अध्याय- V

सार्वजनिक स्वास्थ्य का बुनियादी ढांचा

यह अध्याय प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तर के चिकित्सालयों के भौतिक बुनियादी ढांचे की उपलब्धता एवं निर्माण कार्यों की प्रगति से संबंधित है।

लेखापरीक्षा उद्देश्यः क्या लोक स्वास्थ्य सेवा में बुनियादी ढांचे की उपलब्धता और प्रबंधन सुनिश्चित किया गया था?

अध्याय का सारांश

- राज्य सरकार द्वारा जिला चिकित्सालयों के लिए आबादी के अनुसार मानदंड और प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपकेन्द्रों की संख्या का निर्धारण नहीं किया गया था। अग्रेतर, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और उप केन्द्रों, जो ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की आधारशिला हैं, राज्य सरकार/भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक की तुलना में क्रमशः 50 प्रतिशत, 51 प्रतिशत तथा 44 प्रतिशत के बीच की कमी का सामना कर रहे थे।
- वर्ष 2016-22 के दौरान जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के निर्माण के लिए किये गए 177 कार्यों में से केवल 38 प्रतिशत मार्च 2022 तक पूर्ण कर हस्तानान्तरित किये जा सके। इसी प्रकार तृतीयक स्तर के चिकित्सालयों के 12 कार्यों में से केवल एक कार्य (आठ प्रतिशत) निर्धारित समयावधि माह मार्च 2022 तक पूर्ण किया जा सका।
- राजकीय मेडिकल कालेजों, जिला चिकित्सालयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सकों के लिये अलग कक्ष की कमी देखी गई। नमूना जांच किये गए 75 स्वास्थ्य इकाइयों में से 53 प्रतिशत में सीलन पायी गयी जबकि 44 प्रतिशत स्वास्थ्य इकाइयों में शौचालय स्वच्छ नही पाए गए। अग्रेतर, 53 प्रतिशत स्वास्थ्य इकाइयों में आवासीय भवनों की स्थिति दयनीय/जीर्ण-शीर्ण थी।
- फार्मेसी काउंटरों के संदर्भ में, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बेहतर सुसज्जित थे जहां केवल 21 प्रतिशत सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में फार्मेसी काउंटरों की कमी थी जबकि नमूना जांच किए गए 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कोई कमी नहीं थी। तथापि, जिला पुरूष चिकित्सालय में 81 प्रतिशत फार्मेसी काउंटरों की कमी थी, जबकि राजकीय मेडिकल कॉलेज और जिला संयुक्त चिकित्सालय में यह क्रमशः 50 प्रतिशत और 60 प्रतिशत थी।
- आईपीडी वार्डों के संदर्भ में, मलेरिया और निजी वार्ड, नमूना जांच किये गये 9 जिला पुरूष चिकित्सालय/संयुक्त जिला चिकित्सालय में से क्रमशः 44 प्रतिशत एवं 33 प्रतिशत में उपलब्ध नहीं थे। अग्रेतर, नमूना जांच किए गए सात जिला

महिला चिकित्सालय में से, दो (29 प्रतिशत) और चार (57 प्रतिशत) जिला महिला चिकित्सालय में क्रमशः पोस्ट-ऑपरेटिव और निजी वार्ड उपलब्ध नहीं थे।

5.1 स्वास्थ्य सेवाओं का बुनियादी ढांचा

उत्तर प्रदेश में त्रिस्तरीय चिकित्सा स्वास्थ्य व्यवस्था है जिसमें प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध है। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों के माध्यम से प्रदान की जाती हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य इकाइयों से रोगियों को द्वितीयक स्वास्थ्य इकाइयों (जिला चिकित्सालय और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में इलाज के लिए विशेषज्ञों के पास रेफ़र किया जाता है।

तृतीयक स्वास्थ्य इकाईयां विशेष परामर्शी देखभाल से संबंधित है जो आमतौर पर प्राथमिक और द्वितीयक चिकित्सा इकाइयो से रेफरल पर प्रदान की जाती है। विशिष्ट सघन चिकित्सा कक्ष, उन्नत नैदानिक सहायता सेवाएँ और विशिष्ट चिकित्सा कर्मी तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल की प्रमुख विशेषताएँ हैं। लोक स्वास्थ्य प्रणाली के तहत मेडिकल कॉलेजों और उन्नत चिकित्सा अनुसंधान संस्थानों द्वारा तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जाती है। इसमें शिक्षण और स्वायत्त चिकित्सालय शामिल हैं जो विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा प्रदान करते हैं।

5.2 सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए बुनियादी ढांचे के मानदंड का मानकीकरण

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग राज्य में प्राथमिक और द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों में सार्वजनिक स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे के मानकीकरण के लिए उत्तरदायी है। अग्रेतर, भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक[1] द्वारा उपकेन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, उप-जिला और जिला चिकित्सालयों के लिए मानक निर्धारित किए गये हैं। राज्य सरकार द्वारा मानदण्डों के मानकीकरण की स्थिति **तालिका 5.1** में दी गई है।

तालिका 5.1: अवसंरचना मानदंड का मानकीकरण

स्वास्थ्य इकाई के प्रकार	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012	राज्य सरकार के मानदंड
जिला चिकित्सालय	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार, प्रत्येक जनपद में एक जिला चिकित्सालय होना चाहिये। अग्रेतर, 275 (100 प्रतिशत शैय्या आक्यूपेन्सी दर) शैय्या और 220 (80 प्रतिशत शैय्या आक्यूपेन्सी दर)	जनसंख्यावार मानदंड उपलब्ध नहीं है

[1] भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक दिशानिर्देश (2012) भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जारी किए गए थे।

स्वास्थ्य इकाई के प्रकार	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012	राज्य सरकार के मानदंड
	शैय्या प्रति 10 लाख जनसंख्या के लिए आवश्यक हैं।	
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	जनजातीय/पहाड़ी/रेगिस्तानी क्षेत्र में 80,000 आबादी और मैदानी क्षेत्रों में 1,20,000 आबादी के लिए एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (30 शैय्याओं वाला चिकित्सालय)।	1,00,000 जनसंख्या पर एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की उपलब्धता (30 शैय्या प्रति सामुदायिक स्वास्थ्य केन्दं)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	पहाड़ी, आदिवासी, या दुर्गम क्षेत्रों में 20,000 और मैदानी क्षेत्रों में 30,000 की आबादी के लिए एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (4-6 अन्तः/परीक्षण शैय्या)।	30,000 की आबादी पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की उपलब्धता (चार शैय्या प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र)
उप-केंद्र	मैदानी इलाकों में 5,000 लोगों के लिए और आदिवासी और पहाड़ी क्षेत्रों में 3,000 लोगों के लिए एक उप-केंद्र।	कोई मानक उपलब्ध नहीं है

(स्रोतः महानिदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं और जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उपकेंद्रों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के दिशानिर्देश)

जैसा कि ऊपर से स्पष्ट है, राज्य में चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग द्वारा जिला चिकित्सालय के लिए जनसंख्या के अनुसार मानदंड और प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपकेन्द्रों की संख्या निर्धारित नहीं की गयी थी।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.3 सार्वजनिक चिकित्सालयों की उपलब्धता

2016-17 और 2021-22 में चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग और चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण विभाग के दायरे में आने वाले राजकीय मेडिकल कालेज, जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उपकेन्द्र की उपलब्धता और इन चिकित्सालयों में शैय्या की उपलब्धता की स्थिति **तालिका 5.2** और **5.3** में दी गई है।

तालिका 5.2: मेडिकल कालेजों, जिला चिकित्सालयों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं उपकेन्द्रों की उपलब्धता

चिकित्सालय	2016-17 में उपलब्धता	2021-22 में उपलब्धता	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि का प्रतिशत
मेडिकल कालेज	17	33	16*	94.12
जिला चिकित्सालय - जिला पुरूष चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय एवं संयुक्त जिला चिकित्सालय	149	107	वर्ष 2016-22 के दौरान तीन जिला चिकित्सालय शामिल किये गये जैसा कि **अनुच्छेद 5.4.1** में चर्चा की गयी है एवं 45 जिला चिकित्सालयों को राजकीय मेडिकल कालेजों के रूप में उच्चीकृत किया गया जिसकी चर्चा **अनुच्छेद 5.5** में की गयी है	
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	957	966	9	0.94
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	3651	3668	17	0.47
उपकेन्द्र	20573[2]	20848[3]	275	1.34
योग	**25347**	**25622**	**275**	**1.08**

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं तथा महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण विभाग)

* 27 मेडिकल कालेज में उच्चीकृत होने वाले 45 जिला चिकित्सालय में से 14 मेडिकल कालेज में उच्चीकृत किये गये 22 जिला चिकित्सालयों को मार्च 2022 के पश्चात महानिदेशक चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण को हस्तांतरित कर दिया गया।

तालिका 5.3: मेडिकल कालेजों, जिला चिकित्सालयों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं उपकेन्द्रों में शैय्याओं की उपलब्धता

चिकित्सालय	2016-17 में उपलब्धता	2021-22 में उपलब्धता	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि का प्रतिशत
मेडिकल कालेज	17213	22879	5666	32.92
जिला चिकित्सालय	19814	17499	45 जिला चिकित्सालय (5895 शैय्या) राजकीय मेडिकल कालेज में उच्चीकृत कर दिये गये जैसा कि अनुच्छेद 5.5 में चर्चा की गयी है। अग्रेतर, 3580 शैय्याएं जिला चिकित्सालयों में बढायी गयी हैं।	

[2] 2017-18 से संबंधित है क्योंकि वर्ष 2016-17 के आंकड़े महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा प्रदान नहीं किए गए थे।

[3] जुलाई 2021 तक की स्थिति।

चिकित्सालय	2016-17 में उपलब्धता	2021-22 में उपलब्धता	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि	2016-17 से 2021-22 के दौरान वृद्धि का प्रतिशत
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	28710	28980	270	0.94
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	14604	14692	88	0.60
योग	**80341**	**84050**	**9833***	10.80

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं तथा महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण विभाग)

* इस योग में जिला चिकित्सालयों की 3580 शैय्याओं की शुद्ध वृद्धि, जो कि 45 जिला चिकित्सालयों को मेडिकल कालेज में उच्चीकृत करने के पश्चात हुई, शामिल है। 27 मेडिकल कालेज में उच्चीकृत किये गये 5895 शैय्या में से 14 मेडिकल कालेज की 2577 शैय्या को मार्च 2022 के पश्चात महानिदेशक चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण को हस्तांतरित कर दिया गया।

जैसा कि **तालिका 5.2** और **5.3** से स्पष्ट है, वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान मेडिकल कालेज चिकित्सालयों की संख्या में भारी वृद्धि देखी गयी जहां चिकित्सालयों और शैय्या्ओं की संख्या में क्रमशः 94 प्रतिशत और 33 प्रतिशत की वृद्धि हुई। चूंकि 45 जिला चिकित्सालय उच्चीकृत होकर मेडिकल कालेज चिकित्सालय बन गये अतः इन चिकित्सालयों की शैय्या मेडिकल कालेज का अंश बन गयी जैसा कि **अनुच्छेद 5.5** में चर्चा की गई है। इसके अतिरिक्त अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान रायबरेली एवं गोरखपुर राज्य में वर्ष 2018-19 से क्रियाशील हुए।

5.3.1 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उपकेन्द्रों की आवश्यकता और उपलब्धता

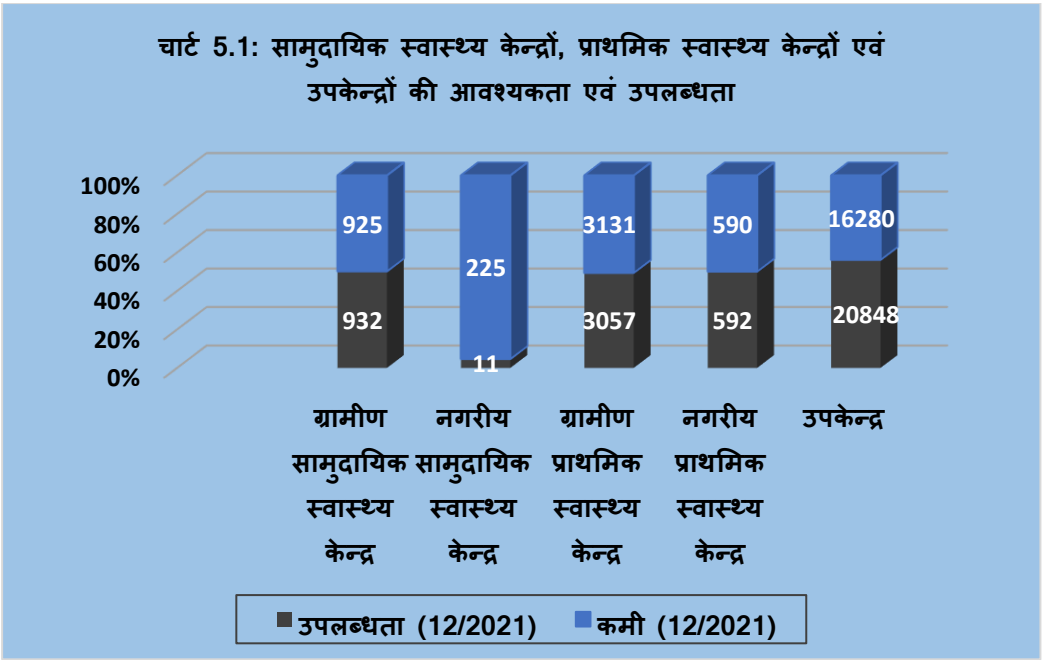
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की आधारशिला है- ग्रामीण क्षेत्रों में बीमार व्यक्ति के लिए और सीधे जाने वालों के लिये एवं उपकेन्द्रों से रिफर होने वालों के लिये निवारण हेतु, रोकथाम हेतु एवं स्वास्थ्य देखभाल के प्रोत्साहन हेतु सार्वजनिक क्षेत्र का एक योग्य चिकित्सक के रूप में पहला आश्रय है। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र का डिजाइन इस प्रकार किया गया है कि ये प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों से रिफर किये गये मामलों की देखभाल कर सके एवं सीधे सम्पर्क वालों को विशेषज्ञता वाली देखभाल प्रदान कर सके। राज्य में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उपकेन्द्रों की आवश्यकताओं और उपलब्धता की स्थिति **तालिका 5.4** और **चार्ट 5.1** में दी गई है।

तालिका 5.4 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उपकेन्द्रों की संख्या में कमी

स्वास्थ्य इकाई के प्रकार	मानदंड	ग्रामीण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों/उपकेन्द्रों की आवश्यकता (ग्रामीण आबादी अक्टूबर 2021-1856.51 लाख)	शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की आवश्यकता (शहरी आबादी अक्टूबर 2021-591.05 लाख)	उपलब्ध ग्रामीण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/उप-केन्द्र (दिसम्बर 2021)	कमी (प्रतिशत में)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्रति 100000 जनसंख्या पर एक ग्रामीण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (राज्य सरकार के मानक)	1857	-	932	925 (50)
	प्रति 250000 जनसंख्या पर एक शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन दिशानिर्देश के अनुसार)	-	236	11	225 (95)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	प्रति 30000 जनसंख्या पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (राज्य सरकार के मानक)	6188	-	3057	3131 (51)
	प्रति 50000 जनसंख्या पर एक शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन दिशानिर्देश)	-	1182	592	590 (50)
स्वास्थ्य उप-केन्द्र	छह उप केंद्र प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड)	37128	-	20848[4]	16280 (44)

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं और भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक)

4 जुलाई 2021 तक



(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं और और भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक)

जैसा कि **तालिका 5.4** और **चार्ट 5.1** से स्पष्ट है, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, जो ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की आधारशिला हैं, में 50 प्रतिशत और 51 प्रतिशत के बीच की कमी थी, जिससे ग्रामीण आबादी सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ उठाने से वंचित हो गई।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की जनपदवार आवश्यकता एवं उपलब्धता **परिशिष्ट 5.1 (अ-ब)** में दी गयी है। अग्रेतर, लेखापरीक्षा द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के क्षेत्रीय वितरण का विश्लेषण किया गया और क्षेत्रों के बीच व्यापक भिन्नता पाई गयी जिसका विवरण **तालिका 5.5 (अ)** में दिया गया है। अग्रेतर, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य निदेशालय[5] के अनुसार वर्ष 2021-22 के दौरान राज्य के 4 क्षेत्रों में क्षेत्रवार प्रति व्यक्ति व्यय **तालिका 5.5 (ब)** में दिया गया है।

[5] चिकित्सा स्वास्थ्य निदेशालय द्वारा राज्य में विभिन्न कोषागार से अनुदान संख्या 32 (चिकित्सा विभाग-एलोपैथिक चिकित्सा), 36 (चिकित्सा विभाग-लोक स्वास्थ्य) एवं 83 (समाज कल्याण विभाग-अनुसूचित जाति कल्याण हेतु विशेष घटक योजना) के अंतर्गत व्यय की जानकारी उपलब्ध करायी गयी (जून 2023), ऑडिट द्वारा प्रत्येक जिले के इन आंकड़ों को जोड़कर क्षेत्रवार व्यय की गणना की गयी है।

तालिका 5.5 (अ): उपलब्ध सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का क्षेत्रीय वितरण

क्र.सं.	क्षेत्र का नाम	ग्रामीण जनसंख्या (अक्टूबर 2021 तक)	दिसंबर 2021 तक			
			सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं जनसंख्या का अनुपात	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं जनसंख्या का अनुपात
1	बुंदेलखंड	8948599	54	1:165715	215	1:41621
2	केंद्रीय	31368659	162	1:193634	491	1:63887
3	पूर्वी	84417601	398	1:212105	1305	1:64688
4	पश्चिमी	60916245	318	1:191561	1046	1:58237
कुल		**185651104**	**932**	**1:199196**	**3057**	**1:60730**

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

तालिका 5.5 (ब): चिकित्सा स्वास्थ्य निदेशालय द्वारा क्षेत्रवार प्रति व्यक्ति व्यय

क्षेत्र	बुन्देलखण्ड	मध्य[6]	पूर्वी	पश्चिमी
प्रति व्यक्ति व्यय (रू में)	285.72	248.64	257.67	203.10

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

तालिका 5.5 (अ) एवं **(ब)** से देखा जा सकता है कि पूर्वी क्षेत्र में 2.12 लाख तथा 0.65 लाख जनसंख्या पर क्रमशः एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध था जबकि बुन्देलखण्ड क्षेत्र में 1.66 लाख जनसंख्या पर एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं 0.42 लाख जनसंख्या पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध था। इस प्रकार, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलन था। इसके अतिरिक्त राज्य के चारो क्षेत्रों में से पश्चिमी क्षेत्र का प्रति व्यक्ति व्यय सबसे कम था।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4 स्वास्थ्य सेवाओं के बुनियादी ढांचे का विस्तार

जैसा कि **तालिका 5.4** में चर्चा की गई है, राज्य सरकार, भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के आबादी के मानक के सापेक्ष

[6] मध्य क्षेत्र में प्रति व्यक्ति व्यय में लखनऊ के संदर्भ में गणना शामिल नहीं है क्योंकि लखनऊ कोषागारों के लिए चिकित्सा स्वास्थ्य निदेशालय द्वारा प्रदान किए गए व्यय आंकड़ों में लखनऊ के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक और मुख्य चिकित्सा अधिकारी के अतिरिक्त पूरे राज्य के लिए निदेशालय द्वारा किया गया व्यय शामिल है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं उपकेन्द्रों की संख्या में कमी थी। ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा को बढ़ाने के उद्देश्य से सरकार द्वारा प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तरों के तहत निर्माण कार्य प्रारम्भ किये गये। मानक के सापेक्ष कुल चिकित्सालयों, क्रियाशील एवं निर्माणाधीन, की उपलब्धता की स्थिति **तालिका 5.6** में दी गयी है।

तालिका 5.6: राज्य में स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे का विस्तार

चिकित्सालय का प्रकार	मानक के अनुसार आवश्यकता	मार्च 2022 में उपलब्ध चिकित्सालय	मार्च 2022 में निर्माणाधीन चिकित्सालय	योग (3+4)	कमी (स्तम्भ 5-2) (प्रतिशत)
1	2	3	4	5	6
मेडिकल कालेज	कोई मानक नहीं	33	27 (स्तम्भ 3 के 13 मेडिकल कालेज को शामिल करते हुए)	47	लागू नहीं
जिला चिकित्सालय	75 जनपद में 75[7]	53 जनपद में 107	14 जनपद में 17	58 जनपद में 124	अन्तर का कारण 27 जनपदों में जिला चिकित्सालयों का मेडिकल कालेज में उच्चीकरण है
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	2093	966	25	991	1102 (53)
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	7370	3668	67	3735	3635 (49)

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं एवं महानिदेशक चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण)

75 जनपदों में से 27 जनपदों के जिला चिकित्सालय मेडिकल कालेजों के रूप में उच्चीकृत किये जा चुके थे। अग्रेतर, 17 निर्माणाधीन जिला चिकित्सालयों में

[7] जिला चिकित्सालय (101 से 500 शैय्या वाले) के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के दिशानिर्देश संशोधित 2012 के अनुसार, प्रत्येक जिले में एक जिला चिकित्सालय अपेक्षित है।

से पांच[8] जिला चिकित्सालय ऐसे जनपदों में बनाये गये थे जहां जिला चिकित्सालय मेडिकल कालेजों के रूप में उच्चीकृत किये जा चुके थे। सत्रह जिला चिकित्सालयों के निर्माण के पश्चात 58 जनपदों में 124 जिला चिकित्सालय हो जाने थे। अग्रेतर, निर्माणाधीन कार्यों को शामिल करने के बावजूद मानकों के सापेक्ष राज्य में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की भारी कमी थी।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

स्वास्थ्य के ढांचे के निर्माण में हुए विलम्ब पर लेखापरीक्षा निष्कर्ष की चर्चा आगामी प्रस्तरों में की गयी है।

5.4.1 प्राथमिक और द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों का निर्माण

राज्य सरकार द्वारा स्वास्थ्य आधारभूत ढांचे की वृद्धि के लिये 2016-22 के दौरान 60 जिलों में ₹ 835.28 करोड़ की लागत से 177 नए निर्माण कार्य (20 जिला चिकित्सालय, 35 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और 122 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र) स्वीकृत किए गये। शासनादेश (दिसम्बर 2007) के अनुसार जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के निर्माण कार्य, समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर करने की तिथि से क्रमश बारह माह, आठ माह एवं चार माह में पूर्ण किये जाने थे।

मार्च 2022 तक किये जाने वाले निर्माण एवं पूर्ण किये गये निर्माण कार्यों की स्थिति **तालिका 5.7** में दी गई है।

तालिका 5.7: जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के निर्माण की स्थिति (मार्च 2022 के अनुसार)

वर्ष	स्वीकृत कार्य			मार्च 2022 तक पूर्ण कार्य		
	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	जिला चिकित्सालय	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	जिला चिकित्सालय
2016-17	33	23	9	29	10	2
2017-18	0	0	1	0	0	1
2018-19	59	5	2	24	0	0
2019-20	23	0	2	2	0	0
2020-21	6	7	1	0	0	0
2021-22	1	0	5	0	0	0

[8] अमेठी के जिला चिकित्सालय का निर्माण कार्य पूर्ण हो चुका था।

वर्ष	स्वीकृत कार्य			मार्च 2022 तक पूर्ण कार्य		
	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	जिला चिकित्सालय	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	जिला चिकित्सालय
योग	**122**	**35**	**20**	**55**[9]	**10**	**3**
महा योग: 177[10]				**महा योग: 68**		

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

उपरोक्त से यह देखा जा सकता है कि 2016-22 के दौरान जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के निर्माण के लिये आवंटित किये गये 177 कार्यों में से केवल 68 कार्य (38 प्रतिशत), जिसमें 55 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (45 प्रतिशत), 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (29 प्रतिशत) एवं तीन जिला चिकित्सालय (15 प्रतिशत) शामिल थे, पूर्ण कर मार्च 2022 तक हस्तांतरित किये जा सके। एक कार्य, निर्माण हेतु नहीं लिया जा सका क्योंकि चयनित भूमि का प्रमुख भाग आवासीय भूमि थी एवं मेरठ मास्टर प्लान 2021 के जोनिंग नियमों के अन्तर्गत चिकित्सालय का निर्माण निषेध था और इसलिए, शासन द्वारा अगस्त 2020 में स्वीकृति को निरस्त कर दिया गया।

अग्रेतर, राज्य में प्राथमिक और द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों के निर्माण कार्यों को करने के लिए विभाग द्वारा कई कार्यदायी संस्थाओं को लगाया गया था। जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के निर्माण कार्य की कार्यदायी संस्थावार स्थिति **तालिका 5.8** में दी गई है।

9 2016-17 में स्वीकृत 33 कार्यों में से छह कार्य 2018-19 में पूर्ण, 12 कार्य 2019-20 में पूर्ण, 07 कार्य 2020-21 में पूर्ण तथा चार कार्य 2021-22 में पूर्ण किये गये। 2018-19 में स्वीकृत 2 एवं 22 कार्य क्रमशः 2020-21 एवं 2021-22 में पूर्ण किये गये। 2019-20 के दो स्वीकृत कार्य 2021-22 में पूर्ण किये गये।

10 जिला मेरठ में 50 शैय्या वाले जिला चिकित्सालय, कमेले का एक स्वीकृत कार्य त्याग दिया गया था।

तालिका 5.8: कार्यदायी संस्थावार कार्यों के निर्माण कार्य की स्थिति

कार्यदायी संस्थाएं[11]	2016-22 के दौरान सौंपे गए कार्य			कुल कार्य	मार्च 2022 तक पूर्ण कार्य			पूर्ण कार्य (प्रतिशत)
	जिला चिकित्सालय	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र		जिला चिकित्सालय	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	
उत्तर प्रदेश आवास एवं विकास परिषद	5	5	35	45	1	2	10	13 (29)
उ0प्र0 राजकीय निर्माण निगम	8	4	8	20	1	2	5	8 (40)
प्रसंस्करण और निर्माण सहकारी संघ	3	10[12]	45	58	0	2	18	20 (34)
निर्माण एवं डिजाइन सेवाएँ	3	1	0	4	0	0	0	00 (शून्य)
उ0प्र0 प्रोजेक्ट कार्पोरेशन लिमिटेड	1	12	28	41	1	3	18	22 (54)
एस सी आई डी	--	3	0	3	--	1	0	01 (33)
श्रम और निर्माण सहकारी संघ	--	0	1	1	--	0	1	01 (100)
इंफ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेंट कॉर्पोरेशन लिमिटेड	--	--	4	4	--	--	3	3 (75)
ग्रामीण इंजीनियरिंग विभाग	--	--	1	1	--	--	0	0 (शून्य)
योग	**20**	**35**	**122**	**177**	**3**	**10**	**55**	**68 (38)**

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

तालिका 5.8 से पता चलता है कि यद्यपि विभाग ने निर्माण कार्यों के लिए कई निर्माण एजेंसियों (नौ) को नामित किया था परन्तु श्रम और निर्माण सहकारी संघ के द्वारा ही अपना कार्य पूर्ण किया गया शेष एजेंसियां उनको आवंटित कार्य को पूर्ण नहीं कर सकीं। चार एजेंसियों (उ0प्र0 आवास एवं विकास परिषद, उ0प्र0 राजकीय निर्माण निगम, प्रसंस्करण और निर्माण सहकारी संघ/यूपीआरएनएसएस और उ0प्र0 प्रोजेक्ट कार्पोरेशन लिमिटेड) को

11 उत्तर प्रदेश आवास-विकास परिषद, उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम, उत्तर प्रदेश विधायन एवं निर्माण सहकारी संघ/उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण सहकारी संघ लिमिटेड, निर्माण और डिजाइन सेवाएं, जल निगम, उत्तर प्रदेश प्रोजेक्ट्स कॉर्पोरेशन लिमिटेड, इंफ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेंट कॉर्पोरेशन लिमिटेड, श्रम और निर्माण सहकारी संघ और ग्रामीण इंजीनियरिंग विभाग।

12 मार्च 2021 में दिए गए छह कार्यों को उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम को हस्तांतरित कर दिया गया।

₹ 735.47 करोड़ के 164 कार्य (93 प्रतिशत) दिए गए थे, किन्तु वे केवल 63 (34 प्रतिशत) कार्य ही पूर्ण कर सके। एक एजेंसी (ग्रामीण इंजीनियरिंग विभाग) उन्हें सौंपे गए कार्यों के विरूद्ध एक भी कार्य पूरा नहीं कर सकी। श्रम और निर्माण सहकारी संघ के अलावा, जिसने इसे सौंपे गए एकल कार्य को पूरा किया, अन्य एजेंसियों द्वारा कार्यों की पूर्णता 29 प्रतिशत से 75 प्रतिशत के बीच थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा समझौता ज्ञापनों को निष्पादित करने के लिए एवं एजेन्सी को भुगतान करने के लिये संबंधित जिलों के मुख्य चिकित्सा अधिकारियों को अधिकृत किया गया था ताकि उस जनपद में काम करने वाली एजेन्सी द्वारा किये गये कार्य की निगरानी के लिए उन्हें उत्तरदायी बनाया जा सके। आवंटित किये गए 177 कार्यों में से 142 कार्य मार्च 2022 तक पूर्ण किये जाने थे, जिसके सापेक्ष केवल 68 कार्य (48 प्रतिशत) पूर्ण किये गये थे। विलम्ब का कारण (130 कार्य) निर्माण की धीमी गति थी और शेष 12 कार्यों में विलम्ब का कारण भूमि विवाद, निर्माण के स्थान में परिवर्तन, धन की विलम्ब से अवमुक्ति, विस्तृत अनुमान प्रस्तुत करने में विलम्ब और अनुमानों में पुनरीक्षण शामिल थे। महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं द्वारा बताया गया (मार्च 2022) कि निर्माण कार्यों को गति देने के लिए जिला स्तर पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं जिलाधिकारी, महानिदेशालय स्तर पर अधीक्षण अभियंता तथा शासन स्तर पर प्रमुख सचिव/सचिव एवं विशेष सचिव द्वारा निगरानी की जा रही थी। तथापि, लेखापरीक्षा द्वारा कार्य पूर्ण करने में 133 दिनों से लेकर 1,789 दिनों के मध्य का विलम्ब देखा गया।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4.2 तृतीयक स्तर के चिकित्सालयों का निर्माण

राज्य में तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य ढांचे को बढ़ाने के लिए 28 जिलों में 28 स्वायत्त मेडिकल कॉलेज का निर्माण 2016-21 के दौरान कतिपय शर्तों पर किया गया था, जैसे कि राजकीय चिकित्सालय में न्यूनतम 200 शैय्या होने चाहिए, कोई भी राजकीय या निजी मेडिकल कॉलेज जनपद में नहीं होना चाहिए इत्यादि। इन मेडिकल कॉलेजों का निर्माण चरणबद्ध तरीके से तीन चरणों में विभाजित कर किया जाना था।

अट्ठाईस कार्यों में से फेज 1 एवं फेज 2 के अन्तर्गत 12 स्वायत्त मेडिकल कॉलेज का निर्माण मार्च 2022 तक पूरा किया जाना था। तथापि, बस्ती स्थित केवल एक मेडिकल कॉलेज का निर्माण पूरा हो सका। शेष 11 मेडिकल कालेजों

में कार्य की प्रगति 72 प्रतिशत से 94 प्रतिशत के बीच थी। स्वीकृत कार्यों और पूर्ण कार्यों का विवरण **तालिका 5.9** में दिया गया है

तालिका 5.9: पूर्णता की तुलना में तृतीयक चिकित्सालयों का निर्माण

वर्ष	चरणवार स्वीकृत कार्य			मार्च 2022 तक कार्य पूर्ण किया जाना था	चरणवार तरीके से मार्च 2022 तक पूर्ण किए गए कार्य		
	I	II	III		I	II	III
2016-17	5	--	--	5	--	--	--
2017-18	--	--	--	--	--	--	--
2018-19	--	8	--	7	--	--	--
2019-20	--	--	--	--	--	--	--
2020-21	--	--	15	--	--	--	--
2021-22	--	--	--	--	1	--	--
योग	**5**	**8**	**15**	**12**	**1**	--	--

(स्रोतः चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण विभाग) (--अर्थात शून्य)

लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि 12 कार्य (मूल लागत ₹ 2458.34 करोड) मार्च 2022 तक पूर्ण किये जाने थे, बस्ती के पूर्ण निर्माण कार्य को शामिल करते हुए कुल 10 कार्य 90 दिन से 273 दिन तक विलम्बित थे। शेष 2 कार्य, जिन्हे मार्च 2022 तक पूर्ण किया जाना था, की भौतिक प्रगति मार्च 2022 के अनुसार 85 प्रतिशत एवं 86 प्रतिशत थी। स्वायत्त मेडिकल कालेजों के इन निर्माण कार्यों को तीन कार्यदायी संस्थाओं को आवंटित गया था जो कि **तालिका 5.10** में दिया गया है।

तालिका 5.10: कार्यदायी संस्थावार सौपें गये कार्य एवं कार्य की पूर्णता का विवरण

कार्यदायी संस्था	वर्ष 2016-21 के दौरान चरणवार दिए गए कार्य			कुल कार्य	03/22 तक पूर्ण किए जाने वाले कार्य	मार्च 2022 तक चरणवार पूर्ण किए गए कार्य		
	I	II	III			I	II	III
लोक निर्माण विभाग	--	--	15	15	--	--	--	--
उ0प्र0 राजकीय निर्माण निगम	5	6	--	11	10	01	0	0
कन्सट्रक्शन एवं डिजाइन सर्विस	--	2	--	02	02	0	0	0
योग	**5**	**8**	**15**	**28**	**12**	**01**	**0**	**0**

(स्रोतः चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण विभाग) (--अर्थात शून्य)

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर (नवंबर 2022) दिया गया कि कोविड-19 महामारी के कारण निर्माण कार्यों में विलम्ब हुआ और अब इन्हें जून 2023 में पूर्ण करने के लिए निर्धारित किया गया था।

निस्संदेह, कोविड-19 ने निर्माण कार्य सहित विभिन्न प्रकार की गतिविधियों को प्रभावित किया था। तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि अकेले कोविड-19 महामारी अधूरे कार्यों के लिए जिम्मेदार नहीं थी, अपितु कार्यदायी संस्थाओं द्वारा निर्माण की धीमी गति मुख्य कारण थी क्योंकि अगस्त 2021 (जब कोविड-19 उल्लेखनीय रूप से कम हो गया था) से मार्च 2022 (सात माह की अवधि) तक चल रहे कार्यों की भौतिक प्रगति शून्य प्रतिशत से 19 प्रतिशत के बीच थी। इनमें से छः कार्यों (50 प्रतिशत) में भौतिक प्रगति 10 प्रतिशत से कम ही थी। अग्रेतर, 31 मार्च 2022 तक 28 में से 13 मेडिकल कॉलेजों को क्रियाशील कर दिया गया था जबकि केवल एक मेडिकल कॉलेज भवन का निर्माण पूरा किया जा सका था।

5.4.3 निर्माण कार्य में विलम्ब के लिये दण्ड का अधिरोपण न किया जाना

कार्यदायी संस्था एवं संबंधित मुख्य चिकित्सा अधिकारी/विभाग के बीच निर्माण कार्यों के लिए निष्पादित समझौता ज्ञापन में निर्धारित समय में कार्य पूरा न करने पर कार्यदायी संस्था के विरुद्ध अर्थ दण्ड का प्रावधान किया गया था। समझौता ज्ञापन के अनुसार परियोजना के निर्धारित समय पर पूर्ण न होने की दशा में कार्यदायी संस्था रू 1000 अथवा परियोजना की लागत का अधिकतम एक प्रतिशत प्रतिदिन अर्थ दण्ड के तौर पर देने के लिये उत्तरदायी थी।

अभिलेखों की जांच में पाया गया कि विभागों द्वारा 2016-22 के दौरान ₹ 7,244.82 करोड़ की मूल लागत के 205 निर्माण कार्य (चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण: 177 और चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण: 28) प्रारम्भ किये गये, जिनमें 154 कार्य (मूल लागत ₹ 2835.37 करोड़) मार्च 2022 तक पूर्ण किये जाने थे। तथापि 69 कार्य विलम्ब से पूरे हुए जबकि शेष 85 कार्य मार्च 2022 तक प्रगति में थे। इन 154 कार्यों में विलंब 90 दिनों से लेकर 1,789 दिनों के बीच था। अग्रेतर, इन 205 कार्यों की लागत को 8.78 प्रतिशत (₹ 636.51 करोड़) बढ़ाकर ₹ 7,881.33 करोड़ कर दिया गया। कार्यदायी संस्थाओं द्वारा निर्माण कार्यों की धीमी गति, इन 130 निर्माण कार्यों को पूर्ण करने में विलम्ब का कारण थी। तथापि, विभाग द्वारा इन कार्यदायी संस्थाओं पर विलम्ब से निर्माण के लिए कोई दण्ड आरोपित नहीं किया गया था।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया गया (नवंबर 2022) कि निर्माण कार्यों की समय-समय पर निगरानी की गई तथा निर्माण कार्यों में तेजी लाने के निर्देश जारी किए गए। तथापि, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण द्वारा तृतीयक स्तर के चिकित्सालयों में विलम्ब से निर्माण के मामलों में दण्ड आरोपित न करने के लिए उत्तर नहीं दिया गया। अग्रेतर, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।

5.4.4 ट्रॉमा सेंटरों का निर्माण

राज्य सरकार द्वारा एक राज्यव्यापी प्रभावी ट्रॉमा सिस्टम विकसित करने के लिए दिशा-निर्देश जारी किए गये (जून 2019) जो गंभीर चोट के बाद एक घंटे (गोल्डन ऑवर) के भीतर सभी व्यक्तियों के लिए उपलब्धता, देखभाल की गुणवत्ता, सामर्थ्य के भीतर और पहुंच सुनिश्चित करता है। यह प्रणाली, प्री हास्पिटल केयर, हास्पिटल केयर से लेकर पुनर्वास देखभाल तक के पूरे स्पेक्ट्रम पर केंद्रित है। उत्तर प्रदेश में, 69 जिले राष्ट्रीय राजमार्ग में स्थित थे और इन जिलों में राष्ट्रीय राजमार्ग पर सड़क दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मौतें सड़क दुर्घटनाओं के कारण राज्य में कुल मृत्यु का 94 प्रतिशत थीं।

रोकी जा सकने वाली मृत्यु और विकलांगता को बचाने/कम करने, चोट और पीड़ा की गंभीरता को सीमित करने के लिए, ट्रॉमा देखभाल तक समय पर पहुंच प्रदान करने (अन्तर्विभागीय स्थानांतरण सहित प्री हास्पिटल केयर सुनिश्चित करना), के उद्देश्य से राज्य के 43 जिलों में ₹ 74.67 करोड़ की लागत से 47 ट्रॉमा सेंटर स्थापित किए जाने थे। इनमें से 40 ट्रॉमा सेंटर का निर्माण पूरा कर 39 ट्रॉमा सेंटर अक्टूबर 2021 तक विभाग को हस्तगत किये जा चुके थे। छः ट्रॉमा सेंटर के निर्माण का कार्य प्रगति पर था, जिनकी भौतिक प्रगति 10 प्रतिशत से 95 प्रतिशत के मध्य थी जबकि जिला हापुड़ में गढ़ मुक्तेश्वर ट्रॉमा सेंटर को अक्टूबर 2021 तक शुरू नहीं किया गया था क्योंकि आवंटित भूमि का अधिग्रहण राजमार्ग निर्माण के लिए कर दिया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 39 नवनिर्मित और हस्तांतरित किये गये ट्रामा सेंटरों में से 29 ट्रॉमा सेंटर जनशक्ति की कमी के कारण आंशिक रूप से चालू थे और शेष 10 का उपयोग नहीं किया जा सका था और अक्रियाशील थे। नमूना जांच किए गए सात जिलों में से दो में ट्रामा सेंटरों का उपयोग ट्रॉमा सेंटरों के अलावा अन्य उद्देश्यों के लिए किया जा रहा था, जैसे औषधि भण्डार (गाजीपुर) व पुलिस पिकेट (कन्नौज)। ट्रामा सेंटर के अनुपयोगी होने के कारण

₹ 1.59 करोड़ मूल्य के उपकरण कन्नौज (₹ 1.20 करोड़) एवं गाजीपुर (₹ 0.39 करोड़) में अक्रियाशील पड़े थे।

राजकीय मेडिकल कॉलेजः

केस स्टडी : राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में निष्क्रिय पड़ा ट्रॉमा सेंटर

राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में लेवल-2 ट्रॉमा सेंटर स्थापित करने के लिए, भारत सरकार द्वारा निर्माण कार्य के लिये ₹ 0.80 करोड़ स्वीकृत (दिसंबर 2011) किया गया और सम्पूर्ण धनराशि राज्य सरकार द्वारा जून 2013 और अक्टूबर 2013 के बीच अवमुक्त कर दी गई थी। संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि दो वार्ड, प्रत्येक में दस शैय्याओं की क्षमता को स्थापित किया जा सकता था, जो निष्क्रिय पड़े थे (मार्च 2022)।

शासन द्वारा ट्रॉमा सेंटर के लिए 126 पद[13] स्वीकृत (जनवरी 2016) किये गये। यद्यपि ट्रॉमा सेंटर अक्रियाशील पड़ा था, परन्तु मार्च-सितंबर 2020 से संविदा के आधार पर चार चिकित्सक और तीन वरिष्ठ रेजिडेंट तैनात किए गए थे। अग्रेतर, 26 चतुर्थ श्रेणी कर्मचारियों को भी जून 2018 से आउटसोर्स किया गया था। ये चिकित्सक और अन्य कर्मचारी मार्च 2022 तक ट्रॉमा सेंटर के कार्य के स्थान पर अन्य स्थान पर सेवा प्रदान कर रहे थे।

लेखापरीक्षा द्वारा अग्रेतर, पाया गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ द्वारा बार-बार अनुरोध किए जाने के बावजूद राज्य सरकार द्वारा फरवरी 2016 में भारत सरकार द्वारा स्वीकृत ₹ 4.23 करोड़[14] जारी नहीं किए गये (अगस्त 2021) और इस प्रकार उपकरण और जनशक्ति की कमी के कारण इसे क्रियाशील नहीं बनाया जा सका। इस प्रकार इसके निर्माण का उद्देश्य पूर्ण नहीं हो पा रहा था।

राजकीय मेडिकल कॉलेज अंबेडकर नगर में ट्रॉमा सेंटर उपलब्ध नहीं था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज द्वारा लेवल-2 ट्रामा सेंटर स्थापित करने का प्रस्ताव (मई 2022) महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण को भेजा गया था, जो लंबित था।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा बताया गया (नवंबर 2022) कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, अंबेडकर नगर में ट्रॉमा सेंटर स्थापित करने का

[13] जिनमें 44 चिकित्सक , 56 पैरामेडिक्स और 26 अन्य कर्मचारी शामिल हैं।

[14] उपकरण के लिए ₹ 420.00 लाख, संचार के लिए ₹ 01.68 लाख और कानूनी सहायता के लिए ₹ 0.84 लाख।

प्रस्ताव प्रक्रियाधीन था। आगे बताया गया कि बार-बार अनुरोध के बावजूद, राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में ट्रॉमा सेंटर के लिए उपकरणों की खरीद के लिए फण्ड उपलब्ध नहीं कराया गया था और ट्रॉमा सेंटर को मार्च, 2022 में रोगियों के लिए आपातकालीन कोविड सेवाओं के लिए आरक्षित कर दिया गया था।

अग्रेतर, अनुस्मारकों के बावजूद चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4.5 हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर का निर्माण

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 द्वारा हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर को भारत की स्वास्थ्य प्रणाली की नींव के रूप में देखा गया। हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर को चयनित स्वास्थ्य सेवाओं से अलग हटकर हर उम्र के लिए निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक, पुनर्वास और उपशामक देखभाल उपलब्ध कराने के उद्देश्य से आयुष्मान भारत कार्यक्रम के अन्तर्गत शुरू किया गया था। ये केंद्र व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते हैं जैसे मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, संचारी और गैर-संचारी रोगों को ठीक करने के लिए सेवाएं और बुजुर्गों और उपशामक देखभाल के लिए सेवाएं।

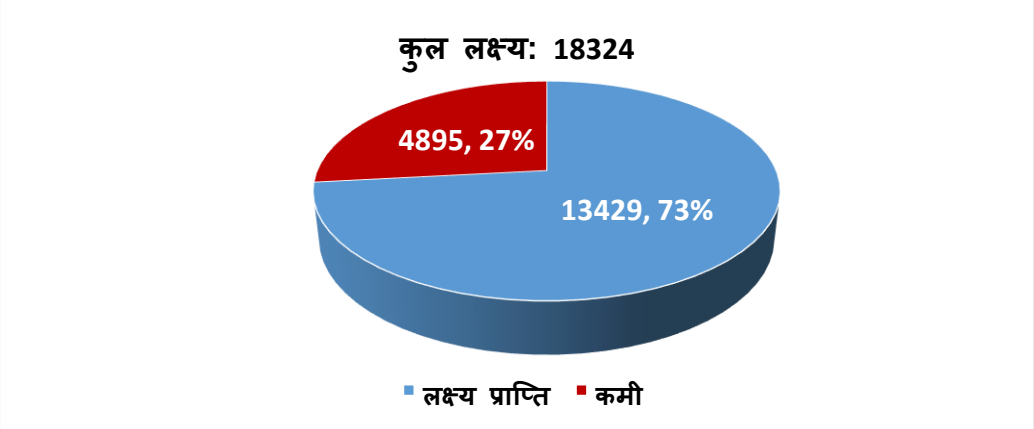
अभिलेखों की जांच में पाया गया कि उत्तर प्रदेश में मार्च 2022 तक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत उपकेन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को उच्चीकृत करके ₹ 2.5 लाख (भूमि उपलब्ध न होने की दशा में) एवं ₹ 7.00 लाख (भूमि उपलब्ध होने की दशा में) प्रति हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर की लागत से 18324 हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर स्थापित किए जाने थे। हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर की वर्षवार स्थापनाओं के लक्ष्य एवं उपलब्धियों की तुलना की स्थिति **तालिका 5.11** और **चार्ट 5.2** में दी गई है।

तालिका 5.11: 2018-22 के दौरान हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर में उच्चीकरण का लक्ष्य और उपलब्धि

स्वास्थ्य इकाई का प्रकार	2021-22 तक हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर में उच्चीकरण के लिए कुल चयनित संख्या	2021-22 तक स्वास्थ्य सुविधाओं को हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर के रूप में अपग्रेड किया गया
उपकेन्द्र	15329	10689
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	2486	2232
शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	509	508
योग	**18324**	**13429**

(स्रोतः राज्य परियोजना प्रबन्धन इकाई)

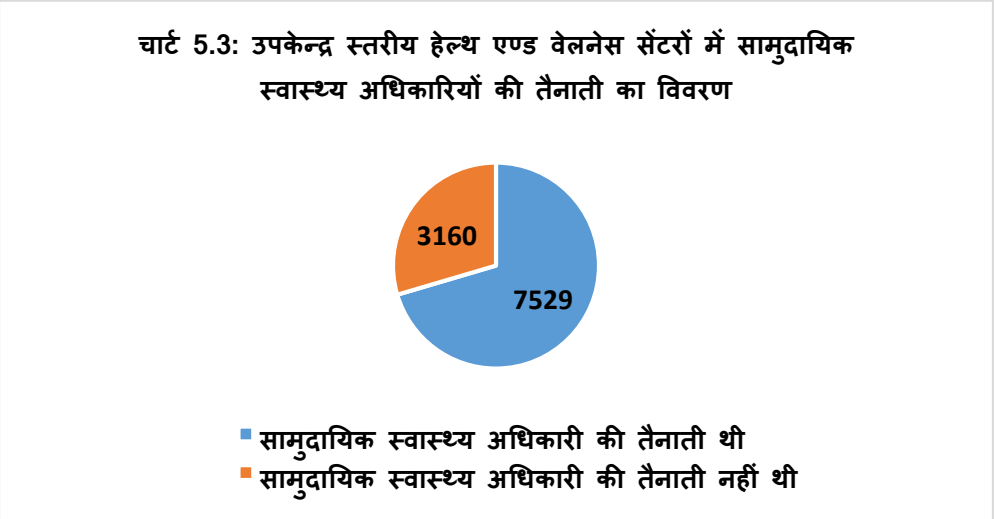
चार्ट 5.2: 2018-22 के दौरान हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर में उच्चीकरण का लक्ष्य एवं उपलब्धि



(स्रोतः राज्य परियोजना प्रबन्धन इकाई)

तालिका 5.11 और **चार्ट 5.2** से यह देखा जा सकता है कि लक्षित 18324 हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर के सापेक्ष 13429 (73 प्रतिशत) हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर वर्ष 2021-22 तक उच्चीकृत किए गए थे। इसके अतिरिक्त, राज्य सरकार द्वारा 398 आयुष हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर भी स्थापित किए गये हैं। अग्रेतर, प्रत्येक हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर (उपकेन्द्र स्तर) में एक सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी तैनात किया जाना था ताकि सभी मातृ महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल, नवजात देखभाल, बचपन और किशोर देखभाल, परिवार नियोजन संबंधी सेवाएं, सामान्य संचारी रोग का प्रबंधन एवं वाह्य रोगी विभाग की सेवाएं, संचारी रोग का प्रबंधन, गैर-संचारी रोग की रोकथाम, प्रबंधन और परीक्षण और सामुदायिक स्तर की सेवाएं प्रदान किया जा सके। तथापि, यह देखा गया कि मार्च 2022 तक स्थापित 10,689 उपकेंद्र स्तर के हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर में केवल 7,529 सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी (70 प्रतिशत) काम कर रहे थे, जैसा कि **चार्ट 5.3** में दर्शाया गया है और पैराग्राफ 2.5.6 में चर्चा की गई है और इस प्रकार वांछित सेवाएं प्रदान करने का उद्देश्य विफल हो गया।

चार्ट 5.3: उपकेन्द्र स्तरीय हेल्थ एण्ड वेलनेस सेंटरों में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों की तैनाती का विवरण



(स्रोतः राज्य परियोजना प्रबन्धन इकाई)

लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि नमूना जांच हेतु चयनित नौ जनपदों में उच्चीकरण हेतु चयनित 2703 स्वास्थ्य इकाइयों में से 2478 स्वास्थ्य इकाइयां (92 प्रतिशत) उच्चीकृत की गयीं। जिनमें से 2305 हेल्थ एंड वेलनेस सेन्टर (93 प्रतिशत) मार्च 2022 तक क्रियाशील कर दिये गये थे।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4.6 मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग चिकित्सालयों का निर्माण

सेवाओं की अत्यधिक बढ़ी हुई मांग को पूरा करने के लिए, उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में उच्च शैय्या आक्यूपेन्सी वाले 200/100/50/30 शैय्याओं के मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग के निर्माण की स्वीकृति (2012-13 से 2018-19) प्रदान की गयी। अक्टूबर 2021 तक के कार्यों का विवरण **तालिका 5.12** में दिया गया है।

तालिका 5.12: सार्वजनिक स्वास्थ्य इकाइयों में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग का निर्माण

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग	2018-19 तक कुल स्वीकृत कार्य	मूल लागत (₹ करोड़ में)	2021-22 तक पुनरीक्षित लागत (₹ करोड़ में)	अक्टूबर 2021 तक का व्यय (₹ करोड़ में)	अक्टूबर 2021 तक पूर्ण किये गये कार्य	हस्तांतरित किये गये कार्य	निर्माणाधीन कार्य
200 शैय्या	6	485.97	505.78	489.10	5	5	1
100 शैय्या	52	990.59	990.59	842.25	51	51	1
50 शैय्या	24	131.14	146.15	103.34	19	17	5
30 शैय्या	78	219.42	219.92	214.94	78	78	0
कुल	**160**	**1827.12**	**1862.44**	**1649.63**	**153**	**151**	**7**

(स्रोतः राज्य परियोजना प्रबन्धन इकाई)

लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्वीकृति के पांच वर्ष बाद भी, 50 शैय्या वाले पांच मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग (21 प्रतिशत) अक्टूबर 2021 तक पूर्ण नहीं हो सके। राज्य परियोजना प्रबंधन इकाई द्वारा केवल चार समझौता ज्ञापनों की प्रति प्रदान की गयी, जिसके अनुसार इन कार्यों को समझौता ज्ञापन की तिथि से 18 से 26 माह के भीतर पूर्ण किया जाना था। तथापि, कुल स्वीकृत छः (2012-13 में एक कार्य एवं 2015-16 पांच कार्य) 200 शैय्याओं वाले मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग में से पांच को पूर्ण कर अक्टूबर 2021 तक विभाग को हस्तान्तरित किये जा चुके थे। एक कार्य पूर्ण होने के कगार पर था।

इसी प्रकार वर्ष 2012-13 (50 कार्य) और 2017-19 (दो कार्य) में 100 शैय्याओं वाले 52 मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग स्वीकृत किए गए थे। जिनमें से केवल

29 को 2016-17 तक पूरा किया गया था, तथापि कार्य को परियोजना के शुरू होने की तारीख से 24 महीने के भीतर पूर्ण किया जाना था।

नमूना जांच किए गए जनपदों में, 30 शैय्याओं वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, सरसौल के मौजूदा बुनियादी ढांचे को कानपुर नगर में नए मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य भवन में स्थानांतरित कर दिया गया था। जनशक्ति और उपकरणों की कमी के कारण बिधनू (कानपुर नगर) में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य भवन अक्रियाशील था, जिससे शैय्याओं की संख्या बढ़ाने का उद्देश्य विफल हो गया।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4.7 वृद्ध चिकित्सा वार्ड की स्थापना

बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम में परिकल्पना की गई है कि जिला चिकित्सालय में 10 शैय्या वाले वार्ड के साथ समर्पित सुविधाएं, अतिरिक्त मानव संसाधन, मशीनरी और उपकरण, कन्ज्यूमेबल्स एवं औषधियां, प्रशिक्षण और सूचना, और ऐसा शिक्षा और संचार जो मास मीडिया, लोक मीडिया और अन्य संचार माध्यमों का उपयोग करते हुए लक्षित समुदाय तक पहुंच सके, का प्राविधान होना चाहिए।

सेवाओं की श्रेणी में स्वास्थ्य संवर्धन, निवारक सेवाएं, वृद्ध चिकित्सा समस्याओं का निदान और प्रबंधन (वाह्य एवं अन्तः रोगी), डे केयर सेवाएं, पुनर्वास सेवाएं और आवश्यकतानुसार घर-आधारित देखभाल शामिल हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 10 शैय्याओं और वाह्य रोगी विभाग सुविधाओं के साथ वृद्ध चिकित्सा इकाई के मौजूदा भवन और फर्नीचर के निर्माण/नवीकरण/विस्तार के लिए राज्य के सभी नौ नमूना-जांचित जिलों[15] सहित 75 जिलों को प्रति जिला ₹ 0.40 करोड़ आवंटित (2012-19) किया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किये गये जनपदों **(परिशिष्ट 5.2)** में दो जिलों (जिला पुरूष चिकित्सालय, उन्नाव और संयुक्त जिला चिकित्सालय, कुशीनगर) में जून 2022 तक वृद्ध चिकित्सा वार्ड स्थापित नहीं किए गए थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि उन्नाव में वृद्ध चिकित्सा वार्डों के लिए ₹ 3.35 लाख मूल्य के उपकरण जबकि कुशीनगर में ₹ 32.25 लाख मूल्य के उपकरण अक्रियाशील पड़े थे तथा इच्छित उद्देश्य हेतु प्रयुक्त नहीं किये गये थे। अग्रेतर, हमीरपुर में आठ शैय्याओं वाला वृद्ध चिकित्सीय वार्ड शुरू से ही

[15] गाजीपुर, हमीरपुर, जालौन, कन्नौज, कानपुर नगर, कुशीनगर, लखनऊ, सहारनपुर और उन्नाव।

आयुष्मान वार्ड के लिए इस्तेमाल किया जा रहा था। शेष छः जिलों में वृद्ध चिकित्सीय वार्ड क्रियाशील थे।

इसके अतिरिक्त नौ नमूना जांच किए गए जिलों में जन जागरूकता और आईईसी (लक्षित समुदाय तक पहुंचने के लिए मास मीडिया, लोक मीडिया और अन्य संचार चैनलों का उपयोग करके) के लिए आवंटित ₹ नौ लाख (₹ एक लाख प्रति जिला), में से केवल ₹ 0.41 लाख का व्यय सहारनपुर में किया गया जो इस तथ्य का द्योतक है कि शेष आठ नमूना जाँच जनपदों में जन जागरूकता/संचार कार्यक्रम नहीं किया गया।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.4.8 बर्न यूनिट का निर्माण

मेडिकल कॉलेज[16] के लिए न्यूनतम मानक आवश्यकताओं के अनुसार, एक सुसज्जित बर्न यूनिट होनी चाहिये। नमूना जांचित राजकीय मेडिकल कॉलेज (मेरठ) में बर्न यूनिट स्थापित करने के लिए राज्य सरकार द्वारा तेजाब पीड़ित महिलाओं के उपचार हेतु ₹ 5.42 करोड़ स्वीकृत (सितम्बर, 2016) किया गया तथा राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ को नवम्बर 2016 में धनराशि उपलब्ध करायी गयी। कुल निधि (₹ 5.42 करोड़) में से निर्माण के लिये निर्धारित धनराशि ₹ 3.23 करोड़ मई 2019 और अक्टूबर 2021 के बीच कार्यदायी एजेंसी[17] को स्थानांतरित कर दी गई थी। कार्य अगस्त 2020 तक पूरा किया जाना था लेकिन यह अक्टूबर, 2022 में पूर्ण हुआ था। तथापि, दिसंबर 2022 तक, भवन, राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ को नहीं हस्तांतरित किया गया था और बर्न यूनिट के लिए उपकरणों की खरीद प्रक्रियाधीन थी।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया गया (नवंबर 2022) कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, अंबेडकर नगर में बर्न यूनिट उपलब्ध नहीं थी और बर्न मरीजों का इलाज सामान्य शल्य चिकित्सा विभाग द्वारा किया जा रहा था। अग्रेतर, यह बताया गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में बर्न यूनिट के निर्माण में कोविड प्रोटोकॉल के कारण विलम्ब हुआ।

5.4.9 अग्निशमन प्रणाली की स्थापना

राज्य सरकार द्वारा समय-समय पर राजकीय चिकित्सालयों में अग्निशमन व्यवस्था के पर्याप्त उपाय किये जाने हेतु आदेश जारी किये गये हैं। तथापि,

[16] प्रतिवर्ष 100 प्रवेश हेतु विनियम, 1999 (जनवरी 2018 तक संशोधित)

[17] उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम।

मॉक ड्रिल एवं परीक्षा आयोजित कर इन उपायों का पालन नहीं करने के कारण शासन द्वारा राज्य के राजकीय चिकित्सालयों में अग्नि सुरक्षा उपायों को सुनिश्चित करने के निर्देश जारी (जुलाई 2017) किये गये। अग्रेतर, शासन द्वारा चरणबद्ध तरीके से राज्य के जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अग्निशमन उपकरणों की स्थापना को मंजूरी दी गयी, जैसा कि **तालिका 5.13** में दिया गया है।

तालिका 5.13: अग्निशमन प्रणाली की स्थापना के लिए चरणवार चिकित्सालयों की संख्या।

वर्ष	चयनित जिला चिकित्सालयों की संख्या	चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या
2017-18	29	232
2019-20	02	122
योग	**31**	**354**

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

जैसा कि **तालिका 5.13** में दिया गया है, 2017-18 और 2019-20 के दौरान 31 जिला चिकित्सालयों और 354 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अग्निशमन प्रणाली स्थापित किया जाना था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ₹ 136.58 करोड़ की स्वीकृत लागत के सापेक्ष ₹ 98.27 करोड़ 2017-22 के दौरान अवमुक्त किये गये थे लेकिन 3-5 साल बीत जाने के बाद भी और ₹ 63.32 करोड़ खर्च करने के बाद भी, किसी भी चिकित्सालय में अग्निशमन कार्य पूर्ण नहीं किया गया था।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.5 द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों का तृतीयक स्तर चिकित्सालय में उच्चीकरण

केन्द्र पुरोनिधानित योजना 'मौजूदा जिला/रेफरल चिकित्सालयों से सम्बद्ध मेडिकल कॉलेजों की स्थापना' के अन्तर्गत 27 जनपदों के जिला चिकित्सालयों एवं मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग को मेडिकल कॉलेजों का हिस्सा बना दिया गया है जैसा कि **तालिका 5.14** में दिया गया है।

तालिका 5.14: मेडिकल कॉलेजों में उच्चीकृत किये गये जिला चिकित्सालय/मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग

क्र.सं.	जिला	जिला पुरुष चिकित्सालय (शैय्याओं की संख्या)	जिला महिला चिकित्सालय (शैय्याओं की संख्या)	संयुक्त जिला चिकित्सालय (शैय्याओं की संख्या)	मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग (शैय्याओं की संख्या)
प्रथम चरण					
1	फिरोजाबाद	224	100	--	100
2	शाहजहांपुर	204	100	--	100
3	दर्शननगर, अयोध्या	--	--	100	
4	बहराइच	200	92	--	100
5	ओपेक चिकित्सालय , बस्ती	300	--	--	100
द्वितीय चरण					
1	एटा	100	34	--	100
2	हरदोई	184	64	--	100
3	फतेहपुर	110	162	--	
4	प्रतापगढ़	120	62	--	100
5	देवरिया	230	94	--	100
6	गाजीपुर	200	150	--	100
7	मिर्जापुर	300	88	--	100
8	सिद्धार्थनगर	--	--	100	100
तृतीय चरण					
1	सुल्तानपुर	226	82	--	100
2	सोनभद्र	--	--	100	300
3	कानपुर देहात	70	30	--	100
4	औरैया	--	--	100	100
5	ललितपुर	200	60	--	
6	कुशीनगर	--	--	100	100
7	कौशाम्बी	--	--	100	100
8	बिजनौर	169	50	--	100
9	बुलंदशहर	177	60	--	100
10	लखीमपुर खीरी	167	52	--	200
11	पीलीभीत	130	70	--	100
12	गोंडा	300	134	--	100
13	चंदौली	--	--	100	100
14	अमेठी	--	--	100	
चिकित्सालयों की संख्या		**19 (जिला पुरुष चिकित्सालय)**	**18 (जिला महिला चिकित्सालय)**	**08 (संयुक्त जिला चिकित्सालय)**	**23 (मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग)**

(स्रोतः महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं)

तलिका 5.14 से देखा जा सकता है कि 27 जिलों में 45 जिला चिकित्सालयों (19 पुरुष, 18 महिला और 8 संयुक्त चिकित्सालय) और 23 मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विंग को नए मेडिकल कॉलेजों में विलय करके, राज्य में द्वितीयक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं को उसी स्तर तक उच्चीकृत कर दिया गया और इन चिकित्सालयों में उपलब्ध 8495 शैय्या तृतीयक स्तर के चिकित्सालयों (मेडिकल कॉलेजों) का हिस्सा बन गए। लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि इन 27 जिलों में से मार्च 2022 तक केवल पांच जिलों अमेठी (निर्माण पूर्ण), औरैया, मिर्जापुर, प्रतापगढ़ और सिद्धार्थनगर में नये जिला चिकित्सालय निर्माणाधीन थे।

शासन (चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) द्वारा उत्तर दिया गया (फरवरी 2023) कि जिला चिकित्सालय, जिला पुरूष चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय और संयुक्त जिला चिकित्सालय, स्वायत्त राजकीय मेडिकल कॉलेजों का हिस्सा होने के बाद, न तो चिकित्सकों और पैरामेडिक्स के पद और न ही उनमें शैय्याओं की संख्या को समाप्त किया गया है। इन स्वायत्तशासी राजकीय मेडिकल कॉलेजों में पूर्व की भांति स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जा रही थी।

5.6 स्वास्थ्य इकाइयों में आवश्यक बुनियादी ढांचे की उपलब्धता का अभाव

लेखापरीक्षा द्वारा नमूना-जाँच किए गए जिलों में आधारभूत संरचना की उपलब्धता का विश्लेषण विभिन्न ढांचागत मापदंडों पर किया गया, जिन पर अनुवर्ती पैराग्राफों में चर्चा की गई हैः

5.6.1 चिकित्सालय भवन और इसका परिसर

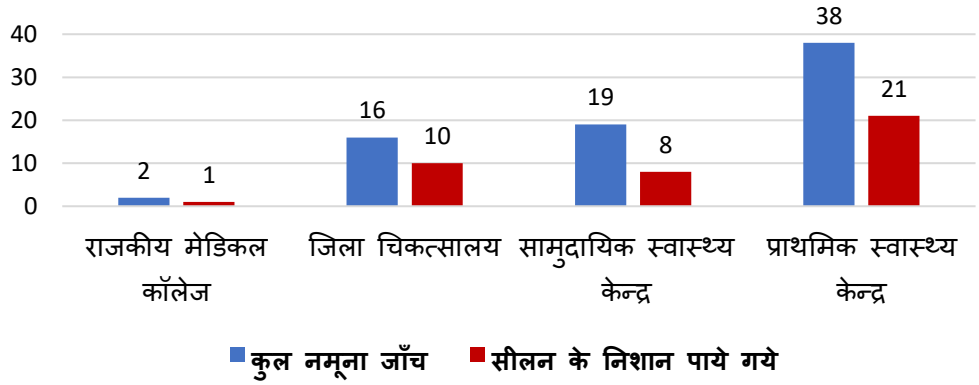
5.6.1.1 भवन की स्थिति

पैराग्राफ (III) के अनुसार - चिकित्सालय भवन के तहत सामान्य रखरखाव - जिला चिकित्सालयों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के दिशानिर्देशों की योजना और ले आउट, 2012 के अनुसार चिकित्सालय भवन को अच्छी तरह से बनाए रखा जाना चाहिए जिसमें कोई सीलन, दीवारों में दरारें आदि न हों और यह शैवाल एवं काई से मुक्त होना चाहिए। लेखापरीक्षा द्वारा संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान नमूना जाँच किये गये चिकित्सालयों के चिकित्सालय भवनों की स्थिति निम्न प्रकार की पाई गयी:

सीलन और रिसाव

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक इस बात पर जोर देता है कि हॉस्पिटल एक्वायर्ड इंफेक्शन की संभावना को कम करने के लिए चिकित्सालय की इमारत को सीलन मुक्त होना चाहिए। तथापि, नमूना जांच किए गए 16 जिला चिकित्सालय में से दस में पोस्ट-ऑपरेटिव वार्ड (जिला पुरूष चिकित्सालय जालौन), अन्तः रोगी विभाग वार्ड (संयुक्त जिला चिकित्सालय कुशीनगर), प्रसव कक्ष (जिला महिला चिकित्सालय जालौन) आदि में और मेरठ के राजकीय मेडिकल कॉलेज में भी सीलन पायी गयी। आगे, 19 में से 8 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और 38 में से 21 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में सीलन देखी गयी, जो **चार्ट 5.4** में दिया गया है।

चार्ट 5.4: चिकित्सालय भवन में सीलन



(स्रोतः नमूना जांच किए गए जिले)

जैसा कि **चार्ट 5.4** से देखा जा सकता है कि स्वास्थ्य इकाई के प्रत्येक स्तर में सीलन पायी गयी जो न केवल रोगियों के स्वास्थ्य के लिए खतरनाक थी बल्कि चिकित्सालय के संक्रमण की संभावना को भी बढ़ाती हैं। विवरण (**परिशिष्ट-5.3)** में दिया गया है। नमूना जांच किए गए चिकित्सालयों में पाए गए सीलन के चित्र नीचे दिए गए हैं।

संयुक्त जिला चिकित्सालय, कुशीनगर

जिला चिकित्सालय, जालौन

प्रसव कक्ष जिला महिला चिकित्सालय, जालौन

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सकरौली, कुशीनगर

उपकेन्द्र भवनों की स्थिति

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के दिशानिर्देशों के अनुसार चिकित्सालय की इमारत पूर्णतः सुसज्जित होनी चाहिए। उपकेन्द्रों के भौतिक सत्यापन में पाया गया कि उपकेन्द्रों के अधिकांश भवन जर्जर अवस्था में थे। उनमें से कुछ के चित्र नीचे दिखाए गए हैं:

उपकेन्द्र धौराहरा (उन्नाव)

उपकेन्द्र बारदाहा बाजार (उन्नाव)

उपकेन्द्र बतरौली (कुशीनगर)

उपकेन्द्र बडा गॉव, उपयोग में नहीं (जालौन)

उपकेन्द्र धागवां (हमीरपुर)

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

शौचालयों की स्थिति

जिला चिकित्सालय हेतु जारी भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के दिशानिर्देशों के अनुसार रोगी की सुविधा हेतु चिकित्सालय में चलते पानी एवं फ्लश के साथ कार्यशील एवं स्वच्छ शौचालय होने चाहिये। भौतिक निरीक्षण के दौरान, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए 16 जिला चिकित्सालय में से तीन, 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में से नौ, 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 20 और राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में शौचालय गंदे थे जो मानव के लिए अस्वच्छ थे। विवरण (**परिशिष्ट-5.3)** में दिया गया है।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया गया (नवंबर 2022) कि लेखापरीक्षा दल द्वारा सुबह 10 बजे से 11 बजे के बीच शौचालयों का दौरा किया गया होगा, जब वाह्य रोगी विभाग, मरीजों और परिचारकों से भरी हुई थी और इसके परिणामस्वरूप शौचालय गंदे हो गये थे। तथापि कार्यदायी संस्था को सख्त निर्देश जारी किए गए हैं। अग्रेतर, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि स्वास्थ्य संस्थान होने के कारण किसी भी प्रकार की अस्वास्थ्यकर स्थिति से संक्रमण से बचने के लिए शौचालयों को साफ रखना चाहिए। आगे, नमूना जांच किए गए जिलों में लेखापरीक्षा द्वारा किए गए एक रोगी सर्वेक्षण द्वारा लेखापरीक्षा निष्कर्षों की पुष्टि की गई, जहां सर्वेक्षण किए गए 620 रोगियों में से 383 रोगियों (62 प्रतिशत) द्वारा कहा गया कि शौचालय साफ नहीं थे।

आवासीय भवनों की स्थिति

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक की परिकल्पना है कि सभी आवश्यक चिकित्सा और पैरा-मेडिकल स्टाफ को आवासीय आवास प्रदान किया जाएगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना-जांच किये गये दोनों राजकीय मेडिकल कालेजों में आवासीय भवनों की स्थिति अच्छी थी। नमूना जांच किए गए 16 जिला चिकित्सालय में से पांच, 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 12 और 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 23 में आवासीय भवनों की स्थिति खराब/जीर्ण अवस्था में थी। ऐसे आवासीय भवनों के चित्र नीचे दिए गए है।

<table>
<tr><td colspan="2"> </td></tr>
<tr><td colspan="2">जिला महिला चिकित्सालय, कानपुर नगर</td></tr>
<tr><td> </td><td> </td></tr>
<tr><td>सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बिधनू, कानपुर नगर में आवासीय/स्टाफ क्वार्टरों का उपयोग नहीं</td><td>सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नवाबगंज, उन्नाव में चिकित्सकों के आवासीय क्वार्टर</td></tr>
<tr><td> </td><td> </td></tr>
<tr><td>सामुदायिक स्वास्थ्य फाजिल नगर, कुशीनगर में चिकित्सकों के आवासीय क्वार्टर</td><td>प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सकरौली, कुशीनगर में आवासीय इमारत उपयोग में नही</td></tr>
</table>

जैसा कि तस्वीरों से स्पष्ट है, मेडिकल/पैरा-मेडिकल स्टाफ को आवास प्रदान किया गया था जो अच्छी स्थिति में नहीं थे। अग्रेतर, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गढ़ी कनौरा एवं नाका (लखनऊ) में चिकित्सा कर्मचारियों के लिए आवास उपलब्ध नहीं था जैसा कि (**परिशिष्ट-5.4)** में वर्णित है।

लेखापरीक्षा द्वारा आगे पाया गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में 2003-2016 की अवधि में 22 टाइप-1 आवासों पर 20 अवैध व्यक्तियों और 18 सेवानिवृत्त कर्मियों द्वारा अवैध रूप से कब्जा कर लिया गया था। तथापि मार्च 2022 तक अवैध कब्जाधारियों से आवासों को खाली करने के लिए कोई कार्रवाई नहीं की गई, जिससे राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ के परिसर में चोरी के कई मामलों के कारण रोगियों और परिचारकों की सुरक्षा से समझौता किया गया।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा इस तथ्य को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (नवंबर 2022) गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में अवैध रूप से कब्जा किए गए आवासों को मई 2022 में अवैध कब्जाधारियों से खाली करा लिया गया है। अग्रेतर, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए एक सर्वेक्षण के दौरान, दोनों राजकीय मेडिकल कॉलेज में 92 प्रतिशत रोगियों ने पुष्टि की कि रोगी देखभाल क्षेत्रों में कोई प्रभावी सुरक्षा व्यवस्था नहीं थी। आगे, नमूना जांच किए गए जिला चिकित्सालयों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, 46 प्रतिशत रोगियों ने कहा कि रोगी देखभाल क्षेत्र सुरक्षा व्यवस्था से रहित था।

5.6.1.2 पंजीकरण काउंटर

किसी भी रोगी या उसके परिचारक का पहला संवाद बिंदु चिकित्सालय का पंजीकरण काउंटर होता है। लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया कि सभी नमूना जांच किए गए राजकीय मेडिकल कॉलेज, जिला चिकित्सालय और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में पंजीकरण काउंटर उपलब्ध थे। तेरह प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पंजीयन काउंटर उपलब्ध नहीं होने के कारण औषधि कक्ष, दीर्घा, बरामदे आदि में मरीजों का पंजीयन किया जा रहा था **(परिशिष्ट-5.5)**।

5.6.1.3 प्रतीक्षा और बैठने की व्यवस्था

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार प्रतीक्षालय में बैठने की पर्याप्त व्यवस्था होनी चाहिए। तथापि, यह देखा गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ, जिला महिला चिकित्सालय, कानपुर नगर, जिला महिला चिकित्सालय, उन्नाव और चार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों[18] में बैठने की पर्याप्त व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी। आगे, नमूना जांच किये गये सभी 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रतीक्षा एवं बैठने की समुचित व्यवस्था उपलब्ध थी।

लेखापरीक्षा द्वारा किए गए एक सर्वेक्षण में, 620 रोगियों में से 169 (27 प्रतिशत) ने कहा कि वाह्य रोगी विभाग पंजीकरण में बैठने की व्यवस्था पर्याप्त नहीं थी। अग्रेतर, 156 (25 प्रतिशत) रोगियों ने कहा कि चिकित्सालयों में पंजीकरण काउंटर पर्याप्त नहीं थे।

[18] प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र- डयोढ़ीघाट, कानपुर नगर, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र- रहीमाबाद, कसमंडी कलां और गढ़ी कनौरा, लखनऊ।

राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ और जिला महिला चिकित्सालय, उन्नाव में बैठने की अपर्याप्त व्यवस्था नीचे दी गई तस्वीरों मे दिखाई गई हैः

बहृय रोगी विभाग, राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ के बाहर खड़े मरीज और उनके तीमारदार

बहृय रोगी विभाग, जिला महिला चिकित्सालय, उन्नाव के बाहर फर्श पर खड़े और बैठे मरीज

लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि रोगियों के साथ आने वाले व्यक्तियों को आश्रय प्रदान करने के लिए राजकीय मेडिकल कॉलेज, अंबेडकर नगर में ₹ 303.76 लाख[19] की अनुमानित लागत पर रोगी संबंध शेड, कैंटीन और शॉपिंग आर्केड का निर्माण किया गया और इसे दिसंबर 2020 में हस्तांतरित कर दिया गया। तथापि, लेखापरीक्षा द्वारा पाया गया कि रोगी संबंधी शेड, कैंटीन और शॉपिंग आर्केड का उपयोग नहीं किया जा रहा था और निर्माण सामग्री परिसर में रखी हुई थी जैसा कि निम्नलिखित फोटोग्राफ में दिखाया गया है।

राजकीय मेडिकल कॉलेज, अंबेडकर नगर में रोगी संबंधी शेड, कैंटीन और शॉपिंग आर्केड

राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में इस प्रकार का कोई रोगी संबंधी शेड उपलब्ध नहीं था, जिससे तीमारदार चिकित्सालय के कॉरिडोर में पड़े मिले।

[19] वास्तविक लागत उपलब्ध नही करायी गयी।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा तथ्य को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (नवंबर 2022) गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ 56 साल पुराना संस्थान है और उस समय रोगियों का भार बहुत कम था। तथापि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में वाह्य रोगी विभाग में मरीजों के बैठने की पर्याप्त व्यवस्था की गई है। अग्रेतर, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.6.1.4 नैदानिक सेवाओं के लिए चिकित्सक कक्ष

नमूना जांच हेतु चयनित दो मेडिकल कालेजों में पांच चयनित विभागों (जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, अस्थि रोग, प्रसूति एवं स्त्री रोग और बाल रोग) में 10 कक्षों की आवश्यकता के विरुद्ध राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में नौ कक्ष उपलब्ध थे। राजकीय मेडिकल कॉलेज, अंबेडकर नगर में, आवश्यक वाह्य रोगी विभाग कक्ष उपलब्ध थे।

अग्रेतर, भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार, जिला चिकित्सालय में मेडिसिन, सर्जिकल, नेत्र रोग, नाक कान गला, दन्त रोग, प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल रोग, त्वचा रोग और वेनेरोलॉजी, मनोरोग, नवजात शिशु रोग और अस्थि रोग वाह्य रोगी विभाग क्लीनिक के चिकित्सकों के लिए अलग कक्ष उपलब्ध होने चाहिए। इसी प्रकार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में जनरल मेडिसन, जनरल सर्जरी, दंत रोग, प्रसूति एवं स्त्री रोग एवं बाल रोग में वाह्य रोगी विभाग क्लीनिक के चिकित्सकों के लिए अलग कक्ष की आवश्यकता है। लेखापरीक्षा में देखा गया कि नमूना जाँच किये गये चिकित्सालयों में चिकित्सकों के आवश्यक कक्ष उपलब्ध नहीं थे जैसा कि **तालिका 5.15** में दर्शाया गया है।

तालिका 5.15: नैदानिक सेवाओं के लिये चिकित्सकों के कक्ष की उपलब्धता

चिकित्सालयों के प्रकार	चिकित्सकों के अलग कक्ष	
	आवश्यक	उपलब्धता कि सीमा
जिला पुरुष चिकित्सालय[20]	09	05-09
जिला महिला चिकित्सालय[21]	03	01-03
संयुक्त जिला चिकत्सालय[22]	11	09-11
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	05	00-05

(स्रोतः नमूना जांच किए गए राजकीय मेडिकल कॉलेज/जिला चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)

[20] मेडिसिन, सर्जिकल, नेत्र रोग, नाक कान गला, दंत रोग, बाल रोग, त्वचा रोग और वेनेरोलॉजी, मनोरोग, अस्थि रोग।

[21] प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल रोग, नवजात शिशु रोग।

[22] मेडिकल, सर्जिकल, नेत्र रोग, नाक कान गला , दंत रोग, प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल रोग, त्वचा रोग और वेनेरोलॉजी, मनोरोग, नवजात शिशु रोग और अस्थि रोग।

लेखापरीक्षा में अग्रेतर देखा गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में बाल चिकित्सा विभाग के चिकित्सकों के लिए दो कक्षों की आवश्यकता के सापेक्ष वाह्य रोगी विभाग क्लीनिक के लिए एक कक्ष उपलब्ध था। संयुक्त जिला चिकित्सालय में कक्षों की उपलब्धता 09-11 थी इसके बाद जिला पुरूष चिकित्सालय (05-09) और जिला महिला चिकित्सालय (1-3) थे। उन्नीस सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक 5 कक्षों के सापेक्ष कमी थी और 5 कक्षों के सापेक्ष 0 से 5 कक्ष उपलब्ध थे **(परिशिष्ट-5.6)**। इस प्रकार स्वास्थ्य इकाई के प्रत्येक स्तर पर चिकित्सकों के अलग कक्ष की कमी देखी गई। उन्नाव जिले के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नवाबगंज के भौतिक निरीक्षण के दौरान यह देखा गया कि दो विभागों (जनरल सर्जरी और दंत रोग) के चिकित्सक वाह्य रोगी विभाग रोगियों के लिए एक ही कक्ष साझा कर रहे थे जिससे रोगियों की गोपनीयता और संक्रमण के प्रसार से समझौता किया जा रहा था। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र भदौरा (गाजीपुर) में सभी वाह्य रोगी विभाग सेवाओं के लिए चिकित्सक एक कॉमन हाल में बैठते थे। अग्रेतर, जिला पुरूष चिकित्सालय जालौन में मेडिसिन और नाक कान गला रोग के चिकित्सकों के लिये अलग कक्ष उपलब्ध नहीं थे।

इसी तरह सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र भदौरा (गाजीपुर) में जनरल मेडिसिन एवं दन्त रोग तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, नवाबगंज (उन्नाव) में जनरल सर्जरी दन्त रोग एवं बाल रोग की सेवाएं उपलब्ध थीं लेकिन इसके लिए चिकित्सक के कक्ष उपलब्ध नहीं थे।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) ने तथ्य को स्वीकार करते हुए बताया (नवंबर 2022) कि राजकीय मेडिकल कालेज, मेरठ की स्थापना उस समय के मानकों के अनुसार की गई थी। तथापि अधोसंरचना के विस्तार के लिए सरकार द्वारा ₹ 157.2 करोड़ की राशि स्वीकृत की गई है। यह भी कहा गया कि निर्माण के बाद प्रत्येक चिकित्सक के लिए कक्ष उपलब्ध होंगे। अग्रेतर, अनुस्मारकों के बावजूद चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.6.1.5 ड्रेसिंग/इंजेक्शन कक्ष

कुशल वाह्य रोगी विभाग स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने के लिए, उपकेन्द्रों को छोड़कर सभी स्तरों पर ड्रेसिंग/इंजेक्शन रूम की आवश्यकता होती है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि दोनों नमूना जांच किए गए राजकीय मेडिकल कॉलेज में ड्रेसिंग/इंजेक्शन रूम उपलब्ध थे। तथापि, जिला महिला चिकित्सालय, गाजीपुर

और नमूना जांच किए गए 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से चार[23] (20 प्रतिशत) में ड्रेसिंग/इंजेक्शन कक्ष उपलब्ध नहीं थे। आगे, नमूना जांच किए गए 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 10[24] (26 प्रतिशत) में ड्रेसिंग/इंजेक्शन कक्ष नहीं थे। परिणामस्वरूप, मरीजों को ड्रेसिंग/इंजेक्शन से संबंधित नर्सिंग सेवाएं या तो दूसरे कक्ष जैसे आपातकालीन कक्ष[25] या फार्मेसी[26] में प्रदान की जा रही थी।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.6.1.6. फार्मेसी की उपलब्धता (औषधि वितरण पटल)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार, औषधियों के वितरण के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर तक फार्मेसी होनी चाहिए। अग्रेतर, भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक में यह भी परिकल्पना की गई थी कि प्रत्येक 200 दैनिक वाह्य रोगी विभाग रोगियों के लिए एक फार्मेसी काउंटर होना चाहिए। लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया कि यद्यपि राजकीय मेडिकल कॉलेज से प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर तक नमूना जांच किए गए सभी चिकित्सालयों में फार्मेसी उपलब्ध थी, किन्तु यह उपलब्धता मानकों के अनुसार नहीं थी जैसा कि **तालिका 5.16** में दर्शाया गया है।

तालिका 5.16 फार्मेसियों की उपलब्धता

चिकित्सालयों का प्रकार	फार्मेसी		
	रोगियों कि संख्या के अनुसार	उपलब्धता	कमी (प्रतिशत)
राजकीय मेडिकल कालेज	18	09	09 (50)
जिला पुरुष चिकित्सालय	101	19	82 (81)
जिला महिला चिकित्सालय	14	11	3 (29)
संयुक्त जिला चिकत्सालय	10	4	6 (60)

(स्रोत:नमूना जांच किये गये राजकीय मेडिकल कॉलेज/जिला चिकित्सालय)

जैसा कि **तालिका 5.16** से स्पष्ट है, जिला पुरूष चिकित्सालय में 81 प्रतिशत फार्मेसी काउंटरों की अधिकतम कमी थी जबकि राजकीय मेडिकल कॉलेज और संयुक्त जिला चिकित्सालय में यह क्रमशः 50 प्रतिशत और 60 प्रतिशत थी। फार्मेसी काउंटरों के संदर्भ में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बेहतर सुसज्जित थे जहां 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में से केवल चार

[23] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र नवाबगंज (उन्नाव), फाजिलनगर (कुशीनगर), सैदपुर (गाजीपुर), जालौन (जालौन)

[24] प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र कटेहरू (उन्नाव), जौरा बाजार, कोइलसवा, सकरौली (कुशीनगर), शेखपुर बुजुर्ग (जालौन), गुजैनी (कानपुर नगर), पुरैनी (हमीरपुर) और कसमंडी कलां, पूरब गांव, गढ़ी कनौरा (लखनऊ)

[25] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सरसौल (कानपुर नगर)।

[26] सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नवाबगंज (उन्नाव)।

में फार्मेसी काउंटरों की कमी थी जबकि नमूना जांच किए गए 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में कोई कमी नहीं थी **(परिशिष्ट-5.7)**।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा तथ्य को स्वीकार करते हुए उत्तर दिया (नवंबर 2022) गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में अधोसंरचना के विस्तार के लिए सरकार द्वारा ₹ 157.2 करोड़ की राशि स्वीकृत की गई है। राजकीय मेडिकल कॉलेज के विस्तार के बाद फार्मासिस्ट उपलब्ध होंगे। अग्रेतर, अनुस्मारकों के बावजूद चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था.

5.6.1.7 मूलभूत सुविधायें

भारतीय सार्वजानिक स्वास्थ्य मानक चिकित्सालयों में बुनियादी सुविधाओं निर्बाध पानी और बिजली की आपूर्ति तथा शौचालयों की उपलब्धता पर जोर देता है। नमूना जाँच किये गये 75 चिकित्सालयों (दो मेडिकल कॉलेज, 16 जिला चिकित्सालय, 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र तथा 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में इन मूलभूत सुविधाओं की स्थिति **तालिका 5.17** में दर्शायी गयी है।

तालिका 5.17: मूलभूत सुविधाओं की उपलब्धता

चिकित्सालयों के प्रकार	कुल नमूना जाँच किये गये विभाग/इकाई	उपलब्धता		
		महिला पुरुषों के लिये अलग-अलग शौचालय	पेयजल	बिजली
राजकीय मेडिकल कॉलेज (चयनित विभाग)	10	08 (विभाग)[27]	10 (विभाग)	10 (विभाग)
जिला पुरुष चिकित्सालय	07	07	07	07
जिला महिला चिकित्सालय	07	07	07	07
संयुक्त जिला चिकित्सालय	02	02	02	02
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	19	18[28]	19	19
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	38	30	27	30

(स्रोत: नमूना जांच किये गये राजकीय मेडिकल कॉलेज जिला चिकित्सालय/ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)

[27] राजकीय मेडिकल कालेज, मेरठ के सर्जरी और अस्थि रोग विभाग में उपलब्ध नहीं है।

[28] सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, मलिहाबाद में अलग से शौचालय की व्यवस्था नहीं थी।

तालिका 5.17 दर्शाती है कि राजकीय मेडिकल कॉलेज, अम्बेडकर नगर में अलग शौचालय, पीने योग्य पानी और बिजली की सुविधा उपलब्ध थी जबकि राजकीय मेडिकल कॉलेज, मेरठ में अलग शौचालय उपलब्ध नहीं थे। नमूना जांच किए गए सभी 16 जिला चिकित्सालय में ये सुविधाएं उपलब्ध थीं। नमूना जांच किए गए 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में लखनऊ के मलिहाबाद को छोड़कर 18 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पृथक शौचालय की सुविधा थी। आगे, नमूना जांच किए गए 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से आठ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रो[29] में बिजली आपूर्ति के साथ-साथ पावर बैकअप उपलब्ध नहीं था। अग्रेतर, यद्यपि सात प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों[30] में विद्युत आपूर्ति उपलब्ध थी, किन्तु कोई पावर बैक-अप उपलब्ध नहीं था। दो प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों[31] में पावर बैक-अप उपलब्ध था, लेकिन चालू हालत में नहीं था। आगे, 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 11 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों[32] में पेयजल उपलब्ध नहीं था।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया गया कि पुरुष एवं महिलाओं के लिये पर्याप्त संख्या में शौचालय उपलब्ध हैं तथा अतिरिक्त भवनों के प्रस्तावित निर्माण में शौचालय भी उपलब्ध होंगें।

चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग का उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में सर्जरी एवं अस्थि रोग विभाग में संयुक्त भौतिक सत्यापन (मार्च 2022) के दौरान पुरुष एवं महिला के लिये पृथक शौचालय नहीं पाए गये। अग्रेतर, अनुस्मारकों के बावजूद चिकित्सा स्वाथ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.6.1.8 अन्तः रोगी विभाग वार्ड की उपलब्धता

राजकीय मेडिकल कॉलेज : नमूना जांच किये गये दोनो मेडिकल कालेजों में पांच चयनित विभागों[33] के सभी चयनित वार्डों में अन्तः रोगी विभाग की सुविधा उपलब्ध थी।

अग्रेतर राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में प्राइवेट वार्ड के अंतर्गत 50 कक्ष पिछले 15 वर्षों में मरीजों की ओर से कोई मांग नहीं किये जाने के कारण

[29] प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पंसारिया (उन्नाव), सकरौली (कुशीनगर), बारा, देवल और गोरखा (गाजीपुर), पूरब गांव (लखनऊ), बैसापुर और सिकंदरपुर (कन्नौज)।

[30] जौरा बाजार, महुवाडीह और कोइलसवा (कुशीनगर), अनौनी (गाजीपुर), जलालपुर (हमीरपुर), अमोलर और प्रेमपुर (कन्नौज)।

[31] प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र हलालपुर (सहारनपुर) और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र रहीमाबाद (लखनऊ)।

[32] प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र कटेहरू, पंसारिया (उन्नाव), महुआडीह और सकरौली (कुशीनगर), अनौनी, गोरखा, (गाजीपुर), इ्योढ़ीघाट, पाली, गुजैनी (कानपुर नगर), रहीमाबाद (लखनऊ) और बारा (गाजीपुर)।

[33] जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, अस्थि रोग, प्रसूति एवं स्त्री रोग और बाल रोग।

उपयोग में नहीं लाये गये थे अतः निष्क्रिय थे, तथापि ₹ 58.42 लाख वार्ड के नवीनीकरण पर व्यय किये गये थे (अगस्त 2018 से जुलाई 2020 के मध्य)। लेखापरीक्षा द्वारा पाया गया कि वार्ड का उपयोग आउटसोर्स सफाई उपकरणों के भण्डारण के लिये किया जा रहा था। निष्क्रिय प्राइवेट वार्ड की तस्वीर नीचे दी गयी है

राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ का निष्क्रिय प्राइवेट वार्ड

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया (नवम्बर 2022) गया कि कोविड-19 के दौरान स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा सक्रिय क्वारंटाइन के रूप में प्राइवेट वार्डों का उपयोग किया गया। अग्रेतर, सरकार द्वारा सृजित किए गये पदों के लिये भर्ती प्रक्रियाधीन थी और उसके बाद प्राइवेट वार्ड को क्रियाशील बना दिया जाएगा।

जिला पुरूष चिकित्सालय/संयुक्त जिला चिकित्सालय: भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार एक जिला चिकित्सालय में इमरजेंसी/ट्रामा, बर्न, अस्थि रोग, पोस्ट-ऑपरेटिव, नेत्र रोग, मलेरिया, संक्रामक रोग से संबंधित वार्ड एवं प्राइवेट वार्ड होने चाहिए। तथापि, लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया कि आवश्यक वार्ड नमूना जांच किए गए जिला पुरूष चिकित्सालय और संयुक्त जिला चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं थे जैसा कि **तालिका 5.18** में दिखाया गया है।

तालिका 5.18 : अन्तः रोगी विभाग में वार्डों की उपलब्धता

चिकित्सालय	आपातकालीन/ ट्रामा	बर्न	अस्थि रोग	पोस्ट आपरेटिव वार्ड	नेत्र रोग	मलेरिया	संक्रामक रोग	प्राइवेट
जिला पुरुष चिकित्सालय उन्नाव	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
जिला पुरुष चिकित्सालय गाजीपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
जिला पुरुष चिकित्सालय हमीरपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ
जिला पुरुष चिकित्सालय जालौन	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
जिला पुरुष चिकित्सालय कानपुर नगर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
जिला पुरुष चिकित्सालय लखनऊ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
जिला पुरुष चिकित्सालय सहारनपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
संयुक्त पुरुष चिकित्सालय कुशीनगर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
संयुक्त पुरुष चिकित्सालय कन्नौज	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ

(स्रोत: नमूना जाँच किये गये चिकित्सालय)

ऊपर से देखा जा सकता है कि मलेरिया एवं प्राइवेट वार्डों में गम्भीर कमियाँ पायी गयीं क्योंकि नौ पुरुष/संयुक्त चिकित्सालयों में से ये वार्ड क्रमशः चार एवं तीन चिकित्सालयों में उपलब्ध नहीं थे। दो जिला चिकित्सालयों में संक्रामक रोग वार्ड उपलब्ध नहीं था। लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया कि सभी आवश्यक वार्ड जिला पुरूष चिकित्सालय जालौन में ही उपलब्ध थे।

जिला महिला चिकित्सालय: नमूना-जांच किए गए जिला महिला चिकित्सालयों में गर्भावस्था के मामलों के लिए आपातकालीन/ट्रॉमा, पोस्ट-ऑपरेटिव और प्राइवेट वार्ड की उपलब्धता का मूल्यांकन किया गया था। नमूना जांच किए गए सात जिला महिला चिकित्सालय में से आपातकालीन वार्ड जिला महिला चिकित्सालय गाजीपुर में उपलब्ध नहीं था क्रमशः दो (29 प्रतिशत)[34] और चार (71 प्रतिशत)[35] जिला महिला चिकित्सालय में पोस्ट-ऑपरेटिव और निजी वार्ड उपलब्ध नहीं थे। अग्रेतर, दो जिला महिला चिकित्सालय में यद्यपि पोस्ट-ऑपरेटिव वार्ड उपलब्ध नहीं थे, महिला सर्जिकल वार्ड उपलब्ध थे।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र: भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में दो पुरुष और महिला वार्ड, दो आइसोलेशन रूम और चार प्राइवेट कमरे आवश्यक थे। तथापि, नमूना जांच किए गए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवश्यक वार्डों की उपलब्धता **तालिका 5.19** में दिए गए मानक के अनुसार नहीं थी।

तालिका 5.19: सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में वार्डों की उपलब्धता

विवरण	आवश्यक	नमूना जाँच किये गये 19 सामुदायिक केंद्रों में से		
		सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या जहाँ कोई वार्ड उपलब्ध नहीं था	वार्ड की आंशिक उपलब्धता वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या	आवश्यक वार्ड की उपलब्धता वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या
पुरुष वार्ड	2	2	8	9
महिला वार्ड	2	0	9	10
आइसोलेशन कक्ष	2	14	4	1
प्राइवेट कक्ष	4	16	3	0

(स्रोत नमूना जाँच किये गये चिकित्सालय)

जैसा कि **तालिका 5.19** से स्पष्ट है कि नमूना जांच किए गए किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में सभी आवश्यक वार्ड/कमरे नहीं थे। 14 (74 प्रतिशत)

[34] जिला महिला चिकित्सालय गाजीपुर और जालौन।

[35] जिला महिला चिकित्सालय उन्नाव, गाजीपुर, हमीरपुर और जालौन।

और 16 (84 प्रतिशत) नमूना जाँच किए गए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में क्रमशः आइसोलेशन कक्ष और प्राइवेट कक्ष उपलब्ध नहीं थे। आवश्यक संख्या में पुरुष वार्ड एवं आवश्यक संख्या में महिला वार्ड केवल क्रमशः 09 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं 10 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध थे।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र: भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार कम से कम दो-दो शैय्याओं वाले एक पुरुष और एक महिला वार्ड की आवश्यकता थी। तथापि, लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया कि 38 नमूना जाँच किए गए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में से 13 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में पुरुष वार्ड नहीं थे जबकि 12 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बिना महिला वार्ड के चल रहे थे।

अग्रेतर, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द में अन्तः रोगी विभाग की उपलब्धता का विवरण **परिशिष्ट-5.8** में दिया गया है।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

अन्तः रोगी विभाग में शैय्याओं की उपलब्धता

राजकीय मेडिकल कॉलेज: राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग द्वारा जारी वार्षिक एम.बी.बी.एस. छात्रों[36] के प्रवेश के लिये न्यूनतम आवश्यकता सम्बन्धी विनियम 2020 के अनुसार नमूना जाँच किये गये विभागों में शैय्याओं की आवश्यक संख्या और उनकी उपलब्धता **तालिका 5.20** में दी गयी है.

तालिका 5.20 : राजकीय मेडिकल कालेज में शैय्याओं की उपलब्धता

नमूना जाँच किये गये विभाग	शैय्याओं की संख्या				
	राजकीय मेडिकल कालेजों हेतु आवश्यक राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग	राजकीय मेडिकल कालेज (परिचालन) में उपलब्ध		प्रतिशत कमी	
		मेरठ	अम्बेडकरनगर	मेरठ	अम्बेडकरनगर
जनरल मेडिसिन	100	100	80	0	20
जनरल सर्जरी	100	120	80	0	20
अस्थि रोग	50	90	50	0	0
प्रसूति एवं स्त्री रोग	50	90	50	0	0
बाल रोग	50	90	50	0	0

(स्रोत: नमूना जाँच किये गये राजकीय मेडिकल कालेज)

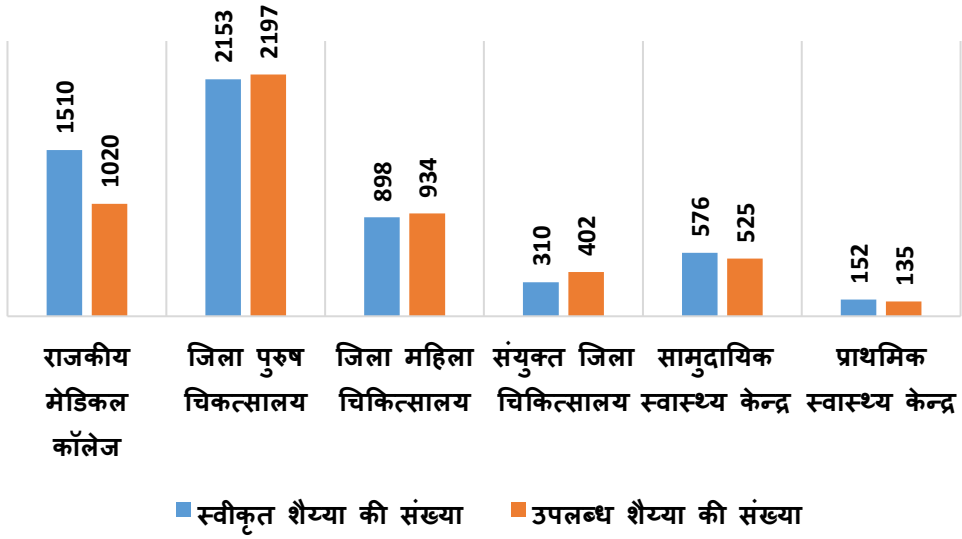
जैसा कि **तालिका 5.20** से देखा गया है कि राजकीय मेडिकल कॉलेज अम्बेडकरनगर में जनरल मेडिसिन और जनरल सर्जरी विभागों में अन्तः रोगी विभागों में शैय्याओं की कमी थी। अग्रेतर, लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि राजकीय मेडिकल कॉलेज मेरठ में 1,040 अन्तः रोगी विभाग की स्वीकृत

[36] राजकीय मेडिकल कालेज अंबेडकर नगर और मेरठ दोनों में 100 एमबीबीएस छात्रों की प्रवेश क्षमता है।

शैय्याओं के सापेक्ष मात्र 650 अन्तः रोगी विभाग शैय्या (62.50 प्रतिशत), आवश्यक बुनियादी ढांचे, जैसे भवन, शैय्या आदि की कमी के कारण परिचालन में थे।

अग्रेतर, भारतीय सार्वजानिक स्वास्थ्य मानक द्वारा जिला चिकित्सालय, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में उपलब्ध होने वाले शैय्याओं का मानकीकरण किया गया है। इसके अनुसार जिला चिकित्सालय में 101 से 500 शैय्या, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में 30 शैय्या तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में छः शैय्या के सापेक्ष उपलब्धता को **चार्ट 5.5** में दर्शाया गया है।

चार्ट 5.5: स्वीकृत की तुलना में उपलब्ध अंत: रोगी विभागीय शैय्या की स्थिति



(स्रोत: नमूना जाँच किये गये जनपद)

जैसा कि **चार्ट 5.5** से स्पष्ट है कि राजकीय मेडिकल कालेज में स्वीकृत संख्या की तुलना में उपलब्ध शैय्याओं की अधिकतम कमी थी, इसके बाद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का स्थान था। अग्रेतर, जिला पुरुष चिकित्सालय, जिला महिला चिकित्सालय और संयुक्त जिला चिकित्सालय स्वीकृत संख्या से अधिक शैय्याओं के साथ चल रहे थे।

जिला पुरुष चिकित्सालय/ संयुक्त जिला चिकित्सालय : नमूना जाँच किये गये नौ जिला पुरुष चिकित्सालय/संयुक्त जिला चिकित्सालय में से चार[37] चिकित्सालयों में स्वीकृत अन्तः रोगी विभाग की शैय्याएँ उपलब्ध थीं। जिला पुरुष चिकित्सालय कानपुर नगर में स्वीकृत अन्तः रोगी विभाग शैय्याओं से कम

[37] जिला पुरूष चिकित्सालय गाजीपुर, लखनऊ, सहारनपुर और संयुक्त जिला चिकित्सालय कन्नौज ।

(88 प्रतिशत) थी और चार चिकित्सालयों[38] में स्वीकृत अन्तः रोगी विभाग शय्याओं से अधिक (109 से 192 प्रतिशत) थी। संयुक्त जिला चिकित्सालय कुशीनगर में बुनियादी ढांचे की कमी के कारण भर्ती रोगियों को अतिरिक्त शैय्याएँ लगाकर गैलरी में समायोजित किया गया था जैसा कि चित्र में दर्शाया गया है।

संयुक्त जिला चिकित्सालय, कुशीनगर की गैलरी में भर्ती रोगी

जिला महिला चिकित्सालय: नमूना जाँच किये गये सात जिला महिला चिकित्सालय में पाया गया कि दो[39] चिकित्सालयों में स्वीकृत संख्या के अनुसार अन्तः रोगी विभाग शैय्या उपलब्ध थी, तीन[40] चिकित्सालयों में अन्तः रोगी विभाग शैय्याओं की संख्या स्वीकृत संख्या से अधिक (115 से 187 प्रतिशत) थी तथा जिला महिला चिकित्सालय, गाजीपुर तथा जिला महिला चिकित्सालय कानपुर नगर में अन्तः रोगी विभाग शैय्याओं की कमी 10 व 12 प्रतिशत पायी गयी।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र : नमूना जाँच किये गये 19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से दस[41] में स्वीकृत संख्या के अनुसार अन्तः रोगी विभाग शैय्या उपलब्ध थी , सात[42] सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में में स्वीकृत संख्या कि तुलना में अन्तः रोगी विभाग शैय्याओं की उपलब्धता कम थी। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कदौरा (जालौन) और छिबरामऊ (कन्नौज) में यह उपलब्धता 140 और 111 प्रतिशत थी।

---

38 संयुक्त जिला चिकित्सालय कुशीनगर, जिला पुरूष चिकित्सालय जालौन, हमीरपुर और उन्नाव

39 जिला महिला चिकित्सालय, सहारनपुर और लखनऊ।

40 जिला महिला चिकित्सालय, जालौन और हमीरपुर।

41 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र नवाबगंज एवं अचलगंज (उन्नाव), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सैदपुर (गाजीपुर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मुस्करा एवं सरीला (हमीरपुर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र जालौन (जालौन), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र बिधनू एवं सरसौल (कानपुर नगर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पुवारका एवं सरसावा (सहारनपुर)।

42 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र फाजिलनगर और हाटा (कुशीनगर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र भदौरा (गाजीपुर), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तालग्राम (कन्नौज), सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मलिहाबाद, चिनहट और ऐशबाग (लखनऊ)।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र : नमूना जाँच किये गये 38 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से 25 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वीकृत संख्या के अनुसार अन्तः रोगी विभाग शैय्या उपलब्ध थे ग्यारह[43] प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में यह कमी 25 से 75 प्रतिशत के मध्य थी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र देवला (सहारनपुर) और कसमंडी कला (लखनऊ) में अन्तः रोगी विभाग शैय्या की उपलब्धता अतिरिक्त (150 प्रतिशत) थी।

शासन (चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण) द्वारा उत्तर दिया गया (नवम्बर 2022) कि राजकीय मेडिकल कालेज अम्बेडकर नगर में 2021-22 के दौरान कोविड के लिये 200 शैय्या आरक्षित थे जिन्हें अब क्रियाशील कर दिया गया है। अग्रेतर, राजकीय मेडिकल कालेज मेरठ में नये पदों के सृजन और सुपर स्पेसियलिटी वार्ड के संचालन के कारण अब 900 से अधिक शैय्याओं को चालू कर दिया गया है।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

5.6.1.9 उपकेंद्र

भारतीय सार्वजानिक स्वास्थ्य मानक के अनुसार उपकेंद्र का स्वयं का भवन होना चाहिये. यदि यह तत्काल संभव नहीं है तो पर्याप्त जगह वाले परिसर को एक केन्द्रीय स्थान पर किराये पर लिया जाना चाहिये, जहाँ आबादी आसानी से पहुच सके।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जाँच किये गये 72 उपकेंद्रों में से :

- लखनऊ के दो[44] उपकेंद्रों तथा हमीरपुर जनपद के एक उपकेन्द्र में भवन उपलब्ध नहीं था तथा लखनऊ के ये उपकेंद्र अपने-अपने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कियाशील थे।
- दस उपकेंद्रों[45] जिनमें हमीरपुर (1), कुशीनगर (5), जालौन (1) और उन्नाव के भवन जर्जर पाए गये।
- उन्नाव के उपकेंद्र शर्माऊ का भवन विवादित था।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

---

[43] चमरौली, कटेहरू, सिकंदरपुर कर्ण (उन्नाव), जौरा बाजार, कोइलसवा, महुआडीह (कुशीनगर), जलालपुर (हमीरपुर), इयोढ़ीघाट (कानपुर नगर), हलालपुर (सहारनपुर), नाका और गढ़ी कनौरा (लखनऊ)।

[44] न राजकीय, न किराए पर, उपकेन्द्र बाके नगर और कसमंडी कला-द्वितीय।

[45] उपकेन्द्र बिवार-द्वितीय (हमीरपुर), उपकेन्द्र बरदहा बाजार, धौरहरा, बतरौली, रधिया देवरिया और कुरहवा (कुशीनगर), उपकेन्द्र बड़ागांव (जालौन) उपकेन्द्र टिकरी गणेश, सराय जोगा और हरहा (उन्नाव)।

5.6.1.10 बैरियर मुक्त पहुंच

भारतीय सार्वजानिक स्वाथ्य मानक के अनुसार गैर-एम्बुलेंट (व्हील-चेयर,स्ट्रेचर), सेमी-एम्बुलेंट, दृष्टि-बाधित विकलांग और बुजुर्ग व्यक्तियों की आसान पहुँच प्रदान करने हेतु बुनियादी ढांचे की व्यवस्था की जानी है। यह अक्षम और बुजुर्ग लोगों द्वारा जगह के पूर्ण इस्तेमाल उनकी सुरक्षा और समाज में उनके पूर्ण एकीकरण को सुनिश्चित करता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सभी नमूना जाँच किये गये राजकीय मेडिकल कालेजों, संयुक्त जिला चिकित्सालयों/जिला पुरुष चिकित्सालयों/जिला महिला चिकित्सालयों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वाथ्य केन्द्रों में बाधा मुक्त पहुंच उपलब्ध थी।

अनुस्मारकों के बावजूद शासन का उत्तर अगस्त 2024 तक अप्राप्त था।

संक्षेप में राज्य में प्राथमिक और द्वितीयक स्तर के चिकित्सालयों की भारी कमी थी। निर्माण कार्यों में विलम्ब हुआ। इसके अतिरिक्त नमूना जांच किए गए चिकित्सालयों में अवसंरचना ख़राब स्थिति में थी, चिकित्सालय उपलब्ध होने वाली आवश्यक सुविधाओं से रहित था। वाह्य रोगी विभाग रोगियों के लिये नैदानिक सेवाओं हेतु चिकित्सक के कक्षों की कमी थी। पेयजल, शौचालय एवं बिजली की अनुपलब्धता के कारण प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की सेवायें बुरी तरह प्रभावित थी। चिकित्सकों के आवास जर्जर अवस्था में थे। लेखापरीक्षा द्वारा किये गये सर्वेक्षण में सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी देखी गयी, जहाँ नमूना जाँच किये गये जनपदों के 196 चिकित्सकों में से 152 (78 प्रतिशत) द्वारा कहा गया कि राजकीय चिकित्सालयों में स्वास्थ्य सुविधाओं के बुनियादी ढांचे में सुधार की आवश्यकता है।

अनुशंसाएं:

राज्य सरकार को चाहिए कि:

16. ***जिला चिकित्सालयों के लिये शैय्याओं की संख्या और प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र उपकेंद्रों की संख्या के लिए मानदंड तय करे;***

17. ***मानकों के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों/उपकेंद्रों का निर्माण करे और जनता को अधिक चिकित्सालय/शैय्याएँ उपलब्ध कराने के लिये निर्माण प्रक्रिया में आने वाली बाधाओं को दूर करके निर्माणाधीन स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के निर्माण में तेजी लाये;***

18. *निर्माण कार्यों की धीमी गति के लिए उत्तरदायित्व निर्धारित करे;*

19. *बुनियादी ढांचा और मानव संसाधन प्रदान करके पूर्ण चिकित्सालयों/भवनों को संचालित करे;*

20. *नवीन निर्माणों के अतिरिक्त चिकित्सालय और आवासीय भवनों के रखरखाव पर ध्यान दे;*

21. *भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक के मानदंडों के अनुसार बुनियादी ढांचे जैसे चिकित्सक के कक्ष, औषधि वितरण पटल, कर्मचारी आवास और चिकित्सालय भवन एवं उसके परिसर के रखरखाव की उपलब्धता सुनिश्चित करे।*