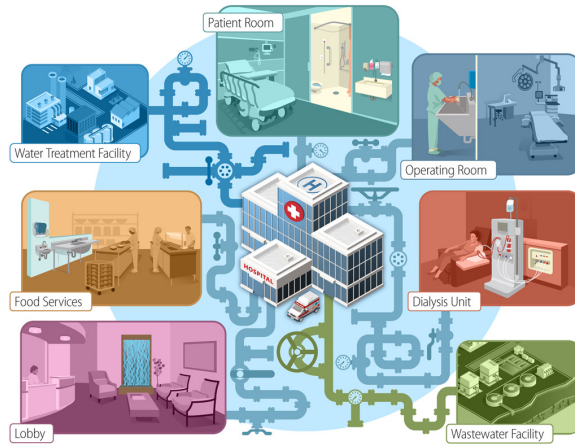


अध्याय-V

स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना

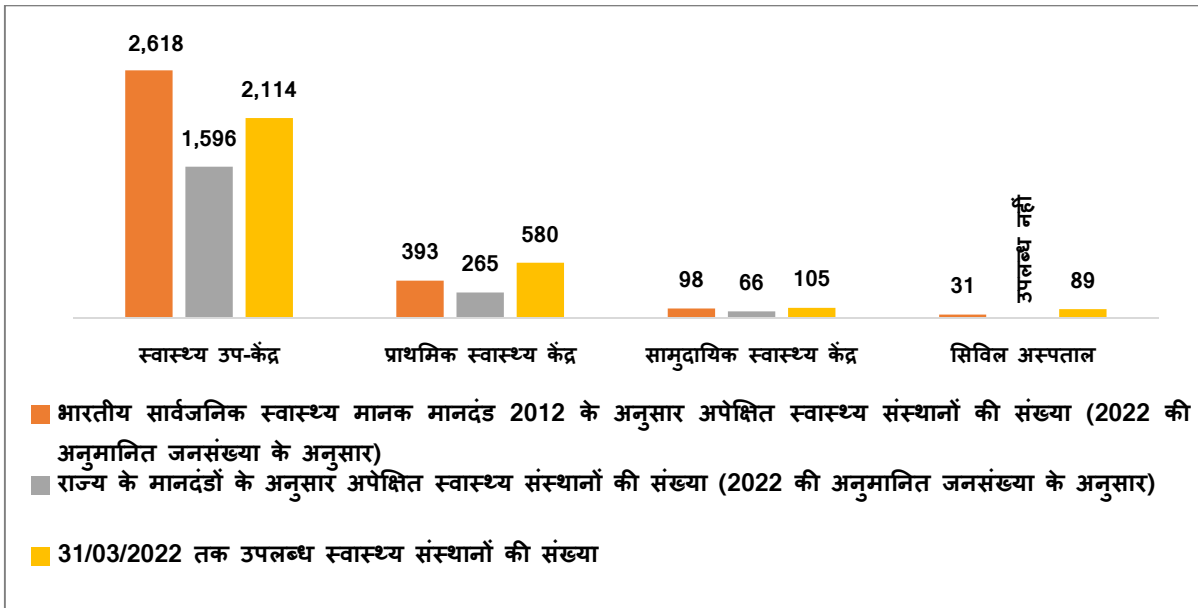


अध्याय V: स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना

5.1 स्वास्थ्य सेवा संस्थानों की उपलब्धता

स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के निर्माण हेतु भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 जनसंख्या एवं भौगोलिक क्षेत्रफल पर आधारित हैं। राज्य सरकार ने भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंडों को तो नहीं अपनाया परन्तु राज्य के सामान्य व जनजातीय क्षेत्रों¹ में जनसंख्या के आधार पर (अन्य मापदंडों हेतु कोई मानदंड अधिसूचित नहीं किया गया), सिविल अस्पतालों को छोड़कर राज्य में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एवं स्वास्थ्य उप-केंद्रों के निर्माणार्थ नए स्वास्थ्य संस्थानों को खोलने/उन्नयन करने के लिए स्टाफिंग/जनसंख्या के नए मानदंड² अधिसूचित (अप्रैल 2016) किए। मार्च 2022 तक राज्य में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व सिविल अस्पताल) की संख्या चार्ट 5.1 में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.1: मार्च 2022 तक राज्य में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व सिविल अस्पताल) की संख्या



हिमाचल प्रदेश सरकार की स्वास्थ्य संस्थानों की निर्देशिका (2022) के अनुसार, 2022 में हिमाचल प्रदेश की अनुमानित जनसंख्या 78.53 लाख है। इस निर्देशिका के अनुसार चंबा जिले की अनुमानित जनसंख्या 5.92 लाख थी, जिसमें 2011 की जनगणना में 22.52 प्रतिशत की वृद्धि हुई थी। 2022 के लिए पांगी व भरमौर विकास खंडों की अनुमानित जनसंख्या की गणना जिला चंबा की 2011 की जनसंख्या के संदर्भ में अनुमानित जनसंख्या में 22.52 प्रतिशत की वृद्धि के आधार पर की गई है क्योंकि 2022 की विकास खंड -वार अनुमानित जनसंख्या निर्देशिका 2022 में उपलब्ध नहीं थी।

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग से प्राप्त जानकारी के अनुसार।

¹ किन्नौर जिला, लाहौल व स्पीति जिला एवं चंबा जिले के पांगी व भरमौर विकास खंड।

² स्वास्थ्य उप-केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 3,000, सामान्य: 5,000), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 20,000, सामान्य: 30,000), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र: (जनजातीय क्षेत्र: 80,000, सामान्य: 1,20,000)।

जैसाकि चार्ट 5.1 से देखा जा सकता है कि हिमाचल प्रदेश में स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित संख्या से कम थी, जबकि अन्य स्वास्थ्य संस्थान (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सिविल अस्पताल) निर्धारित संख्या से अधिक थे। यह भी देखा गया कि वास्तव में उपलब्ध स्वास्थ्य (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) संस्थानों की संख्या, राज्य के मानदंडों से अधिक थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्वास्थ्य संस्थानों की अधिक संख्या पर्याप्त सुविधाओं एवं जनशक्ति में परिवर्तित नहीं हुई, जैसाकि अध्याय II व III में चर्चा की गई है। इसके अतिरिक्त मार्च 2023 तक 2,136 (563 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 1,573 स्वास्थ्य उप-केंद्र) अधिसूचित स्वास्थ्य व कल्याण केंद्रों के सापेक्ष 1,468 (530 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 938 स्वास्थ्य उप-केंद्र) स्वास्थ्य व कल्याण केंद्र संचालित किए गए, जैसाकि परिच्छेद 7.3.4.1 में चर्चा की गई है।

उपरोक्त के अतिरिक्त राज्य में 12 जिला स्तरीय अस्पताल, छः मेडिकल कॉलेज अस्पताल (वर्ष 2016-17 से पहले शिमला व कांगड़ा में दो मेडिकल कॉलेज अस्पताल चल रहे थे एवं उसके पश्चात् वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान चार मेडिकल कॉलेज अस्पताल³ स्थापित किए गए) तथा एक दंत महाविद्यालय प्रचालित था। 720 बिस्तरों की क्षमता वाला महर्षि मार्कडेश्वर आयुर्विज्ञान महाविद्यालय व अस्पताल, सोलन नाम का एक निजी अस्पताल वर्ष 2013 में स्थापित किया गया था। इसके अतिरिक्त, राज्य सरकार ने सितंबर 2022 में चमियाना, शिमला में एक मेडिकल सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल की स्थापना की एवं मार्च 2023 के दौरान न्यूरोलॉजी, एंडोक्राइनोलॉजी, प्लास्टिक सर्जरी व रेडियोलॉजी नामक चार स्पेशियलिटी को प्रचालित किया गया। अक्टूबर 2022 में राज्य में 750 बिस्तरों की क्षमता के साथ अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), बिलासपुर का उद्घाटन किया गया।

5.1.1 वर्ष 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या में वृद्धि

वर्ष 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में नए स्वास्थ्य संस्थानों का जुड़ना तालिका 5.1 में दर्शाया गया है:

तालिका 5.1: 2016-17 व 2021-22 के मध्य राज्य में नए स्वास्थ्य संस्थानों का जुड़ना

स्वास्थ्य संस्थान	2016-17 में संख्या	2021-22 में संख्या	वृद्धि (प्रतिशत)
जिला अस्पताल	12	12	-
सिविल अस्पताल	59	89	30 (50.85)
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	89	105	16 (17.98)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	538	580	42 (7.81)
स्वास्थ्य उप-केंद्र	2,083	2,114	31 (1.49)

स्रोत: वर्ष 2016-17 की वार्षिक प्रशासनिक रिपोर्ट एवं वर्ष 2021-22 के विभाग के उत्तर के अनुसार।

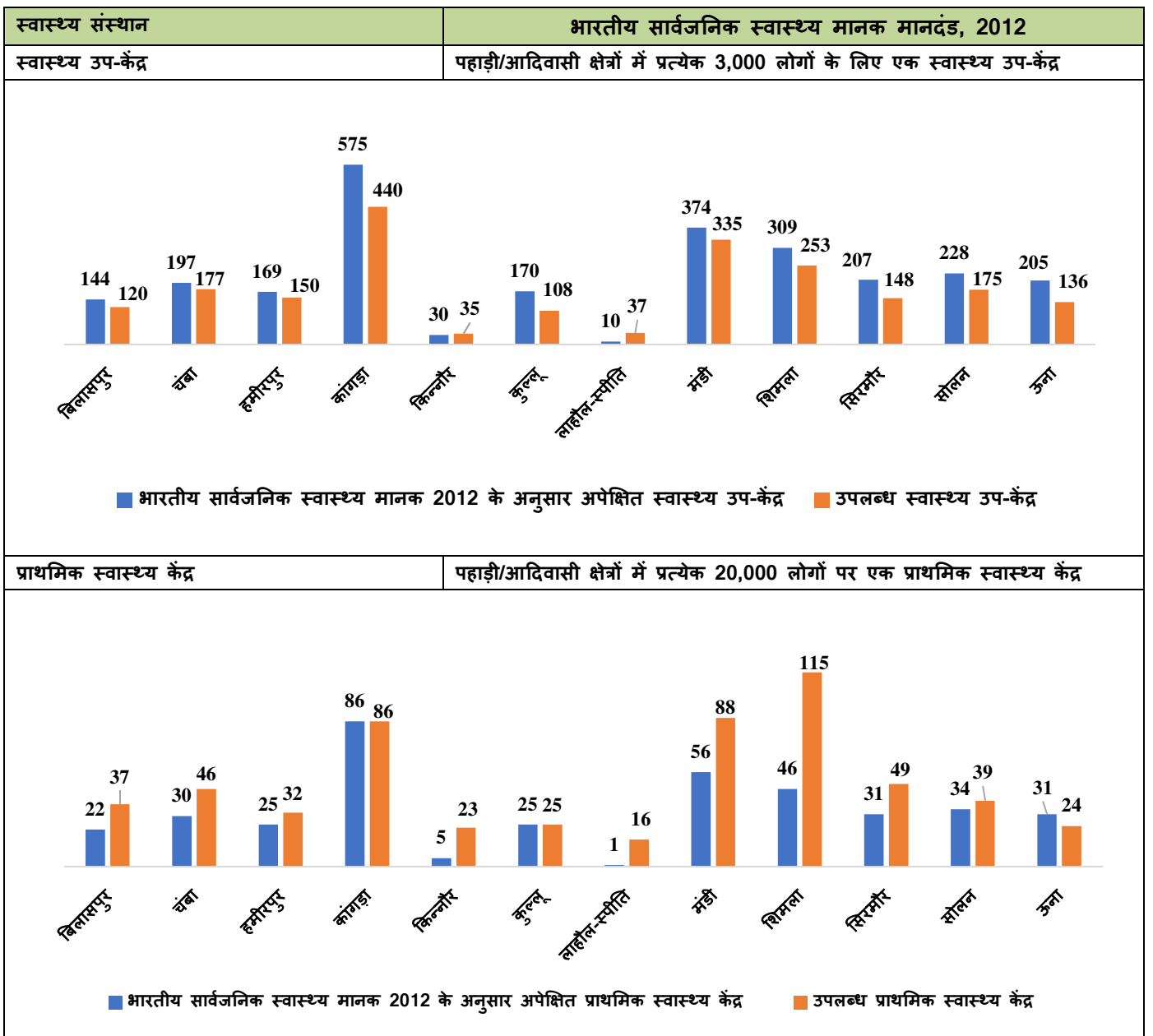
³ वाईपीजीएमसी, नाहन- 2016, आरकेजीएमसी, हमीरपुर- 2018, एसएलबीएसजीएमसी, मंडी- 2017 व पीजेएलएनजीएमसी, चंबा- 2017

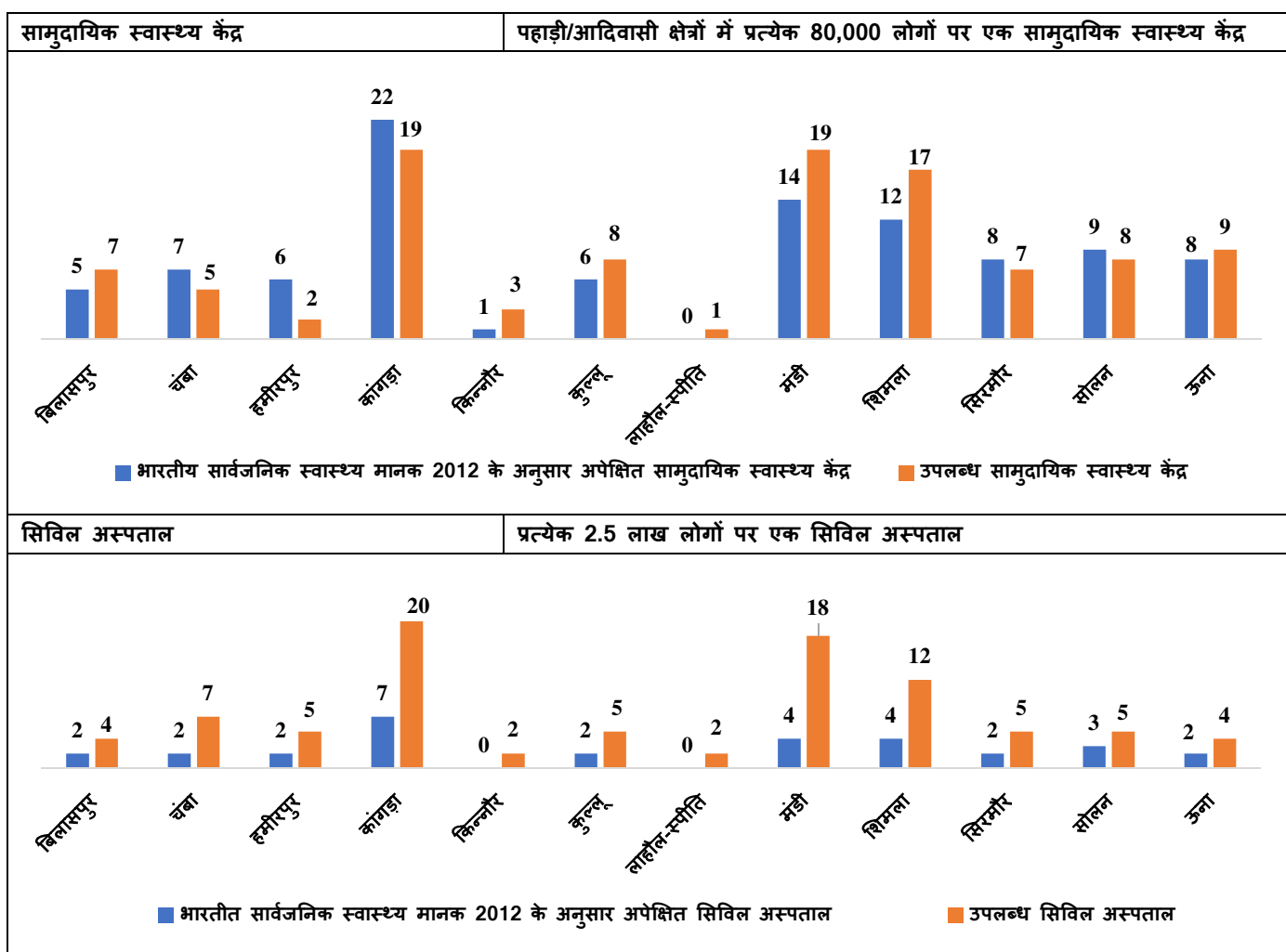
जैसाकि तालिका 5.1 से देखा जा सकता है, राज्य में जिला अस्पतालों की संख्या स्थिर बनी रही, जबकि सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एवं स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या में क्रमशः 50.85 प्रतिशत, 17.98 प्रतिशत, 7.81 प्रतिशत व 1.49 प्रतिशत की वृद्धि हुई।

5.1.2 राज्य के सभी जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के संदर्भ में सभी जिलों में उपलब्ध प्राथमिक व द्वितीयक स्वास्थ्य संस्थानों (स्वास्थ्य उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र एवं सिविल अस्पताल) की उपलब्धता चार्ट 5.2 में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.2: मार्च 2022 तक सभी जिलों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या





स्रोत: स्वास्थ्य विभाग की निर्देशिका 2021-22, हिमाचल प्रदेश।

चार्ट 5.2 से यह देखा जा सकता है:

- किन्नौर एवं लाहौल-स्पीति के अतिरिक्त सभी जिलों में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में स्वास्थ्य उप-केंद्र कम थे।
- ऊना के अतिरिक्त सभी जिलों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 से अधिक या उसके बराबर थे।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पांच जिलों⁴ में कम एवं सात जिलों⁵ में अधिक थे।
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 की तुलना में सिविल अस्पताल सभी जिलों में अधिक थे।

यह देखा गया कि सभी जिलों में स्वास्थ्य उप-केंद्रों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के अतिरिक्त हर स्तर पर स्वास्थ्य संस्थानों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के संदर्भ में

⁴ चंबा, हमीरपुर, कांगड़ा, सोलन व सिरमौर

⁵ बिलासपुर, लाहौल-स्पीति, कुल्लू, किन्नौर, मंडी, शिमला व ऊना

अधिक थी, परन्तु उपलब्ध सुविधाएं एवं प्रदान की जाने वाली बुनियादी सेवाएं पर्याप्त नहीं थी, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेद में बताया गया है।

5.1.3 चयनित जिलों में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों का वितरण

मार्च 2022 तक चयनित जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों के वितरण का विवरण परिशिष्ट 5 में दर्शाया गया है तथा आंकड़ों के आधार पर यह देखा गया कि:

- कांगड़ा जिले में स्वास्थ्य संस्थानों की अधिकतम संख्या (25.13 प्रतिशत) तीन⁶ क्षेत्रों में थीं। न्यूनतम स्वास्थ्य संस्थानों वाले क्षेत्रों (तीन⁷) में कुल स्वास्थ्य संस्थानों के केवल 15.22 प्रतिशत संस्थान थे।
- सोलन जिले में दो⁸ निर्वाचन क्षेत्रों में 49.78 प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थान थे जबकि पांच में से एक⁹ निर्वाचन क्षेत्र में 15 प्रतिशत से कम स्वास्थ्य संस्थान थे।
- किन्नौर जिले में केवल एक निर्वाचन क्षेत्र है, जिसमें एक जिला अस्पताल, दो सिविल अस्पताल, तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, 23 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व 35 स्वास्थ्य उप-केंद्र हैं। इस प्रकार कांगड़ा एवं सोलन जिलों में स्वास्थ्य संस्थानों का एकसमान वितरण नहीं था।

5.1.4 आवासीय भवनों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) की उपलब्धता

5.1.4.1 जिला अस्पताल

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सभी अनिवार्य मेडिकल व पैरामेडिकल स्टाफ को आवासीय भवन प्रदान किए जाए। यदि किसी कारणवश आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सकता, तो उन्हें आसपास ही रहना होगा, ताकि अनिवार्य कर्मचारी 24x7 उपलब्ध रहें।

चयनित तीन जिला अस्पतालों में देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 97 चिकित्सकों में से केवल 32 चिकित्सकों एवं 236 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 38 के लिए ही आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि परिशिष्ट 6 में विवर्णित है।

अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में सचिव (स्वास्थ्य) ने बताया कि चिकित्सकों व कर्मचारियों के आवास के मामले पर ध्यान दिया जाएगा तथा इस संबंध में आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

⁶ बैजनाथ (50), जयसिंहपुर (46) व सुल्ताह (46)

⁷ कांगड़ा (28), इंदौरा (29) व धर्मशाला (29)

⁸ अर्की (58) व नालागढ़ (55)

⁹ कसौली (34)

5.1.4.2 सिविल अस्पताल

चयनित छः सिविल अस्पतालों में यह देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 71 चिकित्सकों में से केवल 12 चिकित्सकों एवं 169 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 16 के लिए ही आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि परिशिष्ट 6 में विवर्णित है।

5.1.4.3 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में यह देखा गया कि 31 मार्च 2023 तक 34 चिकित्सकों में से केवल नौ चिकित्सकों एवं 64 नर्सों व पैरामेडिकल स्टाफ में से केवल 16 के लिए आवासीय भवन उपलब्ध थे, जैसाकि परिशिष्ट 6 में विवर्णित है।

5.1.4.4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार चिकित्सा अधिकारी, नर्सिंग स्टाफ, फार्मासिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन व अन्य कार्मिकों हेतु 24 घंटे पानी की आपूर्ति, विद्युत इत्यादि जैसी सभी सुविधाओं के साथ उचित आवास उपलब्ध होना चाहिए। यदि किसी कारणवश आवास उपलब्ध नहीं कराया जा सकता, तो उन्हें प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के आसपास रहना होगा ताकि आवश्यकता पड़ने पर वे 24×7 उपलब्ध रहें।

चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में देखा गया कि लेखापरीक्षा की तिथि तक चयनित 17 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से आठ¹⁰ मामलों में आवासीय भवन उपलब्ध थे।

5.1.5 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/स्वास्थ्य उप-केंद्रों का संयुक्त भौतिक सत्यापन

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य उप-केंद्र के पास स्वयं का भवन होना चाहिए जो ऐसे क्षेत्र में स्थित हो जहां आसानी से पहुंचा जा सके।

अभिलेखों की नमूना-जांच के दौरान एवं चिकित्सा अधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ (सोलन जिला) द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार पाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पहले तीन कमरों में चल रहा था जो कि खराब हालत में थे, जैसाकि चित्र 5.1 में देखा जा सकता है। अगस्त 2018 में भारी बारिश के कारण इमारत क्षतिग्रस्त हो गई तथा इमारत की छत का 2/3 हिस्सा गिर जाने से छत क्षतिग्रस्त हो गई। दिसंबर 2019 के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को केवल दो कमरों वाले पंचायत भवन में स्थानांतरित कर दिया गया, जैसाकि चित्र 5.2 में देखा जा सकता है। इस प्रकार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के पास रोगियों को देखने के लिए अपना कोई स्थायी भवन नहीं था।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों व स्वास्थ्य उप-केंद्रों के संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान लेखापरीक्षा ने प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छौसा (सोलन जिला) में परित्यक्त भवन देखे, जैसाकि चित्र 5.3 में देखा जा

¹⁰ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र- चडी, सियूँ, दरिणी, स्पीलो, रक्षम, छितकुल, भेडी व बंदियां खोपा

सकता है तथा स्वास्थ्य उप-केंद्र, बोह व बसनूर (कांगड़ा जिला) की जीर्ण-शीर्ण इमारतें देखी गईं, जैसाकि क्रमशः चित्र 5.4 व 5.5 में देखा जा सकता है।

		
<p>चित्र 5.1: मरम्मत की आवश्यकता वाला प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ का पुराना भवन</p>	<p>चित्र 5.2: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, चामियाँ वर्तमान में ग्राम पंचायत भवन में दो कमरों में चलाया जा रहा है</p>	<p>चित्र 5.3: खंड चिकित्सा अधिकारी, सायरी के अधीन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, छाँसा में खाली भवन</p>
		
<p>चित्र 5.4: स्वास्थ्य उप-केंद्र, बोह</p>	<p>चित्र 5.5: खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर के अधीन स्वास्थ्य उप-केंद्र बसनूर</p>	<p>चित्र 5.6: खंड चिकित्सा अधिकारी, शाहपुर के अधीन स्वास्थ्य उप-केंद्र, भलेड़ ग्राम पंचायत भवन के एक कमरे में चल रहा है</p>

इसके अतिरिक्त लेखापरीक्षा ने संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान पाया कि चयनित 32 स्वास्थ्य उप-केंद्रों¹¹ में से नौ¹² के पास अपनी इमारतें नहीं थीं तथा वे निजी/अन्य विभागीय भवनों में चल रहे थे। स्वास्थ्य उप-केंद्र, भलेड़ (कांगड़ा जिला) पंचायत भवन के एक कमरे में चल रहा था, जैसाकि चित्र 5.6 में देखा जा सकता है।

5.2 राज्य के स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र) में बिस्तरों की उपलब्धता

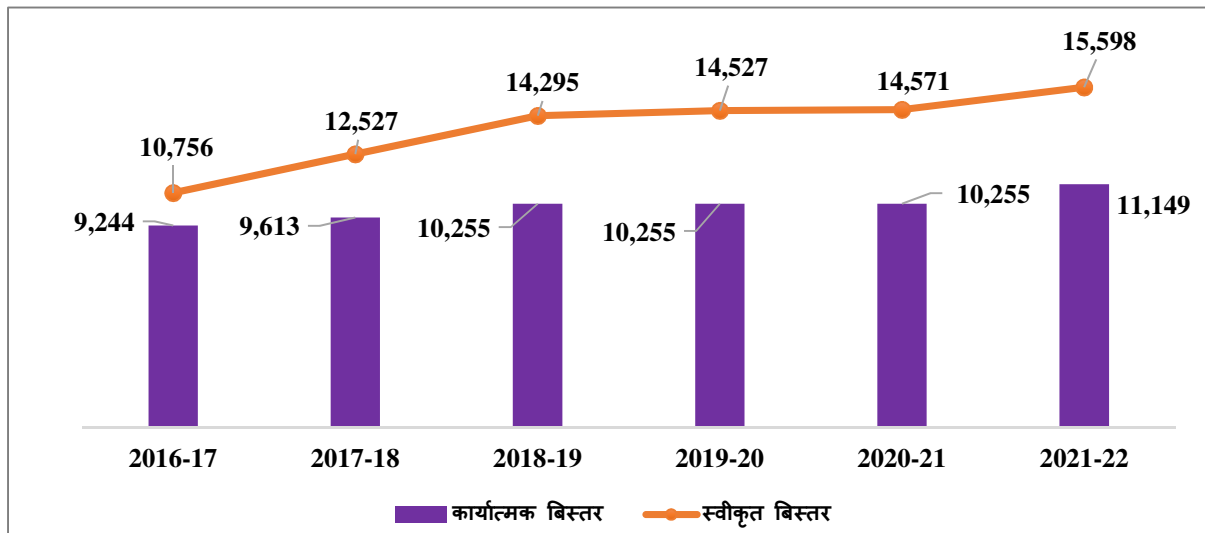
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित है कि स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल व सिविल अस्पताल) में अपेक्षित कुल बिस्तर स्थानीय जनसंख्या पर आधारित हो। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के मामले में 30 बिस्तर एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में 4-6 बिस्तर उपलब्ध हो। विभाग ने स्वास्थ्य संस्थानों में बिस्तर उपलब्ध करवाने हेतु न तो कोई मानक/मानदंड निर्धारित किये एवं न ही भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 को अपनाया था।

¹¹ किन्नौर-आठ, सोलन-आठ व कांगड़ा-16

¹² किन्नौर- पांगी, कांगड़ा- नौसेरा, सकोह, भारता, बोह, भलेड़, सद्न, पंजाला, घिरहोल

हिमाचल प्रदेश राज्य में वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वीकृत बिस्तरों के सापेक्ष उपलब्ध कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या नीचे चार्ट 5.3 में दी गई है।

चार्ट 5.3: 2016-17 व 2021-22 के दौरान राज्य के स्वीकृत बिस्तरों के सापेक्ष राज्य में कार्यात्मक बिस्तरों की उपलब्धता



स्रोत: निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं

चार्ट 5.3 से यह देखा जा सकता है कि वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप नहीं थी। राज्य में वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक बिस्तरों की स्वीकृत संख्या में 45.02 प्रतिशत की वृद्धि हुई परन्तु इस अवधि के दौरान बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में केवल 20.60 प्रतिशत की वृद्धि हुई। इस प्रकार बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में आनुपातिक रूप से वृद्धि नहीं हुई। साथ ही वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान ₹ 1427.03 करोड़ की समग्र बचत हुई, जैसाकि परिच्छेद 6.4 में टिप्पणी की गई है। इसमें से पूंजीगत व्यय के अंतर्गत ₹ 148.40 करोड़ की समग्र बचत हुई, जैसाकि परिच्छेद 6.5.1 में टिप्पणी की गई है। इस बचत का उपयोग स्वीकृत संख्या में बिस्तरों की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए किया जा सकता था।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में स्वीकृत बिस्तरों के संदर्भ में बताया कि प्रक्रियाधीन सिविल कार्यों के कारण उपलब्ध कार्यात्मक बिस्तरों में कमी हुई।

5.2.1 मेडिकल कॉलेज अस्पतालों (तृतीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग ने 28 अक्टूबर 2020 की अधिसूचना के माध्यम से अधिसूचित किया कि प्रत्येक मेडिकल कॉलेज अस्पताल में कम से कम 300 बिस्तरों वाला एक संलग्न शिक्षण अस्पताल होना चाहिए और पहाड़ी और उत्तर पूर्वी राज्यों में 250 बिस्तरों वाला संलग्न शिक्षण अस्पताल होना चाहिए।

मार्च 2021 तक चयनित दो मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में स्वीकृत संख्या के संदर्भ में बिस्तरों की उपलब्धता तालिका 5.2 में दर्शायी गई है।

तालिका 5.2: स्वीकृत बिस्तरों व कार्यात्मक बिस्तरों की प्रास्थिति

मेडिकल कॉलेज अस्पताल का नाम	स्वीकृत बिस्तर	उपलब्ध बिस्तर
कमला नेहरू राजकीय महिला एवं बाल अस्पताल (केएनएसएच) सहित इंदिरा गांधी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय एवं अस्पताल (आईजीएमसी), शिमला	1,124 ¹³	1,120 ¹⁴
डॉ. राजेंद्र प्रसाद राजकीय आयुर्विज्ञान महाविद्यालय एवं अस्पताल (आरपीजीएमसी) (एसएसबी व कोविड बेड सहित), कांगड़ा	866	866

स्रोत: संबंधित मेडिकल कॉलेज

तालिका 5.2 से यह स्पष्ट था कि सरकार ने राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार अस्पतालों को पर्याप्त बिस्तर प्रदान किए थे। हालांकि आईजीएमसी के विभिन्न रोगी वार्डों में संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखा गया कि एक ही बिस्तर पर दोगुने व तिगुने मरीज थे। यह परिचायक है कि राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों के अनुसार पर्याप्त बिस्तर उपलब्ध होने के बावजूद ये वास्तविक रोगी भार को संभालने के लिए अपर्याप्त थे।

द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य सेवा सुविधा/बिस्तर/मानव संसाधन की कमी के कारण मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में दोगुने व तिगुने रोगियों का भार हो सकता है, जैसाकि अनुवर्ती परिच्छेदों एवं अध्याय II - मानव संसाधन में चर्चा की गई है।

5.2.2 जिला अस्पतालों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

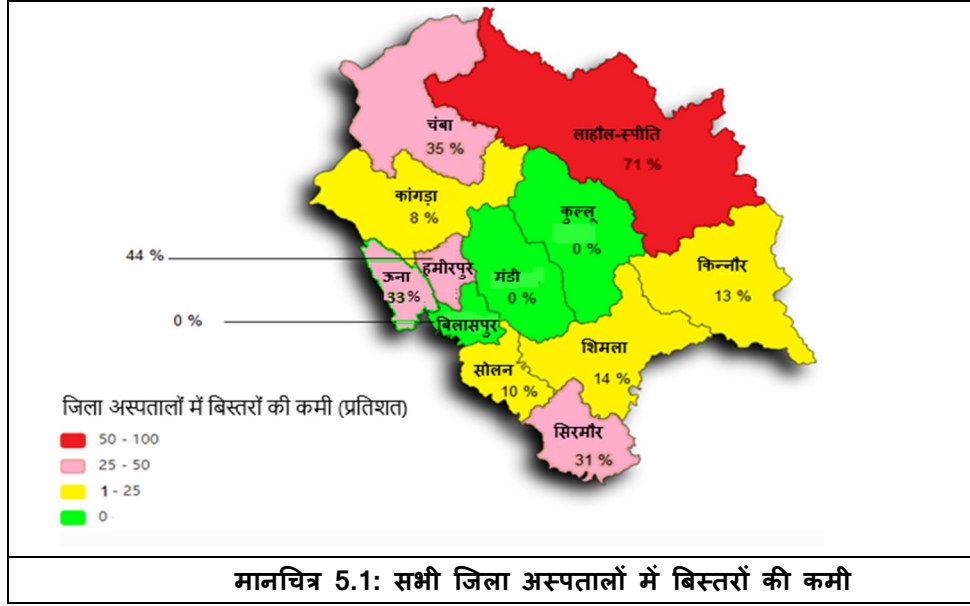
भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार एक जिला अस्पताल का आकार अस्पताल में बिस्तरों की मांग पर निर्भर करता है, जो अंततः वहां की आबादी के आकार पर निर्भर करता है, जहां वह सेवाएं देता है। प्रवेश की वार्षिक दर प्रति 50 जनसंख्या पर एक और अस्पताल में रहने की औसत अवधि पांच दिन की धारणा के आधार पर, 10 लाख की आबादी वाले जिले के लिए आवश्यक बिस्तरों की संख्या लगभग 300 बिस्तर होगी। इसलिए जिला अस्पतालों को 100-500 बिस्तरों वाले पांच ग्रेडों में विभाजित किया गया।

i. सभी जिला अस्पतालों में बिस्तरों की उपलब्धता में कमी

जिला अस्पतालों में बिस्तरों की कमी को मानचित्र 5.1 में दर्शाया गया है एवं विवरण परिशिष्ट 7 में दिया गया है।

¹³ आईजीएमसी-850, केएनएसएच-274

¹⁴ आईजीएमसी-873, केएनएसएच-247



सांख्यिकीय आंकड़ों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि जिला अस्पतालों में उपलब्ध बिस्तरों की संख्या राज्य द्वारा स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप नहीं थी क्योंकि बिलासपुर, मंडी, कुल्लू व जुना के जिला अस्पतालों के अतिरिक्त अन्य सभी जिला अस्पतालों में बिस्तरों में उल्लेखनीय कमी थी, जो मार्च 2022 तक आठ प्रतिशत से 71 प्रतिशत के मध्य थी।

ii. लेखापरीक्षा में चयनित तीन जिला अस्पतालों में पाया गया कि कार्यात्मक बिस्तर स्वीकृत बिस्तरों से कम थे, जैसाकि तालिका 5.3 में नीचे विवरित है।

तालिका 5.3: वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वीकृत बिस्तरों के प्रति कार्यात्मक बिस्तरों की प्रास्थिति

वर्ष	जिला अस्पताल, किन्नौर			जिला अस्पताल, सोलन			जिला अस्पताल, कांगड़ा		
	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	कमी (प्रतिशत)
2016-17	100	100	0 (0)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2017-18	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2018-19	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2019-20	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2020-21	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	225	75 (25)
2021-22	125	109	16 (13)	200	180	20 (10)	300	275	25 (8)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में न्यूनतम 100 कार्यात्मक बिस्तर अपेक्षित है। लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- जिला अस्पताल, किन्नौर में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 (20-25 बिस्तर)¹⁵ के अनुसार बिस्तर उपलब्ध थे परन्तु कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुसार न हो कर उनमें 13 प्रतिशत की कमी थी।

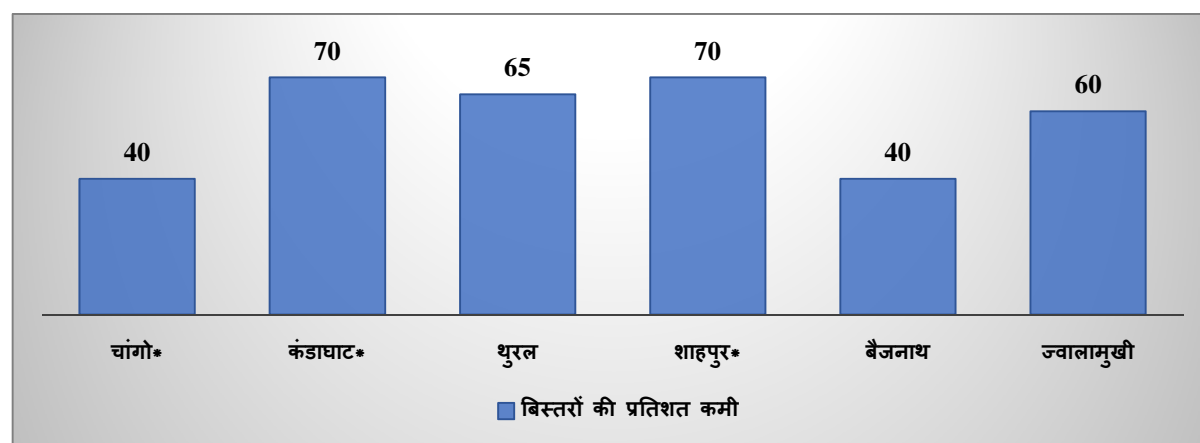
¹⁵ 2022 में जिले की अनुमानित जनसंख्या के आधार पर गणना की गई जिसमें बिस्तर भार (अधिभोग) 80 प्रतिशत से 100 प्रतिशत है।

- जिला अस्पताल, सोलन में 80 प्रतिशत भार (150-187 बिस्तर) के साथ भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार बिस्तर उपलब्ध थे परन्तु स्वीकृत बिस्तरों से 10 प्रतिशत कम थे।
- जिला अस्पताल, कांगड़ा में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 (378-472 बिस्तर) के अनुसार बिस्तर उपलब्ध नहीं थे। इसके अतिरिक्त कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों के अनुरूप न हो कर उनमें 2016-22 में आठ से 25 प्रतिशत की कमी थी।

5.2.3 चयनित सिविल अस्पतालों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सिविल अस्पतालों में बिस्तरों की उपलब्धता 31 से 100 या उससे अधिक होनी चाहिए। यह पाया गया कि 31 मार्च 2022 तक चयनित छः सिविल अस्पतालों में से तीन¹⁶ में 31 से कम कार्यात्मक बिस्तर थे, जैसाकि परिशिष्ट 7 में विवर्णित है। लेखापरीक्षा में आगे देखा गया कि मार्च 2022 तक चयनित सिविल अस्पतालों में राज्य द्वारा स्वीकृत बिस्तरों की तुलना में कार्यात्मक बिस्तरों में कमी 40 प्रतिशत से 70 प्रतिशत के मध्य थी, जैसाकि चार्ट 5.4 में दर्शाया गया है।

चार्ट 5.4: राज्य द्वारा स्वीकृत संख्या के संदर्भ में चयनित सिविल अस्पतालों में बिस्तरों की कमी का प्रतिशत



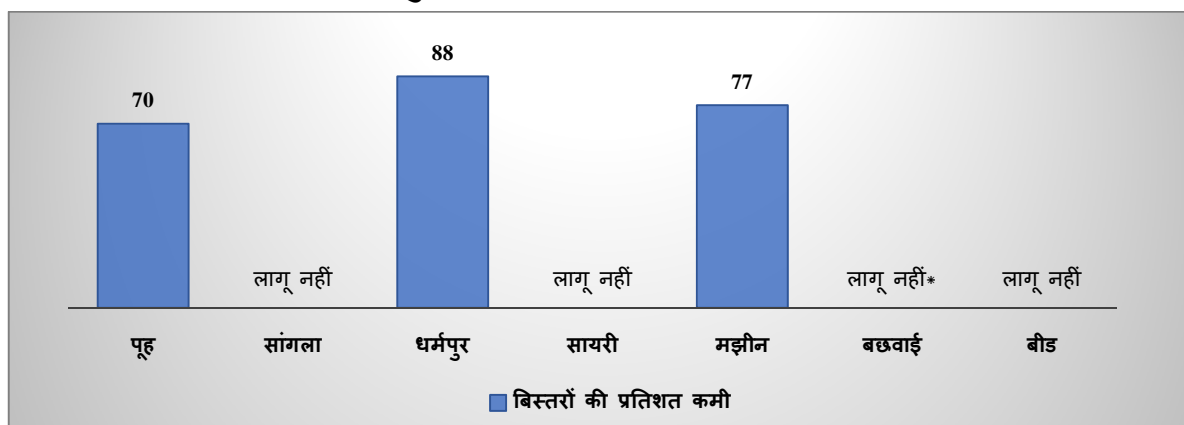
* 31 से कम कार्यात्मक बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल

5.2.4 चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (द्वितीयक स्तर) में बिस्तरों की उपलब्धता

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 30 बिस्तर होने चाहिए। स्वीकृत बिस्तरों वाले छः में से चार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्वीकृत बिस्तरों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के मानदंडों से कम थी तथा एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु कोई स्वीकृत संख्या निर्धारित नहीं की गई थी। 31 मार्च 2022 तक छः में से तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में राज्य द्वारा स्वीकृत क्षमता के सापेक्ष कार्यात्मक बिस्तरों में 70 प्रतिशत से 88 प्रतिशत तक की कमी थी, जैसाकि परिशिष्ट 7 में विवर्णित है एवं चार्ट 5.5 में दर्शाया गया है।

¹⁶ चांगो (छः), कंडाघाट (15), शाहपुर (30)।

चार्ट 5.5: चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में बिस्तरों की कमी का प्रतिशत



* कोई स्वीकृत बिस्तर नहीं। लागू नहीं= लागू नहीं क्योंकि सांगला, सायरी व बीड में कोई कमी नहीं है।

5.2.5 बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (द्वितीयक स्तर) एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में 30 बिस्तर एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में चार से छः बिस्तर होने चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 31 मार्च 2022 तक चयनित जिलों में छः सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व 101 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बिना बिस्तरों के चलाए जा रहे थे, जैसाकि तालिका 5.4 में विवर्णित है।

तालिका 5.4: मार्च 2022 तक बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

जिला	कुल सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	बिना बिस्तरों के प्रचालित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	कुल प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	बिना बिस्तरों के प्रचालित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
सोलन	8	2	39	21
कांगड़ा	19	4	86	63
किन्नौर	3	0	23	17
योग	30	6	148	101

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग निर्देशिका 2021-22, हिमाचल प्रदेश।

कार्यात्मक बिस्तरों की अनुपलब्धता स्वास्थ्य उपचार तक पहुंच को प्रतिबंधित करती है तथा स्वास्थ्य सेवा की खराब गुणवत्ता का कारण बनती है।

5.3 राज्य में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के कार्य निष्पादन की प्रास्थिति

राज्य में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के पूर्ण किए गए, प्रारंभ नहीं किए गए एवं प्रक्रियाधीन कार्यों का विवरण तालिका 5.5 में दर्शाया गया है।

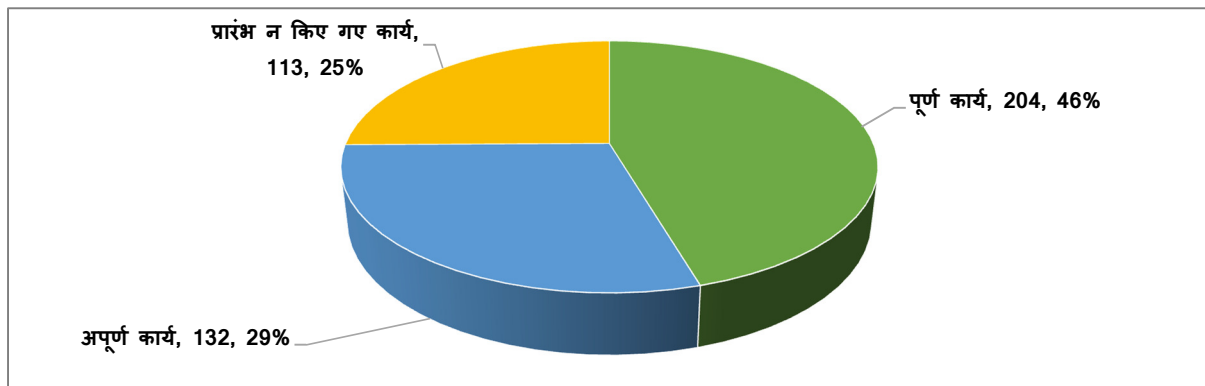
तालिका 5.5: पूर्ण किए गए, प्रक्रियाधीन एवं प्रारंभ नहीं किए गए कार्यों का विवरण

(₹ करोड़ में)

वर्ष	स्वीकृत कार्य		पूर्ण किए कार्य		प्रारंभ नहीं किए गए कार्यों की संख्या		प्रक्रियाधीन कार्यों की संख्या	
	कार्यों की संख्या	जारी की गई राशि	कुल कार्य	प्रयुक्त राशि	कार्य	अंतर्निहित राशि	कार्य	अंतर्निहित राशि
2016 तक	191	246.68	125	130.18	23	11.10	43	105.40
2017	66	115.49	25	31.39	21	9.02	20	75.08
2018	81	146.40	37	53.52	22	17.61	22	75.27
2019	46	114.16	7	7.24	18	8.74	21	98.18
2020	29	37.90	5	1.76	10	2.61	14	33.53
2021	36	66.97	5	12.73	19	11.41	12	42.83
योग	449	727.6	204	236.82	113	60.49	132	430.29

जैसाकि तालिका 5.5 से देखा जा सकता है कि वर्ष 2016 तक 191 कार्य स्वीकृत किए गए (1998 से 2016 के दौरान स्वीकृत) जिनमें से 66 कार्यों का निष्पादन किया जा रहा था/प्रारंभ नहीं हुए थे। तदोपरान्त वर्ष 2017-21 के दौरान विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों के निर्माणार्थ राज्य सरकार द्वारा राज्य व भारत सरकार की योजनाओं के अंतर्गत 258 कार्य स्वीकृत किए गए। इन कार्यों में स्वास्थ्य संस्थानों का निर्माण और उन्नयन शामिल है। आगे यह देखा गया कि कुल 449 कार्यों में से 204 कार्य पूर्ण किए गए, 132¹⁷ कार्य (1998-16 के दौरान 43 स्वीकृत, 2017-21 के दौरान 89 स्वीकृत) अपूर्ण थे तथा 113¹⁸ कार्य (1998-2016 के दौरान 23 स्वीकृत, 2017-21 के दौरान 90 स्वीकृत) प्रारंभ नहीं किए गए, जैसाकि चार्ट 5.6 में दर्शाया गया है।

चार्ट 5.6: समग्र रूप से राज्य में कार्यों की प्रास्थिति

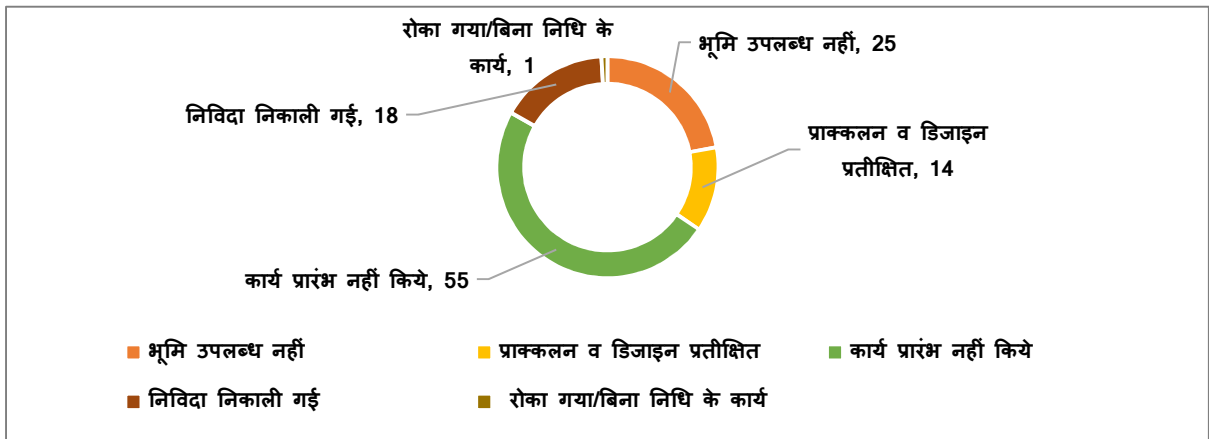


113 कार्यों को प्रारंभ न करने के कारणों में भूमि, प्राक्कलन एवं डिजाइन उपलब्ध न होना तथा ठेकेदारों द्वारा कार्यों का कार्यान्वयन न करना शामिल थे, जैसाकि नीचे चार्ट 5.7 में दर्शाया गया है।

¹⁷ स्वास्थ्य उप-केंद्र-33, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-35, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र-18, सिविल अस्पताल-25, जिला अस्पताल-एक, कार्मिक आवास-16, अन्य-चार

¹⁸ स्वास्थ्य उप-केंद्र-46, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र-31, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र-13, सिविल अस्पताल-सात, जिला अस्पताल-दो, कार्मिक आवास-11, अन्य-तीन

चार्ट 5.7: प्रारंभ नहीं किए कार्यों की संख्या

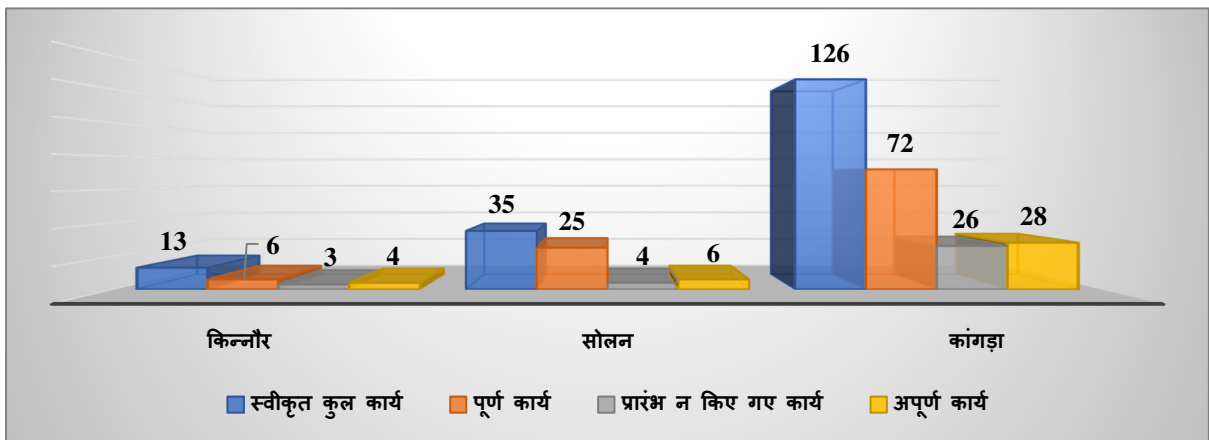


सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक (जनवरी 2023) में बताया कि प्रक्रियात्मक मुद्दों के कारण विलम्ब हुआ, जिसे भविष्य में समय पर पूरा करने के लिए त्वरित कार्रवाई की जाएगी।

5.3.1 चयनित जिलों में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के कार्य निष्पादन की प्रास्थिति

तीन चयनित जिलों में स्वीकृत कार्यों (वर्ष 1998 से 2020 के दौरान) की स्थिति नीचे चार्ट 5.8 में दर्शाई गई है।

चार्ट 5.8: चयनित जिलों में कार्य प्रास्थिति



चयनित जिलों में लेखापरीक्षा में पाया गया कि 33 कार्यों¹⁹ (14 स्वास्थ्य उप-केंद्र, आठ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, दो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, तीन सिविल अस्पताल, पांच कार्मिक आवास व एक प्रयोगशाला) से अंतर्विष्ट ₹ 12.88 करोड़ लागत की निधियाँ कार्य प्रारंभ न होने के कारण किन्नौर (₹ 1.00 करोड़ के तीन कार्य), सोलन (₹ 1.45 करोड़ के चार कार्य) व कांगड़ा (₹ 10.43 करोड़ के 26 कार्य) में अवरुद्ध रही।

¹⁹ भूमि उपलब्ध नहीं- आठ, ठेकेदार द्वारा कार्य, निविदा जारी नहीं करना -25

इस प्रकार मुख्य चिकित्सा अधिकारियों द्वारा निगरानी की कमी एवं बाधा रहित भूमि सुनिश्चित किए बिना कार्य स्वीकृत करने व ठेकेदारों द्वारा कार्य प्रारंभ न करने/विलम्ब से करने के परिणामस्वरूप चयनित जिलों में ₹ 12.88 करोड़ की निधियां अवरुद्ध रही।



5.3.2 चयनित तृतीयक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में कार्यों का निष्पादन


लेखापरीक्षा ने द्वितीयक व तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में कार्यों के निष्पादन से संबंधित अभिलेखों की जांच की। संवीक्षा के परिणाम तालिका 5.6 में दिए गए हैं।

तालिका 5.6: चयनित तृतीयक एवं द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में कार्यों का निष्पादन

(₹ करोड़ में)

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थान			
1.	कांगड़ा में मानसिक स्वास्थ्य उत्कृष्टता केंद्र	35.39	अप्रैल 2017 के दौरान कांगड़ा में मानसिक स्वास्थ्य उत्कृष्टता केंद्र के लिए राज्य सरकार द्वारा ₹ 27.80 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति प्रदान की गई। इसके अतिरिक्त मार्च 2021 के दौरान विद्युत कार्यों के प्रावधानार्थ राज्य सरकार द्वारा ₹ 7.59 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन भी दिया गया। वर्ष 2016-22 के दौरान हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग मंडल, कांगड़ा में ₹ 35.39 करोड़ की राशि जमा की गई। सितंबर 2018 के दौरान ठेकेदार द्वारा निर्माण कार्य शुरू किया गया। मई 2023 तक ₹ 35.39 करोड़ की जमा राशि के सापेक्ष ₹ 35.39 करोड़ का व्यय किया गया। आगे यह देखा गया कि भारत सरकार द्वारा बार-बार राज्य सरकार से समय पर परियोजना पूर्ण करने के लिए कहा गया। मई 2023 तक 98 प्रतिशत सिविल कार्य पूर्ण हो चुका था। इस प्रकार विभाग के उदासीन दृष्टिकोण के साथ-साथ कार्य के निष्पादन की धीमी गति के कारण, परियोजना का निर्माण कार्य स्वीकृति की तिथि के पांच वर्ष बाद भी अपूर्ण था।
2.	आईजीएमसी, शिमला का उन्नयन	213.01	भारत सरकार ने प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना-III के अंतर्गत कॉलेज परिसर के भीतर ₹ 150.00 करोड़ (केंद्रीय अंशदान: ₹ 120.00 करोड़ व राज्यांश: ₹ 30.00 करोड़) की लागत से आईजीएमसी, शिमला का उन्नयन अनुमोदित किया (जनवरी 2014)। राज्य सरकार ने कॉलेज परिसर में अपर्याप्त भूमि के कारण सुपर स्पेशियलिटी खंड की प्रस्तावित साइट को चमियाना (शिमला जिला) में किसी अन्य साइट पर स्थानांतरित करने का निर्णय लिया (दिसंबर 2016)। वन अधिकार अधिनियम एवं वन संरक्षण अधिनियम के तहत क्रमशः दिसंबर 2016 व मार्च 2018 में वन मंजूरी प्राप्त की गई थी। इस बीच भारत सरकार ने परियोजना को विस्तारित करते हुए ₹ 213.01 करोड़ (जून 2017) की लागत से एक स्वतंत्र (स्टैंड-अलोन) अस्पताल बनाने की मंजूरी दी। इस परियोजना में मौजूदा विभागों का उन्नयन, चिकित्सा उपकरणों और सेवाओं की खरीद, ट्रॉमा सेंटर व सुपर-स्पेशियलिटी खंड का निर्माण शामिल था। भारत सरकार ने अस्पताल सेवा परामर्श निगम को सिविल कार्यों के सलाहकार/निष्पादन एजेंसी के रूप में नियुक्त किया एवं एचएलएल इंफ्रा टेक सर्विसेज लिमिटेड (भारत सरकार का सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम) चिकित्सा उपकरणों की खरीद हेतु सहायक एजेंसी थी। अक्टूबर 2019 में कार्य प्रारंभ हुआ और सितंबर 2022 में पूर्ण

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
			<p>हुआ परन्तु अभी तक प्रचालित नहीं किया गया। अस्पताल को जोड़ने वाली संपर्क सड़क (दो किमी) चौड़ी नहीं की गई है (मई 2023 तक) क्योंकि लोक निर्माण विभाग द्वारा अभी तक कार्य प्रारंभ नहीं किया गया है।</p> <p>अटल सुपर स्पेशलिटी आयुर्विज्ञान संस्थान के प्रधानाचार्य ने प्रत्युत्तर में बताया (मई 2023) कि जैसाकि लोक निर्माण विभाग के अधिकारियों ने सूचित किया है, सड़क की मेटलिंग व चौड़ीकरण के लिए टेंडर दे दिया गया है तथा कार्य जल्द ही शुरू किया जाएगा।</p> <p>संकरी सड़क के साथ-साथ अत्यधिक यातायात (ट्रैफिक) को ध्यान में रखते हुए विभाग को उक्त सड़क का निर्माण शीघ्र प्रारंभ करना चाहिए ताकि मरीज समय पर अस्पताल पहुंच सकें।</p>
3.	निगम-सामाजिक उत्तरदायित्व के तहत आरपीजीएमसी, कांगड़ा में सराय भवन	2.50	 <p>कॉलेज अधिकारियों द्वारा आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ₹ 6.20 करोड़ की लागत से चार मंजिला सराय भवन (54 चिकित्सा परिचारकों हेतु गेस्ट हाउस) के निर्माण का प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया, जिसके लिए अगस्त 2017 में सरकार ने ₹ 2.50 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन दिया। ₹ 2.40 करोड़ (मैसर्स बीएचईएल से सीएसआर के तहत ₹ 1.57 करोड़ एवं एमपीएलएडीएस के तहत ₹ 0.83 करोड़) की निधियां प्राप्त हुईं। जून 2018 में हिमाचल प्रदेश लोक निर्माण विभाग द्वारा निर्माण-कार्य सौंपा गया। जून 2022 तक ₹ 2.40 करोड़ का व्यय होने के बावजूद भूतल व पहली मंजिल का निर्माण कार्य पूर्ण नहीं हुआ था तथा भूतल व पहली मंजिल को पूर्ण करने के लिए ₹ 40.00 लाख की निधियों की आवश्यकता थी। इस प्रकार धनाभाव के कारण भूतल व पहली मंजिल का निर्माण पूर्ण नहीं हो सका, जिसके परिणामस्वरूप दूसरी व तीसरी मंजिल का निर्माण प्रारंभ नहीं किया जा सका।</p>
द्वितीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थान			
1.	सिविल अस्पताल, कंडाघाट	16.90	 <p>अगस्त 2016 में कंडाघाट में सिविल अस्पताल भवन के निर्माणार्थ ₹ 16.90 करोड़ का प्रशासनिक अनुमोदन दिया गया। ₹ 4.00 करोड़ के व्ययोपरांत अगस्त 2018 से धनाभाव के कारण निर्माण-कार्य लंबित रहा। सितंबर 2021 के दौरान निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं ने राज्य सरकार से अतिरिक्त निधियां उपलब्ध कराने का अनुरोध किया परन्तु निधियां उपलब्ध नहीं कराई गईं।</p> <p>चिकित्सा अधिकारी, सिविल अस्पताल, कंडाघाट ने बताया (मई 2023) कि कार्य अभी भी स्थगित है तथा आज तक कोई निधियाँ प्राप्त नहीं हुईं।</p>

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
2.	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	14.25	 <p>मार्च 2009 के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ज्वालामुखी के निर्माणार्थ ₹ 2.49 करोड़ की प्रारंभिक प्रशासनिक मंजूरी दी गई (मौजूदा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को मातृ छाया यात्री भवन में स्थानांतरित कर दिया गया) तथा मार्च 2013 तक ₹ 1.08 करोड़ का व्यय किया गया। फरवरी 2014 में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ज्वालामुखी को 50 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड करने एवं उसके बाद मार्च 2017 में 100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड करने का निर्णय लिया गया, तदोपरांत जनवरी 2018 में साइट परिवर्तित करने का प्रस्ताव रखा गया। साइट बदलने, न्यायालयीन प्रकरणों व कार्यक्षेत्र में परिवर्तन के कारण निर्माण-कार्य में और विलम्ब हुआ। अगस्त 2020 में ₹ 14.25 करोड़ के कार्य का संशोधित प्राक्कलन स्वीकृत किया गया। जैसाकि लेखापरीक्षा द्वारा देखा गया (मई 2023), ₹ 1.75 करोड़ के व्ययोपरांत 70 प्रतिशत कार्य पूर्ण हुआ तथा सिविल अस्पताल जर्जर भवन में प्रचालित किया जा रहा था।</p> <p>खंड चिकित्सा अधिकारी, ज्वालामुखी ने प्रत्युत्तर में बताया (जनवरी 2022) कि अदालती मामले के कारण भी विलम्ब हुआ तथा सितंबर 2021 के दौरान कार्य फिर से प्रारंभ किया गया।</p>
3.	सिविल अस्पताल, शाहपुर	12.09	<p>फरवरी 2019 के दौरान सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, शाहपुर को 100 बिस्तरों वाले सिविल अस्पताल में अपग्रेड किया गया। फरवरी 2020 में निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, शिमला को ₹ 12.09 करोड़ का प्रारंभिक प्राक्कलन भेजा गया, जिसे मार्च 2020 के दौरान मंजूरी दे दी गई एवं ₹ 87.50 लाख का बजट आवंटित किया गया। इसके बाद वर्ष 2020-22 के दौरान ₹ 1.28 करोड़ जारी किए गए (अगस्त 2020 में ₹ 78 लाख व जुलाई 2021 में ₹ 50 लाख)। दिसंबर 2021 के दौरान निर्माण-कार्य प्रारंभ किया गया तथा दीवार के प्लास्टर तक का संरचनात्मक कार्य पूर्ण हुआ (मई 2023)।</p> <p>विभाग ने अपने उत्तर में बताया (मार्च 2022) कि प्रशासनिक कारणों से उच्च कार्यालयों द्वारा प्राक्कलन स्वीकृत करने में विलम्ब हुआ। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि कार्य पूर्णता में विलम्ब के कारण अस्पताल के उन्नयन के माध्यम से अभीष्ट लाभ लाभार्थियों तक नहीं पहुंचाया जा सका।</p>
4.	सिविल अस्पताल, थुरल	18.42	<p>सितंबर 2018 में सिविल अस्पताल, थुरल को 100 बिस्तरों में अपग्रेड किया गया। हालांकि नए उन्नत अस्पताल के लिए अतिरिक्त खंड के निर्माणार्थ मई 2021 के दौरान 32 माह की अवधि के बाद ₹ 18.42 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति दी गई।</p> <p>जून 2021 के दौरान निष्पादन प्राधिकारी के पास ₹ 2.30 करोड़ की राशि जमा की गई तथा नवंबर 2021 के दौरान निष्पादन एजेंसी (लोक निर्माण विभाग) द्वारा भवन का निर्माण-कार्य प्रारंभ किया गया। लेखापरीक्षा के समय (दिसंबर 2021) निर्माण-कार्य प्रारंभिक चरण में था।</p> <p>खंड चिकित्सा अधिकारी, थुरल ने उत्तर में बताया (फरवरी 2022) कि कोविड के कारण प्रशासनिक अनुमोदन प्राप्त करने में विलम्ब हुआ।</p>

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्थान का नाम	स्वीकृति राशि	मामला
			उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि सितंबर 2018 के दौरान सिविल अस्पताल के उन्नयन की अधिसूचना जारी की गई थी तथा विभाग के पास कोविड-19 से पहले मार्च 2020 के दौरान प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति प्राप्त करने के लिए पर्याप्त समय था।
कार्मिक आवास			
1.	सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में टाइप I, II, III व IV कार्मिक आवास	3.77	<p>मई 2013 के दौरान सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी में स्टाफ क्वार्टर के निर्माण हेतु ₹ 3.06 करोड़ की प्रशासनिक अनुमोदन/व्यय स्वीकृति दी गई थी, जिसे मार्च 2018 के दौरान संशोधित करके ₹ 3.77 करोड़ कर दिया गया। सितंबर 2019 के दौरान निर्माण-कार्य पूर्ण कर (टाइप I, II व IV) स्वास्थ्य विभाग को सौंप दिया गया। मार्च 2020 व जून 2020 के दौरान ये आवास आवंटित कर दिए गए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि: यद्यपि आवासों का निर्माण एवं आवंटन किया गया, परन्तु उन्हें सीवरेज कनेक्शन उपलब्ध नहीं कराया गया जिसके परिणामस्वरूप:</p> <p>(i) सीवरेज कनेक्शन न होने के कारण अस्पताल के अधिकारियों द्वारा टाइप IV के चार आवासों का अधिग्रहण नहीं किया गया। अतः ये आवास खाली रहे। लगभग 3.5 वर्ष (मई 2023) बीत जाने के बाद अब 16/05/2023 को सीवरेज कनेक्शन प्रदान किया गया है और विभाग द्वारा अभी तक आवास आवंटित नहीं किये हैं।</p> <p>(ii) कर्मचारियों ने लगभग 3.5 वर्ष की अवधि तक बिना सीवरेज कनेक्शन के अपनी व्यवस्था करके टाइप I व टाइप II आवासों का अधिग्रहण किया। हालांकि अब मई 2023 में सीवरेज कनेक्शन प्रदान कर दिया गया।</p> <p>(iii) भवन निर्माण पूर्ण न होने से टाइप III आवासों का आवंटन नहीं किया जा सका।</p> <p>इस प्रकार सीवरेज कनेक्शन उपलब्ध न कराने के कारण टाइप IV आवास खाली रहे एवं टाइप I व II आवासों पर लगभग साढ़े तीन वर्षों तक निवासियों ने अपनी व्यवस्था करके अधिग्रहण किया।</p>

5.4 चयनित स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में जल व विद्युत पूर्तिकर (बैकअप) की उपलब्धता

5.4.1 जल आपूर्ति की उपलब्धता (तृतीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों में पानी की उपलब्धता हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था, अतः जिला अस्पतालों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर पानी की उपलब्धता की जांच की गई, जिसमें 450 से 500 लीटर प्रति बिस्तर प्रतिदिन पानी अपेक्षित होने का प्रावधान है।

चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- जुलाई 2022 तक आईजीएमसी में पानी की ऊपरी टंकी (ओवरहेड टैंक) की जल क्षमता 3.8 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (873) के आनुपातिक (प्रतिदिन प्रति बिस्तर 450 से

500 लीटर पानी) नहीं थी जिसके कारण अस्पताल नगर निगम, शिमला की जलापूर्ति पर निर्भर था। इसके अतिरिक्त अस्पताल में पानी की आपूर्ति हेतु कोई बैकअप व्यवस्था नहीं थी।

- अगस्त 2022 तक केएनएसएच में ओवरहेड टैंक की जल क्षमता 1.74 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (247) के आनुपातिक थी। यह अस्पताल नगर निगम, शिमला की जलापूर्ति पर निर्भर था।
- जुलाई 2022 तक आरपीजीएमसी, कांगड़ा में ओवरहेड टैंक की जल क्षमता 4.35 लाख लीटर थी, जो अस्पताल की बिस्तर क्षमता (866) के आनुपातिक थी।

5.4.2 जल आपूर्ति की उपलब्धता (द्वितीयक स्तर)

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में चौबीसों घंटे पाइप से पानी की आपूर्ति की व्यवस्था की जाए, साथ ही ओवरहेड जल भंडारण टैंक के साथ कम से कम तीन दिन हेतु अपेक्षित पानी को संग्रहित करने का प्रावधान हो, जिसमें पंपिंग एवं बूस्टिंग (पानी खींचना) की व्यवस्था हो। प्रतिदिन प्रति बिस्तर लगभग 450 से 500 लीटर पानी अपेक्षित है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए अग्निशमन को छोड़कर सभी आवश्यकताओं (कपड़े धोने सहित) की पूर्ति हेतु प्रति दिन 10,000 लीटर पीने योग्य पानी की आपूर्ति की व्यवस्था की जाए।

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों (जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) के अभिलेखों की संवीक्षा से उजागर हुआ कि मार्च 2021 तक चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों में से 11²⁰ में पर्याप्त क्षमता वाली पानी की टंकी उपलब्ध नहीं थी, जैसाकि परिशिष्ट 8 में विवर्णित है।

सचिव (स्वास्थ्य) ने अंतिम बैठक में बताया (जनवरी 2023) कि राज्य की टोपोलॉजी (भौगोलिक स्थिति) के कारण आपूर्ति बाधित है।

5.4.3 विद्युत एवं बैकअप की उपलब्धता (तृतीयक स्तर व द्वितीयक स्तर)

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग मानदंडों में विद्युत उपलब्धता हेतु विशिष्ट मानदंडों का उल्लेख नहीं किया गया था, अतः जिला अस्पताल के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के आधार पर विद्युत उपलब्धता की जांच की गई।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार जिला अस्पतालों में अतिरिक्त भार उठाने में सक्षम 25-50 केवीए की क्षमता युक्त तीन फेज़ वाली 24 घंटे की निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति हो। 25-50 केवीए क्षमता का जनरेटर बैकअप अनिवार्य था। सिविल अस्पतालों में अस्पताल के सम्पूर्ण विद्युत भार की पूर्ति हेतु अतिरिक्त (स्टैंडबाय) जनरेटर उपलब्ध कराया जाए। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में जनरेटर बैकअप उपलब्ध होना चाहिए। जिला अस्पतालों व सिविल अस्पतालों में सभी उपकरण वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत कवर किए जाने चाहिए।

²⁰ जिला अस्पताल सोलन, जिला अस्पताल कांगड़ा, सिविल अस्पताल चांगो, सिविल अस्पताल शाहपुर, सिविल अस्पताल बैजनाथ, सिविल अस्पताल ज्वालामुखी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पूह, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सांगला, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मझीन

चयनित स्वास्थ्य संस्थानों में विद्युत उपलब्धता एवं बैकअप की प्रास्थिति तालिका 5.7 में दर्शाई गई है।

तालिका 5.7: मार्च 2021 तक विद्युत उपलब्धता एवं बैकअप की प्रास्थिति

स्वास्थ्य संस्थान का नाम	24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति की उपलब्धता	अस्पताल में स्थापित जनरेटर व इन्वर्टर की उपलब्धता	जनरेटर व इन्वर्टर का वार्षिक रखरखाव अनुबंध किया गया
आईजीएमसी, शिमला	✓	10	✓
केएनएसएच, शिमला	✓	5	✓
आरपीजीएमसी, कांगड़ा	✓	18	हां, केवल डीजी सेट
जिला अस्पताल, किन्नौर	✓	2	✓
जिला अस्पताल, सोलन	✓	8	✓
जिला अस्पताल, कांगड़ा	✓	1	✓
सिविल अस्पताल, चांगो	x	1 (ठीक से कार्य नहीं कर रहा)	x
सिविल अस्पताल, कंडाघाट	x	3	x
सिविल अस्पताल, थुरल	x	2	x
सिविल अस्पताल, ज्वालामुखी	x	1	x
सिविल अस्पताल, शाहपुर	✓	1	x
सिविल अस्पताल, बैजनाथ	✓	3	x
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, पूह	x	2	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सांगला	✓	1	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, सायरी	x	0	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, धर्मपुर	x	2	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बछवाई	x	1	*
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मझीन	x	0	लागू नहीं
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, बीड	x	0	लागू नहीं

स्रोत: चयनित स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा दी गई जानकारी। *हालांकि अनिवार्य नहीं था, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र बछवाई में एएमसी थी।

तालिका 5.7 से देखा जा सकता है कि:

- चयनित मेडिकल कॉलेज अस्पतालों एवं जिला अस्पतालों में 24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति, विद्युत बैकअप उपलब्ध था एवं जनरेटर/इन्वर्टर को वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत लिया गया था, आरपीजीएमसी, कांगड़ा को छोड़कर जहां केवल डीजी सेट का वार्षिक रखरखाव अनुबंध किया गया था।

- चयनित छः सिविल अस्पतालों में से चार में 24 घंटे निर्बाध विद्युत आपूर्ति उपलब्ध नहीं थी क्योंकि वे जनरेटर व इन्वर्टर पर निर्भर थे एवं दो²¹ सिविल अस्पतालों में निर्बाध विद्युत आपूर्ति थी। चयनित सिविल अस्पतालों के सभी जनरेटर/इन्वर्टर वार्षिक रखरखाव अनुबंध के अंतर्गत नहीं थे।
- चयनित सात सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में से तीन²² में निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति एवं विद्युत बैकअप दोनों उपलब्ध नहीं थे। एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सांगला) में 24 घंटे निर्बाध स्थिर विद्युत आपूर्ति उपलब्ध थी। सात में से तीन²³ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में केवल विद्युत बैकअप उपलब्ध था।

5.5 निष्कर्ष

राज्य का बुनियादी स्वास्थ्य ढांचा अच्छा नहीं था क्योंकि स्वास्थ्य उप-केंद्रों की संख्या भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 में निर्धारित संख्या से कम थी। साथ ही वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत बिस्तरों की संख्या के अनुरूप नहीं थी। राज्य ने वर्ष 2016-17 से 2021-22 तक बिस्तरों की स्वीकृत संख्या में 45.02 प्रतिशत की वृद्धि की परन्तु इस अवधि के दौरान बिस्तरों की वास्तविक उपलब्धता में केवल 20.60 प्रतिशत की वृद्धि हुई। चयनित स्वास्थ्य संस्थानों के द्वितीयक स्तर पर चिकित्सकों²⁴ (67 प्रतिशत से 83 प्रतिशत) एवं नर्सिंग व पैरामेडिकल स्टाफ (75 प्रतिशत से 91 प्रतिशत) के आवासीय भवनों की कमी थी, जिससे स्वास्थ्य सेवाओं के निर्बाध एवं प्रभावी वितरण हेतु सभी स्तरों पर कर्मचारियों की उपलब्धता में बाधा उत्पन्न हुई। दोनों मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में कुछ वार्डों में बिस्तरों पर दोगुना/तिगुना रोगी-भार देखा गया। चयनित 32 स्वास्थ्य उप-केंद्रों में से नौ के पास अपने भवन नहीं थे एवं वे निजी/अन्य विभागीय भवनों में चल रहे थे। संयुक्त भौतिक सत्यापन के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य उप-केंद्रों के भवन जर्जर अवस्था में पाए गए।

वर्ष 1998 से 2016 के दौरान 191 कार्य स्वीकृत किए गए थे, जो निष्पादनाधीन/प्रारंभ नहीं किए गए थे। इसके पश्चात वर्ष 2017-21 के दौरान राज्य एवं भारत सरकार की योजनाओं के तहत विभिन्न स्वास्थ्य सेवा संस्थानों के निर्माणार्थ सरकार द्वारा 258 कार्यों को मंजूरी दी गई। इनमें से 113 कार्य विभिन्न कारणों जैसे भूमि उपलब्ध न होने, प्राक्कलन एवं डिज़ाइन प्रतीक्षित होने, ठेकेदारों द्वारा कार्य निष्पादित न करने आदि के कारण प्रारंभ नहीं किए गए। एक मेडिकल कॉलेज अस्पताल (आईजीएमसी, शिमला) में जल भंडारण क्षमता आनुपातिक नहीं थी, जबकि चयनित 16 स्वास्थ्य संस्थानों

²¹ सिविल अस्पताल शाहपुर व बैजनाथ

²² सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र सायरी, मझीन व बीड।

²³ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र धर्मपुर, बछवाई व पूह।

²⁴ चिकित्सक (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- 74 प्रतिशत, सिविल अस्पताल- 83 प्रतिशत, जिला अस्पताल- 67 प्रतिशत), पैरामेडिकल स्टाफ (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- 75 प्रतिशत, सिविल अस्पताल- 91 प्रतिशत, जिला अस्पताल- 84 प्रतिशत)।

(जिला अस्पताल, सिविल अस्पताल व सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र) में से 11 में पर्याप्त जल टैंक क्षमता उपलब्ध नहीं थी। कुशल स्वास्थ्य सेवा वितरण हेतु आवश्यक निर्बाध विद्युत आपूर्ति छ: में से चार सिविल अस्पतालों में उपलब्ध नहीं थी तथा सात में से तीन सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में जनरेटर/इन्वर्टर उपलब्ध नहीं थे।

5.6 सिफारिशें

सरकार निम्नलिखित सुनिश्चित कर सकती है:

- प्रत्येक जिले में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक मानदंड, 2012 के अनुसार स्वास्थ्य उप-केंद्रों की उपलब्धता।
- रोगी-भार को ध्यान में रखते हुए जिन स्वास्थ्य संस्थानों में पर्याप्त बिस्तर नहीं हैं वहां स्वीकृत बिस्तरों की संख्या के अनुसार बिस्तरों की उपलब्धता।
- चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ हेतु सभी स्तरों पर आवासीय भवनों की पर्याप्तता ताकि स्वास्थ्य सेवाओं का 24x7 वितरण प्राप्त किया जा सके।
- मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आईपीडी रोगी भार के अनुसार बिस्तर क्षमता पर विचार/संशोधन किया जाए ताकि बिस्तरों में दोहरे/तिहरे रोगी-भार से बचा जा सके।
- निष्पादन/वित्तपोषण एजेंसियों के साथ समन्वय से स्वास्थ्य संस्थानों से संबंधित कार्यों की उचित निगरानी करना तथा कार्य समय पर पूर्ण करने में तेजी लाने के लिए विसंगतियों पर काम करना।
- जल आपूर्ति की पर्याप्त व्यवस्था एवं निर्बाध विद्युत आपूर्ति ताकि गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराई जा सके।