



भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक  
का 31 मार्च 2022 को समाप्त वर्ष के लिए  
'सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं  
का प्रबंधन' पर निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन



SUPREME AUDIT INSTITUTION OF INDIA  
लोकहितार्थ सत्यनिष्ठा  
Dedicated to Truth in Public Interest

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार  
वर्ष 2024 का प्रतिवेदन सं. 3



भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक  
का 31 मार्च 2022 को समाप्त वर्ष के लिए  
'सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं  
का प्रबंधन' पर निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार  
वर्ष 2024 का प्रतिवेदन सं. 3



## विषय-सूची

विवरण	संदर्भित	
	पैराग्राफ	पृष्ठ सं
प्रस्तावना		vii
कार्यकारी सारांश		ix
<b>अध्याय I: परिचय</b>		
स्वास्थ्य सेवाएं	1.1	1
राज्य में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का विहंगावलोकन	1.2	3
संगठनात्मक ढांचा	1.3	3
राज्य में स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति	1.4	4
लेखापरीक्षा के उद्देश्य	1.5	8
लेखापरीक्षा का कार्यक्षेत्र	1.6	9
डॉक्टरों/रोगियों का सर्वेक्षण	1.7	11
लेखापरीक्षा मानदंड	1.8	11
इस प्रतिवेदन में आयुष्मान भारत पर विचार	1.9	13
आभार	1.10	13
प्रतिवेदन की संरचना	1.11	13
<b>अध्याय II: मानव संसाधन</b>		
परिचय	2.1	15
स्वीकृत कर्मचारी संख्या के प्रति मानव संसाधन की उपलब्धता	2.2	16
महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं (डीजीएचएस) के अंतर्गत विभिन्न पदों पर कर्मचारियों की उपलब्धता	2.3	20
औषधि नियंत्रण विभाग (डीसीडी) के अंतर्गत मानव संसाधन	2.4	21
नमूना जांच किए गए अस्पतालों में स्वीकृत कर्मचारी संख्या और उपलब्धता	2.5	21
चयनित स्वायत्त सुपर स्पेशलिटी अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों की कमी	2.6	24
चयनित मेडिकल कॉलेज में स्वीकृत कर्मचारी संख्या और कार्यरत कर्मचारी	2.7	25
नर्सिंग कॉलेज, एलएनएच में कर्मचारियों की स्वीकृत संख्या और उपलब्धता	2.8	27

एनएचएम के अंतर्गत रिक्त पद	2.9	27
रेडियोलॉजी स्टाफ की तैनाती	2.10	29
<b>अध्याय III: स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं</b>		
लाइन सेवाओं का वितरण	3.1	32
अंतः रोगी विभाग (आईपीडी)	3.2	44
आपातकालीन प्रबंधन	3.3	55
मातृत्व सेवाएं और शिशु देखभाल	3.4	65
रेडियोलॉजी सेवाएं	3.5	70
सहायक एवं सहायता सेवाओं का वितरण	3.6	74
<b>अध्याय IV: औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता</b>		
परिचय	4.1	90
औषधियों, दवाइयों और उपभोज्य सामग्रियों की खरीद और उपलब्धता	4.2	90
इन्वेंटरी नियंत्रण के लिए प्रभावी प्रणाली	4.3	109
औषधियों एवं दवाइयों की उपलब्धता	4.4	114
उपकरणों की खरीद और उपलब्धता	4.5	118
<b>अध्याय V: स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना</b>		
परिचय	5.1	134
अवसंरचना का नियोजन और मूल्यांकन	5.2	134
<b>अध्याय VI: वित्तीय प्रबंधन</b>		
परिचय	6.1	162
राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति मानदंडों की तुलना में राज्य द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र पर व्यय	6.2	162
राजस्व और पूंजीगत व्यय	6.3	163
स्वास्थ्य अवसंरचना पर व्यय	6.4	164
केंद्र प्रायोजित योजनाओं (सीएसएस) का वित्तीय प्रावधान और प्रबंधन	6.5	165
कोविड-19 के लिए केंद्र सरकार से प्राप्त धनराशि का उपयोग	6.6	167
कोविड-19 टीकाकरण के लिए धनराशि जारी करने में देरी	6.7	169
नमूना जांच किए गए अस्पतालों द्वारा निधियों का कम उपयोग	6.8	169

दवाइयों के लिए अलग बजट शीर्ष का अभाव	6.9	170
<b>अध्याय VII: केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन</b>		
परिचय	7.1	174
संगठनात्मक ढांचा	7.2	175
निधीयन का पैटर्न	7.3	175
सहायता का पैटर्न	7.4	176
प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए)	7.5	176
मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)	7.6	204
एचएमआईएस के अंतर्गत डेटा संग्रहण और रिपोर्टिंग प्रणाली में कमियां	7.7	205
कैंसर, मधुमेह, हृद्वाहिका रोगों और स्ट्रोक की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम	7.8	206
दृष्टिहीनता नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम	7.9	209
राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम	7.10	211
राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम	7.11	215
राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) का कार्यान्वयन न होना	7.12	216
बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) का कार्यान्वयन	7.13	217
<b>अध्याय VIII: नियामक तंत्र की पर्याप्तता और प्रभावशीलता</b>		
परिचय	8.1	220
नियामक निकायों द्वारा मानदंडों और विनियमों का कार्यान्वयन	8.2	220
<b>अध्याय IX: सतत विकास लक्ष्य-3</b>		
परिचय	9.1	239
एसडीजी-3 का कार्यान्वयन और निगरानी	9.2	239
परिशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी)	9.3	241
राष्ट्रीय वायरल हेपेटाइटिस नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वयन में कमियां	9.4	249
नवजात शिशुओं को क्रिटिकल केयर प्रदान करने के लिए निजी अस्पताल/नर्सिंग होम को सूचीबद्ध न करना	9.5	249

<b>अध्याय X: रा.रा.क्षे.दि.स. के कार्यक्रमों, योजनाओं/परियोजनाओं/सेवाओं का कार्यान्वयन</b>		
आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ईडब्ल्यूएस) को निःशुल्क इलाज	10.1	252
दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) के अंतर्गत रोगियों का इलाज	10.2	260
जन औषधि जेनेरिक फार्मसी स्थापित नहीं होना	10.3	270
स्वास्थ्य हेल्पलाइन सेवाएं स्थापित नहीं होना	10.4	270
हेल्थ कार्ड योजना का कार्यान्वयन नहीं होना	10.5	270
स्वास्थ्य सूचना प्रबंधन प्रणाली के कार्यान्वयन में देरी	10.6	271
अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली/ई-अस्पताल स्थापित नहीं होना	10.7	271
दिल्ली हेल्थकेयर कॉर्पोरेशन (डीएचसी)	10.8	271
टेली-मेडिसिन सुविधा	10.9	272
टेली-रेडियोलॉजी सेवाएं	10.10	272
स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को सुगम बनाने में समन्वय एवं गंभीरता की कमी	10.11	273
<b>अध्याय XI: आयुष</b>		
परिचय	11.1	276
आयुष की संगठनात्मक संरचना	11.2	277
वित्त-पोषण की पर्याप्तता	11.3	277
आयुष स्वास्थ्य देखभाल संरचना की उपलब्धता और प्रबंधन	11.4	280
दवाइयों एवं उपकरणों की उपलब्धता	11.5	286
मानव संसाधन प्रबंधन	11.6	294
आयुष के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं	11.7	297
राष्ट्रीय आयुष मिशन	11.8	309
नियामक तंत्र	11.9	311

**अनुलग्नक**

संख्या	विवरण	संदर्भित	
		पैराग्राफ	पृष्ठ सं
I.	मार्च 2022 तक अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ और पैरा मेडिकल स्टाफ का विवरण	2.2	319
II.	रेडियोलॉजिकल सेवाओं का विवरण (एक्स-रे)	2.10	322
III.	अस्पतालों में उपभोग की जाने वाली निम्न गुणवत्ता वाली दवाओं की सूची	4.2.6.2	323
IV.	अस्पतालों में आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता	4.4.1	325
V.	डीजीएचएस को भूमि आबंटन के बाद अस्पताल/औषधालय जैसी विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं का विकास न होना	5.2.7	329
VI.	नर्सिंग संस्थानों का विवरण	8.2.2	333
VII.	चिह्नित निजी अस्पताल द्वारा इंडब्ल्यूएस रोगियों को अनुचित निःशुल्क इलाज/निःशुल्क इलाज प्रदान न करना	10.1.7	335
VIII.	एसएचएमसी में आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता	11.5.4	346
IX.	तिब्बिया अस्पताल में थोक में खरीदी एवं खुली वितरित दवाओं की सूची	11.5.5	349



## प्रस्तावना

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक का यह प्रतिवेदन राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार अधिनियम, 1991 की धारा 48 के तहत राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के उपराज्यपाल को प्रस्तुत करने के लिए तैयार किया गया है ताकि इसे राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की विधान सभा के समक्ष रखा जा सके। यह प्रतिवेदन भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के निष्पादन लेखापरीक्षा दिशानिर्देश, 2014 और लेखापरीक्षा एवं लेखा विनियम, 2020 के अनुसार तैयार किया गया है।

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के इस प्रतिवेदन में 2016-17 से 2020-21 की अवधि से संबंधित सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा के परिणाम शामिल हैं। जहां भी संभव हुआ, डाटा को 2021-22 तक अद्यतन किया गया है।

यह लेखापरीक्षा भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा जारी लेखापरीक्षा मानकों के अनुरूप की गई है।

लेखापरीक्षा, निष्पादन लेखापरीक्षा के संचालन में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार के साथ-साथ उनके क्षेत्रीय पदाधिकारियों से प्राप्त सहयोग के लिए आभार प्रकट करती है।



# कार्यकारी सारांश



## कार्यकारी सारांश

### हमने यह लेखापरीक्षा क्यों शुरू की?

स्वास्थ्य मानव विकास का एक महत्वपूर्ण संकेतक है जो आर्थिक और सामाजिक विकास का एक आधारभूत घटक है। भारत में, स्वास्थ्य देखभाल और सुरक्षा के अधिकार को मान्यता दी गई है और इसे प्राथमिकता दी जाती है।

दिल्ली में स्वास्थ्य क्षेत्र के कामकाज के महत्व को देखते हुए, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार (रा.रा.क्षे.दि.स.) की सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन की पर्याप्तता और प्रभावशीलता का आकलन करने हेतु आबंटित वित्तीय संसाधनों की पर्याप्तता, स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य अवसंरचना, जनशक्ति, मशीनरी और उपकरणों की उपलब्धता के साथ-साथ राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन में प्रभावकारिता का आकलन करने के लिए 2016-17 से 2021-22 की अवधि को शामिल करते हुए एक निष्पादन लेखापरीक्षा की गई थी। इस प्रतिवेदन में केवल द्वितीयक और तृतीयक अस्पतालों से संबंधित लेखापरीक्षा निष्कर्ष शामिल हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और मोहल्ला क्लिनिकों से संबंधित निष्कर्ष रा.रा.क्षे.दि.स. के अनुपालन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन में शामिल हैं। निष्पादन लेखापरीक्षा में निजी स्वास्थ्य क्षेत्र को विनियमित करने के लिए सरकार द्वारा लागू किए जा रहे नियामक ढांचे की प्रभावकारिता, रा.रा.क्षे.दि.स. के माध्यम से भारत सरकार द्वारा कार्यान्वित की जा रही योजनाओं और सतत विकास लक्ष्य-3 के साथ समग्र संबद्धता को भी शामिल किया गया है।

### निष्पादन का मूल्यांकन किन मानदंडों के आधार पर किया गया है?

भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने देश में स्वास्थ्य सेवा वितरण की गुणवत्ता में सुधार लाने और स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली के निष्पादन का आकलन करने के लिए एक बेंचमार्क के रूप में कार्य करने के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) नामक एकसमान मानकों का एक सेट जारी किया है। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) सेवाओं, जनशक्ति, उपकरण, दवा, भवन और अन्य सुविधाओं के लिए मानक निर्धारित करते हैं। इनमें स्वास्थ्य संस्थानों को न्यूनतम स्वीकार्य

कार्यात्मक ग्रेड पर लाने के मानक शामिल हैं। तथापि, यह देखा गया कि दिल्ली सरकार भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 का पालन नहीं करती है क्योंकि उसने इसे नहीं अपनाया है।

आईपीएचएस के अतिरिक्त, भारत सरकार द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं पर जारी विभिन्न मानक और दिशानिर्देश जैसे जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम; फार्मसी अधिनियम 1948 और फार्मसी प्रैक्टिस विनियम, 2015; भारतीय नर्सिंग परिषद अधिनियम, 1947; और ड्रग्स एंड कॉस्मेटिक नियमों का प्रयोग दिल्ली में स्वास्थ्य सुविधाओं का मूल्यांकन करने के लिए किया गया था।

**हमने क्या पाया है और हम क्या सिफारिश करते हैं?**

### **मानव संसाधन**

स्वास्थ्य नीति के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए पर्याप्त मानव संसाधन महत्वपूर्ण है। मार्च 2022 तक, रा.रा.क्षे.दि.स. के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग में लगभग 21 प्रतिशत कर्मचारियों की कमी थी। 28 अस्पतालों/कॉलेजों के संबंध में जिनके अभिलेख लेखापरीक्षा को प्रस्तुत किए गए थे, शिक्षण विशेषज्ञों, गैर-शिक्षण विशेषज्ञों और चिकित्सा अधिकारियों की श्रेणियों में क्रमशः 30, 28 और 9 प्रतिशत की कुल कमी थी। नर्सों और पैरामेडिक स्टाफ के संवर्ग में यह कमी क्रमशः 21 प्रतिशत और 38 प्रतिशत थी। राज्य में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) योजनाओं को लागू करने के लिए कर्मचारियों की 36 प्रतिशत कमी थी। पदोन्नति और नौकरी में प्रगति के अवसरों के अभाव और अपरिवर्तित वेतन संरचना के परिणामस्वरूप जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच) और राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) में अति विशेषज्ञ डॉक्टरों की कमी हो गई थी।

### **सिफारिशें:**

- 2.1 रा.रा.क्षे.दि.स. की सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के कामकाज में सुधार के लिए स्वीकृत पदों के प्रति रिक्तियां भरी जानी चाहिए।
- 2.2 अपने स्वायत्त अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों की कमी को देखते हुए शिक्षक डॉक्टरों के लिए इसे अधिक आकर्षक बनाने हेतु सरकार भर्ती के मानदंडों का पुनरावलोकन करे ताकि इन अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों का एक संतुष्ट और सुसंगत कार्यबल उपस्थित हो।

## राज्य में स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

नमूना जांच किए गए अस्पतालों में पंजीकरण काउंटरों पर काम का बोझ अधिक था। लोक नायक अस्पताल (एलएनएच) के मेडिसिन विभाग और स्त्री रोग विभाग में प्रति रोगी औसत परामर्श समय पांच मिनट से भी कम था। फार्मासिस्टों की कमी के कारण एलएनएच में प्रति फार्मासिस्ट/काउंटर पर रोगियों का भार अधिक था। दवाओं का वितरण उसी दिन नहीं किया जाता था। नमूना जांच किए गए दो अस्पतालों (एलएनएच और आरजीएसएसएच) के आईसीयू/आपातकालीन विभागों में आवश्यक दवाइयां और उपकरणों की कमी देखी गई। एलएनएच में शौचालयों की कमी और परिचारकों के लिए प्रतीक्षा क्षेत्र की कमी देखी गई। कई वार्डों में इंडोर रोगी विभागों (आईपीडी) में भीड़ पाई गई।

एलएनएच के सर्जरी विभाग और बर्न एवं प्लास्टिक सर्जरी विभाग में बड़ी सर्जरियों के लिए औसत प्रतीक्षा समय क्रमशः 2-3 महीने और 6-8 महीने था तथा उसी समय, राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) में 12 मॉड्यूलर ओटी में से छह और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच) में सभी सात मॉड्यूलर ओटी जनशक्ति की कमी के कारण बेकार पड़े थे। एलएनएच के सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर में 24 घंटे आपातकालीन सेवाओं के लिए विशेषज्ञ डॉक्टरों और वरिष्ठ रेजिडेंट्स की स्थायी व्यवस्था नहीं थी। बलात्कार पीड़ितों को एक छत के नीचे कई सुविधाएं और सेवाएं प्रदान करने के लिए एलएनएच के वन स्टॉप सेंटर (ओएससी) में समर्पित कर्मचारी नहीं थे। बाल मृत्यु मामलों और एएनसी की समीक्षा के अभिलेख नहीं रखे गए थे।

केंद्रीकृत दुर्घटना और आघात सेवा (सीएटीएस) एम्बुलेंस के बेड़े का बड़ा हिस्सा आवश्यक उपकरणों और साधनों के बिना चलता हुआ पाया गया।

नमूना जांच किए गए चार अस्पतालों में से केवल लोक नायक अस्पताल (एलएनएच) के पास रक्त घटकों को अलग करने की सुविधा थी, जबकि अन्य तीन अस्पतालों, जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच), राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) और चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय (सीएनबीसी) के पास केवल रक्त संसाधन और भंडारण के लिए लाइसेंस था। जबकि एलएनएच में रेडियोलॉजिकल नैदानिक सेवाओं के लिए

अधिक प्रतीक्षा समय देखा गया, जनशक्ति की कमी के कारण अन्य तीन अस्पतालों में रेडियोलॉजिकल उपकरण का उपयोग कम पाया गया। इन अस्पतालों में कर्मचारियों और रोगियों की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड के दिशानिर्देशों का पूरी तरह से पालन नहीं किया गया।

जेएसएसएच और आरजीएसएसएच में आहार सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। आहार विशेषज्ञों द्वारा समय-समय पर निरीक्षण नहीं किया गया और भोजन की गुणवत्ता की कभी जाँच नहीं की गई।

नमूना जांच किए गए अस्पतालों द्वारा रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण, मृत्यु समीक्षा आदि करने में कमियां थीं, जिससे वे रोगी सेवाओं में और सुधार के लिए ऐसे आकलनों का लाभ पाने से वंचित हो गए।

### **सिफारिशें:**

- 3.1 सरकार को अपने अस्पतालों में पंजीकरण, परामर्श, निदान, सर्जरी और औषधालय के लिए प्रतीक्षा समय को कम करने हेतु तत्काल उपाय करना चाहिए। सरकार को अपने अस्पतालों में आधारभूत सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।
- 3.2 अस्पतालों को आपातकालीन सेवाओं को मजबूत करना चाहिए और हर समय आवश्यक दवाइयों और उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए और मांग के अनुरूप बेड की संख्या बढ़ानी चाहिए।
- 3.3 सीएटीएस के बेड़े को आवश्यक उपकरणों और दवाइयों से सुसज्जित पर्याप्त कॉल योग्य एम्बुलेंस के साथ मजबूत किया जाना चाहिए।

### **औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता**

आवश्यक औषधि सूची (ईडीएल) प्रतिवर्ष तैयार नहीं की जाती थी और पिछले दस वर्षों के दौरान केवल तीन बार तैयार की गई थी।

रा.रा.क्षे.दि.स. की औषधि नीति, 1994 में चयनित औषधियों के बारे में औषधीय जानकारी के चिकित्सकीय रूप से उन्मुख सारांश वाले दिल्ली राज्य फॉर्मूलरी तैयार करने के लिए हर साल एक फॉर्मूलरी समिति के गठन का प्रावधान है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि फॉर्मूलरी आखिरी बार 1994 में तैयार की गई थी।

केंद्रीय खरीद एजेंसी (सीपीए) को रा.रा.क्षे.दि.स. के अस्पतालों के लिए दवाइयों और उपकरणों की खरीद का दायित्व सौंपा गया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2021-22 के दौरान ईडीएल में शामिल 33 से 47 प्रतिशत तक आवश्यक दवाइयां प्रत्यक्ष रूप से खरीदनी पड़ी क्योंकि सीपीए उनकी आपूर्ति करने में विफल रही। सीपीए द्वारा उपकरणों की खरीद के लिए जारी की गई 86 निविदाओं में से केवल 24 (28 प्रतिशत) ही अंततः प्रदान की गईं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए चार अस्पतालों के संबंध में अस्पतालों द्वारा मांगी गई अनेक ईडीएल दवाइयों की आपूर्ति सीपीए द्वारा नहीं की गई थी। चूंकि सीपीए रा.रा.क्षे.दि.स. के स्वास्थ्य संस्थानों के लिए समय पर दवाइयां नहीं खरीद रही थी, इसलिए अस्पताल अपनी रोजमर्रा की जरूरतों को पूरा करने के लिए स्थानीय दवा विक्रेताओं से आवश्यक दवाइयां खरीद रहे थे।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि हीमोफिलिया और रेबीज जैसी दुर्लभ/घातक बीमारियों के लिए इंजेक्शनों की कम आपूर्ति/कमी थी। अस्पताल उपकरणों की मरम्मत, रखरखाव, प्रतिस्थापन और निराकरण की आवश्यकता की समय पर और नियमित रूप से निगरानी एवं मूल्यांकन करने में भी विफल रहे।

सीपीए द्वारा दवा परीक्षण प्रयोगशालाओं को सूचीबद्ध करने में देरी हुई। वह यह सुनिश्चित करने में भी विफल रही कि सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं के पास दवाइयों के परीक्षण के लिए राष्ट्रीय परीक्षण और अंशशोधन प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) का वैध प्रत्यायन था। सीपीए ने सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं से परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने से पहले उपयोगकर्ता विभाग को दवाइयां जारी कीं।

सीपीए द्वारा खरीदी गई दवाइयां आपूर्तिकर्ताओं द्वारा सीधे अस्पतालों को आपूर्ति की जाती हैं। निर्धारित आपूर्ति अवधि के बाद, सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं में गुणवत्ता परीक्षण के लिए सीपीए द्वारा अस्पतालों से नमूने लिए जाते हैं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए से दवाइयों की प्राप्ति और आपूर्तित दवाइयों की गुणवत्ता से संबंधित परीक्षण रिपोर्टों की प्राप्ति के बीच दो से तीन महीने का समय अंतराल था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए द्वारा आपूर्ति की गई कुछ दवाइयों को बाद में प्रयोगशाला द्वारा निम्न गुणवत्ता वाली बताया गया था। इसके अलावा, कुछ मामलों में अस्पतालों में निम्न गुणवत्ता वाली दवाइयों का उपभोग किया गया था।

लेखापरीक्षा में ब्लैकलिस्टेड और वर्जित फर्मों से दवाइयों की खरीद भी देखी गई। नमूना जांच किए गए कॉलेजों/अस्पतालों की प्रयोगशालाओं/विभागों में मेडिकल कॉलेज विनियम के मानदंडों के विरुद्ध उपकरणों की कमी थी।

**सिफारिशें:**

- 4.1 सरकार को औषधि नीति की परिकल्पना के अनुसार वार्षिक आधार पर ईडीएल तैयार करना चाहिए।
- 4.2 सरकार को डॉक्टरों/फार्मसिस्टों को दवाइयां लिखने और वितरित करने में सुविधा प्रदान करने के लिए दिल्ली राज्य फॉर्मूलरी तैयार करने का उपाय करना चाहिए।
- 4.3 परीक्षण के लिए दवा के नमूने इस तरह से लिए जाने चाहिए कि अस्पतालों में निम्न गुणवत्ता वाली दवाइयों के उपयोग से बचने के लिए दवाइयों के वितरण और परीक्षण रिपोर्टों के बीच कोई समय अंतराल न हो।
- 4.4 सरकार को सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों पर सुरक्षित और प्रभावी दवाइयां उपलब्ध कराने के लिए अच्छी गुणवत्ता नियंत्रण और आश्वासन प्रणाली पर जोर देना चाहिए।
- 4.5 सरकार या किसी अन्य प्रयोगशाला से सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं की परीक्षण रिपोर्टों की प्रभावकारिता की नमूना जांच करने के लिए सरकार एक तंत्र विकसित कर सकती है।
- 4.6 सरकार को यह जांचने के लिए एक तंत्र विकसित करना चाहिए कि आवश्यक दवाइयों की आपूर्ति करने वाली फर्मों को गुणवत्ता के मुद्दों के कारण अन्य राज्यों द्वारा प्रतिबंधित नहीं किया गया है। सरकार को ब्लैकलिस्टेड फर्मों से दवा की खरीद की चूक के लिए जवाबदेही भी निर्धारित करनी चाहिए।
- 4.7 सरकार को मेडिकल कॉलेज विनियम के अनुसार मेडिकल कॉलेजों की प्रयोगशालाओं/विभागों में उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।

## राज्य में स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना की उपलब्धता और प्रबंधन

सरकार ने स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की कमी वाले जिले-वार क्षेत्रों की पहचान करने के लिए कोई आवश्यकता आधारित मूल्यांकन नहीं किया। प्रस्तावित 10,000 बेड (बजट भाषण 2016-17) के परिवर्धन के प्रति 2016-17 से 2020-21 के दौरान केवल 1,357 बेड बढ़ाए गए।

छह से 15 वर्षों की अवधि के लिए अपने कब्जे में होने के बावजूद, विभाग अस्पतालों और औषधालयों की स्थापना के लिए ₹ 648.05 लाख की लागत पर अधिग्रहीत (जून 2007 और दिसंबर 2015) 15 भूखंडों में से किसी का भी उपयोग करने में असमर्थ था। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान निर्माणाधीन आठ नए अस्पतालों में से केवल तीन ही पूर्ण हुए थे। अस्पताल परियोजनाओं को पूर्ण करने में छह वर्षों तक का विलंब था।

जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच) और राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) खराब निगरानी और व्यवहार्य व्यवसाय मॉडल विकसित करने में विफलता के कारण मेमोरेंडम ऑफ एसोसिएशन में परिकल्पित सुपर स्पेशलिटी तृतीयक देखभाल प्रदान नहीं कर सके। नमूना जांच किए गए अस्पतालों में विभिन्न भवनों और अवसंरचनात्मक परियोजनाओं के पूरा होने में देरी हुई।

बीपीएल रोगियों के लिए निःशुल्क डायलिसिस के लिए पीपीपी मोड के तहत स्थापित कई डायलिसिस मशीनें अनुपयुक्त जल विश्लेषण रिपोर्ट के कारण एक अस्पताल में प्रयोग में नहीं थीं।

### सिफारिशें:

- 5.1 सरकार दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना का समान वितरण सुनिश्चित करने के लिए उसका आवश्यकता आधारित मूल्यांकन करे।
- 5.2 सरकार एनएचपी 2017 के अनुरूप दिल्ली सरकार के अस्पतालों में बेड की उपलब्धता को प्रति हजार जनसंख्या पर दो बेड तक बढ़ाने का प्रयास करे।

- 5.3 सरकार अपने स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों में अधिकतम कार्यात्मक बेड सुनिश्चित करने के लिए समयबद्ध तरीके से अपनी गतिविधियों की योजना बनाए और उन्हें क्रियान्वित करे।
- 5.4 बीपीएल रोगियों को निःशुल्क डायलिसिस के लिए डायलिसिस केंद्रों में समय पर मशीनें स्थापित करने के प्रयास किए जाने चाहिए।
- 5.5 सरकार यह सुनिश्चित करने हेतु कदम उठाए कि अपने दो सुपर स्पेशलिटी अस्पतालों, अर्थात् राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल में निर्मित सुविधाओं का उपयोग किया जाता है।
- 5.6 सरकार को स्वास्थ्य विभाग/पीडब्ल्यूडी और भूमि स्वामित्व रखने वाली एजेंसियों के साथ समन्वय स्थापित करने की आवश्यकता है ताकि अधिग्रहीत भूखंडों का उपयोग समयबद्ध तरीके से स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं सृजित करने के लिए किया जा सके।
- 5.7 सरकार को स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचनाओं के पूरा होने में देरी से बचने के लिए सभी चल रहे कार्यों की बारीकी से निगरानी करने की आवश्यकता है।

### वित्तीय प्रबंधन

2016-17 से 2021-22 के दौरान रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र को आबंटित बजट के प्रति 8.64 प्रतिशत (2021-22) से 23.49 प्रतिशत (2016-17) तक की बचत हुई। 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना के बजट के प्रति 13.29 प्रतिशत (2021-22) से 78.41 प्रतिशत (2018-19) तक की बचत हुई।

रा.रा.क्षे.दि.स. ने 2021-22 के दौरान अपने कुल व्यय का 12.51 प्रतिशत और जीएसडीपी का 0.79 प्रतिशत स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय किया था, जो कि बजट के आठ प्रतिशत से अधिक और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के तहत लक्षित जीएसडीपी के 2.5 प्रतिशत से काफी कम था।

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत जारी निधियों का उपयोग भी नहीं कर सका क्योंकि दिल्ली राज्य स्वास्थ्य

सोसाइटी और इसकी 11 एकीकृत जिला स्वास्थ्य सोसाइटियों के बैंक खातों में ₹ 510.71 करोड़ बिना खर्च किए पड़े थे (मार्च 2022)।

### सिफारिशें

- 6.1 राज्य सरकार समयबद्ध तरीके से स्वास्थ्य सेवाओं पर किए जाने वाले व्यय को जीएसडीपी के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाए।
- 6.2 मिशन निदेशक, डीएसएचएम प्रभावी कार्यान्वयन और निगरानी के माध्यम से विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत प्राप्त धन का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित करे।

### चयनित केंद्र प्रायोजित योजनाओं के परिणाम

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) ने मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) और शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) में कमी लाने पर जोर दिया। मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए एनएचएम के तहत प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) सबसे महत्वपूर्ण घटक/कार्यक्रम है।

2016-17 से 2021-22 के दौरान, रा.रा.क्षे.दि.स. के पास आरएमएनसीएच के लिए उपलब्ध ₹ 164.35 करोड़ की कुल निधि में से, ₹ 94.98 करोड़ (57.79 प्रतिशत) अप्रयुक्त रह गए। निधियों का कम उपयोग 58.90 प्रतिशत (2016-17) से 93.03 प्रतिशत (2019-20) तक था, जो इंगित करता है कि रा.रा.क्षे.दि.स. कार्यक्रम को पर्याप्त रूप से लागू नहीं कर रही थी।

लेखापरीक्षा में आरएमएनसीएच+ए के कार्यान्वयन में महत्वपूर्ण कमियां देखी गईं जैसे कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान केवल 48.33 प्रतिशत पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को सभी चार प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान की गई, 35 प्रतिशत (टीटी-1) और 28 प्रतिशत (टीटी-2) गर्भवती महिलाओं को टेटनस टोकसोइड (टीटी) शॉट्स प्राप्त हुए थे, केवल 59.74 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को 100 आयरन फोलिक एसिड की गोलियां मिली थीं और केवल 36.18 प्रतिशत और 18.91 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं की क्रमशः एचआईवी और यौन-संचारित संक्रमण/जनन-पथ संक्रमण (एसटीआई/आरटीआई) के लिए जांच की गई।

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के तहत गर्भवती महिलाओं को निःशुल्क आहार और अन्य सुविधाएं (निःशुल्क निदान) प्रदान करने का कवरेज

भी अपर्याप्त था क्योंकि केवल 30 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने इसका लाभ उठाया था। 2016-22 (सितंबर 2022 तक) के दौरान 40.87 प्रतिशत मामलों में माताओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी दे दी गई।

2016-21 के दौरान दिल्ली में हुई 2,822 मातृ मृत्यु में से केवल 1,401 (50 प्रतिशत) मामलों की समीक्षा की गई। केवल 10 प्रतिशत (806 में से 84) चिकित्सा अधिकारियों और 16 प्रतिशत (1,759 में से 281) सहायक नर्सिंग मिडवाइव्स/स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को कैंसर, मधुमेह, हृद्वाहिका रोग और स्ट्रोक की रोकथाम और नियंत्रण के लिए प्रशिक्षण दिया गया था।

लेखापरीक्षा ने पाया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (50 प्रतिशत), उप-जिला अस्पताल (28 प्रतिशत) और जिला अस्पताल (14 प्रतिशत) जैसे स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पर रिपोर्टिंग में कमी देखी गई। 44 टीसीसी के लक्ष्य के प्रति केवल एक तंबाकू मुक्ति केंद्र<sup>1</sup> स्थापित किया गया था (जुलाई 2022)।

### **सिफारिशें:**

- 7.1 सरकार को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को संपूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल और प्रसवोत्तर जांच की जाए। साथ ही, सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को टीटी का टीका एवं आईएफए टेबलेट उपलब्ध करायी जानी चाहिए।
- 7.2 एचआईवी और आरटीआई/एसटीआई के लिए सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की जांच की जानी चाहिए।
- 7.3 सरकार को एनएचएम के तहत रोग कार्यक्रमों के संचालन दिशानिर्देशों में निर्धारित प्रत्येक रोग कार्यक्रम के तहत डॉक्टरों, पैरा मेडिकल स्टाफ आदि के उचित प्रशिक्षण की व्यवस्था सुनिश्चित करनी चाहिए।

---

<sup>1</sup> आईडीएचएस, नई दिल्ली के अंतर्गत आरएमएल अस्पताल में टीसीसी

## गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए नियामक तंत्रों की पर्याप्तता और प्रभावशीलता

दिल्ली नर्सिंग काउंसिल का नियमित रूप से तीन साल बाद चुनाव कराकर और नए सदस्यों को अधिसूचित करके पुनर्गठन नहीं किया गया। दिल्ली में 37 नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान कार्यरत थे, जिनमें से 20 संस्थानों का निरीक्षण सात से 41 महीने की देरी से किया गया था।

जनता को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए नर्सों को नियुक्त करने वाले 1,229 नर्सिंग होम/अस्पतालों/संस्थानों में से 48 से 1,044 संस्थानों ने वर्ष 2016 से 2022 के दौरान सत्यापन के लिए नर्सों की सूची डीएनसी को भेजी थी।

जनवरी 2015 में भारत सरकार द्वारा अधिसूचित फार्मैसी प्रैक्टिस विनियम (पीपीआर) को अभी तक रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा अधिसूचित नहीं किया गया है।

औषधि नियंत्रण विभाग में औषधि निरीक्षक के अनिवार्य कर्मचारियों में 63 प्रतिशत की कमी सहित विभिन्न संवर्गों में कुल मिलाकर 52 प्रतिशत कर्मचारियों की कमी थी।

औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (डीटीएल) द्वारा परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत करने में विलंब हुआ। डीटीएल राष्ट्रीय प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थी। डीटीएल के पास आधुनिक उपकरण और जनशक्ति नहीं थी। औषधि नियंत्रण विभाग द्वारा दवा बिक्री एवं निर्माण इकाइयों तथा रक्त बैंकों के अनिवार्य निरीक्षण में भारी कमी थी।

नमूना जांच किए गए दो अस्पताल एनएबीएच द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थे। एलएनएच/एमएमसी की चार प्रयोगशालाओं में से कोई भी एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थी। आरजीएसएसएच के मामले में तीन में से दो प्रयोगशालाएं एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थीं।

सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट अभिक्रिया फैसिलिटीज द्वारा जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (बीएमडब्ल्यू) के प्रबंधन के लिए निर्धारित प्रक्रिया से सभी विचलनों की रिपोर्ट प्रत्येक मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी (सीडीएमओ) द्वारा दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (डीपीसीसी) और स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय

(डीजीएचएस) को महीने में दो बार की जानी थी। डीजीएचएस ने ऐसी किसी भी रिपोर्ट की प्राप्ति से संबंधित कोई अभिलेख नहीं प्रस्तुत किया और न ही बीएमडब्ल्यू नियमों के अनुपालन के लिए कोई निगरानी तंत्र विकसित किया। बीएमडब्ल्यू कर्मियों के प्रशिक्षण में कमी थी।

### **सिफारिशें:**

- 8.1 सरकार यह सुनिश्चित करे कि (i) डीएनसी का गठन समय पर किया जाता है; (ii) स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों द्वारा पंजीकृत नर्सों की नियुक्ति की जाती है; और (iii) गुणवत्ता मानकों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए नर्सों को प्रशिक्षण देने वाले सभी संस्थानों का नियमित रूप से निरीक्षण किया जाता है।
- 8.2 सरकार बिना किसी देरी के फार्मसी प्रैक्टिस विनियमों को अधिसूचित करे और यह भी सुनिश्चित करे कि दिल्ली फार्मसी काउंसिल द्वारा फार्मासिस्टों का एक अद्यतन रजिस्टर अनुरक्षित है।
- 8.3 सरकार जैविक नमूनों सहित दवाइयों का निर्माण/वितरण करने वाली सभी इकाइयों से पर्याप्त संख्या में नमूने लेने और परीक्षण सुनिश्चित करने के लिए तत्काल कार्रवाई करे।
- 8.4 सरकार यह सुनिश्चित करे कि नमूनों के परीक्षण या विश्लेषण की रिपोर्टें औषधि परीक्षण प्रयोगशाला द्वारा तुरंत प्रस्तुत की जाती हैं ताकि आम जनता द्वारा घटिया दवाइयों की खपत को रोकने के लिए तत्काल कार्रवाई की जा सके।

### **स्वास्थ्य क्षेत्र से संबंधित सतत विकास लक्ष्यों की प्राप्ति**

सितंबर 2015 में अपनाए गए सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) ने गरीबी, भूख, बीमारी और अभाव से मुक्त विश्व की परिकल्पना की।

तथापि, पृथक संकेतकों की जाँच से पता चला कि दिल्ली में दो संकेतकों जैसे क्षय रोग<sup>2</sup> की केस अधिसूचना दर और आत्महत्या दर में कमी थी।

---

<sup>2</sup> प्रति 100,000 जनसंख्या पर निर्दिष्ट समयावधि में राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरणों को अधिसूचित टी.बी. के मामलों (नए और दोबारा होने वाले) की संख्या

लेखापरीक्षा ने संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) के कार्यान्वयन में कमियां देखीं जैसे टीबी के बारे में जागरूकता पैदा करने में कमी, जिला डीआर-टीबी समितियों का गठन नहीं होना/गठन में विलंब और इस योजना के कार्यान्वयन की अपर्याप्त निगरानी आदि।

### **सिफारिश:**

9.1 सरकार को टीबी और डायरेक्टली ओबसर्व्ड थेरापी के बारे में सभी हितधारकों और आम जनता के बीच में जागरूकता कार्यक्रमों का आयोजन करके दिल्ली में टीबी की केस अधिसूचना दरों को कम करने का प्रयास करना चाहिए।

### **रा.रा.क्षे.दि.स. के कार्यक्रमों, योजनाओं/परियोजनाओं/सेवाओं का कार्यान्वयन**

दिल्ली उच्च न्यायालय के एक निर्णय के अनुसार (मार्च 2007), सभी निजी अस्पताल जिन्हें विभिन्न सरकारी भूमि स्वामित्व एजेंसियों द्वारा रियायती दरों पर भूमि आबंटित की गई थी, उन्हें आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ईडब्ल्यूएस) के रोगियों के निःशुल्क इलाज के लिए अपनी 25 प्रतिशत ओपीडी सुविधाएं प्रदान करनी थीं और 10 प्रतिशत आईपीडी बेड आरक्षित करना था।

आदेशों के अनुसार, प्रत्येक सरकारी अस्पताल (जीएच) को दो सप्ताह (यानी 5 अप्रैल 2007) के भीतर पहचाने गए निजी अस्पतालों (आईपीएच) में ईडब्ल्यूएस रोगियों को रेफर करने के लिए एक विशेष रेफरल केंद्र की स्थापना करनी थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिल्ली में 47 जीएच में से 19 ने 15 वर्ष से अधिक की देरी के बाद (जून 2022 तक) भी रेफरल केंद्र स्थापित नहीं किए थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए कोई अलग शिकायत रजिस्टर नहीं रखा गया था। शिकायतों के समय पर निस्तारण पर निगरानी की कोई व्यवस्था नहीं थी। 28 सरकारी अस्पतालों द्वारा 43,951 ईडब्ल्यूएस रोगियों को रेफर किया गया था जबकि कुल 13.89 करोड़ रोगियों ने दिल्ली सरकार के अस्पतालों में इलाज कराया था।

दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) का गठन (सितंबर 2011) जान के लिए खतरा पैदा करने वाली बीमारियों से पीड़ित गरीब रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए एक सोसाइटी के रूप में किया गया था। डीएके ने लाभार्थियों का

योजना-वार विवरण नहीं रखा है। वह नियमित रूप से यूसी और सरकारी अस्पतालों में पड़ी अव्ययित राशि का विवरण नहीं मांगता था। उचित अनुवर्ती कार्रवाई सुनिश्चित करने और किसी भी कदाचार को रोकने के लिए रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रैकिंग डीएके द्वारा लागू नहीं की गई थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीएके के मूल लक्ष्यों और उद्देश्यों का प्रचार व्यापक रूप से नहीं किया गया था।

डीएके की निःशुल्क सर्जरी योजना पात्र रोगियों को दिल्ली सरकार के पहचाने गए अस्पतालों से सूचीबद्ध निजी अस्पतालों में भेजने का प्रावधान करती है, जब एक निर्दिष्ट सर्जरी के लिए आबंटित तिथि एक कैलेंडर माह से अधिक हो या जब निर्दिष्ट सर्जरी सरकारी अस्पताल में नहीं की जाती है और हाई-एंड नैदानिक परीक्षण योजना के तहत दिल्ली सरकार के पहचाने गए अस्पतालों, पॉलीक्लिनिक्स आदि से रोगियों को सूचीबद्ध नैदानिक केंद्रों में भेजा जाता है। डीएके ने प्रतीक्षा अवधि को कम करने के लिए उठाए गए कदमों की प्रभावशीलता को सत्यापित करने के लिए कोई मूल्यांकन नहीं किया।

मेडिको-लीगल पीड़ितों के बिल की प्रतिपूर्ति की एक शर्त यह है कि पीड़ित व्यक्ति किसी भी बीमा योजना में शामिल नहीं है। भुगतान करने से पहले इसकी जांच करने के लिए कोई तंत्र मौजूद नहीं था।

### **सिफारिशें:**

- 10.1 सरकार को रेफरल प्रणाली को मजबूत करना चाहिए और यह सुनिश्चित करना चाहिए कि चिह्नित निजी अस्पताल ईडब्ल्यूएस के लिए निःशुल्क ओपीडी/आईपीडी सेवाओं के इष्टतम उपयोग के लिए सभी आदेशों और निर्देशों का पालन करते हैं।
- 10.2 सरकार को शिकायतों के निवारण की निगरानी के लिए निरीक्षण तंत्र स्थापित करना चाहिए।
- 10.3 सरकार को सभी हितधारकों के बीच योजना के लाभ का व्यापक प्रचार करना चाहिए।
- 10.4 उचित अनुवर्ती कार्रवाई सुनिश्चित करने और किसी भी कदाचार को रोकने के लिए डीएके को रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/

बायोमेट्रिक ट्रेकिंग की एक प्रणाली विकसित करने के लिए ठोस कदम उठाने चाहिए।

10.5 डीएके को भुगतान करने से पहले अनिवार्य रूप से रोगी की चिकित्सा बीमा स्थिति की जांच करनी चाहिए।

### आयुष

2016-22 के दौरान आयुष अस्पतालों में आने वाले आईपीडी और ओपीडी रोगियों की संख्या में गिरावट आई थी।

नमूना जांच किए गए एक अस्पताल में पैथोलॉजी लैब, प्रसूति वार्ड और रेडियोलॉजी विभाग कार्यात्मक नहीं थे/आंशिक रूप से कार्यात्मक थे। नमूना जांच किए गए अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की भी कमी थी। इसके अलावा, नमूना जांच किए गए दोनों अस्पतालों में दवाइयों और उपकरणों की कमी के बावजूद 'आपूर्ति और दवा' तथा 'मशीनरी और उपकरण' शीर्षों के अंतर्गत बचत देखी गई।

आयुष विभाग में कर्मचारियों की कुल कमी 57.97 प्रतिशत थी। इसके अलावा, संलग्न अस्पतालों वाले चार<sup>3</sup> मेडिकल कॉलेजों में डॉक्टरों (51.89 प्रतिशत), पैरामेडिकल स्टाफ (55.93 प्रतिशत) और नर्सों (32.21 प्रतिशत) के संवर्गों में कमी देखी गई। नमूना जांच किए गए एक अस्पताल में पैथोलॉजी लैब के लिए खरीदे गए (मार्च 2018) ₹ 45.98 लाख की लागत वाले उपकरण उपयोग में नहीं लाए गए थे और बेकार पड़े थे।

आयुर्वेद और यूनानी दवाओं की विनिर्माण एवं विक्रय इकाइयों के अनिवार्य निरीक्षण करने में कमी थी।

रा.रा.क्षे.दि.स. ने 2016-17 से राष्ट्रीय आयुष मिशन के तहत वित्तीय लाभ उठाने के लिए राज्य आयुष सोसाइटी की स्थापना नहीं की और न ही भारत सरकार को राज्य वार्षिक कार्य-योजना प्रस्तुत की। 2014-16 के दौरान राष्ट्रीय आयुष मिशन के तहत प्राप्त अनुदान से रा.रा.क्षे.दि.स./आयुष निदेशालय के पास ₹ 3.83 करोड़ की राशि अभी भी अप्रयुक्त पड़ी थी।

<sup>3</sup> ए एंड यू टिबिया कॉलेज, बीआर सुर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज एंड रिसर्च सेंटर, नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज एंड हॉस्पिटल तथा चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेदिक चरक संस्थान।

भारतीय चिकित्सा पद्धति के चिकित्सकों का पंजीकरण प्रदान करने के लिए अभिप्रेत दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद (डीबीसीपी) का जुलाई 2015 से पुनर्गठन नहीं किया गया था। होम्योपैथी में अनुसंधान के विकास और समन्वय के लिए गठित दिल्ली होम्योपैथी अनुसंधान परिषद (डीएचएपी) 2017-18 से कार्यशील नहीं थी।

**सिफारिशें:**

- 11.1 सरकार को सभी आयुष अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की समय पर खरीद और उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।
- 11.2 अस्पतालों को इन विभागों को पूर्ण रूप से चलाने के लिए पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी और मातृत्व विभागों में निष्क्रिय पड़े उपकरणों को स्थापित करने के लिए तत्काल उपाय करना चाहिए।
- 11.3 सरकार को चिकित्सा अधिकारी, शिक्षण स्टाफ, नर्सों और पैरामेडिकल स्टाफ के रिक्त पदों को भरने के लिए तत्काल उपाय करना चाहिए।
- 11.4 सरकार को आयुष के नियामक निकायों का उचित कामकाज सुनिश्चित करना चाहिए।

**अध्याय I**

**परिचय**



## अध्याय I

### परिचय

स्वास्थ्य, मानव विकास का एक महत्वपूर्ण संकेतक होता है जो आर्थिक और सामाजिक विकास का एक बुनियादी घटक है। भारत में, स्वास्थ्य देखभाल और सुरक्षा के अधिकार को मान्यता दी गई है तथा इसे प्राथमिकता मानी जाती है। स्वास्थ्य का अधिकार मानव अधिकारों का एक मूलभूत अंग है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के संविधान में कहा गया है कि "स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का उपभोग जाति, धर्म, राजनीतिक विश्वास अथवा आर्थिक या सामाजिक स्थिति के भेदभाव के बिना प्रत्येक मनुष्य के मौलिक अधिकारों में से एक है।"

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) 2017 में तीन व्यापक घटकों के अंतर्गत उल्लिखित विशिष्ट मात्रात्मक लक्ष्य और उद्देश्य शामिल हैं जैसे (क) स्वास्थ्य स्थिति और कार्यक्रम का प्रभाव, (ख) स्वास्थ्य प्रणालियों का निष्पादन और (ग) स्वास्थ्य प्रणाली को मज़बूत बनाना। ये लक्ष्य नीतिगत चुनौती को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य क्षेत्र में सतत विकास प्राप्त करने के लिए तैयार किए गए हैं।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली में स्वास्थ्य क्षेत्र के कामकाज के महत्व को देखते हुए वर्ष 2016-17 से 2021-22 की अवधि को सम्मिलित करते हुए रा.रा.क्षे.दि.स. की सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन की पर्याप्तता तथा प्रभावशीलता का आकलन करने के लिए एक निष्पादन लेखापरीक्षा की गई थी।

#### 1.1 स्वास्थ्य सेवाएं

अस्पतालों द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं को मोटे तौर पर निम्नलिखित श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है, जैसे लाइन सेवाएं, सहायता सेवाएं, सहायक सेवाएं और अस्पताल संसाधनों का प्रबंधन जैसा कि चार्ट 1.1 में दर्शाया गया है।

### चार्ट 1.1: अस्पतालों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं

<p style="text-align: center;"><i>लाइन सेवाएं</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. बहिरंग रोगी विभाग</li> <li>ii. इनडोर रोगी विभाग</li> <li>iii. आपातकालीन सेवाएँ</li> <li>iv. सुपर स्पेशलिटी (ओटी, आईसीयू)</li> <li>v. मातृत्व</li> <li>vi. रक्त बैंक</li> <li>vii. नैदानिक सेवाएँ</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>सहायता सेवाएं</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. ऑक्सीजन सेवाएं</li> <li>ii. आहार सेवा</li> <li>iii. लॉण्ड्री सेवा</li> <li>iv. बायोमेडिकल अपशिष्ट प्रबंधन</li> <li>v. एम्बुलेंस सेवा</li> <li>vi. मुर्दाघर सेवा</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><i>सहायक सेवाएं</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. रोगी सुरक्षा सुविधाएं</li> <li>ii. रोगी पंजीकरण</li> <li>iii. परिवार / शिकायत निवारण</li> <li>iv. भंडार</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>संसाधन प्रबंधन</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. भवन अवसंरचना</li> <li>ii. मानव संसाधन</li> <li>iii. औषधियां और उपभोज्य वस्तुएं</li> <li>iv. उपकरण</li> </ol>

सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं मानव संसाधनों की उपलब्धता सहित मूलभूत अवसंरचना के अस्तित्व पर निर्भर करती हैं। प्रत्येक सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम - जैसे टीकाकरण, संक्रामक रोग निगरानी, कैंसर और अस्थमा की रोकथाम, पीने के पानी की गुणवत्ता, जखम की रोकथाम आदि के लिए ऐसे स्वास्थ्य कर्मियों की आवश्यकता होती है जो सार्वजनिक स्वास्थ्य में अपने पेशेवर और तकनीकी कौशल का समन्वय करने में सक्षम हों तथा संगठनों को सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं का मूल्यांकन करने और प्रतिक्रिया देने की क्षमता प्रदान करें। सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना को "सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का स्नायु केंद्र" कहा गया है। जबकि मज़बूत अवसंरचना का निर्माण कई संगठनों की ज़िम्मेदारी है, सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंसियों (स्वास्थ्य विभाग) को प्राथमिक खिलाड़ी माना जाता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 का प्राथमिक उद्देश्य सभी क्षेत्रों में ठोस नीतिगत कार्रवाई के माध्यम से स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करना और सार्वजनिक क्षेत्र के माध्यम से प्रदान की जाने वाली निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक, उपशामक और पुनर्वास सेवाओं का विस्तार करना है। यह नीति स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करने और सभी उम्र के लोगों के कल्याण को बढ़ावा देने के लिए सतत विकास लक्ष्यों के निर्णायक महत्व को भी मान्यता देती है। वैश्विक स्तर पर, सतत विकास कार्यक्रम का लक्ष्य सतत विकास लक्ष्य

(एसडीजी) 3 के अनुसार 2030 तक सभी उम्र के लोगों के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना और कल्याण को बढ़ावा देना है।

भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) देश में स्वास्थ्य देखभाल वितरण की गुणवत्ता में सुधार के लिए परिकल्पित समान मानकों का एक समूह है। मौजूदा कार्यक्रमों के बदलते प्रोटोकॉल और विशेष रूप से गैर-संक्रामक रोगों के लिए नए कार्यक्रमों की शुरुआत को ध्यान में रखते हुए आईपीएचएस मानदंडों को 2012 और 2022 में परिशोधित किया गया था।

### 1.2 राज्य में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का विहंगावलोकन

दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को जुलाई 2015 में निम्नानुसार चार स्तरीय प्रणाली में पुनर्गठित किया गया था:

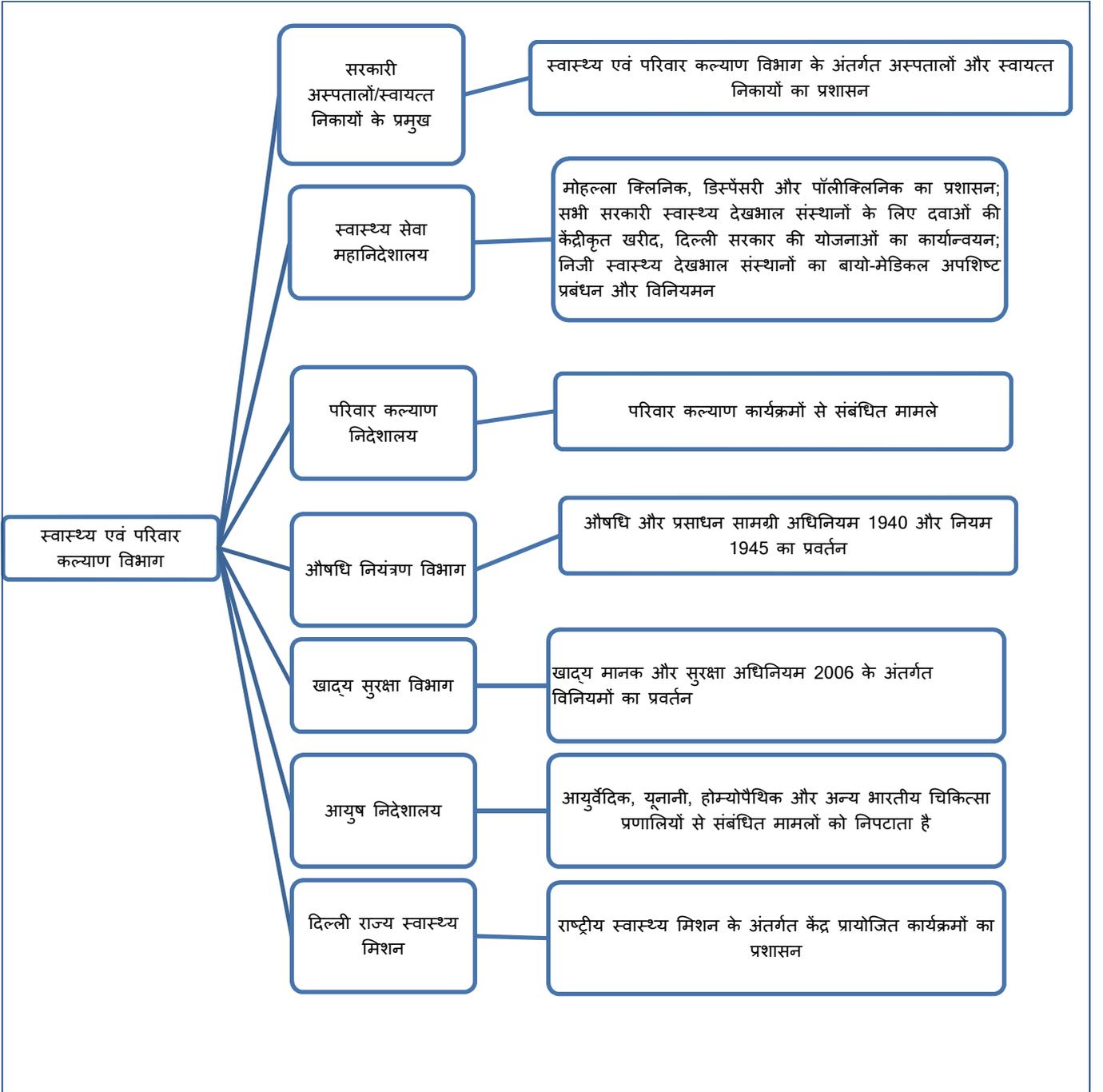
- क) मोहल्ला क्लिनिक (आप का स्वास्थ्य केंद्र)
- ख) मल्टी स्पेशलिटी क्लिनिक (पॉलीक्लिनिक)
- ग) मल्टी स्पेशलिटी अस्पताल
- घ) सुपर स्पेशलिटी अस्पताल

स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के सभी चार स्तरों में रोगियों के लिए रेफरल और रिवर्स रेफरल तंत्र हैं।

### 1.3 संगठनात्मक ढांचा

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत विभिन्न निदेशालयों/विभागों/शाखाओं के कार्य चार्ट 1.2 में दर्शाए गए हैं।

चार्ट 1.2: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अंतर्गत विभिन्न निदेशालयों/विभागों के कार्य

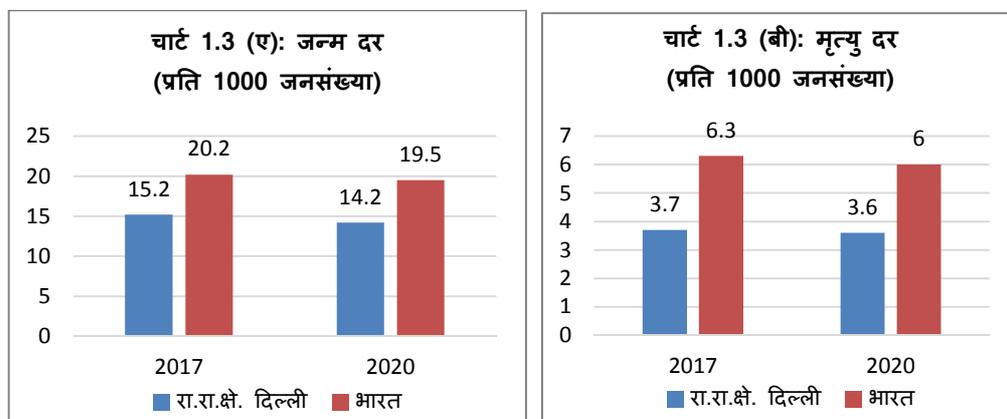


#### 1.4 राज्य में स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति

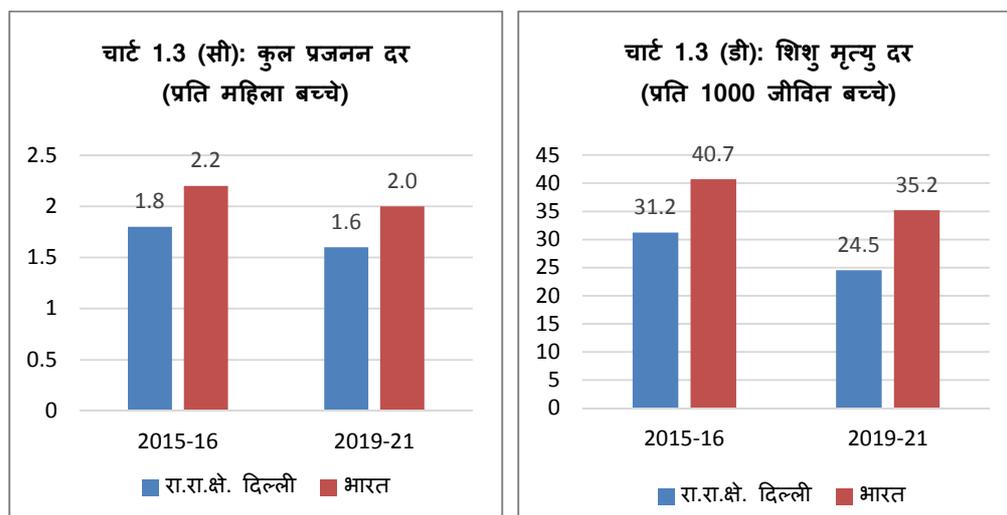
किसी राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन स्वास्थ्य संकेतकों के बेंचमार्क के प्रति उपलब्धि के आधार पर किया जा सकता है। राष्ट्रीय औसत की तुलना

में रा.रा.क्षे. दिल्ली के कुछ महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति चार्ट 1.3 में दी गई है।

**चार्ट 1.3: राज्य में स्वास्थ्य संकेतक**

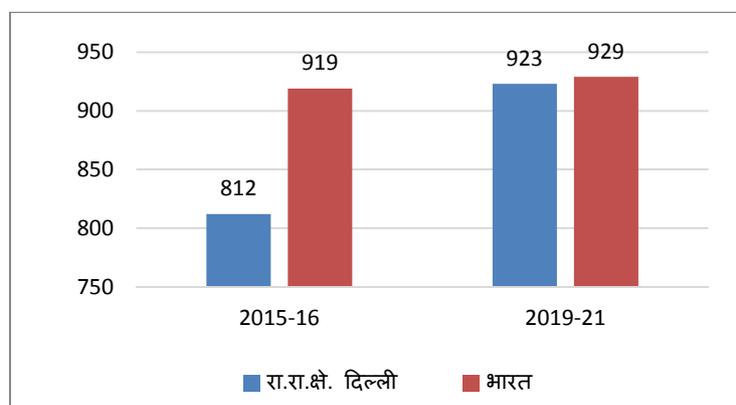


स्रोत: नमूना पंजीकरण बुलेटिन मई 2019 (2017 के लिए) और मई 2022 (2020 के आंकड़ों के लिए)



स्रोत: एनएफएचएस-4 (2015-16) और एनएफएचएस-5 (2019-21)

**चार्ट 1.3 (ई): पिछले पांच वर्षों में पैदा हुए बच्चों के लिए जन्म के समय लिंग अनुपात (1000 पुरुषों के प्रति महिलाएं)**



स्रोत: एनएफएचएस-4 (2015-16) और एनएफएचएस-5 (2019-21) बाल लिंग अनुपात

चार्ट 1.3 (ए) से 1.3 (ई) तक यह देखा जा सकता है कि पिछले पांच वर्षों में जन्मे बच्चों के जन्म के समय लिंगानुपात (प्रति 1000 पुरुषों पर महिलाएं) को छोड़कर सभी महत्वपूर्ण संकेतकों के संबंध में राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली को राष्ट्रीय औसत की तुलना में बेहतर माना गया जो 812 (2015-16) से बढ़कर 923 (2019-20) हो गया परंतु फिर भी राष्ट्रीय औसत से नीचे था।

#### 1.4.1 राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (एनएफएचएस-5) के अनुसार राष्ट्रीय स्वास्थ्य संकेतकों की तुलना में रा.रा.क्षे. दिल्ली स्वास्थ्य संकेतक

2015-16 में आयोजित राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस-4) और 2019-21 में आयोजित एनएफएचएस-5, भारत और प्रत्येक राज्य/केंद्र शासित प्रदेश (यूटी) के लिए जनसंख्या, स्वास्थ्य और पोषण पर जानकारी प्रदान करते हैं। रा.रा.क्षे. दिल्ली के कुछ महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक तालिका 1.1 में दिए गए हैं।

तालिका 1.1: एनएफएचएस-5 के अनुसार दिल्ली स्वास्थ्य संकेतक

संकेतक	एनएफएचएस-4 (2015-16)		एनएफएचएस-5 (2019-21)	
	दिल्ली	भारत	दिल्ली	भारत
कुल जनसंख्या का लिंगानुपात (प्रति 1,000 पुरुषों पर महिलाएं)	854	991	913	1020
पिछले पांच वर्षों में जन्मे बच्चों के लिए जन्म के समय लिंगानुपात (प्रति 1,000 पुरुषों पर महिलाएं)	812	919	923	929
कुल प्रजनन दर (प्रति महिला बच्चे)	1.8	2.2	1.6	2.0
नवजात मृत्यु दर (एनएनएमआर)	17.8	29.5	17.5	24.9
शिशु मृत्यु दर (आईएमआर)	31.2	40.7	24.5	35.2
पाँच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर (यू5एमआर)	42.2	49.7	30.6	41.9
जिन माताओं की पहली तिमाही में प्रसवपूर्व जांच हुई थी (%)	63.0	58.6	76.4	70.0
माताएं जिन्होंने कम से कम 4 प्रसवपूर्व केयर विजिट किए थे (%)	67.9	51.2	77.2	58.1
वे माताएं जिनका पिछला प्रसव नवजात टेटनस <sup>1</sup> से सुरक्षित था (%)	90.6	89.0	93.4	92.0
वे माताएं जिन्होंने गर्भावस्था के दौरान 100 दिनों या उससे अधिक समय तक आयरन फोलिक एसिड का सेवन किया (%)	53.8	30.3	69.1	44.1
वे माताएं जिन्होंने गर्भावस्था के दौरान 180 दिनों या उससे अधिक समय तक आयरन फोलिक एसिड का सेवन किया (%)	29.9	14.4	49.0	26.0

<sup>1</sup> वे माताएं शामिल हैं जिन्हें गर्भावस्था के दौरान उनके अंतिम प्रसव के लिए दो इंजेक्शन या दो या अधिक इंजेक्शन (पिछले जीवित प्रसव के 3 वर्ष के भीतर अंतिम), या तीन या अधिक इंजेक्शन (पिछले प्रसव के 5 वर्ष के भीतर अंतिम), या चार या अधिक इंजेक्शन (पिछले जीवित प्रसव के 10 वर्षों के भीतर अंतिम), या अंतिम प्रसव से पहले किसी भी समय पांच या अधिक इंजेक्शन दिए गए।

संकेतक	एनएफएचएस-4 (2015-16)		एनएफएचएस-5 (2019-21)	
	दिल्ली	भारत	दिल्ली	भारत
पंजीकृत गर्भावस्थाएं जिनके लिए माँ को मातृ एवं शिशु संरक्षण (एमसीपी) कार्ड प्राप्त हुआ (%)	86.6	89.3	94.0	95.9
जिन माताओं को प्रसव के 2 दिनों के भीतर डॉक्टर/नर्स/एलएचवी/एएनएम/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मियों से प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त हुई (%)	62.3	62.4	85.4	78.0
सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रति प्रसव औसत जब खर्च (₹)	8518	3197	2548	2916
घर पर जन्मे बच्चे जिन्हें जन्म के 24 घंटे के भीतर जांच के लिए स्वास्थ्य सुविधा में ले जाया गया (%)	2.3	2.5	4.5	4.2
जिन बच्चों को प्रसव के 2 दिनों के भीतर डॉक्टर/नर्स/एलएचवी/एएनएम/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मियों से प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त हुई (%)	लागू नहीं	लागू नहीं	86.7	79.1
संस्थागत जन्म (%)	84.4	78.9	91.8	88.6
सार्वजनिक सुविधा में संस्थागत जन्म (%)	55.5	52.1	62.4	61.9
घरेलू प्रसव जो कुशल स्वास्थ्य कर्मियों <sup>2</sup> द्वारा कराए गए (%)	3.6	4.3	2.3	3.2
कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा जन्म के समय उपस्थिति(%)	86.6	81.4	93.4	89.4
सिजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव (%)	26.7	17.2	23.6	21.5
निजी स्वास्थ्य सुविधा में जन्म जिन्हें सीजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव कराए गए (%)	41.5	40.9	42.8	47.4
सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में जन्म जिन्हें सीजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव कराए गए (%)	26.5	11.9	17.7	14.3

राज्य स्वास्थ्य संकेतक, जिन्हें ऊपर हरा रंग दिया गया है, उनमें सुधार हुआ है, जो खराब हो गए थे, उन्हें लाल रंग दिया गया है।

लिंगानुपात को छोड़कर दिल्ली के स्वास्थ्य संकेतक (2019-21) राष्ट्रीय संकेतकों से बेहतर हैं। कुल जनसंख्या का लिंगानुपात 854 (2015-16) से बढ़कर 913 (2019-21) हो गया है, परंतु यह राष्ट्रीय औसत 1020 से कम बना हुआ है। पिछले पांच वर्षों में पैदा हुए बच्चों के लिए जन्म के समय लिंगानुपात 923 है, तथापि, यह राष्ट्रीय औसत 929 से कम है।

कुल प्रजनन दर (प्रति महिला बच्चे), नवजात मृत्यु दर (एनएनएमआर), पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर (यू5एमआर), प्रसवपूर्व जांच, गर्भवती महिलाओं द्वारा आयरन और फोलिक एसिड का उपयोग, पंजीकृत गर्भधारण जिसके लिए माँ को मातृ एवं शिशु संरक्षण (एमसीपी) कार्ड प्राप्त हुआ, दिल्ली में सार्वजनिक सुविधाओं में प्रसवोत्तर देखभाल और संस्थागत जन्म-इनमें सुधार हुआ है।

कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा घर पर होने वाले प्रसवों में गिरावट आई है। सिजेरियन सेक्शन द्वारा प्रसव 26.7 प्रतिशत से घटकर 23.6 प्रतिशत हो

<sup>2</sup> डॉक्टर/नर्स/एलएचवी/एएनएम/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मी।

गया है, परंतु एनएफएचएस-5 (2019-21) में यह राष्ट्रीय औसत 21.5 प्रतिशत से ऊपर बना हुआ है।

### 1.5 लेखापरीक्षा के उद्देश्य

एनएचपी 2017 में निर्धारित लक्ष्यों और कोविड-19 महामारी के अनुभव को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य संस्थानों में वित्तीय संसाधनों की पर्याप्तता, स्वास्थ्य अवसंरचना, जनशक्ति, मशीनरी और उपकरणों की उपलब्धता के साथ-साथ मौजूदा नीतिगत हस्तक्षेपों के माध्यम से राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन में प्रभावकारिता और आगे सुधार की गुंजाइश का आकलन करना महत्वपूर्ण हो गया है। इस प्रकार समय पर और व्यवस्थित सुधार सुनिश्चित करने के लिए राज्य में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र का समग्र दृष्टिकोण प्रदान करने के उद्देश्य से दिल्ली राज्य में सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा की गई थी अर्थात् राज्य स्तरीय जानकारी और डेटा का उपयोग करते हुए एक स्थूल चित्र और अवसंरचना के रखरखाव और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वितरण पर विस्तृत लेखापरीक्षा विश्लेषण/निष्कर्षों से उत्पन्न एक सूक्ष्म चित्र।

#### निष्पादन लेखापरीक्षा (नि.ले.प.) के उद्देश्य थे:

- स्वास्थ्य देखभाल के लिए धन की पर्याप्तता का आकलन करना;
- स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना की उपलब्धता और प्रबंधन का आकलन करना;
- औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता का आकलन करना;
- सभी स्तरों जैसे डॉक्टर, नर्सिंग, पैरा मेडिक्स आदि पर आवश्यक मानव संसाधन की उपलब्धता का आकलन करना।
- यह सुनिश्चित करने के लिए नियामक तंत्र की पर्याप्तता और प्रभावशीलता की जांच करना कि सरकारी/निजी स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों/चिकित्सकों द्वारा गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान की जाती हैं;
- यह आकलन करना कि क्या एसडीजी3 के अनुसार स्वास्थ्य पर राज्य के खर्च से लोगों के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार हुआ है;
- भारत सरकार की विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत वित्तपोषण और व्यय की जांच करना।

## 1.6 लेखापरीक्षा का कार्यक्षेत्र

अप्रैल 2016 से मार्च 2021 की अवधि को सम्मिलित करते हुए रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत आने वाले द्वितीयक अस्पतालों और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं/अस्पतालों के संबंध में लेखापरीक्षा की गई है। जहां कहीं भी संभव था, डेटा को वर्ष 2021-22 तक अद्यतन किया गया है। लेखापरीक्षा में दिसंबर 2021 से अगस्त 2022 तक की अवधि के दौरान निम्नलिखित इकाइयों के अभिलेखों की नमूना जांच शामिल थी।

### चयनित इकाइयां/योजनाएं

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग (विभाग),
- स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय (डीजीएचएस),
- केंद्रीय खरीद एजेंसी (सीपीए),
- परिवार कल्याण निदेशालय (डीएफडब्ल्यू),
- दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम),
- दिल्ली मेडिकल काउंसिल,
- दिल्ली नर्सिंग काउंसिल,
- दिल्ली फार्मसी काउंसिल,
- दिल्ली आरोग्य कोष,
- आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों के लिए निःशुल्क इलाज की योजना,
- दिल्ली औषधि नियंत्रण विभाग
- रा.रा.क्षे.दि.स. के चार अस्पताल (39 अस्पतालों# में से)
- मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज (लोक नायक अस्पताल से जुड़ा)
- केंद्रीकृत दुर्घटना और आघात सेवाएं (सीएटीएस)
- 11 में से तीन एकीकृत जिला स्वास्थ्य समितियां (आईडीएचएस)

# 10 जिले में फैले हुए 27 जिला स्तरीय अस्पताल, सात सुपर स्पेशलिटी अस्पताल, एक सेंट्रल जेल अस्पताल और चार आयुष अस्पताल शामिल हैं।

### क्षेत्रीय इकाइयों का नमूना चयन

चयनित चार अस्पतालों में लेखापरीक्षा ने विशिष्ट विभागों का चयन किया था अर्थात् लोक नायक अस्पताल (एलएनएच) में मेडिसिन एवं स्त्री रोग; राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच) में कार्डियोलॉजी; तथा विस्तृत जांच के

लिए चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय (सीएनबीसी) में बाल चिकित्सा। चारों अस्पतालों में रेडियोलॉजी शाखा का चयन किया गया। तीन चयनित आईडीएचएस में आयुष्मान भारत स्वास्थ्य बीमा और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजनाओं के अंतर्गत सभी कार्यक्रमों के संबंध में 2016-17 से 2020-21 की अवधि के लिए प्रत्येक वर्ष के एक महीने के अभिलेख को भी गहन जांच के लिए चयन किया गया था। इसके अतिरिक्त रिपोर्ट में कुछ जानकारी<sup>3</sup> डेटा संग्रह पर आधारित है। सभी जिलों के लिए जनशक्ति और लाइन सेवाओं के संबंध में जानकारी डीजीएचएस, रा.रा.क्षे.दि.स. और रा.रा.क्षे.दि.स. के संबंधित जिला स्तरीय अस्पतालों से एकत्र की गई।

इसी प्रकार, चयनित अस्पतालों में लाइन सेवाओं (आईपीडी, ओपीडी और आपातकालीन/आईसीयू/सीसीयू); सहायता सेवाओं (ऑक्सीजन सेवाएं, बायोमेट्रिकल अपशिष्ट प्रबंधन और एम्बुलेंस सेवाएं); तथा सहायक सेवाओं (रोगी सुरक्षा सेवाएं और परिवाद/शिकायत निवारण) की भी जांच की गई।

आयुष की लेखापरीक्षा के उद्देश्य से निदेशालय के चार<sup>4</sup> स्वायत्त निकायों, संलग्न अस्पतालों<sup>5</sup> के साथ दो आयुर्वेद/यूनानी/होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेजों, आयुष निदेशालय और औषधि नियंत्रण सेल (आयुर्वेदिक एवं यूनानी औषधियों) के 2016-17 से 2022-23 की अवधि के अभिलेखों की जांच की गई।

विभाग के साथ एक प्रविष्टि सम्मेलन आयोजित किया गया (3 फरवरी 2022) जिसमें लेखापरीक्षा के उद्देश्यों, मानदंड, कार्यक्षेत्र और कार्यप्रणाली पर चर्चा की गई। लेखापरीक्षा के समापन के बाद 13 दिसंबर 2022 को हितधारकों के साथ लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा करने के लिए एक निर्गम सम्मेलन भी आयोजित किया गया था। प्रतिवेदन का अंतिम मसौदा सरकार को अक्टूबर 2023 में जारी किया गया तथा विभाग के

<sup>3</sup> स्वीकृत संख्या की तुलना में डॉक्टरों की जिलेवार उपलब्धता और लाइन/सहायता सेवाओं की उपलब्धता और रा.रा.क्षे.दि.स. के 27 जिला स्तरीय अस्पतालों में ओपीडी सेवाओं की उपलब्धता।

<sup>4</sup> बोर्ड ऑफ होम्योपैथिक सिस्टम ऑफ मेडिसिन, दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद (डीबीसीपी), भारतीय चिकित्सा दिल्ली हेतु पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए जांच निकाय तथा दिल्ली होम्योपैथिक अनुसंधान परिषद (डीएचएपी)

<sup>5</sup> (i) आयुर्वेदिक और यूनानी तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल (तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल), (ii) डॉ. बी.आर. सुर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज हॉस्पिटल एवं रिसर्च सेंटर (एसएचएमसी)।

उत्तर जहां कहीं भी प्राप्त हुए हैं, उन्हें प्रतिवेदन में उपयुक्त रूप से शामिल किया गया है।

### 1.7 डॉक्टरों/रोगियों का सर्वेक्षण

लेखापरीक्षा पद्धति में लेखापरीक्षित इकाइयों के अभिलेखों और दस्तावेजों की जांच, लेखापरीक्षा के प्रश्नों का उत्तर, प्रश्नावली/प्रोफार्मा के माध्यम से सूचना संग्रह और अंतिम उपयोगकर्ता की संतुष्टि के लिए चयनित सेवा के उपयोगकर्ताओं/लाभार्थियों के डॉक्टर और रोगी का सर्वेक्षण शामिल थे। इसके अतिरिक्त, अस्पताल की संपत्ति, उप भंडार और सिविल कार्यों का संयुक्त भौतिक निरीक्षण भी किया गया। रोगी की संतुष्टि को समझने के लिए 149 बहिरंग रोगियों और 109 आवासी रोगियों के बीच एक सर्वेक्षण भी किया गया। इसी तरह, सर्वेक्षण के लिए यादृच्छिक प्रतिचयन द्वारा 54 डॉक्टरों का चयन किया गया। आईडीईए के माध्यम से एक वेब-एप्लिकेशन (निरंतर) के डेटाबेस का विश्लेषण भी किया गया।

### 1.8 लेखापरीक्षा मानदंड

लेखापरीक्षा उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए अपनाए गए लेखापरीक्षा मानदंड थे:

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017;
- सतत विकास लक्ष्य3-;
- 2019 में राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग द्वारा प्रतिस्थापित एमसीआई अधिनियम 1956;
- भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012;
- भारतीय चिकित्सा डिग्री अधिनियम, 1916;
- व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता विनियम 2002;
- नैदानिक स्थापना अधिनियम, 2010;
- औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940;
- फार्मसी अधिनियम और फार्मसी प्रैक्टिस विनियम 1948, 2015;
- भारतीय नर्सिंग परिषद अधिनियम, 1947;
- जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम;

- राष्ट्रीय परीक्षण और अंशशोधन प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड, आईएसओ/आईईसी 17025 के अनुसार परीक्षण प्रयोगशालाओं के लिए प्रत्यायन कार्यक्रम, आईएसओ/आईईसी 17025 के अनुसार अंशशोधन प्रयोगशालाएं, आईएसओ 15189 के अनुसार चिकित्सा प्रयोगशालाएं आदि;
- अस्पतालों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड, विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं जैसे अस्पतालों, रक्त बैंकों और एलोपैथिक क्लिनिकों आदि के लिए प्रत्यायन कार्यक्रम आदि;
- परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम, 2004;
- 2013 और 2014 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा प्रकाशित सरकारी स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों में गुणवत्ता आश्वासन के लिए मूल्यांकनकर्ताओं की गाइडबुक;
- भारत सरकार और रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा समय-समय पर जारी नियम-पुस्तक, आदेश, परिपत्र और योजना के दिशानिर्देश;
- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. तथा दिल्ली सरकार स्वास्थ्य योजना की नीतियां, जैसा कि उनकी वार्षिक योजनाओं और मास्टर प्लान-2021 में दर्शाया गया है;
- राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन दिशानिर्देश, 2014 और अस्पताल सुरक्षा के लिए राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन दिशानिर्देश, 2016;
- भारत सरकार द्वारा योजनाओं के कार्यान्वयन के लिए जारी रूपरेखा;
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाएं (पीआईपी) और कार्यवाहियों का अनुमोदित अभिलेख (आरओपी);
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए भारत सरकार द्वारा जारी परिचालन दिशानिर्देश,
- रा.रा.क्षे.दि.स. के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग और आयुष निदेशालय द्वारा जारी निर्णय/आदेश;
- दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम 1998
- मेडिकल कॉलेजों और अस्पतालों के लिए न्यूनतम मानक आवश्यकताएं
- राष्ट्रीय आयुष मिशन के दिशानिर्देश।

तथापि, यह देखा गया कि दिल्ली सरकार भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक, 2012 का पालन नहीं करती है क्योंकि उसने इसे नहीं अपनाया है।

### 1.9 इस प्रतिवेदन में आयुष्मान भारत पर विचार

भारत सरकार ने सितंबर 2018 में भारत के सभी राज्यों के लिए आयुष्मान भारत स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की। आयुष्मान भारत योजना में वरिष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बीमा योजना (एससीएचआईएस) और राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) सम्मिलित हैं और इसे आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) के रूप में भी जाना जाता है। आयुष्मान भारत योजना ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के गरीब परिवारों को इलाज का प्रबंध करती है। पीएमजेएवाई योजना का लक्ष्य 10 करोड़ परिवारों (50 करोड़ लोग) को खासकर गरीब और निम्न मध्यम आय वालों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना है। इस योजना का उद्देश्य गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य और दवा तक पहुंच बढ़ाना है। आयुष्मान भारत-राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के अंतर्गत लक्षित परिवार को प्रति वर्ष ₹ 5 लाख की हित लाभ सुरक्षा मिलेगी। पीएमजेएवाई योजना के अनुसार प्रीमियम भुगतान पर होने वाला व्यय वित्त मंत्रालय के दिशानिर्देशों के अनुसार केंद्र और राज्य सरकारों के बीच निर्दिष्ट अनुपात में साझा किया जाता है।

आम लोगों के लाभ के लिए आयुष्मान भारत-प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) आज तक (दिसंबर 2023) राज्य सरकार द्वारा लागू नहीं की गई है। इस प्रकार, दिल्ली के लोगों को योजना का लाभ नहीं मिल सका।

### 1.10 आभार

लेखापरीक्षा के सुचारु संचालन के लिए सहायता प्रदान करने में संबंधित विभागों के साथ-साथ उनके क्षेत्रीय पदाधिकारियों ने जो सहयोग दिया है, उसके लिए लेखापरीक्षा उनका आभार प्रकट करती है।

### 1.11 प्रतिवेदन की संरचना

इस प्रतिवेदन को स्वास्थ्य देखभाल के प्रमुख घटकों अर्थात्, स्वास्थ्य क्षेत्र में वित्त पोषण की पर्याप्तता; अवसंरचना, औषधियों और उपकरणों तथा मानव संसाधनों की उपलब्धता; प्रासंगिक अधिनियमों और नियमों के संबंध में

नियामक निकायों की कार्यप्रणाली; कोविड-19 महामारी के प्रबंधन में रा.रा.क्षे.दि.स. का निष्पादन; केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन; और सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी-3) के अंतर्गत पहचाने गए लक्ष्यों की प्राप्ति को ध्यान में रखते हुए संरचित किया गया है।

पहचान किए गए घटकों और उनकी उपलब्धि में योगदान देने वाले कारकों से संबंधित लेखापरीक्षा निष्कर्षों की नीचे दिए गए विभिन्न अध्यायों में चर्चा की गई है:

अध्याय II	मानव संसाधन
अध्याय III	स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं
अध्याय IV	औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता
अध्याय V	स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना
अध्याय VI	वित्तीय प्रबंधन
अध्याय VII	केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन
अध्याय VIII	नियामक तंत्र की पर्याप्तता और प्रभावशीलता
अध्याय IX	सतत विकास लक्ष्य-3
अध्याय X	रा.रा.क्षे.दि.स. के कार्यक्रमों, योजनाओं/परियोजनाओं/सेवाओं का कार्यान्वयन
अध्याय XI	आयुष

**अध्याय II**  
**मानव संसाधन**



## अध्याय II

### मानव संसाधन

स्वास्थ्य नीति के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए पर्याप्त मानव संसाधन महत्वपूर्ण होता है। मार्च 2022 तक, रा.रा.क्षे.दि.स. के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में लगभग 21 प्रतिशत कर्मचारियों की कमी थी। 28 अस्पतालों/कॉलेजों में शिक्षण विशेषज्ञों, गैर-शिक्षण विशेषज्ञों और चिकित्सा अधिकारियों की श्रेणी में क्रमशः 30, 28 और 9 प्रतिशत की कुल कमी थी जिनके अभिलेख लेखापरीक्षा को प्रस्तुत किए गए थे। इसके अतिरिक्त नर्स और पैरामेडिकल स्टाफ के संदर्भ में यह कमी क्रमशः 21 प्रतिशत और 38 प्रतिशत थी।

दिल्ली (2020-21) में एनएचएम के अंतर्गत 36 प्रतिशत पद रिक्त थे। अस्पतालों के रेडियोलॉजी विभाग में तकनीशियनों की तैनाती विषम संख्या में थी। पदोन्नति और करियर में प्रगति के अवसर के अभाव तथा अपरिवर्तित वेतन संरचना के परिणामस्वरूप नमूना जांच किए गए दो अस्पतालों में सुपर स्पेशलिस्ट डॉक्टरों की उपलब्धता में कमी और असंगति हुई। नमूना जांच किए गए लोक नायक अस्पताल में स्वास्थ्य शिक्षक, मुख्य फार्मासिस्ट, मनोवैज्ञानिक सामाजिक कार्यकर्ता और अग्नि सुरक्षा अधिकारी के पदों पर किसी की नियुक्ति नहीं की गई थी।

#### 2.1 परिचय

किसी स्वास्थ्य संस्थान के प्रभावी और कुशल कामकाज के लिए पर्याप्त संख्या में प्रेरित, सशक्त, प्रशिक्षित और कुशल मानव संसाधन की आवश्यकता होती है। अवसंरचना, उपकरण, औषधियों आदि जैसे अन्य घटकों में निवेश करने से पहले मानव संसाधन का नियोजन आवश्यक है। जनरल ड्यूटी चिकित्सा अधिकारी (जीडीएमओ), विशेषज्ञ, नर्स, संबद्ध स्वास्थ्य कर्मी, प्रशासनिक और सहायक स्टाफ आदि के संदर्भ में कर्मचारियों की संख्या और प्रकार लोगों की स्वास्थ्य सुविधा की आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए जिन्हें स्वास्थ्य संस्थान पूरा करता है, सुनिश्चित किया जाना चाहिए। जनशक्ति की उपलब्धता और संबंधित मुद्दों पर आगामी पैराग्राफों में चर्चा की गई है।

## 2.2 स्वीकृत कर्मचारी संख्या के प्रति मानव संसाधन की उपलब्धता

स्वास्थ्य संबंधी किसी भी निदेशालय ने दिल्ली सरकार के अधीन कार्यरत सभी स्वास्थ्य संस्थानों में उपलब्ध स्थायी और संविदागत चिकित्सा कर्मचारियों की पूरी सूची नहीं रखी। इसलिए, लेखापरीक्षा ने कोषागार और लेखा विभाग, दिल्ली से प्राप्त एकीकृत वित्तीय प्रबंधन प्रणाली (आईएफएमएस) के एक मॉड्यूल/एप्लिकेशन, मानव संसाधन प्रबंधन प्रणाली (एचआरएमएस) के आंकड़ों का विश्लेषण किया (31 मार्च 2022)। एचआरएमएस आंकड़ों में रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत विभिन्न विभागों में तैनात स्थायी कर्मचारियों की जानकारी शामिल है। लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित से संबंधित आंकड़े प्राप्त किए और उसका विश्लेषण किया-

- i. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
- ii. स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय (डीजीएचएस)
- iii. राज्य स्वास्थ्य मिशन
- iv. औषधि नियंत्रण विभाग
- v. मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज
- vi. लोक नायक अस्पताल
- vii. राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल
- viii. जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल
- ix. चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय

उपर्युक्त विभागों के सभी कार्यालयों के लिए स्वीकृत कर्मचारी संख्या और पदस्थापित कर्मचारियों का विवरण तालिका 2.1 में दिया गया है।

तालिका 2.1: विभिन्न स्वास्थ्य विभागों में जनशक्ति की स्थिति  
(मार्च 2022 तक)

विभाग/संस्थान का नाम	स्वीकृत कर्मचारी संख्या	मौजूदा संख्या	रिक्त पद	रिक्ति की प्रतिशतता
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग	15,508	12,240	3268	21
महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं (डीजीएचएस)	4,080	2,548	1532	37.55
राज्य स्वास्थ्य मिशन	3,222	2,186	1036	32.15
औषधि नियंत्रण विभाग	145	70	75	51.72
<b>चयनित मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल</b>				
मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज	1,111	608	503	45.27
लोक नायक अस्पताल	4,280	3,699	581	13.57
राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	882	303	579	65.64
जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	457	159	298	65.20
चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय	787	465	322	40.91

कुल स्वीकृत कर्मचारी संख्या में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग और डीजीएचएस की प्रमुख हिस्सेदारी है। रिक्त पदों की प्रतिशतता के संदर्भ में उपर्युक्त दोनों विभागों/संस्थानों में 21 प्रतिशत और 37.55 प्रतिशत की कमी थी। लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि डीजीएचएस में रिक्तियों का प्रतिशत 2016-17 के 19.96 प्रतिशत से बढ़कर 2021-22 में 37.55 प्रतिशत हो गया। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान चयनित अस्पतालों और औषधि नियंत्रण विभाग में रिक्तियां बनी रहीं।

अस्पताल के आंकड़ों<sup>1</sup> के विश्लेषण से नर्सों, पैरा-मेडिकल स्टाफ और डॉक्टरों की कमी और इन स्वास्थ्य इकाइयों के बीच उनके असंगत वितरण का पता चला (अनुलग्नक I), जैसा कि नीचे चर्चा की गई है:

- नर्सिंग स्टाफ:** नर्सिंग स्टाफ की कुल मिलाकर कमी (21 प्रतिशत) थी और अस्पताल-वार कमी एक से 34 प्रतिशत तक थी। जीबी पंत अस्पताल (34 प्रतिशत), जीटीबी अस्पताल (28 प्रतिशत), एलएनएच (20 प्रतिशत) और भगवान महावीर अस्पताल (33 प्रतिशत) जैसे प्रमुख अस्पतालों में महत्वपूर्ण रिक्तियां थीं।
- पैरामेडिकल स्टाफ:** पैरामेडिकल स्टाफ के अंतर्गत 79 श्रेणियों के पद स्वीकृत थे, जिसके प्रति कुलमिलाकर स्टाफ की कमी (38 प्रतिशत) थी और 23 श्रेणियों के पदों के प्रति कोई स्टाफ तैनात नहीं था। व्यावसायिक

<sup>1</sup> 28 अस्पतालों/कॉलेजों का आंकड़ा प्रस्तुत किया गया।

थेरेपिस्ट/ फिजियोथेरेपिस्ट, स्पीच थेरेपिस्ट, रिफ्रैक्शनिस्ट, ऑडियोमेट्रिक असिस्टेंट, डायटिशियन, पोस्टमार्टम असिस्टेंट, टेक्निकल असिस्टेंट ऑपथलमोलॉजी, ऑर्थोप्टिस्ट, साइक्याट्रिक सोशल वर्कर, लैब तकनीशियन, ओटी टेक्निशियन, रेडियोग्राफर और मेडिकल रिकॉर्ड तकनीशियन आदि (अनुलग्नक I बी) जैसे 19 विभिन्न श्रेणियों के पदों पर 30 प्रतिशत से अधिक रिक्तियां थीं।

3. **शिक्षण विशेषज्ञ, गैर-शिक्षण विशेषज्ञ और चिकित्सा अधिकारी:** शिक्षण विशेषज्ञों, गैर-शिक्षण विशेषज्ञों और चिकित्सा अधिकारियों की श्रेणी में कुल कमी क्रमशः 30, 28 और 9 प्रतिशत थी। डॉ. बाबा साहेब अंबेडकर (38 प्रतिशत), एलएनएच (40 प्रतिशत) और बाबू जगजीवन राम मेमोरियल (44 प्रतिशत) जैसे प्रमुख अस्पतालों में गैर-शिक्षण विशेषज्ञों की महत्वपूर्ण रिक्तियां थीं।

तीन अस्पतालों (अंबेडकर नगर अस्पताल, बुराड़ी अस्पताल और इंदिरा गांधी अस्पताल) में विशेषज्ञों का कोई स्वीकृत पद नहीं था, परंतु 11 गैर-शिक्षण विशेषज्ञ इन अस्पतालों में परिवर्तित क्षमता से काम कर रहे थे। इसके अतिरिक्त इन अस्पतालों में 12 की स्वीकृत संख्या के प्रति 68 चिकित्सा अधिकारी परिवर्तित क्षमता से काम कर रहे थे।

तीन अस्पतालों में विशेषज्ञों के स्वीकृत पद के अभाव के संबंध में, सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि इंदिरा गांधी अस्पताल में 36 विशेषज्ञों के पद स्वीकृत किए गए हैं, जिसके प्रति 17 पद नियमित आधार पर भर दिए गए हैं।

स्वास्थ्य कर्मचारियों की कमी के कारण रोगियों की स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ रहा है। विभाग ने विभिन्न संवर्गों में रिक्त पदों को भरने के लिए कोई प्रयास नहीं किया था।

4. **27 जिला स्तरीय अस्पतालों में विशेषज्ञों की जिला एवं विभाग वार कमी** लेखापरीक्षा द्वारा जिला स्तर के 27 अस्पतालों<sup>2</sup> के विभिन्न विभागों में विशेषज्ञों/डॉक्टरों की स्वीकृत संख्या और उपलब्धता का आकड़ा एकत्र किया

<sup>2</sup> सात सुपर स्पेशलिटी अस्पताल, एक केंद्रीय जेल अस्पताल तथा चार आयुष अस्पतालों को छोड़कर

गया। रा.रा.क्षे.दि.स. के एक विशेष राजस्व जिले में स्थित अस्पतालों को जिले-वार स्थिति का पता लगाने के लिए समूहीकृत किया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 27 अस्पतालों में से कई अस्पतालों में, ईएनटी सेवाएं (3), जनरल मेडिसिन (2), बाल रोग (2), जनरल सर्जरी (3), नेत्र विज्ञान (2), दंत चिकित्सा (7), प्रसूति एवं स्त्री रोग (3), मनोचिकित्सा (19), आर्थोपेडिक्स (3) और त्वचाविज्ञान (5) उपलब्ध नहीं थे। आगे लेखापरीक्षा में पाया गया कि नई दिल्ली जिले में रा.रा.क्षे.दि.स. का कोई अस्पताल उपलब्ध नहीं था।

10 जिलों में फैले 27 अस्पतालों के 10 विशेष विभागों के अंतर्गत मार्च 2023 तक डॉक्टरों का जिले-वार विन्यास तालिका 2.2 में दिया गया है।

तालिका 2.2: अस्पतालों में विशेषज्ञों का जिलेवार विन्यास

विभाग <sup>5</sup> का नाम	केंद्रीय		पूर्व		उत्तर		उत्तर-पूर्व		उत्तर-पश्चिम		शाहदरा		दक्षिण		दक्षिण-पूर्व		दक्षिण-पश्चिम		पश्चिम		कुल	
	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.	स्वी. सं.	मौ. सं.
का.ना.ग.	15	15	6	5	4	3	1	1	7	6	3	3	1	0	1	2	8	6	6	5	52	46
सा.चि.	30	15	3	1	12	3	3	3	22	16	8	6	2	0	3	3	23	8	21	14	127	69
बा.चि.	40	34	90	63	10	3	2	3	17	11	1	12	1	1	2	2	21	13	19	18	219	160
सा.श.चि.	33	22	24	14	10	3	2	2	12	7	7	3	1	0	3	1	23	7	17	14	132	73
ने.वि.	46	24	5	4	4	2	1	1	14	7	3	2	1	0	1	1	8	4	8	7	91	52
दंत चिकित्सा	1	0	5	2	6	1	2	1	8	5	2	2	1	0	2	1	6	3	8	5	41	20
प्र.वि. एवं स्त्रीरोग वि.	53	46	2	2	16	9	3	2	23	15	2	20	2	2	3	3	24	11	30	24	176	134
मनो.चि.	0	0	1	1	2	0	0	0	3	3	0	1	0	0	0	1	3	1	1	1	10	8
हड्डी रोग	31	29	8	8	8	3	2	2	12	6	5	5	1	0	2	1	16	8	1	8	98	70
त्व.वि.	7	7	5	4	3	2	1	1	5	4	3	2	1	0	1	1	4	2	6	3	36	26
कुल	256	192	149	104	75	29	17	16	123	80	68	56	11	3	18	16	136	63	129	99	982	658
कमी प्रतिशत में		25		30		61		5		35		17		72		11		53		23		33

\* जनशक्ति की कमी लाल रंग में अंकित है।

<sup>5</sup> का.ना.ग. - कान, नाक, गला, सा.चि. - सामान्य चिकित्सा, बा.चि. - बाल चिकित्सा, सा.श.चि. - सामान्य शल्यचिकित्सा, ने.वि. - नेत्र विज्ञान, प्र.वि. एवं स्त्री.रो.वि. - प्रसूति विज्ञान एवं स्त्रीरोग विज्ञान, मनो.चि. - मनोविज्ञान चिकित्सा, हड्डी.वि.- हड्डी रोग विज्ञान, त्व.वि. - त्वचा विज्ञान

रा.रा.क्षे.दि.स. के 27 अस्पतालों के दस विभागों में कुल मिलाकर 33 प्रतिशत डॉक्टरों की कमी थी। जिले-वार कमी दक्षिण में 72 प्रतिशत, उत्तर में 61 प्रतिशत और दक्षिण-पश्चिम जिलों में 53 प्रतिशत थी। दक्षिण-पूर्व (11 प्रतिशत) और उत्तर-पूर्व (5 प्रतिशत) को छोड़कर अन्य जिलों में डॉक्टरों की कमी 17 से 30 प्रतिशत के बीच थी।

जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, नेत्र विज्ञान और दंत चिकित्सा में विशेषज्ञों की कुल कमी क्रमशः 45, 44, 42 और 51 प्रतिशत थी। ई.एन.टी. (11 प्रतिशत) को छोड़कर अन्य विभागों में डॉक्टरों की कमी 20 से 33 प्रतिशत के बीच थी। दक्षिण-पश्चिम और उत्तरी जिलों के अस्पतालों के सभी विभागों में डॉक्टरों की कमी थी। इसके अतिरिक्त, उत्तर-पश्चिम और पश्चिम जिलों में मनोचिकित्सा को छोड़कर सभी विभागों में कमी देखी गई।

### 2.3 महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं (डीजीएचएस) के अंतर्गत विभिन्न पदों पर कर्मचारियों की उपलब्धता

डीजीएचएस में, 1,532 पद, अर्थात् कुल स्वीकृत संख्या 4,080 में से 37.55 प्रतिशत रिक्त थे। श्रेणी-वार रिक्ति की स्थिति तालिका 2.3 में दर्शाई गई है।

तालिका 2.3: डीजीएचएस में कर्मचारियों की स्थिति

श्रेणी	स्वीकृत पद	कार्यरत संख्या	रिक्त पद	रिक्ति की प्रतिशतता
डॉक्टर	677	539	138	20.38
नर्स	560	526	34	6.07
पैरामेडिक	985	755	230	23.35
अन्य <sup>6</sup>	1,858	728	1,130	60.82
<b>कुल</b>	<b>4,080</b>	<b>2,548</b>	<b>1,532</b>	<b>37.55</b>

स्रोत: डीजीएचएस, रा.रा.क्षे.दि.स. का वार्षिक प्रतिवेदन 2021-22

उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि उपर्युक्त चार श्रेणियों के अंतर्गत रिक्त पद 6.07 प्रतिशत से 60.82 प्रतिशत तक हैं।

<sup>6</sup> ड्रैसर, सफाई कर्मचारी, परिचारक आदि।

## 2.4 औषधि नियंत्रण विभाग (डीसीडी) के अंतर्गत मानव संसाधन

डीसीडी, दिल्ली की कुल स्वीकृत कर्मचारी संख्या 145 थी। यह देखा गया है कि डीसीडी में 51.72 प्रतिशत पद, अर्थात् 75 पद रिक्त पड़े थे। डीसीडी में कुछ पदों पर जनशक्ति की कमी तालिका 2.4 में दी गई है।

तालिका 2.4: डीसीडी के अंतर्गत जनशक्ति की स्थिति (सितंबर 2022 तक)

क्र.सं.	पद का नाम	स्वीकृत पद	कार्यरत संख्या	रिक्त पद	रिक्ति की प्रतिशतता
1.	औषधि नियंत्रक	1	0	1	100
2.	उप औषधि नियंत्रक	2	1	1	50
3.	वरिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारी	1	0	1	100
4.	औषधि निरीक्षक	46	17	29	63
5.	कनिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारी	4	0	4	100
6.	वरिष्ठ वैज्ञानिक सहायक	14	2	12	86
7.	प्रयोगशाला सहायक	2	1	1	50
8.	नमूना पैकर	1	0	1	100
	<b>कुल</b>	<b>71</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>70.42</b>

स्रोत: डीसीडी द्वारा प्रदान की गई जानकारी

तालिका 2.4 से देखा जा सकता है कि औषधि निरीक्षक (63 प्रतिशत), कनिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारी (100 प्रतिशत) और वरिष्ठ वैज्ञानिक सहायक (86 प्रतिशत) जैसे महत्वपूर्ण पदों पर कर्मचारियों की भारी कमी थी।

## 2.5 नमूना जांच किए गए अस्पतालों में स्वीकृत कर्मचारी संख्या और उपलब्धता

वित्तीय वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान, तालिका 2.5 में दिए गए विवरण के अनुसार, चार चयनित अस्पतालों में स्वीकृत संख्या के प्रति डॉक्टरों, पैरामेडिकल स्टाफ/तकनीशियनों और नर्सिंग स्टाफ की उपलब्धता में कमी थी।

तालिका 2.5: चयनित अस्पतालों में कर्मचारियों की स्थिति

अस्पताल का नाम	स्वीकृत संख्या	तैनात कर्मचारियों की संख्या						रिक्ति (प्रतिशत में)
		2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	
<b>डॉक्टर</b>								
एलएनएच	669	542	542	553	551	573	587	12 से 19
आरजीएसएसएच	238	61	64	82	73	115	119	50 से 74
सीएनबीसी	189	121	106	144	132	119	127	24 से 44
जेएसएसएच	158	74	70	78	79	57	76	50 से 64
<b>पैरामेडिकल स्टाफ</b>								
एलएनएच	464 (16-17) 464 (17-18) 464 (18-19) 463 (19-20) 507 (20-21) 553 (21-22)	363	345	327	316	348	454	18 से 32
आरजीएसएसएच	136	106	96	78	67	67	60	22 से 56
सीएनबीसी	105	93	74	73	75	89	76	11 से 30
जेएसएसएच	88 (2016-17) 90 (2017-22)	36	42	34	36	34	31	53 से 66
<b>नर्सिंग स्टाफ</b>								
एलएनएच	1,646 (20-22 में 1650)	1,449	1,440	1,416	1,382	1,458	1,576	4 से 16
आरजीएसएसएच	428	16	19	19	114	114	114	73 से 96
सीएनबीसी	408	238	237	236	221	220	213	42 से 48
जेएसएसएच	174	36	36	34	32	30	30	79 से 83

- एलएनएच में, डॉक्टरों, पैरामेडिकल स्टाफ/तकनीशियनों और नर्सिंग स्टाफ की कमी क्रमशः 12 से 19 प्रतिशत, 18 से 32 प्रतिशत और 4 से 16 प्रतिशत के बीच थी।
- सीएनबीसी में, डॉक्टरों, पैरामेडिकल स्टाफ/तकनीशियनों और नर्सिंग स्टाफ की कमी क्रमशः 24 से 44 प्रतिशत, 11 से 30 प्रतिशत और 42 से 48 प्रतिशत के बीच थी।
- आरजीएसएसएच में, डॉक्टरों, पैरामेडिकल स्टाफ/तकनीशियनों और नर्सिंग स्टाफ की कमी क्रमशः 50 से 74 प्रतिशत, 22 से 56 प्रतिशत और 73 से 96 प्रतिशत के बीच थी।
- जेएसएसएच में, डॉक्टरों, पैरामेडिकल स्टाफ/तकनीशियनों और नर्सिंग स्टाफ की कमी क्रमशः 50 से 64 प्रतिशत, 53 से 66 प्रतिशत और 79 से 83 प्रतिशत के बीच थी।

उपर्युक्त के अतिरिक्त, नमूना जांच किए गए सभी अस्पतालों में विभिन्न संवर्गों में विशिष्ट और महत्वपूर्ण कमियों को नीचे उजागर किया गया है:

- मार्च 2022 तक एलएनएच में एनेस्थीसिया, न्यूरोसर्जरी, बर्न्स एंड प्लास्टिक सर्जरी, जनरल सर्जरी, रेडियो-डायग्नोसिस, जनरल मेडिसिन और ऑर्थोपेडिक्स के विभिन्न विभागों में कुल मिलाकर 21 प्रतिशत विशेषज्ञ डॉक्टरों की कमी थी। नवजात शिशु विभाग में अप्रैल 2016 में सृजित नौ नए पदों के प्रति वरिष्ठ रेसिडेंट चिकित्सकों की भारी कमी थी जिन्हें केवल जनवरी 2023 में भरा गया। इसके अतिरिक्त, सीसीयू सहायक, तकनीकी पर्यवेक्षक (पीसीआर), तकनीकी सहायक (डायलिसिस), तकनीकी सहायक (ईएनटी), तकनीकी पर्यवेक्षक (ईएनटी), मनोवैज्ञानिक सामाजिक कार्यकर्ता, वैज्ञानिक सहायक, स्वास्थ्य शिक्षक, मुख्य फार्मासिस्ट, मैकेनिक ओटी, न्यूरो तकनीशियन, न्यूरो सहायक ओटी, लॉन्ड्री मैकेनिक, अग्नि सुरक्षा अधिकारी आदि जैसे कुछ पदों के प्रति किसी भी व्यक्ति को सितंबर 2022 तक तैनात नहीं किया गया था।
- जेएसएसएच में वर्ष 2016-17 से 2019-20 के दौरान माइक्रोबायोलॉजी एवं पैथोलॉजी में तथा वर्ष 2016-17 से 2018-19 के दौरान कार्डियोलॉजी विभाग में कोई विशेषज्ञ डॉक्टर पदस्थापित नहीं था। इसके अतिरिक्त 24 स्वीकृत पदों के प्रति (आठ विभागों<sup>7</sup> में प्रोफेसर, एसोसिएट प्रोफेसर और सहायक प्रोफेसर का एक-एक पद) केवल दो प्रोफेसर, दो एसोसिएट प्रोफेसर और पांच सहायक प्रोफेसर की नियुक्ति की गई (मार्च 2022)। मार्च 2022 तक कुछ पदों जैसे तकनीकी सहायक (रेडियोलॉजी), स्पीच थेरेपिस्ट, वरिष्ठ रेडियोग्राफर (रेडियोलॉजी), डार्क रूम अटेंडेंट, लैब अटेंडेंट और ड्रेसर के प्रति किसी भी व्यक्ति को तैनात नहीं किया गया था। मार्च 2022 तक तकनीकी सहायकों (सात में से पांच रिक्त), ईसीजी तकनीशियन (पांच में से दो रिक्त) और रेडियोग्राफर (24 में से 23 रिक्त) के पदों पर रिक्तियां थीं।
- आरजीएसएसएच में, 2016-17 से 2017-18 की अवधि के दौरान 26 प्रोफेसर/एसोसिएट प्रोफेसर की स्वीकृत संख्या के प्रति कोई

<sup>7</sup> कार्डियोलॉजी, नेफ्रोलॉजी, न्यूरोलॉजी, गैस्ट्रोएंटरोलॉजी, एनेस्थीसिया, रेडियोलॉजी, पैथोलॉजी और माइक्रोबायोलॉजी

प्रोफेसर/एसोसिएट प्रोफेसर उपलब्ध नहीं था, जबकि वर्ष 2018-19 से 2021-22 की अवधि के दौरान केवल एक से पांच तक प्रोफेसर/एसोसिएट प्रोफेसर उपलब्ध थे।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि आरजीएसएसएच एसआर के लिए नियमित वॉक-इन-इंटरव्यू आयोजित करता है और पैरामेडिकल स्टाफ के पद के लिए निविदा जारी की गई है जो प्रक्रियाधीन है।

इस प्रकार, विभागों/अस्पतालों में डॉक्टरों/पैरा मेडिकल स्टाफ की कमी का सीधा प्रभाव रोगी देखभाल सेवाओं पर पड़ता है।

नमूना जांच किए गए अस्पतालों के संबंध में, लेखापरीक्षा ने ऐसे उदाहरण देखे जहां जनशक्ति की कमी के कारण ओटी का उपयोग नहीं किया जा रहा था। इसके अतिरिक्त, नमूना जांच किए गए अस्पतालों में सर्जरी के लिए औसत प्रतीक्षा समय एक महीने से 10 महीने के बीच था। इसका विवरण प्रतिवेदन के अध्याय III में दिया गया है।

## 2.6 चयनित स्वायत्त सुपर स्पेशलिटी अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों की कमी

लेखापरीक्षा ने रा.रा.क्षे.दि.स. के चयनित स्वायत्त<sup>8</sup> राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच) में शिक्षक डॉक्टरों की उपलब्धता की जांच की।

रा.रा.क्षे.दि.स. और संबंधित अस्पतालों के बीच एमओए के अनुसार, शिक्षक डॉक्टरों की भर्ती तीन साल के बाद निष्पादन की समीक्षा के साथ निश्चित पारिश्रमिक पर पांच साल के लिए की जानी है और पांच साल का कार्यकाल पूरा होने पर निश्चित पारिश्रमिक पर सेवानिवृत्ति तक हर बार एक साल का विस्तार किया जाना है। जुलाई 2014 में रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा शिक्षण संकायों के लिए पारिश्रमिक तय किया गया था, अर्थात् सहायक प्रोफेसर (₹ 1.25 लाख), एसोसिएट प्रोफेसर (₹ 1.65 लाख) और प्रोफेसर (₹ 2.00 लाख)।

<sup>8</sup> आरजीएसएसएच और जेएसएसएच दोनों को आयुर्विज्ञान के क्षेत्र में अनुसंधान एवं प्रशिक्षण के लिए उन्नत केंद्रों के रूप में कार्य करना था और पोस्ट-डॉक्टरल और स्नातकोत्तर स्तरों के लिए अत्याधुनिक शिक्षण सुविधाओं के रूप में स्थापित किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एक संतुष्ट और सुसंगत कार्यबल के लिए पदोन्नति और कैरियर की प्रगति के पहलुओं को एमओए में शामिल नहीं किया गया था। पदोन्नति और करियर में प्रगति के अवसरों के अभाव में, आरजीएसएसएच और जेएसएसएच शिक्षक डॉक्टरों को आकर्षित करने में विफल रहे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आरजीएसएसएच में 85 की स्वीकृत संख्या के प्रति 14 (2017-18) से 29 (2020-21) शिक्षक डॉक्टर (नियमित/संविदात्मक) थे, जबकि जेएसएसएच में 24 की स्वीकृत संख्या के प्रति अधिकतम आठ शिक्षक डॉक्टर थे (31 मार्च 2021)। वर्ष 2016-17 में, जेएसएसएच में कोई शिक्षण संकाय तैनात नहीं था। इसके परिणामस्वरूप, कार्डियोलॉजी, पल्मोनोलॉजी, गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी, जीआई सर्जरी, यूरोलॉजी आदि जैसे सुपर स्पेशियलिटी विभागों को चलाने के लिए सुपर स्पेशियलिटी डॉक्टरों की उपलब्धता में कमी और असंगतता हुई।

यह भी देखा गया कि संविदात्मक निबंधनों और शर्तों को संशोधित करने और पारिश्रमिक बढ़ाने के बजाय, आरजीएसएसएच ने एक वर्ष के लिए शिक्षण संकाय की भर्ती शुरू कर दी और उसके बाद एक वर्ष का समय विस्तार दिया जा रहा था। इसके अतिरिक्त, एक वर्ष के लिए भी पर्याप्त प्रतिक्रिया नहीं मिलने पर, डॉक्टरों (शिक्षण संकाय, एसआर और जेआर) को तीन महीने के लिए वॉक-इन इंटरव्यू के माध्यम से भर्ती किया गया था और फिर और तीन महीने के लिए विस्तार दिया गया था। डॉक्टरों के बार-बार बदलने के अतिरिक्त उनकी कमी के कारण अस्पतालों का कामकाज प्रभावित हुआ, जिससे रोगियों को सुपर स्पेशलिटी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करने में इन अस्पतालों की क्षमता में समझौता हुआ।

## 2.7 चयनित मेडिकल कॉलेज में स्वीकृत कर्मचारी संख्या और कार्यरत कर्मचारी

रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार के तीन मेडिकल कॉलेज हैं। विवरण तालिका 2.6 में दिया गया है।

तालिका 2.6: रा.रा.क्षे.दि.स. के मेडिकल कॉलेजों का विवरण

क्र.सं.	मेडिकल कॉलेज का नाम	विश्वविद्यालय का नाम	स्थापना वर्ष	सीटों की संख्या
1	डॉ. बाबा साहेब अंबेडकर मेडिकल कॉलेज, रोहिणी, दिल्ली	गुरु गोबिंद सिंह इंद्रप्रस्थ विश्वविद्यालय	2016	125
2	मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज, नई दिल्ली	दिल्ली विश्वविद्यालय	1959	250
3	यूनिवर्सिटी कॉलेज ऑफ मेडिकल साइंसेज और जीटीबी अस्पताल, नई दिल्ली	दिल्ली विश्वविद्यालय	1971	170

मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज (एमएएमसी) को लेखापरीक्षा के लिए चयनित किया गया था। एमसीआई (अब राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग) द्वारा जारी मेडिकल कॉलेज विनियम, 1999 इस बात पर ज़ोर देता है कि शिक्षा को प्रभावी ढंग से प्रदान करने के लिए शिक्षकों की संख्या प्रावधानों के अनुसार होनी चाहिए। कॉलेज का शिक्षण स्टाफ अस्पताल में रोगियों की देखभाल की सेवाएं भी प्रदान करता है। वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान, एमएएमसी में कुल मिलाकर 20 से 32 प्रतिशत संकाय सदस्यों की कमी थी जैसा कि तालिका 2.7 में दर्शाया गया है।

तालिका 2.7: एमएएमसी में कर्मचारियों की स्थिति

वर्ष	स्वीकृत पदों की संख्या	भरे गए पद	रिक्त	रिक्त (प्रतिशत में)
2016-17	288	195	93	32
2017-18	291	207	84	29
2018-19	292	211	81	28
2019-20	292	213	79	27
2020-21	292	234	58	20
2021-22	295	226	69	23.39

इसके अतिरिक्त, कुल 295 शिक्षण संकाय पदों में से 73 पद अस्थायी प्रकृति के थे व एमएएमसी में पिछले 20 वर्षों से ऐसे ही चल रहे थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभिन्न श्रेणियों<sup>9</sup> में 38 अस्थायी पद रिक्त पड़े थे (मार्च 2021)। सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि एमएएमसी ने शिक्षण संकायों के रिक्त पदों को संविदा के आधार पर भरने की प्रक्रिया शुरू कर दी है।

<sup>9</sup> नियोनेटोलॉजी (1), पल्मोनरी मेडिसिन (2), बाल विकास केंद्र (7), विकिरण भौतिकी (1), जेनेटिक लैब (1), सर्जरी (4), मेडिसिन (4), प्रजनन जीव विज्ञान केंद्र (ओ एंड जी विभाग)-(9), और नेफ्रोलॉजी (9)

## 2.8 नर्सिंग कॉलेज, एलएनएच में कर्मचारियों की स्वीकृत संख्या और उपलब्धता

भारतीय नर्सिंग काउंसिल के दिशानिर्देशों के अनुसार, 40-60 छात्रों के प्रवेश वाले प्रत्येक नर्सिंग कॉलेज में प्राचार्य और उप प्राचार्य का एक-एक पद एवं एसोसिएट प्रोफेसर के दो पद तथा सहायक प्रोफेसर के तीन पद होने चाहिए। कुल छात्रों की संख्या के 1:10 के अनुपात में शिक्षक होने चाहिए। एलएनएच के नर्सिंग कॉलेज में बीएससी नर्सिंग पाठ्यक्रम में 172 (2016-17) से 224 (2021-22) छात्र पढ़ रहे थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- 2016-17 से 2021-22 के दौरान किसी प्राचार्य की तैनाती नहीं की गई।
- मानदंड के अनुसार पांच एसोसिएट प्रोफेसर/सहायक प्रोफेसर की आवश्यकता थी। इसके विपरीत, चार स्वीकृत पदों में से केवल दो पद भरे गए थे (2018-19 के बाद), जबकि क्लिनिकल इंस्ट्रक्टर के छः पदों की स्वीकृत संख्या के प्रति एक (2019-20) से पांच (2018-19) तक भरे गए।
- मानदंड के अनुसार 17 से 22 शिक्षकों की आवश्यकता थी। तथापि लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान कॉलेज में 16 की स्वीकृत संख्या के प्रति केवल 10 से 13 शिक्षक ही तैनात थे। इस प्रकार, स्वीकृत कर्मचारी संख्या के प्रति शिक्षण स्टाफ में 19 प्रतिशत (2018-19) से 37 प्रतिशत (2019-20) तक की कमी थी।

## 2.9 एनएचएम के अंतर्गत रिक्त पद

भारत सरकार और रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार के बीच हस्ताक्षरित समझौता ज्ञापन के अनुसार, एनएचएम के अंतर्गत संविदात्मक/बहिःस्रोतित मानव संसाधन को नियुक्त किया जाना है। डीएसएचएस हर वर्ष 12 महीने की अवधि के लिए कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) को (एनएचएम के अंतर्गत कार्यक्रमों के लिए मानव संसाधन की आवश्यकता सहित) स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार को भेजता है। इसके बाद, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

मंत्रालय, भारत सरकार प्रस्तावित पीआईपी के प्रति कार्यवाहियों के अभिलेख (आरओपी) में मानव संसाधन को अनुमोदन देता है।

2020-21 की अवधि के लिए डीएसएचएस के आरओपी (अनुमोदित पीआईपी) के अनुसार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने डॉक्टरों, नर्सों, तकनीशियनों और अन्य पैरामेडिकल स्टाफ आदि के 2,581 पदों को मंजूरी दी, जिसके प्रति केवल 1,643 पद भरे गए थे और 938 पद (36 प्रतिशत) मार्च 2021 तक रिक्त पड़े थे।

पदों की विभिन्न श्रेणियों में कमी तालिका 2.8 में दी गई है।

**तालिका 2.8: एनएचएम के अंतर्गत कर्मचारियों की उपलब्धता**

क्र.सं.	पद की श्रेणी	स्वीकृत पदों की संख्या	भरे गए पदों की संख्या	रिक्त	रिक्त (प्रतिशत में)
1.	नर्स	1,163	845	318	27
2.	तकनीशियन	439	347	92	21
3.	फार्मासिस्ट	134	98	36	27
4.	फिजियोथेरेपिस्ट/व्यवसाय चिकित्सक	21	0	21	100
5.	चिकित्सा अधिकारी (डॉक्टर)	105	75	30	29
6.	सामाजिक कार्यकर्ता	22	2	20	91
7.	मनोचिकित्सक	5	0	5	100
8.	राष्ट्रीय मौखिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए दंत चिकित्सा कर्मचारी	106	0	106	100
9.	सलाहकार	37	5	32	86
10.	मनोवैज्ञानिक	19	1	18	95
11.	सूक्ष्म जीव विज्ञानी	6	2	4	67
12.	ऑडियोमेट्रिक सहायक/ऑडियोलॉजिस्ट	18	1	17	94
13.	प्रयोगशाला सहायक/अटेंडेंट	23	13	10	43
14.	परामर्शदाता	29	1	28	97
15.	विविध चिकित्सा कर्मचारी	403	249	154	38
16.	अन्य प्रशासनिक कर्मचारी	51	4	47	92
<b>कुल</b>		<b>2,581</b>	<b>1,643</b>	<b>938</b>	<b>36</b>

उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि चिकित्सा अधिकारी (29 प्रतिशत), नर्स (27 प्रतिशत), फार्मासिस्ट (27 प्रतिशत), प्रयोगशाला सहायक (43 प्रतिशत) और सलाहकार (86 प्रतिशत) जैसे प्रमुख पदों पर महत्वपूर्ण रिक्तियां थीं।

डीएसएचएम ने कहा (जुलाई 2022) कि वह मौजूदा संविदात्मक कर्मचारियों को अतिरिक्त जिम्मेदारियां देकर कार्यक्रम का कार्यान्वयन और संचालन करता है। यह उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि डीएसएचएस ने भारत सरकार द्वारा पीआईपी में अनुमोदित पर्याप्त संविदात्मक/बहिःस्रोतित कर्मचारियों की भर्ती के लिए कोई प्रयास नहीं किया है।

## 2.10 रेडियोलॉजी स्टाफ की तैनाती

परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (एईआरबी) द्वारा जारी परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम 2004 और मेडिकल डायग्नोस्टिक रेडियोलॉजी मॉड्यूल (विकिरण ऐप्लिकेशंस-ईएलओआरए के ई-लाइसेंसिंग के लिए दिशानिर्देश) के अनुसार, सभी एक्स-रे उपकरणों के लिए लाइसेंस प्राप्त करने हेतु रेडियोलॉजिस्ट/एक्स-रे ऑपरेटरों/तकनीशियनों की उपलब्धता अनिवार्य है।

लेखापरीक्षा ने उपलब्ध मशीनरी और उपकरणों जून 2022 तक की तुलना में स्वास्थ्य सुविधाओं में रेडियोलॉजिस्ट/डॉक्टरों और तकनीशियनों की उपलब्धता के अभिलेखों की जांच की (अनुलग्नक II)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पांच अस्पतालों अर्थात् राव तुला राम मेमोरियल अस्पताल, सत्यवती राजा हरीश चंद अस्पताल (एसआरएचसीएच), गुरु गोबिंद सिंह अस्पताल, दीप चंद बंधु अस्पताल तथा ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल में कोई विशेषज्ञ/जीडीएमओएस/एसआर नहीं था, जिससे ईएलओआरए डायग्नोस्टिक रेडियोलॉजी दिशानिर्देशों के उल्लंघन में एक्स-रे फिल्मों की रिपोर्टिंग पर प्रभाव पड़ा। इसके अतिरिक्त, दो अस्पतालों अर्थात् राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल और चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेद चरक संस्थान में एक्स-रे मशीनों के उपलब्ध होने के बावजूद कोई तकनीशियन तैनात नहीं किया गया।

इस मुद्दे को सचिव (स्वा. एवं परि. कल्या.) की अध्यक्षता में आयोजित बैठक (दिसंबर 2018) में भी उठाया गया था।

डीजीएचएस ने कहा (फरवरी 2022) कि नैदानिक सेवाओं में सभी संवर्गों के संबंध में अस्पतालों में जनशक्ति का विन्यास उनके दायरे में नहीं है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि जनशक्ति के विन्यास की समग्र जिम्मेदारी विभाग/डीजीएचएस की है।

*सिफारिश 2.1: रा.रा.क्षे.दि.स. की सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के कामकाज में सुधार के लिए स्वीकृत पदों के प्रति रिक्तियां भरी जानी चाहिए।*

*सिफारिश 2.2: अपने स्वायत्त अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों की कमी को देखते हुए, सरकार शिक्षक डॉक्टरों के लिए इसे और अधिक आकर्षक बनाने के लिए भर्ती मानदंडों की समीक्षा करे ताकि इन अस्पतालों में शिक्षक डॉक्टरों के संतुष्ट और सुसंगत कार्यबल उपलब्ध हो सके।*

## अध्याय III

स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं



## अध्याय III

### स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

रा.रा.क्षे.दि.स. के सभी जिला स्तरीय अस्पतालों में ब्लड बैंक, आईसीयू, ऑक्सीजन, शवगृह और एम्बुलेंस जैसी लाइन सपोर्ट सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। जांच किये गये चार अस्पतालों में से दो में पंजीकरण और फार्मसी काउंटरों पर काम का बोझ साथ ही डॉक्टरों पर रोगियों का भारी बोझ देखा गया जैसे कि लोकनायक अस्पताल (एलएनएच) और चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय (सीएनबीसी) जो रोगियों को अधिक प्रतीक्षा समय व परामर्श के लिए कम समय का संकेत देते हैं। एलएनएच में शौचालयों की कमी और परिचारकों के लिए प्रतीक्षा क्षेत्र की कमी देखी गई है। कई वार्डों में इंडोर रोगी विभाग (आईपीडी) में भीड़ देखी गई।

केंद्रीकृत दुर्घटना और आघात सेवा (सीएटीएस) एंबुलेंस के बेड़े का बड़ा हिस्सा आवश्यक उपकरणों और यंत्रों के बिना चलता हुआ पाया गया। नमूना जांच किए गए चार में से तीन अस्पतालों ने एंबुलेंस सेवाएं उपलब्ध नहीं कराईं।

केवल एलएनएच के पास रक्त के घटकों को अलग करने की सुविधा है, अन्य तीन जांच किए गए अस्पतालों के पास केवल रक्त इकाइयों के प्रसंस्करण और भंडारण के लिए लाइसेंस था। जबकि एलएनएच रेडियोलॉजिकल डायग्नोस्टिक सेवाओं के लिए अधिक प्रतीक्षा समय देखा गया, स्टाफ की कमी के कारण, अन्य तीन अस्पतालों में रेडियोलॉजिकल उपकरण कम उपयोग में पाए गए। इन अस्पतालों में स्टाफ की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड के दिशा निर्देशों का पूरी तरह से पालन नहीं किया गया। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान जनकपुरी सुपरस्पेशलिटी हॉस्पिटल (जेएसएसएच) और आरजीएसएसएच में आहार सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। आहार विशेषज्ञों द्वारा आवधिक निरीक्षण नहीं किया गया और लेखापरीक्षा अवधि के दौरान नमूना जांच किए गए अस्पतालों में सरकार द्वारा भोजन की गुणवत्ता की कभी भी जांच नहीं की गई (एलएनएच में दिसंबर 2021 में एक बार को छोड़कर)।

जेएसएसएच ने आपातकालीन सेवाएं स्थापित नहीं की जबकि एलएनएच और आरजीएसएसएच के आपातकालीन सेवाओं/आईसीयू में आवश्यक दवाओं तथा उपकरणों की कमी देखी गई। नमूना जांच किए गए दो अस्पतालों में सर्जरी के लिए लंबे समय तक का इंतजार था। साथ ही राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) में 12 मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर में से छः और जेएसएसएच में सभी सात मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर जन-शक्ति की कमी के कारण बेकार पड़े थे। सड़क दुर्घटना के पीड़ितों के इलाज के लिए स्थापित सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर (एसटीसी) में कोई अलग प्रशासनिक व्यवस्था नहीं थी और इसमें 24 घंटे आपातकालीन सेवाओं के लिए विशेषज्ञ डॉक्टरों और वरिष्ठ रेजिडेंट्स की स्थाई व्यवस्था का अभाव था।

कोविड के मद्देनजर आपातकालीन तैयारियों को सुनिश्चित करने के लिए गठित राज्य रैपिड रिस्पांस टीम अपने नियत कार्य को पूरा करने में विफल रही। जांच किए गए अस्पतालों द्वारा रोगी की संतुष्टि सर्वेक्षण, दवा की पर्ची का लेखापरीक्षा, मृत्यु समीक्षा इत्यादि करने में कमी थी जिससे वे रोगी सेवाओं में आगे और सुधार के लिये ऐसे मूल्यांकन के लाभ से वंचित रह गए।

### 3.1 लाइन सेवाओं का वितरण

एनएचपी के बिंदु 3.3.2 का लक्ष्य यह सुनिश्चित करना है कि जिला अस्पतालों में विशेषज्ञ कौशल उपलब्ध हों। आईपीएचएस की परिकल्पना है कि प्रत्येक जिला अस्पताल को आवश्यक सेवाएं (न्यूनतम सुनिश्चित सेवाएं) प्रदान करनी चाहिए और रोगियों की जरूरतों को पूरा करने के लिए विशेष सेवाएं प्रदान करने की आकांक्षा रखनी चाहिए।

रा.रा.क्षे.दि.स. में 27 अस्पताल हैं, जिसमें सात सुपर स्पेशलिटी अस्पताल, चार आयुष अस्पताल और एक सेंट्रल जेल अस्पताल हैं।

रा.रा.क्षे. दिल्ली में 27 जिला अस्पतालों का वितरण चार्ट 3.1 में दिया गया है

चार्ट 3.1: रा.रा.क्षे. दिल्ली में जिला अस्पतालों का वितरण



आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार, जिला अस्पतालों के लिए ईएनटी, सामान्य मेडिसिन, पीडियाट्रिक्स, सामान्य सर्जरी, नेत्र विज्ञान, दंत चिकित्सा, प्रसूति एवं स्त्री रोग विज्ञान, मनोविज्ञान, ऑर्थोपेडिक्स जैसी ओपीडी सेवाएं आवश्यक हैं जबकि त्वचा विज्ञान चिकित्सा वांछनीय है।

27 अस्पतालों द्वारा प्रदान की गई ओपीडी सेवाओं के संबंध में दी गई जानकारी के अनुसार, पांच में ईएनटी, चार में सामान्य चिकित्सा, दो में पीडियाट्रिक्स, सात में सामान्य सर्जरी, पांच में नेत्र विज्ञान, नौ में दंत चिकित्सा, तीन में प्रसूति एवं स्त्री रोग विज्ञान, 20 में मनोविज्ञान, पांच में ऑर्थोपेडिक्स और आठ अस्पतालों में त्वचा विज्ञान चिकित्सा उपलब्ध नहीं थी। 11 में से तीन जिलों में मनोविज्ञान उपलब्ध नहीं था।

रा.रा.क्षे. दिल्ली के 10 जिलों में रा.रा.क्षे.दि.स. के 27 अस्पतालों में चयनित लाइन सेवाओं/सहायता सेवाओं की उपलब्धता तालिका 3.1 में दी गई है:

तालिका 3.1: 27 अस्पतालों में लाइन सेवाओं/सपोर्ट सेवाओं की उपलब्धता की स्थिति

अस्पताल का नाम	लाइन सेवाएं					अन्य सेवाएं			
	आपातकाल	इमेजिंग	पैथोलॉजी	रक्त बैंक	इंटेंसिव केयर युनिट	बायो मैडिकल अपशिष्ट	एम्बुलेंस	ऑक्सीजन	शवगृह
<b>दक्षिण पश्चिम</b>									
श्री दादा देव मातृ एवम शिशु चिकित्सालय, डाबरी	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
राव तुला राम मेमोरियल अस्पताल, जाफरपुर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
इंदिरा गांधी अस्पताल द्वारका	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
<b>उत्तर</b>									
महर्षि वाल्मिकी अस्पताल, पूठ खुर्द	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं
बाबू जगजीवन राम मेमोरियल अस्पताल	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
बुराड़ी अस्पताल शंकरपुरी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
सत्यवादी राजा हरिश्चंद्र अस्पताल, नरेला	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
<b>दक्षिण</b>									
अंबेडकर नगर अस्पताल दक्षिणपुरी	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
<b>दक्षिण पूर्व</b>									
पं. मदन मोहन मालवीय अस्पताल, मालवीय नगर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
<b>पश्चिम</b>									
सरदार वल्लभ भाई पटेल अस्पताल, पटेल नगर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
गुरु गोबिंद सिंह सरकारी अस्पताल	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
आचार्यश्री भिक्षु सरकारी अस्पताल, मोती नगर	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
दीन दयाल उपाध्याय अस्पताल, हरि नगर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
<b>शाहदरा</b>									
डॉ. हेडगेवार आरोग्य संस्थान, कड़कड़डूमा	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
गुरु तेग बहादुर अस्पताल, शाहदरा	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ

अस्पताल का नाम	लाइन सेवाएं					अन्य सेवाएं			
	आपातकाल	इमेजिंग	पैथोलॉजी	रक्त बैंक	इंटेंसिव केयर युनिट	बायो मैडिकल अपशिष्ट	एम्बुलेंस	ऑक्सीजन	शवगृह
<b>केंद्रीय</b>									
डॉ. एनसी जोशी मेमोरियल अस्पताल, करोल बाग	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
अरुणा आसफ अली सरकारी अस्पताल, राजपुर रोड	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	हाँ	हाँ
गुरु नानक आई सेंटर	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं
लोक नायक अस्पताल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
<b>उत्तर पूर्व</b>									
जग प्रवेश चंद्र अस्पताल, शास्त्री पार्क	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
<b>उत्तर पश्चिम</b>									
संजय गांधी मेमोरियल अस्पताल, मंगोल पुरी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
डॉ. बाबा साहेब अंबेडकर अस्पताल, रोहिणी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
दीप चंद्र बंधु अस्पताल अशोक विहार	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
अत्तर सैन जैन नेत्र एवं जनरल अस्पताल	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
भगवान महावीर अस्पताल	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
<b>पूर्व</b>									
चाचा नेहरू पीडियाट्रिक्सलय, गीता कॉलोनी	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
लाल बहादुर शास्त्री अस्पताल, खिचरीपुर	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ	हाँ
कुल	नहीं (2)	नहीं (3)	नहीं (1)	नहीं (16)	नहीं (14)	नहीं (4)	नहीं (12)	नहीं (8)	नहीं (15)

स्रोत: संबंधित अस्पतालों से एकत्रित की गई सूचना  
अस्पतालों में सेवाओं में कमी लाल से दर्शाया गया है।

दिल्ली में 11 जिले हैं जिनमें से 10 जिले अर्थात् दक्षिण-पश्चिम (3), उत्तर (4), दक्षिण (1), दक्षिण-पूर्व (1), पश्चिम (4), शाहदरा (2), केंद्रीय (4), उत्तर-पूर्व

(1), उत्तर-पश्चिम (5) और पूर्व (2) में रा.रा.क्षे.दि.स. के अस्पताल हैं। नई दिल्ली जिला में कोई रा.रा.क्षे.दि.स. अस्पताल नहीं है।

27 अस्पतालों में से, 14 अस्पतालों में आईसीयू सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, 16 अस्पतालों में ब्लड बैंक सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, आठ अस्पतालों में ऑक्सीजन सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं, 15 अस्पतालों में शवगृह सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं तथा 12 अस्पतालों में एम्बुलेंस सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।

आवश्यक लाइन सेवाओं की जिले-वार उपलब्धता इस प्रकार थी (मई 2023):

- दक्षिण जिले में एकमात्र नए खुले अस्पताल में कोई लाइन सेवा/सहायता सेवा उपलब्ध नहीं थी।
- उत्तर-पूर्व जिले के एकमात्र अस्पताल में एम्बुलेंस, ब्लड बैंक, आईसीयू तथा शवगृह सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।
- दो जिलों (दक्षिण-पश्चिम और दक्षिण-पूर्व) में किसी भी अस्पताल में एम्बुलेंस और ब्लड बैंक सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।
- उत्तरी जिले के किसी भी अस्पताल में आईसीयू सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं।

चयनित अस्पतालों में देखी गई लाइन सेवाओं/सहायता सेवाओं की डिलीवरी में कमियों पर अगले पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

### 3.1.1 अस्पतालों में बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी) सेवाओं की उपलब्धता

अस्पतालों में आउटडोर सेवाओं का लाभ उठाने के लिए, बाह्य रोगी पहले ओपीडी में पंजीकरण कराते हैं। पंजीकरण के बाद, संबंधित डॉक्टर बीमारियों के निदान के लिए रोगियों की जांच करते हैं और परामर्श के आधार पर साक्ष्य आधारित निदान के लिए या तो नैदानिक जाँच या दवाइयां लिखते हैं।

चार चयनित अस्पतालों में देखे गए बाह्य रोगियों की संख्या तालिका 3.2 में दर्शाई गई है।

तालिका 3.2: चयनित अस्पतालों में बाह्य-रोगी

वर्ष	ओपीडी के रोगी			
	एलएनएच	सीएनबीसी	आरजीएसएसएच	जेएसएसएच
2016-17*	9,75,380	3,01,480	66,125	2,96,478
2017-18	18,54,141	3,61,665	1,40,309	3,59,854
2018-19	19,09,960	3,74,354	1,76,394	3,73,996
2019-20	18,42,976	3,38,458	2,42,239	3,77,588
2020-21**	80,373	1,85,635	84,277	2,85,808
2021-22	5,99,727	2,63,229	1,49,988	2,67,505
<b>कुल</b>	<b>72,62,557</b>	<b>18,24,821</b>	<b>8,59,332</b>	<b>19,61,229</b>

स्रोत: वार्षिक रिपोर्ट और अस्पतालों द्वारा प्रदान की गई जानकारी

\* एलएनएच के आंकड़ों में सर्वर विफलता के कारण उस अवधि (जुलाई से नवंबर 2016) के लिए ओपीडी आंकड़ा शामिल नहीं है।

\*\* एलएनएच और आरजीएसएसएच को केवल कोविड अस्पताल घोषित किया गया।

आईपीएचएस के अनुसार, ओपीडी में कार्य-भार का अध्ययन किया जाएगा और पंजीकरण, परामर्श, निदान और फार्मसी के लिए प्रतीक्षा समय को कम करने के उपाय किए जाएंगे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए अस्पतालों में प्रतीक्षा समय को कम करने के लिए कोई अध्ययन नहीं किया गया था।

सीएनबीसी के संबंध में 2016-17 से 2020-21 की अवधि के लिए और एलएनएच के संबंध में 1 जनवरी 2018 से 21 मार्च 2020 की अवधि के लिए ओपीडी आंकड़ा जो लेखापरीक्षा को प्रदान किए गए थे, उनकी विस्तार से जांच की गई और टिप्पणियां इस प्रकार हैं:

### 3.1.1.1 एलएनएच और सीएनबीसी के ओपीडी के पंजीकरण काउंटरों पर अत्यधिक कार्य-भार

पंजीकरण काउंटर अस्पताल के साथ संपर्क का प्रथम स्थल है तथा रोगियों और उनके परिचारकों के लिए अस्पताल के अनुभव का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। ओपीडी रोगी पंजीकरण काउंटरों का प्रबंधन प्रति काउंटर एक व्यक्ति द्वारा किया जाता था, जिसे रोगी का नाम और अन्य विवरण सिस्टम में फीड करना होता है तथा ओपीडी कार्ड बनाना होता है। पंजीकरण काउंटर रविवार को छुट्टी के साथ सप्ताह में छह दिन सुबह 7.30 बजे से 11.30 बजे तक कार्य कर रहे थे।

एलएनएच के ओपीडी आंकड़ों की जांच से पता चला कि वर्ष 2018 से 2020<sup>1</sup> के दौरान मुख्य ओपीडी, ऑर्थोपेडिक ओपीडी और गाइनोकोलॉजी एएनसी ओपीडी में प्रति दिन औसत रोगी लोड/काउंटर<sup>2</sup> क्रमशः 305 से 340 रोगियों, 506 से 628 रोगियों और 102 से 126 रोगियों के बीच था।

2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान सीएनबीसी में औसत रोगी भार/काउंटर 103 (2020-21) और 213 (2018-19) रोगियों के बीच था।

यह विचार करते हुए कि ओपीडी प्रतिदिन 240 मिनट तक चलती है और इस कार्य में सिस्टम में रोगी का विवरण दर्ज करना और एक काउंटर पर 628 तक की इतनी बड़ी संख्या में रोगियों को देखने के लिए ओपीडी कार्ड जारी करना शामिल है, जिसके परिणामस्वरूप अस्पताल में रोगियों को लंबे समय तक इंतजार करना पड़ता है यह चित्र 3.1 और 3.2 में दिखाए गए ओपीडी काउंटरों पर भीड़ से स्पष्ट है।

सरकार ने अपने उत्तर (दिसंबर 2022) में कहा कि दोनों अस्पताल अधिक ओपीडी पंजीकरण काउंटर बनाने की प्रक्रिया में हैं।



चित्र 3.1: एलएनएच में भीड़भाड़ वाले रोगी पंजीकरण काउंटर

<sup>1</sup> 2021 का आंकड़ा सम्मिलित नहीं किया गया क्योंकि 2021 में एलएनएच को प्रति दिन समर्पित कोविड अस्पताल घोषित किया गया था।

<sup>2</sup> प्रतिदिन प्रति काउंटर पर देखे जाने वाले रोगियों की संख्या



चित्र 3.2: सीएनबीसी में भीड़भाड़ वाले रोगी पंजीकरण काउंटर

### 3.1.1.2 एलएनएच के नमूना जांच किए गए विभागों में रोगी भार

रोगी भार को उन रोगियों की औसत संख्या के रूप में परिभाषित किया गया है जिनका प्रति डॉक्टर प्रतिदिन मूल्यांकन या उपचार किया गया है। बहुत अधिक रोगी भार के कारण डॉक्टरों से मिलने के लिए लंबा इंतजार और उसके बाद कम परामर्श अवधि हो सकती है। प्रति रोगी परामर्श अवधि नैदानिक देखभाल की गुणवत्ता और रोगियों की संतुष्टि<sup>3</sup> का एक माप है।

एलएनएच के नमूना जांच किए गए दो विभागों (मेडिसिन और स्त्री रोग) के रोगी पंजीकरण आंकड़ों के अनुसार, जनवरी 2018 से मार्च 2020 की अवधि के दौरान रोगियों का औसत पंजीकरण क्रमशः 673 से 718 (दो मेडिसिन ओपीडी) और 205 से 253 (स्त्री रोग) तक था।

मेडिसिन विभाग के संबंध में, एलएनएच द्वारा प्रदान की गई जानकारी (जनवरी 2022) के अनुसार दो ओपीडी इकाइयां जिनमें प्रत्येक में 7-9 डॉक्टरों की टीम है, दैनिक आधार पर ओपीडी में उपस्थित रहती है और इसे ध्यान में रखते हुए, प्रतिदिन प्रति डॉक्टर<sup>4</sup> कार्यभार 84 से 89 ओपीडी रोगियों की होती है।

इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए कि एक डॉक्टर प्रतिदिन सात घंटे (420 मिनट) उपलब्ध रहता है और प्रति डॉक्टर औसतन 87 रोगियों को देखता है, जिसके परिणामस्वरूप प्रति रोगी प्रति डॉक्टर औसत परामर्श समय पांच मिनट से भी कम होता है।

<sup>3</sup> एलएनएच की ओपीडी में परामर्श का समय सुबह 8 बजे से दोपहर 3 बजे तक था।

<sup>4</sup> यह देखते हुए कि औसतन 8 डॉक्टर प्रतिदिन उपलब्ध रहते हैं।

### 3.1.1.3 फार्मसी काउंटरों पर कार्य-भार

रा.रा.क्षे.दि.स. ने प्रति फार्मासिस्ट रोगियों की संख्या के संबंध में मानदंड नहीं बनाया है। आईपीएचएस के अनुसार, हर 200 ओपीडी रोगियों पर एक वितरण काउंटर होना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि फार्मसी काउंटर कम्प्यूटरीकृत नहीं थे और दवाइयां मैनुअल रूप से वितरित की जाती थीं। सीएनबीसी को छोड़कर किसी भी चयनित अस्पतालों ने उन रोगियों की वास्तविक संख्या पर आंकड़ा प्रदान नहीं किया जिन्हें दवाइयां वितरित की गई थीं। एलएनएच ने सूचित किया (जून 2022) कि सभी पंजीकृत रोगियों को दवाइयां वितरित की गईं। एलएनएच में फार्मसी काउंटर सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे तक और सीएनबीसी में सुबह 9 बजे से रात 8 बजे तक काम करते थे।

ओपीडी आंकड़ों के आधार पर, जनवरी 2018 से मार्च 2020<sup>5</sup> की अवधि के दौरान एलएनएच में प्रति फार्मासिस्ट/काउंटर पर रोगी भार 216 से 263 था। यह देखा गया कि कई बार फार्मासिस्टों की कमी के कारण दवाएं उसी दिन वितरित नहीं हो पातीं। फार्मसी काउंटरों पर रोगियों की भारी भीड़ देखी गई। फार्मासिस्टों को वितरित दवाओं का रिकॉर्ड रखना पड़ता था और मैनुअल रूप से स्टॉक भी बनाए रखना पड़ता था जिससे दवाओं के वितरण के लिए उपलब्ध समय कम हो जाता था।

इसी प्रकार, 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान सीएनबीसी और जेएसएसएच में प्रति फार्मासिस्ट/काउंटर पर रोगी भार क्रमशः 110 से 192 और 238 से 315 था, जबकि आरजीएसएसएच में, 2018-19 से 2019-20 तक की अवधि के दौरान प्रति फार्मासिस्ट/काउंटर पर औसत रोगी भार 175 था।

सीएनबीसी में, जिन रोगियों को दवाइयां वितरित की गईं, उनकी संख्या 2016-17 में 65,192 से बढ़कर 2019-20 में 1,13,761 (यानी 74.50 प्रतिशत) हो गई परन्तु फार्मसी काउंटरों की संख्या केवल दो ही थी।

सीएनबीसी ने अपने उत्तर में कहा (अगस्त 2022) कि ओपीडी फार्मसी में तीन वितरण काउंटर थे परन्तु उस क्षेत्र में जगह की कमी के कारण केवल दो काउंटर

<sup>5</sup> 21 मार्च 2020 तक केवल एलएनएच को कोविड अस्पताल के रूप में समर्पित घोषित किया गया था।

चालू थे। सीएनबीसी ने यह भी कहा कि वे ओपीडी फार्मसी को बड़े क्षेत्र में स्थानांतरित करेंगे।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर/दिसंबर 2022) कि एलएनएच और आरजीएसएसएच में रिक्त पदों को भरने की प्रक्रिया शुरू कर दी गई है। यह भी कहा गया कि एलएनएच में नए फार्मसी काउंटर खोले जा रहे हैं।

#### 3.1.1.4 ओपीडी में बुनियादी सुविधाएं

आईपीएचएस में यह प्रावधान है कि अस्पतालों में रोगियों के लिए उचित सुविधाएं होनी चाहिए जैसे पीने का पानी, जल प्रवाह के साथ क्रियाशील और स्वच्छ शौचालय आदि। इसके अलावा, जनता का मार्गदर्शन करने के लिए उचित साइनेज मौजूद होना चाहिए। रोगी के अधिकारों और कर्तव्यों को दर्शाने वाला नागरिक चार्टर भी प्रदर्शित किया जाना चाहिए।

एलएनएच के संयुक्त भौतिक निरीक्षण से पता चला कि उसके नए ओपीडी ब्लॉक में रोगियों और परिचारकों के लिए कोई शौचालय नहीं था तथा आगंतुक आपातकालीन/हताहत भवन में शौचालय का उपयोग करने के लिए मजबूर थे। शिकायत पेटियां केवल एक मंजिल पर ही उपलब्ध कराई गई थी जो एंटी-रेट्रोवायरल थेरेपी (एआरटी) क्लिनिक को सेवा देती है जबकि अन्य छह मंजिलों पर शिकायत पेटियां नहीं रखी गई थी जो अन्य विभागों की ओपीडी सेवाएं प्रदान करती हैं। यह देखा गया कि जनता द्वारा शिकायत पेटियों में डाली गई शिकायतों पर समय पर ध्यान नहीं दिया जाता था।

सीएनबीसी के संयुक्त भौतिक निरीक्षण से पता चला कि भूतल पर एक वाटर कूलर उपलब्ध था जबकि पहली मंजिल पर भी ओपीडी चल रही है। शिकायत पेटिका में रखी गई शिकायतों की समय पर सुनवाई नहीं होती थी।



चित्र 3.3: सीएनबीसी में अक्रियाशील वाटर कूलर

जांच किये गए किसी भी अस्पताल की ओपीडी में रोगी बुलाने की व्यवस्था चालू नहीं थी, जिससे भीड़ को नियंत्रित करने में मदद मिलती।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि एलएनएच के ओपीडी ब्लॉक में शौचालय की सुविधा उपलब्ध है। उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि लेखापरीक्षा अवलोकन संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान देखे गए तथ्यों पर आधारित है।

### 3.1.1.5 बैठने की व्यवस्था, शौचालय की सुविधा और रोगी को बुलाने की व्यवस्था की उपलब्धता इत्यादि

जिला अस्पताल के लिए आईपीएचएस 2012 के दिशानिर्देश विभिन्न सुविधाएं निर्धारित करते हैं। नमूना जांच किए गए अस्पतालों में इन सुविधाओं की स्थिति तालिका 3.3 में दी गई है।

**तालिका 3.3: नमूना जांच किए गए अस्पतालों में सुविधाओं की उपलब्धता की स्थिति**

सेवा का नाम	एलएनएच	सीएनबीसी	आरजीएसएसएच	जेएसएसएच
फ्लोरेसेंट अग्नि निकास चिह्न का प्रदर्शन	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
पूछताछ/ स्थानीय भाषा बोलने में निपुण स्टाफ में आई हेल्प डेस्क	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
आपातकाल, विभागों और युटिलिटीज के लिए दिशात्मक साइनेज	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
उपयुक्त स्थानों पर सुरक्षा, खतरा और सावधानी के साइनेज का प्रदर्शन प्रमुखता से किया गया था?	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
महत्वपूर्ण संपर्क जैसे उच्च चिकित्सा केंद्र, ब्लड बैंक और अग्निशमन विभाग, पुलिस और एम्बुलेंस सेवाएं प्रदर्शित किए गए थे।	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
अधिदेशात्मक सूचना (आरटीआई अधिनियम, पीएनडीटी अधिनियम, आदि के तहत) प्रदर्शित की गई थी	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
बैठने की समुचित सुविधा	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध
रोगी कॉलिंग प्रणाली (डिजिटलीकरण)	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं
महिला एवं पुरुष के लिए अलग-अलग शौचालय	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
ओपीडी में शौचालय की उपलब्धता	उपलब्ध <sup>6</sup>	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
ओपीडी में शिकायत पेटिका	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध
वाटर कूलर	उपलब्ध	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध
समुचित पंजीकरण काउंटरों की उपलब्धता	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध
ऑनलाइन पंजीकरण प्रणाली की उपलब्धता	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण (ओपीडी)	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं
पंजीकरण के समय यूनिक आईडी प्रदान करना	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
ओपीडी में सिटीजन चार्टर की उपलब्धता	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध

नोट: रंग योजना का उपयोग लाल रंग से सुविधा की कमी और हरे रंग से सुविधा की उपलब्धता को दर्शाने के लिए किया गया है।

स्रोत: संयुक्त भौतिक निरीक्षण रिपोर्ट, अस्पतालों के उत्तर।

<sup>6</sup> एलएनएच में रोगी पंजीकरण के लिए 19 पंजीकरण काउंटरों के साथ तीन ओपीडी ब्लॉक हैं, जिनमें से 16 काउंटर नए ओपीडी ब्लॉक में थे। यह देखा गया कि नए ओपीडी ब्लॉक में शौचालय की सुविधा नहीं थी।

### 3.1.1.6 लेखापरीक्षा द्वारा की गई ओपीडी में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण

एनएचएम मूल्यांकनकर्ता की गाइडबुक में अस्पतालों को मासिक आधार पर बाहरी रोगियों का रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण करने की आवश्यकता होती है। रोगी के असंतोष का सामान्य कारण हैं अत्यधिक भीड़, डॉक्टरों से मिलने के लिए लंबा इंतजार करना और परामर्श की कम अवधि। रोगी की संतुष्टि अस्पतालों द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं की सफलता का एक माप है।

यह देखा गया कि चार चयनित अस्पतालों में से केवल सीएनबीसी और जेएसएसएच ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण शुरू किया था। एलएनएच और आरजीएसएसएच ने 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान कोई रोगी सर्वेक्षण नहीं किया। एलएनएच ने 2021-22 में सर्वेक्षण शुरू किया।

लेखापरीक्षा द्वारा चयनित चार अस्पतालों (जेएसएसएच-23, आरजीएसएसएच-12, एलएनएच-87 और सीएनबीसी-27) में 149 ओपीडी रोगियों का रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण आयोजित किया गया था। ग्यारह प्रतिशत रोगियों ने ओपीडी परिसर में पीने के पानी की सुविधाओं की कमी महसूस की और 30 प्रतिशत रोगियों (उनमें से अधिकांश एलएनएच और सीएनबीसी से) ने कहा कि स्वच्छ शौचालय उपलब्ध नहीं थे। अट्हाईस प्रतिशत रोगियों ने कहा कि उन्हें ओपीडी पंजीकरण के लिए एक घंटे से ज्यादा और 44 प्रतिशत को परामर्श के लिए एक घंटे से ज्यादा इंतजार करना पड़ा। 27 प्रतिशत प्रतिवादियों के मामले में दवाएँ प्राप्त करने के लिए फार्मसी में प्रतीक्षा समय एक से दो घंटे के बीच था, जबकि नौ प्रतिशत के मामले में, प्रतीक्षा समय दो घंटे से अधिक था। सर्वेक्षण में शामिल रोगियों ने बताया कि डॉक्टरों द्वारा अनुशंसित पैथोलॉजी जाँच (30 प्रतिशत) और रेडियोलॉजी जाँच (33 प्रतिशत) अस्पताल में नहीं किए गए।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानकों के तहत एलएनएच में रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण शुरू किया गया है।

**सिफारिश 3.1: सरकार को अस्पतालों में पंजीकरण, परामर्श, निदान, सर्जरी, फार्मसी के लिए प्रतीक्षा समय को कम करने के लिए तत्काल उपाय करना चाहिए। सरकार को अस्पतालों में सभी बुनियादी सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।**

## 3.2 इनडोर रोगी विभाग

इनडोर रोगी विभाग (आईपीडी) अस्पताल के उन क्षेत्रों को संदर्भित करता है जहां रोगियों को भर्ती होने के बाद बाह्य-रोगी विभाग, आपातकालीन सेवाओं और एम्बुलेटरी देखभाल से डॉक्टर/विशेषज्ञ के मूल्यांकन के आधार पर जगह दिया जाता है। अंतः रोगियों को नर्सिंग सेवाओं, दवाओं/नैदानिक सुविधाओं की उपलब्धता, डॉक्टरों द्वारा अवलोकन आदि के माध्यम से उच्च स्तर की देखभाल की आवश्यकता होती है।

### 3.2.1 अस्पतालों की आईपीडी में सुविधाओं का अभाव

एलएनएच मेडिसिन, ऑर्थोपेडिक्स, ऑन्कोलॉजी, न्यूरोसर्जरी, पीडियाट्रिक्स, पल्मोनरी, गाइनोकोलॉजी, नियोनेटोलॉजी, डर्मेटोलॉजी, बर्न्स एंड प्लास्टिक और ईएनटी आदि के सामान्य और सुपर स्पेशलिटी विभागों में आईपीडी सेवाएं प्रदान करता है, नेत्र विज्ञान सेवाएं जो आईपीएचएस के अनुसार एक आवश्यक सामान्य सेवा है, एलएनएच में उपलब्ध नहीं थी क्योंकि एमएएमसी के तहत एक पूर्ण नेत्र केंद्र है जिससे एलएनएच जुड़ा हुआ है।

यद्यपि एलएनएच के गाइनोकोलॉजी विभाग में एक अलग कैजुअल्टी कार्यरत थी, परन्तु कैजुअल्टी में कोई बेड उपलब्ध नहीं था और रोगियों को सीधे लेबर रूम/वार्ड में भर्ती किया जाता था। संयुक्त निरीक्षण के दौरान, यह देखा गया कि जगह की कमी के कारण कोरिडोर में दवाओं और सामान्य वस्तुओं के भंडारण से प्रसूति वार्ड, प्रसव कक्ष और कनेक्टिंग कोरिडोर अत्यधिक संकुल था।

एलएनएच के आईपीडी विभाग के संयुक्त निरीक्षण में यह देखा गया कि प्रतीक्षा क्षेत्र में शौचालय चालू नहीं थे और जहां चालू थे, वे अस्वच्छ और गंदे पाए गए। सुरक्षा व्यवस्था मौजूद थी परन्तु निगरानी कमजोर थी जैसा कि इस तथ्य से स्पष्ट है कि कई वार्डों में आईपीडी में भीड़ पाई गई और आवारा कुत्ते गलियारों में घूम रहे थे। प्रतीक्षा स्थान और कुर्सियों की कमी थी।

सीएनबीसी एक पीडियाट्रिक्स अस्पताल है और उन माताओं के लिए उचित व्यवस्था उपलब्ध नहीं थी जिनके नवजात शिशुओं को एनआईसीयू में भर्ती कराया गया था और माताओं को आमतौर पर बेसमेंट क्षेत्र में जगह आवंटित की गई थी, जिसमें बैठने की व्यवस्था, पीने के पानी और शौचालय जैसी कोई बुनियादी सुविधाएं नहीं थीं।



चित्र 3.4: सीएनबीसी और एलएनएच में परिचारकों के लिए प्रतीक्षा क्षेत्र की कमी

एलएनएच और सीएनबीसी में परिचारकों के लिए कुर्सियों/मेजों की कमी देखी गई और सभी चयनित अस्पतालों<sup>7</sup> में वार्डों में बेड साइड स्टूल की कमी देखी गई।

सरकार ने सूचित किया (नवंबर 2022) कि एलएनएच में सुरक्षा में सुधार के लिए उपाय किए जा रहे हैं। आवारा कुत्तों के संबंध में अस्पताल ने बताया कि लोक निर्माण विभाग को पत्र लिखा गया है।

इसके अलावा, एलएनएच ने सूचित किया कि निकटवर्ती सेप्टिक लेबर रूम के बेड का उपयोग गाइनोकोलॉजी संबंधी आपात के लिए किया जा रहा है।

**सिफारिश 3.2: अस्पतालों के आईपीडी में रोगियों और परिचारकों को सभी बुनियादी सुविधाएं प्रदान करनी चाहिए और अस्पतालों द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं की गुणवत्ता का आकलन करने के लिए आवधिक रोगी सर्वेक्षण करना चाहिए।**

### 3.2.2 बेड अधिभोग दर (बीओआर)

बेड अधिभोग दर (बीओआर)<sup>8</sup> अस्पताल सेवाओं की उत्पादकता का एक संकेतक है और यह सत्यापित करने का एक माप है कि उपलब्ध अवसंरचना और प्रक्रियाएं स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण के लिए पर्याप्त हैं या नहीं। आईपीएचएस के अनुसार, यह अपेक्षित है कि किसी अस्पताल का बीओआर कम से कम

<sup>7</sup> एलएनएच, सीएनबीसी, आरजीएसएसएच और जेएसएसएच

<sup>8</sup> बीओआर= (एक महीने में कुल रोगी बिस्तर के दिनx100)/कार्यशील बिस्तरों की कुल संख्याxएक महीने में दिनों की संख्या। 100 प्रतिशत से अधिक बीओआर इंगित करता है कि वहां उपलब्ध बेड की संख्या से अधिक रोगी थे।

80 प्रतिशत होना चाहिए। उच्च बीओआर अस्पताल की अच्छी उत्पादकता का संकेत है। नमूना जांच किए गए अस्पतालों का बीओआर तालिका 3.4 में दिया गया है

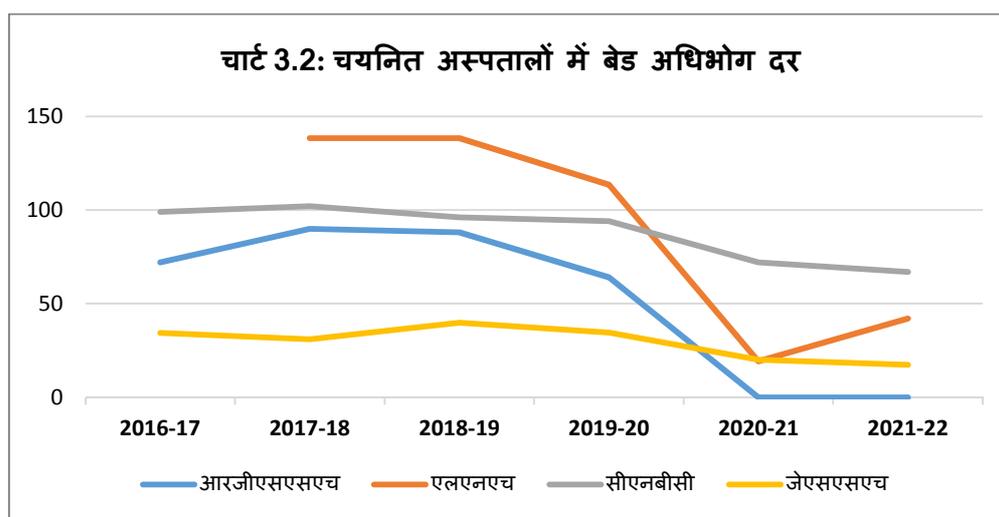
तालिका 3.4: अस्पतालों का बीओआर

वर्ष	आरजीएसएसएच	एलएनएच	सीएनबीसी	जेएसएसएच
2016-17	72	-	99	34.33
2017-18	90	138.27	102	30.99
2018-19	88	138.28	96	39.83
2019-20	64	113.44	94	34.56
2020-21	-	19.12	72	20.13
2021-22	-	42.1	67	17.36

स्रोत: विभाग द्वारा प्रस्तुत जानकारी

नोट: वर्ष 2016-17 का आंकड़ा एलएनएच द्वारा नहीं रखा गया था। आरजीएसएसएच तथा एलएनएच को 2020-21 और 2021-22 के दौरान एकमात्र कोविड अस्पताल घोषित किया गया था।

चयनित अस्पतालों में बीओआर का रुझान चार्ट 3.2 में दिया गया है।



तालिका 3.4 से देखा जा सकता है कि एलएनएच (2017-18 से 2019-20) और सीएनबीसी (2017-18) के संबंध में बेड अधिभोग दर 100 प्रतिशत से अधिक था जो दर्शाता है कि भर्ती रोगियों की संख्या उपलब्ध बेडों की संख्या से अधिक थी। सीएनबीसी के सामान्य वार्डों के संयुक्त निरीक्षण (जुलाई 2022) के दौरान, एक से अधिक रोगियों को बेड आबंटित पाए गए।

जेएसएसएच में बीओआर बहुत कम था जो अस्पताल की कम उत्पादकता को दर्शाता है।

सरकार ने अपने उत्तर (दिसंबर 2022) में कहा कि जेएसएसएच में कम अधिभोग स्टाफ की कमी के कारण था।

दो<sup>9</sup> चयनित अस्पतालों द्वारा प्रस्तुत विभाग-वार बेड अधिभोग दर नीचे तालिका 3.5 में दी गई है;

तालिका 3.5: विभाग-वार दो अस्पतालों का बीओआर

विभाग का नाम	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
<b>सीएनबीसी</b>						
आपातकाल	130.64	142.26	128.81	135.11	91.8	83.86
ऑर्थोपेडिक्स	41.14	40.68	40.5	39.89	28.36	34.57
पीडियाट्रिक्स	127.56	114.35	127.61	110.79	79.73	73.54
नेत्र	30.59	20.82	16.71	63.3	14.52	24.38
ईएनटी	20.64	72.42	99.27	141.26	27.85	86.67
पीआईसीयू	98.2	96.89	88.65	90.53	83.26	87.1
केएमसी	71.23	82.67	72.95	72.13	78.15	68.97
एनआईसीयू	100	95.37	95.49	94.33	93.93	90.4
मेडिसिन्स	107.79	122.42	106.26	105.28	79.40	75.50
<b>जेएसएसएच</b>						
कार्डियोलॉजी	*	26.42	35.42	33.58	28.67	26.36
न्यूरोलॉजी	*	36.5	26.17	13.75	10.17	21.31
गैस्ट्रोएंटरोलॉजी	*	52.92	99.17	87	6.55	7.42
नेफ्रोलॉजी	*	83.58	133.83	153.58	125.17	84.08

स्रोत: अस्पतालों द्वारा प्रस्तुत आंकड़े

\* आंकड़ा प्रस्तुत नहीं किया गया

उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि सीएनबीसी में आपातकालीन कक्ष (2016-20), पीडियाट्रिक्स (2016-20) मेडिसिन्स (2016-20), ईएनटी (2019-20) विभागों और जेएसएसएच में नेफ्रोलॉजी विभाग (2018-21) में उपलब्ध बेड की क्षमता से अधिक रोगी थे।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

### 3.2.3 अस्पतालों की दक्षता का मूल्यांकन

बेड टर्नओवर दर (बीटीआर)<sup>10</sup> उपलब्ध बेड क्षमता के उपयोग का एक माप है और अस्पताल की दक्षता के संकेतक के रूप में कार्य करता है। उच्च बीटीआर एक अस्पताल में रोगी के बेड के अधिक उपयोग को इंगित करता है जबकि

<sup>9</sup> एलएनएच और आरजीएसएसएच ने विभाग-वार बीओआर नहीं रखा।

<sup>10</sup> बीटीआर = डिस्चार्ज की कुल संख्या (रेफरल, एलएएमए, फरार और मृत्यु सहित)/कुल कार्यशील बेड की संख्या

कम बीटीआर कम रोगी प्रवेश या अस्पतालों में लंबे समय तक रहने के कारण हो सकता है।

डिस्चार्ज रेट (डीआर)<sup>11</sup> उचित स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के बाद अस्पताल छोड़ने वाले रोगियों की संख्या को मापता है। उच्च डीआर यह दर्शाता है कि अस्पताल रोगियों को कुशलतापूर्वक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान कर रहा है। ठहरने की औसत अवधि (एएलओएस) नैदानिक देखभाल क्षमता का संकेतक है और हस्तक्षेप की प्रभावशीलता निर्धारित करता है। एएलओएस रोगी के प्रवेश और डिस्चार्ज/मृत्यु के बीच का समय है।

जनवरी 2018 से मार्च 2020 की अवधि के दौरान एलएनएच के चयनित विभागों के आईपीडी संकेतक तालिका 3.6 में दिए गए हैं।

**तालिका 3.6: एलएनएच में आईपीडी संकेतक**

अस्पताल का नाम	चयनित विभाग	औसत बीटीआर	डिस्चार्ज दर	एएलओएस (दिनों की संख्या)
एलएनएच	गाइनोकॉलॉजी	4 से 31	95 से 98	9 से 14
	मेडिसिन	1 से 38	81 से 97	7 से 12

स्रोत: एलएनएच द्वारा प्रस्तुत आंकड़ें।

एलएनएच के गाइनोकॉलॉजी विभाग में अधिकांश रोगी या तो रेफर किए हुए या लंबी अवधि से बीमार रोगी थे। उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि एलएनएच के गाइनोकॉलॉजी विभाग में, औसत डिस्चार्ज दर 96.63 प्रतिशत था और यह मान 95 से 98 प्रतिशत के बीच था, जो दर्शाता है कि उचित स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के बाद, अस्पताल छोड़ने वाले रोगियों की संख्या अधिक थी। तथापि, औसत बीटीआर 20.87 प्रतिशत था और मान 5 से 31 प्रतिशत के बीच था जबकि एएलओएस 12.49 प्रतिशत था और मान 9 से 14 दिनों के बीच था जो दर्शाता है कि एलएनएच ने अधिक संख्या में गंभीर रूप से बीमार रोगियों का इलाज किया।

इसी प्रकार, एलएनएच के मेडिसिन विभाग में, औसत डिस्चार्ज दर 89.59 प्रतिशत और मान 81 से 97 प्रतिशत के बीच था, जो दर्शाता है कि उचित स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के बाद अस्पताल छोड़ने वाले रोगियों की संख्या अधिक थी। तथापि, औसत बीटीआर 15.73 प्रतिशत और मान 1 से 38 प्रतिशत के

<sup>11</sup> डीआर = डिस्चार्ज की कुल संख्या (रेफरल, एलएएमए, फरार और मृत्यु को छोड़कर) x 100 / भर्ती की कुल संख्या

बीच था जबकि एएलओएस<sup>12</sup> 9.55 और मान 7 से 12 दिनों के बीच था जो दर्शाता है कि एलएनएच ने अधिक संख्या में, गंभीर रूप से बीमार रोगियों का इलाज किया।

चार चयनित अस्पतालों में से, केवल एलएनएच ने इन मापदंडों का विश्लेषण करने के लिए रोगी का पूर्ण आंकड़ा प्रदान किया इसलिए, अन्य तीन अस्पतालों की दक्षता का मूल्यांकन नहीं किया जा सका।

### 3.2.4 ऑपरेशन थिएटर

ऑपरेशन थिएटर (ओटी) रोगियों को प्रदान की जाने वाली एक आवश्यक सेवा है। एनएचएम एसेसर की गाइडबुक के अनुसार, प्रति सर्जन के द्वारा की गई सर्जरी अस्पताल की दक्षता को मापने का एक संकेतक है।

नेत्र विज्ञान को छोड़कर आईपीएचएस के अनुसार जिला अस्पताल के लिए आवश्यक/वांछनीय सेवाओं के सभी सर्जिकल विभाग एलएनएच में उपलब्ध हैं, जिसका प्रबंधन एमएएमसी के अंतर्गत अन्य अस्पताल द्वारा किया जाता है, जिससे एलएनएच जुड़ा हुआ है।

नमूना जांच किए गए अस्पतालों में आईपीएचएस के दिशानिर्देशों के प्रति ओटी सेवाओं की स्थिति तालिका 3.7 में दी गई है:

**तालिका 3.7: नमूना जांच किए गए डीएच में ओटी सेवाओं की उपलब्धता**

विवरण	एलएनएच	आरजीएसएसएच	सीएनबीसी	जेएसएसएच
ओटी के सर्जिकल वार्ड, इंटेन्सिव केयर यूनिट, रेडियोलॉजी, पैथोलॉजी, ब्लड बैंक और सीएसएसडी के साथ उपयुक्त संबंध <sup>13</sup> है।	हाँ	हाँ	हाँ	ओ.टी. सेवाएं उपलब्ध नहीं
सुविधा तक पहुंच बिना किसी भौतिक बाधा के प्रदान की जाती है और दिव्यांग लोगों के लिए अनुकूल है।	हाँ	हाँ	हाँ	
ओटी में पाइप सक्शन और मेडिकल गैस, विद्युत आपूर्ति, हीटिंग, एयर कंडीशनिंग, वेंटिलेशन है।	हाँ	हाँ	हाँ	
रोगी का रिकॉर्ड और नैदानिक जानकारी रखी जाती है।	हाँ	हाँ	हाँ	
परिभाषित और स्थापित शिकायत निवारण प्रणाली है।	हाँ	हाँ	हाँ	
क्या निवारक रखरखाव सहित सभी उपकरण एमसी के अंतर्गत आते हैं?	लेखापरीक्षा निष्कर्षों में उल्लिखित कमियों के अधीन एमसी के अंतर्गत आते हैं।			

नोट: जेएसएसएच ने सर्जरी शुरू नहीं की है, इसलिए लागू नहीं है।

मानदंड: जिला अस्पतालों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) दिशानिर्देश

<sup>12</sup> ठहरने की औसत अवधि (एएलओएस) अस्पताल में उपचाराधीन रोगी द्वारा बिताए गए औसत समय को संदर्भित करती है।

<sup>13</sup> अन्य वार्डों तक आसान पहुंच को इंगित करने के लिए

### 3.2.4.1 एलएनएच तथा सीएनबीसी में सर्जरी की प्रतीक्षा अवधि

एलएनएच में 29 ओटी (सभी विभागों में) थे और 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान एलएनएच में की गई कुल सर्जरी तालिका 3.8 में दी गई है।

तालिका 3.8: एलएनएच में की गई सर्जरी की संख्या

वर्ष	की गई सर्जरी की संख्या	
	बड़ी	छोटी
2016-17	19,346	21,707
2017-18	23,842	21,558
2018-19	19,500	22,844
2019-20	19,017	19,766
2020-21 *	3,266	801
2021-22 *	10,998	8,198

स्रोत: एलएनएच का उत्तर

\*घोषित कोविड अस्पताल

एलएनएच के सर्जरी विभाग द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार, 2016-17 से 2019-20 की अवधि के दौरान प्रति माह आयोजित बड़ी सर्जरी की औसत संख्या 216 और 281 के बीच थी और औसत प्रतीक्षा समय दो से तीन महीने का था। सर्जरी विभाग का एक प्रमुख ओटी 2016-17 से आज तक (अगस्त 2022) काम नहीं कर रहा था। अस्पताल द्वारा इसकी मरम्मत या प्रतिस्थापन न करने का कारण नहीं बताया गया और सर्जरी के लिए प्रतीक्षा समय में सुधार के लिए की गई कार्रवाई की सूचना प्रदान नहीं की गई।

एलएनएच के बर्न एवं प्लास्टिक सर्जरी विभाग के संबंध में, इसी अवधि के दौरान प्रति माह की जाने वाली बड़ी सर्जरी की औसत संख्या 86 और 95 के बीच थी, जबकि प्रति माह की जाने वाली छोटी सर्जरी की औसत संख्या 85 और 375 के बीच थी। औसत प्रतीक्षा अवधि बड़ी सर्जरी के मामले में छह से आठ महीने थी और छोटी सर्जरी के मामले में 3-4 सप्ताह।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच में डॉक्टरों की कमी थी और इसकी चर्चा अध्याय V: मानव संसाधन में की गई है।

इसी प्रकार, सीएनबीसी, जो एक पीडियाट्रिक्स अस्पताल है, जिसमें आंख, ईएनटी, ऑर्थोपेडिक्स और पीडियाट्रिक्स सर्जरी आदि के रोग का इलाज होता है और पीडियाट्रिक्स सर्जरी की जाती है, लेखापरीक्षा अवधि के दौरान अस्पताल में की गई सर्जरी की संख्या और औसत प्रतीक्षा समय तालिका 3.9 में दिया गया है।

तालिका 3.9: सीएनबीसी में की गई सर्जरी की संख्या

क्र. सं.	ओटी का नाम/विभाग		सर्जरी की संख्या					औसत प्रतीक्षा समय	
			2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21		2021-22
1	नेत्र	ओटी	104	100	53	133	73	86	एक महीने से कम
		आपातकाल	01	02	01	00	02	01	
2	ईएनटी	ओटी	30	275	322	448	114	219	3 से 4 महीने
		आपातकाल	03	17	07	10	10	21	
3	पीडियाट्रिक्स सर्जरी	ओटी	1824	1623	1118	1385	771	681	12 महीने
		आपातकाल	521	482	527	584	527	557	
4	ऑर्थोपेडिक्स	ओटी	555	548	497	627	300	358	एक महीने से कम
		आपातकाल	35	57	21	30	32	29	

स्रोत: सीएनबीसी का उत्तर

रोगियों को सर्जरी के लिए इतनी लंबी प्रतीक्षा अवधि के बावजूद, लेखापरीक्षा अवधि के दौरान ओटी की संख्या पांच (03 बड़ी ओटी, एक छोटी ओटी और एक आपातकालीन ओटी) रही। इसके अलावा, तीन प्रमुख ओटी में से एक वरिष्ठ रेजिडेंट डॉक्टर और नर्सिंग, तकनीकी और अन्य सहायक स्टाफ जैसे स्टाफ की कमी के कारण कार्यशील नहीं था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि सीएनबीसी में कई लंबित मामले कोविड, असंगत कार्यभार, स्टाफ की कमी तथा दिल्ली और अन्य राज्यों से आपातकालीन मामलों की निरंतर अन्तर्वाह के कारण थे। अधिक ओटी का निर्माण और स्टाफ की भर्ती प्रक्रियाधीन है।

### 3.2.4.2 आरजीएसएसएच में निष्क्रिय पड़े हुए ओटी

आरजीएसएसएच एक सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल है और इसमें गैस्ट्रो इंटेस्टाइनल, यूरोलॉजी और सीवीटीएस<sup>14</sup> सर्जरी की सुविधाएं हैं। आरजीएसएसएच में छह कार्यशील ओटी थे। जीआई सर्जरी, यूरोलॉजी, कार्डियक और थोरेसिक ओटी में की गई सर्जरी की वर्षवार संख्या तालिका 3.10 में दी गई है।

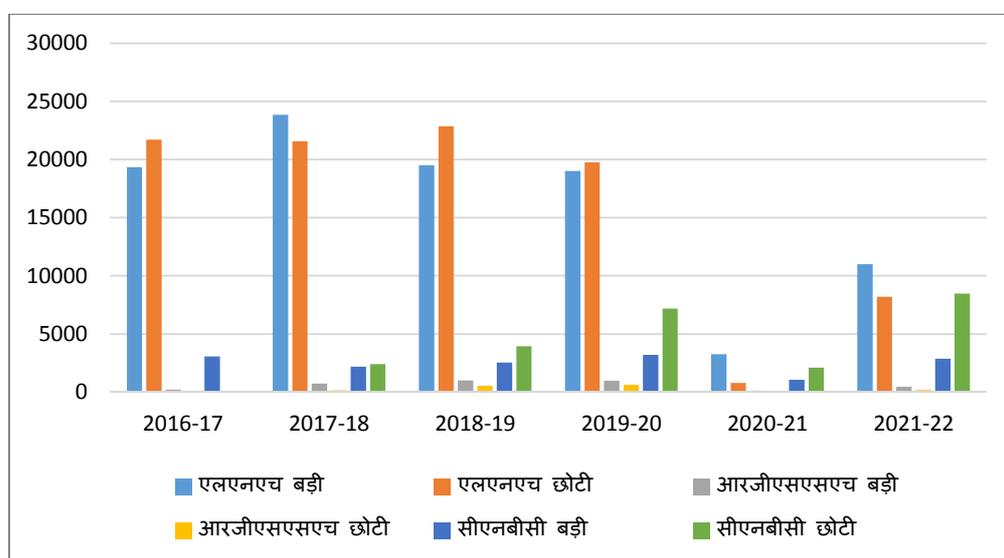
<sup>14</sup> कार्डियो वेसकुलर थोरेसिक सर्जरी

तालिका 3.10: आरजीएसएसएच में की गई सर्जरी

क्र. सं.	ओटी का नाम/विभाग		सर्जरी की संख्या					
			2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
1	जीआई सर्जरी ओटी 1	बड़ी	212	366	640	400	0	107
		छोटी	0	0	0	0	0	15
2	यूरोलॉजी ओटी 2 और 3	बड़ी	3	258	372	394	75	234
		छोटी	0	160	526	419	35	107
3	कार्डिएक ओटी 5	बड़ी	0	0	0	28	39	46
4	थोरोसिक ओटी 4	बड़ी	0	0	3	154	29	62
	कार्डिएक एवं थोरोसिक ओटी 4 और ओटी 5	छोटी	83	0	26	210	54	68

स्रोत: आरजीएसएसएच का उत्तर

चार्ट 3.3: चयनित अस्पतालों में की गई बड़ी और छोटी सर्जरी



यह देखा गया कि आरजीएसएसएच के छह कार्यशील ओटी में आयोजित सर्जरी की संख्या अन्य चयनित अस्पतालों की तुलना में बहुत कम थी। छह कार्यशील ओटी के अलावा, आरजीएसएसएच में छह और ओटी उपलब्ध थे जो स्टाफ की कमी के कारण अप्रयुक्त पड़े थे। रोगियों को गुणवत्तापूर्ण सेवा प्रदान करने के लिए बनाए गए बुनियादी ढांचे के कम उपयोग को गंभीरता से लेने की जरूरत है, विशेषकर इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए कि रोगियों को अन्य अस्पतालों में सर्जरी के लिए लंबे समय तक इंतजार करने के लिए मजबूर होना पड़ता है।

जेएसएसएच में कोई ओटी कार्यशील नहीं था क्योंकि ओटी को चालू करने का कार्य प्रक्रियाधीन था (जुलाई 2022)। इसकी चर्चा अध्याय V के पैरा 5.2.8.2 (डी) में की गई है।

### 3.2.4.3 ओटी में गैर-कार्यशील उपकरण

सीएनबीसी में, तालिका 3.11 में दिए गए विवरण के अनुसार कई सर्जिकल उपकरण काम नहीं कर रहे थे।

तालिका 3.11: ओटी में काम नहीं कर रहे उपकरणों का विवरण

क्र.सं.	उपकरण का नाम	संस्थापन की तिथि	वह तिथि जब से कार्यशील नहीं है
1	सिस्टोस्कोप	दिसंबर-2007	अक्टूबर-2019
2	लेपरोस्कोप	सितम्बर-2008	दिसंबर-2019
3	हार्मोन कटिंग और कोएगुलेशन उपकरण	सितंबर-2016	अक्टूबर-2020
4	तीन सर्जिकल कॉटरी	नवंबर-2007 (एक) और अप्रैल-2008 (दो)	अक्टूबर-2020
5	आर्थोस्कोप	जून-2008	अगस्त-2017
6	ऑर्थो इलेक्ट्रिक ड्रिल सिस्टम-5	दिसंबर-2010	अप्रैल-2020
7	बैटरी चार्जर	दिसंबर-2010	अप्रैल-2020
8	ड्रिल मशीन	अगस्त-2007	जुलाई-2018
9	विरेक्टोमी	सितम्बर-2008	जनवरी-2018
10	अल्ट्रासोनिक क्लीनर	मार्च 2013	मार्च-2019

तथापि, अस्पताल अगस्त 2022 तक न तो उपकरण को कार्यशील बना सका और न ही गैर-कार्यशील उपकरणों के बदले में नए उपकरण खरीद सका। कार्यात्मक उपकरणों की कमी ओटी का काम बाधित कर सकती है।

इसी प्रकार, एमजीपीएस में एनएस्थेटिक गैस स्केवेंजिंग सिस्टम (एजीएसएस) फरवरी, 2016 से काम नहीं कर रहा था और अस्पताल द्वारा बार-बार याद दिलाने के बाद इसे जून, 2020 में कार्यशील बनाया गया था, तथा उसके बाद भी, यह लगातार काम करने में विफल रहा। इसके बाद नवंबर 2020 में एक बैठक हुई जिसमें कंपनी ने एजीएसएस सिस्टम को ठीक करने में असमर्थता जताई। सीएनबीसी ने एजीएसएस की खरीद को अंतिम रूप दिया (जुलाई 2022)। सीएनबीसी ने अपने उत्तर (फरवरी 2023) में पुष्टि की कि एजीएसएस अभी भी कार्यशील नहीं है।

**सिफारिश 3.3: सरकार/अस्पतालों को अधिक उपकरण और जन शक्ति प्रदान करके और सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में रोगी भार का बंटन करके और कुछ अस्पतालों में बेकार पड़े बुनियादी ढांचे का उपयोग करके सर्जरी के लिए प्रतीक्षा समय को कम करने के लिए तत्काल उपाय करना चाहिए।**

### 3.2.5 मेडिकल रिकॉर्ड की पूर्णता का अभाव

भारतीय चिकित्सा परिषद (व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता) विनियम, 2002 के तहत, डॉक्टरों को निर्धारित प्रारूप में रोगियों के मेडिकल रिकॉर्ड रखने की आवश्यकता होती है। ये रिकॉर्ड अनुवर्ती उपचार के साथ-साथ कानूनी उद्देश्यों के लिए रोगी द्वारा प्राप्त देखभाल की प्रभावशीलता को मापने के लिए आवश्यक हैं। उचित रूप से बनाए गए मेडिकल रिकॉर्ड की कमी से रोगी को प्रदान की जाने वाली चिकित्सा देखभाल पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा, विशेषकर अनुवर्ती कार्रवाई या उच्च सुविधाओं के लिए रेफरल के मामलों में।

नमूना जाँच किए गए कोई भी अस्पताल ने मेडिकल रिकॉर्ड को कम्प्यूटरीकृत नहीं किया है। लेखापरीक्षा टीम ने चयनित अस्पतालों के चयनित विभागों में जनवरी और फरवरी 2020 के दौरान डिस्चार्ज किए गए 100 रोगियों के मेडिकल रिकॉर्ड की जांच की। यह देखा गया कि किसी भी अस्पताल के रिकॉर्ड में रोगी के व्यवसाय का उल्लेख नहीं किया गया था। सीएनबीसी में, बच्चों का अस्पताल होने के कारण यह लागू नहीं था।

एलएनएच के तीन प्रतिशत और आरजीएसएसएच के 94 प्रतिशत मामलों में डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर दर्ज नहीं किया गया। सीएनबीसी में 99 फीसदी मामलों में डॉक्टर का नाम दर्ज नहीं किया गया और चार फीसदी मामलों में रोगियों ने अनुमति के बिना अस्पताल छोड़ा।

### 3.2.6 रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण नहीं किया गया

एनएचएम मूल्यांकनकर्ता की गाइडबुक के अनुसार अस्पतालों को मासिक आधार पर इनडोर रोगियों का रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण करने की आवश्यकता होती है। रोगी की संतुष्टि अस्पतालों द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं की सफलता का एक माप है। यह देखा गया कि एलएनएच और आरजीएसएसएच में 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान कोई रोगी सर्वेक्षण नहीं किया गया था। इस प्रकार, ये अस्पताल अपनी सेवाओं में सुधार के लिए अपने रोगियों की जरूरतों को समझने की स्थिति में नहीं थे। एलएनएच ने बाद में वर्ष 2022 से रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण शुरू किया।

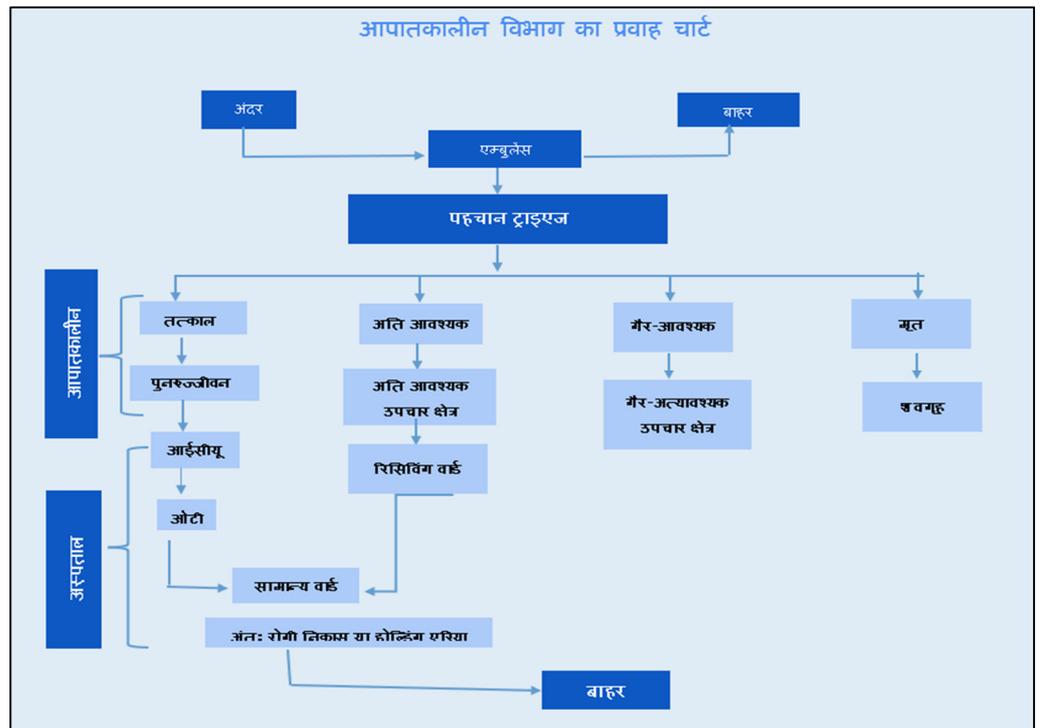
लेखापरीक्षा के दौरान, चार चयनित अस्पतालों के 109 आईपीडी रोगियों का रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण (10-जेएसएसएच, 10-आरजीएसएसएच, 66-एलएनएच, और

23-सीएनबीसी) किया गया। सीएनबीसी में सर्वेक्षण किए गए 23 रोगियों में से, 74 प्रतिशत रोगियों ने कहा कि डॉक्टर दिन में केवल एक या दो बार आते हैं, 65 प्रतिशत रोगियों ने कहा कि उन्हें उनके अधिकारों और जिम्मेदारियों के बारे में सूचित नहीं किया गया और 22 प्रतिशत ने अपनी शिकायतें बताईं जिन पर तुरंत ध्यान नहीं दिया गया तथा अस्पताल के स्टाफ का व्यवहार भी गरिमापूर्ण और सम्मानजनक नहीं था। अन्य तीन अस्पतालों में कोई खास कमी नहीं बताई गई।

### 3.3 आपातकालीन प्रबंधन

आपातकालीन सेवाओं का लक्ष्य उन लोगों को उपचार प्रदान करना है जिन्हें तत्काल चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता होती है, जिसका उद्देश्य बीमारी का संतोषजनक इलाज करना है, या रोगी को अधिक उपयुक्त रूप से सुसज्जित चिकित्सा सुविधा के लिए रेफर करना है। आईपीएचएस के अनुसार, सभी जिला अस्पतालों में पर्याप्त स्टाफ के साथ समर्पित आपातकालीन कक्ष के साथ 24x7 परिचालित आपातकालीन कक्ष उपलब्ध होगा। इमरजेंसी में अलग आपातकालीन बेड के अलावा मोबाइल एक्स-रे/प्रयोगशाला, साइड लैब/प्लास्टर रूम और छोटी ओटी सुविधाएं होनी चाहिए।

चार्ट 3.4: आपातकालीन विभाग का प्रवाह चार्ट



### 3.3.1 अस्पतालों में आपातकालीन सुविधाएं

लेखापरीक्षा के लिए चुने गए चार अस्पतालों में से, एलएनएच में, कैजुअल्टी में 25 बेड और आपातकालीन वार्ड में 142 बेड उपलब्ध थे। एलएनएच अतिरिक्त मांगों को पूरा करने के लिए 50 बेड के एक आपदा वार्ड का भी प्रबंधन कर रहा है। इनके अलावा, एलएनएच सड़क दुर्घटनाओं के पीड़ितों के इलाज के लिए सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर (एसटीसी) का भी प्रबंधन कर रहा था। सीएनबीसी और आरजीएसएसएच में क्रमशः 12 और 10 आपातकालीन बेड थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच में, आपातकालीन सेवाओं के प्रबंधन के लिए 20 आवश्यक दवाओं में से पांच<sup>15</sup> 2016-17 से 2020-21 के दौरान उपलब्ध नहीं थीं। आगे, आईपीएचएस दिशानिर्देशों के तहत आवश्यक मोबाइल एक्स-रे यूनिट भी उपर्युक्त अवधि के दौरान उपलब्ध नहीं था। इसके अलावा, दो छोटे ओटी टेबल और एक सीलिंग लाइट अगस्त 2019 से आपातकालीन ओटी में काम नहीं कर रहे थे, जिन्हें बदला या मरम्मत नहीं किया गया था। एनएचएम असेसर्स गाइडबुक के तहत अत्यावश्यक 14 अपेक्षित उपकरणों में से तीन<sup>16</sup> कैजुअल्टी ब्लॉक में उपलब्ध नहीं थे। एलएनएच के कैजुअल्टी में कोई अलग ट्राइएज क्षेत्र भी नहीं था।

जेएसएसएच ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान आपातकालीन सेवाएं प्रदान नहीं कीं। जेएसएसएच ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि उसने सुबह 8 बजे से शाम 4 बजे तक कार्डियोलॉजी, नेफ्रोलॉजी और न्यूरोलॉजी के लिए बुनियादी स्तर पर आपातकालीन सेवाएं शुरू कर दी हैं। आरजीएसएसएच ने केवल अपने सुपर स्पेशियलिटी विभागों से संबंधित रोगियों को आपातकालीन सेवाएं प्रदान कीं और अन्य रोगियों को नजदीकी अस्पतालों में रेफर कर दिया।

लेखापरीक्षा अवधि के दौरान आरजीएसएसएच की इमरजेंसी में 20 में से सात<sup>17</sup> आवश्यक दवाइयां उपलब्ध नहीं थीं।

सीएनबीसी में, वार्षिक आपातकालीन बेड अधिभोग 2016-17 से 2019-20 के दौरान 129 प्रतिशत से 142 प्रतिशत तक था, जबकि 2020-21 और 2021-22

<sup>15</sup> एम्पीसिलीन, इंजेक्शन कार्बोपोस्ट, इंजेक्शन हाईड्रालजीन, मिथाइलडिपा, निफेडिपाइन

<sup>16</sup> मल्टीपैराटॉर्च, एचआईवी किट, लेरिजियल मास्क, एयरवे

<sup>17</sup> एम्पीसिलीन, इंजेक्शन कार्बोपोस्ट, इंजेक्शन फोर्टविन, मिथाइलडोपा, फेनिरामाइन मैलेट, पॉयवैलेंड स्नेक वेनम और रिंगर लैक्टेट

में यह क्रमशः 92 प्रतिशत और 79 प्रतिशत था। 100 प्रतिशत से अधिक बेड अधिभोग इंगित करता है कि उपलब्ध बेड की संख्या अपर्याप्त है जिससे आपातकाल में जरूरतमंदों को दी जाने वाली सेवाएं बाधित हो सकती हैं।

इस प्रकार, एलएनएच, सीएनबीसी और आरजीएसएसएच की हताहत/आपातकालीन कक्ष में दवाइयों और उपकरणों की पूरी आपूर्ति उपलब्ध नहीं थी, जिससे आपातकालीन उपचार के लिए लाए गए लोगों को नाजुक देखभाल प्रदान करने में इन अस्पतालों की क्षमता में बाधा उत्पन्न हो सकती है।

**तालिका 3.12: नमूना-जांच किए गए अस्पतालों में आईपीएचएस<sup>18</sup> के अनुसार आपातकालीन सेवाओं की उपलब्धता**

विवरण	एलएनएच	सीएनबीसी	आरजीएसएसएच	जेएसएसएच
आपातकालीन ओटी की उपलब्धता एवं कार्यप्रणाली	हां	हां	नहीं	नहीं
अस्पताल के आपातकालीन वार्ड में अवसंरचना की उपलब्धता	हां	हां	हां	नहीं
ट्रॉमा वार्ड से संबंधित अवसंरचना की उपलब्धता जैसे बिस्तर क्षमता, मशीनरी और उपकरण आदि।	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
रोगियों को क्रमबद्ध करने के लिए ट्राइएज प्रक्रिया की उपलब्धता	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
आपातकालीन प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता	नहीं	नहीं	नहीं	नहीं
आपातकालीन विभाग के नजदीक ब्लड बैंक की उपलब्धता	नहीं	नहीं	हाँ	नहीं
दुर्घटना एवं आपातकालीन सेवा में मोबाइल एक्स-रे/प्रयोगशाला, साइड लैब/प्लास्टर कक्ष की उपलब्धता	मोबाइल एक्स-रे यूनिट उपलब्ध नहीं है	हाँ	हाँ	नहीं
प्रसूति हेतु आपातकालीन ऑपरेशन थियेटर की उपलब्धता	हाँ	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं
आर्थोपेडिक आपातकालीन, बर्न और प्लास्टिक तथा न्यूरोसर्जरी मामलों के लिए चौबीसों घंटे आपातकालीन ऑपरेशन थियेटर की उपलब्धता	न्यूरोसर्जरी उपलब्ध नहीं है	बर्न और प्लास्टिक और न्यूरोसर्जरी उपलब्ध नहीं है	नहीं	नहीं
दुर्घटनाओं और विषाक्तता और ट्रॉमा देखभाल सहित आपातकालीन सेवाओं के लिए सुविधाओं की उपलब्धता	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
बलात्कार/यौन उत्पीड़न पीड़िता की जांच के लिए अलग प्रावधान वाले आपातकालीन वार्ड की उपलब्धता	हाँ	नहीं	नहीं	नहीं
रोगियों और रिश्तेदारों के लिए आपातकालीन वार्ड में पर्याप्त अलग प्रतीक्षा क्षेत्र और सार्वजनिक सुविधाओं की उपलब्धता।	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
आपातकालीन वार्ड में आपातकालीन प्रोटोकॉल की उपलब्धता।	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं
आपातकालीन वार्ड में आपदा प्रबंधन योजना की उपलब्धता।	हाँ	हाँ	हाँ	नहीं

नोट: जेएसएसएच में आपातकालीन सेवाएं उपलब्ध नहीं थीं। इसके अलावा, जेएसएसएच और आरजीएसएसएच सुपर स्पेशलिटी अस्पताल हैं और सीएनबीसी एक बाल अस्पताल है।

स्रोत: अस्पतालों द्वारा उपलब्ध करवाए गए संयुक्त भौतिक निरीक्षण रिपोर्ट, उत्तर/रिपोर्ट।

<sup>18</sup> आईपीएचएस 2012, जिला अस्पताल (101-500 बेड) के दिशानिर्देशों का उपयोग किया गया।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

**सिफारिश 3.4: अस्पतालों को आपातकालीन सेवाओं को मजबूत करना चाहिए और हर समय आवश्यक दवाओं और उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए तथा मांग के अनुरूप बेड की संख्या बढ़ानी चाहिए।**

### 3.3.2 एलएनएच के तहत सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर की कार्यप्रणाली

सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर (एसटीसी) आम तौर पर सड़क दुर्घटनाओं के पीड़ितों का इलाज करता है और सभी वित्तीय और प्रशासनिक मामले एलएनएच द्वारा निपटाए जाते हैं। एसटीसी में स्टाफ की तैनाती एलएनएच के मेडिसिन, सर्जरी, ईएनटी, ऑर्थोपेडिक्स, रेडियोडायग्नोसिस, एनेस्थीसिया आदि जैसे संबंधित विभागों के एचओडी के अधिकार क्षेत्र में है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चार की स्वीकृत संख्या (मार्च 2022) होने के बावजूद सीनियर रेजिडेंट (मेडिसिन) को एसटीसी में तैनात नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच से सीनियर रेजिडेंट को केवल दिन में ही आपातकालीन ड्यूटी पर तैनात किया गया।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि एलएनएच ने एसटीसी में एक एसआर (मेडिसिन) तैनात किया है।

### 3.3.3 गहन/नाजुक देखभाल इकाई (आईसीयू)

आईसीयू विभिन्न जटिलताओं की गंभीर स्थितियों में रोगियों की गहन देखभाल करता है। नमूना जाँच किए गए सभी अस्पताल आईसीयू सेवाएं प्रदान करते हैं। तथापि, आईसीयू के कार्यप्रणाली में निम्नलिखित मुद्दे देखे गए:

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच के मेडिसिन विभाग के आईसीयू में, 12 ईसीजी मशीनों में से, पांच ईसीजी मशीनें काम नहीं कर रही थीं (मार्च 2020) और एक ईसीजी मशीन गायब हो गई (जुलाई 2020)। ईसीजी गायब होने का मामला दर्ज किया गया (फरवरी 2021)। तथापि, अस्पताल के पास और कोई जानकारी उपलब्ध नहीं थी। कोविड 19 (मार्च 2020) के प्रकोप के बाद, अप्रैल 2020 से अक्टूबर 2021 के दौरान 13 नई ईसीजी मशीनें खरीदी गईं।

आईसीयू में उपलब्ध पांच बाइपैप<sup>19</sup> मशीनें काम नहीं कर रही थीं (मार्च 2020), यद्यपि 11 नई मशीनें जुलाई से नवम्बर 2020 के दौरान खरीदी गईं और उपलब्ध कराई गईं। एक डिफाइब्रिलेटर काम नहीं कर रहा था (अक्टूबर 2020) और नया डिफाइब्रिलेटर फरवरी 2021 में खरीदा गया।

इसके अलावा, मार्च 2017 में स्थापित सभी तीन ट्रांसपोर्ट मॉनिटर दिसंबर 2021 से काम नहीं कर रहे थे जिन्हें रखरखाव की आवश्यकता थी। ट्रेडमिल टेस्ट मशीन सितंबर/अक्टूबर 2019 से काम नहीं कर रही थी और इन्हें बदला नहीं गया (जुलाई 2022 तक)।

इस प्रकार, यह उपर्युक्त से स्पष्ट है कि कोविड के प्रकोप के दौरान आईसीयू विभाग में क्रियाशील उपकरण जैसे ईसीजी मशीनें, ट्रांसपोर्ट मॉनिटर और बाइपैप की कमी थी।

सरकार ने तथ्यों को स्वीकार किया (नवंबर 2022) और सूचित किया कि आईसीयू को नए उन्नत उपकरणों के साथ अपग्रेड किया जा रहा है।

### 3.3.4 सीएनबीसी में मेडिकल गैस पाइपलाइन प्रणाली के रखरखाव में देरी

सीएनबीसी में मेडिकल गैस पाइपलाइन सिस्टम (एमजीपीएस) का रखरखाव फरवरी 2019 से अप्रैल 2021 की अवधि के लिए एक एजेंसी को सौंपा गया था। अनुबंध समझौते के अनुसार, एजेंसी को त्रैमासिक गणना के अनुसार कम से कम 98 प्रतिशत उपकरण का अपटाइम सुनिश्चित करना था। लक्षित अपटाइम को पूरा करने में विफलता के लिए उपकरण के प्रत्येक भाग के संबंध में डाउनटाइम में ₹ 5000 प्रति एक प्रतिशत की वृद्धि की दर से जुर्माना लगाया जा सकता था। इसके अलावा, किसी भी एक अवसर पर, ऑक्सीजन और वैक्यूम सिस्टम को छोड़कर, जिसके लिए अधिकतम डाउनटाइम तीन घंटे था, उपकरण का डाउनटाइम 72 घंटे से अधिक नहीं होना चाहिए और ऐसा न करने पर प्रति दिन 2000 रुपये का जुर्माना लगाया जा सकता था।

एजेंसी की निष्पादन रिपोर्ट की जांच से पता चला कि ऑक्सीजन के संबंध में फरवरी 2019 से अप्रैल 2021 तक नौ तिमाहियों के दौरान उपकरणों का

<sup>19</sup> बाइपैप मशीन का उपयोग उन रोगियों के फेफड़ों में हवा पहुंचाने के लिए किया जाता है जिन्हें सांस लेने में कठिनाई होती है।

उपरिकाल 80 प्रतिशत (पांचवीं तिमाही यानी फरवरी 2020 से अप्रैल 2020) से 96 प्रतिशत (दूसरी तिमाही यानी मई 2019 से जुलाई 2019) तक था। इसी प्रकार, एजेंसी उपर्युक्त अवधि के दौरान, 46 मौकों पर जब डाउनटाइम तीन घंटे से अधिक हो गया, ऑक्सीजन रिसाव और वैक्यूम रिसाव (प्रत्येक अवसर पर तीन घंटे के भीतर) के लिए डाउनटाइम को सीमित करने में भी विफल रही। ऑक्सीजन रिसाव के लिए डाउनटाइम एक अवसर पर सात दिनों (पांचवीं तिमाही - फरवरी 2020 से अप्रैल 2020) तक था। दोनों उपकरण/प्रणालियाँ अस्पतालों के सुचारू संचालन के लिए, विशेषकर ओटी में और श्वसन कठिनाई वाले रोगियों के लिए बहुत महत्वपूर्ण हैं। यद्यपि इन विफलताओं के लिए अनुबंध के तहत जुर्माना लगाया गया था, परन्तु विशेष रूप से कोविड-19 के दौरान अस्पताल और रोगियों को हुए कठिनाई की पर्याप्त रूप से भरपाई नहीं की जा सकती। सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

### 3.3.5 राज्य रैपिड रिस्पांस टीम के निर्देशों का पालन नहीं किया गया

कोविड महामारी के मद्देनजर, दिल्ली सरकार ने एक राज्य रैपिड रिस्पांस टीम (आरआरटी) का गठन किया था (मार्च 2020), ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रकोप से निपटने के लिए शीघ्र पर्याप्त आपातकालीन तैयारी और उचित रिस्पांस संरचना मौजूद है। आरआरटी के मुख्य कार्य और जिम्मेदारियां थीं (i) राज्य में बीमारी फैलने की किसी भी रिपोर्ट को सत्यापित करना, (ii) क्लस्टर रोकथाम योजना को अधिसूचित करना और सक्रिय करना, (iii) प्रकोप की जांच करना (iv) राज्य रोग निगरानी इकाई (एसएसयू) और रिस्पांस समितियों को महामारी की रोकथाम के लिए उचित उपाय प्रस्तावित करना और योजना बनाना। (v) महामारी की रोकथाम और नियंत्रण रणनीतियों के कार्यान्वयन में सक्रिय रूप से भाग लेना, और (vi) जिला निगरानी इकाइयों (डीएसयू) को तकनीकी सहायता प्रदान करना ताकि प्रकोप को शीघ्रता से नियंत्रित किया जा सके और प्रभावित लोगों की संख्या को कम किया जा सके।

लेखापरीक्षा ने आरआरटी के कामकाज में कमियों के साथ-साथ विभिन्न एजेंसियों/संस्थानों द्वारा इसके निर्देशों/सुझावों की पूर्ण अवहेलना देखी। अपने गठन के बाद, आरआरटी की केवल पांच बार बैठक हुई, सभी बैठकें 2020 में हुईं तथा 2021 और 2022 में कोई बैठक नहीं हुई। अपनी बैठकों में, आरआरटी ने

आवश्यक शमन के संबंध में निर्णय लेने के लिए नियंत्रण क्षेत्रों में सक्रिय निगरानी को मजबूत करने, राज्य एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम (आईडीएसपी) में सभी जिलों की जाँच रिपोर्ट का विश्लेषण, आईसीएमआर जाँच रणनीति को अपनाने, समुदाय में हाइपोक्सिक रोगियों के स्थानांतरण और प्रबंधन के लिए विशिष्ट एसओपी तैयार करने आदि जैसे सुझाव दिए थे। तथापि, लेखापरीक्षा में इस बात का कोई सबूत नहीं मिला कि इनमें से कोई भी सुझाव को क्रियान्वित किया गया था।

इस प्रकार, आरआरटी द्वारा सुझाई गई गतिविधियाँ, जिनसे कोविड प्रकोप के बेहतर प्रबंधन में मदद मिलती, लागू नहीं की गई, जिससे आरआरटी के गठन का उद्देश्य विफल हो गया।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में टिप्पणी नहीं की।

### 3.3.6 मृत्यु लेखापरीक्षा समिति

कोविड महामारी के प्रकोप को देखते हुए, दिल्ली सरकार ने रा.रा.क्षे. दिल्ली के सरकारी और निजी अस्पतालों में प्रत्येक मौत जिसमें रोगी कोविड पॉजिटिव था का लेखापरीक्षा करने के लिए एक मृत्यु लेखापरीक्षा समिति का गठन किया था। सभी सरकारी और निजी अस्पतालों को ऐसी सभी मौतों की रिपोर्ट मृत्यु लेखापरीक्षा के लिए केस शीट की प्रति के साथ समिति को देने का निर्देश दिया गया था। मृत्यु लेखापरीक्षा से महामारी के लिए उपचार प्रोटोकॉल को परिष्कृत करने में बहुमूल्य जानकारी मिल सकती थी ताकि मृत्यु दर को कम किया जा सके।

यह भी देखा गया कि मृत्यु लेखापरीक्षा समिति ने जनवरी से दिसंबर 2021 की अवधि के दौरान कोविड से मौत के किसी भी मामले का विश्लेषण नहीं किया। लेखापरीक्षा को प्रस्तुत रिकॉर्ड से, (जनवरी 2022 से अप्रैल 2022), यह देखा गया कि रिपोर्ट की गई 938 मौतों में से केवल समिति द्वारा 684 मौतों का विश्लेषण किया गया। शेष 254 मामलों (27.07 प्रतिशत) के संबंध में संबंधित अस्पतालों द्वारा कोविड से हुई मौतों की केस शीट प्रस्तुत नहीं की गई। इसके अलावा, स्वास्थ्य विभाग द्वारा कोविड मामलों के बेहतर प्रबंधन के लिए रणनीति/तंत्र

तैयार करने के लिए मृत्यु लेखापरीक्षा समिति की दैनिक रिपोर्ट का उपयोग नहीं किया जा रहा था, जिससे समिति के गठन का उद्देश्य ही विफल हो गया।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में टिप्पणी नहीं की।

### 3.3.7 आपदाओं के लिए तैयारी

आपदा प्रबंधन अधिनियम (डीएमए), 2005 के अनुसार विभाग को जीवन बचाने और चोटों के प्रभाव को कम करने के लिए चिकित्सा रिस्पांस और देखभाल के लिए किसी भी संकट (भूकंप, आग, बाढ़, इमारत ढहना आदि) के दौरान पीड़ा को कम करने और गुणवत्तापूर्ण आपात स्थिति प्रदान करने के लिए चिकित्सा रिस्पांस योजना और क्विक रिस्पांस टीम (क्यूआरटी) की तैनाती का संचालन करना होता है। डीएमए के अनुपालन में, आपदा प्रबंधन सेल, डीजीएचएस अस्पतालों/सीडीएमओ के कार्यालयों में पहचाने गए नोडल अधिकारियों के बीच समन्वय करता है। किसी भी अप्रिय घटना के लिए स्टाफ को प्रशिक्षित और अच्छी तरह से तैयार रखने के लिए नियमित मॉक ड्रिल या अभ्यास आयोजित करना होता है ताकि वे स्थिति को कुशलतापूर्वक संभाल सकें और हताहतों की संख्या को कम कर सकें।

#### 3.3.7.1 अस्पतालों द्वारा अस्पताल आपदा प्रबंधन योजना तैयार नहीं की गई

आपदा प्रबंधन अधिनियम, 2005 के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल (सभी सरकारी अस्पतालों और निजी अस्पतालों) को किसी भी आपदा या आपदा की स्थिति में प्रभावी ढंग से रिस्पांस देने के लिए अस्पताल आपदा प्रबंधन योजना (एचडीएमपी) तैयार करनी थी। डीजीएचएस स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, दिल्ली के 58 अस्पतालों और विभिन्न प्रशासनिक इकाइयों द्वारा प्रबंधित अन्य सार्वजनिक अस्पतालों के लिए आपातकालीन स्थिति में चिकित्सा रिस्पांस के लिए एसओपी जारी करता है। एसओपी के अनुसार, अस्पतालों को एचडीएमपी को अद्यतन रखना था और संकट की स्थिति में प्रबंध किए जा सकने वाले मामलों की संख्या को ध्यान में रखते हुए आपदा प्रबंधन कबर्ड को बनाए रखना था। लेखापरीक्षा में पाया कि डीजीएचएस द्वारा यह सुनिश्चित करने के लिए कोई तंत्र नहीं बनाया गया था कि संबंधित अस्पतालों द्वारा उपर्युक्त एसओपी के तहत अपेक्षित कार्रवाई शुरू की गई।

तथापि, डीजीएचएस के अभिलेखों की जांच में लेखापरीक्षा ने पाया कि 2016-17, 2018-19, 2019-20 और 2020-21 की अवधि के दौरान किसी भी अस्पताल ने एचडीएमपी तैयार नहीं किया। यद्यपि, कुछ अस्पतालों ने वर्ष 2017-18 (35 अस्पताल) और 2021-22 (पांच अस्पताल) में एचडीएमपी तैयार किया था।

### 3.3.7.2 स्वास्थ्य स्टाफ को अपर्याप्त प्रशिक्षण

आपदा प्रबंधन संबंधित कार्य से जुड़े स्टाफ को अपने कार्यों और कर्तव्यों को कुशलतापूर्वक और प्रभावी ढंग से करने में सक्षम बनाने के लिए, डीजीएचएस प्रत्येक वर्ष मेडिकल/पैरा मेडिकल स्टाफ के लिए प्रशिक्षण आयोजित करता है। यद्यपि डीजीएचएस के आपदा प्रबंधन सेल ने वर्ष 2018-19 और 2019-20 के लिए वार्षिक प्रशिक्षण कैलेंडर तैयार किया था, इन्हें मंजूरी नहीं मिली परन्तु कुछ प्रशिक्षण आयोजित किए गए थे। डीजीएचएस कार्यालय ने वर्ष 2020-21 से 2021-22 के लिए न तो कोई प्रशिक्षण योजना तैयार की और न ही कोई प्रशिक्षण आयोजित किया। आपदा प्रबंधन सेल के पास यह जांचने के लिए प्रशिक्षुओं का कोई डेटाबेस भी नहीं था कि क्या एक ही व्यक्ति को कई बार प्रशिक्षण प्रदान किया जा रहा है या सभी स्टाफ को कवर किया गया है।

उत्तर में, डीजीएचएस कार्यालय ने कहा (जून 2022) कि प्रशिक्षुओं की अनुपलब्धता और अन्य प्रशासनिक मुद्दों के कारण कुछ प्रशिक्षण नहीं दिए जा सके। कोविड-19 महामारी के कारण 2020-22 की अवधि के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम तैयार नहीं किया जा सका। तथ्य यह है कि स्टाफ को पर्याप्त प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया था।

### 3.3.7.3 स्वास्थ्य देखभाल प्रतिष्ठानों में क्विक रिस्पांस टीम

डीजीएचएस कार्यालय द्वारा सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रतिष्ठानों (सरकारी और निजी) को बेड की संख्या (100 बेड तक - एक क्यूआरटी, 200 बेड तक - दो क्यूआरटी और 200 बेड से अधिक - तीन क्यूआरटी) के अनुसार अत्यधिक आवश्यकता के समय क्षेत्र में तैनाती के लिए हर महीने रोटेशन के आधार पर क्विक रिस्पांस टीम (क्यूआरटी) बनाए रखने के निर्देश दिए गए थे। संकट की स्थितियों में रिस्पांस से संबंधित तैयारियों के हिस्से के रूप में, सभी मुख्य चिकित्सा अधिकारियों (सीडीएमओ) को अपने मानव संसाधन पूल से हर महीने

रोटेशन के आधार पर तीन क्यूआरटी बनाए रखना था और जिले के सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रतिष्ठानों में ऐसी टीमों का रखरखाव सुनिश्चित करना था। संबंधित संस्थान को प्रति टीम आपातकालीन किट बनाए रखनी चाहिए और सीडीएमओ के निर्देश का उत्तर देने, संकट स्थल पर पहुंचने और संगठित चिकित्सा देखभाल के प्रावधान के लिए एसओपी का जाँच करना चाहिए।

एसओपी के अनुसार सभी अस्पतालों को नियमित आधार पर हर महीने की 5 तारीख तक क्यूआरटी का विवरण डीजीएस को इलेक्ट्रॉनिक रूप से भेजना होता है, परन्तु यह जानकारी न तो अस्पतालों/संस्थानों द्वारा प्रदान की गई और न ही आपदा प्रबंधन सेल द्वारा मांगी गई। आपदा प्रबंधन सेल द्वारा 59 सरकारी अस्पतालों में से 45 के बारे में जानकारी प्रदान की गई, जिससे पता चला कि इन 45 अस्पतालों में से 34 में कोई क्यूआरटी नहीं थी और चार अस्पतालों में आवश्यक संख्या में क्यूआरटी नहीं थी। इसके अलावा, केवल एक अस्पताल ने टीम में आवश्यक स्टाफ तैनात किया था।

विभाग ने कहा (जून 2022) कि अस्पतालों से नियमित रूप से क्यूआरटी का विवरण मांगा गया था, परन्तु कोविड-19 महामारी और कोविड के प्रबंधन के लिए अस्पतालों/सीडीएमओ मशीनरी की भागीदारी के कारण, क्यूआरटी का विवरण प्राप्त और अद्यतन नहीं किया गया था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अस्पतालों ने गैर-कोविड अवधि के दौरान क्यूआरटी का विवरण साझा नहीं किया था और इसे सेल द्वारा भी अद्यतन नहीं किया गया था।

#### 3.3.7.4 आपदा के दौरान अस्पताल सुरक्षा

राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन प्राधिकरण (एनडीएमए) ने मानव जीवन के लिए अस्पताल की सुरक्षा पर विचार करते हुए 2016 में अस्पताल सुरक्षा पर राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन दिशानिर्देश तैयार किए थे ताकि अस्पताल न केवल बेहतर रूप से तैयार हों बल्कि आपदा के तुरंत बाद पूरी तरह से कार्यशील भी हों और बिना किसी देरी के रिस्पांस देने में सक्षम हों। दिशानिर्देश वैधानिक प्रकृति के थे और सभी हितधारकों द्वारा उनका पालन करना आवश्यक था। इन दिशानिर्देशों के कार्यान्वयन पर एनडीएमए को एक त्रैमासिक रिपोर्ट भेजी जानी थी।

दिल्ली में 59 सरकारी अस्पताल थे जिन्हें डीजीएचएस को त्रैमासिक विवरण प्रस्तुत करना था। तथापि, इनमें से किसी भी अस्पताल ने वर्ष 2016-17 से 2021-22 के दौरान विवरण प्रस्तुत नहीं किया। डीजीएचएस ने एनडीएमए को आगे प्रस्तुत करने के लिए इन विवरणों को प्रस्तुत कराने के लिए संबंधित अस्पतालों के साथ इस मुद्दे को नहीं उठाया।

यह भी देखा गया कि एनडीएमए के उपर्युक्त दिशानिर्देश के अनुसार, प्रत्येक राज्य को अस्पताल सुरक्षा दिशानिर्देशों के कार्यान्वयन के लिए राज्य कार्य योजना तैयार करने और प्रस्तुत करने के लिए राज्य स्तर पर एक अस्पताल सुरक्षा सलाहकार समिति का गठन करना था, परन्तु रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा कोई अस्पताल सुरक्षा सलाहकार समिति का गठन नहीं किया गया था।

विभाग ने कहा (जून 2022) कि दिल्ली के सभी सरकारी अस्पताल उसके प्रशासनिक नियंत्रण में नहीं आते। इसे 2019 में एनडीएमए निर्देश प्राप्त हुए और अनुपालन के लिए इसे सभी अस्पतालों में प्रसारित किया गया। इसके अलावा स्वास्थ्य मशीनरी भी कोविड-19 महामारी के कारण व्यस्त थी। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि नोडल विभाग होने के नाते, डीजीएचएस दिल्ली में सभी स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में आपदा प्रबंधन से संबंधित गतिविधियों की निगरानी और पर्यवेक्षण के लिए जिम्मेदार है, जैसा कि उपर्युक्त दिशानिर्देशों में परिकल्पना की गई है।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में टिप्पणी नहीं की।

**सिफारिश 3.5: सरकार को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि प्रत्येक अस्पताल एक आपदा प्रबंधन योजना तैयार करे और त्वरित रिस्पांस टीम बनाए रखे।**

**सिफारिश 3.6: सरकार को आपदा संबंधी गतिविधियों से निपटने के लिए स्वास्थ्य स्टाफ को नियमित प्रशिक्षण सुनिश्चित करना चाहिए।**

### 3.4 मातृत्व सेवाएं और शिशु देखभाल

चयनित चार अस्पतालों में से केवल एलएनएच<sup>21</sup> ही मातृत्व एवं शिशु देखभाल सेवाएं प्रदान करता है। अस्पताल ओपीडी में प्रतिदिन 300-500 रोगियों की

<sup>21</sup> सीएनबीसी एक बच्चों का अस्पताल है और आरजीएसएसएच एवं जेएसएसएच अति विशिष्ट उपचार की चयनित सेवाएं उपलब्ध कराता है।

उपस्थिति और 24 घंटे आपातकालीन तथा वन स्टॉप सेंटर सेवाएं<sup>22</sup> भी हैं। उपलब्ध कराई जा रही मातृत्व और शिशु देखभाल सेवाओं का आकलन करने के लिए लेखापरीक्षा ने एलएनएच में प्रसूति एवं गाइनोकोलॉजी विभाग के रिकॉर्ड की जांच की।

### 3.4.1 स्टाफ की कमी

मातृ एवं नवजात (एमएंडएन) टूलकिट 2013 के अनुसार, ग्राहकों को गरिमा और गोपनीयता के साथ गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान सर्वोत्तम संभव देखभाल प्रदान करने के लिए पर्याप्त संख्या में सक्षम मानव संसाधन (एचआर) की आवश्यकता होती है।

यह देखा गया कि अस्पताल के मैटरनिटी विंग में कोई एनेस्थेटिस्ट और पीडियाट्रिशियन तैनात नहीं था और आवश्यकता पड़ने पर उन्हें कॉल के आधार पर बुलाया जाता था। इसके अलावा, गाइनोकोलॉजी विभाग में स्वीकृत 67 पदों के प्रति केवल 51 डॉक्टर उपलब्ध थे। भारतीय नर्सिंग परिषद के नर्सिंग स्टाफ मानदंडों के अनुसार, सामान्य वार्ड के लिए प्रत्येक छह बेड पर एक नर्स और आईसीयू के मामले में प्रति बेड एक नर्स की आवश्यकता होती है। यह देखा गया कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान वार्डों में 34 से 60 प्रतिशत नर्सों और गाइनोकोलॉजी विभाग की उच्च निर्भरता इकाई में 52 से 70 प्रतिशत नर्सों की अत्यधिक कमी थी।

### 3.4.2 प्रसव-पूर्व एवं प्रसवोत्तर देखभाल और प्रसव

प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी), अंतर्गर्भाशयी देखभाल या प्रसव देखभाल (आईपीसी) और प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) सुविधा आधारित मातृत्व सेवाओं के प्रमुख घटक हैं। एएनसी भ्रूण के विकास की प्रगति की निगरानी करने और मां तथा भ्रूण के स्वास्थ्य का पता लगाने के लिए गर्भावस्था के दौरान महिलाओं की प्रणालीगत निगरानी है। आईपीसी में लेबर रूम और ऑपरेशन थिएटर में सुरक्षित प्रसव शामिल है। पीएनसी में विशेष रूप से प्रसव के बाद के 48 घंटों के दौरान मां और नवजात शिशु की चिकित्सा देखभाल शामिल है, जिसे महत्वपूर्ण माना जाता है।

<sup>22</sup> वन स्टॉप सेंटर (ओएससी) बलात्कार पीड़ितों के लिए एक ही छत के नीचे कई सुविधाएं और सेवाएं उपलब्ध कराता है।

मातृत्व देखभाल के एनसी घटक के तहत, गर्भवती महिलाओं को कम से कम चार प्रसवपूर्व जांचें की जाती हैं, जिसमें त्वरित प्रबंधन हेतु किसी भी जटिलता के संकेत के लिए गर्भावस्था की निगरानी के लिए शारीरिक जाँच और प्रयोगशाला जांच शामिल होती हैं।

एलएनएच एनसी सुनिश्चित करने हेतु गर्भवती महिलाओं को ट्रैक करने के लिए अपनाई गई व्यवस्था उपलब्ध नहीं करा सका और अस्पताल ने सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई एनसी का विवरण नहीं रखा। तथापि, केंद्रीय योजना के तहत राज्य स्तर पर एनसी के लिए निगरानी की गई गर्भवती महिलाओं का विवरण अध्याय 7 में प्रदान किया गया है। अस्पताल ने नवजात शिशु के लिए रेडियो फ्रीक्वेंसी पहचान टैग प्रणाली भी शुरू नहीं की है।

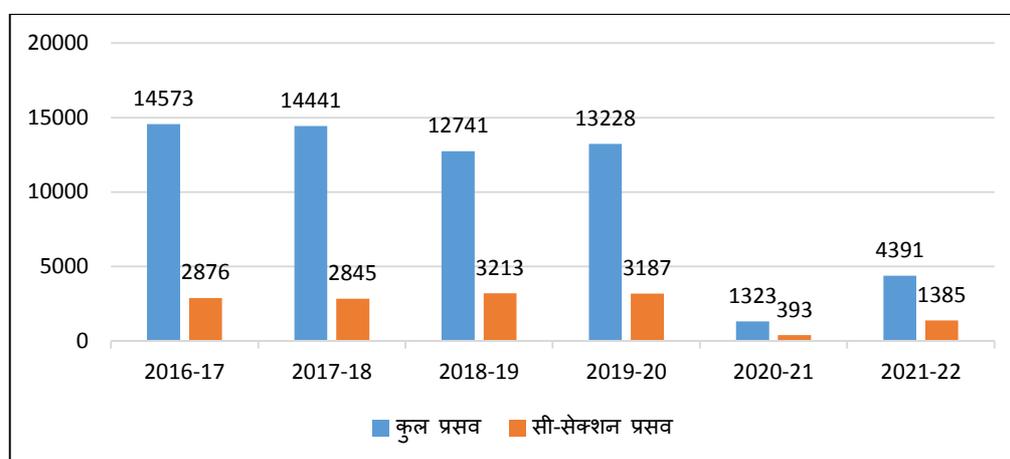
2016-17 से 2021-22 के दौरान हुए कुल प्रसव और सी-सेक्शन प्रसव का विवरण तालिका 3.14 में दिया गया है।

**तालिका 3.14: 2016-17 से 2021-22 के दौरान कुल प्रसव**

वर्ष	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	कुल
प्रसव की संख्या	14573	14441	12741	13228	1323	4391	60697
सी-सेक्शन प्रसव	2876 (19.73%)	2845 (19.70%)	3213 (25.22%)	3187 (24.09%)	393 (29.71%)	1385 (31.54%)	13899 (22.90%)
एनसी की संख्या	8519	29607	21938	22378	1607	20521	104570 (43.07%)
आईपीसी की संख्या	8821	8751	7250	6854	511	4391	36548 (60.21%)
पीएनसी की संख्या	11697	11596	10463	10041	931	4391	49119 (80.92%)

स्रोत: एलएनएच का उत्तर

**चार्ट 3.5: एलएनएच में कुल प्रसव बनाम सी-सेक्शन प्रसव**



2016-17 से 2019-20 (कोविड वर्षों को छोड़कर) की अवधि के दौरान, सी सेक्शन प्रसव 19.73 प्रतिशत (2016-17) से 25.22 प्रतिशत (2018-19) की रेंज में थे। इसके अलावा, एलएनएच में किए गए प्रसव की वास्तविक संख्या की तुलना में एएनसी, आईपीसी और पीएनसी की संख्या भी कम थी।

### 3.4.3 मृतजन्म

मृतजन्म दर गर्भावस्था और बच्चे के जन्म के दौरान देखभाल की गुणवत्ता का एक प्रमुख संकेतक है। मृत बच्चे का जन्म और/या अंतर्गर्भाशयी भ्रूण की मृत्यु एक प्रतिकूल गर्भावस्था परिणाम है और इसे जीवन के किसी भी लक्षण के बिना अपनी मां से बच्चे के पूर्ण निष्कासन या निष्कर्षण के रूप में परिभाषित किया गया है। उच्च मृतजन्म दर अस्पताल में खराब ढंग से प्रबंधित प्रसवपूर्व देखभाल/प्रसव प्रक्रिया का संकेत है। एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, दिल्ली की औसत मृतजन्म दर प्रति 100 गर्भावस्था परिणामों पर 0.8 थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच में रिपोर्ट अवधि के दौरान 60,697 प्रसवों के प्रति मृतजन्म 1,238 था, जैसा कि तालिका 3.15 में दिया गया है।

तालिका 3.15: मृतजन्म

वर्ष	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	कुल
प्रसव की संख्या	14573	14441	12741	13228	1323	4391	60,697
मृतजन्म की संख्या	302	297	228	238	31	142	1,238
प्रतिशतता	2.07	2.05	1.80	1.80	2.34	3.23	2.04

एलएनएच में औसत मृतजन्म दर दिल्ली की औसत मृतजन्म दर से अधिक थी।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि एलएनएच में मृतजन्म के अधिकांश मामले अन्य केंद्रों से रेफरल के मामले होते हैं।

### 3.4.4 मातृ एवं नवजात मृत्यु की समीक्षा

आईपीएचएस में प्रावधान है कि अस्पताल में होने वाली सभी मृत्यु दर की समीक्षा पाक्षिक आधार पर की जाएगी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-21 की अवधि के दौरान 192 मातृ मृत्यु हुईं। एलएनएच ने कहा कि मातृ मृत्यु की समीक्षा मासिक रूप से की जाती थी। तथापि, इसने मृत्यु समीक्षा के रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं कराए। इसके अलावा, नवजात मृत्यु की समीक्षा के लिए एक

समिति होनी चाहिए और इसकी बैठक महीने में कम से कम एक बार या बच्चे की मृत्यु की सूचना मिलने के तुरंत बाद होनी चाहिए। इसे इस तरह से एक रिपोर्ट तैयार करनी चाहिए कि इससे भविष्य में उपयोग के लिए कुछ ज्ञान और अनुभव का सृजन हो ताकि इस प्रकार की घटनाओं से बचा जा सके। तथापि, यह देखा गया कि लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान एलएनएच में ऐसी कोई समिति कार्य नहीं कर रही थी। अस्पताल ने बताया कि उसने अप्रैल 2022 में समिति का गठन किया है।

परिणामस्वरूप, लेखापरीक्षा मातृ/नवजात मृत्यु के कारणों को निर्धारित नहीं कर सका और न ही मातृ/नवजात मृत्यु को रोकने के लिए समीक्षा समिति के सुझावों को निर्धारित कर सका।

#### 3.4.5 आवश्यक एवं कार्यशील उपकरणों की उपलब्धता

आईपीएचएस लेबर वार्ड, नवजात और विशेष नवजात देखभाल इकाई के लिए 31 प्रकार के आवश्यक उपकरण निर्धारित करता है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि तीन उपकरण, कार्डियाक मॉनिटर (बेबी), सीपीएपी मशीन और नेब्युलाइजर (बेबी), एलएनएच में उपलब्ध नहीं थे।

कई उपकरण जैसे गाइनोकोलॉजी ओटी की एक मोबाइल एग्जामिनेशन लाइट यूनिट (दिसंबर 2016 में खरीदी गई दो में से), एक सीओ2 इंस्प्लेटर (अगस्त 2016 में स्थापित दो में से) और नवजात शिशु के लिए वजन मापने की मशीन (जनवरी 2017 में प्राप्त) आज तक काम नहीं कर रही थी (जुलाई 2022)। इसके अलावा, गाइनोकोलॉजी विभाग के क्लियर लेबर रूम में सात वैक्यूम एक्सट्रैक्टर्स में से पांच, 10 सीटीजी मशीनों में से छह और सभी पांच इन्फ्यूजन पंप भी काम करने की स्थिति में नहीं थे।

#### 3.4.6 वन स्टॉप सेंटर (ओएससी)

वन स्टॉप सेंटर (ओएससी) का उद्देश्य बलात्कार पीड़ितों को एक छत के नीचे कई सुविधाएं और सेवाएं प्रदान करना था। रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा निर्धारित ओएससी की एसओपी के अनुसार, इसमें पांच काउंसलर, पांच सीनियर रेजिडेंट डॉक्टर, पांच स्टाफ नर्स और पांच नर्सिंग ऑर्डरली होने चाहिए।

अप्रैल 2016 से जनवरी 2022 तक, एलएनएच में ओएससी में 1,169 मामले दर्ज किए गए, जिनमें यौन उत्पीड़न के 285 मामले (24.37 प्रतिशत) शामिल थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच के पास कोई समर्पित स्टाफ नहीं था और इसे प्रसूति एवं गाइनोकोलॉजी विभाग के वरिष्ठ रेजिडेंट डॉक्टर, नर्सिंग स्टाफ और कैजुअल्टी के नर्सिंग अर्दली द्वारा प्रबंधित किया जा रहा था तथा दिल्ली महिला आयोग (डीसीडब्ल्यू) के अंतर्गत बलात्कार संकट सेल से आवश्यकता पड़ने पर काउंसलर को बुलाया जाता था।

विभाग ने कहा (नवंबर 2022) कि वन स्टॉप सेंटर का औसत केस लोड बहुत कम है और आवश्यकता पड़ने पर स्टाफ को तैनात किया गया था।

तथ्य यह है कि एलएनएच मानदंडों के अनुसार ओएससी स्थापित नहीं कर सका।

**सिफारिश 3.7: एलएनएच को नियमित आधार पर बाल मृत्यु मामलों की समीक्षा करनी चाहिए और प्रसवपूर्व देखभाल का पूरा रिकॉर्ड रखना चाहिए। इसे स्टाफ उपलब्ध कराकर वन स्टॉप सेंटर को मजबूत करना चाहिए।**

### 3.5 रेडियोलॉजी सेवाएं

आईपीएचएस के अनुसार 500 बेड वाले जिला अस्पताल में तीन एक्स-रे मशीन, एक डेंटल एक्स-रे मशीन और चार कलर डॉपलर अल्ट्रासाउंड मशीनें होनी चाहिए। एक जिला अस्पताल के लिए एक पोर्टेबल अल्ट्रासाउंड, एक सीटी स्कैन मशीन और एक एमआरआई मशीन वांछनीय है। आवश्यकतानुसार 500एमए एक्स-रे मशीन, मैमोग्राफी यूनिट, सी-आर्म और इकोकार्डियोग्राम की एक-एक मशीन उपलब्ध करायी जानी थी।

#### 3.5.1 रेडियोलॉजी उपकरण और सेवाओं की उपलब्धता

एलएनएच डेंटल एक्स-रे को छोड़कर उपर्युक्त सभी आवश्यक और वांछनीय सेवाएं प्रदान करता है। सीएनबीसी और आरजीएसएसएच ने एमआरआई सेवाएं प्रदान नहीं कीं और जेएसएसएच और आरजीएसएसएच ने दंत चिकित्सा सेवाएं प्रदान नहीं कीं। चार चयनित अस्पतालों के रेडियोलॉजी विभाग में स्थापित रेडियोलॉजी उपकरण तालिका 3.16 में दर्शाए गए हैं।

तालिका 3.16: नमूना जाँच किए गए अस्पतालों में रेडियोलॉजी उपकरण

उपकरण का नाम	अस्पताल			
	एलएनएच	सीएनबीसी	जेएसएसएच	आरजीएसएसएच
एमआरआई मशीन	1	शून्य	1(पीपीपी के तहत)	शून्य
एक्स-रे	9	4	2	1
कलर डॉपलर अल्ट्रासाउंड मशीन	9	3	2	1
सीटी स्कैन	3	1	1(पीपीपी के तहत)	1
मैमोग्राफी	1	शून्य	शून्य	शून्य
डेंटल एक्स-रे	शून्य	1	शून्य	शून्य

स्रोत: अस्पतालों के उत्तर

लेखापरीक्षा में पाया गया कि उपलब्ध एक्स-रे और कलर डॉपलर मशीनें बेड की संख्या के अनुपात में नहीं थीं क्योंकि आईपीएचएस के तहत 500 बेड वाले अस्पताल की आवश्यकता थी जबकि एलएनएच में 2000 से अधिक बेड थे। इसके अलावा, एलएनएच में एक एक्स-रे मशीन और एक कलर डॉपलर मशीन काम नहीं कर रही थी। परिणामस्वरूप, एलएनएच के आउटडोर रोगियों को अल्ट्रासाउंड के लिए 2-3 महीने, एमआरआई के लिए 15 दिन और सीटी स्कैन के लिए सात दिनों की प्रतीक्षा अवधि का सामना करना पड़ा।

सीएनबीसी में भी, एक एक्स-रे मशीन (फरवरी 2022 से), एक सीटी स्कैन मशीन (नवंबर 2021 से) और दो कलर डॉपलर अल्ट्रा साउंड मशीनें (जुलाई 2017/मई 2018 से) काम नहीं कर रही थी और अल्ट्रासाउंड के लिए प्रतीक्षा अवधि डेढ़ महीने से भी अधिक थी।

सीएनबीसी ने कहा (दिसंबर 2022) कि वे अल्ट्रा साउंड मशीन की खरीद और रेडियोलॉजिस्ट की भर्ती की प्रक्रिया में हैं।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि एलएनएच में रेडियोलॉजी सेवाओं को नई सीटी मशीन के साथ अपग्रेड किया जा रहा है। इसके अलावा, सरकार प्रतीक्षा अवधि को कम करने के लिए दिल्ली आरोग्य कोष के तहत अन्य निदान केंद्रों के माध्यम से सुविधा प्रदान कर रही है। तथापि, अस्पतालों में प्रतीक्षा अवधि से पता चलता है कि दिल्ली आरोग्य कोष योजना के तहत लाभ सभी जरूरतमंद रोगियों को नहीं मिल रहा था।

जाँच करवाने के लिए इतनी लंबी प्रतीक्षा अवधि के बावजूद, उपलब्ध उपकरणों का सीएनबीसी, आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में अत्यधिक उपयोग किया गया जैसा कि तालिका 3.17 में बताया गया है।

तालिका 3.17: नैदानिक उपकरणों का उपयोग

सेवा का नाम	कुल संस्थापित क्षमता	आयोजित रोग निदान की औसत संख्या <sup>23</sup>					2021-22
		2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	
<b>सीएनबीसी</b>							
एक्स-रे (4)	330 प्रति दिन	123	112	105	109	83	उपलब्ध नहीं
अल्ट्रासाउंड	35 प्रति दिन	11	3	2	7	9	
सीटी स्कैन	12 प्रति दिन	4	3	4	3	4	
<b>आरजीएसएसएच</b>							
एक्स-रे	70 प्रति दिन	12	26	34	35	18	32
अल्ट्रासाउंड	50 प्रति दिन	9	0	14	23	3	16
सीटी स्कैन (नवंबर 2017 से)	26 प्रति दिन	उपलब्ध नहीं	1	7	14	5	11
<b>जेएसएसएच</b>							
एक्स-रे	70 प्रति दिन	57	55	35	27	12	उपलब्ध नहीं
अल्ट्रासाउंड	30 प्रति दिन	16	17	8	1	5	

स्रोत: अस्पतालों द्वारा प्रदान की गई जानकारी

स्टाफ की कमी, उपलब्ध नैदानिक सुविधाओं के कम उपयोग का एक मुख्य कारण हो सकती है जैसा लेखापरीक्षा में पाया गया कि उपर्युक्त तीन अस्पतालों में रेडियोलॉजिस्ट और रेडियोग्राफर की कमी थी। लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान सीएनबीसी और जेएसएसएच में क्रमशः तीन और आठ की स्वीकृत संख्या के प्रति कोई रेडियोलॉजिस्ट उपलब्ध नहीं था तथा जनवरी 2018 से जीटीबी अस्पताल से सीएनबीसी में एक रेडियोलॉजिस्ट/सलाहकार को सप्ताह में तीन दिन प्रतिनियुक्त किया जाता था। आरजीएसएसएच में मार्च 2021 तक चार स्वीकृत के प्रति केवल दो रेडियोलॉजिस्ट उपलब्ध थे जो सितंबर 2022 तक घटकर एक रह गया।

आरजीएसएसएच में कोई रेडियोग्राफर तैनात नहीं था और संविदा कर्मियों को रेडियोग्राफी कार्य के लिए तैनात किया गया था। मार्च 2022 तक 25 की स्वीकृत संख्या के प्रति जेएसएसएच में केवल तीन रेडियोग्राफर तैनात थे। तथापि, सीएनबीसी के पास सात रेडियोग्राफरों का पूरा स्टाफ था। एलएनएच में भी, 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान 37 की स्वीकृत संख्या के प्रति केवल 28 रेडियोग्राफर उपलब्ध थे, जिसे बाद में 2021-22 में भरा गया।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि एक अतिरिक्त डिजिटल रेडियोग्राफी मशीन/हाई एंड यूएसजी डॉपलर यूनिट की खरीद और सीएनबीसी में संबंधित

<sup>23</sup> गणना के लिए 300 कार्य दिवस लगे

स्टाफ की तैनाती से प्रतीक्षा अवधि कम हो जाएगी। यह भी कहा गया कि आरजीएसएसएच में रेडियोग्राफरों की भर्ती की प्रक्रिया शुरू कर दी गई है।

चार चयनित अस्पतालों में रेडियोलॉजी विभागों के कामकाज में देखी गई अन्य कमियों पर अगले पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

### 3.5.2 स्टाफ को प्रशिक्षण प्रदान नहीं किया गया

चार चयनित अस्पतालों में से दो<sup>24</sup> ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान रेडियोलॉजी विभाग में कार्यरत स्टाफ के लिए विकिरण सुरक्षा पर कोई नियमित आवधिक प्रशिक्षण आयोजित नहीं किया था और जेएसएसएच में, लेखापरीक्षा अवधि के दौरान केवल छह प्रशिक्षण कार्यक्रम<sup>25</sup> आयोजित किए गए थे।

### 3.5.3 एईआरबी के दिशानिर्देशों का अनुपालन

परमाणु ऊर्जा (विकिरण संरक्षण) नियम 2004 में प्रावधान है कि सभी लाइसेंसधारियों को एक रेडियोलॉजिकल सुरक्षा अधिकारी (आरएसओ) नियुक्त करना चाहिए जो विकिरण और रेडियोधर्मिता स्तरों का नियमित माप और विश्लेषण करेगा और दुर्घटनाओं पर रिस्पांस के लिए आपातकालीन योजना तैयार करेगा। तथापि, एलएनएच, आरजीएसएसएच तथा जेएसएसएच में कोई आरएसओ नियुक्त नहीं किया गया था।

इसके अलावा, रेडियोलॉजी विभाग में विभिन्न डायग्नोस्टिक मशीनों के संचालन से जुड़े सभी स्टाफ को स्टाफ पर विकिरण के प्रभाव को मापने के लिए बीएआरसी द्वारा जारी थर्मोल्यूमिनसेंट डोसीमीटर (टीएलडी) बैज जारी करने के लिए पंजीकृत किया जाना था। यह पाया गया कि आरजीएसएसएच के रेडियोलॉजी विभाग के तकनीशियनों को टीएलडी बैज प्रदान नहीं किए गए थे।

सभी विकिरण कर्मियों के लिए रक्त कोशिका गणना और सामान्य शारीरिक जाँच सहित स्वास्थ्य जांच किया जाना और रिकॉर्ड किया जाना भी आवश्यक था परन्तु एलएनएच और आरजीएसएसएच में कोई स्वास्थ्य जांच नहीं की गई थी। जेएसएसएच में सिर्फ एक स्टाफ की स्वास्थ्य जांच की गयी।

<sup>24</sup> एलएनएच और आरजीएसएसएच

<sup>25</sup> बुनियादी जीवन सहारा (बीएमएस), बीएमडब्ल्यू नियम, विकिरण सुरक्षा, संक्रमण, नियंत्रण प्रणाली, पीपीई किट प्रशिक्षण, सूई चुभने से जखम

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

*सिफारिश 3.8: सरकार को परीक्षणों के लिए प्रतीक्षा समय को कम करने के लिए रेडियोलोजी सुविधा को मजबूत बनाना चाहिए। रेडियोलोजी स्टाफ के रिक्त पद को भरा जाना चाहिए। अस्पतालों को रोगी और स्टाफ की सुविधा सुनिश्चित करने के लिए आईआरबी दिशानिर्देशों का पालन करना चाहिए।*

### 3.6 सहायक एवं सहायता सेवाओं का वितरण

#### 3.6.1 एम्बुलेंस सेवाएं

केंद्रीकृत दुर्घटना और आघात सेवाएं (सीएटीएस) की स्थापना जून 1989 में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. में एक सोसायटी के रूप में की गई थी। यह दुर्घटना और आघात पीड़ितों के लिए दिल्ली में मुफ्त एम्बुलेंस सेवा प्रदान करती है।

##### 3.6.1.1 एम्बुलेंस सेवाओं के लिए रिस्पांस समय

रिस्पांस समय और एम्बुलेंस की उपलब्धता में सुधार के उद्देश्य से सीएटीएस ने सीएटीएस एम्बुलेंस सेवाओं के संचालन और रखरखाव को तीन साल की अवधि के लिए आउटसोर्स किया था (अगस्त 2019), जिसे निष्पादन के आधार पर वार्षिक आधार पर दो साल के लिए बढ़ाया जा सकता था। दिल्ली में मुफ्त एम्बुलेंस सेवा प्रदान करने के लिए 200 सीएटीएस एम्बुलेंस<sup>26</sup> का एक बेड़ा एक एजेंसी को सौंप दिया गया।

समझौते के मुताबिक, एजेंसी को 80 फीसदी कॉल्स में रिस्पांस समय 15 मिनट के अंदर और बाकी कॉल्स में 25 मिनट के अंदर रखना था। सीएटीएस दिसंबर 2019 तक एम्बुलेंस के औसत रिस्पांस समय की गणना नहीं कर सका, यद्यपि उसने पीड़ितों को बेहतर रिस्पांस समय प्रदान करने की परिकल्पना की थी। जनवरी 2020 से जुलाई 2020 के माह के दौरान औसत रिस्पांस समय 28 से 56 मिनट के बीच था और सितंबर 2022 तक सुधार होकर 15 मिनट हो गया। फरवरी 2020 के चयनित माह में 49 दृष्टांत थे जहां एम्बुलेंस द्वारा कॉल अस्वीकार कर दी गई थी। अभिलेखों में उल्लिखित कारणों में एम्बुलेंस में

<sup>26</sup> 93 रोगी परिवहन एम्बुलेंस (पीटीए), नौ एडवांस्ड लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस (एएलएस) और 98 बेसिक लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस (बीएलएस)

एम्बुलेंस स्टाफ की अनुपस्थिति, एम्बुलेंस में ऑक्सीजन की अनुपलब्धता, एम्बुलेंस की अनफिट ड्राइविंग स्थिति आदि शामिल थे।

### 3.6.1.2 आपात स्थिति में किराए पर लेने के लिए निजी एम्बुलेंस को सूचीबद्ध नहीं किया गया

दिल्ली में कोविड-19 के दौरान एम्बुलेंस सेवा के लिए बढ़ती कॉलों को पूरा करने के लिए, रा.रा.क्षे.दि.स. ने टीकाकरण के उद्देश्य से 265 एम्बुलेंस और 250 टैक्सियाँ/कैब किराए पर लेने का निर्णय लिया। किराए पर ली गई एम्बुलेंस/कैबों की वास्तविक आवश्यकता की फिर से समीक्षा की गई (अक्टूबर 2021) और 135 एम्बुलेंस और 320 कैब किराए पर लेने का निर्णय लिया गया। किराए पर ली गई 135 एम्बुलेंस का कार्यकाल 31 मार्च 2022 तक बढ़ा दिया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि रा.रा.क्षे.दि.स. ने आपात स्थिति में अतिरिक्त एम्बुलेंस किराए पर लेने के लिए किसी भी एजेंसी को सूचीबद्ध नहीं किया था। किसी भी दिशा-निर्देश/निर्देश के अभाव में, सीएटीएस द्वारा एम्बुलेंस को मनमाने ढंग से किराए पर लिया गया था।

### 3.6.1.3 कार्यशील एम्बुलेंस की कमी

आउटसोर्स एजेंसी के साथ समझौते के अनुसार, एजेंसी को 100 प्रतिशत अपटाइम के साथ 90 प्रतिशत सीएटीएस एम्बुलेंस का सक्रिय बेड़ा रखना है। जनवरी 2018 से दिसंबर 2021 की अवधि के दौरान आउटसोर्स एजेंसी को सौंपी गई एम्बुलेंस और कॉल वाली एम्बुलेंस की औसत संख्या का विवरण तालिका 3.18 में दिया गया है।

तालिका 3.18: एम्बुलेंस की उपलब्धता

वर्ष	एजेंसी के पास सीएटीएस एम्बुलेंस की औसत संख्या	कॉल वाली एम्बुलेंस की औसत संख्या	कॉल वाली एम्बुलेंस की प्रतिशतता (प्रतिशत में)
2018	265	227	86
2019	265	168	63
2020	229	169	74
2021	229	213	93
2022	229	217	95

स्रोत: सीएटीएस द्वारा उपलब्ध कराया गया आंकड़ा

जैसा कि देखा जा सकता है, एजेंसी 2018-20 के दौरान 90 प्रतिशत तक एम्बुलेंस को चालू नहीं रख सकी, जैसा कि समझौते में अपेक्षित था, जिसके कारण सीएटीएस सभी कॉलों को अटेंड करने में असमर्थ थी जैसा कि पैरा 3.6.1.1 में चर्चा की गई है।

#### 3.6.1.4 फर्स्ट रिस्पांस व्हीकल

रा.रा.क्षे.दि.स. ने विशेष रूप से संकुल इलाकों में जरूरतमंद व्यक्तियों को चिकित्सा सहायता प्रदान करने के लिए मोटर साइकिल का उपयोग करते हुए फर्स्ट रिस्पांस व्हीकल (एफआरवी) शुरू करने (फरवरी 2018) की मंजूरी दी थी। एक पायलट परियोजना के रूप में, मई 2018 में ₹ 12.84 लाख की लागत से 16 एफआरवी खरीदे गए थे और फरवरी 2019 से पूर्वी, शाहदरा और उत्तर पूर्व जिलों को कवर करते हुए तैनात किए गए थे। एफआरवी नियमित सीएटीएस स्टाफ द्वारा संचालित किए गए थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि इन एफआरवी को बाद में स्टाफ की कमी के कारण मार्च 2020 में वापस ले लिया गया और ये बेकार पड़े थे (जून 2022)।



चित्र 3.5: निष्क्रिय पड़े हुए एफआरवी

इन एफआरवी को चालू करने के लिए कोई प्रयास नहीं किया गया। इस प्रकार, संकुल क्षेत्रों और मलिन बस्तियों में रिस्पांस समय में सुधार के लिए परिकल्पित पायलट परियोजना मार्च 2020 से गैर-कार्यशील रही। इसके अलावा, पायलट परियोजना की उपयोगिता और प्रभाव का पता लगाने के लिए कोई मूल्यांकन नहीं किया गया था। इस प्रकार ₹ 12.84 लाख का व्यय निष्फल हो गया।

### 3.6.1.5 सीएटीएस द्वारा एम्बुलेंस की निगरानी

आउटसोर्स एजेंसी के साथ सीएटीएस के समझौते के अनुसार, सीएटीएस सेवा स्तर के समझौतों और अन्य निविदा अपेक्षाओं का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए एम्बुलेंस का निरीक्षण कर सकता है। सीएटीएस प्रबंधन एएलएस, बीएलएस और पीटीए मानकों के अनुसार निजी एजेंसी द्वारा प्रबंधित एम्बुलेंस में आवश्यक उपकरणों की उपलब्धता का आकलन करने के लिए एम्बुलेंस का मासिक निरीक्षण करता है। निरीक्षण रिपोर्टों की नमूना जांच से पता चला कि एम्बुलेंसों में कार्यशील आवश्यक उपकरण और यंत्र<sup>27</sup> नहीं लगे थे। सीएटीएस ने फर्म को किए गए भुगतान से कमियों के विरुद्ध जुर्माना काट लिया परन्तु यह देखा गया कि बाद के निरीक्षणों में भी अनियमितताएँ जारी रहीं। इस प्रकार, सीएटीएस एम्बुलेंस में सभी आवश्यक उपकरणों/यंत्रों की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं कर सका।

### 3.6.1.6 शिशु परिवहन के लिए दो एडवांस्ड लाइफ सपोर्ट एम्बुलेंस खरीदने में विफलता

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन ने शिशु परिवहन के लिए दो एएलएस एम्बुलेंस की खरीद को मंजूरी दी थी (फरवरी 2018)। परिवार कल्याण निदेशक को सीएटीएस के माध्यम से दिल्ली में इन दो एम्बुलेंस के संचालन के लिए एक विस्तृत प्रस्ताव प्रस्तुत करना अपेक्षित था। इसके अलावा, इन एम्बुलेंस की खरीद के लिए डीएसएचएम द्वारा ₹ 56 लाख की धनराशि स्वीकृत की गई थी (अगस्त 2018)।

तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि शिशु परिवहन के लिए एएलएस एम्बुलेंस जून 2022 तक सीएटीएस द्वारा खरीदी नहीं गई थीं, इस प्रकार जरूरतमंद शिशुओं को विशेष रोगी परिवहन से वंचित होना पड़ रहा है।

अपने उत्तर में, सीएटीएस ने कहा (जनवरी 2022) कि डीएसएचएम से अनुमोदन पत्र प्राप्त हुआ था, परन्तु एम्बुलेंस खरीदने के लिए धनराशि जारी नहीं की गई थी।

<sup>27</sup> कार्डियक मॉनिटर, ट्रांसपोर्ट वेंटिलेटर, सिरिज पंप, ग्लूकोमीटर, एम्बुबैग, व्हील चेयर, हेड इम्मोबिलाइजर, ऑक्सीजन एक्सेसरीज, पोर्टबल ऑक्सीजन डिलीवरी किट, लैरींगोस्कोप, बीपी उपकरण, थर्मामीटर, स्टैथोस्कोप, फोर्सेप्स, बचाव उपकरण, ब्लड ट्रांसफ्यूजन, पल्स ऑक्सीमीटर आदि।

### 3.6.1.7 सीएटीएस नियंत्रण कक्ष में कॉल करने वाले की लोकेशन सर्विस स्थापित नहीं की गई

डीएसएचएम ने 'एनयूएचएम इनोवेशन के तहत सपोर्ट टू सीएटीएस के तहत सीएटीएस नियंत्रण कक्ष में कॉलर की लोकेशन सर्विस को एकीकृत करने के लिए ₹ 2.5 करोड़ की मंजूरी दी थी (फरवरी 2018) ताकि एम्बुलेंस शीघ्रता से ठीक-ठीक रूप से उस स्थान पर पहुंच सकें। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीएटीएस द्वारा इस संबंध में कोई कार्रवाई नहीं की गई।

अपने उत्तर में, सीएटीएस ने कहा (जनवरी 2021) कि मॉडर्न कंट्रोल रूम की स्थापना वर्ष 2016 में की गई है, परन्तु लेखापरीक्षा अवलोकन पर कोई विशेष उत्तर नहीं दिया।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

**सिफारिश 3.9: सीएटीएस के बेड़े को पर्याप्त कॉल वाले एम्बुलेंस के साथ जो अपेक्षित, उपकरणों और दवाओं से सुसज्जित हो मजबूत किया जाना चाहिए।**

### 3.6.2 अस्पतालों में एम्बुलेंस सेवाओं/शवगृह वैन की उपलब्धता

डीजीएचएस द्वारा एम्बुलेंस सेवाओं के लिए तैयार की गई एसओपी के अनुसार, एम्बुलेंस सेवाओं का उद्देश्य रोगियों के लिए परिवहन प्रदान करना था। एसओपी के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल में एक एडवांस लाइफ सपोर्ट (एएलएस) एम्बुलेंस, एक बेसिक लाइफ सपोर्ट (बीएलएस) एम्बुलेंस, नौ रोगी परिवहन एम्बुलेंस (पीटीए) और पांच शव वाहन का बेड़ा होना चाहिए।

नमूना जांच किए गए अस्पतालों में एम्बुलेंस सेवा की उपलब्धता की स्थिति तालिका 3.19 में दी गई है।

**तालिका 3.19: अस्पतालों में एम्बुलेंस की उपलब्धता**

स्वास्थ्य संस्थान	एम्बुलेंस की संख्या	एम्बुलेंस सेवाओं की 24X7 उपलब्धता
एलएनएच	2 पीटीए	उपलब्ध
सीएनबीसी	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं
आरजीएसएसएच	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं
जेएसएसएच	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं

तालिका 3.19 से देखा जा सकता है कि एलएनएच के पास नौ की आवश्यकता के प्रति केवल दो पीटीए थी। एलएनएच के पास केवल पांच के प्रति केवल दो

शव वाहन थे। इसमें कोई एएलएस या बीएलएस एम्बुलेंस नहीं था। शव वाहन की उपलब्धता के बावजूद, एलएनएच शवों को शवगृह तक ले जाने और स्टोर की वस्तुओं, व्हील चेयर आदि के परिवहन के लिए पीटीए का उपयोग कर रहा था। स्टाफ कार ड्राइवरों को इन एम्बुलेंसों को चलाने का कार्य सौंपा गया था। नमूना जांच किए गए अन्य तीन अस्पतालों में कोई एम्बुलेंस या शव वाहन नहीं था। आरजीएसएसएच द्वारा एक एएलएस एम्बुलेंस जनवरी 2019 में ₹ 36.58 लाख में खरीदी गई जिसका उपयोग नहीं किया गया क्योंकि यह पंजीकृत नहीं थी और बेकार पड़ी थी।

जेएसएसएच ने कहा (जुलाई 2022) कि एम्बुलेंस सेवाओं की आवश्यकता सीमित थी क्योंकि अस्पताल एक तृतीयक देखभाल सुपर स्पेशियलिटी अस्पताल था और अस्पताल में कोई कार्यशील आपातकाल नहीं था।

सीएनबीसी ने कहा (मार्च 2022) कि अस्पताल सीएटीएस के माध्यम से एम्बुलेंस सेवाएं प्रदान कर रहा था।

तथ्य यह है कि इन अस्पतालों में डीजीएचएस द्वारा जारी एसओपी के अनुसार एम्बुलेंस तथा शव वाहन नहीं थे।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि एलएनएच ने दस शव वाहन किराए पर लिए हैं और शव वाहन खरीदने की प्रक्रिया जारी है।

### 3.6.3 आहार सेवाएं

आहार विज्ञान विभाग एक पैरामेडिकल विभाग है जो अस्पताल में रहने के दौरान प्रत्येक रोगी की चिकित्सीय देखभाल का एक अभिन्न अंग है। आईपीएचएस में प्रावधान है कि सामान्य आहार के अलावा, आपूर्ति किया जाने वाला भोजन रोगी विशिष्ट के लिए होना चाहिए जैसे कि मधुमेह के रोगी के लिए भोजन अर्ध-ठोस तथा तरल और ढके हुए कंटेनर में वितरित किया जाना चाहिए। आहार की गुणवत्ता की जांच किसी सक्षम व्यक्ति द्वारा नियमित रूप से की जानी चाहिए। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार में गुणवत्ता आश्वासन के लिए राष्ट्रीय निर्धारकों की मार्गदर्शिका के अंतर्गत जो आहार सेवाएं निर्धारित की गई हैं, के प्रति चयनित अस्पतालों में प्रदान की गई आहार सेवाओं की तुलना तालिका 3.20 में दी गई हैं।

तालिका 3.20: नमूना जांच किए गए अस्पतालों में आहार सेवाएं

विवरण	एलएनएच	आरजीएसएसएच	सीएनबीसी	जेएसएसएच
आहार सेवा की उपलब्धता	हाँ	नहीं*	हाँ	नहीं*
यदि उपलब्ध हो, तो इन-हाउस/आउटसोर्स किया गया	इन हाउस	अक्टूबर 2021 से आउटसोर्स किया गया	किया गया	दिसंबर 2022 से आउटसोर्स किया गया
रसोई की उपलब्धता	हाँ	हाँ	हाँ	उपलब्ध नहीं
इनडोर रोगियों को उनकी कैलोरी आवश्यकता के अनुसार स्वच्छ, स्वास्थ्यकर और पौष्टिक आहार तैयार करने, संचालन, भंडारण और वितरण के लिए मानक प्रक्रियाओं की उपलब्धता	हाँ	हाँ	हाँ	उपलब्ध नहीं
कचरे माल, रसोई की स्वच्छता, पके हुए भोजन आदि की नियमित गुणवत्ता जांच के लिए नीति और प्रक्रिया की उपलब्धता	हाँ	हाँ	हाँ	उपलब्ध नहीं
स्वास्थ्य सुविधाओं में आपूर्ति किये जाने वाले आहार की गुणवत्ता जांच की उपलब्धता	नहीं	नहीं	नहीं	उपलब्ध नहीं
स्वास्थ्य सुविधाओं में आहार सेवाओं का मूल्यांकन	रोगियों से फीडबैक नहीं लिया गया	नहीं	नहीं	उपलब्ध नहीं
अस्पतालों में आहार सेवाओं में सुधार के लिए मेनू योजना, पोषण मूल्यों को संरक्षित करना, खाद्य पदार्थों का भंडारण, खाना पकाने के आधुनिक तरीकों आदि पर आहार संबंधी अनुसंधान नहीं किया गया था।	हाँ	हाँ	हाँ	उपलब्ध नहीं

आरजीएसएसएच ने अक्टूबर 2021 से और जेएसएसएच ने दिसंबर 2022 से आहार सेवा शुरू की।

स्रोत: अस्पतालों से एकत्रित आंकड़ा।

### 3.6.3.1 आरजीएसएसएच और जेएसएसएच द्वारा आहार सेवाएं प्रदान नहीं की गईं

जेएसएसएच में फरवरी 2015 में और आरजीएसएसएच में अप्रैल 2016 में आइपीडी सेवाएं शुरू की गईं और लेखापरीक्षा अवधि के दौरान क्रमशः 14,940 और 36,708 रोगियों को इनडोर उपचार प्रदान किया गया। आरजीएसएसएच ने अक्टूबर 2021 में आहार सेवा शुरू की और जेएसएसएच ने कहा (दिसम्बर 2022) कि आहार विशेषज्ञ के मार्गदर्शन में रसोई सेवाएं शुरू (जून 2022) कर दी गई हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आरजीएसएसएच में सभी रोगियों को एक जैसा आहार दिया गया, जिससे विभिन्न श्रेणियों के रोगियों की विशिष्ट आहार आवश्यकताओं को नजर अंदाज किया गया।

### 3.6.3.2 स्टाफ एवं आहार विशेषज्ञ की कमी

डीजीएचएस, भारत सरकार द्वारा जारी पोषण चिकित्सा दिशानिर्देशों के अनुसार, 750 बेड वाले अस्पतालों के लिए एक मुख्य आहार विशेषज्ञ, एक वरिष्ठ आहार विशेषज्ञ, एक आहार विशेषज्ञ और छह सहायक आहार विशेषज्ञ होने चाहिए। इसके विपरीत, एलएनएच में मुख्य आहार विशेषज्ञ/वरिष्ठ आहार विशेषज्ञ के कोई स्वीकृत पद नहीं थे और केवल दो आहार विशेषज्ञ और छह सहायक आहार विशेषज्ञ तैनात थे। इसके अलावा, सात मुख्य रसोइयों और 50 रसोइयों की स्वीकृत संख्या के प्रति, मार्च 2021 तक लेखापरीक्षा अवधि के दौरान केवल एक मुख्य रसोइया और दो से तीन रसोइयों को तैनात किया गया था, जो 2021-22 में घटकर केवल एक रसोइया रह गया। रसोइयों की कमी के कारण, 27 नर्सिंग ऑर्डरली ने विभिन्न रसोई कार्यों में रसोइयों की सहायता की।

इसी प्रकार, सीएनबीसी, जो 221 बेड वाला अस्पताल है, को एक आहार विशेषज्ञ और दो सहायक आहार विशेषज्ञों की आवश्यकता है। सीएनबीसी में, कोई आहार विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं था और अक्टूबर 2019 के बाद केवल एक सहायक आहार विशेषज्ञ उपलब्ध था।

सीएनबीसी ने कहा (अगस्त 2022) आहार विशेषज्ञ और सहायक आहार विशेषज्ञ के एक पद के लिए भर्ती प्रक्रियाधीन थी।

### 3.6.3.3 मासिक निरीक्षण का अभाव

आहार विशेषज्ञ द्वारा प्रत्येक वार्ड का मासिक निरीक्षण किया जाना आवश्यक था। तथापि, मांगे जाने पर भी एलएनएच और सीएनबीसी में लेखापरीक्षा के लिए कोई रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं कराया गया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आहार संबंधी फीडबैक रोगियों के बजाय संबंधित वार्ड की सिस्टर-इंचार्ज से लिया जा रहा था।

### 3.6.3.4 सरकार द्वारा भोजन की गुणवत्ता की निगरानी नहीं की गई

यह देखा गया कि सरकारी खाद्य निरीक्षक ने पूरी लेखापरीक्षा अवधि के दौरान कभी भी एलएनएच और सीएनबीसी में परोसे जा रहे भोजन के नमूनों की जाँच नहीं की। एलएनएच में, खाद्य सुरक्षा विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. ने दिसंबर 2021 में केवल एक बार भोजन की गुणवत्ता का निरीक्षण किया था। रा.रा.क्षे.दि.स. ने कहा (दिसंबर 2022) कि भारतीय खाद्य सुरक्षा और मानक प्राधिकरण

(एफएसएसएआई) की एक लेखापरीक्षा टीम ने जुलाई 2022 में आहार और रसोई सेवाओं का निरीक्षण किया था। तथापि, निरीक्षण का परिणाम लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराया गया था।

*सिफारिश 3.10: सरकार को अस्पतालों में आहार विशेषज्ञ, रसोइया आदि के रिक्त पद भरने चाहिए। अस्पतालों को आहार विशेषज्ञों द्वारा वार्डों का न्यूनतम निर्धारित निरीक्षण सुनिश्चित करना चाहिए। सरकार को इन अस्पतालों में पूर्ण आहार सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए आरजीएसएसएच और जेएसएसएच के कामकाज की सक्रिय निगरानी करनी चाहिए।*

### 3.6.4 अस्पतालों में रक्त बैंक केंद्र

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार निर्धारित करता है कि स्वास्थ्य सुविधाओं को रक्त भंडारण केंद्र स्थापित करने के लिए राज्य/केंद्र शासित प्रदेश लाइसेंसिंग प्राधिकरण से अनुमोदन प्राप्त करना आवश्यक है। यह अनुमोदन जारी होने की तारीख से दो साल की अवधि के लिए वैध होगा, जब तक कि निलंबित या रद्द न किया जाए। नवीनीकरण के लिए अनुमोदन की समाप्ति तिथि से तीन माह पूर्व आवेदन करना होगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ब्लड बैंक के संचालन, संपूर्ण रक्त के प्रसंस्करण और एलएनएच में इसके घटकों की तैयारी के लिए लाइसेंस 31 दिसंबर 2021 को समाप्त हो गया और उसने इसके नवीनीकरण के लिए 17 दिसंबर 2021 को दो महीने<sup>28</sup> से अधिक की देरी के साथ आवेदन किया, तथापि जुलाई 2022 तक लाइसेंस का नवीनीकरण होना बाकी था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में रक्त बैंक के पास केवल रक्त और उसके घटकों के भंडारण का लाइसेंस था।

यद्यपि आरजीएसएसएच के पास केवल रक्त और उसके घटकों के भंडारण के लिए लाइसेंस था, परन्तु उसने रक्त घटकों को अलग करने के लिए 2014-2017 के दौरान ₹ 1.21 करोड़ में उपकरण खरीदे थे। आरजीएसएसएच को संपूर्ण मानव रक्त आईपी और उसके घटकों के रक्त संग्रहण, भंडारण और प्रसंस्करण के लिए नवंबर 2021 में ही लाइसेंस प्राप्त हुआ था। तथापि, इसे रक्त घटकों को अलग

<sup>28</sup> नियमानुसार नवीनीकरण के लिए आवेदन की तिथि 1 अक्टूबर 2021 थी।

करने के लिए लाइसेंस नहीं मिला है और 2014-2017 के दौरान खरीदे गए उपकरण नवंबर 2022 तक निष्क्रिय पड़े थे। यह भी देखा गया कि लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान खरीदी/एकत्र की गई कुल 2671 रक्त इकाइयों में से 309 रक्त इकाइयां (12 प्रतिशत) आरजीएसएसएच द्वारा खारिज कर दी गईं। यह इंगित करता है कि आरजीएसएसएच ने न तो आवश्यकता के अनुसार रक्त संग्रहण को विनियमित किया और न ही उपलब्ध अतिरिक्त इकाइयों को अन्य जरूरतमंद अस्पतालों में स्थानांतरित किया।

इसी प्रकार, जेएसएसएच ब्लड बैंक भवन को 2016 में ₹ 1.15 करोड़ की लागत से उन्नत किया गया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि केवल रक्त भंडारण सुविधा उपलब्ध थी और ब्लड बैंक के लिए अन्य नियोजित सुविधाएं चालू नहीं थीं। जेएसएसएच ने उत्तर दिया (जुलाई 2022) कि मौजूदा रक्त भंडारण क्षेत्र अस्पताल की आवश्यकता को पूरा करने के लिए पर्याप्त था जो प्रति वर्ष 2000 यूनिट से कम था। यह भी कहा गया है कि अस्पताल में सर्जिकल और अन्य ओटी चालू होने के बाद, यदि रक्त की आवश्यकता प्रति वर्ष 2000 यूनिट से अधिक हो जाती है, तो ब्लड बैंक को चालू कर दिया जाएगा।

तथापि, तथ्य यह है कि ब्लड बैंक के बुनियादी ढांचे का उपयोग नहीं किया गया और इसके विकास के छह साल बाद भी इसमें रक्त और उसके घटकों को इकट्ठा करने और संसाधित करने की सुविधाएं नहीं थीं।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि एलएनएच के पास वैध ब्लड बैंक लाइसेंस है जिसे अगले पांच वर्षों के लिए नवीनीकृत किया जाता है। इसके अलावा, यह बताया गया कि आरजीएसएसएच में रक्त पृथक्करण की प्रक्रिया के लिए लाइसेंस प्राप्त करने में देरी ब्लड बैंक को चलाने के लिए योग्य स्टाफ की कमी के कारण हुई थी। तथापि, अन्य मुद्दों पर कोई उत्तर नहीं दिया।

एलएनएच के संबंध में, उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि एलएनएच ने दिसंबर 2021 में नवीनीकरण के लिए आवेदन किया था और उसका नवीनीकरण केवल सितंबर 2022 में ही किया गया था।

### 3.6.5 जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

भारत सरकार द्वारा बनाए गए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 (बीएमडब्ल्यू नियम) अन्य बातों के साथ-साथ अपशिष्ट जनरेटर यानी स्वास्थ्य

देखभाल सुविधाओं और सामान्य जैव चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधा (सीबीएमडब्ल्यूटीएफ) के लिए स्पष्ट भूमिकाओं के साथ बीएमडब्ल्यू के संग्रह, हैंडलिंग, परिवहन, निपटान और निगरानी की प्रक्रियाओं को निर्धारित करते हैं। दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (डीपीसीसी) को राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली में इन नियमों को लागू करने के लिए निर्धारित प्राधिकारी के रूप में नामित किया गया है।

बीएमडब्ल्यू नियमों की धारा 4 (जी) के अनुसार, बीएमडब्ल्यू के संचालन में शामिल सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों और अन्य को संबंधित संगठनों द्वारा नियुक्ति के समय और उसके बाद प्रत्येक वर्ष कम से कम एक बार प्रशिक्षण दिया जाना था। बीएमडब्ल्यू नियमों के नियम 3सी निर्धारित करता है कि बीएमडब्ल्यू उत्पन्न करने वाले अस्पतालों को डीपीसीसी से प्राधिकार प्राप्त करना चाहिए और उत्पन्न किए गए और निपटाए गए बीएमडब्ल्यू की मात्रा की वार्षिक रिपोर्ट भी डीपीसीसी को भेजनी चाहिए। बीएमडब्ल्यू नियमों के नियम 4एच में कहा गया है कि, सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों और बायो मेडिकल कचरे के प्रबंधन में शामिल अन्य लोगों को हेपेटाइटिस बी और टेटनस सहित बीमारियों के विरुद्ध टीका लगाया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- जाँच किए गए अस्पतालों द्वारा स्वास्थ्य कर्मियों को दिए गए प्रशिक्षण में कमी थी। एलएनएच ने वर्ष 2016-17 और 2017-18 के दौरान अपने स्टाफ को प्रशिक्षण नहीं दिलाया और 2018-19 से 2020-21 की अवधि के दौरान लगभग 2300 कुल स्टाफ में से केवल 48 से 59 प्रतिशत को प्रशिक्षण दिया गया। सीएनबीसी ने 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान 400 से अधिक स्टाफ में से 27 से 91 प्रतिशत को वार्षिक प्रशिक्षण दिलाया। आरजीएसएसएच और जेएसएसएच ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान अपने सभी स्टाफ को वार्षिक प्रशिक्षण दिलाया।
- इसके अलावा, एलएनएच द्वारा लेखापरीक्षा अवधि के दौरान बायोमेडिकल अपशिष्ट के संचालन में शामिल 27 स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों में से केवल 11 के हेपेटाइटिस बी टीकाकरण रिकॉर्ड प्रदान किया जा सका। आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में आउटसोर्स हाउसकीपिंग स्टाफ को

कार्य पर लगाया गया, उन्हें फेरबदल के आधार पर तैनात किया गया और सभी स्टाफ (आरजीएसएसएच<sup>29</sup> और जेएसएसएच<sup>30</sup>) को हेपेटाइटिस बी/टेटनस के विरुद्ध टीका नहीं लगाया गया था।

- डीजीएचएस और अस्पताल डीपीसीसी से बीएमडब्ल्यू के निपटान के लिए समय पर प्राधिकार प्राप्त करने में विफल रहे। जाँच किए गए अस्पतालों के संबंध में, एलएनएच ने 16 जुलाई 2019 से पहले लेखापरीक्षा को बीएमडब्ल्यू के निपटान के लिए प्राधिकार पत्र प्रदान नहीं किया था। आरजीएसएसएच के संबंध में, इसने जून 2016 के बाद से बीएमडब्ल्यू कचरे के निपटान के लिए प्राधिकार प्राप्त नहीं किया।
- बीएमडब्ल्यू नियमों की अधिसूचना के एक वर्ष के भीतर, बीएमडब्ल्यू से संबंधित सभी संगठनों को किसी भी उद्देश्य के लिए परिसर या स्थान से बाहर भेजे जाने वाले जैव चिकित्सा अपशिष्ट वाले बैग या कंटेनरों के लिए एक बार कोड प्रणाली स्थापित करनी थी। तथापि, यह देखा गया कि बारकोडिंग प्रणाली को आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में केवल 2019 में, यानी लगभग तीन वर्षों के बाद प्रस्तुत किया गया था।

सरकार ने अपने उत्तर (दिसम्बर 2023) में सूचित किया कि उसे कोई टिप्पणी नहीं करना है।

### 3.6.6 संक्रमण नियंत्रण प्रबंधन

स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े संक्रमण रोगियों, समाज और स्वास्थ्य देखभाल प्रबंधन पर एक बड़ा बोझ हैं। स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में कुशल संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रम रोगियों और स्टाफ के बीच संक्रमण फैलने की संभावना को कम करते हैं।

नमूना जाँच किये गये सभी अस्पतालों में संक्रमण नियंत्रण समितियाँ कार्यशील थीं। तथापि, आरजीएसएसएच में समिति का गठन मार्च 2022 में किया गया

<sup>29</sup> 61 प्रतिशत हाउसकीपिंग स्टाफ ने 2021 में हेपेटाइटिस बी की एक भी खुराक नहीं ली, जबकि लगभग 20 प्रतिशत हाउसकीपिंग स्टाफ को 2017 और 2019 की अवधि के दौरान टीकाकरण की पूरी खुराक नहीं मिल सकी।

<sup>30</sup> 2017, 2018, 2019, 2020 और 2021 में क्रमशः 60 प्रतिशत, 20 प्रतिशत, 46 प्रतिशत, 17 प्रतिशत और शुल्क प्रतिशत जैव चिकित्सा अपशिष्ट से जुड़े हाउसकीपिंग स्टाफ ने हेपेटाइटिस बी के खिलाफ टीकाकरण किया। इसी प्रकार 2018 से 2021 के दौरान 25 से 48 प्रतिशत हाउसकीपिंग स्टाफ को टेटनस का टीका नहीं लगाया गया था।

था। लेखापरीक्षा में एलएनएच परिसर में आवारा जानवरों की मौजूदगी देखी गई। फरवरी 2022 में किए गए एनक्यूएस मूल्यांकन के अनुसार गंभीर क्षेत्रों और एकांत क्षेत्रों में आगंतुकों के जूते पहनने पर प्रतिबंध का अनुपालन नहीं किया जा रहा था।

उचित कीट नियंत्रण भी अस्पतालों में संक्रमण नियंत्रण का हिस्सा होता है। एलएनएच और सीएनबीसी ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान कीट नियंत्रण सेवाएं आउटसोर्स से लिया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आरजीएसएसएच ने सितंबर 2019 से सितंबर 2021 तक लेखापरीक्षा अवधि के दौरान केवल दो वर्षों के लिए कीट नियंत्रण एजेंसी को नियुक्त किया था।

### 3.6.7 अस्पतालों में शिकायत निवारण प्रणाली एवं नागरिक चार्टर का प्रदर्शन

एनएचएम मूल्यांकनकर्ता की गाइडबुक के अनुसार, रोगियों की शिकायतों के निवारण के लिए एक प्रभावी प्रणाली होनी चाहिए जिसमें अन्य बातों के साथ-साथ शिकायतों के निपटान की आवधिक निगरानी और आवश्यकतानुसार वरिष्ठ अधिकारियों द्वारा अनुवर्ती कार्रवाई शामिल होनी चाहिए। शिकायत निवारण की प्रक्रिया और संपर्क व्यक्ति का नाम उचित रूप से प्रदर्शित होने के साथ-साथ उपयुक्त स्थानों पर शिकायत पेटियां उपलब्ध होनी चाहिए।

रोगियों की शिकायतों के संबंध में रिकॉर्ड की नमूना जांच से पता चला कि ये ऑनलाइन और ऑफलाइन मोड के विभिन्न तरीकों जैसे सार्वजनिक शिकायत निगरानी प्रणाली पोर्टल, मुख्यमंत्री कार्यालय (सीएम जनता संवाद), सीपीजीआरएएमएस, 1031 हेल्पलाइन आदि के माध्यम से प्राप्त किए गए थे।

जाँच किए गए सभी अस्पतालों ने हितधारकों की शिकायतों पर ध्यान देने के लिए शिकायत प्रकोष्ठों का गठन किया था, परन्तु चार नमूना जाँच किए गए अस्पतालों में से तीन में शिकायत निवारण समिति का गठन नहीं किया गया था। शिकायत प्रकोष्ठ के प्रभारी अधिकारी शिकायतों को संबंधित इकाइयों/विभागों को अग्रेषित करके शिकायत मामलों से निपट रहे थे।

तालिका 3.21: परिवाद/शिकायत निवारण से संबंधित सेवाओं की उपलब्धता

विवरण	एलएनएच	सीएनबीसी	आरजीएसएसएच	जेएसएसएच
आपूर्ति किए गए भोजन की गुणवत्ता के संबंध में रोगियों की शिकायतों को दर्ज करने के लिए शिकायत निवारण कक्ष या शिकायत कक्ष की उपलब्धता	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
शिकायतें प्राप्त करने के लिए तंत्र की उपलब्धता और क्या सुझाव पेटियाँ उचित स्थानों पर रखी गई हैं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध	उपलब्ध	उपलब्ध
शिकायत निवारण समिति का गठन एवं शिकायतों का समयबद्ध निस्तारण*	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं	उपलब्ध नहीं

स्रोत: अस्पतालों द्वारा प्रस्तुत सूचना

यह भी देखा गया कि शिकायतों का निपटारा यह कहकर कर दिया गया कि शिकायतकर्ता अस्पताल से किए गए कॉल का उत्तर नहीं दे रहा था। इसके अलावा सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए सुधारात्मक उपाय शुरू करने हेतु शिकायतों की प्रकृति का अध्ययन करने के लिए कोई निगरानी प्रणाली नहीं थी।

**सिफारिश 3.11:** सभी अस्पतालों को कुशल तरीके से शिकायतों को निपटाने और अपनी सेवाओं में सुधार की गुंजाइश का आकलन करने के लिए शिकायत निवारण समितियों का गठन करना चाहिए।

### 3.6.8 अस्पतालों में अग्नि सुरक्षा

नेशनल बिल्डिंग कोड ऑफ इंडिया 2016 अपेक्षा करता है कि प्रत्येक अस्पताल में अग्निशामक यंत्र अवश्य संस्थापित होना चाहिए, ताकि आग लगने की स्थिति में रोगियों/परिचारकों/आगंतुकों और अस्पताल के स्टाफ की सुरक्षा सुनिश्चित की जा सके। आईपीएचएस के अनुसार, अस्पतालों में राज्य आपदा प्रबंधन योजना के अनुरूप एक आपदा प्रबंधन योजना (डीएमपी) होनी चाहिए। डीएमपी को सभी संवर्गों के स्टाफ के प्राधिकार और जिम्मेदारी तथा संसाधन जुटाने के तंत्र को स्पष्ट रूप से परिभाषित करना चाहिए। सभी स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षित किया जाना चाहिए और आपदा रोकथाम और प्रबंधन पहलुओं से अच्छी तरह परिचित होना चाहिए। नियमित मॉक ड्रिल आयोजित की जानी चाहिए और प्रत्येक ड्रिल के बाद, आपदा योजना की प्रभावशीलता, अस्पताल की तैयारी और स्टाफ की क्षमता का मूल्यांकन किया जाएगा और उसके बाद योजना को और अधिक मजबूत बनाने के लिए उचित बदलाव किए जाएंगे।

आरजीएसएसएच ने लेखापरीक्षा अवधि के दौरान कोई मॉक ड्रिल आयोजित नहीं की और अग्नि सुरक्षा पर स्टाफ को दिए गए प्रशिक्षण के रिकॉर्ड प्रस्तुत नहीं कर सका। इसने अगले तीन वर्षों के लिए सितंबर 2020 में जारी अग्नि सुरक्षा प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया, तथापि, यह पिछले वर्षों के लिए अग्नि सुरक्षा प्रमाण-पत्र प्रदान नहीं कर सका। भौतिक निरीक्षण के दौरान अग्निशमन यंत्र एक्सपायर्ड पाए गए। संयुक्त भौतिक निरीक्षण के दौरान यह भी देखा गया कि इमारत में आग से बाहर निकलने के लिए निकासी योजनाएं/मार्ग प्रदर्शित नहीं किए गए थे।

एलएनएच ने केवल आठ ब्लॉकों में से तीन के संबंध में अग्नि सुरक्षा प्रमाण-पत्र प्रदान किए, यानी (i) न्यू स्पेशल वार्ड (ii) बीएल तनेजा ब्लॉक और (iii) न्यू ओटी ब्लॉक तथा सूचित किया कि 29 अप्रैल 2022 को दिल्ली फायर सर्विस द्वारा अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा किया गया है। यद्यपि, इस संबंध में लेखापरीक्षा को रिपोर्ट उपलब्ध नहीं कराई गई थी। लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान आयोजित अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा और मॉक ड्रिल के समर्थन में कोई रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं कराया गया। इसके अलावा, एलएनएच में अग्नि सुरक्षा अधिकारी का पद खाली पड़ा था, तथापि यह 2000 से अधिक बेड वाले सबसे बड़े अस्पतालों में से एक है, जहां प्रतिदिन औसतन 8000 से अधिक रोगी आते हैं।

***सिफारिश 3.12: सभी अस्पतालों को समय पर अग्नि सुरक्षा लेखापरीक्षा करना चाहिए और किसी भी अग्नि घटना के खिलाफ तैयारी सुनिश्चित करने के लिए मॉक ड्रिल आयोजित करनी चाहिए।***

## **अध्याय IV**

**औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य  
उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता**



## अध्याय IV

### औषधियों, दवाइयों, उपकरणों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की उपलब्धता

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति (अप्रैल 1994) में औषधि भंडारण और इन्वेंट्री नियंत्रण की आधुनिक तकनीकों के साथ केंद्रीय औषधि खरीद, भंडारण और वितरण केंद्र का प्रावधान है। तथापि, 29 वर्ष बीत जाने के बाद भी यह उद्देश्य पूरा नहीं हो सका। सीपीए, जिसे दवाइयों और उपकरणों की खरीद का कार्य सौंपा गया था, वितरित करने में विफल रही क्योंकि 2016-17 से 2021-22 के दौरान अस्पतालों द्वारा खरीदी जाने वाली आवश्यक दवाइयों का प्रतिशत कुल ईडीएल का 33.74 और 47.29 प्रतिशत के बीच था। इसी प्रकार, 2016-17 से 2022-23 (सितंबर 2022 तक) के दौरान, सीपीए द्वारा उपकरणों की खरीद के लिए जारी की गई 86 संविदाओं में से केवल 24 (28 प्रतिशत) ही अंततः प्रदान की गई। सीपीए अस्पतालों की मांग को पूरा करने में भी विफल रही, जिससे अस्पतालों को खुद ही दवाइयां और उपकरण खरीदने के लिए मजबूर होना पड़ा, जिससे बड़े पैमाने के आर्थिक लाभों से वंचित रहे। नमूना जाँच किए गए अस्पतालों में कई आवश्यक दवाइयां उपलब्ध नहीं पाई गईं। यहां तक कि, हीमोफीलिया और रेबीज जैसी दुर्लभ/घातक बिमारियों के लिए इंजेक्शनों की भी कम आपूर्ति/कमी थी। उपकरणों की मरम्मत, अनुरक्षण, प्रतिस्थापन और निराकरण की समय पर और नियमित रूप से निगरानी और मूल्यांकन करने में भी अस्पताल विफल रहे।

सीपीए, रा.रा.क्षे. दिल्ली की औषधि नीति में परिकल्पित वार्षिक आधार पर ईडीएल को अद्यतन और तैयार करने तथा स्वास्थ्य सुविधाओं में सर्वोत्तम दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करने और दवा उद्योग के लगातार बदलते क्षेत्र के साथ तालमेल बनाए रखने में भी विफल रही। इसने 1994 को छोड़कर जब औषधि नीति तैयार की गई थी, दवाइयों की फॉर्म्यूलरी तैयार नहीं की जिससे डॉक्टरों को युक्तिसंगत आधार पर दवाइयां लिखने में सुविधा होती। गुणवत्ता नियंत्रण के मोर्चे पर, सीपीए ने संदूषण की किसी भी संभावना को दूर करने के लिए जैविक गुणवत्ता नियंत्रण का परीक्षण करने के लिए

प्रयोगशालाओं को शामिल नहीं किया। यह सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं का प्रत्यायन और सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं की परीक्षण रिपोर्टों की प्रभावकारिता सुनिश्चित करने में भी विफल रही। स्टॉक के कुप्रबंधन के कारण ब्लैक लिस्टेड और प्रतिबंधित कंपनियों से दवाइयों की खरीद के साथ-साथ समयावधि समाप्त हो चुकी दवाओं का उपयोग भी देखा गया।

#### 4.1 परिचय

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति (अप्रैल 1994) में एक केंद्रीय औषधि खरीद, भंडारण और वितरण केंद्र की स्थापना के साथ-साथ दिल्ली के सभी अस्पतालों के लिए दवाइयों की एकीकृत खरीद की परिकल्पना की गई है। दिल्ली में स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय के प्रशासनिक प्रभार के अंतर्गत केंद्रीय खरीद एजेंसी (सीपीए) को रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत स्वास्थ्य सुविधाओं में आवश्यक सभी दवाइयों की खरीद की जिम्मेदारी सौंपी गई है। इसे दिल्ली सरकार के विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों के लिए उनकी मांग के अनुसार उपकरण खरीदने की जिम्मेदारी भी सौंपी गई है। इसके अलावा, वित्त विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. ने 7 अगस्त 2019 के का.जा. के द्वारा मेडिकल स्टोर और उपकरणों की खरीद के लिए विभागाध्यक्षों, प्रशासनिक विभागों और सचिवों को पूर्ण वित्तीय शक्तियां सौंप दीं। सरकारी नीति के अनुसार, स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों को हर समय सभी आवश्यक दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए। चूंकि सीपीए ने स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए दवाइयों और उपकरणों की समय पर खरीद और वितरण सुनिश्चित नहीं किया, इसलिए अस्पतालों को दवाइयां खरीदने के लिए स्थानीय दवा विक्रेताओं के साथ समझौते करने पड़े और विभिन्न उपकरण खरीदने के लिए निविदाएं जारी करनी पड़ी।

#### 4.2 औषधियों, दवाइयों और उपभोज्य सामग्रियों की खरीद और उपलब्धता

##### 4.2.1 आवश्यक औषधि सूची (ईडीएल) तैयार करने में अनियमितताएं

(i) दिल्ली की औषधि नीति का उद्देश्य प्रख्यात विशेषज्ञों की एक विशेष समिति द्वारा प्रत्येक वर्ष ईडीएल<sup>1</sup> तैयार करना है, जिसका उपयोग पूरे राज्य में स्वास्थ्य

<sup>1</sup> आवश्यक दवाइयां वे हैं जो जनता की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताओं को पूरा करती हैं, उनका उद्देश्य हर समय पर्याप्त मात्रा में, उचित खुराक में, सुनिश्चित गुणवत्ता और पर्याप्त जानकारी के साथ-साथ व्यक्ति और समुदाय द्वारा वहन की जाने वाली कीमत पर उपलब्ध होना है।

देखभाल प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर किया जाएगा। इस आवश्यक दवाइयों की सूची को संबंधित डॉक्टरों के परामर्श के बाद विशेषज्ञों की एक समिति द्वारा प्रतिवर्ष तैयार किया जाना था। दवाइयों को शामिल करने और हटाने के लिए सभी स्वास्थ्य सुविधाओं अर्थात् अस्पतालों और औषधालयों दोनों से सुझाव प्राप्त किए जाने थे। फिर इस सूची को आवश्यक दवाइयों के चयन के लिए समिति के सभी सदस्यों के बीच और अंततः अनुमोदन के बाद दिल्ली सरकार की विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं को परिचालित किया जाता है। ईडीएल में सम्मिलित दवाइयों की खरीद सीपीए के साथ-साथ संबंधित अस्पतालों द्वारा भी की जाती है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ईडीएल वार्षिक रूप से तैयार नहीं किया जाता था और पिछले दस वर्षों के दौरान केवल तीन<sup>2</sup> बार तैयार किया गया था।

आवश्यक दवाइयों की सूची 2013 में दो श्रेणियां थीं जैसे कि कोर-दवाइयां<sup>3</sup> और पूरक-दवाइयां<sup>4</sup>। इसके अतिरिक्त, ईडीएल को स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के स्तर के आधार पर अलग-अलग किया गया था, जैसे प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं। तथापि, 2016 और 2018 का ईडीएल स्वास्थ्य देखभाल सुविधा/सेवा के स्तरों के आधार पर तैयार नहीं किया गया था।

(ii) आवश्यक औषधि सूची 2018 को प्रमुख अस्पतालों के प्रतिनिधियों वाली एक समिति से प्राप्त इनपुट के आधार पर मार्च 2018 में स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक (डीजीएचएस) द्वारा अनुमोदित किया गया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग को स्वास्थ्य मंत्री से एक पत्र प्राप्त हुआ (11 जून 2018), जिसमें ईडीएल 2018 में संयोजन फॉर्मूलेशन और ब्रांडेड दवाइयों के अनियमित समावेश के मुद्दे को चिह्नित किया गया था। विभाग को दिल्ली सरकार के अस्पतालों के ईडीएल में शामिल करने के लिए संयोजन, ब्रांडेड और मालिकाना औषधियों की अनिवार्यता की जांच करने के लिए अस्पतालों के विशेषज्ञों की

<sup>2</sup> 2013, 2016 और 2018

<sup>3</sup> कोर जिन्हें प्राथमिकता की स्थिति के लिए प्रभावकारी, सुरक्षित और लागत प्रभावी दवाओं के रूप में परिभाषित किया गया है।

<sup>4</sup> पूरक को प्राथमिकता वाली बीमारियों के लिए दवाओं के रूप में परिभाषित किया गया है जो प्रभावकारी, सुरक्षित और लागत प्रभावी हैं परंतु जरूरी नहीं है कि सस्ती हो या जिनके लिए विशेष स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं या सेवाएं आवश्यक हो।

एक समिति गठित करने के निर्देश के साथ लगभग 150 दवाइयों की निविदा को रोकने का निर्देश दिया गया था।

तदनुसार, इस मामले की जांच के लिए डीजीएचएस द्वारा एक समिति का गठन किया गया था (26 जून 2018), जिसने 9 जुलाई 2018 को अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की। रिपोर्ट के अवलोकन से पता चला कि समिति ने 182 दवाइयों की जांच की, जिनमें से 43 दवाइयों को ईडीएल में शामिल करने के लिए अनुमोदित नहीं किया गया था।

इस प्रकार, सूची से लगभग 24 प्रतिशत मर्दों को बाहर करना इंगित करता है कि ईडीएल 2018 में दवाइयों को शामिल करने पर विचार करते समय शुरू में यथोचित अध्यवसाय नहीं किया गया था।

उपर्युक्त तथ्यों से यह स्पष्ट है कि सीपीए द्वारा दवाइयों को वास्तविक आवश्यकता के अनुसार आवश्यक औषधि सूची में शामिल करने के लिए विकसित तंत्र उचित रूप से कार्य नहीं कर रहा था।

**सिफारिश 4.1: सरकार को औषधि नीति की परिकल्पना के अनुसार वार्षिक आधार पर ईडीएल तैयार करना चाहिए।**

#### 4.2.2 फॉर्मूलरी तैयार करने में देरी

रा.रा.क्षे.दि.स. की औषधि नीति, 1994 में दिल्ली राज्य फॉर्मूलरी<sup>5</sup> की तैयारी के लिए हर साल एक फॉर्मूलरी समिति गठित करने का प्रावधान है जो डॉक्टरों और फार्मासिस्टों को निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएगी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि फॉर्मूलरी आखिरी बार 1994 में तैयार की गई थी।

विभाग ने उत्तर दिया (फरवरी 2022) कि फॉर्मूलरी तैयार करने/अद्यतन करने के लिए प्रस्ताव पर नए सिरे कार्य शुरू किया जाएगा।

**सिफारिश 4.2: सरकार को डॉक्टरों को दवाइयां लिखने और वितरित करने में सुविधा प्रदान करने के लिए दिल्ली राज्य फॉर्मूलरी तैयार करने हेतु कदम उठाने चाहिए।**

<sup>5</sup> फॉर्मूलरी एक मैनुअल है जिसमें चयनित दवाओं के बारे में फॉर्मार्कोलॉजिकल-जानकारी के चिकित्सकीय उन्मुख सारांश शामिल है। मैनुअल में दवाओं के निर्धारण और वितरण से संबंधित प्रशासनिक और नियामक जानकारी शामिल हो सकती है।

### 4.2.3 दवाइयों की केंद्रीकृत खरीद

16 अगस्त 2017 को दिल्ली के मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में हुई बैठक में लिए गए निर्णय के अनुसार, सीपीए को दवाइयों की 100 प्रतिशत उपलब्धता सुनिश्चित करनी थी। उसे किसी भी दवा के खत्म होने से पहले ही समय पर निविदा जारी करने का निर्देश दिया गया था। इस प्रकार, सीपीए के लिए निविदाएं आमंत्रित करना, कार्रवाई करना और दवाइयों के आपूर्तिकर्ताओं के साथ दर संविदा को अंतिम रूप देना अनिवार्य था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एक केंद्रीकृत खरीद इकाई की स्थापना के बावजूद, कई दवाइयां अस्पतालों द्वारा खरीदी जाती थी जैसा कि तालिका 4.1 में दर्शाया गया है।

**तालिका 4.1: 2016-17 से 2021-22 के दौरान ईडीएल के अंतर्गत खरीदी गई दवाइयों की स्थिति**

अवधि	ईडीएल में दवाइयों की कुल संख्या	अस्पतालों द्वारा खरीदी जाने वाली दवाइयों की कुल संख्या	अस्पतालों द्वारा खरीदी जाने वाली दवाइयों का प्रतिशत
2016-17	1,390	469	33.74
2017-18	1,390	469	33.74
2018-19	1,180	558	47.29
2019-20	1,180	480	40.68
2020-21	1,180	480	40.68
2021-22	1,180	480	40.68

स्रोत: सीपीए द्वारा दी गई जानकारी

उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि 2016-17 से 2021-22 के दौरान अस्पतालों द्वारा खरीदी जाने वाली आवश्यक दवाइयों का प्रतिशत कुल ईडीएल का 33.74 और 47.29 प्रतिशत के बीच था।

सीपीए ने उत्तर दिया (जनवरी 2022) कि उसे इस बात की कोई जानकारी नहीं थी कि विभिन्न चिकित्सा संस्थानों ने ईडीएल में शामिल दवाइयों की आवश्यकता को कैसे पूरा किया। इसके द्वारा संविदाओं को अंतिम रूप देने के अभाव में गैर-खरीद के कारण आवश्यक दवाइयों की खरीद का भार सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं द्वारा रोगियों पर डाल दिया जाता है।

सरकार ने तथ्यों को स्वीकार किया (फरवरी 2023) और कहा कि दिसंबर 2022 तक 55 प्रतिशत से अधिक दवाइयों के लिए दर संविदाय उपलब्ध थी और मार्च 2023 तक (एंटी रेबीज टीके सहित) 80-90 प्रतिशत के बीच पहुंच जाएंगी।

2016-17 से 2021-22 की अवधि के लिए नमूना जांच किए गए चार अस्पतालों<sup>6</sup> द्वारा मांगी गई और सीपीए द्वारा आपूर्ति की गई ईडीएल दवाइयां तालिका 4.2 में दर्शाई गई हैं।

तालिका 4.2: चयनित अस्पतालों में दवाइयों की मांग और आपूर्ति

अवधि	अस्पताल द्वारा मांग की गई मर्दों की कुल संख्या	उन मर्दों की कुल संख्या जिनके लिए सीपीए द्वारा आपूर्ति आदेश जारी नहीं किया गया	आपूर्ति आदेश के प्रति प्राप्त नहीं हुई मर्दों की कुल संख्या	मांग के प्रति प्राप्त नहीं हुई मर्दों का कुल योग	कमी (प्रतिशत में)
<b>लोक नायक अस्पताल</b>					
2016-17	1,295	135	255	390	30.12
2017-18	1,246	315	303	618	49.60
2018-19	1,968	502	453	955	48.53
2019-20	1,307	415	266	681	52.10
2020-21	1,120	443	86	529	47.23
2021-22	1,540	676	42	718	46.62
<b>चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय</b>					
2016-17	1,021	324	76	400	39.18
2017-18	621	62	0	62	9.98
2018-19	832	144	0	144	17.31
2019-20	889	326	0	326	36.67
2020-21	977	349	0	349	35.72
2021-22	661	191	52	243	36.76
<b>जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल</b>					
2016-17	944	203	84	287	30.40
2017-18	748	158	47	205	27.41
2018-19	1,026	321	35	356	34.70
2019-20	644	156	0	156	24.22
2020-21	475	176	0	176	37.05
2021-22	692	236	30	266	38.44
<b>राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल</b>					
2018-19	182	63	0	63	34.62
2019-20	471	120	0	120	25.48
2020-21	374	91	0	91	24.33
2021-22	806	295	0	295	36.60

स्रोत: सीपीए पोर्टल

उपर्युक्त तालिका से देखा जा सकता है कि अस्पताल द्वारा मांगी गई मर्दों के प्रति, अस्पताल को प्राप्त नहीं होने वाली मर्दों की कुल संख्या एलएनएच में 30 और 52 प्रतिशत, सीएनबीसी में 9 और 39 प्रतिशत, जेएसएसएच में 24 और 38 प्रतिशत, आरजीएसएसएच में 24 और 36 प्रतिशत के बीच थी।

<sup>6</sup> निरंतर पोर्टल डाटाबेस

इस प्रकार, सीपीए अस्पतालों द्वारा अनुरोधित मदों की आपूर्ति को पूरा करने में सक्षम नहीं थी जो औषधि नीति को लागू करने में विभाग की गंभीरता की कमी को दर्शाता है। यह दवाइयों के खराब इन्वेंट्री नियंत्रण को भी इंगित करता है, क्योंकि केंद्रीय खरीद के अभाव में सीपीए, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के लिए दवाइयों की आवश्यकता आधारित पुनः आबंटन करने में असमर्थ थी। लेखापरीक्षा विश्लेषण से पता चला कि निविदाएं सात महीने से दो वर्ष के बीच की देरी से जारी की गई थी।

सीपीए ने दर संविदाओं को अंतिम रूप न देने के लिए लॉजिस्टिक्स और प्रशिक्षित जनशक्ति की कमी को जिम्मेदार बताया।

**सिफारिश 4.3: सरकार को सीपीए में सुधार के लिए आवश्यक कार्रवाई करनी चाहिए ताकि वह अपने कर्तव्यों को कुशल और प्रभावी तरीके से पूरा करने में सक्षम हो सके।**

#### 4.2.4 आदेशों की गैर-आपूर्ति के लिए जोखिम खरीद/जुर्माने का प्रावधान

निविदा दस्तावेज़ के अनुसार, दवाओं की 100 प्रतिशत उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए आपूर्तिकर्ताओं द्वारा आदेशों के देर से निष्पादन/निष्पादित न करने के कारण सीपीए द्वारा की जाने वाली वैकल्पिक खरीद के मामले में, ऐसे आपूर्ति अदेशों के मूल्य के 20 प्रतिशत के साथ-साथ लागत अंतर/जोखिम खरीद राशि की वसूली आपूर्तिकर्ताओं से की जानी थी। यदि निविदा अवधि के दौरान दिए गए तीन या अधिक आपूर्ति आदेशों के लिए ऐसी चूक होती है तो वर्तमान और भविष्य की निविदाओं में भाग लेने से ब्लैक-लिस्ट में डालने जैसी दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है।

विभाग ने संबंधित आपूर्तिकर्ताओं को जारी किए गए पत्रों के साथ-साथ 2016-17 से 2021-22 के दौरान आपूर्ति में विफलता और जोखिम खरीद के कारण आपूर्तिकर्ताओं से वसूली-योग्य कुल राशि के बारे में कोई उत्तर नहीं दिया। तथापि, सीपीए के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि 2016-17 से 2022-23 (30 सितंबर 2022 तक) की अवधि के दौरान 329 आपूर्तिकर्ताओं को जारी किए गए, 67 आपूर्ति आदेशों के प्रति, जोखिम खरीद और आपूर्ति में विफलता के कारण ₹ 27.98 करोड़ की जुर्माना राशि आपूर्तिकर्ता से वसूल की गई थी।

नमूना जांच से यह भी पता चला कि सीपीए ने सितंबर 2019 में तीन आपूर्तिकर्ताओं को बार-बार आपूर्ति आदेश<sup>7</sup> जारी किए थे, जिन्होंने पिछले मौकों पर चूक की थी जैसा कि तालिका 4.3 में दर्शाया गया है।

**तालिका 4.3: बार-बार चूक करने वाले आपूर्तिकर्ताओं की सूची**

(राशि ₹ में)

क्र.सं.	फर्म का नाम (मेसर्स)	निविदा 16_08 एवं 17_03 में वसूली योग्य जोखिम खरीद राशि	निविदा 18_01 एवं 18_04 में वसूली योग्य राशि
1.	बायोजेनेटिक ड्रग्स प्रा. लिमिटेड	42,590	2,84,738
2.	डैफोडिल्स फार्मास्यूटिकल्स लिमिटेड	324,111	6,87,947
3.	यूरोलाइफ हेल्थकेयर प्रा. लिमिटेड	3,29,594	22,35,644

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि सीपीए द्वारा जोखिम खरीद के लिए अंतिम आदेश 4 फरवरी 2020 को दिया गया था और भारत सरकार द्वारा जारी आदेश (मई 2020) के कारण आपूर्ति नहीं करने के लिए कोई जोखिम खरीद/जुर्माना नहीं लगाया गया था जिसमें यह निर्धारित किया गया कि जुर्माना खंड नहीं लगाया जाएगा यदि चूक कोरोना वायरस के फैलने के कारण आपूर्ति श्रृंखला में व्यवधान के कारण थी। उत्तर मान्य नहीं हैं क्योंकि भारत सरकार का आदेश लागू नहीं था क्योंकि तालिका 4.3 में उल्लिखित मामले सितंबर 2019 से संबंधित थे, यानी कोविड अवधि से पहले।

#### 4.2.5 नमूना जांच किए गए अस्पतालों में दवाइयों/सर्जिकल/उपभोज्य वस्तुओं की स्थानीय खरीद

(ए) एलएनएच: दवाइयों/सर्जिकल/उपभोज्य वस्तुओं/सामान्य वस्तुओं की आपूर्ति के लिए एजेंसी के पैनल के चयन के उद्देश्य से एलएनएच ने ₹ 2.37 करोड़ लागत वाली दवाइयों और अन्य वस्तुओं की कुल वार्षिक आवश्यकता का अनुमान लगाया था (अगस्त 2016)। शर्तों में से एक यह थी कि फर्म का पता अस्पताल के पांच किलोमीटर के दायरे में होना चाहिए। एमआरपी पर दी जाने वाली अधिकतम छूट के आधार पर दिसंबर 2016 से दो वर्षों के लिए दो एजेंसियों<sup>8</sup> का चयन किया गया। आगे संविदा को समय-समय पर अप्रैल 2021 तक 28 महीने के लिए बढ़ाया गया।

<sup>7</sup> आपूर्ति आदेश दिनांक 14.09.2019, 16.09.2019, 17.09.2019 और 21.09.2019

<sup>8</sup> मेसर्स सुपर मेडिकोस और मेसर्स पोपुलर जेनरिक्स

संविदा के अनुसार, एजेंसी को आदेश प्राप्त होने के तुरंत बाद या तीन घंटे के भीतर आपातकालीन/आकस्मिक वस्तुओं की आपूर्ति करनी थी। अन्य आपूर्ति की डिलीवरी तुरंत/अगले कार्य दिवस पर सुबह 9 बजे तक या अस्पताल की इकाइयों/स्टोर के खुलने के समय पर की जानी थी।

तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- एजेंसियों का चयन ₹ 2.37 करोड़ की वार्षिक आवश्यकता पर आधारित था जबकि वास्तविक खरीद<sup>9</sup> बहुत अधिक थी और वार्षिक आवश्यकता के 225 प्रतिशत और 1,364 प्रतिशत के बीच थी। इसके अतिरिक्त, नई संविदा समय पर शुरू नहीं की जा सकी तथा इसे अंतिम रूप नहीं दिया जा सका जिसके परिणामस्वरूप संविदा अवधि को नियमित रूप से अप्रैल 2021 तक 28 महीने तक बढ़ा दिया गया।
- स्थानीय दवा विक्रेता से खरीद केवल आपातकालीन आवश्यकता को पूरा करने के लिए थी। तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्थानीय खरीद पर ₹ 94.09 करोड़ रुपये खर्च किए गए, जिसमें दिन-प्रतिदिन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए इन एजेंसियों से थोक में दवाइयों और अन्य उपभोज्य सामग्रियों की खरीद शामिल थी।
- अस्पताल द्वारा अपनाए गए दूरी मानदंड ने प्रतिस्पर्धा को सीमित कर दिया क्योंकि निविदा के लिए आवेदन करने वाली नौ एजेंसियों में से दो को इस आधार पर अस्वीकार कर दिया गया था।

अप्रैल 2021 से शुरू होने वाली नई संविदा अवधि के लिए, अंततः केवल एक ही फर्म दवाइयों, इंजेक्शन, आईवी फ्लुइड, सर्जिकल उपभोज्य सामग्रियों एवं इम्प्लांट और उपकरणों की आपूर्ति के लिए योग्य हुई। लेखापरीक्षा में पाया गया कि उपर्युक्त संविदा भी प्रतिबंधात्मक थी क्योंकि इसमें केवल अस्पताल के सात किलोमीटर के दायरे में स्थित फर्मों को ही बोली लगाने की अनुमति थी।

एलएनएच ने उत्तर दिया (मई 2022) कि सीपीए अस्पताल द्वारा की गई मांग के अनुसार दवाइयों की आपूर्ति करने में विफल रही और सुझाव दिया कि या

<sup>9</sup> वर्ष 2016-17, 2017-18, 2018-19, 2019-20 और 2020-21 के दौरान क्रमशः ₹ 5.34 करोड़, ₹ 10.36 करोड़, ₹ 15.03 करोड़, ₹ 31.03 करोड़ और ₹ 32.33 करोड़

तो सीपीए को ठीक से काम करना चाहिए या इसे भंग कर देना चाहिए। सरकारी नीति के अनुसार सभी दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल को स्थानीय स्तर पर खरीदारी करनी थी। सरकार ने आगे कहा (नवंबर 2022) कि अप्रैल 2021 में एलएनएच में स्थानीय दवा विक्रेता का चयन एकल निविदा पर आधारित नहीं था क्योंकि 10 बोलियां थीं और उस फर्म का चयन किया गया था क्योंकि उसने पिछली संविदा की तुलना में अधिक रियायत का प्रस्ताव किया था। तथ्य यह है कि एकमात्र योग्य फर्म को ही संविदा दी गई थी।

(बी) **सीएनबीसी:** अस्पताल दवाइयां/सर्जिकल उपभोज्य वस्तुएं/सामान्य वस्तुएं जो स्टोर में उपलब्ध नहीं थीं, को भी एमआरपी पर अनुमोदित रियायत दर के आधार पर स्थानीय दवा विक्रेता से खरीद रहा था। दर संविदा के निबंधनों और शर्तों के अनुसार, विक्रेता को आदेश देने के 24 घंटे के भीतर दवाइयों की आपूर्ति करनी थी। स्टोर में उपलब्ध न होने वाली वस्तुओं की स्थानीय खरीद से संबंधित अभिलेखों की जांच से पता चला कि कुछ मामलों में दवाओं की आपूर्ति में दो दिन से अधिक का समय लगा।

सीएनबीसी ने कहा (अगस्त 2022) कि इसमें समय लगता है क्योंकि सक्षम प्राधिकारी की मंजूरी और स्थानीय खरीद के लिए अनुमोदित फर्मों से दर की पूछताछ के बाद आपूर्ति आदेश दिए गए थे।

#### 4.2.6 गुणवत्ता नियंत्रण

सार्वजनिक सुविधाओं के माध्यम से निःशुल्क दवाइयों और निदान तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए सार्वजनिक खरीद और लॉजिस्टिक्स की गुणवत्ता एक बड़ी चुनौती है।

##### 4.2.6.1 औषधि भंडारण के लिए गोदाम सुविधाएं विकसित नहीं होना

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति (अप्रैल 1994) में औषधि भंडारण और इन्वेंट्री नियंत्रण की आधुनिक तकनीकों को सुनिश्चित करने के लिए केंद्रीय दवा खरीद, भंडारण और वितरण केंद्र की स्थापना की परिकल्पना की गई थी। इसका उद्देश्य यह सुनिश्चित करना था कि दवाइयां अपनी समाप्ति तिथि पार न कर ले और किसी भी असंतुलन, जैसे कि एक अस्पताल में किसी विशेष दवा की कमी और दूसरे में अप्रयुक्त स्टॉक की पहचान की जाए और समय रहते

सुधारात्मक उपाय किए जाएं। दवा खरीद से संबंधित मुद्दों पर चर्चा के लिए स्वास्थ्य मंत्री के कक्ष में एक बैठक भी बुलाई गई थी (मई 2015)। यथोचित विचार-विमर्श के बाद यह निर्णय लिया गया कि सीपीए रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत स्वास्थ्य सुविधाओं/अस्पतालों में आवश्यक सभी दवाइयों, उपभोज्य सामग्रियों, गैर-उपभोज्य प्रयोगशाला वस्तुओं, प्रमुख उपकरणों एवं उनके अनुरक्षण और अन्य विविध वस्तुओं की खरीद करेगी। मासिक आधार पर स्वास्थ्य सुविधाओं/अस्पतालों को दवाइयां और अन्य वस्तुएं जारी करने के लिए दिल्ली के विभिन्न भौगोलिक स्थानों में शुरू में चार दवा गोदाम स्थापित करने का भी निर्णय लिया गया।

इस उद्देश्य के लिए स्वास्थ्य सेवा के निदेशक को साइट चयन, अवसंरचना और कर्मचारियों की आवश्यकता आदि के लिए एक प्रस्ताव तैयार करना था। इस संबंध में डीजीएचएस से कृत कार्रवाई रिपोर्ट प्रस्तुत करने का अनुरोध किया गया था। तथापि, कोई रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की गई।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि डीजीएचएस सीपीए को गोदाम के लिए पर्याप्त जगह उपलब्ध कराने में विफल रहा। आगे यह देखा गया कि यद्यपि तीन स्थानों पर गोदाम सुविधाओं के लिए अस्थायी व्यवस्था की गई थी, फिर भी सामान प्राप्त करने के लिए पर्याप्त जगह की कमी के कारण योजना सफल नहीं हुई। इस प्रकार, गोदाम के लिए पर्याप्त जगह की व्यवस्था करने में डीजीएचएस की विफलता के कारण विभाग ने औषधि नीति में परिकल्पित औषधि भंडारण और इन्वेंट्री नियंत्रण की आधुनिक तकनीकों का लाभ उठाने का अवसर गंवा दिया।

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि सीपीए के सभी खेप प्राप्तकर्ताओं के पास अपनी दवा की दुकान है जिसमें सीपीए द्वारा खरीदी गई वस्तुओं के लिए पर्याप्त भंडारण स्थान है, इसलिए वर्तमान में अलग गोदाम की कोई आवश्यकता नहीं है। सरकार का उत्तर औषधि भंडारण और इन्वेंट्री नियंत्रण की आधुनिक तकनीकों को सुनिश्चित करने के लिए अपनी औषधि नीति को लागू करने में ढिलाई को दर्शाता है, जिससे दवाइयों की समयावधि समाप्ति से बचा जा सकता था जैसा कि लेखापरीक्षा द्वारा बताया गया है।

#### 4.2.6.2 नमूनों के परीक्षण से पहले रोगियों को दवाइयों का वितरण

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति स्वास्थ्य सुविधाओं पर सुरक्षित, प्रभावी और अच्छी गुणवत्ता वाली दवाएं उपलब्ध कराने की परिकल्पना करती है, परंतु दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए उठाए जाने वाले विशिष्ट कदमों के बारे में विस्तार से नहीं बताती है।

लेखापरीक्षा में देखा गया कि सीपीए द्वारा खरीदी गई दवाएं आपूर्तिकर्ताओं द्वारा सीधे अस्पतालों को आपूर्ति की जाती है। निर्धारित आपूर्ति अवधि के बाद, सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं में गुणवत्ता परीक्षण के लिए सीपीए द्वारा अस्पतालों से नमूने<sup>10</sup> लिए जाते हैं। यदि कोई नमूना अवांछित परिणाम (मानक गुणवत्ता का नहीं) दर्शाता है तो परीक्षण रिपोर्ट निविदा शर्तों के अनुसार आवश्यक कार्रवाई करने के लिए सभी उपयोगकर्ता विभागों को भेज दी जाती है।

एलएनएच और सीएनबीसी के अभिलेखों की नमूना जांच के दौरान, लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए से दवाइयों की प्राप्ति और आपूर्ति की गई दवाइयों की गुणवत्ता के संबंध में सरकारी विश्लेषक की रिपोर्ट की प्राप्ति के बीच दो से तीन महीने का समय अंतराल था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए द्वारा आपूर्ति की गई कुछ दवाइयों को बाद में निम्न गुणवत्ता वाले (अनुलग्नक III) के रूप में रिपोर्ट किया गया था। लेखापरीक्षा में देखा गया कि इनमें से कुछ निम्न गुणवत्ता वाली दवाओं की खपत, गुणवत्ता जांच रिपोर्टों की प्राप्ति से पहले ही अस्पताल में कर ली गई थी।

एलएनएच ने सीपीए द्वारा आपूर्ति की गई दवाइयों के परीक्षण की प्रक्रिया को दोहराया (मई 2022), तथापि उसने अस्पताल में घटिया दवाइयों के उपयोग पर कोई टिप्पणी नहीं की।

इसके अतिरिक्त, विभाग से यह सुनिश्चित करने के लिए उसके द्वारा स्थापित तंत्र के बारे में विस्तार से बताने का अनुरोध किया गया था कि सभी कंपनियां दवाओं के मानक गुणवत्ता-युक्त होने के संबंध में प्रयोगशाला से प्रमाण पत्र संलग्न करती है। इसी प्रकार, उपभोग की गई मात्रा, उपलब्ध दवाइयों की अप्रयुक्त

<sup>10</sup> परीक्षण के लिए दवाओं के विशेष बैचों को सीपीए द्वारा अपने खरीद सॉफ्टवेयर निरंतर के माध्यम से उठाया जाता है, जो इस आधार पर होता है कि अधिकतम मात्रा कहाँ से प्राप्त हुई है।

मात्रा और 'मानक गुणवत्ता के नहीं' घोषित किए गए नमूनों के संबंध में निविदा शर्तों के अनुसार निपटान की गई कुल अप्रयुक्त मात्रा को दर्शाने वाली दवाइयों की अंतिम उपयोगकर्ता-वार स्टॉक स्थिति भी मांगी गई थी। तथापि, विभाग अपेक्षित जानकारी प्रस्तुत करने में विफल रहा। दवाइयों की खपत, उनके विश्लेषण और संबंधित हितधारकों को अंतिम सूचना के बीच अंतराल की दृष्टि में रोगियों को वितरित दवाइयों की प्रभावकारिता और सुरक्षा की पुष्टि नहीं की जा सकी।

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि सीपीए वैध दवा लाइसेंस और दवाइयों की आपूर्ति किए गए बैच की घरेलू गुणवत्ता विश्लेषण रिपोर्ट की आवश्यकता को अनिवार्य करती है और इसे राज्य औषधि नियंत्रक प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किया जाता है। सीपीए इन रिपोर्टों को गुणवत्ता आश्वासन के लिए पर्याप्त मानती है। सरकार द्वारा दिया गया उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि रोगियों को केवल गुणवत्तापूर्ण दवाएं ही उपलब्ध कराई जाती हैं, यह सुनिश्चित करने के लिए प्रक्रिया अप्रत्याप्त थी।

**सिफारिश 4.4:** परीक्षण के लिए औषधि के नमूने इस तरह से लिए जाने चाहिए कि अस्पतालों में निम्न गुणवत्ता वाली औषधियों के उपयोग से बचने के लिए औषधियों की डिलीवरी और परीक्षण रिपोर्ट के बीच कोई समय अंतराल न हो।

#### 4.2.6.3 औषधि परीक्षण प्रयोगशालाओं का पैनल बनाने में देरी

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति सुरक्षित और प्रभावी दवाइयां उपलब्ध कराने के लिए अच्छी गुणवत्ता नियंत्रण और आश्वासन प्रणाली पर जोर देती है। दवा के नमूनों के परीक्षण के लिए प्रयोगशालाओं को सूचीबद्ध करने से संबंधित अभिलेखों से दवा परीक्षण प्रयोगशालाओं का पैनल बनाने में देरी का पता चला। यह देखा गया कि मई 2018 में डीजीएचएस द्वारा प्रयोगशालाओं का नया पैनल बनाने के लिए समझौते पर हस्ताक्षर किए गए थे, तथापि पैनल का विस्तार केवल अप्रैल 2017 तक ही था। आगे यह भी देखा गया कि पैनल का नवीनीकरण फिर से मई 2021 में देय हो गया, तथापि, इसे जुलाई 2021 में मंजूरी दी गई और 11 में से केवल छह प्रयोगशालाओं ने पैनल के नवीनीकरण के लिए सहमति दी।

विभाग से (ए) प्रयोगशालाओं के पैनल बनाने में देरी के विशिष्ट कारण, (बी) प्रतिदिन परीक्षण और संग्रहीत किए जा सकने वाले नमूनों की संख्या के संदर्भ में पैनल में शामिल प्रत्येक प्रयोगशाला की क्षमता, और (सी) दवा के नमूने का विवरण जो उस अवधि के दौरान प्रयोगशालाओं में परीक्षण के लिए भेजे गए थे जब प्रयोगशालाओं के पैनल की वैधता समाप्त हो गई थी, प्रस्तुत करने का अनुरोध किया गया था। तथापि, विभाग ने लेखापरीक्षा के प्रश्नों का उत्तर नहीं दिया, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर उपलब्ध कराई जा रही दवाइयों के गुणवत्ता नियंत्रण हेतु एक मजबूत प्रणाली सुनिश्चित करने के लिए विभाग के उदासीन दृष्टिकोण को इंगित करता है।

सरकार ने औषधि परीक्षण प्रयोगशालाओं का पैनल बनाने में देरी के लिए बीओक्यू में समस्याओं और निविदा में गड़बड़ियों के कारण निविदाओं को रद्द किए जाने को जिम्मेदार ठहराया (फरवरी 2023)। आगे कहा गया कि नया टेंडर ई-टेंडरिंग साइट पर अपलोड कर दिया गया है।

**सिफारिश 4.5: सरकार को सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर सुरक्षित और प्रभावी औषधियां उपलब्ध कराने के लिए अच्छी गुणवत्ता नियंत्रण और आश्वासन प्रणाली पर जोर देना चाहिए।**

#### 4.2.6.4 एनएबीएल प्रत्यायन और औषधि नियंत्रण विभाग से लाइसेंस सुनिश्चित किए बिना प्रयोगशालाओं का पैनल बनाना

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली की औषधि नीति सभी स्वास्थ्य सुविधाओं पर हर समय सुरक्षित, प्रभावी और अच्छी गुणवत्ता वाली दवाइयां उपलब्ध कराने की परिकल्पना करती है। इसके लिए गुणवत्ता नियंत्रण तंत्र को मजबूत करने की आवश्यकता है। सूचीबद्ध प्रयोगशाला के पास एनएबीएल<sup>11</sup> से वैध प्रत्यायन होना चाहिए और किसी भी राज्य औषधि नियंत्रण विभाग/केंद्रीय औषधि मानक नियंत्रण संगठन से लाइसेंस<sup>12</sup> होना चाहिए। यह दवाइयों के नमूनों के परीक्षण

<sup>11</sup> राष्ट्रीय परीक्षण और अंशशोधन प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) की स्थापना सरकार, उद्योग संघों और उद्योग को सामान्य रूप से अनुरूपता मूल्यांकन निकाय के प्रत्यायन मान्यता की एक योजना प्रदान करने के उद्देश्य से की गई है, जिसमें चिकित्सा और अंशशोधन प्रयोगशालाओं सहित परीक्षण की तकनीकी क्षमता का तीसरे पक्ष से मूल्यांकन शामिल है।

<sup>12</sup> औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम 1945 में प्रावधान है कि औषधि या प्रसाधन सामग्री के निर्माण के लिए लाइसेंसधारी की ओर से औषधि या प्रसाधन सामग्री की पहचान, शुद्धता, गुणवत्ता और शक्ति के ऐसे परीक्षण करने का अनुमोदन फॉर्म 37 में और इसका नवीनीकरण फॉर्म 38 में दी जाएगी और राज्य सरकार द्वारा नियुक्त लाइसेंसिंग प्राधिकारी द्वारा किया जाएगा।

के लिए प्रयोगशालाओं के पैनल बनाने हेतु पूर्व-आवश्यक निविदा शर्तों में से एक थी।

लेखापरीक्षा में प्रयोगशालाओं के पैनल बनाने में निम्नलिखित मुद्दे पाए गए:

- लेखापरीक्षा को दिए गए अभिलेखों के अनुसार मई 2018 में पैनल में शामिल 11 प्रयोगशालाओं के लिए और जुलाई 2021 से पैनल में शामिल छह प्रयोगशालाओं के लिए एनएबीएल प्रमाणन आंशिक अवधि के लिए उपलब्ध थे। सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि निविदा मूल्यांकन समिति ने ई-टेंडरिंग पोर्टल पर जाँच की थी और फ़ाइल में उल्लेख किया था कि सभी सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं के संबंध में एनएबीएल प्रत्यायन प्रमाण-पत्र उस समय पोर्टल पर उपलब्ध थे। इसके अलावा, सभी सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं को अपने एनएबीएल प्रत्यायन प्रमाण-पत्र उपलब्ध कराने के लिए पत्र लिखे गए हैं।
- एनएबीएल द्वारा निलंबित प्रयोगशालाओं की सूची में दो प्रयोगशालाओं<sup>13</sup> के नाम भी शामिल हैं जिसमें निलंबन की प्रभावी तिथि क्रमशः 16 अगस्त 2019 और 11 अक्टूबर 2019 है, जो दर्शाता है कि प्रयोगशालाओं के एनएबीएल प्रत्यायन की स्थिति सुनिश्चित करने के लिए विभाग में कोई तंत्र नहीं था।
- 11 एनएबीएल प्रत्यायित प्रयोगशालाओं में से पांच में, लाइसेंसिंग प्राधिकारी से औषधि अथवा प्रसाधन सामग्री की पहचान, शुद्धता, गुणवत्ता तथा शक्ति के परीक्षणों के लिए अनुमोदन (फार्म 37)/अनुमोदन का नवीकरण (फॉर्म 38) अभिलेख में उपलब्ध नहीं था, जबकि दो प्रयोगशालाओं के मामले में, अनुमोदन वर्ष 2016-17 से 2021-22 से संबंधित केवल आंशिक अवधि के लिए उपलब्ध था। इसी तरह, जुलाई 2021 से सूचीबद्ध छह प्रयोगशालाओं में, केवल दो मामलों में आंशिक अवधि के लिए अपेक्षित अनुमोदन उपलब्ध था। तथापि, विभाग शेष प्रयोगशालाओं/अवधि के संबंध में अनुमोदनों/नवीकरणों की प्रतियां

<sup>13</sup> मैसर्स स्टैंडर्ड, एनालाइटिकल लेबोरेटरी (एन डी) प्राइवेट लिमिटेड और मैसर्स श्री साई टेस्ट हाउस प्राइवेट लिमिटेड

उपलब्ध कराने में विफल रहा, जिसके अभाव में अनधिकृत प्रयोगशालाओं द्वारा दवा के नमूनों के परीक्षण से इंकार नहीं किया जा सकता है।

विभाग ने लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान विभिन्न प्रयोगशालाओं में भेजे गए नमूनों के विवरण पर कोई उत्तर नहीं दिया।

**सिफारिश 4.6: सीपीए को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि जिन प्रयोगशालाओं ने नमूना औषधियों के परीक्षण के लिए निविदा दी है, वे वैध एनएबीएल प्रत्यायन और औषधि नियंत्रण विभाग से लाइसेंस के पात्रता मानदंडों को पूरा करती हैं।**

#### 4.2.6.5 सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं की प्रभावकारिता का सत्यापन नहीं किया जाना

सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं द्वारा दिए जा रहे परीक्षण परिणामों की शुद्धता का आकलन करने और आपूर्तिकर्ताओं के साथ मिलीभगत को रोकने हेतु सीपीए को परीक्षण के लिए सरकारी विश्लेषक या किसी अन्य सूचीबद्ध प्रयोगशाला में यादृच्छिक नमूने भेजने की आवश्यकता थी। विश्लेषणात्मक रिपोर्टों में भारी भिन्नता के मामले में, सूचीबद्ध प्रयोगशाला को दो वर्ष की अवधि के लिए ब्लैकलिस्ट किया जा सकता है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए के पास किसी भी सरकारी प्रयोगशाला में या किसी अन्य प्रयोगशाला में यादृच्छिक आधार पर नमूने भेजने की कोई व्यवस्था नहीं थी। 24 मई 2018 को डीजीएचएस द्वारा सूचीबद्ध दो प्रयोगशालाओं को परीक्षण रिपोर्टों में भिन्नता के कारण अन्य राज्यों में पांच<sup>14</sup> वर्ष की अवधि के लिए ब्लैकलिस्ट कर दिया गया था। लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि परीक्षण के लिए नमूने ऐसी प्रयोगशाला में भेजे गए थे जो सूचीबद्ध प्रयोगशालाओं की अनुमोदित सूची में नहीं थी।

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि सीपीए केवल राज्य औषधि नियंत्रक प्राधिकारी द्वारा लाइसेंस प्राप्त एनएबीएल प्रत्यायन वाली प्रयोगशालाओं को सूचीबद्ध करती है और उनकी प्रभावकारिता सुनिश्चित करने के लिए प्रयोगशालाओं से फॉर्म 37 और 38 भी मांगती है। इसके अलावा, सरकारी विश्लेषक केवल विवाद के मामले में शामिल होते हैं। सरकार का उत्तर लेखा-

<sup>14</sup> मैसर्स ओजोन फार्मास्यूटिकल्स लिमिटेड (एनालिटिकल लैब), बहादुरगढ़, हरियाणा और मैसर्स देवांश टेस्टिंग एंड रिसर्च लेबोरेटरी प्राइवेट लिमिटेड को दिनांक 7.4.2017 और 1.8.2018 से क्रमशः ओडिशा और हरियाणा द्वारा प्रत्येक पांच वर्ष के लिए ब्लैक लिस्ट में डाल दिया गया।

परीक्षा आशंका की पुष्टि करता है कि रिपोर्टों की सत्यता सुनिश्चित करने के लिए सूचिबद्ध प्रयोगशालाओं की प्रयोगशाला रिपोर्टों का सत्यापन नहीं किया जाता था।

**सिफारिश 4.7: सरकारी या किसी अन्य प्रयोगशाला से सूचिबद्ध प्रयोगशालाओं की परीक्षण रिपोर्टों की प्रभावकारिता की जांच करने के लिए सरकार को एक तंत्र विकसित करना चाहिए।**

#### 4.2.6.6 जैविक उत्पादों का विश्लेषण नहीं किया जाना

जैविक उत्पादों में टीके, रक्त और रक्त के घटक आदि शामिल होते हैं जो गर्मी के प्रति संवेदनशील होते हैं तथा रोगाणु संदूषण के प्रति अतिसंवेदनशील होते हैं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आमतौर पर स्टोर में आपूर्ति के बाद जैविक उत्पादों का परीक्षण नहीं किया जाता था।

विभाग ने कहा (अप्रैल 2022) कि जैविक उत्पादों को परीक्षण के लिए नहीं भेजा गया क्योंकि उनके परीक्षण के लिए विशेष सुविधाओं की आवश्यकता थी। इस प्रकार, विभाग ने संदूषण की किसी भी संभावना को दूर करने के लिए जैविक गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण से समझौता किया।

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि जैविक विश्लेषण सुविधा केवल सरकारी प्रयोगशालाओं में उपलब्ध है और सीपीए सरकारी प्रयोगशालाओं द्वारा जैविक विश्लेषण रिपोर्ट प्रस्तुत करने के बाद ही आपूर्ति स्वीकार करती है। सरकार द्वारा दिया गया उत्तर विभाग द्वारा अप्रैल 2022 में दिए गए उत्तर के विपरीत है। इसके अलावा, सरकार अपने उत्तर के समर्थन में कोई दस्तावेजी साक्ष्य दिखाने में विफल रही।

#### 4.2.6.7 ब्लैकलिस्टेड और प्रतिबंधित फर्मों से दवाइयों की खरीद

सीपीए को दवाइयों की आपूर्ति के लिए निर्धारित पात्रता शर्तों में से एक के अनुसार, बोली लगाने वाले को वर्तमान में भारत में किसी भी सरकार/स्वायत्त निकाय/संस्थान, अस्पताल द्वारा जालसाजी, गलत प्रतिनिधित्व या "गैर-मानक गुणवत्ता" (एनएसक्यू) उत्पाद/उत्पादों की आपूर्ति के लिए ब्लैकलिस्टेड, प्रतिबंधित या अपंजीकृत नहीं होना चाहिए। तथापि, यह देखा गया कि विभाग ने यह सुनिश्चित किए बिना फर्मों से दवाइयां खरीदीं कि उन्हें भारत में अन्य संस्थानों

द्वारा ब्लैकलिस्ट/प्रतिबंधित नहीं किया गया था। कुछ मामले तालिका 4.4 में दर्शाए गए हैं।

**तालिका 4.4: ब्लैकलिस्टेड प्रतिबंधित फर्मों की सूची**

क्र. सं.	फर्म का नाम (मेसर्स)	वह संस्था जिसके द्वारा ब्लैकलिस्ट में डाला गया/ प्रतिबंधित किया गया	प्रतिबंधन की अवधि	रा.रा.क्षे.दि.स. में डिफॉल्ट की अवधि
1.	जैक्सन लेबोरेटरीज प्रा. लिमिटेड	तमिलनाडु मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन लिमिटेड द्वारा ब्लैकलिस्टेड	5.12.2017 से 4.12.2022 तक	फर्म ने निविदा 16_08 और 17_03 में दवाइयों की आपूर्ति के साथ-साथ जोखिम खरीद/जुर्माना राशि का भुगतान करने में भी चूक की।
2.	एक्यूलाइफ हेल्थकेयर प्रा. लिमिटेड	ओडिशा स्टेट मेडिकल कॉर्पोरेशन लिमिटेड द्वारा ब्लैकलिस्टेड	10.8.2018 से 9.8.2021 तक	फर्म ने निविदा संख्या 18_01 से 18_04 में दवाइयों की आपूर्ति करने के साथ-साथ जोखिम खरीद/जुर्माना राशि का भुगतान करने में भी चूक की। फर्म को घाटे में चलने वाली कंपनी होने के कारण उप निदेशक स्वास्थ्य सेवा, पश्चिम बंगाल के कार्यालय द्वारा बोली लगाने के लिए अयोग्य घोषित किया गया था (आदेश दिनांक 15.3.2018)।
3.	सॅचुरियन लेबोरेटरीज प्रा. लिमिटेड	गुजरात मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन लिमिटेड और हरियाणा मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन लिमिटेड द्वारा ब्लैकलिस्टेड	जीएमएससीएल: 02.09.2016 से 01.09.2019; और एचएमएससीएल: 28.12.2016 से 27.12.2019 तक	फर्म ने निविदा संख्या 16_08 और 17_03 में दवाइयों की आपूर्ति के साथ-साथ जोखिम खरीद/जुर्माना राशि का भुगतान करने में भी चूक की।
4.	मान फार्मास्यूटिकल्स लिमिटेड	गुजरात मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन लिमिटेड द्वारा प्रतिबंधित	9.12.2021 से 8.12.2024 तक (2019 के दौरान एनएसक्यू वस्तुओं की आपूर्ति के लिए)	फर्म ने निविदा संख्या 18_01 से 18_04 में दवाइयों की आपूर्ति करने के साथ-साथ जोखिम खरीद/जुर्माना राशि का भुगतान करने में भी चूक की।

स्रोत: विभागीय अभिलेख

विभाग 2016-17 से 2020-21 के दौरान अन्य राज्यों के औषधि नियंत्रकों/संस्थानों द्वारा ब्लैकलिस्टेड/प्रतिबंधित फर्मों की सूची उपलब्ध नहीं करा सका। उपर्युक्त तथ्यों से पता चलता है कि विभाग ने इस संबंध में फर्म की पात्रता सुनिश्चित करने के लिए कोई तंत्र विकसित नहीं किया था।

सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि भाग लेने वाली फर्मों के तकनीकी मूल्यांकन के दौरान अन्य राज्यों में उनके प्रतिबंधन और ब्लैकलिस्ट में डाले जाने के संबंध में पर्याप्त सावधानी बरती जाती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि ऐसी कोई भी फर्म निविदा चरण में अर्हता प्राप्त न कर सके। उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि यह उन ब्लैकलिस्टेड फर्मों के बारे में स्पष्ट नहीं करता है जिनसे दवाइयों की खरीद की गई थी।

*सिफारिश 4.8: सरकार को यह जांचने के लिए एक तंत्र विकसित करना चाहिए कि आवश्यक औषधियों की आपूर्ति करने वाली फर्मों को गुणवत्ता मुद्रों के लिए अन्य राज्यों द्वारा प्रतिबंधित नहीं किया गया है। सरकार को प्रतिबंधित फर्मों से दवा की खरीद में गड़बड़ी की जिम्मेदारी भी तय करनी चाहिए।*

#### 4.2.6.8 औषधि चिकित्सीय समितियां और प्रिस्क्रिप्शन की लेखापरीक्षा

2016 में डीजीएचएस, रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार द्वारा जारी फार्मासिस्ट के लिए मानक संचालन प्रक्रिया के अनुसार, सभी अस्पतालों को उपयोग के सभी चरणों में दवाइयों के प्रबंधन की गुणवत्ता में सुधार के लिए पहले कदम के रूप में औषधि चिकित्सीय समितियों की स्थापना करने की आवश्यकता है। इसके अतिरिक्त, इसे प्रिस्क्रिप्शन की लेखापरीक्षा भी करनी होगी। इसमें प्रावधान है कि डॉक्टरों को स्पष्ट, सुपाठ्य हस्तलेखन में प्रिस्क्रिप्शन लिखने चाहिए और उस पर अपना नाम और तारीख के साथ मोहर लगानी चाहिए। उन्हें केवल जेनेरिक दवाइयों की सिफारिश करनी चाहिए जो ईडीएल में हैं।

सभी डॉक्टरों के दवा लिखने की आदतों का लेखापरीक्षा अभिलेख रखा जाना चाहिए और किसी भी चूक की स्थिति में चिकित्सक के खिलाफ सुधारात्मक कार्रवाई की जानी चाहिए। इस प्रयोजन के लिए कम से कम दो प्रतिशत पर्चों का लेखापरीक्षा अभिलेख स्कैन करके रखा जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- औषधि चिकित्सकीय समिति कमेटी का गठन केवल जुलाई 2021 (आरजीएसएसएच) और दिसंबर 2021 (एलएनएच) में किया गया था। लेखापरीक्षा की अवधि के दौरान सीएनबीसी और जेएसएसएच में औषधि चिकित्सीय समितियां थीं।
- एलएनएच में प्रिस्क्रिप्शन लेखापरीक्षा मार्च 2022 में की गई थी। रिपोर्ट से पता चला कि 43 प्रतिशत मामलों में दवाइयों की खुराक/उचित प्रभावशीलता का उल्लेख नहीं किया गया था, नमूना-जांच किए गए सभी प्रिस्क्रिप्शनों में जात एलर्जी का प्रलेखन नहीं किया गया था, 97 प्रतिशत मामलों में दवाइयों का बड़े अक्षरों में उल्लेख नहीं किया गया था। 57 प्रतिशत मामलों में ब्रांडेड दवाइयां लिखी गईं और 26 प्रतिशत मामलों में विवेकहीन उपयोग/जरूरत से अधिक प्रिस्क्रिप्शन देखा गया।

- जेएसएसएच ने जून से अगस्त 2020 को कवर करते हुए सितंबर 2020 में केवल एक प्रिस्क्रिप्शन लेखापरीक्षा की है। रिपोर्ट से पता चला कि नमूना जांच किए गए मामलों में 72 प्रतिशत में ज्ञात एलर्जी का प्रलेखन नहीं किया गया था, 70 प्रतिशत में संकेताक्षरों का प्रयोग किया गया था, 36 प्रतिशत में महत्वपूर्ण चार्टिंग का उल्लेख नहीं किया गया था और 25 प्रतिशत में घंटों में दवा की बारंबारता का उल्लेख नहीं किया गया था।
- सीएनबीसी में छह प्रिस्क्रिप्शन लेखापरीक्षा की गई है। रिपोर्ट में बताए गए प्रमुख मुद्दों में ज्ञात एलर्जी के प्रलेखन की कमी, गैर-अनुमोदित संकेताक्षरों का प्रयोग और बड़े अक्षरों में दवाइयों का उल्लेख न होना शामिल था।

सीएनबीसी ने कहा (अगस्त 2022) कि उपर्युक्त गैर-अनुपालन के मामले दैनिक ओपीडी रोगियों के भार की तुलना में उच्च कार्यभार और डॉक्टरों की कमी के कारण थे। उसने आगे कहा कि अस्पताल प्रेरण प्रशिक्षण कार्यक्रमों और विशेष व्याख्यानो के माध्यम से प्रिस्क्रिप्शन के अनुपालन में सुधार के लिए निरंतर प्रयास कर रहा था।

इस प्रकार, नमूना जांच किए गए अस्पतालों में प्रिस्क्रिप्शनों में सटीकता और पूर्णता सुनिश्चित करने के लिए प्रिस्क्रिप्शन लेखापरीक्षा के माध्यम से औषधि चिकित्सीय समिति का आवश्यक कार्य सुनिश्चित नहीं किया गया था।

**सिफ़ारिश 4.9: अस्पतालों को औषधि चिकित्सीय समिति का उचित कार्यचालन सुनिश्चित करना चाहिए और उपयोग के सभी चरणों में औषधियों के प्रबंधन को सुनिश्चित करने के लिए नियमित प्रिस्क्रिप्शन लेखापरीक्षा करनी चाहिए।**

#### 4.2.6.9 लाइन प्रॉब आसे (एलपीए) परीक्षण रिपोर्टों की प्राप्ति में देरी

औषधि प्रतिरोधी तपेदिक के प्रोग्रामेटिक प्रबंधन (पीएमडीटी) दिशानिर्देश 2017 में विशिष्ट/बहुविध औषधि प्रतिरोधी टीबी मामलों का पता लगाने के लिए दो परीक्षण निर्धारित हैं जैसे कि (i) कार्ट्रिज आधारित-न्यूक्लिक एसिड एम्प्लीफिकेशन टेस्ट (सीबीएनएटी) और (ii) लाइन प्रॉब आसे (एलपीए)। यदि पीएमडीटी दिशानिर्देशों के अनुसार रोगियों को ड्रग रेसिस्टेंट (डीआर-टीबी) या मल्टी ड्रग रेसिस्टेंट (एमडीआर) -टीबी के रूप में निदान किया जाता है तो रिपोर्टों के आधार पर दवाइयों के पथ्यापथ्य में बदलाव किया जाएगा। दिशानिर्देश

निर्धारित करती हैं कि जिला औषधि प्रतिरोध-टीबी केंद्र जिले में सीबीएनएएटी साइट/एलपीए प्रयोगशाला के नज़दीक होना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि लाइन प्रॉब आसे (एलपीए) टेस्ट की सुविधा चेस्ट क्लिनिक, नेहरू नगर में उपलब्ध नहीं थी और रोगियों को एम्स, नई दिल्ली में रेफर किया जाता था। चूंकि इस व्यवस्था के कारण रिपोर्ट प्राप्त करने में 72 घंटे के निर्धारित समय के प्रति एक महीने से अधिक की देरी हुई। रोगियों को प्राथमिक स्तर की टीबी रोधी दवाएं दी गईं, तथापि रिपोर्ट मिलने पर ऐसे रोगियों में दवा प्रतिरोधी (डीआर-टीबी) या बहु दवा प्रतिरोधी (एमडीआर) टीबी पाए गए थे। इस प्रकार एलपीए परीक्षण सुविधाओं की उपलब्धता की कमी के कारण एमडीआर रोगी त्वरित और लक्षित उपचार से वंचित रहे।

**सिफारिश 4.10:** सरकार औषधि प्रतिरोधी तपेदिक के प्रोयोगमेटिक प्रबंधन (पीएमडीटी) दिशानिर्देश 2017 के अनुसार त्वरित और लक्षित उपचार के लिए परीक्षण सुविधाएं विकसित करे।

### 4.3 इन्वेंटरी नियंत्रण के लिए प्रभावी प्रणाली

#### 4.3.1 वार्षिक भौतिक सत्यापन

सामान्य वित्तीय नियमावली 2017 के नियम 213 (2) में कहा गया है कि सभी उपभोज्य वस्तुओं और सामग्रियों का वर्ष में कम से कम एक बार भौतिक सत्यापन किया जाना चाहिए और विसंगतियां, यदि कोई हों, तो सक्षम प्राधिकारी द्वारा उचित कार्रवाई के लिए स्टॉक रजिस्टर में दर्ज की जानी चाहिए।

डीजीएचएस के अंतर्गत केंद्रीय स्टोर दिल्ली सरकार के औषधालयों को सर्जिकल वस्तुएं जारी करता है। अभिलेख मैनुअल रूप से अनुरक्षित थे और इन्वेंट्री प्रबंधन की कोई कम्प्यूटरीकृत प्रणाली का उपयोग नहीं किया जा रहा था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि स्टोर (नोडल स्टोर के रूप में) ने महामारी के दौरान दिल्ली सरकार के सभी अस्पतालों को विभिन्न वस्तुएं जैसे कि सैनिटाइजर, दस्ताने, एन-95 मास्क, सर्जिकल मास्क एवं पीपीई किट जारी कीं। लेखापरीक्षा केंद्रीय स्टोर के भौतिक सत्यापन की सत्यता को प्रमाणित करने में असमर्थ रही क्योंकि नीचे दिए गए विवरण के अनुसार पूरी जानकारी उपलब्ध नहीं थी:

- पांच वर्ष की लेखापरीक्षा अवधि में से तीन (2016-18 और 2020-21) में स्टोर के सत्यापन की वास्तविक तारीख सुनिश्चित करने के लिए भौतिक सत्यापन प्रमाण-पत्र में कोई तारीख का उल्लेख नहीं किया गया था।
- 2017-18 के दौरान 3,520 वस्तुओं की समय सीमा समाप्त हो गई, तथापि, 2021-22 की भौतिक सत्यापन रिपोर्ट में पांच वर्षों के बाद ही उन तथ्यों का उल्लेख किया गया था। इसके अलावा मानव उपभोग के लिए अनजाने में वितरण से बचने के लिए इन समय-सीमा समाप्त वस्तुओं को न तो अलग से संग्रहीत किया हुआ पाया गया और न ही मई 2022 तक इनका निपटान किया गया।
- दो वर्षों (2018-20) में, प्रमाण पत्रों पर समान तिथि, यानी 23 सितंबर 2020 अंकित कर दी गई, जिसका अर्थ है कि दो वर्षों का सत्यापन एक ही समय पर अनियमित रूप से किया गया था, जिससे सारी प्रक्रिया निरर्थक हो गई।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि रिपोर्ट में तिथियों का उल्लेख अनजाने में नहीं किया गया था, परंतु फ़ाइल की टिप्पणी भाग में उल्लेख था। 3,520 वस्तुओं की समय-सीमा समाप्त होने के संबंध में यह कहा गया कि 2017-18 के दौरान केवल 35 वस्तुओं की समय-सीमा समाप्त हुई और इन वस्तुओं को एक अलग कमरे में संग्रहीत किया गया था, जिसके निपटान की प्रक्रिया जारी थी। दो वर्ष का भौतिक सत्यापन एक ही तिथि को करने के लिए अपरिहार्य कारण बताया गया और अगला भौतिक सत्यापन समय पर कराने का आश्वासन दिया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि सरकार भौतिक सत्यापन रिपोर्टें प्रस्तुत करने में विफल रही जिसके आधार पर प्रमाण-पत्र जारी किए जाते थे। समर्थक रिपोर्टों के अभाव में, सत्यापन के दौरान पाई गई विसंगतियों, यदि कोई हो और उन पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा की गई कार्रवाई को लेखापरीक्षा में सत्यापित नहीं किया जा सका। जहां तक वस्तुओं की समय-सीमा समाप्त के एकसपायर होने का सवाल है, उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि संबंधित वर्ष का भौतिक सत्यापन प्रमाण-पत्र सरकार के तर्क का खंडन करता है।

### 4.3.2 चयनित अस्पतालों में स्टॉक का भौतिक सत्यापन

एलएनएच और आरजीएसएसएच में लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच के मामले में वर्ष 2018-19 को छोड़कर दवाइयों, उपकरणों, लिनन, जनरल स्टोर और चयनित विभागों<sup>15</sup> की वार्डों का भौतिक सत्यापन नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, आरजीएसएसएच के कार्डियोलॉजी विभाग में दवाइयों के स्टॉक रजिस्टर का अनुरक्षण नहीं किया गया था। अन्य दो अस्पतालों (सीएनबीसी और जेएसएसएच) में लेखापरीक्षा अवधि के दौरान स्टॉक का भौतिक सत्यापन किया गया था।

### 4.3.3 एलएनएच के उपकरण स्टोर में निष्क्रिय स्टॉक

एलएनएच के उपकरण स्टॉक रजिस्टर की जांच से पता चला कि अप्रैल 2016 से पहले बड़ी मात्रा में खरीदे गए उपकरण<sup>16</sup> दिसंबर 2021 तक जारी नहीं किए गए थे। यह अस्पताल में उपकरणों की अपर्याप्त स्टॉक प्रबंधन प्रणाली को दर्शाता है।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि उसने स्टोर में पड़े उपकरणों के निष्क्रिय स्टॉक को वितरित करने के लिए कार्रवाई शुरू कर दी है।

### 4.3.4 स्टॉक रजिस्ट्रों में विसंगतियां

लेखापरीक्षा में 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान एलएनएच के स्टॉक रजिस्टर में दवाइयों के अंतिम शेष और प्रारंभिक शेष के आंकड़ों में विसंगति पाई गई, जिसके परिणामस्वरूप स्टॉक से दवाइयों के नुकसान का हिसाब नहीं दिया गया। नमूना जांच किए गए मेडिसिन वार्डों के स्टॉक रजिस्ट्रों में दवाइयों<sup>17</sup> के अंतिम शेष और प्रारंभिक शेष के आंकड़ों में इसी तरह की विसंगतियां देखी गईं।

<sup>15</sup> एलएनएच के मेडिसिन एवं स्त्री रोग विभाग और आरजीएसएसएच के हृदय रोग विभाग।

<sup>16</sup> एडसन फॉरसेप्स ट्यूथ (979), एडसन फॉरसेप्स नॉन-ट्यूथ (1054), बी.पी हैंडल (257), चिटल फॉरसेप्स (661), मेटसेनबॉर्न सीजर्स (1086), स्पॉन्ज होल्डर (93), स्टीच कटिंग सीजर्स (47), टॉवेल क्लिप्स (108), मायो सीजर्स (2819)

<sup>17</sup> 2017-18 के प्रारंभिक शेष में इंज ज़ाइलिस्टिन (210) को कम दिखाया गया और 2020-21 के प्रारंभिक शेष में इंज ऑक्ट्राइड (236), इंज टैजैक्ट (511), इंज हेपरिन (284), इंज पेंटोसिड (746) और इंज सोलुमेड्रोल (200) को कम दिखाया गया।

अगले वित्तीय वर्ष में समयावधि समाप्त होने वाली गोलियों के स्टॉक को अगले वर्ष के प्रारंभिक शेष में नहीं लाया गया था। परिणामस्वरूप, शेष जीवनावधि वाली 47 दवाइयों को स्टॉक रजिस्टर में नहीं लिया गया और इस प्रकार आरजीएसएसएच में अप्रैल 2018 से मार्च 2021 तक इसका हिसाब नहीं दिया गया। इसके अलावा स्टॉक रजिस्टर में कई जगह अधिलेखन और कटिंग की गई थी।

आरजीएसएसएच ने कहा (अगस्त 2022) कि दवाइयों की अगले वर्ष समयावधि समाप्त होने वाली थी और इसलिए उन्हें एकसपायरी रजिस्टर में दर्ज किया गया। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि स्टॉक को उनकी समाप्ति पर डेबिट किया जाता है, उससे पहले नहीं। छह से 32 महीने की जीवनावधि वाली कई दवाइयों के अंतिम शेष को अगले वर्ष के प्रारंभिक शेष में नहीं लिया गया, जो उपयोगी दवाइयों की बर्बादी के प्रति असंवेदनशीलता को दर्शाता है।

लेखापरीक्षा ने आगे पाया कि उपयोगकर्ता विभागों द्वारा प्रस्तुत इंडेंट शीट के अनुसार दवाइयां मुख्य स्टोर से विभिन्न उपयोगकर्ताओं/रोगी देखभाल विभागों को जारी की जाती हैं। विभिन्न विभागों के लिए दवाइयों के दिन-प्रतिदिन के निर्गमन को प्रत्येक माह की उपभोग शीट में नोट किया जाता है और महीने की समाप्ति के बाद मात्राओं की कुल खपत को मुख्य स्टॉक रजिस्टर में दर्ज किया जाता है। लेखापरीक्षा में चयनित महीनों में मुख्य स्टॉक रजिस्टर, उपभोग शीट और इंडेंट शीट में आंकड़ों में विसंगति पाई गई।

#### 4.3.5 स्टॉक के कुप्रबंधन के कारण दवाइयों की समयावधि की समाप्ति

सीपीए/डीएसएचएम का ऑनलाइन निरंतर पोर्टल रा.रा.क्षे.दि.स. के सभी स्वास्थ्य संस्थानों में दवाइयों के स्टॉक शेष की ट्रैकिंग की सुविधा प्रदान करता है ताकि एक स्वास्थ्य संस्थान में उपलब्ध अतिरिक्त स्टॉक का उपयोग आवश्यकता के आधार पर दूसरों द्वारा किया जा सके। इससे इष्टतम उपयोग सुनिश्चित होगा और दवाइयों की समयावधि समाप्त होने के कारण होने वाली हानि कम से कम होगी।

लेखापरीक्षा में अभिलेखों से पाया गया कि एलएनएच और आरजीएसएसएच दवाइयों के स्टॉक प्रबंधन के लिए निरंतर पोर्टल का उपयोग नहीं कर रहे थे और इसके बजाय, भौतिक रजिस्टर बनाए गए थे। इसके कारण, इन अस्पतालों

के अतिरिक्त स्टॉक का उपयोग अन्य अस्पतालों द्वारा आवश्यकता के आधार पर नहीं किया जा सका और बड़ी मात्रा में दवाइयों की समयावधि समाप्त<sup>18</sup> हो गई।

इसके अलावा, यह भी देखा गया कि मांग करता विभागों को समयावधि समाप्त दवाइयों<sup>19</sup> जारी कर दी गई। आरजीएसएसएच के मामले में, रोगी देखभाल विभागों, ओपीडी और वार्डों को दवाइयों जारी करने में भारी अनियमितताएं देखी गईं, जहां स्टोर विभाग ने अभिलेखों में समाप्ति तिथि को भविष्य की तिथि में बदलने के बाद समयावधि समाप्त दवाइयों जारी की थीं।

सीएनबीसी भी निरंतर पोर्टल का उपयोग नहीं कर रहा था और इसके बजाय औषधि प्रबंधन के लिए किसी अन्य ऑनलाइन पोर्टल पर स्टॉक की निगरानी कर रहा था। यह देखा गया कि निराकरण रिपोर्ट के अनुसार ₹ 1.32 लाख मूल्य की दवाइयों की समयावधि समाप्त हो गई।

<sup>18</sup> **एलएनएच-** एसाइक्लोविर 200 मिलीग्राम (31970, एकसपायरी तिथि 09/20), एसाइक्लोविर 400 मिलीग्राम (22400, 06/20), सेफैलेक्सिन 250 मिलीग्राम (23984, 10/20), सिप्रोफ्लोक्सासिन 250 मिलीग्राम (38770, 09/20), संयुग्मित एस्ट्रोजन 0.625 मिलीग्राम (10304, 01/21), डिलिटियाजेन 60 मिलीग्राम (25000,01/21), फेक्सोफेनाडाइन 120 मिलीग्राम (30000,03/21), आइसोट्रेटिनॉइन 10 मिलीग्राम (23300, 03/21), एल-थायरोक्सिन 100 मिलीग्राम (67700, 02/21), एल-थायरोक्सिन 25 मिलीग्राम (18600, 12/20), एल-थायरोक्सिन 50 मिलीग्राम (32200, 01/21), नाइट्रोफ्यूरोडॉइन 100एमजी (62300,01/21), फेनेरामाइन मैलेट (113805, 12/20), प्रोपेनलोल 40 मिलीग्राम (15500, 01/ 21), रिफैक्सिमिन 550 मिलीग्राम (14690,02/21), सोडियम वालपोरेट 200 मिलीग्राम (131880,12/20), स्पिरोलैक्टोन 25 मिलीग्राम (19000,12/20), तमसुलोसिन 0.4 मिलीग्राम (32703, 12/20), उडिलिव 300 (65400, 03/21), उडिलिव 150 (34050, 09/20), एलोप्यूरिनॉल 100 मिलीग्राम (13610,03/18), ब्रूफेन 200 मिलीग्राम (54870, 02/18), फिनास्टेराइड 1 मिलीग्राम (189890, 11/17) और सेरोपेप्टिडोज़ 10 मिलीग्राम (151040, 11/17)।

**आरजीएसएसएच-** एसेब्रोफिलाइन, 100 मिलीग्राम (16700,03/21), अल्फाकैल्सीडोल, 0.25 माइक्रोग्राम विटामिन डी (25675,05/20), सिलास्टाज़ोल, 50 मिलीग्राम (12800,02/21), एथमसाइलेट, 500 मिलीग्राम (13200,01/21), एनालाप्रिल (एनवास), 5 मिलीग्राम (17800,03/21), ग्लूकोसामाइन सल्फेट, 750 मिलीग्राम (29860,01/21), फेक्सोफेनाडाइन, 180 मिलीग्राम(19600,03/20), हाइड्रोक्सी क्लोरोक्वीन फॉस्फेट, 200 मिलीग्राम (42000,11/ 19) और प्रेगाबालिम, 75 मिलीग्राम (62380,03/20)।

नोट: दवा का नाम, मात्रा और समाप्ति माह के क्रम में।

<sup>19</sup> **एलएनएच-** लेवामिसोल 150 मिलीग्राम (500, 02/21, 03/21), एलेंड्रोनेट 35/70 मिलीग्राम (400, 02/21, 03/21), अमीनो सैलिसिलिक एसिड (360, 06/20, 09/20 से 01/21), मेथरगिन, 0.125 मिलीग्राम (170, 10/19, 11/19), एस्थलिन 2 मिलीग्राम(420, 05/18, 06/18), अल्प्राजोलम 0.5 मिलीग्राम (3130, 01/18, 02 और 03/18), एस्थलिन 2 मिलीग्राम(2240, 12/17, 01/18)

**आरजीएसएसएच-** फ्रैमाइसेटिन 1% क्रीम, 30 ग्राम ट्यूब (500, 06/20, 07/20), बुडेसोनाइड इनहेलेशन आईपी 100 माइक्रोग्राम/खुराक (200, 01/20, 02/20), पोविडोन आयोडीन 5% मलहम (50, 09/19, 10/19), हाइड्रोजन एरोक्साइड (20, 05/10 और 10/ 19, 08/19 और 03/20) क्लोट्रिमेज़ोल पेंट 1% ओरल पेंट 50 मिली (75, 10/18, 12/18), लेबेटालोल, 100 मिलीग्राम (2200, 05/21, 06/21), एटेनोलोल, 50 मिलीग्राम (100, 07/20, 09/20), एज़ैथियोप्रिन, 50 मिलीग्राम (2800, 04/21, 06/21), एथमसाइलेट, 500 मिलीग्राम (500, 01/21, 03/21), मेथोट्रेक्सेट, 2.5 मिलीग्राम (1500, 03/21, 06/21), फेक्सोफेनाडाइन, 180 मिलीग्राम (3800, 08/19, 12/19), वोग्लिबोस, 0.3 मिलीग्राम (990, 11/19, 12/19), वोरिकोनाज़ोल, 200 मिलीग्राम (100, 09/19,12/19)

सीएनबीसी ने कहा (जून 2022) कि उक्त वस्तुओं की खपत में कमी के कारण और विभागों एवं अस्पताल अधिकारियों द्वारा किए गए सर्वोत्तम प्रयासों के बावजूद, दवाइयों का उपयोग समाप्ति की तिथि से पहले नहीं किया जा सका।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि आरजीएसएसएच में स्टॉक बनाए रखने और इंडेंटिंग प्रक्रिया के लिए ई-अस्पताल लागू कर दिया गया है।

#### 4.3.6 एलएनएच में दवाइयों का भंडारण

यह पाया गया कि एलएनएच के इंजेक्शन, टैबलेट और सिरप/मलहम भंडार वातानुकूलित नहीं थे, यद्यपि अधिकांश दवाइयों को लगभग 25 डिग्री सेल्सियस पर रखा जाना था। अलमारियों/रेकों पर लेबल लगे नहीं पाए गए। निरीक्षण के दौरान पाया गया कि दवाइयां दीवार से सटी हुई रखी हुई थी।

सरकार ने तथ्यों को स्वीकार किया और उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि एलएनएच में कमियों को दूर किया जा रहा है।

#### 4.4 औषधियों एवं दवाइयों की उपलब्धता

अस्पतालों द्वारा दवाइयों की आवश्यकता तिमाही आधार पर सीपीए को भेजी जाती थी। दवाइयों की उपलब्धता के संबंध में निष्कर्षों पर नीचे चर्चा की गई है:

##### 4.4.1 नमूना जांच किए गए अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की अनुपलब्धता

जैसा कि पैरा 4.2.3 में चर्चा की गई है, सीपीए रा.रा.क्षे.दि.स. के स्वास्थ्य संस्थानों के लिए समय पर दवाइयां नहीं खरीद रही थी। इस प्रकार, अस्पताल अपनी दैनिक आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए स्थानीय दवा विक्रेताओं से आवश्यक दवाइयां खरीद रहे थे।

नमूना जांच किए गए अस्पतालों में चयनित महीनों<sup>20</sup> के लिए मुख्य स्टोर में उपयोगकर्ता विभागों से प्राप्त दवाइयों के मांगपत्रों की जांच से पता चला कि रोगी देखभाल विभागों से प्राप्त मांग के समय कई आवश्यक दवाइयां जारी करने हेतु स्टोर में उपलब्ध नहीं थीं।

<sup>20</sup> अक्टूबर 2016, मई 2017, दिसंबर 2018, फरवरी 2020 और जनवरी 2021

इसके अतिरिक्त, दवाइयों की खरीद में देरी (एक महीने से लेकर एक वर्ष से अधिक तक) हुई, जिसका विवरण **अनुलग्नक IV** में है।

आवश्यक दवाइयों की अनुपलब्धता दवाइयों की खरीद प्रणाली में कमियों को इंगित करती है जिस पर अस्पताल/विभाग द्वारा ध्यान देने की आवश्यकता है।

सीएनबीसी ने कहा (जुलाई 2022) कि केंद्रीय स्टोर में स्टॉक शून्य था या शून्य होने की संभावना थी क्योंकि आपूर्ति अभी भी प्रतीक्षित थी। तथापि, सब-स्टेशन/उपयोगकर्ता विभाग में पर्याप्त स्टॉक उपलब्ध था।

उत्तर संतोषजनक नहीं है क्योंकि सीएनबीसी का केंद्रीय स्टोर उपर्युक्त मामलों में मांग पर उपयोगकर्ता विभाग को आवश्यक दवाइयां उपलब्ध कराने में असफल रहा था।

#### **4.4.2 एलएनएच में हीमोफीलिया इंजेक्शनों की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं होना**

हीमोफीलिया एक दुर्लभ बीमारी है और इस दुर्लभ बीमारी से जुड़ी रुग्णता और मृत्यु दर को कम करने के लिए दवाओं की उपलब्धता महत्वपूर्ण है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि इंजेक्शन फैक्टर IX से उपचारित हीमोफीलिया रोगियों की मासिक संख्या 70 और 141 के बीच थी और अप्रैल 2016 से मार्च 2021 तक की अवधि के दौरान खपत की गई फैक्टर IX के इंजेक्शनों की संख्या 207 शीशियों और 403 शीशियों के बीच रही। इसके अतिरिक्त, हीमोफीलिया केंद्र के अभिलेखों की नमूना जांच से पता चला कि अक्टूबर 2018 से जून 2019 के दौरान चार अवसरों<sup>21</sup> पर फैक्टर IX इंजेक्शन का स्टॉक समाप्त हो गया था।

इस प्रकार, इंजेक्शनों की अनुपलब्धता के कारण अस्पताल हीमोफीलिया रोगियों का इलाज करने की स्थिति में नहीं था।

सरकार ने इंजेक्शनों की आपूर्ति सुनिश्चित करने में सीपीए की विफलता को स्वीकार किया (नवंबर 2022)।

<sup>21</sup> 31.10.2018 से 29.11.2018, 04.12.2018 से 12.12.2018, 27.12.2018 से 12.01.2019 और 04.05.2019 से 26.06.2019

#### 4.4.3 मातृ स्वास्थ्य हेतु निर्धारित दवाइयों की खरीद में ढिलाई

परिवार कल्याण निदेशालय, रा.रा.क्ष.दि.स. ने सीपीए को भारत सरकार द्वारा गर्भवती महिलाओं के लिए निर्धारित मातृ स्वास्थ्य दवाइयां खरीदने का निर्देश दिया था (नवंबर 2017)। सीपीए को आवश्यक दवा सूची में इन वस्तुओं को शामिल करने और उस समय तक निर्दिष्ट विनिर्देशों और मात्रा के अनुसार वस्तुओं की खरीद करने का निर्देश दिया गया था। निरंतर पोर्टल के अनुसार सीपीए द्वारा आवश्यकता की तुलना में खरीदी गई मातृ स्वास्थ्य दवाइयों की मात्रा तालिका 4.5 में दर्शाई गई है।

तालिका 4.5: सीपीए द्वारा खरीदी गई मातृ स्वास्थ्य दवाइयों का विवरण

दवा का नाम	खरीदी जाने वाली मात्रा	खरीदी गई मात्रा
टैब. कैल्शियम 500 मि.ग्रा. + विटामिन डी3 (250 आईयू)	30,00,000	2017-18 और 2018-19 के दौरान शून्य खरीद 2019-20 के दौरान 4,58,155 की खरीदारी की गई 2020-21 के दौरान 4,43,925 की खरीदारी की गई 2021-22 के दौरान 27,400 की खरीदारी की गई 2022-23 के दौरान शून्य खरीदारी की गई (30.9.2022 तक)
टैब. फोलिक एसिड 400 मि.ग्रा.	10,00,000	शून्य
ग्लूकोज पाउच (75 ग्राम) मुंह से निगलने योग्य	1,00,000	2017-18 से 2019-20 के दौरान शून्य खरीद 2020-21 के दौरान 2,70,500 2021-22 के दौरान शून्य खरीदारी 2022-23 के दौरान 44,500 की खरीदारी की गई (30.9.2022 तक)

नमूना जांच किए गए अस्पतालों के संबंध में एलएनएच प्रसूति सेवाएं प्रदान करता है परंतु लेखापरीक्षा अवधि के दौरान उपर्युक्त दवाइयों की खरीद नहीं की गई थी। इसके अलावा, 2020-21 के दौरान सीपीए से केवल 600 ग्लूकोज पाउच प्राप्त हुए।

यह दर्शाता है कि सीपीए ने रा.रा.क्ष.दि.स. के निर्देशों का पालन नहीं किया जो मातृ स्वास्थ्य के प्रति असंवेदनशीलता को इंगित करता है।

#### 4.4.4 दिल्ली सरकार की स्वास्थ्य सुविधाओं में एंटी-रेबीज वैक्सीन की अनुपलब्धता

रेबीज एक घातक परंतु रोकथाम योग्य वायरल बीमारी है जो लोगों और पालतू जानवरों में फैल सकती है, यदि उन्हें किसी पागल जानवर ने काट लिया हो या

खरोंच दिया हो। स्वास्थ्य मंत्री, रा.रा.क्षे.दि.स. ने दिल्ली सरकार के अस्पतालों में एंटी-रेबीज टीकों की अनुपलब्धता के मुद्दे को उठाया (जून 2018)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए ने 22 अस्पतालों के लिए 80,900 टीकों के लिए आपूर्ति आदेश जारी किया था (जून 2018), तथापि, केवल सात अस्पतालों ने आपूर्तिकर्ताओं से टीके (31,100) प्राप्त किए। इसी प्रकार, सीपीए द्वारा 20 अस्पतालों के लिए 1,15,981 टीकों के लिए जारी आपूर्ति आदेश (नवंबर 2019) के प्रति 18,200 की कम आपूर्ति की गई थी। परिणामस्वरूप, चार अस्पतालों में टीकों की आपूर्ति नहीं हुई।

2020-21 और 2021-22 के दौरान, 2.69 लाख और 3.36 लाख एंटी-रेबीज टीकों की मांग की गई थी, जिसमें से केवल क्रमशः 1.13 लाख और 2.72 लाख टीकों की आपूर्ति की गई।

सरकार ने रेबीज वैक्सीन की कमी के लिए बोलीदाता द्वारा दर संविदा वापस लेने, खुले बाजार में अनुपलब्धता और खुली निविदाओं में बोलीदाताओं की शून्य भागीदारी को जिम्मेदार ठहराया (फरवरी 2023)।

#### 4.4.5 टीबी रोगियों के लिए आवश्यक दवाइयों के आरक्षित स्टॉक की अनुपलब्धता

भारत में क्षय रोग नियंत्रण के तकनीकी और परिचालन दिशानिर्देश 2016 के अनुसार, राज्य औषधि भंडार में तीन महीने का आरक्षित स्टॉक बनाए रखना होगा।

कैप रिफाब्यूटिन और डेलामेनिड सहित टीबी की सभी दवाइयों की आपूर्ति केंद्रीय टीबी डिवीजन द्वारा राज्य टीबी सेल को की जा रही थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि केंद्रीय टीबी डिवीजन प्रति माह 1,642 की औसत खपत के प्रति 150 कैप रिफाब्यूटिन भेज रहा था और डेलामेनिड की कोई आपूर्ति नहीं की गई थी। केंद्रीय टीबी डिवीजन ने जून 2019 में राज्य टीबी सेल को निर्देश दिया कि कैप रिफाब्यूटिन को स्वयं खरीदा जाए, परंतु दवाइयां केवल 5 सितंबर 2019 को खरीदी गईं, जिसके कारण कैप रिफाब्यूटिन और डेलामेनिड तालिका 4.6 में दर्शाए गए विवरण के अनुसार अनुपलब्ध रहे।

तालिका 4.6: स्टॉक में टीबी की दवाइयों की अनुपलब्धता

क्र.सं.	दवा का नाम	किसके लिए प्रयोग होता है	स्टॉक में अनुपलब्धता की अवधि	कुल दिन
1	केप रिफाब्यूटिन 150	एचआईवी संक्रमित टीबी रोगी	1 अप्रैल 2019 से 5 सितंबर 2019 तक	161
2	डेलामानिड	दवा प्रतिरोध-टीबी रोगी	1 जनवरी 2020 से 12 मई 2020 तक 25 मई 2020 से 25 अगस्त 2020 तक	222

एचआईवी टीबी रोगियों के लिए ऐसी आवश्यक दवा की अनुपलब्धता और सुरक्षित भंडार बनाए रखने के लिए समय पर कार्रवाई करने में विफलता विभाग के उदासीन दृष्टिकोण को इंगित करता है।

विभाग ने कहा (जून 2022) कि वे डेलामानिड टैबलेट नहीं खरीदते हैं क्योंकि यह दवा भारत सरकार के केंद्रीय टीबी डिवीजन द्वारा प्रदान की जाती है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि राज्य टीबी सेल को केंद्रीय टीबी डिवीजन से देरी/डिलीवरी न होने की स्थिति में सुरक्षित भंडार रखना अथवा बाजार से आवश्यक दवा खरीदना आवश्यक है।

**सिफारिश 4.11: विभाग को सरकार द्वारा परिकल्पित सभी स्वास्थ्य सुविधाओं पर सभी आवश्यक औषधियों की उपलब्धता हासिल करने का प्रयास करना चाहिए।**

#### 4.5 उपकरणों की खरीद और उपलब्धता

##### 4.5.1 केंद्रीय खरीद एजेंसी द्वारा उपकरणों की खरीद से संबंधित अनियमितताएं

रा.रा.क्षे.दि.स. की स्वास्थ्य सुविधाओं (अस्पतालों सहित) में उपकरणों<sup>22</sup> की खरीद हेतु डीजीएचएस से प्रशासनिक अनुमोदन प्राप्त करने के लिए सीपीए जिम्मेदार है।

<sup>22</sup> सीटी सिमुलेटर, एडवांस्ड वेजेल सीलिंग एनर्जी ड्रिवाइस, लीनियर एक्सेलरेटर, सर्जिकल एकजामिनेशन लाइट आदि।

सीपीए के अभिलेखों की नमूना जांच से निम्नलिखित का पता चला:

- वित्त वर्ष 2016-17 से 2022-23 (सितंबर 2022 तक<sup>23</sup>) के दौरान जारी 86 निविदाओं में से केवल 24 मामलों (28 प्रतिशत) में संविदाएँ दी गईं।
- 12 मामलों<sup>24</sup> में एनआईटी को 2017 में रद्द कर दिया गया था, क्योंकि निविदा आमंत्रित करने और इसे वेबसाइट पर अपलोड करने के लिए डीजीएचएस की प्रशासनिक मंजूरी सीपीए द्वारा प्राप्त नहीं की गई थी। डीजीएचएस द्वारा दोषी अधिकारियों के खिलाफ अनुशंसित अनुशासनात्मक कार्रवाई का परिणाम सीपीए द्वारा प्रस्तुत नहीं किया गया था।
- दिल्ली सर्जिकल एंड मेडिकल एसोसिएशन द्वारा दायर शिकायत के आधार पर, डीजीएचएस द्वारा जारी 37 निविदाओं (फरवरी 2016 और जनवरी 2017 के बीच) को रोक दिया गया (जनवरी 2017)। अंततः ये टेंडर रद्द कर दिए गए।
- दस मामलों (2016-17) में, एकल बोली प्राप्त होने के कारण बोलियाँ रद्द कर दी गईं। तथापि, केवल छह मामलों के संबंध में पुनर्निविदा की गई, जिनमें से एक निविदा सफल रही। प्रदत्त जानकारी के अनुसार, इस संबंध में विभाग द्वारा कोई और प्रयास नहीं किए गए।

उपकरणों की समय पर खरीद के दायित्व को पूरा करने के बजाय, सीपीए ने उत्तर दिया (जून 2022) कि संबंधित अस्पताल जेम/खुली निविदा के माध्यम से अपनी आवश्यकता के अनुसार उपकरण/यंत्र खरीदने के लिए समान रूप से सक्षम थे। उसने यह भी कहा कि डीजीएचएस, रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा यह सत्यापित करने के लिए कोई मूल्यांकन नहीं किया गया था कि क्या अस्पतालों द्वारा मांगी गई वस्तुओं को अंततः इच्छित उपयोग के लिए अस्पताल द्वारा खरीदा गया था।

सरकार ने निविदाओं को रद्द करने के लिए जेम पोर्टल के माध्यम से खरीद करने की आवश्यकता और एक करोड़ रुपये से अधिक मूल्य के चिकित्सा

<sup>23</sup> 2020-21 की सूचना उपलब्ध नहीं कराई गई।

<sup>24</sup> ड्युअल एनर्जी लीनियर एक्सेलेरेटर, सी-एआरएम मशीन, इंद्रा एओर्टिक बैलून पंप (आईएबीपी), एडवान्सड कन्टिन्युअस हेमोडायनामिक मॉनिटर, 1000 एमएच रेडियोग्राफी सिस्टम, सीटी सिमुलेटर, एडल्ट फ्लेक्सिबल इंटरवेंशन फाइब्रोस्कोप, ओपन और लेप्रोस्कोपिक पेट की सर्जरी के लिए ड्युअल एनर्जी उपकरण, अल्ट्रासोनिक सर्जिकल एस्पिरेटर, न्यूरोसर्जरी ओटी टेबल, न्यूरोसर्जरी स्पाइन ड्रिल इलेक्ट्रिकल, लिवर सर्जरी के लिए वॉटर ड्राईसेक्टर

उपकरणों के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री से अनुमोदन प्राप्त करने की आवश्यकता को जिम्मेदार ठहराया (फरवरी 2023)। अनुशासनात्मक मामलों के संबंध में कहा गया कि संबंधित फाइलें सतर्कता विभाग के पास हैं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि उपकरणों की खरीद न करने के लिए सरकार द्वारा दिए गए कारणों में केवल सीपीए द्वारा पूरी की जाने वाली कोडल औपचारिकताओं के बारे में बताया गया है। इसके अलावा, उपर्युक्त तथ्य स्वास्थ्य सुविधाओं में उपकरणों की वास्तविक आवश्यकता के बारे में संदेह पैदा करते हैं और विभाग के उदासीन दृष्टिकोण को भी दर्शाते हैं।

स्वास्थ्य मंत्री के कार्यालय ने सीपीए को तत्काल आधार पर सहायक उपकरणों के साथ 100 वेंटिलेटर खरीदने का निर्देश दिया (6 अक्टूबर 2015)। मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज की विशेषज्ञ समिति ने कंप्रेसर आधारित वेंटिलेटर की सिफारिश की थी क्योंकि अन्य टरबाइन आधारित वेंटिलेटर, टरबाइन/एयर खराब होने की स्थिति में रोगियों के लिए सुरक्षित नहीं माने गए थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सीपीए/डीजीएचएस ने 125 वेंटिलेटरों की खरीद के लिए निविदा जारी की थी। अतिरिक्त 25 वेंटिलेटर खरीदने के लिए स्वास्थ्य मंत्री के कार्यालय से परिशोधित मंजूरी प्राप्त नहीं हुई थी। इसके अतिरिक्त, कंप्रेसर-आधारित वेंटिलेटर की खरीद के लिए विशेषज्ञ समिति की सिफारिश को विशेष खरीद समिति के संज्ञान में नहीं लाया गया और अंततः 125 टरबाइन-आधारित वेंटिलेटरों की खरीद के लिए ₹ 9.38 करोड़ खर्च किए गए (मार्च 2016)। इस प्रकार, रोगियों की सुरक्षा के इनपुट को ध्यान में नहीं रखा गया।

#### 4.5.2 अस्पतालों द्वारा उपकरणों की खरीद में देरी

चयनित अस्पतालों में उपकरणों की खरीद में अत्यधिक देरी या उपयोगकर्ता विभागों की मांग पूरी नहीं होने के कई दृष्टांत थे। इसके परिणामस्वरूप रोगी देखभाल विभाग बिना स्टॉक के या सीमित स्टॉक के साथ काम कर रहे थे, जिससे रोगी देखभाल प्रभावित हुआ। लेखापरीक्षा में पाए गए कुछ महत्वपूर्ण मामले तालिका 4.7 में विस्तार से दिए गए हैं।

तालिका 4.7: अस्पतालों द्वारा उपकरणों की खरीद में देरी के दृष्टांत

क्र. सं.	मद का नाम (संख्या)	अस्पताल का नाम	उपयोगकर्ता विभाग का नाम	उपयोगकर्ता द्वारा अनुरोध किए जाने की तिथि	क्रय समिति द्वारा निर्णय लिया गया	खरीद की स्थिति	टिप्पणियाँ
1	वेंटिलेटर (3)	एलएनएच	एनेस्थेशिया	मई 2018	अक्टूबर 2018	नहीं खरीदा गया	जुलाई 2019 में, प्रक्रिया में धीमी प्रगति के कारण क्रय समिति ने विभाग से नई मांग आमंत्रित करने का निर्णय लिया।
2	वेंटिलेटर (6)	एलएनएच	एनेस्थेशिया	अगस्त 2019	सितंबर 2019	नहीं खरीदा <sup>25</sup> गया	मई 2020 में तकनीकी मूल्यांकन समिति ने पाया कि निविदा के लिए आवेदन करने वाली दोनों फर्मों के पास तकनीकी योग्यता नहीं थी और तदनुसार, निविदा रद्द कर दी गई थी।
3	क्रायोफ्यूज 600 0i(1) के लिए स्टेबलाइजर	एलएनएच	रक्त बैंक	26 अप्रैल 2018	मई 2018	नवंबर 2018 में खरीदा गया	रक्त के घटक तैयार करने के लिए उपयोग की जाने वाली मशीन स्टेबलाइजर के अभाव में छह महीने से अकार्यात्मक थी, जिससे ब्लड बैंक का कामकाज प्रभावित हो रहा था
4	मॉनिटर के साथ हाई-डेफिनिशन कैमरा(1)	सीएनबीसी	ईएनटी	सितम्बर 2018	जनवरी 2020	मार्च 2021 में खरीदा गया	जून 2020 में, निविदा रद्द कर दी गई क्योंकि केवल एक अर्हक बोली थी। जुलाई 2020 में दोबारा टेंडरिंग शुरू हुई।
5	डायरेक्ट डिजिटल प्लेट पैनेल फ्लोरोस्कोपी और रेडियोग्राफी प्रणाली	सीएनबीसी	रेडियोलोजी	सितम्बर 2015	उपलब्ध नहीं	जुलाई 2019 में खरीदा गया	सीएनबीसी ने अपने उत्तर में कहा (अगस्त 2022) कि देरी का मुख्य कारण 16 महीने के बाद सीपीए द्वारा उपकरण खरीद के प्रस्ताव को वापस करना था।
6	लीनीयर एक्सेलरेटर (लीनेक) मशीन	एलएनएच	रेडियोथेरेपी	मई 2017	सितंबर 2017	दिसंबर 2022 तक खरीदा और स्थापित किया गया	सीपीए ने सितंबर 2017 में निविदा शुरू की और दिसंबर 2019 में दो साल के अंतराल के बाद आदेश दिया। एलएनएच ने फरवरी 2021 में लेटर ऑफ क्रेडिट के लिए प्रक्रिया शुरू की, परंतु निधि की कमी के कारण, लेटर ऑफ क्रेडिट सितंबर 2021 में ही खोला गया।

<sup>25</sup> एलएनएच के एनेस्थेशिया विभाग को बाद में कोविड अवधि के दौरान पीएम केयर फंड से आठ नए वेंटिलेटर मिले (सितंबर 20 में तीन और मार्च 2021 में पांच)

क्र. सं.	मद का नाम (संख्या)	अस्पताल का नाम	उपयोगकर्ता विभाग का नाम	उपयोगकर्ता विभाग द्वारा अनुरोध किए जाने की तिथि	क्रय समिति द्वारा निर्णय लिया गया	खरीद की स्थिति	टिप्पणियां
7	2डी इको और कलर डॉपलर सिस्टम	एलएनएच	मेडिसिन	अक्टूबर 2018	अक्टूबर 2018	जनवरी 2022 में खरीदा गया	बोली प्रक्रिया में धीमी प्रगति के कारण देरी हुई।
8	एडवांस्ड रेस्पिरैटरी एंडोस्कोपी यूनिट में 14 उपकरण <sup>26</sup> शामिल हैं	आरजीएस एसएच	पल्मोनरी	जुलाई 2016	जुलाई 2016	जनवरी 2018 और मार्च 2020 में केवल दो मद खरीदे गए	एडवांस्ड रेस्पिरैटरी एंडोस्कोपी यूनिट अभी भी नहीं खरीदी गई है। कारण नहीं बताए गए।
9	पैथोलॉजी <sup>27</sup> के लिए सात उपकरण	आरजीएस एसएच	पैथोलॉजी	मार्च 2014	मार्च 2014	2015 में एक उपकरण खरीदा गया, 2020-21 <sup>28</sup> में तीन उपकरण खरीदे गए	शेष उपकरणों की खरीद की स्थिति उपलब्ध नहीं है।

एलएनएच ने वेंटिलेटर्स की खरीद में देरी के संबंध में तथ्यों को स्वीकार किया (मई 2022)। ईएनटी विभाग के लिए मॉनिटर सहित हाई डेफिनिशन कैमरा के संबंध में सीएनबीसी ने कहा (अगस्त 2022) कि चूंकि उपकरण एक उच्च बजटीय उपकरण था इसलिए प्रक्रिया सभी स्तरों पर जांच के साथ पूरी की गई थी, मूल्यांकन समिति ने भी उद्धृत उपकरणों का प्रदर्शन लेने, फर्म से स्पष्टीकरण मांगने, बोलियों का मूल्यांकन करने, दर की औचित्य और रिपोर्ट बनाने में समय लिया। उसने आगे कहा कि जनशक्ति की कमी थी और खरीद प्रक्रिया में शामिल डॉक्टर प्रशासनिक कर्तव्यों के अलावा नैदानिक कर्तव्य भी कर रहे थे। तथ्य यह था कि कर्मचारियों की कमी के कारण उपकरणों की खरीद की प्रक्रिया पूरी होने में देरी हुई, जिसके कारण अंततः उपकरणों की स्थापना में देरी हुई।

<sup>26</sup> जेट वेंटिलेटर, ब्रॉकोस्कोपी सिम्युलेटर, रिजिड ब्रॉकोस्कोपी सिस्टम, थेराप्युटिक वीडियो ब्रॉकोस्कोप, ब्रॉकोस्कोपी के लिए क्रायो सिस्टम, पिडियाट्रिक वीडियो ब्रॉकोस्कोप, अल्ट्रासोनिक एंडोवॉशर, आर्गन प्लाज्मा जमावट के साथ इलेक्ट्रोकोटर यूनिट, पोर्टेबल ब्रॉकोस्कोप आदि

<sup>27</sup> टिशू एंबेडिंग स्टेशन, पूरी तरह से स्वचालित टिशू प्रोसेसर, अर्ध-स्वचालित रोटरी माइक्रोटोम, क्रायो माइक्रोटोम, उच्च रिज़ॉल्यूशन कैमरे के साथ ट्राइनोक्युलर माइक्रोस्कोप, पूरी तरह से स्वचालित स्लाइड स्टेनर और आयातित ग्राँसिंग स्टेशन

<sup>28</sup> ट्राइनोक्युलर माइक्रोस्कोप (2015) और टिशू एंबेडिंग स्टेशन, टिशू प्रोसेसर और सेमी ऑटोमेटेड रोटरी माइक्रोटोम (2020-21)

### 4.5.3 संपत्ति रजिस्टर का गैर-अनुरक्षण और उपकरणों की कमजोर निगरानी

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा जारी एसओपी के अनुसार, मरम्मत और अनुरक्षण अनुभाग के प्रभारी को उपकरणों की मरम्मत के इतिहास, कार्यशील अवधि और स्थिति के आधार पर प्रतिस्थापन निराकरण की सिफारिश करने के विशिष्ट उद्देश्य के लिए सभी चिकित्सा उपकरणों का कम से कम त्रैमासिक/अर्धवार्षिक मूल्यांकन करना चाहिए। उपयोगकर्ता विभागों को उपकरण की आवधिक मरम्मत और अनुरक्षण की निगरानी करनी होगी और अपना प्रस्ताव मरम्मत और अनुरक्षण अनुभाग को सूचित करना होगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए सभी अस्पतालों में स्थापित उपकरणों के संपत्ति रजिस्टर का अनुरक्षण नहीं किया जा रहा था। परिणामस्वरूप, वे नियमित रूप से और समय पर उपकरणों की मरम्मत, अनुरक्षण, प्रतिस्थापन और निराकरण की आवश्यकता की निगरानी और मूल्यांकन करने की स्थिति में नहीं थे। इस प्रकार, अस्पतालों में उपकरणों की केंद्रीकृत निगरानी मौजूद नहीं थी।

एलएनएच ने सूचित किया (मई 2022) कि मरम्मत और अनुरक्षण कार्य को केंद्रीकृत करने के लिए कार्रवाई शुरू कर दी गई है।

### 4.5.4 एलएनएच में पुरानी मशीनों को बदलने के लिए निविदा प्रक्रिया शुरू करने में देरी

एलएनएच बढ़े हुए एएमसी शुल्क का भुगतान करके मशीन के जीवन चक्र के बाद भी कुछ प्रमुख उपकरणों का अनुरक्षण कर रहा है। क्रय समझौते के अनुसार प्रमुख उपकरण पहले पांच वर्षों के लिए निःशुल्क व्यापक वार्षिक अनुरक्षण संविदा (सीएएमसी) के अंतर्गत हैं और अगले पांच वर्षों के लिए भुगतान वाले सीएएमसी के अंतर्गत हैं।

तथापि, यह देखा गया कि कुछ उपकरण<sup>29</sup> दस वर्षों से अधिक पुराने थे और प्रमुख भागों की प्रतिस्थापन लागत को सम्मिलित किए बिना और सर्वोत्तम

<sup>29</sup> डिजिटल एक्सरे 2063 डिजिटल एक्सरे 2068 कलर डॉपलर्स यूएसजी एक्सरे 1000 एमए डिजिटल जिनियस 60 एक्सरे मशीन 60 एमए मोबाईल एक्सरे सोनाटम डेफिनिशन एससीटी स्कैन सीटी स्कैन मशीन इमोशन 16 एंडरसन गैस स्टरलाइजेशन सिस्टम सेक्युरेक्स स्टरेलाइजर्स (दो संख्या) क्राइयोफ्युज 6000i (दो मशीनें) स्टिफेनहोफर स्टरेलाइर्स (दो) ओटी टेबल (15) ऑटोमेटेड बैक्टेरियल आईडेनटिफिकेशन एण्ड सस्पेंडिबिलिटी सिस्टम।

प्रयास के आधार पर एएमसी की बढ़ी हुई दर पर अनुरक्षण किए गए थे। 15 ओटी टेबल (1990-95), दो स्टिफ़नहोफ़र स्टरलाइज़र (87-88) और दो सिक्वोरेक्स स्टरलाइज़र (1992-93) 25 से 30 वर्ष से अधिक पुराने पाए गए। अस्पताल/विभाग ने इन पुराने उपकरणों के स्थान पर नए उपकरणों की खरीद के लिए अभी तक निविदा शुरू/अंतिम रूप नहीं दिया है। जीनियस 60 पोर्टेबल एक्स रे मशीन के मामले में, विभाग ने इसकी मरम्मत और अनुरक्षण पर ₹ 2.60 लाख खर्च किए थे जबकि मशीन की लागत ₹ 1.45 लाख थी। इसके अतिरिक्त, इनमें से कुछ उपकरणों के मामले में, मशीन की लागत का 50 प्रतिशत से अधिक पहले ही इसके अनुरक्षण<sup>30</sup> पर खर्च किया जा चुका है। एलएनएच ने सूचित किया (मई 2022) कि नए उपकरण खरीदने और पुराने उपकरणों का निराकरण करने के लिए कार्रवाई शुरू कर दी गई है।

#### 4.5.5 उपकरण जारी/स्थापित करने में देरी

उपयोगकर्ता विभाग की मांग के आधार पर रोगी देखभाल की क्षमता बढ़ाने के लिए उपकरण खरीदे जाते हैं। इष्टतम उपयोग के साथ-साथ विक्रेता द्वारा प्रदान की गई व्यापक अनुरक्षण वारंटी का दावा करने के लिए उपकरण को उनकी प्राप्ति के तुरंत बाद स्थापित करना आवश्यक है। प्राप्ति के तुरंत बाद उपकरण स्थापित करने में विफलता से सरकारी धन का अवरोध और रोगियों की देखभाल प्रभावित होती है। इसके अतिरिक्त, सामान्य वित्तीय नियमावली 2017 के नियम 144 (iv) में परिकल्पना की गई है कि इन्वेंट्री ढुलाई की लागत और आवश्यकता से अधिक मात्रा में खरीद से बचने के लिए सावधानी बरतनी चाहिए।

सीएनबीसी और एलएनएच के उपकरणों के स्टॉक रजिस्टर की जांच से पता चला कि 156 उपकरण चार महीने से लेकर 8 वर्ष तक की देरी से जारी किए गए थे। एलएनएच में 17 प्रकार के उपकरण (114 संख्या) 5 से 36 महीने की देरी से जारी किए गए थे और सीएनबीसी में 10 प्रकार के उपकरण (42 संख्या) छह से 96 महीने की देरी से जारी किए गए थे।

<sup>30</sup> सिक्वोरेक्स स्टरलाइज़र, स्टिफ़नहोफ़र स्टरलाइज़र और सीटी स्कैन मशीन इमोशन 16 के मामले में उनकी मरम्मत और रखरखाव पर ₹ 59.16 लाख, ₹ 52.58 लाख और ₹ 1.47 करोड़ की राशि खर्च की गई है जबकि उपकरणों की वास्तविक लागत क्रमशः ₹ 65.21 लाख, ₹ 86 लाख और ₹ 2.66 करोड़ थी।

इसके अलावा, सीएनबीसी और एलएनएच के स्टॉक रजिस्ट्रों से पता चला कि एलएनएच में चार<sup>31</sup> मर्दें तथा सीएनबीसी में एक<sup>32</sup> मद उनकी आवश्यकता से अधिक खरीदी गई थी तथा 31 मार्च 2021 तक 18 महीने से 95 महीने की लंबी अवधि तक स्टॉक में अप्रयुक्त पड़ी थीं।

यह अस्पतालों में उपकरणों की आवश्यकताओं का आकलन करने और उनके उपयोग और वितरण का प्रबंधन करने के लिए केंद्रीकृत निगरानी तंत्र की अनुपस्थिति को उजागर करता है।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2023) कि संबंधित विभागों से इंडेंट प्राप्त किए जाते हैं तथा सीएनबीसी द्वारा उपकरण की संतोषजनक अधिस्थापन के पश्चात स्टॉक रजिस्टर में दर्ज किए जाते हैं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि स्टॉक रजिस्टर में प्रविष्टि उपकरण की प्राप्ति पर तत्काल कर दी गई है तथा स्टॉक रजिस्टर के अनुसार अधिस्थापन में अधिक विलंब हुआ था।

#### 4.5.6 एमएएमसी और एलएनएच की प्रयोगशालाओं/विभागों में उपकरणों की कमी

250 नामांकन वाले मेडिकल कॉलेज के प्रत्येक विभाग के पास मेडिकल कॉलेज विनियम, 1999 के अनुसार न्यूनतम संख्या में उपकरणों का होना आवश्यक है।

- (i) यह देखा गया कि एमएएमसी की पैथोलॉजी और बायोकेमिस्ट्री प्रयोगशालाओं में 10<sup>33</sup> आवश्यक उपकरण उपलब्ध नहीं थे। इसके अतिरिक्त, इन प्रयोगशालाओं में सात<sup>34</sup> उपकरणों की कमी देखी गई। कटाई, नमूना चयन और ऊतकों की सूक्ष्म जांच के लिए उपयोग किया जाने वाला ग्रॉसिंग स्टेशन खरीदा गया (जनवरी 2020) जिसकी स्थापना पैथोलॉजी विभाग में नहीं की गई थी।

<sup>31</sup> दो फार्मास्युटिकल रेफ्रिजरेटर (18 महीने), दो इन्फेंट वेंटिलेटर (60 महीने), 17 ओटोस्कोप (58 महीने) और चार आईसीयू वेंटिलेटर (51 महीने)

<sup>32</sup> तीन परीक्षण टेबल (95 महीने)

<sup>33</sup> शर्तों के लिए वजन मापने की मशीनें, गर्म पैराफिन एंबेडेड मॉड्यूल, मॉड्यूलर टिशू एंबेडेड सिस्टम के लिए कोल्ड प्लेट, पूरी तरह से स्वचालित फ्लेक्सिबल कवर/स्लिपिंग वर्कस्टेशन, स्वचालित हाई स्पीड स्लाइड स्कैनर, पैथोलॉजी और यूरिनोमीटर में स्वचालित मूत्र विश्लेषक, बायोकेमिस्ट्री विभाग में क्रोमैटोग्राफी यूनिट और ग्लूकोमीटर

<sup>34</sup> आटोकलेव (4 के प्रति 2), सेंट्रीफ्यूज मशीन (8 के प्रति 2), छात्रों के लिए माइक्रोस्कोप (150 के प्रति 81), पैथोलॉजी में एक्स रे व्यूइंग बॉक्स (5 के प्रति 1) और पैथोलॉजी में स्टूडेंट माइक्रोस्कोप (10 के प्रति 4), थर्मामीटर (5 के प्रति 1) और बायोकेमिस्ट्री विभाग में पीएच मीटर (5 के मुकाबले 1)।

इसके अलावा, एलएनएच की क्लिनिकल प्रयोगशालाओं में तीन उपकरण<sup>35</sup> काम करने की स्थिति में नहीं थे, एलएनएच द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार जेनेटिक लैब में 15 विभिन्न उपकरणों और क्लिनिकल लैब में छह उपकरणों की भी आवश्यकता थी जो अभी तक उन्हें उपलब्ध नहीं कराए गए हैं।

(ii) नीचे दिए गए विवरण के अनुसार एमएएमसी के फार्माकोलॉजी, सामुदायिक मेडिसीन, फॉरेंसिक मेडिसिन और एनाटॉमी विभागों में विभिन्न उपकरणों की कमी थी:

- फार्माकोलॉजी विभाग में विशेष औषधि वितरण प्रणाली (25 के प्रति 10) और खुराक फॉर्मूलेशन के नमूने (25 के प्रति 10) जैसी महत्वपूर्ण वस्तुओं की कमी थी। फार्माकोलॉजी विभाग में प्रायोगिक फार्माकोलॉजी पढ़ाने के लिए सीएएल प्रोग्राम के साथ पर्याप्त कंप्यूटरों सहित एक कंप्यूटर सहायता प्राप्त शिक्षण प्रयोगशाला होनी चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि फार्माकोलॉजी विभाग की कंप्यूटर सहायता प्राप्त शिक्षण प्रयोगशाला में सीएएल प्रोग्राम/सॉफ्टवेयर वाले पर्याप्त कंप्यूटर नहीं थे।
- सामुदायिक मेडिसीन विभाग में दस<sup>36</sup> विभिन्न उपकरण उपलब्ध नहीं थे। इसमें विच्छेदन माइक्रोस्कोप (60 के प्रति तीन) और माइक्रोस्कोप तेल विसर्जन (पांच के प्रति एक) की भारी कमी थी।
- फॉरेंसिक मेडिसिन विभाग में चार<sup>37</sup> विभिन्न उपकरण उपलब्ध नहीं थे। माइक्रोस्कोप स्टूडेंट टाइप (40 के प्रति 20), एक्स रे व्यू बॉक्स (सात के प्रति एक) और ब्रेन नाइफ (आठ के प्रति दो) की कमी थी।
- एनाटॉमी विभाग में ड्रिल मशीन, डाईसेक्शन माइक्रोस्कोप एवं इन्क्यूबेटर उपलब्ध नहीं थे। इसके अतिरिक्त, टेबल (37 के प्रति 23), एक्सरे देखने वाली लॉबी (आठ के प्रति तीन), आर्टिकुलेटेड स्केलेटन सेट (10 के प्रति पांच) और बोन सेट (45 के प्रति 10) की कमी थी।

<sup>35</sup> पूरी तरह से स्वचालित रक्त कोशिका काउंटर(2) और लैब सेंट्रीफ्यूज मशीन (1)

<sup>36</sup> कॉम्पैरेटर(1), एक्सट्रैक्शन अपारेटर(1), फ़िल्टर पाश्चर चेम्बरलैंड, बर्क फेड(2), हाइड्रोमीटर(7), इनक्यूबेटर(1), बैलेंस एनालिटिकल(1), सेंट्रीफ्यूज क्लिनिकल(1), स्टरलाइज़र(2) और आटोकलेव (1)

<sup>37</sup> हैकसाँ (4), डिजिटल स्पेक्ट्रोमीटर (1), इलेक्ट्रिक ऑटो स्लाइड प्रोजेक्टर (1), एडजस्टेबल स्लिट के साथ स्पेक्ट्रोस्कोप लेंस (2)

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2023) कि कम पड़ने वाले उपकरणों की खरीद के लिए खरीद प्रक्रिया शुरू कर दी गई है।

**सिफारिश 4.12:** सरकार को मेडिकल कॉलेज विनियमों के अनुसार मेडिकल कॉलेजों में प्रयोगशालाओं/विभागों में उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।

#### 4.5.7 मरम्मत एवं रखरखाव

कई रोगी देखभाल सेवाएं अनिवार्य रूप से उपकरणों पर निर्भर हैं। उपयुक्त उपकरणों के बिना, अस्पताल रोगियों या समुदाय को वांछित या प्रतिबद्ध सेवा प्रदान नहीं कर सकते हैं। इस प्रकार प्रत्येक अस्पताल और स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के लिए एक विश्वसनीय, भरोसेमंद और टिकाऊ मरम्मत और रखरखाव कार्यक्रम आवश्यक है। अस्पताल के मरम्मत और रखरखाव कार्यक्रम का उद्देश्य, लागत प्रभावी तरीके से समय पर उपकरणों के रखरखाव, मरम्मत और निराकरण एवं प्रतिस्थापन के माध्यम से सभी चिकित्सा उपकरणों को कार्यशील स्थिति में रखना है।

##### 4.5.7.1 अस्पतालों में लॉग बुक का अनुचित अनुरक्षण

व्यापक वार्षिक अनुरक्षण संविदा (सीएएमसी) के निबंधनों और शर्तों के अनुसार, यदि मशीन का डाउनटाइम एक वर्ष में 5 प्रतिशत से अधिक हो जाता है तो जितने दिनों तक उपकरण सेवा में नहीं था (5 प्रतिशत अनुमेय सीमा से अधिक), उससे दोगुने दिनों की विस्तारित सीएएमसी अवधि के रूप में जुर्माना लगाया जाएगा। तथापि, यह देखा गया कि न तो विभिन्न उपकरणों के गैर-कार्यशील दिनों की संख्या स्पष्ट रूप से इंगित करने वाली लॉग बुक का अनुरक्षण किया गया था और न ही कभी गणना की गई थी तथा संविदा के नवीनीकरण को मंजूरी देते समय भी इसे ध्यान में नहीं रखा गया था। इसके अतिरिक्त, वार्षिक अनुरक्षण संविदा देने से पहले फर्मों से निष्पादन की गारंटी नहीं ली गई थी।

##### 4.5.7.2 सीएएमसी के नवीनीकरण में देरी

अनुरक्षण संविदा के समय पर नवीनीकरण के लिए किसी तंत्र के अभाव में, यह देखा गया कि कुछ मामलों में, सीएएमसी को पहले 5 वर्षों की निःशुल्क सीएएमसी अवधि के बाद बढ़ाया नहीं गया था, जिसके परिणामस्वरूप पुर्जों के प्रतिस्थापन में देरी हुई, जिससे प्रभावी रूप से रोगियों को सेवा से वंचित होना पड़ा।

लेखापरीक्षा के दौरान पाए गए उदाहरणात्मक दृष्टांत तालिका 4.8 में उल्लिखित हैं।

**तालिका 4.8: एएमसी को अंतिम रूप देने में देरी के मामले**

क्र. सं.	अस्पताल	उपकरण का नाम	सीएमसी से बाहर की तारीख	मरम्मत में देरी के उदाहरण
1	एलएनएच (रेडियोलोजी)	अल्ट्रासाउंड मशीन एक्यूसन एस2000	फरवरी 2017	ट्रांसड्यूसर में समस्याओं के कारण मशीन खराब हो गई थी (1 जुलाई 2017) और 10 अक्टूबर 2017 को बदल दी गई थी।
2	एलएनएच (रेडियोलोजी)	फिलिप्स अल्ट्रासाउंड मशीन (आईयू 22)	जून 2017	पुर्जों के प्रतिस्थापन में देरी (जुलाई 2021 से नवंबर 2021 और अप्रैल 2018 से जनवरी 2019)।
3	एलएनएच (रक्त बैंक)	दो फार्मास्युटिकल रेफ्रिजरेटर	फरवरी 2018	उपकरण 30 अक्टूबर 2018 से 31 दिसंबर 2018 और 31 जनवरी 2019 से 29 मार्च 2019 तक अकार्यात्मक हो गए।
4	सुश्रुता ट्रामा सेंटर (एसटीसी), एलएनएच	डिजिटल एक्स रे मशीन	सितंबर 2015	2017 से 2020 तक विभिन्न अवसरों पर मशीन खराब होने के बाद चालू कराने में देरी के कारण मशीन चार महीने से अधिक समय तक काम नहीं कर रही थी।
5	सीएनबीसी (माइक्रोबायोलॉजी)	मेडिकल वेस्ट डिसइंफेक्शन सिस्टम	सितंबर 2019	यद्यपि सीएमसी की अवधि 09 सितंबर 2019 को समाप्त हो गई थी, विभाग ने सीएमसी के प्रस्ताव को 30.03.2020 से स्वीकार किया। लेखापरीक्षा में देखा गया कि गैर-सीएमसी अवधि के दौरान उपकरण 25 अक्टूबर 2019 से 5 दिसंबर 2019 (41 दिन) तक अकार्यात्मक था। उपकरण की मरम्मत के लिए ₹ 6490 का भुगतान किया गया।

#### 4.5.7.3 एलएनएच में उपकरणों की मरम्मत में देरी

ओटी में उपयोग किए जाने वाले स्टेरलाइज़ेशन उपकरणों की व्यापक वार्षिक अनुरक्षण संविदा की नमूना जांच के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि ओटी-III और स्त्री रोग ओटी में स्थित दो हाई स्पीड स्टेरलाइज़र जैकेट और चैंबर में से भाप रिसाव के कारण क्रमशः जून 2016 और दिसंबर 2017 से काम नहीं कर रहे थे। ये पार्ट्स सीएमसी में शामिल नहीं थे। निर्णय लेने में प्रक्रियागत देरी हुई जिसके परिणामस्वरूप स्त्री रोग ओटी में छह महीने और ओटी-III में एक वर्ष के लिए स्टेरलाइज़र की सेवा अनुपलब्ध रही। अंततः जुलाई 2018 में उपकरण की मरम्मत की गई और तब से यह काम कर रहा है।

#### 4.5.7.4 पूर्वव्यापी प्रभाव से सीएमसी प्रदान किया जाना

ऐसे कई उदाहरण थे जहां अस्पतालों में व्यापक वार्षिक अनुरक्षण संविदा पूर्वव्यापी प्रभाव से प्रदान की गई थी।

(i) एलएनएच

- स्टिफ़नोहोफ़र स्टेरलाइज़रों के संबंध में 4 जून 2016 से 3 जून 2017 की अवधि के लिए सीएएमसी प्रदान किए जाने का पत्र सक्षम प्राधिकारी से कार्यान्वयन अनुमोदन के साथ अगस्त 2017 में जारी किया गया था।
- एंडरसन ईटीओ गैस स्टेरलाइज़ेशन सिस्टम (अगस्त 2008 में खरीदा गया) के मामले में, जिसका उपयोग ओटी, आईसीयू आदि सहित पूरे अस्पताल के स्टेरलाइज़ेशन के लिए किया जाता है, सितंबर 2018 से अगस्त 2019 तक की अवधि के लिए सीएएमसी प्रदान करने में देरी हुई थी। तथापि, यह देखा गया कि सीएएमसी मई 2020 में सितंबर 2018 से पूर्वव्यापी प्रभाव से प्रदान किया गया था और उसके लिए भुगतान किया गया था।
- सीएसएसडी के स्त्री रोग ओटी और ओटी II में उपयोग किए जाने वाले दो हाई स्पीड स्टरलाइज़र के मामले में, सीएएमसी अगस्त 2017 के महीने में पूर्वव्यापी प्रभाव से सितंबर 2016 से अगस्त 2017 तक की संविदा अवधि के लिए प्रदान किया गया था। फिर से संविदा सितंबर 2018 से अगस्त 2019 तक की अवधि के लिए जनवरी 2019 में पूर्वव्यापी प्रभाव से प्रदान की गई।

इन सभी मामलों में, यह देखा गया कि संविदा करने वाली कंपनियां संविदा के विस्तार के अभाव में भी मशीनों की सेवाएं प्रदान कर रही थीं, तथापि, मशीनों के अचानक खराब होने से वैध संविदा के अभाव में मशीन की मरम्मत में देरी होगी।

(ii) आरजीएसएसएच

ऐसे कई उदाहरण थे जहां सीएएमसी पूर्वव्यापी प्रभाव से प्रदान किया गया था जैसा कि तालिका 4.9 में दर्शाया गया है।

तालिका 4.9: उन उपकरणों की सूची जिनके लिए सीएएमसी पूर्वव्यापी प्रभाव से जारी किया गया

क्र.सं.	उपकरण का नाम	सीएएमसी आरंभ तिथि	प्रदान करने की तिथि
1	फुली ऑटोमेटेड इंटीग्रेटेड यूरिन केमेट्री एंड सेडीमेंट एनालाइजर	08.05.20	15.09.20
2	सीओ2 इनक्यूबेटर	03.06.20	07.01.21
3	फुली ऑटोमेटेड कोएगुलेशन एनालाइजर	01.04.20	21.10.20
4	एफसीआर + ड्राई लेजर प्रिंटर	14.01.20	23.03.21
5	एलएच 750 एनालाइटिकल स्टेशन	25.06.20	07.01.21
6	ऑटोमेटेड इम्यूनोएसे एनालाइजर	10.07.20	16.12.20
7	वीडियो ब्रॉकोस्कोप सिस्टम	01.04.21	14.07.21
8	शिलर टीएमटी मशीन	10.09.20	07.07.21
9	एंडोब्रोनकियल अल्ट्रासाउंड सिस्टम	01.04.21	14.07.21
10	हाई एंड एनेस्थीसिया मशीन	01.05.17	20.11.17

उपर्युक्त उदाहरणों से पता चलता है कि इन अस्पतालों में उपकरणों के समय पर अनुरक्षण को सुनिश्चित करने के लिए निगरानी तंत्र कमजोर है।

#### 4.5.7.5 उपकरण के डाउनटाइम के कारण जुर्माने की कम वसूली

उपकरणों की आपूर्ति के लिए समझौते की शर्तों के अनुसार वारंटी/गारंटी के दौरान आपूर्तिकर्ता को उपकरणों के 95 प्रतिशत अपटाइम की गारंटी देनी होगी, ऐसा न करने पर इकाई के उचित कामकाज में प्रत्येक दिन की देरी के लिए प्रति वर्ष पांच प्रतिशत से अधिक डाउनटाइम के लिए इकाई की दैनिक लागत की दोगुनी राशि के बराबर जुर्माना लगाया जाएगा।

सीएनबीसी में, जी.आई. वीडियो एंडोस्कोप जनवरी 2020 से एएमसी अवधि के दौरान 135 दिनों की अवधि के लिए अकार्यात्मक था। अस्पताल ने दैनिक संचालन लागत को दोगुना करने के बजाय प्रति दिन सीएएमसी की दोगुनी लागत के आधार पर ₹ 32,232 का जुर्माना लगाया, जिसके परिणामस्वरूप ₹ 4,42,374 का जुर्माना कम लगा।

इसी प्रकार, ओटी में उपयोग किए जाने वाले एनेस्थीसिया वर्क स्टेशन से पता चला कि उपकरण 20 नवंबर 2015 से पांच वर्ष की वारंटी के दौरान 330 दिनों की अवधि के लिए अकार्यात्मक था। इस प्रकार वारंटी के दौरान उपकरण निर्धारित मानदंडों से अधिक समयावधि तक खराब रहा, जिसके लिए ₹ 8.36 लाख का जुर्माना लगाया जाना चाहिए था। तथापि, आपूर्तिकर्ता पर कोई जुर्माना नहीं लगाया गया।

सरकार ने अपने उत्तर में कहा (दिसंबर 2023) कि सीएनबीसी ने ₹ 12.78 लाख में से ₹ 6.42 लाख की वसूली कर ली है और शेष राशि अभी भी वसूली के लिए लंबित है।



## अध्याय V

### स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना



## अध्याय V

### स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना

सरकार ने स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की कमी वाले जिले-वार क्षेत्रों की पहचान करने के लिए आवश्यकता आधारित आकलन नहीं किया। भूमि स्वामित्व एजेंसियों के अनुसरण की कमी के कारण आवंटित भूमि पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के निर्माण में ढिलाई थी। आरजीएसएसएच और जेएसएसएच के लक्ष्य और उद्देश्य सभी परिकल्पित सुपर स्पेशलिटी शाखाओं में चिकित्सा उपचार प्रदान करना और उपकरण तथा अत्यधिक विशिष्ट नैदानिक मशीनों के रूप में चिकित्सा अवसंरचना प्रदान करना मुख्य रूप से सरकार की दोषपूर्ण नीति के कारण हासिल नहीं किया जा सका, जिसके परिणामस्वरूप अपेक्षित स्टाफ की अनुपलब्धता हुई। एलएनएच में मौजूदा हताहत ब्लॉक के पुनर्निर्माण कार्य के लिए न तो कोई मूल्यांकन किया गया और न ही अधिक अस्पताल बिस्तरों/नए भवन की आवश्यकता का आकलन करने के लिए कोई अध्ययन किया गया। एलएनएच में विभिन्न भवन और चिकित्सा ढांचागत परियोजनाओं के पूरा होने में देरी हुई। बिस्तर जनसंख्या अनुपात राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 द्वारा अनुशंसित अनुपात से कम था। दिल्ली सरकार के अस्पतालों में पीपीपी मोड के तहत डायलिसिस केंद्र और राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र की स्थापना नहीं की जा सकी। भगवान महावीर अस्पताल में स्थापित 25 डायलिसिस मशीनें उपयोग में नहीं थीं, इनमें से दस डायलिसिस मशीनें दूसरे अस्पताल में स्थानांतरित कर दी गई थी तथा 15 मशीनें अस्पताल में बेकार पड़ी थीं। आशा कार्यकर्ताओं को गैर-संक्रामक रोगों की जांच के लिए मोबाइल ऐप की सुविधा नहीं मिल सकी क्योंकि डीएसएचएम ने स्मार्टफोन नहीं खरीदे जिन्हें शासी निकाय द्वारा नवंबर 2019 में अनुमोदित किया गया था।

सरकार आरजीएसएसएच में रोगी देखभाल के लिए स्थापित सुविधाओं का उपयोग नहीं कर सकी। इससे सरकारी धन का अवरोधन हो गया। वहीं आरजीएसएसएच में छह मॉड्यूलर ओटी और जेएसएसएच में सभी सात मॉड्यूलर ओटी विभिन्न विशेष सेवाएं शुरू करने के लिए स्टाफ की कमी के कारण निष्क्रिय पड़े थे। स्वीकृत कार्य की प्रगति पर निगरानी की कमी थी जिसके परिणामस्वरूप कार्य पूरा होने में देरी हुई।

## 5.1 परिचय

किसी राज्य में स्वास्थ्य देखभाल नीति और कल्याण तंत्र को समझने के लिए स्वास्थ्य अवसंरचना एक महत्वपूर्ण संकेतक है। यह स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के निर्माण के संबंध में निवेश प्राथमिकता का प्रतीक है। अवसंरचना को सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों के वितरण के लिए मूलभूत समर्थन के रूप में वर्णित किया गया है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए पर्याप्त और उचित रूप से अनुरक्षित भवन अवसंरचना और उपकरण अत्यंत महत्वपूर्ण हैं।

अभिलेखों की जांच से अवसंरचना में अपर्याप्तता का पता चला जैसा कि आगे के पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

## 5.2 अवसंरचना का नियोजन और मूल्यांकन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) के बिंदु 3.3.4 में अवसंरचना के विकास के व्यापक अंतराल को भरने पर जोर दिया गया है। इसके अतिरिक्त नीति आयोग द्वारा प्रस्तुत स्वैच्छिक राष्ट्रीय समीक्षा (वीएनआर) की दूसरी रिपोर्ट आयुष्मान भारत योजना के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना के पुनर्गठन के सरकारी प्रयासों का समर्थन करती है। हालांकि, दिल्ली में आयुष्मान भारत योजना लागू नहीं की गई।

रा.रा.क्षे.दि.स. अपने डायग्नोस्टिक केंद्रों, औषधालयों, मोहल्ला क्लीनिकों, मोबाइल स्वास्थ्य केंद्रों, अस्पतालों और पॉलीक्लिनिकों में प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तरों से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करता है। मार्च 2022 तक दिल्ली में उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों का विवरण तालिका 5.1 में दिया गया है।

तालिका 5.1: दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों का विवरण

क्र.सं.	स्वास्थ्य देखभाल सुविधा का प्रकार	इकाइयों की संख्या	प्रदान की गई स्वास्थ्य सेवा का स्तर
1	औषधालय (एलोपैथिक)	253	प्राथमिक एवं माध्यमिक देखभाल
2	औषधालय (आयुर्वेदिक)	49	
3	आम आदमी मोहल्ला क्लीनिक	517	
4	औषधालय (यूनानी)	22	
5	औषधालय (होम्योपैथिक)	108	
6	पालीक्लिनिक	28	

क्र.सं.	स्वास्थ्य देखभाल सुविधा का प्रकार	इकाइयों की संख्या	प्रदान की गई स्वास्थ्य सेवा का स्तर
7	मोबाइल स्वास्थ्य क्लिनिक	8	
8	स्कूल स्वास्थ्य क्लिनिक	50	
9	अस्पताल (27 जिला अस्पताल + 7 सुपर स्पेशलिटी + 4 आयुष अस्पताल + 1 जेल अस्पताल)	39	प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल

स्रोत: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की वार्षिक रिपोर्ट - 2021-22

### 5.2.1 रा.रा.क्षे.दि.स. के अस्पतालों का वितरण

रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत दिल्ली में 38 जिला/सुपर स्पेशलिटी/आयुष अस्पताल और एक केंद्रीय जेल अस्पताल हैं। इन 38 जिला/सुपर स्पेशलिटी/आयुष अस्पतालों का जिला-वार वितरण तालिका 5.2 में दिया गया है।

तालिका 5.2: दिल्ली सरकार के अस्पतालों का वितरण

क्र.सं.	ज़िला	जिला अस्पताल	सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	आयुष अस्पताल	कुल
1	केंद्रीय	4	2	0	6
2	पूर्व	2	0	0	2
3	नई दिल्ली	0	1	1	2
4	उत्तर	4	0	0	4
5	उत्तर-पूर्व	1	0	0	1
6	उत्तर पश्चिम	5	0	0	5
7	शाहदरा	2	3	0	5
8	दक्षिण पूर्व	1	0	0	1
9	दक्षिण पश्चिम	3	0	2	5
10	पश्चिम	4	1	0	5
11	दक्षिण	1	0	1	2
कुल		27	7	4	38

यह देखा जा सकता है कि दिल्ली के विभिन्न जिलों में अस्पताल समान रूप से वितरित नहीं थे। उत्तर पूर्व और दक्षिण पूर्व जिले में केवल एक-एक अस्पताल था।

डीजीएचएस ने उत्तर में कहा (जून 2022) कि निकट भविष्य में दिल्ली में कुल 77,277 बिस्तर उपलब्ध होंगे। उत्तर अप्रासंगिक है क्योंकि यह अभ्युक्ति जिलों के बीच अस्पतालों के असमान वितरण से संबंधित है।

उपरोक्त तथ्यों से यह स्पष्ट है कि सरकार द्वारा दिल्ली के जिलों में स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना के समान वितरण को सुनिश्चित करने के लिए कोई आवश्यकता आधारित मूल्यांकन नहीं किया गया था।

**सिफारिश 5.1:** सरकार स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना का, आवश्यकता आधारित आकलन दिल्ली में इसके समान वितरण को सुनिश्चित करने के लिए कर सकती है।

### 5.2.2 मानदंडों के विरुद्ध बिस्तरों की उपलब्धता

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 प्रति 1000 जनसंख्या पर दो बिस्तरों की सिफारिश करती है। आईपीएचएस मानदंडों के अनुसार प्रत्येक जिले के लिए प्रति 1000 जनसंख्या पर एक बिस्तर एक 'आवश्यक' मानदंड है, जबकि प्रति 1000 पर दो बिस्तर एक 'वांछनीय' लक्ष्य है जिसकी आकांक्षा करनी चाहिए। इसके अलावा, अंतिम संख्या उसकी जनसंख्या, स्थानीय महामारी विज्ञान, बीमारी का बोझ, सामुदायिक आवश्यकताओं, जनसंख्या के स्वास्थ्य-संबंधी व्यवहार और प्रत्येक जिले के लिए निजी क्षेत्र के योगदान से प्रभावित होती है, एक जिले में बिस्तरों की 'आवश्यक' संख्या, तृतीयक देखभाल, माध्यमिक देखभाल और प्राथमिक देखभाल की सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से प्रदान की जानी चाहिए।

दिल्ली में सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य संस्थानों में स्वीकृत बिस्तरों की क्षमता (मार्च 2022) तालिका 5.3 में दी गई है

**तालिका 5.3: दिल्ली में सार्वजनिक/निजी स्वास्थ्य संस्थानों में स्वीकृत बिस्तर**

#### क्षमता

क्र.सं.	एजेंसियां	संस्थान	स्वीकृत बिस्तर	बिस्तर अनुपात <sup>1</sup>
1	दिल्ली सरकार	39	14,244	0.68
2	दिल्ली नगर निगम	45	3,337	2.18
	नई दिल्ली नगर पालिका परिषद	2	221	
	भारत सरकार (डीजीएचएस, सीजीएचएस, रेलवे, ईएसआई, सेना अस्पताल, एलआरएस संस्थान)	19	9,544	
	अन्य स्वायत्त निकाय (पटेल चेस्ट इंस्टीट्यूट, आईआईटी अस्पताल, एम्स, एनआईटीआरडी (पहले एलआरएस))	5	3,163	
	निजी नर्सिंग होम/अस्पताल/स्वयंसेवी संगठन	1,119	29,348	
<b>कुल</b>		<b>1,229</b>	<b>59,957</b>	<b>2.86</b>

स्रोत: दिल्ली का आर्थिक सर्वेक्षण, 2021-22

<sup>1</sup> स्वीकृत बिस्तरों को हजार की कुल जनसंख्या से विभाजित करके गणना की जाती है

दिल्ली में, दिल्ली सरकार के अस्पतालों में उपलब्ध बिस्तरों के अनुसार बिस्तर जनसंख्या अनुपात 0.68 (2021-22) था। इस प्रकार, दिल्ली सरकार एनएचपी के अंतर्गत प्रति 1000 जनसंख्या पर दो बिस्तरों का वांछनीय लक्ष्य प्राप्त नहीं कर पाई।

1,230 अस्पतालों में कुल उपलब्ध 59,957 बिस्तरों में से 29,348 बिस्तर यानि लगभग 50 प्रतिशत 1,119 निजी संस्थानों में थे, जो दर्शाता है कि अधिकांश मामलों में दिल्ली के लोगों को चिकित्सा देखभाल के लिए निजी स्वास्थ्य संस्थानों पर निर्भर रहना पड़ता है।

**सिफारिश 5.2: सरकार एनएचपी 2017 के अनुरूप दिल्ली सरकार के अस्पतालों में बिस्तर की उपलब्धता प्रति हजार जनसंख्या पर दो बिस्तर तक बढ़ाने का प्रयास कर सकती है।**

### 5.2.3 सरकारी अस्पतालों में बिस्तरों की उपलब्धता एवं वृद्धि

2016-17 से 2021-22 के दौरान रा.रा.क्षे.दि.स. में अस्पतालों में स्वीकृत बिस्तरों की तुलना में कार्यात्मक बिस्तरों की स्थिति तालिका 5.4 में दी गई थी।

**तालिका 5.4: अस्पतालों में स्वीकृत और उपलब्ध बिस्तरों की संख्या**

क्र.सं.	वर्ष	अस्पतालों की संख्या	स्वीकृत बिस्तर	कार्यात्मक बिस्तर	बिस्तरों की कमी (प्रतिशत में)
1.	2016-17	38	11,308	10,184	9.94
2.	2017-18	38	11,353	10,520	7.33
3.	2018-19	38	11,770	10,646	9.54
4.	2019-20	38	11,814	11,052	6.45
5.	2020-21	39	12,603	11,541	8.43
6.	2021-22	39	14,244	13,214	7.23

स्रोत: डीजीएचएस की वार्षिक रिपोर्टें

रा.रा.क्षे.दि.स. के 27 अस्पतालों (चार आयुष, एक जेल अस्पताल और सात सुपर स्पेशलिटी अस्पतालों को छोड़कर) में जिले-वार स्वीकृत बिस्तर और उपलब्ध बिस्तर तालिका 5.5 में दिए गए हैं।

तालिका 5.5: रा.रा.क्षे.दि.स. के 27 अस्पतालों में जिले-वार स्वीकृत बिस्तरों की तुलना में उपलब्ध बिस्तर (मार्च 2022)

जिला	स्वीकृत सं.	उपलब्धता	अधिकता/कमी
दक्षिण पश्चिम	1447	1467	20
उत्तर	1268	1308	40
दक्षिण	600	200	-400
दक्षिण पूर्व	100	103	3
पश्चिम	1240	1040	-200
शाहदरा	1771	1809	38
केंद्रीय	2466	2482	16
उत्तर पूर्व	210	210	0
उत्तर पश्चिम	1368	1368	0
पूर्व	334	381	47
कुल	10804	10368	-436

अभिलेखों की जांच से पता चला कि 39 में से 10 अस्पतालों में कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या स्वीकृत से कम थी जैसा कि तालिका 5.6 में दिया गया है।

तालिका 5.6: स्वीकृत बिस्तरों के प्रति बिस्तरों की उपलब्धता

क्र. सं.	अस्पताल का नाम	अवधि	स्वीकृत बिस्तरों की संख्या	कार्यात्मक बिस्तर	बिस्तरों की संख्या में कमी
1.	सेंट्रल जेल अस्पताल	2016-17	270	240	30
		2020-21	318	270	48
2.	डॉ. एन.सी. जोशी मेमोरियल अस्पताल	2016-17	100	100	--
		2020-21	100	60	40
3.	गुरु तेग बहादुर अस्पताल	2016-17	1512	1456	56
		2020-21	1512	1448	64
4.	मानव व्यवहार और संबद्ध विज्ञान संस्थान	2016-17	500	336	164
		2020-21	356	236	120
5.	लिवर और पित्त साइंस संस्थान (आईएलबीएस)	2016-17	180	151	29
		2020-21	549	284	265
6.	जनक पुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	2016-17	300	100	200
		2020-21	300	100	200
7.	राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	2016-17	650	60	590
		2020-21	650	500	150
8.	बुराड़ी अस्पताल	2020-21	768	320	448
9.	ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल	2016-17	300	240	60
		2020-21	300	240	60
10.	नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज और अस्पताल	2016-17	100	89	11
		2020-21	100	60	40

स्रोत: डीजीएचएस की वार्षिक रिपोर्ट

यह देखा जा सकता है कि डॉ. एन.सी. जोशी मेमोरियल अस्पताल एवं नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज और अस्पताल में लेखापरीक्षा अवधि के दौरान कार्यात्मक बिस्तरों की संख्या में कमी आई जबकि लिवर और पित्त विज्ञान संस्थान (आईएलबीएस) में स्वीकृत बिस्तरों की संख्या में वृद्धि कार्यात्मक बिस्तरों में वृद्धि के बिना बढ़ा दी गई थी। इस प्रकार, सरकार आम जनता को पर्याप्त संख्या में बिस्तर उपलब्ध नहीं करा सकी जो चिकित्सा सुविधाएं प्रदान करने के लिए आवश्यक समझे जाते हैं।

उपरोक्त के अलावा, सरकार ने 2016-17 और 2017-18 के बजट भाषणों में अपने मौजूदा अस्पतालों को फिर से तैयार करके और नए संस्थानों की स्थापना करके क्रमशः 10,000 बिस्तर और 15,000 बिस्तर जोड़ने की घोषणा की। इसी तरह, 2019-20 और 2020-21 के बजट भाषणों में 7000 नए बिस्तर जोड़ने का भी आश्वासन दिया गया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि इस बजट घोषणा के विपरीत 2016-17 से 2020-21 के दौरान रा.रा.क्षे.दि.स. के अस्पतालों (स्वायत्त निकायों सहित) में केवल 1,357 बिस्तर जोड़े गए थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि बजट घोषणा के अनुरूप बिस्तर नहीं बढ़ाने के कारण, नौ अस्पतालों<sup>2</sup> (2018-19) में बिस्तर अधिभोग का प्रतिशत 101 से 189 प्रतिशत के बीच था। इसी तरह, सात अस्पतालों<sup>3</sup> (2019-20) में बिस्तर अधिभोग 109 से 169 प्रतिशत के बीच था।

डीजीएचएस ने तथ्यों को स्वीकार करते हुए (जून 2022) पुष्टि की कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान दिल्ली सरकार के अस्पतालों में केवल 1235 बिस्तर जोड़े गए थे।

इस प्रकार, यह स्पष्ट है कि रा.रा.क्षे.दि.स. बजट भाषणों में दिए गए आश्वासन के अनुसार इष्टतम कार्यात्मक बिस्तर उपलब्ध कराने की अपनी योजना और दृष्टि में विफल रहा।

<sup>2</sup> बाबा साहेब अम्बेडकर, बाबू जगजीवन राम, दादा देव, दीन दयाल उपाध्याय, गुरु गोबिंद सिंह, लाल बहादुर शास्त्री, लोक नायक, मदन मोहन मालवीय, संजय गांधी मेमोरियल अस्पताल

<sup>3</sup> बाबा साहेब अम्बेडकर, दादा देव, गुरु गोबिंद सिंह, लाल बहादुर शास्त्री, लोक नायक, मदन मोहन मालवीय, संजय गांधी मेमोरियल अस्पताल

**सिफारिश 5.3:** सरकार अपनी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अधिकतम कार्यात्मक बिस्तर सुनिश्चित करने के लिए समयबद्ध तरीके से अपनी गतिविधियों की योजना बना सकती है और उन्हें क्रियान्वित कर सकती है।

#### 5.2.4 कोविड के प्रबंधन के लिए अस्पतालों के बिस्तर

कोविड के प्रबंधन के लिए, रा.रा.क्षे.दि.स. ने सरकारी/निजी अस्पतालों को नामित किया तथा कोविड उपचार के लिए मांग को पूरा करने हेतु नामित कोविड स्वास्थ्य केन्द्रों (डीसीएचसी) को आरम्भ किया। तालिका 5.7 में दिए गए ब्यौरे के अनुसार नामित सरकारी अस्पतालों/केन्द्रों तथा कोविड बिस्तरों की संख्या में समय-समय पर वृद्धि की गई थी

**तालिका 5.7: कोविड के दौरान अस्पताल में बिस्तरों की उपलब्धता**

माह	राराक्षेदिस के अस्पतालों की सं.	दि.न.नि. के अस्पतालों की सं.	डीसीएचसी की सं.	कोविड बिस्तरों की कुल सं.	आईसीयू सहित कोविड बिस्तरों की कुल सं.
मार्च 2020	9	0	0	1000	0
अप्रैल 2020	6	0	0	2050	0
मई 2021	13	0	0	7450	2070
जुलाई 2021	16	5	8	19225	5150
जनवरी 2022	14	0	8	8450	2075

उपरोक्त के अतिरिक्त, जुलाई 2021 में आपातस्थिति से निपटने के लिए निजी अस्पतालों के 14000 बिस्तर (4253 आईसीयू बिस्तर सहित) तथा भारत सरकार के अस्पतालों के 3755 बिस्तर (1191 आईसीयू बिस्तर सहित) कोविड उपचार के लिए भी निर्धारित किए गए थे।

#### 5.2.5 दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन और दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी के संबंध में अवसंरचना का विकास

(i) राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र स्थापित नहीं किया जाना

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम) को विभिन्न नीतियों एवं रणनीतियों की योजना बनाने और उन्हें लागू करने में परिवार कल्याण निदेशालय तथा डीएसएचएम को तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए आठ वरिष्ठ सलाहकारों और दो अध्येताओं/प्रशिक्षुओं से युक्त एक राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (केंद्र) स्थापित करना था। 15 नवंबर 2016 को दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी की शासी निकाय की बैठक में राज्य स्वास्थ्य

प्रणाली संसाधन केंद्र स्थापित करने का निर्णय लिया गया और इसे कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) 2016-17 में प्रस्तावित किया गया था। पीआईपी के एक भाग के रूप में बजट की आवश्यकता भारत सरकार को प्रस्तुत की जानी थी। हालाँकि, प्रस्ताव को भारत सरकार द्वारा अनुमोदित नहीं किया गया था जैसा कि डीएसएचएम ने कहा था। इस कारण, डीएसएचएम द्वारा इसकी स्थापना नहीं की गयी।

राज्य कार्यक्रम प्रबंधक, डीएसएचएम ने उत्तर दिया (मार्च 2022) कि केन्द्र को भारत सरकार के अनुमोदन के अभाव में स्थापित नहीं किया जा सका।

विभाग ने स्थापना के प्रस्ताव को अनुमोदन नहीं देने के लिए भा.स. द्वारा दिए गए कारणों को प्रस्तुत नहीं किया। इस प्रकार, केंद्र की अनुपस्थिति ने सरकार को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की विभिन्न नीतियों और रणनीतियों की योजना बनाने तथा उन्हें लागू करने में आवश्यक सहायता से वंचित कर दिया।

#### (ii) पीपीपी मोड के अंतर्गत डायलिसिस केंद्र स्थापित नहीं किया गया

डीएसएचएस के शासी निकाय ने विभाग में एक समर्पित पीपीपी डायलिसिस सेल के निर्माण के साथ दिल्ली सरकार के अस्पतालों में पीपीपी मोड के तहत डायलिसिस केंद्रों की स्थापना को स्वीकृति दे दी (मई 2017)। डीएसएचएस द्वारा नए केंद्र स्थापित करने के लिए एनएचएम दिशानिर्देशों का पालन करने के निर्देश के साथ बीपीएल रोगियों के मुफ्त डायलिसिस के लिए ₹ 25.12 करोड़ का फंड स्वीकृत किया गया था (सितंबर 2017/फरवरी 2018)।

पीपीपी मोड पर छह अस्पतालों में डायलिसिस इकाइयों की स्थापना का काम जनवरी 2018 में एक एजेंसी को डायलिसिस के प्रति सत्र के लिए ₹ 1,274 पर दिया गया था। ये केंद्र 25 अप्रैल 2018 तक स्थापित किये जाने थे।

इस संबंध में लेखापरीक्षा में पाया गया कि-

- नौ से 109 दिनों की देरी के बाद 14 मई से 11 अगस्त 2018 के बीच पांच अस्पतालों<sup>4</sup> में केंद्र स्थापित किए गए।

<sup>4</sup> दीन दयाल अस्पताल, महर्षि बाल्मिकी अस्पताल, दीप चन्द बन्धु अस्पताल, पंडित मदन मोहन मालवीय अस्पताल और भगवान महावीर अस्पताल

➤ भगवान महावीर अस्पताल में स्थापित 25 मशीनों का जल विश्लेषण रिपोर्ट उपयुक्त नहीं होने के कारण उपयोग नहीं किया जा सका और मशीनें बेकार पड़ी रहीं। एसपीओ- डायलिसिस (पीपीपी) ने कहा (मार्च 2022) कि इनमें से 10 मशीनों को इंदिरा गांधी अस्पताल, द्वारका में स्थानांतरित कर दिया गया है।

**(iii) सहायक नर्स और दाइयों (एएनएम) के लिए टैबलेट कंप्यूटर नहीं खरीदे गए**

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी के शासी निकाय ने एएनएम को उनके कागजी काम को कम करने, लाभार्थियों की आसान ट्रेकिंग और वास्तविक समय डेटा प्राप्त करने के लिए इंटरनेट कनेक्टिविटी के साथ मोबाइल टैबलेट प्रदान करने का निर्णय लिया (मई 2017)। तदनुसार, भारत सरकार द्वारा 2017-18 की कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) में आठ महीनों के लिए (वित्तीय वर्ष 2017-18 की शेष अवधि जून 2017 से मार्च 2018 तक के लिए) ₹ 181.45 लाख के कुल वित्तीय निहितार्थ के साथ 800 एएनएम के लिए टैबलेट और इंटरनेट की खरीद का प्रस्ताव अनुमोदित और मान्य किया गया था। यह देखा गया कि डीएसएचएस की शासी निकाय ने जनवरी 2020 में अनुमोदन को फिर से वैध कर दिया, लेकिन अगस्त 2022 तक टैबलेट नहीं खरीदे गए। डीएसएचएस के शासी निकाय द्वारा अनुमोदन के पांच साल बाद (मई 2017) भी टैबलेट की खरीद नहीं की गई, जिससे कागजी कार्रवाई को कम करने, लाभार्थियों की आसान ट्रेकिंग आदि के लिए एएनएम को सुविधाएं प्रदान करने का मूल उद्देश्य विफल हो गया था।

**(iv) आशा कार्यकर्ताओं के लिए स्मार्टफोन नहीं खरीदना**

इसी तरह, डीएसएचएस के शासी निकाय ने 2,779 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) को स्मार्ट फोन और इंटरनेट कनेक्टिविटी की खरीद को अनुमोदन किया (नवंबर 2019)। इन स्मार्टफोन का उपयोग आशा द्वारा गैर-संक्रामक रोग ऐप में स्क्रीनिंग और अन्य ऐप के लिए किया जाना था। स्मार्ट फोन का अन्य उद्देश्य मैन्युअल रिकॉर्ड को डिजिटल रिकॉर्ड में परिवर्तित करने के बोझ को खत्म करना था। शासी निकाय ने इस उद्देश्य के लिए 2019-20 में ₹ 289.02 लाख की राशि भी स्वीकृत की। लेखापरीक्षा में

पाया गया कि डीएसएचएस द्वारा फरवरी 2022 तक स्मार्ट फोन नहीं खरीदे गए थे भले ही बोलीदाता को अंतिम रूप देने में विफलता के कारण शासी निकाय द्वारा अनुमोदित किए हुए 26 महीने से अधिक का समय बीत चुका था।

स्मार्टफोन की खरीद न होने के कारण, आशा कार्यकर्ता स्क्रीनिंग के लिए गैर-संक्रामक रोग ऐप की सुविधा और मैनुअल रिकॉर्ड को डिजिटल रिकॉर्ड में परिवर्तित करने की सुविधा का लाभ नहीं उठा सकीं।

विभाग ने अपने उत्तर में कहा (फरवरी 2022) कि स्मार्टफोन की संख्या को संशोधित कर 2861 कर दिया गया है और स्मार्ट फोन की खरीद प्रक्रियाधीन है।

संक्षेप में, डीएसएचएम ने राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र की स्थापना भले ही नहीं की जबकि डीएसएचएस के शासी निकाय ने इसे नवंबर 2016 में स्वीकृति दे दी थी। केंद्र की अनुपस्थिति ने सरकार को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की विभिन्न नीतियों और रणनीतियों की योजना बनाने तथा उन्हें लागू करने में आवश्यक सहायता से वंचित कर दिया। अप्रैल 2018 तक छह डायलिसिस केंद्र स्थापित होने थे लेकिन देरी के बाद पांच केंद्र स्थापित किए गए और भगवान महावीर अस्पताल में 25 डायलिसिस मशीनें स्थापित नहीं की जा सकीं। डीएसएचएम ने मई 2017 में शासी निकाय की स्वीकृति के बाद भी एएनएम के लिए टैबलेट नहीं खरीदे। डीएसएचएम ने आशा कार्यकर्ताओं के लिए स्मार्टफोन नहीं खरीदे जिन्हें नवंबर 2019 में शासी निकाय द्वारा स्वीकृति दे दी गई थी।

**सिफारिश 5.4: बीपीएल रोगियों को निःशुल्क डायलिसिस हेतु डायलिसिस केंद्रों में मशीनों की समय पर स्थापना के प्रयास किए जाने चाहिए तथा अपने कर्तव्यों का अधिक कुशलता से निर्वहन के लिए एएनएम के लिए टैबलेट कम्प्यूटर तथा एएसएचए के लिए स्मार्टफोन जैसे आवश्यक उपकरणों की समय से खरीद के लिए प्रयास किए जाने चाहिए।**

## 5.2.6 चयनित अस्पतालों के संबंध में अवसंरचना का विकास

### 5.2.6.1 राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (आरजीएसएसएच) और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल (जेएसएसएच)

आरजीएसएसएच और जेएसएसएच दोनों को सितंबर 2013 में सोसायटी के रूप में पंजीकृत किया गया था। इन सोसायटियों का प्राथमिक मिशन अस्पतालों को उपचारात्मक, पुनर्वास, उपशामक और निवारक स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में उत्कृष्ट केंद्र के रूप में विकसित करना था। इसके अलावा, अस्पतालों को चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में अनुसंधान और प्रशिक्षण के लिए उन्नत केंद्रों के रूप में भी कार्य करना था तथा पोस्ट-डॉक्टरल और स्नातकोत्तर स्तरों के लिए अत्याधुनिक शिक्षण सुविधाओं के रूप में स्थापित किया जाना था। अस्पतालों को सरकार की स्वीकृति से दिल्ली के विभिन्न इलाकों में संप्रेषण केंद्र स्थापित करने थे।

अस्पतालों के लिए धन का मुख्य स्रोत सहायता के पैटर्न (पीओए) के आधार पर सरकार से सहायता अनुदान था। इन अस्पतालों को चलाने के लिए एक व्यवहार्य व्यवसाय मॉडल भी विकसित किया जाना था और अस्पतालों/सरकार द्वारा समय-समय पर इसकी समीक्षा की जानी थी।

आरजीएसएसएच के संबंध में लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- आरजीएसएसएच का निर्माण 2003 में ₹ 153.68 करोड़ की लागत से लगभग 61,198 वर्ग मीटर के निर्मित क्षेत्र के साथ किया गया था लेकिन अग्निशमन जांच द्वार, जल पाइपलाइन की विस्तृत परियोजना रिपोर्ट, वर्षा जल संचयन आदि के लंबित कार्य के कारण सक्षम प्राधिकारी से भवन का पूर्णता प्रमाण पत्र अभी तक प्राप्त नहीं हुआ था।
- अस्पताल भवन के कुल निर्मित क्षेत्र का लगभग आधा हिस्सा रुमेटोलॉजी, नेफ्रोलॉजी, क्लिनिकल हेमेटोलॉजी, बोन मैरो ट्रांसप्लांट और न्यूक्लियर मेडिसिन जैसे रोगी देखभाल विभागों/विशेषताओं के रूप में अप्रयुक्त पड़ा हुआ था, जो अभी तक शुरू नहीं हुए थे।

- छह मॉड्यूलर/अर्ध-मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर (ओटी), स्टोन सेंटर, ट्रांसप्लांट आईसीयू और वार्ड, रसोई, 77 निजी/विशेष कमरे, 16 आईसीयू बेड, 154 सामान्य बेड और रेजिडेंट्स हॉस्टल के कमरे कार्यात्मक नहीं थे (जुलाई 2022) जैसा चित्र 5.1 में देखा जा सकता है। शवगृह और रैपिड रिस्पांस सेंटर केवल 2020-21 में कार्यात्मक बनाए गए थे।



चित्र 5.1: आरजीएसएसएच में निष्क्रिय पड़ी अवसंरचना

- नवंबर 2015 से शुरू होने वाले पहले चरण में 650 बिस्तरों की प्रस्तावित बिस्तर क्षमता के प्रति 250 बिस्तरों को कामकाज के लिए स्वीकृति दी गई थी। यह देखा गया कि सितंबर 2017 तक केवल 64 बिस्तर ही चालू थे। इसके बाद समय-समय पर जुलाई 2022 तक बिस्तर क्षमता को 250 बिस्तर तक बढ़ाई गई थी।
- सोसायटी के मेमोरेंडम ऑफ एसोसिएशन (एमओए) में परिकल्पित शैक्षणिक और अनुसंधान गतिविधियां शुरू नहीं की गईं। इसने न तो स्नातकोत्तर और पोस्ट-डॉक्टरल शिक्षण सुविधाएं शुरू की हैं और न ही दिल्ली के विभिन्न हिस्सों में कोई रेफरल केंद्र खोला है जैसा कि एमओए में परिकल्पना की गई है।

- नवंबर 2013 से जून 2022 की अवधि के दौरान तिमाही बैठकों की आवश्यकता के प्रति शासी परिषद (जीसी) की केवल पांच बार बैठक हुई थी और वित्त समिति की तीन बार बैठक हुई थी जो दर्शाता है कि अस्पताल के प्रशासन और नियंत्रण मामलों के लिए जिम्मेदार शीर्ष निकाय आवश्यकतानुसार कार्य नहीं कर रहे थे। उपयोगकर्ता प्रभार, डॉक्टरों और अन्य कर्मचारियों की भर्ती तथा वेतन और भत्ते के लिए नीतियों को अंतिम रूप देने में देरी हुई, हालांकि ये 2013 से शासी निकाय द्वारा चर्चा में थे। हालांकि, यह देखा गया कि जनवरी 2020 में हुई बैठक में डॉक्टरों की भर्ती नीति अंततः एम्स के समान अपनाई गई थी। यद्यपि, जीसी ने जनवरी 2016 में सीजीएचएस दरों पर उपयोगकर्ता प्रभार लागू करने का निर्णय लिया था, इसे लागू नहीं किया गया।

जेएसएसएच के संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि -

- जेएसएसएच ने शैक्षणिक और अनुसंधान गतिविधियां शुरू नहीं की थीं जैसाकि एमओए में परिकल्पित था। सरकार ने कहा (दिसम्बर 2023) कि कार्डियोलॉजी में पोस्ट ग्रेजुएट कोर्स (दो सीटें) वर्ष 2022 में शुरू की गई हैं और कार्डियोलॉजी और न्युरोलॉजी में दो शोध गतिविधियाँ संचालित की जा रही हैं।
- सितंबर 2013 से मार्च 2023 तक त्रैमासिक बैठकों की आवश्यकता के प्रति शासी समिति की केवल नौ बार और वित्त समिति की छह बार बैठक हुई है, जो दर्शाता है कि अस्पताल के मामलों को पर्याप्त दिशा और मार्गदर्शन नहीं दिया जा रहा था।
- फरवरी 2015 से 2020-21 तक 300 बिस्तरों की प्रस्तावित बिस्तर क्षमता के प्रति केवल 100 बिस्तर ही चालू थे और इसी अवधि के दौरान बिस्तर अधिभोग 20 प्रतिशत से 40 प्रतिशत तक था।
- लेखापरीक्षा अवधि के दौरान सात मॉड्यूलर ओटी, किचन, ब्लड बैंक, इमरजेंसी, मेडिकल गैस पाइपलाइन सिस्टम, 10 सीसीयू बेड और 200 सामान्य बेड चालू/उपलब्ध नहीं थे।

लेखापरीक्षा का मानना है कि आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में निर्मित सुविधाओं का कम उपयोग मुख्यतः स्टाफ की कमी के कारण हुआ क्योंकि इन अस्पतालों ने स्वीकृत पदों के प्रति स्थायी कर्मचारियों की भर्ती करने की नीति लागू नहीं की थी। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान डॉक्टरों की 50 से 74 प्रतिशत कमी, नर्सिंग स्टाफ की 73 से 96 प्रतिशत कमी, पैरामेडिकल स्टाफ की 17 से 62 प्रतिशत कमी थी।

सरकार और अस्पतालों के बीच एमओए के अनुसार डॉक्टर जो शिक्षण संकाय भी थे, उन्हें पांच साल के लिए भर्ती किया जाना था। रा.रा.क्षे.दि.स. ने जुलाई 2014 में शिक्षण संकाय के लिए सहायक प्रोफेसरों, एसोसिएट प्रोफेसरों और प्रोफेसरों के लिए क्रमशः ₹ 1.25 लाख, ₹ 1.65 लाख और ₹ 2.00 लाख का पारिश्रमिक तय किया तथा अगस्त 2020 तक छह वर्षों के लिए बदलाव के बिना इसे जारी रखा। सुपर तृतीयक स्तर के उपचार के लिए शिक्षण संकाय को आकर्षित करने के लिए पदोन्नति और करियर में पदोन्नति का कोई प्रावधान नहीं था। रा.रा.क्षे.दि.स. की नीति में इस कमी के परिणामस्वरूप कार्डियोलॉजी, पल्मोनोलॉजी, गैस्ट्रोएंटरोलॉजी, जीआई सर्जरी, यूरोलॉजी, सीटीवीएस आदि जैसे सुपर स्पेशियलिटी विभागों को चलाने के लिए डॉक्टरों की उपलब्धता में कमी और असंगतता हुई। यह देखा गया कि अनुबंध संबंधी नियमों और शर्तों को संशोधित करने एवं पारिश्रमिक बढ़ाने के बजाय अस्पतालों ने एक वर्ष के लिए शिक्षण संकाय की भर्ती शुरू कर दी और उसके बाद एक वर्ष और उससे आगे के लिए विस्तार किया। जब इसे एक वर्ष तक भी पर्याप्त प्रतिक्रिया नहीं मिली, तो डॉक्टरों (शिक्षण संकाय, एसआर और जेआर) की तीन महीने के लिए वॉक-इन इंटरव्यू के माध्यम से भर्ती की गई और फिर तीन-तीन महीनों के लिए विस्तार किया गया।

सरकार ने अपने उत्तर में बताया (दिसंबर 2022) कि आरजीएसएसएच में तीन सीटों पर डिप्लोमेट ऑफ नेशनल बोर्ड (डीएनबी) कोर्स शुरू किए गए हैं। इसके अलावा, बार-बार विज्ञापनों के बाद भी स्टाफ की अनुपलब्धता के कारण आरजीएसएसएच में अवसंरचना बेकार पड़ी हुई है। जेएसएसएच के मामले में, यह कहा गया कि शैक्षणिक और प्रशिक्षण गतिविधियाँ अब शुरू कर दी गई हैं। आगे कहा गया कि सुबह 8 बजे से शाम 4 बजे तक रसोई सेवाएं और

आपातकालीन सेवाएं बुनियादी स्तर पर शुरू की गई हैं। तथ्य यह है कि आरजीएसएसएच और जेएसएसएच कमजोर निगरानी और व्यवहार्य व्यवसाय मॉडल विकसित करने में विफलता के कारण एमओए में परिकल्पित सुपर स्पेशलिटी तृतीयक देखभाल प्रदान नहीं कर सके।

इस प्रकार, सरकार की कमजोर निगरानी, जैसा कि इस तथ्य से स्पष्ट है कि शासी परिषद और वित्त समिति की बहुत कम बैठकें हुईं, साथ ही उपयोगकर्ता प्रभार उत्पन्न करने और लगातार कार्यबल सुनिश्चित करने के लिए एक व्यवहार्य व्यवसाय मॉडल विकसित करने में विफलता के परिणामस्वरूप आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में सुविधाओं का कम उपयोग हुआ जिससे जरूरतमंद रोगी सुपर स्पेशलिटी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से वंचित हो गए।

#### 5.2.6.2 सीनियर रेसिडेंट्स/जूनियर रेसिडेंट्स द्वारा छात्रावास सुविधा का लाभ न उठाना

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के क्रमांक एस 11014/3/91-एम ई (1) के तहत सीनियर रेसिडेंट्स/जूनियर रेसिडेंट्स (एसआर/जेआर) के लिए रेजिडेंसी योजना में परिकल्पना की गई है कि रेजिडेंट डाक्टरों को मुफ्त सुसज्जित आवास प्रदान किया जाएगा और उनकी ऑन-कॉल ड्यूटी एक समय में 12 घंटे से अधिक की नहीं होनी चाहिए। इसके अलावा, एसआर/जेआर के पद पर नियुक्ति के प्रस्ताव के पैरा 14 में कहा गया है कि उन्हें समय-समय पर लागू रेजिडेंसी योजना के तहत काम करना होगा।

हालांकि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि रेजिडेंट मेडिकल ऑफिसर (आरएमओ) हॉस्टल का निर्माण अक्टूबर 2015 में आरजीएसएसएच के परिसर में एसआर/जेआर को समायोजित करने के लिए किया गया था। अस्पताल में 54 सीनियर रेजिडेंट और 48 जूनियर रेजिडेंट काम कर रहे थे (अप्रैल 2022) परंतु उनमें से कोई भी छात्रावास में नहीं रह रहा था क्योंकि उपलब्ध 130 कमरों में से 92 कमरों का उपयोग कार्यलय/भंडार के रूप में किया गया था और शेष 38 कमरे खाली पड़े थे। अतः, रोगी देखभाल के हित में

एसआर/जेआर को समायोजित करने के लिए छात्रावास के निर्माण का उद्देश्य रेसिडेंसी योजना के अनुसार विफल हो गया है।

जेएसएसएच में, रेसिडेंट्स छात्रावास का निर्माण अस्पताल परिसर में एसआर/जेआर को समायोजित करने के लिए नहीं किया गया है। हालांकि, शासी परिषद द्वारा एक प्रस्ताव को अनुमोदित किया गया है जैसाकि अस्पताल द्वारा सूचित किया गया (अगस्त 2022)।

*सिफारिश 5.5: सरकार यह सुनिश्चित करने हेतु कदम उठा सकती है कि इसके दो सुपर स्पेशलिटी अस्पतालों जैसे राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल और जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल में निर्मित सुविधाओं का उपयोग किया जाता है।*

### 5.2.6.3 लोक नायक अस्पताल (एलएनएच)

(i) एलएनएच में मौजूदा हताहत ब्लॉक के पुनर्निर्माण कार्य के लिए नियोजित मूल्यांकन नहीं किया गया

व्यय वित्त समिति (ईएफसी) ने सात मंजिलों वाले एलएनएच के मौजूदा हताहत ब्लॉक के पुनर्निर्माण के प्रस्ताव को 8 मार्च 2019 को बिस्तरों की संख्या 384 से बढ़ाकर 574 करने के साथ स्वीकृति दे दी थी। यह काम ₹39.23 करोड़ की लागत से सौंपा गया था और 15 दिसंबर 2019 को शुरू हुआ, इसके समापन की निर्धारित तिथि 14 मार्च 2021 थी। जमीन सौंपने में देरी और काम की धीमी प्रगति के कारण समाप्ति की तिथि को बाद में बदलकर जुलाई 2023 कर दिया गया। वित्तीय प्रगति रिपोर्ट के अनुसार, 35 प्रतिशत धनराशि व्यय की गई (जनवरी 2023)। लेखापरीक्षा ने परियोजना की योजना और कार्यान्वयन में निम्नलिखित कमियाँ देखीं:

- निर्माणाधीन आपातकालीन/हताहत ब्लॉक में आवश्यक बिस्तरों की संख्या के वास्तविक आकलन के लिए विस्तृत रिपोर्ट लेखापरीक्षा को प्रस्तुत नहीं की गई थी।
- पुनर्निर्माण के बाद मौजूदा चिकित्सा उपकरणों/सुविधाओं का उपयोग करने की योजना तैयार नहीं की गई थी।

- अतिरिक्त चिकित्सा उपकरण और विशेषज्ञों सहित स्टाफ की आवश्यकता का प्रस्ताव तैयार नहीं किया गया था।
- 80 वर्गमीटर प्रति बिस्तर वाले कुल फर्श क्षेत्र की आवश्यकता के प्रति (एकीकृत भवन उपविधि, 2016 के खंड 13.1 के अनुसार) 36.18 वर्गमीटर प्रति बिस्तर क्षेत्र के साथ पुनर्निर्माण की योजना बनाई गई है।

विभाग ने कोई टिप्पणी नहीं की।

**(ii) एलएनएच में नए भवन में अधिक अस्पताल बिस्तरों की आवश्यकता का आकलन करने के लिए अध्ययन नहीं किया गया**

मार्च 2019 में एलएनएच में 1,570 बिस्तरों वाले चिकित्सा, मातृत्व और उन्नत बाल चिकित्सा केंद्र के लिए नए ब्लॉक के निर्माण कार्य को ईएफसी द्वारा ₹ 465.52 करोड़ की लागत से अनुमोदित किया गया था। कार्य 4 नवंबर 2020 को शुरू हुआ था और प्रगति पर था (जून 2022)। प्रदत्त सूचना के अनुसार, 60 प्रतिशत सिविल कार्य पूरा हो चुका है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि-

- विभाग/अस्पताल ने क्षेत्र की जनसंख्या के संबंध में अस्पताल परिसर में बिस्तरों/नये भवन की आवश्यकता का आकलन नहीं किया था। अन्य गतिविधियां जिन्हें नए ब्लॉक के पूरा होने के साथ समन्वित करने की आवश्यकता है जैसे स्टाफ, उपकरणों की खरीद आदि का अनुमोदन नहीं किया गया।
- नए भवन की योजना प्रति बिस्तर 80 वर्गमीटर कुल फर्श क्षेत्र की आवश्यकता (एकीकृत भवन उपविधि 2016 के खंड 13.1 के अनुसार) के प्रति 54 वर्गमीटर प्रति बिस्तर क्षेत्र के साथ बनाई गई है जो मानदंडों के विपरीत था और अपर्याप्त होगा।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि उपकरणों की खरीद और स्टाफ के आकलन की प्रक्रिया शीघ्र ही शुरू की जाएगी।

इस प्रकार, सरकार ने न तो मौजूदा हताहत ब्लॉक के पुनर्निर्माण कार्य के लिए आकलन सुनिश्चित किया और न ही एलएनएच में अधिक अस्पताल

बिस्तरों/नए भवन की आवश्यकता का आकलन करने के लिए कोई अध्ययन किया।

### 5.2.7 स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के सृजन के लिए भूमि का अधिग्रहण

डीजीएचएस, रा.रा.क्षे.दि.स. स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं जैसे औषधालय, सार्वजनिक अस्पताल, आदि के सृजन हेतु भूमि अधिग्रहण के लिए भी जिम्मेदार है। भूमि स्वामित्व एजेंसी से आवंटन पत्र प्राप्त होने पर डीजीएचएस द्वारा भूमि स्वामित्व एजेंसी से उसके ऋणभार/मुकदमेबाजी से मुक्त होने के संबंध में भूमि की स्थिति प्राप्त की जाती है। डीजीएचएस भूमि स्वामित्व एजेंसी को भूमि की लागत के भुगतान के लिए लोक निर्माण विभाग (पीडब्ल्यूडी)/डीयूएसआईबी आदि को प्रशासनिक स्वीकृति और व्यय स्वीकृति भी जारी करता है। इसके बाद, कार्यकारी एजेंसी द्वारा अधिग्रहित भूमि पर कब्जा लेने और स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के निर्माण की प्रक्रिया शुरू की जाती है।

लेखापरीक्षा में डीजीएचएस/पीडब्ल्यूडी की ओर से निम्नलिखित कमियाँ पाई गई:

#### भूमि आवंटन के बाद कब्जा न मिलना

क) मई 2012 में एक मामले में डिस्पेंसरी के निर्माण के लिए हरेवली गांव में भूमि आवंटन के बावजूद डीजीएचएस ने भूमि स्वामित्व एजेंसी से भूमि की स्थिति की पुष्टि के अभाव में ₹ 37.47 लाख की लागत वाली भूमि के लिए स्वीकृति जारी नहीं की। हालाँकि इस संबंध में भूमि स्वामित्व एजेंसी के साथ पत्राचार किया गया था, लेकिन यह निचले स्तर पर था और मामला उच्च स्तर तक नहीं बढ़ाया गया तथा फरवरी 2015 के बाद कोई पत्राचार नहीं किया गया था।

ख) छह अन्य मामलों<sup>5</sup> में, डीजीएचएस ने पीडब्ल्यूडी को ₹ 485.70 लाख का एएंडईएस जारी किया था (मई 2012 और मार्च 2015) लेकिन उसे पीडब्ल्यूडी द्वारा भूमि स्वामित्व एजेंसी को भुगतान की स्थिति प्राप्त

<sup>5</sup> (i) मंगोलपुरी औद्योगिक क्षेत्र, (ii) त्रिलोकपुरी (2 प्लॉट), (iii) सावदा घेवरा (iv) मदनपुर डबास (v) सलाहपुर माजरा

नहीं हुई थी। इसके अलावा, भुगतान की स्थिति सुनिश्चित करने में लोक निर्माण विभाग के साथ अनुवर्ती कार्रवाई में देरी हुई, जिसके कारण आवंटित भूमि का कब्जा नहीं लिया जा सका। सरकार ने सूचित किया (दिसंबर 2022) कि एक मामले<sup>6</sup> में, पीडब्ल्यूडी से भुगतान की स्थिति 25 मार्च 2022 को प्राप्त हुई थी। शेष मामलों के लिए, उसने पीडब्ल्यूडी के साथ नियमित अनुवर्ती कार्रवाई का आश्वासन दिया।

- ग) इसके अतिरिक्त नौ मामलों<sup>7</sup> में, भूमि आवंटन (जनवरी 2012 और मार्च 2015 के बीच) और भूमि स्वामित्व एजेंसियों को ₹5153.43 लाख का भुगतान करने के बावजूद डीजीएचएस उन्हें सौंपने के लिए भूमि स्वामित्व एजेंसियों के साथ विलंबित पत्राचार (एक से तीन वर्ष) के कारण आवंटित भूमि के टुकड़ों पर कब्जा लेने में विफल रहा। सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि एक मामले<sup>8</sup> में भूखंड का कब्जा मार्च 2022 में डीडीए से ले लिया गया था और शेष मामलों के लिए संबंधित भूमि स्वामित्व एजेंसियों के साथ नियमित अनुवर्ती कार्रवाई सुनिश्चित करने का आश्वासन दिया गया था।
- घ) तीन मामलों<sup>9</sup> में, भूमि स्वामित्व एजेंसी द्वारा 'नो कॉस्ट बेसिस' (अगस्त 2012 और अगस्त 2015 के बीच) पर सात बीघे भूमि के आवंटन के बावजूद, डीजीएचएस भूमि स्वामित्व एजेंसियों से भूमि का कब्जा लेने में असमर्थ था। आवंटित भूमि के कब्जे के लिए भूमि स्वामित्व एजेंसी के साथ पत्राचार लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराया गया था जिसके कारण लेखापरीक्षा देरी के कारणों का पता नहीं लगा सका।

इस प्रकार डीजीएचएस और कार्यकारी एजेंसी (पीडब्ल्यूडी) के बीच समन्वय की कमी के कारण डीजीएचएस के पास अतिक्रमण से मुक्त भूमि की पुष्टि, भूमि स्वामित्व एजेंसियों को भुगतान, भूमि का कब्जा आदि जैसे विवरण नहीं थे।

<sup>6</sup> सावदा घेरा फेज-II में 1403.15 वर्ग मीटर के प्लॉट के लिये ₹ 106.67 लाख का भुगतान

<sup>7</sup> (i) रोहिणी (2 प्लॉट), (ii) मॉडल टाउन (iii) शाहबाद दौलतपुर (iv) नरेला (v) नसीरपुर (vi) सावदा घेरा (vii) त्रिलोकपुरी (viii) बख्तावरपुर

<sup>8</sup> शाहबाद दौलतपुर में ₹76.02 लाख की लागत की भूमि (1000 वर्ग मीटर) का कब्जा

<sup>9</sup> (i) गाँव चॉदपुर (ii) गाँव सलाहपुर माजरा (iii) गाँव मदनपुर डबास

## विभाग द्वारा अधिग्रहित भूखण्डों का उपयोग नहीं किया जाना

विभाग अस्पतालों और औषधालयों की स्थापना के लिए ₹ 648.05 लाख की लागत पर छह से 15 वर्षों के बीच की अवधि के लिए उन पर अपना कब्जा होने के बावजूद अधिग्रहित (जून 2007 और दिसंबर 2015) 15 भूखंडों<sup>10</sup> में से किसी का भी उपयोग करने में असमर्थ था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि डिस्पेंसरी/पॉलीक्लिनिक के निर्माण में निर्णय लेने में देरी, ग्रीन बेल्ट के अंतर्गत आने वाली भूमि के मामले में वैकल्पिक भूमि के लिए भूमि स्वामित्व एजेंसी के साथ अपर्याप्त प्रयास, सीमांकन प्राप्त नहीं करने के कारण अधिग्रहित भूमि पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का विकास और संबंधित प्राधिकारियों से लेआउट योजनाओं का अनुमोदन प्राप्त नहीं किया जा सका (अनुलग्नक V)। सरकार ने सूचित किया (दिसंबर 2022) कि उपरोक्त उल्लिखित भूखंडों की स्थिति में कोई बदलाव नहीं हुआ था।

इस प्रकार, विभाग के ढुलमुल रवैये के कारण दिल्ली के विभिन्न स्थानों पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को बढ़ाने के लिए बनाए गए भूखंड बेकार पड़े रहे जिससे दिल्ली के लोग आवश्यक चिकित्सा सुविधाओं से वंचित रह गए।

**सिफारिश 5.6:** सरकार को स्वास्थ्य विभाग/पीडब्ल्यूडी और भूमि स्वामित्व एजेंसियों के साथ समन्वय की आवश्यकता है ताकि अधिग्रहीत भूखंडों का उपयोग स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं सृजित करने के लिए समयबद्ध तरीके से किया जा सके।

### 5.2.8 परियोजनाओं के क्रियान्वयन में देरी

नये अस्पतालों के निर्माण के कार्यों की स्थिति के साथ-साथ नमूना जांच किए गए अस्पतालों में निष्पादित मुख्य कार्यों की स्थिति अनुवर्ती पैराग्राफों में दी गई है।

#### 5.2.8.1 नये अस्पतालों का निर्माण

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग (डीएचएफडब्ल्यू) के स्वास्थ्य सेवा निदेशालय द्वारा अस्पतालों का निर्माण किया जाता है तथा कार्यों का

<sup>10</sup> (i) कुतुबगढ़ (ii) निजामपुर (iii) मुंडका (iv) बक्करवाला (v) शफीपुर रणहौला (vi) शास्त्री पार्क (vii) गांधी विहार (viii) कापसहेड़ा (ix) रोहिणी एक्सटेंशन। (x) दरियापुर कलां (xi) सीएस/ओसीएफ-2, सेक्टर 23 (xii) नेब सराय (xiii) झटीकरा (xiv) बामनोली (xv) मोलरबंद

निष्पादन रा.रा.क्षे.दि.स. के लोक निर्माण विभाग द्वारा किया जाता है। आठ नए अस्पताल जो लेखापरीक्षा अवधि के दौरान निर्माणाधीन/शुरू किए गए थे, में से तीन पूर्ण हो गये थे तथा चार प्रगति पर थे (अगस्त 2023)। एक अस्पताल की स्थिति (600 बिस्तर वाला अंबेडकर नगर अस्पताल) लेखापरीक्षा को उपलब्ध नहीं कराई गई। सात नये अस्पतालों के निर्माण की स्थिति तालिका 5.9 में दी गई है।

तालिका 5.9: रा.रा.क्षे.दि.स. के नए अस्पतालों का निर्माण

क्र. सं.	दिल्ली सरकार के अस्पताल का नाम	बिस्तरों की संख्या	निविदा लागत (₹ करोड़ में)	आरंभ की तिथि	समापन की निर्धारित तिथि	समापन की वास्तविक तिथि	अब तक कुल व्यय (₹ करोड़ में)	कार्य की प्रत्यक्ष प्रगति (% में)
1.	मादीपुर में अस्पताल का निर्माण	691	269.71	11.11.20	10.11.22	डब्ल्यूआईपी	178.43	86
2.	ज्वालापुरी में अस्पताल का निर्माण	691	269.50	14.08.20	13.08.22	डब्ल्यूआईपी	191.73	87
3.	द्वारका सेक्टर 9 में इंदिरा गांधी अस्पताल (700 बिस्तर) का निर्माण	1241	522.49	27.08.14	26.02.17	31.08.22	837.39	100
4.	हस्तसाल में अस्पताल का निर्माण	691	211.12	17.06.21	16.06.23	डब्ल्यूआईपी	64.48	39
5.	सिरासपुर में अस्पताल का निर्माण	1505	384.40	10.08.20	09.05.23	डब्ल्यूआईपी	284.83	74
6.	बुराड़ी में 200 बिस्तरों वाले (अब 800) अस्पताल का निर्माण	800	95.15	07.02.13	06.08.15	20.07.21	136.41	100
7.	मौलाना आजाद डेंटल संस्थान फेस-II का विस्तार	0	51.21	29.09.14	28.05.16	30.09.19	77.57	100
<b>कुल</b>		<b>5619</b>	<b>1803.58</b>				<b>1770.84</b>	

स्रोत: विभाग द्वारा प्रदत्त सूचना

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- अगस्त 2014 तथा फरवरी 2013 में शुरू की गई दो अस्पताल परियोजनाएं पांच से छः वर्षों की देरी से पूरी की गई हैं। देरी के कारण के लिए बिस्तरों की संख्या में वृद्धि से कार्य क्षेत्र के बढ़ने को उत्तरदायी ठहराया गया है।

- (ii) मौलाना आजाद डेंटल संस्थान चरण-II का निर्माण सितंबर 2014 में शुरू किया गया जो 51.47 प्रतिशत की लागत वृद्धि के साथ तीन वर्षों से अधिक की देरी से पूरा हुआ।
- (iii) ज्वालापुरी अस्पताल (691 बिस्तर), मादीपुर अस्पताल (691 बिस्तर), सिरसपुर अस्पताल (1505 बिस्तर) तथा हस्तसाल अस्पताल (691 बिस्तर) का निर्माण क्रमशः उनकी भौतिक प्रगति 87 प्रतिशत, 86 प्रतिशत, 74 प्रतिशत तथा 39 प्रतिशत के साथ समापन की निर्धारित तिथि से दो महीनों से लेकर एक वर्ष से अधिक की देरी से चल रहे थे। देरी के लिए कोविड, स्थल बाधाएं इत्यादि के दौरान कार्य को रोकने को जिम्मेदार ठहराया गया है।
- (iv) यह देखा गया कि 2015-16 से 2019-20 की अवधि के दौरान किसी नए अस्पताल के निर्माण का कार्य नहीं लिया गया।

उपर्युक्त के अलावा, रा.रा.क्षे.दि.स ने अर्ध-स्थायी/अस्थायी आईसीयू अस्पतालों के निर्माण हेतु दो नई परियोजनाएं आरंभ की। सितंबर 2021 में दो परियोजनाएं (i) शालीमार बाग (1430 बिस्तर), किरारी (458 बिस्तर) तथा सुल्तानपुरी (527 बिस्तर) में अर्ध-स्थायी/अस्थायी आईसीयू अस्पतालों की स्थापना तथा (ii) सरिता विहार (336 बिस्तर) तथा रघुबीर नगर (1577 बिस्तर) में अर्ध-स्थायी/अस्थायी आईसीयू अस्पतालों की स्थापना, 22 फरवरी 2022 की समापन की निर्धारित तिथि के साथ आरंभ की गई, अभी तक 76 प्रतिशत (शालीमार बाग तथा सुल्तानपुरी स्थल), 83 प्रतिशत (सरिता विहार) तथा 49 प्रतिशत (रघुबीर नगर) की भौतिक प्रगति के साथ प्रक्रियाधीन थीं। 458 बिस्तर वाले किरारी अस्पताल का आईसीयू का कार्य अभी तक शुरू नहीं हुआ था (अगस्त 2023)।

#### 5.2.8.2 चयनित अस्पतालों में कार्यों के कार्यान्वयन की स्थिति

सीपीडब्ल्यूडी कार्य मैनुअल के खंड 2.8 के अनुसार प्रशासनिक विभाग/मंत्रालय को कार्य की प्रगति के चरणों के बारे में नियमित अंतराल पर सूचित किया जाना चाहिए ताकि ग्राहक की टिप्पणियां, यदि कोई हों, का उत्तर कार्य पूरा होने से पहले दिया जा सके। कार्य पूरा होने पर, प्रशासनिक विभाग को इसकी

सूचना दी जानी चाहिए और औपचारिक रूप से सौंपने की व्यवस्था लिखित रूप में की जानी चाहिए।

लेखापरीक्षा अवधि के दौरान एलएनएच में ₹ 59.23 करोड़ की लागत के 153 कार्य, आरजीएसएसएच में ₹ 40.67 करोड़ की लागत के 46 कार्य, जेएसएसएच में ₹ 16.9 करोड़ की लागत के 60 कार्य, सीएनबीसी में ₹ 18.46 करोड़ की लागत के 78 कार्य और मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज (एमएएमसी) में ₹ 23.96 करोड़ की लागत के 74 कार्य करने के लिए वित्तीय और प्रशासनिक स्वीकृति जारी की गई थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि लेखापरीक्षा अवधि के दौरान एलएनएच और एमएएमसी में 227 स्वीकृत कार्य में से 110 (48 प्रतिशत) कार्य के पूरा होने में देरी हुई। अधिकतम विलंब दो वर्ष का था। यह भी देखा गया कि एलएनएच के पल्मोनरी मेडिसिन विभाग के नवीनीकरण का कार्य, स्थल की अनुपलब्धता के कारण कार्य की स्वीकृति के बाद शुरू नहीं किया गया था। चूंकि अस्पतालों ने पूरी जानकारी नहीं दी इसलिए देरी के कारणों का पता नहीं चल सका।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि ग्राहक विभाग नियमित रूप से पीडब्ल्यूडी द्वारा निष्पादित कार्यों की निगरानी करते हैं। तथ्य यह है कि एलएनएच और एमएएमसी में 48 प्रतिशत मामलों में कार्यों के कार्यान्वयन में देरी हुई।

चयनित अस्पतालों के संबंध में कुछ नमूना जांच किए गए मामलों पर नीचे चर्चा की गई है:

**(क) एलएनएच में तृतीयक देखभाल कैंसर केंद्र (टीसीसीसी) की स्थापना में देरी**

केंद्र प्रायोजित योजना, कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग एवं स्ट्रोक की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस) का व्यापक उद्देश्य सभी राज्यों में कैंसर के लिए तृतीयक देखभाल की क्षमता विकसित करना था ताकि व्यापक कैंसर देखभाल के लिए सार्वभौमिक पहुंच प्रदान की जा सके।

भारत सरकार ने ₹ 39.82 करोड़ के कुल सहायता-अनुदान (जीआईए) को स्वीकृति दी (जून 2016) और उपकरणों की खरीद के लिए दिसंबर 2017 तक ₹ 29.87 करोड़ जारी किए जैसा कि तालिका 5.10 में वर्णित है।

**तालिका 5.10: उपकरण जिसके लिए सहायता-अनुदान अनुमोदित किया गया**

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	उपकरण का नाम	अधिकतम कीमत के अनुसार अनुशंसित
1.	उपचार योजना प्रणाली के साथ टर्नकी आधार पर आईएमआरटी/आईजीआरटी/एसआरएस/एसआरटी/एसबीआरटी के साथ हाई इंड इवेल इनर्जी लीनियर एक्सीलेरेटर	24.00
2	सीटी सिम्युलेटर	6.00
3	सी आर्म	1.00
4	अतिरिक्त सहायक उपकरण	2.00
5	क्यूए उपकरण + भौतिकी उपकरण	2.50
6	टी पी एस	1.50
7	ईएनटी के लिए नेविगेशन आधारित एंडोस्कोपिक प्रणाली	1.00
8	हाई डेफिनिशन लेप्रोस्कोपिक सेट	1.00
9	हार्मोनिक स्केलपेल्स	0.50
10	पूरी तरह से स्वचालित कोएगुलेशन एनालाइजर	0.17
11	पूरी तरह से स्वचालित ड्राई केमिस्ट्री एनालाइजर	0.15
<b>कुल</b>		<b>39.82</b>

स्रोत: स्वा. एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भा.स. द्वारा सहायता-अनुदान की स्वीकृति

इन उपकरणों में से, एलएनएच अगस्त 2022 तक ₹ 6.59 करोड़ की कुल लागत पर केवल एक उपकरण (अक्टूबर 2019 में सीटी सिम्युलेटर) खरीद और स्थापित कर सका। इस प्रकार, एलएनएच इसके लिए भारत सरकार द्वारा धन उपलब्ध कराने के बावजूद टीसीसीसी स्थापित नहीं कर सका और परिणामस्वरूप, दिल्ली के कैंसर रोगी बेहतर उपचार सुविधा से वंचित रह गए।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि विशिष्टताओं को अंतिम रूप देने, निविदा प्रक्रिया और मशीनों को स्थापित करने के लिए टर्नकी कार्य शुरू करने में देरी के कारण लीनियर एक्सेलेरेटर की खरीद के काम में देरी हुई। इसके अलावा, विभाग ने सूचित किया (दिसंबर 2022) कि एलएनएच में लीनियर एक्सेलेरेटर स्थापित किया गया है और आवंटित धनराशि का पूर्ण उपयोग किया गया है और टीसीसीसी की सुविधा शीघ्र ही चालू हो जाएगी।

तथ्य यह है कि खरीद में विलंब था यद्यपि प्रक्रिया नवंबर 2016 में शुरू हुई थी और दिसंबर 2017 में भारत सरकार से पूरी धनराशि प्राप्त हुई थी।

**(ख) एलएनएच में मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर की स्थापना में देरी**

एलएनएच के आर्थोपेडिक विभाग में आपातकालीन ट्रॉमा सेवाओं और गहन देखभाल बिस्तरों सहित मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर और मेडिकल गैस पाइपलाइन सिस्टम की आपूर्ति, स्थापना, परीक्षण और कमीशनिंग के लिए ₹ 35.30 करोड़ की प्रशासनिक स्वीकृति और व्यय स्वीकृति नवंबर 2019 में दी गई थी। इसके बाद, इसमें पीडब्ल्यूडी द्वारा तकनीकी स्वीकृति और सलाहकार की नियुक्ति की प्रक्रिया को पूरा करने के लिए लगभग 23 महीने (अक्टूबर 2021) लग गए। कार्य हेतु निविदा नवम्बर 2022 में आमंत्रित की गयी है।

**(ग) जेएसएसएच में मेडिकल गैस पाइपलाइन की स्थापना में देरी**

जेएसएसएच में मेडिकल गैस पाइपलाइन सिस्टम (एमजीपीएस) की स्थापना का कार्य नवंबर 2016 में एक एजेंसी को सौंपा गया था, जिसकी समाप्ति तिथि 21 जून 2017 थी तथा एजेंसी को नवंबर 2016 में ₹ 5.72 करोड़ अग्रिम रूप से दिए गए थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एमजीपीएस का काम पांच साल से अधिक की देरी के बाद मई 2022 में ही पूरा हो गया था और इसे जुलाई 2022 तक जेएसएसएच को नहीं सौंपा गया था।

जेएसएसएच ने कहा (अगस्त 2022) कि विक्रेता द्वारा परियोजना पूरी कर ली गई है और इसकी जांच कंसल्टेंसी फर्म द्वारा की जाएगी तथा परियोजना को चालू करने के लिए भौतिक निरीक्षण और तकनीकी मूल्यांकन के लिए विशेषज्ञों की एक तकनीकी समिति का गठन किया जाएगा।

**(घ) जेएसएसएच में मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर की स्थापना में देरी**

जेएसएसएच के शासी परिषद द्वारा सात मॉड्यूलर ऑपरेशन थिएटर (एमओटी) की स्थापना के प्रस्ताव को स्वीकृति दी गई थी (जुलाई 2014 में दो और मार्च 2016 में पांच)। कार्य को टर्नकी आधार पर ₹ 11.86 करोड़ में 270 दिनों के भीतर पूरा करने के लिए सौंपा गया था (मई 2017)। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एमओटी आज तक, अर्थात् पांच साल बाद भी स्थापित नहीं किया गया था।

जेएसएसएच ने कहा (जुलाई 2022) कि परियोजना के पूरा होने में देरी हुई थी और परियोजना अब पूरी हो चुकी है तथा ऑपरेशन थिएटर कॉम्प्लेक्स को चालू करने के लिए भौतिक निरीक्षण और तकनीकी मूल्यांकन के लिए विशेषज्ञों की एक तकनीकी समिति भी गठित की गई है।

**(ड) आरजीएसएसएच और जेएसएसएच में रसोई सुविधाओं का उपयोग नहीं किया जाना**



चित्र 5.2: आरजीएसएसएच में पड़ी निष्क्रिय रसोई

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पीडब्ल्यूडी ने 2017 से आरजीएसएसएच में सभी उपकरणों जैसे सब्जी काटने वाले, छीलने वाले, चूर्णित करने वाले, ग्राइंडर, बर्नर, चिलर्स, डिजिटल थर्मोस्टेट, चपाती बनाने वाले, रेफ्रिजरेटेड डिस्प्ले,

एयर वॉशर आदि के साथ एक माड्यूलर किचन स्थापित किया था। हालांकि, इसे आरजीएसएसएच ने अपने कब्जे में नहीं लिया था और ₹ 1.50 करोड़ के लंबित भुगतान के लिए अस्पताल और पीडब्ल्यूडी के बीच टकराव के कारण बेकार पड़ा हुआ था जिससे सरकारी धन की बर्बादी और अवरोधन हो रहा था।

स्वा. एवं परि. क. विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. के आदेशों के तहत वर्ष 2012 में अस्पताल की रसोई के लिए जेएसएसएच अस्पताल का निर्धारित क्षेत्र दिल्ली राज्य कैंसर संस्थान द्वारा ले लिया गया था और जून 2021 में जेएसएसएच द्वारा वापस ले लिया गया था तथा इस प्रकार आहार संबंधी सेवाएँ प्रदान करने हेतु अस्पताल क्षेत्र उनके पास उपलब्ध नहीं था।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि आरजीएसएसएच में रसोई को पीडब्ल्यूडी से ले लिया गया है और रसोई चलाने के लिए निविदा प्रक्रिया चल रही है। इसके अलावा, जेएसएसएच के मामले में, रसोई सुविधाएं जून 2022 में शुरू की गई थीं।

**च) अस्पताल तथा मेडिकल कॉलेज परिसर का अतिक्रमण**

आईपीएचएस दिशानिर्देशों के अनुसार, अस्पतालों और उसके आसपास कोई अतिक्रमण नहीं होगा। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलएनएच परिसर और आसपास के क्षेत्रों पर अनाधिकृत दुकानों और विक्रेताओं द्वारा अतिक्रमण किया गया था जिससे संपर्क मार्ग पर भीड़भाड़ हो गई थी।

उपरोक्त के अलावा, एमएएमसी क्षेत्र के 122 एकड़ में से लगभग 5.65 एकड़ पर 1047 घरों का अतिक्रमण था। एमएएमसी ने सूचित किया है (28 जुलाई 2022) कि अतिक्रमित भूमि पर जेजे क्लस्टरों के स्थानांतरण का प्रस्ताव प्रक्रियाधीन है।

सरकार ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि अस्पताल ने अतिक्रमण हटाने के लिए एमसीडी और दिल्ली पुलिस के साथ मामला उठाया है। इसके अलावा, इसने झुग्गी बस्ती के स्थानांतरण में तेजी लाने के लिए डीयूएसआईबी के साथ मामला उठाया है।

**छ) एलएनएच के नर्सिंग कॉलेज में अवसंरचना का उन्नयन नहीं होना**

एलएनएच के नर्सिंग कॉलेज में 2016-17 से 2021-22 के दौरान 43 से 56 छात्रों का वार्षिक प्रवेश था। एसी, स्मार्ट बोर्ड, कंप्यूटर, एलसीडी प्रोजेक्टर आदि की खरीद पिछले दो वर्षों से लंबित थी। परिणामस्वरूप, कक्षाएँ श्रव्य-दृश्य सुविधाओं के बिना चल रही थीं क्योंकि मौजूदा प्रणालियाँ मरम्मत के लिए बहुत पुरानी थीं और पिछले तीन वर्षों से काम नहीं कर रही थीं। इसके अलावा, कॉलेज में सीसीटीवी भी नहीं लगे थे। लेक्चर हॉल/कक्षाओं में कोई एसी नहीं था।

*सिफारिश 5.7: सरकार को स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के पूरा होने में देरी से बचने के लिए सभी चल रहे कार्यों की बारीकी से निगरानी करने की आवश्यकता है। इसके अलावा, इसे यह भी सुनिश्चित करना चाहिए कि बनाए गए स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना का पूरी तरह से उपयोग किया जाए।*

**अध्याय VI**  
**वित्तीय प्रबंधन**



## अध्याय VI

### वित्तीय प्रबंधन

वित्तपोषण को यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज (यूएचसी) प्राप्त करने के लिए प्रमुख नीतिगत प्रासंगिकता के क्षेत्र के रूप में तेजी से पहचाना जा रहा है। उचित स्वास्थ्य वित्तपोषण, स्वास्थ्य देखभाल के लिए पर्याप्त निधियां सुनिश्चित करने, सभी जनसंख्या समूहों तक एक समान पहुंच प्रदान करने और स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में बाधाओं को कम करने का एक साधन है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में सरकार द्वारा 2025 तक स्वास्थ्य व्यय को जीएसडीपी के प्रतिशत के रूप में 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने की परिकल्पना की गई है। इसके विपरीत 2016-17 से 2021-22 के दौरान जीएसडीपी के प्रतिशत के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य पर रा.रा.क्षे.दि.स. का व्यय 0.65 प्रतिशत से 0.79 प्रतिशत तक था। लेखापरीक्षा अवधि (2016-2022) के दौरान विशेषकर अवसंरचना परियोजनाओं में, बजट आबंटन के प्रति भारी बचत हुई, जो अवास्तविक बजट अनुमान और योजना में कमियों तथा कार्यों के निष्पादन में देरी को इंगित करता है।

राज्य की निधियों से कार्यान्वयन एजेंसी, जो दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम) है, को निधियां जारी करने में देरी के कई उदाहरण थे। यह भी देखा गया कि डीएसएचएम जारी की गई निधियों का उपयोग भी नहीं कर सका, जैसा कि इस तथ्य से स्पष्ट है कि दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (डीएसएचएस) और इसके 11 आईडीएचएस के बैंक खातों में ₹ 510.71 करोड़ अव्ययित पड़े थे। केंद्रीय निधि के प्रति उपयोगिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने में देरी हुई थी।

भारत कोविड-19 आपातकालीन प्रतिक्रिया और स्वास्थ्य तैयारी पैकेज के तहत प्रदान किए गए बजट (₹ 787.91 करोड़ में से ₹ 245.11 करोड़) का कम उपयोग हुआ था।

2016-17 से 2021-22 के दौरान चार चयनित अस्पतालों के संबंध में, लोक नायक अस्पताल में 13.14 से 34.95 प्रतिशत, राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल में 9.4 से 49.88 प्रतिशत, जनकपुरी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल में 6.1 से 10.42 प्रतिशत और चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय में 6.31 से 27.31 प्रतिशत निधियों का कम उपयोग हुआ था।

## 6.1 परिचय

राज्य में स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन के लिए वित्त राज्य बजट के माध्यम से प्राप्त किया जाता है। भारत सरकार केंद्र प्रायोजित योजनाओं के अंतर्गत धनराशि प्रदान करती है। 2016-17 से 2021-22 के दौरान भारत सरकार तथा रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा प्रदत्त निधियों के प्रति बजट आबंटन, व्यय एवं बचत का विवरण तालिका 6.1 में दिया गया है।

**तालिका 6.1: स्वास्थ्य क्षेत्र पर बजट आबंटन और व्यय (भारत सरकार और दिल्ली सरकार)**

(₹ करोड़ में)

केंद्र प्रायोजित योजनाओं के लिए राज्य को बजट आवंटन				दिल्ली सरकार			
वर्ष	धनराशि जारी की गई	व्यय	बचत	कुल बजट प्रावधान	व्यय	बचत	बचत
2016-17	231.72	केंद्रीय निधि से	ला.न.	5,238.71	4,008.24	1,230.47	23.49
2017-18	208.72	व्यय का विवरण	ला.न.	5,710.45	4,735.91	974.54	17.07
2018-19	135.51	डीएसएचएम द्वारा	ला.न.	6,699.96	5,482.03	1,217.93	18.18
2019-20	108.38	नहीं रखा जा रहा है	ला.न.	7,498.22	5,756.96	1,741.26	23.22
2020-21	846.71		ला.न.	7,652.78	6,314.31	1,338.47	17.49
2021-22	70.45		ला.न.	9870.25	9016.97	853.64	8.64

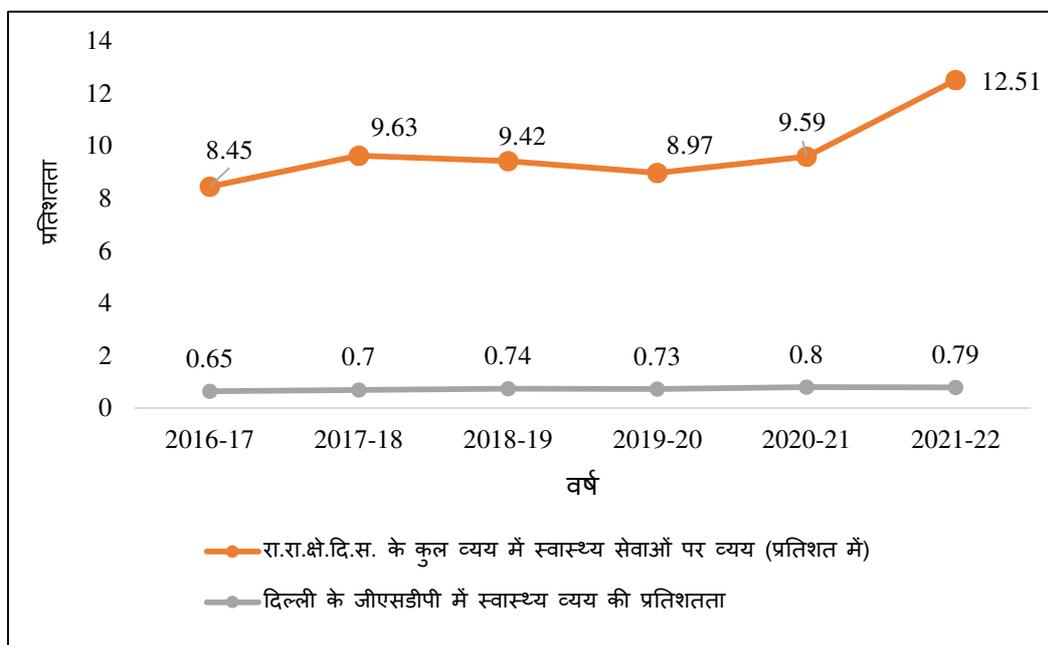
स्रोत: दिल्ली बजट भाषण और विभाग द्वारा प्रस्तुत सूचना

## 6.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति मानदंडों की तुलना में राज्य द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र पर व्यय

एनएचपी 2017 का पैराग्राफ 2.4.3.1, सरकार द्वारा 2025 तक जीडीपी के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य व्यय को मौजूदा 1.15 प्रतिशत से बढ़ाकर 2.5 प्रतिशत करने और 2020 तक राज्य क्षेत्र के स्वास्थ्य व्यय को उनके बजट के आठ प्रतिशत से अधिक तक बढ़ाने की परिकल्पना करता है।

अगले पृष्ठ पर दर्शाया गया ग्राफ रा.रा.क्षे.दिल्ली सरकार के जीएसडीपी में स्वास्थ्य क्षेत्र पर राज्य व्यय का प्रतिशत और इसके कुल व्यय को दर्शाता है।

चार्ट 6.1: दिल्ली सरकार द्वारा राज्य/जीएसडीपी के कुल व्यय में स्वास्थ्य पर व्यय



स्रोत: विभाग द्वारा प्रस्तुत वार्षिक रिपोर्ट और सूचना।

तालिका 6.1 से यह देखा गया है कि स्वास्थ्य क्षेत्र पर सरकारी व्यय 2016-17 में ₹ 4,008.24 करोड़ (राज्य के कुल व्यय का 8.45 प्रतिशत) से बढ़कर 2021-22 में ₹ 9,016.97 करोड़ (राज्य के कुल व्यय का 12.51 प्रतिशत) हो गया है। राज्य सरकार द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय को जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने के लक्ष्य (2025 तक) के प्रति, स्वास्थ्य पर व्यय जीएसडीपी के 0.65 प्रतिशत (2016-17) से बढ़कर जीएसडीपी का 0.79 प्रतिशत (2021-22) हो गया। ऐसे में सरकार के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र पर सार्वजनिक व्यय बढ़ाने की अभी भी गुंजाइश है। यह भी देखा गया कि सरकार ने स्वास्थ्य क्षेत्र पर व्यय बढ़ाने के लिए कोई रोडमैप तैयार नहीं किया है।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 को दिए गए अपने जबाव में कोई टिप्पणी नहीं की।

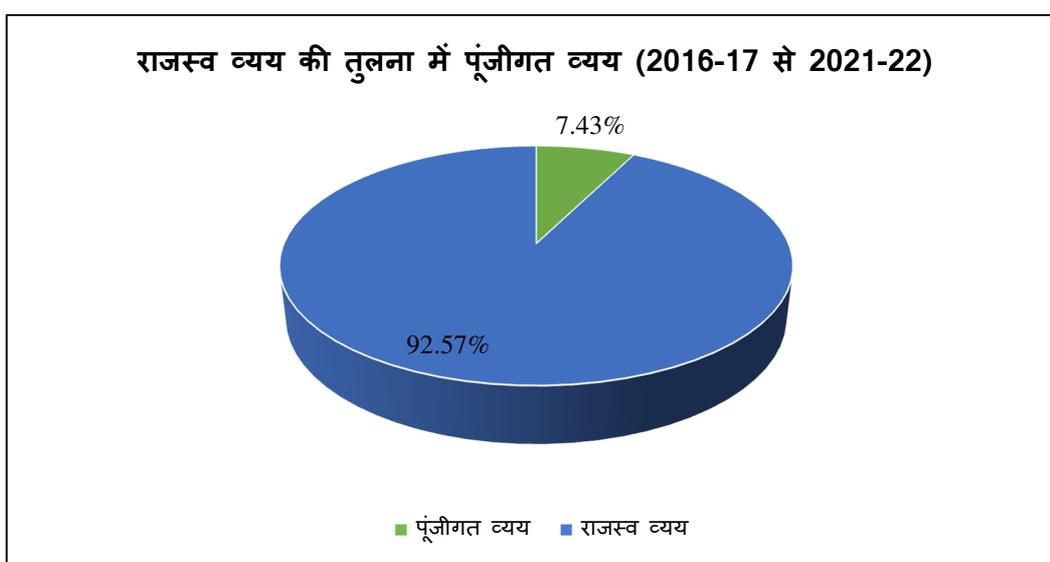
### 6.3 राजस्व और पूंजीगत व्यय

राजस्व व्यय में स्थापना व्यय, विभिन्न संस्थानों (एनएचएम, आयुष, आदि) को सहायता अनुदान, प्रशिक्षण कार्यक्रमों पर व्यय, टीकाकरण कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, कर्मचारी राज्य बीमा योजना, राज्य/केंद्र सरकार की विभिन्न

योजनाएं/कार्यक्रम, अन्य गैर-सरकारी संस्थानों को सहायता, दवाइयों की खरीद आदि पर व्यय शामिल हैं। पूंजीगत व्यय में स्वास्थ्य संस्थानों के भवनों का निर्माण/प्रमुख मरम्मत, भूमि का अधिग्रहण आदि शामिल है।

2016-22 के दौरान स्वास्थ्य पर किए गए कुल व्यय ₹ 35,314.42 करोड़ में से, राजस्व व्यय ₹ 32,691.07 करोड़ (92.57 प्रतिशत) था, जबकि पूंजीगत व्यय ₹ 2,623.35 करोड़ (7.43 प्रतिशत) था जैसा कि चार्ट 6.2 में दर्शाया गया है:

चार्ट 6.2: राजस्व व्यय की तुलना में पूंजीगत व्यय



#### 6.4 स्वास्थ्य अवसंरचना पर व्यय

विभाग ने 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना से संबंधित विभिन्न परियोजनाओं के लिए ₹ 518.26 करोड़ से ₹ 1,440.50 करोड़ की रेंज का बजट आवंटित किया था जैसा कि तालिका 6.2 में वर्णित है।

तालिका 6.2: अवसंरचना परियोजनाओं के लिए बजट आवंटन और वास्तविक व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	बजट आवंटन	वास्तविक व्यय	बचत	बचत का प्रतिशत
2016-17	625.49	337.04	288.45	46.12
2017-18	518.26	235.78	282.48	54.51
2018-19	706.24	152.48	553.76	78.41
2019-20	746.7	249.45	497.25	66.59
2020-21	866.5	399.58	466.92	53.89
2021-22	1440.50	1249.02	191.48	13.29

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग का समेकित बजट एवं व्यय

तालिका 6.2 से यह देखा जा सकता है कि 2016-17 से 2021-22 के दौरान स्वास्थ्य अवसंरचना पर आबंटन का 13.29 प्रतिशत (2021-22) से 78.41 प्रतिशत (2018-19) तक अप्रयुक्त रहा।

### 6.5 केंद्र प्रायोजित योजनाओं (सीएसएस) का वित्तीय प्रावधान और प्रबंधन

लेखापरीक्षा ने सीएसएस के संबंध में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और इसके प्रबंधन के लिए निधियों के प्रावधान की जांच की और पाई गई कमियां इस प्रकार हैं:

#### 6.5.1 निधियों का प्रवाह

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (डीएसएचएस) स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा दिए गए व्यापक दिशानिर्देशों के अनुरूप एक कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) तैयार करती है। केंद्र सरकार द्वारा एनएचएम 100 प्रतिशत प्रायोजित था, परन्तु 2018-19 से, केंद्र और राज्य सरकार डीएसएचएस को क्रमशः 60:40 शेयर प्रदान करती है।

2016-17 से 2021-22 के दौरान डीएसएचएम द्वारा प्राप्त धनराशि और किए गए व्यय की स्थिति तालिका 6.3 में दी गई है।

तालिका 6.3: डीएसएचएम द्वारा प्राप्त निधि और व्यय की स्थिति

(₹ करोड़ में)

वित्तीय वर्ष	अव्ययित शेष	भा.स. से प्राप्त	रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा जारी	अन्य आय (ब्याज आदि)	कुल उपलब्ध अनुदान	वास्तविक व्यय	समायोजन आदि	वर्ष के अंत में अव्ययित शेष
i	ii	iii	iv	v	vi (ii+iii+iv+v)	vii	viii	ix (vi-vii-viii)
2016-17	109.44	231.72	47.87	32.82	421.85	140.88	22.74	258.23
2017-18	258.23	208.72	0.00	8.95	475.90	182.13	2.00	291.77
2018-19	291.77	135.51	70.00	6.78	504.06	134.08	0	369.25
2019-20	369.25	108.38	104.17	7.82	590.35	154.57	0	435.05
2020-21	435.05	83.47	100.80	12.26	631.58	213.02	0	418.56
2021-22	418.57	70.45	125.91	9.10	624.04	177.52	5.24	510.71 <sup>1</sup>
<b>कुल</b>		<b>838.25</b>	<b>448.75</b>	<b>77.73</b>		<b>1002.2</b>	<b>29.98</b>	

स्रोत: डीएसएचएम के वार्षिक खाते और डीएसएचएम द्वारा प्रस्तुत आंकड़े

2016-22 के दौरान कुल व्यय ₹ 1,002.2 करोड़ था और ₹ 510.71 करोड़ डीएसएचएस और इसके 11 आईडीएचएस के बैंक खातों में अव्ययित पड़े थे (31 मार्च 2022)।

<sup>1</sup> इसमें ₹ 398.72 करोड़ का केंद्र हिस्सा और ₹ 111.99 करोड़ का राज्य हिस्सा शामिल है।

निधियों के कम उपयोग के कारणों में एनएचएम के अंतर्गत स्वीकृत संविदात्मक/आउटसोर्स कर्मचारियों के विभिन्न पदों को न भरना, प्रशिक्षण, कार्यशालाओं, आउटरीच गतिविधियों आदि के संचालन में कमी, गतिविधियों के अनुमोदन में देरी और एनएलईपी कार्यक्रम में कर्मचारियों की कमी, राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीबीडीसीपी) के अंतर्गत 'निगरानी, मूल्यांकन और पर्यवेक्षण' गतिविधियों में कमी आदि शामिल थी।

चयनित केंद्र प्रायोजित योजनाओं के कार्यान्वयन से संबंधित लेखापरीक्षा निष्कर्ष इस रिपोर्ट के अध्याय VII के अंतर्गत शामिल किये गये हैं।

### 6.5.2 दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी को निधियां भेजने में देरी

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार एनएचएम कार्यक्रमों के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रि.पीएओ, रा.रा.क्षे.दि.स. को आगे दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी को भेजने के लिए मंजूरी आदेश जारी करती है। वित्त मंत्रालय के आर्थिक मामलों के विभाग ने ब्याज दर तय कर दी है (अक्टूबर 2017) जिसका राज्य स्वास्थ्य सोसायटी द्वारा राज्य कोष से निधियों के हस्तांतरण में 15 दिनों से अधिक की देरी के लिए दावा किया जाना चाहिए।

वर्ष 2020-21 के लिए डीएसएचएस के वार्षिक खातों की जांच से पता चला कि ₹ 29.93 करोड़ प्रि.पीएओ द्वारा रखे गए थे और डीएसएचएस को 81 से 104 दिनों की देरी से भेजे गए थे जैसा कि तालिका 6.4 में बताया गया है।

तालिका 6.4: डीएसएचएस को निधियां भेजने में देरी

(₹ करोड़ में)

वर्ष	कार्यक्रम/शीर्ष जिसमें भारत सरकार द्वारा निधि जारी की गई	आरबीआई से राज्य कोषागार में क्रेडिट की तिथि	दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी में क्रेडिट की तिथि	राशि	राज्य सरकार द्वारा डीएसएचएस को कितने दिन की देरी से निधियां जारी की गई
2020-21	आरसीएच	20.10.2020	1.2.2021	0.75	104 दिन
		20.7.2020	9.10.2020	3.02	81 दिन
		1.3.2021	23.6.2021	0.30	114 दिन
	एचएसएस एनआरएचएम	20.7.2020	9.10.2020	17.38	81 दिन
		20.10.2020	1.2.2021	4.35	104 दिन
		2 .3.2021	23.6.2021	0.82	113 दिन
		15.3.2021	23.6.2021	0.45	100 दिन
अन्य स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण-एनयूएचएम	6.11.2020	12.2.2021	2.86	98 दिन	
<b>कुल</b>				<b>29.93</b>	

डीएसएचएस को निधियां जारी करने में देरी के परिणामस्वरूप 2020-21 में निधियां अव्ययित रह गईं। इसके अलावा, डीएसएचएस ने निधियों के विलंबित प्रेषण के लिए प्रि.पीएओ, रा.रा.क्षे.दि.स. से कुछ भी ब्याज का दावा नहीं किया।

### 6.5.3 स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार को उपयोगिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने में देरी

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के बीच हस्ताक्षरित समझौता ज्ञापन के अनुसार, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के लिए जारी निधियों के उपयोगिता प्रमाण पत्र जीएफआर नियम, 2017 में निर्धारित अवधि के भीतर प्रस्तुत किए जाने हैं।

डीएसएचएस को पिछले वित्तीय वर्ष में प्राप्त धनराशि के संबंध में जुलाई माह में उपयोगिता प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करना आवश्यक था।

लेखापरीक्षा में पता चला कि वर्ष 2016-21 के दौरान डीएसएचएस द्वारा उपयोगिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने में 23 से 187 दिनों तक की देरी हुई थी। देरी के कारण लेखांकन डेटा के समेकन में देरी और कोविड-19 महामारी बताया गया। उपयोगिता प्रमाणपत्र के अभाव में लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सका कि धनराशि का उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया गया जिसके लिए उसे स्वीकृत किया गया था। सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 को दिए गए अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

### 6.6 कोविड-19 के लिए केंद्र सरकार से प्राप्त धनराशि का उपयोग

आपातकालीन कोविड प्रतिक्रिया योजना के तहत रा.रा.क्षे.दि.स. को भारत सरकार से कुल ₹ 787.91 करोड़ (एकमुश्त राशि ₹ 24.67 करोड़, पहले चरण में ₹ 292.22 करोड़ और दूसरे चरण में ₹ 471.02 करोड़) प्राप्त हुए। इसमें से, रा.रा.क्षे.दि.स. ने केवल ₹ 542.84 करोड़ का उपयोग किया (नवंबर 2021) जैसाकि तालिका 6.5 में वर्णित है।

तालिका 6.5: कोविड के लिए बजट आबंटन और व्यय

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	उद्देश्य	कुल जारी राशि	व्यय	शेष (+) अव्ययित (-) अधिकता	बचत (प्रतिशत में)
1	2019-20 के दौरान एकमुश्त राशि जारी की गई	24.67	0	24.67	100
2	नमूना परिवहन सहित निदान	371.06	302.15	68.91	18.57
3	पीपीई और मास्क सहित दवाइयां और आपूर्ति	119.85	36.71	83.14	69.37
4	रोगी की देखभाल के लिए उपकरण/सुविधाएं जिनमें वेंटिलेटर आदि के लिए सहायता शामिल है	108.69	134.05	- 25.36	-
5	मानव संसाधन (सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों के लिए प्रोत्साहन सहित)	52.00	21.48	30.52	58.69
6	गतिशीलता समर्थन	33.70	39.20	-5.50	-
7	हार्डवेयर और सॉफ्टवेयर सहित आईटी सिस्टम आदि	11.30	4.26	7.04	66.37
8	आईईसी/बीसीसी	6.93	0.73	6.20	-
9	प्रशिक्षण	0.42	0.25	0.17	-
10	विविध	61.11	4.00	57.11	93.45
<b>कुल</b>		<b>787.91</b>	<b>542.84</b>	<b>245.07</b>	

उपर्युक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि कई शीर्षों के तहत प्रतिशत बचत बहुत अधिक थी। कोविड-19 आपातकालीन प्रतिक्रिया और स्वास्थ्य प्रणाली तैयारी पैकेज कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए निधियों के कम उपयोग के कारणों की प्रतीक्षा की जा रही है।

चयनित अस्पतालों द्वारा कोविड-19 से संबंधित व्यय के संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि एनएचएम ने वर्ष 2020-21 के दौरान एलएनएच और आरजीएसएसएच को कोविड महामारी से निपटने के लिए क्रमशः ₹ 55.47 करोड़ और ₹ 31.18 करोड़ की राशि जारी की थी। आरजीएसएसएच को 2021-22 के दौरान ₹ 8.25 करोड़ का अतिरिक्त अनुदान प्राप्त हुआ। इन निधियों का उपयोग कोविड अवधि के दौरान मुख्य रूप से उपकरण, उपभोग्य सामग्रियों, डॉक्टरों और अन्य कर्मचारियों के आवास, रसोई के सामान, परिवहन, आउटसोर्स स्टाफ आदि की खरीद के लिए किया गया था। 2020-21 के दौरान एलएनएच और आरजीएसएसएच ने प्राप्त अनुदान से क्रमशः ₹ 54.18 करोड़ और ₹ 31.05 करोड़ का उपयोग किया।

आरजीएसएसएच ने दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन से प्राप्त सहायता अनुदान और उसके प्रति व्यय को अपने खातों में अस्पताल के नियमित सहायता अनुदान प्राप्त/व्यय के विवरण से अलग नहीं दिखाया है। इसके अलावा, एनएचएम निधियों से विभिन्न वस्तुओं (दवाइयां, पीपीई किट, मास्क, दस्ताने, चिकित्सा उपकरण इत्यादि) की खरीद और वितरण के प्रति किसी भी अस्पताल में अलग स्टॉक रजिस्टर या इन्वेंटरी रिकॉर्ड नहीं रखा गया था। इस प्रकार, लेखापरीक्षा एनएचएम निधि के प्रति किए गए व्यय का सत्यापन नहीं कर सका।

### 6.7 कोविड-19 टीकाकरण के लिए धनराशि जारी करने में देरी

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएच एंड एफडब्ल्यू), भारत सरकार ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. को "कोविड-19 टीकाकरण" शीर्ष के तहत सहायता अनुदान के लिए मंजूरी दे दी ताकि इसे दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (डीएसएचएस) को भेजा जा सके। डीएसएचएस के आय एवं व्यय खाते (2020-21) और प्रासंगिक मंजूरी आदेशों से पता चला कि स्वा.एवं परि.कल्या. मंत्रालय ने स्वा.एवं. परि.कल्या. विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. को "कोविड-19 टीकाकरण" शीर्ष के तहत, जनवरी 2021 में दो किस्तों में ₹ 9.60 करोड़ तथा ₹ 3.46 करोड़ और मार्च 2021 में ₹ 6.14 करोड़ का सहायता अनुदान जारी किया परंतु ये निधियां डीएसएचएस को अप्रैल और मई 2021 में ही जारी की गई थी। डीएसएचएस ने आगे वितरण के लिए एकीकृत जिला स्वास्थ्य समितियों को धनराशि भेज दी थी। उपयोगिता प्रमाण पत्र के अनुसार मार्च 2022 तक ₹ 9.60 करोड़ में से ₹ 7.93 करोड़ अव्ययित रह गए।

### 6.8 नमूना जांच किए गए अस्पतालों द्वारा निधियों का कम उपयोग

2016-17 से 2021-22 के दौरान नमूना जांच किए गए अस्पतालों से संबंधित वर्ष-वार जारी की गई निधियां और व्यय तालिका 6.6 में दर्शाई गयी है:

तालिका 6.6: चयनित अस्पतालों द्वारा निधियों का उपयोग

(₹ करोड़ में)

	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
<b>एलएनएच</b>						
बजट आवंटन	362.64	437.19	508.48	531.79	606.97	730.69
व्यय	345.64	416.46	473.53	496.59	563.21	717.55
बचत	17	20.73	34.95	35.2	43.76	13.14
<b>आरजीएसएसएच</b>						
प्राप्त अनुदान + पिछले वर्ष का अव्ययित स.अनु.	51.40	56.74	71.06	70.47	114.28	110.39
किया गया व्यय	36.66	40.68	61.66	20.18	78.89	77.70
बचत	14.74	16.06	9.4	49.88	35.39	32.69
<b>जेएसएसएच</b>						
प्राप्त अनुदान + पिछले वर्ष का अव्ययित स.अनु.	56.53	45.24	52.1	54.3	40.81	45.28
किया गया व्यय	28.79	39.14	37.3	32.49	30.09	34.86
बचत	27.74	6.1	14.8	21.81	10.72	10.42
<b>सीएनबीसी</b>						
प्राप्त अनुदान + पिछले वर्ष का अव्ययित स.अनु.	76.23	85.13	104.08	99.81	89.94	99.93
किया गया व्यय	64.1	65.05	76.77	79.12	83.63	91.08
बचत	12.13	20.08	27.31	20.69	6.31	8.85

स्रोत: अस्पतालों द्वारा प्रदत्त सूचना

तालिका 6.6 से यह देखा जा सकता है कि नमूना जाँच किए गए अस्पताल 2016-17 से 2021-22 के दौरान कुल उपलब्ध धनराशि का उपयोग करने में असमर्थ थे। आरजीएसएसएच में 13 से 71 प्रतिशत, जेएसएसएच में 13 से 49 प्रतिशत, सीएनबीसी में सात से 26 प्रतिशत और एलएनएच में दो से सात प्रतिशत तक आवंटित धनराशि का कम उपयोग हुआ।

### 6.9 दवाइयों के लिए अलग बजट शीर्ष का अभाव

विभाग फार्मसी पर मानक संचालन प्रक्रिया की परिकल्पना करता है कि स्वास्थ्य सुविधा को एक अलग शीर्ष, "दवाइयों के लिए बजट" के अंतर्गत दवाइयों के लिए बजट निर्दिष्ट करना होगा। लेखापरीक्षा में पाया गया कि लोक नायक अस्पताल के संबंध में, दवाइयों के लिए बजट को आपूर्ति और सामग्री शीर्ष के तहत शामिल किया गया था जिसमें उपकरण, सर्जिकल उपभोग्य वस्तुएं, स्टेशनरी, रसोई के सामान और राशन आदि भी शामिल थे। शेष तीन चयनित अस्पताल विभाग से केवल वेतन, सामान्य और पूंजीगत संपत्ति शीर्षों के तहत सहायता अनुदान प्राप्त करते हैं। अतः लेखापरीक्षा के लिए दवाइयों और अन्य वस्तुओं की खरीद पर किए गए व्यय को अलग करना संभव नहीं था।

सीएनबीसी ने अपने उत्तर (अगस्त 2022) में स्वीकार किया कि उसकी लेखा शाखा केवल तीन विशिष्ट शीर्षों के अंतर्गत रिकॉर्ड रख रही थी, जिसके तहत सहायता अनुदान के रूप में बजट आवंटित किया गया है।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 को दिए गए अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

*सिफारिश 6.1: राज्य सरकार समयबद्ध तरीके से स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय को जीएसडीपी के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ा सकती है।*

*सिफारिश 6.2: डीएसएचएम के मिशन निदेशक, विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत प्राप्त निधियों का प्रभावी कार्यान्वयन और निगरानी के माध्यम से इष्टतम उपयोग सुनिश्चित कर सकते हैं।*



## **अध्याय VII**

**केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन**



## अध्याय VII

### केंद्र प्रायोजित योजनाओं का कार्यान्वयन

रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए चुने गए राज्यों में से एक था। एनएचएम की मुख्य कार्यनीतिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतराल को पाटना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेंद्रीकृत योजना की सुविधा प्रदान करना तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के मौजूदा कार्यक्रमों के लिए एक व्यापक छत्र प्रदान करना था।

यह पाया गया कि दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएस) द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन योजना की परियोजनाओं/कार्यक्रमों के लक्ष्यों और उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किए गए हैं क्योंकि एनएचएम के कार्यक्रमों के लिए अनुमोदित निधियों का पूरी तरह से उपयोग नहीं किया गया था और डीएसएचएस के बैंक खातों में बिना खर्च किए पड़ी हुई थीं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) सबसे महत्वपूर्ण घटक/कार्यक्रम है।

यह पाया गया कि जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को मुफ्त आहार और अन्य सुविधाएं (मुफ्त निदान) प्रदान करने का कवरेज अपर्याप्त था। मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर) एक महत्वपूर्ण रणनीति है जो अपर्याप्त रूप से संचालित की गई थी।

यह देखा गया कि 2016-21 के दौरान अधिकांश मामलों में प्रसव के 14 दिनों के बाद प्रसवोत्तर जांच नहीं की गई थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि बच्चों के टीकाकरण का शत-प्रतिशत का लक्ष्य हासिल नहीं किया गया। स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस), जो स्वास्थ्य प्रणालियों के निष्पादन की निगरानी के लिए एक उपकरण के रूप में कार्य करती है, में असंगत और गलत डेटा पाया गया तथा इस प्रकार, कार्यक्रम

की उचित निगरानी के लिए कार्यान्वयन की वास्तविक स्थिति का निरूपण नहीं किया गया। डीएसएचएस ने आम लोगों की मदद के लिए तंबाकू सेवन छोड़ने के लिए परामर्श देने के उद्देश्य से स्वीकृत 44 तंबाकू मुक्ति केंद्रों की स्थापना नहीं की है। 2016-17 से 2020-21 के दौरान डीएसएचएस ने राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को लागू नहीं किया क्योंकि धनराशि की उपलब्धता के बावजूद कोई व्यय नहीं किया गया था।

## 7.1 परिचय

स्वास्थ्य, राज्य का विषय होने के कारण केंद्र सरकार स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल की विभिन्न योजनाओं के माध्यम से राज्य सरकारों के प्रयासों को पूरा करती है। संविधान के अनुच्छेद 282 के अंतर्गत केंद्र सरकार द्वारा केंद्रीय क्षेत्र और केंद्र प्रायोजित योजनाएं (सीएसएस) राज्यों तक विस्तारित की जाती हैं।

भारत सरकार (भा.स) ने अप्रैल 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) शुरू किया। मई 2013 में शुरू किए गए राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत एनआरएचएम के साथ एक प्रस्तुतिकरण के रूप में शामिल किया गया था। एनएचएम का मुख्य उद्देश्य जनसंख्या के गरीब और कमजोर वर्गों को न्यायसंगत, सस्ती, विश्वसनीय और प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना था। एनएचएम ने मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) और शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) में कटौती पर जोर दिया जबकि समुदाय की भागीदारी के साथ संक्रामक, गैर-संक्रामक और साथ ही स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के क्षेत्र में योजनाओं की योजना बनाने और निगरानी करने में सरकार के प्रयासों को आगे बढ़ाया। एनएचएम की मुख्य रणनीति स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अंतराल को पाटना, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेंद्रीकृत योजना की सुविधा प्रदान करना तथा प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-II और विभिन्न बीमारियों के नियंत्रण कार्यक्रम सहित राज्य के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के मौजूदा कार्यक्रमों के लिए एक व्यापक क्षेत्र प्रदान करना था।

## 7.2 संगठनात्मक ढांचा

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम) को राज्य स्तर पर 2006 में शुरू किया गया और यह दिल्ली के मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में, एनएचएम, भारत सरकार के दिशानिर्देशों का पालन करता है तथा दिल्ली में एनएचएम के विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों को लागू करता है। एनएचएम के अंतर्गत गतिविधियां दिल्ली राज्य स्वास्थ्य सोसायटी (डीएसएचएस) के माध्यम से की जाती हैं, जो डीएसएचएम का एक स्वायत्त निकाय है और जो एनएचएम के समग्र तत्वावधान में स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए अतिरिक्त प्रबंधकीय और प्रौद्योगिकी क्षमता के रूप में कार्य करता है।

डीएसएचएस में एक शासी निकाय और एक कार्यकारी समिति होती है, जिसके अध्यक्ष विभाग के प्रधान सचिव और मिशन निदेशक, एनएचएम इसके सदस्य सचिव के रूप में होते हैं। राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई (एसपीएमयू) डीएसएचएस के सचिवालय के रूप में कार्य करती है और इसका नेतृत्व मिशन निदेशक करते हैं। दिल्ली में 11 एकीकृत जिला स्वास्थ्य समितियां (आईडीएचएस) हैं। जिला कलेक्टर इसके अध्यक्ष होते हैं और मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी (सीडीएमओ) प्रत्येक आईडीएचएस के सदस्य सचिव होते हैं।

## 7.3 निधीयन का पैटर्न

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्ल्यू), भारत सरकार रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा केंद्र को प्रस्तुत एक स्वीकृत दिल्ली राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के कार्यान्वयन का समर्थन करने के लिए एक संसाधन आवरण प्रदान करता है। दिल्ली राज्य पीआईपी राज्य स्तर पर की जाने वाली गतिविधियों सहित 11 जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाओं का एकीकरण है। 2018-19 से एनएचएम के अंतर्गत केंद्र प्रायोजित योजनाओं/कार्यक्रमों में केंद्र और राज्य की हिस्सेदारी 60:40 थी परंतु 2018-19 से पहले, एनएचएम को पूरी तरह से भारत सरकार द्वारा वित्त पोषित किया जाता था। सरकार द्वारा अनुमोदित परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार एनएचएम के अंतर्गत कार्यक्रमों के सुचारु कार्यान्वयन के लिए भारत सरकार

से प्राप्त सहायता अनुदान रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा डीएसएचएस के खाते में स्थानांतरित किया जाता है।

#### 7.4 सहायता का पैटर्न

सहायता का पैटर्न सरकार से सहायता अनुदान और डीएसएचएस को किसी भी रूप में अन्य सहायता जिसका उपयोग मेमोरैंडम ऑफ एसोसिएशन (एमओए) और डीएसएचएस के नियमों में उल्लिखित विभिन्न कार्यों के लिए किया जाना है, को नियंत्रित करता है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग (विभाग), रा.रा.क्षे.दि.स. ने एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) पर हस्ताक्षर किए (मई 2019), जो समय-समय पर संशोधित किया गया तथा मई 2022 तक वैध था। समझौता ज्ञापन के अनुसार, दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन (डीएसएचएम), मिशन के अंतर्गत परिकल्पित कार्यक्रम गतिविधियों के कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार है। डीएसएचएम को यह भी सुनिश्चित करना था कि इस समझौता ज्ञापन के अंतर्गत सहमत राज्य पीआईपी का समर्थन करने के लिए उपलब्ध कराई गई धनराशि का उपयोग राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना के वित्तपोषण और नियमित व्यय जो राज्य सरकार की जिम्मेदारी है, के लिए किया जाता है।

#### 7.5 प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए)

एनएचएम के अंतर्गत मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) सबसे महत्वपूर्ण घटक/कार्यक्रम है। कार्यक्रम में मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाएं शामिल हैं। कार्यक्रम का उद्देश्य यह है कि प्रत्येक गर्भवती महिला (गर्भवती महिलाओं) को प्रसव के समय देखभाल मिले, प्रसव संस्थागत हों और अन्य परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान की जाएं।

##### 7.5.1 आरसीएच फ्लेक्सिपूल के अंतर्गत प्राप्त धनराशि और व्यय

आरएमएनसीएच को आरसीएच फ्लेक्सिबल पूल के माध्यम से वित्त पोषित किया जाता है जो एनएचएम फंडिंग के घटकों में से एक है। 2016-17 से 2021-22 के दौरान, आरएमएनसीएच से रा.रा.क्षे.दि.स. के लिए उपलब्ध ₹ 164.35 करोड़ की कुल धनराशि में से ₹ 94.98 करोड़ (57.79 प्रतिशत)

अप्रयुक्त रह गए। निधियों का कम उपयोग 58.90 प्रतिशत (2016-17) से 93.03 प्रतिशत (2019-20) तक था जो दर्शाता है कि रा.रा.क्षे.दि.स. कार्यक्रम को पर्याप्त रूप से लागू नहीं कर रही थी। यह भी देखा गया कि डीएसएचएस के खातों में अंतिम शेष (2018-19) अगले वित्तीय वर्ष (2019-20) के प्रारंभिक शेष से मेल नहीं खाता।

2016-17 से 2017-18 के दौरान प्रशिक्षण घटक के अंतर्गत उपलब्ध धनराशि ₹ 403.92 लाख के प्रति केवल ₹ 40.67 लाख (10.07 प्रतिशत) का उपयोग किया गया।

विभाग ने उत्तर दिया (मार्च 2022) कि कोविड-19 के कारण कई अस्पतालों को कोविड अस्पतालों में बदल दिया गया था इसलिए नियमित और निवारक बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित हुईं। इसमें यह भी कहा गया कि मानव संसाधन महत्वपूर्ण है और कार्यक्रम चलाने में उनकी भर्ती एक मुद्दा थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि महामारी से पहले की अवधि के दौरान भी स्थिति ऐसी ही थी।

### 7.5.2 मातृ स्वास्थ्य देखभाल

गर्भावस्था प्रसवोत्तर प्रसव और महिलाओं के स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करने वाला मातृ स्वास्थ्य देखभाल पैकेज एनएचएम का एक महत्वपूर्ण घटक था, क्योंकि इसका महिलाओं के स्वास्थ्य, नवजात शिशु के तत्काल अस्तित्व और बच्चों के दीर्घकालिक कल्याण पर गहरा प्रभाव पड़ता है। मातृ स्वास्थ्य में सुधार के लिए प्रमुख रणनीतियों में सुविधा विकास के माध्यम से कुशल प्रसूति देखभाल तक बेहतर पहुंच, प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल की कवरेज और गुणवत्ता में वृद्धि, कुशल जन्म उपस्थिति, संस्थागत प्रसव आदि तक पहुंच में वृद्धि शामिल है। दिल्ली सरकार मातृ स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए विभिन्न कार्यक्रम अर्थात् जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), प्रधान मंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) और लक्ष्य<sup>1</sup> आदि कार्यान्वित कर रही है।

<sup>1</sup> लेबर रूम की गुणवत्ता में सुधार की पहल

### 7.5.3 मातृ स्वास्थ्य देखभाल के अन्तर्गत रणनीतिक हस्तक्षेप

मातृ स्वास्थ्य देखभाल के लिए कार्यनीतिक हस्तक्षेपों पर निम्नलिखित पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

#### (ए) प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी)

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी प्रसवपूर्व देखभाल और जन्म के समय कुशल परिचारिका के लिए दिशानिर्देश, 2010 का उद्देश्य सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को हीमोग्लोबिन, रक्त समूहन, मूत्र परीक्षण, टेटनस टॉक्सॉयड (टीटी) की दो खुराक के प्रबंधन जैसी उचित जांच सुनिश्चित करने के लिए चार एएनसी प्रदान करना तथा 100 आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) गोलियां उपलब्ध कराना है। प्रगति की निगरानी के लिए पहली एएनसी 12 सप्ताह के भीतर, दूसरी 14-26 सप्ताह के भीतर, तीसरी 28-34 सप्ताह के भीतर और चौथी जांच गर्भावस्था की अवधि तक 36 सप्ताह के भीतर प्रदान की जानी थी।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पोर्टल के अनुसार अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान दिल्ली में एएनसी पंजीकरण और प्रदान की गई सेवाओं की स्थिति तालिका 7.1 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.1: गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई प्रसवपूर्व सेवाएं

वर्ष	एएनसी के लिए पंजीकृत कुल गर्भवती महिलाएं (पीडब्ल्यू)	पहली तिमाही के भीतर पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या (12 सप्ताह)	चार एएनसी जांचें प्राप्त गर्भवती महिलाओं की संख्या	गर्भवती महिलाओं की संख्या जिसे चार एएनसी जांचें नहीं मिले	गर्भवती महिलाएँ जिन्हें टीटी1 प्राप्त हुआ	गर्भवती महिलाएं जिन्हें टीटी2 प्राप्त हुआ	जिन गर्भवती महिलाओं को 100 आईएफए गोलियां मिलीं
2016-17	9,93,842	3,25,393	5,63,171	4,30,671	2,87,858	2,52,056	5,24,760
2017-18	9,82,022	3,25,818	3,61,594	6,20,428	2,86,564	2,28,339	4,41,010
2018-19	9,31,041	3,35,500	4,07,668	5,23,373	2,97,500	2,35,993	4,77,566
2019-20	7,21,322	3,27,469	4,07,582	3,13,740	2,32,814	1,85,663	4,68,981
2020-21	5,35,699	2,36,122	2,86,493	2,49,206	2,08,543	1,58,210	4,30,465
2021-22	462620	211345	319256	143364	248712	193422	378351
2022-23 (सितंबर 2022 तक)	270703	119879	184685	86018	146783	122289	204707
<b>कुल</b>	<b>48,97,249</b>	<b>18,81,526</b>	<b>25,30,449</b>	<b>23,66,800</b>	<b>17,08,774</b>	<b>13,75,972</b>	<b>29,25,840</b>
<b>प्रतिशतता</b>		<b>38.42</b>	<b>51.67</b>	<b>48.33</b>	<b>34.89</b>	<b>28.10</b>	<b>59.74</b>

स्रोत: स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस)

तालिका 7.1 से यह देखा जा सकता है कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 48.97 लाख पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से, 23.67 लाख (48.33 प्रतिशत) को सभी चार एनसी प्रदान नहीं किए गए थे। इसके अलावा, ₹ 18.82 लाख (38.42 प्रतिशत) महिलाओं ने गर्भावस्था की पहली तिमाही के भीतर पंजीकरण कराया था। टेटनस टॉक्सॉइड (टीटी) शॉट प्राप्त करने वाली महिलाओं की प्रतिशतता में कमी थी जैसाकि 34.89 प्रतिशत और 28.10 प्रतिशत महिलाओं को क्रमशः टीटी-1 और टीटी-2 प्राप्त हुआ था। इसी प्रकार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 59.74 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड की 100 गोलियाँ मिली थीं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग एनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का पता लगाने और यह सुनिश्चित करने में सक्षम नहीं था कि क्या उन सभी को सही समय अंतराल पर निर्धारित मात्रा में एनसी जांच, टीटी और आईएफए टैबलेट प्राप्त हुए थे।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि कमी का कारण दो या अधिक सुविधाओं पर एनसी के लिए गर्भवती महिलाओं का एकाधिक पंजीकरण था। इसमें आगे कहा गया है कि सभी सुविधाओं को एचएमआईएस पोर्टल पर पंजीकृत एनसी गर्भवती महिलाओं की रिपोर्ट दर्ज करने का निर्देश दिया गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग को सिस्टम में एनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के अद्वितीय रिकॉर्ड की प्रविष्टि सुनिश्चित करनी चाहिए थी।

**सिफारिश 7.1:** सरकार को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संपूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल और प्रसवोत्तर जांच की जाए। साथ ही सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं को टीटी का टीका एवं आईएफए गोलियाँ उपलब्ध करायी जाये।

(बी) एचआईवी और एसटीआई/आरटीआई संक्रमणों के लिए गर्भवती महिलाओं का परीक्षण

भारत सरकार द्वारा जारी आरएमएनसीएच+ए दिशानिर्देशों (जनवरी 2013) ने माता-पिता से बच्चे में ह्यूमन इम्यूनोडिफेन्सिअन्सी वायरस (एचआईवी) के

संचरण को बच्चों में नए और उभरते एचआईवी संक्रमण के प्रमुख मार्ग के रूप में पहचाना और पीडब्ल्यू की सार्वभौमिक गोपनीय एचआईवी स्क्रीनिंग को नियमित एएनसी जांच का एक अभिन्न अंग के रूप में शामिल करने का सुझाव दिया। यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई) और प्रजनन पथ संक्रमण (आरटीआई) गर्भपात, मृत जन्म, समय से पहले प्रसव, जन्म के समय कम वजन, प्रसवोत्तर सेप्सिस और जन्मजात संक्रमण सहित गर्भावस्था के कई प्रतिकूल परिणामों से जुड़े हैं। इसलिए, एसटीआई/आरटीआई प्रबंधन को गर्भावस्था देखभाल से जोड़ा जाना चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान एएनसी जांच के लिए पंजीकृत 48.97 लाख गर्भवती महिला में से 17.72 लाख (36.18 प्रतिशत) और 9.26 लाख (18.91 प्रतिशत) का अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान क्रमशः एचआईवी और एसटीआई/आरटीआई के लिए परीक्षण किया गया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि इस अवधि के दौरान एचआईवी से पीड़ित गर्भवती माताओं के 7,720 मामले सामने आए। गर्भवती महिला का परीक्षण न होने के कारण ऐसे और भी मामले पकड़ में आने से बच जाने की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि एचआईवी और आरटीआई परीक्षण में कमी का कारण यह है कि एक ही गर्भवती महिला का दो से तीन सुविधाओं पर पंजीकरण किया जा रहा था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग को सिस्टम में एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं के अद्वितीय रिकॉर्ड की प्रविष्टि सुनिश्चित करनी चाहिए थी।

**सिफारिश 7.2: सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एचआईवी और आरटीआई/एसटीआई परीक्षणों के लिए जांच की जानी चाहिए।**

(सी) सिजेरियन सेक्शन प्रसव

डब्ल्यूएचओ के अनुसार सी-सेक्शन मातृ और शिशु जीवन को बचाने में प्रभावी है, परंतु केवल तभी जब चिकित्सकीय रूप से सांकेतिक कारणों से इसकी आवश्यकता हो। सी-सेक्शन के लिए आदर्श दर 10 से 15 प्रतिशत के बीच होनी चाहिए। एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, सी-सेक्शन प्रसव का राष्ट्रीय औसत 21.25 प्रतिशत था। इसके अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य

सुविधा केंद्रों (17.7 प्रतिशत) की तुलना में निजी संस्थानों में सी-सेक्शन प्रसव अधिक (42.8 प्रतिशत) थी।

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान 15.94 लाख संस्थागत प्रसव के प्रति सी-सेक्शन प्रसव का प्रतिशत 31.67 प्रतिशत था। प्रतिशत में भिन्नता 29.19 प्रतिशत (2017-18) और 34.66 प्रतिशत (2021-22) के बीच थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि स्वास्थ्य सुविधाओं को अनावश्यक सीजेरियन सेक्शन से बचने का निर्देश दिया गया था। इसमें आगे कहा गया कि सभी सार्वजनिक और निजी सुविधाओं के साथ सीजेरियन सेक्शन संपरीक्षा दिशानिर्देश प्रसारित किए गए हैं ताकि वे हर महीने संपरीक्षा करके उसकी रिपोर्ट साझा कर सकें। तथापि विभाग ने उक्त दिशानिर्देशों की प्रति और उस तारीख को संलग्न नहीं किया था जिस दिन दिशानिर्देश जारी किए गए थे।

### (डी) प्रसव के 48 घंटे के भीतर माताओं को छुट्टी देना और प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) के हिस्से के रूप में, एक महिला को प्रसव के बाद कम से कम 48 घंटे तक रुकना पड़ता है। एनआरएचएम दिशानिर्देश यह भी प्रावधान करता है कि प्रसवोत्तर<sup>2</sup> अवधि के पहले 48 घंटे और उसके बाद पहला एक सप्ताह माता और नवजात शिशु दोनों के स्वास्थ्य और अस्तित्व के लिए सबसे महत्वपूर्ण अवधि है। सभी मामलों में प्रसव/जन्म के छह सप्ताह के भीतर माता के लिये कम से कम तीन प्रसवोत्तर दौरें और नवजात शिशु के लिए छह प्रसवोत्तर दौरें किये जाने चाहिए। घर पर प्रसव के मामले में, पहला दौरा जन्म के चौबीस घंटे के भीतर होना चाहिए। संस्थागत प्रसव के मामले में, दूसरा और तीसरा दौरा प्रसव के बाद तीसरे और सातवें दिन होना चाहिए।

अप्रैल 2016 से सितम्बर 2022 के दौरान माता की प्रसवोत्तर जांच की स्थिति तालिका 7.2 में दर्शाई गई है।

<sup>2</sup> प्रसवोत्तर अवधि बच्चे के जन्म के तुरंत बाद शुरू होती है और लगभग छह सप्ताह तक चलती है, क्योंकि माता का शरीर, हार्मोन के स्तर और गर्भाशय के आकार सहित, उस समय तक गैर-गर्भवती अवस्था में वापस आ जाता है।

तालिका 7.2: माता की प्रसवोत्तर जांच की स्थिति

अवधि	कुल प्रसव (घर + संस्थागत)	किए गए संस्थागत प्रसवों की संख्या (सी-सेक्शन सहित)	कुल संस्थागत प्रसव में से प्रसव के 48 घंटे के भीतर छुट्टी पाने वाली महिलाओं की संख्या	घरेलू प्रसव के 48घण्टों से 14दिन के भीतर पहली जांच कराने वाली महिलायें	घरेलू प्रसव के 48घण्टों से 14 दिन के भीतर पहली जांच कराने वाली महिलायें (प्रतिशत में)
2016-17	271514	255017	99065	168874	62.20
2017-18	271991	260117	110520	171179	62.94
2018-19	283717	271485	110124	149479	52.69
2019-20	286281	275161	107041	142984	49.95
2020-21	206603	195481	82631	78265	37.88
2021-22	227936	217255	90350	78165	34.29
सितंबर 2022 तक	123602	119643	46609	37634	30.45
	<b>1671644</b>	<b>1594159</b>	<b>646340</b>	<b>826580</b>	

स्रोत: एचएमआईएस पोर्टल

तालिका 7.2 से यह देखा जा सकता है कि -

- अप्रैल 2017 से सितंबर 2022 के दौरान दर्ज किए गए संस्थागत प्रसवों के 15.94 लाख मामलों में से, 6.46 लाख मामलों (40.54 प्रतिशत) में माताओं को प्रसव के 48 घंटों के भीतर छुट्टी दे दी गई।
- 16.71 लाख प्रसवों में से केवल 8.27 लाख (49.45 प्रतिशत) माताओं को प्रसव के 48 घंटे से 14 दिन के बीच प्रसवोत्तर जांच प्राप्त हुई।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रसव के बाद पहले 48 घण्टे पूरे प्रसवोत्तर अवधि में सबसे महत्वपूर्ण होते हैं। प्रसवोत्तर अवधि की अधिकांश प्रमुख जटिलतायें जैसे प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव, एकलम्पसिया, जो मातृ मृत्यु का कारण बन सकती हैं, इसी अवधि के दौरान होती हैं। इस प्रकार, अपर्याप्त अस्पताल सुविधाओं के कारण, सभी मामलों में माता और नवजात शिशु की विशेष रूप से प्रसव के बाद 48 घंटे के दौरान चिकित्सा देखभाल सुनिश्चित नहीं की जा सकी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि अस्पतालों में उच्च बिस्तर अधिभोग दर के कारण, एक बिस्तर पर अपने नवजात शिशु के साथ महिलाओं की संख्या दोगुनी हो गई थी और माताओं तथा नवजात शिशुओं के लिए संक्रमण के उच्च जोखिम को बढ़ने से रोकने के लिए गैर-उच्च जोखिम वाले प्रसव डिलिवरी में प्रसव के 48 घंटों के भीतर माताओं को छुट्टी दी जा रही थी।

इसमें यह भी कहा गया कि अस्पतालों को प्रसव के 48 घंटे के बाद महिलाओं को छुट्टी देने का निर्देश दिया गया है।

आरसीएच पोर्टल के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 के दौरान, पीएनसी के लिए पंजीकृत 18.88 लाख महिलाओं में से केवल 55,015 गर्भवती महिलाओं (2.92 प्रतिशत) ने सभी निर्धारित पीएनसी जांच प्राप्त की, जबकि 6.29 लाख (33.35 प्रतिशत) महिलाओं ने पीएनसी के लिए पंजीकरण कराया तथा कोई पीएनसी प्राप्त नहीं की। इस प्रकार, विभाग पीएनसी के लिए पंजीकृत महिलाओं का पता लगाने में सक्षम नहीं था और यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि उन सभी की निर्धारित समय अंतराल पर निर्धारित संख्या में पीएनसी जांच हुई थी।

### (ई) घर पर होने वाले प्रसव में प्रशिक्षित स्वास्थ्य पेशेवर का उपस्थित नहीं होना

भारत सरकार एक कुशल जन्म परिचारक (एसबीए) को एक ऐसे व्यक्ति के रूप में मानती है जो सामान्य प्रसूति और नवजात की आपात स्थितियों को संभाल सकता है और जब कोई स्थिति उसकी क्षमता से परे एक बिंदु तक पहुंच जाती है तो उसे समय पर पता लगाने और पहचानने में सक्षम होता है, तथा महिला/नवजात शिशु को बिना किसी देरी के उचित सुविधा के लिए ले जाया जाता है। एसबीए को प्रसव कराने के लिए एक प्रशिक्षित स्वास्थ्य पेशेवर जैसे डॉक्टर/नर्स/सहायक नर्स और दाई (एएनएम) के रूप में परिभाषित किया गया है। जबकि गैर-एसबीए में प्रशिक्षित जन्म परिचारक, रिश्तेदार आदि शामिल होते हैं।

एनएफएचएस-5 रिपोर्ट में यह भी पाया गया है कि कुशल स्वास्थ्य कर्मियों<sup>3</sup> द्वारा घर पर जन्म लेने वाले बच्चे का प्रतिशत 2015-16 में 3.6 प्रतिशत से घटकर 2019-21 के दौरान 2.3 प्रतिशत हो गया। इसके अलावा, घर में जन्में नवजात शिशु देखभाल (एचबीएनसी) में “आशा” द्वारा बीमारी का शीघ्र पता लगाने और स्वच्छता प्रथाओं को बढ़ावा देने के लिए घर का दौरा कराने की व्यवस्था है।

<sup>3</sup> डॉक्टर/नर्स/एलएचवी/एएनएम/दाई/अन्य स्वास्थ्य कर्मी

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान, 77,485 घर पर होने वाले प्रसवों में से 2,076 (2.68 प्रतिशत) एसबीए की देखरेख में हुए।

इस प्रकार, स्वच्छ परिस्थितियों में और कुशल जन्म परिचारक (एसबीए) की देखरेख में घर पर प्रसव सुनिश्चित नहीं किया जा रहा था।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि एसबीए प्रसव के समय क्षेत्र में उपलब्ध होते हैं, परंतु ज्यादातर मामलों में, दाईयां ऐसे ग्राहकों के लिए प्रसव करा रही थी, इसलिए इसे गैर-एसबीए के रूप में दर्ज किया गया है।

उत्तर इस तथ्य की पुष्टि करता है कि ज्यादातर मामलों में, प्रसव में दाई शामिल होती थी, जिनके पास प्रसव के दौरान उत्पन्न होने वाली विभिन्न जटिलताओं से निपटने के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण नहीं हो सकता है।

#### **(एफ) जन्म के समय कम वजन वाले (एलबीडब्ल्यू) बच्चे**

डब्ल्यूएचओ ने जन्म के समय कम वजन (एलबीडब्ल्यू) वाले शिशुओं को ऐसे शिशुओं के रूप में परिभाषित किया है जिनका जन्म के समय वजन 2,499 ग्राम या उससे कम है। राष्ट्रीय स्तर पर एलबीडब्ल्यू का औसत 12.4 प्रतिशत है। कार्यक्रम के दिशानिर्देशों के अनुसार, जन्म के समय कम वजन के कारण विकास में बाधा, उच्च मृत्यु दर और पुरानी वयस्क बीमारियों का खतरा अधिक होता है।

एनएचएम के अंतर्गत आरसीएच कार्यक्रम अन्य बातों के साथ-साथ गर्भावस्था के दौरान एनीमिया और आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) अनुपूरण, कैल्शियम अनुपूरण आदि के लिए गर्भवती महिलाओं की जांच करता है।

सभी पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की एएनसी की स्थिति पर पैरा 7.5.3 (ए) में चर्चा की गई है, जिसमें अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान केवल 59.74 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को 100 आयरन फोलिक एसिड की गोलियां मिली थीं।

एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान, 16.06 लाख में से 3.55 लाख (22.10 प्रतिशत) का जन्म एलबीडब्ल्यू के

साथ हुआ था। उक्त अवधि के दौरान एलबीडब्ल्यू का प्रतिशत 19.60 प्रतिशत (2017-18) से 26.04 प्रतिशत (2021-22) के बीच था।

यह देखा जा सकता है कि एलबीडब्ल्यू 22 प्रतिशत के आसपास रहा जो कि 12.4 प्रतिशत के राष्ट्रीय औसत से अधिक था जो दर्शाता है कि गर्भवती महिलाओं को उचित देखभाल सुनिश्चित करने में रा.रा.क्षे.दि.स. के प्रयास अपर्याप्त थे।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि सभी पीडब्ल्यू को पोषण संबंधी परामर्श देने, हीमोग्लोबिन के स्तर का परीक्षण कराने की सभी सुविधाओं और कुपोषित गर्भवती महिलाओं को पोषण संबंधी सहायता/आहार अनुपूरक के लिए निकटतम आंगनबाड़ियों से जोड़ने के निर्देश जारी किए गए हैं।

### (जी) मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर)

मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर) प्रसूति देखभाल की गुणवत्ता में सुधार और मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण रणनीति होती है। प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा को दी गई सुविधाओं में होने वाली सभी मौतों की समीक्षा करना और संबंधित जिले के सीएमओ को रिपोर्ट भेजना आवश्यक होता है। सीएमओ की एमडीआर समिति को सभी रिपोर्टों की समीक्षा करने और भविष्य में जहां भी संभव हो ऐसी मौतों को रोकने के लिए पर्याप्त कदम उठाने की आवश्यकता है। 2016-21 के दौरान मातृ मृत्यु समीक्षा की स्थिति तालिका 7.3 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.3: मातृ मृत्यु समीक्षा की स्थिति

अवधि	अवधि के दौरान दर्ज की गई मातृ मृत्यु की संख्या	सीएमओ की जिला एमडीआर समिति द्वारा मातृ मृत्यु की समीक्षा	समीक्षा की गई मातृ मृत्यु की प्रतिशतता
2016-17	508	262	51.57
2017-18	584	354	60.62
2018-19	610	230	37.70
2019-20	603	339	56.22
2020-21	517	216	41.78
2021-22	638	332	52.04
2022-23 (सितम्बर 22 तक)	317	250	78.86
<b>कुल</b>	<b>3777</b>	<b>1983</b>	<b>52.50</b>

स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध करायी गयी जानकारी

जैसा कि देखा जा सकता है, अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान दिल्ली में हुई मातृ मृत्यु में से केवल 1,983 (52.50 प्रतिशत) की समीक्षा की गई। मातृ मृत्यु की व्यापक समीक्षा के अभाव में, सरकार भविष्य में इसी तरह के कारणों से होने वाली मातृ मृत्यु को रोकने के लिए उपाय करने की स्थिति में नहीं थी।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि सभी जिले अपनी अनुमेय सीमा के भीतर सीडीएमओ की अध्यक्षता में नियमित रूप से एमडीआर का संचालन करते हैं तथा वित्तीय वर्ष 2020-21 में जिले और सुविधा केन्द्रों में कार्यरत कर्मचारी कोविड से संबंधित गतिविधियों में शामिल थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि कोविड 19 से पहले एमडीआर समीक्षा की प्रतिशतता केवल 37.70 प्रतिशत (2018-19) से 60.62 प्रतिशत (2017-18) मामलों के बीच थी।

#### 7.5.4 योजनाओं का कार्यान्वयन

एनएचएम के अंतर्गत विभिन्न कार्यक्रमों/योजनाओं की लेखापरीक्षा पर नीचे चर्चा की गई है:

##### 7.5.4.1 जननी सुरक्षा योजना

एनएचएम के अंतर्गत जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) एक सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप है जिसे 2005 से गरीबी रेखा से नीचे वाले पीडब्ल्यू, एससी पीडब्ल्यू, एसटी पीडब्ल्यू इत्यादि के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से कार्यान्वित किया जा रहा है। इस योजना में प्रसव और प्रसव के बाद की देखभाल के साथ नकद सहायता समन्वित है। दिशानिर्देशों के अनुसार, जेएसवाई के अंतर्गत ₹ 700/- की नकद सहायता केवल ग्रामीण क्षेत्रों से आने वाले बीपीएल परिवारों की माताओं के लिए स्वीकार्य थी और उच्च निष्पादन वाले राज्य होने के कारण दिल्ली में शहरी क्षेत्रों की माताओं के लिए ₹ 600/- की नकद सहायता स्वीकार्य थी।

2016-21 की अवधि के दौरान, 94,000 के लक्ष्य के प्रति केवल 50,975 पीडब्ल्यू (54 प्रतिशत) जेएसवाई के अंतर्गत लाभ के लिए पंजीकृत थे। उक्त

अवधि के दौरान लक्ष्य के प्रति पंजीकृत पीडब्ल्यू की प्रतिशतता 27 प्रतिशत (2020-21) से 72 प्रतिशत (2016-17) के बीच थी।

कुल मिलाकर, 2016-17 से 2020-21 के दौरान बजट का केवल 51 प्रतिशत उपयोग किया गया था। उक्त अवधि के दौरान निधियों की उपयोग प्रतिशतता 23 प्रतिशत (2020-21) से 70 प्रतिशत (2017-18) के बीच थी।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि योग्य लोग प्रवासी आबादी से थे और उनके पास बैंक खाता, आधार कार्ड आदि जैसे पूरे दस्तावेज नहीं थे। यह भी कहा गया कि डीबीटी मोड में भुगतान में बदलाव के कारण, खाता कर्मियों सहित जिला और सुविधा कर्मचारी पीएफएमएस पोर्टल के माध्यम से भुगतान करने में पारंगत नहीं थे और प्रोत्साहन की बहुत कम राशि को देखते हुए जेएसवाई पंजीकरण को ज्यादा बढ़ावा नहीं दिया जा सका।

लेखापरीक्षा ने चयनित तीन जिलों के आंकड़ों का भी विश्लेषण किया, जिससे पता चला कि-

- 2018-19 से 2020-21 के दौरान दक्षिण-पूर्व, उत्तर-पश्चिम और नई दिल्ली जिले में रिपोर्ट की गई 4772, 93,897 और 56405 प्रसव के प्रति क्रमशः केवल 254 (5.32 प्रतिशत), 5,372 (5.72 प्रतिशत) और 1821 (3.23 प्रतिशत) पीडब्ल्यू को प्रोत्साहन भुगतान के लिए लाभार्थियों के रूप में पहचाना गया था।
- 2018-19 से 2020-21 की अवधि के दौरान दक्षिण-पूर्व, उत्तर-पश्चिम और नई दिल्ली जिलों से संबंधित 254, 5372 और 1821 पीडब्ल्यू में से, क्रमशः 18, 773 और 72 पीडब्ल्यू को प्रोत्साहन मिला। योजना के अंतर्गत प्रोत्साहन राशि का भुगतान नहीं करने का कारण रिपोर्ट में नहीं बताया गया।

इस प्रकार, उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग चिन्हित लाभार्थियों को भी वित्तीय सहायता प्रदान करने में विफल रहा। इसके अलावा, सुविधा केन्द्रों पर तैनात कर्मचारियों को पीएफएमएस के माध्यम से भुगतान को सुव्यवस्थित करने के लिए प्रशिक्षित नहीं किया गया था। यह वंचित लोगों के प्रति विभाग के उदासीन रवैये को दर्शाता है।

#### 7.5.4.2 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

जून 2011 में शुरू किया गया जेएसएसके सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में सभी गर्भवती महिलाओं के लिए सामान्य प्रसव, सी-सेक्शन और बीमार नवजात शिशु (जन्म के 30 दिन बाद तक) के इलाज सहित कैशलेस सेवाओं को सुनिश्चित करने की एक पहल है। जेएसएसके के अंतर्गत पीडब्ल्यू की पात्रता में सी-सेक्शन सहित शून्य व्यय वितरण, मुफ्त दवाएं और उपभोग्य वस्तुएं, मुफ्त निदान, स्वास्थ्य संस्थानों में रहने के दौरान मुफ्त आहार, रक्त का मुफ्त प्रावधान, घर से स्वास्थ्य संस्थानों तक मुफ्त परिवहन सुविधाएं और स्वास्थ्य संस्थानों से वापस लाने की सुविधाएं शामिल हैं।

##### ए. जेएसएसके के अंतर्गत प्रति प्रसव जेब से खर्च

जेएसएसके योजना का उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुंचने वाले सभी गर्भवती महिलाओं और बीमार नवजात शिशुओं को मुफ्त और कैशलेस सेवाएं प्रदान करना था। 2019-21 की अवधि के लिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 (एनएफएचएस-5) रिपोर्ट के अनुसार, दिल्ली में सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों (शहरी क्षेत्रों) में प्रति प्रसव जेब से खर्च ₹ 2,577 था।

विभाग ने कहा कि 2015-16 के दौरान प्रति प्रसव जेब से खर्च ₹ 8,518 था जो 2019-21 में घटकर ₹ 2,548 हो गया।

तथ्य यह है कि सिजेरियन सेक्शन के मामलों सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में पीडब्ल्यू को मुफ्त प्रसव कराने का उद्देश्य हासिल नहीं किया जा सका।

##### बी. गर्भवती महिलाओं को निःशुल्क आहार एवं अन्य सुविधाएं

योजना की सफलता सेवा चाहने वालों के अधिकारों के ज्ञान और सेवा प्रतिबद्धताओं को पूरा करने की राज्य की क्षमता पर निर्भर करती है। 2016-17 से 2020-21 की अवधि हेतु एएनसी के लिए एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार पंजीकृत पीडब्ल्यू की कुल संख्या 41.64 लाख थी, जिसमें से केवल

12.50 लाख लाभार्थी<sup>4</sup> (30 प्रतिशत) आहार, परिवहन, दवा और उपभोज्य आदि जैसी मुफ्त सेवाओं का लाभ उठाकर लाभान्वित हुए थे।

कुल मिलाकर, केवल 22 प्रतिशत और 70 प्रतिशत लाभार्थियों ने क्रमशः मुफ्त परिवहन और मुफ्त आहार सुविधाओं का लाभ उठाया। उक्त अवधि के दौरान मुफ्त परिवहन का लाभ उठाने वाले लाभार्थियों का प्रतिशत 14 प्रतिशत (2019-20) से 28 प्रतिशत (2018-19) के बीच था और जिन्हें मुफ्त आहार मिला, उनका प्रतिशत 63 प्रतिशत (2018-19) से 80 प्रतिशत (2016-17) के बीच था।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि गर्भवती महिलाओं को उनकी प्रसवपूर्व सेवाओं के दौरान और प्रसव सेवाओं के दौरान कई सेवाएं प्रदान की जाती हैं, जैसे कि आहार, दवाइयां और उपभोग्य वस्तुएं, रक्त आधान, निदान और परिवहन। इसलिए प्रत्येक सेवा के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा प्रत्येक व्यक्तिगत गर्भवती महिलाओं और बीमार शिशु के लिए इतना रिकॉर्ड रखना व्यावहारिक रूप से संभव नहीं है। इस प्रकार, वे एएनसी के लिए पंजीकृत गर्भवती महिलाओं और स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों द्वारा किए गए प्रसव के अनुपात में एक अनुमानित आंकड़ा प्रदान करते हैं।

### सी. जेएसएसके योजना में डेटा की असंगति

वर्ष 2017-18 से 2020-21 की वार्षिक रिपोर्ट के अनुसार, 9.83 लाख लाभार्थियों को मुफ्त दवाइयां और उपभोग्य वस्तुएं तथा 6.62 लाख को मुफ्त आहार मिला। तथापि एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार, केवल 7.59 लाख और 5.37 लाख लाभार्थियों ने क्रमशः मुफ्त दवाई एवं उपभोज्य और मुफ्त आहार का लाभ उठाया। निदान सेवाओं में भी यही डेटा असंगतता पाई गई।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि वह रिपोर्ट प्रस्तुत करने में एकरूपता के लिए प्रयास कर रहा है।

### डी. जेएसएसके के अंतर्गत शिकायतों के मामले

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी शिकायत निवारण दिशानिर्देश अन्य बातों के साथ-साथ हेल्प डेस्क, कॉल सेंटर और वेब

<sup>4</sup> जेएसएसके के वार्षिक प्रतिवेदन के अनुसार

पोर्टल के माध्यम से स्वास्थ्य हेल्पलाइन प्रणाली स्थापित करने का प्रावधान करते हैं। वार्षिक रिपोर्टों के अनुसार, 2016-21 के दौरान मुफ्त पात्रता से संबंधित कोई शिकायत/परिवाद मामले प्राप्त नहीं हुए। यह दर्शाता है कि या तो राज्य और जिला स्तर के जेएसएसके/आरसीएच नोडल अधिकारी शिकायतों के मामलों की रिपोर्ट नहीं कर रहे थे या विभाग ने निवारण तंत्र, यदि कोई है, के बारे में जानकारी नहीं बनाई और आम जनता के बीच प्रसारित नहीं की।

विभाग ने कहा (मार्च 2022) कि दिल्ली सरकार जेएसएसके योजना के अंतर्गत मुफ्त सेवाएं प्रदान करने के लिए सभी प्रयास कर रही है। यदि किसी सुविधा पर गर्भवती महिलाओं या उसके रिश्तेदार से कोई शिकायत प्राप्त होती है तो उन्हें वहीं पर समाधान किया जाता है।

लेखापरीक्षा का विचार है कि भले ही शिकायतों का समाधान कर दिया गया हो, प्रणालीगत कमियों और सुधारात्मक कार्रवाई के लिए उनका विश्लेषण करने की आवश्यकता है और इसलिए, इस संबंध में उचित रिकॉर्ड बनाए रखने की आवश्यकता है।

#### 7.5.4.3 प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान कार्यक्रम

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) जून, 2016 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा शुरू किया गया था। पीएमएसएमए हर महीने की 9 तारीख को सभी गर्भवती महिलाओं (दूसरी और तीसरी तिमाही में) को सार्वभौमिक रूप से निश्चित दिन सुनिश्चित, व्यापक और गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करता है। जबकि गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व देखभाल नियमित रूप से प्रदान की जाती है, पीएमएसएमए के अंतर्गत सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों पर ओबीजीवाई विशेषज्ञों/रेडियोलॉजिस्ट/चिकित्सकों द्वारा विशेष एएनसी सेवाएं प्रदान की जाती हैं। अभियान के महत्वपूर्ण घटकों में से एक उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं की पहचान और उस पर अनुवर्ती कार्रवाई तथा उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं के मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड में लाल स्टीकर जोड़ा जाता है।

**ए. पीएमएसएमए कार्यक्रम के अंतर्गत राज्य एवं जिला स्तरीय बैठक नहीं की गयी**

पीएमएसएमए के परिचालन ढांचे के अनुसार, प्रारंभिक गतिविधियों में राज्य और जिला स्तरीय समन्वय समितियों की स्थापना शामिल थी तथा कार्यक्रम को सही दिशा में आगे बढ़ाने के लिए नियमित बैठकें आयोजित की जानी आवश्यक थीं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि यद्यपि राज्य स्तरीय समिति का गठन मई 2016 में किया गया था, वर्ष 2017-18 से 2020-21 के दौरान केवल एक बैठक आयोजित की गई (मई 2016) और जिला स्तर पर कोई बैठक आयोजित नहीं की गई। इस प्रकार, योजना पर कोई राज्य और जिला स्तरीय समन्वय और निगरानी नहीं थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि सभी जिलों को जिला स्तरीय समिति के गठन के लिए जिला पीएमएसएमए नोडल की पहचान करने का निर्देश दिया गया था (जून 2016) और नाम सरकार के साथ साझा किए जाने थे। इसमें आगे कहा गया है कि जिला स्तरीय समिति का विवरण जिलों द्वारा साझा नहीं किया गया था।

यह विभाग द्वारा जारी निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु निगरानी की कमी को दर्शाता है।

**बी. योजना के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं का कवरेज**

विभाग द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार, पीएमएसएमए के अंतर्गत कुल 3.82 लाख गर्भवती महिलाएं पंजीकृत थीं। दिशानिर्देशों के अनुसार, गर्भावस्था के दूसरे/तीसरे तिमाही के दौरान सभी गर्भवती महिलाओं के लिए एक अल्ट्रासाउंड की सिफारिश की जाती है। 2016-17 से 2020-21 की अवधि के दौरान निश्चित दिन पर अल्ट्रासाउंड परीक्षण कराने वाली गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत 8.84 प्रतिशत (2019-20) से 16.56 प्रतिशत (2018-19) के बीच था।

2016-17 से 2020-21 के दौरान लेखापरीक्षा में पाया गया कि पीएमएसएमए के अंतर्गत पंजीकृत 3.82 लाख गर्भवती महिलाओं में से 16,557 (4.33 प्रतिशत) को उच्च जोखिम वाले गर्भवती महिलाओं के रूप में पहचाना

गया था। 2016-17 से 2020-21 के दौरान पहचाने गए उच्च जोखिम गर्भवती महिलाओं की प्रतिशत भिन्नता 1.61 प्रतिशत (2018-19) से 10.74 प्रतिशत (2020-21) के बीच थी। 16,557 पहचाने गए उच्च जोखिम वाले गर्भवती महिलाओं में से, केवल 7164 मामलों (44.75 प्रतिशत) का विवरण शहरी क्षेत्रों के विभिन्न ब्लॉक के संबंधित एएनएम और आशा के साथ अनुवर्ती कार्रवाई के लिए साझा किया गया था।

निर्धारित दिन पर अल्ट्रासाउंड प्राप्त करने वाली महिलाओं के प्रतिशत में कमी के संबंध में विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि यदि सुविधा केंद्रों द्वारा अल्ट्रासाउंड को नियमित प्रसवपूर्व क्लीनिकों में आयोजित किया जाता है, तो अल्ट्रासाउंड की संख्या स्वचालित रूप से कम हो जाएगी।

उत्तर ठोस नहीं है क्योंकि नियमित प्रसवपूर्व क्लीनिकों में अल्ट्रासाउंड कराने वाली गर्भवती महिलाओं की वास्तविक संख्या के बारे में कोई जानकारी उत्तर के समर्थन में प्रस्तुत नहीं की गई थी।

#### **सी. गर्भवती महिलाओं को परामर्श सेवाएं**

पीएमएसएमए दिशानिर्देश प्रावधान करते हैं कि अस्पताल/केंद्र छोड़ने से पहले, प्रत्येक गर्भवती महिलाओं को पोषण, प्रसवोत्तर परिवार नियोजन आदि से संबंधित जानकारी प्राप्त करने के लिए व्यक्तिगत रूप से या समूहों में परामर्श दिया जाना चाहिए।

विभाग ने गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई परामर्श सेवाओं का कोई डेटा नहीं रखा, जिसके अभाव में लेखापरीक्षा यह सत्यापित नहीं कर सका कि ये वास्तव में प्रदान की गई थीं।

#### **डी. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार को मासिक रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की गई**

पीएमएसएमए दिशानिर्देशों में निर्धारित है कि एएनएम को पीएमएसएमए के दौरान प्रदान की गई सेवाओं की जानकारी संकलित करनी है और केंद्र प्रभारी को जमा करनी है जो इसे बाद में जिला अधिकारियों को प्रस्तुत करेगा। राज्यों को जिलों द्वारा प्रस्तुत रिपोर्टों को संकलित करना होगा और इसे शिविरों के आयोजन के 15 दिनों के भीतर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

मंत्रालय को जमा करना होगा जैसाकि पीएमएसएमए के अंतर्गत आवश्यक था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को प्रस्तुत की जाने वाली जिला-वार रिपोर्ट संकलित नहीं की गई। पोर्टल पर 506 केंद्र पंजीकृत थे जिन्हें पोर्टल पर मासिक रिपोर्ट अपलोड करना आवश्यक था। 2018-19 से 2021-22 के दौरान, पोर्टल पर मासिक रिपोर्टें अपलोड करने वाले केंद्र 60 प्रतिशत (2019-20) और 25 प्रतिशत (2018-19) के बीच थे, जो योजना की अधूरी रिपोर्टिंग को दर्शाते हैं।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि पीएमएसएमए पोर्टल पीएमएसएमए कार्यक्रम के शुरू होने के बहुत बाद में शुरू किया गया था और पिछले दो वर्षों में, कई केंद्र ने पीएमएसएमए पोर्टल पर नामांकन किया है परंतु कुछ संगठन जैसे सीजीएचएस, निजी केंद्रों आदि पीएमएसएमए कार्यक्रम में सक्रिय रूप से भाग नहीं ले रहे थे और इसलिए, पीएमएसएमए पोर्टल पर लगातार रिपोर्ट जमा नहीं की जा रही है।

उत्तर भ्रामक है क्योंकि इसने सीधे अपनी देखरेख में केंद्रों के संबंध में रिपोर्टिंग की कमी पर कोई टिप्पणी नहीं की।

**(ई) कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को विशिष्ट सेवाएं प्रदान नहीं की गईं**

दिशानिर्देशों के अनुसार, एएनएम और स्टाफ नर्सों को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि ओबीजीवाई/चिकित्सा अधिकारी द्वारा लाभार्थी की जांच करने से पहले सभी बुनियादी प्रयोगशाला जांचें की गई हैं।

कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई विशिष्ट सेवाओं की स्थिति तालिका 7.4 में दर्शाई गई है।

तालिका 7.4: पीएमएसएमए के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को प्रदान की गई सेवाओं की स्थिति

अवधि	पीएमएसएमए के अंतर्गत प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	ओबीजीवाईएन विशेषज्ञ द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	एमबीबीएस डॉक्टर द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं की कुल संख्या	हीमोग्लोबिन जांच के लिए पीडब्ल्यू	रक्त समूह की जांच के लिए पीडब्ल्यू	मूत्र एल्बुमिन के परीक्षण के लिए पीडब्ल्यू	ओजीटी टी द्वारा जीडीएम का परीक्षण के लिए पीडब्ल्यू	पीएमएसएमए के अंतर्गत एचआईवी जांच के लिए पीडब्ल्यू
2016-17	40116	0	0	21208	0	0	8785	11661
2017-18	99063	0	36	54075	0	35	37637	24021
2018-19	95002	366	1275	46470	798	830	31496	24727
2019-20	86550	36683	57608	41245	25193	36711	22238	69516
2020-21	31077	14817	18158	10625	8188	11549	6532	19261
2021-22	44516	17807	26647	15760	11165	17201	8878	28194
2022-23 (सितंबर 2022 तक)	24571	10818	14279	7444	5626	8578	4521	16230
<b>कुल</b>	<b>420895</b>	<b>80491</b>	<b>118003</b>	<b>196827</b>	<b>50970</b>	<b>74904</b>	<b>120087</b>	<b>193610</b>
<i>प्रतिशत में</i>		19.12	28.04	46.76	12.11	17.80	28.53	46.00

स्रोत: पीएमएसएमए पोर्टल

हीमोग्लोबिन, रक्त समूह, मूत्र एल्बुमिन और एचआईवी के लिए बुनियादी प्रयोगशाला जांच से गुजरने वाली गर्भवती महिलाओं का कुल प्रतिशत क्रमशः 46 प्रतिशत, 12 प्रतिशत, 18 प्रतिशत और 46 प्रतिशत था।

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 की अवधि के दौरान पंजीकृत केवल 47.16 प्रतिशत (4,20,895 में से 1,98,494) पीडब्ल्यू को ओबीजीवाईएन विशेषज्ञ और एमबीबीएस डॉक्टरों द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल प्राप्त हुई थी।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि इसका कारण स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा डेटा को समझने में कुछ त्रुटि हो सकती है, इसलिए उचित डेटा प्रस्तुत नहीं किया गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि लेखापरीक्षा टिप्पणी केवल पीएमएसएमए कार्यक्रम के अंतर्गत पंजीकृत लाभार्थियों पर आधारित है और डेटा अखंडता भी विभाग की जिम्मेदारी थी।

#### 7.5.4.4 एनएचएम के अंतर्गत 'लक्ष्य' कार्यक्रम

2017 में शुरू किए गए 'लक्ष्य' कार्यक्रम का उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में लेबर रूम और मैटरनिटी ऑपरेशन थिएटर (ओटी) में देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करना है, जिसका मूल्यांकन एनक्यूएस (राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक) के माध्यम से किया जाएगा। एनक्यूएस पर 70 प्रतिशत स्कोर प्राप्त करने वाले प्रत्येक केंद्र को 'लक्ष्य' प्रमाणित सुविधा के रूप में प्रमाणित किया जाना था।

दिशानिर्देशों के अनुसार, 'लक्ष्य' से संबंधित सभी डेटा को त्वरित रिपोर्ट तैयार करने के साथ-साथ प्रगति की निगरानी हेतु डैशबोर्ड के विजुअलाइज़ेशन के लिए पोर्टल पर अपलोड किया जाना आवश्यक था। विभाग ने कहा (दिसंबर 2021) कि 'लक्ष्य' पोर्टल 19 जुलाई 2019 से शुरू किया गया था और यह डीएसएचएम राज्य पोर्टल का उपयोग एनक्यूएस और 'लक्ष्य' के अंतर्गत अस्पतालों के आंतरिक मूल्यांकन प्रस्तुत करने के लिए कर रहा था।

कार्यक्रम के कार्यान्वयन की लेखापरीक्षा में जांच नहीं की जा सकी क्योंकि विभाग ने न तो 'लक्ष्य'/डीएसएचएम पोर्टल से डेटा उपलब्ध कराया और न ही इसने उपर्युक्त पोर्टल तक पहुंच प्रदान की।

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि 2020-21 में कार्यक्रम के अंतर्गत 18 केंद्रों के लक्ष्य के प्रति केवल तीन सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों को लक्ष्य प्रमाणित सुविधाओं के रूप में प्रमाणित किया गया था।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि तीन और अस्पताल प्रमाणन के लिए प्रक्रिया में हैं।

#### 7.5.4.5 एमएए (मदर्स एब्सोल्यूट अफेक्शन) कार्यक्रम के माध्यम से बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने स्तनपान को बढ़ावा देने और स्वास्थ्य प्रणालियों के माध्यम से स्तनपान का समर्थन करने के लिए परामर्श सेवाओं के प्रावधान पर ध्यान केंद्रित करने के प्रयास में मदर्स एब्सोल्यूट अफेक्शन (एमएए) का शुभारंभ किया (अगस्त 2016)।

बाल आहार प्रथाओं पर एनएफएचएस-5 (2019-21) के संकेतकों के अनुसार, दिल्ली में 3 साल से कम उम्र के 51.2 प्रतिशत बच्चों को जन्म के एक घंटे के भीतर<sup>5</sup> स्तनपान कराया गया, जबकि 6 महीने से कम उम्र के 64.3 प्रतिशत बच्चों को विशेष रूप से स्तनपान<sup>6</sup> कराया गया।

#### ए. एमएए के लिए स्टाफ की कमी

स्टाफ नर्स, आरएमएनसीएच+ए परामर्शदाता और चिकित्सा अधिकारी शिशु एवं छोटे बच्चे के आहार (आईवाईसीएफ) पर माताओं/देखभाल करने वालों से संपर्क और परामर्श के लिए जिम्मेदार थे। एमएए कार्यक्रम की वार्षिक रिपोर्ट (2020-21) के अनुसार, लेखापरीक्षा ने चिकित्सा अधिकारी (32 प्रतिशत) और स्टाफ नर्स (58 प्रतिशत) के संबंध में स्टाफ की काफी कमी देखी। स्टाफ की कमी यह दर्शाती है कि विभाग द्वारा शिशु/बाल स्वास्थ्य सेवाओं को कम प्राथमिकता दी गई है।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि स्टाफ की कमी थी, परंतु कर्मचारियों की भर्ती परिवार कल्याण निदेशालय के अधीन नहीं आती थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि भारत सरकार ने कार्यवाही के रिकॉर्ड में हर वर्ष मानव संसाधन को मंजूरी दी थी और परिवार कल्याण निदेशालय/डीएसएचएम को यह सुनिश्चित करना चाहिए था कि रिक्त पद समय पर भरे जाएं।

**सिफारिश 7.3: सरकार को एनएचएम के अंतर्गत आरओपी में अनुमोदित मानव संसाधन की उचित भर्ती सुनिश्चित करनी चाहिए ताकि एनएचएम के कार्यक्रम को ठीक से और सुचारु रूप से लागू किया जा सके।**

#### बी. स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए समर्पित स्थान/कमरे की कमी

एमएए के दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी स्वास्थ्य सुविधाओं में स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए एक समर्पित स्थान/कक्ष होना चाहिए जो परामर्श के लिए आते हैं और स्तनपान के लिए एक निजी स्थान की इच्छा रखते हैं। यह देखा गया कि दिल्ली में एमएए कार्यक्रम के अंतर्गत 338 स्वास्थ्य सुविधाओं/केंद्रों में से केवल 205 में स्तनपान के लिए जगह/कमरा उपलब्ध था।

<sup>5</sup> सर्वेक्षण से 3 वर्ष पहले अंतिम शिशु जन्म पर आधारित

<sup>6</sup> माता के साथ रह रहे सबसे छोटे बच्चे पर आधारित

विभाग ने कहा (मई 2022) कि अधिकांश स्वास्थ्य सुविधाएं/केंद्र केवल दो कमरों में टीकाकरण/एएनसी सहित सभी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान कर रहे थे।

#### **सी. एमएए समन्वय समिति का गठन नहीं किया जाना**

एमएए के दिशानिर्देशों के अनुसार, राज्य स्तर पर गठित एक समन्वय समिति को दिशानिर्देशों में उल्लिखित सुझाई गई गतिविधियों के कार्यान्वयन की निगरानी करनी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग द्वारा कोई एमएए समन्वय समिति गठित नहीं की गई थी।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि एमएए कार्यक्रम के अंतर्गत गतिविधियों की जिला और राज्य स्तर पर सुविधा के आधार पर निगरानी और समीक्षा की जा रही है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि समन्वय समिति के अभाव में गतिविधियों की पर्याप्त निगरानी नहीं की जा सकती है।

#### **7.5.4.6 गृह आधारित नवजात देखभाल कार्यक्रम (एचबीएनसी)**

एचबीएनसी के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, एचबीएनसी के अंतर्गत प्रमुख गतिविधियों में "आशा द्वारा जन्म के पहले छह हफ्तों में घर के कई दौरों के माध्यम से प्रत्येक नवजात शिशु की देखभाल, आशा या एएनएम द्वारा समय से पहले और कम वजन वाले शिशुओं के लिए अतिरिक्त घर का दौरा और केंद्र से छुट्टी मिलने के बाद बीमार नवजात शिशुओं की अनुवर्ती देखभाल" शामिल है।

2016-17 से 2020-21 के दौरान, पंजीकृत 47.89 प्रतिशत (13.08 लाख में से 6.26 लाख) शिशुओं को स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों से छुट्टी मिलने के बाद "गृह आधारित नवजात देखभाल" और "आशा" द्वारा अतिरिक्त घर के दौरे की सुविधा मिली। इसके अलावा, दिल्ली में एचबीएनसी के अंतर्गत 1.6 लाख नवजात शिशुओं का दौरा करने के लक्ष्य के मुकाबले, 2020-21 के दौरान उपलब्धि केवल 55,593 (33.17 प्रतिशत) थी।

#### 7.5.4.7 गंभीर तीव्र कुपोषण (एसएएम) कार्यक्रम का कार्यान्वयन

गंभीर तीव्र कुपोषण को ऊंचाई/लंबाई के हिसाब से बहुत कम वजन, या मध्य-ऊपरी बांह की परिधि 115 मि.मी. से कम है, या पोषण संबंधी एडिमा की उपस्थिति के रूप में परिभाषित किया गया है। पूर्ण रूप से स्तनपान की कमी, पूरक आहार की देर से शुरुआत, कम मात्रा में पोषक तत्वों वाला पतला आहार खिलाना, बार-बार आंत्र और श्वसन पथ में संक्रमण, अज्ञानता और गरीबी एसएएम के लिए जिम्मेदार कुछ कारक हैं। एसएएम वाले बच्चों में सुपोषित बच्चों की तुलना में मरने का जोखिम नौ गुना अधिक होता है।

एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, पांच वर्ष से कम उम्र के 21.8 प्रतिशत बच्चे कम वजन वाले (उम्र के हिसाब से वजन), 30.9 प्रतिशत बच्चे बौने (उम्र के हिसाब से कम लंबाई) और 11.2 प्रतिशत कमजोर (उम्र के हिसाब से कम वजन) और 4.9 प्रतिशत बच्चे गंभीर रूप से कमजोर (ऊंचाई के अनुसार कम वजन) थे। इसके अलावा, एनएफएचएस-5 (2019-21) के अनुसार, 6 महीने-59 महीने की आयु वर्ग के 69.2 प्रतिशत बच्चे एनीमिया से पीड़ित थे।

दिशानिर्देशों के अनुसार प्रत्येक जिले में एक पोषण पुनर्वास केंद्र (एनआरसी) होना चाहिए। 2017-18 से आठ एनआरसी (11 की आवश्यकता के मुकाबले) चालू थे। मार्च 2019 में, भारत सरकार ने निर्देश दिया कि एनआरसी 10 बिस्तरों वाला होना चाहिए। संशोधित मानदंडों के अनुसार, दिल्ली में केवल दो एनआरसी (अगस्त 2022) चालू थे और शेष छः एनआरसी इस मानदंड को पूरा नहीं करते थे, परंतु मानदंडों को पूरा करने वाली किसी अन्य सुविधा को विभाग द्वारा एनआरसी के रूप में नामित नहीं किया गया था। इस प्रकार, संशोधित मानदंडों के अनुसार दिल्ली के 11 जिलों में केवल दो एनआरसी थे।

इसके अलावा, इन दो कार्यात्मक एनआरसी में मेडिकल ऑफिसर, कुक कम केयरटेकर, अटेंडेंट और मेडिकल सोशल वर्कर के पद नहीं भरे गए, जैसा कि एसएएम के दिशानिर्देशों के अंतर्गत आवश्यक था।

#### 7.5.4.8 एनएचएम के अंतर्गत राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का कार्यान्वयन

भारत सरकार ने राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके) का शुभारम्भ किया (फरवरी 2013) जिसमें जिला अस्पताल स्तर पर जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र (डीईआईसी) स्थापित करने की परिकल्पना की गई है। योजना के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक ब्लॉक में कम से कम तीन समर्पित मोबाइल स्वास्थ्य टीमों छः से 18 वर्ष की आयु के बच्चों की जांच करने के लिए लगाई जाएंगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि भारत सरकार ने व्यापक नवजात स्क्रीनिंग (सीएनएस) के माध्यम से आरबीएसके के कार्यान्वयन के लिए 2018-19 में आरओपी को मंजूरी दी थी, जिसमें विभाग ने तीन जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्रों के संचालन का लक्ष्य निर्धारित किया था (2020-21)। लेखापरीक्षा में पाया गया कि कोई डीईआईसी/मोबाइल स्वास्थ्य दल गठित नहीं किया गया था (मई 2022)।

इसके अलावा, दिल्ली सरकार ने नवजात प्रारंभिक मूल्यांकन दृष्टि (एनईईवी) कार्यक्रम का शुभारंभ किया (जनवरी 2020) जो दृश्यमान कार्यात्मक और चयापचय संबंधी दोषों के लिए दो वर्षों में लगभग 1.5 लाख नवजात शिशुओं की जांच के लिए है। तथापि एनईईवी मिशन नवंबर 2021 में ही क्रियाशील हुआ और केवल 21,237 बच्चों की जांच की गई (मार्च 2022)। मामलों को उचित अनुवर्ती कार्रवाई के लिए भेजा गया था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि वह पहचानी गई स्वास्थ्य स्थितियों का शीघ्र पता लगाने के लिए एलएनएच में एक उत्कृष्टता केंद्र - प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र और अन्य अस्पतालों में तीन डीईआईसी स्थापित करेगा।

**सिफारिश 7.4: यह सुनिश्चित करने का प्रयास किया जाना चाहिए कि योजना के अंतर्गत नवजात शिशु के लिए परिकल्पित देखभाल समय पर प्रदान की जाती है।**

### 7.5.5 बाल मृत्यु समीक्षा (सीडीआर) में विसंगतियां

बाल मृत्यु समीक्षा नवजात शिशुओं और बच्चों की मृत्यु के कारणों में भौगोलिक भिन्नता को समझने और इस प्रकार राज्य-विशिष्ट बाल स्वास्थ्य हस्तक्षेप शुरू करने की एक महत्वपूर्ण रणनीति होती है। बाल मृत्यु का विश्लेषण मृत्यु के चिकित्सीय कारणों के बारे में जानकारी प्रदान करता है, स्वास्थ्य सेवा वितरण में अंतराल और बाल मृत्यु में योगदान देने वाले सामाजिक कारकों की पहचान करने में मदद करता है।

बाल मृत्यु समीक्षा के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी बाल मृत्यु के लिए पहली संक्षिप्त जांच (एफबीआई) की जाएगी। एफबीआई मृत्यु की अधिसूचना के दो सप्ताह के भीतर की जानी चाहिए और मृत्यु की अधिसूचना के एक महीने के भीतर ब्लॉक मेडिकल ऑफिसर (बीएमओ) को रिपोर्ट प्रस्तुत की जानी चाहिए। इसके अलावा, जिला नोडल अधिकारी (डीएनओ) के कार्यालय द्वारा तैयार की गई रिपोर्टें हर महीने जिला बाल मृत्यु समीक्षा समिति<sup>7</sup> (डीसीडीआरसी) की बैठक में साझा की जानी थी। डीसीडीआरसी बैठक के बाद, डीएम, डीएनओ/सीएमओ द्वारा उन्हें सौंपे गए मामलों के नमूने की समीक्षा करेंगे।

इसके अलावा, अप्रैल 2017 में सभी हितधारकों को कार्रवाई के लिए स्पष्ट समय सीमा के साथ प्रमुख निर्णयों के वितरण के लिए प्रमुख सचिव (गृह और परिवार कल्याण) की अध्यक्षता में एक राज्य स्तरीय टास्क फोर्स (एसएलटीएफ) का गठन किया गया था। एसएलटीएफ को हर छह महीने या उससे पहले बैठक करनी थी। राज्य नोडल अधिकारी (एसएनओ) राज्य स्तरीय रिपोर्टिंग फॉर्म (फॉर्म 5 डी) में राष्ट्रीय स्तर पर आगे के प्रसारण के लिए सभी जिलों से रिपोर्ट संकलित करेंगे।

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

- i) 2017-18 से 2020-21 के दौरान रिपोर्ट की गई 21,870 बाल मृत्यु में से 798 मामलों (3.65 प्रतिशत) में पहली संक्षिप्त जांच की गई। इसके

<sup>7</sup> मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन (अध्यक्ष), अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी, जिला नोडल अधिकारी (सदस्य सचिव) बाल रोग विशेषज्ञ, प्रसूति विशेषज्ञ/स्त्री रोग विशेषज्ञ आदि शामिल।

अलावा, डीएम द्वारा बाल मृत्यु की कोई समीक्षा नहीं की गई जैसाकि दिशानिर्देशों के अंतर्गत अपेक्षित था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि मृत बच्चे का परिवार बच्चे की मृत्यु के बाद अपने पैतृक गांव में चला जाता है। यह भी कहा गया कि डीएम द्वारा समीक्षा संभव नहीं थी क्योंकि कुछ जिलों में डीसीडीआर समिति का गठन नहीं किया गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि मृत्यु की अधिसूचना के दो सप्ताह के भीतर मृत्यु के चिकित्सीय कारणों को प्राप्त करना राज्य सरकार की जिम्मेदारी है।

ii) 2017-18 से 2020-21 के दौरान, मृत्यु मामलों के विश्लेषण के लिए आठ जिलों द्वारा केवल 17 डीसीडीआरसी<sup>8</sup> की बैठकें आयोजित की गईं। विभाग ने कहा (मई 2022) कि कुछ जिलों में डीसीडीआर समितियों के गठन में देरी के कारण निर्धारित संख्या में बैठकें नहीं की जा सकीं।

iii) 2017-21 के दौरान एसएलटीएफ द्वारा केवल एक बैठक की गई थी जो इंगित करती है कि बाल मृत्यु समीक्षाओं से सीखे गए सबक आवश्यक सुधारात्मक कार्रवाई के लिए हितधारकों के बीच प्रसारित नहीं किए जा रहे थे।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि जिलों को कई मेल भेजे गए थे और राज्य रिपोर्टों का संकलन केवल अक्टूबर 2020 से शुरू किया जा सका।

उत्तर, बाल मृत्यु की समीक्षा में अपर्याप्तता और सुधारात्मक कार्रवाई करने में देरी की पुष्टि करता है।

iv) लेखापरीक्षा में पाया गया कि एसएनओ ने 2016-21 के दौरान सभी जिलों की सीडीआर रिपोर्ट संकलित नहीं की और इसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रबंधकों को नहीं भेजा गया। इसके अलावा, विभाग ने मार्च 2018 में निर्देश दिया कि सभी जिलों के आरसीएच नोडल अधिकारी के लिए सीडीआर पर रिपोर्ट हर

<sup>8</sup> उत्तर पूर्व (4), दक्षिण पूर्ण (2), मध्य (1) दक्षिण (4), दक्षिण पश्चिम (2) पूर्व (1), नई दिल्ली (1) तथा पश्चिम (2)

महीने की 5 तारीख को राज्य मुख्यालय में जमा करना सुनिश्चित करना आवश्यक है परंतु जिलों ने अक्टूबर 2020 से ही सीडीआर रिपोर्ट साझा करना शुरू किया था, जिसे संकलन के बाद भारत सरकार को भेजा गया था।

विभाग ने कहा (मई 2022) कि अस्पतालों से रिपोर्ट आने में देरी हुई।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग संकलन हेतु अस्पतालों से रिपोर्ट की समय पर प्राप्ति सुनिश्चित करने और भारत सरकार को प्रस्तुत करने के लिए जिम्मेदार था।

#### 7.5.6 बाल टीकाकरण

बच्चों के जीवित रहने के लिए नियमित टीकाकरण एक महत्वपूर्ण रणनीति है, जो रोकथाम योग्य बीमारियों के प्रति रुग्णता को कम करने के लिए निवारक देखभाल पर ध्यान केंद्रित करती है। एचएमआईएस पोर्टल के अनुसार अप्रैल 2016 से सितंबर 2022 के दौरान एक वर्ष तक के बच्चों का कवरेज कुछ टीकों के संबंध में वांछित 100 प्रतिशत से बहुत कम था, जैसे बीसीजी (82.70 प्रतिशत), ओपीवी-0 (70.03 प्रतिशत), डीपीटी-1 (3.87 प्रतिशत), खसरा (89.48 प्रतिशत) और हेपेटाइटिस-बी (66.86 प्रतिशत)। अन्य आयु वर्ग (अर्थात् एक वर्ष से ऊपर) में टीकाकरण का कवरेज सुनिश्चित नहीं किया जा सका क्योंकि इस संबंध में डीएसएचएस द्वारा डेटा प्रस्तुत नहीं किया गया था। इसके अलावा, नौ महीने से पांच वर्ष की उम्र के सभी बच्चों को विटामिन 'ए' की नौ खुराक दी जानी आवश्यक थी। हालाँकि, 21.22 लाख बच्चों में से केवल 13.80 लाख (65.03 प्रतिशत) बच्चों को पहली खुराकें दी गई थी और जिन शिशुओं को विटामिन-ए की शेष खुराक (खुराक पांच और नौ को छोड़कर) दी गई थी, उनकी जानकारी राज्य स्तर पर दर्ज नहीं की गई थी।

विभाग का उत्तर प्रतीक्षित था।

#### 7.5.7 व्यापक गर्भपात देखभाल

आरएमएनसीएच+ए के दिशानिर्देशों के अनुसार, भारत में आठ प्रतिशत मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती है। इसके अलावा, जो महिलाएं असुरक्षित गर्भपात से बच जाती हैं, उन्हें दीर्घकालिक स्वास्थ्य जटिलताओं का सामना करना पड़ सकता है। इसलिए, सुरक्षित और व्यापक गर्भपात देखभाल समग्र गर्भावस्था देखभाल का एक अनिवार्य घटक है। एनआरएचएम के

अंतर्गत, 24x7 पीएचसी को मैन्युअल वैक्यूम एस्पिरेशन (एमवीए) सुविधाओं और चिकित्सा विधियों द्वारा गर्भपात प्रदान करना था, जबकि सभी जिला अस्पतालों और उप-जिला स्तर के अस्पतालों में समुदायिक स्वास्थ्य केंद्र जैसे 'प्रसव प्वाइंट' को प्राथमिकता देते हुए व्यापक मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेगनेंसी (एमटीपी) सेवाएं उपलब्ध होनी थीं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 44 उप-जिला/जिला स्तरीय अस्पतालों में से सात (16 प्रतिशत) और 23 सीएचसी में से 20 (87 प्रतिशत) में एमटीपी सेवाएं प्रदान नहीं की गईं। इस प्रकार, सरकार सुरक्षित गर्भपात के लिए आरएमएनसीएच+ए के अंतर्गत परिकल्पित पर्याप्त सुविधाएं प्रदान करने में विफल रही।

विभाग ने कहा (जुलाई 2022) कि दिल्ली में व्यापक गर्भपात देखभाल (सीएसी) उन सभी जिला और उप-जिला अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जा रही है जो प्रसव पॉइंट के रूप में काम कर रहे थे। दिल्ली में मौजूदा प्रसूति गृहों के संबंध में, जिन्हें सीएचसी गैर-एफआरयू के रूप में नामित किया गया है, केवल तीन प्रसूति गृह सीएसी सेवाएं प्रदान कर रहे थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग को सीएसी सेवाओं की कमी के बारे में अच्छी तरह से पता था और इन सेवाओं को अधिक प्रसूति गृहों के माध्यम से प्रदान किया जाना चाहिए था।

#### 7.5.8 नसबंदी और स्पेसिंग विधियों के लक्ष्यों की प्राप्ति

परिवार नियोजन में एक आदर्श बदलाव आया है और यह मातृ एवं शिशु मृत्यु दर और रुग्णता को कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप के रूप में उभरा है। यह अच्छी तरह से स्थापित है कि उच्च गर्भनिरोधक प्रचलन दर वाले राज्यों में मातृ एवं शिशु मृत्यु दर कम है। इस प्रकार परिवार नियोजन में अधिक निवेश महिलाओं को वांछित परिवार आकार प्राप्त करने और अनपेक्षित और गलत समय पर गर्भधारण से बचने में मदद करके उच्च जनसंख्या वृद्धि के प्रभाव को कम करने में मदद कर सकता है। इसके अलावा, गर्भनिरोधक का उपयोग गर्भपात को प्रेरित करने वाली पुनरावृत्ति को रोक सकता है और इनमें से अधिकांश मौतों को समाप्त कर सकता है। रा.रा.क्षे.

दिल्ली में परिवार नियोजन सेवाओं के विभिन्न घटकों का लक्ष्य और उपलब्धि तालिका 7.5 में दी गई है।

**तालिका 7.5: रा.रा.क्षे. दिल्ली राज्य में नसबंदी और स्पेसिंग विधियों के लक्ष्य एवं उपलब्धियां (2016-21)**

परिवार नियोजन सेवाएं	लक्ष्य	उपलब्धि	उपलब्धि (%)
पुरुष नसबंदी	7,600	3,131	41
महिला नसबंदी	1,00,000	76,375	76
आईयूसीडी सम्मिलन	3,95,000	3,97,213	101

स्रोत: विभाग द्वारा उपलब्ध करायी गयी जानकारी

उपरोक्त तालिकाएं दर्शाती हैं कि आईयूसीडी सम्मिलन में अधिकतम उपलब्धि (100 प्रतिशत से अधिक) थी; जबकि न्यूनतम उपलब्धि पुरुष नसबंदी सेवाओं में (41 प्रतिशत) थी। परिवार नियोजन कार्यक्रमों के विभिन्न पहलुओं के अंतर्गत लक्ष्य हासिल करने में दिल्ली पिछड़ रही थी, जो कार्यक्रम के कार्यान्वयन में अपर्याप्तता को उजागर करती है। कमी के कारण रिकार्ड में नहीं थे। इससे संकेत मिलता है कि राज्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम का कार्यान्वयन पर्याप्त और प्रभावी नहीं था।

## 7.6 मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)

आशा घरेलू स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने के लिए समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच एक संयोजन के रूप में काम करती है। आशा कार्यकर्ता सार्वभौमिक टीकाकरण, सुरक्षित प्रसव, नवजात शिशु की देखभाल और जलजनित तथा अन्य संक्रामक रोगों की रोकथाम के लिए सामुदायिक कार्रवाई को सुदृढ़ करेंगी। दिशानिर्देशों के अनुसार, आशा को मुख्य रूप से 25 से 45 वर्ष की आयु का होना चाहिए और आठवीं कक्षा तक औपचारिक शिक्षा से साक्षर होना चाहिए। इसके अलावा, भारत सरकार ने आशाओं के लिए प्रशिक्षण के दो स्तर निर्धारित किए हैं अर्थात् प्रारंभिक प्रशिक्षण (मॉड्यूल I से V में, 12 महीनों में 23 दिनों का) और क्षमता निर्माण (मॉड्यूल VI से VII में, प्रत्येक पांच दिनों के चार राउंड में)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मार्च 2021 तक आशा की 5 प्रतिशत (6,345 में से 309) की मामूली कमी थी। 196 आशाओं के पास 8वीं कक्षा तक की वांछित शिक्षा नहीं थी। आशाओं का प्रशिक्षण भी अपर्याप्त था क्योंकि केवल

2,446 (40.52 प्रतिशत) आशा को प्रारंभिक प्रशिक्षण (मॉड्यूल I से V) प्रदान किया गया था।

इसके अलावा, 3,989 (66.08 प्रतिशत) आशा के लिए छोटे बच्चों की गृह आधारित देखभाल का प्रशिक्षण देय था और 2,165 (35.87 प्रतिशत) के लिए गैर-संक्रामक रोग (एनसीडी) प्रशिक्षण देय था। हालाँकि, 96 प्रतिशत आशा को क्षमता निर्माण प्रशिक्षण (मॉड्यूल 6 और 7) दिया गया था।

विभाग का उत्तर प्रतीक्षित था (दिसंबर 2022)।

### 7.7 एचएमआईएस के अंतर्गत डेटा संग्रहण और रिपोर्टिंग प्रणाली में कमियां

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) सरकार से सरकार (जी2जी) वेब-आधारित एक निगरानी सूचना प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा एनएचएम और अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों की निगरानी के लिए स्थापित किया गया है। एचएमआईएस का उपयोग स्वास्थ्य सुविधाओं की ग्रेडिंग, जरूरतमंद जिलों की पहचान, राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) की समीक्षा आदि में किया गया है। इसके अलावा, एचएमआईएस सुविधा-वार जानकारी जैसे मासिक आधार पर सेवा वितरण, त्रैमासिक आधार पर प्रशिक्षण डेटा और वार्षिक आधार पर अवसंरचना पर जानकारी एकत्र करता है।

एचएमआईएस रिपोर्ट के अनुसार, 2020-21<sup>9</sup> के लिए स्वास्थ्य केंद्रों जैसे सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (50 प्रतिशत), उप-जिला अस्पतालों (28 प्रतिशत) और जिला अस्पताल (14 प्रतिशत) में पोर्टल पर रिपोर्टिंग में कमी देखी गई।

एचएमआईएस डेटा के लिए सामान्य सत्यापन नियम प्रावधान करते हैं कि लगाए गए टीके ओपीवी 1, ओपीवी 2 और ओपीवी 3 की खुराकों की संख्या क्रमशः डीपीटी1, डीपीटी2 और डीपीटी 3 के बराबर होनी चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान लगाए गए 14.86 लाख ओपीवी1 टीके के प्रति, डीपीटी1 की संख्या केवल 65,169 थी जो डेटा की सटीकता के संबंध में सवाल उठाती है।

<sup>9</sup> 2016-17 से 2019-20 की अवधि की रिपोर्टें उपलब्ध नहीं थीं।

## 7.8 कैंसर, मधुमेह, हृद्वाहिका रोगों और स्ट्रोक की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस)

### 7.8.1 कैंसर रोगियों के लिए एनसीडी क्लिनिक, कार्डियक केयर यूनिट (सीसीयू) और डे केयर सुविधाएं स्थापित नहीं की गईं

डीजीएचएस, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी एनपीसीडीसीएस, 2013 के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी जिलों में स्क्रीनिंग, प्रबंधन और परामर्श तथा जागरूकता सृजन आदि के लिए नियमित गैर-संक्रामक रोग (एनसीडी) क्लिनिक होंगे। चिन्हित जिला अस्पतालों में चार बिस्तर वाली कार्डियक केयर यूनिट (सीसीयू) को स्थापित/सुदृढीकरण किया जाना था। चिन्हित जिला अस्पतालों को आवश्यक उपकरणों के साथ सरल कीमोथेरेपी नियमों पर कैंसर रोगियों के लिए डे केयर कीमोथेरेपी सुविधा प्रदान करनी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सरकार ने नौ वर्षों के बाद भी दिल्ली में उपर्युक्त किसी भी संस्थान/सुविधाओं की स्थापना नहीं की जिससे दिल्ली के लोग पर्याप्त उपचार सुविधाओं से वंचित रहे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा अनुमोदन के लिए पीआईपी में क्लिनिकों की स्थापना का प्रस्ताव नहीं दिया था।

विभाग ने स्वीकार किया (अगस्त 2022) कि एनसीडी क्लिनिक स्थापित नहीं किए जा सके। सीसीयू के संबंध में, विभाग ने कहा कि समर्पित निधि के अभाव के कारण सीसीयू की स्थापना नहीं की गई और कैंसर रोगियों के लिए डे-केयर कीमोथेरेपी सुविधाएं प्रदान नहीं की गईं क्योंकि प्रमुख अस्पताल ऐसी सुविधाएं प्रदान करते हैं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि विभाग द्वारा सीसीयू की स्थापना के प्रस्तावों को भारत सरकार के साथ पीआईपी में नहीं लिया गया था। इसके अलावा, डे-केयर कीमोथेरेपी सुविधाओं की परिकल्पना प्रमुख अस्पतालों में उपलब्ध सुविधाओं से कहीं अधिक थी।

### 7.8.2 मेडिकल एवं पैरा मेडिकल स्टाफ का प्रशिक्षण

एनपीसीडीसीएस 2013 के परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, राज्य एनसीडी सैल क्षमता निर्माण के लिए राज्य और जिला स्तर पर प्रशिक्षण आयोजित करने के लिए जिम्मेदार है। चिकित्सा अधिकारियों, चिकित्सा विशेषज्ञों, एएनएम/स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, कार्यक्रम अधिकारी, कार्यक्रम समन्वयक, वित्त सह रसद अधिकारी, डीईओ आदि को प्रशिक्षण प्रदान किया जाना था।

2018-19 से 2020-21 के दौरान प्रशिक्षण के लिए ₹ 36 लाख स्वीकृत किए गए थे जिसके प्रति केवल ₹ 0.73 लाख खर्च किए गए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-21 के दौरान राज्य स्तर पर केवल छह और जिला स्तर पर 10 प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए थे। केवल 10 प्रतिशत (806 में से 84) चिकित्सा अधिकारियों और 16 प्रतिशत (1759 में से 281) एएनएम को प्रशिक्षण दिया गया था।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि समर्पित निधि की अनुपलब्धता, आरओपी की प्राप्ति में देरी और कोविड 19 के कारण प्रशिक्षण आयोजित नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि 2018 से 2021 के दौरान डीएसएचएस के पास पर्याप्त धनराशि उपलब्ध थी।

**सिफारिश 7.5: डॉक्टरों और पैरा मेडिकल स्टाफ के लिए निर्धारित उचित प्रशिक्षण की व्यवस्था सुनिश्चित की जानी चाहिए।**

### 7.8.3 जन जागरूकता गतिविधियां संचालित नहीं की गईं

राज्य एनसीडी सैल, स्वास्थ्य संवर्धन और एनसीडी की रोकथाम के संबंध में जन जागरूकता संचालित करने के लिए जिम्मेदार है। सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) गतिविधियों के लिए 2018-19 से 2020-21 तक प्रत्येक वर्ष ₹ 50 लाख स्वीकृत किए गए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2018-19 से 2020-21 की अवधि के दौरान केवल ₹ 5.46 लाख (3 प्रतिशत) खर्च किया गया था। इस प्रकार, आम जनता के बीच योजना के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किए गए।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि वर्ष 2018-19 और 2019-20 के लिए क्रमशः अगस्त और जून के अंतिम सप्ताह में कार्यवाही का रिकॉर्ड प्राप्त होने तथा 2020-21 में कोविड-19 के कारण, धन का उपयोग नहीं किया गया था। विभाग ने आगे कहा कि राज्य कार्यक्रम अधिकारी (एसपीओ) के बार-बार बदलाव के कारण और 2019-20 के दौरान जनसंख्या आधारित स्क्रीनिंग (पायलट प्रोजेक्ट) पर मुख्य ध्यान केंद्रित करने के कारण पर्याप्त बजट का उपयोग नहीं किया जा सका।

अनुमोदन देर से प्राप्त होने के बावजूद, विभाग अनुमोदन प्राप्त होने के बाद आईईसी गतिविधियों के लिए उपलब्ध धन का उपयोग करने का प्रयास कर सकता था।

#### 7.8.4 समीक्षा बैठकें

राज्य एनसीडी सैल, भौतिक एवं वित्तीय प्रगति का आकलन करने और कार्यक्रम के कार्यान्वयन में आने वाली बाधाओं पर चर्चा करने के लिए त्रैमासिक आधार पर समीक्षा बैठकों के माध्यम से कार्यक्रम की निगरानी के लिए जिम्मेदार है। कार्यक्रम की निगरानी के लिए हर तिमाही में समीक्षा बैठकें आयोजित की जानी थीं।

2016-17 से 2020-21 के दौरान निर्धारित 20 बैठकों के प्रति केवल आठ समीक्षा बैठकें आयोजित की गईं।

विभाग ने कहा (अगस्त 2022) कि प्रशासनिक कारणों, एसपीओ के बार-बार बदलाव और कोविड-19 महामारी के कारण समीक्षा बैठकें आयोजित नहीं की जा सकीं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं हैं क्योंकि बताए गए कारण पूर्णतः प्रशासनिक प्रकृति के हैं।

#### 7.8.5 एनपीसीडीसीएस के कार्यान्वयन के लिए स्टाफ की कमी

दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा भारत सरकार द्वारा प्रत्येक वर्ष पीआईपी में प्रस्तावित और आरओपी में अनुमोदित सभी पद भरे जाते हैं।

डीएसएचएम द्वारा इन पदों के लिए पहली बार भर्ती नियमों को अंतिम रूप दिया जाना था, जिसे डीएसएचएम द्वारा नहीं दिया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य कार्यक्रम अधिकारी, राज्य कार्यक्रम समन्वयक और वित्त-सह-लॉजिस्टिक्स सलाहकार के पद रिक्त थे तथा अन्य कार्यालयों के अधिकारियों द्वारा अतिरिक्त प्रभार के रूप में काम देखा जा रहा था। जिला स्तर पर भी जिला कार्यक्रम पदाधिकारी, जिला कार्यक्रम समन्वयक एवं वित्त-सह-लॉजिस्टिक्स सलाहकार के पद भी रिक्त थे।

विभाग ने बताया (अगस्त 2022) कि कार्यक्रम के अंतर्गत स्वीकृत पद को भरने के लिए प्रस्ताव शुरू किया गया था, तथापि, स्वीकृत पदों के लिए भर्ती नियमों को अंतिम रूप देने के लंबित होने के कारण इसे मंजूरी नहीं दी गई थी।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग भर्ती नियमों को समय पर अंतिम रूप देने के लिए जिम्मेदार था।

## 7.9 दृष्टिहीनता नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम

राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी एंड वीआई) वर्ष 1976 में अंधेपन की व्यापकता को कम करने के लक्ष्य के साथ शुरू किया गया था। लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

### 7.9.1 नेत्र सर्जनों, नर्सों को प्रशिक्षण नहीं दिया गया

पैटर्न ऑफ असिस्टेंस, एनपीसीबी एंड वीआई के पैरा 3 में कर्मियों के प्रशिक्षण, उच्च तकनीक वाले नेत्र उपकरणों की आपूर्ति, अनुवर्ती सेवाओं को मजबूत करना और सेवाओं की नियमित निगरानी की परिकल्पना की गई थी जिसके द्वारा कार्यक्रम के उद्देश्यों को प्राप्त किया जाना था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-21 के दौरान नेत्र सर्जनों और नर्सों के लिए कोई प्रशिक्षण आयोजित नहीं किया गया था।

जिला कार्यक्रम अधिकारी (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि स्टॉफ की कमी और प्रशासनिक कारणों से प्रशिक्षण नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक प्रशिक्षण दिया जाएगा।

### 7.9.2 अपवर्तक त्रुटि का पता लगाने और चश्मे के निःशुल्क वितरण के लिए स्क्रीनिंग शिविर

पैटर्न ऑफ असिस्टेंस, एनपीसीबी एंड वीआई के पैरा 3 में नेत्रहीनों की पहचान और उपचार के माध्यम से दृष्टिहीनता के बैकलाग में कमी लाने और अपवर्तक त्रुटियों तथा अन्य आंखों की समस्याओं का पता लगाने के लिए स्कूली बच्चों की जांच करने और गरीब बच्चों को मुफ्त चश्मा प्रदान करने की परिकल्पना की गई है। स्कूल जाने वाले बच्चों की जाँच से शीघ्र पता लगाकर अंधेपन को नियंत्रित करने में काफी मदद मिलेगी

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2020-21 के दौरान सभी तीन चयनित जिलों (नई दिल्ली, उत्तर पश्चिम और दक्षिण) द्वारा नियमित वार्षिक जाँच नहीं की गई थी। 2016-21 के दौरान स्कूली बच्चों की अपवर्तक त्रुटियों की जांच के लिए किसी भी शिक्षक को तीन आईडीएचएस में से किसी द्वारा प्रशिक्षित नहीं किया गया था।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि प्रशासनिक कारणों से शिक्षकों का प्रशिक्षण नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक प्रशिक्षण पूरा किया जाएगा।

जहां तक चश्मे के मुफ्त वितरण का संबंध है, विभाग ने 2016-22 के दौरान लक्षित बच्चों में से केवल 37 प्रतिशत (46,300 में से 17,106) को मुफ्त चश्मे वितरित किए थे।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि जीईएम पोर्टल पर चश्मे की अनुपलब्धता के कारण उसका वितरण नहीं किया जा सका।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि विभाग खरीद के लिए अन्य स्रोतों का पता लगा सकता था।

**सिफारिश 7.6: राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाने चाहिए।**

### 7.9.3 एमआईएस पोर्टल पर डेटा/सूचना अद्यतन नहीं की गई

भारत सरकार द्वारा एनपीसीबी एंड वीआई के लिए केंद्रीय स्तर, राज्य स्तर और जिला स्तर पर डेटा/सूचना दर्ज करने के लिए एक वेब पोर्टल डिज़ाइन किया गया है।

पोर्टल की लेखापरीक्षा जांच से पता चला कि आवश्यक डेटा/सूचना जैसे कि रोगियों की संख्या, अस्पतालों का विवरण, एनजीओ का विवरण, स्क्रीनिंग शिविरों का विवरण आदि पूरी तरह से दर्ज नहीं किया गया है। पोर्टल का राज्य स्तर/जिला स्तर पर अद्यतन नहीं किया गया है।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि एमआईएस पोर्टल को प्रशासनिक कारणों और स्टॉफ की कमी के कारण अद्यतन नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक कार्य किया जाएगा।

#### 7.9.4 जिला नेत्र बोर्ड एवं निवारण समिति नहीं पाई गई

एनपीसीबी एंड वीआई के दिशानिर्देशों के अनुसार, अंध विद्यालयों में भर्ती बच्चों और किशोरों की जांच के लिए नेत्र विशेषज्ञों से युक्त एक जिला नेत्र बोर्ड का गठन किया जाना था। राज्य सरकार को एनजीओ की भागीदारी सहित कार्यक्रम कार्यान्वयन से संबंधित सभी विवादों के लिए एक निवारण समिति का गठन करने की भी आवश्यकता थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीएसएचएस द्वारा निवारण समिति का गठन नहीं किया गया था और चयनित तीन आईडीएचएस ने जिला नेत्र बोर्ड का गठन नहीं किया था।

डीपीओ (उत्तर पश्चिम) ने कहा (अप्रैल 2022) कि प्रशासनिक कारणों से नेत्र रोग बोर्ड का गठन नहीं किया जा सका और उचित समय पर आवश्यक कार्य किया जाएगा।

*सिफारिश 7.7: सरकार को एनएचएम के अंतर्गत रोग कार्यक्रम के परिचालन दिशानिर्देशों में निर्धारित प्रत्येक रोग कार्यक्रम के अंतर्गत डॉक्टरों, पैरा मेडिकल स्टाफ आदि के उचित प्रशिक्षण की व्यवस्था सुनिश्चित करनी चाहिए।*

*सिफारिश 7.8: एनपीसीबी के अंतर्गत निवारण समिति एवं जिला नेत्र बोर्ड का शीघ्र गठन सुनिश्चित करें।*

#### 7.10 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) का मुख्य उद्देश्य तंबाकू नियंत्रण अधिनियमों (सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम 2003) के बारे में

जागरूकता/संवेदीकरण/प्रशिक्षण और प्रवर्तन है। अन्य गतिविधियों में दिल्ली को तंबाकू मुक्त बनाने के लिए पुलिस, परिवहन, खाद्य सुरक्षा आदि जैसे विभिन्न विभागों के समन्वय से तंबाकू नियंत्रण लागू करना शामिल है।

लेखापरीक्षा में निम्नलिखित पाया गया:

➤ **राज्य स्तरीय समन्वय समिति और तंबाकू मुक्ति केंद्र (टीसीसी)**

राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) 2015 के दिशानिर्देश के अनुसार, प्रत्येक राज्य को एक राज्य स्तरीय समन्वय समिति<sup>10</sup> (एसएलसीसी) बनाना आवश्यक है। यह समिति राज्य में, राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम और सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम 2003 के प्रावधानों के समग्र कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार होगी। दिशानिर्देशों में कार्य की प्रगति की समीक्षा के लिए त्रैमासिक बैठकें करने का भी प्रावधान है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि राज्य स्तरीय समन्वय समिति का गठन नहीं किया गया था (मई 2022)।

डीएसएचएस को उन लोगों की मदद के लिए तंबाकू मुक्ति केंद्र (टीसीसी) स्थापित करना था जो किसी भी रूप में तंबाकू का सेवन छोड़ना चाहते हैं।

लेखापरीक्षा ने पाया कि डीएसएचएस ने 2019-20 के दौरान 33 तंबाकू समाप्ति केंद्र (प्रत्येक जिले में तीन) और 2020-21 के दौरान 11 अतिरिक्त टीसीसी (प्रत्येक जिले में एक) स्थापित करने का लक्ष्य रखा है। तथापि, 44 टीसीसी (जुलाई 2022) के लक्ष्य के प्रति केवल एक तंबाकू समाप्ति केंद्र<sup>11</sup> स्थापित किया गया था।

विभाग ने कहा (नवंबर 2022) कि एसएलसीसी का गठन कर लिया गया है। टीसीसी के संबंध में बताया गया कि अन्य जिलों में टीसीसी की स्थापना का कार्य प्रक्रियाधीन है।

<sup>10</sup> मुख्य सचिव या उनके नामित व्यक्ति और सदस्य सचिव के रूप में प्रधान सचिव/सचिव (स्वास्थ्य) की अध्यक्षता।

<sup>11</sup> आइडीएचएस, नई दिल्ली के अंतर्गत आरएमएल अस्पताल में टीसीसी।

➤ **प्रवर्तन दस्तों/टीमों का गठन नहीं होना**

एनटीसीपी दिशानिर्देश 2015 के अनुसार, प्रत्येक जिले को अपने अधिकार क्षेत्र में तंबाकू नियंत्रण कानूनों के अनुपालन की निगरानी और जिले में किसी भी उल्लंघन के खिलाफ कार्रवाई करने के लिए एक प्रवर्तन दस्ते का गठन करना आवश्यक है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि तीन चयनित जिलों (दक्षिण, नई दिल्ली और उत्तर पश्चिम) में से किसी ने भी 2016-21 के दौरान प्रवर्तन दस्ते की टीम का गठन नहीं किया था (उत्तर पश्चिम जिले को छोड़कर जिसने केवल एक वर्ष 2016-17 के लिए दस्ते का गठन किया था)

विभाग ने कहा (नवंबर 2022) कि दिल्ली उन कुछ राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों में से एक है, जिनके पास 1997 से अपना तंबाकू कानून है और सभी जिलों में तंबाकू कानूनों को लागू करने के लिए टीमें हैं और उनका संविधान दिशानिर्देशों में निर्धारित संविधान से भिन्न हो सकता है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि उत्तर के समर्थन में कोई दस्तावेजी साक्ष्य संलग्न नहीं किया गया था।

➤ **चालान पुस्तकों के वितरण की निगरानी का अभाव**

एनटीसीपी 2015 परिचालन दिशानिर्देशों के अनुसार, सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम (सीओटीपीए) के उल्लंघन के खिलाफ जुर्माना लगाने और संग्रहण करने के लिए राज्य स्तर पर या राज्य द्वारा तय किए गए अनुसार चालान बुक मुद्रित की जानी चाहिए और राज्य के सभी संबंधित प्राधिकारियों<sup>12</sup> को वितरित की जानी चाहिए। एकत्र की गई राशि का उपयोग तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए किया जाना चाहिए। सीओपीटीए 2003 के प्रावधानों का प्रवर्तन और निगरानी राज्य तंबाकू नियंत्रण सेल (एसटीसीसी) द्वारा सुनिश्चित की जानी थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य तंबाकू नियंत्रण कक्ष (एसटीसीसी) में आवंटित श्रृंखला के साथ मुद्रित चालान पुस्तकों की कुल संख्या रिकॉर्ड में नहीं

<sup>12</sup> अस्पतालों के निदेशक/चिकित्सा अधीक्षक, राज्य/केन्द्र सरकार के सभी राजपत्रित अधिकारी, कालेज/स्कूल/संस्थान के प्रमुख, पुलिस अधिकारी जो एसआई रैंक से नीचे नहीं है इत्यादि।

थी। इसके अलावा, 2016-21 की अवधि के दौरान राज्य में सभी संबंधित प्राधिकारियों को चालान पुस्तकों के वितरण की प्रणाली भी दोषपूर्ण थी, क्योंकि मुद्रित चालान पुस्तकें संबंधित एजेंसियों को क्रमिक रूप से वितरित नहीं की गई थीं और 231 चालान पुस्तकें गायब थीं। इसके अलावा एसटीसीसी द्वारा, जारी चालान पुस्तकें और वसूले गए कुल जुर्माने के मिलान के लिए कोई तंत्र स्थापित नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा को उपलब्ध कराए गए रिकॉर्डों के अनुसार, एसटीसीसी ने 2019-20 के दौरान ₹ 81.47 लाख का जुर्माना वसूला था, जबकि दिल्ली पुलिस ने आठ महीने की अवधि (मई 2019 से दिसंबर 2019) के दौरान ₹ 90.17 लाख का जुर्माना वसूल किया था। एसटीसीसी दिल्ली पुलिस को पर्याप्त संख्या में चालान पुस्तकें उपलब्ध कराने में भी विफल रही और दिल्ली पुलिस ने मई 2018 से जुलाई 2020 (लगभग दो वर्ष) तक चार हजार चालान बुक छपवाईं। रिकॉर्ड के अनुसार दिल्ली पुलिस द्वारा चालान पुस्तकों की छपाई के लिए राज्य तंबाकू नियंत्रण कक्ष से कोई सहमति नहीं ली गई थी।

इस प्रकार, चालान बुक और उल्लंघनकर्ताओं से वसूले गए जुर्माने के दुरुपयोग की संभावना से इंकार नहीं किया जा सकता है। इसके अलावा, चालान बुक से वास्तव में उत्पन्न राजस्व और तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए उपयोग की गई राशि के बारे में कोई रिकॉर्ड नहीं था।

#### ➤ हुक्का बारों का अनियमित संचालन

अध्ययन रिपोर्ट<sup>13</sup> के अनुसार, हुक्का कार्बन मोनोऑक्साइड, टार, धातु और अन्य कार्सिनोजेनिक रसायनों जैसे उच्च विषाक्त पदार्थों और गैस को उत्पन्न करता है जो कैंसर और हृदय की समस्याओं के खतरे को बढ़ा सकते हैं, जो सिगरेट पीने जितना ही हानिकारक है। सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद अधिनियम एसटीसीसी द्वारा कार्यान्वित किया जा रहा है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एसटीसीसी अप्रैल 2014 से दिल्ली पुलिस के साथ रेस्तरां में अवैध हुक्का बार के मामले को उठा रहा था। एसटीसीसी रिकॉर्डों की जांच से पता चला कि 20 रेस्तरां/ईटिंग हाउस (जून 2016) लाइसेंस के बिना हुक्का बार परोस रहे थे। एसटीसीसी (जुलाई 2017) ने जब्त

<sup>13</sup> रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र

किए गए नमूनों में उल्लेखनीय मात्रा में निकोटीन की उपस्थिति पाई थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ऐसे हुक्का बारों के खिलाफ की गई कार्रवाई से संबंधित रिकॉर्ड राज्य तंबाकू नियंत्रण सेल के पास उपलब्ध नहीं थे। इसके अलावा, एसटीसीसी ने होटल/रेस्तरां में निरीक्षण/औचक जांच का कोई अनुरक्षण रजिस्टर नहीं था।

सरकार ने कहा (नवंबर 2022) कि एसटीसीसी/डीटीसीसी द्वारा दिल्ली पुलिस के समन्वय से हुक्का बार के खिलाफ कार्रवाई की जा रही है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि एसटीसीसी/डीटीसीसी द्वारा इन रेस्तरां/भोजनालयों/होटलों में चल रहे अवैध हुक्का बारों के खिलाफ की गई कार्रवाई से संबंधित दस्तावेज लेखापरीक्षा के दौरान रिकॉर्ड में नहीं पाए गए और न ही उत्तर दिया गया।

**सिफारिश 7.9: आम लोगों को सुविधाएं प्रदान करने के लिए तंबाकू मुक्ति केंद्रों (टीसीसी) की समय पर स्थापना सुनिश्चित करें।**

### 7.11 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के अनुसार, 2020 तक ग्रेड -2 विकलांगता को प्रति मिलियन एक से कम करने के वैश्विक लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए, नए मामलों में ग्रेड 2 मामलों का अनुपात कुष्ठ उन्मूलन करने के लिए सामुदायिक जागरूकता और स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता का पैमाना बन जाएगा। नीति में 2018 तक भारत से कुष्ठ रोग के उन्मूलन की दिशा में लक्षित सक्रिय उपायों की परिकल्पना की गई है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2019-20 के दौरान नए मामलों में ग्रेड-2 मामले प्रति मिलियन 10 से ऊपर रहे, परंतु 2020-21 में घटकर 4.50 प्रति मिलियन हो गए। तथापि यह एक महत्वपूर्ण सुधार दिखाता है, यह अभी भी प्रति मिलियन एक के वांछित स्तर से बहुत ऊपर थे। इसके बावजूद, रा.रा.क्षे.दि.स. ने 2018 तक कुष्ठ रोग के उन्मूलन के उद्देश्य से अगस्त 2016 में भारत सरकार द्वारा स्थापित कुष्ठ रोग का पता लगाने के अभियान (एलसीडीसी) को लागू नहीं किया। एलसीडीसी के अंतर्गत गतिविधियों में राज्य स्तरीय दो दिवसीय कार्यशाला, क्षेत्र स्तर के कार्यकर्ताओं के लिए नीति प्रशिक्षण आदि शामिल थे, जिससे कुष्ठ रोग के मामलों का

शीघ्र पता लगाने और ग्रेड-2 विकलांगताओं की रोकथाम में आसानी होती। भारत सरकार ने रा.रा.क्षे.दि.स. को यह भी लिखा था (मई 2018) कि पिछले तीन वर्षों के दौरान दिल्ली में ग्रेड-2 विकलांगता की घटनाएं लगातार अधिक थीं और एलसीडीसी गतिविधियों को आयोजित करने का अनुरोध किया था। तथापि, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार ने कोई कार्यक्रम आयोजित नहीं किया और कुष्ठ रोग नियंत्रण/उन्मूलन के लिए कोई वार्षिक लक्ष्य निर्धारित नहीं किया गया।

विभाग के उत्तर की प्रतीक्षा की जा रही थी।

### 7.12 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) का कार्यान्वयन न होना

मानसिक स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के पैरा 4.7 के अनुसार, मुख्य मोर्चों पर काम करना आवश्यक है जिसमें सार्वजनिक वित्त पोषण के माध्यम से विशेषज्ञों की वृद्धि/सृजन और सार्वजनिक प्रणालियों में काम करने के इच्छुक लोगों को प्राथमिकता देने के लिए विशेष नियम विकसित करना, प्राथमिक स्तर की सुविधाओं पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए मनोवैज्ञानिक सामाजिक सहायता प्रदान करने के लिए समुदाय के सदस्यों का नेटवर्क बनाना और ऐसे संदर्भ में डिजिटल प्रौद्योगिकी का लाभ उठाएं जहां योग्य भौतिक चिकित्सकों तक पहुंच मुश्किल है, शामिल है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के पैरा 13.4 में यह भी प्रावधान है कि देश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए मनोवैज्ञानिक सहायता प्रदान करने के लिए समुदाय के सदस्यों को प्रशिक्षित किया जाए। मानसिक स्वास्थ्य की दिशा में समुदाय/इलाके के लिए एक स्थायी नेटवर्क विकसित करने के लिए सरकार के साथ सहयोग एक महत्वपूर्ण मुद्दा होगा।

लेखापरीक्षा ने डीएसएचएस के खातों से पाया कि 1 अप्रैल 2016 को ₹ 92.20 लाख का प्रारंभिक शेष था। इसके अलावा, डीएसएचएस ने 2016-21 के दौरान ₹ 21.32 लाख का ब्याज अर्जित किया, परंतु शून्य व्यय किया गया और 31 मार्च 2021 तक ₹ 1.13 करोड़ की पूरी राशि अव्ययित रह गई। इससे स्पष्ट है कि सोसायटी द्वारा उपरोक्त कार्यक्रम क्रियान्वित नहीं किया गया है। कार्यक्रम के कार्यान्वयन न होने के कारणों की प्रतीक्षा की जा रही है।

### 7.13 बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) का कार्यान्वयन

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने बुजुर्ग लोगों की विभिन्न स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के समाधान के लिए 2010-11 के दौरान "बुजुर्गों के स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम" (एनपीएचसीई) शुरू किया था। बुजुर्गों के लिए स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) सरकार की अंतर्राष्ट्रीय और राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं की अभिव्यक्ति है, जैसा कि विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र कन्वेंशन (यूएनसीआरपीडी), 1999 में भारत सरकार द्वारा अपनाया गया वृद्ध व्यक्तियों पर राष्ट्रीय नीति (एनपीओपी) और वरिष्ठ नागरिकों की चिकित्सा देखभाल के प्रावधानों से संबंधित "माता-पिता और वरिष्ठ नागरिकों का भरण-पोषण और कल्याण अधिनियम, 2007" की धारा 20 के अंतर्गत परिकल्पित है। कार्यक्रम राज्य उन्मुख है और कार्यक्रम का मूल जोर प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों पर वरिष्ठ नागरिकों (>60 वर्ष की आयु) को समर्पित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना है।

पीआईपी, आरओपी और समेकित उपयोगिता प्रमाणपत्रों के अनुसार, 2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान एनएचएम, रा.रा.क्षे. दिल्ली द्वारा बुजुर्गों के स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीएचसीई) पर किए गए बजट प्रावधान और व्यय तालिका 7.6 में दिए गए हैं।

**तालिका 7.6: रा.रा.क्षे. दिल्ली राज्य में एनपीएचसीई के अंतर्गत बजट प्रावधान और व्यय**

(₹ लाख में)

अवधि	पीआईपी में प्रस्तावित राशि	भारत सरकार द्वारा आरओपी में अनुमोदित राशि	तुलन पत्र के अनुसार प्रारंभिक शेष	भारत सरकार से प्राप्त निधि	ब्याज प्राप्ति	किया गया कुल व्यय	अव्ययित शेष
2016-17	352.75	259.34	0.00	34.50	0.08	0.00	34.58
2017-18	41.80	41.80	34.58	0.00	2.45	0.00	37.04
2018-19	90.80	49.80	37.04	0.00	1.31	0.17	38.18
2019-20	115.40	36.80	38.18	0.00	1.32	0.00	39.49
2020-21	21.90	21.90	39.49	0.00	1.21	0.00	40.71
2021-22	21.90	21.90	40.71	0.00	1.20	8.00	33.90
<b>कुल</b>	<b>644.55</b>	<b>431.54</b>	<b>---</b>	<b>34.5</b>	<b>7.57</b>	<b>8.17</b>	<b>---</b>

उपरोक्त तालिका से यह स्पष्ट है कि डीएचएमएस को स्वीकृत राशि ₹ 431.54 लाख के प्रति ₹ 34.50 लाख प्राप्त हुए। तथापि, डीएचएमएस ने 2016-22 की अवधि के दौरान स्वीकृत ₹ 431.54 लाख के प्रति केवल ₹ 8.17 लाख (1.89 प्रतिशत) व्यय किए हैं। 2020-21 की अवधि के लिए डीएसएचएस की कार्यवाही के रिकॉर्ड (आरओपी) के अनुसार, भारत सरकार ने एनपीएचसीई के अंतर्गत वृद्धावस्था देखभाल (22), फिजियोथेरेपिस्ट/व्यावसायिक चिकित्सक (04) और सलाहकार चिकित्सा (एमडी) (12) के लिए नर्सों के 38 पदों को मंजूरी दी परंतु मार्च 2021 तक सभी पद खाली रहे।

## अध्याय VIII

नियामक तंत्र की पर्याप्तता और  
प्रभावशीलता



## अध्याय VIII

### नियामक तंत्र की पर्याप्तता और प्रभावशीलता

दिल्ली मेडिकल काउंसिल (डीएमसी) ने झोलाछाप डॉक्टरों की पहचान करने के लिए कोई औचक निरीक्षण नहीं किया है और उन लोगों के खिलाफ एफआईआर दर्ज करने में भी विफल रही है जो अनाधिकृत रूप से दवा का अभ्यास करते पाए गए थे। डीएमसी ने चिकित्सकों द्वारा कदाचार/चिकित्सीय लापरवाही की शिकायतों पर भी त्वरित कार्रवाई नहीं की। नर्सिंग काउंसिल ने स्वास्थ्य संस्थानों का कोई निरीक्षण नहीं किया और नियमित अंतराल पर स्वास्थ्य सुविधाओं में काम करने वाली नर्सों की साख को सत्यापित करने में विफल रही, तथा फार्मसी काउंसिल ने भी फार्मसियों का कोई निरीक्षण नहीं किया।

विभाग अपनी औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (डीटीएल) के साथ-साथ अस्पतालों में कार्यरत विभिन्न प्रयोगशालाओं के लिए परीक्षण परिणामों की सटीकता और विश्वसनीयता सुनिश्चित करने के लिए नेशनल एक्रिडिटेशन बोर्ड ऑफ लैबोरेटरीज (एनएबीएल) का प्रमाणपत्र सुनिश्चित नहीं कर सका। यह अपने अस्पतालों में नेशनल एक्रिडिटेशन बोर्ड फॉर हॉस्पिटल्स एंड हेल्थकेयर प्रोवाइडर्स (एनएबीएच) का प्रत्यायन भी सुनिश्चित नहीं कर सका।

दिल्ली के औषधि नियंत्रक, जो दिल्ली में दवाइयों और सौंदर्य प्रसाधनों के निर्माण और दवाइयों की बिक्री को नियंत्रित करता है, के पास सीमित क्षमता वाली केवल एक औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (डीटीएल) है। डीटीएल द्वारा परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत करने में देरी हुई जिसके कारण विभाग निम्न गुणवत्ता वाली दवाइयों के उपभोग को तुरंत रोकने की स्थिति में नहीं था। डीटीएल में आधुनिक उपकरण, स्थान और स्टाफ की कमी थी। औषधि नियंत्रक विभाग द्वारा दवा बिक्री तथा निर्माण इकाइयों के साथ-साथ ब्लड बैंकों के अनिवार्य निरीक्षण में भारी कमी थी। सरकार उन्नयन की विस्तृत योजना और धन की उपलब्धता के बावजूद डीटीएल को उन्नत नहीं कर सकी। इस प्रकार, सरकार आम जनता के लिए सुरक्षित, प्रभावी और गुणवत्तापूर्ण दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित नहीं कर सकी।

डीजीएचएस दिल्ली में बायो मेडिकल वेस्ट (बीएमडब्ल्यू) नियमों की योजना बनाने, लागू करने और निगरानी करने में सक्षम नहीं था तथा बीएमडब्ल्यू नियमों के तहत हर साल सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों को प्रशिक्षण देने में भी विफल रहा।

इस प्रकार, रा.रा.क्षे.दि.स. के विभिन्न अंग, जो स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र के समग्र नियामक ढांचे का गठन करते हैं, यह सुनिश्चित करने के लिए अपने अनिवार्य कर्तव्यों का पालन नहीं कर रहे थे कि स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं/पेशेवर सेवा के निर्धारित मानकों का पालन करते हैं।

## 8.1 परिचय

स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में विनियमन एक महत्वपूर्ण कार्य है। स्वास्थ्य देखभाल के मानकीकरण और पर्यवेक्षण के लिए विनियम यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक हैं कि स्वास्थ्य सेवा निकाय और सुविधाएं सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों का अनुपालन करती हैं और वे स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में सभी मरीजों और आगंतुकों को सुरक्षित देखभाल प्रदान करती हैं।

इस प्रकार नियामक एजेंसियां व्यक्तिगत और कॉर्पोरेट स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों और सुविधाओं की निगरानी करती हैं, सरकार को स्वास्थ्य सेवा उद्योग के संचालन के तरीके में बदलाव के बारे में सूचित करती हैं, उच्च सुरक्षा मानकों को सुनिश्चित करती हैं, और स्थानीय, राज्य और संघीय दिशानिर्देशों के साथ स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता और अनुपालन में सुधार करने का प्रयास करती हैं।

## 8.2 नियामक निकायों द्वारा मानदंडों और विनियमों का कार्यान्वयन

### 8.2.1 दिल्ली मेडिकल काउंसिल

दिल्ली मेडिकल काउंसिल (डीएमसी) एक वैधानिक निकाय है जिसका गठन सितंबर 1998 में रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार द्वारा दिल्ली मेडिकल काउंसिल अधिनियम, 1997 के माध्यम से किया गया था। दिल्ली मेडिकल काउंसिल को राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली में चिकित्सा की आधुनिक वैज्ञानिक प्रणाली के अभ्यास को विनियमित करने की शक्तियां, कर्तव्य और कार्य सौंपे गए हैं। सभी

चिकित्सा अधिकारियों को हर पांच वर्ष में अपना पंजीकरण नवीनीकृत कराना आवश्यक है। कुल 1,34,958 पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर्स (आरएमपी) में से 56,742, अर्थात् 42 प्रतिशत ने मई 2022 तक अपने पंजीकरण का नवीनीकरण नहीं कराया था।

### 8.2.1.1 झोलाछाप डॉक्टरों के खिलाफ कार्रवाई

अधिनियम की धारा 26 के अनुसार कोई भी व्यक्ति जो डीएमसी के साथ पंजीकृत होने का झूठा दावा करता है, दोषी पाए जाने पर उसे पांच हजार रुपये तक के जुर्माने से दंडित किया जाएगा। इसके अलावा, अधिनियम की धारा 27 में परिकल्पना की गई है कि कोई भी व्यक्ति बिना पंजीकृत हुए आधुनिक चिकित्सा का अभ्यास करेगा, उसे तीन साल तक का कठोर कारावास या बीस हजार रुपये तक का जुर्माना या दोनों से दंडित किया जाएगा।

डीएमसी कार्यालय में झोलाछाप डॉक्टरों के खिलाफ प्राप्त शिकायतों को निरीक्षण करने और डीएमसी को रिपोर्ट भेजने के लिए मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी (सीडीएमओ) को भेज दिया जाता है। डीएमसी की अनुशासनात्मक समिति संबंधित पुलिस प्राधिकारी से उचित प्राधिकार के बिना आधुनिक चिकित्सा का अभ्यास करते पाए गए व्यक्तियों के खिलाफ एफआईआर दर्ज करने का अनुरोध करती है।

अभिलेखों की परीक्षण जांच से पता चला कि फरवरी 2017 और जनवरी 2022 के बीच प्राप्त 928 में से 14 शिकायतों<sup>1</sup> में 126 से 2289 दिनों की देरी के बाद भी संबंधित सीडीएमओ द्वारा कोई सर्वेक्षण/निरीक्षण नहीं किया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-2022 के दौरान (सितंबर 2022 तक), पुलिस ने 335 व्यक्तियों में से 40 व्यक्तियों (12 प्रतिशत) के खिलाफ एफआईआर दर्ज की थी जो आवश्यक योग्यता के बिना चिकित्सा का अभ्यास कर रहे थे। डीएमसी ने उन मामलों को सक्रिय रूप से आगे नहीं बढ़ाया जहां पुलिस द्वारा कार्रवाई शुरू नहीं की गई थी।

<sup>1</sup> केस आईडी - 48317, 2144, 42265, 44319, 48356, 43256, 44222, 55178, 302428, 302414, 302426, 302420, 302588 और 302584

इसके अलावा, डीएमसी की एंटी-क्वैक रिस्पांस टीम (एक्यूआरटी) ने अनधिकृत व्यक्तियों द्वारा चिकित्सा की आधुनिक वैज्ञानिक प्रणाली के अभ्यास को रोकने के लिए कोई औचक छापेमारी/निरीक्षण नहीं किया था।

इस तरह की निष्क्रियता झोलाछाप डॉक्टरों को दण्ड से मुक्ति के साथ काम करने की अनुमति देती है क्योंकि परिकल्पित निवारण अस्तित्वहीन है।

डीएमसी ने कहा (नवंबर 2022) कि संबंधित सीडीएमओ द्वारा अयोग्य चिकित्सा अधिकारियों/झोलाछाप डॉक्टरों के खिलाफ निरीक्षण/सर्वेक्षण में देरी के कारण शिकायतों का समय पर निपटान नहीं किया जा सका। डीएमसी ने आगे कहा कि पुलिस से ऐसे व्यक्तियों के खिलाफ एफआईआर दर्ज करने का अनुरोध किया गया है जो आवश्यक योग्यता के बिना चिकित्सा का अभ्यास कर रहे हैं परंतु बार-बार अनुरोध के बावजूद पुलिस एफआईआर दर्ज करने में विफल रही। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि यह डीएमसी की समग्र जिम्मेदारी है कि अयोग्य व्यक्तियों को दिल्ली में चिकित्सा अभ्यास करने से रोका जाए।

#### 8.2.1.2 चिकित्सा प्रैक्टिशनर्स के विरुद्ध की गई शिकायतों (कदाचार/चिकित्सीय लापरवाही) के निस्तारण में ढिलाई

अधिनियम की धारा 21 के तहत, डीएमसी को उन पंजीकृत चिकित्सा प्रैक्टिशनर्स, जिनके खिलाफ शिकायतें की गई हैं के कदाचार/चिकित्सीय लापरवाही की जांच करने के लिए परिषद के सदस्यों में से चुने गए छह सदस्यों की एक अनुशासनात्मक समिति स्थापित करनी थी। डीएमसी मेडिकल प्रैक्टिशनर के खिलाफ शिकायतों की जांच स्वतः संज्ञान से या अनुशासनात्मक समिति के माध्यम से किसी शिकायत के आधार पर कर सकती है। मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया (एमसीआई) के निर्देशों के अनुसार, पंजीकृत चिकित्सा प्रैक्टिशनर्स के खिलाफ अनैतिक अभ्यास से संबंधित प्राप्त सभी शिकायतों का समाधान सभी राज्य चिकित्सा परिषदों द्वारा ऐसी शिकायतों की प्राप्ति की तारीख से छह महीने के भीतर किया जाएगा।

वर्ष 2016-17 से 2020-21 के दौरान डीएमसी को 1451 शिकायतें प्राप्त हुईं, जिनमें से 49 शिकायतें, 42 शिकायतें और 120 शिकायतें क्रमशः 181-360 दिन, 361-660 दिन और 660 दिनों से अधिक की देरी के बाद भी लंबित थीं

जबकि 26 शिकायतों, 689 शिकायतों तथा 118 शिकायतों का क्रमशः 181-360 दिन, 361-660 दिन और 660 दिन से अधिक की देरी के बाद निपटान किया गया।

डीएमसी ने कहा (नवंबर 2022) कि डॉक्टरों के खिलाफ शिकायतों का निपटान कोविड महामारी के बीच परिषद के गठन में देरी के कारण समय पर नहीं किया जा सका जो अभी भी लंबित है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अधिकांश शिकायतें पूर्व कोविड अवधि से संबंधित हैं जब परिषद अस्तित्व में थी।

### 8.2.2 दिल्ली नर्सिंग काउंसिल

दिल्ली नर्सिंग काउंसिल अधिनियम, 1997 (डीएनसी अधिनियम) को दिल्ली नर्सिंग नियमों के साथ जून 2001 में अधिसूचित किया गया था। डीएनसी अधिनियम की धारा 3 राज्य सरकारों द्वारा अधिसूचित किए जाने वाले सदस्यों के साथ दिल्ली नर्सिंग काउंसिल के गठन का प्रावधान करती है। इसके अलावा, धारा 4 (1) के अनुसार किसी सदस्य (पदेन सदस्य के अलावा) का कार्यकाल नामांकन की तारीख से तीन वर्ष या जब तक कोई उत्तराधिकारी विधिवत नामांकित नहीं हो जाता, जो भी पहले हो, होगा। रा.रा.क्षे.दि.स. को परिषद के सदस्यों के लिए चुनाव को अधिसूचित करना आवश्यक था। दिल्ली नर्सिंग काउंसिल (डीएनसी) को राज्य में उपलब्ध अभ्यासरत नर्सों का डेटा बेस बनाए रखना था और नर्सिंग स्टाफिंग मानदंड, भर्ती नीति और अन्य नर्सिंग संबंधित नीतियों को विकसित करने के लिए एक एजेंसी के रूप में काम करना था।

दिल्ली नर्सिंग काउंसिल की मुख्य जिम्मेदारियां थीं:

- परिषद के सदस्यों का चुनाव कराना
- नर्सों को पंजीकरण करना और हर पांच वर्ष में उनके पंजीकरण का नवीनीकरण करना
- नव स्थापित नर्सिंग संस्थानों को पंजीकरण करना
- नर्सिंग संस्थानों का समय-समय पर निरीक्षण करना
- दिल्ली में स्वास्थ्य संस्थानों में काम करने वाली नर्सों की साख को सत्यापित करना

लेखापरीक्षा में यह पाया गया कि यद्यपि डीएनसी का गठन शुरू में जून 2001 में किया गया था, परंतु तीन साल के बाद चुनाव कराकर और नए सदस्यों को अधिसूचित करके इसे नियमित रूप से पुनर्गठित नहीं किया गया था। परिणामस्वरूप जून 2004 से जनवरी 2006, जनवरी 2009 से अगस्त 2013, अगस्त 2016 से जुलाई 2017 और जुलाई 2020 से मई 2022 तक डीएनसी का गठन नहीं किया गया। इस प्रकार, अधिनियम लागू होने के बाद 21 वर्षों में डीएनसी अधिनियम द्वारा अनिवार्य कार्यों को पूरा करने के लिए डीएनसी आठ वर्ष से अधिक समय से अस्तित्व में नहीं था।

डीएनसी ने उत्तर दिया (नवंबर 2022) कि परिषद के सदस्यों के लिए चुनाव 2020 में आयोजित किया गया था परंतु चुनाव प्रक्रिया में कुछ अनियमितताओं के कारण रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा इसे अमान्य घोषित कर दिया गया और नए चुनाव शुरू किए गए हैं।

इस प्रकार डीएनसी जिसे नर्सिंग स्टाफिंग मानदंड, भर्ती नीति और अन्य नर्सिंग संबंधी नीतियां विकसित करनी थी, लगभग निष्क्रिय थी जिसके परिणामस्वरूप नीचे दी गई अन्य कमियां हो सकती हैं:

- डीएनसी अधिनियम की धारा 19 के अनुसार रजिस्ट्रार को हर वर्ष पंजीकृत नर्सों, दाइयों, सहायक नर्स दाइयों/महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और महिला स्वास्थ्य सहायकों/स्वास्थ्य पर्यवेक्षकों के नाम मुद्रित और प्रकाशित करना था परंतु डीएनसी ने मई 2002 में स्थापना के बाद से उपरोक्त सूची प्रकाशित नहीं की थी।

डीएनसी ने कहा (नवंबर 2022) कि आम जनता/नर्सों/नर्सों के नियोक्ताओं के लिए पंजीकरण और पंजीकरण के सत्यापन के लिए आवेदन करने की कोई ऑनलाइन सुविधा नहीं थी। जीईएम पोर्टल के माध्यम से इसके लिए विक्रेता का चयन होते ही ऑनलाइन पंजीकरण/नवीनीकरण/सत्यापन आदि की प्रक्रिया शुरू कर दी जाएगी।

- डीएनसी अधिनियम की धारा 17 में कहा गया है कि अधिनियम के तहत केवल पंजीकृत व्यक्ति ही नर्स के रूप में काम करेंगे। इसके अलावा, धारा 26 (1) के अनुसार कोई भी व्यक्ति जो इसका उल्लंघन करके कार्य करेगा,

दोषी पाए जाने पर उसे पहले अपराध के लिए दो हजार रुपये, दूसरे अपराध के लिए पांच हजार रुपये और बाद के अपराध के लिए दस हजार रुपये तक के जुर्माने से दंडित किया जाएगा। नर्सिंग संस्थानों/संगठनों/घरों को अपने प्रतिष्ठान में काम करने वाली नर्सों की सूची उनकी साख के सत्यापन के लिए हर वर्ष डीएनसी को भेजनी आवश्यक है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि जनता को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए नर्सों को नियुक्त करने वाले 1229 नर्सिंग होम/अस्पतालों/संस्थानों में से 48 से 1044 संस्थानों ने वर्ष 2016 से 2022 के दौरान और 780 ने सितंबर 2022 तक सत्यापन के लिए नर्सों की सूची भेजी।

डीएनसी ने नवंबर 2022 में कहा कि उसने दिल्ली में प्रैक्टिस करने के लिए नर्सों के लाइसेंस के पंजीकरण और नवीनीकरण के लिए समय-समय पर परिपत्र जारी किए हैं। डीएनसी को विभिन्न संस्थानों से पंजीकरण प्रमाणपत्रों का सत्यापन प्राप्त हुआ और उसे इसके द्वारा सत्यापित किया गया। यद्यपि वर्ष 2021-22 और 2022-23 (सितंबर तक) में स्थिति में सुधार हुआ है परंतु 2016-21 की अवधि के दौरान स्थिति पिछड़ी रही।

- डीएनसी अधिनियम की धारा 22 (1) और (3) के तहत जारी दिशानिर्देशों में कार्यक्रम शुरू करने की अनुमति देने के लिए और उसके बाद पहला बैच कार्यक्रम पूरा होने तक प्रत्येक वर्ष भौतिक अवसंरचना, नैदानिक सुविधा और शिक्षण संकाय के संबंध में इसकी उपयुक्तता का आकलन करने के लिए संस्थान के निरीक्षण की भी परिकल्पना की गई है। यह सुनिश्चित करने के लिए कि संस्थान निर्धारित मानक के अनुसार कार्य कर रहा है, पहले बैच के उत्तीर्ण होने तक वर्ष दर वर्ष और उसके बाद हर तीन वर्ष में अनुमति दी जाएगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिल्ली में 37 नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान कार्यरत थे, जिनमें से 20 संस्थानों का निरीक्षण सात से 41 महीने की देरी से किया गया था (अनुलग्नक VI)। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान डीएनसी से संबद्ध छह नए संस्थानों में से चार संस्थानों का वार्षिक निरीक्षण निर्धारित संख्या में नहीं किया गया।

उस अवधि के दौरान जब डीएनसी अस्तित्व में नहीं थी, गुणवत्तापूर्ण नर्सिंग सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए नियामक तंत्र बाधित हुआ था। नर्सों को नियुक्त करने वाले स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों की समय-समय पर निगरानी की कमी के कारण, यह सुनिश्चित नहीं किया जा सका कि केवल योग्य व्यक्तियों को ही नियोजित किया जाए। इसके अलावा, डीएनसी द्वारा नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थानों के निरीक्षण में कमी के कारण इन संस्थानों के कामकाज पर आश्वासन नहीं मिल सका।

डीएनसी ने अपने उत्तर में कहा (नवंबर 2022) कि कोविड महामारी के कारण निरीक्षण रोक दिया गया था क्योंकि संस्थान ऑनलाइन काम कर रहे थे। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अधिकांश निरीक्षण पूर्व-कोविड अवधि से संबंधित हैं।

*सिफारिश 8.1: सरकार यह सुनिश्चित कर सकती है कि (i) डीएनसी का समय पर गठन हो (ii) केवल पंजीकृत नर्स ही स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों द्वारा नियोजित हों; और (iii) गुणवत्ता मानकों का पालन सुनिश्चित करने के लिए नर्सों को प्रशिक्षण देने वाले सभी संस्थानों का नियमित रूप से निरीक्षण किया जाता है।*

### 8.2.3 दिल्ली फार्मसी काउंसिल

फार्मसी अधिनियम, 1948 के तहत वर्ष 1959 में गठित दिल्ली फार्मसी काउंसिल (डीपीसी) फार्मासिस्टों को पंजीकृत करती है और दिल्ली में फार्मसी सेवाओं को विनियमित करती है। देश में फार्मसी पेशे की स्थिति और अभ्यास को विनियमित करने और बढ़ाने के लिए जनवरी 2015 में भारत सरकार द्वारा फार्मसी प्रैक्टिस विनियम (पीपीआर) अधिसूचित किए गए थे। इसमें फार्मसी नैतिकता, मरीजों के प्रति फार्मासिस्टों की जिम्मेदारियां, फार्मासिस्ट की नौकरी की आवश्यकताएं, सामुदायिक फार्मासिस्ट की भूमिका आदि के लिए एक समान संहिता निर्धारित करने का प्रयास किया गया है। फार्मसी अधिनियम की धारा 29 के तहत राज्य सरकार को दिल्ली में फार्मासिस्टों का एक रजिस्टर बनाए रखने की आवश्यकता है। सभी फार्मासिस्टों को हर वर्ष अपना पंजीकरण नवीनीकृत करना होता है जिसके लिए आवश्यक शुल्क का भुगतान करना होता है।

लेखापरीक्षा ने निम्नलिखित पाया:

- डीपीसी जुलाई 2018 से कार्यशील नहीं थी क्योंकि यह काउंसिल के लिए चुनाव कराने में विफल रही थी। डीपीसी ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि चुनाव नवंबर 2021 में हुआ था
- 2015 में भारत सरकार द्वारा अधिसूचना जारी किए जाने के बाद भी रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा फार्मैसी प्रैक्टिस विनियमों को अधिसूचित नहीं किया गया था। डीपीसी ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि उक्त विनियमों को दिल्ली राजपत्र में पुनः अधिसूचना के बाद ही लागू किया जा सकता है जो अभी भी रा.रा.क्षे.दि.स. के पास लंबित है।
- डीपीसी ने फार्मासिस्टों का अद्यतन डेटा नहीं रखा था। डीपीसी ने उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि ऑनलाइन प्रक्रिया शुरू होने के बाद फार्मासिस्टों का अद्यतन डेटा रखा जाएगा।

**सिफारिश 8.2:** सरकार पीपीआर को बिना किसी देरी के अधिसूचित कर सकती है और यह भी सुनिश्चित कर सकती है कि डीपीसी द्वारा फार्मासिस्टों का एक अद्यतन रजिस्टर रखा जाए।

#### 8.2.4 दिल्ली के औषधि नियंत्रक

औषधि नियंत्रण विभाग (डीसीडी) का नेतृत्व दिल्ली के औषधि नियंत्रक द्वारा किया जाता है। यह दिल्ली में दवाइयों और सौंदर्य प्रसाधनों के निर्माण और दवाइयों की बिक्री को विनियमित करता है। यह औषधि एवं सौंदर्य प्रसाधन अधिनियम 1940 और औषधि एवं सौंदर्य प्रसाधन नियम 1945 को लागू करने के लिए भी जिम्मेदार है।

रा.रा.क्षे. दिल्ली की औषधि नीति 1994 में सुरक्षित और प्रभावी दवाइयों की उपलब्धता, अच्छी गुणवत्ता नियंत्रण और आश्वासन प्रणाली सुनिश्चित करने के लिए बनाई गई थी। इसमें घटिया गुणवत्ता पाए जाने वाले उत्पादों को प्रचलन से हटाने के लिए औषधि निरीक्षणालय इकाइयों और गुणवत्ता नियंत्रण प्रयोगशाला को मजबूत करने का प्रावधान किया गया। औषधि और सौंदर्य प्रसाधन नियम, 1945 के नियम 51 और 52 में कहा गया है कि औषधि, सौंदर्य प्रसाधन और होम्योपैथिक दवाइयों के निर्माण और बिक्री के लिए लाइसेंस

प्राप्त सभी परिसरों का वर्ष में कम से कम एक बार निरीक्षण किया जाना चाहिए।

इसके अलावा, केंद्रीय औषधि मानक नियंत्रण संगठन (सीडीएससीओ) और राज्य लाइसेंसिंग प्राधिकरण के औषधि निरीक्षकों (डीआई) की एक टीम द्वारा प्रतिवर्ष ब्लड बैंकों का निरीक्षण करना आवश्यक था।

लेखापरीक्षा ने 2016-17 से 2022-23 (सितंबर 2022 तक) के दौरान निम्नलिखित कमियां पाईं:

- औषधि निरीक्षक के प्रमुख स्टॉफ में 63 प्रतिशत की कमी सहित विभिन्न संवर्गों में कुल मिलाकर 52 प्रतिशत स्टॉफ की कमी थी।

औषधि नियंत्रण विभाग ने कहा (दिसंबर 2022) कि यूपीएससी से औषधि निरीक्षक के 26 रिक्त पदों को भरने के लिए कदम उठाए जा रहे हैं। यूपीएससी ने इसके लिए 08 अक्टूबर 2022 को ही विज्ञापन प्रकाशित कर दिया है।

- औषधि बिक्री इकाइयों और औषधि विनिर्माण इकाइयों के निरीक्षण की कुल कमी क्रमशः 85 प्रतिशत और 61 प्रतिशत से अधिक थी।

डीसीडी ने स्वीकार किया (अगस्त 2022) कि स्टॉफ की भारी कमी थी और औषधि निरीक्षकों के रिक्त पदों को भरने के लिए कदम उठाए गए हैं।

- टीम द्वारा 74 से 78 ब्लड बैंकों के लिए आवश्यक 448 निरीक्षणों में से केवल 169 निरीक्षण किए गए।

डीसीडी ने निरीक्षणों में कमी को स्वीकार किया (अगस्त 2022) और इसके लिए स्टॉफ की कमी को जिम्मेदार ठहराया। इसमें यह भी कहा गया कि ब्लड बैंकों के निरीक्षण की संख्या बढ़ाने के प्रयास किए जा रहे हैं।

डीसीडी के अनिवार्य कार्य को पूरा करने के लिए तकनीकी कर्मचारियों की ऐसी कमी के कारण डीसीडी को औषधि नमूने एकत्र करने, परीक्षण करने और उनका विश्लेषण करने के कार्यों के साथ गंभीर रूप से समझौता करना पड़ा।

**सिफारिश 8.3: सरकार डीसीडी को अपने अनिवार्य कार्यों का प्रभावी ढंग से निर्वहन करने के लिए पर्याप्त जनशक्ति प्रदान कर सकती है।**

#### 8.2.4.1 औषधि परीक्षण प्रयोगशाला

औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (डीटीएल), डीसीडी ने 2002 से काम करना शुरू किया और गुणवत्ता नियंत्रण के लिए दवाइयों तथा सौंदर्य प्रसाधन उत्पादों का परीक्षण करती है। प्रयोगशाला की परीक्षण क्षमता 2950 नमूने थी (2020-21)। इसके अलावा, डीटीएल को केवल गैर-जैविक उत्पादों के परीक्षण के लिए अधिसूचित किया गया है और जैविक उत्पादों को क्षेत्रीय औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (आरडीटीएल) चंडीगढ़ भेजा जाता है। गैप एनालिसिस रिपोर्ट<sup>2</sup> (नवंबर 2018) ने मौजूदा प्रयोगशाला के उन्नयन और क्षमता वृद्धि (प्रति वर्ष 5000 नमूने) तथा नई माइक्रोबायोलॉजिकल ड्रग्स परीक्षण प्रयोगशाला के विकास की सिफारिश की थी। इसने परीक्षण क्षमता बढ़ाने के लिए 60 तकनीकी कर्मचारियों की भी सिफारिश की।

डीटीएल के संबंध में लेखापरीक्षा निष्कर्ष निम्नानुसार हैं:

- एनएबीएल सरकार उद्योग संघों और उद्योग को सामान्य रूप से अनुरूपता मूल्यांकन निकाय के प्रत्यायन की एक योजना प्रदान करता है जिसमें चिकित्सा और अंशशोधन प्रयोगशालाओं, दक्षता परीक्षण प्रदाताओं और संदर्भ सामग्री उत्पादकों सहित परीक्षण की तकनीकी क्षमता का तीसरे पक्ष का मूल्यांकन शामिल है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीटीएल को अगस्त 2022 तक एनएबीएल द्वारा प्रत्यायन प्राप्त नहीं था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि उसने आईएसओ-17025 (मान्यता मानक) के अनुसार आवश्यक प्रलेखन कार्य पहले ही शुरू कर दिया है और एनएबीएल द्वारा प्रयोगशाला को इसके उन्नयन के बाद प्रत्यायन दिया जाएगा। तथ्य यह है कि डीटीएल को अभी तक एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थी यद्यपि इसकी स्थापना 2001 में हुई थी।

<sup>2</sup> क्षेत्रीय औषधि परीक्षण प्रयोगशाला, सीडीएससीओ, भारत सरकार, चंडीगढ़ के निदेशक के सहयोग से गठित समिति द्वारा प्रस्तुत जीएपी विश्लेषण रिपोर्ट

- डीटीएल ने माइक्रोबायोलॉजिकल ड्रग्स परीक्षण प्रयोगशाला की स्थापना नहीं की थी और न ही मौजूदा प्रयोगशाला की क्षमता को 5000 परीक्षण प्रति वर्ष तक बढ़ाया था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि इसके द्वारा केंद्र सरकार से किए गए अनुरोध के अनुसार, दवाइयों के ऐसे नमूनों के परीक्षण के लिए एक आपातकालीन व्यवस्था की गई है और तदनुसार केवल सीमित नमूने आरडीटीएल चंडीगढ़ को भेजे गए थे। प्रति वर्ष 5000 नमूनों के परीक्षण की लक्षित क्षमता के संबंध में यह कहा गया कि इसे गैप विश्लेषण रिपोर्ट के अनुसार उन्नयन के दोनों चरणों के पूरा होने के बाद ही हासिल किया जा सकता है।

- 16 तकनीकी पदों की स्वीकृत संख्या के प्रति केवल 9 कर्मचारी उपलब्ध थे (सितंबर 2022)।

विभाग ने सूचित किया (दिसंबर 2022) कि रिक्त पदों को भरने की प्रक्रिया शुरू कर दी गई है।

**सिफारिश 8.4: सरकार परीक्षण व्यवस्था को मजबूत करने के लिए डीटीएल की क्षमता को उन्नत करने और बढ़ाने के लिए तत्काल कार्रवाई कर सकती है।**

#### 8.2.4.2 औषधि नियंत्रण विभाग द्वारा नमूना परीक्षण

- i. इसके अतिरिक्त विशेषज्ञ समिति<sup>3</sup> ने अन्य बातों के साथ-साथ सिफारिश की थी (नवंबर 2003), कि राज्यों को बाजार में निर्मित और बेची जाने वाली दवाइयों की गुणवत्ता की जांच करने के लिए और अधिक नमूने लेने की योजना बनानी चाहिए। यह देखा गया कि नमूने मुख्य रूप से बाजार में चल रही दवाइयों की गुणवत्ता पर निगरानी रखने और किसी विशेष दवा की गुणवत्ता के बारे में विशिष्ट शिकायतें प्राप्त होने पर एकत्र किए जा रहे थे।

<sup>3</sup> स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा नियामक अवसंरचना और देश में नकली/घटिया दवाइयों की सीमा तथा समस्या से संबंधित सभी पहलुओं की जांच करने के लिए विशेषज्ञ समिति का गठन किया गया है।

तालिका 8.1: परीक्षण किए गए नमूनों का विवरण

अवधि	लाइसेंस प्राप्त फर्मों की संख्या			परीक्षण किये गये नमूनों की संख्या						विफल हुए नमूनों की संख्या					
	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	कुल (2+3)	डीटीएल, रा.रा.क्षे.दि.स. में (लाइसेंस प्राप्त फर्मों की कुल संख्या के संबंध में परीक्षण किए गए नमूने का %)		आरडीटीएल, चंडीगढ़ में (लाइसेंस प्राप्त फर्मों की कुल संख्या के संबंध में परीक्षण किए गए नमूने का %)		कुल (5+6)		डीटीएल, रा.रा.क्षे.दि.स. में (परीक्षण किए गए कुल नमूनों की संख्या के संबंध में विफल नमूने का %)		आरडीटीएल, चंडीगढ़ में (परीक्षण किए गए कुल नमूनों की संख्या के संबंध में विफल नमूने का %)		कुल	
				बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान	बिक्री प्रतिष्ठान	विनिर्माण प्रतिष्ठान
2016-17	24474	851	25325	डीजीएचएस में 05.07.2019 को आग लगने की घटना के बाद रिकॉर्ड उपलब्ध नहीं होने के कारण डेटा उपलब्ध नहीं है।											
2017-18	26053	911	26964	नया नमूना रजिस्टर (दिनांक) जुलाई 2019 से संधारित किया गया है।											
2018-19	28113	914	29027												
2019-20	30464	921	31385	433 (1.42)	13 (1.41)	28 (0.09)	3 (0.32)	461 (1.51)	16 (1.74)	13 (3.00)	2 (15.38)	6 (21.43)	3 (100.0)	19 (4.12)	5 (31.25)
2020-21	33454	691	34145	460 (1.37)	14 (2.03)	59 (0.18)	12 (1.74)	519 (1.55)	26 (3.76)	23 (5.00)	3 (21.43)	8 (13.56)	9 (75.0)	31 (5.97)	12 (46.15)
2021-22	32947	827	33774	595 (1.80)	2 (0.0)	82 (0.25)	4 (0.73)	677 (2.05)	6 (0.73)	6 (1.09)	0 (0.0)	16 (19.51)	3 (50.0)	22 (3.25)	3 (50.0)
2022-23 (सितंबर 2022 तक)	36363	861	37197	253 (0.69)	19 (2.21)	0 (0.0)	0 (0.0)	253 (0.68)	19 (0.05)	1 (0.39)	1 (5.26)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.53)	1 (0.05)

स्रोत: डीटीएल द्वारा प्रदान की गई जानकारी

- ii. तालिका 8.1 से देखा जा सकता है कि लाइसेंस प्राप्त फर्मों (बिक्री और विनिर्माण प्रतिष्ठानों) की कुल संख्या की तुलना में, डीटीएल में परीक्षण किए गए नमूनों की संख्या 0.73 से 1.76 प्रतिशत थी और क्षेत्रीय औषधि परीक्षण प्रयोगशाला (आरडीटीएल), चंडीगढ़ में परीक्षण किए गए नमूनों की संख्या 2019-20 से 2022-23 (सितंबर 2022 तक) के दौरान 0.25 प्रतिशत तक के बीच थी।
- iii. विनिर्माण प्रतिष्ठानों में एकत्र किए गए तथा डीटीएल में परीक्षण के लिए भेजे गए नमूनों के संबंध में विफलता दर 15.38 प्रतिशत (2019-20) से 21.43 प्रतिशत (2020-21) तक थी जबकि 2019-20 से 2021-22 के दौरान बिक्री प्रतिष्ठानों से एकत्र किए गए नमूनों की विफलता दर पांच प्रतिशत तक थी। आरडीटीएल में जैविक उत्पादों के परीक्षण के लिए भेजे गए नमूनों के संबंध में जैविक उत्पादों वाली इकाईयों/प्रतिष्ठानों की संख्या की तुलना में चंडीगढ़ बहुत छोटा था। 2019-20 से 2021-22 की अवधि के लिए आरडीटीएल, चंडीगढ़ में परीक्षण किए गए जैविक नमूनों

की विफलता दर बिक्री प्रतिष्ठानों के लिए 21.43 प्रतिशत तक और विनिर्माण प्रतिष्ठानों के लिए 50 प्रतिशत से 100 प्रतिशत के बीच थी। 2022-23 के दौरान (30 सितंबर 2022 तक) आरडीटीएल चंडीगढ़ को परीक्षण के लिए कोई नमूना नहीं भेजा गया था। यह उल्लेख करना उचित है कि जैविक उत्पादों में टीके, रक्त एवं उसके घटक आदि शामिल हैं जो गर्मी के प्रति संवेदनशील होते हैं और सूक्ष्मजीवी संदूषण के प्रति अति संवेदनशील होते हैं तथा थोड़ी मात्रा में संदूषण पूरे बैच को नष्ट कर सकता है और उपभोग करने पर गंभीर स्वास्थ्य समस्याएं पैदा कर सकता है।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि ड्रग्स एंड कॉस्मेटिक अधिनियम और उसके अधीन बनाए गए नियमों के तहत प्रत्येक लाइसेंस इकाई से दवाओं के नमूने लेने की आवश्यकता नहीं होती है। इसके अलावा, विभाग अनुशंसित संख्या के प्रति निरीक्षणालय कर्मचारियों की बहुत कम संख्या के साथ काम कर रहा है। आगे कहा गया कि उन्होंने यूपीएससी से औषधि निरीक्षकों को रिक्त पद भरने के लिए कदम उठाए हैं। सीमित नमूने भेजे जाने के संबंध में आरडीटीएल, चंडीगढ़ की ओर से कहा गया कि जैविक उत्पादों के नमूने केवल शिकायत के आधार पर परीक्षण और विश्लेषण हेतु लिए गए हैं।

विशेषज्ञ समिति की सिफारिशों के आलोक में उत्तर की समीक्षा की जानी चाहिए जिसमें अन्य बातों के साथ-साथ यह भी कहा गया है कि राज्यों को निर्मित और बाजार में बेची जाने वाली दवाओं की गुणवत्ता की जांच के लिए अधिक नमूने लेने की योजना बनानी चाहिए।

शिकायत आधारित परीक्षण के संबंध में जैविक उत्पाद का परीक्षण बाजार में उपलब्ध जैविक उत्पादों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए इष्टतम उपाय नहीं हो सकता है।

**सिफारिश 8.5: सरकार राष्ट्रीय रक्त नीति के अनुसार जैविक नमूनों सहित दवाइयों का निर्माण/वितरण करने वाली सभी इकाइयों से पर्याप्त संख्या में नमूने उठाने और परीक्षण सुनिश्चित करने के लिए तत्काल कार्रवाई करे।**

### 8.2.4.3 राष्ट्रीय रक्त नीति के अनुपालन का अभाव

राष्ट्रीय रक्त नीति (एनबीपी) का उद्देश्य 3.1 रक्त और उसके घटकों के परीक्षण, प्रसंस्करण और भंडारण के लिए न्यूनतम मानकों को सुनिश्चित करने के लिए डीसीडी के तहत सतर्कता सेल की स्थापना का प्रावधान करता है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि सतर्कता सेल डीसीडी द्वारा स्थापित नहीं किया गया था (सितंबर 2021)। इस प्रकार रक्त और उसके घटकों के परीक्षण, प्रसंस्करण तथा भंडारण के लिए न्यूनतम मानक सुनिश्चित करने का उद्देश्य प्राप्त नहीं किया जा सका।

डीसीडी ने कहा (अगस्त 2022) कि निरीक्षकों के रिक्त पदों को भरने के बाद ब्लड बैंकों के लिए एक समर्पित सतर्कता सेल स्थापित किया जाएगा।

इसी प्रकार, एनबीपी का उद्देश्य 8.4 ब्लड बैंकों के उचित निरीक्षण और लाइसेंस में उल्लिखित शर्तों को लागू करने के लिए प्रशिक्षित अधिकारियों/निरीक्षकों के साथ एक अलग रक्त सेल के निर्माण का प्रावधान करता है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि रा.रा.क्षे. दिल्ली के डीसीडी ने अलग रक्त सेल नहीं बनाया था (सितंबर 2021)।

डीसीडी ने कहा (अगस्त 2022) कि निरीक्षकों के रिक्त पदों को भरने के बाद, ब्लड बैंकों के लिए एक अलग रक्त सेल स्थापित किया जाएगा।

### 8.2.4.4 नमूनों की जांच रिपोर्ट का बड़ी संख्या में लम्बित होना

औषधि एवं सौंदर्य प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1945 के नियम 45 के उप-नियम (1) के अनुसार, सरकारी विश्लेषक औषधि एवं प्रसाधन सामग्री के ऐसे नमूनों का विश्लेषण या परीक्षण कराएगा जो निरीक्षक या अन्य व्यक्तियों द्वारा अधिनियम का अध्याय IV के प्रावधानों के तहत उसे भेजे जा सकते हैं और नमूने की प्राप्ति के साठ<sup>4</sup> दिनों की अवधि के भीतर इन नियमों के अनुसार परीक्षण या विश्लेषण के परिणामों की रिपोर्ट प्रस्तुत करेगा। लेखापरीक्षा में पाया गया कि वर्ष 2019-20 से 2021-22 के दौरान 1,463 नमूनों के परीक्षण परिणाम निर्धारित समयावधि (60 दिनों) के बाद डीसीडी में प्राप्त हुए।

<sup>4</sup> जीएसआर 103 (ई), दिनांक 2 फरवरी 2017 द्वारा डाला गया

नमूनों के परीक्षण में देरी से आम जनता में घटिया दवाइयों के वितरण और उपभोग की संभावना बढ़ जाती है और इसका सेवन करने वाले व्यक्तियों को संभावित नुकसान होता है।

डीसीडी ने कहा (अगस्त 2022) कि दिल्ली परीक्षण प्रयोगशाला के बुनियादी ढांचे के नवीनीकरण के कारण, विश्लेषण के प्रोटोकॉल/विधि, कार्य मानक, परीक्षण के लिए आवश्यक रसायन की अनुपलब्धता और विश्लेषण के लिए आवश्यक उपकरण की गैर-कार्यशीलता के कारण परीक्षण में देरी हुई। आज तक, डीटीएल, दिल्ली में कोई भी अप्रयुक्त लंबित नमूना प्राप्त नहीं हुआ है।

**सिफारिश 8.6:** सरकार यह सुनिश्चित करे कि नमूनों के परीक्षण या विश्लेषण की रिपोर्ट डीटीएल द्वारा तुरंत प्रस्तुत की जाए ताकि आम जनता द्वारा घटिया दवाइयों की खपत को रोकने के लिए तत्काल कार्रवाई की जा सके।

### 8.2.5 परीक्षण किए गए अस्पतालों की मान्यता की स्थिति

नेशनल एक्रिडिटेशन बोर्ड फॉर हॉस्पिटल्स एंड हेल्थ केयर प्रोवाइडर्स (एनएबीएच) भारतीय गुणवत्ता परिषद का एक घटक बोर्ड है, जिसे स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के लिए प्रत्यायन कार्यक्रम स्थापित करने और संचालित करने के लिए स्थापित किया गया है। चयनित अस्पतालों में एनएबीएच द्वारा न तो एलएनएच और न ही आरजीएसएसएच को मान्यता प्राप्त थी।

एनएबीएल परीक्षण और अंशशोधन प्रयोगशालाओं की गुणवत्ता और तकनीकी क्षमता के तीसरे पक्ष के मूल्यांकन की सुविधा प्रदान करता है।

एलएनएच/एमएमसी की चार प्रयोगशालाओं में से कोई भी एनएबीएल से मान्यता प्राप्त नहीं थी। आरजीएसएसएच के मामले में तीन में से दो प्रयोगशालाएं एनएबीएल से मान्यता प्राप्त नहीं थीं। क्लिनिकल प्रतिष्ठानों (सीई) की उचित मान्यता के अभाव में, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और सेवाओं के न्यूनतम मानकों को सुनिश्चित किए बिना दिल्ली में सीई चलाने से इंकार नहीं किया जा सकता है।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2023) कि बायो-केमिस्ट्री लैब की एनएबीएल मान्यता के लिए प्रक्रिया शुरू कर दी है।

**सिफारिश 8.7:** सरकार अस्पतालों और प्रयोगशालाओं की एनएबीएच/एनएबीएल मान्यता सुनिश्चित करने का प्रयास कर सकती है।

### 8.2.6 जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन और संचालन) नियम, 1998 को भारत सरकार द्वारा 1998 में अधिसूचित किया गया था, जिसे जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 (बीएमडब्ल्यू नियम) द्वारा संशोधित एवं प्रतिस्थापित किया गया था। ये नियम अन्य बातों के साथ-साथ अपशिष्ट उत्पादक और सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार सुविधा (सीबीएमडब्ल्यूटीएफ) के लिए स्पष्ट भूमिकाओं के साथ बीएमडब्ल्यू के साथ बीएमडब्ल्यू के संग्रह, हैंडलिंग, ढुलाई, निपटान और निगरानी की प्रक्रियाओं को निर्धारित करते हैं। दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (डीपीसीसी) को राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली में इन नियमों को लागू करने के लिए निर्धारित प्राधिकारी के रूप में नामित किया गया है।

बीएमडब्ल्यू प्रबंधन नियमों को लागू करने के लिए, दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन (प्रबंधन और हैंडलिंग) नियम 1998 को बढ़ावा देने, सुविधा और निगरानी के लिए स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय में 2001 में एक जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन सेल (बीएमडब्ल्यू सेल) का गठन किया गया था।

बीएमडब्ल्यू नियमों को सफलतापूर्वक लागू करने हेतु, डीजीएचएस के लिए दिल्ली में कार्यरत अधिभोगियों/स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की संख्या और श्रेणी का एक विस्तृत डेटाबेस बनाए रखना अनिवार्य था। बीएमडब्ल्यू नियमों की धारा 4 (जी) के अनुसार, सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों एवं अन्य बीएमडब्ल्यू के संचालन में शामिल संबंधित संगठनों को बीएमडब्ल्यू के द्वारा नियुक्ति के समय और उसके बाद हर वर्ष कम से कम एक बार प्रशिक्षण प्रदान किया जाना था। बीएमडब्ल्यू नियमों के नियम 3सी में कहा गया है कि बीएमडब्ल्यू का उत्पादन करने वाले अस्पतालों को डीपीसीसी से प्राधिकरण प्राप्त करना चाहिए और उत्पादित तथा निपटाए गए बीएमडब्ल्यू की मात्रा की वार्षिक रिपोर्ट भी डीपीसीसी को भेजनी चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि

- डीजीएचएस/बीएमडब्ल्यू सेल ने बीएमडब्ल्यू के प्रबंधन से संबंधित अपनी गतिविधियों की योजना बनाने, कार्यान्वयन और निगरानी करने के लिए

दिल्ली में उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का विवरण नहीं रखा। विभाग ने कहा (दिसंबर 2022) कि जैव चिकित्सा अपशिष्ट उत्पादन, उपचार और निपटान पर अधिभोगियों और डेटा की सूची डीपीसीसी द्वारा बीएमडब्ल्यू नियम, 2016 की अनुसूची-III के तहत निर्धारित अधिकारियों और संबंधित कर्तव्यों की सूची के अनुसार बनाया जाता है। लेखापरीक्षा का मानना है बीएमडब्ल्यू नियमों के सफल कार्यान्वयन के लिए विभिन्न एजेंसियों के बीच समन्वय बनाने के लिए दिल्ली में कार्यरत अधिभोगियों/स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की संख्या और श्रेणी का विस्तृत डेटाबेस बनाए रखना अनिवार्य है। इसके अलावा स्वास्थ्य सचिव अध्यक्ष और डीजीएचएस, दिल्ली में बीएमडब्ल्यू नियमों के कार्यान्वयन की देखरेख के लिए गठित सलाहकार समिति के सदस्यों में से एक होते हैं।

- सीबीएमडब्ल्यूटीएफ द्वारा बीएमडब्ल्यू के प्रबंधन के लिए निर्धारित प्रक्रिया से सभी विचलनों की रिपोर्ट प्रत्येक सीडीएमओ द्वारा दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (डीपीसीसी) और डीजीएचएस को महीने में दो बार भेजी जानी थी। डीजीएचएस ने ऐसी किसी भी रिपोर्ट की प्राप्ति से संबंधित कोई रिकॉर्ड नहीं रखा और न ही बीएमडब्ल्यू नियमों के अनुपालन के लिए कोई निगरानी तंत्र विकसित किया। विभाग ने तथ्यों को स्वीकार किया (दिसम्बर 2022)।
- रा.रा.क्षे.दि.स. के परिणामी बजट, डीजीएचएस की वार्षिक रिपोर्ट और सरकार द्वारा दिए गए उत्तर (फरवरी 2023) के अनुसार, डीजीएचएस के तहत स्वास्थ्य कर्मियों की संख्या जिन्हें 2016-17 से 2021-22 के दौरान बीएमडब्ल्यू प्रबंधन प्रशिक्षण प्रदान किया गया था, 24.91 प्रतिशत और 78.05 प्रतिशत के बीच थी। वर्ष 2020-21 के लिए, विभाग ने कहा (दिसंबर 2022) कि प्रशिक्षण कोविड-19 महामारी के कारण ऑनलाइन मोड के माध्यम से आयोजित किया गया था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि प्रत्येक ज़िले में बीएमडब्ल्यू नियमों के कार्यान्वयन की निगरानी के लिए ज़िला मजिस्ट्रेट की अध्यक्षता में एक स्वतंत्र ज़िला स्तरीय निगरानी समिति का गठन किया गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि डीजीएचएस/बीएमडब्ल्यू सेल बीएमडब्ल्यू नियमों के कार्यान्वयन के लिए समग्र रूप से जिम्मेदार है।

*सिफारिश 8.8: डीजीएचएस को सीबीएमडब्ल्यूटीएफ के दैनिक कामकाज की निगरानी के लिए एक तंत्र विकसित करना चाहिए। डीजीएचएस को अपने सभी बीएमडब्ल्यू कर्मचारियों के लिए नियमित प्रशिक्षण सुनिश्चित करना चाहिए।*

### 8.2.7 चिकित्सा तथा मृत्यु लेखापरीक्षा समितियों का गठन नहीं किया जाना

आईपीएचएस के अनुसार, अस्पताल में होने वाली सभी मृत्यु दर की समीक्षा पाक्षिक आधार पर की जाएगी। डीएसएचएम द्वारा जारी मानक संचालन प्रक्रिया (एसओपी) के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल को एक आंतरिक चिकित्सा और मृत्यु लेखापरीक्षा समिति का गठन करना होगा। एलएनएच (जुलाई 2020), आरजीएसएसएच और जेएसएसएच (मई 2020) और सीएनबीसी (जनवरी 2022) में समिति का गठन केवल कोविड से होने वाली मौतों की जांच के लिए किया गया था। यहां तक कि कोविड से हुई मौत के मामलों में भी, एलएनएच में 707 मौतें (मार्च से जून 2020) और आरजीएसएसएच में 42 मौतें (मार्च से मई 2020 तक) इस तरह के लेखापरीक्षा के अधीन नहीं थीं जिससे अस्पतालों को नैदानिक देखभाल में सूचित निर्णय लेने के लिए फीडबैक से वंचित होना पड़ा।

सरकार ने दिनांक 13 दिसंबर 2023 के अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।



## **अध्याय IX**

### **सतत विकास लक्ष्य-3**



## अध्याय IX

### सतत विकास लक्ष्य-3

“एसडीजी-3 अच्छे स्वास्थ्य और कल्याण” से संबंधित प्रत्येक संकेतक की जाँच से पता चला कि दिल्ली दो संकेतकों अर्थात् तपेदिक<sup>1</sup> केस की अधिसूचना दर एवं आत्महत्या दर में गंभीर रूप पिछड़ रही थी। लेखापरीक्षा ने संशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) के कार्यान्वयन में विभिन्न कमियां देखीं जैसे टीबी के बारे में जागरूकता पैदा करने में कमियां, जिला डीआर-टीबी समितियों का गठन न करना या गठन में देरी, योजना के कार्यान्वयन की अपर्याप्त निगरानी, टीबी की घटनाएं/उपचार संबंधी गतिविधियों के लिए कर्मचारियों की कमी आदि, जो इस संबंध में दिल्ली के खराब निष्पादन में योगदान हो सकता है।

#### 9.1 परिचय

सितंबर 2015 में अपनाए गए सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी) ने गरीबी, भूख, बीमारी और अभाव से मुक्त दुनिया का दृष्टिकोण निर्धारित किया। एसडीजी 3, "अच्छा स्वास्थ्य और कल्याण", देशों से सभी उम्र के लोगों के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करने और कल्याण को बढ़ावा देने का आह्वान करता है तथा इसका उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि लोग स्वास्थ्य के उस स्तर का आनंद लें जो उन्हें सामाजिक और आर्थिक रूप से उपयोगी जीवन जीने में सक्षम बनाता है। इसका उद्देश्य सभी आयु वर्ग में संक्रामक और गैर-संक्रामक रोगों से रोकी जा सकने वाली मौतों को समाप्त करना भी है।

#### 9.2 एसडीजी-3 का कार्यान्वयन और निगरानी

दिल्ली में, विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम राज्य कार्यक्रम अधिकारियों (एसपीओ) की देखरेख में जिला कार्यक्रम अधिकारियों (डीपीओ) द्वारा कार्यान्वित किए जाते हैं। डी.एफ.डब्ल्यू ने कहा कि विभिन्न समितियां/बोर्ड, एसडीजी-3 लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधित योजनाओं की निगरानी कर रहे थे।

<sup>1</sup> प्रति 1,00,000 जनसंख्या पर निर्दिष्ट समयावधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य अधिकारियों को अधिसूचित टीबी मामलों की (नए और दोबारा होने वाले) की संख्या

प्रत्येक संकेतक की जांच से पता चला कि दिल्ली संकेतकों अर्थात् तपेदिक<sup>2</sup> के मामले की अधिसूचना दर और आत्महत्या दर के तहत गंभीर रूप से पिछड़ रही थी। 2019-20 में प्रतिलाख जनसंख्या पर दिल्ली में तपेदिक (टीबी) के कुल मामलों की अधिसूचना दर 242 मामलों के एसडीजी लक्ष्य और भारत में औसत 177 मामले के प्रति 544 तक पहुंच गयी थी। डीएसएचएस द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार पिछले पांच वर्षों में टीबी के मामले तालिका 9.1 में दर्शाए गए हैं।

तालिका 9.1: पिछले पांच वर्षों के दौरान अधिसूचित टीबी के मामले

वर्ष	जनसंख्या	डीजीएचएस द्वारा अधिसूचित कुल टीबी मामले	नीति आयोग के अनुसार प्रति लाख पर टीबी के मामले
2016-17	1,87,78,254	62,706	333.92
2017-18	1,91,38,797	55,200	288.42
2018-19	1,95,06,262	90,580	464.36
2019-20	1,98,80,782	1,08,225	544.37
2020-21	2,02,62,487	88,018	434.38

स्रोत: डीएसएचएस द्वारा प्रस्तुत किए गए आंकड़े

इसके अतिरिक्त, दिल्ली में प्रति लाख जनसंख्या पर आत्महत्या दर 12.7 थी जबकि राष्ट्रीय औसत 10.4 और एसजीडी लक्ष्य 3.5 (2020) थी। चूंकि एसडीजी-3 के तहत लक्ष्यों की उपलब्धि पर नजर रखने के लिए कोई निगरानी तंत्र नहीं था, इसलिए लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित नहीं कर सका कि एसडीजी-3 के इन दो पहलुओं पर पर्याप्त ध्यान दिया जा रहा है या नहीं।

डीएफडब्ल्यू ने अपने उत्तर में कहा (अगस्त 2022) कि सभी प्रक्रियाएं राष्ट्रीय और राज्य नीति निर्देशों के अनुसार लागू की जा रही हैं।

तपेदिक, वायरल हेपेटाइटिस संक्रमण और नवजात शिशु मृत्यु दर के मामले की अधिसूचना दर को कम करने के लिए योजनाओं के कार्यान्वयन में कमियों के संबंध में लेखापरीक्षा टिप्पणियों पर अगले पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

<sup>2</sup> प्रति एक लाख जनसंख्या पर एक निश्चित अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकारियों को अधिसूचित टीबी के मामलों (नए और दोबारा होने वाले) की संख्या

### 9.3 परिशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी)

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने आरएनटीसीपी के तहत तपेदिक नियंत्रण 2016 के लिए तकनीकी और संचालन दिशानिर्देश तथा दवा प्रतिरोधी टीबी (पीएमडीटी) 2017 के प्रोग्रामेटिक प्रबंधन पर दिशानिर्देश जारी किए गए।

कार्यक्रम के कार्यान्वयन में पाई गई कमियां इस प्रकार थीं:

- **राज्य टीबी सेल द्वारा जागरूकता गतिविधियां आयोजित नहीं की गईं:** सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) गतिविधियां/वकालत अभियान बहुत महत्वपूर्ण होता है तथा टीबी को खत्म करने के लिए कार्य योजना का एक अभिन्न अंग है जिसके माध्यम से सभी हितधारकों और आम जनता के बीच टीबी और डायरेक्टली आब्जर्व्ड थेरेपी के बारे में जागरूकता पैदा की जाती है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि यद्यपि राज्य टीबी सेल ने 2016-17 से 2020-21 के दौरान आईईसी गतिविधियों को संचालित/निष्पादित करने की योजना बनाई थी, फिर भी, इसके लिए प्रस्तावों को कभी भी अंतिम रूप नहीं दिया गया और 2016-17 से 2020-21 के दौरान कोई आईईसी गतिविधियां आयोजित नहीं की गईं। 2016-21 के लिए आईईसी गतिविधियों का बजट ₹ 642.15 लाख था, जिसके प्रति केवल ₹ 16.10 लाख का व्यय किया गया था।

अपने उत्तर में, एसपीओ (आरएनटीसीपी) ने कहा (जुलाई 2022) कि प्रशासनिक देरी के कारण 2016-21 के दौरान सभी आईईसी गतिविधियां नहीं की जा सकीं।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि 2020-21 और 2021-22 में कोविड के कारण आम जन जागरूकता के लिए बड़े पैमाने पर सार्वजनिक समारोह आयोजित नहीं किए जा सके।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि आईईसी गतिविधियां कोविड 19 से पहले भी आयोजित नहीं की गई थीं।

- **जिला डीआर-टीबी समिति का गठन न होना/देरी से होना:** पीएमडीटी दिशानिर्देश 2017 में प्रावधान है कि सभी जिला डीआरटीबी केंद्रों के चेस्ट क्लीनिकों में एक जिला डीआर-टीबी समिति का गठन किया जाएगा। डीआर-टीबी केंद्र किसी जिले में आरआर-टीबी या एच मोनो/पॉली डीआर-टीबी जैसे सरल डीआर-टीबी रोगियों की शुरुआत और प्रबंधन के लिए जिम्मेदार हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीआर-टीबी केंद्रों में 25 चेस्ट क्लीनिकों में से 5 चेस्ट क्लीनिकों ने डीआर-टीबी समिति का गठन नहीं किया (जून 2022) और चार चेस्ट क्लीनिकों ने 12 से 36 महीने की देरी से समिति का गठन किया था। मासिक आधार पर नियमित बैठक आयोजित न करने का कारण कोविड-19 को बताया गया (मई 2022), परंतु उत्तर में कोविड-19 से पहले की अवधि के बारे में कुछ नहीं बताया गया।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि जिला टीबी समिति के गठन की प्रक्रिया चल रही है।

इसके अतिरिक्त, भारत सरकार द्वारा जारी निर्देशों (25 जून 2018) के अनुसार, सभी राज्य सरकारों को 2025 तक टीबी को समाप्त करने के लिए टीबी फोरम बनाना आवश्यक था (31 अक्टूबर 2018 तक)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि दो चेस्ट क्लीनिकों में कोई जिला टीबी फोरम गठित नहीं किया गया था और 18 चेस्ट क्लीनिकों में इनका गठन 8 से 26 महीने की देरी से किया गया था। इसके अतिरिक्त, 15 चेस्ट क्लिनिक में इतने महत्वपूर्ण मुद्दे पर चर्चा के लिए एक भी बैठक नहीं की गई।

- **मासिक निष्पादन समीक्षा बैठकें आयोजित नहीं की गईं:** आरएनटीसीपी दिशानिर्देशों के अनुसार, निष्पादन समीक्षा बैठक मासिक आधार पर जिला टीबी अधिकारी (डीटीओ) द्वारा आयोजित की जानी आवश्यक थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2017-21 के दौरान निर्धारित 180 बैठकों के प्रति डीटीओ द्वारा केवल 111 निष्पादन समीक्षा बैठकें आयोजित की गईं।

बैठकों के कम आयोजन का कारण कोविड-19 को बताया गया (मई 2022), तथापि कोविड-19 से पहले की अवधि के बारे में उत्तर मौन है।

- **जिलों के अपर्याप्त मूल्यांकन दौरे:** परिचालन दिशानिर्देश 2016 राज्य आंतरिक मूल्यांकन टीम को 3-4 वर्षों में कम से कम एक बार सभी जिलों को कवर करने और जिलों के समग्र निष्पादन की समीक्षा करने के उद्देश्य से प्रति तिमाही कम से कम दो जिलों का मूल्यांकन करने और अपने बहुमूल्य सुझाव/सिफारिशें देने का प्रावधान करता है ताकि जिन विशिष्ट क्षेत्रों में कार्यक्रम की गुणवत्ता में सुधार की आवश्यकता है, उन्हें हासिल किया जा सके। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आंतरिक मूल्यांकन टीम ने 2016-20 के दौरान निर्धारित 32 (प्रति तिमाही दो जिले) दौरों के प्रति 11 जिलों में स्थित 25 चेस्ट क्लीनिकों में से केवल 13 का दौरा और मूल्यांकन किया था। लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि 2016-17 से 2019-20 के दौरान आंतरिक मूल्यांकन टीम द्वारा 13 चेस्ट क्लीनिकों का कभी भी मूल्यांकन नहीं किया गया, जबकि दिशानिर्देशों के अनुसार सभी जिलों को 3-4 वर्षों में कम से कम एक बार कवर किया जाना था। सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि त्रैमासिक दौरे आयोजित किए गए थे, परंतु कोविड-19 के दौरान, ये मूल्यांकन दौरे आयोजित नहीं किए जा सके। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि उनके पास त्रैमासिक दौरे की रिपोर्ट का कोई दस्तावेज़/रिपोर्ट उपलब्ध नहीं थे।

- **पीएमडीटी गतिविधियों की अपर्याप्त निगरानी:** पीएमडीटी दिशानिर्देश, 2017 के अनुसार पर्यवेक्षी कर्मचारियों द्वारा समय-समय पर नामित माइक्रोस्कोपिक सेंटर (डीएमसी)/टीबी इकाइयों आदि के दौरे के माध्यम से पीएमडीटी की गतिविधियों की निगरानी और पर्यवेक्षण किया जाना था। दिशानिर्देशों के अनुसार, जिला टीबी अधिकारियों को सप्ताह में 3 से 5 दिन टीबी इकाइयों का दौरा करना था एवं जिला तपेदिक केंद्र के चिकित्सा अधिकारियों को हर महीने टीबी इकाइयों का दौरा करना था और डीएमसी/सीएचसी/पीएचसी को हर तिमाही तथा चिकित्सा अधिकारी-

टीबी नियंत्रण को हर महीने डीएमसी का दौरा करना था। यह देखा गया कि ये निर्धारित पर्यवेक्षी दौरे किसी भी नामित अधिकारी द्वारा आयोजित नहीं किए गए थे।

डीटीओ ने कहा (मई 2022) कि डीटीओ द्वारा पर्यवेक्षी दौरे आयोजित करना संभव नहीं था। इसके अतिरिक्त, चिकित्सा अधिकारी-टीबी नियंत्रण की कमी के कारण ये गतिविधियाँ आयोजित नहीं की जा सकीं।

- **डीडीआर-टीबी केंद्र और तपेदिक इकाइयों में कर्मचारियों की कमी:** तपेदिक नियंत्रण 2016 के लिए तकनीकी और संचालन दिशानिर्देश के अनुसार, उचित निगरानी के लिए प्रति 1.5 से 2.5 लाख जनसंख्या पर एक स्थायी वरिष्ठ उपचार पर्यवेक्षक (एसटीएस) और एक वरिष्ठ उपचार प्रयोगशाला पर्यवेक्षक (एसटीएलएस) को तपेदिक इकाइयों (टीयू) में तैनात किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चयनित जिलों में, एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक और दक्षिण-पूर्व जिले में चार एसटीएस/एसटीएलएस की आवश्यकता के प्रति केवल एक एसटीएस और दो एसटीएलएस थे। इसके अतिरिक्त, जिला पीपीएम समन्वयक, जिला कार्यक्रम समन्वयक और जिला लेखाकार और चालक के पद भी रिक्त थे तथा कोई पूर्णकालिक चिकित्सा अधिकारी - तपेदिक नियंत्रण (एमओटीसी) की भर्ती/तैनाती नहीं की गई थी। साथ ही, क्लिनिक में काउंसलर का कोई पद भी नहीं था।

डीटीओ ने स्वीकार किया (मई 2022) कि डीडीआर-टीबी केंद्र के लिए काउंसलर का एक पद सृजित करने की आवश्यकता थी और काउंसलर की अनुपलब्धता के कारण टीबी रोगियों का मानसिक स्वास्थ्य आकलन नहीं किया जा सका।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि संबंधित प्राधिकारी को बार-बार रिक्त पदों और राष्ट्रीय तपेदिक उन्मूलन कार्यक्रम के दिशानिर्देशों के अनुसार भर्ती की आवश्यकता से अवगत कराया गया है।

- **जिला तपेदिक अधिकारियों (डीटीओ) के राष्ट्रीय स्तर पर प्रशिक्षण की स्थिति:** आरएनटीसीपी स्ट्रक्चर ऑर्गनोग्राम के अनुसार प्रत्येक जिले में तैनात डीटीओ को राष्ट्रीय स्तर पर प्रशिक्षित किया जाना चाहिए और वे

जिले में कार्यक्रम की समग्र योजना, प्रशिक्षण, पर्यवेक्षण और निगरानी के लिए जिम्मेदार हैं।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि तीन चयनित जिलों में से, केवल दो डीटीओ ने राष्ट्रीय स्तर पर प्रशिक्षण प्राप्त किया था।

- **गुणवत्ता के लिए दवाइयों का परीक्षण नहीं किया जाना:** सेंट्रल टीबी डिवीजन द्वारा विकसित प्रोटोकॉल के अनुसार, सेकेंड लाइन एंटी टीबी दवाइयों के यादृच्छिक नमूनों को क्षेत्र के सभी स्टॉकिंग बिंदुओं से उठाया जाना था और एक अनुमोदित स्वतंत्र दवा परीक्षण प्रयोगशाला द्वारा परीक्षण के लिए भेजा जाना था जो सुनिश्चित करे कि दवाइयों की गुणवत्ता लगातार बनाए रखी जाती है और दवाइयों की आपूर्ति श्रृंखला के दौरान समान बनी रहती है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि तीन चयनित जिलों में, लेखापरीक्षा अवधि के दौरान, सेकेंड लाइन एंटी टीबी दवाइयों का कोई भी यादृच्छिक नमूना स्टॉकिंग पॉइंट से नहीं उठाया गया था और गुणवत्ता के लिए परीक्षण नहीं किया गया था।

- **कीट नियंत्रण के लिए अनुबंध का अभाव:** पीएमडीटी दिशानिर्देशों में प्रावधान है कि दवा भंडार सभी प्रकार के कीटों, कृंतकों आदि से मुक्त होना चाहिए और कीट नियंत्रण के लिए सरकार द्वारा एक अनुबंध किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य टीबी सेल, गुलाबी बाग का किसी कीट नियंत्रण एजेंसी के साथ कीट नियंत्रण के लिए कोई अनुबंध नहीं था या किसी अन्य स्रोत के माध्यम से नहीं किया गया था। यही स्थिति एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक, नेहरू नगर चेस्ट क्लिनिक और डॉ. बीएसए चेस्ट क्लिनिक, रोहिणी में भी देखने को मिली। कीट नियंत्रण के अभाव में, लेखापरीक्षा में यह सुनिश्चित नहीं किया जा सका कि दवाइयों/औषधियों को कीटों और कृंतकों से सुरक्षित रखा गया था या नहीं।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि देखभाल करने वाली एजेंसी उन परिसरों में ऐसी सेवाएं प्रदान करती है जहां राज्य औषधि भंडार और जिला औषधि भंडार उपलब्ध हैं।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि उत्तर के समर्थन में लेखापरीक्षा को कोई दस्तावेजी साक्ष्य प्रस्तुत नहीं किया गया था।

- **हाइग्रो-थर्मामीटर स्थापित नहीं किए गए:** तपेदिक नियंत्रण 2016 के लिए तकनीकी और संचालन दिशानिर्देश के अनुसार, स्टोर प्रभारी द्वारा सेकेण्ड लाइन एंटी-टीबी दवाइयों के भंडारण के लिए दैनिक आधार पर आर्द्रता और तापमान की निगरानी के लिए जिला औषधि भंडार (डीडीएस) में हाइग्रो-थर्मामीटर स्थापित किए जाने थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि राज्य<sup>3</sup> और जिलों<sup>4</sup> के सेकेंड लाइन ड्रग स्टोर ने हाइग्रो-थर्मामीटर स्थापित किया था, परंतु आर्द्रता और तापमान की निगरानी के लिए स्टोर प्रभारी द्वारा रिकॉर्ड नहीं रखा गया था और प्रभारी अधिकारी द्वारा कभी भी समीक्षा नहीं की गई थी। इसलिए, लेखापरीक्षा में यह सुनिश्चित नहीं किया जा सका कि क्या सेकेंड लाइन एंटी-टीबी दवाइयों को आवश्यक तापमान पर रखा गया था ताकि दवाइयों की प्रभावकारिता सुनिश्चित की जा सके।

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि बीएसए चेस्ट क्लिनिक में एयर कंडीशनर और हाइग्रो-थर्मामीटर स्थापित नहीं किए गए थे, जिससे पता चलता है कि सेकेंड लाइन एंटी-टीबी दवाइयों को आवश्यक तापमान पर नहीं रखा गया था।

- **ऑटोक्लेव की खरीद नहीं की गई:** राज्य टीबी सेल ने चेस्ट क्लिनिक/पीएचआई के लिए 96 प्रयोगशाला उपभोज्य-ऑटोक्लेव की खरीद के लिए प्रस्ताव दिया (नवंबर 2018) जिसे दिसंबर 2018 में सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित किया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि अपर्याप्त निधि के कारण ऑटोक्लेव की खरीद नहीं की गई है (मई 2022)।

- **अधिसूचित टीबी रोगियों को पोषण सहायता प्रोत्साहन का भुगतान नहीं किया गया:** निक्षय पोषण योजना (एनपीवाई) के तहत, सभी अधिसूचित टीबी रोगियों को अप्रैल 2018 से ₹500 प्रति माह (न्यूनतम) की दर से लाभान्वित किया जाना है क्योंकि अधिकांश रोगी गरीबी के कारण

<sup>3</sup> द्वारका में सेकेंड-लाइन ड्रग स्टोर

<sup>4</sup> डीटीओ, एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक, नई दिल्ली, एमसीडी चेस्ट क्लिनिक और अस्पताल, नेहरू नगर

मुख्यतः कुपोषण से पीड़ित थे और पोषण सहायता से बीमारी से लड़ने की क्षमता बढ़ जाती है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2018-19 से 2022-23 की अवधि के लिए 2.60 लाख लाभार्थियों को ₹ 72.24 करोड़ का भुगतान लंबित था (नवंबर 2022)।

इसके अतिरिक्त, एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक, नई दिल्ली में पोषण सहायता के लिए प्रोत्साहन के पात्र कुल 22,793 लाभार्थियों में से केवल 13,241 लाभार्थियों को भुगतान किया गया था और 9,552 लाभार्थियों को ₹ 1.48 करोड़ का भुगतान अभी भी किया जाना था। इसी प्रकार, एमसीडी चेस्ट क्लिनिक एंड हॉस्पिटल, नेहरू नगर में 38,890 लाभार्थियों को भुगतान किया गया था और 38,272 लाभार्थियों को ₹ 4.22 करोड़ का भुगतान अभी भी किया जाना था (मई 2022 तक)।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि धन की अनुपलब्धता और दिल्ली के बाहर के रोगियों के बैंक विवरण की अनुपलब्धता के कारण धन वितरण में देरी हुई है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि डीएसएचएस के पास पर्याप्त धनराशि बिना खर्च किए पड़ी हुई थी।

- **टीबी रोगियों को थूकदान, कीटाणुनाशक और पुनः प्रयोज्य मास्क उपलब्ध नहीं कराए गए:** तपेदिक नियंत्रण 2016 के लिए तकनीकी और संचालन दिशानिर्देश के अनुसार, टीबी रोगियों को थूकदान, कीटाणुनाशक और पुनः प्रयोज्य मास्क प्रदान किए जाने थे।

एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक एवं एमसीडी चेस्ट क्लिनिक और अस्पताल के अभिलेखों की जांच से पता चला कि इन क्लिनिकों में रोगियों को मास्क न उपलब्ध कराने के कारण स्वच्छता से समझौता किया गया।

- **उपचार के बाद फॉलो-अप नहीं किया गया और फीडबैक नहीं लिया गया:** टीबी रोगियों के उपचार कार्डों की जांच से पता चला कि 2016-2021 की अवधि के दौरान एनडीएमसी चेस्ट क्लिनिक और एमसीडी चेस्ट क्लिनिक और अस्पताल, नेहरू नगर द्वारा 6, 12, 18 और 24 महीनों के बाद इलाज किए गए रोगियों के नैदानिक, थूक और छाती के एक्स-रे का कोई फॉलो-अप नहीं किया गया था। इसके अतिरिक्त, इन क्लिनिकों में, 2587

ड्रग रेजिस्ट्रेंट्स (डीआर) टीबी रोगियों से कोई प्रतिक्रिया प्राप्त नहीं की गई, जो कि पीएमडीटी दिशानिर्देश 2017 में आवश्यक थी।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि सभी रोगियों को चिकित्सा समाप्त होने के बाद नियमित अनुवर्ती कार्रवाई की सलाह दी जाती है, परंतु कुछ ही आते हैं, साथ ही रोगियों से प्रतिक्रिया नहीं ली जा रही है।

- **टीबी से होने वाली मृत्यु की लेखापरीक्षा नहीं की गई:** आरएनटीसीपी दिशानिर्देश 2016 के अनुसार, सभी टीबी रोगियों की मृत्यु की लेखापरीक्षा, चिकित्सा अधिकारी द्वारा किया जाना आवश्यक है। दिशानिर्देशों में आगे कहा गया है कि जिला तपेदिक अधिकारी (डीटीओ) को मरने वाले सभी एमडीआर (मल्टी ड्रग रेसिस्टेंट) टीबी रोगियों की मृत्यु समीक्षा करनी होगी, ताकि मृत्यु के कारणों को समझा जा सके और उन्हें रोकने के लिए उचित कार्रवाई की जा सके। यह देखा गया कि 2016-21 के दौरान चयनित तीन चेस्ट क्लिनिकों में 1188 मौतें हुईं, जिनमें से 108 की मौत एमडीआर-टीबी के कारण हुई। तथापि, इन क्लिनिकों में मृत्यु की लेखापरीक्षा नहीं की गयी और न ही डीटीओ द्वारा एमडीआर-टीबी मामलों की समीक्षा की गई थी।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2022) कि अधिकांश चेस्ट क्लिनिकों में मौखिक मृत्यु लेखापरीक्षा की जा रही है।

उत्तर मान्य नहीं है क्योंकि उचित अभिलेखों के अभाव में कारणों का विश्लेषण करना और उचित कार्रवाई करना संभव नहीं होगा।

आरएनटीसीपी के कार्यान्वयन में उपरोक्त कमियां इंगित करती हैं कि सरकार द्वारा इस संबंध में एसडीजी की उपलब्धि पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया जा रहा है।

**सिफारिश 9.1:** सरकार को सभी हितधारकों और आम जनता के बीच टीबी और डायरेक्टली आब्जर्व्ड थेरेपी के बारे में जागरूकता गतिविधियां आयोजित करके दिल्ली में टीबी के मामले में अधिसूचना दरों को कम करने का प्रयास करना चाहिए। इसके अलावा, आरएनटीसीपी के तहत अनिवार्य गतिविधियों को राज्य सरकार द्वारा लागू किया जाना चाहिए।

#### 9.4 राष्ट्रीय वायरल हेपेटाइटिस नियंत्रण कार्यक्रम के कार्यान्वयन में कमियां

भारत वायरल हेपेटाइटिस बी और सी के उन्मूलन की दिशा में उत्तरोत्तर आगे बढ़ने और अन्य वायरस से प्रेरित हेपेटाइटिस को नियंत्रित करने के लिए प्रतिबद्ध है, जो 2030 तक एसडीजी-3 प्राप्त करने की दिशा में भारत की वैश्विक प्रतिबद्धता के अनुरूप है। इस उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए भारत सरकार ने वायरल हेपेटाइटिस की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय वायरल हेपेटाइटिस नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीएचसीपी) की शुरुआत की है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा न तो बजट की मांग की गई और न ही भारत सरकार द्वारा फंड जारी किया गया (2019-20 के दौरान एनवीएचसीपी के तहत भारत सरकार द्वारा जारी ₹ 62.00 लाख को छोड़कर जो खर्च नहीं किया गया था)।

#### 9.5 नवजात शिशुओं को क्रिटिकल केयर प्रदान करने के लिए निजी अस्पताल/नर्सिंग होम को सूचीबद्ध न करना

एसडीजी-3 का लक्ष्य 2030 तक नवजात शिशुओं की रोकी जा सकने वाली मृत्यु को समाप्त करना है, तथा नवजात मृत्यु दर को कम से कम 12 प्रति 1,000 जीवित जन्मों तक लाना है। एनएफएचएस 2019-21 के अनुसार एनसीटी दिल्ली की नवजात मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर प्रति 1,000 जीवित जन्म पर क्रमशः 17.5 और 24.5 थी, जो भारत में कई अन्य राज्यों/केंद्रशासित प्रदेश की तुलना में अभी भी अधिक है।

डीजीएचएस द्वारा 9 अक्टूबर 2019 को कार्यालय ज्ञापन के माध्यम से जारी दिशा-निर्देशों में कहा गया है कि एनएबीएच द्वारा मान्यता प्राप्त 100 या अधिक बिस्तर वाले अस्पतालों में पांच से अधिक आईसीयू बेड और नवजात शिशु की देखभाल के लिए एनएबीएच द्वारा मान्यता प्राप्त स्टैंडअलोन नर्सिंग होम में कम से कम 10 एनआईसीयू बेड पात्र रोगियों को गंभीर देखभाल (एनआईसीयू/पीआईसीयू/आईसीयू) प्रदान करने के लिए डीएके द्वारा सूचीबद्ध होने चाहिए। इस संबंध में, सूचीबद्ध अस्पतालों/केंद्रों को डीएके द्वारा निर्धारित पैकेज दरों पर भुगतान किया जाएगा।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि कार्यालय ज्ञापन जारी होने की तारीख से ढाई साल से अधिक समय बीत जाने के बावजूद, नवजात शिशुओं को गंभीरता से देखभाल करने के लिए किसी भी निजी अस्पताल/नर्सिंग होम को सूचीबद्ध नहीं किया गया था।

डीएके ने कहा (जुलाई 2022) कि सभी प्रयासों के बावजूद कोई भी निजी अस्पताल पैनल में शामिल होने के लिए नहीं आया और इस मुद्दे को गवर्निंग बॉडी की अगली बैठक में उठाया जाएगा। सरकार ने आगे कहा (फरवरी 2023) कि सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन के बाद सभी अस्पतालों को इसके लिए एक और अनुरोध पत्र जारी किया जाएगा।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि उपर्युक्त कार्यालय ज्ञापन के प्रारंभिक प्रसार के अतिरिक्त, पैनल में शामिल होने के लिए सभी निजी अस्पतालों को दिल्ली आरोग्य कोष<sup>5</sup> द्वारा फरवरी 2020 में केवल एक अनुरोध पत्र जारी किया गया था। यह पात्र रोगियों को उन्नत चिकित्सा देखभाल/सुविधाएँ प्रदान करके नवजात मृत्यु दर को कम करने की दिशा में एक कदम आगे बढ़ाने के प्रति विभाग की असंवेदनशीलता को दर्शाता है।

---

<sup>5</sup> रा.रा.क्ष.दि.स. ने जीवन के लिए खतरनाक बीमारियों से पीड़ित गरीब रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए सोसाइटी की स्थापना की।

## **अध्याय X**

**रा.रा.क्षे.दि.स. के कार्यक्रमों, योजनाओं/  
परियोजनाओं/सेवाओं का कार्यान्वयन**



## अध्याय X

### रा.रा.क्षे.दि.स. के कार्यक्रमों, योजनाओं/परियोजनाओं/सेवाओं का कार्यान्वयन

डीजीएचएस द्वारा आर्थिक रूप से कमजोर रोगियों का निःशुल्क इलाज सुनिश्चित करने के लिए चिन्हित निजी अस्पतालों की कोई निगरानी नहीं की गई थी। खराब शिकायत निवारण तंत्र के साथ-साथ निःशुल्क इलाज से इनकार के मामले भी सामने आए। इस संबंध में निर्णय की घोषणा के 15 वर्ष से अधिक की देरी के बाद भी 19 सरकारी अस्पतालों ने विशेष संदर्भ केंद्र नहीं बनाये हैं। 28 सरकारी अस्पतालों ने केवल 43951 रोगियों को रेफर किया जबकि कुल 13.89 करोड़ रोगियों ने दिल्ली के सरकारी अस्पतालों में इलाज कराया है। उपराज्यपाल के निर्देशों के बाद भी, रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रैकिंग की प्रणाली अभी तक लागू नहीं की गई है, जो विभाग के द्वारा उचित अनुपालन सुनिश्चित करने और वित्तीय कदाचार को दूर करने हेतु फुल प्रूफ तंत्र विकसित करने की गंभीरता को नहीं दर्शाता है।

योजनाओं के बारे में जागरूकता की कमी के कारण दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) द्वारा संचालित योजनाओं से बहुत कम लोग लाभान्वित हुए। एलएनएच में विभिन्न नैदानिक परीक्षाओं और सर्जरी के लिए क्रमशः तीन और आठ महीने तक की प्रतीक्षा अवधि थी यद्यपि डीएके योजना के तहत इन मामलों को निजी सूचीबद्ध अस्पतालों में रेफर करने की सुविधा उपलब्ध थी। डीएके द्वारा निजी अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को प्रतिपूर्ति करने से पहले परीक्षण/सर्जरी के लिए रोगी द्वारा कोई भुगतान नहीं किए जाने के संबंध में प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करना अनिवार्य रूप से सुनिश्चित नहीं किया गया था। डीएके द्वारा संबंधित अस्पतालों को भुगतान करने से पहले किसी भी सरकारी/निजी चिकित्सा बीमा योजना के अंतर्गत रोगियों के कवरेज के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए कोई तंत्र विकसित नहीं किया गया था। डीएके योजनाओं के सुचारु कार्यान्वयन के लिए डीएके और दिल्ली में विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल एजेंसियों के बीच समन्वय की कमी थी।

2016-21 के दौरान स्वास्थ्य विभाग ने दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में सुधार के लिए लगभग 30 परियोजनाओं/योजनाओं/सेवाओं की योजना बनाई। लेखापरीक्षा ने 15<sup>1</sup> परियोजनाओं/योजनाओं/सेवाओं से संबंधित अभिलेखों की मांग की, जिनमें से विभाग ने केवल नौ योजनाओं के संबंध में उत्तर दिया। दिल्ली सरकार द्वारा शुरू की गई दो प्रमुख पहल आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों (ईडब्ल्यूएस) के लिए निःशुल्क इलाज और दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) हैं। विभिन्न परियोजनाओं/योजनाओं के कार्यान्वयन और उनमें कमियों की चर्चा अगले पैराग्राफों में की गई है।

### 10.1 आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ईडब्ल्यूएस) को निःशुल्क इलाज

दिल्ली उच्च न्यायालय ने एक निर्णय<sup>2</sup> में उन सभी निजी अस्पतालों को, जिन्हें विभिन्न सरकारी भूमि स्वामित्व एजेंसियों (डीडीए/एलडीओ) द्वारा रियायती दरों पर भूमि आबंटित की गई थी, 25 प्रतिशत अपनी ओपीडी सुविधाएं प्रदान करने और ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए 10 प्रतिशत आईपीडी बिस्तर आरक्षित करने का निर्देश दिया। इन ईडब्ल्यूएस रोगियों को दवाईयां, नैदानिक सेवाएं, सर्जरी आदि सहित सभी सुविधाएं निःशुल्क प्रदान की जानी थीं।

#### 10.1.1 चिह्नित निजी अस्पतालों<sup>3</sup> द्वारा ईडब्ल्यूएस रोगियों का इलाज

उच्च न्यायालय के आदेशों के अनुसार, प्रत्येक सरकारी अस्पताल (जीएच) को दो सप्ताह (अर्थात् 5 अप्रैल 2007) के भीतर पहचाने गए निजी अस्पताल (आईपीएच) में ईडब्ल्यूएस रोगी को रेफर करने के लिए विशेष रेफरल केंद्र स्थापित करना था। आईपीएच को ईडब्ल्यूएस रोगियों का इलाज करने के बाद डीजीएचएस को एक विस्तृत रिपोर्ट भेजना आवश्यक थी। लेखापरीक्षा में पाया

<sup>1</sup> निःशुल्क गैर-रेडियोलॉजिकल डायग्नोस्टिक्स, टेली-रेडियोलॉजी, टेली-मेडिसिन/चिकित्सा सुविधा, भगवान महावीर अस्पताल में दंत चिकित्सा सेवाओं का उन्नयन, निःशुल्क वाईफाई कनेक्टिविटी के साथ जलधारा प्वाइंट/वाटर एटीएम, जीटीबीएच के दंत चिकित्सा विभाग का विस्तार, भारत आसरा सामाजिक संगठन (बीएस) द्वारा रसोई और आहार सेवाएं, दिल्ली सरकार के अस्पतालों में आउटसोर्स मोड पर मरीज कल्याण अधिकारियों की तैनाती। आउटसोर्स मोड पर अस्पताल, सीयूजी और मानक हैंडसेट, एच एंड एफडब्ल्यू के तहत संस्थानों में मोबाइल टावरों की स्थापना, इंद्रप्रस्थ अपोलो अस्पताल सरिता विहार में जन औषधि जेनेरिक फार्मसी, अस्पताल सूचना प्रबंधन प्रणाली (एचआईएमएस), रा.रा.क्षे.दि.स. के सेवारत चिकित्सा पेशेवरों/ पैरामेडिकल नर्सिंग स्टाफ के लिए विदेश में शैक्षणिक कार्यक्रम, दिल्ली सरकार के अस्पताल में स्मार्ट कैमरों की स्थापना, स्वास्थ्य कार्ड और स्वास्थ्य हेल्पलाइन

<sup>2</sup> डब्ल्यू.पी.(सी) 2866/2002 दिनांक 22.03.2007

<sup>3</sup> ईडब्ल्यूएस श्रेणी के मरीजों को निःशुल्क इलाज प्रदान करने के लिए राज्य सरकार द्वारा निजी अस्पतालों की पहचान की गई।

गया कि दिल्ली में 47 जीएच<sup>4</sup> में से 19 ने 15 वर्ष से अधिक की देरी के बाद भी रेफरल केंद्र स्थापित नहीं किया था (जून 2022 तक)। इसके अलावा, इंडब्ल्यूएस सैल डीजीएचएस के अंतर्गत इंडब्ल्यूएस रोगियों को रेफरल पत्र भी जारी कर रहा था।

### 10.1.2 इंडब्ल्यूएस के लिए आईपीएच में ओपीडी और आईपीडी सुविधाओं का कम उपयोग

60 आईपीएच में कुल 9,116 बिस्तर उपलब्ध थे, जिनमें से 925 बिस्तर इंडब्ल्यूएस रोगियों के लिए आरक्षित किए जाने थे। इस प्रकार, जनवरी 2016 से सितंबर 2022 के दौरान इंडब्ल्यूएस के रोगियों के लिए आईपीएच में 22.80 लाख बिस्तर-दिन उपलब्ध थे। इन आईपीएच द्वारा इलाज कराए गए कुल ओपीडी रोगियों के बारे में डीजीएचएस द्वारा जानकारी उपलब्ध नहीं कराई गई।

2016 से 2022 (सितंबर) के दौरान सरकारी अस्पतालों/डीजीएचएस द्वारा भेजे गए इंडब्ल्यूएस मामलों की संख्या तालिका 10.1 में दी गई है।

तालिका 10.1: आईपीएच में रेफर किए गए इंडब्ल्यूएस रोगियों की संख्या

क्र.सं.	अवधि/वर्ष	सरकारी अस्पतालों द्वारा भेजे गए मामलों की संख्या	डीजीएचएस/इंडब्ल्यूएस शाखा द्वारा भेजे गए मामलों की संख्या	भेजे गए कुल इंडब्ल्यूएस मामले
(1)	(2)	(3)	(4)	(5 =3+4)
1.	2016	771	448	1,219
2	2017	5,251	958	6,209
3	2018	15,146	5,338	20,484
4	2019	11,569	10,199	21,768
5	2020	4,486	7,670	12,156
6	2021	4537	11844	16381
7	2022 (सितम्बर)	2191	13392	15583
	<b>कुल</b>	<b>43,951</b>	<b>49,849</b>	<b>93,800</b>

स्रोत: डीजीएचएस

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आईपीएच में इंडब्ल्यूएस रोगियों के लिए उपलब्ध निःशुल्क सुविधाओं का उपयोग बहुत कम था। भले ही यह मान लिया जाए कि

<sup>4</sup> जेपीएन एपेक्स ट्रॉमा सेंटर, मौलाना आज़ाद इंस्टीट्यूट ऑफ डेंटल साइंसेज, राम मनोहर लोहिया अस्पताल, श्रीमती सुचेता कृपलानी अस्पताल (एलएचएमसी), हिंदू राव अस्पताल, कांति नगर मैटरनिटी अस्पताल, पूअर हाउस अस्पताल, सुश्रुत ट्रॉमा सेंटर, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, कलावती सरन चिल्ड्रेन अस्पताल, सफदरजंग अस्पताल, गिरधारी लाल मैटरनिटी अस्पताल, कस्तूरबा अस्पताल, एम.वी.आई.डी. अस्पताल, एनडीएमसी चरक पालिका अस्पताल, पालिका मातृत्व अस्पताल, राजन बाबू टीबी अस्पताल, स्वामी दयानंद अस्पताल, बेस अस्पताल

आईपीएच में रेफर किए गए सभी रोगी आईपीडी के लिए थे और प्रत्येक रोगी को औसतन सात दिनों के लिए भर्ती किया गया था तो बिस्तर-दिनों का उपयोग 6.56<sup>5</sup> लाख होगा जो दर्शाता है कि उपलब्ध सुविधाओं का लगभग 28.77 प्रतिशत ही उपयोग किया गया था। आईपीएच में निःशुल्क ओपीडी और आईपीडी सेवाओं के कम उपयोग को गंभीरता से लेने की जरूरत है, विशेषकर इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए कि इसी अवधि अर्थात् 2016-17 से 2021-22 में कुल 13.89 करोड़ रोगियों<sup>6</sup> ने दिल्ली के सरकारी अस्पताल में इलाज कराया है।

लेखापरीक्षा ने आईपीएच द्वारा प्रदान की गई जानकारी से ईडब्ल्यूएस सैल, डीजीएचएस द्वारा संकलित छह महीने (जनवरी से जून 2022) की अवधि के लिए आईपीएच में ईडब्ल्यूएस सुविधाओं के उपयोग के समेकित डेटा की भी जांच की। यह पाया गया कि कुल 1,67,425 ईडब्ल्यूएस बिस्तर-दिनों<sup>7</sup> में से केवल 60,192 (36 प्रतिशत) और कुल 5,49,818 अनिवार्य निःशुल्क ईडब्ल्यूएस ओपीडी सेवाओं में से केवल 2,85,882 (52 प्रतिशत) का लाभ उठाया गया।

आईपीएच में गुणवत्तापूर्ण ओपीडी और आईपीडी सेवा निःशुल्क उपलब्ध होने के बावजूद अपर्याप्त रेफरल प्रणाली के कारण इसका उपयोग नहीं किया जा सका।

### 10.1.3 रेफरल प्रणाली का सुदृढीकरण

रा.रा.क्षे.दि.स. ने ईडब्ल्यूएस रोगियों के सुविधाजनक इलाज और ईडब्ल्यूएस रोगियों से प्राप्त शिकायतों का रिकॉर्ड रखने और इसे संबंधित विभाग को अग्रेषित करने एवं डीएचएस (मुख्यालय) को मासिक/त्रैमासिक रिपोर्ट भेजने के लिए आईपीएच और लिंक सरकारी अस्पतालों में संपर्क अधिकारी (एलओ) को तैनात करने का निर्णय लिया था (अप्रैल 2015)। अतिरिक्त सचिव (एचएंडएफडब्ल्यू) और ईडब्ल्यूएस सैल के प्रभारी ने भी निर्देश दिया था (अक्टूबर 2017) कि सरकारी अस्पताल को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सरकारी अस्पतालों से रेफरल की संख्या में तेजी से वृद्धि हो और आईपीएच में

<sup>5</sup> 93800X7

<sup>6</sup> स्रोत- 2016-17 से 2020-21 तक की अवधि के लिए स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय की वार्षिक रिपोर्ट

<sup>7</sup> दिनों की संख्या से गुणा किया गया 60 आईपीएच में आरक्षित 925 ईडब्ल्यूएस बिस्तर

तैनात एलओ को ईडब्ल्यूएस रोगियों के आउटडोर और इनडोर इलाज एवं प्रवेश की सुविधा के लिए निर्देशित किया जाए।

आईपीएच को ईडब्ल्यूएस रोगियों को आपातकालीन स्थिति में इलाज के लिए सीधे भर्ती करने की भी आवश्यकता थी। संबंधित<sup>8</sup> सरकारी अस्पताल के नोडल अधिकारी को वहां जाकर आपातकालीन स्थिति में भर्ती ईडब्ल्यूएस रोगी की प्रामाणिकता सत्यापित करना आवश्यक था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 43 आईपीएच के लिए केवल 22 एलओ नियुक्त किए गए थे (दिसंबर 2020), जबकि 12 एलओ एक से अधिक आईपीएच की देखरेख कर रहे थे। 14 अस्पतालों में कोई एलओ नियुक्त नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि एलओ डीजीएचएस को ईडब्ल्यूएस रोगियों की नियमित आधार पर मासिक और त्रैमासिक रिपोर्ट नहीं भेज रहे थे। एलओ द्वारा ईडब्ल्यूएस रोगियों से प्राप्त शिकायत से संबंधित रिकॉर्ड भी नहीं रखे गए थे। आईपीएच में तैनात एलओ ने दैनिक राउंड रजिस्टर नहीं रखा था।

इसके अलावा, डीजीएचएस द्वारा एलओ को कर्तव्यों के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए प्रशिक्षण दिया जाना था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एलओ को कोई प्रशिक्षण नहीं दिया गया था।

#### 10.1.4 डीजीएचएस के पृथक रेफरल सेंटर में कमियां

डीजीएचएस द्वारा रेफरल सेंटर के लिए कोई अलग स्टाफ या स्थान निर्धारित नहीं किया गया था। ईडब्ल्यूएस सैल के मौजूदा स्टाफ को रेफरल कार्य भी सौंपा गया था। बुनियादी सुविधाओं जैसे बैठने की व्यवस्था, पानी, शौचालय आदि की कमी थी। रोगियों और उनके परिजनों को सीढ़ियों पर बैठे हुए देखा गया जैसा कि चित्र 10.1 में दिखाया गया है।

<sup>8</sup> डब्ल्यू.पी.(सी) संख्या 2866/2002 में दिनांक 22.03.2007 के फैसले के तहत माननीय दिल्ली उच्च न्यायालय के निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए पहचाने गए निजी अस्पतालों को सरकारी अस्पतालों के साथ जोड़ा गया था।



चित्र 10.1: ईडब्ल्यूएस रोगी या उनके परिजन रेफरल पत्र पाने का इंतजार करते हुए

### 10.1.5 डीजीएचएस/आईपीएच द्वारा ईडब्ल्यूएस रोगी का रिकॉर्ड प्रबंधन

दिल्ली उच्च न्यायालय के आदेश के अनुपालन में बनाए गए दिशानिर्देशों (सितंबर 2011) के अनुसार, आईपीएच को ईडब्ल्यूएस रोगी का विवरण जैसे नाम, पिता का नाम, आयु, उसे रेफर किया गया या भर्ती कराया गया, निदान, आदि ईमेल के माध्यम से दैनिक आधार पर डीजीएचएस को प्रस्तुत करने थे। इसका उद्देश्य अन्य बातों के साथ-साथ ईडब्ल्यूएस रोगी की पहचान और सत्यापन का रिकॉर्ड भी रखना था। ऐसे रिकॉर्ड रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा नामित अधिकारियों को आईपीडी और ओपीडी में ईडब्ल्यूएस रोगी की पात्र श्रेणी के निःशुल्क इलाज की निगरानी के लिए प्रस्तुत किए जाने चाहिए। हालाँकि, यह पाया गया कि आईपीएच डीजीएचएस को दिशानिर्देशों के अनुसार रिपोर्टें प्रस्तुत नहीं कर रहे थे। आवश्यक रिकॉर्डों के अभाव में, लेखापरीक्षा उच्च न्यायालय के निर्णय के अनुसार आईपीएचएस में ईडब्ल्यूएस रोगियों के निःशुल्क इलाज के अनुपालन को सुनिश्चित नहीं कर सका।

### 10.1.6 निगरानी

अस्पतालों (आईपीएच और सरकारी अस्पतालों) में ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए ओपीडी/आईपीडी सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से डीजीएचएस ने अपर निदेशकों और सीडीएमओ को विशेष सरकारी अस्पताल/आईपीएच का दौरा करने के लिए नियुक्त किया (सितंबर 2016)। 19 सितंबर 2016, से एक दिन और एक रात कम से कम एक अस्पताल का दौरा किया जाना था और अगली सूचना तक जारी रखा जाना था। दौरे की रिपोर्ट अगले दिन दोपहर तक ईमेल पता: [dirdhs@nic.in](mailto:dirdhs@nic.in) पर ईमेल की जानी

चाहिए। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आवश्यक 56,840<sup>9</sup> दौरों के प्रति केवल एक दौरा किया गया था।

इसके अलावा, सरकार द्वारा न्यायालय के निर्देश के अनुसार आईपीएच में ईडब्ल्यूएस रोगियों को निःशुल्क इलाज के कार्यान्वयन की निगरानी के लिए एक निगरानी समिति का गठन किया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि लेखापरीक्षा अवधि के दौरान 20 आईपीएच (60 में से) के संबंध में केवल 23 निरीक्षण किए गए थे। निरीक्षण प्रोफार्मा में महत्वपूर्ण बातें जैसे अस्पताल में उपलब्ध निःशुल्क सुविधाएं, क्या ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए अलग वार्ड है, निरीक्षण के समय भर्ती किए गए रोगियों की संख्या, पिछले महीने में डायलिसिस की कुल संख्या इत्यादि शामिल थीं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ये पूरी तरह नहीं भरे गए थे।

इसके अलावा, निरीक्षण रिपोर्टें न तो संबंधित आईपीएच को प्रेषित की गईं और न ही अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए अनुवर्ती दौरा किया गया। इस प्रकार, अपेक्षित दौरों का अभाव तथा दौरों के बाद अपर्याप्त अनुवर्ती कार्रवाई दर्शाता है कि निगरानी समिति का कार्य दोषपूर्ण था।

### 10.1.7 अपर्याप्त शिकायत निवारण तंत्र

डीजीएचएस द्वारा एक आरटीआई आवेदन पर दिए गए उत्तर के अनुसार, ईडब्ल्यूएस शाखा में दिसंबर 2021 तक 10,30,352 शिकायतें प्राप्त<sup>10</sup> हुईं। शिकायतों के समयोचित निपटान पर नजर रखने की कोई व्यवस्था नहीं थी। इस प्रकार, प्राप्त किए गए और निपटाए गए ईडब्ल्यूएस शिकायतों की संख्या का लेखापरीक्षा में पता नहीं लगाया जा सका। शिकायतों के निवारण पर नजर रखने के लिए कोई निगरानी तंत्र मौजूद नहीं था।

शिकायत फाइलों की जांच से पता चला कि ज्यादातर शिकायतें निःशुल्क इलाज से इनकार करने, औषधियां/दवाईयां उपलब्ध नहीं कराने, बिस्तर/निदान/परामर्श के लिए शुल्क लेने आदि से संबंधित थीं। आईपीएच से प्राप्त शिकायतों के

<sup>9</sup> 1960 दिन X 29 दौरे = 56,840 (14 डॉक्टरों को नामित आइपीएच/सरकारी अस्पतालों का कम से कम एक दिन का और एक रात का दौरा करना आवश्यक था, जबकि 19.09.2016 से 31.01.2022 की अवधि के दौरान एक डॉक्टर को सरकारी अस्पताल का कम से कम एक दिन का दौरा करना आवश्यक था)

<sup>10</sup> सभी आईपीएच के विरुद्ध हार्ड कॉपी, पीजीएमएस, सीपीजीआरएमएस और एलजी लिस्निंग पोस्ट के माध्यम से।

उत्तर उनकी सत्यता की पुष्टि किए बिना शिकायतकर्ताओं को भेज दिए गए थे। आईपीएच में तैनात एलओ को शिकायत का सत्यापन कर उत्तर देने के निर्देश नहीं दिए गए।

लेखापरीक्षा ने 18 आईपीएच की शिकायत फाइलों की नमूना-जांच की। यह पाया गया कि:

- 39 रोगियों की शिकायतें आईपीएच के पास उत्तर के लिए 132 से 1661 दिनों तक लंबित रहीं (अनुलग्नक VII)।
- 21 रोगियों ने निःशुल्क इलाज से मना करने और खर्च वहन करने के बारे में शिकायत की थी। (अनुलग्नक VII)।
- 32 रोगियों ने शिकायत की कि उन्हें निःशुल्क दवा देने से मना कर दिया गया।
- दो रोगियों ने उत्पीड़न की शिकायत की थी।

#### 10.1.8 जागरूकता कार्यक्रमों का अभाव

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पिछले पांच वर्षों के दौरान डीजीएचएस/रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा सभी हितकारकों के बीच जागरूकता पैदा करने के लिए कोई जागरूकता कार्यक्रम नहीं चलाया गया। आईपीएच में उपलब्ध कराए जा रहे निःशुल्क इलाज, निःशुल्क औषधियों और उपभोग्य सामग्रियों के प्रावधान के संबंध में रेजिडेंट डॉक्टरों सहित अन्य डॉक्टरों के बीच जागरूकता की कमी थी।

#### 10.1.9 एलएनएच अस्पताल में ईडब्ल्यूएस रोगियों का रेफरल

जनवरी 2016 से जून 2022 के दौरान, एलएनएच द्वारा केवल 3,362 रोगियों और 209 रोगियों को क्रमशः ओपीडी और आईपीडी के लिए आईपीएच में रेफर किया गया। इस प्रकार, एलएनएच ने प्रतिदिन औसतन एक ईडब्ल्यूएस रोगी को ओपीडी के लिए रेफर किया और प्रति माह औसतन एक ईडब्ल्यूएस रोगी को आईपीडी में रेफर किया। इसी अवधि के दौरान एलएनएच ने अपनी आईपीडी सुविधाओं में प्रतिदिन औसतन 3,116 ओपीडी रोगियों और प्रति माह औसतन 7,607 रोगियों का इलाज किया।

एलएनएच ने प्रति डॉक्टर उच्च ओपीडी मामलों और उच्च बिस्तर अधिभोग के बावजूद पात्र ईडब्ल्यूएस रोगियों की पहचान नहीं की और इलाज के लिए आईपीएच को रेफर नहीं किया।

#### 10.1.10 आईपीएच में ईडब्ल्यूएस रोगी के लिए डायलिसिस सुविधा

विभाग ने सभी आईपीएच को ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए प्रत्येक आईपीएच में कुल मशीन का 25 प्रतिशत या कुल सत्र का 25 प्रतिशत निर्धारित करने के लिए डायलिसिस मशीन की संख्या और प्रत्येक मशीन द्वारा प्रतिदिन किए गए सत्र की संख्या जैसे विवरण डीजीएचएस को प्रस्तुत करने का निर्देश (अक्टूबर 2017) दिया है। आईपीएच द्वारा अनुपालन न किए जाने की स्थिति में उक्त निर्देश में कोई कार्रवाई निर्धारित नहीं की गई थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि किसी भी आईपीएच ने डीजीएचएस को अपेक्षित जानकारी प्रस्तुत नहीं की है।

#### 10.1.11 ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए आईपीडी बिस्तर निर्धारित नहीं होना

ईडब्ल्यूएस रोगियों के इनडोर प्रवेश की सुविधा के लिए और आईपीएच को ऐसे रोगियों के लिए आरक्षित बिस्तरों से अनुचित लाभ कमाने से रोकने के लिए, स्वास्थ्य विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. ने सभी आईपीएच को सभी सुविधाओं में 10 प्रतिशत बिस्तर को स्थायी और विशिष्ट तरीके से "निःशुल्क बिस्तर" के रूप में चिन्हित करने और लेबल करने का निर्देश दिया था। सभी आईपीएच को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि निर्धारित बिस्तरों पर किसी भी भुगतान वाले रोगी को भर्ती न किया जाए। चिकित्सा निदेशक द्वारा एलओ/नोडल अधिकारी के पुनरीक्षण के आधार पर अनुपालन सुनिश्चित किया जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि संबंधित एलओ/नोडल अधिकारी द्वारा कोई अनुपालन रिपोर्ट अग्रेषित नहीं की गई थी।

#### 10.1.12 ईडब्ल्यूएस के लिए डिस्प्ले बोर्ड

प्रत्येक आईपीएच ईडब्ल्यूएस रोगियों को 10 प्रतिशत आईपीडी और 25 प्रतिशत ओपीडी की सीमा तक निःशुल्क इलाज के संबंध में स्थानीय भाषा में अस्पताल की बाहरी सीमा पर मुख्य प्रवेश और निकास द्वार के बीच कम से कम एक बोर्ड (आकार 10 फीट x 6 फीट) लगाना था। प्रत्येक अस्पताल द्वारा

1 नवंबर 2017 तक ईडब्ल्यूएस सेल को फोटोग्राफ के साथ अनुपालन रिपोर्ट भेजा जाना था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि किसी भी आईपीएच ने अनुपालन रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की थी।

### 10.1.13 वेबसाइट और डिस्प्ले बोर्ड के माध्यम से निःशुल्क बिस्तर का वास्तविक समय अधिभोग

प्रत्येक आईपीएच के स्वागत क्षेत्र, आपातकालीन प्रतीक्षा क्षेत्र, प्रवेश काउंटर पर निःशुल्क बिस्तरों की वास्तविक समय उपलब्धता प्रदर्शित होनी चाहिए। यही जानकारी संबंधित अस्पताल की वेबसाइट पर भी दर्शाई जानी चाहिए। अनुपालन रिपोर्ट अक्टूबर 2017 तक डीजीएचएस को भेजी जानी थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीजीएचएस के पास कोई अनुपालन रिपोर्ट उपलब्ध नहीं थी।

इस प्रकार, अकुशल रेफरल प्रणाली, कमजोर निगरानी और खराब शिकायत निवारण तंत्र के कारण, सरकार आईपीएच में ईडब्ल्यूएस रोगियों के लिए उपलब्ध निःशुल्क इलाज सुविधाओं का पूर्ण उपयोग सुनिश्चित नहीं कर सकी। सरकार ने 13 दिसंबर 2023 को दिए गए अपने उत्तर में कोई टिप्पणी नहीं की।

*सिफारिश 10.1: सरकार को रेफरल प्रणाली को सुदृढ़ करना चाहिए तथा सुनिश्चित करना चाहिए कि आई.पी.एच. ई.डब्ल्यू.एस. के लिए निःशुल्क ओ.पी.डी/आई.पी.डी. सेवाओं के इष्टतम उपयोग के लिए सभी आदेशों और निर्देशों का अनुपालना करें।*

*सिफारिश 10.2: सरकार को शिकायतों के निवारण पर नज़र रखने के लिए निरीक्षण तंत्र स्थापित करना चाहिए।*

*सिफारिश 10.3: सरकार को सभी हितधारकों के बीच योजना के लाभ का व्यापक प्रचार-प्रसार करना चाहिए।*

### 10.2 दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) के अंतर्गत रोगियों का इलाज

दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) का गठन जीवन के लिए खतरा पैदा करने वाली बीमारियों से पीड़ित गरीब रोगियों को वित्तीय सहायता (एफए) प्रदान करने के

लिए एक सोसायटी के रूप में किया गया था (सितंबर 2011)। पात्रता मानदंड के अनुसार, पिछले 3 वर्षों से दिल्ली के वास्तविक निवासी और रा.रा.क्षे.दि.स. के राजस्व विभाग द्वारा जारी राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा कार्ड या ₹ 3 लाख प्रति वर्ष तक का आय प्रमाण पत्र रखने वाले को डीएके के अंतर्गत कवर किया गया था।

डीएके को शुरू में एक समग्र निधि के निर्माण के लिए ₹ 100 करोड़ का अनुदान प्रदान किया गया था, जिसे ब्याज अर्जित करने वाली जमा योजना में जमा किया जाना था। इस निधि पर अर्जित ब्याज का उपयोग वित्तीय वर्ष 2012-13 से पात्र रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए किया जाना था। इसके अलावा, 2011-12 के दौरान लाभार्थियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए ₹ 10 करोड़ अलग से भी प्रदान किए गए थे।

इसके बाद 2017 तथा 2019 के दौरान चार नई योजनाएं जैसे (क) पात्र रोगियों के लिए निःशुल्क सर्जरी योजना, (ख) निःशुल्क उच्च-स्तरीय डायग्नोस्टिक्स योजना, (ग) सड़क यातायात दुर्घटना, एसिड अटैक और थर्मल बर्न इंजरी योजना के मेडिको-लीगल पीड़ितों के लिए निःशुल्क इलाज योजना, और (घ) 2017 और 2019 के दौरान निःशुल्क डायलिसिस योजना भी शुरू की गई थीं। इन योजनाओं को लागू करने के लिए 2018-19 से 2020-21 के दौरान रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा प्रति वर्ष ₹ 50 करोड़ का सहायता अनुदान प्रदान किया गया था।

2016-17 से 2021-22 के दौरान, डीएके ने इन योजनाओं के तहत 3,83,629 रोगियों को लाभ प्रदान करने के लिए ₹ 175.22 करोड़ खर्च किए थे, जैसा कि तालिका 10.2 में विस्तार से बताया गया है।

**तालिका 10.2 : डीएके योजना के अंतर्गत किया गया व्यय**

वर्ष	अनुदान (ब्याज सहित) (राशि करोड़ ₹ में)	व्यय (राशि करोड़ ₹ में)	लाभार्थियों की संख्या
2016-17	9.93	4.99	529
2017-18	6.86	24.58	49,004
2018-19	58.51	32.09	66,588
2019-20	62.16	40.34	86,697
2020-21	56.24	31.76	66,492
2021-22	6.57	41.46	1,14,319
<b>कुल</b>	<b>200.26</b>	<b>175.22</b>	<b>3,83,629</b>

### 10.2.1 योजनाओं से लाभान्वित रोगी-वार डेटा का गैर-अनुरक्षण

2016-17 से 2021-22 के दौरान, डीएके ने इन योजनाओं<sup>11</sup> के अंतर्गत पात्र रोगियों को लाभ प्रदान करने के लिए ₹175.22 करोड़ रुपये खर्च किए थे। सहायता के पैटर्न के अनुसार, डीएके को लाभार्थियों के विवरण सहित प्राप्त राशि और प्रदान की गई सहायता का उचित लेखा रखना आवश्यक था।

हालाँकि लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीएके ने लाभार्थियों का योजना-वार विवरण नहीं रखा था। इसी तरह, डीएके ने उपयोग प्रमाण-पत्र और सरकारी अस्पतालों में पड़ी अव्ययित राशि के विवरण की नियमित रूप से मांग नहीं की। इंगित किए जाने पर, डीएके ने उत्तर दिया (अगस्त 2022) कि कर्मचारियों की कमी के कारण लाभार्थियों का योजनावार विवरण तैयार नहीं किया जा रहा है और अब यूसी प्राप्त होने पर वित्तीय सहायता की उपयोगिता अद्यतन की जा रही है। सरकार ने आगे बताया (फरवरी 2023) कि अब सभी योजनाओं के लिए रोगी-वार विवरण बनाए जा रहे हैं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है। लंबित यूसी के देय होने पर इसकी प्राप्ति हेतु डीएके को अनुवर्ती कार्रवाई करनी चाहिए और अव्ययित शेष राशियों की वापसी की मांग करनी चाहिए। इसके अलावा, जिन लाभार्थियों का इलाज किया गया, उनके रिकॉर्ड के अभाव में, विभिन्न योजनाओं के अन्तर्गत खर्च की गई राशि का सत्यापन नहीं किया जा सका।

**सिफारिश 10.4: डीएके को योजना-वार लाभार्थियों के विवरण रखने चाहिए और नियमित रूप से यूसी और सरकारी अस्पतालों में पड़ी अव्ययित राशि का विवरण मांगना चाहिए।**

### 10.2.2 रोगियों की आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रेकिंग

दिल्ली के उपराज्यपाल ने उचित अनुपालन सुनिश्चित करने और किसी भी कदाचार को रोकने के लिए रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रेकिंग की एक प्रणाली विकसित करने का निर्देश दिया था (16 जनवरी 2018)।

<sup>11</sup> सरकारी अस्पताल योजना में इलाज के लिए वित्तीय सहायता में सरकारी अस्पतालों में पात्र रोगियों के इलाज के लिए धन का आवंटन शामिल है, जहां सरकारी अस्पतालों में ऐसी सुविधाएं निःशुल्क उपलब्ध नहीं हैं, पात्र रोगियों को निःशुल्क सर्जरी योजना, निःशुल्क उच्च-स्तरीय निदान परीक्षण योजना, मेडिको-लीगल पीडिलों को निःशुल्क इलाज योजना और पात्र रोगियों को निःशुल्क डायलिसिस योजना

रा.रा.क्षे.दि.स. ने रोगियों की ट्रैकिंग और रिकॉर्ड रखने के लिए ऑनलाइन मोबाइल एप्लिकेशन के विकास को भी मंजूरी दी थी (अगस्त 2019)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रैकिंग फरवरी 2023 तक लागू नहीं की गई थी।

**सिफारिश 10.5: डीएके को उचित अनुपालन सुनिश्चित करने और किसी भी कदाचार को रोकने के लिए रोगियों की ऑनलाइन आधार-आधारित/बायोमेट्रिक ट्रैकिंग की एक प्रणाली विकसित करने के लिए ठोस कदम उठाने चाहिए।**

### 10.2.3 मेडिको-लीगल पीड़ितों के स्थानांतरण पर जानकारी का गैर-अनुरक्षण

डीएके दिशानिर्देशों<sup>12</sup> के अनुसार सभी निजी नर्सिंग होम/अस्पतालों को सड़क दुर्घटना, एसिड हमले और थर्मल बर्न इंजरी के सभी मेडिको-लीगल पीड़ितों को कैशलेस इलाज प्रदान करना था, जहां घटना रा.रा.क्षे. दिल्ली में हुई है। यदि नर्सिंग होम/अस्पताल ऐसे मामलों को संभालने के लिए सुसज्जित नहीं हैं, उन्हें पीड़ित को अपेक्षित सुविधाओं वाले उपयुक्त उच्च केंद्र में स्थानांतरित करना चाहिए और तदनुसार 24 घंटे के भीतर डीएके को सूचित करना चाहिए। यदि स्थानांतरण/रेफरल संतोषजनक नहीं पाया जाता है, तो डीएके दिल्ली नर्सिंग होम पंजीकरण अधिनियम, 1953 के अंतर्गत कारण बताओ नोटिस जारी कर सकता है कि संबंधित निजी नर्सिंग होम/अस्पताल का पंजीकरण क्यों न रद्द कर दिया जाए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नर्सिंग होम/अस्पतालों द्वारा मेडिको-लीगल पीड़ितों को किसी अन्य चिकित्सा प्रतिष्ठान में स्थानांतरित करने के संबंध में कोई जानकारी नहीं भेजी जा रही थी और निजी नर्सिंग होम/अस्पतालों से ऐसे स्थानांतरणों की जानकारी प्राप्त करने के लिए कोई तंत्र विकसित नहीं किया गया था।

चार शिकायती मामलों में, रेफर करने वाले अस्पतालों ने डीएके को सूचना दिए बिना रोगियों को स्थानांतरित कर दिया था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि इन मामलों में डीएके द्वारा कोई कार्रवाई शुरू नहीं की गई थी।

<sup>12</sup> डीएके द्वारा जारी का.जा. संख्या ई. 4125/10665-10681 दिनांक 15 फरवरी 2018

डीएके ने कहा (जुलाई 2022) कि कर्मचारियों की कमी के कारण एक निजी अस्पताल/नर्सिंग होम से दूसरे उच्च चिकित्सा प्रतिष्ठान में सड़क दुर्घटना के मेडिको-लीगल पीड़ितों के स्थानांतरण की निगरानी सुनिश्चित नहीं की जा सकी और शिकायत मामलों को देखने वाले कर्मचारियों को अब से यह कार्य सौंपा जाएगा। इस प्रकार इस गोल्डन ऑवर के दौरान मेडिको-लीगल पीड़ित के इलाज के निगरानी तंत्र के अभाव में इनकार का जोखिम रहता है।

सरकार ने आश्वासन दिया (फरवरी 2023) कि ऐसे रोगियों पर नजर रखने के लिए ऑनलाइन डेटाबेस जल्द ही उपलब्ध होगा।

#### 10.2.4 डीएके द्वारा संचालित योजनाओं पर जागरूकता

डीएके के मेमोरंडम ऑफ एसोसिएशन में स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधियों के संचार, सोसायटी के मूल लक्ष्यों एवं उद्देश्यों से संबंधित प्रचार सामग्री की तैयारी और वितरण का प्रावधान है।

2016-17 से 2021-22 के दौरान पांच योजनाओं में लाभार्थियों की स्थिति तालिका 10.3 में दी गई है।

#### तालिका 10.3: 2016-17 से 2021-22 के दौरान पांच योजनाओं में लाभार्थियों की स्थिति

योजना का नाम	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	कुल
रोगियों को वित्तीय सहायता	529	1,025	887	863	801	1,081	5,129
मेडिको-लीगल पीड़ितों को निःशुल्क इलाज	शून्य	शून्य	1,800	4,299	6,233	5,483	17,788
निःशुल्क उच्च स्तरीय निदान	शून्य	46,364	61,638	78,867	56,758	1,03,918	3,47,813
पात्र रोगियों को निःशुल्क सर्जरी	शून्य	1,615	2,263	2,250	1,459	2,149	9,737
पात्र रोगियों को निःशुल्क डायलिसिस	शून्य	शून्य	शून्य	418	1,241	1,688	3,347
	529	49,004	66,588	86,697	66,492	1,14,319	3,83,629

स्रोत: डीजीएचएस की वार्षिक रिपोर्टें

लेखापरीक्षा में पाया गया कि सोसायटी के मूल लक्ष्यों और उद्देश्यों का प्रचार-प्रसार समाचार-पत्र/वेबसाइट में सूचीपत्र/बुकलेट/विज्ञापन के वितरण के माध्यम से तीन अवसरों (2014, 2017 और 2019) पर किया गया था। सरकारी अस्पतालों में योजनाओं की जानकारी प्रदर्शित करने का आदेश 2017 में केवल एक बार जारी

किया गया था। इसके अलावा, विभाग निःशुल्क डायलिसिस योजना के प्रचार-प्रसार के लिए अपने द्वारा किए गए किसी भी प्रयास को दिखाने में विफल रहा।

डीएके ने कहा (जुलाई 2022) कि आम जनता में जागरूकता पैदा करने के लिए विज्ञापन 2 मार्च 2019 को प्रमुख समाचार पत्रों के माध्यम से व्यापक रूप से किया गया था। निःशुल्क डायलिसिस के विज्ञापन के संबंध में, इसने कहा कि यह योजना 100 अतिरिक्त डायलिसिस मशीनों की खरीद के समय तक अस्थायी उपाय के रूप में शुरू की गई थी। सरकार ने आगे उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि डायलिसिस निःशुल्क सर्जरी योजना का एक हिस्सा था और डीएके द्वारा अपनाए गए पैकेज में शामिल था। तदनुसार, डायलिसिस के लिए कोई अलग से विज्ञापन नहीं दिया गया। सरकार ने आगे कहा (फरवरी 2023) कि सितंबर 2022 के दौरान, डीएके की योजनाओं के संबंध में प्रमुख समाचार-पत्रों में लेख प्रकाशित हुए थे।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि विभिन्न माध्यमों से नियमित प्रचार-प्रसार करने की आवश्यकता है।

**सिफारिश 10.6:** डीएके को इन योजनाओं का अधिक प्रचार-प्रसार करके जनता के साथ-साथ चिकित्सा कर्मचारियों को शिक्षित करने के लिए और अधिक ठोस कदम उठाने चाहिए ताकि इन योजनाओं से लाभान्वित होने वाले लोगों की संख्या में वृद्धि हो सके।

#### 10.2.5 निःशुल्क उच्च-स्तरीय नैदानिक परीक्षण और सर्जरी योजना के अंतर्गत रोगियों का अपर्याप्त रेफरल

डीएके की निःशुल्क सर्जरी योजना, पात्र रोगियों को दिल्ली सरकार के चिन्हित अस्पतालों से सूचीबद्ध निजी अस्पतालों में भेजने का प्रावधान करती है जब निर्दिष्ट सर्जरी के लिए आवंटित तिथि एक कैलेंडर माह से अधिक हो या जब निर्दिष्ट सर्जरी सरकारी अस्पताल में नहीं की जाती हो। इसी प्रकार, निःशुल्क उच्च-स्तरीय नैदानिक परीक्षण योजना में, दिल्ली सरकार के चिन्हित अस्पतालों, पॉलीक्लिनिक्स, दिल्ली सरकार के औषधालयों और मोहल्ला क्लीनिकों के रोगियों को सूचीबद्ध नैदानिक केंद्रों में भेजा जाता है।

डीएके ने रोगियों को सूचीबद्ध अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों में रेफर करके प्रतीक्षा अवधि को कम करने के लिए उठाए गए कदमों की प्रभावशीलता को सत्यापित करने के लिए कोई मूल्यांकन नहीं किया। हालाँकि, चयनित अस्पतालों के रिकॉर्ड की जांच से पता चला कि रोगियों को सर्जरी के मामले में आठ महीने तक और निदान उद्देश्य के लिए तीन महीने तक इंतजार करना पड़ता था, जैसा कि इस रिपोर्ट के पैरा 3.2.4.1 और 3.5.1 में चर्चा की गई है। सरकार ने कहा (फरवरी 2023) कि सितंबर 2022 के महीने में रा.रा.क्षे.दि.स. के सभी नोडल अधिकारियों के साथ योजनाओं के संबंध में संवेदीकरण बैठक/प्रशिक्षण आयोजित किया गया था।

**सिफारिश 10.7: डीएके को सरकारी अस्पतालों में प्रतीक्षा अवधि को कम करने के लिए सूचीबद्ध अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों में रोगियों के रेफरल को बढ़ाना चाहिए।**

#### 10.2.6 सूचीबद्ध अस्पताल/नैदानिक केन्द्रों को अनियमित प्रतिपूर्ति

डीएके प्राधिकार फॉर्म की शर्त के अनुसार, संबंधित रोगियों को नैदानिक केंद्र/अस्पताल के बिल पर यह प्रमाणित करना होगा कि उसके द्वारा परीक्षण/सर्जरी के लिए कोई भुगतान नहीं किया गया है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 1600 में से 437 बिलों (27 प्रतिशत) पर 'कोई भुगतान नहीं' का आवश्यक प्रमाण-पत्र नहीं था। इस प्रकार, इसे सुनिश्चित किए बिना अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को प्रतिपूर्ति की गई थी।

सभी मामलों में निजी सूचीबद्ध अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों द्वारा जरूरतमंद पात्र रोगियों के शोषण को रोकने के लिए भुगतान के उचित प्राधिकार का पालन नहीं किया गया।

डीएके ने कहा (अगस्त 2022) कि 'कोई भुगतान नहीं' प्रमाण-पत्र सुनिश्चित किया जाएगा।

#### 10.2.7 मेडिको-लीगल पीड़ितों को उनकी चिकित्सा बीमा स्थिति सुनिश्चित किए बिना भुगतान

सड़क यातायात दुर्घटना, एसिड अटैक और थर्मल बर्न इंजरी के मेडिको-लीगल पीड़ितों के इलाज के बिल की प्रतिपूर्ति, पीड़ित को उनके प्रवास की पूरी अवधि

के दौरान सबसे किफायती श्रेणी में भर्ती किए जाने और पीड़ित को किसी भी बीमा योजना में शामिल न होने की शर्त पर की गई थी।

17,815 रोगियों ने लाभ (2018-19 से 2020-21 तक) उठाया था जिसके लिए संबंधित अस्पतालों को ₹ 28.97 करोड़ का भुगतान किया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि संबंधित अस्पतालों को भुगतान करने से पहले यह जांचने के लिए कोई तंत्र मौजूद नहीं था कि क्या रोगी किसी सरकारी/निजी चिकित्सा बीमा योजना के अंतर्गत थे।

सरकार ने 15 फरवरी 2018 के ओएम का हवाला देते हुए कहा (फरवरी 2023) कि मंत्रीमंडल के निर्णय और माननीय उपराज्यपाल की मंजूरी में ऐसी किसी शर्त का उल्लेख नहीं किया गया था। इसलिए अस्पताल/पीड़ितों से बीमा स्थिति के बारे में जानकारी नहीं मांगी गई थी।

सरकार का उत्तर असत्य है क्योंकि ऊपर उल्लिखित ओएम में उठाया गया मुद्दा केवल कैशलेस इलाज प्राप्त करने के लिए पीड़ित के निवास और आय की स्थिति के संबंध में पात्रता मानदंड में संशोधन से संबंधित है और स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के तहत कवरेज के संबंध में रोगियों की स्थिति का पता लगाने से विभाग को छूट नहीं दी गई।

**सिफारिश 10.8:** डीएके को रोगी की चिकित्सा बीमा स्थिति भुगतान करने से पहले अनिवार्य रूप से सुनिश्चित करनी चाहिए।

### 10.2.8 शिकायत निवारण तंत्र

डीएके ने लेखापरीक्षा अवधि के लिए भौतिक रूप से या ईमेल के माध्यम से प्राप्त रोगी-वार शिकायतों को दर्शाने वाला कोई शिकायत रजिस्टर/डेटा प्रस्तुत नहीं किया। पीजीएमएस, ईमेल और भौतिक रूप में प्राप्त शिकायतों को किसी भी रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया था तथा उन्हें अलग से एक फ़ाइल में निपटाया गया था।

डीएके ने कहा (अगस्त 2022) कि भौतिक रूप से तथा ईमेल के माध्यम से प्राप्त सभी शिकायतों को अब एक रजिस्टर में दर्ज किया जा रहा है और इन शिकायतों को समयबद्ध तरीके से समाधान करने के लिए सभी प्रयास किया जा रहा है।

सरकार ने आगे उत्तर दिया (दिसंबर 2022) कि डीएके की अधिकांश शिकायतें पीजीएमएस/सीपीजीआरएएम/एलजी लिसनिंग पोस्ट पर ऑनलाइन मोड के माध्यम से प्राप्त होती हैं और केवल कुछ ही हार्ड कॉपी में प्राप्त हो रहे हैं। पीजीएमएस शिकायतों, सीपीजीआरएएम और एलजी लिसनिंग का एक रिकॉर्ड लेखापरीक्षा दल के साथ साझा किया गया था। मार्च 2022 तक पीजीएमएस में कुल 810 शिकायतें प्राप्त हुईं और इस शाखा द्वारा निपटान 100 प्रतिशत था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि डीएके ने अगस्त 2022 के अपने उत्तर में जुलाई 2019 में आग लगने की घटना और उसके बाद शिकायत फ़ाइल गुम होने के कारण शिकायतों के रिकॉर्ड प्रस्तुत करने में असमर्थता व्यक्त की है। जून 2022 के उत्तर के माध्यम से यह भी कहा गया कि संबंधित पोर्टल में डाउनलोडिंग सुविधा उपलब्ध न होने के कारण सीपीजीआरएएमएस और एलजी लिसनिंग पोस्ट के माध्यम से प्राप्त शिकायतों का डेटा उपलब्ध नहीं कराया जा सका। भौतिक रूप से या ईमेल के माध्यम से प्राप्त शिकायतों का डेटा भी उपलब्ध नहीं कराया गया क्योंकि इसे तैयार नहीं किया जा रहा था। जहां तक वर्षवार पीजीएमएस शिकायतों का सवाल है, लेखापरीक्षा द्वारा मांगे गए वर्षवार संपूर्ण विवरण और उन पर की गई कार्रवाई के बजाय केवल प्राप्त और निपटाई गई शिकायतों की संख्या ही प्रदान की गई थी।

### 10.2.9 रा.रा.क्षे.दि.स. की आयुष्मान भारत और डीएके योजनाओं की तुलना

पीएम-जेएवाई (आयुष्मान भारत) की फंडिंग की लागत केंद्र और राज्य सरकार के बीच साझा की जाती है। पीएम-जेएवाई का प्राथमिक उद्देश्य भयावह बीमारियों के लिए व्यापक कवरेज प्रदान करना, जेब से होने वाले अत्यधिक खर्च को कम करना, अस्पताल में भर्ती देखभाल में सुधार करना, अधूरी जरूरतें कम करना और राज्यों में विभिन्न स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को एकीकृत करना है। यह योजना अस्पताल में भर्ती इलाज के लिए प्रति वर्ष प्रति परिवार ₹ 5 लाख का परिभाषित स्वास्थ्य लाभ कवर प्रदान करती है, जिसमें अस्पताल में भर्ती होने के तीन दिन और अस्पताल में भर्ती होने के 15 दिन बाद के खर्च शामिल हैं। सेवाओं में लगभग 1,387 प्रक्रियाएं शामिल हैं जो इलाज से संबंधित सभी लागतों को कवर करती हैं, जिनमें दवाएं, आपूर्ति, नैदानिक सेवाएं, चिकित्सक की फीस, कमरे का शुल्क, सर्जन शुल्क, ओटी और आईसीयू शुल्क शामिल हैं।

योजना के तहत लाभ के लिए पात्रता सामाजिक आर्थिक और जाति जनगणना डेटा 2011 पर आधारित है और इसमें शहरी क्षेत्रों में धोबी / चौकीदार, कचरा बीनने वाले, मैकेनिक आदि श्रेणियां शामिल हैं।

रा.रा.क्षे.दि.स. की डीएके योजनाओं के साथ तीन राज्यों में आयुष्मान भारत की तुलना तालिका 10.4 में दी गई है:

**तालिका 10.4: आयुष्मान भारत और रा.रा.क्षे.दि.स. की डीएके योजना की तुलना**

राज्य का नाम	राज्य की जनसंख्या (2011 की जनगणना के अनुसार)	पंजीकृत सदस्य	अस्पताल में भर्ती की अधिकृत राशि (₹ करोड़ में)	अस्पताल में भर्ती/लाभार्थियों की संख्या	प्रति हजार पंजीकृत/पात्र जनसंख्या पर व्यय की गयी धनराशि (₹ लाख में)	प्रति हजार पंजीकृत/पात्र सदस्यों पर लाभार्थी
आयुष्मान भारत						
हरियाणा	2,53,51,462	85,41,800 <sup>13</sup>	1260.38	8,92,786 <sup>14</sup>	14.76	105
उत्तराखंड	1,00,86,292	51,76,228	1592.19	8,46,161	30.76	163
पंजाब	2,77,43,338	79,06,006	2020.59	16,47,674	25.56	208
दिल्ली आरोग्य कोष						
दिल्ली	1,67,87,941	72,75,809 <sup>15</sup>	229.45	5,48,992 <sup>16</sup>	3.15	75

तालिका 10.4 से देखा जा सकता है कि तीन राज्यों में आयुष्मान भारत योजना के तहत प्रति हजार पंजीकृत सदस्यों पर कवर किए गए लाभार्थी डीएके योजना के तहत प्रति हजार पात्र जनसंख्या पर कवर किए गए लाभार्थियों की तुलना में काफी अधिक थे। इसी प्रकार, आयुष्मान भारत योजना में प्रति हजार पंजीकृत जनसंख्या पर व्यय की गई राशि भी डीएके योजना में प्रति हजार पात्र जनसंख्या पर व्यय से अधिक थी।

सरकार ने डीएके योजना के कार्यान्वयन के संबंध में लेखापरीक्षा निष्कर्षों की पुष्टि की (दिसंबर 2023)।

<sup>13</sup> आयुष्मान भारत के तहत हरियाणा, उत्तराखंड और पंजाब के संबंध में कुल पंजीकृत सदस्य (अगस्त 2023)

<sup>14</sup> सितंबर 2018 में योजना की शुरुआत से अगस्त 2023 तक हरियाणा, उत्तराखंड और पंजाब के संबंध में आयुष्मान भारत के आंकड़े

<sup>15</sup> खाद्य, आपूर्ति और उपभोक्ता मामले विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स., दिल्ली की वेबसाइट के अनुसार अगस्त, 2023 तक खाद्य सुरक्षा प्रदान किए गए सदस्यों की संख्या

<sup>16</sup> डीएके योजना के आंकड़े अप्रैल 2018 से जुलाई 2023 तक की अवधि को कवर किया।

### 10.3 जन औषधि जेनेरिक फार्मसी स्थापित नहीं होना

रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा इंद्रप्रस्थ अपोलो अस्पताल में जन औषधि फार्मसी की स्थापना को मंजूरी दे दी गई थी (जून 2016) जिसका उद्देश्य इलाज करा रहे आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ईडब्ल्यूएस) के रोगियों को दवाईयां/लॉजिस्टिक्स/उपभोग्य वस्तुएं और बेहतर फार्मसी सेवाएं प्रदान करना था। तथापि, जुलाई 2022 तक इंद्रप्रस्थ अपोलो अस्पताल में जन औषधि जेनेरिक फार्मसी की स्थापना नहीं की गई थी।

डीजीएचएस ने उत्तर दिया (जुलाई 2022) कि प्रस्तावित फार्मसी के संचालन के तौर-तरीकों को अंतिम रूप नहीं दिया जा सका। विभाग का उत्तर ईडब्ल्यूएस रोगियों के प्रति उसकी असंवेदनशीलता को दर्शाता है।

### 10.4 स्वास्थ्य हेल्पलाइन सेवाएं स्थापित नहीं होना

रा.रा.क्षे.दि.स. ने दिल्ली के लोगों को डॉक्टरों/पैरामेडिक्स/परामर्शदाताओं द्वारा स्वास्थ्य सलाह और परामर्श सेवाएं प्रदान करने के लिए 24x7 स्वास्थ्य हेल्पलाइन की घोषणा की थी (जून 2018)। 2017-18 से 2021-22 के दौरान ₹ एक करोड़ से अधिक का बजट प्रावधान किया गया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि योजना पर कोई व्यय नहीं किया गया क्योंकि निविदा प्रक्रिया को अंतिम रूप नहीं दिया गया था (जून 2022)।

डीजीएचएस ने कहा (मार्च 2022) कि हेल्पलाइन को प्रस्तावित दिल्ली स्वास्थ्य सूचना प्रबंधन प्रणाली (डीएचआईएमएस) में एकीकृत किया जाएगा। तथा यह है कि 2018 में परिकल्पित सेवा अभी तक कार्यान्वित नहीं की गई है।

### 10.5 हेल्थ कार्ड योजना का कार्यान्वयन नहीं होना

2015-16 से 2020-21 के दौरान, दिल्ली सरकार ने अन्य बातों के साथ-साथ अपने बजट भाषणों (2015-16, 2016-17 और 2020-21) में दिल्ली के लोगों को दिल्ली सरकार के विभिन्न अस्पतालों में पंजीकरण और इलाज के लिए व्यक्तिगत स्वास्थ्य कार्ड के कार्यान्वयन की बार-बार घोषणा की थी। कार्ड में जनसांख्यिकीय और नैदानिक विवरण शामिल होंगे और यह रा.रा.क्षे.दि.स. की स्वास्थ्य योजनाओं में नामांकन को सुविधाजनक बनाने में सहायक होगा। सरकार की अभिव्यक्ति आमंत्रित करने का नोटिस फरवरी 2018 में जारी किया

गया। तथापि, लेखापरीक्षा में पाया गया कि योजना को कार्यान्वित नहीं किया जा सका (जून 2022) क्योंकि निविदाओं को अंतिम रूप नहीं दिया गया था।

### 10.6 स्वास्थ्य सूचना प्रबंधन प्रणाली के कार्यान्वयन में देरी

दिल्ली सरकार ने अपने बजट भाषण (2016-17) में सभी सरकारी अस्पतालों, पॉली-क्लिनिकों, मोहल्ला क्लीनिकों आदि को जोड़ने के लिए दिल्ली में स्वास्थ्य सूचना प्रबंधन प्रणाली (एचआईएमएस) के कार्यान्वयन का प्रस्ताव रखा था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि कार्य जून 2022 में ही सौंपा गया था। व्यवहार्यता अध्ययन करने और कार्य के क्षेत्र की तैयारी आदि के लिए ₹ 5.31 करोड़ की राशि खर्च की गई थी। इस प्रकार विभाग उस घोषणा के सात वर्ष के अंतराल के बाद ही कार्य सौंप सका।

### 10.7 अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली/ई-अस्पताल स्थापित नहीं होना

भारत सरकार ने सभी राज्य सरकार के अस्पतालों से एनआईसी द्वारा विकसित 'ई-अस्पताल' एप्लिकेशन को लागू करने का आग्रह किया (दिसंबर 2015)। तदनुसार, अक्टूबर 2017 में, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. ने सभी प्रमुख क्रियाशील क्षेत्रों को स्वचालित करने के लिए सभी अस्पतालों को ई-अस्पताल लागू करने का निर्देश दिया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए किसी भी अस्पताल ने ई-अस्पताल/एचआईएमएस लागू नहीं किया था। एलएनएच में, तथापि 35 कंप्यूटर खरीदे गए (जनवरी 2021) पर ई-अस्पताल/एचएमआईएस का कार्यान्वयन अभी भी लंबित था।

एलएनएच ने कहा (मई 2022) कि विभाग में अलग एचएमआईएस का कार्यान्वयन प्रक्रियाधीन है। तथ्य यह है कि अस्पताल ने अभी तक कोई पद्धति या वैकल्पिक व्यवस्था स्थापित नहीं की है।

### 10.8 दिल्ली हेल्थकेयर कॉर्पोरेशन (डीएचसी)

सरकारी अस्पताल में विशेषज्ञों और पैरामेडिक्स सहित डॉक्टरों से गैर-नैदानिक और प्रशासनिक कार्य जैसे टेंडरिंग, अनुबंध प्रबंधन इत्यादि को स्थानांतरित करने के उद्देश्य से रा.रा.क्षे.दि.स. की सभी स्वास्थ्य इकाइयों में ये सहायता सेवाएँ

उपलब्ध कराने के लिए दिल्ली हेल्थकेयर कॉर्पोरेशन (डीएचसी) को एक सार्वजनिक लिमिटेड कंपनी के रूप में शामिल किया गया (मई 2016)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि डीएचसीएल ने परिचालन शुरू नहीं किया था। इसके अलावा, 2016-17 में दिल्ली आरोग्य कोष (डीएके) योजना से डीएचसीएल को ₹ 5 करोड़ दिए गए थे और उस पर अर्जित ब्याज अप्रयुक्त रहा (मार्च 2022)।

### 10.9 टेली-मेडिसिन सुविधा

स्वास्थ्य विभाग, रा.रा.क्षे.दि.स. ने दिल्ली के रा.रा.क्षे. में टेलीमेडिसिन नेटवर्क के कार्यान्वयन के लिए परियोजना शुरू की (फरवरी 2016), जिसे सूचना प्रौद्योगिकी विभाग (डीईआईटीवाई), भारत सरकार द्वारा वित्त पोषित किया जा रहा है। बजट की उपलब्धता के बावजूद, लेखापरीक्षा में पाया गया कि पेरिफेरल अस्पतालों में टेली-परामर्श केन्द्रों के लिए स्थान को अंतिम रूप देने में देरी (मार्च 2022) के कारण योजना की शुरुआत से ही इस पर कोई व्यय नहीं किया गया।

### 10.10 टेली-रेडियोलॉजी सेवाएं

रा.रा.क्षे.दि.स. ने आगे की समयबद्ध कार्रवाई के लिए सभी रेडियोलॉजिकल/इमेजिंग नैदानिक सुविधाओं में एक्स-रे फिल्मों की छाया संचरण और रिपोर्टिंग को सरल बनाने के लिए टेली-रेडियोलॉजी सेवा स्थापित करने का प्रस्ताव किया था (2016-17)। यह भी परिकल्पना की गई कि यह सेवा वहां उपयोगी होगी जहां पेरिफेरल अस्पतालों में स्टाफ विशेषकर रेडियोलॉजिस्ट की कमी है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रस्ताव के पाँच वर्ष के अंतराल के बाद भी दिल्ली सरकार के सभी संबंधित अस्पतालों द्वारा अपेक्षित विवरण जैसे संख्या, आयु विश्लेषण, कार्यक्षमता और तैनात स्टाफ का विवरण प्रस्तुत नहीं करने के कारण योजना को कार्यान्वित नहीं किया गया।

डीजीएचएस ने कहा (फरवरी 2022) कि मसौदा निविदा दस्तावेज तैयार किया जा रहा है।

## 10.11 स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को सुगम बनाने में समन्वय एवं गंभीरता की कमी

### 10.11.1 डीजीएचएस और रा.रा.क्षे.दि.स. अस्पतालों के बीच समन्वय का अभाव

लेखापरीक्षा के दौरान यह पाया गया कि सरकार की अपनी एजेंसियों, विभागों और स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने वाले संस्थानों के बीच समन्वय की कमी थी। डीजीएचएस के पास एक अस्पताल समन्वय प्रकेष्ठ (एचसीसी) है, जो जानकारी साझा करने/प्राप्त करने के लिए दैनिक आधार पर दिल्ली सरकार के अस्पतालों के साथ समन्वय करता है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एचसीसी होने के बावजूद, डीजीएचएस को संख्या, आयु विश्लेषण, कार्यक्षमता आदि के संबंध में दिल्ली सरकार के अस्पतालों में उपलब्ध मौजूदा रेडियोलॉजी उपकरणों की स्थिति का आकलन करने के लिए आवश्यक पूरी जानकारी (जुलाई 2016) नहीं मिल सकी, क्योंकि बार-बार अनुस्मारक देने के बावजूद 38 में से केवल 29 अस्पतालों ने उत्तर दिया (फरवरी 2022)। इस प्रकार, डीजीएचएस को सीटी और एमआरआई मशीनों की संख्याओं का पता नहीं लग सका, जोकि रा.रा.क्षे.दि.स. के अस्पतालों में उच्च स्तरीय रेडियोलॉजी उपकरण हैं।

### 10.11.2 स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के लिए लेखापरीक्षा प्रश्नों के उत्तर के संबंध में गंभीरता की कमी

लेखापरीक्षा के दौरान डीजीएचएस, सीपीए कार्यालय तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग से दिल्ली स्वास्थ्य निगम लिमिटेड से संबंधित अभिलेख और जानकारी देने का अनुरोध किया गया था (मार्च 2022)। डीजीएचएस ने लेखापरीक्षा दल को संबंधित उत्तर, सूचना और अभिलेख प्रस्तुत करने के अनुरोध के साथ विभाग और सीपीए को लेखापरीक्षा की मांग भेज दी थी (दिनांक 16 मार्च 2022)। इसी प्रकार, विभाग ने डीजीएचएस को लेखापरीक्षा की मांग को भेजकर मामले की जांच करने और लेखापरीक्षा को उत्तर की प्रति के साथ तुरंत उत्तर प्रस्तुत करने का अनुरोध किया था। कार्यालयों का यह रवैया लेखापरीक्षा प्रश्नों की प्रतिक्रिया के प्रति गंभीरता की कमी को दर्शाता है।



**अध्याय XI**

**आयुष**



## अध्याय XI

### आयुष

2016-22 के दौरान आयुष अस्पतालों में आने वाले आईपीडी और ओपीडी रोगियों की संख्या में गिरावट आई थी। नमूना जाँच किए गए अस्पतालों में से एक में पैथोलॉजी लैब, प्रसुति वार्ड और रेडियोलॉजी विभाग कार्यात्मक नहीं थे/आंशिक रूप से कार्यात्मक थे। नमूना जांच किए गए दोनों अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की भारी कमी थी।

नमूना जांच किए गए दोनों अस्पतालों में दवाइयों और उपकरणों की कमी के बावजूद 'आपूर्ति और चिकित्सा' और 'मशीनरी और उपकरण' शीर्षों के अंतर्गत बचत देखी गई। आयुष विभागों में कर्मचारियों की कुल कमी 57.97 प्रतिशत थी। चार<sup>1</sup> मेडिकल कॉलेजों और उनसे जुड़े अस्पतालों में डॉक्टरों (51.89 प्रतिशत), पैरामेडिकल स्टाफ (55.93 प्रतिशत) और नर्सों (32.21 प्रतिशत) के संवर्गों में कमी देखी गई।

नमूना जांच किए गए अस्पताल में से एक में पैथोलॉजी लैब के लिए खरीदे गए (मार्च 2018) ₹ 45.98 लाख की लागत वाले चार उपकरणों का उपयोग नहीं किया गया था और वे बेकार पड़े थे।

रा.रा.क्षे.दि.स. ने 2016-17 से राष्ट्रीय आयुष मिशन के अंतर्गत वित्तीय लाभ प्राप्त करने के लिए न तो राज्य आयुष सोसाइटी की स्थापना की और न ही भारत सरकार को राज्य वार्षिक कार्य योजना प्रस्तुत की। 2014-16 के दौरान राष्ट्रीय आयुष मिशन के अंतर्गत प्राप्त अनुदान में से ₹ 3.83 करोड़ की राशि अभी भी रा.रा.क्षे.दि.स/आयुष निदेशालय के पास अप्रयुक्त पड़ी हुई थी।

आयुर्वेद और यूनानी औषधियों की विनिर्माण और बिक्री इकाइयों का अनिवार्य निरीक्षण करने में कमी थी।

भारतीय चिकित्सा पद्धति के चिकित्सकों के पंजीकरण के लिए गठित दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद (डीबीसीपी) का जुलाई 2015 से पुनर्गठन नहीं किया गया था। होम्योपैथी में अनुसंधान को विकसित करने और समन्वय करने के

<sup>1</sup> आयुर्वेद व तिब्बिया कॉलेज, एसएचएमसी, एनएचएमसी और सीबीपीएसीएस

लिए गठित दिल्ली होम्योपैथी अनुसंधान परिषद (डीएचएपी) 2017-18 से कार्यात्मक नहीं थी।

### 11.1 परिचय

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार (रा.रा.क्षे.दि.स.) ने स्वास्थ्य देखभाल वितरण में आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथी (आयुष) जैसी दवाइयों की वैकल्पिक प्रणालियों के उपयोग को प्रोत्साहित करने के लिए और इन प्रणालियों में अनुसंधान तथा शिक्षा का प्रसार सुनिश्चित करने के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग (डी.एच.एण्ड.एफ.डब्ल्यू.) के अंतर्गत भारतीय चिकित्सा और होम्योपैथी प्रणाली (आई.एस.एम.एण्ड.एच.) का एक अलग निदेशालय स्थापित किया (मई 1996)। वर्ष 2013 में आई.एस.एम.एण्ड.एच. का नाम बदलकर आयुष निदेशालय (निदेशालय) कर दिया गया।

यह निदेशालय 188 औषधालयों (51 आयुर्वेदिक, 23 यूनानी और 114 होम्योपैथिक) तथा चार आयुष मेडिकल कॉलेजों<sup>2</sup> से जुड़े चार अस्पतालों के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करता है। यह चार शैक्षणिक संस्थानों में स्नातक और स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों के माध्यम से आयुर्वेदिक, यूनानी और होम्योपैथी में चिकित्सा शिक्षा भी प्रदान करता है। इसके अलावा निदेशालय ड्रग्स और कॉस्मेटिक अधिनियम के अंतर्गत लाइसेंसिंग और नियमों को लागू करने; औषधि नियंत्रण कक्ष के माध्यम से आयुर्वेद/यूनानी दवाइयों के परीक्षण के लिए प्रयोगशालाओं को मंजूरी प्रदान करने; उपलब्ध आयुर्वेद/यूनानी दवाइयों की गुणवत्ता की जांच के लिए बाजार सर्वेक्षण करने; और जनता के बीच जागरूकता पैदा करने के लिए जिम्मेदार है। डी.एच.एण्ड.एफ.डब्ल्यू. के अंतर्गत औषधि नियंत्रण विभाग (डीसीडी) होम्योपैथिक दवाइयों के विक्रेताओं और निर्माताओं को लाइसेंस प्रदान/नवीनीकरण करता है।

<sup>2</sup> (i) आयुर्वेदिक व यूनानी तिब्बिया कालेज एवं अस्पतालों (तिब्बिया कालेज एवं अस्पताल) (ii) डॉ. बी.आर. सूर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज अस्पताल और अनुसंधान केन्द्र (एस.एच.एम.सी) (iii) नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज और अस्पताल (एन.एच.एम.सी) और (iv) चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेदिक चरक संस्थान (सी.पी.बी.ए.सी.एस)

आयुष की लेखापरीक्षा के उद्देश्य से निदेशालय के चार<sup>3</sup> स्वायत्त निकायों, संलग्न अस्पतालों<sup>4</sup> के साथ दो आयुर्वेद/यूनानी/होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेजों, आयुष निदेशालय, औषधि नियंत्रण कक्ष (आयुर्वेदिक एवं यूनानी औषधियां) तथा औषधि नियंत्रण विभाग<sup>5</sup> के 2016-17 से 2022-23 की अवधि के रिकॉर्ड की जांच की गई।

## 11.2 आयुष की संगठनात्मक संरचना

निदेशक की अध्यक्षता वाला निदेशालय, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के सचिव की समग्र देखरेख में कार्य करता है। निदेशक की सहायता के लिए एक संयुक्त निदेशक, दो उप निदेशक, सहायक निदेशक होते हैं। आयुर्वेद और यूनानी का औषधि नियंत्रण कक्ष निर्माता को लाइसेंस देने के लिए जिम्मेदार है। एलोपैथिक दवाइयों के औषधि नियंत्रण विभाग को होम्योपैथिक दवाइयों के औषधि नियंत्रण कार्य भी सौंपे गए हैं।

## 11.3 वित्त पोषण की पर्याप्तता

उचित वित्तीय प्रबंधन में आवश्यकताओं के यथार्थवादी मूल्यांकन और उपलब्ध निधि के प्रभावी उपयोग हेतु निधि के लिए बजट बनाना शामिल है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि परिचालन गतिविधियाँ धन की कमी के कारण प्रभावित न हो। राज्य सरकार ने ₹ 1033.35 करोड़ की धनराशि आवंटित की, जिसके प्रति ₹ 934.39 करोड़ (90 प्रतिशत) का उपयोग तालिका 11.1 में दिए गए विवरण के अनुसार 2016-22 की अवधि के दौरान आयुष गतिविधियों के प्रबंधन के लिए किया गया था।

<sup>3</sup> होम्योपैथिक चिकित्सा पद्धति बोर्ड, दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद् (डी.बी.पी.सी.), भारतीय चिकित्सा दिल्ली के लिए पैरामेडिकल प्रशिक्षण के लिए परीक्षा निकाय और दिल्ली होम्योपैथिक अनुसंधान परिषद् (डी.एच.ए.पी.)

<sup>4</sup> (i) आयुर्वेदिक व यूनानी तिब्बिया कालेज एवं अस्पताल (तिब्बिया कालेज एवं अस्पताल) (ii) डॉ. बी.आर. सूर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज अस्पताल और अनुसंधान केन्द्र (एस.एच.एम.सी)

<sup>5</sup> दिल्ली के औषधि नियंत्रक की अध्यक्षता वाला औषधि नियंत्रण विभाग दिल्ली में एलोपैथिक और होम्योपैथिक दवाओं के निर्माता और बिक्री को नियंत्रण करता है। औषधि नियंत्रण विभाग की कार्यप्रणाली और निरीक्षण, औषधि नमूना परीक्षण आदि में समय कमी को इस लेखापरीक्षा रिपोर्ट के अध्याय VIII में पहले ही शामिल किया जा चुका है। इसमें होम्योपैथिक इकाइयों का अलग निरीक्षण डेटा और होम्योपैथिक दवाइयों का अलग गुणवत्ता परीक्षण डेटा नहीं रखा गया था।

तालिका 11.1: बजट आवंटन और उपयोग - 2016-2022

(₹ करोड़ में)

विभाग	बजट आवंटन/ प्राप्त अनुदान	किया हुआ व्यय
<b>आयुर्वेद और यूनानी</b>		
आयुष निदेशालय <sup>6</sup>	201.30	150.33
ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज	212.04	181.46
चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेदिक चरक संस्थान (सीबीपीएसीएस)	200.91	198.17
<b>होम्योपैथी</b>		
होम्योपैथिक विंग	221.23	214.57
बीआर सुर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज एंड रिसर्च सेंटर (एनएचएमसी)	74.20	72.27
नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज और अस्पताल (एसएचएमसी)	123.67	117.59
<b>कुल</b>	<b>1033.35</b>	<b>934.39</b>

### 11.3.1 निधियों का उप-इष्टतम उपयोग

(i) तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल में महत्वपूर्ण शीर्षों के अंतर्गत धनराशि का उपयोग: ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज को 'आपूर्ति और चिकित्सा' तथा 'मशीनरी और उपकरण' शीर्षों के अंतर्गत ₹ 16.55 करोड़ का बजट आवंटित किया गया था, जिसमें से 2018-19 से 2021-22 की अवधि के दौरान केवल ₹ 9.41 करोड़ का उपयोग किया गया, जिससे ₹ 7.14 करोड़ (43 प्रतिशत) अप्रयुक्त रहा।

वर्ष 2016-17 एवं 2019-20 के दौरान 'मशीनरी एवं उपकरण' शीर्षों में बजट आवंटित नहीं किया गया। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2018-19 से 2021-22 के दौरान, दो शीर्षों के अंतर्गत 15 प्रतिशत से 96 प्रतिशत तक की बचत हुई, जैसा कि तालिका 11.2 में बताया गया है।

तालिका 11.2: तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल में बचत

(₹ लाख में)

वर्ष	शीर्ष	बजट	कुल व्यय	बचत	बचत प्रतिशत में
2018-19	एस एण्ड एम	700	337.75	362.25	52
	एम एण्ड ई	100	85.21	14.79	15
2019-20	एस एण्ड एम	650	485.48	164.51	25
2020-21	एम एण्ड ई	25	5.05	19.95	80
2021-22	एस एण्ड एम	150	5.81	144.18	96
	एम एण्ड ई	30	21.92	8.07	27
<b>कुल</b>		<b>1655</b>	<b>941.23</b>	<b>713.77</b>	<b>43</b>

<sup>6</sup> इसमें आयुर्वेद और यूनानी औषधालयों, आयुर्वेद और यूनानी औषधि नियंत्रण कक्ष के लिए बजट शामिल है।

विभाग ने कहा (मई 2023) कि अस्पतालों को कोविड केयर सेंटर और कोविड टीकाकरण केंद्र में परिवर्तित करने के कारण धनराशि का उपयोग नहीं किया जा सका।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि कोविड से पहले और बाद की अवधि के दौरान आवश्यक उपकरणों की कमी के बावजूद 'मशीन और उपकरण' तथा 'आपूर्ति और सामग्री' शीर्षों के अंतर्गत बचत देखी गई थी।

**(ii) अस्पतालों में मशीनरी और उपकरणों के लिए निधि का कम उपयोग:** लेखापरीक्षा में पाया गया कि लेखापरीक्षा जांच के अंतर्गत सात वर्षों में से पांच वर्षों के दौरान, एसएचएमसी में 'मशीनरी और उपकरण' शीर्ष के अंतर्गत अप्रयुक्त धनराशि 23.12 प्रतिशत और 77.45 प्रतिशत (दिसंबर 2022 तक) के बीच थी। इस तथ्य के बावजूद बचत हुई कि पूरे लेखापरीक्षा अवधि के दौरान एसएचएमसी के पास कोई कार्यशील अल्ट्रासाउंड मशीन नहीं थी, जबकि 2019-20 से कोई कार्यशील एक्स-रे मशीन उपलब्ध नहीं थी। यह रोगियों को सेवा प्रदान करने के लिए आवश्यक उपकरण प्राप्त करने में अस्पताल के उदासीन दृष्टिकोण को इंगित करता है।

इसी प्रकार, एनएचएमसी में, मशीनरी और उपकरण शीर्ष के अंतर्गत ₹ 90 लाख में से ₹ 51 लाख (57 प्रतिशत) का उपयोग लेखापरीक्षा अवधि के दौरान नहीं किया जा सका।

सरकार ने फंड के कम उपयोग का कारण 2017-18 तक तकनीकी कारणों से सीपीए द्वारा खरीद के गैर-भौतिककरण और 2019-20 और 2021-22 में समय की कमी के कारण कोडल औपचारिकताओं के पूरा न होना बताया (दिसंबर 2023)।

रा.रा.क्षे.दि.स और अस्पताल आवंटित धन का उपयोग करने में विफल रहे और उन्हें निधि का इष्टतम उपयोग सुनिश्चित करने के लिए यथार्थवादी योजना बनानी चाहिए।

**(ii) आयुष का प्रचार:** निदेशालय का एक दृष्टिकोण स्कूली शिक्षा कार्यक्रमों और मीडिया के माध्यम से आयुष प्रणाली की ताकत को लोकप्रिय बनाना है। निदेशालय ने 2016-2023 की अवधि के दौरान आयुर्वेद और यूनानी प्रणालियों

के प्रचार-प्रसार के लिए ₹ 34.66 लाख में से केवल ₹ 9.81 लाख (28 प्रतिशत) खर्च किए हैं।

### 11.3.2 वित्तीय वर्ष के अंतिम महीनों में व्यय की अधिकता

जीएफआर के नियम 56(3) में कहा गया है कि विशेष रूप से वित्तीय वर्ष के अंतिम महीनों में 15 प्रतिशत से अधिक व्यय को वित्तीय औचित्य का उल्लंघन माना जाएगा और इससे बचा जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-22 के दौरान, उपर्युक्त नियम के उल्लंघन में ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल और एसएचएमसी में तीन शीर्षों अर्थात् एमएंडई, एसएंडएम और ओई के अंतर्गत मार्च के महीने में 15 प्रतिशत से 100 प्रतिशत व्यय किया गया था।

एसएचएमसी के मामले में, सरकार ने (दिसंबर 2023) खरीद और लंबित निपटान के प्रस्तावों की अंतिम समय में मंजूरी दिए जाने को जिम्मेदार ठहराया। आगे बताया गया कि सभी नोडल पदाधिकारी एवं शाखा प्रभारियों को यह सुनिश्चित करने के लिए निर्देशित किया गया है कि सभी प्रस्तावों को समयबद्ध तरीकों से अंतिम रूप दिया जाए। तिब्बिया कॉलेज के संबंध में, विभाग ने आश्वासन दिया (मई 2023) कि जीएफआर का भविष्य में पालन किया जाएगा।

*सिफारिश 11.1: निदेशालय और रा.रा.क्षे.दि.स को यथार्थवादी बजटीय योजना तैयार करनी चाहिए और अस्पतालों को 'आपूर्ति और दवा' तथा 'मशीन और उपकरण' के अंतर्गत प्राप्त धन का समय पर उपयोग सुनिश्चित करने के लिए खरीद में तेजी लानी चाहिए।*

### 11.4 आयुष स्वास्थ्य देखभाल संरचना की उपलब्धता और प्रबंधन

किसी राज्य में स्वास्थ्य देखभाल नीति और कल्याण तंत्र को समझने के लिए स्वास्थ्य अवसंरचना एक महत्वपूर्ण संकेतक है। यह स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के निर्माण के संबंध में निवेश प्राथमिकता का प्रतीक है। अवसंरचना को सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों के वितरण के लिए बुनियादी समर्थन के रूप में वर्णित किया गया है। अभिलेखों की जांच से अवसंरचना में अपर्याप्तता का पता चला, जैसा कि अगले पैराग्राफ में चर्चा की गई है।

### 11.4.1 ए एवं यू तिब्बिया कॉलेज के विभागों का अपर्याप्त निर्मित क्षेत्र

भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद (आयुर्वेद कॉलेजों और संलग्न अस्पतालों की न्यूनतम मानक आवश्यकताएं) विनियम, 2012, एक आयुर्वेद कॉलेज के विभागों के निर्मित क्षेत्र को निर्धारित करता है। तिब्बिया कॉलेज के विभागों के निर्मित क्षेत्र में कमी थी जैसा कि तालिका 11.3 में दिया गया है।

तालिका 11.3: तिब्बिया कॉलेज के विभिन्न विभागों का निर्मित क्षेत्र

क्र.सं.	विभाग	आवश्यक निर्मित क्षेत्र (वर्ग मीटर)	उपलब्ध निर्मित क्षेत्र (वर्ग मीटर)
1	अगद तंत्र एवं विधि वैद्यक	100	60
2	काया चिकित्सा	150	75
3	शल्य तंत्र	150	60
4	शालाक्य तंत्र	150	60
5	प्रसूति और स्त्री रोग	100	65
6	कौमारभृत्य	75	40

इस प्रकार, न्यूनतम निर्धारित क्षेत्र से कम जगह विभागों के कामकाज में बाधा उत्पन्न कर सकती है।

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज ने कहा (मई 2023) कि कॉलेज एक विरासत भवन से काम कर रहा है और इमारत का रूप बदलने पर प्रतिबंध है। इसके अतिरिक्त इसमें कहा गया है कि इसने शैक्षणिक विभागों के लिए एक बहुमंजिला इमारत बनाने की योजना बनाई है।

### 11.4.2 कार्य की भौतिक एवं वित्तीय प्रगति के लिए निगरानी तंत्र का अभाव

2016-17 से 2022-23 के दौरान, ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज द्वारा पीडब्ल्यूडी को ₹ 17.12 करोड़ की राशि के 116 कार्य स्वीकृत किए गए थे।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पीडब्ल्यूडी ने न तो अस्पताल को कोई भौतिक/वित्तीय प्रगति या पूर्णता प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया और न ही अस्पताल द्वारा इसका अनुरोध किया गया था। इसी प्रकार, एसएचएमसी के पास किए गए 20 कार्यों में से केवल नौ के संबंध में पूर्णता प्रमाणपत्र था। इस प्रकार, कार्यों को समय पर पूरा करना सुनिश्चित करने के लिए अस्पतालों में कोई निगरानी तंत्र नहीं था।

अस्पतालों ने बताया (मई 2023) कि कार्यों की निगरानी और पीडब्ल्यूडी के अधिकारियों के साथ नियमित बैठक की जा रही है। एसएचएमसी के मामले में

सरकार ने कहा कि (दिसंबर 2023) निर्माण कार्यों के संदर्भ में प्रमाणपत्र पीडब्ल्यूडी से मांगा गया है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि काम की निगरानी और अस्पतालों द्वारा पीडब्ल्यूडी के अधिकारियों के साथ नियमित बैठक से संबंधित कोई दस्तावेज उत्तर के साथ संलग्न नहीं किया गया था।

#### 11.4.3 अस्पतालों में काम पूरा होने में देरी

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल के संबंध में 2016-17 से 2022-23 के दौरान स्वीकृत 61 सिविल कार्यों<sup>7</sup> में से केवल 48 पूरे हुए। पूर्ण किए गए 48 कार्यों में से दो कार्य समय पर पूरे हुए जबकि ₹ 2.91 करोड़ की लागत वाले 25 कार्य छह महीने की देरी से पूरे हुए, ₹ 3.92 करोड़ की लागत वाले 18 कार्य छह से 12 महीने की देरी से पूरे हुए और ₹ 99.80 लाख के तीन कार्य एक वर्ष से अधिक की देरी से पूरे किए गए।

शेष कार्यों के संबंध में, दो कार्यों को रोक दिया गया था, वर्ष 2016-17 से संबंधित एक कार्य को योजना अनुमोदित नहीं होने के कारण शुरू नहीं किया गया था और 2018-19 से संबंधित एक कार्य को शुरू नहीं किया जा सका क्योंकि कार्य के लिए दिल्ली जल बोर्ड से अनुमति प्राप्त नहीं की गई थी। वर्ष 2021-22 से 2022-23 से संबंधित नौ कार्य पूर्ण होने की निर्धारित तिथि समाप्त होने के बाद भी कार्य प्रगति पर हैं।

अस्पताल ने कहा (मई 2023) कि कोविड और कार्यों के निलंबन तथा प्रदूषण को नियंत्रित करने के लिए डीपीसीसी दिशानिर्देशों के पालन के कारण देरी हुई।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि कोविड से पहले और बाद की अवधि के दौरान कार्यों के पूरा होने में देरी देखी गई थी।

**सिफारिश 11.2: अस्पतालों को कार्यों के पूरा होने में देरी से बचने के लिए कार्यों की कुशल तरीके से निगरानी करनी चाहिए।**

<sup>7</sup> भवन/सुविधाओं के रखरखाव/नवीनीकरण से संबंधित कार्य

#### 11.4.4 दवाइयों के भंडारण के लिए अपर्याप्त सुविधाएं

आयुष निदेशालय के पास औषधालयों के लिए खरीदी गई आयुर्वेदिक दवाइयों को रखने के लिए कोई उचित दवा भंडार नहीं है इसीलिए दवाइयों को अस्थायी रूप से ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल कॉलेज के एक गेस्ट हाउस में संग्रहीत किया गया था।

इसी प्रकार, ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल कॉलेज में आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों के भंडारण के लिए कोई स्थायी स्टोर नहीं था। दवाइयों को तीन स्थानों अर्थात् कैंटीन और दो अस्थायी टिन शेडों में रखा जा रहा था, बिना यह आकलन किए कि ये संरचना दवा भंडारण मानकों को पूरा करती है या नहीं। यह भी देखा गया कि दवाइयों को रैक की सुविधा के बिना तथा फर्श और दीवारों को छूते हुए रखा गया था, जिससे इसके क्षतिग्रस्त होने की आशंका थी।



चित्र 11.1: अस्थाई टिन शेड में रखी दवाइयां



चित्र 11.2: ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज के गेस्ट हाउस में रखी दवाइयां

निदेशालय और तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल के लिए ड्रग स्टोर के निर्माण हेतु उपयुक्त स्थल की पहचान की गई थी और ₹ 3.49 करोड़ की प्रारंभिक अनुमान राशि को लोक निर्माण विभाग द्वारा मार्च 2020 में अनुमोदन के लिए सूचित किया गया था, जिसे संशोधित कर ₹ 4.11 करोड़ (दिसंबर 2022) कर दिया गया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि प्रस्ताव को सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नहीं किया गया था।

सरकार ने सूचित किया (दिसंबर 2023) कि लगभग 4000 वर्ग फुट का एक अस्थायी दवाई भंडार दवाइयों को स्टोर करने के लिए बनाया गया है।

तथापि सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रारंभिक प्रस्ताव की मंजूरी और उसके बाद निर्माण शुरू होने पर उत्तर नहीं दिया गया था।

**सिफारिश 11.3: निदेशालय को दवाइयां रखने के लिए उचित रैंक के साथ स्थायी भंडारण सुविधा विकसित करनी चाहिए।**

#### 11.4.5 नमूना जांच किए गए अस्पतालों में कैंटीन/रसोई सुविधाओं की अनुपलब्धता

भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद (आयुर्वेद कॉलेजों और सम्बद्ध अस्पतालों की न्यूनतम मानक आवश्यकताएं) विनियम, 2012 के अनुसार, 150 वर्ग मीटर के निर्मित क्षेत्र (61-100 छात्र के सेवन के लिए) के साथ कॉलेज परिसर में लगभग सौ व्यक्तियों के बैठने की व्यवस्था सहित कैंटीन की सुविधा होनी चाहिए। इसी प्रकार, एमएसआर, 2013 की अनुसूची I(बी) (कॉलेज की अवसंरचना की आवश्यकता) होम्योपैथिक कॉलेज परिसर में कैंटीन सुविधा प्रदान करती है।

189 सीटों की वार्षिक प्रवेश क्षमता वाले ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज में कुल 800 छात्रों और 123 कर्मचारियों का नामांकन है (मार्च 2023)। इसके अतिरिक्त, 2021-22 के दौरान प्रतिदिन औसतन 550 रोगी अस्पताल आए। इसी तरह, एसएचएमसी में कुल 315 छात्र और 86 कॉलेज स्टाफ का नामांकन है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच किए गए दोनों अस्पतालों में कोई कैंटीन/रसोई की सुविधा उपलब्ध नहीं थी और ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज में कैंटीन के लिए निर्धारित परिसर का उपयोग दवाइयों के भंडारण के लिए किया जा रहा था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि जीईएम पर निविदा अपलोड करके एसएचएमसी में कैंटीन की स्थापना की प्रक्रिया शुरू कर दी गई है। ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल के संबंध में कहा गया कि कैंटीन सेवा आरंभ करने की प्रक्रिया आरंभ कर दी गई है।

तथ्य यह है कि दोनों अस्पतालों में कैंटीन सुविधा उपलब्ध नहीं है।

#### 11.4.6 तिब्बिया कॉलेज में शर्तों की अनुपलब्धता

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल, रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार का एक प्रतिष्ठित चिकित्सा संस्थान है जो छात्रों को आयुर्वेद और यूनानी में स्नातक और स्नातकोत्तर शिक्षा प्रदान करता है। उनके कोर्स के पाठ्यक्रम और भारत

सरकार द्वारा जारी मेडिकल कॉलेज मानकों के लिए छात्रों को शरीर रचना विज्ञान और शवों के विच्छेदन के शिक्षण की आवश्यकता होती है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2020 से तिब्बिया कॉलेज के शरीर रचना विज्ञान विभाग में कोई शव/ममीकृत शरीर उपलब्ध नहीं था और अस्पताल ने दो साल से अधिक की देरी के बाद नवंबर 2022 में ही शव प्राप्त करने की प्रक्रिया शुरू की थी।

विभाग ने कहा (मई 2023) कि अध्ययन के उद्देश्य से शव प्राप्त करने के प्रयास किए जा रहे हैं।

#### 11.4.7 अस्पताल परिसर में अनधिकृत निजी फार्मसी चलाना

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल ने जून 2012 में एक मेडिकल दुकान चलाने के लिए एक निजी एजेंसी<sup>8</sup> को ₹ 3000 की मासिक लीज राशि पर 20 वर्ग मीटर की जगह आवंटित की थी। फार्मसी का लीज डीड रद्द कर दिया गया था (जुलाई 2014) और अस्पताल द्वारा बेदखली की प्रक्रिया शुरू की गई थी। बेदखली प्रक्रिया को एडीएम द्वारा रोक दिया गया था (अप्रैल 2016) क्योंकि लीज डीड में समाप्ति के लिए कोई खंड नहीं था। इसके बाद, अस्पताल प्राधिकरण ने लगभग तीन वर्षों के बाद एडीएम द्वारा पारित आदेश के खिलाफ अप्रैल 2019 में जिला न्यायालय में मामला दायर किया। ऐसा पाया गया कि समय पर केस दाखिल नहीं करने के कारण कोर्ट द्वारा केस खारिज कर दिया गया।

अस्पताल की ओर से प्रशासनिक देरी के कारण, फार्मसी को हटाया नहीं जा सका (दिसंबर 2022) और जुलाई 2014 से अस्पताल परिसर में अनधिकृत रूप से चल रहा था। इसके अतिरिक्त, लेखापरीक्षा में पाया गया कि रोगियों को निजी फार्मसी से दवाइयां खरीदने के लिए मजबूर किया गया था क्योंकि वर्ष 2018-19 से 2019-20 के दौरान अधिकांश दवाइयां या तो उपलब्ध नहीं थीं या थोड़े समय के लिए उपलब्ध थीं।

<sup>8</sup> मेसर्स एपेक्स चेरिटेबल ट्रस्ट

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज ने कहा (मई 2023) कि अस्पताल के परिसर से अनधिकृत फार्मसी को हटाने के प्रयास किए जा रहे हैं परंतु अस्पताल अन्य मुद्दों पर मौन रहा।

## 11.5 दवाइयों एवं उपकरणों की उपलब्धता

### 11.5.1 आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथी दवाइयों के लिए ईडीएल नियमित आधार पर अद्यतन नहीं किया जाना

अपनी स्वास्थ्य सुविधाओं में आने वाले लोगों को आवश्यक दवाइयां मुफ्त प्रदान करने के लिए, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार ने आवश्यक दवाइयों की अवधारणा पर आधारित एक औषधि नीति बनाई (अप्रैल 1994)। नीति का उद्देश्य सीमित संख्या में अच्छी गुणवत्ता वाली दवाइयां उचित मूल्य पर उपलब्ध कराना था, जिससे दवा बजट का उपयोग बड़ी संख्या में रोगियों के लिए किया जा सके। लेखापरीक्षा में पाया गया कि नीति का उद्देश्य हर साल एक विशेष समिति द्वारा दवाइयों की एक सूची तैयार करना है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि औषधालयों के लिए आयुर्वेद, यूनानी और होम्योपैथी दवाइयों के ईडीएल को लेखापरीक्षा अवधि के दौरान 2018 में केवल एक बार अपडेट किया गया था और ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल के ईडीएल को 2015 के बाद अपडेट नहीं किया गया था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि 2022 में आवश्यक आयुष दवाइयों की राष्ट्रीय सूची के आधार पर आयुष मंत्रालय द्वारा प्रकाशित आयुष दवाइयों की विभाग ने समीक्षा की है और यूनानी दवाओं के लिए नई ईडीएल ने उसे अपनाया है। होम्योपैथी के संबंध में, अद्यतन ईडीएल सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन के लिए प्रस्तुत किया जा रहा है।

### 11.5.2 राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशाला स्थापित नहीं होना

राष्ट्रीय आयुष मिशन (एनएएम), भारत सरकार का एक उद्देश्य आयुर्वेद, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथिक दवाइयों के परीक्षण के लिए राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशालाओं को अनुदान सहायता प्रदान करना है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एसडीटीएल की स्थापना के लिए आयुष निदेशालय द्वारा कोई प्रस्ताव शुरू नहीं किया गया था (दिसंबर 2022), जबकि निदेशालय ने मार्च 2017 को समाप्त वर्ष के लिए सीएजी लेखापरीक्षा में शामिल लेखापरीक्षा

टिप्पणियों के उत्तर में इसे स्थापित करने का आश्वासन दिया था। इसके अतिरिक्त, भारतीय चिकित्सा प्रणाली की दवा परीक्षण प्रयोगशाला स्थापित करने के लिए भारत सरकार द्वारा जारी किए गए ₹ 95 लाख का भी उपयोग नहीं किया गया और भारत सरकार को वापस कर दिया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आयुष निदेशालय ने सरकार द्वारा अनुमोदित 11 प्रयोगशालाओं से आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों के 6940 नमूनों का परीक्षण करवाया और वर्ष 2016-17 से 2022-23 के दौरान आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों के परीक्षण के लिए ₹ 6.90 करोड़ खर्च किए। होम्योपैथिक दवा के नमूने नियमित तरीके से फार्माकोपिया कमीशन फॉर इंडियन मेडिसिन एंड होम्योपैथी, गाजियाबाद को परीक्षण के लिए भेजे जा रहे हैं, भले ही इसे केंद्र सरकार द्वारा दवाइयों के परीक्षण के लिए एक अपीलीय प्रयोगशाला घोषित किया गया हो (22 मार्च 2021)।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि नमूनों की सीमित संख्या होने के कारण प्रयोगशाला स्थापित करना लागत प्रभावी नहीं है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि इसने लेखापरीक्षा को लागत-लाभ विश्लेषण रिपोर्ट साझा नहीं की। इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए कि नमूनों की जांच पर प्रति वर्ष औसतन एक करोड़ से अधिक का खर्च हो रहा है।

### 11.5.3 आयुष औषधियों की गुणवत्ता परीक्षण तंत्र

#### 11.5.3.1 खरीदी गई आयुर्वेदिक, यूनानी एवं होम्योपैथिक औषधियों का नमूना परीक्षण नहीं किया जाना

भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जारी (जून 2015) निःशुल्क दवा सेवा पहल के लिए संचालन दिशानिर्देश में कहा गया है कि पैनल में शामिल प्रयोगशालाओं से परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने पर, परीक्षण में 'पास' होने वाले बैचों को आगे वितरण के लिए जारी किया जाएगा।

2016-18 की अवधि के दौरान, ड्रग कंट्रोल सेल ने औषधालयों में वितरण से पहले दवाइयों के बैच-वार नमूनों की गुणवत्ता परीक्षण नहीं किया, जैसा कि उपर्युक्त दिशानिर्देशों में परिकल्पना की गई है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आयुष निदेशालय ने उसी अवधि के दौरान औषधालयों को आपूर्ति के लिए

₹ 22.22 करोड़ की आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयां खरीदीं। इसी प्रकार, नमूना जांच किए गए होम्योपैथिक कॉलेज (एसएचएमसी) ने आपूर्ति के साथ आपूर्तिकर्ता द्वारा प्रदान की गई गुणवत्ता रिपोर्ट के आधार पर खरीदी गई दवाइयों का वितरण किया।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि रिपोर्ट की गई अवधि के दौरान सरकारी एजेंसियों से दवाइयां खरीदी गई थीं और वर्तमान में डिस्पेंसरियों में वितरण करने से पूर्व सभी आपूर्ति की जाने वाली दवाइयों का परीक्षण किया जा रहा है। एसएचएमसी के मामले में यह कहा गया कि आयुष निदेशालय से दिशानिर्देश/एसओपी प्राप्त किए जा चुके हैं (सितंबर 2023) तथा उनकी अनुपालना करने का आश्वासन दिया गया।

तथ्य यह है कि आयुष निदेशालय ने रोगियों को वितरित दवाइयों की प्रभावकारिता और सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए खरीदी गई दवाइयों की गुणवत्ता परीक्षण के संबंध में दिशानिर्देशों का पालन नहीं किया।

**सिफारिश 11.4: दवाइयों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए निदेशालय और अस्पतालों को नियमित रूप से अपनी स्वास्थ्य सुविधाओं में उपयोग की जाने वाली दवाइयों के सभी बैचों की गुणवत्ता का परीक्षण करना चाहिए।**

#### 11.5.3.2 आयुर्वेदिक एवं यूनानी औषधियों के मानकों के अनुरूप औषधियों का परीक्षण न किया जाना

औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के नियम 168 के अनुसार, भारत के आयुर्वेदिक फार्माकोपिया के संस्करण में दिए गए पहचान, शुद्धता और शक्ति के मानक का अनुपालन किया जाना है। राज्य लाइसेंसिंग प्राधिकरण, आयुष निदेशालय ने दवाइयों की पहचान, शुद्धता, गुणवत्ता और शक्ति का परीक्षण करने के लिए अनुमोदित प्रयोगशालाओं को लाइसेंस प्रदान किया था।

आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों के औषधि परीक्षण के लिए बिलों की नमूना जांच से पता चला कि माइक्रोबायोलॉजी, विशिष्ट रोगजनकों और भारी धातुओं के लिए केवल तीन परीक्षण किए गए, जबकि कच्चे माल और मजबूती की पहचान और शुद्धता स्थापित करने के लिए परीक्षण नहीं किए जा रहे हैं।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि जटिल आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं के कारण कच्चे माल का परीक्षण केवल दवाएँ बनाने से पहले संभव है और शक्ति परीक्षण उपलब्ध नहीं है और केवल गुणात्मक परीक्षण उपलब्ध है।

तथापि तथ्य यह है कि सरकार ने अपने स्तर पर पहचान व शुद्धता सुनिश्चित नहीं की।

### 11.5.3.3 गुणवत्ता आश्वासन दिशानिर्देशों का पालन न करना

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी (जून 2015) निःशुल्क दवा सेवा पहल के लिए परिचालन दिशानिर्देश, यह निर्धारित करते हैं कि लेबल विवरण अर्थात् निर्माता का नाम, निर्माण लाइसेंस नंबर, कंपनी का लोगो या मोनोग्राम को अमिट स्याही से निरस्त कर दिया जाएगा, एक गुप्त संख्या के साथ कोडित किया जाएगा और विश्लेषण के लिए एनएबीएल मान्यता प्राप्त पैनलबद्ध प्रयोगशालाओं में से एक को भेजा जाएगा।

तथापि, यह देखा गया कि औषधालयों में वितरण के लिए दवाइयों के नमूने निर्माताओं के विवरण छुपाए बिना परीक्षण के लिए ड्रग्स स्टोर द्वारा प्रयोगशाला में भेजे गए थे, जिससे दिशानिर्देशों के प्रावधानों के साथ समझौता किया गया था।

विभाग ने बताया (मई 2023) कि लेबलिंग औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियम, 1945 के नियम 106 ए के अनुसार की जाती है।

उत्तर तर्कसंगत नहीं है क्योंकि उक्त नियम होम्योपैथिक दवाइयों की लेबलिंग और पैकिंग से संबंधित है जबकि लेखापरीक्षा अभ्युक्ति नमूनों को परीक्षण के लिए प्रयोगशाला में भेजते समय अपनाई जाने वाली प्रक्रिया के संबंध में है।

### 11.5.3.4 आयुर्वेदिक और यूनानी औषधि नमूनों की गुणवत्ता परीक्षण पर परिहार्य व्यय

यह पाया गया कि होम्योपैथिक दवाइयों की खरीद के लिए निविदाओं के नियमों और शर्तों के अनुसार, होम्योपैथी विंग, आयुष निदेशालय दवाइयों के आपूर्तिकर्ताओं से होम्योपैथी दवाइयों के नमूनों के परीक्षण की लागत वसूल करता है। तथापि, यह देखा गया कि आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों की खरीद के लिए जारी किए गए निविदा दस्तावेज में ऐसी कोई शर्त शामिल नहीं की गई

है, जिसके परिणामस्वरूप आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयों के नमूनों के परीक्षण की लागत निदेशालय द्वारा वहन की जा रही है।

निदेशालय ने निर्माता द्वारा आपूर्ति किए गए नमूनों के परीक्षण के लिए 2019-20 से 2022-23 की अवधि के दौरान ₹ 93.40 लाख की राशि खर्च की। सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि बाजारी और खराब नमूनों का परीक्षण निर्धारित बजट से परीक्षण किया जा रहा है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि निदेशालय आयुर्वेद और यूनानी नमूने के परीक्षण की लागत वसूल कर सकता था, यदि उसने अपने निविदा दस्तावेज के समान धारा शामिल की होती।

#### 11.5.4 नमूना जांच किए गए अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की उपलब्धता

(i) ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल: आयुष मंत्रालय द्वारा अनुमोदित (अंतिम अद्यतन 2015), भारत सरकार ने अपनी आवश्यकता के अनुसार 117 आयुर्वेद और 92 यूनानी दवाइयों की अपनी आवश्यक दवा सूची को मंजूरी दे दी है जो अस्पतालों/फार्मेशियों में हर समय पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध होनी चाहिए।

यह देखा गया कि लेखापरीक्षा अवधि 2016-17 से 2022-23 के दौरान तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल में सालाना 117 आयुर्वेदिक दवाइयों में से केवल 44 से 81 (38 से 69 प्रतिशत) और 92 यूनानी दवाइयों में से 25 से 69 (27 से 75 प्रतिशत) उपलब्ध थे।

इसके अतिरिक्त यह देखा गया कि दवाइयों का लगभग सारा स्टॉक जनवरी 2019 और फरवरी 2022 में दो बार समाप्त हो गया, परंतु अस्पताल ने क्रमशः 14 और नौ महीने की देरी से केवल मार्च 2020 और नवंबर 2022 में दवाइयां खरीदीं। लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि दवाइयों की अनुपलब्धता के कारण, तिब्बिया अस्पताल ने रोगियों के लिए वैकल्पिक व्यवस्था करने के लिए मार्च 2019 में कुछ दवाइयां कच्चे रूप में खरीदीं।

(ii) एसएचएमसी: होम्योपैथिक अस्पतालों के निदेशालय द्वारा 200 आवश्यक दवाइयां अनुमोदित थीं। लेखापरीक्षा में पाया गया कि ईडीएल सूची का हिस्सा होने के बावजूद 37 दवाइयां/औषधियां बहुत लंबी अवधि (अनुलग्नक VIII) से अस्पताल में उपलब्ध नहीं थीं।

ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल ने कहा (मई 2023) कि निविदाओं के रद्द होने तथा एल1 फर्म के भी ब्लैक लिस्टिंग होने के कारण दवाइयों को नहीं खरीदा जा सका था। एसएचएमसी के मामले में, सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि बार-बार निर्धारित दवाओं का बफर स्टॉक रखने के अतिरिक्त सटॉक-आउट की समस्या को कम करने के लिए आवश्यक दवाओं का डिजीटल डाटाबेस भी अब तैयार किया गया है। इसके अतिरिक्त जो दवाइयां उपलब्ध नहीं थी, उन्हें अब खरीद लिया गया है।

तथ्य यह है कि अस्पताल प्रबंधन अस्पतालों में पर्याप्त मात्रा में दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करने में विफल रहा।

**सिफारिश 11.5: सरकार को सभी आयुष अस्पतालों में आवश्यक दवाइयों की समय पर खरीद और उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए।**

### 11.5.5 खुली दवाइयों का वितरण

भारत सरकार द्वारा प्रकाशित ईडीएल (आयुर्वेद) दिशानिर्देश खुली दवाइयों के वितरण को हतोत्साहित करते हैं और रोगियों के लिए दवाइयों की साप्ताहिक आवश्यकता के आधार पर मानक पैक आकार में दवाइयां खरीदने का सुझाव देते हैं क्योंकि जब इन्हें लिफाफे में वितरित किया जाता है तो साल्ट की उपस्थिति के कारण दवा की गुणवत्ता बदल जाती है और बड़े कंटेनरों में रखी दवाइयां भी वातावरण में नमी के कारण खराब हो जाती हैं।

लेखापरीक्षा में देखा गया कि 27 यूनानी और 22 आयुर्वेदिक कच्ची दवाइयां (अनुलग्नक IX) थोक में खरीदी गईं और एएण्डयू तिब्बिया अस्पताल द्वारा संसाधित और तैयार की गईं, जिसे रोगियों को खुले रूप में वितरित की गईं जो न तो नमी से सुरक्षित थी, न ही ले जाने के लिए सुरक्षित थी। अस्पताल ने इस तथ्य को स्वीकार किया और कहा (मई 2023) कि निविदाएं रद्द होने के कारण पैकड दवाइयां नहीं खरीदी जा सकीं, इसलिए कच्चे रूप में दवाइयां खरीदकर कुछ वैकल्पिक व्यवस्था की गईं।

### 11.5.6 आयुष अस्पतालों में आवश्यक उपकरणों की अनुपलब्धता

#### 11.5.6.1 अस्पताल में आवश्यक उपकरणों/औजारों की कमी

अस्पताल के कामकाज में उपकरण और औजार महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। वे स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उचित निदान, प्रभावी उपचार और सुरक्षित

शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के साथ साथ संक्रमण नियंत्रण और रोगी को आराम सुनिश्चित करते हैं।

2017-18 के दौरान, ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल के विभागों को आवश्यक यंत्रों/उपकरणों (उपभोज्य/गैर-उपभोज्य) की खरीद के लिए आवश्यकता प्रस्तुत करने के लिए निर्देशित किया गया था (जुलाई 2017)। 14 विभागों ने 184 विभिन्न वस्तुओं की 855 संख्या की आवश्यकता का आकलन किया था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल ने उपर्युक्त मांग के प्रति 12 से 15 महीने की देरी से 44 वस्तुओं की केवल 177 मात्राएं खरीदी (जुलाई और अक्टूबर 2018)। इस प्रकार, विभिन्न विभागों में आवश्यक 43 से 87 प्रतिशत वस्तुओं की खरीद नहीं की गई, जिससे अस्पताल में रोगी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रभावित हुईं। अस्पताल प्राधिकरण ने 2018 से शेष संख्या में वस्तुओं की खरीद के लिए कोई प्रयास नहीं किया है।

विभाग ने बताया (मई 2023) कि कुछ उपकरण पिछले वर्ष के दौरान खरीदे गए थे और बाकी खरीदे जा रहे हैं।

तथ्य यह है कि अस्पताल में रोगियों को उचित देखभाल प्रदान करने के लिए जरूरी सभी आवश्यक तंत्र/उपकरण नहीं थे।

#### 11.5.6.2 तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल में चिकित्सा उपकरणों का उपयोग न किया जाना

ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल ने मार्च 2018 में दो साल की मुफ्त एएमसी और पांच साल की गारंटी अवधि के साथ ₹45.98 लाख की लागत से चार उपकरण खरीदे थे और उन्हें तालिका 11.4 में दिए गए विवरण के अनुसार पैथोलॉजी लैब में स्थापित किया गया था।

तालिका 11.4: तिब्बिया अस्पताल द्वारा खरीदे गए उपकरणों की सूची  
(₹ लाख में)

क्र.सं.	वस्तु का नाम	मात्रा	लागत
1	पूरी तरह से स्वचालित जैव रसायन विश्लेषक	01	17.57
2	रुधिर विज्ञान विश्लेषक	01	17.57
3	इलेक्ट्रोलाइट विश्लेषक	01	0.98
4	इम्यूनोएसे सीएलआईए प्रणाली	01	9.85
	कुल		45.98

लेखापरीक्षा में पाया गया कि यद्यपि उपकरण प्रयोगशाला में स्थापित किए गए थे, परंतु अस्पताल द्वारा कोई परीक्षण नहीं किया गया था। मुफ्त एएमसी और गारंटी अवधि भी समाप्त हो गई थी।

इसके अलावा यह भी देखा गया कि मार्च 2018 से पैथोलॉजी लैब में 31 अलग-अलग आइटम<sup>9</sup> खराब थे, जिससे अस्पताल में पैथोलॉजी लैब का पूरा कामकाज प्रभावित हुआ और पैथोलॉजी लैब में कोई कार्यात्मक मशीन/उपकरण/रासायनिक किट उपलब्ध नहीं थे।

इसी प्रकार, यह देखा गया कि प्रसूति वार्ड में ₹ 6.69 लाख की राशि के दो उपकरण यानी फीटल डॉपलर और रोगी मॉनिटर, उनकी खरीद (सितंबर 2018) के बाद से उपयोग में नहीं लाए गए थे।

विभाग ने कहा (मई 2023) कि कोविड महामारी के कारण उपकरण का उपयोग नहीं किया जा सका। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि यह पाया गया कि ये उपकरण कोविड अवधि से पहले और बाद में बेकार पड़े थे।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि पैथोलॉजी लैब के लिए अभिकर्मकों की खरीद अंतिम स्तर पर है।

**सिफारिश 11.6: तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल को पैथोलॉजी और मातृत्व विभागों को पूर्ण रूप से चलाने के लिए इन विभागों में निष्क्रिय उपकरणों को चालू करने के लिए तत्काल उपाय करने चाहिए।**

### 11.5.6.3 तिब्बिया अस्पताल में वेंटिलेटर का निष्क्रिय स्टॉक

ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल ने कोविड के दौरान सितंबर और नवंबर 2021 में 34 वेंटिलेटर प्राप्त किये थे।

<sup>9</sup> रक्त कोशिका काउंटर, सेंट्रीफ्यूज मशीन, बी पी उपकरण, ब्लड बैंक फार्मास्यूटिकल रेफ्रिजरेटर, बायो केमिस्ट्री सेमी एनालाइजर, सेंट्रीफ्यूज मशीन 8 ट्यूब, ईएसआर एनालाइजर 20 चैनल, एलीसा रीडर, पूरी तरह से स्वाचालित बायोकेमिस्ट्री एनालाइजर, पूरी तरह से स्वाचालित सेल काउंटर, हॉट प्लेट, हीट कन्वेक्टर, एच बी बिलमीटर, लैब रेफ्रिजरेटर, माइक्रोस्कोप दूरबीन, मैट्रिक दूरबीन माइक्रोस्कोप, सूई त्यागनेवाला, मिश्रित आक्सीडेंट, नाइकोकार्ड रीडर, डीएस इंस्टा चेक, रेफ्रिजरेटर फार्मा, सैंपल रोलेटर, मूत्र विश्लेषक, अल्ट्रासोनिक क्लीनर, वजन मशीन, ब्लड बैंक फार्मास्यूटिकल रेफ्रिजरेटर, ऑटो हेमटोलॉजी एनालाइजर, फार्मास्यूटिकल रेफ्रिजरेटर, इलेक्ट्रोलाइट एनालाइजर, ऑटो रसायन एनालाइजर और मैंग्लुमी 800

लेखापरीक्षा में पाया गया कि वेंटिलेटर स्थापित नहीं किए गए थे और विशेषज्ञों की कमी तथा मेडिकल गैस पाइपलाइन जैसी सुविधाओं की कमी के कारण अस्पताल के स्टोर में बेकार पड़े थे। इसके अतिरिक्त, अस्पताल ने इन वेंटिलेटरों को अन्य जरूरतमंद संस्थानों को सौंपने के लिए कोई प्रयास नहीं किया।

अस्पताल ने कहा (मई 2023) कि कोविड की तीसरी लहर के दौरान अस्पताल में आईसीयू बनाने के लिए वेंटिलेटर्स प्राप्त हुए थे। कोविड के कम होने के कारण इसका उपयोग नहीं किया जा सका।

सरकार ने कहा (दिसम्बर 2023) कि अस्पताल ने वेंटिलेटर सौंपने के लिए सभी अस्पतालों के चिकित्सा अधिकारियों को ईमेल भेजा था परंतु कोई उत्तर नहीं मिला। मेडिकल गैस पाइप लाइन लगाने के संबंध में बजट की डिमांड भेजी गई है।

तथ्य यह है कि ए एंड तिब्बिया कॉलेज में वेंटिलेटर का उपयोग नहीं किया था और बेकार पड़े थे।

## 11.6 मानव संसाधन प्रबंधन

किसी स्वास्थ्य संस्थान के प्रभावी और कुशल कामकाज के लिए पर्याप्त संख्या में प्रेरित, सशक्त, प्रशिक्षित और कुशल मानव संसाधन आवश्यक है। अवसंरचना, उपकरण, दवाइयों आदि जैसे अन्य घटकों में निवेश करने से पहले मानव संसाधन योजना आवश्यक है। जनरल ड्यूटी मेडिकल ऑफिसर (जीडीएमओ), विशेषज्ञों, नर्सों, संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवरों, प्रशासनिक और सहायक कर्मचारियों आदि के संबंध में कर्मचारियों की आवश्यकता का मूल्यांकन उन लोगों की स्वास्थ्य सुविधा आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए किया जाना चाहिए जिन्हें स्वास्थ्य संस्थान सेवा प्रदान करता है। जनशक्ति की उपलब्धता और संबंधित मुद्दों पर आगामी पैराग्राफों में चर्चा की गई है।

### 11.6.1 आयुष में स्टाफ की कमी

आयुष निदेशालय और उसके चार कॉलेजों व अस्पतालों में स्टाफ की भारी कमी थी। मार्च 2023 तक आयुष विभागों में कर्मचारियों की कुल कमी 57.97 प्रतिशत थी जैसा कि तालिका 11.5 में दिया गया है।

तालिका 11.5 मेडिकल कॉलेजों और अस्पतालों में स्टाफ की स्थिति

इकाई का नाम	स्वीकृत संख्या	तैनात कर्मचारियों की संख्या	स्टाफ की कमी	रिक्ति प्रतिशत में	आउटसोर्स कर्मचारियों की संख्या
आयुष निदेशालय	229	118	111	48.47	48
होम्योपैथिक विंग	359	188	171	45.63	110
ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज	271	123	148	54.61	5
बीआर सूर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज एंड रिसर्च सेंटर	141	62	79	56.02	30
चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेदिक चरक संस्थान	445	95	350	78.65	207
नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज और अस्पताल	211	110	101	47.86	10
<b>कुल</b>	<b>1656</b>	<b>696</b>	<b>960</b>	<b>57.97</b>	<b>410</b>

इस प्रकार, आयुष निदेशालय के अंतर्गत स्वास्थ्य सुविधाएं कुशल और प्रभावी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए पर्याप्त मानव संसाधनों से सुसज्जित नहीं थीं।

### 11.6.2 मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में स्टाफ की कमी

- डॉक्टरों, नर्सों और पैरामेडिकल स्टाफ की कमी: संलग्न अस्पतालों वाले चार<sup>10</sup> मेडिकल कॉलेजों में डॉक्टरों (51.89 प्रतिशत), पैरामेडिकल स्टाफ (55.93 प्रतिशत) और नर्सों (32.21 प्रतिशत) के केंद्र में स्टाफ की भारी कमी देखी गई जैसा कि तालिका 11.6 में वर्णित है।

तालिका 11.6: मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में डॉक्टरों, नर्सों, फार्मासिस्टों की स्टाफ स्थिति

वर्ग	तिब्बिया कॉलेज		सीबीपीएसीएस		एसएचएमसी		एनएचएमसी		कुल		स्टाफ की कमी	
	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	संख्या	%
डॉक्टर	90	41	101	60	55	27	97	37	343	165	178	51.89
पैरामेडिकल स्टाफ	26	6	55	19	15	11	22	16	118	52	66	55.93
नर्स	60	19	47	46	13	11	28	25	149	101	48	32.21

- लेखापरीक्षा अवधि के दौरान एसएचएमसी में फिजियोथेरेपिस्ट और डेंटिस्ट के एकमात्र पद और हाउस फिजिशियन के सभी पांच पद खाली रहे।

<sup>10</sup> आयुर्वेद व तिब्बिया कॉलेज, एसएचएमसी, एनएचएमसी और सीबीपीएसीएस

- मार्च 2023 तक एसएचएमसी में ओटी तकनीशियन, ईसीजी तकनीशियन और प्रयोगशाला सहायक के एकमात्र पद रिक्त थे। एनएचएमसी में, लेखापरीक्षा अवधि के दौरान भौतिक प्रशिक्षण प्रशिक्षक, सहायक आहार विशेषज्ञ, बायोकेमिस्ट, ऑपरेशन थिएटर तकनीशियन आदि के एकमात्र पद रिक्त पाए गए थे।

एसएचएमसी और तिब्बिया हॉस्पिटल ने कहा (मई 2023) कि रिक्तियों को भरने की प्रक्रिया चल रही है।

### 11.6.3 मेडिकल कॉलेजों में शिक्षण संकायों की कमी

चार आयुष मेडिकल कॉलेज हैं जिनमें छात्र प्रवेश के अनुसार आयुर्वेद, यूनानी और होम्योपैथी में स्नातक और स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम प्रदान किए जाते हैं जैसाकि तालिका 11.7 में दिया गया है।

तालिका 11.7: आयुष मेडिकल कॉलेजों में छात्रों की संख्या

क्र.सं.	कॉलेज का नाम	उपलब्ध सीटों की संख्या	
		स्नातक	स्नातकोत्तर
1	ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज	158	31
2	डॉ.बीआर सूर होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज	63	शून्य
3	नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज	125	9
4	चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेदिक चरक संस्थान	125	51

आयुष के अंतर्गत मेडिकल कॉलेजों में शिक्षण संकायों की भारी कमी थी। मार्च 2022 तक रिक्ति की स्थिति तालिका 11.8 में दी गई है।

तालिका 11.8: मेडिकल कॉलेजों में शिक्षण संकायों की स्टाफ स्थिति

वर्ग	तिब्बिया कॉलेज		सीबीपीएसीएस		एसएचएमसी		एनएचएमसी		कुल		कुल मिलाकर स्टाफ की कमी	
	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	एसएस	एमआईपी	संख्या	%
प्रधानाचार्य	1	0	1	0	1	1	1	0	4	1	3	75%
प्रोफेसर	17	शून्य	14	6	13	10	18	7	62	23	39	63%
सह प्रोफेसर/पाठक	24	शून्य	21	13	-	-	-	-	45	13	32	71%
सहायक प्रोफेसर	49	41	23	21	15	6	26	14	113	82	31	27%

- चार कॉलेजों में से तीन कॉलेजों में प्रधानाचार्य का पद खाली रहा। मेडिकल कॉलेजों में प्रोफेसरों की कुल मिलाकर 63 प्रतिशत, सह-प्रोफेसरों की

71 प्रतिशत और सहायक प्रोफेसरों की 27 प्रतिशत कमी थी। ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज में प्रोफेसर और एसोसिएट प्रोफेसर के 100 प्रतिशत पद खाली थे।

- यद्यपि ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज में शैक्षणिक सत्र 2019-20 से छात्रों के लिए सीटें 128 से बढ़ाकर 158 (25 प्रतिशत) कर दी गईं, सीटों की बढ़ी हुई संख्या के अनुपात में शिक्षण स्टाफ में वृद्धि नहीं की गई।
- यह देखा गया कि नियमित संकाय के स्थान पर 15 जनरल ड्यूटी चिकित्सा अधिकारियों को एसएचएमसी में शिक्षण उद्देश्य के लिए तैनात किया गया था।

मेडिकल कॉलेजों में शिक्षण स्टाफ की कमी चिकित्सा शिक्षा की गुणवत्ता और स्वास्थ्य सेवा वितरण पर भी प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि होम्योपैथिक विंग में रिक्त पदों को भरने की प्रक्रिया पहले ही शुरू की जा चुकी है। आयुर्वेद और यूनानी विंग के मामले में, चिकित्सा अधिकारी और फार्मासिस्ट विभाग में शामिल हो गए हैं तथा शेष रिक्त पदों को भर्ती के लिए यूपीएससी एवं डीएसएसबी को अधिसूचित कर दिया गया है।

**सिफारिश 11.7: रा.रा.क्षे.दि.स. और निदेशालय को चिकित्सा अधिकारी, शिक्षण स्टाफ, नर्स और पैरामेडिकल स्टाफ के रिक्त पदों को भरने के लिए तत्काल उपाय करने चाहिए।**

### 11.7 आयुष के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना और उपकरणों कि पर्याप्त और उचित रूप से बनाए रखना अत्यंत महत्वपूर्ण है।

2016-22 के दौरान अस्पतालों में ओपीडी रोगियों की संख्या तालिका 11.9 में दी गई है।

तालिका 11.9: अस्पतालों में ओपीडी रोगी

वर्ष	ए एंड यू तिब्बिया	एसएचएमसी	एनएचएमसी	सीबीपीएसीएस	कुल
2016-17	2,96,727	61,630	1,84,159	3,33,595	8,76,111
2017-18	3,18,117	61,139	1,75,492	3,37,272	8,92,020
2018-19	2,65,393	64,469	1,65,436	3,83,986	8,79,284
2019-20	1,66,623	64,439	1,75,655	4,35,830	8,42,547
2020-21	29,432	29,960	12,916	31,758	1,04,066
2021-22	1,63,162	40,491	89,078	1,46,279	4,39,010
2022-23 (22 दिसंबर तक)	1,54,494	41,521	1,18,492	1,90,676	5,05,183

अभिलेखों की जांच से स्वास्थ्य देखभाल के अवसंरचना में अपर्याप्तता का पता चला जिसकी चर्चा अगले पैराग्राफ में की गई है।

### 11.7.1 एसएचएमसी में पूछताछ खिड़की की अनुपलब्धता

एसएचएमसी सामान्य ओपीडी और बाल चिकित्सा, जराचिकित्सा, स्त्री रोग और परिवार नियोजन, जीवनशैली विकार, थायरॉयड विकार, मनोरोग, गठिया, श्वसन संबंधी विकार, त्वचा रोग, गुर्दे की पथरी, आंख, ईएनटी और फिजियोथेरेपी में विशेष क्लीनिकों के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करता है। ओपीडी में वार्षिक रोगी टर्नओवर 61,630 (2016-17) से 42,285 (2022-23, 24 जनवरी 2023 तक) तक था।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि अस्पताल ने अस्पताल सेवाओं के बारे में जानकारी मांगने वाले रोगियों की सुविधा और मदद के लिए ओपीडी के लिए कोई पूछताछ खिड़की प्रदान नहीं की।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि अब ओपीडी के लिए एक पूछताछ विंडो खोल दी गई है।

### 11.7.2 नागरिक चार्टरों में कमी

नागरिक चार्टर पहल उन समस्याओं को हल करने की खोज का उत्तर है जिनका सामना एक नागरिक सार्वजनिक सेवाएं प्रदान करने वाले संगठनों के साथ काम करते समय दिन-ब-दिन करता है।

एसएचएमसी के नागरिक चार्टर में परिवार कल्याण, मातृत्व और शिशु देखभाल सेवाओं, टीकाकरण सेवाओं और एम्बुलेंस सेवाओं की उपलब्धता के बारे में

जानकारी नहीं दी गई। इसके अलावा, एसएचएमसी का नागरिक चार्टर स्थानीय भाषा में उपलब्ध नहीं था।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि नागरिक चार्टर को संशोधित किया गया है और बोर्ड की तैयारी के लिए लोक निर्माण विभाग को प्रस्तुत किया गया है।

### 11.7.3 अस्पतालों में अंतः रोगी विभाग (आईपीडी)

आईपीडी अस्पताल के उन क्षेत्रों को संदर्भित करता है जहां रोगियों को भर्ती होने के बाद बाह्य रोगी विभाग, आपातकालीन सेवाओं और एम्बुलेटरी देखभाल के डॉक्टर/विशेषज्ञ के मूल्यांकन के आधार पर समायोजित किया जाता है। आंतरिक रोगियों को नर्सिंग सेवाओं, दवाओं/नैदानिक सुविधाओं की उपलब्धता, डॉक्टरों द्वारा अवलोकन आदि के माध्यम से उच्च स्तर की देखभाल की आवश्यकता होती है।

#### 11.7.3.1 आयुष अस्पतालों में आईपीडी रोगियों की घटती प्रवृत्ति और कम बिस्तर अधिभोग

चार अस्पतालों में आईपीडी में भर्ती रोगियों की संख्या तालिका 11.10 में दी गई है।

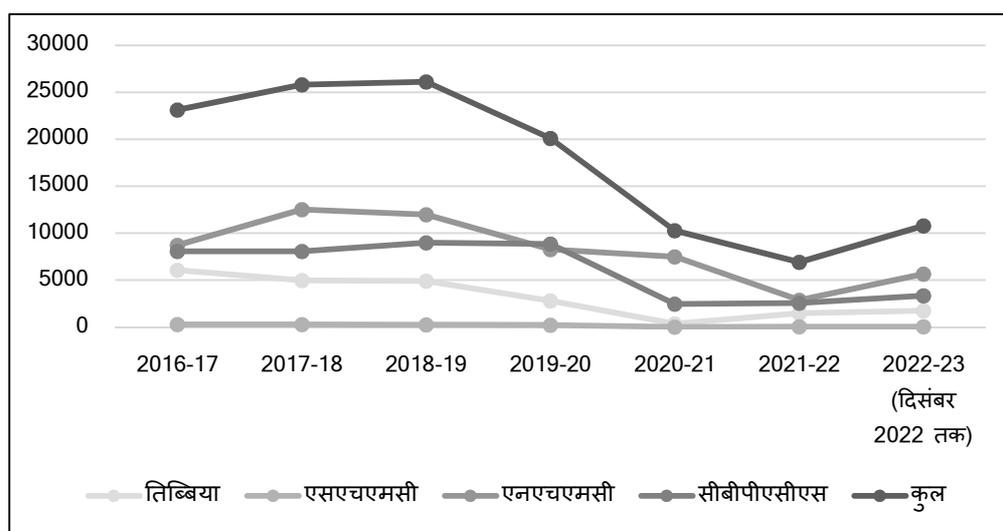
तालिका 11.10: आयुष अस्पतालों में आईपीडी रोगी

वर्ष	तिब्बिया	एसएचएमसी	एनएचएमसी	सीबीपीएसीएस	कुल
2016-17	6068	275	8692	8073	23108
2017-18	4958	272	12498	8071	25799
2018-19	4909	232	11972	8990	26103
2019-20	2786	217	8261	8834	20098
2020-21	324	0	7490	2452	10266
2021-22	1466	44	2859	2550	6919
2022-23 (दिसंबर 2022 तक)	1744	46	5653	3344	10787

तालिका 11.10 से देखा जा सकता है कि लेखापरीक्षा अवधि के दौरान आईपीडी में आने वाले रोगियों की संख्या 2016-17 में 23,108 से घटकर 2019-20 (पूर्व-कोविड अवधि) में 20,098 हो गई और आगे घटकर 10,226 (2020-21), 6,919 (2021-22) और 10,787 (दिसंबर 2022 तक) हो गई।

2016-17 से 2022-23 (दिसंबर 2022 तक) की अवधि के दौरान आईपीडी में आने वाले रोगियों की प्रवृत्ति चार्ट 11.2 में दी गई है।

चार्ट 11.2: मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में आईपीडी रोगी



सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि कोविड महामारी के कारण, अस्पतालों को कोविड हेल्थकेयर सेंटर घोषित कर दिया गया था और अधिकांश कर्मचारियों को अन्य कोविड संगरोध केंद्रों में भेज दिया गया और आईपीडी सेवाएं आम जनता के लिए बंद कर दी गई थीं।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि तिब्बिया अस्पताल और एसएचएमसी में कोविड 19 से पहले रोगियों की संख्या में गिरावट आई थी।

### 11.7.3.2 आयुष अस्पतालों में कम बिस्तर अधिभोग

तिब्बिया कॉलेज, सीबीपीएसीएस, एसएचएमसी और एनएचएमसी में उपलब्ध आईपीडी बिस्तरों की संख्या 240, 210, 50 और 100 थी। आयुष अस्पतालों में बिस्तर अधिभोग दर बहुत कम थी जैसा कि तालिका 11.11 में दर्शाया गया है।

तालिका 11.11: अस्पतालों में बिस्तर अधिभोग

वर्ष	उपलब्ध बिस्तर दिनों की संख्या				बिस्तर अधिभोग दिनों की संख्या (बिस्तर अधिभोग दर)			
	तिब्बिया (365x240)	सीबीपीए सीएस (365x210)	एसएच एमसी (365x50)	एनएचएमसी (365x100)	तिब्बिया	सीबीपीएसीएस	एसएचएमसी	एनएचएमसी
2016-17	87,600	76,650	18,250	36,500	34301(39)	56994(74.35)	254(1.39)	8760(24)
2017-18	87,600	76,650	18,250	36,500	28792(33)	59606(77.76)	250(1.37)	12410(34)
2018-19	87,600	76,650	18,250	36,500	26305(30)	59058(77.05)	214(1.17)	12045(33)
2019-20	87,600	76,650	18,250	36,500	13783(16)	58298(76.05)	199(1.09)	8395(23)
2020-21	87,600	76,650	18,250	36,500	1875(2.14)	21625(28.21)	शून्य	13870(38)
2021-22	87,600	76,650	18,250	36,500	8493(9.70)	22691(29.60)	40(0.22)	4745(13)

2016-17 से 2021-22 की अवधि के दौरान, ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में बिस्तर अधिभोग दर 2.14 से 39 प्रतिशत, सीबीपीएसीएस में 28.21 से 77.76 प्रतिशत, एसएचएमसी में 0.22 से 1.39 प्रतिशत और एनएचएमसी में 13 से 38 प्रतिशत तक थी।

इस प्रकार आयुष अस्पतालों में अवसंरचना का इष्टतम उपयोग नहीं किया गया। अस्पतालों में ऑपरेशन थिएटर (पैराग्राफ 11.7.14), अल्ट्रासाउंड (पैराग्राफ 11.7.5), स्टाफ की कमी (पैराग्राफ 11.6.2) और कैजुअल्टी वार्ड (पैराग्राफ 11.7.13) जैसी आवश्यक सुविधाओं का अभाव आईपीडी सुविधाओं के कम उपयोग का कारण हो सकते हैं।

**सिफारिश 11.8: आयुष अस्पतालों को सभी आवश्यक अवसंरचना का विकास करना चाहिए और अधिक रोगियों को आयुष की ओर आकर्षित करने के लिए नैदानिक और आपातकालीन सुविधाओं के साथ रोगी देखभाल सेवाएं प्रदान करनी चाहिए।**

#### 11.7.4 ए एवं यू तिब्बिया अस्पताल में मेडिकल रिकॉर्ड विभाग (एमआरडी) का अभाव

अस्पताल मैनुअल के अध्याय XII में कहा गया है कि कुशल रोगी स्वास्थ्य देखभाल में मेडिकल रिकॉर्ड रखने का महत्व है। मेडिकल रिकॉर्ड विभाग (एमआरडी) को सभी मामलों में पूर्ण रिकॉर्ड सुरक्षित स्थान में रखना चाहिए और अस्पताल प्रशासन के लिए आवश्यक चिकित्सा आंकड़ों की मासिक रिपोर्ट संकलित करनी चाहिए। आयुर्वेद और यूनानी तिब्बिया अस्पताल में एमआरडी नहीं था जिसके अभाव में अस्पताल मैनुअल के अनुसार अनिवार्य डेटा जैसे रोगी उपस्थिति रिकॉर्ड, अवलोकन और अनुवर्ती रिकॉर्ड, अस्पताल के भीतर और बाहर रेफरल रिकॉर्ड, उपचार रिकॉर्ड आदि का रखरखाव नहीं किया जा रहा था।

तिब्बिया कॉलेज ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (मई 2023) और कहा कि एमआरडी की स्थापना नहीं की जा सकती क्योंकि एमआरडी के लिए कोई पद स्वीकृत नहीं था।

#### 11.7.5 अस्पतालों में गैर-कार्यात्मक रेडियोलॉजी विभाग

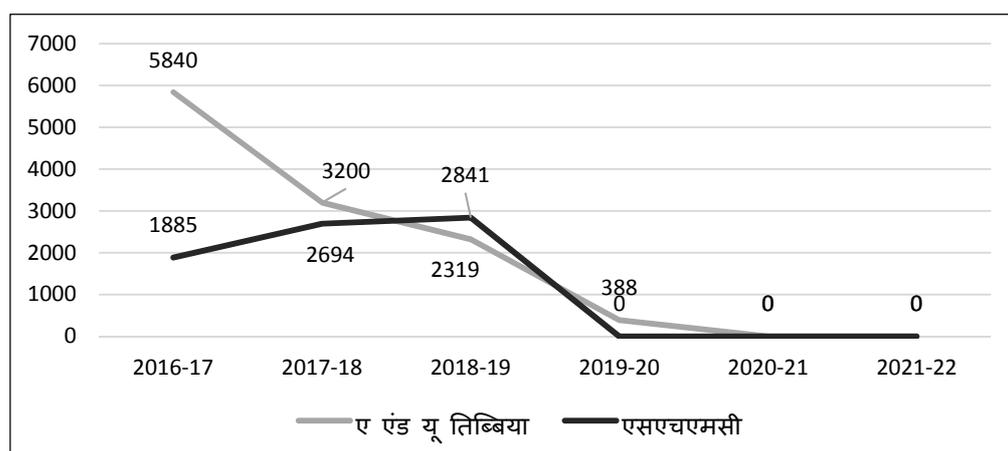
रेडियोलॉजी विभाग किसी भी अस्पताल का एक अनिवार्य हिस्सा होता है, जो कई चिकित्सीय स्थितियों के निदान और उपचार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता

है। तथापि कार्यात्मक उपकरणों की अनुपलब्धता के कारण नमूना जांच किए गए अस्पतालों में रेडियोलॉजी डायग्नोस्टिक सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं।

ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में 2016-17 से 2019-20 और एसएचएमसी में 2016-17 से 2018-19 की अवधि के दौरान केवल एक एक्सरे मशीन कार्यात्मक थी।

एसएचएमसी (2016-22) और ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल (2018-22) के संबंध में मशीन और उपकरण शीर्ष के अंतर्गत पर्याप्त धनराशि उपलब्ध होने के बावजूद अस्पताल प्राधिकरण उपरोक्त उपकरण खरीदने में विफल रहा जैसा कि पैरा 11.3.1 में बताया गया है। लेखापरीक्षा अवधि के दौरान दोनों अस्पतालों में किए गए एक्स-रे की संख्या चार्ट 11.3 में दर्शाई गई है।

चार्ट 11.3: किए गए एक्स-रे की संख्या



अस्पताल में रेडियोलॉजी उपकरण की अनुपस्थिति निदान सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है। यह भी रोगियों को भारतीय चिकित्सा पद्धति से इलाज कराने में हतोत्साहित कर सकता है।

अस्पताल ने बताया (मई 2023) कि रेडियोलॉजी विभाग को क्रियाशील बनाने की पहल की जा रही है। एसएचएमसी के मामले में, सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि सीआर प्रणाली के साथ एक्स-रे मशीन अब स्थापित कर ली गई है। तथापि इसे संचालित करने के लिए एईआरबी से लाइसेंस की प्रतीक्षा है।

**सिफारिश 11.9:** अस्पतालों को बीमारी के निदान और उपचार की सुविधा के लिए एक्स-रे सुविधा सहित कार्यात्मक रेडियोलॉजी विभाग बनाना चाहिए।

**11.7.6 ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में पैथोलॉजी लैब का काम न करना**

पैथोलॉजी लैब किसी भी अस्पताल या चिकित्सा सुविधा का एक अभिन्न अंग होता है। ये प्रयोगशालाएं रोगों के निदान, उपचार और प्रबंधन में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं।

ए एंड यू तिब्बिया के किए गए प्रयोगशाला परीक्षणों की संख्या तालिका 11.12 में दी गई है।

**तालिका 11.12: ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में किए गए प्रयोगशाला परीक्षणों की संख्या**

क्र.सं.	वर्ष	किए गए परीक्षण की संख्या
1	2016	1,63,095
2	2017	2,03,229
3	2018	1,89,717
4	2019	7,084
5	2020	1,344
6	2021	3,488
7	2022	8,021

तालिका 11.12 से यह देखा जा सकता है कि 2016-22 की अवधि के दौरान किए गए परीक्षणों की संख्या में वर्ष 2019 से काफी गिरावट आई है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2018 तक 44 प्रकार के परीक्षण किए गए थे और फरवरी 2023 तक आवश्यक रसायनों तथा कार्यात्मक उपकरणों की अनुपलब्धता के कारण केवल 12 परीक्षण किए जा रहे थे।

तिब्बिया कॉलेज ने कहा (मई 2023) कि 2019-2022 के दौरान कोविड के कारण लैब परीक्षणों की संख्या में कमी आई और अस्पताल ने उक्त अवधि के दौरान लैब परीक्षणों को आउटसोर्स किया था। इसमें आगे कहा गया कि लैब को पूरी तरह कार्यात्मक बनाने के प्रयास किए जा रहे हैं। सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि पैथोलॉजी लैब के लिए किट/अभिकर्मकों को खरीदने की प्रक्रिया अंतिम चरण में है।

तथ्य यह है कि पैथोलॉजी उपकरण (पैरा 11.5.6.2) की उपलब्धता के बावजूद सरकार पैथोलॉजी सेवाएं प्रदान नहीं कर सकी (दिसंबर 2023)।

**11.7.7 अस्पताल में गैर-कार्यात्मक मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (एमसीएच) इकाई**

अस्पतालों में प्रसूति वार्ड महत्वपूर्ण होते हैं क्योंकि वे गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर के दौरान महिलाओं को विशेष देखभाल प्रदान करते हैं। यह मां और

बच्चे के स्वास्थ्य की निगरानी के लिए चेक-अप, अल्ट्रासाउंड और अन्य परीक्षणों सहित प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करता है और प्रसव के बाद की देखभाल भी प्रदान करता है, जिसमें स्तनपान सहायता, मां के लिए प्रसवोत्तर जांच और नवजात शिशु की देखभाल शामिल है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि मार्च 2021 से ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में एमसीएच वार्ड काम नहीं कर रहा था और 2016-17 से प्रसव के लिए भर्ती होने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या में लगातार कमी आई है जैसा कि तालिका 11.13 से देखा जा सकता है।

**तालिका 11.13: तिब्बिया अस्पताल में मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य वार्ड का निष्पादन**

वर्ष	पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की संख्या	अस्पताल में हुई सामान्य डिलीवरी की संख्या	संदर्भित मामलों की संख्या
2016-17	913	330	71
2017-18	606	249	74
2018-19	464	195	54
2019-20	489	152	29
2020-21	29	08	3
2021-22	शून्य	शून्य	शून्य
2022-23	शून्य	शून्य	शून्य

तिब्बिया अस्पताल ने कहा (मई 2023) कि मातृत्व एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं कोविड अवधि के दौरान बंद कर दी गई थीं तथा इमारत को नवीनीकरण और ऑक्सीजन बेड स्थापित करने के लिए पीडब्ल्यूडी को सौंप दिया गया था।

तथ्य यह है कि कोविड महामारी में कमी के बाद भी एमसीएच इकाई अभी भी कार्यात्मक नहीं है और नवीनीकरण अवधि के दौरान एमसीएच इकाइयों के लिए कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं की गई थी।

**सिफारिश 11.10: तिब्बिया कॉलेज और अस्पताल को गैर-कार्यात्मक उपकरणों की मरम्मत या बदलने के लिए तत्काल उपाय करना चाहिए तथा पैथोलॉजी और मातृत्व सुविधाओं को पूर्ण रूप से पुनः शुरू करना चाहिए।**

**11.7.8 अस्पतालों में कम्प्यूटरीकृत केंद्रीय पंजीकरण प्रणाली लागू नहीं होना**  
कम्प्यूटरीकृत केंद्रीय पंजीकरण प्रणाली अस्पताल प्रबंधन का एक अनिवार्य घटक है, क्योंकि यह रोगी पंजीकरण प्रक्रिया को सुव्यवस्थित करने में मदद करती है और उचित रिकॉर्ड रखना सुनिश्चित करती है एवं काफी समय बचाती है।

विभाग द्वारा उपलब्ध कराए गए अभिलेखों की जांच के दौरान यह पाया गया कि चयनित अस्पतालों यानी तिब्बिया अस्पताल और एसएचएमसी में ओपीडी और आईपीडी पंजीकरण और फार्मसी काउंटरों के लिए ऑनलाइन पंजीकरण प्रणाली स्थापित नहीं की गई थी।

अस्पतालों ने कहा (मई 2023) कि पद सृजन और पंजीकरण काउंटरों के कम्प्यूटरीकरण के लिए उचित कार्रवाई शुरू की जा रही है। सरकार ने बताया (दिसंबर 2023) कि एसएचएमसी में पंजीकरण के चार कम्प्यूटरीकृत काउंटर बनाने के लिए सक्षम प्राधिकारी को प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया है। ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल के संबंध में कम्प्यूटरीकृत केंद्रीय पंजीकरण के निर्माण के लिए अध्ययन किया गया है।

### 11.7.9 मेडिकल कॉलेजों में सीटों के इष्टतम उपयोग में कमी

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज बैचलर ऑफ आयुर्वेदिक मेडिसिन एंड सर्जरी (बीएएमएस) और बैचलर ऑफ यूनानी मेडिसिन एंड सर्जरी (बीयूएमएस) दोनों पाठ्यक्रम प्रदान करता है, जबकि सीबीपीएसीएस केवल बीएएमएस पाठ्यक्रम प्रदान करते हैं। इसी तरह, एसएलएमसी और एनएचएमसी अपने कॉलेज में बीएचएमएस पाठ्यक्रम प्रदान करते हैं। मेडिकल कॉलेजों द्वारा प्रस्तावित स्नातक पाठ्यक्रमों में 2016-17 से 2022-23 की अवधि के दौरान स्वीकृत सीटों के मुकाबले प्रवेश में कमी थी जैसाकि तालिका 11.14 में दिया गया है।

तालिका 11.14: मेडिकल कॉलेजों में रिक्त सीटें

क्र.सं.	कॉलेज का नाम	अवधि	सीटें	अधिकतम रिक्त सीट प्रतिशत में
1	ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज	बीयूएमएस	61 से 75	23
2	सीबीपीएसीएस	बीएएमएस	100 से 125	14
3	एनएचएमसी	बीएचएमएस	100 से 125	35
4	एसएचएमसी	बीएचएमएस	50 से 63	34

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज ने कहा (मई 2023) कि बीयूएमएस के मामले में, एससी/एसटी के लिए आरक्षित सीटें नहीं भरी गईं क्योंकि अधिकांश एससी/एसटी आवेदकों के पास 10वीं कक्षा के स्तर पर उर्दू विषय का अध्ययन करने की अनिवार्य योग्यता नहीं थी।

बीएचएमएस कोर्स के संबंध में, सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि छात्रों के प्रवास के कारण सीटें खाली रह गईं।

**सिफारिश 11.11: रा.रा.क्षे.दि.स. को सीटों के इष्टतम उपयोग के लिए उचित कार्रवाई करनी चाहिए।**

#### 11.7.10 अस्पताल एवं प्रयोगशालाओं को एनएबीएच एवं एनएबीएल से गैर-प्रत्यायन

अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) भारतीय गुणवत्ता परिषद का एक घटक बोर्ड है, जिसे स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के लिए प्रत्यायन कार्यक्रम स्थापित करने और संचालित करने के लिए स्थापित किया गया है। प्रत्यायन के परिणामस्वरूप देखभाल की गुणवत्ता और रोगी सुरक्षा में सुधार होता है।

राष्ट्रीय प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) प्रमाणपत्र रोगियों को विश्वसनीय परीक्षण, माप और अंशांकन सेवाओं की पहचान करने और चयन करने के लिए एक तैयार साधन प्रदान करता है जो उनकी जरूरतों को पूरा करने में सक्षम हैं। यह परीक्षण, अंशांकन और चिकित्सा परीक्षण प्रयोगशालाओं द्वारा जारी किए गए परीक्षण/अंशांकन रिपोर्टों में भी विश्वास बढ़ाता है जो सटीकता और विश्वसनीय परिणामों पर जोर देते हैं।

ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल और एसएचएमसी, एनएबीएच द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थे और इसकी प्रयोगशालाएं एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त नहीं थीं।

ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज ने कहा (मई 2023) कि उसने एनएबीएच मान्यता के लिए आवेदन किया है (अगस्त 2022)। सरकार ने सूचित किया (दिसंबर 2023) कि एसएचएमसी में एनएबीएल और एनएबीएच मान्यता के लिए प्रक्रिया शुरू कर दी गई है।

#### 11.7.11 योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा पद्धति उपचार

योग बीमारियों की रोकथाम और जीवनशैली से संबंधित कई विकारों के उपचार पर केंद्रित है। प्राकृतिक चिकित्सा का उद्देश्य वैकल्पिक उपचारों सहित प्राकृतिक तरीकों के माध्यम से स्वास्थ्य को बहाल करने के लिए शरीर से बीमारियों और रुग्ण पदार्थों को खत्म करना है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में राष्ट्रीय आयुष मिशन (एनएएम) में अपनाए गए अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए स्कूलों और कार्यस्थलों में अधिक व्यापक रूप से योग की शुरुआत की परिकल्पना की गई है।

रा.रा.क्षे.दि.स. के अंतर्गत आयुष निदेशालय ने स्कूली बच्चों और आम जनता के बीच योग अभ्यास को प्रोत्साहित करने के लिए कोई कार्यक्रम शुरू या कार्यान्वित नहीं किया है। इसके अलावा, निदेशालय ने अपने किसी भी औषधालय में योग प्रशिक्षक की नियुक्ति नहीं की है।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि अब योग और प्राकृतिक चिकित्सा के लिए राज्य सलाहकार बोर्ड का गठन किया गया है। कोविड महामारी के कारण बोर्ड की बैठक नहीं हो सकी और स्कूली शिक्षा में योग और प्राकृतिक चिकित्सा को शामिल करने का प्रयास किया जा रहा है।

**सिफारिश 11.12: निदेशालय को योग को बढ़ावा देने और अपनी स्वास्थ्य सुविधाओं में योग प्रशिक्षकों की नियुक्ति के लिए उपयुक्त उपाय करने चाहिए।**

#### 11.7.12 अस्पताल आपदा प्रबंधन में कमियां

आपदा प्रबंधन अधिनियम (डीएमए), 2005 के अनुसार विभाग को किसी भी संकट (भूकंप, आग, बाढ़, इमारत ढहना आदि) में जीवन बचाने तथा चोटों के प्रभाव को कम करने के लिए चिकित्सा प्रतिक्रिया और देखभाल के दौरान पीड़ा को कम करने और गुणवत्तापूर्ण आपात स्थिति प्रदान करने के लिए चिकित्सा प्रतिक्रिया योजना और त्वरित प्रतिक्रिया टीम (क्यूआरटी) की तैनाती का संचालन करना होता है। इसके लिए, कर्मचारियों को किसी भी अप्रिय घटना के लिए प्रशिक्षित और अच्छी तरह से तैयार रखने के लिए नियमित मॉक ड्रिल आयोजित की जानी चाहिए ताकि वे स्थिति को कुशलतापूर्वक संभाल सकें और मानव क्षति को कम कर सकें।

तथापि, यह देखा गया कि संपूर्ण लेखापरीक्षा अवधि के दौरान एसएचएमसी में केवल एक मॉक ड्रिल (मार्च 2023) किया गया।

एसएचएमसी में अभिलेखों के संयुक्त भौतिक निरीक्षण और जांच से निम्नलिखित कमियाँ सामने आईं:

- (i) पहली मंजिल की बालकनी अग्निशमन वाहन के प्रवेश के रास्ते में बाधा डालती है।
- (ii) सात स्थानों पर स्मोक डिटेक्टर चालू नहीं मिले, जबकि इसे एक कमरे में स्थापित नहीं किया गया था।
- (iii) अस्पताल में आग से बाहर निकलने के लिए निकासी योजना मार्ग प्रदर्शित नहीं पाए गए।

सरकार ने सूचित किया (दिसंबर 2023) कि आग से संबंधित कमियों को अब ठीक कर लिया गया है, सभी स्थानों पर निकासी योजना मार्गों को प्रदर्शित किया गया है और कार्यात्मक धूम्रपान डिटेक्टर स्थापित किए गए हैं।

#### 11.7.13 अस्पताल में आपातकालीन/हताहत वार्ड की अनुपलब्धता

एक कैजुअल्टी वार्ड जिसे आपातकालीन विभाग के रूप में भी जाना जाता है, अस्पताल में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है क्योंकि यह उन रोगियों को तत्काल चिकित्सा सहायता प्रदान करता है जिन्हें चिकित्सा देखभाल की तत्काल आवश्यकता होती है।

भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद (आयुर्वेद कालेजों और संबंध अस्पतालों की न्यूनतम मानक आवश्यकताएं) विनियम 2012 के अनुसार एक अस्पताल में आत्यायिका (आपातकालीन) सहित न्यूनतम आठ ओपीडी होंगी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल में कोई भी आत्यायिका (आपातकालीन) वार्ड काम नहीं कर रहा था।

अस्पताल ने बताया (मई 2023) कि आपातकालीन स्थिति में रोगियों को नजदीकी एलोपैथिक सरकारी अस्पताल में रेफर किया जा रहा है।

तथ्य यह है कि ए एंड यू तिब्बिया अस्पताल के पास अपनी आपातकालीन और कैजुअल्टी इकाई नहीं है।

#### 11.7.14 ऑपरेशन थिएटर यूनिट की अनुपलब्धता

एमएसआर 2013 की अनुसूची I (ए) (होम्योपैथिक कॉलेजों से संबंध अस्पताल की आवश्यकता) में प्रावधान है कि अस्पताल में एक ऑपरेशन थिएटर यूनिट होनी चाहिए जिसमें ऑपरेशन थिएटर, तैयारी कक्ष, पोस्ट-ऑपरेटिव रिकवरी रूम, स्टरलाइज्ड लिनन के लिए जगह, लेबर रूम, सर्जन/प्रसूति रोग विशेषज्ञ/सहायक के लिए कमरे और नर्सिंग स्टाफ रूम शामिल हों। इसके अलावा, एमएसआर, 2013 की अनुसूची III में यह भी कहा गया है कि दिन-प्रतिदिन के कामकाज के लिए एक अच्छी तरह से सुसज्जित और कार्यशील ऑपरेशन थिएटर प्रदान किया जाएगा। तथापि, उपरोक्त सुविधाएं एसएचएमसी में उपलब्ध नहीं थीं।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि जगह की कमी, सीमित संसाधन और दुर्घटना एवं आपातकालीन सेवाओं की अनुपलब्धता के कारण ओटी यूनिट स्थापित नहीं की जा सकी।

## 11.8 राष्ट्रीय आयुष मिशन

### 11.8.1 रा.रा.क्षे.दि.स. राष्ट्रीय आयुष मिशन (एनएएम) के अंतर्गत कार्यक्रम कार्यान्वित नहीं कर रही है

भारत सरकार आयुष अस्पतालों/औषधालयों के उन्नयन/निर्माण, दवाओं की आपूर्ति, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/अस्पतालों में ओपीडी क्लिनिकों की स्थापना आदि के लिए राष्ट्रीय आयुष मिशन (एनएएम) के अंतर्गत अनुदान प्रदान करती है। यह सरकारी/सरकारी सहायता प्राप्त मेडिकल कॉलेजों के उन्नयन और नए कॉलेजों के निर्माण के लिए भी अनुदान प्रदान करती है। मिशन का मुख्य उद्देश्य निवारक, प्रोत्साहन, उपचारात्मक और पुनर्वास स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना है। अनुदान के लचीले घटक के अंतर्गत योग वेलनेस सेंटर, टेली-मेडिसिन, स्पोर्ट्स मेडिसिन, आईईसी गतिविधियों, कर्मचारियों के लिए प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण आदि के लिए भी सहायता प्रदान की जाती है।

2014-15 और 2015-16 के दौरान, एनएएम के अंतर्गत रा.रा.क्षे.दि.स. को ₹ 7.26 करोड़ जारी किए गए थे। लेखापरीक्षा में पाया गया कि केवल ₹ 3.43 करोड़ का उपयोग किया गया था और ₹ 3.83 करोड़ रा.रा.क्षे.दि.स./निदेशालय के पास अप्रयुक्त पड़ा था और निदेशालय ने भारत सरकार को उपयोगिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत नहीं किया था (दिसंबर 2022)।

रा.रा.क्षे.दि.स. को एनएएम को कार्यान्वित करने के लिए राज्य आयुष सोसायटी की स्थापना करने और भारत सरकार से निधियां प्राप्त करने के लिए राज्य वार्षिक कार्य योजना प्रस्तुत करने की आवश्यकता थी। लेखापरीक्षा में पाया गया कि रा.रा.क्षे.दि.स. ने राज्य आयुष सोसायटी की स्थापना नहीं की और न ही आयुष के अंतर्गत अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए वित्तीय लाभ प्राप्त करने के लिए राज्य वार्षिक कार्य योजना प्रस्तुत की।

रा.रा.क्षे.दि.स. के आयुष के अंतर्गत वात रोग विशेषतः पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस, गैर-संचारी रोग, मातृ एवं नवजात शिशु देखभाल, मोबाइल चिकित्सा सेवाएं, वृद्धावस्था और प्रशामक देखभाल पर निवारक, प्रोत्साहन,

उपचारात्मक और पुनर्वास स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने तथा स्कूलों में स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देने के लिए कोई राज्य सार्वजनिक स्वास्थ्य योजना नहीं थी। दिल्ली के नागरिक भी एएनएम के तहत कवर की गई इन सेवाओं का लाभ नहीं उठा सके क्योंकि इसे लागू नहीं किया गया था।

निदेशालय ने कहा (मई 2023) कि अप्रयुक्त राशि की वापसी प्रक्रियाधीन है। राज्य आयुष सोसायटी के गठन के संबंध में सरकार ने बताया (दिसंबर 2023) कि रा.रा.क्षे.दि.स. के नीतिगत निर्णय के अनुसार सोसायटी का गठन नहीं किया गया था। इसमें आगे कहा गया है कि राज्य आयुष सोसायटी की स्थापना के मामले पर फिर से कार्रवाई की जाएगी।

### 11.8.2 एनएएम के अंतर्गत स्वास्थ्य कल्याण केंद्र स्थापित नहीं किया जाना

केंद्रीय मंत्रिमंडल ने 2019-20 से 2023-24 तक पांच वर्षों की अवधि के लिए ₹ 3,399.35 करोड़ के वित्तीय परिव्यय के साथ राष्ट्रीय आयुष मिशन के माध्यम से कार्यान्वयन के लिए आयुष्मान भारत योजना के अंतर्गत 12,500 आयुष स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एएचडब्ल्यूसी) के संचालन को मंजूरी दी।

एएचडब्ल्यूसी का मुख्य उद्देश्य आयुष सिद्धांतों और अभ्यासों पर आधारित एक समग्र कल्याण मॉडल स्थापित करना है ताकि लोगों को बीमारी के बोझ को कम करने, जेब से बोझ कम करने और जरूरतमंद जनता को सूचित विकल्प प्रदान करने के लिए आत्म-देखभाल के लिए सशक्त बनाया जा सके।

केंद्र सरकार ने आयुष औषधालयों को एएचडब्ल्यूसी में अपग्रेड करने के लिए, प्रति आयुष औषधालय के लिए गैर-आवर्ती लागत के रूप में ₹ 6.85 लाख और आवर्ती लागत के रूप में ₹ 9.37 लाख प्रति वर्ष का फंड निर्धारित किया था। प्रत्येक आयुष औषधालय में योग प्रशिक्षकों की नियुक्ति, चिकित्सा अधिकारियों के लिए पुनश्चर्या पाठ्यक्रम आयोजित करने, आईईसी, आईटी नेटवर्किंग और हर्बल गार्डन आदि की स्थापना के लिए धन उपलब्ध कराया गया।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि रा.रा.क्षे. दिल्ली सरकार ने आयुष्मान भारत एवं राष्ट्रीय आयुष मिशन योजनाओं को लागू नहीं किया और इसलिए आयुष स्वास्थ्य कल्याण केंद्रों की स्थापना के लिए निधियों का लाभ नहीं उठाया।

निदेशालय ने कहा (मई 2023) कि एनएएम के अंतर्गत राज्य आयुष सोसायटी की स्थापना का प्रस्ताव विचाराधीन है।

**सिफारिश 11.13:** रा.रा.क्षे.दि.स. को आयुष स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के समग्र विकास और दिल्ली के नागरिकों के लाभ के लिए दिल्ली में राष्ट्रीय आयुष मिशन योजना को लागू करने के लिए आवश्यक उपाय करना चाहिए।

## 11.9 नियामक तंत्र

स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में विनियमन एक महत्वपूर्ण कार्य है। स्वास्थ्य देखभाल के मानकीकरण और पर्यवेक्षण के लिए विनियम यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है कि स्वास्थ्य सेवा निकाय और सुविधाएं सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों का अनुपालन करती हैं और वे स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में सभी रोगियों और आगंतुकों को सुरक्षित देखभाल प्रदान करती हैं।

### 11.9.1 विनिर्माण और बिक्री इकाइयों का अपर्याप्त निरीक्षण

आयुष निदेशालय का औषधि नियंत्रण कक्ष सरकार द्वारा अनुमोदित प्रयोगशालाओं में दवाओं के नमूनों का परीक्षण करके आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करता है। औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 की धारा 162 में प्रावधान है कि प्राधिकृत निरीक्षक का यह कर्तव्य होगा कि वह उसे आवंटित क्षेत्र के भीतर आयुर्वेदिक या यूनानी औषधियों के निर्माण के लिए लाइसेंस प्राप्त सभी परिसरों का वर्ष में कम से कम दो बार निरीक्षण करे और खुद को संतुष्ट करे कि लाइसेंस की शर्तों और उसके अंतर्गत बने अधिनियम और नियमों के प्रावधानों का पालन किया जा रहा है।

मार्च 2023 तक आयुर्वेद और यूनानी दवाओं के निर्माण और बिक्री के लिए 114 इकाइयां औषधि नियंत्रण कक्ष के साथ पंजीकृत थीं।

2016-2022 के दौरान किए गए निरीक्षणों की संख्या तालिका 11.15 में विस्तृत रूप से दी गई है।

**तालिका 11.15: विनिर्माण इकाइयों के निरीक्षण की संख्या**

वर्ष	की जाने वाली अनिवार्य निरीक्षणों की संख्या	किये गये निरीक्षणों की संख्या	कमी (प्रतिशत में)
2016-17	104	89	15(14)
2017-18	130	126	4(3)
2018-19	138	108	30(22)
2019-20	138	109	29(21)
2020-21	172	116	56(32)
2021-22	210	115	95(45)
2022-23	228	93	121(53)
<b>कुल</b>	<b>1120</b>	<b>756</b>	

तालिका 11.15 से यह देखा जा सकता है औषधि नियंत्रण कक्ष ने आयुर्वेद और यूनानी दवाओं के निर्माण और बिक्री इकाइयों के संबंध में 1120 अनिवार्य निरीक्षणों के मुकाबले केवल 756 निरीक्षण (67.5 प्रतिशत) किए थे। निरीक्षण में कमी की प्रवृत्ति बढ़ रही थी जो 2022-23 में 53 प्रतिशत तक थी, इस प्रकार, दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए निगरानी तंत्र अपर्याप्त था। इसके अलावा, होम्योपैथिक दवाओं की विनिर्माण इकाइयों के निरीक्षण के लिए जिम्मेदार डीजीएचएस के औषधि नियंत्रण विभाग ने निरीक्षण डेटा प्रस्तुत नहीं किया। इसलिए, लेखापरीक्षा होम्योपैथिक चिकित्सा प्रणाली के संबंध में नियामक तंत्र की जांच नहीं कर सकी।

सरकार ने उत्तर दिया (दिसंबर 2023) कि अक्टूबर 2021 में आयुष मंत्रालय की अधिसूचना के अनुसार प्रति वर्ष दो निरीक्षणों के आदेश को घटाकर पांच वर्ष में एक निरीक्षण कर दिया गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि संदर्भित संशोधन लाइसेंस की शर्तों के सत्यापन के संबंध में है जबकि औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 की धारा 162 के अनुसार विनिर्माण इकाइयों का निरीक्षण वर्ष में दो बार किया जाना आवश्यक था।

**सिफारिश 11.14: निदेशालय को गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए विनिर्माण इकाइयों का पर्याप्त संख्या में निरीक्षण सुनिश्चित करना चाहिए।**

### 11.9.2 दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद

दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद (डीबीसीपी) की स्थापना जनवरी 2001 में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों के चिकित्सा प्रैक्टिशनरों को पंजीकरण प्रदान करने के लिए की गई थी। इसे प्रैक्टिशनरों का लाइव रजिस्टर बनाना, प्रैक्टिशनरों के पेशेवर आचरण को विनियमित करने के लिए एक आचार संहिता तैयार करना, शिकायतों की जांच करना और प्रैक्टिशनरों के खिलाफ उचित कार्रवाई करना तथा रा.रा.क्षे. दिल्ली में अयोग्य व्यक्तियों द्वारा भारतीय चिकित्सा के अभ्यास की जांच करना है।

21 सदस्यीय डीबीसीपी का नेतृत्व एक अध्यक्ष करता है और उसकी सहायता एक रजिस्ट्रार करता है जो डीबीसीपी का मुख्य कार्यकारी अधिकारी होता है।

2022-23 के दौरान 683 आयुर्वेदिक प्रैक्टिशनर और 266 यूनानी प्रैक्टिशनर को डीबीसीपी के साथ पंजीकृत किया गया है।

लेखापरीक्षा ने डीबीसीपी के कामकाज में निम्नलिखित अनियमितताएं देखीं।

रा.रा.क्षे.दि.स. ने जुलाई 2015 में डीबीसीपी को भंग कर दिया था और डीबीसीपी का गठन नहीं किया गया था (दिसंबर 2022)। भारतीय चिकित्सा प्रणाली के अभ्यास को विनियमित करने के लिए आवश्यक गतिविधियां जैसे प्रैक्टिशनरों के खिलाफ अनुशासनात्मक कार्रवाई, झोलाछाप डॉक्टरों के खिलाफ शिकायतों की जांच आदि नहीं की जा रही थीं। प्रचलन के अनुसार, प्राप्त शिकायतों को आवश्यक कार्रवाई के लिए एंटी क्वैकरी सेल, डीजीएचएस, रा.रा.क्षे.दि.स. को भेजा जाता था।

यह देखा गया कि मार्च 2008 में उपराज्यपाल द्वारा एक रजिस्ट्रार सहित कर्मचारियों के सात पदों को मंजूरी दे दी गई थी, परंतु रजिस्ट्रार और अन्य कर्मचारियों के पद के लिए भर्ती नियम (आरआर) अभी तक तैयार/अनुमोदित नहीं किए गए हैं (मार्च 2023)।

इसके अलावा डीबीसीपी ने 2017-18 से लेखापरीक्षित वार्षिक खाते तैयार नहीं किए हैं और 2018-19 से कैश बुक नहीं बनाई है।

### 11.9.3 भारतीय चिकित्सा में पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए जांच निकाय

दिल्ली भारतीय चिकित्सा परिषद (डीबीसीपी) अधिनियम, 1998 की धारा 33 के प्रावधानों के अंतर्गत रा.रा.क्षे.दि.स. ने पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए एक योग्यता जांच करने और उक्त जांच के लिए अध्ययन और प्रशिक्षण के पाठ्यक्रम और पैरा-मेडिकल प्रशिक्षण से संबंधित अन्य मामले जैसे फार्मासिस्ट, नर्सिंग पाठ्यक्रम, पंचकर्म तकनीशियन आदि के उद्देश्य से मार्च 2011 में भारतीय चिकित्सा, दिल्ली हेतु पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए जांच निकाय का गठन किया।

लेखापरीक्षा ने भारतीय चिकित्सा के लिए पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए जांच निकाय के कामकाज में निम्नलिखित अनियमितताएं देखीं:

क) यद्यपि रा.रा.क्षे.दि.स. ने विभिन्न श्रेणियों के 15 पदों के सृजन (जुलाई 2018) को मंजूरी दी, परंतु भर्ती नियमों (आरआर) को

रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा अंतिम रूप नहीं दिया गया और न ही अनुमोदित किया गया (मार्च 2023)।

- ख) जांच निकाय ने नवंबर 2014 की अपनी बैठक में छह पैरा मेडिकल पाठ्यक्रमों<sup>11</sup> के उपनियमों और पाठ्यक्रम को अंतिम रूप दिया, परंतु उसे रा.रा.क्षे.दि.स. द्वारा अनुमोदित नहीं किया गया है (दिसंबर 2022)।
- ग) सहायता के पैटर्न के अनुसार, जांच निकाय प्रथम सहायता अनुदान (जीआईए) जारी होने की तारीख से 3-5 साल की अवधि के भीतर आत्मनिर्भर आधार पर काम करने के लिए संसाधन जुटाएगा। तथापि, इसने यह लक्ष्य हासिल नहीं किया है। इसने 2016-17 से 2021-22 के दौरान रा.रा.क्षे.दि.स. से अनुदान प्राप्त किया।

इस प्रकार, डीबीसीपी अधिनियम के उद्देश्य को भारतीय चिकित्सा, दिल्ली के लिए पैरा मेडिकल प्रशिक्षण के लिए 'जांच निकाय' के गठन के 12 वर्ष बाद भी प्राप्त नहीं किया जा सका।

#### 11.9.4 दिल्ली होम्योपैथिक अनुसंधान परिषद (डीएचएपी)

डीएचएपी का गठन होम्योपैथी में अनुसंधान शुरू करने, सहायता करने, विकसित करने और समन्वय करने के लिए एक स्वायत्त निकाय के रूप में किया गया था और रजिस्ट्रार ऑफ सोसाइटीज, दिल्ली के अंतर्गत पंजीकृत किया गया था। यह देखा गया कि डीएचएपी 2017-18 से कार्यात्मक नहीं था और कोई वित्तीय सहायता या गतिविधि नहीं की गई थी। इसी तरह, 2016-17 से 2022-23 के दौरान डीएचएपी की कोई बैठक नहीं की गई।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि डीएचएपी के कामकाज के संबंध में निर्णय का प्रस्ताव सक्षम प्राधिकारी को प्रस्तुत कर दिया गया है।

**सिफारिश 11.15: रा.रा.क्षे.दि.स. को समय पर निकायों का गठन करके, नियमित बैठकें आयोजित करके और कर्मचारियों की भर्ती करके आयुष के नियामक निकायों यानी डीबीसीपी, जांच निकाय और डीएचएपी को मजबूत करना चाहिए।**

<sup>11</sup> ए (1) आयुर्वेद फार्मसी में डिप्लोमा (2) पंचकर्म में डिप्लोमा तकनीकी (3) आयुर्वेद नर्सिंग और मिडवाइफरी में डिप्लोमा।

बी (1) यूनानी फार्मसी में डिप्लोमा (2) इलाज-बिल- तदबीर तकनीशियन में डिप्लोमा (3) यूनानी नर्सिंग और मिडवाइफरी में डिप्लोमा।

### 11.9.5 आयुर्वेद और यूनानी के पैरामेडिक्स की प्रथाओं को विनियमित करने के लिए कोई तंत्र नहीं

दिल्ली में आयुर्वेद और यूनानी के फार्मासिस्टों, नर्सों और पंचकर्म तकनीशियनों को पंजीकृत करने और उनके अभ्यास को विनियमित करने के लिए कोई नियामक तंत्र नहीं है। आयुर्वेद और यूनानी के पैरा-मेडिक्स के पंजीकरण के लिए विनियम तैयार करने के लिए दिसंबर 2022 में जांच निकाय द्वारा एक पंजीकरण विनियम समिति का गठन किया गया है। तथापि, विनियम तैयार नहीं किया गया था (मार्च 2023)।

### 11.9.6 आयुर्वेदिक और यूनानी दवाइयां बेचने वाली इकाइयों का निरीक्षण नहीं किया गया

विभाग वैध लाइसेंस के बिना निर्मित आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं की बिक्री की जांच करने के लिए खुदरा/थोक दुकानों से आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं के नमूने उठाता था। लेखापरीक्षा में पाया गया कि विभाग ने जून 2020 से गुणवत्ता जांच के लिए यादृच्छिक दवा के नमूने जब्त करने के लिए सर्वेक्षण और छापेमारी नहीं की। परिणामस्वरूप, रा.रा.क्षे.दि.स. क्षेत्र में बेची गई आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने की स्थिति में नहीं था।

*सिफारिश 11.16: निदेशालय को दिल्ली में आयुर्वेदिक और यूनानी दवाओं की बिक्री को विनियमित करने के लिए नियमित रूप से सर्वेक्षण और छापेमारी करनी चाहिए।*

### 11.9.7 जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन पर स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण में कमी

जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम, 2016 की धारा 4 (जी) के अनुसार, यह अधिभोगियों का कर्तव्य होगा कि वे अपने सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों और जैव चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में शामिल अन्य लोगों को, नियुक्ति के समय और उसके बाद हर साल कम से कम एक बार प्रशिक्षण प्रदान करें। एसएचएमसी में लेखापरीक्षा अवधि के दौरान स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों के प्रशिक्षण में 16 से 44 प्रतिशत तक की कमी थी।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि लेखापरीक्षा के सुझाव के आधार पर, सभी स्टाफ सदस्यों का प्रशिक्षण बैचों में किया गया है। आगे यह भी कहा गया कि

अब से सभी स्टाफ सदस्यों का प्रशिक्षण नियुक्ति के समय और वर्ष में कम से कम एक बार सुनिश्चित किया जाएगा।

#### 11.9.8 ऐलकोहॉल/स्पिरिट की खरीद के लिए लाइसेंस प्राप्त नहीं किया जाना

होम्योपैथी सेंट्रल काउंसिल (होम्योपैथिक कॉलेजों और संबंध अस्पतालों की न्यूनतम मानक आवश्यकता) विनियम 2013, ऐलकोहॉल/स्पिरिट की खरीद के लिए लाइसेंस/अनुमति (और इसके नवीनीकरण) प्राप्त करने का प्रावधान करता है। चूंकि होम्योपैथिक दवाओं में ऐलकोहॉल होता है जो फार्मास्युटिकल वाहकों में से एक के रूप में कार्य करता है, एसएचएमसी के लिए इसकी खरीद के लिए लाइसेंस प्राप्त करना अनिवार्य है। तथापि, अभिलेखों की जांच से पता चला कि एसएचएमसी द्वारा संबंधित प्राधिकारी से अपेक्षित लाइसेंस अभी तक प्राप्त नहीं किया गया है।

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि लाइसेंस प्राप्त हो गया है। तथापि, इसकी प्रति उत्तर के साथ संलग्न नहीं पाई गई।

#### 11.9.9 एसएचएमसी में रोगियों की संख्या होम्योपैथिक कॉलेज के लिए आवश्यक न्यूनतम मानकों से कम होना

होम्योपैथी सेंट्रल काउंसिल (होम्योपैथिक कॉलेजों और संबद्ध अस्पतालों की न्यूनतम मानक आवश्यकता) विनियम 2013 के अनुसार, आईपीडी में प्रतिदिन रोगियों का न्यूनतम औसत पिछले वर्ष के आईपीडी बिस्तरों<sup>12</sup> का 30 प्रतिशत होना आवश्यक है। तथापि यह देखा गया कि 2016 को छोड़कर, जिसमें आईपीडी में प्रति दिन रोगियों की औसत संख्या बेंचमार्क यानी 15 (30 प्रतिशत) को छू गई, शेष अवधि में प्रति दिन रोगियों की औसत संख्या दो (चार प्रतिशत) और 14 (28 प्रतिशत) के बीच रही।

विनियमों में पिछले एक कैलेंडर वर्ष (365 दिन) के दौरान 61 से 100 के बीच छात्रों की प्रवेश क्षमता वाले कॉलेजों में ओपीडी में न्यूनतम 200 रोगियों का प्रावधान है। तथापि, यह देखा गया कि 2020 से 2022 के दौरान ओपीडी में रोगियों की औसत संख्या 114 और 167 के बीच थी।

<sup>12</sup> 50 आईपीडी बेड

सरकार ने कहा (दिसंबर 2023) कि ग्राहकों की संख्या बढ़ाने के लिए अब फिजियोथेरेपी इकाई को फिर से शुरू करने, आहार संबंधी परामर्श शुरू करने, आईपीडी में डे-केयर में रोगियों को भर्ती करने के साथ-साथ नियमित आधार पर विभिन्न आउटरीच सामुदायिक गतिविधियों का आयोजन करने के प्रयास किए गए हैं।

नई दिल्ली

दिनांक: 22 अगस्त 2024



(अमन दीप चड्ढा)

प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा), दिल्ली

प्रतिहस्ताक्षरित

नई दिल्ली

दिनांक: 10 सितम्बर 2024



(गिरीश चंद्र मुर्मू)

भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक



अनुलग्नक



**अनुलग्नक I**  
**(पैराग्राफ 2.2 में संदर्भित)**

**क. मार्च 2022 तक अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ का विवरण**

क्र.सं.	अस्पताल का नाम	स्वीकृत कार्य शक्ति	वर्तमान कार्य शक्ति	कमी	प्रतिशतता में कमी
1.	आचार्य श्री भिक्षु	117	107	10	8.54
2.	अरुणा आसफ अली	101	86	15	14.85
3.	अत्तार सेन जैन आई एंड जनरल हॉस्पिटल	11	11	00	00 (दिसंबर 2023)
4.	बाबू जगजीवन राम मेमोरियल	137	119	18	13.13
5.	भगवान महावीर	220	146	74	33.63
6.	बीआर सुर होम्योपैथिक	13	11	02	15.38
7.	केंद्रीय जेल	71	70	01	1.40
8.	दीन दयाल उपाध्याय	693	528	165	23.80 (दिसंबर 2023)
9.	दीप चंद बंधु	147	119	28	19.09
10.	डॉ हेडगेवार आरोग्य संस्थान	163	128	35	21.47
11.	डॉ बाबा साहेब अम्बेडकर	453	418	35	7.07 (दिसंबर 2023)
12.	डॉ एनसी जोशी मेमोरियल	56	48	08	14.28
13.	जीबी पंत	1154	760	394	34.14
14.	गुरु नानक आई सेंटर	119	102	17	14.28
15.	गुरु तेग बहादुर	1377	983	394	28.61
16.	गुरु गोबिंद सिंह	125	113	12	9.6 (दिसंबर 2023)
17.	जग प्रवेश चंदर	144	111	33	22.92 (दिसंबर 2023)
18.	लोक नायक हॉस्पिटल	1644	1315	329	20.01
19.	लाल बहादुर शास्त्री	166	119	47	28.31
20.	महर्षि वाल्मीकि	108	108	0	0 (दिसंबर 2023)
21.	नेहरू होम्योपैथिक मेडिकल	28	26	02	7.14
22.	पं. मदन मोहन मालवीय	110	98	12	10.90
23.	राव तुला राम मैमोरियल	97	94	03	3.09
24.	संजय गांधी मैमोरियल	263	229	34	12.92
25.	सत्यवादी राजा हरिश्चन्द्र	134	121	13	9.70
26.	सरदार वल्लभ भाई पटेल	91	87	04	4.39
27.	श्री दादादेव मैत्री एवम शिशु चिकित्सालय	90	89	01	1.11
28.	ए एंड यू तिब्बिया कॉलेज एवं अस्पताल	28	20	08	28.57

**ख. मार्च 2022 तक पैरा मेडिकल स्टाफ का विवरण**

क्र.सं.	पद का नाम	स्वीकृत कार्य शक्ति	वर्तमान कार्य शक्ति	कमी	प्रतिशतता में कमी
1.	व्यावसायिक/फिजियोथेरेपिस्ट	102	70	32	31
2.	वाक् चिकित्सक	12	06	6	50
3.	रिफरैकशनिष्ट	34	19	15	44
4.	ऑडियोमेट्रिक सहायक	23	13	10	43
5.	आहार विशेषज्ञ	58	30	28	48
6.	डार्क रूम आर्टिस्ट	63	32	31	49
7.	लॉड्डी कर्मचारी	05	02	03	60
8.	पोस्टमार्टम सहायक	37	04	33	89
9.	पुस्तकालय कर्मचारी	26	00	26	100
10.	पपर्युजनिस्ट	03	00	03	100
11.	चेयर साईड सहायक	10	02	08	80
12.	तकनीकी सहायक नेत्र विज्ञान	15	04	11	73
13.	हड्डी रोग विशेषज्ञ	04	01	03	75
14.	एलए/एलटी पीसीआर हेपेटाइटिस	02	00	02	100
15.	मनोरोग सामाजिक कार्यकर्ता	48	06	42	87
16.	प्रयोगशाला तकनीशियन	1422	820	602	42
17.	ओटी तकनीशियन	832	562	270	32
18.	रेडियोग्राफर	296	159	137	46
19.	मेडिकल रिकार्ड तकनीशियन	28	3	25	89

**ग. मार्च 2022 तक अस्पतालों/इकाइयों में गैर-शिक्षण विशेषज्ञों का विवरण**

क्र.सं.	अस्पताल/इकाइयों का नाम	स्वीकृत कार्य शक्ति	वर्तमान कार्य शक्ति	कमी	प्रतिशतता में कमी
1.	आचार्य श्री भिक्षु (एबीजीएच)	21	14	07	33.33
2.	दीन दयाल उपाध्याय (डीडीयूएच)	69	47	22	31.88 (23 दिसम्बर)
3.	दीप चंद बंधु (डीसीबीएच)	29	16	13	44.82
4.	डा. बाबा साहेब अम्बेडकर (डीबीएसएच)	71	44	27	38.02 (दिसंबर 2023)
5.	गुरु तेग बहादुर (जीटीबीएच)	21	22	लागू नहीं	लागू नहीं
6.	लोक नायक अस्पताल (एलएनएच)	69	41	28	40.57
7.	संजय गांधी स्मारक (एसजीएमएच)	35	27	08	22.85
8.	सत्यवादी राजा हरिश्चंद्र (एसआरएचसीएच)	23	10	13	56.52
9.	अरुणा आसफ अली (एएएजीएच)	26	21	05	19.23
10.	अतर सैन जैन आई एंड जनरल हॉस्पिटल (एएसजेईएच)	04	02	01	50.00 (दिसंबर 2023)
11.	बाबू जगजीवन राम मैमोरियल (बीजेआरएमएच)	25	14	11	44
12.	भगवान महावीर (बीएमएच)	24	22	02	8.33
13.	सेंट्रल जेल (सीजेएच)	13	07	06	46.15
14.	डॉ. हेडगेवार आरोग्य संस्थान (डीएचएस)	25	21	04	16
15.	गोविंद बलभ पंत अस्पताल (जीबीपीएच)	01	00	01	100

क्र.सं.	अस्पताल/इकाइयों का नाम	स्वीकृत कार्य शक्ति	वर्तमान कार्य शक्ति	कमी	प्रतिशतता में कमी
16	गुरु गोबिंद सिंह (जीजीएसजीएच)	24	17	07	29.16
17	गुरु नानक आई सेंटर (जीएनईसी)	03	02	01	33.33 (दिसंबर 2023)
18	जग परवेश चंदर (जेपीसीएच)	25	19	06	24 (दिसंबर 2023)
19	लाल बहादुर शास्त्री (एलबीएसएच)	25	21	04	16
20	महर्षि वाल्मिकी (एमवीएच)	18	11	7	38.88 (दिसंबर 2023)
21	डॉ. एनसी जोशी मेमोरियल (एनसीजेएमएच)	14	09	05	35.71
22	पं. मदन मोहन मालवीय (पीएमएमएमएच)	23	18	05	21.73
23	राव तुला राम मेम. (आरटीआरएमएच)	20	13	07	35
24	श्री दादादेव मैत्री एवम शिशु अस्पताल (एसडीडीएमएससी)	14	10	04	28.57
25	एसएचएस (डीएचएस)	05	01	04	80
26	सरदार वल्लभ भाई पटेल (एसवीबीपीएच)	21	14	07	33.33
27	सीडीएमओ (एनडी)	03	00	03	100

**अनुलग्नक II**  
**(पैराग्राफ 2.10 में संदर्भित)**  
**रेडियोलॉजिकल सेवाओं का विवरण (एक्स-रे)**

अस्पताल का नाम	एक्स रे मशीन की संख्या	तकनीशियन	एसआर/विशेषज्ञ
बीआर सू होम्योपैथिक	0	2	0
ए एंड यू टिब्बिया	0	1	0
आचार्य श्री भिक्षु अस्पताल	1	11	2
राव तुला राम मेमोरियल अस्पताल	1	5	0
राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	7	0	6
गुरु गोबिंद सिंह सरकारी अस्पताल	2	9	0
एसआरएचसी हॉस्पिटल	2	9	0
संजय गांधी	5	14	1
जीटीबी अस्पताल	5	40	20 (दिसम्बर 2023)
लोक नायक अस्पताल	10	50	30
दीप चंद बंधु अस्पताल	5	10	0
चौधरी ब्रह्म प्रकाश आयुर्वेद चरक संस्थान	1	0	0

अनुलग्नक III  
(पैराग्राफ 4.2.6.2 में संदर्भित)

अस्पतालों में उपभोग की जाने वाली निम्न गुणवत्ता वाली दवाओं की सूची

क्र.सं.	टेबलेट का नाम	स्टोर में प्राप्त होने की तिथि	बैच संख्या	प्राप्त मात्रा	समाप्ति की तिथि	मात्रा प्रतिस्थापित	निम्न गुणवत्ता की उपभोग की गई मात्रा	औषधि विभाग द्वारा नमूना प्राप्त करने की तिथि	अस्पताल द्वारा परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने की तिथि
	एलएनएच								
1.	डाईक्लोफेनाक सोडियम 50 मि.ग्रा	22.04.20	डीआईसी-1920	900000	02/23	554020	345980	27.10.20	24.02.21
2.	आईबुप्रोफेन आईपी 400 मि.ग्रा.	25.04.16	एलटी 5092	100000	02/18	91980	8020	26.04.16	08.08.16
3.	डाईक्लोफेनाक सोडियम 50 मि.ग्रा	22.04.20	डीआईसी-1920	900000	02/23	554020	345980	27.10.20	24.02.21
4.	आईबुप्रोफेन आईपी 400 मि.ग्रा.	25.04.16	एलटी 5092	100000	02/18	91980	8020	26.04.16	08.08.16
5.	इंज ग्लाइकोपाइरोलेट	2018	डीएल 350	9000	-	-	9000	-	24.05.18
6.	इंज. बुपीवाकेन	2018	5के50431	1060	-	-	1060	-	24.05.18
7.	इंज. लेबेटालोल	2018	एलबी1एच5बी2	225	-	-	225	-	24.05.18
8.	इंज. जैटामाइसिन	2018	150538	15000	-	-	11941	-	24.05.18
9.	इंज. पैटाप्राजोल	2018	एडीजी021	60000	-	51577	8423	-	24.05.18
10.	इंज. लेबेटालोल	2018	एलबीजी682	293	-	-	293	-	24.05.18
11.	इंज. अमीनो एसिड 10%	2018	17जीएएम001	460	-	-	460	-	24.05.18
12.	इंज. पैरासिटामोल	2018	2491127	15000	-	1368	13632	-	24.05.18
13.	इंज. आयरन सुक्रोज	2018	3171097	1284	-	-	1284	-	24.05.18
14.	टैब एज़िथ्रोमाइसिन 500 मि.ग्रा.	2018	एजेडटी 15007	3000	-	-	3000	-	24.05.18
15.	टैब एज़िथ्रोमाइसिन 500 मि.ग्रा.	2018	एजेडटी 15008	3000	-	-	3000	-	24.05.18
16.	टैब एज़िथ्रोमाइसिन 500 मि.ग्रा.	2018	एजेडटी 16002	15000	-	-	15000	-	24.05.18
17.	डी3 के साथ कैल्शियम	2018	616-702	2000	-	-	2000	-	24.05.18
18.	नियोस्पोरिन त्वचा का मरहम	03/17 और 05/17	जी16035	1382	07/18	630	752	-	05/17

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं.	टेबलेट का नाम	स्टोर में प्राप्त होने की तिथि	बैच संख्या	प्राप्त मात्रा	समाप्ति की तिथि	मात्रा प्रतिस्थापित	निम्न गुणवत्ता की उपभोग की गई मात्रा	औषधि विभाग द्वारा नमूना प्राप्त करने की तिथि	अस्पताल द्वारा परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने की तिथि
19.	रेनिटिडाइन 150 मि.ग्रा.	03.05.19 03.08.19	आरएएन-1903 आरएएन-1920	617000 600000	07/20 07/20	572200 600000	44800 -	-	-
20.	एसिटालज़ोलमाइड 250 मि.ग्रा.	28.11.18	टी-1859007	50000	03/19	26580	23420	-	-
	<b>सीएनबीसी</b>								
21.	डाईक्लोफेनाक सोडियम 50 मि.ग्रा.	06.01.18	डीएफटी1702 1	5000	10/19	-	5000	06.08.18	02.01.19
22.	एनालाप्रिल मैलेट आईपी 2.5 मि.ग्रा.	07.04.18	टी15884	1000	12/19		630	06.08.18	02.01.19
23.	एसिटालज़ोलमाइड 250 मि.ग्रा.	16.11.18	टी-1859007	2000	02/20		1000		05.12.18
24.	कैल्शियम कार्बोनेट डी3 (सिरप)	25.11.19	केआर 7018 एवं 7021	7100	04/21		2024	05.12.19	14.01.20
25.	सेफ्ट्रिक्सोन, 1 ग्राम/शीशी	08.08.15	150669	6300	11/16		2080		05.11.15
26.	प्रोमेथाज़ीन	20.03.17	डीएल-017	15000	02/19		10100		21.11.17
27.	जेंटामाइसिन , 40 मि.ग्रा.	29.06.15	150538	300	10/16		200		26.08.15
28.	एंटासिड जेल	16.07.16	22-66बीएचडी10 एवं 9	3960	05/18		3960		21.12.16
29.	लेवोसेट्रिज़िन	16.07.16	01026-बीडीएच10	10000	05/18		10000		
30.	ओआरएस	12.09.16	1916-316	2325	06/18		2325		

**अनुलग्नक IV**  
**(पैराग्राफ 4.4.1 में संदर्भित)**  
**अस्पतालों में आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता**

## (i) एलएनएच, जेएसएसएच, सीएनबीसी

क्र.सं.	माह	दवा का नाम	माह की शुरुआत में शेष	विभागों द्वारा मांगी गई मात्रा	माह में जारी मात्राएँ	टिप्पणी
<b>एलएनएच</b>						
1.	मई 2017	रामिप्रिल, 5 मि.ग्रा	1400	35000	शून्य	22.06.17 को 30000 प्राप्त हुआ
2.	मई 2017	एन्लोडिपाइन, 5 मि.ग्रा.	20650	116000	20000	वर्ष के दौरान प्राप्त नहीं हुआ
3.	मई 2017	बी. कॉम्प्लेक्स	970	107200	शून्य	30.06.2017 को 63000 मात्राएँ प्राप्त हुईं और 17 मई के इंडेंट के प्रति केवल 5100 जारी की गईं।
4.	मई 2017	एमिट्रिप्टिलाइन, 10 मि.ग्रा.	0	10000	शून्य	03.08.2017 को 4000 गोलियों का ताजा स्टॉक और 28.08.2017 को 15000 गोलियों का ताजा स्टॉक प्राप्त हुआ।
5.	मई 2017	एमिट्रिप्टिलाइन, 25 मि.ग्रा.	400	11000	शून्य	23.05.2017 को 5000 गोलियों का ताजा स्टॉक प्राप्त हुआ था लेकिन इस माह में कोई मात्रा जारी नहीं की गई थी।
6.	मई 2017	पाइरिडोक्सिन, 10 मि.ग्रा.	0	2000	शून्य	इस टैबलेट का पहला स्टॉक 200 टैबलेट का 10.06.2017 को प्राप्त हुआ था।
7.	मई 2017	बेथिस्टाइन, 8 मि.ग्रा.	1920	21200	1200	30000 टैबलेट का नया स्टॉक 06.09.2017 को प्राप्त हुआ।
8.	मई 2017	एटोरवास्टेटिन, 10 मि.ग्रा.	190	10050	50	08.07.2017 को 10000 टैबलेट का नया बैच प्राप्त हुआ।
9.	जनवरी 2021	के. बिंद सैशे	450	400	350	
10.	जनवरी 2021	सिरप डीपीएच	214	500	200	
11.	जनवरी 2021	सिरप आयरन	232	117	87	
12.	जनवरी 2021	ई/डी क्लोट्रिमेज़ोल	शून्य	50	शून्य	
13.	जनवरी 2021	एमोक्सीसिलिन	568	188	168	
14.	जनवरी 2021	सुप. सीफिक्सिम	शून्य	200	शून्य	
15.	फरवरी 2020	ग्लिसरॉल	876	1124	804	29 फरवरी 2020 को स्टोर में 300 बोतलें प्राप्त हुईं।
16.	फरवरी 2020	स्टेरिलियम	1954	3698	2958	15.02.2020 को 2000 बोतलें प्राप्त हुईं। 29.02.2020 को 1100 बोतलें प्राप्त हुईं।
17.	फरवरी 2020	हाइड्रोजन पेरोक्साइड (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> )	270	546	486	15.02.2020 को 250 मात्राएँ प्राप्त हुईं और 29.02.2020 को 200 मात्राएँ प्राप्त हुईं।
18.	फरवरी 2020	विटामिन डी3 ड्रॉप्स	20	50	30	11.02.2020 को 10 बोतलें प्राप्त हुईं। 20 बोतलों का इंडेंट चीफ मैडिकल वार्ड-13 एवं 16 द्वारा किया गया। लगभग 6 माह के

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं.	माह	दवा का नाम	माह की शुरुआत में शेष	विभागों द्वारा मांगी गई मात्रा	माह में जारी मात्राएँ	टिप्पणी
						अन्तराल के बाद दिनांक 25.08.2020 को 5 बोटलें प्राप्त हुईं
<b>जेएसएसएच</b>						
19.	दिसंबर-2018	टैब. ग्लिम्पेराइड 1 मि.ग्रा.	शून्य	54000	शून्य	माह के दौरान प्राप्त नहीं हुआ
20.	दिसंबर-2018	टैब. ग्लिम्पेराइड 2 मि.ग्रा.	शून्य	200000	शून्य	माह के दौरान प्राप्त नहीं हुआ
21.	दिसंबर-2018	टैब. ग्लिम्पेराइड 4 मि.ग्रा.	शून्य	208000	शून्य	प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 22/04/19 को निष्पादित की गई
22.	दिसंबर-2018	टैब. मिथाइलकोब्लामाइन 500 मि.ग्रा.	शून्य	200000	शून्य	माह के दौरान प्राप्त नहीं हुआ
23.	दिसंबर-2018	टैब. बीटाहिस्टिन 8 मि.ग्रा.	शून्य	10000	शून्य	प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 06/03/19 को निष्पादित की गई
24.	दिसंबर-2018	टैब. एलुपुरिनोल 100 मि.ग्रा./ज़ाइलोनिक	2000	45000	2000	मार्च 2022 तक प्राप्त नहीं हुआ
25.	दिसंबर-2018	टैब. डोनेज़ेपिल 5 मि.ग्रा.	568	5000	शून्य	प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 02/04/19 को निष्पादित की गई
26.	दिसंबर-2018	टैब. वारफेरिन 5 मि.ग्रा.	शून्य	5000	शून्य	प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 06/03/19 को निष्पादित की गई
27.	दिसंबर-2018	टैब. एस्सिटालोप्राम 10 मि.ग्रा.	शून्य	20000	शून्य	मार्च 2020 तक प्राप्त नहीं हुआ
28.	दिसंबर-2018	टैब. डॉक्सोफिलाइन 400 मि.ग्रा.	शून्य	30000	शून्य	प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 24/04/19 को निष्पादित की गई
29.	फरवरी-2020	टैब. डिगॉक्सिन 0.25 मि.ग्रा.	शून्य	5000	शून्य	टैब. दिसंबर 2019 से स्टॉक में नहीं थी और प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 15/10/2020 को निष्पादित की गई थी
30.	फरवरी-2020	टैब. डोम्पेरिडोन 10 मि.ग्रा.	शून्य	60000	शून्य	टैब. दिसंबर 2019 से स्टॉक में नहीं थी और प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 24/06/2020 को निष्पादित की गई थी
31.	जनवरी-2021	टैब. मॉन्टेलुकास्ट 10 मि.ग्रा.	शून्य	5000	शून्य	टैब. दिसंबर 2020 से स्टॉक में नहीं थी और प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 26/08/2021 को निष्पादित की गई थी
32.	जनवरी-2021	टैब. वोगलीबोस 0.3 मि.ग्रा.	शून्य	100000	शून्य	टैब. दिसंबर 2020 से स्टॉक में नहीं थी और प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 03/03/2021 को निष्पादित की गई थी
33.	जनवरी-2021	टैब. कार्बामेज़िपिन 200 मि.ग्रा.	शून्य	40000/-	शून्य	टैब. अक्टूबर-2020 से स्टॉक में नहीं थी और प्राप्त इंडेंट के प्रति अगली आपूर्ति 03/03/2021 को निष्पादित की गई थी
<b>सीएनबीसी</b>						
34.	मई 2017	एसाइक्लोविर, 200 मि.ग्रा.	150	3000	100	28.07.17 को 1500 प्राप्त हुआ और केवल 300 जारी किए गए

क्र.सं.	माह	दवा का नाम	माह की शुरुआत में शेष	विभागों द्वारा मांगी गई मात्रा	माह में जारी मात्राएँ	टिप्पणी
35.	मई 2017	एनालप्रिल मेलेट, 5 मि.ग्रा.	0	5000	शून्य	31.05.17 को 2000 प्राप्त हुआ और 07.06.17 को केवल 1000 जारी किए गए
36.	मई 2017	डाइक्लोफेनिक सोडियम, 50 मि.ग्रा.	0	4000	शून्य	5000 की मात्रा 19.05.17 को प्राप्त हुई और 17 मई के इंडेंट के प्रति केवल 3000 जारी की गई।
37.	मई 2017	एडापलीन, 15 मि.ग्रा.	0	1000	शून्य	वर्ष के दौरान प्राप्त नहीं हुआ।
38.	मई 2017	सोडियम बाइकार्बोनेट, 500 मि.ग्रा.	50	3000	शून्य	19.07.2017 को 9950 टेबलेट प्राप्त हुई।
39.	मई 2017	बीटामेथसोन, 20 मि.ग्रा.	0	1000	शून्य	दिनांक 19.08.2017 को केवल 100 टेबलेट का नया स्टॉक प्राप्त हुआ।
40.	दिसंबर 2018	इंज. हेपरिन 25000 आईयू	10	40	10	
41.	दिसंबर 2018	कैल्शियम कार्बोनेट, 500 मि.ग्रा.	5430	10000	3000	
42.	दिसंबर 2018	सेफेक्सिम, 200 मि.ग्रा.	4200	8000	3000	
43.	दिसंबर 2018	फोलिक एसिड, 5 मि.ग्रा.	330	6000	200	
44.	दिसंबर 2018	मेट्रोनेडाजोल , 400 मि.ग्रा.	100	3000	50	
45.	दिसंबर 2018	फेनोबैरिटोन , 30 मि.ग्रा.	150	1000	150	
46.	जुलाई 2019	एंटी रेबिस वैक्सीन	60	100	20	
47.	जुलाई 2019	प्रज़ोसिन, 5 मि.ग्रा.	500	2000	300	
48.	फरवरी 2020	विटामिन डी3 6000 यूनिट	340	1000	100	
49.	फरवरी 2020	एड्रेनालाईन	9980	2000	500	
50.	जनवरी 2021	इंज. मिडाज़ोलम	175	1200	125	
51.	जनवरी 2021	विटामिन के 10 मि.ग्रा.	350	100	50	
52.	जनवरी 2021	लैक्टुलोज, 100 मि.ली.	90	1000	40	
53.	जनवरी 2021	मेनसा	6	30	6	
54.	जनवरी 2021	एम्लोडेपाइन 5 मि.ग्रा.	1830	2000	730	

(ii) उन दवाओं की सूची जो आरजीएसएसएच में उपलब्ध नहीं थीं

क्र.सं.	वस्तुओं का नाम उपलब्ध नहीं है	से	तक	इंडेंटिंग विभाग	लगभग वह अवधि जिसके लिए दवा उपलब्ध नहीं है
<b>आरजीएसएसएच</b>					
1.	सामान्य सेलाइन 500 मि.ली.	22.10.2016	21.11.2016	सीसीयू	1 माह
2.	इंज. लिग्नोकेन2%	22.05.2017	07.03.2018	कैथ लैब	9 माह
3.	इंज. हेपरिन 25000 आईयू	22.05.2017	05.04.2018	„	10 माह
4.	सामान्य सेलाइन 100 मि.ली.	26.05.2017	19.11.2017	आपातकाल	6 माह

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं.	वस्तुओं का नाम उपलब्ध नहीं है	से	तक	इंडेंटिंग विभाग	लगभग वह अवधि जिसके लिए दवा उपलब्ध नहीं है
5.	इंज. लासिक्स/फ़्यूरोसेमाइड	26.05.2017	06.07.2017	„	1 माह
6.	इंज. क्लीक्सिन /एनोक्सापारिन 0.4 मि.ली.	26.05.2017	20.09.2017	„	4 माह
7.	इंज. ट्रामाडोल 50 मि.ग्रा.	26.05.2017	09.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
8.	इंज. पैन टॉप 40 मि.ग्रा.	26.05.2017	06.07.2017	„	1 माह
9.	इंज. रैनटैक /रैनिटिडाइन 50 मि.ग्रा.	26.05.2017	06.07.2017	„	1 माह
10.	इंज. केटामाइन	22.05.2017	12.09.2017	एंडोस्कोपी	3 <sup>1/2</sup> माह
11.	इंज. पेंटोप्राजोल 40 मि.ग्रा.	22.05.2017	06.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
12.	इंज. ट्रामाडोल 50 मि.ग्रा.	22.05.2017	09.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
13.	इंज. नॉर-एड्रेनालाईन	22.05.2017	09.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
14.	इंज. डेरिफाइलिन /थियोफिलाइन	22.05.2017	18.12.2017	„	7 माह
15.	इंज. मेटोक्लोप्रामाइड	22.05.2017	04.02.2019	„	8 <sup>1/2</sup> माह
16.	इंज. हायोसाइन ब्रोमाइड	22.05.2017	04.03.2018	„	9 <sup>1/2</sup> माह
17.	टैब. एम्लोडिपाइन 5 मि.ग्रा.	22.05.2017	09.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
18.	टैब. बिसाकोडिल 5 मि.ग्रा.	22.05.2017	09.07.2017	„	1 <sup>1/2</sup> माह
19.	इंज. एड्रेनालाईन	20.12.2018	04.02.2019	„	1 <sup>1/2</sup> माह
20.	इंज. कैल्शियम ग्लूकोनेट	31.12.2018	04.02.2019	पुल्मो वार्ड	1 माह
21.	इंज. सोडा बाइकार्बोनेट	31.12.2018	04.02.2019	„	1 माह
22.	इंज. सोडा बाइकार्बोनेट	18.12.2018	04.02.2019	आईसीयू	1 <sup>1/2</sup> माह
23.	इंज. एसटीके/स्ट्रेप्टोकिनेज	13.01.2021	19.03.2021	आईसीयू	2 माह
24.	इंज. एडेनोसाइन	13.01.2021	19.03.2021	आईसीयू	2 माह
25.	इंज. पिप्टाज / पिपेरासिलिन 4.5 मि.ग्रा.	14.01.2021	16.02.2021	पुल्मो वार्ड	1 माह
26.	इंज. जेंटामाइसिन	14.01.2021	18.03.2021	„	2 माह
27.	इंज. लिनेज़ोलिड	14.01.2021	06.10.2021	„	8 <sup>1/2</sup> माह
28.	इंज. ट्रेनेक्सा / ट्रेनेक्सैमिक एसिड	14.01.2021	11.05.2021	„	4 माह
29.	इंज. म्यूकोमिक्स /एन- एसिटाइल सिस्टीन	14.01.2021	17.01.2022	सीटीवी आईसीयू	1 वर्ष
30.	इंज. एडेनोसाइन	20.01.2021	19.03.2021	आईसीयू	2 माह
31.	बीटाडिन सोल्यूशन	27.01.2021	14.06.2021	आरयूसीयू	4 <sup>1/2</sup> माह
32.	टैब. मॉन्टेलुकेस्ट 10 मि.ग्रा.	27.01.2021	19.03.2021	„	1 <sup>1/2</sup> माह
33.	इंज. स्कैनलाइन	27.01.2021	06.05.2021	ओटी	3 माह
34.	इंज. एसटीके/स्ट्रेप्टोकिनेज	29.01.2021	19.03.2021	सीसीयू	1 <sup>1/2</sup> माह
35.	इंज. एडेनोसाइन	29.01.2021	19.03.2021	सीसीयू	1 <sup>1/2</sup> माह
36.	इंज. हेपेटाइटिस बी इम्युनोग्लोबुलिन	30.01.2021	28.04.2021	एंडोस्कोपी	3 माह

**अनुलग्नक V**  
**(पैराग्राफ 5.2.7 में संदर्भित)**

**डीजीएचएस को भूमि आबंटन के बाद अस्पताल/औषधालय जैसी विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं का विकास न होना**

क्र. सं.	भूमि का स्थान	आबंटन की तिथि	भूमि की लागत (राशि लाख में)	कब्जे की तिथि	आबंटन की तारीख के बाद कब्जे के लिए लिया गया समय (महीनों में)	भुगतान की तारीख के बाद कब्जे के लिए समय चूक (महीनों में)	भूमि स्वामित्व एजेंसी	टिप्पणियां
1.	कुतुबगढ़ गांव में 3 बीघा 17 बिस्वा का एक प्लॉट (औषधालय/ पालीक्लिनिक अभी निर्णय होना बाकी है)	19.08.2015	बिना लागत आधार पर	09.11.2015	2	लागू नहीं	पंचायत विभाग	डीजीएचएस आबंटन तिथि से 75 माह के बाद भूमि पर शुरू की जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा (औषधालय या पॉलीक्लिनिक) तय करने में विफल रहा।
2.	निजामपुर गांव में 1 बीघे 11 बिस्वा का प्लॉट (औषधालय/ पालीक्लिनिक अभी निर्णय होना बाकी है)	19.08.2015	बिना लागत आधार पर	09.11.2015	2	लागू नहीं	पंचायत विभाग	डीजीएचएस आबंटन तिथि से 75 माह के बाद भूमि पर शुरू की जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा तय करने में विफल रहा।
3.	मुंडका गांव में 9 बिस्वा का एक प्लॉट (औषधालय/ पालीक्लिनिक अभी निर्णय होना बाकी है)	01.09.2015	बिना लागत आधार पर	विभाग के पास उपलब्ध नहीं है	-	लागू नहीं	पंचायत विभाग	डीजीएचएस आबंटन तिथि से 74 माह के बाद भूमि पर शुरू की जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा तय करने में विफल रहा।
4.	बक्करवाला गांव में 2 बीघा 8 बिस्वा का एक प्लॉट (औषधालय/ पालीक्लिनिक अभी निर्णय होना बाकी है)	07.08.2015	बिना लागत आधार पर	विभाग के पास उपलब्ध नहीं है	-	लागू नहीं	पंचायत विभाग	डीजीएचएस आबंटन तिथि से 75 माह के बाद भूमि पर शुरू की जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा तय करने में विफल रहा।
5.	शफीपुर रणहौला गांव में 11 बिस्वा का एक प्लॉट (स्वास्थ्य सुविधा)	01.09. 2015	बिना लागत आधार पर	30.12.2015	74	लागू नहीं	पंचायत विभाग	डीजीएचएस आबंटन तिथि से 74 माह के बाद भूमि पर शुरू की जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।

क्र. सं.	भूमि का स्थान	आबंटन की तिथि	भूमि की लागत (राशि लाख में)	कब्जे की तिथि	आबंटन की तारीख के बाद कब्जे के लिए लिया गया समय (महीनों में)	भुगतान की तारीख के बाद कब्जे के लिए समय चूक (महीनों में)	भूमि स्वामित्व एजेंसी	टिप्पणियां
6.	शास्त्री पार्क गाँव के ए ब्लॉक में 1000 वर्ग मीटर का एक प्लॉट, (बुलंद मस्जिद के पास) (औषधालय)	06.08.2008	18.85	20.05.2010	21	141	डीडीए	कब्जे की तारीख से 138 माह और 17.2.2010 को भूमि के भुगतान के 141 माह बाद भी डीजीएचएस भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
7.	गांधी विहार में 1000 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (औषधालय)	08.06.2009	52.33	25.1.2011	19	137	डीडीए	कब्जे की तारीख से 130 माह और 31.05.2010 को भूमि के भुगतान के 137 माह बाद भी डीजीएचएस भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
8.	कापसहेड़ा में 1685.2 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (औषधालय)	01.05.2012	22.64	23.5.2014	24	100	डीडीए	डीजीएचएस कब्जे की तारीख से 90 माह और 15.07.2013 को भूमि के भुगतान के 100 माह बाद भी भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
9.	सेक्टर-04, रोहिणी एक्सटेंशन में 1000 वर्ग मीटर का एक प्लॉट, (औषधालय)	14.11.2012	47.67 28.36 अतिरिक्त भूमि लागत	19.6.2014	19	105	डीडीए	डीजीएचएस कब्जे की तारीख से 89 महीनों के बाद और 11.02.2013 और 09.04.2015 को भूमि के भुगतान के 105 और 79 महीनों के बाद भी भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
10.	दरियापुर कलां में 1685.2 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (औषधालय)	17.05.2012	34.86	5.7.2013	13	108	पंचायत विभाग	डीजीएचएस कब्जे मिलने की तारीख के 114 माह बाद और 19.11.2012 को भूमि के भुगतान के 108 माह बाद भी भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
11.	सीएस/ओसीएफ-2, सेक्टर-23 में 797 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (औषधालय)	29.04.2013	60.59	9.6.2015	25	83	डीडीए	डीजीएचएस कब्जे की तारीख से 102 माह और 19.12.2014 को भूमि के भुगतान के 83 माह बाद भी भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा।
12.	नेब सराय में 360 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (औषधालय)	06.09.2011	7.43	1.6.2012	8	115	पंचायत विभाग	डीजीएचएस कब्जे की तारीख से 122 माह के बाद और 31.03.2012 को भूमि के भुगतान के 115 माह बाद भी भूमि पर स्वास्थ्य सुविधा शुरू करने में विफल रहा, इसका कारण यह बताया गया कि मालिकों द्वारा चारदीवारी के निर्माण कार्य की अनुमति नहीं दी गई थी। बगल के प्लॉट का दावा है कि यह प्लॉट उनका है।

क्र. सं.	भूमि का स्थान	आबंटन की तिथि	भूमि की लागत (राशि लाख में)	कब्जे की तिथि	आबंटन की तारीख के बाद कब्जे के लिए लिया गया समय (महीनों में)	भुगतान की तारीख के बाद कब्जे के लिए समय चूक (महीनों में)	भूमि स्वामित्व एजेंसी	टिप्पणियां
13.	झटीकरा में 6951 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (अस्पताल)	30.01.2008	47.57	30.9.2009	20	158	पंचायत विभाग	पत्र दि. 26.05.2011 द्वारा डीडीए ने सूचित किया कि एमपीडी 2021 मानदंडों के अनुसार अस्पताल के निर्माण की अनुमति नहीं है। हालाँकि, डीजीएचएस ने भूमि उपयोग में बदलाव और मोहल्ला क्लीनिक के निर्माण की संभावना के बारे में 17.10.2016 को ही पूछताछ की। विभाग द्वारा भूमि के उपर्युक्त टुकड़े की पहचान करने के लिए संयुक्त निरीक्षण के लिए 8.11.11 के बाद डीजीएचएस द्वारा संबंधित खंड विकास अधिकारी के साथ गांव या उसके आसपास के क्षेत्रों में 100 बिस्तरों वाले मातृत्व सह स्वास्थ्य केंद्र के निर्माण के लिए कोई पत्राचार नहीं किया गया था।
14.	बामनोली में 14534 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (अस्पताल)	18.09.2008	300.65	21.1.2010	16	उपलब्ध नहीं है	पंचायत विभाग	पत्र दि.दि. 26.5.2011 डीडीए ने सूचित किया कि हरित पट्टी का हिस्सा होने के कारण एमपीडी 2021 मानदंडों के अनुसार अस्पताल के निर्माण की अनुमति नहीं है। हालाँकि, डीजीएचएस ने केवल 17.10.2016 को भूमि उपयोग में बदलाव और मोहल्ला क्लीनिक के निर्माण के बारे में पूछताछ की। 7.7.2011 के बाद मौजूदा आबंटित भूमि के बदले में पास के क्षेत्र में दूसरी भूमि आबंटित करने और 17.11.2020 से पहले पैसे वापस करने के लिए डीजीएचएस द्वारा संबंधित कार्यालय के साथ कोई पत्राचार नहीं किया गया था।
15.	मोलरबैंड में 3960 वर्ग मीटर का एक प्लॉट (अस्पताल)	27-12-2006	27.1	28.6.2007	6	उपलब्ध नहीं है	पंचायत विभाग	डीजीएचएस ने पत्र 24.8.2007 के माध्यम से भूमि उपयोग में बदलाव के संबंध में एनओसी के लिए डीडीए से अनुरोध किया था। डीडीए ने पत्र 30.12.2014 के माध्यम से भूमि उपयोग में बदलाव के अनुरोध को स्वीकार करने से इनकार कर दिया क्योंकि ज़ोन की क्षेत्रीय विकास योजना के अनुसार भूमि को 'नदी और जल निकाय' के रूप में चिह्नित किया गया था। हालाँकि, वैकल्पिक भूखंड के आबंटन के लिए पंचायत कार्यालय के साथ 10.4.2015 से पहले कोई

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र. सं.	भूमि का स्थान	आबंटन की तिथि	भूमि की लागत (राशि लाख में)	कब्जे की तिथि	आबंटन की तारीख के बाद कब्जे के लिए लिया गया समय (महीनों में)	भुगतान की तारीख के बाद कब्जे के लिए समय चूक (महीनों में)	भूमि स्वामित्व एजेंसी	टिप्पणियां
								पत्राचार उपलब्ध नहीं था। दक्षिण पूर्व जिले और निकटतम सरकारी क्षेत्र में पूरे क्षेत्र में कोई भी अस्पताल या तो एम्स, सफदरजंग या पं. मदन मोहन मालवीय अस्पताल हैं, ये सभी प्रस्तावित स्थल से 16 किलोमीटर से अधिक दूर हैं।
		कुल	648.05					

**अनुलग्नक VI**  
**(पैराग्राफ 8.2.2 में संदर्भित)**  
**नर्सिंग संस्थानों का विवरण**

क्र.सं.	संस्थान का नाम	पिछला निरीक्षण आयोजित किया गया	आयोजित किये जाने वाले निरीक्षण की तिथि	आयोजित निरीक्षण की तिथि	निरीक्षण में देरी (माह)
1.	आकांक्षा इंस्टीट्यूट ऑफ नर्सिंग आरजेड-सी-117, गोपाल नगर, नजफगढ़, नई दिल्ली-43	नवंबर 2017	नवंबर 2020	फरवरी 2022	14
2.	अपोलो स्कूल ऑफ नर्सिंग सरिता विहार नई दिल्ली 110044	मई 2017	मई 2020	अक्टूबर 2021	17
3.	अहिल्या बाई कॉलेज ऑफ नर्सिंग लोक नायक अस्पताल, नई दिल्ली	जुलाई 2015	जुलाई 2018	अक्टूबर 2019	15
4.	ब्रह्म शक्ति स्कूल ऑफ एनएसजी यू-1/78 बुध विहार, मुख्य कंझावला रोड, दिल्ली-86	जून 2018	जून 2021	फरवरी 2022	08
5.	धर्मशिला नारायणा सुपर स्पेशलिटी अस्पताल	अक्टूबर 2018	अक्टूबर 2021	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं हुआ	07
6.	गिन्नी देवी एक्शन स्कूल ऑफ नर्सिंग एफसी-34-ए-4, पश्चिम विहार, नई दिल्ली-63	जनवरी 2016	जनवरी 2019	फरवरी 2022	37
7.	होली फैमिली हॉस्पिटल कॉलेज ऑफ नर्सिंग ओखला रोड, एन.डी 110025	अप्रैल 2016	अप्रैल 2019	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं हुआ	37
8.	एलएचएमसी कॉलेज ऑफ नर्सिंग कनॉट प्लेस, नई दिल्ली, दिल्ली 110001	फरवरी 2015	फरवरी 2018	जुलाई 2019	17
9.	लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल बाड़ा हिंदू राव दिल्ली 110007	मार्च 2014	मार्च 2017	अक्टूबर 2019	31
10.	राष्ट्रीय हृदय संस्थान, दिल्ली	मई-15	मई 2018	अक्टूबर 2021	41
11.	राजमाता विजयाराजे सिंधिया नर्सिंग स्कूल स्वामी दयानंद अस्पताल दिलशाद गार्डन, दिल्ली 110095	फरवरी 2016	फरवरी 2019	अप्रैल 2022	38
12.	आरएके कॉलेज ऑफ नर्सिंग लाजपत नगर III, नई दिल्ली -110024	अप्रैल-16	अप्रैल 2019	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं हुआ	37
13.	डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल कॉलेज ऑफ नर्सिंग नई दिल्ली 110001	अगस्त 2017	अगस्त 2020	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं हुआ	21
14.	रुफेदा कॉलेज ऑफ नर्सिंग, जामिया हमदर्द नगर, नई दिल्ली 62	नवंबर 2014	नवंबर 2017	फरवरी 2019	15
15.	ग्रामीण स्वास्थ्य प्रशिक्षण केंद्र नजफगढ़, नई दिल्ली 110073	जनवरी 2014	जनवरी 2017	जून 2019	29
16.	सलोकया कॉलेज ऑफ नर्सिंग प्लॉट नंबर 1147 रिठाला मेट्रो स्टेशन के पास दिल्ली-85	मई 2013	मई 2016	फरवरी 2019	33
17.	नर्सिंग कॉलेज, सेंट स्टीफंस अस्पताल, तीस हजारी के पास, दिल्ली-110054	मई 2017	मई 2020	अक्टूबर 2022	29
18.	संत परमानंद हॉस्पिटल स्कूल ऑफ नर्सिंग संत नगर, बुराड़ी, दिल्ली 110084	अक्टूबर 2018	अक्टूबर 2021	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं	07

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र.सं.	संस्थान का नाम	पिछला निरीक्षण आयोजित किया गया	आयोजित किये जाने वाले निरीक्षण की तिथि	आयोजित निरीक्षण की तिथि	निरीक्षण में देरी (माह)
19.	स्कूल ऑफ नर्सिंग, तीरथ राम शाह हॉस्पिटल 1, ईशर दास साहनी रोड, राजपुर रोड, दिल्ली 54	जनवरी 2016	जनवरी 2019	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं	40
20.	कॉलेज ऑफ नर्सिंग वीएमएमसी और सफदरजंग अस्पताल अंसारी नगर दिल्ली	मई 2016	मई 2019	मई 2022 तक कोई निरीक्षण नहीं	36

**अनुलग्नक VII**  
**(पैराग्राफ 10.1.7 में संदर्भित)**

**चिह्नित निजी अस्पताल द्वारा ईडब्ल्यूएस रोगियों को अनुचित निःशुल्क इलाज/ निःशुल्क इलाज प्रदान न करना**

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
1.	श्री राम लाल सिंह	बत्रा	30,000	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं दिया गया	रोगी ने दावा किया कि अस्पताल ने उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के अंतर्गत निःशुल्क इलाज करने से मना कर दिया तथा इलाज के लिए ₹ 30000/- का भुगतान लिया। शिकायत अस्पताल को 19.10.2021 भेज दी गई थी लेकिन 132 दिनों की देरी के बाद भी उत्तर अभी भी लंबित है।
2.	श्री हातम सिंह	बत्रा	1,31,851	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं दिया गया	रोगी को दिल की बीमारी के कारण अस्पताल में भर्ती कराया गया था, अस्पताल में ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज किया जाता था और अस्पताल के कर्मचारियों ने मेरा रेफरल पत्र फाड़ दिया। अस्पताल ने अपने उत्तर में कहा कि रोगी ने भर्ती और इलाज के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाए थे। इसलिए रोगी को भुगतान श्रेणी में माना गया। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी का था और अस्पताल ने उसके इलाज पर कोई अतिरिक्त खर्च नहीं किया है क्योंकि ईडब्ल्यूएस रोगी के लिए यह सेवा निःशुल्क है जो उच्च न्यायालय के निर्देशों के अनुसार नकद/भुगतान वाले रोगी को प्रदान की जाएगी।
3.	मो. नज़ीर	बत्रा		देरी करना और उचित उपचार न देना	रोगी कैंसर से पीड़ित था और उसकी हालत बहुत तेजी से बिगड़ रही थी और अस्पताल अधिकारी रोगी पर ध्यान नहीं दे रहे थे और लंबी तारीख दे रहे थे (जैसा कि रोगी ने 13.11.2019 को बताया था)। शिकायत 19.11.2019 को अस्पताल को भेज दी गई लेकिन 830 दिनों की देरी के बाद भी आज तक कोई उत्तर नहीं मिला।
4.	श्री खान चंद	बत्रा	2,66,866	ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी ने दावा किया कि उसका ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत इलाज नहीं किया गया और अस्पताल ने मुफ्त इलाज करने के बदले उससे शुल्क लिया। अस्पताल ने अपने उत्तर में कहा कि रोगी ने भर्ती के समय अपनी ईडब्ल्यूएस श्रेणी नहीं बताई है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि दस्तावेजी साक्ष्य के अनुसार रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी का था।
5.	श्री जसबीर सिंह	बत्रा	6,42,902	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं दिया गया	हेमरेज के कारण रोगी को आपातकालीन स्थिति में बत्रा अस्पताल में भर्ती कराया गया था लेकिन अस्पताल ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज करने से इनकार कर दिया था। शिकायत 02 अप्रैल 2019 को अस्पताल को भेज दी गई थी लेकिन 1065 दिनों की देरी के बाद भी आज तक कोई उत्तर नहीं मिला।
6.	श्री सुरेश कुमार	बत्रा	उपलब्ध नहीं	इलाज में देरी	रोगी ने शिकायत की कि वह किडनी की गंभीर समस्या से पीड़ित है और उसे नियमित आधार पर तत्काल डायलिसिस की आवश्यकता है और हालत बिगड़ रही है, लेकिन अस्पताल ने कहा कि आपकी बारी 6-7 महीनों में आएगी। अस्पताल ने उत्तर दिया कि उन्हें डायलिसिस के लिए समायोजित करने का प्रयास किया जा रहा है। उत्तर सत्य नहीं प्रतीत होता क्योंकि रोगी को तत्काल नियमित आधार पर डायलिसिस की आवश्यकता होती है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
7.					बत्रा हॉस्पिटल के खिलाफ ड्रग्स/दवाओं की अनुपलब्धता, उपचार/नैदानिक जांच के लिए लंबी तारीख देना, ईडब्ल्यूएस मरीजों का ठीक से इलाज न करना और मरीजों के साथ दुर्यवहार करना, अस्पताल द्वारा नोडल अधिकारी की नियुक्ति न करना, गैर-चिह्नित करने जैसी बहुत सारी शिकायतें हैं। ईडब्ल्यूएस दरें क्षेत्रीय विधायक, संबंधित संपर्क अधिकारी और बत्रा अस्पताल के संघ से प्राप्त हुई हैं, जिससे इस संबंध में अन्य मरीजों द्वारा की गई शिकायत को बल मिलता है, लेकिन डीजीएचएस ने शिकायतों की वास्तविकता को सत्यापित करने के लिए कोई पूछताछ/जांच शुरू नहीं की है, यह केवल अस्पताल की प्रतिक्रिया पर निर्भर करता है जो हो सकता है पक्षपातपूर्ण हो और भविष्य में शिकायतों को कम करने के लिए ईडब्ल्यूएस रोगियों को प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए अस्पताल को कोई निर्देश/परामर्श जारी नहीं किया गया।
8.	श्रीमती राम प्यारी	माता चानन देवी	45000	मुफ्त दवा नहीं दे रहे	18.09.2018 को शिकायत दर्ज की गई, ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा संबंधित अस्पताल को उत्तर देने के लिए 24.09.2018 को प्रेषित किया गया लेकिन 1230 दिनों की देरी (जनवरी 2022 तक) के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।
9.	श्रीमती प्रीति	माता चानन देवी	12,082	ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	शिकायतकर्ता ने अपनी शिकायत में कहा कि अस्पताल प्राधिकारी ने दुर्यवहार किया और छुट्टी के समय पैसे वसूले। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी को सशुल्क सेवाओं का लाभ मिल गया है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि रोगी के प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस बिस्तर खाली थे। एलओ/ईडब्ल्यूएस ने उत्तर के तथ्यों को सत्यापित नहीं किया और केवल रोगी को सूचित किया। उच्च न्यायालय के निर्देशों के अनुसार ईडब्ल्यूएस रोगी को सभी सुविधाएं निःशुल्क प्रदान की जाएंगी जो भुगतान किए गए रोगी को दी जा रही हैं।
10.	श्री मनोज	माता चानन देवी		निःशुल्क अल्ट्रासाउंड सुविधा न देने तथा निःशुल्क श्रेणी में आगे उपचार न करने संबंधी शिकायत	ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 20.10.2020 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 469 दिनों की देरी (जनवरी 2022 तक) के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।
11.	श्री गुलशन	इंडियन स्पाईनल इनज्युरी	15,000	ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज नहीं मिल रहा	रोगी से शुल्क वसूलने के संबंध में अस्पताल ने कोई विशेष उत्तर नहीं दिया है।
12.	श्री बृजमाला	इंडियन स्पाईनल इनज्युरी		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज नहीं मिल रहा	रोगी ने शिकायत की कि कई माह बीत जाने के बाद भी उसकी रीढ़ की हड्डी की चोट का ऑपरेशन नहीं किया गया और उसे चलने-बैठने में काफी दिक्कत हो रही है। अस्पताल ने बिस्तर अधिभोग विवरण प्रस्तुत किए बिना उत्तर दिया कि उस समय कोई बिस्तर उपलब्ध नहीं था और कई महीनों के बाद भी उपचार प्रदान नहीं करने पर चुप रहा। एलओ/एनओ/ईडब्ल्यूएस सेल द्वारा इस तथ्य का भी सत्यापन नहीं किया गया कि रोगी का इलाज समय पर क्यों नहीं किया गया।

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
13.	श्री मो . ताहिर	इंडियन स्पाइन्ल इनज्युरी		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	शिकायतकर्ता ने कहा कि वह 16.01.2019 को एक दुर्घटना का शिकार हो गया और उसे चंडीगढ़ के सरकारी अस्पताल में आपातकालीन उपचार मिला, जिसके बाद वह आगे के इलाज के लिए इंडियन स्पाइन्ल इनज्युरी में गया, लेकिन अस्पताल ने 02 माह से अधिक समय तक कोई इलाज नहीं किया और उसके पैर की हालत बहुत तेजी से खराब हो गई। अस्पताल ने उत्तर दिया कि प्रवेश के समय (02.02.19) बिस्तर उपलब्ध नहीं था। उस तारीख के बिस्तर अधिभोग का विवरण प्रस्तुत किए बिना और 02 माह और 11 दिनों में भी मुफ्त बिस्तर उपलब्ध नहीं कराने पर चुप रहा। एलओ/एनओ/ ईडब्ल्यूएस सेल ने उन्हें जल्द से जल्द इलाज दिलाने में मदद करने का कोई प्रयास नहीं किया।
14.	सुश्री सकीना	इंडियन स्पाइन्ल इनज्युरी		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज नहीं मिल रहा	रोगी ने बताया कि वह कूल्हे की चोट से पीड़ित थी और उसे तत्काल इलाज की आवश्यकता थी लेकिन अस्पताल द्वारा कोई इलाज नहीं किया गया और ऑपरेशन करने के बजाय 04 माह की दवा दे दी गई। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 16.10.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 836 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।
15.	श्री मुनव्वर रशीद	पुष्पावती सिंघानिया (पीएसआरआई)		मुफ्त दवा और जांच नहीं दे रहे	अपने उत्तर में अस्पताल द्वारा दवा के शुल्क का कोई जिक्र नहीं किया गया।
16.	श्री हीरालाल सिंह	पुष्पावती सिंघानिया (पीएसआरआई)		गुर्दा प्रत्यारोपण के बाद निःशुल्क दवाएँ उपलब्ध नहीं कराना	अस्पताल ने कहा कि रोगी को एम्स से इलाज कराना चाहिए और दवा लेनी चाहिए, जहां उसका किडनी ट्रांसप्लांट हुआ है। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि ईडब्ल्यूएस रोगी किसी भी आईपीएच से दवा प्राप्त करने के लिए स्वतंत्र है।
17.	सुश्री रमेश देवी	महाराजा अग्रसेन		मुफ्त इलाज से इनकार कर दिया	एलएनजेपी अस्पताल द्वारा रोगी (इंटरस्टीशियल लंग डिजीज से पीड़ित और भारी दर्द से जूझ रहा था) को आपातकालीन स्थिति में महाराजा अग्रसेन अस्पताल में रेफर किए जाने के बाद भी अस्पताल ने आपातकालीन स्थिति में ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी को भर्ती करने से इनकार कर दिया था जैसा कि शिकायतकर्ता ने इस मामले में कहा, आपातकालीन रोगी की रेफरल प्रक्रिया का सरकारी और निजी अस्पताल दोनों द्वारा पालन नहीं किया गया। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 10.6.21 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 235 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।
18.	सुश्री आशा	महाराजा अग्रसेन	उपलब्ध नहीं	मुफ्त इलाज नहीं कर रहे और फीस ले रहे हैं।	ईडब्ल्यूएस रोगी ने शिकायत की कि अस्पताल में उसके इलाज पर 2 लाख रुपये से अधिक खर्च हुए हैं और उसके पास आगे के इलाज के लिए और पैसे नहीं हैं। अस्पताल प्राधिकरण ने बिल पर 30% की छूट की पेशकश की है, इसके बावजूद उसने आईसीयू से जनरल वार्ड में शिफ्ट करने के लिए उनसे ₹ 38000/- का शुल्क लिया है, शिकायत ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा संबंधित अस्पताल को 10.10.18 को उत्तर के लिए भेज दी गई है, लेकिन 1207 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022 तक)

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
19.	सुश्री कमला रानी	मूल चंद		दवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा रही हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा 2.4.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को शिकायत भेज दी गई, लेकिन 1034 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
20.	नसीम जहां	मूल चंद		दवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा रही हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा 2.4.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को शिकायत भेज दी गई, लेकिन 1034 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
21.	सुश्री गीता देवी	मूल चंद		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा रही हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 31.5.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 975 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
22.	सुश्री सरिता	मूल चंद		दवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं और इंजेक्शन उपलब्ध नहीं कराए जा रहे हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 9.8.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 905 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
23.	सुश्री अनिता	मूल चंद		दवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा रही हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 9.8.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 905 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
24.	सुश्री आरती गोयल	मूल चंद		दवा उपलब्ध नहीं करायी गयी।	रोगी ने दावा किया कि आईपीएच द्वारा दवाएं उपलब्ध नहीं कराई जा रही हैं। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 9.8.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 905 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
25.	श्री बीरेंद्र मिश्रा	विमहन्स		ईडब्ल्यूएस रोगी के साथ दुर्व्यवहार	रोगी ने दावा किया कि उसके इलाज के दौरान ईडब्ल्यूएस के तहत पंजीकरण से लेकर दवा, नैदानिक परीक्षण/जांच/परामर्श प्रदान करने तक विभिन्न स्तरों पर उसे परेशान किया जा रहा था तथा भुगतान करने वाले रोगी और मुफ्त रोगी के बीच बड़ा भेदभाव किया गया था, केवल जूनियर डॉक्टर ही ईडब्ल्यूएस मरीजों का इलाज कर रहे थे और कोई भी वरिष्ठ नहीं था। ईडब्ल्यूएस रोगी के इलाज के लिए डॉक्टर उपलब्ध कराया जा रहा है। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 23.1.19 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 1103 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
26.	श्री टिटू राम	विमहन्स	80663	ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी को आपातकालीन वार्ड में भर्ती किया गया था लेकिन ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत उपचार नहीं किया गया था और अस्पताल द्वारा इलाज के लिए ₹ 80663 का भुगतान करने के लिए मजबूर किया गया था। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाया था।
27.	सुश्री शाहिदा बेगम	मैक्स पटपड़गंज		ईडब्ल्यूएस रोगी के साथ उचित इलाज/उपचार नहीं किया गया	रोगी ने शिकायत की कि उसे गंभीर हालत में अस्पताल में बिस्तर नहीं मिला। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 11.3.21 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 325 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
28.	सुश्री शमशाद	मैक्स पटपड़गंज		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी ने दावा किया कि वह हृदय रोग से पीड़ित था और इस अस्पताल में उसका इलाज हुआ था लेकिन अब अस्पताल ने कोई भी दवा और नैदानिक जांच प्रदान करने से इनकार कर दिया है। रोगी की हालत दिन-ब-दिन बिगड़ती जा रही थी लेकिन अस्पताल प्रशासन उसकी पीड़ा पर कोई ध्यान नहीं दे रहा था। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 26.3.21 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 310 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
29.	श्री शिव रतन	मैक्स पटपड़गंज		इलाज मुहैया कराने में देरी	रोगी ने दावा किया कि वह कैंसर से पीड़ित है लेकिन उसे रेडिएशन थेरेपी के लिए बिस्तर नहीं मिल पा रहा है। परीक्षण के लिए तारीख प्राप्त करने के लिए कोई नैदानिक जांच तारीख प्रदान नहीं की गई थी। अस्पताल ने बताया कि जांच की तारीख 15 दिनों में दी जाएगी, लेकिन 2-3 माह की देरी के बाद भी कोई तारीख नहीं दी गई, ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 20.7.21 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 195 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। (जनवरी 2022)
30.	सुश्री सुष्मिता सेन	मैक्स पटपड़गंज		ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी का दावा है कि उसे इमरजेंसी वार्ड में इलाज नहीं दिया गया, जबकि वह पथरी की बीमारी से पीड़ित थी। वरिष्ठ अधिकारियों से मिलने के बाद भी ऑपरेशन की कोई तारीख नहीं दी गई और हर बार उसका नाम प्रतीक्षा सूची में डाल दिया गया। हालत खराब हो गई थी और भारी दर्द हो रहा था। ईडब्ल्यूएस शाखा द्वारा शिकायत 3.8.21 को उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को भेज दी गई, लेकिन 181 दिनों की देरी के बाद भी अस्पताल द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया।
31.	सुश्री संध्या शुक्ला	मैक्स शालीमार बाग	4133	ईडब्ल्यूएस के तहत इलाज से इनकार कर दिया	रोगी को 04.07.2017 को आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया था, लेकिन ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत इलाज करने से यह कहते हुए इनकार कर दिया कि ईडब्ल्यूएस बिस्तर उपलब्ध नहीं था और डायग्नोस्टिक जांच के लिए शुल्क लिया गया था। बाद में मैक्स अस्पताल द्वारा मना करने के बाद रोगी को स्वयं सरोज अस्पताल में भर्ती कराया गया। 27.7.2017 को ईडब्ल्यूएस शाखा में शिकायत दर्ज की गई थी, लेकिन 1648 दिनों की देरी के बाद भी ईडब्ल्यूएस शाखा ने इस उत्तर के लिए संबंधित अस्पताल को नहीं भेजा था। (जनवरी 2022)
32.	श्री राममूरत सिंह	मैक्स शालीमार बाग		ईडब्ल्यूएस मरीजों को ठीक से इलाज न मुहैया कराना	रोगी ने दावा किया कि उसे अपने कान का ऑपरेशन कराने की जरूरत है, लेकिन नोडल अधिकारियों के पास कई बार जाने के बाद भी अस्पताल प्रशासन ने इसके लिए तारीख नहीं दी। शिकायत की तिथि 28.07.2017, ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को शिकायत 10.08.2017 को अग्रेषित की गई। 1661 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
33.	सुश्री डिम्पल जैन	मैक्स शालीमार बाग		ईडब्ल्यूएस मरीजों को ठीक से इलाज न मुहैया कराना	रोगी ने दावा किया कि सरकारी अस्पताल ने उसे हर्निया का ऑपरेशन कराने के लिए मैक्स रेफर किया था, लेकिन कई बार जाने के बाद भी अस्पताल ने ऑपरेशन की तारीख नहीं दी। रोगी की हालत बिगड़ती जा रही थी और तत्काल ऑपरेशन की जरूरत थी। शिकायत की तिथि 13.09.2017, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को अग्रेषित 15.09.2017, 1616 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
34.	सुश्री गीता	मैक्स शालीमार बाग		ईडब्ल्यूएस मरीजों को ठीक से इलाज न मुहैया कराना	रोगी के रिश्तेदार ने दावा किया कि उसे आपातकालीन स्थिति में भर्ती करने की जरूरत है, लेकिन डॉक्टर ने रोगी की स्थिति की जांच करने से भी इनकार कर दिया और कहा कि उनके पास ईडब्ल्यूएस बिस्तर नहीं है। काफी मिन्नतों के बाद उसे इमरजेंसी में भर्ती किया गया। अगले दिन अस्पताल के कर्मचारियों ने सुबह बताया कि हमारे पास बिस्तर नहीं है और रोगी को यहां से ले जाएं, उस दिन रविवार था और हमने उनसे फिर से अनुरोध किया कि हम अन्य अस्पतालों में भी बिस्तर पाने की कोशिश कर रहे हैं और अस्पताल प्राधिकरण से रोगी को इलाज दूसरे अस्पताल में शिफ्ट होने तक उपलब्ध कराने का अनुरोध किया। रविवार होने के कारण हमें आसपास के किसी भी अस्पताल में बिस्तर नहीं मिल सका और रोगी कहीं भी जाने की स्थिति में नहीं था, जैसा कि इलाज कर रहे डॉक्टरों ने हमें बताया था। ठीक से और समय पर इलाज नहीं मिलने के कारण अंततः रोगी की मौत हो गई। शिकायत की तिथि 18.08.2017, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 15.09.2017 को अग्रेषित की गई। 1626 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। इस मामले में ऐसा प्रतीत होता है कि लेखापरीक्षा अस्पताल ने आपातकालीन/दुर्घटनाग्रस्त स्थिति में रोगी को भर्ती करने और इलाज करते समय उच्च न्यायालय के निर्देशों का पालन नहीं किया था।
35.	सुश्री अंजू	मैक्स शालीमार बाग	238414	ईडब्ल्यूएस मरीजों को मुफ्त इलाज न मुहैया कराना	रोगी के रिश्तेदार ने अपनी शिकायत में दावा किया कि आईपीएच द्वारा ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी का मुफ्त इलाज नहीं किया गया और इसके द्वारा किए गए इलाज के लिए शुल्क लिया गया। शिकायत की तिथि 26.09.2017, ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को शिकायत 24.10.2017 को अग्रेषित की गई। 1558 दिनों की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
36.	श्री धर्मबीर	मैक्स शालीमार बाग	533022	ईडब्ल्यूएस मरीजों को मुफ्त इलाज न मुहैया कराना	रोगी का दावा है कि उसे इमरजेंसी में भर्ती कराया गया था। ईडब्ल्यूएस रोगी होने के कारण अस्पताल ने मुफ्त इलाज नहीं किया और उससे शुल्क वसूला। अस्पताल ने कहा कि रोगी बांह में गोली लगने के कारण आपातकालीन स्थिति में आया था और सर्जरी के बाद उसे आईसीयू में भर्ती कराया गया था और उसने मुफ्त इलाज के लिए ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाए थे। अस्पताल का उत्तर सत्य प्रतीत नहीं होता क्योंकि वह उस तिथि से बिस्तर अधिभोग पर मौन है। यदि ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत बिस्तर उपलब्ध था, तो उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त उपचार प्रदान करना होगा, भले ही वह उच्च न्यायालय के निर्देशों के अनुसार प्रवेश के समय दस्तावेज दिखाने में विफल रहा हो।
37.	श्री नारायण प्रसाद	मैक्स शालीमार बाग	350000	ईडब्ल्यूएस मरीजों को मुफ्त इलाज न मुहैया कराना	रोगी ने दावा किया कि उसे अस्पताल द्वारा ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं दिया गया। शिकायत की तिथि 23.02.2018, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को अग्रेषित 26.02.2018, 1462 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
38.	श्री संदीप कुमार	मैक्स शालीमार बाग		ईडब्ल्यूएस मरीजों को उचित तरीके से मुफ्त इलाज न मुहैया कराना	रोगी ने दावा किया कि एक दुर्घटना में घायल हाथ का ऑपरेशन कराने के लिए कई बार जाने के बाद भी उसे अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया, ऑपरेशन की तारीख न देने के लिए कर्मचारियों द्वारा उसे विभिन्न तरीकों से परेशान किया गया और संबंधित अस्पताल में तैनात संपर्क अधिकारी ने भी मदद नहीं की। जिससे रोगी को समय पर और उचित इलाज मिल सके। शिकायत की तिथि 01.08.2018, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
					को 10.08.2018 को अग्रेषित की गई 1268 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
39.	श्री फेजान अख्तर	वैकटेश्वर		ईडब्ल्यूएस मरीजों को मुफ्त इलाज न देना	रोगी किडनी की बीमारी से पीड़ित है और उसे नियमित अंतराल पर डायलिसिस की जरूरत होती है लेकिन अस्पताल ने 3-4 माह तक इंजेक्शन उपलब्ध नहीं कराया और व्यवस्था करने को कहा। एक सप्ताह में तीन इंजेक्शन की आवश्यकता होती है और प्रति इंजेक्शन की कीमत ₹ 1200/- है। शिकायत की तिथि 22.02.2018, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 26.02.2018 को अग्रेषित की गई। 1457 दिनों की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (फरवरी 2022)
40.	सुश्री शमा खान	एक्शन केयर		सर्जरी के लिए तारीखें देने में देरी	रोगी ने दावा किया कि वह कैंसर से पीड़ित है और उसका तत्काल ऑपरेशन किया जाए पर अस्पताल ने ऑपरेशन के लिए तारीख नहीं दी। शिकायत की तिथि 11.08.2018, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 14.08.2018 अग्रेषित की गई 1465 दिन की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
41.	श्री देवेन्द्र सिंह	एक्शन केयर		इलाज में देरी	रोगी को पथरी की बीमारी का इलाज कराने के लिए सरकारी अस्पताल डीडीयू से रेफर किया गया था। अस्पताल ने रोगी से कहा कि जब रोगी को दर्द महसूस होगा तब सर्जरी की जाएगी। वे 2 से अधिक बार गए लेकिन उन्हें कोई इलाज नहीं दिया गया और दिन बीतने के साथ-साथ उनकी बीमारी बढ़ती गई। शिकायत की तिथि 22.12.2017, ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को शिकायत 24.01.2018 को अग्रेषित की गई। 1465 दिनों की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
42.	सुश्री मालती	मैक्स साकेत		मुफ्त दवा नहीं दे रहे	रोगी ने दावा किया कि अस्पताल ने दवाइयां उपलब्ध नहीं कराईं और रोगी को अपनी कीमत पर बाहर से खरीदने के लिए कहा। शिकायत की तिथि 30.09.2019, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 25.10.2019 को अग्रेषित की गई। 822 दिनों की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
43.	सुश्री सुनीता वर्मा	मैक्स साकेत		इलाज करने से इंकार	रोगी बीमारी से पीड़ित था और उसे तत्काल इलाज की जरूरत थी और हालत बहुत गंभीर थी। अस्पताल ने रोगी को भर्ती करने से इनकार कर दिया और कहीं और जाने को कहा। शिकायत की तिथि 02.06.2021 थी। शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 07.06.2021 को अग्रेषित की गई, 238 दिनों की देरी के बाद भी आज तक आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
44.	सुश्री उमा रानी	सेंट स्टीफन	8,52,659	मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि उसे आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया था, ईडब्ल्यूएस होने और मिन्नत करने पर भी कोई मुफ्त इलाज नहीं दिया गया। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने भुगतान श्रेणी के तहत इलाज की मांग की और प्राधिकरण को अपनी ईडब्ल्यूएस श्रेणी के बारे में कभी सूचित नहीं किया। लेखापरीक्षा का विचार है कि अगर रोगी को आपातकालीन वार्ड में भर्ती किया गया था तो आईपीएच ने रोगी से कोई दस्तावेज नहीं मांगा और ना ही संबंधित सरकारी अस्पताल को सूचित किया, जिसके बदले में 48 घंटों के भीतर पात्रता मानदंडों को सत्यापित करना था, प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज दिखाने की कोई आवश्यकता नहीं थी। संबंधित

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
					सरकारी अस्पताल उसके प्रवेश के 48 घंटे के भीतर पात्रता मानदंड की जांच करेगा। लेकिन इस मामले में आईपीएच के साथ-साथ आईजीएच द्वारा भी इस प्रक्रिया का पालन नहीं किया गया।
45.	सुश्री पूजा	सेंट स्टीफन		मुफ्त इलाज करने से इनकार	हालत गंभीर होने के कारण रोगी को इमरजेंसी वार्ड में भर्ती कराया गया था। अस्पताल प्रशासन ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी का इलाज करने से इनकार कर दिया और उससे फीस वसूल की। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाया था। अस्पताल का उत्तर सत्य नहीं है क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी का है। यदि प्रवेश के समय बिस्तर उपलब्ध था तो रोगी पर कोई अतिरिक्त खर्च नहीं किया गया क्योंकि उच्च न्यायालय के आदेश के अनुसार स्वास्थ्य सुविधा मुफ्त और भुगतान वाले रोगी के लिए समान है।
46.	सुश्री पारो	सेंट स्टीफन		मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि गर्भावस्था के दौरान उसे अल्ट्रासाउंड की सुविधा नहीं दी गई। शिकायत की तिथि 06.03.2020, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच 12.03.2020 को अग्रोषित की गई। 324 दिनों की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
47.	सुश्री हमज़ा	सेंट स्टीफन		मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं मिला। शिकायत की तिथि 02.04.2021, ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को शिकायत 15.04.2021 को अग्रोषित की गई, 291 दिनों की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)
48.	श्री मदन लाल	जयपुर गोल्डन	849307	मरीज़ को मुफ्त इलाज देने से इंकार करना और उससे शुल्क लेना	रोगी के रिश्तेदार ने दावा किया कि उसे आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया था, बाद में आईसीयू में स्थानांतरित कर दिया गया और वेंटिलेटर पर रखा गया, ईडब्ल्यूएस रोगी होने के बाद भी अस्पताल ने मुफ्त इलाज नहीं दिया और आपातकाल के दौरान प्रदान किए गए उपचार के लिए शुल्क लिया। इलाज के दौरान रोगी को बकाया राशि का भुगतान करने के लिए दबाव बनाकर परेशान किया गया और आवश्यक राशि जमा नहीं करने पर दवाई बंद करने और आईसीयू से शिफ्ट करने की धमकी दी गयी। इलाज के दौरान रोगी की मौत हो गयी। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने इलाज के दौरान ईडब्ल्यूएस स्थिति का खुलासा नहीं किया था। उत्तर सत्य नहीं है क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी का था।
49.	सुश्री शांति देवी	गोल्डन जयपुर		समुचित इलाज व भर्ती न करना	रोगी के रिश्तेदार ने दावा किया कि वह अस्पताल गए और रोगी को आपातकालीन वार्ड में भर्ती करने के लिए कहा, क्योंकि हालत बहुत गंभीर थी, लेकिन अस्पताल प्रशासन ने उसे भर्ती करने से इनकार कर दिया क्योंकि कोई ईडब्ल्यूएस बिस्तर उपलब्ध नहीं था। बाद में वे हालत गंभीर होने के कारण दीन दयाल उपाध्याय अस्पताल गए और उसी दिन रोगी की मृत्यु हो गई। शिकायत की तिथि 10.06.2019, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 20.06.2019 को अग्रोषित की गई। 955 दिन की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
50.	श्री जितेन्द्र कुमार	धर्मशिला		मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि वह कैंसर से पीड़ित है और अस्पताल ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं दिया और नकद श्रेणी के तहत इलाज करने को कहा। शिकायत की तिथि 05.03.2020, शिकायत ईडब्ल्यूएस

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
					द्वारा आईपीएच को 24.03.2020 अग्रेषित की गई। 677 दिनों की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला। (जनवरी 2022)।
51.	श्री सुरेंद्र सिंह	धर्मशिला		मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी किडनी की बीमारी से पीड़ित था और उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत अस्पताल से मुफ्त इलाज नहीं मिल रहा था, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा 16.12.2019 को आईपीएच को भेज दी गई। 776 दिन बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला (जनवरी 2022)
52.	सुश्री कांती	धर्मशिला		मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि वह कई बार अस्पताल गया लेकिन अस्पताल प्रशासन ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज देने से इनकार कर दिया। अस्पताल ने उत्तर दिया कि हमें इस रोगी के बारे में जानकारी नहीं है।
53.	सुश्री नूर खान	धर्मशिला		मुफ्त इलाज नहीं दे रहे	रोगी कैंसर से पीड़ित था और अस्पताल में उसका इलाज किया जा रहा था, रोगी को सर्जरी की आवश्यकता थी और अस्पताल ने सर्जरी के लिए 200000 की मांग की और कहा कि उपचार जारी रहेगा अन्यथा कहीं और अस्पताल में इलाज किया जाएगा। अस्पताल ने कहा कि रोगी को प्लास्टिक सर्जरी की आवश्यकता थी जो अस्पताल में उपलब्ध नहीं थी, इसलिए रोगी को दूसरे अस्पताल जाने का सुझाव दिया गया था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है, उच्च न्यायालय के निर्देश के अनुसार संबंधित आईपीएच में उपलब्ध नहीं है, यह अन्य अस्पतालों की जांच करेगा जहां सुविधा उपलब्ध है, रोगी को संबंधित डॉक्टरों के परामर्श के बाद ऐसे अस्पताल में स्थानांतरित कर दिया जाएगा।
54.	श्री शिवकुमार वर्मा	अग्रसेन, द्वारका	45469	मरीज़ को मुफ्त इलाज देने से इंकार करना और उससे शुल्क लेना	शिकायत की तिथि 09.09.2019, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को अग्रेषित 19.09.2019। 864 दिन की देरी के बाद भी आईपीएच से कोई उत्तर नहीं मिला।
55.	सुश्री मंशा	धर्मशिला		मुफ्त इलाज करने से इनकार	शिकायत की तिथि 16.09.2021, शिकायत ईडब्ल्यूएस द्वारा आईपीएच को 02.07.2021 को अग्रेषित की गई। आईपीएच से आज तक कोई उत्तर नहीं मिला। शिकायतकर्ता ने कहा कि अस्पताल ने कैंसर रोगी को भर्ती करने से इनकार कर दिया था, बाद में रोगी को गंभीर हालत में आपातकालीन स्थिति में एम्स में स्थानांतरित कर दिया गया था।
56.	प्रियांशी	गंगा राम		ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत इलाज नहीं मिल रहा है	रोगी ने कहा कि वह घुटने की समस्या से पीड़ित थी और उसे तत्काल ऑपरेशन की जरूरत थी तथा चलने में दर्द महसूस होता था। शिकायत 22.09.2017 को अस्पताल को भेज दी गई थी लेकिन 1591 दिनों की देरी के बाद भी उत्तर अभी भी प्रतीक्षित है। (जनवरी 2022)
57.	सलमान	गंगा राम	6,00,000	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं मिल रहा है	रोगी ने दावा किया कि उसे आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया था, जिसके पैर में चोट लगी थी और भर्ती के समय बहुत खून बह रहा था। अस्पताल प्राधिकरण ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत उनके द्वारा प्रदान किए गए उपचार का शुल्क लिया था। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी को शुल्क श्रेणी के तहत भर्ती कराया गया था और रोगी ने भर्ती के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाए थे। उत्तर स्वीकार्य नहीं है, यदि बिस्तर उपलब्ध है और रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी से संबंधित है, यहां तक कि वह प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज दिखाने में

सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
					विफल रहा, तो वह उच्च न्यायालय के आदेश के अनुसार प्रदान किए गए उपचार के लिए उससे कोई शुल्क नहीं लेगा।
58.	झिलमिल	गंगा राम	3,80,000	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज नहीं मिल रहा है	हिंदू राव और कलावती अस्पताल द्वारा रेफर किए जाने के बाद बच्चे (1 माह) को आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया था क्योंकि कोई बिस्तर उपलब्ध नहीं था। रिश्तेदार ने दावा किया कि अस्पताल प्रशासन रोगी को छुट्टी देने के लिए 3,74,000 रुपये की मांग कर रहा है। राशि का भुगतान करने में विफल रहने के कारण अस्पताल के अधिकारियों ने रोगी को परेशान किया और उन्हें धमकी दी। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी को भुगतान श्रेणी के तहत भर्ती कराया गया था और प्रवेश के समय ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाए गए थे। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि 02 अस्पतालों में बेड नहीं मिलने पर रोगी को इमरजेंसी में भर्ती कराया गया था।
59.	प्रेम कुमार सहित 72 रोगी	गंगा राम		ईडब्ल्यूएस रोगी के साथ उत्पीड़न, भेदभाव, दुर्यवहार और दवा न देना	इस अस्पताल के खिलाफ क्षेत्र के एक विधायक सहित 74 मरीजों द्वारा उत्पीड़न, भेदभाव, दुर्यवहार और मुफ्त दवा प्रदान नहीं करने के बारे में एक संयुक्त शिकायत दर्ज की गई है। उन्होंने यह भी दावा किया कि ईडब्ल्यूएस पंजीकरण और ओपीडी ठीक से काम नहीं कर रहे थे और फार्मसी के लिए समय भी कम कर दिया गया था, जिसके कारण बहुत से रोगी उसी दिन डॉक्टरों द्वारा लिखी गई दवा प्राप्त करने में विफल रहे। मरीजों को ओपीडी परामर्श और दवा लेने के लिए कई बार जाना पड़ता है। अस्पताल प्राधिकरण ने मरीजों को होने वाली समस्याओं पर ध्यान नहीं दिया और मरीजों को इलाज के दौरान विभिन्न प्रकार के भेदभाव और उत्पीड़न का सामना करना पड़ा। अस्पताल द्वारा प्रदान किए जाने वाले उपचार के प्रोटोकॉल का पालन नहीं किया जा रहा था। डीजीएचएस ने रोगियों द्वारा बताई गई अनियमितताओं की जांच करने के लिए कोई जांच शुरू नहीं की थी और सेवा में सुधार के लिए अस्पताल को कोई दिशा/निर्देश जारी नहीं किए गए थे और उच्च न्यायालय के निर्देशों का पालन किया गया था ताकि ईडब्ल्यूएस रोगियों को स्वास्थ्य प्राप्त करने के समय परेशान न किया जा सके।
60.	अनिल कुमार	गंगा राम		इमरजेंसी में मरीजों को भर्ती नहीं कर रहे हैं	रोगी ने दावा किया कि वह आपातकालीन स्थिति में अस्पताल आया था, लेकिन अस्पताल प्राधिकारी ने बिस्तर अधिभोग विवरण दिए बिना यह दावा करते हुए भर्ती करने से इनकार कर दिया कि बिस्तर उपलब्ध नहीं था। शिकायत 04.11.2020 को दर्ज की गई थी लेकिन 453 दिनों की देरी (जनवरी 2022) के बाद भी उत्तर अभी भी प्रतीक्षित है।
61.	जसबीर	शांति मुकुंद	95,618	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज करने से इनकार	रोगी ने दावा किया कि वह किडनी रोग से पीड़ित है और अस्पताल में डायलिसिस सुविधा उपलब्ध नहीं होने के कारण सफदरजंग अस्पताल में इलाज कराया गया और डायलिसिस सुविधा प्राप्त करने के लिए कहीं और जाने को कहा, जिसके बाद वह आपातकालीन स्थिति में इस अस्पताल में गया और अस्पताल प्राधिकारी ने रोगी को बिस्तर उपलब्ध नहीं होने के कारण ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत उपचार प्रदान करने से मना कर दिया। इसलिए शुल्क श्रेणी में भर्ती किया गया क्योंकि रोगी की हालत बहुत तेजी से बिगड़ी रही थी। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी को कैजुअल्टी में भर्ती किया गया था, रोगी ने ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत इलाज की मांग नहीं की थी।

क्र. सं.	उपचारित ईडब्ल्यूएस रोगी का नाम	आईपीएच का नाम	मरीज़ द्वारा भुगतान की गई राशि (₹)	मामला	टिप्पणियां
					उत्तर सही नहीं है क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी का था और उसका इलाज ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत किया जाना चाहिए था।
62.	राज कुमार	शांति मुकुंद	12689	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी का इलाज करने से इनकार करना	रोगी ने कहा कि अस्पताल ने उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज से इनकार कर दिया। अन्य ईडब्ल्यूएस मरीज़ भी इसी समस्या से पीड़ित थे। अस्पताल ने उत्तर दिया कि बीपीएल कार्ड संबंधित प्राधिकारी द्वारा तथ्यों की पुष्टि किए बिना जारी किया गया था क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी के अंतर्गत नहीं आते थे।
63.	सुश्री मीरा	शांति मुकुंद	890	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी का इलाज करने से इनकार करना	रोगी पथरी की समस्या से पीड़ित था और उसे उम्मीद थी कि उसे ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत मुफ्त इलाज मिलेगा लेकिन प्राधिकरण ने मुफ्त इलाज से इनकार कर दिया। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने भुगतान श्रेणी के तहत इलाज का विकल्प चुना और ईडब्ल्यूएस दस्तावेज नहीं दिखाए। उत्तर सही नहीं है क्योंकि रोगी ईडब्ल्यूएस श्रेणी के थे और उपचार मुफ्त प्रदान किया जाना चाहिए था।
64.	मनोहर लाल	शांति मुकुंद	2,60,000	ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत रोगी का इलाज करने से इनकार करना	रोगी के रिश्तेदार ने दावा किया कि मैक्स शांति मुकुंद ने इलाज से इनकार कर दिया था, लेकिन कोसमोस अस्पताल ने आपातकालीन स्थिति में भर्ती कर लिया, जिसके लिए उन्होंने शुल्क लिया, बाद में रोगी की मृत्यु हो गई। अस्पताल प्राधिकारी ने उत्तर दिया कि रोगी अस्पताल नहीं आया था।
65.	सुश्री हजरा	शांति मुकुंद		मुफ्त दवाएँ नहीं दी गईं	काफी प्रयास करने के बाद रोगी को ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत आपातकालीन वार्ड में भर्ती कराया गया, लेकिन अस्पताल प्रशासन ने इलाज के दौरान मुफ्त दवा और इंजेक्शन उपलब्ध नहीं कराए। अस्पताल ने उत्तर दिया कि रोगी ने दवा खरीदते समय न तो आपत्ति जताई और न ही ईडब्ल्यूएस श्रेणी का उल्लेख किया। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि रोगी को ईडब्ल्यूएस श्रेणी के तहत भर्ती किया गया था और उसका इलाज किया जा रहा था
66.	सुश्री विद्या देवी	शांति मुकुंद		मुफ्त दवाएँ और नैदानिक जाँचें प्रदान नहीं की गईं	रोगी ने शिकायत की कि अस्पताल ने मुफ्त दवा और नैदानिक जांच प्रदान नहीं की।
67.	श्री विजय कुमार	शांति मुकुंद		अस्पताल द्वारा उत्पीड़न	रोगी ने दावा किया कि इमरजेंसी में इलाज के दौरान उसे परेशान किया गया और अस्पताल ने मुफ्त इलाज से इनकार कर दिया। अस्पताल ने उत्तर दिया कि इलाज के दौरान रोगी को परेशान नहीं किया गया।

**अनुलग्नक VIII**  
**(पैराग्राफ 11.5.4 में संदर्भित)**

**एसएचएमसी में आवश्यक दवाओं की अनुपलब्धता**

क्र.सं.	दवा का नाम	अनुपलब्धता अवधि	कुल अनुपलब्धता
1.	काली म्यूरिएटिकम बायोकेमिक 6x	12.12.2018-04.02.2019 (23 दिन) 22.08.2019-17.11.2019(47 दिन) 18.02.2020-04.01.2021(10 माह 7 दिन) 11.10.2022- 03.04.2023(4 माह 23 दिन)	17 माह 10 दिन
2.	मैग्नीशियम फॉस्फोरिकम बायोकेमिक 6x	26.09.2016-24.11.2016 (1 माह 29 दिन) 11.12.2016-29.12.2016 (19 दिन) 17.05.2017-23.08.2017 (2 माह 36 दिन) 14.10.2017-23.01.2018(1 माह 39 दिन) 29.11.2018-04.02.2019 (2 माह 6 दिन) 07.09.2019-17.11.2019 (1 माह 40 दिन) 12.02.2020-04.01.2021 (10 माह 23 दिन) 21.09.2021-10.10.2021 (20 दिन)	24 माह 2 दिन
3.	औरम मुर. नेट. 3x ट्रिट्यूरेशन	20.11.2005-23.08.2017 (140 माह 34 दिन) 30.08.2017-24.08.2018 (11 माह 26 दिन) 07.09.2018-10.03.2019 (5 माह 34 दिन) 15.09.2020-05.08.2021 (10 माह 21 दिन) 18.03.2022- 03.04.2023 (11 माह 6 दिन)	173 माह 1 दिन
4.	ओवा टोस्टा 3x ट्रिट्यूरेशन	27.12.2011-23.08.2017 (67 माह 28 दिन) 20.09.2019-30.12.2020 (14 माह 41 दिन)	83 महीना 9 दिन
5.	अर्निका मॉंटाना मरहम	26.09.2016-09.01.2017 (3 माह 14 दिन) 24.08.2017-23.01.2018 (4 माह 29 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन) 15.08.2018-12.10.2018 (1 माह 28 दिन)	11 माह 3 दिन
6.	कैलेंडुला ऑफिसिनेलिस मरहम	26.09.2016-14.11.2016 (1 माह 19 दिन) 13.11.2016-09.01.2017 (1 माह 27 दिन) 24.08.2017-23.01.2018 (4 माह 29 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन)	9 माह 10 दिन
7.	कैथारिस मरहम	06.02.2016-14.11.2016 (9 माह 9 दिन) 13.11.2016-09.01.2017 (1 माह 27 दिन) 22.07.2017-25.02.2018 (7 माह 3 दिन)	18 माह 9 दिन
8.	रुस टॉक्सिकोडेंड्रोन मरहम	26.09.2016-14.11.2016 (1 माह 19 दिन) 24.08.2017-23.01.2018 (4 माह 29 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन) 29.07.2018-12.10.2018 (2 माह 15 दिन) 04.07.2019-19.11.2019 (4 माह 17 दिन)	14 माह 15 दिन
9.	सिनेरिया मैरिटिमा आई ड्रॉप्स	24.08.2017-23.01.2018 (4 माह 29 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन)	5 माह 24 दिन
10.	यूफ्रेशिया आई ड्रॉप्स	20.12.2016-23.08.2017 (8 माह 4 दिन) 26.10.2017-23.01.2018 (2 माह 28 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन) 17.07.2018-12.10.2018 (2 माह 27 दिन) 22.09.2019-22.11.2019 (2 माह 1 दिन)	16 माह 25 दिन
11.	मुलीन कान का तेल	08.03.2016-23.08.2017 (17 माह 6 दिन) 20.01.2018-23.01.2018 (4 दिन) 01.02.2018-12.10.2018 (8 माह 12 दिन)	35 माह 7 दिन

क्र.सं.	दवा का नाम	अनुपलब्धता अवधि	कुल अनुपलब्धता
		15.09.2018-20.02.2019 (5 माह 6 दिन) 04.07.2019-13.11.2019 (4 माह 9 दिन)	
12.	अल्फाल्फा मदर टिंचर (इंटरनल)	16.10.2020-30.12.2020 (2 माह 10 दिन)	2 माह 10 दिन
13.	एलियम सैटिवा मदर टिंचर (इंटरनल)	21.10.2014-17.01.2017 (26 माह 28 दिन)	26 माह 28 दिन
14.	अरलिया आरएसी मदर टिंचर (इंटरनल)	20.12.2016-23.08.2017 (8 माह 4 दिन) 08.06.2022- 03.04.2023 (9 माह 19 दिन)	17 माह 23 दिन
15.	अर्निका मॉंटाना मदर टिंचर (इंटरनल)	25.02.2018 तक दवा स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।	
16.	एस्पिडोस्पर्म मदर टिंचर (इंटरनल)	22.06.2021-03.02.2022 (7 माह 13 दिन)	7 माह 13 दिन
17.	बर्बेरिस वल्गारिस मदर टिंचर (इंटरनल)	29.06.2016-14.11.2016 (4 माह 16 दिन) 29.11.2017-23.01.2018 (1 माह 26 दिन) 07.09.2019-17.11.2019 (2 माह 11 दिन)	8 महीना 23 दिन
18.	ब्लाटा ओरिएंटलिस मदर टिंचर (इंटरनल)	26.09.2016-14.11.2016 (4 माह 13 दिन) 31.12.2016-17.01.2017 (18 दिन)	5 माह 1 दिन
19.	कैथारिस मदर टिंचर (इंटरनल)	31.01.2016-25.02.2018 (1 माह 26 दिन) 14.07.2019-13.11.2019 (3 माह 29 दिन)	5 माह 25 दिन
20.	कार्डुअस मैरिएनस मदर टिंचर (इंटरनल)	21.10.2014-08.07.2016 (20 माह 19 दिन)	20 माह 19 दिन
21.	सेफलैट्रा इंडिका मदर टिंचर (इंटरनल)	06.02.2016-17.01.2017(11 माह 11 दिन) 17.10.2017-06.02.2018 (3 माह 20 दिन) 07.09.2019-17.11.2019 (2 माह 10 दिन) 03.11.2020-30.12.2020 (1 माह 27 दिन) 20.02.2021-19.04.2021 (2 माह) 19.10.2021-03.02.2022 (3 माह 16 दिन) 16.07.2022- 03.04.2023 (8 माह 18 दिन)	33 माह 12 दिन
22.	चेलिडोनियम माजस मदर टिंचर (इंटरनल)	14.09.2017-23.01.2018 (4 माह 10 दिन) 01.02.2018-25.02.2018 (25 दिन) 20.09.2019-04.01.2021 (15 माह 15 दिन) 20.02.2021-20.05.2021 (4 माह) 19.10.2021- 03.04.2023 (18 माह 16 दिन)	43 महीना 6 दिन
23.	क्रैटैगस ऑक्सी. मदर टिंचर (इंटरनल)	06.02.2016-14.11.2016 (9 माह 8 दिन) 31.12.2017-06.02.2018 (1 माह 7 दिन)	10 माह 15 दिन
24.	ग्रिडेलिया आर. मदर टिंचर (इंटरनल)	06.02.2016-14.11.2016 (11 माह 8 दिन) 11.12.2016-17.01.2017 (1 माह 8 दिन) 26.10.2017-23.01.2018 (2 माह 29 दिन) 30.11.2018-23.06.2019 (5 माह 24 दिन) 04.07.2019-13.11.2019 (4 माह 10 दिन) 21.11.2019-04.01.2021(13 माह 14 दिन)	39 महीना 3 दिन
25.	हाइड्रैस्टिस कैनाडेंसिस मदर टिंचर (इंटरनल)	16.11.2012-17.01.2017 (50 माह 1 दिन)	50 माह 1 दिन
26.	जानोसिया अशोका मदर टिंचर (इंटरनल)	22.06.2017-06.02.2018 (7 माह 14 दिन)	7 माह 14 दिन
27.	पैसीफ्लोरा इन्कार्नाटा मदर टिंचर (इंटरनल)	26.09.2016-17.01.2017 (3 माह 22 दिन)	3 महीना 22 दिन
28.	राउवोल्फिया सर्पेटिना मदर टिंचर (इंटरनल)	26.10.2017-23.01.2018 (2 माह 28 दिन) 15.08.2018-12.10.2018 (1 माह 28 दिन) 07.09.2018-20.02.2019 (5 माह 14 दिन) 22.08.2019-18.11.2019 (2 माह 27 दिन) 30.01.2020-30.12.2020 (11 माह)	24 माह 7 दिन
29.	सबल सेरुलता मदर टिंचर (इंटरनल)	29.11.2017-25.02.2018 (2 माह 27 दिन) 10.11.2019-19.04.2021 (17 माह 10 दिन) 14.05.2021-27.07.2021 (2 माह 14 दिन) 05.08.2022- 03.04.2023 (7 माह 29 दिन)	30 माह 20 दिन
30.	साईजेजियम जम्बोलेनम मदर टिंचर (इंटरनल)	16.07.2022- 03.04.2023 (8 माह 19 दिन)	8 महीना 19 दिन

**सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन पर निष्पादन लेखापरीक्षा**

क्र.सं.	दवा का नाम	अनुपलब्धता अवधि	कुल अनुपलब्धता
31.	कैलेंडुला ऑफिसिनैलिस मदर टिंचर (बाह्य)	02.08.2017-17.11.2019 (27 माह 15 दिन) 25.01.2020-19.01.2021 (11 माह 26 दिन)	39 महीना 11 दिन
32.	थ्यूया ऑक्सिडेटलिस मदर टिंचर (बाह्य)	17.07.2018- 03.04.2023 (56 माह 17 दिन)	56 माह 17 दिन
33.	क्रियोसोट मदर टिंचर (बाह्य)	13.11.2019 तक दवा स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।	
34.	प्लॉटैगो मदर टिंचर (बाह्य)	17.11.2019 तक दवा स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।	
35.	एसिड फॉस्फोरिकम	18.01.2017-25.02.2018 (13 माह 8 दिन)	13 महीना 8 दिन
36.	डिजिटलिस प्री.	17.11.2015-18.01.2017 (14 माह 2 दिन) 02.08.2017-12.10.2018 (2 माह 11 दिन)	16 महीना 13 दिन
37.	नेट्रम म्यूर	31.12.2017-12.10.2018 (9 माह 13 दिन)	9 माह 13 दिन

अनुलग्नक IX  
(पैराग्राफ 11.5.5 में संदर्भित)

तिब्बिया अस्पताल में थोक में खरीदी एवं खुली वितरित दवाओं की सूची

यूनानी		आयुर्वेदिक	
औषधि का नाम	मात्रा (कि.ग्रा.)	औषधि का नाम	मात्रा(कि.ग्रा.)
सुबूस -ए- इसाफगोल	10	गिलोय	70
गुल -ए- तिसु	15	अश्वगंधा	30
मको -ए- खुश्क	10	शतावरी	30
तुख्म- ए- कासनी	15	सारिवा	7
तुख्म -ए- कसुस	8	बाला	25
चरैता	10	गोक्षरू	35
मुंडी	15	हरीतकी	50
खार -ए- खास्क	15	भिभीतकी	50
तुख्म -ए- खयारैन	5	अमलाकी	50
तुख्म -ए- खरपजा	5	सौंठ	20
जंजाबील	15	मारीच	10
रेवेंड चीनी	10	पिप्पली	10
असगंध	15	विदांगा	5
दारचीनी	10	नागरमोथा	20
मगज़ -ए- भेलगिरी	20	कंटकारी	20
सनमक्की	12	अतिविशा	8
उस्तोखुदुस	12	कटुकी	5
किशनीज़ -ए- खुश्क	12	कर्कटश्रंगी	8
फिलफाइल-सियाह	5	अर्जुन छाल	30
असरोल	6	शिगु	20
बर्ग -ए- अदुसा	12	दशमूल	10
मोचरस	10	लोधरा	50
संग-ए- जराहत	7		
सतावर	15		
मूसली सफेद	10		
गुलेजोफा	10		
अमला खुश्क	20		









© भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक  
<https://cag.gov.in>

<https://cag.gov.in/ag/new-delhi/hi>