण, शिमला ने 1000 लीटर प्रति मिनट की क्षमता वाले प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र की स्थापना हेतु प्रधानाचार्य, आईजीएमसी से संपर्क किया (जुलाई 2021)। भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण ने प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र स्थल को तैयार करने एवं प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र के संचालनार्थ कम से कम दो व्यक्तियों को नियुक्त करने के निर्देश दिए (जुलाई 2021), ताकि रक्षा अनुसंधान एवं विकास संगठन को प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन उपकरणों की आपूर्ति हेतु सूचित किया जा सके।

प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र के स्थल (**चित्र 3.48**, **3.49** व **3.50**) के संयुक्त भौतिक सत्यापन (जून 2022) के दौरान केवल सिविल कार्य एवं एक डीज़ल जनरेटर सेट पाया गया। वहां ढीले केबल तार थे जो ट्रांसफार्मर से जुड़े नहीं थे जबकि निर्मित संरचना में ऑक्सीजन सिलेंडर भरे हुए थे। पूछताछ करने पर अस्पताल प्राधिकारियों ने बताया कि स्थान की अगम्यता के कारण यंत्रों को चयनित स्थल तक पहुंचाया नहीं किया जा सका। परिणामस्वरुप अस्पताल प्राधिकारी निजी एजेंसी से ऑक्सीजन खरीद रहे हैं। यदि अस्पताल ने संयंत्र संस्थापित किया होता, तो ऑक्सीजन सिलेंडर की खरीद में होने वाले व्यय को कम किया जा सकता था एवं जैसाकि परिकल्पित था, प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र का उपयोग किया जा सकता था।

चित्र 3.48 डीजल जनरेटर सेट के साथ सिविल कार्य	**चित्र 3.49: पुरानी ऑक्सीजन पाइपलाइन**	**चित्र 3.50: ट्रांसफर्मर से कनेक्शन के लिए स्थापित केबल तार**

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र को मंडी के स्वास्थ्य संस्थानों में स्थानांतरित कर दिया गया था।

3.4.6.4 सिविल अस्पताल, कंडाघाट में वेंटिलेटर यंत्रों का उपयोग न होना

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जुलाई 2021 में सिविल अस्पताल, कंडाघाट में मुख्य चिकित्सा कार्यालय सोलन से सहायक उपकरणों के साथ दो पोर्टेबल वेंटिलेटर प्राप्त हुए। दोनों वेंटिलेटर संस्थापित नहीं किए जा सके और वो भंडार में बेकार रखे थे (जनवरी 2022) क्योंकि उन्हें संस्थापित करने के लिए कोई आधारभूत ढांचा नहीं था। स्वास्थ्य विभाग की ओर से अनुचित योजना/आंकलन के कारण वेंटिलेटर बेकार रखे रहे।

3.4.6.5 अवमानक (घटिया) हैंड सैनिटाइजर

वर्ष 2020-22 के दौरान समग्र परीक्षण प्रयोगशाला, कंडाघाट में देखा गया कि राज्य औषधि नियंत्रक द्वारा लिए गए हैंड सैनिटाइज़र के 36 नमूनों (26 प्रतिशत, 137 नमूनों में से) को प्रयोगशाला में अवमानक घोषित किया गया। जनता द्वारा इस खेप विशेष हैंड सैनिटाइज़र का उपयोग परीक्षण के परिणाम मिलने से पहले से ही कोविड-19 के दौरान कर लिया गया था।

3.4.6.6 उपयोगिता प्रमाणपत्र

राज्य सरकार ने जनहित में ₹ 3.44 करोड़ की लागत से कोविड-19 रोगियों के उपचारार्थ कांगड़ा में "अस्थायी अस्पताल" को खोलने की कार्योत्तर संस्वीकृति दी (दिसंबर 2020)। नवंबर 2020 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने इस निधि के 50 प्रतिशत अर्थात ₹ 1.72 करोड़ 'वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद'/केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान रूड़की को अग्रिम रूप से जारी किए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रधानाचार्य, आरपीजीएमसी, कांगड़ा ने अस्थायी अस्पताल के निर्माणार्थ निदेशक, वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद्-केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान, रूड़की को ₹ 1.48 करोड़ (अप्रैल 2022) की निधियां भी अंतरित की। ₹ 3.20 करोड़ के उपयोगिता-प्रमाणपत्र न तो मांगे गए और न ही निष्पादन एजेंसी द्वारा जारी की गई निधियों के प्रति उपयोगिता प्रस्तुत की गई।

स्वास्थ्य प्राधिकारियों ने प्रत्युत्तर में बताया कि ₹ 1.72 करोड़ के उपयोगिता-प्रमाणपत्र की निदेशालय स्तर पर जानकारी ली जानी है तथा ₹ 1.48 करोड़ की शेष राशि हेतु मामला निदेशक, वैज्ञानिक व औद्योगिक अनुसंधान परिषद्-केंद्रीय भवन अनुसंधान संस्थान, रूड़की के साथ उठाया जा रहा है।

3.5 निष्कर्ष

- जिला अस्पताल, हमीरपुर में सभी ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं, जबकि जिला अस्पताल, लाहौल-स्पीति में केवल दो ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। राज्य के शेष जिला अस्पतालों में छः से 12 तक ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सिविल अस्पतालों में 12 ओपीडी सेवाओं में से एक से नौ ओपीडी सेवाएं उपलब्ध थीं। चयनित सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में छः में से चार ओपीडी सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। इन ओपीडी सेवाओं के अभाव में रोगियों को अन्य उच्च स्तरीय अस्पतालों में जाना पड़ा।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित किए अनुसार सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में 24*7 आपातकालीन सेवा उपलब्ध नहीं थी।
- वर्ष 2016-22 के दौरान राज्य में पहली तिमाही में पंजीकृत नहीं होने वाली गर्भवती माताओं की संख्या 13.69 प्रतिशत थी, जिन माताओं ने तीन या अधिक प्रसव-पूर्व जांच नहीं कराई, उनका प्रतिशत 25.78 था व 20.39 प्रतिशत माताओं को 100/180 आयरन फोलिक एसिड गोलियां नहीं दी गईं।
- जिला अस्पतालों में अपेक्षित 88 परीक्षणों के प्रति 11 से 47 परीक्षण उपलब्ध थे। चयनित पांच सिविल अस्पतालों में 48 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 17 से 30 परीक्षण उपलब्ध थे एवं सिविल अस्पताल, चांगो में केवल छः परीक्षण उपलब्ध थे। चयनित पांच सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 33 परीक्षणों के मानदंडों के प्रति 15 से 27 परीक्षण उपलब्ध थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई में केवल दो परीक्षण उपलब्ध थे एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन में कोई परीक्षण उपलब्ध नहीं थे।
- परियोजना की पूर्णता की निर्धारित तिथि के 19 से 22 माह पश्चात भी फर्में राज्य में 69 सीवरेज प्रशोधन संयंत्र प्रारंभ करने में विफल रहीं। फर्मों ने सीवरेज प्रशोधन संयंत्र सामग्री खरीद कर स्थल पर पहुंचा दी, जो स्वास्थ्य संस्थानों के परिसर के अंदर जर्जर अवस्था में पड़ी हुई थी।
- जिला अस्पताल सोलन, जिला अस्पताल कांगड़ा व दोनों मेडिकल कोलेज अस्पतालों के अतिरिक्त किसी भी स्वास्थ्य संस्थान ने आवधिक अग्निशमन लेखापरीक्षा नहीं की। जिन स्वास्थ्य संस्थानों में अग्निशमन लेखापरीक्षा की गई, वहां अग्निशमन विभाग ने कुछ उपायों की अनुशंसा की थी परन्तु किसी भी स्वास्थ्य संस्थान ने अनुशंसाओं का अनुपालन नहीं किया। चयनित स्वास्थ्य

संस्थानों में से किसी में भी भूकंप सुरक्षा को ध्यान में रखकर भवनों का निर्माण नहीं किया गया था।

- सिविल अस्पताल, शाहपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी के अतिरिक्त किसी भी चयनित स्वास्थ्य संस्थान में रोगी शिकायत निवारण समिति का गठन नहीं किया गया था।
- वर्ष 2019-22 हेतु राज्य सरकार ने ₹ 114.74 करोड़ का आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-I तैयार किया एवं वर्ष 2020-22 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन ने कोविड-19 के तहत ₹ 102.58 करोड़ व्यय किए। नमूना संवहन (34 प्रतिशत) एवं मानव संसाधन सहित डायग्नोस्टिक्स पर बड़ी राशि व्यय की गई, जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों (21 प्रतिशत) के लिए प्रोत्साहन शामिल है।
- अगस्त 2021 में भारत सरकार ने ₹ 240.56 करोड़ के आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया पैकेज-II (₹ 216.51 करोड़ भारत सरकार का अंश व ₹ 24.06 करोड़ राज्यांश) को अनुमोदित किया। इसके अतिरिक्त इंदौरा, कांगड़ा जिले में क्षेत्र अस्पतालों की स्थापना एवं सात जिला अस्पतालों व तीन सिविल अस्पतालों में तरल चिकित्सा ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना पर ₹ 13.10 करोड़ खर्च किए गए। सितंबर 2021 में निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को ₹ 22.95 करोड़ जारी किए गए, जो मेडिकल कॉलेजों में अनिवार्य औषधियों (₹ 10.05 करोड़), हमीरपुर व नाहन में 100 बिस्तरों वाले क्षेत्र अस्पतालों की स्थापना (₹ 7.50 करोड़) एवं छः मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में तरल चिकित्सा ऑक्सीजन संयंत्र की स्थापना (₹ 5.40 करोड़) हेतु थे।
- वर्ष 2019-22 के दौरान निदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान को कोविड -19 के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन से ₹ 63.90 करोड़ प्राप्त हुए, जिसमें से केवल ₹ 60.21 करोड़ मेडिकल कॉलेजों को हस्तांतरित किए गए एवं ₹ 3.69 करोड़ की निधियां संवितरित नहीं की गई। इसके अतिरिक्त मेडिकल कॉलेजों को कोविड-19 की निधियों के हस्तांतरण में 5 से 149 दिनों के मध्य का विलंब हुआ।
- राज्य के 56 स्वास्थ्य संस्थानों में वेंटिलेटर की सुविधा उपलब्ध थी, जिसमें 773 में से 624 वेंटिलेटर कार्यात्मक थे जबकि शेष 149 (19 प्रतिशत) वेंटिलेटर काम नहीं कर रहे थे।
- नवंबर 2021 में सिविल अस्पताल, बैजनाथ से लिया गया ऑक्सीजन संयंत्र सिविल अस्पताल, थुरल में संस्थापित नहीं किया गया। इसी भांति दोनों मेडिकल कॉलेजों (आईजीएमसी, शिमला व आरपीजीएमसी, कांगड़ा) में प्रेशराइज्ड स्विंग एड्ज़ोर्पशन संयंत्र प्रारंभ नहीं किया जा सका क्योंकि आईजीएमसी में स्थान की ऊंचाई अधिक होने व आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ऑक्सीजन दबाव इत्यादि समस्याओं के कारण मशीनरी को चयनित स्थल पर नहीं पहुंचाया जा सका।

3.6 सिफारिशें

सरकार विचार करें:

- *सुनिश्चित करें कि स्वास्थ्य संस्थानों के सभी स्तरों पर भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में परिकल्पित सभी अनिवार्य सेवाएं उपलब्ध हों।*
- *द्वितीयक/प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में संसाधनों की उपलब्धता एवं उच्चतर स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी-भार प्रबंधन को सक्षम बनाने के लिए मानदंडों के अनुसार संसाधनों की आवधिक समीक्षा एवं संवितरण।*
- *सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सा अधिकारियों की तैनाती सुनिश्चित करें ताकि 24x7 सेवाएं प्रदान की जा सकें।*
- *जिन स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त पेयजल या उपयुक्त शौचालय की सुविधा नहीं है, ऐसे संस्थानों को जल जीवन मिशन एवं स्वच्छ भारत मिशन के अंतर्गत शामिल करने पर विचार करें।*
- *आशा कार्यकर्ताओं के सहयोग से सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की उचित निगरानी एवं अनुवर्ती कार्रवाई करके प्रसव-पूर्व देखभाल सुदृढ़ करें एवं सुनिश्चित करें कि सभी गर्भवती महिलाएं पंजीकृत हो एवं उन्हें सभी प्रसव-पूर्व देखभाल प्रदान की जाएं ताकि माता मृत्यु अनुपात, शिशु मृत्यु दर, मृत जन्म आदि को घटाया जा सके।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में रोगी शिकायत निवारण समिति का गठन करें ताकि रोगियों के मतों पर ध्यान दिया जा सके।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में यथावश्यक सभी प्रयोगशाला परीक्षण उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।*
- *आपातकालीन मामलों के शीघ्र समाधान हेतु बाधाओं को दूर करने के लिए ख़राब आपातकालीन उपकरणों/सुविधाओं की यथाशीघ्र मरम्मत कराएं।*
- *उच्च रोगी-भार वाले स्वास्थ्य संस्थानों को उपकरण उपलब्ध कराएं।*
- *सीवेज प्रशोधन संयंत्र की संस्थापना/प्रचालन हेतु समय पर कार्रवाई सुनिश्चित करें ताकि सीवरेज प्रशोधन संयंत्रों को क्रियाशील बनाया जा सके।*
- *प्रदत्त सेवा के सही मूल्यांकन हेतु एम्बुलेंस प्रतिक्रिया समय की जानकारी निर्धारित प्रारूप में रखी जाएं।*
- *सभी स्वास्थ्य संस्थानों में आपदा तैयारियों की समीक्षा करें एवं राज्य आपदा प्रबंधन अधिकारियों के साथ समन्वित हो कर उपचारात्मक/निवारक/प्रारंभिक क़दम उठाते हुए उनकी अनुशंसाओं की अनुपालना करें।*
- *अस्पताल में संक्रमण-मुक्त वातावरण उपलब्ध कराने हेतु जैव चिकित्सा अपशिष्ट नियमों का सख्ती से पालन करें एवं किसी भी विचलन से गंभीरता से निपटते हुए पर्याप्त निगरानी तंत्र विकसित करें।*